LA PRESSE MÉDICALE

Journal Bi-Hebdomadaire

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS

Paris et Départements. Un an.	10	francs.
Union postale. —	15	—

LES ABONNEMENTS PARTENT DU COMMENCEMENT DE CHAQUE MOIS

Prix du Numéro : 10 centimes.

LA

PRESSE MÉDICALE

Journal Bi-Hebdomadaire

DIRECTION SCIENTIFIQUE

DIXIÈME ANNÉE

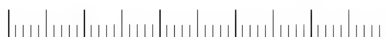
1902

Premier Semestre

PARIS

C. NAUD, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3



Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 1. — Mercredi, 1er Janvier 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laënnec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Année 1902 — Tome premier.

SOMMAIRE

A NOS LECTEURS

Il existe dans tout journal, entre ses lecteurs et ceux qui l'inspirent et le dirigent, une véritable communion d'idées. Celle-ci naît tout naturellement : elle vient de l'intérêt que le lecteur porte au journal qu'il s'est accoutumé à lire ; il le suit pas à pas dans son développement ; mais s'il est heureux de son succès, il ne ménage guère non plus les critiques qu'il croit justes.

C'est ainsi qu'il ne se passe pas de jour que la direction d'un journal ne reçoive de quelques-uns de ses lecteurs des observations judicieuses dont elle doit savoir tenir compte, d'autant que, de cette collaboration tacite naissent souvent des modifications et des réformes qui contribuent au progrès constant.

Il faut bien dire, d'ailleurs, qu'à notre époque ces modifications sont absolument nécessaires, un journal ne pouvant rester figé en son esprit et en sa forme sans faillir à son rôle. Qu'il soit politique, qu'il soit littéraire, qu'il soit scientifique, un journal doit être le reflet *exact* et *rapide* du mouvement d'esprit qu'il est chargé de transmettre.

Depuis les huit années qu'elle existe, *La Presse Médicale* s'est toujours préoccupée de répondre à cette exactitude et à cette rapidité des renseignements qui sont exigés du journalisme moderne. Elle s'y est employée de son mieux, et ses efforts ont été couronnés de succès puisque, actuellement, près de 7.000 médecins ou étudiants sont devenus ses lecteurs fidèles, et que chaque année elle voit s'accroître leur nombre. Mais ce succès est un encouragement à mieux faire encore, et c'est ainsi qu'à partir de cette année 1902, se trouve introduite une réforme qui, pour matérielle qu'elle soit, n'en est pas moins importante.

A la création du journal, le Comité scientifique avait cru devoir séparer chaque numéro en deux parties : l'une exclusivement didactique (article de fond, médecine pratique, analyse de travaux français et étrangers) ; l'autre, toute de renseignements (nouvelles intéressant les médecins, actes de la Faculté de Paris, renseignements divers, comptes rendus des Sociétés savantes).

Cette division était rationnelle assurément, et d'esprit scientifique, mais elle entraînait des difficultés nombreuses, surtout pour la recherche des documents, étant donné la double pagination, la double table qu'elle nécessitait ; sans compter les difficultés d'ordre technique qui se présentaient pour l'impression rapide du journal, surtout depuis l'introduction dans nos colonnes, d'une façon régulière, d'articles d'actualité portant principalement sur la médecine professionnelle et sociale. Enfin, toutes ces difficultés s'étaient singulièrement accentuées depuis que *La Presse Médicale*, paraissant deux fois par semaine, comporte chaque année deux gros volumes.

C'est donc pour remédier à ces inconvénients que nous avons décidé que, dorénavant, la pagi-

nation du journal sera unique et se suivra depuis le premier jusqu'au dernier numéro de l'année. La table des matières sera de la sorte de beaucoup simplifiée; elle portera en même temps sur les deux volumes, car l'abondance des matières publiées comporte toujours un volume pour le premier semestre, et un volume pour le second semestre de l'année.

Ce ne sera pas là le seul avantage de cette réforme; elle nous permettra, en outre, de donner avec toute l'exactitude voulue le compte rendu des Sociétés savantes, dont les travaux intéressent au plus haut point nombre de nos lecteurs.

Je tenais, au début de l'année, à signaler cette réforme pour faire valoir surtout qu'elle était née d'un échange continu d'idées avec nos lecteurs, et pour remercier ceux-ci de la collaboration qu'ils donnent ainsi à l'œuvre entreprise par *La Presse Médicale*.

E. De Lavarenne.

CORRESPONDANCE

Monsieur le rédacteur en chef et cher confrère,

Lecteur habitué de *La Presse Médicale*, je me propose d'ajouter quelques réflexions à l'article de M. Legrain, paru en Juin dernier, traitant du « Mouvement de tempérance en Russie ». Legrain avait parfaitement raison de montrer que les mesures brutales sont sans effets réels et que l'idée de monopole unie à la vente officielle de l'alcool ne saurait aider à la lutte contre l'alcoolisme, au contraire.

J'ai visité tous les pays de l'Europe et je puis affirmer que nulle part je n'ai vu autant d'ivrognes qu'en Russie. Les dimanches et jours de fête[1] on en rencontre à chaque pas dans les grandes villes, dans les villages, partout. Sur le bord des trottoirs, aux coins des rues on se heurte presque à des hommes ivres-morts dormant d'un sommeil de plomb. Les agents les ramassent parfois, mais, en général, on est plein d'égards pour les ivrognes et on les laisse tranquille. A Moscou, j'ai vu souvent des paysans, des ouvriers couchés dans la poussière, la bouteille de vodka dans leur main crispée. Dans chaque rue il y a un débit officiel qui n'est ouvert qu'à certaines heures. Les gens attendent, faisant queue, comme aux portes des théâtres[2], et chacun tient une bouteille vide qui sera échangée au guichet contre une autre pleine d'alcool à 40°. Les 700 grammes environ coûtent 43 kopeks (1 fr. 10), mais il y a des bouteilles plus petites, à la portée de toutes les bourses, et pour 8 kopeks (0 fr. 20) on peut avoir une bonne dose de poison. Outre les débits officiels, presque toutes les grandes épiceries ont l'autorisation de vendre l'alcool de l'État et du vin de toute espèce. On voit que le monopole existe simplement dans la *fabrication*, et cette garantie donnée par le gouvernement encourage tout simplement la *consommation*. C'est tellement vrai que le peuple croit être agréable au Czar en achetant de l'alcool, *puisque c'est sous le sceau impérial qu'on le débite*. Ce raisonnement, tout à fait élémentaire, se comprend parfaitement chez des gens dont le développement intellectuel est presque nul. Donc le peuple boit d'une façon excessive, et les cas d'intoxication aiguë suivis de mort ne sont pas rares dans les villages. Dans la société cultivée, l'ivrognerie se rencontre, dit-on, aussi souvent que dans le peuple, seulement, elle ne s'étale pas dans la rue.

En résumé, il nous paraît que la lutte contre l'alcoolisme doit tirer ses principales forces du *sens moral* individuel. L'instruction générale ou spéciale, par des conférences par exemple, ne saurait être un sérieux appui. L'éducation morale, au contraire, à tout à faire dans tous les milieux, chez tous les peuples, car le sentiment, de dignité et de devoir n'a presque rien à voir avec le développement intellectuel et le degré d instruction. Il serait, en effet, difficile de démontrer que le sens moral est plus élevé dans les hautes classes de la société que dans les classes populaires. L'inverse est plutôt vrai. C'est par la préparation des générations qui viennent qu'on eut espérer enrayer le vaste mouvement qui, par le nervosisme, l'alcoolisme, la syphilis, etc., précipite la dégénérescence des races.

L. Fuster.

St-Pétersbourg, Novembre 1901.

1. Il y a en Russie plus de 100 jours de fêtes, outre les dimanches officiellement reconnus.

2. On voit en Russie beaucoup de jeunes gens des deux sexes passer *toute la nuit* à la porte d'un théâtre, attendant l'ouverture du guichet qui leur vendra des billets pour les places bon marché.

LIVRES NOUVEAUX

Henri Grillot. — *Le Sanatorium français : sa possibilité, son organisation*. (Paris, C. Naud, éditeur, 1901.)

Après avoir longtemps hésité et être demeurée médicale et scientifique, la *lutte contre la tuberculose en France* commence à entrer dans la phase d'action : les différentes collectivités sociales, les philanthropes, les cœurs charitables, l'État lui-même, si difficile à émouvoir dans son impersonnalité administrative, tout le monde, le grand public lui-même, frappés de stupeur en présence de tant d'hécatombes quotidiennes, entrent d'une manière délibérée dans le mouvement qui entraîne contre le Fléau l'Humanité menacée.

Tant de tergiversations et de retards auront, du moins, servi à éclairer l'esprit public et à lui faire apprécier, de sang-froid, la gravité du péril (plus de 200.000 morts par phtisie pulmonaire, en France, chaque année!) et peser l'urgente opportunité des divers moyens d'action propres à assurer le bon combat. Aujourd'hui, la tuberculose pulmonaire domine toute la question sociale, et l'*assistance aux tuberculeux nécessiteux* est un devoir, non seulement de bienfaisance et de mutualité, mais encore de solidarité prophylactique, nul humain n'échappant à la contagion bacillaire le jour où les circonstances sont devenues favorables.

Les moyens de combattre la tuberculose sont des plus variés : ils commencent avec les colonies scolaires, avec les voyages de vacances, créés pour assurer aux enfants chétifs des grandes villes quelques semaines d'air pur et de restauration à la campagne ; ils emploient les constructions à bon marché pour ménages ouvriers, les établissements de tempérance et les maternités ou maisons de secours pour femmes enceintes ; en un mot, tout l'armement antituberculeux, selon la bonne expression de Landouzy, se recrute partout où les œuvres d'assistance et de solidarité mettent en œuvre leurs efforts. Quant à la lutte directe, précise, contre la maladie, chez l'ouvrier aussi bien que chez l'individu plus fortuné, elle se circonscrit à un triple régime, dit cure hygiéno-diététique, basé sur les merveilleux effets de la vie au grand air pur, de l'alimentation généreuse et variée, et du repos le plus parfait, physique aussi bien que moral.

Le sanatorium, ou mieux la « maison de cure antituberculeuse » fournit au malade, de tout âge et de toute catégorie ces moyens hygiéniques dans les conditions les plus parfaites, et les mieux appropriées. Le sanatorium populaire coopère avec le dispensaire et l'hôpital spécial pour les maladies chroniques des voies respiratoires; chacun de ces trois instruments, mis au service de l'hygiène et de la prophylaxie pour enrayer la marche du fléau et en traiter les victimes, est également indispensable.

M. Henri Grillot, très convaincu de la bienfaisante influence des sanatoriums antituberculeux, apporte, dans le remarquable ouvrage qu'il publie aujourd'hui, le tribut de ses études comparatives faites à l'étranger. Il revient chargé de documents précieux et, à mon avis, décisifs, tous favorables à la création en France de nombreux sanatoriums tant privés que populaires. Il démontre que le sanatorium est possible à établir dans la plupart des contrées de notre territoire, qu'il serait facile à organiser, et que les résultats seraient au moins aussi remarquables que ceux obtenus par nos voisins du Nord et de l'Est.

Les preuves apportées par l'auteur abondent et sont logiquement ordonnées. Elles commencent par une étude climatologique très soignée de la France comparativement avec l'Algérie et la Suisse, d'où il résulte que nous n'avons rien à envier aux climats circonvoisins.

Désireux de fournir toutes les indications nécessaires à l'organisation d'un sanatorium, l'auteur étudie les services généraux d'un établissement idéal, les galeries de cure, la chambre du malade, les moyens de désinfection des eaux vannes et des matières de vidange, question d'une gravité incontestable eu égard à la santé publique. Il recherche la meilleure organisation administrative d'un tel établissement, montre le rôle supérieur dévolu au médecin directeur, qui doit être à la fois un clinicien consommé, un philanthrophe éducateur et un administrateur de premier ordre. Enfin, pour guider les essais hésitants des néophytes qui voudraient nous suivre, il étudie les projets de statuts d'une œuvre d'assistance antituberculeuse, et ne craint pas d'aborder la question si délicate du prix de journée d'un sanatorium, qu'il soit privé ou populaire.

Pour terminer ce travail, déjà si complet, l'auteur montre le rôle social joué, dans un pays civilisé, par le sanatorium populaire, avec l'œuvre d'assistance aux tuberculeux qui le complète. Il lui est facile de prouver qu'il s'agit là d'une question d'économie sociale à laquelle tous les membres de la collectivité doivent, dans leur propre intérêt, collaborer, puisque à côté de l'assistance aux tuberculeux nécessiteux, devoir social, il y a aussi une question de solidarité prophylactique, de préservation d'une race.

Tel est, rapidement exposé, l'ouvrage sérieux et très attachant de notre jeune confrère. On ne saurait trop en recommander la lecture à toutes les personnes que peut intéresser la question de la tuberculose pulmonaire, dorénavant entrée dans le domaine public.

On y trouvera l'ensemble des idées modernes concernant le redoutable problème, et on puisera, s'il était nécessaire, la conviction qu'il est urgent de révolutionner à fond l'organisation de l'assistance aux tuberculeux de France

M. Letulle.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie générale des muscles des tendons, des bourses séreuses et de la peau, par P. Mauclaire, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, 1 vol. in-18 colombier, cartonné toile, tête rouge, de 425 pages, avec 79 figures dans le texte. Prix : 6 francs. (*Octave Doin*, éditeur, Paris.)

Doit-on combattre la fièvre? — Rapport présenté au Congrès de médecine de Paris, 1900, par le Dr B.-J. Stockois, professeur à la Faculté de médecine d'Amsterdam, grand in-8° de 32 pages. Prix : 1 franc. (*Octave Doin*, éditeur, Paris.)

Étude radiographique et clinique sur la Dyschondroplasie, par le Dr Henri Molin, ex-interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté, moniteur de clinique chirurgicale, in-8° de 124 pages, avec une note du professeur Ollier et 21 figures dans le texte. Prix : 3 fr. 50. (*Octave Doin*, éditeur, Paris.)

Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. — Classification et description sommaire, par le Dr L. Bard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, professeur de clinique médicale à l'Université de Genève, 1 vol. in-16 de 112 pages. Prix : 2 francs. (*Octave Doin*, éditeur, Paris.)

Recherches cliniques et expérimentales sur la broncho-pneumonie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, par le Dr Chambrelent, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, in-8° de 20 pages avec une planche en couleurs. 1 fr. 50. (*Octave Doin*, éditeur, Paris.)

Pasteurisation et stérilisation du lait, par le Dr Henri de Rothschild, lauréat de la Faculté de médecine, officier d'Académie, chevalier du Mérite agricole, in-16 de 96 pages, avec 33 figures dans le texte. Prix : 1 fr. 50 (*Octave Doin*, éditeur, Paris.)

Métrites cervicales. — Rapport présenté au Congrès de médecine de Paris, 1900, par le Dr Mendès de Leon, privat-docent à l'Université d'Amsterdam, grand in-8° de 40 pages. (*Octave Doin*, éditeur, Paris.)

Précis de législation militaire. — Guide administratif à l'usage des médecins de l'armée (active, réserve, territoriale et médecins auxiliaires), par A. Boisson, médecin-major de première classe, ancien répétiteur, major de l'École du service de santé militaire, 1 vol. in-18 colombier de 675 pages, cartonné toile, avec 34 figures dans le texte et une planche en couleurs hors texte. Prix : 8 francs. (*Octave Doin*, éditeur, Paris.)

Le traitement du prostatisme, (hypertrophie de la prostate) à l'usage des praticiens, par le Dr F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-8° raisin de 520 pages, avec figures dans le texte. Prix : 10 francs. (*Octave Doin*, éditeur, Paris.)

LA PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE

Sur un cas de paralysie faciale périphérique avec paralysie associée de la VIe paire.

Par le Professeur F. RAYMOND

Messieurs,

Je vais consacrer la leçon de ce jour à l'étude d'un cas de paralysie faciale périphérique. Avant de vous exposer l'histoire clinique du malade qui va vous être présenté, je désire régler une question préjudicielle de nosographie. Il s'agit de nous entendre sur l'exacte signification de ces termes de *paralysie faciale périphérique.*

Aussi bien, cette dénomination est susceptible de faire naître une confusion dans vos esprits.

A cette question : que faut-il entendre par paralysie faciale périphérique ? plus d'un, parmi vous, ne manquerait pas de me répondre : c'est une paralysie faciale qui n'est pas centrale. Et si je poursuivais mon interrogatoire, en demandant : qu'est-ce donc qu'une paralysie faciale centrale ? j'aurais des chances d'obtenir cette réponse : c'est une paralysie de la 7e paire, dont le siège est dans les centres nerveux, dans l'encéphale.

Eh bien, Messieurs, cettte réponse traduirait une grossière errreur. Une paralysie *périphérique* de la 7e paire peut dépendre d'une lésion qui siège dans l'*encéphale*, c'est-à-dire *sur tout le trajet que parcourt le nerf de la 7e paire, depuis son origine réelle, sous le plancher du 4e ventricule, jusqu'à son origine apparente*, jusqu'à son émergence dans le sillon bulbo-protubérantiel. La paralysie faciale ne sera dite centrale que si sa cause siège plus haut, en amont de l'origine réelle de la 7e paire dans la protubérance, si elle atteint le facial dans la portion de son trajet comprise entre le centre cortical du nerf et un point situé immédiatement au-dessus de son noyau d'origine bulbo-protubérantiel.

Tous, je suppose, vous êtes pénétrés de la doctrine des neurones. Tous. vous savez que la voie motrice se réduit, en dernière analyse, à deux neurones superposés : le *neurone moteur supérieur* et le *neurone moteur inférieur*. Le premier a son corps cellulaire en un point de la zone psychomotrice de l'hémisphère cérébral. De ce corps cellulaire part un prolongement long, cylindre-axile, qui représente le *parcours central* d'un nerf. L'arborisation terminale de ce prolongement long enlace de ses ramuscules le corps cellulaire du neurone moteur inférieur, représenté par une grosse cellule ganglionnaire des colonnes antérieures de la moelle, quand il s'agit d'un nerf spinal, par une cellule ganglionnaire d'un noyau moteur bulbo-protubérantiel, quand il s'agit d'un nerf dit bulbaire. Le prolongement long ou cylindre-axile qui part de ce second corps cellulaire aboutit aux fibres contractiles d'un muscle; il représente le *parcours périphérique* du nerf considéré.

Eh bien, la *paralysie faciale est dite centrale, lorsque sa cause siège sur le* PARCOURS CENTRAL du nerf ; elle est dite *périphérique* lorsqu'elle siège sur son PARCOURS PÉRIPHÉRIQUE.

1. *Hospice de la Salpêtrière.* — Clinique des maladies du système nerveux.

Vous retiendrez donc que les expressions: *paralysie du nerf facial* et *paralysie faciale périphérique*, ne sont pas synonymes. Une paralysie du nerf facial est forcément périphérique; une paralysie faciale périphérique peut siéger en deçà de l'émergence, de l'*origine apparente* du nerf de la 7e paire ; elle peut siéger dans l'*épaisseur de l'encéphale*, entre l'origine apparente du nerf et son origine réelle représentée par le noyau d'origine du facial.

***

J'ajoute de suite qu'il est souvent facile de distinguer, à première vue, une paralysie centrale de la 7e paire, d'une paralysie faciale périphérique. Rappelez-vous que le nerf de la 7e paire, dans son trajet intra-parotidien, se divise en deux branches terminales :

La *branche temporo-faciale*, destinée au muscle sourcilier, à l'orbiculaire des paupières, au frontal, au muscle auriculaire antérieur, au grand et au petit zygomatique, au canin, à l'élévateur propre de la lèvre supérieure, à l'élévateur propre de l'aile du nez, au pyramidal, au triangulaire du nez, au dilatateur des narines.

La *branche cervico-faciale*; elle, innerve le muscle buccinateur, la moitié inférieure de l'orbiculaire des lèvres, les muscles triangulaire des lèvres, carré du menton, houppe du menton, peaucier du cou.

Eh bien, la *paralysie faciale centrale est presque toujours limitée au domaine du facial inférieur*, elle respecte presque toujours, du moins en apparence, les muscles innervés par le facial supérieur, en particulier l'orbiculaire des paupières et le frontal. Au contraire, la *paralysie faciale périphérique est presque toujours totale*; elle frappe à la fois le facial supérieur et le facial inférieur, sauf dans les cas où une cause extérieure, par exemple un traumatisme, atteint isolément une des branches terminales de division du nerf de la 7e paire.

En second lieu, la paralysie centrale de la 7e paire ne s'accompagne jamais de modifications qualitatives des réactions électriques; inversement, la constatation des signes de la réaction de dégénérescence, totale ou partielle, est de règle, dans les cas de paralysie faciale périphérique, sauf dans les cas où celle-ci affecte des allures essentiellement bénignes.

En troisième lieu, la paralysie centrale de la 7e paire s'accompagne habituellement d'une paralysie motrice des membres, à disposition hémiplégique :

Hémiplégie homonyme, c'est à-dire située du même côté que la paralysie faciale, lorsque la cause de celle-ci siège au-dessus de l'entre-croisement des fibres comprises dans le parcours central de la 7e paire;

Hémiplégie alterne, quand la cause siège entre le lieu d'entre-croisement de ces mêmes fibres et le noyau d'origine de la 7e paire. Au contraire, dans les cas de paralysie faciale périphérique, l'absence de paralysie motrice du côté des membres est la règle, sauf dans les cas où la paralysie de la 7e paire dépend d'une lésion intra-protubérantielle.

En quatrième lieu, la contractilité réflexe des muscles innervés par le nerf de la 7e paire est conservée, dans les cas de paralysie faciale centrale; elle est abolie, dans les cas de paralysie faciale périphérique : l'occlusion réflexe des paupières fait défaut, lorsqu'on excite la muqueuse conjonctivale ou cornéenne de l'œil, du côté de la paralysie, lorsqu'on approche vivement de cet œil un doigt.

***

Ces préliminaires étaient indispensables, pour vous édifier sur la valeur des termes qui servent à désigner les deux formes de paralysie faciale, et sur les principaux caractères cliniques qui les différencient. Je vais maintenant vous mettre en présence du malade qui va me servir de sujet de cette leçon.

C'est un nommé P..., âgé de trente-deux ans, comptable ; à s'en rapporter aux renseignements recueillis sur ses antécédents familiaux et personnels, P... est indemne de toute tare neuropathique ou mentale.

Sa maladie actuelle est la première affection sérieuse qu'il ait eue, autant qu'il peut se rappeler. Il en fait remonter le début au 5 octobre dernier (1900). Ce jour-là il a été pris d'une légère céphalalgie, avec un certain malaise, sans fièvre. Il n'en a pas moins continué ses occupations.

Le surlendemain, 7 Octobre, un dimanche, P... remarqua, subitement, qu'il ne pouvait plus fermer l'œil droit, qui restait grand ouvert, et que sa bouche était déviée. Dans la moitié droite de la cavité buccale, il n'avait plus la sensation du contact des aliments avec la muqueuse. De ce même côté droit, les téguments étaient mous, flasques, tant au niveau du front qu'au niveau de la face. La céphalalgie persistait.

Le jour suivant, P... se rendit à son bureau, comme d'habitude; mais, dans le courant de la journée, il dut s'en retourner chez lui, en proie à une forte fièvre. Il absorba une certaine quantité de sulfate de quinine. Le mouvement fébrile n'en persista pas moins, pendant trois jours, accompagné d'une forte courbature. La paralysie faciale se doublait maintenant d'une légère surdité de l'oreille droite, sans hyperacousie, sans vertige. J'insiste sur ce que P... n'a eu ni vertige, ni nausées, ni phénomènes de parésie du côté des membres.

Puis la fièvre est tombée; les maux de tête ont disparu, ainsi que la surdité. Une sorte de tuméfaction a envahi la région parotidienne, accompagnée d'une éruption de boutons, qui n'a point laissé de traces. Sans doute, il s'est agi d'une éruption de zona.

***

Le malade s'est présenté à notre consultation externe, le 24 Octobre (1900). Son état général était satisfaisant. L'examen des poumons, du cœur, des fonctions digestives ne nous a révélé rien d'anormal. De fièvre point. Les fonctions intellectuelles étaient intactes. L'examen de la face nous a mis en présence d'un syndrome qui subsiste encore, tel quel, à cela près que les phénomènes morbides ont diminué d'intensité et que les maux de tête ont disparu.

Ainsi que vous allez vous en convaincre, *de visu*, il comprend les éléments suivants :

Une *légère paralysie faciale droite*; elle réalise les caractères de la paralysie faciale périphérique. Vous voyez que le malade est dans l'impossibilité de clore complètement les paupières, à droite. Son front est lisse, sans rides. Le sillon naso-labial droit est effacé et la commissure labiale abaissée.

La bouche, maintenue ouverte, dessine un point d'exclamation. A côté de cela on ne découvre pas la moindre trace d'une paralysie du voile du palais. Le réflexe pharyngien est conservé.

Sur la partie antérieure de la moitié droite de la langue, la sensibilité gustative est émoussée.

Il n'existe pas d'hyperacousie, mais un léger degré de surdité, à droite, beaucoup moins accusé que précédemment. L'odorat est intact.

Ni le nerf facial, ni l'apophyse mastoïde ne sont douloureux à la pression;

2° Des *troubles oculaires*, représentés par une diplopie homonyme en rapport avec une parésie du droit externe du côté droit; corrélativement, elle se manifeste dans le regard de latéralité vers la droite. On la met particulièrement bien en évidence à l'aide de verres colorés. Au surplus, l'œil n'est pas en strabisme interne. Pendant les excursions latérales du regard, l'œil droit est agité par de légers mouvements de nystagmus.

Tous les autres mouvements des yeux s'effectuent d'une façon normale. Il n'existe pas, notamment, de paralysie associée de la

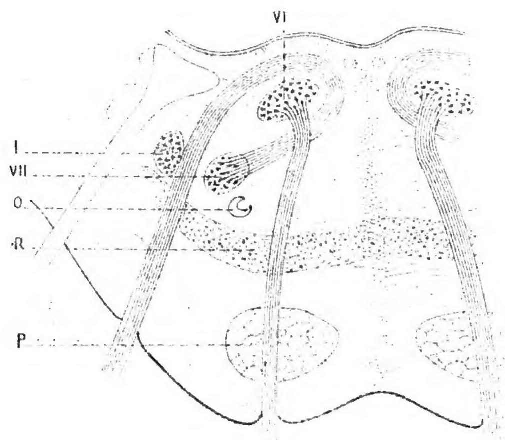


Figure 1.
O, olive; P, pyramide motrice; R, ruban de Reil; I, racine descendante du trijumeau; VI, noyau de l'oculo-moteur externe; VII, noyau du facial.

3e paire gauche. Les pupilles, d'un diamètre égal, réagissent bien à la lumière et aux efforts d'accommodation. La périoptométrie et l'examen ophthalmoscopique ont donné des résultats normaux.

D'autres troubles, d'origine bulbo-protubérantielle, il n'en existe point. La sensibilité est intacte dans tout le domaine d'innervation du trijumeau. La langue n'est pas déviée. Le pouls et la respiration ont une fréquence normale. La sensibilité et la motilité du larynx sont en état de parfaite intégrité. Le malade n'a ni vertige, ni raideur de la nuque. Il n'a pas non plus de nausées, pas de vomissements. L'examen des membres et du tronc ne révèle ni troubles de la sensibilité, ni troubles de la motilité, ni troubles de la réflectivité. L'examen électrique de la face a fait constater, du côté paralysé, les signes de la réaction de dégénérescence partielle.

En somme, les phénomènes morbides présentés par le malade se résument dans une *paralysie faciale périphérique droite, associée à une parésie de l'oculo-moteur externe du même côté.* De la surdité relative du côté droit, qui était encore assez prononcée au moment de l'entrée du malade dans le service, il subsiste à peine encore des traces. Je vous ai dit, du reste, que les autres phénomènes morbides ont également perdu de leur intensité première.

Ce résultat doit être attribué, en partie du moins, au traitement que nous avons fait suivre au malade, et qui a consisté dans l'électrisation du nerf facial paralysé, et dans l'administration interne de l'iodure de potassium.

* * *

Messieurs, la paralysie faciale présentée par notre malade réalise bien les caractères cliniques qui distinguent cette modalité de paralysie de la 7e paire, de la paralysie centrale. Effectivement :

La paralysie est *totale*; elle intéresse à la fois les muscles innervés par le facial supérieur (frontal, orbiculaire des paupières, etc.) et ceux qu'anime le facial inférieur.

Elle s'est accompagnée de modifications qualitatives des réactions électriques, dans le domaine du nerf paralysé.

On ne constate nulle trace d'une paralysie motrice ou sensitive aux membres, ni d'un côté ni de l'autre.

Enfin, la contractilité réflexe des muscles innervés par la 7e paire est abolie du côté paralysé. Ainsi, malgré l'intégrité de la sensibilité conjonctivale et cornéenne de l'œil droit, une irritation, portée sur cet œil, ne détermine pas l'occlusion réflexe des paupières.

Donc, sur ce premier point, il n'y a pas de doute : il s'agit bien d'un cas de paralysie faciale périphérique.

Mais en quel point du parcours périphérique du facial devons-nous localiser le siège de cette paralysie? Pour trouver la solution de ce second problème, il nous faut tenir compte des rapports multiples et variés du facial périphérique, depuis son origine réelle, au-dessous du plancher du 4e ventricule, jusqu'au delà de sa bifurcation en deux branches terminales, qui a lieu dans l'épaisseur de la parotide. Je vais récapituler rapidement les points essentiels qui ont trait à cette question de rapports anatomiques; chemin faisant, je les mettrai en parallèle avec les principales variantes que réalise la symptomatologie de la paralysie faciale périphérique, suivant le siège de celle-ci.

* * *

Le facial a son noyau d'origine dans la protubérance (fig. 1), au-dessous du plancher du 4e ventricule (éminence ronde), entre l'olive supérieure, qui est en dedans, et la racine descendante du trijumeau, qui est en dehors. Ses fibres d'origine se dirigent d'abord en arrière et en dedans. Parvenues à proximité du raphé médian, elles se dévient, pour se diriger en haut, puis en dehors. Elles décrivent ainsi une anse, qui contourne la face postérieure du noyau de la 6e paire, de l'oculomoteur externe. Au niveau du bord externe de ce noyau, elles s'incurvent une nouvelle fois, puis elles se dirigent en avant et en dehors. Finalement, elles émergent du sillon bulbo-protubérantiel.

Je viens de vous décrire le trajet intra-protubérantiel du facial périphérique. Supposez une lésion qui atteint la 7e paire dans en trajet intra-protubérantiel; elle engendrera une paralysie qui sera qualifiée de *sous-nucléaire*. La paralysie sera dite *nucléaire*, si la lésion dont elle dépend intéresse le noyau d'origine de la 7e paire.

Eh bien, Messieurs, les paralysies faciales nucléaires ou sous-nucléaires se présentent avec les caractères suivants :

Assez souvent, elles sont bilatérales, en raison de la proximité des deux noyaux, droit et gauche, de la 7e paire. Elles sont presque toujours accompagnées de paralysies d'autres nerfs craniens, en particulier de la paralysie de la 6e paire, de l'oculo-moteur externe.

Presque toujours, elles s'accompagnent de troubles moteurs ou sensitifs, qui occupent la moitié opposée du corps, et qui résultent de la compression du faisceau pyramidal ou de la voie sensitive, en amont de leur entre-croisement.

Bref, la paralysie faciale nucléaire ou sous-nucléaire se présente souvent comme manifestation fragmentaire d'une *paralysie alterne*.

Enfin, toujours elle s'accompagnera de modifications *qualitatives* des réactions électriques.

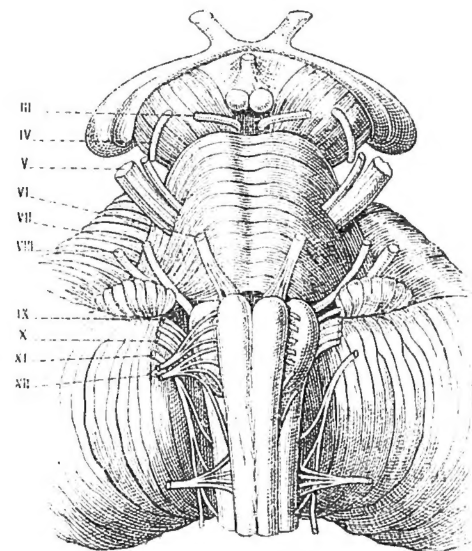


Figure 2. — Origines apparentes des nerf crâniens.
V, racines du trijumeau; VI, oculo-moteur externe; VII, facial; VIII, nerf auditif; III, 3e paire; IV, 4e paire; IX, 9e paire; X, 10e paire; XI, 11e paire; XII, 12e paire.

Après son origine apparente, c'est-à-dire après son émergence du sillon bulbo-protubérantiel, le facial est constitué par deux racines distinctes :

Une *racine interne*, plus volumineuse; elle va former le tronc du facial proprement dit.

Une *racine externe*, plus grêle, située entre la précédente et le nerf auditif; on la désigne communément sous le nom de *nerf intermédiaire de Wrisberg*. On ne connaît pas encore, d'une façon certaine, son mode de terminaison et de distribution périphérique. Suivant l'opinion la plus accréditée, le nerf intermédiaire de Wrisberg serait continué, en partie, sinon en totalité, par la corde du tympan.

Ne considérons que le tronc du facial proprement dit. Après son émergence, il se porte obliquement, de bas en haut, d'arrière en avant et de dedans en dehors; il va gagner le conduit auditif interne, qu'il parcourt sur toute sa longueur. Dans cette portion de son trajet, il est accolé au nerf auditif, placé au-dessous de lui et qui se creuse en gouttière pour le recevoir. Sur cette figure (fig. 2), vous pouvez vous rendre compte qu'à la base du crâne, la racine du facial est située à une faible distance de la racine de l'oculo-moteur externe et des deux racines de la 5e paire.

Les conséquences à déduire de ces rapports anatomiques sont faciles à deviner :

Toute lésion — tumeur, plaque de méningite, exsudat purulent — qui, siégeant à la base de l'encéphale, comprime la racine du facial, de façon à la paralyser, atteindra presque fatalement la racine du nerf auditif; elle atteindra facilement la racine de la 6e paire, ainsi que les racines du trijumeau, la racine sensitive surtout, car la racine motrice, beaucoup plus grêle, est en quelque sorte protégée par la précédente.

Ainsi s'explique la fréquence de l'association de troubles auditifs, d'une paralysie de la 6e paire et d'une paralysie — avec ou sans irritation — de la racine sensitive, plus rarement de la racine motrice du trijumeau, à la paralysie faciale causée par une lésion qui siège à la base de l'encéphale. On conçoit, de même, que le nerf auditif participera presque inévitablement aux lésions qui intéressent le facial dans son parcours à travers le conduit auditif interne.

Une autre circonstance est à noter : sur tout le parcours qui s'étend de son origine apparente jusqu'à sa sortie du conduit auditif interne, le facial n'émet aucune branche collatérale. Donc, toute paralysie faciale en rapport avec une lésion située sur cette partie du

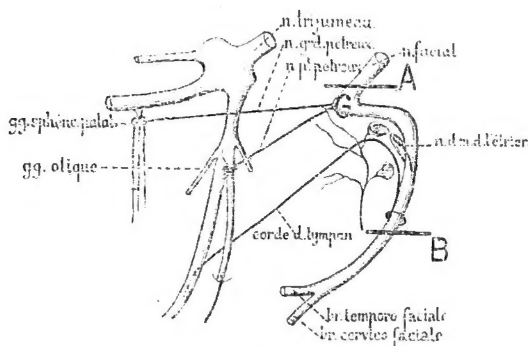


Figure 3.

trajet de la 7e paire sera *totale*; elle portera sur tous les rameaux de ce nerf, tant sur ceux du facial supérieur que sur ceux du facial inférieur, y compris les branches collatérales.

* * *

Au sortir du conduit auditif interne (fig. 3, A), le facial s'engage dans l'aqueduc de Fallope, dont il suit toutes les inflexions et qui lui est spécialement destiné. Il s'en échappe par le trou stylo-mastoïdien (fig. 3, B).

C'est dans cette portion de son trajet, que le nerf de la 7e paire émet ses différentes branches collatérales. Voilà qui demande à être pris en considération dans ses moindres détails.

Je viens de vous dire que le facial suit les inflexions du canal de Fallope. Ce conduit décrit deux coudes. A l'endroit du premier, le nerf présente un épaississement G, qui n'est autre que le *ganglion géniculé*. De ce ganglion partent deux branches collatérales : le grand et le petit nerfs pétreux superficiels.

Le second va fournir au ganglion otique sa racine motrice.

Le premier est destiné aux muscles releveurs du voile du palais, si l'on s'en rapporte à vos manuels et traités d'anatomie. Or, dans le cours de ces dernières années, différents auteurs, notamment Gowers, Oppenheim, Koester, ont contesté que la paralysie du voile du palais s'observe en tant que manifestation de la paralysie de la 7e paire. En 1897, au Congrès des neurologistes et psychiatres de l'Allemagne du Sud, le prof. Hoffmann a communiqué un cas de diplégie faciale sans participation du voile du palais, ni troubles de la gustation. A l'autopsie du sujet, on a constaté une interruption complète des fibres du nerf facial, de chaque côté, en amont du ganglion géniculé.

L'année suivante, M. Lermoyez[1] a condensé dans une étude critique très démonstrative, les arguments qui plaident contre toute participation du facial à l'innervation motrice du voile du palais.

Un peu au delà du ganglion géniculé, le facial émet un rameau destiné au muscle de l'étrier. Or, l'hyperacousie, l'exagération de la perception auditive, qu'on observe assez souvent dans les cas de paralysie faciale périphérique, est attribuée à la paralysie du muscle de l'étrier, qui entraîne une moindre tension de la chaîne des osselets, d'où renforcement des vibrations sonores. Cette interprétation également a trouvé des contradicteurs, surtout parmi les auristes. Ainsi, d'après Friedrich, l'hyperacousie et les autres troubles auditifs susceptibles de s'associer à la paralysie faciale périphérique seraient imputables à une atteinte directe portée au nerf auditif, qui entretient des rapports anatomiques si étroits avec le facial. D'après Tomka, ils seraient la conséquence d'un retentissement, sur le labyrinthe, de la lésion qui, dans le canal de Fallope, tient sous sa dépendance la paralysie de la 7e paire, en l'absence de toute lésion de la caisse.

Quoi qu'il en soit, l'hyperacousie a beaucoup perdu de sa valeur, en tant que manifestation susceptible de nous éclairer sur le siège anatomique d'une paralysie faciale périphérique.

Au contraire, la diminution de l'acuité auditive, quand elle se présente avec les caractères de l'*hypoacousie nerveuse*, aurait une signification très nette, eu égard au diagnostic topographique à porter dans un cas de paralysie périphérique de la 7e paire. Elle dénote l'existence d'une nécrose de la partie inférieure du colimaçon, séparée du nerf facial, au voisinage du ganglion géniculé, par une épaisseur de paroi osseuse, qui ne dépasse pas un quart de millimètre. Conséquemment, la coexistence de l'hypoacousie nerveuse et d'une paralysie de la 7e paire, dénote que le siège de celle-ci se trouve au voisinage du ganglion géniculé, d'après Koester.

A 5 millimètres au-dessus du trou stylo-mastoïdien, orifice de sortie de l'aqueduc de Fallope, le nerf facial émet une dernière branche collatérale, la corde du tympan. Elle fusionne avec le nerf lingual, pour fournir à la moitié antérieure de la langue sa sensibilité gustative. Une lésion qui intéresse le nerf facial au-dessus de la naissance de la corde du tympan, entraînera donc une diminution ou l'abolition de la sensibilité gustative, dans la portion antérieure de la moitié correspondante de la langue.

D'après Koester, on observe souvent, dans les mêmes circonstances, des troubles de la sécrétion sudorale, hyperhydrose, anhydrose, limités à la moitié de la face, qui est le siège de la paralysie. Ils sont prompts à disparaître et dépendraient d'une altération des fibres collatérales qui relient le facial au trijumeau.

Tout aussi fréquents seraient les troubles de la sécrétion des glandes sous-maxillaire et sublinguale, dans les cas où une paralysie de la 7e paire a son siège anatomique dans l'aqueduc de Fallope. Ils consistent indifféremment dans une exagération ou dans une diminution de la sécrétion salivaire. A l'instar des troubles sudoraux, ils sont relativement précoces à disparaître.

Enfin, on observe, dans les mêmes circonstances, des troubles de la sécrétion lacrymale; ils sont généralement passés sous silence par les auteurs. Cependant, dès 1876, M. Goldzieher[1] avait signalé la suppression de la sécrétion lacrymale du côté paralysé, dans un cas de paralysie de la 7e paire. Il en avait conclu que, contrairement à l'opinion classique, le nerf qui préside à la sécrétion des larmes provient de la 7e paire et non de la 5e. Plus tard, Jendrassik[2] a porté son attention d'une façon spéciale sur les troubles de la sécrétion lacrymale considérés dans leurs rapports avec la paralysie de la 7e paire. Dans 4 cas de paralysie faciale périphérique, il a constaté la suppression de la sécrétion des larmes, du côté paralysé; chez trois malades sur quatre, il existait une paralysie du voile du palais. L'un d'eux présentait également une paralysie de la gustation, dans la partie antérieure de la moitié correspondante de la langue. Jendrassik avait conclu que les fibres sécrétoires destinées aux glandes lacrymales se détachent du ganglion géniculé, conjointement avec les fibres motrices destinées au voile du palais, et avec les fibres gustatives destinées à une partie antérieure de la langue, que de là elles s'en vont rejoindre le ganglion sphéno-palatin, par la voie du grand nerf pétreux.

Koester a réuni 11 cas de paralysie faciale où la suppression de la sécrétion des larmes, du côté de la paralysie, a été constatée d'une façon irrécusable. D'autre part, il a cité des faits de paralysie faciale survenue dans le cours d'une affection de l'oreille moyenne, où le facial s'étant trouvé divisé à des niveaux variables de son parcours à travers le rocher, il a été possible d'établir, par voie d'exclusion, que les troubles de la sécrétion lacrymale s'observent seulement, dans les cas de paralysie de la 7e paire, lorsque celle-ci dépend d'une lésion située au voisinage du ganglion géniculé.

Bref, pour être rares, dans les cas de paralysie faciale périphérique, les troubles de la sécrétion des larmes n'en ont pas moins une signification diagnostique d'une réelle importance, à s'en rapporter aux recherches de Jendrassik et de Koester.

* * *

Si la paralysie faciale dépend d'une lésion située à la partie la plus inférieure du trajet de ce nerf, dans l'aqueduc de Fallope, au-dessus du trou stylo-mastoïdien et au-dessous du point d'où se détache la corde du tympan, la paralysie de la 7e paire sera limitée aux seuls muscles de la face, et à ceux qui font mouvoir le pavillon de l'oreille.

1. M. Lermoyez — « Les paralysies du voile du palais et le nerf facial ». *La Presse Médicale*, 1898, 7 mai 1898, n° 39, p. 241.

1. Goldzieher. — « Beobachtung eines gänzlichen Sistiren der Thraenenabsonderung. etc. » *Pester medicin. Chirurg. Presse*, 1876, n° 27.

2. Jendrassik. — Sur le rôle du facial dans la sécrétion des larmes. *Revue neurologique*, 1894, n° 7.

De même encore, si la lésion qui est cause de la paralysie intéresse le nerf au delà de sa sortie du trou stylo-mastoïdien, et avant sa division en deux branches terminales dans l'épaisseur de la parotide.

***

Les notions que je viens de vous exposer et qui se rapportent au diagnostic topographique de la lésion en cause, dans un cas de paralysie faciale périphérique, peuvent, somme toute, se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Lorsque la paralysie périphérique de la 7e paire intéresse les seuls muscles de la face et qu'elle s'accompagne, tout au plus, de troubles de la sécrétion sudorale, la lésion doit siéger au-dessous du point d'où se détache la corde du tympan;

2° Si elle s'accompagne de troubles de la gustation, éventuellement aussi de troubles de la sécrétion salivaire, voire d'hyperacousie, la lésion siège entre ce point et le ganglion géniculé;

3° Si, en outre, elle s'accompagne de troubles de la sécrétion lacrymale et d'une surdité nerveuse, voire d'une paralysie de la moitié correspondante du voile du palais (?), la lésion doit siéger au voisinage immédiat du ganglion géniculé;

4° Si, en plus des phénomènes associés susdits, mais dont quelques-uns, notamment les troubles de la gustation, peuvent manquer, on observe des manifestations en rapport avec une paralysie des 8e, 6e et 5e paires, la lésion doit siéger à la base du crâne;

5° Enfin, l'association d'une *hémiplégie*, motrice ou sensitive, CROISÉE, à la paralysie faciale périphérique, dénote que la lésion siège sur le trajet intra-protubérantiel de la 7e paire. La bilatéralité d'une paralysie faciale périphérique comporte habituellement la même signification.

***

Messieurs, cette schématisation a dû certainement vous paraître séduisante dans sa simplicité et dans son apparente rigueur. Assurément, elle est à même de vous éclairer, dans bien des cas, sur le siège précis de la lésion qui tient sous sa dépendance une paralysie faciale périphérique, mais il ne faudrait pas vous y fier aveuglément. Outre que la valeur de quelques-unes des conclusions que je viens d'énoncer est discutable et reste discutée, elles ne s'appliquent, dans leur ensemble, qu'aux seuls cas où la lésion interrompt en quelque sorte la continuité du nerf, à l'instar d'une section transversale. Or, il est loin d'en être toujours ainsi. La lésion en cause peut être diffuse; elle peut intéresser le tronc du nerf dans une partie seulement de son épaisseur, et s'étendre en longueur sur un parcours relativement considérable. Dans ces conditions, s'en tenir strictement aux précédentes indications schématiques, serait s'exposer à des erreurs inévitables et grossières. Vous n'y devez voir que de simples points de repère, des jalons : tout en vous servant de guide, pour la détermination du siège exact de la lésion, dans un cas de paralysie faciale périphérique, elles ne sauraient vous suffire toujours, pour vous conduire au but cherché.

Voyons maintenant quelle application nous pouvons en faire, dans le cas particulier, réalisé par notre malade.

P... a été atteint de sa paralysie faciale, d'une façon brusque, il y a environ deux mois. En fait de troubles concomitants, c'est tout au plus s'il a eu un peu de céphalalgie.

Le lendemain, une assez forte fièvre s'est allumée; elle a persisté pendant trois jours, accompagnée d'un abattement général, mais sans signes apparents d'une détermination anatomique. Il n'y a pas eu d'hyperacousie, mais d'emblée la paralysie faciale s'est accompagnée d'une surdité relative.

Quand le malade est venu nous consulter, trois semaines plus tard, nous avons constaté et nous constatons encore actuellement l'existence légère d'une paralysie faciale droite. Elle réalise les caractères d'une paralysie périphérique de la 7e paire : elle est totale; elle s'accompagne de modifications qualitatives des réactions électriques, d'un émoussement de la sensibilité gustative, au niveau de la partie antérieure de la moitié correspondante de la langue, ainsi que d'une surdité relative de l'oreille droite, surdité nerveuse. En outre, il s'y associe une paralysie de la 6e paire à droite, et ceci est à retenir.

Messieurs, si vous vous reportez vers le schéma que je vous ai tracé tout à l'heure, vous serez facilement entraînés à conclure que la lésion, responsable de la paralysie faciale présentée par notre malade, doit intéresser le nerf, dans son parcours à travers l'acqueduc de Fallope, au-dessus du point d'où se détache la corde du tympan, afin que nous puissions rendre compte des troubles de la sensibilité gustative, — et au voisinage immédiat du ganglion géniculé, en raison de l'existence d'une hypoacousie nerveuse, à droite.

Eh bien cette conclusion est fausse. Au nombre des phénomènes morbides, associés à la paralysie faciale, chez notre malade, il en est un qui, en l'espèce, a une importance majeure, c'est la parésie de l'oculomoteur externe. Son existence n'est pas à mettre en doute; elle se trahit, d'une façon en quelque sorte ostensible, par la diplopie dans le regard latéral à droite. Or, dans l'hypothèse d'une lésion unique, l'association d'une paralysie de la 6e paire à la paralysie faciale implique que la lésion siège dans le crâne, soit en aval de l'émergence des deux nerfs hors de la gouttière bulbo-protubérantielle (fig. 2), soit sur leur trajet intra-protubérantiel. Rappelez-vous, à ce propos, que les deux nerfs en question ont leurs noyaux d'origine presque contigus (fig. 1), et que leurs filets d'origine suivent des parcours voisins, jusqu'à leurs points d'émergence.

Je ne crois pas à l'existence, chez notre malade, d'une lésion intra-protubérantielle. En raison de la soudaineté du début de la paralysie faciale et de sa marche rapidement régressive, cette lésion ne pourrait être une tumeur; ce serait évidemment un foyer hémorragique ou un foyer de ramollissement. Or, le malade est dans la force de l'âge; il ne présente pas de signes d'une lésion cardiaque, pas de trace d'athéromacie. Il n'a pas non plus présenté, au début de sa maladie, le moindre phénomène qui rappelle ce qui se passe au moment d'un ictus apoplectique.

Enfin, quand un foyer intra-protubérantiel désorganise ou comprime les filets radiculaires des 6e et 7e paires d'un côté, un certain degré de parésie motrice ne manque presque jamais, dans la moitié opposée du corps.

Donc, je vous le répète, il ne m'entre pas dans l'esprit qu'une lésion intra-protubérantielle puisse être rendue responsable de la paralysie faciale périphérique et de la parésie concomitante de la 6e paire, présentées par notre malade.

Reste l'hypothèse d'une lésion comprimant les deux nerfs, à la base de l'encéphale, au voisinage de leur origine apparente. Elle nous rend parfaitement compte de la nature des phénomènes morbides et de l'ensemble du syndrome présentés par P...

Le difficile est seulement de déterminer la nature de la lésion présumée. En fait de foyers morbides, susceptibles de produire une compression isolée de la 7e et de la 6e paires, d'un seul côté, nous avons d'abord à prendre en considération les néoplasmes, en particulier les gommes syphilitiques et les tubercules, puis les plaques de méningite tuberculeuse circonscrite, les exostoses syphilitiques de la paroi cranienne, les abcès consécutifs à une carie du rocher, les épanchements consécutifs à une fracture du crâne. Rien, dans les antécédents et dans l'état actuel du malade, ne parle en faveur de l'existence d'une lésion de ce genre. Du reste G... ne présente pas de signes ou symptômes imputables à l'existence d'une tumeur intra-craniennes, autres que sa paralysie de la 7e et de la 6e paires droites. Il n'a pas eu de nausées, pas de vomissements, pas d'étranglement ni d'œdème de la papille, mais seulement des maux de tête, légers et fugaces. Il n'a pas eu la syphilis; il n'est pas tuberculeux. Il n'a pas non plus subi de traumatisme, cranien ou autre.

Sachez, d'ailleurs, que le refroidissement, cette cause banale, invoquée, à tort et à travers, comme cause de toutes sortes de maux, figure dans l'étiologie de la paralysie de la 6e paire et de la paralysie faciale. En manière de pis-aller, nous pourrions donc nous contenter de dire : Si, du jour au lendemain, P... a été atteint d'une paralysie faciale périphérique, compliquée d'une parésie de la 6e paire, c'est sans doute parce qu'il s'est exposé à un refroidissement. Presque toujours, les paralysies, qui surviennent dans ces conditions, sont légères et peu tenaces.

Aussi bien, chez P..., la paralysie faciale, qui date de deux mois à peine et qui n'a jamais été bien accusée, est en pleine voie de régression.

Je vous avoue que cette sorte d'échappatoire ne me satisfait nullement. J'incline plutôt à entrevoir une autre origine aux accidents présentés par notre malade. Rappelez-vous qu'au début de sa maladie, P... a souffert d'un malaise général, accompagné de maux de tête, qu'il a eu une fièvre assez violente, de courte durée d'ailleurs. Rappelez-vous que, d'emblée, la paralysie faciale s'est accompagnée d'une surdité relative de l'oreille droite. Quelque chose d'anormal a donc dû se passer du côté de cette oreille, quelque chose que je ne puis préciser, mais qui est à même de nous expliquer le mouvement fébrile et le malaise du début, la surdité relative unilatérale. Ce quelque chose a pu retentir sur le périoste de la partie avoisinante du rocher, amener une fluxion, un gonflement de cette membrane, à défaut de périostite proprement dite, bref, de quoi expliquer une

compression de la 6e et de la 7e paires, de ce côté droit, au voisinage de leur émergence du sillon bulbo-protubérantiel. Voilà l'hypothèse qui me paraît le mieux répondre aux circonstances particulières du cas.

* * *

Messieurs, à s'en rapporter à vos traités classiques, le pronostic de la paralysie faciale périphérique se fonde principalement sur les données de l'examen électrique. A cet égard, on a coutume de distinguer trois formes de paralysie périphérique de la 7e paire.

a) Une *forme légère*; elle est caractérisée par l'absence de modifications qualitatives des réactions électriques; c'est tout au plus si on constate une diminution de l'excitabilité électrique du nerf paralysé, avec retour à l'état normal, au bout de quinze jours à trois semaines.

b) Une *forme grave*; non seulement la déviation de la figure, qui résulte de la paralysie de la 7e paire, est portée à son maximum, mais en outre, les réactions électriques subissent, au bout de très peu de temps, des modifications qualitatives, très prononcées et durables : dès la seconde ou la troisième semaine, l'examen électrique fait constater les signes de la R. D. totale, c'est-à-dire l'abolition de la contractilité faradique du nerf de la 7e paire et des muscles qu'il innerve, l'exagération de la contractilité galvanique des muscles, l'inversion de la formule polaire (la contraction de fermeture est plus forte au pôle positif qu'au pôle négatif, contrairement à ce qui a lieu dans les circonstances normales). Ces modifications qualitatives persistent pendant des semaines et des mois. Corrélativement, le réveil de la contractilité volontaire des muscles paralysés est très tardif à se manifester. Au surplus, il n'est pas rare que dans ces conditions l'atrophie, et une atrophie irréparable, envahisse les muscles atteints. D'autres fois, la paralysie fait place à une contracture persistante des muscles de la face, du côté primitivement paralysé. Il s'agit là d'une complication redoutable de la paralysie de la 7e paire.

c) Une *forme* dite *moyenne* parce que, eu égard à sa gravité, elle se tient entre les deux précédentes. Elle se reconnaît à la constatation des signes de la R. D. *partielle* : au bout d'une semaine environ, on constate une simple diminution de l'excitabilité faradique du nerf et des muscles paralysés; un peu plus tard apparaît l'exagération de la contractilité galvanique de ces muscles. Le réveil de la contractilité volontaire se manifeste vers la cinquième ou sixième semaine.

* * *

Ce schéma, dont nous sommes redevables aux travaux de mon éminent collègue Erb (d'Heidelberg), est un guide commode et assez fidèle, pour qui veut se prononcer sur *l'avenir d'une paralysie faciale périphérique*, mais nous ne saurions nous en contenter. Il vous apparaîtra très naturel que nous ayons également à tenir compte du siège et de la nature de la lésion responsable de la paralysie de la 7e paire. Ainsi, dans un cas de paralysie faciale en rapport soit avec une tumeur intra-protubérantielle, soit avec une tumeur non syphilitique de la base, nous sommes complètement désarmés, car nous sommes en présence d'une lésion incurable.

Dans un cas de foyer intra-protubérantiel, d'origine hémorragique ou consécutif à un ramollissement, des chances de guérison spontanée subsistent, mais il faut compter aussi avec l'éventualité d'une ou de plusieurs récidives.

Dans un cas de paralysie de la 7e paire, consécutive à une fracture du crâne, à une carie du rocher, à une otite médiane ou à toute autre affection auriculaire, le pronostic de la paralysie de la 7e paire s'efface devant celui de la lésion protopathique.

Je pourrais multiplier ces exemples, mais j'ai hâte de revenir au cas de notre malade : la compression que j'incline à incriminer dans le développement de sa paralysie associée de la 7e et de la 6e paires est due, selon toutes les apparences, à une lésion réparable, susceptible d'une régression graduelle, plutôt que vouée à un accroissement progressif, ainsi que cela se voit ordinairement dans les cas de tumeur. Dès lors et malgré les résultats fournis par l'examen électrique, je n'hésite pas à prédire une guérison prochaine de cette paralysie faciale. Déjà, du reste, nous avons obtenu une amélioration très franche, à la suite du traitement auquel nous avons soumis le malade. Ce traitement, vous vous en souvenez, a consisté dans l'électrisation méthodique du nerf et des muscles paralysés, et dans l'administration interne de l'iodure de potassium, médicament auquel nous sommes portés à attribuer des propriétés fondantes, résolutives.

MÉDECINE PRATIQUE

LES LAVAGES INTESTINAUX A L'EAU OXYGENÉE

Dans une communication faite à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, le 29 Novembre dernier, M. Rocaz a préconisé l'usage des lavements à l'eau oxygénée dans le traitement de la dysenterie aiguë des enfants.

J'emploie depuis assez longtemps la même médication; j'en ai indiqué la technique, et j'en ai montré les avantages dans mon livre sur *Les maladies infectieuses* (1 vol. de 1520 pages en 2 fascicules), qui a été mis en vente à la même époque, c'est-à-dire le 25 Novembre.

Il semblait, en effet, tout naturel d'utiliser dans la thérapeutique des affections intestinales l'eau oxygénée, qui a le double avantage d'être fortement antiseptique et d'être bien supportée par les tissus. On peut, sans aucun inconvénient, en répandre sur les tissus et même en injecter sous la peau : c'est le meilleur médicament contre les gangrènes. D'un autre côté, M. Miquel range l'eau oxygénée parmi les substances éminemment antiseptiques. Si nous nous reportons aux chiffres qu'il donne, nous trouvons que 0 gr. 05 d'eau oxygénée stérilisent un litre de bouillon. Pour obtenir le même résultat, il suffit, il est vrai, de 0,025 de biiodure de mercure, mais il faut 0,07 de sublimé, 3,2 d'acide phénique, 3,5 de permanganate de potasse.

L'eau oxygénée du commerce étant acide, j'ai pensé qu'avant de l'introduire dans l'organisme, il faut la neutraliser. C'est ce qu'on peut obtenir en la mélangeant avec son volume d'une solution de bi-carbonate de soude à 4 pour 1.000. Dans la pratique, voici comment j'opère : je fais verser, au moment de s'en servir, 100 centimètres cubes d'eau oxygénée à 12 volumes dans 900 centimètres cubes d'eau bouillie contenant 5 grammes de chlorure de sodium, 3 grammes de phosphate de soude et 0,5 de bicarbonate de soude. On obtient ainsi un mélange légèrement alcalin, qu'on administrera suivant les règles données pour les lavages intestinaux. Une sonde molle sera introduite dans le côlon, et le liquide sera injecté lentement et sous une faible pression. M. Rocaz conseille de donner, au préalable, un lavement évacuateur.

On peut pratiquer par jour de un à trois lavages. On fera passer chaque fois un demi-litre ou un litre de liquide.

En général, les lavages sont bien supportés. Cependant, s'ils déterminaient des contractions douloureuses comme je l'ai observé, mais d'une façon exceptionnelle, il suffirait de diminuer les doses; on les augmenterait ensuite.

M. Rocaz emploie l'eau oxygénée diluée dans cinq fois son volume d'eau stérilisée. Sur une dizaine de malades âgés de deux à douze ans, il a obtenu une amélioration en deux ou trois jours. Les observations que j'ai faites de mon côté sont tout à fait semblables. J'ai d'abord utilisé l'eau oxygénée dans la colite dysentériforme. Les résultats ont été surprenants. Le premier malade sur lequel j'ai opéré était, depuis quinze jours, traité sans aucun succès par les médications les plus diverses, et notamment par un procédé qui réussit généralement bien : les lavages au permanganate de potasse. Après deux lavages à l'eau oxygénée, les douleurs très violentes dont se plaignait le malade avaient disparu; les selles avaient diminué de nombre : au lieu de 12 à 15 évacuations alvines qu'on notait les jours précédents, il n'y en avait plus que deux. En même temps, les matières perdaient leur caractère spécial et la fièvre était tombée. Après quatre jours de traitement, les accidents avaient disparu. Pour plus de sûreté, et M. Rocaz donne le même conseil, on continua pendant quatre jours, après la disparition de tous les troubles, l'administration de l'eau oxygénée. Depuis lors, j'ai obtenu plusieurs fois des guérisons aussi rapides dans des cas semblables.

On se trouve ainsi conduit à se demander si la méthode ne rendra pas des services dans le traitement des autres infections intestinales : elle me semble indiquée dans tous les cas où existent des putréfactions exagérées du gros intestin; on pourrait aussi, en tenant compte de ses propriétés hémostatiques, utiliser l'eau oxygénée contre les hémorragies qui prennent naissance dans cette dernière portion du tube digestif.

Il est une affection où les résultats, sans être aussi favorables que dans la colite dysentériforme, sont assez encourageants : c'est la colite muco-membraneuse. L'eau oxygénée favorise l'issue du mucus; elle réveille la contractilité des muscles intestinaux et tend ainsi à diminuer la dilatation intestinale qui complique si fréquemment cette affection; enfin, elle combat la putréfaction et diminue la fétidité des matières. Seulement, dans la plupart des cas, on fera bien de ne pratiquer que deux ou trois lavages par semaine. J'ai l'habitude de faire alterner l'eau oxygénée avec des lavages à l'eau salée ou avec une introduction d'huile ou un pansement au bismuth, mais je ne veux pas insister sur ces différents points, qui me conduiraient à discuter le traitement toujours si difficile de la colite muco-membraneuse. Qu'il me suffise d'avoir indiqué les services que peut rendre l'eau oxygénée dans le traitement des diverses affections du gros intestin.

H. Roger.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

23 Décembre 1901.

Sur la racine d'iboga et l'ibogine. — ***MM. Lambert et Hækel.*** Ces auteurs ont entrepris des recherches sur l'action de l'ibogine, principe actif de la racine d'iboga, d'abord avec des extraits de la plante, puis avec l'ibogine même obtenu par M. Schlagdenhauffen, puis par M. Haller.

En injection sous-cutanée, l'ibogine amène chez la grenouille une disparition des mouvements volontaires et réflexes avec persistance de l'excitabilité nerveuse et musculaire. Les mouvements respiratoires disparaissent momentanément, mais le cœur continue à battre. La dose d'ibogine nécessaire pour entraîner la mort est élevée, 0 gr. 50 par kilogramme. A doses plus faible, il y a abolition de la sensibilité dans la région injectée. Appliquée sur le cœur de la grenouille, l'ibogine en détermine le ralentissement puis l'arrêt systolique. Chez le chien curarisé, l'injection intra-veineuse du produit amène un analogue ralentissement suivi d'une chute de la pression sanguine. Le ralentissement est d'origine cardiaque et n'est pas aboli par la section des pneumogastriques.

30 Décembre 1901.

Action des courants de haute fréquence en application directe. — *MM. Bordier et Lecomte.* Ces auteurs ayant tenté de soumettre divers animaux à l'action des courants de haute fréquence, ont constaté que les effets produits étaient très différents de ceux précédemment enregistrés. En particulier, ils ont vu leurs sujets présenter de violentes contractions musculaires, et être même atteints de brûlures graves.

M. d'Arsonval. Il en a été ainsi parce que les opérations n'ont pas été assez soigneusement conduites.

Quand l'application des courants de haute fréquence n'est pas faite avec toutes les précautions nécessaires, il peut, en effet, arriver qu'à ces courants s'en superposent d'autres de basse fréquence qui eux provoquent les fâcheux phénomènes physiologiques observés par MM. Bordier et Lecomte.

G. Vitoux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

28 Décembre 1901.

Des conditions de fixation de la pepsine sur les albuminoïdes. — *MM. P. Carnot et A. Chassevant.* Nous avons étudié les différents facteurs qui favorisent la fixation bien connue de la pepsine sur la fibrine. Nous avons reconnu que différents acides, mais surtout l'acide chlorhydrique, mordançaient la fibrine et lui permettaient de fixer beaucoup plus énergiquement la pepsine.

De la fibrine trempée dans l'acide chlorhydrique, puis lavée, trempée dans une solution de pepsine et lavée de nouveau, se digère, lorsqu'elle est abandonnée en milieu acide à l'étuve, beaucoup plus rapidement que la fibrine non mordancée préalablement.

Ce fait est à rapprocher de l'action complémentaire de l'acide chlorhydrique et de la pepsine dans le processus même de la digestion peptique. On peut comparer cette double action, simultanée ou successive, à la double action réciproque, découverte par Pawlow, de la kinase et de la trypsine, sur la fixation de trypsine et sur le processus même de la digestion intestinale. Mais, dans le cas de l'acide chlorhydrique, il s'agit d'un corps simple, nullement spécifique, et son action semble devoir être comparée plutôt au mordançage de certains tissus qu'au mécanisme des sensibilisatrices spécifiques.

De l'utilité du sérum de cheval, déposé dans le péritoine, au cours des opérations abdominales. — *M. Raymond Petit* a fait à l'Institut Pasteur dans le laboratoire de M. Metchnikoff, des recherches sur l'utilisation du sérum de cheval chauffé à 55°, dans les opérations abdominales.

Il conclut de ses expériences sur les animaux et de trois cas chez l'homme : 1° qu'on peut se contenter de verser 10 centimètres cubes de sérum dans l'abdomen à la fin de l'opération; 2° que dans certains cas pourtant on peut faire l'injection intra-péritonéale vingt-quatre heures avant l'opération en position inclinée de Trendelenburg; 3° que ces injections de sérum sont inoffensives; 4° que, par son action stimulante sur les phagocytes, le sérum de cheval, chauffé à 55° peut prévenir l'infection dans les laparotomies.

Sur la présence constante de l'hématozoaire de Laveran dans le paludisme en Algérie. — *M. A. Billet* (de Constantine). J'ai pu observer dans ces dernières années près de 395 cas de paludisme. Dans tous, sans aucune exception, soit au moment de l'entrée, soit dans le cours de l'affection, j'ai reconnu la présence de l'hématozoaire sous ses différentes formes. J'ai toujours eu recours à la méthode de coloration de Laveran, qui m'a permis de rencontrer le parasite, non seulement dans tous les cas où le diagnostic de paludisme s'imposait par ses caractères cliniques et classiques, mais encore dans les cas où ce diagnostic était masqué par des symptômes communs à un grand nombre de formes fébriles des pays chauds.

Développement des hématies nucléées chez les vertébrés adultes. — *M. Jolly.* Chez des animaux (tritons) anémiés par un jeûne de trois mois, on peut constater dans le sang du cœur des cellules sphériques avec gros noyau. Il s'agit là non d'éléments leucocytaires, mais de cellules prenant l'hémoglobine et probablement souches d'hématies nucléées.

Dosage du chlore urinaire. — *M. G. Meillère* passe en revue les procédés de dosage du chlore urinaire et cite les expériences qui permettent de conclure à la non-existence du chlore organique dans les urines.

A. Sicard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

27 Décembre 1901.

Intoxication saturnine grave chez des ouvriers employés à la fabrication des accumulateurs. — *MM. Marcel Labbé et Jean Ferrand* rapportent les observations de quatre malades employés à la fabrication d'accumulateurs dans une usine des environs de Paris et profondément intoxiqués par le plomb. Deux d'entre eux ont été atteints, l'un au bout de deux mois, l'autre au bout de six mois d'une paralysie étendue avec atrophie musculaire considérable.

La paralysie portait surtout sur les muscles de la ceinture scapulaire et sur ceux des membres supérieurs; les muscles de l'éminence thénar et hypothénar, ceux de la face, ceux de la région dorso-lombaire étaient pris dans un des deux cas. Chez deux autres malades, l'intoxication s'est traduite par des crises de colique saturnine intenses. Chez tous ces malades, l'anémie était très profonde.

Les auteurs insistent sur le mode d'intoxication de ces malades par les voies respiratoires, ces malades travaillant dans une atmosphère remplie de poussières d'oxydes de plomb.

Dans les fabriques d'accumulateurs, les accidents d'intoxication saturnine sont très fréquents; presque aucun ouvrier n'y échappe.

M. Rendu vit des accidents semblables se produire chez un ingénieur travaillant dans une fabrique d'accumulateurs.

Traitement de l'angine de Vincent par le bleu de méthylène. — *M. Chauffard* présente une femme ayant eu, il y a quelques jours, une angine de Vincent typique : ulcération chancriforme fétide, une fièvre élevée, une adénopathie très douloureuse; l'examen bactériologique confirma ce diagnostic en montrant la présence de spirilles et de bacilles fusiformes. Trois applications de bleu de méthylène chimiquement pur, pulvérulent, guérirent complètement cette malade. Ce traitement, recommandé par M. Siredey, a une telle efficacité qu'il peut servir de criterium thérapeutique dans les cas difficiles où une angine de Vincent simule un chancre de l'amygdale.

M. Siredey. Ce traitement par le bleu de méthylène convient également dans les angines simples; un cas récent, où l'examen bactériologique permit de constater l'absence des spirilles et des bacilles fusiformes, guérit en quelques jours sous l'influence de ce traitement.

M. Simonin attribue la fréquence de l'angine de Vincent dans la garnison de Paris et dans celle de Lyon à la mauvaise dentition des soldats, Bretons ou Savoyards, buveurs de cidre; tandis que dans le Midi, l'angine de Vincent est rare, car les hommes, buveurs de vin, ont de bonnes dents.

Sur la présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques; son application au diagnostic précoce. — *M. Jules Courmont.* Le bacille d'Eberth existe d'une façon constante dans le sang des typhiques, au moins dans les formes ordinaires, aggravées ou mortelles. L'auteur ignore s'il en est ainsi dans les formes bénignes ou avortées. L'apparition du bacille d'Eberth dans le sang est très précoce (avant le cinquième jour).

Il y séjourne jusqu'à la fin du troisième septénaire; dans les formes prolongées ou à rechutes ce bacille peut rester plus longtemps dans le sang ou en disparaître. Les bacilles retirés du sang sont des bacilles d'Eberth avec tous leurs caractères classiques, sauf une très faible agglutinabilité qui se développe dans les cultures artificielles ultérieures.

La présence du bacille d'Eberth dans le sang n'a pas de rapports avec le pouvoir agglutinant de ce dernier. La séro-réaction peut être très retardée, alors que le bacille existe dans le sang déterminé dès le cinquième jour. Il y a donc là un procédé très précieux de diagnostic précoce lorsque le séro-diagnostic est négatif.

La méthode consiste à ensemencer deux à quatre centimètres cubes de sang veineux dans cinq cents centimètres cubes de bouillon. L'ensemencement de quelques gouttes de sang dans une petite quantité de bouillon donne, par contre, presque toujours des résultats négatifs.

Cholémie familiale à forme hémorragique. — *MM. Gilbert et P. Lereboullet* rapportent quelques nouvelles observations qui montrent le rôle fondamental de la cholémie familiale dans la production d'hémorragies diverses souvent fort abondantes. Ils établissent que certains cas d'hémophilie sont indiscutablement sous la dépendance de la cholémie familiale. A ce propos ils exposent le cas d'une malade dont l'histoire familiale est des plus nettes et qui présente des hémorragies multiples, épistaxis, hématémèses, ménorragies, mélœna, ecchymoses, etc., superposables à celles de l'hémophilie. Cette malade outre une cholémie nette quoique légère, une teinte jaune accusée de la peau, présentait une hypertrophie notable du foie et de la rate. Ils rapprochent son observation de celle d'une autre malade qui présentait en outre des symptômes de rhumatisme biliaire accusés et chez laquelle en plus du diagnostic d'hémophilie, on avait, en raison de la splénomégalie, porté à tort le diagnostic de paludisme. Ils citent d'autres cas où survinrent d'abondantes gastrorragies faisant croire à un ulcère, des hémoptysies à tort considérées comme symptomatiques de la tuberculose. Ils citent enfin des faits d'épistaxis répétés, d'urétrorragie, d'otorragie au cours de la cholémie familiale, et établissent que désormais en présence d'hémorragies abondantes il faudra toujours penser à la cholémie familiale comme à une des principales causes susceptibles de les produire. Mais la cholémie familiale n'est pas seule en cause et il faut faire en outre intervenir pour expliquer les hémorragies la prédisposition individuelle. L'abondance des hémorragies est en effet loin d'être proportionnée à la quantité de pigments biliaires contenus dans le sérum. Il en est d'ailleurs de même pour les autres symptômes secondaires de la cholémie familiale pour lesquels intervient aussi la prédisposition individuelle.

Manifestations appendiculaires au cours de quelques maladies infectieuses. — *M. Simonin* communique une série de huit observations dans lesquelles l'appendice iléo-cæcal manifesta, par des symptômes cliniques, une réaction inflammatoire plus ou moins vive. Il s'agissait d'angines infectieuses, de scarlatines graves, d'érysipèles étendus et tenaces, d'oreillons compliqués.

L'appendice iléo-cæcal peut être considéré comme une sorte de ganglion tubulé prenant part, au cours des infections générales, à la défense de l'organisme, et recevant des germes aussi bien par voie sanguine que par voie lymphatique. Le premier degré de la folliculite ou adénite appendiculaire se révèle par la douleur à la pression au point de Mac-Burney : c'est l'appendicite catarrhale latente. Lorsqu'il y a, en outre, péri-adénite, c'est-à-dire inflammation du tissu cellulaire péri-folliculaire, les réactions inflammatoires peuvent se propager jusqu'à la muqueuse, et surtout à la séreuse péritonéale; on voit alors se produire la crise ou colique appendiculaire plus ou moins accusée avec des douleurs spontanées, des nausées, des vomissements, du péritonisme. Enfin il peut arriver que l'appendice s'abcède et se perfore. Le streptocoque est certainement l'agent le plus fréquent, le plus actif de ces appendicites par infection générale; c'est lui qui semble ordinairement intervenir dans les angines, l'érysipèle, la scarlatine, la grippe, la rougeole et la variole, soit comme agent initial d'infection, soit comme microbe associé ou secondaire. Certains anatomistes ont considéré la sclérose appendiculaire avec obstruction, qu'on rencontre si fréquemment à l'autopsie des gens âgés, comme l'aboutissant de multiples poussées inflammatoires, latentes ou subaiguës, survenues au cours des maladies infectieuses dont l'homme est si souvent éprouvé pendant la première partie de son existence.

E. de Massary.

Erratum. — Dans le compte rendu de la séance du 20 Décembre 1901 de la Société médicale des hôpitaux, les opinions attribuées par erreur à M. Ferrier sur l'étiologie de la dysenterie sont de M. Simonin.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

27 Décembre 1901.

Fusion des os de la jambe; radiographie. — *M. Heitz* montre les épreuves radiographiques d'un cas de fusion du tibia, du péroné et de l'astragale chez une vieille femme de la Salpêtrière.

Cœur de tabétique. — *M. Heitz* présente le cœur d'une femme tabétique depuis douze ans, morte subitement. La crosse de l'aorte est dilatée, calcifiée; il y a aortite chronique manifeste, avec dilatation fusiforme.

Malformation valvulaire aortique. — *M. Heitz* montre un cœur dont l'orifice aortique porte quatre valvules sigmoïdes, avec une seule artère coronaire.

Pièce de surdité verbale. — *M. Vigouroux* présente le cerveau d'un alcoolique qui accusait depuis trois ans de la surdité verbale. On voit une zone de ramollissement ayant détruit la moitié postérieure de la première temporale.

Polype naso-pharyngien. — *M. Viollet* apporte un polype naso-pharyngien; sur les coupes, on voit qu'il s'agit d'un fibrome.

Grossesse tubaire. — *M. Bouglé* présente une pièce d'avortement tubaire, et non de rupture de grossesse tubaire. L'ouverture du pavillon de la trompe est normale; dans la cavité tubaire, on trouve un caillot indiquant que l'œuf s'était greffé sur la muqueuse de la trompe.

Fibrome et salpingite kystique. — *M. Mauclaire* apporte un fibrome intra-utérin qui s'était compliqué de salpingite kystique. On pouvait croire ainsi à un volume considérable du fibrome. L'opération de choix est en pareil cas l'hystérectomie abdominale.

Tuberculose de la rotule. — *M. Guibal* communique un cas de tuberculose primitive de la rotule droite, avec arthrite fongueuse secondaire du genou; une caverne est localisée à la base de la rotule; il y a intégrité du fémur et du tibia.

Rétrécissement tricuspidien; absence de pouls veineux jugulaire. — *M.* **Rathery** présente un cœur offrant un triple rétrécissement aortique, mitral et tricuspidien, d'origine rhumatismale. Avant la mort, survenue par asystolie, on ne constatait pas de pouls veineux jugulaire vrai, absolument comme dans un cas analogue de rétrécissement tricuspidien observé antérieurement par M. Chauffard.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

5 Décembre 1901.

Tumeur cérébrale de nature tuberculeuse chez un enfant. — *MM. Lenoble et Aubineau* envoient l'observation d'un enfant atteint d'une volumineuse tumeur cérébrale de nature tuberculeuse.

Myopathie primitive progressive sans modification des réactions électriques. — *MM. Brissaud et Allard* présentent un enfant de huit ans atteint de myopathie depuis un an, chez qui, malgré une impotence musculaire et une atrophie très prononcées, l'excitabilité faradique et galvanique des nerfs et des muscles est restée normale.

Paralysie infantile à topographie radiculaire. — *MM. Huet et Cestan* présentent un enfant de neuf ans atteint de paralysie infantile localisée étroitement aux muscles innervés par la partie radiculaire inférieure du plexus trachial.

Sur un cas de syringomyélie avec topographie radiculaire des troubles sensitifs et des troubles moteurs. — *MM. Huet et Cestan* présentent une malade atteinte de syringomyélie, dont les troubles sensitifs et les troubles moteurs sont répartis suivant la topographie de la partie radiculaire supérieure du plexus trachial.

Une variété peu commune de myopathie atrophique progressive. — *M. Long* envoie une observation dans laquelle l'atrophie musculaire progressive a présenté cette particularité de débuter par les muscles qui ont pour fonction de redresser la colonne vertébrale.

Association d'hémiplégie hystérique et de diplégie cérébrale infantile. — *M. Laignel-Lavastine* rapporte un cas complexe, dans lequel l'hystérie s'associait à une affection organique. L'hémiplégie hystérique fut guérie par la suggestion à l'état de veille; la lésion organique fut décelée par l'exagération des réflexes tendineux, la trémulation épileptoïde du pied, le signe de Babinski.

Hémorragie cérébrale chez un diabétique ayant donné lieu à une hémiplégie présentant les caractères de l'hémiplégie diabétique. — *MM. Klippel et Jarvis* communiquent l'observation d'un diabétique qui eut brusquement une hémiplégie gauche avec ptosis de la paupière du même côté. Dès le lendemain, les symptômes s'amendaient et finalement disparaissaient au bout de trois jours. On pensait à une hémiplégie diabétique vraie, lorsque le malade mourut quinze jours après les premiers accidents. On trouva un gros foyer d'hémorragie cérébrale en pleine capsule externe, à droite. Malgré son caractère fugace, l'hémiplégie observée était donc le fait d'une lésion organique, et il y a lieu, en présence d'accidents nerveux chez les diabétiques, d'être très réservé, au double point de vue de la pathogénie et du pronostic immédiat.

Hémianesthésie par hémorragie de la capsule externe. — *M. Touche* rapporte 4 cas d'hémianesthésie par hémorragie de la capsule externe. Dans ces 4 cas, les lésions se prolongeaient en arrière de la pointe postérieure du noyau lenticulaire, à la face profonde de l'angle que la coupe de la circonvolution postérieure de l'insula fait avec la coupe, soit de la temporale profonde, soit de la première temporale. Cette région insulo-temporale semble donc jouer un rôle important dans l'hémianesthésie.

Flexion du tronc dans le décubitus dorsal. — *MM. Grasset et Calmette* étudient, après M. Babinski, l'acte de se mettre sur son séant, le sujet étant étendu sur le dos, les bras croisés sur la poitrine. Cet acte peut s'exécuter de quatre manières différentes :

1° Type normal : le sujet s'assoit les membres inférieurs restant absolument immobiles;

2° Type indiquant la faiblesse de l'appareil neuromusculaire de la hanche : le sujet s'assoit en fléchissant les cuisses sur le bassin, en étendant complètement les jambes sur les cuisses et en détachant les talons du sol;

3° Type hémiplégique : le sujet s'assoit en fléchissant les cuisses sur le bassin, et en fléchissant les jambes sur les cuisses;

4° Type Kernig : le sujet s'assoit comme dans le type précédent, mais on ne peut pas avec les mains lui étendre les jambes sur les cuisses, la contracture des fléchisseurs de la jambe sur la cuisse s'y opposant.

Infantilisme myxœdémateux. — *M. Hertoghe* envoie une observation remarquable par plusieurs points :

1° L'influence paludéenne;

2° Le rachitisme concomitant (ce qui démontrerait que le rachitisme est une maladie dystrophique dont il faut chercher l'origine dans les causes qui peuvent léser le corps thyroïde);

3° La guérison spontanée d'une hernie ombilicale;

4° La longue durée et l'innocuité du traitement thyroïdien.

Contribution à l'étude du trophœdème chronique. — *M. Hertoghe* envoie deux observations, minutieusement étudiées, de trophœdème chronique.

De l'épilepsie jacksonienne, en particulier frontale. — *M. A. Chipault.* L'épilepsie jacksonienne à elle seule ne suffit pas à indiquer une intervention cranienne, mais cet isolement symptomatique ne se rencontre pas en pratique; l'épilepsie surgit au cours de l'évolution d'un syndrome indiquant une trépanation qu'elle suffit à localiser à défaut d'un symptôme meilleur, qui pouvait être trop tardif. Quelques-uns de ces symptômes meilleurs peuvent toutefois être concomitants : telle la perte de la motilité et de la sensibilité significative. Lorsqu'elle existe, on doit soupçonner que la lésion provocatrice de l'épilepsie jacksonienne ne siège pas à la région rolandique mais en avant d'elle, à la région frontale, ou simultanément sur les deux.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

26 Décembre 1901.

L'année démographique 1900. — *M. Drouineau.* L'année 1900 a été caractérisée par un excédent de la mortalité par rapport à la natalité. Il est très important de chercher les causes et les remèdes de cette situation si grave pour notre avenir national.

L'excédent de la mortalité n'est pas dû à des influences épidémiques, seule la variole a subi une recrudescence appréciable.

Il est donc peu probable que l'hygiène améliore beaucoup la situation, elle ne pourrait guère avoir d'influence notable que sur l'alcoolisme et la tuberculose. Quant à la mortalité infantile elle a certainement diminué, mais les chiffres de 1899 et de 1900 sont à peu près les mêmes.

Lorsqu'on étudie l'autre facteur, la diminution de la natalité, on arrive à cette conviction, c'est qu'elle est volontaire, car le chiffre des naissances diminue, quoique le nombre des mariages augmente.

En réalité les causes de cet excédent mortuaire varient selon les pays.

Dans certains départements tels que le Puy-de-Dôme on peut incriminer le morcellement de la propriété; dans d'autres, tels que la Seine-Inférieure, l'excédent de la mortalité paraît dû à l'alcoolisme

Elections du bureau. — *Président* : M. Strauss, sénateur de la Seine. *Vice-présidents* : MM. Budin, Huet, Lacan, Thuillier. *Secrétaire général* : M. A. J. Martin.

M. Bize.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

31 Décembre 1901.

Inutilité de l'énucléation de l'œil chez les enfants. — *M. Jaccoud* lit, au nom de *M. Panas*, un rapport sur le travail de *M. Dianoux*, qui montre l'inutilité et les dangers de l'énucléation chez les enfants. Cette intervention produit une infirmité déplorable. En dehors des tumeurs malignes du globe et des iridocyclites infectieuses, il préfère recourir à un procédé de chirurgie conservatrice qui lui est propre, et qu'il applique surtout dans les cas d'hydrophtalmie avec staphylome adhérent de la cornée.

Avec la pointe au rouge sombre, il pratique une cautérisation en étoile, les rayons partant du limbe de la cornée et convergeant vers son centre. La cautérisation doit intéresser les deux tiers de l'épaisseur de la cornée. Le centre de la cornée est évidé en cupule, puis perforé pour laisser écouler l'humeur aqueuse. On applique un bandeau compressif, une cicatrice se produit et au bout de trois mois on peut apprécier le résultat définitif.

M. Panas, tout en considérant comme excellente l'opération de M. Dianoux, pense que la kératectomie combinée qu'il a pratiquée dans les mêmes circonstances n'expose pas aux dangers de l'ophtalmie sympathique et qu'au point de vue artistique le résultat est aussi remarquable.

Action de l'hérédité et de la dégénérescence en obstétrique. — *M. R. Larger.* Nous avons démontré, mon fils et moi, la solidarité étroite qui unit l'obstétrique à l'hérédité et à la dégénérescence.

Voici deux nouvelles observations qu'on peut ranger parmi les plus démonstratives. Dans la première, après un premier accouchement en présentation normale, une jeune femme est prise, au moment d'une 2e conception, de crises hystériques se répétant durant toute la 2e grossesse; 2e accouchement en présentation anormale (siège). Ce fait est à rapprocher d'autres observations où nous avons fait voir des femmes ayant alternativement des gestations anormales lorsqu'elles sont en puissance de crises épileptiques ou hystériques, et des gestations normales lorsqu'elles sont indemnes de crises. Des femmes enfin accouchent en présentations normales avec un mari normal, et, au contraire accouchent en présentation anormale, si leur mari est un dégénéré, etc.

Dans la deuxième observation après 3 accouchements normaux, une femme devient enceinte une quatrième fois, durant les émotions du siège de Paris : elle accouche d'un garçon né par la face, avec procidence d'un bras. Ce garçon est un dégénéré. Marié, son 1er enfant naît comme lui-même, par la face, avec procidence d'un bras.

Ce fait est superposable à celui d'une femme hystéro-épileptique qui a successivement, de deux maris, plusieurs enfants nés alternativement, l'un par la face, avec procidence d'un bras, l'autre par le siège. L'un de ses fils, épileptique, né lui-même par le siège, a successivement, de trois femmes différentes, des enfants nés comme lui par le siège. De sa deuxième femme, il a deux enfants nés, l'un par la face avec avec procidence d'un bras, l'autre par le siège. C'est, en un mot, la même alternance que dans les couches de sa mère.

Ces faits infirment les théories mécaniques actuelles et démontrent que la loi dite « de l'accommodation de Pajot » est une erreur scientifique.

Pathogénie de la contracture pyramidale. — *M. A. Chipault.* Les contractures pyramidales, en particulier la contracture posthémiplégique, sont considérées comme définitives et ne pouvant s'effacer que devant l'atrophie des muscles contracturés. J'ai cependant observé 4 cas qui semblent contraires à cette formule : 1 cas de traumatisme avancé infantile, 1 cas de sclérose encéphalique, 1 cas de tuberculose des méninges et 1 cas d'hydrocéphalie, dans lesquels des contractures posthémiplégiques datant de plusieurs années et, une fois, accompagnées d'hémiathétose, ont lentement et presque complètement disparu à la suite de larges résections craniodurales et d'un traitement orthopédique approprié, sans atrophie musculaire. Ces opérés sont suivis depuis quatre ans, deux ans, un an et demi, huit mois. Les contractures posthémiplégiques sont donc susceptibles, en particulier chez les sujets jeunes, d'être modifiées par un acte chirurgical portant sur l'hémisphère cérébral malade et doivent dès lors dépendre, en totalité dans quelques cas, en partie dans d'autres, non d'une lésion dégénérative du faisceau pyramidal, mais d'une simple excitation, congestive ou fonctionnelle, de ce faisceau, d'origine corticale ou tout au moins encéphalique.

M. Labbé.

ANALYSES

BACTÉRIOLOGIE

Markl. ***Agglutination du bacille de la peste*** (*Centralblatt für Bakteriologie*, 13 Juin 1901, n° 21, t. XXIX, p. 810). — Paltauf a déjà montré que le sérum des animaux inoculés sous la peau avec des cultures tuées, ou dans les veines avec des cultures vivantes de bacilles pesteux agglutinait les cultures.

La Commission allemande pour la Peste a observé aussi que le sérum des malades pesteux, du neuvième jour à la huitième semaine, agglutinait le plus souvent, mais sans qu'il y eût là aucun rapport avec la gravité du cas.

Les recherches de Yersin ont montré que le sérum des chevaux fortement immunisés avait souvent des propriétés agglutinantes peu actives.

Vajedes, à Oporto, a observé aussi l'agglutination dans un certain nombre de cas ; mais l'irrégularité des résultats ne permet pas de se servir du procédé de l'agglutination pour le diagnostic de la peste comme pour celui de la fièvre typhoïde.

Markl s'est demandé si on pouvait se servir des propriétés agglutinantes du sérum des pestiférés pour reconnaître une culture de bacille pesteux. Il employa dans ce but divers échantillons de bacilles pesteux et quatre espèces de sérum: un sérum de Roux, un sérum de Terni et deux sérums obtenus par inoculation intraveineuse, à des chevaux, de culture sur agar ou sur bouillon de bacilles de la peste.

Le sérum des chevaux agglutinait instantanément, dans la proportion de 1 à 10, en une demi-heure dans la proportion de 1 à 50, et en une heure dans celle de 1 à 100. Les sérums de Roux et de Terni n'agglutinèrent point, même dans la proportion de 1 à 1 au bout de deux heures.

M. Labbé.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

V. Lindemann. ***Troubles cardiaques dans la dégénérescence graisseuse du myocarde*** (*Rous. Arkh. Pathol., Klin. Med. i Bact.*, 1901, 31 Juillet, t. XII, f. 1, p. 50, avec 8 tracés). — Dans ses expériences, l'auteur provoquait la dégénérescence graisseuse du cœur à l'aide du principe actif d'une variété spéciale de menthe, la *menthe pouliot* (mentha pulegium). Ce poison, tout en étant aussi nocif pour les échanges que le phosphore, agit très peu sur le myocarde directement; en outre, les dégénérescences qu'il provoque sont très marquées; il n'occasionne jamais d'embolies graisseuses. Toutes ces particularités donnent au pouliot un avantage sérieux sur le phosphore au point de vue de la valeur de l'expérimentation. L'essence de pouliot était introduite sous la peau. La dégénérescence était tantôt diffuse, tantôt localisée au ventricule droit seul; mais de nombreuses expériences préalables ont démontré que cette différence est un effet du hasard, sans aucun rapport avec la dose ni avec le mode d'introduction du poison.

Quels que fussent le degré de dégénérescence et sa localisation, on notait toujours une diminution des élévations systoliques, et une accélération du pouls sans arythmie. Quant à l'état de la pression sanguine et de l'accommodation du travail du cœur, elles étaient en rapport étroit avec le degré de la dégénérescence. Si le processus était généralisé, la pression tombait très bas et ces animaux résistaient relativement très mal à l'asphyxie et à la ligature de l'aorte, contrairement à ce qu'on observait dans les cas de dégénérescence localisée. Avec une dégénérescence très faible, la pression sanguine s'élevait; ce dernier fait, ainsi que l'accélération du pouls et la diminution des ascensions systoliques ne s'observent pas dans l'intoxication phosphorée. Il découle des expériences de l'auteur que ces résultats spéciaux sont dus, non pas à la paralysie du pneumogastrique, comme le veut Falk, mais à l'affaiblissement du cœur et à l'élévation de la résistance périphérique. Ce qui le prouve, c'est que, dans les cas où la dégénérescence gagne la musculeuse des artères, l'élévation de la pression fait défaut, ou est même remplacée par un abaissement.

Ces expériences montrent donc que l'affaiblissement de l'activité cardiaque peut parfois être dû à la dégénérescence graisseuse du myocarde, mais que cette activité peut rester normale tant que le processus dégénératif reste localisé.

S. Broïdo.

MÉDECINE

J. Teissier et L. Guinard. ***Œdème aigu du poumon*** (*Journal de physiologie et de pathologie générale*, 15 Janvier 1901). — Le mode de production de l'œdème aigu du poumon a été l'objet d'un grand nombre de recherches cliniques et expérimentales. M. Huchard a montré le rapport qui existe entre l'œdème aigu du poumon et la péri-aortite agissant par action réflexe vaso-dilatatrice sur les capillaires du poumon.

Bouveret et Brouardel ont insisté sur l'insuffisance rénale. Les Allemands attribuent l'œdème aigu à des troubles mécaniques intenses de la circulation pulmonaire (crampe du cœur gauche suivant Grossmann, paralysie du cœur gauche suivant Welsch).

MM. J. Teissier et L. Guinard, s'appuyant sur des recherches expérimentales intéressantes, concluent que l'œdème aigu du poumon relève d'une série de facteurs, presque toujours associés, parmi lesquels l'intoxication occupe la première place, les troubles nerveux ou mécaniques n'intervenant qu'en seconde ligne.

Ils ont vu : 1° que les troubles mécaniques produits par la compression de l'aorte abdominale, qui triple la pression dans l'artère pulmonaire, sont incapables à eux seuls de produire l'œdème pulmonaire aigu ;

2° Les influences nerveuses (excitation du bout central du pneumogastrique) favorisent incontestablement la production de cet œdème, amenant une vaso-dilatation marquée des capillaires du parenchyme, mais sont incapables de la produire à elles seules ;

3° L'intoxication (injection de 3 centimètres cubes de salicylate de méthyle dans la vessie jugulaire du chien), suivie de l'excitation du bout central du pneumogastrique, amène la production d'un œdème du poumon qu'elle ne peut réaliser à elle seule.

Les auteurs pensent que l'intoxication n'agit pas, comme le croyait Grossmann, à la suite de ses expériences avec la muscarine, en tétanisant le ventricule gauche, mais en modifiant les parois des vaisseaux sanguins ou en provoquant des altérations spéciales du sang. En effet, ils ont vu l'œdeme pulmonaire se produire sans augmentation de la pression dans l'oreillette gauche.

Leur théorie se rapproche plus de celle de Welsche et de Fräntzel, qui admettaient un excès d'activité du ventricule droit ; car ils ont vu le premier s'élever dans l'artère pulmonaire et baisser dans l'oreillette gauche lorsque l'œdème du poumon se produit. Mais l'excès de pression dans l'artère pulmonaire est insuffisante, à elle seule, pour produire l'œdème du poumon.

La clinique montre bien aussi le rôle intermédiaire joué par l'excès de pression pulmonaire dans la production de l'œdème aigu. Sahli a vu que, chez les sujets les plus prédisposés aux poussées œdémateuses pulmonaires, une large insuffisance tricuspidienne, qui abaisse la pression pulmonaire, prévient les poussées d'œdème.

En résumé, deux conditions sont nécessaires pour produire l'œdème aigu du poumon : l'intoxication qui modifie les parois vasculaires et le sang, l'irritation du pneumogastrique qui dilate les vaisseaux du poumon.

M. Labbé.

L. Bouveret. ***Sur l'hypertrophie du cœur dans la néphrite aplasique*** (*Lyon médical*, 7 Juillet 1901, n° 7, p. 5). — La loi de Traube qui dit que toute néphrite interstitielle tend à produire l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, est une des plus constantes de la pathologie. Cette loi souffre cependant quelques rares exceptions, et l'on peut dire que dans 7 pour 100 des cas des conditions interviennent qui font obstacle à cette influence constante de la sclérose rénale sur le ventricule gauche. Parmi ces conditions on connaît déjà la sénilité, la tuberculose, les cachexies. Il faudrait y ajouter l'aplasie vasculaire.

M. Bouveret, à la suite d'observations personnelles, et des observations publiées sur les néphrites aplasiques par les auteurs, montre que l'aplasie vasculaire fait obstacle à l'influence hypertrophiante de la sclérose rénale sur le ventricule gauche.

Il n'y a pas lieu d'être étonné de l'influence dystrophiante qu'exerce l'aplasie vasculaire sur un cœur qu'un état pathologique incite à l'hypertrophie. Dans les cas d'aplasie vasculaire, la force évolutive inhérente au système vasculaire n'est pas suffisante pour en assurer le développement complet : elle s'est épuisée avant de l'avoir amené à l'état adulte. Survienne une stimulation pathologique, elle n'a plus de réserves pour y répondre, ou bien elle ne peut y répondre que d'une façon insuffisante ; de là l'absence ou le caractère atténué de l'hypertrophie du ventricule gauche.

Dans la néphrite aplasique, on est frappé de la gravité de cette néphrite et de la rapidité avec laquelle elle aboutit à l'attaque d'urémie mortelle. Il est probable que le rein, si étroitement uni à l'appareil vasculaire, participe à l'aplasie de cet appareil et qu'un rein aplasique perd plus vite sa fonction d'organe dépurateur du sang; mais il faut mettre aussi en cause l'absence ou l'insuffisance de l'hypertrophie du ventricule gauche. Cette hypertrophie, dans la longue évolution des néphrites, joue un rôle comparable à celui des hypertrophies d'origine vasculaire; c'est un rôle salutaire, car la contraction plus énergique du cœur élève la pression artérielle, et entretient ainsi une diurèse plus abondante.

A. Coyon.

OPHTALMOLOGIE

Pick. ***Altérations rétiniennes dans les anémies chroniques*** (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1901, Mars, p. 177). — Les recherches ont porté sur des malades atteints de cancer de l'estomac ou du foie, d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, de péritonite tuberculeuse, de cirrhose hépatique, de tuberculose pulmonaire, etc. Les lésions rétiniennes trouvées consistaient en hémorragies et en plaques de couleur claire, mais variant considérablement par la teinte et les dimensions. Ces lésions sont particulièrement fréquentes dans le cancer de l'estomac. Elles ne sont pas proportionnelles au degré de l'anémie, et l'auteur suppose qu'elles sont d'origine toxique. Elles peuvent se rencontrer dans une albuminurie passagère, produite par la stase rénale, et dans les néphrites chroniques ; mais alors elles n'ont pas le pronostic grave de la rétinite albuminurique typique. Elles ne se traduisent ordinairement par aucun trouble fonctionnel.

A. Druault.

VOIES URINAIRES
ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Faltin. ***Recherches expérimentales sur les infections vésicales à point de départ intestinal*** (*Centralblatt für Harn und Sexualorgan*, 1901, cahier 9, p. 465). — Posner et Lewin ont cherché à établir qu'à la suite de la stagnation des matières de l'intestin, les microbes intestinaux franchissent la paroi du tube digestif et peuvent infecter le sang ou l'urine. Ces conclusions ont été combattues par Austerlitz et Landsteiner, confirmées au contraire en partie par Marcus et Von Calcar. Faltus reprend cette question; il a fait de nombreuses et intéressantes expériences. Il conclut de la manière suivante :

Lorsqu'on détermine une coprostase prolongée par la fermeture artificielle de l'anus, on peut observer la pénétration des bactéries dans le sang; la pénétration se fait directement par le péritoine. Dans ces conditions, le rein est également envahi, mais cette invasion est un phénomène organique, et la mort de l'animal est fatale.

L'infection se produit d'une manière tardive, plus de quarante-huit heures après le début de l'expérience.

Après une coprostase suffisamment prolongée, les bactéries de l'intestin peuvent pénétrer dans la vessie sans passer dans le sang. Le plus souvent, il existe à ce moment de telles lésions qu'il se fait une infection généralisée, souvent mortelle dans l'avenir.

Les bactéries pénètrent dans la vessie quelquefois par l'urètre, le plus souvent d'une manière directe, en suivant les lymphatiques. La voie de sortie des bactéries se trouve probablement au niveau des points altérés de la muqueuse, peut-être dans la région anale, au niveau des points intéressés par la fermeture de l'anus.

L'infection de la vessie est beaucoup plus fréquente quand on ferme en même temps l'urètre ; une cystite peut même se développer dans ces conditions.

PAUL DELBET.

VÉNÉRÉOLOGIE

J. Maslenikow. *Chancre syphilitique du limbe conjonctival du bulbe oculaire* (*Vratshebnaïa Gazetta* [ancien *Ejenedelnik*], n° 43, 1901, 27 Octobre). — L'auteur rapporte une observation d'une localisation assez rare du chancre induré. Le malade, paysan âgé de vingt-sept ans, s'était aperçu, un mois avant son entrée à l'hôpital, d'une rougeur de l'œil droit. Ce n'est que quinze jours plus tard, lorsque la rougeur, accompagnée de tuméfaction, augmenta, que le malade se présenta à la consultation.

On trouva, à l'examen, un petit gonflement d'aspect phlycténoïde à la limite de la cornée et de la conjonctive bulbaire de l'œil droit. Huit jours plus tard, le gonflement avait gagné tout le limbe ; sa surface s'ulcéra légèrement, sa consistance devint cartilagineuse. L'iris était resté intact. En même temps, on constata l'engorgement des ganglions profonds du cou, du côté droit.

Le diagnostic de syphilis, n'était cependant pas encore absolument certain. Mais huit jours plus tard, c'est-à-dire un mois après le début de la maladie, le doute n'était plus possible : une roséole typique et des plaques muqueuses étant venues la dissiper. Le mode de contagion est resté inconnu.

P. ELIACHEFF.

FACULTÉ DE PARIS

Chaire de thérapeutique. — Le décret présidentiel nommant M. Gilbert, agrégé, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, a paru hier matin à l'*Officiel*.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté sont appelés à concourir au prix d'encouragement fondé par M. le professeur Corvisart.

Les élèves qui désireront concourir pour ce prix devront, au commencement de chaque année, se faire inscrire à cet effet dans l'une des cliniques internes. Le professeur désignera un ou plusieurs numéros de lit, et l'élève devra recueillir les observations de tous les malades qui y sont successivement admis.

Une question de médecine pratique sera, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes ; les élèves devront en chercher la solution uniquement dans des faits qui se passeront sous leurs yeux dans les salles de clinique.

Le 15 Octobre 1902, au plus tard, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies aux numéros des lits qui lui ont été désignés ; 2° la réponse à la question proposée.

Un jury dont les professeurs de clinique feront nécessairement partie, sera chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté, les noms des concurrents qu'il jugera dignes d'obtenir des médailles.

Le prix consistera en médailles de vermeil, accompagnées d'une somme réglée comme il suit :

Lorsqu'il y aura un seul lauréat, l'étudiant recevra une médaille de vermeil et une somme de 400 francs ;

Lorsqu'il y aura deux lauréats, chacun des étudiants recevra une médaille de vermeil et une somme de 200 francs.

CONCOURS DE 1902. — La question posée est : *Pleurésies putrides*.

Les mémoires doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 Octobre 1902, à 4 heures, dernier délai, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

(Cliniques médicales, des maladies mentales, des enfants, des maladies syphilitiques et cutanées, des maladies du système nerveux).

Prix J. Saintour. — Par un testament en date du 16 Novembre 1888, M. J. Saintour a légué à la Faculté de Médecine de Paris une somme destinée à la fondation d'un prix qui portera son nom et dont le sujet sera chaque année désigné par la Faculté.

Ce prix est de 3.000 francs.

Le sujet mis au concours est : *Insuffisance des capsules surrénales*.

Les mémoires devront être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 Octobre de chaque année, à 3 heures, dernier délai, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Vacances de nouvelle année. — Les cours et conférences de la Faculté de médecine de Paris vaqueront jusqu'au dimanche 5 Janvier inclus.

Les bureaux du secrétariat seront fermés les mercredi 1er et jeudi 2 Janvier.

Ils seront ouverts les autres jours aux heures ordinaires (de midi à 3 heures).

A partir du 4 Janvier 1902, le Doyen recevra les mardi et samedi de chaque semaine, de 1 à 2 heures.

Le Secrétaire recevra les lundi et jeudi de chaque semaine, de midi à 2 heures.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — A l'occasion de la nouvelle année, ont été nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur, sur la proposition du ministre de la guerre.

Au grade de commandeur : M. Madamet, médecin inspecteur ; au grade d'officier : MM. les médecins principaux Henyer, à Oran ; Crussart, à Orléans ; Darécarrère, à Alger ; Billet, à Marseille ; le médecin-major de 1re classe Kleinpeter, du 58e ; Liétard, à Plombières ; Goubeau, médecin principal de seconde classe de l'armée territoriale ; au grade de chevalier : MM. Rémy, Marchand, Godin, Tayac, Fabre, Ott, Boinet, Ferrand, Richard, Stœber, Lassale, Leguen, Réaucar, médecins majors de 1re classe ; Quéhéry, Séguin, Murie, Carton, Courboulès, Dieu, Lions, Pierre, Vergoz, Fasquelle, Seuvre, Gorechi, médecins-majors de 2e classe ; Goutay, médecin à Maringues ; Colard, médecin à Ornans et Herpin, médecin attaché à la poudrerie de Sevran-Livry.

A été enfin nommé chevalier, dans l'ordre du Mérite agricole, M. Mérieux, d'Asfeld (Ardennes).

La médaille d'honneur des épidémies. — En récompense de leur dévouement à l'occasion des maladies épidémiques, viennent d'être attribuées : à M. Binet, une médaille de vermeil ; à M. Achard, médecin de l'hôpital Tenon, une médaille d'argent ; à MM. Chambelland et Arnaud, et à M. Theulet-Luzié, interne à l'hôpital Trousseau, des médailles de bronze.

Corps de santé militaire. — Viennent d'être promus : au grade de médecin-major de 1re classe, MM. Watier, Fradet, Bonjean, Pouillaude ; au grade de médecin-major de 2e classe, MM. Hussentein, Michaud, Gorse, Jourdin, Labadie, Faure, Baumelou, Auguin, Gorisse, Gauthier, Bauhès et Brice.

La propagation de la vaccine. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'intérieur, en récompense de leur dévouement en faveur de la propagation de la vaccine, vient de partager de la façon suivante un prix de 1.000 francs : 400 francs à M. Laffogue, médecin-chef de l'hôpital militaire de Khenchela (Constantine) ; 300 francs à M. Bossion, médecin de colonisation à Duvivier (Constantine) ; 300 francs à M. Mercier, à Tours.

De plus, des médailles d'or ou rappel de médailles d'or, ont été attribuées à MM. Gabrielle, médecin aide-major de 1re classe ; Jenot, à Dercy (Aisne) ; Laffage, médecin de colonisation à Dra-el-Mizan (Alger) ; Margain, médecin de 2e classe du corps de santé des colonies ; Cassedebat, médecin aide-major de 1re classe ; Ciando, à Nice.

Enfin, des médailles de vermeil, d'argent et de bronze, ont encore été accordées à de nombreux médecins ou sages-femmes.

La lutte contre la syphilis. — Le ministre de l'intérieur vient de constituer une commission chargée de l'étude des différentes questions relatives à la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes, et notamment de faire une enquête sur la fréquence de ces maladies, sur les institutions existant en France pour leur traitement, et sur les meilleurs moyens, législatifs ou administratifs, d'en prévenir la propagation.

Sont nommés membres de cette commission :

MM. le professeur Fournier, membre de l'Académie de médecine, président de la délégation française à la conférence internationale de Bruxelles en 1899, président ; Auffret, directeur du service de santé au ministère de la marine ; Balzer, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Barthélemy, membre de la Société de prophylaxie sanitaire et morale ; Bérenger, membre de l'Académie des sciences morales et politiques ; Borne, député ; M. Brouardel, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Brunam, directeur de l'administration départementale et communale ; Descouts, médecin du dispensaire de Paris ; Dieu, directeur du service de santé au ministère de la guerre ; Honnorat, chef de division à la préfecture de police ; Landouzy, membre de la Ligue contre la tuberculose ; M. Le Pileur, médecin de Saint-Lazare ; Lépine, préfet de police ; Mercier, directeur des affaires civiles et du sceau au ministère de la justice ; Henry Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ; Mourier, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris ; Pinard, médecin de la clinique d'accouchements ; Pozzi, sénateur ; Proust, inspecteur général des services sanitaires ; Rendu, membre de la Société des hôpitaux ; Roux, sous-directeur de l'institut Pasteur.

MM. Édouard Fournier et Tissié sont en plus attachés à la commission en qualité de secrétaires avec voix consultative.

Cité universitaire. — Une réunion pour la Cité universitaire coopérative aura lieu vendredi, 3 janvier, à 4 h. 1/2 du soir, 95, boulevard Saint-Michel.

Ordre du jour : 1° Choix d'un nouveau local ; 2° Organisation générale ; 3° Rapports de la Cité avec le Restaurant coopératif du Quartier Latin ; 4° Propagande en province.

Les étudiants qu'intéresse le mouvement coopératif sont instamment priés de se rendre à cette réunion.

CONCOURS

Corps de santé des troupes coloniales. — Un concours s'ouvrira le 23 Janvier, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'admission à l'emploi de médecin et de pharmacien stagiaires des troupes coloniales.

Les demandes d'admission à ce concours devront être adressées au ministère de la Guerre (8e direction, 3e bureau), le 15 Janvier au plus tard.

Les pièces à fournir sont ;

1° L'acte de naissance ; 2° Diplôme, ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe ; 3° Certificat d'aptitude physique ; 4° Certificat délivré par le bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ; 5° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de stagiaire.

En cas d'admission, les candidats s'engageront à servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de la nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les médecins et pharmaciens stagiaires suivent pendant un an les cours de l'École d'application du service de santé militaire, à Paris.

Erratum. — Une coquille typographique nous a fait attribuer à M. Claret la note 10 pour son épreuve de pathologie au concours d'externat. Ce candidat a eu la note 16.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 2. — Samedi, 4 Janvier 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN, Professeur agrégé. Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laënnec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé. Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé. Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé. Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

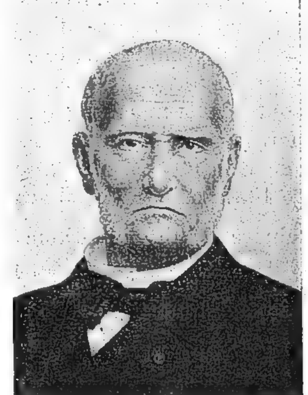
— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD, Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

LA CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE


Alibert.


Trousseau.


Germain Sée.

La chaire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris vient de changer de titulaire : le professeur Landouzy étant passé à l'une des chaires de clinique médicale vacante par suite de la retraite du professeur Jaccoud, le professeur agrégé Gilbert est appelé à lui succéder.

Ce m'est une occasion, jetant un coup d'œil en arrière, d'envisager ce que fut cette chaire de Thérapeutique depuis sa création jusqu'à ce jour.

*
* *

Des maîtres ayant professé la thérapeutique qui appartiennent aujourd'hui à l'histoire, Alibert, Trousseau, Grisolle, Germain Sée, Gubler, on peut dire que, pour dominés qu'ils soient par la grande figure de Trousseau, leur nom n'en brille pas moins parmi ceux que gardera la Médecine au XIX° siècle.

Lorsque la Convention, en 1795, organisa la Faculté de médecine de Paris, l'enseignement de la Thérapeutique ne fut pas compris dans les programmes : les étudiants apprenaient la thérapeutique à l'hôpital et dans des cours particuliers. Il en fut ainsi jusqu'en 1822, époque à laquelle le gouvernement de la Restauration, inquiet de l'esprit qui régnait à la Faculté, fit contre elle une sorte de coup d'État : l'École de médecine fut fermée, les professeurs relevés de leurs fonctions, un certain nombre d'entre eux destitués.

En 1823, l'École rouvrait ses portes, de nouveaux professeurs étaient nommés, et aussi de nouvelles chaires créées ; l'une d'elles fut attribuée à la thérapeutique et à la matière médicale, et Alibert désigné pour l'occuper; d'ailleurs, depuis 1821, il appartenait déjà à la Faculté comme professeur de botanique, mais il n'avait guère occupé sa chaire que nominativement.

Alibert était alors âgé de quarante-sept ans; il se trouvait dans la force de l'âge et de l'activité; il arrivait avec la réputation d'un médecin instruit et d'un brillant thérapeute. Médecin de l'hôpital Saint-Louis, il s'était fait connaître par d'importants travaux en Dermatologie; il était non moins connu par ses études thérapeutiques, ayant déjà publié son *Art de formuler* et ses *Nouveaux éléments de thérapeutique et de matière médicale* qui en étaient à leur quatrième édition.

Le nouveau professeur était à la hauteur de la tâche qui lui incombait : ce n'était pas seulement un médecin instruit, c'était aussi un esprit lettré; il le devait à son instruction première particulièrement soignée.

Alibert se destinait aux belles-lettres et avant la Révolution appartint à la congrégation des Pères de la doctrine chrétienne; les événements le firent changer de direction, et c'est à vingt-six ans, en 1792, qu'il commençait ses études médicales; elles furent brillantes et rapides, car onze ans plus tard, en 1803, nous le voyons déjà médecin de l'hôpital Saint-Louis.

C'est sans doute à cette forte éducation qu'Alibert devait cet esprit méthodique qui caractérisa son enseignement : en thérapeutique comme en dermatologie, il s'efforce de mettre de l'ordre dans le chaos qui existait alors; tous ses efforts tendent à substituer à ce chaos une classification rationnelle.

Bichat disait de la thérapeutique de son épo-


Grisolle.


Gubler.


Hayem.


Landouzy.


Gilbert.

que, qu'elle était « un ensemble informe d'idées inexactes, d'observations souvent puériles, de moyens illusoires, de formules aussi bizarrement conçues que fastidieusement assemblées ». Alibert aura eu le mérite de dégager la matière médicale de ces formules bizarres qui l'encombraient, et, ce travail de sélection fait, le non moindre mérite, ayant recherché les caractères des remèdes, de déterminer les règles de leurs applications d'après leur action sur les fonctions physiologiques. Pour critiquable que soit sa classification, ramenant les médicaments à trois classes, suivant qu'ils agissent sur les fonctions d'assimilation, de relation ou de reproduction, elle n'en a pas moins une valeur historique, en ce sens qu'elle précise les débuts de la thérapeutique physiologique.

Alibert continua dans le même esprit son enseignement jusqu'à sa mort, qui survint le 4 Novembre 1837; né en 1766, il avait 71 ans.

La chaire de thérapeutique resta vacante de Novembre 1837 à Juin 1839; c'est le 11 Juillet 1839 que Trousseau fut nommé professeur. Après 1830, on en était revenu à la nomination des professeurs au concours, C'est donc après un concours remarquable que Trousseau fut nommé. Il avait alors trente-huit ans.

Que dire de Trousseau? sinon qu'il fut sans doute le plus remarquable professeur que la Faculté de Paris ait jamais eu. Grâce à sa haute instruction, grâce à ses brillantes qualités d'orateur, un succès énorme s'attacha à lui, qui ne l'abandonna jamais au cours de sa carrière professorale.

Pendant quatorze ans il occupa cette chaire de thérapeutique qu'il quitta pour la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu devenue vacante lorsque Chomel fut relevé de ses fonctions pour avoir refusé de prêter serment de fidélité à l'Empire après le coup d'Etat de 1852. Mais Trousseau se trouvait à l'étroit à l'Hôtel-Dieu, il avait le désir, avant de terminer sa carrière, de retrouver son grand amphithéâtre de la Faculté comblé d'auditeurs enthousiastes; en 1864, il reprenait donc la chaire de thérapeutique pour la quitter le 3 Novembre 1866; quelques mois après, en Juin 1867, il mourait à l'âge de soixante-six ans.

L'énorme influence qu'eut Trousseau par son enseignement n'est pas due seulement à son grand talent d'orateur, elle est due surtout à ce qu'il y avait en lui ce qui fait les vrais maîtres de la Médecine : l'homme de science doublé d'un grand artiste.

Son vaste esprit encyclopédique, son immense talent d'analyse ne lui laissaient rien avancer, en dépit de sa brillante imagination, qui ne fût basé sur une observation méthodique et raisonnée. Aussi bien fut-il en thérapeutique un *empirique*, dans le sens élevé du mot. C'est de l'accumulation des faits, c'est de leur synthèse, c'est de l'expérience basée sur une solide éducation scientifique que Trousseau dégageait les lois qui doivent guider le médecin dans la pratique de son art.

C'est dans ce même esprit que professa le premier des successeurs de Trousseau, Grisolle; ce fut un savant clinicien, dont la rectitude de jugement était absolue. Son enseignement n'eut ni l'ampleur ni le brillant de celui de Trousseau, il n'en fut pas moins très instructif en raison de sa conscience et de la rigueur scientifique.

Grisolle avait été nommé professeur de thérapeutique en Avril 1853, à l'âge de quarante-deux ans; il conserva sa chaire jusqu'en 1864, époque à laquelle il succéda à Rostan dans sa chaire de clinique médicale.

C'est alors que Trousseau quitta l'Hôtel-Dieu, pour revenir à la chaire de thérapeutique de la Faculté. Nommé professeur honoraire le 3 Novembre 1866, il eut pour successeur Germain Sée, qui, bien que n'étant pas agrégé, avait été présenté en première ligne par la Faculté. Né en 1818, il avait alors quarante-neuf ans.

Doué d'une prodigieuse activité, imbu d'un esprit scientifique élevé, aussi audacieux que réfléchi, le professeur Germain Sée a exercé une énorme influence sur l'évolution thérapeutique de son époque. Son passage à la chaire de thérapeutique de la Faculté fut de courte durée, il n'y resta qu'un an et demi avant de passer à la clinique médicale, mais l'on peut dire que son enseignement clinique, aussi bien à la Charité qu'à l'Hôtel-Dieu, fut toujours dirigé vers un but thérapeutique.

Imbu de la méthode et des idées de Claude Bernard, Germain Sée fut, comme l'a si bien dit Landouzy, l'apôtre de la thérapeutique physiologique et de la thérapeutique expérimentale. Ce fut bien un apôtre, car, au cours de son existence professorale, il n'est pas un médicament, il n'est pas une médication digne de ce nom, qu'il n'ait appuyés de sa voix entraînante : ai-je besoin de rappeler ses travaux sur l'iodure de potassium, l'antipyrine, l'acide salycilique, etc., auxquels rien n'y a été ajouté depuis.

A Germain Sée succéda Gubler qui fut nommé à la chaire de thérapeutique le 15 Décembre 1868; né en 1821, il avait alors quarante-sept ans; il professa pendant onze ans la thérapeutique, jusqu'à sa mort, en 1879.

On peut, il me semble, dire de son enseignement qu'il procède de l'esprit qui l'avait conduit à publier ses « Commentaires thérapeutiques du Codex » peu avant son élection de professeur.

La chaire qu'il occupait portant le titre de « chaire de thérapeutique et de matière médicale », il étudia surtout les médicaments, leur action physiologique et leurs applications générales : ce fut un enseignement didactique, d'allure théorique plutôt que clinique.

* * *

Avec Gubler, il en est fini des professeurs de thérapeutique qui, ainsi que je le disais plus haut, appartiennent à l'histoire. Ceux qui se sont succédé depuis vingt ans dans la chaire de thérapeutique sont l'un et l'autre actuellement professeurs de clinique médicale; il ne m'appartient donc pas de les juger; je puis cependant dire ce que fut leur enseignement, toujours inspiré des belles traditions qui, depuis sa création, se sont transmises dans la chaire qu'ils ont occupée.

A la mort de Gubler, en 1879, M. Hayem fut choisi par la Faculté comme son successeur. Il se trouvait en compétition avec Constantin Paul, clinicien de valeur; il dut sa nomination à l'esprit scientifique dont il avait fait preuve dans de nombreux travaux de laboratoire; il n'avait que trente-huit ans; il arrivait au professorat au même âge que Trousseau.

Avec le professeur Hayem, l'enseignement de la thérapeutique devient à la fois expérimental et clinique; ce n'est plus seulement de médicaments qu'il s'agit, c'est de médications. Dans chaque sujet qu'il traite, il « met au service de la clinique moderne toute son autorité scientifique », pour me servir des termes même de Landouzy. Ceux qui n'ont pu l'entendre peuvent en juger à la lecture des leçons qu'il a publiées, véritable monument élevé à la Thérapeutique.

En 1893, M. Hayem passait à une chaire de clinique médicale. M. Landouzy fut appelé à lui succéder; il eut l'honneur d'être présenté à l'unanimité par la Faculté. Le 13 Novembre 1893, il prenait possession de sa chaire et demandait de suite que la matière médicale fût disjointe de la thérapeutique et rattachée à la pharmacologie, ce qui était rationnel et lui fut accordé. Landouzy put donc se consacrer entièrement à l'enseignement de la thérapeutique.

Nos lecteurs connaissent l'esprit de cet enseignement; il l'a schématisé en formule : « la thérapeutique doit toujours être clinique, pathogénique, physiologique, opportuniste : clinique en ses informations; pathogénique en ses indications; physiologique en ses moyens; opportuniste en ses décisions. » — « Nous n'avons pas à traiter des maladies, dit-il encore, mais des malades. »

C'est en considérant surtout la thérapeutique comme « la science et l'art des médications », que, pendant les huit années qu'il a occupé la chaire, Landouzy a passé successivement en revue les grandes médications, en même temps qu'il instruisait chaque année ses élèves des progrès énormes que faisait la thérapeutique : c'est ainsi qu'il étudia avec eux le traitement de la tuberculose; qu'il mit au point la médication par les eaux minérales; qu'il fit ses belles et suggestives leçons sur la sérothérapie; qu'il montra tout ce que l'on peut tirer de ce qu'il avait si heureusement dénommé : l'opothérapie.

Je n'ai pas besoin de dire combien fut apprécié cet enseignement dont l'intérêt scientifique ne le cédait en rien à la haute portée philosophique.

Le professeur Landouzy passant à une chaire de clinique médicale, la Faculté vient de désigner pour lui succéder M. Gilbert.

M. Gilbert arrive professeur à quarante-trois ans, en pleine activité. Mieux que tout autre il était désigné pour occuper cette chaire de thérapeutique pour laquelle il s'était préparé en se spécialisant en thérapeutique pendant ses neuf années d'agrégation.

Ceux qui connaissent la culture scientifique du nouveau professeur, sa puissance de travail, ses grandes facultés d'assimilation, sa parole éloquente de clarté, son esprit méthodique, ne doutent pas de la haute valeur qu'aura son enseignement.

E. De Lavarenne.

CONCEPTION GÉNÉRALE DES DERMATOSES

Par L. BROCQ
Médecin de l'hopital Broca-Pascal.

Avant d'étudier en particulier chaque dermatose, il est utile de donner une idée générale des affections cutanées. On saisit ainsi l'ensemble de tout ce vaste édifice, et il devient alors plus aisé d'en comprendre les détails.

La seule manière vraiment logique de concevoir une maladie est d'en pénétrer la pathogénie et l'étiologie. Pour ma part, je me refuse absolument à admettre une classification nosologique qui ne serait pas fondée sur ce principe.

Or si l'on envisage les dermatoses à ce point de vue, il est facile de voir qu'on peut tout d'abord en distinguer cinq grandes classes des plus nettes, qui sont :

1° Les *difformités cutanées*, malformations d'origine congénitale dont le prototype est donné par les nævi ;

2° Les *éruptions artificielles*, qui se subdivisent de la manière suivante :

a) Celles qui sont produites par l'action irritante directe des agents extérieurs de quelque nature qu'ils puissent être, agents physiques (froid, chaleur, etc.), agents chimiques (médicaments, caustiques, teintures, etc.), traumatismes, etc., etc. ;

b) Celles qui sont produites par l'ingestion de substances nuisibles, aliments, médicaments, etc. ;

3° Les *éruptions* dites *parasitaires* causées :

a) Par des parasites animaux, tels que les acares (gale), les poux (phthiriase), etc. ;

b) Par des parasites végétaux, tels que le pityriasis versicolor (microsporon furfur), les diverses variétés de teignes, favus (achorion), teigne tondante (microsporon Audouini), trichophyties (trichophytons), etc. ;

4° Les *éruptions* dites *d'origine microbienne*, telles que l'impétigo, les folliculites, la lèpre, les tuberculoses cutanées, etc., etc. ;

5° Les *éruptions d'origine nerveuse vraie*, par troubles trophiques, telles que la syringomyélie, peut-être les sclérodermies, les atrophies cutanées, etc. ;

Tout est fort net dans cette vue d'ensemble ; il est vrai de dire que, lorsqu'on fouille chacun de ces groupes et qu'on étudie à fond les dermatoses qu'on y range, on est assez souvent fort embarrassé pour spécifier avec rigueur dans quelle classe doit être placée telle ou telle affection. Et pour ne parler que d'une des plus connues, des plus fréquentes, des plus étudiées, dans quelle classe par exemple doit-on mettre le zona ? Mais ce ne sont là que des difficultés de détail, et des modifications ultérieures, résultant des progrès futurs de la science, qui consisteraient à faire passer une dermatose d'une classe dans l'autre, ne sauraient avoir une bien grande importance, et ne modifieraient en tout cas nullement la physionomie générale de cette conception. En somme, ce qui précède est relativement clair et satisfaisant ; mais il y a une ombre à ce tableau.

* * *

Pour peu qu'on soit versé dans l'étude de la Dermatologie, on ne tarde pas à remarquer que les dermatoses les plus fréquentes, les plus importantes dans la pratique journalière, ne peuvent rentrer dans aucune des cinq grandes classes précédentes. Que faire de cet énorme reliquat qui comprend les urticaires, les érythèmes, les eczémas vrais, les lichens vrais, les psoriasis vrais, les dermatites polymorphes douloureuses, etc., en un mot presque toutes les grandes dermatoses banales ?

Il faut bien le reconnaître, ce sont elles qui ont été l'écueil constant de toutes les classifications dermatologiques. Elles ont jusqu'ici empêché de concevoir une classification des affections cutanées rationnelle et uniquement fondée sur la pathogénie et l'étiologie.

En effet, si vous envisagez la pathogénie et l'étiologie de l'une quelconque de ces dermatoses, de l'urticaire par exemple, vous voyez qu'elle peut être provoquée par des irritants extérieurs comme les chenilles processionnaires, etc., par des parasites internes comme les kystes hydatiques, par des aliments ou des médicaments, moules, fraises, antipyrine, par des affections d'organes internes, par des chocs nerveux, etc. Dans quelle classe pouvons-nous dès lors la ranger ? Or l'on retrouve une étiologie tout aussi touffue dans les érythèmes, dans les eczémas vrais, et même, pour peu que l'on ait l'esprit généralisateur, dans les lichens, dans les psoriasis, dans les pemphigus, etc.

Comment donc pouvons-nous arriver à comprendre la nature réelle de ces dermatoses dont l'importance pratique est primordiale ? Nous croyons qu'une étude raisonnée des éruptions artificielles peut, jusqu'à un point, nous donner la clef du problème. Certes la solution que nous allons proposer n'est pas de tout point satisfaisante ; cependant elle permet de se faire une idée beaucoup plus précise de ces affections, et de les grouper.

* * *

On a souvent objecté aux cliniciens leur défaut d'esprit scientifique ; on les a raillés pour leur empirisme, on les a écrasés sous le poids d'expériences de laboratoire. Or les expériences abondent en clinique ; nous n'avons qu'à ouvrir les yeux pour les voir, qu'à les étudier pour en retirer des renseignements d'autant plus précieux que c'est sur le malade lui-même qu'elles sont faites. Elles ont l'allure moins scientifique, mais elles sont autrement *vraies* que celles que nous faisons dans nos laboratoires.

Analysons donc quelques-unes de ces expériences cliniques, et voyons ce qu'elles nous démontrent :

Première expérience. — Voici sept malades auxquels nous allons donner 2 grammes d'iodure de potassium. Le premier sujet supporte merveilleusement bien le médicament ; le deuxième est pris de mal de gorge, de coryza, de larmoiement, de tuméfaction des paupières, de céphalées, d'érythèmes ; le troisième, dans les quarante-huit heures, est couvert d'acné iodique ; le quatrième présente du purpura sur les membres, surtout sur les membres inférieurs ; le cinquième offre des éruptions nodulaires et tubéreuses d'un rouge vif, çà et là disséminées ; le sixième est atteint de cette forme d'acné anthracoïde iodo-potassique qu'a décrite M. E. Besnier ; le septième, de bulles avec végétations consécutives, d'une sorte de pemphigus végétant.

Cette première expérience, d'une importance capitale, nous prouve que, suivant les susceptibilités individuelles, disons, si vous le voulez bien, suivant les idiosyncrasies, l'iodure de potassium peut être admirablement toléré, qu'il peut donner naissance à des éruptions d'aspect banal telles que l'érythème, l'urticaire, l'acné vulgaire, le purpura, éruptions qui peuvent reconnaître pour causes déterminantes de leur apparition beaucoup d'autres conditions pathogéniques ; qu'il peut aussi provoquer des éruptions à aspect assez spécial, dont la vue seule peut conduire à soupçonner l'ingestion de l'iodure de potassium, et qui sont, en quelque sorte, pathognomoniques de l'iodisme : ce sont les nodosités érythémateuses, et surtout l'acné anthracoïde, et l'iodisme bulleux végétant. Il semble donc que, dans cette dernière catégorie de lésions, l'influence pathogénique de la cause morbide déterminante se fasse sentir d'une manière bien plus profonde.

Ces réactions morbides ne sont pas spéciales à l'iodure de potassium : elles s'observent avec beaucoup d'autres médicaments.

Seconde expérience. — Prenons, par exemple, l'antipyrine pour une deuxième série d'expériences. Après l'ingestion d'un gramme de cette substance, un premier sujet ne présente aucun phénomène insolite ; un deuxième est presque immédiatement couvert de plaques érythémateuses ; un troisième est atteint d'une poussée d'urticaire ; un quatrième offre des éruptions bizarres, nettement circonscrites, arrondies ou ovalaires, d'un rouge vif tournant assez rapidement au rouge bistre, laissant après elles un certain degré de pigmentation, et récidivant toujours aux mêmes endroits, de la manière la plus précise, à chaque nouvelle ingestion du médicament, chaque nouvelle poussée laissant, après disparition complète du processus inflammatoire, une pigmentation de plus en plus accentuée : ce sont nos éruptions érythémato-pigmentées fixes de l'antipyrine, éruptions pathognomoniques. Un cinquième sujet enfin présentera des bulles plus ou moins volumineuses, presque toujours associées d'ailleurs à l'éruption érythémato-pigmentée fixe que nous venons de schématiser, et superposées à cette éruption.

De telle sorte que, comme pour l'iodure, nous voyons que, suivant les idiosyncrasies, l'antipyrine peut être très bien tolérée, qu'elle peut provoquer l'apparition d'éruptions parfaitement banales, qu'elle peut, au contraire, déterminer l'apparition d'éruptions spéciales, pour ainsi dire pathognomoniques, permettant de soupçonner par leur simple vue l'ingestion de ce médicament.

L'étude de cette deuxième série d'expériences nous permet en outre de constater un fait qui est, d'après nous, d'une importance considérable : c'est la notion de l'existence, chez un sujet donné, de zones de moindre résistance disséminées çà et là, sans ordre aucun, et jusqu'ici sans systématisation con-

1. Les idées exprimées dans cet article ont fait l'objet d'une conférence préliminaire, introduction à l'enseignement théorique et pratique des affections de la peau que fait M. Brocq à l'hôpital Broca-Pascal.

nue, à la surface des téguments. C'est toujours aux mêmes points de la surface cutanée que se produit l'éruption érythémato-pigmentée fixe de l'antipyrine. Ces points constituent des lieux d'élection, c'est-à-dire de moindre résistance. Certaines de ces localisations s'observent fréquemment : ce sont les lèvres, la cavité buccale, les parties génitales chez l'homme ; mais les autres présentent, suivant les sujets, une telle diversité que, dans l'état actuel de nos connaissances, on ne peut saisir la loi qui les gouverne.

Cette notion des *loci minoris resistentiæ* des téguments existant en dehors de tout traumatisme extérieur, est des plus instructives; nous l'utiliserons dans des conférences ultérieures pour expliquer la pathogénie de certaines dermatoses nummulaires.

Troisième expérience. — Considérons maintenant, dans un autre ordre d'idées, plusieurs sujets atteints d'une seule et même forme objective d'éruption d'urticaire, par exemple. Nous voyons que le premier a eu sa poussée après avoir mangé des moules ou des fraises, ou du blanc d'œuf, ou du veau; que le second l'a eue après avoir pris du chloral; que, chez le troisième, elle constitue une fièvre intermittente larvée; que, chez le quatrième, elle est symptomatique de la présence de kystes hydatiques; que, chez le cinquième, elle est d'origine névropathique, et survient sous l'influence de la moindre émotion, etc.

Il en résulte que les causes les plus diverses peuvent, chez des sujets différents, provoquer des effets identiques au point de vue éruptif, que ces mêmes causes diverses peuvent, chez un même sujet, provoquer toujours la même éruption : c'est là une vérité des plus importantes, sur laquelle M. E. Besnier a insisté dès 1889, en traitant de la pathogénie des érythèmes.

Si nous résumons maintenant et si nous essayons de synthétiser les résultats de ces expériences cliniques, nous arrivons à formuler les lois suivantes qui dominent toute la pathologie cutanée :

I. *Une seule et même cause morbide, agissant sur plusieurs sujets, peut provoquer des éruptions éminemment dissemblables, suivant ces sujets.* Il semble donc que chaque sujet ait son *mode spécial de réaction cutanée* en présence d'une cause donnée : l'un réagit sous la forme objective de l'urticaire, un autre sous la forme objective de l'érythème, un autre sous la forme objective de la papulo-vésicule du prurigo, etc.

II. *Une même forme éruptive peut être provoquée par les causes occasionnelles les plus diverses* : de telle sorte qu'un sujet peut être orienté dans le sens d'une seule et même réaction cutanée ; et cette réaction cutanée peut être la même pendant toute l'existence du sujet, ou bien elle peut varier suivant les diverses phases de la vie. Il est relativement commun de voir un malade présenter par périodes des poussées d'eczéma, puis des poussées de séborrhéides psoriasiformes, puis des poussées d'eczémas vrais greffées sur séborrhéides, puis des poussées de furoncles ou d'anthrax, etc... D'ailleurs, cette dernière constatation est également vraie pour les réactions morbides générales de l'individu. Un sujet donné peut être orienté toute sa vie dans le sens d'une seule et même prédisposition morbide. Il peut aussi être prédisposé à diverses affections suivant les périodes de son existence : enfant, il aura des accès de rhinobronchite spasmodique survenant par crises; adolescent, il aura des céphalées; jeune homme, des accès d'asthme; adulte, des anthrax à répétition, ou des poussées d'eczéma plus ou moins lichénifié, etc... Ces variations dans les prédispositions morbides subissent certaines lois que nous étudierons plus tard. Contentons-nous, pour le moment, d'en signaler l'existence.

Presque toujours donc, c'est l'individu et ses réactions personnelles qui gouvernent la forme morbide éruptive, laquelle ne peut nullement indiquer, d'après son aspect, quelle est la cause déterminante de l'éruption.

Plus rarement cette forme morbide éruptive est fixée dans son aspect par la cause occasionnelle provocatrice, de telle sorte que par l'examen de l'éruption on peut en diagnostiquer la cause déterminante.

* * *

Or, les dermatoses non classées dont nous venons de parler plus haut, urticaire, érythème, eczéma, lichen vrai, etc., appartiennent complètement à la première de ces deux grandes catégories de dermatoses. Elles sont occasionnées par beaucoup de causes prochaines fort différentes les unes des autres, causes qui agissent sur un organisme orienté dans un certain sens au point de vue morbide, de telle sorte que l'on voit toujours se produire le même effet éruptif propre à l'individu en question. Ces dermatoses ne doivent donc être considérées que comme représentant des *modes spéciaux de réaction cutanée*.

D'ailleurs, les faits cliniques démontrent qu'un organisme peut être orienté pendant toute la vie dans le sens d'une seule et même réaction cutanée, mais aussi qu'un même organisme peut avoir, soit simultanément, soit successivement, dans les diverses phases de la vie, plusieurs modes de réaction morbide cutanée. L'urticaire peut s'associer à la papulo-vésicule du prurigo, la lichénification à l'eczéma, etc.

En outre, un mode de réaction morbide cutané peut remplacer un mode de réaction morbide viscéral, ou inversement. Un individu qui a réagi pendant longtemps au point de vue morbide sous la forme de rhino-bronchites spasmodiques et d'accès d'asthme, peut fort bien ne plus présenter ces manifestations, mais réagir dans le sens eczéma vulgaire vrai, ou mieux dans le sens eczéma lichénifié, ou lichen simplex chronique : ses prédispositions morbides peuvent donc se modifier, ou, si l'on veut, le point faible de son organisme peut varier sous l'influence de causes multiples, à effets lents ou rapides, que nous n'avons pas à étudier en ce moment. C'est ce que l'on a appelé autrefois *les métastases*.

* * *

Les *réactions cutanées* ne sont pas des entités morbides vraies au sens propre du mot. Pour qu'il y ait entité morbide vraie en affections cutanées, nous demandons que la maladie ait une étiologie sûre et précise, qu'elle soit causée par exemple par un agent pathogène défini, tel que l'acare, l'achorion, le bacille de Koch, etc.

Or nos réactions cutanées, urticaire, eczéma, lichen vrai, etc., sont des aspects objectifs qui dépendent exclusivement :

1° De la morbidité du sujet, c'est-à-dire de sa disposition du moment à être malade; 2° de la prédisposition spéciale qu'ont ses téguments à réagir de telle ou telle manière sous l'influence de cette morbidité; 3° d'une cause occasionnelle quelconque qui met en jeu cette prédisposition.

Dans ces réactions cutanées, la maladie est donc essentiellement constituée par cette morbidité et cette prédisposition du sujet qui dominent toute la scène pathologique. Si la morbidité est passagère, la réaction cutanée ne se produira que pendant quelques instants; si elle persiste, au contraire, la réaction cutanée se reproduira incessamment pendant un laps de temps plus ou moins long : elle pourra, dans ce cas, évoluer à l'état pur ou se compliquer ou se modifier suivant les circonstances, pendant le cours de la maladie.

Ces notions nous permettent de mieux comprendre qu'on ne l'a fait jusqu'ici les diverses réactions cutanées, et en particulier l'eczéma, au sujet duquel, nous l'avouons sans détour, certaines de nos idées ont jusqu'ici peut-être un peu manqué de précision[1], Nous traiterons avec plus de détails ce point particulier quand nous étudierons l'eczéma.

* * *

Cette notion des réactions cutanées n'est pas neuve. Elle se trouve en germe dans l'article « Pathogénie des érythèmes » de M. E. Besnier, paru en 1890 dans les Annales de Dermatologie. Nous l'avons formulée pour la première fois en 1891 dans nos Conférences faites dans le service du regretté Quinquaud, à l'hôpital Saint-Louis. Nous l'avons complètement systématisée dans notre Communication de 1892 au Congrès de Vienne « Sur les dermatoses prurigineuses et les anciens lichens ». Depuis lors, nous en avons constamment parlé dans nos diverses publications. Mais nous ne lui avions pas encore donné un corps définitif : nous n'avions pas encore fondé sur elle une classification dermatologique, comme nous tentons de le faire aujourd'hui.

Or, pour peu qu'on veuille y réfléchir, il est impossible de ne pas voir à quel point cette notion, ainsi comprise et amplifiée, éclaire d'une vive lumière la conception générale des dermatoses.

Toute étude dermatologique sérieuse doit traiter d'abord des lésions élémentaires, dont l'ensemble constitue pour ainsi dire, d'après l'expression que nous avons depuis longtemps employée, l'alphabet de la Dermatologie. Après les lésions élémentaires nous devons désormais étudier les modes divers de réaction des téguments, — et ces modes, infinis suivant les prédispositions individuelles, car ils dépendent de ces prédispositions, parcourent une gamme insensible, depuis le défaut de réaction cutanée jusqu'aux lichénifications presque éléphantiasiques, depuis l'urticaire simple jusqu'aux processus papulo-vésiculeux et vésiculo-bulleux les plus accentués!

Nous retrouvons ici, mais expliquée, interprétée, lumineuse, et non plus seulement fondée sur une grossière anatomie pathologique, tonte la classification de Willan. Et, en effet, on doit se baser sur l'aspect objectif

1. Ce qui constitue l'eczéma, ce n'est pas en effet la pérennité de l'éruption, c'est simplement la lésion objective. Mais, suivant l'évolution, on a telle ou telle maladie dont l'eczéma est la manifestation objective.

de ces réactions cutanées, pour établir parmi elles des types cliniques qui en facilitent l'étude et permettent d'en faire la nomenclature. Certes, ces types cliniques sont délimités d'une manière assez artificielle : entre eux existent d'innombrables faits de passage, parmi lesquels il s'en trouve même incessamment de nouveaux, puisqu'ils sont l'expression de l'individualité des sujets; mais ils n'en sont pas moins acceptables, parce qu'ils fixent des formes objectives réelles, bien différenciées.

Nous aurons donc un groupe de purpuras, un groupe d'érythèmes, un groupe d'urticaires, un groupe de papules (les lichens des anciens auteurs), un groupe de vésicules (les eczémas et les herpès), un groupe de bulles (les dermatites polymorphes douloureuses), un groupe de squames (les psoriasis).

*
* *

Quand nous connaîtrons ces modes de réaction cutanée, nous pourrons aborder l'étude des dermatoses bien définies, à étiologie précise, présentant des éruptions parfois pathognomoniques de la cause réelle de la maladie, mais parfois aussi des éruptions qui dépendent du mode de réaction cutanée spécial au sujet.

En effet, même dans les dermatoses les mieux définies au point de vue étiologique et pathogénique, comme la gale par exemple, dans ces maladies où il existe des lésions absolument pathognomoniques, comme le sillon de l'acare, l'individualité du sujet entre souvent en scène, et le malade présente, suivant ses réactions particulières, de l'urticaire, du prurigo, de l'eczéma, etc..., qui ne sont que des modes banals de réaction cutanée.

Il y a donc souvent intrication des éruptions pathognomoniques de l'agent causal avec des éruptions de réaction cutanée dépendant du sujet, et ces particularités, des plus importantes, permettent de comprendre qu'une maladie bien définie dans son essence comme la gale, comme la syphilis, puisse prendre des aspects divers suivant les prédispositions morbides des sujets.

Dans la syphilis en particulier, tel malade aura plus de tendance à avoir des manifestations péripilaires ou sébacéo-pilaires, tel autre aura plutôt des accidents psoriasiformes, et cela d'après la constitution de ses téguments, d'après son état de xérodermie ou de séborrhée plus ou moins accentué, d'après sa tendance à l'acné ou aux séborrhéides, etc... Bien plus, des réactions cutanées d'ordre banal peuvent venir se greffer sur les lésions d'ordre spécifique, les compliquer, les rendre plus tenaces, souvent même les larver.

Toute cause morbide peut en effet mettre en œuvre ces réactions cutanées individuelles; et cela est vrai non seulement pour les causes morbides générales, comme les intoxications, les auto-intoxications banales, les chocs subis par le système nerveux, mais encore pour les dermatoses bien définies elles-mêmes. L'impétigo de Tilbury Fox, par exemple, qui est une dermatose microbienne des mieux spécifiées, peut provoquer l'apparition de réactions cutanées banales comme l'eczéma, comme la lichénification, et l'on comprend dès lors à quelles complexités on peut arriver, combien il est nécessaire d'avoir une méthode d'observation rigoureuse pour saisir la genèse véritable de beaucoup de faits.

*
* *

Ces considérations nous amènent à parler de l'unicité ou de la complexité des dermatoses, notions fort anciennes, mais assez mal comprises jusqu'à ce jour. A peu près seul parmi les dermatologistes de l'illustre pléiade de Saint-Louis, Devergie a soupçonné l'importance des dermatoses complexes par associations morbides.

Un malade peut présenter un type pur d'éruption. Ces faits sont fréquents : ils s'observent tout aussi bien dans les simples réactions cutanées que dans les dermatoses nettement spécifiées comme entités morbides vraies.

Un sujet peut donc avoir de l'urticaire pure et simple, de l'eczéma vésiculeux vrai typique simple, mais presque toujours déjà, dans ce dernier cas, il se produit immédiatement des infections microbiennes surajoutées.

On peut, d'autre part, observer de l'impétigo de Tilbury Fox pur, une éruption de syphilis, roséole ou papules, absolument pure, des nodules lépreux pathognomoniques, etc... »

Mais il est extrêmement fréquent de voir les dermatoses se compliquer, se superposer, s'intriquer entre elles, et c'est là l'explication de nombreuses éruptions en apparence anormales. On a souvent de la tendance à songer à des types nouveaux de dermatoses en présence de ces cas mixtes. Nous nous sommes déjà longuement occupés de ces dermatoses *compliquées et composées* dans nos diverses publications, en particulier dans nos mémoires sur la question des eczémas, et sur la nummularisation des eczémas. Nous allons les schématiser brièvement pour en faire comprendre la constitution.

Premier ordre de faits. — *Une dermatose peut être mixte parce qu'elle se développe sur un état anormal antérieur des téguments.*

Les xérodermiques, les ichtyosiques sont particulièrement prédisposés aux prurits, et, sur ce fond spécial, l'eczéma se développe avec la plus grande facilité.

Les sujets atteints de séborrhée huileuse sont tout particulièrement prédisposés à l'acné vulgaire, à la couperose, à certaines séborrhéides, etc.

Il en est de même des télangiectasiques.

Les acro-asphyxiques sont prédisposés aux engelures, au lupus érythémateux, etc...

On voit donc qu'une dermatose quelconque, soit d'ordre banal comme les réactions cutanées, soit d'ordre spécifié comme les séborrhéides et l'acné, peut se développer sur fond tégumentaire anormal.

Deuxième ordre de faits. — *Les éruptions artificielles d'origine externe se compliquent fort souvent soit de réactions cutanées, soit de dermatoses microbiennes et même des deux simultanément.*

Voici un ouvrier teinturier qui présente une éruption traumatique de cause externe causée par un acide; sous l'influence de ce traumatisme, les réactions cutanées individuelles entrent en jeu; de l'eczéma vrai se développe aux points traumatisés; il peut même gagner ensuite d'autres régions; en outre, par suite du prurit qu'il éprouve, le malade se gratte, s'inocule des staphylocoques, des streptocoques, et des pyodermites d'aspect variable se développent sur l'éruption artificielle eczémateuse.

De même, *des éruptions microbiennes premières telles que de l'impétigo de Tilbury Fox, du lupus vulgaire, des syphilides, etc..., peuvent se compliquer de réactions cutanées propres au sujet comme l'eczéma.*

On voit donc qu'une éruption artificielle première, qu'elle soit de cause interne ou de cause externe, qu'une éruption d'origine parasitaire ou microbienne première, peuvent se compliquer d'éruptions tenant à des réactions cutanées individuelles ou à des infections microbiennes surajoutées.

Troisième ordre de faits. — *Une éruption tenant à un mode de réaction cutanée individuelle, peut se compliquer ou bien d'un autre mode de réaction cutanée, ou bien d'une infection microbienne quelconque surajoutée.*

C'est ainsi qu'un eczéma vrai peut se compliquer peu à peu d'une lichénification, et, inversement, qu'il peut s'infecter de pyodermites, etc. Nous n'insistons pas plus longuement.

Il résulte de tout ce qui précède qu'en présence d'une éruption donnée le dermatologiste doit avant tout faire une analyse patiente et minutieuse des lésions élémentaires, de tous les phénomènes éruptifs, et rechercher s'il s'agit d'une forme morbide simple, d'une forme morbide composée, d'une forme morbide compliquée, et, dans ces deux derniers cas, il devra tâcher de préciser quels sont les divers éléments qui se superposent et s'intriquent pour constituer l'aspect objectif considéré dans son ensemble.

Si le dermatologiste veut se livrer à ce travail d'analyse, il ne tardera pas à se convaincre que nombre de faits obscurs s'expliquent merveilleusement par cette intrication des dermatoses, et surtout que nombre de formes éruptives, en apparence nouvelles et insolites, résultent simplement de la combinaison, à doses variables suivant les prédispositions individuelles, de deux ou de plusieurs dermatoses des mieux définies.

Il ne faudrait donc pas, comme certains esprits superficiels seraient tentés de le croire, voir dans tout ce qui précède une tendance à compliquer la Dermatologie; ces notions capitales entraînent au contraire une simplification des faits des plus considérables : elles amènent à réduire singulièrement le nombre des types morbides objectifs; elles permettent surtout de les mieux comprendre.

*
* *

En émettant notre conception des réactions cutanées individuelles, nous n'avons certes pas la prétention d'élucider tous les points obscurs de la Dermatologie, et de proposer une classification irréprochable. Quand on aborde l'étude des détails, on se trouve en effet, même avec cette notion nouvelle, aux prises avec des difficultés en apparence inextricables.

Dans quelle classe, par exemple, rangerons-nous l'acné juvénile? C'est une affection d'évolution, qui commence à la puberté pour finir à l'âge adulte, ou pour y subir des transformations. Elle est en relation directe avec des désordres viscéraux, troubles utérins, mauvaises digestions, constipation, etc.; et

cependant les bactériologistes en font une dermatose d'origine microbienne. Elle semble néanmoins se rapprocher par beaucoup de ses caractères des allures générales des dermatoses que nous considérons comme n'étant que des modes de réaction cutanée.

Et il en est de même pour les furoncles, les anthrax, les séborrhéides, etc.

Un individu peut être orienté pendant une partie de son existence dans le sens acné, séborrhée, séborrhéides, furonculose, etc., de même qu'il peut être orienté dans le sens urticaire ou eczéma. Et cependant, encore une fois, les bactériologistes réclament ces dermatoses pour la classe des affections microbiennes.

Faut-il ici faire intervenir notre notion de la *dominante étiologique*, et classifier la maladie d'après la cause qui, au milieu des autres causes efficientes, semble agir avec le plus d'intensité pour provoquer l'apparition de la maladie? Cette notion de la dominante étiologique nous paraît excellente pour étudier et apprécier l'étiologie des réactions cutanées vraies, car elle permet de catégoriser ces réactions d'après la cause qui semble momentanément gouverner leur genèse, et qui paraît dominer les autres causes toujours fort complexes qui entrent également en jeu[1].

Malheureusement, dans le cas qui nous occupe, elle prêterait le flanc à la discussion, et ne résoudrait nullement la difficulté : le bactériologiste affirmerait, en effet, que le microbe joue le rôle majeur, qu'il constitue de la manière la plus irréfutable la dominante étiologique; et le clinicien, non sans raison d'après nous, soutiendrait que le microbe n'est qu'une influence accessoire, que les modifications subies par le terrain constituent au contraire l'élément capital dans la genèse de la maladie.

Pour résoudre la question d'une manière relativement satisfaisante, il faut tout d'abord bien spécifier que le terme de : *réactions cutanées pures* ne saurait être regardé comme absolument synonyme du terme : *prédisposition morbide*. Nous réservons le nom de réaction cutanée pure à des éruptions totalement amicrobiennes, ne dépendant absolument que du mode spécial suivant lequel la peau d'un sujet réagit sous l'influence des causes morbides les plus diverses. La réaction cutanée est donc une prédisposition morbide; mais il ne s'ensuit pas que toutes les dermatoses auxquelles un sujet est prédisposé, pendant un laps de temps de son existence, soient toujours de simples réactions cutanées.

Un sujet peut, pendant une ou plusieurs années de son existence, réagir sous l'influence des causes morbides diverses qu'il subit par des poussées de furoncles ou par des anthrax; qu'il mange trop de viande, qu'il fasse un écart de régime, qu'il se surmène, qu'il subisse surtout un choc moral, etc., et l'anthrax apparaîtra; et cependant l'anthrax est une dermatose microbienne des mieux caractérisées. Il semble donc qu'à côté de dermatoses microbiennes hautement spécifiques, comme la tuberculose, la lèpre, etc., il y ait des dermatoses microbiennes de moindre spécificité, causées par les microbes banals de la peau, et dans lesquelles l'élément terrain et modifications subies par le terrain, c'est-à-dire prédispositions morbides individuelles, jouent un rôle majeur, un rôle analogue à celui que jouent ces mêmes prédispositions dans les réactions cutanées vraies.

Ces deux grandes classes de dermatoses sont donc, en réalité, très voisines l'une de l'autre; elles s'intriquent en quelque sorte, et il n'y aurait rien d'étonnant si, par la suite, certaines de nos réactions cutanées pures allaient prendre place dans ces *dermatoses microbiennes à microbes banals*.

Nous devons noter, en passant, que ces dermatoses microbiennes à microbes banals peuvent, au même titre que les réactions cutanées pures, jouer dans un organisme le rôle de ce que les vieux cliniciens appelaient des métastases. Il n'est pas rare de voir chez un goutteux larvé des accès d'asthme, de gastralgie, des poussées d'eczéma lichénifié être remplacés par de la furonculose, ou même par des anthrax qui se produisent de temps en temps, parfois à dates presque régulières, comme les accès de goutte ou les accès de rhino-bronchite spasmodique.

* * *

La notion des dermatoses microbiennes à microbes banals, affections pour ainsi dire intermédiaires aux réactions cutanées pures et aux dermatoses microbiennes à microbes hautement spécifiques, nous montre la réalité de nos conceptions déjà anciennes sur les faits de passage qui existent entre les divers types morbides constitués.

Quand on étudie de près la Pathologie cutanée, on arrive rapidement à cette conviction qu'il n'y a pour ainsi dire pas de forme morbide isolée. Entre tous les types connus existent des faits de passage permettant d'établir une sorte de série ininterrompue de cas entre les modalités éruptives les plus dissemblables.

Ces faits de passage ne prouvent nullement, comme certains auteurs ont voulu le soutenir, l'identité de nature des dermatoses qu'ils relient; ils prouvent simplement qu'il existe entre elles certaines affinités.

Ces idées sont vraies même pour les entités morbides bien définies, même pour les dermatoses qui reconnaissent pour cause première les microbes les plus hautement spécifiés, ou même les parasites végétaux, car il est démontré à l'heure actuelle que ces microbes et ces parasites ne sauraient échapper à la grande loi qui domine toute l'histoire naturelle, toute l'étude des êtres organisés : *natura non facit saltus*; entre les agents pathogènes les plus différenciés existent des agents pathogènes intermédiaires, comme le prouve victorieusement l'histoire des trichophytons et des favus.

Mais notre conception est surtout évidente quand il s'agit de ce que nous avons appelé les réactions cutanées. Il est facile de comprendre qu'ici les réactions individuelles soient innombrables, qu'à côté de certains types morbides objectifs que nous fabriquons artificiellement pour les besoins de la description d'après les aspects objectifs les plus saillants, il existe d'infinies nuances. En réalité, il ne saurait y avoir ici de cadres fermés; il n'y a plus de limites précises entre les divers types. Ces dermatoses constituent un immense réseau, en apparence inextricable, dans lequel nous avons constitué des centres assez nets correspondant à des types morbides objectifs autour desquels rayonnent des chaînons allant aboutir à d'autres centres voisins, chaînons sur lesquels et entre lesquels se classifient des faits intermédiaires aux types morbides constitués[1].

* * *

De tout ce qui précède, nous devons conclure que, pour étudier d'une manière rationnelle et complète les dermatoses, on doit procéder d'après la méthode suivante :

Après avoir soigneusement analysé les *lésions élémentaires* et les *terrains*, on décrira neuf classes d'affections cutanées :

Ire CLASSE. — *Les réactions cutanées pures* (urticaire, érythème, eczémas vrais, lichen vrai, prurigo, dermatites polymorphes douloureuses, psoriasis, etc.).

IIe CLASSE. — *Les dermatoses microbiennes à microbes banals* (furoncle, folliculites, acné, impétigo, ecthyma, etc.).

IIIe CLASSE. — *Les dermatoses microbiennes à microbes hautement spécifiés* (lèpre, tuberculose, morve, etc.).

IVe CLASSE. — *Les dermatoses causées par les parasites végétaux.*

Ve CLASSE. — *Les dermatoses causées par les parasites animaux.*

VIe CLASSE. — *Les éruptions artificielles de cause externe.*

VIIe CLASSE. — *Les éruptions artificielles de cause interne.*

VIIIe CLASSE. — *Les éruptions d'ordre trophique. Eruptions réflexes et par lésions d'organes internes.*

IXe CLASSE. — *Les difformités cutanées.*

Tel est le tableau d'ensemble des dermatoses; ce mode de groupement paraît naturel et suffisamment lumineux.

1. Voir pour les développements nécessaires sur ce point notre travail sur la *Question des eczémas*. On y verra que toute notre conception du groupe des eczémas vrais est fondée sur la notion de la dominante étiologique, qui peut être, suivant les cas, suivant les sujets et suivant les diverses circonstances chez un même sujet, ou le traumatisme externe, ou une intoxication, ou une auto-intoxication, ou une maladie d'organes, ou un choc nerveux, etc. La dominante étiologique est la cause qui paraît avoir surtout provoqué la poussée éruptive; elle domine les autres causes qui interviennent également pour provoquer l'eczéma chez le sujet. Mais cette dominante étiologique peut varier d'un moment à l'autre chez le même sujet pendant la même poussée d'eczéma.

1. Ceci nous ramène à notre classification des dermatoses suivant la méthode graphique. Voir, pour plus de détails sur ce point un peu aride, notre mémoire sur « la Méthode graphique en dermatologie » paru dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1893, p. 1157.

DU ROLE DES FOSSES NASALES DANS LA TUBERCULOSE

Par M. Mignon (de Nice).

La lutte contre la tuberculose est une des questions qui préoccupe le plus hygiénistes et médecins, et l'on ne saurait trop insister sur son importance lorsqu'on songe aux nombreuses victimes que fait chaque jour la tuberculose.

Au Congrès tenu à Londres au mois de juillet dernier, le professeur Koch a insisté sur l'importance de la contagion par l'air, à tel point qu'il nie le danger de l'alimentation par le lait et la viande. Bien que le professeur Nocard ait cité des faits très probants à l'encontre de cette opinion, il n'en reste pas moins certain que l'air est presque toujours le véhicule du bacille.

Empêcher les bacilles de se répandre dans l'air que nous respirons, tel est le but difficile à atteindre. Mais si l'air est infecté malgré l'usage des crachoirs et les pratiques de désinfection, les fosses

nasales peuvent, dans certaines conditions, diminuer le danger qui nous menace. Elles sont un obstacle pour les poussières et les microbes, et font subir à l'air des modifications de pression, de température et d'hygrométrie.

* * *

Les poussières et les microbes contenus dans l'air inhalé rencontrent d'abord les vibrisses du vestibule nasal, et s'y déposent en abondance. Nous n'avons pas à insister sur le rôle nocif des poussières; il est démontré par la clinique et prouvé par des faits expérimentaux (Lannelongue, Achard et Gaillard[1]). Ce filtre arrête aussi en partie les microbes.

Nous savons tous que l'intérieur du nez présente, au voisinage de son entrée, une très riche flore microbienne. Les variétés en sont assez diverses et se répandent plus ou moins profondément, suivant les sujets, dans les anfractuosités de la muqueuse. On y trouve, entre autres, assez souvent le bacille de la tuberculose chez des personnes qui ne présentent aucun signe de la maladie (Straus). Il est donc intéressant de se demander le rôle que peut jouer le mucus nasal sur la pénétration, la virulence ou le développement des microorganismes.

Tout d'abord, on sait que le mucus nasal obtenu par l'excitation d'une pituitaire saine ne contient généralement pas de microbes (Würtz et Lermoyez[2]). On sait aussi que leur abondance diminue à mesure que l'on pénètre plus avant dans les fosses nasales : très nombreux au niveau du vestibule et sur les vibrisses, ils deviennent relativement rares sur la muqueuse.

Si les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence des microbes au niveau de la pituitaire, c'est qu'ils n'ont pas fait leurs recherches dans les mêmes conditions, ni dans les mêmes régions de la muqueuse : plusieurs les ont trouvés rares (Thomson et Hewlett[3], Piaget[4]); d'autres, plus ou moins abondants (Klemperer[5], Malato[6], Park et Wright[7]). Or il est certain que les microbes sont moins nombreux à mesure que l'on pénètre dans la profondeur des fosses nasales; retenus qu'ils sont mécaniquement par les surfaces humides qu'ils rencontrent à leur passage. Ils subissent alors l'action du mucus nasal lequel est un très mauvais milieu de culture (Würtz et Lermoyez, Piaget). Si celui-ci n'a pas un pouvoir bactéricide suffisant pour les détruire, il en atténue au moins la virulence; et c'est ainsi qu'on a pu trouver dans les fosses nasales des bacilles de Loeffler qui ne se développaient pas.

Le mucus nasal a donc une action bactéricide relative, suffisante pour lutter contre certaines infections (bactéridie charbonneuse), mais insuffisante pour les empêcher toutes (streptocoque). La clinique nous prouve que le bacille de Koch n'échappe pas à cette influence, à laquelle s'ajoute l'action phagocytaire des leucocytes des fosses nasales (Metchnikoff, Viollet[8]). Cette région est, en effet, beaucoup plus réfractaire à la tuberculose que le reste de l'arbre respiratoire, et pourtant ce sont les premières voies exposées à l'air (Cartaz[9]) et celles qui devraient être le plus facilement inoculées.

1. Lannelongue, Achard et Gaillard. — « De l'influence des poussières sur l'évolution de la tuberculose ». *Académie des sciences*, 1901, 6 Mai.
2. Wurtz et Lermoyez. — *Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez*, 1898, Août.
3. Thomson et Hewlett. — *Med. chir. trans.*, 1895, Vol. LXXVIII.
4. Piaget. — *Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez*, 1897, Février.
5. Klemperer. — *Ref. journ. of laryngology*, 1896, Novembre, p. 286.
6. Malato. — *Archivio italiano di otologia*, 1897, VI, fasc. 4.
7. Park et Wright. — *Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez*, 1898, I, p. 113.
8. Viollet. — *Archives internationales de laryngologie*, 1900, Janvier-Février.
9. Cartaz. — *France médicale*, 1887, Juillet.

De ce que nous venons d'exposer, il résulte que, pour que la défense de l'organisme se fasse dans de bonnes conditions, il faut que la muqueuse nasale ne soit pas altérée par des modifications pathologiques.

On a couramment l'occasion de constater la relation qui existe entre le coryza et certains troubles ou lésions des voies respiratoires (toux nasale, laryngo-trachéo-bronchite); l'infection bacillaire se trouve ainsi favorisée et l'hématose diminuée par le spasme glottique et bronchique (Ruault[1]). Il est sans doute exagéré d'admettre que le catarrhe rétro-nasal est toujours le point de départ de la tuberculose pulmonaire (Freudenthal[2]); toutefois, sa fréquence mérite d'attirer l'attention.

Pendant plus de deux ans, nous avons, à l'Asile de Convalescence de Vincennes, interrogé et examiné par la rhinoscopie des centaines de tuberculeux à des périodes diverses; nous avons même assisté à l'apparition des lésions bacillaires chez un assez grand nombre de convalescents indemnes cliniquement au début de leur séjour[3] : chez tous ces malades, le catarrhe rétro-nasal était pour ainsi dire constant, accompagné avec une fréquence toute particulière de lésions diverses entraînant plus ou moins d'obstruction. Quelques-uns, il est vrai, étaient, par une affection récente, prédisposés à la tuberculose, mais beaucoup d'autres (convalescents de fractures, etc.), n'étaient pas dans ce cas.

Nous nous croyons donc autorisés à admettre que, chez l'individu sain, le danger d'infection tuberculeuse est augmenté par le mauvais fonctionnement physiologique de la muqueuse (rhinite catarrhale, atrophique), ou par l'insuffisante perméabilité des fosses nasales (rhinite hypertrophique, déviations de cloison, tumeurs, etc.).

A plus forte raison ces altérations auront une influence plus pernicieuse encore chez le tuberculeux avéré : elles le prédisposent d'une part à de nouvelles infections, et lui retirent d'autre part sa principale arme : la cure d'air.

A quoi servira, en effet, de soumettre le malade aux meilleures conditions ambiantes, si les fosses nasales entravent la respiration ? L'air de l'hématose doit pénétrer dans les poumons largement, et par le nez, car, sous un effort égal, celui-ci laisse passer une plus grande quantité d'air que la bouche (Mendel[4]). On ne doit pas compenser par la respiration buccale une respiration nasale défectueuse car cette suppléance présente de nombreux inconvénients (pharyngites, laryngites).

En outre, l'augmentation de la perméabilité nasale, permettant l'absorption de plus d'oxygène, favorise la production de l'hémo- globine. Lichtwitz et Sabrazès[5] ont constaté qu'après l'opération le sang des adénoïdiens se modifie dans le sens de la formule normale; il se produit une augmentation des globules rouges, et une diminution des globules blancs, la première étant due vraisemblablement à une meilleure hématose, la seconde à la suppression du tissu adénoïdien.

Dans les cas d'insuffisance de respiration nasale, à l'insuffisance de l'oxygénation s'ajoute l'absence de modifications utiles produites sur l'air, dont la muqueuse nasale change la température, l'humidité et la pression. Goodale[6] en a étudié les variations dans les diverses affections des fosses nasales. Ces variations expliquent, en dehors de l'action microbienne, beaucoup d'états pathologiques formant le cortège de l'insuffisance nasale, et qui assurément ne peuvent pas être sans action sur la tuberculose.

1. Ruault. — « Traité de médecine », 2e édition, VI, p. 40.
2. Freudenthal. — *Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez*, 1897, I, p. 287.
3. Mignon. — « La tuberculose pulmonaire à l'Asile de convalescence de Vincennes ». Congrès pour l'étude de la tuberculose, Paris, 1898.
4. Mendel. — « Physiologie et pathologie de la respiration nasale », Paris.
5. Lichtwitz et Sabrazès. — *Archives internationales de laryngologie*, 1900, Janvier-Février.
6. Goodale. — *Boston med. and chirurg. journal*, 1896, Novembre.

* * *

Pour conclure, il faut donc, chez les tuberculeux, s'assurer tout particulièrement du bon fonctionnement des fosses nasales, et surtout veiller à ce qu'il n'y ait pas insuffisance de perméabilité. Il n'est pas, pour cela, nécessaire d'employer un rhinomètre, ni les méthodes préconisées par Zwaardemaker, Rayser ou Jacobson. On peut plus simplement résoudre la question en appréciant successivement pour chaque narine la façon dont pénètre et sort l'air de la respiration, et surtout en regardant au spéculum et au stylet l'état des fosses nasales. Cet examen est d'autant plus utile que beaucoup de personnes respirant bien d'un côté, respirent très mal de l'autre, sans s'apercevoir d'aucun trouble.

Le médecin ne doit pas attendre qu'un malade se plaigne de gêne respiratoire, pour l'examiner à ce point de vue, quand il s'agit d'un prédisposé à la tuberculose, et surtout d'un tuberculeux.

S'il est atteint d'une affection ou d'une altération des fosses nasales, on l'aidera à guérir sa tuberculose en soignant son nez; on favorisera ainsi l'action du traitement qu'il doit suivre.

Il est utile d'apprendre aux malades l'importance d'une bonne respiration nasale, car il en est qui, par habitude, respirent la bouche ouverte, après avoir eu plus ou moins d'obstruction nasale. Dans un milieu tuberculeux, l'ignorance du danger favorise la contagion.

Le rôle de défense des fosses nasales a son importance au même titre que toutes les autres mesures destinées à lutter contre la plus destructive des maladies.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE
LE BUCHU

Suivant la remarque de M. Balzer, dans son article sur la « Blennhorrhagie » du *Traité de thérapeutique appliquée*, « la découverte du gonocoque n'a pas provoqué de modifications importantes dans le traitement interne de la blennorragie. Beaucoup de médecins restent fidèles à ce traitement; d'autres, confiants dans les résultats du traitement externe, dédaignent les médications internes auxquelles ils reprochent leur lenteur et leur insuffisance.

« Ces reproches sont souvent justifiés; mais, comme nous l'avons dit souvent, le traitement interne sera toujours conservé : 1° parce qu'il se prête mieux aux exigences de la pratique; beaucoup de malades pour diverses raisons ne peuvent pas se traiter autrement; 2° parce que, malgré sa lenteur et un certain nombre d'échecs, il est certain que ce traitement agit toujours favorablement, et même qu'il guérit beaucoup de malades, lorsqu'il est ponctuellement suivi. »

On ne saurait mieux dire. Ces considérations de pratique journalière sont de toute importance et négligées trop souvent par les thérapeutes qui oublient que la pratique civile, pour être identique à la pratique hospitalière quant à ses principes directeurs, ne peut pas lui être entièrement superposable quant à sa mise en œuvre. Et, à ce point de vue, la pratique des injections de permanganate de potasse, dont les résultats sont franchement excellents, peut-être supérieurs à toutes les autres médications antiblennorragiques, n'est pas toujours compatible avec les occupations de nos malades; dans ces cas nous avons dans les balsamiques des agents précieux, nullement méprisables, et qui ont pour eux la sanction d'un empirisme séculaire.

*
* *

Leur étude n'est plus à faire; le cubèbe, le copahu, l'essence de santal, les térébenthines sont connus et bien connus quant à leurs propriétés, quant à leurs indications; il est, en revanche, un balsamique qui occupe une place honorable dans la pharmacopée des États-Unis et de l'Angleterre, et dont l'existence est à peu près ignorée en France: nous voulons parler du *Buchu*. Ce n'est pas qu'il y soit tout à fait méconnu, car si nous ouvrons le *Dictionnaire de médecine* de Littré et Robin, nous y lisons : « En Angleterre et aux États-Unis, on fait le plus grand cas du Buchu, et on le considère comme un spécifique contre les maladies des organes génito-urinaires. Ses feuilles sont employées comme toniques, stimulantes et surtout comme diurétiques et diaphorétiques; elles sont précieuses dans la cystite et dans la néphrite chronique. » Et Gübler, dans ses Commentaires thérapeutiques du Codex, dit que « le Buchu est un tonique stimulant qui porte d'abord, comme les autres aromatiques, son action sur l'estomac et l'intestin, puis sur le système général par l'intermédiaire des actions réflexes et de la circulation. Ses principes actifs, en passant par les appareils respiratoires, urinaires et cutanés, produisent des effets locaux conformes à ceux des autres balsamiques, à savoir la diminution des produits inflammatoires et plastiques ou purulents, l'accroissement au contraire de l'exhalation aqueuse ».

En tout cas, on le considère en Angleterre et aux États-Unis comme un spécifique contre les maladies des organes génito-urinaires, trouvant surtout son emploi au décours des infections aiguës urétro-vésicales, dans la cystite et le catarrhe de la vessie, où il semble agir à la fois comme diurétique et comme modificateur de la muqueuse vésico-urétrale. Il doit être employé dans la période où l'inflammation est subaiguë sans être encore passée à l'état chronique. Il se range en définitive à côté du cubèbe, du copahu, des térébenthines, dont il partage les propriétés quant à l'action sur les muqueuses; mais ce qui l'en distingue, c'est son action favorable sur l'estomac et les fonctions digestives. Gübler le préconisait dans le traitement de la dyspepsie atonique. Jardin déclare qu'il lui a toujours vu ramener l'appétit en provoquant une excitation légère de la muqueuse gastro-intestinale. Nous avons vérifié nous-mêmes cette proposition.

*
* *

Son histoire mérite d'être rappelée. Les Hottentots se servaient du Buchu depuis un temps immémorial dans le traitement d'un grand nombre de maladies. Les médecins hollandais et anglais du sud de l'Afrique l'employèrent après eux et en vulgarisèrent l'emploi dans la pratique médicale européenne, puis américaine. Importé en France, étudié par Gübler, il a été depuis quasi oublié, alors qu'il a prospéré dans la pharmacopée anglo-américaine.

Les feuilles de Buchu sont fournies par diverses variétés de rutacées, diosmées ou barosmées du cap de Bonne-Espérance (D. Betulina, D. Serratifolia, D. Cremulata).

Leur activité paraît due à des huiles volatiles, peut-être légèrement différentes suivant la variété de diosmée employée, mais ayant dans leur ensemble une odeur forte rappelant la menthe poivrée, déviant fortement à gauche le plan de polarisation, et donnant par réfrigération et dissolution dans l'alcool des cristaux en forme d'aiguilles. D'après Wayne, cette huile contiendrait une substance susceptible d'être convertie en acide salicylique.

D'après l'analyse de Cadet de Gassicourt, les feuilles de Buchu contiennent 0,665 d'huile volatile, 21 gr. 17 de gomme, 6 gr. 17 d'extrait sec, 1 gr. 10 de chlorophylle et 2 gr. 15 de résine.

Les diverses préparations pharmaceutiques n'ont pas une égale valeur : la poudre est également difficile à préparer et à conserver; l'infusion est souvent préparée de façon défectueuse, et, d'autre part, les principes actifs de la plante semblent peu solubles dans l'eau; l'extrait perd par l'évaporation une grande partie de l'huile essentielle qui semble si active: c'est donc aux teintures qu'on arrive à donner la préférence.

En Angleterre, le Buchu est prescrit sous forme de teinture alcoolique. La teinture éthéro-hydro-alcoolique, préparée par l'épuisement des trois sortes de feuilles de Buchu par l'eau, l'alcool et l'éther, semble préférable en ce qu'elle permet d'obtenir et de réunir tous les principes actifs de la plante.

Cette teinture se présente sous forme d'un liquide brunâtre, extrêmement fluide, ayant une odeur résineuse très prononcée et une saveur amère, aromatique, assez agréable.

On peut la prescrire en nature dans l'eau pure ou une tisane diurétique (queue de cerise, chiendent, uva-ursi, buchu); on pourrait aussi l'incorporer à du sirop de tolu, d'écorces d'oranges amères, etc.

La dose moyenne biquotidienne est de 20 à 60 gouttes.

ALFRED MARTINET.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

19 Décembre 1901.

Respiration par la bouche et par le nez. — *M. Smester* ayant essayé de déterminer dans quelles proportions l'air passe par les narines quand la respiration volontaire se fait par la bouche, s'est convaincu que, dans les deux actes de la respiration, inspiration et expiration, le fluide inspiré ou expiré passait soit par les narines, soit par la bouche, mais jamais par les deux orifices en même temps. Des expériences physiologiques multipliées, dont il décrit les dispositifs, sont venues confirmer le fait qu'explique d'ailleurs la conformation anatomique du voile du palais, du pharynx et de la langue. Donc, « dans l'état physiologique de nos organes, la respiration — inspiration et expiration — se fait soit par les narines, soit par la bouche, et non par ces deux ouvertures à la fois ».

Il faut remarquer que la respiration buccale, dans l'état physiologique de nos organes, est toujours volontaire, tandis que la respiration nasale est automatique.

M. Courtade, croyant avoir compris que M. Smester considère comme impossible de respirer par le nez quand la bouche est largement ouverte, parce que, dans cette position, le voile se relèverait et intercepterait toute communication entre les fosses nasales et le pharynx buccal, fait remarquer que, dans la rhinoscopie postérieure, il faut que le sujet ouvre largement la bouche et cependant respire par le nez afin que le voile du palais occupe sa position de repos. Or la majorité des sujets arrive du premier coup à respirer de cette façon.

M. Smester ne conteste pas le fait, qui est évident, mais maintient qu'on ne peut inspirer ou expirer à la fois par le nez et la bouche, du moins à l'état normal. Peut-être cependant, dans certains cas pathologiques, et même après un certain entraînement, quelques sujets contreviennent-ils à cette loi.

M. Reynier rappelle la structure anatomique et la physiologie du voile du palais. Il admet l'opinion soutenue par M. Smester.

M. Lutaud ne considère pas la chose comme douteuse *grosso modo*, mais il faudrait savoir, pour éclaircir complètement ce point de physiologie, si, dans la respiration buccale, par exemple, de petites quantités d'air, peu faciles à déceler par le *modus faciendi* de M. Smestsr, n'entreraient pas et ne sortiraient pas aussi par le nez.

M. Hallion fait remarquer que récemment, à propos de ses expériences sur les échanges respiratoires dans l'air raréfié, il a eu à étudier les différents appareils destinés à recueillir l'air sortant des poumons soit par le nez, soit par la bouche, et qu'il a constaté que de minimes différences de résistance, pouvant être évaluées à quelques millimètres de mercure, suffisaient pour fausser les résultats. A ce point de vue, les dispositifs employés par M. Smester ne sont pas à l'abri de toute critique.

A. DE CRESSANTIGUES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 19 Décembre.

Présentation d'une pièce de perforation de l'intestin grêle chez un fœtus de 1.000 grammes. — *M. Perret.* Les causes de cette perforation sont inconnues.

Présentation d'un placenta pesant 1.850 grammes. — *MM. Perret et Nelis.* L'enfant pesait 2.730 gr. A l'examen histologique, on constata l'hypertrophie des villosités, mais ni péri-, ni endo-artérite; il ne serait donc pas question de syphilis.

La caduque utéro-placentaire était modifiée par la macération.

M. Demelin. Il y a certainement d'autres causes d'hypertrophie du placenta que la syphilis. J'ai observé un placenta monstrueux, pesant 2.300 grammes, qui était dû à l'ascite fœtale; or la syphilis ne put être décelée.

Observation d'hydrocéphalie consécutive à la variole. — *M. Schwab.* Il s'agit d'un enfant à hydrocéphalie très marquée, chez lequel on n'a pas trouvé de syphilis paternelle ni maternelle.

La cause de cette malformation paraît devoir être une variole grave, dont la mère a été atteinte vers le milieu de sa grossesse, et qui a été confluente, développée surtout au niveau de la face.

L'hydrocéphalie n'apparut qu'un mois après la naissance, alors qu'on n'avait rien constaté jusque-là, sinon une cicatrice de variole au niveau du dos.

Cet enfant a déjà été ponctionné trois fois; le seul résultat de ces ponctions a été une reproduction rapide du liquide, avec poussée aiguë chaque fois, c'est-à-dire avec augmentation nouvelle du volume de la tête, qui est aujourd'hui véritablement monstrueuse.

Accouchement chez deux femmes atteintes de diabète sucré; dystocie par volume exagéré du fœtus. — *M. Chambrelent* (de Bordeaux), qui a déjà signalé, antérieurement, le passage du sucre de la mère au fœtus, vient de suivre deux cas de grossesse chez des diabétiques à glycosurie très marquée (35 à 40 grammes de sucre par litre); or il a été frappé du volume exagéré des deux enfants (5.300 et 5.290 grammes).

Dans les deux cas, l'excès du volume du fœtus a causé des difficultés au moment du passage des épaules.

M. Chambrelent a eu recours à un procédé très simple, qui consiste à introduire une sorte d'hameçon, en forme de crochet, sur le maxillaire inférieur, et à tirer fortement sur cette prise, en même temps que la main va dégager l'épaule postérieure.

L'auteur signale cette double coïncidence entre le diabète et le gigantisme fœtal, et se demande s'il n'y a pas là une relation de cause à effet.

M. Brindeau fait remarquer que la cleidotomie eût été sans doute plus facile à exécuter, et d'un résultat aussi favorable que les tractions instrumentales qui ont été pratiquées par M. Chambrelent sur le maxillaire de l'enfant.

M. Maygrier rappelle qu'il a observé un enfant de 6 kil. 500.

Décollement prématuré du placenta par brièveté du cordon ombilical. — *MM. Maygrier et Cathala.* Il s'agit d'une femme chez laquelle survint, pendant le travail, une hémorragie abondante qui amena la mort du fœtus, et dont la cause était des circulaires multiples.

Après la sortie de la tête de l'enfant, on vit que le cordon faisait plusieurs fois le tour du tronc, et que, ayant été tiraillé pendant la descente du fœtus, il avait dû décoller le placenta et entraîner la mort de l'enfant, ce qui est assez rare.

Syphilis du col chez une femme enceinte. — *M. Blandin* présente une femme enceinte de six mois, chez laquelle la syphilis est récente et très nette : roséole, plaques muqueuses, papules, etc. Au toucher, on constate sur le col une ulcération à base légèrement indurée, qui paraît être un chancre.

Cette bague, encerclant le col sur une longueur de 1 centimètre, devant amener probablement des difficultés au moment de l'accouchement, l'auteur se demande ce qu'il faudra faire à ce moment, c'est-à-

dire dans trois mois; d'ici là, cette femme a été soumise au traitement intensif. Si l'induration persiste, et qu'il y ait rigidité du col empêchant la dilatation, on aura à choisir entre les incisions du col ou la césarienne, à moins qu'on considère ce fœtus, bien probablement syphilitique, comme une quantité négligeable.

M. Brindeau a observé un cas semblable à l'hôpital Saint-Louis. Au moment de l'accouchement il fit des incisions qui permirent la sortie du fœtus. Mais la femme mourut d'infection, probablement causée par la suppuration de ce chancre dans le vagin et au niveau du col utérin et des incisions, qui furent ainsi infectées.

Présentation de pièces anatomiques provenant d'une femme morte d'infection puerpérale, avec vaste abcès de la rate. — *M. Tissier.* Il s'agit d'une femme qui présenta une infection à forme lente, la mort n'étant survenue qu'au bout d'un mois. A l'autopsie on trouva un vaste abcès de la rate.

Infection intra-utérine chez un fœtus. — *M. Jeannin* rapporte une observation qui est surtout intéressante par la discordance bactériologique observée entre la mère et le fœtus : alors que la mère avait donné asile à des microbes variés, du streptocoque pur fut trouvé dans le sang du cœur du fœtus, recueilli très peu de temps après la mort.

Présentation d'un nouveau forceps à branches parallèles, permettant la traction dans l'axe. — *M. Maire* (de Vichy) présente un nouveau forceps à branches parallèles.

L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

Séance du 9 Décembre 1901.

Hystérectomie subtotale suivie de ménorragies. — *M. Doléris.* Il s'agit d'une femme chez laquelle on a fait, il y a près d'un an, une hystérectomie abdominale sub-totale, pour un énorme fibrome utérin, et qui, après l'opération, vit ses règles revenir plus abondantes et plus douloureuses que jamais.

Le moignon cervical étant volumineux et renfermant des kystes, on fit des ponctions et des pansements, puis la section bilatérale du col, qui permit de découvrir un petit fibrome gros comme une noisette, et qui était en voie d'élimination.

L'ablation de ce petit fibrome fit cesser complètement les hémorragies.

Coïncidence de grossesse tubaire avec une hémorragie ovarique. — *M. Doléris* présente des pièces de grossesse ectopique de la moitié externe de la trompe gauche. A côté de la trompe gravide, on voit l'ovaire, dont le volume est beaucoup plus considérable que celui de cette trompe. Cet ovaire, qui a les dimensions d'une très grosse orange, est formé uniquement par du sang contenu dans une coque membraneuse.

M. Pozzi a observé un cas de grossesse ectopique dans lequel il y avait un kyste hémorragique du corps jaune, ressemblant à la pièce présentée par M. Doléris, sauf qu'il n'avait que le volume d'une noix. Il pense que ce peut être aussi, dans ce cas, un corps jaune de la grossesse.

M. Pinard insiste de nouveau sur ce fait, qu'il ne connaît pas d'observations de femme enceinte réglée, quel que soit le siège de la grossesse.

De l'influence que peuvent avoir, sur l'attitude de l'utérus, les opérations pratiquées sur les annexes. — *M. Doléris* rapporte l'observation d'une femme qu'il a opérée, l'année dernière, pour une grossesse ectopique siégeant à gauche, et chez laquelle il a été obligé d'intervenir de nouveau, au cours d'une grossesse utérine, pour un kyste de l'ovaire droit.

M. Doléris a trouvé l'utérus gravide en rétroversion, par suite de la présence de ce kyste, et aussi à cause de la rétraction du pédicule provenant de l'opération pratiquée antérieurement sur les annexes gauches.

M. Pinard pense que cette rétraction, qui est exceptionnelle, est loin d'avoir eu autant d'influence que le kyste de l'ovaire droit.

M. Pozzi fait remarquer que, dans les opérations pratiquées sur les annexes, on observe le plus souvent, consécutivement, le redressement de l'utérus.

M. Delbet admet que tout dépend de la manière dont on a opéré. Si on fait la ligature en masse, l'utérus est ramené en avant; si on lie chaque vaisseau isolément, il n'y a aucune raison pour que l'utérus présente secondairement un changement d'attitude.

Laparotomie et racourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, dans un cas d'utérus gravide en rétroversion. — *M. Doléris.* Il s'agit d'une femme chez laquelle l'utérus gravide rétroversé produisait des douleurs violentes, de l'anurie, et une constipation opiniâtre. Les traitements ordinaires ayant échoué, l'auteur pratiqua la laparotomie, qui lui permit de rompre des adhérences siégeant au niveau du fond et de la face postérieure de l'utérus, et de faire le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, dont on ne conserva que 3 centimètres au niveau de la portion résistante, c'est-à-dire au voisinage de l'utérus. Cette hystéropexie ligamentaire n'a nullement empêché l'utérus de se développer, puisque cette femme atteint aujourd'hui le neuvième mois de sa grossesse, et que, chez elle, tout est normal.

M. Pinard pense que, en présence d'un utérus gravide en rétroversion irréductible par les procédés ordinaires, il faut faire la laparotomie pour rompre les adhérences de l'utérus, mais qu'il n'est pas nécessaire de pratiquer le raccourcissement des ligaments ronds.

Occlusion intestinale survenue pendant le travail de l'accouchement. — *MM. Champetier de Ribes et Constant Daniel.* Il s'agit d'une femme qui avait eu auparavant trois grossesses normales, un avortement de quatre mois suivi de curettage, et enfin une grossesse tubaire ayant nécessité la laparotomie.

La grossesse actuelle, qui est la sixième, n'a rien présenté de particulier, jusqu'à une heure environ après le début du travail. A ce moment survint une douleur très violente, difficile à localiser, et qui persista après l'expulsion du fœtus, avec une température oscillant autour de 38° et un pouls de 120 à 150. Il y eut une fois des vomissements; la constipation n'était pas absolue. Le palper permit de reconnaître une induration dans la fosse iliaque gauche, qui fit croire à la rupture de vieilles adhérences provenant de la grossesse tubaire antérieure.

Cette femme étant morte cinq jours après, on constata l'existence d'une perforation énorme de l'S iliaque, avec de nombreuses fausses membranes, et de vieilles brides très résistantes, partant du bord gauche de l'utérus, et étranglant la portion terminale du côlon; il y avait de plus un abcès pelvien récent.

Les auteurs regrettent de n'avoir pas fait la laparotomie immédiatement après l'accouchement.

M. Lepage rapporte 3 cas d'occlusion intestinale : 2 survinrent chez des femmes enceintes chez lesquelles on avait abusé du laudanum et de la morphine, et, dans un cas, il y eut des vomissements incoercibles; le troisième cas survint après l'accouchement, d'une façon subite, et se traduisit par des douleurs syncopales.

M. Lepage en conclut que, si le diagnostic d'occlusion intestinale est souvent difficile pour le chirurgien, il l'est encore bien davantage pour l'accoucheur.

Présentation d'une pièce et de l'observation d'un cas de dystocie par brièveté naturelle et accidentelle du cordon, et brides amniotiques encéphalo-funiculaires. — *M. Rudaux.* Le cordon, qui ne mesurait que 27 centimètres, était enroulé, en outre, autour du tronc et autour d'un bras.

Ce fœtus présente des malformations multiples : anencéphalie, gueule de loup, amputation congénitale de l'extrémité de la phalangette de l'index et du médius droits.

Présentation d'un cas de polydactylie multiple avec d'autres malformations. — *M. Rudaux.* Il s'agit d'un enfant qui a 7 doigts à chaque main, et 6 orteils à chaque pied, en même temps que d'autres malformations et, entre autres, une imperforation de l'anus.

L. Bouchacourt.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

Reid. *Absorption intestinale du maltose* (*Journ. of Physiology*, 1901, p. 427). — Les hydrates de carbone se transforment sous l'influence des ferments digestifs en maltose et non en glucose; il était important d'étudier comment se fait l'absorption de ce sucre à travers la membrane intestinale. A travers un dialyseur ordinaire les solutions de maltose passent beaucoup plus lentement que les solutions de glucose, mais, dans la membrane intestinale intacte, il y a égalité d'absorption, preuve évidente que les forces dialysantes ne sont pas seules en cause dans les phénomènes de l'absorption. Si on détruit l'épithélium intestinal par l'anémie préventive, la différence entre les deux sucres reparaît. La transformation du maltose en glucose ou en somaltose, en réalité très faible dans l'intestin, devient très active dans l'intestin privé de son épithélium. Reid en tire cette conclusion, que le ferment hydrolytique est sécrété par les cellules profondes du stroma des villosités.

J.-P. Langlois.

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

A. Herter. *L'intoxication acide et le pronostic du diabète* (*The Journal of experimental medicine*, 1901 1er Octobre, t. V, n° 6, p. 617). — L'étude des bases de l'urine, suivant la méthode de Herter et Wakemann, permet de reconnaître la présence et d'apprécier la quantité des acides organiques de l'urine. Une excrétion considérable d'acides organiques (par exemple 15 grammes ou plus d'acide oxybutyrique en vingt-quatre heures), s'accompagne généralement d'une excrétion exagérée d'ammoniaque. Il y a donc une relation entre l'azote de l'ammoniaque urinaire et la quantité des acides organiques. Une dose d'acides organiques correspondant à 10 grammes d'acide oxybutyrique par jour peut être excrétée sans causer une augmentation de l'ammoniaque de l'urine; il est donc impossible par l'étude de l'ammoniaque urinaire d'apprécier les faibles quantités d'acides organiques.

Dans le cas de coma diabétique, l'urine contient toujours un grand excès d'acide organique, et l'azote de l'ammoniaque est habituellement augmenté jusqu'à représenter 18 ou 25 pour 100 de l'azote total. L'acide crotonique existe aussi dans les urines de ces sujets. Le coma diabétique est précédé par une période de jours ou de mois durant laquelle il y a une forte excrétion d'acide B oxybutyrique (20 grammes au plus en vingt-quatre heures) et dans laquelle l'azote ammoniacal est largement augmenté.

Les malades dont les urines contiennent ou ont contenu une grande quantité d'acides organiques sont en danger de coma diabétique, mais l'azote ammoniacal peut s'élever à 16 pour 100 sans que le coma soit imminent. Une excrétion de 25 grammes au moins d'acide B oxybutyrique, indique l'imminence du coma. Cependant un malade excrétant 30 grammes d'acide oxybutyrique peut encore conserver une grande énergie musculaire et exécuter un travail musculaire.

Les patients dont l'urine ne contient que peu ou pas d'acides organiques ne sont pas menacés de coma, mais ils sont exposés aux autres complications du diabète.

Quand l'urine contient régulièrement plus de 200 grammes de sucre par jour, il y a ordinairement aussi beaucoup d'acides organiques; il y a donc une relation entre l'excrétion de ces deux substances. Cependant cette relation n'est pas absolue, de sorte qu'il est nécessaire d'examiner au moins une fois par mois la quantité d'acide excrétée par les diabétiques. En d'autres termes la quantité d'acides organiques de l'urine est un des facteurs les plus importants dans le pronostic du diabète.

M. Labbé.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

H. Coussieu. *Contribution à l'étude de la bactériologie des otites moyennes aiguës* (*Thèse*, Paris, 1901). — Zaufal et Netter étudièrent les premiers la bactériologie des otites aiguës et démontrèrent le rôle des microbes dans leur genèse. Moos étudia les voies de pénétration des microbes dans la caisse du tympan : en première ligne la trompe d'Eustache, en seconde ligne, le conduit auditif externe, et exceptionnellement les vaisseaux sanguins et la fissure pétro-squameuse. Zaufal, en 1887, attribuait les otites aiguës au pneumocoque que seul il avait trouvé dans le liquide recueilli par la paracentèse, et ce pneumocoque, introduit dans les fosses nasales des souris, les tuait par méningite. Chatellier fit dès cette époque les mêmes constatations. Netter, en 1888, publia un mémoire devenu classique où il admit que l'otite moyenne aiguë peut être causée par quatre sortes de microbes, qu'il groupa ainsi par ordre de fréquence : streptocoque pyogène, pneumocoque,

bacille de Friedlander, et staphylocoque. Lermoyez et Helme, en 1895, considérèrent les otites moyennes aiguës comme monomicrobiennes à leur début; elles deviennent plus tard polymicrobiennes par infections secondaires; celles-ci sont surtout dues aux staphylocoques venus par le conduit auditif et qui, traversant la perforation tympannique, se substituent peu à peu aux microbes de la première heure et entretiennent ainsi la chronicité de l'otorrhée; et ils firent ressortir la grande part à attribuer en ces cas aux fautes d'asepsie commises par les médecins. Launois, en 1896, publia un remarquable travail sur la pathogénie des otites moyennes catarrhales : rarement il rencontra du pneumocoque dans l'exsudat, plus souvent il trouva celui-ci aseptique. De plus il constata expérimentalement, chez les animaux, que la caisse du tympan à l'état normal est un milieu aseptique. Nadoleczny, en 1900, attribue le plus souvent l'otite moyenne aiguë au pneumocoque et au streptocoque; le premier cause, en règle générale, des otites bénignes; le second engendre le plus souvent des otites graves. Il trouve, comme agent d'infection secondaire, les staphylocoques; toutefois, la chronicisation de la suppuration lui semble indépendante des microbes qu'on peut rencontrer dans la caisse, mais plutôt due à un vice constitutionnel ou à des affections chroniques du naso-pharynx.

Les recherches de Coussieu sur cette question encore discutée ont été ainsi conduites : Il choisit des malades atteints d'otite moyenne aiguë purulente, dont le tympan n'est encore perforé ni spontanément ni opératoirement. Le conduit auditif est désinfecté à l'alcool et à l'éther; puis avec une solution chaude d'oxy-cyanure de mercure à 2 0/00, que balaie ensuite un courant d'eau chaude stérilisée; puis nouveaux bains d'alcool et d'éther, et séchage à l'ouate stérilisée. L'asepsie ainsi obtenue du conduit s'est vérifiée par l'ensemencement des cotons qui ont servi à l'essuyer.

La ponction du tympan et l'aspiration du liquide de la caisse seront faites soit avec un aspirateur spécial, soit simplement avec une pipette ordinaire de verre, qui variera de quelques gouttes à trois quarts de centimètre cube de liquide louche, mais jamais de ce pus épais qui souille les pansements dans les otites ouvertes. Le liquide recueilli est divisé en deux portions. La première est versée dans un bouillonmère qui sert à semer un bouillon ordinaire, un bouillon anaérobie, une gélose peptone, une gélose glycose. La deuxième portion est réservée pour l'examen direct.

Coussieu a pu contrôler ce fait que l'otite moyenne aiguë est généralement monomicrobienne à son début : elle est causée par le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque. Cette otite monomicrobienne ne suppure pas ou suppure très peu de temps ; et les cas, ainsi aseptiquement ponctionnés par Coussieu, ont guéri avec une rapidité inconnue dans les circonstances usuelles où la paracentèse du tympan est généralement faite avec insuffisance de précautions antiseptiques. Au contraire, les otites moyennes au début desquelles il a trouvé plusieurs microbes associés (pathogènes seuls, ou pathogènes et saprophytes), ont montré une tendance à la chronicité. L'infection secondaire peut venir soit du nez, par la trompe, soit du conduit. « Le moyen le plus sûr d'enlever l'infection et, par conséquent, d'abréger la durée d'une otite, consiste à observer une asepsie rigoureuse dans les pansements, et à réaliser une antisepsie aussi complète que possible du nez et du pharynx. »

M. Lermoyez.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE, RADIOGRAPHIE

M. Bilhaut (de Paris). ***Métatarsalgie. Utilisation des rayons X pour déterminer les indications thérapeutiques.*** — Les radiographies représentées dans ce travail indiquent une déviation très nette du 3e métatarsien : c'est à ce niveau également que siège la douleur provoquée par la pression à la plante du pied. L'affection est bilatérale. L'auteur recherche en vain sur l'épreuve radiographique la trace d'ostéite condensante signalée par MM. Péraire et Mally. La lésion d'ostéite condensante a été découverte et mise en évidence par l'examen histologique, et non par la radiographie.

La métatarsalgie est une affection qui rentre dans le cadre de la pathologie externe et se trouve justiciable, dans les cas très douloureux, d'une thérapeutique chirurgicale.

F. Mally.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

R. Bernard. ***Emploi du sérum gélatiné dans les pleurésies hémorragiques*** (*Lyon Médical*, 1901, 13 Octobre n° 41, p. 497). — S'il n'est pas absolument établi que les pleurésies tuberculeuses hémorragiques soient plus graves que les autres, elles semblent pourtant être l'indice d'une réaction plus vive de l'organisme, et, dans cette diapédèse exagérée des hématies on ne peut se défendre de voir une complication. De l'inquiétude naît le désir de ramener si possible la pleurésie hémorragique aux proportions d'une pleurésie séro-fibrineuse. Pour l'élimination de cet élément hémorragique dans les infections diverses l'emploi de la gélatine est devenu classique; aussi M. Bernard a-t-il essayé son emploi chez des pleurétiques tuberculeux.

Chez quatre jeunes soldats porteurs de pleurésies hémorragiques d'origine bacillaire, l'auteur injecta après chaque ponction 200 grammes de sérum gélatiné sous la peau. L'injection de sérum fut suivie d'une réaction marquée, mais de peu durée et sans aucun inconvénient. Une réserve à ce sujet s'impose cependant, inspirée par l'origine des malades soumis à cette expérimentation. Jeunes soldats tous parfaitement sains, quant au cœur, au rein, au foie et n'ayant de tare préalable que la tuberculose même et quelque débilitation latente par suite d'une mauvaise hygiène et de l'alcoolisme. Voici les conclusions que M. Bernard a pu tirer de ces cas.

Le sérum gélatiné étend son pouvoir hémostatique aux pleurésies hémorragiques; son emploi semble modifier la teneur en fibrine de l'exsudat pleurétique. Il semble aussi modérer ou suspendre l'exsudation.

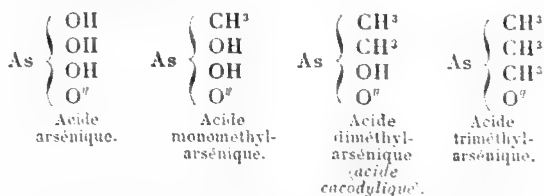
La réaction locale et générale qu'il excite est passagère et inoffensive. L'action de ce sérum sur la tuberculose elle-même n'est favorable ni défavorable, elle est nulle.

A. Coyon.

Péraldi. *La médication cacodylique* (*Thèse*, Montpellier, 1901). — Dans un article récent relatif à l'administration du cacodylate de soude après avoir mentionné les travaux de Bunsen et de Rabuteau, nous écrivions : « On peut s'étonner qu'on n'ait pas « eu dès cette époque l'idée d'essayer de le substi- « tuer dans la thérapeutique aux autres composés « arsenicaux dont la toxicité est si grande ». La lecture de la thèse de M. Péraldi ne peut que donner plus de force à cet étonnement en montrant jusqu'à quel degré avait été poussé par Bunsen dès 1843, par Rabuteau ensuite l'étude chimique et toxicologique de l'acide cacodylique, et par leurs successeurs l'étude clinique, médicamenteuse. C'est une nouvelle confirmation de la si juste et si mélancolique remarque du regretté Delpeuch : « Peut-être chaque jour lais- « sons-nous tomber de même, quelque idée, quelque « pratique utile qu'un chercheur de l'avenir se don- « nera la peine de découvrir de nouveau... La foule « innombrable d'imprimés qui va se multipliant est « une cause de ruine pour les notions justes et neu- « ves. Elle les engloutit pêle-mêle avec les erreurs « et les redites et si jamais elles reparaissent au jour, « le hasard y a d'ordinaire plus de part qu'une re- « cherche méthodique. » (Delpeuch. La goutte et le rhumatisme. Préfac. Naud, édit.).

Dès 1843, Bunsen considère le radical cacodyle comme un métal comparable au cyanogène ; dans l'un comme dans l'autre de ces radicaux les éléments constituants ont perdu la plupart de leurs propriétés primitives pour en acquérir de nouvelles. Rabuteau reprenant cette idée la développait avec une ampleur à laquelle ont peu ajouté les recherches les plus récentes. Constatant par des expériences variées l'étonnante innocuité du cacodyle il écrivait : « L'élimination « rapide de l'acide cacodylique ne suffit pas pour « expliquer ce résultat, il faut faire intervenir d'au- « tres idées, celles qui sont relatives à la constitu- « tion chimique ».

Il établissait la série suivante :



et remarquant que l'acide arsénique est très tonique, l'acide monométhylarsénique un peu moins tonique, l'acide cacodylique beaucoup moins, il pensait que l'acide triméthylarsénique devait l'être moins encore, et que l'innocuité des termes de cette série allait croissant avec le nombre des radicaux CH^3. Cette conception théorique mériterait d'être contrôlée par des expériences relatives à l'acide trimétylarsénique.

Enfin il constatait que « l'arsenic est rivé dans la « molécule d'acide cacodylique aussi intimement que « dans la molécule des arseniens quaternaires et de « même que ceux-ci cet acide ne donne aucun résul- « tat ni avec l'appareil de Marsh, ni même avec la « pile ».

Nous ne relatons que pour mémoire le travail considérable présenté par Rabuteau à la Société de Biologie en 1882 relatif au pouvoir toxique de l'acide cacodylique et à la théorie chimique sus-mentionnée.

M. Péraldi cite enfin un fait susceptible de mettre en lumière l'ancienneté un peu oubliée, de l'emploi de l'acide cacodylique en thérapeutique. Dans le Manuel de toxicologie de Draggendorf, traduction française de E. Ritter, édition 1875, page 53, annotation n° 6, on lit : « Jakheim, de Darmstadt, a introduit « dans la thérapeutique l'usage de l'acide cacody- « lique, dont on peut ingérer par jour 0 gr. 20 à « 0 gr. 25 centigrammes sans inconvénient. L'usage « continué pendant quelque temps amène cependant, « suivant Renz, des accidents. (*Deutsch. Arch. f.* « *klin. med.*, t. I, p. 235, voy. Chomse, *Thèse* de Dor- « path, 1859, et Lebahn : « Wirck. die u. der Cacodyl- « saure », Rostock, 1868).

Ces constatations, d'un intérêt historique évident, n'enlèvent évidemment rien au mérite des expérimentateurs récents qui ont tiré du néant, une substance parfaitement oubliée et en ont démontré avec une telle évidence la puissance thérapeutique qu'elle semble à tout jamais à l'abri d'une semblable aventure.

Alfred Martinet.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE

Dervieux. ***Les expertises médico-légales*** (*Thèse*, Paris, 1901). Cet ouvrage contient l'exposé de l'état actuel de l'expertise médico-légale, ainsi que la discussion du projet de loi concernant cette expertise dont le Parlement se trouve actuellement saisi.

Après avoir étudié, dans un premier chapitre, l'expertise en matière criminelle et les expertises en matière civile, l'auteur établit un parallèle critique entre ces deux genres d'expertises, et il arrive à conclure que si tout a été prévu pour la matière civile, il n'y a rien du côté de l'expertise en matière criminelle, qui est abandonnée au gré des juges d'instruction. Aussi une réforme de l'expertise criminelle s'impose-t-elle et, si toute la réglementation en matière civile n'est pas applicable à la matière criminelle, il existe un certain nombre de mesures pouvant s'appliquer, sans difficulté, à toutes les expertises. Mais il y a mieux à faire. Deux réglementations valent mieux qu'une seule, dont le cadre serait trop étroit : c'est le but de la réforme que le Parlement est en train d'accomplir.

L'auteur aborde ensuite l'étude des réformes proposées, en commençant par la plus complète, celle de Cruppi, et, tout en se ralliant au projet de loi voté par la Chambre, il pense qu'il serait utile d'y apporter les modifications suivantes : 1° dans les expertises d'urgence, l'expert sera, autant que possible, choisi sur la liste annuelle; 2° le délai donné à l'inculpé pour choisir son expert sera ramené au plus à douze heures; 3° les constatations immédiates seront dictées à un greffier au fur et à mesure que l'expertise avancera; 4° les experts pourront être récusés; 5° le tiers expert ne pourra être choisi que parmi les membres de droit de la liste annuelle; 6° si les experts ne sont pas unanimement d'accord sur le choix du tiers expert, la question sera portée devant la commission des superarbitres.

Enfin l'auteur exprime le souhait que les honoraires des experts soient plus rémunérateurs et que l'enseignement de la médecine légale soit réformé.

M. Precichewska.

ÉPIDÉMIOLOGIE, MÉDECINE PUBLIQUE, HYGIÈNE

Otto. ***Intoxication par la térébenthine à bord d'un navire*** (*Arch. f. Schiffs-und Tropen-Hygiene*, t. V, n° 9, p. 275, 1901). — Un matelot, appartenant à un navire allemand chargé de térébenthine en tonneaux, présenta, après deux jours de séjour à bord, des phénomènes d'intoxication très caractéristiques : douleurs violentes à la miction, urine chargée de globules rouges et de tubuli avec cellules épithéliales, albumine, odeur de violette très nettement perçue dans l'urine pendant quatorze jours après son entrée à l'hôpital, et huit jours seulement dans la

respiration. Malgré tous les indices d'une néphrite aiguë, le sujet guérit complètement.

Deux autres matelots étaient restés avec lui à bord, dans les mêmes conditions, et ne présentèrent aucun symptôme analogue. Ott cite de nombreux exemples, et montre que certains sujets seulement sont sensibles à la térébenthine. Il en conclut néanmoins qu'à bord cette substance ne doit être introduite qu'en barils métalliques, ou dans des citernes également métalliques, le transvasement se faisant avec des pompes étanches.

J.-P. Langlois.

HOPITAUX ET HOSPICES

Clinique chirurgicale de la Charité. — Un cours pratique de Petite chirurgie (pansements et appareils) sera fait à la Clinique chirurgicale de la Charité (service de M. le professeur Tillaux) par M. Wiart, chef de clinique.

Chaque leçon sera suivie d'exercices pratiques (confection, par les élèves, de pansements, appareils plâtrés, etc.).

Le cours comprendra douze leçons. Il commencera le lundi 3 Février 1902, à 5 heures, et se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Les droits à verser sont de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 3), les lundis, mercredis, vendredis et samedis, de midi à 3 heures.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Sont nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur : au grade d'officier, M. Galliot, médecin en chef de 1re classe de la marine; au grade de chevalier, MM. Denis, Barrat, Conan, Rolland, médecins de 1re classe de la marine.

La lutte contre la diphtérie. — La commission municipale d'assainissement s'est occupée, dans sa dernière séance, de la mortalité et de la morbidité par la diphtérie à Paris, au cours de la dernière année. Elle a constaté, d'une part, qu'il y a lieu de s'efforcer d'obtenir des informations plus rapides en ce qui concerne les cas observés, plus particulièrement chez les enfants qui fréquentent les écoles, et, d'autre part, que l'application des mesures prophylactiques indispensables se trouve de ce fait trop souvent retardée.

Après discussion, la commission a émis les avis suivants :

1° Que le texte des instructions officielles contre la diphtérie soit envoyé aux familles des enfants absents des écoles par suite de cette maladie, en même temps que les avis habituels relatifs à la prophylaxie des maladies contagieuses;

2° Que ces mêmes instructions soient communiquées aux médecins des quartiers intéressés.

3° Que les commissions d'hygiène et les sociétés médicales d'arrondissement soient invitées à porter à l'ordre du jour de leurs plus prochaines séances l'étude des moyens les plus pratiques pour assurer la prophylaxie de la diphtérie;

4° Que la commission des logements insalubres soit aussitôt informée des domiciles où sont constatés des cas de diphtérie;

5° Que des visites soient exceptionnellement pratiquées d'urgence, afin de se rendre compte des motifs d'absence des enfants dans les écoles;

6° Que l'inspection médicale soit exercée à la fois dans les écoles publiques et dans les écoles privées.

Société centrale de médecine du Nord. — Le bureau pour 1902 est ainsi composé : Président, M. Dutilleul; vice-présidents, MM. Carpentier et Gaudier; secrétaire général, M. Oui; Secrétaire des séances, M. Ingelrans; Trésorier, M. Dumont. :

Étranger

Le congrès de médecine du Caire. — Le gouvernement khédivial vient de décider que le Congrès de médecine se réunira du 19 au 23 Décembre 1902. Ce congrès coïncidera avec l'inauguration des réservoirs d'Assouan, et celle du nouveau musée.

Le droit à l'empoisonnement. — Une pétition quelque peu imprévue vient d'être adressée à la Chambre des députés du royaume de Saxe. On y demande tout simplement qu'il soit permis à tout médecin traitant un incurable d'empoisonner celui-ci s'il en formule explicitement le désir afin d'être délivré de ses souffrances.

La commission des pétitions a décidé de ne tenir aucun compte de cette requête, qui est contraire au code, la réforme du code appartenant à l'initiative du Reichstag.

CONCOURS

Internat de Nanterre. — Un concours aura lieu le 3 Février 1902, à la Maison départementale de Nanterre, pour l'admission à sept emplois d'interne en médecine et en chirurgie qui seront vacants à dater du 1er Mars 1902.

Les candidats qui désireraient prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de police (service du personnel), où tous renseignements utiles leur seront donnés.

Le registre d'inscription, ouvert depuis hier, sera clos définitivement le 18 de ce mois.

Internat en pharmacie. — Le lundi 17 Mars 1902, à 10 heures du matin, il sera ouvert dans l'amphithéâtre central de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie qui seront vacantes dans les hôpitaux et hospices au 1er Juillet 1902.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 1er Février jusqu'au vendredi 28 du même mois inclusivement.

Conditions d'admission au concours, et formalités a suivre. — *Dispositions réglementaires.* — Tout étudiant qui veut se présenter aux concours ouverts pour les élèves en pharmacie doit être âgé de vingt ans au moins et de vingt-sept ans au plus.

Il doit produire :

1° Son acte de naissance; 2° un certificat de revaccination, de date récente; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de sa commune; 4° un certificat constatant qu'il a subi avec succès l'examen de validation du stage ou la feuille d'inscriptions à l'école de pharmacie.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne sera point accueillie.

Les épreuves du concours aux places d'élèves en pharmacie sont réglées comme il suit :

Épreuves d'admissibilité. — 1° Une épreuve pour la reconnaissance de vingt plantes et substances appartenant à l'histoire naturelle et à la chimie pharmaceutique; 2° une épreuve consistant dans la reconnaissance de dix préparations pharmaceutiques proprement dites, et dans la description du mode par lequel on doit obtenir une ou plusieurs de ces préparations qui seront désignées par le Jury.

Épreuves définitives. — 1° Une épreuve verbale portant sur la pharmacie proprement dite et la chimie; 2° une épreuve écrite embrassant la pharmacie, la chimie et l'histoire naturelle.

Pour la reconnaissance des plantes et substances, il est accordé à chaque candidat cinq minutes;

Pour la reconnaissance des médicaments et la dissertation pharmaceutique, dix minutes;

Pour l'épreuve verbale, dix minutes, avec un temps égal de réflexion;

Pour l'épreuve écrite, il est accordé trois heures.

Les plantes, substances et préparations pharmaceutiques à reconnaître seront communes à tous les candidats passant dans la même séance; elles seront choisies par le Jury avant d'entrer en séance.

Faculté de médecine de Lille. — Un concours pour un emploi de chef de clinique obstétricale s'ouvrira à la Faculté de médecine le 20 Janvier prochain.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté jusqu'au 15 Janvier, et déposer en s'inscrivant une expédition de leur acte de naissance et le diplôme de docteur en médecine.

Hospices civils de Lille. — Le 15 Janvier sera ouvert à Lille un concours pour la nomination de deux internes titulaires appelés à faire le service de la pharmacie à l'hôpital de la Charité.

L'inscription à ce concours sera close le 12 Janvier.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 3. — Mercredi, 8 Janvier 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET LE CONSEIL MUNICIPAL

Dans un article humoristique, Letulle exposait récemment les réformes que l'administration de l'Assistance publique devrait introduire dans ses divers services hospitaliers.

Ces réformes, toutes indispensables, ont l'approbation complète du nouveau directeur général; quelques-unes sont d'une urgence absolue; mais il est à craindre que, contrairement à l'idéal rêvé par Letulle, cette année encore se passe sans que M. Mourier puisse aboutir au remaniement qui s'impose et qu'il a si courageusement entrepris.

Je faisais cette réflexion en lisant le compte rendu de la discussion du budget de l'Assistance publique au Conseil municipal. On peut y relever nombre de faits singulièrement instructifs pour ceux qu'intéresse l'assistance parisienne. Et, d'ailleurs, ne nous intéresse-t-elle pas tous l'organisation de cette assistance, si nous songeons aux charges budgétaires croissantes qu'elle nous impose à nous autres contribuables; qu'on en juge par des chiffres : en 1882, chaque habitant de Paris payait 9 fr. 45 par an et par tête comme impôt d'assistance; vingt ans après, en 1902, il doit payer 14 fr. 25. Il paraît donc difficile de lui imposer de nouvelles charges; mais comment faire alors pour mener à bien les réformes qui ne peuvent se réaliser sans un accroissement de dépenses certainement élevé? C'est la grosse question à résoudre et qui ne laisse pas que de préoccuper nos conseillers municipaux.

Il est toute une partie du Conseil, en effet, qui a été élue sur un programme d'économies; elle détient la majorité aujourd'hui et cherche par tous les moyens à réaliser son programme. En ce qui concerne l'Assistance publique son embarras est grand, car, moralement, on ne peut toucher à ce qui constitue le bien des pauvres. Aussi, voit-on les accusations les plus violentes lancées par la majorité actuelle contre les majorités précédentes sur lesquelles elle rejette la responsabilité de la crise financière.

« Vous avez ruiné l'Assistance publique, voilà ce que vous avez fait », dit M. Ambroise Rendu, rapporteur du budget de l'Assistance. « Je n'ai jamais refusé d'argent à l'Assistance publique pour les dépenses utiles », dit M. Alpy, « mais j'ai toujours combattu les dépenses inutiles, et malheureusement sans succès, dans l'ancien Conseil ».

M. Rozier réplique : « M. le rapporteur veut nous attribuer la responsabilité de la situation de l'Assistance publique. Cette responsabilité, nous la revendiquons hautement. Nous avons amélioré les services, secouru des pauvres que vous autres, Messieurs, vous auriez laissé *crever de faim*. Et vous ne m'empêcherez pas de protester contre un rapport qui est présenté en fin de saison et qui n'en est pas un ».

Et voilà les aménités qui se débitent. Entre temps, les divers chapitres du budget n'en ont pas moins été votés, suivant les conclusions du rapport qui aboutissent à une économie de 956.000 francs sur les prévisions de l'Administration.

Le chiffre de 956.000 francs paraît élevé au premier abord; il l'est relativement peu, si on le rapproche des 25.438.131 francs auxquels s'élève la subvention demandée par l'administration du Conseil municipal. C'est d'ailleurs l'énormité de cette subvention qui effraye le Conseil municipal, et cela d'autant plus qu'elle va toujours croissant. De 1879 à 1900 elle s'est élevée en moyenne chaque année de 363.000 francs; depuis 1900,

l'augmentation est encore beaucoup plus considérable : le budget de 1901 portait près de 2 millions de plus que celui de 1900, celui de 1902 porte seulement 1.650.000 francs de plus.

Mais il apparaît, en étudiant les comptes, que cette augmentation n'est pas aussi considérable qu'elle semble ; elle est due à une probité plus grande dans l'exposé des nécessités budgétaires ; cela ressort des débats devant le Conseil municipal.

Cet accroissement moyen de 363.000 francs ne représentait pas la réalité ; il était bien au-dessus d'elle ; chaque année, en effet, depuis 1879, le budget de l'Assistance fut en déficit, excepté toutefois en 1888 et 1889 ; pour couvrir les dépenses non prévues on *liquidait le fond de réserve* qui est aujourd'hui à peu près épuisé ; et c'est ainsi que 13 millions furent englobés sans que l'on essayât, pour combler le déficit, de faire des économies, économies faciles, si l'on en juge par ce que disait M. Mourier, avant d'être directeur général, que certaines affaires étaient suivies « avec une impéritie coupable et une inconscience absolue des intérêts de l'Administration ».

Et comment s'étonner, après cela, que l'Assistance s'appauvrisse, qu'elle reçoive, comme le faisait remarquer M. Ambroise Rendu, « moins de dons et de legs de ces généreux bienfaiteurs qui faisaient jadis sa fortune » ? c'est le contraire qui serait étonnant.

Et ce n'était pas seulement le fonds de réserve qui s'épuisait ; pendant ce temps, on négligeait l'entretien de nombre de propriétés et de bâtiments faisant partie du domaine de l'Assistance ; et encore on ne renouvelait pas suffisamment le linge, si bien qu'aujourd'hui il va falloir un crédit spécial de 2 millions pour remonter la lingerie, en même temps qu'une majoration du chiffre destiné à l'entretien des bâtiments est réclamée par M. Mourier : le Conseil vient de le diminuer de 100.000 francs ; c'est évidemment une économie bien mal placée, car on sait ce qu'il en coûte un jour aux propriétaires qui ne savent pas entretenir leur domaine.

Mais le Conseil municipal, ou du moins sa majorité, en est aux économies à tout prix.

La preuve en est qu'aucun crédit n'a été attribué pour effectuer une réforme qui s'impose absolument : la rétribution et le logement du personnel subalterne, infirmiers et infirmières des hôpitaux. On peut dire que la façon dont ce personnel est traité, étant donnés les services qu'on lui demande, est indigne d'une ville comme Paris. Cela ressort clairement du rapport remarquable émanant de la Commission des réformes hospitalières, composée, comme on le sait, de MM. Millard, Troisier, Faisans, Barth, Chauffard, Béclère, Legendre. Or, le Conseil municipal a bien adressé ses remerciements aux collaborateurs éminents qui prêtent leur éclat et leur concours à l'œuvre d'assistance, mais il n'a pas donné le moindre centime pour effectuer les améliorations qu'ils demandaient.

Assurément, ce n'est pas là une économie heureuse, car, en améliorant le personnel subalterne, en dépensant beaucoup plus pour lui, on en obtiendrait un service meilleur, plus régulier, et, par conséquent, bien moins coûteux.

*
* *

Tous les chapitres du budget de l'Assistance ont été examinés par le rapporteur au point de vue des économies à réaliser sur chacun d'eux ; je ne puis les passer tous en revue, je me contenterai de signaler, en exemple, quelques faits intéressant les médecins.

L'attention de M. Ambroise Rendu avait été attirée sur les services de la Pharmacie.

C'est ainsi qu'il a demandé et obtenu une réduction de 62.000 francs sur la fourniture des médicaments ; l'alcool surtout, avec ses 400.000 fr. était en cause. Le fait est qu'il se passe là des choses bizarres. On fait une enquête ; certains chefs de service déclarent qu'ils n'ordonnent jamais de potions alcooliques ; le directeur général fait rechercher les bons d'ordonnance, or on y trouve l'alcool en quantité notable. Mystère.

Les instruments et objets de pansements ont été aussi soumis à une forte réduction. Les chirurgiens ont été rappelés à l'économie ; en même temps un contrôle rigoureux a été jugé nécessaire. Le directeur général n'y faillira sans doute pas, dût-il faire encore l'objet d'une leçon d'ouverture de clinique chirurgicale ; car, il y a là évidemment quelque chose à surveiller ; car en 1901, les dépenses ont dépassé de 330.000 francs les prévisions : 1.754.000 francs au lieu de 1.424.000. Dans l'année 1902 les prévisions administratives montaient à 1.500.000 francs ; le Conseil municipal en a retranché 115.000 francs.

Quelques économies ont été signalées comme possibles dans certains hôpitaux.

Les hôpitaux d'enfants qui ont été substitués à l'hôpital Trousseau comptent, à eux trois, 711 lits, c'est-à-dire la contenance d'un seul hôpital ; le Conseil demande qu'il n'y ait plus qu'un seul directeur pour les trois hôpitaux, et non un directeur, un rédacteur et un expéditionnaire par hôpital. Mais est-ce possible ? En raison de l'éloignement de ces hôpitaux les uns des autres, comment exercer une surveillance administrative à la fois à Montmartre et à Saint-Mandé ? La répartition des malades en de petits hôpitaux est hygiéniquement bonne ; mais on devait prévoir l'augmentation fatale des frais généraux.

Le chauffage de Boucicault a fait l'objet de critiques. Mais, là aussi, il y a vice rédhibitoire ; c'est du reste à propos de l'aménagement de Boucicault que M. Mourier, dans un rapport au Conseil de surveillance, adressait à l'Administration les reproches sanglants auxquels je faisais allusion plus haut.

Le chauffage d'Angicourt est, lui aussi, mauvais, paraît-il, et trop coûteux. Il devient inquiétant d'ailleurs, ce sanatorium d'Angicourt, au point de vue budgétaire. La journée du malade y coûte 5 fr. 28 au lieu de 3 fr. 23 comme dans les autres hôpitaux ; il y faut un personnel considérable : pour 145 malades, 64 employés, soit 1 employé pour 2,26 malades. Aussi faut-il faire des économies, et c'est sur les médecins qu'on va les faire. Le médecin adjoint avec ses 4.000 francs d'appointements est jugé inutile.

Ces exemples montrent avec quelle scrupuleuse attention le rapporteur a épluché le budget de l'Assistance publique ; malheureusement, la discussion se fait dans des conditions telles de rapidité, en quelques heures en fin de session, que le Conseil municipal est, en quelque sorte, forcé de voter toutes les propositions qui lui sont faites par la Commission compétente, en l'espèce la première commission.

Or, s'il est bon en principe de réaliser des économies, il est de ces économies qu'il est dangereux de faire. Et c'est ce qu'en vain, M. le directeur général s'est efforcé de démontrer au Conseil municipal qui n'a pas semblé comprendre avec quelle rigueur l'Administration avait, cette année, préparé son budget.

A ce propos les paroles mêmes de M. Mourier sont à rapporter : « Mon devoir est de dégager du haut de cette tribune les responsabilités de l'Administration qui avait fait tous ses efforts pour préparer un budget loyal et sincère qui, je le déplore, ne se trouve plus maintenant en équilibre. Il ne faudra donc pas que le Conseil municipal soit étonné si je me trouve acculé à l'une des deux extrémités que je vais lui faire connaître : ou demander des crédits supplémentaires ou fermer un de mes établissements ».

Et il terminait par ces paroles :

« Quelle que soit ma profonde tristesse de subir un tel budget, cela ne m'empêchera pas, soyez-en convaincus, de faire tout mon devoir ».

N'empêche, comme il l'a dit lui-même, que le directeur général a été bien mal récompensé du soin et du souci avec lequel il avait préparé son budget.

Espérons que l'année prochaine les choses se passeront plus correctement : le Directeur général a promis de remettre au Conseil le plus tôt possible son projet de budget ; la Ve commission aura tout le temps nécessaire pour l'examiner, le Conseil municipal ne sera pas dans l'obligation de le voter en fin de session, sans une discussion approfondie.

Il en résultera sans doute des économies réelles, ne touchant en rien au bon fonctionnement de l'Assistance et permettant d'allouer certaines sommes disponibles aux réformes les plus urgentes. En attendant que par l'emprunt et par des conventions nouvelles avec l'État et les départements la Ville de Paris puisse faire, avec le concours d'une Administration rénovée, les grandes réformes d'assistance que notre état social inspire.

E. De Lavarenne.

LIVRES NOUVEAUX

Max Einhorn. — *Maladies de l'estomac.* Paris, 1901. Masson et Cie, éditeurs.

Le livre de Einhorn, de New-York, sur les maladies de l'estomac, a été traduit en français par Ferreol T. Labadie ; il en est aujourd'hui à la seconde édition. C'est un livre essentiellement pratique et mis à la portée de tous les praticiens.

Il se divise en quatorze chapitres : le premier chapitre est consacré à l'anatomie et à la physiologie de l'estomac ; le second, aux méthodes d'examen : interrogatoire du malade, examen physique, inspection, palpation, percussion, auscultation, gastroscopie, gastrodiaphanie, rayons Rœntgen, méthodes de dosage.

Le chapitre III a pour titre : Diète. On y trouve une excellente étude des aliments, et de la diététique dans les diverses maladies de l'estomac.

Le lavage, la douche gastrique, la vaporisation gastrique, l'emploi de l'électricité forment les sujets du chapitre IV.

Dans les chapitres V, VI, VII, VIII, sont étudiées avec détail les maladies organiques avec lésions constantes : gastrite catarrhale, gastrite phlegmoneuse, gastrite toxique, gastrite glandulaire chronique, ulcère de l'estomac, cancer de l'estomac.

Les chapitres IX, X, XI, sont réservés à ce que Einhorn appelle les maladies fonctionnelles avec lésions variables : hyperchlorhydrie, gastro-succorrhée, achylie gastrique, isochymie.

Au chapitre XII on trouve la description des anomalies concernant la dimension, la forme et la position de l'estomac, l'auteur y décrit avec soin l'entéroptose ou maladie de Glenard.

Le chapitre XIII traite des affections nerveuses de l'estomac : névroses gastriques, sensorielles, névroses motrices, névroses sécrétoires.

L'ouvrage se termine au chapitre XIV par l'étude de l'état de l'estomac dans les maladies d'autres organes : état de l'estomac dans la tuberculose pulmonaire, dans la chlorose et l'anémie, dans les maladies du cœur, dans les affections du foie, du rein, dans le diabète, dans la goutte, dans les maladies de la peau.

On trouve dans le livre de Max Einhorn une foule de renseignements utiles pour les divers régimes à faire suivre aux malades, et les divers modes de traitements médicamenteux.

Une des parties principales du livre est celle qui traite du traitement local de l'estomac. Tout médecin lira avec fruit les pages consacrées à la douche gastrique, à la vaporisation gastrique, aux insufflations de poudre, à l'électricité surtout, qui, de nos jours, prend une place de plus en plus grande dans la thérapeutique des désordres gastriques et intestinaux.

L. R.

La chirurgia conservatrice nei suoi rapporti con la traumatologia e la legge concernente g l'infortuni sul lavaro, par Piétro Casali, 1 vol. in-8° cavalier de 206 pages. (*Societa Editrice Dante, Alghieri*, Rome.)

Traité des maladies professionnelles, par le Dr Théodore Sommerfeld, 1 vol. in-8° raisin de 478 pages. Prix : 12 fr. 50. (*Alfred Castaigne*, éditeur, Paris.)

Delpeuch avait à peine terminé son bel ouvrage sur la « Goutte et le Rhumatisme » que, sans songer à prendre le repos nécessaire après un tel effort, il se remit au travail et poursuivit ses études historiques qu'il aimait si passionnément.

Parmi les divers sujets qu'il étudia alors, plusieurs devaient faire l'objet d'articles qu'il destinait à *La Presse Médicale* ; à sa mort, certains d'entre eux furent trouvés complètement terminés et prêts à être publiés. Sa famille a bien voulu nous les confier, et c'est ainsi que paraît aujourd'hui ce travail si intéressant sur l'histoire du rachitisme, travail auquel Delpeuch tenait tout particulièrement, ayant voulu, quelques jours avant de mourir, y mettre la dernière main.

A la lecture de cet article si plein d'intérêt, on ne saura trop déplorer encore la grande perte que la mort de Delpeuch fut pour la Médecine.

DE L'ANCIENNETÉ DU RACHITISME

Preuves tirées de l'Art antique et de la Philologie

Par A. DELPEUCH

Dans un précédent travail[1], nous croyons avoir démontré, contre l'avis d'un grand nombre de médecins contemporains et non des moindres, que le rachitisme existait de toute antiquité connue. Il nous a suffi, pour cela, de faire appel au témoignage de trois médecins, de tous les plus grands : Hippocrate, Soranus et Galien.

Mais, en dehors de la médecine ancienne et des œuvres qui nous restent d'elle, on trouve chez les écrivains étrangers à notre art, grecs ou latins, prosateurs ou poètes, de francs rappels du rachitisme et de ses principales difformités.

* * *

Dès l'aube de la littérature grecque, Homère nous peint un rachitique, Thersite le railleur. Voici en quels termes : « C'était l'homme le plus laid qui fût venu sous Ilios. Il était bancal, boitait d'un pied, avait les épaules voûtées ramenées sur la poitrine, et, par surcroît, il avait une tête phoxée (nous avons dit, dans le travail précédent, ce que c'était qu'une tête phoxée), où poussaient quelques rares cheveux[2] ».

Trois mille ans ont passé sur la cendre d'Homère,
Et depuis trois mille ans[3]...

aucun trait de cette image n'a bougé.

Il y avait donc des rachitiques au temps d'Homère. Le bon Esope, qui vécut quelques siècles plus tard, le fut peut-être aussi, si l'on se fie au portrait que Planude a fait de lui : « Non seulement ce fut un esclave, mais ce fut encore le plus difforme des hommes de son temps : il avait la tête phoxée, le nez camard, le cou enfoncé, les lèvres saillantes, la peau noire, d'où lui était venu son nom (Esope, en effet, c'est même chose que Ethiopien), le ventre saillant, les jambes cagneuses, le dos bossu; peut-être même dépassait-il par ses formes hideuses le Thersite d'Homère ». Cette remarque finale nous ferait craindre que le bouffon de l'Iliade n'ait servi plus que le fabuliste de modèle au tableau, s'il n'y avait dans celui-ci quelques traits nouveaux, comme le nez camard, le cou enfoncé, et surtout ce signe capital : le ventre saillant.

D'ailleurs, d'après Bouchard[1], « s'il faut en croire Stiebel, un bas-relief antique où l'on a cru trouver la représentation d'Esope reproduirait très exactement les déformations rachitiques ».

De même que l'auteur de l'ILIADE, par une recherche évidente du contraste et du relief, a placé la figure de Thersite, laid, cagneux et bossu, près des belles images d'Achille aux pieds légers « et du fils de Priam » Alexandre aux formes divines (c'est de Pâris qu'il s'agit), de même les artisans qui ont modelé les petites terres cuites trouvées en Béotie ou en Asie Mineure ont voulu jeter, parmi les types qu'ils ont faits si vivants et si légers d'allure, quelque rappel d'une réalité plus sévère, quelque ébauche grotesque des misères de l'homme et de ses difformités.

Charcot et Paul Richer ont vu dans la collection Lécuyer et Charles Toché « une petite terre cuite de Tanagra dans laquelle les signes du rachitisme sont très fidèlement rendus. C'est un nain à demi drapé et qui montre à découvert ses deux jambes cagneuses dont l'une est plus courte que l'autre[2] ».

La collection des terres cuites de Myrina nous offre, de son côté, une série d'exemplaires du même type : grosse tête, dos voûté, jambes arquées, en lame de sabre. « Le crâne, disent MM. Pottier et S. Reinach, généralement chauve, est presque toujours déformé, étroit et pointu, démesurément allongé en arrière[3]. » Les mêmes auteurs mentionnent l'air vieillot de ces figurines, et c'est bien là encore un des traits de la maladie de Glisson : si jeunes qu'ils soient, les rachitiques ont toujours l'apparence de petits vieux.

Cela dit des terres cuites, il nous reste à signaler la présence au Louvre de trois statuettes de bronze : l'une est placée dans la salle des Bronzes antiques, les deux autres appartiennent à la collection Thiers et y figurent sous la dénomination de pygmées. Toutes les trois sont de ressemblantes images de rachitiques.

Chose curieuse, tous ces grotesques, qu'ils soient de terre ou de bronze, paraissent provenir d'une même souche : ils se ressemblent comme des frères, à ce point que leur tête à tous présente ce caractère d'être oxycéphale, alors que la brachycéphalie est presque constante dans le rachitisme. On peut, il est vrai, signaler des exceptions à cette règle : on trouve, par exemple, dans l'atlas qui accompagne le livre de M. Spillmann[4] le profil photographié d'un petit rachitique affligé d'une évidente oxycéphalie.

Une histoire tant soit peu complète du rachitisme comporterait encore une recherche et une critique : celles de la part qu'on doit faire à cette maladie dans la conception et le dessin de certains types grotesques familiers à la comédie ancienne, ou mieux à la farce populaire de la Grèce et de l'Italie. Mais, ce serait là un trop long chapitre; il faudrait faire revivre et Maccus, un des pitres obligés des Atellanes, et les Pygmées et Pulcinella, leur héritier; nous nous bornerons à quelques lignes empruntées à Charles Magnin et à Paul Monceaux :

« Divers cabinets d'antiquités, dit le premier, entre autres celui de la Bibliothèque royale, possèdent de petites statuettes de bronze représentant Maccus, un des acteurs des farces atellanes, type évident de notre Polichinelle. C'est le même nez en forme de bec, la même allure joviale et étourdie. Eh bien, le nom de *Maccus* paraît avoir signifié dans la langue étrusque un cochet, un jeune coq; et les Napolitains, en conservant ce symbole de la fatuité bruyante, n'auraient fait que traduire le nom de Maccus par son équivalent *pulcino* (poussin), *pulcinella*[1]. »

Une autre étymologie a été proposée, qui nous paraît meilleure : μακκοάω chez les Grecs anciens, voulait dire être fou; un *matto* est encore un fou chez les Italiens de nos jours. Il nous semble que la tradition est séduisante qui rendrait au vieux bouffon des tréteaux antiques le nom de son véritable emploi : le fou.

Etudiant à son tour les figurines de bronze et de terre cuite de nos collections, celles-là mêmes dont nous parlons plus haut, et leur confirmant à toutes ce nom de Pygmées que le catalogue donne à quelques-unes, M. Paul Monceaux s'exprime ainsi : « Le plus souvent les pygmées sont représentés debout, entièrement nus, armés du bouclier, de la lance ou de l'épée, et coiffés d'un casque; ils ont une longue barbe avec tous les signes caractéristiques des nains de l'antiquité : la grosse tête, le ventre tombant, les jambes courtes et cagneuses[2]. C'est que les nains antiques, comme les nains modernes, étaient souvent des rachitiques.

* * *

Après avoir demandé à la vieille Médecine et à l'Art antique quelques notions sur l'âge probable du rachitisme, il est encore une source où nous pouvons puiser : cette source n'est autre que la Philologie. Les mots ont leur histoire; qu'ils soient nobles ou populaires, il n'importe; leur trivialité même est parfois la meilleure garantie que l'on ait de leur ancienneté. Il convient donc de rechercher à quelle époque sont apparus le nom de la maladie elle-même et les noms des diverses formes qu'elle peut revêtir.

Voici d'abord le témoignage de Glisson : « Chez ceux parmi lesquels ce mal est familier, le nom vulgairement reçu est *the Rickets* ; mais qui l'a décoré de ce nom, à quelle occasion? par hasard ou à dessein? Tout cela est incertain. » Glisson raconte ensuite que lui-même et quelques autres cherchaient à l'affection un nom correctement formé, « lorsque l'un d'eux tomba par hasard sur le nom de *Rachitis*, qui lui sourit à lui, et ensuite à tous les autres ». Ce nom, entre autres avantages, avait celui « de dégager le nom anglais de *Rickets*, si ré-

1. A. DELPEUCH. — « Le rachitisme et la médecine ancienne ». *La Presse Médicale*, 1900, 12 Septembre.
2. HOMÈRE. — « Iliade ». Chant II, vers. 216 et suiv.
3. MARIE-JOSEPH CHÉNIER. — « Epître à Voltaire ». Œuvres complètes, Paris, 1884, p. 38.

1. CH. BOUCHARD. — « Maladies par ralentissement de la nutrition », 1882, p. 44.
2. CHARCOT et PAUL RICHER. — « Les difformes et les malades dans l'art ». Paris, 1889, p. 34.
3. E. POTTIER et S. REINACH. — « La nécropole de Myrina », 1887, p. 486.
4. SPILLMANN. — « Le rachitisme ». Atlas, planche I, figure 2.

1. CH. MAGNIN. — « Les origines du théâtre antique et du théâtre moderne, ou histoire du génie dramatique depuis le Ier jusqu'au XVIe siècle ». Paris, 1888, p. 47.
2. PAUL MONCEAUX. — « La légende des Pygmées et les nains de l'Afrique équatoriale », *Revue historique*, 1891, Septembre-Octobre, p. 58.

pandu dans le peuple, de sa forme barbare [1] ».

Il ne semble guère douteux, en effet, que le mot anglais *Ricket* et que le mot français Riquet ne dérivent l'un et l'autre du grec ῥαχῖτις par l'intermédiaire du latin *rachitis*. Mais, à quelle époque s'est effectué ce passage? c'est ce qu'il est plus difficile de préciser. La question serait bien vite tranchée si l'on pouvait avoir une foi plus grande dans l'authenticité de ce passage du fameux poème salernitain [2].

Hæc quoque *rachiticis* rectè observanda jubebis, etc.

Malheureusement, de l'aveu même de l'un des auteurs de la publication, de Daremberg [3], la « Fleur de médecine » a subi tant d'interpolations successives qu'il est fort douteux que ce vers ait été écrit avant l'opuscule de Glisson.

En revanche, l'existence dans la langue française, bien avant ce temps, du mot *riquet*, dérivé de *rachitis* est facile à établir.

Dans certains dialectes provinciaux, dans le parler normand, par exemple, *riquet* voulait dire contrefait et bossu. Ce n'est certainement pas le hasard qui a fait donner ce nom au héros du conte de Perrault, à *Riquet à la houppe*, qui nous y est montré laid, boiteux et bossu. « La princesse, nous dit l'auteur, ayant fait réflexion sur la persévérance de son amant, sur sa discrétion et sur toutes les bonnes qualités de son âme et de son esprit, ne vit plus la difformité de son corps, ni la laideur de son visage; sa bosse ne lui sembla plus que le bon air d'un homme qui fait le gros dos; et, au lieu que, jusqu'alors, elle l'avait vu boiter effroyablement, elle ne lui trouva plus qu'un certain air penché qui la charmait [4] ».

Les *Histoires du temps passé* ou les *Contes de ma mère l'Oye*, d'où ces lignes sont tirées, parurent en janvier 1697 et n'étaient sans aucun doute que la réédition, mise au goût et au style du jour, des plus vieilles légendes populaires [5].

Si nous envisageons maintenant, non plus la maladie considérée dans son ensemble, mais les divers traits dont sa physionomie clinique est constituée, nous sommes amenés encore à cette conclusion que le rachitisme n'était pas, comme le croyait Glisson, une maladie nouvelle de son temps.

Les rachitiques sont, ou *bancals*, ou *cagneux*. Quelle est l'origine de ces deux mots?

Le mot *bancal* a certainement pour racine la syllabe *bán*, qui voulait dire corne, dans le vieux parler gaulois (Littré). Aujourd'hui encore, les paysans de l'Auvergne emploient ce vieux mot, et une de leurs montagnes, terminée par une sorte de cône tronqué, porte le nom de Banne d'Ordenche. Il en va de même chez les Limousins et chez les Provençaux. Dans le poème de Mistral, un petit enfant supplie les saintes de la mer de lui rendre la santé :

Fasie, vous adurrai moun agneloun *banet* [6].

1. Glisson. — « De rachitide sive morbo puerili qui vulgo *the Rickets* dicitur; etc., » Londini, 1650, in-8°, p. 3 et suiv.

2. « Flos medicinæ » dans *Collection Salernitana*. Naples, 1852-1859, T. 1, p. 513, et T. V, p. 101.

3. Daremberg. — « La médecine. Histoire et doctrines ». 1865, p. 163.

4. Ch. Perrault. — « Mémoires, contes et autres œuvres précédés d'une notice sur l'auteur », par P. L. Jacob, bibliophile, Paris, 1842, p. 167.

5. Anonyme. — « Les Contes de ma mère. L'Oye, avant Perrault ». Dentu, 1879.

6. Fr. Mistral. — « Mireille ». Paris, 1880, chant I, p. 3.

Le terme *bancal* implique une ressemblance avec une corne d'animal; or, la remarque et la comparaison sont si justes et si naturelles qu'elles sont fort anciennes, témoin ces deux vers de Martial : *ad Phœbum, varum* :

Quum sint crura tibi simulent qua cornua lunæ,
In rhytio poteras, Phœbe, lavere pedes [1].

C'est-à-dire « contre Phœbus, qui est bancal : comme tu as des jambes qui ressemblent aux cornes de la lune, tu pourrais, Phœbus, te laver les pieds dans une *corne* à boire. »

Quant au mot *cagneux*, la filiation n'en est pas moins assurée. Il descend en droite ligne du latin *canis*, qui se retrouve sous une forme approchée, *cagna*, dans la langue italienne et dans divers patois français. Son sens est clair : il évoque à l'esprit la disposition des jambes chez le chien, disposition exagérée, poussée même au grotesque dans certaines races, chez le basset à jambes torses notamment.

Tels sont les éléments, tous fort anciens, tous pris à la langue populaire, qui ont servi à former ces deux mots de bancal et de cagneux. Ce travail s'est fait certainement en dehors de toute influence médicale et remonte fort avant le XVIIe siècle. Le rachitisme ne pouvait échapper à l'observation du peuple qui aime les types grotesques et trouve, pour les peindre et les baptiser, des mots plus pittoresques, plus saisissants que ne font les lettrés de profession.

Restent deux expressions plus vieilles, elles aussi, que l'auteur du *de Rachitide :* celles d'*enfants noués* et de *chartre* qui avaient le sens de nos mots rachitiques et rachitisme.

Jean-Jacques Rousseau, qui aimait notre ancienne langue, écrit au premier livre de son Emile : « L'inaction, la contrainte où l'on retient les membres d'un enfant ne peuvent que gêner la circulation du sang, des humeurs, empêcher l'enfant de se fortifier, de croître, et altérer sa constitution. Dans les lieux où l'on n'a point ces précautions extravagantes, les hommes sont tous grands, forts, bien proportionnés. Les pays où l'on emmaillotte les enfants sont ceux qui fourmillent de bossus, de boiteux, de cagneux, de *noués*, de rachitiques, de gens contrefaits de toute espèce. Leur premier sentiment est un sentiment de douleur et de peine; ils ne trouvent qu'obstacle à tous les mouvements dont ils ont besoin; plus malheureux qu'un criminel aux fers, ils font de vains efforts, ils s'irritent, ils crient [2] ».

Dans l'expression d'*enfants noués*, il y a autre chose, en effet, qu'une allusion aux déformations des jointures, aux *nouures* proprement dites, il y a l'évocation du malheureux entravé dans tous ses mouvements, lié en somme et mis à la géhenne, comme un prisonnier.

Cette idée de liens et de captivité est toujours venue d'elle-même sous la plume de ceux qui ont parlé des rachitiques. Elle avait conduit à désigner la maladie sous le nom de *chartre*, qui dérive de *carcer*. « Chartre, dit Ménage, a été pris pour maladie qui détient ainsi que la prison [3]. »

1. Martial. — « Épigr. ». Éd. F. Didot, 1825, T. I, p. 205.

2. J.-J. Rousseau. — « Œuvres complètes ». Éd. Paul Dupont, Paris, 1823, T. III, p. 21.

3. Ménage. — « Dict. étym. de la langue française ». Nouvelle édition, 1750, au mot *Carcerarii*.

Victor Hugo fait dire à son Triboulet [1].

Triste et l'humeur mauvaise,
Pris dans un corps mal fait où je suis mal à l'aise.

Or, Triboulet semble bien avoir été un rachitique. Clément Marot [2] dit de lui qu'il avait :

Petit front et gros yeux, nez grand, taille à voste,
Estomac plat et long, haut dos à porter hoste.

Une médaille italienne de 1561 a permis à Paul Moreau de Tours, de confirmer et d'achever le portrait : « Une bouche largement fendue, un grand nez, de gros yeux saillants, la poitrine plate et creuse, son dos taillé en voûte, ses jambes courtes et torses, ses bras longs et pendants, ses mains longues et effilées amusaient les regards des courtisans, comme s'il se fût agi d'un perroquet ou d'un singe [3] ».

Enfin, et nous terminerons par là, V. Hugo, qui avait fouillé pour son Triboulet tout le dossier physique et moral du bouffon, et les poètes, comme Marot, et les peintres, comme Boniface, a su tirer de cette enquête une autre création grotesque, celle de Quasimodo. Nous ne connaissons pas, en effet, dans la longue histoire du rachitisme, une autre esquisse qui ait cette précision de dessin, cette perfection de ressemblance, cette exactitude des comparaisons, cette vie enfin.

« Toute sa personne était une grimace. Une grosse tête hérissée de cheveux roux, entre les deux épaules une bosse énorme dont le contre-coup se faisait sentir par devant, un système de cuisses et de jambes si étrangement fourvoyées qu'elles ne pouvaient se toucher que par les genoux, et, vues de face, ressemblaient à deux croissants de faucille qui se rejoignaient par la poignée [4]. »

Le pauvre bouffon qui, sous le nom de Quasimodo, fut le véritable modèle de cette saisissante peinture, c'est Triboulet, mort en 1536, un siècle avant le temps que Glisson et ses collaborateurs assignent à l'apparition de la maladie qu'ils croyaient avoir décrite les premiers. Nous avons vu et montré, du moins nous l'espérons, quelle était leur illusion.

* * *

Conclusion. — Le rachitisme remonte aux premiers temps de la civilisation, et il était alors, dans ses causes prochaines et dans ses signes révélateurs, ce qu'il est aujourd'hui.

Faut-il, de cette origine lointaine, conclure à une durée éternelle? Nullement. L'histoire nous apprend, en effet, que ce mal provient, non de causes mystérieuses ou inaccessibles, mais de fautes commises dans la manière d'élever les enfants, dans la manière de les alimenter surtout.

Ces fautes sont faciles à éviter, les conséquences en sont simples à prévoir et à prévenir. Où les remèdes de la pharmacie seraient impuissants, il suffit aux mères et aux nourrices d'observer les règles séculaires de l'hygiène infantile ou d'y revenir si elles s'en sont écartées. Il faut, pour reprendre le mot de Soranus, qu'elles aient en elles « cette grande tendresse qui fait avoir l'œil à tout, à la manière des femmes de pure race grecque ».

1. Victor Hugo. — « Le roi s'amuse ».

2. Clément Marot. — « Œuvres ». Paris, 1725, p. 142.

3. Paul Moreau (de Tours). — « Fous et bouffons » Paris, 1885, p. 299.

4. Victor Hugo. — « Notre-Dame de Paris », livre I, ch. v, éd. Furne, Paris, 1840, T. I, p. 78.

LA RÉÉDUCATION DU TRONC
CHEZ LES TABÉTIQUES

Par M. G. CONSTENSOUX,
Ancien interne des Hôpitaux.

La valeur de la méthode de Frenkel n'est plus à défendre; depuis l'époque où notre maître, M. le professeur Raymond, consacrait à la Salpêtrière deux leçons à en exposer la théorie et la technique[1], et présentait guéries de leur incoordination les quatre premières malades qui avaient été quelques mois auparavant confiées impotentes à Frenkel, dès ce moment, disons-nous, la cause a été gagnée : il était démontré, en effet, que l'ataxie convenablement traitée est curable, et la méthode avait brillamment conquis droit de cité en France.

Aujourd'hui, les neurologistes sont d'accord pour reconnaître qu'elle représente un des traitements symptomatiques les plus précieux du tabes; dans ces dernières années, un certain nombre de médecins en France y ont eu recours et lui ont dû des améliorations notables; mais pour nous, nous pensons que, surtout si, comme nous allons le faire dans ce travail, on n'envisage que la locomotion chez les tabétiques, ces heureux résultats doivent devenir plus fréquents encore et plus complets, et qu'on peut demander beaucoup à la rééducation.

Il s'en faut pourtant que la rééducation de la marche soit d'ordinaire une œuvre facile, et qui puisse être menée à bien sans une expérience spéciale; pour cela il doit être satisfait à de nombreuses conditions. Sans parler de la patience et de l'attention constante dont le médecin et la malade ont dû faire une égale provision, il faudra d'abord résoudre la question des indications et des contre-indications, déterminer les cas qui peuvent bénéficier de cette méthode, et, pour un cas donné, choisir le moment de l'entreprendre; le médecin devra encore connaître la physiologie des muscles en général et de chaque groupe musculaire en particulier, la physiologie de la station et de la marche chez l'homme sain; il ne devra non plus rien ignorer du tabes et notamment des facteurs complexes (troubles de la sensibilité profonde, perte des réflexes, perturbations de la contraction musculaire, hypotonie, etc.) dont l'incoordination semble être la résultante.

Ce n'est aussi qu'après un examen clinique approfondi de son malade qu'il saura quels sont chez lui les muscles insuffisants, quels mouvements et quels équilibres sont perdus, et pourquoi ceux-ci sont devenus peu à peu impossibles. Il sera bien persuadé que rééduquer un ataxique, c'est faire une œuvre essentiellement clinique, et par conséquent variable avec les différents cas, pour laquelle il est indispensable de suivre au jour le jour les indications nouvelles qui naissent et se modifient tour à tour; il se gardera donc de prescrire de parti pris et pour tous les cas une série immuable d'exercices. Il aura, au contraire, à indiquer de façon précise les exercices simples et les mouvements d'ensemble utiles à tel malade en particulier; il les dosera, il en fixera les heures, les interruptions et la durée, en veillant avec le plus grand soin à ne pas dépasser la mesure des forces d'un tabétique, c'est-à-dire d'un malade qui, spontanément, ne sentirait pas assez ou pas assez tôt une fatigue qui lui serait tout particulièrement préjudiciable, et qu'on n'évitera que par un entraînement lent et prudent. Enfin se posera la question de l'emploi des méthodes adjuvantes, de l'électricité et du massage par exemple, et le médecin qui dirige la rééducation saura que ce sont là des armes qu'il faut manier avec beaucoup de discernement, si l'on ne veut s'exposer à des mécomptes; il en réglera donc l'emploi et ne le confiera qu'à des auxiliaires attentifs, et absolument dociles à ses indications.

1. Prof. RAYMOND. — Leçons des 19 et 24 Janvier 1896.

Voilà certes bien des conditions à remplir et que nous regardons toutes comme indispensables; aussi faut-il s'assurer qu'aucune n'est négligée si on veut réussir; c'est pour cela encore que la rééducation laissée aux soins d'aides peu expérimentés n'a jamais donné que des insuccès, et que certains médecins même n'en ayant eu que des succès incomplets ont hésité à croire à la réalité des excellents résultats obtenus à l'étranger. Pour nous, au contraire, après le temps déjà long que nous avons consacré à l'étude de cette question, après avoir vu Frenkel à l'œuvre, depuis surtout que M. le professeur Raymond a bien voulu nous confier le soin d'appliquer systématiquement ce traitement dans le service de la Clinique de la Salpêtrière, notre conviction est faite maintenant, et les résultats acquis nous ont démontré qu'un très grand nombre de tabétiques peuvent recouvrer l'usage de leurs jambes.

C'est pourquoi nous pensons qu'on ne saurait mettre trop de soin à préciser la technique de cette méthode, à montrer comment elle est déduite de l'étude des troubles de la marche chez les tabétiques, et des lois de l'équilibre à l'état physiologique. Considérant cette seconde partie de la question, nous nous bornerons à traiter ici un point particulier, mais que nous considérons à vrai dire comme essentiel, c'est à savoir de l'*importance extrême de la statique et du maintien du tronc tant pour la station debout que pour la marche*. Cette idée, toute simple et naturelle qu'elle puisse paraître, n'a pas été mise en lumière jusqu'ici; nous avons été surpris de ne la voir exprimée par aucun des auteurs qui ont traité de la rééducation, et, si Frenkel en parle dans son dernier ouvrage[1], encore croyons-nous qu'il lui faut faire une plus large place, et que c'est là une idée directrice dont les conséquences doivent se faire sentir à chaque instant dans l'application du traitement et l'indication des exercices que l'on aura à prescrire.

* * *

Les auteurs qui parlent de rééducation divisent les exercices auxquels ils soumettent leurs malades en deux groupes :

1° Exercices de rééducation des membres supérieurs, — destinés à restituer les fonctions infiniment variées des bras et des mains, l'écriture par exemple;

2° Exercices de rééducation des membres inférieurs, — ceux-ci ayant pour but, disent-ils, la rééducation de la marche.

Ils ajoutent bien, il est vrai, qu'après les exercices au lit, lesquels ne s'adressent qu'aux membres inférieurs, le malade apprend à se tenir debout, puis peu à peu à marcher; mais là est précisément la difficulté, et il ne serait pas inutile de spécifier qu'à ce moment seulement commence la rééducation de la marche; il faudrait dire comment on se tient debout et on se déplace, quelles modifications des rapports réciproques des diverses parties du corps on observe chez les ataxiques; il faudrait surtout insister sur ce fait qu'il ne suffit pas de disposer de jambes dont les muscles ont retrouvé leurs fonctions et leur coordination normales pour pouvoir marcher. C'est précisément contre cette idée que beaucoup semblent implicitement admettre, puisque pour eux il n'est question que des jambes, que nous nous élevons ici; l'accueillir serait ignorer les conditions les plus essentielles de la marche chez l'homme, et se préparer dans la pratique de la rééducation les plus grosses déceptions.

Les conditions de la station debout et de la marche chez l'homme pourraient d'une façon schématique être ainsi exposées :

1° Sur les deux supports plus ou moins flexibles et mobiles que représentent les jambes, placer en équilibre la masse pesante mais souple, de forme vaguement cylindrique, à axe à peu près vertical, que figure le tronc avec ses annexes, la tête et les membres supérieurs;

1. H. S. FRENKEL. — « Die Behandlung der Tabischen ataxie », Leipzig, 1900.

2° Combiner les déplacements des deux supports d'une part, et de la masse supportée d'autre part, de telle façon que le tronc repose toujours en équilibre sur les points d'appui fournis tour à tour par les deux pieds simultanément ou par l'un ou l'autre pied[1].

C'est là une vérité que la seule réflexion suffirait à faire admettre, que l'étude de la marche a bien démontrée aux physiologistes, et dont les médecins ne sauraient trop se souvenir dans les cas dont nous parlons.

Les raisons diverses qui ont amené chez l'ataxique la perte de la fonction de la marche ont en effet abouti aux deux conséquences suivantes : insuffisance des fonctions des membres inférieurs, c'est-à-dire des moyens de support, et perte de la statique du tronc, c'est-à-dire de la masse supportée. Or, on peut bien admettre que la rééducation des membres inférieurs, si elle a été bien faite, a remédié au premier de ces deux défauts, en rendant de nouveau les jambes capables d'exécuter correctement les mouvements indispensables pour la marche; mais si là s'est borné l'effort du médecin, il a ignoré la moitié de sa tâche; il a négligé d'assurer la statique du tronc, en remédiant aux causes qui lui ont fait perdre son équilibre et l'empêchent d'approprier ses mouvements à ceux des jambes pour réaliser la coordination de l'ensemble. La rééducation des membres inférieurs est donc indispensable mais insuffisante pour la préparation de la marche; elle laisse dans le traitement une lacune sur laquelle il était d'autant plus utile d'attirer l'attention que des exercices assez simples exécutés en temps voulu peuvent aider à la combler.

Cette crainte que nous venons d'exprimer, de voir des difficultés provenir du fait du tronc, lorsqu'après la rééducation des seuls membres inférieurs au lit on tente de passer à la pratique de la marche, n'est nullement théorique. Il faudrait n'avoir jamais rééduqué un tabétique pour ignorer que, si bien faite qu'ait été la rééducation de ses membres inférieurs, lorsqu'on veut ensuite le faire tenir sur ses jambes, lesquelles ont pourtant retrouvé une certaine solidité, on n'y parvient d'ordinaire pas tout de suite; jamais le malade n'arrive à faire même quelques pas seul dès ce moment; le plus souvent il s'effondre dès le premier essai; et pourtant si on soutient solidement le tronc, ou encore si le sujet se sert de barres parallèles, ces mêmes jambes recommencent alors à s'élever, se fléchir, se déplacer de façon à peu près correcte. En d'autres termes, si on supprime artificiellement les difficultés imputables au tronc, on voit que les fonctions des membres inférieurs sont en effet suffisantes; si, au contraire, on abandonne le malade à lui-même, il ne semble pas qu'on ait rien gagné, l'équilibre n'est pas meilleur qu'au début du traitement.

L'opposition entre les deux cas est trop marquée pour qu'on puisse l'attribuer à la seule appréhension. Dernièrement encore un de nos confrères très au courant d'ailleurs des questions de neuropathologie, nous montrait un de ses malades tabétiques chez lequel il avait entrepris la rééducation : par les exercices au lit, l'incoordination des membres inférieurs était très amendée,

1. Dans les allures accélérées, on peut déterminer tel instant où la verticale passant par le centre de gravité tombe en dehors de la base de sustentation, mais c'est là une position de passage, laquelle ne saurait être conservée et ne peut être réalisée que grâce à la rapidité des mouvements; à plus forte raison en est-il ainsi dans ce temps de la course où l'ensemble du corps se trouve suspendu sans qu'aucun des pieds soit en contact avec le sol (Marey). Mais les allures rapides n'intéressent pas le tabétique qui commence sa rééducation; ce qu'on doit lui demander, c'est non seulement une allure lente, mais un pas méthodiquement décomposé, et alors ce que nous venons de dire doit être rigoureusement maintenu.

et le malade placé entre les barres parallèles arrivait à se tenir à peu près en équilibre, à se déplacer même légèrement bien qu'avec peine, mais jamais il n'avait été possible de l'en faire sortir, fût-ce d'un seul pas; c'est qu'en réalité il reposait et marchait sur les mains fixées aux barres; le tronc pourtant peu incoordonné était suspendu par les épaules, et au-dessous de ce tronc évoluaient avec une précision suffisante deux jambes bien rééduquées, il est vrai, mais celles-ci ne supportaient rien, et, dès que les mains perdaient leurs points d'appui, le tronc, incapable de se placer, de se maintenir et de se mouvoir à propos amenait la chute générale.

L'arrêt dans les progrès avait été ici tellement net que le médecin et le malade s'en étonnaient; pourtant l'examen du sujet et de son tronc en particulier permit d'en reconnaître la cause, et d'y remédier. Or, nous avons pu à maintes reprises constater que cette difficulté, loin d'être exceptionnelle, se rencontre en règle presque générale; sans doute elle n'est pas toujours invincible, et malgré elle certains malades peuvent arriver à retrouver enfin l'équilibre de l'ensemble, mais ce n'est jamais qu'au prix de beaucoup de tâtonnements, de temps et de peine. On sait combien longtemps, lorsqu'on commence à faire tenir debout un ataxique dans les conditions que nous venons de dire, il faut fournir à ses bras et par conséquent à ses épaules des points d'appui, combien difficilement on arrive à les supprimer peu à peu, quelle est alors l'instabilité des épaules par exemple, et cela même en dehors des cas pour lesquels on est habitué à porter le diagnostic d'ataxie du tronc; toujours, en tout cas, il y a une période longue et difficile à traverser lorsqu'après les exercices au lit et la rééducation des membres inférieurs on passe à l'étude de la station debout et de la marche, c'est-à-dire à la mise en œuvre de l'ensemble : c'est que, comme nous le disions plus haut, ou groupe alors deux éléments, les jambes et le tronc, dont le concours est également indispensable à l'harmonie de l'ensemble, et que, si on s'en est tenu aux exercices classiques, un seul de ces deux facteurs a été ramené à un état voisin de la normale : seuls les membres inférieurs ont pour leur part recouvré leurs fonctions.

Le travail préparatoire aurait bien été suffisant si le défaut d'équilibre et l'incoordination ne provenaient que du fait des jambes, mais l'observation des malades nous a montré qu'une autre cause, généralement passée sous silence, intervient ici pour une part au moins égale, et que c'est l'état du tronc qui en rend compte. Nous dirions volontiers que l'intégrité fonctionnelle des muscles du tronc est plus importante encore pour la station et la marche que celle des muscles des jambes, car c'est le tronc qui règle l'équilibre tandis que les jambes ne sont que les supports; et, en fait, chez tous les tabétiques qui présentaient des troubles un peu accusés de la locomotion, nous avons trouvé les fonctions des muscles du tronc notablement compromises; c'est donc de ce côté que doivent pour une bonne part être dirigés les efforts et l'attention du médecin.

Aussi nous nous proposons d'indiquer suivant quels types cliniques principaux sont modifiées la position, la statique et la mobilité des diverses parties du tronc chez les ataxiques, de chercher la pathogénie et les conséquences pratiques de ces troubles au point de vue de la mécanique du corps humain en marche, et de montrer comment il est possible d'y remédier.

MÉDECINE PRATIQUE

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA MÉDICATION PHOSPHORIQUE

La médication phosphorique a toujours été l'objet de la préoccupation des thérapeutes. Les indications de cette médication aux divers âges de la vie, les moyens de remplir ces indications ont été l'objet de nombreux travaux; il en est de récents qui semblent devoir éclairer singulièrement la question; je veux parler de ceux qui ont abouti à la méthode thérapeutique dite méthode de Joulie.

La « méthode de Joulie » comprend en son essence trois parties : une *partie technique*, dosage de l'acidité urinaire et de l'acide phosphorique de l'urine recueillie en dehors des périodes digestives, dans la pratique l'urine du matin; une *partie spéculative*, interprétation des résultats obtenus; une *partie thérapeutique*, corrélative de la précédente. C'est donc un système complet et se suffisant dans une certaine mesure à lui-même.

La simplicité apparente de ce système, sa rigueur, la puissance incontestable en certains cas de l'acide phosphorique lui ont conquis rapidement de nombreux partisans. Mais il n'est pas douteux qu'il n'y ait à l'heure actuelle un certain « flottement » dont on trouve la trace dans les discussions de la Société de Thérapeutique, et cela tient, d'une part, aux exagérations évidentes de certains fanatiques (il s'en trouve ainsi au début de toutes les méthodes) dont les assertions incontestablement fantaisistes ont provoqué dans les esprits une véritable réaction; d'autre part, aux déboires procurés par une application irrationnelle de la méthode à ceux qui n'ont voulu retenir de l'ensemble du système que l'équation hypoacidité urinaire = acide phosphorique, contre laquelle on ne saurait assez s'élever car elle est fausse.

La clef du système se trouve dans la partie spéculative, dans l'interprétation physio-pathologique des résultats de l'analyse, et c'est ce dont on s'est jusqu'ici le moins soucié. La critique de la partie technique a été faite avec ampleur et compétence, l'expérimentation empirique de l'acide phosphorique a été poussée assez loin, l'analyse rationnelle basée sur la clinique et l'expérimentation des résultats de l'analyse de l'urine a été jusqu'ici quelque peu négligée : C'est cette analyse que nous aurons ici en vue.

***

On sait que les seules données dont fasse état ladite méthode sont les suivantes : densité urinaire, acidité évaluée en acide sulfurique, quotité de l'acide phosphorique, rapports de l'acidité et de la quotité d'acide phosphorique à l'excédent de densité de l'urine sur l'eau.

Pour simplifier la suite de l'exposition, nous désignerons l'acidité par A, la quotité d'acide phosphorique par Ph, les rapports de l'acidité et de la quotité d'acide phosphorique à l'excédent de densité par $\frac{A}{\Delta}$ et $\frac{Ph}{\Delta}$ dans lesquels Δ représente l'excès de densité de l'urine sur l'eau.

Suivant que les chiffres ainsi obtenus sont égaux, supérieurs ou inférieurs à la normale, certaines déductions physio-pathologiques sont possibles. Les *chiffres* indiqués comme *normaux* par M. Joulie sont les suivants : $\Delta = 0{,}18{,}6$ (densité de l'urine normale à 4°, 1018,6), $A = 0{,}849$, $Ph = 2{,}083$, $\frac{A}{\Delta} = 4{,}55$, $\frac{Ph}{\Delta} = 11{,}17$.

Il est d'abord bien évident, et M. Joulie fut le premier à le faire remarquer, que ces chiffres n'ont pas une valeur absolue, *ne varietur*; c'est au contraire à l'observation longtemps continuée à nous apprendre entre quelles limites on peut admettre qu'ils sont normaux. Jusqu'à plus ample informé, nous pensons que $\frac{A}{\Delta}$ peut osciller normalement entre 4 et 5 et $\frac{Ph}{\Delta}$ entre 11 et 12. Il est d'autre part évident que la considération des rapports $\frac{A}{\Delta}$ et $\frac{Ph}{\Delta}$ a une bien plus grande importance que celle des chiffres A et Ph, qui varient essentiellement chez le même individu avec le degré de concentration de l'urine sans qu'on puisse en tirer grandes conclusions.

En tout cas et sauf indications spéciales, il conviendra d'essayer de ramener Δ à la normale. S'il est inférieur à 18 on peut conclure ou que l'individu boit trop, et rationner les liquides, ou que son alimentation n'est pas assez substantielle, et on la renforcera. Si Δ est supérieur à 18, c'est que l'urine est trop concentrée, soit que l'individu ait une alimentation trop substantielle, soit qu'il ne boive pas assez. En tout état de cause, on prescrira en dehors du repas, à 10 heures par exemple, l'ingestion de 200 à 300 grammes de liquide d'eau, à peine minéralisée, qui remédiera en quelque sorte mécaniquement à l'anomalie constatée en diluant l'urine jusqu'à ramener sa densité au voisinage de la normale.

***

La considération des rapports $\frac{A}{\Delta}$ et $\frac{Ph}{\Delta}$ est, nous l'avons dit, bien plus importante que celle des chiffres A et Ph, en ce qu'elle rend comparables les résultats obtenus avec des urines de densité, c'est-à-dire de concentration, de dilution différentes.

Mais à notre avis le *rapport* $\frac{A}{Ph}$ *est peut-être encore plus important* et voici pourquoi. L'acidité urinaire est due, cela est aujourd'hui universellement admis, au phosphate acide de soude. Il existe donc un rapport étroit entre le taux de cette acidité et le taux de l'acide phosphorique urinaire, normalement $\frac{4{,}5}{12}$ soit 1/3 à 2/5; nous allons voir quelles déductions fondamentales on en peut tirer.

Deux cas en effet peuvent se présenter.

1er cas : le *rapport* $\frac{A}{Ph}$ *reste dans les limites normales*, et alors ou bien $\frac{A}{\Delta}$ et $\frac{Ph}{\Delta}$ sont eux-mêmes normaux, c'est-à-dire on a $11 < \frac{P}{\Delta} < 12$ et $4 < \frac{A}{\Delta} < 5$, et dans ce cas l'étude isolée des résultats analytiques relatifs à l'urine ne nous permet aucune conclusion physiologique ou thérapeutique sinon que le trouble de la santé générale retentit peu ou pas sur la filtration urinaire, ou bien $\frac{A}{\Delta h}$ et $\frac{Ph}{\Delta}$ varient dans le même sens tout en restant entre eux dans des rapports normaux, soit qu'on ait à la fois hyperacidité et hyperphosphatie, ou hypoacidité et hypophosphatie (par exemple $\frac{A}{\Delta} = 6$ $\frac{Ph}{\Delta} = 18$ le rapport $\frac{A}{P} = \frac{6}{18} = \frac{1}{3}$ reste normal ou au contraire $\frac{A}{\Delta} = 3$, $\frac{\Delta}{Ph} = 9$, le rapport $\frac{A}{Ph} = \frac{3}{9} = \frac{1}{3}$ normal).

Dans ces cas l'indication est relativement nette; à s'en tenir du moins à la simple interprétation des données urinaires.

Dans le premier cas (hyperacidité et hyperphosphatie), *on peut conclure à l'hyperacidité organique générale vraie, et il sera légitime d'essayer la médication alcaline*, non pas pendant le repas, nous dirons tout à l'heure pourquoi, mais en dehors du repas. En tout cas, à nous en tenir au sujet restreint que nous voulons traiter, la médication phosphorique, la médication acide est contre-indiquée.

Dans le deuxième cas (hypoacidité et hypophosphatie), au contraire, l'*indication de la médication acide au moyen de la solution d'acide phosphorique nous paraît formellement indiquée* sous le contrôle de l'analyse urinaire répétée et avec, comme objectif, le rétablissement à la normale des chiffres indiqués.

***

Abordons maintenant la *deuxième hypothèse*, c'est-à-dire $\frac{A}{Ph}$, *anormal*. C'est dans ces cas que

les déductions sont les plus intéressantes et les plus fructueuses.

Et d'abord supposons $\frac{A}{Ph} < \frac{1}{3}$; c'est donc que $\frac{A}{\Delta}$ et $\frac{Ph}{\Delta}$ se seront éloignés en sens inverse de la normale, A ayant diminué pendant que Ph augmentait; en d'autres termes, il y a *hypoacidité absolue ou relative avec hyperphosphatie absolue ou relative*. Qu'en faut-il conclure? Nous avons vu plus haut que l'acidité urinaire était due au phosphate acide de soude, et normalement le rapport du phosphate acide de soude (cause de l'acidité) et des autres phosphates est à peu près constant, d'où la constance du rapport $\frac{A}{Ph}$. Si l'acidité diminue pendant que l'acide phosphorique reste stationnaire ou même augmente, c'est donc que le phosphate acide de soude a été neutralisé dans l'urine et partant dans le sang. Cette neutralisation est physiologique ou thérapeutique. Thérapeutique chez les malades soumis à la médication alcaline soluble, en pratique au bicarbonate de soude. Physiologique, elle l'est dans certains cas, et l'observation nous apprend qu'elle est quasi constante chez les malades présentant de façon nette le syndrome dit de l'hyperchlorhydrie stomacale caractérisé par l'intégrité relative ou complète des fonctions digestives, la conservation ou l'exagération de l'appétit, la sensation de bien-être pendant les heures de plénitude stomacale, de digestion, faisant place deux heures ou plus après le repas, c'est-à-dire après l'évacuation stomacale pendant la période de vacuité, à une douleur stomacale crampoïde avec pyrosis, aigreurs, renvois acides, généralement calmés par l'ingestion d'alcalins.

En d'autres termes, l'*hypoacidité urinaire avec hyperphosphatie se rencontre souvent chez les hyperchlorhydriques stomacaux* (*hypoacidité urinaire = hyperacidité stomacale*). L'interprétation du fait semble facile. En effet, l'hypersécrétion chlorhydrique stomacale se fait aux dépens du chlorure de sodium du sang qui, sous l'influence de causes diverses, se combine à l'eau et donne lieu à la réaction,



$$2NaCl + H^2O = Na^2O + 2HCl.$$

L'acide chlorhydrique passe dans la cavité stomacale et donne lieu au syndrome hyperchlorhydrie; la soude passe dans le sang qu'elle alcalinise et dans l'urine qu'elle hypoacidifie. L'alimentation dans ces cas étant le plus souvent copieuse, le taux des phosphates urinaires reste normal s'il ne s'élève, et ainsi se trouvent réalisées les conditions sus énoncées, hyperphosphatie et hypoacidité urinaire, et partant on a $\frac{A}{\Delta} < 4$, $\frac{Ph}{\Delta} > 12$, $\frac{A}{Ph} < \frac{1}{3}$.

La conclusion est ici formelle, *l'acide phosphorique est contre-indiqué*, son administration ne peut donner lieu qu'à de gros déboires.

Quelques observations démontreront la justesse de cette conclusion.

Première observation. — C'est celle d'un de nos malades, professeur de l'Université, M. F..., quarante ans, qui a été traité accidentellement dans un des hôpitaux de Paris, par un maître en matière de maladies d'estomac qu'il avait été consulter à l'occasion de manifestations hyperchlorhydriques caractéristiques.

L'analyse du suc gastrique est faite à l'hôpital par un chef de laboratoire tout à fait compétent en ce genre d'analyses, et décèle de l'hyperchlorhydrie.

L'analyse de l'urine donne les chiffres suivants :

$A = 0{,}768$,	$Ph = 2{,}855$,	$\Delta = 0{,}217$.
$\frac{A}{\Delta} = 3{,}31$, (hypoacidité modérée)	$\frac{Ph}{\Delta} = 12{,}3$, (hyperphosphatie modérée)	$\frac{A}{Ph} < \frac{1}{3}$.

La médication phosphorique est instituée. Le malade constate une aggravation progressive de ses souffrances; il continue néanmoins la médication instituée. Les crises hyperchlorhydriques deviennent de plus en plus fréquentes et violentes et une seconde analyse urinaire faite au même laboratoire donne les résultats suivants :

$A = 0{,}873$,	$Ph = 4{,}853$,	$\Delta = 0{,}303$.
$\frac{A}{\Delta} = 2{,}87$, (hypoacidité marquée)	$\frac{Ph}{\Delta} = 15{,}9$, (hyperphosphatie marquée)	$\frac{A}{Ph} < \frac{1}{5}$.

L'aggravation est manifeste.

La suppression de l'acide phosphorique, les boissons abondantes, une hydrothéraphie sédative et un régime approprié ont graduellement remis tout dans l'ordre.

Deuxième observation. — Il s'agit d'un névropathe hyperchlorhydrique intermittent. M. A... architecte, quarante-deux ans, chez lequel l'analyse urinaire donne les résultats suivants :

$A = 0{,}796$,	$Ph = 3{,}349$,	$\Delta = 0{,}252$.
$\frac{A}{\Delta} = 3{,}349$, (hypoacidité moyenne)	$\frac{Ph}{\Delta} = 12{,}73$, (hyperphosphatie moyenne)	$\frac{A}{Ph} < \frac{1}{3}$.

La médication phosphorique est instituée à la dose quotidienne de trois cuillères à café de la solution pepto-phosphorique d'Adrian ; la magnésie prescrite deux heures après le repas n'est pas prise. Au bout de vingt-quatre heures le malade est pris de douleurs stomacales violentes avec hyperacidité pharyngo-buccale, diarrhée, sensation detension rénale, courbature, tension et chaleur à la peau.

La médication est arrêtée et, sous l'influence d'un traitement identique à celui indiqué plus haut, les accidents cessent.

Troisième observation. — Femme de quarante ans, hystérique pseudotabétique, sujette à des crises viscérales, surtout stomacales paroxystiques. L'analyse de l'urine donne les chiffres suivants :

$A = 0{,}742$,	$Ph = 3{,}857$,	$\Delta = 0{,}230$.
$\frac{A}{\Delta} = 3{,}22$, (hypoacidité)	$\frac{Ph}{\Delta} = 16{,}7$, (hyperphosphatie	$\frac{A}{Ph} < \frac{1}{3}$.

La médication phosphorique détermine l'éclosion d'une crise hyperchlorhydrique suraiguë qui nécessite plusieurs piqûres de morphine.

Quatrième observation. — Dans ce dernier cas la médication phosphorique n'a pas été instituée; nous donnons les chiffres de l'analyse urinaire simplement parce que, dans ce cas encore, un état d'hyperchlorhydrie stomacale manifeste s'accompagnait d'hypoacidité urinaire avec hyperphosphatie. Il s'agit d'un adulte hyperchlorhydrique ancien, sujet à des crises paroxystiques chez lequel l'analyse a donné les chiffres suivants :

$A = 0{,}416$,	$Ph = 1{,}33$,	$\Delta = 0{,}110$.
$\frac{A}{\Delta} = 3{,}56$ (hypoacidité)	$\frac{Ph}{\Delta} = 11{,}3$, (hyperphosphatie légère)	$\frac{A}{Ph} < \frac{1}{3}$.

Ces observations que nous pourrions multiplier, nous semblent suffisamment démonstratives de la proposition sus-énoncée.

L'hypoacidité urinaire s'accompagnant d'hyperphosphatie est souvent l'indice d'hyperchlorhydrie stomacale et contre-indique l'emploi de l'acide phosphorique.

* *

Et maintenant supposons $\frac{A}{Ph} > \frac{2}{5}$, soit une hyperacidité absolue ou relative avec hypophosphatie. Quelle interprétation en faut-il donner? Reprenons notre raisonnement. L'acidité urinaire est due au phosphate acide de soude et, le rapport du phosphate acide aux autres phosphates étant normalement constant, le rapport $\frac{A}{Ph}$ est dans la pratique constant. Si l'acidité augmente, Ph restant constant ou même s'abaissant, on peut en conclure que des substances acides autres que le phosphate acide de soude ont passé dans l'urine. Quelles peuvent être ces substances? Ici il nous convient de citer M. Joulie : « Chez les dyspeptiques anciens et avérés, les aliments ne trouvant pas dans l'estomac un suc gastrique assez abondant ou de qualité normale, y séjournent plus longtemps qu'il n'est physiologiquement nécessaire, ce qui permet à certains ferments ingérés d'entrer en action et de produire des fermentations anormales déterminant la formation d'acides organiques (formique, acétique, lactique, etc.). Ces acides plus ou moins absorbés par l'estomac passent dans le sang, en altèrent la composition, en diminuent la fluidité, gênent et ralentissent ainsi la circulation et, en se combinant aux bicarbonates qu'il contient, mettent en liberté une quantité exagérée d'acide carbonique qui détermine le passage dans les urines d'une plus forte proportion de sels acides, d'où l'hyperacidité que constate l'analyse. »

En conséquence, la constatation de l'hyperacidité urinaire avec hypophosphatie permet le plus souvent de conclure à l'hypoacidité stomacale, à la dyspepsie hypoacide avec stase alimentaire, fermentations acides, etc. Et dans ce cas l'acide phosphorique manié avec prudence pourra, en relevant le taux de l'acidité stomacale, favoriser la digestion, combattre par son action eupeptique et antiseptique les fermentations anormales acides et ramener de ce fait à la normale l'acidité urinaire quelque paradoxal que cela puisse paraître.

Les observations suivantes en font foi.

Première observation. — Mlle G..., dix-neuf ans, mal de Pott ancien, frottements pleuraux à droite; hygiène alimentaire déplorable à la suite de laquelle apparaissent graduellement des phénomènes dyspeptiques avec stase alimentaire et fermentations anormales, ballonnement stomacal, éructations après le repas, digestions lentes, pénibles, difficiles.

L'analyse de l'urine donne les résultats suivants

$\Delta = 0{,}22$,	$A = 2{,}45$	$Ph = 2{,}01$,	
	$\frac{A}{\Delta} = 10{,}72$ (hyperacidité considérable)	$\frac{Ph}{\Delta} = 8{,}80$, (hypophosphatie)	$\frac{A}{Ph} > \frac{2}{5}$.

Un régime est institué et la médication phosphorique est prescrite de la façon suivante : 3 cuillers à café d'une solution au vingtième d'acide phosphorique officinal, cachets de craie préparée et de magnésie calcinée à prendre deux heures après le repas.

Graduellement les phénomènes s'apaisent et, trois semaines après le début du traitement, l'analyse donne les résultats suivants :

$\Delta = 0{,}20$	$A = 0{,}960$,	$Ph = 3{,}15$,	
	$\frac{A}{\Delta} = 4{,}8$, (hyperacidité légère)	$\frac{Ph}{\Delta} = 15{,}7$, (hyperphosphatie	$\frac{A}{Ph} < \frac{2}{5}$.

Deuxième observation. — M. G..., quarante-cinq ans, neurasthénique hypocondriaque, anémique, sujet à des obsessions, à des idées fixes. Dyspepsie ancienne, avec flatulence, palpitations, digestions lentes, difficiles, pénibles, ballonnement après le repas, éructations acides.

L'analyse donne les résultats suivants :

$\Delta = 0{,}20$	$Ac = 1{,}17$	$Ph = 1{,}38$,	
	$\frac{Ac}{\Delta} = 5{,}77$ (hyperacidité forte)	$\frac{Ph}{\Delta} = 6{,}81$ (hypophosphatie considérable)	$\frac{Ac}{Ph} > \frac{2}{5}$.

Régime et médication phosphorique sous forme de la solution pepto-phosphorique d'Adrian à la dose partielle de 20 à 100 gouttes à chacun des principaux repas.

Phénomènes dynamogéniques appréciables, récupération graduelle des forces et de l'énergie, amendement progressif des phénomènes dyspeptiques.

Après un mois de traitement, le malade est amené à la dose de 120 gouttes à chaque repas; l'analyse donne les chiffres suivants :

$\Delta = 0{,}22$	$Ac = 0{,}952$,	$Ph = 2{,}17$,	
	$\frac{Ac}{\Delta} = 4{,}3$,	$\frac{Ph}{\Delta} = 9{,}8$,	$\frac{Ac}{Ph} < \frac{2}{5}$.

Troisième observation. — Mlle H..., vingt-et-un ans, névropathe ancienne, dyspeptique par insuffisance, hyposthénique.

1re analyse : $\Delta = 0{,}19$, $Ac = 1{,}56$, $Ph = 1{,}92$,
$\frac{Ac}{\Delta} = 8$, $\frac{Ph}{\Delta} = 10$, $\frac{Ac}{\Delta} > \frac{2}{5}$.

Après trois semaines de régime et de médication phosphorique on a les résultats suivants :

$\Delta = 0{,}23$	$Ac = 1{,}025$	$Ph = 3{,}15$,	
	$\frac{Ac}{\Delta} = 4{,}4$,	$\frac{Ph}{\Delta} = 13{,}6$,	$\frac{Ac}{Ph} < \frac{2}{5}$.

* * *

Par les exemples précis et que nous pourrions multiplier, nous croyons avoir suffisamment démontré l'importance de l'interprétation rationnelle des résultats fournis par l'analyse urinaire pratiquée suivant les règles posées par M. Joulie, et tiré dès maintenant quelques conclusions intéressantes dont les plus importantes nous paraissent pouvoir être formulées de la façon suivante :

1° *Quand l'hypoacidité urinaire* $\frac{A}{\Delta} < 4$ *est associée à l'hyperphosphatie* $\frac{P}{\Delta} > 12$, *quand, en d'autres termes, le rapport de l'acidité à l'acide phosphorique est inférieur à* 1/3, $\frac{A}{P} < \frac{1}{3}$, *il est probable que l'on se trouve en présence d'un hyperchlorhydrique stomacal; l'acide phosphorique est contre-indiqué.*

2° *Quand l'hyperacidité urinaire* $\frac{A}{\Delta} > 5$ *est associée à l'hypophosphatie* $\frac{Ph}{\Delta} < 12$, *qaand en d'autres termes, le rapport de l'acidité à l'acide phosphorique est supérieur à* $\frac{2}{5}$, $\frac{A}{Ph} > \frac{2}{5}$, *il est probable que l'on se trouve en présence d'un dyspeptique hypochlorhydrique avec stase alimentaire et fermentations acides; l'acide phosphorique peut rendre des services appréciables.*

Il est bien d'autres observations à faire; nous nous tiendrons aujourd'hui aux suivantes :

1° La méthode d'exploration, par la méthode de la recherche de l'acidité urinaire et de l'acide phosphorique, est des plus fécondes; les renseignements qu'elle fournit permettent au point de vue stomacal des conclusions intéressantes, et elle nous paraît très supérieure comme rigueur et comme facilité à l'analyse du suc gastrique au moins telle qu'elle est pratiquée à l'heure actuelle; mais elle ne saurait donner de résultats définitifs qu'accompagnée des autres procédés d'investigation clinique sans lesquels elle ne peut servir de base qu'à des conclusions incertaines et vacillantes, formulables avec la restriction « il est probable ».

2° L'acide phosphorique est un agent thérapeutique des plus utiles, mais qui n'échappe pas à la loi générale vraiment lapalissienne, mais trop souvent oubliée dans la pratique, sinon dans la théorie, qu'il ne peut être utile que prescrit à bon escient, et qu'il peut être des plus nuisibles s'il est prescrit empiriquement.

Alfred Martinet.

TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DE L'ENTORSE

Les moyens thérapeutiques employés contre l'entorse sont très nombreux et très divers.

Dans les ouvrages classiques, l'énumération en est longue, et les auteurs généralement s'abstiennent d'exprimer une préférence marquée pour tel ou tel procédé; ils semblent vouloir laisser au praticien le soin d'adopter celui qui paraîtra le mieux approprié aux circonstances.

Actuellement la plupart des médecins sont partisans du massage; mais peu d'entre eux prescrivent le massage rigoureusement.

Dans la plupart des cas, après une entorse, le malade est laissé au repos, avec ou sans bandage compressif; quelquefois on ajoute soit des bains locaux, soit des pansements humides. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que l'on conseille des frictions, du massage, et l'on néglige habituellement de faire appliquer ce traitement par des personnes exercées à la pratique du massage.

Il est regrettable que le massage ne soit pas toujours commencé tout de suite après le traumatisme, et qu'il ne soit pas toujours exécuté par des mains expertes.

Le massage est considéré jusqu'ici comme le meilleur traitement institué pour la cure de l'entorse.

Il semble toutefois que le procédé thérapeutique décrit plus loin, présente des avantages encore supérieurs à ceux que donne le massage.

Il s'agit d'un procédé emprunté à l'électrothérapie, et les résultats obtenus permettent d'espérer que l'électrothérapie occupera la première place parmi les moyens thérapeutiques à employer dans le traitement de l'entorse.

* * *

Dans les traités d'électrothérapie, il est fort peu question de l'entorse et des procédés électriques qui peuvent lui être appliqués.

Dans son manuel, Tripier a écrit sur le traitement électrique de l'entorse les lignes suivantes :

» La plupart des auteurs anglais qui vers la fin « du siècle dernier ont écrit sur les applica- « tions médicales de l'électricité conseillent d'y « recourir contre les entorses et les contusions.

« Ils ne donnent toutefois à cet égard que des « appréciations vagues et n'indiquent pas le pro- « cédé qu'ils croient le meilleur.

« M. Remak conseille de recourir en pareilles « circonstances à l'emploi des courants continus.

« Nous avons dans un cas de contusion toute « récente de deux articulations métacarpo-pha- « langiennes fait traverser l'épaisseur de la main « par des courants d'induction de moyenne ten- « sion et d'intensité croissante jusqu'à produire « l'engourdissement de la partie; il ne survint ni « douleur spontanée, ni gêne dans les mouve- « ments, bien qu'une ecchymose étendue, un peu « de gonflement et une légère sensibilité à la « pression témoignassent de l'existence d'un « traumatisme; la faradisation fut répétée au bout « de vingt-quatre heures. »

Dans le manuel d'Electrologie de Trouvé, paru en 1893, on ne parle pas, dans l'article consacré à l'entorse, du fait relaté par Tripier, mais il y a les deux citations suivantes de Vigouroux et de Bardet :

« La faradisation énergique (pôle positif sur « l'articulation) donne les meilleurs résultats « dans l'entorse récente et en supprime ou abrège « considérablement les suites ordinaires » (Vigou- « roux).

« De toutes les observations, assez rares « d'ailleurs, qui ont été publiées à ce sujet, il est « difficile de conclure dans un sens favorable ou « défavorable, mais cependant il paraît rationnel « de supposer que l'électricité pourrait agir contre « l'entorse à peu près dans le même sens qne le « massage (Bardet) ».

Quant au manuel très récent de Bordier (1897), l'entorse n'y est même pas citée parmi les affections susceptibles d'être soignées par l'électricité.

* * *

Un petit nombre d'électrothérapeutes ont eu l'occasion de soigner des entorses; et, dans les rares cas où ils ont employé l'électricité dans ce but, c'est le plus souvent sous la forme de courants continus.

Apostoli, au contraire, préconisait surtout la faradisation. C'est avec la faradisation qu'ont été obtenus les résultats qui permettent de faire de la méthode électrique le meilleur procédé pour traiter les entorses.

La technique employée est très simple :

Elle comprend un appareil faradique à chariot avec bobine à fil fin.

La bobine induite recouvre entièrement la bobine inductrice.

Le trembleur est disposé pour que les intermittences soient très rapides.

Comme électrodes, on prend deux gros tampons de charbon recouvert de peau de chamois, ayant 6 à 7 centimètres de diamètre.

Les deux tampons sont tenus appliqués très fortement aux deux extrémités de l'articulation, et de préférence sur la région douloureuse le tampon qui est relié au pôle négatif. Tandis que le tampon positif reste habituellement fixe pendant toute la durée de la séance, on mobilise le tampon négatif de façon à lui faire parcourir toute l'étendue de la région douloureuse.

La durée de la séance est de quelques minutes à peine, entre cinq et dix minutes.

L'application des courants faradiques sur une articulation au moyen du dispositif que nous venons de décrire est toujours bien supportée par les malades, même quand il s'agit, comme dans l'entorse, d'une articulation que le traumatisme a rendue parfois extrêmement douloureuse.

Voici les résultats obtenus avec cette méthode.

Par exemple dans une entorse tibio-tarsienne récente :

Le malade, qui souffre ou qui ne souffre pas au repos, éprouve une très grande difficulté pour marcher, à cause de la douleur violente qui se produit dans la région de la malléole externe chaque fois qu'il déplace le pied. Il ne peut essayer de marcher qu'avec l'appui d'une canne, et en boitant fortement.

L'opérateur s'assied en face du malade qui est lui-même assis, et prend le pied de celui-ci sur ses genoux; le tampon positif est tenu appliqué contre la malléole interne. On promène le tampon négatif sur toute la région de la malléole externe.

La séance terminée (au bout de cinq minutes environ), le malade peut se lever et marcher.

Ce qui frappe tout de suite, ce que le malade accuse avec une netteté absolue, c'est la diminution considérable, souvent même la disparition de toute espèce d'élément douloureux.

Le malade se met à marcher avec aisance, sans boiter; il peut frapper le sol avec le pied malade, il peut se tenir debout sur ce seul pied. La douleur de la malléole externe est supprimée ou tout au moins considérablement diminuée.

Cet effet analgésique si remarquable a une durée variable.

Ordinairement la douleur cesse complètement pendant plusieurs heures pour revenir, mais sans jamais reprendre son intensité première; cette douleur procède d'ailleurs par paroxysmes et disparaît toujours de nouveau lorsqu'on recommence l'application faradique.

Voilà pourquoi il y a intérêt parfois à faire deux applications dans la même journée.

Le malade tâchera de marcher le plus possible.

On ne saurait trop insister sur ce remarquable résultat obtenu par la faradisation pratiquée suivant cette méthode. Il faut avoir vu des malades atteints d'entorses récentes, pour se rendre compte de l'importance du phénomène douleur et de l'utilité qu'il y a à faire disparaître ce phénomène, ou même seulement à le diminuer.

En effet, la douleur ne faisant plus obstacle aux mouvements de l'articulation atteinte, le malade ne se refuse plus à exécuter ces mouvements. On évite ainsi les complications ordinaires de l'entorse : épanchements chroniques, exsudats, ankylose, etc., qui sont le cortège habituel des entorses anciennes.

Dans les entorses anciennes, c'est-à-dire quand le malade nous est amené plusieurs semaines ou plusieurs mois même après le traumatisme, quand il se présente avec les complications déjà citées (empâtement péri-articulaire, raideurs articulaires, ankylose, atrophie musculaire de tout le membre, etc.), la faradisation n'a pas donné des effets aussi complètement favorables et aussi rapides que pour les entorses récentes.

Cependant, là encore le résultat est très avantageux, puisque les premières applications faradiques ont été suivies d'une diminution notable de la douleur et de la tuméfaction péri-articulaire, alors que le massage pratiqué antérieurement pendant plusieurs semaines semblait avoir épuisé toute son action.

En résumé, dans les entorses, le traitement doit avoir pour but de favoriser la mobilisation

de l'articulation, et par conséquent le rétablissement aussi rapide et aussi complet que possible de la fonction. Il faut éviter à tout prix l'immobilisation.

Eh bien, qu'est-ce qui empêche presque toujours d'exiger du malade qu'il mobilise son articulation, si ce n'est la douleur?

Supprimer la douleur le plus rapidement possible, voilà ce que le médecin doit surtout rechercher.

Aucune médication ne peut fournir ce résultat au même degré que la faradisation avec son effet analgésique, et c'est ce qui établit la supériorité de cette méthode sur les autres procédés thérapeutiques actuellement employés contre l'entorse.

* * *

Conclusions. — 1° Le traitement électrique doit occuper le premier rang parmi les moyens thérapeutiques qu'on peut utiliser avec efficacité contre l'entorse.

2° Ce traitement électrique consiste dans l'emploi des courants faradiques avec bobine induite à fil fin et avec intermittences rapides.

3° L'application est faite aux deux extrémités de l'articulation au moyen de deux gros tampons de charbon recouvert de peau de chamois. Le tampon négatif est placé sur la région douloureuse.

La durée des séances est de 5 à 10 minutes. On fait une ou deux séances par jour, jusqu'à la guérison complète.

4° Le principal résultat thérapeutique, celui que le médecin et le malade peuvent constater le plus vite et le plus nettement après la première application faradique, c'est la suppression immédiate et presque complète de la douleur.

Grâce à cette analgésie, le malade recouvre la liberté des mouvements de son articulation. Toutefois, la disparition de la douleur et ses effets ont une durée variable, ce qui nécessite des applications quotidiennes.

5° En même temps que l'analgésie, le traitement électrique provoque la résorption progressive des exsudats péri-articulaires.

C'est ainsi que les choses se passent dans l'entorse récente.

6° Dans les entorses anciennes, dont le pronostic fonctionnel est si grave, cette méthode permet encore d'obtenir une amélioration considérable, et supérieure à celle produite par les autres procédés thérapeutiques.

Charrier et Planet.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

En raison des vacances de la nouvelle année, les Sociétés de Chirurgie, Médicale des Hôpitaux et de Biologie, n'ont pas tenu séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

6 Janvier 1902.

Utilisation des différents sucres par l'économie animale. — *MM. Charrin et Brocard*. Ces auteurs ont reconnu que suivant leurs espèces les sucres sont plus ou moins bien utilisés par l'organisme.

La galactose, à cet égard, l'emporte sur le sucre de raisin.

Utilité de la radiographie. Kyste hydatique dans le tendon d'Achille. — *M. Lannelongue*. Il y a deux ans et demi M. Lannelongue eut occasion d'examiner un sujet présentant une petite tumeur localisée dans le tendon d'Achille. La radiographie montra que l'on avait affaire à une tumeur liquide bien nette.

Depuis, aucune opération n'ayant été faite, l'on procéda à divers intervalles à de nouvelles radiographies. Celles-ci montrèrent que peu à peu la tumeur se calcifiait. Aujourd'hui elle est devenue complètement solide. D'après M. Lannelongue — qui insiste à ce propos sur l'utilité, pour établir en de nombreuses circonstances le diagnostic, de la radiographie, dont des laboratoires bien outillés devraient être installés dans tous les hôpitaux, — cette tumeur n'était autre qu'un kyste hydatique très exceptionnellement localisé dans le tendon d'Achille.

Un parasite de l'épilepsie. — *M. Bra*. Avant l'accès épileptique, dans 70 cas, M. Bra annonce avoir rencontré dans le sang des malades un agent parasitaire que l'on ne retrouve plus quand l'accès a cessé. Ce parasite a pu être cultivé. Tantôt il se présente sous l'aspect d'un coccus, tantôt sous celui d'un diplocoque, ou encore sous celui d'un microbe en chaînette.

Présentation d'ouvrage. — *MM. Beurnier et Pierre Cambour*. Au nom de ces deux auteurs, *M. Lannelongue* dépose sur le bureau de l'Académie un ouvrage intitulé : *Laboulbène*, et dans lequel l'on retrouve les principales leçons sur l'histoire de la médecine, professées naguère par M. Laboulbène dans son cours de la Faculté.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

7 Janvier 1902.

Rapport sur les travaux de l'Académie en 1901. — *M. Guyon*, avant de remettre la direction des séances au nouveau président, M. Riche, lit un rapport sur les travaux effectués par l'Académie de Médecine durant l'année 1902.

Il rappelle les noms des nouveaux élus de l'Académie au cours de l'année, et remercie ses collègues de la collaboration active qu'ils ont apportée aux travaux de la Société.

M. Riche fait l'éloge de son prédécesseur au fauteuil présidentiel, M. Guyon, ainsi que de ses collaborateurs, MM. Jaccoud, secrétaire perpétuel, et Vallin, secrétaire annuel.

M. Lancereaux occupe le siège de vice-président.

Syphilis et tabes dorsalis en Chine. — *M. Laveran* lit au nom de M. Matignon une note sur la fréquence de la syphilis opposée à la rareté du tabes dorsalis à Pékin. Bien que la syphilis soit très mal soignée chez les Chinois, elle est cependant bénigne, en général.

Action de la gélatine dans l'alimentation, pour modifier la plasticité du sang. — *MM. M. Laffont et A. Lombard*. Pour ces auteurs, le diabète, l'albuminurie et l'hémophilie reconnaîtraient toujours une même origine : une variation dans les propriétés cryoscopiques du sang. Même quand une lésion hépatique, rénale ou capillaire est anatomiquement constituée, on pourrait y porter remède en ramenant à la normale la plasticité du sang. Pour ce faire, les auteurs s'adressent à la gélatine, et font absorber à leurs malades une dose quotidienne de 15 grammes de gélatine en solution dans l'eau.

M. Labbé.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

3 Janvier 1902.

Sarcome de l'œil chez le chat. — *MM. Petit et Basset* (d'Alfort) présentent un chat jeune atteint de sarcome du globe de l'œil. La tumeur, formant au devant de l'orbite une saillie volumineuse, a la structure du sarcome globo-cellulaire.

Cancer du côlon chez le cheval. — *MM. Petit et Basset* montrent un gros côlon de cheval, auquel sont appendues des masses néoplasiques, à la fois adénomateuses et sarcomateuses, avec ossification.

Tumeur du cerveau. — *M. Cornil* apporte des coupes de deux tumeurs cérébrales dont l'une, superficielle, adhère à la pie-mère, et l'autre, profonde, est en pleine substance cérébrale.

La première, muriforme, du volume d'une cerise, est formée de végétations dont l'aspect est comparable à la structure des plexus choroïdes. Chaque végétation présente, en effet, un vaisseau central entouré de cellules cylindriques.

L'autre tumeur, du volume d'une petite noix, est constituée par des lobules circonscrits par du tissu cellulo-adipeux. Chaque lobule est creusé de cavités kystiques, tapissées par un épithélium cubique ou cylindrique, et remplies de mucus.

L'étude de la structure de la première tumeur permet d'interpréter la seconde.

Pièce de luxation ancienne du coude. — *M. Picqué* présente une ancienne luxation du coude en arrière, avec désordres osseux tels, qu'on conçoit très nettement que la résection, portant surtout sur l'extrémité inférieure de l'humérus, eût été le seul traitement rationnel.

V. Griffon.

ANALYSES

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

Cocchi et Santi. *Tissu élastique du ligament rond et du cordon ombilical* (*Annali di Ostetricia e Ginecol.* Milano, 1901, p. 811). — A la périphérie du ligament rond, les fibres élastiques forment des faisceaux disposés plutôt circulairement. Au centre du ligament, ces fibres élastiques sont nombreuses. Elles forment des mailles qui entourent les fibres musculaires et constituent dans leur ensemble un grand réseau avec des points nodaux sur le trajet des fibres, comme le démontrent les coupes longitudinales et les coupes transversales du ligament que représente l'auteur.

Ces recherches sont intéressantes, car elles expliquent le relâchement des ligaments ronds après leur raccourcissement artificiel pour traiter les déviations utérines.

Dans les artères du cordon ombilical, les fibres élastiques sont très abondantes; il en est de même dans la veine ombilicale et dans le tissu de la gélatine de Warton.

P. Mauclaire.

BACTÉRIOLOGIE

M. Funck. *Le microbe de la vaccine et de la variole* (*Centralblatt für Bakteriologie*, 1901, 5 Juillet, t. XXIX, n° 24, p. 921). — De ses recherches expérimentales, l'auteur conclut à l'identité de la vaccine et de la variole. Soupçonnée depuis longtemps, cette identité a reçu un commencement de preuve, en 1807, de Gassner qui, en inoculant du pus variolique à une vache, obtint des pustules caractéristiques qui purent ensuite être inoculées à des enfants.

Depuis, Thiele, Reiter, Voigt, Fischer, Eternod et Haccius, Hime ont tenté d'obtenir la vaccine par inoculation de variole.

Funck trouve dans toutes les lymphes vaccinales actives un sporozaire, qui se retrouve également dans les pustules de variole. Ce *sporidium vaccinale*, déjà décrit par Pfeiffer, donne, par inoculation au veau, les symptômes caractéristiques de la vaccine, et confère à l'animal l'immunité contre cette affection.

Quand on examine la pulpe vaccinale fraîche au microscope, on découvre deux sortes d'éléments caractéristiques :

1° des cellules arrondies de 25 μ en moyenne, pourvues ou non d'un noyau, et contenant des spores; certaines cellules sont allongées en massue : ce sont les éléments sudanophiles de Sildestrini, provenant des glandes sébacées; enfin se voient des cellules épithéliales et des leucocytes;

2° On trouve aussi des spores libres de 1 à 3 μ, mobiles, réfringentes, capables de se multiplier lorsqu'on place la lymphe à l'étuve. Ce sont ces éléments que Pfeiffer considérait comme des sporozoaires parasites des cellules épidermiques.

L'inoculation du *sporidium vaccinale* reproduit la vaccine; pour le prouver, l'auteur isole mécaniquement sous le microscope, au moyen d'une très fine spatule, les sporidium, et les inocule, mélangés à du bouillon, dans la peau du dos ou du périnée d'un veau : il se développe de véritables pustules de vaccine, et l'animal est ensuite réfractaire à l'inoculation de lymphe vaccinale active.

L'examen des pustules de variole a montré à l'auteur les mêmes parasites que dans la vaccine : des cellules remplies de spores, et des spores libres, isolées ou groupées, de 2 à 6 μ de diamètre.

Funk a essayé de cultiver à l'étuve, en gouttes pendantes, la lymphe vaccinale dans du bouillon, et a obtenu une légère multiplication des spores et une augmentation de leur diamètre. Il en est de même avec le suc des pustules varioliques.

Quand on dessèche sous une lamelle de la pulpe vaccinale ou du liquide de pustule variolique, on voit que certaines spores ne se détruisent pas et conservent leur aspect réfringent : ce sont les formes résistantes.

De l'identité des éléments microbiens trouvés dans la lymphe vaccinale et dans les pustules varioliques, Funcke conclut à l'unité de la variole et de la vaccine.

D'après la description de Funck, on voit que les

éléments observés par lui, et antérieurement par Pfeiffer, correspondent au parasite décrit par MM. Roger et Weil dans la variole; l'auteur ne semble d'ailleurs pas avoir eu connaissance du travail de Roger et Weil, qui est pourtant antérieur au sien de plusieurs mois.

M. Labbé.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

L. Cruveilhier. ***Sur les causes de la mort après la ligature brusque de la veine porte*** (*Thèse*, Paris, 1901). — La mort qui survient, chez le chien, lorsqu'on lie brusquement le tronc de la veine porte, est due, d'après la conclusion de ce travail, à la spoliation sanguine causée par l'accumulation du sang dans les vaisseaux et les organes tributaires de cette veine. Ce qui le prouve, ce sont les arguments suivants:

1° Les symptômes observés sont absolument comparables à ceux que l'on constate si l'on saigne à blanc un animal;

2° Les résultats de l'autopsie plaident en faveur de cette même théorie; on constate l'anémie des organes qui dépendent de la circulation générale et l'hyperémie de ceux qui sont tributaires de la veine porte;

3° La transfusion de sang et de sérum artificiel chez les animaux auxquels on a lié la veine porte prolonge leur existence; les chiens survivent quelques heures, parce qu'en augmentant leur masse sanguine on rend la saignée mortelle plus longue à se produire:

4° La ligature de l'aorte au-dessus du tronc cœliaque, faite en même temps que celle de la veine porte, permet aux animaux une survie plus grande que celle qu'ils ont après la ligature isolée du tronc porte. Ce résultat s'explique très bien si l'on admet la théorie de la spoliation sanguine: en s'opposant à l'accumulation du sang dans le système porte par ligature des artères afférentes, on s'oppose par ce fait même à l'anémie brusque par spoliation sanguine, ce qui explique la survie de l'animal en expérience, la mort n'arrivant pas plus vite dans ces conditions qu'après la ligature isolée de l'aorte.

V. Griffon.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

John Holden Webb. ***Le cancer: sa nature et son traitement*** (*The Lancet*, 1901, 12 Octobre p. 976). — Discutant les théories parasitaires du cancer, Webb arrive à douter de sa contagiosité, et il cite des cas personnels dans lesquels des cancers, observés avec soin, ont absolument guéri sans traitement, d'une façon inespérée. Il compare ensuite le cancer au myxœdème, et signale que l'usage du corps thyroïde semble avoir donné des guérisons de cancer. Observant ce qui se passe chez les individus atteints de lithiase biliaire avec cancer consécutif, il fait remarquer que, dans ces cas, il s'agit de calculs de cholestérine, et il en tire la conclusion que c'est la privation de la cholestérine soluble, la cristallisation de ce corps qui cause le cancer: et, cette théorie, il l'applique à tous les cancers quel que soit leur siège. La malignité du cancer est due à la cristallisation de la cholestérine. En effet, pour Webb, c'est la présence de cholestérine dans la cellule qui règle le développement et la reproduction de chaque cellule: une cellule privée de cholestérine devient morbide, et prolifère sans contrôle.

Cet auteur a donc essayé de traiter le cancer par les injections interstitielles de savon, et il rapporte des cas de guérison ou d'amélioration extraordinaires observés par lui à Melbourne: dans la plupart des cas il donnait en même temps du corps thyroïde. Le savon agirait sans doute en dissolvant la cholestérine.

Cette curieuse tentative d'expliquer la malignité du cancer par une théorie chimique mériterait peut-être quelques encouragements à notre époque de parasitisme à outrance.

L. Tollemer.

MÉDECINE

G. Gabriel. ***Diagnostic des anévrysmes de l'artère mésentérique*** (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1901, n° 43, p. 1051). — L'observation que publie l'auteur a trait à un garçon de dix ans qui, à la suite d'une rougeole datant de trois ans, présenta de la dyspnée et des palpitations. Brusquement, trois jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris de vomissements avec céphalalgie, abattement et sensation de constriction dans le thorax.

A l'examen, on trouve, à côté d'un mauvais état général, les signes d'une insuffisance mitrale et aortique. Pas de fièvre, mais un peu d'albumine dans l'urine.

Dix jours plus tard, l'enfant, après avoir présenté de la céphalalgie, tombe dans un état semi-comateux, et, à côté des symptômes de méningite, présente une hémiparésie du côté droit. Le signe de Kernig fait pourtant défaut, et l'examen bactériologique du liquide cérébro-spinal donne un résultat négatif.

Le lendemain, l'enfant étant toujours dans le coma, on constate, pour la première fois, l'existence dans l'abdomen, à droite de la ligne blanche, dans la région ombilicale, d'une petite tumeur lisse, très mobile, non fluctuante. Cette tumeur, grosse comme une noix, augmente les jours suivants, et lorsque l'enfant succombe, cinq jours plus tard, elle atteint les dimensions d'une pomme.

A l'autopsie, on trouva une endocardite ulcéreuse et végétante récente, particulièrement accusée au niveau des valvules aortiques et mitrales; un foyer de ramollissement blanc, gros comme une noix, au niveau du thalamus opticus gauche; un anévrysme de l'artère mésentérique supérieure.

L'examen bactériologique de l'endocarde démontra la présence de streptocoques; dans les caillots de la poche anévrismale on trouva des staphylocoques.

L'auteur estime que la coïncidence de l'endocardite ulcéreuse avec un ramollissement cérébral et l'apparition d'une tumeur abdominale aurait dû faire diagnostiquer la nature exacte de cette tumeur, ce qui n'a pas été fait pendant la vie du malade.

R. Romme.

PÉDIATRIE

P. Aribat. ***Contribution à l'étude des hernies ombilicales congénitales (de constitution antérieure à la naissance)*** (*Thèse*, Paris, 1901, n° 415). — Sous le nom de hernies ombilicales congénitales, de constitution antérieure à la naissance, l'auteur décrit deux ordres de faits:

a) Dans une première variété, la hernie se forme pendant la période embryonnaire par malformation des parois abdominales, soit par arrêt de développement, soit par défaut de soudure sur la ligne médiane, avec ou sans persistance du canal omphalo-mésentérique. Les viscères qui sont contenus dans la tumeur n'étant jamais rentrés dans l'abdomen, il s'agit d'une ectopie plutôt que d'une hernie. D'autres malformations coexistent souvent chez les fœtus qui en sont porteurs et qui, au point de vue tératologique, sont des monstres coelosomiens schitosomes. Cette variété embryonnaire de hernie ombilicale a des enveloppes purement embryonnaires.

b) Dans une seconde variété, la hernie se produit pendant la période fœtale: les viscères sortent de l'abdomen par le point faible qui résulte de la fermeture récente et mal assurée de l'ombilic. Ici il existe un sac péritonéal, comme dans les hernies acquises.

La distinction entre les deux variétés de hernies est cependant le plus souvent impossible; on peut les réunir dans le même groupe en raison de ce fait capital: la fragilité considérable et la nécrose probable des enveloppes. L'enveloppe externe est formée par l'amnios; l'enveloppe interne est de même d'origine embryonnaire et se continue avec le péritoine pariétal.

Comme contenu de ces hernies, on trouve soit l'intestin grêle (surtout l'anse vitelline), soit le cæcum, mais surtout le foie. Mais on peut rencontrer aussi d'autres viscères.

Le pronostic est moins sombre qu'on ne le croyait autrefois. Même quand il y a fissure étendue de la paroi abdominale, on peut observer la guérison spontanée par bourgeonnement de la membrane interne. Mais rien ne permet de prévoir à coup sûr cette guérison spontanée et de compter sur elle avec certitude. Aussi est-ce l'antisepsie qui a amélioré le pronostic, en permettant d'intervenir avec succès dans nombre de cas, et avec d'autant plus de chances que l'intervention est plus précoce et que l'enfant est né plus près du terme de la grossesse.

L'intervention rapide n'est contre-indiquée que dans les cas où le fœtus n'est pas viable, et dans ceux où le peu de développement de la paroi rend la capacité de la cavité obtenue par réunion des bords de la fissure manifestement trop étroite pour permettre la réduction de tous les viscères herniés.

En dehors de ces cas, il faut intervenir et donner la préférence à la cure radicale. On ne doit pas reculer devant l'anesthésie chloroformique et la laparotomie.

L'opération comprend: l'ouverture du sac, de préférence par une incision portant sur la peau, tout près de sa ligne de réunion aux enveloppes de la hernie; la dissection des adhérences, ou, si elles résistent, la réduction de la partie adhérente de la membrane interne; des débridements s'ils sont nécessaires; la réduction des viscères, et la suture de la paroi.

A. Schwab.

VOIES URINAIRES
ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Nicolick. ***Instrument séparatif des urines de Downes*** (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1901, p. 694). — L'instrument de Downes comprend un système double qui est placé dans la vessie, et une pièce que l'on place dans le rectum chez l'homme, dans le vagin chez la femme. Cette dernière pièce vient soulever le bas-fond, sur la ligne médiane, et le divise en deux compartiments dans chacun desquels plonge l'un des siphons: on pourrait ainsi recueillir séparément l'urine de chacun des reins. Freudenberg a employé cet instrument avec succès. Nicolich a pu également recueillir séparément l'urine de chaque rein dans trois cas. Il a cependant échoué une fois.

Paul Delbet.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

Della Vedova et Cagnola. ***Laryngite chronique hypertrophiante chez les enfants*** (*Ann. di laring. ed otol.*, Janv, 1901, fasc. I, p. 57). Se basant sur l'étude clinique d'une dizaine d'enfants, de deux à cinq ans, qui purent être examinés au laryngoscope, les auteurs établissent qu'il peut se développer chez des sujets très jeunes une laryngite hyperplastique toute particulière, consécutive le plus souvent à une laryngite aiguë infectieuse et surtout à une laryngite rubéolique.

L'affection revêt presque constamment le tableau suivant: depuis une rougeole, contractée il y a dix ou douze mois, l'enfant, dont l'état général est redevenu excellent, a conservé des troubles respiratoires qui, d'abord insignifiants, sont devenus de plus en plus marqués; sa respiration est bruyante et s'entend à plusieurs mètres, à l'état de veille comme pendant le sommeil: c'est une sorte de cornage, mais sans accès de suffocation. De plus, quand il parle, on est frappé par la tonalité basse de sa voix qui n'est nullement en rapport avec son âge.

L'examen laryngoscopique fait constater une tuméfaction des diverses parties du vestibule laryngé qui présentent un aspect lardacé et une teinte variant du rose au rouge vif; les cordes vocales sont marquées par le volume des parties infiltrées. C'est une laryngite *sus-glottique*, en tout comparable à la laryngite *sous-glottique* dont sont également atteints quelquefois les enfants.

Ainsi, à part ces signes fonctionnels (respiration stridoreuse et voix de basse tonalité) et physiques (infiltration sus-glottique), la symptomatologie est purement négative: il n'y a ni toux, ni douleur spontanée ou provoquée par la déglutition; le pharynx est normal; les fonctions de la vie végétative sont indemnes; il n'y a pas trace d'albumine dans l'urine. C'est une maladie particulière, qui n'est identifiable avec aucune autre. Au point de vue anatomique, il s'agit d'un processus d'infiltration leucocytaire étendu à toutes les couches de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

Le traitement consiste dans la dilatation méthodique, avec les tubes d'O'Dwyer. Dans la première séance le tube n'est laissé que quelques minutes en place; dans les séances suivantes la durée de l'intubation est augmentée progressivement jusqu'à trois ou quatre heures. Dans tous les cas les auteurs ont obtenu la guérison complète en moins de deux mois.

M. Boulay.

PHYSIQUE, CHIMIE
ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALES

Brudzinski. ***La réaction d'Oumikof et sa valeur*** (*Kronika lekarska*, 1901, t. XXII, p. 1028). — La réaction d'Oumikof est la suivante: si on ajoute à 5 centimètres cubes de lait de femme 2 cc. 1/2 d'ammoniaque au dixième et qu'on chauffe le mélange à 60°, on obtient une coloration rose-violet. L'ammoniaque ajoutée au lait de vache ne donne pas cette réaction. D'après Oumikof, l'intensité de la réaction dépend de l'âge de la lactation. De cette façon on peut en déceler les différentes périodes. Brudzinski essaya cette réaction dans une série d'expériences et

trouva ce qui suit : Le lait de vache ne donne en effet jamais de réaction d'Oumikof. Pourtant le lait de femme ne la donne pas toujours non plus. Chez une nourrice (Brudzinski en examina 25) la réaction n'a pas pu être provoquée une seule fois, bien qu'on fit plusieurs essais. La femme en question donnait un lait gras; les nourrissons s'en trouvaient bien. Quelquefois (surtout dans les quatre premiers mois de lactation) la réaction se laissait obtenir une fois et manquait une autre. Dans d'autres cas le lait de nourrice ne présentait pas de réaction avant que le sein fût donné au nourrisson; au contraire, elle était très nette après. De plus, à l'encontre de l'assertion d'Oumikof, l'intensité de la réaction qui porte son nom est souvent plus considérable chez les nourrices de deux à trois mois (quelquefois même de trois semaines) que chez celles dont la lactation dure depuis longtemps.

Par conséquent cette réaction ne permet pas de préciser l'âge de la lactation et il ne peut pas être question d'une échelle colorimétrique même approximativement exacte. Les constatations de Brudzinski confirment d'ailleurs celles de Venturie, Brocci et Czerny.

V. Bugiel.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement des oreillons.

Quand au cours des oreillons il survient des symptômes généraux avec menaces de complication méningo-encéphalique, s'il paraît y avoir de la congestion vers le cerveau, il faut aussitôt instituer une dérivation énergique. A cet effet, M. Lemoine (de Lille) conseille de plonger le malade pendant dix à vingt minutes dans un grand bain tiède à 38°, en lui maintenant sur la tête des compresses très froides. Quand la chose est possible, on verse pendant la durée du bain de l'eau froide sur la tête du malade.

Quant au traitement local, s'il s'agit d'une poussée ordinaire d'oreillons, on peut se contenter de quelques frictions à l'onguent mercuriel belladoné.

S'il s'agit d'un enfant et que l'on redoute le mercure pour une raison quelconque, on peut recourir au baume opodeldoch ou à la vaseline boriquée.

Ceci, bien entendu, dans le cas de gonflement moyen. Mais si l'on craint l'extension rapide du processus morbide, il faut employer un moyen plus énergique. Ce moyen, c'est la glace en application permanente. M. Lemoine n'en connait pas de meilleur pour faire disparaître rapidement une tuméfaction parotidienne et pour amener en vingt-quatre heures une sédation considérable des symptômes. On laisse la glace en permanence jusqu'à amendement de la maladie.

En même temps que ce traitement externe, il faut, autant qu'il est possible, assurer l'antisepsie de la cavité buccale. Si le malade le peut, il se gargarisera fréquemment avec la liqueur de Labarraque fraîchement préparée, mélangée d'eau bouillie dans la proportion de 50 pour 1000. C'est le meilleur antiseptique de la cavité buccale. Mais chez certains malades il n'est pas toujours facile, ni même toujours possible, d'ouvrir la bouche. Dans ce cas, il faut faire des attouchements sur les points que l'on peut atteindre, avec un tampon d'ouate trempé dans la même solution.

On peut encore associer l'antisepsie buccale au moyen des pulvérisations faites avec la solution de liqueur de Labarraque, au cinquantième ou avec du phénolsalyl :

Phénolsalyl.	0 gr. 50.
Chlorure de sodium	5 gr.
Eau bouillie . . . . , . .	500 gr.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole de médecine et de pharmacie de Rouen. — M. Bataille est nommé professeur d'anatomie.

M. Payenneville, prosecteur à l'École de médecine, a été chargé des fonctions de chef de clinique médicale durant l'année scolaire 1901-1902.

M. Delaforge, docteur en médecine, a été nommé, après concours, chef de clinique chirurgicale.

MM. Decaix, Mouchot et Thibault, élèves en pharmacie, ont été chargés des fonctions de préparateurs pendant l'année scolaire 1901-1902.

HOPITAUX ET HOSPICES

Conférences d'Internat. — MM. Camus, interne des Hôpitaux, et Labey, prosecteur à la Faculté, commenceront, dans le courant de Janvier, une conférence d'Internat à nombre limité d'élèves.

S'adresser à l'Ecole pratique (Pav. 7), de 2 à 3 heures, ou au laboratoire des travaux pratiques de physiologie, de 5 à 6 heures.

— Deux internes des hôpitaux commenceront à la fin du mois de Janvier une conférence privée d'internat. S'adresser à *La Presse Médicale*.

NOUVELLES

Paris et Départements

Ecole de psychologie. — L'inauguration des cours aura lieu le 13 janvier à 5 heures, sous la présidence de M. Albert Robin, membre de l'Académie de médecine.

Hypnotisme thérapeutique. — M. Bérillon. Les lundis et jeudis à 5 heures, à partir du lundi 13 janvier.

Hypnotisme expérimental. — M. Paul Magnin. Les lundis à 5 h. 1/2, à partir du lundi 13 Janvier.

Hypnotisme sociologique. — M. Félix Regnault. Les vendredis à 5 h 1/2, à partir du vendredi 17 Janvier.

Psychologie normale et pathologique. — M. Paul Farez. Les mardis et samedis à 5 heures, à partir du mardi 14 Janvier.

Psychologie de l'enfant. — M. Bellemanière. Les jeudis à 5 h. 1/2, à partir du jeudi 16 Janvier.

Psychologie du criminel. — M. Wateau. Les vendredis à 5 heures, à partir du vendredi 17 Janvier.

Psychologie des foules et Folklore. — M. Henry Lemesle. Les mercredis à 5 h. 1/2, à partir du mercredi 15 Janvier.

Anatomie et psychologie comparées. — M. E. Caustier. Les samedis à 5 h. 1/2, à partir du samedi 18 Janvier.

Psychologie des animaux. — M. Lépinay. Les mercredis à 5 heures, à partir du mercredi 15 Janvier.

Psychologie des sensations et psychométrie. — Mme Wycroskorosde. Les mardis à 5 h. 1/2, à partir du mardi 14 Janvier.

Société médicale d'Indre-et-Loire. — La Société médicale de Touraine vient de célébrer le centième anniversaire de sa fondation.

A cette occasion a été tenue une séance solennelle publique dans laquelle M. Héron, président, MM. Robin, Renaut, Houssay (de Pontlevoy) et Le Double ont prononcé d'importants discours.

Le soir, un banquet suivi d'une soirée musicale a réuni les membres de la Société.

La lutte contre l'alcoolisme. — Le bureau de la ligue nationale contre l'alcoolisme (Société française de tempérance) pour 1902 est composé de :

Président : M. Gouraud; vice-présidents : MM. Gaufrès, Jules Siegfried, Audigé, Jacquet; secrétaire général : M. Emile Philbert; secrétaires généraux adjoints : MM. Frédéric Riémann, Roeser; secrétaire des séances : M. Ab. Vire; bibliothécaire-archiviste : M. Cruet; trésorier : M. Bartunmieux.

La lutte contre la syphilis. — En vue de combattre l'apparition et la propagation de la syphilis, le gouverneur militaire de Paris vient de prescrire les dispositions suivantes :

1° Une conférence sur les dangers des maladies vénériennes et les moyens de les combattre, sera faite par les médecins des corps de troupes, aux officiers et sous-officiers;

2° A la visite de santé mensuelle, chaque homme sera examiné individuellement;

3° Des mesures seront prises pour que les sous-officiers puissent se présenter à la consultation du médecin avec toute garantie de discrétion vis-à-vis de leurs subordonnés;

4° La surveillance des vénériens sera assurée au moyen d'un registre spécial ou de fiches individuelles tenus par le médecin lui-même et placés dans l'armoire aux poisons dont il possède seul la clef. Les hommes atteints devront être, en outre, soumis à des visites périodiques pour permettre d'assurer leur traitement;

5° Aucune punition ne pourra être infligée, en principe, pour cause de maladie secrète, sauf pour les cas de dissimulation notoire.

Étranger

Un accident au professeur Virchow. — Le professeur Virchow vient d'être victime d'un accident. Samedi passé, il a fait une chute en descendant d'un tramway. Relevé par des passants, il a été transporté chez lui dans un état qui inspire quelque inquiétude, étant donné le grand âge du célèbre praticien.

CONCOURS

Internat. — En raison des vacances du jour de l'an, nous avons dû remettre à ce présent numéro la publication des notes du concours d'internat.

Pathologie. — Séance du 27 Décembre : Mlle Mouroux, 11. — Le Meur, 8. — Faure-Beaulieu, 11. — Gaudeau, 12. — Dupouy, 9. — Béal, 10. — Muller, 7. Prunier, 8. — Dromard (René), 11. — Lemaire (Jules), 8.

Séance du 3 Janvier : MM. Le Louët, 8; Delapchier, 5; Francoz, 9; Jardry, 9; Roland, 10; Cauchoix, 11; Brésard, 9; Mougeot, 7; Dobrovitch, 10. — *Absents* : MM. Colombel, Broca, Braunberger, Mesnil, Delmas, Nicolas, Loubier, Lebar.

Séance du 6 Janvier : MM. Lebar, 11; Ambrosi, 12; Ferté, 8; Vermeil, 6; Roux, 6; Bourguignon, 13; Lœderich, 10; Verliac, 12. — *Absent* : M. Mourlhon.

Anatomie. — Séance du 2 Janvier : MM. Mignon, 5; Marsan, 7; Papin, 8; Claude, 4; Alquier, 10; Barré, 3; Blairon, 9; Lafosse, 7; Rendu, 8; Ramond, 8. — *Absents* : MM. Blatin et Mathieu.

Séance du 4 Janvier : MM. Brunchwig, 4; Deniker, 4; Broc, 7; Dennecé, 7; Jamet, 9; Barbé, 9; Bour, 7; Rousseau, 11; Magitot, 8; Dupuy, 6. — *Absents* MM. Rembert, Dinet.

Internat en pharmacie. — Le 17 Mars, à 11 heures, s'ouvrira dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie qui seront vacantes dans les hôpitaux et hospices au 1er Juillet 1902.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le samedi 1er Fevrier jusqu'au vendredi 28 du même mois inclusivement.

Les pièces à produire pour prendre part au concours, qui est réservé aux étudiants ayant vingt ans au moins et vingt-sept ans au plus, sont : 1° l'acte de naissance du candidat; 2° Un certificat de revaccination, de date récente; 3° Un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de sa commune; 4° Un certificat constatant qu'il a subi avec succès l'examen de validation du stage ou la feuille d'inscription à l'Ecole de pharmacie.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne sera point accueillie.

Ecole de médecine et de pharmacie de Rouen. — Le 15 Janvier s'ouvrira, au laboratoire d'anatomie de l'École, un concours pour une place d'aide d'anatomie.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 4. — Samedi, 11 Janvier 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

A PROPOS DU RECENSEMENT DE 1901

Economistes et législateurs se sont beaucoup occupés récemment de cette grande question de l'état de la population française. Sur l'initiative du sénateur Piot, le Parlement a même décidé qu'une commission spéciale serait désignée afin d'étudier les causes de la *dépopulation* de la France et les moyens d'y remédier.

On parle ainsi couramment de la dépopulation de la France. Le terme n'est pas exact : il n'y a pas, en effet, vraiment de dépopulation ; ce qui est réel, c'est que la population n'augmente pas proportionnellement à celle des pays voisins. C'est donc insuffisance de développement de la population qu'il faudrait dire, et non pas dépopulation.

Et d'ailleurs, les résultats du recensement de 1901, qui viennent d'être publiés, donnent à ce sujet des renseignements positifs.

*
* *

On sait que le recensement de la France se fait régulièrement tous les cinq ans depuis le commencement du XIXe siècle. Or, les données du dernier recensement, celui de 1896, avaient été des plus inquiétantes : elles montraient que la population de la France étant alors de 38.517.332 habitants, se trouvait en augmentation seulement de 175.027 sur ce qu'elle était en 1891. En 1901, les résultats sont meilleurs : d'après les opérations effectuées le 24 mars dernier, la population s'élève à 38.961.945 habitants, en augmentation de 444.613 habitants sur celle de 1896.

L'augmentation de 1896 à 1901 est donc plus de deux fois et demie supérieure à celle de 1891 à 1896.

C'est un progrès, mais un progrès encore peu sensible, bien qu'il apparaisse plus nettement lorsqu'on envisage le mouvement de la population pendant ces vingt dernières années : de 1881 à 1891 l'augmentation n'avait été que de 299.072 habitants ; de 1891 à 1901 elle est de 619.650 habitants.

Malheureusement cette progression, qui nous fait espérer moins mauvaise la situation constatée en 1891, — où il y eut si peu d'augmentation que c'était presque la stagnation, — est bien infime si on la compare à ce qui se passe dans les pays voisins. Voici les chiffres que donne à ce propos M. Bertillon :

De 1891 à 1901, la population de l'Allemagne s'est accrue de 6.917.014 habitants ; celle de l'Autriche-Hongrie, 3.956.305 ; celle des Iles-Britanniques, 4.721.340 ; celle de la France, 619.650.

En d'autres termes, l'augmentation a été : en Allemagne de 140 pour 1.000 habitants ; en Autriche-Hongrie de 96 ; dans les Iles-Britanniques de 100 ; en France de 16 seulement.

Ne chantons donc pas encore victoire ; sachons reconnaître que, pour moins immédiat peut-être qu'on l'avait cru d'abord, le péril économique existe encore et n'en est pas moins menaçant, étant donné cet accroissement prodigieusement rapide des nations voisines comparé à notre état presque stationnaire.

*
* *

Et ce n'est pas tout, il n'y a pas que le péril international, le mouvement de la population française nous fait entrevoir aussi un véritable péril national : je veux parler de l'émigration constante des populations de la campagne vers les villes.

Le phénomène est général ; l'attraction ne se produit pas seulement vers certaines grandes villes et dans des départements dont la population est en augmentation, mais vers toutes les villes et même dans des départements dont la population est en décroissance.

Car il est à remarquer que la légère progression dont j'ai parlé n'est pas uniformément répartie sur tout le territoire : il n'y a que 25 départements dont la population ait augmenté ; dans 62, elle a diminué, et pour quelques-uns dans des proportions considérables. Il est en outre à remarquer que les plus fortes diminutions, celles qui sont au-dessus de 10.000, se trouvent localisées à certaines régions : ainsi la Dordogne, la Haute-Garonne, le Gers, le Lot sont quatre départements voisins ; de même le Puy-de-Dôme, la Nièvre et l'Yonne.

Cependant, même dans les départements où la population diminue, celle des villes augmente : ainsi l'Allier perd 2.354 habitants, Montluçon en gagne 3.467 ; la Manche perd 8.680 habitants, Cherbourg en gagne 2.155, le Puy-de-Dôme perd 10.884 habitants, Clermont-Ferrand en gagne 2.063.

Et d'ailleurs toutes les villes au-dessus de

30.000 habitants, — ou du moins presque toutes car il y en a neuf où la population a diminué, — ont vu leur population augmenter, quelques-unes dans d'énormes proportions, comme Paris avec ses 177.234 habitants en plus, Marseille 48.922, Roubaix 17.701, Nice 11.349, le Havre 10.726, Saint-Étienne 10.529, etc., etc. Si bien qu'en somme, l'augmentation des grandes villes se traduit par 476.716 habitants, alors que l'on ne constate qu'une diminution de 18.340 habitants sur quelques-unes, parmi lesquelles Lyon et Lille participent à elles seules pour 12.509 habitants.

Cette tendance à la migration vers les villes ou mieux vers les centres industriels et commerciaux se montre avec toute sa force dans le département de la Seine où l'augmentation a été de 329.316 habitants de 1896 à 1901, portant proportionnellement plus sur la banlieue que sur Paris : en 1891 il n'y avait que quatre communes ayant plus de 30.000 habitants; en 1897, il y en avait déjà six; il y en a dix en 1901.

De ce déplacement de la campagne naît une situation qui devient inquiétante. Peut-être les méthodes agricoles perfectionnées, peut-être l'emploi des machines rendent-ils moins sensible la diminution de la main-d'œuvre agricole qui en résulte; mais il n'en est pas moins certain que l'équilibre établi entre la population des villes et celle de la campagne a fait longtemps la force de notre pays, et que chaque jour cet équilibre tend de plus en plus à disparaître; les tables statistiques en font fois.

Pour se rendre compte de la migration des campagnes vers les villes, conséquence immédiate du développement colossal pris par l'industrie et le commerce dans la seconde moitié du XIXe siècle, il faut reprendre les choses au point où elles en étaient vers 1840, époque à laquelle remonte l'origine de cette transformation économique.

En 1846, la population de la France s'élevait à 35.400.486 habitants, sur lesquels 26.753.743 peuplaient la campagne, et 8.646.743 les villes, c'est-à-dire que 75 pour 100 de la population était rurale et 25 pour 100 citadine.

En 1866, la France s'est annexé la Savoie et le comté de Nice. Sa population s'élève à 38.067.664 habitants, dont 26.471.726 pour la campagne, et 11.595.348; c'est, à peu de choses près, 70 pour 100 pour la campagne et 30 pour 100 pour la ville.

Surviennent les désastres de 1870, la France perd l'Alsace-Lorraine, sa population tombe à 36.102.321, sur lesquels 24.868.022 pour la campagne et 11.234.899 pour la ville : la proportion reste à peu près la même, c'est-à-dire 69 pour 100 des habitants résident à la campagne, 31 pour 100 à la ville.

Un quart de siècle plus tard, en 1896, la France compte 38.517,975 habitants, sur lesquels 23.492,163 à la campagne et 15,025.812 à la ville. Là nous voyons l'écart s'accentuer encore; la population de la campagne n'est plus que de 61 pour 100, tandis que celle des villes monte à 39 pour 100.

En 1901 les proportions n'ont guère changé, bien au contraire, puisque à côté d'un accroissement total de 444,613 habitants pour toute la France, on peut constater que les villes ont gagné 458.576, c'est-à-dire que la campagne s'est encore dépeuplée.

* * *

Cette évolution, du plus haut intérêt au point de vue économique, nous intéresse tout particulièrement nous autres médecins au point de vue spécial de l'hygiène.

Sans entrer dans beaucoup de détails, on peut constater qu'en cinquante ans le mode d'existence de plus du tiers de la population française s'est trouvé modifié. Or, rien, ou à peu près, n'était préparé pour mettre en des conditions hygiéniques rationnelles ces énormes agglomérations humaines qui chaque jour allaient se développant; des mesures sanitaires spéciales s'imposaient, et cependant c'est d'aujourd'hui seulement, en 1902, que nous avons enfin une loi de la santé publique, encore bien imparfaite.

Quoi d'étonnant alors à ce que chaque jour nous voyions s'élever le taux de la mortalité générale, à ce que nous voyions le taux de la mortalité par tuberculose, maladie de misère, prendre des proportions formidables?

Il n'est pas besoin d'ailleurs d'étudier longuement la question pour être frappé des effets désastreux que produit sur l'existence humaine la vie dans ces milieux de concentration où règne l'encombrement, où manquent l'air et la lumière nécessaires au fonctionnement normal de l'organisme.

Je citerai seulement à ce propos deux exemples empruntés à l'une de mes statistiques, ils sont frappants :

Les deux départements français où se trouvent les plus fortes agglomérations humaines, la Seine et le Rhône, ont une mortalité par tuberculose de 256 pour 1.000, c'est-à-dire que sur 1.000 personnes qui meurent, chaque année 256 sont enlevées par la tuberculose; par contre, cette maladie ne fait plus que 68 victimes sur 1.000 dans les départements où domine la population rurale.

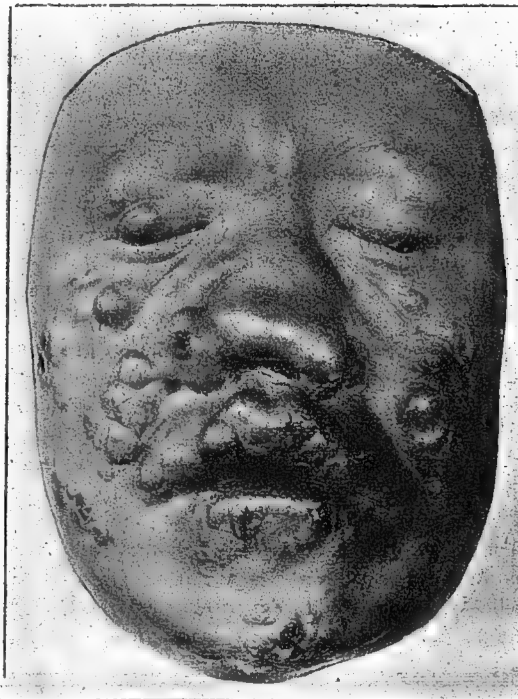
Et si l'on pousse plus loin l'enquête, on s'aperçoit que sur les 256 victimes de la tuberculose urbaine, un grand nombre, le plus grand nombre peut-être, sont des hommes jeunes, des *déracinés*, qui, ayant quitté le sol natal, les vastes espaces et l'air pur de la campagne, n'ont pu s'acclimater aux logements étroits et réduits, privés d'air et de soleil, de la ville.

E. De Lavarenne.

LIVRES NOUVEAUX

Dom Sauton. — *La Léprose*. 1 vol. in-8 de 496 pages avec 5 planches hors texte et 60 figures, Paris, 1901, (E. Naud, éditeur.)

Depuis une dizaine d'années, le Dr Dom Sauton poursuit l'étude de la lèpre. Il a parcouru les principaux foyers du monde entier et il y a recueilli une quantité considérable de documents. Il suffit de feuilleter l'œuvre qu'il vient de publier pour voir, par les nombreuses figures que reproduisent des photographies originales, la diversité d'aspect que peuvent revêtir les lésions, et les mutilations qu'elles peuvent entraîner. Nous sommes heureux de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs deux de ces figures. Nous les avons prises un peu au hasard; il faudrait, en effet, les reproduire toutes pour donner une idée de la multiplicité des aspects que la lèpre peut revêtir.



Le plan suivi par M. Dom Sauton est extrêmement simple. Après un chapitre consacré à l'étude des épidémies qui ont sévi au moyen âge, l'auteur étudie la situation des lépreux à l'époque actuelle et la distribution géographique de la maladie. Abordant ensuite l'étiologie, il arrive à conclure à la contagiosité de la lèpre, opinion qui est encore, comme on sait, combattue par un grand nombre de médecins. Par contre, il rejette la transmission interplacentaire du germe et admet que l'hérédité est seulement la cause d'accidents dystrophiques, de paraléproses, qu'on doit tout naturellement rapprocher des dystrophies analogues qu'engendre la syphilis.

Le chapitre suivant est consacré à l'étude du bacille et des lésions anatomiques; dans cette dernière partie, on trouve mises à profit les recherches si intéressantes de Jeanselme, pour la plupart publiées dans ce journal.

Puis vient l'étude clinique, qui comprend non-seulement la lèpre vulgaire, mais les formes atténuées, dont quelques-unes présentent pour nous un intérêt tout particulier. C'est ainsi qu'on trouvera une discussion fort intéressante sur les relations qui existent entre la syringomyélie, la maladie de Morvan et la léprose; la conclusion est celle-ci : la syringomyélie et la maladie de Morvan sont des symptômes qui peuvent être réalisés par des maladies différentes, parmi lesquelles il convient de faire une place importante à la lèpre. Des conclusions analogues sont émises à propos de la morphée, de la sclérodermie, de la maladie de Reynaud et de l'atrophie musculaire progressive.



Les derniers chapitres sont consacrés à l'étude du diagnostic et du traitement. L'ouvrage se termine par la description du sanatorium de Saint-Martin, dont M. Dom Sauton a entrepris la construction, à 4 kilomètres de Neufchâteau, dans les Vosges. Le sanatorium est destiné à recueillir et à traiter les lépreux de France. Car on sait que la lèpre n'a pas disparu de notre pays. Elle existe encore en Bretagne, dans les Pyrénées, sur le littoral méditerranéen, et même à Paris où l'on compte de 160 à 200 lépreux.

Il est donc important de connaître les symptômes de la maladie et de savoir à quels caractères on pourra la reconnaître. On ne trouvera pas de meilleur guide pour cette étude que le livre de Dom Sauton. Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'exécution typographique en est superbe, et que les dessins et les planches hors texte sont faits avec le soin que l'éditeur apporte à toutes ses publications.

H. Roger.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences sur l'alcoolisme, par le Dr A. L. Petit, 1 vol. in-18 raisin de 324 pages, cartonné à l'anglaise. Prix : 3 fr. (*Société d'Éditions scientifiques*, Paris.)

La lutte sociale contre la tuberculose, par le Dr Romme, préparateur à la Faculté de Médecine de Paris, petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*, 1 vol. de 192 pages. (*Masson et Cie*, éditeurs, Paris.) Prix : broché, 2 fr. 50; cart. toile, 3 fr.

Étude sur la lithiase intestinale, par le Dr Louis Vibert, 1 vol. in-8° raisin de 26 pages. (*Société d'Éditions scientifiques*, Paris.)

DES ALTÉRATIONS HÉPATIQUES
DUES A L'IMPERMÉABILITÉ RÉNALE.
ROLE DE L'URÉE

Par M. A. **GOUGET**, Agrégé,
Médecin des Hôpitaux.

La solidarité des principaux organes de l'économie, et plus particulièrement de certains d'entre eux, à l'état pathologique comme à l'état physiologique, est un fait aujourd'hui bien connu. Nous avons contribué à établir, dans un travail antérieur[1], l'action de l'insuffisance hépatique sur le rein, en montrant que cette insuffisance pouvait déterminer, dans certains cas, de véritables lésions de l'épithélium sécréteur. Cette démonstration, fondée sur l'anatomie pathologique, s'est trouvée corroborée par les recherches de physiologie pathologique de MM. Chauffard, Cavasse et Castaigne[2], desquelles il résulte que l'élimination rénale (élimination de l'urée et de tous les matériaux fixes, du bleu de méthylène injecté, etc.) se fait chez les hépatiques suivant un type intermittent, les intermittences étant d'autant plus précoces et nombreuses que le fonctionnement de la cellule hépatique est plus compromis. Le foie malade laisse donc passer, par intervalles, dans la circulation des substances toxiques pour les cellules des tubes contournés, dont elles entravent les fonctions, tandis que les glomérules conservent leur action propre. (Notons seulement que cette élimination intermittente se retrouve dans certaines néphrites.)

Si le retentissement de l'insuffisance hépatique sur le rein est ainsi bien établi à l'heure actuelle, il n'en est pas tout à fait de même de l'action inverse, celle du rein malade sur le foie. Bien que signalée depuis un certain nombre d'années déjà, elle a moins fixé l'attention, sans doute parce que sa nature exacte et son mécanisme sont moins bien élucidés. Une série d'expériences, entreprises précédemment dans un tout autre but, nous a amené à étudier cette question. Nous exposerons donc ici les résultats de nos recherches, après avoir résumé l'état actuel du sujet.

* * *

Si l'on trouve signalée çà et là, dans les protocoles d'autopsie, l'existence d'un gros foie ou d'une cirrhose chez des brightiques, pendant longtemps aucun auteur n'a songé à voir là autre chose qu'une coïncidence, et ce sont Hanot[3] et son élève Gaume[4] qui, les premiers, ont envisagé la possibilité d'une relation de cause à effet entre l'affection rénale et les altérations hépatiques.

D'après ces auteurs, il est fréquent d'observer chez les brightiques une hypertrophie plus ou moins considérable du foie. Cette hypertrophie, tantôt passagère et n'accompagnant alors que les crises de polyurie, tantôt au contraire permanente, résulterait sans doute de l'effort fait par le foie pour corriger les effets de la lésion rénale, en raison de sa fonction antitoxique. Mais, quand éclatent les accidents urémiques, la cellule hépatique peut être vaincue et se montrer profondément altérée, et M. Gaume, se fondant sur trois autopsies, donne du *foie brightique* la description suivante : l'organe, de consistance normale, présente une pâleur spéciale, surtout frappante à la coupe. A l'examen histologique, les capillaires du lobule se montrent ectasiés, mais non congestionnés, car on n'y trouve pas d'accumulation de globules rouges ; ils paraissent s'être élargis plutôt par suite du retrait des cellules que sous l'influence de la tension du sang. Quant aux cellules, elles sont moins distinctes, semblant par places se fusionner entre elles. Les noyaux sont considérablement hypertrophiés et se colorent énergiquement; ils sont pourvus de plusieurs nucléoles très faciles à distinguer. En revanche, le protoplasma, au lieu d'être homogène comme à l'état normal, est granuleux, fragmenté en petites masses hyalines très réfringentes, ne se colorant pas par le carmin. Dans un très grand nombre de cellules, il est creusé de vacuoles plus ou moins spacieuses. Enfin, dans quelques cellules, le protoplasma a complètement disparu, et le noyau est un peu moins coloré. — L'auteur se garde, d'ailleurs, de faire de cette altération du protoplasma la lésion pathognomonique de la cellule hépatique au cours du mal de Bright : il se contente d'affirmer la participation du foie au processus morbide. Il ajoute qu'après avoir déterminé expérimentalement, avec M. Roger, des lésions rénales, il a pu constater chez les animaux qui sont morts des lésions hépatiques rappelant un peu celles qu'il a trouvées chez l'homme, mais ces expériences n'ont jamais été publiées.

Huit ans plus tard, M. Legendre, dans une leçon clinique[1], s'exprime ainsi : « Un assez grand nombre de brightiques ont été soignés ici à des périodes plus ou moins avancées de leur maladie. Chez la plupart d'entre eux, le foie était augmenté de volume, comme cela est la règle… Depuis qu'on a signalé la fréquence du gros foie chez les brightiques, on n'a pu fournir d'explication plus plausible à cette hypertrophie que l'augmentation du travail dévolu au foie par suite de l'insuffisance du rein. » M. Legendre admet que le foie peut devenir « insuffisant à jouer son rôle de dépurateur, alors que l'épuration rénale est déjà compromise », et que cette insuffisance peut « jouer un rôle important dans la genèse des accès de dyspnée de certains urémiques ». Dans deux cas qu'il rapporte, « ce fut le calomel, administré à petites doses pendant quinze jours, qui réussit le mieux à faire disparaître les accès dyspnéiques quand le foie eut diminué notablement de volume ».

Tels sont les renseignements fournis par la clinique. Ils rendent vraisemblable l'existence d'altérations hépatiques liées à l'insuffisance rénale, sans cependant en apporter la démonstration. Mais l'expérimentation vient, à son tour, confirmer ces données.

Ebstein[1] a montré que la ligature des uretères produit, chez le coq, dans la plupart des organes et notamment dans le foie, des foyers de nécrose dus à la précipitation des urates accumulés dans le sang (on sait que l'acide urique est à l'urine des oiseaux ce qu'est l'urée à celle des mammifères).

Popow a observé, chez le chien, soit après ligature des artères rénales, soit surtout après ligature des uretères, un état particulier du foie caractérisé : 1° par une infiltration graisseuse siégeant non dans les cellules hépatiques mais entre elles, dans les cellules conjonctives ou mieux dans les fines voies lymphatiques qui entourent les capillaires, et dessinent ainsi un véritable réseau ; 2° par une altération granuleuse quelquefois très accusée des cellules hépatiques.

En 1892, un élève de Popow, Michaïlow[2], a étudié la composition de la bile chez le chien, après ligature des uretères. Elle est augmentée de quantité, et l'urée (qui normalement y fait défaut ou n'y existe qu'à l'état de traces) s'y trouve en proportion notable. Il se fait donc par la bile une élimination vicariante de cette substance. Mais, par contre, la densité est abaissée, et le résidu fixe diminue : la bile contient beaucoup moins de pigment et de matières extractives, et l'acide taurocholique disparaît rapidement, — constatations intéressantes, car elles montrent une diminution dans le fonctionnement hépatique.

Enfin, Monari[3] signale incidemment, chez des animaux (chiens et lapins) morts à la suite de la ligature des uretères ou de la néphrectomie, un état congestif du foie.

Nous avons nous-même[4] observé, il y a quelques années, à la suite d'injections répétées d'urine à haute dose chez le lapin, des altérations hépatiques caractérisées par une pâleur spéciale du foie avec décoloration d'un grand nombre de ses cellules.

* * *

Ces expériences multiples et variées confirment, en les précisant, les données de la clinique, et établissent nettement l'existence d'altérations hépatiques dues à la rétention des poisons urinaires dans l'économie. Mais pourquoi le foie est-il plus particulièrement atteint? C'est que, si ces poisons urinaires sont retenus dans les divers organes, ils ne s'y accumulent pas, comme on pourrait être tenté de le croire au premier abord, en quantité proportionnelle au volume de ceux-ci : d'autres lois que celles de la physique interviennent, notamment certaines affinités chimiques amenant une véritable élection — non exclusive, mais prédominante — de diverses substances toxiques de l'urine pour un organe, le foie[5].

Dès 1887, MM. Charrin et Roger[6] ont

---

1. Gouget. — « Influence des maladies du foie sur l'état des reins ». *Thèse*, Paris, 1895.
2. Chauffard. — « Perméabilité rénale dans les ictères infectieux ». *La Presse Médicale*, 1898, 8 Janvier. — Chauffard et Cavasse. « Perméabilité rénale chez les hépatiques ». *La Presse Médicale*, 1898, 12 Mars. — Chauffard et Castaigne. « Valeur séméiologique de l'épreuve du bleu de méthylène chez les hépatiques ». *Société médicale des Hôpitaux*, 1898, 22 Avril. — Chauffard et Castaigne. « L'épreuve du bleu et les éliminations urinaires chez les hépatiques ». *Journal de physiologie et de pathologie générale*, 1899, n° 3.
3. Hanot. — « Gros foie dans le mal de Bright ». *Archives générales de médecine*, 1888, Décembre.
4. Gaume. — « Foie brightique ». *Thèse*, Paris, 1889.

1. Legendre. — « De quelques gros foies ». *Semaine médicale*, 1897, n° 3.

1. Ebstein. — « La goutte ». Trad. Chambard, Paris, 1889, p. 68 et suiv.
2. Michaïlow. — « Ueber die Wirkung der Ureterenunterbindung auf die Absonderung und Zusammensetzung der Galle ». *Petersb. med. Woch.*, 1892, n° 2.
3. Monari. — « Sperimentale », 1897.
4. Gouget. — « Essai d'accoutumance aux poisons urinaires ». *Soc. de biol.*, 1899, 25 Mars.
5. C'est par cette accumulation des poisons urinaires dans les organes et surtout dans certains d'entre eux qu'on peut s'expliquer pourquoi, dans l'urémie, la toxicité du sérum sanguin n'est nullement en raison inverse de celle de l'urine, et de même la gravité du pronostic nullement en rapport avec le degré de toxicité du sang.
6. Roger. — « Action du foie sur les poisons ». *Thèse*, Paris, 1887, p. 94.

montré que le foie est capable d'arrêter près de 50 pour 100 des poisons urinaires, et M. Roger ajoutait : « Peut-être y a-t-il là une action de suppléance du foie quand le rein vient à faiblir dans sa tâche ». D'autre part, M. Baylac a montré récemment[1] que, chez les animaux néphrectomisés, la toxicité des extraits des divers organes reste à peu près normale : seule, la toxicité de l'extrait de foie est élevée d'une manière sensible, parallèlement à l'augmentation de volume de l'organe, ce qui indique qu'une partie importante des poisons de l'organisme est arrêtée et accumulée dans le foie.

Reste un dernier point à élucider. Quels sont ceux des poisons urinaires dont la rétention et l'accumulation peuvent amener des altérations du foie?

M. Roger[2] a montré que le foie n'a pas d'action sur les poisons minéraux de l'urine. Il faut donc incriminer les poisons organiques. Mais faut-il les incriminer tous en bloc, ou seulement certains d'entre eux? A la question ainsi posée, il est actuellement impossible de répondre : tout ce que l'on peut dire, c'est qu'on parvient à reproduire avec l'un d'eux les mêmes lésions hépatiques qu'on détermine par l'injection d'urine en nature.

Déjà Popow, dans son travail sur les lésions hépatiques consécutives à la ligature des uretères, avait noté et signalé la présence de petits cristaux aciculés d'urée, isolés ou groupés en rosettes à l'intérieur des cellules hépatiques devenues vitreuses. Chez un chien, trois jours après la ligature des uretères, il trouvait 1 gr., 49 pour 100, d'urée dans le foie, tandis que les muscles n'en contenaient que 0,377 pour 100, et le sang 0,0565 pour 100. Chez un autre chien qui avait subi la ligature des artères rénales, le foie contenait une proportion d'urée dix fois plus forte que le cerveau. Oppler avait d'ailleurs déjà noté qu'après la néphrectomie l'urée s'accumule surtout dans le foie, ce qui n'a pas lieu d'étonner, puisqu'il en est le principal producteur.

D'autre part, au cours de nos expériences rappelées plus haut, nous avions trouvé chez certains de nos animaux soumis à des injections répétées d'urine à doses massives, en même temps que les lésions hépatiques, des segments entiers de l'intestin absolument remplis de masses de mucus incolore, d'aspect et de consistance gélatineux. L'urée étant de toutes les substances de l'urine la mieux connue comme capable d'une élimination complémentaire par la muqueuse gastro-intestinale, nous avons cherché à vérifier si les altérations hépatiques, comme l'entérite muqueuse, ne pouvaient lui être attribuées au moins pour une part.

Sans doute, des expériences répétées (expériences de Treitz, Hammond et Meissner,

1. Baylac. — *Congrès international de médecine*, Paris, 1900, Août.

2. Roger. — *Loc. cit.*, p. 27-29.

Richardson, Frerichs, Oppler, Petrow, Ritter, Cuffer) ont montré que l'urée n'est guère toxique; en effet, la dose mortelle, en solution à 1/10, s'élève à 6 gr. 43 par kilogramme (Bouchard)[1]. Mais il s'agit de savoir si, dans l'urémie, la rétention de l'urée ne peut en faire monter le taux jusqu'à des proportions voisines de celle-là. Or, voici les résultats obtenus par divers observateurs.

Prévost et Dumas, deux jours après la néphrectomie, trouvent plus de 1 gramme d'urée dans 150 grammes de sang de chien (c'est-à-dire 6,66 pour 1.000), et plus de 60 centigrammes dans 60 grammes de sang de chat (donc 10 pour 1.000). Marchand, après ligature des pédicules rénaux, constate 2 grammes d'urée dans 400 grammes de sang (c'est-à-dire 5 pour 1.000). MM. Debove, Dreyfous et Yvon, chez une femme atteinte d'anurie due à la compression des uretères par un cancer utérin, voient l'urée s'élever dans le sang jusqu'à 4,44 pour 1.000, c'est-à-dire vingt-huit fois la proportion normale (celle-ci étant, d'après

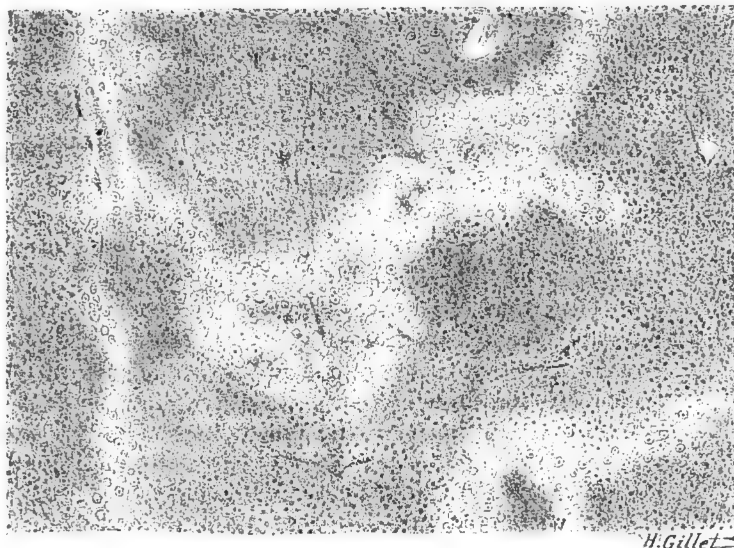


Figure 1.

Aspect du foie à un faible grossissement. Zones foncées (normales) et zones claires irrégulièrement alternantes. Au centre des premières, on voit la coupe de plusieurs espaces porto-biliaires.

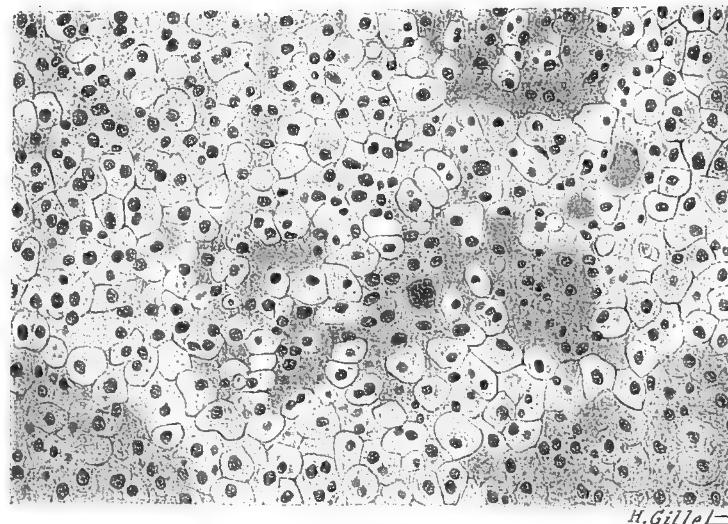


Figure 2.

Coupe du foie vue à un fort grossissement, au niveau d'une des zones claires. L'aspect clair du corps cellulaire contraste avec la conservation et la coloration normale du noyau dans la plupart des cellules. Certaines d'entre elles sont augmentées de volume.

1. Quinquaud la fixe à 3 grammes par kilogramme chez le chien, mais il s'agit d'une solution à 1 pour 2 d'eau. M. Charrin calcule que l'urée ne compte que pour un huitième dans la toxicité de l'urine. *Traité de pathologie générale de Bouchard*, T. V, p. 284.

Quinquaud, de 0,16 pour 1.000). Dans un cas de MM. Jaccoud et Berlioz (néphrite aigüe), elle atteint même 5 gr. pour 1.000. et nous savons que la proportion d'urée retenue dans le sang est inférieure à celle qui s'accumule dans certains organes, surtout dans le foie.

Il était donc intéressant de chercher si des injections répétées d'urée à haute dose étaient capables de produire des altérations hépatiques analogues à celles que déterminent les injections d'urine.

* * *

De nombreux expérimentateurs ont étudié l'action de l'urée sur l'organisme animal, en procédant soit par ingestion, soit par injection sous-cutanée ou intra-veineuse. La plupart restent muets sur l'état du foie; quelques-uns se bornent à signaler son aspect normal à l'œil nu. Mais il n'est pas inutile de faire observer que, dans ces diverses expériences, les auteurs ont en général employé des doses massives, auxquelles l'animal a succombé très rapidement (parfois en quelques heures ou même dès la fin de l'injection).

Parmi ceux qui ont employé des doses fortes et répétées, quelques-uns ont noté un état particulier du foie.

Chez deux lapins sur quatre, après ingestion de hautes doses d'urée (jusqu'à 135 grammes en six semaines), Lichtenstein[1] a trouvé des altérations hépatiques : dans un cas, le foie présentait quelques parties d'aspect rétracté; dans l'autre, il était nettement cirrhotique avec de l'ascite (l'auteur se demande si cette cirrhose est accidentelle ou doit être attribuée à l'urée).

Beaucoup plus récemment, Aporti et Plancher[2], ayant pratiqué chez des lapins des injections répétées, sous-cutanées ou intra-veineuses, d'urée à assez haute dose, dans le but d'étudier l'état des reins, notèrent, dans un certain nombre de cas, un état congestif du foie. Un de ces foies congestionnés présentait à la coupe, le long du bord postérieur, une zone blanc jaunâtre. Le microscope montra, outre l'hyperémie, un début de cirrhose des espaces portes avec angiocholite et périangiocholite ; dans la zone blanc jaunâtre, les cellules étaient atteintes de tuméfaction trouble et de nécrose.

Nous avons nous-même pratiqué chez dix lapins des injections répétées d'urée à dose rapidement croissante, soit seulement sous la peau, soit d'abord sous la peau, puis dans la veine. Le titre de la solution varia de 16 à 30 pour 100 (au delà de 30 pour 100 on obtient des escarres). Peut-être se produit-il une certaine accoutumance, car nous pûmes arriver à injecter dans la veine, chez un lapin de 2 kilos, 11 grammes d'urée le matin et 15 grammes l'après-midi, sans que l'animal succombât :

1. Lichtenstein. — « Ueber die Wirkung des circulirenden Harnstoffes auf den thierischen Organismus » *Inaug.-Dissert.*, Berlin, 1881.

2. Aporti et Plancher. — *Morgagni*, 1901, Avril.

mais il faut compter avec les différences de résistance individuelle. Quoi qu'il en soit, nos animaux reçurent des doses élevées d'urée en un temps relativement court. Deux d'entre eux, notamment, reçurent en injections sous-cutanées, puis intra-veineuses, l'un (lapin de 2.380 grammes) 80 grammes d'urée en onze jours, l'autre (lapin de 2.120 grammes) 69 gr. en huit jours[1]. Chez tous, la mort fut précédée de convulsions.

Au point de vue de l'état du foie, les cas précédents peuvent se ranger en deux grandes catégories : dans 7 cas, le foie se montra seulement plus ou moins congestionné à l'œil nu ; dans 3 cas, ses caractères étaient tout différents : nettement augmenté de volume, il était très pâle, comme exsangue, et de consistance très ferme, presque dure, rappelant un peu un foie congelé. Dans deux de ces cas, il présentait ces caractères sur toute son étendue, — dans l'autre, des zones pâles alternaient avec des zones normales ou même congestionnées.

L'examen histologique de ce dernier foie nous a montré les particularités suivantes :

A un faible grossissement (fig. 1) (oc. 0. obj. A. Zeiss), les coupes présentent un aspect bigarré dû à l'alternance de zones foncées et de zones claires. Les zones foncées, rouges (par l'éosine-hématéine), arrondies ou à peu près, sont entourées plus ou moins complètement par les zones claires, presque absolument incolores : on voit cependant, au centre de chacune des cellules qui composent celles-ci, un point coloré, correspondant au noyau. Les zones rouges offrent l'aspect du foie normal : elles correspondent aux parties restées saines, et l'on peut reconnaître, même à ce faible grossissement, que la plupart ont pour centre un espace porto-biliaire. Ce sont donc les zones sus-hépatiques qui sont atteintes, et ces zones claires, entourant des îlots normaux à centre porto-biliaire, donnent nettement au foie l'aspect interverti.

A un plus fort grossissement (fig. 2) (oc. compens. 6, obj. E. Zeiss), on constate que, dans les îlots normalement colorés, les cellules hépatiques se montrent saines, en effet, et les espaces porto-biliaires qui en occupent le centre sont normaux. Dans les zones claires, les cellules hépatiques ont conservé pour la plupart leurs dimensions, leur forme polygonale et leurs limites nettes ; leur noyau, souvent double, présente sa situation centrale et sa coloration normale ; le ou les nucléoles sont généralement reconnaissables. Çà et là seulement une de ces cellules est augmentée de volume, tend vers la forme arrondie ou a perdu son noyau. Enfin les cellules ont à peu près conservé leur ordination habituelle. Mais leur intérieur est absolument clair, incolore, comme privé de protoplasma, et les capillaires qui les séparent sont vides de sang, ce qui contraste avec l'aspect rouge clair des capillaires des îlots normaux.

1. Ces doses n'ont rien d'excessif si l'on songe d'une part aux fortes quantités d'urée qui peuvent s'accumuler dans le sang chez les urémiques (sans compter celles qui se trouvent retenues dans les organes), et d'autre part à la très rapide élimination de la plus grande partie de l'urée injectée.

A un très fort grossissement, on distingue dans les cellules une sorte de fin réseau donnant au corps cellulaire comme un aspect craquelé (persistance du réticulum protoplasmique ?).

Quel nom faut-il donner à cette lésion ? L'absence de réfringence du protoplasma, l'impossibilité de le colorer même faiblement par aucun réactif, la persistance du noyau, ne permettent guère de parler de *dégénérescence vitreuse ou hyaline* ; par contre, la transparence du corps cellulaire, la netteté de ses contours, la conservation des noyaux et de leur aptitude à fixer les réactifs, la répartition des lésions par zones, rapprochent cette altération de la *tuméfaction transparente* observée dans le foie cholérique par Hanot et Gilbert[1], puis Papillon[2]. Il y manque seulement l'augmentation de volume des cellules et la perte complète de l'ordination trabéculaire, mais il semble bien s'agir d'un premier degré de l'altération précédente. Cette analogie est d'autant plus intéressante à relever que l'urémie joue un rôle des plus importants dans le choléra,

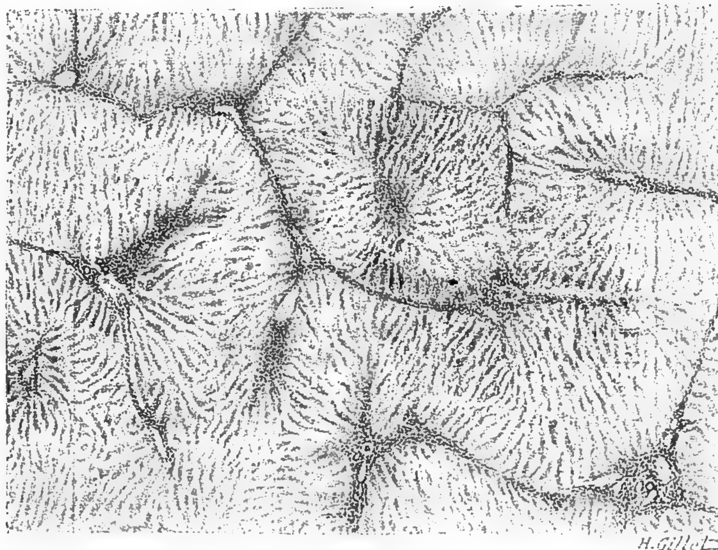


Figure 3.
Foie atteint d'un début de cirrhose péri- et intra-lobulaire. Par places, tendance à l'évolution nodulaire.

et que l'on y a observé, en particulier, des cristallisations d'urée sur la peau ; aussi peut-on se demander si certaines lésions hépatiques du choléra ne relèvent pas plutôt de l'auto-intoxication que de l'action de la toxine[3].

Quoi qu'il en soit, la persistance du noyau semble indiquer que ces lésions ne sont pas irréparables si la cause pathogène vient à disparaître.

Dans les foies d'aspect uniformément pâle à l'œil nu, nous avons trouvé cette même altération, beaucoup plus étendue : il ne reste presque plus de cellules hépatiques saines. Quant aux foies d'aspect simplement congestionné, la plupart ne nous ont montré aucune altération histologique ; un seul présentait un début de cirrhose, à la fois péri et intra-lobulaire (fig. 3), avec une disposition

1. Hanot et Gilbert. — « Altérations histologiques du foie dans le choléra à la période algide ». *Archives de physiologie*, 1885.
2. Papillon. — « Lésions histologiques du foie et du rein dans le choléra ». *Thèse*, Paris, 1893.
3. En parlant d'intoxication, nous réservons complètement la question de savoir par quel mécanisme agit le poison. Nous considérons, par exemple, que la forte concentration moléculaire du sang et des humeurs doit jouer un rôle capital.

spéciale des travées hépatiques rappelant l'évolution nodulaire. Cette cirrhose est elle accidentelle ? est-elle due à l'urée (l'animal avait reçu en trente-sept jours 105 grammes d'urée) ? Nous ne saurions nous prononcer ; rappelons seulement que Lichtenstein a observé deux cas analogues et qu'Aporti et Plancher en rapportent un également. Il n'est pas non plus inutile de faire remarquer que ce cas correspond à des injections d'urée moins abondantes, mais plus prolongées. Enfin nous avons pu constater que même les foies d'aspect simplement congestionné sont loin d'être normaux, car, ayant voulu doser le glycogène dans l'un d'eux, nous l'en avons trouvé totalement dépourvu. L'animal avait été sacrifié pendant un accès convulsif. D'ailleurs ce résultat concorde avec les constatations de Bussi[1] qui a toujours trouvé le foie privé de glycogène chez les animaux atteints d'urémie expérimentale.

Reste à se demander pourquoi l'état du foie est si variable à l'autopsie. On ne peut toujours l'attribuer à la différence des doses employées, et il faut évidemment faire intervenir une différence dans la résistance originelle du foie, d'un animal à l'autre, peut-être dans son aptitude à remplir son rôle antitoxique. En effet, cette même différence s'observe pour l'intestin : sur une vingtaine de lapins qui avaient reçu des injections répétées soit d'urine, soit d'urée, trois seulement présentèrent une gastro-entérite muqueuse des plus caractérisées ; elle fit défaut chez les autres.

* * *

En résumé, l'expérimentation, confirmant les données de la clinique, montre que la rétention des poisons urinaires dans l'organisme peut déterminer certaines altérations hépatiques, et permet d'ajouter que, dans la production de ces altérations, un rôle important, sinon exclusif, revient à l'urée. On ne saurait, en effet, ne pas être frappé de l'étroite analogie, pour ne pas dire de l'identité, qui existe entre les lésions hépatiques de l'urémie clinique ou expérimentale et celles que produit l'urée. Nous avons essayé de mesurer l'action d'arrêt du foie sur cette substance, en nous servant de la méthode employée par M. Roger : nous avons cherché comparativement la dose toxique en injection dans une veine périphérique et en injection dans une branche de la veine porte.

Lapin, 1.820 grammes. Reçoit dans la veine de l'oreille une solution d'urée à 40 p. 100. Mort au 31e centimètre cube.

Lapin, 1.900 grammes. Même injection dans une branche afférente de la veine porte. Mort au 40e centimètre cube.

Le foie exerce donc sur l'urée une action d'arrêt très appréciable, et l'accumulation prolongée et à haute dose de cette substance dans son parenchyme est loin d'être sans danger pour lui. Nous avons là un nouvel exemple de ce que peut donner, dans un organe, la rétention d'un produit normalement fabriqué par lui. Comme la bile, l'urée, par son accu-

1. Bussi. — « Della glicogenesi epatica negli animali uccisi per urinemia provocata ». *Gazz. degli Osped.*, 1900, 12 Août.

mulation dans le foie, détermine des lésions de la cellule hépatique.

Quant aux altérations produites par l'urée du côté des autres organes, nous les avons toujours trouvées bien moins accusées que celles du foie. Les reins sont généralement congestionnés; une seule fois ils étaient un peu pâles, probablement atteints de lésions dégénératives des épithéliums. Il est donc possible que des injections répétées d'urée à haute dose déterminent des lésions rénales, comme l'admettent Mya et Vandoni, puis Aporti et Plancher; mais ces lésions sont à la fois moins fréquentes et moins prononcées que les lésions hépatiques. L'hémoglobinurie a été signalée par Aporti et Plancher : nous l'avons observée dans un cas. Quant à l'hypertrophie du cœur, sur laquelle insiste Lichtenstein, nous ne l'avons jamais constatée; à cet égard, la durée de nos expériences a peut-être été insuffisante.

*
* *

Il est aisé de concevoir tout l'intérêt qui s'attache à cette atteinte du foie dans l'urémie. L'insuffisance de ses multiples fonctions, et notamment de sa fonction antitoxique, peut exercer sur l'expression clinique, et surtout sur l'évolution de l'urémie une influence des plus importantes, comme l'insuffisance rénale dans l'ictère grave.

Ainsi que nous l'avons vu plus haut, M. Legendre admet que « l'insuffisance hépatique peut jouer un rôle important dans la genèse des accès de dyspnée de certains urémiques ». Elargissant cette idée, M. Bernard[1] considère comme non douteux « qu'un certain nombre de phénomènes dits urémiques relèvent des viciations fonctionnelles d'autres organes que le rein, et surtout du foie, viciations qui surviennent toujours à un certain moment de l'évolution des néphrites. » C'est ainsi qu'il a trouvé l'urobilinurie dans les sept cas d'urémie qu'il a observés (On sait cependant quel obstacle l'imperméabilité rénale apporte au passage de l'urobiline dans les urines). M. Castaigne[2] déclare également que « souvent, dans l'urémie, les symptômes d'insuffisance hépatique ou cardiaque dominent la scène ».

Ces derniers auteurs ont cherché surtout à expliquer par là comment les accidents urémiques pouvaient survenir en l'absence d'une imperméabilité rénale très prononcée. Mais il semble bien qu'une imperméabilité rénale très accusée soit la condition *sine qua non* de la production des lésions hépatiques. Expérimentalement, elles s'observent à la suite de la néphrectomie ou de la ligature des artères rénales, c'est-à-dire précisément dans le cas qui détermine dans toute sa pureté le « syndrome d'imperméabilité rénale ». Cliniquement, c'est dans la néphrite interstitielle ou dans la néphrite diffuse que Hanot et Gaume ont observé le foie brightique, jamais dans la néphrite épithéliale.

Les lésions hépatiques des urémiques paraissant ainsi sous la dépendance étroite de l'imperméabilité rénale, et l'urée, qui peut les reproduire, étant par elle-même très peu toxique, on se trouve tout naturellement conduit à se demander si ces lésions ne sont pas avant tout le résultat de l'extrême élévation de la concentration moléculaire du plasma. En d'autres termes, elles seraient beaucoup plutôt le résultat d'une action physique que d'une action chimique.

Le rôle, établi par Koranyi, de l'élévation de la pression osmotique dans la genèse des accidents dus à l'imperméabilité rénale, vient à l'appui de cette hypothèse, comme, d'autre part, l'action nocive et même mortelle de l'accumulation dans le sang de substances sensiblement dépourvues de toxicité (Voit, Schmiedeberg, Lindemann). L'identité des symptômes, dans tous les cas de cette dernière catégorie, plaide en faveur d'une pathogénie commune ; or, le lien qui les réunit, c'est l'élévation de la pression osmotique, agissant sans doute, au moins en partie, par déshydratation des organes et tissus. C'est une analogie de plus avec qui se passe dans le choléra. Nous avons commencé des expériences dans le but de fixer ce point de pathogénie; nous en communiquerons les résultats dès qu'elles seront terminées.

1. Bernard. — « Les fonctions du rein dans les néphrites chroniques ». *Soc. méd. des hôp.*, 1900, 26 Janvier, et *Thèse*, Paris, 1900.
2. Castaigne. — « L'épreuve du bleu de méthylène et la perméabilité rénale ». *Thèse*, Paris, 1900.

MÉDECINE PRATIQUE

LA SÉPARATION DE L'URINE DES DEUX REINS

Les cas dans lesquels il est nécessaire de faire l'analyse de la sécrétion de chaque rein sont très nombreux.

En effet, dans la séméiologie des voies urinaires se pose à chaque instant la question de savoir si la lésion urinaire est vésicale ou rénale, — si la lésion rénale est droite ou gauche, — si le rein malade est atteint de telle ou telle affection, — et si enfin l'état fonctionnel de l'autre rein est satisfaisant.

Pour répondre à toutes ces interrogations, il est nécessaire de recueillir et d'analyser l'urine de chaque rein séparément. Mais comment parvenir à ce but?

La question certes n'est pas nouvelle et c'est une de celles qui préoccupent les médecins depuis bien longtemps. Il est donc intéressant de connaître les différentes étapes qu'a subi l'esprit humain pour arriver à sa solution.

Toutes les tentatives faites jusqu'ici peuvent se grouper et se résumer en trois grandes méthodes :

I. — *Compression d'un uretère* permettant de recueillir la sécrétion de l'autre rein.

II. — *Cathétérisme d'un ou des deux uretères* permettant d'obtenir l'urine directe du rein.

III. — *Cloisonnement de la vessie* en deux loges, permettant de recueillir séparément dans ce réservoir les deux urines.

I. — Compression d'un uretère.

1° Quelques auteurs conseillent une véritable *intervention chirurgicale*.

Ainsi Hegar et Sänger[1] proposent d'atteindre un uretère par le vagin, et d'y mettre une ligature provisoire.

C'est évidemment là une méthode difficile à faire accepter, et nous n'y insisterons pas.

2° D'autres auteurs ont tenté l'*obturation directe d'un orifice urétéral dans la vessie*.

Ainsi Tuchmann[2] avait fait construire un instrument ayant la forme d'un lithotriteur, mais dont les branches ne pouvaient se rapprocher qu'avec peu de force. Cet instrument était destiné à saisir un méat urétéral dans ses mâchoires et à le comprimer pendant assez de temps pour qu'on pût recueillir dans la vessie l'urine du rein opposé.

1. Hegar et Sanger. — *Archiv für Gynäkologie*, 1886.
2. Tuchmann. — *Wien. med. Woch.*, 1874, n[os] 21 et 22.

Ebermann[1] pinçait l'extrémité inférieure de l'uretère avec une longue pince à deux branches dont l'une était dans la vessie, et l'autre dans le rectum.

Polk[2] agissait de façon similaire et comprimait l'orifice urétéral entre un cathéter introduit dans la vessie et son doigt introduit dans le rectum.

Silbermann[3] introduisait dans la vessie une grosse sonde à bout coupé, dans laquelle glissait un petit sac en caoutchouc. Ce sac, rempli avec 250 grammes environ de mercure était destiné à comprimer par son propre poids un orifice urétéral.

3° La *compression indirecte de l'orifice urétéral par le rectum* a été tentée plusieurs fois.

Ainsi Simon, introduisant toute sa main dans le rectum, allait comprimer un uretère sur la paroi pelvienne. Cette manœuvre violente et dangereuse n'a trouvé que peu d'imitateurs et ne peut être usitée couramment.

Sands[4] exerçait la compression avec le doigt introduit dans le rectum.

Muller se servait d'un cathéter rectal muni d'un tampon qui appuyait sur un orifice urétéral.

Robert Weir[5] employait, pour éviter l'introduction de la main dans le rectum, le pessaire rectal de Davy destiné à comprimer les vaisseaux iliaques pendant la désarticulation de la hanche. Essayé sur le cadavre, ce pessaire avait bien paru comprimer un uretère — mais sur le vivant, Davy luimême aurait eu un accident de perforation du rectum.

4° La *compression d'un uretère dans son trajet pelvien* a été proposée par Hallé[6] et par Perez[7].

Hallé avait tenté, sur le cadavre, de comprimer l'uretère sur la paroi pelvienne latérale en introduisant dans le rectum soit le doigt seul, soit le doigt muni d'un embout en gutta-percha. Mais les résultats n'ont pas été satisfaisants, car l'uretère mobile glisse sur la paroi, fuit l'instrument et échappe à toute compression perpendiculaire.

Perez avait proposé la compression de l'uretère à travers la paroi abdominale contre le détroit supérieur.

Cette méthode, qui n'a pas été employée sur le vivant aurait pleinement réussi sur le cadavre.

Tous ces procédés semblent surtout pécher par l'inexactitude forcée de leurs résultats. Beaucoup sont douloureux; quelques-uns sont dangereux pour le malade.

II. — Cathétérisme de l'uretère.

Les nombreux auteurs qui ont cherché à réaliser ce but peuvent être rangés en quatre groupes :

1° Les uns proposent d'*aborder chirurgicalement l'uretère*.

Ainsi Emmet[8] a proposé, chez la femme, de fendre la cloison vésico-vaginale, de renverser les bords de l'incision et de cathétériser ainsi les uretères à la vue pour suturer ensuite la fistule une fois le but atteint.

De même Bosemann établit aussi une large fistule vésico-vaginale pour arriver aux uretères.

Harrisson[9], chez l'homme, a proposé de faire la taille périnéale. Avec une main introduite dans le rectum, il renverse dans la plaie la muqueuse et cathétérise l'uretère.

Czerny et Israël enfin proposent d'établir des

1. Ebermann. — Cité par Casper (monographie).
2. Polk. — *New-York med. Journal*, 1883, 7 Avril, p. 387.
3. Silbermann. — *Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 34.
4. Sands. — *Thèse*, Paris, 1898.
5. R. Weir. — *Practitioner Society* de New-York, 1883, Février.
6. Hallé. — *Thèse*, Paris, 1887.
7. Perez. — *Thèse*, Paris, 1888.
8. Emmet. — *New-York med. Journal*, 1884, 19 Avril, I.
9. Harrisson. — *Lancet*, 1884, 2 Février, p. 198.

fistules urétérales dans les régions lombaires afin de connaître l'état des reins.

Tous ces procédés ne sont évidemment que des procédés d'exception, bien rarement applicables.

2° D'autres auteurs *abouchent une sonde sur l'orifice inférieur de l'uretère.*

Ainsi Fenwick[1] applique un cathéter courbe, et percé d'une ouverture latérale, sur l'orifice d'un uretère. L'instrument est maintenu par la compression d'un doigt introduit dans le rectum, et l'urine est aspirée par un ballon appliqué au bout extérieur de l'instrument.

De même Rose[2] se sert d'un spéculum urétral similaire à celui de Kelly, et dont le haut est coupé obliquement ou en biais. Ce spéculum est destiné à couvrir directement l'ouverture urétérale dans la vessie, et à permettre à l'urine de couler ainsi directement au dehors. Ce procédé n'est applicable que chez la femme.

3° D'autres auteurs introduisent directement un cathéter par l'orifice inférieur de l'uretère, *mais sans se servir d'un éclairage intra-vésical.*

Simon (cité par Grünfeld) paraît avoir été le premier à s'occuper de cette question. Il dilatait l'urètre de la femme, introduisait son doigt dans la vessie, reconnaissait les orifices urétéraux, — et faisait le cathétérisme urétéral.

Mais à cause de la dilatation énorme de l'urèthre, et des résultats médiocres obtenus, la méthode fut abandonnée.

De plus, elle n'est praticable seulement que chez la femme.

Grünfeld, après lui, en 1881[3], fit le cathétérisme de l'uretère avec l'endoscope, et au moyen d'une sonde spéciale qu'il fit construire. Cette sonde se compose d'un tube métallique dont le calibre est du n° 6 de la filière Charrière et est traversée par un fil métallique.

A une extrémité est un anneau auquel est fixé le fil métallique et grâce auquel celui-ci peut être tiré ou poussé — le point d'appui étant formé par deux anneaux fixes. L'autre extrémité de la sonde est liée par une articulation au fil et à la sonde, de telle sorte qu'en poussant le fil on incline cette extrémité et on la met à angle plus ou moins aigu avec le reste de la sonde. En retirant le fil, la sonde se remet droite.

On commence par mettre l'endoscope dans l'urètre, puis on introduit ensuite la sonde urétérale dans la vessie. On a soin de mettre celle-ci sur le côté gauche du tube pour cathétériser l'uretère droit, et réciproquement. On cherche alors avec l'endoscope l'orifice urétéral, et on pousse ensuite doucement la sonde dedans. Celle-ci peut être introduite de 15 centimètres. L'endoscope peut être ensuite facilement retiré de l'urèthre.

Pawlick[4], après lui, introduisait dans la vessie un cathéter spécial qu'il conduisait d'abord jusqu'à la paroi postérieure. Puis il le retirait délicatement, en le tournant latéralement, et, après quelques tâtonnements, réussissait à pénétrer dans l'uretère. Ce procédé était évidemment très difficile, exigeait beaucoup d'exercices préalables, et de plus ne pouvait être pratiqué que chez la femme.

Plus tard, en 1892, Kelly[5] a tenté de populariser une méthode qui, du reste, a été suivie par nombre de praticiens, mais elle ne peut également être faite que chez la femme. Elle consiste à mettre la femme sur le dos avec les cuisses sur le ventre. On met alors un petit spéculum dans l'urètre, ce qui permet à l'air de pénétrer dans la vessie. En s'aidant d'une lumière projetée par un réflecteur électrique fixé sur le front de l'explorateur, on dirige alors le spéculum vers les orifices urétéraux qui viennent sous l'œil et admettent un cathéter directement.

Mais, dit Harris, c'est là une chose compliquée qui demande beaucoup de patience et de dextérité ; parfois on est obligé de renoncer à l'opération après plusieurs minutes d'essais infructueux. De plus, la manœuvre est souvent pénible et nécessite l'anesthésie. Enfin, l'introduction du cathéter peut provoquer une hémorragie relativement assez redoutable.

Morris adopta cependant ce même procédé ; il se facilitait seulement la recherche de l'orifice des uretères par l'élévation de la paroi inférieure de la vessie avec le doigt introduit dans le vagin chez la femme ou dans le rectum chez l'homme.

4° D'autres auteurs enfin *éclairent l'intérieur de la vessie et, avec le cystoscope, font le cathétérisme de l'uretère.*

C'est la méthode qui est aujourd'hui la plus employée.

Elle fut inaugurée par Brenner, qui fit construire un cystoscope à champ visuel sur la convexité et muni d'un canal rectiligne pour la sonde. Boisseau du Rocher imagina un instrument similaire qu'il dénomma « mégaloscope ». Poirier parvint, avec l'aide de cet instrument, à cathétériser l'uretère chez l'homme.

Les instruments les plus généralement employés sont les cystoscopes d'Albarran et de Nitze. Ils se caractérisent par la présence d'une pièce spéciale, dite pièce urétérale, annexée au cystoscope. Cette pièce urétérale est creusée d'un canal destiné à recevoir le cathéter; elle se termine du côté vésical par un onglet, qui peut être mobilisé de l'extérieur sous divers angles et est destiné à diriger le cathéter vers l'orifice urétéral.

Pour pratiquer le cathétérisme, on commence par remplir la vessie de 200 grammes de liquide bien clair et transparent, puis on introduit dans la vessie le cystoscope muni de la sonde urétérale. On tourne alors le prisme du cystoscope en bas, et l'on retire l'instrument jusqu'à ce qu'il vienne buter jusqu'au col de la vessie. On repousse ensuite l'instrument de 2 à 3 centimètres et on allume la lampe ; on voit alors sur la ligne médiane le muscle inter-urétéral, et il suffit de tourner l'instrument de 30° à droite ou à gauche pour tomber sur l'orifice urétéral. Celui-ci étant découvert, on pousse alors la sonde urétérale, en la manœuvrant avec l'onglet et on l'engage dans l'uretère. On éteint la lampe ; puis on continue à faire progresser le cathéter jusqu'au bassinet, et on recueille ensuite l'urine qui s'écoule goutte à goutte. Pour avoir l'urine de l'autre rein, on place une sonde dans la vessie.

III — Cloisonnement de la vessie.

C'est Neumann[1] qui, le premier, semble avoir eu l'idée d'établir une cloison sur la face inférieure de la vessie. Chez une femme assise sur le bord d'une table et appuyant ses pieds sur un tabouret, il introduit un doigt dans le vagin et soulève la partie inférieure de la vessie en formant ainsi une cloison entre les deux uretères. D'autre part il introduit dans la vessie un cathéter à double canalisation en forme de canon de fusil dont la cloison se prolonge de 4 centimètres dans la vessie. Le doigt vaginal s'appuie sur l'instrument vésical, et ainsi se trouve cloisonnée la vessie. Le produit de chaque rein se déverse au dehors par le double orifice du cathéter.

C'est évidemment là une instrumentation intéressante, mais qui a le double inconvénient : d'abord de n'être utilisable que chez la femme, et ensuite d'être d'une application douloureuse.

L'instrument fut critiqué par Rose[2], peu après son apparition. Il fut aussi essayé à la clinique du Dr Dollinger, à Budapest, par Geza de Illyès[1]. Cet auteur réussit, dans un cas de pyonéphrose unilatérale, à recueillir l'urine purulente séparément, mais la mise en contact de la paroi vésicale avec l'instrument était douloureuse et même suivie d'hémorragie. De plus, dans d'autres cas, le recueillement séparé de l'urine a échoué. La méthode semble donc manquer d'exactitude.

Deux ans après, Harris[2] imagina un ingénieux appareil, dont le grand mérite est de pouvoir s'appliquer aux deux sexes. Il se compose de trois parties :

1° Une pièce destinée à être introduite dans la vessie, et constituée par deux sondes métalliques accolées, mais indépendantes. Ces deux sondes sont droites dans leur plus grande longueur, mais incurvées doublement au niveau de leur bec, qui est percé de plusieurs trous. Les becs de ces sondes peuvent être écartés l'un de l'autre d'un quart de cercle.

2° Un aspirateur, constitué par une poire en caoutchouc et deux flacons; chacun des flacons étant respectivement en communication, au moyen d'un tube en caoutchouc, avec chacune des deux sondes.

3° Une troisième pièce en forme de levier, destinée à être introduite dans le rectum chez l'homme ou dans le vagin chez la femme. La portion convexe de ce levier est destinée à soulever la paroi rectale ou vaginale, et à venir se loger ainsi, coiffée de la paroi vésicale, dans l'écartement des becs des sondes situées dans la vessie.

Ainsi se trouve formé dans la vessie un véritable toit à deux versants, qui se terminent par deux gouttières ou bas-fonds.

C'est au niveau de ces gouttières que viennent s'ouvrir les orifices des uretères qui donnent passage à l'urine séparée de chaque rein. L'urine est alors aspirée par les sondes et portée de là dans chacun des flacons de l'aspirateur.

Pour utiliser l'instrument, on commence par faire pénétrer les deux sondes accolées l'une à l'autre dans la vessie, puis on écarte alors leur bec l'un de l'autre. On introduit ensuite le levier dans le rectum chez l'homme, ou dans le vagin chez la femme, et on manœuvre de telle façon que la partie la plus convexe de cet instrument vienne juste dans l'écartement des deux sondes qui se trouvent alors à cheval sur lui. On met ensuite les sondes en communication avec l'aspirateur, et, pressant sur la poire en caoutchouc, on recueille l'urine dans chacun des flacons.

Harris[3] rapporte plusieurs cas dans lesquels son instrument fut essayé avec des résultats satisfaisants.

Tout dernièrement enfin, Nicolich[4] a fait connaître l'*instrument ségrégatif de l'urine de Downes*, qui n'est qu'une modification de l'appareil de Harris.

Il se compose, comme celui-ci, de deux sondes accolées qui sont introduites dans la vessie, et d'un levier rectal ou vaginal. Mais, tandis que dans l'instrument de Harris il y a un aspirateur, ici, au contraire, les deux petites sondes forment siphons. De plus, alors que les deux pièces du premier appareil étaient séparées, au contraire les pièces rectale et vésicale peuvent être réunies l'une à l'autre.

En somme, ces deux appareils de Harris et de Downes ont le même principe, qui est de former dans le milieu de la face inférieure de la vessie, entre les deux orifices urétéraux, *un toit*, lequel donne naissance à deux gouttières latérales où vient se déverser l'urine séparée de chaque rein. Dans ces deux gouttières plongent les extrémités

1. Fenwick. — *Soc. de méd. de Londres*, 1887, 14 Mars.
2. Rose. — *Deut. med. Woch.*, Bd XXIII, p. 614.
3. Grunfeld. — *Deut. Chir. de Billroth et Luecke*, Lieferung, 51, p. 212.
4. Pawlick. — *Archiv für klin. Chirurgie*, 1886, Bd XXIII, p. 717.
5. Kelly. — *Amer. Journ. of Obst.*, 1892, p. 768.

1. Neumann. — *Deut. med. Woch.*, 1897, 21 Octobre, p. 690.
2. Rose. — *Deut. med. Woch.*, 1887, 25 Novembre, p. 775.

1. Geza de Illyès. — *Annales génito-urinaires*, 1900, Décembre.
2. Harris. — *Journal american medical Association*, 1898, 28 Janvier, p. 236.
3. Harris. — *Journal american medical Association*, 1898, p. 405.
4. Nicolich. — *Annales génito-urinaires*, 1901, Juin.

des deux sondes qui sont destinées à évacuer séparément le produit des deux uretères.

Nous avons eu l'occasion d'examiner ces deux appareils et de faire l'essai de l'appareil de Downes. L'application nous a semblé être douloureuse pour la malade.

De plus, lorsqu'on a introduit les sondes dans la vessie et qu'on cherche à bien mettre en place l'appareil rectal, il nous a paru extrêmement difficile de bien placer le levier rectal. On ne peut jamais être sûr que celui-ci soit bien entre les deux sondes écartées ou bien sur la paroi latérale de l'une d'elles.

* * *

C'est en présence de ces faits que nous proposons un nouvel appareil qui part d'un autre principe. Au lieu de faire un *toit* comme Harris et Downes, pourquoi ne pas faire un *puits*, et supprimer ainsi du même coup le levier vaginal ou rectal, sinon douloureux, du moins toujours désagréable?

Ce *séparateur des urines* ou *urodiérètère* (de οὐρος urine et διαιρεω, je sépare), se compose de trois parties réunies ensemble : deux sondes métalliques et une pièce intermédiaire (fig. 1).

Les sondes métalliques sont de petit calibre et présentent la courbure d'un cathéter métallique de Guyon; près de leur bec sont percées des ouvertures tant à leur face externe qu'à leur face interne.

La pièce intermédiaire est constituée par une lame métallique de même courbure que les sondes. Dans la concavité de cette lame, et formant la corde de l'arc constitué par l'extrémité de cette lame métallique, peut se tendre ou se détendre une chaîne analogue à celle de la scie à chaîne. Toute la pièce est recouverte par une chemise en caoutchouc, et l'on comprend ainsi que, lorsque la chaîne est tendue, il s'élève entre les deux sondes une véritable cloison, tandis qu'au contraire, lorsqu'elle est détendue, l'élasticité du caoutchouc applique la chaîne sur la concavité de la cloison métallique. La manœuvre du rideau de caoutchouc est commandée par une vis située à l'extrémité libre du manche de l'instrument.

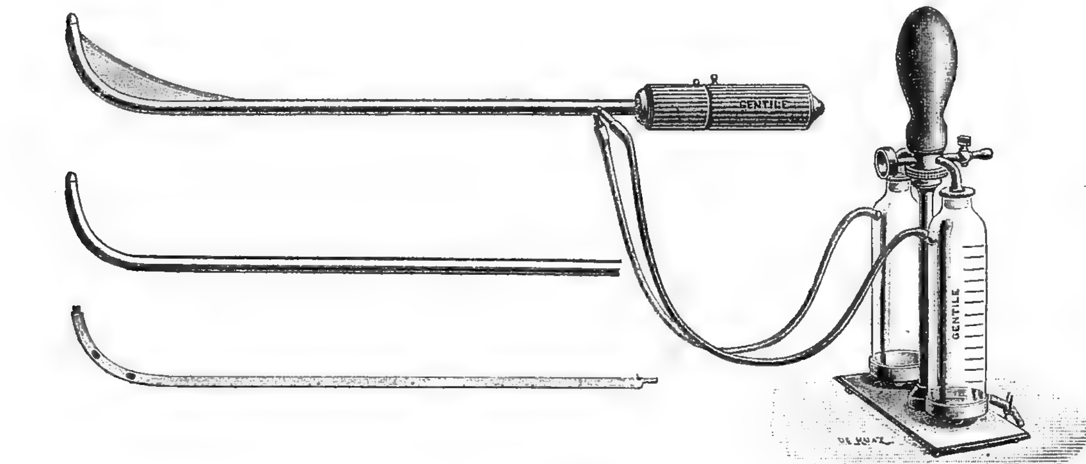


Figure 1.

Les trois pièces de l'instrument sont réunies entre elles à chacune de leurs extrémités, à l'une par le manche, à l'autre par une petite vis commune.

L'ensemble de l'instrument a un calibre total d'un 42 béniqué environ.

Il en existe deux modèles de construction identique, mais de longueurs différentes, l'un pour l'homme, l'autre pour la femme.

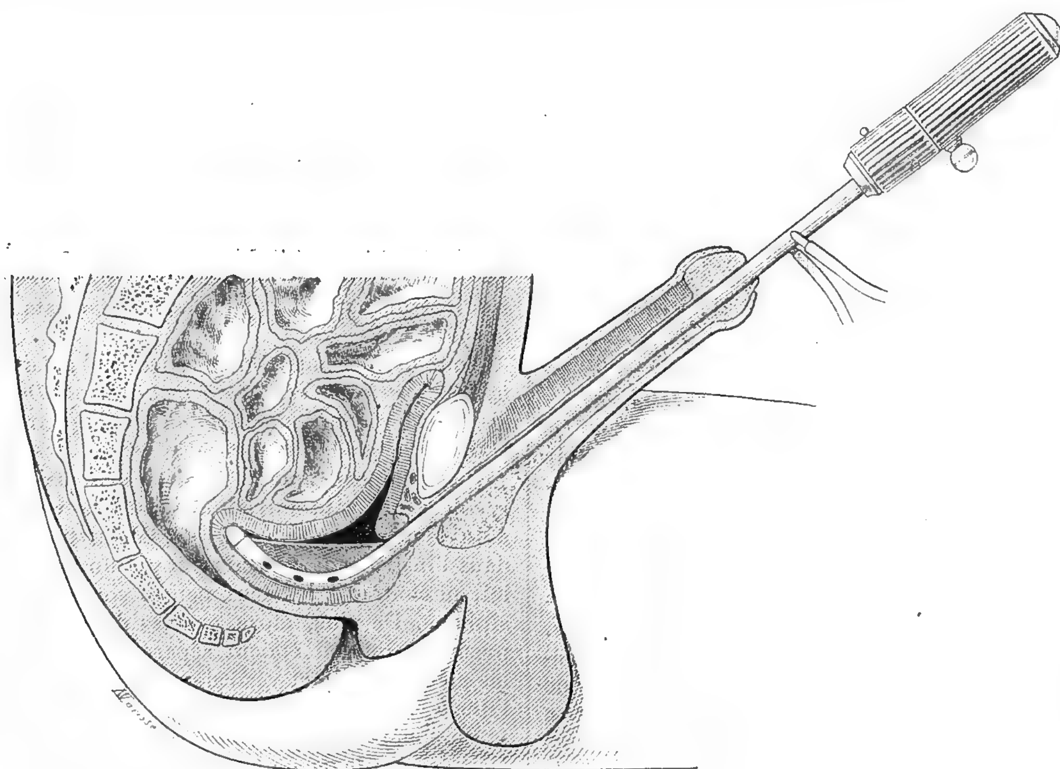


Figure 2.
L'instrument, introduit dans la vessie, en déprime la paroi inférieure et s'appuie sur le rectum, dont il efface la lumière.

Faisons remarquer ici que la pièce métallique intermédiaire aux deux sondes, recouverte de sa chemise caoutchoutée, dépasse légèrement par sa portion convexe la convexité des deux sondes; de telle manière que, autant par sa convexité que par sa concavité, cette pièce intermédiaire forme bien une véritable cloison.

Pour appliquer l'appareil on commence par laver au préalable et très soigneusement la vessie, avec une sonde molle ordinaire, jusqu'à ce que l'eau boriquée ressorte absolument claire, puis on retire la sonde, en laissant un peu d'eau boriquée dans la vessie.

On introduit alors l'instrument dans l'urètre, et cette introduction n'est pas plus difficile chez l'homme que chez la femme. On déploie aussitôt ensuite la cloison de caoutchouc, et on laisse écouler l'eau boriquée.

On met alors le malade en position assise; puis, relevant verticalement le manche de l'instrument sur la paroi abdominale, on fait basculer la convexité des sondes sur le bas-fond vésical.

L'application de l'instrument est très exacte, ainsi qu'on peut toujours s'en rendre compte par le toucher rectal ou vaginal (fig. 2).

Mais comme alors l'évacuation des urines est impossible de par le fait de la pesanteur et de la position de l'instrument à manche élevé, il est nécessaire de faire l'aspiration du liquide, ce qui s'opère à l'aide d'un système aspirateur comprenant une poire en caoutchouc et deux flacons.

On comprend ainsi comment, aussitôt qu'une goutte d'urine sort de l'uretère, elle est forcée de gagner la dépression en cul-de-sac formée par la pression de l'instrument, et ensuite d'être aspirée au dehors par la sonde métallique.

On comprend aussi comment, par le fait de l'aspiration s'exerçant continuellement dans la cavité vésicale, les parois de celle-ci, aussi bien la supérieure que les latérales, s'accolent les unes aux autres, et que de ce fait, le cloisonnement de la vessie est d'autant plus parfait.

L'introduction de l'instrument ne semble pas plus douloureuse que celle d'un explorateur métallique, et elle est inoffensive.

Enfin, l'appareil a le mérite d'être facilement et complètement démontable, et d'être aisément stérilisable, car il peut être plongé tout entier dans l'eau bouillante.

La partie technique de cet instrument a été exécutée par M. Gentile.

Cet appareil nous a paru facile à employer, et susceptible d'être utilisé par tous les praticiens. Nous croyons qu'il est capable de rendre des services importants lorsque, dans une vessie à urine trouble ou sanglante, toute cystoscopie ou tout cathétérisme des uretères est impossible.

Quoi qu'il en soit, nous nous proposons de publier ultérieurement les résultats qu'il nous aura fournis.

Georges Luys.

Assistant de la Clinique des voies urinaires à l'Hôpital Lariboisière.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

8 Janvier 1902.

Sur la duodénostomie. — *M. Tuffier*, à propos de la récente communication de M. Hartmann sur ce sujet, rapporte une observation de duodénostomie pratiquée par lui, il y a déjà dix ans, chez un jeune homme atteint de sténose pylorique cicatricielle consécutive à une brûlure par caustique (acide chlorhydrique). A cette époque, la gastro-entérostomie était sinon inconnue, du moins mal réglée, et M. Tuffier se trouva très naturellement amené à traiter ce rétrécissement comme on traite les rétrécissements œsophagiens, c'est-à-dire à créer une bouche artificielle en aval de l'obstacle. L'opération réussit aisément et permit d'introduire une sonde d'une longueur de 25 centimètres dans le duodénum, sonde qui devait servir à alimenter le malade. Malheureusement, celui-ci, profondément épuisé, succomba le soir même de l'intervention. L'autopsie montra que le pharynx, l'œsophage et l'estomac étaient indemnes de toute lésion; seul, le pylore présentait un épaississement fibreux cicatriciel qui en oblitérait la lumière, et s'étendait assez loin sur le duodénum.

Aujourd'hui, ajoute M. Tuffier, ces cas sont éminemment justiciables de la gastro-entérostomie, et la

duodénostomie ne semble avoir que des indications tout à fait exceptionnelles.

Sur la pathogénie de l'affection connue sous le nom de subluxation par élongation du radius chez les enfants. — *M. Denucé* (de Bordeaux). La théorie pathogénique exposée par l'orateur repose sur des faits anatomiques, dont le principal est l'existence d'un ligament spécial, le *ligament carré de Denucé*. C'est une lame fibreuse quadrilatère, qui s'étend de tout le bord inférieur de la petite cavité sigmoïde du cubitus à la partie opposée du col du radius. Elle a de 12 à 14 millimètres de longueur sur autant de largeur chez l'adulte, et permet un écartement considérable des deux os quand le ligament annulaire a été incisé. Habituellement elle est relâchée, mais, dans les mouvements de pronation et de supination, elle s'enroule autour du col du radius, et, quand elle est tendue, limite ses mouvements. Par son origine au-dessous de la cavité sigmoïde, ce ligament se confond avec les faisceaux d'attache du ligament annulaire et forme avec eux une véritable patte d'oie.

L'hypothèse de M. Denucé peut se résumer de la façon suivante : dans la pronation forcée, avec extension, abduction, et abaissement par traction sur le poignet de la tête du radius, le bord antérieur du ligament carré descend au-dessous du bord antérieur du ligament annulaire. La synoviale, très lâche en ce point, fait hernie entre les deux ligaments ; dès que la pronation cesse, la partie herniée est pincée, d'où une douleur assez vive, qui s'augmente à chaque mouvement, et donne lieu à l'impotence fonctionnelle. La partie herniée subit une sorte d'étranglement, et devient le siège de phénomènes irritatifs qui se traduisent surtout par une sécrétion exagérée de synovie et de la tuméfaction. Mais, que la tuméfaction soit sensible ou non, la même manœuvre réussit constamment, et pour obtenir une guérison immédiate, il suffit d'étendre l'avant bras, de le remettre de force en supination, puis de le fléchir brusquement. Tout rentre dans l'ordre, et une immobilisation ultérieure est inutile.

Deux cas de thrombo-phlébite de la veine mésaraïque supérieure avec gangrène totale ou partielle de l'intestin grêle. — *M. Picqué*. Les observations de ce genre sont excessivement rares et l'orateur n'en a rencontré que 12 cas dans la littérature. Dans les 2 cas qui font l'objet de cette communication, les symptômes éclatèrent à la suite d'une diarrhée banale ; ce furent : une douleur brusque et violente ; localisée à la base du thorax, vers l'épigastre, des vomissements et des entérorragies, puis des symptômes péritonéaux ; pas de fièvre, mais un pouls fréquent et dépressible. Le diagnostic porté fut, dans le premier cas, appendicite, dans le second, volvulus probable. Dans les 2 cas, la laparotomie permit de constater une gangrène, totale dans un cas, partielle (portant sur un 1 m. 50 d'intestin) dans l'autre, de l'intestin grêle. L'appendice et le gros intestin étaient sains ; le mésentère, fortement congestionné, ne présentait cependant pas le moindre signe de torsion. Les deux opérés succombèrent quelques heures après l'intervention.

A l'autopsie on constata, dans les 2 cas, l'oblitération de la portion originelle de la grande veine mésaraïque par un volumineux caillot s'étendant plus ou moins loin.

S'appuyant sur ces deux observations et sur celles qu'il a recueillies dans la littérature, M. Picqué passe successivement en revue les symptômes, la pathogénie, le diagnostic de cette grave complication qui nous laisse à peu près désarmés, car on ose à peine parler de résection même dans les gangrènes limitées.

M. Quénu se demande sur quelles raisons M. Picqué s'appuie pour rapporter la gangrène à la phlébite ; il pense plutôt, quant à lui, que c'est la phlébite qui est consécutive à la gangrène. Jamais, en effet, même pour les membres inférieurs, on n'a pu prouver que la thrombo-phlébite pût occasionner de la gangrène même très limitée.

Hernie crurale étranglée, taxis, perforation intestinale, péritonite généralisée, laparotomie, suture intestinale, guérison. — Cette observation, due à *M. Morestin* et rapportée par *M. Guinard* est un nouvel exemple des méfaits du taxis, méthode néfaste qu'on est étonné de voir encore appliquer par un certain nombre de médecins. Il s'agit d'un homme de quarante ans porteur d'une vieille hernie qui s'étrangla brusquement. Le malade ne fit venir son médecin qu'au bout de quarante-huit heures. Celui-ci fit le taxis et réussit à réduire la hernie. Mais, quelques heures après, éclatèrent des accidents de péritonite suraiguë qui nécessitèrent le transport du malade à l'hôpital où M. Morestin le trouva presque mourant. La laparotomie, faite séance tenante, montra qu'il n'y avait pas eu réduction en masse, que l'étranglement était bien levé, mais qu'il existait une perforation intestinale de 7 millimètres sur 5 avec épanchement stercoral ayant occasionné une péritonite septique généralisée. M. Morestin sutura la perforation, nettoya le péritoine et institua un drainage large de l'abdomen. Les suites opératoires furent excellentes. La plaie se ferma rapidement et le malade sortit guéri dans les premiers jours de janvier.

Paralysie faciale double consécutive à une résection des deux nerfs faciaux pour tumeur parotidienne double. Restauration partielle de la fonction au bout d'un an. — *M. Tuffier* présente une femme chez laquelle il a pratiqué, à un an d'intervalle, l'extirpation d'une double tumeur parotidienne de nature maligne. Au cours de ces extirpations il dut réséquer les deux nerfs faciaux englobés dans les tumeurs. A la suite de cette lésion la femme présenta successivement une paralysie complète des deux moitiés de la face. Or un an après la dernière opération, c'est-à-dire il y a environ six mois, les mouvements ont commencé à reparaître dans la moitié gauche de la face ; la malade plisse ses traits et ferme parfaitement les paupières de ce côté. Il y a là un fait curieux de régénération des fonctions nerveuses après résection que M. Tuffier livre sans commentaires aux méditations des physiologistes.

Présentation d'aiguilles spéciales pour sutures pelviennes. — *M. Legueu* présente des aiguilles à pédales obliques destinées à faire commodément des sutures dans l'excavation pelvienne.

J. Dumont

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

9 Janvier 1902.

Sur une érythrodermie généralisée post-eczémateuse, suivie de psoriasis. — *MM. Hallopeau et Bouchot*. Cette éruption paraît avoir eu pour point de départ une séborrhéide pityriasiforme du cuir chevelu. Elle a été pendant plusieurs semaines nettement eczémateuse. Au bout de plusieurs mois, l'érythrodermie a rétrocédé et fait place à un psoriasis. Il est impossible de déterminer actuellement s'il s'agit d'un psoriasis enté sur une érythrodermie séborrhéique, ou s'il s'agit d'emblée du psoriasis débutant par une eczématisation généralisée.

M. Leredde. — J'ai pu observer dans le service de M. Du Castel un psoriasis accompagné d'érythrodermie et d'exfoliation généralisée et évoluant par poussées. Au cours de ces accidents il y avait une hyperleucocytose accentuée. Quand la phase aiguë fut terminée, le psoriasis revint aux formes communes.

Tuberculides d'aspect anormal des membres et de la verge. — *M. Du Castel*. Ce malade présente des lésions très variées qui nous ont paru se rapporter aux tuberculides, bien que leur forme soit très anormale. A la face postérieure des bras, aux avant-bras, existent des plaques violacées, à contour polycyclique, limitées par une série de petites papules. Le centre est déprimé et légèrement cicatriciel. Aux organes génitaux on trouve des plaques recouvertes d'un enduit blanc jaunâtre analogue à celui qui cache l'ulcération du chancre simple. Cet enduit est enchâssé dans un bord un peu saillant, comme celui de la chancrelle. Sous l'enduit, l'ulcération est rouge, finement granuleuse. Nous pensons qu'il y a identité de nature, entre les lésions des organes génitaux et celles de la face postérieure du bras. J'ai vu un cas analogue : le malade était atteint de lichen scrofulosorum et il avait à la verge des papules de quelques diamètres de dimension, dont le centre nécrotique contenait une matière jaunâtre, encadrée dans un cercle saillant formé par la papule. Ces papules avaient un aspect très analogue à celui du chancre mou. Il peut donc y avoir chez les malades atteints de tuberculides, des lésions des organes génitaux qui simulent le chancre simple.

M. Leredde. Le malade que présente M. Du Castel a en outre de l'angiokératome des doigts. Cette lésion est une autre variété de tuberculide.

M. Hallopeau. Je ne crois pas qu'il faille considérer l'angiokératome comme une tuberculide, car j'ai vu que c'était assez souvent une affection héréditaire.

M. Leredde. Cette remarque ne me paraît pas infirmer l'idée de l'origine tuberculeuse de l'angiokératome, car il y a des cas de lupus érythémateux familial ; j'en connais, et Rona en a publié un exemple.

Nœvus verruqueux à disposition métamérique. — *MM. Gaucher et Crouzon*. Il s'agit d'une petite fille de sept ans dont le nœvus n'a débuté qu'à cinq ans. Le cas nous a paru intéressant, à cause de l'absence de congénitalité. La cause déterminante paraît avoir été l'application d'un révulsif léger. Les éléments se sont développés successivement à l'épaule, au bras et à l'avant-bras, en affectant une disposition zoniforme. Ces éléments ont l'apparence de ceux du nœvus congénital, mais ils ne siègent pas sur le trajet d'un tronc ou sur un territoire nerveux Ils répondent aux dispositions métamériques de Brissaud.

M. Besnier. Il serait impossible de maintenir le nom de nœvus s'il n'y a pas origine congénitale et si l'on doit admettre l'étiologie proposée.

M. Gaucher. Je crois que la révulsion n'a été que la cause accidentelle, qu'il y avait une disposition particulière de la peau sur laquelle elle agissait, et que cette disposition a été la cause véritable du nœvus. Je maintiens en outre le nom de nœvus parce que l'aspect de la lésion est celui du nœvus verruqueux zoniforme.

M. Besnier. Si elle n'est réellement apparue que cinq ans après la naissance, le nom de nœvus ne peut lui convenir, mais il peut se faire qu'elle n'ait pas été constatée dès son début, et qu'il faille pour cela lui conserver ce nom de nœvus. Il y a aussi des nœvi tardifs des vieillards que tout permet de rattacher aux nœvi véritables, mais qui ont dans leur évolution des phases ignorées qui paraissent les en différencier.

Télangiectasies généralisées consécutives à la castration. — *MM. Gaucher et Crouzon.* La femme de vingt-huit ans dont il s'agit est venue nous trouver pour des télangiectasies généralisées consécutives à la castration totale pratiquée sur elle en Mars 1901. C'est en Juillet que les taches se sont manifestées. Nous ne connaissons pas d'observation où cette opération ait eu de telles conséquences. Entre le début de la télangiectasie et la castration, il ne s'est produit aucun des accidents qui surviennent d'ordinaire, sauf la chute des cheveux.

M. Darier. M. Gaucher a le soin de nous avertir que cette observation est unique. Or, étant donné la fréquence relative des télangiectasies et la multiplicité des causes que l'on peut incriminer : scrofule, tuberculose, arthritisme, rhumatisme, etc., nous nous demandons si le cas de M. Gaucher ne doit pas être regardé comme une simple coïncidence.

M. Gaucher. Il est possible qu'il y ait eu coïncidence, mais la marche de l'affection a été analogue à celle que suivent les télangiectasies consécutives à la ménopause. Elle a commencé au visage et s'est ensuite étendue aux membres. Nous n'avons voulu présenter cette malade qu'à titre de fait d'attente.

M. Verchère. Il serait intéressant de savoir si l'utérus et les annexes présentent de graves lésions car c'est surtout dans le cas où ces organes sont enlevés, alors qu'ils sont atteints de lésions peu avancées, que surviennent les accidents les plus accentués.

Prurit simple ou prurit prémycosique. — *M. Balzer*. La femme que nous présentons est atteinte d[e] prurit généralisé et de lésions cutanées variées. Bie[n] qu'elle ne soit âgée que de vingt-six ans, elle a l'apparence d'une femme de cinquante ans. Elle doit ce[t] aspect à l'épaississement de tous les plis du visage dont la peau a perdu sa tonicité normale, est épaissie pigmentée et ridée. Aux bras existent des papule[s] rappelant celles du prurigo, et la malade y présent[e] en outre des lichénifications. Les ganglions de[s] diverses régions des membres sont volumineux. [A] certains moments, il se produit des éruptions d'appa[-]rence ortiée fugace. Sans pouvoir affirmer un diagnos[-]tic, j'ai tendance à croire qu'il s'agit, dans ce cas d'érythrodermie prémycosique.

M. Hallopeau. Les érythrodermies prémycosique[s] ne sont pas d'ordinaire aussi circonscrites ; si, [de] plus, on tient compte de la notion des poussées urti[-]cariennes, il pourra paraître que le diagnostic d'urti[-]caire pigmentée pourrait s'appliquer à ce cas.

M. Balzer. La localisation ne me paraît pas suffi[re] à faire repousser l'idée d'un érythème prémycosiqu[e] car il n'est pas rare d'observer des érythèmes [de] cette nature localisés au visage : nous en avons publ[ié] deux cas déjà. Dans les deux observations l'aspe[ct] vieux de la peau était très accentué, et il était impo[s-]sible de prévoir d'après l'état des lésions au mome[nt] où nous examinions ces malades, dans quel sens [se] produirait l'évolution ultérieure.

M. Brocq. Le diagnostic de mycosis fongoïde ne saurait guère se soutenir, car ces malades prurigineux peuvent du seul fait des grattages et des excoriations réitérées de la peau se mettre en l'état où nous voyons aujourd'hui cette femme. Les érythèmes prémycosiques sont, au point de vue clinique, impossibles à différencier dans les formes légères des accidents que peut causer le prurit prolongé. Nous avons vu ce prurit prémycosique se poursuivre pendant plusieurs années, jusqu'à quinze ans avant qu'il fût possible d'affirmer le diagnostic par l'évolution du mal. Dans le cas de M. Balzer, il y a prurit, lésions d'apparence urticarienne et altérations dues au grattage. Dans cette peau sujette aux congestions réitérées, il n'est pas étonnant que le traumatisme produise les altérations que nous constatons.

M. Besnier. Je m'étonne qu'il ne soit pas ici question de l'étude histologique de la peau. Ne permettrait-elle pas ici le diagnostic précis?

M. Darier. Le diagnostic histologique peut dans la majorité des cas apporter la certitude. Récemment, à La Rochefoucauld, j'ai vu un érythème prémycosique des plus typiques persistant depuis dix ans. Voulant avoir la confirmation du diagnostic j'en fis la biopsie : il n'y avait que des lésions fort différentes; cette constatation me permit d'instituer un traitement beaucoup plus actif que celui que j'avais jusque-là mis en œuvre. La malade fut traitée comme un intertrigo eczématisé, et bientôt elle guérit. Le diagnostic histologique peut donc fournir les renseignements les plus utiles.

Pratique de la radiothérapie. — *MM. Oudin et Béclère*. (M. Oudin lit une communication de laquelle il résulte que l'on peut maintenant calculer et régler l'action des rayons de Rœntgen. Il démontre la nécessité absolue d'agir près des surfaces à traiter, d'agir rapidement avec des ampoules capables d'actions intenses. Il lit à l'appui de cette manière de de faire quelques observations très intéressantes.)

M. Béclère. A propos de la communication de M. Oudin, nous voulons préciser quelques-uns des détails de la technique qui permet d'arriver à coup sûr à l'utilisation rationnelle des rayons de Rœntgen.

Le pouvoir pénétrant de ces rayons est extrêmement varié; les uns ne peuvent, pour ainsi dire, dépasser la surface de la peau, d'autres, au contraire, sont capables de pénétrer plusieurs millimètres de fer. Les rayons sont d'autant plus absorbés qu'ils sont moins pénétrants, aussi sont-ce ces rayons sans pouvoir pénétrant qui produisent le maximum d'effets nocifs. Au contraire, les rayons très pénétrants ne sont pas absorbés et sont, par là, dépourvus d'action thérapeutique. Les rayons moyennement pénétrants sont donc seuls utilisables.

Dans ces derniers temps, on a trouvé en France quelques appareils permettant d'utiliser ces données et de régler la pénétration des rayons.

La pénétration des rayons dépend, en effet, de l'état de raréfaction plus ou moins grand de l'atmosphère de l'ampoule radiante. On a donc construit une ampoule spéciale qu'un dispositif particulier, l'osmo-régulateur de Vidal, permet de régler à volonté quant à son atmosphère intérieure. La régulation s'obtient au moyen d'un tube de platine creux qui est adapté à l'ampoule. Ce tube de platine, chauffé à la lampe à alcool laisse diffuser un peu de l'hydrogène produit par la combustion de la flamme, et la tension de l'atmosphère intérieure du ballon s'accroît. Si cette tension s'élève trop, le dispositif de l'osmo-régulateur permet de rétablir la raréfaction voulue. On peut donc, à volonté, obtenir des ampoules à rayons très peu pénétrants ou très pénétrants.

On peut à volonté, par le même procédé, modifier la résistance de l'ampoule, et il est facile de calculer cette résistance au moyen d'un appareil que nous avons imaginé et dénommé le spentermètre. En intercalant l'appareil dans le circuit, on calcule quelle couche d'air oppose au passage du courant électrique la même résistance que l'ampoule. La longueur de l'étincelle sert de mesure à cette résistance. Or, la pénétration des rayons varie encore avec la résistance de l'ampoule. Il devient donc facile de régler, au moyen de l'osmo-régulateur et du spentermètre la pénétration du rayon.

Enfin M. Bénard, professeur au lycée Henri-IV, en étudiant la pénétrabilité des divers métaux, est arrivé à établir une gamme de rayons que l'on peut comparer aux différents rayons du spectre solaire. Il a construit un petit appareil très simple, qui permet de distinguer aisément la pénétrabilité des rayons qu'émet une ampoule. Cet appareil est fondé sur l'inégale pénétrabilité de l'argent et de l'aluminium, l'argent étant pris comme unité. On arrive ainsi à classer les rayons en douze catégories principales que l'on pourrait numéroter. Il est toujours possible de vérifier extemporanément, au cours d'un traitement, le numéro des rayons auxquels on a affaire.

Le générateur d'électricité le plus favorable est la machine statique.

Dents d'Hutchinson. — *MM. Jeanselme et Giresse*. L'enfant que nous présentons est fils de syphilitique; il a eu six frères, cinq sont morts en bas âge, quatre après avoir souffert de coryza, le cinquième à la suite d'éruptions de pemphigus. La dentition de cet enfant est très remarquable. Les incisives médianes ont en effet l'apparence de la dent d'Hutchinson; or la dent d'Hutchinson est une dent de la seconde dentition, c'est surtout pour la rareté du fait que nous présentons cet enfant.

Il convient de bien préciser ce qu'est la dent d'Hutchinson. Lors de la visite de M. Besnier à l'hôpital Saint-Louis, il y a de longues année, nous avions réuni treize enfants nous paraissant avoir la dent décrite par lui. Or il se trouva que pas un cas ne correspondait exactement au type qu'il avait décrit. La dent d'Hutchinson appartient à la seconde dentition. Elle est caractérisée par la convergence des incisions médianes dont la couronne se rapproche tandis que leur collet s'écarte; par la forme globuleuse de la dent, plus étroite au collet et à l'extrémité qu'au milieu; par l'échancrure du bord libre, échancrure semi-lunaire en coup d'ongle, caractère très important.

E. Lenglet.

ANALYSES

CHIRURGIE

Victor Pauchet. *Rupture spontanée de la vésicule biliaire atteinte de calculose. Laparotomie. Guérison* (*Société médicale de Picardie*, 4 Décembre 1901). — Femme de soixante-dix ans, obèse et porteuse d'une hernie ombilicale. Vomissements, douleurs brusques, arrêt des gaz et matières, météorisme. L'auteur hésite entre péritonite et hernie étranglée. Pour trancher la quesion, il incise cette dernière, et voit sortir un intestin distendu, aminci, coloré en jaune, et nullement étranglé. Cure radicale de la hernie, puis incision parabiliaire verticale. Évacuation de 300 grammes de liquide séro-bilieux; couennes péritonitiques sur l'estomac, le côlon; petite vésicule rétractée contenant deux calculs, et présentant une petite perforation à sa face inférieure. Etant donné les conditions défectueuses où se trouvait l'opérateur, et le désir d'agir vite chez une femme de soixante-dix ans atteinte de péritonite, M. Victor Pauchet se contenta de faire un bon tamponnement sous-hépatique.

L'écoulement de bile dura huit jours. La malade guérit en trois semaines.

L'auteur profite de cette observation pour dire qu'il n'y a pas de traitement médical de la lithiase biliaire; et il se demande pourquoi les médecins continuent à lui appliquer les médicaments internes, alors qu'ils n'hésitent pas un instant à faire lithotritier un calcul vésical, lequel n'est certes pas plus dangereux qu'un calcul biliaire. La cholécystotomie n'est d'ailleurs pas plus grave qu'une taille vésicale.

J. Dumont.

GYNÉCOLOGIE

K. Hense. *Influence de la grossesse et de la ménopause sur les résultats des opérations radicales pour cancer utérin*. (*Zeitsch. für Geburtsh. Gynäkol.*, Bd XLVI, H. 1, p. 69). — Zweifel, le premier, montra l'accroissement rapide du cancer de l'utérus sous l'influence de la grossesse. L'auteur a cherché à vérifier le fait par des documents statistiques. Le terrain est rendu très favorable pendant la grossesse, grâce à l'augmentation en nombre et en volume des vaisseaux lymphatiques et sanguins; le parasite du cancer peut ainsi se développer très rapidement.

La guérison, après opération, ne s'est maintenue dans ces conditions, pendant au moins cinq ans, que dans 24 pour 100 des cas.

Dans l'état puerpéral, le cancer envahit non seulement l'utérus, mais les glandes profondes et le paramétrium. Les femmes attachent d'ailleurs moins d'importance aux symptômes cancéreux pendant la grossesse et consultent tardivement.

Les cas où la guérison s'est le mieux maintenue, ont fait suite à l'hystérectomie vaginale. Aussi, à l'encontre des auteurs français qui considèrent comme perdue la femme enceinte avec cancer utérin, et ne suppriment pas la grossesse, les Allemands interviennent-ils dans l'intérêt de la mère.

A la ménopause, il y a atrophie de l'appareil vasculaire de l'utérus; aussi le terrain est-il moins favorable au développement du cancer utérin. La guérison a été obtenue dans 56,34 pour 100 des cas.

Le pronostic des opérations pour cancer utérin est donc plus favorable à la ménopause que pendant la grossesse.

G. Keim.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Cardarelli. *Sur les neuropathies des extrémités* (*Bolletino delle cliniche*, 1901, Octobre, n° 10, p. 433). — La plupart des auteurs reconnaissent que les altérations tégumentaires des extrémités sont liées à des troubles du système nerveux. A cela on objecte qu'il n'y a pas concordance entre la topographie de la dermatose et le trajet des nerfs qui desservent la région atteinte. Mais cette relation existe-t-elle dans les maladies mêmes qui mettent sûrement en jeu le système nerveux, l'herpès zoster par exemple? Peut-on l'établir au sujet des troubles nerveux consécutifs aux traumas opératoires des racines spinales?

On pourrait encore s'étonner de ce qu'une affection nerveuse ne produise pas de troubles moteurs ou sensitifs. Il est avéré désormais que des affections nerveuses peuvent se manifester uniquement par des troubles trophiques : la maladie de Raynaud, par exemple. Et il semble bien que les troubles trophiques puissent être transmis héréditairement, comme les névroses de la motilité (épilepsie) et celles de la sensibilité (hémicranie). — A l'appui de ce fait l'auteur présente trois malades atteints de dermatoses variées des extrémités (icthyose, psoriasis palmaire) et fait remarquer que tous les membres de la famille de ces trois sujets sont atteints de lésions cutanées; que ces lésions sont symétriques et qu'elles siègent aux pieds et aux mains. Ces trois caractères : *hérédité, symétrie, localisation aux extrémités* indiquent qu'il s'agit de troubles nerveux et qu'il faut les ranger parmi les neuropathies des extrémités que l'auteur divise en plusieurs classes, prenant respectivement pour types : 1° l'engourdissement nocturne des extrémités; 2° la maladie de Raynaud; 3° la sclérodactylie; 4° la maladie de Dupuytren ou rétraction de l'aponévrose palmaire; 5° l'acromégalie ou maladie de Marie; enfin, 6° le panaris de Morvan.

Ces neuropathies des extrémités sont, pour le professeur Cardarelli, d'origine centrale plutôt que périphérique. L'élection aux extrémités reconnaît pour causes : la richesse de l'innervation des mains; les conditions de la circulation; les relations entre les mains et le monde extérieur.

Le diagnostic est des plus utiles; non seulement au point de vue de l'intérêt scientifique, mais surtout dans l'intérêt du malade, qui devra bénéficier du traitement par le *massage* et par les *courants continus*.

Laupts.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 15 *Janvier* 1902, à 1 heure. — M. Bloch : Rhumatismes et dyspepsies; MM. Hayem, Blanchard, Wurtz, Widal. — M. Fourniols : Sérothérapie à dose massive, procédé de M. Lesage; MM. Blanchard, Hayem, Wurtz, Widal. — M. Postina : Etude sur la propagation des abcès profonds de la région hypogastrique; MM. Tillaux, Terrier, Broca (Aug.), Gosset. — M. Van Olden Barneveld : Etude sur la pathogénie et le traitement de la périhépatite et de la pleurésie appendiculaires; MM. Terrier, Tillaux, Broca (Aug.), Gosset. — M. Lebon : Sur les ruptures de la carotide interne dans le sinus caverneux (anévrisme carotido-caverneux); MM. Tillaux, Terrier, Broca (Aug.), Gosset. — M. A. Lévy : Contribution à l'étude des diplégies faciales totales; MM. Joffroy, Netter, Gaucher, Bezançon. — M. Le Gall : Contribution à l'étude des gangrènes cutanées d'origine hystérique; MM. Joffroy, Netter, Gaucher, Bezançon. — M. Bichofsverder : Contribution à l'étude

le l'anatomie pathologique de la syringomyélie ; MM. Joffroy, Netter, Gaucher, Bezançon. — M. Ch. Durand : Traitement des ulcères variqueux par l'incision circonférencielle de la jambe ; MM. Brissaud, Remy, Poirier, Legry. — M. P.-A. Merklen : Contribution à l'étude de l'étiologie de la tachycardie paroxystique ; MM. Brissaud, Remy, Poirier, Legry.

Jeudi 16 *Janvier* 1902, à 1 heure. — M. Hamard : Essai sur la viande et les conserves de viande ; MM. Gautier, Cornil, Méry, Hanriot. — M. Willemin : De la laryngite catarrhale d'origine gastrique ; MM. Cornil, Gautier, Méry, Hanriot. — M. Coigneral : Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire ; MM. Berger, Budin, Marion, Demelin. — M. Sevray : L'ophtalmie purulente des nouveau-nés, sa prophylaxie, son traitement ; résultats obtenus à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine ; MM. Budin, Berger, Marion, Demelin. — M. Renoult : Contribution à l'étude du cereus grandiflora ; MM. Hutinel, Wurtz, Thiroloix, Jauselme. — M. Calamet : Etude clinique de la myocardite typhoïdique chez l'enfant : MM. Hutinel, Wurtz, Thiroloix, Jeanselme. — M. Bacaresse : Considérations étiologiques sur le syndrome de Little ; MM. Hutinel, Wurtz, Thiroloix, Jeanselme.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 *Janvier* 1902. — 2e, Salle Richet : MM. Ch. Richet, Rémy, Broca (André). — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Pasteur : MM. Lannelongue, Walther, Wallich. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Mauclaire, Reclus, Broca (Aug.). — 5e Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Kirmisson, Jalaguier, Gosset. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Teissier, Legry.

Mardi 14 *Janvier* 1902. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Vulpian : MM. Berger, Quénu, Bonnaire. — 4e, Ancien régime : Salle Richet : MM. Brouardel, Proust, Vaquez. — 5e, Chirurgie (Première partie), Charité : MM. Guyon, Le Dentu, Auvray. — 5e (Deuxième partie), (1re série), Charité : MM. Dieulafoy, Achard, Jeanselme. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Raymond, Chantemesse, Dupré.

Mercredi 15 *Janvier* 1902. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Lannelongue, Lepage, Legueu.

Jeudi 16 *Janvier* 1902. — Médecine opératoire, École pratique : MM. Le Dentu, Pozzi, Thiéry. — 2e, Salle Broussais : MM. Mathias-Duval, Gariel, Gley. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Richet : MM. Dieulafoy, Charrin, Rénon.

Vendredi 17 *Janvier* 1902. — 4e, Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Pouchet, Netter, Desgrez. — 5e Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Terrier, Delens, Walther. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Lannelongue, Reclus, Jalaguier. — 5e Necker : MM. Landouzy, Gaucher, Wurtz. — 5e Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 18 *Janvier* 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Launois, Guiart. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Corvisart : MM. Raymond, Hutinel, Achard. — 5e, Chirurgie (Première partie), Beaujon : MM. Pozzi, De Lapersonne, Poirier. — 5e (Deuxième partie), Beaujon ; MM. Proust, Méry, Widal. — 5e Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Potocki, Demelin.

Conseil supérieur de l'Université. — L'assemblée des professeurs de la Faculté a désigné pour la représenter à ce conseil, le professeur Joffroy.

Technique histologique. — MM. Gabriel Delamare et Manouélian feront, au laboratoire du cours d'histologie, à partir du 17 Février, des exercices et démonstrations de technique histologique. — M. G. Delamare : Colorations progressives et régressives, injections, hématologie, etc. M. Manouélian : Métallisation ; méthodes de Fissl, Ehrlich, Weiss.

Les exercices dureront environ trois mois, à raison de deux séances par semaine, de 2 à 4 heures, les lundis et mercredis.

Le montant des droits à acquitter est de 50 francs.

Le nombre des auditeurs est limité à 20. (Microscopes et réactifs leur seront fournis.)

Seront admis, MM. les docteurs et étudiants français et étrangers, immatriculés à la Faculté.

Les bulletins de versement des droits de laboratoire et d'immatriculation seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

NOUVELLES

Paris et Départements

Nomination. — M. Brochin, médecin de la 2e circonscription de la Préfecture de la Seine, démissionnaire, a été nommé médecin honoraire de la Préfecture de la Seine.

Conférences publiques d'internat. — MM. Bauer, Braillon, Devraigne, Digne, Gernez et Laurens, internes des hôpitaux, commenceront des conférences publiques d'internat le samedi 18 Janvier à 2 heures à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau) et les continueront les samedis suivants.

Société de Pédiatrie de Paris. — La prochaine séance aura lieu, le mardi 14 janvier 1902, à 5 heures du soir, à l'hôpital des Enfants malades.

Ordre du jour : M. L. Guinon. Rapport du secrétaire général ; M. Richardière. Rapport du trésorier ; M. Sevestre. Sur un cas de péritonite suppurée ; M. Mauclaire. Ostéomyélite du sternum, avec abcès médiastinal pulsatile. Drainage. Guérison ; M. Nobécourt. Sur le ferment amylolytique chez les nourrices ; MM. Simon et d'Œlsnitz. Un cas de mort subite par hypertrophie du thymus.

Société médicale des hôpitaux de Lyon. — Cette société, qui vient de se fonder, se compose uniquement de membres non élus, mais admis de droit d'après leurs titres et sous la condition d'accepter les statuts de la Société.

Ces membres de droit se partagent en titulaires, associés ou correspondants.

Peuvent être membres *titulaires* : Les médecins des hôpitaux et hospices civils de Lyon nommés au concours ; les professeurs et agrégés de la section de médecine et médecine légale de la Faculté de médecine de Lyon.

Peuvent être membres *associés* : Les professeurs et agrégés des sciences accessoires de la Faculté de médecine de Lyon ; les professeurs de la Faculté des sciences de Lyon ; les professeurs de l'École vétérinaire, titulaires de chaires de clinique médicale ou de sciences s'y rapportant ; les directeur, sous-directeur et répétiteurs de médecine de l'École de santé militaire ; les médecins des asiles d'aliénés nommés au concours.

Peuvent être membres *correspondants* : Les titulaires ou associés, ci-dessus désignés, habitant hors du département du Rhône, les professeurs et agrégés des autres facultés, les professeurs titulaires ou suppléants de médecine des écoles, les professeurs et agrégés du Val-de-Grâce, les médecins des hôpitaux d'autres villes, nommés au concours.

Le bureau de la nouvelle société est composé comme suit : Président, M. le professeur Boudet ; vice-président, M. le professeur Tripier ; secrétaire général, M. le professeur J. Courmont.

Chaque mois, à l'exception de ceux de vacances, la Société doit publier, sous le nom de *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Lyon* un bulletin qui sera envoyé gratuitement à tous ses membres.

Société médicale du littoral méditerranéen. — Cette société, dans sa dernière séance, a procédé au renouvellement de son bureau. Ont été nommés : Président, M. Bourdon (Nice) ; vice-présidents, MM. Barély (Nice), Balestre (Nice) ; Guiter (Cannes), Sardou (Nice) ; secrétaire général, M. Hérard de Bessé (Beaulieu) ; secrétaire, M. Camons (Nice).

Société de médecine et d'hygiène de Cannes. — Dans sa séance du 4 Janvier, cette société a renouvelé son bureau. Ont été nommés : président, M. Hugues Amouretti ; vice-présidents, MM. Chuquet et Verdalle ; secrétaires, MM. Cochot et Tajasque ; trésorier, M. Escarras.

Les enfants du premier âge. — M. Labbé a déposé sur le bureau du Sénat une proposition de loi relative à la santé des enfants du premier âge. Cette proposition a été renvoyée à la commission chargée d'examiner la proposition de loi de M. P. Strauss relative à la protection et à l'assistance des mères et des nourrissons.

Les fraudes dans les examens. — La loi suivante ayant pour but la répression des fraudes dans les examens, vient d'être promulguée :

Art. 1er. — Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'État constitue un délit.

Art. 2. — Quiconque se sera rendu coupable d'un délit de cette nature, notamment en livrant à un tiers ou en communiquant sciemment, avant l'examen ou le concours, à quelqu'une des parties intéressées, le texte ou le sujet de l'épreuve, ou bien en faisant usage de pièces fausses, telles que diplômes, certificats, extraits de naissance ou autres, ou bien en substituant une tierce personne au véritable candidat, sera condamné à un emprisonnement de un mois à trois ans et à une amende de 100 francs à 10.000 francs, ou à l'une de ces peines seulement.

Art. 3. — Les mêmes peines seront prononcées contre les complices du délit.

Art. 4. — L'article 463 du code pénal est applicable aux faits prévus par la présente loi.

Art. 5. — L'action publique ne fait pas obstacle à l'action disciplinaire dans tous les cas où la loi a prévu cette dernière.

Étranger

Un Institut Virchow. — Le gouvernement russe vient de décider de fonder à Moscou un Institut Virchow.

Le mouvement médical dans les Universités autrichiennes. — D'après les statistiques que vient de publier le conseil médical de Vienne, en ces dix dernières années le nombre des étudiants a diminué dans les Universités autrichiennes de 48 pour 100, étant tombé de 5.295 en 1891-1892 à 2.555 en 1900-1901.

Le nombre des diplômes de docteur délivrés en ces mêmes années est tombé de 721 à 603.

L'exercice de la médecine au Transvaal. — Les Anglais viennent de fixer par un décret les conditions de l'exercice de la médecine au Transvaal.

Les praticiens étrangers ne seront autorisés que s'ils peuvent justifier d'un diplôme équivalent à ceux décernés en Angleterre.

HOPITAUX ET HOSPICES

Maternité de l'hôpital Saint-Antoine. — MM. Bar et Tissier commenceront des Conférences de Pratique obstétricale le jeudi 23 Janvier, à 10 heures, dans l'amphithéâtre de la Maternité, et les continueront tous les jeudis à la même heure.

CONCOURS

Internat. — *Anatomie.* — Séance du 7 Janvier : MM. Reulos, 4 ; Violle, 6 ; Klein, 9 ; Nicolas, 6 ; Delille, 10 ; Baudoin, 8 ; Gaudemet, 9 ; Ferry, 9 ; Ribot, 8 ; Lerembourc, 5. — *Absent* : M. Chalmet.

Séance du 9 Janvier : MM. Jacquemin, 11 ; Gros-Deraud, 8 ; Vivet, 8 ; Genevrier, 11 ; Deshayes, 8 ; Labouré, 5 ; Roblès, 3 ; Boisseau, 10 ; Royer, 4 ; Stettiner, 3. — *Absent* : M. Cattier.

Pathologie. — Séance du 8 Janvier : MM. Burgaud (Victor), 7 ; Gillet (René), 6 ; Rigoulet, 6 ; Villaret, 11 ; Jeannel, 11 ; Roussel, 10 ; Chevallier, 9 ; Léenhard, 9 ; Hébert, 12 ; Mlle Maugeret, 10. — *Absents* : MM. Norero, Picquet, Bardou.

Hôpitaux de Lyon. — M. Bérard, agrégé, vient d'être nommé, après concours, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

RENSEIGNEMENTS

Les correspondances postales. — Dans le but de faciliter le classement et, par suite, la prompte remise des correspondances à destination de Paris, l'Administration recommande de nouveau au public d'indiquer sur les adresses, à la suite du mot *Paris*, le numéro de l'arrondissement du domicile du destinataire. Les correspondances adressées à *La Presse Médicale* doivent donc porter la mention : *Presse Médicale*, 3, rue Racine, Paris, VIe.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 5. — Mercredi, 15 Janvier 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN, Professeur agrégé. Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laënnec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé. Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

LA CONSOMMATION DU LAIT

La Ligue pour la défense de la Vie humaine.

Sous le nom de « Ligue de la défense de la Vie humaine » une nouvelle ligue, sorte de Ligue du Bien public, vient d'être fondée. Elle s'est formée à l'instigation d'un de nos journaux quotidiens les plus répandus : *Le Matin*, qui, depuis quelque temps, a pris l'heureuse initiative d'étudier les grandes questions d'hygiène.

L'opinion publique suit, d'ailleurs, avec le plus grand intérêt, ces études : l'Hygiène n'est-elle pas une des données fondamentales de ce vaste problème que constitue la question sociale actuelle ? Aussi ne saurait-on trop insister sur les bienfaisants effets, déjà produits, de la campagne du *Matin* à propos de l'alimentation d'eau potable de la Ville de Paris, sur les effets immédiats de sa campagne actuelle sur l'alimentation par le lait.

Ce n'est pas, en effet, sans une certaine stupéfaction, suivie d'indignation, que les Parisiens ont appris quel lait on leur faisait boire : ce lait, aliment indispensable à l'enfant, nécessaire à nombre de malades et de vieillards, aliment « sacré » pour ainsi dire, et qui, à ce double titre, devrait être à l'abri de toute falsification, de toute dénaturation ! Aussi avec quel empressement tous ses lecteurs, riches et pauvres, grands et petits, à quelque classe de la société qu'ils appartiennent, ont-ils répondu à cet appel du *Matin*, que je crois devoir reproduire :

« Nous proposons de former une Ligue immense, la Ligue de la Défense de la vie humaine, dont chacun pourra faire partie, moyennant une somme minime : un franc, deux francs, trois francs au plus. Nous fixerons plus tard le chiffre. Cette ligue n'aura pas d'autre mission que de prendre en main la défense de ses membres.

Un échantillon quelconque de lait lui sera-t-il apporté par la grande dame qui descend de son coupé ou par l'humble ouvrière qui sera venue de loin, son enfant entre ses bras, l'échantillon sera analysé. S'il est mauvais, fût-il seulement d'un degré au-dessous de la normale, la Ligue poursuivra les coupables, tous les coupables, depuis l' « acrobate » de la voiture jusqu'au riche propriétaire de la ferme; elles les poursuivra non devant la juridiction criminelle, mais devant la juridiction civile, pour les atteindre plus sûrement, pour les frapper à la poche. Elle ira jusqu'au bout, en appel, en cassation s'il le faut. Elle se chargera de tout : démarches, procès, enquêtes, sommations, et elle remettra aux lésés la somme qui leur aura été allouée par les tribunaux du pays. Elle sera la bonne gardienne des tout petits et des tout vieux; elle sera la défenderesse de ce Paris qu'on vole impunément aujourd'hui en l'empoisonnant. »

Paris que l'on vole, Paris que l'on empoisonne! Quelques violents qu'ils paraissent, ces termes n'ont rien d'exagéré.

***

Paris consomme chaque jour 700.000 litres de lait qui proviennent, soit de la campagne, soit de la ville : 200.000 litres sont fournis par les vacheries de la capitale, 500.000 litres par les vacheries de la campagne, répandues alentour, dans un rayon de 100 kilomètres et même plus.

Longtemps le lait provenant des vacheries parisiennes fut regardé comme suspect : les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvaient les vaches laitières, avec le manque d'air et d'espace dans les étables, la tuberculose, dont les vaches étaient consécutivement atteintes, étaient la cause légitime de cette suspicion. Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi : grâce à des mesures d'hygiène spéciale et à une surveillance scientifiquement organisée des étables et des animaux, le lait des vaches parisiennes est exempt de toute infection tuberculeuse. Et il est sans doute le meilleur que nous buvions, car c'est lui que l'on peut le plus difficilement dénaturer.

La raison en est bien simple. A Paris, le contact est direct entre le consommateur et le producteur; celui-ci a tout intérêt à contenter le client, il s'efforce d'éviter ses reproches; et, en fait, une surveillance réelle s'établit du consommateur sur le producteur. Rien de semblable n'existe, au contraire, pour le lait importé à Paris, qui passe par les mains de plusieurs intermédiaires, tous intéressés à frauder pour augmenter leurs bénéfices, et, si nombreux, si bien organisés, qu'il est impossible à l'heure actuelle, d'exercer sur eux une surveillance effective.

C'est à cette surveillance que devra s'employer la « ligue »; aussi n'est-il pas inutile de montrer à ses membres, où et comment se commet la fraude.

***

Dans les pays de pâturages environnant Paris, où l'on fait spécialement l'élevage des vaches laitières, les *récoltants* se réunissent en un certain nombre de groupes qui alimentent des *dépôts*. Ces dépôts reçoivent le lait, le mettent en ces grands pots de fer-blanc que nous connaissons, les scellent, et les expédient par train rapide à Paris. A l'arrivée à Paris, ces pots sont chargés sur des voitures par les *garçons-livreurs* qui, à fond de train de leurs chevaux, les portent au *détaillant*, laitier, crémier ou épicier. C'est à celui-ci que s'adresse l'acheteur.

Du pis de la vache au verre où il sera bu, le lait passe donc par les mains du récoltant, du dépositaire, du livreur, du détaillant : quatre intermédiaires qui ont chacun leur bénéfice à prélever, et qui s'en acquittent assez bien, puisque le cours du lait, qui est à l'achat de 9 à 11 centimes, monte à la vente de 40 centimes à 1 franc. Mais cela ne suffit pas, au bénéfice licite vient s'en ajouter un frauduleux, et cela à tous les étages.

C'est d'abord le *récoltant* qui sait parfaitement que le lait d'une traite n'est pas le même pendant toute la durée de celle-ci et qui a un truc pour livrer au dépôt le lait moins chargé en beurre afin de garder pour l'élevage lucratif de ses veaux le lait plus beurré.

C'est ensuite le *dépositaire*. On lui livre du lait qui marque toujours en moyenne de 42 à 44 grammes de beurre par litre. Or les règlements de police édictés par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine fixent le taux moyen du beurre à 40 grammes; les dépositaires n'hésitent pas à retirer 2 à 4 grammes de beurre par litre, quelquefois plus, car les prélèvements du laboratoire municipal donnent souvent à l'analyse des laits pesant 38 et même 35 seulement.

Puis arrive le *livreur* : c'est lui qui fait les opérations les plus lucratives. Bien que les pots soient scellés et ne doivent être ouverts que par le détaillant, il a, lui aussi, un truc pour faire sauter sceau et couvercle et les remettre en place sans qu'on s'en aperçoive. Il lève donc le couvercle et prélève la crème que les secousses du voyage ont accumulée à la surface du lait; mais cela ne lui suffit pas: grâce à l'intervention d'aides si agiles qu'on les surnomme « les acrobates », pendant ces courses folles de leur voiture que les Parisiens redoutent tant, ils prélèvent une certaine quantité de lait qu'ils remplacent par de l'eau de Seine, faisant ainsi miraculeusement la « multiplication des pots ». A ce métier, ils gagnent des honoraires vraiment satisfaisants : on parle de 10 à 20.000 francs par an ; aussi n'hésitent-ils pas à organiser à leur service une police personnelle pour dépister les agents de la police officielle de la Préfecture.

Dans quel état arrive le lait au *détaillant*? On peut en juger par les prélèvements successifs dont il a été l'objet. Mais si le détaillant ne peut plus rien enlever, il peut ajouter; et il ajoute : quoi ? de l'eau.

C'est ainsi, en fin de compte, que ce n'est plus du lait qu'achète le *consommateur*, mais plutôt ce que l'on a pu judicieusement dénommer de la tisane lactée.

***

Les diverses operations qui précèdent, rompant l'équilibre qui existe normalement entre les parties constituantes du lait, lui enlèvent ainsi en grande partie les qualités intrinsèques qui en font un aliment complet.

Elles produisent la dénaturation de l'aliment, et constituent par conséquent une véritable fraude au même titre que les falsifications par la dextrine ou l'amidon, par la cervelle, etc., parfois employées; comme elles, elles doivent être poursuivies et prohibées.

L'écrémage et le mouillage du lait constituant une fraude, les membres de la Ligue devront s'efforcer de découvrir ceux qui s'y livrent, et de les faire sévèrement condamner. Il faut avouer que ce ne sera pas chose facile; et c'est même là ce qui justifie la formation d'une ligue, qui peut faire sentir son action là où des individualités restent impuissantes.

Un des premiers actes de la Ligue sera, ce me semble, de faire l'éducation du public, en lui apprenant à « connaître » le lait : ce que toute ménagère devrait savoir des qualités d'un aliment de consommation universel. Il n'est pas très difficile en effet, je ne dis pas d'affirmer mais de suspecter qu'un lait a été écrémé et mouillé.

Le lait est-il pur? Il sera généralement d'un blanc mat, opaque, colorant les parois du récipient dans lequel il est recueilli, onctueux au toucher et graissant les doigts, d'une saveur douce et agréable, sans odeur, à moins qu'il ne soit légèrement chauffé, auquel cas il développe une légère odeur *sui generis*, suivant les espèces animales. Il n'est guère besoin d'être grand physicien pour savoir se servir d'un lactodensimètre qui marquera 1,031 à 1,033.

Le lait est-il écrémé et mouillé? Il sera de couleur bleuâtre, de saveur aqueuse, sans onctuosité au toucher et ne graissant pas les doigts; versé dans l'eau goutte à goutte, il s'étalera au lieu de plonger. Enfin, sans être chimiste, n'importe qui pourra faire une expérience des plus simples que recommandent Polin et Labit.

On sait que dans un litre de lait entrent 870 parties d'eau et 130 parties composées par 34 de caséine et albumine, 40 de beurre, 50 de sucre de lait, 6 de sels divers, soit 13 pour 100 d'extraits secs. On n'aura donc qu'à mettre 100 grammes de lait dans une assiette pesée à l'avance qu'on place sur un vase contenant de l'eau maintenue à l'ébullition ; lorsque l'évaporation sera terminée, la différence de poids indiquera la quantité d'extrait sec obtenu ; si elle est inférieure à 13 grammes, c'est que le lait aura été mouillé ou écrémé.

Il est bien entendu que ce ne sont là que des moyens de suspicion et que l'analyse chimique seule peut donner une certitude sans laquelle des poursuites contre les fraudeurs seraient impossibles.

***

Cette question des poursuites à exercer contre les fraudeurs est une de celles dont la Ligue aura aussi à s'occuper tout d'abord.

C'est que notre législation se prête peu à ce genre de poursuites, et qu'il faudra nécessairement modifier la loi, ou établir une jurisprudence autre que celle qui a cours.

Dans la répression d'une fraude alimentaire, enquête, poursuite et jugement doivent être menés rapidement. Cela est possible en Angleterre où un simple particulier peut traduire *directement* devant le juge celui qu'il accuse de l'avoir trompé. Il ne peut en être ainsi en France où le simple particulier est obligé de déposer une plainte au procureur de la République, qui décide s'il doit poursuivre, et, dans ce cas, après enquête, traduit l'accusé devant les juges.

Et dès lors, quelles lenteurs! pendant lesquelles les fraudeurs ont tout le temps de préparer les moyens de se disculper, tout en continuant souvent leur « honorable industrie ».

***

Comme on le voit, par ces quelques exemples, ce n'est pas une tâche légère qu'aura à remplir la nouvelle Ligue. Evidemment son action ne se limitera pas à la surveillance de l'alimentation par le lait, elle étendra cette action à toutes les fraudes qui se pratiquent sur les aliments, et sur tout ce qui est nécessaire à la Vie humaine, comme l'indique son nom.

Les médecins et hygiénistes sont des plus intéressés à la réussite de cette œuvre, aussi ne sommes-nous pas étonnés du grand nombre d'entre eux qui se sont déjà affiliés à la Ligue et nous permettons-nous d'engager nos lecteurs à joindre leurs adhésions à celles de leurs confrères. Et cela d'autant plus volontiers que c'est une Ligue essentiellement populaire, puisque la cotisation sera de deux à trois francs seulement et qu'il est de l'intérêt de tous de la seconder dans son rôle humanitaire et social.

E. DE LAVARENNE.

BIBLIOGRAPHIE

L'albiminurie et son traitement hydrologique. — Étude comparative, par le Dr E. DUHOURCAU, médecin aux eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées), ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, prix Capuron 1900. — Lettre-préface et rapport de M. Albert Robin, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, etc. (*O. Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

La peste bubonique dans la République Argentine et au Paraguay, par les Drs LUIS AGOTE et J. MEDINA, 1 vol. in-8° jésus de 298 pages avec graphiques. (*F. Lajouane*, éditeur, Buenos-Aires.)

LE SÉRUM DE TRUNECEK

Par **Léopold-LÉVI**
Ancien interne lauréat des Hôpitaux.

Je propose de donner le nom de sérum[1] de Trunecek à la solution saline que cet auteur a eu le mérite de préconiser dans le traitement de l'artério-sclérose. Dans son travail, il insistait surtout sur l'atténuation des troubles subjectifs liés à l'état des gros vaisseaux et sur l'amélioration de l'asthme cardiaque[2].

J'ai moi-même appliqué ce sérum minéral au traitement de l'artério-sclérose cérébrale[3] et ai été conduit à l'étudier dans l'otite scléreuse.

Dans des recherches publiées, ou encore[4] inédites, en collaboration avec MM. Bonnier, Pierre Tessier[5], Hallion, Sicard, j'ai essayé de préciser le mode d'action des sérums concentrés et recherché de nouvelles applications de ces solutions à la thérapeutique.

Une observation de M. Marmisse[6], de Bordeaux, a paru récemment. J'aurai, en outre, à faire allusion à des faits de MM. François-Franck, Thiroloix, Goldschmidt (de Strasbourg), Noguès, qui ont bien voulu me mettre au courant des résultats obtenus dans leur pratique personnelle.

La question du sérum, même limitée au traitement de la sclérose artérielle, est loin d'être complètement élucidée. Il est bon de fixer les résultats obtenus, bien que les travaux parus jusqu'alors soient tous récents. Il y a intérêt à montrer ce qu'on peut espérer de cette méthode; mais il ne faut pas craindre non plus de faire œuvre critique, et de mettre en garde contre les exagérations qu'une médication nouvelle peut éveiller tout d'abord. Il est nécessaire d'éviter qu'un engouement thérapeutique n'entraîne, à la suite, une réaction inverse, et qu'un médicament trop prôné d'abord ne risque d'être ensuite injustement abandonné.

* * *

Le sérum de Trunecek est formulé ainsi :

Sulfate de soude. . . .	0,44	centigrammes.
Chlorure de sodium. .	4,92	—
Phosphate de soude. .	0,15	—
Carbonate de soude. .	0,21	—
Sulfate de potasse. . .	0,40	—
Eau distillée	q. s. p. 100 gr.	

Il représente, mais en solution dix fois plus concentrée, un mélange de tous les sels alcalins qui constituent normalement la partie inorganique du sérum sanguin, et dans leurs proportions respectives.

On peut se demander pourquoi Trunecek a fait choix de ces chiffres impossibles à retenir. Je pense en avoir trouvé la raison : ils sont la reproduction des chiffres mêmes de l'analyse du sérum sanguin qu'a faite Hoppe-Seyler[1], avec deux modifications néanmoins.

Le sérum sanguin, d'après le chimiste, contient 0,73 pour 1000 de phosphate de chaux et de magnésie, et il ne renferme pas de sulfate de potasse. C'est, j'imagine, en vertu d'idées théoriques, dont j'ai déjà montré l'inanité, que Trunecek a supprimé ces premiers éléments. Il a en outre ajouté un sel de potasse, alors que le potassium n'existe pas dans le sérum, mais dans le caillot. En somme, sa formule n'est que celle de Hoppe-Seyler modifiée.

Quelques remarques me semblent utiles au point de vue pratique. La solution précédente doit être nécessairement faite avec de l'eau distillée, puis être stérilisée. Mais la stérilisation à l'autoclave demande des précautions, car il peut se produire des précipités cristallins, et l'injection devient alors douloureuse, ou est le point de départ d'une petite induration. Le mieux est de stériliser sur bougie de porcelaine. Quand on veut faire une grande consommation du sérum, comme dans un service ou à une consultation d'hôpital, il est bon d'ajouter à la solution préparée avec de l'eau distillée bouillie, puis refroidie, une substance antiseptique : j'ai donné la préférence à la résorcine que j'ajoute à la dose de 1 gramme par litre.

Trunecek injecte 1 centimètre cube de la solution, puis il recommence les injections tous les quatre ou sept jours, en augmentant de 0 cc. 1 à 0 cc. 5. Parfois il a fait des injections tous les jours et a poussé jusqu'à 5 centimètres cubes et même 7 centimètres cubes.

Il choisit de préférence l'avant-bras comme lieu des piqûres.

J'ai modifié quelque peu sa pratique.

Comme toutes les injections hypodermiques, les diverses parties du corps riches en tissus cellulo-adipeux permettent les injections. Je les fais de préférence, chez l'homme surtout, au niveau de la fesse.

Il m'a semblé qu'il était préférable de les faire superficielles.

Je commence généralement par 2 centimètres cubes, puis augmente de 1 centimètre cube tous les deux jours, et me tiens alors à 5 centimètres cubes, sauf dans les cas où la douleur est forte.

Comme Trunecek, je suis d'avis qu'il faut pousser la solution lentement. En plus, il y a lieu d'enfoncer d'abord l'aiguille, pour voir s'il ne vient pas une goutte de sang, auquel cas on piquerait ailleurs, car cette circonstance favorise la formation de petites indurations.

Les injections se font alternativement à droite et à gauche.

Dans des cas particuliers, j'ai injecté en deux endroits jusqu'à 12 centimètres cubes, et je pense que ces doses peuvent être dépassées, même en les faisant pénétrer sous la peau. Par contre, il peut y avoir intérêt, dans certains cas, à ne pas forcer les doses, certains malades se trouvant mieux de doses légères.

Les malades ressentent parfois une sensation de pincement, de distension, d'engourdissement dans le membre piqué; en général, la douleur ne persiste pas. Marmisse conseille parfois de faire précéder l'injection, pendant quelques minutes, de quelques centigrammes de solution de cocaïne à 2 pour 100. Je ne suis guère de cet avis, l'action de la cocaïne pouvant modifier celle du sérum inorganique.

A côté de la méthode des injections, je place en parallèle celle des lavements, que Marmisse a également utilisés.

J'ai pu jusqu'à présent faire supporter la solution telle quelle jusqu'à la dose de 35 centimètres cubes, sans aucun inconvénient et je mentionnerai plus loin les résultats comparatifs des injections et des lavements. D'ores et déjà je crois qu'il y a intérêt à faire des cures alternantes en utilisant les deux procédés.

Habituellement je pratique dix injections, puis je continue le traitement par des lavements, quitte à revenir plus tard aux injections.

L'action en général est très rapide, mais l'effet de même peut s'épuiser très vite. Aussi est-il bon parfois de cesser la médication pour la reprendre ensuite.

Arrive-t-on aux mêmes succès en donnant le médicament par la bouche? C'est une question que j'étudie en ce moment, mais sur laquelle je ne puis fournir de renseignements suffisants.

* * *

Après avoir exposé la technique, je vais montrer ce que la thérapeutique doit à cette méthode.

Le sérum de Trunecek est applicable à la sclérose des gros vaisseaux, à la sclérose du cœur, à la cachexie artérielle.

Il trouve son indication dans l'artériosclérose cérébrale, dans le rhumatisme chronique.

Tels sont les premiers faits établis, qu'il faut d'abord étudier en détail.

Le premier des quatre faits que rapporte Trunecek concerne un cas d'*anévrisme de la sous-clavière* observé chez un homme de quarante-quatre ans, avec atrophie et parésie du bras droit, dyspnée et palpitations rendant la marche presque impossibte. L'anévrisme avait la forme et le volume d'une châtaigne.

Après trois semaines de médication iodurée, pratiquée sans résultat, le malade reçut une première injection de 1/3 centimètre cube de sérum, puis, dix jours après, 1 centimètre cube. Au bout de quelques heures, il se déclarait débarrassé de sa dyspnée, et des sensations désagréables, notamment des battements, au niveau du cœur. Au bout de sept semaines, dit l'auteur, les pulsations perceptibles au niveau de l'ectasie avait complètement disparu. Les dimensions de la tumeur sont devenues très faibles, après 50 injections, soit en tout 190 centimètres cubes, et l'état général est demeuré satisfaisant, alors que les injections ont été suspendues depuis trois mois.

Je suis heureux de pouvoir mettre en parallèle avec le fait de M. Trunecek un cas comparable au sien, et qui me permettra dans une certaine mesure de faire la cri-

---

1. Le mot de sérum est évidemment détourné de son sens précis, mais on a pris l'habitude de désigner sous les noms de sérums de Hayem, Crocq, Chéron, etc., les solutions salines formulées par ces auteurs. Mais, comme on le verra plus loin, il s'agit presque réellement ici de la composition du sérum normal, et, dans l'espèce, ce terme trouve sa justification.

2. TRUNECEK. — « Traitement de l'artério-sclérose par les injections sous-cutanées de sérum inorganique ». *Semaine médicale*, 1901, 24 Avril, p. 137.

3. LÉOPOLD-LÉVI. — « Traitement de l'artério-sclérose cérébrale par le sérum inorganique ». *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1901, 6 Octobre, p. 949.

4. LÉOPOLD-LÉVI et PIERRE BONNIER. — « Réactions immédiates de l'appareil de l'ouïe sous l'influence des injections de sérum inorganique ». *Soc. de Biol.*, 1901, 14 Décembre.

5. PIERRE TEISSIER et LÉOPOLD-LÉVI. — « Des modifications de la pression artérielle sous l'influence de solutions salines concentrés. » *Soc. de Biol.*, séance du 11 janvier 1902.

6. MARMISSE. — « Cachexie artério-scléreuse traitée par les injections du sérum inorganique ». *Médication martiale*, 1901, Décembre.

1. HOPPE-SEYLER. — *Allgemeine Biologie*, Berlin, 1877, p. 438.

tique de ce dernier. Je le résume à grands traits, comptant présenter la malade ultérieurement dans une Société savante[1].

Il s'agit d'une malade de cinquante-quatre ans, sans antécédents pathologiques ni héréditaires, ni personnels, sauf une bronchite il y a cinq ans, et qui est atteinte d'insuffisance et de rétrécissement aortiques, et en plus d'ectasie de la carotide primitive droite. Au mois d'Octobre dernier, elle présentait, depuis vingt mois, des crises nocturnes de dyspnée avec torsion au creux de l'estomac, et propagation sous forme de crampes douloureuses dans les deux bras. Ces crises étaient de deux sortes. Les unes s'accompagnaient de douleurs atroces, qui la forçaient à pousser des cris, et avaient fait croire à ses voisines, au début, qu'elle accouchait; ces crises pouvaient durer pendant deux heures et demie. Les autres, moins longues, et beaucoup moins douloureuses, la faisaient s'asseoir une demi-heure environ sur son lit. Au moment où je la vis, les crises atroces s'étaient rapprochées, et survenaient jusqu'à trois fois par semaine.

Depuis vingt mois, elle avait été soumise à des médications nombreuses, entre autres au régime lacté absolu pendant deux mois, au mélange iodo-bromuré, au valérianate d'ammoniaque, et jamais depuis le début elle n'avait passé une nuit sans souffrir.

Je la soumets le 20 Octobre au sérum de Trunecek, en injection à la dose de 1 centimètre cube. D'après l'évolution de son mal, elle s'attendait à une crise atroce cette nuit-là. Pour la première fois depuis vingt mois, elle n'a ressenti qu'un faible malaise durant un quart d'heure à une demi-heure. Le lendemain, nouvelle injection de 1 centimètre cube, la crise ne dure que dix minutes environ, et c'est une petite crise. On continue les injections à la dose de 2 centimètres cubes.

Dans la nuit du 22 au 23 Octobre, la malade a eu une crise de cinq minutes environ de durée, et la nuit suivante la malade a pour la première fois depuis vingt mois une nuit sans incident. Dans la journée, à quatre reprises, elle avait monté sans s'arrêter six étages, ce qu'elle n'avait pas fait depuis fort longtemps.

D'après cet exemple, je suis donc le premier à admettre que des phénomènes douloureux, anciens, liés à une affection vasculaire ressemblant plus ou moins à de l'angor pectoris, puissent céder tout d'abord à quelques doses de sérum de Trunecek.

Par contre, dans mon cas, il ne s'est produit aucune modification tant dans l'état des valvules aortiques que de l'ectasie de la carotide. Aussi me demandé-je s'il est réellement possible qu'il se produise des diminutions de volume au niveau des gros vaisseaux, alors que la mensuration y est très difficile, et qu'il n'y a pas de procédé de contrôle rigoureux. Tout au plus une radiographie pourrait-elle à ce sujet donner une certitude. Aussi, considéré-je la question comme en suspens, jusqu'à ce que des faits nouveaux et étudiés par des procédés indiscutables aient été fournis.

1. Les observations nouvelles de ce travail ont été prises pour la plupart dans le service de notre excellent maître M. Mathieu, à la Polyclinique de Henri de Rothschild. Je leur adresse mes bien sincères remerciements.

Le sérum inorganique agit aussi contre la *dyspnée des artério-scléreux*.

Trunecek signale un cas de sclérose artérielle et hypertrophie du cœur chez un vieillard de soixante-quatorze ans, à qui il ne fit que trois injections. La dyspnée s'est amendée dès le début.

Une femme de trente-trois ans, artério-scléreuse et anémique, vit sa dyspnée disparaître complètement et définitivement, après que cette malade eut reçu 5 centimètres cubes de sérum.

Ce qui frappe surtout dans les faits précédents, c'est la petite quantité de sérum injecté.

Je tiens de M. François-Franck qu'il a vu de même la dyspnée céder chez des artério-scléreux, à quelques injections de sérum.

Le savant professeur a bien voulu me communiquer le cas suivant : Mme X..., âgée de cinquante-six ans, artério-scléreuse, émotive, souffre surtout de vertiges et d'oppression, et présente des accès de dyspnée particulièrement marquée dans les périodes où elle urine peu. Elle a usé sans succès de la médication iodurée, et a été soumise pendant deux semaines au traitement par le sérum de Trunecek à doses croissantes de 1 centimètre cube à 2 1/2; au total 8 injections. Sans qu'elle accuse elle-même de changement dans son état respiratoire habituel, voici le fait qui a révélé la modification avantageuse obtenue :

Cette dame habite au cinquième étage et n'a loué son appartement que parce que la maison était munie d'un ascenseur. Cet ascenseur s'était trouvé bloqué quelques semaines avant le début du traitement par le sérum. Elle s'était déclarée alors incapable de rentrer chez elle, et s'était réfugiée chez une amie.

Dans les trois derniers jours de sa nouvelle médication, elle est de nouveau en présence de son ascenseur hors de service. Cette fois, sans se préoccuper, instinctivement, elle gravit ses cinq étages, tout étonnée de se trouver à la porte de son appartement, et n'étant autrement essoufflée qu'il ne convient pour cette montée.

Je pourrais moi-même citer quatre cas où l'oppression a cédé à cette thérapeutique.

Celui d'une malade jeune encore, nerveuse, éprouvant des poussées congestives du côté de la face et des oreilles, et que je traite spécialement pour des bourdonnements d'oreilles et de la surdité. Un des premiers symptômes dont la disparition l'a frappée, dès le début du traitement, c'est un essouflement qu'elle éprouvait lors de la marche. Actuellement, elle peut faire de grandes courses, sans ressentir ce phénomène.

Une infirmière du service de M. Mathieu, que je soigne pour des phénomènes auriculaires, a noté, en même temps que la disparition des bourdonnements, la cessation d'une dyspnée qui lui était habituelle quand elle montait les escaliers.

Un artério-scléreux saturnin à hypertension artérielle, ayant de l'albumine dans l'urine, a vu disparaître à la suite de quelques piqûres, en même temps que des palpitations qu'il ressentait tous les jours, même assis et couché, depuis Février 1901, une oppression qui survenait par crises depuis la même époque.

Une femme de cinquante-quatre ans, syphilitique ancienne, a entre autres phénomènes une oppression qui depuis six à sept ans survient la nuit, dès qu'elle est couchée sur le côté droit ou sur le dos. Des mouvements un peu brusques font apparaître la dyspnée, enfin elle éprouve une grande difficulté à monter deux étages. Deux lavements de sérum, soit 25 centimètres cubes, atténuent d'une façon surprenante tous ces phénomènes.

Marmisse a noté dans son observation la suppression complète de crises angoissantes d'asthme cardiaque.

L'action du sérum se fait également sentir dans la *cachexie artérielle*.

Un individu de cinquante-neuf ans, raconte Trunecek, ancien alcoolique, ayant eu autrefois une attaque d'apoplexie, est pris d'arthrite suppurée du pied, et d'ankylose du genou gauches. Il présente en outre un état de cachexie très prononcée.

Au bout de deux mois, après avoir reçu 16 centimètres cubes de sérum, il avait retrouvé l'appétit et le sommeil; l'état général s'était amélioré; le pied et le genou atteints avaient notablement diminué de volume; plus tard, toutes les fistules du pied se ferment. Après l'injection de 58 centimètres cubes, le malade commença à marcher, le genou et le pied reprirent le volume normal.

L'observation de Marmisse qui se rapproche de la précédente, peut servir de contre-partie.

Il s'agit d'un homme de quatre-vingt-six ans, atteint de cachexie artérioscléreuse à manifestations multiples. En dehors de la cessation de crises d'asthme, de modification de la dyspnée, l'auteur note la disparition de la cyanose, le retour de la chaleur physiologique, le réveil du sommeil, le retour de l'appétit, le progrès dans la force musculaire, le relèvement moral.

Par contre, il ne s'est produit aucune amélioration au niveau d'ulcérations siégeant au pied, contrairement à ce qui s'est passé dans le cas du médecin de Prague.

* * *

Tels sont, commentés par des observations comparatives, les faits publiés par Trunecek. Ils méritaient d'être vérifiés et ont été le point de départ de mes recherches.

C'est à l'*artério-sclérose cérébrale* que je me suis d'abord adressé.

J'ai choisi des malades ayant manifesté leur artério-sclérose sous forme de troubles persistants, offrant en outre des symptômes limités à un côté du corps. Les phénomènes ressentis étaient à la fois sensitifs (paresthésies, fourmillements et engourdissements) et moteurs (parésie plutôt que paralysie, troubles de la démarche, etc.) Les réflexes étant exagérés, la flexion combinée de la cuisse et du tronc était habituelle. La trépidation épileptoïde se rencontrait parfois

Dans deux cas de cette forme d'artério-sclérose cérébrale, hémiplégie sensitivo-motrice à troubles persistants, j'ai noté chez un premier malade chez qui le début des phénomènes remontait à deux ans, à la suite de 20 piqûres, avec injection de 57 centimètres cubes de sérum minéral, la disparition de fourmillements qu'il ressentait à la face et au pied, et la diminution de ceux de la main, l'augmentation de la force musculaire aux membres supérieurs et inférieurs. Le malade, qui ne pouvait faire 50 mètres sans s'asseoir, marche toute la journée.

1. Pour la description de ce type et pour sa signification, je renvoie à mon travail. *Loc. cit.*, p. 950.

Chez le second malade traité parallèlement l'engourdissement du pied a diminué notablement. Il peut marcher indéfiniment, la main est devenue plus habile. L'attention est meilleure. Le malade peut faire des travaux (réchampir, dessiner) auxquels il avait renoncé depuis de nombreux mois.

J'ai établi ensuite que si les phénomènes pathologiques, au lieu d'être déjà anciens, sont assez récents, le résultat sera encore plus satisfaisant.

Dans un troisième cas, en effet, à la suite d'injections se chiffrant à 50 centimètres cubes, je note la disparition de fourmillements, le retour de la force dans la main qui en était privée, la suppression des bourdonnements d'oreille, l'amélioration de la mémoire et de troubles visuels.

Une autre observation m'a permis de montrer l'efficacité du sérum dans les cas où une affection aiguë fait apparaître chez un artérioscléreux des phénomènes de miopragie cérébrale.

* * *

Le sérum de Trunecek n'agit pas seulement sur des phénomènes localisés; il influence heureusement des symptômes plus diffus : vertiges, troubles visuels, bourdonnements d'oreille, céphalée, troubles de la mémoire.

Je ne puis m'étendre ici sur les exemples que j'ai fournis à l'appui de ces faits, et qu'on trouvera dans le mémoire déjà cité. Je ne reviens que sur la disparition complète chez un de mes malades, d'un état de *mal vertigineux* qui durait depuis six mois.

J'avais aussi envisagé l'action du sérum sur les faits d'une hémiplégie au grand complet, précédée d'ictus, liée à l'artériosclérose.

Sans insister sur les cas d'*hémiplégie* récente qui ne sont pas démonstratifs, je rapportais l'histoire d'une femme de cinquante et un ans, atteinte d'hémiplégie gauche incomplète, avec paralysie des mouvements d'élévation des yeux et de la convergence, et qui, soumise au bout de dix mois au traitement par le sérum, marche actuellement sans canne, alors qu'il lui était difficile de sortir de son lit, et impossible de marcher sans aide.

Depuis la publication du mémoire où tous ces faits sont rapportés avec détails, j'ai traité de nouveaux malades répondant au même type morbide. J'en citerai deux en particulier, car ils présentent l'un et l'autre le signe de Babinski qui avait fait défaut chez tous les malades précédents.

Un homme âgé de soixante-six ans, atteint de paralysie pseudo-bulbaire, avec vertiges et tendance à la chute du côté droit, a été amélioré de ses vertiges, de ses phénomènes hémiplégiques, à la suite de vingt injections variant de 2 à 5 centimètres cubes de sérum minéral. Une femme, présentant surtout une monoplégie crurale, avec une grande difficulté de la démarche, recouvra rapidement de la force dans son membre paralysé. J'ai perdu cette malade de vue, ce que je regrette d'autant plus qu'elle était atteinte de glaucome, et avait noté, après quelques piqûres, des modifications favorables, quoique peu accusées, dans la vision.

Je puis, au point de vue de l'artério-sclérose cérébrale, citer aussi les observations de M. Thiroloix et de M. Goldschmidt (de Strasbourg).

M. Thiroloix a donné ses soins à une dame de soixante ans, dont le père est mort à soixante-dix-sept ans d'hémiplégie cérébrale, et qui, elle-même, fut sujette aux migraines et aux épistaxis, de quinze à vingt-cinq ans. Depuis l'âge de quarante-cinq ans, elle a des douleurs articulaires. Elle présente depuis cinquante-trois ans des manifestations d'artériosclérose cérébrale et rénale. Elle se plaint de vertiges, d'amnésie des faits récents. On note en plus, de l'arythmie, de la dyspnée d'effort, un léger œdème; il existe un souffle systolique à l'aorte.

Le sérum de Trunecek est injecté pendant deux mois, à la dose de 2 centimètres cubes par jour.

Tous les phénomènes se sont amendés : la famille est surtout frappée par le retour des facultés psychiques, de la mémoire. Les vertiges ont presque disparu. L'œdème des jambes a cédé et n'a pas reparu. Le mieux se maintient. Il faut noter que ni le lait, ni l'iodure n'avaient donné ce résultat.

L'observation de M. Goldschmidt se rapporte à un homme de soixante-six ans, qui eut en 1895 une légère attaque d'hémiplégie gauche. A la suite de fatigues intellectuelles, surviennent des symptômes de paralysie progressive. Le malade bave dès qu'il veut parler; il a des difficultés de la déglutition. Ses urines sont fréquentes, et il ne peut pas toujours les retenir. La démarche est lente, difficile. Il y a peu de mobilité dans les articulations. On note de la surdité progressive. Les réflexes subsistent. La sensibilité cutanée est intacte.

Après 20 injections sous-cutanées, d'abord de 2 centimètres cubes, puis de 3, de 4, et enfin les 5 dernières de 5 à 6 centimètres cubes, il se trouve bien plus éveillé et plus gai, avale et marche mieux. Il y a plus de souplesse dans les mouvements articulaires, il retient plus facilement ses urines. Mais la salivation reste toujours abondante, et la parole, saccadée, est toujours difficile.

On note, en somme, une amélioration appréciée par le malade et son entourage.

L'artériosclérose cérébrale, tant dans ses manifestations localisées que diffuses, bénéficie donc du traitement par le sérum concentré.

Il est important de bien mettre en lumière que, par contre, s'il existe tous les signes d'un foyer destructeur, la médication n'amènera aucune modification. Pour m'en convaincre, j'ai soumis, en effet, aux piqûres, un malade jeune, aphasique total depuis quatre ans. Les injections, continuées pendant deux mois, ne furent suivies d'aucun changement dans l'état du malade.

La médication sera de même impuissante dans les cas où une hémiplégie sera consécutive à un foyer nécrotique, lié à une embolie cardiaque; en voici la preuve :

Une jeune femme, d'une trentaine d'années, atteinte d'une maladie mitrale, présentant une hémiplégie droite sans contracture bien accentuée, sans signe de Babinski ni trépidation épiploïde, n'a, sauf une légère amélioration de la force, tiré aucun bénéfice de 9 injections de 1 à 3 centimètres cubes faites neuf jours de suite.

Il est donc important, pour obtenir un résultat favorable, de bien choisir les sujets à traiter, de n'entreprendre la médication qu'après un examen complet. C'est, en ce qui concerne la paralysie, dans les formes où l'hémiplégie s'est établie sans ictus, et où les phénomènes sensitifs égalent ou dépassent les phénomènes moteurs, qu'on peut, presque à coup sûr, prévoir, sinon la guérison, du moins une amélioration notable, et d'autant plus marquée, que les manifestations morbides sont plus récentes.

Le sérum me paraît avoir une nouvelle application formelle et efficace dans l'*otite scléreuse*.

La disparition des bourdonnements d'oreille chez une de mes malades (obs. III de mon premier travail), la suppression d'un état de mal vertigineux (obs. I du même mémoire) chez un second, l'amélioration de l'acuité auditive que je notais chez un troisième atteint d'insuffisance aortique, d'albuminurie, ayant de la rétraction de l'aponévrose palmaire, etc., m'ont conduit à traiter systématiquement par cette médication les symptômes de l'otite scléreuse.

Vingt-deux malades ont été mis en traitement. Tous ces cas feront l'objet d'une publication spéciale en collaboration avec M. Bonnier, alors que le temps nous aura permis de nous assurer de la persistance de l'amélioration.

Dans 14 cas existaient des phénomènes de surdité à des degrés plus ou moins accusés : l'un de nos malades n'entendait pas, monté sur sa chaise, le tic-tac de son coucou ; à un autre, il fallait crier contre l'oreille, etc. Cinq avaient des bourdonnements sans surdité ; sept ont à la fois de la surdité et des bourdonnements.

On peut dire que sauf de rares exceptions l'amélioration a été obtenue dans tous les cas.

En ce qui concerne les bourdonnements, ils disparaissent progressivement d'habitude.

L'amélioration de la surdité, parfois si rapide, qu'à la suite de la première injection, le malade perçoit des bruits qui lui échappaient depuis nombre d'années, varie avec l'âge du malade, la durée de la surdité, et, je le dirai plus loin, l'élasticité de ses artères.

Quand il existe à la fois des bourdonnements et de la surdité, les bourdonnements cèdent d'abord, avant que l'acuité auditive augmente d'une façon notable ; au moins c'est de cette façon que le malade est impressionné.

Dans les observations de MM. Thiroloix et Goldschmidt, l'amélioration de la surdité est de même notée.

Il y a donc là toute une série de faits qui, malgré leur diversité clinique, entrent tous dans le même cadre nosographique, et dont le substratum anatomique est essentiellement la sclérose des vaisseaux.

* * *

Dans un prochain article, j'étudierai le mode d'action du sérum dans l'artério-sclérose, ce qui me conduira à envisager son emploi dans d'autres états morbides (rhumatisme, affections nerveuses); j'étudierai, d'après les mécanismes invoqués, ce qu'on peut attendre de cette médication, en particulier dans les états congestifs; je comparerai enfin le sérum de Trunecek aux autres sérums concentrés artificiels et naturels.

LA BACTÉRIOTHÉRAPIE DE LA TUBERCULOSE

D'APRÈS LA

NOUVELLE MÉTHODE DU PROFESSEUR KOCH

Par R. ROMME

M. le professeur Koch vient de nous offrir un nouveau traitement de la tuberculose. Il faut lui rendre cette justice qu'il est moins affirmatif, moins précis cette fois que dans les deux circonstances que personne n'a encore oubliées. Du reste, il ne s'agit plus de tuberculines proprement dites, mais d'une véritable bactériothérapie de la phtisie. La nouvelle méthode nous est présentée sous le couvert de l'agglutination qu'elle prend pour base, et cet hommage rendu à la sagacité des savants qui s'appellent Arloing et Courmont n'est pas fait pour nous déplaire. L'avenir se prononcera sur la nouvelle thérapeutique que nous prône M. Koch. Pour le moment, il nous suffira de résumer ici les trois points qui nous ont paru particulièrement intéressants dans son mémoire.

* * *

Le premier point a trait à la technique même de la recherche de l'agglutination. M. Koch trouve que la façon de faire de MM. Arloing et Courmont laisse à désirer. Pour mettre bien en évidence le phénomène de l'agglutination, il conseille donc d'employer les cultures tuberculeuses traitées par l'un des deux procédés que voici.

Dans le premier, on cueille le voile d'une culture tuberculeuse sur milieu liquide. Pour débarrasser ce voile du liquide qui l'imbibe, on le comprime entre deux feuilles de papier buvard, et, ceci étant fait, on en prend 20 centigrammes environ qu'on triture dans un mortier d'agate avec quelques gouttes d'une solution de soude. Après cette trituration, qui doit être continuée pendant un quart d'heure environ, on centrifuge la masse et on prend la partie liquide à laquelle on ajoute, pour la neutraliser, de l'acide chlorhydrique, puis, pour la diluer, de l'eau contenant 0,5 pour 100 d'acide phénique et 0,85 pour 100 de chlorure de sodium. C'est ce liquide, dans lequel les bacilles tuberculeux sont uniformément distribués, qui sert à la recherche du phénomène de l'agglutination.

Dans le second procédé, la réaction est préparée d'une façon analogue, mais avec des bacilles desséchés dont 10 centigrammes sont triturés dans une proportion de 1 pour 100 avec une solution chloro-phéniquée, et centrifugés ensuite. La partie liquide est alors additionnée de la solution chloro-phéniquée dans une proportion de 1 pour 1.000. Cette solution peut se conserver pendant quinze jours sur une glacière. Avant de s'en servir on la délaie encore dans dix parties de la solution chloro-phéniquée.

* * *

C'est avec ce liquide-témoin que M. Koch a étudié le pouvoir d'agglutination des animaux. Comme MM. Arloing et Courmont, il a pu alors constater que lorsqu'on immunise les animaux au moyen des cultures tuberculeuses vivantes ou stérilisées, le pouvoir agglutinant de leur sérum augmente. Ainsi, chez les chèvres neuves, le sérum n'agglutine les bacilles tuberculeux qu'à 1 pour 25. Chez les chèvres traitées par les inoculations tuberculeuses, l'agglutination se produit déjà quand le sérum est employé dans une proportion de 1 pour 100, de 1 pour 1.000 et même de 1 pour 1.500. Cette augmentation du pourvoir agglutinant, qui, comme nous venons de le dire, peut être obtenue chez tous les animaux (lapin, mouton, cheval), ne se manifeste que plusieurs jours après l'injection; elle atteint son maximum au bout de huit à dix jours et diminue ensuite progressivement.

Au cours de ces recherches, M. Koch a trouvé un fait fort curieux que voici. Un sérum devenu fortement agglutinant par l'injection des cultures tuberculeuses, agglutinait en même temps tous les bacilles acidophiles, voisins du bacille tuberculeux. Ce fait a été constaté pour le bacille de la perlèche, pour le bacille de la tuberculose aviaire, pour le bacille de la tuberculose des poissons, pour le bacille que l'on trouve dans le beurre, pour le bacille du foin de Moeller. Inversement les animaux inoculés avec un de ces bacilles acidophiles, fournissaient un sérum qui agglutinait fortement le bacille de la tuberculose humaine. Par contre aucun de ces sérums fortement agglutinants, n'agglutinait les bacilles pathogènes d'une autre espèce : bacille diphtérique, bacille typhique, bacille pesteux, etc., etc.

* * *

L'agglutination est généralement considérée comme un phénomène d'infection et non comme un phénomène d'immunisation. M. Koch est d'un avis contraire bien qu'il ne se prononce pas sur ce point d'une façon très nette. « D'une façon générale et d'après les expériences qui ont été faites, écrit M. Koch, on peut admettre qu'il existe un certain rapport, du moins au début de l'immunisation, entre la valeur du pouvoir agglutinant et l'immunité, si bien que le pouvoir agglutinant peut être considérée comme la mesure du degré de l'immunité. »

M. Koch a donc essayé tout d'abord de traiter les tuberculeux par les injections de sérum fortement agglutinant, de sérum qui agglutinait encore à 1 pour 1.000. Les résultats n'ont pas été satisfaisants, et cet échec, M. Koch l'attribue non à la méthode, mais à ce que le pouvoir d'agglutination n'était pas encore suffisamment élevé.

Mais tenant toujours à son idée qu'agglutination veut dire immunité, M. Koch n'hésita pas à élever le pouvoir agglutinant du sérum des tuberculeux en procédant de la même façon que chez les animaux, c'est-à-dire en leur injectant sous la peau des cultures tuberculeuses pulvérisées. Celles-ci étaient incorporées préalablement dans 100 parties d'eau et additionnées d'une quantité égale de glycérine[1]. Le dosage est fait de telle façon qu'un centimètre cube de mélange contient 5 milligrammes de cultures pulvérisées.

Pour obtenir une augmentation appréciable du pouvoir agglutinant du sérum, il faut augmenter progressivement la dose. Et c'est ainsi que chez quelques-uns des 74 tuberculeux traités de cette façon, M. Koch est allé jusqu'à injecter 20 milligrammes de cultures tuberculeuses desséchées. Malgré cette dose élevée de matière tuberculeuse, quelques-uns de ces tuberculeux n'ont pourtant pas présenté l'augmentation désirée du pouvoir agglutinant de leur sérum. M. Koch a alors atteint ce résultat chez les phtisiques rebelles en leur injectant, *dans les veines*, 5 à 10 milligrammes de l'ancienne tuberculine TO.

Les résultats au point de vue de l'*agglutination* ont été les suivants :

Chez 14 tuberculeux qui n'agglutinaient pas ou n'agglutinaient qu'à 1 pour 10, le pouvoir agglutinant monta à 1 pour 25. Chez 28 autres ce pouvoir fut amené à 1 pour 50, chez 9 à 1 pour 75, chez 10 à 1 pour 100, chez 6 à 1 pour 150, chez 3 à une valeur oscillant entre 1 pour 200 et 1 pour 300. Enfin chez 9 on n'a jamais pu obtenir la moindre augmentation du pouvoir agglutinant.

Quant aux résultats thérapeutiques de ce traitement, M. Koch ne s'y arrête pas très longuement. Il nous dit seulement que chez les tuberculeux de premier degré, la fièvre disparaît, la toux cesse, l'expectoration diminue ou se tarit, et, dans ces conditions, on n'observe plus de bacilles tuberculeux dans les crachats. Cette amélioration, qui s'obtient au bout de six mois de traitement, fait défaut chez les tuberculeux avancés.

* * *

Les faits *scientifiques* qu'avance M. Koch seront contrôlés, *dans une certaine mesure seulement*, par des cliniciens soucieux du sort de leurs malades. Mais il y a certainement matière à réflexion pour ceux qui derrière le savant aiment à deviner et à déchiffrer l'homme.

1. Robert Koch. — « Ueber die Agglutination der Tuberkelbacillen und über die Verwerthung diser Agglutination ». *Deut. med. Wochenschr.*, 1901, n° 48, p. 822.

1. Dans une note, M. Koch nous dit que ce liquide se trouve tout préparé dans la maison X, la même qui fabrique la « nouvelle tuberculine ».

PRÉSENCE CONSTANTE

DU BACILLE D'ÉBERTH

DANS LE SANG DES TYPHOIDIQUES

Par BUSQUET

Médecin-major de 2e classe

Chargé du laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire du Dey d'Alger.

Dans un mémoire adressé à la *Revue de médecine* en Mai 1901, sur la Pneumo-typhoïde (mémoire dont la publication a été retardée pour des motifs indépendants de notre volonté), nous affirmions la présence *constante* du bacille d'Eberth dans le sang des malades atteints de dothiénentérie, *au moins pendant les périodes d'état et d'infection* de la maladie. Chez 21 malades atteints de fièvre typhoïde, il nous avait été possible 21 fois de déceler l'existence du bacille d'Eberth dans le sang de la circulation générale. Depuis lors, nous avons continué ces recherches, et le nombre total des dothiénentériques examinés (y compris ceux de notre première série) est actuellement de 83. Dans tous les cas, nous avons isolé le bacille d'Eberth du sang puisé par ponction dans une veine du pli du coude.

La technique utilisée pour nos recherches a été la suivante : 200 à 250 centimètres cubes de bouillon peptonisé, préparé suivant les formules classiques, étaient versés dans chacun des récipients (fioles de Gayon, matras Pasteur, etc.), et stérilisé, puis essayés à l'étuve à 37° pendant quarante-huit heures.

Le sang était puisé directement dans une veine du pli du coude (le plus généralement la médiane basilique), à l'aide d'une seringue stérilisée à 120° pendant dix minutes au moins (celle de Straus, ou celle de Debove), et munie d'une aiguille en platine iridié. Cette aiguille était rougie à la lampe à alcool et enfoncée rouge à travers les tissus afin d'éviter les souillures banales de la peau. La quantité de sang recueillie était de 1 à 5 centimètres cubes.

Aussitôt le prélèvement effectué, l'aiguille était enlevée, le sang était aspiré dans une pipette stérilisée, puis réparti dans chaque ballon à raison d'une ou deux gouttes par récipient (Ces opérations demandent à être pratiquées très rapidement, afin d'éviter la souillure des ballons par les germes de l'air). 20 ou 30 ballons étaient ainsi ensemencés, et placés ensuite à l'étuve à 37°.

Dans les 5/6es des cas, nous avons vu, déjà après vingt-quatre heures, le bouillon se troubler dans un ou plusieurs ballons. Dans 1/6e des cas le résultat était négatif; une autre série d'ensemencements après prise nouvelle de sang était alors effectuée. Plusieurs fois il nous a fallu recommencer 2,3 et même 4 séries d'ensemencements, pour obtenir des cultures du bacille d'Eberth.

Nos résultats, à ce point de vue, peuvent se classer ainsi :

1 cas, résultat positif à la 4e prise de sang ;
1 cas, résultat positif à la 3e prise de sang ;
6 cas, résultat positif à la 2e prise de sang ;
30 cas, résultat positif à la 1re prise de sang.

Le liquide trouble des ballons était examiné, reporté sur divers milieux ; les espèces isolées

étaient vérifiées sur boites de Pétri, et identifiées à l'aide de leurs caractères culturaux ou expérimentaux particuliers.

Le plus souvent, le bacille d'Eberth existe seul dans le sang (26 fois sur 28), mais dans certains cas, en particulier dans les formes graves ou prolongées de la fièvre typhoïde, on peut isoler d'autres agents pathogènes.

Nous avons trouvé les associations suivantes :

3 fois le pneumocoque et le bacille d'Eberth (pneumo-typhoïde);

1 fois le streptocoque et le bacille d'Eberth, (fièvre typhoïde à forme bilieuse);

3 fois le streptocoque et le bacille d'Eberth, (fièvres typhoïdes graves);

3 fois le staphylocoque pyogène doré et le bacille d'Eberth (fièvres typhoïdes de moyenne gravité, mais de longue durée) ;

1 fois un diplocoque indéterminé et le bacille d'Eberth (fièvre typhoïde à forme irrégulière).

Fréquemment le bacille d'Eberth n'a pas de forme typique, normale. Il évolue dans les premières cultures sous l'aspect d'un diplo-bacille plus ou moins court, identique à celui que M. Vincent a signalé, dès 1890, dans les bouillons phéniqués; cependant, il est en général plus mobile que ce dernier. Comme lui, d'ailleurs, il prend, par ensemencement sur nouveau bouillon, sa forme caractéristique normale.

Si la quantité de sang ensemencée primitivement est de quelques gouttes, il se dépose dans le fond du ballon de nombreux agglutinats broussailleux du bacille, sous forme d'une poussière fine et blanche.

En général, il faut multiplier les ensemencements, car le sang n'est pas un milieu de culture où puisse se développer et se répartir d'une façon homogène le bacille d'Eberth. Il s'y trouve déversé continuellement au niveau des organes atteints, et est charié dans ce liquide en mouvement, qui, par son sérum, agit sur lui d'une manière plus ou moins nocive pendant le transport. Il est très vraisemblable que l'on doit admettre qu'il est détruit ensuite, soit directement dans le sang, soit dans les divers organes.

Les périodes de l'affection pendant lesquelles nous avons pu isoler le bacille d'Eberth du sang de la circulation générale, sont : le 1er septénaire, 18 fois; le 2e septénaire, 15 fois; le 3e septénaire, 5 fois.

La présence du bacille d'Eberth dans le sang de la circulation générale nous semble donc constante, au moins pendant les périodes d'infection et d'état de la fièvre typhoïde.

MÉDECINE PRATIQUE

SUR LES MALADIES DU CŒUR DANS LE COURS DE LA SYPHILIS ET DE LA GONORRHÉE

Le but principal de cette étude sera de présenter ces diverses manifestations pathologiques sous leur aspect clinique le plus habituel; l'anatomie pathologique interviendra seulement lorsque elle sera nécessaire pour différencier des formes voisines de ces affections.

Pour ce qui est de la syphilis, les maladies de cœur, survenant dans le cours d'une syphilis acquise, seules seront passées en revue; nous ne nous occuperons pas de celles qui se manifestent dans la syphilis héréditaire.

Autrefois, on rapportait à l'action toxique du mercure les localisations syphilitiques du cœur. Ricord, le premier (1845), démontra par l'autopsie la syphilis du myocarde et de ses cavités, et, depuis lors, de nombreux auteurs se sont occupés de cette question si intéressante.

La syphilis du cœur compte heureusement parmi les manifestations organiques rares de l'infection; et, cependant, elle est plus fréquente qu'on ne le pense d'ordinaire. C'est que la lésion passe souvent inaperçue ou n'est pas bien diagnostiquée. Elle se déclare généralement entre trente et quarante ans, et se produit six ou dix ans après l'accident primitif. Il est tout à fait exceptionnel de l'observer plus tôt. Telle est, d'ailleurs, l'opinion admise; mais Rosenthal, un syphiligraphe distingué, l'a déjà vue apparaître au bout de deux ou quatre ans. Cependant, elle rentre plutôt dans les manifestations tertiaires. Fournier signale déjà des irrégularités cardiaques dans les premiers temps de l'infection, c'est-à-dire pendant la roséole ou pendant les accidents secondaires.

Avec les phénomènes généraux qui accompagnent souvent l'exanthème, douleurs dans la tête, les membres, les articulations, fièvre, on note alors une augmentation du pouls, des accès de palpitations, avec un peu d'arythmie et un souffle systolique passager. Ces troubles sont considérés à cette période comme purement fonctionnels, sans lésion anatomique. Le cœur souffre des troubles de nutrition qui envahissent l'organisme à cette période; il est moins bien nourri et ne peut plus effectuer convenablement son travail. En outre, les toxines syphilitiques ont envahi la circulation et agissent sur le myocarde, l'endocarde et les ganglions du cœur. Tous ces phénomènes ne tardent pas à disparaître avec un traitement approprié.

Les premières altérations anatomiques, qu'on observe dans la suite, portent sur le myocarde; le péricarde et l'endocarde ne sont envahis que secondairement.

La syphilis revêt, d'ailleurs, ses deux formes anatomiques ordinaires : la forme gommeuse ou de néoformation, et la forme interstitielle ou fibreuse. On peut encore citer la forme vasculaire, car, dans toute affection syphilitique du cœur, ce sont les vaisseaux qui sont les premiers atteints. Il est quelquefois difficile de distinguer la myocardite gommeuse de la forme interstitielle, car elles coexistent souvent. L'autopsie nous montre aussi que toutes les parties du cœur sont souvent atteintes simultanément, alors que le malade ne présente que le complexus symptomatique d'une myocardite chronique.

La myocardite gommeuse siège de préférence dans la paroi ventriculaire; les gommes ont la grosseur d'une lentille, d'un haricot ou d'un œuf de pigeon; elles siègent, soit dans le milieu de la paroi, soit sous l'endocarde, soit sous le péricarde; elles peuvent alors occasionner une endocardite ou une péricardite fibreuses. Leur évolution présente, soit la guérison avec une cicatrice, soit la dégénérescence graisseuse ou caséeuse, quelquefois calcaire. Quand la gomme régresse ainsi, elle s'entoure d'une capsule fibreuse; très rarement il se produit un abcès, s'ouvrant dans la cavité cardiaque avec anévrisme aigu consécutif. Comme conséquences des gommes, on note des thromboses ou la formation d'anévrismes chroniques par usure de la paroi.

Virchow a particulièrement étudié la myocardite interstitielle ou fibreuse; il semble qu'une endartérite spécifique constitue le premier stade de l'affection; autour des petits vaisseaux se forme une infiltration qui entrave la nutrition des faisceaux musculaires, puis les détruit peu à peu. Il en résulte des colonnes fibreuses qui se développent dans tout le muscle; d'où consécutivement la possibilité de péricardite ou d'endocardite fibreuses, ou d'anévrismes. Si la sclérose gagne les muscles papillaires, on observe des troubles fonctionnels (sténose, insuffisance).

Uracek nie absolument la possibilité d'une endocardite valvulaire, constituée par des nodules jaunâtres ou blanchâtres, avec épaississement des valvules. Cette forme n'est pas connue en clinique. La péricardite isolée est très rare.

On connaît, en fait d'affection vasculaire isolée, la coronarite; celle-ci peut avoir comme conséquence l'inflammation du tissu conjonctif interstitiel, d'où quelquefois une hypertrophie du cœur.

Il est encore une affection cardiaque se traduisant par de l'arythmie, des palpitations et de la dyspnée, sans symptômes objectifs importants : c'est l'angine de poitrine syphilitique de Hallopeau; il s'agirait, en pareil cas, d'une altération des ganglions nerveux intra-cardiaques.

Disons enfin qu'on peut encore observer des symptômes cardiaques dans la syphilis du système nerveux central.

Les causes prédisposantes des affections du cœur dans la syphilis sont toutes celles qui augmentent le travail de l'organe ou altèrent sa nutrition. Nous citerons l'alcool, les lésions antérieures des valvules, des reins, des artères (artério-sclérose de l'âge mur), le diabète, l'abus du tabac, la fatigue exagérée, soit du corps, soit du cœur (cette dernière cause expliquerait, d'après Rosenthal, pourquoi les hommes seraient, plus souvent que les femmes, atteints par la syphilis du cœur). Enfin, un syphilitique qui n'aura suivi aucun traitement, ou bien aura été insuffisamment traité, contractera plus facilement des manifestations cardiaques. Cela s'observe surtout dans les syphilis tardivement malignes.

La myocardite spécifique n'a pas de symptomatologie spéciale. Les symptômes varient suivant les lésions, et, comme celles-ci sont très diverses, il en est de même des signes de la myocardite. Souvent la syphilis du cœur évolue d'une façon latente et silencieuse; et il n'est pas rare de voir la mort subite servir de dénouement à une myocardite chronique. Elle survient souvent sans prodromes, au milieu du sommeil comme au milieu du travail, alors que le malade avait tous les signes extérieurs d'une santé florissante. D'autres fois, elle est précédée de troubles cardiaques alarmants.

Voici quels sont les symptômes prémonitoires présentés par la plupart des malades : douleur et oppression au creux épigastrique, sensation de faiblesse, d'angoisse, accélération du pouls, constriction thoracique. Ces symptômes s'aggravent peu à peu; il se produit des crises de palpitations et de dyspnée à l'occasion de mouvements rapides; le malade éprouve des vertiges, de la céphalée, du catarrhe bronchique. On constate un pouls faible, petit, irrégulier, intermittent. Les bruits du cœur sont faibles, le deuxième bruit pulmonaire quelquefois éclatant. Les autres symptômes qu'on peut constater varient avec l'état du myocarde, le degré de la maladie, l'état des valvules. Quand les lésions cardiaques sont accentuées, elles se répercutent sur les autres organes : cyanose, phénomènes de stase dans le système cave, congestions hépatique, splénique, rénale (albuminurie); thromboses et embolies, particulièrement dans le cerveau et dans les poumons. On peut dire que lorsque le ventricule droit est atteint, il se produit une dyspnée continue; la tachycardie avec accès d'angine de poitrine, crises épileptiformes, indique plutôt une lésion gommeuse du ventricule gauche. On note des accès de palpitations et de dyspnée, qui surviennent sans motifs dans la première moitié de la nuit.

Tous les symptômes précédents réunis sont les signes d'une insuffisance du myocarde, et pourtant on ne trouve pas de dilatation réelle ; l'auscultation permet, dans quelques cas rares, d'entendre un souffle. Ceci est vrai pour les cas légers. Dans les cas graves, au contraire, on relève les signes d'auscultation les plus variés.

Bref, chez un syphilitique, il faudra prêter la plus grande attention à toutes les plaintes du malade, afin de l'ausculter sérieusement et de pouvoir surveiller attentivement son cœur.

De tout ce qui précède, on peut conclure qu'il est très difficile de poser le diagnostic de myocardite syphilitique ; souvent on ne peut affirmer l'existence de cette affection qu'en se basant sur la coexistence de la syphilis et de troubles cardiaques, et encore sera-t-on embarrassé si le malade présente aussi de l'artério-sclérose et de l'alcoolisme. Néanmoins, on pourra vérifier son dia-

gnostic, en ce sens que les manifestations cardiaques de la syphilis sont les seules qui soient favorablement influencées par un traitement spécifique (mercure et iode).

Le pronostic de l'affection dépend de la gravité et de l'âge des lésions au moment où l'on institue le traitement. La médication peut amener la résorption de l'inflammation interstitielle et gommeuse ; elle n'agit plus quand il y a transformation fibreuse ou altération valvulaire.

Contre la syphilis du cœur, on instituera d'abord le traitement ordinaire des maladies du cœur : digitale, caféine, strophantus, repos au lit, vessie de glace, etc. Mais devra-t-on employer le mercure quand le myocarde est affaibli et l'organisme anémié ? Oui, mais il faudra agir très prudemment, et bien surveiller son malade. Les frictions pourront être employées aussi bien que les injections; le choix de l'une ou de l'autre thérapeutique variera suivant l'état du malade. En tout cas, il sera bon d'agir énergiquement pour obtenir un résultat favorable.

On pourra allier l'iode au mercure ; mais on écartera l'iodure de potassium, à cause de son action nocive sur le cœur. Rosenthal préconise l'usage interne de teinture d'iode ; le médicament est en général bien supporté par l'estomac, et n'a aucune action fâcheuse. On commence par donner 5 à 10 gouttes trois fois par jour, et on augmente progressivement jusqu'à 30 gouttes, trois fois par jour. On la mélange à la bière, ou à l'eau additionnée de traces de cognac. On peut encore donner l'iodipine (solution d'iode dans l'huile) en injections sous-cutanées quand l'iode ne peut être administré ni par la bouche ni par le rectum. On emploie d'abord une solution à 10 pour 100, puis à 25 pour 100; on en injecte 10 grammes par seringue à large canule ; le médicament doit être légèrement chaud. L'injection est peu douloureuse et amène rarement des infiltrations. L'iodipine est difficilement donnée à l'intérieur, en raison de son goût huileux, que les malades acceptent mal.

*
* *

Arrivons aux affections du cœur observées dans le cours de la *gonorrhée*.

Tandis que dans la syphilis c'est le myocarde qui est pris le premier, dans la gonorrhée c'est l'endocarde qui est le premier atteint ; le myocarde ne devient malade que dans certaines circonstances. L'endocardite se manifeste ordinairement de la quatrième à la sixième semaine après l'infection ; il faut, en effet, paraît-il, que l'infection gagne l'urètre postérieur pour que le gonocoque puisse pénétrer dans la circulation. Dans l'endocardite on trouve du gonocoque, et aussi d'autres bactéries, auxquelles celui-ci a pu vraisemblablement ouvrir une porte d'entrée. Le gonocoque se localise volontiers aux valvules, de préférence sur la valvule aortique et sur la valvule mitrale. Il se forme des végétations petites, molles, irrégulières, qui prolifèrent et peuvent amener de véritables perforations ; ces végétations se laissent enlever facilement ; elles se composent de globules rouges et de leucocytes polynucléaires, entre lesquels s'interposent les gonocoques. La péricardite est une complication rare de la blennorragie ; rarement elle se développe avant l'endocardite. Le myocarde ne se prend que secondairement.

Il faut distinguer deux formes d'endocardite blennorragique : l'endocardite maligne, ulcéreuse, mortelle, et la forme chronique bénigne. Cette dernière peut guérir avec *restitutio ad integrum*, ou avec altérations consécutives des valvules.

Le diagnostic de la forme bénigne est très difficile à faire ; d'ailleurs, les symptômes varient beaucoup avec la nature des lésions. Généralement, il se produit une cachexie marquée, dans les cas insidieux. Dans les autres, le complexus symptomatique rappelle beaucoup celui de la pyosepticémie : frissons violents, brusques variations de la température, grande prostration, céphalée, congestions splénique et rénale. La fièvre est intermittente. D'autres fois encore, la maladie passe inaperçue, et ce n'est que par hasard qu'on découvre une lésion valvulaire. Enfin l'affection peut être très bruyante et amener rapidement la mort. La maladie peut donc évoluer en plein état de santé ; elle peut guérir en laissant une lésion valvulaire, ou elle peut avoir une issue fatale. Comme complications, on observe souvent du rhumatisme articulaire blennorragique, ou encore quelquefois, une pleurésie ou une pneumonie ; il peut se produire des embolies dans diverses régions de l'organisme.

Le pronostic doit toujours être réservé ; quant au diagnostic, il n'est certain que si on trouve le gonocoque dans le sang; néanmoins, en l'absence de cette vérification, on peut, en se basant sur la symptomatologie, le poser avec de grandes probabilités.

Quant à la thérapeutique, on emploiera les remèdes ordinaires des affections du cœur. Rosenthal estime qu'il faut aussi se hâter de traiter énergiquement l'urétrite pour empêcher la pénétration de nouveaux microbes dans la voie sanguine.

G. Fischer.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

7 Janvier 1902.

Rupture de l'aileron ligamenteux intermédiaire entre le droit interne et le droit inférieur. — *M. Valude* présente une malade qui, à la suite d'un traumatisme de la partie interne de la paupière inférieure droite, eut une forte déviation de l'œil en dehors. Les opérations montrèrent une rupture de l'aileron ligamenteux intermédiaire entre le droit interne et le droit inférieur; elles consistèrent en un avancement de cet aileron. La première opération resta sans résultat, mais la seconde fut suivie d'une guérison complète.

Anomalie fonctionnelle congénitale très rare de la glande lacrymale du côté droit. — *M. Antonelli* présente une fillette de dix ans. Chaque fois qu'elle mange, et depuis son plus bas âge, la mastication s'accompagne d'un larmoiement plus ou moins abondant de l'œil droit. Le même œil reste sec pendant les pleurs émotifs. Le larmoiement réflexe par irritation du trijumeau, soit à la surface bulbaire, soit sur la muqueuse nasale, soit à la surface cutanée, a lieu normalement des deux côtés. Perméabilité parfaite de voies lacrymales. La sécrétion lacrymale du côté droit n'a aucune action saccharifiante sur l'amidon. Aucun mouvement associé de la part des muscles de l'œil et des annexes pendant la mastication. Il est à présumer que chez cet enfant l'appareil lacrymal du côté droit ne reçoit aucune innervation du facial, se trouvant uniquement sous la dépendance du trijumeau ou du sympathique.

Compression et atrophie des nerfs optiques dans un cas de molluscum généralisé (maladie de Recklinghausen). — *M. Sulzer* présente une femme de cinquante ans atteinte depuis cinq ans de neurofibromatose généralisée avec des troubles visuels depuis un an, consistant en une diminution progressive de la vision avec des attaques de cécité. Les papilles sont étranglées et presque complètement atrophiées. Il n'existe aucun autre symptôme de tumeur cérébrale.

Nécrose et gangrène des paupières. — *M. Morax.* Sous le titre de gangrène bénigne des paupières, MM. Roger et Weill ont publié (*La Presse Médicale*, Septembre, 1901, p. 157) l'observation d'un malade chez lequel, au milieu de phénomènes inflammatoires aigus du côté des paupières et de symptômes généraux fébriles, ils virent se produire une lésion nécrotique, destructive des téguments palpébraux. Cette nécrose ne s'accompagnait pas d'odeur putride ; elle était causée par un microbe aérobie assez voisin du staphylocoque, mais ne liquéfiant pas la gélatine. J'ai eu l'occasion d'étudier deux cas semblables chez lesquels le microbe isolé était le streptocoque. Il s'agit dans ces deux faits, comme dans celui de MM. Roger et Weil, de nécroses non putrides qui peuvent accompagner différents processus infectieux causés par des organismes aérobies. Il ne faut pas confondre ces nécroses non putrides, qui ne sont pas extrêmement rares, avec les cas de nécrose putride toujours liés à la présence d'organismes anaérobies, ainsi que Veillon et ses élèves l'ont démontré. Ce caractère de putridité de la nécrose est excessivement important, et c'est au groupe des nécroses putrides qu'il semble utile de réserver la désignation de gangrène parce que ce terme acquiert ainsi une signification précise, celle d'un processus destructif et nécrotique lié à la présence de microbes anaérobies. Les cas de gangrène vraie des paupières sont extrêmement rares ; je rappellerai cependant que, dans un cas publié avec le Dr Veillon, et où le processus gangreneux accompagnait une inflammation péricystique, l'examen bactériologique permit de mettre en évidence, à côté du streptocoque aérobie, deux organismes anaérobies, le bacillus funduliformis et un coccobacille anaérobie.

De l'action malfaisante du podophyllin sur l'œil. — *M. Sureau* a observé 5 malades ayant reçu accidentellement du podophyllin dans les yeux. Les troubles oculaires débutaient quinze à trente heures après l'accident et consistaient en trouble de la cornée, rougeur et gonflement de la conjonctive. Dans les cas graves, l'iris était touché et l'humeur aqueuse était gris louche. La guérison fut complète dans tous les cas et mit environ un mois à se produire.

A. Druault.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

8 Janvier 1902.

Installation du Bureau. — Discours de *M. Albert Robin*, président sortant, et de *M. Sevestre*, président pour l'année 1902.

Un cas d'action inverse du salicylate de soude au cours du rhumatisme articulaire aigu. — *M. Cahen.*

Il s'agit d'un malade atteint de rhumatisme articulaire, présentant quelques particularités (faible quantité d'albumine dans les urines, sueurs très abondantes, érythème papuleux). Une première dose de 6 grammes de salicylate de soude fut suivie d'une élévation nette de la température; le lendemain, la même dose renouvelée eut le même résultat.

Le salicylate fut supprimé et remplacé par l'enveloppement ouaté avec badigeonnage d'huile de jusquiame. La température retomba aussitôt à la normale ; seuls la douleur et le gonflement persistèrent.

La persistance des phénomènes locaux engagèrent à reprendre le traitement salicylé; celui-ci provoqua une nouvelle ascension de la température qui céda dès que le salicylate fut supprimé. Avec M. Lépine, j'attribue ces phénomènes à une perturbation dynamique des centres thermiques. L'excitation du médicament, portant sur un centre thermique modifié, peut provoquer des actions inverses, telle que celle que nous avons observée.

Résultat de la photothérapie dans le traitement du lupus tuberculeux. — *MM. Leredde et Pautrier.* La question si importante du traitement du lupus tuberculeux ne peut être jugée que sur des statistiques précises. Trop de médecins ignorent la gravité réelle du mal et son incurabilité fréquente par les procédés anciens, parce que jamais on n'a publié de documents qui en montrent l'insuffisance.

Nous avons soigné à l'Établissement dermatologique depuis un an 43 malades atteints de lupus de la face. Ces malades étaient atteints de lupus, depuis un temps variant de un à trente-cinq ans ; 20 depuis moins de dix ans, 13 depuis moins de vingt ans, 10 de vingt à trente-cinq ans.

Sauf 3, ces malades avaient subi avant la photothérapie :

Des applications en nombre incalculable de pommades et d'emplâtres variés, des applications de caustiques (nitrate d'argent 115 ; acide lactique, 210 ; permanganate de potasse, 20, etc.)

5 curettages.
205 injections de tuberculine.
61 séances de haute fréquence.
7 cautérisations profondes sous le chloroforme.
908 séances de scarifications.
1.796 séances de thermo ou de galvano-cautérisations.

Chez aucun de ces malades, les traitements suivis n'avaient amené même de guérison segmentaire, c'est-à-dire de guérison complète sur une région un peu étendue.

Chez un malade, le lupus avait été enlevé et avait récidivé.

Bref, la grande majorité de nos malades étaient incurables par les procédés anciens de traitement du lupus.

Les résultats de notre statistique au bout de quatorze mois sont les suivants :

Huit malades sont guéris d'une manière qui paraît définitive;

Sept malades paraissent entièrement guéris, mais il est nécessaire de les surveiller encore quelque temps;

Dix malades présentent une guérison segmentaire, avec résultat complet certain à brève échéance.

Quatre malades présentent une guérison segmentaire; le résultat complet nous paraît encore éloigné.

Cinq malades guériront sans doute, mais à longue échéance.

Cinq malades, très curables, ont abandonné le traitement pour des raisons indépendantes des effets de celui-ci.

Chez quatre malades, nous avons jugé la photothérapie inutile; dans deux cas, le lupus était incurable; dans un autre, nous avons préféré faire pratiquer l'ablation; enfin dans un quatrième, des accidents pulmonaires et ganglionnaires ont fait suspendre le traitement.

Nous n'insistons pas sur la perfection esthétique du traitement, sur l'indolence, qui ont leur importance, mais qui sont pour nous accessoires.

Les statistiques de Finsen, beaucoup plus étendues que les nôtres, beaucoup plus anciennes, permettent d'autre part de juger de la valeur de la photothérapie au point de vue des non-récidives du lupus.

Nos conclusions sur la valeur de la photothérapie dans le traitement du lupus tuberculeux *de la face* sont les suivantes :

La photothérapie guérit, dans la majorité des cas, les lupus rebelles à toutes les méthodes thérapeutiques anciennes.

De toutes les méthodes de traitement du lupus, en dehors de l'ablation chirurgicale, elle est, d'une manière générale, la moins coûteuse et la moins longue.

Les autres méthodes de traitement du lupus conservent des indications particulières, mais la photothérapie est la plus importante de toutes, souvent indiquée d'emblée, et celle indiquée dans tous les cas après échec des autres.

M. Bize.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

10 Janvier 1902.

Traitement de l'ankylose définitive de l'épaule. — *M. Morestin*, se basant sur ce fait que l'ostéotomie du col huméral ne donne qu'une correction de l'attitude vicieuse quand le bras est fixé en abduction, et que la résection de l'épaule en pareil cas est généralement suivie d'insuccès, conseille de renoncer à toute intervention dirigée sur l'article, et de créer une pseudarthrose sur la clavicule.

Traitement des grands prolapsus invétérés du rectum. — *M. Morestin* décrit, pour la cure des grands prolapsus invétérés du rectum, l'opération suivante : pratiquer la laparotomie médiane sus-pubienne, le malade étant en position inversée; sectionner le gros intestin, fixer solidement le bout inférieur à la paroi, après avoir implanté latéralement le bout supérieur dans l'inférieur.

Fibrome de la nuque. — *M. Morestin* présente les photographies et l'observation d'un énorme fibrome de la nuque et du dos, cas des plus remarquables par les dimensions et l'aspect clinique de la tumeur.

Endocardite aiguë greffée sur des lésions anciennes. — *M. Vitry* montre le cœur d'une femme de soixante-quinze ans, où l'on constate une endocardite mitrale et aortique, greffée sur des lésions de valvulite ancienne.

Étranglement intestinal. — *M. Guisez* apporte une pièce d'étranglement de l'intestin par une bride partant du ligament rond et allant au bord supérieur du ligament large.

Ostéoarthropathies généralisées de la colonne vertébrale et de toutes les articulations des membres. — *M. Apert* présente différentes pièces du squelette d'un sujet de trente ans qui, depuis l'âge de trois ans, était atteint de lésions osseuses et articulaires qui avaient modifié ses formes et rapetissé sa stature ; il ne mesurait que 1 m. 30 de taille. Les vertèbres sont altérées, surtout dans la colonne dorsale; elles sont aplaties au point que quelques-unes n'ont que quelques millimètres de hauteur ; l'ankylose de la colonne est presque complète.

Toutes les extrémités articulaires des os des membres sont altérées, déformées, aplaties et les rebords des surfaces articulaires sont comme rebroussés. La tête fémorale, surtout, est profondément modifiée ; la tête est comme étalée sur la masse trochantérienne, le col a disparu ; la cavité cotyloïde de l'os iliaque est déformée de façon à s'adapter à cette tête fémorale.

Les préparations histologiques d'extrémités articulaires ne montrent qu'une forte congestion capillaire de la substance médullaire, avec transformation graisseuse des cellules médullaires.

L'examen macroscopique et microscopique des centres nerveux n'a révélé aucune altération.

Épithéliome pavimenteux d'origine branchiale chez le chien. — *M. G. Petit* (d'Alfort), qui a présenté à la Société en Décembre dernier un cancer malpighien développé aux dépens des vestiges épithéliaux des fentes brachiales, en montre un nouveau cas, recueilli chez une chienne âgée, de petite taille. La tumeur, volumineuse, siège en arrière de la parotide et de la glande sous-maxillaire; elle est très adhérente au larynx et aux vertèbres. On observe, en outre, des nodules de généralisation dans les différents lobes du poumon, nodules qui ont l'apparence de lésions tuberculeuses. Mais l'examen histologique démontre qu'il s'agit bien d'épithéliome pavimenteux et non pas de tuberculose.

Cancer du foie, cancer des ovaires. — *M. Lecornu* présente les pièces de l'autopsie d'une femme de cinquante-quatre ans, qui a succombé dans le service de M. Balzer, à Saint-Louis, où elle était entrée pour un zona.

Le foie, énorme, pèse 4.500 grammes, et est infiltré de masses cancéreuses. Le péritoine contenait un liquide hémorragique, mais n'était pas tapissé de granulations néoplasiques.

Dans la plèvre droite on trouva un petit épanchement; les deux poumons étaient parsemés de nodules.

Les deux ovaires sont gros, mamelonnés, cancéreux. La question est de savoir quel est, du foie ou de l'ovaire, l'organe primitivement dégénéré. Elle sera tranchée par l'examen microscopique.

Généralisation à la base du crâne d'un cancer du sein. — *M. Monsseaux* apporte les pièces d'une femme de soixante-douze ans, atteinte de cancer du sein, morte subitement deux ans et demi après l'intervention. La base du crâne, au niveau de l'occipital et du rocher, est infiltrée à gauche par un tissu lardacé, squirrheux, et on retrouve à la partie gauche de la face interne du crâne, sur la dure-mère, un certain nombre de néoplasies secondaires d'aspect végétant et verruqueux. Ces masses cancéreuses englobent et compriment au niveau du trou occipital l'artère vertébrale et les racines médullaires du spinal, et plus loin le grand hypoglosse, les organes passant par le trou déchiré postérieur, et enfin l'acoustique et le facial à leur entrée dans le conduit auditif interne. Pendant la vie, ces diverses lésions nerveuses ne s'étaient traduites que par une paralysie de la corde vocale gauche et une paralysie faciale à type périphérique.

Gangrène à distance dans l'appendicite. — *MM. Tollemer et Courtellemont* communiquent un cas, observé dans le service de M. Josias, de gangrène du foie et de la capsule surrénale droite, consécutive à une appendicite chez un enfant de dix ans. Le petit malade avait été soigné chez ses parents pour une fièvre typhoïde.

Kyste hydatique du foie ; pleurésie hémorragique; absence d'éosinophilie. — *MM. F.-X. Gouraud et Roche* montrent le foie et le poumon d'un malade entré dans le service de M. Chauffard, à Cochin, avec une voussure énorme de la région thoracique inférieure droite. Comme antécédents, une pleurésie hémorragique il y a deux mois. Le diagnostic, très difficile, fut fait grâce à des ponctions exploratrices multiples ; négatives sur la ligne axillaire, elles donnèrent en arrière du liquide séro-hémorragique, en avant du pus où l'on trouva un crochet. L'opération faite par M. Quénu par la voie transcostale donna issue à une quantité énorme de vésicules flétries, à contenu louche.

Le malade mourut six jours après, en hypothermie, avec des accidents d'insuffisance hépatique.

A l'autopsie, le foie contenait, outre deux kystes guéris et presque calcifiés, un énorme kyste de la convexité. La plèvre, très épaissie, est recouverte de fausses membranes et contient encore quelques hydatides. Au centre du poumon, on voit une grande caverne, reliquat probable d'un kyste ouvert dans les bronches.

A noter l'absence d'éosinophiles dans le liquide pleural et dans le sang du malade, absence qui est peut-être en rapport avec la mort des hydatides.

Élection du Comité. — Par suite des élections auxquelles il a été procédé dans la séance du 10 Janvier dernier, le comité de la Société anatomique se trouve ainsi constitué pour l'année 1902.

Président : M. le professeur Cornil;
Vice-présidents : MM. Jayle et Dufour;
Secrétaires : MM. Labbé et Nattan-Larrier;
Trésorier : M. Milian ;
Archiviste : M. Morestin;
Membres titulaires du comité : MM. Hudelo, Jolly et Meslay ;
Membres adjoints du comité : MM. Decloux, Josué et Touche.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

10 Janvier 1902.

Deux cas de myopathie atrophique non familiale. — *MM. Lion et Gasne* rapportent deux cas de myopathie atrophique ayant comme caractère particulier de ne pas être familiale. Chez un de ces malades, les réactions électriques sont normales, les réflexes restent forts ; chez l'autre, les réactions sont qualitativement troublées, les réflexes sont supprimés. Le premier a une affection presque enrayée dans son développement, c'est-à-dire non progressive ; le second a une affection à marche rapide. Ces deux cas ont débuté tardivement, vers vingt-cinq ans, et tous les deux après un traumatisme.

M. Joffroy rapporte également un cas où un traumatisme a précédé de quelques semaines le début de la myopathie.

Aortite syphilitique latente et névralgies viscérales. — *M. Louis Rénon* rapporte un cas d'aortite syphilitique qui s'est manifestée par des crises douloureuses atroces uniquement viscérales, simulant complètement les violentes coliques de la lithiase biliaire et de la lithiase rénale.

La présence d'une insuffisance aortique qui n'existait point un an auparavant imposa le diagnostic ; ce dernier fut vérifié d'une façon décisive par le traitement antisyphilitique, qui mit rapidement un terme aux accidents douloureux ; il n'existait aucun signe physique ni radiographique d'anévrisme.

La cause de ces violentes douleurs viscérales n'est point facile à préciser, et on peut incriminer aussi bien une compression nerveuse par l'aorte épaissie dans ses trois tuniques que par une irradiation à distance. Par contre, dans l'aortite syphilitique latente, il est important d'insister sur le caractère diagnostique de ces névralgies viscérales à forme de colique hépatique et de colique néphrétique; elles semblent avoir dans cette aortite la même valeur séméiologique que celle indiquée par M. Huchard dans les anévrismes latents de l'aorte.

Adénites suppurées multiples consécutives à une atteinte de dengue. — *MM. Antony et Morvan* citent un cas de dengue compliquée de furonculose généralisée qui plusieurs semaines plus tard fut suivie de l'apparition d'adénites inguinales indolentes et suppurées. Ce cas ne fut pas isolé. L'étude bactériologique du pus a permis de constater la présence d'un microcoque ayant quelque analogie, comme forme, avec le méningocoque. Ces faits sont intéressants à connaître car ils peuvent simuler la peste bubonique.

M. Bucquoy insiste sur la douleur très vive provoquée par le bubon pesteux, caractère important pour le diagnostic.

Sur un cas d'hypertrophie simple du cerveau chez un enfant. — *M. Variot* apporte l'observation d'un enfant de seize mois mort dans son service d'une affection indéterminée, caractérisée surtout par une élévation considérable de la température (43°). La tête de cet enfant était énorme (52 centimètres de tour); on avait cru à une hydrocéphalie. A l'autopsie, on trouva peu de liquide céphalo-rachidien, pas de dilatation ventriculaire; le cerveau pesait 1.640 gr., le cervelet seulement 170. Bref, il s'agissait d'une hypertrophie simple du cerveau.

E de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

11 Janvier 1902.

Quelques faits relatifs à des recherches sur la sérothérapie du cancer. — *M. Charcot.* J'ai recherché à l'Institut Pasteur si le sérum d'animaux

traités avec des tumeurs épithéliomateuses de l'homme était capable de modifier l'évolution du cancer.

Je ne me suis servi dans mes expériences que de tumeurs épithéliomateuses du sein, que j'avais soin de débarrasser par lavage des hématies qu'elles pouvaient contenir, afin d'éviter le pouvoir hémolytique du sérum.

J'ai injecté des doses notables de sérum, environ 30 à 40 centimètres cubes par semaine durant parfois plusieurs mois.

Je n'ai noté aucun effet nocif du fait de l'injection toujours bien supportée par les malades. Assez rapidement le sérum de ces cancéreux acquiert des propriétés cytolitiques vis-à-vis du sang des animaux préparés.

Essai de neutralisation de quelques toxalbumines par l'hyposulfite de soude dans l'organisme animal. — *MM. Boix et Noë.* Nous avons expérimenté sur vingt-trois cobayes avec les toxines diphtérique et tétanique, et avec l'abrine, injectant postérieurement, simultanément ou préventivement à courte ou à longue échéance l'hyposulfite de soude. Le poison s'est montré à peu de choses près aussi sévère qu'en l'absence de tout antidote.

Nous n'avons donc, pour attribuer à l'hyposulfite de soude une action neutralisante ou empêchante vis-à-vis des corps expérimentés, aucune raison valable, aucun fait réellement démonstratif, bien que, dans certaines expériences, la durée de la résistance au toxique ait parue légèrement prolongée par l'hyposulfite.

L'hyposulfite de soude semble dans une certaine mesure favoriser la nutrition quand il n'y a pas d'action toxique en jeu, et, dans le cas d'intoxication, diminuer la dénutrition et, par conséquent, augmenter la résistance.

Des modifications de la pression actuelle sous l'influence des solutions salines concentrées. — *MM. P. Teissier et L. Lévi.* Nous avons recherché à l'aide de diverses solutions salines (sérums de Truneck, Chéron, Hayem) les modifications immédiates de la pression artérielle.

51 expériences ont été faites dont 35 avec le sérum de Trunecek injecté 28 fois sous la peau et 7 fois donné en lavements.

Les sujets ont 11 fois une tension supérieure à 17 centimètres, 3 ont une tension supérieure à 15, 9 fois inférieure à 15.

Les 28 injections ont été suivies des modifications suivantes : abaissement dans 57,4 pour 100 des cas; élévations, 10,7 pour 100; oscillations, 14,2 pour 100; état indifférent, 5 cas.

Cet abaissement paraît être en rapport avec le degré de concentration moléculaire de la solution employée et permet d'interpréter dans une certaine mesure les effets utiles des solutions salines dans les cas d'hypertension adhérente relevant de l'artério-sclérose.

Examen de l'exsudat et de la perméabilité pleurale au cours des pleurésies rhumatismales. — *MM. J. Castaigne et F. Rathery.* Nous avons pratiqué ces recherches dans six cas d'épanchements pleuraux survenus au cours de rhumatisme articulaire aigu.

A l'examen bactériologique, les cultures furent toujours négatives, sauf une fois où nous avons pu déceler la présence du bacille décrit par Achalme, dans une culture anaérobie sur lait carbonaté.

L'inoculation aux cobayes fut toujours négative.

A l'examen cytologique la formule cytologique, n'est pas absolument identique dans nos différents cas; dans un premier groupe, on ne trouve que des polynucléaires, à peine quelques lymphocytes, quelques gros mononucléaires et un ou deux placards endothéliaux dans tout le champ de la préparation; dans le second groupe, les cellules endothéliales représentent l'élément prédominant, et à côté d'elles on voit des polynucléaires, des monucléaires et de nombreux globules rouges.

La perméabilité pleurale, fut étudiée avec le bleu de méthylène et le salicylate de soude que l'on injectait successivement dans la plèvre, puis dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans tous les cas, l'absorption se faisait aussi rapidement et d'une façon aussi intense au niveau de la plèvre que l'absorption sous-cutanée.

Ces constatations montrent la différence entre ces épanchements pleuraux qui ne sont certainement pas tuberculeux et la pleurésie tuberculeuse; dans cette dernière, l'absorption pleurale est très faible et la formule cytologique toute différente.

Cytodiagnostic d'un épanchement pleural d'origine rhumatismale. — *M. Dopter.* L'examen cytologique d'une pleurésie nerveuse au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, et ne pouvant cliniquement être attribuée qu'au rhumatisme, a donné lieu aux constatations suivantes :

1° Les hématies sont en nombre relativement restreint;

2° Les leucocytes abondent : la polynucléose est manifeste;

3° Les cellules endothéliales sont excessivement nombreuses; certaines d'entre elles sont bourrées de leucocytes polynucléaires et d'hématies. Ce sont eu un mot de véritables macrophages. Les préparations n'ont fait percevoir aucun microbe.

Cette formule cytologique présente donc de grandes analogies avec celle des pleurésies métapneumococciques.

A. Sicard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

14 Janvier 1902.

Hygiène et protection de l'enfance. — *M. Porak* lit les conclusions du rapport qu'il a fait au nom de la Commission de l'hygiène de l'enfance :

1° L'allaitement de l'enfant par sa mère et, au besoin, par une autre femme, doit être préféré à tout autre mode d'allaitement.

2° Si le lait de femme manque, le lait d'animal (vache, chèvre, etc.), doit constituer la nourriture exclusive du jeune enfant.

3° Tout lait d'animal doit être donné non contaminé, ou bouilli, ou stérilisé;

4° Le biberon à tube doit être légalement interdit;

5° Considérant que, pour 1898, 150.000 enfants ont été soumis à la loi du 23 décembre 1874, et que, dans ce nombre, on peut y compter pour le département de la Seine 4.000 enfants de nourrices sur lieu, que ces 4.000 enfants de nourrices sur lieu sont seuls soumis à l'article 8 de la loi de 1894; — il y a lieu d'ordonner une enquête pour établir les avantages et les inconvénients d'une modification à cet article 8, qui oblige les nourrices sur lieu de faire allaiter au sein leur enfant s'il n'est âgé de sept mois révolus.

6° Considérant que l'allaitement au sein, d'après l'art. 8, est dépourvu de garanties sérieuses d'exécution, et n'est applicable que dans le département de la Seine, il y a lieu d'étendre l'inspection médicale non seulement aux nourrices, mais aux parents qui soignent les enfants des nourrices sur lieu et les enfants secourus; de soumettre les nourrices sur lieu, et les nourrices à emporter, à un double contrôle médical et administratif; d'organiser un service de contrôle, et d'édicter des pénalités contre les nourrices qui ne se seront pas soumises à ce double contrôle à leur départ et à leur destination.

7° Considérant que la mortalité des nourrissons est très élevée le premier mois, qu'elle s'abaisse brusquement au deuxième mois, qu'elle diminue ensuite graduellement et de plus en plus rapidement, surtout du huitième au vingt-quatrième mois.

Il y a lieu de prescrire au point de vue de l'inspection médicale, des visites hebdomadaires pour les enfants d'un mois, des visites demi-mensuelles pour les enfants de deux à cinq mois.

Des visites mensuelles pour les enfants [âgés de six à sept mois, et d'espacer ensuite les visites, de façon à fixer à vingt-quatre au moins le nombre des visites régulières qui devront être faites aux enfants durant les deux ans de leur placement.

8° L'assistance médicale gratuite doit être accordée aux nourrissons de parents insolvables.

9° L'assistance judiciaire doit être accordée aux nourrices pour leur permettre de poursuivre la récupération des salaires qui leur sont dus par les parents de leur nourrisson.

M. Guéniot proteste contre la durée de sept mois révolus, trop longue pour que le lait de la nourrice puisse être encore bon pour un nourrisson; cette conclusion tend à abolir les nourrices.

M. Pinard se place pour soutenir la loi Roussel au point de vue de la protection de l'enfance et non du recrutement des nourrices.

La tuberculose intestinale et ses rapports avec la mortalité tuberculeuse dans les asiles d'aliénés. — *M. Landouzy* analyse un travail de *MM. Anglade et Chocreaux* qui rappellent la mortalité considérable par tuberculose dans les asiles d'aliénés, mortalité qui d'après les chiffres officiels est trois fois plus considérable que dans la population civile globale.

La forme qu'elle revêt est surtout la forme intestinale; les symptômes pulmonaires sont peu accentués, l'expectoration et la toux sont rares; la diarrhée est le phénomène principal, les selles se chargent de bacilles venus des ulcérations intestinales. Quelques malades souillant leur lit 8 à 12 fois par jour, le linge bacillifère qui passe de main en main devient autant d'occasions de contamination; encore jusqu'ici passait-il au lavage des buanderies sans être désinfecté; l'expectoration manquant aux aliénés tuberculeux pulmonaires, on conçoit comment ils s'inoculent la tuberculose intestinale.

Ces premières études de MM. Anglade et Chocreaux n'intéressent pas seulement l'histoire de la tuberculose des collectivités, la physiologie générale et la psychiatrie, elles intéressent l'hygiène publique et nosocomiale, surtout si on songe que 300 aliénés femmes ont présenté 10 tuberculoses et que 3 tuberculoses sont en évolution sur 40 religieuses infirmières.

Sur la présence constante du bacille d'Eberth dans le sang des typhoïdiques. — *M. Landouzy* lit une note de *M. Busquet* sur la présence constante du bacille d'Eberth dans le sang des typhoïdiques; le travail de M. Busquet est publié *in extenso* dans *La Presse Médicale* (voir même numéro, page 54).

M. Chauveau. Ces recherches se font de divers côtés. M. J. Courmont a déjà communiqué à la Société médicale des hôpitaux des résultats positifs qu'il a obtenus par la culture du sang des typhiques.

M. Chantemesse. Ces faits sont très intéressants. Mais il y a déjà un an ou deux, des faits analogues ont été publiés en Allemagne. Si autrefois on ne trouvait pas le bacille d'Eberth dans le sang des typhiques, c'est qu'on mettait trop de sang et pas assez de bouillon de culture en présence; les propriétés bactéricides du sérum empêchaient le développement du bacille d'Eberth. Aujourd'hui qu'on connaît mieux les moyens de cultiver ce bacille, on met moins de sang en présence de beaucoup de bouillon et on obtient des résultats positifs beaucoup plus fréquents.

Epidémies de diphtérie dans l'établissement national d'éducation de Saint-Denis. — *M. Leroy des Barres* relate cinq épidémies de diphtérie survenues en 1827, 1854, 1857, 1881 et 1882 et en 1901, dans le pensionnat de Saint-Denis. La dernière de ces épidémies a été beaucoup plus bénigne que les précédentes, à cause du traitement sérothérapique qui a été institué; on n'a même pas été obligé de licencier le pensionnat.

Eaux minérales. — *M. Riche* propose à l'Académie de porter de 6 à 9 le nombre des membres de la Commission si importante des eaux minérales.

M. Laveran lit un rapport sur les travaux des stagiaires aux eaux minérales.

M. Landouzy lit un rapport sur les autorisations d'exploitations des sources minérales. Les conclusions de ce rapport sont votées par l'Académie.

M. Labbé.

ANALYSES

VOIES URINAIRES

ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Lewin. *Dilatateur à deux branches de l'urètre* (*Centralblatt für Harn-und Sexualorgane*, 1901, 9, p. 496). — Lewin présente un instrument qui, introduit dans l'urètre, peut s'ouvrir et permet ainsi de dilater ce canal, pendant qu'un courant de liquide antiseptique, amené par une portion creuse de l'instrument, permet de faire le lavage.

Paul Delbet.

OPHTALMOLOGIE

F. Kruckenberg. *Nouvelles recherches sur les diplocoques de la conjonctive humaine se décolorant par la méthode de Gram* (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, 1901, p. 604). — On sait que la différenciation microscopique du gonocoque des autres cocci repose en partie sur la manière dont le gonocoque se comporte lorsqu'on le traite par la méthode de coloration de Gram. Existe-t-il sur la conjonctive, normale ou enflammée, d'autres microcoques se décolorant par la méthode de Gram et pouvant entraîner une confusion avec le gonocoque?

C'est à cette question que Kruckenberg a cherché à répondre par des recherches personnelles qui ont porté sur quarante personnes. Dans 4 cas seulement,

il a isolé un microcoque affectant le plus souvent la forme diplococcique et ne prenant pas le Gram. Ce microbe forme sur le sérum de Lœffler des colonies grisâtres, humides, en gouttelettes. Il se développe très abondamment sur la gélose glycérinée ou peptonée et dans le bouillon peptonisé. Son développement sur gélatine est faible et une fois seulement il y eut une légère liquéfaction. L'un de ces microcoques poussait fort bien à la température de la chambre. Les trois autres ne se développaient pas ou peu. Aucun de ces microcoques ne s'est montré pathogène pour les animaux. Kruckenberg ne pense pas que ce microcoque corresponde au méningocoque. Dans tous les cas, la différenciation de ces microcoques avec le gonocoque est facile puisque les caractères de culture en sont très différents. Enfin la rareté de ces micro-organismes permet de conserver au diagnostic microscopique du gonocoque toute sa valeur dans les cas de conjonctivite aiguë. Dans les cas légers et bénins, on fera bien de compléter le diagnostic microscopique par la culture.

V. Moran.

Peters. ***Lésions du fond de l'œil dans la pneumonie*** (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1901, Mai, p. 392). — Les cas de panophtalmie grave par embolie microbienne survenant dans le cours de la pneumonie sont connus depuis longtemps. A côté de ces cas graves, il en existe de bénins, dus également à des embolies, mais ne troublant que peu la vision et pouvant même guérir sans laisser de traces. De tels cas ont été signalés déjà par Axenfeld et Goh et par Fränkel. L'auteur en décrit deux nouveaux : Le premier concerne un homme de vingt ans qui eut à un œil de l'iritis et, au fond du même œil, plusieurs grands foyers rétiniens, arrondis et saillants. La macula était respectée, l'acuité visuelle abaissée à 1/5. Au bout de quelques semaines, il ne restait plus qu'un léger trouble rétinien dans la région de la papille. — Le second cas est celui d'un homme de vingt et un ans, chez lequel on fit l'examen ophtalmoscopique parce qu'on craignait une tuberculose miliaire. Il existait dans un œil deux foyers rétiniens qui disparurent dans le cours des semaines suivantes.

A. Druault.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

Grossmann. ***De l'influence de l'opération radicale (évidement pétro-mastoïdien) sur le pouvoir auditif*** (*Arch. für Ohrenheilk.*, 1901, Juin, Vol. LII, fasc. 1 et 2). — L'auteur a réuni 216 cas de suppuration de l'oreille traités par l'évidement à la clinique de Lucœ, et recherché l'influence de cette opération sur l'audition. Il arrive aux conclusions suivantes :

Dans les cas où le labyrinthe est indemne, on doit espérer que l'opération améliorera l'audition; ce résultat s'observe, en effet, dans près de la moitié des cas, en particulier lorsque la surdité était très marquée avant l'intervention. Toutefois, il n'est pas très rare que, dans les mêmes conditions, la surdité ne soit pas modifiée ou même subisse une augmentation (20 à 30 pour 100).

Lorsque l'examen fonctionnel, pratiqué avant l'opération, laisse des doutes sur l'intégrité de l'oreille interne, l'audition n'est d'ordinaire pas influencée par l'intervention (46 pour 100). Cependant, même dans ces cas, il n'est pas très rare qu'il se produise une amélioration notable. Par contre, une aggravation de la surdité est ici tout à fait exceptionnelle.

M. Boulay.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

J.-N. Meade. ***Traitement de la chorée par le trional*** (*British medical Journal*, 1901, 2 Novembre, n° 2131, p. 1339). — Une femme de vingt-cinq ans, enceinte de six mois, était en proie depuis quinze jours à une forte attaque de chorée aiguë, lorsque l'auteur, devant l'échec complet du traitement bromuré, eut l'idée d'essayer du trional. Pendant une semaine, il l'administra, à la dose de 1 gr. 50 le soir, et de 1 gramme le matin, chaque dose étant suivie immédiatement de l'ingestion d'une boisson chaude. L'amélioration des symptômes fut très rapide. Pendant deux jours encore, la malade prit seulement une dose de 0 gr. 80 centigrammes le soir, et l'on put constater alors que les contractions musculaires avaient complètement cessé et que la parole était redevenue normale. Ce résultat est des plus satisfaisants, si l'on songe que la durée moyenne des attaques de chorée est de huit à dix semaines malgré le traitement par l'arsenic ou les bromures.

C. Jarvis.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté

THÈSES DE DOCTORAT

Jeudi 23 *Janvier* 1902, à 1 heure. — M. Loblicois : Etude clinique et diagnostique des érythèmes scarlatiniformes et de la scarlatine apparaissant au cours de la diphtérie. — Valeur de l'examen du sang et de la diazoréaction de Ehrlich; MM. Dieulafoy, De Lapersonne, Rémy, Achard. — M. Durand (Roger) : La méthode des infections épidurales par voie sacrée; MM. Dieulafoy, De Lapersonne, Rémy, Achard. — M. Grullon : Essai sur les phénomènes sympathiques de l'œil; troubles irritatifs et ophtalmies sympathiques; MM. De Lapersonne, Dieulafoy, Rémy, Achard. — M. Barbarin : Les complications mastoïdiennes et intra-craniennes des otites moyennes suppurées chroniques; MM. Berger, Pozzi, Schwartz, Bonnaire. — Mlle Berlatzky : Du massage en gynécologie; MM. Pozzi, Berger, Schwartz, Bonnaire. — M. Galliot : Ablation totale de l'humérus avec conservation de l'avant-bras; MM. Pozzi, Berger, Schwartz, Bonnaire.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 *Janvier* 1902. — 2e, Salle Richet : MM. Ch. Richet, Rémy, Broca (André). — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Reclus, Broca (Aug.). — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel Dieu : MM. Kirmisson, Mauclaire, Walther. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Teissier, Bezançon.

Mardi 21 *Janvier* 1902. — 2e, Salle Richet : MM. Mathias-Duval, Chassevant, Langlois. — 5e, Chirurgie (Première partie). Charité : MM. Guyon, Berger, Marion. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Proust, Raymond, Vaquez. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Dieulafoy, Charrin, Thiroloix. — 5e Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Mercredi 22 *Janvier* 1902. — Médecine opératoire, Salle Charcot : MM. Jalaguier, Poirier, Gosset. — 2e : MM. Gariel, Gley, Retterer. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime : MM. Lannelongue, Lepage, Cunéo. — 4e, Nouveau régime, MM. Pouchet, Landouzy, Netter.

Jeudi 23 *Janvier* 1902. — Médecine opératoire. École pratique : MM. Le Dentu, Thiéry, Hartmann. — 2e, Salle Richet : MM. Gautier, Langlois, Launois. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Corvisart : MM. Budin, Quénu, Auvray. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime : MM. Guyon, Marion, Demelin.

Vendredi 24 *Janvier* 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Blanchard, Wurtz, Legry. — 5e Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Tillaux, Reclus, Legueu. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Delens, Mauclaire, Walther. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Landouzy, Widal. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 25 *Janvier* 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Hanriot, Méry. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Corvisart : MM. Hutinel, Chantemesse, Gouget. — 5e, Chirurgie (Première partie), Beaujon : MM. Pozzi, Hartmann, Auvray. — 5e (Deuxième partie), Beaujon : MM. Raymond, Widal, Rénon. — 5e Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Potocki, Demelin.

HOPITAUX ET HOSPICES

Laboratoire municipal de l'Hôpital Saint-Louis (Ecole Lailler). — M. Sabouraud, chef du laboratoire, commencera le samedi matin 1er Février, à 10 heures, et continuera les mercredis et samedis suivants à 10 heures, une série de leçons théoriques et pratiques sur les *Maladies du cuir chevelu*, avec présentation de malades, projections et préparations.

NOUVELLES

Paris et Départements

Association générale des médecins de France. — Dans sa dernière séance, tenue sous la présidence de M. Cornil, l'Association, après une discussion à laquelle prennent part MM. Liouville, Brouardel, Sainton-Blache et Lereboullet, a décidé de publier dans l'Annuaire les statuts de l'*Association Amicale* et de la *Caisse des Retraites*, et de fixer par un règlement intérieur dans quelles conditions et dans quelles proportions des subventions pourront être accordées aux membres de ces œuvres de prévoyance.

M. Lereboullet a donné lecture d'un projet de règlement sur la tenue des assemblées générales et le mode de votation.

Au sujet de la représentation du Conseil général dans les Conseils de l'Amicale et de la Caisse des retraites, il a été sursis à toute délégation jusqu'à ce que le Conseil général ait été complété par l'adjonction de nouveaux membres.

M. le Secrétaire général a proposé pour les vacances au Conseil général divers membres de l'Association et demande que, dans la séance prochaine, le choix des candidats à présenter au vote de l'assemblée générale soit définitivement arrêté (Adopté).

Le Conseil a ensuite voté l'attribution à l'Association amicale pour l'indemnité-maladie du don de 3.000 francs fait par M. Lannelongue.

Ont été nommés rapporteurs : MM. Sainton (pensions viagères), Martin (vœux), de Ranse (vérification des comptes), Périer (élection du président).

Des subventions s'élevant à la somme totale de 1.300 francs ont été votées aux Sociétés du Gers, de la Savoie, de la Somme et de l'Yonne.

Enfin M. le Trésorier a annoncé avoir en caisse les 115.000 francs provenant de la vente de la ferme de Montsoutin.

CONCOURS

Concours des hôpitaux (Médecine). — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux sera ouvert le mercredi 26 Février 1902, à midi, à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 27 Janvier 1902 et sera clos définitivement le samedi 8 Février suivant, à 3 heures.

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — Ce concours sera ouvert le lundi 24 Mars 1902, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à 3 heures.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 24 Février et sera clos définitivement le samedi 8 Mars, à 3 heures.

Internat. — ***Pathologie.*** — Séance du 10 Janvier : MM. Vincent (Jules), 9; Reulos (Marcel), 10; Rabier, 11; Dehérain, 11; Guillaume (Louis), 11; Delion, 8; Gratiot, 9; Schœfer, 7. — *Absents* : MM. Thorel et Crouzet.

Séance du 13 Janvier : MM. Camus, 10; Daversin, 8; Bouchez, 9; Demarque, 7; Jouvin, 7; Sourdille, 9; Pillet, 9; Ortel, 8; Trémolière, 11. — *Absent* : M. Challamel.

Anatomie. — Séance du 11 Janvier : MM. Lemaire, 3; Lagleize, 4; André, 7; Thaon, 9; Calvé, 11; Guérin-Beaupré, 5; Barthélemy, 8; Barré, 13; Nathan, 9. — *Absents* : MM. Guerdex, Brenot, Pépin, Gomand.

RENSEIGNEMENTS

Conférence publique d'internat. — MM. Boidin, Duclaux, Gaultier, Lardennois, Mercadé d'Œlsnitz, Paisseau, Regnard, internes des hôpitaux, commenceront une conférence publique d'internat à l'hôpital Laënnec le vendredi 17 Janvier à 4 h. 1/2, et la continueront les vendredis suivants à 2 h. 1/2.

Conférence privée d'internat par un ancien interne lauréat, et un aide d'anatomie.

S'adresser P. M., n° 697.

Clinique de M. Barbe, pour les maladies cutanées et syphilitiques. Mardi et vendredi de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, 15, rue Malebranche.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 6. — Samedi, 18 Janvier 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

A PROPOS DE LA NOUVELLE LOI SANITAIRE

Dans l'un des discours qu'il prononçait récemment à Saint-Etienne, le président du Conseil des ministres passait en revue les diverses lois et réformes instituées par les législateurs et les Pouvoirs publics au cours de son ministère. Parmi celles qui intéressent au plus haut point les travailleurs, il mettait à côté de la loi sur les accidents du travail la loi sanitaire que la Chambre vient de voter. Et c'est à juste titre que le ministère actuel se félicitait de ce vote dû à son active intervention, étant donné la lenteur, l'indifférence on peut dire, avec lesquelles jusqu'à ce jour les grandes questions d'hygiène avaient été traitées par nos législateurs.

* * *

Nos lecteurs connaissent la nouvelle loi, ils en en ont lu l'exposé fait ici même par son rapporteur à la Chambre, M. Borne. Quelles que soient les imperfections qu'on puisse y relever, sa promulgation prochaine après un vote du Sénat assuré d'ici à quelques semaines, n'en doit pas moins « être célébrée comme une victoire », ainsi que le dit M. le sénateur Strauss dans un article qu'il vient de publier dans le dernier numéro de la *Revue des Revues*.

On peut célébrer cette victoire, car « il était vraiment trop humiliant jusqu'à ce jour que la France, seule des grandes nations, n'eût pas mis sa législation hygiénique en harmonie avec les enseignements de la science».

On dirait d'ailleurs qu'une vraie fatalité s'est attachée à ces lois d'hygiène : et cela de tout temps, sous tous les régimes.

Après l'épidémie de choléra de 1832, l'opinion publique s'émeut, réclame des mesures de préservation, et ce n'est qu'en 1850 que la loi sur les logements insalubres est promulguée après quelques décrets de 1848 sur les Conseils et Commissions d'hygiène. Encore cette loi ne pouvait-elle donner que d'infimes résultats. Son fonctionnement était entièrement entre les mains des municipalités et l'action de celles-ci se trouvait entravée par une jurisprudence spéciale qui conduisait, par exemple, la Cour de cassation à annuler l'arrêté d'un maire supprimant un puits contaminé, ou encore qui considérait comme entaché d'illégalité l'arrêté d'un maire enjoignant à un propriétaire d'alimenter d'eau sa maison.

Aussi faut-il, tout en constatant la persévérance qu'ont mise certaines grandes villes pour installer leurs bureaux d'hygiène et pratiquer l'assainissement, déplorer que l'on ait pu en arriver à un état de choses que M. Strauss dépeint ainsi : « Sous le régime actuel, chaque commune de France peut croupir dans la saleté et l'infection microbienne sans que l'ensemble du pays ait un mot à dire. Et, dans chaque commune, la plupart des méfaits contre l'hygiène peuvent être commis par les particuliers sans que l'autorité municipale ait qualité pour intervenir; le laissez-faire est au fond de la réglementation actuelle » ; — et déplorer que nos législateurs n'aient pas mis plus d'empressement à nous doter de lois nous permettant de remédier à cet état indigne d'un grand pays civilisé. Qu'on en juge.

De 1850 à 1880, aucune mesure n'est prise, aucune n'est même proposée. A cette époque, M. Liouville fait une proposition de loi sur la

vaccination obligatoire; la Chambre la vote en première lecture, mais ne reprend jamais la deuxième délibération, bien qu'à ce propos la pénurie de nos lois et règlements d'hygiène ait été largement mise en évidence.

En 1881, M. Martin Nadaud, que son ancien métier de maçon portait à s'occuper de tout ce qui concerne l'habitation, fait une proposition de loi sur l'assainissement des logements insalubres, bien nécessaire puisque alors on estimait à 1.300.000 la population qui vivait encore « dans un état parfaitement identique à celui des animaux. » Le rapport ne fut jamais discuté.

En 1886, M. Siegfried dépose une proposition de loi sur « l'organisation de l'administration de la santé publique »; en 1887, M. Lockroy, alors ministre, dépose deux projets de loi relatifs, l'un à « l'organisation des services de l'hygiène publique », l'autre à « l'assainissement des logements et habitations insalubres ». M. Chamberland est nommé rapporteur. Sa situation auprès de Pasteur, son passé scientifique le désignaient pour cette fonction, et son rapport marque dans l'histoire de l'hygiène en France; la législature se passa néanmoins sans qu'il fût discuté.

En 1891, M. Constans, ministre de l'intérieur, dépose un « projet de loi pour la protection de la santé publique ». MM. Siegfried et Lockroy reprennent leur projet, M. Langlet est nommé rapporteur. Son rapport est discuté en 1893, et le texte voté est porté devant le Sénat.

Il y resta en discussion au sein de diverses commissions jusqu'à 1901, époque où il fut enfin livré à la discussion générale, puis voté.

C'est cette loi que la Chambre vient à son tour de voter au retour du Sénat, et que le Sénat va ratifier. Un seul point est en litige : la Chambre n'a pas maintenu les six médecins inspecteurs d'hygiène dont le Sénat avait demandé la création; il est certain que, pour cette simple question de détails, le Sénat s'inclinera. Ce sera cependant fâcheux au point de vue du principe, car il semble bien difficile que les services d'hygiène soient organisés, et que leur fonctionnement soit assuré sans une certaine surveillance; l'exemple de l'Angleterre est là pour le prouver, puisqu'en ce pays où le fonctionarisme est réduit à sa plus simple expression, il existe pour l'hygiène publique 178 directeurs, inspecteurs et employés à l'administration centrale, et 8.000 inspecteurs dans tout le territoire. Nous sommes loin de là en France, où nous avons deux inspecteurs généraux et sept employés au bureau d'hygiène, au Ministère de l'Intérieur.

Il est à se demander vraiment si l'application de la nouvelle loi sera possible avec un personnel si restreint; et puisque l'on ne peut pas créer de nouveaux fonctionnaires, peut-être pourrait-on utiliser, pour les services d'hygiène, les inspecteurs du travail, et les inspecteurs de l'Assistance qui seraient déjà préparés à leurs nouvelles fonctions, et auxquels on pourrait parfaitement confier un mandat sanitaire.

En effet, la loi nouvelle va mettre toute l'autorité entre les mains des municipalités; il est à craindre que celles-ci ne soient pas suffisamment instruites de leurs devoirs et ne possèdent pas suffisamment les moyens de les remplir; elles devront être aidées et soutenues par des hommes spéciaux, sur lesquels elles pourront se décharger de la responsabilité qu'elles encourent.

* * *

C'est dans cet ordre d'idées que les membres de la Chambre de commerce française de Londres exprimaient récemment un vœu qui mérite toute l'attention et qui est peu suspect d'autoritarisme exagéré, puisqu'il émane d'hommes français d'origine et de cœur, mais vivant en un pays où l'on pousse à l'extrême le respect de la liberté individuelle.

En présence des résultats du dernier recensement, en présence du faible accroissement de notre population vis-à-vis de celle des pays voisins, ils ont attiré toute l'attention des Pouvoirs publics sur l'urgence de promulguer un certain nombre de lois ayant pour but de favoriser l'accroissement de la population et d'assurer par là l'avenir du pays. Ils ont signalé un certain nombre de mesures parmi lesquelles celle-ci est à signaler : « Mettre chaque municipalité dans l'obligation de fournir à ses administrés une eau pure dont la contamination soit rendue impossible ; de construire des égouts étanches dont la désinfection soit faite méthodiquement », et enfin, et c'est là-dessus que j'attire surtout l'attention, « de nommer comme chef sanitaire de son district un médecin dont les décisions auront force de loi en matière de sanitation ».

C'est là évidemment un idéal auquel la loi nouvelle ne tend guère, mais le temps fera son œuvre et, comme l'a dit si judicieusement M. Strauss : « Il faudra bien, à un moment donné, que l'organisation se complète, que la loi porte ses fruits et fasse surgir les auxiliaires dont elle a besoin, c'est-à-dire des agents nationaux compétents et responsables. »

E. De Lavarenne.

Centenaire de l'Internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris.

Le Comité du Centenaire a décidé d'élever un monument à la mémoire des internes, morts pendant leur Internat, de maladies contractées dans leur service.

La liste de ces glorieuses victimes est difficile à dresser, car les archives de l'Assistance publique, brûlées en 1871, n'ont conservé que peu de documents antérieurs à cette époque.

Voici les noms qu'il a été possible de recueillir : le Comité serait très reconnaissant de tout renseignement pouvant lui permettre de compléter cette liste :

1847.	Gogué	Typhoïde.
1849.	Berlié	Choléra.
—	Londe	Choléra.
1853.	Zapfle	Piqûre anatomique.
1885.	Blache	Diphtérie.
1857.	de Saint-Germain	Piqûre anatomique.
1864.	Ardouin	Piqûre anatomique.
1865.	Jubin	Choléra.
—	Boussard	Choléra.
1867.	Duprat	Piqûre anatomique.
1875.	Valixian	Variole.
1879.	Abadie-Tourné	Diphtérie.
1880.	Herbelin	Diphtérie.
1882.	Schœck	Scarlatine-Diphtérie.
—	Courbatieu	Infection ?
1884.	Rivet	Diphtérie.
1885.	Ayrolles	Typhoïde.
—	Crespin	—
1887.	Courbarrieu	—
1893.	d'Olier	—
1894.	Danseux	—
1898.	Toupart	—
1899.	Millet	Diphtérie.
1900.	Nollet	Typhoïde.

LIVRES NOUVEAUX

P. Guiard. — *Le traitement du prostatisme (hypertrophie de la prostate), à l'usage des praticiens.* — 1 vol. in-8° de 514 pages avec figures dans le texte. Paris 1901. (O. Doin, éditeur).

L'auteur, dans ce travail intéressant, très complet et très clair, s'est proposé d'exposer toutes les données essentiellement pratiques dont *tout médecin traitant* est tenu de faire profiter ses malades, et aussi (point de vue nouveau) d'indiquer aux malades eux-mêmes les notions d'hygiène, d'antisepsie, de technique qu'il aura à appliquer. C'est donc un guide pratique à l'usage à la fois du médecin et des malades exclusivement prostatiques.

Il décrit d'abord un tableau d'ensemble de l'évolution clinique du prostatisme qui peut se diviser en forme aseptique et septique et en trois périodes chacune.

A. Forme aseptique. — La *première période* est caractérisée par les *phénomènes congestifs* (fréquence exclusivement nocturne des besoins d'uriner, érections nocturnes, difficultés et sensations pénibles du début de la miction, affaiblissement du jet, mictions en plusieurs actes successifs, constipation habituelle avec ses effets congestifs, polyurie nocturne, contraste entre les phénomènes du jour et de la nuit).

La *deuxième période* est caractérisée par la *rétention*, mais *sans distension*, sous ses deux formes : *la rétention complète* avec son cortège dramatique, et la *rétention incomplète chronique ou stagnation* avec allures insidieuses.

La *troisième période* est caractérisée par la *distension* d'abord localisée à la vessie (incontinence par regorgement, polyurie, etc.), puis généralisée à tout l'appareil urinaire (intoxication par insuffisance rénale, signes du petit brightisme, puis du grand brightisme, et urémie à forme gastro-intestinale, cachexie urinaire).

B. Forme septique. — De tous les divers modes de pénétration des microbes pathogènes (voie urétrale, urétérale, circulatoire, embolique), c'est le cathétérisme qui est le principal agent de leur introduction.

Première et deuxième périodes. — L'infection de l'urètre est une menace d'infection pour la vessie : cystite aiguë et cystite chronique (catarrhe vésical), calculs phosphatiques, hématuries.

L'appareil urinaire supérieur s'infectera à son tour : polyurie trouble, abondance et intermittence de la pyurie, oligurie, anurie, douleur rénale.

M. Guiard passe à cet égard en revue les différents modes d'exploration du rein (ballottement rénal de Guyon), de l'uretère (palpation abdominale, toucher rectal, douleur provoquée, cathétérisme des uretères).

Il étudie les complications : pyonéphrose, gravelle rénale phosphatique, les calculs secondaires du rein et du bassinet, l'hématurie et les manifestations générales de l'infection rénale caractérisées encore par les troubles digestifs.

Il consacre un long chapitre à l'infection générale, forme de l'empoisonnement urineux causé non plus par insuffisance rénale et intoxication, mais par absorption de poisons élaborés dans l'appareil urinaire infecté ou pénétration dans l'organisme des agents mêmes de cette infection (accès urineux, forme aiguë et forme chronique, cachexie urinaire).

Il en arrive ensuite au traitement du prostatisme en général (hygiène et régime) et au traitement spécial à chaque forme et à chaque période.

Forme aseptique. — Première période : calmants (lavements d'antipyrine et de laudanum).

Deuxième période. — Indications et contre-indications du cathétérisme évacuateur.

Cas de rétention complète et incomplète aiguë avec distension où le cathétérisme est urgent.

Cas de rétention incomplète aiguë où le cathétérisme doit être ajourné et où suffit le traitement médical.

Cas de rétention incomplète aiguë où le cathétérisme devient nécessaire.

Cas de rétention très incomplète chronique où le cathétérisme peut être ajourné.

Cas de rétention incomplète chronique où le cathétérisme est formellement indiqué.

Le manuel opératoire du cathétérisme évacuateur et l'antisepsie de ce cathétérisme sont minutieusement décrits.

L'auteur s'étend longuement sur les règles du traitement (modes d'évacuation, répétitions, lavages de la vessie, etc.), sur l'emploi de la *sonde à demeure* qui donne d'excellents résultats, sur la ponction de la vessie, très exceptionnelle, et leurs applications à chaque période de la forme aseptique du prostatisme.

Il passe de même en revue le traitement : 1° de la forme septique dans ses trois périodes ; 2° des complications (calculs phosphatiques secondaires, hématuries) ; 3° des infections rénales (gravelle rénale, pyonéphrose, hématuries rénales) ; 4° de l'infection générale.

Il termine par un résumé, sous forme d'ordonnances et de tableaux, des indications thérapeutiques.

A l'usage des malades qui seront invités par leur médecin à lire ce livre, il est annexé un vocabulaire explicatif.

C'est dire que rien ne manque à cet ouvrage essentiellement pratique qui est inspiré du reste de l'enseignement de l'école de Necker et de son chef, le professeur Guyon.

D. Estrabaut.

LE SÉRUM DE TRUNECEK

Par **Léopold-LÉVI**
Ancien Interne lauréat des Hôpitaux.

Après avoir exposé les résultats obtenus par le sérum de Trunecek dans l'artério-sclérose, je vais étudier quel est son mode d'action. C'est là une question théorique qui mérite d'être envisagée, bien que les solutions proposées soient peut-être incomplètes. J'ajoute que même si les mécanismes invoqués étaient discutés, les faits cliniques n'en resteraient pas moins des faits acquis.

Tout d'abord, en présence d'une médication nouvelle, — et celle-ci est bien nouvelle, en fait d'artério-sclérose —, on est en droit de se demander s'il ne peut se produire une suggestion du malade de la part du médecin autosuggestionné lui-même.

Cette opinion préjudicielle ne m'arrêtera pas longtemps. En ce qui me concerne, j'ai commencé ces recherches en curieux plus qu'en croyant, et le nombre de malades que j'ai vu s'améliorer est vraiment bien grand. Il augmente encore, si on y ajoute les résultats obtenus par d'autres médecins observant sans le moindre parti pris. Je sais bien que l'association d'artério-sclérose et d'hystérie est fréquente — j'aurai à en fournir des exemples — mais il ne s'est pas agi d'hystériques dans tous les cas traités. De plus, l'amélioration observée est habituellement progressive, elle se maintient : toutes conditions qui font plutôt croire à une action médicamenteuse qu'à la persuasion.

On ne saurait d'ailleurs tirer argument du mode de traitement par injection puisque les lavements médicamenteux aboutissent à des résultats comparables.

En écartant donc cette objection que rien ne justifie, j'en arrive d'abord à la théorie soutenue par Trunecek et dont j'ai déjà fait a critique[1]. J'envisagerai ensuite deux autres mécanismes : l'hypotension vasculaire, le relèvement de l'alcalinité sanguine.

Trunecek pense que les sels alcalins jouent un rôle dans la solubilité du phosphate de chaux qui incruste la paroi des artères sclérosées. J'ai fait justice de cette opinion en montrant que le sérum inorganique mélangé *in vitro* à des traces de phosphate tricalcique ne donne aucune dissolution du sel de chaux. D'ailleurs, non seulement le sérum, d'après sa composition, ne peut pas dissoudre les sels de chaux, mais même il les précipite *in vitro*. Car si on ajoute à une solution de chlorure de calcium quelques gouttes de sérum, on obtient d'une façon très évidente un précipité gélatineux de phosphate de chaux. Cette théorie ne peut donc se soutenir. J'en arrive à d'autres mieux fondées.

J'avais déjà émis l'hypothèse que l'injection du sérum donnait lieu à des variations circulatoires, que l'action fût directe ou se fit pas l'intermédiaire du système vaso-moteur, et je faisais remarquer que plusieurs malades éprouvaient immédiatement après les piqûres un soulagement qui persistait trois quarts d'heure à une heure, et s'atténuait par la suite. Je puis actuellement préciser davantage.

Des recherches entreprises avec Pierre[2] Bonnier sur les réactions immédiates de l'appareil de l'ouïe sous l'influence des injections des sérums inorganiques nous ont conduit à attribuer un rôle à la pression vasculaire, sous la dépendance elle-même du système vaso-moteur.

1. Léopold Lévi. — *Loc. cit.* p. 955.
2. Léopold Lévi et Bonnier. — *Loc. cit.*

En ce qui concerne le labyrinthe, les vaisseaux sont seuls capables, par leur état de contraction ou de dilatation, de maintenir la compensation labyrinthique, c'est-à-dire d'équilibrer la pression intra-labyrinthique avec la pression extérieure. Or, dans les scléroses de l'oreille, la pression est en général exagérée. On est conduit alors à supposer qu'une diminution de la pression sanguine, au niveau des vaisseaux labyrinthiques, entraîne à son tour une diminution de la pression labyrinthique, ce qui expliquerait l'amélioration de l'audition aérienne obtenue dans 62,5 pour 100 des cas observés.

Le médicament agirait ainsi comme un dépresseur immédiat de la circulation.

C'est à une conclusion analogue que nous sommes arrivés, Pierre Teissier[1], et moi, en étudiant directement les variations immédiates de la tension artérielle au sphygmomanomètre de Potain. Dans 57,4 pour 100 des cas la tension artérielle est abaissée, l'abaissement variant de 2 centimètres à 7 centimètres. Les modifications de la tension dépendent sans doute d'une action vaso-motrice sur la périphérie circulatoire, car, dans les cas où le cœur fut examiné, nous n'avons pu constater aucun changement appréciable de la matité absolue de l'organe.

Des expériences encore inédites, entreprises avec Hallion, serviront à montrer si cette action du sérum se répète dans diverses classes animales, et si elle existe en dehors même de toute hypertension provoquée.

On peut donc admettre comme démontrée chez l'homme l'action hypotensive immédiate du sérum de Trunecek. Il en résulte des modifications dans la circulation générale et dans les circulations locales, qui permettent de comprendre les améliorations observées, en ce qui concerne le cerveau, par exemple, et les oreilles. Un fait que nous avons recueilli dans le service de M. Mathieu mérite d'être rapporté ici. Une femme de soixante-dix-huit ans, gâteuse, ramollie au sens vulgaire du mot, est prise, au bout de deux jours de séjour à l'hôpital, de coma avec hémiplégie gauche. Ayant constaté cette hémiplégie, je fais à la malade une injection de 5 centimètres cubes de sérum à la suite de laquelle elle remue de nouveau, consécutivement à une excitation sensitive des membres, le bras et la jambe, ce qu'elle était incapable de faire auparavant. Elle change de physionomie, se réveille, essaie de s'asseoir. Le lendemain, l'hémiplégie était de nouveau absolue et ne se modifiait plus par l'injection. Le surlendemain, la mort survint. A l'autopsie, j'ai trouvé un foyer de ramollissement rouge très superficiel et très étendu. Il est vraisemblable que l'hémiplégie était tout d'abord en rapport avec de simples troubles circulatoires, et que l'injection du sérum avait pu modifier encore la circulation au niveau du foyer qui tendait à s'établir.

Il est un autre mécanisme à envisager.

Trunecek a pensé que le sérum relevait

1. Pierre Teissier et Léopold Lévi. — *Loc. cit.*

l'alcalinité du sang. Mais il n'a appuyé cette hypothèse sur aucun fait précis. J'avais tout d'abord effectué avec M. Launois des dosages d'acidité de l'urine, et, dans trois cas, j'avais trouvé l'acidité urinaire augmentée par l'injection.

Avec Carrion j'ai étudié directement les variations de l'alcalinité du sérum. Etant donné les difficultés de ces recherches, nous réservons nos résultats jusqu'à ce que nous les ayons contrôlés par des méthodes diverses.

Y a-t-il d'autres modifications portant sur le sang? J'ai fait avec Hallion des examens d'hémoglobine qui seront publiés incessamment. Dès maintenant nous pouvons dire que nous avons toujours noté, après l'injection, une diminution légère dans la proportion d'hémoglobine et, par conséquent, une dilution du sang.

En résumé, le mécanisme de l'action du sérum de Trunecek peut être multiple. Deux éléments sont essentiels : l'action sur la pression artérielle qui trouve son application dans l'artério-sclérose, certaine modification de la crase sanguine. Ce dernier mode pathogénique permet peut-être de comprendre l'action du sérum dans le rhumatisme chronique, dont je vais dire un mot.

Déjà Trunecek avait, dans son dernier cas, noté l'amélioration d'une ankylose du genou. La disparition de douleurs rhumatoïdes chez une malade, soignée à tout un autre point de vue, m'a conduit à utiliser le sérum dans le traitement du rhumatisme chronique. Je ne parlerai pour le moment que d'une seule malade que je soigne depuis le mois de Février 1900 dans le service des femmes de M. Mathieu à l'hôpital Andral. Entre autres traitements, cette malade a été soumise avec profit à la médication que m'a enseignée Thiroloix en 1895, alors qu'il remplaçait, pendant les vacances Hanot, dont j'étais l'interne, et qui nous avait donné alors un succès très remarquable : la médication par les injections de la solution iodo-iodurée au 1/100e (liqueur de Gram renforcée). La malade reçut 150 de ces injections, et ses douleurs comme la gêne articulaire avaient été avantageusement modifiées. Depuis deux mois environ, j'avais cessé les injections devenues douloureuses. A propos de recherches sur l'acuité auditive et sur la tension artérielle, cette malade reçut des lavements de sérum de Trunecek, et s'en trouva bien. Elle me pria de continuer cette médication. Après cinq lavements représentant 45 centimètres cubes de sérum, elle s'assit dans son lit, ce qu'elle n'avait pu faire depuis son entrée à l'hôpital, elle put même se lever et faire quelques pas avec l'aide de deux infirmières. Depuis ce temps elle s'assoit couramment dans son lit, s'est levée à plusieurs reprises devant moi, et a marché quelques pas. La flexion et l'extension des genoux est presque complète. L'abduction des cuisses rapproche les genoux de 13 centimètres à droite, et de 15 centimètres à gauche du plan du lit.

J'aurai du reste à revenir ultérieurement sur cette question du traitement du rhumatisme chronique.

Il n'est pas possible de passer sous silence, bien que le mécanisme soit encore ici plus délicat, l'emploi du sérum de Trunecek dans les états nerveux, comme la neurasthénie, l'hystérie.

Les observations dans ces cas doivent être prises avec un soin minutieux, et c'est un sujet auquel il est préférable de consacrer une étude spéciale. Je n'insisterai ici que sur quelques considérations.

Il est classique d'admettre que la neurasthénie est parfois symptomatique de l'artério-sclérose.

Les faits peuvent conduire à une conception un peu différente. L'artériosclérose, quand elle est diffuse, donne lieu à des symptômes analogues à certains de ceux qu'on donne comme stigmates de la neurasthénie : céphalée, insomnie, bourdonnements d'oreilles, vertiges, faiblesse des membres, exagération des réflexes, douleurs multiples. Il y a un syndrome qui, s'il fait partie, à n'en pas douter, de la cachexie artérioscléreuse, caractérise aussi l'état de miopragie, à déterminations multiples, liée à une circulation défectueuse. On ne constate pas ici à un même degré l'asthénie musculaire et cérébrale, les troubles mentaux limitrophes de la vésanie, qui font partie de la neurasthénie. Dans ces formes neurasthénoïdes, avec hypertension artérielle, le sérum concentré donnera des résultats remarquables. En voici un exemple parmi plusieurs autres :

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, qui, depuis un an, perd ses forces, maigrit; depuis six mois il se plaint de maux de tête, de bourdonnements d'oreilles, de sifflements, de vertiges, et éprouve un peu de surdité de l'oreille gauche. Il marche difficilement, ses jambes sont faibles, et parfois fléchissent sous lui. Il ressent parfois des fourmillements à leur niveau. Il a perdu un peu la mémoire, et quand il parle « cela lui résonne dans la tête ». En plus, existent des troubles dyspeptiques. Le malade a eu la syphilis, a fait des excès dans sa jeunesse, il se surmène. C'est un arthritique à cheveux blancs depuis l'âge de vingt-six ans. Les artères sont dures, le pouls tendu, le deuxième bruit claqué à l'aorte.

Pendant la durée du traitement, consistant en 7 injections représentant 24 centimètres cubes de sérum, tous les malaises s'atténuent progressivement pour disparaître complètement : le malade ne ressent plus ni céphalée, ni fatigue, ni bourdonnements ; la marche est assurée, la mémoire est revenue, l'ouïe s'améliore.

L'hystérie soulève des questions encore plus délicates. Deux exemples montreront la difficulté du sujet. Je suis consulté pour une malade de cinquante-quatre ans, artério-scléreuse et petite hystérique, qui, il y a un an, à la suite d'une frayeur, a été prise de transpirations profuses. Elles sont telles que, la nuit, la malade doit changer trois fois de chemise en moyenne, et qu'elle a interposé dans son lit un traversin entre elle et son mari. Elle a consulté cinq médecins et n'a obtenu aucune amélioration.

Pour ses phénomènes scléreux, d'otite scléreuse en particulier, je lui fais une injection de 2 centimètres cubes de sérum de Trunecek, et suis trois semaines sans la revoir. A la suite de cette injection unique, les transpirations avaient complètement disparu, et n'étaient pas revenues depuis trois semaines.

Comment expliquer ce fait ? Y a-t-il là un effet de persuasion, comme dit Babinski ? La frayeur a produit une suggestion qui s'est traduite sous forme de transpiration, la piqûre a donné lieu à un nouveau choc qui a défait la suggestion. L'explication est peut-être autre. Il a pu y avoir un trouble de fonctionnement du système sudoral lié directement à la frayeur, ce qui a été le premier terme d'une habitude de suractivité de ce système. L'injection, en modifiant momentanément ce trouble, a modifié cette habitude ou le trouble psychique qui lui était lié, comme effet, et peut-être secondairement comme cause. Dans ce cas il n'était peut-être pas indifférent que le liquide injecté ait eu (c'est là une simple hypothèse) une action sur le système sudoral, comme elle en a une sur le système vaso-moteur, pour entraîner l'hypotension artérielle.

Autre fait : je soigne à l'hôpital Andral, dans le service de M. Mathieu, une malade alitée depuis le mois de Septembre, chez qui le diagnostic, à première vue, parut être celui de rhumatisme chronique, et qui me semble être plutôt actuellement celui d'hystérie articulaire. La malade, âgée de cinquante-neuf ans, est artério-scléreuse et hystérique. Elle avait joui d'une bonne santé jusqu'au mois de Janvier 1900. A la suite de surmenage, de la mort de sa fille, elle est atteinte de douleurs avec gonflement des membres inférieurs, douleurs fugitives, revenant à des intervalles différents, forçant la malade à garder la chambre quelques jours, et à rester au lit un jour ou deux.

Au 15 Juillet, elle est prise, en montant son escalier, de dérobement des jambes, ressent un craquement dans les genoux, et souffre, dans les genoux et dans les chevilles, de douleurs très vives qui disparaissent au bout de huit jours.

Au mois de Septembre, les douleurs reprennent au niveau des genoux et des chevilles qui se déforment et deviennent volumineux. La colonne vertébrale devient douloureuse. La malade garde le lit. Une nuit de Novembre, alors que la veille elle remuait ses membres supérieurs, elle se réveille en sursaut, ressent des craquements, puis des douleurs dans toutes les articulations, et depuis ne se sert plus de ses bras : on est obligé de la faire manger. Ses membres supérieurs sont raides comme des barres.

C'est dans cet état que, le 21 Novembre, elle entre à l'hôpital. Elle arrive roulée dans une couverture, ne pouvant faire aucun mouvement spontané ; et chaque mouvement qu'on lui imprime lui arrache un cri.

Les membres inférieurs présentent un aspect pseudo-lipomateux. Les genoux, surtout le droit, sont volumineux.

On fait le 23 Novembre une première injection de sérum minéral de 1 centimètre cube, puis de 2 cent. le 24 et le 25, le 26 et le 27. Elle se sent alors beaucoup mieux, commence à mouvoir ses membres supérieurs et inférieurs, peut même s'asseoir sur son lit.

La malade se lève et marche seule le 5 décembre ; elle fait quelques pas en s'appuyant au lit des malades.

Les circonstances dans lesquelles sont survenues les douleurs articulaires, les phénomènes d'impotence qui subitement, une nuit, prennent les membres supérieurs et se traduisent à la fois par des craquements, des douleurs dans les articulations, font penser que, derrière un élément rhumatismal tout à fait secondaire, il y a des phénomènes nerveux prédominants. Les injections agissent probablement ici à titre de médication persuasive, mais la composition du sérum a peut-être eu cependant une importance par son action sur l'élément rhumatismal, que j'ai déjà signalée antérieurement.

Étant donné les divers modes d'action du sérum concentré, que peut-on attendre de cette médication ?

Elle trouve son application dans tous les cas où existe l'hypertension artérielle. Les diverses modalités cliniques de l'artério-sclérose, soit généralisée, soit localisée, doivent bénéficier de cette méthode : c'est la sclérose cardiaque, la sclérose des grosses artères, la sclérose des vaisseaux du cerveau, de l'oreille interne, du rein, etc. Il faut tenir compte, pour les résultats, de l'état anatomique des vaisseaux que met en jeu le système vaso-moteur. Plus ils sont contractiles, plus l'action médicamenteuse doit se manifester. C'est donc surtout au début des altérations qu'il faut appliquer le traitement. L'existence d'hypertension artérielle, la connaissance de la paracousie, la notion d'un phénomène de claudication cérébrale intermittent l'imposeront. C'est ainsi que la thérapeutique sera d'autant plus favorable qu'on l'emploiera d'une façon pour ainsi dire prophylactique [1].

Il n'y aura pas contre-indication du fait des lésions constituées, mais les résultats seront alors moins sûrs. Cependant n'est-il pas permis, en cas d'affections réputées incurables, d'essayer le sérum ? C'est ainsi que l'analogie des lésions vasculaires de la sénilité et de la maladie de Parkinson m'ont conduit à soumettre, avec la collaboration de Sicard, un certain nombre de malades de la Salpêtrière atteints de paralysie agitans à cette médication.

Dans d'autres cas où se rencontre l'hypertension artérielle, dans l'épilepsie, au début des crises d'éclampsie, lors des crises convulsives ou délirantes de l'urémie, le sérum de Trunecek pourrait peut-être, en abaissant la pression, arrêter, atténuer ou éloigner les accidents. Enfin, il est indiqué de diriger le traitement contre le diabète qui s'accompagne de tension artérielle élevée et de modification de la crase sanguine.

Le sérum trouve aussi son emploi contre certaines congestions locales.

On connaît, en clinique, ces malades qu'il est permis de désigner sous le nom de congestifs, car ils font facilement des poussées congestives vaso-motrices du côté de l'encéphale, par exemple, ou des oreilles. Chez eux le sérum agit pour atténuer ou faire disparaître les phénomènes qui résultent de la congestion.

C'est ainsi que la céphalée congestive disparaît sous son influence, comme j'en ai vu deux exemples. Il est possible même que le procédé soit applicable à certaines formes de migraine. De même que la céphalée, les bourdonnements d'oreille et les vertiges s'atténuent chez ces sujets.

---

1. Est-ce à dire que, même en ce qui concerne l'artério-sclérose, le traitement par le sérum doive être exclusif? En aucune façon. Régime lacté, purgatifs salins, iodure de potassium dont l'action est en partie comparable, et peut-être en partie différente, sont des moyens qui sont renforcés et qui renforcent peut-être celui du sérum. Le traitement hygiénique général, le traitement local en ce qui concerne les oreilles, restent de mise.

Sans étendre ces considérations, je veux ire un mot de la prostate, à propos de phéomènes analogues dont elle est le siège dans es périodes qui précèdent ou qui accompanent l'hypertrophie.

Déjà dans mon premier travail, j'avais noté a diminution de la pollakiurie qui est en rapport avec l'amélioration soit de l'organe sécréteur, soit du système excréteur de l'urine.

Je dois à l'obligeance de M. Noguès une bservation qui, quoique non démonstrative, ttire, d'une façon concrète, l'attention sur es faits d'une haute portée pratique.

Un malade de soixante ans, éprouvait depuis lusieurs mois les symptômes caractéristiques e la première période du prostatisme : beoins nocturnes fréquents, difficultés d'uriner lus grandes la nuit que le jour.

Il y a environ trois semaines, cet homme st pris de sa première rétention. Celle-ci est omplète et pas une seule goutte d'urine n'est mise. Un médecin pratique le catéthérisme uatre fois par jour à l'aide d'une sonde molle.

Noguès voit le malade au cinquième jour e sa rétention; celle-ci est toujours absolue, t quatre sondages par vingt-quatre heures ont encore nécessaires.

Il fait une injection de 1 centimètre cube e sérum de Trunecek, et, le soir même, le malade urine spontanément une cuillerée à ouche de liquide.

Les jours suivants, la quantité émise natuellement augmente progressivement et le malade diminue le nombre de ces sondages. u bout de huit jours de sérum, il vidait resque complètement sa vessie.

Le sérum de Trunecek est-il la formule éfinitive des sérums concentrés?

D'une part, les résultats qui viennent d'être xposés montrent son efficacité. Il résulte, 'autre part, des recherches que j'ai entrerises avec MM. Teissier et Bonnier, que son ction est plus favorable en injections sousutanées qu'en lavements [1], et qu'il est supéieur au sérum de Chéron et à la solution de hlorure de sodium à 60 pour 1000.

Si on rétablissait les phosphates de chaux t de magnésie à la dose de 7 gr. 3 par litre, e qui correspond à la dose de 0,73 par litre onnée par Hoppe-Seyler, mais concentrée ix fois, on se servirait vraiment du sérum minéral d'après la composition du chimiste, t on ferait, à proprement parler, de l'opothéapie. C'est cette poudre, qui n'est pas comlètement soluble, que je fais ingérer par la bouche.

Le fait que la solution de chlorure de sodium à 60 pour 1.000 n'est pas supérieure aux utres solutions salines prouve que le degré le concentration moléculaire n'est pas la seule aison d'agir de ces remèdes.

En effet, M. Lebarbier, interne en pharmacie du service de M. Mathieu, a bien voulu déterminer avec moi les points cryoscopiques le divers sérums, et nous avons obtenu les chiffres suivants.

Sérum de Trunecek	$\Delta = -3°10$.
— Chéron	$\Delta = -2°06$.
Solution de chlorure de sodium à 60 pour 100. . . .	$\Delta = -3°66$.

Il est évident, par contre, que la concentration moléculaire joue un rôle, sans doute important, et c'est ce qui permet de comprendre pourquoi le sérum de Hayem [1] ($\Delta = -0°8$) n'a pas donné dans les recherches les mêmes résultats que les solutions concentrées. De même, certains malades améliorés par le sérum de Trunecek, soumis sans qu'ils aient pu s'en douter au sérum de Hayem, ont vu réapparaître au bout d'un certain temps leurs phénomènes morbides.

Mais rien ne prouve qu'il ne puisse y avoir de solution saline supérieure au sérum de Trunecek. Les recherches doivent se poursuivre à ce sujet. A côté des solutions salines artificielles, il faut essayer les solutions salines naturelles, les eaux chlorurées sodiques fortes, et en particulier l'eau de mer, que nous utilisons avec Sicard à la Salpêtrière. Nous nous servons d'eau de mer provenant d'Arcachon, que Carrion nous a fournie stérilisée, et que nous injectons à petites doses, sans la ramener à l'isotonie comme l'avait fait Quinton [2], qui l'injectait d'ailleurs en grandes quantités. Le point cryoscopique déterminé d'après cet auteur est de 1°80 environ.

L'effet de l'eau de mer sur le rhumatisme chronique paraît intéressant. Une malade du service de M. le Pr Raymond, qui se trouve à l'infirmerie depuis un an, et a été déjà soumise à diverses médications, ne pouvait, avant les piqûres, lever les talons à plus de 3 à 4 centimètres au-dessus du plan du lit. Au bout de 6 piqûres, représentant 12 centimètres cubes d'eau de mer, elle arrive à croiser les jambes. Peut-être la présence d'iode et de brome dans cette solution joue-t-elle un rôle qui s'ajoute à l'action des autres sels que renferme l'eau de mer? C'est un sujet que nous nous proposons de développer davantage ultérieurement.

En définitive, il ressort de ces diverses considérations que la question du sérum de Trunecek, particulièrement intéressante puisqu'il s'agit d'une médication pathogénique, est loin d'être étudiée dans tous ses détails, tant pratiques que théoriques. Elle n'est que l'introduction à l'étude des sérums concentrés, aussi bien naturels qu'artificiels. En ce qui concerne son emploi, cette médication, appliquée à des lésions déjà constituées, donne des résultats satisfaisants. Elle produira seulement tous ses effets lorsqu'elle sera utilisée à la prophylaxie des affections qu'elle arrive déjà à améliorer.

1. Par contre, les lavements, par la grande quantité de sérum absorbé, agissent peut-être par un mécanisme spécial et trouvent alors des applications particulières.

1. Cf. Mes recherches avec Teissier et Bonnier.

2. Quinton. — « Injection intra-veineuse d'eau de mer, etc. ». *Soc. de Biol.*, 9 Octobre 1897, p. 891.

LE MOUVEMENT ANTITUBERCULEUX
EN FRANCE ET EN BELGIQUE
IMPRESSIONS DE VOYAGE

Par **Ph. BLUMENTHAL** (de Moscou).

Au dernier *Congrès des médecins russes en mémoire de Pirogoff*, tenu à Kazan, M. le professeur Cherwinsky émit la proposition suivante : 1° Inscrire à tous les ordres du jour de ces Congrès la question de la lutte contre la tuberculose ; 2° former une Commission, choisie parmi les membres de la *Société des médecins russes en mémoire de Pirogoff*, à laquelle incomberait la tâche de préparer les travaux des Congrès et d'élaborer le programme d'une étude générale sur la question ; 3° charger la Commission de présenter ses travaux au prochain Congrès des médecins russes.

Le Comité-Directeur du Congrès accepta ces propositions, qui avaient rencontré l'accueil le plus favorable à l'assemblée pleinière du Congrès de Kazan, et pria le professeur Cherwinsky de constituer une Commission chargée d'élaborer un programme de lutte contre la tuberculose.

Cette Commission plaça à sa tête l'initiateur de la proposition. La première question qu'elle mit à l'étude fut : *la lutte sociale contre la tuberculose dans l'univers, ses origines, son évolution et son état actuel.* La tâche de rapporteur me fut confiée.

J'aurais pu sans doute compulser les documents officiels, et, d'après eux, mettre en relief les faits les plus saillants de la lutte antituberculeuse ; mais cette étude n'eût été que superficielle et j'ai préféré me rendre compte sur place des armes employées et des progrès faits dans la lutte contre la tuberculose, et recueillir les impressions personnelles de tous ceux qui dirigent le mouvement. J'ai voulu ainsi me documenter *de visu* sur la valeur des moyens qui permettront d'obtenir les meilleurs résultats.

***

Au cours du voyage entrepris, j'ai reçu partout, mais particulièrement en France et en Belgique, l'accueil le plus empressé, et je tiens à rendre, tout d'abord, un hommage public non seulement à la valeur des représentants du Corps médical français et belge, mais encore à l'extrême obligeance avec laquelle ils m'ont donné les informations les plus précieuses.

Nous allons en Russie entamer sérieusement la lutte en fondant tout d'abord une « Ligue Nationale » pour l'*éducation populaire* par la propagande, suivant les méthodes que vous employez généralement, et que nous modifierons en les adaptant à nos mœurs.

Nous espérons également pouvoir construire bientôt de nombreux sanatoriums, ceux de Chalile, Faïzi, Halila et Pitkajarvi ne pouvant pas répondre aux immenses besoins de la classe pauvre.

Vous savez que notre pays est peut-être celui où le fléau sévit avec le plus d'intensité ; nos paysans émigrent chaque année dans les grandes villes, où ils vivent par *artels*, dans des logements surpeuplés, jamais aérés, car une fenêtre ouverte (l'hiver), c'est quelques bûches de bois à mettre en plus dans le four qui chauffe la salle. Ces conditions de vie, auxquelles viennent s'ajouter l'alcoolisme et la syphilis, font bientôt de ces malheureux « déracinés » des phtisiques, qui retournent au village infecter leur *isba* étroite et malpropre et semer autour d'eux les germes de la terrible maladie. Notre intention est de leur enseigner par tous les moyens possibles les règles de l'hygiène, suivant les principes adoptés dans vos dispensaires du type créé par M. Calmette.

Vous ne serez pas surpris que nous marchions sur vos traces pour lutter contre le même ennemi ; le récent Congrès de Londres a montré qu'il existait une entente parfaite entre les différents pays sur la question des moyens préventifs et curatifs qu'il convenait d'opposer à la tuberculose. En France, cette question a été tellement étudiée et discutée dans ces dernières années que les documents réunis à cette occasion par les hommes les plus compétents représentent pour nous une valeur inestimable.

J'ai suivi avec intérêt les diverses étapes du mouvement antituberculeux en France et en Belgique, où la lutte prend exactement le même caractère et suit une marche parallèle. Vos travaux remarquables ont été signalés déjà dans mes comptes-rendus à la Commission russe de la tuberculose, et dans les conférences que j'ai faites, soit à la séance solennelle de la Société de thérapeutique, soit à la Société de bactériologie ; ils ont attiré l'attention de nos médecins qui y ont trouvé de précieux enseignements et se disposent

en profiter lorsque sonnera bientôt pour la Russie le branle-bas d'un combat général contre la uberculose. Notre prochain Congrès en mémoire le Pirogoff (à Moscou), sera, nous l'espérons, ce ignal de la lutte.

Nul ne peut méconnaître aujourd'hui l'action efficace de ces Congrès périodiques sur la marche les événements : ils facilitent l'échange des idées, multiplient les efforts en les groupant, stimulent l'ardeur de tous ceux qui luttent, déterminent les résolutions énergiques, et ont une importance marquée pour l'entraînement des masses.

Le Congrès de la tuberculose, tenu à Paris en 1898, a fait surgir en France des œuvres qui sont actuellement en pleine prospérité; ses effets se sont fait sentir en Belgique presque aussitôt, et c'est à la suite de ce Congrès que la Ligue nationale belge prit son essor. A Anvers, six mois s'étaient à peine écoulés que le Comité comptait déjà un millier de membres et menait une campagne acharnée dans les villes et dans les campagnes; il obtenait la désinfection obligatoire pour les locaux où mouraient les tuberculeux, un service d'isolement dans les hôpitaux, une laiterie modèle avec vaches tuberculinées, et faisait apposer partout des affiches et distribuer des milliers de brochures et de journaux.

Cette belle ardeur ne s'est pas ralentie; elle est plus grande que jamais. Un magnifique sanatorium, construit à Liége, pourra bientôt recevoir 300 tuberculeux pauvres.

MM. Van Ryn à Bruxelles, Malvoz à Liége, et Van Bogaert à Anvers, ont montré ce que peut faire l'initiative privée. Non contents des résultats obtenus, ces hommes distingués s'appliquent sans cesse autour d'eux à la propagation de l'idée de la Contagion et de la Curabilité de la tuberculose qui est, malgré tout, encore bien mal jugée dans le public; ils estiment qu'au point de vue de l'instruction antituberculeuse, chacun travaillant personnellement en dehors de toute sphère officielle, obtiendra beaucoup plus qu'en corps.

L'initiative privée est le grand ressort des œuvres de mutualité et de solidarité qui caractérisent la lutte en France et en Belgique. Je suis sûr que lorsque ces puissants moyens d'action auront été pleinement mis en œuvre, vous obtiendrez des résultats qui dépasseront vos espérances.

Déjà les villes de Mons et de Liége, à l'exemple de Lille, sont pourvues d'un dispensaire. « C'est Calmette, un des brillants élèves de Pasteur, disait M. Dewez, le dévoué président de la Ligue nationale belge contre la tuberculose, qui préconisa l'œuvre des dispensaires. Il eut le grand honneur d'avoir, le premier, proposé à la municipalité de Lille, où il dirige avec tant d'éclat l'Institut Pasteur, la création de dispensaires spéciaux où viendraient se faire examiner les indigents suspects de tuberculose et où on leur donnerait les conseils et les secours nécessaires. Il avait prévu que les dispensaires seraient en même temps qu'une œuvre de bienfaisance une véritable école de prophylaxie, où les mesures de préservation seraient l'objet d'une application pratique.

Combien j'ai été heureux de pouvoir visiter à Lille l'établissement de M. Calmette et le *dispensaire Emile-Roux*, complètement achevé; j'y ai reconnu le dispensaire-type qui doit servir de modèle et d'exemple aux municipalités de toutes les grandes villes, car je crois que l'œuvre de M. Calmette peut être comptée parmi celles qui intéressent toutes les nations.

Mons a l'avantage de posséder, outre son dispensaire, une cure d'air et un laboratoire provincial de bactériologie, dirigé par Hermann, un spécialiste très distingué formé à l'école de M. Malvoz, de Liége; cette dernière création permet comme à Lille, les analyses bactériologiques fréquentes de tous les produits suspects d'infection bacillaire.

A Paris, rue Marcadet, j'ai eu le plaisir de voir fonctionner l'établissement fondé depuis le mois de Mai par M. Léon-Bonnet, et qui assiste déjà un grand nombre de tuberculeux.

L'organisation est partout aussi simple que peu dispendieuse; trois ou quatre pièces composent tout le local : une salle d'attente, un cabinet de consultation, une salle de distribution de médicaments et aliments et un laboratoire. Quelques médecins de bonne volonté se répartissent, les jours de consultation, les visites à domicile et la surveillance des malades. Mais ce qui constitue l'originalité de cette œuvre des dispensaires et la met au-dessus des policliniques allemandes, c'est le soin qu'elle apporte à *dépister* et *attirer* à elle le tuberculeux, a lui distribuer à la fois des secours d'ordre matériel et moral tout en poursuivant son but d'éducation prophylactique.

En retournant en Russie, je me suis arrêté à Berlin pour assister aux fêtes de Virchow. Tout frais encore de mes impressions de voyage, j'ai eu l'occasion de causer avec M. Pannwitz, l'apôtre de la lutte antituberculeuse (comme l'a si justement nommé M. Romme) auquel j'ai raconté ce que j'avais vu. A la suite de notre entretien, le distingué secrétaire général du *Deutsches Central-Comité zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke* m'a invité à faire au bureau du Comité une conférence qu'il a bien voulu présider.

Mon auditoire, composé de médecins s'occupant de la lutte sociale contre la tuberculose, m'a paru vivement intéressé par la description des dispensaires et a partagé mon admiration pour ces *établissements*. J'apprends d'ailleurs qu'un dispensaire vient de s'ouvrir à Charlottenbourg, près de Berlin.

* * *

Mon admiration pour les dispensaires, aussi grande qu'elle soit, ne me fera pas considérer la construction des sanatoriums comme inutile, selon l'opinion émise récemment en France et qui, je crois, a fait son temps; je suis d'un avis tout à fait contraire. Je partage les idées du chef éminent de votre école d'hygiène. M. le professeur Brouardel, qui a bien voulu, avec une affabilité charmante, pendant mon séjour à Paris, me faire part de ses impressions sur le mouvement antituberculeux. J'avais déjà puisé les éléments d'une partie de mon enquête dans le rapport général, qu'il avait présenté au nom de la Commission française de la tuberculose, dont les travaux font autorité aujourd'hui dans le monde entier. Tous ceux qui s'occupent de prophylaxie connaissent les remarquables études des membres de cette Commission; ceux-ci ont préparé la voie aux Pouvoirs publics, en leur traçant leur devoir et en les guidant d'une main sûre dans les meilleurs chemins qu'il convenait de suivre pour combattre efficacement la propagation de la tuberculose.

En s'inspirant de leurs pensées, M. le député Amodru vient fort à propos de porter cette question devant vos représentants législatifs. Vous avez certainement applaudi, comme je l'ai fait moi-même, à cette heureuse initiative, dont les conséquences seront sans doute fécondes en résultats pratiques.

M. le professeur Brouardel m'a dit combien chez vous les chefs du Gouvernement, M. le Président de la République et le président du Conseil des Ministres, s'intéressaient à la lutte contre la tuberculose, et l'impulsion qu'ils lui avaient donnée par la réunion de la *Commission extra-parlementaire* et par l'application des règlements de prophylaxie à tous les grands services publics.

L'évolution de la théorie à la pratique est sur le point de se produire partout. M. Brouardel espère voir bientôt se fédérer toutes les œuvres et ligues antituberculeuses françaises en une association aussi large que possible, qui n'enlèvera à aucune d'elles ni autonomie ni indépendance. Je lui ai exprimé l'attrait qu'avait pour moi la conception de ce vaste projet et le désir que nous avions, nous aussi, en Russie, de nous réunir sans susciter les jalousies ni froisser les intérêts particuliers. Ce qui s'est produit dernièrement en Belgique doit nous servir de leçon. Je ne peux oublier à ce propos tous les renseignements que m'a donné M. Van Ryn, qui veut bien continuer à me tenir au courant de la campagne qui se poursuit dans son pays.

Je ne saurais trop remercier M. le professeur Lannelongue, MM. Letulle, Calmette et Sersiron des intéressantes communications qu'ils ont bien voulu me faire, et que j'ai enregistrées avec soin dans mon rapport à la Commission russe dont les travaux seront publiés pour le Congrès qui se réunira le mois prochain.

S'il est une œuvre qui a conquis toute mon estime, c'est bien celle des sanatoriums populaires de Paris, sous la présidence de M. le professeur Landouzy, qui, avec la coopération des hommes les plus distingués et les dons charitables de généreux philanthropes, arrive à la réalisation de ses espérances : étant sur le point de livrer aux pauvres un premier établissement. Je sais que pour arriver à cet heureux résultat les difficultés de tout genre ne lui ont pas été ménagées; elle a pu cependant les vaincre grâce à la persévérance, à l'ardeur dans la lutte qui avec le désintéressement le plus absolu sont les belles qualités morales de tous ceux qui se sont dévoués à cette noble entreprise.

M. Letulle que j'eus la bonne fortune de rencontrer à l'hôpital Boucicaut voulut bien me faire visiter les magnifiques services que cet hôpital possède pour l'isolement des tuberculeux. On a fait là tout ce qu'il était possible de faire pour améliorer l'état de malades pauvres et lorsque toutes les modifications projetées par M. Letulle y auront été introduites, l'établissement sera un modèle d'hospitalisation tuberculeuse, et l'on y obtiendra tous les résultats qu'il sera possible d'attendre de l'*hôpital*, qui ne pourra jamais d'ailleurs remplacer le *sanatorium*.

En attendant que les sanatoriums soient construits, le sort du tuberculeux pauvre est réellement lamentable. Les questions d'assistance, sur lesquelles se portent tout entière la pensée généreuse de M. Letulle, doivent être considérées comme un problème social dont la solution est particulièrement importante; bien peu de pays, en effet, se préparent à créer des Caisses d'Assurances pour venir en aide aux familles des ouvriers atteints de tuberculose.

A côté de l'Œuvre des sanatoriums populaires la Société de *Préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire* poursuit, je le sais, un but éminemment utile; dirigée très habilement par M. Peyrot, de l'Académie de Médecine, assisté de son dévoué confrère, M. Weill-Mantou, elle parviendra, j'en suis convaincu, à faire pénétrer dans les masses les idées de contagion de la tuberculose; les ingénieux moyens de propagande qu'elle emploie déjà sont bien un sûr garant de ses succès futurs.

Il est certain que les mesures de précaution ne seront généralement adoptées que lorsque chacun sera convaincu de leur utilité; et le mieux est d'inspirer à tous l'impérieuse nécessité d'éviter la contagion de la terrible maladie.

* * *

Les matériaux de mes études me permettent de conclure que, pendant ces dernières années, on a enfin compris qu'il était temps d'enrayer la marche de ce fléau de la tuberculose et que l'on s'efforce partout de rattraper le temps perdu. Cet immense progrès réalisé est dû, je crois, en grande partie, au Congrès de Berlin de 1899, qui a donné comme un coup de fouet aux efforts de tous, et provoqué une émulation en même temps qu'une tendance à solidariser les actions individuelles.

La première expression de ce mouvement a été l'organisation du *Bureau Central Interna-*

tional, destiné à faciliter entre tous les pays l'échange des opinions, et la fondation de journaux en Allemagne, qui prennent un caractère international, et aussi en France, où l'on doit à l'activité de M. SERSIRON « la lutte antituberculeuse ».

Mon impression est que ce qu'on fait me semble une bonne semence, jetée généralement sur un terrain favorable, et que, de la réunion des hommes de bonne volonté qui tend de plus en plus à se produire, surgiront des forces latentes, capables de nous faire surmonter toutes les difficultés. Il faudra, je crois, moins d'efforts pour réaliser un idéal que, il n'y a guère que cinq ans, on pouvait considérer comme impossible à atteindre.

Je considère que la Coopération des Collectivités, des patrons, des administrations publiques et privées, de la Presse, n'est pas encore ce qu'elle devrait être, et que l'action gouvernementale laisse aussi à désirer.

Ainsi que le déclare M. AMODRU dans son rapport de la Commission Parlementaire : « Le moment est venu, pour les pouvoirs publics, de donner le signal de l'action. La tuberculose est un danger; elle constitue un véritable péril. Quels que soient les efforts à faire et les difficultés à vaincre, il faut engager la lutte sans plus tarder : il y va de l'intérêt supérieur du pays, de l'avenir et du salut de la nation ». Ces éloquentes paroles mériteraient d'être entendues par tous les gouvernements, car le mal est aujourd'hui répandu dans tout l'univers.

LE PROCÈS, L'EXÉCUTION, L'AUTOPSIE

L'ETAT MENTAL DE CZOLGOSZ

ASSASSIN DU PRÉSIDENT MAC-KINLEY

Nous avons pu présenter à nos lecteurs, dès sa publication, le procès-verbal de la maladie et la mort du président Mac Kinley; aujourd'hui nous publions un résumé du procès, de l'exécution, de l'autopsie, de l'état mental de son assassin Czolgosz. L'observation complète a été publiée officiellement dans les journaux de médecine des Etats-Unis, le 4 janvier dernier, c'est d'après ces documents que le résumé ci-dessous a été fait.

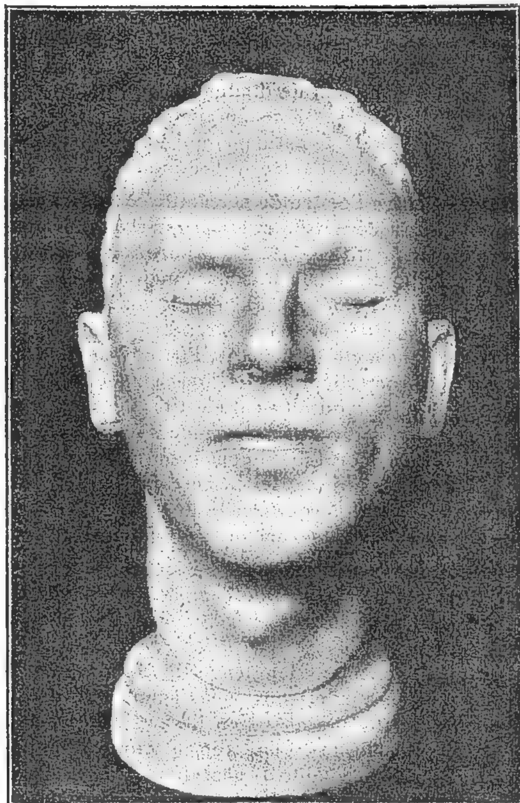
*
* *

Lorsqu'un homme a commis un crime particulièrement odieux, inutile et stupide, l'on se demande tout naturellement si cet homme n'a pas agi sous l'influence d'une folie permanente ou passagère, et l'opinion publique réclame un examen médical sévère et consciencieux. L'assassin de Mac Kinley, Czolgosz, n'a pas échappé à cette loi et son état mental a été examiné à plusieurs reprises avec tout le soin désirable. Un des experts commis à cet effet, M. Mac Donald, aliéniste éminent de New-York, a été appelé à publier[1] le résultat de ses observations.

Il pratiqua ses examens les samedi et dimanche 21-22 Septembre 1901 (le procès commença le lundi 23). Par suite de l'éloignement considérable des parents de l'accusé les experts durent se fier uniquement aux renseignements fournis par l'accusé lui-même.

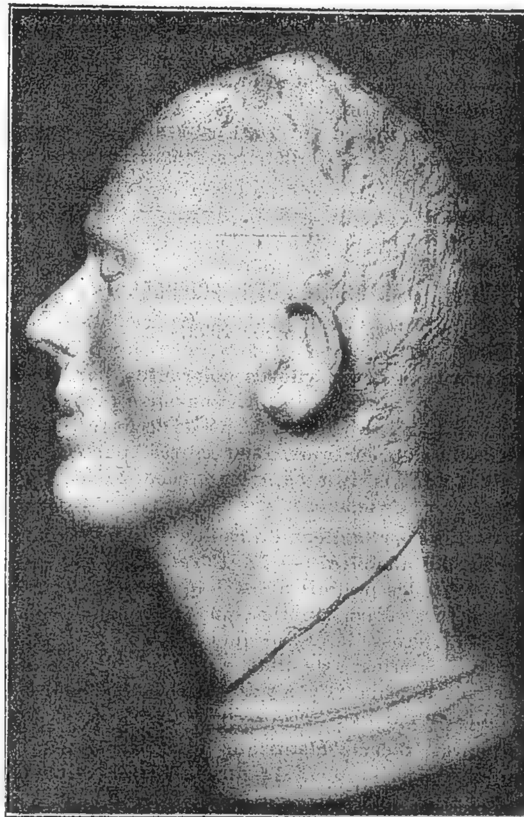
Il était né aux États-Unis de parents polonais, il avait vingt-huit ans; il était célibataire; sa profession était celle d'agriculteur. Jadis catholique pratiquant il avait depuis quelques années abandonné toute croyance religieuse. Il avait été à l'école primaire et savait lire et écrire. Il ne s'était jamais adonné à des excès d'aucune sorte et il n'avait jamais présenté d'accidents nerveux. Sa mère était morte mais son père, une sœur et un frère étaient encore vivants. A sa connaissance il n'y avait jamais eu d'aliénation mentale dans la famille.

Un interrogatoire minutieux montra que Czolgosz n'était pas sujet aux illusions, ni aux désillusions, ni aux hallucinations. Il ne se connaissait pas d'ennemis et ne se croyait pas le moins du



monde persécuté. Pas trace de dépression ni d'exaltation mentale, pas plus que de faiblesse d'esprit ni d'amnésie. Il n'était pas sujet à des impulsions irrésistibles; il ne se croyait pas chargé d'une mission extraordinaire. En définitive son esprit paraissait des plus sains.

L'examen physique permit de constater que



l'accusé était bien constitué, de physionomie plutôt agréable, de traits réguliers et symétriques. Le regard n'avait rien de suspect; les pupilles étaient égales et réagissaient normalement. Rien aux organes génitaux si ce n'est la présence, sur la muqueuse du prépuce, de deux petites cicatrices non indurées, reliquats probables d'un chancre : cependant l'accusé prétendait qu'il n'avait jamais eu d'autre maladie vénérienne que la blennorragie. Pas de nodules spécifiques; pas de sensibilité au niveau du périoste. Sur le corps pas trace de traumatisme ; le nez est dévié à la suite d'un coup reçu dans la foule peu après l'attentat. Pas de tic ni de tremblement des muscles de la face, de la langue, des mains. Réflexes normaux, pas de troubles de la sensibilité générale ni spéciale. Pas de stigmates de dégénérescence.

En présence d'un tel faisceau de signes négatifs les experts conclurent unanimement à la parfaite intégrité de l'esprit de Czolgosz; ce n'était pas un aliéné, mais un anarchiste, et sa conduite le prouve.

*
* *

Le procès commence le lundi matin 23 Septembre et dure deux jours. L'accusé se montre très calme, indifférent même : il répond d'une voix ferme aux questions qu'on lui pose, et dès le début proclame qu'il n'éprouve ni regrets ni remords. La défense est confiée à un avocat désigné d'office ; ce dernier n'a qu'un souci : celui de s'excuser de présenter la défense d'un tel assassin. Le siège du jury est fait : il délibère pour la forme, et au bout d'une demi-heure rapporte à l'unanimité un verdict de culpabilité. Czolgosz est condamné à subir la mort par électrocution ; la sentence le laisse absolument froid. Les jours suivants son calme ne se dément pas un instant : il mange de bon appétit, répète qu'il ne se repent pas, mais ne fait jamais allusion au procès ni à la condamnation.

*
* *

L'exécution eut lieu le 29 Octobre 1901, à 7 heures du matin, en présence de plusieurs médecins. Le condamné, calme et dédaigneux, fut rapidement attaché au fauteuil, et les électrodes furent mis en place (l'un au genou droit, l'autre à la tête). Durant ces préparatifs, Czolgosz eut le temps de dire à haute voix : « J'ai tué le Président parce qu'il était l'ennemi des braves gens qui travaillent. Je ne regrette pas mon crime, mais je regrette de n'avoir pu voir mon père ». A ce moment le signal fut donné, le circuit fermé, et aussitôt le corps du condamné se raidit dans un spasme tonique auquel paraissait prendre part chaque fibre musculaire de l'organisme. Dès ce moment il y eut abolition complète — du moins en apparence — de la motilité, de la sensibilité et de la conscience.

On appliqua deux fois le courant. La première fois on régla son intensité de la façon suivante : pendant sept secondes 1.800 volts; pendant vingt-trois secondes, 300 volts; pendant quatre secondes, 1.800 volts; enfin pendant vingt-six secondes, de nouveau 300 volts. Durée du premier contact : une minute.

Quant au deuxième contact, appliqué à la demande de M. Mac Donald, par mesure de précaution, il fut d'une intensité de 1.800 volts, et d'une durée de cinq secondes.

La durée totale de l'application du courant fut donc de une minute et cinq secondes, mais dès l'instant où le circuit fut fermé il fut évident pour tous les témoins que la mort était un fait accompli.

Les médecins examinèrent le corps du supplicié exactement quatre minutes après l'entrée du condamné dans la salle d'exécution : ils conclurent unanimement à la mort.

*
* *

L'autopsie fut pratiquée presque aussitôt par M. Spitzka, qui publie également son rapport[1].

Il commença par faire des moulages en plâtre de la tête du supplicié; nous donnons deux photographies de l'un de ces moulages; la saillie considérable de la pomme d'Adam est due à ce que l'on a opéré sur le cadavre étendu sur la table d'autopsie, la tête en hyperextension.

---

1. MAC DONALD. — « Le procès, l'exécution, l'autopsie, l'état mental de Léon Czolgosz alias Fred Nieman, l'assassin du président Mac-Kinley ». *Medical Record*, n° 1626, 4 Janvier 1902.

1. E. A. SPITZKA. — « L'autopsie de Léon F. Czolgosz ». *Medical Record*, 1902, 4 Janvier, n° 1626, p. 6.

Les principaux détails de l'autopsie peuvent se résumer ainsi : Sous le genou droit, au niveau du point d'application d'une des électrodes, existe une petite zone qui a subi la desquamation de l'épiderme. A la tête, tout se borne à quelques traces de vésication, surtout marquées au niveau de l'occiput; la pression des courroies n'a déterminé aucun phénomène. Quand la nécropsie fut commencée, le corps était encore chaud; la rigidité cadavérique survint trois heures après, le sang restant fluide.

Au niveau du crâne, on note que les sutures sont nettes : pas de synostose, pas d'os surnuméraire ni anormal. Dure-mère un peu congestionnée, non adhérente à la calotte cranienne; à l'ouverture de cette méninge, il s'écoule une quantité normale de liquide céphalo-rachidien. Pie-mère légèrement congestionnée au niveau des vaisseaux fins (phénomène constant après l'électrocution); pas de granulations, pas d'adhérences au cerveau. A la palpation, ce dernier ne présente pas de zone ramollie; poids de l'encéphale, 1.460 grammes L'examen détaillé de la convexité montre que la disposition des scissures et circonvolutions est presque absolument normale; les coupes ne récèlent aucune lésion hémorragique ni scléreuse, ni néoplasique.

On n'examine pas la moelle.

Quant aux viscères, on note que le cœur est en systole énergique, que les poumons présentent un léger degré d'emphysème, que la plèvre droite présente quelques bandes d'adhérence à sa partie inférieure. Le foie est un peu congestionné, l'estomac vide.

* * *

En somme, cliniquement et anatomiquement, Czolgosz était un homme parfaitement sain et bien constitué. Assurément, il existe des psychoses reconnaissant pour cause, non une lésion anatomiqne, mais un trouble physiologique ou chimique. Il faut remarquer cependant qu'il n'existait ici aucune lésion viscérale pouvant donner lieu à des troubles encéphaliques.

La seule conclusion à tirer, dans l'état actuel de la science, paraît donc être la suivante : c'est que les mauvaises passions qui sommeillent peuvent se réveiller sans qu'il y ait besoin de faire intervenir la folie; Czolgosz était un perverti social; ce n'était pas un aliéné.

Ch. Jarvis.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

11 Janvier 1902 *(suite)*.

Sur la sclérose embryonnaire diffuse intertrabéculaire du foie au cours des affections du rein. — *MM. Léon Bernard et Bigart.* Toutes les affections du rein entraînent des altérations hépatiques. Parmi celles-ci, il en est une que nous avons rencontrée très fréquemment et que nous décrivons ainsi :

Au microscope, et à un faible grossissement, on voit les trabécules hépatiques très écartés les uns des autres et séparés par une file simple ou double de noyaux. A un plus fort grossissement, on voit que ces noyaux appartiennent à des leucocytes très nombreux, compris dans les capillaires sanguins très dilatés. Cette ectasie rappelle celle des foies cardiaques. Mais la rareté des hématies, jointe à l'abondance des leucocytes et à la distribution diffuse de la lésion sans prédominance systématisée, suffit à écarter l'idée de stase.

Dans d'autres foies, on remarque dès l'abord le même écartement des trabécules hépatiques, et la présence aussi caractéristique des noyaux infiltrés dans l'intervalle de ces trabécules. Mais à un fort grossissement, on constate que ces noyaux appartiennent à des cellules qui ont perdu leurs caractères de leucocytes et pris l'aspect des cellules dites embryonnaires.

Ces cellules sont entourées d'un tissu fibrillaire qui a étouffé les capillaires sanguins et comblé l'espace intertrabéculaire. On a ainsi une sclérose jeune, distribuée d'une manière diffuse dans tout le parenchyme hépatique.

Elle est comprise dans l'intérieur du lobule, répartie uniformément dans toute la longueur de tous les espaces intertrabéculaires, sans prédominance autour des pôles sus-hépatiques ou porto-biliaires. D'où le nom de sclérose embryonnaire intertrabéculaire du foie, que nous proposons pour désigner cette lésion dont nous venons de décrire deux aspects d'âge différent.

Nous avons trouvé cette lésion au cours de diverses affections expérimentales et cliniques du rein, qui toutes s'accompagnent de diminution prolongée de la perméabilité rénale. Il se surajoute à cette lésion d'autres altérations hépatiques, qui sont sans doute sous la dépendance d'autres processus.

Rapport entre l'ordre de sensibilité des éléments anatomiques à l'émétine et les propriétés thérapeutiques de cet agent. — *M. E. Maurel.* Après avoir rappelé l'ordre de sensibilité des principaux éléments anatomiques à l'émétine, qui est le suivant : fibre lisse, nerf sensitif, nerf moteur, fibre striée, fibre cardiaque, leucocyte et hématie, l'auteur montre que les principales applications de l'ipéca relèvent de la fibre lisse qui est son élément électif. C'est, en effet, par la contraction de cette fibre, que s'expliquent les heureux résultats de l'ipéca donné contre les congestions, les inflammations, les hémorragies et les températures fébriles, ce qui constitue la presque totalité de ses applications comme agent général.

Oscillations pondérales du hérisson. — *M. Joseph Noé.* On a déjà signalé l'augmentation énorme de poids que peut subir le hérisson après la période d'hibernation.

Ayant suivi pendant longtemps la courbe pondérale de plusieurs hérissons, nous avons pu fixer la moyenne de cette augmentation à 4 gr. 255 par jour et par kilogramme, pour une alimentation exclusivement composée de viande de cheval.

Mais, consécutivement à cette période d'augmentation, et l'alimentation restant la même, il se produit, dès que la température s'abaisse, une diminution de poids qui persiste jusqu'à l'hibernation.

Les seuls individus qui n'ont pas hiberné sont morts après avoir perdu 10 grammes environ par jour et par kilogramme, chiffre bien supérieur à celui que l'on obtient chez le hérisson soumis à l'inanition, mais hibernant.

Le sommeil hibernal constitue donc un mécanisme d'épargne pour l'histolyse qui tend à s'exagérer en hiver.

On voit aussi qu'au moment où la tendance à la dénutrition est le plus intense, l'intervention de toute cause de nutrition est plus funeste que l'absence même d'assimilation.

C'est le contraire en été, c'est-à-dire au moment où les fonctions assimilatrices sont à leur summun d'activité.

A. Sicard.

ACADÉMIE DES SCIENCES

13 Janvier 1902.

La fixation des matières colorantes par les levures. — *M. Rosenstiehl.* Cet auteur a reconnu que les levures présentaient la propriété de fixer aisément les matières colorantes. Dans ce cas, par exemple, quoique encore vivantes, elles perdent la faculté de faire fermenter le sucre.

Fracture particulière du radius chez les conducteurs d'automobiles. — *M. Soret.* Le choc direct des manivelles produit assez fréquemment chez les conducteurs d'automobiles une fracture spéciale. Celle-ci intéresse le radius qui est brisé au niveau de son tiers inférieur; de plus, par suite de la tension forcée de la main, il y a arrachement de l'apophyse styloïde du cubitus.

Appareil thermo-électrique pour la mesure des températures. — *M. D'Arsonval.* Le nouvel instrument que vient de réaliser M. d'Arsonval peut s'appliquer aux explorations profondes comme aux explorations superficielles. Il comprend : un galvanomètre à circuit mobile du système d'Arsonval et un système thermo-électrique.

Celui-ci comprend un petit réservoir où au moyen de chlorure d'éthyle l'on maintient la température constante à 10°. Sur ce réservoir, pour les besoins des explorations profondes, se trouve disposée une aiguille thermo-électrique formée par un couple de fer constantan. Ici, le constantan se présente sous l'aspect d'un petit tube à l'intérieur duquel passe le fil de fer isolé et qui vient se souder à sa pointe.

Pour les explorations superficielles, l'aiguille est remplacée par un petit contact en forme de plateau installé sur le réservoir.

Naturellement, les deux armatures du système thermo-électrique, dont l'une des soudures, grâce à l'évaporation du chlorure d'éthyle, reste constamment à 10°, l'autre soudure prenant au contraire la température du point examiné, sont reliées aux deux bornes du galvanomètre.

La déviation de l'aiguille, proportionnelle à l'écart de température entre les deux soudures, permet d'apprécier celle du point exploré.

G. Vitoux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

13 Janvier 1902.

Des droits de la mère et du fœtus dans le cas de dystocie. — La Société de médecine légale nomme une commission chargée d'étudier les deux questions suivantes :

1° L'accoucheur doit-il tenir compte de la volonté de la mère ou du mari pour décider du choix de l'intervention (embryotomie, symphyséotomie ou opération césarienne)?

2° Le chirurgien peut-il opérer une femme sans le consentement du mari?

Sur les amnésies passagères au point de vue médico-légal. — *M. Garnier.* Je viens communiquer à la Société les réflexions et conclusions que j'ai eu l'occasion de formuler au cours de l'expertise ordonnée pour le crime du tunnel de Charonne. Pendant le trajet en chemin de fer, l'inculpé avait tué une jeune fille à laquelle il était fiancé depuis deux ans. Arrêté à la station suivante, il nia d'abord avec la plus grande énergie; puis, devant l'évidence, il finit par avouer. Il raconta le drame dans tous ses détails et donna pour motif la jalousie.

Puis brusquement il changea d'attitude, et prétendit ne plus rien se rappeler de ce qui s'était passé à partir du moment où il était monté dans le wagon en compagnie de Mlle M... Des experts furent commis pour décider si cette amnésie était simulée ou réelle, si, par conséquent, l'accusé avait commis son crime sous l'influence d'une impulsion subite, d'un vertige comitial; en un mot s'il était ou non responsable de ses actes.

Antécédents. — Vers l'âge de dix ans, cataracte traumatique opérée par M. Galezowski. A l'âge de quinze ans, maux de tête, vertiges, éblouissements. Pas de signes d'aliénation ni de faiblesse d'esprit. Pas d'épilepsie.

Examen. — Pendant cinq mois nous avons pu observer et interroger l'inculpé. Il a toujours prétendu ne se rappeler de rien et s'est maintenu dans ce système de défense. C'est un être de caractère bizarre, mais cependant responsable. S'il avait agi sous l'influence d'un vertige comitial, il n'aurait pas commis son crime avec autant de logique : il s'était muni d'une revolver, il a attendu que le train soit sous un tunnel, puis il s'est débarrassé du corps de la victime et des objets qui lui appartenaient. Arrivé à la station, il descend précipitamment et a hâte de s'échapper; arrêté, il a la présence d'esprit de jeter son revolver. Au contraire, l'épileptique commet son crime sans réflexion, sans préméditation, sans logique. Puis, après le crime commis, il est hébété et frappé de stupeur, semblant sortir d'un rêve. Enfin, il serait incapable de raconter son crime, de le décrire en détail comme l'a fait D...

Conclusions : 1° Georges D... n'est pas atteint d'aliénation mentale;

2° Son crime ne présente pas les caractères d'un acte pathologique;

3° Il manque évidemment de sincérité, son amnésie est simulée;

4° Il doit compte de sa conduite à la justice, avec atténuation de la responsabilité en raison de la bizarrerie de son caractère.

Georges D... a été condamné aux travaux forcés à perpétuité.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

14 Janvier 1902.

Abcès pulsatile du médiastin antérieur. — *M. Mauclaire* a communiqué l'observation d'une fille de treize ans, qui, un jour, a été prise d'élévation

considérable de la température avec hématémèse et état typhique très prononcé.

Les jours suivants, la température oscillant toujours autour de 40° et les phénomènes morbides ne se modifiant pas, on diagnostiqua une fièvre typhoïde, lequel diagnostic fut bientôt abandonné pour celui de granulie, la malade ayant présenté à ce moment de la congestion pulmonaire.

Pour combattre l'hyperthermie on avait ordonné des bains froids. Au quinzième jour de la maladie, en donnant à la malade son bain froid, on s'aperçut que la fillette avait une tumeur au devant du sternum. M. Mauclaire, appelé auprès de la malade, reconnut l'existence d'un abcès rétro-sternal pulsatile. Il l'ouvrit séance tenante, et, en explorant la poche constata qu'il s'agissait d'une collection purulente située derrière le sternum, dans le médiastin antérieur.

La malade guérit et la fistule se ferma spontanément au bout de neuf mois.

M. Mauclaire estime qu'il s'agissait dans ce cas d'une ostéomyélite typhique du sternum.

M. Comby ne croit pas à l'origine typhique de l'abcès. Très souvent, il a vu des enfants, atteints d'ostéomyélite, être traités pendant longtemps pour une prétendue fièvre typhoïde. Tout récemment encore il a observé deux cas d'ostéomyélite du tibia, qui se sont terminés par la mort et qui ont été soignés pour une fièvre typhoïde.

M. Villemin fait observer que le diagnostic de fièvre typhoïde est fait chez deux tiers des enfants qui entrent à l'hôpital pour une ostéomyélite.

Mort subite par hypertrophie du thymus. — *MM. Simon et d'Œlsnitz* ont eu à faire la trachéotomie d'urgence chez un enfant entré à l'hôpital avec des symptômes de compression de la trachée (dyspnée, tirage), et soigné depuis quelques jours en ville pour une laryngite striduleuse. L'enfant mourut subitement au moment où l'on faisait l'incision de la peau, et il fut impossible de le ranimer par la respiration artificielle quand l'opération fût terminée et la canule mise en place.

A l'autopsie, on trouva un volumineux thymus qui descendait jusqu'au diaphragme. La trachée n'était pourtant pas comprimée.

Pour voir si l'hypertrophie du thymus peut provoquer la compression de la trachée et amener de cette façon la mort, MM. Simon et d'Œlsnitz ont pratiqué sur des cadavres d'enfants des expériences qui ont consisté à injecter de la paraffine dans la trachée et à mettre la tête dans l'extension forcée. Dans aucun cas, il n'ont pu obtenir une compression de la trachée. Mais, reproduisant cette expérience sur un cadavre auquel ils avaient fixé au devant de la trachée le thymus hypertrophié, ils ont vu se produire un très léger aplatissement de la trachée.

MM. Simon et d'Œlsnitz ajoutent que l'examen histologique du thymus hypertrophié leur a montré l'existence d'une congestion capillaire et la présence de mononucléaires dans les espaces périvasculaires, ce qui indique l'existence d'un état infectieux.

Le ferment amylolytique chez la nourrice et la vache laitière. — *MM. P. Nobécourt et Sevin.* Le ferment amylolytique existe dans les laits de femme, de chienne, d'ânesse, et manque dans ceux de vache et de chèvre (Béchamp, Bouchut, Moro, Spolverini). Il convient de rechercher la raison de ces différences. Dans ce but, nous avons étudié l'activité de ce ferment dans le sérum du sang, le lait, l'urine de femmes et de vaches en lactation.

Chez 20 nourrices, le pouvoir amylolytique du sérum était tel que 1 centimètre cube produisait une quantité de sucre comprise 5 fois entre 0 gr. 015 et 0 gr. 019; 12 fois entre 0 gr. 020 et 0 gr. 029; 3 fois entre 0 gr. 030 et 0 gr. 035. Le pouvoir amylolytique de l'urine était beaucoup plus faible, puisque 1 centimètre cube produisait seulement une quantité de sucre comprise entre 0 gr. 005 et 0 gr. 015; il ne présentait d'ailleurs aucun rapport constant avec celui du sérum. Le pouvoir amylolytique du lait était toujours plus faible que celui de l'urine; 1 centimètre cube de lait produisant une quantité de sucre qui ne dépassait pas 0 gr. 04; il n'était pas d'ailleurs non plus en rapport avec celui du sérum. Cependant, pour le lait comme pour l'urine, la différence entre le pouvoir amylolytique de ces liquides et celui du sérum est d'autant plus grande que ce dernier a une action plus forte.

Chez 6 vaches, le pouvoir amylolytique du sérum sanguin était notablement élevé : 1 centimètre cube produisait en effet 0 gr. 053 à 0 gr. 060 de sucre. Par contre, celui de l'urine était très faible (1 centimètre cube produisait 0 gr. 0007 à 0 gr. 0015 de sucre) et le lait ne contenait pas de ferment.

Ces recherches montrent donc que la présence du ferment amylolytique dans le lait est le résultat d'un phénomène d'excrétion analogue à celui qui le fait apparaître dans l'urine, et que cette excrétion paraît moins active au niveau de la glande mammaire qu'au niveau du rein. En outre, comme il n'y a pas de rapport entre l'activité du sérum, d'une part, du lait ou de l'urine, d'autre part, il faut admettre soit une action élective de ces épithéliums glandulaires, soit la présence dans ces liquides de substances entravant l'action de la diastase.

Atrepsie et lait stérilisé. — *M. Variot* présente une série de courbes de poids relatives aux atrepsiques traités à la Goutte de lait de Vaugirard par le lait stérilisé. Ces courbes montrent que, sous l'influence du lait stérilisé, le poids augmente régulièrement, mais que sa courbe reste au-dessous de la normale.

M. Variot en profite pour dire encore une fois que le lait stérilisé permet de sauver un grand nombre d'atrepsiques et que les enfants élevés au lait stérilisé ne présentent pas de stigmates rachitiques.

M. Comby n'est pas de cet avis et estime que, chez les enfants élevés avec du lait stérilisé, on trouve toujours des stigmates rachitiques.

M. Ausset fait remarquer que, chez les enfants dont M. Variot présente les courbes, le traitement avec le lait stérilisé a été commencé vers l'âge de quatre à six mois. Or, chez les tout jeunes enfants athrepsiques, le lait stérilisé ne donne aucun résultat.

M. Variot réplique que le lait stérilisé doit mieux réussir au début que plus tard quand l'atrepsie est invétérée.

Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

15 Janvier 1902.

Sur la duodénostomie. — *M. Terrier* préfère à la duodénostomie, dans les cas où elle est indiquée, la jéjunostomie, qui est d'une exécution plus facile et qui n'expose pas au reflux des aliments injectés dans l'intestin, surtout si l'on a soin de faire la bouche sur une anse placée longitudinalement et non transversalement par rapport à l'axe du corps.

M. Hartmann termine la discussion sur la duodénostomie en reconnaissant, avec MM. Routier et Tuffier, que ses indications sont très restreintes. Il critique, d'ailleurs, les opérations rapportées par ces deux auteurs sous le nom de duodénostomies : celle de M. Routier est une gastrostomie atypique; celle de M. Tuffier une pylorotomie. Quant à la jéjunostomie dont a parlé M. Terrier, elle a évidemment les mêmes indications, mais plus larges, que la duodénostomie.

Fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur. — *M. Broca.* Cette observation a été adressée à la Société par M. *A. Martin* (de Rouen). La fistule, consécutive à un abcès ouvert trois ou quatre mois auparavant, était située à 4 centimètres plus haut que la marge de l'anus; longue de 11 centimètres, elle aboutissait à un petit abcès du volume d'une noix, situé en avant du sacrum, et qui était d'ailleurs perceptible par le toucher vaginal sous forme d'une petite induration bien limitée. L'incision du trajet fistuleux et de l'abcès montra que celui-ci n'était point d'origine osseuse, fait intéressant à signaler. Guérison en sept semaines; elle se maintient depuis quatre mois.

Greffes intrapéritonéales d'un kyste hydatique du foie rompu dans le péritoine. — *M. Broca* fait également un rapport sur cette deuxième observation, envoyée par M. *A. Martin* (de Rouen). Il s'agit d'un kyste hydatique du foie datant de treize ans, qui avait donné lieu, il y a trois ans, à tous les signes d'une rupture intrapéritonéale. Depuis cette époque, le malade se plaignait de douleurs dans le ventre, et de troubles dyspeptiques. Ce sont, d'ailleurs, ces troubles et ces douleurs qui le poussèrent à se faire opérer. La laparotomie permit de constater l'existence d'un gros kyste hydatique du foie portant des traces anciennes de rupture : ce kyste fut extirpé. Mais, en outre, on put se convaincre, en explorant l'abdomen, que le péritoine était farci de petits kystes hydatiques. Le malade a été opéré il y a deux mois et demi, et son état est assez satisfaisant; mais il semble que les kystes abdominaux commencent à augmenter de volume.

Ce fait montre une fois de plus que, contrairement à l'opinion de certains zoologistes, la greffe directe des hydatides dans les tissus est parfaitement possible.

MM. Hartmann et Tuffier confirment la conclusion du rapport de M. Broca en rapportant des observations incontestables de récidive de kyste hydatique par greffe dans la cicatrice résultant d'une intervention pour kyste hydatique du foie.

Des morts causées par le chloroforme. — *M. Poirier* apporte à la Société le premier fait de mort par le chloroforme qu'il ait observé dans sa pratique chirurgicale pourtant déjà longue. Il s'agit d'une femme de soixante-trois ans, atteinte d'un cancer de l'estomac et très cachectique, chez laquelle M. Poirier s'était mis en devoir de pratiquer une gastro-entérostomie. Le chloroforme était donné prudemment, et suivant les règles, par un aide expérimenté. Or, au moment où l'opérateur se préparait à rabattre l'épiploon, la malade eut quelques contractions et sembla vouloir se réveiller; l'aide versa quelques gouttes de chloroforme sur la compresse, et tout aussitôt, brusquement, la malade eut une syncope cardiaque et mourut : l'arrêt des battements du cœur fut immédiatement perçu par M. Poirier, qui tenait entre ses doigts une artère épiploïque. Tout fut mis en œuvre pour essayer de ranimer la malade : respiration artificielle, tractions rythmées de la langue, flagellation, électrisation du phrénique, massage du cœur même, que M. Poirier atteignit par une large boutonnière faite au diaphragme et au péricarde. Rien n'y fit : la femme était morte et bien morte, vingt-cinq minutes à peine après le début de l'opération, d'un chloroforme absolument pur donné par une main expérimentée. C'est là un type de mort sous le chloroforme par syncope cardiaque que rien ne fait prévoir, et qui surprend de temps à autre le chloroformisateur le plus aguerri.

— La communication de M. Poirier donne lieu à une très longue discussion à laquelle prennent part *MM. Delbet, Terrier, Reclus, Bazy, Quénu, Richelot, Ricard, Michaux.* De cette discussion il résulte, ce que nous savions déjà, que les morts attribuées au chloroforme doivent être divisées en deux catégories : celles qui sont survenues *au cours* de la chloroformisation et celles qui se sont produites *avant* ou *dès le début* de la chloroformisation. Ces dernières, qui sont toutes des morts par syncope cardiaque, sont généralement le résultat d'une frayeur, d'une anxiété extrêmes ressenties par des malades pusillanimes et nerveux au moment de l'opération (Delbet, Terrier, Reclus, Bazy). Cependant il faut peut-être, dans certains cas, faire jouer un rôle au réflexe parti de la muqueuse nasale sous l'influence des premières bouffées de chloroforme, réflexe qui exerce une action inhibitoire sur le bulbe par l'intermédiaire du pneumogastrique (Quénu) et qui amène ainsi un arrêt brusque des contractions cardiaques. Ces morts par syncope surviennent d'ailleurs surtout chez les malades profondément débilités, cachectisés, intoxiqués (Terrier).

Restent les morts qui surviennent au cours de la chloroformisation et qu'on est en droit d'attribuer à l'anesthésique. Ici la mort peut être la conséquence soit encore d'une syncope cardiaque, soit d'un arrêt de la respiration. L'état du cœur, celui des voies respiratoires, l'état général du malade, la qualité aussi de l'anesthésique semblent être ici les principaux facteurs des accidents observés. MM. Ricard, Terrier, Michaux insistent surtout sur ce dernier point et sur la nécessité de n'utiliser jamais qu'un chloroforme parfaitement pur et récemment distillé.

Pour terminer, MM. Quénu et Richelot préconisent, afin de prévenir les syncopes cardiaques du début, l'un les piqûres de morphine faites une demi-heure avant la chloroformisation, le second les inhalations de bromure d'éthyle qui donneraient une sécurité absolue.

Plaie pénétrante du thorax. — *M. Routier* présente un homme qui, travaillant au fond d'un puits, reçut dans le dos, au niveau du bord externe de l'omoplate, une pioche tombée de très haut et qui pénétra profondément dans la cavité thoracique. Cet homme fut apporté, dans le coma, à l'hôpital, où M. Demoulin, qui remplaçait alors M. Routier, se contenta de faire l'hémostase et de tamponner la plaie. Tout alla bien pendant quelques jours, puis la fièvre s'alluma et, quand M. Routier vit le malade, il put constater l'existence d'un épanchement, mal limité et mal localisé, de la moitié supérieure de la plèvre droite, sous l'omoplate. N'osant s'aventurer en ces régions, très difficilement abordables, en l'absence de données précises sur le siège de l'abcès, M. Routier se tint dans l'expectative. Or, coup sur coup, le malade eut deux vomiques qui évacuèrent la collection et, le 22 Septembre, il pouvait quitter l'hôpital complètement guéri.

M. Peyrot ne s'explique pas l'abstention de M. Routier dans cette circonstance, et la seule conclusion qu'il faille tirer de ce cas, c'est que son malade a eu une chance exceptionnelle.

M. Monod se demande pourquoi M. Routier n'a pas eu recours à la ponction exploratrice qui l'aurait probablement fixé sur le siège de la collection.

Autoplasie par la méthode italienne. — *M. Rochard* présente une jeune fille qui, à la suite d'une brûlure, eut une rétraction cicatricielle de la face antérieure du poignet et de la main. M. Rochard lui fit une autoplastie par la méthode italienne avec lambeau pris dans le dos. Le membre resta dans cette position, assez bien supportée, pendant vingt-deux jours. Aujourd'hui le résultat est parfait: la peau du poignet est souple, la main s'est redressée et jouit de tous ses mouvements.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu. — *M. Legueu* présente un homme qui, en maniant un revolver, se logea maladroitement une balle dans le ventre. Cet homme fit encore une longue course à pied pour se rendre à l'hôpital où M. Legueu le vit une heure et demie après l'accident; il n'existait à ce moment aucun symptôme abdominal: ni contracture, ni signe d'épanchement. Néanmoins, de parti pris, M. Legueu fit la laparotomie. Et cette conduite se trouva aussitôt justifiée: l'intestin grêle était perforé en cinq endroits et il existait en outre trois perforations du mésentère. Le projectile ne fut pas retrouvé. Nettoyage du ventre, suture des perforations, guérison. M. Legueu attire l'attention de ses collègues sur cette particularité que le péritoine pariétal ne présentait, ni au toucher, ni à la vue, trace du passage de la balle; en sorte que si, en pareil cas, on se contentait de débrider la plaie extérieure pour rechercher l'orifice profond de pénétration, on pourrait, ne le trouvant pas, être tenté de ne pas pousser plus loin l'intervention et exposer ainsi le blessé à une mort presque fatale. Conclusion: il faut faire systématiquement la laparotomie dans toute plaie de l'abdomen par coup de feu.

Tube pour la stérilisation et la conservation du catgut. — *M. Legueu.* Le meilleur mode de stérilisation du catgut, celui qui donne une sécurité parfaite, est la stérilisation dans l'alcool absolu; malheureusement, le catgut ainsi stérilisé et conservé dans l'alcool absolu devient sec, cassant et difficilement maniable. Aussi M. Legueu a-t-il imaginé un petit tube qu'il présente à ses collègues et qui, par une disposition ingénieuse et d'ailleurs très simple, permet de stériliser le catgut dans l'alcool absolu et de le conserver ensuite dans l'alcool à 90°, sans autre manipulation.

Le catgut garde ainsi à la fois sa souplesse et sa solidité, tout en restant parfaitement stérile.

Fibrome et cancer de l'utérus. — *M. Walther* présente un gros utérus fibromateux qu'il a enlevé par hystérectomie sus-vaginale chez une femme de soixante-trois ans. L'intérêt de cette pièce réside dans ce fait qu'il existe en même temps un épithélioma de la cavité utérine et que le fibrome lui-même, en voie de sphacèle, offre de l'infiltration cancéreuse.

M. Quénu attire l'attention sur ce dernier fait qui explique certains faits de gangrène des fibromes. Personnellement, il en a observé deux cas manifestes.

Tumeur du cerveau. *M. Poirier* présente une tumeur du cerveau qu'il a enlevée le matin même. Cette tumeur, en bouton de chemise, avait une portion extra-cranienne située sous la table externe, fort amincie, de l'écaille du temporal, et une portion intracranienne, plus grosse, bilobée, s'enfonçant dans le lobe pariéto-frontal et temporal. L'énucléation de la tumeur se fit facilement, et la durée totale de l'opération ne fut que de trente-cinq minutes. L'orateur ne peut encore, bien entendu, se prononcer sur ses suites ultérieures. La tumeur est probablement un glucome.

Calcul vésical. *M. Ricard* présente un calcul vésical du volume d'un œuf de poule qu'il a extrait d'une vessie présentant une fistule vésico-vaginale consécutive à un accouchement difficile. L'extraction du calcul fut tentée par la taille vaginale, mais, au moment de la prise, la vessie se fendit du méat au bas-fond. Cette grosse brèche put néanmoins être fermée facilement par le procédé du dédoublement. Réunion par première intention. La guérison s'est maintenue depuis.

J. Dumont.

ANALYSES

GYNÉCOLOGIE

Prof. Matthes. *Recherches expérimentales sur l'hématolyse* (*Munchen. med. Wochenschr.*, 1902, 7 Janvier, n° 1, p. 8). — On sait que pour expliquer l'action d'un sérum hémolytique on admet l'intervention de deux substances: la substance sensibilisatrice dont le rôle consiste à fixer sur les hématies la substance dissolvante, dite complément.

Le point que M. Matthes a voulu élucider dans ce travail était de savoir si l'action de la sensibilisatrice ne consiste pas à tuer l'hématie qui, dès lors, peut être attaquée par le complément qui, comme nous venons de le dire, est la substance dissolvante proprement dite.

Pour élucider ce point, M. Matthes fit agir des sérums hémolytiques sur des hématies dont les unes étaient vivantes et d'autres mortes. Comme critérium de la vie ou de la mort des hématies, M. Matthes prit la façon dont elles se comportaient envers une solution de ferment pancréatique, ou envers le suc gastrique d'écrevisse. En faisant agir ces liquides sur des hématies fraîches conservées dans une solution isotonique de chlorure de sodium, ou sur des hématies traitées par la solution d'Hayem (qui contient du sublimé) et lavées ensuite, M. Matthes a constaté que dans le premier cas les hématies restent intactes pendant dix à douze heures, tandis que dans le second les hématies sont digérées presque instantanément.

Ce procédé permettait donc à M. Matthes d'apprécier l'état de mort ou de vie des hématies. Pour voir si la sensibilisatrice tue l'hématie, il fit donc agir sur des hématies de cobaye un sérum hémolytique chauffé préalablement à 56°, et dont le complément avait été ainsi complètement détruit. Au bout de quelques heures, les hématies séparées du sérum par centrifugation, furent soumises à la digestion dans une solution de suc pancréatique ou dans du suc gastrique d'écrevisse. Elles ne furent nullement attaquées par ces sucs, ce qui prouvait qu'elles n'avaient pas été tuées par la sensibilisatrice qui se trouvait dans le sérum hémolytique.

Un autre fait constaté par M. Matthes est le suivant. Quand on prend des hématies conservées pendant quelques heures dans le liquide de Hayem dont on les débarrasse par la centrifugation et des lavages répétés, le sérum de l'animal dont elles viennent, sérum normal, les dissout très rapidement, à la façon d'un sérum hémolytique. Mais si ce sérum est préalablement chauffé à 60°, son action dissolvante sur les hématies tuées par le séjour dans le liquide de Hayem, disparaît. Il semble donc que le sérum normal renferme des substances capables de dissoudre l'hémoglobine de ses propres hématies, une fois que celles-ci sont mortes.

Le travail de M. Matthes se termine par les conclusions suivantes:

1° La façon dont les hématies se comportent dans une solution digestive, permet de se rendre compte de leur état de vie ou de mort. C'est une réaction biologique applicable à tous les tissus;

2° La substance sensibilisatrice ne tue pas les hématies;

3° Les hématies tuées par le liquide de Hayem sont dissoutes dans leur propre sérum, si bien que le liquide de Hayem agit sur elles à la façon d'une sensibilisatrice.

R. Romme.

Alban H.-G. Doran. *Sac de grossesse tubaire situé tout entier en avant de l'utérus. Opération. Guérison* (*The Lancet*, 1901, 14 Septembre, p. 723). — En général, dans les cas de grossesse tubaire, la tumeur se trouve placée du côté de l'utérus où est la trompe dans laquelle se développe l'œuf (à gauche de l'utérus, par exemple, si c'est dans la trompe gauche que se développe le produit de la conception). Mais il n'en est pas toujours ainsi: il arrive que la trompe gravide se déplace et vient se placer toujours dans le cul-de-sac de Douglas, mais du côté de l'utérus opposé à celui où elle devrait être. Dans tous les cas la trompe se trouve en arrière de l'utérus: très rarement elle est située au devant de lui. C'est un cas où cette dernière position fut observée que rapporte Doran.

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, qui en était à sa troisième grossesse; elle présentait depuis six semaines des pertes avec crises douloureuses, pertes ayant succédé à un retard de quinze jours dans ses époques: elle subit un curettage qui ne modifia rien. L'examen montrait, en avant de l'utérus, une masse du volume d'un œuf de dindon, légèrement déviée à droite: cette masse repoussait l'utérus en arrière, le col pointant en avant. L'opération fit découvrir une grossesse tubaire développée dans la trompe gauche, adhérente à la vessie, à la face antérieure de la partie droite de l'utérus, à l'appendice et à l'épiploon. Elle fut facilement enlevée, et l'appendice fut réséqué. Les pertes sanguines cessèrent aussitôt après l'opération, et la malade guérit rapidement.

L. Tollemer.

MÉDECINE

E. Körmöezi. *Diagnostic hématologique de l'anémie pernicieuse* (*Deut. med. Wochenschr.*, 1902, 2 Janvier, n° 1, p. 4). — L'auteur communique dans ce travail cinq cas d'anémie pernicieuse avec autopsie. Il résulte de cette étude que dans l'anémie pernicieuse, le tableau hématologique se présente parfois avec les mêmes caractères que dans les anémies secondaires; toutefois, à l'autopsie, on trouve toujours dans la moelle le type mégaloblastique.

Il s'ensuit que dans les cas où le tableau hématologique est souvent du type mégaloblastique, et plus souvent encore présente des caractères macrocytiques, le diagnostic d'anémie pernicieuse ne peut être fait qu'en s'appuyant sur les autres caractères du sang et sur les autres symptômes cliniques.

R. Romme.

FACULTÉ DE PARIS

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — M. le professeur Landouzy commencera ses leçons de clinique le vendredi 31 Janvier, à 10 heures du matin à l'amphithéâtre de la clinique médicale, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Visite et examen des malades, tous les matins à 9 heures, salles Guersant (crèche), Chomel (hommes), et Broca (femmes).

Lundi, à 10 heures: Consultation; diagnostics et ordonnances commentés.

Mardi, à 10 heures: Leçon clinique.

Mercredi et jeudi, à 10 heures: Conférences et démonstrations de technique clinique: stéthoscopie, bactérioscopie, cytoscopie, uroscopie, etc., par les docteurs Georges Brouardel, Otto Josué, chefs de clinique, et Marcel Labbé, Léon Bernard, chefs de laboratoire.

Vendredi, à 10 heures: leçon clinique.

Samedi, à 10 heures: Conférences de pharmacie. Exécution des ordonnances; présentation des préparations officinales et magistrales, par M. Georges Lécuyer, interne en pharmacie.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole préparatoire de médecine d'Amiens. — M. Bernard, professeur d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine d'Amiens, vient d'être nommé professeur honoraire.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le docteur Gallois, professeur de clinique obstétricale, est mis à la retraite, et nommé professeur honoraire.

M. le docteur Cibert, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Oddo, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, à titre provisoire, du cours de pathologie médicale et de pathologie générale.

École de médecine d'Hanoï. — Le mois prochain aura lieu l'ouverture de l'école de médecine d'Hanoï, sous la direction de M. Yersin.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Broca-Pascal. — M. Thibierge commencera des leçons sur les maladies de la peau et la syphilis à l'hôpital Broca-Pascal le samedi 18 Janvier à 10 heures, et les continuera les samedis suivants à la même heure. Entrée: 76, rue Pascal.

Hôpital Herold (Place du Danube). — M. H. Barbier, médecin de l'hôpital Herold a commencé le vendredi 10 Janvier des leçons de *pathologie infantile*, à 10 h. 1/2 du matin, au pavillon Pasteur. Il les continuera tous les vendredis à la même heure.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. W. Douglas Hogg, fondateur et directeur des conférences à l'Union des femmes de France, vient d'être promu, au titre étranger, officier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

MM. Reynaud et Chevallet, médecins à Saint-Etienne (Loire), viennent de recevoir la médaille d'honneur des épidémies, en argent.

— Ont été nommés chevaliers du mérite agricole : MM. Fournaise et Léon Petit, médecins à Paris, et Olivier, médecin à Levignac de Seyches (Lot-et-Garonne).

Hommage à M. Marey. — Le dimanche 19 Janvier, à 10 heures du matin, les amis et élèves de M. Marey, membre de l'Institut, se réuniront au Collège de France, dans une réunion intime présidée par M. Leygues, ministre de l'Instruction publique, pour offrir au savant dont tout le monde connaît les beaux travaux une médaille en témoignage de sympathie et d'admiration.

Cette médaille, à l'effigie de M. Marey, est l'œuvre de M. Paul Richer, membre de l'Académie de médecine.

Le monument Ollier. — La souscription ouverte pour élever à Lyon une statue au chirurgien Ollier a déjà produit plus de 50.000 francs.

A signaler les souscripteurs suivants :

Les chirurgiens des Etats-Unis d'Amérique, par l'intermédiaire du professeur Keen, de Philadelphie, 3.217 francs.

Les chirurgiens militaires allemands, par l'intermédiaire du professeur von Coler, chirurgien en chef de l'armée prussienne, 1.500 francs.

Les chirurgiens civils allemands, 4.500 francs.

Les chirurgiens de Vienne (Autriche), par l'intermédiaire du professeur Gussenbauer, 600 fr. 60.

Les chirurgiens et médecins d'Alsace, par l'intermédiaire du professeur Boeckel, de Strasbourg, 401 fr. 25.

Les chirurgiens hollandais, par le professeur von Stockhum, de Rotterdam, 211 francs.

Service de santé militaire. — Viennent d'être nommés à l'emploi de médecin stagiaire à l'Ecole d'application du service de santé militaire, MM. Paon, Rougier, Petit, Frécus, de Briançon, Bachon, George, Bordet, Montané.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés à l'emploi de médecin aide-major de 1re classe stagiaire : MM. Fauquet, Salabert, Lehardy, Trautmann, Bourret.

Prophylaxie de la tuberculose. — Par arrêté ministériel, il est institué au ministère de l'Instruction publique une commission chargée d'étudier les mesures à prendre pour éviter la contagion de la tuberculose dans les établissements publics d'enseignement. Parmi les membres de cette commission, se trouvent quatre médecins : MM. P. Brouardel, Mosny, E. Roux et Thoinot.

Réunion biologique de Bordeaux. — Sous ce titre il vient de se former à Bordeaux une Société ayant pour but l'étude des sciences des êtres organisés à l'état normal et à l'état pathologique.

Elle est affiliée, ainsi que la Société similaire existant déjà à Nancy, à la Société de Biologie de Paris. Son Bulletin sera publié à la suite de celui de la Société de biologie de Paris comme cela se fait déjà pour Nancy.

Cette Société savante se compose de membres titulaires dont le nombre est limité à trente et de membres honoraires et correspondants sans limite de nombre.

Elle est administrée par un Bureau composé d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général, d'un trésorier, de deux secrétaires de séances, auxquels sont adjoints, pour former le Conseil, deux membres.

Ses séances se tiendront régulièrement tous les premiers mardis de chaque mois dans le petit amphithéâtre de Saint-Raphaël, mis gracieusement à sa disposition par le Doyen de la Faculté de médecine. La première séance est fixée au mardi 4 Février.

Le Bureau pour 1902 est ainsi composé : Président, M. Pitres; vice-présidents, MM. Jolyet et Kuntzler; secrétaire général, M. Bergonié; trésorier, M. Mongour; secrétaires des séances, MM. Verger et Chaine; membres du Conseil, MM. Ferré et Benech.

Le mouvement syndical dans le Nord. — Les syndicats médicaux du Nord viennent de renouveler leur bureau pour 1902. Ont été nommés :

Syndicat médical de Lille. — Président : M. Cochet; vice-présidents : MM. Boutry, Deléarde, Lemière, Quint; secrétaires : MM. Gallois et Coorewitz; trésorier : M. Derode.

Syndicat médical de Tourcoing et des cantons. — Président : M. V. Desbonnets; vice-président : M. Caudrelier; trésorier : M. Leduc; secrétaire : M. Duquennoy.

Syndicat médical de Roubaix. — Président : M. Butruille; vice-présidents : MM. Ballenghien, Morival; secrétaire : M. Desbonnets; trésorier : M. Bantigny.

Syndicat médical de Dunkerque et de la région. — Le choix de leurs collègues appelle M. Villette à la présidence, MM. Pascalin et Lancry à la vice-présidence et M. Monteunis aux fonctions de secrétaire-trésorier.

Fédération des sociétés et syndicats pharmaceutiques. — Au cours de sa dernière Assemblée générale, tenue à Bordeaux, sous la présidence de M. Loisy, de Tauriac, la Fédération du Midi a procédé à l'élection de son bureau pour l'exercice courant.

Ont été nommés : MM. Loisy (de Tauriac, Gironde), président; Sermant (de Marseille), Baldy, (de Castres), Babilée (de Bordeaux), vice-présidents; Gourdou, d'Alzonne (Aude), secrétaire-général; Pellauzy (de Toulouse), secrétaire-archiviste; Dubreuilh (de Bordeaux), trésorier.

Colonies françaises

L'assistance médicale à Madagascar. — Plusieurs hôpitaux indigènes viennent d'être terminés. L'hôpital d'Arivonimano est installé dans les meilleures conditions possibles et comprend 12 pavillons, pour les hommes, les femmes, les enfants et les dépendances.

Une canalisation souterraine amène les eaux dans toutes les parties de l'hôpital. Rien que pour la province de Tananarive, on compte déjà cinq de ces hôpitaux, plus la grande léproserie d'Amhohidratino, comprenant 600 lépreux.

Un des médecins indigènes, venus récemment de France, vient d'installer lui-même, à ses propres frais, à Tananarive, un hôpital pouvant recevoir un certain nombre de malades.

Étranger

Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique, 4e session. — Le 5e Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique se tiendra à *Rome du 15 au 21 Septembre 1902*, sous la présidence du professeur *Mangiagalli* (Pavie), pour la section de gynécologie, et du professeur *Morisani* (Naples) pour la section d'obstétrique.

Le Comité d'organisation est composé de MM. les professeur *Pasquali* (Rome), président; *Pestalozza* (Florence), secrétaire; *La Torre* (Rome), trésorier.

La cotisation est fixée à 25 francs. Les dames des membres seront admises à prendre part aux réceptions et fêtes du Congrès moyennant une cotisation de dix francs.

Les questions mises en discussion et les noms des rapporteurs seront incessamment publiés.

La variole à Londres. — Il y a actuellement 878 cas de petite vérole en traitement, dans les hôpitaux de Londres. L'épidémie est des plus graves et des plus tenaces.

Nécrologie. — On annonce de Gand la mort à l'âge de quatre-vingt-quinze ans de M. Adolphe Burggraeve.

M. Burggraeve, l'inventeur de la dosimétrie, enseigna longtemps à la Faculté de médecine de Gand; il faisait partie de l'Académie royale de médecine de Belgique.

CONCOURS

Internat. — *Anatomie.* — Séance du 14 Janvier : MM. Delbos, 6; Dubois (Paul), 8; Friedel, 7; Duic, 5; Ledoux, 3; Gabail, 2; Onfray, 8; Martin, 13. — *Absents* : MM. Dubois (Gaston), Kiener (Louis), Descomps.

Séance du 16 Janvier : MM. Bouchot, 9; Descomps, 10; Algret, 9; Israël, 4; Flourens, 9; Madelaine, 4; Tanon, 10; de Lacombe, 10; Preciado, 8.

Pathologie. — Séance du 14 Janvier : MM. Roussy, 11; Mettey, 9; Caldagui, 10; Giroux, 9; Oppert, 9; Chastagnol, 7; Ripart, 7; Sénéchal, 10; Grugel, 6; Tausard, 5. — *Absents* : MM. Duc Dodon, Vaubourdolle.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale des maladies des enfants, sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, le lundi 10 Février, à 9 heures du matin.

Est admis à concourir tout médecin de nationalité française, n'ayant pas plus de trente-quatre ans le jour de l'ouverture du concours.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au jeudi 30 Janvier. Les candidats devront produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur en médecine.

Hôpitaux du Havre. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint aura lieu au Havre le 22 Janvier, sous la présidence d'un professeur de l'Ecole de médecine de Rouen.

Hôpitaux de Marseille. — Le concours pour l'externat des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Baudouin, Terras, Marcorelles, Poesi, Billon, Alaize, Aurientis, Abeille, Allavena, Bremond (Maurice), Caire, Long, Griscelli, Rochu, Lutaud, Bremmond (Léopold), Gaymard, Platon.

Sur l'organisation des secours aux victimes des guerres maritimes. — Nous rappelons que le concours sur l'organisation des secours aux victimes des guerres maritimes sera clos le 31 Janvier.

Un prix de 1.000 francs (prix Edouard Romberg) sera attribué au mémoire couronné. Des mentions honorables pourront, en outre, être accordées.

Les mémoires ne doivent pas porter de nom d'auteur, mais le nom d'un grand homme et celui d'une ville. Ces noms seront reportés sur une enveloppe, jointe au mémoire, contenant le nom de l'auteur.

Les mémoires doivent être parvenus le 31 Janvier, dernier délai, au siège de l'Union des Femmes de France, 29, Chaussée d'Antin, à l'adresse de M. P. Bouloumié, secrétaire général.

Les membres du jury sont :

M. l'amiral Péphau, président; MM. les vice-présidents du Congrès des Œuvres d'assistance militaire, MM. Riant, Duchaussoy, Bouloumié; MM. Vallin, médecin-inspecteur de l'armée; Bonnefy et Vincent, médecins en chef de la marine; M. Romberg; MM. les attachés navals aux ambassades et légations des puissances à Paris.

RENSEIGNEMENTS

Conférences d'Internat. — M. G. Rosenthal, chef de clinique adjoint à l'Hôpital Saint-Antoine, recommencera à la fin de Janvier sa conférence d'Internat. — Écrire à l'Hôpital Saint-Antoine.

Errata. — Dans l'article de M. Gouget paru dans l'avant-dernier numéro du journal, la phrase suivante (page 42, au bas de la première colonne): « Expérimentalement, elles s'observent (les lésions hépatiques) à la suite de la néphrectomie ou de la ligature des artères rénales, c'est-à-dire précisément dans le cas qui détermine dans toute sa pureté le syndrome d'imperméabilité rénale », doit être rétablie de la façon suivante : « Expérimentalement, elles s'observent à la suite de la néphrectomie ou de la ligature des artères rénales, *mais surtout après la ligature des uretères*, c'est-à-dire précisément dans le cas qui détermine dans toute sa pureté le syndrome d'imperméabilité rénale ».

— Dans le compte rendu de la dernière séance de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, p. 46, col. 2, ligne 18, au lieu de : « Il convient de bien préciser ce qu'est la dent d'Hutchinson. Lors de la visite de M. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis... » lire : « *M. Besnier.* Il convient de bien préciser ce qu'est la dent d'Hutchinson. Lors de la visite d'Hutchinson à l'hôpital Saint-Louis... »

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 7. — Mercredi, 22 Janvier 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

HYGIÈNE SOCIALE

Dimanche, 19 Janvier dernier, M. Rouanet, député socialiste du quartier de Montmartre, faisait dans la grande salle des fêtes de la mairie du XVIIIe arrondissement une conférence en faveur de l'« Œuvre générale des dispensaires antituberculeux ».

On sait que dans cet arrondissement, grâce à l'appui du maire et de l'administration, le docteur Léon Bonnet a ouvert, au cours de l'année dernière, le premier dispensaire antituberculeux de la capitale organisé suivant les principes formulés par Calmette. Les habitants du quartier avaient tenu à venir entendre de la bouche même du docteur Bonnet les résultats déjà obtenus; ils avaient tenu surtout à venir s'instruire à la parole vibrante et convaincue de leur député; aussi la salle des fêtes regorgeait-elle d'auditeurs appartenant à toutes les classes sociales, parmi lesquels on remarquait nombre de délégués ouvriers.

M. Rouanet, en termes précis et bien à la portée de l'assistance, a montré le caractère élevé de cette question de la lutte contre la tuberculose.

En France où le taux de la natalité est si bas, nous n'avons qu'un moyen pour maintenir à son rang notre population, c'est d'abaisser autant que possible le taux de la mortalité. Or, l'un des facteurs les plus importants de la mortalité évitable est la tuberculose, qui ne fait pas moins de 150.000 victimes par an. La tuberculose étant la maladie de misère par excellence, tous nos efforts doivent tendre à améliorer les conditions de vie de chacun, en lui donnant le maximum de bien-être possible. C'est en cela que la question de la tuberculose est essentiellement une question sociale, comme l'a si bien exprimé M. Waldeck-Rousseau : « Lorsqu'un fléau atteint de semblables proportions, la société doit rassembler toutes ses forces, et chacun de nous doit faire tout son devoir ».

Si la tuberculose ravage la France avec le plus d'intensité, les autres pays n'en sont guère moins atteints; aussi la lutte s'organise-t-elle de tous côtés. M. Rouanet a montré, à ce propos, à ses auditeurs les résultats déjà obtenus en Angleterre et en Allemagne : en Angleterre par des lois sanitaires tendant à améliorer les conditions de vie des travailleurs; en Allemagne par l'institution des sanatoriums, œuvre économique des caisses d'assurances sur l'invalidité. En France il ne nous est guère possible, étant donné nos mœurs actuelles, étant donné notre système financier, d'appliquer les mêmes procédés; il nous

faut les étudier et les adapter à notre tempérament, à nos habitudes. En attendant, nous devons nous efforcer de développer l'éducation hygiénique, base nécessaire de toute réforme durable, et c'est pour cette tâche que le dispensaire antituberculeux est un outil précieux.

* * *

Nos lecteurs ont été mis au courant, par Calmette lui-même, du rôle du dispensaire dans la lutte contre la tuberculose : diagnostic précoce permettant au malade de se soigner en temps voulu pour arriver à la guérison; assainissement des milieux où habitait le malade; éducation du malade et de son entourage pour éviter la propagation de la maladie. Je n'ai donc pas à revenir sur ce sujet que M. Rouanet a d'ailleurs traité magistralement; si j'ai tenu à attirer l'attention sur sa conférence, c'est surtout en raison de l'importance qui lui avait été donnée.

Le président du Conseil des ministres avait tenu à la présider, et s'était entouré du préfet et du président du Conseil général de la Seine, ainsi que du président du Comité consultatif d'hygiène. C'est au nom des démocrates et des socialistes de Montmartre que M. Rouanet l'a remercié de tout l'intérêt dont il témoignait, par sa présence, pour cette grande œuvre sociale de la lutte contre la tuberculose.

Mais, a-t-il ajouté, « un Gouvernement, si résolu soit-il, doit être soutenu par l'opinion dans l'accomplissement d'une œuvre pareille. C'est pourquoi il a accepté de poser la question devant la population montmartroise que ce fléau atteint si durement, et dont l'opinion facilitera la tâche si vaste qui se dresse devant le Gouvernement de la République. Celui-ci sera à la hauteur du devoir à remplir, et qui ne peut être rempli que par lui, le progrès social étant inséparable du développement de la République et de la liberté. »

Voici donc, à la veille des élections, un député qui, devant une assemblée de ses électeurs, vient en tête de son programme placer la lutte contre la tuberculose; et il le fait avec l'appui absolu du Gouvernement. Quel progrès, quel chemin parcouru depuis quelques années! Semblable fait ne permet-il pas de pressentir quelle part l'Hygiène est appelée à prendre dans la solution des questions sociales?

Les médecins doivent suivre ce mouvement avec la plus grande attention; il y va de leur intérêt. L'Hygiène est de leur domaine, et c'est par l'hygiène qu'ils pourront prendre dans la société l'influence morale qu'ils ont le droit d'y exercer.

Leur tâche sera d'autant plus aisée, d'ailleurs, qu'ils n'auront qu'à suivre et à éclairer les Pouvoirs publics dans la marche en avant qu'ils ont entreprise. Les grandes questions d'hygiène sont aujourd'hui à l'ordre du jour : après la Commission de la tuberculose, est venue la Commission de la syphilis; aujourd'hui même est constituée la Commission de la dépopulation ; chaque jour nous voyons les chefs du Gouvernement ou leurs représentants donnant leur appoint effectif et moral aux réunions où ces questions s'agitent. C'est ainsi que dimanche dernier, à l'heure même où le président du Conseil assistait à la conférence de M. Rouanet à Montmartre, le président de la Chambre faisait à Lille une conférence devant l'Union des Sociétés mutualistes du Nord et du Pas-de-Calais. Quel sujet M. Deschanel a-t-il développé dans sa conférence ? l'application du système mutualiste à la lutte contre la tuberculose et à la protection de l'enfance: les deux questions d'hygiène sociale les plus palpitantes, celles qui touchent de plus près au problème de la dépopulation.

Tous ceux qui s'intéressent à la lutte contre la tuberculose comprendront la portée des idées émises par M. Deschanel qui voudrait arriver en France à faire faire, par les mutualités, œuvre analogue à celle que les assurances allemandes ont fait avec les sanatoriums. Pour cela il faudrait d'abord opérer l'union des œuvres mutualistes avec l'Assistance publique. Actuellement, mutualités et assistance publique agissent séparément; leur isolement est stérile et coûteux; de leur union pourrait naître une action économique et féconde.

* * *

Ces deux faits que j'ai tenu à rapprocher, le président du Conseil à Montmartre, le président de la Chambre à Lille intervenant l'un et l'autre avec toute leur autorité dans la lutte contre la tuberculose, ces deux faits montrent à l'évidence les progrès qu'en France a faits l'éducation hygiénique; ils prouvent que l'opinion publique est accessible à des questions qui, il y a peu de temps encore, ne l'eussent pas intéressée.

Il y a tout lieu de croire que le mouvement commencé s'accentuera encore sous l'impulsion de la nouvelle loi sanitaire, car il ne dépend que de nous que son application exerce en France une influence sociale aussi grande que celle exercée depuis cinquante ans par des lois similaires en Angleterre.

E. De Lavarenne.

LIVRES NOUVEAUX

Henri de Rothschild. — *Pasteurisation et stérilisation du lait* (Paris, 1901).

La pasteurisation et la stérilisation du lait ont acquis une telle importance en matière d'hygiène que le public doit non seulement ne pas les ignorer, mais encore en connaître toute la valeur et toute la portée. La présente brochure n'a d'autre but que d'instruire toux ceux qui cherchent, par l'observance rigoureuse des règles d'hygiène, à se préserver contre les maladies évitables.

Avant d'aborder la question de la pasteurisation et de la stérilisation, l'auteur donne un aperçu sur la composition chimique du lait, sur les différentes espèces de lait (vache, chèvre, ânesse, femmes), enfin sur la flore bactérienne du lait, susceptible de donner lieu chez l'homme à un certain nombre de maladies infectieuses, telles que diphtérie, scarlatine, fièvre aphteuse, fièvre typhoïde, gastro-entérite, tuberculose.

Un chapitre spécial est consacré à la pasteurisation du lait, universellement employée comme moyen préventif de la tourne du lait. La pasteurisation, employée pour tous les laits destinés à être transportés ou à être conservés pendant vingt-quatre à trente-six heures, retarde en effet l'altération du lait, mais ne donne pas de garantie suffisante pour le consommateur. Elle détruit les germes en laissant subsister les spores, de sorte que le lait pasteurisé contient au moment de sa consommation tous les germes dont le développement était arrêté momentanément.

Aussi la stérilisation lui est-elle infiniment supérieure, surtout quand il s'agit de lait destiné à l'allaitement du nourrisson. L'auteur lui consacre la plus grande partie de son ouvrage, en envisageant d'abord le côté théorique de la question, puis la technique de la stérilisation telle qu'elle est pratiquée dans l'industrie et à domicile. Des considérations sur la valeur du lait stérilisé terminent ce livre. Malgré les objections formulées contre l'emploi du lait stérilisé, sa supériorité sur le lait cru ainsi que sur le lait bouilli est incontestable. Aussi nutritif que le premier, il est libre de germes; d'autre part il est plus assimilable que le lait bouilli.

R. Precichewska.

Ch. Firket, professeur à l'Université de Liège. — *Les fièvres d'Europe dans les pays chauds* (Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1901).

Ce mémoire a eu pour point de départ une série de leçons faites en 1896 par le professeur Firket, qui fut chargé par l'Université de Liège de créer un cours de Pathologie des pays chauds. C'est dans ce cours que M. Firket fit l'étude des modifications que, nos « fièvres » (scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde, variole, influenza, etc.) subissent dans les pays chauds. Le choix du sujet était dicté par ce fait que, pour le médecin qui s'en va aux colonies, il semble qu'une seule maladie s'y observe, la fièvre paludéenne. Comme le dit si bien M. Firket, le jeune médecin arrive aux colonies avec l'idée qu'il n'a qu'un ennemi à combattre, la « fièvre », et qu'une seule arme, la quinine; il en vient ainsi à se figurer que son rôle consiste à enregistrer les oscillations de la température, et à les combattre avec des doses appropriées de quinine.

M. Firket a tenu à faire dissiper ce mirage et, dans une série de leçons, il nous donne les éléments de diagnostic et de traitement des maladies que nous venons d'énumérer. C'est dire que le livre de M. Firket sera lu avec fruit par tous ceux qui sont appelés à exercer la médecine dans les pays chauds.

R. Romme.

Comby. — *Dictionnaire d'hygiène des enfants*, (Paris, 1901, Rueff, édit.).

Ce petit manuel est conçu sur un plan nouveau et commode permettant à tout le monde de le consulter avec profit. Les matières y sont traitées suivant l'ordre alphabétique, et c'est dans cet ordre qu'on trouve les réponses à la plupart des questions qui intéressent l'hygiène des jeunes enfants (aliments, allaitement, bains, biberons, chambres infantiles, croissance, dents et dentition, protection de l'enfance, vêtements, etc.) Le côté pratique n'a pas fait négliger à l'auteur le côté scientifique, car, comme il nous dit lui-même dans sa préface, il ne « s'adresse pas seulement aux mères de famille et à toutes les personnes chargées de donner des soins aux enfants, mais encore aux médecins, aux *professionnels* qui n'ont pas toujours assez réfléchi aux petites questions de l'hygiène des bébés ».

Nous n'avons pas à insister plus spécialement sur tel ou tel chapitre, car tous sont traités avec le même soin, et la compétence bien connue de l'auteur nous dispense de parler de la grande valeur du livre dont elle est la garantie suffisante.

R. Precichewska.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de bioscopie clinique et de l'unité de la vibration vitale, par le Dr Collongues, doyen des médecins de Vichy (*Wallon*, éditeur, Vichy). 1 vol. in-16 de 195 pages.

International directory of laryngologists and otologists (seconde édition), par Richard Lake, 1 vol. in-18 jésus de 128 pages. (*Rebman*, éditeur, Londres.)

Aide-mémoire des maladies de l'intestin, par le Pr Paul Lefert, 1 vol. in-18 de 285 pages, cart. (Librairie *J.-B. Baillière et Fils*, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris, prix : 3 francs.

Simulacion de la locura por alienados verdaderos, par le Dr José Ingenieros de Buenos-Aires.

Thérapeutique de la station de Dax, par le Dr Maurice Delmas. (*H. Labèque*, de Dax.)

Forme et fonction, par le Dr J. Wolff. (*J.-B. Baillière et Fils*, éditeurs, Paris.)

Quelques cas de pleurésies séro-fibrineuses chez les vieillards, par le Dr Riuréanu. (Librairie de *l'Indépendance roumaine*, à Bucarest.)

Die Erfahrungen über die Zimmtsaurebehandlung der Tuberkulose in den Jahren 1888-1901, par le Dr Cautrowitz, de Stuttgart.

Paralysie faciale et paralysie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires du même côté. Examen électrique, par Alphonse Péchin et Félix Allard. (*Masson et Cie*, éditeurs, Paris.)

Organ der Taubstummen-Austalten in Deutschland, par J. Watter. (*Bindermagel*, éditeur, Friedberg.)

Le paludisme, sa prophylaxie, par le Dr Le Dantec. (Questions diplomatiques et coloniales, Paris.)

Sur le traitement hydrominéral des hypersthénies gastriques, par le Dr F. Déliage. (*Gazette des Eaux*, Paris.)

Renal tention and its treatment by surgical means, par Reginald Harrison. (*John Bale, Sons et Danielsson*, éditeurs, Londres.)

Il primo intervento elle ferite del pancreas, par le Pr Giovanni Ninni. (*Riforma medica*, Rome.)

La mer et ses bienfaits thérapeutiques, par Charles Leroux. (*Bulletin de l'OEuvre des hôpitaux marins*, Paris.)

Précis de thérapeutique, par X. Arnozan, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux, 2 vol. in-18 colombier, cartonnés toile, formant 1.200 pages, avec figures dans le texte. Prix 15 francs. (*Octave Doin*, éditeur, Paris.)

DES SUBSTANCES HÉMOLYSANTES
DANS LEURS APPLICATIONS A LA CLINIQUE

Par P.-E. LAUNOIS, Agrégé
Médecin de l'Hôp. Tenon

Jean CAMUS et P. PAGNIEZ
Internes des Hôpitaux.

On savait depuis longtemps déjà que le sérum sanguin d'un animal d'une espèce peut être nocif pour les globules rouges d'un animal d'une autre espèce. Cette constatation avait été faite à l'époque où on essayait de transfuser à l'homme du sang défibriné d'un mammifère.

Certains observateurs Hayem, Ponfick, avaient attribué, du moins en partie, à cette action nocive du sérum, les accidents observés.

Dans ces dernières années, on a cherché à approfondir le mode d'action du sérum sanguin sur les globules rouges; parmi les observateurs qui se sont adonnés à la solution de cet intéressant problème, il faut avant tout citer les noms de Bordet[1] en France, d'Ehrlich[2], et de ses élèves en Allemagne. Tout dernièrement le professeur Hutinel[3] a consacré sa première leçon à l'exposé de ses données nouvelles.

Cette action nocive d'un sérum étranger peut être mise en évidence *in vitro* à l'aide d'une expérience très simple. Si, dans un tube renfermant du sérum humain, on ajoute du sang de lapin, on assiste à la destruction plus ou moins rapide des globules rouges : l'hémoglobine diffuse, le sérum se teinte en rouge et conserve cette coloration, même après centrifugation. Si, avant de pratiquer le mélange, on a eu soin de chauffer le sérum pendant un quart d'heure à la température de 56°, les globules rouges du lapin ne sont plus détruits. Il existait donc dans le sérum humain une *substance hémolysante* que la chaleur a fait disparaître. Après centrifugation du mélange, le sérum reste clair et les globules se ramassent en culot au fond du tube. Cette expérience permet ainsi d'affirmer que la destruction globulaire ne s'est pas faite par un défaut de concentration du liquide, par un défaut d'isotonie, par osmonocivité comme on dit aujourd'hui.

La substance active qui détruit les globules ou *substance hémolysante* a été appelée par Buchner[4] *alexine*; Metchnikoff[5] lui donne le nom de *cytase*, Ehrlich celui de *complément*.

A côté de l'alexine, il existe dans le sérum une ou plusieurs substances qui favorisent son action et la rendent élective. Avec Bordet on les désigne sous le nom de *sensibilisatrices*, mais nombreuses sont leurs appellations, et, pour citer les principales, nous appellerons celles d'anticorps hémolytique, de substance préventive, de corps immunisant (immunkorper) d'Ehrlich, ambocepteur (Ehrlich), de philocytase (Metchnikoff), de desmon (London), de copula (P. Müller), de fixateur (Metchnikoff).

La démonstration de la présence et du rôle d'une sensibilisatrice est facile à faire.

A côté de sérums normalement hémolysants pour certaines espèces déterminées, tels que le sérum de l'homme pour les globules du lapin, il en existe d'autres qui sont naturellement dépourvus de la même action. Mais on peut, par l'expérimentation, les rendre, eux aussi, hémolysants. Le sérum de cobaye, par exemple, ne détruit pas *in vitro* les globules rouges du lapin. Mais si on injecte à plusieurs reprises une émulsion de globules rouges du lapin dans le péritoine d'un cobaye, le sérum de ce dernier animal acquiert la propriété de détruire *in vitro* les globules du lapin sur lesquels il était primitivement sans action.

Comment peut-on expliquer le mécanisme de l'hémolyse ainsi obtenue expérimentalement? Quand on mélange du sérum de ce cobaye, sérum qui a été porté et maintenu à 56° pendant un quart d'heure avec des globules de lapin, ceux-ci ne sont pas détruits; mais il n'en n'est plus de même quand on ajoute à ce mélange quelques gouttes de sérum d'un cobaye neuf, ou encore du sérum de lapin lui-même, il se produit alors une hémolyse intense. S'il en est ainsi, c'est parce qu'il subsistait dans le sérum chauffé du cobaye une substance favorisant l'hémolyse et qui n'a pas été détruite par le chauffage à 56°. Cette substance est précisément ce qu'on appelle une *sensibilisatrice*; elle rend possible l'action hémolysante de l'alexine d'un sérum qui sans elle serait demeurée inactive. Le moyen de séparer les alexines des sensibilisatrices est le chauffage à 56°. Les premières sont détruites, les secondes persistent. S'ensuit-il que tous les sérums qui produisent l'hémolyse doivent renfermer une sensibilisatrice? La chose est discutable et encore mal démontrée; il semble cependant prouvé que certains sérums, sont actifs quoique dépourvus de sensibilisatrice alors que d'autres ne le sont que s'ils en contiennent. Les faits cliniques que nous rapportons sont susceptibles de l'une et de l'autre de ces deux interprétations.

* * *

A côté de ces substances, il en existe d'autres qui s'opposent dans une certaine mesure à l'action hémolysante de l'alexine; on les désigne sous le nom de *substances antihémolysantes*. Les *antihémolysines* comme les sensibilisatrices résistent à la température de 58°, et on peut voir dans quelques cas des sérums chauffés s'opposant dans une certaine mesure à l'action d'un sérum actif. Ces notions sommaires sur le mécanisme de l'hémolyse nous ont paru indispensables et suffisantes pour la compréhension des applications que nous en avons faites à la clinique. Parmi les liquides d'ascite que nous avons recueillis dernièrement dans notre service de l'hôpital Tenon, il en est deux qui ont présenté des particularités fort intéressantes.

L'un provient d'une femme âgée de quarante-trois ans, couchée au n° 23 de la salle Couverchel, et que nous observons depuis un an. Entrée à l'hôpital pour des métrorragies très abondantes en rapport avec un fibrome utérin, elle a présenté des hémorragies multiples et tous les signes d'une anémie très marquée; son sang, riche en globules nucléé, a été étudié à plusieurs reprises par Dominici et par nous. Sa rate est depuis longtemps déjà volumineuse. Dans ces derniers mois, la cachexie a fait des progrès rapides, les membres inférieurs, les membres supérieurs, la face se sont œdématiés; le péritoine s'est rempli de liquide qu'il a fallu évacuer à intervalles plus ou moins rapprochés. L'apparition d'accès fébriles intenses (40°6) caractérisés par les stades de frissons, chaleur et sueurs, les heureux effets des préparations de quinine nous ont donné l'explication de tous les phénomènes que nous constations, et nous ont amené à conclure à une cachexie palustre. Malgré l'amélioration survenue dans ces dernières semaines l'anémie est encore très intense; la numération globulaire donne actuellement 1.300.000 globules rouges, et 9.000 globules blancs.

Nous avons recueilli un autre liquide d'ascite chez un homme de cinquante-cinq ans, entré il y a quelques jours au n° 19 de la salle Barth, et que nous avons ponctionner le lendemain de son entrée. L'ascite s'était développée en trois semaines, en même temps qu'un œdème progressivement augmentant des membres inférieurs. Le peu de développement de la circulation collatérale, le volume du foie et de la rate, l'état général du sujet et la marche de la maladie nous ont fait exclure la possibilité d'une cirrhose atrophique et admettre l'existence d'une cirrhose mixte chez un arthritique. Nous avons étudié successivement la façon dont ces liquides, ainsi que le sérum sanguin, se comportent en présence des globules humains normaux, les globules des malades eux-mêmes et des globules du lapin.

* * *

Une première donnée se dégage de nos recherches : sérum et liquide d'ascite sont hémolysants pour les globules du lapin, et sont dépourvus d'action après le chauffage à 56°. Tous deux, comme c'est la règle, renferment donc de l'alexine. De plus, le sérum sanguin et le liquide ascitique sont hémolysants, dans les mêmes conditions d'expérience pour les globules humains normaux. Par contre, ils sont sans action sur les globules de ces malades; nous n'avons pu en effet obtenir d'hémolyse en faisant agir soit le sérum, soit le liquide ascitique recueilli chez notre paludéenne, soit sur ses propres globules, soit sur ceux de notre malade de Barth, et réciproquement.

Le pouvoir hémolysant de ces liquides, sur les globules humains normaux, mérite de retenir l'attention. Il est admis, en effet, par tous les observateurs qui s'occupent de ces questions, que, dans une même espèce, le sérum d'un individu n'est jamais hémolysant pour les globules d'un autre individu de la même espèce[1].

Expérimentalement (Ehrlich et Morgenroth) on n'est arrivé jusqu'à présent que très difficilement et très irrégulièrement à l'aide d'injections répétées du sang, à obtenir des sérums isolysinants ou isohémolysants. De rares faits de sérums humains capables de détruire

1. Bordet. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1899, T. XIII, p. 273; *Ibid.*, 1901, T. XV, p. 312.
2. Ehrlich et Morgenroth. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1892.
3. Hutinel. — « Les sécrétions cellulaires ». *La Presse Médicale*, 1901, 13 Novembre, n° 91, p. 27.
4. Buchner. — « Verhandlungen des Xe Congress für innere Medicin », 1892.
5. Metchnikoff. — « Des poisons cellulaires ». *Revue générale des sciences*, 1901, p. 7. « L'immunité dans les maladies infectieuses », 1901, p. 93 et suivantes.

1. Maragliano. — Congresso di Med. intern., 1892. — Ascoli. *Clinica medica*, 1901. — Jean Camus et Pagniez. « Action globulicide des urines ». *Journal de physiologie et de pathologie générale*, 1901, Juillet.

les globules rouges normaux de l'homme ont été signalés; ceux que nous rapportons aujourd'hui en augmentent le nombre et contribuent à montrer combien il serait hasardeux de conclure trop rigoureusement, en ces matières, de l'animal à l'homme, et surtout à l'homme malade. La recherche et la constatation de l'action hémolysante de ces différents liquides sur les globules rouges normaux de l'homme ont été faites avec toute la rigueur désirable et suivant la technique habituelle. On a employé les liquides en nature et les globules rouges humains lavés dans de l'eau salée physiologique.

COUVERCHEL, n° 23. — *Sérum.* — 23 novembre : 2 c³ de sérum + I goutte de globules lavés d'homme normal, donne une énorme hémolyse en une heure d'étuve. La même expérience avec sérum chauffé reste négative.

Liquide d'ascite. — 29 novembre : 3c³ de liquide d'ascite + I goutte de globules lavés, d'homme normal, donne une énorme diffusion.

La même expérience avec liquide chauffé reste négative.

11 Décembre. Liquide d'ascite nature donne une légère diffusion après trois heures d'étuve.

7 Janvier. — 5 c³ d'ascite nature avec globules lavés donne une grosse diffusion.

La même expérience faite avec du liquide d'ascite chauffé demeure négative.

Les résultats ont été les mêmes avec les globules non lavés de l'homme normal. Le point cryoscopique était pour le sérum et l'ascite Δ = — 0,56, c'est-à-dire le point de congélation du sérum normal.

16 Janvier. 5 c³ ascite nature + globules normaux donnent diffusion très nette.

5 c³ ascite chauffée + globules normaux = pas de diffusion. (Le Δ était 0°,54.)

BARTH, n° 19. — *Liquide d'ascite.* — 6 Janvier. 3 c³ d'ascite nature + globules normaux donne une énorme diffusion après une heure d'étuve.

Le même liquide chauffé ne donne aucun résultat.

16 Janvier. 5 c³ d'ascite nature + globules normaux donne laquage très rapide.

5 c³ d'ascite chauffé ne donne aucun résultat. (Le Δ était 0°,54.)

Sérum. — 8 Janvier. VIII gouttes de sérum. + X gouttes d'eau salée + I goutte de globules humains normaux donne une hémolyse intense.

Les mêmes liquides ascitiques expérimentés non plus sur des globules d'individu normal, mais sur les globules de l'un ou l'autre malade ne donnent ni hémolyse ni agglutination.

COUVERCHEL, n° 23. — 7 Janvier. Le liquide d'ascite n'a aucune action sur les globules du malade (19) Barth.

Ce liquide d'ascite n'a pas d'action sur les globules de la malade elle-même.

BARTH, n° 19. — 7 Janvier. Le liquide d'ascite n'a pas d'action sur les globules du malade.

Le même liquide est également sans action sur les globules de la malade de Couverchel.

Ces liquides (ascite et sérum) outre leur action hémolysante sur les globules possèdent encore une action agglutinante pour les globules humains normaux; cette action agglutinante est d'ailleurs fréquente dans les cas pathologiques[1].

Désireux d'approfondir le mécanisme de cette action hémolysante anormale exercée par des liquides d'ascite, des sérums sur les globules humains normaux nous avons tout d'abord recherché si cette action ne devait pas être attribuée à la présence d'une sensibilisatrice spéciale fixant l'alexine de ces liquides sur les dits globules. Utilisant la propriété rappelée précédemment que possède un sérum chauffé contenant une sensibilisatrice d'agir sur des globules appropriés, si on lui fournit une alexine convenable, nous avons additionné nos liquides d'ascite chauffés de sérum humain provenant d'un autre individu. Ce sérum humain vérifié au préalable était sans action sur les globules humains, mais contenait une alexine, comme nous l'avait prouvé son action sur les globules du lapin. Possédant, d'une part, un sérum humain alexinant, mais sans action sur les hématies de l'homme, possédant d'autre part un liquide d'ascite contenant peut-être une sensibilisatrice, mais dépourvu de son alexine par le chauffage préalable à 56°, nous avons opéré nos mélanges et obtenu les résultats suivants :

BARTH, n° 19. — *Ascite.* — Si on mélange 1 c³ d'ascite chauffée avec 1 c³ de sérum alexinant, et si on ajoute au mélange des globules humains normaux, on obtient après séjour pendant une heure dans l'étuve à 37° une énorme hémolyse.

Les deux liquides, sérum alexinant, ascite chauffée, employés isolément, n'avaient pas d'action sur les hématies de l'homme; réunis, ils deviennent hémolysants. Nous savons que l'un contient de l'alexine, puisqu'il agit sur les globules du lapin mais pas de sensibilisatrice pour l'homme puisqu'il n'agit pas sur les globules humains; il en résulte que l'autre liquide, c'est-à-dire le liquide ascitique chauffé, doit contenir une sensibilisatrice spéciale pour les globules humains normaux.

COURVERCHEL, n° 23. — *Ascite.* — Si on mélange 1 c³ d'ascite chauffé avec 1 c³ de sérum alexinant et des globules rouges de l'homme normal, l'expérience demeure négative. Pour les raisons indiquées précédemment nous sommes amenés à conclure que ce liquide ascitique, bien qu'hémolysant pour l'homme avant l'action de la chaleur ne semble pas contenir de sensibilisatrice spéciale.

L'hémolyse, dans ce cas, était-elle due à une alexine vraie ou à un poison globulicide, ferment ou autre, différant de l'alexine, et cependant détruit comme elle à 56° ? On ne peut l'affirmer, mais on est en droit d'en formuler l'hypothèse.

* * *

Pour compléter l'étude des propriétés des liquides (sérum et ascite) par rapport aux globules rouges, il restait à chercher si, à côté des substances hémolysantes (alexine, sensibilisatrice spéciale pour les globules humains), on ne pouvait constater l'existence de *substances* antagonistes, anti-hémolysantes, qui, nous le savons, résistent, elles aussi, à une température de 58°. Nos liquides ascitiques chauffés sont mis d'abord au contact des globules humains normaux : ils n'hémolysent pas ces globules et les agglutinent simplement. Si on prolonge ce contact pendant une heure à l'étuve, et qu'on ajoute du liquide d'ascite non chauffé, on devrait observer l'hémolyse, puisque, essayé sur les globules humains, il les détruit. Comme l'hémolyse ne se produit pas, c'est que les globules ont été modifiés, protégés contre l'action de l'alexine de ce sérum. Le liquide ascitique chauffé paraît donc contenir une substance antihémolysante.

Une de nos expériences peut être résumée de la façon suivante : à 1 centimètre cube de liquide ascitique chauffé provenant du malade de Barth on ajoute une goutte d'émulsion de globules humains normaux lavés dans l'eau salée. On laisse le mélange pendant trois quarts d'heure à l'étuve à 37°. On ajoute ensuite 1 centimètre cube de liquide ascitique non chauffé et on reporte à l'étuve après avoir bien mélangé. On n'observe pas d'hémolyse. Deux d'entre nous[1] ont signalé antérieurement l'existence de *substances* protectrices ou anti-hémolysantes (variables en quantité dans les différents sérums. Nous n'essayerons pas d'interpréter le mécanisme de ce phénomène : s'agit-il d'une anti-hémolysine vraie, d'un défaut de proportionnalité définie entre la sensibilisatrice et l'alexine (Neisser et Wechsberg), d'un changement de propriété de cette dernière ou bien encore l'agglutination exerce-t-elle, elle aussi, une action empêchante vis-à-vis de l'alexine en diminuant la surface de contact, ce sont questions sur lesquelles nous nous contentons d'attirer l'attention sans aucune prétention à les résoudre.

Aux recherches pratiqués avec le sérum et le liquide ascitique de deux de nos malades, nous pouvons ajouter quelques expériences faites à l'aide du sérum et du liquide pleural d'une jeune garçon couché au lit n° 7 de la salle Barth. Ce malade, atteint d'une pleurésie légèrement hémorragique ne contenant pas d'hémoglobine en liberté, a présenté à plusieurs reprises de l'hémophilie. Chez lui le sérum et le liquide pleural sont hémolysants *in vitro* pour le sang du lapin et pour celui de l'homme normal, et non hémolysants pour le sang du malade lui-même. Les mêmes expériences que celles exposées précédemment nous ont conduits à conclure que dans ce dernier cas le mécanisme de la destruction des globules d'homme normal se fait par une alexine (détruite à 56°) sans l'intervention d'une sensibilisatrice ; l'action antihémolysante est également très nette.

Quelles relations peut-on chercher à établir entre les curieuses propriétés que présentent *in vitro* les liquides pathologiques recueillis chez nos malades et quelques-uns des phénomènes morbides que nous avons observés chez eux ? La substance hémolysante pour les globules humains normaux a-t-elle joué un rôle dans la production de l'anémie si intense présentée par notre malade de Couverchel ? Il est encore impossible de répondre à cette question; en tout cas si cette action existe dans l'organisme elle doit être très limitée. Il est probable en effet qu'il se développe des anti-hémolysines (anti-alexine et anti-sensibilisatrice) qui arrêtent l'action destructive ; il est probable aussi que les globules rouges eux-mêmes acquièrent une certaine immunité, puisque ces mêmes globules, lavés et débarrassés du plasma qui pourrait les protéger sont encore réfractaires à l'hémolyse.

* * *

Sans nous avancer plus loin dans le domaine des hypothèses, nous croyons devoir rester limités à l'exposé des faits expérimen-

1. JEAN CAMUS et PAGNIEZ. — « D'un pouvoir agglutinant de certains sérums humains pour les globules rouges de l'homme ». *Soc. de biol.*, 1901, 2 Mars.

1. JEAN CAMUS et PAGNIEZ. — « Variabilité de l'alexine dans les sérums pathologiques. Existence d'une substance antihémolysante dans le sérum humain ». *Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 1901, 6 Juillet.

taux que nous pouvons résumer de la façon suivante :

1° Possibilité de la destruction des globules humains normaux par des liquides (sérum, liquides d'ascite, liquide de pleurésie) recueilli chez des malades ;

2° Résistance particulière des globules sanguins des malades eux-mêmes qui avaient fourni ces liquides ;

3° Présence dans ces mêmes liquides d'alexine, de sensibilisatrice pour les globules humains et d'anti-hémolysine.

QUATRE CAS DE GUÉRISON
DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE
PAR LA CANCROINE

Par le Professeur **A. ADAMKIEWICZ** (de Vienne).

On sait que le professeur Adamkiewicz a isolé dans le suc cancéreux un poison microbien, une toxine, à laquelle il a donné le nom de *cancroïne*. La composition chimique de la cancroïne n'est pas encore définie ; mais ses propriétés physiologiques, absolument identiques à celles de la *neurine*, base toxique extraite des tissus cadavériques frais, permettent de l'assimiler à ce dernier poison qui est un hydrate de triméthylvinylammonium.

Cancroïne ou neurine, injectées à faibles doses dans le sang des sujets cancéreux, exerceraient une action spécifique sur le cancer et sur ses métastases. Elles amèneraient la nécrose des éléments cancéreux, nécrose suivie, avec ou sans réaction inflammatoire, de l'élimination ou de la résorption de ces éléments. Le professeur Adamkiewicz a déjà publié un certain nombre de cas de cancer traités par les injections de cancroïne; il adresse aujourd'hui à *La Presse médicale* les observations suivantes, inédites et de date récente, qui viennent à l'appui de celles déjà publiées ; nous nous empressons de les communiquer à nos lecteurs.

J. Dumont.

*
* *

Lorsque le cancer s'attaque à un organe vital, c'est-à-dire dont l'intégrité est immédiatement indispensable à la vie, il menace sa victime par deux côtés à la fois, tel un ennemi qui, pour amener plus vite à reddition la ville qu'il assiège, l'affame en même temps qu'il bat ses murs en brèche.

C'est pour cette raison que les conséquences du cancer des voies respiratoires ou du tube digestif sont si redoutables, et qu'il se présente comme un des maux les plus cruels parmi ceux auxquels se trouve exposé le genre humain. Aussi le plus beau rôle du médecin, celui qu'il doit sans cesse poursuivre, est-il de chercher à débarrasser ses semblables de ce terrible fléau. Et lorsqu'il y réussit, il a doublement le droit de se réjouir : comme savant, parce qu'il a donné une preuve de ce que peut la science ; comme homme, parce qu'il lui a été donné de soulager les misères de l'humanité.

Puissé-je, par les observations suivantes, avoir le droit de penser que j'ai rendu ce double service à la science et à l'humanité.

Observation I. — En Juillet dernier, le Dr Feiertag (de Riga), m'envoya un commerçant de Kreutzburg, M. W. Z..., âgé de soixante-six ans, avec la note suivante :

« Jusqu'à ces trois derniers mois, cet homme a toujours été bien portant. Vers cette époque apparut de la dysphagie qui s'aggrava rapidement. Le malade, qui, en outre, souffrait beaucoup, a maigri non moins rapidement. L'exploration avec la sonde montre qu'il existe un rétrécissement de l'œsophage siégeant à une distance d'environ 42 centimètres, comptée à partir de l'arcade dentaire. Le rétrécissement est tellement serré qu'il est impossible de le franchir même avec les bougies de petit calibre. Il n'y a pas de doute qu'il s'agisse d'un cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage. »

Je vis le malade, pour la première fois, le 20 juillet 1901 ; je fus véritablement effrayé de l'état dans lequel il se trouvait. Il était si maigre et si faible qu'il tenait à peine sur ses jambes. Et je dois avouer que n'eussent été le long voyage qu'il venait de faire pour me demander secours et les supplications de ses enfants qui l'avaient accompagné, et auxquelles je ne pus rester insensible, je ne me serais certes jamais décidé à essayer mon traitement chez ce malade, tant son cas me paraissait désespéré. Cet homme compléta les renseignements que m'avait fournis son médecin en me racontant que depuis un certain temps il lui était absolument impossible d'ingurgiter le moindre aliment solide et que, dans ces derniers jours, les liquides mêmes (eau, lait) ne passaient plus que difficilement. Aussitôt après leur ingestion, ils semblaient s'arrêter « dans la poitrine », en un point que le malade localisait en arrière du tiers inférieur du sternum; de là, ils ne s'écoulaient que peu à peu dans l'estomac. — Dans le voisinage de l'ombilic, la palpation décelait la présence d'une tumeur du volume d'un œuf, douloureuse spontanément et à la pression.

Bon gré mal gré, il me fallut donc tenter sur ce malade l'action de la cancroïne, et ce jour même, 20 Juillet, je lui fis une première injection. Dès le lendemain, le malade déclarait qu'il se sentait mieux; et comme ses enfants, qui étaient restés auprès de lui, le surveillant et le soignant avec une vigilance inlassable, avaient également observé cette amélioration, je fus bien obligé de me rendre à l'évidence et de chasser l'idée qu'il s'agissait là d'une illusion née dans un cerveau hanté par l'espoir de guérir. Je continuai donc le traitement que j'avais d'abord entrepris à contre-cœur. *Et je pus constater alors que, sous l'action de la cancroïne, l'état du malade s'améliorait rapidement.*

Les forces revinrent; le visage, jusque-là terreux, reprit des couleurs. Le 26 juillet, six jours par conséquent après le début du traitement, on m'annonça que le malade pouvait non seulement ingurgiter sans aucune difficulté les liquides (eau, lait, bière), mais que le pain et la viande hachée passaient également bien.

Le fait me parut incroyable, fabuleux; aussi me décidai-je, séance tenante, à explorer l'œsophage avec la sonde, dans le but de me renseigner sur l'état des lésions et d'enlever le doute de mon esprit. Or, une sonde de 5 millimètres de diamètre pénétra sans la moindre difficulté jusqu'à 59 centimètres des arcades dentaires ; lorsque je la retirai, ses yeux étaient en partie obturés par des débris de viande, preuve que non-seulement la sténose avait été franchie et que la sonde avait passé dans l'estomac, mais encore que le malade avait pu réellement ingérer des aliments solides comme il le prétendait.

Ces faits se passent de longs commentaires.

1° *Scientifiquement*, ils prouvent que les végétations cancéreuses ne sont pas de nature épithéliales, mais qu'elles sont constituées par des microorganismes, protozoaires, coccidies, puisque de simples injections de cancroïne suffisent à amener leur nécrose au sein du liquide sanguin, et par suite leur désagrégation et leur disparition.

2° *Cliniquement*, ils démontrent que, grâce à ma méthode de traitement, j'ai réussi à arracher à une mort épouvantable, la mort par inanition, un malheureux qui y était fatalement voué.

J'ai établi, dans des travaux antérieurs, que, aux lieu et place de la tumeur fondue sous l'action de la cancroïne, il se faisait une néo-formation de tissu conjonctif. Or, en ce qui concerne particulièrement le cancer de l'œsophage, il est évident que le rétablissement plus ou moins parfait de la fonction dépendra de la situation, de la forme, de l'étendue du tissu conjonctif qui succédera à la tumeur cancéreuse disparue. Comment les choses se sont-elles passées dans la suite chez le malade dont je viens de rapporter l'histoire ? Je ne saurais le dire, car ce malade, dès qu'il put boire et manger, s'en retourna dans son pays. Des nouvelles, très vagues à tous les points de vue, que je reçus de lui en Octobre dernier, me permettent seulement d'affirmer que cet homme, qui était mourant en Juillet, était bien vivant en Octobre, et qu'il s'alimentait parfaitement.

Observation II. — Cette observation, sur laquelle je serai bref, concerne un homme de cinquante-deux ans, M. Ko..., de Kowno (Russie), qui était atteint de sténose cancéreuse non douteuse de la portion inférieure de l'œsophage.

Dans ce cas encore, quelques injections de cancroïne suffirent à amener une amélioration rapide dans l'état du malade.

Observation III. — L'histoire de ce troisième malade mérite de retenir un peu plus longtemps l'attention. Il s'agit d'un homme de soixante ans, M. Sk..., commerçant, également de Kowno (Russie).

En Novembre 1900, apparurent chez cet homme les premiers signes de dysphagie. Celle-ci s'accentua rapidement : tout ce que le malade mangeait ou buvait, lui restait, disait-il, *au-dessus* de l'estomac, et il avait la sensation d'avoir l'œsophage plein jusqu'au cou. En Décembre 1901, il se rendit à Königsberg (Prusse), où il alla consulter à la Policlinique de l'Université : là on diagnostiqua un rétrécissement cancéreux de l'extrémité inférieure de l'estomac, et on essaya d'obtenir la dilatation progressive à l'aide de cathétérismes répétés. Ce traitement n'eut d'autre résultat que d'accroître les souffrances du malade, sans amener aucune amélioration fonctionnelle, en sorte qu'on fut obligé de le suspendre au bout de six semaines. Mais comme la dysphagie n'avait fait qu'augmenter, et qu'il devenait nécessaire d'assurer le passage des aliments indispensables à l'existence, force fut bien de revenir au cathétérisme, et le martyre du malade recommença. Il dura six mois, pendant lesquels le malade fut soigné à Kowno, où il était revenu, par le Dr Meyerowicz.

Cette fois encore le résultat final fut absolument nul, et, en dernière ressource, il fut décidé que le malade se soumettrait à une intervention chirurgicale. Mais avant de s'y résoudre il voulut essayer de ma méthode, et, dans ce but, il vint me trouver le 17 octobre 1901. *Or, dès la 5e injection de cancroïne, tous les troubles avaient disparu.* Cet homme qui, auparavant, ne pouvait ingérer ni solides, ni liquides, et vomissait tout ce qu'il prenait, put, après 5 injections, manger et boire sans difficulté ; il reprit rapidement des forces; de triste et sombre qu'il était, il devint joyeux et gai. Et quinze jours après le début du traitement, ce n'est pas un vieillard cachectisé qui reprit le chemin de son foyer, mais un homme plein de force et de vie.

Observation IV. — Enfin un intérêt non moins grand s'attache à l'observation suivante. Mme Sp..., cinquante-sept ans, habitant Drinsk (Russie), malade depuis trois ans, présentait tous les signes d'une sténose croissante de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Au cours de l'été de 1901, elle s'aperçut que les aliments « lui restaient sur la poitrine ». Bientôt les solides ne passèrent plus du tout, et la malade dut se contenter d'une nourriture liquide ; mais les liquides eux-mêmes ne pénétraient que lentement dans l'estomac, après avoir subi un arrêt manifeste en un point que la malade localisait derrière l'appendice xiphoïde.

Le 22 Octobre, je constatai, à l'aide de la sonde, un rétrécissement infranchissable de l'œsophage, situé à une distance de 41 centimètres à partir des arcades dentaires. En retirant la sonde, je

constatai qu'elle était recouverte de sang. L'existence d'un cancer ne faisait pas l'ombre d'un doute. Or cette malade réagit également vis-à-vis de la cancroïne avec une rapidité étonnante. *Les troubles dont elle se plaignait depuis 3 ans disparurent en quelques jours sous l'influence des injections.* Dès le sixième jour du traitement, la malade put avaler des boissons et des aliments sans aucune difficulté; le passage des aliments ne provoquait qu'une légère sensation de compression au niveau du point où siégeait primitivement le rétrécissement.

Au commencement de Novembre, cette femme, à la suite d'un refroidissement, fut obligée de s'aliter et de suspendre le traitement par la cancroïne. *Aussitôt les symptômes de la dysphagie reparurent.* Le 9 Novembre, la malade, guérie des suites de son refroidissement, se rendit (j'étais alors absent de Vienne) dans une des Cliniques privées de la ville, où elle se fit cathétériser et radioscoper. Or cathétérisme et radioscopie se montrèrent d'accord pour affirmer l'existence d'un rétrécissement de l'œsophage situé à la hauteur de la bifurcation de la trachée: une capsule de bismuth avalée par la malade s'arrêtait à ce niveau.

Le 10 Novembre, la malade revint me voir, et, comme les troubles de la déglutition, ainsi que je l'ai dit plus haut, avaient reparu, je refis une injection de cancroïne. Une seconde injection fut faite le lendemain, 11 Novembre. Les troubles disparurent aussitôt, et lorsque, le 12 Novembre, la malade, toute joyeuse, s'en retourna à la clinique où trois jours auparavant on avait diagnostiqué un rétrécissement de l'œsophage au niveau du point de bifurcation de la trachée, les médecins qui l'examinèrent furent étonnés *de ne plus trouver la moindre trace de sténose œsophagienne* : j'ai leur témoignage écrit entre les mains.

Il a donc suffi dans ce cas d'une ou de deux injections de cancroïne pour faire disparaître complètement la récidive survenue après la première période de traitement. Les jours suivants, l'état de la malade continua à s'améliorer rapidement, et, dès le 30 novembre, elle pouvait rentrer chez elle complètement guérie.

MÉDECINE PRATIQUE

LE MASSAGE DANS LA PRATIQUE COURANTE

Principes et indications.

Le massage est, à l'heure actuelle, de prescription courante dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris. Cependant, la plupart des médecins français en ignorent et les indications et la pratique: les uns parce que, à leur sens, un médecin ne peut et ne doit pas faire le massage lui-même; les autres parce que, ayant ouvert un traité spécial, ils ont été effrayés à la fois par des conclusions qui leur ont paru téméraires, et par la description d'une technique qu'ils ont jugée comme compliquée et d'une grande difficulté d'application. C'est à ces derniers que s'adressent les articles que nous allons publier successivement.

Laissant de côté, de parti pris, tout ce qui, aujourd'hui, est matière à discussion, nous voudrions démontrer, aussi simplement que possible, à nos confrères que les indications du massage sont très précises, et par là les engager à apprendre la technique de cette méthode thérapeutique, au moins dans ces applications aux cas d'une facilité relative. De ce que seul un chirurgien expérimenté a le droit d'entreprendre une taille vésicale ou une néphrectomie, a-t-on jamais dissuadé les médecins d'étudier les indications et d'apprendre la pratique du cathétérisme de l'urètre?

* * *

I. — C'est par ignorance des applications du massage que nous ne demandons pas à cette méthode tout ce qu'elle peut nous donner. Combien de fois, en effet, arrive-t-il qu'un médecin, ayant traité une lésion par les moyens ordinaires, considère son rôle comme terminé, alors même que son malade ne se considère pas comme guéri!

Qu'une plaie soit cicatrisée, qu'une fracture soit consolidée, c'est un résultat dont il y a lieu d'être satisfait; il n'en est pas moins vrai que, pour le blessé, la guérison existera seulement le jour où il pourra, par exemple, se servir de son bras pour ses travaux habituels, ou bien fournir une assez longue marche: entre le moment où on enlève le pansement ou l'appareil et le jour où le malade se dira guéri, il peut s'écouler des jours et des semaines.

Jusqu'à ces derniers temps, nous lui conseillions la patience: avec du temps, beaucoup de temps, bien des choses s'arrangent. Mais, quelle que soit la classe sociale à laquelle appartienne le malade, il ne lui est pas indifférent de rester impotent un ou trois mois. D'autre part, s'il existe un moyen de diminuer dans des proportions considérables ce temps d'impotence fonctionnelle, vous n'avez pas le droit, et votre malade ne vous le pardonnerait pas, de l'ignorer. Il faut donc vous rendre compte, d'une façon précise, des phénomènes dont la persistance entrave la guérison, et leur opposer le traitement capable de les faire disparaître.

Voyons tout d'abord les *fractures*, et prenons comme exemple une fracture de jambe. On a mis un appareil plâtré; on l'enlève après trente jours environ, le cal est solide. Après quelques jours de repos encore, le malade dit qu'il ne peut pas marcher, d'abord parce qu'il souffre dès qu'il pose le pied par terre et veut s'appuyer sur sa jambe, et aussi parce qu'il a la sensation de n'être pas solide. A l'examen, on constate un œdème assez prononcé, non seulement du pied, mais encore de la moitié inférieure de la jambe; l'articulation tibio-tarsienne ne semble pas lésée, mais tous les tissus péri-articulaires sont raidis et douloureux, sinon à la pression, au moins à la traction dès qu'on veut mobiliser l'article: cela est une explication satisfaisante des douleurs qui persistent. Quant à la sensation de faiblesse accusée par le sujet, palpez la masse musculaire de la jambe: les jumeaux n'existent pour ainsi dire plus.

Chaque fois qu'on enlève un appareil, on constate les mêmes faits: œdème, raideur et empâtement des tissus, raideur surtout marquée dans le voisinage des articulations, atrophie musculaire. Or, si nous connaissons des cas où, assez rapidement, le malade seul a pu recouvrer l'intégrité de la fonction, par contre, nous en connaissons beaucoup d'autres où la guérison complète s'est fait attendre des semaines et des mois. Devons-nous donc nous croiser les bras?

Laissons de côté toute discussion sur le mécanisme physiologique, sur l'action intime du massage, ne voyons que les résultats palpables.

Les expériences de Castex, pour ne citer que celles-là, et la pratique même des empiriques nous démontrent que le massage a ces effets indéniables: *a)* d'activer la résorption des épanchements et la disparition des œdèmes; *b)* d'assouplir les tissus; *c)* de fortifier les muscles.

Par conséquent, vous ne devez pas rester inactifs; ce n'est même pas assez de dire au malade: « Faites un peu de massage, si vous le voulez. » Vous devez prescrire formellement le massage, et, ainsi, dans tous les cas, vous diminuerez au moins de moitié le temps nécessaire au rétablissement complet de la fonction.

De même pour les *luxations*. Quand vous avez immobilisé une luxation réduite, vous constatez des lésions qui, moins accentuées en général que dans les fractures, sont de tout point comparables; dans ces cas, pour les mêmes raisons, il faut appliquer le même traitement.

Ce sont encore ces lésions que vous constaterez après la guérison des *arthrites aiguës*, des gros *épanchements articulaires*, *hémarthroses* ou *hydarthroses*. Dans ce dernier cas, en particulier, vous aurez à soigner, non plus une affection articulaire, mais une affection musculaire. Votre malade ne marche pas ou marche difficilement pour une seule raison: il n'a plus de triceps; et ce n'est ni le repos, ni la compression qui le lui rendront. Si une arthrite aiguë laisse derrière elle une *ankylose* que vous êtes obligé de rompre sous le chloroforme, sans le massage vous êtes exposé à perdre tout le bénéfice de votre intervention.

Il est une affection dont la gravité, une fois passé la période dangereuse, est due non à la lésion primitive, mais aux lésions secondaires: c'est la *phlébite*. On peut voir des femmes qui, cinq ou six mois après le début d'une phlegmatia, sont encore de véritables infirmes, et pourtant il y a beau jour que la phlébite n'existe plus. On peut sentir encore quelques noyaux indurés de périphlébite; on constate surtout de la périarthrite douloureuse et de l'atrophie musculaire. Si vous n'y touchez pas, il n'y a pas de raison pour que cela finisse, et, puisque le danger d'embolie n'existe plus depuis longtemps, vous n'avez pas le droit de ne pas faire de massage.

Dans un autre ordre d'idées, les malades chez lesquels un instrument tranchant aura produit une *plaie des tendons*, une *plaie des muscles* retireront, après la suture et la cicatrisation, un grand bénéfice du massage.

Enfin, après les *grands traumatismes*, les *brûlures*, les *phlegmons*, les *suppurations* en général, c'est encore par le massage qu'on arrivera le plus vite et dans la mesure du possible à assouplir les cicatrices cutanées, à rétablir le glissement de la peau sur les parties profondes, à assouplir les tendons et les muscles ou ce qui en subsiste, à permettre aux muscles conservés de donner toute l'énergie de contractilité dont ils sont capables: en un mot, si l'on ne peut guérir ces malades, c'est par le massage qu'on leur rendra le maximum de capacité fonctionnelle.

II. — Mais, si nous avons un traitement efficace des raideurs et de l'atrophie musculaire, n'y a-t-il pas des cas où, au lieu d'attendre que ces lésions se soient produites, il vaudrait mieux faire subir au malade un traitement tel que ces lésions, ou bien ne se produisent pas, ou bien soient réduites au minimum? En d'autres termes, sans qu'il en résulte aucun danger pour le malade, au contraire pour son plus grand bien, y a-t-il des cas où l'on doive faire le massage immédiatement? Ces cas sont nombreux.

Dans les *contusions musculaires*, les *ruptures musculaires*, les *contusions articulaires* vous obtiendrez rapidement d'excellents résultats du massage: l'épanchement sanguin se résorbera très vite.

Dans l'*hémarthrose*, l'*hydarthrose* vous pouvez masser l'articulation elle-même; si pourtant vous êtes timorés, si vous voulez encore immobiliser et essayer des topiques et de la compression, si vous faites l'arthrotomie, ce qui est parfois indiqué, que cela ne vous empêche pas de vous occuper du triceps: une fois l'épanchement disparu, vous aurez peu ou pas d'atrophie et vous n'aurez pas l'ennui d'avoir à combattre pendant un temps toujours long une lésion à laquelle vous aurez permis de s'installer.

Ceci s'applique parfaitement aux *arthrites chroniques* et aux *arthrites subaiguës* et *aiguës*, d'autant mieux que souvent, ces arthrites, non suppurées et non tuberculeuses, ne sont que des *périarthrites*.

Dans les *synovites*, en massant et mobilisant au plus tôt, vous éviterez les adhérences souvent très ennuyeuses.

Quant aux traumatismes articulaires, l'*entorse* jouit de ce privilège qu'on ne discute même pas l'utilité ou la nécessité du traitement par le massage, et le massage immédiat.

Il n'en est pas de même des *luxations*; on

attend toujours beaucoup trop. Et pourtant, cela est illogique. Théoriquement, une luxation est guérie dès que la réduction est effectuée; pourquoi immobiliser complètement le malade? — Dans la crainte que la luxation ne se reproduise? — Mais faire du massage ne veut pas dire faire effectuer au membre des mouvements d'une amplitude exagérée; la luxation ne se reproduira pas davantage après une heure ou un jour, qu'après huit jours, s'il n'existe ni fracture ni déchirure considérable de la capsule articulaire. D'autre part, en dehors de l'atrophie musculaire et de la périarthrite qui peuvent s'installer et qui s'installeront sûrement si l'on ne s'en occupe, il y a là un gros épanchement sanguin qui, livré à lui même, ne se résorberait que lentement, tandis que vous pouvez le faire se résorber très vite. D'autre part, encore, il existe même après la réduction, une contracture musculaire douloureuse que le massage combat efficacement. Cette action sur la contracture, vous pourrez l'utiliser pour la réduction des luxations. Si cette réduction est impossible, avant de recourir au chloroforme, faites du massage : la contracture cédera peut-être suffisamment pour vous permettre de remettre les choses en place; vous aurez évité l'anesthésie.

La connaissance des résultats obtenus par le massage a conduit à l'appliquer au traitement des *fractures récentes*, et ce n'est pas sans étonnement qu'élevés avec cette idée que toute fracture doit être immobilisée, nous voyons aujourd'hui la mobilisation faire partie de leur thérapeutique. Pourtant, la méthode a fait ses preuves, et il importe d'en établir les indications et les contre-indications. Certes, comme toujours en médecine, il existe des cas où il est permis d'hésiter, chaque cas particulier doit être jugé isolément; cependant, on peut poser quelques règles générales permettant à la fois d'éviter les fautes graves et d'obtenir de bons résultats.

Le massage n'est possible que si vous n'êtes pas obligé de mettre le membre fracturé dans un appareil inamovible. Si vous avez affaire à une fracture telle que les fragments soient mobiles, qu'il y ait tendance au déplacement, ce qui est le cas dans les grosses fractures de jambe, de cuisse, de la diaphyse humérale, des deux os de l'avant-bras, quels que puissent être les avantages du massage on ne peut les mettre en balance avec les inconvénients résultant de la non-immobilisation; vous vous exposeriez à d'énormes déformations. Par conséquent, *il ne faut pas masser les fractures susceptibles de gros déplacements*, tout au moins ne faut-il pas pratiquer le massage journalier, car vous pourrez, le premier et le deuxième jour, votre malade ayant le membre dans une gouttière provisoire, faire un massage suffisant pour diminuer les douleurs et l'épanchement, et vous permettre de placer dans de meilleures conditions l'appareil définitif.

Mais il est toute une série de fractures où il n'existe pas de déplacement primitif, où la tendance au déplacement secondaire n'existe pas. Ainsi, les fractures de certaines extrémités osseuses, les fractures des malléoles. Dans les segments de membre où la charpente osseuse est double, s'il n'y a de fracture que d'un os, l'os non fracturé joue le rôle d'attelle, c'est le cas pour les fractures du péroné, fracture de la partie inférieure et fracture de la tête, fracture du tibia seul, fracture du radius sans déplacement. Ici l'appareil inamovible n'est plus une nécessité; bien mieux, il est des cas où il est tout à fait inutile, dans les fractures d'un métatarsien ou d'un métacarpien. Vous pouvez sans crainte pratiquer le massage quotidien, et, étant donné les avantages rapides que vous en retirerez, étant donné qu'il n'y a point d'inconvénient, *vous pouvez et vous devez masser les fractures ayant peu de déplacement primitif et pas de tendance au déplacement secondaire*.

Enfin il est une classe de fractures où le massage s'impose : je veux dire les *fractures para-articulaires*. S'il n'y a point de traumatisme formidable, il faut viser avant tout à la conservation des mouvements articulaires. Or, si vous immobilisez, êtes-vous sûr de mettre les os en bonne position? Non, vous n'êtes sûr que d'une chose, c'est d'avoir une ankylose. Dans la fracture de la rotule, le traitement de choix est l'opération sanglante, suture ou encerclage; de même pour la fracture de l'olécrane. Si, pour une raison quelconque, vous ne pratiquez pas l'opération, c'est le massage seul qui, tout en permettant la formation d'un cal solide, conservera les mouvements du genou ou du coude. Dans les fractures partielles du coude, l'appareil contient bien peu les fragments, et vous savez que l'articulation du coude est particulièrement sensible à l'immobilisation. S'agit-il d'une fracture du col de l'humérus? Si le col est brisé en plusieurs fragments qui se promènent dans les tissus ambiants, on peut essayer de les extraire par une opération, comme nous l'avons vu faire dans le service de M. Tuffier à Beaujon avec un bon résultat; mais, s'il n'existe qu'un seul fragment, il est peu mobile; l'appareil que vous mettriez immobiliserait l'épaule, sans permettre une réparation plus rapide. Vous n'avez qu'une façon d'éviter l'ankylose, sans craindre la non-consolidation, c'est de masser et de mobiliser.

Le résultat ne sera pas toujours la *restitutio ad integrum*, mais comparez-le à celui qu'obtenaient les anciennes méthodes; il est de beaucoup supérieur. Donc, *il faut masser les fractures juxta-articulaires*. Je le répète, ces règles n'ont que la valeur des règles générales en médecine; elles expriment, je crois, la doctrine raisonnable à l'heure présente.

Pour terminer ce qui concerne les fractures, je n'ai qu'à mentionner l'effet obtenu par le massage dans certaines consolidations difficiles. Si, après un mois ou deux mois d'immobilisation, le cal ne se forme pas, essayez du massage; vous pourrez voir sous son influence la consolidation s'effectuer.

*
* *

Telles sont les indications du massage. Les *contre-indications*, il n'en est d'autres que l'absence d'indication précise : ce n'est pas à des médecins qu'il est nécessaire de dire, par exemple, que la présence d'une collection purulente interdit les manœuvres de massothérapie.

Je veux cependant insister ici sur ce point que le massage doit rester dans le domaine médical. Il ne faut pas que les malades, convaincus à tort ou à raison que leur médecin ignore la méthode, aillent demander des soins à des ignorants; il ne faut pas que nous voyions venir à nous, seulement dans l'espérance d'un massage mieux exécuté, des malades atteints de tumeur blanche ou d'ostéosarcome qu'un masseur sans aucune connaissance scientifique manipule depuis des semaines et des mois.

Nous exposerons, dans un prochain article, la technique du massage en général, pour aborder ensuite ses applications à ceux des cas particuliers qui se rencontrent le plus fréquemment dans la pratique courante.

M. Marchais,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

LE TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE D'APRÈS M. PLEHN

M. Plehn, qui a passé de longues années en Afrique, et qui, d'après les on-dit, doit être nommé professeur de pathologie exotique à la Faculté de médecine de Berlin, a publié dernièrement dans le *Deutsche medicinische Wochenschrift* un article sur le traitement de la dysenterie. Ce traitement est basé sur l'emploi successif des évacuants, du calomel et du sous-nitrate de bismuth. Ainsi énoncé il ne présente rien de particulier. Mais M. Plehn a réglé d'une manière très rigoureuse les divers « temps » de ce traitement, et établi de cette façon une thérapeutique ayant un cachet personnel. C'est à ce titre qu'il nous semble intéressant de l'exposer ici.

*
* *

Aussitôt le diagnostic de dysenterie fait, et même en cas de diagnostic encore douteux, M. Plehn fait prendre au malade 30 grammes, soit la valeur de deux cuillerées à bouche, d'huile de ricin. Ce purgatif a un double avantage : en cas de dysenterie, il nettoie l'intestin et évacue une quantité appréciable de matières infectieuses; si le diagnostic est incertain, l'inspection des matières permet de dire si le malade a la dysenterie ou non.

Quand le diagnostic de dysenterie est définitivement établi, on donne, aussitôt que l'effet purgatif de l'huile de ricin est épuisé, c'est-à-dire au bout de douze à dix-huit heures, on donne, disons-nous, du calomel sous forme de tablettes de 0,03 centigrammes chacune. La malade prend une tablette toutes les heures, soit douze tablettes par jour, ce qui fait 36 centigrammes de calomel par jour. Ce traitement par le calomel est continué pendant trois jours. Pendant la nuit le malade ne prend pas de calomel.

M. Plehn insiste beaucoup sur la nécessité d'administrer le calomel sous forme de tablettes, car, dit-il, de cette façon le calomel ne reste pas dans la cavité buccale et rend moins fréquente la stomatite mercurielle.

Pour éviter cette stomatite, M. Plehn exige qu'après chaque tablette, soit douze fois par jour, le malade se rince très soigneusement la bouche avec une solution de teinture de ratanhia, ou avec une solution d'acide salicylique. Au moindre soupçon de stomatite, à la moindre salivation il faut encore badigeonner et frictionner les gencives avec un tampon d'ouate trempé dans une des solutions qui viennent d'être indiquées. Ces soins de la bouche permettent de ne pas interrompre le traitement par le calomel; ils doivent en outre être continués avec la même rigueur pendant trois jours consécutifs après la dernière, c'est-à-dire après la trente-sixième tablette de calomel. M. Plehn a notamment constaté que, lorsqu'on ne suit pas ce précepte, la stomatite mercurielle apparaît quelquefois trois ou quatre jours après la dernière prise du calomel.

La dernière phase du traitement est constituée par l'administration du sous-nitrate de bismuth.

Lorsque le malade a pris pendant trois jours du calomel et ingéré ses trente-six tablettes de calomel (12 par jour), on remplace le calomel par du sous-nitrate de bismuth. Le sous-nitrate est administré, comme le calomel, sous forme de tablettes de 50 centigrammes chacune. Le malade en prend une tablette toutes les heures, soit douze tablettes par jour, ce qui fait 6 grammes de bismuth par jour. Ce traitement est continué à son tour pendant trois ou quatre jours, jusqu'à ce que les selles deviennent moulées et ne contiennent plus de produits pathologiques. Lorsque ce résultat a été atteint, on continue le bismuth encore pendant quelques jours, mais à la dose de 3 grammes seulement par jour. Comme nous avons dit, les soins de la bouche doivent être continués pendant les premiers trois ou quatre jours pendant lesquels on donne du bismuth.

La tendance à la constipation et le catharre post-dysentérique de l'intestin sont combattus le mieux par une eau minérale (eau de Karlsbad) à la dose de 1/3 ou de 1/2 litre par jour. Contre la constipation on peut encore employer le lavage du gros intestin avec une solution très étendu d'acide salicylique. Mais, d'une façon générale, M. Plehn n'est pas partisan des grands lavaments dans le traitement de la dysenterie. Il lui a même semblé que ces lavements provoquent un affaiblissement et une atonie de l'intestin.

A côté du traitement médicamenteux, il y a encore le régime.

Pendant les premiers jours la diète doit être liquide, et, ce qui convient le mieux, c'est le régime lacté absolu. Mais les malades s'en fatiguent vite, et prennent rapidement le lait en dégoût. On peut alors donner de la bouillie de riz, du bouillon avec un jaune d'œuf, des décoctions mucilagineuses, du cacao, etc., etc. Cette diète liquide doit être rigoureusement continuée jusqu'au moment où, pendant trois ou quatre jours consécutifs, le malade n'a plus que deux selles moulées par jour, les selles ne contenant plus de mucosités teintées de sang.

Avec le traitement qui vient d'être indiqué, les selles redeviennent normales généralement au bout de huit à dix jours. A ce moment on peut permettre aux malades une petite quantité de pommes de terre, de la farine de riz, des œufs, un biscuit, à la rigueur une petite quantité de gelée de viande. Ce n'est qu'au bout de huit jours de ce régime et lorsque tout va bien que l'on peut commencer à donner à ces malades un peu de viande (le mieux sous forme de jambon ou de poulet), puis du poisson.

Mais après sa guérison le malade devra s'astreindre pendant des mois encore à un régime alimentaire sobre, car la moindre imprudence, la moindre infraction au régime peuvent être suivies de rechute de la dysenterie.

R. Romme.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

17 Janvier 1902.

Poliomyélite antérieure aiguë. — *MM. Triboulet et Lippmann* présentent un jeune homme de quatorze ans qui eut une affection caractérisée par de la fièvre, une paralysie du bras droit, une paralysie du segment supérieur du bras gauche avec réaction de dégénérescence précoce; le diagnostic fut hésitant entre une polynévrite motrice et une poliomyélite antérieure aiguë. La ponction lombaire pratiquée à deux reprises décela une lymphocytose manifeste.

M. Rendu cite un cas qui offre avec celui de MM. Triboulet et Lippmann de nombreuses analogies; une méningite cérébro-spinale avait ouvert la scène morbide.

Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans quarante-cinq cas d'affections mentales et nerveuses. — *MM. Nageotte et Jamet.* Sur 36 épileptiques de formes diverses, 35 avaient un liquide normal, un seul une lymphocytose abondante; ce dernier malade présentait les signes d'une affection organique indéterminée.

Un paranoïaque aigu, un maniaque, un persécuté hypocondriaque avaient un liquide normal.

Sur 5 paralytiques généraux, un seul n'avait pas de lymphocytose; ce cas était d'ailleurs douteux, il s'agissait vraisemblablement d'artérites syphilitiques.

Enfin un hémiplégique ayant un ramollissement cérébral étendu datant de deux mois avait une très légère augmentation du nombre de ses lymphocytes.

M. Widal. Il ne faut jamais perdre de vue que dans le liquide céphalo-rachidien normal on trouve toujours de rares lymphocytes. Dans le champ d'un objectif à immersion, ou peut trouver parfois deux ou trois de ces éléments sans que l'on doive pour cela conclure à la lymphocytose. Il faut pour porter une telle conclusion que les éléments soient tellement confluents sous l'objectif à immersion que l'hésitation ne soit pas possible. Une préparation faite avec le liquide céphalo-rachidien d'un tabétique ou d'un paralytique général peut servir d'étalon.

J'ai constaté récemment une lymphocytose abondante dans un cas de méningite syphilitique développée au troisième mois de l'infection dans un cas d'hémiplégie syphilitique. Je l'ai constatée encore chez un malade ayant eu un chancre un an auparavant et présentant le signe d'Argyll comme dans les faits rapportés par M. Babinski, et enfin chez un malade atteint simultanément de fièvre typhoïde avec phénomènes cérébraux de syphilis à la période secondaire. Par contre, chez une dizaine de syphilitiques anciens, ne présentant aucun phénomène cérébral, je n'ai pas constaté cette lymphocytose, pas plus que dans deux cas de syphilis secondaire.

Abcès et infiltrations huileuses sous-cutanés à bacilles typhiques développés chez une dothiénentérique à la suite d'injections hypodermiques médicamenteuses. — *MM. Widal et L. LeSourd* ont observé chez une jeune fille de vingt-quatre ans, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, l'apparition d'abcès et de trois infiltrations huileuses au niveau des points où avaient été pratiquées des injections sous-cutanées médicamenteuses.

Dans le pus des abcès et dans le liquide huileux infiltré se trouvait le bacille typhique, qui n'avait pu être apporté que par la circulation.

Cette observation prouve une fois de plus qu'au cours d'une infection le moindre traumatisme peut fixer les bacilles charriés par le sang; mais il faut encore une prédisposition générale inexpliquée, puisque ces complications exceptionnelles ont été multiples sur le même malade. Il y avait dans son organisme comme une véritable diathèse de fixation en faveur du bacille typhique en circulation..

M. Vincent a vu des infiltrations huileuses analogues se produire dans la pourriture d'hôpital.

M. Merklen vit trois cas de fièvre typhoïde dans lesquels il était impossible de faire une injection sous-cutanée sans provoquer un abcès. Ces abcès furent toujours bénins et les malades guérirent.

Alexine et sensibilisatrice dans quelques liquides pathologiques (sérum, liquide d'ascite et de pleurésie); leur action sur les globules rouges de l'homme. — *MM. P.-E. Launois, J. Camus et Pagniez.* (Voir même numéro, p. 75).

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

18 Janvier 1902.

Dissociation de l'hémoglobine oxycarbonée. — *M. Gréhant.* J'ai reconnu que la dissociation de l'hémoglobine oxycarbonée après un empoisonnement partiel, est beaucoup plus rapide quand on fait respirer à l'animal de l'oxygène au lieu d'air pur. J'ai fait de nouvelles recherches qui démontrent que si, après l'empoisonnement, on fait circuler dans les poumons de l'air contenant 1/1000 ou 1/400 d'oxyde de carbone, il se produit un arrêt de la dissociation, ce qui maintient dans le sang une certaine quantité d'oxyde de carbone pouvant produire la mort.

Influence des toxones de la tuberculine sur le développement de la tuberculose expérimentale. — *MM. S. Arloing et A. Descas.* Nous avons essayé d'obtenir, à l'aide de la tuberculine neutralisée par le sérum antituberculeux, réduite à ses *toxones*, la production d'effets *préventifs* et d'effets *curatifs* à l'égard de la tuberculose.

De nos expériences faites sur le cobaye et le lapin, il résulte que : la tuberculine ainsi neutralisée manifeste son action sur les animaux tuberculisés, soit en favorisant le développement des lésions tuberculeuses, soit en précipitant la mort des animaux par une action toxique surajoutée.

Les toxones de la tuberculine jouissent donc d'une certaine toxicité, et de la propriété de favoriser le développement de la tuberculose expérimentale.

Note sur l'état du sang dans la syphilis, le tabes et la paralysie générale. — *MM. Sabrazès et L. Mathis* (de Bordeaux). Dès la période primaire on note un léger degré d'anémie et de leucocytose avec pourcentage élevé des lymphocytes. Dans la syphilis secondaire, l'anémie persiste et la leucocytose s'accuse avec polynucléose neutrophile tandis que le nombre des éosinophiles reste bas. Le traitement hydrargyrique élève le nombre des globules rouges et blancs de la valeur globulaire. Dans le tertiarisme le sang se rapproche de la normale. Les tabétiques ne présentent de particulier qu'une diminution de la valeur globulaire et qu'une très légère polynucléose neutrophile. Les paralytiques généraux à la période d'euphorie tendent à l'hyperglobulie et à l'éosinophilie. Les enfants atteints de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire sont anémiques avec leucocytose polynucléée neutrophile et lymphocitique. Dans ces divers cas, pas d'autres modifications morphologiques des globules rouges que de rares polychromatiques.

Pathogénie des troubles auriculaires d'origine quinique. — *M. Hallion* présente au nom de M. Marage une note permettant d'expliquer les bourdonnements d'oreille produits par les sels de quinine, et indiquant en même temps le moyen de les éviter en se servant d'éthylcarbonate de quinine qui est sans action sur le liquide de l'oreille interne.

A. Sicard.

ACADÉMIE DES SCIENCES

20 Janvier 1902.

Les indications de la prophylaxie et du traitement de la phtisie pulmonaire fondées sur la connaissance de son terrain. — *MM. Albert Robin et Maurice Binet.* En d'antérieures communications, se basant sur cette particularité démontrée par eux, à savoir que chez 92 pour 100 de phtisiques il y a augmentation considérable dans la consommation de l'oxygène et dans la production de l'acide carbonique, ces auteurs ont cru pouvoir utiliser ce fait à établir le diagnostic précoce de la maladie, et mieux encore à caractériser le terrain apte à subir l'infection par le bacille de Koch.

De nouvelles recherches justifient cette façon de voir. D'après MM. Robin et Binet, 60 pour 100 des descendants de phtisiques présentent ces phénomènes qu'on retrouve dans tous les états prédisposant à la phtisie tels que l'alcoolisme et tous les modes de surmenage. Il s'ensuit donc que la condition primordiale des états de déchéance prétuberculeuse paraît consister en une vitalité exaspérée, jusqu'à l'auto-consomption, et non en une vitalité amoindrie comme on l'enseigne communément.

Si l'on tient compte de cette notion nouvelle, on voit que les idées directrices de la prophylaxie et du traitement de la phtisie doivent être radicalement modifiées, et qu'au lieu et place des médications toniques l'on doit recourir à celles susceptibles de restreindre le pouvoir qu'a l'organisme de fixer trop d'oxygène et de produire trop d'acide carbonique.

MM. Robin et Binet ont à ce point de vue étudié quarante médicaments ou agents physiques parmi lesquels l'huile de foie de morue, l'arséniate de soude et l'arséniate de potasse à la dose de 5 milligrammes, le cacodylate de soude à la dose de 5 centigrammes, le tartre stibié, qui ralentissent les échanges respiratoires du phtisique en un mois de 10 à 27 pour 100. A dose double, les arsenicaux produisent l'effet contraire.

En ce qui concerne la climatothérapie de la phtisie et des états qui y prédisposent, les deux auteurs ont reconnus que les climats froids conviennent aux phtisiques et aux prédisposés, pourvu que la surface du corps soit maintenue à une assez haute température; de même les climats chauds peuvent être supportés si l'on fait respirer au malade de l'air rafraîchi.

L'examen du chimisme respiratoire avant et après un séjour d'une semaine au bord de la mer ou dans la montage, montre si ces climats conviennent au sujet en traitement.

Une médication basée sur le repos, l'alimentation d'épargne, l'huile de foie de morue, les arsenicaux, etc., est susceptible d'agir préventivement en modifiant le terrain des prédisposés. Il s'ensuit donc que pour lutter contre la diffusion de la tuberculose il y a lieu de s'efforcer, après examen du chimisme respiratoire qui permet le diagnostic précoce, de modifier par un traitement convenable le terrain des prédisposés.

Il s'ensuit encore que le traitement de la phtisie confirmée ne doit pas se cantonner dans la médication antibacillaire: il doit faire état de la consomption qui rend l'organisme apte à l'infection et chercher à modifier celle-ci non par les toniques et les stimulants, mais par des moyens modérateurs des oxydations et par des aliments et des médicaments capables de dériver sur eux une partie du comburant épuisant l'organisme.

L'utilisation des sucres par l'organisme. — *MM. Charrin et Brocard.* Ces auteurs, poursuivant leurs recherches sur l'utilisation des sucres par l'organisme, montrent que pour les bi-hexoses, pour les sucres qui demandent à être dédoublés, il y a lieu de tenir le plus grand compte de l'activité des ferments qui opèrent ces dédoublements.

Ce dernier facteur, en effet, s'ajoute au rôle du foie et des tissus.

Un cas remarquable d'hérédité. — *M. Le Hillo.* Trois semaines après avoir été saillie, une jument en pâturage dans un pré se blesse gravement à la tête en se frappant contre une branche d'arbre. La gestation se poursuivit, et, à la mise bas, l'on s'aperçut que le jeune poulain portait, à la tête, près de l'œil, une lésion correspondante à celle que s'était accidentellement faite sa mère.

Ce fait rappelle certains autres analogues observés naguère expérimentalement chez le lapin par Claude Bernard.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

21 Janvier 1902.

Indication thérapeutique et prophylaxie de la tuberculose d'après le terrain protopathique. — *MM. Robin et Binet.* (Pour cette communication, voir, p. 80, le compte rendu de l'Académie des Sciences.)

Thermoplasme électrique. — *M. Monod* présente, au nom de M. Larat, un appareil qui permet d'utiliser l'électricité pour chauffer une compresse souple pouvant se mouler sur toutes les parties du corps. On peut ainsi obtenir une température constante.

Deux analgésiques locaux dépourvus de toxicité. — *M. Darier.* Depuis quelques années, les anesthésiques locaux tendent de plus en plus à remplacer, dans la plupart des opérations, l'anesthésie générale par le chloroforme ou l'éther.

La cocaïne a déjà, dans ce sens, rendu d'inestimables services.

M. Darier a retiré les plus grands bénéfices de l'acoïne et de la dionine comme analgésiques et anesthésiques dans les maladies des yeux.

Grâce au premier, on peut obtenir une anesthésie beaucoup plus prolongée qu'avec la cocaïne, ce qui permet de faire presque sans douleur des injections interstitielles de substances les plus irritantes (sublimé, iode, etc.). La dionine nous permet de calmer rapidement et quelquefois définitivement les douleurs souvent si violentes de l'iritis, du glaucome, des kératites, etc.

L'action analgésique de longue durée qui est le propre de ces deux alcaloïdes, est d'autant plus précieuse que leur toxicité étant pour ainsi dire nulle, il est facile d'atteindre sans danger la dose thérapeutique cherchée.

M. Labbé.

ANALYSES

HISTOIRE DE LA MÉDECINE, GÉNÉRALITÉS

E. Rebuschini. — *Le cyclisme et la médecine* (*Gazetta medica di Torino*, 1901, 5 et 12 Décembre, n°s 49 et 50, p. 961 et 981.) — Le *cyclisme* ne mérite ni les éloges hyperboliques ni les critiques outrées. Le médecin peut toujours, à l'état normal, et souvent en cours de certains états maladifs, en conseiller l'emploi modéré. Son influence sur l'*appareil respiratoire* peut être heureuse, puisqu'il détermine un déplissement complet ou tout au moins considérable des vésicules pulmonaires; mais il faut veiller à ce que le corps soit dans une bonne position, c'est-à-dire qu'il soit placé à peu près verticalement, légèrement incliné en avant. On peut le conseiller aux personnes sujettes aux refroidissements et aux laryngites, aux candidats, par influence héréditaire ou acquise, à la tuberculose, aux malades souffrant de bronchites et de pleurésies chroniques, de reliquats, d'épanchements anciens, aux tuberculeux guéris.

En ne dépassant pas dans l'entraînement des limites raisonnables, on peut conseiller l'emploi de la bicyclette, sans craindre une influence dangereuse sur l'*appareil circulatoire*. En lisant les observations publiées (Petit, Albu, etc.), il faut tenir un grand compte des cardiopathies dont étaient atteints les sujets victimes d'accidents. Le surmenage doit être rigoureusement évité, ce qui est souvent difficile, à cause du plaisir que cause le sport, et aussi par suite de l'automatisme, qui tend à remplacer par une sorte d'aboulie la volition consciente. Il ne faut pas dépasser 50 ou 60 kilomètres par jour, à raison de 15 kilomètres à l'heure en terrain normal, et le développement ne doit pas excéder beaucoup 5 mètres. En ce qui concerne les cardiopathies, même légères, ou bien celles pour lesquelles la bicyclette a été recommandée, le médecin, malgré l'avis de certains auteurs, doit faire preuve de la plus prudente réserve, avant d'en permettre l'emploi à ceux qui sont atteints de ces affections; de nouvelles observations sont nécessaires.

Le cyclisme ne vaut pas le canotage pour le développement de l'*appareil musculaire*; cependant il est excellent et doit être recommandé dans beaucoup d'affections des articulations et dans certaines atrophies musculaires.

Sur le *système nerveux*, l'usage raisonnable du cyclisme peut avoir la plus heureuse influence. Le nervosisme, le spleen, l'hypocondrie, tous les états d'instabilité ou de déséquilibre nerveux peuvent être améliorés ou guéris par lui. Venturi n'a-t-il pas déclaré que l'usage de la bicyclette tendait à développer l'égalité de volume et de fonctionnement des hémisphères cérébraux, et même de tous les organes symétriques du corps?

Inutile d'insister sur l'heureuse influence du cyclisme sur l'*état du tube digestif*, et particulièrement dans tous les cas d'atonie et de dyspepsie.

La bicyclette doit être conseillée *aux femmes* à titre d'exercice hygiénique, et dans les affections où son emploi peut être utile (chlorose, anémie, hystérie, etc.), mais, plus encore que chez l'homme, l'excès peut être dangereux. Il ne faut pas non plus oublier les inconvénients graves qu'elle présente dans les maladies des organes génitaux et abdominaux (bien qu'il soit conseillé (Fauquez) dans certains cas), pendant les périodes de flux menstruel et de grossesse. Il est nécessaire que la machine soit très bien construite, et que l'abaissement du diaphragme ne se produise pas, non plus qu'une modification du type respiratoire costo-claviculaire. Il n'y a en tout cas point de comparaison à faire au point de vue physiologique entre la bicyclette et la machine à coudre à pédales.

Sans s'arrêter à la notion humoristique de cyclothérapie, M. Rebuschini pense que l'usage rationnel et intelligent de la bicyclette, sans surmenage, et entouré des précautions nécessaires, peut aujourd'hui faire considérer cet instrument « comme une machine hygiénique et thérapeutique profitable à l'individu sain, de tout âge, de l'un et de l'autre sexe, et utile au cours de toutes les affections dans lesquelles l'exercice physique est conseillé.

Laupts.

EMBRYOLOGIE

G. Retzius. *Sur la question des sillons transitoires du cerveau humain. Anatomischer Anzeiger.* Ergänz. zum XIX Bd, 1901, September, p. 92). — J. F. Meckel et Ziedemann, puis une série d'observateurs ont décrit des sillons transitoires sur les parties latérales et médianes de la convexité des hémisphères cérébraux, chez les embryons humains de trois et quatre mois. L'existence de ces sillons transitoires a déjà été mise en doute par Bischoff, Marchand, et surtout par Hochstetter. L'auteur a eu l'occasion d'examiner à ce point de vue, dans de bonnes conditions le cerveau d'un embryon humain de la fin du troisième mois ou du commencement du quatrième. La convexité des hémisphères était parfaitement lisse. Sur la face interne existait une dépression allongée, mais rien qui correspondît aux sillons transitoires décrits. L'auteur pense, avec Hochstetter, que les sillons transitoires sont des formations artificielles, produites post-mortem.

J. Jolly.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

W. Hannes. *La leucocytose dans les poussées sudorales* (*Centralblatt für innere Medicin*, 1901, n° 34). — Bohland, à la suite de Horbaczewski, a recherché l'influence des sudorifiques et des antisudorifiques sur la leucocytose; l'auteur a pensé qu'il serait intéressant aussi de connaître la proportion des globules blancs au moment des poussées de sueur qui ne sont pas provoquées par un médicament. Pour cela, il a pratiqué 35 expériences qui ont porté sur 29 enfants: dans 77 pour 100 des cas, la montée sudorale s'accompagna d'une leucocytose manifeste; chez 5 enfants seulement, le nombre de leucocytes resta constant ou même fut diminué; dans 11 cas, il y avait spontanément, à un moment donné, une poussée sudorale, et il était facile de l'augmenter en enveloppant l'enfant avec une couverture et en lui donnant des boissons chaudes; 3 fois on n'eut ainsi qu'une sudation légère; dans 15 autres cas, on dut recourir au bain d'air chaud.

Parmi les enfants examinés, il y avait 8 nourrissons âgés de moins de un an, 12 enfants de un an à deux ans et demi; les 9 autres avaient de quatre à onze ans. Un certain nombre de ces sujets étaient sains et ne présentaient pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou personnels; d'autres, au contraire, étaient soignés pour des maladies chroniques (troubles de nutrition, scrofule, tuberculose, affections nerveuses). Aussi, à côté d'individus bien nourris et bien musclés, il y en avait d'autres chétifs et amaigris; mais, en aucun cas, il n'y eut de rapport entre la leucocytose liée à la sueur et l'état du développement corporel de l'enfant.

Aucun des enfants examinés ne présentait, au moment de l'expérience, d'affections fébriles ou autres capables d'apporter des modifications dans la proportion des leucocytes. En outre, on n'utilisait que les cas où le nombre de leucocytes, calculés avant l'expérience, était inférieur à 13.000, et ne présentait pas d'oscillations supérieures à 1.000 leucocytes dans l'espace d'une heure. Enfin, l'expérience était faite le matin, avant midi, l'enfant n'ayant pris aucune nourriture albuminoïde depuis douze à seize heures.

L'augmentation de leucocytes constatée dans ces conditions fut 7 fois inférieure à 3.000; 15 fois elle resta comprise entre 3.000 et 5.000, et, dans quelques cas, elle atteignit le double du chiffre obtenu avant l'expérience. Le sommet de la courbe leucocytaire était atteint presque toujours durant le premier quart d'heure après la poussée de sueur; quelquefois, une forte augmentation de leucocytes coïncidait avec le début de la sudation. Chez un enfant, on constata, à deux reprises, que l'hyperleucocytose était précédée de leucopénie. La courbe de leucocytes revenait à la normale une demi-heure après que l'enfant avait été séché et couché dans un lit frais.

L'hypothèse de Bohland, d'après laquelle les sudorifiques, de même que les antipyrétiques chez les fébricitants, provoquent une chimiotaxie positive, doit donc être élargie: chez les gens sains, aussi bien que chez les malades, sauf chez l'individu profondément cachectique, il y a toujours un afflux de leucocytes au début d'une poussée sudorale, que celle-ci soit apparue spontanément ou ait été obtenue soit par l'action d'un médicament, soit par l'élévation de la température. Cela suppose l'existence de substances chimiotaxiques qui, dans les conditions normales, entrent en action sous l'influence d'excitants extérieurs, tandis que chez les malades, et en particulier dans les troubles chroniques de la nutrition des enfants, elles peuvent se manifester à un moment donné sans aucune intervention étrangère.

M. Garnier.

CHIRURGIE

V. Audibert. *Coup de couteau dans l'abdomen neuf perforations intestinales; laparotomie; guérison* (*Marseille médical*, n° 23, 1901, 1er décembre). — L'auteur relate un très heureux cas d'intervention pour plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau. Il s'agit d'un marin de dix-huit ans, blessé à onze heures du soir et opéré deux heures après: par la plaie s'échappait une anse intestinale longue de 75 centimètres, et présentant quatre perforations; celles-ci suturées, l'auteur pratiqua une laparotomie *in extremis*, le malade étant froid, exsangue, n'ayant presque pas de pouls, étant en imminence incessante de syncope, et l'éther-narcose étant à peine possible.

La laparotomie permit de suturer *cinq* autres coupures intestinales, *trois* perforations du mésentère, et de lier une assez volumineuse artériole mésentérique. Le ventre était rempli d'un mélange de sang et de matières fécales, si bien qu'un lavage à l'eau bouillie, puis un drainage furent nécessaires. Après quelques journées bien incertaines, le malade guérit. L'opération dura une heure trois quarts; pendant ce temps les injections de sérum, d'éther, de caféine, furent largement pratiquées.

Ces neuf perforations avaient, chose rare, été produites par un seul coup de couteau; avec les armes à feu, on a plus fréquemment des lésions multiples cas de Reynès, *onze* perforations par une balle, sutures, guérison (Congrès de chirurgie, Paris, 1901).

Dans l'observation d'Audibert, je veux faire spécialement ressortir l'intérêt des indications hémo-dynamiques. Elles justifient ce que je disais sur la valeur clinique de l'*Hémodynamique chirurgicale*, dans la séance du lundi 21 Octobre dernier, au Congrès de chirurgie. Le malade arriva à l'hôpital avec une pression artérielle de 9 mm Hg, et un pouls à 130. Une demi-heure après, la pression était imperceptible, imprenable; cela démontrait bien qu'il se faisait une hémorragie interne. Grâce aux injections de sérum, on put combattre la perte sanguine et remonter la pression à 12. Il y a, dans l'évaluation de ces variations hémo-dynamométriques, une source importante et trop peu employée d'information clinique; dans un cas douteux elles peuvent, en particulier, déceler une hémorragie interne.

Henry Reynès.

ÉPIDÉMIOLOGIE, MÉDECINE PUBLIQUE, HYGIÈNE

Mayer. *Le sulfite de soude comme conservateur des viandes* (*Hygienische Rundschau*, 1901, p. 877.) — L'emploi du sulfite de soude s'est généralisé en Allemagne, et aucune loi générale n'est intervenue

pour limiter son usage. Il n'existe que des règlements locaux tels que celui de Breslau fixant à 0,06 pour 100 le maximum permis. Mais ce chiffre est de beaucoup dépassé, puisque l'auteur a trouvé des échantillons de viande à saucisse renfermant jusqu'à 0,30 pour 100 de sulfite. Les recherches de Pfeiffer, de Kionka, etc., ont montré que l'acide sulfureux était un poison du sang, et l'auteur établit d'une part, que les sulfites en contact avec les sucs acides de l'estomac ou même avec les boissons faiblement acides sont décomposés. Il faut se rappeler, en outre, que l'acide sulfureux peut facilement s'oxyder et produire de l'acide sulfurique. Les sulfites sont non seulement dangereux par leur toxicité, mais leur pouvoir antiseptique est très faible. Dans la viande hachée surtout, où les microbes pullulent, l'emploi des sulfites ne paraît avoir qu'un résultat : donner à la viande une couleur rose qui permet de la vendre comme viande fraîche, bien que l'intérieur soit farci de microbes. L'auteur conclut, que la viande hachée, si utilisée en Allemagne, doit être fabriquée au fur et à mesure des besoins, et que c'est par des manipulations aseptiques, et non par l'emploi des antiseptiques, qu'il faut la préserver de toute contamination. L'eau destinée au lavage des intestins doit être bouillie, les tables lavées à l'eau bouillante, et il faut, surtout se mettre à l'abri du contage par les mouches.

J.-P. Langlois.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 29 Janvier 1902, à 1 heure. — M. Reymaux : Contribution à l'étude de l'ostéomie des cavaliers : MM. Tillaux, Lannelongue, Delens, Gosset. — M. Riss : De la luxation congénitale de la tête du radius ; MM. Lannelongue, Tillaux, Delens, Gosset. — M. Benoit : Les parotidites consécutives à l'ovariotomie ; MM. Lannelongue, Tillaux, Delens, Gosset. — M. Geiger : Applications thérapeutiques du bain de lumière et du bain de chaleur lumineuse ; MM. Gariel, Brissaud, Gaucher, Broca (André). — M. Geyer : Etude médico-psychologique sur le théâtre d'Ibsen ; MM. Brissaud, Gariel, Gaucher, Broca (André).

Jeudi 30 Janvier 1902, à 1 heure. — M. Targhetta : Etude sur le thymus envisagé spécialement au point de vue médico-légal ; MM. Brouardel, Gley, Thoinot, Launois. — M. Beaugeard : Des difficultés de diagnostic dans les attentats à la pudeur chez les petites filles ; MM. Brouardel, Gley, Thoinot, Launois. — M. Rosenwald : Enseignement de la déontologie médicale dans les Facultés ; MM. Brouardel, Gley, Thoinot, Launois. — M. Mir : Les idées actuelles sur le traitement du choléra infantile ; MM. Hutinel, De Lapersonne, Schwartz, Achard. — M. Leroux : De l'emploi des verres dans le traitement du strabisme ; MM. De Lapersonne, Hutinel, Schwartz, Achard.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 Janvier 1902. — 2e, Salle Richet : MM. Ch. Richet, Rémy, Broca (André). — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime : MM. Kirmisson, Delens, Cunéo — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Jalaguier, Gosset. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Mauclaire, Walther, Legueu. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Teissier, Bezançon.

Mardi 28 Janvier 1902. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Richet : MM. Berger, Auvray, Demelin. — 5e, Chirurgie (Première partie), Charité : MM. Guyon, Pozzi, Hartmann. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Dieulafoy, Dupré, Renon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Chantemesse, Méry, Gouget.

Mercredi 29 Janvier 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Reclus, Poirier, Broca (Aug.). — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Jalaguier, Lepage, Cunéo. — 4e, Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Pouchet, Landouzy, Netter.

Jeudi 30 Janvier 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Ecole pratique : MM. Cornil, Méry, Guiart. — 2e, Salle Corvisart : MM. Mathias-Duval, Chassevant, Langlois. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Le Dentu, Rémy, Bonnaire. — 4e, Ancien régime, Salle Pasteur : MM. Proust, Pouchet, Vaquez.

Vendredi 31 Janvier 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Hanriot, Wurtz, Widal. — 4e, Nouveau régime : MM. Pouchet, Bezançon, Legry. — 5e Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Terrier, Reclus, Legueu. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Lannelongue, Mauclaire, Jalaguier. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Netter, Gaucher. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 1er Février 1902. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Gilbert, Jeanselme. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Corvisart : MM. Hutinel, Joffroy, Launois. — 5e, Chirurgie (Première partie), Beaujon : MM. Pozzi, Quénu, Marion. — 5e (Deuxième partie) Beaujon : MM. Raymond, Widal, Thiroloix. — 5e Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Demelin, Potocki.

PRIX DE L'ACADÉMIE

Legs Trémont. — Ce legs d'une valeur de 1.000 fr., a été partagé entre deux étudiants.

Prix Barbier. — Le prix a été partagé comme suit : 600 francs à M. Jayle pour sa « Nouvelle table d'examens et d'opérations » ; 500 francs à MM. Deguy et Benjamin Weil : « Nouveaux instruments pour le tubage du larynx » ; 100 francs à M. Valery : « Appareil aseptique pour les injections du rectum ».

Prix Chatauvillard. — Le prix est partagé comme suit : 1.000 francs à M. Varnier pour son livre l'« Obstétrique journalière » ; 500 francs à MM. Hallopeau et Leredde pour leur « Traité de Dermatologie » ; 500 francs à MM. Besançon et Griffon, pour leur brochure : « Etude de la réaction agglutinante du sérum ».

Prix Corvisart. — Le sujet proposé était : « Recherches sur les faits relatifs à l'influence de l'hérédité paternelle de la syphilis ». Non décerné, aucun candidat ne s'étant fait inscrire. Sujet proposé pour l'année 1902 : « Pleurésies putrides ».

Prix Montyon. — Partagé comme suit : 400 fr. à M. Griffon, pour son mémoire, l'« Epidémie parisienne de méningite cérébro-spinale » ; 300 francs à M. Bordas pour son mémoire sur l'« Epidémie de névrite arsenicale ».

Prix Jeunesse (hygiène). — Le prix de 1.500 francs est attribué à M. Vaillard, professeur au Val-de-Grâce, pour son « Etude sur les conserves de viande, accidents qu'elles provoquent, leurs causes, les moyens de les prévenir » ; Mentions honorables à MM. Delobel et Berthier.

Prix Jeunesse (histologie). — Partagé comme suit : 300 francs à M. Ségall, mémoire sur les « Chromatocytes » ; 300 francs à M. Delamarre, mémoire sur l'« Histologie » ; 150 francs à M. Guieyesse, mémoire sur la « Capsule surrénale du cobaye ».

Prix Saintour. — Sujet proposé : « Valeur séméiologique des variations leucocytaires ». Prix partagé comme suit : 1.500 francs à MM. Ravaut et Ribierre ; 1.000 francs M. Sicard ; 500 francs, à MM. Emile Weil et Antoine Clerc.

Thèses récompensées. — *Médailles d'argent.* — MM. F. Berheim, « De l'aphasie motrice » ; Chalochet, « Anatomie du bassin coxalgique chez l'enfant » ; Couvelaire, « Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires » ; Dartigues, « Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes » ; Ghika, « Etude sur le thymus » ; Le Fur, « Des ulcérations vésicales et en particulier de l'ulcère simple de la vessie » ; Lœwy, « Méthode des greffes péritonéales » ; Luys, « Considérations sur les lésions traumatiques des sinus de la dure-mère » ; Nattan-Larrier, « Les premiers stades de l'hérédité maternelle » ; Veau, « Etude de l'épithélioma branchial du cou. Branchiome malin de la région cervicale » ; Weil, « Le sang et les réactions défensives de l'hématopoièse dans l'infection variolique » ; Zimmern, « Hémorragies utérines, indications et contre-indications de leur traitement électrique, action excito-motrice de l'électricité ».

Médailles de bronze. — MM. Bacaloglu, « Le cœur dans la fièvre typhoïde » ; Cruveilhier, « Sur les causes de la mort après la ligature brusque de la veine porte » ; Delestre, « Etudes sur les infections chez le prématuré » ; Durieux, « Les diverticules de la vessie, leur anatomie, leur pathologie » ; Duvernoy, « De la rhinoplastie partielle » ; Guieysse, « La capsule surrénale du cobaye. Histologie et fonctionnement » ; Hauser, « Etude sur la syringomyélie » ; Jalaguier, « Le cacodylate de soude dans la tuberculose pulmonaire et quelques autres affections » ; Laufer, « L'hypochloruration et l'action du bromure dans l'épilepsie » ; Lauvinerie, « Traitement non sanglant des luxations congénitales de la hanche. Méthode de Paci-Lorenz (modifications, résultats) » ; Leven, « De l'obésité » ; Lhuillier, « Ulcération professionnelle des mains chez les ouvriers qui travaillent les peaux et principalement chez les mégissiers, les tanneurs et les teinturiers en peaux » ; Malartic, « Les injections rachidiennes de cocaïne en obstétrique » ; Merklen, « Recherches sur les fonctions du foie et du rein dans les gastro-entérites et quelques autres maladies infectieuses » ; Monod, « Traitement chirurgical du pied bot varus équin congénital chez l'enfant » ; Mulon, « Applications médicales de cryoscopie » ; Pédeprade, « L'analgésie par injection de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire en chirurgie » ; Sentex, « Des causes de la mort du produit de la conception pendant la grossesse » ; Tournemelle, « Des éventrations post-opératoires. Causes et traitement.

Mentions honorables. — MM. Caboche, « La hernie cérébrale au cours et à la suite de la trépanation » ; Calogero, « Etude des capsules surrénales avec recherches expérimentales » ; Carrière, « De la précocité physique et intellectuelle chez l'homme » ; Mme Chadzynska, « De la graduation des tétées dans l'allaitement artificiel par le lait stérilisé » ; Compain, « Contribution à l'étude de l'emploi de l'oxycyanure de mercure dans les affections urétrales » ; Cotar, « Des appendicites larvées » ; Courgeon, « L'exploration physiologique et clinique du sens musculaire » ; Ferrier, « Relations de nutrition entre le squelette et les dents. Odontocie. Ostéocie » ; Guihal, « Contribution à l'étude de la grossesse triple » ; Herbécourt, « De la voie vaginale sans hystérectomie. Indications. Résultats opératoires » ; Jouon, « Des luxations soudaines de la hanche au début de la coxalgie » ; Leh, « Considérations générales sur la structure et la pathogénie des sarcomes » ; Mezger, « De l'oligo-amnios » ; Orion, « Traitement de la septicémie gazeuse par l'oxygène » ; Parant, « Les délires de jalousie. Clinique. Médecine légale » ; Pouquet, « Les fistules rénales post-opératoires et leur traitement » ; Rouault, « Ankylose de la hanche. Ostéotomie, résection orthopédique, interposition musculaire » ; de Taranto, « Les ostéomes de l'orbite ».

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé de l'armée de mer. M. Bohéas, médecin principal de la marine en retraite, est nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

Corps de santé des troupes coloniales. — Le médecin principal de 1re classe des troupes coloniales Delrieu est nommé chef du service de santé de la Cochinchine.

MM. Logerais, Lenoir et Le Quinquis, médecins-majors de 2e classe, sont désignés pour servir respectivement au Dahomey, à l'administration pénitentiaire de la Nouvelle-Calédonie et à Madagascar.

MM. Guiol, Margain, Imbert et Aubert, médecins aides-majors de 1re classe, sont désignés pour servir respectivement, à l'administration pénitentiaire de la Nouvelle-Calédonie, à l'entreprise de construction du chemin de fer de la Guinée française, au Tonkin et à Madagascar.

Société française d'hygiène. — Dans sa séance générale la Société française d'hygiène a procédé au renouvellement de son bureau. Ont été élus pour 1902 :

Président : M. Ladreit de Lacharrière. — *Vice-présidents* : MM. Fichet, Brémond, Degoix, Foveau (de Courmelles), Moreau (de Tours), et Féret. — *Secrétaire général* : M. A. Goltram. — *Secrétaires* : MM. Blayac, Rouxel, Goudal, Charlier, Bruhat, O'Followell. — *Trésorier* : Landan. — *Chef du Laboratoire* : M. Ferdinand (Jean).

Dans la même séance la Société, considérant que les plantations d'arbres sont un puissant moyen d'assainissement des villes, a formulé un vœu unanime contre le projet du Conseil municipal d'imposer d'une taxe nouvelle les parcs et jardins dans Paris.

Le dixième Congrès d'hydrologie, de climatologie et de géologie. — Voici le programme de ce Congrès qui sera tenu à Grenoble dans les premiers jours d'Octobre prochain.

A. Hydrologie scientifique. De l'action des eaux minérales sur les tissus. — Des procédés pratiques d'analyse microbiologique applicables aux eaux minérales; des conséquences à en tirer au point de vue de l'exploitation. — De l'importance de l'analyse chimique des eaux minérales et organiques pour éclairer la médecine thermale. — Quelles doivent être les mesures légales à prendre pour sauvegarder l'exploitation des eaux thermales et minérales?

B. Hydrologie clinique. — Du traitement hydro-minéral comparatif des maladies de l'estomac. De l'action préventive des cures hydro-minérales chez l'enfant dans les états constitutionnels.

Toutes les communications, demandes d'adhésion, de renseignements, etc., doivent être adressées à M. Fernand Berlioz, secrétaire général, à l'Ecole de médecine de Grenoble (Isère, France).

Le prix de la cotisation est de 20 francs; les membres souscripteurs recevront gratuitement les rapports et comptes rendus du Congrès.

Les membres du Congrès qui désirent faire des communications sont priés d'en faire connaître le titre au secrétaire général, avant le 1er Juin 1902.

Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine. — Sont nommés membres de cette Commission MM. Liébaut, Paul Brousse, Henri Le Roux, Silhol.

La dépopulation. — Une Commission extra-parlementaire vient d'être nommée par le ministre de l'Intérieur, à l'effet de procéder à une étude d'ensemble sur la question de la dépopulation, et de rechercher les moyens les plus pratiques de la combattre.

Sont nommés membres de cette Commission : MM. Magnin, Bernard, Piot, Chaumié, Gauthier, E. Labiche, P. Strauss, Waddington, Labbé, sénateurs; P. Delombre, Borne, Barthou, Bienvenu Martin, Bompard, Cruppi, E. Dubois, Dron, députés; De Rouville, Flourens, Ed. Serre, Atthalin, De Foville, Gréard, Feuillée, Levasseur, Lannelongue, Budin, Pinard, Richet, Alapetite, Mastier, Monod, Bruman, Drouineau, Ogier, Mourier, Rizier, J. Bertillon, A.-J. Martin, Lyon-Caen, Gode, Bayet, Fontaine, March, De Cazotte, Honnorat, Delamotte, Sabran, Lallemeut, Frimouze, Letulle, Brieux, Fernand Faure, Griolet, Neymarch, Yves Guyot, Salone, Ferdinand Dreyfus, Barberet, Maurel, Arsène Dumont et Variot.

Le bureau de cette Commission est composé comme suit : MM. Magnin, président; Piot, Bernard, P. Delombre, Lannelongue, vice-présidents; Ogier, secrétaire général; Piogey, Bonet-Maury, Salles et Guérin, secrétaires.

Le dispensaire du XIXe arrondissement. — Dimanche dernier, en présence de Mme Loubet et de MM. de Lanessan et André, ministres de la marine et de la guerre, a eu lieu la cérémonie d'inauguration de l'hôpital-dispensaire et du gymnase médical fondé par les comités radicaux socialistes des quartiers d'Amérique et de la Villette.

Association professionnelle des médecins de Rouen. — Dans sa dernière séance, cette société a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1902. Ont été nommés : MM. Cerné, président; Lainey, vice-président; Jeanne, trésorier; E. Delabost, secrétaire.

Société médicale de Reims. — Dans sa dernière séance, la Société médicale de Reims a renouvelé son bureau. Ont été nommés : MM. Bagnerès, président; Mussat, vice-président; Jacquinet, secrétaire, Strapart, trésorier; P. Gosset, archiviste.

Étranger

Un triomphe du féminisme. — Une des sociétés médicales les plus importantes d'Allemagne, l'Association de médecine interne, vient de décider que les femmes-médecins seraient désormais admises dans ses rangs. A la suite de ce vote de principe, deux doctoresses de Berlin se sont empressées de faire acte de candidature.

Les femmes médecins en Amérique. — La North Werstern University de Chicago, qui comptait soixante-dix étudiantes en médecine, refuse dorénavant de préparer des femmes aux examens médicaux, sous prétexte qu'elles sont par trop inférieures à leur tâche et que, du reste, le public ne veut plus d'elles comme médecins.

CONCOURS

Le service de l'Assistance médicale. — Un concours aux places de médecins de l'Assistance médicale, tant pour le service du traitement à domicile que pour le service des consultations, s'ouvrira le lundi 14 Avril 1902.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 (service des secours à domicile), de 11 heures à 4 heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi 14 Mars 1902, 4 heures inclusivement.

Les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

1° Être de nationalité française et pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des Facultés de l'État;

2° S'ils postulent pour le service du traitement à domicile, s'engager à résider dans l'arrondissement où ils seront appelés à exercer leurs fonctions, ou dans un quartier limitrophe.

Les candidats devront déposer à l'appui de leur inscription leur diplôme de docteur en médecine et une pièce établissant leur qualité de Français (livret ou pièce militaire, carte électorale, acte de naturalisation s'il y a lieu).

Dentiste adjoint des hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à trois places de dentiste adjoint des hôpitaux sera ouvert le jeudi 1er Mai, à midi, à l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du mardi 1er Avril au lundi 14 du même mois inclusivement.

Internat. — *Anatomie.* — Séance du 17 Janvier : MM. Derpère, 10; Coutelas, 7; Lestelle, 6; Sauvé, 11; Fruictir, 6; Rivet, 7; Billon, 5; Gaillard, 7; Fabre (Paul), 4. — *Absent* : M. Guérin (Alph.).

Séance du 18 Janvier. — MM. Galezowski, 6; Claeys, 8; Picot, 9; David, 6; Denécheau, 5; Darcaime, 10; Monod, 7; Chirié, 6; Troller, 6; Gourmand, 10. — *Absents* : MM. Renaudin, Cazeaux, Seigre, Burcker, Huchet, Beauchet, Gargaud, Binet, Roche, Wagner.

Pathologie. — Séance du 17 Janvier : MM. Caruette, 8; Bloch, 11; Tixier, 11; Morel, 10; Corlieu, 8; Küss, 9; Mahoudeau, 8; Villebrun, 6; Le Sourd, 9. — *Absent* : M. Galippe.

Séance du 20 Janvier. — MM. Béclard, 5; Teissarie, 10; Besnier, 9; Baldemoreh, 7; Vidal, 8; Bréchot, 9; Taguet, 10; Gravelotte, 9; Cornélius, 9.

Ecoles annexes de médecine navale. — Le jury du concours qui aura lieu à Brest le 3 Février prochain pour deux emplois de professeur de séméiologie médicale, dans les écoles annexes de médecine navale, sera composé comme suit :

MM. l'inspecteur général du service de santé, président; Duval, médecin en chef de 2e classe; Pitou, médecin principal, membres.

Les noms de médecins de 1re classe désireux de prendre part à ce concours, devront être télégraphiés au ministère cinq jours avant la date de l'ouverture

Société française de dermatologie et de syphiligraphie. Prix Zambaco. — Le prix Zambaco sera décerné, dans l'Assemblée générale de 1903, à l'auteur du meilleur travail sur la dermatologie, la syphiligraphie ou la vénéréologie.

Le sujet en est laissé au libre choix de chaque concurrent.

La valeur du prix à décerner en 1903 sera de 800 francs.

Les travaux envoyés au concours devront être inédits et rédigés en langue française. Les noms des auteurs ne devront être connus qu'après la désignation par le jury d'examen, du travail couronné; les mémoires ne doivent pas être écrits de la main de l'auteur, mais doivent être transcrits, copiés, écrits à la machine ou imprimés. Ils porteront une épigraphe apparente, répétée sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur; la suscription de cette enveloppe devra, également, ne pas être de la main de l'auteur. Les mémoires seront adressés *franco* de port, sous pli recommandé, avant le 30 Novembre 1902, au secrétaire général de la Société, M. Hallopeau, 91, boulevard Malesherbes, à Paris.

École de Médecine de Rouen. — Le concours ouvert à Paris pour la nomination d'un professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'est terminé par la nomination de M. Longuet.

Concours pour l'érection en Angleterre d'un sanatorium de tuberculeux. — Sa Majesté le roi d'Angleterre a résolu de consacrer une somme considérable d'argent, mise à sa disposition dans un but philanthropique, à l'érection d'un sanatorium pour tuberculeux.

Le roi a nommé à cet effet, pour faire partie d'un comité consultatif, les personnages suivants : Sir William Broadbent, baronet K. C. V. O.; sir Richard Douglas Powell, baronet K. C. V. O.; sir Francis Latting, K. C. V. O.; sir Felix Semon; sir Hermann Weber; Dr C. Theodore Williams.

Le sanatorium devant être construit d'après les données scientifiques les plus récentes et les plus pratiques, Sa Majesté a décidé qu'une somme de 800 livres sterling serait consacrée à récompenser les auteurs des meilleurs plans.

I. Les médecins, à quelque nation qu'ils appartiennent, peuvent prendre part à ce concours. Les plans peuvent être soit l'œuvre d'un médecin seul, soit le travail collectif d'un médecin et d'un architecte.

II. Le sanatorium est destiné à recevoir 100 tuberculeux, 50 hommes et 50 femmes.

III. Sur les 100 lits du sanatorium, 88 sont destinés à recevoir des malades appartenant aux classes nécessiteuses, et 12 sont réservés à des patients des classes aisées.

IV. Les installations doivent être également confortables pour tous les malades.

Chaque malade aura une chambre particulière. Les patients des classes aisées seront logés avec plus de confort.

V. Le sanatorium sera érigé sur une pente assez élevée, dans un lieu bien ensoleillé et à l'abri des vents frais. Il y aura dans le voisinage une laiterie dépendante du sanatorium. L'établissement sera entouré de parcs boisés, où les malades pourront se livrer à des exercices corporels de tout genre. Le sol sera sec et poreux; la distribution d'eau abondante.

VI. Le sanatorium sera pourvu des installations hygiéniques les meilleures et les plus récentes, ainsi que de tous les instruments et appareils nécessaires aux recherches scientifiques. Des dispositions seront prises en vue de la récréation des malades.

VII. L'économie est une condition à observer dans l'élaboration des plans; elle ne devra cependant pas être exagérée, de façon à ne pas léser le confort des malades et nuire à l'utile direction de l'établissement.

VIII. Les mémoires seront écrits en langue anglaise et dactylographiés.

IX. Les mémoires ne seront pas signés du nom de leurs auteurs, mais porteront simplement une devise. Chaque mémoire sera accompagné d'une enveloppe cachetée à la cire, répétant sur sa partie extérieure cette devise et renfermant à l'intérieur le nom et l'adresse du ou des auteurs.

X. Les mémoires et les plans devront être adressés franco de port, jusqu'au 15 Avril 1902, à l'un des secrétaires du Comité : sir P. Horton Smith, 15, Upper Brook street, London W., ou sir John Broadbent, 35, Seymour street, London W.

XI. Il sera décerné trois primes de 500 livres sterling, de 200 livres sterling et de 100 livres sterling, aux auteurs des meilleurs ouvrages, dans l'ordre de leur mérite respectif, pourvu que ces travaux atteignent le degré voulu de perfection.

Les projets doivent autant que possible être brefs; les propositions à faire seront exposées et résumées à la fin du travail. Les mémoires non primés seront rendus à leurs auteurs.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 8. — Samedi, 25 Janvier 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

LES "AGENTS PHYSIQUES" EN ALLEMAGNE

IMPRESSIONS DE VOYAGE

8 h. 40. Voici Berlin!

De la gare de « Friedrichstrasse » à la « Königliche Charité », il n'y a que quelques pas. J'arrive dans le service du Prof. v. Leyden au moment où ses trois assistants vont commencer leur visite quotidienne. Me voici dans le temple de la thérapeutique physique. C'est en effet à l'influence des idées et de l'enseignement de v. Leyden qu'est dû en très grande partie le remarquable essor qu'a pris dans ces dernières années en Allemagne la *thérapie physique*. Hier encore entre les mains de professionnels plus ou moins patentés, de guérisseurs plus ou moins diplômés (Naturärzte), la thérapeutique physique a pénétré par la grande porte dans l'enseignement universitaire...... et par une quantité inouïe de portes dans la pratique courante.

Car Berlin a vu s'élever en peu de temps une foule d' « Instituts » privés, de Sanatoria, établissements plus ou moins luxueux, dirigés pour la plupart par des médecins sérieux et instruits, quelques-uns même privat-docente, c'est-à-dire appartenant à l'Université.....

Mais suivons M. Jacob, le premier assistant de v. Leyden, qui veut bien nous faire les honneurs de son département: le service de *thérapie compensatrice*, que nous appellerons en bon français le service de *rééducation*.

Toute une série d'appareils fort ingénieux y sont exposés. C'est là que tabétiques, hémiplégiques, viennent demander à la gymnastique méthodique, qui le réveil de la fonction motrice, qui le retour de l'équilibre musculaire.

Il y a bien dans cette salle une quarantaine d'appareils, la plupart en bois et d'une simplicité telle que tout menuisier pourrait en quelques heures établir le plus compliqué en apparence. Voici le « jeu de quilles » et l' « échiquier » pour tabétiques, le fauteuil à bras mobiles pour la gymnastique des muscles de la respiration, le « monocycle » de Jacob pour paraplégiques. Voici encore l'appareil de canotage du professeur Ewer, propre à combattre la parésie des membres supérieurs, et auquel Jacob serait redevable des meilleurs résultats.

Le Prof. Goldscheider a sa clinique de médecine interne à l'hôpital de Moabit. Figurez-vous une quarantaine de baraques alignées de chaque côté d'une allée centrale. C'est là ce qu'on nomme le « Krankenhaus Moabit ». Chaque baraque contient une trentaine de lits, une cuisine et une salle de bains. J'entre dans la cabane n° 14, et le maître me conduit dans la salle de bains pour assister à des exercices de rééducation sous l'eau, le dernier cri, paraît-il! Un malade atteint de paraplégie spasmodique est suspendu dans la baignoire par son tronc au moyen de lacs en toile épaisse; seuls les membres sont libres. Tous les mouvements commandés sont exécutés avec aisance et précision sans l'ombre de spasmodicité. Bien entendu les mouvements spasmodiques et le clonus réapparaissent dès que le malade est retiré de l'eau; toutefois chaque séance serait suivie d'une amélioration notable.

Une chose qui frappe l'étranger en visite à Berlin, c'est l'abondance incroyable de sacs en caoutchouc que l'on voit accrochés à des patères à l'entrée de chaque salle de malades. Leur usage? Contenir de la glace. Et en effet il n'est guère de malade qui ne porte un sac frigorifique sur l'épigastre, le front ou la région précordiale : oui, au devant du cœur, sur lequel elle agit comme tonicardiaque. Le Prof. Winternitz n'a-t-il même pas été jusqu'à la baptiser du non d'*hydriatis digitalis*!

Mais si la frigothérapie, ou, comme on dit ici, la *psychrothérapie* (ψυχρος, frais) a des indications multiples, la *thermothérapie* n'en a pas moins. Les appareils à air chaud, les bains d'étuve, les bains de sable sont d'un emploi courant; mais nous remarquons surtout la *couverture électrique* et *l'électrotherme* de Lindemann. Le premier est une sorte d'édredon qui contient dans son épaisseur un conducteur souple de grande résistance dans lequel l'énergie électrique qu'on lui fournit se dépense en chaleur. C'est en grand ce que le thermoplasme de Larat est en petit. Dans la plupart des hôpitaux et des cliniques, le courant électrique du secteur arrive à chaque lit; rien qu'une fiche à greffer sur la prise de courant, par conséquent, et le malade se trouve enveloppé dans une couverture à température constante et réglable. On l'emploie couramment comme adjuvant du salicylate chez les rhumatisants.

L'appareil de Lindemann repose sur le même principe physique : l'échauffement d'un fil de grande résistance. Ce fil chemine dans l'épaisseur des parois d'une boîte rectangulaire, où le malade peut introduire soit son genou, soit sa cuisse, soit sa cheville, soit son épaule. On a ainsi un appareil pour applications locales de chaleur sèche, appareil dont on se montre, du reste, fort satisfait à Berlin, à en juger du moins par la profusion avec laquelle il y est répandu.

Un coup d'œil rapide aux installations hydrothérapiques.

Beaucoup de services hospitaliers possèdent une petite salle d'*hydrothérapie* contiguë aux salles de malades, mais il y existe un service central pour les ambulants [1], dirigé par le Prof. Brieger, qui contient un matériel complet d'hydrothérapie (appareils de balnéation chaude, froide, bains d'acide carbonique, douches écossaises, douches de vapeur, douche filiforme, etc.). Le Professeur a du reste à l'Université un cours d'hydrothérapie très suivi et très apprécié.

* * *

C'est en vain que j'ai cherché à Berlin un service central d'*électrothérapie* analogue à celui de notre Salpêtrière ou des cliniques de Bergonié ou de Doumer. L'électrothérapie n'existe qu'à titre de service annexe dans les cliniques ou les instituts. Ainsi on fait de l'électrisation gastrique chez le Prof. Ewald, de l'électrolyse chez le Prof. Lesser, des courants de haute fréquence chez le Prof. Lassar, mais les services les plus importants dépendent des cliniques neurologiques. Chez le Prof. Mendel, par exemple, on électrise annuellement 3.600 nouveaux.

Mais voilà! le temps n'a pas encore fait justice des doctrines de Möbius, et bien des maîtres ne peuvent encore se faire à l'idée que l'électricité est autre chose qu'un moyen de suggestion.

Quelques-uns même affichent un scepticisme farouche, mais ce scepticisme est très justifié, car, à en juger par les applications auxquelles j'ai assisté, les malades ne doivent pas retirer un grand bénéfice de l'électrisation. Permettez-moi quelques exemples.

La franklinisation ne fait pas dormir les neurasthéniques, parce que les applications ne durent que 3 ou 4 minutes, 5 au grand maximum, et qu'aucune machine statique n'est à grand débit.

La galvanisation n'améliore pas les tabétiques, d'une part parce que la galvanisation de la moelle n'a jamais amélioré sérieusement ce genre de malades, et que 4 ou 5 milliampères constituent pour la plupart des électrothérapeutes berlinois une intensité qu'ils n'osent pas dépasser.

J'ai vu traiter quelques névralgies du trijumeau avec le pinceau faradique et avec courant continu. Cinq minutes d'application et une huitaine de séances... puis le malade est envoyé au chirurgien! Que dira le Prof. Bergonié, de Bordeaux, si je lui apprends que le traitement qu'il préconise n'a pas encore dépassé la frontière?

Il en est à peu près de même pour les courants de haute fréquence, les « Teslaströme », qu'on s'accorde ici à trouver absolument inefficaces. Le grand solénoïde de d'Arsonval est, en effet, à peu près le seul mode d'application de ces courants, alors que chez nous cet instrument a en grande partie disparu de l'arsenal électrothérapique.

Quant aux applications locales de haute fréquence auxquelles nous sommes redevables de résultats si précieux dans certaines affections cutanées, je ne les ai vu faire qu'à la clinique du Prof. Lassar. Le distingué professeur m'a avoué n'avoir jamais obtenu les résultats annoncés par Oudin et Brocq, et il m'a fallu le convaincre que ses appareils n'étaient pas assez puissants.

Les bains hydro-électriques sont en revanche admirablement compris et utilisés dans la plupart des cliniques neurologiques et de médecine interne.

J'avais quitté Paris avec la certitude que je ne trouverais pas, en Allemagne, de gynécologue ami de l'électricité. L'extrême pauvreté de la littérature allemande en cette matière m'en avait fait préjuger ainsi. Or le premier gynécologue auquel j'ai rendu visite, M. Gottschalk, privat-docent à l'Université, a bien voulu redresser mon erreur. Il m'a assuré que l'électrisation faisait partie de la pratique courante, que, pour sa part, il en avait toujours obtenu de très bons résultats dans toute une série d'affections utérines, sténoses, subinvolution, stérilité par aplasie, etc., ou annexielles, salpingites chroniques non purulentes, et qu'il avait recours depuis peu contre les hémorragies des métrites ou de certains fibromes petits ou inopérables, à l'électrolyse intra-utérine de la teinture d'iode.

* * *

C'est du Nord que nous viennent... les *bains de lumière*!... On en a mis partout..., beaucoup dans les cliniques universitaires, énormément dans les instituts et sanatoria privés. Chez von Leyden, chez Brieger, chez Lesser, etc., on aperçoit l'octaèdre photothérapique, et en ville plus d'une trentaine d'instituts aux enseignes aussi lumineuses que prétentieuses, se sont fondés pour l'application du « Lichtbad ».

Ce développement extraordinaire est dû à ce que les malades ont trouvé dans le bain de lumière une heureuse variante à l'antique bain de vapeur. Le bain de lumière est en effet plus propre, moins fatigant, plus agréable en somme, et la transpiration s'obtient plus rapidement qu'avec la vapeur. Quant à une action propre de la lumière, elle est niée par la plupart des médecins.

Il n'en est pas de même de la *Finsenthérapie* qui compte à Berlin d'éminents adeptes. Un nouvel institut pour Finsenthérapie, annexe de la clinique dermatologique du Prof. Lesser, est ouvert depuis Mai. Bon nombre de malades en connaissent déjà le chemin, et les résultats dont j'ai pu me rendre compte *de visu* m'ont paru tout à fait impressionnants.

Dans certains instituts privés, pour lesquels l'achat d'un appareil de Finsen eût été trop onéreux, on fait usage d'une petite lampe portative qui est, soit la lampe décrite récemment par Bang, soit une imitation de cette dernière. La lumière y est fournie par un arc électrique qui jaillit entre deux crayons de fer. La chaleur est absorbée par un courant d'eau qui circule dans les crayons, et, dans certains modèles, au devant du foyer lumineux entre deux lames de cristal de roche. Très riche en rayons ultra-violets, la lampe de Bang présenterait une action bactéricide plus énergique et plus rapide que l'appareil de Finsen, et permettrait d'abaisser le temps d'exposition à quelques minutes seulement.

La *Röntgentherapie* est pratiquée à Berlin avec une certaine prudence. Un grand nombre de dermatologues berlinois s'abstiennent même totalement du procédé, malgré les brillants résultats communiqués au dernier Congrès de Hambourg par les Schönberg, les Hahn, les Kienböck, les Schiff. Le Prof. Lassar a cependant bien voulu me présenter à une jeune femme à barbe traitée par la Röntgentherapie. J'ai été obligé, je dois le dire, de le croire sur parole, car il ne m'a pas été posssible de découvrir un seul poil follet à son menton. Seule une très légère pigmentation du tégument trahissait l'action toute récente des rayons.

A côté de la photothérapie, le *photo-diagnostic* tient à Berlin une place des plus importantes. Chaque spécialiste a un arsenal complet et varié d'instruments pour l'éclairage de « sa » cavité. Cystoscopes, métroscopes, rectoscopes même, de toutes formes et de tous modèles se trouvent exposés à la vitrine des constructeurs. Mais l'une des applications les plus intéressantes de la lumière au diagnostic est certainement la « translumination de l'estomac » que j'ai eu l'occasion de voir pratiquer à une leçon du Prof. Ewald, dans son service de l'hôpital Augusta.

L'estomac est préalablement rempli d'eau au moyen du tube de Faucher. Une lampe à incandescence minuscule, fixée à l'extrémité d'une sonde en gomme, est ensuite déglutie, et le circuit fermé. Aussitôt l'estomac s'illumine, et l'on aperçoit par transparence ce que la palpation et la percussion ont souvent tant de peine à nous révéler.

Le sujet qui servait au Prof. Ewald pour sa démonstration présentait un cancer du pylore que l'éminent professeur a bien voulu ainsi nous « mettre sous les yeux ».

J'ai terminé ce matin mon excursion dans la capitale allemande par une visite au musée Virchow, à l'Institut de chirurgie et à la maison de Langenbeck [1].

Je sors à l'instant de l'institut pour « diagnostic médical » dû à l'initiative privée et ouvert depuis quelques mois seulement. Il se compose d'une série de laboratoires de recherches médicales, et comprend un laboratoire d'analyses d'urine, un de chimie biologique, un de bactériologie, un autre de séro-diagnostic. Cet institut est uniquement réservé à la clientèle urbaine.

M. Cowl, l'un des plus distingués radiologues d'Allemagne, y dirige le laboratoire de radiographie. Mon attention a été attirée chez lui par deux appareils auxiliaires de radiographie fort ingénieux. L'un est un interrupteur de courant tout à fait simple, au moyen duquel on peut prendre des radiographies du thorax soit en inspiration, soit en expiration maxima. L'autre est une chaise articulée qui permet de prendre des radiographies du thorax et de la tête dans la position assise, sans que l'immobilité du sujet puisse être compromise.

Je quitte Berlin ce soir, et vous enverrai de Munich quelques feuillets de mon journal de voyage.

Berlin, 21 janvier 1902.

A. Zimmern.

1. Les malades traités dans les services hospitaliers se répartissent en deux catégories : les ambulants ou externes, les stationnaires ou internes.

1. On y remarque à côté des portraits des maîtres de la chirurgie allemande, celui d'un de nos compatriotes, le professeur Ollier, de Lyon.

LA TOPOGRAPHIE SEGMENTAIRE

DE LA PNEUMONIE FRANCHE

Par M. Paul CARNOT

Il est souvent intéressant de comparer entre elles les diverses manifestations morbides d'un même agent pathogène : c'est ainsi que la pneumonie se distingue des autres pneumococcies, et même des autres pneumococcies pulmonaires, par des particularités très remarquables d'évolution d'une part, de répartition topographique d'autre part, qui peuvent nous éclairer sur la nature des processus mis en jeu.

Les particularités d'évolution de la pneumonie lui impriment un cachet très spécial : le *début* brutal avec grand frisson et ascension thermique brusque, la *durée* strictement limitée, n'excédant guère une semaine, la *terminaison* soudaine par une chute thermique brusque, accompagnée d'autres phénomènes critiques, sont spéciaux à la pneumonie franche aiguë, dite aussi pneumonie lobaire, et ne se retrouvent dans aucune autre affection, même à pneumocoques. Ni la pleurésie, ni la péritonite, ni la méningite, ni la méningite cérébro-spinale, ni l'otite, ni l'arthrite à pneumocoques n'offrent, habituellement, pareil début, pareille crise, pareille évolution cyclique. Ces caractères ne se retrouvent même pas dans les autres localisations pulmonaires du pneumocoque, et l'on connaît certaines bronchites, certaines congestions, certains infarctus, voire même certaines broncho-pneumonies à pneumocoques, qui n'ont aucun des caractères évolutifs de la pneumonie, qui débutent insidieusement, qui finissent de même, après une durée parfois fort longue. Les caractères évolutifs si spéciaux de la pneumonie ne sont donc pas dus uniquement aux propriétés biologiques du pneumocoque et aux réactions générales qu'il détermine, non plus d'ailleurs qu'à sa localisation pulmonaire : ils représentent, surtout et avant tout, une forme particulière de réaction que l'organisme peut opposer, dans telle circonstance, à une localisation pulmonaire du pneumocoque : nous reviendrons prochainement sur ces faits et sur leur interprétation.

Pareilles considérations peuvent être tirées également du mode de répartition, très spécial, que revêtent les lésions pneumoniques. On sait que la pneumonie est caractérisée anatomiquement par l'hépatisation homogène et massive d'un segment pulmonaire : la dénomination de *pneumonie lobaire* indique toute l'importance de cette topographie anatomique. A vrai dire, et nous le verrons par la suite, les limites de la pneumonie coïncident rarement avec celles d'un lobe, et le nom de *pneumonie segmentaire* en indiquerait mieux la répartition, mais il n'en est pas moins vrai que, de même que la pneumonie franche aiguë est caractérisée cliniquement par son évolution cyclique, de même elle est caractérisée anatomiquement par une lésion étendue, homogène, à limites nettes et de forme segmentaire. Or cette topographie est essentiellement propre à la pneumonie. Aucune autre infection pulmonaire ne la réalise complètement; à telle enseigne qu'à la pneumonie franche aiguë, lobaire, on a pu opposer la broncho-pneumonie lobulaire, disséminée, à lésions péribronchitiques prédominantes; même les broncho-pneumonies étendues, pseudo-lobaires, se distinguent aisément des pneumonies vraies par leur absence d'homogénéité et leurs lésions prédominantes autour de la bronche et des vaisseaux; enfin, malgré leur nom trompeur, la pneumonie tuberculeuse, la pneumonie pesteuse sont des broncho-pneumonies sans topographie segmentaire spécifique.

D'ailleurs les autres pneumococcies pulmonaires ne présentent pas non plus la topographie lobaire ou mieux segmentaire : de même que nous avons vu des bronchites, des congestions, des infarctus à pneumocoques ne pas présenter les caractères évolutifs de la pneumonie, de même on leur constate une topographie toute différente.

La topographie lobaire, ou mieux segmentaire de la pneumonie la distingue donc, anatomiquement, des autres infections pulmonaires, même à pneumocoques, de même que l'évolution cyclique, le début brusque et la crise terminale la distinguent cliniquement. Il s'agit là d'un mode de réaction spécial que l'organisme et le poumon opposent parfois, mais non toujours, à l'attaque du pneumocoque, et dont le caractère segmentaire peut nous faire soupçonner la nature.

*
* *

La topographie des lésions pneumoniques peut être déterminée cliniquement d'après les principes d'auscultation de Laënnec, et anatomiquement sur les pièces d'autopsie : voyons ce que nous donnent les deux méthodes.

Cliniquement, il est peu de signes sur lesquels nous puissions entièrement compter pour délimiter la lésion pneumonique : les râles crépitants, excellents signes de début, sont inégalement répartis, et, même lorsqu'ils siègent à la couche limite, on ne peut guère tabler sur eux pour établir une topographie réelle. Le souffle tubaire se propage inégalement. L'exagération des vibrations thoraciques est un signe qui manque souvent, 7 fois sur 13 d'après Monneret, mais qui, lorsqu'il est net, est utile pour la délimitation du foyer. Quant à la matité du segment pneumonique, elle nous fournira, le plus souvent, des résultats précis, les seuls d'ailleurs sur lesquels nous puissions complètement tabler ; mais elle est parfois peu évidente, parfois accompagnée de résonance tympanique sur laquelle de Bruin vient encore d'appeler l'attention, et qui en fausse les résultats.

Aussi doit-on savoir que l'on trouve souvent des écarts considérables d'appréciation entre les résultats cliniques et les résultats d'autopsie. Mais, malgré ses imperfections, la délimitation clinique du bloc pneumonique donne déjà des résultats très importants.

Au début de la pneumonie, il est fort difficile de délimiter la lésion; mais, très rapidement, les phénomènes stétoscopiques deviennent plus nets : on constate alors une zone de matité homogène, accompagnée de râles crépitants, puis de souffle tubaire. Deux caractères surtout doivent retenir notre attention : d'une part l'*homogénéité* de la matité qui indique un bloc d'un seul tenant et d'égale constance, et, d'autre part, sa *limitation* exacte, suivant un contour régulier où une matité franche fait place à la sonorité ; ces caractères n'existent pas dans les broncho-pneumonies.

Cherchons à préciser les limites exactes du segment pneumonique.

Si la lésion siège à la base, ce qui est le cas le plus fréquent, la limite inférieure se confond généralement avec celle du poumon : la limite supérieure est représentée par une ligne transversale, droite ou légèrement oblique, parfois un peu convexe vers le haut, qui peut siéger à n'importe quelle hauteur, et ne paraît coïncider, le plus souvent, avec aucune scissure interlobaire. L'emplacement exact des scissures est, d'ailleurs, très difficile à préciser, malgré les repères indiqués par Rochard; car le bloc pneumonique, très lourd, tend à descendre et entraîne avec lui les scissures, ce qui déplace leurs rapports avec les côtes. Néanmoins, la limite supérieure de la pneumonie est trop variable, d'un cas à l'autre et d'un jour à l'autre, pour que l'on puisse admettre qu'elle coïncide ordinairement avec une scissure interlobaire : dans la généralité des cas, le segment pneumonique est ou manifestement inférieur, ou manifestement supérieur au volume du lobe; nous verrons d'ailleurs que les résultats nécropsiques sont d'accord avec cette donnée clinique, et que la pneumonie strictement lobaire est relativement rare.

Quelle que soit, d'ailleurs, la hauteur du bloc pneumonique, la limite se fait généralement suivant un plan à peu près transversal, et, lorsqu'elle se déplace, elle le fait, le plus souvent, parallèlement à elle-même, en découpant des troncs de cône segmentaires.

Dans 38 pour 100 des cas, d'après Grisolle, dans 12 pour 100 seulement d'après Biach, la pneumonie siège au sommet : sa limite supérieure se confond alors avec celle du poumon; la limite inférieure est encore indiquée par un plan transversal qui, généralement, ne coïncide pas non plus avec une scissure interlobaire.

Enfin, dans 11 pour 100 des cas suivant Grisolle, mais probablement dans une proportion plus faible, la pneumonie siège à la partie moyenne, limitée par deux sections transversales à peu près parallèles : la matité est alors suspendue entre deux zones sonores ; là encore, la pneumonie paraît homogène, terminée par des surfaces nettes, et ne se limite pas aux scissures.

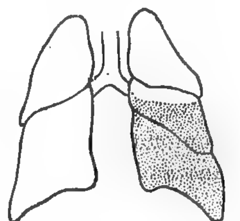


Figure 1. — Topographie segmentaire d'une pneumonie de la base droite occupant le lobe inférieur et une partie du lobe moyen, terminée par une section plane très nette.

Nous remarquons enfin que, si l'on suit l'évolution des lésions, on est parfois frappé des sautes brusques que l'on observe : du jour au lendemain, une pneumonie qui semblait stationnaire envahit en totalité un nouveau segment pulmonaire étendu, que celui-ci soit ou non lobaire. Cette extension subite à tout un segment nouveau doit être rapprochée de l'envahissement initial brusque du premier segment atteint.

L'*examen anatomique* des pièces d'autopsie va préciser encore ces différentes données, et nous montrer la topographie segmentaire de la pneumonie.

Là encore, nous trouvons un *bloc homogène et bien limité* : il est homogène d'aspect, avec la même apparence grenue des alvéoles

fibrineuses; homogène de consistance, rappelant uniformément le tissu compact du foie ou de la rate, friable, gardant l'empreinte du doigt, ne crépitant en aucun point ; homogène de densité, puisque des fragments prélevés en différents endroits enfoncent de même dans l'eau.

L'examen histologique montre, en différents points du bloc, le même processus fibrineux, au même degré, avec le même degré de congestion vasculaire et de leucocytose.

On a donc, pour tout le segment, l'impression d'une lésion uniforme et presque simultanée, indépendante des voies de conductibilité, vasculaire ou bronchique.

Le bloc est, d'autre part, bien limité; le contour en est net, malgré la zone de congestion périphérique intermédiaire : lorsque le foyer est petit, le contour est courbe ; mais lorsqu'il s'étend, et qu'il envahit la presque totalité d'un lobe, la limite représente un plan transversal qui découpe un très large segment laissant, entre elle et la scissure, une languette pulmonaire à peu près saine.

Le segment pneumonique, s'il est plus volumineux encore, peut se limiter exactement à la scissure ; la pneumonie est alors strictement lobaire : le fait existe, et n'est pas niable; mais il est relativement rare.

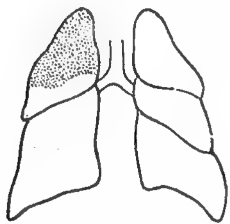


Figure 2. — Topographie segmentaire d'une pneumonie du sommet, occupant une partie du lobe supérieur gauche.

Enfin le segment pneumonique peut empiéter sur le lobe voisin : il comprend un lobe et demi, parfois deux lobes, parfois deux lobes et demi, parfois tout le poumon. La scissure interlobaire est souvent alors peu apparente, car elle participe au processus morbide ; les plèvres interlobaires sont intéressées, tuméfiées, revêtues de néo-membranes, souvent adhérentes l'une à l'autre : on sait que telle est, d'ailleurs, la pathogénie des pleurésies interlobaires post-pneumoniques, et M. Dieulafoy a, récemment encore, appelé avec force l'attention sur ce point.

Quelle que soit l'étendue du segment pneumonique, et qu'il s'agisse d'un foyer de la base, du sommet ou de la partie médiane, la limite de l'hépatisation n'en est pas moins très nette, généralement transversale, et ne répondant le plus souvent à aucune délimitation anatomique apparente.

Cette lésion homogène, nettement limitée, segmentaire, est, évidemment, très spéciale, et ne rappelle nullement les processus banaux d'envahissement microbiens du poumon.

*
* *

Quelles hypothèses peut-on émettre pour expliquer une répartition aussi particulière, aussi indépendante, en apparence, des voies les plus ordinaires de l'infection pulmonaire?

L'infection bronchique ascendante ne peut nous expliquer, à elle seule, la topographie de la lésion : car on sait que le propre des infections canaliculaires ascendantes est la dissémination des lésions, par suite de l'inégale répartition des germes dans les différents conduits bifurqués. En réalité, nous connaissons bien, depuis surtout les travaux d'Hutinel et de Claisse, les lésions provoquées par l'infection bronchique ascendante : même lorsqu'elles sont produites par le pneumocoque, elles aboutissent à la broncho-pneumonie lobulaire, parfois disséminée, parfois pseudo-lobaire, mais toujours avec nodules péri-bronchitiques prédominants; elles n'aboutissent jamais à la pneumonie vraie, homogène, massive et segmentaire.

Pas plus que du côté des bronches, et pour les mêmes raisons, la clef de la répartition segmentaire de la pneumonie ne peut être cherchée du côté des vaisseaux sanguins. S'il s'agissait tout simplement d'une infection distribuée par les vaisseaux, elle serait ou totale ou disséminée, mais nullement homogène et lobaire : pour attribuer à la topographie lobaire de la pneumonie une origine vasculaire, on devrait admettre une lésion artérielle bien localisée à la branche lobaire et diminuant ainsi la résistance à l'infection de tout un lobe ; mais il s'agit là de cas exceptionnels, et l'on ne retrouve rien d'analogue dans les autopsies de pneumonie. Nous avons vu, d'ailleurs, que la distribution strictement lobaire est exceptionnelle.

La propagation lymphatique paraît, *a priori*, beaucoup plus admissible pour expliquer une lésion massive et homogène ; l'examen histologique montre une participation assez nette des vaisseaux lymphatiques, qui, d'après Cornil et Ranvier, ont alors un contenu semblable à celui des alvéoles pulmonaires, et qui paraissent gorgés de pneumocoques. D'autre part, les ganglions médiastinaux, aboutissants des lymphatiques pulmonaires, sont intéressés, augmentés de volume, tuméfiés, friables. C'est d'ailleurs la seule voie qui permette d'expliquer une lésion de contiguïté infectieuse; car, pour une lésion à marche aussi rapide, on ne peut incriminer la contamination directe d'une alvéole à l'alvéole suivante par l'intermédiaire des travées qui, d'ailleurs, paraissent très résistantes.

Mais l'infection par la voie lymphatique suffit-elle à expliquer les particularités de topographie que nous avons signalées ? Nous ne le croyons pas. Nous connaissons, en effet, diverses affections qui se propagent certainement par la voie lymphatique et ne présentent ni l'aspect ni la topographie de la pneumonie ; telle est, par exemple, la péri-pneumonie des bovidés, dont le micro-organisme invisible a été démontré par les admirables recherches de Nocard et de Roux ; en pareil cas, on voit une mosaïque de plaques rouges, auréolées d'une zone jaunâtre représentant les lymphatiques distendus par la sérosité. Que si nous admettons qu'il y a là des particularités spéciales à l'agent infectieux ou à l'animal infecté, nous remarquerons que, chez l'homme, la pneumonie pesteuse semble se propager également par la voie lymphatique, qu'elle est disséminée, et qu'elle n'a pas la topographie segmentaire de la vraie pneumonie.

D'ailleurs, quelque mal connue que soit la répartition des réseaux lymphatiques pulmonaires, on s'explique mal qu'un même réseau puisse enjamber d'un lobe à l'autre, ou qu'inversement le réseau lymphatique envahi soit, en plein milieu d'un lobe, limité par un plan comme l'est le segment atteint de pneumonie.

Si donc nous admettons la probabilité d'une propagation lymphatique du pneumocoque, une autre cause nous semble nécessaire pour expliquer la délimitation du territoire envahi.

Il semble, en effet, que la topographie segmentaire de la pneumonie, avec son homogénéité et sa limitation nettes, ne dépend pas uniquement du mode d'apport et de distribution de l'agent infectieux. D'ailleurs les pneumocoques, et des pneumocoques virulents se rencontrent à peu près partout au cours de la pneumonie ; on en trouve de virulents dans la salive, dans la circulation générale, dans le sang périphérique, dans les capillaires du foie, etc. Ils peuvent donc être ensemencés un peu partout : au niveau du poumon, principalement, les vaisseaux, les bronches, les lymphatiques en sont pleins et semblent devoir les propager sur tout le territoire pulmonaire, soit par reflux vasculaire et bronchique, soit par propagation lymphatique. Si donc ils ne se développent, au niveau du poumon, que dans un territoire segmentaire bien déterminé, ce n'est pas seulement à cause de leur virulence ; ce n'est pas non plus parce ce qu'en ce point seulement ils sont amenés par les vaisseaux, les bronches ou les lymphatiques : c'est parce que telle ou telle étendue de poumon est apte à les héberger ou inapte à les détruire. La topographie segmentaire semble donc indiquer, non pas une certaine voie d'invasion, mais un certain territoire rendu facilement attaquable.

*
* *

Nous sommes donc amenés, par la topographie de la pneumonie, à chercher une cause à l'affaiblissement segmentaire du poumon, et, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons guère invoquer qu'une intervention du système nerveux.

Nous y sommes, d'ailleurs, incités par plusieurs raisons : la soudaineté du début, le grand frisson, le coup de froid occasionnel, déterminant en quelques heures seulement, par un acte réflexe, une infection pulmonaire étendue, tout cela sent, pour ainsi dire, l'intervention du système nerveux. Il en est de même de divers signes nerveux qui accompagnent la pneumonie : le délire, le méningisme spécial des enfants et des affaiblis, l'herpès labial, la rougeur de la pommette, toujours du même côté que la lésion pulmonaire, et bien d'autres signes encore, à tel point que l'on pourrait développer cette idée paradoxale que la *pneumonie est une maladie nerveuse*, ou du moins que la réaction au pneumocoque y est principalement nerveuse.

Une première hypothèse se présente d'abord à l'esprit, celle qui incrimine le système nerveux périphérique.

Du rôle des terminaisons nerveuses et des réflexes qui en partent, nous ne dirons rien actuellement; il est probable que ce mécanisme est très important, mais ceci par l'intervention d'une action centrale réflexe que nous envisagerons tout à l'heure.

Le rôle des nerfs est, par contre, beaucoup mieux connu dans l'étiologie des affections pulmonaires, et de nombreux travaux, résumés dans l'excellente thèse de Meunier, ont étudié ce que l'on a appelé la « pneumonie du vague ».

Depuis Vasalva et Morgagni, depuis Magendie et Longet, on sait que la section du vague est accompagnée de lésions pulmonaires variées, quelques-unes même suppu-

ratives; on sait que Traube expliquait ces accidents par l'introduction, dans les voies aériennes, de débris alimentaires à la suite de la paralysie pharyngo-laryngée. Schiff faisait intervenir la paralysie vaso-motrice du poumon et la vaso-dilatation consécutive à la section du nerf pneumogastrique. Vulpian admettait une action trophique de ce nerf. Depuis l'ère bactériologique, on explique, très simplement, que l'énervation favorise l'infection bronchique ascendante.

Avons-nous donc, dans la pneumonie, une altération transitoire ou définitive du vague qui détermine le même effet? Nous ne le croyons pas. En effet, le tronc du vague contient les filets nerveux de tout le poumon; la vagotomie et les altérations homologues du nerf (névrite alcoolique, compression par un ganglion ou par un anévrisme) déterminent une énervation, et, par suite, un trouble circulatoire et trophique étendu à tout un poumon; aussi les lésions d'infection ascendante qu'on observe alors sont-elles multiples et disséminées; en fait, ce qu'on appelle pneumonie du vague est, anatomiquement et cliniquement, une broncho-pneumonie, même lorsqu'elle est à pneumocoques.

Une altération, toute hypothétique d'ailleurs, du tronc nerveux du pneumogastrique dans la pneumonie n'expliquerait donc pas l'homogénéité et la limitation si remarquables de la lésion pulmonaire.

Nous chercherons donc plus haut, et non plus du côté des troncs nerveux, mais du côté des centres. Etant donné une lésion pulmonaire à topographie segmentaire, avons-nous donc quelques raisons de songer à une participation du nevraxe?

On connaît les beaux travaux de Brissaud, en France, de Head, en Angleterre, de Van Gehuchten, en Belgique, relatifs à la *segmentation médullaire* : on connaît, d'une façon plus générale, les remarquables recherches de Houssay, en France, de Bolk, à Amsterdam, sur l'*anatomie segmentale*, et sur les territoires osseux, musculaires, nerveux, etc., rattachables à chaque zonite ou métamère initiale. Il est encore assez difficile de délimiter le territoire périphérique ou viscéral innervé par chacun des centres étagés de la moelle, et de prouver, d'une façon absolue, qu'il s'agit là d'une disposition métamérique; aussi préférons-nous le mot *segmentation*, qui ne préjuge aucune hypothèse, au mot *métamérie*. Mais, quelle que soit la théorie émise, il n'en est pas moins certain qu'il y a des localisations médullaires, comme il y a des localisations cérébrales, et qu'à chaque segment viscéral ou cutané correspond un centre qui groupe les neurones correspondants.

Cela est vrai principalement pour les centres trophiques et vasculaires qui nous intéressent ici; cela est peut-être plus contestable pour les neurones sensitifs dont le siège est ganglionnaire. De fait, si la distribution segmentaire des lésions sensitives de la syringomyélie est encore contestée, il semble que l'on doive admettre la topographie segmentaire du zona, trouble trophique, de certaines sudations et rougeurs localisées à un segment du corps, troubles sécrétoires ou vasculaires, etc. On a pu ainsi expliquer la topographie d'une série de lésions qui ne correspondaient ni aux territoires des centres nerveux, ni à ceux des racines médullaires, ni, d'une façon générale, à aucune répartition anatomique connue. Il semble, d'autre part, que la topographie périphérique ou viscérale des centres médullaires étagés correspond, en partie, à des segments transversaux, limités par des plans parallèles, et juxtaposés suivant l'ordre même d'étagement des centres, à tel point qu'une lésion nerveuse segmentaire doit faire songer à une altération anatomique ou fonctionnelle d'un segment médullaire.

En est-il de même pour le poumon? Cet organe est, on le sait, innervé par le pneumogastrique et le sympathique, dans le tronc desquels sont indistinctement réunis tous les filets nerveux allant aux différentes zones du poumon. Mais il est bien certain que cette réunion n'est que momentanée et qu'un nerf vaso-moteur ou trophique du sommet du poumon n'appartient pas au même neurone, ni probablement au même centre qu'un nerf de la base. On comprend donc que la lésion du centre ou du segment de centre qui correspond aux terminaisons périphériques de la base, détermine un trouble d'innervation uniquement localisé à cette base, et inversement pour le sommet. Bien que les détails anatomiques de cette localisation bulbo-médullaire des centres vaso-moteurs et trophiques du poumon manquent encore, il semble néanmoins que l'on puisse, d'ores et déjà, tabler sur un certain degré d'indépendance de ces centres, et qu'à l'étagement des terminaisons nerveuses périphériques du poumon correspond un étagement bulbo-médullaire de leurs centres réels. Nous avons quelques raisons de supposer que l'innervation segmentale du poumon se fait en partie par tranches zonaires superposées, analogues aux tranches segmentaires des parois costales.

Pouvons-nous expliquer, par ces données, la topographie segmentaire de la pneumonie? Le fait qu'un segment compact du poumon est seul touché, que la limite est brusque, le plus souvent transversale, et que des zones transversales sont parfois successivement envahies, le fait que, dans ce segment et à son niveau seul, apparaissent des troubles vaso-moteurs (congestion) et sécrétoires (exsudation de sérosité, de fibrine, etc.), semble indiquer qu'il s'agit d'une réaction commandée par un centre nerveux segmentaire. On conçoit, en d'autres termes, que, dans la pneumonie du segment inférieur du poumon, par exemple, l'attaque et la réaction soient commandés par le centre vaso-moteur et trophique de ce segment; que les pneumocoques envahissent d'abord et exclusivement ce segment, parce qu'il est mal innervé, donc mal défendu, et que, plus tard, les réactions nerveuses défensives (congestion, diapédèse consécutive, œdème, exsudation fibrineuse, etc.), également dirigées par ce centre, soient strictement et exclusivement localisées au segment pulmonaire correspondant.

On a ainsi l'explication de l'homogénéité réactionnelle, aussi bien que de la topographie et de la limitation segmentaire de la pneumonie. Lorsque l'attaque est plus violente, on comprend également que l'excitation d'un centre segmentaire se transmette au centre contigu, d'après les lois d'excitation successive et croissante des centres nerveux contigus, si bien mises en lumière par les belles recherches de François-Franck sur l'épilepsie corticale. Ce centre contigu une fois excité, la pneumonie envahit le nouveau segment pulmonaire qui en dépend : par exemple, à l'hépatisation grise du segment inférieur s'ajoute, assez brusquement, l'hépatisation rouge du segment moyen.

Comment peut-on concevoir la participation de ces centres, au début et au cours de la pneumonie? Deux théories nous paraissent pouvoir être proposées : ou bien il s'agit d'une action directe de la toxine pneumonique sur ces centres, ou bien il s'agit d'une action indirecte ou réflexe, consécutive à l'excitation des terminaisons pulmonaires.

Directement, le centre pourrait être touché par les toxines pneumoniques circulant dans le sang, et auxquelles il serait particulièrement sensibles : c'est par un mécanisme de cet ordre, on le sait, que le centre qui préside au trismus des mâchoires est touché par la toxine tétanique circulante, quelle que soit sa porte d'entrée. Mais, dans le cas présent, cette théorie est tout hypothétique et ne paraît d'ailleurs pas très satisfaisante. On ne concevrait pas, en effet, comment, dans les autres pneumococcies, péritonéales ou méningées, par exemple, ces centres ne seraient pas également touchés par les mêmes poisons circulants, traduisant leur altération par un trouble pulmonaire identique. On ne concevrait pas davantage que la fixation de toxine au cours de la pneumonie ait lieu en des points variables, tantôt sur le centre segmentaire de la base, tantôt sur celui du sommet. D'ailleurs, la localisation pulmonaire est contemporaine du premier début de l'infection, alors que la quantité de toxine pouvant impressionner les centres est encore vraiment minime.

On peut admettre, au contraire, qu'à une attaque locale du pneumocoque répond une défense réflexe, locale également; peut-être la toxine pneumonique, élaborée dans un segment pulmonaire, est-elle transmise au centre correspondant par le protoplasme unicellulaire d'un neurone, de sa terminaison pulmonaire à son centre; mais, plus vraisemblablement, il s'agit là d'une simple action réflexe à point de départ et à aboutissant périphériques; de même qu'une arthrite infectieuse détermine, par simple arc réflexe, l'atrophie musculaire du segment atteint, de même un foyer primitivement local de pneumonie peut susciter, par voie réflexe, après excitation du segment bulbo-médullaire correspondant, une réaction nerveuse localisée exclusivement au territoire pulmonaire qui est sous sa dépendance.

La pneumonie pourrait ainsi être envisagée comme un mode de réaction bulbo-médullaire réflexe opposé à une infection pulmonaire. On s'expliquerait ainsi qu'une infection purement locale ait la topographie segmentaire des altérations spinales.

A ces données tirées de la topographie de la pneumonie, on peut joindre quelques autres arguments qui semblent indiquer la participation active de l'axe bulbo-médullaire : tels sont les points de côté violents et les douleurs intercostales que l'on constate si souvent au début même de la pneumonie ; ils s'expliquent, suivant les schémas de Head, par ce fait que l'innervation segmentaire des parois thoraciques se juxtapose à l'innerva-

tion des viscères profonds et dépend des mêmes segments médullaires. Mais nous n'insisterons pas sur la portée de ce phénomène, car il existe, souvent même beaucoup plus marqué, dans d'autres affections pulmonaires et pleurales : il n'y a donc là rien de spécifique ; d'ailleurs la segmentation sensitive est, il nous semble, bien moins nette que la segmentation vaso-motrice et sécrétoire éthyophique, et, de fait, Guillain n'a pu retrouver la topographie sensitive superficielle correspondant aux sections du poumon et admise par Head.

Un autre phénomène est, selon nous, plus intéressant : c'est la rougeur de la pommette du côté où siège la pneumonie, et souvent aussi la dilatation pupillaire correspondante. Ce signe est bien connu et existe très fréquemment. Il indique évidemment un réflexe vaso-moteur et irido-dilatateur, d'origine bulbo-médullaire.

De même l'herpès labial, si fréquent dans la pneumonie, indique un trouble trophique nerveux, localisé dans un territoire à peu près analogue.

Le plus souvent, rougeur, mydriase, herpès siègent du même côté que la pneumonie, mais parfois ils siègent de l'autre côté, ce qui s'explique sans peine s'il s'agit d'un reflexe médullaire.

Remarquons d'autre part que, si nous consultons les intéressants schémas de la sensibilité de Head, nous voyons justement que, pour d'autres considérations, cet auteur admet qu'aux premiers segments dorsaux, auxquels se rattache l'innervation sensible pulmonaire et thoracique, se rattache également un segment de la face voisin du temporal et participant aux mêmes troubles sensitifs. Ce simple rapprochement est intéressant, bien qu'on ne puisse nullement conclure des troubles sensitifs aux troubles vaso-moteurs et trophiques.

Il serait intéressant de rechercher, dans la pneumonie, d'autres signes réflexes susceptibles de révéler une participation médullaire.

*
* *

Cette réaction nerveuse réflexe à forme segmentaire est-elle la seule que nous connaissions au niveau du poumon? il nous semble que deux affections peuvent en être rapprochées : l'une est une infection pulmonaire, souvent même de nature pneumococcique, c'est la fluxion de poitrine ; l'autre est une lésion qui n'a rien d'infectieux, mais qui, par contre, est très certainement nerveuse, c'est l'*œdème aigu du poumon*.

La *fluxion de poitrine*, admise par l'école de Montpellier, était et est encore contestée par un grand nombre d'auteurs : elle a été réhabilitée par Dieulafoy, et son existence ne nous paraît pas douteuse ; elle consiste en une infection pulmonaire pneumococcique qui intéresse à la fois le poumon, la plèvre et la paroi thoracique, en un mot tous les plans superposés du thorax, jusqu'à une limite supérieure nette et uniforme pour tous les plans. Elle est, de plus, bilatérale. L'envahissement de ces différents plans ne peut s'expliquer anatomiquement par aucune voie ni bronchique, ni vasculaire, ni lymphatique, ni pleurale. Le système nerveux seul peut être incriminé, et seulement encore sous la forme d'un trouble nerveux central et métamérique. La bilatéralité, la segmentation, la limite brusque étendues à tous les plans successifs d'un même segment thoracique sont caractéristiques d'une altération nerveuse segmentaire, à tel point qu'il nous semble impossible de les interpréter autrement ; il est intéressant,

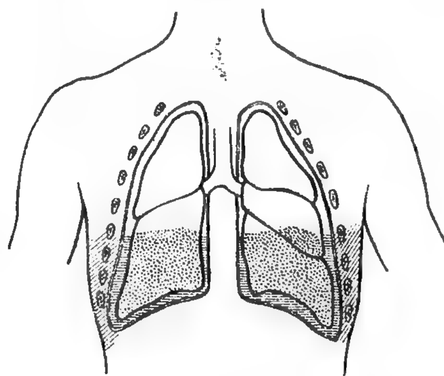


Figure 3. — Topographie segmentaire d'une fluxion de poitrine, bilatérale, avec envahissement, nettement limité, de tous les plans (poumons, plèvres, parois thoraciques).

d'ailleurs, de remarquer que cette affection est une simple modalité de la pneumonie, avec exagération de ses caractères segmentaires.

Une autre affection pulmonaire que l'on peut considérer comme segmentaire est l'*œdème aigu du poumon*.

La lésion n'est plus infectieuse ; mais elle est certainement nerveuse, très souvent provoquée par un réflexe d'origine aortique, ou par une excitation médullaire directe, le plus souvent toxique. En pareil cas, on voit, en quelques minutes, survenir une dyspnée formidable avec expectoration albumineuse, tandis que des râles humides montent très rapidement des deux côtés, de bas en haut, envahissant successivement les différentes zones segmentaires du poumon. Les troubles vaso-moteurs et sécrétoires qui aboutissent à l'exsudation de sérosité dans les alvéoles et les bronches à des niveaux du poumon progressivement croissants n'ont aucune raison d'être anatomique autre que l'innervation segmentaire du poumon : car la comparaison classique avec le flot montant d'un liquide n'est qu'une image qui se heurte à une impossibilité anatomique. D'autre part, l'origine nerveuse bulbo-médullaire de ces troubles vaso-moteurs et trophiques est pour ainsi dire évidente.

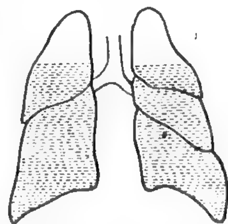


Figure 4. — Topographie segmentaire ascendante et bilatérale d'un cas d'œdème aigu du poumon.

*
* *

Les données expérimentales peuvent-elles nous fournir des arguments relatifs à l'intervention d'une réaction nerveuse segmentaire dans la pneumonie? Il ne semble pas qu'elles aient, jusqu'à présent, beaucoup éclairé le problème, peut-être parce que cette réaction nerveuse ne se produit pas de la même façon chez l'animal que chez l'homme.

On peut reproduire expérimentalement les différentes réactions histologiques de la pneumonie. Gamaleia, chez le chien et le mouton, a pu, par injection locale ou bronchique de pneumocoques vivants, reproduire la lésion fibrineuse alvéolaire. Nous avons pu, chez le lapin et le cobaye, par injection intra-pulmonaire ou bronchique de la toxine seule, déterminer non seulement les lésions de la pneumonie fibrineuse, mais aussi les lésions de la pneumonie hémorragique, de l'hépatisation grise, de la pneumonie épithéliale. On peut ainsi se rendre compte des processus croissants de défense mis en œuvre par l'organisme contre la toxine pneumonique :

Lorsque l'animal est peu résistant ou la toxine énergique, on obtient la pneumonie hémorragique, facilement réalisée chez le lapin, animal sensible, mais relativement rare chez l'homme ; lorsque l'animal est plus résistant ou la toxine moins énergique, on a la pneumonie fibrineuse, plus difficilement réalisée chez le lapin, habituelle au contraire chez l'homme ; on obtient enfin dans d'autres cas la réaction principalement leucocytaire, et enfin, dans d'autres cas encore, une réaction fort curieuse, strictement épithéliale, avec prolifération épithéliale énorme et avec aspect macroscopique de pneumonie blanche, dont nous ne connaissons pas l'homologue chez l'homme.

La toxine seule suffit donc à provoquer les réactions vasculaire, exsudative, fibrineuse, leucocytaire et épithéliale que l'on observe plus ou moins dans les différents types de pneumonie.

Mais il ne semble pas qu'elle ait réalisé ni l'intervention d'une réaction nerveuse, ni la topographie, ni l'évolution cyclique de la pneumonie.

Chez les petits animaux, d'ailleurs, toute lésion un peu confluente revêt l'apparence lobaire que nous avons obtenue, et nous ne nous croyons pas encore en droit de conclure, avant de nouvelles expériences sur des animaux plus gros, ni à la reproduction expérimentale toxinique de la topographie segmentaire, ni à la mise en jeu d'un réflexe bulbo-médullaire.

*
* *

Nous conclurons en disant que la topographie segmentaire de la pneumonie chez l'homme, son aspect homogène, sa limitation nette, ainsi d'ailleurs que différents phénomènes vaso-moteurs et trophiques réflexes, semblent indiquer qu'à côté des réactions histologiques locales que peut provoquer la seule toxine, il y a, dans la pneumonie, une réaction nerveuse très particulière, probablement réflexe, et de type segmentaire.

Mais nous tenons à bien spécifier, en terminant, qu'il ne s'agit ici que d'une hypothèse, malheureusement impossible à vérifier en l'état actuel de nos connaissances, sur les localisations médullaires des centres viscéraux. Si cette hypothèse nous a paru intéressante à rapprocher de la topographie si spéciale de la pneumonie, nous ne devons l'envisager que comme une hypothèse prête à disparaître devant le moindre fait positif contraire.

CHROMODIAGNOSTIC
DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Hémorrhagies du névraxe.
Méningites. Ictères.

Par **A. SICARD**
Chef de clinique des maladies nerveuses.

A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien de l'homme est clair, d'une limpidité parfaite, comme « de l'eau de roche », suivant l'expression consacrée.

A l'état pathologique, il peut présenter des

aspects bien différents, depuis la teinte sale, floconneuse, purulente, opalescente, jusqu'à la teinte hémorragique, jaunâtre ou jaune verdâtre. Il est à noter cependant que, même au cours des méningites cérébro-spinales tuberculeuses ou bactériennes, il peut garder son aspect limpide et transparent.

Nous avons proposé de désigner l'ensemble de ces caractères, tirés de l'aspect de coloration du liquide céphalo-rachidien, et étudiés en vue du diagnostic, sous le nom général de *chromo-diagnostic*. Ces variations d'aspect du liquide céphalo-rachidien doivent être étudiées au lit du malade, au cours des hémorragies du névraxe, des méningites, de l'ictère.

* * *

Historique. — Bien des auteurs, dès l'avènement de la ponction lombaire, s'étaient demandé[1] si l'on pouvait faire le diagnostic des hémorragies du névraxe par l'aspect sanguinolent, la couleur sanglante du liquide céphalo-rachidien.

Dès 1895[1] Fürbringer constate cette teinte sanguinolente du liquide céphalo-rachidien dans deux cas d'hémorragie cérébrale. Krönig[2] discute la valeur de cette coloration, l'année suivante, et apporte un nouveau cas d'hémorragie cérébrale confirmatif de ceux de Fürbringer.

Mais c'est Braun[3] surtout qui, commentant les observations signalées antérieurement, et relatives à l'aspect du liquide céphalo-rachidien au cours des traumatismes du névraxe, concluait, en parlant des traumatismes rachidiens : « Dans le cas de traumatisme rachidien, la ponction peut non seulement faciliter le diagnostic d'un épanchement de sang comprimant la moelle, mais encore avoir une heureuse influence thérapeutique, en faisant cesser cette compression. »

Krönig[4], la même année, signale la valeur diagnostique de la coloration sanguinolente du liquide céphalo-rachidien dans l'hémorragie méningée.

Kiliani, Jacoby, cités par Heydenreich[5], étudient également cet aspect au cours des traumatismes du névraxe. Dans trois cas de traumatismes rachidiens, ils trouvèrent le liquide fortement mélangé de sang. Il existait cliniquement des symptômes de paraplégie, mais sans fracture ni luxation apparentes de la colonne vertébrale.

Puis des discussions s'élèvent entre Krönig et Fürbringer.

Krönig pensait pouvoir conclure à l'absence d'hémorragie si le liquide céphalo-rachidien ramené était clair. Fürbringer[6] s'élève contre ces conclusions. Il a pu examiner chez trois malades le liquide céphalo-rachidien qui présentait un aspect parfaitement limpide, et pourtant l'autopsie de deux de ces malades démontra la présence d'une hémorragie ventriculaire.

En France, MM. Netter et Clerc[7] publient une observation d'hémorragie des méninges médullaires où le liquide céphalo-rachidien fut trouvé sanguinolent. MM. Gilbert et Castaigne[8], Widal, Sicard et Ravaut[9] attirent l'attention sur la teinte jaune verdâtre particulière que peut présenter le liquide céphalo-rachidien dans certains cas d'ictère chronique. Plus tard, MM. Widal, Sicard et Ravaut montrent, comme nous le verrons plus loin, que cette teinte jaune verdâtre n'était pas

1. Fürbringer. — *Berl. klin. Woch.*, 1895, 1er Avril.
2. Krönig. — XIVe Congrès allemand de médecine interne, 1896.
3. Braun. — XXVIe Congrès des Sociétés allemandes de chirurgie, 1897.
4. Krönig. — *Soc. de méd. de Berlin*, 1897.
5. Heydenreich. — « La ponction lombaire ». *Semaine médicale*, 1898, p. 345.
6. Fürbringer. — *Soc. de méd. de Berlin*, 1897, 15 Novembre.
7. Netter et Clerc. — *Soc. méd. des hôp.*, 1900, 27 Juillet.
8. Gilbert et Castaigne. — *Soc. de biol.*, 1900, 27 Octobre.
9. Widal, Sicard et Ravaut. — *Soc. de biol.*, 1900, 3 Novembre.

due, dans leurs cas, aux matières colorantes de la bile, mais à un pigment dérivé, que le liquide céphalo-rachidien, en raison de sa limpidité, était plus apte à mettre en évidence à l'œil que le sérum sanguin, l'urine ou les diverses sérosités.

M. Bard[1], M. Talamon[2], MM. Achard et Lœper[3] rapportent également chacun un cas d'hémorragie cérébrale avec coloration sanglante du liquide céphalo-rachidien. MM. Tuffier et Milian[4] retrouvent également ce même aspect au cours des fractures du crâne. Mais c'est à M. Bard[5] que revient le mérite d'avoir le premier nettement signalé, non plus la coloration sanglante, sanguinolente ou rosée, avec dépôt de globules rouges, mais la teinte franchement jaunâtre que peut prendre dans certains cas le liquide céphalo-rachidien. Il signale cette teinte dans quatre observations : deux cas de méningite cérébro-purulente, deux cas de paraplégie. Il est vrai de dire que M. Netter[6] avait déjà parlé de la possibilité de rencontrer un liquide céphalo-rachidien « ambré » au cours de la méningite cérébro-spinale.

Puis MM. Rendu et Géraudel[7], Tuffier et Milian[8] signalent également au cours des fractures du crâne cette teinte spéciale. Tesson[9], dans un cas de fracture du crâne, constate un liquide sanguinolent d'abord, redevenu clair quelques jours après la ponction. MM. Sainton et Ferrand[10] rapportent une observation intéressante à diagnostic difficile.

A la Société de biologie[11], nous avons insisté tout particulièrement sur la valeur de la teinte jaunâtre du liquide céphalo-rachidien, et sur l'absence de certitude donnée par le seul aspect sanguinolent. MM. Widal et Le Sourd y ont apporté des faits confirmatifs. Enfin l'étude sur la coloration du liquide céphalo-rachidien au cours des fractures du crâne a été reprise récemment à la Société de chirurgie par MM. Poirier, Tuffier, Reynier, Guinard[12].

* * *

Considérations pathogéniques et pratiques. — De cet historique chronologique, et de la lecture de ces nombreuses observations se dégagent les faits suivants.

I. — *Dans toute hémorragie du névraxe* à siège sous dure-mérien, qu'elle reconnaisse une origine cérébrale, médullaire ou méningée, qu'elle soit d'ordre médical ou chirurgical, le liquide céphalo-rachidien peut présenter une coloration spéciale.

Cette coloration peut être franchement hémorragique ou seulement hématique, ou encore jaunâtre, jaune rosâtre ou jaune verdâtre.

De ces divers aspects du liquide céphalo-rachidien, l'aspect jaunâtre, jaune rosâtre ou jaune verdâtre est seul caractéristique. L'aspect sanguinolent du liquide, même après l'épreuve des trois tubes (uniformité de la teinte sanguinolente dans les trois tubes qui ont servi à recueillir le liquide céphalo-rachidien d'une même ponction) est infidèle. Il ne peut donner que des présomptions, il n'implique pas de certitude.

1. Bard. — *Soc. de biol.*, 1901, 16 Février.
2. Talamon. — *Soc. de biol.*, 1901, 8 Juin.
3. Achard et Lœper. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1901, 21 Juillet.
4. Tuffier et Milian. — *Soc. de biol.*, 1901, 25 Mai.
5. Bard. — *Soc. de biol.*, 1901, 6 Juillet.
6. Netter. — « Diagnostic de la méningite cérébro-spinale ». *Semaine médicale*, 1898, p. 281.
7. Rendu et Géraudel. — *Soc. méd. des hôp.*, 1901, 5 Juillet.
8. Tuffier et Milian. — *Soc. méd. des hôp.*, 1901, 12 Juillet.
9. Tesson. — *Gazette des hôpitaux*, 1901, 22 Août.
10. Sainton et Ferrand. — *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 1901, 5 Décembre, n° 97.
11. Sicard. — « Chromo-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les hémorragies du névraxe. Valeur de la teinte jaunâtre ». *Soc. de biol.*, 1901, 30 Novembre.
12. Poirier, Tuffier, Reynier et Guinard. — *Bull. Soc. de chir.*, 1901, 10 et 17 Décembre.

Plusieurs auteurs, entre autres Wolf[1], Abadie[2], ont, en effet, noté cette constance de l'écoulement sanguinolent du liquide céphalo-rachidien en dehors de toute hémorragie pathologique du névraxe. Nous-mêmes[3], dans le service de notre maître, M. Raymond, à la Salpêtrière, nous avons vu qu'il suffisait, dans certains cas, d'une hémorragie un peu abondante déterminée accidentellement, au moment de la ponction, par la piqûre d'une veine méningée, ou d'une veine du plexus de la queue de cheval, pour que pareil phénomène se produise. Or chacun sait que cet incident, sans gravité du reste, peut arriver à l'opérateur le plus exercé.

Cette constatation a été faite par nous dans trois cas (paralysie générale, vésanie avec gâtisme, comitial en état de mal), sans que l'autopsie de ces malades, faite quelques jours ou quelques semaines après, ait permis de déceler un foyer hémorragique du névraxe. Et pourtant, dans l'un de ces cas (comitial), plus de 50 centimètres cubes de liquide sanguinolent avaient été recueillis dans cinq tubes différents. Dans tous, la coloration était uniforme et le culot de globules rouges déposés par centrifugation uniformément abondant aussi.

Si donc il est très vrai que, dans la grande majorité des cas, après une piqûre accidentelle, le liquide s'échappe sanguinolent d'abord, pour s'éclaircir bientôt, il faut savoir compter avec les exceptions et éviter des erreurs toujours possibles. Seule, la présence de la teinte jaunâtre pourra donner une certitude en présence d'un cas douteux d'hémorragie du névraxe.

Mais il est bien évident qu'il ne faut pas demander à un signe plus qu'il ne peut donner. Le chromo-diagnostic négatif, c'est-à-dire la persistance de la limpidité du liquide céphalo-rachidien, n'impliquera nullement l'absence d'hémorragie, comme certains auteurs l'ont prétendu, pas plus que cette méthode ne peut servir à différencier une hémorragie causée par la rupture d'un anévrisme ventriculaire de celle consécutive à une fracture du crâne ou du rachis, ou même à une contusion cérébrale ou rachidienne sans fracture.

Peut-on aller plus loin et diagnostiquer par ce procédé l'hémorragie sus dure-mérienne et celle sous dure-mérienne? En d'autres termes, lorsqu'on se trouve en présence de la teinte jaunâtre du liquide céphalo-rachidien, peut-on affirmer qu'il s'agit d'une hémorragie toujours sous-méningée ? Les observations ne sont pas encore suffisamment nombreuses pour élucider ce point délicat de diagnostic ? Dans une observation avec autopsie recueillie avec M. Monod, un gros hématome, resté exclusivement sus- dure-mérien, n'avait entraîné aucune coloration du liquide céphalo-rachidien quatre jours après le traumatisme. Nous croyons, du reste, qu'on pourrait aborder le problème avec plus de fruit par un autre côté, en interrogeant la perméabilité méningée.

Nous avons montré dans notre thèse qu'à l'état normal la membrane arachnoïdo-pie-mérienne ne se laisse pas traverser par certains sels comme l'iodure de potassium. Or, dans deux cas d'hémorragie ventriculaire avec chromo-diagnostic positif, nous avons pu constater le passage de ce sel dans le liquide céphalo-rachidien. Il avait été donné à la dose de 4 grammes durant quarante-huit heures. Par contre, chez le malade à l'hématome sus- dure-mérien observé avec M. Monod, la présence du sel n'avait pu être décelée. Ce sont là des recherches intéressantes à poursuivre.

II. — Au cours des *méningites aiguës cérébro-spinales*, tuberculeuses ou bactériennes, le liquide céphalo-rachidien peut également présenter cette teinte jaunâtre (Netter, Bard, Widal). Peut-

1. Wolf. — « Des éléments de diagnostic tirés de la ponction lombaire ». *Thèse*, Paris, 1901.
2. Abadie. — « La ponction lombaire ». *Gazette des hôpitaux de Bordeaux*, 1901, 21 Juillet.
3. Sicard. — *Loc. cit.*

être cette coloration est-elle le fait de petites hémorragies méningées qui se répètent, de petits raptus vasculaires pie-mériens disséminés sur une assez grande surface. Peut-être ne faut-il incriminer que les troubles de perméabilité que nous avons mis en évidence avec MM. Widal et Ravaut, avec M. Monod, et que la méthode cryoscopique et la recherche de l'iodure viennent confirmer. On comprend, dans ces conditions, le passage des pigments du plasma sanguin, et la coloration consécutive du liquide céphalo-rachidien.

III. — Au cours de l'*ictère chronique* on peut encore noter la coloration jaunâtre ou jaune verdâtre du liquide céphalo-rachidien (Gilbert et Castaigne, Widal, Sicard et Ravaut.) Il ne s'agit pas dans ces cas, comme on aurait pu le penser, du passage des pigments biliaires dans le liquide céphalo-rachidien. MM. Widal[1], Sicard et Ravaut ont montré que la recherche des pigments, des sels et des acides biliaires reste négative, même à l'aide de procédés les plus délicats. Il s'agit donc là d'un pigment dérivé très diffusible. Grâce à cette diffusibilité, ce pigment dérivé de la bile passe à travers les parois de la pie-mère, que ne peuvent franchir les pigments biliaires vrais.

***

Recherche du chromo-diagnostic. — Lors de la ponction lombaire, de deux choses l'une :

a) Ou le liquide apparaît non sanguinolent, et alors immédiatement on peut percevoir la présence ou l'absence de la teinte jaunâtre;

b) Ou le liquide s'écoule sanguinolent. Dans ce cas, il faut aussitôt le centrifuger. La réponse sera alors immédiate : au-dessus des globules rouges qui sont projetés en culot au fond du tube, on pourra apprécier la teinte claire ou jaunâtre du liquide.

A une *seconde* ponction faite chez le même malade, il faudra tenir compte de ce fait : y a-t-il eu lors de la première ponction piqûre vasculaire accidentelle du fait de l'aiguille, et le liquide s'est-il écoulé sanguinolent avec abondance? Si oui, à cette seconde ponction, la teinte jaunâtre peut être la conséquence de l'hémorragie accidentelle ainsi créée par l'aiguille, et il faut ne se prononcer qu'avec réserve.

***

Date d'apparition et de disparition de la coloration. — Voici quelques cas personnels :

Trois cas d'*hémorragie cérébrale* :

Premier cas. La réaction faisait défaut au troisième jour (liquide sanguinolent) ; elle existait au sixième. La veille de la mort, dix-septième jour, elle persistait. Autopsie : grosse hémorragie ventriculaire.

Deuxième cas. Au huitième jour, liquide sanguinolent. Réaction positive constatée après centrifugation. Mort le quatrième jour : également hémorragie ventriculaire.

Troisième cas. Ponction au deuxième jour; liquide clair. Ponction au septième; réaction positive. Autopsie le surlendemain : également hémorragie ventriculaire.

Deux cas d'*hématomyélie* :

Premier cas. Ponction douze jours après paraplégie apoplectiforme avec dissociation syringomyélique. Réaction nettement positive. Diagnostic clinique d'hématomyélie.

Deuxième cas. Diagnostic clinique d'hématorachis plutôt que d'hémato myélie (chute de 2 mètres de haut). Ponction dix-huit jours après l'accident, avec réaction positive.

Un cas de *fracture du crâne* :

Deux jours après un traumatisme cranien, ponction avec réaction positive. Le treizième jour, trépanation par MM. Maubert et Degorce, dans le service de M. Segond. Gros hématome sous dure-mérien. Drainage. Ponctionné de nouveau le quinzième et le dix-huitième jour : absence de réaction; liquide absolumen clair. Guérison.

MM. Widal et Le Sourd ont noté le chromodiagnostic positif dès le deuxième jour, à la suite d'une hémorragie cérébrale et M. Tuffier quelques heures après un traumatisme cranien. En général, cette coloration semble apparaître entre le troisième et le sixième jour, mais on comprend que sa date d'apparition soit variable et dépende à la fois du siège et de l'abondance de l'hémorragie.

***

Nature de la coloration. — Vraisemblablement, cette coloration doit se faire, dans le cas d'hémorragie, aux dépens du caillot, sous une influence isotonique ou de filtration probable. Elle peut s'effacer ou diminuer rapidement d'intensité en quelques jours dans les tubes laissés à l'air libre et à la lumière. Elle semble due à un pigment spécial. Nous n'avons pu constater qu'une seule fois (hémorragie cérébrale) la raie de l'hémoglobine au spectroscope, et, dans ce cas seulement aussi, le liquide, joint à de la teinture de gaïac et, à de l'eau oxygénée (oxydation indirecte), donnait la coloration bleue. Dans nos autres observations, qu'il se soit agi d'hémorragies du névraxe ou de méningites, il ne nous a pas été possible de déceler les réactions de l'hémoglobine, soit par la spectroscopie, soit par l'oxydation indirecte. M. Bard avait déjà signalé pareil fait.

Ce pigment en cause dans la plupart des cas, paraît être le pigment normal du sérum : la lutéine, comme a bien voulu nousl'indiquer M. Hénocque. M. Tuffier a noté également dans ses observations la présence de la lutéine.

***

Cytologie du liquide céphalo-rachidien chromatique. — La centrifugation peut ne révéler aucun globule rouge. Par contre, dans nos liquides devenus chromatiques à la suite d'hémorragie du névraxe, nous avons toujours rencontré un certain degré de lymphocytose.

Lorsque la centrifugation aura laissé déposer au fond du tube un petit culot de sang, il ne sera pas, en règle générale, possible d'établir, suivant la formule histologique de ce sang, s'il est de provenance accidentelle immédiate ou s'il a séjourné antérieurement dans la cavité sous arachnoïdienne. Seule la constatation d'une lymphocytose marquée, décelable au milieu des hématies, permettrait d'incliner vers la deuxième hypothèse. Sur un ou plusieurs champs de préparation on peut parfois déceler une polynucléose plus ou moins intense : cette polynucléose n'est pas nécessairement pathologique, elle peut être due à la cueillette par la pipette d'un point du dépôt très riche en polynucléaires. On sait, en effet, que sous l'action du centrifuge les leucocytes polynucléaires moins denses se déposent en couche serrée immédiatement au-dessus des hématies.

***

Telles sont les considérations pratiques et pathogéniques qui permettent d'envisager le « chromo-diagnostic » comme une méthode clinique fidèle des plus instructives, et facilement applicable au lit du malade.

1. Widal. — *Soc. de biol.*, 1901, 30 Novembre.

OBSTÉTRIQUE PRATIQUE

UN RÉGIME PROPHYLACTIQUE DE LA DYSTOCIE

(RÉGIME DE PROCHOWNIK)

Un médecin allemand, M. Bokelmann, vient d'attirer l'attention, dans la *Therapie der Gegenwart*, sur les services que rend le régime alimentaire de Prochownik, employé à titre prophylactique chez les femmes à bassin modérément rétréci ou chez les femmes dont la dystocie tient aux dimensions trop grandes du fœtus. Ce régime, qui s'inspire d'une ancienne pratique française de Dépaul et de Moreau, est destiné à exercer une influence sur la nutrition du fœtus, à entraver temporairement son développement pour en faire un être petit et malingre pouvant passer facilement la filière pelvienne rétrécie. Essayé par Prochownik dans 3 cas chez des femmes chez qui on avait été obligé de recourir antérieurement à l'accouchement prématuré, il a donné un succès complet, c'est-à-dire que les trois femmes ont accouché spontanément à terme, d'enfants maigriots, graciles, dont le développement ultérieur s'est fait normalement.

Le régime de Prochownik ne ressemble en rien au régime débilitant qui, dans le même ordre d'idées, avait étépréconisé par Dewees, médecin américain. Dans le régime de Dewees, la femme était soumise à une alimentation manifestement insuffisante, et, en outre, fréquemment saignée et purgée. Le régime de Prochownik est plus doux et purement diététique, en ce sens que la femme doit suivre pendant les trois derniers mois de sa grossesse un régime alimentaire déterminé. Viandes rôties ou bouillies, mais sans sauces, poissons, légumes verts, salades, fromages, beurre à volonté, pain en très petite quantité, tels sont les aliments permis et recommandés. Comme boisson : 300 à 400 gr. de vin léger par jour. On proscrit d'une façon absolue l'eau, les soupes et les potages, les pommes de terre, les farineux, la bière, le sucre qu'on remplace par la saccharine.

***

M. Bokelmann, qui a essayé ce régime depuis huit ans dans un certain nombre de cas, a constaté qu'il agit à la fois sur le fœtus et sur la mère. Comme Prochownik il a vu que, dans ces conditions, les enfants viennent au monde petits, maigres, élancés, presque dépourvus de tissu adipeux, avec des os du crâne glissant avec une facilité particulière les uns sur les autres. Le passage de la filière pelvienne s'effectue alors aisément, plus facilement toujours que dans les conditions ordinaires. Quant à la mère, on trouve chez elle un utérus se contractant énergiquement, une presse abdominale vigoureuse, et un travail plus régulier et plus soutenu. Il y a donc là, chez la mère comme chez l'enfant, un résultat qui explique le succès du régime de Prochownik dans certains cas de dystocie. Ces cas, d'après l'expérience personnelle de M. Bokelmann, peuvent se ranger en trois catégories :

En premier lieu, les cas dans lesquels il existe un rétrécissement du bassin. Mais, de l'aveu même de M. Bokelmann, on ne doit compter sur l'effet prophylactique du régime de Prochownik que dans les rétrécissements très légers, imperceptibles pour ainsi dire du bassin. Dans les rétrécissements accentués, le régime de Prochownik ne donne rien, et l'accouchement prématuré reste la seule ressource.

La seconde catégorie de femmes passibles du régime de Prochownik sont celles chez lesquelles la dystocie dans les accouchements antérieurs tenait aux dimensions trop grandes du fœtus. Le mode d'action de ce régime sur le fœtus explique suffisamment les succès qu'on obtient en pareil cas.

Il en est de même d'une troisième catégorie de faits : accouchement chez les primipares ayant dépassé l'âge de trente ans. On sait que chez les primipares de cette catégorie l'accouchement présente fréquemment de grandes difficultés ressortissant à des causes multiples. En diminuant le volume du fœtus par un régime approprié, on arrive, dans une certaine mesure, à rendre cet accouchement moins difficile.

D'après M. Bokelmann, le régime de Prochownik, surtout quand il est institué d'une façon

progressive, est facilement accepté, et bien supporté par la mère. Quant à la maigreur du fœtus elle est passagère; l'enfant engraisse rapidement après la naissance et son développement ultérieur se fait normalement.

Le régime prophylactique de Prochownik est donc une intervention qu'on peut tenter sans danger pour la mère et pour l'enfant, surtout dans les cas où la dystocie qu'on redoute, ne se présente pas sous un aspect grave.

R. Romme.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

17 Janvier 1902.

Note complémentaire sur un cas de cancer du foie et des ovaires. — *M. R. Marie* a fait des coupes des tumeurs du foie et des ovaires présentées par M. Lecornu dans la séance précédente. Il s'agit d'un épithéliome tubulé à cellules irrégulières, à point de départ ovarien et avec généralisation au foie.

Deux cas de traumatisme du pied. — *M. Morestin* montre un premier cas de traumatisme du pied, où l'on constata, par la radiographie, une fracture des 2e et 3e métatarsiens, avec lésions au niveau de l'articulation de Lisfranc.

Dans un second cas de traumatisme, il y eut luxation du pied en dehors, sans fracture de la malléole externe et avec arrachement du ligament latéral interne.

M. Souligoux rappelle qu'il a reproduit expérimentalement la luxation du pied en dehors sans fracture de la malléole.

Appendicite. — *M. Souligoux* présente deux appendices : le premier, opéré à froid deux mois après la crise d'appendicite, fut trouvé libre dans le pus de l'abcès de la fosse iliaque, sectionné spontanément et cicatrisé; le deuxième était étranglé en même temps qu'une anse intestinale dans une hernie congénitale.

Tumeur épithéliale de l'épaule, avec substitution de tissu conjonctif. — *M. R. Marie* montre une tumeur de l'épaule, intéressante au double point de vue diagnostique et pronostique.

Cette tumeur, large comme la moitié de la main, était extrêmement dure à la coupe, formée de lobules n'adhérant pas au corps muqueux de Malpighi, sans suc cancéreux et avec des reflets bleutés comme du cartilage. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux à globes, mais à évolution surtout cornée, à tel point que presque toute la tumeur était formée de cellules cornées, et que très peu montraient encore leur noyau coloré.

Dans certains de ces lobules épithéliomateux, le centre était désintégré, et sur certains d'entre eux on voyait un bourgeon fibreux perforer par effraction la paroi épithéliale et venir s'épanouir dans l'intérieur de la cavité. Dans ce tissu conjonctif très vascularisé on voyait d'énormes cellules géantes englobant des détritus cellulaires et même des cellules cornées tout entières.

En un mot, il y a ici un processus de substitution de tissu conjonctif inflammatoire à un tissu néoplasique, un véritable processus de guérison de l'épithélioma.

Kyste dermoïde de l'ovaire à pédicule tordu. — *M. Mouchotte* présente un kyste de l'ovaire droit, à pédicule tordu, enlevé par M. Bazy. La femme qui portait cette tumeur a quitté l'hôpital complètement guérie. Cette femme eut en 1897, 1899, 1900, et plusieurs fois en 1901, des crises douloureuses très violentes. Les douleurs siégeaient dans le côté droit du ventre et la région lombaire, s'accompagnaient de constipation, de météorisme. Lors de la dernière attaque, une tuméfaction fut constatée dans la partie droite de l'abdomen.

Cliniquement, l'observation est intéressante par l'influence réciproque de la menstruation sur les crises, et des crises sur la menstruation, puis par l'erreur de diagnostic faite en ville (coliques néphrétiques, hydronéphrose), erreur rectifiée en partie à l'hôpital (kyste ovarique avec poussées de péritonite). Au point de vue anatomique, il convient de remarquer la participation de la trompe au mouvement de torsion.

Anomalie artérielle. — *M. Duclaux* communique un cas d'anomalie artérielle : un tronc commun naît de la fémorale à 2 centimètres au-dessous de l'arcade crurale, donnant naissance à l'épigastrique, à l'obturatrice, à la honteuse externe supérieure et à la circonflexe interne. Les deux premières branches sont en rapport direct avec le canal inguinal et le canal crural, d'où blessure presque certaine en cas de kélotomie.

Tumeur du rein. — *MM. Duclaux* et *Chevassu* apportent une tumeur du rein extirpée par la voie lombaire. La tumeur a conservé la forme du rein. A la coupe, la substance rénale apparaît refoulée par le néoplasme à la partie supérieure et externe, formant une coque qu'on peut suivre jusqu'au pôle inférieur. Au centre du néoplasme, on voit quelques foyers hémorragiques.

Au microscope, il s'agit d'un adéno-épithéliome du rein, développé aux dépens des épithéliums des tubes excréteurs, avec bourgeon secondaire dans le bassinet, et lésions de néphrite chronique dans la portion respectée du parenchyme rénal.

M. Cornil fait remarquer l'impossibilité de trouver, aux zones de transition, le passage de l'épithélium normal des tubes aux éléments épithéliomateux.

La structure de ces tumeurs du rein est toujours la même : cellules claires dont quelques-unes contiennent de la graisse, hémorragies multiples, alvéoles à parois minces, avec une seule rangée de cellules.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

24 Janvier 1902.

Ablation d'une tumeur du cerveau; suites opératoires. — *M. Poirier* annonce à la Société que la malade qu'il a opérée pour une tumeur cérébrale, tumeur présentée dans la dernière séance comme étant probablement un gliome, est actuellement en bonne voie de guérison. Dès le lendemain de l'opération elle sortait du coma, le deuxième jour elle pouvait parler, le troisième on voyait disparaître la paralysie du membre inférieur, le quatrième jour la paralysie du membre supérieur et la paralysie faciale, le septième enfin celle de la vessie et du rectum. Bref, aujourd'hui la guérison complète semble devoir être considérée comme prochaine.

Sur les morts dues au chloroforme. — *M. Hartmann* ne partage pas la confiance de M. Richelot relativement aux inhalations préalables de bromure d'éthyle qui, par leur action congestive sur les centres nerveux, permettraient d'éviter à coup sûr les accidents syncopaux du début de la chloroformisation. Sur 411 cas dans lesquels il a eu recours à cette méthode d'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme, M. Hartmann compte, en effet, une mort, survenue brusquement après l'administration des premiers grammes de chloroforme.

M. Gérard-Marchant a toujours redouté le chloroforme, qui lui a tué sept de ses opérés. Aussi s'est-il empressé de recourir à l'éther dès que cet anesthésique eut fait ses preuves. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de six ans, il n'a plus eu la moindre alerte au cours de ses anesthésies, et il opère actuellement ses malades avec la plus complète sécurité.

M. Chaput déclare que la mortalité par chloroforme est beaucoup plus élevée qu'on ne l'avoue. Dans sa statistique personnelle cette mortalité s'élève à 1 ou 2 pour 1000. Il ajoute d'ailleurs que l'éther n'est pas moins dangereux : s'il ne tue pas par syncope, il tue par asphyxie, ou un peu plus tard par les congestions pulmonaires qu'il provoque si fréquemment. Aussi M. Chaput a-t-il adopté l'anesthésie mixte, si en honneur chez nos voisins d'Allemagne; il donne d'abord l'éther pour éviter les syncopes blanches du début de la chloroformisation, et il continue par le chloroforme pour se mettre à l'abri des accidents pulmonaires de l'éthérisation.

Sur la stérilisation et la conservation du catgut dans l'alcool absolu. — La communication faite sur ce sujet par M. Legueu, dans la dernière séance, provoque une discussion à laquelle prennent part *MM. Picqué, Chaput, Delbet, Broca, Legueu.* De cette discussion, il résulte que pour les uns (Picqué), la fragilité et la rigidité du catgut stérilisé et conservé dans l'alcool absolu tient uniquement aux manipulations, dégraissage et dessèchage, qu'il a subies avant sa stérilisation, tandis que pour d'autres (Delbet), ces défauts de résistance sont la conséquence d'une stérilisation défectueuse dans des autoclaves ne fermant pas hermétiquement, laissant par conséquent échapper les vapeurs d'alcool en sorte que lorsqu'on ouvre l'autoclave, on le trouve vide d'alcool : le catgut, stérilisé ainsi à sec, est devenu cassant. M. Legueu ne partage ni l'une ni l'autre de ces opinions : pour lui, la fragilité et la rigidité du catgut stérilisé à l'alcool absolu ne tiennent ni au dessèchage préalable, car après ce dessèchage les fils sont aussi résistants qu'avant, ni à l'évaporation de l'alcool, car M. Legueu pratique toujours la stérilisation en tubes scellés, mais uniquement à la conservation du catgut dans l'alcool absolu. C'est pourquoi il a inventé le dispositif présenté dans la précédente séance : depuis qu'il s'en sert il n'a plus qu'à se louer de la solidité et de la souplesse des fils de catgut ainsi préparés.

Sur la gangrène des fibromes utérins. — La pièce présentée dans la précédente séance par M. Walther (je rappelle qu'il s'agissait d'un fibrome utérin envahi par des végétations cancéreuses, et en voie de gangrène), donne matière à une longue discussion sur la gangrène des fibromes.

M. Peyrot. Cette gangrène est très fréquente, même pour les fibromes interstitiels, puisque ce sont les seuls dont il est question ici; et il n'est pas rare de trouver à la coupe d'un de ces gros utérus fibromateux et douloureux qu'on rencontre surtout chez certaines femmes âgées, cachectisées, des noyaux grisâtres, ardoisés ou même bleus, plus ou moins ramollis et sentant mauvais, qui ne sont autre chose que des fibromes en voie de mortification, de gangrène.

M. Michaux estime que ces altérations, sur la nature desquelles il partage l'opinion de M. Peyrot, se présentent encore plus souvent que ne le pense son collègue : personnellement, il les a rencontrés cinq ou six fois en l'espace de deux ans.

M. Quénu n'est pas du tout de l'avis des orateurs précédents. La gangrène des fibromes interstitiels est chose très rare : un de ses élèves, M. Bisch, n'en a trouvé que 37 cas authentiques dans la littérature; et personnellement M. Quénu n'en a observé que 2 cas. Les altérations décrites par M. Peyrot sont des signes de dégénérescence des fibromes, d'une diminution de vitalité. La gangrène est autre chose : elle comporte la modification complète du fibrome et son envahissement par les microbes de la putréfaction.

Le fibrome gangréné ne se présente pas sous la forme d'une masse couleur gris ardoise ou feuille morte, plus ou moins ramollie, et sentant plus ou moins mauvais, mais sous celle d'une masse noir verdâtre, putride, d'odeur infecte. C'est là une complication des plus graves des fibromes utérins, puisque sur 22 cas opérés on compte 16 morts. M. Quénu accorde, d'ailleurs, que les fibromes en voie de dégénérescence sont des proies faciles pour la gangrène.

M. Bouilly estime qu'on a trop de tendance à qualifier du nom de gangrène des altérations des fibromes qui n'ont rien à voir avec cette grave complication. Il faut distinguer : les troubles de nutrition des fibromes, les phénomènes d'infection dont ils peuvent être le siège, et enfin la gangrène vraie. Celle-ci est relativement fréquente pour les fibromes sous-muqueux, devenus cavitaires, et qui se sont étranglés dans le col utérin; quant à la gangrène vraie des fibromes interstitiels, M. Bouilly ne l'a jamais observée.

M. Hartmann a vu également des apoplexies des fibromes qui correspondent aux altérations décrites par M. Peyrot; il a vu des fibromes infectés, abcédés, mais il n'a jamais observé qu'un seul cas de gangrène d'un fibrome interstitiel, et M. Terrier lui a dit n'en avoir observé que 3 cas dans sa longue pratique.

Gastroentérostomie pour sténose pylorique maligne. — *M. Chaput* présente une femme chez qui il a pratiqué une gastroentérostomie pour sténose du pylore par un néoplasme. Dans cette opération, les sutures ont été remplacées par les agrafes métalliques dont M. Chaput est l'inventeur, et qu'il a déjà présentées à la Société; ce procédé abrège notablement la durée de l'opération. Les suites opératoires ont été parfaites. L'opération avait été pratiquée sous l'anesthésie cocaïnique.

Pièce de grossesse extra-utérine. — *M. Reclus* présente une pièce de grossesse extra-utérine rompue dans l'abdomen, et ayant donné lieu à une inondation intra-péritonéale vraiment effrayante. Or la poche est des plus petites, et la fissure qui a donné lieu à l'hémorragie est si minime, qu'elle est à peine perceptible.

J. Dumont.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

22 Janvier 1902.

Présentation d'appareil (Thermoplasme électrique). — *M. Larat.* Cet appareil utilise l'électricité pour chauffer une compresse souple pouvant se mouler sur toutes les parties du corps. Il permet d'appliquer la chaleur à une température absolument constante, dont on peut à volonté régler le degré entre 40° et 100° centigrades.

Le thermoplasme se compose de deux parties distinctes : une compresse chauffante et une boîte de réglage dans laquelle une manette et une série de contacts permettent de passer progressivement de 40° à 100°. Une petite lampe témoin s'éclaire dès que le courant passe, et augmente de clarté à proportion de la chaleur développée dans la compresse.

Du régime lacté intermittent. — *M. Camescasse.* Le régime lacté intégral est souvent très difficile à faire accepter par certains malades, particulièrement à la campagne. Je me suis très bien trouvé d'un régime lacté intermittent, constitué de la façon suivante : deux jours consécutifs par semaine, régime lacté absolu; les autres jours, régime lacté mitigé. Les malades acceptent volontiers cette réglementation alimentaire, et ces deux jours de cure lactée permettent aux émonctoires le repos nécessaire.

Dans des cas de migraine, d'albuminurie gravidique, cette méthode m'a donné d'excellents résultats.

Traitement de la pustule maligne. — *M. Camescasse.* En 1898, j'ai présenté un traitement de la fistule maligne consistant dans la large incision cruciale de l'escarre, incision dépassant la couronne des vésicules et pénétrant jusqu'aux tissus non sphacélés; je pratiquais ensuite une cautérisation à la teinture d'iode et j'appliquais en permanence un pansement humide au carbonate de soude. Actuellement, je remplace la cautérisation à la teinture d'iode par un arrosage de la plaie à l'eau oxygénée, pendant un temps très court. A la suite de ce traitement on voit le processus local se limiter et l'état général se modifier très rapidement.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

22 Janvier 1902.

Sur la salubrité du métier de peintre. — *M. Vaillant.* On vient de renouveler la campagne contre la céruse. Je crois que l'opinion s'égare : en premier lieu on a le tort de n'incriminer que la céruse, car bien d'autres couleurs sont à base de plomb (le minium, par exemple, qui est plus toxique que la céruse).

D'autre part, il y a peu de couleurs qui ne soient fraudées, et elles sont fraudées avec des produits à base de plomb; la céruse en particulier, sert à frauder le blanc de zinc.

Enfin beaucoup de produits sont vendus liquides, tout préparés, et beaucoup sont à base de plomb.

La vérité est donc qu'il est impossible d'éviter que l'ouvrier ne manie des substances dangereuses plombifères. Ce serait lui donner une sécurité trompeuse que de lui laisser croire qu'il sera à l'abri de tout danger le jour où on aura décrété la suppression de la céruse.

Le rôle de l'hygiéniste, en pareille matière, c'est d'insister auprès de l'ouvrier pour qu'il prenne les précautions nécessaires afin d'éviter l'intoxication. Les bons ouvriers, instruits et soigneux, ne s'intoxiquent pas, mais un grand nombre de peintres n'ont pas fait un apprentissage suffisant, ils ne savent pas manier les produits dangereux ; ce sont ces ouvriers négligents et incapables qui deviennent saturnins. Ce serait une erreur économique que de vouloir supprimer la céruse, car la véritable prophylaxie consiste dans la réforme du travail et dans le perfectionnement de l'éducation ouvrière.

M. Bize.

ANALYSES

PARASITOLOGIE

H. Schlesinger et A. Weichselbam. ***Un cas de myiase intestinale avec autopsie*** (*Wien Hlin. Wochenschr.*, 1902, 2 et 9 Janvier, nos 1 et 2, p. 1 et 40). — On sait que sous le nom de myiase intestinale on désigne la présence des larves de mouche dans l'intestin.

L'observation que publient les auteurs a trait à un homme de vingt-deux ans, ingénieur, ordinairement bien portant, et ne présentant pas d'antécédents personnels ou héréditaires particuliers, qui, dix-huit mois avant sa mort, a eu pour la première fois des selles sanguinolentes. Ces selles, après avoir persisté pendant quelques jours, disparaissent. Mais six mois plus tard, les selles redeviennent sanguinolentes, contiennent des mucosités et du pus et exhalent une odeur putride. Pas de fièvre, pas de douleurs abdominales. L'examen du malade montre seulement l'existence d'une muqueuse rectale turgescente, congestionnée, saignant au moindre contact et recouverte de fausses membranes. L'examen des selles montre l'absence d'amibes et d'entozoaires.

En Mai 1901 on constate, pour la première fois, la présence, dans les selles, de larves de mouches en quantités considérables. On prend toutes les précautions pour éviter une contamination accidentelle, et, à plusieurs reprises, on constate de nouveau la présence de ces larves vivantes. Dès lors le malade commence à s'affaiblir. Une fièvre modérée s'allume, le gros intestin devient douloureux, les urines contiennent des cylindres et de la nucléo-albumine. Malgré toutes les médications, l'état ne s'améliore pas; de temps en temps le malade a des selles contenant des quantités considérables de larves vivantes. Mort en octobre 1901.

A l'autopsie on trouve pour toute lésion trois ulcérations volumineuses échelonnées le long du gros intestin. Dans le contenu du tube digestif on ne trouve pas de larves de mouches.

L'étude critique de cette observation et des faits consignés dans la littérature amène les auteurs à conclure que la lésion à laquelle a succombé le malade était produite par les larves de mouches.

A. Romme.

CHIRURGIE

A. Nehrkorn. ***Colostomie temporaire dans un cas de dysenterie chronique*** (*Deut. med. Wochenschr.*, 1902, 2 Janvier, n° 1, p. 9). — L'observation que publie l'auteur a trait à un homme de dix-neuf ans atteint de dysenterie chronique rebelle à toutes les médications. Au bout de quatre mois, le malade étant profondément anémié, amaigri, cachectique, on se décida à faire, vu l'échec du traitement médical, la colostomie. L'anus iliaque une fois établi, le malade fut du coup débarrassé de tous ses troubles. Il engraissa rapidement, les selles reprirent leur aspect normal, le nombre d'hématies et le taux d'hémoglobine augmenta. Quatre mois plus tard, on ferma l'anus artificiel et le malade guérit définitivement.

Les cas de traitement chirurgical de la dysenterie chronique sont très rares, et l'auteur n'en cite dans son travail que cinq ou six.

R. Romme.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Fr. Kluk-Kluczycki (Vienne). ***Traitement de la constipation par la cascarine*** (*Wiener klinische Rundschau*, 1901, 22 Décembre, n° 51, p. 967. — La *cascarine* est le principe actif du *cascara sagrada*, écorce du *Rhamnus Purshiana*, arbre de la famille des Rhamnacées (Californie). C'est un sel bien défini qui se présente sous forme d'aiguilles prismatiques de coloration jaune orangée, inodore, insipide, insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool, l'éther et les solutions alcalines auxquelles il donne une coloration pourpre.

La cascarine est avant tout un médicament cholagogue : elle provoque une sécrétion abondante de bile et par là assure à la fois l'évacuation et la désinfection de l'intestin. Elle a donc l'avantage sur les autres purgatifs et laxatifs, qui agissent soit en provoquant une hyperosmose considérable, soit en excitant la contractilité de l'intestin, de pouvoir être administrée dans les cas où toute contraction intestinale, toute perte notable de liquide est contre-indiquée : ainsi pendant la grossesse, pendant la lactation, après les opérations abdominales.

La cascarine se prépare sous forme de pilules ou d'élixir (10 centigrammes par pilule ou par cuillerée à soupe d'élixir), Dose habituelle : 1 à 3 pilules par jour pour les adultes, 1/2 à 2 cuillerées à café d'élixir pour les petits enfants au-dessous de deux ans, 1 à 3 cuillerées à soupe pour les adultes.

M. Kluk-Kluczycki a employé systématiquement la cascarine depuis six mois dans tous les cas de constipation qu'il a eu à traiter. Il a pu se convaincre comme tous ceux qui avant lui avaient expérimenté ce produit, que l'usage prolongé de la cascarine n'exerce aucun trouble sur les fonctions digestives tout au contraire il a constaté fréquemment une augmentation de l'appétit, fait qui s'explique par l'action excitatrice de la cascarine sur les sécrétions glandulaires.

Jamais aucun des sujets en traitement n'a ressenti la moindre colique à la suite de l'usage de la cascarine. Dans les cas de constipation modérée, l'effet du médicament se faisait généralement sentir au bout de cinq heures, au bout d'un temps double dans les cas de constipation invétérée ; souvent une deuxième selle survenait deux ou trois heures après. Parfois une seule dose suffisait à assurer les garde-robes pendant deux jours de suite. Même continué pendant des semaines, le médicament n'a jamais amené l'accoutumance, et les malades, une fois guéris des causes de leur constipation, présentèrent comme auparavant des garde-robes spontanées.

Les plus beaux résultats furent obtenus dans les cas d'insuffisance de sécrétion biliaire, dans les cas d'ictère catarrhal, de congestion hépatique et dans la cirrhose hépatique à ses différents stades.

Dans tous ces cas, l'usage de la cascarine eut pour effet immédiat de ramener la coloration des selles et de supprimer ou au moins d'atténuer la congestion douloureuse du foie.

En somme, la cascarine remplit toutes les indications du podophyllin, avec cet avantage en plus qu'elle exerce une action des plus favorables sur la sécrétion gastrique, ce qui n'est pas à dédaigner si l'on songe que la plupart des constipés sont des dyspeptiques.

J. Dumont.

SÉROTHÉRAPIE, OPOTHÉRAPIE

Gottlieb Markl. ***Recherches expérimentales sur l'extrait anti-typhique de Jez.*** (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1902, 16 Janvier, n° 3, p. 65). — Il y a trois ans M. Jez avait publié un travail dans lequel il faisait connaître les bons effets du traitement de la fièvre typhoïde par l'extrait des organes des animaux immunisés. D'après cet auteur, les substances antitoxiques spécifiques qui se forment pendant la vaccination antityphiques s'accumuleraient non pas dans le sérum, mais dans certains organes de l'animal : moelle osseuse, rate, ganglions lymphatiques. Le liquide qu'il employait dans le traitement de la fièvre typhoïde n'était donc pas le sérum des animaux immunisés, mais l'extrait des organes ci-dessus énumérés, qu'on faisait, après broiement, macérer dans une solution composée de glycérine, de chlorure de sodium et d'eau et d'alcool.

Pour vérifier la valeur thérapeutique de l'extrait de Jez, M. Markl a fait à l'Institut de sérothérapie de Vienne, dirigé par le professeur Paltauf, une série de recherches sur des animaux qui furent traités les uns par l'extrait de Jez, d'autres par du sérum antityphique, d'autres encore par l'extrait d'organes d'animaux normaux.

Ces recherches ont montré que l'extrait de Jez était beaucoup moins actif que le sérum des animaux dont les organes ont servi à préparer l'extrait. L'action de l'extrait était manifestement due à la présence des substances immunisantes, lesquelles substances se trouvaient en plus grande quantité dans le sérum antityphique et faisaient entièrement défaut dans le sérum des animaux neufs.

Un dernier point, que M. Markl a enfin établi, c'est que l'extrait de Jez avait des propriétés anti-infectieuses mais ne possédait aucun pouvoir antitoxique.

R. Romme.

PATHOLOGIE EXOTIQUE

De Schuttelaere ***Une épidémie de « béribéri » à Diego-Suarez*** (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1901, Décembre p. 470). — L'auteur, à propos d'une épidémie de béribéri, nous donne quelques notions très intéressantes à connaître sur la symptomatologie, l'étiologie et la thérapeutique de cette affection, inconnue en Europe.

Les malades présentaient les deux formes classiques du beriberi : la *forme sèche*, à marche rapide, parfois foudroyante, et la *forme humide*, à marche lente.

Dans la première, ils accusaient de la parésie des membres inférieurs, de la constriction abdominale et des douleurs en ceinture, des phénomènes d'anorexie, des vomissements, de la diarrhée ou de la constipa-

tion, et enfin de la dyspnée entraînant la mort par asphyxie. La névrite du nerf vague peut expliquer plusieurs de ces symptômes. A l'autopsie, on trouvait une hyperémie généralisée des poumons dont le poids était augmenté d'un tiers, de 1.300 à 1.600 grammes : à la coupe, un ruissellement de sérosité œdémateuse; le cœur était hypertrophié ou dilaté; il y avait toujours un épanchement péricardique abondant; enfin la rate était dure, hypertrophiée.

La forme humide était caractérisée par l'œdème des membres inférieurs, accompagné de troubles de la motilité et de la sensibilité, et de tachycardie; quand l'issue devait être fatale, le ventre se ballonnait, la dyspnée survenait (œdème aigu du poumon), puis l'asphyxie.

Ces deux formes, sèche et humide, se combinaient parfois dans des proportions variables pour donner des formes mixtes : fait à noter, il n'y avait jamais d'albuminurie.

Dans cette épidémie, le riz a été le principal facteur étiologique : la maladie était due à la consommation du riz de Cochinchine, déjà ancien et *ayant subi une certaine altération*. Tous les groupes de mangeurs de riz furent frappés; aucun Européen n'eut le béribéri. La suppression du riz amena la suppression immédiate de la maladie. Cependant les circonstances dans lesquelles s'est développée la maladie font admettre l'existence, à côté de l'agent infectieux qui se trouvait dans le riz, d'un facteur local — tellurique? — qui jouerait le rôle d'adjuvant.

Le traitement fut surtout symptomatique : déplétifs, diurétiques, toniques, cardiaques, régime lacté au début, ration européenne plus tard.

Comme prophylaxie, il faut en tout temps faire donner aux indigènes une ration riche en azote et hydrocarbones (viande et graisse ou huile).

Une fois le béribéri reconnu, faire donner, en place de riz, du pain, du maïs ou du paddy-riz frais non décortiqué.

Il ne faut pas craindre de faire travailler les autres indigènes non malades, car il est d'observation que faire remuer une troupe en proie au béribéri est une bonne chose; le stationnement et l'inaction sont plutôt funestes.

G. Fischer.

FACULTÉ DE PARIS

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — M. le professeur Landouzy commencera ses leçons de clinique le vendredi 31 Janvier, à 10 heures du matin, à l'amphithéâtre de la clinique médicale, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Visite et examen des malades, tous les matins, à 9 heures : salles Guersant (crèche), Chomel (hommes), et Broca (femmes).

Lundi, à 10 heures : Consultation : diagnostics et ordonnances commentés.

Mardi, à 10 heures : Leçon clinique.

Mercredi et jeudi, à 10 heures : Conférences et démonstrations de technique clinique : stéthoscopie, bactérioscopie, cytoscopie, uroscopie, etc., par MM. Georges Brouardel, Otto Josué, chefs de clinique, et Marcel Labbé, Léon Bernard, chefs de laboratoire.

Vendredi, à 10 heures : Leçon clinique.

Samedi, à 10 heures : Conférences de pharmacie. Exécution des ordonnances; présentation des préparations officinales et magistrales, par M. Georges Lécuyer, interne en pharmacie.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

École annexe de médecine navale de Toulon. — M. Bouras, médecin de 1re classe de l'armée de mer, vient d'être nommé pour cinq années aux fonctions de professeur d'anatomie à l'École annexe de médecine navale de Toulon.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Saint-Antoine (Radiologie médicale). — M. A. Béclère commencera le dimanche 2 Février, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de *huit conférences sur les premières notions de radiologie médicale* indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de radiographie. — Ces exercices ont lieu dans le laboratoire de M. Béclère, les lundis, mercredis et vendredis à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine, tous frais compris.

NOUVELLES

Paris et Départements

Hommage au professeur Fournier. — Le professeur Fournier devant quitter, à la fin de l'année scolaire 1901-1902, la chaire de clinique de l'hôpital Saint-Louis, ses élèves et ses amis ont décidé de lui offrir une médaille. Les personnes désireuses de prendre part à la souscription sont priées d'adresser, avec leur carte, leur cotisation à M. Rueff, trésorier, 106, boulevard Saint-Germain, ou à l'un des membres du comité ci-après. Le prix de la cotisation est de 25 francs et donne droit à un exemplaire de la médaille. qui sera exécutée par M. Chaplain, membre de l'Institut.

Le Comité se compose de : MM. A. Doyon, associé de l'Académie de médecine (Lyon); E. Gaucher, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris; F. Balzer, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Barthélemy, ancien chef de clinique; L. Hudelo, médecin des hôpitaux; P. Gastou, ancien chef de clinique; E. Emery, ancien chef de clinique; Edmond Fournier, ancien chef de clinique; Milian, chef de clinique.

Distinction honorifique. — M. Gley, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris et assistant d'histoire naturelle au Muséum, vient d'être nommé chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Corps de santé de la marine. — Sont promus dans le corps de santé de la marine : au grade de médecin principal, M. Gorron; au grade de médecin de première classe, M, Pernet.

M. Richard est nommé médecin auxiliaire de 2e classe.

Ecole coloniale. — M. Duvau vient d'être chargé, à l'Ecole coloniale, du cours d'hygiène coloniale et médecine pratique.

Le Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels. — Les délégués des syndicats médicaux sont convoqués le dimanche 23 Février 1902 à l'effet d'élire un représentant au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels, en remplacement de M. Le Baron, décédé.

Le projet de loi sur la santé publique. — On vient de distribuer aux membres du Sénat le rapport de M. Cornil sur le projet de loi modifié par la Chambre ayant pour objet la protection de la santé publique.

La Chambre avait supprimé du projet voté par le Sénat le dernier alinéa de l'article 25.

Suivant cet article, on aurait créé, au ministère de l'Intérieur, six places d'inspecteurs adjoints à l'inspection générale des services sanitaires. Ces fonctionnaires auraient été chargés des missions nécessitées par l'application de la loi.

Sur la proposition de la commission de la Chambre et du gouvernement, la Chambre des députés supprime cette disposition :

« Bien qu'elle nous ait paru utile au bon fonctionnement de la loi, dit M. Cornil dans son rapport, nous n'hésitons pas à vous en proposer le sacrifice, afin que ce projet soit adopté par vous tel que la Chambre nous l'a renvoyé, et que ses très importantes dispositions acquièrent le plus tôt possible force de loi ».

L'Académie de médecine. — Dans sa dernière séance, la Commission du Vieux Paris s'est occupée de savoir si l'ancienne chapelle de la Charité, rue des Saints-Pères, actuellement occupée dans sa partie inférieure par l'Académie de médecine, n'allait pas se trouver menacée par suite du transfert prochain de cette Académie dans les locaux qui lui sont aménagés rue Bonaparte. Or, ce déplacement ne compromettra en rien l'existence de la chapelle en question, qui dépend de l'hôpital de la Charité et appartient, par conséquent, à l'Assistance publique.

Le culte maronite a sollicité de cette Administration l'autorisation de disposer de la chapelle lorsque l'Académie de médecine sera partie.

Il n'y a donc pas lieu d'avoir d'inquiétude sur la conservation de l'édifice, lequel, reconstruit à la fin du XVIIIe siècle, est d'un intérêt médiocre, et n'a jamais servi au culte. Il rappelle surtout la clinique de Corvisart, si célèbre et si mémorable par le mouvement qu'elle entraîna. Il est bon de rappeler à ce sujet que la grande plaque de marbre gravé qui surmontait l'entrée de cette clinique gît lamentablement, cassée en deux morceaux, dans une cave oubliée de l'hôpital de la Charité.

Le musée de l'Assistance publique. — La commission du Vieux-Paris, dans la même séance, a demandé que le vieil hôtel présentement occupé par la pharmacie centrale des hôpitaux, sur le quai de la Tournelle, soit classé comme monument historique, et converti en un musée de l'Assistance publique.

Étranger

L'Association des étudiants en médecine de Liége. — Cette Association célébrera les 25, 26 et 27 Janvier, le 25e anniversaire de sa fondation. Il y aura de nombreuses réjouissances et une partie sérieuse, un congrès international d'étudiants et docteurs en médecine, suivi d'une conférence du prof. Calmette, de Lille, sur le « rôle social du médecin ».

CONCOURS

Internat. — ***Anatomie.*** — Séance du 21 Janvier : MM. Boulouneix, 4; Lesage, 3; Clément, 6; Tixier (L.S.J.), 9; Français (Ray.), 9; Viteman, 10; Blanluet, 7; Durozoy, 7; Barnsby, 8. — *Absents* : MM. Mariette, Lamarre, Labarriéri, Séris, Jousset, Mathieu (P.A.), Moreau (Pierre).

Séance du 23 Janvier : MM. Heller, 8; Kauffmann, 7; Laurent, 7; Cotonnec, 6; Blondin, 9; Gachet, 6; Matry, 6; Cointepas, 3; Foisy, 9. — *Absents* : MM. Braun, Goulard, Hernandez, Evrard.

Pathologie. — Séance du 21 Janvier : MM. Berthaux, 8; Grosset, 7; Rouhier, 6; Simon, 7; Rabourdin, 9; Bernheim, 7; Landowski, 10. — *Absents* MM. Billaudet, Maillard.

Séance du 24 Janvier : MM. Combet, 8; Degles, 10; Toisot, 11; Dick, 9; Luteaud, 9; Marie, 7; Morizetti, 12: Caillaud, 8; Juquelier, 10; Aubin, 6. — *Absent* : M. Apte.

Le personnel médical de la Préfecture de la Seine. — Un concours sur titres est ouvert pour l'admission à six places de médecin adjoint de la Préfecture de la Seine.

Peuvent seuls prendre part à ce concours des docteurs de nationalité française, domiciliés à Paris.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 24 février prochain inclus, de 10 heures à 4 heures, à la direction du Personnel (2e section).

Les pièces à fournir sont : 1° Demande sur papier timbré, énumérant les titres médicaux, scientifiques, administratifs ou autres; 2° Diplôme de docteur en médecine, ou certificat en tenant lieu; 3° Certificat constatant les situations occupées antérieurement; 4° Publications médicales; 5° Expédition de l'acte de naissance; 6° Extrait du casier judiciaire.

Prix Maillot (décerné par la Société de médecine d'Alger). — Le concours sur la malaria en Algérie sera clos le 30 Avril 1902. Ce prix, triennal, est d'une valeur de 300 francs.

Conditions du concours. — Les concurrents ont toute latitude pour traiter le sujet comme ils l'entendent, c'est-à-dire qu'ils pourront, soit embrasser l'ensemble du sujet, soit limiter leur travail à un point quelconque de la maladie ou à une monographie régionale.

Les mémoires devront être envoyés avant le 30 avril prochain au président de la Société de médecine d'Alger (M. Vincent, 12, rue Dumont-d'Urville), dans les formes ordinaires des concours, c'est-à-dire qu'ils devront porter une devise, laquelle sera reproduite sous pli cacheté contenant en même temps le nom de l'auteur.

Ces travaux ne devront pas remonter au delà de trois ans.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 9. — Mercredi, 29 Janvier 1902. — 10 FRANCS par an.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

SOCIÉTÉS SAVANTES

NOUVELLES

LA CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL LAENNEC

Vendredi prochain 31 janvier, le professeur Landouzy commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Laënnec. C'est pour cet hôpital une inauguration, le siège de l'une des cliniques de la Faculté, celle de la Pitié, y ayant été transporté. J'en profite pour rappeler quelques faits intéressants relatifs à l'enseignement de la clinique interne aux diverses époques de 1795 à 1902, depuis son origine jusqu'à ce jour.

* *

L'enseignement clinique date de la fondation de la Faculté de médecine en 1795. Avant la Révolution l'enseignement de l'ancienne Faculté était purement théorique ; les professeurs se bornaient à commenter Hippocrate et Galien, à expliquer les aphorismes ; l'enseignement pratique n'existait pas.

En 1786, cependant, en s'inspirant de ce qu'avaient fait les chirurgiens avec Desault, un médecin, Desbois de Rochefort, avait inauguré des leçons de clinique médicale à l'hôpital de la Charité.

Desbois de Rochefort fut le maître de Corvisart qui, en 1795, lors de la réorganisation de l'enseignement médical, fut désigné comme professeur du cours de médecine clinique interne, dans ce même hôpital de la Charité devenu l'hospice de l'Unité. Corvisart est donc le premier professeur de clinique médicale de la Faculté ; Lallement, qui fut nommé en même temps que lui était chargé de la médecine à l'hospice de Perfectionnement, mais c'était une clinique spéciale où l'on ne soignait que les maladies graves ou rares.

La clinique médicale fut donc enseignée depuis 1795 jusqu'en 1822, dans deux services, l'un


Béhier.


Lasègue.


Jaccoud.


Landouzy.

installé à la Charité, l'autre à l'hospice de Perfectionnement [1].

En 1822, on sait que le gouvernement de la Restauration licencia brutalement la Faculté pour la reconstituer selon ses vues politiques. Lors de la réouverture, en 1823, quatre chaires de clinique médicale furent instituées : une à l'Hôtel-Dieu, deux à la Charité, une à la Salpêtrière. Les professeurs étaient alors Récamier, Laënnec, Cayol, Landré-Beauvais.

Après 1830, nouvelle répercussion de la Révolution sur la Faculté : les professeurs nommés directement en 1823, Récamier, Cayol et Landré-Beauvais sont révoqués. Alors Chomel est nommé à l'Hôtel-Dieu; Fouquier et Leroux du Tillet, destitués en 1822, sont réintégrés, et rentrent à la Charité ; la Salpêtrière reste vacante quelque temps, puis Bouillaud y est nommé, après concours.

Cette chaire fut maintenue à la Salpêtrière jusqu'en 1833, époque à laquelle elle revint à l'hôpital des Cliniques, pour être transportée ensuite à l'Hôtel-Dieu, en 1840; elle y est restée depuis lors.

De 1840 à 1865, des quatre chaires de Clinique médicale, deux sont à l'Hôtel-Dieu et deux à la Charité.

En 1865, un arrêté ministériel décide que la répartition des chaires de clinique dans les hôpitaux sera ainsi modifiée à partir du 1er Janvier 1867 : une chaire à l'Hôtel-Dieu, une à la Charité, une à la Pitié, une à Necker. C'est en 1876 seulement que la Clinique de Necker fut installée, pour être d'ailleurs, par la suite, transportée à Saint-Antoine, comme depuis deux ans celle de la Charité l'a été à Beaujon. La clinique de la Pitié fut installée en 1867; elle vient d'être transférée à l'hôpital Laënnec.

Comme on le voit, de nombreux changements se sont opérés dans le siège des cliniques officielles de la Faculté. La Charité, où l'enseignement clinique a été fondé, n'a plus de chaire, non plus que la Pitié. La cause en est dans la nécessité qui s'impose de faire aujourd'hui des installations spéciales pour les cliniques, et dans l'impossibilité où l'on se trouve, dans certains hôpitaux, de faire ces installations. C'est ainsi que l'on a dû transférer la clinique de la Pitié, ancien hôpital destiné à disparaître, à Laënnec, où l'aménagement rationnel était possible à peu de frais.

* * *

Trois professeurs se sont succédé de 1867 à 1901, dans la chaire de clinique de la Pitié : Béhier, Lasègue, Jaccoud, qui laisseront une trace marquante dans l'enseignement de la médecine à notre époque.

Lorsque Béhier fut appelé à la chaire de clinique de la Pitié, il était professeur de pathologie médicale depuis 1864; il avait alors cinquante-quatre ans. Esprit progressiste, d'une grande activité, cachant sous une certaine brusquerie une réelle bienveillance et un grand dévouement à ses élèves, sachant les entraîner au travail, Béhier fit un enseignement pratique d'une haute valeur et d'une grande utilité; c'est ainsi par exemple qu'il vulgarisa la méthode hypodermique. Mais au point de vue de son enseignement, qui fut des plus suivis, ce qu'il faut rappeler surtout, c'est que, voyant l'aide puissante que donnait l'expérimentation à la clinique, le premier il annexa à sa chaire un laboratoire accessible à tous les élèves.

Béhier ne resta que deux ans à la Pitié; à la mort de Grisolle il passa à l'Hôtel-Dieu, en 1869. C'est alors que Lasègue, qui était professeur de pathologie générale depuis 1867, prit la clinique de la Pitié qu'il occupa pendant quatorze ans jusqu'à sa mort en 1883. On sait quel remarquable maître fut Lasègue; tous ceux qui l'ont approché ont gardé pour lui un véritable culte. Profondément instruit, ayant une vaste culture générale, il était doué d'une facilité d'élocution qui en faisait un véritable orateur.

A ce propos, les médecins de ma génération ont tous conservé le souvenir de ces émouvantes conférences qu'il fit, en 1873, peu après la guerre et dans un but patriotique, sur l'alcoolisme, maladie sociale. Il arrivait le soir à 8 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, tellement comble qu'il avait peine à y pénétrer; et alors, avec une émotion qui gagnait aussitôt son auditoire, il évoquait ses souvenirs de l'Année terrible, il montrait quelle part avait eu l'alcool dans la folie dont Paris fut alors atteint, et quels dangers menaçaient la France si elle n'enrayait pas le terrible fléau qui l'envahissait. Il avait alors le pressentiment du mal que l'alcoolisme ferait à notre pays, et il considérait comme son devoir de le proclamer; il le faisait en des termes vibrants, qui prouvaient toute la beauté et toute l'élévation de son caractère.

L'enseignement clinique de Lasègue était très suivi. Ce n'était pas un enseignement *ex cathedra*; le professeur préférait la forme de causerie familière, en un langage clair, original, imagé, qui laissait une profonde empreinte. Ses cliniques sont un véritable monument de critique et de bon sens.

A la mort de Lasègue, en 1883, Jaccoud lui succéda; il a professé à la Pitié jusqu'à l'année dernière, époque où il fut admis à la retraite. Ce que fut son enseignement? Je ne puis mieux le dire qu'en reproduisant ce qu'a écrit Corlieu dans son Centenaire de la Faculté : « Partisan convaincu de l'école expérimentale, Jaccoud a toujours pris la physiologie pour base de son enseignement... Vulgarisateur admirable, doué d'une merveilleuse facilité d'appropriation et d'exposition, cosmopolite scientifique, il n'est étranger à rien de ce qui se dit ou se fait hors de France; il s'est affirmé dans sa chaire de pathologie médicale et dans celle de clinique par un esprit de critique judicieuse et indépendante et d'observation pénétrante et sagace. Dès 1883, l'enseignement clinique de Jaccoud a eu une caractéristique dominante : ce fut la fusion de la médecine traditionnelle avec les découvertes microbiennes ».

De ces brillantes qualités servies par l'éloquence la plus pure, nous pourrons encore profiter, l'Académie de médecine ayant demandé au professeur Jaccoud de lui donner, comme secrétaire perpétuel, le temps et l'activité dont la Faculté lui permettrait désormais de disposer.

* * *

Les prédécesseurs de Landouzy à la chaire de clinique, les traditions qu'ils y ont établies, imposent au nouveau professeur une lourde tâche. Mon maître permettra bien à l'un de ses plus anciens élèves de dire qu'il n'y faillira pas; et pour l'affirmer il suffira de rappeler le succès de ce cours que Landouzy fit naguère comme chef de clinique, puis comme suppléant du professeur Hardy à cette clinique de la Charité où affluaient les auditeurs.

Le côté philosophique de cet enseignement n'enlevait rien à son caractère pratique : en le suivant on apprenait à « penser en médecin », si je puis m'exprimer ainsi; l'esprit s'élevait au niveau des responsabilités que le médecin encourt dans la pratique de son art.

Comme professeur de clinique, Landouzy a en mains tous les éléments nécessaires pour développer encore et pour faire pénétrer plus profondément les idées qu'il émettait comme chef de clinique, agrégé, puis professeur de thérapeutique.

A la clinique Laënnec, le service des malades comprend une crèche en outre des salles d'hommes et de femmes, ce qui est précieux pour l'instruction des élèves. Les laboratoires sont parfaitement installés, et l'un deux est adapté spécialement aux examens nécessaires au diagnostic, sans lesquels aujourd'hui la clinique est impossible. Les chefs de clinique MM. Brouardel et Josué, les chefs de laboratoire MM. Labbé et Bernard, sont d'anciens élèves du maître, pénétrés de ses idées, ils l'aideront puissamment dans son enseignement.

Et puis, la clinique Laënnec ne porte-t-elle pas un nom illustre entre tous! maîtres et élèves sauront s'inspirer de celui qui fut l'honneur de la science et de la profession médicales.

E. De Lavarenne.

1. L'hospice de Perfectionnement avait été installé dans les bâtiments de l'École de santé; il devint l'hôpital des cliniques sur l'emplacement duquel s'élève aujourd'hui l'École pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement des névralgies et névrites, par le Dr H.-F. Plicque, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-18 de 96 pages, cart. (*Actualités médicales*). Prix : 1 fr. 50. (Librairie *J.-B. Baillière et Fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

L'Hypotension artérielle et sa valeur clinique dans les états toxiques et infectieux, par le Dr Georges Reynaud, 1 vol. in-18 raisin de 92 pages. (*J.-B. Baillière et Fils*, Paris.)

Sur un nouveau traitement de la tuberculose pulmonaire par l'huile d'aniline blanche et redistillée et ses dérivés, par Mlle Éva Abramovitch (*Thèse*, Montpellier), 1 vol. in-8° raisin de 147 pages. Prix : 5 fr. 50. (Librairie *Valat*, 9, place de la Préfecture, Montpellier.)

DES RÉACTIONS GANGLIONNAIRES CHEZ LES ENFANTS

PAR

Marcel LABBÉ
Chef de labor. à la Faculté.

Georges BERTIN
(de Nantes).

Pendant la première période de l'existence, les organes hématopoïétiques qui servent au développement et à la défense du jeune être vivant sont en pleine activité fonctionnelle. La moindre incitation physiologique ou pathologique éveille chez eux des réactions intenses.

Plus tard, au contraire, ces mêmes organes subissent une évolution régressive, leurs fonctions s'atrophient et ils se laissent altérer sans réaction par les causes pathologiques.

Comme on sait que les organes qui présentent le plus haut degré d'activité sont aussi ceux qui réagissent le plus volontiers dans les infections on comprend que les organes hématopoïétiques présentent de véritables prédispositions morbides propres à l'enfance et à l'adolescence.

Parmi les organes hématopoïétiques (ganglions, amygdale, rate, productions lymphoïdes disséminées, moelle des os, etc.) nous ne considérerons que les ganglions lymphatiques, dont nous étudierons les principaux modes de réaction au cours de l'enfance et de l'adolescence.

Les ganglions qui sont le lieu de formation des globules blancs de la lymphe et du sang, jouent, à cette période de la vie, un rôle exceptionnellement important. Il n'est pas une maladie aiguë ou chronique qui ne s'accompagne alors d'une réaction plus ou moins marquée des ganglions lymphatiques; bien plus, la réaction est souvent si intense qu'elle occupe le premier rang dans les symptômes de la maladie, et s'individualise pour ainsi dire, de façon à faire croire — à tort, il est vrai, — à une véritable « maladie ganglionnaire ».

Ces réactions donnent un cachet spécial aux diverses maladies de l'enfance; elles en modifient l'évolution et le pronostic.

Pour bien mettre en relief la cause, la nature, l'importance et le résultat de ces réactions ganglionnaires chez l'enfant, nous aurons recours à l'anatomie, à la physiologie et à la clinique.

* * *

L'*évolution anatomique* du ganglion aux différents âges suffirait à montrer l'importance de cet organe pendant l'enfance et l'adolescence.

Avant et au moment de la naissance, le ganglion est encore en voie de développement; il contient déjà tous les éléments cellulaires qui le caractérisent, mais ces éléments ne sont pas encore agencés, ordonnés, pour les spécialisations fonctionnelles de l'organe : c'est une nappe réticulée, au milieu de laquelle les cellules se multiplient d'une façon diffuse.

Durant le premier âge, le ganglion grossit et se complète : les cellules s'orientent et se disposent de façon à constituer des masses folliculaires pourvues de centres germinatifs où les leucocytes se multiplient par karyokinèse, et des voies lymphatiques servant à la circulation de la lymphe. Ainsi constitué, l'organe répond à un double but : production de cellules lymphatiques jeunes dans les centres germinatifs des follicules, défense contre l'infection et l'intoxication, arrêt des microbes et des toxines qui sont détruits ou atténués dans les voies lymphatiques.

Au cours de l'enfance et de l'adolescence, le ganglion est en pleine activité fonctionnelle, et rappelle par son développement le ganglion des animaux.

Chez l'adulte, cette activité diminue, les centres germinatifs disparaissent, et il faut un processus irritatif intense, comme celui que provoque le cancer, pour les voir réapparaître.

Avec les progrès de l'âge, à la suite des infections et intoxications successives qui sont venues l'altérer, le ganglion entre peu à peu en régression anatomique. La sclérose se développe et étouffe les éléments cellulaires, oblitère les voies de la lymphe; ou bien le tissu graisseux pénètre de dehors en dedans le ganglion, et prend la place des éléments cellulaires normaux. Réduit à une masse fibreuse, ou noyé au milieu de la graisse, tel est le ganglion lymphatique atrophié, dépourvu de ses fonctions ordinaires, que l'on rencontre chez les vieillards.

La *valeur physiologique* du ganglion nous est enseignée indirectement par l'étude de la composition cytologique du sang aux différents âges.

La formule leucocytaire du sang de l'enfant est caractérisée par une lymphocytose. Le nombre des lymphocytes et leucocytes mononucléaires est de 50 à 80 pour 50 à 20 leucocytes polynucléaires.

Chez l'adulte au contraire la proportion des cellules mononucléées diminue, et les leucocytes poly-nucléaires constituent la majorité des éléments leucocytaires du sang (30 à 35 leucocytes mononucléaires pour 65 à 70 polynucléaires).

Chez le vieillard, enfin, le nombre relatif des polynucléaires tend à devenir encore plus considérable. Les lymphocytes deviennent plus rares.

Or, le lymphocyte et son dérivé le leucocyte mononucléaire proviennent des ganglions lymphatiques et des autres organes lymphoïdes; par contre, le leucocyte polynucléaire ne naît pas dans ces organes.

Les proportions relatives de leucocytes mono et polynucléés aux différents âges nous montrent donc l'activité formatrice des ganglions pendant l'enfance, la diminution de cette activité chez l'adulte, et l'atrophie de la fonction chez le vieillard.

* * *

L'anatomie et la physiologie nous ont montré les ganglions de l'enfant en plein développement, en pleine activité fonctionnelle, prêts à réagir à la moindre incitation physiologique ou pathologique.

L'étude des *maladies infantiles* va faire ressortir l'importance des réactions ganglionnaires. En général, les maladies de l'enfance s'accompagnent d'une leucocytose plus marquée que les maladies des autres âges. C'est dans la pneumonie infantile qu'on a observé les leucocytoses infectieuses les plus considérables.

Elles provoquent non seulement des réactions faciles dans les organes lymphoïdes, producteurs de lymphocytes et de leucocytes mononucléaires non granuleux, mais aussi des réactions myéloïdes dans la moelle osseuse et dans la rate, lieu de formation des leucocytes granuleux et des hématies nucléées. Cette leucocytose infectieuse est même si remarquable par son abondance et par sa qualité, qu'il ne faut jamais, chez un enfant, en présence d'un nombre considérable de leucocytes et de formes cellulaires anormales dans le sang, se hâter de porter le diagnostic de leucémie.

La leucocytose survenue au cours de certaines maladies infantiles est parfois, comme dans la coqueluche, une lymphocytose trahissant une surproduction de cellules dans les ganglions lymphatiques.

Passons maintenant en revue les diverses maladies aiguës et chroniques chez les enfants, pour y montrer le rôle actif des ganglions.

Dans les fièvres éruptives, l'hypertrophie des ganglions relève de diverses causes : le processus morbide général, les déterminations cutanées et muqueuses de la maladie, et les infections secondaires.

La fièvre typhoïde a pour lésion fondamentale la tuméfaction et l'ulcération des plaques de Peyer et des follicules clos de l'intestin, et l'inflammation spéciale des ganglions mésentériques et de la rate. Tout le tissu lymphoïde annexé à l'intestin, prend part à la réaction contre le bacille d'Eberth.

Il est permis de penser que l'intégrité et l'activité très grande de ces organes lymphoïdes est la cause de l'atténuation relative de la fièvre typhoïde chez les enfants : la défense se faisant mieux, l'infection est moins profonde.

Dans la fièvre scarlatine, c'est plutôt chez les enfants que chez les adultes qu'on voit apparaître des adénopathies volumineuses au niveau du cou; les bubons en rapport avec l'amygdalite spécifique ou avec une infection partie d'un point quelconque de la cavité naso-bucco-pharyngée sont souvent très volumineux, et peuvent suppurer.

Au cours de la rougeole des enfants, il est aussi assez fréquent de voir survenir des adénopathies cervicales dont l'origine est la même que dans la scarlatine. Marfan et L. Bernard considèrent en outre l'adénopathie généralisée comme un phénomène constant dans la rougeole infantile.

Les hypertrophies ganglionnaires cervicales sont constantes et plus intenses au cours de cette fièvre éruptive infantile, intermédiaire entre la rougeole et la scarlatine, et encore mal caractérisée au point de vue étiologique, qu'on désigne sous le nom de rubéole.

Les adénopathies font aussi partie intégrante du complexus symptomatique de la diphtérie de l'enfant; comme dans la scarlatine, elles varient depuis le simple engorgement ganglionnaire jusqu'au bubon suppuré; leur intensité est en rapport avec le degré et la virulence des infections secondaires, le bacille diphtérique ayant lui-même peu de tendance à pénétrer dans les ganglions, et à éveiller leur participation morbide.

Enfin l'érysipèle s'accompagne ordinairement de réactions ganglionnaires plus intenses chez l'enfant que chez l'adulte.

La pneumonie, la broncho-pneumonie et les bronchites des maladies infectieuses (diphtérie, fièvre typhoïde, rougeole, etc.) déterminent une hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques qui, chez les enfants, peut persister après la guérison de l'infection pulmonaire; ce sont ces cas de lymphadénite simple que Guéneau de Mussy et Barety ont

distingués de l'adénopathie tuberculeuse du médiastin, et dont les symptômes sont, grâce à ces auteurs, bien connus.

Pendant la période aiguë de la maladie, l'adénopathie ne se révèle par aucun signe clinique. Mais lorsque l'adénopathie est passée à l'état chronique, elle entraîne avec elle le cortège symptomatique étudié par J. Simon : la toux coqueluchoïde et la dyspnée par accès, sont les deux principaux symptômes, auxquels s'ajoutent souvent la raucité de la voix, la tachycardie, la matité interscapulaire et la respiration soufflante.

Cette variété d'adénopathie trachéo-bronchique appartient exclusivement à l'enfance. Chez les adultes, l'adénopathie aiguë est relativement plus légère et disparaît rapidement; l'adénopathie tuberculeuse seule est capable de se révéler par des symptômes de compression médiastinale.

Une autre maladie aiguë qui prouve bien encore l'intensité des réactions ganglionnaires chez les enfants, c'est la coqueluche. Quelle que soit la théorie pathogénique adoptée pour expliquer cette maladie, il est certain que les ganglions trachéo-bronchiques se tuméfient et manifestent une grande activité, qui se traduit par une leucocytose considérable (H. Meunier). Le nombre des leucocytes du sang atteint en moyenne 28.000; parfois même, il s'élève à 40.000 et jusqu'à 51.000 par millimètre cube; les lymphocytes représentent 60 à 70 pour 100 du nombre total des leucocytes, proportion presque inverse de celle qu'on trouve à l'état normal.

Toutes les infections cutanées et muqueuses dues à un germe quelconque provoquent chez l'enfant des réactions ganglionnaires; ces réactions sont souvent intenses, disproportionnées avec la bénignité apparente de l'infection primitive ; celle-ci est parfois même si faible, qu'elle a passé inaperçue, qu'elle est impossible à retrouver, et que la tuméfaction ganglionnaire paraît être primitive : c'est à ces adénites cervicales fébriles, consécutives à un érythème pharyngé, à une irritation légère de l'arrière-cavité des fosses nasales ou de la bouche, que Pfeiffer a donné le nom de fièvre ganglionnaire, faisant à tort une entité morbide d'un symptôme qui est commun dans les diverses infections de l'enfance.

Rien, en effet, dans la prétendue fièvre ganglionnaire, n'est spécifique; ni son étiologie (la contagion n'est nullement prouvée), ni sa pathogénie (diverses espèces microbiennes vulgaires, staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, coccus Brisou, peuvent lui donner naissance), ni sa symptomatologie (les adénites peuvent être simples ou suppurées).

Par son apparition exclusive dans l'enfance, elle constitue une preuve éclatante de l'activité et de la sensibilité des ganglions à cette période de la vie.

* * *

L'importance des réactions ganglionnaires chez les enfants est encore bien plus marquée si, abandonnant les maladies aiguës, nous passons à l'étude des maladies chroniques.

Toutes les infections et irritations prolongées, ayant pour point de départ la peau ou les muqueuses, produisent des hypertrophies ganglionnaires locales ou à distance.

Les parasites de la peau et des régions pileuses (gale, puces, poux, prurigo, impetigo, etc.), qui provoquent des éruptions variées, accompagnées de démangeaisons, les troubles digestifs et les intoxications donnant lieu à des éruptions prurigineuses, urticariennes, vésiculeuses, etc., deviennent, par suite de grattages malpropres, l'origine d'une série de contaminations et d'infections localisées de la peau. Ces staphylococcies et ces streptococcies cutanées, sur lesquelles le professeur Hutinel et ses élèves ont particulièrement insisté, amènent des adénopathies chroniques de l'aine, de l'aisselle et de la région cervicale.

De même, les inflammations prolongées des muqueuses (coryza chronique, otites, laryngites, pharyngites, stomatite, gingivites et caries dentaires, blépharites, vulvites, etc.) produisent des adénopathies chroniques en rapport avec le siège de l'infection primitive.

Ces adénopathies évoluent lentement et peuvent subir de temps à autre des recrudescences qui mènent à la suppuration ; elles sont multiples et parfois assez volumineuses au début. A la longue, le ganglion se sclérose, devient dur et se rétracte. On trouve dans les régions ganglionnaires de petites masses indurées, indolentes, mobiles, qui constituent une variété très fréquente de polyadénopathie qu'il ne faut point confondre avec la polyadénopathie des tuberculeux.

Chez l'adulte, la trace de ces adénopathies infantiles persiste seulement sous forme de très petits ganglions indurés, qui ne sont plus sujets aux mêmes poussées aiguës. Le ganglion, déjà altéré chez l'enfant, ne peut plus réagir chez l'adulte. Aussi ces adénopathies sont-elles tout à fait particulières à l'enfance.

La syphilis est aussi la cause d'adénopathies chroniques chez les enfants. Nous ne rappellerons pas les adénopathies primitives en rapport local avec le chancre, ni les adénopathies secondaires disséminées en rapport avec l'infection générale; celles-là s'observent aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant et marquent seulement la part prise par le tissu lymphoïde à la réaction contre l'infection syphilitique.

Nous insisterons seulement sur les adénopathies de la syphilis héréditaire. Bertin, Boerensprung, Lancereaux, Doyen, etc., ont montré l'existence, chez les hérédo-syphilitiques, d'hypertrophies ganglionnaires superficielles ou profondes. L'un de nous a eu plusieurs fois l'occasion, dans le service du professeur Hutinel, aux Enfants-Assistés, d'étudier ces ganglions des syphilitiques héréditaires, dont les principales lésions sont une sclérose intense capsulaire et interstitielle, des endo-péri-vascularites très considérables, aboutissant, dans certains cas, à l'oblitération des artérioles. Ces adénites des syphilitiques constituent une des variétés de la micropolyadénopathie.

De toutes les infections chroniques, la tuberculose est celle qui provoque le plus souvent des réactions ganglionnaires chez les enfants. Ces réactions se présentent avec des modalités très variées, dont les principales sont : la tuberculose ganglionnaire à évolution classique, le lymphome tuberculeux, la scrofule et la micropolyadénopathie.

Bien que certaines de ces manifestations puissent aussi s'observer chez l'adulte, elles sont incomparablement plus fréquentes dans le jeune âge, et constituent un des chapitres les plus importants de la pathologie infantile.

Ces tuberculoses occupent le plus souvent la région cervicale, en rapport avec une porte d'entrée bucco-pharyngée; mais elles peuvent aussi atteindre d'autres régions. La tuberculose des ganglions mésentériques, désignée vulgairement sous le nom de carreau, est une modalité propre à l'enfance. Il en est de même pour la polyadénopathie. Enfin la tuberculose des ganglions trachéobronchiques est observée beaucoup plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte.

Passons rapidement en revue ces diverses formes d'adénopathies tuberculeuses.

La tuberculose des ganglions du cou, à évolution caséeuse classique, est extrêmement commune chez l'enfant; elle l'est beaucoup moins chez l'adulte, sans toutefois être rare. Combien il est fréquent, dans les hôpitaux et dans les dispensaires d'enfants, d'observer des chapelets de ganglions tuméfiés à des degrés divers et à des périodes diverses d'évolution : les uns étant seulement indurés, d'autres ramollis et caséeux en leur centre, d'autres encore suppurés et ouverts à l'extérieur ! Avec quelle fréquence les cicatrices gaufrées, irrégulières, se voient ensuite chez les adultes, reliquat d'une suppuration ganglionnaire datant de l'enfance !

Dans cette forme classique, le ganglion est envahi par le processus tuberculeux qui évolue vers la caséification et la suppuration, ou vers la sclérose et la calcification, procédés de guérison. Mais il est d'autres formes où la réaction des ganglions est plus active, et où l'organe paraît lutter avec plus d'efficacité contre l'invasion du bacille de Koch.

Le lymphome tuberculeux, étudié d'abord par les auteurs allemands, puis en France, par Sabrazès et Duclion, par Berger et F. Besançon, par F. Bezançon et M. Labbé, etc., représente une forme très spéciale de tuberculose ganglionnaire hypertrophique, dont le diagnostic est souvent difficile avec le lymphadénome vrai.

Il s'agit bien, au point de vue anatomique, d'une véritable tuberculose des ganglions; mais l'évolution n'est pas complète, les follicules ne vont pas jusqu'à la caséification, et la suppuration n'a jamais lieu. L'affection se développe très lentement et montre peu de tendance à envahir les autres groupes ganglionnaires. Dans ces cas, bien qu'il y ait des follicules tuberculeux typiques, il est très difficile, par l'examen histologique ou par l'inoculation au cobaye, de démontrer la présence du bacille de Koch.

En résumé, l'évolution clinique, les lésions anatomiques, les résultats de la bactériologie, tout prouve que cette affection représente une tuberculose très atténuée.

Cette forme de tuberculose s'observe aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Par contre, la scrofule est un état morbide qui n'appartient qu'à l'enfance, au cours de laquelle il est d'une extrême fréquence.

Le type clinique de la scrofule est si bien connu, qu'il est à peine besoin de le décrire. Les enfants qui en sont atteints présentent un facies lymphatique ; ils ont la figure pâle, les narines et les lèvres épaisses, les extrémités sujettes à des engelures, la peau recouverte d'éruptions diverses; ils ont de la conjonctivite, de la blépharite, du coryza chronique, des végétations adénoïdes, etc. ; au niveau du cou se développent chez eux des adénopathies torpides, indolentes, qui

peuvent suppurer; parfois, enfin, ils sont atteints d'abcès froids, d'arthrites, ou d'ostéite, etc.

Mais si la symptomatologie est bien connue, il n'en est pas de même de la pathogénie. La conception médicale de la scrofule s'est modifiée aux diverses époques :

Dans les temps anciens, on comprenait sous le nom de scrofules ou d'écrouelles la plus grande partie des adénopathies cervicales.

Au XIX[e] siècle, avec Bazin, Hardy, l'idée médicale devint plus large, et on considéra la scrofule comme un état constitutionnel, une diathèse dont les principales manifestations furent distinguées en scrofulides bénignes et malignes, en scrofulides cutanées, muqueuses, ganglionnaires, etc.

Sous l'influence des préoccupations pathogéniques des temps modernes, on se mit à rechercher la cause de la scrofule : les inoculations et l'histologie pathologique démontrèrent, dans bien des cas, sa nature tuberculeuse; généralisant le fait, Arloing, Nocard, et la plupart des auteurs soutinrent que la scrofule n'était qu'une tuberculose atténuée, opinion que Bichat avait déjà soutenue auparavant, au nom de la clinique et de l'anatomie pathalogique.

Aujourd'hui on s'aperçoit que cette conception est trop étroite; il y a des scrofules où l'on ne rencontre pas le bacille de Koch et où l'on trouve seulement des microbes pyogènes vulgaires. Ponfick arrive à la conclusion qu'il existe des scrofules causées par le bacille de Koch, des scrofules causées par les pyogènes et des scrofules dues à des infections mixtes.

Cette opinion concorde avec les résultats des recherches faites par l'un de nous au laboratoire de l'Institut Pasteur de Nantes. Sur un certain nombre d'examens bactériologiques de lésions ganglionnaires chez des scrofuleux, le bacille de Koch n'a pu être décelé qu'un nombre restreint de fois, dans le cinquième des cas environ. Les autres examens dénonçaient des microbes vulgaires, et les animaux inoculés mouraient d'infection banale, et non de tuberculose.

La bactériologie est donc impuissante à caractériser la scrofule; pour comprendre cet état morbide, il faut en revenir à l'étude du terrain spécial sur lequel se développent les infections.

Les enfants scrofuleux sont des « lymphatiques », c'est-à-dire des sujets chez lesquels le tissu lymphoïde a pris un développement plus considérable encore que celui qu'il présente normalement dans les premières années de la vie; non seulement leurs ganglions sont hypertrophiés, mais leurs amygdales, leur tissu adénoïde nasal et pharyngien sont aussi très développés; ils ont souvent de grosses amygdales, des végétations adénoïdes; ce sont, ainsi que l'a fait remarquer Gallois, des « adénoïdiens »; le tissu lymphatique interstitiel a lui-même subi un développement inaccoutumé; la lymphe circule lentement, encombre les tissus et les épaissit.

Sur ce terrain particulier, les infections se font avec une grande facilité; le lymphatique est prêt à contracter toute infection et même la tuberculose. En outre ces infections ont, chez lui, une évolution toute spéciale : l'hypertrophie et la suractivité des organes adénoïdes favorisent la localisation des microbes dans ces organes. Que les germes aient pénétré par les amygdales, par les végétations adénoïdes pharyngées ou par une érosion muqueuse ou cutanée quelconque, ils arrivent bientôt aux ganglions lymphatiques où ils se cantonnent. Là leur présence détermine une réaction qui a pour but de les détruire ou d'atténuer leur virulence.

Les travaux de Bezançon et Labbé, de Perez ont mis en lumière ce rôle de défense dévolu aux ganglions lymphatiques dans les infections par les microbes vulgaires. Les recherches expérimentales de Perez, les observations de Courmont, Tixier et Bonnet ont montré l'atténuation du bacille de Koch dans les ganglions lymphatiques. Ces observations concordent : avec les résultats expérimentaux de Arloing qui avait constaté la faible virulence des ganglions scrofuleux, dont l'inoculation est négative chez le lapin et ne provoque la tuberculose que chez le cobaye; avec les données de l'histologie qui, entre les mains du professeur Cornil, avait montré la prédominance de la sclérose, processus de guérison, l'absence ou le faible développement des éléments tuberculeux et la difficulté extrême de colorer les bacilles de Koch dans les ganglions strumeux; avec les constatations de la clinique qui établissent le caractère torpide, chronique, atténué des infections chez les scrofuleux.

Le terrain lymphatique ou adénoïdien est donc bien l'élément étiologique primordial; les infections par les microbes vulgaires ou par le bacille de Koch qui surviennent sur ce terrain font de l'adénoïdien simple un scrofuleux; la tuberculose habituellement bénigne et curable chez le scrofuleux, évolue parfois d'une façon maligne, de sorte que la formule du professeur Landouzy, « on naît scrofuleux, on devient tuberculeux » pourrait, être complétée de la manière suivante : « on naît lymphatique, on devient scrofuleux, on finit quelquefois tuberculeux ».

Ainsi l'existence de la scrofule dans l'enfance met en relief, mieux que toutes autres affections, l'importance du rôle joué par les ganglions lymphatiques chez les jeunes sujets : puisque c'est à l'hypertrophie anatomique et fonctionnelle préalable des ganglions que les microbes pyogènes et le bacille de Koch doivent de s'y localiser, puisque c'est à l'activité réactionnelle des ganglions que les infections doivent d'être atténuées.

La micropolyadénopathie représente un mode de réaction ganglionnaire qui appartient, en propre à l'enfance. Dans toutes les régions accessibles au palper, on sent de petits ganglions indolents, durs, roulant sous les doigts, comme des pois ou des grains de plomb.

Legroux a le premier, en 1888, attiré l'attention sur cette polyadénite, et lui a concédé une grande valeur pour le diagnostic de la tuberculose du premier âge. Mirinescu a montré ensuite, par l'histologie et l'inoculation, la nature tuberculeuse de ces adénites.

Mais le bacille de Koch n'en est pas la seule cause; Potier a vu que la polyadénite chronique périphérique pouvait être causée par d'autres infections. En réalité, sa pathogénie est complexe : la tuberculose, la syphilis, les fièvres éruptives (rougeole, fièvre typhoïde), les intoxications digestives, les infections d'origine cutanée peuvent lui donner naissance. M. Hutinel attribue plus d'importance diagnostique aux ganglions, de la grosseur d'une noisette, qu'on rencontre dans l'aisselle des enfants atteints de tuberculose pulmonaire ou pleurale, qu'à la micropolyadénopathie.

L'intérêt principal de cette affection vient de ce qu'elle est l'indice de la participation de tous les ganglions lymphatiques à une infection d'origine sanguine, de nature tuberculeuse ou non. Elle représente un processus de réaction générale, et non pas de réaction locale. Elle mérite donc d'être distinguée de la polyadénopathie que nous avons vu succéder aux infections répétées, chroniques, de la peau : cette dernière n'est pas due comme la micropolyadénopathie à l'infection générale, mais elle est le reliquat d'infections locales multiples propagées par les vaisseaux lymphatiques.

Considérée comme la traduction de l'infection générale, la micropolyadénopathie apparaît donc bien spéciale à l'enfance; chez l'adulte, en effet, la syphilis à sa période secondaire est la seule maladie capable de provoquer de pareilles adénopathies.

Par là elle se distingue des autres formes de réaction ganglionnaire chronique : l'adénie, la leucémie paraissent être aussi communes chez l'adulte que chez l'enfant; nous n'insisterons donc point sur ces affections. Pourtant aucune ne montre mieux l'hyperactivité formative des ganglions et du tissu lymphoïde en général : ici la surproduction cellulaire est si abondante que les éléments néoformés émigrent dans le sang, donnant lieu à un lymphocytose souvent considérable.

* * *

Nous venons de montrer, par un certain nombre d'exemples, l'importance des réactions ganglionnaires au cours des affections aiguës et chroniques chez les enfants. Mais on ne peut séparer les réactions des ganglions de celles des autres organes lymphoïdes, qui se produisent aussi dans les mêmes circonstances.

Si les ganglions sont merveilleusement aptes à s'hypertrophier et à réagir dans le jeune âge, il en est de même pour les amygdales, pour les productions adénoïdes disséminées ou agglomérées du nasopharynx, du larynx, de l'intestin, de l'appendice, etc., et pour la rate qui représente par sa structure un organe intermédiaire entre le ganglion et la moelle des os.

Il est inutile d'insister sur le fait bien connu de la fréquence des angines, des amygdalites aiguës dans le jeune âge.

C'est exclusivement pendant l'enfance que s'observent les végétations adénoïdes, les hypertrophies amygdaliennes, toutes réactions du tissu lymphoïde dont l'évolution ordinaire est régressive au fur et à mesure que le sujet avance en âge.

L'appendicite, qui représente, dans la majorité des cas, une inflammation du tissu lymphoïde dont l'appendice est en grande partie constitué, est une affection que les statistiques montrent particulièrement fréquente entre cinq et quinze ans.

Les infections et intoxications chroniques, le rachitisme, les entérites chroniques, les broncho-pneumonies subaiguës, les pyodermites prolongées, les végétations adénoïdes suppurantes, la tuberculose, la syphilis provoquent rapidement et facilement chez l'en-

fant des phénomènes d'anémie et de tuméfaction splénique, au cours desquels les fonctions hématopoiétiques de la rate s'exagèrent sous l'influence de l'irritation ; la rate reprend les fonctions myéloïdes qu'elle possédait chez le fœtus et donne naissance à des cellules particulières (leucocytes mononucléés granuleux, hématies nucléées) qui passent dans le sang, créant une formule sanguine qui ne s'observe chez l'adulte que dans les leucémies, mais qui peut, chez l'enfant, se voir à la suite d'infections banales et curables.

* * *

L'étude d'ensemble que nous venons de faire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des ganglions lymphatiques chez les enfants nous a montré des faits concordants, qui s'expliquent naturellement les uns par les autres.

Dans les premières années de l'existence, les ganglions, de même que les autres organes lymphoïdes, ont acquis leur plein développement anatomique et sont en pleine activité fonctionnelle. Ils donnent naissance à des lymphocytes dont le passage en grand nombre dans la circulation détermine une formule leucocytaire du sang, distincte de celle de l'adulte. Au cours des diverses affections aiguës et chroniques, ils réagissent avec une très grande activité, supérieure à celle que manifestent les ganglions de l'adulte ; l'intégrité de la réaction est souvent même disproportionnée avec celle de l'excitation, si bien que la localisation ganglionnaire paraît constituer la maladie tout entière. Cette intensité des réactions ganglionnaires constitue un des caractères propres aux maladies de l'enfance.

Ce que nous savons de la physiologie pathologique des ganglions, qui, par leurs fonctions locales arrêtent, détruisent les germes morbides, ou tout au moins atténuent leur virulence, qui, par leurs fonctions générales, concourent à produire la leucocytose en rapport avec la défense de l'organisme, nous permet de saisir une des causes qui font les mêmes infections (pneumonie, fièvre typhoïde) plus bénignes en général chez l'enfant que chez l'adulte.

Il est enfin permis d'espérer que la thérapeutique pourra tirer parti de ces réactions ganglionnaires provoquées artificiellement pour la cure des maladies.

MÉDECINE PRATIQUE

LE MASSAGE DANS LA PRATIQUE COURANTE

II. — Technique générale.

La méthode de traitement par le massage comprend, en dehors de ce que nous avons l'habitude d'appeler massage, la mobilisation passive et l'exercice musculaire. C'est pour éviter toute confusion et pour exprimer cette complexité qu'on a proposé de lui donner le nom de massothérapie.

Nous allons exposer successivement la technique de ces trois ordres de manœuvres.

Le massage proprement dit.

I. — Pour pratiquer le meilleur massage possible, il faut préparer le malade; et, pour cela, commencer par le mettre en bonne position.

La bonne position sera celle dans laquelle le malade, confortablement installé, ne ressentant aucune fatigue générale, offrira au massage un membre *immobilisé* et *dans un état de résolution musculaire complète.*

Ces conditions sont indispensables : si le membre n'est pas immobilisé, il fuit sous les pressions que l'on exerce; si la résolution musculaire n'est pas complète, le massage est mauvais. Aussi, doit-on veiller soigneusement à ce que le malade n'ait en rien à s'occuper de soutenir lui-même le membre en position ; tout en veillant à ce que la position qu'on lui donne ne réveille ou n'augmente pas les douleurs, car les douleurs, à leur tour, amèneraient des contractions volontaires ou involontaires. Cela est d'ailleurs facile à réaliser.



Figure 1. — Massage des muscles épicondyliens. Le coude est immobilisé par la main gauche qui saisit la partie inférieure et postérieure du bras.

Pour le massage de la *main* et de l'*avant-bras,* le malade, assis, pose sa main et son avant-bras à plat, en pronation sur une table garnie soit d'un coussin, soit d'une alèze : on peut ainsi opérer sur la face dorsale de la main et la face postérieure de l'avant-bras. Si on veut masser la paume et la face antérieure, on relève la main et on place le membre en demi-pronation, reposant sur le plan résistant par le bord cubital.

S'agit-il du *coude*? Faites asseoir votre malade; asseyez-vous vous-même de façon à le voir de profil; dites-lui de laisser pendre son bras, et appuyez sa main sur votre genou. Vous pourrez masser des deux mains. Si l'affection à masser est très douloureuse, si le moindre déplacement réveille les douleurs, ne massez que d'une main, l'autre fixant le coude en s'appliquant à sa partie postérieure. La pression à la partie postérieure est-elle douloureuse, elle aussi? Employez un autre procédé : immobilisez le bras en saisissant d'une main l'avant-bras, et en opérant des tractions.

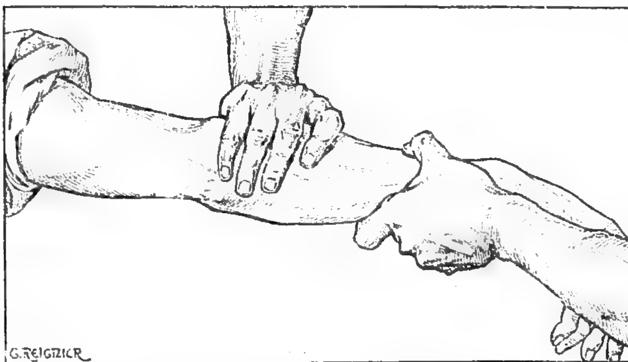


Figure 2. — Effleurage du bras et de l'avant-bras. Le membre est fixé et immobilisé par la traction qu'exerce la main gauche, tandis que la main droite masse en bracelet.

Le massage de l'*épaule* se fait à peu près dans les mêmes conditions. Le malade s'assied sur une chaise, de côté, de telle sorte que le côté sain s'appuie contre le dossier; il laisse pendre son bras naturellement, sa main reposant sur sa cuisse. S'il y a douleur, on peut être obligé de soutenir le bras en insinuant la main dans le creux de l'aisselle; et, si le massage des deux mains est nécessaire, on fera soutenir le bras du malade par un aide.

Dans les lésions du *membre inférieur*, la bonne position est toute trouvée : laissez le malade dans son lit ou faites-le étendre, si possible, sur une chaise longue. Je préfère la chaise longue, voici pourquoi : le massage, sans être très fatigant, demande cependant une certaine dépense d'énergie musculaire; pour ne pas ajouter à cette fatigue inévitable une fatigue inutile, vous devez vous placer vous-même dans la position la plus agréable pour vous, et, si votre malade reste dans son lit, vous êtes obligé de faire le massage debout, tandis que la chaise longue vous permet de vous asseoir.

C'est pour cette raison que, dans les lésions du *pied* et du *cou-de-pied*, vous pourrez pratiquer le massage étant assis, bien appuyé au dossier de votre chaise, le malade ayant son pied sur votre genou.

II. — Le sujet étant bien placé, on doit examiner l'état de la peau. Qu'elle soit en bon état; on ne peut faire que de mauvaise besogne sur un membre couvert de phlyctènes ou d'exulcérations. Si ces lésions existent, traitez-les d'abord; vous masserez après la guérison.

Enfin, les mouvements de massage devant être faits avec régularité et sans à-coup, il est nécessaire que le glissement à la surface du membre soit facilité. Si la région est très-velue, on rase et on emploie largement, dans les cas indolores, la poudre de talc, dans les cas douloureux la vaseline, ou bien l'huile, ou bien la mousse de savon.

Ces préliminaires terminés, on peut commencer les manœuvres de massage.

III. — Les manœuvres de massage ont été longuement, trop longuement décrites dans les traités spéciaux; les auteurs les ont multipliées à l'infini. On peut les ramener à quatre principales : l'*effleurage*, la *friction*, le *pétrissage* et le *tapotement*. Depuis peu de temps, on emploie beaucoup, et avec raison, la *vibration*; mais comme la vibration manuelle demande une certaine éducation, et la vibration instrumentale un instrument spécial; comme, d'autre part, pour le massage dont il est question dans cet article, la vibration n'est pas indispensable, je ne la décrirai pas.

Effleurage. — L'effleurage est une manœuvre qui consiste à passer légèrement la main entière ou l'extrémité des doigts à le surface du membre. Il agit en refoulant dans les veines et les vaisseaux lymphatiques le liquide épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Si l'on se sert de toute la main, ce qui est le cas le plus fréquent, on doit l'appliquer à la surface du membre, la mouler sur cette surface. Avec une main et des doigts raides, on ne peut faire de bon effleurage. On l'applique donc à l'extrémité libre du membre, et, en appuyant très légèrement, on remonte lentement vers la racine. L'effleurage doit toujours être fait dans ce sens, dans le sens du courant veineux. On comprend, étant donné la multiplicité des veines superficielles, que l'effleurage fait de haut en bas opposerait une action trop efficace au cours normal du sang; et il y a déjà assez d'œdème sans qu'on l'augmente de tout le liquide qu'on aura empêché de suivre sa voie naturelle et de tout celui qu'on aura refoulé vers l'extrémité.

Si l'on a à faire l'effleurage d'une région plane, on peut se servir de toute la main mise à plat ou bien de l'extrémité des doigts, plus exactement de la pulpe des phalangettes.

L'effleurage doit être fait largement, c'est-à-dire remonter bien au delà des limites du mal. A-t-on à soigner une lésion du poignet? Il faut aller jusqu'au coude. S'agit-il d'une lésion du cou-de-pied? Effleurez jusqu'au genou et même un peu au-dessus.

La raison de ceci est facile à saisir. Au niveau des lésions, les capillaires sont gorgés de sang

il est de toute nécessité de refouler les exsudats jusqu'au point où les voies de dérivation seront plus nombreuses et plus libres.

La pression exercée par la main qui pratique l'effleurage doit être si légère, au début, que, même dans les lésions les plus douloureuses, le malade ne ressente de ce fait aucune douleur. Très lentement, progressivement, on augmente cette pression, et on peut toujours le faire, car l'effleurage a une action analgésique. On arrivera

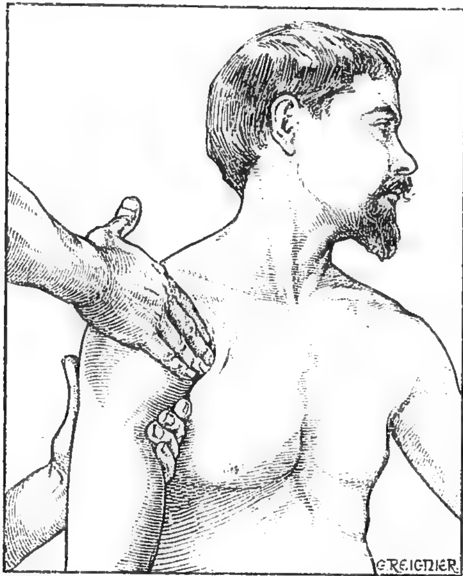


Figure 3. — Massage dans une fracture du col de l'humérus. L'immobilisation est faite par la main gauche glissée dans le creux de l'aisselle, et la main droite fait de l'effleurage du grand pectoral.

ainsi à faire l'effleurage soutenu qui comprime les muscles et refoule les exsudats profonds. Il faut prendre garde à ne pas accrocher les muscles, à ne pas les masser de travers. En faisant pénétrer l'extrémité des doigts dans les interstices musculaires, il faut suivre la direction des fibres musculaires et de l'interstice. Si l'on prend toutes ces précautions, il sera inutile, comme le conseillent certains auteurs, de laisser le siège de la lésion en dehors du massage.

L'effleurage représente un temps très important de la séance de massage; dans les affections très douloureuses, ce peut être la seule manœuvre supportée par le malade.

Friction. — La friction consiste à exercer avec la pulpe d'un pouce ou des deux pouces des pressions en des points précis. Ces pressions doivent se faire dans le même sens que l'effleurage. Faite longitudinalement, c'est un effleurage précis, plus

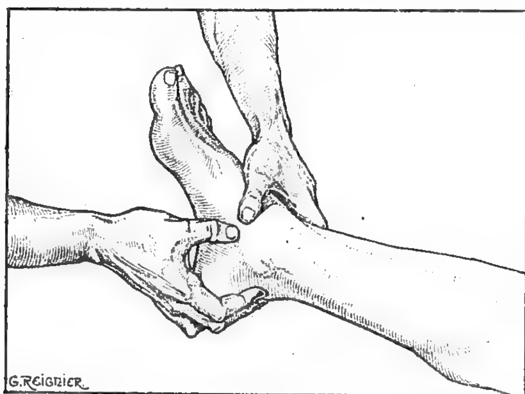


Figure 4. — Friction du ligament périnéo-astragalien antérieur. Le pied doit être appliqué sur le genou de l'opérateur.

énergique; au contraire, en imprimant à la pulpe du pouce un mouvement tel qu'elle dessine à la surface de la peau un mouvement circulaire, c'est la véritable friction. Par elle, on cherche à agir sur les ligaments et les muscles, pour les assouplir, et sur les synoviales, en leurs points perceptibles, pour déplacer et désagréger les exsudats anciens, et en assouplir les épaississements.

Pétrissage. — Le pétrissage s'adresse aux muscles. Il consiste à saisir une partie musculaire entre, d'une part le pouce, d'autre part les doigts, à la faire saillir, à la rouler, à la soumettre à une forte pression. On commence à l'extrémité distale du muscle et on remonte en pétrissant à l'insertion proximale. Pour certains muscles ou groupes musculaires volumineux, en même temps qu'une partie musculaire est comprimée dans chaque main, on peut comprimer entre les deux éminences thénar la portion de muscle comprise entre les bords radiaux des deux mains.

Il est à peine besoin de dire que, pour cette manœuvre de massage, plus encore que pour les autres, le relâchement musculaire doit être absolu. Si les muscles sont contractés, le pétrissage est, non pas difficile, mais impossible. Plus que l'effleurage, le pétrissage agit sur les exsudats intramusculaires et excite les contractions; c'est la manœuvre importante contre les atrophies.

Figure 5. — Pétrissage des muscles du bras.

Une variété de pétrissage s'adressant aux tendons est le *pincement*. Elle consiste à saisir un point du tendon entre l'extrémité des deux pouces, à le pincer, le soulever, chercher à le décoller. On commence à l'extrémité éloignée du tendon et on remonte en répétant cette manœuvre de centimètre en centimètre aussi haut que possible.

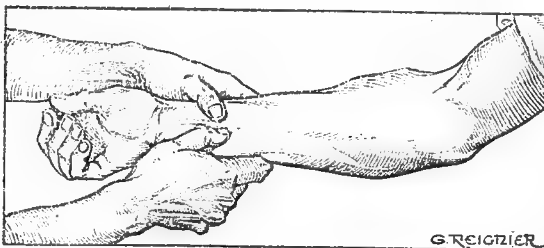


Figure 6. — Pincement des tendons. L'avant-bras et la main s'appuient sur une table ou le genou de l'opérateur.

Tapotement. — Le tapotement consiste en une pression soit superficielle, soit plus profonde, exercée, ou bien avec les doigts venant frapper sucessivement (flagellation), ou bien avec le bord cubital d'une ou des deux mains (hachures), ou bien avec le poing demi-fermé (percussion). Le tapotement doit être élastique, l'articulation du poignet du masseur aussi souple que chez un pianiste. Le tapotement détermine, superficiellement de l'hyperémie, profondément des contractions musculaires.

La mobilisation.

Le massage proprement dit, si bien pratiqué soit-il, serait insuffisant à rendre leur longueur et leur souplesse normales à des muscles, tendons et ligaments épaissis et rétractés; il est nécessaire que les tissus péri-articulaires subissent les déplacements que leur font subir les mouvements habituels de l'articulation.

Rien ne serait plus simple que de dire au malade : « Faites vous-même de la gymnastique de votre membre lésé. » Mais, la contraction musculaire est souvent douloureuse, et, si l'atrophie est accentuée, cette contraction est insuffisante à produire le mouvement demandé avec l'amplitude désirable. Il faut donc vous substituer au malade.

Recommandez-lui de laisser le membre inerte, comme si vous vouliez rechercher l'état des réflexes; saisissez-le de telle sorte qu'il se sente bien soutenu et n'ait pas de velléité de contracter ses muscles et, sans heurt, sans à-coup, très lentement, faites exécuter à l'articulation des mouvements auxquels vous donnerez la plus grande amplitude possible.

En dehors des cas d'ankylose où l'on est obligé de forcer, par conséquent de provoquer de la douleur, ces mouvements doivent être indolores; le massage préalable y a contribué puissamment, et on doit s'arrêter dès que le malade accuse des souffrances vives.

On ne doit pas se borner à mobiliser l'articulation malade; il faut aussi faire exécuter des mouvements aux articulations voisines.

Les exercices musculaires.

Nous savons que la contraction est le meilleur agent de régénération de la fibre musculaire; dès qne cela est possible, nous devons utiliser la contraction volontaire.

Pour obtenir les meilleurs résultats possibles, le malade doit porter toute son attention sur le mouvement qu'il exécute, et toute la force dont il dispose doit être appliquée à ce mouvement. C'est dire qu'il doit être placé de telle sorte qu'il n'ait pas à s'occuper de conserver son équilibre, ni de maintenir le membre à exercer, dans une position donnée. C'est là le principe de la gymnastique suédoise : le muscle à exercer travaille seul, tout le reste du corps étant en repos.

Deuxième condition à réaliser : le mouvement doit être très lent; c'est un fait d'expérience; si l'on fait avec des haltères des mouvements rapides on assouplit ses articulations, on ne se fait pas de biceps.

Après le massage et la mobilisation, placez le malade dans une position convenable, et faites exécuter devant vous une série de mouvements, d'abord sans résistance, puis, au fur et à mesure que le muscle acquerra de la vigueur, avec une résistance plus grande.

Théoriquement, tous les muscles voisins d'une lésion sont atteints : il faudrait les exercer tous. Pratiquement, pour une lésion donnée on doit faire porter la plus grande partie des efforts — massage, mobilisation, exercice — sur un seul muscle, ou sur un seul groupe musculaire; ou bien parce qu'il joue un rôle prépondérant dans la mécanique du membre, — ou bien parce que l'atrophie l'a particulièrement touché; — et ces deux raisons se confondent toujours.

Dans les lésions du pied et du cou-de-pied, occupez-vous surtout du triceps sural; les affections du genou amènent rapidement l'atrophie du triceps crural. S'agit-il de la main et du poignet, exercez surtout les fléchisseurs, les lésions du coude retentissent sur le triceps; enfin, à la partie supérieure du bras, et dans les affections de l'épaule, ayez pour le deltoïde des soins particuliers: c'est toujours à cause de lui, que la guérison complète sera retardée.

L'exercice des muscles du jarret se fait de la façon suivante: le malade ayant la jambe étendue, le pied en flexion aussi prononcée que possible, on applique la main contre la partie supérieure de la face plantaire et on lui ordonne de faire de l'extension; plus on appuiera avec la main, plus le malade aura à dépenser de force de son côté.

Pour exercer le quadriceps crural, on emploie le moyen très simple que voici : on fait asseoir le malade sur une table, le bord de la table venant presque au contact de la face postérieure de la jambe tombant à angle droit, et on ordonne au malade de ramener sa jambe à l'horizontale. Au début, le poids de la jambe opposera une résistance suffisante; dès que le mouvement devient facile on place sur la face antérieure du cou-de-pied, en travers, un sac étroit et long, qu'on remplit de sable ou de grenaille de plomb en

quantité de plus en plus grande : 300, 400, 500, 1.000 grammes. Si on peut obtenir du malade que, toutes les heures, il fasse une série d'une vingtaine de mouvements, très lents, avec un temps de repos entre chaque contraction, l'amélioration sera de beaucoup plus rapide.

Quant au deltoïde, le poids du membre supérieur représentera toujours une résistance suffisante. Bien mieux, au début, vous devrez, en soulevant en partie le bras du malade, diminuer d'autant la résistance et vous jugerez des progrès de la force musculaire par la nécessité de fournir une aide de moins en moins grande.

***

Nous connaissons maintenant tous les éléments constitutifs d'une scène de massage.

Etant donné une lésion, un massage complet se composera de toutes ces manœuvres, se succédant dans l'ordre suivant : effleurage superficiel et effleurage soutenu, largement pratiqué au-dessus et au-dessous de la lésion; friction des ligaments articulaires lésés ou voisins de la lésion ; friction des muscles; pétrissage portant surtout sur le muscle ou le groupe musculaire intéressant; tapotement; mobilisation de l'articulation lésée ou voisine de la lésion ; mobilisation des articulations voisines; exercice du muscle important.

Tout cela demande environ quinze minutes; si l'on a affaire à des lésions récentes et très douloureuses, l'effleurage pouvant demander un certain temps, la séance durera vingt ou vingt-cinq minutes. Il est très rare que l'on soit obligé d'opérer plus longuement.

Ces principes généraux étant bien établis, il nous reste maintenant à en montrer les applications aux cas particuliers les plus fréquents.

M. Marchais
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

9 Janvier 1902.

Ankyloses généralisées de la colonne vertébrale et de la totalité des membres. — *M. E. Apert* apporte le squelette d'un homme présenté à la Société dans la séance de Novembre. Les déformations de ce squelette sont difficilement explicables ; elles relèvent soit d'une anomalie de développement, soit d'une affection aiguë, sorte de rhumatisme infectieux, que le malade aurait eu dans l'enfance.

Examen histologique d'une sclérose en plaques ayant déterminé une paralysie des mouvements associés des globes oculaires. — *MM. Raymond et Cestan* relatent l'observation d'un cas de sclérose en plaques où la symptomatologie oculaire pouvait se résumer ainsi : paralysie incomplète, absence de diplopie, gros nystagmus. Une plaque scléreuse pédonculo-protubérantielle intéressait les noyaux de la 3e et de la 4e paire, et les faisceaux qui unissent ces noyaux entre-eux et aux tubercules quadrijumeaux.

Variations de la gravité du tabes. — *M. Brissaud.* Les cas d'ataxie locomotrice progressive tels qu'ils ont été décrits par Duchesne, Trousseau, Charcot et Vulpian semblent devenir de plus en plus rares; ils ne s'agit pas ici de la fréquence globale des cas de tabes, il ne s'agit exclusivement que des formes actuelles du tabes et de l'évolution actuelle du tabes. Je ne saurais dire que je vois moins de tabétiques que par le passé. Je crois au contraire que j'en vois davantage, mais ce qui est certain c'est que je vois beaucoup moins que par le passé la forme de tabes qui jadis méritait réellement de s'appeler ataxie locomotrice progressive.

J'ai remarqué, en d'autres termes, les deux particularités que voici : 1° la plus grande lenteur de l'évolution du tabes, qu'elle qu'en soit la forme, c'est-à-dire qu'il s'agisse de tabes fruste ou de tabes complet et classique ; 2° la plus grande fréquence des tabes dont l'évolution s'arrête et qui se fixent en quelque sorte comme une infirmité plus ou moins grave ou plus ou moins légère. En somme, la maladie me paraît présenter un caractère beaucoup moins progressif que le mot progressif ne le comportait dans la pensée de Duchesne et de Trousseau. J'ai même constaté nombre de fois une régression de la totalité du syndrome; je dis régression, et non rémission.

Je me demande dans quelle mesure le traitement spécifique que l'on applique depuis quelques années sous une forme nouvelle, et incomparablement plus efficace, doit être considéré comme responsable de tous ces cas de tabes bénin, ou si les variations du tabes ne peuvent être attribuées à une variation préalable spontanée de l'infection.

M. Pierre Marie. Je partage entièrement l'avis de M. Brissaud, et j'ai déjà remarqué de mon côté que depuis un certain temps les cas de tabes étaient de moins en moins graves. Je connais plus d'un exemple d'arrêt complet et même de régression des phénomènes tabétiques. Les réflexes ne reparaissent pas, le signe d'Argyll-Robertson persiste, mais les douleurs fulgurantes, les crises viscérales, l'incoordination motrice vont en s'atténuant et peuvent même disparaître. C'est au traitement spécifique que je pense qu'il faut attribuer cette atténuation de la gravité du tabes, bien plus qu'à une modification heureuse de la maladie ou du terrain.

M. Babinski. Je considère aussi le tabes comme une affection moins grave qu'on ne le pensait autrefois. Il y a lieu de se demander si le tabes est devenu réellement une affection moins grave, et dans ce cas de rechercher dans le traitement antisyphilitique la cause qui en a atténué la gravité, ou bien si cette bénignité n'est que relative, et ne tient pas simplement à ce que nous savons mieux reconnaître maintenant les formes frustes du tabes. Selon moi, il y a une part de vérité dans chacune de ces deux hypothèses.

M. Jeoffroy. Je suis porté à croire qu'un traitement antisyphilitique trop intensif peut aggraver l'état du malade. Quoi qu'il en soit, je crois pouvoir appuyer la manière de voir de M. Brissaud, et je puis citer de nombreuses observations dans lesquelles une amélioration considérable se produisit. Les médications employées furent nombreuses, mais non antisyphilitiques. Je reste donc sceptique relativement à l'efficacité du traitement spécifique, et je me demande si les améliorations qu'on lui attribue ne se seraient pas tout aussi bien produites en dehors de toute médication iodurée ou hydrargyrique.

M. Raymond. Je crois que le traitement spécifique agit surtout sur les lésions syphilitiques proprement dites, tandis qu'il est sans effet sur les lésions tabétiques proprement dites; peut-être faut-il distinguer dans le tabes des symptômes relevant de la syphilis proprement dite, les autres appartenant en propre au tabes ?

M. Gilbert Ballet. Je crois que les cas de tabes bénins sont certainement plus nombreux aujourd'hui; mais ce fait est-il dû à une moindre gravité de la maladie, ou à l'heureux effet du traitement spécifique? Il me paraît impossible de trancher la question.

Deux aspects histologiques d'épendymite ventriculaire tuberculeuse. — *M. Anglade* étudie les différentes altérations de la névroglie sous l'influence de la tuberculose.

Hémiplégie parkinsonnienne succédant immédiatement à un ictus chez un vieil artério-scléreux. — *M. Lamy* présente un vieillard atteint subitement, après un ictus, de maladie de Parkinson hémiplégique.

Sur un cas d'hémianopsie homonyme latérale droite suivi d'autopsie. — *MM. Touche et Cruchaudeau* résument cette observation et en montrent les pièces anatomiques.

Tumeur du pédoncule cérébral. — *M. Touche* apporte les coupes histologiques de la pièce présentée à la Société de neurologie le 18 Avril 1901, sous ce titre : syndrome de Weber et titubation; tumeur cérébrale; compression cérébelleuse.

Lésions des cordons postérieurs et troubles de la sensibilité dans un cas de syringomyélie. — *M. Bischoffwerder* a examiné une moelle de syringomyélique où le cordon de Goll du côté gauche était dégénéré; les lésions allaient en augmentant, de la moelle lombaire jusqu'à la moelle cervicale.

Mouvements associés dans la crampe des écrivains. — *M. Haskovec* a eu l'occasion d'observer des mouvements associés dans deux cas de crampe des écrivains.

Aphasie motrice pure sans agraphie. — *M. Ladame* envoie une observation d'aphasie motrice pure sans agraphie.

Méningite cérébro-spinale prolongée. — *M. Hannion* envoie une observation de méningite cérébro-spinale prolongée chez une petite fille de treize mois, terminée par la mort au quatre-vingt-troisième jour.

Maladie de Dercum et goitre exophtalmique. — *M. Romme* a eu l'occasion d'observer une maladie de Dercum, ou adipose douloureuse, associée avec un goitre Basedowifié. Cette association apporte un argument puissant à l'hypothèse de l'origine thyroïdienne de l'adipose douloureuse.

Confusion mentale et syndrome cérébelleux au cours de l'urémie. — *M. Scherb* envoie l'observation d'un urémique ayant eu de la confusion mentale et le syndrome cérébelleux.

Adipose douloureuse accompagnée de troubles vaso-moteurs et de sclérodermie. — *MM. Oddo et Chassy* ont observé des troubles vaso-moteurs et de la sclérodermie dans la maladie de Dercum.

Le traitement de la maladie de Basedow, par les injections intrathyroïdiennes d'éther iodoformé. — *MM. Abadie et Collon* ont traité plusieurs cas de maladie de Basedow par des injections intrathyroïdienne d'éther iodoformé.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

13 Janvier 1902.

Hématométrie unilatérale dans un utérus didelphe. — *M. Delbet* présente la pièce, qui établit que, du côté droit de l'utérus, il n'y avait aucune altération.

Présentation d'une série de pièces de tumeurs fibro-kystiques de l'utérus. — *M. Pozzi* insiste sur la nature de certaines de ces pièces : les unes présentent de véritables fibromes inclus dans d'autres plus gros, ou dans la cavité, où même la paroi utérine; les autres contiennent des sortes de géodes qui étaient primitivement remplies de liquides, à tel point que, dans un cas notamment, le diagnostic de fibrome utérin était impossible cliniquement.

Suite de la discussion sur la question suivante, posée par M. Varnier : Doit-on continuer l'allaitement par le lait stérilisé à Paris. — *M. Guinon* se demande si les inquiétudes sont réelles, et si le lait stérilisé, dans l'industrie surtout, n'est pas insuffisant, dépourvu des éléments indispensables à l'enfant, et cela précisément parce qu'il a été porté à une température de 110°.

L'auteur a observé un enfant atteint de paralysie incomplète, avec ulcérations des gencives, qu'il croit être un type atténué de scorbut infantile.

En présence de ces inquiétudes au sujet des inconvénients du lait stérilisé, M. Guinon a voulu se documenter à l'étranger. M. Heubner (de Berlin) lui a fait connaître que la stérilisation du lait par la vapeur sous pression était complètement abandonnée à Berlin, où on n'employait plus que l'ébullition pendant cinq ou six minutes, ou la stérilisation fractionnée au-dessous de 100°. Heubner estime que le lait trop chauffé perd ses propriétés alimentaires. Escherich (de Gratz) lui a écrit dans le même sens.

Pour M. Guinon, le lait stérilisé industriellement, c'est-à-dire à 110°, peut, quand il est employé d'une façon exclusive, présenter de véritables inconvénients pour les enfants.

Ceux-ci sont pâles, bouffis, sans résistance, sans défense vis-à-vis des infections, surtout digestives; ils présentent, en outre, un léger degré de rachitisme dans certains cas : chapelets, nouure, etc.

En Allemagne, et surtout en Amérique, où l'élevage de l'enfant est fait fréquemment avec du lait stérilisé industriellement, le scorbut infantile a été très souvent observé.

M. Guinon insiste sur ce fait qu'on doit prendre pour guide la loi suivante : « Plus, dans l'élevage, on « s'éloigne de la nature, et plus on a d'accidents de développement. »

M. Marfan proteste contre le vague des objections formulées jusqu'ici contre le lait stérilisé.

Il est bien entendu que l'allaitement au sein, ou l'allaitement mixte, doivent toujours être préférés, quand ils sont possibles.

Mais dans les cas de nourrisson syphilitique, on est bien obligé d'avoir recours à l'allaitement artificiel exclusif, si la mère n'a pas de lait.

M. Marfan condamne le lait cru à cause des acci-

dents gastro-intestinaux qu'il provoque, et le lait pasteurisé industriellement à cause de l'insuffisance de sa stérilisation.

Quant au lait bouilli à 101° pendant quatre ou cinq minutes, il n'est pas meilleur que les autres laits stérilisés.

Pour ce qui est de la maladie de Barlow ou scorbut infantile, cette affection n'a été observée en France qu'avec le lait maternisé, c'est-à-dire centrifugé; un grand nombre d'accoucheurs, tels que M. Budin, par exemple, n'en ont jamais vu de cas.

En Amérique, au contraire, où le scorbut infantile est fréquent, on l'a même observé chez des enfants élevés au sein.

En somme, la stérilisation industrielle du lait est un progrès réel, puisque, grâce à elle, des enfants peuvent s'élever tout de même, alors qu'avec le lait cru ils meurent de gastro-entérite.

M. Pinard n'a fait aucune expérience chimique sur le lait stérilisé, mais son expérience clinique est grande, puisque c'est lui qui a employé le premier ce produit à l'hôpital et dans sa clientèle.

S'il n'a pas dit ce qu'il pensait sur ce sujet dès le début, c'est qu'il a craint qu'on en ait tiré cette conclusion : que le lait stérilisé pouvait remplacer la mère et la nourrice.

Le lait maternel a surtout l'avantage d'être, pour ainsi dire, vivant, et de passer de la mère au fœtus sans contamination possible.

Pour ce qui est de l'allaitement mixte, Tarnier a bien montré que 15 ou 20 grammes de lait de femme facilitaient beaucoup la digestion du lait stérilisé en quantité de plus de 100 grammes.

Dans le lait bouilli ou pasteurisé dans les familles, il y a fréquemment des fissures dans la stérilisation.

M. Pinard admet la supériorité incontestable du lait stérilisé sur le lait cru, à tel point que certains fermiers l'utilisent parfois pour leurs enfants, surtout en été.

Comme conclusion, il affirme que l'emploi du lait stérilisé dans l'alimentation des enfants est un grand progrès, en ce sens qu'il permet d'éviter les accidents aigus et même chroniques; les services qu'il rend dans l'allaitement mixte sont considérables.

Présentation du moulage en cire d'un enfant hydrocéphale, et de l'utérus à travers lequel il a passé par rupture. — *M. Rudaux*. Il s'agit d'une femme qui est restée plusieurs jours chez elle sans demander aucun secours, et qui est morte non accouchée, dix minutes après son arrivée à Beaujon.

L'autopsie permit de faire le diagnostic d'hydrocéphalie et de rupture utérine.

Symphyséotomie dans les présentations persistantes du front. — *M. Wallich*, à propos d'une symphyséotomie qu'il a pratiquée récemment à la clinique Baudelocque dans un cas de ce genre, a réuni les cas de présentations persistantes du front, observées dans les différents services du prof. Pinard de 1882 à 1902. Ces cas sont au nombre de 19, et peuvent être divisés en deux catégories : 12 cas non traité par la symphyséotomie; 7 cas traités par la symphyséotomie. M. Wallich rappelle qu'il a fait, en 1894, la première de ces symphyséotomies pour présentation du front.

L'étude de ces 19 cas démontre :

1° Que le pronostic de la présentation persistante du front est des plus graves : sur ces 19 cas on ne compte que 2 accouchements spontanés; l'utérus s'est rompu 2 fois, le vagin 1 fois; 2 femmes sont mortes ainsi que 9 enfants. Encore ces résultats sont-ils atténués par les cas traités par la symphyséotomie depuis 1894.

2° La dystocie par présentation du front est créée par l'orientation vicieuse de la tête, et peut s'observer alors même que le bassin est légèrement vicié ou même normal, et que la tête ne présente pas des dimensions exagérées.

3° Pour les 19 cas observés, les résultats ont été les suivants :

Douze cas non traités par la symphyséotomie.

Douze cas de mortalité maternelle = 2 cas, soit 16 pour 100.

Douze cas de mortalité fœtale = 7 cas, soit 58 pour 100.

Sept cas traités par la symphyséotomie.

Sept cas de mortalité maternelle = 0.

Sept cas de mortalité fœtale = 2 cas, soit 28.5 pour 100.

Ces chiffres ne peuvent rien présenter d'absolu, mais ils mettent en évidence : d'une part, la gravité de la *présentation persistante* du front, si on la distingue des *présentations transitoires*, et, d'autre part, les résultats obtenus par la pratique de la symphyséotomie.

L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

16 Janvier 1902.

Présentation d'instruments. — *M. Blondel* montre une sonde de Doléris qu'il a dotée de plusieurs perfectionnements pratiques : ouvertures terminales beaucoup plus larges, situées tout à fait à l'extrémité, et orientées de telle façon qu'il y a éparpillement du jet; modification de la forme du manche de la sonde, de façon à faciliter la stérilisation de l'instrument.

L'auteur présente ensuite un porte-mèche, qui a l'avantage de pouvoir s'introduire très facilement dans l'utérus, sans crainte de blesser la paroi utérine, et surtout de ne pas exposer à ce qu'on laisse sortir la gaze qu'on vient de mettre quand on retire l'instrument introducteur.

Avortement de cinq mois; fœtus extra-membraneux. — *M. Cathala*. Il s'agit d'une femme qui a perdu du sang mélangé d'eau à partir du troisième mois de sa grossesse; l'utérus était dur, tendu. Le fœtus fut expulsé spontanément à cinq mois, et, comme il se produisit alors une hémorragie, on fit une délivrance artificielle.

On fut alors frappé par la forme du placenta, qui était largement marginé, en forme de poche, très petit par rapport au fœtus.

La poche formée par l'œuf était ovalaire, petite, et ne pouvait évidemment contenir le fœtus avec ses dimensions actuelles, puisque celui-ci cubait environ 350 centimètres cubes, alors que l'œuf ne mesurait que 100 centimètres cubes. Il y avait donc une différence de 285 centimètres cubes entre les deux.

Ce fœtus extra-membraneux est un des plus précoces qui ait été observé, puisqu'il semble être sorti de son œuf à trois mois.

Causes d'erreur dans les cas de rétention placentaire. — *M. Brindeau* rapporte deux faits dans lesquels le diagnostic de rétention placentaire a été particulièrement difficile.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme enceinte de quatre mois, qui apportait avec elle l'embryon qu'elle avait expulsé, et qui resta pendant quarante-huit heures sans avoir de douleur.

Le col tendant à se refermer on l'endormit, et on constata que le placenta adhérait complètement à la surface interne de l'utérus, de telle sorte que la cavité ovulaire et lisse, dans laquelle le doigt pénétrait, était la cavité ovulaire, et non la cavité utérine comme on aurait pu le croire.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme qui venait d'expulser un embryon de trois mois et demi, et qui perdait du liquide fétide.

Le toucher intra-utérin fit reconnaître une cavité absolument nette et vide, mais présentant cependant un orifice qui conduisait dans une autre cavité située à gauche, laquelle était remplie par le placenta complètement adhérent.

Ce placenta ayant été décollé, la cavité utérine reprit sa forme régulière, ce qui prouve qu'il ne s'agissait pas d'une malformation de l'organe.

M. Bar. Les observations rapportées par M. Brindeau présentent un grand intérêt relativement à la conduite à tenir.

Cette disposition irrégulière de l'utérus est commune, tout au moins au commencement de la grossesse; elle est due à la greffe de l'œuf dans la cavité utérine, tout à côté de l'*ostium tube*. Dans ces cas, qui ont été souvent décrits à tort comme des utérus bicornes, la partie vide est molle, alors que la partie pleine est dure.

Des œdèmes partiels dans les infections puerpérales. — *M. Budin*. Quand l'infection puerpérale a été grave, on voit quelquefois survenir des œdèmes sur certaines parties du corps, œdèmes qui sont partiels et fugaces, apparaissant en un point pour disparaître en un autre.

L'auteur a observé récemment un cas de ce genre. Il s'agit d'une femme du pavillon d'isolement qu'on avait curée, écouvillonnée, et qui avait présenté des fausses membranes génitales.

A un moment donné, on observa tous les signes d'une phlegmatia de la jambe droite, sauf que l'impotence n'existait pas et que l'œdème n'était pas réparti uniformément sur tout le membre inférieur; il n'y avait pas non plus le cordon caractéristique de la phlegmatia.

Bientôt l'œdème envahit le pied gauche, puis disparut; la malade est aujourd'hui guérie.

M. Budin rapporte d'autres observations d'œdèmes ayant siégé sur les deux membres inférieurs, du côté gauche de la paroi abdominale, etc. Dans un cas, l'œdème de la cuisse et de l'abdomen étaient tels qu'on crut à la présence de pus dans l'abdomen, et qu'une laparotomie fut décidée, et faillit être pratiquée.

Ces œdèmes sont dus sans doute à des toxines, beaucoup de microbes étant capables de les produire; tels sont : le bacille diphtérique, le streptocoque, le proteus et le staphylocoque.

M. Boissard se demande si ces œdèmes ne sont pas causés quelquefois par des thromboses partielles; ils seraient alors des phlegmatia alba dolens très atténuées.

M. Bar. Les œdèmes sur lesquels M. Budin vient d'attirer l'attention se rencontrent surtout dans les formes d'infection puerpérale lente, prolongée, et cela non dans les premiers jours, mais tardivement.

Dans presque tous les cas qu'il a observés, il y avait une albuminurie tenace et persistante; aussi faut-il penser à l'insuffisance urinaire dans la pathogénie de ces œdèmes.

L'état particulier des humeurs dans les néphrites, attesté par l'état des paupières et de la paroi abdominale, plaident en faveur de cette hypothèse.

M. Maygrier soigne en ce moment une malade très infectée, qu'il a écouvillonnée le dixième jour; elle présente un œdème du membre inférieur gauche qui a duré trois ou quatre jours, et qui a disparu sans laisser de traces.

M. Budin. Dans la plupart des cas d'œdèmes partiels que j'ai observés, il n'y avait pas d'albumine; les œdèmes albuminuriques doivent être beaucoup plus tardifs encore.

Quant à l'hypothèse de la thrombose, il faudrait admettre qu'elle n'a pas persisté, étant survenue et ayant disparu en deux ou trois jours, ce qui ne s'observe guère dans les véritables thromboses, où le membre est paralysé, lourd.

Ce qui plaide encore contre la thrombose, c'est ce fait que, dans les thromboses variqueuses, il n'y a pas d'œdème.

L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

24 Janvier 1902.

Localisation du bacille d'Eberth chez des typhiques sur des organes préalablement lésés. — *MM. Widal et Ravaut*. Nous avons observé chez deux femmes convalescentes de fièvre typhoïde, des localisations à bacilles d'Eberth développées sur des organes déjà malades avant l'éclosion de la dothiénenterie.

Notre première malade était une jeune femme atteinte, depuis de longues années, d'adénite sous-maxillaire tuberculeuse. Pendant la convalescence de la dothiénenterie, un des ganglions sous-maxillaires tuberculeux depuis si longtemps augmenta de volume et devint rouge et fluctuant. Il fut incisé, et le pus examiné contenait du bacille typhique en abondance et à l'état de pureté.

Notre seconde malade était une femme de trente-quatre ans, qui, au déclin d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, avait accusé dans le côté droit de l'abdomen des douleurs vives, avec vomissements. Ces symptômes persistèrent pendant trois semaines environ, puis disparurent avec la convalescence. Un mois plus tard, les douleurs reparurent, la température s'éleva à 38°, et l'on constata la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. M. Walther pratiqua la laparotomie et tomba sur un volumineux kyste de l'ovaire, qui contenait environ 1.500 grammes d'un liquide noirâtre. Ce liquide, ensemencé, donna des cultures pures et abondantes de bacilles typhiques. La malade guérit rapidement après l'ablation du kyste.

L'un de nous a montré, dans la dernière séance, avec M. Le Sourd, comment une tare, même minime, telle celle produite par l'injection sous-cutanée de sérum artificiel, pouvait favoriser la fixation des bacilles, que le sang, nous le savons maintenant, charrie presque constamment au cours de la fièvre typhoïde. L'observation médicale, souvent si difficile, ne permet pas toujours de reconnaître la cause d'une localisation infectieuse. Les deux observations présentes nous montrent à l'évidence comment des lésions préalables d'organes différents, telle une adénite tu-

berculeuse d'un ganglion cervical ou un kyste de l'ovaire, peuvent être le prétexte d'une localisation du bacille typhique.

Névrite radiculaire au cours de la méningite cérébro-spinale épidémique. — *M. Rendu* insiste sur les difficultés du diagnostic entre les névrites, les névrites radiculaires et les poliomyélites antérieures.

Dans un cas de méningite cérébro-spinale observé sur un jeune homme de quinze ans, on vit survenir une paralysie complète du deltoïde; puis le biceps, le brachial antérieur se prirent; la méningite cérébro-spinale guérit, mais les phénomènes paralytiques persistèrent; l'examen clinique et électrique permit d'en reporter la cause à une névrite radiculaire du plexus brachial.

Syndrome bulbaire congénital, d'origine corticale probablement. — *MM. Variot et Roy* présentent une fillette de neuf ans atteinte du syndrome bulbaire, paralysie labio-glosso-laryngée, très accentué. Ce syndrome apparut dès la naissance; l'enfant ne put jamais prendre le sein; il fallut la nourrir en lui portant le lait très profondément dans le pharynx. Actuellement, l'impossibilité de fermer la bouche est complète; la langue est collée, immobile, sur le plancher de la bouche; la déglutition est très difficile; le voile du palais est parésié, le réflexe pharyngien perdu. Par contre, les cordes vocales se contractent, et un examen pratiqué par M. Le Marc Hadour permit de constater que le larynx est relativement sain.

Il existe de plus des troubles moteurs dans les membres; les réflexes sont exagérés, et enfin des crises épileptiformes surviennent chaque nuit. Devant cette symptomatologie, et en l'absence de troubles atrophiques dans les muscles paralysés, il est possible d'affirmer que cette malade n'est pas une bulbaire vraie, mais une pseudo-bulbaire, par lésions corticales bilatérales.

Les cas analogues sont rares; dans la thèse de Comte on n'en trouve que six, dont deux suivis d'autopsie. Ce sont les observations de Bouchaud et d'Oppenheim; les lésions étaient une atrophie des parties inférieures des circonvolutions rolandiques, atrophie sans sclérose.

Tumeur de la protubérance comprimant le pédoncule cérébelleux moyen. — *M. Touche* apporte l'observation du malade et en présente les pièces anatomiques.

Pyopneumothorax de nécessité. — *M. Galliard.* Dans les cas de pyopneumothorax, on voit parfois les téguments de la paroi thoracique soulevés par un mélange de pus et de gaz spontanément issu de la plèvre après perforation sur un point faible et ayant franchi la barrière des muscles intercostaux. On doit dire alors qu'il y a *pyopneumothorax de nécessité*.

Lorsqu'on constate au niveau d'un espace intercostal une poche fluctuante et réductible, avec crépitation si cette poche est petite, avec clapotis ou gargouillement si elle est volumineuse, le diagnostic est facile. On ne peut guère confondre le pyopneumothorax de nécessité qu'avec les abcès gazeux, secondaires à la ruptures des cavernes pulmonaires adhérentes à la paroi thoracique. Quant au phlegmon emphysémateux qui complique les pleurésies putrides, il est facile à reconnaître; il succède d'ailleurs, en général, à la thorancentèse.

Lorsque la poche fluctuante et réductible se montre sans crépitation ni clapotis (ce qui arrive surtout quand elle est petite et bas située), on peut songer au vulgaire empyème de nécessité. Mais il faut savoir qu'en faisant varier les positions du malade, on parvient presque toujours à amener dans l'abcès assez de gaz pour préciser le diagnostic.

La difficulté du diagnostic existait chez la femme âgée de soixante-sept ans, phtisique, dont je relate ici l'observation. Elle avait une petite saillie fluctuante et réductible, sans crépitation, au niveau du 5e espace droit, en avant, sous la mamelle. Comme j'avais la notion du pyopneumothorax antécédent du même côté, je n'hésitai pas à affirmer le pyopneumothorax de nécessité. Et il ne fut pas nécessaire, pour justifier mon affirmation, de soumettre la patiente à des investigations que son état d'extrême faiblesse rendaient inopportunes. Au bout de quelques jours, l'abcès s'ouvrit spontanément, la collection pleurale se vida complètement en dehors, les gaz de la plèvre s'échappèrent continuellement par la fistule jusqu'au moment de la mort, qui survint deux jours après la rupture.

L'autopsie montra, du côté droit, un pyopneumothorax presque total; il y avait des adhérences du lobe inférieur au diaphragme et du sommet à la paroi thoracique. Le sommet droit contenait des tubercules ramollis, et là se trouvait la perforation pulmonaire.

Quant au pus, examiné par mon interne M. Maury, il contenait des microbes variés : pneumocoques, streptocoques, staphylocoques.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

25 Janvier 1902.

Les deux cycles évolutifs du parasite échinococcique. — *M. F. Dévé.* J'ai établi précédemment la réalité de la transformation des scolex en kystes échinococciques. Or, on a soutenu qu'il s'agit là d'une métamorphose régressive et pathologique des petites têtes, et que ces formations nouvelles se détruisent ou restent stériles. Nous avons observé des faits qui démontrent que ces nouveaux kystes deviennent fertiles : la transformation kystique des scolex constitue donc une forme évolutive parfaitement progressive.

On doit par suite considérer au parasite échinococcique deux cycles évolutifs distincts. A côté du grand cycle classique, s'accomplissant chez deux hôtes successifs, existe un petit cycle, qu'on peut appeler *para-échinococcique*, dont les révolutions, s'accomplissant chez un seul hôte, peuvent se reproduire indéfiniment, avec cette particularité qu'à la fin de chacune d'elles (stade scolex), le parasite peut, si les circonstances le permettent, retourner au cycle évolutif naturel.

Étude sur les toxalbumines. — *M. Rhens.* Les toxalbumines, abrine, ricine, cicotine, agglutinent les globules sanguins et présentent également une extraordinaire toxicité. Avec assez de globules et moyennant un contact suffisamment prolongé, on peut ôter à leurs solutions dans l'eau salée, en même temps que toute force agglutinative, toute propriété toxique. Celle-ci se retrouve totalement sur les globules. Des érythrocytes préalablement chargés d'une des toxalbumines se comportent comme des corps inertes à l'égard des plus faibles solutions d'une quelconque de ces substances. Leur puissance absorptive n'est pas épuisée cependant à l'égard de toute substance en général; des globules agglutinés à refus se laissent en effet hémolyser par les glucosides des hémolysants tels que la cyclamine.

Les corpuscules agglutinés sont dans une certaine mesure désagglutinables par l'antitoxalbumine correspondante : leur toxicité disparaît intégralement. On peut la leur rendre et retirer indéfiniment, par des bains répétés dans la toxine et l'antitoxine.

Toxicité urinaire du hérisson. — *M. Noë* rapporte les expériences qu'il a faites sur la toxicité urinaire du hérisson. Il a vu que le sommeil hibernal, en modérant l'histologie, réduit la toxicité urinaire, et par suite épargne à l'animal les chances d'auto-intoxication qui résulteraient de son exagération.

Formation de cyclones intra-buccaux. — *M. Gellé* étudie la formation de cyclones intra-buccaux dans la voix chuchotée, et avec les consonnes.

Sur les substances précipitantes des albumines (précipitines) contenues dans certains sérums spécifiques. — *MM. Linossier et G. H Lemoine.* — On sait par les expériences de Tchistowitch-Bordet, que le sérum d'un lapin à qui on a injecté dans le péritoine du sérum d'un autre animal, acquiert la propriété de précipiter *in vitro* le sérum de cet autre animal. Nous avons entrepris d'appliquer cette réaction à l'étude de la différenciation des albumines urinaires. Nous avons constaté que le sérum actif précipite toutes les urines riches en albumine, mais l'intensité de la réaction n'est pas toujours proportionnelle à la quantité d'albumine décelée par l'analyse.

Pour les urines qui n'en renferment que des traces, tantôt le sérum actif est un réactif plus sensible que l'acide azotique, tantôt il ne donne aucune réaction, quand l'acide azotique en fournit une très nette. Pour trouver les causes de ces différences, il faut faire une étude attentive des conditions de la réaction.

A. Sicard,

ACADÉMIE DE MÉDECINE

28 Janvier 1902.

Des injections préventives de sérum antidiphtérique dans les familles où s'est déclaré un cas de diphtérie. — *M. Netter.* J'ai pratiqué à l'hôpital Trousseau des injections préventives de sérum antidiphtérique à 502 enfants appartenant à 200 familles dans lesquelles il y avait eu un premier cas de diphtérie. Les injections à la dose habituelle de 500 unités, n'ont présenté aucun inconvénient. Elles ont été très efficaces : 13 enfants seulement ont été pris de diphtérie dans les vingt-quatre heures, 6 après un mois; il n'est survenu aucun cas pendant la période qui va du deuxième au vingt-huitième jour.

L'examen bactériologique de la gorge de 476 de ces enfants a montré 150 fois la présence du bacille de Löffler.

L'utilité de l'injection préventive chez ces enfants ressort bien nettement si on compare leur sort à celui de 491 enfants non immunisés appartenant à des familles ayant aussi envoyé des enfants diphtériques à l'hôpital.

Dans ce groupe, il y a eu 87 cas secondaires répartis sur 69 familles; 38 cas graves dont 18 mortels; la proportion des familles atteintes a été de 34,5; des enfants, de 7,74 pour 100; des diphtéries mortelles, de 3,66 pour 100.

Si la proportion avait été la même chez les enfants inoculés, on aurait eu 86 familles atteintes au lieu de 13, soit 76 de plus, 89 enfants au lieu de 13, soit 76 de plus; 39 diphtériques graves au lieu de 0, et 18 morts.

Les injections préventives ont donc sauvé 18 existences, et préservé 76 enfants de la maladie.

Chez les sujets non inoculés dans les vingt-quatre heures, le nombre des cas de diphtérie a été de 8; dans les vingt-huit jours, le nombre a été de 16.

L'inoculation préventive n'est donc pas seulement préservatrice; elle atténue en outre la maladie lorsque celle-ci vient à se développer en dépit de l'immunisation. La proportion des cas légers est, chez les immunisés, de 77 pour 100; chez les non-inoculés, de 20 pour 100; celle des cas graves chez les immunisés est de 0, chez les non-inoculés de 40 pour 100.

Ces résultats sont comparables à ceux que fournit la vaccine. Il y a donc lieu de généraliser l'usage des inoculations préventives de sérum antidiphtérique chez les enfants qui ont été exposés à la contagion. Ce sera un bénéfice pour la société, et même pour l'Assistance publique.

C'est, d'ailleurs, ce que beaucoup de parents commencent à comprendre, car ils soumettent beaucoup plus volontiers aujourd'hui leurs enfants aux inoculations préventives de sérum.

Traitement du pied bot par l'extirpation des os du tarse. — *M. Lucas-Championnière* présente un homme de trente ans atteint de double pied bot congénital. Le pied gauche, le plus atteint, a été opéré; M. Lucas-Championnière a extirpé tous les os du tarse, à l'exception du calcanéum. Les résultats pratiques sont excellents.

Diagnostic des fausses cystites. — *M. A. Guépin.* La triade symptomatique (fréquence, douleurs, pyurie) n'étant pas caractéristique d'une inflammation vésicale, les moyens de différenciation entre la cystite et les fausses cystites restant insuffisants ou inapplicables, il faut, pour aboutir à un diagnostic exact : 1° appliquer au cas particulier les lois générales des réflexes urinaires; 2° faire l'épreuve du traitement causal.

Il importe d'autant plus d'être fixé que le traitement usuel de la cystite ne donne rien, sinon une aggravation, lorsqu'il y a fausse cystite, en un mot, lorsque la vessie n'est pas en cause.

M. Labbé.

ACADÉMIE DES SCIENCES

27 Janvier 1902.

Effets physiologiques du contenu des cellules urticantes des cœlentérés. — *MM. Portier et Richet.* Ces auteurs ayant broyé avec du sable des tentacules de cœlentérés pourvus de nombreux nématocystes, ont obtenu un liquide produisant sur la peau de l'homme des effets urticants.

En injection sous-cutanée, ce liquide ne provoque pas, comme on aurait pu s'y attendre, de réaction douloureuse au point d'injection, mais de l'anesthésie, puis du coma, en même temps que la température s'abaisse de 2 à 3°. A dose plus élevée, l'animal injecté ne tarde pas à succomber dans le sommeil. En raison de cette dernière action, MM. Portier et Richet ont donné le nom d'hypnotoxine au principe actif contenu dans les cellules urticantes des cœlentérés.

G. Vitoux.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 5 *Février* 1902, à 1 heure. — M. GALAND : De la rhinotomie sous-labiale ; MM. Tillaux, Pinard, Walther, Desgrez. — M. SIMART ; Contribution à l'étude de la mort subite par rétrécissement et oblitération des coronaires cardiaques ; MM. Pinard, Tillaux, Walther, Desgrez. — M. CARTON : De la durée de la vie chez les épileptiques ; MM. Joffroy, Brissaud, Netter, Widal. — M. CÉRAC : Contribution à l'étude de l'action hémostatique du sérum gélatiné en injections hypodermiques ; MM. Brissaud, Joffroy, Netter, Widal.

Jeudi 6 *Février* 1902, à 1 heure.— M. CLERC : Contribution à l'étude de quelques ferments solubles du sérum sanguin ; MM. Dieulafoy, Raymond, Hanriot, Achard, — M. CHADZINSKI : Des réflexes tendineux et cutanés et de leur dissociation (antagonisme) dans les maladies du système nerveux : MM. Raymond, Dieulafoy, Hanriot, Achard. — M. DE ROCCA-SERRA : Étude clinique et expérimentale de l'affection oculaire produite par le contact du podophyllin ; MM. De Lapersonne, Berger, Jeanselme, Auvray. — M. LE GENTIL : Kératite parenchymateuse et surdité ; MM. De Lapersonne, Berger, Jeanselme, Auvray. — M. MALLET ; Le bicarbonate de soude en chirurgie : technique, indications ; MM. Berger, De Lapersonne, Jeanselme, Auvray.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 *Février* 1902. — 2e, Salle Richet : MM. Ch. Richet, Hanriot, Retterer. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Corvisart : MM. Lannelongue, Poirier, Lepage. — 5e, Chirurgie (Première partie), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Jalaguier, Gosset. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Legry, Bezançon.

Mardi 4 *Février* 1902. — 2e, Salle Charcot : MM. Mathias-Duval, Langlois, Broca (André). — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime : MM. Pozzi, Bonnaire, Auvray. — 5e, Chirurgie (Première partie), Charité : MM. Guyon, Hartmann, Marion. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Dieulafoy, Vaquez, Rénon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Chantemesse, Thoinot, Thiroloix.

Mercredi 5 *Février* 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Kirmisson, Cunéo, Gosset. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Terrier, Remy, Wallich. — 4e, Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Pouchet, Gaucher, Wurtz.

Jeudi 6 *Février* 1902. — Médecine opératoire, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Pozzi, Schwartz, Thiéry. — 2e, Salle Corvisart : MM. Mathias-Duval, Gautier, Gley. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Budin, Poirier, Faure. — 4e, Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Brouardel, Proust, Richaud.

Vendredi 7 *Février* 1902. — 2e : MM. Gariel, Ch. Richet, Retterer. — 3e (Deuxième partie (Ancien régime, Salle Thouret : MM. Netter, Widal, Thoinot. — 5e, Chirurgie (Première partie), Laënnec : MM. Mauclaire, Delens, Reclus. — 5e (Deuxième partie), Laënnec, MM. Hayem, Landouzy, Wurtz. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 8 *Février* 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Salle Broussais : MM. Cornil, Méry, Hanriot. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Joffroy, Raymond, Dupré. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime : MM. Hutinel, Gilbert, Launois. — 5e Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Demelin, Potocki.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — La chaire de pathologie externe de la Faculté mixte de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

L'école de médecine indigène de Tananarive. — Les examens pour l'admission à l'école de médecine indigène et au cours des sages-femmes indigènes ont eu lieu à Tananarive. Trente candidats ont été admis.

HOPITAUX ET HOSPICES

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts. — Les médecins de la clinique des Quinze-Vingts commenceront, le mercredi 12 Février, des leçons cliniques et théoriques, qui auront lieu dans l'ordre suivant :

Mardi, à 1 heure, M. Trousseau : Traitement des maladies externes de l'œil.

Mercredi, à 2 heures, M. Kalt : Diagnostic ophtalmologique.

Jeudi, à 2 h. 1/2, M. Valude : Conférences cliniques. Présentation de malades.

Samedi, à 1 heure, M. Chevallereau : Vices de réfraction.

Consultations et opérations à 1 heure.

Conférence de médecine légale psychiatrique. — M. Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale, commencera la deuxième série de ses conférences de médecine légale psychiatrique, le vendredi 7 Février, de 1 h. 1/2 à 3 heures, et les continuera le mercredi et le vendredi à la même heure, 3, quai de l'Horloge.

Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté, à MM. les Docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants ayant passé leur 4e examen de doctorat.

Après trois mois d'assiduité à ce cours, un certificat de présence sera régulièrement délivré.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Sont nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur : au grade de commandeur : M. Fournier, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis ; au grade d'officier : MM. Blache et Magnan ; au grade de chevalier : MM. Robin-Duvernet, Bonnaire, Lepage, Florand, Guiart, Rueff, médecins à Paris ; Mauny, médecin à Mortagne (Charente-Inférieure) ; Félix, à Grenoble ; Rousseau-Saint-Philippe, à Bordeaux ; Laussedat, à Royat-les-Bains (Puy-de-Dôme) ; Beauvisage, à Lyon ; Monard, à Aix-les-Bains (Savoie) ; Goy, à Reignier, (Haute-Savoie) ; Dupuy, à Moissac (Tarn-et-Garonne) ; Lescure, à Oran.

Le service médical de la Préfecture de la Seine. — M. Audigé, médecin de la 7e circonscription (14e arrondissement et communes annexes), a été appelé à la 2e circonscription (5e et 6e arrondissements), en remplacement de M. Brochin, démissionnaire.

M. Lévi, médecin adjoint de la 10e circonscription (17e arrondissement et communes annexes), a été nommé médecin titulaire de la 7e circonscription.

M. Pineau, médecin adjoint de la 8e circonscription (15e arrondissement et communes annexes), a été appelé à la 10e circonscription.

M. Mercereau, médecin adjoint de la 3e circonscription (7e, 8e et 9e arrondissements), a été appelé à la 8e circonscription.

M. Weil, médecin adjoint de la 11e circonscription (18e arrondissement et communes annexes), a été appelé à la 3e circonscription.

M. Lyon, médecin adjoint de la 5e circonscription (12e arrondissement et communes annexes), a été appelé à la 11e circonscription.

M. Martin, médecin adjoint chargé des suppléances, a été nommé médecin adjoint de la 5e circonscription.

La lutte contre la céruse. — Dimanche matin, au square des Epinettes, une manifestation a eu lieu devant la statue de Jean Leclaire, l'industriel philanthrope qui a le premier combattu l'emploi du blanc de céruse qu'il remplaçait par le blanc de zinc.

Cette cérémonie était présidée par le professeur Brouardel, président du conseil supérieur d'hygiène, assisté du professeur Laborde, membre de l'Académie de médecine, de M. Henry Buisson, directeur du *Travail*, et de diverses personnalités corporatives, architectes, patrons et ouvriers.

M. Brouardel a prononcé quelques paroles rendant hommage à Jean Leclaire et sa philanthropie éclairée qui avait été le salut de tant d'ouvriers. Plusieurs allocutions ont été faites encore pour exposer la question du blanc de céruse et demander l'intervention des pouvoirs publics en faveur des ouvriers peintres.

La falsification du lait. — L'*Echo de Paris* ayant ouvert un concours destiné à encourager les inventeurs qui trouveront le moyen de rendre plus difficile, sinon impossible, la falsification du lait, un jury de médecins et de savants vient de se réunir à la Faculté et a élaboré le règlement du concours après avoir composé son bureau de la façon suivante :

Président : M. Brouardel ; vice-présidents : MM. Achille Muntz et Pouchet ; rapporteur : M. Guinochet ; secrétaire des séances : M. Blondel.

La somme mise à la disposition de la Commission par l'*Echo de Paris* se monte à 5.000 francs. Elle pourra être distribuée en un ou plusieurs prix.

La ligue contre la mortalité infantile. — Il vient de se fonder à Paris, sous ce titre, une société d'étude, de propagande et d'action, destinée à combattre par tous les moyens possibles la mortalité excessive et évitable des enfants du premier âge.

Le comité d'initiative a constitué le bureau suivant : MM. Th. Roussel, président ; Paul Strauss et Pierre Budin, vice-présidents ; Josias et Variot, secrétaires ; Henri de Rothschild, trésorier.

Le siège social de l'œuvre est 7, rue Mondovi.

Étranger

Un service de voirie hygiénique. — On vient d'inaugurer à Berlin un nouveau système d'enlèvement des ordures ménagères. Désormais celles-ci, au lieu d'être enlevées comme elles le sont à Paris dans d'infects tombereaux en bois, seront entassées dans des fourgons en tôle de fer galvanisé et peint, aux angles arrondis, faciles à nettoyer et à désinfecter. Le fourgon est toujours fermé par un clapet automatique que les ordures écartent pour pénétrer à son intérieur.

Quant aux employés de la voirie chargés du service de l'enlèvement des ordures, ils sont couverts de vêtements imperméables en toile, très faciles à désinfecter.

Nécrologie. — Un télégramme de Saint-Louis (Sénégal) annonce la mort de M. Ballay, gouverneur général de l'Afrique occidentale.

Etant médecin auxiliaire dans le corps de santé de la marine, M. Ballay, en 1875, accompagna M. de Brazza dans son exploration du Gabon. Depuis lors, toute sa carrière se passa en Afrique.

M. Ballay était commandeur de l'ordre de la Légion d'honneur.

CONCOURS

Internat. — *Anatomie.* — Séance du 25 Janvier : MM. Chaignot, 6 ; Leduc, 6 ; Demanche, 6 ; Fayolle, 6 ; Desmoulins, 7 ; Fabre (J.-M.-J.), 6 ; Lavenant, 9 ; Siegel, 6 ; Zeutler, 9 ; Guimbert, 7. — *Absents* : MM. Feillard, Bornail, Legueule.

Pathologie. — Séance du 27 Janvier : MM. Camus (Paul), 8 ; Poupardin, 9 ; Perreaux, 9 ; Sari, 5 ; Renaud, 8 ; Labadie-Lagrave, 8 ; Patry, 7 ; Muret, 12 ; Français (H.), 10 ; Devé, 9. — *Absents* : MM. Fabre (Eug.), Marniger.

RENSEIGNEMENTS

Conférence publique d'internat. — MM. Chevassu, Dupuy, Hitz-Boyer, Lemierre, Louste, Pécharmant, Rostain, internes des hôpitaux, commenceront une conférence publique d'internat le vendredi 7 Février à 2 h. 1/2 à l'amphithéâtre Cruveilhon (école pratique) et la continueront les vendredis suivants à la même heure.

Conférences d'internat. — MM. Bauer, Braillon, Devraigne, Digne, Gernez et Laurens, internes des hôpitaux, continueront les conférences publiques d'internat à la Charité (amphithéâtre Potain), le samedi à 2 heures.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 10. — Samedi, 1er Février 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

ARTICLES

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

APPEL AUX MÉDECINS
A PROPOS DU PROJET DE RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

La question de la réforme de l'enseignement secondaire sera prochainement portée devant les Chambres où elle soulèvera un grand débat. C'est le moment pour les médecins d'élever la voix; ils en ont le droit et même le devoir. Eux seuls sont réellement compétents en ce qui concerne les nécessités de l'hygiène dont il semble que la commission officielle et les rapporteurs ne se soient pas suffisamment inquiétés. Et cependant, n'est-il pas évident que la question d'hygiène doive primer toutes les autres lorsqu'il s'agit de jeunes gens en voie de développement physique et intellectuel ?

Mais tout se tient, et il est impossible d'amener l'hygiène physique des lycéens à ce qu'elle doit être normalement, sans remanier profondément les programmes et les méthodes d'enseignement.

* * *

Laissons de côté l'alimentation et l'habitation si souvent défectueuses pour les internes, questions sur lesquelles l'opinion est unanime, et ne retenons que l'insuffisance d'exercice au grand air et le surmenage cérébral.

Dans les établissements d'enseignement secondaire, il n'est laissé aux élèves qu'un temps tout à fait insuffisant pour l'entraînement physique dont il serait naturel de se soucier autant que de l'entraînement intellectuel.

Les élèves ont trop de devoirs à faire, trop de leçons à apprendre, et la grande majorité d'entre eux est mise d'une façon trop continue en présence d'une tâche cérébrale trop difficile. Un élève dont l'esprit n'est pas *exceptionnellement* alerte et délié n'a pas le loisir voulu pour prendre l'air, faire de l'entraînement physique. On ne laisse aucun répit à ses jeunes cellules cérébrales.

Les internes, en dehors de leurs courtes et monotones récréations, prises trop souvent dans de véritables cours de prison, sont parqués dans des salles mal aérées, surchauffées en hiver. Ils doivent y piocher sans relâche; ainsi l'exigent

la tradition, le souci du bon ordre et les programmes du baccalauréat et des grandes Écoles.

Les externes ne sont guère mieux partagés. Les parents, qui comprennent combien cette vie de bureau est contraire à la santé de leurs enfants, se heurtent à cette réponse lorsque ceux-ci sont consciencieux : « Je n'ai pas le temps... » Ils n'ont pas le temps ! Et c'est vrai.

Il y a quelques années, on a paru découvrir quelques-unes des nécessités de l'hygiène du développement des adolescents. On a créé des cours d'entraînement physique dans les lycées. On a organisé des luttes, des courses, des parties de foot-ball, des concours d'escrime. Des écoles ont été fondées dans lesquelles l'entraînement physique prenait une place importante. Qu'en est-il advenu ? Dans les établissements universitaires, certains élèves se sont spécialisés; il leur est échu la mission de soutenir sur le terrain l'honneur sportif de la maison à laquelle ils appartiennent. Pour la grande masse de leurs camarades, rien n'a été changé; ils sont restés tout aussi étrangers et indifférents aux exercices du corps. Les établissements dans lesquels ces exercices tenaient une juste place sont tombés en discrédit près d'un grand nombre de familles ; l'école Monge a disparu, elle a été remplacée par le lycée Carnot. C'est la victoire du thème grec sur la gymnastique.

Rien d'étonnant à ce que ce double échec se soit produit : pour pouvoir donner à l'éducation et au développement physique le temps et le soin nécessaires, il faut commencer par alléger et remanier des programmes vieillots et surchargés.

Les programmes et les méthodes actuelles d'enseignement semblent faits pour des élèves particulièrement doués, capables de résoudre vite et bien les rébus qu'on leur soumet, et d'apprendre rapidement une somme considérable de textes français, latins et grecs. On en compte 2 à 5 dans une classe de 30 à 35 élèves. Ces élèves brillants sont les fils chéris de l'Université.

Le concours général, cette invention néfaste, a été fait pour eux.

Les autres suivent comme ils peuvent, péniblement. Les élèves consciencieux, d'esprit plus lent, de mémoire plus rebelle, sont les plus malheureux. Ils sont, pour des années, condamnés à exécuter sans entrain une tâche trop difficile, qui les préparera bien mal à la lutte pour l'existence telle que l'a faite la civilisation moderne.

Ceux dont la santé est insuffisante plient sous le fardeau. On les déclare paresseux, alors qu'il faudrait les encourager, les remonter, les tonifier moralement et physiquement ; on les tient sous la menace perpétuelle du pensum et des reproches. Un certain nombre résistent, se cabrent et se réfugient dans l'indolence et la paresse voulues.

Le préjudice causé à la santé de tous, laborieux ou non, pendant la période critique de leur croissance, de leur développement physique, est évident : comparez donc ce qu'ils sont avant et après les grandes vacances, qui ne durent cependant que deux mois !

Le préjudice causé à leur développement cérébral, intellectuel et moral est non moins grand, bien que moins évident. Il y a dix ou quinze ans, on s'est beaucoup occupé du surmenage scolaire. C'est l'époque à laquelle Charcot étudiait en France la maladie de Beard. Le surmenage scolaire n'était-il pas une des causes les plus puissantes de la neurasthénie ? L'observation clinique a montré que le syndrome de Beard est rare chez les jeunes écoliers. M. Galton, dans une intéressante étude sur la fatigue cérébrale des enfants et des adolescents, est arrivé à cette conclusion : « C'est parmi ceux qui sont zélés et vifs, qui ont des aspirations d'un ordre élevé, qui se savent bien doués mentalement, et sont trop généreux pour penser beaucoup à leur propre santé, qu'on trouve le plus fréquemment des victimes de l'excès de travail. » (A. Proust et G. Ballet.)

« La très grande majorité des écoliers des classes moyennes, dépourvus de ces qualités exceptionnelles, cessent simplement de travailler quand ils sont fatigués, et poussent rarement le labeur jusqu'à la fatigue véritable. Ce n'est qu'à l'âge de seize, dix-sept et dix-huit ans, quand il s'agit de passer des examens ou des concours pour être admis dans une école spéciale, que les jeunes gens peuvent commettre de véritables excès de travail cérébral. Le surmenage dans la sphère des facultés intellectuelles se produit seulement par des efforts de volonté dont les enfants sont incapables » (Charcot).

On s'est donc rassuré : puisque la neurasthénie ne se produit dans les classes moyennes que chez des êtres d'élite, puisque, en dehors de ces conditions exceptionnelles, elle ne se montre guère avant dix-sept ou dix-huit ans, il n'y avait pas à s'inquiéter !

C'est aux mauvaises conditions de l'hygiène des lycéens qu'on s'en est pris, beaucoup plus qu'au surmenage cérébral. « La plupart des troubles du système nerveux qu'on observe chez les enfants, chez les écoliers de tout âge, et qu'on a voulu mettre sur le compte du surmenage cérébral, sont bien plus les effets des conditions défectueuses dans lesquelles vivent les élèves soumis à la règle néfaste des internats : la trop longue durée des études et des classes, et partant la sédentarité exagérée, le séjour prolongé dans une atmosphère viciée qui va en s'altérant de plus en plus avec la durée du travail, les pratiques de l'onanisme, le défaut de l'exercice physique, l'insuffisance des heures de sommeil. C'est d'ailleurs à cette conclusion que se sont rangés la plupart des neurologues qui ont étudié avec quelque soin la neurasthénie chez les écoliers des lycées et des collèges (A. Proust et G. Ballet). . . . . .

Question de mots, comme on voit; et il n'y avait pas lieu d'être rassuré autant que beaucoup l'ont été. La neurasthénie chez les écoliers ? laissez-moi donc tranquille, disaient les sceptiques, ils sont bien trop paresseux !

Mais si le *syndrome de Beard* n'est pas très fréquent chez eux, le mal en est-il moins grand ? Les mauvaises conditions de l'hygiène du lycéen y prédisposent certainement, de même qu'elles prédisposent à nombre d'autres maladies chroniques et d'états diathésiques : la tuberculose, le neuro-arthritisme, la goutte, le diabète, etc. Souvent on retrouve dès la vie scolaire les premiers germes des névroses, y compris la neurasthénie. Et puis, la paresse des écoliers n'est souvent que la manifestation de leur fatigue, de leur surmenage cérébral pour une tâche trop difficile, imposée sans relâche suffisante.

Ces conditions d'hygiène sont tout aussi mauvaises pour l'éducation du jugement et de la volonté. Mieux vaudrait infiniment avoir moins feuilleté les gros dictionnaires, moins appris par cœur, et avoir à la vingtième année un jugement plus juste et une volonté plus ferme dans un corps plus sain et mieux développé !

* * *

L'évolution de la race française traverse en ce moment une période critique. Elle est menacée d'une dégénérescence progressive dont les causes sont multiples : les grandes saignées des grandes guerres, l'insalubrité de beaucoup de professions, l'alcoolisme, la tuberculose, la mauvaise hygiène de l'enfance, la dépopulation des campagnes au profit des villes avec toutes ses funestes conséquences, etc. Ne laissons pas plus longtemps s'ajouter à tous ces facteurs de déchéance la mauvaise hygiène physique et intellectuelle des établissements dans lesquels se forme l'état-major de la société française.

Grâce aux efforts des médecins, la bourgeoisie, avertie du danger, se défend mieux actuellement contre l'alcoolisme et la tuberculose; il importe qu'elle défende aussi ses enfants contre l'hygiène défectueuse que leur impose le régime actuel des établissements d'instruction secondaire. Elle a eu jusqu'à présent à ce point de vue une insouciance et une passivité que seule peut expliquer l'ignorance soit du danger, soit du remède possible.

L'hygiène du lycéen ne pourra être efficacement améliorée qu'en déchargeant les programmes et en modifiant les méthodes d'enseignement.

Puisqu'il faut jeter du lest, voyez-vous un inconvénient à sacrifier le grec ? Avez-vous le sentiment que la gymnastique intellectuelle que vous avez faite à l'aide de la grammaire et des auteurs grecs vous ait été indispensable ? Le grec nous a-t-il servi pour apprendre la médecine ?

Croyez-vous bien utile de faire non seulement des thèmes grecs, mais des thèmes latins ? Rédigez-vous vos ordonnances en latin ? Ecrivez-vous en latin vos publications scientifiques ?

Le personnel enseignant est un véritable corps d'élite ; les professeurs sont instruits, très dévoués à leur tâche; beaucoup d'entre eux sont des gens supérieurs. Malheureusement ils n'ont acquis leur situation que par les examens et les concours. Ils conçoivent difficilement l'emploi de méthodes nouvelles d'enseignement, et ils n'ont pas suffisamment conscience que la question du développement intellectuel est subordonnée à celle du développement physique, que le cerveau est l'organe élaborateur de la pensée, qu'une intelligence trop poussée dans dans un corps malingre est une dangereuse monstruosité. Ils sont du reste prisonniers des programmes imposés, plus encore que de la tradition. Eh bien, il appartient aux médecins de faire comprendre aux parents et à eux qu'il y a danger pour les individus et pour la race entière à suivre les errements du passé. Mieux avertis, ils sentiront que des modifications s'imposent, et si des réformes sérieuses sont décidées ils en feront l'essai loyal.

* * *

Les médecins doivent être consultés pour l'élaboration de la réforme urgente. Ils doivent avoir voix et même voix prépondérante dans les conseils qui la prépareront. Pour prendre la place qui leur est due, il importe qu'ils fassent une manifestation collective.

De quelle façon peuvent-ils la faire ? Plusieurs moyens s'offrent à eux : référendum, pétition aux pouvoirs publics.

L'auteur de cet article serait heureux de voir se former une *Ligue des Pères de famille amis de l'Université*, dont un groupe de médecins formerait le noyau. Cette ligue serait près de l'Université et des pouvoirs publics le représentant naturel et autorisé des familles. En défendant l'intérêt bien compris du développement physique et intellectuel des enfants, elle concourrait à lutter contre les causes de dégénérescence qui ont entamé déjà la race française, et qui la menacent plus gravement encore pour l'avenir.

Nous prions les confrères qui partagent nos idées de nous envoyer leur adhésion, en répondant aux questions *fondamentales* posées plus loin. Si les réponses affirmatives sont suffisamment nombreuses, le résultat du référendum sera transmis au ministre de l'Instruction publique et aux Chambres. S'il y a lieu, la Ligue des Pères de famille sera fondée.

Référendum. — Pensez-vous que le surmenage scolaire qui résulte de la surcharge des programmes et des méthodes actuelles d'enseignement soit une cause de danger pour la santé des élèves des établissements d'instruction secondaire ?

Etes-vous d'avis de supprimer l'étude du grec pour les élèves qui ne désirent pas faire une étude spéciale des langues mortes ?

Etes-vous partisan de la fondation d'une Ligue des Pères de famille amis de l'Université, dans laquelle le corps médical serait largement représenté ?

Albert Mathieu,
Médecin des hôpitaux.

LA

SUPPURATION DU LABYRINTHE

SA CHIRURGIE

par Marcel LERMOYEZ
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Je ne me dissimule assurément pas que la lecture des pages qui vont suivre paraîtra aride : plus ingrate, certes, que si j'exposais les symptômes de la pneumonie. Mais il est tout au moins regrettable que la suppuration du labyrinthe, assez fréquente pour que deux cents observations en aient pu être recueillies en Allemagne, assez connue à l'étranger pour y avoir suscité cinquante publications, demeure à ce point ignorée encore des médecins français qu'aucun mémoire ne lui ait été consacré, qu'aucun cas même ne me semble en avoir été publié en France ! Aussi bien ai-je pensé qu'il ne serait peut-être plus prématuré de révéler ici ce sujet. Ce qu'on va lire est un simple travail de mise au point, dans lequel j'ai le regret de ne pouvoir apporter encore aucune note personnelle; au reste, je m'en consolerai, si j'arrive à mettre quelque clarté en cette exposition. J'y serai d'ailleurs grandement aidé par la thèse remarquable que vient de soutenir, le 31 Octobre dernier, M. Victor Hinsberg[1], devant la Faculté de médecine de Breslau.

Lentement se sont précisées nos notions sur les écoulements d'oreille, et par étapes d'erreurs décroissantes. A l'aurore de l'otologie, l'otorrhée était le fait du cerveau, qui normalement évacuait son pus par l'oreille. Du jour où l'on reconnut cette erreur, on lui en substitua une autre : c'était désormais l'économie tout entière qui se débarrassait par le conduit auditif de son trop-plein d'humeurs, d'où la classique doctrine de l'otorrhée salutaire, qui rangeait l'otite dans la classe des *noli me tangere* populaires, à côté de la croûte de lait. Puis vint l'ère des diathèses : la suppuration de l'oreille n'était plus qu'une des formes de sortie du lymphatisme; on pouvait dès lors sans crainte l'enrayer; et l'huile de foie de morue résuma la thérapeutique auriculaire. Peu à peu, cependant, se fit jour cette vérité que l'oreille peut bien suppurer pour son compte, tout comme un doigt atteint de panaris : et on se mit à la traiter localement. D'abord, ce furent les astringents, puis les antiseptiques introduits au hasard dans le conduit; à la longue, les insuccès amenèrent à penser que dans le rocher, comme ailleurs, un foyer d'ostéite demande à être ouvert, gratté, drainé : on s'y essaya d'abord par la simple trépanation mastoïdienne, on y parvint mieux par l'extraction des osselets, et l'on y réussit tout à fait par cette merveilleuse opération qui est l'évidement pétro-mastoïdien, et qui radicalement guérit les otorrhées les plus invétérées, en respectant la fonction auditive, sans même compromettre le nerf facial dans sa traversée de l'oreille.

Mais, jusqu'alors, cette chirurgie ne s'adresse qu'aux lésions de l'oreille moyenne. Or, autour de celle-ci il y a un groupe d'organes nécessaires à la vie, plus qu'elle. Ce n'est aujourd'hui un secret pour personne que l'otorrhéique non traité porte sur lui tout ce qu'il faut pour mourir, avec la perspective d'un dénouement varié : soit que le pus de son oreille pénètre dans le sinus latéral et produise la classique infection purulente; ou qu'il aille se collecter dans le cerveau, le cervelet; ou que brusquement il se répande dans l'espace sous-arachnoïdien, tuant alors si brutalement, que pas mal de ces prétendus anévrismes, dont la rupture foudroie le passant dans la rue, se révèlent à la Morgue comme des méningites otogènes. Heureusement notre chirurgie sait encore lutter; l'évidement pétro-mastoïdien est loin d'être sa dernière cartouche contre les suppurations otiques compliquées. Ouvrir le crâne et vider un abcès extra-dural est pour elle chose facile et inoffensive; curetter le sinus latéral et réséquer la jugulaire interne, afin d'enrayer la pyohémie otique, est une intervention réglée, souvent heureuse; l'incision et le drainage des abcès encéphaliques a même triomphé dans les cas reconnus à temps. Provisoirement, la méningite purulente reste seule au-dessus de nos forces, car nous savons déjà guérir sa forme séreuse en ponctionnant les ventricules latéraux !

En tout cela — fait étrange — un organe a été totalement oublié par nous, mais non par le pus : c'est l'*oreille interne*. Cette omission trouve son excuse dans l'obscurité de la symptomatologie labyrinthique, dans la difficulté de l'anatomie pathologique de cette région, surtout dans l'hésitation que nous cause son traitement chirurgical. Or, l'importance de la suppuration labyrinthique n'est pas à méconnaître, puisque c'est la *complication la plus fréquente de l'otorrhée*. Désormais, tous les traités de chirurgie lui devront consacrer un chapitre.

Voici, il me semble, comment pourrait être dès maintenant comblée cette lacune.

ÉTIOLOGIE

Trois voies peuvent conduire les agents infectieux au labyrinthe :

1° La *voie sanguine*. Ainsi, au cours des oreillons, l'infection du labyrinthe se fait par des embolies septiques parties du foyer parotidien.

2° La *voie cranienne*. Ainsi, au cours de la méningite cérébro-spinale, l'infection du labyrinthe se fait par contiguïté; les méningocoques cheminent des lacs sous-arachnoïdiens vers les espaces endo-lymphatiques par le conduit auditif interne.

3° La *voie otique*. Le pus passe directement de l'oreille moyenne dans l'oreille interne. Ce troisième type de pyolabyrinthite (type *tympanogène*) étant de beaucoup le plus fréquent, sera seul envisagé ici.

Cependant, tandis qu'il préexiste entre le labyrinthe et le crâne plusieurs voies de communication, il n'y a normalement aucun passage ouvert qui puisse mener les microbes de l'oreille moyenne dans l'oreille interne; car les fenêtres ovale et ronde sont closes par des membranes fibreuses, qui résistent au pus à la façon des aponévroses.

Par où donc le pus de la caisse du tympan pourra-t-il se rendre dans le labyrinthe ? Uniquement, par des *ouvertures accidentelles*. Celles-ci sont produites : ou par le chirurgien, ou par la maladie. Elles sont donc de deux ordres : traumatiques, pathologiques (fig. 1).

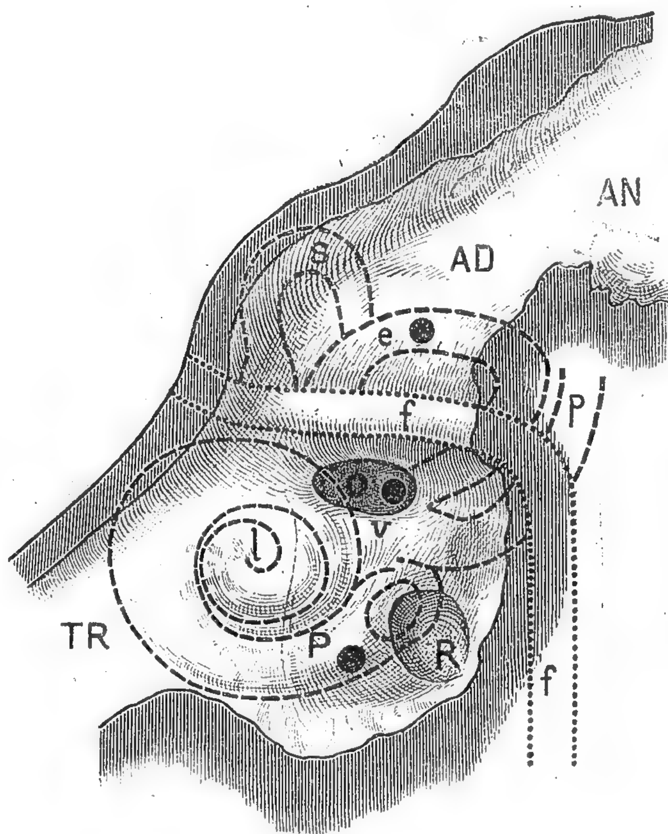


Figure 1.

Cette figure représente en superposition les rapports de l'oreille moyenne avec l'oreille interne. Elle montre les détails de la face interne de la caisse, sur laquelle se projettent en pointillé le limaçon, le vestibule, les canaux semi-circulaires et le nerf facial.

Oreille moyenne. — TR, orifice supérieur de la trompe; P, promontoire; O, fenêtre ovale; R, fenêtre ronde; AD, aditus; AN, antre;

Oreille interne. — *l*, limaçon; *v*, vestibule; *s*, canal semi-circulaire supérieur; *e*, canal semi-circulaire externe; *p*. canal semi-circulaire postérieur; *f*, nerf facial.

Les trois points noirs indiquent les voies que suit habituellement le pus pour pénétrer de la caisse dans le labyrinthe.

Communications tympano-labyrinthiques traumatiques. — Citons avant tout les *fractures de la base du crâne*, dont le trait de rupture peut souvent créer cette communication : mais, étant donné l'asepsie normale de la caisse (Lannois), elles ne provoquent généralement pas la suppuration du labyrinthe tant que le tympan demeure intact, protégeant ainsi l'oreille contre les infections extérieures.

L'ouverture traumatique du labyrinthe peut être *volontaire*, ou *involontaire*.

Ouverture volontaire du labyrinthe, imputable à l'opération.

Deux actes opératoires, à tort préconisés contre la surdité dans l'otite sèche, exposent au danger de faire suppurer le labyrinthe :

a) La *ponction de la membrane de la fenêtre ronde*.

b) L'*extraction de l'étrier*, dont les risques sont moindres, attendu que le périoste de la

1. Victor Hinsberg. — « Ueber Labyrintheiterungen ». (Habilitation als Privat-docent, Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1901). On trouvera dans cette thèse toutes les indications bibliographiques, que je ne puis incorporer dans mon article, faute de place.

platine peut n'être point détaché et réussir à protéger le labyrinthe.

Ouverture involontaire du labyrinthe, imputable à l'opérateur.

a) L'*extraction des corps étrangers du conduit auditif*, si souvent faite à l'aveugle par des empiriques, a un obituaire labyrintho-méningitique des plus chargés.

b) La *paracentèse du tympan*, exécutée par une main inhabile, peut introduire l'aiguille dans le vestibule, à travers la fenêtre ovale, malgré la résistance de la platine de l'étrier (autopsie de Fedi).

c) L'*évidement pétro-mastoïdien* cause plus souvent cet accident. Deux régions sont dangereuses à cet égard : 1° la saillie que fait le *canal semi-circulaire externe*, sur la face interne de l'aditus : certes, la substitution au trépan aveugle de la gouge gardée par le protecteur de Stacke a notablement diminué ce danger ; néanmoins, celui-ci subsiste malgré cela, puisque Jansen a neuf fois ouvert par mégarde le labyrinthe en ce point (d'où, au réveil, grand syndrome labyrinthique tumultueux, qui s'amende spontanément et disparaît au bout d'un mois ; jamais de mort) ; 2° la *fenêtre ovale* : la curette, mal maniée en cet endroit, arrache l'étrier, car très souvent l'osselet est enfoui au milieu de fongosités qui le cachent. La prudence commande donc à l'opérateur de respecter systématiquement les bourgeons de la niche ovale. 25 faits de ce genre ont été publiés : dans presque tous les cas, la mort eut lieu par méningite.

Pourquoi donc y a-t-il une telle différence de pronostic entre ces deux modes d'effraction du labyrinthe ? Parce que l'arrachement de l'étrier ouvre en grand le vestibule, d'où l'infection rayonne aisément dans toute l'oreille interne, ainsi atteinte en plein cœur ; tandis que la blessure du canal semi-circulaire externe n'entame qu'un diverticule étroit, où le pus peut aisément se confiner.

Communications tympano-labyrinthiques pathologiques. — Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. Ici, l'évidement, c'est-à-dire l'ouverture large et précoce, a réformé les notions fausses fournies jusqu'alors par de rares autopsies tardives, et prouvé que la suppuration du labyrinthe complique beaucoup plus souvent qu'on ne le croyait les otites moyenne purulentes. Ainsi Hinsberg a pu trouver dans la littérature de ces dernières années 198 cas certains de suppuration tympano-labyrinthique, dont 174 cas recueillis à Berlin dans la clinique de Lucœ.

Deux questions se posent à ce propos : 1° quelle est la *nature* de la lésion primaire de la caisse ? 2° quelle *voie* suit habituellement le pus pour passer de la caisse dans le labyrinthe ?

Nature de la lésion primaire de la caisse. — Sur 121 fistules du canal semi-circulaire externe, Jansen n'en a pas noté une seule qui fût due à une otite aiguë. Mais Oesch est moins exclusif ; 89 cas de labyrinthite suppurée, rapportés dans son travail, relèvent : 18 fois d'une otite aiguë, 71 fois d'une otite chronique.

Disons donc que presque toujours la suppuration du labyrinthe est le fait d'une otorrhée chronique.

La pathogénie des otites moyennes purulentes qui envahissent le labyrinthe se résume ainsi :

a) *Cas aigus*. Presque toujours, l'otite *scarlatineuse*.

b) *Cas chroniques*. 1° D'abord, le *cholestéatome* (71/121 cas de Jansen) ; 2° la *tuberculose* otique (16/121) ; mais ce dernier chiffre est évidemment trop faible : car la tuberculose envahit le labyrinthe si insidieusement que presque toujours les symptômes manquent, et, par conséquent, la lésion n'est pas recherchée.

Voies qui mènent le pus de la caisse au labyrinthe : *a*) Principalement l'érosion du *canal semi-circulaire externe*.

b) Souvent, l'ouverture de la *fenêtre ovale* avec destruction partielle ou totale de l'étrier.

c) Très rarement, l'ouverture de la *fenêtre ronde*, parce que celle-ci est bien protégée au fond de sa niche.

d) Assez souvent, la fistulisation du *promontoire*, lieu d'élection de la tuberculose du rocher.

e) Enfin, la nécrose en masse du *limaçon*, qui est surtout l'apanage des otites scarlatineuses.

Il est, à l'heure actuelle, encore impossible de mieux préciser ces données par des chiffres. Car, sur 198 cas, 61 fois seulement on put découvrir la voie suivie par l'infection tympano-labyrinthique. D'ailleurs, les statistiques personnelles des opérateurs divergent, au point d'ébranler notre confiance. Jansen trouve la fistule du canal semi-circulaire externe chez 25 pour 100 de ses évidés, tandis que Koerner ne la rencontre que 5,9 fois sur 100. Est-ce là un simple jeu de hasard ? ou plutôt le fait d'une interprétation personnelle arbitraire de lésions osseuses souvent obscures ? Le dépouillement des évidements que j'ai faits plaide en faveur de l'opinion de Koerner : souvent, j'ai cru trouver une fistule là où une exploration plus attentive ne me révéla qu'une cellule.

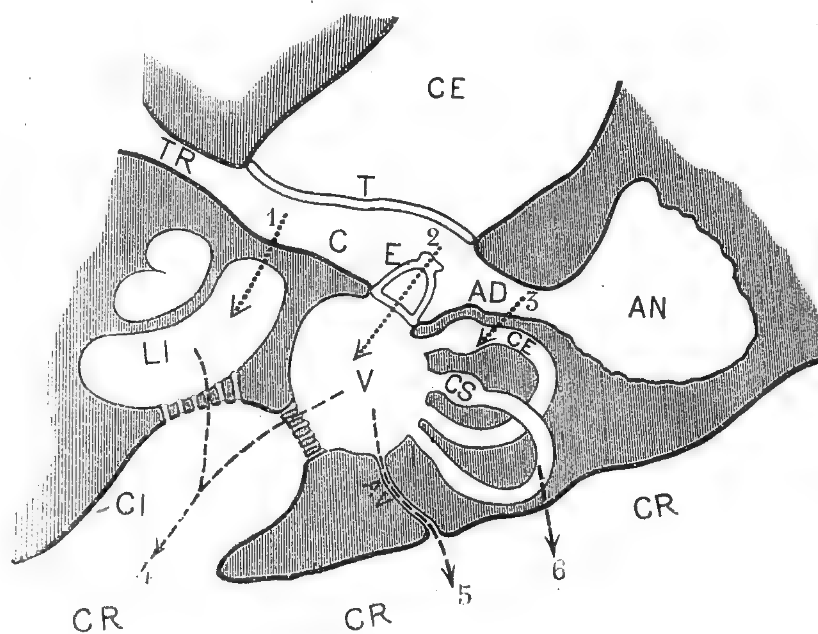


Figure 2.

Coupe horizontale schématique de l'oreille, indiquant les voies que le pus suit ordinairement pour passer de la caisse dans le labyrinthe et de là dans le crâne.

CE, conduit auditif externe ; T, tympan ; C, caisse ; TR, trompe ; AD, aditus ; AN, antre ; E, étrier ; V, vestibule ; LI, limaçon ; CE, canal semi-circulaire externe ; CS, canal semi-circulaire supérieur ; AV, aqueduc du vestibule ; CI, conduit auditif interne ; CR, cavité cranienne (étage inférieur).

1, 2, 3, flèches indiquant les passages habituels tympano-labyrinthiques du pus ; 4, 5, 6, flèches indiquant les passages habituels labyrintho-craniens du pus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Mode de répartition du pus dans le labyrinthe. — La suppuration de l'oreille interne est : 1° tantôt *diffuse*, quand, par exemple, l'arachement de l'étrier produit une effraction large et brusque du vestibule ; 2° tantôt *localisée*, quand l'otorrhée amène une érosion lente et étroite du canal semi-circulaire externe.

Suppuration diffuse. — Surtout dans les cas aigus, on trouve, à l'autopsie, le vestibule, le limaçon, les canaux semi-circulaires inondés de pus. Cependant, le plus souvent, et ceci n'a pas été une des moindres causes d'erreur, le labyrinthe paraît sain à l'œil nu ; seul, le microscope y montre une infiltration diffuse de cellules rondes. Rapidement, celles-ci s'organisent en un tissu cellulaire jeune, riche en vaisseaux ; Habermann a même observé des néoformations osseuses à la septième semaine d'une labyrinthite aiguë. Dans tous ces cas, la destruction des terminaisons nerveuses est extraordinairement précoce.

Suppuration localisée.— Elle s'observe surtout au cours du cholestéatome. La suppuration limitée au canal semi-circulaire externe est le type de beaucoup le plus fréquent de la labyrinthite purulente. La suppuration isolée du limaçon n'est pas très rare : mais Jansen semble s'être trop avancé en posant en règle une sorte d'antagonisme entre les suppurations cochléaires et les suppurations vestibulo-canaliculaires.

Plus circonscrite encore, l'inflammation peut se limiter à l'espace péri-lymphatique (Steinbruggte).

Inutile d'insister sur les difficultés de diagnostic et sur les réserves opératoires qui découlent de ces cantonnements de la pyolabyrinthite.

Voies qui mènent le pus du labyrinthe dans le crâne. — La labyrinthite suppurée ne tue jamais par elle-même, mais seulement par les accidents endo-craniens qu'elle peut amener.

La marche du pus de la caisse du tympan vers l'encéphale se fait donc ainsi en deux temps : première étape, de l'oreille moyenne à l'oreille interne, par les routes que nous avons indiquées plus haut ; deuxième étape, de l'oreille interne à l'endocrâne, par des chemins qu'il nous reste maintenant à étudier. Ceux-ci s'établissent de deux façons : 1° utilisation des *voies normales* de communication labyrintho-craniennes ; 2° création par le pus de *voies pathologiques* (fig. 2).

Communications labyrintho-craniennes normales. — Elles servent à conduire le pus dans l'ordre de fréquence décroissante que voici :

a) Le plus souvent, le *conduit auditif interne*.

b) Fréquemment, les *aqueducs*, surtout celui du vestibule. Jansen a ainsi pu décrire l'empyème du sac endolymphatique.

c) Rarement, les déhiscences congénitales de la capsule osseuse du labyrinthe, en particulier celles que Dunn a signalées sur la convexité du *canal semi-circulaire supérieur*.

d) Exceptionnellement, les *veines des aqueducs* qui mènent le pus dans le canal sinuso-jugulaire.

Communications labyrintho-craniennes pathologiques. — Ce sont celles que le pus se crée en perforant la capsule osseuse du labyrinthe. La boucle du canal semi-circulaire supérieur en est le lieu d'élection.

Remarquons que, normales ou pathologiques, toutes ces voies de migration purulente du labyrinthe vers l'encéphale ont ce caractère commun qu'*elles infectent seulement l'étage postérieur du crâne*; donc, méningite, abcès cérébelleux sont possibles; en revanche, jamais la labyrinthite n'a encore produit un abcès du cerveau. La figure 3 fait comprendre cette particularité.

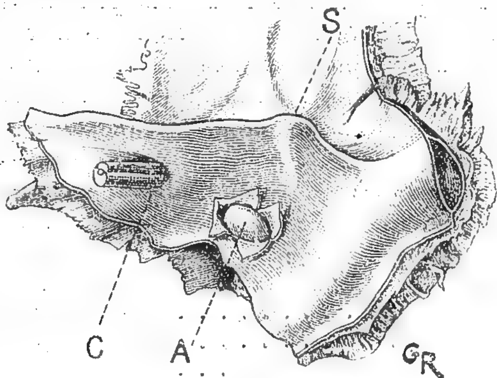


Figure 3 (d'après Testut).

Cette figure représente la face postérieure du rocher, recouvert de ses parties molles; elle fait partie de l'étage inférieur du crâne et se met en rapport seulement avec le cervelet.

On y voit, en C, l'orifice du conduit auditif interne; A, le sac endo-lymphatique aboutissant de l'aqueduc du vestibule; S, la saillie du canal semi-circulaire supérieur.

Ces trois points sont les voies que suit habituellement le pus pour pénétrer du labyrinthe dans le crâne.

SYMPTOMES

La présence de pus dans l'oreille interne peut se traduire cliniquement par deux ordres de symptômes : 1° *symptômes de suppuration*; 2° *symptômes de localisation*.

Symptômes de suppuration. — La *fièvre* décèle le pus. Cependant, en l'espèce, sa valeur séméiologique est bien médiocre. Souvent la fièvre manque : ainsi dans la majorité des cas de Jansen. Existe-t-elle, il est bien difficile, avant toute intervention, de la rattacher à la suppuration de la caisse ou à celle du labyrinthe. Tout au plus est-il permis de dire que si, après un évidement pétro-mastoïdien, la température persiste à demeurer au-dessus de la normale, et si aucun symptôme n'existe qui puisse faire supposer une complication endocranienne, alors seulement on peut de cette hyperthermie conclure à l'existence probable d'une pyolabyrinthite. Tel fut le cas d'un évidé d'Hinsberg, chez lequel la trépanation du labyrinthe fit immédiatement baisser la température, qui, malgré la première opération, se maintenait au-dessus de 38°.

Symptômes de localisation. — Les fonctions de l'oreille interne sont l'un des points encore les plus controversés de la physiologie. Or, si les subtiles hésitations qui se complaisent en un perpétuel « que scais-je? » conviennent à la plume du physiologiste dont le but est d'insérer un mémoire dans le bulletin d'une société savante, une schématisation plus simpliste, mais précise, plaît mieux au bistouri du chirurgien, ennemi du doute.

La théorie labyrinthique la plus simple sera donc la meilleure pour nous guider au lit du malade.

Le labyrinthe a deux fonctions : 1° il sert à l'*audition*; 2° il sert à l'*orientation de la tête*, laquelle joue un grand rôle dans l'équilibre humain en raison de la station debout.

Le nerf de la huitième paire, qui part du labyrinthe, n'a donc ni unité fonctionnelle, ni unité anatomique. Il est formé de deux nerfs différents réunis par simple voisinage topographique :

1° Le *nerf cochléaire*, nerf acoustique, qui se détache du limaçon;

2° Le *nerf vestibulaire*, nerf statique ou kinesthésique (Grasset), qui naît du vestibule et des canaux semi-circulaires.

Chacune de ces deux fonctions labyrinthiques peut pécher : 1° par excès; 2° par défaut. Chacun de ces deux nerfs peut donc être atteint : 1° d'*hyperesthésie* (avec paresthésie); 2° d'*anesthésie*.

De là quatre catégories de troubles labyrinthiques, que résume le tableau suivant :

	PHÉNOMÈNES D'HYPERESTHÉSIE	PHÉNOMÈNES D'ANESTHÉSIE
Nerf cochléaire (*audition*).	Bourdonnements.	Surdité.
Nerf vestibulaire (*orientation*).	Vertige et nystagmus.	Désorientation : perte de la notion de situation dans l'espace.

Toute exploration clinique du labyrinthe devra, pour être complète, se faire en suivant ce schéma, en portant sur les quatre points catégorisés en ce tableau. Sinon on risquera fort une erreur de diagnostic par omission.

En vérité, dans la pratique, les choses paraissent un peu plus complexes. Il n'est pas rare que les phénomènes d'hyperesthésie et d'anesthésie se superposent; ainsi, la destruction des extrémités nerveuses du limaçon amène la surdité, en même temps que l'excitation du tronc du nerf cochléaire par ces lésions périphériques entretient les bourdonnements.

Cependant, on peut admettre, en général, que les troubles irritatifs appartiennent surtout aux phases de début, et que les progrès des lésions les font disparaître. Parfois même, ils peuvent faire totalement défaut; ainsi, dans la tuberculose auriculaire, le processus marche si lentement, qu'il semble détruire sans exciter (Barnick).

Quoi qu'il en soit, examinons, tableau en main, notre malade suspect de pyolabyrinthite.

Nerf cochléaire. — *Phénomènes d'hyperesthésie.* — Bourdonnements. — Les bruits subjectifs sont bien moins constants dans les pyolabyrinthites qu'on ne le pourrait supposer. Hinsberg accuse de cette apparente rareté les observations prises incomplètement. Cependant, Bezold spécifie bien que, sur 46 cas de nécrose du limaçon qu'il a pu rassembler, deux fois seulement les bourdonnements existaient; ce qu'il explique en admettant que les ramifications du nerf cochléaire sont plus rapidement détruites que les filets terminaux du nerf vestibulaire dans les ampoules.

Ces bruits ont généralement soit le timbre aigu d'un sifflement, soit le caractère musical d'une sonnerie.

Nerf cochléaire. — *Phénomènes d'anesthésie.* — Surdité. — Scheibe donne la surdité comme signe caractéristique de la pyolabyrinthite. Lorsqu'elle n'est pas absolue, elle se traduit par son signalement acoumétrique usuel : Perception osseuse 0; Weber —; Rinne +.

Mais cela n'est vrai que pour les suppurations totales du labyrinthe, car Jansen et Hinsberg sont d'accord pour reconnaître l'absence constante de surdité dans les suppurations limitées au canal semi-circulaire externe : ce qui n'a d'ailleurs rien que de très logique.

Nerf vestibulaire. — *Phénomènes d'hyperesthésie et de paresthésie.* — Vertige. — Le vertige, — fausse sensation de désorientation, amenant l'impression d'un déséquilibre imminent (Grasset), — constitue le signe majeur de la souffrance du labyrinthe, car c'est évidemment celui qui frappe le plus l'observateur, et qui le plus affecte le malade. Il est très variable en ses manifestations.

1° Tantôt *le vertige est continu*. — Même bien calé dans son lit avec des oreillers, le patient a constamment la sensation de perdre l'équilibre, à laquelle s'ajoutent l'angoisse, la nausée et le vomissement, par l'excitation du noyau de la neuvième paire, voisin au bulbe du trajet des voies labyrinthiques centripètes.

Cherche-il à se tenir debout? ou bien il tourne sur lui-même, ou bien il tombe latéralement, presque toujours entraîné du côté de l'oreille malade.

Moins atteint, essaie-t-il de marcher? il s'avance avec un déhanchement de canard (Moos) très différent de la démarche ébrieuse des cérébelleux.

2° Tantôt *le vertige est paroxystique*. — Ce symptôme présente alors des caractères qui permettent de l'attribuer à l'oreille (attendu que tout vertige n'a pas toujours pour point de départ le labyrinthe). Pour le déterminer, appliquons à notre recherche clinique la loi formulée par Grasset.

« La mise au repos du sens générateur « d'un vertige atténuera ou supprimera ce « vertige; au contraire ce même vertige sera « exagéré : *a*) par la mise en action de ce « sens; *b*) par la mise au repos d'un autre « sens dont l'activité fournit au polygone « d'orientation un moyen de contrôle et de « redressement. »

Sera donc nettement d'origine labyrinthique tout vertige : *a*) qui sera provoqué ou accru par une pression centripète (Gellé) exercée dans le conduit auditif avec une poire à air ou même avec le doigt, ou bien encore amené par une excitation locale directe, telle une irrigation brutale dans l'oreille, tel l'attou-

chement au stylet d'une fistule labyrinthique; *b*) qui sera accru par l'occlusion des yeux, — signe de Romberg, — les yeux étant alors à vrai dire les béquilles du labyrinthe impotent (Althaus).

Le vertige est, chez les otorrhéiques, le symptôme le plus précieux pour nous faire soupçonner une pyolabyrinthite. Or, étant une fausse sensation de désorientation, il est essentiellement subjectif. Donc, il ne se révèle à nous que de seconde main, en passant par l'auto-observation du malade.

Ainsi compris, ce signe serait une intarissable source d'erreurs. Heureusement pour la séméiologie, la désorientation subjective se traduit par un *déséquilibre objectif*, et c'est cette extériorisation du vertige, facile à contrôler, que nous devons nous attacher à rechercher. Pour cela, l'*épreuve de l'équilibre doit être faite systématiquement chez tous ceux qui suppurent de l'oreille*, attendu que souvent les troubles d'équilibration sont réduits au point de passer tout d'abord inaperçus.

Von Stein a bien précisé la technique de la recherche des troubles de coordination motrice. Elle comporte deux séries d'épreuves :

1° *Épreuves statiques*. — *a*) Se tenir debout, les genoux et les talons en contact; *b*) Se tenir debout sur la pointe des pieds; *c*) Se tenir sur un pied; *d*) Se tenir sur un plan incliné, les jambes rapprochées.

2° *Épreuves dynamiques*. — *a*) Avancer et reculer en ligne droite; *b*) Sauter en avant et en arrière, à pieds joints; *c*) Sauter de même sur un pied; *d*) Faire une rotation du corps à droite, à gauche, les pieds joints; *e*) Faire cette rotation en se tenant sur un pied.

Toutes ces épreuves doivent être répétées : 1° les yeux ouverts; 2° les yeux fermés.

Or, chez l'homme sain, aucun de ces mouvements ne doit produire de déséquilibration. Seul le vertigineux chancelle, et le vertigineux labyrinthique chancelle davantage les yeux fermés.

Adler a appliqué cette technique méthodique à l'examen des malades de Jansen, porteurs de lésions labyrinthiques certaines, et il a noté ceci : *a*) En marchant rapidement, — la tête s'incline du côté de l'oreille malade; *b*) En tournant la tête du côté sain, — pas de troubles. En tournant la tête du côté malade, — rappel de vertige intense : les objets environnants semblent tourner dans le sens des mouvements de la tête; *c*) En tournant le corps du côté sain, — évolution facile et rapide. En tournant le corps du côté malade, — évolution difficile et chancelante.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que, dans les suppurations labyrinthiques, le vertige soit un symptôme bien plus constant que la surdité ou les bourdonnements : attendu que nous savons que le pus pénètre ordinairement dans le labyrinthe par le canal semi-circulaire externe ou par le vestibule, territoires du nerf vestibulaire kinesthésique. Cependant, il est de règle que le vertige, même le plus violent, disparaisse à la longue, quand l'irritation nerveuse a fait place à la destruction définitive des éléments anatomiques.

***Nerf vestibulaire.** — Phénomènes d'anesthésie.* — PERTE DE LA NOTION DE SITUATION DU CORPS DANS L'ESPACE. — Ces phénomènes sont normaux chez les sourds-muets, exceptionnels, au contraire, au cours des suppurations labyrinthiques, attendu que celles-ci étant presque toujours unilatérales, la suppléance du labyrinthe sain suffit à maintenir intacte, sans intervention de sens adjuvants, la notion de situation dans l'espace.

Nystagmus. — Presque constant dans le vertige artificiel, provoqué pendant la valse par exemple, le nystagmus relève d'une irritation labyrinthique. Ainsi Jansen l'a noté dans tous les cas, sans exception, où il a par mégarde blessé le canal semi-circulaire. Et Lucae l'a constaté dans 31 pour 100 des fistules labyrinthiques. Mais c'est un symptôme éphémère, qui disparaît de bonne heure; ce qui explique qu'il puisse faire défaut dans bien des cas de vertige labyrinthique observés loin de leur début.

Le nystagmus siège toujours sur les deux yeux. Très rarement, rotatoire; ordinairement, horizontal. Dans ce dernier cas, il se produit exclusivement ou principalement quand le malade regarde du côté de l'oreille saine (contrairement a ce qui a lieu pour le déséquilibré).

Brieger attribue à ce signe une réelle valeur pronostique. Dans la suppuration limitée au canal semi-circulaire externe, le nystagmus n'apparaît que si les yeux se tournent du côté sain. Dans la suppuration diffuse du labyrinthe, il a lieu dans toutes les positions de l'œil où le regard se fixe. De sorte que les modifications de ce signe permettraient de suivre la marche du pus dans l'oreille interne.

L'*inégalité pupillaire* l'accompagne parfois : c'est toujours la pupille correspondant à l'oreille malade qui est dilatée. Cyon a d'ailleurs montré que l'excitation des canaux semi-circulaires chez l'animal influence le diamètre de la pupille.

MARCHE ET TERMINAISONS

Evolution spontanée des labyrinthites simples. — Rien de plus variable que la marche de cette affection. Tous les types intermédiaires peuvent se rencontrer entre : 1° les *cas aigus*, qui foudroient en quelques heures; 2° les *cas chroniques*, qui, souvent, demeurent absolument latents.

Cas aigus. — Deux formes principales en doivent être signalées :

a) *Forme mortelle*. — C'est celle qui succède à un traumatisme large du labyrinthe, tel que l'arrachement de l'étrier, ou plus souvent la fracture de la base du crâne. Son évolution se fait en deux temps : pour commencer, réaction immédiate et violente de l'oreille interne traumatisée; pour finir, accidents méningés à marche suraiguë. Entre ces deux phases, deux à trois semaines se passent ordinairement.

b) *Forme curable*. — Elle s'observe surtout au cours de l'otite moyenne aiguë de la scarlatine, dont on sait la virulence et la diffusion. Même début que plus haut : vertige violent, surdité rapide. Mais la seconde phase, l'étape méningée, manque. La guérison est très lente; les troubles de coordination motrice mettent plusieurs mois à disparaître; la surdité persiste.

Cas chroniques. — Au cours des suppurations chroniques de l'oreille moyenne apparaissent des troubles labyrinthiques, très variables dans leur expression, très différents dans leur évolution. Parfois une poussée de mastoïdite, souvent encore une paralysie faciale traduisent simultanément la marche centripète du pus. D'autres fois, rien ne la signale. Ainsi, au cours de la tuberculose auriculaire, la réaction labyrinthique peut être si fruste, que peu à peu la surdité complète s'établit sans que jamais ni vertige, ni nystagmus, ni déséquilibre aient attiré l'attention : ce qui tient à la lenteur d'évolution de cette affection, et surtout à ce fait qu'ayant une prédilection spéciale pour la paroi du promontoire, elle peut avoir totalement détruit la première spire du limaçon avant que les canaux semi-circulaires ou même le vestibule aient été atteints.

Evolution spontanée des pyolabyrinthites compliquées. — Nous savons que les pyolabyrinthites ne tuent jamais par elles-mêmes, mais seulement par les complications qu'elles entraînent. Celles-ci sont assez fréquentes pour modifier le plus souvent le tableau clinique de la suppuration de l'oreille interne.

Le pourcentage suivant, dressé par Hinsberg, donne une bonne idée du pronostic de la pyolabyrinthite :

Guérison	46	pour 100.
Méningite	30	pour 100.
Abcès du cervelet	6,5	pour 100.
Méningite associée à l'abcès du cervelet	3	pour 100.
Autres genres de mort	12,5	pour 100.
Issue inconnue	2	pour 100.

La méningite est donc le plus grand danger de la pyolabyrinthite; vient ensuite l'abcès du cervelet.

Evolution des pyolabyrinthites traitées seulement par l'évidement de l'oreille moyenne. — Voici un chapitre particulièrement intéressant pour l'auriste.

Soit un malade porteur d'une ostéite chronique ou d'un cholestéatome de l'oreille moyenne. On se décide à lui faire la cure radicale de son otorrhée par l'évidement pétro-mastoïdien. Or, il existe en même temps chez lui, préalablement reconnue ou non, une pyolabyrinthite. Comment celle-ci va-t-elle être influencée par l'acte opératoire qui n'a porté que sur l'oreille moyenne, et qui, malgré son épithète de radical, a négligé d'ouvrir un des foyers de suppuration? Chose curieuse, les résultats de cette intervention incomplète peuvent être diamétralement opposés, sans que rien ne les puisse faire prévoir.

Cas favorables. — Un évidement de toute l'oreille moyenne, et même une simple trépanation de l'antre peuvent faire cesser très rapidement les troubles labyrinthiques, mais non toutefois sans leur avoir imprimé une courte exacerbation passagère. Cela se voit surtout dans les fistules spontanées du canal semi-circulaire externe. La lésion première étant supprimée, la lésion seconde disparaît d'elle-même.

Cas défavorables. — *a*) Tantôt l'intervention fait éclater le syndrome labyrinthique qui, jusque-là, demeurait latent. *b*) Tantôt elle exagère seulement les troubles préexistants d'audition et d'orientation.

Comment expliquer de tels faits, puisque l'opérateur a sûrement et systématiquement respecté l'oreille interne? On suppose que l'irritation opératoire, provoquant la tuméfaction réactionnelle des tissus environnants,

détermine ainsi l'occlusion d'une fistule labyrinthique, jusque-là suffisante au drainage, et amène une rétention purulente dans le vestibule et les canaux.

Cas désastreux. — Les choses se passent ainsi. On pratique un évidement mastoïdien chez un sujet de bonne santé, sauf l'otorrhée. L'opération a été très bien faite; la gouge n'a pas dérapé, la curette a été prudente. Aucune lésion suspecte n'a été vue en cours d'intervention. Et cependant, dans les quarante-huit heures, l'opéré meurt, emporté par une méningite suraiguë!

Voici ce que dit à ce propos la statistique : Heine relève en dix ans, à la Clinique otologique de la Faculté de médecine de Berlin, 63 cas de méningite otogène, survenue à la suite de diverses lésions protopathiques de l'oreille traitées chirurgicalement (trépanation, évidement). 22 fois la méningite était due à une suppuration du labyrinthe : or, dans presque la moitié de ces cas (10/22), elle fit son apparition dès le réveil de l'opéré.

Brieger, sur 169 otorrhéiques auxquels il a fait l'évidement de l'oreille moyenne, note 5 morts par méningite aiguë. Dans tous ces cas, la méningite était due à une suppuration du labyrinthe, et, dans 3 cas, elle succéda immédiatement à l'opération.

Comment expliquer un tel accident, alors que les instruments n'ont sûrement entamé ni le labyrinthe, ni les méninges? Il est vraisemblable d'admettre qu'au cours de l'opération, les chocs du maillet ont rompu les adhérences qui enkystaient le pus dans un coin du labyrinthe, et lui ont permis de se diffuser, par la voie des aqueducs, dans l'espace sous-arachnoïdien.

Remarquons surtout ceci. Dans les deux tiers des cas de méningite post-opératoire, rapportés par Heine, la *suppuration labyrinthique était absolument latente*. Et, dans les cinq cas de labyrintho-méningite de Brieger, aucun signe ne permit de supposer une infection de l'oreille interne, ni avant, ni même après l'opération.

Quelles anxiétés de tels faits doivent-ils faire naître en nous, et quelle responsabilité apparente nous créer vis-à-vis de nos malades! Voici qu'un homme vigoureux vient nous consulter pour une diminution de l'ouïe, qui tout au plus l'incommode; difficilement, nous lui persuadons qu'il y a chez lui plus qu'une surdité, mais bien un danger vital que lui crée une suppuration de l'oreille dont il n'a souci, et que, du reste, il supporte très bien; péniblement, nous le décidons à en tenter la cure radicale, lui vantant le bénéfice et l'innocuité du traitement proposé. L'opération est faite : et cet homme succombe presque immédiatement! Il meurt d'une méningite chirurgicale, sans qu'aucun symptôme antérieur ait permis de la prévoir, sans qu'aucune faute opératoire ne l'ait expliquée. L'indication avait été bien posée; l'opération avait été bien exécutée; stupéfaits et impuissants, nous assistons au dénouement imprévu.

DIAGNOSTIC

Étant donné un otorrhéique de type banal, suppurant de son oreille moyenne, comment reconnaître s'il y a ou non du pus dans le labyrinthe? *a*) En observant certains symptômes *avant l'évidement*; *b*) en constatant certaines lésions *pendant l'évidement*.

Diagnostic avant l'évidement. — De difficulté très variable suivant les cas.

Cas schématiques. — Rien de plus simple que de penser à l'envahissement de l'oreille interne par le pus, quand le syndrome labyrinthique se montre au complet, ou quand, ayant disparu, il est nettement relevé dans les antécédents.

Cas frustes. — La surdité à type labyrinthique serait évidemment le meilleur signe, si elle ne manquait souvent. Le vertige isolé est un fait banal sans valeur : pourtant, l'association du nystagmus lui donne une signification quelque peu plus précise.

Toutefois, l'erreur la plus facile à commettre dans ce cas consiste à confondre une suppuration du labyrinthe avec un ABCÈS DU CERVELET : ce qui procure à l'auriste le désappointement de ne point trouver, en opérant, une collection cérébelleuse, laquelle lui semblait cependant probable, ou peut même lui causer la surprise de voir son malade guérir néanmoins (puisque la labyrinthite guérit 46 fois sur 100 quand elle est simple) : chose tout à fait inexplicable s'il ignore la pyolabyrinthite!

Vertige, titubation, nystagmus caractérisent autant le syndrome labyrinthique que le syndrome cérébelleux. Voici cependant qui permettra peut-être de les distinguer : *a*) La *titubation* cérébelleuse, qui est celle de l'homme ivre, diffère de la démarche de canard (Moos) des labyrinthiques. *b*) Le *vertige* cérébelleux n'est pas accru par l'occlusion des yeux, au contraire de ce qui a lieu pour le vertige labyrinthique. On ne saurait trop fixer son attention sur ce fait. D'ailleurs, on peut dire, d'une façon générale, que l'absence du signe de Romberg caractérise les ataxies par lésions du cervelet. Ainsi le Romberg, à peu près constant dans le tabes, manque dans la maladie de Friedreich, qui surajoute à la lésion des cordons postérieurs la lésion des neurones cérébelleux. Pourquoi cela? Tout simplement parce que, chez les cérébelleux, l'orientation est tellement défectueuse que ces malades marchent aussi mal les yeux ouverts que fermés (Grasset). *c*) L'altération profonde de l'*état général* est le fait d'un abcès du cervelet. L'amaigrissement, la prostration, les troubles psychiques ne se voient pas dans les suppurations pures de l'oreille interne; *d*) Les *altérations rétiniennes* (stase papillaire, névrite optique) plaident en faveur d'une lésion cérébelleuse (Okada). *e*) Enfin, si, malgré tout, notre hésitation persiste, rappelons-nous que, au cours des suppurations chroniques de l'oreille moyenne, la pyolabyrinthite est *infiniment plus fréquente* que l'abcès du cervelet.

Cas compliqués. — Méningite purulente et abcès du cervelet sont les complications usuelles de la pyolabyrinthite. La combinaison clinique « labyrinthe-méninges » peut être soupçonnée par la raideur de la nuque, signe presque certain d'une méningite de l'étage postérieur du crâne avant même toute donnée positive du Kernig ou de la ponction lombaire. La combinaison « labyrinthe-cervelet » est une énigme indéchiffrable.

Cas latents. — Peut-être en diminuerait-on le nombre si l'on examinait tous les otorrhéiques en suivant la technique indiquée par von Stein. Mais, il faut bien avouer que, dans la plupart des cas, nous sommes obligés d'intervenir chirurgicalement pour une suppuration de l'oreille moyenne, sans avoir pu poser de diagnostic labyrinthique certain.

Diagnostic pendant l'évidement. — La difficulté de ce diagnostic n'est souvent pas moindre, même quand l'oreille moyenne est largement ouverte.

Théoriquement, il suffit de constater une fistule du promontoire ou du canal semi-circulaire externe pour pouvoir affirmer la labyrinthite.

Pratiquement, la chose est moins simple : *a*) D'abord il est difficile souvent, au milieu du sang qui masque le champ opératoire, de distinguer ces deux choses fort semblables qui sont une fistule ou une cellule osseuse (Koerner); et de plus, même si la fistule est indéniable sur la paroi interne de l'aditus, peut-on toujours affirmer qu'elle mène dans le labyrinthe, et non dans le canal du facial?

b) Quant à la fenêtre ovale, bien fin qui pourrait dire à coup sûr, au milieu des granulations qui la masquent, si l'étrier manque ou non.

Admettons cependant qu'au cours de l'évidement une telle reconnaissance ait pu être faite; nous serons en droit de porter le diagnostic bénin d'une pyolabyrinthite partielle, si la fistule ouvre le canal semi-circulaire externe; nous redouterons au contraire une suppuration diffuse du labyrinthe, si le promontoire ou la fenêtre ovale sont entamés.

TRAITEMENT

Deux considérations nous dictent notre devoir thérapeutique.

1° IL EST IMPOSSIBLE DE PRÉVOIR QUELLE SERA L'ÉVOLUTION D'UNE PYOLABYRINTHITE.

En effet : *a*) la *guérison* spontanée est toujours réalisable, même dans les cas en apparence désespérés, par l'élimination d'un séquestre; *b*) la *mort* peut à tout moment survenir inopinément; *c*) la *chronicité* peut s'établir même pendant vingt ou trente ans, sans amener d'accidents cérébraux.

2° En conséquence IL EST IMPOSSIBLE DE DISTINGUER LES FORMES BÉNIGNES DES FORMES GRAVES DE PYOLABYRINTHITE.

En effet : *a*) une *labyrinthite fruste* peut à un moment donné provoquer une méningite foudroyante; *b*) une *labyrinthite bruyante* peut tout à coup tourner court et guérir.

De ces deux considérations découle cette conclusion : que toute suppuration labyrinthique doit être tenue comme éminemment dangereuse, et que nous devons mettre en œuvre tous les moyens qui sont en notre pouvoir pour la tarir, exception faite pour certains cas que nous discuterions plus loin.

Quelle doit être pour cela notre conduite?

I. — Avant toute autre chose, IL FAUT ATTAQUER LE FOYER PRIMAIRE DE SUPPURATION QUI OCCUPE L'OREILLE MOYENNE. La trépanation mastoïdienne ou l'évidement pétro-mastoïdien remplissent, suivant les cas, cette première indication. Or, même si, en cours d'intervention, on ne découvre pas la voie que le pus a prise pour entrer dans le labyrinthe, il arrive cependant que cette intervention, limitée volontairement à l'oreille moyenne, suffise souvent à soulager l'oreille interne; de fait, un certain nombre de guérisons de pyolabyrinthites ont été ainsi obtenues.

Cependant, on aurait tort de compter en toute confiance sur un tel résultat pour limi-

ter systématiquement l'action chirurgicale à l'antre ou à la caisse. De graves mécomptes en pourraient résulter :

1° Attendu que la trépanation mastoïdienne, au lieu de le diminuer, peut aggraver le danger de la suppuration labyrinthique en faisant éclater une méningite précoce post-opératoire ;

2° Attendu que l'évidement pétro-mastoïdien peut tarir la suppuration de l'oreille moyenne, tout en laissant persister celle du labyrinthe, de sorte qu'une méningite tardive risque alors d'apparaître chez un évidé qui, depuis longtemps, paraissait guéri.

II. — En conséquence, IL FAUT AUSSI ATTAQUER LE FOYER SECONDAIRE DE SUPPURATION QUI OCCUPE L'OREILLE INTERNE. En facilitant le drainage du pus contenu dans le labyrinthe, on doit, en théorie tout au moins, notablement diminuer les chances de fusée purulente vers le crâne.

Jansen a eu le grand mérite d'avoir, dès 1893, proposé et exécuté la trépanation du labyrinthe.

Nul doute que cette chirurgie nouvelle, quelque peu délicate, n'inspire des hésitations. Aussi devons-nous préciser le mieux possible : 1° ses risques ; 2° ses indications ; 3° sa technique.

Risques de la trépanation du labyrinthe. — Considérons d'abord les chiffres recueillis par Hinsberg.

Trente et un cas de trépanation labyrinthiques ont été publiés. Deux ont eu une issue inconnue. Restent 29 cas utilisables pour la statistique, qui se répartissent ainsi :

Opérés guéris	23
Opérés morts	6

a) Les 23 guérisons eurent ceci d'intéressant que la trépanation du labyrinthe n'aggrava pas momentanément l'état des malades.

b) Les 6 cas de mort doivent être analysés de près. Un malade se suicida. Un autre succomba à une affection tout à fait indépendante de sa labyrinthite. Le troisième et le quatrième avaient déjà des symptômes nets de méningite avant l'ouverture de l'oreille interne. De sorte que deux décès seulement restent réellement à la charge de l'intervention labyrinthique, ce qui, non sans réserves au sujet du petit nombre de faits publiés, nous permet de dire que la trépanation du labyrinthe, en cas de pyolabyrinthite non compliquée, donne une mortalité de 10 p. 100 environ (2/25).

Serrons la question, et mettons en parallèle l'évolution des pyolabyrinthites abandonnées à elles-mêmes et la marche de celles qui sont opérées. Et ainsi nous pourrons répondre à deux questions qui, naturellement, viennent à se poser : la trépanation du labyrinthe est-elle 1° dangereuse ? 2° avantageuse ?

La trépanation labyrinthique est-elle dangereuse? — Oui, certes. Dans 3 à 4 p. 100 des cas, elle a provoqué ou tout au moins activé la méningite : parce que le choc des coups de gouge a rompu les adhérences qui enkystaient le pus en un coin de l'oreille interne, et permis sa diffusion par les aqueducs vers le crâne.

Mais reconnaître ce danger, c'est presque le parer : en substituant à la gouge la fraise mue par une dynamo, on supprimera ces secousses périlleuses.

La trépanation labyrinthique est-elle avantageuse? ou, tout au moins, ses avantages compensent-ils ses dangers? — Si l'on considère en bloc l'ensemble de toutes les pyolabyrinthites bien observées, opérées ou non, simples ou compliquées, on obtient un pourcentage général de mortalité de 10 p. 100. Or, la trépanation labyrinthique donne aussi une mortalité de 10 pour 100. Il semblerait donc qu'il n'y eût aucun intérêt à la pratiquer... Mais remarquons, avec Hinsberg, que dans la statistique générale des pyolabyrinthites figure une très grande proportion de fistules avec abcès enkystés du canal semi-circulaire externe, dont le pronostic spontané est très favorable ; qu'au contraire, la statistique restreinte des cas opérés comporte surtout des faits de labyrinthite diffuse, tumultueuse, dont le pronostic est bien plus sombre. De sorte que la comparaison ne porte pas sur des espèces comparables. En effet, si l'on veut bien dépouiller la statistique générale, au lieu de la considérer en bloc, on verra que la mortalité des nécroses labyrinthiques non opérées est de 16 à 20 pour 100 (Bezold) ; que celle des labyrinthites au cours d'otites moyennes aiguës est de 75 pour 100 (Scheibe). De sorte que nous devons, à la vérité, reconnaître que la trépanation labyrinthique est une opération utile, dont les avantages compensent les dangers.

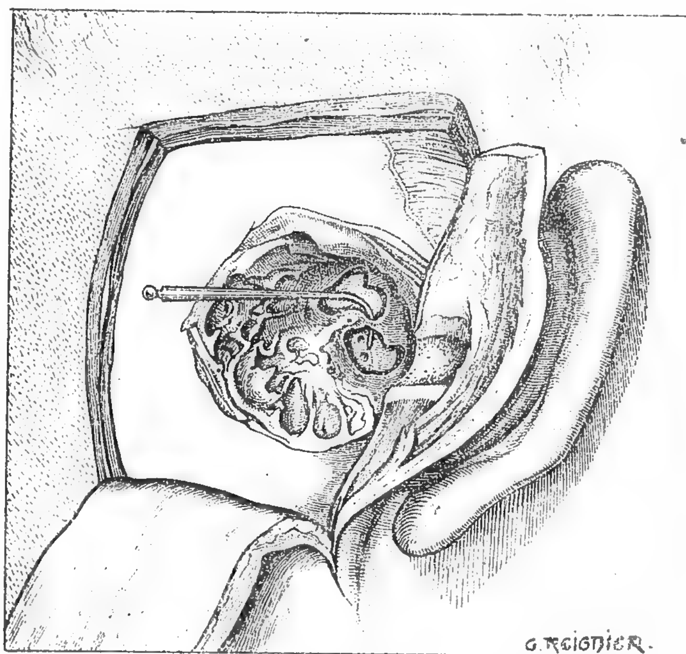


Figure 4 (d'après Hinsberg).

Cette figure donne l'aspect d'une trépanation large de l'oreille interne chez un évidé. On y voit les deux brèches tympano-labyrinthiques séparées par une jetée osseuse où passe le nerf facial. La brèche supérieure a ouvert le canal semi-circulaire externe sur toute son étendue; la brèche inférieure a ouvert le vestibule et entamé la première spire du limaçon.

Indications de la trépanation du labyrinthe. — Jansen les a posées d'une façon un peu complexe, mais qu'il est facile de simplifier.

Soit un otorrhéique auquel on pratique l'évidement pétro-mastoïdien. Dans quels cas a-t-on le *droit* — l'avenir dira si on en a le *devoir* — de compléter cette opération par une trépanation du labyrinthe ?

PREMIER CAS. — *L'évidement de l'oreille moyenne n'a pas montré de fistule labyrinthique,* mais il préexistait à l'évidement de violents troubles labyrinthiques, que cette opération n'a pas modifiés ; on est alors en droit de supposer qu'il reste dans l'oreille interne un foyer de pus qui n'a pas été drainé. Il faut trépaner le labyrinthe.

DEUXIÈME CAS. — *L'évidement de l'oreille moyenne montre une fistule labyrinthique.* Ici, trois cas à distinguer : *a*) Il existe des troubles labyrinthiques intenses : il faut trépaner le labyrinthe : *b*) il n'existe que des symptômes labyrinthiques atténués, mais on soupçonne une complication encéphalique (méningite ou abcès cérébelleux) : il faut trépaner le labyrinthe ; *c*) il n'y a ni troubles labyrinthiques, ni menaces encéphaliques : le mieux est alors, jusqu'à nouvel ordre, de *ne pas* trépaner le labyrinthe.

Donc, toute fistule labyrinthique qui n'est qu'une trouvaille d'évidement, sans symptômes, doit être respectée.

Technique de la trépanation du labyrinthe. — Les deux préoccupations majeures de l'auriste qui trépane le labyrinthe seront :

1° *D'éviter la section du nerf facial :* et, dans ce but, il doit avoir fait préalablement une voie opératoire large, par un évidement très soigneux, qui a abrasé le plus possible de l'éperon du massif osseux du facial et bien abattu tout le mur de la logette.

2° *D'éviter la diffusion du pus dans le crâne,* en travaillant exclusivement avec la fraise mue par un moteur électrique : instrument très délicat, qui a, en outre, cet avantage de ne pas introduire d'esquilles dans l'intérieur du labyrinthe.

La trépanation labyrinthique doit être aussi large que possible, sinon elle a tous les défauts des opérations incomplètes. Hinsberg conseille donc d'ouvrir toutes les parties accessibles du labyrinthe, à savoir : *a*) le canal semi-circulaire externe ; *b*) le vestibule ; *c*) la première spire du limaçon (Fig. 4).

Ouverture du canal semi-circulaire externe. — On doit attaquer ce canal en avant, car son extrémité antérieure est plus superficielle sous la paroi interne de l'aditus que sa branche postérieure au niveau de la face interne de l'antre. La trépanation doit donc porter à quelques millimètres au-dessus de la fenêtre ovale : mais, il faut bien prendre garde au facial qui passe immédiatement au-dessous de ce point d'élection. Une issue abondante de périlymphe ne veut pas toujours dire qu'on s'est trompé et qu'on a ouvert un labyrinthe sain : car cet écoulement, qui manque toujours dans les pyolabyrinthites diffuses, peut très bien se produire en cas d'un abcès enkysté du labyrinthe. Cela fait, on se porte d'avant en arrière, en suivant la lumière du canal, pour l'ouvrir dans toute son étendue.

Ouverture du vestibule. — Il serait facile, en étendant cette brèche par en bas, d'ouvrir le vestibule : mais ainsi, on sectionnerait fatalement le nerf facial (Voir Fig. 4). Il faut donc choisir une voie moins périlleuse, qui est la fenêtre ovale. On peut, en effet, sacrifier sans remords l'étrier, devenu un osselet inutile, quand le pus a détruit l'oreille interne.

Si l'on ne réussit pas à arracher cet osselet, on se borne à effondrer la platine de l'étrier avec quelques tours de fraise, et l'on

tombe immédiatement dans le vestibule. On introduit alors dans la brèche un petit crochet mousse, pour s'orienter. Le plus souvent, la fenêtre ovale ainsi ouverte donne un drainage insuffisant. Il faut l'agrandir : non par en haut, car immédiatement au-dessus d'elle passe le nerf facial, mal protégé par un étui osseux excessivement mince et souvent déhiscent; mais par en bas, où l'on peut mordre sur le promontoire et élargir ainsi du double la fenêtre, sans cependant entamer le limaçon (Fig. 4).

Ouverture du limaçon. — Il suffit d'agrandir encore par en bas la brèche vestibulaire, pour ouvrir la spire inférieure du limaçon.

Et ainsi, on a obtenu l'ouverture la plus large du labyrinthe qu'on puisse réaliser sans danger. Faire plus serait imprudent : quoiqu'en dise Jansen, on ne saurait atteindre la partie supérieure du limaçon sans courir le danger de blesser la carotide interne, à moins qu'une nécrose étendue n'ait préparé la route des instruments.

* * *

Tel est l'état actuel d'une question neuve, qui rétrospectivement éclaire bien des diagnostics demeurés obscurs, et qui ne manquera pas d'étendre encore dans l'avenir notre champ d'action sur les complications des otites suppurées, jusqu'au jour inespéré où l'attention des médecins voudra bien rendre toute cette chirurgie superflue, en confiant enfin le soin de guérir les écoulements d'oreille commençants à d'autres agents que la nature ou l'eau boriquée.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

9 Janvier 1902.

La respiration est-elle exclusivement nasale ou buccale, ou peut-elle être mixte? — *M. A. Courtade* présente un instrument, le *pneumodographe*, à l'aide duquel, dans des séries d'expériences, il a constaté la possibilité d'une respiration volontaire à la fois bucco-nasale, contrairement à l'opinion émise par M. Smester qui avait dit : « La respiration se fait ou par le nez seul, ou par la bouche seule, jamais par les deux orifices en même temps. » M. Courtade, grâce à la disposition de son appareil, en se servant de papier imprégné de perchlorure de fer puis de tannin, ou de safranine et de bleu de méthylène, et sensibilisé par l'humidité de l'expiration, a pu ainsi enregistrer graphiquement l'expiration par les diverses voies naturelles, et démontrer que la respiration peut être bucco-nasale.

M. Hallion. Il est à souhaiter que les expériences de M. Smester et de M. Courtade soient continuées, pour fixer ce point de physiologie qui, jusqu'ici, n'a pas été précisé.

Angine diphtérique. — *M. Roulin* envoie une observation d'angine diphtérique guérie par les douches locales au phénate de soude.

L'aliénation mentale et le secret médical. — *M. Dignat.* Je viens combattre les conclusions de M. Toulouse, demandant que l'aliénation mentale soit ajoutée à la liste des maladies à déclarer. Je ne vois pas en quoi cela constituerait une garantie de plus pour le malade. Quant au secret médical, la loi actuelle n'a pas besoin d'être modifiée; le médecin n'est pas tenu au secret vis-à-vis d'un aliéné, qui est moins qu'un mineur, puisque c'est un être inconscient.

M. de Crésantignes défend aussi cette opinion que, appelé par un malade qui lui déclare être en proie à des impulsions dont l'accomplissement serait de nature à nuire à autrui, le médecin doit s'affranchir, s'il ne peut agir autrement, du secret professionnel et faire sa déclaration à l'autorité. Il remplira ainsi le rôle de protection et de secours auquel a droit un malade privé de la responsabilité de ses actes, qui n'encourt, d'ailleurs, aucune pénalité.

La conscience du médecin le guidera au milieu de ces difficultés. Mais, dans le cas ci-dessus visé, la loi devrait se montrer plus explicite, et, pour calmer certains scrupules, tracer le devoir du médecin en le relevant du secret professionnel qui, du reste, n'est pas un bloc inattaquable (déclaration obligatoire de certaines maladies, enfants-martyrs, empoisonnements, etc.)

23 Janvier 1902.

Du rôle du médecin praticien dans l'internement d'un aliéné (suite). — *M. Toulouse* demande à la Société de voter les conclusions de son travail, tendant à modifier la loi de 1838.

M. Dignat examine la situation juridique de l'aliéné, en fait et en droit. Au point de vue pratique, la modification proposée par M. Toulouse (déclaration du médecin à l'autorité, qui nomme un deuxième médecin-expert pour décider de l'internement), présente encore d'autres inconvénients. Par exemple, que deviendra jusqu'à l'arrivée du médecin délégué par l'autorité un aliéné habitant un petit village, le médecin du pays ayant eu seulement le droit d'avertir le maire de la localité? N'y aura-t-il pas une perte de temps préjudiciable pour le malade et pour les siens? Et le public n'aura-t-il pas ainsi plus aisément connaissance d'un fait qui, de l'avis de tous, doit être ébruité le moins possible?

M. Lutaud ne croit pas qu'il soit absolument nécessaire d'observer le secret professionnel vis-à-vis des aliénés confirmés qui sont l'objet de mesures administratives. Lorsque le médecin est appelé auprès d'un aliéné, son premier devoir est d'avertir son entourage et sa famille.

Quant à enlever au médecin praticien le droit de signer le certificat d'internement, cela paraît impossible. Dans la plupart des cas, nous sommes appelés auprès de malades graves et nous sommes plus compétents pour juger de la situation que les personnes étrangères à la médecine.

M. Comar admet des restrictions au secret médical vis-à-vis d'un aliéné, qui n'est, le plus souvent, qu'un malade hors d'état de comprendre les soins dont il a besoin. A force de vouloir respecter la liberté individuelle de l'aliéné et son droit au secret, on finirait par ne plus protéger la société qu'il menace.

Puis, à quoi servira la déclaration obligatoire nécessitant l'examen du malade par un deuxième médecin? Ne serait-il pas plus simple de demander à la loi d'exiger que tout certificat d'aliénation à fin d'internement ne soit valable que s'il est signé par deux médecins au lieu d'un seul, comme cela se fait actuellement?

Il y aurait là une garantie de plus contre les erreurs possibles de diagnostic; puis, dans l'intérêt de l'aliéné et dans celui de son entourage, on éviterait à la fois les indiscrétions et on abrégerait les lenteurs des formalités administratives?

Sur la proposition de *M. Toulouse*, la Société émet le vœu suivant : « L'aliénation mentale doit être déclarée à l'Autorité par le médecin, tant dans l'intérêt de la surveillance du malade que dans l'intérêt de la Société ».

Les autres conclusions ne sont pas adoptées.

De l'antisepsie opératoire. — *M. Triollet* communique les résultats d'une enquête qu'il a faite auprès des chirurgiens des hôpitaux de Paris pour connaître les méthodes ou plutôt les usages qu'ils suivent pour l'obtention de l'antisepsie opératoire, c'est-à-dire comment ils procèdent, au moment d'une intervention, pour la toilette chirurgicale de leurs mains, pour celle de leurs malades, et quels sont les antiseptiques employés pour le premier pansement, quand ces antiseptiques sont jugés utiles.

M. Triollet a pu recueillir ainsi jusqu'à 28 façons de se laver chirurgicalement les mains, et 31 de nettoyer le malade.

Quant au premier pansement, sauf trois exceptions, il est toujours fait aseptiquement si la plaie est aseptique. Pour les plaies infectées, la gaze iodoformée joue le principal rôle, à moins qu'elle ne cède la place à la gaze aseptique imbibée d'une solution antiseptique de sublimé, d'acide phénique, etc. Mais, à part la gaze iodoformée, on reste surpris du petit nombre de gazes antiseptiques employés dans les hôpitaux : jamais de gazes au dermatol, au traumatol, au sublimé, etc.

PAUL GUILLON.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

24 Janvier 1902.

Luxation de l'atlas sur l'axis. — *M. F. Regnault* présente un crâne avec luxation de l'atlas sur l'axis; l'axis est luxé et ankylosé à mi-route de l'atlas; la lésion originelle ne semble pas être un mal de Pott.

Anomalies des pieds et des mains. — *M. Morestin* montre des radiographies de doigts surnuméraires aux deux pieds et aux deux mains.

Fracture de l'astragale. — *M. Morestin* communique une variété de fracture de l'astragale; c'est l'apophyse externe de cet os qui est détachée.

Amputation partielle du pied. — *M. Morestin* montre que, pour l'amputation transversale du métatarse, les incisions classiques du Lisfranc donnent des lambeaux qui permettent de couper les os à plus d'un travers de doigt au-devant de l'interligne tarso-métatarsien.

Luxation de l'astragale. — *M. Morestin* présente un cas de luxation marginale de l'astragale en arrière du tendon du jambier antérieur par énucléation de l'os et rotation autour de l'axe vertical. Il y avait en même temps écrasement partiel du calcanéum. Le malade a fort bien guéri par l'astragalectomie.

Paralysie générale juvénile ayant simulé l'imbécillité. — *M. L. Marchand* montre les coupes de l'écorce cérébrale d'un jeune homme qui fut intelligent jusqu'à l'âge de seize ans. A cette époque, un affaiblissement progressif de l'intelligence et les signes physiques de la paralysie générale apparaissent. Au début même de son affection, le malade avait été considéré comme atteint d'imbécillité. Il meurt à vingt et un ans.

On remarque les lésions ordinaires de la méningo-encéphalite diffuse.

Tabes à évolution rapide chez une paralytique générale. — *M. Marchand* apporte la préparation de la moelle d'une femme atteinte de paralysie générale en pleine évolution, chez laquelle apparurent des symptômes tabétiques qui, en quelques jours, présentèrent leur maximum d'intensité. La malade mourut quelques mois après. L'examen de la moelle montre une sclérose presque totale des cordons postérieurs.

Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. — *M. Caubet* apporte une pièce provenant du service de M. Gérard-Marchant à Boucicaut. Il s'agit d'un malade âgé de trente-trois ans qui présenta brusquement des accidents d'occlusion intestinale ayant évolué avec une rapidité foudroyante; la mort est survenue en trente heures, sans qu'il ait été possible de faire le diagnostic. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'une occlusion intestinale par le diverticule de Meckel: le diverticule est perméable, il communique avec l'intestin grêle; il a la forme d'un petit boudin de la grosseur du pouce; son sommet est adhérent au mésentère; il forme ainsi un anneau qui enserre deux anses intestinales accolées l'une contre l'autre à la façon de deux canons de fusil. L'étranglement est peu serré: les anses intestinales étaient peu dilatées au-dessus de l'étranglement.

Leucoplasie buccale. — *M. Chevassu* présente deux plaques de leucoplasie buccale apparues chez un homme de cinquante-cinq ans, grand buveur, grand fumeur, et vieux syphilitique. Elles siègent de chaque côté de la bouche, au niveau des commissures. L'une, petite, à peine saillante, était apparue la première il y a huit mois, s'était accrue pendant trois mois, puis alla en diminuant de volume. L'autre était apparue dans les cinq derniers mois. Allant toujours en augmentant, elle avait fini par former une tumeur bien limitée du volume d'une pièce de un franc, dure, douloureuse, et hérissée de saillies villeuses. Il existait de ce côté un petit ganglion sous-maxillaire.

On porta le diagnostic de leucoplasie à droite, de leucoplasie en transformation cancéreuse à gauche. L'examen des pièces a permis de vérifier le diagnostic. Leucoplasie typique à droite: la coupe de la muqueuse ressemble à une coupe de peau. A gauche, on assiste au début de l'évolution épithéliomateuse : globes épidermiques en formation dans le fond des sillons intra-papillaires et où, dans la couche cornée, quelques-uns sont déjà isolés dans le derme. Cette deuxième plaque diffère, en outre, de la première par le volume beaucoup plus considérable de ses cellules épitrachéales, par l'infiltration embryonnaire du derme sous-jacent, par les pénétrations de leucocytes à la partie profonde de la couche épithéliale, aux points mêmes où semble se faire l'évolution épithéliomateuse.

M. Cornil insiste sur l'épaississement et l'induration des plaques de leucoplasie transformées.

M. Letulle fait remarquer la présence de globes épidermiques dans la couche cornée même.

Trépanation des cellules ethmoïdales et du sinus sphénoïdal par la voie orbitaire. — *M. J. Guisez*, à la suite de plusieurs opérations et de recherches anatomiques et de préparations qu'il a faites, est arrivé aux conclusions suivantes :

Que l'ethmoïdite soit isolée ou associée à d'autres sinusites, la meilleure voie d'accès est la voie orbitaire.

Incision pratiquée suivant le rebord interne de l'orbite et prolongée suffisamment en dehors et en bas jusqu'au 1/3 interne de l'arcade orbitaire inférieure. Décoller et récliner en dehors le globe oculaire. Eviter la lésion de la poulie du grand oblique et du sac lacrymal. Réséquer en totalité l'os unguis et une portion de la branche montante du maxillaire supérieur. Curetter les cellules ethmoïdales en ayant soin de maintenir la curette presque horizontale. On pourra facilement, par la même voie, ouvrir le sinus sphénoïdal. Etablir une large contre-ouverture dans le nez. Suture de la plaie externe.

Cette voie est préférable à la voie nasale qui ne convient qu'aux cas de sinusite limités à quelques cellules qui, dans tous les autres cas, est dangereuse et incomplète.

Elle devra encore être employée dans les cas de sinusite frontale associée à l'ethmoïdite. L'ouverture par le plancher du sinus frontal est dangereuse, on rase de trop près la lame criblée; par la voie orbitaire, au contraire, on est toujours à un centimètre de la dure-mère et l'on agit parallèlement à sa surface.

Dans le cas de sinusite maxillaire, elle sera de même exclusivement employée. Après avoir traité la sinusite maxillaire par les procédés ordinaires (Hogdston-Luc), nous nous sommes servis de cette voie dans quatre cas pour des sinusites ethmoïdales et sphénoïdales. La guérison est actuellement complète chez nos opérés. Cette voie est la plus courte de toutes et la seule qui mène sûrement et sans danger dans le sinus sphénoïdal et qui doive être toujours employée dans le nettoyage des cellules ethmoïdales.

Fracture du col du fémur. — *M. A. Mouchet* présente deux pièces de fractures du col fémoral, l'une *intra-capsulaire*, l'autre *extra-capsulaire*, à trois fragments, avec pénétration. Ces pièces proviennent de vieillards qui sont morts de congestion pulmonaire à la suite de ces fractures.

Cancer du rein. — *M. Pasteau* présente un rein atteint de cancer qu'il a opéré chez un homme de cinquante-huit ans. Les hématuries n'étaient apparues que depuis quatre mois et devenaient de plus en plus graves. La cystoscopie démontra la présence d'un caillot allongé qui faisait hernie dans la vessie par l'origine de l'uretère gauche. La néphrectomie fut difficile à cause de l'adhérence de la tumeur qui était développée dans la moitié supérieure du rein, et à cause de la brièveté du pédicule rénal.

La ligature de ce pédicule fut faite en trois étages, de la superficie vers la profondeur. Les suites opératoires furent des plus simples, et le malade guérit rapidement.

La tumeur avait poussé un prolongement du volume d'une noix qui remplissait le bassinet et avait contracté des adhérences secondaires sur la face interne en deux points éloignés de la base d'implantation vraie.

Technique de la ligature du pédicule rénal dans la néphrectomie. — *M. Pasteau* rappelle d'abord que la ligature du pédicule rénal dans la néphrectomie est très difficile à faire si on ne lie pas séparément l'uretère d'abord, puis le pédicule vasculaire ensuite, suivant la technique recommandée par M. Albarran.

Mais, d'autre part, pour ce qui est des vaisseaux, il est nécessaire, pour éviter des accidents d'hémorragie, de sectionner le pédicule, non seulement après avoir placé une ou deux pinces clamps, mais même après avoir placé au-dessous de ces clamps une double ligature.

Dans les cas difficiles, si on agit sur un rein gauche ou si le pédicule est très court, il est préférable, suivant l'auteur, de lier un à un chacun des vaisseaux en ne les coupant qu'au fur et à mesure au-dessus des clamps. Le rein enlevé, il devient alors facile de prendre en masse le pédicule dans une ligature de sûreté.

En aucun cas on ne doit sectionner le pédicule sur les clamps avant d'avoir placé les ligatures.

Un cas d'achondroplasie. — *MM. Champetier de Ribes et Constantin-Daniel* présentent un fœtus frais, achondroplasique, de sept mois et demi; chez ce cadavre, on trouve presque tous les caractères anatomiques de cette affection et surtout la brièveté des membres relativement aux dimensions du tronc. Son histoire clinique est encore plus intéressante : il y avait présentation du siège et, lorsqu'on se préparait pour faire la manœuvre de Mauriceau et sans avoir exercé de tractions violentes, il se produisit un éclatement brusque de la voûte du crâne, suivi de projection des hémisphères cérébraux sur le lit de la malade.

Cette pièce, à part son intérêt anatomique, offre, au point de vue pratique obstétrical, une importance de premier ordre : car la fragilité toute particulière des tissus et, dans le cas particulier, de la voûte cranienne, peut être le point de départ de lésions graves lors de l'extraction du fœtus. L'étude radiographique et histologique de cette pièce sera communiquée ultérieurement.

Polype utérin; hystérectomie. — *M. Mauclaire* montre une pièce provenant d'une hystérectomie totale supra-vaginale, pratiquée pour polype fibromateux développé dans un utérus infiltré de fibromes interstitiels multiples.

M. Jayle fait remarquer que la voie abdominale paraît bien devoir être seule employée en pareil cas.

Cancer de la verge chez le cheval. — *M. Petit* (d'Alfort) apporte un cas de cancer de la verge observé chez le cheval.

Anomalie nerveuse. — *M. Coquet* présente un cas d'anastomose du nerf médian avec le musculo-cutané.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

29 Janvier 1902.

Sur les morts causées par le chloroforme. — *M. Picqué* ne pense pas que l'état psychique des sujets qu'on va opérer influe aussi considérablement qu'on a bien voulu le dire sur la marche de l'anesthésie chloroformique. Sur le chiffre déjà notable d'aliénés qu'il a eu à opérer, parmi lesquels un certain nombre d'agités qui présentèrent une anxiété parfois terrible, M. Picqué ne compte pas, en effet, la moindre alerte au cours de la chloroformisation.

M. Reynier se fait le défenseur du chloroforme, qui, « lorsqu'il est bien administré, ne doit pas tuer » (Sédillot). On ne pourrait pas en dire autant de l'éther, et encore moins de la cocaïne injectée sous les méninges rachidiennes. Cependant M. Reynier avoue 5 morts par chloroforme dans sa pratique personnelle; mais toutes ces morts, selon lui, auraient pu être évitées, car elles sont dues soit à l'emploi d'un chloroforme impur, soit à la manière défectueuse dont il avait été administré.

Pour être certain d'avoir un chloroforme pur, il faut ne l'employer que fraîchement distillé et conservé dans des flacons de petite capacité, parfaitement bouchés, et qui, une fois ouverts, ne doivent plus servir à une deuxième chloroformisation. D'autre part, il serait à désirer que tout chirurgien eût un chloroformisateur attitré, aussi bien dans son service d'hôpital que pour sa clientèle privée. Rien n'est difficile comme de bien savoir donner le chloroforme : cela exige de l'attention, du sang-froid et un certain doigté très difficile à acquérir, et que raisonnablement on ne peut attendre des jeunes externes ou stagiaires auxquels on confie d'ordinaire, dans les services hospitaliers, le soin de donner le chloroforme. Et voilà bien la meilleure preuve que ce dernier n'est pas bien dangereux; car autrement, avec la façon défectueuse dont il est administré, combien les morts seraient plus fréquentes!

M. Guinard, non plus que M. Hartmann, ne partage la confiance de M. Richelot dans l'anesthésie mixte par le chloroforme et le bromure d'éthyle. Lui aussi a vu une mort brutale à la suite de l'inhalation des premières gouttes de bromure d'éthyle chez une jeune fille, d'ailleurs atteinte d'endocartite végétante reconnue seulement à l'autopsie. Un autre cas de mort, due cette fois au chloroforme lui-même, chez un vieillard atteint de symphyse cardiaque, qui ne fut également reconnue qu'à l'autopsie, donne l'occasion à M. Guinard d'attirer l'attention sur les dangers plus grands de la chloroformisation dans les affections du cœur, et sur l'importance qu'il y a à diagnostiquer ces dernières avant de procéder à l'anesthésie, afin que celle-ci soit menée avec toute la prudence nécessaire.

M. Lucas-Championnière ne partage pas l'avis de M. Guinard sur les dangers du chloroforme administré aux cardiaques; ceux-ci, au contraire, retirent un certain bénéfice de la chloroformisation, qui les calme et leur permet de supporter l'intervention chirurgicale mieux qu'avec n'importe quel autre anesthésique. C'est dans les cas de lésions de l'appareil respiratoire (bronches, poumons, plèvres) que le chloroforme devient vraiment dangereux, et ce sont ces lésions-là qu'il importe de diagnostiquer avant de procéder à l'anesthésie. De même, au cours de cette dernière, n'est-ce pas sur les caractères du pouls qu'il faut se guider pour régler la chloroformisation, mais sur ceux de la respiration. Les accidents chloroformiques sont presque toujours des accidents asphyxiques et non des accidents de syncope, et le chloroformisateur doit avant tout « regarder et écouter dormir son malade ».

Comme M. Reynier, M. Lucas-Championnière insiste d'ailleurs sur la nécessité d'avoir du chloroforme très pur et de le faire administrer par un aide spécial, rompu avec la pratique de la chloroformisation. Ainsi diminuera-t-on dans la limite du possible les morts par chloroforme; car malheureusement, quoi qu'on fasse, il faudra toujours compter avec ces morts brutales, imprévues, que rien n'explique, ni l'état du sujet, ni la qualité de l'anesthésique, ni la manière dont il a été administré.

Gastrostomie pour sténose cicatricielle de l'œsophage. — *M. Walther* présente un jeune nègre de trente-deux ans chez qui il a fait une gastrostomie pour un rétrécissement de l'œsophage consécutif à l'ingestion d'ammoniaque. Actuellement cet homme s'alimente très bien par cette bouche, qui est parfaitement continente.

Blessure du bras et de l'avant-bras avec section de l'artère humérale; guérison sans ligature. — *M. Delorme* présente un jeune sous-officier de spahis qui, au cours d'un combat dans le Soudan, reçut un coup de sagaie qui blessa à la fois le bras et l'avant-bras droit, sectionnant complètement l'artère humérale, et produisant une hémorragie formidable. Le blessé, tombé de cheval, fut laissé pour mort sur le terrain. Revenu cependant de sa syncope, il peut se traîner jusqu'au camp où le seul traitement consista à arrêter l'hémorragie par un lien fortement serré autour du bras, le médecin du détachement n'ayant pas osé faire la ligature de l'artère lésée. Or, malgré cela, malgré la suppuration qui survint les jours suivants, il ne se fit pas d'hémorragie secondaire. C'est là le point intéressant de cette observation.

Ablation totale du tarse pour tuberculose. — *M. Chaput* présente le malade chez lequel il a pratiqué cette opération qui a pu être menée à bonne fin grâce à une incision unique, médiane et antérieure. La partie postérieure seule du calcanéum a été conservée. Aujourd'hui l'opéré marche très bien.

M. Le Dentu fait remarquer que ces opérations conservatrices sont bonnes chez les jeunes sujets, mais qu'il est rare qu'on obtienne les mêmes succès chez les adultes, et que toujours, chez ces derniers, on est obligé en fin de compte d'en venir à l'amputation du pied.

Kyste du pancréas. — *M. Rochard* présente un malade qu'il a opéré d'un kyste du pancréas. Ce kyste, dont la nature exacte ne fut reconnue qu'à l'opération, contenait 6 litres 1/2 d'un liquide brunâtre; il était barré en avant par le côlon transverse, fait qui montre les dangers auxquels est exposé cet organe lorsqu'on soumet le kyste, comme c'était le cas ici, à des ponctions évacuatrices répétées. Chez son malade, M. Rochard a traité le kyste par la marsupialisation; mais depuis cette époque il existe une fistule permanente donnant issue à du suc pancréatique, et M. Rochard demande à ses collègues de bien vouloir le renseigner sur les suites possibles de cet état de choses.

MM. Richelot, Routier, Labbé, Ricard ont, dans des cas analogues, pratiqué la même opération que M. Rochard, et observé à peu près les mêmes résultats; mais tous ont vu finalement la fistule se tarir, après un temps variant de quelques semaines à plusieurs mois. Et cependant, dans le cas de M. Ricard, la fistule consécutive à la section du canal de Wirsung donnait issue, par jour, à plus de 1 litre 1/2 de suc pancréatique, chiffre qui provoque l'étonnement de *M. Quénu*. — Seul, *M. Tuffier* rapporte un cas de fistule pancréatique datant déjà d'un an, et ne présentant aucune tendance à la cicatrisation.

Fibrome kystique. — Comme suite à la discussion sur la gangrène, la suppuration et la dégénérescence des fibromes, *M. Routier* présente un volumineux

fibrome utérin, enlevé chez une femme de cinquante-cinq ans, et qui a subi la dégénérescence kystique. Malgré la teinte grisâtre, terne, du kyste, tranchant avec la coloration nacrée ou rose des parties voisines, il n'y a pas là de signe de gangrène, car les parois de cette masse kystique sont très vascularisées.

Volumineux myxo-sarcome du cordon. — *M. Peyrot* présente un volumineux myxo-sarcome du cordon, qui s'accompagnait d'hydrocèle, et dont l'ablation a nécessité en même temps celle du testicule, dégénéré et englobé dans la tumeur.

Au cours de cette séance, la Société de chirurgie a procédé à l'élection de 5 membres correspondants nationaux, d'un membre associé étranger, et de 3 membres correspondants étrangers.

Correspondants nationaux. — Votants : 36. — Ont été élus : MM. Chavannaz (de Bordeaux) 30 voix, Imbert (de Montpellier) 34 voix, Martin (de Rouen) 24 voix, Delagenière (de Tours) 20 voix, Toubert (médecin de l'armée) 26 voix.

Associé étranger. — Votants 30. — M. Czerny (de Heidelberg) a été élu par 29 voix.

Correspondants étrangers. — Votants 30. — Ont été élus : MM. Bull (de New-York), Kelly (de Baltimore) et von Eiselsberg (de Vienne), chacun par 30 voix.

J. Dumont.

ANALYSES

MÉDECINE

E. Romberg. *Le séro-diagnostic de la tuberculose* (*München. med. Wochenschr.*, 21 Janvier 1902, n° 3, p. 89.) — Les recherches que publie le professeur Romberg (de Marbourg) ont été faites avec une émulsion phéniquée de bacilles tuberculeux préalablement desséchés et triturés dans un mortier d'agathe. Elles ont mis en évidence les faits suivants :

Le sérum de 33 nouveau-nés n'a jamais provoqué d'agglutination.

Sur 102 individus ayant dépassé l'âge de quatorze ans et ne présentant pas de symptômes cliniques de la tuberculose, 64, soit 62,7 pour 100, avaient un sérum qui agglutinait. La fréquence avec laquelle se produisait l'agglutination était deux fois moins fréquente chez les individus ayant dépassé l'âge de quarante ans que chez les individus dont l'âge était compris entre quatorze et quarante ans.

Sur 105 tuberculeux pulmonaires, dont la tuberculose avait été diagnostiquée cliniquement, 78, soit 74,3 pour 100, avaient un sérum agglutinant. Au point de vue de la fréquence de l'agglutination dans les diverses périodes de la tuberculose, l'étude de ces cas a montré que les sérums avaient des propriétés agglutinantes dans 79,4 pour 100 des cas de tuberculose de 1er degré, dans 66,9 pour 100 de 2e degré et dans 57,1 pour 100 de 3e degré. De même l'intensité de la réaction agglutinante était beaucoup plus marquée dans la tuberculose de 1er degré que dans la tuberculose de 2e degré, dans la tuberculose de 2e degré que dans la tuberculose de 3e degré.

De tous ces faits l'auteur conclut que la réaction agglutinante ne peut servir au diagnostic précoce de la tuberculose.

R. Romme.

FACULTÉ DE PARIS

Clinique médicale de Laënnec. — Samedi 1er Février 10 heures, par M. Lécuyer, pharmacien du service : *Conférence démonstrative sur la médication par la digitale* : présentation de préparations magistrales et officinales.

Mercredi et jeudi, 5 et 6 Février, 10 heures, par M. Marcel Labbé, chef du laboratoire, première et seconde *conférence démonstrative de technique clinique* dont suit le programme :

Hématoscopie, oroscopie, cytoscopie. — 1° Le sang, son importance comme intermédiaire des échanges vitaux. L'équilibre de sa composition, sa naissance, ses maladies, sa mort ; — 2° Procédés de récolte du sang. Caractères généraux : mode d'écoulement, couleur, densité, alcalinité ; — 3° Numération des éléments du sang : — 4° Coloration des éléments ; — 5° Les globules blancs à l'état physiologique ; — 6° Les globules blancs à l'état pathologique. Leucocytoses, leucémies. Valeur diagnostique et pronostique des leucocytoses ; — 7° Les globules rouges à l'état physiologique et pathologique. Hématies nucléées. Hématoblastes ; — 8° L'hémoglobine : dosage, variations quantitatives et qualitatives, activité de réduction dans les tissus ; — 9° La fibrine : étude de la coagulation, du caillot : — 10° Le sérum à l'état physiologique et pathologique ; — 11° Les sérodiagnostics ; — 12° Examen bactérioscopique du sang ; — 13° Les sérosités pathologiques (liquides de pleurites, de péritonite, de péricardite, d'arthrite, etc. : examens macroscopique, spectroscopique, cystoscopique, bactérioscopique ; — 14° Le liquide céphalo-rachidien. Technique de la ponction lombaire. Examen du liquide.

Hôtel-Dieu (Maladies nerveuses). — MM. Ed. Brissaud et G. Ballet. — Enseignement clinique : M. Ed. Brissaud, conférence au lit des malades le lundi à 9 h. 1/2 ; M. G. Ballet, leçon à l'amphithéâtre Trousseau, à 10 heures, le dimanche. La première leçon aura lieu le dimanche 2 Février.

Consultations externes : M. Ed. Brissaud, le mercredi à 9 h. 1/2 (salon de la salle Sainte-Madeleine) ; M. G. Ballet, le samedi à 9 h. 1/2 (salon de la salle Sainte-Anne.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — MM. Chevallet, Merlin, médecins à Saint-Étienne ; Mazoux, membre du conseil d'hygiène et du jury médical, à Sury-le-Comtal (Loire), sont nommés officiers d'Académie.

M. Sandras, à Oran, a reçu la médaille d'or des services d'hygiène.

Corps de santé de la marine. — M. Mallin, médecin de 2e classe, est promu au grade de médecin de 1re classe.

Corps de santé de l'armée coloniale. — A la suite de l'avis du Conseil d'Etat sur l'option des médecins de la Marine pour leur passage dans les services des troupes coloniales, les ministres de la Guerre et de la Marine ont fait signer un décret remettant au premier de ces départements les officiers du corps de santé de la Marine qui ont demandé à servir dans l'armée coloniale.

Le nombre des médecins optants serait de 121.

Clinique médico-chirurgicale de MM. Banzet et Cazin. — M. Banzet, ancien interne médaille d'or des hôpitaux de Paris et ancien chef de clinique à la Faculté, vient de fonder avec M. Cazin, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté, une clinique médico-chirurgicale, 15, place du Pont-Neuf. Cette clinique, d'installation simple, mais conforme aux données scientifiques, est destinée principalement au traitement externe ; elle comprend en outre cependant plusieurs chambres où des malades peuvent être hospitalisés.

MM. Banzet et Cazin donnent des consultations dans l'après-midi et le soir ; leur intention est de mettre à la portée des malades peu fortunés et cependant non indigents des soins attentifs et éclairés.

On ne saurait que louer cette heureuse initiative. Les médecins praticiens pourront en toute confiance adresser à nos confrères compétents nombre de malades qu'ils dirigent bien à tort, et faute de mieux, dans les hôpitaux.

Puisse cette nouvelle clinique avoir le même succès que l'*Établissement dermothérapique* fondé il y a deux ans par notre confrère Leredde.

L'hygiène des travailleurs. — La Commission du travail vient d'adopter le projet de loi présenté par le Gouvernement modifiant la loi du 12 Juin 1890 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels.

La lutte contre l'alcoolisme. — Le général Farny, commandant le 5e corps d'armée, en vue de combattre l'alcoolisme dans l'armée, après avoir consulté le directeur du service de santé, a pris la décision suivante : « La vente de toute boisson fermentée, aussi bien que de l'alcool, est interdite dans les cantines avant la soupe du matin. »

Réunion internationale des associations de presse. — La réunion internationale des délégués des Associations de presse médicale aura lieu à Monte-Carlo les 7, 8 et 9 Avril prochain, sous les auspices de Son Altesse le prince de Monaco.

En ce qui concerne la France, le bureau nommé à la clôture du Congrès de Paris est ainsi constitué : président, M. Cornil ; vice-président, MM. Laborde, Charles Richet, Lucas-Championnière ; secrétaire général, M. Blondel ; trésorier, M. Marcel Baudouin.

Les délégués de l'Association de la presse médicale française à la réunion internationale de Monaco sont : MM. Valude, Janicot et de Maurans.

Les discussions porteront sur les deux questions suivantes :

1° Rédaction des statuts de l'Association internationale de la presse médicale ;

2° Texte de la convention assurant le respect de la propriété littéraire.

Étranger

Université libre de Bruxelles. — La Faculté de médecine vient de nommer M. le Prof. V. Jacques titulaire de la chaire de pharmacologie et de thérapeutique réunies.

Elle a de plus décidé de proposer au Conseil des hospices la nomination de M. P. Vandervelde au poste de professeur de clinique interne en ce moment vacant à l'hôpital Saint-Jean.

Un institut bactériologique à Bruxelles. — L'institut bactériologique provincial qui va être installé au parc Léopold sera en mesure, dès le mois de Mai, de soigner les personnes mordues par des animaux atteints de la rage. Il ne sera plus désormais nécessaire d'envoyer les malades à Lille ou à Paris.

Le congrès de la pellagre. — Le congrès national italien de la pellagre tiendra sa seconde réunion à Bologne en Mai 1902. Le programme comprend une liste étendue de questions relatives à l'étiologie, la pathologie et le traitement de la maladie, ainsi que des projets législatifs pour sa prophylaxie et son extirpation.

CONCOURS

Internat. — *Anatomie.* — Séance du 28 Janvier : MM. Laborde, 9 ; Hautant, 11 ; Lemaire (Henri), 11 ; Duval, 9 ; Pathault, 8 ; Désaruaulds, 9 ; Philibert (André), 7 ; Dramard, 5. — *Absents* : MM. Bruig, Célerier, Rigollot, Simonnot.

Séance du 30 Janvier : MM. Rottenstein, 9 ; de Martel, 7 ; Pelletier, 7 ; Gaultry, 5 ; Durand (Léon), 4 ; Jacobsohn, 7 ; Gayot (Louis), 7 ; da Silva Paranhos, 10 ; Cottard, 4 ; Belgodère, 4. — *Absent* : M. Savornin. — M. Dieuzède, pas de copie.

Pathologie. — Séance du 28 Janvier : MM. Pernot, 8 ; de Fourmestraux, 8 ; Masson (Albert), 10 ; Ertzbischoff, 11 ; Sautelet, 8 ; Le Jemtel, 9 ; Jouhaud, 10 ; Lemaistre, 7 ; Levassort, 8. — *Absent* : M. Naudrot.

École de médecine de Besançon. — Un concours s'ouvrira le 31 Juillet 1902 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

École de médecine de Caen. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale s'ouvrira devant l'Ecole de médecine de Caen le 17 Mars 1902.

Un concours, pour une place de chef de clinique obstétricale, s'ouvrira devant l'Ecole de médecine de Caen le 20 Mars 1902.

Le registre d'inscription sera clos le 17 et le 20 Février 1902.

École de médecine de Clermont-Ferrand. — M. Dieulafé est nommé, après concours, professeur suppléant d'anatomie.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. - L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 11. — Mercredi, 5 Février 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé. Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé. Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé. Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé. Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD, Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

UN POINT D'HISTOIRE DE PHARMACEUTIQUE

Médecins, apothicaires et pharmaciens se sont toujours efforcés de rendre aux malades, je ne dirai pas agréable, mais tout au moins supportable, l'administration des drogues.

Pendant des siècles, c'est par la voie stomacale que se fit exclusivement l'absorption des médicaments ; il fallait arriver à en masquer la saveur souvent fort désagréable, parfois même répugnante.

C'est ainsi que depuis Galien nous avons eu, après les infusions de simples de la période hippocratique, les sirops, les vins composés, les opiats, les électuaires et autres formes pharmaceutiques dont la variété constitue la pharmacie galénique. Ces préparations, on les avalait directement.

Il ne pouvait en être de même des nombreuses poudres employées en thérapeutique, provenant des végétaux surtout, mais aussi des minéraux et même des animaux. Si à la rigueur le goût de la poudre de séné, de cannelle, de gingembre, d'absinthe, de sauge, de centaurée, de girofle, etc., pouvait se supporter, il devait y avoir une certaine répugnance à absorber la poudre de scorpion, de foie de loup, de hérisson, d'os de crâne humain, de couillons de jeunes coqs, de fiente de pigeon, de cigogne, de brebis, de rats, de lézards, de chien le fameux album græcum, etc., qui étaient d'un usage courant.

Aussi bien les administrait-on dans de l'hostie, le pain-à-chanter, que chaque apothicaire gardait soigneusement à l'abri de l'humidité dans son hostiaire; on les administrait plus souvent en pilules.

La forme pilulaire était, en effet, fort appréciée des anciens thérapeutes, et d'un usage courant. Les apothicaires étaient tenus d'avoir, toujours préparées d'avance suivant des formules invariables, classiques, certaines masses pilulaires dont au XVIIe siècle on ne comptait pas moins de 28 sortes qui devaient être conservées, entourées de papier ciré, et enfermées dans des boîtes d'étain. Nombreuses et variées aussi étaient les pilules faites suivant des formules personnelles à chaque médecin et sur ordonnance spéciale.

Malgré tous les soins apportés à leur confection, les pilules ne devaient cependant pas être agréables à avaler; qu'on en juge.

Rabelais n'a-t-il pas écrit quelque part « contournant la teste comme un singe qui avale pilule » ? et quand on fait une chose qui déplaît, ne dit-on pas couramment qu'on « avale la pilule ». C'est d'ailleurs, sans doute, pour masquer le goût des pilules que les apothicaires eurent l'idée de les enrober, de les revêtir d'une feuille légère d'argent et même d'or; et cela nous a valu l'ex-

pression symbolique de « dorer la pilule », pour dire que l'on veut donner un tour agréable à ce qui est déplaisant et pénible.

* * *

C'est à « dorer la pilule », au propre et au figuré, que se sont toujours appliqués apothicaires et pharmaciens; non seulement à la dorer à la surface, mais foncièrement aussi, en lui donnant les qualités de solubilité, de conservation qui lui sont indispensables.

C'est ainsi que l'on est arrivé à faire les pilules à base ferrugineuse, aujourd'hui inscrites au Codex, dites de Blaud, de Vallet, de Blancard. Mais c'étaient là procédés spéciaux, applicables seulement à certaines substances. Or, étant donné la coutume actuelle des médecins de formuler en une seule ordonnance un nombre élevé de pilules, force était au pharmacien de les confectionner avec des substances durcissantes permettant bien leur conservation, mais, par contre, entravant, empêchant même peut-être l'absorption des substances actives.

C'est pour remédier à cet inconvénient capital qu'en 1853 un pharmacien lyonnais, Guillermond, proposa, pour administrer les pilules, de les écraser d'abord pour les dissocier; puis, de les insérer entre deux rondelles de pain azyme, larges de 2 centimètres, creuses au centre, et dont les bords aplatis seraient soudés par pression, après avoir été légèrement humectés. Il donna le nom d'*enazyme* à cette nouvelle forme pharmaceutique.

On reconnaît sous cette description l'idée des cachets médicamenteux, qui plus tard fut reprise par Limousin. En 1872 ce pharmacien présentait, en effet, à la Société de Pharmacie de Paris, un



nouveau procédé pour enfermer les poudres médicamenteuses entre deux pains azymes de la grandeur d'une pièce de cinq francs, estampés sur les bords.

Les grands cachets primitifs ont été peu à peu réduits de dimension, leur fabrication a été perfectionnée, et aujourd'hui, dans la pratique de la médecine, ils jouent un tel rôle, qu'il semble tout à fait impossible de s'en passer, aux médecins comme aux malades.

* * *

En France donc, toutes les fois qu'il le peut, le médecin ne formule plus guère la pilule, il lui substitue le cachet; et il en est de même dans toute l'Europe.

En Amérique, aux États-Unis, il en est autrement. On ne se sert pas, ou à peine, des cachets; pour administrer les médicaments en poudre, on fait usage presque exclusif de capsules gélatineuses appelées gélules.

Or, il y a ceci de particulier, et c'est pour cela qu'il m'a paru intéressant de le signaler, que les *gélules* sont absolument d'invention française. Les Français, comme en beaucoup de choses, ont eu l'idée; ce sont d'autres qui ont su l'appliquer et en profiter.

En 1845, en effet, un pharmacien de Tours, Viel, songea, le premier, à encapsuler les médicaments, principalement les liquides. En 1846, Lehuby, pharmacien à Paris, prit un brevet pour la fabrication d'enveloppes gélatineuses destinées à abriter les médicaments.

Les gélules américaines, représentées ci-dessus, ont absolument la même forme que les capsules gélatineuses inventées par Lehuby; elles sont basées sur le même principe. Mais alors que les capsules de Lehuby, assez grossières, fermant mal, difficiles à manier, et de plus coûtant assez cher, n'avaient pu pénétrer dans la pharmaceutique pratique, les capsules américaines, grâce aux perfectionnements apportés dans les procédés de fabrication, sont d'un maniement sûr et facile qui les a rendues d'un usage courant aux Etats-Unis.

On connaît le côté essentiellement pratique du caractère des Américains; il m'a paru intéressant de montrer ce qu'était un procédé qu'ils ont adopté d'un propos si délibéré que je me suis laissé dire que, l'année dernière, plus de 300 millions de boîtes de 100 gélules chacune avaient été vendues. Cela prouve, ce que l'on sait d'ailleurs, la tendance qu'ont les Américains à se droguer: ils ne voyagent jamais sans leur pharmacie de poche, et chaque pharmacie comporte nombre de petites boîtes de gélules contenant l'une l'antipyrine, l'autre la quinine, celle-ci la rhubarbe, celle-là le bicarbonate de soude.

Elles ont une certaine élégance, ces boîtes; surtout très propres d'aspect, avec leurs petits tubes, avec leurs petites gélules transparentes, laissant voir les diverses substances amorphes ou cristallines qu'elles renferment.

La gélule se compose essentiellement de deux capsules gélatineuses l'une longue, l'autre plus courte, s'emboîtant l'une dans l'autre. Elle se remplit très facilement en appuyant l'ouverture de la capsule longue sur la masse de poudre que l'on veut y faire pénétrer. Elle se ferme hermétiquement par application l'une sur l'autre des parois flexibles sous la tension de la poudre; la conservation à l'abri de l'air est ainsi obtenue, et il s'ensuit que les gélules peuvent se garder longtemps, une fois préparées.

C'est là, sans doute, un avantage qu'elles présentent sur les cachets qui se dessèchent, s'ouvrent assez facilement et laissent échapper une partie de leur contenu qui se répand sur les autres cachets placés dans la même boîte, et leur donne ainsi un mauvais goût quand on veut les avaler.

Les gelules ont aussi l'avantage que l'on peut y enrober des masses pilulaires molles; ce qui permet de supprimer la confection de pilules rondes, dures, souvent insolubles et chargées d'excipient inerte, encombrant inutilement l'estomac. On peut également les employer pour absorber les liquides à saveur désagréable, la teinture d'iode, les gouttes amères, par exemple.

En outre, il résulte d'expériences que, dans le suc gastrique artificiel ou dans la gastérine, la gelule se dissout rapidement: en cinq minutes, lorsqu'elle contient une substance cristalline comme l'antipyrine; en dix minutes, quand elle contient une poudre inerte comme la rhubarbe ou le cascara. Les cachets ne se dissolvent pas dans les mêmes solutions; ils se gonflent seulement.

Enfin, la manipulation des gelules est plus facile et plus rapide que celle des cachets; sans compter qu'elles permettent d'avaler plus facilement et sous un plus petit volume une quantité égale de substances.

* * *

Dans la pratique de notre profession, il n'y a pas de détails qui soient à négliger; il n'y a pas de petits soins, il n'y a pas d'« attentions fines », comme le disait hier Landouzy, qui n'aient leur place dans l'art médical.

Les médecins actuels se désintéressent peut-être un peu trop de ces petits soins à donner aux malades; ils ne se rendent pas assez compte de l'application de la thérapeutique qu'ils formulent, de l'exécution de leurs ordonnances. Il en était autrement des anciens médecins, qui savaient « mettre la main à la pâte », qui se donnaient tout entiers aux « petits soins »; ils n'ignoraient rien de l'exécution de leurs prescriptions qu'ils formulaient en s'inspirant des goûts et préférences de leurs clients, sachant les adapter au caractère de chacun; ils en acquiéraient d'autant plus d'autorité sur leurs malades.

Il serait à souhaiter qu'il en fût de même aujourd'hui; et c'est dans cette idée que j'ai pensé être de quelque utilité aux praticiens en leur donnant les renseignements qui précèdent.

E. De Lavarenne.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement médicamenteux de l'anémie des nourrissons dyspeptiques.

Le traitement de cette anémie est avant tout diététique. Cependant, d'après M. Rougier, il faut se rappeler que dans ces cas il existe habituellement de la dyspepsie atonique, de la constipation, de l'anorexie, etc. On prescrit alors des alcalins, de la strychnine, de la magnésie, etc. On y ajoute un peu de fer quand l'anémie est très prononcée.

Voici quelques formules :

Bicarbonate de soude	0,25
Magnésie calcinée	0,20
Poudre de cannelle	0,15
Protoxalate de fer }	aa 0,01
Poudre de noix vomique }	

Pour un paquet, N° 20. En prendre deux par jour dans une cuillerée à café de lait ou d'eau sucrée pendant six jours (enfant de deux ans).

Bicarbonate de soude	0,20
Salicylate neutre de bismuth }	aa 0,15
Benzonaphtol }	
Protoxalate de fer	0,01

Pour un paquet. N° 15. En prendre deux par jour (enfant du quinze mois ayant de l'anémie dyspeptique avec diarrhée et selles fétides).

Bicarbonate de soude	0,20
Craie préparée	0,15
Pepsine	0,10
Poudre de semences d'anis	0,05
Poudre de noix vomique	0,005

Pour un paquet. N° 14. En prendre deux par jour. (Enfant de quinze à dix-huit mois ayant du tympanisme, des renvois gazeux, etc.).

Quand l'anémie est très prononcée, on force la dose de protoxalate de fer (2 centigrammes par jour et par année d'âge). Toutes ces poudres ne seront prescrites que temporairement; on en suspendra l'usage au bout de cinq, huit ou dix jours, et on ne les reprendra qu'après un repos d'égale durée.

LIVRES NOUVEAUX

A. L. Petit, médecin-major de 1re classe. — *Conférences sur l'alcoolisme* (Société d'Éditions scientifiques, Paris, 1901).

Ces conférences ont été écrites pour les hommes de troupe et les officiers chargés de les instruire des dangers de l'alcoolisme, conformément au programme de la circulatoire du général André, ministre de la guerre. Au nombre de onze, elles sont consacrées à l'exposé méthodique de ce que nous savons sur l'alcool et ses méfaits (lésions organiques, diminution de la résistance de l'organisme, rapports entre l'alcoolisme et la tuberculose, l'aliénation mentale, la criminalité, etc., etc.). Écrites dans une langue simple et claire, elles se recommandent à ce titre, comme livre de propagande, à tous ceux qui font la guerre à l'alcool.

R. Romme.

BIBLIOGRAPHIE

Le travail des glandes digestives, leçons du Pr J.-P. Pawlow, de Saint-Pétersbourg. Traduction française mise au courant des derniers travaux du Pr Pawlow et de ses élèves, par V. Pachon et J. Sabrazès, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Bordeaux, 1 vol. in-8°. Prix : 4 fr. (*Masson et Cie*, éditeurs, Paris.)

LA CLINIQUE LAENNEC

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Leçon d'ouverture du 31 Janvier 1902

Par le Professeur **L. LANDOUZY**

Il y a neuf ans, la Faculté de Médecine me faisait, à l'unanimité, l'honneur de m'appeler à la chaire de Thérapeutique.

Me désignant aujourd'hui pour une de ses quatre chaires de Clinique médicale générale, la Faculté me confie la lourde succession du professeur Jaccoud, qui, après toute une vie de succès professoral, de labeur scientifique et d'honneur professionnel, prend sa retraite; secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, il se consacre aujourd'hui aux devoirs de la haute charge qu'il remplit avec un éclat incomparable.

Inaugurant à Laënnec mon enseignement, je tiens à ce que mes premières paroles soient des paroles de gratitude : envers ceux dont l'enseignement et les exemples m'ont aidé à parcourir les étapes de ma carrière médicale; envers vous tous, Messieurs, connus ou inconnus, qui me faites l'honneur et l'amitié de vouloir être de ma nouvelle investiture; envers vous, maîtres, collègues de la Faculté, des Hôpitaux, de l'Académie ; envers vous, confrères, amis, élèves, qui, m'apportant vos cordiales sympathies, voulez qu'une fois au moins cet amphithéâtre soit trop petit pour vous contenir.

Je tiens à ce que mes remerciements aillent en premier à mon Maître, le professeur doyen honoraire Brouardel, par lui, je fus dès l'abord conquis à l'Humorisme moderne, comme par mon maître Bouchard j'étais conquis à la médecine pathogénique, comme par l'enseignement et les exemples du professeur Hardy, j'apprenais à vivre la médecine générale.

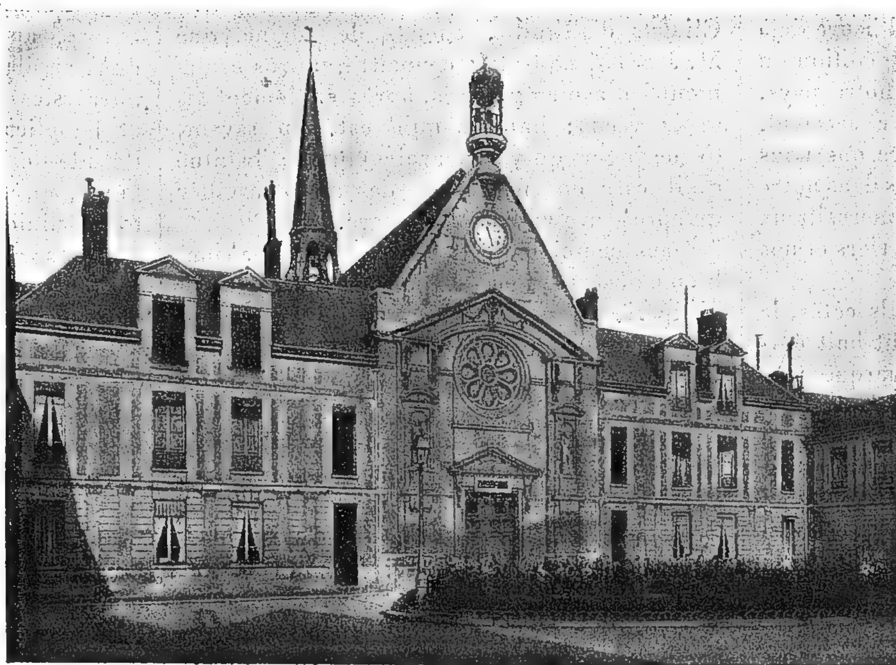
Que mes remerciements aillent à vous, Monsieur le Doyen, à vous, mon ami Debove, dont la présence dans ce nouvel amphithéâtre de la Faculté témoigne du soin ardent et délicat que vous mettez à remplir les devoirs attachés à votre nouvelle dignité.

Soyez remercié, professeur Dieulafoy. Il y a trente-trois ans — dût la chose vraie paraître invraisemblable, — que nous prîmes contact! Le temps n'a en rien affaibli la profonde impression que reçut du maître-éducateur que vous êtes le jeune externe fraîchement nommé, nouvellement débarqué de sa province.

Laissez-moi vous exprimer toute ma gratitude, professeur Henrot, dont la présence ici fait que, émue et reconnaissante, ma pensée se reporte dans les lointains, vers la Champagne, où, près de vous, je naquis à la vie médicale. Mon père fut votre maître en Clinique; vous avez eu à cœur de rendre au fils ce que vous avait transmis le père : l'enseignement et les exemples, qui ont fait de vous le clinicien et l'hygiéniste dont se parent l'Ecole de médecine et la ville de Reims.

Laissez-moi cordialement vous remercier, vous, mes jeunes collègues d'hier et de demain, jeunes collègues de la Faculté et des hôpitaux. Aujourd'hui que vous voilà maîtres à votre tour, vous mettez la coquetterie de votre amitié à vous dire mes élèves, voulant que j'ai plus de fierté encore de vos travaux et de vos succès que je n'en ai ressenti de bonheur.

La gratitude du nouveau professeur de clinique de l'hôpital Laënnec ne serait pas entière, si elle ne s'adressait pas au Directeur général de l'Assistance publique, M. Mourier, dont la bonne volonté passe richesse; dont l'intérêt agissant s'est montré si sincère pour la Faculté au mieux de l'enseignement des élèves qu'il juge inséparable des besoins de ses malades; il aurait voulu grande et large l'hospitalité que l'Université de Paris venait demander à l'Assistance publique en cette maison plus démodée encore que vieille. Pour dater de Louis XIII, ses nefs ne fléchissent pas sous le poids des ans, tant sont solides les assises et robuste l'ossature. Nos 600 malades trouvent, dans cet hôpital d'aspect monacal, ce qu'en vain ils chercheraient ailleurs, puisqu'ils y respirent en un enclos de 26 mille mètres de terrains non bâtis, confinant à de vastes jardins dont, au printemps de demain, les parfums empliront nos salles.



Hopital Laënnec.

Je n'oublie pas que le Directeur général a rencontré en M. Mouton, un directeur d'hôpital vigilant, un ingénieux interprète de l'intérêt qu'il porte à l'enseignement clinique, lui qui sait que l'Assistance publique et la Faculté de médecine sont, par leurs communs devoirs et leurs communs services, solidaires dans une même tâche humanitaire.

C'est la première fois qu'une chaire de la Faculté s'ouvre à l'hôpital Laënnec, qui, pourtant, n'avait pas attendu pour être un centre d'études. Mes collègues des Hôpitaux, Reclus, Merklen, Barié, Hirtz, et moi, nous y étions depuis longtemps déjà chargés d'un cours de Propédeupeutique dont je m'en voudrais d'autant plus de ne pas proclamer le succès qu'il est fait de l'expérience et de la notoriété de mes collègues et amis.

En transférant ici l'une de ses chaires de clinique médicale générale, la Faculté de médecine en use avec l'hôpital Laënnec comme, naguère, elle faisait, quand, en 1867, il fut décidé que l'une des doubles chaires de clinique de l'Hôtel-Dieu et de la Charité s'en viendrait à l'hôpital de la Pitié et à l'hôpital Necker.

C'est ainsi que la chaire de Clinique médicale alors installée à la Pitié se trouva successivement occupée par Béhier, qui moins de deux ans après passait à l'Hôtel-Dieu; par Lasègue; enfin, par le professeur Jaccoud, qui, sans trêve ni repos, devait y enseigner, avec l'autorité que l'on sait, dix-huit années consécutives.

* * *

Je considérerai, Messieurs, comme un honneur pour moi si je parviens à rappeler à ceux d'entre vous qui avez entendu le Maître; si je parviens à montrer à ceux qui n'ont pu fréquenter la Pitié, ce que fut le professeur Jaccoud, ce que fut l'œuvre de l'homme éminent, dont, aujourd'hui, m'échoit la succession.

Mais, ce m'est aussi un troublant honneur que de saluer dans sa retraite un Maître qui, considérant ses trente-huit années de labeur scientifique et professoral, qui les regardant comme un matin de vie vers lequel on se retourne le soir, peut avec confiance et fierté se reposer sur l'œuvre accomplie.

C'est que la carrière du brillant agrégé, du probe écrivain, du savant professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale fut étonnamment remplie; c'est que, d'emblée, par l'enseignement écrit autant que par la parole, il avait, jeune, conquis maîtrise à cette belle époque de la Médecine française où fleurissaient les Vulpian, les Charcot, les Potain, les Lasègue, pour ne parler que des disparus.

Quelle ardeur, quelle puissance de travail chez M. Jaccoud, qui, de 1860 à 1867, trouve moyen de nous donner des œuvres de jeunesse, pleines de maturité, — prélude des études de médecine pathogénique qui passionneront sa vie — : les conditions pathogéniques de l'albuminurie ; l'humorisme ancien comparé à l'humorisme moderne; les paraplégies et l'ataxie du mouvement ; les leçons de Clinique médicale de la Charité ; toutes œuvres écrites en un style qui donne aux idées plus de vie, plus de force encore que de parure.

Les visions que le jeune Maître a de la science médicale; sa méthode clinique toute d'analyse physiologique; ses constantes préoccupations de médecine pathogénique ; les idées qu'il professe sur l'action internationale du progrès en Médecine; le don qu'il a des langues; sa connaissance des littératures étrangères, joints à un esprit de critique sa-

gace et pénétrante : tout cela fait de M. Jaccoud, l'importateur de visées, de doctrines et de tendances bien nouvelles parmi les générations médicales d'alors. Jusqu'à l'apparition sensationnelle du *Traité de pathologie interne*, celles-ci s'étaient relativement peu souciées de physiologie pathologique, encore moins de pathogénie, leur attention ayant été plutôt captivée par l'anatomie pathologique et par la nosographie, qui, avec Laënnec, Andral, Bouillaud, Cruveilhier, Chomel, Trousseau, Grisolle, Rostan, Hardy et Béhier venaient de briller du plus vif éclat.

Il est juste de rappeler à ceux qui déjà ne sont plus de jeunes hommes, comme il est juste de l'apprendre aux nouvelles recrues, que ce n'est pas seulement la physiologie pathologique et la pathogénie, vivifiant la nosographie, qu'apporte le livre de M. Jaccoud, si original dans ses cadres comme si nouveau en ses tendances; c'est, pour ainsi parler, le marché scientifique des deux mondes, qui, par lui, s'ouvre pour l'importation comme pour l'exportation, à la médecine française.

Notre pays, — en 1870-1871, à l'heure déjà lointaine où paraissait la première édition du Traité de pathologie interne, — notre pays, grâce à l'érudition du professeur Jaccoud, était amené à comprendre tout ce que nous avions à perdre, en restant confinés dans notre labeur national, si fécond fut-il, si merveilleux qu'aient été et que fussent nos ouvriers et nos artistes en médecine!

A le prendre par ces deux seuls côtés, le Traité de pathologie interne (dont huit éditions n'épuisaient pas le succès) marque dans l'évolution de la science comme de la pratique médicales, une étape si capitale qu'il n'a fallu rien moins que la réforme microbienne avec l'avènement des méthodes, des doctrines et des découvertes de Pasteur, pour que, contre toute équité, on oubliât celui qui « par le précepte et par l'exemple, avait créé la science médicale cosmopolite; » celui qui fut des premiers parmi les instaurateurs de la médecine pathogénique, du vitalisme nouveau, de l'humorisme scientifique.

Ce sont les mêmes visées de Pathologie générale, de Physiologie pathologique, ce sont surtout les mêmes préoccupations pathogéniques dont était faite la trame du Traité de pathologie interne, qui devaient gouverner et vivifier les cliniques du professeur de la Pitié, comme elles avaient déjà animé son enseignement libre à l'hôpital Lariboisière.

Dans ses Leçons « pleines de critique judicieuse et indépendante, comme d'observation pénétrante », le professeur s'attaquera à tous les problèmes, à toutes les questions d'actualité, aussi bien aux questions de science, de doctrine et de méthode, qu'aux questions de pratique et d'art médical.

Parmi les problèmes les plus étudiés par M. Jaccoud, il en est qui passionnent particulièrement nos générations nouvelles, la phtisie, par exemple. Dans ses leçons sur *la curabilité et le traitement de la phtisie pulmonaire*, le professeur Jaccoud n'a-t-il pas montré pourquoi, comment, l'invention de Villemin, l'inoculabilité de la tuberculose impliquant sa transmissibilité de l'homme sain à l'homme malade, avait été autrement perturbatrice et rédemptrice que la découverte de l'agent de cette transmissibilité, faite dix-sept ans plus tard par Robert Koch? Hier encore, avec quel éclat, l'Académie de Médecine n'entendait elle pas l'écho patriotique de cet enseignement, quand son Secrétaire perpétuel, rappelait que « pour la prophylaxie tant générale qu'individuelle, la notion de transmissibilité est plus fructueuse que la notion de l'agent transmetteur »; quand, évoquant le souvenir de l'admirable découverte de Villemin, il proclamait à nouveau, que « en aucun temps, en aucun lieu, nul n'a le droit d'oublier que les bienfaits conférés à l'humanité par les mesures protectrices actuellement édictées, sont ses fruits directs, à multiplication illimitée ».

C'est en praticien autant qu'en savant, que le professeur de la Pitié s'est complu dans l'étude des états constitutionnels préalables, comme causes occasionnelles efficientes de la contagion bacillaire; c'est en phtisiologiste et en phtisiothérapeute général qu'il se complait à nous apprendre comment les moyens de prévention, comme les moyens de traitement, doivent être demandés « à la régénération du terrain organique, aussi bien qu'à « l'emploi de climats d'altitude et de plaine... » Climats d'altitude, climats de plaine, que M. Jaccoud nous fait connaître, après seulement les avoir éprouvés, après seulement les avoir vécus: habitué qu'il est, en savant, de ne juger qu'après avoir étudié; habitué qu'il est, en médecin, de ne conseiller qu'après avoir vu et comparé.

Dans combien de Leçons vécues, par combien d'observations — évoquées comme autant d'expériences — M. Jaccoud n'a-t-il pas montré « l'influence supérieure des prédispositions individuelles dans la genèse des maladies à microbes »?

Je ne sache pas d'enseignement plus philosophique, à la fois doctrinaire et pratique, dont aient autant à profiter étiologistes, hygiénistes et thérapeutes, que les suggestives leçons dans lesquelles M. Jaccoud prouve, par la Clinique, combien est nécessaire, pour la réalisation individuelle de l'infection, *l'opportunité organique*, au même titre qu'est nécessaire *l'opportunité cosmique* pour la production régionale de la maladie!

Je m'arrête, Messieurs: c'est vingt citations qu'il me faudrait faire, si je voulais *démontrer* toute la part prise, par le Maître de la Pitié, au mouvement d'idées par lequel se fait l'accord entre la médecine dite traditionnelle et la médecine microbienne et si je n'avais pas résolu — ne voulant pas rester au-dessous de ma tâche — de me borner à faire devant vous briller quelques-uns seulement des points les plus lumineux de l'enseignement de M. Jaccoud.

Puissé-je avoir réussi à vous donner une idée de ce que fut sa méthode, son esprit d'observation, de recherches, de critique et d'invention! Puissé-je être parvenu à vous montrer par quel constant labeur, le professeur de la Pitié a répandu sur toute la Médecine des clartés plus vives; par quel labeur — pour emprunter au maître son propre langage — il a fait « plus étroite la conciliation entre la médecine traditionnelle et les découvertes contemporaines ».

A sa triple tâche, tâche noble entre toutes, de médecin savant, d'artiste éminent et d'éducateur émérite, M. Jaccoud a consacré une activité féconde, toujours égale, qui lui a valu la plus haute renommée.

*
* *

Dans le sillon tracé par le professeur de la Pitié, je m'efforcerai de marcher, vous enseignant, Messieurs, moi aussi, comment, chaque jour, pour le mieux de la pratique de notre art, pour le bien des malades, se fait plus étroite l'union entre la médecine traditionnelle et la clinique moderne; et cela, grâce aux lumières que nous fournissent, grâce aux secours que nous apportent, grâce aux forces que nous prêtent les inventions contemporaines, filles légitimes des méthodes et des techniques nouvelles.

C'est la médecine pathogénique que, moi aussi, je vous apprendrai, comme hier, enseignant la Thérapeutique pathogénique, je vous démontrais, que, sans la médecine pathogénique, nous en serions restés à la thérapeutique galénique, et à la thérapeutique chimique, ne connaissant l'enfantement: ni de l'atténuation des virus; ni des vaccins; ni de la Sérothérapie; ni de l'Opothérapie, toutes inventions françaises, qui venant après la découverte de la bactéridie charbonneuse, après l'invention du tubage laryngé, après la démonstration de la transmissibilité de la tuberculose, après l'électrisaiion *localisée* appliquée au diagnostic comme on traiteraient des paralysies et des atrophies; après l'invention et l'application de la méthode graphique à l'étude des phénomènes les plus obscurs de la vie, après l'application de la méthode anatomo-clinique aux localisations cérébrales et spinales; après l'invention de la méthode aspiratrice et son application au diagnostic comme au traitement des maladies, après la découverte du diabète maigre pancréatique; qui, venant après la lumière et l'ordre mis dans le chaos des tabès, après la démonstration de la syphilis héréditaire et des dégénérescences para-syphiliiiques; après les travaux d'analyse et de synthèse faits sur les ptomaïnes et les autointoxications; après l'ordre pathologénique mis dans les atrophies musculaires myopathiques, névritiques, myélopathiques; après la découverte de l'hématozoaire malarique; après la découverte du bacille pesteux, suffiraient, à elles seules, pour illustrer, *par la médecine*, la seconde moitié du XIXe siècle. Ce sont là, toutes victoires françaises, victoires oubliées, victoires trop ignorées par vous, Messieurs les étudiants de France; toutes inventions, dont, *propter utilitatem*, devraient se montrer plus soucieux, tant de médecins impardonnables, tant de gens du monde excusables, qui n'ont d'yeux, d'oreilles, d'admiration et de louanges que pour les audaces bienfaisantes de la Chirurgie.

A ma tâche nouvelle, qui est de vous apprendre, chaque matin, à l'hôpital, la science, le métier et l'art du médecin, — science et métier qui vous serviront, art que vous servirez, — à ma tâche nouvelle, je m'appliquerai, Messieurs, de toute la foi que j'ai dans la science anatomo-clinique d'observation, comme dans la médecine expérimentale; de toute la passion atavique que j'ai de l'art médical; de tout le souci des devoirs du médecin que m'ont mis au cœur l'enseignement, comme les exemples, de maîtres, tel le professeur Hardy de vénérée mémoire, qui furent l'honneur de la médecine professionnelle. A ma tâche nouvelle, je m'appliquerai dans cet amphithéâtre Laënnec, sous l'égide du plus grand nom qu'ait enregistré, avec celui de Villemin, la Médecine française au siècle de Pasteur.

*
* *

Si, Messieurs les élèves, je parle d'une union étroite, à vous démontrer, chaque jour, au hasard de la clinique, entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne, c'est que des esprits à courte vue, éblouis par certains progrès vertigineux de quelques-unes des branches de notre art, ingrats envers tout un passé qu'ils ignorent, s'imaginent que, dans le nouvel inventaire dressé de nos richesses, serait bien mince la part que pourraient revendiquer les anciens.

Pour étonnantes, presque déconcertantes dans leur précision mathématique, que soient certaines des notions étiologiques, pathogéniques et diagnostiques révélées par la technique clinique actuelle, est-ce que ces notions sauraient prévaloir contre les merveilleuses observations de la médecine traditionnelle touchant la contagion, la malignité, l'épidimicité, la spécificité, l'immunité des maladies; touchant la *natura medicatrix*; touchant encore les vices héréditaires, les constitutions, les tempéraments, les milieux organiques, les *terrains* comme nous disons aujourd'hui?

Pour précoce, précise, que sache se faire notre Séméiotique à nous autres les modernes, plus grands que les anciens, parce que, suivant le mot de Bacon, nous montons sur leurs épaules; pour extraordinaire que soit, en quelques cas, la séméiotique nouvelle, prétendrait-elle faire table rase des diagnoses et des prognoses infiniment sagaces, qui, au travers des âges, se sont transmises de générations en générations.

N'aurai-je pas à vous montrer, quotidiennement, le fond que vous devez faire, sur les renseignements que vous donnent l'abord du malade, l'étude de son extérieur, de son faciès, de son décubitus, de ses activités ou de ses passivités physiques, somatiques, intellectuelles?

La maladie, je ne saurais trop le répéter, est quelque chose qui évolue; la maladie n'est qu'un enchaînement continu de réactions humorales, cellulaires, organiques et fonctionnelles, dont notre économie est le théâtre, dès qu'un traître, — une infection veux-je dire, — entre en scène. Quoi d'étonnant alors, que les anciens, pénétrés déjà d'idées de matières et d'humeurs peccantes, aient acquis leur si parfaite maîtrise de l'observation si patiente et si minutieuse à laquelle ils soumettaient leurs malades, les examinant, toujours *capite ad calcem*. Quoi d'étonnant, que, par l'analyse des infinis aspects sous lesquels se présentent la physionomie, le teint, l'œil du malade, sa respiration, son pouls, sa chaleur, sa langue, son appétit, ses urines; les anciens soient parvenus à acquérir, *par la science des signes*, la pratique merveilleuse du diagnostic, comme la pratique des indications thérapeutiques, qui faisaient d'eux d'incomparables artistes en médecine!

C'est que les anciens, en sachant moins long que nous sur le *comment* des maladies, prenaient bien mieux que nous souci d'en savoir plus long sur leurs malades. S'en rapportant, dans leurs jugements, purement aux symptômes, puisqu'ils ignoraient tout des causes, ils étaient obligés de faire plutôt fonds sur la nature de leurs clients, que sur la nature des maladies. Aussi bien apprenez, Messieurs, qu'à la Séméiotique des anciens nous avons pu ajouter, mais que nous ne trouvons rien à retrancher!

C'est que, sachez le bien, la pratique de l'hôpital seule, donne au médecin la connaissance pleine et entière du malade. La notion de nature et d'espèce de la maladie, — pour nécessaire qu'elle soit, — importe, d'ordinaire moins au médecin en quête de pronostic et de thérapeutique que lui importe l'individualité réactionnelle du malade, individualité toujours originale, faite qu'elle est de privautés organiques (constitution) et fonctionnelles (tempérament) héréditaires ou acquises, bonnes, passables ou mauvaises, dont, à l'heure de la maladie, vont dépendre les activités défensives.

N'est-ce pas à ces activités, qu'il appartient de rallier, en un effort commun, les énergies leucocytaires, les légions phagocytaires, les énergies sécrétoires ou dépuratives, que ces activités aient leur source: dans le tissu coulant qu'est le sang, dans le milieu intérieur que représentent les lymphes, dans les leucocytes, dans les cellules différenciées, ou dans les confédérations viscérales!

Alors, je vous le demande, en quoi les merveilleuses clartés jetées par notre humorisme scientifique dans l'interprétation des réactions liquidiennes, cellulaires et fonctionnelles qu'entraîne avec elle toute invasion microbienne; en quoi ces merveilleuses clartés, pour si suggestives et si utilisables que je les proclame, ont-elles amoindri les justes notions diagnostiques et pronostiques transmises par la médecine traditionnelle sur les milieux organiques, sur les états diathésiques, sur les terrains innés ou acquis?

Est-ce que, justement, par un de ces retours communs dans les choses de la Médecine, l'étude des terrains, un peu délaissée par l'école anatomo-pathologique, n'a pas, dès l'avènement des doctrines pastoriennes, notamment dès la découverte microbienne de Koch, repris à nos yeux emplis de clartés vitalistes et humorales, toute l'importance que leur avaient autrefois si bien reconnue les vieux maîtres. Certains phtisiologues notamment ne nous avaient-ils pas laissé sur la constitution, le tempérament, la complexion, l'habitus de ceux que j'appelle les candidats à la phtisie, des enseignements auxquels notre Séméiotique plus affinée trouve bien quelque peu à ajouter, mais rien à redire.

Cette étude des terrains reprend, aujourd'hui, une importance que, chaque jour, je vous démontre plus grande, puisque, l'étiologie microbienne d'une affection étant reconnue, c'est moins à la morphologie des éléments pathogènes; c'est moins à la culture des microbes *in vitro* ou *in anima vili*; c'est moins à l'analyse expérimentale de leurs toxines, qu'aux considérations d'âge, de sexe, de constitution, de tempérament, d'états de virginité ou d'adultération organiques antérieures, d'hérédité ascendante ou descendante du malade; c'est moins à la cause morbigène démontrée qu'au fonds humoral et réactionnel du malade que nous demandons soit les éléments du pronostic, soit (hormis les cas de médications spécifiques), les raisons et la manière d'armer notre thérapeutique.

Et cela, parce que vous apprenez d'un incessant commerce avec les malades, et seulement d'un perpétuel commerce *avec toute espèce de malades*, avec les bébés de notre crèche aussi bien qu'avec leurs mères, avec les adolescents aussi bien qu'avec les adultes et les vieillards de nos salles d'hommes et de femmes, que les actes de défense ou de capitulation de nos clients sont subordonnés à leurs forces vitales, c'est-à-dire à la qualité réactionnelle de leurs organismes.

Messieurs, la notion du coefficient réactionnel de l'individu, envisagé dans son ensemble ou particulièrement dans l'un de ses organes, cerveau, cœur, foie, rein, domine la Clinique et fait que, en dépit de toutes les clartés jetées par ailleurs sur les problèmes de la science médicale, c'est au perpétuel contact des malades qu'on devient un artiste en médecine, comme l'était Récamier, comme le fut Trousseau.

Et c'est dans l'application de cette notion de spécificité réactionnelle des individus vis-à-vis des causes morbigènes, que gît la distinction entre l'étude des malades et l'étude des maladies, entre la Clinique et les Pathologies, pathologie générale et pathologie spéciale.

Aux Pathologies ressortissent les descriptions abstraites et schématiques, toujours identiques à elles-mêmes, en vertu de ce principe préaccepté que le nosographe conçoit, admet, décrit les maladies et les affections comme évoluant sur un même terrain préalablement supposé sain et toujours identique à lui-même, à égalité d'âge et de sexe.

A la Clinique, au contraire, ressortissent chacune des nombreuses et changeantes particularités d'éclosion, d'évolution, de simplicité, de complexité, de bénignité, de gravité, de survie et de terminaisons, sous lesquelles se manifesteront chez chaque individu, du soir au matin, du jour au lendemain, les réactions déterminées par l'imprégnation morbide.

Duel entre la spécificité *actionnelle* de l'élément pathogène et la spécificité réactionnelle de l'infecté, voilà le spectacle que vous donneront chaque matin nos malades; duel plein de risques et de dangers pour l'infecté, plein de soucis et de responsabilité pour nous médecins, qui sommes témoins, pour nous qui avons charge d'intervenir, alertes, adroits et attentifs. De nous médecins, peut dépendre qu'il y ait simple blessure; de nous, peut dépendre que le duel n'entraîne pas mort d'homme; ou, au contraire, que, surpris et déconcertés par la rapidité comme par la violence de l'attaque, nous ayons à déplorer un malheur.

Comprenez-vous, Messieurs, pourquoi je veux vous voir aborder l'étude du malade imbus de ces notions de spécificité organique par lesquelles se vivifient nos doctrines et se gouverne notre pratique? C'est qu'il en est des qualités réactionnelles de nos organites cellulaires, comme il en est de l'originalité réactionnelle des germes pathogènes spécifiques de la fièvre typhoïde, du charbon, de la tuberculose, de la diphtérie, de la malaria, etc., spécificité réactionnelle dominant toute la Microbilogie.

Ces notions, Messieurs, nous les devons au Vitalisme moderne, bien différent de celui de Stahl, à un vitalisme histophysiologique, qui ne subordonne plus les actes de la cellule ou de l'économie à une force indépendante de l'organisme, mais au dynamisme même de la matière vivante.

Vous ne vous étonnerez donc point si les doctrines qui mèneront demain mon enseignement comme elles l'ont mené quand je professais la Thérapeutique se réclament de l'humorisme et du vitalisme nouveaux. L'humorisme et le vitalisme modernes, mieux que tous autres systèmes, ne fournissent-ils pas à la Clinique la révélation de quelques-uns des *comment*, la révélation de quelques-uns des mécanismes et des procédés instrumentaux mis au service de l'économie, pour que celle-ci conquière la guérison, l'atténuation comme l'immunité temporaire ou définitive, des maladies?

Par le Vitalisme et l'Humorisme modernes, nous commençons à surprendre le secret des ressources et des forces, le secret du mécanisme de la *natura medicatrix*, de laquelle la Clinique vous apprendra à tout espérer quand il s'agira de bébés de notre crèche ou des adolescents; avec laquelle il vous faudra compter quand il s'agira d'adultes abîmés déjà par quelques maladies antérieures; à laquelle vous devrez moins vous confier quand il s'agira des vieillards.

*
* *

Si, Messieurs, je m'arrête à vous parler *humorisme*, c'est que je vous suppose nourris du pain des forts, nourris de ces idées de Pathologie générale dont doit être tissée la trame de votre science et de votre pratique.

J'imagine, qu'aussi bien aux cours de Pathologie générale, qu'à ceux de séméiotique générale et de Nosographie, vous avez appris combien l'*Orologie* (ὀρός, sérosité), la science des humeurs, — qu'il s'agisse du sang, du sérum sanguin normal ou pathologique ou des épanchements séreux, — comme toutes les autres branches de la médecine, a bénéficié de l'invention de méthodes et de techniques nouvelles dont l'emploi s'impose à l'hôpital pour donner à nos enquêtes cliniques une orientation, une pénétration, une précision que nous demanderions vainement à nos yeux, à notre toucher ou à notre oreille, quelque virtuose en percussion ou en auscultation que puisse faire d'un praticien la plus longue et la plus laborieuse des carrières médicales.

Vous ne pouvez ignorer comment, pour certaines au moins des maladies, ces bénéfices se soldent en précocités, en certitudes comme en facilités diagnostiques et pronostiques insoupçonnées de nos pères.

C'est que, aujourd'hui, interviennent, dans l'outillage de la Clinique, l'emploi et l'usage quotidiens d'inventions, de méthodes et de techniques qui décuplent nos talents, donnant à nos sens une acuité, à notre esprit, avec le calme et la sécurité, une *certitude démonstrative* bien faite pour rallier les derniers contempteurs de nos techniques nouvelles, qui les disent extra-cliniques, sous prétexte qu'elles viennent du laboratoire.

Pourquoi ces critiques des contempteurs de la Clinique moderne — je ne dis pas nouvelle, car notre clinique se fait en vertu des mêmes règles et des mêmes principes que la clinique hippocratique — parce que nous voulons, en plus de la Séméiotique physiologique et organicienne que faisaient nos anciens, par les renseignements qu'ils tiraient des réflexes iriens, des réactions du pouls et de la chaleur, des changements survenus dans le jeu comme dans le volume des organes, parce que, dis-je, nous voulons, à côté de la Séméiotique dite physiologique et organicienne, par la microscopie, par la bactérioscopie, par l'oroscopie, par la cytoscopie et la cryoscopie connaître toute une série de réactions hier encore insaisissables.

Par l'emploi de ces méthodes et de ces techniques, il nous est devenu possible, les extradant, les extériorisant, de nous saisir des réactions dont le malade est l'objet, pour les porter sur une série de milieux liquides, solides ou animés, dont nous entendons faire autant de *réactifs*.

Il nous devient loisible, prélevant les humeurs dans le sang ou dans les épanchements; colorant microbes et leucocytes, les numérant dans leur proportionnalité qualitative, quantitative, absolue ou relative; centrifugeant les humeurs, les réfrigérant, les étuvant, les imprégnant de matières tinctoriales, les inoculant enfin, il nous devient loisible de forcer la matière organique, prélevée sur le malade, à nous fournir toute une série de réactions colorantes, agglutinantes, liquéfiantes, proliférantes, infectantes, toute une série de séro-réactions, de cyto-réactions qui, pour peu que nous en possédions bien le langage, deviennent autant de *signes*.

N'est-ce pas là de la clinique, encore de la clinique, exclusivement de la clinique puisque sont cliniques tous procédés, toutes manœuvres, toutes opérations, toutes recherches qui, ayant pour objet comme pour but le malade, partent du malade pour revenir au malade.

Voilà comment, plus heureux, plus forts que nos devanciers, nous sommes à la veille de posséder toute une séméiotique humorale qui promet de nous fixer sur la marche aussi bien que sur le mode de terminaison de maintes maladies. N'avons-nous pas déjà les réactions leucocytaires dont les polynucléaires, dont les mononucléaires à granulations neutrophiles, éosinophiles, basophiles nous donnent jusqu'aux formules de l'évolution de la pneumonie, de l'érysipèle, de la fièvre typhoïde, de la variole, de la scarlatine?

Cette séméiotique nouvelle, comment nos pères l'auraient-ils connue? ni l'éosine, ni l'hématoxyline, ni le triacide d'Erlich n'étaient nés... Ce qui vous prouve une fois de plus combien l'invention de simples méthodes ou de simples techniques importent au progrès de la science médicale autant qu'au perfectionnement de notre art.

*
* *

Vous comprenez maintenant, Messieurs, pourquoi, en commençant, je disais qu'au lit du malade je vous ferai toucher du doigt l'enchaînement des doctrines et des faits par lequel l'étude du malade va singulièrement s'affinant, gagnant en facilité, en précision, en certitude?

Pour en arriver où nous en sommes, il fallait d'abord la série des travaux anatomo-pathologiques de l'Organicisme qui, au siècle dernier, furent l'honneur de l'École de Paris, comme il fallait les découvertes de Pasteur, de Claude Bernard et de Brown-Séquard pour nous acheminer à l'humorisme et au vitalisme nouveaux.

Sans l'Organicisme, Laënnec n'inventait pas la stéthoscopie, et Piorry ne portait pas la percussion au degré de perfectionnement que nous savons. Sans la Pathologie cellulaire, sans la Médecine microbienne, sans l'Humorisme moderne, nous ne posséderions pas notre séméiotique humorale qui, pour peu qu'elle s'affine encore, menace de prendre un droit de préséance sur la séméiotique organicienne, puisque celle-ci, par la palpation, par l'auscultation du malade, dénonce les organopathies constituées, alors seulement que la maladie a déjà tramé maintes lésions parfois si avancées que jamais plus les viscères ne reviendront *ad integrum*.

Si, en effet, la séméiotique humorale veut être la première entre toutes les séméiotiques, c'est que, en ses réactions liquidiennes de la première heure, elle dépiste la maladie à sa source avant qu'une symptomatologie ait eu encore le temps de s'esquisser. N'est-ce pas le cas pour certains de nos typhoïdiques que dénonce la réaction de Widal avant que n'apparaissent les taches rosées lenticulaires?

C'est vraiment en parlant de cytoscopie, de séroréaction, de bactérioscopie, qu'on peut dire du clinicien moderne ce que disait Broussais à Laënnec, quand le tribun médical reprochait à l'inventeur de la stéthoscopie de « vouloir trancher du devin ».

Devins, vous pouvez l'être, Messieurs, vous saurez l'être par beaucoup de science apprise à l'hôpital, par l'incessante pratique de la Clinique intégrale, qui seule fera de vous les artisans et les artistes en médecine que vous nous demandez à devenir. La Clinique seule, à la fois traditionnelle et moderne, promet de vous apprendre, je le répète, le métier qui vous servira, et l'art que vous servirez.

Je m'en fie à la visite quotidienne faite dans nos salles pour vous démontrer, par les leçons de choses, combien les doctrines pathogéniques mèneront votre jugement, combien l'apprentissage des diverses techniques instruira votre pratique, ces techniques servant aussi bien les intérêts diagnostiques, pronostiques que les intérêts thérapeutiques de vos malades.

Ce sont les impressions recueillies, ce sont les enquêtes faites au lit des malades par vos examens minutieux et vos patients interrogatoires, qui, vous gagnant aux doctrines étiologiques et pathogéniques, feront de vous, en plus de thérapeutes opportunément avisés, des apôtres de Médecine préventive et d'Hygiène thérapeutique.

L'étude attentive et suivie de l'évolution de vos malades vous apprendra combien souvent, et sans rien répudier de vos moyens thérapeutiques, par l'expectation avisée, par la Diététique, par la Physiothérapie, par l'Hypurgie — pourvu que vous soyiez de jeu avec la *natura medicatrix* — vous servirez la guérison de vos malades, au grand scandale de tant de médecins qui s'imaginent encore qu'est thérapeute celui là seul qui médicamente; au grand scandale des partisans de la thérapeutique d'équations, aux yeux desquels, suivant une formule algébrique qui leur est chère : maladie = médicament.

*
* *

Messieurs, ce ne sont pas seulement les indications thérapeutiques saisies au lit du malade que nous apprendrons à commenter et à remplir; ce n'est pas seulement la Pharmaceutique magistrale et officinale que j'entends que vous voyiez de vos yeux et que vous maniiez de vos mains; c'est l'Hypurgie (de υπουργια, assistance, de υπουργος serviteur), c'est-à-dire la technique des soins à donner

aux malades, que j'entends vous enseigner.

Si l'art hypurgique a une importance que vous ne sauriez supposer, c'est que les médications les plus puissantes ont besoin, pour réussir, d'être aidées par toute une série de menus soins, au premier rang desquels je mets l'asepsie des voies respiratoires, comme l'asepsie des téguments.

Pour être données sans relâche par des gardes expertes, et pour paraître accessoires, ne sont-ce pas les attentions fines dont vous entourez vos clients qui font souvent que la maladie tourne à bien ou, se compliquant, tourne mal? Combien, par des soins seuls, ne voyons-nous pas de malades, sans heurts, sans difficultés, purger leurs condamnations, soit à neuf jours de pneumonie, soit à une semaine d'érysipèle, soit à quelques jours de grippe?

Dans nos visites quotidiennes, Messieurs, j'aurai faciles occasions de modifier beaucoup de vos idées en thérapeutique.

Je sais que, volontiers, vous voudriez la thérapeutique toujours médicamenteuse. Trop souvent vous vous imaginez que traiter un malade ne peut se faire sans le médicamenter, sans le droguer, comme disent les gens du monde. Comme si, vraiment, la Diététique, comme si vraiment la Physiothérapie ne prenait pas chaque jour dans notre pratique une place justement prépondérante sur la Pharmaceutique!

Ce sont là choses tellement importantes pour votre éducation professionnelle que, cette année, j'aurai particulièrement à les étudier avec vous, tant à propos de malades actuellement dans nos salles qu'à propos de malades de notre polyclinique de consultation.

Que de ressources n'avons-nous pas à attendre de la Physiothérapie en général, et en particulier de la médication hydrominérale dont nous a doté l'empirisme dès les premiers âges de la médecine, mais dont — comme je n'ai cessé de l'enseigner dans mes conférences de l'Auvergne, des Pyrénées, du Dauphiné et de la Savoie — la dynamique est tout entière à étudier, et la posologie est complètement à créer.

Pourtant, ne savez-vous pas combien la Physiothérapie, combien la Thalassothérapie, combien les cures thermales, pratiquées, par exemple, surtout de l'enfance au seuil de l'adolescence, peuvent d'enfants lymphatiques, d'enfants arrêtés dans leur développement, d'enfants marqués des stigmates de la scrofule ou de l'arthritisme, aider à faire des hommes aux tempéraments renouvelés, aux constitutions modifiées.

* * *

Vous avez compris, Messieurs, que c'est la Séméiotique pratique, la Thérapeutique pratique que je m'efforcerai surtout de vous apprendre, puisque c'est de cela dont a besoin votre vie professionnelle. Mais il est encore une autre éducation que j'entends que vous preniez dans la fréquentation des malades : c'est l'éducation hygiénique générale, que vous n'avez pas, et que tout praticien doit avoir. L'étude des circonstances étiologiques au milieu desquelles seront nées et se seront développées les affections de nos malades, vous donnera cette éducation.

Je m'aperçois que beaucoup d'entre vous, Messieurs les élèves, quittent l'Ecole insuffisamment convaincus que la plupart des maladies suivies dans nos salles étaient et sont évitables par moins d'ignorance, par moins d'insouciance.

A ne voir que les tuberculeux et les alcooliques, qui sont ici légion; à ne prendre que les syphilitiques qui, en nombre si inquiétant, sont dans mon service — quoique rien de particulier n'attire et n'explique leur affluence, — vous devriez deviner que votre pratique de demain vivra autant de préoccupations et d'applications d'Hygiène préventive que de visées thérapeutiques?

J'ai ouï dire qu'envisagée par d'autres côtés, la question des maladies évitées, des maladies évitables n'était pas sans émouvoir certains d'entre vous, qui, entendant parler d'une crise médicale, se demandent, au train dont vont les choses, si la profession de médecin, pour nos fils, sinon pour vous-mêmes, ne menace pas de rester sans objet?

De cette question je ne fais pas difficulté de m'entretenir avec vous, Messieurs, puisque je vous ai dit en commençant, que c'est en Clinique que devait s'apprendre tout ce qui a trait à la science du malade et à la pratique de la médecine.

Il se fait dans notre profession une évolution, comme il s'en est fait plus d'une dans la science médicale.

Incontestablement, les temps sont proches où nos fils pratiqueront une autre médecine que celle de leurs pères. Ils se feront éducateurs en hygiène privée et publique; ils se feront curateurs à la santé, directeurs de santé à l'usage des individus et des familles auxquels ils apporteront la prévention au tant que la guérison des maladies.

Médecins-éducateurs plus souvent que guérisseurs, ce ne leur sera point une sinécure que d'apprendre aux générations futures : à se prémunir contre les surmenages de toutes sortes; à s'instruire dans une science neuve et dans un art nouveau, celui de l'alimentation, l'homme étant, quoi qu'on en ait dit, celui de tous les animaux qui se serve le moins de son instinct pour manger, l'homme étant de tous les animaux celui qui commette le plus d'erreurs de régime.

Elle est grande, la tâche qui échoira demain au médecin qui voudra porter en chacun des milieux qu'il traverse, l'éducation hygiénique générale par laquelle sera mené le combat contre la tuberculose, l'alcoolisme, la syphilis, ces trois fléaux qui abâtardisent notre race et ruinent la population de la France.

Votre tâche sera rude, si vous vous mettez en devoir de faire, en clientèle : par l'Hygiène, par la Morale sanitaire, l'éducation des familles et des masses; si vous voulez, en matière de santé, faire autres les mœurs, de façon à préparer l'avènement des lois tutélaires!

Je ne vois pas, Messieurs, les choses du même œil que les pessimistes : pour être autre que celle de vos pères, la profession pour vous ne menace pas encore de rester sans objet. Vos pères prétendaient surtout être guérisseurs ; guérisseurs vous serez moins, je le crois volontiers, mais plus que vos pères vous serez éducateurs en santé, curateurs à la santé.

Ne le trouvez-vous pas séduisant, ce rôle du médecin se doublant d'un hygiéniste? Ne la trouvez-vous pas suffisante, la tâche du médecin, consistant à faire comprendre que la sélection devrait seule présider à la formation des familles, si nous ne voulons pas courir aux déchéances ; à persuader tout un chacun, que force, intelligence et santé sont moins affaire de hasard qu'on ne l'imagine; qu'on se tue plus qu'on ne meurt; que, tous tant que nous sommes, individu, famille, cité, nation, nous n'avons guère, à bien comprendre les choses, que la vigueur et la santé que nous méritons, par nous-même, par nos parents, par nos édiles, par nos mœurs et par nos lois!

Si ces pensées, sur lesquelles j'appelle vos réflexions, sont justes, reconnaissez, Messieurs, que les choses sont loin d'aller comme elles devraient être ; et pourtant, si le médecin, dans la famille, était préposé à l'organisation et à l'entretien des santés, toutes ses entreprises seraient, pour les parents comme pour les enfants, autant de prélevé sur les maladies, autant de soustrait aux interventions aléatoires du guérisseur.

Il fut un temps où une famille s'attachait un médecin, qui, comprenant tout ce que sa tâche avait de tutélaire, se pénétrait des tenants et des aboutissants de la famille, de ses mœurs, de ses habitudes ; enquêtait sur les hérédités ; s'enquérait des constitutions et des tempéraments, des antécédents, des affinités autant que des immunités morbides familiales ; surprenait l'éveil des tempéraments chez les enfants, dépistant leurs tendances morbides comme leurs hérédités locales; aiguillait l'hygiène générale et diététique.

Le médecin de famille, instruit et sagace, dévoué à sa tâche, n'ignorant rien ni des qualités ni des défauts inhérents aux terrains dont il avait la garde, pouvait vraiment s'essayer dans la science et dans l'art de la puériculture. Pour cela, il n'avait qu'à lire dans le dossier de la famille, et feuilleter aussi bien les chapitres anciennement composés par l'ascendance, que les chapitres nouvellement écrits par la descendance, puisque l'état civil de nos clients se règle d'après la devise qui m'est chère, *pater est quem natorum morbi demonstrant*, plutôt que par l'adage de droit romain : *pater is est quem nuptiæ demonstrant.*

Je crains que bien des années ne se passent avant que renaisse ce type du vrai médecin — conseil des familles : c'est un type perdu ou en train de se perdre, et cela au détriment de tous. Les familles ne faisant plus guère maintenant de nous que des guérisseurs ne nous appellent qu'au jour où apparaît le mal, ne se doutant pas, que s'il nous est facile de diagnostiquer la maladie, il nous est fort difficile de juger du malade que nous voyons pour la première fois!

Si les médecins ont perdu à ce que les choses prîssent la tournure qu'elles affectent depuis une dizaine d'années surtout, l'hygiène familiale et la santé publique n'y ont guère non plus gagné.

C'est par ces considérations d'intérêts particuliers et généraux que vous pourrez, Messieurs, remontant le courant, persuader aux familles qu'il y va du salut de tous que les choses marchent désormais autrement, et que la Médecine d'aujourd'hui, pour s'exercer autrement qu'autrefois, gagnerait fort à se régler encore sur certaines manières dont nos pères, dans les familles, la pratiquaient excellemment.

* * *

Pour en finir, Messieurs, avec les tâches professionnelles qui vous incomberont, lais

sez-moi vous dire qu'il est une tâche délicate entre toutes, à laquelle jamais vous ne devrez vous soustraire.

Je fais allusion aux *vérités utiles* que vous devez aux malades, vérités que vous leur saurez dire avec tout le tact, avec toute la mesure et toute la prudence, avec tout l'intérêt que comportent la disgrâce et la maladie; mais que vous saurez dire aussi, avec toute la netteté que comportent les dangers d'un mal qui menace de conséquences prochaines ou lointaines, soit eux-mêmes, soit leur entourage, soit leur descendance.

Bien plus, je suis de ceux qui professent que si nos malades ont des droits, ils ont aussi des devoirs, et que ces devoirs, c'est à nous, qui les savons, de les faire connaître à ceux qui les ignorent.

Je ne m'attarderai pas à vous rappeler, qu'à vos tuberculeux, vous devez toute cette part de vérités utiles que nous leur cachions autrefois et qu'il ne faut plus leur taire aujourd'hui, puisque la connaissance de ces vérités leur sert à travailler à leur propre guérison et à la sauvegarde de leur famille, à faire plus rares les dystrophies héréditaires paratuberculeuses, aboutissant et recommencement de phtisie.

Je voudrais m'arrêter sur les devoirs qui incombent aux *malchanceux* de la syphilis; me préoccupant, je le confesse, beaucoup plus d'instruire et d'informer ceux-là, que de chapitrer nos fils pour *quand ils auront dix-huit ans!*

Non certes que je veuille décourager ou désillusionner mes collègues-ligueurs qui comptent beaucoup sur la Prophylaxie morale pour que Vénus n'enjôle plus nos garçons. Mais je crains fort, Messieurs, que sur Minerve ne l'emporte Dame Nature, celle-ci se souciant aussi peu de l'individu qu'elle se soucie fort de l'espèce.

La Nature n'a-t-elle pas mis au cœur de nos fils des instincts, servis par des appétits, qui souvent feront plus que sagesse et que prudence? Est-ce que je sache que les élèves en médecine, en contact, dès l'abord, avec les malades vénériens et n'ignorant rien des risques qu'ils encourent, sont, par hasard, moins meurtris que leurs camarades du Droit ou des Lettres?

Je ne vous cache pas, Messieurs, que si je m'en fie à quelqu'une des déesses pour protéger nos fils, ce serait à Hygie, lui demandant simplement que par son intercession jamais plus ne fussent empoisonnées les flèches de Vénus.

C'est que les maladies vénériennes, comme les autres maladies contagieuses, me paraissent, à moi, relever de la police et de la morale sanitaires bien plus que de la Prophylaxie morale.

Encore une fois je ne veux décourager personne de la *Ligue de la Prophylaxie sanitaire morale* — dont je suis —, mais sachant quelle ardeur, à dix-huit ans, coule dans les veines de nos jeunes hommes, j'aurais peur que trop de prophylaxie morale n'aboutit à faire d'eux autant de demi-vierges?

Quand je vise les devoirs que, médecins, nous avons à faire connaître aux *avariés*, — puisque malheureusement avariés il y a, — je pense, je l'avoue, surtout à nos filles... quand elles auront vingt ans; et je me dis, que si nous voulons, faire rares d'irréparables malheurs; faire rares les risques de toutes sortes que vous savez, et dont ma crèche vous montrera de si tristes exemples; je me dis que si nous voulons tarir la source de la syphilis, diminuer les dystrophies, les dégénérescences qui désolent les familles et abîment la race, il faut, par l'éducation hygiénique antisyphilitique portée sur son véritable terrain, informer l'*avarié*, lui aussi, de toute cette part de vérités utiles par lesquelles il prendra conscience des responsabilités de toutes sortes qu'il encourt vis-à-vis de la famille et vis-à-vis de la société.

Si, Messieurs, je vous ai parlé des *avariés*, c'est que la syphilis, comme l'alcoolisme, comme la tuberculose, est un péril français; c'est parce que, elle aussi, est un mal social; c'est surtout parce que vous pouvez beaucoup contre elle, comme éducateurs, comme préservateurs, comme guérisseurs.

* * *

Donnez-vous donc, Messieurs, tout entiers à votre profession qui, plus que toute autre, par son rôle humanitaire et social, vous permet d'améliorer matériellement et moralement le sort de vos semblables.

Servez avec passion la médecine qui guérit, la médecine qui soulage, la médecine qui console; chaque jour, par plus de science, avec plus d'humaine bonté, soignez vos malades.

Jeunes médecins, aimez avec passion la médecine qui prévoit, protège, et qui préserve; la médecine qui fera plus beaux, et plus nombreux les enfants de France; qui fera les mères plus fécondes, qui fera nos fils plus sains et plus forts.

Servez avec passion la médecine qui fera plus rare la maladie, plus douce la vie, moins lourde la vieillesse, plus tardive la mort.

Par vos travaux, jeunes médecins, ajoutez, si vous le pouvez, à l'Œuvre de vos devanciers, pour gagner l'opinion publique à cette haute pensée sociale qu'exprimait, il y a trois siècles, l'auteur du *Discours sur la méthode*, quand il écrivait :

« Principalement aussi, pour la conservation de la santé, laquelle est sans doute le premier bien et le fondement de tous les autres biens de cette vie, s'il est possible de trouver quelque moyen qui rende communément les hommes plus sages et plus habiles qu'ils n'ont été jusqu'ici, je crois que c'est dans la Médecine qu'on doit le chercher. »

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

31 Janvier 1902.

Méningite cérébro-spinale à pneumocoques. — *M. Ménétrier et Aubertin* présentent un cas de méningite cérébro-spinale consécutive à une bronchopneumonie. La ponction lombaire décela des polynucléaires et des pneumocoques.

A l'autopsie on trouva, en plus, une endocardite de la valvule mitrale avec perforation.

Abcès froid d'origine costale. — *M. Wiart* communique un abcès froid thoracique qui avait pour origine une lésion tuberculeuse de la côte. Le feuillet pleural n'était pas épaissi, fait très important dans la pratique opératoire.

Pseudo tumeur de l'estomac. — *M. Cathelin* présente une pseudo-tumeur pileuse de l'estomac observée chez une jeune fille hystérique australienne. En clinique, les signes furent ceux d'une tumeur gastrique. La pièce constitue un véritable moule de la cavité de l'estomac.

Cholécystite calculeuse. — *M. Milhiet* apporte une pièce de cholécystite suppurée de nature calculeuse. On trouva un calcul dans le canal cystique et dans le cholédoque. La vésicule était trop profonde pour être amenée à la paroi, et trop épaisse pour y être suturée. On dut faire la cholécystectomie; l'oblitération du canal cystique était absolue; le liquide était stérile.

Contusion de l'abdomen; rupture intra-péritonéale de la vessie. — *M. Pasteau* présente les pièces d'un homme de trente-deux ans qui ayant un fort besoin d'uriner, tombe sur le ventre. Il ressent une douleur sus-pubienne très vive et le besoin d'uriner disparaît subitement. Un médecin appelé sonde le malade et injecte dans la vessie du liquide qui ne ressort pas complètement. Le malade est transporté à l'hôpital et refuse pendant quatre jours d'être opéré. La laparotomie démontre l'existence d'une rupture postérieure transversale. La mort survient trois jours après.

La plaie vésicale siège au milieu de la face postérieure et la rupture par éclatement semble bien nette. La colonne musculaire verticale postérieure n'était pas complètement rompue.

Au point de vue clinique, il faut surtout retenir de cette observation le danger de l'introduction d'un liquide dans la vessie dans les cas de ce genre; jamais on ne doit y avoir recours pour le diagnostic, et sous aucun prétexte.

La laparotomie immédiate, comme dans tous les cas de contusion abdominale, est seule indiquée; elle permet de faire le diagnostic, et devient le premier temps du traitement, soit qu'on se contente de drainer, soit qu'on fasse une suture totale de la vessie rompue.

Epithéliome de l'utérus. — *MM. R. Petit et Weinberg* communiquent un cas d'épithéliome utérin, avec envahissement des ganglions axillaires et inguinaux, et double phlébite. Le canal thoracique n'était pas envahi. Dans les fosses sus-claviculaires, les ganglions, d'abord isolés, formèrent bientôt des masses diffuses, et le tissu cellulaire fut enfin envahi sans qu'on pût alors distinguer les ganglions.

M. Mauclaire fait remarquer que les étapes ganglionnaires de l'envahissement du cancer sont, d'après les auteurs, bien marquées : d'abord iliaques, puis lombaires, et enfin généralisées; mais ces notions sont plus théoriques que réelles.

M. Nattan-Larrier est d'avis que, lorsque l'envahissement ganglionnaire prélombaire est très large, la recherche du canal thoracique ne doit être faite qu'après coup, lorsque la pièce a été fixée en masse par le liquide de Muller.

Lymphadénome périvésical. — *MM. Marion et Gandy* présentent une pièce provenant d'un individu chez lequel existaient les signes d'une tumeur hypogastrique, globuleuse, vessie surdistendue mais ne disparaissant pas par le cathétérisme. La cystostomie sus-pubienne fut pratiquée au travers d'un tissu mou, friable, saignant abondamment, qui unissait la vessie à la paroi; la muqueuse vésicale parut saine. Le malade, déjà cachectique, atteint d'œdèmes, d'hydrothorax, succomba huit jours après l'intervention.

L'autopsie montre que le tissu périvésical et la paroi vésicale sont fusionnés, épaissis en totalité, atteignant par places 4 centimètres et empêchant l'organe de revenir sur lui-même. La muqueuse est saine, la surface péritonéale libre. L'examen histologique décèle une infiltration en masse de toutes les parties atteintes, par du tissu lymphoïde : lymphocytes et, par places, tissu réticulé; les masses adipeuses périvésicales, les faisceaux de la tunique musculaire, les vaisseaux, les nerfs des diverses couches de la vessie sont entourés et comme disséqués par un tissu lymphadénomateux compact.

Sarcome angiolithique de la dure-mère. — *M. Gandy* montre les coupes d'une petite tumeur de la dure-mère occupant la partie postérieure de la lame criblée de l'ethmoïde, et du volume d'un haricot. La tumeur est constituée par une masse de grandes cellules plates ordonnées autour des vaisseaux; les ramifications vasculaires sont nombreuses, et il existe un grand nombre de petits nodules calcaires à couches concentriques.

Cancer du pancréas. — *M. François Dainville* apporte un cancer de la tête du pancréas avec généralisation au foie. Le malade mourut d'hématémèse. Au niveau du pancréas, on trouve une tumeur grosse comme une mandarine. Il n'y eut pas d'ictère pendant la vie.

M. Letulle fait remarquer que le canal cholédoque ne passe pas toujours par la tête du pancréas. D'autre part, le meilleur moyen pour reconnaître l'existence des varices rompues de l'œsophage consiste à faire macérer les pièces dans le Muller.

Cytodiagnostic des urines. — *M. Milian*, après avoir étudié les urines au point de vue cytologique, conclut qu'on peut distinguer, au point de vue pathogénique, des albuminuries fonctionnelles, mécaniques, dégénératives, diapédétiques et mixtes. Il est intéressant de constater que les albuminuries avec leucocytose aboutissent au petit rein scléreux, ce qui en montre bien l'origine inflammatoire et non dystrophique.

Aphasie prémonitoire d'une méningite tuberculeuse. — *M. Lippmann* montre le cerveau d'un malade qui, entré en Décembre pour tuberculose pulmonaire à Lariboisière, présente le 6 Janvier une aphasie complète. Le 8 seulement apparaissent les premiers signes de méningite tuberculeuse. Mort le 17 Janvier.

A l'autopsie, outre une méningite tuberculeuse typique, on trouve à la coupe, au centre du lobule de l'insula, une zone dure et résistante de tuberculose profonde accompagnant les vaisseaux.

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

31 Janvier 1902.

La nutrition dans la syphilis. — *MM. Gaucher et Crouzon.* La syphilis, maladie infectieuse, agit sur l'organisme à la manière d'une intoxication. Il était intéressant de rechercher quels sont les troubles apportés à la nutrition par cette intoxication. Quinze malades, treize à la période secondaire, un à la période primaire, un à la période tertiaire, soumis tous les quinze à une alimentation rigoureusement identique, aliments et boissons pesés, fournirent des renseignements précis.

Des analyses d'urine démontrèrent qu'il existe un ralentissement de la nutrition, ainsi qu'en témoignent une diminution des oxydations azotées et une augmentation du poids de la molécule élaborée moyenne.

Ce fait rapproche singulièrement les troubles de la nutrition dans la syphilis de ceux observés dans les intoxications chroniques dont le saturnisme est le type.

M. Siredey insiste sur le rôle de la fièvre et de la neurasthénie, fréquentes dans la syphilis, rôle pouvant s'exercer dans la genèse des troubles nutritifs.

M. Gaucher n'a observé chez ses quinze malades ni fièvre, ni neurasthénie; d'ailleurs, ces deux complications étant elles-mêmes syphilitiques, les modifications nutritives qui leur sont propres relèvent elles aussi de la syphilis.

Un cas d'endocardite grippale. — *M. Galliard.* Les complications cardiaques de la grippe sont actuellement bien connues. Voici un cas où l'origine des accidents me paraît bien établie.

Une femme, âgée de vingt et un ans, couturière, entre dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, le 13 Novembre 1901. Elle a des antécédents personnels assez chargés : fièvre typhoïde, fluxion de poitrine, chloro-anémie, bronchite suspecte. Elle est d'apparence chétive.

N'ayant pas eu ses règles depuis deux mois, et souffrant du ventre depuis quelques jours, elle a été conduite d'abord à la Maternité pour une fausse couche supposée, laquelle ne s'est pas produite. Comme elle avait une constipation opiniâtre, on lui a fait prendre, sans succès d'ailleurs, de grands lavements.

Je la vois le 14 Novembre, souffrant de coliques douloureuses, ayant de la fièvre : 39°4. Je songe à l'obstruction intestinale par des matières durcies, et lui fais administrer, sous mes yeux, un lavement électrique. La débâcle se produit immédiatement.

Le lendemain, les coliques ont disparu. Je prescris de l'huile de ricin. Il y a encore 39° et une langue très chargée. J'admets une grippe à forme gastro-intestinale.

Le jour suivant (16 Novembre), il y a encore 38°4 avec 104 pulsations. Il y a de la dyspnée et des douleurs à la base du thorax.

La respiration est rapide. En approchant du lit je me demande si cette aggravation des accidents n'est pas due à une tuberculose aiguë. Mais les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch; ils renferment des pneumocoques. Ils ne sont ni visqueux, ni sanguinolents. Quelques râles fins à la base droite.

Le cœur, que j'avais antérieurement ausculté, sans rien constater, est régulier; mais je constate un gros souffle systolique avec prédominance à la pointe. Il y a donc endocardite aiguë. Pas de péricardite, pas d'artropathies, pas de désordre urinaire, pas d'albuminurie. L'endocardite ne peut être rapportée qu'à la grippe.

Le 19 Novembre, malgré le traitement énergique institué (ventouses scarifiées, salicylate de soude, puis sulfate de quinine), l'endocardite persiste. Le souffle est moins fort, mais il est suivi d'un dédoublement du second bruit.

Le lendemain, je prescris l'iodure de potassium, qui est bien supporté, mais qui ne modifie pas sensiblement l'état du cœur.

La malade reste en observation jusqu'au 6 Janvier. Au moment où elle quitte mon service, elle présente les signes de l'insuffisance mitrale et du rétrécissement mitral. Il y a toujours des râles de bronchite et des phénomènes généraux qui peuvent faire redouter la tuberculose, mais l'examen des crachats, pratiqué à plusieurs reprises, par M. Maury, n'a jamais révélé de bacilles de Koch.

Invagination intestinale. — *M. Moutard-Martin* apporte l'observation d'un enfant de quatre mois et demi atteint d'invagination intestinale.

Le diagnostic se fit par la persistance de l'obstruction intestinale, par la constatation de sang mélangé à du mucus dans les couches de l'enfant, par la présence d'une masse dure perceptible dans la fosse iliaque gauche, enfin par la perception au moyen du toucher rectal, d'une sorte de museau de tanche à quelques centimètres de l'anus. L'état de l'enfant était grave, mais il n'y avait pas de péritonite; une opération fut donc décidée; elle dura une heure et permit de réduire l'invagination qui comprenait le cæcum, l'appendice, quelques centimètres d'intestin grêle, le tout invaginé dans le gros intestin. L'enfant guérit.

M. Rendu vit un cas semblable il y a une quinzaine d'années; à cette époque les chirurgiens refusèrent d'intervenir, l'enfant mourut.

M. Bucquoy insiste sur la valeur diagnostique de deux symptômes : les selles sanglantes et muqueuses, la vacuité de la fosse iliaque droite.

M. Galliard pense que les cas analogues sont relativement fréquents et que la seule chance de guérison est apportée par l'intervention chirurgicale.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

1er Février 1902.

Le myxœdème et l'achondroplasie sont deux affections totalement différentes. — *M. Apert.* M. Leblanc a attiré l'attention sur l'existence de l'achondroplasie chez les animaux domestiques, et prétend, en outre, établir des relations entre cette affection et le myxœdème.

La première de ces propositions est incontestable. Mais le rapprochement de nature entre l'achondroplasie et le myxœdème me paraît beaucoup plus contestable. En pathologie humaine, on a longtemps confondu les deux affections sous le nom de rachitisme intra-utérin. M. Leblanc me paraît faire une confusion semblable quand il note la coexistence fréquente de l'achondroplasie et du myxœdème chez le veau.

Par définition même, les lésions de l'achondroplasie et celles du myxœdème sont exclusives l'une de l'autre. Dans l'achondroplasie, les cartilages de conjugaison font défaut. Le myxœdème, au contraire, se caractérise par la persistance anormale de ces mêmes cartilages de conjugaison. On peut s'en assurer par la radiographie, et aussi sur des pièces que j'ai déposées au musée Dupuytren.

Sur le vivant, l'habitus corporel est tout différent. Le myxœdémateux est un individu dont le développement corporel ne s'effectue pas; la croissance est arrêtée, et, à un âge avancé, le sujet garde les caractères de l'enfance. Chez l'achondroplasique, l'arrêt de développement porte uniquement sur les épiphyses des os longs; la tête et le tronc contrastent par leur volume avec des membres ridiculement petits. L'achondroplasique n'a même aucun des petits signes de dysthyroïde qu'a décrits Hertoghe. Il a les attributs sexuels de son âge, il se reproduit, et peut engendrer des rejetons semblables à lui. Le myœdémateux, au contraire, ne voit jamais arriver la puberté et reste enfant dans ses organes génitaux comme dans ses os. Pour toutes ces raisons, tout rapprochement me paraît impossible entre les deux affections.

Splénomégalie du type myéloïde sans myélocythémie. — *M. F. Rathery.* On n'a pas encore décrit, de l'avis d'Ehrlich, chez l'homme, la réaction myéloïde locale des organes hématopoiétiques sans myélocythémie concomitante. L'observation que nous rapportons en est un cas indiscutable. On constate une hypertrophie considérable de la rate avec transformation myéloïde complète et diffuse. On peut observer toutes les formes de transition décrites par Dominici entre le lymphocyte et le polynucléaire. Le foie présente des îlots leucocytaires au niveau des espaces portes, où l'on constate également des éléments de la série myéloïde. Le sang fut examiné plusieurs fois pendant un long laps de temps durant la vie, jamais on ne put constater de formule hématologique se rapprochant tant soit peu de celle de la leucémie myélogène. Cette observation vient apporter pleine confirmation à la théorie de Dominici qui admet que la réaction myéloïde comme la réaction lymphoïde peut avoir des sièges originels multiples.

Le sang dans la coqueluche et dans l'adénopathie trachéo-bronchique. — *M. Carrière* (de Lille). 1° Depuis Meunier, on sait que la coqueluche s'accompagne de leucocytose, parfois très élevée.

J'ai examiné à ce point de vue 14 cas de coqueluche et j'ai trouvé :

Qu'au début de la coqueluche la leucocytose est de règle (10 à 15.000) et la polynucléose manifeste.

A la période d'état la leucocytose est plus accentuée encore et la polynucléose reste très évidente.

A la convalescence, la poleucocytose diminue fortement, mais persiste (10 à 12.000) il n'y a plus de polynucléose, mais éosinophilie légère.

2° Le nombre des hématies diminue progressivement dans la coqueluche jusqu'à la convalescence. A ce moment, il revient peu à peu à la normale.

3° Le taux de l'hémoglobine diminue progressivement et reste longtemps au-dessus de la normale.

Dans les coqueluches graves, la leucocytose est faible ou nulle. Toute complication élève la leucocytose qui revient ensuite à son chiffre précédent.

Une fièvre éruptive surajoutée à la coqueluche ne modifie pas la leucocytose.

Dans l'adenopathie trachéo-bronchique la leucocytose ne dépasse pas 15.000; elle manque souvent. Lorsqu'elle existe, il s'agit de mononucléose et non de polynucléose. J'ai pu établir parfois mon diagnostic dans des cas difficiles en me basant sur ce signe.

Étude de la clavelée. — *M. Bosc* (de Montpellier) a pu reproduire par l'injection du sang de moutons atteints de clavelée, la maladie à d'autres moutons. Il rapproche au point de vue histologique les lésions de la clavelée de celles du cancer.

Nouvelles recherches sur l'opothérapie placentaire. — *M. L. Bouchacourt.* Depuis qu'il est démontré scientifiquement que le placenta est une *glande à sécrétion interne*, l'organothérapie placentaire n'a pas été reprise, quoique l'exemple en soit donné universellement par les animaux.

On sait, en effet, que la placentophagie est un instinct qu'on retrouve chez tous les animaux même domestiques, quoique l'homme se soit efforcé de tout temps de s'opposer à l'exercice de cet instinct, qu'il considérait comme un acte répugnant.

La placentophagie se retrouve d'ailleurs chez certaines peuplades du Brésil, de la Russie d'Asie, de l'Amérique du Nord, et enfin du Soudan (Raynaud, 1902). L'opothérapie placentaire a été employée couramment dans l'antiquité et le moyen âge dans des buts divers : comme aphrodisiaque, contre la stérilité, dans l'épilepsie et l'apoplexie, et surtout comme médicament amenant les contractions utérines.

Plus récemment (Iscovesco 1898), les préparations placentaires auraient donné de bons résultats dans les métrites chroniques et la subinvolution utérine d'origine puerpérale.

En Chine, le placenta est toujours considéré comme le meilleur adjuvant de l'accouchement et comme le médicament spécifique de la chlorose (Bouffard, 1900; J. Regnault, 1902).

Des recherches expérimentales m'ont conduit à considérer l'opothérapie placentaire comme un des modes d'excitation de la glande mammaire.

Neuf observations cliniques, dont cinq m'ont été communiquées par M. Brindeau, ne permettent guère de douter de la réalité de cette influence, puisque, dans un cas, l'ingestion de 14 grammes de placenta de brebis a déterminé, chez une nullipare, une augmentation de volume des seins avec colostrorrhée.

Je signale enfin l'action purgative de la placentophagie à haute dose.

A. SICARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

4 Février 1902.

Election d'un associé libre. — Les candidats présentés étaient : en première ligne, M. Galippe; en deuxième ligne, M. Hamy; en troisième ligne, MM. Commenge et Kermorgant; en quatrième ligne, MM. de Fleury et Voisin.

M. Galippe a été élu par 58 suffrages contre 22 à M. Hamy, 11 à M. Commenge, 5 à M. Voisin.

Election d'un correspondant national (3e division). — Les candidats présentés étaient : en première ligne, M. Neumann (de Toulouse); en deuxième ligne, MM. Labat (de Toulouse) et Lesbre (de Lyon).

M. Neumann a été élu par 53 suffrages contre 8 à M. Labat, 3 à M. Lesbre, 5 à M. Crolas (de Lyon) et 2 bulletins blancs sur 71 votants.

Emploi de la dionine et de l'acoïne en ophtalmologie. — *M. Chauvel* lit un rapport sur le travail de *M. Darier* sur ce sujet.

M. Labbé.

ANALYSES

MÉDECINE

J. Pailloz. *Considérations sur la fièvre paludéenne à forme bilieuse hémoglobinurique* (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1901, Septembre). — L'auteur rapporte six observations détaillées de malades atteints de fièvre bilieuse hémoglobinurique. A ce propos, il fait une série de remarques très intéressantes concernant l'étiologie, l'anatomie pathologique, le pronostic, la pathogénie et le traitement de cette affection dont la nature soulève actuellement de si nombreuses controverses parmi les auteurs que les uns la rattachent au paludisme, les autres à un microbe pathogène encore inconnu, consentant toutefois à reconnaître au paludisme un pouvoir favorisant dans son éclosion.

La bilieuse hémoglobinurique, dit Pailloz, s'observe le plus souvent : 1° chez les paludéens anciens ou récents; 2° dans les pays où règne la malaria. En dehors des foyers malariques, elle n'atteint que des paludéens avérés ou des sujets provenant de ces foyers. Elle n'a pas encore été constatée en dehors des conditions précitées.

Inconnue dans les foyers d'infection malarique faible, elle apparaît dans les pays où la malaria a une grande intensité, et elle atteint son summum de gravité et de fréquence là où l'impaludisme arrive à son apogée; il en est de même pour les formes pernicieuses et très graves de la malaria.

L'intégrité absolue, parfaite, du foie ou de la rate, ou des deux organes, n'a pas encore été démontrée dans l'affection en question.

Étant donné la variabilité de présence de l'hématozoaire dans le sang des paludéens, la présence du parasite dans le sang périphérique d'un bilieux hémoglobinurique est un signe certain de paludisme, l'absence de ce parasite n'exclut pas absolument l'impaludisme. Il en est de même du pigment mélanique.

La dissolution globulaire, que l'on trouve parfois dans les urines hémoglobinuriques, a été constatée par l'auteur à plusieurs reprises dans le dépôt d'urines émises à la fin d'un accès franc de fièvre paludéenne :

L'accès bilieux hémoglobinurique présente une analogie frappante avec l'accès de fièvre paludéenne, une première atteinte ne confère pas l'immunité pour l'un comme pour l'autre; accès hémoglobinurique et accès de fièvre alternent parfois entre eux avec la périodicité de la malaria; tous deux diminuent généralement d'intensité et de fréquence par le retour dans la mère-patrie.

La quinine a sur la bilieuse hémoglobinurique une action égale à celle qu'elle a sur les accès pernicieux; dans les deux cas elle n'est pas toujours et partout héroïque.

Les recherches de Clarac, Yersin et autres tendraient à faire admettre l'existence d'une infection mixte, qui parfois « favoriserait » l'éclosion d'un processus hémoglobinurique. Rapprochant ses recherches du travail de Vincent sur la coli-malaria, Pallioz croit que la bilieuse hémoglobinurique est parfois aidée dans son éclosion par une infection mixte. Mais il pense que c'est l'infection mixte qui favorise l'hématozoaire dans l'éclosion de la fièvre, et non pas l'hématozoaire qui favorise l'infection mixte. Le coli-malarien de Vincent provoquerait une infection plus ou moins aiguë des voies biliaires, d'où présence de bile dans le sang; et la bile rendrait les hématies plus accessibles au parasite; le foie infecté ne pourrait plus détruire toute l'hémoglobine mise en liberté.

La fièvre bilieuse hémoglobinurique serait donc bien de nature et d'origine paludéennes.

G. Fischer.

PÉDIATRIE

J. Lobligeois. *Etude clinique et diagnostique des érythèmes scarlatiniformes et de la scarlatine vraie apparaissant au cours de la diphtérie; valeur diagnostique de l'examen du sang et de la diazoréaction d'Ehrlich* (*Thèse*. Paris, Janvier 1902). — On observe, au cours de la diphtérie, des éruptions cutanées de formes et d'aspects divers, dues à plusieurs causes, et, en particulier, au sérum antitoxique depuis l'emploi de ce mode de traitement. Quelques-unes de ces éruptions peuvent, au point de vue objectif, simuler à s'y méprendre la scarlatine. La scarlatine n'étant d'ailleurs pas rare au cours de la diphtérie, on comprend l'intérêt que prend le diagnostic entre les érythèmes scarlatiniformes d'origine sérique et la scarlatine vraie survenant chez un diphtérique traité par le sérum.

Ce diagnostic, tout en étant facile dans la grande majorité des cas, peut quelquefois être presque impossible à faire avec les seuls ressources de la clinique, du moins au début de l'éruption, alors qu'il présenterait précisément le plus d'intérêt.

L'examen du sang peut donner une indication précieuse pour le diagnostic quand il est fait au début de l'éruption : *a*) la polynucléose est plus accentuée dans la scarlatine que dans les érythèmes scarlatiniformes sériques; *b*) les éosinophiles sont plus rares dans la scarlatine; *c*) on rencontre dans l'érythème scarlatiniforme des formes anormales, absentes dans la scarlatine.

L'examen des urines est aussi d'un puissant secours; la diazoréaction de Ehrlich, très fréquente dans la scarlatine, est, en effet, exceptionnelle dans la diphtérie, et, en particulier, dans les érythèmes scarlatiniformes. D'où il suit que : 1° Quand la diazoréaction est négative au moment où se produit l'éruption, il y a une forte présomption pour qu'il ne s'agisse pas de scarlatine; 2° Quand, dans les mêmes circonstances, la diazoréaction est positive, on peut presque à coup sûr dire que l'on est en présence d'une scarlatine.

La diazoréaction et l'examen du sang paraissent donc constituer (à l'heure actuelle bien entendu) les deux meilleurs moyens de diagnostic différentiel entre une éruption scarlatiniforme sérique et une éruption de scarlatine apparaissant au cours d'une diphtérie traitée par le sérum antitoxique.

J. Dumont.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE

H. Embden. *Empoisonnement chronique par le manganèse* (*Deut. med. Wochenschr.*, 1901, n° 46, p. 795.) — L'auteur attire l'attention sur une intoxication professionnelle qu'il a observée chez les ouvriers occupés dans les fabriques de manganèse. Pour lui, il existerait une intoxication professionnelle par le manganèse, comme il en existe une par l'arsenic, ou le phosphore, ou le mercure.

Les accidents de cette intoxication débutent ordinairement par un œdème et une faiblesse des membres inférieurs, auxquels s'ajoutent, au bout de quelque temps, des troubles nerveux variés, des troubles de la parole et de la phonation. Le tableau clinique se complète peu à peu, et se présente alors avec les caractères suivants :

L'état général est, à première vue, satisfaisant, mais les malades sont incapables d'exécuter des travaux difficiles. Il existe une parésie disséminée d'une façon irrégulière au niveau de plusieurs groupes musculaires, mais sans atrophie ni réaction de dégénérescence. Le tonus des muscles est augmenté, et, comme ce phénomène existe aussi au niveau des muscles de la face, celle-ci est immobile et a l'aspect d'un masque. Les malades sont incapables de siffler. La démarche est lourde, incertaine, et ces troubles sont particulièrement accentués quand les malades sont obligés de monter ou de descendre un escalier. Ils présentent également de la rétropulsion à l'occasion des mouvements compliqués, et font, dans ces conditions, des chutes. On ne trouve pourtant pas chez chez eux le signe de Romberg.

Les réflexes tendineux sont légèrement exagérés. En cas de position du corps comportant une certaine tension des muscles, on observe du tremblement à grandes oscillations au niveau de la tête, du tronc et des membres. Pas de tremblement intentionnel, pas d'ataxie des membres inférieurs. Par contre, il existe des troubles de la coordination des membres supérieurs, à l'occasion de certains mouvements compliqués : écrire, cirer les souliers, frotter une allumette, etc.

La voix est faible, et l'articulation des paroles a un caractère bulbaire allant jusqu'au bégaiement. Pas de nystagmus. La réaction des pupilles, le fond de l'œil, l'étendue du champ visuel sont normaux. La sensibilité est intacte. Pas de troubles psychiques, mais souvent on observe le rire involontaire.

Cette symptomatologie, qui rappelle un peu la sclérose en plaques, serait due, d'après M. Embden, à l'inhalation des poussières de manganèse. Il exige donc, à titre prophylactique, une ventilation soignée des ateliers et le port obligatoire d'un masque spécial pour les ouvriers.

R. Romme.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 12 *Février* 1902, à 1 heure. — M. Daniel : Contribution à l'étude des formes hypertrophiques et sténosantes de la tuberculose rectale; MM. Tillaux, Lannelongue, Rémi, Potocki. — M. Le Roy des Barres : L'anastomose musculo-tendineuse dans le pied bot paralytique; MM. Tillaux, Lannelongue, Rémy, Potocki. — M. Rivière : Des lésions non bacillaires des nouveau-nés issus de mères tuberculeuses; MM. Lannelongue, Tillaux, Rémy, Potocki. — M. Decottignies : De l'action toxique de l'acide oxalique; MM. Richet (Ch.), Landouzy, Gaucher, Richaud. — M. Pellagot : Des résultats thérapeutiques obtenus par la ponction lombaire dans différentes affections; MM. Landouzy, Richet (Ch.), Gaucher, Richaud.

Jeudi 13 *Février* 1902, à 1 heure. — M. Lereboullet : Les cirrhoses biliaires; MM. Brouardel, Guyon, Rémy et Thoinot. — M. Duval (Pierre) : Traitement chirurgical du cancer du colon pelvien; MM. Guyon, Brouardel, Rémy, Thoinot. — M. Vian : Etude sur les phlébites dans les infections vésicales; MM. Guyon, Brouardel, Rémy, Thoinot. — M. Levaditi : Contribution à l'étude des Mastzellen et de la Mastzellen-leucocytose : MM. Gautier, Hutinel, Rénon, Richaud. — M. Blavot : Traitement des méningites cérébro-spinales; MM. Hutinel, Gautier, Rénon, Richaud. — M. Aries : Emploi de la lécithine chez les vieillards; MM. Cornil, de Lapersonne, Gouget, Auvray. — M. Levy : Les ruptures isolées de la choroïde : MM. de Lapersonne, Cornil, Gouget, Auvray. — M. Ferouelle : Le chancre syphilitique du col de l'utérus, cause de dystocie. Etude clinique et traitement; MM. Budin, Pozzi, Bonnaire, Marion. — M. Abramoff : Contribution à l'étude des lésions tuberculeuses des os; MM. Pozzi, Budin, Bonnaire, Marion.

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 12 *Février* 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Jalaguier, Broca (Aug.), Cunéo. — 2e, Salle Richet: MM. Gariel, Retterer, Gley. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Lepage, Walther, Poirier. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Reclus, Gosset. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Mauclaire, Delens, Legueu. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Netter, Widal, Legry.

Jeudi 13 *Février* 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Berger, Schwartz, Hartmann. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime : MM. Méry, Wurtz, Guiart. — 2e (Première partie), Oral, Salle Pasteur : MM. Mathias-Duval, Poirier, Langlois. — 2e, Salle Richet : MM. Gley, Chassevant, Launois. — 3e, Oral (Première partie) (1re série), Salle Charcot : MM. Le Dentu, Thiéry, Demelin.— 3e Oral (Première partie) (2e série), Nouveau régime, Salle Richet : MM. Quénu, Faure, Potocki. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Thouret : MM. Dieulafoy, Charrin, Achard. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime : MM. Raymond, Chantemesse, Vaquez.

Vendredi 14 *Février* 1902. — 3e (Deuxième partie),

Nouveau régime, École pratique : MM. Blanchard, Brissaud, Gaucher. — 2e, Salle Richet : MM. Richet (Ch.), Hanriot, Retterer. — 4e Nouveau régime, Salle Broussais : MM. Pouchet, Wurtz, Thoinot. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Gosset. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Lannelongue, Mauclaire, Walther. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Landouzy, Widal, Teissier. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 15 *Février* 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, École pratique : MM. Cornil, Hanriot, Dupré. — 2e, Salle Béclard : MM. Mathias-Duval, Chassevant, Rémy. — 4e Ancien régime, Salle Pasteur : MM. Brouardel, Gilbert, Langlois. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Chantemesse, Achard, Launois. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Méry, Charrin, Jeanselme. — 5e Chirurgie (Première partie), Beaujon : MM. Pozzi, Hartmann, Auvray. — 5e (Deuxième partie), Beaujon : MM. Proust, Thiroloix, Rénon. — 5e Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

HOPITAUX ET HOSPICES

Amphithéâtre des hôpitaux. — Une série de travaux pratiques de bactériologie médicale commencera le mercredi 12 Février à 2 heures, sous la direction de M. Macaigne, chef du laboratoire.

Hôpital Broca. — M. Latteux, chef du laboratoire de gynécologie de l'hôpital Broca, recommencera son cours particulier de technique microscopique et de diagnostic pathologique, le 17 Février, à 4 heures. S'inscrire, 5, rue du Pont-de-Lodi, de 3 à 4 heures.

Une fête à l'hôpital Saint-Louis : ovation au professeur Fournier. — Lundi matin, grande fête à la clinique de Saint-Louis, où rentrait M. Fournier après quelques jours de grippe. Tout le monde : collègues, élèves, religieuses, malades, voulaient féliciter le maître, de sa nouvelle promotion dans l'ordre national de la Légion d'honneur. M. Gastou, le professeur agrégé Gaucher, ont aussi affectueusement que délicatement exprimé au médecin de Saint-Louis la joie qu'avait mise au cœur de tous, élèves et malades, la haute distinction, méritée par toute une vie de labeur scientifique et d'honneur professionnel. Ce n'est pas seulement l'enseignement et les exemples donnés à tant de générations médicales dont M. Gaucher évoquait le souvenir, c'est aussi l'exquise bonté du maître, bonté par laquelle le père Fournier s'est fait aimer de tous.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. Brohour, médecin à Paris, est nommé officier de l'Instruction publique.

Sont nommés officiers d'Académie, MM. Lucas, Journiac, Millien, Bloch, Sabatié, médecins à Paris ; Rod, médecin à Asnières.

Corps de santé militaire. — Viennent d'être promus au grade de médecin aide-major de 1re classe, MM. Morvan, Spick, Picque, Perrot, Weitzel, Levy, Duguet, Magnoux, Gaubert, Jeandidier, Gimazane, Hurel, Gruie, Guericolas, Dupuich, Tellier, Sylvestre, Romieu, Brunetière, Leubet, Anthony, Talon, Roques, Casse, Bobard, Antoine, Léard, Coste, Aucouturier, Moisseney, Sénot, Taillade, Legendre, Léothaud, Marcombes, Nurdin, Badie, Bablon, Mailhetard, Boulin, Ser, Molard, May, Demard, Do, Laplanche, Guyard, Nieger, Poirée, Lajoanio, Schnabele, Massip, Villa, Grillat, Randon, Carnaud, Forget, Saint-Martin, Pierre, Demage, Henri, Gavard.

Corps de santé des troupes coloniales. — MM. Vaillant, Cloître, Bruas et Lacroix, élèves de l'École principale du service de santé de la marine, sont nommés à l'emploi de médecin aide-major de 1re classe stagiaires.

MM. Fauquet, Salabert et Lehardy, médecins aides-majors de 1re classe stagiaires, sont désignés pour servir à la Côte d'Ivoire.

MM. Commeleran et Asselin, médecins aides-majors de 1re classe stagiaires, sont désignés pour servir à l'administration pénitentiaire de la Guyane.

MM. Trautmann et Bourret, médecins aides-majors de 1re classe stagiaires, sont désignés pour servir au Congo et à l'entreprise de construction du chemin de fer de la Guinée française.

M. Carrière, médecin-major de 2e classe, est affecté au service général de santé à la Réunion.

Le Congrès international de médecine. — Le Comité d'organisation du XIVe Congrès international de médecine a décidé de scinder en deux la section oto-rhino-laryngologique. L'otologie représenterait une des deux sections.

Il a été proposé de demander des conférences à des savants éminents de tous les pays, parmi lesquels Virchow, Koch, Lister, Berthelot, Brouardel, Lombroso, Golgi, Retzius, Politzer, Ramon y Cajal, etc.

L'histoire de la médecine. — Dans le but de développer en France le goût des études d'histoire de la médecine et des sciences qui s'y rattachent, considérée au multiple point de vue de l'évolution des doctrines et des institutions, de la biographie, de la bibliographie et des recherches documentaires, il vient de se fonder à Paris une *Société française d'histoire de la médecine*, sous le patronage et avec le concours de ceux qui, à l'Académie, à la Faculté, dans les Bibliothèques, parmi les indépendants appartenant ou non au monde médical, croient à l'influence heureuse des études historiques sur l'évolution de la médecine.

La *Société Française d'Histoire de la Médecine* a ainsi constitué son bureau dans sa séance du 29 Janvier :

Président : M. Raphaël Blanchard, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.

Vice-Présidents : MM. Motet, membre de l'Académie de médecine ; Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté ; Dureau, bibliothécaire de l'Académie ; Triaire, de Tours.

Secrétaire général : M. Albert Prieur, rédacteur en chef de la *France Médicale*.

Secrétaires : M. Mac-Auliffe ; M. Victor Nicaise, externe des hôpitaux.

Archiviste : M. Beluze.

Trésorier : M. Prévost, rédacteur au secrétariat de la Faculté.

Cours de chirurgie opératoire expérimentale. — M. Tuffier, agrégé, chirurgien de l'hôpital Beaujon, commencera son cours de chirurgie opératoire expérimentale le jeudi 13 février, au laboratoire de Physiologie expérimentale de la Faculté des Sciences (place de la Sorbonne).

Le cours comprendra 9 leçons pendant lesquelles, sous la direction de M. Tuffier, assisté de deux moniteurs, chaque élève pratiquera, sur des animaux, les différentes opérations du programme.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser *au Laboratoire de physiologie expérimentale* (place de la Sorbonne).

Commission d'hygiène industrielle. — La Commission d'hygiène industrielle instituée par l'arrêté ministériel du 11 Décembre 1900 vient d'être complétée comme suit. Président : M. Duclaux, directeur de l'institut Pasteur ; membres : MM. Haller, Riche, Gevres, Paulet et Bourges.

Étranger

Faculté de médecine de Moscou. — M. P. S. Spéransky est nommé privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privat-docent : MM. Emile Knauer (obstétrique et gynécologie) ; Wilhem Knopfelmacher (pédiatrie).

Faculté de médecine de Naples. — Est nommé privat-docent pour l'obstétrique et la gynécologie : M. Carlo Cucca.

Faculté de médecine de Bologne. — M. Giovanni Colombo est nommé privat-docent d'ophtalmologie.

Les léproseries aux îles Hawaï. — Il y a cinq ans il existait encore 1.300 lépreux à Molokai. Actuellement, on n'en compte plus que 900, et l'extinction de la lèpre paraît s'accomplir lentement, mais sûrement.

Un sanatorium en verre. — La municipalité de Philadelphie vient de voter une somme d'un demi-million pour l'édification d'un nouvel hôpital réservé aux tuberculeux. Cet hôpital, qui pourra recevoir 500 malades, comprendra 8 pavillons à charpente d'acier. Les murs et les toitures seront en verre.

Dans chaque pavillon, des batteries électriques spéciales seront chargées d'ozoniser l'air en vue de le rendre plus actif et de détruire tous les germes morbides.

CONCOURS

Internat. — *Pathologie.* — Séance du 31 Janvier : MM. Saillant, 10 ; Perrin, 7 ; Manet (J.), 10 ; Liné, 9 ; Longin, 9 ; Chartier, 10 ; Hérisson, 6 ; Houzel, 6 ; Carlotti, 9 ; Fournier, 7. — *Absents* : MM. Chazarain, Girod, Lehmann, Fernet.

Séance du 3 Février. — MM. Renaud (M.), 9 ; Rocques, 8 ; Krantz, 6 ; Levy-Franckel, 10 ; Fay, 4 ; Beaufumé, 11 ; Autefage, 10 ; Privat de Fortunié, 6.

Anatomie. — Séance du 1er Février : MM. Walter, 6 ; Savornin, 3 ; Desmarest, 9 ; Cottard (G.), 9 ; Sée, 7 ; Mlle Mouroux, 9 ; Hubert, 11. — *Absents* : MM. Labrevoit, Bresselle, Richou, Munch, Batisse, Wapler, Guilloire.

Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes. — Un concours sera ouvert devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, le 7 Juillet 1902, pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, âgé de vingt-cinq ans, et s'il ne justifie du grade de pharmacien de première classe.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'École supérieure de pharmacie de Paris, un mois avant l'ouverture du concours, et y déposer leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leurs titres universitaires, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs.

Ecole de médecine et de pharmacie de Besançon. — Un concours s'ouvrira le 12 Novembre prochain devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Hospices civils de Marseille. — Le 13 Avril prochain, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour une place de chirurgien adjoint pour les hôpitaux.

Le 12 Mai prochain, un concours public sera ouvert dans les mêmes conditions pour une place de médecin adjoint pour les hôpitaux.

Ces concours auront lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical.

Au jour de leur ouverture, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être âgés de vingt-sept ans au moins, de nationalité française, ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les anciens internes des hôpitaux de Marseille, âgés de vingt-six ans au moins, seront admis à concourir.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Ils auront à produire : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur ; 3° s'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité, récemment délivré par le maire de leur résidence ; 4° les internes des villes où siègent des Facultés devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite délivré par l'administration des divers hôpitaux où ils auront fait leur service d'interne ; 5° les candidats pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, imprimés, etc., et s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront soumis au jury.

RENSEIGNEMENTS

Conférence publique d'Internat. — MM. Boidin, Duclaux, Gaultier, Lardennois, Mercadé, d'Œlsnitz, Paisseau et Regnard, internes des Hôpitaux, continueront leur conférence publique d'internat le vendredi, à 2 h. 1/2, à l'amphithéâtre Trousseau, à l'Hôtel-Dieu.

L'Éditeur-Gerant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 12. — Samedi, 8 Février 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements...... 10 fr.
Union postale........... 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

LES "AGENTS PHYSIQUES" EN ALLEMAGNE

IMPRESSIONS DE VOYAGE[1]

Leipzig est avant tout ville universitaire, et il semble que la vieille université saxonne tienne fortement à cœur de maintenir son antique et brillante renommée.

Dès que l'on a franchi le seuil de l'*Augusteum*, on ressent immédiatement l'impression que tout y est subordonné aux besoins de l'enseignement. Tout y dénote que d'importants sacrifices ont été faits pour moderniser l'organisation des études et édifier une Université modèle.

Chacune des branches des sciences médicales y a son « Institut », je dirais presque son temple, où le Professeur enseigne et dirige les travaux. Chaque Institut a une certaine indépendance et une autonomie propre. Voici l'Institut de physiologie (Prof. Hering), doté d'une instrumentation incomparable; voici l'Institut de chirurgie (Prof. Trendelenburg), l'Institut de dermatologie (Prof. Riehl)... Leipzig compte bien ainsi une dizaine d'Instituts, dont les bâtiments imposants et sévères s'alignent de chaque côté de la Liebigstrasse. Dans chacun d'eux, une enfilade de laboratoires de travaux pratiques et de recherches où on ne ménage aux élèves ni la place ni le matériel. Chaque institut dispose encore d'un laboratoire de photographie et de radiographie, dont l'importance et le développement sont considérables.

Pour les chaires de clinique, le laboratoire de photographie devient même un auxiliaire indispensable, car, étant donné le chiffre de la population leipzicoise et l'exiguïté relative de l'hôpital, il arrive fréquemment que le professeur ne trouve pas dans son service, parmi ses malades, les éléments nécessaires à son cours. Aussi y supplée-t-il par la photographie, et c'est ainsi que j'ai vu le Prof. Kurschmann faire l'histoire du cancer de la langue « en dix photographies ».

Mais la photographie, quand elle pénètre dans l'*auditorium*, ne passe pas de mains en mains! Elle est projetée au moyen d'un appareil qui laisse loin derrière lui nos anciennes lanternes magiques à lumière oxhydrique ou autre : l'*épidiascope*. Comme son étymologie l'indique, l'*épidiascope* projette aussi bien les objets transparents que les objets opaques : phototypes, photographies

1. A. Zimmern. — « Les agents physiques en Allemagne. » *La Presse Médicale*, n° 8, Samedi 25 Janv. 1902.

collées, préparations microscopiques, pièces anatomiques, figure ou passage d'un livre : tout objet confié à l'épidiascope est immédiatement rendu amplifié, avec son relief et sa couleur...

* * *

Mais je m'égare... N'étais-je pas venu en Allemagne pour y faire connaissance avec les *agents physiques* en usage ?

La clinique interne possède à l'hôpital Saint-Jacob un pavillon spécialement affecté à la thérapeutique physique.

On y retrouve les appareils de Jacob pour la rééducation, les appareils de thermothérapie, l'électrotherme de Lindemann, les « sacs à glace », les bains de lumière, etc.

La salle d'hydrothérapie est aménagée avec un certain luxe. En outre des appareils classiques pour douches de toute espèce, elle contient une piscine pour bains en commun, rappelant celle de Louèche, en Suisse. Une turbine à palettes située à l'une de ses extrémités vient à certaines heures en battre l'onde, et cette sorte de bain de lame est, m'a-t-on dit, très apprécié des neurasthéniques.

Le champ ouvert à l'expérimentation thérapeutique est cependant assez limité à Leipzig en raison du nombre relativement peu élevé de malades, et surtout du peu de variété de la flore pathologique. En dehors des affections aiguës, la plupart des cas observés ressortissent en effet à la syphilis, l'alcoolisme et l'intoxication plombique. Le saturnisme s'observe même à l'état endémique pour ainsi dire, en raison de l'extension de l'industrie du livre, du nombre considérable d'ouvriers typographes qui habitent la région.

La fréquence des complications nerveuses au cours des affections précitées explique en partie le développement assez marqué de l'électricité médicale à Leipzig. Chez Köster, chez Windscheid, on utilise journellement le courant contre la névrite alcoolique, la paralysie saturnine. La faradisation est même employée à la clinique du Prof. Hoffmann comme traitement de la colique de plomb, et, au dire des assistants, ce procédé ne le céderait en rien au traitement opiacé. Dois-je rappeler ici que déjà en 1858, Briquet, dans son service de la Charité, combattait la colique saturnine avec la bobine d'induction ?...

* * *

Une nuit de chemin de fer et me voici à Munich... A l'impression de mélancolie qui vous accompagne dans la traversée de l'Allemagne du Nord succède immédiatement un sentiment agréable quand on débarque dans la cité bavaroise riante et animée. Le contraste n'est pas moins saisissant quand on a franchi la porte de l'hôpital principal[1] et que l'on revoit en pensée la Charité de Berlin ou l'hôpital de Leipzig avec leurs façades en pierre grise, leurs salles tristes, leurs couloirs sombres et déserts.

A Munich, l'hôpital est vieux aussi, mais la ville a procédé à sa réfection il y a quelque cinq ans. L'ancien édifice n'a pas été détruit, mais on l'a habillé de neuf, blanchi, exhaussé, et on l'a doté de tout le confort moderne (ascenseurs, électricité, eau chaude et froide, téléphone, etc.)! Les salles de malades sont vastes, spacieuses et bien aérées, les couloirs larges et clairs. A la porte de chaque salle sont disposés d'un côté des appareils de chauffage instantané pour l'eau, les tisanes, le café, et de l'autre... les inévitables patères pour sacs à glace. On y voit encore de petites armoires qui contiennent les médicaments usuels, et, tous les cinquante mètres environ, un poste téléphonique pour le service intérieur de l'hôpital et pour la ville. Voici enfin les ascenseurs dans lesquels vingt personnes au moins peuvent prendre place et auprès desquels ceux de l'hôpital Trousseau feraient l'effet de petites cages à mouche.

L'aile gauche communique avec l'Institut de chirurgie (Prof. v. Angerer), l'aile droite avec la policlinique du Prof. Ziemssen où se trouve une très intéressante vitrine, sorte d'exposition rétrospective des appareils d'électricité médicale employés à la clinique, au milieu desquels on remarque les instruments de mesure utilisés par Stintzing lors de ses célèbres recherches pour la détermination des limites de l'excitabilité du nerf en électro-diagnostic.

Mais entrons au *Centralbad*.

On appelle ainsi un vaste pavillon qui occupe le centre de l'hôpital et qui contient à peu de choses près tout le matériel que réclame la thérapeutique par les agents physiques.

Ici, la salle d'hydrothérapie avec ses appareils à combinaisons multiples,... à côté, les cabines de bains. Le bain de sable chaud et le bain de *fango* (boues médicinales) y sont donnés aux rhumatisants, et le bain d'acide carbonique à certains cardiaques. Enfin le courant du secteur arrivant à chaque baignoire permet l'application du bain hydro-électrique (à courant continu ou alternatif) aux neurasthéniques, aux ralentis de la nutrition, etc., etc.

A gauche, nous entrons dans le *respiratorium*, ou salle d'inhalation, qui contient le pulvérisateur de Wassmuth. Cet appareil, qui fait l'effet d'un volumineux abat-jour suspendu au plafond de la pièce, reçoit par une tuyauterie spéciale une solution médicamenteuse. Une pompe aspirante et foulante placée au sous-sol puise cette solution et l'envoie sous une pression de 6 à 8 atmosphères dans l'appareil, de la circonférence duquel elle s'échappe sous la forme d'un brouillard extrêmement ténu qui vient saturer l'air de la salle. Le même appareil se charge également de la ventilation, de sorte que l'air expiré ne séjourne pas. Chose curieuse, malgré la saturation de l'atmosphère, les murs ne portent pas trace d'humidité.

Un peu plus loin se trouve une salle de mécanothérapie qui renferme des appareils de rééducation, de kinésithérapie, de sismothérapie, de thermo-massage. Enfin, voici les salles d'électrothérapie et de photothérapie. Nous retrouvons ici l'octaèdre de Kellog[1], l'appareil de Finsen et la lampe à arc.

Je ne puis cependant passer sous silence un appareil pour bains de lumière locaux, sorte de cerceau, constellé dans sa partie concave de lampes à incandescence, et destiné à « éclairer » l'abdomen. Dans le service du Prof. Amman où on en fait usage, cet appareil aurait donné dans certaines affections des annexes des résultats très encourageants.

Le *Centralbad* constitue le service du Prof. Riedder. Les malades y sont envoyés des différents services de l'hôpital avec une fiche de diagnostic, et le traitement est appliqué sous la direction de l'éminent professeur. Le matin il y a « bain des hommes », l'après-midi « bain des dames ».

Le *Centralbad* a deux dépendances : l'une au premier étage, qui est le cabinet de radiographie et de radiothérapie où le Prof. Riedder poursuit ses recherches sur l'action bactéricide des rayons Rœntgen, et l'autre sur le toit, qui est le *solarium*.

C'est une cage en verre, une sorte d'atelier de photographie où anémiques, convalescents et bacillaires viennent faire de « l'héliothérapie », c'est-à-dire s'exposer dans le plus simple appareil aux rayons du soleil. Une cascade artificielle inonde constamment le vitrage, si bien que la chaleur s'y trouve très supportable même au plus fort de l'été. Dans la mauvaise saison la lumière solaire est remplacée par l'arc électrique.

Le *Centralbad* est actuellement à Munich la principale curiosité médicale officielle, mais il existe bon nombre d' « instituts » privés où la thérapie physique n'est pas moins bien comprise ni moins sérieusement appliquée que dans le Krankenhaus l. d. I.

Parmi ceux-ci, je dois une mention spéciale à l'institut *Elektron*, un nom qui n'a rien de prétentieux pour une ville qui possède déjà une Pinakothèque, une Glyptothèque, un Odéon et des Propylées !

L'*Anstalt Elektron* s'occupe uniquement des applications directes et indirectes de l'électricité à la thérapeutique. C'est, je dois le dire, le seul établissement d'Allemagne où j'ai vu appliquer convenablement les courants de haute fréquence, et, comme de juste, M. Strebel est à peu près seul à en avoir obtenu des résultats.

Elektron possède un service complet de radiothérapie et de photothérapie. Le bain de lumière électrique fourni par les lampes à arc y est utilisé avec succès pour la cure de l'obésité, et les applications locales, m'a-t-on assuré, rendent de très grands services dans le traitement de certaines dermatoses, particulièrement les affections ulcéreuses de la peau (lupus, cancer, etc.) J'ajoute que M. Strebel s'adonne tout spécialement à des recherches sur l'action physiologique de la lumière émise par l'étincelle des bobines d'induction, ce qui constitue peut-être la base des méthodes photothérapiques de l'avenir. On sait en effet que l'étincelle de haute tension fournit une lumière très riche en rayons ultra-violets et que ces rayons passent pour jouir d'une puissance bactéricide très marquée. Sur ce terrain cependant, Strebel se rencontre avec le professeur Leduc, de Nantes, qui a déjà publié de très intéressants travaux sur ce sujet.

* * *

J'aurais encore bien des choses à vous écrire sur Munich, mais je ne dois pas oublier qu'en mai prochain *La Presse Médicale* invite ses lecteurs à une promenade scientifique dans ces régions, et je m'en voudrais de leur enlever par avance le charme de l'imprévu.

A. Zimmern.

Munich, 26 Janvier 1902.

1. Certains appareils de photothérapie possèdent aussi des lampes de couleur bleue et rouge que l'on peut faire fonctionner isolément. Le bain de lumière rouge serait excitant et propre à combattre les états anémiques ; il réussirait assez bien dans certaines variétés d'acné. Le bain bleu aurait au contraire des propriétés sédatives et on en aurait obtenu de très bons résultats [illegible]

LIVRES NOUVEAUX

F. Lépinay. — *Lésions du lobe frontal.* (Paris, 1901.)

L'auteur tend à démontrer que des agénésies et atrophies très étendues du lobe frontal peuvent se produire sans modifications très profondes de l'intelligence.

Des ramollissements corticaux situés en avant de la zone motrice peuvent donner lieu à des paralysies des membres. Ces faits paradoxaux actuellement tout à fait à l'ordre du jour donnent au travail de Lépinay un réel intérêt.

Des lésions traumatiques extrêmement graves peuvent se produire sans amener la production de symptômes très inquiétants. Le chirurgien saura tirer parti de ces faits pour intervenir largement quand il y a lieu dans cette « zone muette ».

Les troubles mentaux notés dans les différentes variétés de lésion du lobe frontal sont variables ; la moria ou tendance exagérée à la gaîté est loin d'être constante et on peut la rencontrer dans des cas très différents.

En somme, le syndrome du lobe frontal est encore à trouver et les localisations ne peuvent s'y faire que d'une façon fort incertaine.

M. Dide.

Contribution à l'étude de l'histoire naturelle et médicale des moustiques, par le Dr Henri Polaillon, 1 vol. in-18 de 128 pages, avec 32 figures dans le texte. Prix : 3 fr. 50. (*Octave Doin*, éditeur, Paris.)

DIAGNOSTIC DE LA VARIOLE

Par H. ROGER, Agrégé,
Médecin de l'Hôpital de la Porte d'Aubervilliers.

L'épidémie de variole qui sévit depuis deux ans à Paris n'est pas encore terminée. Il ne se passe pas de semaine que nous ne recevions quelques malades atteints de variole, il ne se passe pas de jour que nous ne soyons témoin d'une ou de plusieurs erreurs de diagnostic. C'est qu'il est très difficile, dans certains cas, de reconnaître la maladie. Pour pouvoir porter un jugement, il faut avoir observé un grand nombre de malades. Or, depuis quelques années, la variole tendait à disparaître, et la création d'un hôpital d'isolement, éloigné du centre de Paris, a fait que beaucoup d'étudiants ont achevé leurs études sans avoir jamais vu un varioleux. Le diagnostic devant être basé sur l'appréciation des caractères objectifs, on aura beau avoir lu les descriptions les plus exactes et les plus complètes, on ne connaîtra bien la maladie que lorsqu'on aura pu en observer des exemples, et lorsqu'on aura étudié comparativement les différents aspects que peut revêtir l'éruption. Il me semble néanmoins utile d'indiquer quelles sont les erreurs qu'on commet le plus souvent, et de faire connaître comment on les évitera.

Si l'on voulait être complet, il faudrait passer en revue toute la pathologie, car les confusions les plus étonnantes peuvent être commises. J'indiquerai les principales, c'est-à-dire celles qui méritent d'être discutées.

* * *

Au début, si la notion de contagion fait défaut, le diagnostic est extrêmement difficile et, bien souvent, impossible.

Les symptômes initiaux n'ont rien de bien caractéristiques. On sait que l'invasion est soudaine : elle est annoncée par un frisson, généralement un frisson unique, rappelant celui de la pneumonie, plus rarement par des frissonnements. La température s'élève rapidement, et atteint 39°5 ou 40°. En même temps, le malade éprouve une rachialgie violente et, assez souvent, de l'épigastralgie. A ces symptômes principaux s'ajoutent la céphalée, le malaise, parfois le délire, les vomissements. Si le médecin est appelé à ce moment, le jour même ou le lendemain du début, à quoi peut-il penser?

Quand la rachialgie est très violente, le diagnostic se pose avec une néphrite aiguë. L'examen de l'urine suffit généralement à lever les doutes. En cas de néphrite, pour une fièvre aussi intense et un état général aussi sérieux, les troubles urinaires sont très marqués : les urines sont rares, foncées; elles contiennent des quantités énormes d'albumine et, souvent, renferment du sang. Dans la variole hémorragique, l'hématurie est fréquente, mais les urines sont, en général, assez abondantes; le malade rend, en vingt-quatre heures, un litre d'un liquide d'une coloration brun-noir homogène. D'un autre côté, l'hématurie coexiste avec d'autres hémorragies qui se font sur la peau et par les muqueuses. Dès lors, on pourra penser à diverses infections hémorragiques, à un purpura infectieux, mais on aura éliminé la néphrite.

Dans quelques cas, la rachialgie de la variole s'accompagne d'irradiations douloureuses dans les membres inférieurs, et même d'un certain degré d'impotence. Cette paraplégie douloureuse aiguë soulève immédiatement l'idée d'une affection médullaire. Mais, dans les cas de myélite, les troubles moteurs sont plus marqués, ou coexistent avec des troubles sensitifs ou réflexes qui font défaut dans la variole.

Le diagnostic avec la grippe est certainement le plus délicat de tous. Les phénomènes catarrhaux, la rhinite, la trachéo-bronchite peuvent faire défaut dans la grippe, et, réciproquement, on observe parfois du catarrhe oculo-nasal dans la variole. Dans bien des cas on devra rester dans le doute, et attendre jusqu'au troisième et au quatrième jour, c'est-à-dire jusqu'au moment de l'éruption, pour pouvoir se prononcer.

Ce que j'ai dit du catarrhe oculo-nasal explique qu'on puisse hésiter, à la période d'invasion, entre une rougeole et une variole. Cependant le catarrhe intense n'appartient qu'à la première de ces deux maladies, et la rachialgie, bien qu'elle puisse exister dans la rougeole, est toujours peu marquée. Les cas véritablement difficiles sont ceux de rougeole avec peu de catarrhe et un certain degré de rachialgie et ceux de variole sans douleur lombaire : la rachialgie, en effet, n'est pas constante; elle fait assez souvent défaut dans les formes légères. Aussi, en face des cas bien caractérisés, dont le diagnostic est sinon facile du moins possible, existe-t-il toute une série de faits dans lesquels le doute est légitime. Seule, l'évolution des accidents fixera le diagnostic. Cependant, dans cette période initiale, on pourra trouver la solution du problème clinique dans l'examen de la muqueuse buccale. Koplik a montré l'existence sur la face interne des joues, autour de l'embouchure du canal de Sténon, de petits points blanc-bleuâtre adhérant fortement à la muqueuse. Cette éruption prémonitoire a une très grande importance sémiologique; quand on l'a nettement constatée, on peut affirmer la rougeole.

Il est plus facile de faire le diagnostic avec la scarlatine, dont l'angine a une si grande valeur, ou avec la fièvre typhoïde à début brusque, qui est surtout fréquente chez l'enfant, et se caractérise par des troubles saburraux et un état spécial de la langue qu'on n'observe pas dans la variole.

Je signalerai encore l'erreur possible avec la pneumonie. Mais le point de côté unilatéral que provoque l'inflammation pulmonaire ne ressemble guère à la rachialgie bilatérale de la variole, et l'auscultation, avant tout phénomène surajouté, fait constater que le côté malade respire moins bien que le côté sain; on trouve une diminution du murmure vésiculaire qui possède une certaine valeur sémiologique.

Ainsi, au début de la variole, ce sera sur une série de petits points de détail qu'on devra se baser pour poser un diagnostic, et, bien souvent, il sera légitime de rester dans le doute et d'attendre l'éruption.

* * *

Après une période d'invasion qui dure de deux à quatre jours, l'éruption apparaît, souvent précédée d'une éruption prémonitoire désignée sous le nom de « rash [1] ».

Les rashs s'observent dans un cinquième des cas : ils peuvent revêtir six aspects différents, qui leur ont valu les noms, suffisamment significatifs, d'érythémateux, ortié, morbilliforme, scarlatiniforme, purpurique et astacoïde. Cette dernière variété ne s'observe que dans la variole hémorragique : nous la laisserons de côté pour le moment.

Le rash érythémateux et le rash ortié sont rares; ce sera d'après l'étude des phénomènes concomitants qu'on pourra reconnaître qu'il ne s'agit ni d'un érythème infectieux ni d'une poussée d'urticaire.

Plus intéressant est le rash morbilliforme. L'éruption est analogue à celle de la rougeole; je ne dis pas « identique », car un examen attentif révèle quelques différences : les taches sont plus larges, plus pâles et plus diffuses, leurs limites sont moins nettes; la face est généralement épargnée. Si l'on ajoute que l'examen de la gorge ne montre pas le pointillé rouge qui est si spécial à la rougeole, surtout sur le voile du palais, si l'on tient compte de l'absence de catarrhe oculo-nasal, de l'existence d'une rachialgie plus ou moins vive, on aura, sinon des éléments de certitude, du moins des présomptions en faveur du rash. En tout cas, devra-t-on rester sur la réserve, et l'attente ne sera pas longue, car au bout de vingt-quatre heures, on trouvera sur les téguments de nouveaux éléments de diagnostic.

Le diagnostic entre la scarlatine et un rash scarlatinoïde est généralement assez facile. Cependant, j'ai vu plusieurs fois la confusion être faite par des médecins instruits. Nous trouvons deux éléments de diagnose. C'est d'abord l'examen de la gorge, qui montre, dans la scarlatine, une rougeur intense, vernissée, s'accompagnant souvent de dépôts pultacés sur les amygdales : rien de semblable dans la variole. D'un autre côté, l'éruption n'a pas les mêmes caractères : dans les deux cas, elle épargne la face, mais, dans la scarlatine, elle est diffuse, tandis que dans la variole elle est localisée ou du moins prédominante en certains points. On l'observe surtout sur les plis inguinaux; elle y forme deux bandes symétriques qui souvent descendent sur la face antéro-interne des cuisses de façon à revêtir l'aspect d'un caleçon de bain. C'est une disposition métamérique qui est assez caractéristique. Il faut savoir cependant que la scarlatine peut parfois affecter la même disposition. Ce fut le cas, notamment, de deux malades entrés dans mon service avec des éruptions scarlatiniformes occupant les aines et le devant des aisselles. A première vue, je pensai à un rash variolique, mais l'examen de la gorge, en révélant une rougeur diffuse et intense me fit modifier mon opinion. Cependant cette disposition de l'éruption et cette localisation si spéciale me paraissaient tellement peu habituelles que, par précaution, je laissai les malades dans des chambres d'isolement. Le lendemain, l'éruption s'était généralisée et aucun doute ne pouvait plus subsister sur la nature de la maladie; il s'agissait bien de la scarlatine. Le diagnostic devient plus embarrassant quand l'angine fait défaut : c'est ce qui a souvent lieu chez les puerpérales. Tout récemment, j'avais l'occasion d'observer une femme qui, le lendemain de l'accouchement, fut prise de frissons, de fièvre et de rachialgie. Deux jours plus tard apparaissait une éruption scarlatiniforme

1. ROGER et WEIL. — « Les rashs varioliques ». *La Presse Médicale*, 1901, 31 Juillet.

occupant le tronc et la racine des membres, mais prédominant aux poins d'élection des rashs. On porta le diagnostic de scarlatine puerpérale. L'intégrité de la gorge ne contredisait pas cette opinion, puisque, dans les faits de ce genre, l'angine peut manquer. Quelques heures plus tard, quand je vis la malade, je constatai une série de petites saillies peu visibles, mais facilement appréciables à la palpation. C'étaient des papules profondément enchâssées dans le derme, sortant mal ou plutôt sortant à peine; mais cette éruption, si atténuée fût-elle, suffisait à corriger le diagnostic, à affirmer l'existence d'une variole et à porter un pronostic fatal qui fut justifié dans les quarante-huit heures.

Le rash purpurique est tellement spécial, il a des caractères si particuliers et une topographie tellement nette que le doute ne paraît guère possible. Aucune maladie, en dehors de la variole, ne produit d'éruption semblable. Quand on connaît bien la disposition métamérique du rash purpurique, on trouve dans sa constatation un élément de certitude.

* * *

L'apparition d'un rash a modifié les hésitations qu'on éprouve au début de la variole. Elle circonscrit le diagnostic différentiel. Quand l'éruption se développe, les difficultés sont autres. Mais, sauf quelques cas exceptionnels, le diagnostic est toujours possible.

L'éruption est d'abord constituée par des papules peu saillantes, mais assez profondément enchâssées dans le derme. A leur niveau, la peau a une coloration d'un ton rose vif. A ce moment, il n'y a qu'un seul diagnostic difficile : c'est entre une variole et une rougeole boutonneuse. Dans les deux cas, l'éruption débute à la face et marche de haut en bas; la saillie des papules et leur coloration sont souvent identiques. Ce qui augmente la difficulté, c'est que les papules de rougeole peuvent être surmontées d'une petite vésicule, c'est-à-dire d'un léger soulèvement de l'épiderme par du liquide citrin; il est bien évident que cette rougeole papulo-vésiculeuse fait immédiatement penser à la variole. Si, comme cela a surtout lieu chez l'adulte, le catarrhe oculo-nasal est peu marqué ou nul, si le malade se plaint de rachialgie, l'embarras du clinicien sera parfaitement compréhensible. C'est ici que l'examen de la gorge a une importance capitale. En cas de rougeole, on trouve parfois le signe de Koplik, mais non toujours, car l'éruption prémonitoire peut avoir déjà disparu. En revanche, on verra constamment sur le voile du palais des taches d'un rouge intense, séparées les unes des autres, reproduisant, mais avec une teinte plus foncée, l'éruption maculeuse typique de la peau. Il faut seulement savoir que, dans certains cas, on trouve sur le voile des petites vésicules peu saillantes, claires, transparentes, citrines, rappelant celles qui occupent le sommet des papules cutanées. Il ne faudrait pas prendre cette manifestation pour une éruption variolique, car celle-ci présente des caractères bien différents.

L'éruption variolique se fait dans la gorge en même temps que sur la peau ou peu de temps auparavant; mais, par suite de l'humidité de la région, l'évolution des éléments est beaucoup plus rapide. Alors que l'éruption cutanée est encore au stade papuleux, la muqueuse bucco-pharyngée est recouverte de pustules, ulcérées pour la plupart, surtout abondantes sur le voile, la luette, les piliers, plus rares ou plus disséminées sur la voûte, les gencives, la langue et les joues.

Ainsi, le diagnostic nous semble presque toujours possible. Mais, nous ne saurions trop le répéter, c'est entre la rougeole et la variole qu'on aura le plus souvent l'occasion de chercher des caractères différentiels.

Quand les papules varioliques deviennent des vésico-pustules, d'autres problèmes se posent.

On ne pensera plus ni à la néphrite, ni à la myélite, ni à la fièvre typhoïde, ni même à la scarlatine ou à la rougeole : toutes ces maladies peuvent être définitivement éliminées. La confusion aura lieu avec les infections pustuleuses de la peau. J'ai vu plusieurs fois des malades atteints d'érythème polymorphe, d'herpès, d'acné, de syphilis ou même de gale être envoyés dans mon service comme atteints de variole. Dans tous ces cas, la marche bien différente des éruptions, même sans tenir compte des caractères objectifs, suffit à faire éviter l'erreur. Tout au plus peut-on comprendre que certaines formes de syphilis maligne, avec réaction fébrile marquée, puissent faire penser à la variole. Il en est de même pour certains cas d'érythème polymorphe, quand les réactions générales sont sérieuses et que les muqueuses sont atteintes. Disons, à ce propos, qu'on peut parfois observer des éruptions bulleuses dans la variole. C'est surtout dans les formes de moyenne intensité qu'on pourra voir se développer, au niveau de la face, particulièrement sur le menton ou le bas des joues, plus rarement sur les mains ou sur le tronc, des bulles grosses comme des pièces de 50 centimes ou même de un franc. Elles siègent auprès d'une pustule et parfois la circonscrivent dans leur cercle, elles sont remplies d'un liquide citrin transparent. Ces éléments sont d'ailleurs peu nombreux : on en compte 4 ou 5, et, comme les pustules ont évolué, le doute est évidemment impossible.

Deux affections surtout méritent de nous arrêter : ce sont les pyémies cutanées et la varicelle.

Il existe un type clinique caractérisé par un début brusque, de la fièvre, des vomissements et, assez souvent, de la rachialgie. Au bout de deux ou trois jours, en même temps que les phénomènes généraux rétrocèdent, apparaissent quelques pustules cutanées. L'évolution ressemble assez bien à celle de la variole, mais les manifestations cutanées sont différentes. Ces pustules, appelées pustules de Colles, ne sont généralement pas très nombreuses et apparaissent sans ordre déterminé. Cependant, chez un de nos malades, elles avaient envahi le tégument dans toute son étendue. Même quand elle est aussi abondante, ce qui est exceptionnel, l'éruption a des caractères particuliers qui permettent de reconnaître sa nature. Elle est, en effet, constituée par de petits éléments arrondis, remplis d'un pus liquide, bien différent de la lymphe épaisse qu'on trouve dans la pustule variolique. Au lieu d'être enchâssées dans le derme, les pustules sont superficielles ; enfin, leur saillie est moins considérable, elles sont plus plates, mais nettement hémisphériques, et leur base est entourée d'un sillon rouge. Dans la variole, ce sillon fait défaut. Il faut seulement savoir que parfois existe autour de la pustule un cercle rosé assez étendu, formant un anneau large de plusieurs millimètres; c'est une sorte de collerette hyperhémique, nullement inflammatoire, s'effaçant dès qu'on appuie ou qu'on tend la peau.

L'affection que nous venons d'étudier est rare. L'erreur de beaucoup la plus fréquente consiste à confondre la variole et la varicelle. On répète trop souvent que le diagnostic de varicelle peut être établi sur les trois caractères suivants : un état général bon ; une fièvre modérée ou nulle ; une éruption peu abondante. Or ces trois assertions constituent trois erreurs. La varicelle peut susciter des phénomènes généraux inquiétants, elle peut être grave, elle peut tuer par elle-même, sans qu'il y ait de complications. C'est là une éventualité tout à fait exceptionnelle, mais, si j'y insiste, c'est pour bien montrer qu'il ne faut pas trop compter sur les phénomènes généraux pour faire le diagnostic. Il en est de même de la fièvre. Nous voyons bien souvent des varioleux dont la température, redevenue normale au moment de l'éruption, ne s'élèvera plus les jours suivants. Réciproquement le thermomètre peut monter à 40° ou 41° dans la varicelle. Quant au nombre des éléments éruptifs, c'est le plus mauvais signe qu'on puisse invoquer. Il y a des cas de variole où l'éruption se réduit à quelques éléments; il n'est pas rare d'en compter sur tout le corps une vingtaine; parfois on en trouve beaucoup moins : il y a deux ou trois pustules ou même une seule. Dans la varicelle, l'éruption est parfois fort abondante et peut atteindre les muqueuses et notamment celles, de la bouche. Dans un cas, rien que sur la face, j'ai compté 360 bulles varicelleuses. Si l'on ajoute enfin que le début de la varicelle peut être marqué par de la rachialgie, on se demandera sur quelle base appuyer le diagnostic. Je pense qu'on ne se trompera presque jamais, simplement en tenant compte des caractères objectifs de l'éruption.

Tandis que, dans la variole, l'élément éruptif est représenté par une papulo-pustule arrondie, c'est-à-dire sphérique, profondément enchassée dans le derme, dans la varicelle on trouve d'abord de petites papules, assez saillantes, mais superficielles, qui ne tardent pas à devenir bulleuses. L'élément est alors caractéristique. Il est constitué par une bulle sous-épidermique, superficielle, ne pénétrant pas dans la profondeur. On dirait qu'on a soulevé la couche cornée de l'épiderme en injectant sous elle une gouttelette de liquide. Au lieu d'être sphérique, l'élément est ovalaire et aplati ; ses bords sont souvent déchiquetés ou festonnés, et parfois entourés d'une petite colerette rouge. Le liquide qu'il renferme est clair, transparent, absolument comme de l'eau.

Ainsi, l'élément éruptif, pris en lui-même, diffère dans les deux maladies. Les caractères ne sont pas moins nets si l'on envisage une muqueuse. Sur le voile du palais, on trouve une lésion, profondément enchâssée dans la variole, superficielle dans la varicelle. L'épithélium, en tombant, laisse, dans la variole, une ulcération qui repose sur un fond épais, induré, dans la varicelle, une exulcération, une érosion qui n'atteint que la partie la plus superficielle de la muqueuse.

Un deuxième caractère différentiel nous est fourni par la marche des éruptions. Celle

de la variole se fait généralement de haut en bas, débutant par la face pour descendre sur le tronc et les membres. Cependant elle peut apparaître d'abord en d'autres régions ou se montrer simultanément sur plusieurs points : par exemple, on la constate en même temps à la face et aux mains. Même dans ces cas, elle conserve son caractère principal : elle se fait en une seule poussée sur chaque région. Il en est de même dans les cas de variole extrêmement bénigne et discrète, où l'éruption se compose de cinq ou six boutons qui apparaissent simultanément en peu de temps sur diverses régions. Ils sont jetés comme au hasard sur le tégument.

Cette marche spéciale de l'éruption explique que les éléments soient de même âge dans une même région. C'est ainsi que, dans les formes classiques, les éléments qui siègent au visage sont plus avancés dans leur évolution que ceux des membres supérieurs, et ceux-ci sont plus avancés que ceux des membres inférieurs.

Dans la varicelle, l'éruption se fait d'une façon irrégulière, par plusieurs poussées. Les bulles apparaissent les unes après les autres, à un ou plusieurs jours d'intervalle. Il en résulte que, dans une même région, on trouve des éléments d'âge différent. Les uns sont à l'état papuleux, les autres, presque contigus, sont déjà recouverts d'une croûtelle noirâtre, et, à côté d'eux, on voit une bulle superficielle, oblongue, déchiquetée, remplie d'un liquide cristallin.

Une cause d'erreur, facile à éviter, consisterait à croire que les éléments de la variole sont d'âge différent, parce qu'ils n'ont pas tous le même aspect. Tous ne subissent pas une évolution complète. Certains avortent, ils restent à l'état papuleux, ou se recouvrent très rapidement de croûtes; d'autres contiennent plus de pus et se dessèchent plus lentement. On pourra donc, à un moment donné, voir des éléments d'aspect différent les uns à côté des autres ; mais, en les étudiant plus attentivement, on reconnaîtra que ce sont les plus petits qui sont flétris et desséchés, les plus volumineux qui sont encore pleins de pus. Lorsqu'on est appelé à une période tardive il peut y avoir de ce fait une petite hésitation ; mais quand on connait bien les caractères objectifs des éléments, on arrivera toujours à résoudre le problème.

J'ai longuement insisté sur le diagnostic entre la variole et la varicelle, parce que constamment je vois confondre ces deux maladies. Or l'erreur peut avoir des conséquences terribles. Il me serait facile de citer un grand nombre de cas où des malades, atteints de variole légère et discrète, ont été déclarés atteints de varicelle et ont été le point de départ d'épidémies souvent graves.

* * *

La variole hémorragique se présente avec des caractères spéciaux et donne lieu à d'autres erreurs de diagnostic. Dans les formes bien caractérisées, l'éruption papuleuse fait défaut, ou se montre pendant les derniers moments de la vie. Le début se fait comme dans les formes ordinaires : il est seulement plus brusque et plus intense. Puis, au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures, apparaissent diverses hémorragies, du purpura, des pétéchies, et un rash astacoïde. Celui-ci est caractérisé par une rougeur intense, souvent lie de vin; contrairement aux autres rashs, il atteint généralement la face qui devient violette et se tuméfie. Ce qui achève de donner au malade un aspect étrange, c'est le développement d'hémorragies sous-conjonctivales : le blanc de l'œil devient complètement rouge. En même temps, des hémorragies se produisent par la bouche, le nez, les organes génitaux; les hémorragies intestinales, les hématémèses, les crachats sanglants sont fréquents.

Si on examine la bouche, on constate que la langue est sèche, noire ; les gencives sont couvertes de croûtes sanguinolentes; le fond du pharynx, le voile et la voute sont tapissés d'exsudats sanguinolents, et parsemés de petites ecchymoses que M. Coste a très justement comparées à des grains de tabac. Cependant, malgré l'intensité et la multiplicité des hémorragies, malgré une fièvre souvent très vive, un état général grave, une dyspnée intense, le malade conserve son intelligence; sauf s'il est alcoolique, il n'aura pas de délire; peu à peu il éprouvera la sensation de sa fin prochaine et il assistera, parfois avec un calme surprenant, aux diverses phases de l'évolution morbide : il succombera ainsi en pleine connaissance. On est frappé d'étonnement en constatant cette contradiction si fréquente entre la profonde intoxication de l'organisme et l'intégrité des centres cérébraux : seule l'accélération énorme des mouvements respiratoires, que n'explique nullement l'état des poumons traduit l'imprégnation du système nerveux. Bien des fois, devant la persistance des fonctions intellectuelles, devant l'absence de troubles psychiques, les médecins qui n'ont pas vu beaucoup de cas de variole hémorragique se reprennent malgré eux à espérer, et plusieurs ont été bien surpris en nous entendant dire qu'un individu ainsi atteint était fatalement condamné à succomber avant vingt-quatre heures.

Quand la variole hémorragique est bien caractérisée, elle doit être toujours diagnostiquée. Aucune autre maladie ne s'accompagne d'un semblable tableau clinique. Plusieurs fois, j'ai entendu émettre l'hypothèse de rougeole ou de scarlatine hémorragique. Je ne veux pas nier l'existence de ces formes cliniques, mais, sur un total d'observations personnelles qui dépassent 5.000 je n'en ai pas observé un seul exemple. Je ne crois pas non plus qu'un purpura infectieux puisse jamais donner naissance à de pareilles manifestations. Dans le cas où on hésiterait, mieux vaudrait porter le diagnostic de variole, et faire revacciner l'entourage du malade. Car les formes hémorragiques paraissent particulièrement contagieuses. Tous les exsudats, toutes les sécrétions qui contiennent du sang renferment le germe morbide. Or, j'ai vu plusieurs fois des individus contracter la variole au contact de malades qu'on avait considérés comme atteints de scarlatine hémorragique ou de purpura. Tout récemment encore, un médecin appelé auprès d'une jeune fille dont le tégument était couvert d'un rash astacoïde, diagnostique une scarlatine et porte un pronostic très favorable. Le lendemain, devant la gravité de l'état général, les hémorragies multiples, il modifie le pronostic, mais maintient le diagnostic qu'il avait posé. Le soir même, la malade succombait, sans qu'on eût aperçu une seule papule. Quinze jours plus tard, trois personnes qui avaient soigné la malade étaient prises de variole : l'une d'elles succombait à une forme confluente.

Je pourrais citer bien des faits analogues. Celui-là suffira pour appeler l'attention du clinicien sur les formes hémorragiques, sur leur caractère particulier, et sur la nécessité, en cas d'hésitation, de faire immédiatement vacciner l'entourage.

* * *

La contagiosité si grande de la variole fait qu'il y a un véritable intérêt social à pouvoir reconnaître la maladie. On y arrivera presque toujours en tenant compte des caractères objectifs de l'éruption. Cependant, dans les cas difficiles, on pourra avoir recours à des procédés qui, pour être moins pratiques, n'en sont pas moins importants.

On pourra d'abord examiner au microscope le pus des pustules. Dans les cas de pyémies, d'acné, d'érythème polymorphe, on trouvera des polynucléaires, au milieu desquels on reconnaîtra des grains de staphylocoque. Dans la variole, le pus est plus riche en mononucléaires, et, au moins au début, ne renferme pas de microbes; on y trouve, par contre, de petits éléments spéciaux, arrondis ou ovalaires, qui ont été considérés, avec raison selon nous, comme les agents spécifiques de la maladie.

S'il s'agit d'une variole hémorragique, l'examen du liquide sanguinolent que rejette le malade montre les mêmes éléments.

C'est surtout l'étude du sang qui fournira les données les plus importantes. Dans la variole hémorragique et à la période initiale de la variole pustuleuse, on verra les corpuscules caractéristiques. En même temps, on constatera des modifications particulières des leucocytes. La leucocytose de la variole est une mononucléose, comme l'ont vu Courmont et Montagard; mais une mononucléose spéciale : c'est une myélocytose, qui est comparable à la myélocytose de la lymphadénie, et qui a été mise en évidence par les recherches que M. Weil a faites dans mon service. Les polynucléaires sont toujours moins nombreux que normalement. Ils varient de 40 à 50 pour 100, et, dans les cas graves, notamment dans les formes hémorragiques, tombent à 20 et même à 14 pour 100.

Les mononucléaires moyens sont les éléments les plus abondants : on en trouve 30 à 40 pour 100. A côté d'eux, on voit de grands mononucléaires neutrophiles (2 à 10 pour 100), quelques mononucléaires éosinophiles (0,5 à 1 pour 100), et un mononucléaire dont le protoplasma, non granuleux, a une affinité pour les colorants nucléaires (2 à 10 pour 100). On trouve encore des formes de transition, des éosinophiles qui, assez nombreux au début (1,5 à 3 pour 100), diminuent ensuite pour augmenter de nouveau à la convalescence. A la période de suppuration et pendant la dessiccation, apparaissent des formes leucocytaires à granulations basophiles, mono- ou polynucléaires, toujours en petite quantité.

Ces formes anormales, abondantes dès le début, persistent pendant la pustulation, et diminuent lentement pendant la convalescence. On en trouve souvent encore au bout de quarante jours.

La valeur diagnostique de la formule leucocytaire est très grande. Si Türk a trouvé des myélocytes neutrophiles dans la pneumonie,

si Rieder en a constaté dans différentes infections, et Engel dans la diphtérie, le nombre en est fort restreint. Ces cellules y sont à l'état isolé; elles sont clairsemées.

La formule si spéciale de la variole peut servir au diagnostic différentiel avec la rougeole et avec la scarlatine.

Dans la première de ces maladies, les polynucléaires représentent 75 pour 100 de la totalité des leucocytes, et dans la seconde 85 à 98 pour 100. Il faut seulement savoir que les infections surajoutées peuvent modifier la formule de la variole. Ce fait n'est pas constant. Ainsi, dans trois cas de bronchopneumonie mortelle chez des enfants, les polynucléaires restèrent au taux respectif de 14, 20 et 40 pour 100. Au contraire, une pneumonie survenant chez un adulte amène une polynucléose de 67 pour 100. Enfin, quand la complication se développe à la convalescence, elle provoque constamment une polynucléose qui oscille entre 65 et 78 pour 100.

Une seule maladie donne des modifications analogues : c'est la varicelle. Ce résultat n'est pas bien étonnant, car la varicelle semble relever de parasites analogues à ceux de la variole. Mais les caractères des deux éruptions sont suffisamment tranchés pour que le diagnostic soit toujours possible par un simple examen clinique.

* * *

Nous conclurons donc que, dans les cas difficiles, quand on hésite entre une variole et une autre infection, l'étude des leucocytes permettra d'établir le diagnostic. Cet examen hématologique est assez simple, mais encore est-il qu'il exige un certain outillage, et nécessite des connaissances spéciales. Nous y avons fréquemment recours dans notre service, et nous avons pu ainsi vérifier bien des fois sa valeur et son exactitude. Mais, sauf certains cas assez rares, on doit pouvoir faire le diagnostic de la variole par les seules données de l'examen objectif. J'ai essayé de montrer quelles sont les erreurs les plus fréquemment commises et quels sont les moyens qui permettent de les éviter.

Il faudra toujours penser à la variole quand on se trouvera en présence d'une infection aiguë, surtout d'une infection éruptive ou hémorragique, et on ne devra pas oublier que, dans le doute, mieux vaut prendre trop de précautions : isoler le malade et revacciner l'entourage. La variole étant, de toutes les infections, celle qu'on évite le plus facilement, on conçoit quelle est la responsabilité morale du médecin qui, par négligence ou ignorance, aura laisser se propager le mal.

MÉDECINE PRATIQUE

LA THYROIDOTHÉRAPIE ET LES TRAITEMENTS IODÉ ET IODURÉ

L'iode entre pour une part importante dans la composition de la sécrétion thyroïdienne, puisque l'un de ses principes actifs, et peut-être celui qui joue le premier rôle, est un composé iodé : l'iodothyrine. De là à dire que la médication thyroïdienne n'agit que par son iode, il n'y avait qu'un pas, et il fut bientôt franchi. D'après Baumann et Roos « c'est de l'iode même que l'iodothyrine tire toute sa valeur thérapeutique et son activité physiologique ; la thyroïdothérapie n'est qu'un moyen d'administrer l'iode sous une forme très active et particulièrement assimilable. »

Il y a là, selon nous, une évidente exagération.

D'une part, bien des faits ont été signalés où la médication thyroïdienne a réussi alors que les médications iodée et iodurée avaient complètement échoué. Citons en particulier les cas de Sabrazès et Cabannes, de Dubois Havenith, de Bouchereau[1] ; nous en avons nous-même observé plusieurs cas. Le fait rapporté par M. Couchon (de Châtel-Guyon) à la Société de thérapeutique, le 13 Novembre 1895, paraît de plus prouver que la façon d'agir des deux médications est toute différente. Il s'agissait d'un homme atteint d'un goître volumineux et plongeant; après trois semaines d'un traitement ioduré à 4 grammes par jour, il y avait une diminution considérable de la tumeur, mais, en même temps, apparurent des signes de cachexie strumiprive, et la mort survint un mois après par atrophie de la glande thyroïde. Il est certain qu'avec la médication thyroïdienne on ne verra pas apparaître la cachexie strumiprive, puisqu'elle est un moyen spécifique, et le seul, de combattre cette affection chez ceux qui en sont atteints.

D'autre part, si l'on chauffe au delà d'un certain degré de la poudre de glandes thyroïdes, température qui altère le principe actif, mais ne détruit pas l'iode, on obtient un extrait thyroïdien à peu près dépourvu, paraît-il, de propriétés thérapeutiques.

Enfin, le champ d'action des deux médications présente de grandes divergences, et il nous suffit de citer la spécificité de l'iodure dans la syphilis tertiaire, et celle de la médication thyroïdienne dans le myxœdème.

Mais ces faits n'empêchent pas qu'il y ait matière à un curieux parallèle entre la thyroïdothérapie et le traitement ioduré.

Au point de vue physiologique, ces deux médications accélèrent le cœur, amènent la dilatation des vaisseaux, et augmentent la désassimilation des substances azotées[2].

Au point de vue thérapeutique, toutes deux ont été employées avec succès dans le goitre, le psoriasis, l'obésité, l'artériosclérose; elles sont également nuisibles, le plus souvent, dans la maladie de Basedow.

Prenons spécialement la cure du goitre. D'après Kocher[3], l'iode et le corps thyroïde donnent le même nombre de succès, et ce sont les mêmes cas qui sont justiciables de l'un et de l'autre. En effet, nous avons montré ailleurs[4] que la médication iodurée n'agit guère dans les formes kystiques et fibreuses, qu'elle sera souvent nuisible dans la forme vasculaire, et qu'il faut en réserver l'emploi à l'hypertrophie simple du corps thyroïde; ces données sont, en majeure partie, applicables à la médication thyroïdienne. On dira bien que les traitements iodé et ioduré agissent toujours beaucoup plus lentement, et souvent moins complètement, mais on a cherché à l'expliquer par ce fait que, dans le corps thyroïde, l'iode est en combinaison organique spéciale plus active. Baumann et Ross prétendent même qu'avec leur iodothyrine isolée chimiquement on obtient, dans le goitre, un effet plus certain que par l'ingestion de glande totale, parce que, dans ce dernier cas, l'iodothyrine ne se sépare, dans l'intestin, des albuminoïdes que par un processus de fermentation ou de putréfaction qui transforme une partie de l'iodothyrine en produits inactifs.

* * *

Passons au traitement de l'obésité. On connaît l'action remarquable de la thyroïdothérapie dans cette affection ; ce serait ici l'iode qui agirait, d'après Baumann. Nous ferons remarquer que si l'iode a une action réelle sur les combinaisons organiques, s'il a même été préconisé dans le traitement de l'obésité[1], il n'en est pas moins vrai que les traitements iodé et ioduré n'ont jamais donné lieu à des amaigrissements aussi rapides et aussi constants que la médication thyroïdienne.

Il nous reste à envisager une dernière question, celle de l'iodisme et du thyroïdisme. Si les accidents de l'iodisme banal n'ont guère d'analogie avec le thyroïdisme il n'en est pas de même d'une autre forme d'iodisme, l'iodisme chronique de Rilliet. Nous rappellerons pour mémoire que, peu après l'introduction de l'iode et de ses dérivés dans la thérapeutique, quelques auteurs signalèrent certains accidents dus à leur emploi, accidents caractérisés par de l'amaigrissement, de l'affaiblissement, du tremblement, des palpitations, de la tachycardie, de l'essoufflement, des sueurs, des insomnies, une surexcitation nerveuse extrême; Rilliet (1860) leur donna le nom d' « iodisme constitutionnel ». Plus tard, on remarqua que ces accidents ne survenaient que chez les goitreux. M. Jaunin[2] (de Chexbres), dans un intéressant travail présenté le 8 Avril 1899 à la Société vaudoise de médecine, a insisté sur l'identité absolue qui existe entre les symptômes de l'iodisme constitutionnel et ceux du thyroïdisme expérimental ou thérapeutique; d'autre part, il a rapporté des cas de maladie de Basedow qui avaient pour point de départ l'emploi de l'iode et des iodures; il en conclut que l'iode apporte, chez certains sujets prédisposés, qu'ils soient goitreux avérés ou goitreux méconnus, un trouble spécial dans la fonction thyroïdienne, et que ce trouble est la cause des accidents observés. L'iodisme constitutionnel de Rilliet devrait donc être appelé « iodothyroïdisme ». L. Gautier[3] partage les idées de Jaunin; pour lui le goitreux latent, aussi bien que le goitreux évident, peut éprouver des accidents de thyroïdisme à la suite de faibles doses d'iode ou d'iodure; ceux-ci mettent en train l'autophagie du goitre par le goitre lui-même, et la tumeur thyroïdienne continue souvent à diminuer après la fin de la cure.

La cachexie thyroïdienne produite par l'iode serait même susceptible, chez des sujets héréditairement prédisposés, de donner lieu à des formes d'aliénation mentale; le simple séjour prolongé au bord de la mer amènerait, chez les Genevois, qui sont tous plus ou moins prédisposés au goitre, des accidents de thyroïdisme, insomnie, exaltation nerveuse, amaigrissement, et Gautier attribue le fait à la mise en jeu de l'autointoxication par l'iode. L'iode jouant le rôle de perturbateur de la fonction thyroïdienne, une fois le chimisme glandulaire troublé, c'est pendant des semaines ou des mois que le corps thyroïde continuerait à verser dans la circulation des substances toxiques.

* * *

Il nous a paru intéressant de résumer ces hypothèses, qui ont besoin de confirmation, mais qui permettent d'entrevoir, en même temps que les faits d'ordre thérapeutique rapportés plus haut, les nombreux points de contact entre les médications iodée, iodurée et thyroïdienne.

Briquet (d'Armentières),
Lauréat de l'Académie.

1. Bouchereau. — *Centre médical*, 1896, 1er Septembre.
2. Henrijean et Corin. — *Archives de pharmacodynamie*, Gand, 1896, Vol. II, fasc. V et VI, p. 365 et 378.
3. Kocher. — *Schweizer Aerzte*, 1898, 15 Septembre, n° 18, p. 545.
4. Briquet. — « Le traitement ioduré », 1897, p. 290.

1. Benedikt. — *Semaine médicale*, 1896, p. 464.
2. Jaunin. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1899, 20 Mai.
3. L. Gautier. — « Encore l'iode et la glande thyroïde », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1899, 20 Octobre, p. 618.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

3 Février 1902.

Les poisons d'épreuve des Sakalaves. — *M. Heckel.* On sait qu'à Madagascar, chez les tribus sakalaves, subsiste la coutume d'une sorte de jugement de Dieu qui s'exerce en faisant avaler à un accusé désirant prouver son innocence une dose d'un bon poison. Si celui-ci ne mène pas le patient dans la tombe, on proclame ce dernier innocent.

Le produit toxique d'origine végétale employé dans la circonstance par les Sakalaves. et connu sous le nom de Tanghin de Menabé, provient d'un végétal. D'après M. Heckel la plante qui fournit le poison est le *Menabea Venenata* qu'il importe de ne pas confondre avec le Tanghin de Madagascar, le *Tanghinia veneniféra* des botanistes qui lui aussi fournit un poison d'épreuve par ses graines.

G. Vitoux.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

4 Février 1902.

Déchirure traumatique de la conjonctive. — *M. Caudron* décrit un cas analogue à celui qui a été présenté par M. Valude dans la séance précédente.

Rupture traumatique de la rétine. — *M. Chevallereau* présente un malade dont l'œil gauche fut traumatisé par un volumineux éclat de bois. L'œil atteint présente, un peu en haut et en dedans de la pupille, une large déchirure de la rétine. Les bords de la rétine se sont relevés et ont pris l'aspect du décollement rétinien.

Mélano-sarcome de l'iris. — *M. Dupuy-Dutemps* présente des coupes d'un mélano-sarcome de l'iris enlevé depuis un an. Il s'agissait d'un homme de quarante-cinq ans ayant depuis plus de vingt ans une tâche noirâtre en un point de l'iris et au niveau de laquelle la petite tumeur s'était développée. La tumeur avait 2 millimètres de diamètre; elle fut enlevée par simple iridectomie, l'œil lui-même étant conservé.

Bien qu'il s'agisse d'un sarcome et que l'ablation du tissu d'implantation ait été minime, le malade n'a pas eu de récidive. Il en est de même dans les quelques cas analogues qui ont pu être suivis et dont les observations ont été publiées.

Mélanosarcome du corps ciliaire et de l'iris. — *M. Kœnig* a observé un mélano-sarcome développé dans le corps ciliaire, où il était visible à l'ophtalmoscope, et ayant envahi l'angle de la chambre antérieure et la conjonctive sus-jacente.

Lymphome sous-conjonctival. — *M. Valude* a observé un malade ayant une tuméfaction des paupières due à une hypertrophie conjonctivale. La conjonctive hypertrophiée avait un aspect jaune-rosé, semi-transparent. M. Morax a constaté que l'hypertrophie était due à une accumulation de leucocytes mononucléaires. Les inoculations au lapin et au cobaye restèrent négatives.

Tabes conjugal. — *MM. Chevallereau et Chaillous* donnent deux nouvelles observations doubles de tabes conjugal. Dans les deux cas, la cause première paraît être un chancre d'allures très bénignes, contracté par le mari quelques années avant le mariage.

Dans le premier ménage, le mari a eu les premiers troubles oculaires il y a dix-huit ans; actuellement, il présente le signe d'Argyll Robertson et l'abolition des réflexes patellaires. La femme, plus âgée de cinq ans, et tabétique seulement depuis neuf ans, a un tabes beaucoup plus grave. Outre les troubles pupillaires et des réflexes tendineux, elle a des douleurs fulgurantes, des crises gastriques et des troubles de la miction.

Dans le second ménage, la femme présente le signe d'Argyll Robertson à gauche, une diminution de la vision avec rétrécissement du champ visuel, un affaiblissement des réflexes rotuliens. Le mari a les pupilles inégales, les réflexes patellaires faibles, ceux des tendons d'Achille abolis, et une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Déformation de la pupille chez les tabétiques. — *M. Terson.* La pupille des tabétiques n'est jamais complètement ronde. Elle a une forme « oblique ovalaire » qui est tout à fait caractéristique.

MM. Péchin, Kœnig, Galezowski ont également remarqué la déformation habituelle de la pupille des tabétiques.

M. Antonelli l'a observée également. Il a remarqué, en outre, que la pupille des tabétiques se dilate très difficilement par l'atropine.

Dermo-épithéliome de la conjonctive bulbaire. — *M. Morax* montre des préparations histologiques d'un dermo-épithéliome de la conjonctive bulbaire, tumeur particulière se développant dans le jeune âge sous forme d'une tache jaunâtre légèrement surélevée dont l'extension en surface se fait très lentement. C'est une tumeur bénigne qui est comparable à l'épithélioma tubulé de la peau, et qui présente comme lui de nombreuses cavités tapissées par de grandes cellules épithéliales. C'est Parinaud qui a décrit ce type clinique et qui en a publié les premières observations.

A. Druault.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

6 Février 1902.

Pathogénie de la pelade. — *M. Jacquet.* La pelade n'est ni une entité morbide spéciale, ni un syndrome. C'est un symptôme banal qui est l'aboutissant d'irritations, elles aussi banales et diverses. Ce que je veux étudier ici, c'est la plus banale, la plus fréquente, la plus importante, la moins connue cependant de ces irritations : j'ai nommé l'irritation dentaire. Mon travail repose sur un total d'observations qui n'est pas inférieur à 300. Voici quelles relations j'ai pu établir entre la lésion dentaire irritative et la pelade.

Au point de vue chronologique, dans un certain nombre de cas, la pelade a succédé à une crise douloureuse subjective déclarée par le malade, crise qui s'est produite dans la sphère du trijumeau inférieur. Il ne s'agit pas ici de névralgies vagues, à peine perçues, sur lesquelles il faut attirer l'attention du malade, mais de phénomènes névralgiques d'origine et de nature diverse se produisant dans la sphère des nerfs maxillaires. Comme pour mieux marquer la relation de l'irritation dentaire et de la pelade, la répétition de la pelade s'est, chez deux malades, produite à deux reprises successives consécutivement à l'irritation dentaire. La pelade survient dans un temps variable après la phase d'irritation, tantôt de deux mois à une semaine après, quelquefois simultanément.

Les relations topographiques sont remarquables et importantes : la pelade se produit du côté de la crise sensitive; dans quelques cas où cette crise a été double la pelade le fut aussi. Il y a donc homo- ou bi-latéralité de ces deux éléments conjugués. Dans tous ces cas il y a encore, autour de la pelade, une série d'éléments fonctionnels locaux qui créent à la pelade une sorte d'atmosphère spéciale. C'est : l'érythrose faciale, auriculaire ou auriculo-faciale; l'hyperthermie liée à cette érythrose, mais quelquefois aussi l'hyperthermie; l'adénopathie, non pas cette adénopathie voisine déjà signalée par divers auteurs, mais l'adénite sous-maxillaire liée à l'hypertrophie amygdalienne du côté de la pelade; enfin l'hyperesthésie neuro-musculaire de la région sous-jacente. Il n'y a pas seulement des névralgies spontanées, mais aussi une hyperesthésie latente chez des malades qui n'ont jamais eu la sensation de névralgie. Dans un certain nombre de cas, si on presse sur les points d'émergence du sous-orbitaire, du sus-orbitaire, du mentonnier, et sur les points moins explorés des branches sous-auriculaires et occipitales, on éveille des douleurs vives dans les régions correspondantes aux nerfs comprimés. La douleur sous-occipitale est, en particulier, très fréquente dans les pelades.

Tous ces éléments sont l'atmosphère de la pelade, et leur ensemble constitue un syndrome homolatéral. Cette constatation est d'accord avec les expériences anciennes et les recherches de Brown-Séquard, qui a écrit que toutes les fois que l'on irrite certains points du système nerveux particulièrement riche en nerfs, on modifie totalement l'équilibre sensitif de l'organisme tout entier, et que l'hyperesthésie neuro-musculaire est générale du côté excité. En ce qui concerne la pelade, j'ai pensé que ce syndrome, où l'élément sensitif joue un rôle si important devait osciller autour d'une épine irritative : or cette épine est la lésion alvéolo-gingivo-dentaire. J'ai toujours trouvé, dans les cas auxquels je fais allusion, une lésion gingivale en activité : abcès gingival, fistule gingivale, polyarthrite alvéolo-dentaire, avulsion dentaire, gingivite, carie douloureuse surtout, mais aussi le phénomène physiologique de l'éruption dentaire. Je nomme pour cette raison l'ensemble des phénomènes que je viens de signaler : syndrome réflexe odontopathique ou syndrome réflexe néodentaire, dans le cas où il s'agit de l'irritation causée par l'éruption des dents.

Si toutes ces constatations sont exactes, il doit y avoir un âge optimum de la pelade. J'ai fait le relevé des 273 cas que j'ai observés; j'ai trouvé 185 cas pour les vingt-cinq années qui correspondent à l'évolution dentaire et je n'en trouve que 88 pour la période d'accalmie. Il semble donc, sans aller plus au fond des choses, qu'il y ait bien là un parallélisme chronologique. M. Dauzat qui a fait une statistique du même genre fournit des résultats qui sont, dans la mesure où on peut les comparer aux nôtres, absolument analogues. Après l'âge de quatorze ans, il y a un entr'acte peladique qui correspond à l'entr'acte dentaire.

La pelade dans son ensemble est systématisée, il va sans dire que je ne fais pas ici allusion à l'ophiasis, mais au contraire aux autres variétés de la pelade. La pelade se localise avec fréquence dans les zones que j'appellerai peladophores, qui vont de l'angle de la mâchoire au menton et de l'occiput à la région sus-auriculaire. La région du maximum peladophore est une région d'innervation pauvre et dont le centre d'innervation est le même. En effet, les régions de la nuque et de l'occiput reçoivent leurs vaisseaux nerveux de la 2e paire cervicale; elle devrait théoriquement en recevoir aussi de la 1re paire. Ces paires nerveuses sont chez l'homme remarquablement petites si on les compare à ce qu'elles sont chez les animaux. Or, ces paires sont par leur origine bulbo-médullaires en rapport immédiat avec les origines de la racine descendante du trijumeau. On voit qu'il y a une relation anatomique étroite entre le trijumeau maxillaire et par conséquent entre l'épine dentaire irritative et la pelade nucho-maxillaire. Si de plus on se rappelle la loi de Sherrington qui veut que le même territoire cutané ait une triple innervation radiculaire, on verra que la région occipito-temporale est particulièrement peu favorisée dans son innervation, puisque la 1re paire cervicale ne lui abandonne aucun filet cutané, et que la 2e paire est d'un volume particulièrement faible. La pelade se montre donc en un un point sur lequel peut retentir l'irritation du trijumeau et dans lequel l'innervation sensitive normale est particulièrement déficiente.

J'ajouterai en terminant que je ne considère pas la théorie dentaire comme correspondant à la majorité des cas de pelade, et que je crois que l'irritation primitive, qu'elle soit perceptible ou non, peut avoir une tout autre localisation. Il peut y avoir tout aussi bien une pelade amygdalienne, stomacale, intestinale, périphérique ou centrale qu'une pelade dentaire. La pelade est, pour conclure, un symptôme réalisant l'unité pathogénique sous la multiplicité étiologique.

Foyers multiples de tuberculose cutanée. Alopécie péladiforme congénitale. — *M. Danlos.* La malade que voici présente une multiplicité remarquable des localisations de la tuberculose cutanée à la face, aux bras, au tronc. En ce dernier lieu, elle affecte une disposition zoniforme sur laquelle nous croyons devoir appeler l'attention. Elle présente, en outre, depuis son enfance, au-dessus de l'oreille gauche, une zone d'alopécie péladiforme ovoïde, et depuis deux ans seulement une zone alopécique analogue s'est produite à droite symétriquement.

M. Brocq. J'ai observé quelques cas de ces alopécies symétriques, mais elles avaient toujours une évolution simultanée et une origine congénitale, et je trouve étrange ce fait d'une latéralité longtemps prolongée. Peut-être la malade ne s'est-elle pas observée avec un soin suffisant, et il est possible qu'il existait déjà quelque raréfaction des cheveux à droite avant que l'alopécie ait été constatée par elle? La pathogénie de ces cas est inconnue.

M. Besnier. J'appelle l'attention de la Société sur la multiplicité des lésions locales de tuberculose en demandant l'avis des membres sur l'indication thérapeutique qu'elles comportent.

M. Leredde. Je crois qu'il faut faire ici une intervention radicale, telle que l'ablation par curettage, et s'abstenir de mesures incomplètes. Le curettage doit être fait aux membres avec la plus grande énergie; encore sera-t-il suivi de récidive, mais il est applicable ici parce qu'il est possible d'atteindre la néoplasie dans toute sa profondeur. A la face, il serait inutile pour la raison inverse.

M. Danlos. Je crois devoir faire dans ce cas des grattages sous le chloroforme, suivis de cautérisation avec une solution saturée de chlorure de zinc.

M. Besnier. Il ne peut y avoir, dans un cas semblable, de décision extemporanée. La question de médication interne est ici très importante; il est probable que cette malade porte en elle des foyers méconnus et latents de tuberculose.

M. Leredde. Je crois, en effet, que l'on ne peut douter, dans ce cas, de l'existence de décharges tuberculeuses réitérées d'origine interne, car l'auto-inoculation est sans doute exceptionnelle.

M. Danlos. Je n'ai pu reconnaître chez cette malade aucun foyer de tuberculose viscérale, et je ferai la remarque que le nombre des tuberculoses locales est hors de proportion avec la quantité des tuberculoses viscérales chez ceux qui en sont affectés.

Diagnostic histologique du mycosis fongoïde. — *M. Danlos.* La malade que voici a présenté dans une première période un aspect eczématoïde, puis un aspect lichénoïde. Le diagnostic de mycosis fongoïde a pu être établi par biopsie d'un fragment de la peau en un point voisin de la zone malade, mais où l'on ne pouvait encore déceler aucune apparence de lésion dermatologique par l'examen macroscopique.

M. Leredde. M. Gastou nous a montré le fragment de peau biopsié, et, sans connaître la malade, nous avons pu poser le diagnostic de mycosis fongoïde.

Chancres successifs chez un vieillard. — *M. Gaucher.* Le malade que voici est âgé de soixante-quinze ans. Il s'est présenté à nous avec un accident primitif du menton d'apparence épithéliomateuse. Sur le prépuce existait une plaque ulcérée à induration cartilagineuse, qui fit faire le diagnostic. En même temps que la lésion faciale, le malade a constaté l'existence de la roséole. Il prétend que cette lésion s'est produite et a évolué à la suite d'un coup de rasoir. Le coït infectant semble être celui du 3 Octobre. Le malade a eu vers le 15 un chancre de la verge avec balanite et urétrite. Le 18 Décembre s'est produit le chancre du menton. Il est probable que l'accident du menton s'est produit trois jours avant l'apparition de la roséole.

M. Jullien. Deux hypothèses sont ici possibles : dans la première on peut admettre qu'il y a eu deux inoculations et deux chancres successifs à vingt ou trente jours de distance; dans la seconde, un accident banal de la peau, un bouton entamé par un rasoir a été l'occasion d'une localisation syphilitique. Il y a là quelque chose d'analogue à la provocation de l'accident spécifique par une cautérisation légère de la peau, suivant le procédé désigné par Tornowsky sous le nom de *cauterisatio provocatoria.* Dans cette seconde hypothèse, que j'admettrais plus volontiers à cause du peu de retentissement de la lésion mentonnière sur les ganglions et de l'apparition trop tardive de l'accident en question, nous serions en présence d'une lésion secondaire.

M. Vérité. — Ceci correspond bien au chancre du vieillard, et je ne vois pas de quel autre nom on pourrait l'appeler. Il n'y a pas, à ma connaissance, de plaie qui puisse chez un syphilitique prendre cet aspect, et je ne sais quelle serait la variété de syphilide à laquelle nous aurions affaire.

M. Besnier. Le cas de ce malade soulève la question de l'évolution des plaies au cours de la syphilis. Je n'ai pas, pour ma part, souvenir d'avoir vu une plaie évoluer d'une façon spéciale chez un syphilitique. J'ai observé bien souvent des lésions accidentelles du tégument chez les syphilitiques, et je n'ai jamais vu aucun de ces accidents être l'occasion d'une complication que l'on pût rapporter à la syphilis secondaire d'une façon immédiate.

M. Barthélemy. Je crois qu'il s'agit dans ce cas d'une lésion secondaire végétante, et non de chancres successifs. Cet accident me semble comparable aux grandes plaques qu'a décrites Besnier et qui remplacent la roséole ou coexistent avec elle. J'ai vu parfois les plaies s'indurer et se modifier sous l'influence de la vérole. Il y a de véritables plaies syphilisées. La syphilis frappe là où elle est appelée par des causes provocatrices.

M. Balzer. Cette lésion me paraît comparable aux pseudo-chancres syphilitiques qui se produisent dans les points où la peau est en contact direct avec l'accident primitif. Ces pseudo-chancres ont des caractères qui les font aisément confondre avec le véritable chancre syphilitique.

M. Besnier. Le problème se pose, à notre avis, ainsi : Tout accident syphilitique qui se produit avant que l'individu soit auto-immunisé par son chancre doit être considéré comme un chancre. Il en a les caractères et l'étiologie, puisqu'il se produit sur un terrain encore réceptif, sous l'influence de la contagion directe par le virus syphilitique. Quand l'auto-immunisation s'est produite, il n'y a plus de chancre possible, mais un accident d'ordre secondaire. Dans le cas de M. Gaucher, il faut dire chancre s'il y a eu réinoculation. Quant aux plaies syphilisées, nous ne savons ce qu'elles sont, et nous demandons quelle dénomination on peut leur appliquer. Qu'arrive-t-il quand on extirpe un chancre?

M. Julien. Deux cas se produisent : ou bien cicatrisation par première intention, ou, plus rarement, récidive ou réinoculation de la plaie.

M. Besnier. Dans le premier cas l'auto-immunisation était déjà réalisée; il ne peut donc y avoir récidive. Dans le second, l'auto-immunisation n'existait pas encore, un chancre réapparaît. C'est ce qui s'est produit dans le cas de M. Gaucher. Il est impossible de dire combien de temps il faut pour que cette auto-immunisation se produise : avant qu'elle existe tout chancre est possible. Quant elle existe il n'en peut plus survenir; il apparaît des lésions secondaires.

Pathogénie des affections dites parasyphilitiques. — *M. Leredde.* La question des affections dites parasyphilitiques est tout entière à revoir. Les unes sont des affections toxi-infectieuses d'ordre banal, par exemple : l'hystérie, la neurasthénie, les troubles nerveux; on peut les rencontrer au cours de la plupart des infections; — ou bien des troubles de développement n'ayant rien de spécifique, semblables également à ceux que provoquent les infections et les intoxications prolongées. Les autres sont probablement des affections qui non seulement ont une origine syphilitique, mais encore une nature syphilitique, et constituent, à proprement parler, des syphilis atypiques. Par exemple, le tabes se rencontre, sur 100 cas, quatre-vingt-dix fois, au moins, chez des syphilitiques, et on peut se demander si les autres cas ne se rapportent pas à des syphilis conceptionnelles, héréditaires, ignorées, dissimulées (Fournier).

L'absence de caractères spécifiques des lésions dans cette maladie ne prouve rien contre sa nature syphilitique, car il n'est pas démontré que, nécessairement, toutes les lésions syphilitiques aient des caractères comparables à ceux des lésions qui, seules, autrefois, étaient reconnues comme syphilitiques. Enfin, l'incurabilité par le traitement ne suffit pas à prouver qu'une lésion déterminée n'est pas syphilitique. Mais là, justement, est le côté grave de la question des affections parasyphilitiques. Il est certain qu'un grand nombre de tabétiques sont améliorés, parfois guéris, par le mercure. Il est probable qu'un beaucoup plus grand nombre bénéficiera d'un traitement spécifique, lorsqu'on le fera régulièrement et d'une manière continue. Des considérations analogues peuvent être développées pour la paralysie générale, la leucoplasie linguale, etc. Entre ces affections et les lésions syphilitiques typiques du cerveau, de la moelle, de la langue, toutes les transitions existent.

E. Lenglet..

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

5 Février 1902.

La Société de Chirurgie a tenu mercredi dernier sa séance annuelle. Salle comble, public habituel des séances. Les accoucheurs n'y sont guère plus nombreux qu'à l'ordinaire et on ne se douterait guère, à les compter, que ce sont eux qui auront tout à l'heure, en la personne de Tarnier, tous les honneurs de cette solennité.

A 4 heures, la sonnette du président ouvre la séance. Après un assez bref *Discours de M. Reclus*, président sortant, discours qui sert de prétexte à une vigoureuse attaque contre les récentes mesures prises par l'Administration de l'Assistance publique sur l'admission des malades dans les hôpitaux, le service de la consultation externe, les circonscriptions hospitalières; après un long *Discours de M. Gérard-Marchant*, secrétaire annuel, qui tient à nous rappeler les travaux de la Société pendant l'année écoulée, la parole est donnée à *M. Segond*, secrétaire général, pour prononcer :

L'ÉLOGE DE STÉPHANE TARNIER

(1828-1887)

Ancien Membre, Secrétaire
et Président de la Société de Chirurgie.

Nous regrettons que le manque d'espace ne nous permette pas de reproduire *in extenso* les belles pages que l'éminent chirurgien a consacrées à la gloire du grand accoucheur. Nous nous contenterons d'en détacher quelques-unes parmi celles qui concernent l'homme privé, moins connu que le savant, mais qui laissera au moins autant de traces dans le cœur de ses disciples et de ses amis.

. . . .

« Etienne, dit Stéphane Tarnier, sans doute pour obvier à la similitude prénominale du père et du fils, est né à Aiseray (Côte-d'Or) le 29 avril 1828. Son père, médecin de campagne fort modeste, mais particulièrement estimé pour ses qualités d'homme excellent et de praticien dévoué, quitta Aiseray peu après, pour s'installer près de Dijon, à Arc-sur-Tille. C'est là que le jeune Stéphane passa son enfance, et, la chose se trouvait ainsi tout indiquée, c'est à Dijon qu'il fit ses humanités, pour commencer ensuite ses études médicales à l'école de médecine secondaire de cette même ville, de 1846 à 1848. La grande épidémie de choléra qui sévit à cette époque sur toute la région dijonnaise, le retint auprès de son père dont il partagea les fatigues avec un admirable dévouement, et son installation définitive à Paris fut ainsi reculée d'une année. A dater de cet instant son ascension fut rapide. Externe des hôpitaux de 1850 à 1851, interne provisoire en 1852, il était le second sur la liste des titulaires en 1853. Ses collègues d'alors s'appelaient : Le Fort, Parrot, Bucquoy, Lorrain, Millard, Guyon, Besnier, Peter, Fournier, Marey, Panas, Jaccoud, Charcot, Vulpian, Tillaux, pour n'en citer que quelques-uns parmi tous ceux qui devaient, pour toujours, lui garder leur amitié, leur estime et leur admiration.

. . . .

Mais avant d'avoir vu la vie s'orienter franchement vers le succès, Tarnier eut à connaître, lui aussi, les anxiétés que nous impose trop souvent la fortune, en manière d'épreuve, avant de nous accorder ses sourires. Les heures difficiles auxquelles je fais allusion correspondent à la fin de son internat. Bar, dans sa belle leçon du 4 Décembre, les rappelle dans les termes suivants :

« ... Il fallait vivre... Tarnier prit la décision de rester à Paris, et il s'installa dans un modeste logis, au fond de la cour d'une maison qui porte encore le n° 70 de la rue de Rivoli. Ici commença pour lui une existence de labeur pénible. Sachant combien petite était l'aisance de ses parents, il ne voulut pas leur demander de nouveaux sacrifices. Il connut les désespérances que provoque, chez tous le nôtres, le début dans une carrière qui semble sans avenir. Médecin du bureau de bienfaisance, il s'empressait auprès des pauvres, qu'il secourait souvent de ses maigres ressources. C'était là sa seule clientèle. Découragé, notre maître cédait difficilement aux encouragements et aux conseils que lui prodiguait sa famille, et il songeait sérieusement à abandonner la carrière médicale proprement dite. »

Par bonheur, la discussion qui s'ouvrit alors à l'Académie sur l'infection puerpérale eût tôt fait de lui rendre, avec toute son énergie, le désir de faire triompher ses idées. En 1860, deux ans après la publication d'un nouveau mémoire intitulé : *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité*, il devenait agrégé. L'année suivante, Dubois le prenait comme chef de clinique. En 1865, il se faisait nommer chirurgien des hôpitaux et, dès 1867, le chirurgien en chef Trélat ayant quitté la Maternité, et le chirurgien adjoint Guyon, attiré vers d'autres voies, n'ayant pas voulu de la succession, Tarnier put ainsi prendre la direction de la vieille et grande maison, pour la conserver vingt-deux années, du 1er Juillet 1867 au 1er Juillet 1889. Chacun sait tout ce qu'il fit de grand et de bien durant cette longue étape de sa vie. C'est à la Maternité qu'il s'est affirmé comme chef d'école. C'est là qu'il a eu le mérite si rare et si grand, de grouper autour de lui et de s'attacher pour toujours ceux que vous connaissez trop bien pour que je les nomme, tous ceux qui sont aujourd'hui les maîtres et l'honneur de l'obstétrique française. C'est enfin là, qu'il a pu trouver et réunir les documents de son enseignement et de ses publications.

En 1884, il fut, à l'unanimité des voix de ses collègues, désigné pour succéder à Pajot dans la chaire d'accouchement théorique. Son enseignement fécond et sûr, que relevait encore le prestige de l'officialisation, retrouva tous les succès légitimes déjà rencontrés lorsque, jeune agrégé, il avait eu la pensée, tout à fait nouvelle alors, d'organiser des conférences régulières. Quatre ans plus tard, au début de l'an-

née scolaire 1888-1889, il prit encore la place du même maître dont le départ, hélas! était, cette fois, définitif, et, quittant la Maternité, il devint ainsi le titulaire de la clinique de la rue d'Assas, de la clinique Tarnier, pour l'appeler par le nom que l'Assistance publique lui a si justement donné.

Il va de soi qu'à tous ces grades conquis par le travail s'ajoutaient les titres et les honneurs que réserve la renommée. Académicien, dès 1872, à un âge où d'habitude la savante Compagnie tient porte close aux plus méritants, Tarnier fut successivement : membre fondateur de la Société de médecine légale en 1863, président de la Société de chirurgie en 1879 (il en faisait partie depuis 1865), président de l'Académie de médecine en 1891, fondateur et premier président de la Société obstétricale de France, président du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux en 1895. Partout apprécié, il était le correspondant ou l'associé de presque toutes les sociétés obstétricales ou gynécologiques étrangères. En 1885, l'Université d'Edimbourg l'avait nommé docteur « Honoris causa », et, l'année suivante, lorsqu'il se rendit en Ecosse pour y être publiquement reçu, le 2 Août 1886, il fut, à son entrée dans la grande salle d'honneur de l'Université étrangère, accueilli par des salves d'applaudissements. Son élève Budin, qui l'accompagnait, garde ce souvenir avec émotion : « On acclamait, dit-il, celui qui avait perfectionné le forceps, celui dont le nom devait être désormais placé à côté de ceux de Chamberlent (pas « lain ») et de Levret. » Dirai-je enfin qu'il possédait la cravate de commandeur?

. . . .

Par malheur, Tarnier n'eut pas à goûter longtemps les douceurs intimes de ses victoires. Il est mort à soixante-dix ans, le 23 Novembre 1897. Mort à la suite d'une courte maladie, nous disait-on. Et il semblait bien qu'il en fût ainsi, puisque le grand maître tombait dans la pleine activité de son service d'hôpital et de ses fonctions professorales. Hélas! la vérité est autre. Il y avait déjà bien des mois que, devant l'altération croissante de ses traits, ses amis lui conseillaient de devancer l'heure et de réaliser enfin ses projets de repos dans la vieille maison paternelle d'Arc-sur-Tille, au milieu de ses derniers parents et de toute une population de braves gens qui l'adoraient. Qui sait si pareille et sage détermination n'eût pas retardé notre deuil?

Mais Tarnier n'était pas de ceux qu'arrêtent les considérations de cet ordre. Il avait sur le devoir et sur l'honneur cette grande « pudeur civile », comme on l'a si justement nommé, de très intransigeantes conceptions, et, malgré les souffrances qu'il endurait, malgré sa fatigue croissante, il a voulu, jusqu'au bout, tenir tête aux tâches qu'il s'était tracées. Il est mort debout. Donc, honneur à lui! et loin de nous les regrets! Ils ne pourraient qu'affliger la grande et belle âme de cet homme de bien, de dévouement et de courage!

. . . .

L'existence de Tarnier, simple, toute droite et sans nuage passionnel d'aucune sorte, ferait presque songer à la sublime utopie des rêveurs pour qui la vie doit être « comme un champ de neige où nos pas s'impriment sans y laisser de souillure ». D'autant que Tarnier vécut célibataire et mourut tel. Quelles furent les exactes raisons de sa vocation pour le célibat? Fut-elle totale ou simplement partielle, ainsi que le laissait parfois supposer le malicieux et fin sourire que ses lèvres esquissaient lorsque ses intimes osaient aborder avec lui ces questions délicates? Il ne nous appartient pas de le dire. Le fait d'ailleurs importe peu.

Il nous suffit de savoir que, selon toute vraisemblance, Tarnier ne connut pas d'autres vibrations affectives que celles dont il trouva si amplement la source : dans l'affection de la vieille mère qu'il n'a jamais cessé d'adorer lui-même avec toutes les ferveurs des enfants les plus tendres et les plus soumis; dans le culte et la gratitude de ses élèves; dans l'attachement de ses amis; dans la reconnaissance enfin de tous ceux qui n'ont jamais, comme l'a si bien dit Bonnaire, « sollicité en vain de lui un service, un conseil, un appui ».

L'aspect extérieur de Tarnier répondait, du reste, aussi bien à cet état d'âme de pureté particulière qu'à ses autres vertus d'homme privé. De haute stature et d'assez forte corpulence, sa démarche avait quelque chose de calme et de réfléchi. Chacun de nous le voit encore dans la grande redingote noire, boutonnée du haut, jamais du bas, qui entourait avec tant d'ampleur les parties basses de son corps, lequel, à coup sûr, n'avait rien de sportif. Mais tous aussi nous nous souvenons de sa physionomie expressive : sa tête heurtée mais puissante; ses gros traits; ses cheveux longs qu'il portait à la mode de sa jeunesse, rejetés en arrière et sur le côté gauche; sa barbe clairsemée que représentaient seules une moustache et une barbiche grises aussi peu touffues l'une que l'autre : le moignon de cigarette qui pendait à ses lèvres : enfin, le pince-nez vacillant, toujours à cheval sur son nez un peu fort. Tout cela ne donnait pas, sans doute, une impression particulièrement artistique, mais on y lisait cependant très bien l'intelligence, la finesse et la mansuétude de l'homme. Son regard doux, franc et droit, l'expression quelque peu narquoise, parfois même un peu satirique, mais toujours affable, que son visage prenait volontiers dans le sourire, étaient, à cet égard, tout à fait saisissants.

Ajouterai-je qu'il avait des mains vilaines et trop grosses? Oui. Un peu pour être véridique et beaucoup pour avoir l'occasion d'observer, avec M. de Fleury, que les mains de Tarnier n'avaient que faire d'être belles, étant les plus habiles du monde. Il paraît même que la graphologie (je le tiens de deux maîtres en cet art), permet de retrouver dans l'écriture petite, fine, claire et bien ponctuée qu'elles savaient tracer, les signes révélateurs, aussi bien « de sa puissance d'organisation », « de son activité grande », « de ses aptitudes à poursuivre longtemps la défense d'une seule et même cause » ou de « son habileté manuelle », que de sa « nature droite, intelligente, loyale et supérieurement bonne ». Et certes, jamais diagnostic ne sera plus vrai.

Au milieu de toutes les hautes qualités qui lui valent aujourd'hui l'admiration de tous ceux qui ont pu apprécier la dignité de sa vie, la sûreté de son cœur, son dévouement aux malades et son permanent souci des intérêts qui lui étaient confiés, il est, en effet, certain que la bonté grande, constante, inépuisable, fut sa vertu première!

. . . .

On la rencontre à toutes les pages de sa vie, cette bonté, et il ne serait pas difficile d'accumuler ici d'autres preuves témoignant qu'elle s'alliait en son cœur de brave homme à toutes les vertus corollaires. Ces preuves se retrouvent, impérissables, non pas seulement dans les douloureux regrets que sa mort a causés, ou bienencore dans sa correspondance, mais aussi dans certains documents d'ordre différent et néanmoins très significatifs. Tel son testament qui, malgré les aridités de rédaction dont la basoche a si bien le secret, n'en montre pas moins, dans toute leur grandeur et dans toute leur poésie, pourrais-je dire, les délicatesses de cœur du grand mort, son horreur de la chicane, sa droiture, son équité, sa bonté, sa tendresse pour ses élèves, et son culte pour l'amitié. »

. . . .

Après avoir dépeint l'homme privé, M. Segond étudie le maître accoucheur et son œuvre. Ne pouvant le suivre dans cette étude qui, du reste, a déjà été faite par les élèves de Tarnier, nous terminerons en citant les dernières phrases du discours de M. Segond.

. . . .

« En mode de conclusion il me sera, je pense, permis de dire maintenant que, parmi les élus de la vie, il en est peu qui aient su, comme Tarnier, pérenniser leur souvenir d'aussi légitime façon. Les fleurs oratoires sont inutiles à la belle couronne que ses œuvres seules lui ont tressée ; et ses titres de haute noblesse scientifique se réduiraient-ils à ceux qu'il a remportés dans sa lutte victorieuse contre l'infection puerpérale, qu'ils suffiraient grandement à lui garantir pour toujours l'admiration de ses pairs et la gratitude des hommes.

Quant à nous, si le dernier salut que notre compagnie se fait aujourd'hui gloire d'adresser au professeur Tarnier venait à réveiller un peu nos ressentiments contre les hommes ou les choses qui nous ont ravi pour jamais tout moyen de satisfaire nos appétences obstétricales possibles, et cela, bien entendu, sans la moindre réciproque, le souvenir de notre président nous aiderait bien vite à chasser toute pensée de rancune, nous inspirerait même un sentiment de nature très différente.

Grâce à lui, nous gardons, en effet, le droit précieux de pouvoir affirmer toujours que si la race des chirurgiens accoucheurs n'est plus, ce n'est point du tout, ainsi qu'il arrive, parce que ses derniers rejetons furent insuffisants, dégénérés ou distrophiques. C'est, au contraire, en pleine et vivante sève qu'elle se vit faucher. Et, n'en déplaise à ceux qui lui portèrent les derniers coups, lorsque vint ainsi, pour elle, l'heure de renoncer à tout lendemain, il est bien vrai qu'elle sut, en guise de revanche, échapper à la fin que, sans doute, on lui souhaitait, pour s'éteindre, à la manière d'un beau jour, sous les chauds rayons d'un lumineux soleil couchant. »

J. Dumont.

ANALYSES

BIOLOGIE GÉNÉRALE, CYTOLOGIE

E. Moro et F. Hamburger. *Une nouvelle réaction biologique du lait de femme* (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1902, 30 Janvier, n° 5, p. 121). — On sait que lorsqu'on inocule un animal avec du lait de femme, de vache ou de chèvre, il livre un sérum spécifique qui a la propriété de précipiter les substances albuminoïdes du lait avec lequel il avait été vacciné. Ainsi le lactosérum, obtenu par les injections de lait de femme, n'agit que sur ce lait et laisse intacts les laits d'autres animaux. De même le lactosérum obtenu par les inoculations de lait de vache n'agit que sur le lait de vache et ne précipite pas le lait de femme ou le lait de chèvre, etc. Cette réaction spécifique du lait envers un lactosérum spécifique indique donc que les substances albuminoïdes du lait varient avec l'espèce animale.

En poursuivant ces recherches MM. Moro et Hamburger ont constaté un autre fait qui indique également l'existence de différences entre le lait de femme et le lait de vache. En effet si à du liquide d'hydrocèle on ajoute une goutte de lait de femme, le liquide se coagule et se prend en masse. Par contre, si à la place du lait de femme on ajoute une goutte de lait de vache, le liquide d'hydrocèle ne se coagule pas. La coagulation fait encore défaut quand à ce liquide on ajoute du lait de chèvre.

Pour expliquer le phénomène de coagulation qui ne se produit qu'avec du lait de femme, MM. Moro et Hamburger supposent que ce lait renferme du fibrinferment qui agit sur le fibrinogène du liquide d'hydrocèle, et que ce fibrin-ferment fait défaut dans le lait de vache et le lait de chèvre. Le phénomène de coagulation se produit en effet, moins marqué il est vrai, quand au liquide d'hydrocèle on ajoute une goutte de sérum humain.

Ce qui toutefois est en désaccord avec l'idée de fibrin-ferment contenu dans le lait de femme, c'est que le liquide d'hydrocèle se coagule encore quand on y ajoute quelques gouttes de lait de femme préalablement bouilli. Toutefois, dans ces cas, la réaction est lente à se produire et peu accusée. Il en est de même de la coagulation qui se produit dans le liquide d'hydrocèle quand on l'additionne de sang de bœuf chauffé à 100° et pulvérisé ensuite.

Les auteurs supposent donc que le fibrin-ferment naturel, tel qu'il se trouve dans le lait ou le sang, n'est pas identique avec le fibrin-ferment ou la thrombine d'Alexandre Schmidt.

R. Romme.

D. Barfurth. *La régénération est-elle sous la dépendance du système nerveux? Anatomischer Anzeiger.* 1901, September, Bd, XIX p. 197). — L'auteur relate diverses expériences, en particulier la régénération de l'extrémité caudale chez l'axolotl après extirpation d'un segment de moelle épinière. Il conclut de ses recherches que le système nerveux n'a pas d'influence sur les premiers stades de la régénération. Cette influence ne se manifeste qu'à un stade ultérieur, et se traduit par une hypoplasie de la partie régénérée. Ces résultats concordent avec les observations d'Ollier, Samuel, Kusmin, Kapsammer, Muscatello et Damascelli.

J. Jolly.

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

C. Stich. *Urobiline dans le liquide de l'ascite* (*München. med. Wochenschr.*, 1901, n° 44, p. 1751). — Dans une courte note, l'auteur signale le cas d'un individu atteint de néphrite parenchymateuse hémorragique dont le liquide pleural et le liquide ascitique renfermaient, à l'analyse chimique et spectroscopique, de l'urobiline.

D'après l'auteur, qui a compulsé la littérature de la question, ce fait n'a encore jamais été constaté chez le vivant. Par contre, dans une observation de Quincke relative à un cas de cirrhose du foie avec ictère, le liquide ascitique, pris sur le cadavre, contenait de

l'urobiline. Il est évident qu'il s'agissait là d'un phénomène cadavérique : passage de l'urobiline à travers les parois de l'intestin.

R. Romme.

MÉDECINE

Douillet. *Gangrène momifiante d'un membre inférieur consécutive à une pneumonie.* (*Archiv. de Méd. et de Pharm. mil.*, 1901, Septembre). — C'est là une observation rare et intéressante. La gangrène est apparue au douzième jour d'une pneumonie, envahissant l'extrémité du membre inférieur gauche. L'auteur a pratiqué l'amputation de la jambe au lieu d'élection; le malade a complètement guéri.

L'autopsie du membre amputé a démontré que la tibiale antérieure et la péronière étaient restées perméables, mais que la tibiale postérieure était complètement oblitérée sur toute l'étendue soumise à l'examen. Les veines profondes ne présentaient pas d'altération.

On ne saurait incriminer, comme cause oblitérante, une végétation partie de l'endocarde, car le malade n'a jamais présenté d'endocardite. De même un embolus, résultant d'une thrombose intra-cardiaque, se serait vraisemblablement arrêté d'emblée dans le tronc tibio-péronier. Il y a donc eu vraisemblablement thrombose artérielle. Il est un facteur qui, d'après l'auteur, paraît susceptible d'avoir joué un rôle important dans la formation du coagulum intravasculaire : c'est le ralentissement de l'ondée sanguine, résultant de la faible énergie des contractions cardiaques, constatée chez le malade dès le début de sa pneumonie, et qui s'est prolongée pendant sa convalescence.

G. Fischer.

CHIRURGIE

V. M. Zikov. *Quel est le meilleur procédé de gastro-entérostomie?* (*Khirurghia*, 1901, Octobre, n° 58, p. 358). — Parmi les divers procédés de gastro-entérostomie, les plus employés à l'heure actuelle sont : les gastro-entérostomies antérieure antécolique, antérieure rétrocolique et postérieure rétrocolique.

Les deux premiers procédés exposent à des complications secondaires graves, notamment : 1° la torsion de l'anse intestinale autour de son axe, au voisinage de l'anastomose; 2° la formation d'un éperon intestinal ou gastro-intestinal; 3° la compression du côlon; 4° la compression du bout descendant par le bout ascendant distendu par la bile et le suc pancréatique; enfin 5° l'insuffisance de l'évacuation de l'estomac.

L'auteur est profondément convaincu que les anastomoses antérieures anté- et rétro-coliques doivent être absolument rejetées de la pratique chirurgicale, comme exposant trop souvent à l'échec. Il rapporte à l'appui de sa manière de voir deux observations où l'issue défavorable était due exclusivement aux inconvénients de ces deux procédés.

Dans un de ces cas notamment, la seconde laparotomie, imposée par des accidents graves, démontra que l'estomac était comprimé contre le diaphragme; les sutures destinées à fixer le côlon transverse au pourtour de la boutonnière mésocolique avaient toutes cédé; les anses intestinales avaient passé à travers cet orifice, d'où les phénomènes d'obstruction constatés. On fixa de nouveau le côlon transverse, mais le malade succomba trois jours plus tard avec des phénomènes de péritonite. Malgré la rapidité de la deuxième intervention, elle n'a donc pu sauver le malade.

Dans le second cas, on fut également obligé de pratiquer une laparotomie, quatre jours après la gastro-entérostomie, et l'on trouva l'estomac et le bout afférent de l'intestin excessivement distendus. Le malade succomba quelques jours après, avec des phénomènes de péritonite, malgré la rapidité de la seconde intervention.

Le procédé de von Hacker n'est pas non plus à l'abri de tout reproche, car il expose également à des complications tardives. Aussi l'auteur conclut-il que le procédé le plus satisfaisant est celui de Socin et Courvoisier ou le procédé de Roux, car il ne présente aucun des inconvénients sus-énumérés, et que les trois autres procédés doivent absolument être rejetés.

P. Eliacheff.

OBSTÉTRIQUE

P. Bretonville. *Contribution à l'étude des psychopathies puerpérales* (*Thèse* de Paris, 1901). — Par psychopathie puerpérale, l'auteur de ce travail entend tout état morbide à prédominance cérébrale, léger ou grave, naissant à l'occasion de la puerpéralité, c'est-à-dire, en prenant ce dernier terme dans son sens le plus large, celui qui apparaît pendant la grossesse, l'accouchement, les suites de couches ou la lactation.

La fréquence de cette complication est relativement élevée, puisqu'elle représente environ un dizième des cas de psychoses observés dans les asiles. La fréquence, nulle pendant l'accouchement et faible pendant la grossesse, double pendant la lactation, pour doubler à peu près encore pendant les suites de couches.

Les causes susceptibles de donner naissance aux psychopathies puerpérales, sont multiples et variées, mais deux causes priment toutes les autres : ce sont l'éclampsie et l'infection puerpérale. Ces causes occasionnelles ne doivent pas faire oublier la principale, constituée par les antécédents personnels ou ataviques de la malade, et qui la prédisposent par-dessus tout aux psychopathies.

Au point de vue clinique, on peut distinguer deux grands groupes de psychoses : un premier, constitué par des cas légers, caractérisés par de l'agitation ou de la dépression nerveuse; un second, constitué par des cas graves, caractérisés par de la manie, ou de la mélancolie, ou de la confusion mentale hallucinatoire.

La fréquence de ces différentes formes varie suivant le moment de la puerpéralité où on les envisage. C'est ainsi que, pendant la grossesse, la mélancolie se montre plus fréquente que la manie, et à peu près aussi fréquente que cette dernière pendant la lactation. Quant à la confusion mentale hallucinatoire, elle s'observe surtout pendant le *post-partum*.

Le pronostic des psychopathies puerpérales, prises en bloc, est sombre, puisque une bonne moitié des femmes qui en sont atteintes restent incurables ou meurent.

Plusieurs facteurs influent sur le pronostic :

a) La forme mentale : la manie donne un pourcentage de guérisons supérieur au pourcentage donné par la mélancolie;

b) Le moment d'apparition : le maximum de guérisons s'observe pendant la lactation, et le minimum pendant la première moitié de la grossesse;

c) Les accès antérieurs : à chaque récidive de psychopathie ayant déjà guéri, le pronostic s'améliore;

d) Les causes : dans les psychopathies liées à l'éclampsie ou à l'infection, le pronostic est encore aggravé autant et plus du fait de l'atteinte portée à l'état général par ces états morbides concomitants, que du fait de la psychopathie elle-même.

Le traitement repose tout entier sur l'isolement des malades, réserve faite des femmes infectées.

Aux psychopathies liées à l'éclampsie et à l'infection puerpérale, on ajoutera le traitement prophylactique et curatif de ces affections.

Enfin il sera parfois prudent de déconseiller l'allaitement, et si la psychopathie apparaît pendant la lactation, de séparer la mère de son enfant.

A. Schwab.

GYNÉCOLOGIE

De la Colombe de la Volpilière. *De la dégénérescence épithéliale secondaire de l'utérus consécutive à l'évolution maligne d'un kyste mucoïde de l'ovaire* (*Thèse* de Paris, 1901). — Il est bien établi aujourd'hui que les kystes simples, mucoïdes, de l'ovaire sont des tumeurs d'origine épithéliale, par conséquent susceptibles de devenir malignes. En particulier, les kystes multiloculaires, très cloisonnés, végétants ou à contenu gélatineux, à développement rapide, s'accompagnant d'ascite, doivent être considérés comme des tumeurs en pleine prolifération épithéliale et qui constituent une menace permanente d'envahissement pour les autres organes.

De ces organes le plus menacé est l'utérus, par son voisinage immédiat avec le kyste, et surtout parce que son réseau lymphatique le met en communication directe avec le néoplasme ovarien. En fait, l'utérus est très souvent le premier organe atteint par la dégénérescence secondaire, et, après l'ovariotomie, il devient le point de départ de nouvelles greffes néo-plasiques.

La conclusion à tirer de ces faits c'est que, dans les interventions pour kystes mucoïdes de l'ovaire à évolution maligne reconnue avant ou pendant l'opération, l'ovariotomie ne doit pas être pratiquée seule. La castration utéro-annexielle s'impose chaque fois que l'utérus ayant cessé d'être un organe utile (femmes au voisinage de la ménopause) ne peut plus être qu'un organe dangereux.

J. Dumont.

Witting. *Contribution à l'étude histologique des causes de la rupture des trompes gravides* (*Annali di Ost. e. Ginec. di Milano*, 1901, Juillet, p. 741). — La plupart des auteurs pensent que la rupture d'une trompe gravide est une complication purement mécanique : l'excès de volume du contenu distend et rompt la paroi. Mais la rupture ne se fait pas constamment dans le point le moins épais de la trompe; de plus elle n'est pas constante, et la grossesse peut se prolonger presque à terme et même à terme. Pourquoi dès lors cette variation dans l'évolution ?

Pour d'autres gynécologues et anatomo-pathologistes, la rupture se fait le plus souvent au niveau du point d'insertion du placenta; ce sont les villosités choriales, par leur envahissement de la couche musculaire, qui sont les agents de la désintégration de la paroi tubaire et de sa rupture finale. Il s'agirait là d'un phénomène de dégénérescence. Mais la rupture peut avoir lieu en dehors de l'insertion du placenta et même avant le développement intégral de celui-ci.

Witting a examiné un certain nombre de pièces enlevées par Pestalozza, et, dans ce mémoire, il reproduit les dessins de ses principales coupes histologiques. Il n'a pas retrouvé cette invasion des villosités placentaires. Cependant il admet une opinion mixte, c'est-à-dire une sorte de dégénérescence des parois et une augmentation de la pression du contenu tubaire, ces deux causes agissant le plus souvent simultanément.

P. Mauclaire.

VOIES URINAIRES
ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Pousson. *Nouvelle contribution à l'étude du réflexe réno-rénal dans les néphrites médicales* (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1901, 25 Octobre, p. 1025). — M. Pousson a déjà publié de nombreux cas confirmant la théorie de l'action réflexe d'un rein sur son congénère. La chirurgie montre, en outre, les heureux effets de la néphrectomie sur le rétablissement des fonctions perturbées de l'autre rein. Avec Israël, M. Pousson croit à l'unilatéralité des néphrites médicales ou à leur prédominance d'un côté. Il est donc d'avis d'agir par la néphrotomie et même par la néphrectomie sur le rein le plus malade, afin de faire cesser le réflexe inhibitoire qui paralyse l'autre rein. Il est intervenu par la néphrotomie sur une oligurique. Le quatrième jour, la malade sortit de son abattement, les douleurs rénales cessèrent, les accidents urémiques s'amendèrent, la quantité d'urine se releva. L'heureuse influence de l'opération s'atténua ensuite progressivement. M. Pousson se demande si l'amélioration n'aurait pas été plus profonde par la néphrectomie.

Paul Delbet.

HOPITAUX ET HOSPICES

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — MM. Juquelier (Paul-Louis-Jules), Perpère (Eugène-Antoine), Jamet (Julien-François-Frédéric), Levassort (Joseph-Marie-Paul-Raymond), Lavenant (Louis-Marie-Albert), sont nommés internes titulaires en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

MM. Cointepas (Henri), Audan (Jules-Joseph), Danjean (Alexis-Jean-Pierre) sont nommés internes provisoires en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Hôpitaux de Lyon. — Dans sa dernière réunion, le Comité médico-chirurgical a nommé deux commissions chargées d'étudier les réformes à introduire dans les services hospitaliers. L'une doit s'occuper des réformes générales, et l'autre spécialement des réformes hygiéniques.

Les deux commissions sont nommées à titre permanent, et renouvelables chaque année. Elles serviront d'intermédiaire entre l'administration et les chefs de services qui leur adresseront des réclamations.

Les malades payants dans les hôpitaux. — L'Administration des hospices de Bordeaux étudie les moyens de faire payer par les malades non indigents les frais médicaux et chirurgicaux. Le tarif des opérations serait le tarif girondin élaboré il y a deux ans

ar les groupements médicaux de la Gironde pour les blessés du travail. Il résulte des statistiques faites par l'Administration des hospices que, pendant le cours de l'année dernière, il y a eu 10.000 malades environ qui ont reçu des soins à l'hôpital Saint-André; sur ces 10.000 malades, 1.800 étaient des malades payants. Il faut ôter de ce chiffre 400 malades dont les communes payaient les frais d'hospitalisation; restaient 1.400 malades susceptibles de payer leurs frais de maladie ou d'opérations, qui ont reçu gratuitement les soins médicaux et chirurgicaux. L'Administration et la municipalité étudient les moyens de faire cesser ces abus.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. le prof. Folet, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lille, vient de recevoir la grande médaille d'or de la fondation Kuhlmann qui lui a été décernée par la Société industrielle de Lille.

M. Boussou, pharmacien principal de 2e classe de l'armée, a été promu officier de la Légion d'honneur.

Corps de santé militaire. — Sont détachés pendant les saisons thermales de 1902 : A l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains, MM. Dubuelle, médecin principal de 2e classe; Lanza, Béquin, médecins-majors de 1re classe; Jandler, médecin aide-major de 1re classe. A l'hôpital militaire de Vichy, MM. Carayon, médecin principal de 2e classe; Lambert, Loup, médecins-majors de 1re classe; Talon, médecin aide-major de 1re classe. A l'hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault, MM. Le Bouvillois, médecin-major de 1re classe; Melliès, médecin aide-major de 1re classe. A l'hôpital thermal de Barèges, MM. Gorsse, médecin principal de 2e classe; Auzant, Vignol, médecins-majors de 1re classe; Humbert, médecin aide-major de 1re classe.

Corps de santé de la marine. — MM. Ségalen et Marin, élèves du service de santé, sont nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe dans le corps de santé de la marine.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de 1re classe, M. Vincent ;

Au grade de médecin-major de 1re classe, MM. Pascalis, Brou-Duclaud, Laurent, Arami, Fortoul, Clavel;

Au grade de médecin-major de 2e classe, MM. Tréguier, Gouzien, Castagé, Daliot, de Biran, Durand, Pons, Flandrin, Laborde, Thomas, Duville, Leclerc, Martine, Vinas, Layet, Suard, Grognier, Revoules, Bousquet, Salanoue-Ipin, Carmouze, Berthier, Depied, Sevère, Bellard, Galbruner, Dérobert, Villette, Vivien, Guilloteau, Reboul, Mayolle, Hagen, Sadoul, Dubois, Martel, Ilbert, Morel, Branzon-Bourgogne, Bonnescuelle, de Lespinois, Gandelin, Bailly, Bourdon, Coppin, Hutre, Conam, Onimus, Lafaye de Michaux, Legendre, Lesueur-Florent, Pélissier, Emily, Ferrandini, Rigaud, Thirion, Lafaurie, Rousseau, Sarat, Thoulon, Gallas;

Au grade de médecin aide-major de 1re classe, MM. Rey, Balterel, Arnould, Many, Condé, Damiau, Reboul, Nouaille-Degone, Rapuc, Pellan, Binard, Erdinger, Camus, Ruelle, Mesny, Lamort, Jacob, Daniel, Micholet, Abbatucci, Ascornet, Mathis, Brachet, Aynès, Delabaude, Guitard, Roquemaure, Laffay, Renault, Chagnolleau, Paucot, Charézieux, Le Sirat, Portes, Chartres, Prouvost, Féraud, Pichon, Jouvenceau, Creignou, L'Herminier, Chaumanet, Barot, Vallet, Vivie, Sambuc, Broquet, Cavazza, Cartron, Nédellec, Marty, Martin, Erdinger, Plomb, Augé.

Les stations thermales et les fonctionnaires coloniaux. — Un décret du ministre des Colonies vient de régler les prescriptions relatives à l'indemnité de séjour et à la durée du traitement dans les stations thermales ou minérales susceptibles de recevoir les officiers, fonctionnaires et agents coloniaux.

D'après ce décret, l'article 12 du décret du 3 Juillet 1897 est modifié ainsi qu'il suit :

« L'indemnité n'est due que dans le cas où le Conseil supérieur de santé aurait jugé indispensable, pour certains malades, de les envoyer dans les stations thermales ci-après, où il n'existe pas d'hôpital militaire et pour lesquels la durée du traitement est ainsi fixée : Aix-les-Bains, Aix-les-Thermes, La Bourboule, le Boulou, Cauterets, Lamalou, Royat et la Preste, vingt-cinq jours.

Barèges, Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Vichy, vingt et un jours ; Amélie-les-Bains, quarante-cinq jours pour les quatre saisons d'été, du 15 Avril au 15 Octobre, et deux mois pour la saison d'hiver, du 15 Novembre au 15 Mars.

« L'officier, fonctionnaire ou agent colonial, simplement autorisé à faire usage des eaux, bien que non hospitalisé, ne peut prétendre à cette allocation ».

Congrès des Sociétés savantes. — Le Congrès des Sociétés savantes se tiendra à la Sorbonne en 1902, le 1er avril. Les questions concernant la médecine et qui sont portées à l'ordre du jour sont :

La tuberculose et les moyens d'en diminuer la contagion. Les sanatoria d'altitude et les sanatoria marins. La salubrité dans les milieux habités. Les méthodes de désinfection contre les maladies contagieuses, et les résultats obtenus dans les villes où la désinfection des locaux habités est pratiquée. Les fièvres éruptives en 1901 et leurs conséquences, spécialement pour la scarlatine. De l'amenée des eaux dans les villes. — Étude des eaux provenant des émergences secondaires et de la pollution des nappes souterraines par fissures en terrain calcaire. La peste; ses diverses formes, sa propagation et l'étude de la possibilité de sa propagation en France. Étude du diabète; sa contagiosité possible. — Les diverses formes du diabète. — Les conséquences du diabète au point de vue de la génération. Du rôle des insectes, et spécialement de la mouche vulgaire dans la propagation des maladies contagieuses.

Un musée historique de la médecine à Lyon. — Grâce à l'initiative de M. le prof. Lacassagne, un musée historique de la médecine va être créé à Lyon.

A cet effet, M. Lacassagne fait appel à tous ceux possédant des documents, portraits, bustes, médailles, diplômes, etc., se rattachant à la médecine et aux médecins lyonnais, et méritant de prendre place dans la collection à créer.

Ambulances urbaines de Bordeaux. — Depuis l'année 1890, date de leur fondation, jusqu'au 31 Décembre 1901, les Ambulances urbaines de Bordeaux ont soigné gratuitement dans leurs postes de secours 93.085 personnes, dont 58.729 blessés de la rue ou des ateliers et 34.356 malades ordinaires.

Pendant l'année 1901, elles ont donné les premiers soins d'urgence à 5.187 blessés, et il a été soigné aux consultations gratuites du Dispensaire de Bacalan, œuvre annexe des Ambulances 2.684 malades pauvres. Au total, les Ambulances urbaines ont soigné, en 1901, 7.871 personnes, soit une moyenne de 656 blessés ou malades par mois.

Association des médecins de la Gironde. — Une Assemblée générale de l'Association se tiendra le dimanche 16 Février à l'effet d'élire un président de l'Association générale. Après le vote se tiendra l'Assemblée générale annuelle qui comprendra le discours du président, les rapports du secrétaire général, du trésorier, de la commission des finances, la nomination des délégués à l'Assemblée générale de Paris, le vote pour la nomination de sept membres du Conseil d'administration, le vote sur les candidats nouveaux, au nombre de deux.

Syndicat des médecins de Montluçon. — Dans sa dernière réunion générale, le syndicat des médecins de Montluçon a procédé à l'élection de son bureau pour 1901. Ont été nommés : président, M. Danton; vice-président, M. Duché; trésorier, M. Pasquier; secrétaire, M. Gouvernaire.

Étranger

Congrès pour l'étude de l'histoire de la médecine. — Au congrès international de sciences historiques qui se tiendra à Rome vers le milieu d'Avril 1902, une section a été attribuée à l'histoire de la médecine, et aux sciences auxiliaires.

Le président de cette section est M. le prof. Piero Giacosa.

IIIe Congrès de l'Union centrale des Balnéologues autrichiens à Vienne, 1902. — Le IIIe Congrès scientifique de l'Union centrale des Balnéologues autrichiens aura lieu du 20 au 23 Mars 1902 à Vienne.

Le programme définitif sera publié à la fin de Février. Les médecins qui désirent prendre part à ce Congrès sont priés de faire parvenir leurs travaux au plus tard le 20 Février au Secrétaire du Comité d'organisation.

Les membres du Comité d'organisation sont :

Conseiller de Cour professeur Winternitz, président (1, Wipplingerstrasse 28); privat-docent K. Ullmann (1, Goldschmiedgasse 6), secrétaire.

Congrès dentaire international à Saint-Louis. — L'année prochaine, à l'occasion de l'exposition universelle qui aura lieu à Saint-Louis (Missouri), il se tiendra dans cette ville un Congrès dentaire international.

Création d'instituts bactériologiques. — Le ministre des cultes de Prusse vient de donner l'ordre d'établir un institut bactériologique dans chaque district administratif du royaume.

La crainte du microbe. — Dernièrement les médecins du service sanitaire ayant constaté qu'un certain Thomas Boden arrivant d'Europe à New-York était atteint de tuberculose, en avisèrent le département du Trésor. Celle-ci ordonna le renvoi du malade par le paquebot qui l'avait amené. Boden, en attendant le départ du steamer, fut interné à Long Island College Hospital.

Cependant, son frère qui habite Philadelphie ayant fait opposition à la décision du département du Trésor, l'affaire fut portée devant le juge qui se prononça en faveur du département du Trésor.

La conséquence de ce jugement est que désormais tous les tuberculeux arrivant en Amérique, s'ils sont reconnus tels à l'instant du débarquement, seront renvoyés d'où ils viennent par le bateau qui les aura amenés, et ce aux frais de la compagnie de navigation.

Des instructions sévères ont été données dans ce sens à tous les médecins sanitaires.

CONCOURS

Internat. — *Anatomie.* — Séance du 4 Février : MM. Dalimier, 5; Manoussi, 7; Georget, 7; Le Meur, 9; Le Louët, 6; Faure-Beaulieu, 9; Gaudeau, 13; Dupouy, 10.

Pathologie. — Séance du 5 Février : MM. Debidour, 9; Bailleul, 8; Maringer, 5; Auburtin, 11; Thuilleux, 9; Baillou, 9; Chiray, 10; Chapotin, 6; Pater, 9; Christesco, 4. — *Absents :* MM. Guerault, Hudelot, Bourretère, Rœderer, Picrart, Lebret, Lebras, Durey, Bonhomme, Jouve, Clermonthe, Croste, Chapay.

Internat de Saint-Lazare. — Un concours pour l'admission à six emplois d'aide-interne titulaire et à six emplois d'aide-interne provisoire collaborant au service médical de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare aura lieu le 7 Avril 1902.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours sont priés de se faire inscrire à la préfecture de police, service du Personnel. Le registre d'inscription, ouvert le 3 Février, sera clos définitivement le 1er Mars à 4 heures.

Tout candidat devra : 1° justifier de la qualité de Français; 2° être âgé de moins de vingt-huit ans; 3° être pourvu d'au moins douze inscriptions prises dans une faculté de l'État; 4° n'être pas reçu docteur en médecine.

Au moment de son inscription, il devra déposer : une demande sur papier timbré; un extrait authentique sur timbre de son acte de naissance; les pièces établissant sa situation au point de vue militaire; l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers; un certificat de scolarité, et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

Hôpitaux du Havre. — M. Guillot vient d'être nommé, après concours, chirurgien adjoint des hôpitaux du Havre.

Hôpitaux d'Oran. — Un service hospitalier d'ophtalmologie vient d'être installé à Oran. M. Gaudibert a été désigné, après un concours sur titre, comme médecin traitant chargé du service des maladies des yeux.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

PRATIQUE MÉDICALE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

NOUVELLES

LES MÉDECINS ET LES RÉFORMES SCOLAIRES

Les lettres reçues en assez grand nombre après mon premier appel aux médecins m'apportent presque toutes une adhésion motivée. Quelques-unes formulent des observations et posent des questions auxquelles j'avais l'intention de répondre en bloc. En même temps j'aurais pressé les retardataires et stimulé les hésitants.

Je préparais un article à ce sujet, mais je ne veux pas tarder à mettre sous les yeux des lecteurs de *La Presse Médicale* la très intéressante lettre que je reçois de mon collègue et ami Le Gendre, avec les commentaires qu'elle m'a suggérés.

« Mon cher ami,

« J'applaudis d'autant plus volontiers à l'appel chaleureux que tu adresses aux médecins à propos du projet de réforme de l'enseignement secondaire qu'il répond comme un écho à la communication que j'ai faite au Congrès de pédiatrie de Nantes au mois de septembre dernier sur la *part qui revient au médecin dans l'éducation et dans l'instruction*.

« Dans la séance consacrée à la puériculture sous la présidence du professeur Pinard, j'ai protesté contre l'indifférence où paraissent être les autorités universitaires à l'égard de nos opinions en matière de pédagogie. J'ai montré que, si les professeurs ont écouté en partie nos protestations contre le surmenage scolaire et consenti à donner une plus grande place que dans le passé aux exercices physiques, il y a bien des progrès encore à réaliser dans la voie de l'association entre l'éducation et la médecine, entre la pédiatrie et la pédagogie. J'ai soutenu qu'au point de vue de l'éducation et de l'instruction des enfants les médecins ne rendent pas à la société contemporaine les services qu'ils pourraient lui rendre, si elle les leur demandait et s'ils y étaient mieux préparés.

« Après avoir énuméré les nombreuses circonstances, depuis le début des études jusqu'au choix d'une carrière, où le médecin peut utilement conseiller les familles, j'ajoutais que par malheur le médecin de famille tend à disparaître et que cette disparition dépréciera la valeur sociale de notre profession. Mais à défaut du médecin de famille, on peut concevoir le rôle des médecins attachés aux établissements d'éducation et d'enseignement comme beaucoup plus important qu'il n'est actuellement. Il va sans dire que ces médecins devraient alors être plus nombreux et recrutés

avec un soin particulier, qu'on devrait exiger d'eux une plus grande somme de temps en les rémunérant proportionnellement à leur peine.

« Et, s'il faut absolument des spécialistes en la matière, puisque le public réclame des spécialistes, il s'en trouvera parmi les médecins qui sauront allier à l'étude des maladies physiques de l'enfant celle de la psycho-physiologie et qui joindront, à une assez large ouverture d'esprit, l'art d'interroger les enfants avec bonté et sagacité, la connaissance des ressources de la société contemporaine, la curiosité des problèmes pédagogiques et la facilité à embrasser avec sympathie les intérêts d'autrui, de l'enfant et de sa famille.

« Je dis que le médecin devrait avoir une plus large part qu'aujourd'hui à la surveillance des enfants au cours de leurs études, et être un véritable collaborateur des maîtres. Il peut être utile, et cela personne ne le conteste, quoique dans la pratique on n'en tienne pas le compte qu'il faudrait, dans l'indication des capacités physiques d'un enfant au point de vue de la somme de travail, de l'évaluation de la somme de repos dont il a besoin, de l'organisation des exercices physiques, mais encore de l'enseignement de l'hygiène, des avertissements à donner, quand vient la puberté, pour prévenir l'onanisme, les premiers abus sexuels, les maladies vénériennes. Il peut être utile aux chefs d'établissement et aux maîtres, pour indiquer dans quelle mesure tel ou tel enfant doit être modéré dans son travail ou exempté, comment on peut dépister et enrayer les déformations causées ou aggravées par les conditions de la scolarité (myopie, scoliose). Je pense qu'il devrait être consulté par les chefs de l'Université pour la durée et l'époque des vacances. Mais je vais plus loin : *le médecin devrait avoir été consulté sur le choix des méthodes pédagogiques et l'élaboration des programmes.*

« Et je me suis attaqué aux programmes encyclopédiques, qui épuisent la somme d'attention dont sont capables les enfants en l'éparpillant sur un trop grand nombre de sujets, — aux méthodes d'instruction qui, ayant la prétention de convenir à l'enfant en général, s'adaptent souvent très mal à beaucoup d'enfants particuliers, et qui, au lieu de s'adresser à la mémoire et à l'imagination seules, devraient, surtout au début des études, ne mettre les enfants aux prises qu'avec des programmes simples, et prendre pour bases l'observation et le raisonnement.

« Ainsi donc, je suis tout prêt à marcher avec toi dans la campagne qui revendique pour les médecins une voix consultative dans les conseils qui prépareront la réforme urgente de l'enseignement secondaire.

« A la première question de ton referendum, je réponds, j'avais déjà répondu, affirmativement : oui, j'estime que la surcharge des programmes et les méthodes actuelles d'enseignement sont une cause de danger pour la santé des élèves des établissements d'enseignement secondaire, — et non pas seulement pour leur santé physique, mais pour leur avenir intellectuel.

« Mais sur ta seconde question : faut-il supprimer l'étude du grec, je me sépare de toi. Sans doute il n'est pas nécessaire de *savoir le grec* pour être médecin ; il n'y a guère de médecins qui aient su le grec depuis la Renaissance. Mais il est possible de savoir les éléments du grec, qui me paraissent indispensables aux étudiants en médecine. Dans sa récente leçon d'ouverture, le professeur Landouzy faisait l'éloge du professeur Jaccoud, dont le Traité de pathologie ne pourrait être compris qu'avec un dictionnaire par des lecteurs ignorant le grec, et, dans cette même leçon si brillante, l'orateur, père déjà de plusieurs néologismes qui ont fait fortune, la bradytrophie par exemple, a encore mis au jour l'orologie et l'hypurgie ; c'est dire que le rôle du grec dans la confection de la langue médicale n'est pas terminé et que les médecins ne peuvent encore se dispenser d'en apprendre un peu.

« Enfin, j'adhère bien volontiers à l'idée de fonder une Ligue des Pères de famille amis de l'Université, qui servirait de ralliement aux médecins convertis à notre manière de voir. Je suis prêt à m'y enrôler pour continuer, comme je le fais depuis 1894 dans les réunions de l'Association pour l'avancement des Sciences et dans les Congrès de pédiatrie, à réclamer une meilleure hygiène pour les muscles, le tube digestif et le cerveau des collégiens français.

« Crois-moi ton dévoué,

« P. Le Gendre. »

Impossible d'exposer d'une façon plus claire et d'une plume plus alerte le rôle important que les médecins ont le droit de jouer près de l'Université, et la place qu'ils ont le devoir de réclamer dans ses conseils. La logique même des choses les désigne comme les représentants naturels des familles près des autorités et dans les établissements scolaires.

Les explications données par M. Le Gendre me paraissent répondre fort bien à diverses objections, à diverses questions posées par mes correspondants. Le but de la manifestation est nettement indiqué.

Une seule divergence dans nos façons de voir. M. Le Gendre redoute que les étudiants en médecine de l'avenir ne comprennent plus le Traité de pathologie du professeur Jaccoud, les Cliniques du professeur Landouzy ou les œuvres de leurs émules en néologismes.

Laissez-moi croire que quatre années d'étude du grec ne sont pas nécessaires pour cette entente. Trois mois d'étude spéciale du grec au point de vue de la formation des mots suffiraient certainement non seulement pour comprendre les termes scientifiques empruntés au grec, mais même pour commettre soi-même des mots nouveaux.

Réduite à ces proportions, la question du grec perd toute son importance. Et du reste le projet Leygues-Ribot donne satisfaction à toutes les opinions et à toutes les aptitudes puisqu'on aura accès dans toutes les grandes écoles en ayant étudié : *a*) le latin et le grec ; *b*) le latin et deux langues vivantes ; *c*) le latin, une langue vivante et les sciences ; *d*) les langues vivantes et les sciences. Si les maîtres se valent pour ces quatre sections, la comparaison entre les élèves de ces quatre provenances sera des plus instructives dans les hautes écoles.

Dans la lettre du ministre de l'Instruction publique au président de la Commission des réformes scolaires, nous relevons ces lignes pleines de promesses : « J'ajoute qu'il y a lieu d'une manière générale de mesurer le plus exactement l'enseignement aux forces et à l'âge des élèves, et de donner plus de temps à la vie en plein air et aux exercices physiques ».

Il faut profiter de ces bonnes intentions. Il faut que les médecins pèsent de tout le poids de leur autorité sur les Chambres et sur l'Université pour que le côté hygiénique de la réforme soit suffisant. Il importe qu'ils fassent de la propagande dans ce sens près des pouvoirs publics, des familles et des membres de l'Université. Beaucoup de pères de famille et de professeurs ne *se doutent pas* des nécessités de la puériculture, de l'élevage de la race humaine, beaucoup plus négligé que l'élevage de la race chevaline.

La ligue des médecins et des pères de famille dont nous désirons la constitution aura pour premier devoir de vulgariser autant que possible les idées si bien exprimées dans la lettre de Le Gendre. C'est par les médecins qu'a été inaugurée la lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose. C'est par eux que sera réalisée la réforme hygiénique des lycées ; sans eux elle aura difficilement l'ampleur et la durée.

La ligue devra se proposer l'étude approfondie de toutes les questions communes à l'hygiène et à la pédagogie ; elle contribuera ainsi à préparer les spécialistes dont l'Université ne pourra plus se passer dans l'avenir. Elle viendra à l'Université en collaboratrice, elle vivra près d'elle en amie.

Nous prions les médecins qui partagent nos idées de nous envoyer leur adhésion le plus tôt possible. L'occasion est favorable, et le temps presse.

Nous supplions même les ennemis de nos idées de nous répondre ; le pire des maux pour une société ou une corporation, c'est l'indifférence devant des questions d'intérêt vital !

Albert Mathieu.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement des engelures par l'eau oxygénée.

M. Courtin, depuis trois années, fait usage, dans son service de chirurgie de l'hôpital des Enfants de Bordeaux, de bains locaux d'eau oxygénée pour le traitement des engelures des extrémités.

Il a eu l'occasion de faire suivre ce traitement par des enfants porteurs d'engelures à tous les degrés, ulcérées ou non, et dans tous les cas il a obtenu des résultats satisfaisants. Voici la technique.

Chez les petits enfants, faire réduire l'eau oxygénée du commerce, qui est de 12 volumes, à 3 volumes, en mélangeant cette eau oxygénée à de l'eau bouillie chaude. Faire prendre un bain des extrémités atteintes, dans ce mélange, pendant une demi-heure chaque jour.

Chez l'enfant au-dessus de trois ans et chez l'adulte, faire réduire la solution d'eau oxygénée du commerce à 6 volumes, toujours avec de l'eau bouillie chaude, et faire prendre un bain de même durée.

Dans tous les cas, si les malades présentent des engelures ulcérées, mélanger à l'eau oxygénée une solution saturée de borate de soude, pour en réduire l'acidité, et diminuer la douleur de l'application.

Les pieds et les mains bleuis par les engelures deviennent rouges après quelques instants d'immersion. Les plaies à fond grisâtre et blafard, recouvertes d'un pus sanieux ou sanguinolent, reposant sur des doigts ou des orteils tuméfiés et œdémateux, se détergent vite. Après un ou deux bains, on voit des bourgeons charnus rosés apparaître au fond des plaies, et la cicatrisation s'effectuer rapidement.

Il faut ajouter qu'après le bain les plaies sont simplement pansées avec de la gaze et de la vaseline aseptiques.

Trois bains d'une demi-heure de durée suffisent en général pour guérir les engelures non ulcérées. Un plus grand nombre est nécessaire dans les autres cas, suivant la plus ou moins grande infection des plaies, leur étendue et leur profondeur.

BIBLIOGRAPHIE

Intorno al valore terapeutico del gargarismo, par le Dr Teodosio Aymaretto. (*Roux e Karengo*. Turin.)

Uremia, par Julio Escobar, à Guatemala.)

Traitement des maladies contagieuses de l'appareil générateur, par P. Buret, secrétaire général de la Société de médecine de Paris, 1 vol. in-12 de 228 pages broché, 4 francs. (*Société d'éditions scientifiques*, Paris.)

Essai de sémiologie urinaire, par Camille Vieillard, élève de l'Institut Pasteur, avec préface d'Albert Robin, de l'Académie de médecine, 1 vol. in-12 de 376 pages ; prix, broché 6 francs. (*Société d'éditions scientifiques*, Paris.)

La pression artérielle de l'homme à l'état normal et pathologique, par le prof. Potain, membre de l'Institut. 1 vol. in-8° avec figures et tracés, 5 francs. (*Masson et Cie*, éditeurs),

UNITÉ DE LA TUBERCULOSE HUMAINE ET DE LA TUBERCULOSE BOVINE

Par le Professeur S. ARLOING
(de Lyon.)

Villemin démontra l'inoculabilité de la tuberculose de l'homme et de la vache au lapin. Il publia le résultat de sa première expérience le 5 décembre 1865, à l'Académie de médecine de Paris. Il s'en dégageait que la tuberculose était une maladie virulente et contagieuse.

Cette notion s'éloignait beaucoup des idées reçues à cette époque; aussi fut-elle accueillie avec la plus grande défiance. Il faut lire les débats dont la tribune de l'Académie fut le théâtre pour comprendre toutes les difficultés que peut rencontrer l'introduction d'une vérité nouvelle dans le domaine de la science.

En 1868, vaincus et forcés de tenir pour exacte l'inoculabilité de la matière tuberculeuse, les adversaires de Villemin continuèrent la lutte en repoussant l'idée de la nature virulente de la tuberculose. Ils s'appuyaient sur les deux considérations suivantes : 1° l'inoculation faite par Villemin est une introduction violente de la matière tuberculeuse dans l'organisme: 2° l'envahissement de proche en proche du système lymphatique attaqué est un phénomène de migration qui ne rappelle nullement le processus des autres affections virulentes.

Chauveau entreprit de renverser la première objection. Il essaya d'infecter des animaux de l'espèce bovine, douée d'une grande réceptivité naturelle, en plaçant la matière tuberculeuse au contact de la muqueuse digestive intacte.

Dans une première série d'expériences, l'auteur fit avaler à de jeunes sujets de l'espèce bovine de la substance infectante empruntée à des poumons de vaches phtisiques : tous les animaux devinrent rapidement tuberculeux et purent transmettre la tuberculose à d'autres sujets.

Dans une seconde série, les veaux reçurent, avec leurs aliments, de la matière tuberculeuse empruntée à des poumons humains offrant les lésions de la granulie ou de la pneumonie caséeuse : tous devinrent aussi rapidement et gravement tuberculeux[1].

Ces expériences eurent un très grand retentissement, non seulement parce qu'elles plaçaient la virulence de la matière tuberculeuse au-dessus de toute contestation, mais encore parce qu'elles démontraient l'*identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine*, identité vivement combattue à cette époque par Virchow, au nom de l'anatomie pathologique.

* * *

Ici, la démonstration expérimentale l'emporta sur les arguments tirés de la forme et de l'aspect des lésions. C'était justice, car, dans le domaine de la virulence, la propriété infectante de la lésion est capitale, la morphologie tout à fait secondaire.

On admit donc la commune nature de la granulie et de la pneumonie caséeuse de l'homme, et de la pommelière ou tuberculose du bœuf; et, de plus, la transmissibilité réciproque de la tuberculose de l'homme au bœuf et du bœuf à l'homme. Enfin, l'attention fut vivement attirée sur les dangers que l'alimentation avec des viandes ou du lait issus d'animaux tuberculeux fait courir à notre espèce.

* * *

Vint ensuite la découverte du bacille spécifique par Robert Koch, en 1882. Elle corrobora les idées de Villemin sur la nature de la virulence de la tuberculose.

Ce bacille étant présent dans les lésions tuberculeuses de l'homme et des mammifères, ayant à peu près constamment la même forme, la même affinité pour les couleurs, en dépit de l'action subséquente de l'alcool et des acides minéraux dilués, l'auteur crut d'abord à l'identité de la tuberculose de l'homme et des mammifères.

Si, comme il l'affirme actuellement, quelques doutes se sont élevés dans son esprit dès le début, personne n'a pu les entrevoir. N'a-t-il pas dit explicitement que l'infection de l'homme pouvait procéder de la tuberculose des animaux domestiques, particulièrement de la pommelière, « *car elle est identique à la tuberculose de l'homme* »?

Ce n'est que plus tard, à dater de 1890, qu'il regarda les bacilles de la tuberculose aviaire comme une espèce à part, quoique très rapprochée des vrais bacilles de la tuberculose. Il ajouta même que cette différence soulevait un problème important pour la pratique, à savoir si le bacille de la tuberculose des poules est pathogène pour l'homme.

Ce problème, qu'avaient déjà soulevé Rivolta et Maffucci, que soulevèrent ensuite Straus et Gamaleia, a été résolu par l'affirmative, grâce aux travaux d'un grand nombre d'expérimentateurs, parmi lesquels nous comptons, en France, Cadiot, Gilbert et Roger, Jules Courmont et Louis Dor, et Nocard, dont les expériences plus récentes, faites par un procédé différent, ont abouti à la même conclusion.

Si donc la discussion sur la nature de la tuberculose aviaire pouvait encore retentir à nos oreilles, comme un écho déjà lointain, l'entente semblait parfaite sur l'identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine.

* * *

Au surplus, l'identité se confirmait davantage chaque jour, soit par des expériences comme celles de la Commission anglaise dont Sydney Martin et Woodhead ont rendu compte, soit par l'observation de quelques cas où la tuberculose se transmettait accidentellement du bœuf à l'homme et réciproquement.

En 1895, la Commission royale britannique de la tuberculose infecta six veaux par injection de crachats tuberculeux : 2 de ces animaux n'eurent pas de lésions, 1 présenta 53, 1 autre 63, les troisième et quatrième offrirent 13 nodules tuberculeux dans l'intestin.

Parmi les exemples de contamination locale, à la faveur d'une blessure faite au cours de l'autopsie d'un animal tuberculeux, on cita ceux publiés par Tschernig, Pfeiffer, Hartzell.

Dans le plus grand nombre des cas, l'infection ne sortit pas du siège de l'inoculation. Les lésions étant détruites sur place ou extirpées, les blessés restèrent en bonne santé. Cependant, il s'agissait bien d'une lésion tuberculeuse, car l'étude microscopique y démontra la présence des bacilles de Koch et l'inoculation au cobaye entraîna une tuberculose généralisée. Une fois, malgré la destruction et la guérison de l'accident local, on assista à l'évolution d'une tuberculose viscérale qui emporta le malade.

On signala ensuite les exemples où la tuberculose s'est transmise à l'homme par l'usage du lait de vache tuberculeuse.

Ils sont nombreux. Quelques-uns remontent à plusieurs années. Tels sont ceux publiés par Chauveau, par Ollivier et Boutet, par Gosse. D'autres sont plus récents. Le plus remarquable, car il a presque la rigueur d'une expérience, est l'exemple offert par la fille du professeur Gosse, de Genève. Cette jeune personne, exempte d'antécédents, contracta une tuberculose intestinale. Il fut établi ensuite que le lait dont elle faisait usage provenait d'une vache tuberculeuse.

Dans un autre ordre, on a publié plusieurs observations d'où il résulte que l'apparition de la tuberculose dans une étable peuplée de sujets de l'espèce bovine a coïncidé avec l'arrivée dans cette étable d'un vacher tuberculeux; et inversement, qu'un séjour prolongé dans une étable renfermant des vaches tuberculeuses a causé la tuberculisation de l'homme.

Au surplus, nous n'insisterons pas sur ces faits; les cas de propagation de l'animal à l'homme par inoculation directe suffisant à étayer la thèse de l'identité que nous tenons à mettre en évidence.

A les envisager de près, ils montrent la tuberculose bovine plus redoutable pour l'homme que la tuberculose humaine, puisque, dans un cas, la tuberculose cutanée s'est généralisée aux viscères, chose très exceptionnelle à la suite des inoculations accidentelles de la tuberculose humaine.

* * *

Ces découvertes et ces observations venant successivement se prêter un mutuel appui ne manquèrent pas de frapper tous les esprits. Il parut de plus en plus nécessaire de nous protéger contre les chances d'infection résultant de l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux. Aujourd'hui, chez toutes les nations, on a prescrit des mesures préventives plus ou moins sévères.

La virulence de la chair a été appréciée de manières différentes. Galtier[1] ne la juge pas très dangereuse pour l'homme qui se nourrit de cette viande. Néanmoins partout on a reconnu l'utilité d'une inspection sanitaire attentive.

En France, les viandes provenant d'animaux tuberculeux sont saisies et exclues en totalité de la consommation : 1° quand les lésions tuberculeuses sont accompagnées de maigreur; 2° quand il existe des tubercules dans les muscles ou dans les ganglions intramusculaires; 3° quand la généralisation de la tuberculose se traduit par des éruptions miliaires de tous les parenchymes et notamment de la rate; 4° quand il existe des lé-

1. Chauveau. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1868, 17 Novembre; *Soc. med. de Lyon*, 1870; *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1872; *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1873; II[e] *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Paris, 1891.

1. Galtier. — *Journal de méd. vétér.*, Lyon. 1902.

sions tuberculeuses importantes à la fois sur les organes de la cavité thoracique et de la cavité abdominale. Elles ne sont saisies et exclues qu'en partie de la consommation : 1° quand la tuberculose est localisée soit à la cavité thoracique soit à la cavité abdominale; 2° quand les lésions tuberculeuses, bien qu'existant à la fois dans la cavité thoracique et dans la cavité abdominale, sont peu étendues. Dans ce cas, la saisie et l'exclusion ne portent que sur les portions de viande directement en contact avec les parties malades.

Nombreux sont les expérimentateurs qui, de tous côtés, ont constaté la virulence du lait. Elle existe dans plus de la moitié des cas où les mamelles présentent des lésions tuberculeuses, et quelquefois dans les cas de tuberculose sans lésions mammaires. Dans les laits offerts à la consommation des villes, qui sont des laits mélangés provenant de différentes bêtes, on en a trouvé 2 à 30 et 33 pour 100 renfermant l'agent virulent; ces laits sont dangereux.

On a trouvé aussi très fréquemment le bacille dans le beurre. Mais il y a lieu de faire quelques restrictions. Souvent, en effet, on se contentait de déceler le bacille par la coloration et l'examen microscopique. Or, nous savons depuis les travaux de Koch, Pétri, Rabinowitsch et de très nombreux observateurs que le beurre et le lait renferment souvent des bacilles dits *acidophiles* qui ont pour les colorants les mêmes affinités que le bacille de Koch sans en avoir les propriétés pathogènes.

Donc et malgré la découverte des bacilles acidophiles, il est indispensable de se méfier du lait provenant des vaches suspectes ou du lait ayant une provenance inconnue.

En France, la loi interdit la vente et l'usage du lait provenant de vaches tuberculeuses; elle en tolère l'emploi pour l'alimentation des animaux, à la condition qu'il soit utilisé sur place après avoir été bouilli. En Danemark, les propriétaires sont tenus de ne pas vendre le lait fourni par des vaches atteintes de tuberculose mammaire, ni de l'employer à la nourriture des hommes sous une forme quelconque, et de ne l'employer qu'après cuisson pour la nourriture des animaux.

Comme il est impossible de compter toujours sur la bonne foi des propriétaires, comme ils peuvent ignorer eux-mêmes l'existence de la tuberculose dans leurs étables, tous les consommateurs agiront sagement en stérilisant par l'ébullition les laits qui ne leur présentent par des garanties absolues de salubrité.

Il faut reconnaître que, partout ou presque partout, on se soumet de plus en plus à ces diverses prescriptions.

*
* *

Cependant, nous devons à la vérité de dire qu'au fur et à mesure que les recherches se multipliaient, on découvrait quelques différences entre le bacille d'origine humaine et le bacille d'origine bovine, au point de vue bactériologique pur comme au point de vue pathogénique.

Déjà Villemin avait observé que la matière tuberculeuse venant du bœuf paraissait plus virulente que la matière venant de l'homme. Mais ce sont surtout les travaux de Smith[1], de Dinwiddie[1], de Frothingham, de Baumgarten et Gaiser qui ont fixé l'attention sur ces différences.

Dans les cultures, les bacilles d'origine bovine sont plus courts, plus épais, plus ovales, moins granuleux que les bacilles d'origine humaine. Inoculés aux animaux de l'espèce bovine, les premiers se sont montrés beaucoup plus actifs que les seconds.

Ainsi Smith inocula 11 animaux : 5 avec des bacilles de la pommelière, 6 avec des bacilles humains. Dans le premier lot, deux sujets succombèrent à une tuberculose miliaire, un présenta une granulie typique, les deux derniers offrirent quelques lésions seulement. Dans le second lot, l'inoculation produisit simplement des lésions locales insignifiantes. Frothingham inocula 7 veaux, les uns dans le péritoine ou dans la trachée, les autres sous la peau. Ces animaux offrirent des lésions tuberculeuses aux points où le virus avait été déposé, ou dans les ganglions correspondants; aucun ne prit une tuberculose généralisée. Baumgarten et Gaiser inoculèrent un veau dans l'œil et sous la peau avec des bacilles d'origine humaine, et un autre avec des bacilles d'origine bovine. Le second sujet fut pris d'une tuberculose généralisée, le premier ne présenta aucune lésion tuberculeuse.

Il résulte de ces expériences que les lésions de la tuberculose bovine, ainsi que les bacilles qu'elles renferment, possèdent communément une virulence supérieure à celles des lésions et des bacilles de la tuberculose humaine, que les bacilles chez le bœuf et chez l'homme ne sont pas, morphologiquement, absolument identiques; cependant, les auteurs précédents ne songèrent pas à séparer les deux tuberculoses, à en faire deux groupes spécifiquement distincts; dans leur pensée, elles constituaient deux variétés d'une seule et même maladie.

*
* *

D'ailleurs, les caractères morphologiques, biologiques et pathogéniques sont loin d'être fixes dans chacune de ces variétés. Prenons la variété humaine :

S. Arloing a démontré, depuis 1884[2], que les lésions ganglionnaires dites scrofuleuses, que la plupart des tuberculoses chirurgicales étaient moins virulentes que bon nombre de lésions tuberculeuses des viscères et des séreuses. Celles-ci, inoculées sous la peau, infectent le lapin et le cobaye, tandis que les premières n'infectent que le cobaye. Il a montré aussi que certaines lésions tuberculeuses qui, au début, infectaient simplement le cobaye, devenaient capables de tuberculiser le lapin après plusieurs passages dans l'organisme du premier animal.

Le virus tuberculeux peut donc exister dans l'organisme humain sous des degrés d'activité divers, que la réceptivité plus ou moins marquée de telle ou telle espèce animale nous permet de découvrir[3]. De plus, un virus tuberculeux affaibli, avant ou après son entrée dans le corps humain, est capable de récupérer une partie de l'activité qu'il a perdue en se reproduisant plusieurs fois de suite dans le corps du cobaye.

L'affaiblissement du virus tuberculeux peut aussi se constater chez l'homme en dehors des lésions ganglionnaires et osseuses. S. Arloing et J. Courmont ont observé plusieurs degrés de virulence du lupus[1]. J. Courmont et Denis ont trouvé des tuberculoses pulmonaires analogues aux tuberculoses chirurgicales, sous le rapport de la virulence[2].

On a prétendu, il est vrai, cédant à une idée émise par Koch, que ces degrés divers de virulence tenaient au nombre des bacilles plutôt qu'à une modification de leur virulence. Opinion singulière, faisant du bacille de Koch un être exceptionnel, apte à échapper aux causes d'atténuation, qui fut démontrée inexacte, dans le cas particulier, par les expériences de S. Arloing[3].

Quant à la forme, les cultures pures du bacille de Koch sur des milieux solides, sont loin d'avoir toujours le même aspect. Les bacilles sont loin d'avoir exactement les mêmes dimensions, la même forme, la même aptitude à fixer la couleur.

S. Arloing est parvenu à créer une variété qui végète très bien dans du bouillon, en culture homogène. Les bacilles sont assez longs, inégaux, souvent incurvés, clairs dans certains points, plus ou moins aptes suivant leur âge à retenir la couleur en présence des acides.

Ces bacilles ne produisent plus de tuberculose généralisée, comme autrefois, par inoculation sous-cutanée; ils n'en produisent pas non plus, chez le lapin, après inoculation dans la veine jugulaire; ils ne manifestent des propriétés tuberculisantes qu'après leur injection dans le péritoine.

Connaissant la filiation des cultures, S. Arloing a donc assisté à l'apparition d'une variété du bacille de la tuberculose humaine[4].

En d'autres termes, le bacille humain ne cesse pas d'être lui-même, qu'il perde ou qu'il reprenne l'aptitude à tuberculiser le lapin, et les changements peuvent s'opérer lorsqu'il passe de tube à tube ou d'animal à animal.

De plus, la virulence du bacille s'adapte au bout de quelque temps à l'organisme dans lequel il se reproduit, de sorte que si on le transporte tout à coup dans un organisme plus résistant, il semble avoir perdu une grande partie de sa virulence.

Voilà des exemples de variations qui n'avaient peut être pas frappé les observateurs qui ne se livrent pas à une étude approfondie de la tuberculose. Il est bon de les avoir présents à l'esprit pour apprécier raisonnablement les idées que nous nous proposons de discuter.

Ces variations existent aussi chez le bacille de la tuberculose bovine. Mais, dans tous les cas, nous le répétons, pour toutes les personnes qui les avaient observées, elles ne portaient aucune atteinte au dogme de l'unité de la tuberculose.

*
* *

Aussi, grande fut la surprise, lorsque Robert Koch est venu proclamer, dans une

1. Smith. — *Transactions assoc. Americ. Physicians*, 1896.

1. Dinwiddie. — In *Arkausas agricult. Experiment. Station, Bulletins*, 1899.
2. S. Arloing. — In *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1884 et 1886.
3. Putz, autrefois, a rencontré une tuberculose humaine qui était infectante pour le cheval et non infectante pour le veau.

1. S. Arloing et J. Courmont. — *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Paris, 1893.
2. J. Courmont. — *Revue de la tuberculose*, 1894.
3. S. Arloing. — Leçons sur la tuberculose, Paris, 1892.
4. S. Arloing. — *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1898, et Congrès international de médecine, Paris, 1900.

séance générale du Congrès britannique contre la tuberculose [1], que ses recherches lui avaient permis de se faire une opinion différente de celle généralement admise.

Il s'est demandé si l'infection tuberculeuse peut, comme on le pense d'ordinaire, se transmettre par le passage des germes morbides de l'animal à l'homme. Et il s'est prononcé pour la négative, parce que, pour lui, le bacille de la tuberculose humaine est différent du bacille de la tuberculose bovine.

Passant, sous l'empire de cette idée, à l'examen des sources de la tuberculose, Koch a déclaré que la seule source importante de l'infection tuberculeuse était le crachat du phtisique, que la propagation de la tuberculose par le lait ou la chair des animaux est insignifiante, qu'il n'est pas nécessaire de prendre des mesures contre elle, tandis que tous les efforts doivent être uniquement dirigés contre la diffusion des crachats.

De telles assertions sont de la plus haute gravité, car elles entraînent la condamnation des mesures préservatrices édictées de tous côtés, et si elles sont erronées c'est la contagion par la tuberculose animale s'exerçant librement chez nous, et ajoutant ses ravages à ceux de la contagion d'homme à homme.

Si une partie du public et quelques personnes intéressées les accueillirent avec empressement, elles rencontrèrent au sein du Congrès une assez vive opposition. Finalement, les sanctions proposées par Koch ne furent pas votées.

*
* *

Koch repousse l'identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine, ainsi que les mesures prises contre certains produits alimentaires suspects : 1° parce que les bacilles humains, contrairement aux bacilles d'origine bovine, n'infectent pas le bétail; 2° parce que la tuberculisation de l'homme par les bacilles animaux est douteuse, et, dans tous les cas extrêmement rare.

L'expérimentation et la statistique, dit-il, se prêteraient un mutuel appui pour démontrer que la tuberculose bovine et la tuberculose humaine sont deux espèces distinctes.

a) Koch et le professeur Schütz, de Berlin, ont fait un grand nombre d'expériences sur l'inoculabilité des bacilles de l'homme et des bacilles du bœuf. Ces expériences ne sont devenues intéressantes pour leurs auteurs qu'à partir du moment où elles ont porté sur des animaux autres que les lapins et les cobayes.

Leurs expériences sur les grands animaux se divisent en deux groupes : l'un comprend les expériences faites avec la tuberculose humaine, l'autre, celles faites avec la tuberculose bovine. Dans chaque groupe, des animaux ont été infectés par ingestion, par inoculation sous-cutanée et péritonéale, par injection intra-veineuse et par inhalation. Les séries n'étaient pas constituées d'une manière uniforme. Certaine comprenait seulement des veaux, d'autres des veaux et des porcs, d'autres enfin, des veaux, des porcs et des moutons.

Trente-quatre animaux ont été inoculés avec des bacilles humains ou des crachats; 21 avec des bacilles d'origine bovine.

Ces 21 animaux furent *tous* infectés de la façon la plus grave; quelques-uns moururent de la tuberculose en l'espace d'un mois et demi à deux mois. Au contraire, des 34 premiers, 30 auraient donné un résultat négatif, 4 un résultat douteux. Ces derniers appartenaient : 1 à la série des inoculations par ingestion; 2 à la série des inoculations intra-veineuses; 1 à la série des inoculations par inhalation.

Les sujets regardés comme douteux par Koch et Schütz ont présenté quelques nodules tuberculeux dans les ganglions du cou et quelques granulations dans le poumon. Ajoutons que ces granulations renfermaient des bacilles, et que, réduites en pulpe et inoculées à des cobayes, elles rendirent ceux-ci tuberculeux.

Koch et Schütz dirent encore à Londres que des expériences poursuivies sur des ânes et des chèvres avaient donné les mêmes résultats.

b) « Si le bacille de la tuberculose bovine pouvait infecter l'organisme humain, a dit Koch, les cas de tuberculose causés par l'ingestion d'aliments (principalement lait et beurre) contenant le bacille se rencontreraient chez les habitants des grandes villes et en particulier chez les enfants. De nombreux médecins pensent qu'il en est ainsi. » Koch croit le contraire, parce qu'il estime très rares les seuls cas qui, pour lui soient caractéristiques d'une tuberculose alimentaire, ceux où l'on trouve une *tuberculose intestinale primitive*. Lui-même n'en aurait rencontré que deux exemples; on n'en aurait observé que 10 cas, en cinq ans, à l'hôpital de la Charité de Berlin. Encore n'est-il pas démontré que toutes ces tuberculoses intestinales, incontestablement d'origine alimentaire, puissent être rattachées à la tuberculose bovine. Koch nous indique le moyen d'en décider : faites une culture pure du bacille existant dans les lésions tuberculeuses et inoculez-la sous la peau du bœuf; si elle produit une tuberculose généralisée, elle est d'origine bovine. Le malheur est qu'au jour de la communication, l'auteur n'avait examiné qu'un petit nombre de cas. On ne sait donc pas exactement à quoi s'en tenir sur le parti que le professeur de Berlin pourra tirer de son procédé de diagnostic.

Tels sont les faits sur lesquels Koch a basé la très subversive conclusion suivante : « *La propagation de la tuberculose par le lait ou la chair des animaux est à peine plus fréquente que la tuberculose héréditaire; par conséquent je ne crois pas nécessaire de prendre aucune mesure contre elle.* »

c) Koch et Schütz, pour séparer la tuberculose humaine de la tuberculose bovine, s'appuient encore sur les résultats obtenus par quelques expérimentateurs, notamment Chauveau, Gunther et Harms, Bollinger, Smith, Dinwiddie et Frothingham. Ils estiment que les expériences de ces auteurs sur l'ingestion d'organes tuberculeux ou l'inoculation de bacilles corroborent celles qu'ils ont publiées.

*
* *

Maintenant que le lecteur a pu se faire une idée de l'état de la question jusqu'à l'ouverture du Congrès de Londres, nous devons examiner si, à ce moment, Koch était autorisé à conclure catégoriquement pour la séparation des deux tuberculoses et la suppression des mesures visant les substances alimentaires suspectes.

a) Disons tout de suite que Koch n'est pas toujours légitimement fondé à invoquer les expériences faites par ses devanciers. La plupart, en effet, indiquent une différence d'activité entre les deux tuberculoses et n'admettent pas une séparation tranchée. Certains expérimentateurs, Chauveau, par exemple, ont obtenu l'infection du bœuf à la suite de l'ingestion de produits tuberculeux humains. Par conséquent le passé plaçait Koch en présence de résultats positifs; il aurait dû en chercher la cause, au lieu de n'en tenir aucun compte.

En dehors des auteurs qu'il cite, S. Arloing avait publié, en 1900 [1], un mémoire contenant trois exemples de tuberculisation de l'âne par l'injection intra-veineuse de bacilles pures tirés de l'homme.

Donc, la bibliographie imposait à l'éminent bactériologue de Berlin une très grande circonspection.

b) Nous en dirons autant sur la question de savoir si la tuberculose du bœuf peut se transmettre à l'homme par ingestion. Il suffit d'ouvrir les yeux pour trouver dans la littérature des faits d'infection par ingestion qui s'imposent à l'esprit; et il faut professer une rare incrédulité pour les observations d'autrui pour méconnaître les relations maintes fois signalées entre la tuberculose de l'intestin ou des lymphatiques de cet organe avec l'allaitement artificiel ou l'ingestion de lait non stérilisé.

Après avoir réduit dans des proportions invraisemblables le nombre des tuberculisations intestinales en général, Koch veut rendre à peu près impossible la vérification des cas provenant d'une infection par les bacilles du bœuf. Effectivement, il n'admet l'origine bovine d'une tuberculose *primitive* de l'intestin sur un enfant qu'après avoir cultivé le bacille contenu dans la lésion et obtenu, par inoculation sous-cutanée d'une culture pure, l'infection générale d'un veau. Or, pour quiconque est quelque peu familiarisé avec les suites de l'inoculation sous-cutanée de la tuberculose bovine aux bovidés, le résultat demandé ne sera presque jamais atteint; car il est de règle à peu près générale que les effets de ces inoculations se bornent à des lésions locales et à l'apparition de foyers tuberculeux dans le ganglion le plus voisin où se rendent les lymphatiques de la région inoculée.

c) Les propres expériences de M. Koch sont-elles plus convaincantes? Pas davantage. Nous avons dit plus haut que dans le groupe des expériences faites avec les bacilles humains, Koch et Schütz admettaient 4 résultats douteux à côté de 30 résultats négatifs. Or, si on se reporte au protocole des expériences publié dans le rapport adressé par les deux auteurs aux ministres qui ont subventionné leurs travaux, on s'aperçoit que les animaux rangés sous le titre *douteux* sont bel et bien des tuberculeux, car ils ont répondu affirmativement à deux ou trois des critères usités pour reconnaître la tuberculose. Bien plus, si on lit attentivement tous les protocoles, on découvre encore 3 sujets que tout expérimentateur non prévenu classera parmi les infectés. Cela porterait le nombre des infectés à 7 sur 30 : 5 porcs, 1 veau et 1 mouton.

1. Londres, 1901, Juillet.

1. S. Arloing. — *Journal de physiologie et de pathologie générale*, Juillet 1900.

Ces animaux présentaient assurément des lésions moins étendues que les sujets inoculés avec les bacilles du bœuf. Mais ils n'en portaient pas moins les stigmates de l'infection à laquelle on les avait soumis.

Voici, par exemple, comment s'expriment Koch et Schütz sur le compte d'un veau soumis à des inhalations de bacilles humains, et classé parmi les résultats douteux :

..... Das Allgemeinbefinden und die Freszlust waren stetz gut, dagegen hustete das Thier nach dem ersten Monat bis zum Tage der Tödtung häuftiger.

Pathologisch-anatomischer Befund. — Einige abgekapselte zusammenliegende erbsengrosze tuberkulöse Herde in der rechten Lunge. Leberegel in den Gallengängen.

Mikroskopischer Befund. — Anwesenheit von Bazillen der menschlichen Tuberkulose in der erkrankten Lungentheilen.

Meerschweinchenübertragung. — Die mit erkrankten Lungenstückchen infizirten Meerschweinchen erkrankten an allgemeiner Tuberkulose.

..... L'état général et l'appétit sont bons. Par contre, l'animal tousse à partir du premier mois, et de plus en plus fréquemment jusqu'au jour de la mort.

Examen anatomo-pathologique. — Quelques foyers enkystés tuberculeux de la grosseur de pois verts et rapprochés dans le poumon droit. Douves dans les canaux biliaires.

Examen microscopique. — Présence de bacilles de tuberculose humaine dans les parties malades du poumon.

Transmission aux cobayes. — Tous les cobayes injectés avec des parties de poumon malade prennent de la tuberculose généralisée.

Ce cas douteux est assurément un cas positif.

Voyons, à présent, le protocole de l'une des trois expériences dont le résultat est confondu avec les résultats négatifs, et que nous regardons comme un résultat positif :

Il s'agit d'un porc ayant ingéré des crachats tuberculeux.

Pathologisch-anatomischer Befund. — Einige stecknadelkopfgrosze, käsige und kalkige Knötchen in den hinter dem Schlundkopfe gelegenen Lymphdrüsen. Im Uebrigen alle Organe normal.

Mikroskopischer Befund. — In den Knötchen der genannten Lymphdrüsen wurden Tuberkelbazillen ermittelt.

Meerschweinchenübertragung. — Die mit Theilen der Knötchen infizirten Meerschweinchen erkrankten an allgemeiner Tuberkulose.

Examen anatomo-pathologique. — Quelques petits noyaux caséeux et calcaires de la grosseur de très petites têtes d'épingles dans les glandes lymphatiques situées derrière le pharynx.

Examen microscopique. — Dans les noyaux des glandes lymphatiques citées plus haut, on trouve des bacilles tuberculeux.

Transmission aux cobayes. — Les animaux injectés avec des fragments des noyaux prirent de la tuberculose généralisée.

Il s'agit évidemment ici d'un cas d'infection tuberculeuse que Koch et Schütz classent parmi les cas négatifs parce que l'on n'a pas trouvé sur le sujet quelques tubercules pulmonaires. Si le poumon avait présenté quelques granulations, le cas serait devenu douteux. Cette manière d'interpréter les résultats est toute de convention. Pour nous, on est en face de deux exemples d'infection à des degrés différents.

Nous allons citer encore une expérience dite négative.

Koch a fait une injection sous-cutanée de bacilles humains sur un porc. Voici la fin du protocole de l'expérience :

Pathologisch-anatomischer Befund. — Tuberkulöser käsiger Herd an der Injectionsstelle des linken Hinterschenkels. Tuberkulose in der linken äuszeren Schamdrüse. Partielle leichte katarrhalische Lungenentzündung.

Mikroskopischer Befund. — In der Injectionsstelle und in der linken äuszeren Schamdrüse wurden Tuberkelbazillen nachgewiesen; die übrigen Organe waren frei von letzteren.

Meerschweinchenübertragung. — Die mit Theilen aus der Injectionsstelle infizirten Meerschweinchen erkrankten an allgemeiner Tuberkulose, während diejenigen Meerschweinchen, denen Stückchen der erkrankten Lunge unter die Haut gebracht worden waren, gesund blieben.

Examen anatomo-pathologique. — Foyer caséeux tuberculeux à la cuisse gauche, au lieu de l'injection. Tuberculose de la glande inguinale gauche externe. Légère inflammation catarrhale partielle des poumons.

Examen microscopique. — Bacilles tuberculeux à l'endroit de l'injection et dans la glande inguinale gauche. Pas de bacilles dans les autres organes.

Transmission aux cobayes. — Tuberculose généralisée chez les animaux infectés avec des parties prises à l'endroit de l'injection, tandis que les animaux auxquels on avait introduit sous la peau de petits morceaux des poumons malades restèrent sains.

Cette expérience offre un exemple d'infection arrêtée au paquet ganglionnaire voisin. Le virus ne s'étant pas épuisé sur place, l'inoculation est positive, et rien ne s'oppose à ce que la tuberculose se soit propagée au poumon, avec le temps.

MM. Koch et Schütz se sont abusés sur leurs propres expériences. Ils se sont éloignés des principes de la méthode expérimentale, d'après lesquels il faut tenir compte des faits positifs et des faits négatifs, et chercher le déterminisme des uns et des autres. En somme, ils n'étaient pas autorisés à tirer les conclusions catégoriques que l'on sait.

* * *

D'ailleurs, à la séance même où Koch fit sa troublante conférence, plusieurs orateurs se sont immédiatement élevés contre ses conclusions, ou ont fait, à ce sujet, les plus expresses réserves.

Lord Lister a présenté une série d'objections tirées de la comparaison des faits signalés par Koch avec des faits plus ou moins analogues, se rapportant à d'autres maladies virulentes, d'où il appert que les conclusions présentées au Congrès ne pourraient être acceptées sans une nouvelle enquête.

Nocard a rappelé les exemples connus de propagation expérimentale de la tuberculose humaine au bœuf, et a montré, par un coup d'œil jeté sur certains coins de la bactériologie, que des variations marquées dans la virulence du bacille de la tuberculose pourraient exister sans nous entraîner à créer de véritables espèces comme le voudrait M. Koch. Passant enfin à la contamination de l'enfant par des laits tuberculeux, mise en doute par Koch, il fait remarquer que l'Angleterre fournit une réfutation d'une grande valeur, attendu que dans ce pays où l'on a tout fait pour assainir les habitations et les ateliers, et si peu pour éliminer les laits suspects, la tuberculose a diminué sur l'ensemble de la population, tandis qu'elle a augmenté dans la population infantile qui absorbe une grande quantité de lait.

Bang, de Copenhague, Sims, Woodhead, sont venus dire à leur tour qu'ils croyaient la transmission possible de l'animal à l'homme; Mac Fadyean, qu'il professait la même opinion, que les statistiques des hôpitaux d'enfants produites par Koch sont contredites par des documents du même genre établis dans des hôpitaux anglais; enfin, qu'il était surpris d'entendre déduire de la forte virulence du bacille du bœuf pour les animaux à son innocuité pour l'homme; Crooksank, qu'il a produit une tuberculose généralisée sur le veau, après l'inoculation de crachats dans le péritoine, de sorte que Koch généralisait trop hâtivement les faits qu'il avait observés.

Deux autres communications, plus ou moins riches de faits nouveaux, doivent être mentionnées ici d'une façon particulière.

Thomassen, d'Utrecht, a inoculé quatre jeunes animaux de l'espèce bovine avec des cultures pures de bacilles humains : un dans l'abdomen; un second dans la trachée, puis dans la plèvre et le péritoine; les deux autres dans la chambre antérieure de l'œil.

Sur le premier sujet, il n'a pas trouvé trace de lésion tuberculeuse, malgré une forte réaction à la tuberculine; sur le second, la tuberculine ne provoqua pas de réaction, et on ne découvrit non plus aucune lésion tuberculeuse; sur l'un des deux derniers, on observa des lésions oculaires et ganglionnaires; sur l'autre, la propagation de la tuberculose était évidente jusqu'aux poumons, qui étaient eux-mêmes le siège de nombreux tubercules miliaires.

Thomassen conclut qu'il est difficile, mais non impossible, de provoquer chez l'espèce bovine une tuberculisation généralisée avec des bacilles de l'espèce humaine.

Mazyck P. Ravenel[1], de l'Université de Pensylvanie, apporta à Londres un long et important mémoire sur la virulence comparée du bacille de source humaine et de source bovine. Inspiré par les recherches de Théobald Smith et de Dinwiddie, il étudia de son côté, pendant quatre années, au point de vue morphologique et au point de vue de la virulence, des cultures pures de bacilles humains et de bacilles du bœuf, empruntées à des sources variées. Il n'ajouta rien qui ne fût connu aux caractères morphologiques des uns et des autres.

Quant à ses nombreuses inoculations à des animaux d'espèces différentes, elles sont très intéressantes. Les cobayes moururent tuberculeux sous l'influence des deux sortes de bacilles. Déjà le lapin échappa aux inoculations des bacilles humains. Les chiens eurent des lésions beaucoup plus importantes avec les bacilles d'origine bovine. Les chèvres échappèrent aux effets des bacilles humains et succombèrent à ceux des bacilles du bœuf.

Dans une seconde série d'expériences, faites sur des veaux, des chevaux, des moutons, des porcs, des chiens et des chats, il inocula des produits tuberculeux directement empruntés à l'homme et au bœuf, dans le poumon, dans le péritoine ou par ingestion. Sur 12 animaux inoculés avec de la tuberculose bovine, 10 sont morts, 2 ont survécu; sur 14

1. Mazyck P. Ravenel. — *The Univ. of Pennamedical Bulletin*, 1901, Septembre.

inoculés avec de la tuberculose humaine, 8 sont morts, 6 ont survécu. Quelle que soit l'espèce à laquelle appartenaient les animaux inoculés, sauf l'espèce porcine, les produits tuberculeux du bœuf ont toujours paru plus virulents que les produits tuberculeux de l'homme. Le porc a paru également sensible aux deux sortes de produits.

De plus, Ravenel a entrepris de modifier deux variétés de bacilles humains faiblement virulents, en les faisant végéter et séjourner dans la cavité péritonéale du bœuf. La semence était enfermée dans des sacs de collodion. Dans un cas, les sacs de collodion restèrent sept mois, dans l'autre dix mois à l'intérieur du péritoine. Sortis des sacs, les bacilles manifestèrent une plus grande végétabilité, mais leur morphologie et leur virulence étaient peu changées.

En présence des résultats de ses patientes études, Ravenel admet l'étroite parenté des deux tuberculoses, et ajoute qu'en l'absence de preuves contraires il est fortement à supposer que le bacille tuberculeux de source bovine a également pour l'homme un pouvoir pathogénique élevé, qui se manifeste principalement pendant les premières années de la vie. Ravenel est donc encore un adversaire des opinions de Koch.

* * *

Depuis la clôture du Congrès, on a vu paraître de différents côtés des notes ou des mémoires battant en brèche le dualisme dans la tuberculose des mammifères.

a) Je citerai d'abord un travail de Baumgarten[1] où l'auteur conclut à l'identité des deux tuberculoses, malgré des différences incontestables dans leur virulence. Il a constaté la ressemblance des deux sortes de lésions au début. Il signale, d'après Tangl et Troje, la possibilité de modifier la virulence du bacille humain par l'iodoforme au point que les tubercules qu'il détermine revêtent rapidement les caractères des tubercules de la pommelière. Lui-même a inoculé une fois la tuberculose bovine à un homme atteint de cancer mortel et inopérable. Ce fut sans succès. Tous les accidents s'épuisèrent sur place. Il est donc porté à croire que la tuberculose bovine ne fait pas courir de très grands dangers à l'homme. Néanmoins, il pense que la séparation des deux tuberculoses ne peut encore être faite, malgré les expériences négatives de Koch.

Hueppe[2] est beaucoup plus catégorique sur tous les points. Il rappelle les idées de Koch sur la tuberculose aviaire; la part qu'il a prise pour démontrer qu'elles étaient erronées. Il estime que les idées du même savant sur la tuberculose bovine ne sont pas plus exactes, car les arguments sur lesquels s'appuie la spécificité de cette tuberculose ne sont pas nouveaux et ne justifient pas une telle séparation. Il suffit de faire passer un certain nombre de fois le bacille du bœuf et celui de l'homme à travers l'organisme du cobaye ou du lapin pour qu'il soit impossible de les distinguer ensuite l'un de l'autre. Les bacilles de la tuberculose sont donc éminemment variables. Pour Hueppe, il n'est pas douteux que le bacille du bœuf peut se développer chez l'homme, ainsi que chez d'autres animaux. Par exemple, il admet que la tuberculose intestinale et des ganglions mésentériques causent un quart des décès par tuberculose chez les enfants. Hellen va plus loin et estime que le tabes mésentérique représente la moitié des tuberculoses infantiles. Il ajoute que la tuberculose du porc est fréquente dans les régions où on donne à cet animal beaucoup de lait ou de petit-lait. Qui sait si, en passant par le porc, elle ne deviendrait pas plus dangereuse pour l'homme?

Bref, Hueppe veut que nous combattions la tuberculose des bovidés sans nous lasser, non seulement parce qu'elle est préjudiciable au point de vue économique, mais aussi parce qu'elle est un danger pour l'espèce humaine.

b) Au moment où Koch faisait sa déclaration à Londres, S. Arloing avait déjà publié des expériences où il avait réussi à tuberculiser trois ânes avec une émulsion de bacilles humains injectée dans la veine jugulaire. Il a rappelé ces faits dans un mémoire publié au mois d'Août 1901 dans la *Revue de la Tuberculose* et les a fait suivre de la description de sept expériences semblables poursuivies sur des chèvres, qui, toutes, avaient eu un résultat positif. Sur les dix animaux, un âne et deux chèvres avaient même succombé spontanément au progrès de leur tuberculose.

Depuis, S. Arloing a institué cinq séries d'expériences nouvelles. Il a continué à introduire le virus dans la voie veineuse, la plus sûre et la mieux sensible à l'influence de l'espèce, et à se servir de bacilles d'origine humaine. Les bacilles remontaient à cinq souches différentes. Chaque série comprenait un ou deux veaux, deux moutons, une chèvre, des lapins et des cobayes. Trois séries d'expériences étaient achevées à la fin de décembre 1901, date à laquelle l'auteur a communiqué les résultats à l'Académie de médecine de Paris[1].

L'inoculation a été positive chez tous les sujets sans exception. Tous ont présenté de la toux, de la fièvre au début, ou de temps à autre au cours de l'expérience, ou persistante vers la fin, avec amaigrissement plus ou moins accusé. Quelques-uns ont succombé dans un état de dépérissement avancé, d'autres paraissaient à peine touchés; néanmoins, ils donnaient une forte réaction à la tuberculine.

Les lésions, dans le poumon, sont restées sous la forme de granulations plus ou moins confluentes ou discrètes, se caséifiant rapidement au centre. Les trois bacilles ont paru aussi actifs l'un que l'autre. Les jeunes animaux se sont montrés plus sensibles que les sujets plus âgés. La chèvre s'est montrée plus résistante que le veau et le mouton. Les sujets malingres ou convalescents de la fièvre aphteuse semblaient plus prédisposés que les autres à subir les effets de l'inoculation.

L'auteur a eu soin de faire remarquer que le microscope a révélé chez presque tous les inoculés des lésions tuberculeuses dans le foie, la rate et jusque dans les reins. On ne peut donc pas objecter qu'en l'espèce, on s'est trouvé en face d'une simple inoculation locale du poumon par l'intermédiaire des vaisseaux afférents de cet organe. La tuberculose était bien généralisée.

S. Arloing présenta donc 23 cas de tuberculisation avec des bacilles humains: 4 sur des veaux ou taurillons, 6 sur des moutons, 10 sur des chèvres, 3 sur des ânes, animaux réputés non tuberculisables par Koch et Schütz. Les conséquences se devinent.

c) Tout récemment de Jong, de Leyde, a publié un travail expérimental très important[1]. Comme Ravenel, Smith, il a étudié les bacilles tuberculeux d'origine humaine et d'origine bovine sous le rapport de la forme et de la virulence. Au point de vue morphologique, il a confirmé les observations des deux auteurs précités. A celui de la virulence, le bacille du bœuf lui a paru généralement plus actif qne celui de l'homme. Mais tous les animaux inoculés avec ce dernier, tiré de cinq souches différentes, prirent la tuberculose.

Les animaux (chèvres, moutons et bœufs), furent inoculés dans les veines ou dans le péritoine. Sept bovidés, âgés de six mois à deux ans, eurent une tuberculose peu grave, il est vrai, mais indiscutable à tous les critériums. D'où l'auteur conclut que les bacilles tuberculeux humains, quelque faible que soit leur virulence, sont toujours capables de produire la tuberculose chez le bœuf. De plus, il s'élève contre Koch avançant que les bacilles humains se comportent sur le bétail comme des bacilles morts. Le bacille du bœuf sort donc de cette première série d'épreuves avec une virulence supérieure à celle de l'homme; alors de Jong se demanda si cette supériorité se manifesterait aussi sur notre espèce. Comme il était impossible de donner une réponse directe à cette question, de Jong chercha une réponse indirecte, mais probable. Il infecta des singes avec le bacille humain, et d'autres avec le bacille du bœuf; ces derniers furent plus gravement atteints que les premiers.

Finalement, l'expérimentateur de Leyde déclare que l'unité de la tuberculose des mammifères demeure intacte aujourd'hui comme auparavant, et que la tuberculose bovine menace l'homme d'un danger plus considérable qu'on ne l'a cru jusqu'ici puisque le bacille du bœuf est d'ordinaire plus virulent que celui de l'homme.

d. Edwin Klebs et Rievel[2], de Hanovre, pour suivre l'extension des bacilles de l'homme sur le bœuf, inoculèrent une émulsion de ces bacilles additionnée de charbon pulvérisé en deux points du tissu conjonctif sous-cutané, au cou et au membre postérieur et, de plus, dans la cavité abdominale. Le charbon pigmenta les ganglions lymphatiques, et permit de distinguer les lésions consécutives à ces inoculations de lésions antérieures. Or, à la suite de ces injections, ils constatèrent que le charbon et les bacilles s'étendent dans le système lymphatique à une grande distance des inoculations sous-cutanées, et aux ganglions de l'épiploon, à la suite de l'inoculation intra-péritonéale. Les poumons étaient congestionnés en arrière, les bronches encombrées de spumosités, les ganglions bronchiques et œsophagiens très tuméfiés, mais il n'y avait pas dans ces organes de tubercules apparents. L'inoculation, aux cobayes, du pus de l'accident local et du suc des glandes ou noyaux lymphatiques tuméfiés et pigmentés, entraîna une tuberculose plus ou moins étendue, parfois générale.

1. Baumgarten. — *Berl. klin. Woch.*, 1901, 2 Septembre.
2. Hueppe. — *Berl. klin. Woch.*, 1901, 26 Août.

1. S. Arloing. — *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1901, 24 Décembre.

1. Jong. — *Semaine médicale*, 1902, 15 Janvier.
2. Klebs et Riebel. — *Deut. Thieraztl. Woch.*, n° 3, 10e année.

Aussi ces auteurs n'hésitent-ils pas à admettre que les bacilles humains s'inoculent parfois aussi bien et produisent des lésions aussi marquées que les bacilles d'origine bovine. Ils approuvent les mesures prises à l'égard des aliments suspects.

Delépine, de Manchester, inocula fructueusement deux veaux avec un mélange de crachats humains de diverses provenances; l'un, dans le péritoine, l'autre par injection[1].

Koch avait parlé de la très grande rareté de la tuberculisation de l'homme par l'usage alimentaire de lait tuberculeux. Or, on cite à chaque instant des statistiques démontrant, au contraire, que cette tuberculisation est assez fréquente.

Ravenel rapporte, d'après Stille, que dans un hôpital d'enfants, sur 769 autopsies, 269 avaient offert des lésions tuberculeuses. Sur ces 269 sujets tuberculeux, 117 étaient âgés de moins de deux ans, et, sur ce nombre, 23,4 pour 100 des tuberculoses relevaient d'une infection par la voie alimentaire. Il rapporte encore, d'après Widerhofer, que les intestins étaient frappés dans 101 cas sur 428, chez des enfants de deux à cinq ans, c'est-à-dire à cette période de la vie où les enfants consomment beaucoup de lait de vache.

Dans un travail d'ensemble publié en Septembre 1901 par Salmon[2], aux États-Unis, l'auteur rapporte une série de statistiques empruntées à différents pays d'où il résulte que la tuberculose des ganglions mésentériques est plus commune dans le jeune âge que les autres formes de la tuberculose, et plus fréquente dans les pays ou les localités où on ne prend pas ou presque pas de mesures contre le lait.

Comparant, sous ce rapport, Londres, Berlin et Paris, Salmon relève les pourcentages ci-après :

Londres (années 1898).				
FORMES DE TUBERCULOSE	Au dessous de 1 an.	Au-dessous de 15 ans.	Au-dessous de 25 ans.	Ultérieurement.
Tabes mésentérique	43,56	27,62	20,89	9,03
Méningite	28,72	36,01	27,26	11,32
Autres formes, scrofule	20,63	21,20	17,77	8,90
Phtisie	7,09	15,17	34,08	70,75
	0/0	0/0	0/0	0/0
Berlin (année 1898).				
Tabes mésentérique	2,84	4,57	2,73	1,80
Méningite	27,66	32,33	16,86	6,00
Autres formes, scrofule	14,18	6,31	73,67	2,23
Phtisie	55,32	56,79	6,74	9,97
	0/0	0/0	0/0	0/0
Paris (année 1898).				
Tabes mésentérique	1,65	3,06	1,87	1,33
Méningite	57,85	54,49	27,42	8,60
Autres formes, scrofule	20,66	12,76	10,63	10,05
Phtisie	19,84	29,69	60,08	80,02
	0/0	0/0	0/0	0/0

Si on le voulait, on allongerait considérablement la liste de statistiques analogues.

1. In *Deut. thier. Woch.*, 1902.
2. SALMON. — « Relation of bovine tuberculosis to the public health », Washington, 1901.

Outre ces documents démontrant d'une manière générale combien l'opinion de Koch, sur l'infection par le tube digestif, exprime peu la réalité des choses, on a cité depuis le Congrès de Londres des faits particuliers absolument saisissants.

Par exemple, Rievel raconte qu'un jeune homme, chargé de faire des expériences sur du lait, ingéra du lait d'une vache tuberculeuse fut pris rapidement de tuberculose miliaire. Il rappelle encore que dans une famille parfaitement saine où il y eut six fils, cinq furent bien portants; un seul qui avait été nourri au lait de vache devint tuberculeux et mourut avec des lésions de la colonne vertébrale et des méninges[1].

S. Arloing a reçu de M. Léoty, de Clermont-Ferrand, une observation très convaincante. Une jeune fille de quinze ans, très développée et très bien portante, née d'ascendants exempts de tuberculose, n'ayant jamais quitté sa famille, fut prise tout à coup d'une phtisie pulmonaire qui l'emporta rapidement. Six mois plus tôt, elle avait eu la fantaisie de boire une grande quantité de lait d'une vache appartenant à son père, laquelle fut repoussée d'un marché pour cause de tuberculose. Chez la jeune fille, les premiers symptômes d'infection furent la perte de l'appétit[2].

De même, on a fait connaître de nouveaux cas d'inoculation accidentelle de la tuberculose bovine à l'homme. Dans le travail de Salmon cité plus haut, on en trouve recueillis par Grothan, Coppez, Priester, Naughton. Trois fois la matière infectante a été du lait, une fois de la matière tuberculeuse déposée à la surface d'un crochet servant à suspendre des quartiers de viande.

Pour achever de s'éclairer sur ces différents points, le lecteur pourrait encore consulter un travail de Moore sur le « rapport entre la tuberculose bovine et la tuberculose humaine[3] », un autre de Milchner sur la transmission de la tuberculose par le lait et ses produits[4], et un troisième de Rabinowitsch sur le danger de la transmission de la tuberculose par le lait[5].

* * *

Les recherches et les enquêtes nouvelles sont donc loin de donner raison à l'éminent conférencier de Londres.

Notre devoir est de nous demander les causes d'une divergence de vue si complète entre Koch et collaborateur Schütz et les nombreux auteurs dont j'ai analysé les travaux explicitement ou implicitement.

A notre avis, ces causes sont multiples; elles sont d'ordre théorique et d'ordre matériel.

Koch ne semble pas avoir suivi l'évolution de la bactériologie en ce qui regarde les variations de la virulence du bacille portant son nom.

Pour lui, encore à l'heure actuelle, la virulence d'un bacille tuberculeux est fixe. Conséquemment, si deux bacilles inoculés à une même espèce animale ne donnent pas un résultat identique, ils diffèrent radicalement l'un de l'autre.

Nous avons démontré que c'était une erreur.

1. In *Loc. cit.*
2. *Com. litt.*, 1902, Janvier.
3. MOORE. — *New York med. Journ.*, 1899, Vol. LXX, n° 10.
4. MILCHNER. — *Zeits. für Tuberk.*, 1900, 5 Novembre, I Heft.
5. RABINOWITSCH. — *Deut. med. Woch.*, 1900, n° 26.

S'il en était autrement, il y aurait lieu de faire de nombreuses coupes, autant dans la tuberculose humaine que dans la tuberculose bovine, car on peut trouver, soit chez l'homme, soit chez le bœuf, des bacilles dont la virulence est très différente et forment toute une gamme sous le rapport de l'activité.

Si ces bacilles, dont la virulence est changeante, agissent sur des organismes dont la résistance est très différente, on voit quelles variétés nombreuses se présenteront à l'observateur.

D'après notre expérience personnelle, nous estimons que Koch et Schütz ont inoculé des bacilles humains très atténués et des bacilles de bœuf très virulents, c'est-à-dire des bacilles aussi éloignés que possible les uns des autres par leurs qualités pathogéniques.

Il est incontestable, en outre, que Koch et Schütz n'interprètent pas les résultats comme tout le monde. Dans leur vif désir de voir la tuberculose humaine différer radicalement de la tuberculose bovine, ils rangent dans les résultats douteux des exemples d'infection très évidente par les bacilles humains. J'en dirai autant de certaines expériences qu'ils rangent dans les négatives, bien que les ganglions du système lymphatiques aient été infectés à une assez grande distance du siège de l'inoculation, pour cette seule raison que les viscères n'offraient pas de tubercules. C'est là une exigence qui leur est particulière.

On pourra s'étonner que les injections intra-veineuses des bacilles humains n'aient pas donné les mêmes résultats entre leurs mains et celles de S. Arloing. C'est l'occasion de dire qu'indépendamment de l'activité des bacilles qui était certainement différente dans les deux cas, Koch et Schütz ont inoculé des doses de virus de 8 à 1.000 fois plus petites que celles injectées par Arloing. Pour quiconque est bien pénétré de l'influence de la dose sur les suites d'une inoculation, les résultats négatifs obtenus à Berlin paraîtront beaucoup moins surprenants.

Si l'on réfléchit sur tous les faits qui nous sont connus, on s'apercevra qu'en définitive Koch et Schütz ont simplement posé, après d'autres, la question d'une différence d'activité entre la tuberculose de l'homme et celle du bœuf. La cause de cette différence est à trouver.

On peut donc terminer cette revue générale par les conclusions suivantes qu'Arloing donnait au travail qu'il a communiqué à l'Académie de médecine :

1° La virulence du bacille de la tuberculose est variable et capable de s'adapter à certains organismes; dès lors, il n'est pas surprenant que le bacille humain puisse manifester sur certains animaux moins d'activité que le bacille de la tuberculose bovine;

2° On peut trouver et entretenir en cultures pures des bacilles humains aptes à tuberculiser le bœuf, le mouton et la chèvre;

3° Si l'on en trouvait d'incapables à produire ce résultat, et il en existe certainement, ils ne se rattacheraient pas, pour cela, à une tuberculose absolument distincte;

4° Il faut persister à admettre l'unité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale à bacille de Koch.

5° Il faut repousser le critérium de Koch et Schütz qui nous amènerait à subdiviser la tuberculose humaine ou la tuberculose animale;

6° Koch et Schütz n'étaient pas autorisés, par leurs propres expériences, à préconiser des destinations absolues, comme ils l'ont fait ;

7° Il est utile de maintenir dans une large mesure les précautions édictées à l'égard de la viande, et surtout du lait suspect de receler le bacille de la tuberculose.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

7 Février 1902.

Fracture du bassin. — *M. Jouon* présente un bassin offrant une fracture de la branche ischio-pubienne avec esquille, et déchirure du rectum et du périnée. L'accident avait consisté en un écrasement par une voiture qui passa obliquement sur la région du bassin.

Cancer des voies biliaires. — *M. Tesson* apporte une pièce de cancer des voies biliaires, siégeant au confluent des canaux cystique et hépatique, développé chez une femme atteinte de lithiase biliaire offrant le syndrome de l'ictère chronique avec distension de la vésicule.

Au microscope, la tumeur est constituée par un épithéliome cylindrique.

Anomalie du cerveau. — *M. Touche* montre deux cas de malformation des hémisphères cérébraux : absence de la troisième circonvolution frontale.

Épilepsie jacksonienne — *M. Crouzon* présente le cerveau d'un cas d'épilepsie jacksonienne à type brachio-facial. A la pointe du lobe temporal, la dure-mère est adhérente ; il y a à ce niveau un foyer de méningite chronique dont la nature reste indéterminée.

M. Milian a étudié le malade ; il y avait disparition du réflexe palpébral, signe qui ne se trouve que dans le cas de lésion organique, l'existence de ce signe prouvant la participation du facial supérieur. Le cytodiagnostic révéla des lymphocytes.

Rupture de la langue au cours de tractions rythmées. — *MM. Lefas et Duclaux* montrent un fragment de langue, constitué par toute l'extrémité antérieure de l'organe, qui fut arraché par un gardien de la paix au cours de tractions rythmées pratiquées sur une noyée.

Cancer du testicule. — *M. Petit* (d'Alfort) apporte deux pièces de volumineux cancers du testicule, observés l'un chez le cheval, l'autre le chien.

Ulcère gastrique. — *M. Soubeyran* (de Montpellier) présente un cas de perforation de l'artère splénique au cours d'un ulcère simple de l'estomac.

Hygroma du genou. — *M. Soubeyran* communique un cas d'hygroma hémorragique du genou.

Hémimélie. — *M. Soubeyran* relate l'observation d'un cas d'hémimélie.

Tumeur du médiastin. — *M. Géraudel* apporte une tumeur du médiastin antéro-supérieur.

M. Letulle signale l'envahissement du péricarde, ce qui est rare.

Fracture du calcanéum par arrachement. — *M. G. Alexandre* présente la radiographie d'une fracture du calcanéum par arrachement. Jusqu'ici les classiques décrivent le trait de fracture perpendiculaire à l'axe du calcanéum. Depuis l'emploi de la radiographie les observations démontrent que le trait est antéro-postérieur ou oblique, en bas et en arrière, presque parallèle à l'axe du calcanéum. Le malade qui est le sujet de la présentation a guéri parfaitement sans suture, malgré une plaie secondaire au niveau du foyer de la fracture.

Tumeur costo-hépatique. — *M. Alexandre* apporte une tumeur provenant de l'autopsie d'un homme de vingt et un ans, et ayant débuté cliniquement par les côtes, et en trois mois amené la mort par cachexie. Elle pèse plus de 5 kilogrammes.

Diverticule aortique. — *M. Beaufumé* montre le cœur d'un sujet mort dans le service de M. Mosny, avec insuffisance aortique. En plus de la lésion orificielle, on trouve, au niveau d'une valvule sigmoïde, la paroi aortique déprimée en cul-de-sac diverticulaire.

M. Letulle fait remarquer que l'examen microscopique montrerait s'il s'agit de malformation ou d'anévrisme. Cette deuxième hypothèse est plus vraisemblable, en raison de la coexistence de la valvulite.

Cancer de la verge. — *M. Robert Picqué* présente un cancer du pénis, enlevé chirurgicalement chez un homme de soixante-cinq ans. La tumeur avait pris naissance au niveau du sillon balano-préputial, envahi surtout le prépuce, et en quelque sorte injecté les lymphatiques de la verge, qui formaient des cordons néoplasiques se rendant dans une adénopathie inguinale gauche.

Déformation du crâne dans le mal de Pott. — *M. F. Regnault* montre deux crânes de sujets ayant été atteints de mal de Pott cervical, et étudie les déformations du crâne et de la face qui se produisent dans cette affection.

Gliome rétinien. — *M. Stanculéanu* présente les pièces provenant de l'ablation de trois gliomes rétiniens qui, suivis depuis deux ans, n'ont pas récidivé. Il insiste sur l'importance qu'il y a à couper le nerf optique le plus loin possible du nerf oculaire, et montre une pince à énucléation qui facilite cette opération.

Propagation osseuse de l'otite aux méninges. — *MM. Minet et Stanculéanu* montrent un temporal offrant une petite perforation osseuse du rocher au niveau d'une cellule juxta-antrale. Dans ce cas, l'otite chronique semble bien avoir pris la voie osseuse pour infecter les méninges et déterminer la méningite.

Dilatation fœtale des voies lacrymales. — *M. Stanculéanu* présente des préparations de dilatation congénitale des voies lacrymales chez le fœtus.

Sinus frontaux doubles. — *M. Stanculéanu* montre une pièce de sinus frontaux doubles, et en tire des déductions anatomo-pathologiques.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

7 Février 1902.

Syndrome de Babinski (troubles pupillaires et lésions de l'aorte. — *M. Vaquez.* M. Babinski a récemment attiré l'attention sur la fréquence des troubles pupillaires qui accompagnent les lésions de l'aorte. Jusqu'ici on admettait que ces troubles caractérisés par de l'inégalité pupillaire étaient en rapport avec une compression des filets ou du ganglion cervical du grand sympathique, et avaient une valeur égale pour le diagnostic à la paralysie du larynx causée par la compression du récurrent. M. Babinski ne s'oppose pas à cette explication, il la croit cependant assez exceptionnelle. Dans l'immense majorité des cas, la coexistence d'autres troubles de la pupille, notamment la perte du réflexe lumineux (signe d'Argyll Robertson), et aussi l'impossibilité de la compression lorsqu'il n'y a aucune raison d'admettre une dilatation de l'aorte, le portent à invoquer une autre condition pathogénique. Pour lui ce serait la syphilis qui expliquerait les troubles pupillaires aussi bien que la lésion de l'aorte.

Nous avons observé trois cas qui confirment pleinement les assertions de M. Babinski. Dans deux de ces cas la lésion aortique consistait en insuffisance valvulaire sans dilatation de la crosse. On notait également un myosis bilatéral très accentué avec signe d'Argyll Robertson. D'autre part, la perte des réflexes achilléens et rotuliens permettait d'admettre l'existence du tabes incipiens, malgré l'absence d'autres signes. Dans le troisième cas où la lésion aortique était semblable, il y avait de l'inégalité pupillaire avec signe d'Argyll Robertson sans modification des autres réflexes. Ici la syphilis était avouée et le malade put être observé pendant deux ans.

Ainsi donc cette association des troubles pupillaires avec une lésion de l'aorte, à laquelle nous proposons de donner le nom de syndrome de Babinski, peut être une manifestation précoce du tabes ; elle peut même exister en dehors de tout autre signe tabétique.

Elle est extrêmement importante à connaître, car elle nous incitera d'une part à rechercher soigneusement l'état des réflexes pour dépister un tabes incipiens; d'autre part, elle nous renseignera sur la cause étiologique d'une lésion aortique d'origine inconnue, en nous faisant admettre la syphilis. Pour M. Babinski, en effet, ces troubles pupillaires ne peuvent relever que de cette infection.

Enfin, la connaissance du syndrome de Babinski guidera notre conduite thérapeutique. Chez les malades qui en sont porteurs, nous devrons instituer le traitement spécifique, qui, s'il ne réussit pas à coup sûr, nous permettra cependant dans nombre de cas d'agir plus efficacement sur la lésion. Qui sait si les résultats obtenus par le traitement ioduré longtemps prolongé chez certains aortiques, résultats sur lesquels Potain et d'autres auteurs ont insisté, ne concernent pas des malades semblables à ceux dont nous venons de rapporter l'observation.

Ostéo-arthropathie hypertrophiante. — *MM. Decloux et Lippmann* présentent un malade âgé de cinquante-cinq ans, cordonnier, entré le 13 Décembre 1901 dans le service de M. Duguet, à Lariboisière, pour une douleur vive localisée aux tendons de la patte d'oie, face interne du genou droit. L'attention est attirée par les déformations des extrémités du malade. En effet, les mains offrent un aspect caractéristique; elles ont conservé au niveau du carpe, des phalanges et des phalangines, leur forme normale, tandis que leurs phalangettes subitement se renflent, s'aplatissent, prenant l'aspect d'une baguette de tambour ; il en est de même d'une façon encore plus exagérée pour les orteils. Les ongles sont énormes, arrondis en verre de montre, ils débordent en avant et sur les côtés la pulpe digitale. Les membres supérieurs présentent peu de déformations; au contraire, les condyles fémoraux, les genoux, les plateaux tibiaux, et surtout les tibias sur toute leur hauteur jusqu'aux malléoles inclusivement, sont considérablement hypertrophiés et totalement déformés. Les masses musculaires des mollets sont molles et atrophiées. La tête, peu atteinte ne présente qu'une saillie très marquée des bosses frontales. Les maxillaires sont normaux. Il n'existe aucune déviation des courbures vertébrales.

Ces déformations typiques rentrent dans la description de l'affection décrite par M. Marie dans la *Revue de Médecine* de 1890, sous le nom d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumonique. Mais ici l'examen le plus attentif n'a pu déceler aucune tare viscérale, aucun antécédent pulmonaire. Seul un ictère émotif est signalé par le malade, lequel affirme avoir dès sa naissance présenté des déformations osseuses.

L'examen du sang par les procédés usuels ne décela aucune preuve de participation médullaire. L'analyse très complète des urines note, par contre, une diminution de leur acidité et des principaux constituants. Enfin, sur les épreuves radiographiques, les extrémités digitales, cependant si déformées, n'offrent pas traces d'ostéite hypertrophiante.

M. Béclère fait remarquer combien les déformations tibiales de ce malade sont comparables aux déformations dues à la maladie de Paget.

M. Variot. Ces faits d'ostéo-arthropathies sans lésions pulmonaires sont peut-être le reliquat d'une forme particulière de rachitisme.

M. Hirtz. S'il en était ainsi, il serait difficile de comprendre la dépendance étroite qui relie, dans la majorité des cas, ces déformations osseuses à des affections pleuro-pulmonaires.

Atrophie musculaire polymorphe sans lésion des nerfs et avec légère lésion des cornes antérieures dans un cas d'intoxication mercurielle. — *M. Touche* rapporte ce cas qui a évolué sur un homme maniant des savons mercuriels pour la conservation des peaux.

Intoxication belladonée grave chez un enfant de sept ans à la suite de frictions prolongées avec du baume tranquille. — *MM. Variot et Dufestel.* Le baume tranquille est une préparation pharmaceutique anodine, très fréquemment employée en frictions ou en applications sur la peau pour calmer les douleurs plus ou moins profondes. Cette huile médicamenteuse est considérée comme peu active en général, et l'on n'hésite guère à la manier largement aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Cependant sur un enfant de sept ans et demi des frictions avec ce baume tranquille sur une peau lésée par des applications salicylées préalables produisent des accidents graves ; ces frictions furent d'ailleurs excessives; l'enfant souffrait d'un rhumatisme articulaire; en un jour sa mère usa un flacon de 60 grammes de baume, et le lendemain un second flacon de 25 grammes. A ce moment l'enfant ressentit les premiers symptômes de l'intoxication belladonée : agitation, dilatation des pupilles, troubles de la vue, convulsions. Le traitement consista en injections de pilocarpine, et en potion avec de la teinture de Jaborandi. La convalescence fut longue à s'établir, des douleurs vives apparurent, les membres inférieurs restèrent paralysés pendant près d'un mois. Quant à l'explication de cette intoxication elle est assez difficile à donner : il est probable que les frictions sur une peau préalablement irritée par une pommade salicylée avaient favorisé au maximum l'absorption.

Recherche du plomb dans les viscères des saturnins. — *MM. P.-E. Launois et Mellière.* Dans les

accidents aigus du saturnisme il est facile de constater la présence du plomb dans les viscères; il n'en est pas de même dans les accidents chroniques; on pense même que dans la genèse de ces accidents le plomb n'agit qu'indirectement, et que ce sont les lésions rénales et cardio-vasculaires, suscitées par lui, qui jouent le rôle primordial. Cependant, grâce à une technique spéciale, MM. Launois et Mellière ont pu déceler la présence du plomb dans les viscères de sujets morts des conséquences éloignées du saturnisme. Le procédé employé repose sur les principes suivants : disparition de la trame organique des tissus par l'action d'un acide ; dessiccation de la bouillie goudronneuse ainsi obtenue, et recherche du plomb dans cette poussière par l'électrolyse : un oxyde de plomb se collecte sur l'anode. Cette méthode, très sensible, permet de déceler des traces de plomb ajouté expérimentalement à un poids donné d'organe. Grâce à cette méthode, MM. Launois et Mellière ont pu sur des sujets déceler le plomb, huit fois dans le cerveau, une fois dans la rate, une fois dans le foie. Le point capital qui se dégage de ces recherches est donc la prédilection marquée du plomb pour la substance nerveuse. Ainsi se trouve de nouveau posé ce problème, toujours discuté, de la genèse des encéphalopathies saturnines; l'anémie, l'urémie furent successivement invoquées ; les recherches récentes de MM. Launois et Mellière tendent à rajeunir l'ancienne explication de Tanquerel des Planches invoquant l'influence directe du plomb sur les éléments nerveux.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

8 Février 1902

Pigmentation spéciale du liquide céphalo-rachidien chez certains ictériques. — *MM. Widal, Sicard et Ravaut.* Nous avons examiné le liquide céphalo-rachidien de plusieurs malades atteints depuis plus ou moins longtemps d'ictères de causes diverses et constaté les faits suivants :

Au cours de l'ictère catarrhal nous n'avons pas vu de modification du liquide céphalo-rachidien. Dans un seul cas, au onzième jour de l'ictère, nous avons trouvé un liquide très légèrement fluorescent; il en était de même chez un malade atteint depuis très longtemps d'un léger subictère. Au contraire, chez huit malades atteints d'ictères chroniques intenses, nous avons trouvé le liquide céphalo-rachidien fluorescent et présentant une teinte jaune verdâtre plus ou moins intense. Si l'on n'a pas soin de mettre à l'abri de la lumière ces liquides ainsi teintés, l'on constate que très rapidement la coloration disparaît. Cette teinte du liquide céphalo-rachidien ne se voit donc que dans les ictères intenses et prolongés.

Nous avons naturellement recherché dans ces liquides la présence de pigments ou de sels biliaires, et ni par le spectroscope, ni par les réactions chimiques, ni par la recherche de la tension superficielle et la réaction de Haycraft, ainsi que nous l'avons fait avec M. Cluget, nous n'avons pu y déceler la présence de corps dérivés de la bile.

De plus, aucun de ces malades ne présentait de troubles nerveux et l'on ne constatait aucun élément cellulaire dans leur liquide céphalo-rachidien. Les méninges étaient imperméables comme elles le sont à l'état normal, à l'épreuve de l'iodure de potassium at du salycilate de soude.

Cette coloration jaune prise par le liquide céphalo-rachidien au cours de certains ictères chroniques ne peut être due, très vraisemblablement, qu'à un pigment soit dérivé de la bile, et alors seulement appréciable par notre rétine, soit à un pigment du sérum sanguin, chassé des vaisseaux vers le liquide céphalo-rachidien sous l'influence des pigments biliaires en excès dans le sang.

Lésions des capsules surrénales dans quelques intoxications expérimentales. — *MM. Oppenheim et Loeper.* Nous avons étudié les lésions des glandes surrénales dans l'intoxication aiguë par l'arsenic, le mercure et le phosphore. Sauf quelques différences de détail, les lésions diapédétiques et hémorragiques sont les mêmes dans les trois cas.

Les lésions cellulaires, au cours de l'intoxication par l'arséniate de potasse ou par le sublimé, sont sensiblement identiques à celles qu'ils ont observées dans les infections expérimentales, mais varient d'intensité suivant que le processus est aigu ou subaigu et sont plus accusées dans ce dernier cas.

Dans l'intoxication phosphorée, ces lésions prennent une importance toute spéciale. On observe la dissociation des trabécules et l'état diffluent du protoplasma, et, dans les cas un peu prolongés, des altérations prononcées du noyau. Enfin il existe une stéatose évidente des cellules de la couche corticale, stéatose qu'on peut distinguer des fines granulations que décèle l'acide osmique dans la surrénale normale, et il est intéressant de rapprocher ces lésions de celles qu'on trouve au niveau du rein et du foie.

Déformation du maxillaire inférieur aux différents âges. — *M. Marey* étudie les déformations du maxillaire inférieur aux différents âges de la vie, et montre les modifications que subissent les branches montantes de cet os sous l'influence de la perte des dents.

Dédoublement des objets vus dans l'hallucination par l'interposition d'un prisme. — *MM. Vaschide et Vurpas* étudient le dédoublement des objets vus dans l'hallucination après interposition d'un prisme.

Variation de la ration alimentaire. — *M. Lapicque* communique le résultat de ses expériences sur les variations de la ration alimentaire en rapport avec la température chez les oiseaux.

MM. H. Stassano et F. Billon ont repris les expériences de Danilewsky concernant l'action de la Lécithine sur les hématies en injectant chez le lapin, — de préférence dans les veines, — une émulsion au 1/10 d'Ovo-Lécithine pure dans la solution physiologique. Outre qu'ils ont dénombré les globules rouges et dosé l'hémoglobine, comme l'auteur russe, ces expérimentateurs ont mesuré la résistance et le volume des hématies, estimant que cette méthode est beaucoup moins sujette à erreurs. Il résulte de leurs observations très nombreuses que, grâce à l'absorption de la Lécithine par les hématies (par leur élément nucléaire bien défini chez les vertébrés inférieurs ou diffus chez les mammifères), il se produit une augmentation très nette de la résistance de ces éléments du sang ainsi que de leur volume. De plus, ces expériences confirment ce fait signalé pour la première fois par Danilewsky, à savoir que l'augmentation du nombre des hématies est corrélative de l'augmentation du poids des animaux traités par la Lécithine.

MM. H. Stassano et F. Billon ont noté, à la suite des injections intra-veineuses de l'émulsion de Lécithine dans la solution physiologique, une augmentation constante du nombre des leucocytes après chaque injection. Cette hyperleucocytose s'établit immédiatement, augmente jusqu'au lendemain et décline ensuite très lentement.

L'hyperleucocytose provoquée par la Lécithine porte dans les premières heures sur les leucocytes polynucléaires, ensuite et d'une façon durable sur les mononucléaires. Ce sont les mononucléaires qui se chargent et se nourrissent le plus du principe phosphoré injecté. Le noyau des mononucléaires se présente d'une façon très différente selon que l'on injecte la solution physiologique simple ou la solution lécithinée. L'hyperleucocytose diminue très rapidement sous l'influence de la première et très lentement sous l'influence de la seconde.

A. Sicard.

ACADÉMIE DES SCIENCES

10 Février 1902.

La médication cacodylique et la fièvre intermittente. — *M. A. Gautier.* On sait que les cacodylates, dont l'action dans les maladies consomptives est si efficace, ont cet inconvénient de ne pouvoir être administrés sans danger de façon prolongée que par la voie hypodermique seule; introduits par la voie digestive, en effet, ils donnent vite du cacodyle qui est vénéneux.

Pensant qu'il était d'un réel intérêt de disposer d'un médicament pouvant être absorbé de toutes façons, M. A. Gautier entreprit à cet effet des recherches qui l'amenèrent à mettre à l'essai un autre sel voisin de cacodylate de soude, qui est un diméthylarsiniate de soude. Ce nouveau sel est le méthylarsiniate de soude; il est absolument inoffensif aussi bien donné en injections qu'absorbé par le tube digestif.

Disposant de ce produit, M. Gautier eut idée de rechercher expérimentalement sa réelle valeur thérapeutique. Partant de ce fait connu depuis longtemps que l'arsenic est très efficace quand il s'agit de combattre les cachexies suivant les fièvres intermittentes, M. Gautier s'avisa de rechercher s'il ne possédait pas aussi des vertus antifébrifuges.

Sur sa demande, M. Billiet, médecin en chef de l'hôpital militaire de Constantine, expérimenta donc le méthylarsiniate de soude sur des paludiques invétérés chez qui les accès, malgré une administration quotidienne prolongée de 1 gr. 50 de quinine, revenaient sans cesse.

Après une injection de 5 centigrammes de méthylarsiniate, la fièvre céda dans presque tous les cas pour ne plus revenir, et les hématozoaires que l'on trouvait auparavant en abondance dans le sang disparurent totalement.

Une fois ou deux seulement, il fallut pour obtenir cet heureux résultat procéder à une seconde injection.

Il semble donc que le méthylarsiniate de soude soit un médicament d'une activité contre la fièvre notablement plus grande que la quinine; de plus, il présente sur ce dernier médicament l'avantage d'exciter l'appétit au lieu d'amener, comme le fait l'usage prolongé de la quinine, l'inappétence et la dyspepsie.

Du jour au lendemain, du reste, après le traitement au méthylarsiniate de soude, on constate une augmentation importante du nombre des globules rouges du sang.

M. Billiet a fait la numération des éléments du sang chez les malades.

Avant l'injection, il a compté 3.587.000 globules rouges par millimètre cube de sang chez le premier malade. Après deux jours le chiffre s'est élevé à 4.109.000.

Chez le deuxième, il s'est élevé de 3.257.000 à 3.844.000 ;

Chez le troisième de 2.740.000 à 3.420.000 ;
Chez le quatrième de 3.800.000 à 5.000.000 ;
Chez le cinquième de 3.000.000 à 4.000.000 ;
Chez le sixième de 4.300.000 à 4.860.000.

Sous l'influence de ce sel, les leucocytes mononucléaires augmentent considérablement de nombre et détruisent par phagocytose les hématozoaires ; l'effet produit sur les globules blancs est le même qu'avec la quinine.

Analgésie par l'électricité. — *MM. Régnier et Dysbury.* M. d'Arsonval a naguère montré que l'application des courants de haute fréquence était susceptible de produire une analgésie superficielle de la peau et des muqueuses. Reprenant ces recherches, MM. Régnier et Dysbury ont songé avec succès à appliquer la méthode aux besoins de la chirurgie dentaire, pour l'extraction des dents, le curettage des caries, l'ouverture des sinus maxillaires, etc.

En réglant convenablement les courants employés, les deux auteurs sont parvenus à régler le degré d'anesthésie et à l'amener à la profondeur nécessaire pour chaque intervention à poursuivre.

Voici comment ils procèdent. Ils prennent un moulage des dents et de la gencive, et ce moulage est recouvert d'une substance conductrice, de la plombagine, par exemple.

Cela fait, on replace le moulage sur la partie intéressée, on le saupoudre d'amiante pulvérisée et imbibée d'eau salée.

On relie alors le moulage au pôle du solénoïde, l'autre pôle étant mis en contact avec la main du malade.

Au bout de vingt-cinq à trente secondes, l'insensibilisation est obtenue.

L'intensité du courant doit être de 250 à 300 milliampères.

En opérant de cette manière indiquée par MM. Régnier et Dysbury, l'on peut arriver à produire une anesthésie suffisante pour de petites opérations qui nécessiteraient autrement l'emploi d'anesthésiques généraux ou locaux. La durée de l'anesthésie provoquée ainsi est de quinze à vingt minutes.

Le toucher des aveugles. — *M. Dussaud.* Cet auteur a communiqué le résultat de ses recherches, poursuivies à l'hospice national des Quinze-Vingts, sur le toucher des aveugles. Il a fait connaître, notamment, un dispositif nouveau permettant aux élèves aveugles d'écrire, de se relire, de se corriger, de calculer, comme le font les voyants. C'est là une simplification et un perfectionnement intéressants des procédés de Braille.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

11 Février 1902.

Les plis cachetés à l'Académie. — *M. Vallin.* Dans son dernier comité secret, l'Académie a voté la motion suivante : lorsqu'un auteur demandera l'ouverture d'un pli cacheté, le bureau de l'Académie décidera, après en avoir pris connaissance, s'il doit être donné lecture en séance publique de ce pli ca-

cheté; dans le cas où l'Académie ne le jugera pas utile, mention sommaire en sera faite au procès-verbal.

Epithélioma primitif du cou, d'origine branchiale. — *M. Richelot* présente un malade opéré dans la région du cou à droite pour un carcinome d'origine branchiale. La guérison dure depuis six mois; elle paraît définitive. L'épithélioma primitif de la région cervicale, d'origine branchiale, peut donc être diagnostiqué assez tôt pour permettre une intervention suivie de succès.

La chloroformisation chez les cardiaques. — *M. Huchard.* Les médecins sont à chaque instant consultés pour savoir si les cardiaques peuvent être chloroformisés. Suivant moi, tous les cardiaques, aortiques, mitraux, etc., peuvent être anesthésiés par le chloroforme. Il n'y a de contre-indication que chez les sujets en état d'asystolie, de dyspnée toxi-alimentaire ou en instance d'œdème pulmonaire aigu. On indique quelquefois la dégénérescence graisseuse du cœur comme une contre-indication, mais on confond généralement la dégénérescence graisseuse avec le cœur scléreux; dans ces cas, la chloroformisation peut être pratiquée après une période pendant laquelle on a soumis le malade à la digitale ou à la théobromine.

La symphyse du péricarde est une contre-indication; mais, le plus souvent, elle n'est pas reconnue.

On a dit que l'insuffisance tricuspidienne, que l'insuffisance aortique, affections syncopales étaient des contre-indications; mais la syncope n'est jamais un symptôme de maladie du cœur ou de l'aorte; quand la mort survient par syncope chez un cardiaque, c'est à cause d'une complication.

C'est surtout chez les cardiaques à qui l'on doit pratiquer des opérations considérées comme dangereuses, comme la dilatation de l'anus, que la contre-indication paraît établie; cependant j'ai vu cette chloroformisation pratiquée sans accident.

La chloroformisation doit être faite non brusquement, mais à petites doses, progressives, méthode qui permet d'éviter la syncope laryngée et la syncope toxique.

Il faut avoir près de soi du nitrite d'amyle utile en cas de syncope. L'anesthésie doit être absolument complète avant de commencer l'opération.

Dans les cas de mort, on incrimine souvent le chloroforme ou l'état antérieur du malade, une cardiopathie latente. Mais, en réalité, le chloroforme est généralement bon, les cardiopathies latentes ne sont pas une contre-indication. C'est l'état général qui est la cause de la mort; ainsi, dans tel cas, [c'est en raison d'une endocardite infectieuse aiguë survenue au cours d'une gonococcie que la mort est survenue.

Le plus souvent, la mort survient parce que le chloroforme est mal donné, à cause de l'inattention ou de l'inhabileté du chloroformisateur; c'est pour cela que les morts par chloroforme sont plus fréquentes dans les hôpitaux qu'en ville. Mais où les élèves apprennent-ils la chloroformisation? dans les hôpitaux? il n'y a pas en France, comme en Amérique, d'école spéciale pour cet art.

Le chloroforme, bien donné chez les cardiaques, n'est pas dangereux; c'est ce qui résulte des observations recueillies sur plus de 300 cardiaques chloroformisés. Ils n'ont pas présenté un seul accident.

M. Berger. Je ne puis que confirmer ce que M. Huchard vient de dire au sujet des précautions qui doivent être prises chez les cardiaques chloroformisés. C'est sans crainte que je donne le chloroforme chez les cardiaques, pourvu que ces malades ne soient pas en même temps des cachectiques. Seulement, j'indique toujours à l'élève la nécessité de surveiller avec plus d'attention la chloroformisation dans les limites entre lesquelles l'anesthésie doit se mainteni-.

Pour éviter les accidents, il faut que, dès le début, la chloroformisation se fasse s... incident ; alors tout ira bien, à condition que l'... qui en est chargé soit absolument attentif et suiv... avec exactitude son sujet.

Il importe surtout de ne pas dépasser la limite de l'anesthésie chez les cardiaques, car les moyens employés chez les sujets ordinaires comme les tractions de la langue et la respiration artificielle, ne m'inspirent pas grande confiance chez les cardiaques.

J'ai chloroformisé sans accidents beaucoup de malades atteints de lésions organiques du cœur; je crains surtout les cœurs gras, les cœurs faibles qui ont tendance à tomber à chaque instant en syncope; mais en surveillant le début des accidents on peut y remédier à temps. J'ai vu la mort survenir chez un malade atteint de symphyse péricardique, je crois donc que dans ces conditions il vaut mieux s'abstenir si l'opération n'est pas urgente.

La communication de M. Huchard au sujet du mode de chloroformisation prête à plus de discussion. Le chloroforme n'est pas toujours parfait; il en résulte des accidents en série : les alertes débutent généralement par des phénomènes d'irritation; dans ces conditions, il faut craindre les suites de l'anesthésie.

Quand on trouve un bon chloroformisateur il faut bien entendu, le conserver. Le chloroforme donné à Strasbourg dans le service de Sédillot par un coutellier qui n'avait aucune connaissance médicale a toujours été bien administré. Mais il n'en est pas ainsi pour tous les chloroformisateurs de profession. Ainsi, en Angleterre, où il y a des chloroformisateurs spéciaux, il se produit au moins autant d'accidents qu'en France. Enfin je pense qu'il est du devoir des chirurgiens des hôpitaux d'enseigner eux-mêmes à leurs élèves les principes d'une bonne chloroformisation; il faut que l'élève soit pénétré de l'importance et de la gravité du rôle qu'il a à jouer.

Quant au choix de l'anesthésique, je préfère le chloroforme à l'éther, mais je pense qu'il est plus difficile à donner, et que, entre les mains d'un aide inhabile l'éther est moins dangereux.

L'alimentation par la pomme de terre dans le traitement du diabète. — *M. Mossé.* J'ai déjà montré les bons résultats de l'alimentation par les pommes de terre dans le traitement des diverses formes de diabète. Ce traitement a aidé dans plusieurs cas à la guérison des accidents chirurgicaux du diabète. Il agit vraisemblablement par l'alcalinisation des humeurs, au même titre que le traitement par les eaux alcalines de Vichy; en outre, les pommes de terre contiennent des oxydases et apportent aux tissus des ferments capables de favoriser les oxydations qui se montrent habituellement ralenties chez les diabétiques.

M. Labbé.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 19 *Février* 1902, à 1 heure. — M. Choutet : Les sels cacodyliques; MM. Fournier, Pinard, Gaucher, Wallich. — M. Meheut : Contribution à l'étude des fibromes gravidiques; rareté des interventions au cours de la grossesse; MM. Pinard, Fournier, Gaucher, Wallich. — M. Joret : De la pathogénie du céphalématome d'après quelques anomalies dans son siège et l'époque de son apparition; MM. Pinard, Fournier, Gaucher, Wallich.

Jeudi 20 *Février* 1902, à 1 heure. — M. Géraudel : Etude sur la cirrhose paludique; MM. Debove, Dieulafoy, Achard, Jeanselme. — M. Ferrand : Essai sur l'hémiplégie des vieillards; les lacunes de désintégration cérébrale; MM. Debove, Dieulafoy, Achard, Jeanselme. — M. Obrecht : Phlegmatia alba dolens dans la pneumonie; MM. Dieulafoy, Debove, Achard, Jeanselme. — M. Berthier : Du drainage vésical par les voies naturelles; MM. Guyon, Berger, Marion, Auvray. — M. Aillet : Contribution à l'étude clinique de l'ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus; MM. Berger, Guyon, Marion, Auvray. — M. Seyer : La perte du réflexe du tendon d'Achille dans le tabes; MM. Raymond, Gilbert, Charrin, Teissier. — M. Guillain : La forme spasmodique de la syringomyélie. La syringomyélie par névrite ascendante et par traumatisme; MM. Raymond, Gilbert, Charrin, Teissier. — Mlle Eudel : La diphtérie à l'hôpital de Nantes; MM. Hutinel, Netter, Dupré, Rénon. — M. Bourla : Virulence du pneumocoque dans certaines formes des congestions pulmonaires; MM. Hutinel, Netter, Dupré, Rénon. — M. Poulain : Etude de la graisse dans le ganglion lymphatique normal et pathologique; MM. Hutinel, Netter, Dupré, Rénon. — M. Pagniez : Actions exercées sur les globules rouges par quelques liquides normaux et pathologiques de l'organisme; MM. Hutinel, Netter, Dupré, Rénon.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 17 *Février* 1902. — 2e : MM. Richet, Rémy, Desgrez. — 2e MM. Blanchard, Gley, Broca (André). — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime: MM. Jalaguier, Walther, Wallich. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime : MM. Lannelongue, Poirier, Lepage. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime : MM. Fournier, Gaucher, Legry. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Delens, Gosset. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Mauclaire, Broca (Aug.). — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Teissier, Bezançon.

Mardi 18 *Février* 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Ecole pratique : MM. Cornil, Thiroloix, Guiart. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau Régime : MM. Dieulafoy, Achard, Dupré. — 2e : MM. Mathias-Duval, Retterer, Chassevant. — 2e MM. Gautier, Launois, Langlois. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime : MM. Schwartz, Bonnaire, Thiéry. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Guyon, Hartmann, Marion. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. Le Dentu, Pozzi, Auvray. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Raymond, Charrin, Gouget. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Quénu, Demelin.

Mercredi 19 *Février* 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Terrier, Reclus, Cunéo. — 2e, Salle Pasteur : MM. Gariel, Remy, Retterer. — 2e, Salle Richet : MM. Ch. Richet, Hanriot, Netter. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime : MM. Lannelongue, Broca (Aug.), Potocki. — 5e, Chirurgie (Première partie), Necker : MM. Kirmisson, Legueu, Gosset. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Landouzy, Wurtz, Widal.

Jeudi 20 *Février* 1902. — Médecine opératoire, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Farabeuf, Poirier, Faure. — 2e, Salle Pasteur : MM. Mathias-Duval, Gariel, Gley. — 2e, Salle Velpeau : MM. Gautier, Remy, Langlois. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Charcot : MM. Budin, Pozzi, Thiéry. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Nélaton : MM. De Lapersonne, Bonnaire, Hartmann. — 4e, Ancien régime, Salle Richet : MM. Brouardel, Proust, Vaquez.

Vendredi 21 *Février* 1902. — 2e, Salle Richet : MM. Gariel, Gley, Legry. — 2e, Salle Thouret : MM. Ch. Richet, Retterer, Richaud. — 4e, Nouveau régime : MM. Widal, Pouchet, Wurtz. — 5e, Chirurgie (Première partie), Laënnec : MM. Kirmisson, Mauclaire, Walther. — 5e, Chirurgie (Deuxième partie) (1re série), Laënnec : MM. Netter, Gaucher, Bezançon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Laënnec : MM. Landouzy, Thoinot, Teissier. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

CONCOURS

Jury du concours pour six places de médecin des hôpitaux. — Le jury du concours ouvert pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux est composé comme suit : MM. Renault, Aud'hovi, Landrieux, Fournier, Petit, Bouchard, Robin, Huchard, Klippel, Landouzy, Hallopeau, Schwartz.

Internat. — *Anatomie.* — Séance du 7 Février : MM. Béal, 7; Delapehier, 3; Pruinier, 4 ; Dromard (René), 6; Lemaire (Jules), 5; Francoz, 4; Jarory, 8 ; Roland, 9 ; Cauchoix, 10. — *Absents* : MM. Muller, Braunberger.

Séance du 8 Février : MM. Brésard, 6 ; Muller, 5 ; Mougeot, 6 ; Lebar, 11 ; Dobrowitch, 9 ; Ambrosi, 4; Vermeil, 3 ; Bourguignon, 9 ; Laederich, 9. — *Absents* : MM. Ferté, Roux (Justin).

Séance du 10 Février : MM. Verliac, 8; Burgaud (Victor), 7; Villaret, 10; Jeannel, 6; Chevallier, 4; Léenhardt, 7; Hébert, 7; Mlle Maugeret, 6. —*Absents* : MM. Gillet (René), Rigoulet, Roussel (René), Vincent (Jules).

Pathologie. — Séance du 7 Février : MM. Cléret, 6 ; Le Play, 11 ; Chaix, 7 ; Lévy (Fernand), 11 ; Brissy, 8 ; Rodocanachi, 8 ; Leroux, 4 ; Ollier, 6 ; Tassin, 9 ; Boudréaux, 9. — *Absents* : MM. Amblard, Villandre.

Séance du 10 Février : MM. Omecinsky, 8 ; Feuillié, 7; Capette, 9; Dreyfus, 8; Herbinet, 9; Ricou, 10; Cantonnet, 13; Cérise, 9, — *Absents* : MM. Barbier (Pierre), Trèves.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Chedevergne, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers, vice-président du conseil de l'Université de Poitiers, chevalier de la Légion d'honneur.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 14. — Samedi, 15 Février 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

CONSEILS D'HYGIÈNE UNIVERSITAIRE ET SANTÉ PUBLIQUE

L'appel aux médecins, à propos du projet de réforme de l'enseignement secondaire, publié dans le numéro du 1er Février de *La Presse Médicale* par notre collègue M. Albert Mathieu, soulève des idées trop justes et met au grand jour des réflexions qui sont trop dans l'intimité des consciences d'un grand nombre de pères de famille, médecins ou non, pour n'avoir pas un retentissement légitime. Nous pensons donc que la Ligue des pères de famille, amis de l'Université, dont parle M. Albert Mathieu, est appelée à avoir un légitime succès, car elle correspond à un besoin d'autant plus réel que nous ne savons que trop bien, nous autres médecins, qu'en matière d'hygiène, plus qu'en toute autre, l'activité des pouvoirs publics est rarement spontanée, qu'elle a besoin d'être sollicitée et mise en train, et qu'on voit rarement un acte décisif de progrès franchement accompli par elle contre la routine des bureaux avant que la poussée de l'opinion publique ne soit devenue trop forte pour qu'il soit possible d'y résister plus longtemps. Il suffit de songer aux longues et douloureuses vicissitudes subies par la « loi pour la protection de la santé publique », aux longs retards mis par les pouvoirs publics à s'intéresser à la lutte antituberculeuse, à

laquelle ils s'attachent si vigoureusement maintenant, pour voir combien il est nécessaire de solliciter longtemps et de toutes façons leur initiative, et combien leur collaboration devient active et puissante quand elle est enfin convaincue et agissante.

* * *

La proposition de M. Albert Mathieu m'amène à présenter, moi aussi, au public médical, une idée que je crois de nature à assurer, sinon d'une manière définitive, du moins pour longtemps, la possibilité et l'aboutissement des réformes hygiéniques nécessaires dans les établissements universitaires de tout ordre : je veux parler de la création de Conseils d'hygiène universitaires. J'ai eu l'occasion d'émettre récemment cette idée dans un article sur le « rôle social de l'instituteur dans l'éducation hygiénique du peuple », destiné à la « Revue pédagogique » et actuellement sous presse. La voici en deux mots :

Je voudrais qu'il fût créé, à Paris, au ministère de l'Instruction publique, une section spéciale du Conseil supérieur de l'Instruction publique qui ne serait autre que le *Conseil supérieur d'hygiène universitaire de France*. Ce conseil supérieur aurait sa *section permanente* qui, en dehors des sessions annuelles réglementaires, serait consultée par le ministre ou les directeurs intéressés sur les questions urgentes.

Mais, et c'est là surtout le point important, le conseil supérieur d'hygiène universitaire serait complété, dans chaque académie, par un *Conseil d'hygiène académique*, installé à côté du recteur, comme le conseil supérieur à côté du ministre. Conseil supérieur et Conseil académique auraient, bien entendu, l'un et l'autre, uniquement voix consultative, et correspondraient auprès du ministre de l'Instruction publique et auprès du recteur, pour l'Université, à ce que sont le Comité central d'hygiène publique en France et les Conseils d'hygiène départementaux auprès du ministre de l'Intérieur et des préfets. Ils ne pourraient donc gêner en rien l'administration universitaire dans l'exercice de son autorité. Ils auraient, eux aussi, leurs assemblées générales et leur « section permanente », celle-ci indispensable pour permettre en tout temps aux recteurs de prendre avec la rapidité nécessaire les décisions urgentes, celle-là indispensable pour permettre aux délégués des points éloignés de la circonscription académique de prendre part d'une façon effective et personnelle aux travaux du « Conseil d'hygiène académique ».

Il n'est pas besoin, devant un public de médecins, de défendre l'idée de l'utilité ou plutôt de la nécessité absolue de Conseils d'hygiène universitaires, c'est-à-dire d'assemblées d'hommes compétents qui seraient appelées à donner leur avis non seulement sur l'installation matérielle des classes, c'est-à-dire leur emplacement, leur chauffage, leur éclairage, leur nettoyage, leur mobilier, etc., mais encore sur l'*emploi du temps des élèves*, réglé, non d'après les habitudes des professeurs, mais d'après les nécessités physiologiques inhérentes à l'âge des écoliers, au climat de la ville, à la saison, etc., sur la somme d'exercice physique qu'il faut exiger de tous les élèves indistinctement, et sur la forme la meilleure de cet exercice, sur la quantité de travail cérébral qu'on peut, au total, demander *raisonnablement* des écoliers de tout âge, et par conséquent sur les programmes eux-mêmes dont l'élaboration ne doit pas être seulement laissée aux grammairiens, aux mathématiciens, aux naturalistes, aux latinistes, aux hellénistes, aux historiens, aux géographes, mais encore, et on pourrait presque dire surtout, aux hygiénistes et aux médecins.

* * *

On me permettra seulement d'insister sur la question des Conseils d'hygiène universitaires locaux, c'est-à-dire académiques.

S'il est nécessaire qu'il y ait à Paris un Conseil supérieur chargé, à côté de l'administration centrale, de prendre des mesures générales nécessaires, telles que l'élaboration des programmes, la durée de l'isolement et la prophylaxie dans les diverses maladies contagieuses scolaires, etc., il est indispensable que l'application locale de ces différentes mesures soit laissée à l'appréciation des diverses autorités académiques locales. L'hygiène prophylactique, par exemple, est avant tout et essentiellement locale; plus brèves sont les formalités à remplir avant l'application des mesures de défense, et plus celles-ci sont efficaces. D'autre part, n'est-il pas évident que les différences climatologiques des diverses Académies doivent aussi logiquement avoir leurs répercussions sur l'organisation générale de l'emploi du temps, sur l'heure des classes, sur le moment des vacances, etc.? En quoi est-il utile que les élèves entrent en classe à la même heure au mois de Juillet et au mois de Décembre, à Lille et à Nîmes, et partent en vacances le même jour à Alger et à Nancy, etc.? Ce n'est pas, du reste, au moment où l'on vient de créer les Universités régionales qu'il est besoin d'insister plus longuement sur les avantages de toute nature de la décentralisation universitaire à tous les degrés.

Rien de plus facile à organiser, du reste, que ces Conseils d'hygiène universitaires. Je ne parle pas du recrutement du « Conseil supérieur d'Hygiène universitaire de France ». Les compétences éclairées y seraient foule, à commencer par les délégués des Facultés de médecine au Conseil supérieur de l'Instruction publique. Plus intéressant est le recrutement du Conseil d'hygiène académique. Celui-ci se composerait de membres de droit, et de membres nommés par délégations spéciales. Le recteur de l'Académie en serait, comme il convient, président de droit; c'est là une absolue nécessité, si l'on veut donner aux décisions du Conseil d'hygiène académique toute la valeur administrative qu'elles comportent et la rapidité d'exécution qu'elles peuvent nécessiter en certains cas. Le professeur d'hygiène de la Faculté ou de l'Ecole de médecine de l'Université locale serait vice-président de droit. Le secrétaire de l'Académie, secrétaire général. L'inspecteur d'Académie, directeur de l'enseignement secondaire; les inspecteurs d'Académie, directeurs départementaux de l'enseignement primaire, compléteraient la liste des membres de droit. Les membres nommés seraient choisis parmi les diverses personnalités intéressées et compétentes, à savoir, de préférence, le médecin chargé du service des épidémies, un médecin délégué du Conseil d'hygiène départemental, dont la présence est indispensable pour renseigner le Conseil sur l'état sanitaire de la circonscription, un délégué des proviseurs des lycées et directeurs des collèges, un délégué des maîtres-répétiteurs et surveillants, un délégué des médecins des lycées et collèges, un délégué des instituteurs, une déléguée des institutrices. Telles seraient, avec un architecte et un ingénieur sanitaire, toutes les compétences nécessaires et suffisantes. Les divers délégués seraient désignés par un vote de leurs collègues, plutôt que choisis directement par l'autorité académique.

De ce Conseil d'hygiène académique émanerait une section permanente dont feraient partie, outre les membres de droit, le médecin délégué du Conseil d'hygiène départemental et un autre délégué habitant le chef-lieu académique.

Ainsi composé, le Conseil d'hygiène académique serait *nécessairement* consulté sur toutes les questions intéressant l'hygiène du personnel ou du matériel des établissements universitaires de tous ordres de son ressort, car on peut bien avouer qu'au point de vue des manquements quotidiens aux règles les plus élémentaires de l'hygiène et de la salubrité, les établissements d'enseignement supérieur même, et surtout les Facultés de médecine, n'ont rien à envier à la plus délabrée des écoles de village. A l'heure actuelle, les Conseils d'hygiène départementaux sont bien consultés sur la valeur hygiénique des emplacements choisis par les écoles, mais ils n'ont à donner leur avis ni sur les aménagements intérieurs, ni sur le mobilier, ni sur aucun des points si particuliers et si importants qui forment le grand chapitre d'hygiène qui s'intitule dans les traités classiques, « l'hygiène scolaire » et qui n'est pas une des parties les moins importantes de la puériculture. Qui ne voit de suite l'importance des réformes urgentes à faire et des services à rendre? En outre, le Conseil d'hygiène académique recevrait, au moins chaque mois, un rapport signé du médecin et du directeur de chaque établissement sur l'état sanitaire de la maison. Il aurait sous sa juridiction les médecins des divers établissements, et, renseigné à la fois par chacun d'eux et par le médecin des épidémies, pourrait les avertir à son tour des précautions à prendre pour éviter les maladies scolaires qui peuvent menacer l'établissement à eux confié. Il surveillerait l'exécution des mesures prescrites par lui, en déléguant au besoin l'un de ses membres pour les inspections nécessaires; il s'occuperait enfin de l'enseignement de l'hygiène dans le ressort de l'Académie, à la fois en introduisant dans les programmes de l'enseignement primaire des œuvres post-scolaires les notions d'hygiène locale appropriées au genre de vie et de travail des classes laborieuses dans les différents centres de la circonscription, et en veillant au recrutement des professeurs d'hygiène dans les lycées et les écoles normales. Depuis que, sous la pression de la nécessité, l'enseignement de l'hygiène a été introduit dans les programmes de l'enseignement secondaire et des écoles normales, il a été donné par les professeurs d'histoire naturelle, de physique et de chimie, quelquefois même de philosophie! Or, quelle que soit la bonne volonté de ces professeurs improvisés, ils ne peuvent donner avec l'autorité et la science nécessaires un enseignement qui, d'autant plus difficile qu'il doit être plus condensé, ne peut être utilement et bien donné que par un médecin. Le Conseil d'hygiène académique aurait à désigner à l'autorité supérieure, soit parmi les médecins des lycées et collèges, soit parmi les confrères plus particulièrement indiqués par leurs travaux habituels, ceux qu'il croirait plus aptes à remplir ces enseignements.

* * *

Nous croyons que l'esquisse ci-dessus donnée des Conseils d'hygiène universitaire tels que nous les concevons suffit à montrer et l'urgence de leur création et l'importance des services qu'ils pourraient rendre. Souhaitons, en terminant, que l'idée fasse son chemin et qu'elle trouve bientôt quelque parrain puissant qui fasse de l'espérance d'aujourd'hui la réalité de demain.

H. Surmont, de Lille.

BIBLIOGRAPHIE

Consultations médicales, par J. Grasset, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier, 1 vol. in-16 de 420 pages cartonné toile, tranche dorée. Prix 5 francs. (*Coulet et Cie*, éditeurs, Montpellier.)

Nos défenses naturelles, par Just Navarre, 1 vol. grand in-8° de 150 pages, broché. (*Waltener et Cie*, imprimeurs à Lyon.)

Eléments de physiologie, par Maurice Arthus, de l'Institut Pasteur de Lille, ancien professeur de physiologie, chimie physiologique et microbiologie à l'Université de Fribourg (Suisse), 1 vol. in-16 diamant de XII-874 pages, avec figures dans le texte

Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux. 30 fasc. gr. in-8° de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 franc. (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

UNE QUESTION OBSTÉTRICALE[1]

DANS LE CAS DE VICIATION PELVIENNE, LE MÉDECIN PEUT-IL AUJOURD'HUI, SANS ENGAGER SA RESPONSABILITÉ MORALE, PROVOQUER L'ACCOUCHEMENT? PRATIQUER L'EMBRYOTOMIE SUR L'ENFANT VIVANT?

Par **Paul BAR**, Agrégé,
Accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine.

Quand une innovation opératoire hardie et heureuse vient contrarier les idées qui semblaient définitivement acquises, elle trouve toujours des partisans enthousiastes dont l'intransigeance ne tolère aucune contradiction, et des détracteurs, gardiens jaloux des idées reçues, qui lui dénient tout intérêt, quand ils ne la trouvent pas néfaste.

Il en a été ainsi après la publication du livre de Rousset sur l'hystérotomotokie, après l'invention du forceps, après la première symphyséotomie faite par Sigault.

Vous savez quelles querelles divisèrent, au commencement du XIXe siècle, symphysiens et césariens, partisans et adversaires de l'accouchement prématuré artificiel.

Après chacune de ces époques de crise scientifique le temps a fait son œuvre. Grâce à lui, la vérité s'est dégagée, et le progrès a suivi sa marche en avant, faisant juste part à la tradition et à l'idée nouvelle. Cependant il n'est aucune de ces périodes où, devant l'absolutisme des opinions qui s'entre-choquaient, des cas de conscience ne se soient élevés et n'aient dû être discutés.

Nous sommes précisément, en ce qui concerne le traitement de la dystocie par viciation pelvienne, à une de ces époques critiques.

L'obstétrique n'est plus telle que nous l'ont léguée nos maîtres; elle subit, en ce moment, une transformation rapide et fait, en maintes circonstances, une place de plus en plus grande à des interventions chirurgicales que les accoucheurs qui nous ont précédés n'eussent jamais osé accepter.

Or le traitement de la dystocie par viciation pelvienne n'est pas resté en dehors de ce mouvement : la section césarienne et la symphyséotomie, rajeunies, sont redevenues en faveur; mais, en même temps, les perfectionnements de la technique opératoire ont amélioré les résultats que permettent d'obtenir la version et l'emploi du forceps. L'accouchement provoqué a, de son côté, largement bénéficié des procédés qui permettent d'obtenir une rapide dilatation du col et des soins dont nous savons entourer les enfants nouveau-nés.

Ce double mouvement a-t-il conduit à des conclusions qui soient acceptées par tous, et sommes-nous aujourd'hui en mesure de préciser la place qu'il convient d'attribuer à chacune de ces opérations?

Sur deux points, au moins, il semblerait que la lumière soit faite.

Lisez, en effet, la leçon que faisait, il y a quelques semaines, M. Pinard, sur le fœticide[2], et dans laquelle il expose sa doctrine :

« Avant, dit-il, d'exposer et d'étudier les raisons qui militent pour ou contre telle ou telle intervention, je crois nécessaire de faire une profession de foi.

« Pour moi, l'accoucheur doit rester médecin dans tous ses actes.

« C'est-à-dire qu'il doit toujours et partout éviter la maladie, et s'efforcer de conserver et de prolonger la vie chez les êtres qui se confient à lui, ou qui lui sont confiés. Pour cela, chez toute femme enceinte, l'accoucheur doit avoir pour but de mener la grossesse à terme, et de procéder à l'accouchement avec le minimum de traumatisme pour la mère et pour l'enfant. C'est-à-dire que cette doctrine, que ce dogme si l'on veut, exclut de la thérapeutique des accouchements, dans les rétrécissements du bassin, aussi bien l'accouchement provoqué que l'embryotomie sur l'enfant vivant.

» Dès qu'un enfant est conçu, nul n'a le droit de s'opposer à son développement ; l'accoucheur, toujours et partout, a le devoir de le protéger ainsi que sa mère...

« L'accouchement prématuré artificiel, outre qu'il tue plus de 30 enfants sur 100, ne peut produire que des prématurés, c'est-à-dire des êtres à développement incomplet, ne possédant pas toutes les aptitudes à vivre de la vie extra-utérine, et, pour la plupart, candidats désignés aux maladies et aux infirmités.

« Avant l'antisepsie, à l'époque où l'opération césarienne et la symphyséotomie tuaient à peu près toujours les mères, on comprend que l'accouchement prématuré ait pu être adopté; on préférait une malade à une morte. Aujourd'hui, heureusement, cette impuissance a disparu.

« De même, je ne puis admettre qu'on discute l'opportunité d'une intervention en se basant sur la valeur morale ou sociale de la vie de la mère ou de celle de l'enfant. Si l'on entre dans cette voie, si l'on est logique, on aboutit fatalement à la disparition de l'espèce. Or, je suis l'ennemi de l'individualisme. Pour moi, les conditions du milieu hygiénique ou social ne doivent pas avoir plus d'influence sur le choix d'une intervention que le grand nombre de naissances dans un pays ne doit légitimer les opérations fœticides.

« Vous avez vu disparaître, à la fin du XIXe siècle, un *opprobre scientifique* : le sacrifice de l'enfant. A l'heure actuelle, il n'est plus un accoucheur qui ait le triste courage de se déclarer partisan de l'embryotomie sur l'enfant vivant bien portant. C'est en balbutiant que quelques-uns prétendent encore avoir le droit de porter une main meurtrière sur l'enfant dit compromis. »

Je ne crois pas que le débat puisse être considéré comme clos, car l'opinion de M. Pinard sur les deux points spécialement visés par lui dans les lignes qui précèdent ne parait pas justifié par les faits.

Pour moi, j'estime que l'accouchement prématuré provoqué rend encore de très grands services, et ne doit pas être condamné sans réserves.

J'estime également que, dans l'état actuel de la science, il est certains cas où l'accoucheur doit pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant.

Mais, affirmation ne vaut pas raison. Laissez-moi donc vous dire les arguments qui appuient ma manière de voir.

Afin d'éviter toute ambiguité je formulerai ainsi la double question que je vais étudier :

Dans l'état actuel de la science, existe-t-il des cas où, s'il y a viciation pelvienne, le médecin peut, sans engager sa responsabilité morale :

1° Se décider à provoquer l'accouchement?

2° Se décider à pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant?

***

Dans l'état actuel de la science, existe-t-il des cas où, s'il y a viciation pelvienne, le médecin peut, sans engager sa responsabilité morale, se décider à provoquer l'accouchement?

Vous savez que M. Pinard condamne sans réserves l'accouchement prématuré provoqué. Quelles objections adresse-t-il à cette méthode de traitement qui avait fait naître de si grandes espérances?

Je puis les ranger sous trois chefs principaux :

1° L'accouchement prématuré artificiel tue plus de 30 pour 100 des enfants;

2° L'accouchement prématuré artificiel ne peut produire que des prématurés, c'est-à-dire des êtres à développement incomplet, ne possédant pas toutes les aptitudes à vivre de la vie extra-utérine, pour la plupart candidats-nés aux maladies et aux infirmités;

3° L'accouchement provoqué, qui pouvait être légitime quand l'opération césarienne et la symphyséotomie nous donnaient les pires résultats, n'a plus de raison d'être aujourd'hui que, grâce à l'antisepsie, notre impuissance a disparu.

S'il en est vraiment ainsi, l'accouchement provoqué doit être proscrit, et l'accoucheur qui le conseillerait encourrait vraiment une grande responsabilité morale.

Mais en est-il ainsi?

Étudions donc les trois objections que je viens de dire[1].

I. — *L'accouchement prématuré artificiel fait-il succomber plus de 30 pour 100 des enfants?*

Voyons ce que disent les statistiques. En voici deux. La première appartient à M. Pinard :

Sur 100 accouchements qu'il a provoqués, la mortalité infantile a été de 32 pour 100.

La seconde m'appartient : sur 100 accouchements (dont 1 avec jumeaux) que j'ai provoqué, la mortalité infantile a été de 25,74 pour 100.

Il semble donc que l'argument soit fondé. Mais j'ai démontré que ces chiffres étaient sans valeur parce que les faits réunis aussi bien par M. Pinard que par moi étaient très disparates.

Quand on provoque l'accouchement, des facteurs très différents se groupent, en effet, et très différemment, pour amener la mort de l'enfant.

Cependant, parmi toutes les causes qui influent sur les résultats de l'accouchement provoqué, il en est une qui domine toutes les autres : le degré de la viciation pelvienne.

Les résultats sont, en effet, d'autant plus

1. Leçon faite, le 23 Janvier 1902, à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

2. Prof. PINARD. — « Du fœticide », *La Semaine Médicale*, supplément au numéro du 4 Décembre 1901.

1. Je laisse de côté les questions que soulève le diagnostic de l'âge de la grossesse, du volume de l'enfant; ce sont des objections que les faits contredisent, et j'y ai répondu ailleurs. — (PAUL BAR : *Leçons de pathologie obstétricale*, Paris, 1900, p. 135 et suiv.)

mauvais que la viciation est plus marquée, et j'ai pu, en étudiant de près les faits, établir la classification suivante :

Bassins de 61 à 70 millimètres, la mortalité infantile varie, suivant les statistiques, de 80 à 100 pour 100.

Bassins de 70 à 80 millimètres, la mortalité infantile est de 53,33 pour 100 (Bar).

Bassins de 81 à 85 millimètres, la mortalité infantile est de 31,57 pour 100 (Bar).

Bassins de 86 à 90 millimètres, la mortalité infantile est de 12 pour 100 (Bar).

Bassins de 91 à 100 millimètres, la mortalité infantile est de 8,69 (Bar).

Bassins de 101 à 110 millimètres, la mortalité infantile est de 0 pour 100 (Bar).

Nous voilà bien loin de cette mortalité de 30 pour 100 que les adversaires de l'accouchement provoqué citent à tout propos et qui n'est qu'un argument de polémique. La vérité est autre.

Suivant les cas, les résultats de l'accouchement provoqué sont pires et meilleurs que ce chiffre de 30 p. 100 ne le laisse supposer.

Dans les bassins inférieurs à 80 millimètres, les résultats sont désastreux; ils sont mauvais dans les bassins de 80 à 85 millimètres; ils deviennent satisfaisants audessus.

La conclusion qui s'impose est donc la suivante :

Il faut rejeter l'accouchement provoqué dans les bassins mesurant moins de 80 millimètres;

Ne l'accepter qu'avec défiance (pour moi, je préfère le rejeter) dans les bassins de 80 à 85 millimètres;

Mais on devra l'accepter comme une bonne opération dans bien des cas où le bassin mesure de 86 à 90 millimètres;

Il est vraiment une opération excellente dans les bassins mesurant plus de 90 millimètres : excellente dans ses résultats immédiats, excellente aussi dans ses résultats éloignés.

II. — *L'accouchement prématuré artificiel ne peut-il, en effet, produire que des êtres à développement incomplet, ne possédant pas toutes les aptitudes à vivre de la vie extra-utérine, et, pour la plupart, candidats-nés aux maladies et aux infirmités?*

L'objection est fondée si l'on envisage les accouchements provoqués dans des bassins dont le diamètre conjugué supérieur est inférieur à 80 et même à 85 millimètres. Elle ne l'est plus quand on pratique cette opération dans des bassins mesurant plus de 85 millimètres, et surtout plus de 90 millimètres.

Les enfants qu'on extrait alors pèsent plus de 2.500 grammes et on les élève facilement; quoique puissent dire, à ce point de vue, les adversaires de l'accouchement provoqué, si, à leur naissance, ces enfants sont un peu moins vigoureux que ceux nés à terme, leur infériorité est minime; elle disparaît vite, et ils ne restent pas des candidats-nés aux maladies et aux infirmités.

III. — *Que penser de la dernière objection?* La section césarienne et la symphyséotomie ont-elles vraiment fait disparaître notre impuissance? En partie seulement. Elles restent des opérations sérieuses et l'antisepsie n'a pas fait disparaître tous les risques qu'elles entraînent. Aujourd'hui encore, elles ne sont pas sans faire courir des dangers à la mère, et elles laissent à l'enfant des chances de mort : je vous dirai tout à l'heure dans quelle mesure.

A la vérité, le médecin, en provoquant l'accouchement dans les limites que j'ai indiquées, satisfait à son devoir qui est de protéger la mère en nuisant le moins possible à l'enfant: il protège la mère puisqu'il lui évite les dangers d'opérations telles que la symphyséotomie et l'opération césarienne, alors que les risques de l'accouchement provoqué sont minimes pour elle (1 p. 100).

Nuit-il à l'enfant? Bien peu, assurément. La mortalité infantile après l'accouchement provoqué dans des bassins mesurant plus de 85 millimètres, n'est pas supérieure à celle qu'on observe quand l'accouchement a lieu à terme. Et c'est vraiment payer bien peu cher les bonnes chances qu'on donne à la mère, que de les acheter au prix de la légère et très passagère infériorité de l'enfant au moment de sa naissance.

Je conclus donc que, dans les limites indiquées, vous pouvez, sans engager votre responsabilité morale, adopter l'accouchement provoqué, comme opération de choix.

Cependant, vous n'oublierez pas qu'en toute circonstance vous devez agir en médecins s'attachant à ne pas faire d'intervention inutile. Moins le bassin est rétréci, plus les chances d'accouchement spontané à terme sont grandes : vous ne devrez donc provoquer l'accouchement que dans les cas où l'expectation aurait pour conséquence une disproportion entre le volume de l'enfant et la capacité du bassin.

C'est la clinique seule qui peut vous apprendre à agir au moment opportun.

* * *

Dans l'état actuel de la science, existe-t-il des cas où, s'il y a viciation pelvienne, le médecin peut, sans engager sa responsabilité morale, se décider à pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant?

Oui.

Autrefois, quand une femme était en travail, quand il était acquis que l'accouchement ne pouvait se terminer sans une intervention, on s'appliquait à extraire l'enfant par la version ou avec le forceps, et, en cas d'échec, on pratiquait l'embryotomie.

Généralement, à ce moment, l'enfant était mort. Parfois, il n'en valait guère mieux, bien que son cœur battît encore.

J'ai vu pratiquer l'embryotomie sur des enfants vivants, bien vivants, qui respiraient encore une fois extraits; et rien ne saurait exprimer l'angoisse que nous éprouvions tous, opérateur et assistants, quand nous voyions respirer un enfant dont le crâne venait d'être broyé!

Mais c'était là un mal nécessaire. Devant l'échec certain de la section césarienne, devant l'ignorance où nous étions de la symphyséotomie, la seule limite à l'embryotomie était une étroitesse telle du bassin que broyer l'enfant était impossible.

La renaissance de l'opération césarienne et de la symphyséotomie a heureusement modifié une telle pratique.

Mais, ces deux opérations permettent-elles de répondre à toutes les éventualités, et peut-on dire que, grâce à leurs bons résultats, l'embryotomie ne doit être réservée qu'aux cas où l'enfant est mort? Je ne le pense pas.

Je serai bref en ce qui concerne l'opération césarienne.

On me range volontiers parmi les partisans de cette opération; j'y ai, en effet, assez volontiers recours, et peut-être ai-je utilement contribué au mouvement qui se dessine dans notre pays en sa faveur.

Mais je ne saurais assez répéter que, si la section césarienne est facile, elle est dangereuse.

Pour donner de bons résultats, elle doit être faite dans un milieu où l'asepsie est parfaite, sur des malades saines, et par des mains exercées.

Elle ne donnera de nombreux succès que si elle est faite avant le travail, à son début, ou peu après celui-ci, quand aucun incident ne sera venu diminuer les chances de survie de l'enfant, ou faire craindre que la mère soit sous le coup d'accidents infectieux.

Or il ne peut être question de recourir à l'embryotomie que lorsque la dilatation est complète, c'est-à-dire lorsque le travail dure généralement depuis assez longtemps.

A la vérité, les circonstances sont rares dans lesquelles se pose le dilemme : embryotomie, ou section césarienne.

Il faudrait que le travail eût été rapide, que les membranes fussent intactes ou rompues depuis peu de temps, qu'il n'y eût aucun signe de souffrance de l'enfant, d'ailleurs vigoureux, et qu'il semblât trop hasardeux de tenter l'extraction de l'enfant par une application de forceps ou par la version.

En pareille occurrence, il ne pourrait être question de sacrifier l'enfant de parti pris.

Une opération sanglante, section césarienne ou symphyséotomie, peut, doit être proposée, et volontiers j'opterais pour la première. Mais est-il bien commun de rencontrer des conjonctures aussi favorables?

Le plus souvent, quand la question de l'embryotomie se pose, le travail dure depuis de longues heures; les membranes sont rompues, et depuis longtemps l'enfant souffre : parfois des tentatives d'extraction par le forceps auront singulièrement réduit les chances de réussite de la section césarienne. Ce serait assumer une bien grande responsabilité que d'exposer, pour l'existence déjà compromise de l'enfant, la mère à tous les dangers d'une hystérotomie faite dans de telles conditions.

Si nous n'avions à notre disposition que la section césarienne, on serait donc conduit, aujourd'hui encore, à sacrifier l'enfant, moins souvent qu'autrefois, mais dans un assez grand nombre de cas. Heureusement, la symphyséotomie, moins dangereuse dans ses suites immédiates que la section césarienne, peut être faite quand celle-ci doit être rejetée.

Elle constitue donc une ressource précieuse, qui vient limiter le nombre des cas où on est obligé de sacrifier l'enfant. Mais les circonstances sont-elles toujours si favorables que, l'enfant étant vivant, le dilemme embryotomie ou symphyséotomie se posant, on doive opter pour cette dernière?

Essayons, en nous limitant à l'étude du point précis que nous étudions, de fixer la limite qu'il ne faut pas dépasser sans risquer d'aller au-devant d'échecs.

1° *La symphyséotomie ne doit être prati-*

quée que sur des femmes non infectées, ou ne paraissant pas l'être.

Il découle de cette règle que, si vous vous trouvez devant une femme épuisée, ayant de la température, de l'utérus de qui s'écoule un liquide amniotique fétide, vous devez tenter de terminer l'accouchement par une application de forceps, par une version, et donner ainsi à l'enfant des chances de survie.

Mais si ces opérations vous semblent contre-indiquées, vous ne devez pas faire la symphyséotomie. Dites-vous bien que cet enfant, même si ses battements cardiaques sont encore bons, est un enfant compromis; qu'il risque, et beaucoup, de succomber pendant les premiers jours qui suivront sa naissance, que sa mort sera due à l'infection qu'il a contractée *in utero*.

Si vous aviez sectionné la symphyse, le résultat eût été le même, et à quel prix auriez-vous acheté un tel résultat! Vous auriez fait subir à la mère une opération rendue particulièrement dangereuse pour sa vie par suite des conditions où vous l'auriez entreprise.

Si la symphyséotomie est contre-indiquée dans de tels cas, que vous reste-t-il à faire? L'embryotomie, et vous la ferez même si l'enfant est vivant.

2° Mais il est encore une autre circonstance où vous devrez vous résoudre à sacrifier l'enfant :

Dans certains cas, la mère n'est pas infectée, ou ne semble pas l'être; mais l'enfant souffre : ses battements cardiaques sont sourds, irréguliers; le liquide qui s'écoule est teinté de méconium. Les risques résultant de l'infection préalable de la mère ne semblent pas exister, et la symphyséotomie ne comporterait pas les dangers qu'elle entraînait tout à l'heure. Cependant, vous ne devez pas y avoir recours, et vous devez opter pour l'embryotomie après échec de la version ou de l'application du forceps, ou s'il y a contre-indication de ces opérations.

En effet, si un tel enfant naît parfois vivant, et s'élève bien, il n'aura souvent qu'une existence précaire, et il succombera tôt après sa naissance. Ce sera pour ce résultat que vous aurez exposé la mère, non seulement aux dangers immédiats ordinaires de la symphyséotomie, mais encore aux conséquences fâcheuses qu'on observe tardivement après elle.

Car, vous ne devez pas oublier que la symphyséotomie peut être suivie de prolapsus utérin, de troubles urinaires, avec ou sans déchirures de l'urètre ou de la vessie; et parfois ces troubles urinaires constituent, alors même qu'il n'y a pas de fistule, une véritable infirmité; dans quelques cas enfin, rares mais certains, l'écartement permanent des pubis peut devenir une cause de gêne dans la marche. Ce ne sont pas là des conséquences insignifiantes, et, bien qu'on conteste leur réalité, elles existent, et il suffit de les avoir observées pour se montrer plus réservé dans le choix de la symphyséotomie que ne le font ses partisans enthousiastes.

Acceptons donc la symphyséotomie, mais ne voyons pas seulement ses avantages, voyons aussi ses inconvénients. *Si la vie d'un enfant bien portant est assez précieuse pour qu'on impose à la mère les risques que cette opération comporte, la vie d'un enfant compromis ne les vaut pas*; *mais surtout la vie d'un enfant souvent déjà infecté, malgré les apparences, ne vaut pas les grands dangers de cette opération, quand elle est faite sur une femme déjà infectée.*

Voilà donc deux cas bien nets où le médecin peut, sans engager sa responsabilité morale, faire l'embryotomie, même si l'enfant est vivant.

A la vérité, les cas de conscience ne se posent guère quand la situation se présente nette et précise. Les cas où vous aurez à les résoudre, ceux où, quelle que soit la décision à laquelle vous vous arrêtiez, vous sentirez avec anxiété combien votre responsabilité est engagée, sont ces cas limités où l'enfant souffre, mais peu; ceux où les incidents font craindre qu'il y ait infection, sans que celle-ci semble sérieuse. Seule une forte éducation clinique peut encore ici vous aider à trancher les problèmes que soulèvent de pareilles situations.

* * *

Voilà, Messieurs, les règles d'après lesquelles je dirige ma conduite.

Ai-je tort? Ai-je raison? Est-il bien sûr que bon nombre de ces enfants que j'estime compromis, que je me résous à sacrifier, ne naîtraient-ils pas vivants et bien portants? Est-il bien sûr que je n'exagère pas, pour la mère, les dangers de la symphyséotomie!

Demandons aux faits de nous éclairer.

Je me suis attaché à ne pratiquer la symphyséotomie que sur des femmes saines et quand les enfants étaient, et sans réserve, bien portants.

J'ai ainsi pratiqué 25 fois la symphyséotomie. J'ai observé dans un certain nombre de cas des conséquences tardives fâcheuses, de celles que je vous ai dites tout à l'heure, mais je n'ai pas perdu une femme. D'autre part, tous les enfants sont venus au monde vivants; ils sont sortis vivants et bien portants de mon service.

Le résultat a donc été aussi bon qu'il pouvait l'être. Eût-il été le même si j'avais agi avec moins de prudence?

Je ne puis le croire.

Voyez, en effet, les résultats qu'a donnés la symphyséotomie à la clinique Baudelocque.

Après 100 symphyséotomies pratiquées jusqu'au 20 Janvier 1899 :

12 femmes sont mortes;

13 enfants sont morts.

A quelle cause convient-il d'attribuer un résultat aussi décourageant? A ce que la symphyséotomie est une mauvaise opération? Non, à coup sûr; et ce que j'ai observé dans ma pratique suffit à le prouver. Quelle est donc la cause des échecs éprouvés à la clinique Baudelocque?

Je me défends d'apporter dans cet exposé aucun parti pris, et je regretterais qu'un seul mot, trahissant ma pensée, vînt donner à ma critique une apparence de polémique.

Mais le sujet dont j'ai abordé l'étude devant vous est si grave, il a été résolu par la parole et par la pratique, d'une manière si absolue, par M. Pinard, qu'il me faut bien répondre à la question que je viens de poser.

Certes, nulle part les opérations n'ont pu être mieux conduites, les opérées n'ont pu être mieux soignées qu'à la clinique Baudelocque. Mais si, dans cette clinique, la mortalité des mères s'est élevée à 12 pour 100 après la symphyséotomie, c'est qu'on a pratiqué trop souvent cette opération sur des femmes épuisées et probablement infectées.

Si la mortalité des enfants a atteint 13 pour 100, c'est qu'on a eu recours à la section de la symphyse alors que les enfants étaient déjà compromis.

Si vous doutiez qu'il en ait été ainsi, lisez les observations que M. Pinard a réunies dans sa « Clinique obstétricale [1] ».

Du reste, comme nouvelle preuve de ce que j'avance, je vous citerai les observations plus récentes de la clinique Baudelocque, celles recueillies pendant l'année 1900 [2].

Huit femmes ont subi la symphyséotomie. Dans cinq de ces cas, le liquide qui s'écoulait était vert : donc, l'enfant souffrait. Or, un de ces enfants est né mort; l'autre est mort après la naissance; la mère d'un de ces enfants est morte d'infection.

La craniotomie faite dans ces deux cas eût-elle engagé la responsabilité morale des opérateurs? eût-elle exposé la mère à autant de dangers? Je ne le pense pas.

* * *

De tout ce qui précède, je conclus que, pendant la grossesse, l'accouchement provoqué a ses indications.

Pendant l'accouchement, les opérations telles que la section césarienne et la symphyséotomie ont les leurs. Faisons celles-ci aussi étendues qu'il sera possible, mais n'oublions pas qu'elles restent des opérations sérieuses, qui doivent être seulement faites quand les circonstances sont favorables; reconnaissons qu'il reste des cas où l'embryotomie, alors même que l'enfant est vivant, doit, après échec des opérations conservatrices, être choisie.

* * *

Mais il est une dernière objection à laquelle il me faut répondre.

En terminant sa leçon sur le fœticide, M. Pinard écrit : « Cette réponse faite à la magistrature s'aventurant sur le terrain médical, je vais en faire une autre à mes confrères combattant mes idées, et elle sera courte.

« Je n'ai nulle prétention à l'infaillibilité et je ne cherche qu'une chose : faire mieux demain qu'aujourd'hui. Or, voici inscrit sur ce tableau, année par année, le résultat obtenu dans cette clinique au point de vue des mères. Je publie tous les ans le fonctionnement de mon service et l'on peut y trouver le nombre des enfants sortis vivants et bien portants. C'est là, je pense, le résultat de mon enseignement et de ma pratique. Si je suis dans l'erreur, c'est que vos résultats sont meilleurs. Montrez-moi celle de vos maternités dans laquelle les femmes meurent moins et où les enfants naissent plus vigoureux et plus nombreux qu'à la clinique Baudelocque, — et jusqu'à présent je n'en connais pas, — et alors seulement je me rallierai à vos opinions et j'adopterai vos méthodes.

« Depuis le 1er Janvier 1890 jusqu'au 1er Janvier 1900, sur 22.277 femmes ayant accouché à la clinique Baudelocque, 22.159 sont sorties vivantes et 518 sont mortes, soit une mortalité intégrale de 0.52 pour 100. (Fonctionnement de la clinique Baudelocque, année 1900, page 111) ».

A la vérité, l'argument ainsi présenté n'a pas grande valeur.

1. A. Pinard. — *Clinique obstétricale*, Paris, 1899.
2. A. Pinard. — Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque, année 1900, p. 64.

Les facteurs qui, dans une Maternité, font varier la mortalité des mères et des enfants sont très nombreux.

Les plus importants sont assurément :

1° La rigueur plus ou moins grande avec laquelle l'antisepsie est pratiquée, la perfection avec laquelle l'asepsie est obtenue ;

C'est ce facteur qui régit essentiellement la mortalité par infection. A ce point de vue, les résultats obtenus à la clinique Baudelocque sont excellents ; je dois dire que ceux obtenus ici leur sont comparables[1].

2° Les conditions dans lesquelles est recrutée la clientèle de la Maternité ;

C'est ce facteur qui régit essentiellement la mortalité des femmes et des enfants en dehors de l'infection puerpérale.

Les statistiques générales ne sont comparables que si on tient compte des différences très grandes qui existent, à ce point de vue, entre les diverses Maternités parisiennes.

Quant à la conduite qu'on adopte dans le cas de viciation pelvienne, elle influe d'une manière si infime sur la mortalité générale des mères et des enfants qu'il n'y a guère lieu de la faire entrer en ligne de compte.

Pour être utile à la discussion, l'argument doit être formulé autrement.

La meilleure pratique étant assurément celle qui donne les meilleurs résultat, on peut m'objecter :

Vous avez eu des succès avec la symphyséotomie; mais en avez-vous obtenu avec les autres opérations que vous lui avez préférées dans tant de cas? La proportion de femmes et d'enfants vivants que vous obtenez dans un nombre déterminé de viciations pelviennes est-elle finalement supérieure à celle qu'obtiennent ceux qui comptent peut-être de nombreux échecs avec la symphyséotomie, mais qui n'ont guère que des succès dans les autres cas ?

Voyons donc les résultats obtenus ici :

De l'ouverture de cette Maternité au 1er Janvier 1900, j'ai observé 156 bassins rachitiques avec diamètre promonto-pubien égal ou inférieur à 95 millimètres : aucune mère n'est morte.

159 enfants sont nés (3 jumeaux) : 6 sont morts pendant le travail, soit 3.77 pour 100 ; 14 sont morts après la naissance, soit 8.80 pour 100.

La mortalité infantile a donc été de 12.57 pour 100.

Or, j'ai vu[2] que dans les années 1897 et 1898 on avait observé à la Clinique Baudelocque 146 bassins rachitiques mesurant 95 millimètres ou moins dans leur diamètre minimum :

6 femmes sont mortes, dont une après symphyséotomie ; mortalité maternelle, 4,10 pour 100.

13 enfants sont morts pendant le travail, soit 8,90 pour 100 ; 8 enfants sont morts après la naissance, soit 3,42 pour 100 ; au total, une mortalité infantile de 12,32 pour 100.

Pour ce qui a trait à la mortalité maternelle, elle a été chargée à la clinique Baudelocque par des cas malheureux avec lesquels nous n'avons pas eu à compter. Cependant, même en tenant compte de cette cause d'erreur, nos résultats restent meilleurs.

1. Paul Bar. — « La Maternité de l'hôpital Saint-Antoine », Paris, 1900.

2. A. Pinard. — *Clinique obstétricale*, 1899, p. 490, et *Annales de gynécologie*, T. LII.

Quant à la mortalité infantile, elle est sensiblement la même (Saint-Antoine, 12,57 pour 100 ; clinique Baudelocque, 12,32 pour 100).

Ces chiffres sont ceux que j'ai déjà publiés, mais ils se rapportent seulement aux cas où le bassin est rachitique avec diamètre promonto-pubien égal ou inférieur à 95 millimètres.

Si nous ne faisons aucune sériation des viciations pelviennes, nous trouvons qu'ici, sur 184 accouchements avec bassin rétréci — quels que fussent le degré ou la cause du rétrécissement — une femme est morte.

La mortalité maternelle a donc été de 0,53 pour 100.

187 enfants sont nés, mais 6 étaient macérés. Sur 181 enfants qui eussent dû naître vivants, 26 sont morts.

La mortalité infantile a donc été de 14,36 pour 100.

Or je vois que, sur 208 femmes ayant accouché à la clinique Baudelocque, avec le bassin rétréci — de toutes causes et de toutes dimensions — pendant les années 1897 et 1898[1], 9 femmes sont mortes.

La mortalité maternelle a donc été de 4,50 pour 100 environ.

Sur 206 enfants non macérés, 27 sont morts.

La mortalité infantile a donc été de 13,10 pour 100.

Je n'attache pas plus d'importance qu'il ne convient à ces chiffres. Ils suffisent cependant à montrer que, si on cherche à tirer argument des statistiques intégrales, celles-ci ne sont pas défavorables à la méthode que nous suivons ici; car, pour les enfants, la méthode que nous employons ici nous donne des résultats bien rapprochés de ceux qu'obtient M. Pinard ; pour les mères, les résultats nous sont favorables, même en faisant la part de certains cas (éclampsie, cas désespérés, etc.) qui chargent la statistique de la clinique Baudelocque.

***

Je vous conseille donc d'adopter la conduite que nous suivons ici. Cependant je ne puis vous donner ce conseil sans une réserve. Il convient sans doute de faire une large part à la section césarienne et à la symphyséotomie, mais je vous en ai dit assez pour que vous compreniez que ces opérations, alors même qu'elles sont le mieux indiquées, ne doivent être pratiquées que dans des milieux aseptiques.

Ces conditions ne seront pas souvent réalisables pour ceux d'entre vous qui exerceront à la campagne ou dans de petites villes.

Devront-ils s'abstenir? Pour l'opération césarienne, la réponse n'est pas douteuse : elle est et sera longtemps encore une opération de clinique.

On a pensé que la symphyséotomie, ne faisant pas courir à la femme autant de dangers immédiats, pourrait être pratiquée au domicile des parturientes. Quelques succès obtenus dans de telles conditions et vite publiés ont fait penser que la section du pubis devait entrer dans l'obstétrique courante. Je crois que, sauf certains cas relativement rares où il sera possible de réaliser au domicile de la parturiente un milieu favorable, la sagesse sera de s'abstenir.

1. A. Pinard. — *Clinique obstétricale*, Paris, 1899, p. 490; *Annales de gynécologie*, T. LII, p. 107, et Fonctionnement de la maison d'accouchement Baudelocque, 1897.

Vous serez ainsi conduits à faire des opérations fœticides, pour employer le mot qu'on veut mettre à la mode, dans des cas où, dans nos Maternités, nous n'y aurions pas recours.

Ne peut-on voir se réduire le nombre des cas dans lesquels nous, dans nos Maternités, vous, dans votre pratique, nous sommes encore obligés de faire l'embryotomie, bien que l'enfant soit vivant ?

Nous avons déjà beaucoup fait pour le réduire dans nos services, et, comme preuve, je vous dirai qu'en près de cinq ans je ne l'ai pratiquée ici que deux fois dans de telles conditions.

Nous pouvons faire encore mieux en nous appliquant à tirer meilleur parti des opérations conservatrices, et surtout en faisant l'éducation des femmes qui forment la clientèle de nos services et en leur apprenant qu'enceintes elles doivent être examinées. Il nous sera ainsi possible de recourir plus fréquemment à l'accouchement provoqué, et, si nous jugeons qu'il est préférable pour elles d'attendre le terme de leur grossesse, de faire, dans les meilleures conditions, les opérations que nous aurons choisies.

Quant à vous, vous pouvez aussi faire mieux.

Pour sauver plus d'enfants et aussi plus de femmes, que vous faut-il? avoir la possibilité d'accoucher les femmes dans des milieux où vous pourrez pratiquer les opérations qui vous sont interdites au domicile des parturientes.

Qu'on multiplie donc les Maternités et qu'on les mette à la portée des parturientes. Que les municipalités, que les commissions d'hospices les ouvrent largement; qu'elles se pénètrent de cette idée qu'une Maternité n'est pas seulement une maison, une pièce, un coin où des femmes accouchent, mais qu'elle doit être organisée de telle sorte que toutes les opérations puissent y être pratiquées, et dans de bonnes conditions.

Le jour où il en sera ainsi, le problème que nous agitons sera bien près de sa solution, car on aura donné aux médecins le moyen d'user des ressources que les progrès de l'obstétrique ont mis à leur disposition et que les conditions où ils sont placés leur interdisent trop souvent d'employer.

Le bénéfice d'un tel progrès ne s'arrêterait pas là. On ne doit pas oublier, en effet, que, dans notre pays, plus de 6.000 femmes sont, chaque année, emportées par l'infection puerpérale; que le taux de la mortalité des femmes en couches est d'autant plus bas que les ressources d'assistance sont plus développées, qu'il est aujourd'hui plus élevé dans les petits centres, peut-être même dans les campagnes, que dans les grandes villes où des Maternités fonctionnent régulièrement.

La multiplication et la bonne organisation des Maternités provinciales feraient beaucoup pour réduire la gravité de ce fléau.

Mais tout cela ne saurait suffire. Il faut que vous-mêmes ayez conscience de votre responsabilité. Pour m'en tenir à la question qui nous occupe, imitez ce que nous faisons ici. Examinez, plus fréquemment qu'on ne le fait encore, les femmes pendant leur grossessse ; sachez prévoir les difficultés qui pourront se présenter pendant l'accouchement ; sachez les

éviter et les traiter au moment opportun, et vous verrez se réduire singulièrement, sinon disparaître tout à fait, les cas trop nombreux où l'embryotomie apparaîtra comme l'opération nécessaire, même si l'enfant est vivant.

LES MALADIES INFECTIEUSES DE C.-H. ROGER

Par **E. DE LAVARENNE**

Lisant, ces jours-ci, l'important ouvrage que vient de publier H. Roger, chez les éditeurs Masson et Cie, sur les Maladies infectieuses, justement après avoir entendu le professeur Landouzy, dans sa leçon d'ouverture de la Clinique Laënnec, exposer en termes frappants les progrès de la médecine contemporaine, j'eus l'idée de rechercher ce que les classiques pensaient de ces maladies, il y a peu de temps encore, au début de notre époque moderne.

Par hasard, le premier volume du *Traité de Pathologie interne*, de Béhier et Hardy, me tomba sous la main. Je le consultai d'autant plus volontiers que Landouzy venait d'évoquer la mémoire du Maître, à l'esprit scientifique autant que critique, que fut le professeur Hardy.

Voici comment, dans leur *Traité de Pathologie interne*, publié en 1877, et classique à cette époque, Béhier et Hardy s'exprimaient au chapitre : « Étiologie » de la Pathologie générale, à propos des virus et des maladies dites alors virulentes.

. . . .

« Dans ces dernières années, l'emploi du microscope, et les progrès qu'il a apportés à l'hématologie et à l'étude des humeurs en général, ont permis de pénétrer un peu plus avant dans la connaissance des agents virulents. D'une façon générale, on tend aujourd'hui, surtout à propos des travaux de M. Pasteur, à revenir à l'hypothèse d'une fermentation interne comme cause première des maladies virulentes et infectieuses... »

... « Parmi les recherches sur les agents de la virulence, on doit citer celles de M. Davaine, qui a voulu établir que le liquide de la pustule maligne et le sang carbonateur empruntent leur activité purulente à la présence d'un long filament immobile, la bactéridie. Cette assertion a été le point de départ d'un grand nombre de recherches dans le but de déterminer l'agent actif des maladies virulentes et septicémiques. D'une façon générale, ces recherches, quoique très instructives, n'ont pas abouti à nous donner la solution du problème, en ce sens qu'il est impossible actuellement de décrire et de spécifier quel est le vibrion ou la bactérie qui est caractéristique et pathognomonique de la fièvre typhoïde, par exemple, de la variole ou de la morve... »

« Les efforts tentés pour faire des maladies zymotiques un chapitre de philologie ou de micologie microscopiques reposent sur une exagération et sur une erreur... »

« Quoi qu'on en ait dit, nous en sommes encore à chercher quel est l'agent, vivant ou inanimé, qui constitue le germe de ces diverses maladies. »

. . . .

Il y a vingt-cinq ans seulement que ces lignes furent écrites; elles étaient le reflet exact de la doctrine médicale d'alors.

Quel chemin parcouru en un quart de siècle!

A la suite de ces travaux de Pasteur auxquels Béhier et Hardy faisaient une discrète allusion, une transformation complète s'opère dans la conception des maladies, d'énormes progrès s'effectuent dans la manière de les prévenir et de les traiter, dans l'Hygiène et la Thérapeutique : c'est une véritable révolution qui s'accomplit.

A ceux qui voudront se rendre compte des origines, de la marche et des effets de cette révolution, je conseille d'étudier *les Maladies infectieuses* de H. Roger; ils y trouveront ce haut enseignement que donnent la clinique et l'expérimentation. C'est à ce titre surtout que le livre de Roger doit être considéré comme un livre classique, destiné à devenir un véritable *Traité*, le jour où, dans une seconde édition, l'auteur aura donné à certaines questions un développement analogue à celui qu'à juste titre, et dès l'abord, il devait attribuer à ses travaux personnels.

Aussi bien, les deux volumes qui constituent l'ouvrage sur les maladies infectieuses ne sont-ils pas essentiellement une œuvre d'érudition; plus que la compilation et l'analyse des innombrables travaux parus sur les maladies infectieuses, l'expérience propre de l'auteur, basée autant sur l'observation du malade que sur les données du laboratoire, a présidé à leur élaboration : c'est là peut-être ce qui caractérise le plus l'œuvre, en lui donnant sa large portée théorique et pratique.

M. Roger a donc mis à profit autant ses recherches expérimentales sur les maladies infectieuses, dont les premières remontent à 1886 et qu'il a constamment poursuivies depuis lors, que les observations cliniques faites à l'Hôpital d'isolement de la porte d'Aubervilliers, où, depuis 1896, il n'a pas vu passer moins de 10.209 malades atteints d'érysipèle, scarlatine, rougeole, variole, angines, varicelles, affections cutanées, diphtéries, oreillons, gastro-entérites, abcès et phlegmons, coqueluche, syphilis, tuberculose, grippe, fièvre typhoïde, rubéole, etc., etc.: pour établir une histoire des maladies infectieuses dans laquelle, sans répudier quoi que ce soit de « l'œuvre séculaire que nous ont transmise nos devanciers », il montre tout ce qu'il y a de merveilleux dans les découvertes modernes dues à la microbilogie.

* * *

La bactériologie nous a donné les moyens d'établir une classification rationnelle des maladies infectieuses basée sur la connaissance des agents pathogènes. C'est la connaissance de ces agents, classés en plusieurs espèces d'après leur morphologie et leurs fonctions, qui a permis de définir les infections, d'en déterminer les causes et d'en pénétrer le mécanisme. Les cinq premiers chapitres du livre de H. Roger sont consacrés à cette partie de la science microbilogique.

Etant connu les conditions dans lesquelles les germes infectieux envahissent l'homme et les animaux, par quel mécanisme agissent-ils sur l'organisme animal? comment cet organisme va-t-il se défendre? que se passera-t-il dans les péripéties de la lutte, suivant que l'attaque ou la défense l'emportera? Toutes ces questions sont traitées dans des chapitres sur « les défenses et réactions de l'organisme », la suppuration avec la gangrène, les septicémies et pyohémies, les infections nodulaires, les réactions générales et la fièvre.

Mais, toute infection, quelque atténuée et localisée qu'elle paraisse, retentit sur l'économie tout entière et peut produire dans les cellules, les tissus, les organes, les humeurs, des modifications plus ou moins profondes : les unes favorables parfois, se traduisant par une suractivité fonctionnelle donnant plus d'énergie à l'organisme dans la lutte contre l'infection, les autres véritables lésions histologiques plus ou moins profondes, plus ou moins durables. C'est dans ces chapitres ayant trait à des sujets si complexes que se retrouvent peut-être en plus grand nombre les travaux personnels de l'auteur, qui a largement contribué à éclaircir cette grosse question de l'influence des infections sur les diverses parties de l'organisme, influence immédiate et influence médiate.

Ces modifications que la maladie impose à l'organisme permettent de saisir le mécanisme des prédispositions, de l'immunité; elles contribuent à expliquer le mécanisme de certaines hérédités. Ces questions sont traitées dans trois chapitres qui ne le cèdent en rien par leur portée philosophique à ceux qui précédent.

En manière de conclusion M. Roger s'est attaché au côté pratique de la microbilogie. Après avoir montré ce que le diagnostic et le pronostic des maladies pouvaient emprunter d'éclaircissements à la science nouvelle, il a établi tout ce que la thérapeutique devait aux découvertes modernes sur les maladies infectieuses.

Appelé à diriger le service d'isolement des maladies infectieuses d'une ville comme Paris, M. Roger ne pouvait manquer de faire profiter les médecins de son expérience du traitement des infections; il ne pouvait manquer de faire profiter les Pouvoirs publics de son expérience de l'hygiène privée et sociale.

C'est sur ces questions d'un intérêt immédiat que termine M. Roger.

* * *

Il eût été impossible d'analyser en ses détails ce livre de H. Roger sur « les Maladies infectieuses » : chaque partie est une expression synthétique demandant à être étudiée en son entier; je me suis donc efforcé de montrer dans quel esprit méthodique il avait été conçu.

Et, dans cet ordre d'idées, je ne saurais terminer sans mettre sous les yeux du lecteur cette phrase de l'auteur qui comporte, à elle seule, tout un enseignement :

« J'ai essayé constamment de faire marcher de front l'étude clinique et l'étude expérimentale, tout en subordonnant constamment la seconde à la première, et en n'oubliant jamais que les recherches de laboratoire ont pour but de compléter et d'expliquer l'observation clinique et de fournir au thérapeute les renseignements indispensables aux applications pratiques. »

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

6 Février 1902.

Paraplégie flaccide dans un cas de pachyméningite cervicale. — *MM. Brissaud et Brécy.* La question des paraplégies flaccides par compression est une de celles qui intéressent tous les neurologistes. Le mémoire de Crocq au Congrès de Limoges suscita une discussion dans laquelle nous sommes intervenus; et, rapportant un cas nouveau en collaboration avec M. Feindel, nous posâmes les conclusions suivantes : « Nous ne contestons pas, bien loin de là, qu'une section *complète et subite* de la moelle, comme en peuvent produire certains traumatismes, entraîne la paraplégie flaccide et à perpétuité *flaccide*, avec abolition des réflexes et perte totale de la sensibilité. Mais jusqu'à plus ample informé nous considérons comme prouvé le fait qu'une compression lente, agissant à la façon d'une ligature ou d'une striction indéfiniment prolongée, et transformant le tissu de la moelle en une véritable cicatrice, peut donner lieu à une *paraplégie spasmodique* ».

Voici un fait nouveau qui, au premier examen, semble nous donner tort. Un homme de trente-cinq ans, atteint de tuberculose de la branche ischio-pubienne et de tuberculose pulmonaire, éprouve des troubles de la motilité dans les membres supérieurs; puis, le 20 Mai, une paraplégie complète s'installe rapidement, paraplégie flaccide avec abolition de tous les réflexes, sauf celui du fascia lata; anesthésie complète remontant jusqu'aux mamelons; troubles sphinctériens; escarres rapides : ces symptômes persistèrent jusqu'en Septembre, époque à laquelle le malade mourut, emporté par la tuberculose pulmonaire. L'autopsie révéla l'existence d'une pachyméningite externe s'étendant dans la région depuis la troisième vertèbre cervicale jusqu'à la première dorsale. Ce cas semble donc devoir renverser nos conclusions du Congrès de Limoges, puisqu'une lésion à évolution lente détermina une paraplégie flaccide. Il n'en est rien. Les coupes méthodiques de la moelle cervicale montrèrent l'existence d'un foyer de myélite apoplectiforme relevant d'une oblitération vasculaire, et ayant eu comme conséquence immé-

diate une lésion subite de la totalité de la moelle, lésion présentant une intensité et une extension telles qu'il devait en résulter un syndrome équivalent à celui d'une section spinale. Ainsi se trouve de nouveau confirmé ce fait qu'une section médullaire brusque et complète peut seule produire une paraplégie flaccide et à perpétuité flaccide. Quant à l'explication de ce fait, elle est évidemment difficile à donner, on peut risquer cependant une comparaison : lorsqu'un arbre ne possède que deux branches principales, il ne survit pas à la section de l'une d'elles; le myoneurone est identique : il reçoit son influx vital de deux sources différentes, du protoneurone centripète et du neurone pyramidal; supprimons brutalement l'une de ces sources, en l'espèce le neurone pyramidal, le myoneurone mourra du même coup, la paraplégie est et restera flaccide.

Deux cas de paraplégies spasmodiques par compression lente de la moelle. — *M. Cestan* rapporte deux cas de psammome de la moelle, ayant évolué l'un en cinq ans, l'autre en six; les malades restèrent constamment paraplégiques et spasmodiques.

Vitiligo chez les tabétiques. — *M. Gilbert Ballet* présente deux malades tabétiques, ayant de nombreuses taches de vitiligo. Il y a probablement entre ces deux affections rapport de cause à effet, et le vitiligo peut être considéré comme un trouble trophique fréquent dans le tabes.

Absence congénitale des muscles pectoraux. — *M. Souques.* Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, qui présente une absence des muscles grand et petit pectoral du côté droit. A la place des muscles absents, se voit une dépression profonde et étendue, sur laquelle les côtes font un relief visible. Les espaces intercostaux se dessinent à l'œil nu, et le doigt sent, pendant l'inspiration forcée, la contraction des muscles intercostaux externes. La clavicule est amincie dans son tiers interne, le sternum dévié vers la droite, l'épaule surélevée, le mamelon rétracté et placé plus haut que celui du côté gauche. Lorsque le sujet élève verticalement les bras en l'air, on aperçoit un pli cutané ptérygoïdien, qui va de la 2e côte à la coulisse bicipitale. Si le malade, les poings placés sur les hanches, porte les coudes en avant et en dehors, le creux de l'aisselle apparaît tout à fait déformé; la paroi antérieure fait défaut, et la postérieure est élargie.

D'autre part, le sujet présente une seconde anomalie, un arrêt de développement de la main droite avec malformation des doigts.

L'absence congénitale des muscles pectoraux passe le plus souvent inaperçue et ne provoque aucune gène dans les mouvements du membre supérieur, grâce à la suppléance des muscles voisins. Aussi peut-on les enlever sans inconvénient — et même avec avantage — dans l'opération du cancer du sein.

Cette anomalie musculaire reconnaît pour cause la compression exercée par le membre supérieur sur le thorax du fœtus pendant la vie intra-utérine.

Infantilisme dysthyroïdien. — *MM. Dupré et Pagniez* présentent une enfant de quinze ans, qui est un type d'infantilisme avec tous ses caractères : petitesse de la taille, 1m,29; état glabre des téguments, absence de développement des seins, etc. Au point de vue intellectuel comme au point de vue physique, c'est une enfant de huit à neuf ans. Le traitement thyroïdien, essayé en raison de l'apparition, il y a quelques mois, d'un syndrome myxœdémateux surajouté, a amené d'importantes modifications, caractérisées par la disparition de l'état de torpeur et d'indifférence, la désinfiltration des téguments de la face et des extrémités.

Myasthénie généralisée avec hypotonie. — *MM. Dupré et Pagniez* présentent une femme de trente-deux ans, qui est atteinte d'une asthénie profonde généralisée, avec conservation du volume des muscles, réactions électriques normales, intégrité des réflexes. Cette myasthénie, qui empêche cette femme de se livrer à aucun des actes de la vie journalière, telle qu'il lui est impossible de se relever seule ou de faire plus que quelques pas, s'accompagne d'un degré marqué d'hypotonie. Il n'existe pas de syndrome bulbaire; pas trace de pigmentation anormale.

Les auteurs discutent la nature de ce syndrome clinique, qu'ils ont tendance à rapporter à l'hystéroneurasthénie, malgré l'absence des stigmates de ces deux névroses.

Polynévrite généralisée motrice et signe de Babinski. — *M. L. Lortat-Jacob* présente un malade de neuf ans et demi qui offre tous les signes d'une polynévrite avec le phénomène des orteils. Des cas semblables ont été signalés par Crocq. Mais M. Lortat-Jacob, dans son cas particulier, donne l'interprétation suivante basée sur l'examen électrique que pratiqua M. Huet.

On trouve DR dans tous les muscles de la jambe à gauche, à l'exception de l'extenseur du gros orteil. Le fait que le réflexe de Babinski se manifeste très énergiquement de ce côté, trouve sa raison dans l'absence de DR. Dans l'extenseur du pouce, ce muscle a gardé une contractilité meilleure que les autres muscles.

A droite, pareil mécanisme peut être invoqué; l'auteur fait remarquer toutefois que l'extension du gros orteil est moins franche et qu'on trouve des traces de DR dans l'extenseur du pouce.

Hémiasynergie cérébelleuse. — *MM. Vigouroux et Laignel-Lavastine* présentent une pièce provenant d'un malade qui pendant la vie eut le syndrome cérébelleux (vomissements, vertiges, titubation, démarche ébrieuse, écartement des jambes dans la station debout, abolition des réflexes à droite), et plus particulièrement l'hémiasynergie cérébelleuse décrite récemment par M. Babinski. Cette hémiasynergie, constatée à plusieurs reprises du côté droit, permit de localiser la lésion dans la moitié droite du système cérébelleux. Or l'autopsie montra dans la partie postéro-externe de la substance blanche de l'hémisphère cérébelleux droit, un ancien foyer hémorragique. La pièce présente de plus une hémorragie récente dans la moitié droite de la partie ventrale de la protubérance. Peut-être cette lésion a-t-elle un rapport avec un phénomène inattendu constaté dans la période préagonique. La contraction réflexe des deux quadriceps fémoraux était produite par la percussion du tendon rotulien droit, tandis que celle du tendon gauche ne produisait la contraction que du quadriceps droit.

Engagement des amygdales cérébelleuses dans les cas de tabes avec ataxie. — *M. Touche* apporte les pièces anatomiques de huit tabétiques avec ataxie; sur ces pièces on voit les amygdales cérébelleuses engagées dans le trou occipital, et comprimant le cervelet; dans deux cas de tabétiques non ataxiques cet engagement n'avait pas lieu; est-il possible d'en conclure que l'ataxie résulte de cet enfoncement et de la compression du cervelet?

Névralgies radiculaires par méningopathie localisée. — *M. A. Chipault.* L'auteur en se basant sur six observations décrit une affection douloureuse caractérisée par de l'hyperalgésie sur le territoire d'une ou de plusieurs racines postérieures et par des crises douloureuses à maxima siégeant en des points déterminés du territoire hyperalgésique. Ces crises peuvent s'accompagner de tic. Cette affection se présente indépendamment de tous autres symptômes nerveux et ne relève ni du tabes, ni des lésions osseuses vertébrales, ainsi que permettent de l'affirmer, non seulement ses caractères propres, mais encore le long espace de temps, jusqu'à neuf ans, pendant lequel les malades ont été observés. Cinq sur six présentaient des antécédents intéressants ; l'un du traumatisme vertébral léger; trois du rhumatisme; deux de la syphilis. Quatre ont été opérés et chez tous l'on a constaté au niveau des racines incriminées l'existence d'adhérences intra-arachnoïdiennes et sous arachnoïdiennes, avec aspect scléreux et cicatriciel, bien localisé, des méninges molles. Une intervention, constituée par la simple libération des adhérences, s'est montrée insuffisante. Sur les trois autres, où a été pratiquée la résection intradurale des racines, il y a eu un résultat incomplet, dû à ce que la résection n'a pas porté sur le nombre de racines voulues, et deux complets, suivis depuis huit ans et demi et deux ans.

Sur l'évolution et la thérapeutique du tabes. — *MM. Maurice Faure et G. Constensoux.* Il résulte de plusieurs avis exprimés dans la précédente séance que les formes de tabes à évolution bénigne sont aujourd'hui beaucoup plus fréquentes qu'autrefois. Il y a donc lieu de se demander avec M. Brissaud si cette maladie n'a pas varié avec les époques, comme d'ailleurs bien d'autres maladies, et si la thérapeutique d'aujourd'hui n'est pas pour quelque chose dans l'atténuation des accidents du tabétique.

Nous avons dans ce but parcouru les observations collectionnées dans le service de rééducation institué à la clinique Charcot par M. Raymond en 1896 et aussi les observations recueillies au cours de deux voyages d'étude aux eaux de La Malou, où passent annuellement 4.000 à 5.000 malades pour la plupart tabétiques.

Voici le résultat d'une enquête rapide et limitée aux points essentiels :

La forme du tabes, de nos jours, n'est pas une forme à évolution progressive et fatale. Dans la plupart des cas, la maladie procède par étapes, chaque étape étant caractérisée par un accident nouveau ou par un retour d'accidents anciens, des périodes de rémission plus ou moins longues et complètes, séparant ces étapes. Très souvent le malade s'arrête à la troisième ou quatrième étape et la rémission est définitive ou à peu près. Le sujet est alors plus un infirme qu'un malade.

Cet infirme peut, dans beaucoup de cas, redevenir un homme à peu près normal. Parmi les thérapeutiques usuelles, deux au moins ont une action nette sur cette régression des accidents tabétiques ; ce sont :

1° *La cure de Lamalou* qui paraît tendre à arrêter le tabes après un petit nombre d'étapes et qui amène l'atténuation des accidents déjà constitués;

2° *La rééducation motrice* qui permet aux malades de retrouver la coordination des mouvements, et par suite de se mouvoir, de reprendre leurs occupations, de vivre de la vie commune et de conserver un état général et un état moral satisfaisants.

Deux autres thérapeutiques sont aussi fort employées, la cure anti-syphilitique et la suspension, mais pour l'une et pour l'autre nos observations aboutissent à des résultats contradictoires.

En somme, le tabétique, dans beaucoup de cas, peut guérir cliniquement avec une thérapeutique appropriée, contrairement aux anciens pronostics.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

6 Février 1902.

Les gélules. — *M. G. Dethan* présente des capsules gélatineuses connues sous le nom de « gélules » et destinées à remplacer les cachets pour l'administration des poudres médicamenteuses. Ces gélules, qui sont d'un emploi courant aux États-Unis, permettent à la poudre de se conserver indéfiniment, s'avalent plus aisément que les cachets et présentent sur ces derniers l'avantage d'une solubilité plus parfaite dans le suc digestif.

A propos de l'étiologie et du traitement du tabes. — *M. Antonelli.* La nature parasyphilitique du tabes est démontrée d'une façon encore plus évidente par le fait que le phénomène pupillaire d'Argyll Robertson est un signe univoque et certain d'ancienne syphilis, acquise ou congénitale. Il est temps de réagir contre l'opinion de l'inefficacité absolue du traitement spécifique dans les affections dites parasyphilitiques, le tabes en première ligne. L'iodure n'a pour nous aucune valeur dans ces cas, et le traitement mercuriel doit être suivi longtemps par la méthode hypodermique ou intra-musculaire (*sels solubles*). En tout cas, l'inefficacité relative du traitement spécifique ne serait pas une preuve contre l'origine syphilitique du tabes si l'on considère que, en ce qui concerne surtout le système nerveux, la guérison anatomo-pathologique n'implique pas la *restitutio ad integrum* fonctionnelle. C'est ainsi que nous arrivons toujours trop tard pour arrêter par le mercure la sclérose tabétique des nerfs optiques. Il est utile de divulguer, enfin, que l'examen ophtalmoscopique est un élément *indispensable* pour résoudre tout problème de diagnostic, dans lequel l'inconnue pourrait être la syphilis. Malgré l'intégrité apparente de l'appareil oculaire et l'absence de toute espèce de trouble oculaire, l'examen du fond de l'œil peut fournir une indication précieuse pour le diagnostic, le pronostic et le traitement d'un cas déterminé.

M. A. Courtade. La leucoplasie buccale est-elle fréquemment accompagnée de lésions oculaires?

M. Ozenne. En présence de leucoplasie buccale, vulvaire ou vaginale, s'il n'y a pas en même temps de lésions cérébrales, est-il utile de faire examiner le fond de l'œil? Nous pouvons nous trouver en face de cancer au début.

M. Jolly. Le mercure a-t-il tant d'action qu'on le dit sur les lésions du tertiarisme? Je crois que les iodures sont plus actifs qu'on ne le pense aujourd'hui. J'ai vu de bons résultats obtenus chez des tabétiques par l'emploi de sels d'or associés au phosphore, alors que le traitement spécifique avait été inefficace. Puis, après vingt ans, peut-on encore incriminer le virus syphilitique?

M. Wlaëff. Le tabes peut être la suite de la syphilis comme de toute autre maladie générale, entre autres la malaria, qui affecte les organes hématopoiétiques;

de même à la suite de blennorragie aiguë ou chronique j'ai trouvé des hémiplégies, des aortites, des endocardites ulcéreuses dues au gonocoque; de même pour le cancer. La syphilis joue donc certainement un grand rôle dans l'étiologie du tabes, mais *cliniquement* toutes les autres maladies chroniques peuvent aussi produire le tabes. Scientifiquement, on ne connaît pas le virus syphilitique, mais néanmoins la persistance de l'infection est indéniable.

M. Smester a vu des phénomènes de tous ordres apparaître plus de vingt ans après une infection syphilitique, et disparaissant avec le traitement.

M. Cazaux cite les cas tabétiques non améliorés par le traitement spécifique; contre la leucoplasie buccale, il nè croit pas à l'efficacité de mercure.

M. Butte. Il n'est pas douteux, même après des traitements bien conduits, qu'il puisse apparaître au bout de vingt à trente ans des accidents, qui du reste sont améliorés par le traitement; j'insiste sur l'emploi de l'iodure dans le tertiarisme.

M. Ozenne. Le traitement spécifique doit surtout et presque exclusivement consister en mercure; l'iode ne sera utile qu'exceptionnellement, chez des scrofuleux.

M. Reynier. Lorsqu'on hésite sur l'étiologie même dans la leucoplasie buccale, la recherche des stigmates syphilitiques ou parasyphilitiques s'impose; l'examen d'un malade ne saurait être complet, et la découverte des lésions du fond de l'œil peut être très précieuse pour le diagnostic.

En thérapeutique le traitement mercuriel prime tout, et l'iodure doit être abandonné.

M. Antonelli. Dans bien des cas on se trouve en présence d'associations morbides. Bien des lupiques sont améliorés par le traitement spécifique; en amendant le terrain, on modifie la lésion cutanée.

Tic non douloureux de la face datant de trois ans chez un hérédo-syphilitique. Guérison par le traitement hydrargyrique. — *M. Ozenne* rapporte l'observation d'un enfant de huit ans, atteint d'un tic non douloureux de la face, datant de trois ans, et ayant résisté à tout traitement sédatif du système nerveux. Aucun symptôme d'hystérie, de chorée; aucune tare manifeste de syphilis héréditaire. Cependant, en raison de l'existence antérieure de la syphilis chez le père, prescription de la liqueur de Van Swieten (deux cuillerées à café par jour). Amélioration à partir du quinzième jour, et disparition des mouvements convulsifs au bout de six semaines. Malgré l'absence de tout retour des accidents, le même traitement a été repris trois fois par an (pendant un mois) dans le cours des deux années suivantes, sans adjonction d'iodure de potassium. La guérison persiste depuis trois ans.

M. Antonelli regrette qu'on n'ait pas examiné le fond de l'œil. Il connaît bien des cas où il a pu ainsi établir que des accidents nerveux chez des enfants relevaient de la syphilis.

M. Reynier cite un cas d'épilepsie chez un enfant dont les parents étaient syphilitiques; les accidents nerveux disparurent avec le traitement spécifique.

M. Ozenne. Il y a une distinction à établir entre les vrais épileptiques, les vrais ataxiques, les vrais paralytiques, etc., et des malades qui, syphilitiques, ont des manifestations nerveuses épileptiformes, par exemple, qui égarent dans le diagnostic. C'est le traitement qui montre souvent l'étiologie; mais cliniquement il y a de grandes différences entre ces malades.

PAUL GUILLON.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

10 Février 1902.

Suite de la discussion sur le lait stérilisé. — *M. Lepage* a employé systématiquement le lait stérilisé industriel depuis 1890.

La confusion entre les laits stérilisés de différente origine est regrettable, car l'influence nocive du lait stérilisé varie suivant la qualité de ce lait.

Les familles rejettent le lait stérilisé, le plus souvent parce qu'elles redoutent les accidents gastro-intestinaux; or, le plus souvent ces troubles sont dus à une alimentation mal dirigée, et surtout à de la suralimentation, et ils s'observent parfois chez des enfants nourris au sein.

Pour que le lait stérilisé soit bon, il faut d'abord qu'il soit de bonne qualité.

M. Lepage se sert depuis douze ans de lait stérilisé, et il s'est généralement bien trouvé de préférer le lait stérilisé industriellement au lait stérilisé dans les familles.

Parmi les arguments invoqués contre ces laits, on a mis en avant le manque de résistance de ces enfants vis-à-vis de toutes les infections. Mais on a pas apporté des faits probants à ce sujet.

Comme conclusion, M. Lepage se déclare partisan du lait stérilisé industriel de préférence à tous les autres laits stérilisés; mais ils voudrait que les vacheries soient situées dans la banlieue, et soient surveillées en même temps par des hygiénistes et par des vétérinaires.

M. Hutinel considère que l'accord est bien près de se faire sur cette question.

C'est ainsi que tout le monde admet que le lait de femme est supérieur à tout, et que le lait de vache, quand il est employé, doit être aussi peu adultéré que possible, et ne pas contenir de germes.

Quant aux avantages ou aux désavantages des différents laits stérilisés ou pasteurisés, il est impossible de se prononcer, tout se bornant à une question de *garantie*.

Le lait stérilisé est-il coupable de certains méfaits, tels que le scorbut infantile?

On peut affirmer que c'est une exception, et que les farines alimentaires sont bien plus coupables, surtout quand elles sont administrées en grande quantité.

M. Marfan a reproché au lait de vache de produire du rachitisme.

En réalité, le lait de vache est beaucoup plus difficile à digérer que le lait de femme; ses résidus, très abondants, sont une source de gastro-intoxications qui peuvent conduire au rachitisme et à l'athrepsie. L'action est donc indirecte.

L'infection du tube digestif est secondaire à l'infection du milieu; d'où la difficulté de faire des élevages artificiels dans les agglomérations urbaines, et au contraire la facilité de ces élevages à la campagne.

Ces considérations expliquent la diversité des opinions qui ont été émises sur ce sujet, et l'échec complet des pouponnières, crèches, etc.

Il faut donc d'abord ne pas grouper les enfants, puis ensuite surveiller le lait stérilisé. De cette façon les résultats seront toujours bons.

M. Champetier de Ribes a supprimé dans son service les nourrices au sein, et cela pour des raisons administratives. Mais il se déclare partisan convaincu du lait de femme, qui, pris en petite quantité, permet la digestion du lait stérilisé.

Le lait d'ânesse lui a paru excellent; mais il faudrait qu'il existe des ânesses bien tenus, et des âniers consciencieux; ce qui n'existe pas actuellement à Paris.

Le lait stérilisé industriel paraît inférieur à M. Champetier, au lait stérilisé à la maison avec l'appareil de Soxhlet, surtout depuis qu'il a observé un cas d'intoxication rapide avec une bouteille mal bouchée de lait industriel.

Une question est encore à poser: faut-il ou non couper le lait de vache?

Autrefois tout le monde était partisan du coupage, aujourd'hui il n'en est plus question du tout. Quel est l'avis de la Société à ce sujet?

M. Josias affirme que le chauffage du lait à haute température n'est pas le point de départ d'accidents graves de la seconde enfance comme certains l'ont prétendu.

On ne doit donc pas jeter la suspicion sur un aliment qui rend des services inappréciables, et qui a été un des grands progrès récents de la pédiatrie.

M. Méry. M. Marfan a dit que le lait stérilisé était d'une digestion plus facile que le lait cru, la stérilisation corrigeant le lait de vache. Que vaut donc l'objection que le lait stérilisé était un *lait mort*? Ceci est dû surtout à la suppression des trois segments digestifs, qui sont presque nécessaires, surtout pour les enfants débiles et pour tous ceux qui se sont cachectisés pour une cause quelconque, telle que les gastro-entérites.

Cependant, M. Variot a élevé des enfants débiles uniquement avec du lait stérilisé. Ce reproche n'est que théorique. Comme conclusion, le lait stérilisé est d'un avantage inappréciable, surtout pendant les quatre mois d'été.

M. Oui (de Bordeaux) insiste sur l'importance du mode d'alimentation des vaches.

Il a vu des enfants être pris de vomissements à la suite d'ingestion de lait provenant de vaches nourries de drèches, ce qui est très fréquent dans le Nord.

Avec le lait stérilisé ces inconvénients n'existent pas, le chauffage supprimant les principes nocifs.

Présentation de deux trompes enlevées dans deux cas d'inondation péritonéale. — *M. Doléris.* Sur la première pièce, on peut voir une insignifiante brèche de la trompe, avec un caillot gros comme une noisette, dans laquelle on reconnaît la caractéristique du placenta. La grossesse était presque interstitielle.

Sur la deuxième pièce, l'œuf, gros comme une lentille, était également dans le voisinage de l'utérus, c'est-à-dire dans une région extrêmement vasculaire.

Si ces deux malades ont été sauvées, c'est que M. Doléris a pu les opérer dans un délai très court après la rupture de l'enveloppe maternelle de l'œuf.

Traumatisme et grossesse — *M. Doléris* a observé une hémorragie de plus d'un kilogramme dans une loge placentaire, chez une femme non albuminurique.

Il semble qu'il y ait véritablement eu effraction du sinus circulaire.

Dans une deuxième observation, on amène une femme ayant une température élevée, pouls = 180; ventre distendu, impalpable, extrêmement douloureux.

Le diagnostic porté d'abord fut péritonite. Mais M. Doléris pensa à l'hydramnios aigu, ou peut être à une grossesse gémellaire.

Il n'y avait ni bruits du cœur, ni mouvements actifs.

Cette femme accoucha de deux jumeaux morts.

On reconnut alors un météorisme extraordinaire qu'on ne put faire disparaître par des purgatifs. Il n'y avait cependant pas d'obstruction intestinale.

Dans l'impossibilité où on se trouvait de déterminer l'utérus, et le ventre augmentant toujours de volume, M. Doléris fit une laparotomie qui lui montra qu'il s'agissait d'une collection sanguine, contenant plus de deux litres de sang de couleur chocolatée, limitée par une véritable couenne fibrineuse déposée sur l'intestin, l'utérus, les trompes, etc., formant en haut un véritable diaphragme.

Les recherches ayant été forcément très limitées, dans l'intérêt de la malade, l'origine de cette hématocèle ne fut pas déterminée.

Aujourd'hui, on constate que cette femme a un utérus normal, ce qui élimine la possibilité d'une rupture.

Pour ce qui est des annexes, on ne trouve rien.

Quelle est donc la cause de cette hémorragie?

Présentation d'un utérus fibromateux infantile avec des ovaires normaux, enlevé par hystérectomie abdominale. — *M. Pozzi.* Il s'agit d'une femme chez laquelle on enleva par la voie abdominale une masse utérine formée par un fibrome interstitiel gros comme une orange, alors que l'utérus avait des dimensions qui n'excédaient pas celles d'une amande.

Dans l'intérieur du fibrome, on voit une petite région centrale très vasculaire, qui représente vraisemblablement un début de transformation kystique.

Il est à noter que cette femme avait des règles absolument normales; ce qui s'explique par ce fait que les trompes et les ovaires ne présentaient nullement le type infantile.

L. BOUCHACOURT.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

12 Février 1902.

Les injections mercurielles. — *M. Leredde* fait un rapport sur cette question et établit le cadre de la discussion qui doit avoir lieu dans les séances ultérieures de la Société. Ses conclusions personnelles sont les suivantes: les injections solubles doivent être faites dans la fesse à 3 ou 4 centimètres de profondeur.

Les injections de calomel sont utiles pour modifier rapidement une syphilis rebelle, ou déterminer la nature syphilitique d'une lésion douteuse. Elles ont l'inconvénient d'être douloureuses.

L'huile grise peut répondre aux mêmes indications que le calomel, elle peut en outre être employée pour un traitement régulier de la syphilis; j'ai observé un cas de stomatite grave, quinze jours après la cessation d'un traitement de six semaines par l'huile grise.

Ce fait confirmerait l'opinion de certains auteurs qui reprochent au traitement par l'huile grise d'accumuler dans l'organisme une certaine quantité de mercure qui se dissout ensuite.

La comparaison entre l'ingestion et l'injection paraît à l'avantage de cette dernière au point de vue de l'activité du traitement.

D'autre part, je préfère exposer un malade aux

légères douleurs de l'injection plutôt qu'aux dyspepsies consécutives à l'ingestion.

Pour ma part, j'ai recours, dès le début d'une syphilis, à des injections d'huile grise pendant six semaines, avec intervalles de repos d'un mois à six semaines entre chaque période d'injection.

Pour les parasyphilis de nature syphilitique, le traitement énergique et prolongé doit être pratiqué, et peut donner des succès.

Empoisonnement par la colchicine. — *M. Mabille.* Ces accidents sont survenus chez un malade ayant pris, sans avis médical, quatre à six granules de 1 milligramme de colchicine par jour, pendant plusieurs mois.

Le malade fut d'abord atteint de diarrhée prolongée, puis brusquement il fut pris d'hypothermie, de soif intense, d'anurie, de diarrhée séreuse avec flocons blanchâtres. Du côté du système nerveux, secousses et contractures.

Ces accidents durèrent cinquante heures et se terminèrent par la guérison.

La colchicine est donc un médicament qui peut être dangereux chez les goutteux dont les reins sont scléreux; le principal danger paraît résider dans son action drastique et dans ses effets sur le système nerveux.

M. Pouchet. Ce fait montre qu'il faut se conformer à la règle établie par les auteurs anglais, à savoir qu'on doit suspendre le traitement par la colchicine dès qu'apparaît la diarrhée.

Traitement des tremblements par le bromhydrate d'hyoscine. — *M. A. Robin.* J'ai employé cette médication dans cinq cas de tremblement (sénile, maladie de Parkinson, chorée). Le bromhydrate d'hyoscine était injecté sous la peau, à la dose quotidienne de un dixième à cinq dixièmes de milligramme. Quatre malades ont été très améliorés.

Le régime aux parmentières chez les diabétiques. — *M. Mossé.* La pomme de terre est non seulement un aliment permis aux diabétiques, mais encore un aliment utile, un médicament du diabète.

Lorsqu'on fait prendre 1 kilogramme ou 1 kil. 1/2 de pommes de terre pendant plusieurs jours consécutifs, on observe une diminution de la soif, une amélioration du coefficient urologique, une diminution de la glycosurie, en même temps qu'un mieux être et une récupération des forces.

Ce traitement donne d'excellents résultats dans les complications chirurgicales du diabète.

L'explication théorique de ces résultats paraît être la suivante : la pomme de terre est très riche en potasse qui s'y trouve probablement combinée avec la matière amylacée et en quelque sorte vitalisée, si bien qu'elle est beaucoup plus assimilable que lorsqu'elle est administrée à l'état de sels de potasse (citrate de potasse par exemple). Les bons effets de la cure de pommes de terre seraient dus à l'absorption de la potasse, qui est un alcalin très utile dans les maladies par ralentissement de la nutrition.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

12 Février 1902.

Au début de la séance, M. le Secrétaire général proclame les noms des lauréats de la Société de chirurgie pour 1901.

Le prix Marcellin Duval (300 francs) est décerné à M. Dartigue (Louis) pour son mémoire sur la *Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes.*

Le prix Laborie (1.200 francs) est décerné à M. Barbarin (Paul) pour son *Mémoire sur les complications mastoïdiennes et intracraniennes des otites moyennes suppurées chroniques.* Des encouragements d'une valeur de 400 francs chacun sont accordés à MM. Fresson pour son mémoire sur le *Traitement chirurgical de l'inversion utérine*, et Veau (Victor) pour son mémoire sur le *Système lymphatique dans l'appendicite.*

Le prix Gerdy (2.000 francs) est décerné à M. Cunéo (Bernard), pour son mémoire sur l'*Anatomie pathologique du cancer de l'estomac envisagé au point de vue chirurgical.*

Le prix Demarquay n'est pas décerné, aucun mémoire n'ayant été déposé sur le sujet proposé.

Après une courte allocution de *M. Bouilly*, qui prend possession aujourd'hui du fauteuil présidentiel, la Société continue la discussion :

Sur les morts causées par le chloroforme. — *M. Delorme* ne s'associe pas aux conclusions formulées dans l'avant-dernière séance par M. Lucas-Championnière, non plus qu'à celles, plus récentes, de M. Huchard à l'Académie de médecine, sur l'innocuité du chloroforme chez les cardiaques, le seul cas de mort par chloroforme que M. Delorme ait eu à déplorer s'étant précisément produit chez un malade atteint d'insuffisance mitrale : cet homme, qui devait subir la cure radicale d'une hernie, fut pris de syncope cardiaque dès les premières gouttes de chloroforme, et il fut impossible de le ranimer.

M. Schwartz connaît plusieurs cas de mort survenus *sous* le chloroforme, dans lesquels il est impossible d'incriminer uniquement l'anesthésique (grands blessés, sujets très cachectiques, etc.), mais il n'a vu qu'un seul cas de mort *par* le chloroforme. Il s'agissait d'un homme atteint d'angine de Ludwig, très infecté et respirant difficilement. M. Schwartz ne lui fit donner le chloroforme qu'à son corps défendant. L'événement lui donna malheureusement raison : à peine le malade eut-il respiré les premières bouffées d'anesthésique, que la respiration s'arrêta. Rien ne put le rappeler à la vie.

Comme la plupart des orateurs précédents, M. Schwartz insiste sur la nécessité d'employer un chloroforme très pur, et de faire administrer l'anesthésique par un aide compétent et de toute confiance.

M. Delbet revient sur la question de l'anesthésie par le bromure d'éthyle et le chloroforme combinés, qu'il a vu employer dans le service de M. Richelot. Il n'en a pas été satisfait : d'abord il a remarqué que souvent, au moment où l'on passait du bromure d'éthyle au chloroforme, le patient se réveillait, ce qui montre que l'action du bromure d'éthyle est illusoire; mais surtout il a noté très fréquemment, chez les opérés, dans les jours qui suivaient l'anesthésie, l'apparition d'un ictère plus ou moins accentué, mais manifeste, ce qui fait croire à une action toxique particulière de la combinaison des deux anesthésiques sur les cellules hépatiques.

Quant aux affirmations de M. Lucas-Championnière, qui prétend que, dans la chloroformisation, c'est surtout la respiration qu'il faut surveiller, et que le pouls, c'est-à-dire l'état de la circulation, est négligeable, M. Delbet ne peut laisser proclamer sans protester cette doctrine funeste. La circulation, dit-il, doit être surveillée au moins autant que la respiration. Le pouls doit être continuellement sous le doigt du chloroformisateur : tant qu'il est bon, il n'y a pas de danger immédiat à craindre, même quand la respiration s'arrête; le pouls faiblit-il, au contraire, ou cesse-t-il de battre? il y a danger imminent, malgré la persistance de la respiration; le plus souvent même il n'y a plus rien à faire : le malade est déjà mort.

L'état de la pupille fournit également des renseignements précieux : est-elle rétrécie? on peut en conclure que l'anesthésie suit son cours normal; se dilate-t-elle, au contraire, plus ou moins brusquement? il faut aussitôt explorer le réflexe cornéen : s'il existe, c'est que le patient va se réveiller; s'il est aboli, c'est que le patient est en danger de mort.

M. Routier a observé dans son service un cas de mort par le chloroforme. Il s'étonne d'ailleurs qu'il n'en ait pas vu davantage, car le chloroforme est, en général, très mal donné par des aides — de jeunes externes le plus souvent — qui n'ont ni l'expérience, ni le sang-froid nécessaires. L'état de pureté du chloroforme est tout à fait secondaire, et il faut un chloroforme bien impur, au dire de certains chimistes consultés par M. Routier, pour donner lieu à des produits de décomposition nocifs.

Le gros danger du chloroforme, danger que, malheureusement, nous ne pouvons pas prévoir, est évidemment la syncope cardiaque. Cependant, exception faite des sujets atteints d'endocardite aiguë, d'asystolie, de dyspnée cardiaque, le chloroforme est en général bien supporté par les cardiaques.

M. Routier estime qu'il faut surveiller au moins autant la respiration que le pouls au cours de l'anesthésie, car les modifications dans le rythme respiratoire présagent le plus souvent des modifications dans le jeu du cœur. L'inspection de la pupille est également une chose capitale, la pupille indiquant, par sa plus ou moins grande dilatation, le degré de saturation du sang par le chloroforme.

Enfin M. Routier insiste sur l'importance qu'il y a à remonter l'état moral des malades avant de leur administrer le chloroforme, afin de leur éviter ces états d'angoisse extrême qui peuvent être mortels.

M. Routier fait toujours donner le chloroforme à petites doses continues; quelquefois cependant, chez les agités et chez les enfants, il emploie le procédé des doses massives au début; dans ce cas, le sujet une fois sidéré, il faut le laisser respirer un peu d'air pur avant de continuer la chloroformisation.

M. Richelot tient à déclarer qu'il a été mal compris par certains de ses collègues. Il n'a pas dit que l'anesthésie combinée par le bromure d'éthyle et le chloroforme lui donnait une sécurité absolue, mais seulement la sécurité la plus complète qu'on puisse souhaiter en pareille matière. Le bromure d'éthyle agit en engourdissant la muqueuse nasale et en la rendant ainsi tolérante pour les vapeurs chloroformiques; les accidents réflexes du début de la chloroformisation sont donc de ce fait supprimés. Mais il est évident que le sujet est néanmoins toujours sous la menace d'un empoisonnement par un chloroforme impur ou versé par une main inexpérimentée.

Des reproches adressés à la méthode par M. Delbet, le premier est facile à réfuter : jamais le malade ne doit être anesthésié avec le bromure d'éthyle; il n'a donc pas à se réveiller pendant le temps qu'on passe au chloroforme. Quant à l'ictère observé par M. Delbet dans les jours qui suivent l'anesthésie, M. Richelot affirme ne l'avoir jamais vu.

Les règles de l'anesthésie combinée par le bromure d'éthyle et le chloroforme sont bien simples. Il faut aborder le malade avec douceur, lui parler, le rassurer sur l'anesthésie et l'opération, puis verser quelques gouttes seulement de bromure d'éthyle sur la compresse; pendant qu'elles agissent, on entretient la conversation avec le malade; dès que sa parole s'embrouille, mais à ce moment seulement, on passe au chloroforme. On a ainsi supprimé ou du moins atténué considérablement la période d'excitation du début.

M. Richelot s'est fait anesthésier par ce procédé : tous les temps se sont succédés avec la plus parfaite régularité et sans le moindre incident.

Exstrophie de la vessie traitée avec succès par le procédé de Maydl. — *M. Picqué* lit un rapport sur une observation de *M. Estor* (de Montpellier) concernant un cas d'exstrophie de la vessie traitée par le procédé de Maydl, c'est-à-dire par l'abouchement des orifices urétéraux dans le rectum. Malgré le beau résultat obtenu (la continence est parfaite et il n'y a pas le moindre signe d'infection rénale), M. Picqué n'a guère confiance dans l'avenir de la méthode, et il reste partisan des méthodes autoplastiques.

M. Poirier a employé trois fois, dont deux avec succès, un procédé combinant le procédé de rabattement de Segond et le procédé de réfection de l'urètre de Duplay. Les résultats éloignés n'ont malheureusement pas été brillants : l'un de ces malades a présenté fréquemment depuis son opération des accidents de lithiase vésicale secondaire.

M. Poirier redoute pour l'opéré de M. Estor des accidents ultérieurs d'infection urétéro-rénale ascendante. Il semble qu'il serait plus logique dans ce cas, comme l'a fait certain chirurgien russe, de créer aux dépens de la paroi rectale une sorte de gouttière qui prolongerait les uretères jusqu'au périnée et permettrait aux urines de s'écouler par un méat périnéal situé en avant de l'anus.

M. Quénu croit à l'avenir du procédé de Maydl. L'infection rénale ascendante est rare, et le rectum retient parfaitement l'urine qui s'y amasse. M. Quénu a pu vérifier le fait dans un cas d'abouchement anormal de la vessie dans le rectum : les urines émises par l'anus étaient parfaitement limpides et normales.

Traumatisme grave de l'œil; opération, guérison. — *M. Delorme* présente un cavalier qu'il a opéré pour une lésion grave de l'œil consécutive à un coup de lanière de cuir reçu à ce niveau. La cornée était sectionnée dans le tiers supérieur de son insertion scléroticale, et l'iris faisait hernie à travers la plaie. M. Delorme fit la résection de l'iris, puis nettoya minutieusement la chambre antérieure qui était remplie de caillots; guérison rapide et parfaite, avec conservation de l'acuité visuelle.

Guérison des céphalées consécutives aux fractures du crâne par la ponction lombaire. — *M. Rochard* présente deux malades qui, à la suite d'une fracture du crâne, furent pris de céphalées intenses et persistantes que rien ne put calmer. Or il suffit chez ces sujets de quelques ponctions lombaires pour supprimer complètement les phénomènes douloureux. La quantité de liquide céphalo-rachidien soustraite à chaque ponction fut en moyenne de 30 et 35 centimètres cubes.

M. Gérard Marchand a également pratiqué la ponction lombaire dans un cas analogue, mais sans succès.

M. Schwartz ayant fait une ponction lombaire dans un but diagnostique chez un sujet qu'il supposait atteint de fracture du crâne, vit survenir, huit jours après, des symptômes méningitiques sérieux, entre autres une céphalée intense et rebelle. Or une nouvelle ponction lombaire, de 25 centimètres cubes environ, fit disparaître tous les symptômes en quarante-huit heures.

M. Tuffier demande à M. Gérard-Marchant si, dans le cas qu'il vient de mentionner, il a trouvé du sang dans le liquide céphalo-rachidien recueilli par la ponction lombaire? On a mis en doute, dans ces derniers temps, la valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les fractures du crâne, et il serait désirable, pour être fixé définitivement sur ce point, que les membres de la Société apportassent tous les faits, positifs ou négatifs, qu'il ont été ou seront à même d'observer.

M. Gérard Marchant n'a pas trouvé de sang dans le liquide céphalo-rachidien, ce qui fait croire à *M. Tuffier* qu'il s'agissait d'un épanchement extra-dure-mérien.

Pylorectomie pour tumeur du pylore, guérison. — *M. Schwartz* présente une femme qui a été opérée de résection du pylore pour tumeur maligne. Les suites opératoires ont été extraordinairement simples, et la guérison des plus rapides.

Résection des nerfs maxillaires inférieur et supérieur, et destruction du ganglion de Gasser pour névralgies rebelles; guérison. — *M. Gérard Marchant* présente le malade chez qui il a pratiqué cette opération : le résultat esthétique et fonctionnel est parfait. M. Gérard-Marchant ne résèque jamais le ganglion; il se contente de le dilacérer : le résultat thérapeutique est le même.

M. Guinard déclare qu'il suffit, pour arriver au même but, de sectionner la racine nerveuse du ganglion, opinion qu'il ne parvient pas à faire partager à *M. Poirier*.

Résection de l'astragale pour luxation ancienne de cet os; guérison. — *M. Monod* présente le malade qui a subi cette opération : résultat fonctionnel excellent.

Infection puerpérale, abcès de la paroi utérine, mort. — *M. Picqué* présente l'utérus d'une femme qui, trois jours après une basiotripsie, présenta des accidents puerpéraux graves : ballonnement du ventre, pouls fuyant, écoulement vaginal ichoreux, etc. M. Picqué crut pouvoir se contenter de faire d'abord l'écouvillonnage et le lavage de la cavité utérine; mais dès le lendemain, c'est-à-dire le quatrième jour après la basiotripsie, la femme succombait. Or l'autopsie a montré que cette femme aurait probablement pu être sauvée par l'hystérectomie. L'utérus contient en effet un abcès intrapariétal communiquant avec la cavité utérine ; en supprimant, au début, ce foyer primitif d'infection, on aurait eu, semble-t-il, des chances d'empêcher la généralisation de celle-ci.

Goitre parenchymateux et kyste de la glande thyroïde. — *M. Picqué* présente ces deux pièces qu'il a enlevées par le procédé de Socin (énucléation intra-glandulaire).

Énorme fibrome utérin. — *M. Guinard* présente un énorme fibrome utérin de 33 kilogrammes qu'il a enlevé chez une femme de quarante et un ans dont l'état général, au moment de l'opération, était à tous points de vue excellent. Cette femme a cependant succombé au shok opératoire, shok qui s'explique par l'énorme quantité de sang (plus de 2 litres) contenu dans la tumeur et dont la soustraction brusque n'a pas été sans causer une perturbation profonde dans l'état de la circulation.

Kyste de l'ovaire renfermant des kystes hydatiques. — *M. Gérard Marchant* présente cette pièce curieuse et rare.

Fibrome volumineux de l'ovaire. — Ce fibrome présenté par *M. Potherat* pèse 3 kil. 700 ; il était tordu sur son pédicule.

Salpingite et appendicite simultanées. — *M. Potherat.* Dans ce cas, c'est l'appendicite qui semble avoir été primitive et la salpingite secondaire.

Fibrome du ligament large. — *M. Monod.* A propos de cette pièce, M. Monod attire l'attention sur la difficulté qu'il y a parfois à distinguer ces tumeurs des tumeurs ovariennes du genre de celles présentées par M. Potherat.

M. Legueu présente enfin, au nom de *M. Gerota* (de Bucarest) une **Sonde destinée à faciliter le tamponnement** à la gaze des différentes cavités de l'organisme.

J. Dumont.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Chaire de clinique chirurgicale. — Dans sa dernière réunion la Faculté de médecine de Lyon a arrêté la liste de présentation pour la chaire du professeur Ollier; sont présentés : en première ligne, M. Jaboulay; en seconde ligne, M. Vallas; en troisième ligne M. Rollet.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Alamelle est nommé préparateur de thérapeutique et matière médicale.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Saint-Louis. — Conférences pratiques de dermatologie et de syphiligraphie du 15 Février au 30 Mars.

M. Gastou : Technique microscopique, mardis, jeudis, samedis, à 2 heures.

M. Baudouin : Thérapeutique appliquée, lundis, mercredis et vendredis, à 3 heures.

Les frais de travaux sont de 60 francs pour une série et de 100 francs pour les deux. S'inscrire au Laboratoire de radiographie.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. Boisson, médecin adjoint du lycée Lakanal et de l'hôpital Marguerite-Renaudin est promu officier de l'Instruction publique.

M. Reddon, médecin à Sceaux, est nommé officier d'Académie.

Corps de santé militaire. — Sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. Alaux, Azémar, Barailhé, Barthélémy, Baur, Baurrier, Beau, Béraud, Bordereau, Bridier, Brun, Bumat, Capdevielle, Casteret, Charbonneau, Cenet, Chrétien, Colineau, Coulliaud, Couturier, Cristiani, Dautheville, Delestan, Deleuze, Delmas, Duvau, Ebstein, Egmann, Epaulard, Flach, Garcin, Godeau, Grenier, Guenot, Haméon, Henriot, Izaac, Jousselin, Jouve, Jude, Julien-Laferrière, de Kermabon, Lecomte, Limasset, Long, Louis, Macaire, Mandoul, Metzger, Noirot, Orticoni, Perrin, Pinchon, Potet, Pourpre, Poutet, Queyrot, Raoul, Rebierre, Rehm, Rit, Roualet, Rouyer, de Saint-Vincent de Parois, Schwœbel, Sicre, Stitelet, Vallat, Van-Merrès.

Service de santé de la marine. — M. Jacquemin, médecin en chef de 1re classe, est désigné pour remplir les fonctions de sous-directeur du service de santé au port de Rochefort.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés à l'emploi de médecin aide-major de 1re classe stagiaire : MM. Ducasse, Kernéis, Rousseau.

La défense de la vie humaine. — La Ligue pour la « Défense de la vie humaine » est dès à présent définitivement constituée. Son président est M. Cruppi, député de la Haute-Garonne.

Les vice-présidents sont les professeurs Brouardel, Haller et Budin, membres de l'Académie de médecine.

Les autres membres du Comité de direction sont : MM. d'Arsonval, membre de l'Institut ; Barthou, Léon Bourgeois, Chautemps, Poincaré, Ruau, Salis, députés ; Bérenger, Calvet, Chaumié, sénateurs ; Bouchardat, Fournier, Hanriot, Pinard, membres de l'Académie de médecine ; Bunau-Varilla, directeur politique du *Matin* ; Calmette, directeur de l'institut Pasteur de Lille ; Albert Danet, bâtonnier de l'ordre des avocats à la Cour de Paris ; Fernand Faure, professeur à la Faculté de droit ; De Lavarenne, directeur de *La Presse Médicale* ; Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine ; Maneuvrier, directeur adjoint du laboratoire des recherches physiques à la Sorbonne ; Mercadier, directeur des études à l'École polytechnique ; Navarre, conseiller municipal de Paris ; Henry Poidatz, syndic de la presse ; Poirier, professeur agrégé ; A. Rivière, secrétaire général de la Société des prisons ; Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

Société protectrice de l'enfance. — Dimanche, la Société protectrice de l'enfance a tenu dans la salle de la rue d'Athènes, sous la présidence de M. Poubelle, son Assemblée générale.

Au cours de cette réunion les distinctions suivantes ont été attribuées : MM. Baratier, médecin à Jeugny (Aube), obtient le titre de membre honoraire, la plus haute récompense de la Société ; Lehec, médecin à Châtillon-sur-Indre (Indre), médaille d'or ; Delavalle, médecin à Sailly-sur-la-Lys (Pas-de-Calais), médaille de vermeil ; Truffet, médecin à Seyssel (Ain), médaille d'argent, et Subercaze, médecin à La Ferté-Alais (Seine-et-Oise), médaille de bronze.

Les médecins d'asiles d'aliénés. — MM. Bonnet, médecin en chef à l'asile de Saint-Robert (Isère), Chevalier Lavaure, directeur médecin de l'asile d'aliénés d'Auch, sont promus à la deuxième classe du cadre ; M. Malfilatre, directeur-médecin à Saint-Lizier (Ariège), est promu à la première classe du cadre ; M. Marchand est nommé médecin adjoint à l'asile des aliénés de Bailleul (Nord), en remplacement de M. Maupaté, nommé directeur-médecin à l'asile de Naugeat (Haute-Vienne).

Étranger

Création d'un Institut photothérapique. — La reine-régente d'Espagne vient de consacrer 10.000 pesetas à la fondation d'un Institut de photothérapie à Madrid.

Sanatorium pour tuberculeux dans le Taunus. — La baronne Ed. de Rothschild, de Francfort, a donné un million de marks pour la création, dans le Taunus, d'un hôpital réservé aux maladies pulmonaires.

CONCOURS

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Ont envoyé jusqu'ici leur adhésion comme membres du Jury : MM. Renault, Cornil, Landrieux, Robin, Huchard, Klippel, Roques, Schwartz.

Internat. — *Pathologie.* — Séance du 13 février : MM. Vaubourdolle, 7 ; Claret, 7 ; Mignon, 4 ; Marsan, 6 ; Papin, 10 ; Claude, 12 ; Lemaître (Jules), 9 ; Alquier, 12 ; Blairon, 8. — *Absents* : MM. Duc-Dodou, Maillard, Barré.

Concours de chef de clinique des maladies infantiles. — Par décision du Conseil de la Faculté, le concours pour la place de chef de clinique interne des maladies des enfants, à la Faculté de médecine de Bordeaux, est renvoyé à une date ultérieure.

École de médecine et de pharmacie de Poitiers. — Un concours s'ouvrira le 10 Novembre prochain devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

École de médecine et de pharmacie de Besançon. — Le concours qui devait s'ouvrir le 31 Juillet prochain devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est reporté au 12 Novembre 1902.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 15. — Mercredi, 19 Février 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD, Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

LA CHIRURGIE AUX COLONIES

L'hôpital de Nabeul (Tunisie).

L'hôpital de Nabeul présente un vif contraste, est-il besoin de le dire, avec les établissements parisiens dont *La Presse Médicale* offre parfois la luxueuse description à ses lecteurs... Aussi bien s'agit-il seulement de montrer que l'on peut faire partout de la chirurgie, — voire de la « grande, » — même en pays indigène, et cela le plus simplement du monde.

On s'imagine, bien à tort, que l'Arabe refuse toute intervention chirurgicale; en réalité, l'indigène, simpliste, ne croit pas au succès d'une thérapeutique médicale un peu prolongée, ne se soumet pas à un traitement de quelque durée dont la raison lui échappe, mais il se résigne fort bien à une opération qui le débarasse objectivement d'une infirmité, d'une douleur, et surtout qui l'en débarasse immédiatement.

J'imagine qu'aux colonies il doit arriver parfois qu'un chirurgien, isolé au milieu d'une population considérable, ne puisse exercer son art faute d'installation, faute d'aides, en un mot, faute d'hôpital; je crois qu'il est cependant possible de résoudre la question.

Et, d'abord, toute construction peut fort bien s'aménager en hôpital; à la vérité, la *maison mauresque* sans étage, qui constitue l'habitation ordinaire de l'Afrique du nord, s'y prête merveilleusement. Qu'on se figure un vaste rectangle de maçonnerie, les quatre côtés représentant une série de pièces qui ouvrent sur une cour intérieure; au dehors, la porte exceptée, tout est clos, c'est un mur. Mais que l'on pratique une large baie dans ce mur extérieur, une autre dans le plafond de la pièce choisie, et la lumière entre à flots. Il reste à garnir ces baies d'un vitrage, à cimenter le sol avec soin, à blanchir les murs à la chaux, et l'on obtiendra la salle d'opération non seulement la plus simple, mais aussi la plus claire et la plus propre qui se puisse désirer.

Dans son ensemble, l'hôpital de Nabeul se compose de trois grandes maisons mauresques

dont les deux premières communiquent entre elles; la troisième, entièrement séparée, comme l'exigent les usages musulmans, est réservée aux femmes.

La figure 1 représente l'entrée d'une salle de

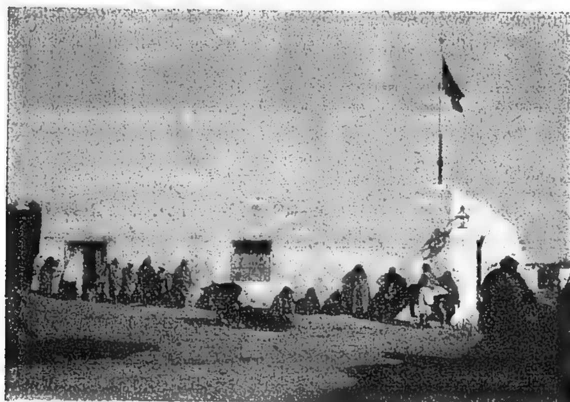


Figure 1. — L'entrée de la consultation.

consultations externes dont on voit la fenêtre vitrée. Ce bâtiment comprend encore deux salles d'opérations (une réservée à la chirurgie aseptique), une chambre noire, un petit laboratoire; le reste de l'hôpital est composé de chambres de malades (fig. 3), contenant de quatre à six lits:

La salle d'opération principale (fig. 2) est meublée — comme l'autre — de tables et de sièges en bois laqué blanc, et contient un plan incliné métallique, un autoclave, une étuve à stérilisation sèche; le pétrole, qui est ici à très bas prix, fournit la chaleur et la lumière. On pourrait encore simplifier ce matériel en réalisant l'asepsie des instruments et des pansements par l'ébullition dans la solution de carbonate de soude.

Je me trouve bien de surveiller en personne le fonctionnement de l'autoclave et de l'étuve que j'ouvre *au moment de l'opération*, les instruments restent à sec dans le plateau extrait du stérilisateur, c'est encore une simplification.

Pour opérer, il faut évidemment deux aides; j'ai pu sans trop de peine instruire suffisamment un personnel indigène; l'un, toujours le même, familiarisé avec l'usage du chloroforme, est chargé de l'anesthésie (je n'ai jamais eu d'accident jusqu'à ce jour); le second, qui a en charge l'entretien des instruments, m'assiste directement. En dépit des mains lavées sous mes yeux, pour éviter toute négligence, il revêt toujours des gants de caoutchouc stérilisés; au surplus, on arrive bien vite, quand il le faut, à restreindre singulièrement le rôle de l'assistant qui tient une pince, un écarteur, une compresse, et, à défaut de science professionnelle, ne raisonne pas et



Figure 4. — Deux opérés accompagnés d'un parent.

obéit passivement... ce qui a ses avantages.

Le personnel comprend encore deux infirmiers chargés du gros ouvrage; une femme s'occupe des malades de son sexe.

Les salles de malades, ouvrant sur les cours intérieures, sont, comme la salle d'opération, cimentées et blanchies à la chaux, ce qui, d'ailleurs, est de règle dans les maisons arabes. L'installation des lits est fort peu coûteuse, c'est l'ancien lit militaire : trois planches, reposant sur deux châlits de fer, supportent un matelas, un traversin de paille d'alfa, que recouvrent deux draps et une couverture « laine et coton »; le tout revient à environ 20 francs; je ne crois pas inutile de donner ces petits détails.

Qu'on veuille bien remarquer que cette literie représente encore un raffinement de confortable pour le nomade habitué à coucher sur le sol, plus ou moins battu, d'un *gourbi*.

Il m'est arrivé d'opérer d'urgence un certain nombre d'Européens, Français, Italiens, Maltais, mais en général les hospitalisés sont des sujets tunisiens, et voici comment ils se recrutent :

D'une part, chaque matin, a lieu une consultation gratuite avec distribution de médicaments; les malades dont l'état indique une intervention chirurgicale entrent aussitôt; d'autre part, les blessés de la région sont dirigés sur Nabeul par les soins des chefs indigènes; à ces blessés s'ajoutent les différents cas d'urgence qui viennent par la même voie, et enfin un nombre toujours croissant d'indigènes qui viennent spontanément de divers points de la Régence.

Qu'il me soit permis maintenant d'attirer l'attention du lecteur sur le *fonctionnement* de l'hôpital; qu'il veuille bien remarquer qu'il s'agit d'indigènes, de cas de chirurgie, et qu'enfin le budget alloué est une indemnité très faible.



Figure 3. — Le pansement dans les chambres.

En même temps que le malade, entre *avec lui* un de ses parents, père, frère, fils si c'est un homme; mère, sœur, fille dans l'autre cas, et, à défaut d'un proche parent, un allié ou un ami; il est d'ailleurs fort rare qu'un indigène soit absolument isolé. Quoi qu'il en soit, ce parent, ce compagnon devient un *infirmier volontaire* dévoué et attaché à la personne de l'opéré; il couchera à côté de lui sur un lit ou sur une natte, pourvoira à ses besoins, et en particulier *à sa nourriture*; n'oublions pas que les goûts et les besoins des indigènes sont fort simples; suivant le cas une jatte de lait, une poignée de dattes, un plat « de couss-couss » en font les frais; quelques familles du voisinage de l'hôpital se sont d'ailleurs fait une industrie de la préparation des aliments; en tout cas il ne se fait à l'hôpital *aucune cuisine*; les infirmiers ont seulement à surveiller l'observance de la diète ou du régime lacté, quand il y a lieu. Si d'aventure le malade est dans un état d'indigence, d'abandon absolu, l'infirmier, aux frais de l'hôpital, s'en va chercher ses repas « en ville ».

Pansements et médicaments sont fournis gratuitement; toutefois les malades qui ne peuvent justifier, par un certificat du *caïd*, de leur indigence absolue ou relative ont à payer une somme légère qui fait recette et contribue à la nourriture de ceux dont je parlais tout à l'heure.

Ce fonctionnement n'est évidemment pas un « idéal », mais il représente du moins une réalité assez facilement accessible. Quoi qu'il en soit, malgré la simplicité rudimentaire de l'hôpital, et peut-être à cause d'elle, les indigènes, dont les conditions d'existence et d'habitation ne sont nullement modifiées, y viennent actuellement en très grand nombre.

Je crois inutile de publier une statistique

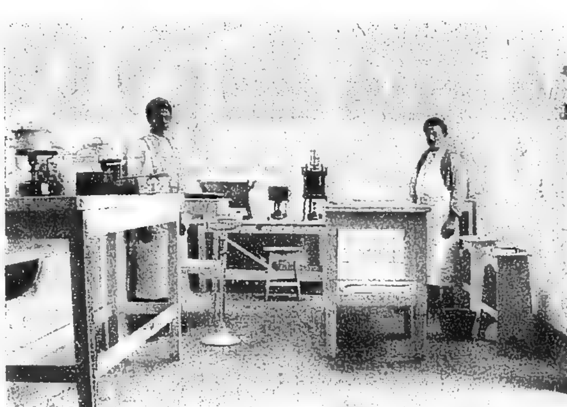


Figure 2. — Une salle d'opération.

détaillée; j'ai pu pratiquer, depuis le mois d'octobre 1900, 342 interventions chirurgicales, parmi lesquelles je citerai rapidement : laparotomies diverses (18), cures radicales de hernies (62), hernies étranglées (11), amputations et résections (23), trépanations (5), tailles hypogastriques (7), fistules vésico-vaginales (5), palato-plasties (2), cataractes (12), bec-de-lièvre (3), pieds bots (2), arthrotomies (5), thoracoplasties (3), etc.; bref, les cas les plus variés de la chirurgie se sont présentés; j'aurais pu opérer plus encore, mais il faut compter avec l'état d'esprit des indigènes qui repoussent un certain nombre d'interventions, telles les amputations de membres, quand la vie ne leur semble pas en danger imminent, immédiat; c'est ainsi que j'ai dû, tout récemment, abandonner à son sort un malheureux atteint d'un ostéo-sarcome du fémur très opérable; telles aussi certaines interventions palliatives de la chirurgie du cancer : gastrostomie, trachéotomie, anus contre nature, qui leur paraissent substituer une infirmité tangible et définitive à une lésion peu visible. Faut-il ajouter qu'il convient d'être très prudent, qu'il faut souvent s'abstenir; un décès survenant dans le décours d'une opération deviendrait un véritable désastre dans une population ignorante dont il faut gagner complètement la confiance.

Je ne connais pas la « psychologie » du Soudanais, de l'Annamite, du Malgache, mais je crois qu'il est possible, qu'il est facile, d'installer à bien peu de frais des hôpitaux semblables dans nos immenses étendues coloniales; malades et médecins y trouveront leur compte, il suffit pour cela d'un peu d'énergie et de persévérance; il faut aussi l'intelligent appui des fonctionnaires



Figure 5. — La cour des femmes.

placés à la tête du gouvernement, je dois dire — et m'acquitte volontiers de ce devoir — que cet appui ne m'a jamais fait défaut en Tunisie.

BRUNSWIC-LE BIHAN.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Chirurgien de l'hôpital musulman de Tunis.

LA QUESTION DE LA PELADE

Contagionistes et non contagionistes.
Les travaux de Sabouraud. Les travaux de Jacquet.
Commissions académiques.

Par E. DE LAVARENNE

L'Académie de médecine a nommé récemment une Commission chargée de lui présenter un rapport sur la question de la pelade, c'est-à-dire sur la contagiosité ou la non-contagiosité de cette affection.

Je suis convaincu que la plupart des médecins, considérant cette question comme depuis longtemps résolue, ont été quelque peu étonnés de la voir à nouveau soumise à discussion. Aussi bien, m'a-t-il semblé utile, avant les débats de l'Académie, d'exposer les pièces du procès qui se trouve engagé.

* * *

La pelade est une maladie spécifique du tégument, portant sur le système pilaire qu'elle détruit par places ou en totalité : elle est parasitaire, et le microorganisme qui la produit est connu ; elle est contagieuse et des mesures d'hygiène publique sont édictées contre elle à la suite de jugements rendus par l'Académie de médecine.

Telles sont les idées qui, ayant pris cours dans le milieu médical, se sont répandues dans le public et ont fait, en France, la gravité de la pelade envisagée au point de vue social. Je dis, en France, car, il faut bien le savoir, l'opinion que l'on se fait généralement dans notre pays de la contagiosité de la pelade est une opinion surtout française; à l'étranger, la grande majorité des dermatologistes, voyant dans la pelade non pas une maladie parasitaire mais une trophonévrose, à leur suite les médecins et le public ne la considèrent pas comme contagieuse.

Il est évident qu'il y a dans ce désaccord plus qu'une question de doctrine. Si, en effet, la pelade n'est pas parasitaire, elle n'est pas contagieuse, donc toutes les mesures d'hygiène plus ou moins draconiennes prises contre elle sont sans effet, inutiles et vexatoires ; si, au contraire, la pelade est parasitaire, elle est, presque à coup sûr, contagieuse, et alors les mesures d'hygiène deviennent effectives, utiles et légitimes.

Il y a donc bien une question de la pelade ; et elle est de première importance. Elle se posait nettement entre dermatologistes français et dermatologistes étrangers ; elle se pose aujourd'hui entre dermatologistes français, depuis surtout que Jacquet, dans un travail des plus documentés, s'est élevé vigoureusement contre les idées de parasitisme et de contagiosité qui régnaient à peu près sans conteste.

Je dis « à peu près sans conteste », car, à ma connaissance, il n'y eut guère que deux dermatologistes français franchement dissidents : Horand, chirurgien en chef de l'Antiquaille à Lyon ; Ollivier, médecin de l'hôpital Saint-Louis à Paris. Ils constituent l'exception qui confirme la règle, car il est hors de doute qu'en rangeant la pelade parmi les maladies cutanées d'origine nerveuse, ils avaient violemment heurté la conviction de leurs collègues en dermatologie, tous contagionistes. Et la preuve en est dans ce qui se dit à l'Académie de médecine en 1887-1888, lorsqu'elle fut appelée à mettre au point cette « question de la pelade » à propos « des mesures à prendre à l'égard des sujets atteints de pelade ».

L'Académie nomma une Commission composée de ceux de ses membres qu'elle jugea les plus compétents : Hardy, Bergeron, Vidal, Ollivier, Leroy de Méricourt, Fournier, Bucquoy, Cornil, Vallin, Besnier la composaient ; au nom de cette Commission, M. Besnier, dans son beau rapport, put se montrer absolument affirmatif au sujet de la contagion.

Après avoir rappelé « les faits irréfragables de transmission contagieuse de la pelade, les épidémies de famille, de maison, d'école, de régiment, qui lui sont propres, ainsi qu'à toutes les maladies transmisibles », faits qu'il avait déjà, avec Hardy, exposés devant l'Académie ; après avoir produit quelques nouveaux exemples, M. Besnier concluait ainsi : « J'aurai, je pense, achevé de fixer votre conviction, en ajoutant que tous les médecins de l'hôpital Saint-Louis qui y enseignent aujourd'hui, sans exception, aussi bien que ceux qui, y ayant vieilli, en sont sortis à la limite d'âge, tous, à l'exception de notre collègue M. Ollivier, tous considèrent du fait de l'observation clinique, que la pelade ordinaire, commune, vulgaire, celle qu'on rencontre partout dans les centres d'agglomérations, écoles primaires, asiles, ouvroirs, ateliers, couvents, pensions, casernements, collèges, écoles supérieures, etc., peut se transmettre de l'individu malade à l'individu sain, c'est-à-dire être contagieuse ».

Comme on le voit, M. Besnier s'appuie sur la seule observation clinique : « tous considèrent *du fait de l'observation clinique* », dit-il. Cependant à l'époque où il parlait ainsi, en 1888, les doctrines pastoriennes avaient déjà permis de jeter quelques clartés sur la cause de plusieurs maladies. Or, s'il n'invoquait pas leur concours, ce n'est pas que l'on eût négligé de tenter par la microbiologie d'éclaircir la pathogénie de la pelade ; bien au contraire.

* * *

Il n'est pas paradoxal de dire que la pelade est, pour nous autres Français, parasitaire et contagieuse *de naissance* ; et, soit dit en passant, il sera d'autant plus difficile de faire disparaître chez elle l'empreinte originelle.

Du jour, en effet, où Bazin, rangeant certaines alopécies parmi les teignes, décrivait, à côté de la teigne décalvante, la teigne achromateuse à laquelle il appliquait l'appellation populaire de « pelade », il s'efforça de lui déterminer une cause parasitaire, ce qui d'ailleurs était nécessaire à sa nouvelle classification. En 1853, dans son ouvrage : *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, il attribuait donc un rôle pathogène au Microsporon Audouini, que Gruby avait découvert en 1843 et que Sabouraud devait reconnaître en 1892 comme l'agent de la teigne tondante à petites spores.

Malgré la haute autorité de Bazin, malgré l'enthousiasme des élèves qu'il attirait autour de lui et qui répandaient sa parole, sa manière de voir ne fut guère acceptée des dermatologistes. Sans parler des contradictions auxquelles le conduisait fatalement la faiblesse de sa doctrine, disons de suite que la pelade ne fit jamais partie intégrante des teignes, et que bientôt l'action pathogène du microsporon de Gruby ne fut plus admise : la preuve en est qu'en 1865 M. Bergeron, dans son *Étude sur la géographie et la prophylaxie des teignes*, ne mentionnait pas la pelade, parce qu'il n'en admettait pas la nature parasitaire.

Cependant, on continuait toujours à rechercher le parasite de cette maladie contagieuse, et bientôt, en 1874, apparaissait le « Microphyte » de Malassez et Courrèges. Il ne tarda pas d'ailleurs à avoir le même sort que le « Microsporon Audouini », sort que partagèrent depuis lors et les « sporules peladiques » de Nystrom et les parasites trouvés par Thin, von Sehlen, Robinson, comme ceux de Nimier, de Vaillard et Vincent.

En dépit de ces faillites successives de la microbiologie, alors que les dermatologistes étrangers, — avec Duhring, Hebra, Eulenburg, Neumann, Erasmus Wilson, Kaposi, pour ne citer que les plus marquants, — n'ayant jamais rencontré de parasite capable de produire la pelade, considéraient cette maladie comme relevant vraisemblablement d'un trouble de nutrition, les dermatologistes français, bien que n'ayant pas non plus rencontré le parasite, n'en continuaient pas moins à l'admettre implicitement en proclamant la contagiosité de la pelade. C'est là ce qui ressort clairement du rapport de M. Besnier auquel je faisais allusion tout à l'heure, où l'on voit la contagion peladique, malgré les bizarreries qu'on ne lui conteste pas, si peu discutée, qu'elle sert de base aux mesures prophylactiques d'hygiène proposées contre la pelade.

Ces mesures ayant été officiellement édictées, constituent bien la preuve que l'on ne se demandait même pas si la pelade était contagieuse, mais seulement quel était ce contage dont, de par la clinique, on pouvait admettre l'existence.

* * *

Ces idées étant, on conçoit combien impatiemment étaient attendus les résultats des recherches que l'on savait entreprises par Sabouraud depuis 1894, comme suite à son beau travail sur « Le diagnostic et le traitement de la pelade et des teignes de l'enfant ». Ce n'est qu'en 1897 qu'il les fit connaître ; et bientôt après la publication de son mémoire des *Annales de l'Institut Pasteur*, la nouvelle se répandit dans les milieux médicaux et aussi dans le grand public, que le microbe de la pelade était enfin trouvé.

Cependant, ce ne fut pas sans un certain étonnement que les dermatologistes entendirent Sabouraud exposer les faits qu'il avançait sur l'autorité d'une expérimentation longuement et rigoureusement conduite. Ils n'assistaient à rien moins qu'à l'identification parasitaire de deux affections cutanées qu'ils étaient loin de considérer comme ayant entre elles les moindres rapports : la séborrhée et la pelade. Aussi, la question portée devant la Société de dermatologie souleva-t-elle une discussion mémorable à laquelle Brocq, Darier, Hallopeau, Jacquet, Barthélemy, Barbe, Morel-Lavallée, prirent part. De nombreuses critiques furent formulées en se plaçant au point de vue clinique, après que Darier eût confirmé l'importance bactériologique des travaux de Sabouraud.

Sabouraud protesta énergiquement, oppo-

sant la rigueur de l'expérimentation aux incertitudes et à la myopie de la clinique

« On me dit : la clinique ne peut pas admettre ce que vous dites. Mais les opinions cliniques qui me contredisent se contredisent aussi entre elles à chaque instant. La vérité clinique que nous apporte M. Hallopeau n'est pas celle de M. Brocq et ainsi de suite. Je ne vois pas là de vérités cliniques, je ne vois que des opinions. »

« Où est donc et quelle est donc alors la clinique qui ne peut pas admettre ce que je dis? Est-ce celle de tel auteur ou celle de tel autre, celle d'aujourd'hui ou celle de demain? Depuis dix ans j'ai vu les opinions cliniques sur tous sujets charger quatre ou cinq fois. »

Par contre, ajoutait Sabouraud, « quand je parle d'un microbe, je le montre, et il est visible pour M. Darier comme pour moi, comme pour tous. Je le montre dans la lésion qu'il détermine, et j'étudie cette lésion depuis son début jusqu'à sa disparition. Quand je parle d'une culture, je la présente, quand même il m'a fallu quatorze mois pour l'obtenir, comme celle-ci. Quand je parle d'une toxine, je ne fais pas comme ceux qui l'invoquent à la façon d'un dieu inconnu, toutes les fois qu'une chose leur demeure inexplicable. Je l'apporte dans une bouteille qui est un objet éminemment palpable. Enfin, je montre sur les animaux les effets de cette toxine ».

J'ai cru devoir citer ces phrases. Les idées qu'elles exprimaient eurent un grand retentissement médical et extra-médical.

Depuis lors, dans l'esprit des médecins praticiens, comme dans l'esprit du public toujours enthousiaste des solutions simplistes, le micro-bacille de la séborrhée fut considéré comme l'agent pathogène de la pelade. Et cependant, en 1900, on pourrait dire avec Brocq, dans son chapitre « Alopécie » de *La pratique dermatologique:* « cette opinion n'est pas encore admise par la majorité des dermatologistes ».

En fait, la question est loin d'être résolue; et peut-être, aujourd'hui encore, pourrait-on répéter à son sujet ce qu'en disait M. Besnier en 1888 : « cette question est d'une difficulté exceptionnelle; dans les pelades, tout est étrange, extraordinaire, irrégulier, presque tout incompréhensible et inexplicable ».

Est-ce à dire par là qu'aucun progrès n'ait été réalisé? Ce serait une erreur, et méconnaître les travaux des dermatologistes qui, par un effort continu d'analyses, par la recherche plus attentive des conditions étiologiques, ont déjà pu, surtout depuis quelques années, mettre un certain ordre dans le groupe des alopécies que, dès l'abord, on avait dénommé pelade.

Bien des faits sont encore à l'étude, et je n'ai pas à mentionner ici les discussions auxquelles ils peuvent donner lieu; il me suffira de citer ceux de ces faits sur lesquels tous sont d'accord.

C'est ainsi que l'on a pu sortir du cadre de la pelade : certaines alopécies dues à un traumatisme, souvent en plaques uniques, mais aussi multiples chez les enfants, par exemple, ou chez des femmes par pressions répétées d'épingle, de peigne; d'autres alopécies d'origine nerveuse, soit en bande, soit en triangle plutôt qu'en aire; des déglabrations plus ou moins localisées que l'on observe à la suite de grands traumatismes, de violentes émotions; des alopécies dues à des folliculites atrophiantes, à de la kératose pilaire, à des folliculites dépilantes agminées, la peudopelade de Brocq; d'autres dues à des furoncles, à de l'impétigo, qui, autour du point où ils existaient, déterminent une zone alopécique, de forme circulaire, au niveau de laquelle le cuir chevelu est lisse, blanc, ivoirin, parfaitement semblable à ce qu'il est dans la pelade-type.

Reste donc la pelade vulgaire, que l'on peut décrire avec Brocq comme se manifestant par des plaques arrondies ou ovalaires, de grandeur variable, disséminées çà et là sans systématisation aucune dans le cuir chevelu, commençant par un point d'attaque central, puis s'élargissant progressivement, excentriquement, à la manière d'une affection parasitaire, à mesure que le centre se déglabre et prend l'aspect lisse, ivoirin, caractéristique. C'est la pelade *en aire*, qui peut parfois, après avoir débuté de la sorte, se généraliser pour faire la pelade *décalvante*.

* * *

Ainsi limitée, la pelade est-elle, oui ou non, contagieuse et parasitaire?

Reprenons à ce propos, et pour répondre à cette question, les travaux de M. Sabouraud.

On sait que Sabouraud a identifié, en 1897, la pelade et la séborrhée, au point qu'il a pu écrire : « une plaque peladique est une infection locale aiguë de séborrhée grasse ».

Il faut savoir que cette assimilation portait sur la pelade de l'adulte, la pelade de Bateman, disséminée dans tout le cuir chevelu, à évolution plutôt rapide, et non sur la pelade de Celse, pelade en bordure de la nuque surtout, spéciale à l'enfance, à évolution lente.

Nous sommes donc amenés à rappeler succinctement ce qu'est la séborrhée d'après Sabouraud.

La séborrhée, réduite à sa plus simple expression, dégagée des infections secondaires qui si souvent la compliquent, présente trois symptômes : la surproduction du sébum normal, donnant l'aspect huileux du tégument; l'augmentation par un cylindre de sébum du diamètre des pores sébacés qui deviennent visibles à l'œil nu; la chute du poil amenant la dépilation diffuse, paroxystique, puis définitive dans les régions pilaires.

Si, après avoir exprimé la peau séborrhéique, on en pratique le raclage, on recueille un exsudat séborrhéique rempli d'un fin bacille que Sabouraud a constaté dans des conditions telles que « aucune infection cutanée ne présente son microbe causal aussi pur et aussi abondant ».

Les colonies que forme le bacille présentent dans la peau une localisation spéciale, toujours la même. Pour bien la saisir, il faut se rappeler que l'organe pilo-sébacé est constitué essentiellement d'un follicule en forme de doigt de gant dans lequel se trouve le poil et auquel est annexé une glande sébacée et que cette glande vient s'aboucher obliquement dans le follicule à l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs. Or, c'est au tiers supérieur du follicule, entre l'abouchement de la glande sébacée et la surface cutanée, que se développe la colonie bacillaire.

En ce point, le doigt de gant épidermique qui constitue le follicule pilaire est renflé en une dilatation ampullaire; dans cette ampoule le poil est repoussé excentriquement par un *cocon* de lamelles cornées et de sébum; dans ce cocon est enkystée la colonie bacillaire compacte, pure de tout microbe étranger. C'est ce cocon qui constitue le cylindre gras, plus ou moins volumineux, allant jusqu'au comédon, que l'on fait sourdre du pore sébacé par expression de toute peau séborrhéique.

Comment ce micro-bacille « celui sans la permission duquel aucun cheveu ne tombe de notre tête » détermine-t-il la chute du poil, la dépilation et, par suite, la calvitie?

Le follicule est ensemencé par l'orifice pilaire, dans lequel la colonie microbienne s'insinue, sous forme d'une mince lame, entre le cheveu et la paroi, pour descendre au niveau de l'abouchement de la glande sébacée. Une irritation épithéliale se produit qui se traduit par la formation de strates cornées successives enkystant la colonie microbienne.

Cette formation du cocon séborrhéique a pour conséquence l'hypersécrétion sébacée suivie bientôt de l'hypertrophie progressive de la glande sébacée : un afflux leucocytaire se fait autour de la papille, en amène l'atrophie, il y a *sidération* papillaire; alors le poil s'atrophie lui aussi peu à peu et meurt. La racine du poil est terminée par un bulbe plein qui traduit l'arrêt de fonctionnement de la papille génératrice; sa partie la plus âgée est normale, sa partie moyenne la plus jeune est atrophiée, d'où la forme typique du poil en point d'exclamation.

La papille et le poil meurent et se régénèrent ainsi plusieurs fois; mais ils se régénèrent de moins en moins parfaitement; le poil se réduit bientôt à un follet microscopique et finalement, la calvitie se constitue, la calvitie vulgaire, spontanée, essentielle, arthritique des auteurs.

Ce phénomène de la dépilation séborrhéique, disait Sabouraud, « présente un extrême intérêt quand on le rapproche d'un processus similaire, infiniment plus rapide et plus grave : l'alopécie de la pelade ». On voit, en effet, que « séborrhée grasse, calvitie, pelade sont des anneaux d'une même chaîne, relèvent du même parasite causal ».

La preuve en est que si l'on examine une plaque peladique en activité de développement, on y trouve absolument les mêmes phénomènes que dans la séborrhée.

Essentiellement, le poil peladique et le poil séborrhéique sont identiques; la légère différence de forme qu'ils présentent tient à la rapidité plus ou moins grande de l'atrophie papillaire : d'où dépilation chronique dans la séborrhée, dépilation aiguë dans la pelade.

Tous les follicules pilaires de la plaque peladique sont envahis par le micro-bacille; ce micro-bacille produit exactement les mêmes phénomènes histologiques que celui de la séborrhée; il cultive de même.

Sabouraud en tirait cette conclusion formelle : la plaque peladique est une infection locale aiguë de séborrhée grasse. Et il ajoutait d'autre part : « le même parasite crée deux maladies distinctes cliniquement. Par quel mécanisme fait-il l'une ou l'autre? La séborrhée grasse et la pelade se ressemblent étroitement; elles ne sont pas identiques. L'expérimentation a montré pourquoi elles se ressemblent; il faut maintenant qu'elle établisse pourquoi elles diffèrent ».

Dès l'abord l'expérimentation sembla donner des résultats probants, et Sabouraud pouvait annoncer qu'il avait obtenu sur le mouton, le cobaye et le lapin, avec des cultures de microbes de la pelade, les aires alopéciques caractéristiques de la maladie.

Depuis lors la question n'a guère progressé. On peut en juger par ce que Sabouraud lui-même écrivait dans son rapport sur la Pelade au Congrès international de médecine en 1900 : « Je considère ce sujet comme l'un des plus obscurs de la dermatologie et l'un de ceux où, en l'absence de technique expérimentale nouvelle, cette obscurité persistera le plus longtemps ». Malgré cela, il n'en reste pas moins établi dans l'esprit du public que la théorie de Sabouraud en montrant la nature parasitaire de la pelade, a par cela même apporté un élément de preuve à la contagiosité de cette affection.

* * *

Plus on étudie la contagiosité de la pelade, soit qu'on analyse les cas de contagion limitée, soit qu'on analyse les faits, du groupement desquels on a pu constituer de véritables épidémies, plus il apparait que cette contagiosité est de plus en plus problématique.

Sans remonter bien haut, en prenant la Revue si documentée « Sur la question de la contagion de la pelade » publiée en 1887 par Thibierge, dans les *Annales de Dermatologie*, on voit déjà que certaines observations qui ont servi à établir la croyance à la contagiosité sont des plus discutables. Il est hors de doute que des faits publiés par Hillairet, Gillette, Hardy, par exemple, comme se rapportant à la pelade, n'étaient autres que des herpès tonsurants, des teignes. Si d'autres faits dus à Lailler, Vidal, Besnier, etc., etc., sont, étant donné l'autorité des observateurs, incontestablement relatifs à la pelade, plusieurs n'en donnent pas moins matière à discussion.

En thèse générale, d'ailleurs, ces faits de contagion sont peu nombreux, de même que ces épidémies d'école ou de régiment que mettent toujours en avant les contagionistes.

Je n'ai pas ici, à les discuter, mais je dois donner à ce propos les conclusions d'une critique qu'en a faite M. Dauzat, dans une thèse récente, faite sous l'inspiration de Darier et de Sabouraud, et qui peuvent se résumer ainsi : si la contagiosité de la pelade existe, elle est, en tout cas, fort limitée ; quant aux épidémies peladiques, il faut faire à leur sujet les plus expresses réserves.

C'est que, en effet, les observations les plus nettes en faveur de la contagion ne se rapportent jamais à plus de deux ou trois cas ; Sabouraud, en particulier, affirme n'avoir jamais pu suivre la filiation de plus de deux cas authentiques. D'autre part, quand il s'agit d'une épidémie et qu'on analyse en détail la relation de son début, de son évolution, des caractères des plaques alopéciques, on s'aperçoit bientôt que le nombre des cas, d'abord classés comme pelade, a été considérablement exagéré, ou bien qu'on a confondu avec l'alopécie peladique certaines alopécies, surtout cicatricielles. J'ajoute que Sabouraud a pu dire dans son rapport sur la pelade, au Congrès de 1900, qu'il n'avait jamais pu contrôler l'existence d'une seule épidémie, bien qu'ayant fait dans ce but plusieurs longs voyages.

Les observations faites à ces divers points de vue par M. Dauzat sont des plus probantes ; elles portent sur 89 adultes et 200 enfants.

Chez les adultes, il n'a pu trouver que deux cas où la contagion présentait des probabilités, mais pas de certitude ; chez les enfants, il n'a jamais trouvé de contagion ; dans ses enquêtes dans les écoles il n'a jamais constaté de foyer épidémique, ni de contagion, mais au contraire il a pu reconnaître de fausses contagions ; jamais il n'a vu la présence, l'admission ou le maintien à l'école de peladiques en traitement être le point de départ d'un foyer épidémique ; jamais à l'école Lailler, où se trouvent faviques et peladiques, il n'a observé de contagion de peladique à favique.

Tous ces faits n'appuient-ils pas nettement la doctrine de la non-contagiosité de la pelade, ou tout au moins de son extrême rareté?

Cette doctrine semble d'ailleurs avoir fait quelques progrès, si l'on en juge par ce qui a été dit au Congrès de 1900 auquel je faisais allusion plus haut.

La question de la pelade y avait été mise à l'ordre du jour. Les rapporteurs furent Lassar (de Berlin), Pavlof (de Saint-Pétersbourg), Norman Walker (d'Édimbourg), Sabouraud (de Paris).

De la discussion qui suivit la lecture des rapports, il ressort que la doctrine de la non-contagiosité prévalut parmi les dermatologistes étrangers.

Parmi les dermatologistes français, trois opinions furent formulées : la plupart admirent une contagiosité très limitée ; M. Hallopeau protesta énergiquement contre toute atteinte portée à la doctrine de la contagiosité, manifestant sa surprise que l'on mît en doute un seul instant que la pelade fût contagieuse ; M. Jacquet nia toute contagiosité.

En présence de ces dissidences, M. Balzer formula cette conclusion pratique que, la doctrine de la contagiosité n'étant plus solidement établie, on devait à l'avenir se montrer beaucoup plus libéral dans les mesures d'hygiène prises contre les peladiques.

Brocq alla même plus loin. Quelques mois après il publiait dans le *Journal des Praticiens* un article où il professait que « si, parmi les alopécies dites encore à l'heure actuelle pelades, il y en a quelques-unes de contagieuses, elles sont infiniment peu fréquentes », et que, « dans l'immense majorité des cas elles ne sont pas transmissibles de l'homme à l'homme. » Et il ajoutait : « Le peladique est presque toujours un malade nullement dangereux pour son entourage, et les mesures draconiennes auxquelles il est actuellement soumis sont parfaitement inutiles et vexatoires. »

Encore plus inutiles et vexatoires seraient ces mesures s'il était prouvé d'une façon irréfutable que la pelade n'est pas parasitaire : c'est ce qu'a tenté Jacquet.

* * *

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur cette question de la contagiosité de la pelade, on voit : au *point de vue clinique*, que beaucoup de cas de contagion sont dus à de vraies erreurs de diagnostic, anciennement des teignes prises pour des pelades, puis de fausses pelades prises pour des pelades vraies, et que les soi-disant épidémies ne résistent guère à un examen impartial ; au *point de vue expérimental*, que la bactériologie n'a pas jeté sur la pathogénie des alopécies peladiques les clartés qu'on attendait d'elle.

Ainsi se trouvent justifiées les protestations contre la doctrine contagioniste qui se sont toujours élevées de la part des dermatologistes étrangers et aussi de la part de quelques dermatologistes français avec Ollivier, puis Horand, et ont donné lieu à la théorie nerveuse opposée à la théorie parasitaire.

Cette théorie nerveuse est admise à l'étranger presque unanimement. On en a recherché la preuve expérimentale dans les travaux de Max Joseph, vérifiés par Nivelli, qui ont établi que, par l'extirpation du ganglion spinal du deuxième cervical, on déterminait dans la zone influencée des plaques d'alopécie circulaire. L'observation clinique a montré fréquemment l'influence nerveuse sur la détermination de la pelade ; dans bien des cas, la relation de cause à effet a paru évidente ; et, à ce propos, il fait bon de dire que Brocq tend aujourd'hui à rapprocher la fréquence plus grande de la pelade constatée depuis quelques années de la fréquence croissante observée dans les maladies nerveuses.

Mais dire que la pelade est d'origine nerveuse, cela est banal. Il faut analyser en longs détails le pourquoi et le comment de l'alopécie peladique. C'est là ce qu'a réalisé Jacquet qui, depuis deux ans, a repris de fond en comble l'étude de la pelade, cherchant à élucider l'étiologie et la pathogénie de cette affection par une voie encore inexplorée.

Jacquet, loin d'être convaincu du parasitisme de la pelade par les recherches de Sabouraud, avait, au contraire, été mis par elles en éveil. Un premier fait, observé sur lui-même, accentue ses doutes ; il est intéressant à conter, car ce fut le point de départ de ses autres recherches.

Partant de ce principe que l'*inoculabilité* d'une dermatose se prouve surtout par son *inoculation*, il tente de s'inoculer la pelade ; il était justement à ce moment un excellent terrain de culture, puisqu'il portait déjà une plaque péladique.

Donc, avec une brosse en crins raides qu'il ne désinfecte jamais, pendant quatre mois et plusieurs fois par jour, il fait une sorte d'acupuncture sur les parties voisines de sa plaque. Il fait la même opération sur d'autres péladiques. Jamais il n'observe le moindre foyer d'inoculation.

Bien plus, avec toutes les précautions nécessaires, à l'aide de l'aiguille à électrolyse, il inocule à des follicules des avant-bras, des lèvres, des filaments séborrhéiques provenant de la partie active d'une plaque péladique : il n'obtient rien, ou de minuscules folliculites simples, sans caractères, pas plus nombreuses que lorsque l'aiguille était non armée.

Ces résultats sont en contradiction absolue avec l'idée admise que le peladique peut se réinfecter lui-même par sa propre coiffure, ses objets de toilette.

Jacquet s'est donc mis dans les conditions types de réinfection, et il n'a rien obtenu. Bien plus, l'inoculation du filament séborrhéique, qui est une culture pure de micro-bacille, a toujours été négative. Ces deux faits, en raison de ce que nous savons aujourd'hui des inoculations et des infections microbiennes, suf-

firaient à mettre en doute la doctrine parasitaire.

* * *

Se dégageant alors de la simple étude objective de la plaque peladique, Jacquet se demande s'il ne trouverait pas chez le sujet peladique un ensemble de troubles, d'adultérations, sans lequel l'alopécie localisée ne saurait se produire et évoluer, et il se demande si cette plaque de pelade n'est pas simplement un chainon d'une série de troubles morbides.

Pour bien faire saisir cette idée, il me semble nécessaire de prendre un exemple typique : celui d'un jeune homme de vingt et un ans, infirmier, observé par Jacquet, qui fut atteint d'une pelade totale, constituant, en somme, un cas où apparurent sous un fort grossissement tous les troubles peladiques.

Ce malade avait eu la fièvre typhoïde à l'âge de six ans ; ses cheveux étaient tombés, la repousse avait été complète. Depuis lors, il eut toujours un certain degré d'asthénie; se fatiguant facilement, il était sujet à des céphalées.

En Avril 1897, les céphalées deviennent plus violentes, ce sont de véritables migraines avec photophobie; celles-ci durent deux mois, journellement. Quelques mois après, en Novembre, survient une plaque alopécique de la dimension d'une pièce de 50 centimes, au-dessus de la commissure labiale droite; elle est suivie trois semaines après, d'une seconde plaque à la région occipitale; puis surviennent d'autres plaques du cuir chevelu; enfin, tous les poils du corps tombent.

La repousse se fait sous l'influence du traitement. Mais le malade reprend son service, il a la grippe, se fatigue; les céphalées réapparaissent avec les symptômes d'asthénie; la repousse de la tête, qui s'était accentuée, cesse totalement.

En Septembre, redoublement des céphalées; apparition de douleurs violentes de gorge, sans rougeur ni tuméfaction; douleurs erratiques, hyperesthésie névro-musculaire généralisée, fièvre, toux, urines rares et foncées. A la suite de ces accidents, récidive de tous les symptômes alopéciques, moins accentués et moins durables.

Mis en traitement, ce malade présentait en Mars suivant une repousse très notable de cheveux colorés, mais avec de grands espaces encore restés glabres.

Or, ce sujet présentait un certain nombre de phénomènes particuliers, sur lesquels il est nécessaire d'attirer l'attention.

Son cuir chevelu, rigoureusement glabre au premier examen, était d'une flaccidité remarquable, absolument atone, inélastique. La barbe n'avait jamais poussé, et la peau de la face et des joues était mince et flasque. Les sourcils et les cils absents, les aisselles presque glabres, le pubis ne portant que quelques poils, le tronc et les jambes à peu près glabres, dénotaient une insuffisance générale du système pileux, de l'*agénésie pilaire*. En même temps, existaient d'autres phénomènes d'hypotonie : phlébectasie généralisée avec veines apparentes, varicocèle, hernie, ptose scrotale, constipation, réflexes crémastériens, mamelonnaires, dartoïques affaiblis; réflexes pilaires nuls à l'action du froid; excrétion sudorale très faible. Les urines examinées au cours du séjour à l'hôpital, attestèrent une déminéralisation élevée.

Eh bien, ces symptômes généraux, ces symptômes d'hypotonie organique, ces troubles de nutrition dénotés par les modifications des rapports urinaires, Jacquet les retrouve chez tous les peladiques avec, bien entendu, des variantes individuelles ; et c'est là ce qui a pu lui faire dire que « la pelade, même très légère, est en connexion constante avec un ensemble morbide préalable, simultané ou consécutif qu'on ne doit pas en dissocier, et qui lui constitue une atmosphère ».

On conçoit aisément que cette conception nouvelle de la pelade demande à être étayée de nombreuses observations, faites avec le plus grand soin, et en partant de ce nouvel ordre d'idées. Il faut dire que chaque jour des faits probants viennent à l'appui de la thèse soutenue par Jacquet.

* * *

Sans entrer dans des détails qui dépasseraient le cadre de cet article, je dois établir ceux de ces faits qui semblent aujourd'hui définitivement acquis et dont l'analyse éloigne de plus en plus de la doctrine parasitaire.

C'est, avant tout, la connexion constante de la pelade, même très légère, avec un état morbide préalable qui lui constitue comme une atmosphère de développement. Aussi, la pelade ne doit-elle plus être envisagée comme une maladie spécifique, ni même comme un syndrome, mais « comme un symptôme parfois négligeable, parfois prédominant, d'un ensemble à la fois très complexe et très banal précédant la dépilation, l'accompagnant et lui survivant ».

Si, d'ailleurs, on y réfléchit bien, on conçoit que cet ensemble morbide préalable ne pouvait pas ne pas être. La plaque alopécique n'est pas autre chose qu'un phénomène tardif par rapport à sa cause, la chute du poil étant l'aboutissant d'une lente évolution à dater de l'inhibition de la vie papillaire. En réalité, l'étude de la dépilation montre que le poil tombe un ou deux mois au moins après la sidération papillaire qui, elle-même, est consécutive à une série d'actes morbides souvent fort éloignés.

Les caractères de cette période pré-peladique se dégageront à mesure que l'on aura plus l'idée de la rechercher et que l'on saura mieux le faire. On observera alors ces névralgies, ces céphalées, ces asthénies, ces embarras gastro-intestinaux sur lesquels Jacquet a attiré l'attention, et ces troubles divers de la nutrition qu'il a si souvent rencontrés et dont l'ensemble, suivant sa propre expression, « fleure la toxémie ».

L'alopécie péladique est constituée. Rien ne se manifeste en elle, qui, au point de vue objectif, lui donne un caractère de spécificité : l'aspect ivoirin, de bille de billard, de la plaque déglabrée n'a rien de spécifique. Le poil pris dans la zone de développement est d'une banalité parfaite, absolue ; il ne diffère en rien des poils des plaques alopéciques consécutives aux traumatismes, aux infections, aux intoxications. Par contre, la plaque péladique présente, comme toute autre alopécie, un ensemble de troubles trophiques que Jacquet a bien mis en valeur et qu'il désigne sous le nom d'*hypotonie cutanée*.

Toute pelade, en effet, correspond à une aire cutanée atone, inélastique et flasque ; et c'est là l'indice que la nutrition y est profondément altérée. Tous les éléments, charpente conjonctivo-élastique, muscles lisses, vaisseaux, sont frappés, ainsi que le prouvent la flaccidité de la peau au pincement, l'abolition de la réaction pilaire, l'accumulation de graisse et de sueur de l'appareil pilo-sébacé, la phlébectasie.

Cette phlébectasie localisée, superficielle et sous-dermique, plus ou moins accentuée suivant les cas, est intéressante en elle-même comme symptôme d'hypotonie; elle le devient encore plus si on la considère comme une localisation d'un phénomène plus étendu, d'une hypotonie vasculaire généralisée.

En fait, les phlébectasies sont fréquentes chez les peladiques, non seulement les dilatations veineuses plus ou moins apparentes de la face, du cou, des membres supérieurs, du tronc, les varices du membre inférieur, mais aussi le varicocèle, les hémorroïdes si souvent rencontrés que vraiment on peut dire qu'il n'y a pas là simple coïncidence.

Il en est de même des *ptoses* cutanées qu'il faut rechercher à la tête, aux joues, à la région mammaire, aux bourses, aux fesses et qui se caractérisent par une flaccidité plus ou moins notable de la région avec ou sans atrophie. Il en est de même aussi de la distension ou dilatation stomacale, de la constipation, des hernies, des ptoses du rectum, du rein, de l'utérus, même de la scoliose et de la lordose, qui sont assurément d'une fréquence anormale chez les peladiques.

Tous ces troubles, sommairement étudiés encore, constituent un syndrome plus ou moins manifeste, dont la condition anatomo-pathologique générale semble faite de la faiblesse native ou acquise, permanente ou variable, de divers tissus d'*origine mésodermique* : certains muscles striés, le tissu musculaire des veines, de la peau, des organes creux et le tissu conjonctivo-élastique. La réunion de ces troubles, de ces stigmates d'hypotonie constituent à l'aire glabre de la pelade une sorte d'ambiance qui permet de la considérer en quelque sorte comme une summation hypotonique, avec localisation déterminée.

* * *

Mais quelles sont les causes de cette *impuissance mésodermique*, intermittente ou continue, durable ou éphémère, qui apparait comme la condition génératrice des alopécies, et quelles sont les causes de la localisation alopécique qui constitue l'aire peladique?

Pour résoudre le problème, avant tout un premier point devait être éclairci : le taux nutritif de peladiques. Jacquet eut donc recours dans ce but à l'analyse des urines qui lui donna des résultats du plus haut intérêt.

En effet, sur 80 malades observés avec M. Portes, il trouva d'une façon constante l'hyperchlorurie, l'hypophosphaturie, l'hyposulfaturie. Tentant des recherches analogues, M. Dauzat, par la méthode de Joulie, trouva sur 38 peladiques l'hypoacidité et l'hypophosphaturie constantes.

La concordance de ces résultats démontre donc que chez le peladique il ne faut plus envisager la seule plaque alopécique. Chez lui l'alopécie en aire est liée intimement à des troubles de l'état général; elle n'est pas

une simple affection locale du système cutané, son apparition est liée à une cause profonde.

Voilà un fait. De plus, sans donner à ces constatations urologiques une valeur exagérée, on peut spécifier, avec Jacquet, qu'elles dénotent des troubles qui, de toute évidence, voisinent avec l'*auto-intoxication*. Et la preuve en est dans ces névralgies, dans ces migraines, dans ces céphalées d'une fréquence extrême que l'on trouve dans nombre d'observations bien prises de peladiques.

C'est ainsi, par exemple, que Jacquet fait judicieusement remarquer qu'il a depuis longtemps noté sur lui-même qu'à la suite de migraines violentes ou prolongées il constatait, surtout à la région fronto-temporale, avec ou sans hypéresthésie correspondante, un certain degré d'*atonie cutanée*. Or, l'hypotonie étant intimement liée à la pelade, on conçoit aisément le fil qui relie entre elles l'auto-intoxication, la céphalée, l'hypotonie, la pelade. A mesure que les faits seront mieux observés, les exemples se multiplieront; et à ce propos je citerai un cas bien typique que me citait récemment Brocq, d'un malade chez lequel, à plusieurs reprises, il put constater des poussées peladiques, exactement consécutives à des crises gastro-intestinales avec accidents manifestes d'intoxication.

*
* *

Des études précédentes ressort l'existence d'un terrain, d'un humus pré-peladique et méta-peladique dont les caractères particuliers se dégageront au fur et à mesure des observations répétées; de ce terrain dépendront plus peut-être que des causes occasionnelles la formation, la marche et l'évolution de l'alopécie peladique (plaque unique ou plaques multiples, petites plaques ou plaques étendues, dépilation localisée ou se généralisant suivant une extension progressive, repousse rapide ou lente, dépilation momentanée ou définitive).

Multiples et variées sont les causes qui déterminent ces localisations peladiques.

Quand on cherche à interpréter la localisation sous des influences diverses de l'alopécie en aire peladique, on est frappé de constater chez les malades atteints de pelade un état particulier du système pileux, caractérisé par une tendance générale et plus ou moins accentuée suivant les régions, à la dépilation. C'est là ce que Jacquet a dénommé l'*agénésie pilaire*, c'est-à-dire « l'arrêt plus ou moins complet de développement, le nanisme du système pileux pré ou post-pubérien. » L'agénésie pré-pubérienne intéresse surtout les sourcils et le cuir chevelu; l'agénésie post-pubérienne le pubis, la région pré-sternale, à la face les régions à moustaches et à barbe, les aisselles.

La fréquence extrême de l'agénésie pilaire chez les peladiques, est plus qu'une simple coïncidence; il y a là évidemment des relations étroites s'établissant en raison d'une vulnérabilité native du système pileux. La preuve en est que chez les agénésiques pilaires la pelade succède avec une rapidité parfois extraordinaire à l'action peladogène. Jacquet a relaté des cas vraiment frappants, entre autres celui de notre confrère E. Hirtz qui par deux fois après un surmenage brusque eut une chute abondante de poils en une région de la barbe naturellement clairsemée; cette chute de poils survint une fois, en particulier, à la suite de quelques démangeaisons, et *une demi-heure* seulement après l'ascension rapide et fatigante du Vésuve.

A côté de l'agénésie pilaire, il est d'autres altérations du système pileux qui, sans être constants sont cependant d'une fréquence qu'on ne peut négliger et qui contribuent elles aussi à démontrer combien chez le peladique l'état général domine l'état local.

C'est ainsi que Jacquet a observé, dans la plupart des cas de pelade en aire, avec plaque discrète, et même unique, chez des enfants ou chez des adultes, des altérations diverses d'ordre pilaire, à l'état diffus : tantôt il y a croissance de poil moins active de l'ensemble du système pileux ou de certaines régions; tantôt dans des territoires plus ou moins étendus les poils frisottent, ou présentent des fractures dans la continuité de leur tige, ou sont cassés plus ou moins loin de leur émergence.

Ces altérations dénotent un trouble à la fois matériel et fonctionnel d'un grand nombre de papilles, en dehors de la zone jugée seule malade; elles étendent ainsi le champ de la pelade.

*
* *

Toutes ces notions relatives au terrain cutané peladique sont indispensables à connaître, pour comprendre l'influence des causes occasionnelles sur les localisations et les variabilités d'évolution de la pelade.

Ces causes diverses agissent sur le tégument où elles déterminent des réactions fonctionnelles et organiques se traduisant en troubles divers de sensibilité, de vascularisation, de motilité, d'excrétion, que l'on ne peut concevoir autrement que répartis par le système nerveux.

Mais, cette répartition de l'influence nerveuse et, par conséquent, trophique, dans le tégument, variera suivant les circonstances, et d'après un mécanisme dont souvent la modalité nous échappe. Est-ce à dire que l'on doive hésiter ou les expliquer. Assurément non. Les faits sont là indéniables, s'accumulant et prenant chaque jour une valeur de plus en plus démonstrative. Ainsi, c'est par une observation raisonnée et méthodiquement poursuivie que Jacquet a pu reconnaître sur la localisation en aire de l'alopécie, l'influence de névralgies dentaires, de pneumonies et pleurésies, de névralgies faciales, de traumatismes directs ou de voisinage.

Les troubles d'innervation qui résultent de leur action produisent l'excitation nerveuse première, à laquelle succèdent bientôt les phénomènes de dépression qui se traduisent par une hypotonie régionale plus ou moins étendue, par l'inhibition papillaire, amenant la chute du poil, la calvitie.

Ces phénomènes varieront donc suivant l'intensité de la cause, et surtout suivant le terrain sur lequel elle agit. Et c'est dans cet ordre d'idées que Jacquet a pu mettre en relief ces cas si suggestifs où l'on voit de ces alopécies en aires ou en bandes, absolument disproportionnées avec la lésion qui a été le point de départ du processus alopécical; pour l'expliquer, il a dû faire intervenir la prédisposition, l'état du sujet et aussi d'autres causes adventices qui souvent viennent se surajouter, tels que les excès de travail, les excès vénériens. les excès alimentaires, ou encore, dans un autre ordre d'idées, les chocs et les ébranlements nerveux.

Successivement toutes les conditions étiologiques de la pelade se dégagent donc clairement; et il n'est pas permis de douter qu'il en soit ainsi quand on envisage par exemple le chemin parcouru, en si peu de temps, sur les relations qui existent entre l'irritation dentaire et la pelade, et qui, d'après les travaux de Jacquet, que l'on trouvera résumés dans ce journal au compte rendu de la *Société de Dermatologie* du 6 Février dernier, sont maintenant hors de conteste.

Pour conclure, il paraît à Jacquet que la théorie névropathique soit à l'heure actuelle la seule qui réponde à l'ensemble des notions sur la pelade. Il ne conteste pas que ces notions soient encore vagues, mais il n'en est pas moins convaincu de la nécessité absolue de soustraire la pelade à la théorie parasitaire et de concentrer tous les efforts sur la théorie névropatique, si l'on veut enfin élucider définitivement cette question si controversée.

*
* *

Si maintenant l'on envisage d'un coup d'œil d'ensemble la question de la pelade, on voit que deux théories sont toujours en présence : la théorie parasitaire, la théorie nerveuse. Mais l'analyse impartiale des faits démontre que chaque jour la théorie nerveuse s'enrichit du terrain que perd la théorie parasitaire.

Nombre de cas de contagion peladiques ne résistant plus à une critique serrée, les observations, quelque peu probantes, en deviennent de plus en plus rares, exceptionnelles même. Ainsi ébranlée cliniquement, la théorie parasitaire n'a pas trouvé dans les recherches de Sabouraud l'appui expérimental qu'elle en attendait. Par contre, la théorie nerveuse s'éclaire chaque jour des lumineuses observations qu'accumule Jacquet.

L'Académie de Médecine va bientôt décider. C'est, en moins de vingt ans, la seconde fois qu'elle est appelée à prononcer ainsi son jugement; preuve de l'intérêt que comporte le problème.

Il est bon de faire remarquer que, en 1888, l'Académie discuta la question à propos d'un travail d'Ollivier : *La pelade et l'école*, où se trouvaient défendues les idées anticontagionnistes, alors que, en 1902, la discussion vient à propos d'un travail de M. Hallopeau sur une épidémie de pelade au Creuzot, où sont défendues des idées ultra-contagionnistes.

Quel que soit le verdict de l'Académie, il aura une haute portée, non pas seulement au point de vue de la Pathologie générale, mais surtout au point de vue de l'Hygiène. Etant donné l'autorité consultative légale de l'Académie auprès des Pouvoirs publics, ceux-ci vont se trouver appelés soit à renforcer, ce qui n'est guère probable, soit à atténuer, ce qui est beaucoup plus certain, les mesures administratives d'hygiène prises dans les écoles, dans l'armée, dans les agglomérations contre la pelade, mesures en vigueur depuis 1888, et que la grande majorité des dermatologistes ne considère plus comme étant en harmonie avec les enseignements de la science actuelle.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

14 Février 1902.

Tumeur du sein. — *MM. Brin et Papin* (d'Angers) présentent, par l'intermédiaire de M. Ombrédanne, une tumeur du sein, pédiculée, opérée il y a quatre mois, tellement volumineuse qu'elle descend jusqu'au niveau de la cuisse.

Histologiquement, il s'agit d'un adénofibrome.

Sarcome mélanique du pouce. — *MM. Brin et Papin* communiquent un cas de mélanosarcome de la première phalange du pouce.

Hémorragie cérébrale. — *M. Touche* montre les coupes d'un cas d'hémorragie cérébrale, à marche lente, dans lequel la mort survint par oblitération de l'aqueduc de Sylvius et hydrocéphalie interne.

Anomalie rénale. — *M. François-Dainville* présente deux cas d'anomalie congénitale du rein, provenant du service de M. Klippel.

Dans le premier cas, on note une atrophie congénitale de l'un des reins, ayant vraisemblablement prédisposé au mal de Bright le malade qui en était porteur.

Dans le second, il s'agit d'un rein unique, avec hypertrophie compensatrice, l'organe pesant à lui seul 430 grammes.

La glycogenèse des tubercules granuliques du foie et du testicule. — *MM. Lœper et Esmonet* présentent des coupes de granulie hépatique et testiculaire chez des chiens. Les tubercules, très riches en bacilles tuberculeux, sont constitués à la périphérie par une couronne de polynucléaires, au centre par des cellules uninucléées certainement de nature mésodermique. Ce qui est intéressant à signaler, c'est qu'aussi bien dans le testicule que dans le foie les tubercules sont, en leur centre, très abondamment riches en glycogène. Le glycogène occupe les cellules du centre, celles qui *organisent* en quelque sorte le tubercule, et non pas les polynucléaires.

Un autre fait important à signaler, c'est que le *foie* de ces animaux est *entièrement dépourvu de glycogène*, et les tubercules sont les seules parties que la gomme iodée colore dans le foie.

On peut suivre successivement, quarante-huit heures, six et dix-huit jours après l'injection de bacilles tuberculeux dans la circulation sanguine, la disparition par îlots, puis totale, du glycogène des cellules hépatiques, et secondairement la glycogenèse du follicule tuberculeux en voie d'organisation.

Malformations congénitales. — *M. Katz* apporte un cadavre de nouveau-né offrant des malformations complexes : vices de conformation de l'anus, du rectum, de l'appareil génito-urinaire et des membres.

Tuberculose rénale. — *M. Paul Delbet* montre un rein tuberculeux enlevé chirurgicalement par M. Guyon et lui. La lésion s'est faite ici en deux temps : l'extrémité supérieure a d'abord été infectée par le bacille; puis elle était en train de se scléroser et de guérir quand la portion inférieure de l'organe s'est tuberculisée à son tour.

Comme le fait est habituel, la lésion ne touche ici le rein que d'un seul côté.

Organisation de la fibrine dans la pneumonie. — *MM. Meslay et Nattan-Larrier* font passer des coupes d'un poumon atteint de pneumonie chronique, où l'on voit nettement la fibrine qui comble les alvéoles s'organiser suivant le mode décrit par M. Cornil.

M. Cornil fait remarquer que dans le cas actuel l'organisation du tissu fibrineux ne se remarque pas seulement sous la plèvre ou le long des cloisons, mais qu'elle se retrouve sur une grande étendue, au hasard, un peu partout.

M. Letulle a vu un cas où cette organisation conjonctivo-vasculaire du contenu des alvéoles s'étendait à presque tout un lobe. Il a vu aussi l'épithélium alvéolaire reprendre dans ces cas chroniques la forme cubique, l'état fœtal, à côté des masses organisées.

Cancer de la gencive. — *M. Morestin* communique un cas d'épithéliome de la gencive, propagé au maxillaire inférieur et traité par l'extirpation des ganglions et de la glande sous-maxillaire, et par la résection de la moitié correspondante du maxillaire.

Cancer de la joue. — *M. Morestin* présente un cas d'épithéliome de la commissure buccale, adhérent à la mâchoire, propagé aux ganglions, et décrit le procédé opératoire qu'il a mis à exécution pour l'ablation du néoplasme.

Il communique également un procédé de réparation des pertes de substance de la mâchoire.

Anastomose du pneumogastrique avec le ganglion semi-lunaire gauche. — *M. Laignel-Lavastine*, au cours de dissections de la région des ganglions semi-lunaires, a rencontré très fréquemment une anastomose du nerf pneumogastrique droit avec le ganglion semi-lunaire gauche, rappelant l'anastomose de Wrisberg que l'on trouve à droite.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

14 Février 1902.

Varices thoraciques. — *M. P.-E. Launois* présente un malade âgé de vingt-cinq ans, qui est remarquable par des dilatations variqueuses à localisations exceptionnelles et par un état cyanotique très spécial.

Les varices siègent à la base du thorax à l'exclusion de toutes les autres parties du corps où les veines sont saines; les notions anatomiques connues démontrent que le système veineux affecté est tributaire des azygos. D'autre part, l'état cyanotique du malade est réparti sur le territoire veineux dont l'aboutissant commun est la veine cave supérieure. De ces deux constatations précises découlent le diagnostic anatomique suivant : rétrécissement de la veine cave supérieure au voisinage de l'abouchement de la grande veine azygos. Quant à la nature de ce rétrécissement elle est difficile à élucider; la radiographie montre qu'il ne s'agit pas de compression par un organe voisin; la notion d'une infection préalable permet de supposer qu'une endophlébite localisée est la cause réelle de ce rétrécissement.

M. Rendu observa un cas similaire : une infection paludéenne créa une endophlébite de la veine cave inférieure; le développement exagéré des veines situées en aval compensa le rétrécissement.

Lipomatose localisée au thorax. — *MM. Mosny et Beaufumé* présentent un malade atteint de lipomatose localisée au thorax; les masses lipomateuses ne sont pas situées dans les régions riches en ganglions lymphatiques, il ne s'agit donc pas d'une adéno-lipomatose; d'autre part cette adipose n'est pas douloureuse, ce qui différencie ce malade de ceux étudiés par Dercum. Cette lipomatose localisée au thorax et symétrique est donc spéciale; elle relève probablement d'un trouble nerveux central.

M. P.-E. Launois fait remarquer les différences qui séparent ce malade de ceux présentés par lui-même et par M. Bensaude. Chez ces derniers les masses lipomateuses avaient envahi les ganglions lymphatiques; il s'agissait d'adéno-lipomatose. Chez le malade de M. Mosny les masses lipomateuses siègent sur des bandes à disposition métamérique, loin de tout ganglion lymphatique.

La névrite ascendante dans l'étiologie de la syringomyélie. — *MM. Pierre Marie et Pierre Guillain* montrent un malade atteint de syringomyélie. Depuis vingt ans une névrite ascendante consécutive à un phlegmon de la main évolue chez cet homme; depuis quatre ans seulement existent les symptômes syringomyéliques. Des observations comparables prouvent le rôle des névrites ascendantes dans la genèse de la syringomyélie. La syringomyélie envisagée au point de vue de la pathologie générale est une modalité anatomo-pathologique qui peut être amenée par des facteurs multiples. Parmi ces facteurs, l'infection doit être prise en considération; cette infection peut se faire par la voie des nerfs périphériques. Des faits cliniques et expérimentaux montrent que des microbes ou des toxines (streptocoques, virus rabique, toxine tétanique, etc.) peuvent atteindre la moelle par les nerfs et les racines. Si l'on a décrit déjà au point de vue clinique le phase radiculaire des névrites ascendantes, les faits de syringomyélies consécutives à des infections périphériques permettent de leur décrire une phase dernière, la phase médullaire.

Sur quelques points de la symptomatologie de la paralysie spasmodique syphilitique. — *M. Pierre Marie*. Certains symptômes de la paraplégie syphilitique méritent d'être étudiés avec détails. Tout d'abord la démarche des malades est désignée comme spasmodique, et elle l'est en effet, mais ce n'est pas la spasmodicité seule qui empêche le plus les malades de marcher, c'est la paralysie des fléchisseurs du membre inférieur. Cette localisation de la paralysie est véritablement remarquable par sa constance; les fléchisseurs de la cuisse sur le bassin, les fléchisseurs de la jambe sur la cuisse sont très affaiblis. De plus, les mouvements d'adduction ont leur force également très diminuée.

Enfin les sphincters présentent des troubles spéciaux; il ne s'agit nullement d'incontinence, mais d'*envies impérieuses*, et c'est là un caractère très précieux pour le diagnostic de la paraplégie spasmodique syphilitique.

Quant aux troubles de la sensibilité ils sont rares; les troubles génitaux au contraire sont très fréquents et portent aussi bien sur la *libido* que sur la *potentia coeundi*.

Mais il ne faudrait pas croire que toute la symptomatologie soit exclusivement « paraplégique »; il existe un certain nombre de phénomènes « sus-paraplégiques » tels que des paresthésies ou de l'affaiblissement musculaire des membres supérieurs, plus souvent d'un des membres supérieurs; de même les réflexes du poignet sont ordinairement exagérés.

Très souvent aussi, et c'est là un phénomène qui ne semble pas avoir suffisamment attiré l'attention des cliniciens, ces malades présentent une émotivité exagérée. Ils ont une tendance au rire ou au pleurer spasmodique. Quelquefois aussi, mais plus rarement, ils accusent une légère diminution de la mémoire.

Tous ces symptômes présentent un caractère de constance tel, qu'ils donnent à ces malades un aspect vraiment spécial, et contribuent à faire un type clinique bien tranché d'une affection qui, au point de vue anatomo-pathologique, paraît au premier abord défier toute systématisation.

Céphalée de la période secondaire de la syphilis rapidement améliorée par la ponction lombaire. — *MM. Pierre Marie et Georges Guillain* rapportent l'observation d'un malade syphilitique entré à l'hospice de Bicêtre avec une roséole, des adénopathies, une angine rouge, une anémie profonde. Chez cet homme existait de plus une céphalalgie persistante qui prit une acuité très grande.

La soustraction de 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien par une ponction lombaire amena la cessation de la céphalée violente; l'amélioration persista les jours suivants. Dans le liquide centrifugé n'existaient que de très rares lymphocytes.

MM. Marie et Guillain pensent que certaines céphalées de la période secondaire de la syphilis peuvent, quand elles sont intenses, prolongées, non encore améliorées par le traitement mercuriel, être sous la dépendance de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, et être heureusement influencées par la soustraction d'une petite quantité de ce liquide.

La céphalée syphilitique éclairée par la ponction lombaire. — *MM. Milian, Crouzon et Paris*. Sur huit syphilitiques atteints de céphalée, deux présentaient des éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien.

Cette céphalée relevait donc chez eux d'une méningite subaiguë.

La céphalée est d'ailleurs un symptôme méningitique par excellence. Ainsi qu'en témoigne l'hypertension du liquide, elle s'accompagne ici d'hydropisie ventriculaire, autre conséquence de la méningite. Cette hydropisie paraît entrer pour une part dans la pathogénie de la céphalée, puisque celle-ci est soulagée temporairement par la ponction lombaire. Il y a lieu de surveiller l'avenir de ces malades, candidats vraisemblables au tabes ou à la paralysie générale, à moins que la céphalée douloureuse ne les en préserve en les obligeant au traitement.

Cytologie du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. — *M. F. Widal*. Dans un cas d'hémiplégie syphilitique avec céphalée intense, développée au troisième mois de l'infection, à la suite d'une artérite spécifique, j'ai constaté dans le liquide céphalo-rachidien de très nombreux lymphocytes mélangés à un certain nombre de grosses cellules uninucléées et de polynucléaires. Dans deux cas d'hémiplégie avec signe d'Argyll Robertson, MM. Babinski et Nageotte ont noté la lymphocytose.

Il résulte de ces constatations que, chez un sujet venant d'être frappé d'hémiplégie, une lymphocytose abondante doit faire immédiatement penser à l'origine syphilitique de cette paralysie. C'est là un renseignement de plus que le cyto-diagnostic peut fournir au clinicien.

Dans un cas de méningite syphilitique de la convexité confirmée à l'autopsie et développée en pleine efflorescence, au cinquième mois de l'infection, nous avons constaté, comme il fallait s'y attendre, une lymphocytose très abondante.

Je n'ai eu l'occasion de pratiquer l'examen du liquide céphalo-rachidien que dans un seul cas où la céphalée syphilitique semblait à première vue un symptôme isolé. Chez ce malade infecté depuis dix ans, la ponction donna issue à un liquide qui s'écoulait en jet. Je n'ai décelé qu'une lymphocytose très discrète; on comptait six ou sept éléments sur certains champs de l'objectif à immersion. En cherbien la céphalée n'était d'ailleurs pas le seul symptôme observé chez ce malade, dont les réflexes rotuliens étaient très exagérés.

Chez deux malades sur quatre, en pleine période de syphilis secondaire, infectés, l'un depuis trois mois, l'autre depuis cinq mois, nous avons constaté récemment une lymphocytose méningée, discrète mais évidente. Ces deux malades n'avaient jamais présenté ni céphalée, ni aucun symptôme nerveux d'aucune sorte. Le liquide s'écoulait du trocart en jet abondant, témoignant ainsi d'une augmentation de pression dans la cavité arachnoïde-pie-mérienne.

Il est intéressant de noter qu'au début de la période secondaire, alors qu'aucun symptôme nerveux n'est apparent, le virus syphilitique peut créer des réactions méningées légères décelables seulement par la ponction lombaire, réactions qui, au seuil même de la maladie, nous donnent la démonstration anatomique de la susceptibilité des centres nerveux pour la vérole.

J'ajoute que chez dix sujets atteints de syphilis ancienne et ne présentant ni symptômes spécifiques, ni phénomènes nerveux, j'ai trouvé le liquide céphalo-rachidien normal au point de vue cytologique.

On peut donc conclure de ces faits que chez un sujet arrivé à une période avancée de la syphilis, une lymphocytose méningée, même légère, doit mettre en garde le clinicien et doit l'engager à faire de son malade une étude scrupuleuse qui lui permettra de découvrir parfois des symptômes nerveux qui auraient pu passer inaperçus.

A ce sujet, je citerai l'observation d'une malade actuellement dans mon service, syphilitique depuis quarante ans, chez qui nous avons constaté une lymphocytose discrète analogue à celle que nous venons de décrire. Cette femme, qui ne souffre ni de céphalée, ni de troubles moteurs, ne présente comme symptôme nerveux qu'une exagération des divers réflexes du tendon rotulien, du tendon d'Achille, du poignet, du coude et des masseters. On note de temps à autre une légère amorce de trépidation épileptoïde au niveau des membres inférieurs. Ce fait montre toute la sensibilité de la réaction lymphocytique qui peut révéler une lésion méningo-myélitique dont les symptômes sont réduits au minimum.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

15 Février 1902.

Sur les propriétés anaphylactiques de l'hypnotoxine. — *M. Richet.* J'ai isolé un poison spécial, l'hypnotoxine, du tissu de certains cœlentérés. Ce virus possède une propriété particulière que je propose d'appeler propriété anaphylactique.

J'injecte, en effet, à un chien une dose déterminée du poison, dose à laquelle il ne succombera pas. Trois semaines après, alors que l'animal est revenu à une santé parfaite, il suffira d'injecter une nouvelle dose de virus, moindre que la précédente, pour le tuer très rapidement. Cette toxine possède donc les propriétés inverses de celles de l'accoutumance, mais des propriétés anaphylactiques.

Sur quelques modifications du sang dans l'anesthésie par le chloroforme. — *M. R. Lœwy.* J'ai étudié, soit chez l'homme, soit chez l'animal, les modifications leucocytaires que pouvait présenter le sang pendant et après l'anesthésie chloroformique.

Le fait fondamental qui se dégage de mes expériences est la modification quantitative des polynucléaires neutrophiles. La polynucléose neutrophile augmente et s'élève de 65 à 85 pour 100 environ, vingt-quatre heures après l'anesthésie. Il existe au contraire une hypoleucocytose polynucléaire neutrophile, décelable aussitôt après l'inhalation chloroformique.

Ces réactions sont exactement comparables à celles que l'on observe au cours des toxi-infections : hypoleucocytose au début, polynucléose secondaire.

Le sens de l'auto-topographie. — *M. A.-M. Bloch.* Je communique une première série d'expériences relatives à la localisation tactile, et je présente des dessins qui montrent sur les différentes parties du corps comment s'échelonnent les degrés de la précision sensorielle. J'ai étudié les variations de l'exactitude avec laquelle nous avons conscience de la symétrie lorsque nous exerçons le toucher sur des régions correspondantes de droite et de gauche, puis, quand nous traçons sur nous-mêmes la ligne que nous jugeons être notre axe vertical.

J'ai ensuite étudié les diverses attitudes au point de vue de la similitude des deux côtés; enfin, des recherches sont en cours d'exécution, recherches qui ont pour objet la question de l'équilibre vertical.

C'est à cet ensemble de notions sensorielles que je propose de donner le nom de sens de l'auto-topographie.

Rapport probable entre le nombre des hématies et les variations des dépenses de l'organisme dues aux différences de la température ambiante. — *M. E. Maurel.* Dès 1874, M. Malassez avait signalé que le nombre des hématies est moindre en été qu'en hiver.

J'ai complété ces études par des recherches faites sur moi-même dans divers climats, et sur les indigènes de la zone intertropicale, Annamites, Chinois et Cambodgiens. Ces expériences m'ont fait constater que la richesse globulaire est sensiblement moindre dans les pays chauds que dans les tempérés. Je rapproche ces faits de ceux de Malassez, et j'arrive à cette conclusion qu'il est possible que cette moindre richesse globulaire soit la conséquence d'une adaptation au milieu, tendant ainsi à mettre le nombre des globules en rapport avec les dépenses de l'organisme.

Détermination des doses d'ergotine de Bonjean minima mortelles pour certains vertébrés. — *M. E. Maurel.* En administrant l'ergotine de Bonjean par la voie hypodermique, j'ai constaté que les doses minima mortelles ramenées au kilogramme d'animal sont environ de 1 gramme pour le congre, de 3 grammes pour la grenouille, de 1 gramme pour le lapin, et supérieures à 3 grammes pour le pigeon.

Les principales conséquences de ces expériences sont : qu'il faut rester au-dessous de ces doses pour étudier les effets thérapeutiques de l'ergotine de Bonjean, et les dépasser pour étudier les effets toxiques; qu'il faut tenir compte de ces doses qui sont *équivalentes*, quand on veut produire les mêmes effets sur ces divers animaux.

A. Sicard.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

17 Janvier 1902.

De l'aliénation mentale dans l'armée. — *M. Granjux* fait un rapport sur le livre communiqué à la Société de médecine légale par M. Catrin.

De cette étude ressortent les conclusions suivantes :

1° Il y a en moyenne dans l'armée 0,4 aliéné, ou du moins réformé comme tel, pour 1.000 hommes d'effectif;

2° Cette proportion est doublée aux bataillons d'Afrique; quintuplée dans les prisons, pénitenciers, ateliers de travaux publics; sextuplée dans les compagnies de discipline;

3° Pour arrêter les aliénés au conseil de revision, il est indispensable d'*obliger* les maires à signaler les conscrits qui ont été internés et ceux que la notoriété publique désigne comme cérébralement atteints;

4° Dans le même ordre d'idées, il conviendrait d'exiger, parmi les pièces administratives nécessaires pour contracter un engagement, un certificat du maire de la résidence de l'intéressé, constatant qu'il n'a pas été interné et que la notoriété publique ne lui attribue ni maladie ni infirmité;

2° A l'incorporation, les jeunes soldats dont l'intelligence paraîtrait aux officiers insuffisante ou bizarre devraient être signalés au colonel, qui soumettrait ces individus à l'examen du médecin-chef de service;

6° A toute plainte en conseil de discipline ou de guerre devrait être annexé un rapport médico-légal sur l'état mental de l'individu, considéré depuis son arrivée au corps et même avant son incorporation.

Le chirurgien peut-il pratiquer une opération, jugée indispensable, chez une femme consentante, lorsque le mari refuse de la laisser opérer? — *M. Lutaud.* J'ai l'honneur de porter cette question devant la Société, car il arrive souvent, dans la pratique, que le chirurgien rencontre des difficultés de cet ordre.

Une commission est nommée pour étudier cette question.

M. Bize.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

18 Février 1902.

Le président annonce la mort de M. Barella, membre correspondant étranger de l'Académie de médecine.

Maternisation de l'allaitement artificiel. — *M. Linossier* présente, au nom de M. Cayla (de Bordeaux), une méthode qui permet d'obtenir chaque jour un mélange de lait de vache et d'eau dans des proportions qui correspondent à celles des éléments du lait de femme aux différentes époques après l'accouchement. L'emploi de ce mélange, aussi semblable que possible au lait de femme, permet d'éviter la dyspepsie infantile qui succède à l'alimentation par un lait trop riche.

La chloroformisation chez les cardiaques. — *M. Bucquoy.* La communication de M. Auchard au sujet de la chloroformisation chez les cardiaques est très opportune; la question se pose à chaque instant.

Ainsi que M. Huchard je n'ai jamais observé, au cours des chloroformisations chez les cardiaques que j'ai faites ou auxquelles j'ai assisté, d'accidents mortels. La plupart des morts sous le chloroforme surviennent chez des individus qui n'ont aucune affection cardiaque. L'existence d'une cardiopathie n'est donc pas une contre-indication à la chloroformisation.

Cependant les cardiaques surtout ceux qui ont un cœur gras, ont un peu plus que les autres à craindre le chloroforme. L'anesthésie doit être plus attentivement surveillée encore que chez les sujets sains. Les affections du cœur droit ne paraissent pas offrir à cet égard plus de danger que les affections du cœur gauche.

M. Chauvel. Si j'accepte absolument les conclusions de M. Huchard sur les indications et le mode de chloroformisation chez les cardiaques, je ne suis pas absolument de son avis sur les avantages qu'offrent les chloroformisateurs de profession. En effet, il n'y a pas que dans les hôpitaux des grandes villes que l'on opère, mais aussi dans les campagnes, à l'étranger, dans les armées, et, dans ces conditions, le chirurgien est obligé d'être en même temps chloroformisateur et opérateur.

Même dans les conditions défectueuses où l'on était obligé d'opérer pendant la guerre de 1870, je n'ai jamais perdu un malade sous le chloroforme; les accidents ne sont donc pas tous dus à des défauts dans le mode d'administration de l'anesthésique. Il n'est pas possible non plus d'affirmer, avec Sédillot, que le chloroforme bien préparé et bien administré ne tue jamais.

M. Le Dentu. Comme mes collègues, je pense que les cardiopathies ne constituent pas une contre-indication à la chloroformisation; cependant je crois qu'elles exposent les opérés aux accidents de l'anesthésie. Pour ma part, j'ai perdu sous le chloroforme une malade atteinte d'une grosse lésion cardiaque; j'ai vu encore mourir, l'un, au début de la chloroformisation, et l'autre après la chloroformisation, deux sujets atteints de cardiopathie.

Si les chirurgiens ne sont pas d'accord sur la façon d'administrer le chloroforme, c'est qu'aussi les physiologistes ne s'entendent pas sur le mode de production des accidents. Le chloroformisateur doit donc s'inquiéter à la fois de l'état de la respiration, du pouls et de la pupille. Jusqu'où doit être portée la chloroformisation pour ne pas être dangereuse chez les cardiaques? Les uns pensent qu'il faut s'arrêter au moment où la pupille contractée commence à devenir insensible à la lumière, les autres pensent qu'on peut aller jusqu'à la dilatation pupillaire qui suit immédiatement l'insensibilité pupillaire. Pour ma part, je crois qu'il est sage de s'en tenir à la première opinion.

Je préfère assurément me servir d'un chloroformisateur attitré, mais, à l'hôpital, la fréquence des opérations ne le permet pas, et il faut recourir aux externes exercés à l'anesthésie.

Je n'ai pas d'opinion absolue relativement au choix de l'anesthésique. A Paris, on préfère en général le chloroforme, à Lyon l'éther. En moyenne, cependant, les cas de mort par l'éther sont quatre à cinq fois moins fréquents que par le chloroforme. On dit généralement que l'éther expose à la congestion pulmonaire; elle ne me paraît pas plus fréquente dans l'éthérisation que dans la chloroformisation. Sauf les réserves formulées par M. Huchard, je crois donc que l'éther peut être employé aussi chez les cardiaques.

M. Lucas-Championnière. Les résultats de la

chloroformisation chez les cardiaques sont en général bons : dans un cas, j'ai vu, il est vrai, la mort survenir chez une femme atteinte de rétrécissement mitral très étroit. Dans un autre, il s'agissait au contraire d'une femme atteinte de cardiopathie, qui eut une bonne grossesse, mais au moment de l'accouchement le cœur s'affola ; je donnai du chloroforme et l'accouchement se termina sans accidents.

Non seulement les cardiaques supportent bien le chloroforme, mais il faut leur donner le chloroforme, car il serait dangereux de pratiquer même une petite opération chez un cardiaque, sans chloroformisation.

Sur ce point je suis donc d'accord avec M. Huchard, mais il n'y a pas tant à redouter les cardiopathies que les affections pulmonaires pour l'anesthésie. Ainsi j'ai perdu un malade qui avait une pleurésie purulente extrêmement abondante et une symphyse cardiaque.

J'ai vu aussi un enfant mourir onze heures après l'administration du chloroforme, mais il s'agissait d'une tuberculose généralisée.

Le plus souvent, c'est donc chez des sujets atteints de pneumopathie plutôt que de cardiopathie que survient la mort. Dans ces conditions l'éther donnerait des résultats encore plus mauvais.

Même lorsque la mort survient au début de la chloroformisation, c'est à une syncope respiratoire, non à une syncope cardiaque, qu'il faut l'attribuer. Il n'y a qu'une thérapeutique, c'est la respiration artificielle.

Le chloroforme n'est pas aussi mal donné qu'on le pense dans les services hospitaliers. Au début de l'année, j'enseigne d'ailleurs à mes élèves les principes de la chloroformisation. A la fin de l'année, un certain nombre d'élèves sortent de mon service sachant très bien la chloroformisation. S'il y avait des spécialistes, personne en dehors d'eux ne saurait donner le chloroforme ; d'ailleurs, même les spécialistes ne sont pas toujours plus habiles, et c'est en Angleterre, où il y a des spécialistes, que les morts par chloroforme sont le plus fréquentes.

Je suis d'accord avec M. Huchard sur le mode de chloroformisation, et je préfère la chloroformisation par petites doses progressives, suivant la méthode de Labbé, à la chloroformisation massive, telle qu'on la pratique à l'étranger.

Je ne suis pas de l'avis de M. Le Dentu sur les avantages de l'éther; assurément, il tue moins que le chloroforme sur la table d'opération, mais il donne fréquemment des broncho-pneumonies qui amènent la mort après l'anesthésie. De même, le bromure d'éthyle est dangereux. En conséquence, je préfère le chloroforme aux autres anesthésiques.

Je suis donc, dans la généralité, d'accord avec les conclusions de M. Huchard; je ne me sépare de lui que sur la question des chloroformisateurs de profession.

M. Richelot. Je fais, comme M. Huchard, des réserves au sujet de la chloroformisation chez certains cardiaques, chez les malades atteints de symphyse du péricarde, par exemple. Je crois comme lui que la plus grosse part de responsabilité dans les accidents incombe à celui qui donne le chloroforme, et non au chloroforme lui-même. Le chloroforme doit être donné par les élèves du service, avec beaucoup d'attention, mais sans règle absolue. Les procédés physiologiques destinés à régulariser la chloroformisation ne valent en général pas grand'chose ; je veux seulement retenir celui qui consiste à faire précéder la chloroformisation par l'inhalation de bromure d'éthyle qui empêche les accidents et la syncope réflexe du début de l'anesthésie. L'inhalation du bromure d'éthyle doit être faite très légèrement, et ne doit jamais être poussée jusqu'au sommeil complet, mais jusqu'à l'engourdissement.

M. Labbé.

ACADÉMIE DES SCIENCES

17 Février 1902.

Influence de l'alimentation sur le développement. — *M. Houssay*. Continuant ses recherches précédentes, cet auteur s'est occupé de déterminer quelle était l'influence, chez les poules, d'une alimentation exclusivement carnée, en ce qui concerne la production des œufs. L'expérience lui a montré que les poules nourries de la sorte pondent des œufs plus gros et en plus grande abondance que celles suivant un régime granivore.

Action de la lécithine sur les éléments figurés du sang. — *M. Chauveau* présente une note de *MM. H. Stassano et F. Billon*, suite des études de ces auteurs déjà communiquées à l'Académie, concernant l'action de la lécithine sur les éléments figurés du sang.

Dans la présente communication, MM. Stassano et Billon démontrent que les *leucocytes mononucléaires*, après avoir grandi et s'être chargée de granulations aux frais de la lécithine introduite expérimentalement dans la circulation, sortent des vaisseaux pour se fixer dans les tissus, comme des cellules de réserve des matériaux nutritifs. Ces auteurs signalent, en outre, l'absorption de la lécithine par les cellules endothéliales dans la membrane péri-œsophagienne de la grenouille, dont ils se sont servis pour établir ces différents faits.

G. Vitoux.

ANALYSES

BACTÉRIOLOGIE

C. Lubenau. *Action hémolytique des microbes.* (*Centralbl. für Bakter.*, 1901, 21 Septembre, t. XXX, n° 9, p. 356.). — Neisser et Wechsberg ont montré que le pouvoir hémolytique est un caractère constant du staphylocoque doré typique. Si, dans une culture de staphylocoques dans deux centimètres cubes de bouillon, on vient à faire tomber une goutte de sang, celle-ci subit l'hémolyse et les globules rouges se dissolvent; une alcalinité modérée du bouillon, un séjour du tube pendant deux heures à l'étuve et pendant dix-huit heures à la glacière favorise l'hémolyse.

Le résultat est le même avec toutes les espèces de sang; toutefois, celui du lapin est le plus sensible à l'action des lysines staphylococciques. C'est au quatrième jour que les lysines apparaissent dans les cultures, c'est du dixième au quatorzième jour qu'elles y sont le plus abondantes.

En outre, Neisser peut développer dans le sérum des lapins une antistaphylolysine, en faisant à ces animaux des injections sous-cutanées répétées de toxine staphylococcique.

Lubenau a repris et développé les expériences de Neisser. Le bouillon de culture de staphylocoque est filtré après 9 à 13 jours, mêlé à une solution glycérinée d'acide phénique à 10 pour 100, et conservé à la glacière. Pour s'en servir, on mêle une certaine quantité de ce bouillon à du sérum artificiel à 85 pour 100, on fait tomber dans chaque tube une goutte de sang de lapin fraîchement défibriné, et on place le tube d'abord à l'étuve, puis à la glacière.

Lubenau a pu constater, ainsi, que la propriété hémolysante est presque constante et très développée pour le staphylocoque doré, comme pour le staphylocoque blanc, mais qu'elle varie avec les divers échantillons de ces microbes, qu'elle atteint son maximum dans les cultures du sixième au quatorzième jour; quelques échantillons de staphylocoques ne produisent pas d'hémolysine.

Les autres microbes pathogènes jouissent du même pouvoir hémolytique. Le bacille diphtérique se montra actif six fois sur sept, à un degré assez élevé. Le streptocoque a un pouvoir hémolytique beaucoup plus faible. Le bacille pyocyanique est très actif; il alcalinise en outre fortement le bouillon, de sorte que l'auteur se demande si l'alcalinité ne joue pas un rôle dans l'hémolyse. Le micrococcus tetragenes a un pouvoir moins grand, le bacille typhique, le microbe de la septicémie des cobayes, un pouvoir très faible.

De l'ensemble des expériences, il résulte que les espèces pathogènes sont plus hémolysantes que les autres; mais le degré du pouvoir hémolytique ne paraît pas être en rapport avec la virulence.

Lubenau a cherché enfin si l'hémolyse ne tenait pas aux substances chimiques qui se développent dans les cultures, comme l'ammoniaque, l'acide lactique, l'alcool, la glycérine, le carbonate de soude, etc. Il a vu que le carbonate de soude et l'acide lactique avaient un pouvoir hémolytique très fort, et que les autres substances étaient actives à un moindre degré, de sorte que, pour lui, l'hémolyse serait due, en partie, à un phénomène chimique très simple.

M. Labbé.

PÉDIATRIE

M. Fourniols. *Contribution à l'étude de la sérothérapie antidiphtérique* (*Thèse*, Paris, 1902, Janvier). — L'efficacité de la sérothéraphie antidiphtérique ne peut plus être mise en doute aujourd'hui par personne. Cependant on peut encore discuter sur la façon d'employer cette merveilleuse médication.

Or, de l'étude des faits pendant ces dernières années, M. Fourniols croit pouvoir conclure que la diphtérie devient de plus en plus maligne et meurtrière, et que, par conséquent, les doses de sérum préconisées dans les premiers temps de sa découverte ne sont plus suffisantes aujourd'hui. Il faut faire usage de doses plus élevées de sérum — 60 et 80 centimètres cubes d'emblée au lieu de 20 ! — même dans les diphtéries en apparence légères. On obtient ainsi des résultats bien supérieurs et bien plus constants : la mortalité tombe à 4 pour 100 au lieu de 9 pour 100 (statistique de Roux) et même 12 pour 100 (certains hôpitaux de Paris).

J. Dumont.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

A. Cagnola. *L'ammoniaque et les composés ammoniacaux dans l'haleine des ozéneux* (*Annali di Laringol. et Otolog.*, 1901, fasc. 1). — La cause de la fétidité de l'haleine chez les ozéneux n'est pas encore connue. Tandis qu'un certain nombre de bactériologistes ont cru la trouver dans des ferments, l'auteur croit qu'il faut plutôt la chercher dans des combinaisons chimiques.

L'ammoniaque pourrait être une des substances chimiques qui contribuent à provoquer cette fétidité, car plus d'une fois Cagnola a constaté une forte odeur ammoniacale sur des cultures de microbes provenant de sécrétions ozéneuses. L'expérience permet, en effet, de déceler la présence de l'ammoniaque dans l'air expiré par les ozéneux; il suffit, dans ce but, de faire expirer le malade pendant un certain temps à travers une petite quantité d'eau, tout en privant l'air expiré d'acide carbonique; on recherche ensuite et l'on dose l'ammoniaque et ses composés dans cette eau par les procédés chimiques usuels.

Or, on constate ainsi que la quantité d'ammoniaque émise par les ozéneux est minime et ne diffère pas sensiblement de la quantité des mêmes substances éliminées par les sujets sains. La supposition de Cagnola était donc erronée, et il faut chercher ailleurs la cause de la fétidité ozéneuse.

M. Boulay.

ÉPIDÉMIOLOGIE, MÉDECINE PUBLIQUE, HYGIÈNE

Morgenroth et Weigt. *Le service de l'eau potable à Tientsin* (*Hygienische Rundschau*, 1901, n° 16, p. 773). — La question de l'eau potable a été une des grandes préoccupations des chefs du service sanitaire des troupes internationales. Nous ne savons pas comment le problème a été résolu pour les troupes françaises, mais il est intéressant de montrer les efforts faits par les Allemands.

Les sources situées au voisinage du campement allemand étaient d'un débit trop faible pour pouvoir être utilisées ; elles furent d'ailleurs rapidement infectées. Il fallut donc recourir à l'eau du Peiho. Cette eau, chargée de, limon roulait en outre un grand nombre de cadavres soit d'animaux, soit de Chinois massacrés en masse par les troupes dites civilisées. L'examen bactériologique de cette eau indiquait plusieurs centaines de colonies par centimètre cube, et le bacterium coli commune pullulait. Une prise d'eau faite sur le Peiho, en aval du pont russe, permit d'envoyer, à l'aide d'une pompe centrifuge, près d'un million de litres par jour dans des bassins de décantation, d'où elle passait ensuite sur des filtres à sable. Malgré les soins donnés à ces filtres, la purification de l'eau fut toujours imparfaite. Aussi fut-on conduit à organiser une fabrication permanente d'eau bouillie. L'eau du Peiho, traitée par l'alun, était ensuite bouillie une heure dans une grande marmite de 1 mètre cube, puis alunée de nouveau. La méthode de Schumburg (traitement par le brome) n'a pas donné de bons résultats : l'eau contenait encore 150 colonies par centimètre cube.

Les filtres de campagne Berke furent utilisés dans la marche en avant, mais ils se dérangeaient facilement et s'encrassaient rapidement, surtout avec l'eau limoneuse du Peiho. Si la première minute fournissait 15 litres d'eau pure, il fallait bientôt ne plus compter que sur 1 litre par minute, et encore ! Les essais de puits tubulaires poussés à 15 mètres de profondeur ne furent pas heureux ; rapidement ils étaient obstrués par le sable. Un puits de ce genre, poussé à 115 mètres dans le campement français, ne donna qu'une faible quantité d'eau saumâtre.

J.-P. Langlois.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 26 Février 1902, à 1 heure. — M. RAOULT : Étude sur la prophylaxie de la syphilis; MM. Fournier, Landouzy, Gaucher, Desgrez. — M. SIMON : Le scorbut infantile; MM. Landouzy, Fournier, Gaucher, Desgrez. — M. CHEVREUX : De l'embolie pulmonaire tardive à la suite d'hystérectomies pour fibromes utérins; MM. Tillaux, Reclus, Walther, Gosset. — M. QUERY : Contribution à l'étude de la lipomatose diffuse symétrique à prédominance cervicale; MM. Tillaux, Reclus, Walther, Gosset. — M. ROZIER : Étude anatomo-pathologique du plancher de la caisse; MM. Tillaux, Reclus, Walther, Gosset. — M. RIGAL : Contribution à l'étude du traitement de la fièvre puerpérale; MM. Pinard, Terrier, Potocki, Cuneo. — M. STANCULEANU : Rapports anatomiques et pathologiques entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire; MM. Terrier, Pinard, Potocki, Cuneo. — M. GILBERT : Les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde; MM. Brouardel, Berger, Remy, Thoinot. — M. LORIOT : La hernie et la loi sur les accidents du travail; étude médico-légale; MM. Brouardel, Berger, Rémy, Thoinot. — M. JUDET : De la péritonisation dans les laparatomies; MM. Berger, Brouardel, Rémy, Thoinot. — M. LE COAT DE KERVEGUEN : Le terrain tuberculeux et sa transformation; MM. Pozzi, de Lapersonne, Charrin, Marion. — M. PESTEMALTZOGLOU : Diastasis des vertèbres; MM. Pozzi, de Lapersonne, Charrin, Marion. — M. FERRON : De l'œdème aigu des paupières chez les jeunes sujets; MM. de Lapersonne, Pozzi, Charrin, Marion.

EXAMENS DE DOCTORAT

Samedi 22 Février 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Chantemesse, Hanriot. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime : MM. Gilbert, Méry, Launois. — 2e : MM. Mathias-Duval, Chassevant, Retterer. — 2e : MM. Gautier, Rémy, Langlois. — 5e, Chirurgie (Première partie), Beaujon : MM. Le Dentu, De Lapersonne, Quénu. — 5e (Deuxième partie), Beaujon : MM. Gouget, Charrin, Vaquez. — 5e Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Potocki, Demelin.

Lundi 24 Février 1902. — 2e, Salle Béclard : MM. Ch. Richet, Rémy, Broca (André). — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Lannelongue, Lepage, Cunéo. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Mauclaire, Broca (Aug.). — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Reclus, Gosset. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Teissier, Legry.

Mardi 25 Février 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Chantemesse, Charrin, Guiart. — 2e, Salle Charcot : MM. Mathias-Duval, Chassevant, Langlois. — 3e (Deuxième partie), Oral, Ancien régime, Salle Pasteur : MM. Dieulafoy, Hutinel, Vaquez. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Guyon, Schwartz, Marion. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. Le Dentu, Hartmann, Auvray. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Proust, Raymond, Dupré. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Mercredi 26 Février 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Lannelongue, Delens, Poirier. — 2e, Salle Pasteur : MM. Gariel, Ch. Richet, Retterer. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Mauclaire, Remy, Wallich. — 5e, Chirurgie (Première partie), Laënnec : MM. Kirmisson, Jalaguier, Legueu. — 5e (Deuxième partie), Laënnec : MM. Brissaud, Wurtz, Widal.

Jeudi 27 Février 1902. — Médecine opératoire, MM. Poirier, Hartmann, Auvray. — 2e, Salle Pasteur : MM. Gautier, Gley, Launois. — 2e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Béclard : MM. Mathias-Duval, Retterer, Chassevant. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Le Dentu, Thiéry, Potocki. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Nélaton : MM. Schwartz, Faure, Demelin.

Vendredi 28 Février 1902. — 2e (1re série), Salle Corvisart : MM. Gariel, Gley, Bezançon. — 2e (2e série), Salle Richet : MM. Ch. Richet, Retterer, Broca (André). — 4e, Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Hayem, Wurtz, Richaud. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Tillaux, Broca (Aug.), Legueu. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Kirmisson, Jalaguier, Gosset. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Landouzy, Netter, Thoinot. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 1er Mars 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Hanriot, Rénon. — 2e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Pasteur : MM. Mathias-Duval, Launois, Desgrez. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Béclard. — MM. Raymond, Vaquez, Thiroloix. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Gilbert, Gouget, Jeanselme. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Demelin, Potocki.

Médecine opératoire (exercices pratiques réglementaires). — 1° A l'Ecole pratique, sous la direction de M. le professeur Berger et de M. Hartmann, agrégé; 2° à l'Amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux, sous la direction de M. Quénu, agrégé.

Les exercices pratiques réglementaires de médecine opératoire commenceront : à l'Ecole pratique de la Faculté, le lundi 3 Mars; à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, le vendredi 11 Avril. Ils auront lieu tous les jours, à 1 heure.

Ces exercices sont obligatoires : 1° pour les élèves-docteurs de troisième année (nouveau régime) en vue de la 12e inscription; 2° pour les élèves-docteurs (ancien régime) et les élèves-officiers de santé de quatrième année, en vue de la 16e inscription.

Les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, s'ils appartiennent à l'ancien régime, et de 10 inscriptions au moins, s'ils appartiennent au nouveau régime, peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves-docteurs de troisième année (nouveau régime) et de quatrième année (ancien régime) sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de Janvier 1902 (10e : nouveau régime, et 14e : ancien régime), et de la carte d'immatriculation;

2° Les élèves-officiers de santé de quatrième année sont inscrits dans les mêmes conditions (14e inscription);

3° Les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, s'ils appartiennent à l'ancien régime, et de 10 inscriptions au moins, s'ils appartiennent au nouveau régime, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au Secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir;

4° Les élèves en cours régulier d'études devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, jusqu'au 10 Mars inclus. Après cette dernière date, nul ne pourra être admis. Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Une chaire de maladies exotiques. — Il est question de créer près la Faculté de médecine de Bordeaux une chaire de pathologie et de clinique des maladies exotiques. En vue de cette création, le projet de budget du ministère de la marine pour l'année 1902, actuellement soumis aux Chambres, comporte l'inscription d'une somme de 2.000 francs destinée à subventionner la future chaire.

NOUVELLES

Paris et Départements

Congrès français de médecine (6e session). — Le VIe Congrès français de médecine doit se réunir à Toulouse, pendant les vacances de Pâques 1902, sous la présidence de M. le professeur Lemoine (de Lille).

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Insuffisance hépatique*. — Rapporteurs : MM. les professeurs Charrin (de Paris), Ducamp (de Montpellier), Ver Eecke (de Gand).

2° *Les convulsions chez l'enfant*. — Rapporteurs : MM. les professeurs Moussous (de Bordeaux), d'Espine (de Genève).

3° *Les médicaments d'épargne*. — Rapporteurs MM. les professeurs Soulier (de Lyon), Henrijean (de Liège).

De plus, des séances seront réservées aux communications diverses présentées par MM. les membres du Congrès.

Les rapports seront adressés à tous les adhérents titulaires en temps utile, pour qu'ils en prennent connaissance avant la réunion du Congrès.

Les sujets des communications devront être adressés au secrétaire général du Congrès avant le 10 mars, pour être compris dans les programmes et ordres du jour distribués avant la réunion du Congrès.

Des démarches sont faites auprès des Compagnies de chemins de fer, afin d'obtenir la réduction de tarifs habituelle.

Les adhésions et demandes de renseignements peuvent être adressées à l'un des membres du Bureau du Congrès, à Toulouse :

MM. Mossé, 36, rue du Taur; Caubet, 44, rue d'Alsace-Lorraine; Saint-Ange, 13, rue des Chapeliers; Parant, 17, allées de Garonne.

La cotisation est de 20 francs pour les membres titulaires (docteurs en médecine), et de dix francs pour les membres associés (étudiants en médecine, dames et personnes non docteurs en médecine s'intéressant aux sciences médicales).

Les adhérents peuvent adresser, dès maintenant, leur cotisation, ou bien, s'ils le préfèrent, M. Parant, trésorier, leur en fera présenter ultérieurement par la poste la quittance, augmentée des frais de recouvrement.

Le Syndicat médical d'Alger. — Le Syndicat médical du département d'Alger a constitué son conseil d'administration de la façon suivante, pour 1902 :

Président, M. Montet (de Mustapha); vice-président, M. Grosclaude; secrétaire général, M. Verheren; secrétaire adjoint, M. Murat; trésorier, M. Bourlier; conseillers, MM. Bordo, Casset, Juliop, Moreau, Rey, Sabadini.

CONCOURS

Concours des hôpitaux (Médecine). — Le Jury du concours est définitivement fixé comme suit : MM. Renault, Cornil, Landrieux, Marfan, Petit, Gouraud, Robin, Huchard, Klippel, Landouzy, Roques, Schwartz.

Internat. — *Anatomie.* — Séance du 14 Février : MM. Reulos (Maurice), 5; Rabier, 5; Rigoulet, 7; Dehérain, 9; Guillaume (Louis), 12; Gratiot, 6; Camus (Maurice), 10; Daversin, 7. — *Absent* : M. Schæfer.

Séance du 15 Février : MM. Bouchez, 9; Sourdelle, 8; Pillet, 8; Trémolières, 11; Roussy, 9; Mettey, 5; Caldaguès, 6; Giroux, 7; Vanbourdolle 4. — *Absents* : MM. Demarque, Jouvin, Ortel.

Pathologie. — Séance du 14 Février : MM. Lafosse, 8; Rendu, 10; Ramond, 9; Jamet, 7; Barbe, 3; Bour, 8; Dupuy (Pierre), 5; Reulos (Aug.), 5; Violle, 7; Klein (Robert), 9. — *Absents* : MM. Brunschwig, Deniker, Brou, Deunecé.

Séance du 17 Février : MM. Rousseau, 10; Magitot, 8; Nicolas, 6; Delille, 7; Baudoin (Emile), 9; Gaudemet, 9; Ferry, 9; Ribot, 9; Lerembourc, 10.

Faculté de médecine de Lille. — Le concours pour le clinicat obstétrical s'est terminé par la nomination de M. Vanverts.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 16. — Samedi, 22 Février 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :

Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

LA PROMULGATION DE LA NOUVELLE LOI SANITAIRE

Le *Journal Officiel* de mercredi dernier, 19 Février, publie le texte de la loi sur la Santé publique que les Chambres ont tout récemment achevé de voter. Cette loi est promulguée du 15 Février : étant donné la coutume de désigner les lois par la date de leur promulgation, elle portera donc désormais le nom de « loi du 15 Février 1902 ».

Les premières amorces d'une loi sanitaire avaient été introduites à la Chambre des députés en 1881; le texte qui, finalement, a été voté, était en discussion depuis 1892. Le Parlement français aura donc mis vingt ans à préparer la loi qui vient d'être promulguée. Celle-ci, malgré le long temps mis à son étude, est encore bien imparfaite; elle n'en constitue pas moins une arme qui peut être puissante entre les mains de nos gouvernants, s'ils veulent et savent s'en servir.

Qu'ils sachent s'en servir : c'est là affaire d'éducation et d'expérience, donc affaire de temps. Qu'ils veuillent s'en servir : il n'y a guère à en douter, en raison de la pression incontestable qu'exerce sur eux l'opinion publique.

Nous assistons, en effet, depuis quelques années à un mouvement considérable portant sur tout ce qui concerne l'Hygiène. Des faits multiples prouvent que, dans tous les pays civilisés, les questions d'hygiène prennent une place de plus en plus importante dans les préoccupations des hommes qui détiennent le Pouvoir. C'est que chaque jour s'impose de plus en plus aux États le devoir de sauvegarder la santé publique, à mesure que la science leur fait connaître ses moyens perfectionnés de protection.

Ce mouvement était fatal, comme conséquence inéluctable de la révolution introduite dans la conception des maladies par les doctrines nouvelles. « La maladie » en effet, « joue un tel rôle dans le monde, que c'est l'humanité tout entière qui a été remuée de fond en comble par le revirement d'idées sorti des découvertes de Pasteur[1] ».

De ces conceptions nouvelles de la maladie devaient naître des idées nouvelles. Et c'est ainsi, par exemple, qu'aujourd'hui, en se plaçant au point de vue social, on envisage peut-être moins dans le malade l'être que l'on a le devoir de secourir que l'être qui peut être dangereux et contre lequel on a le droit de se défendre. L'action humanitaire, toute de charité, se trouve ainsi fortifiée d'une action sociale toute de solidarité. Aussi bien, maintenant, ce n'est plus seulement d'hygiène publique dont il s'agit couramment, c'est surtout d'hygiène sociale.

* * *

Etant donné l'organisation actuelle de notre société et les principes de centralisation qui la gouvernent, c'était naturellement à l'Etat que devait appartenir la protection de la santé publique, c'était à l'État que devaient incomber l'initiative et l'application des mesures d'hygiène que cette protection impose.

En fait, toutes les lois sanitaires promulguées dans les divers pays d'Europe, comme aux États-Unis, au Mexique, au Japon, toutes aussi bien que la loi sanitaire française, ayant pour but la défense sanitaire de la collectivité, ont mis entre les mains du pouvoir administratif central l'autorité nécessaire à la puissance exécutive. Mais les législateurs, unanimes à considérer avant tout l'intérêt général, ne se sont pas tous également préoccupés des ménagements à apporter aux intérêts particuliers.

Ce respect pour la propriété individuelle, très louable assurément, ne doit cependant pas être exagéré lorsque l'intérêt général est en jeu. Or, la loi française s'en est peut-être trop inspiré; et il est à craindre qu'en nombre de cas il s'ensuive dans son application des difficultés peut-être insurmontables.

Ces difficultés d'application de la loi n'ont pas échappé aux législateurs, qui ont prévu nombre de règlements d'administration publique pour y remédier. Les pouvoirs compétents auront d'ailleurs tout le temps de les préparer, puisque la loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.

Ces règlements et les instructions qui en assureront l'exécution demandent à être formulés avec le plus grand soin, si l'on veut que la loi ait réellement des conséquences pratiques; car l'éducation est tout entière à faire, à quelques exceptions près, de ceux qui auront à l'appliquer. Je veux parler des maires, sur lesquels reposera presque entièrement le fonctionnement de la loi.

En effet, dans toute commune, le maire est tenu, afin de protéger la santé publique, d'édicter, sous forme d'arrêtés municipaux, des règlements sanitaires déterminant : *a*) les précautions à prendre contre les maladies transmissibles, et spécialement les mesures de désinfection ; *b*) les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des logements loués en garni et des autres agglomérations quelle qu'en soit la nature, notamment les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable ou à l'évacuation des matières usées. Si, dans l'espace d'un an, le maire n'a pas fait son règlement sanitaire, le préfet le lui imposera.

Le maire fera le règlement, ou sera censé le faire, car il est bien évident que 99 pour 100 de nos maires sont en pareille matière d'une incompétence absolue, et qu'ils agiront suivant des formules communiquées par l'administration supérieure. En tout cas, si le règlement est imparfait, le préfet le modifiera suivant avis du Conseil départemental d'hygiène. Mais l'application en est remise tout entière entre les mains du maire, chef de la police municipale depuis la loi de décentralisation administrative de 1884. Or, il est à craindre que le maire n'ait pas l'autorité nécessaire pour obtenir l'exécution de mesures d'hygiène qui troubleront fatalement les intérêts particuliers de certains de ses administrés, lesquels sont avant tout des électeurs.

Le maire fait-il preuve d'impuissance, d'incapacité ou de mauvais vouloir? l'état sanitaire de la commune en souffre-t-il? Si la chose est certaine, prouvée par trois ans d'observations reconnue par le Conseil départemental d'hygiène, le préfet peut susciter d'office les mesures sanitaires trouvées utiles. Mais il ne le peut qu'après en avoir référé au Ministre, qui soumet la question au Comité consultatif d'hygiène de France, lequel procède à une enquête; après avis des deux Comités, le préfet met la commune en mesure d'exécuter les travaux; si après trois mois, elle ne s'est pas engagée à déférer à cette mise en demeure, un décret du Président de la République rendu en Conseil d'État ordonne les travaux, et encore la dépense nécessitée par ces travaux ne peut-elle être mise à la charge de la commune que par une loi.

Quelle procédure ! Il est à craindre que les préfets ne se décident que rarement à la poursuivre. Je suppose le maire d'un chef-lieu de canton important faisant la majorité d'un député influent, et refusant de prendre telle ou telle mesure d'hygiène, par exemple de faire assainir des logements loués en garni au-dessus de la boutique d'un cabaretier, gros électeur : il y a gros à parier que le préfet n'entreprendra pas vis-à-vis dudit maire la moindre procédure vexatoire.

On pourrait facilement multiplier les exemples et en tirer cette conclusion que ce sont surtout les mesures touchant à la propriété, lésant des intérêts ou des convenances, sans indemnité suffisante au gré de ceux qui seront lésés, qui seront d'une application difficile. Il est, par contre, d'autres mesures qui ne souffriront sans doute guère d'opposition, en raison de l'éducation publique déjà faite à leur sujet.

Il n'y a pas de doute que tout ce qui concerne la vaccination et la revaccination ne soit ponctuellement exécuté; de même aussi, tout ce qui concerne l'adduction et l'alimentation d'eau potable pour la prophylaxie de la fièvre typhoïde. L'évacuation des matières usées, la construction d'égouts seront peut-être plus difficiles à obtenir des municipalités.

Dans six mois, l'Académie de Médecine donnera la liste des maladies contagieuses que le médecin doit déclarer. Cette déclaration obligatoire, déjà prescrite par la loi de 1892 sur l'exercice de la Médecine, n'a jusqu'à présent guère été régulièrement observée. Il n'en sera plus de même quand les médecins verront la sanction de leur déclaration, c'est-à-dire la désinfection. La désinfection sera relativement facile dans les grandes villes à service municipal; mais dans les petites villes, dans les campagnes surtout où les services départementaux en seront chargés, il est probable qu'on se heurtera à des résistances dues à des préjugés qu'il faudra un long temps pour détruire. Là encore, comme sur beaucoup de points, c'est question d'éducation, de mœurs à établir.

Il est regrettable que les mesures sanitaires relatives aux immeubles ne s'appliquent qu'aux agglomérations de 20.000 habitants et au-dessus. Il existe nombre de villes moins peuplées, industrielles ou autres, où les conditions de la vie ouvrière sont les mêmes que dans les grandes villes, et l'on ne comprend pas pourquoi elles ne seront pas soumises aux mêmes règlements.

Il est regrettable aussi que la loi sanitaire nouvelle ne soit pas applicable aux ateliers et manufactures dont les conditions hygiéniques demanderaient à être soumises à une loi d'ordre général, ce qui n'empêcherait d'ailleurs pas les règlements spéciaux.

* * *

Quelques mots maintenant sur l'exécution de la loi, sur le contrôle et l'inspection qui peuvent être nécessaires.

Les préfets pourront organiser ces services avec l'assentiment du Conseil général; mais il semble qu'il n'y a pas besoin pour cela de créer de nouveaux fonctionnaires ; les sous-préfets ne sont-ils pas tout désignés pour cela? Ces fonctionnaires ont, à quelques exceptions près dans les grandes sous-préfectures, suffisamment de loisirs pour parcourir les communes de leur arrondissement, se mettre en contact avec les maires, faire leur éducation, les guider, les conseiller dans l'exécution d'une loi qui est pour eux l'inconnu, et dont tout le fonctionnement cependant repose sur leur autorité?

La loi a d'ailleurs prévu la nécessité de ce guide tutélaire pour les maires, en instituant des bureaux d'hygiène, mais seulement dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, et dans les communes d'au moins 2.000 habitants qui sont le siège d'un établissement thermal. Pourquoi ces 2.000 habitants seulement? A ce compte, des villes d'eaux comme La Bourboule, le Mont-Dore, Uriage, où des milliers d'étrangers s'entassent pendant quelques mois de l'année, manqueront de ce bureau d'hygiène qui serait cependant si utile dans le cas où le maire n'aurait pas une compétence plus nécessaire là que partout ailleurs peut-être.

En somme, l'administration sanitaire n'a pas d'organisme autonome dans la loi nouvelle; aucun fonctionnaire nouveau n'est créé. Il n'y a pas lieu de s'en plaindre au point de vue budgétaire, mais à la condition cependant que l'exécution de la loi n'en souffrira pas.

Cette exécution de la loi, en effet, n'est pas surveillée par une autorité à compétence spéciale. Les conseils créés du haut en bas de l'échelle, le Comité consultatif d'hygiène publique de France, les Conseils d'hygiène départementaux, les Commissions sanitaires n'ont simplement que voix consulative : le ministre de l'Intérieur consulte le Comité d'hygiène publique de France; le préfet, le Conseil départemental, les circonscriptions sanitaires, les Commissions sanitaires, mais ces divers conseils ne peuvent faire acte d'initiative.

Tout le fonctionnement de la loi repose donc sur les municipalités, et il est à craindre qu'il faille longtemps avant que leur éducation hygiénique soit à la hauteur de la tâche qui leur incombe.

E. De Lavarenne.

[1] Duclaux. — *Hygiène sociale*, Alcan, éditeur, Paris, 1902.

BIBLIOGRAPHIE

Le cancer du sein, étude clinique, statistique, par A. Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker, 1902, 1 vol. in-8° de 123 pages, avec figures intercalées dans le texte, 3 fr. 50. (Librairie *Baillière et fils*, Paris.)

Etudes sur la tuberculose et son traitement (Tuberculoses chirurgicale, pulmonaire, intestinale) avec extraits d'un mémoire communiqué à l'Académie de médecine de Paris (Juillet 1900), par G.-P. Coromilas, chirurgien honoraire de l'hôpital Péan, à Paris; professeur agrégé à l'Université nationale hellénique, etc., 1 vol. grand in-8° de 270 pages avec 7 figures, 8 francs. (*A. Maloine*, libraire-éditeur, 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris.)

Radiothérapie et Photothérapie, par L.-R. Régnier, chef du Laboratoire d'électrothérapie de l'hôpital de la Charité, 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné (*Actualités médicales*), 1 fr. 50. (*J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

MALADIES PROFESSIONNELLES

Une nouvelle cause d'intoxication saturnine. La fabrication des fausses perles.

PAR

E. GAUCHER — Prof. agrégé à la Faculté, Méd. de l'hôp. St-Antoine.

Henry BERNARD — Chef de clinique adjoint à la Faculté.

La liste des causes et surtout des causes professionnelles de l'intoxication saturnine est déjà longue : il n'est pas d'industrie nouvelle, dans laquelle on emploie le plomb sous une forme quelconque, qui n'apporte avec elle son contingent d'intoxications. C'est ainsi qu'il nous a été donné récemment d'observer plusieurs cas d'intoxication saturnine ayant pour origine une industrie encore peu connue : la *fabrication des fausses perles*.

Le premier cas que nous observâmes, celui qui éveilla notre attention, fut celui d'un jeune homme de dix-neuf ans, qui entra en Novembre 1900 dans notre service de l'hôpital Saint-Antoine pour une colique de plomb bien caractérisée ayant débuté trois jours auparavant; comme il n'y avait pas d'hésitation possible sur le diagnostic de l'affection, comme d'autre part il existait sur les gencives un liséré saturnin des plus nets, nous cherchâmes la source de l'intoxication. Le malade, interrogé, nous apprit qu'il exerçait, depuis deux ans et demi, la profession de *lapidaire en perles fausses*; cette profession consiste à polir, sur des meules d'acier, les perles fausses fabriquées par un procédé sur lequel nous allons revenir; pendant le polissage, d'abondantes poussières se dégagent et remplissent l'atmosphère de l'atelier.

Peu de temps après, un second malade entra dans notre service dans les mêmes conditions : il travaillait dans le même atelier que le précédent, et comme lui était lapidaire. Son observation a été rapportée par l'un de nous dans un travail antérieur[1].

* * *

En présence de ces deux faits, et munis de ces premiers renseignements, nous fîmes une enquête discrète auprès d'un certain nombre d'ouvriers travaillant dans la même fabrique; nous obtînmes même une certaine quantité des fausses perles en question. De notre enquête et de l'examen des perles résultent les faits suivants :

Les procédés de fabrication des fausses perles sont multiples et la plupart sont tenus secrets par leurs inventeurs, dans le but d'éviter la concurrence industrielle. Le procédé mis en œuvre dans l'usine à laquelle appartiennent nos malades n'a été inventé que depuis le mois de Juin 1898; il est exploité, depuis cette époque, dans une usine qui occupe treize hommes et six femmes. Ce procédé consiste à cuire au four, après l'avoir mise dans des moules, une pâte composée de deux poudres blanches et d'un liquide : la pâte, ainsi cuite, devient grisâtre et durcit; c'est elle qui constitue la perle, qu'il suffit ensuite de polir à la meule pour lui donner sa forme définitive et son brillant. La nature des deux poudres et du liquide entrant dans la composition de la pâte est tenue secrète, et c'est le patron de l'usine qui fait lui-même le mélange, pour éviter la divulgation de son procédé.

Parmi les ouvriers, les uns mettent la pâte dans des moules, portent ces moules dans le four et les en retirent; d'autres (ce sont des femmes) font l'inclusion des perles ainsi cuites dans une sorte de ciment destiné à faciliter le polissage; d'autres enfin polissent les perles : ce sont les lapidaires. Or, notre enquête nous a démontré que, seuls, les lapidaires ou les ouvriers qui travaillent dans leur atelier et sont exposés aux poussières du polissage sont atteints d'accidents saturnins. Les ouvriers qui travaillent au four ne sont pas malades; l'un d'eux même, qui tantôt est lapidaire, tantôt travaille au four, nous a assuré n'être jamais malade quand il travaillait au four, mais être pris de coliques avec vomissements dès qu'il devenait lapidaire.

Ces faits nous amenaient naturellement à incriminer, comme cause d'intoxication, la poussière dégagée par le polissage des perles, sans qu'il s'ensuivît fatalement que cette poussière provînt des perles elles-mêmes. Requin en effet et, après lui, M. Proust[1], ont montré que les lapidaires en pierres fines devenaient fréquemment saturnins et que, chez eux, la cause de l'intoxication « résidait dans la roue en plomb recouvert d'émeri dont on se sert pour la taille de certaines pierres précieuses. Cette roue, s'usant rapidement, est remplacée à peu près tous les mois. Il se fait là ainsi, sans cesse, une imperceptible, mais réelle dissémination de plomb en une infinité de subtiles particules qui s'attachent aux mains et s'introduisent dans les poumons et dans les voies digestives ». M. Fiessinger (d'Oyonnax)[2] est arrivé aux mêmes conclusions en ce qui concerne les lapidaires en pierres fines du Jura.

Mais, dans la fabrication des fausses perles, tout au moins dans l'usine à laquelle appartiennent nos malades, les meules employées sont des *meules d'acier*, qui ne s'usent pas et n'ont jamais besoin d'être remplacées, au dire concordant de tous les ouvriers que nous avons interrogés.

Eussions-nous eu d'ailleurs un doute à cet égard, que l'examen chimique des fausses perles ne nous eût plus permis d'hésiter. Voici cet examen, que nous devons à M. Jamot, interne en pharmacie du service :

Les perles, réduites en poudre, sont traitées par l'eau régale (mélange à parties égales d'acide azotique et d'acide chlorhydrique) : une portion de la poudre est soluble dans ce mélange. La liqueur ainsi obtenue, traitée par un courant d'hydrogène sulfuré, donne un précipité noir, insoluble dans le sulfure d'ammonium. Dans cette même liqueur, quelques gouttes d'acide sulfurique donnent un précipité blanc.

Or, de tous les métaux donnant avec l'hydrogène sulfuré un précipité noir insoluble dans le sulfure d'ammonium, un seul donne un précipité blanc par l'acide sulfurique, dans les conditions de l'opération : c'est le plomb.

Donc la liqueur contient bien du plomb.

Comme moyen de vérification, dans une portion de la liqueur acide primitive, préalablement rendue neutre au tournesol, au moyen de la lessive de soude, on verse quelques gouttes d'une solution d'iodure de potassium. Il se forme aussitôt un abondant précipité jaune. On ajoute deux ou trois centimètres cubes d'eau, puis on chauffe à ébullition : le précipité jaune se dissout, puis, par refroidissement, cristallise en lamelles jaunes, d'aspect micacé, caractéristiques de l'iodure de plomb.

L'examen chimique prouve donc, d'une façon péremptoire, l'existence dans les fausses perles d'un sel de plomb.

* * *

L'examen chimique, ainsi que les considérations qui précèdent, nous permettent donc de ranger la fabrication des fausses perles, du moins par le procédé que nous venons de rapporter, parmi les causes d'intoxication saturnine professionnelle : l'agent toxique est un sel de plomb, un silicate de plomb probablement, qui pénètre à l'état de fine poussière dans les voies respiratoires et les voies digestives. Les accidents qui en résultent, sans être aussi intenses ni aussi précoces que ceux qui sont produits par d'autres causes professionnelles de saturnisme, telles, par exemple, que la fabrication ou le nettoyage des accumulateurs, sont cependant assez fréquents. En effet, tous les ouvriers que nous avons vus présentaient un liséré gingival saturnin très net; plusieurs avaient ou avaient eu des coliques de plomb; presque tous enfin étaient atteints de dyspepsie saturnine, avec pâleur et amaigrissement.

Bien qu'il s'agisse là, en somme, d'une cause rare de saturnisme, puisque l'industrie qui lui donne naissance est de peu d'importance, et peut-être représentée par un seul établissement, il nous paraît néanmoins intéressant de l'ajouter à la liste des autres causes connues de saturnisme professionnel.

1. H. Bernard. — « Étude clinique de la colique de plomb ». *Thèse*, Paris, 1901.

1. Proust. — « Traité d'hygiène », p. 245.
2. Fiessinger. — « Le saturnisme des lapidaires ». *Acad. de méd.*, 1900, 30 Octobre.

PATHOGÉNIE DU DIABÈTE BRONZÉ

Par M. RABÉ

Ancien interne des hopitaux, Chef de laboratoire à l'hopital Laënnec.

En 1882, Hanot et Chauffard[1] édifient un type anatomo-clinique constitué essentiellement par l'association de ces trois éléments : diabète grave, hypertrophie scléreuse du foie, mélanodermie. A l'autopsie, le foie présente une teinte générale d'un brun-roux, et l'examen histologique y décèle l'infiltration des travées parenchymateuses et interstitielles par de nombreux amas de pigment noir. De nouvelles observations, celles de Letulle[2], de Brault et Galliard[3], de Barth[4], s'ajoutent bientôt, confirmatives des conclusions de Hanot et Chauffard, et l'entité clinique du diabète bronzé conquiert rapidement droit de cité en pathologie humaine.

Hanot et Chauffard ont donné de ce syndrome un exposé symptomatique très fidèle auquel il a été bien peu ajouté. Par contre,

1. Hanot et Chauffard. — « Cirrhose pigmentaire hypertrophique dans le diabète sucré ». *Revue de médecine*, 1882.
2. Letulle. — « Deux cas de cirrhose pigmentaire dans le diabète sucré ». *Soc. méd. des hôp.*, 1885, Décembre.
3. Brault et Galliard. — « Sur un cas de cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète sucré ». *Arch. gén. de méd.*, 1888, Janvier.
4. Barth. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 560.

les autres chapitres de l'histoire du diabète bronzé, grâce aux nombreux travaux parus durant ces quinze dernières années, se sont profondément modifiés et éclaircis. La physiologie pathologique surtout a bénéficié de ces recherches; elle a subi une véritable rénovation. C'est à l'exposé critique des différentes théories proposées par les auteurs que nous consacrons cet article.

* * *

Hanot et Chauffard, après avoir, dans leur mémoire fondamental, édifié le type clinique du diabète avec mélanodermie, se sont efforcés d'en préciser le mécanisme pathogénique.

Le foie représentait, pour eux, le seul organe d'élaboration du pigment. Sous l'influence d'excitations diverses, de la lésion causale de la glycosurie, de l'hyperglycémie et de l'endartérite diabétique, la cellule du foie exalte ses fonctions chromatogéniques; elle fabrique en excès un pigment noir, qui tombe dans les capillaires du lobule, et diffuse secondairement dans l'organisme par voie embolique.

Letulle montra bientôt, au nom des constatations histologiques, le défaut de cette interprétation. L'examen microscopique révèle, en effet, que l'infiltration granuleuse provoque rapidement l'atrophie des éléments cellulaires puis leur mort complète, dès que le protoplasma a subi l'imprégnation massive. La présence du pigment dans l'intérieur de la cellule ne témoigne donc pas d'une activité désordonnée de cet élément; il ne peut s'agir d'hypergenèse pigmentaire, et la travée parenchymateuse subit passivement l'imprégnation sidérosique. Et Letulle substitua à la théorie organicienne de Hanot et de Chauffard une pathogénie plus large, une conception humorale du processus, aujourd'hui acceptée par tous, au moins dans ses données principales.

Le diabète bronzé doit être envisagé comme une maladie générale dyscrasique, dont la lésion essentielle serait constituée par une altération de l'hémoglobine du sang, devenue, grâce à l'hyperglycémie, facilement soluble dans le plasma. Dès lors, cette substance se précipite sous la forme de pigment jaune-ocre, dans les cellules des parenchymes. Chaque organe se pigmente pour son propre compte, et si le foie subit, à la première heure, le contre-coup de ce processus hématolytique, si l'infiltration poussiéreuse atteint constamment, dans cette glande, le maximum d'intensité, c'est en raison du rôle majeur qui lui est dévolu normalement dans la destruction et la transformation de l'hémoglobine.

Il est juste de faire remarquer que cette théorie s'inspirait directement de l'opinion professée par l'École allemande. Dès l'année 1878, Tillmann, Hindenlang avaient décrit, au cours de certaines cachexies, l'imprégnation diffuse des parenchymes par un pigment qu'ils considéraient comme un dérivé de la matière colorante du sang; et les termes d'hémochromatose, d'hémosidérose avaient cours depuis longtemps en Allemagne pour désigner ce processus d'infiltration ocreuse des viscères.

Cette pathogénie nouvelle du diabète bronzé entraînait comme corollaire la composition ferrugineuse du pigment accumulé dans les organes. Kelsch et Kiener, en 1889 [1], admettent, à titre d'hypothèse, sa nature ferrique, bientôt vérifiée par Gilbert [2]. Il faut ajouter que certains médecins allemands nous avaient encore précédés dans la solution de ce problème. Hindenlang, en 1879, Kunckel, en 1880, avaient déjà indiqué la constitution ferrugineuse du pigment déposé dans le foie au cours des cirrhoses hépatiques du diabète. Mais il est bon de faire cette réserve que leurs observations, insuffisamment démonstratives, n'ont pas passé dans la science.

Auscher et Lapicque [3], en 1895, complètent cette étude et peuvent isoler, dans le foie des diabétiques, deux variétés de pigments : l'un, qu'ils désignent sous le nom de pigment noir, pigment organique, soluble dans les alcalis, sans doute d'origine hématique, mais insensible aux réactifs des sels ferriques; — l'autre, le véritable pigment ocre, qui est un hydrate de fer, virant au bleu sous l'influence du ferro-cyanure de potassium et de l'eau acidulée, au noir sous l'influence du sulfhydrate d'ammoniaque. C'est à ce dernier pigment, ainsi nettement différencié par ses caractères histologiques et chimiques, qu'ils donnent le nom de *rubigine*.

Désormais, il était permis d'assigner au diabète bronzé sa place exacte en nosologie. Ce type morbide devait figurer dans le cadre des maladies hématolytiques, caractérisées par un processus de destruction plus ou moins rapide des hématies, avec mise en liberté de l'hémoglobine de constitution. De ces maladies, les unes appartiennent à la médecine expérimentale telle l'intoxication sulfocarbonée [4]; les autres ressortissent à la pathologie humaine: hémoglobinurie paroxystique (Brault), anémie pernicieuse progressive (Quincke)[5], cachexie paludéenne (Kelsch et Kiener), intoxication alcoolique chronique (Letulle [6], Gilbert et Grenet [7], Rabé [8]).

* * *

Cette pathogénie, bien et dûment acceptée, soulevait encore une série de problèmes et la préoccupation qui s'imposa aussitôt à l'esprit des chercheurs fut celle de préciser le lieu de formation du pigment.

Il paraissait légitime d'admettre que l'hémoglobine altérée se précipitait dans l'intérieur des vaisseaux sous forme de fines particules, et que les granulations ferriques se déposaient ensuite dans les protoplasmas cellulaires.

Cette interprétation, proposée par Jeanselme et Papillon, ne semble pas confirmée par les résultats de l'examen histologique. Letulle signale bien, dans un cas, la présence de parcelles pigmentaires dans les capillaires du poumon. Auscher et Lapicque trouvent à l'examen microscopique d'une goutte de sang, chez un malade atteint de diabète bronzé, quelques grains d'hémosidérine. Mais, règle générale, le plasma sanguin apparaît très pauvre en parcelles ferrugineuses, et cette pénurie contraste singulièrement avec la richesse, la surcharge même en rubigine des cellules des parenchymes.

Dans un cas personnel [1], les capillaires du foie montraient, sur les coupes histologiques, de nombreux blocs ferriques, libres dans leur cavité, ou inclus dans les leucocytes et les cellules endothéliales desquamées. Cette constatation ne peut, toutefois, fournir un argument décisif aux défenseurs de la thèse de Jeanselme et de Papillon. Ces parcelles pigmentaires représentent pour nous des déchets de la cellule hépatique tombés dans la cavité des capillaires, et les granulations qui encombraient le protoplasma des cellules endothéliales étaient le résultat d'une cristallisation *in situ* de l'hémoglobine du sang.

Certains auteurs (Kelsch et Kiener, Gonzalez Hernandez) ont voulu réhabiliter ce mécanisme pathogénique, et l'ont reproduit avec une légère variante. L'hémoglobine, détachée du globule rouge, ne se précipite jamais, pensent-ils, dans le plasma, mais elle persiste dans le milieu sanguin à l'état de substance dissoute et décelable par un examen approprié. Or Jeanselme s'est efforcé, par le procédé d'Ehrlich, de révéler la présence de l'hémoglobine dissoute, et jamais il n'a pu obtenir de sérum laqué. Bien plus, il a examiné au spectroscope le sérum pendant la vie, la sérosité péricardique après la mort: ces diverses tentatives ont constamment échoué.

* * *

Les recherches les plus persévérantes, poursuivies avec le but de saisir, dans le sang circulant, le terme de passage entre l'hémoglobine de l'hématie et la granulation jaune-ocre, n'avaient pu aboutir. Les auteurs devaient désormais orienter leurs efforts dans une voie différente; et bientôt prit corps la conception nouvelle qui accorde dans la pathogénie du diabète bronzé un rôle majeur, absolu même pour certains, à l'activité pervertie des cellules des parenchymes.

C'était, du reste, faire revivre, au moins partiellement, la théorie de Hanot et Chauffard. Hayem, au cours de l'importante discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux, en 1897, sur le diabète bronzé, faisait remarquer que la déglobulisation ne suffisait pas à expliquer la précipitation de l'hémoglobine dans les viscères. « Dans la chlorose, dit-il, la maladie déglobulisante par excellence, qui décolore complètement des jeunes filles en quelques semaines, on n'observe jamais de pigmentation anormale. Dans le diabète, au contraire, où l'anémie est relativement peu accentuée, le dépôt de pigment ne peut s'expliquer que par une action spéciale des parenchymes sur les hématies, qui produit la formation du pigment sur place [2]. » Cette opinion est celle défendue par Rendu et de Massary [3], par Gilbert et Surmont [4],

1. KELSCH et KIENER. — « Traité des maladies des pays chauds », 1889, p. 611.
2. GILBERT. — Article : « Sang ». Traité de médecine, de Charcot et Bouchard, T. II, p. 475.
3. AUSCHER et LAPICQUE. — « Recherches sur le pigment du diabète bronzé ». *Soc. de biol.*, 1895, Mai.
4. KIENER et ENGEL. — « Sur les altérations d'ordre hématique produites par le sulfure de carbone ». *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1886.
5. QUINCKE. — « Beiträge zur Lehre von Icterus ». *Wirchovs Archiv*, 1885, Bd XCV.
6. LETULLE. — « Cirrhose hypertrophique pigmentaire ». *Soc. de biol.*, 1896, 4 Décembre.
7. GILBERT et A. GRENET. — « Cirrhose alcoolique hypertrophique pigmentaire ». *Soc. de biol.*, 1896, 19 Décembre.
8. M. RABÉ. — « Un nouveau cas de cirrhose hypertrophique pigmentaire d'origine alcoolique ». *Bull. de la Soc. anat.*, 1900, Octobre.

1. M. RABÉ. — « Cirrhose hypertrophique pigmentaire d'origine diabétique ». *Bull. de la Soc. anat.*, 1900, Mai.
2. HAYEM. — *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1897, Février, p. 205.
3. RENDU et DE MASSARY. — « Cirrhose et diabète bronzé ». *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1897, Février, p. 163.
4. GILBERT et SURMONT. — Traité de médecine de

par Regaud (de Lyon) [1]. Elle rallie aujourd'hui la majorité des suffrages.

Toutefois, les auteurs précédents ne définissent pas dans les mêmes termes le rôle de la cellule parenchymateuse.

Gilbert [2] envisage l'élaboration du pigment comme l'indice d'un processus d'hyperhépatie, d'une suractivité fonctionnelle de la cellule hépatique. C'est aboutir fatalement à la dissémination secondaire du pigment dans tout l'organisme par voie embolique, mécanisme rejeté par Gilbert lui-même.

Nous pensons avec Rendu et de Massary, avec Regaud, que l'infiltration des viscères par l'hémosidérine trahit constamment un trouble profond dans la vitalité des cellules sécrétantes; le dépôt de pigment dans leur protoplasma doit être interprété comme un stigmate de déchéance fonctionnelle, celle-ci commandée par un état cachectique préexistant, en l'espèce l'hyperglycémie. Sous l'action prolongée de la dyscrasie diabétique, la cellule du foie perd sa capacité de transformer la totalité de l'hémoglobine du sang en pigment biliaire; ce travail moléculaire avorte et aboutit à la précipitation de parcelles ferriques qui encombrent son protoplasma. Dans les autres viscères: pancréas, cœur, glandes salivaires, et sous l'influence d'une déviation fonctionnelle de même ordre, la cellule ne peut éliminer les déchets d'une nutrition amoindrie, et l'hémoglobine se cristallise dans son intérieur sous la forme de granulations jaune-ocre.

Cette activité défaillante des élément nobles des tissus commande, à elle seule, pour Rendu et de Massary, la pathogénie du diabète bronzé! L'opinion de ces auteurs pèche, croyons-nous, par son absolutisme, car elle ne tient pas compte d'un facteur causal dont l'importance a été mise en relief, à la première heure, par Letulle et les médecins allemands: l'altération de la crase sanguine et son corollaire, la déglobulisation. Jeanselme n'a pu déceler, au cours du diabète bronzé, aucune lésion du plasma ou des hématies. Il est logique, toutefois, de penser qu'une affection aussi cachectisante adultère profondément la composition du milieu sanguin, encore que ces altérations échappent à nos procédés d'examen. Or cette modification humorale ne peut que favoriser la précipitation de l'hémoglobine dans l'intimité des parenchymes.

En résumé, deux conditions apparaissent nécessaires et suffisantes pour provoquer le dépôt d'hémosidérine dans les organes: la mise en liberté d'une quantité anormale d'hémoglobine par destruction globulaire, et une lésion étendue et profonde des viscères chargés d'employer cette hémoglobine ou de l'éliminer, en particulier une lésion des cellules hépatiques, véritables émonctoires de l'hémoglobine. Si l'un de ces facteurs pathogéniques fait défaut, pas d'hémosidérose; si les deux sont réunis, l'organe hépatique sera intéressé par l'infiltration pigmentaire. Dans le diabète grave, ces deux conditions acquièrent une singulière gravité, et l'hémosidérose frappe non seulement le foie, mais tous les organes; elle est devenue polyviscérale. L'hémosidérose viscérale, une fois constituée, accélère l'évolution fatale de la maladie originelle, et ainsi se trouve créé un cercle vicieux pathologique, dont la mort est devenue l'aboutissant fatal. Ces conclusions sont celles formulées par Regaud; elles restent valables, du reste, pour toutes les maladies inscrites dans le groupe de l'hémochromatose, et nous y souscrivons intégralement.

Brouardel et Gilbert. Article: « Maladies du foie », p. 281.

1. Regaud. — Communication orale.

2. Gilbert, Castaigne et Lereboullet. — *Soc. de biol.*, 1900, Mai.

***

Ce n'est pas à dire que l'organisme subisse passivement cette lente infiltration par le pigment ocre; il s'efforce, au contraire, de lutter contre l'encombrement des cellules sécrétantes par un mouvement incessant d'élimination et l'examen histologique permet de saisir, dans l'intimité des parenchymes, les différentes phases de cette vaste tentative d'exonération. Les granulations pigmentaires, rejetées par les protoplasmes des cellules, tombent dans les espaces interorganiques où les vaisseaux lymphatiques représentent pour elles autant de voies de drainage naturel. L'épithélium cutané, au moins l'épithélium sécréteur des glandes sudoripares, constitue, d'après Mossé [1], Potier et de Massary [2], une autre surface d'émonction. Nous-même avons consacré aux voies d'élimination du pigment, dans le diabète bronzé, une étude consignée dans ce même journal [3], et nous avons essayé de montrer que, dans la profondeur de certaines glandes (foie, pancréas, glandes salivaires), les particules ocreuses, au cours de leur exode, tombent en partie dans la cavité des conduits excréteurs. Ainsi se trouvent réalisés, le long des voies d'écoulement de la bile, du suc pancréatique et du liquide salivaire, de nombreux courants de décharge, qui déversent au dehors une quantité relativement considérable de matière pigmentaire. L'épithélium broncho-pulmonaire représente aussi, à notre avis, et suivant le même mécanisme, une autre voie de libération de l'hémosiderine qui, dans certains cas, ne le cède en rien aux précédentes.

***

On peut définir aisément de cette longue étude les rapports qui unissent l'infiltration pigmentaire des cellules du foie et le processus de cirrhose hypertrophique dont cet organe est le siège.

Les cellules sécrétantes, farcies de granulations et à bout de résistance, finissent par succomber; elles disparaissent, laissant comme souvenir de leur existence des blocs plus ou moins volumineux d'hémosidérine. Ces pseudo-calculs ferriques, ainsi déposés comme des scories au pourtour des espaces portes, deviennent autant de corps étrangers qui irritent le tissu conjonctif ambiant, l'incitent à s'hypertrophier et à se scléroser.

Telle est la pathogénie de cette cirrhose hypertrophique diffuse, qui constitue l'un des éléments cardinaux du syndrome de Hanot et Chauffard. Toutefois, il est vraisemblable de suspecter l'influence d'un autre agent sclérogène dans l'étiologie de cette hépatite chronique: l'adultération du liquide sanguin, fonction de l'hyperglycémie, doit jouer un rôle favorisant dans le développement de la lésion, et, si elle ne la crée pas de toutes pièces, elle doit, au moins, accélérer singulièrement son extension. Les autres parenchymes glandulaires sont soumis, dans leur trame interstitielle, aux mêmes causes, locale et générale, d'inflammation subaiguë, et ainsi s'explique la constance de ces scléroses polyviscérales si étendues, si profondes, révélées par l'examen histologique.

1. Mossé (de Toulouse). — Communication faite au Congrès de Lyon, 1894, et *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1895.

2. Potier et de Massary. — « Un cas de diabète bronzé ». *Soc. anat.*, 1895, Avril.

3. M. Rabé. — « Voies d'élimination du pigment dans le diabète bronzé ». *La Presse Médicale*, 1901, Juillet.

***

La conception pathogénique du diabète bronzé telle que nous venons de l'exposer, telle que des recherches longtemps poursuivies l'avaient édifiée, semblait définitivement acquise; au moins cette notion fondamentale paraissait inattaquable de l'influence première de l'hyperglycémie sur l'évolution d'une série morbide dont elle constituait le premier anneau. Mais voici que, depuis plusieurs années, une nouvelle théorie s'est fait jour, qui ne tend rien moins qu'à remanier de fond en comble la physiologie pathologique du syndrome Hanot-Chauffard, et à considérer la glycémie non plus comme le facteur étiologique primordial, mais comme une simple complication du processus de l'hémochromatose.

Cette pathogénie, adoptée et défendue par Auscher [1], par Gilbert, par E. Opie [2], s'appuie sur le résultat des savantes recherches de Chauveau et Kauffmann concernant le rôle du pancréas dans la glycoso-formation intrahépatique. Cet organe jouit normalement, grâce à sa sécrétion interne, de la propriété de refréner la formation du sucre. Or cette fonction devient incompatible avec l'existence des lésions profondes constamment révélées par l'examen histologique (sclérose intense et pigmentation massive de la trame interstitielle, altérations cellulaires multiples); dès qu'elle est entravée, l'hyperglycémie apparaît. Le diabète, dit Auscher, hâte la fin, mais les altérations du foie se sont développées bien avant son éclosion. Ces foies indurés et pigmentés ne sauraient se constituer en trois ou quatre mois. Quand l'hémochromatose existe et mène à la mort, sans s'être compliquée de diabète, c'est que la maladie n'a pas suivi son évolution complète, et que la mort a été causée par une affection intercurrente. Dès lors, les adeptes de cette nouvelle conception rapportent le développement de la cirrhose hépatique et de l'hémosidérose viscérale à une intoxication endo- ou exogène (arthritisme, alcoolisme chronique).

Il appartient à de nouvelles observations, à de nouvelles recherches expérimentales de démontrer le bien-fondé de cette idée. Toutefois, nous pensons qu'il est téméraire de suivre ses partisans jusque dans leurs conclusions, et de rayer désormais du cadre nosographique le syndrome de Hanot et Chauffard. Vraisemblablement, tous les cas de diabète bronzé ne ressortissent pas à une pathogénie univoque; et, à côté des faits où

1. E. Auscher. — Manuel de médecine de Debove et Achard. Article: « Cirrhoses du foie ». T. VI, p. 108.

2. Eugène Opie. — « Hémochromatose et diabète bronzé ». *The journal of experimental medicine*, 1899, Vol. IV, nos 3, 4. Comptes rendus, in *La Presse Médicale*, 1900, Juin.

tous les éléments du syndrome évoluent, reliés par la filiation pathogénique que nous avons invoquée, il y a place pour d'autres, dans lesquels la glycémie ne représente qu'un épiphénomène terminal du processus de l'hémochromatose.

MÉDECINE PRATIQUE

LE MASSAGE DANS LA PRATIQUE COURANTE

Technique spéciale.

Ayant, dans deux articles publiés précédemment, étudié les principes généraux de la massothérapie, et montré ce que sont le massage proprement dit, la mobilisation et les mouvements musculaires, il ne nous reste plus qu'à passer en revue les applications de ces principes aux cas particuliers qui se rencontrent le plus souvent dans la pratique.

* * *

Entorse. — Pour soigner correctement une entorse tibio-tarsienne, il faut se rappeler ce qui caractérise l'entorse au point de vue anatomique et au point de vue clinique.

Anatomiquement, la lésion primitive est l'arrachement du ligament péronéo-astragalien antérieur. Suivant que cet arrachement s'accompagne de déchirures plus ou moins importantes des tendons, gaînes synoviales, muscles du voisinage, on a affaire à la variété légère, sérieuse ou grave. Il y a toujours un gros épanchement sanguin dans le tissu cellulaire, et de l'épanchement dans l'articulation.

Cliniquement, on se trouve en présence d'un malade qui souffre, chez lequel la souffrance seule détermine l'impotence fonctionnelle, chez lequel la douleur à la pression et la crainte de la douleur reproduisent et augmentent la contracture musculaire, cause d'une douleur plus grande.

Ces deux ordres de considérations doivent régler la façon de procéder.

Il faut commencer par placer le malade confortablement; je préfère ne pas le mettre sur une chaise longue ou le laisser dans son lit : le massage des muscles postérieurs de la jambe serait difficile. Prenez donc son pied sur votre genou ou bien appuyez-le sur une table basse, garnie d'un coussin. Dites-lui que vous ne lui ferez aucun mal, et prouvez-le lui de suite en lui faisant de l'effleurage léger, puis soutenu, des jumeaux, d'abord de la partie charnue, puis, en commençant de plus en plus bas, du tendon d'Achille et de la masse musculaire.

Cela fait, passez à la face dorsale du pied et à la face antérieure de la jambe : effleurage très léger tout d'abord et progressivement appuyé.

A aucun moment, vous ne devez réveiller de douleur, dussiez-vous pour cela relâcher vos doigts au moment où vous passez au niveau du ligament déchiré. Ces deux premières manœuvres demandent, le premier jour, de dix à quinze minutes.

Alors, le pied tout à fait inerte étant à angle droit sur la jambe, et au besoin maintenu d'une main par vous, de l'autre main, dont vous appuyez la paume sur l'extrémité des orteils, vous faites exécuter aux orteils des mouvements de flexion et d'extension. Ceci a pour but de mobiliser tous les tendons de la face dorsale du pied. Prenez bien garde que votre malade ne cherche ni à vous aider ni à vous résister : la participation du malade rendrait la manœuvre douloureuse.

Vous pouvez maintenant essayer d'un massage plus énergique. Faites des frictions longitudinales avec les deux pouces le long des tendons de la face dorsale de la racine des orteils, au quart inférieur de la jambe, en commençant par l'extenseur du gros orteil; vous arriverez aux ligaments péronéo-astragaliens auxquels vous faites subir la même manipulation.

Vous reprenez ensuite l'effleurage soutenu des tendons d'Achille et des muscles de la région postérieure, et vous terminez par la mobilisation de l'articulation tibio-tarsienne à laquelle vous faites subir des mouvements qui, pour finir, doivent avoir l'amplitude normale.

Les deux temps de mobilisation vous demandent trois à quatre minutes, le reste de la séance vingt minutes environ. Vous pouvez cependant être obligé de masser plus longtemps si l'entorse est très douloureuse.

Telle est la première séance. Les autres seront analogues; la seule différence est que la diminution, puis la disparition de la douleur, permettront plus vite les temps de manœuvres énergiques.

Ici se posent quelques questions accessoires. Y a-t-il intérêt à faire deux séances par jour? Oui, pendant deux ou trois jours.

Faut-il, dans l'intervalle des séances, faire de la compression? Oui, pendant deux ou trois jours; non, ensuite. Il y a intérêt, à mon avis, à permettre un libre jeu aux muscles et aux tendons.

Quand le malade doit-il marcher? C'est lui qui est juge de la question : il marchera quand la douleur le lui permettra. Comment s'en rendra-t-il compte? Voici le procédé que j'emploie. Je fais lever le malade, et, quand il est debout, la main appuyée sur une chaise, je lui dis de porter tout le poids du corps sur la jambe saine, de se tenir en équilibre sur cette jambe. Il lui est donc loisible, le pied lésé étant posé à plat sur le sol, de faire porter à sa volonté une plus ou moins grande partie de son poids sur ce pied. Dans cette position, par un balancement qu'il règle lui-même, il fait fonctionner son articulation tibio-tarsienne, et, progressivement, il arrive à s'appuyer sur ce pied, sans ressentir de douleur, jusqu'au moment où il se juge assez fort pour faire quelques pas.

Le temps nécessaire à la guérison varie de cinq à quinze jours, suivant la gravité des lésions.

Hydarthrose. — Dans l'hydarthrose, dans la majorité des cas, ce qui est plus important que l'épanchement articulaire, c'est l'état du triceps.

Donc, dans l'hydarthrose récente, il faut faire de l'effleurage — partant de la moitié de la jambe et remontant à la racine de la cuisse — puis des frictions, du pétrissage et du tapotement du triceps. Il faut mobiliser l'articulation du genou.

Dans une hydarthrose ancienne, après l'effleurage, on fera des frictions aux points où la synoviale est perceptible, de chaque côté du ligament rotulien et au-dessus de la rotule, principalement. Puis on attaquera vigoureusement et par tous les procédés le triceps. La mobilisation de l'articulation sera suivie d'une série de mouvements du triceps accomplis suivant le procédé décrit.

Luxation du coude. — Il est plus important pour le coude que pour les autres articulations de commencer le massage au plus vite, l'immobilisation, étant donné la complexité de l'articulation, amenant rapidement une limitation des mouvements qui, une fois installée, peut être très longue à vaincre.

Placez donc votre malade assis, le bras pendant le long du corps, et commencez par un effleurage, fait avec la main, de l'avant-bras et du bras. Après cet effleurage général, faites successivement de l'effleurage des groupes musculaires au-dessus et au-dessous de l'articulation.

D'abord, à l'avant-bras. Le malade conservant la même position, appliquez votre main gauche à la face postérieure du coude si la pression ne réveille pas de douleurs, à la face postérieure du bras dans le cas contraire, et faites de l'effleurage des muscles épicondyliens, la pulpe du pouce suivant le cubitus en arrière, la pulpe des quatre autres doigts suivant l'interstice qui sépare le long supinateur des fléchisseurs. Puis, mettant l'avant-bras à angle droit sur le bras, et tenant solidement cet avant-bras de la main gauche placée au-dessus du poignet, effleurez et frictionnez le groupe des muscles épitrochléens.

Cela fait, remettez le bras du malade dans la position primitive et faites de l'effleurage du biceps, du brachial antérieur et du triceps. Terminez par un peu de massage du deltoïde.

Dès le premier jour, il est essentiel de faire exécuter des mouvements passifs à l'articulation pour éviter la raideur et la rétraction du tendon du biceps qui pourrait opposer longtemps un obstacle à l'extension complète de l'avant-bras sur le bras.

Aussitôt que l'absence de douleur le permettra, et cela, dans le cas de luxation, est obtenu très vite, à l'effleurage des muscles on ajoutera le pétrissage et le tapotement, et on fera exécuter des mouvements avec résistance aux fléchisseurs, au biceps et au triceps.

Fracture du col de l'humérus. — Le massage des fractures récentes, s'adressant à des lésions très douloureuses, doit se faire dans des conditions telles que le massage ne doit pas éveiller la moindre douleur, c'est-à-dire :

1° Que l'immobilisation du foyer pendant la séance doit être parfaite;

2° Que le massage doit consister en des manœuvres extrêmement douces. Au début, on emploiera uniquement l'effleurage suivant le cours du sang veineux et la direction des fibres musculaires. Cet effleurage, étant donné la sensibilité du point fracturé, doit respecter ce point; les premiers jours, masser une fracture, c'est faire du massage de tout, excepté de la lésion principale.

Dans le cas particulier que nous avons pris comme exemple, le deltoïde protège de toute son épaisseur les fragments qui ne sont directement perceptibles que par l'aisselle.

Placez votre malade dans la position que j'ai indiquée déjà. S'il ne souffre pas beaucoup, il lui suffit, le bras étant pendant, d'appuyer la main sur son genou, et cela vous laisse la liberté de vos deux mains pour le massage. Si l'immobilisation ainsi faite n'est pas suffisante, faites maintenir le bras par un aide qui saisira l'avant-bras et la main; si vous n'avez pas d'aide, mettez l'avant-bras à angle droit sur le bras; le malade lui-même, de la main du côté opposé, soutiendra le poignet du côté malade, et vous, enduisant amplement votre main gauche de vaseline, vous la glisserez entre le bras et le thorax, très doucement, et vous arriverez jusque dans l'aisselle où vous vous fournirez un excellent point d'appui[1].

Alors, de toute la main, faites de l'effleurage très léger, du coude au moignon de l'épaule, portant de temps en temps la main en avant pour mieux comprimer le biceps, en arrière pour masser le triceps en totalité. Passez à l'effleurage du deltoïde, puis du grand pectoral, puis du grand dorsal et des muscles sus-scapulaires. Terminez le massage proprement dit par l'effleurage des fibres supérieures du trapèze, toujours contracturées et douloureuses.

Le massage, dans les fractures récentes, doit être fait largement, très loin au-dessus et au-dessous du trait de fracture. De plus, pour que le malade non seulement ne redoute pas le massage, mais encore le désire à cause de la sensation de bien-être qu'il procure, on ne doit exécuter que des manœuvres extrêmement douces, et sans le moindre heurt.

Dès le premier jour, il faut mobiliser, mais mobiliser peu, car, même après ce massage anesthésiant, un mouvement de quelque amplitude éveillerait de violentes douleurs. — Mais, si peu que ce soit, il faut mobiliser.

La séance terminée — elle a duré de vingt à trente minutes —, l'appareil à mettre sera une écharpe de Mayor.

1. J'ai parlé de la vaseline et non de la poudre de talc. En effet, il ne peut être question que d'un corps gras pour ce genre de massage, et, pour éviter le moindre heurt, le moindre à-coup, employez-le largement.

Après six jours environ, il y a commencement de consolidation. Votre effleurage peut être plus énergique; employez la moitié de la séance à masser le deltoïde. Faites des mouvements de plus grande amplitude. Vers le dixième jour, quelquefois avant, vous pouvez remplacer l'écharpe de Mayor par l'écharpe simple, qui, dans la journée, permettra une mobilisation spontanée de l'articulation. Vers le quinzième jour, vous pouvez, en soulevant le coude du malade, faire exécuter des contractions volontaires du deltoïde. J'insiste là-dessus : la consolidation peut être parfaite, l'articulation libre, si le deltoïde est atrophié, la guérison peut être très longue à obtenir.

Un dernier point à signaler : surtout quand il s'agit de malades âgés, dès le premier jour, le bras étant bien immobilisé, il faut mobiliser les doigts, le poignet et le coude; ainsi seront évitées des raideurs ultérieures qui gêneraient beaucoup le malade et que le médecin aurait à se reprocher, car elles se seraient installées avec sa permission.

Fractures du péroné. — Je dirai peu de chose de ces fractures, ayant exposé la marche générale à suivre, dans un chapitre précédent. Je rappellerai seulement que le trait de fracture est ici directement accessible : donc, pas de pression à ce niveau.

Le pied étant fixé, faites de l'effleurage de la région postérieure de la jambe, comme dans l'entorse; puis de l'effleurage de la face dorsale du pied et de la face antérieure de la jambe, en relâchant les doigts au niveau du point lésé.

Cela fait, avec les deux pouces, faites des frictions des tendons de la face dorsale du pied, des tendons et des muscles de la région antéro-latérale de la jambe, et revenez à la région postérieure.

En somme, c'est le massage de l'entorse, en respectant le trait de fracture. Mouvements passifs des articulations du pied et de la tibio-tarsienne. S'il n'y a pas de déviation du pied, il est inutile d'appliquer un appareil ; s'il y a déviation en dehors, pendant quelques jours il est bon de mettre soit une attelle, soit une gouttière. Au bout de huit jours, ce ne sera plus nécessaire.

Avec le massage, le malade doit marcher après vingt jours environ.

Fracture du radius. — Le traitement des fractures récentes s'inspire des principes que je viens d'exposer. Si on a été obligé de mettre un appareil plâtré, même en le laissant en place le moins longtemps possible, on aura à combattre trois lésions principales : l'œdème du dos de la main, l'empâtement des gaines synoviales et les raideurs tendineuses, l'atrophie des fléchisseurs.

Donc, faites placer la main du malade en pronation complète, à plat sur une table. Après effleurage de la main et de l'avant-bras, frictions et pincements des tendons extenseurs. Placez la main en demi-pronation, appuyant sur la table par le bord cubital : effleurage de la paume de la main, et de la face antérieure de l'avant-bras. Enfin, mettez la main en supination complète : frictions et pétrissage des muscles de l'éminence thénar, effleurage et friction de la face palmaire des doigts, effleurage soutenu du creux de la main, friction et pincement des tendons de la région antérieure du poignet, pétrissage des muscles épicondyliens et épitrochléens.

Mobilisez les articulations des doigts, les métacarpo-phalangiennes, le poignet. Faites faire des mouvements des fléchisseurs.

*
* *

Nous ne multiplierons pas ces exemples particuliers; aussi bien sont-ils suffisants pour montrer que le massage est commandé par deux considérations : la constitution anatomique de la région et la nature de l'affection.

Et, comme conclusion générale, nous insisterons sur trois points :

1º Le massage est non pas un traitement facultatif, mais un traitement indispensable dans un grand nombre d'affections;

2º La technique, aussi simple que nous l'avons décrite, est suffisante;

3º Le massage n'est pas au-dessous de la compétence des médecins, il doit rester dans le domaine médical.

M. Marchais

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

19 Février 1902.

Sur les morts causées par le chloroforme. — *M. Tuffier*, dans une très intéressante communication, rappelle les recherches qu'il a faites autrefois avec M. Hallion sur le mécanisme de l'anesthésie par le chloroforme, mécanisme qui éclaire la pathogénie des accidents observés et nous indique les moyens de les prévenir et d'y remédier.

Le chloroforme est une neuro-toxine dont les vapeurs, introduites dans le sang par la respiration, portent leur action sur les cellules des centres nerveux (encéphale, moelle, bulbe) qu'elles excitent d'abord, qu'elles paralysent ensuite. L'action sur le bulbe, c'est-à-dire sur les centres de la respiration et de la circulation (nœud vital), est celle qu'il importe le plus de mettre en lumière dans la discussion actuelle.

Si l'on interroge les graphiques pris sur des animaux chloroformisés, on voit que, dès le début de l'anesthésie, il y a un abaissement manifeste de la pression artérielle. Cet abaissement s'accroît progressivement avec les doses d'anesthésique; peu à peu la ligne de pression artérielle s'approche de l'horizontale et la mort arrive par syncope cardiaque. Ce fait nous explique suffisamment ces morts brusques survenant dès le début de la chloroformisation chez les individus qu'on nous amène angoissés, terrorisés, dans la salle d'opération : il suffit de quelques gouttes de chloroforme pour accentuer encore la dépression artérielle et provoquer la syncope cardiaque mortelle.

Un second fait sur lequel M. Tuffier attire l'attention c'est celui de l'arrêt de la respiration survenant avant l'arrêt de la circulation : même quand le tracé de la respiration est devenu horizontal, celui de la circulation se manifeste encore par des ondulations plus ou moins accentuées. Si, à ce moment, on cesse la chloroformisation, on voit parfois renaître peu à peu la courbe respiratoire, en même temps que celle de la circulation s'accentue de plus en plus : c'est que les contractions cardiaques, si faibles fussent-elles, ont suffi à renouveler l'irrigation du bulbe et à le débarrasser de l'excès de chloroforme qui paralysait le noyau du pneumogastrique. Lorsque la dose de chloroforme administré a été poussée à l'extrême, au point d'amener à la fois un arrêt de la respiration et un arrêt de la circulation, ce qui se manifeste par un double tracé horizontal respiratoire et circulatoire, il est parfois possible de ranimer l'animal en pratiquant à la fois et la respiration artificielle, et la circulation artificielle par le massage énergique et prolongé du cœur. MM. Tuffier et Hallion ont ainsi pu rappeler des animaux à la vie après cinq minutes de mort réelle.

La conclusion à tirer de ces faits est la suivante : au cours de la chloroformisation il faut surveiller la respiration, mais surtout le pouls, sa régularité, sa fréquence, son amplitude. La syncope respiratoire précédant toujours et annonçant la syncope cardiaque, dès qu'on voit le rythme respiratoire se modifier, il faut cesser l'administration du chloroforme. Si la respiration s'arrête, il suffit le plus souvent de pratiquer la respiration artificielle pour voir le patient se ranimer. Si, au contraire, au même moment, ou peu après, le pouls a cessé de battre, tous les moyens mis en œuvre pour rappeler le malade à la vie restent généralement impuissants. Dans ces cas, le massage du cœur est l'ultime ressource : elle a servi dans deux cas, dont un appartenant à M. Tuffier, à ramener pour quelques minutes les malades à la vie ; dans un cas même, la survie aurait été de douze heures. Mais c'est là une méthode encore à l'étude et qu'il n'y a pas lieu de discuter aujourd'hui.

M. Broca signale les dangers de l'anesthésie combinée par le chloroforme et le bromure d'éthyle, dangers qui ne sont pas moindres que ceux de la chloroformisation pure; M. Broca a vu un enfant mourir au cours d'une anesthésie pratiquée suivant ce procédé.

M. Potherat a essayé des différents modes d'anesthésie préconisés dans ces dernières années. L'éther lui a donné d'excellents résultats, sans jamais le moindre accident pendant ou après l'anesthésie : M. Potherat y a renoncé à cause de son extrême volatilité et inflammabilité. L'anesthésie par le chloroforme précédée d'une injection de morphine ou de l'administration de chloral, qu'il a employée jadis dans le service de son maître Trélat, ne lui a pas donné de bons résultats. L'anesthésie par le bromure d'éthyle suivant le procédé de Malherbe, qu'il a expérimenté dans le service de son maître Segond, ne l'a pas satisfait davantage. Aussi en est-il revenu à la chloroformisation pure. Jamais il n'a eu d'accidents par le chloroforme, tant qu'il a administré l'anesthésique lui-même. Il n'a vu survenir les alertes qu'à partir du moment où, étant chef de service, il a dû faire donner le chloroforme par des aides plus ou moins expérimentés. Les accidents chloroformiques sont donc dus non à l'anesthésique lui-même mais à son mode d'administration.

Le chloroforme doit être administré par le procédé des petites doses continues, de façon à faire pénétrer toujours les vapeurs de l'anesthésique mélangées à une certaine quantité d'air pur. L'anesthésie se fait ainsi plus lentement, mais elle est beaucoup plus constante, plus régulière et plus anodine : 25 ou 30 grammes de chloroforme suffisent pour une anesthésie d'une heure.

Au cours de l'anesthésie, il importe constamment de surveiller à la fois la respiration, le pouls, l'état de la pupille et le réflexe cornéen qui fournissent tous les renseignements utiles sur la marche de l'anesthésie.

Le chloroforme peut être administré sans danger aux cardiaques à lésions compensées; il est absolument contre-indiqué, au contraire, dans les affections du myocarde, dans les affections valvulaires non compensées, dans les affections aiguës ou chroniques des poumons.

M. Quénu partage l'avis de M. Tuffier sur la fréquence plus grande des alertes respiratoires au cours de la chloroformisation et sur la gravité plus grande des alertes cardiaques. Cependant, il ne croit pas, avec M. Tuffier, que les syncopes cardiaques soient fatalement mortelles; il a personnellement réussi à rappeler à la vie un malade dont le pouls avait complètement cessé de battre. Il est vrai qu'on peut objecter que ce n'est pas là une preuve de syncope cardiaque complète.

Sténose œsophagienne; gastrostomie par un procédé nouveau; guérison. — *M. Reynier* lit un rapport sur une observation de gastrostomie adressée à la Société par *M. Souligoux*. Il s'agissait d'un homme atteint d'un rétrécissement non cancéreux de la portion inférieure de l'œsophage mais dont la nature exacte (malformation congénitale? spasme? sténose cicatricielle?) ne peut être déterminée. M. Souligoux fit à cet homme une gastrostomie par un procédé spécial qui consiste essentiellement, après avoir attiré le cône gastrique dans la boutonnière abdominale, à lui faire subir d'abord une première torsion de 90° sur son axe, puis, après avoir fixé les plis de torsion par quelques points de suture, une deuxième torsion également de 90° qui est fixée de la même façon. La base du cône gastrique est ensuite suturée au pourtour de la plaie péritonéale pariétale, puis le sommet du cône est ouvert par ponction au bistouri, enfin les lèvres de la muqueuse gastrique, éversées, sont suturées aux lèvres de la plaie cutanée. Il ne reste plus qu'à introduire une sonde dans l'estomac et à alimenter séance tenante le malade; la sonde est retirée après chaque repas. Le malade opéré de cette façon par M. Souligoux a été présenté récemment à la Société dans un état florissant, avec une bouche gastrique fonctionnant parfaitement et parfaitement continente.

Cette continence est d'autant plus grande que l'estomac est plus rempli, la distension de l'estomac exagérant encore la torsion du cône gastrique fixé dans la paroi abdominale.

Ce procédé est imité du procédé de torsion de l'urètre de Gersuny imaginé contre l'incontinence d'urine chez la femme.

Résection thoracique large pour tumeur de la paroi; brèche comblée avec un lambeau cutané. — *M. Le Dentu* présente un homme chez qui il a pratiqué une vaste résection de la paroi thoracique

(9e, 8e et 7e côtes) et de la plèvre pour un fibro-chondrome récidivé. Pour combler la large brèche résultant de l'opération, il essaya mais en vain — à cause d'adhérences tenaces — d'utiliser le poumon et le diaphragme comme l'avait fait Delagenière (du Mans). Il se vit obligé, après avoir réparé en partie la plèvre, de recouvrir la perte de substance à l'aide d'un large pont cutané taillé dans le voisinage et qui fut mobilisé par glissement. L'opération a parfaitement réussi; les surfaces cruentées se sont comblées par bourgeonnement, et actuellement il ne reste plus qu'à doter l'opéré d'un appareil de protection qui mette le point faible de sa paroi thoracique à l'abri des agents vulnérants externes.

Corps étranger du genou. — *M. Le Dentu* présente un corps étranger du genou de nature fibreuse et de forme semi-lunaire, ce qui aurait pu le faire prendre pour un fragment de ménisque intra-articulaire. Il n'en est rien, car ce corps étranger contient en son milieu des vaisseaux sclérosés. Il s'agit donc probablement, comme à l'ordinaire, d'une plaque détachée de la face interne de la synoviale.

Ostéome du droit antérieur de la cornée. — Cette pièce apportée par M. Farganel, médecin de l'armée, est intéressante par ses dimensions (elle n'a pas moins de 14 centimètres de longueur) et par la rapidité de sa formation (elle s'est développée en quinze jours à la suite d'un traumatisme chez un cavalier). Au cours de son extirpation, on put constater qu'elle n'avait pas la moindre attache osseuse.

Présentation de radiographies (fracture du tibia). — *M. Delorme* présente deux radiographies de la jambe d'un cavalier chez qui, à la suite d'une chute de cheval, on hésitait à diagnostiquer une fracture, les signes cliniques n'étant rien moins que nets. Or l'une de ces radiographies, prise d'avant en arrière, ne révèle pas trace de fracture; sur la seconde, au contraire, prise latéralement, on aperçoit très nettement une déformation considérable du tibia due à une fracture oblique. Cet exemple montre bien la nécessité de toujours faire deux radiographies dans deux plans différents.

Luxation complète de l'astragale, réduction sanglante, guérison. — *M. Reynier* présente le malade chez lequel il a réussi cette opération. Ce fait prouve que la luxation de l'astragale suivie de réduction n'entraîne pas fatalement la nécrose de l'os comme on l'a prétendu, et qu'il n'est pas toujours nécessaire de faire l'astragalectomie d'emblée.

Ulcère perforé du jéjunum observé à la suite d'une gastroentérostomie pour sténose du pylore suite d'ulcère; résection du jéjunum, nouvelle gastroentérostomie, guérison. — *M. Quénu* présente le malade qui fait le sujet de cette très intéressante observation. Cet homme avait été opéré par lui, il y a quatre ans, pour une dilatation énorme de l'estomac consécutive à une sténose cicatricielle du pylore. L'établissement d'une nouvelle bouche gastro-intestinale fut suivi d'un fonctionnement parfait des voies digestives pendant dix-huit mois, puis le malade fut repris de vomissements, de douleurs et, il y a quelques mois, il vit apparaître une tumeur dans la région épigastrique.

Une nouvelle laparotomie faite par M. Quénu montra que cette tumeur était constituée par un abcès du muscle droit antérieur communiquant par une perforation avec le bout afférent de l'anse jéjunale abouchée à l'estomac. M. Quénu fit la résection totale de cette anse, anastomosa de nouveau son bout inférieur avec l'estomac, puis son bout supérieur avec son bout inférieur, faisant ainsi une gastroentérostomie en Y. Les suites de l'opération furent très simples, et le malade guérit parfaitement.

Le fait intéressant dans cette observation c'est cette possibilité de l'apparition, à la suite d une gastroentérostomie pour ulcère du pylore, d'un ulcère du jéjunum (organe qui a pris la place et les fonctions du duodénum), lorsqu'on ne prend pas soin, par un traitement médical approprié, de modifier l'état gastrique qui avait déjà causé l'ulcère pyrolique.

Présentation d'un nouveau trépan. — *M. Delorme* présente, au nom de *M. Monceaux*, médecin de l'armée, un nouveau trépan, caractérisé par ce fait que le perforatif sert ici à la fois à limiter le champ d'action de la couronne et à extraire la rondelle d'os détachée.

Calcul vésical volumineux extrait par la taille sus-pubienne chez une femme de quatre-vingts ans. — *M. Farganel*, médecin de l'armée, présente ce calcul qui a le volume d'un gros œuf de canard. L'extraction fut très difficile en raison de la capacité très restreinte de la vessie qui se trouvait contracturée sur le calcul.

A signaler enfin une **pièce de grossesse extra-utérine** présentée par *M. Chevallier*, et qui fera l'objet d'un rapport.

J. DUMONT.

ANALYSES

BACTÉRIOLOGIE

E. Klebs. *De la présence chez les tuberculeux d'un diplocoque semi-lunaire* (*München. med. Wochenschr.*, 1901, n° 40, p. 1564). — L'auteur a constamment trouvé dans la bouche, à la surface des amygdales, et au pourtour de l'anus des tuberculeux, un diplocoque particulier, disposé en croissant. Plus résistant que les autres saprophytes, il n'est pas détruit quand, pour le cultiver, on procède au nettoyage antiseptique préalable des régions qui viennent d'être indiquées. Ensemencé sur l'agar glycériné, il forme sur ce milieu des colonies fines de couleur blanche ou brunâtre. Il diffère du méningocoque de Weichselbaum et du gonocoque de Neisser par sa situation extra-cellulaire; il est plus gros que le pneumocoque de Talamon-Frænkel.

On le trouve encore dans la partie supérieure du tube digestif de la mouche, et la meilleure façon d'avoir une culture pure c'est d'ensemencer la tête écrasée de la mouche.

Le diplocoque semi-lunaire a été trouvé par l'auteur dans les lésions tuberculeuses des os et des articulations, dans les toxi-tuberculides de la peau, dans les cystites catarrhales, dans les adénopathies tuberculeuses ou scrofuleuses de la peau.

Injecté sous la peau des lapins, il provoque, à dose élevée, des phlegmons étendus et la mort de l'animal; à petite dose, il ne donne pas lieu à des phénomènes locaux. Mais lorsqu'on sacrifie les animaux, on trouve chez eux une atrophie du foie et de la rate.

Cette atrophie du foie et de la rate est, comme on sait, fréquente chez les tuberculeux; aussi l'auteur se demande-t-il si, chez l'homme, cette lésion ne doit pas être attribuée à l'action du diplocoque semi-lunaire.

R. ROMME.

Biot. *Nouvelle méthode de coloration intensive des bacilles de Koch* (*Compte-rendu de l'Association des anatomistes*, 3e session, Lyon-Nancy, 1901, p. 234). — Les lamelles sont préparées et fixées suivant la technique ordinaire. Dans une petite capsule de porcelaine, verser 5 à 6 centimètres cubes d'eau phéniquée à 2-3 pour 1.000, y ajouter 8 à 10 gouttes d'une solution alcoolique saturée de fuchsine, chauffer doucement jusqu'à l'apparition des premières bulles, plonger *un instant* la lamelle dans l'acide azotique au 1/5e, baigner longuement dans l'alcool jusqu'à décoloration aussi complète que possible, laver plonger dans un verre de montre contenant 2 à 3 centimètres cubes de solution commerciale de formol (à 40 p. 100). Les bacilles sont colorés en violet-noir. La teinte est d'autant plus foncée que le séjour dans le formol a été plus long; deux à quatre minutes suffisent.

J. JOLLY.

PARASITOLOGIE

W. Sydney Thayer. *L'apparition du Strongyloïdes intestinalis dans les États-Unis* (*The Journal of experimental medicine*, 1901, Novembre, t. VI, n° 1, p. 75). — L'auteur fait d'abord une étude très complète des accidents causés par les parasites intestinaux de la famille des Angiostomidés, genre Strongyloïdes. Il rappelle que Normand fut le premier à décrire, en 1876, l'Anguillula stercoralis dans les selles des individus atteints de diarrhée de Cochinchine.

Bavay étudia plus complètement les caractères de ce parasite, et confirma les travaux de Normand.

Grassi (de Pavie), découvrit ensuite l'Anguillula intestinalis ou Strongyloïdes intestinalis dans le tractus digestif. Perroncito trouva l'Ankylostoma duodenalis, l'Anguillula stercoralis, et l'A. intestinalis dans les selles des ouvriers travaillant au percement du Saint-Gothard. Depuis, ces parasites ont été retrouvés un grand nombre de fois.

Sydney Thayer relate trois cas de diarrhée chronique, dont un mortel, causés par la présence des Strongyloïdes dans l'intestin. Ces cas étaient probablement originaires du Maryland et de la Virginie.

Comme dans les observations faites ailleurs sous des climats tempérés, ce qui prédominait c'était la transformation des embryons rhabditiformes en larves filariformes; le développement de générations sexuées était plus rare.

Cette découverte lui fait craindre que, outre le Strongyloïdes, l'Uncinaria duodenalis ne fasse aussi son apparition aux États-Unis; et il recommande l'examen systématique des selles dans les cliniques et la clientèle.

M. LABBÉ.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

A. Schutze. *Action des antipyrétiques sur la marche des maladies infectieuses* (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrankh.*, 1901, Vol. XXXVIII, fasc. 2, p. 205). — L'auteur a étudié dans son travail la façon dont les injections sous-cutanées d'antipyrine agissent sur l'apparition des agglutinines et des substances immunisantes dans le sérum des lapins inoculés dans une veine de l'oreille avec des cultures de typhiques virulentes. Les recherches faites dans cette direction sur deux séries de lapins, dont les uns étaient seulement inoculés avec des cultures typhiques, tandis que les autres étaient en même temps soumis aux injections quotidiennes d'antipyrine, ont montré que celles-ci n'exerçaient aucune influence sur la réaction spécifique de l'organisme infecté, c'est-à-dire sur la formation des agglutinines et des substances immunisantes.

L'auteur estime donc que, dans les maladies infectieuses, les antipyrétiques sont nuisibles, non pas parce qu'ils empêchent la formation de substances immunisantes dans l'organisme, mais parce qu'ils exercent une action paralysante sur le cœur et les centres nerveux.

R. ROMME.

C. Tonzig. *Lavage de l'organisme dans l'infection tétanique expérimentale* (*Münch. med. Wochenschr.*, 1901, n° 41, p. 1601). — L'auteur a fait ses recherches sur des lapins inoculés avec des cultures ou des toxines tétaniques et traités ensuite par des injections intra-péritonéales massives (90 à 130 centimètres cubes) de sérum artificiel. Ces recherches ont montré :

1° Que l'emploi des injections intra-péritonéales de solutions physiologiques de chlorure de sodium, destinées à réaliser un lavage de l'organisme, n'arrête pas la marche du tétanos expérimental;

2° Que l'échec de cette méthode prouve que la toxine tétanique agit en se fixant sur les cellules de l'organisme;

3° Que lorsque l'intoxication tétanique expérimentale est réalisée d'une façon progressive, le lavage de l'organisme par la voie intra-péritonéale retarde la mort de quelques jours.

R. ROMME.

Helen Baldwin. — *Étude expérimentale de l'oxalurie et de son origine fermentative.* (*The Journal of experimental medicine*, 1901, Octobre, t. V, n° 1, p. 27.) — L'existence de l'acide oxalique dans l'urine et la provenance de cette substance ont été l'objet d'interprétations diverses, les uns, comme Prout, Golding Bird et Begbie, pensant que l'oxalurie indiquait une diathèse particulière, tandis que d'autres, avec Dunlop, soutenaient que l'acide oxalique excrété dans les urines provenait des aliments ingérés et ne se formait jamais dans l'organisme.

Comme des quantités variables d'oxalate de chaux peuvent se trouver en solution dans l'urine, les conclusions basées sur la présence ou la quantité de ces cristaux dans l'urine ne fournissent pas une indication exacte de la quantité d'acide oxalique présent.

D'ailleurs l'estimation quantitative de l'acide oxalique est très difficile et les diverses méthodes employées dans ce but laissent une part considérable à l'erreur.

Dans un régime mixte ordinaire, les aliments contiennent toujours des traces d'acide oxalique ou d'oxalates. Une partie de l'acide oxalique ingéré peut être absorbée et reparaître sans changement dans l'urine.

L'excrétion journalière normale d'acide oxalique par l'urine varie, avec la quantité ingérée dans l'alimentation, de quelques milligrammes à deux ou trois centigrammes, restant en général au-dessous de dix milligrammes.

Dans l'état de santé, tout l'acide oxalique des urines provient de l'alimentation. Il ne s'en forme pas, ou seulement des traces, dans l'organisme.

Dans un certain nombre d'affections, associées généralement à l'hypochlorhydrie ou à l'anachlo-

rhydrie gastrique, l'acide oxalique se forme dans l'organisme. Cette production est due aux fermentations digestives; certaines expériences le démontrent : ainsi des chiens nourris pendant longtemps avec des quantités excessives de glucose présentent parfois de l'oxalurie; cette oxalurie expérimentale est associée avec une gastrite muqueuse et avec l'anachlorhydrie : oxalurie et gastrite sont dues aux fermentations favorisées par le sucre.

Les symptômes de la diathèse oxalique, à l'exception de ceux qui sont dus à l'irritation du tractus génito-urinaire, paraissent dépendre beaucoup moins de la présence dans l'organisme des oxalates dissous que des autres produits de fermentation et de putréfaction.

M. Labbé.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

R. Hutchinson et J.-R. Macleod. *Excrétion alloxurique dans un cas de leucopénie* (*The Journal of experimental medicine*, 1901, t. V, n° 6, p. 541). — On sait que l'excrétion d'acide urique est augmentée dans certains cas de leucémie; ce fait paraît se produire seulement dans la leucémie splénomédullaire et non dans la leucémie lymphatique; l'augmentation d'acide urique n'est donc point parallèle à l'augmentation du nombre des leucocytes.

L'observation de Hutchinson et Macleod, dans un cas de leucopénie, prouve aussi que la diminution du nombre de leucocytes n'entraîne pas une diminution de l'excrétion urique. Dans un cas de fièvre de Malte, les leucocytes étaient tombés au chiffre de 1.500 à 3.000 par millimètre cube; cependant l'urine contenait une proportion normale de corps alloxuriques et d'acide phosphorique.

M. Labbé.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

F. Marsoo. *Du phlegmon ligneux* (*Thèse*, Paris, 1901). — Le phlegmon ligneux, décrit pour la première fois par M. Reclus, est une inflammation chronique qui, longtemps confondue avec la tuberculose et le cancer, siège le plus souvent au cou, plus rarement à la région abdominale ou en d'autres points. Cette inflammation chronique n'est pas le fait d'un microbe spécifique; elle peut être produite par tous les microbes habituellement ou accidentellement pathogènes, et sans doute par suite de leur quantité moindre et de leur violence atténuée; elle se distingue de l'inflammation aiguë par le mode de réaction des tissus : c'est, en effet, la prolifération des tissus élastique et conjonctif que l'on observe.

Cliniquement, le phlegmon ligneux est caractérisé par une plaque indurée, profonde ou superficielle, presque toujours limitée, dans ce dernier cas, par un bourrelet plus appréciable au palper qu'à la vue. La rougeur vineuse n'apparaît que lorsque la peau devient adhérente à la plaque indurée profonde. L'évolution est extrêmement lente et la masse s'accroît en général sans fièvre et sans phénomènes généraux appréciables : les signes du phlegmon aigu font défaut ou sont très atténués; le gonflement et la rougeur ne manquent jamais, mais la chaleur est minime et la douleur le plus souvent nulle. Au bout de quelques semaines ou de quelques mois, l'œdème apparaît et des foyers de suppuration se forment qui peuvent évoluer séparément ou se réunir en une collection unique. L'affection peut ainsi se terminer par simple résolution.

Le diagnostic est surtout difficile au début et on ne devra pas se laisser égarer par les ressemblances qu'offre le phlegmon ligneux au début avec le squirrhe en cuirasse, et, au cours de son évolution avec l'actinomycose.

Au point de vue thérapeutique, on peut soit inciser et drainer, soit pratiquer avec la pointe fine du thermo-cautère de longues et profondes traînées : cette dernière méthode a le désavantage de laisser à sa suite des cicatrices disgracieuses.

C. Jarvis.

MÉDECINE

Duponchel. *Des souffles cardiaques d'origine adhérentielle* (*Arch. de méd. et de pharm. mil.*, 1901, Octobre). — L'auteur rapporte un grand nombre d'observations cliniques, qui établissent d'une façon indéniable que des souffles au cœur, indépendants d'une lésion des éléments cellulaires de l'endocarde, existent fréquemment en coïncidence avec des adhérences pleuro-péricardiques. Ressemblant beaucoup aux souffles cardio-pulmonaires de Potain par leur siège (2e et 3e espace intercostal gauche), leur variabilité de timbre, d'existence même, et suivant la position du sujet, ils en diffèrent par un signe important, à savoir : une hypertrophie légère, mais constante du cœur; ce symptôme s'explique par le fait du rétrécissement transitoire de l'artère pulmonaire; il y a lutte du cœur, aussi minime qu'elle soit; par suite. Il y a gêne fonctionnelle, donnant lieu à quelques palpitations, un essoufflement facile, d'où certaines précautions à prendre. Leur pronostic, tout en restant bénin, l'est beaucoup moins cependant que dans les cas de souffles cardio-pulmonaires purs.

Pour distinguer ces souffles d'origine adhérentielle, Duponchel propose de les appeler « souffles cardiaques extrinsèques d'origine adhérentielle ».

G. Fischer.

CHIRURGIE

J. Dzirné. *Deux cas de trépanation pour épilepsie avec formation de volet d'après Kocher* (*Khirurghia*, 1901, Octobre, n° 58, p. 351). — Dans un de ces cas, il s'agit d'épilepsie grave s'étant manifestée dès le plus jeune âge par des accès assez prolongés. Les mouvements des membres gauches étaient très gênés et inhabiles.

Après la trépanation, faite d'après le procédé de Kocher, les mouvements des membres gauches sont devenus notablement plus libres et plus adroits. Les accès sont, actuellement, à peine ébauchés et ne se montrent plus qu'une fois par mois (au lieu de trois ou quatre fois par semaine). L'opéré est en état de s'adonner à un travail très pénible. En somme, les résultats, s'ils ne sont pas absolument parfaits, sont cependant très encourageants.

Le second cas de l'auteur, malgré les résultats satisfaisants, paraît moins probant, car ici il semble s'agir plutôt d'hystéro-épilepsie que d'épilepsie vraie. Les accès se sont montrés à l'âge de trente-cinq ans, à la suite d'une émotion violente.

F. Eliacheff.

OBSTÉTRIQUE

Veit (Leyde). *Des indications relatives de l'opération césarienne.* (*Beiträge zur Geb. u. Gynäk.*, Bd. IV, Hft. 2, p. 315.) — Si les indications absolues de l'opération césarienne sont bien établies, ses indications relatives sont encore très discutées.

Veit cherche à démontrer que l'opération césarienne, faite d'après des indications relatives, doit être suivie d'une mortalité nulle, et ceci grâce à l'antisepsie parfaite et à la sûreté de la technique. Il insiste sur quelques points de technique, tels que l'anesthésie locale, la section de l'utérus, les sutures. Il craint l'inertie utérine et les hémorragies, et il n'opère qu'après le début des contractions. Les contractions utérines sont plus efficaces, d'après lui, pour arrêter l'hémorragie que les sutures ellesmêmes.

L'infection peut être d'origine opératoire, comme dans une opération quelconque, ou peut venir du canal génital. Cette seconde origine remet en question l'auto-infection. Cependant Veit défend le toucher pendant les trois semaines qui précèdent l'opération; il pense ainsi ne pas exalter la virulence des microbes du vagin.

Il termine par une comparaison entre l'opération césarienne, l'accouchement prématuré artificiel, la symphyséotomie et l'embryotomie sur l'enfant vivant. Il croit pouvoir conseiller l'opération césarienne pendant la grossesse, d'après des indications relatives, chez des femmes non touchées, et, par conséquent, non menacées d'infection.

G. Keim.

GYNÉCOLOGIE

E. Kehrer (Fribourg). *Contribution à l'anatomie pathologique de la salpingite de l'isthme.* (*Beiträge zur Geburtsh. u. Gynäk.*, Bd V, Hft. 1, 1901, p. 57.) — C'est l'étude d'une forme particulière de salpingite de l'isthme de la trompe, décrite par Chiari, Schauta, sous le nom de « salpingitis isthmica nodosa », en raison des tumeurs noueuses que présente l'isthme. Ces nodosités se retrouvent d'ailleurs dans la portion utérine de la trompe. Les premières ont surtout pour cause la gonococcie, les secondes la tuberculose. Ce sont ou bien des masses musculaires hyperplasiées, ou bien des kystes ou abcès isolés.

C'est une affection connexe de lésions inflammatoires des voies génitales, se présentant chez des femmes primi- ou pluripares, rarement chez les nullipares.

Presque toujours, les lésions sont généralisées à toute l'épaisseur de la paroi de la trompe. Il est toujours important de rechercher sur les coupes le gonocoque, le bacille de Koch ou les autres agents qui peuvent être l'origine des nodosités de la trompe.

G. Keim.

PÉDIATRIE

Dieudonné. *Origine de l'infection tuberculeuse chez les enfants* (*München. med. Wochenschr.*, 1901, n° 37, p. 1439). — On sait que, parmi les causes de l'infection tuberculeuse chez les petits enfants qui se traînent par terre, on compte la poussière qui se fixe sur les mains et qu'ils transportent dans leur bouche et leur nez.

Pour élucider ce point, M. Dieudonné a eu l'idée de nettoyer avec des éponges et de l'ouate stérilisées, trempées dans de l'eau, les mains et les fosses nasales de quinze enfants âgés de neuf mois à deux ans et demi, et d'examiner le liquide ainsi obtenu au point de vue de la présence des bacilles tuberculeux. A cet effet, le liquide était en partie injecté dans la cavité péritonéale des cobayes, en partie ensemencé, en partie examiné sous le microscope.

Sur 88 cobayes inoculés dans le péritoine, 20 ont succombé déjà au bout de deux ou trois jours avec des symptômes de péritonite provoquée par des pyogenes, le plus souvent par des streptocoques. La mort par tuberculose expérimentale a été notée dans 5 cas. Chez les autres cobayes sacrifiés, deux mois après l'inoculation on ne trouva pas de tuberculose.

Sur les 5 cobayes qui ont succombé à la tuberculose, 2 avaient été inoculés avec l'eau de lavage des mains d'un enfant dont les sécrétions nasales (également inoculées à des cobayes) ne contenaient pas de bacilles tuberculeux. Les mains et les sécrétions nasales d'un autre enfant contenaient également des bacilles tuberculeux virulents, car, sur quatre cobayes qui ont été inoculés avec le liquide de lavage de cet enfant, trois ont succombé à la tuberculose, le quatrième à une péritonite septique. Le père du premier enfant et la mère du second étaient tuberculeux.

Sur les cultures faites avec le liquide de lavage des mains de quinze enfants, on trouvait ordinairement des staphylocoques, des streptocoques, des saprophytes et des bacilles ressemblant sous le microscope, à ceux de la diphtérie; sur des préparations faites avec les sécrétions nasales, on trouva deux fois des bacilles acidophiles dont l'inoculation à des animaux resta sans résultat. Dans aucun cas on ne trouva de bacilles tuberculeux.

R. Romme.

L. Mage. *Influence du processus angineux sur le cycle thermique de la scarlatine* (*Thèse*, Paris, 1901. — Cette étude de la scarlatine est basée sur 525 observations recueillies par M. Variot à l'hôpital Trousseau; elle semble, au point de vue clinique, vérifier la discussion, surtout théorique, soulevée par Berfé en ce qui concerne la pathogénie amygdalienne, angineuse, de la scarlatine.

Après avoir étudié séparément l'éruption, la fièvre et l'angine dans la scarlatine, M. Mage étudie l'influence réciproque de ces trois grands éléments cliniques de la scarlatine. Pour cela, sur les 525 cas, il élimine 122 cas ayant présenté des complications. Restent 403 scarlatines normales pouvant servir à l'étude de l'influence de l'éruption, de la fièvre et de l'angine les unes sur les autres; 286 cas sont encore éliminés, parce que la marche des trois facteurs en question a été exactement parallèle. En fin de compte il n'y a plus que 107 observations qui puissent être utilisées pour permettre de vérifier si c'est bien le processus angineux qui exerce son influence prédominante sur le cycle thermique. Sur ces 107 cas, 95 sont favorables à cette hypothèse, 12 sont négatifs.

Cet intéressant travail nous semble avoir une tendance un peu trop grande à réduire la scarlatine à une angine de nature particulière présentant des phénomènes éruptifs et généraux spéciaux. Voici les conclusions de l'auteur :

1° L'angine semble avoir le plus souvent l'influence prédominante sur la marche de la température de la scarlatine *normale*;

2° La courbe thermique de la scarlatine normale suit les variations de l'angine bien plus que celles de l'éruption;

3° Dans les cas de *scarlatine sans éruption*, la fièvre est variable, suivant l'état de la gorge;

4° Dans les cas de *scarlatine apyrétique*, les lésions pharyngées sont le plus souvent minimes;

5° Les cas de *scarlatine grave, hypertoxique*, semblent échapper à la loi de l'évolution parallèle de l'angine et de la fièvre;

6° Si l'éruption de la scarlatine doit conserver son importance au point de vue du *diagnostic*, c'est l'angine qui doit occuper le premier rang au point de vue du *pronostic* et du *traitement* de cette affection.

L. Tollemer.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

J. Le Gall. ***Contribution à l'étude des gangrènes cutanées d'origine hystérique*** (*Thèse*, Paris, 1902, Janvier). — Il existe chez certaines hystériques des lésions de gangrène cutanée, à symptômes bien caractérisés, à étiologie et à évolution bien spéciales. Cette gangrène ne survient, comme les autres troubles trophiques cutanés de même nature, que chez les hystériques présentant les manifestations de ce que Gilles de la Tourette a appelé la « diathèse vaso-motrice » (congestions, œdèmes, hémoptysies, hématémèses, etc.). Elle apparaît souvent en l'absence de tout traumatisme initial, de tout grattage: un choc moral, un acte purement psychique peut suffire à la provoquer.

Elle s'annonce d'ordinaire par un léger malaise général et par une douleur parfois vive localisée en un point quelconque de la peau; puis cette douleur disparaît et à sa place survient une éruption pemphigoïde ou érythémateuse, qui s'entoure d'une zone d'œdème hystérique, et qui ne tarde pas à se transformer en plaque de gangrène. Les dimensions de l'escarre, qui est en général ovale, varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'un œuf et plus. Après la chute de l'escarre, il reste une ulcération dont les bords sont nets, taillés à pic, et le fond rouge livide. La cicatrisation est très longue; quand la perte de substance a été profonde, la cicatrice est indélébile, parfois chéloïdienne: quand l'épiderme seul a été intéressé, il ne reste pas de cicatrices. Les lésions peuvent être multiples, simultanées ou successives.

En ce qui concerne le traitement de ces lésions il faudra d'abord ne compter sur aucune médication locale, tonique ou spécifique. Puisqu'on a toujours affaire à des hystériques, il conviendra d'avoir recours au traitement général de l'hystérie: isolement, hydrothérapie, électricité sous ses différentes formes, etc.; mais avant tout il faudra soigner le moral des malades. C'est le traitement psychique, en effet, qui, jusqu'ici, a donné les résultats les plus appréciables dans le traitement de cette affection.

J. Dumont.

VÉNÉRÉOLOGIE

G.-E. Cruchaudeau. ***Contribution à l'étude clinique de la syphilis conceptionnelle au point de vue oculaire*** (*Thèse*, Paris, 1901). — Voici les conclusions que l'auteur tire de son intéressant travail: La syphilis conceptionnelle se comporte, au point de vue oculaire, comme la syphilis ordinaire.

L'état grisâtre de la papille, constaté chez des vieillards dont l'acuité visuelle est mauvaise, se retrouve chez les spécifiques jeunes à l'état de stigmate, avec les mêmes conséquences, ce qui montre bien l'action sénilisante de la syphilis sur la papille comme sur le reste du fond de l'œil.

Cette action sénilisante explique probablement l'hypermétropie précoce que nous avons constatée fréquemment dans nos observations.

De même encore avons-nous observé les mêmes particularités chez nos spécifiques et chez les vieillards pour la vision du vert et du bleu.

M. Antonelli avait soupçonné la syphilis congénitale d'être une cause fréquente d'amblyopie et de myopie monoculaire; nous avons constaté l'influence de la syphilis sur la myopie, et nous rapportons deux observations de myosis monoculaire forte, et d'autres observations de myopie forte et faible dans nos syphilis ordinaires et conceptionnelles.

Dans un de nos cas de syphilis ordinaire, nous avons constaté une atrophie partielle du nerf optique.

Suivant la recommandation de Terson, d'Antonelli, etc., la thérapeutique des manifestations oculaires de la syphilis doit toujours être entreprise.

Le traitement de l'atrophie tabétique du nerf optique par le nitrite de soude ne nous a donné aucun résultat dans les trois cas que nous avons soignés (syphilis conceptionnelle et syphilis acquise).

A. Schwab.

FACULTÉ DE PARIS

Exercices opératoires. — Sous la direction de M. le prof. Berger et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire, M. Ombredanne, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration de médecine opératoire le lundi 3 Mars, à 1 h. 1/4 précise, pavillon n° 6, à l'École pratique.

Médecine opératoire spéciale. — M. Guibé, prosecteur, ouvrira, le mercredi 12 Mars prochain, à 1 h. 1/4 un cours sur la *Chirurgie du tube digestif et de ses annexes*.

1° Cure radicale de la hernie inguinale; cure radicale de la hernie crurale.

2° Traitement de la hernie ombilicale; traitement des éventrations; technique des laparotomies.

3° Traitement des hernies étranglées: kélotomie, bouton de Murphy, entéro-anastomoses.

4° Anus artificiel temporaire (occlusion intestinale): anus artificiel définitif (cancer du rectum).

5° Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen; technique des sutures intestinales; résection de l'intestin.

6° Œsophagotomie; gastrostomie.

7° Gastro-entérostomie; pylorectomie.

8° Traitement de l'appendicite; traitement des hémorroïdes; traitement du cancer du rectum; extirpation du rectum par voie périnéale et par voie sacrée.

9° Extirpation du cancer de la langue.

10° Chirurgie du foie; suture; cholécystostomie; cholécystectomie; cholédocotomie.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations, sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis: les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs. S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Bordeaux. — Dans le dernier Conseil de la Faculté on a procédé aux élections pour le renouvellement de nouvelles Commissions. Ont été nommés:

Commission scolaire: MM. de Nabias, Arnozan, Masse, Badal, Sigalas.

Commission de l'enseignement: MM. Jolyet, Pitres, Ferré, Coyne, Lanelongue, Blarez, Bergonié, Denigès.

Commission du musée: MM. Pitres, Vergely, Coyne, Demons, Masse, Sigalas.

HOPITAUX ET HOSPICES

Consultations externes dans les hôpitaux et hospices. — Médecine, chirurgie générales. — Tous les jours (dimanches et fêtes compris) dans les établissements ci-après (entrée du public de 8 heures à 9 heures du matin).

1° *Adultes.* — *Hôtel-Dieu*: Médecine, M. Jules Renault; chirurgie, M. Marion.

Pitié: Médecine, M. Claude; chirurgie, M. Michon.

Charité: Médecine, M. Legry; chirurgie, M. Launay.

Saint-Antoine: Médecine, M. Macaigne; chirurgie, M. Thiéry.

Necker: Médecine, M. Teissier; chirurgie, M. Legueu.

Cochin: Médecine, M. Aviragnet; chirurgie, M. Rieffel.

Beaujon: Médecine, M. Bruhl; chirurgie, M. Lyot.

Lariboisière: Médecine, M. Gouget; chirurgie, M. Beurnier.

Tenon: Médecine, M. Lamy; chirurgie; M. Savariaud.

Laënnec: Médecine, M. Enriquez; chirurgie, M. P. Riche.

Bichat: Médecine, M. Soupault; chirurgie, M. Chevalier.

Andral: Médecine seulement, M. Dufour.

Broussais: Médecine, M. Caussade; chirurgie, M. Auvray.

Boucicaut: Médecine, M. F. Bezançon; chirurgie, M. Demoulin.

Saint-Louis: Chirurgie seulement, M. Guillemain.

Salpêtrière: Chirurgie seulement, M. O. Lenoir, assistant de consultation suppléant. (La consultation n'a lieu que les lundi, jeudi et dimanche.)

2° *Enfants.* — *Enfants-Malades*: Médecine, lundi, 9 heures, prof. Grancher; mardi, 9 heures, M. Comby; mercredi, 9 heures, M. Richardière; jeudi, 9 heures, M. Variot; vendredi, 10 heures, M. Moizard; samedi, 9 heures, M. Marfan; dimanche, 9 heures, à tour de rôle par les six médecins. — Chirurgie: Lundi, mardi, jeudi, samedi, 10 heures, M. Lannelongue; mercredi, vendredi, 9 heures, M. Brun; dimanche, 9 heures, à tour de rôle par les deux chirurgiens.

Bretonneau: Médecine, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, M. Sevestre; mardi, jeudi, samedi, 9 heures, M. Josias; dimanche, 9 heures, à tour de rôle par les deux médecins. — Chirurgie: Tous les jours, 9 heures, M. Félizet.

Trousseau: Médecine, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, M. Netter; mercredi, jeudi, samedi, 9 heures, M. Louis Guinon; dimanche, 9 heures, à tour de rôle par les deux médecins. — Chirurgie: Tous les jours, 9 heures, prof. Kirmisson.

Hérold: Médecine, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, M. H. Barbier; mardi, jeudi, samedi, 9 heures, M. Jeanselme; dimanche, 9 heures, à tour de rôle par les deux médecins. — Chirurgie: Tous les jours, 9 heures, M. Albarran.

Enfants-Assistés: Médecine, lundi, mercredi, vendredi, 10 heures, M. Hutinel. — Chirurgie: Mardi, jeudi, samedi, 10 heures, M. Jalaguier.

Tenon: Chirurgie, tous les jours, 9 heures, M. Broca.

Hôpitaux d'Indo-Chine. — On construit dans l'île d'Haïnan un hôpital destiné aux indigènes et dirigé par des médecins français, sur un terrain donné par le vice-roi de Canton.

NOUVELLES

Paris et Départements

Institut Pasteur. — M. Eugène Cleisen vient de léguer à l'Institut Pasteur une somme de 50.000 francs.

Corps de santé militaire. — Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale:

Au grade de médecin-major de 2e classe de réserve: MM. Vigier, Husson, médecins-majors de 2e classe de l'armée active démissionnaires, et MM. Pesquerel, Kourislky, Mottel, Lamy, Gebbard, Bourdissieu, de Valmont, Recours, Chaffal, Chimot, Pradines, Verstraete, Faivre, Gravier, Bayle, Dorion, Mulon, Montagnard, Petit, Malartic, Bonnefont, Auvray, Ferry, Pallizza, Perreau, Quenendu, Depoutre, Chancellay, Tillé, Roux, Bréavoine, Lemonnier, Sayol, Ricôme, Wacogne, Jean, Péhu, Emery, Tribet, Tarnaud, Appruillé, Maucotel, de Cisternes, Bidel, Jardin, Vallée, Servel, Sénès, Platey, Defossez, Blanc, Rascalou, Bonamy, Devaux, Schmitt, Frison, Bonne, Barge, Dusauls, Coudret, Barbin, Landard, Decloux, Prestelle, Maes, Dubarry, Bouroullec, Picandet, Polaillon, Teysseyre, Ruflier, Quillon, Guerbé, Roux, Benoist, Favalelli, Etienne, Poncin, Blanc, Bourier, Rousseau, Chevallier-Joly, Larger, Duballen, Varenne, Rocher, Grasseteau, Adeline, Bour, Luigé, Delasseigne, Lombard, Fabre, Fouquet, Acheray, Defossez, Deldalle, Bargues, Ponte, Leduc, Vandeputte, Le Guichaoua, Raffier, Page, Olmer, Rey, Bouvier, Lancou.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale: MM. Krauss, Coulomme-Labarthe.

Corps de santé de la marine. — MM. les médecins de 2e classe dont les noms suivent sont désignés pour occuper les emplois sédentaires ci-après: Viguier, aux Forges de la Chaussade, à Guérigny; Delaporte, à l'établissement d'Indret; Merleau-Fonty, comme officier surveillant à l'école de Bordeaux; Donnart, à la fonderie de Ruelle; en remplacement de MM. Jouvenceau, Nouaille-Degorce, Renault et Arnoult, passés au corps de santé des troupes coloniales.

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Faucheraud, médecin aide-major de 1re classe auxiliaire, est nommé médecin aide-major de 1re classe. MM. Dupin, Peltier, Le Pape, Montfort, Gaillard, Devy, élèves de l'école principale du service de santé de la marine, sont nommés à l'emploi de médecin aide-major de 1re classe stagiaire. M. Bernel est nommé à l'emploi de médecin stagiaire.

La commission de la repopulation. — La section de la commission de la repopulation, chargée d'étudier les questions concernant la mortalité, s'est réunie au ministère de l'intérieur sous la présidence du professeur Lannelongue. Elle a chargé plusieurs de ses membres de rédiger des rapports qui serviront de base à ses travaux ultérieurs.

Ont été désignés comme rapporteurs :

Pour la puériculture, depuis la conception jusqu'à la naissance, M. Pinard.

Pour la mortalité des enfants de zéro à un an, M. Budin.

Pour la mortalité des enfants de un à quatorze ans, M. Variot.

Pour la mortalité des adultes, M. A.-J. Martin.

Pour la mortalité professionnelle dans les milieux collectifs, M. Landouzy.

Pour la mortalité dans l'armée métropolitaine, l'armée de mer et l'armée coloniale, M. Labbé.

Pour l'étude comparée des lois de protection de la santé publique en France et à l'étranger, M. Borne, député.

Pour la mortalité dans ses relations avec la natalité, M. Bertillon.

Enseignement pratique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Leredde commencera le samedi 1er Mars, à 5 heures du soir, pour les continuer les mardis, jeudis et samedis suivants, un deuxième cours de thérapeutique pratique des maladies cutanées et syphilitiques.

Ces conférences seront ouvertes à tous les médecins et étudiants; elles auront lieu à la clinique, 9, rue Beudant, près de la rue de Rome.

Prix du cours 40 francs. Le nombre des leçons sera de 25.

S'inscrire à l'Etablissement dermatologique de Paris, 4, rue de Villejust (Téléphone 535-56).

Association internationale de la Presse médicale. — La réunion des délégués de l'*Association internationale de la Presse médicale* aura lieu le 7 avril prochain à Monte-Carlo, sous les auspices de S.A.S. le prince de Monaco.

Les délégués nationaux, désignés dans chaque pays par les Associations de Presse médicale existantes, arrêteront le texte des statuts de l'*Association internationale de la Presse médicale* et de la convention réglant le respect de la propriété littéraire dans les publications scientifiques.

A cet effet, sera adressé prochainement à chaque Association un rapport reproduisant les divers projets présentés, notamment le projet français et le projet allemand déjà arrêtés.

A Monte-Carlo sera également discuté un projet de création d'un bureau international permanent, organisé à l'image des agences d'informations politiques, et recevant les résumés des travaux médicaux du monde entier (résumés rédigés par les auteurs pour les répartir entre tous les journaux faisant partie de l'Association internationale).

Les malades non indigents dans les hôpitaux. — Dans sa dernière séance, la Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux a entendu le rapport de M. Courtin sur les indemnités médico-chirurgicales à réclamer aux blessés des accidents du travail hospitalisés. Le rapport s'est aussi occupé des honoraires à réclamer pour les soins médicaux et chirurgicaux aux différentes catégories de payants de l'hôpital Saint-André. Le nombre des payants, pour un des derniers exercices, s'élève au chiffre considérable de 1.400. Le rapporteur demande qu'on applique à ces malades le tarif girondin pour les opérations et de l'assistance médicale gratuite pour les soins médicaux. Ce serait un moyen de rendre les hôpitaux aux indigents et de faire cesser les abus déplorables dont les administrateurs et le bien des pauvres ont été l'objet depuis si longtemps. Il appartiendrait à l'Administration de faire connaître l'application de ces tarifs à tout malade payant au moment de son entrée à l'hôpital, de percevoir ces différents tarifs et de constituer une caisse qui servirait à donner une indemnité annuelle à chaque chef de service des hôpitaux et hospices de Bordeaux. Les conclusions du rapport ont été adoptées, et l'Administration des hospices, depuis longtemps préoccupée des abus qui se produisaient, va réglementer cette question dont elle admet en principe l'application.

Société de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux. — Dans sa dernière séance, cette société a constitué son bureau pour l'année 1902 de la façon suivante : MM. Boursier, président; A. Moussous et Hirigoyen, vice-présidents; Chavannaz, secrétaire général; Rivière, trésorier; Gourdon, secrétaire des séances.

Le Syndicat médical de la Marne. — Le Syndicat médical de la Marne (section d'Epernay) a réélu MM. Verron, président: Dunand, vice-président; Chéruy et Patenôtre, assesseurs; Evrard, secrétaire-trésorier.

Étranger

Distinctions honorifiques. — M. Léon Berthenson, médecin honoraire de S. M. l'Empereur de Russie, directeur médical honoraire de l'hôpital français de Saint-Pétersbourg, vient d'être nommé commandeur de la Légion d'honneur.

Le médecin du Shah. — M. Elezarian Randolph, qui pratiquait anciennement à New-York, vient d'être nommé médecin personnel du shah de Perse.

Les honoraires d'un médecin américain. — Si les fortunes sont colossales aux Etats-Unis, il faut dire aussi que la vie et même la mort y coûtent des prix fous. C'est ainsi que le Dr Browning (de Philadelphie) vient de présenter aux héritiers du sénateur Magee (de Pittsburg) une note d'honoraires dont le chiffre s'élève à 950.000 francs « pour soins donnés au défunt pendant sa dernière maladie ».

Pour avoir aidé à mourir même un sénateur et un millionnaire, en l'accompagnant pendant vingt et un mois dans tous ses déplacements, le Dr Browning est arrivé à un total d'addition qui a paru plutôt raide à la famille, laquelle proteste contre ces prétentions.

Bien que n'ayant pas osé aller jusqu'au million, cette note fantastique paraît tenir le record.

Les étudiantes d'Heidelberg. — Les nombreuses jeunes filles qui suivent les cours de l'Université de Heidelberg ont décidé de constituer une corporation analogue à celle des étudiants allemands.

Comme ceux-ci, elles auront un képi de couleur, et une sorte d'écharpe en bandoulière; de même elles fréquenteront la salle d'armes.

Quant à la consommation obligatoire de la bière, il n'en est pas parlé dans les statuts.

Une tasse de thé et une inoculation. — L'épidémie de variole qui sévit en ce moment à Londres a été la cause d'une curieuse innovation dans les « afternoon teas » ou thés de l'après-midi. Quelques dames du West-End, en quête d'une nouvelle distraction, ont lancé les cartes d'invitation suivantes :

« Mme A... est priée de venir à 4 heures prendre une tasse de thé chez Mme B... Le docteur C... sera présent. On vaccinera. »

Les invitées (le sexe fort n'est représenté à ces réunions que par le docteur) s'assemblent à 4 heures.

A 5 heures, elles se soumettent à l'opération qui doit défendre leur beauté contre l'épidémie si terrible aux jolis visages. On assure que cette nouvelle forme de réception a été accueillie avec faveur par les dames du monde qui sont dans le mouvement.

CONCOURS

Internat. — *Anatomie.* — Séance du 18 Février : MM. Oppert, 10; Chastagnol, 8; Ripart, 6; Sénéchal, 8; Bloch, 7; Tixier (L.-J.), 7; Morel, 8; Corlieu, 5; Küss, 6. — *Absents* : MM. Gruget, Tausard, Caruette.

Séance du 20 Février : MM. Mahoudeau, 7; Villebrun, 5; Le Sourd, 9; Béclard, 7; Teisseire, 7; Besnier, 3; Baldenweck, 7; Vidal, 4; Bréchot, 10.

Pathologie. — Séance du 19 Février. — MM. Jacquemin, 11; Gros Devaud, 7; Nivet, 8; Genévrier, 9; Deshayes, 8; Labouré, 4; Boisseau, 11; Stettiner, 4; André, 6; Thaon, 10. — *Absents* : MM. Roblin, Royer, Lemaire (Louis), Lagleize.

Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. — Le 17 Novembre prochain s'ouvrira devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales à l'école de plein exercice de médecine et pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole du service de santé militaire. — Le 20 Juin prochain s'ouvrira le concours d'admission à l'école du service de santé militaire établie près la Faculté de médecine de Lyon.

La liste d'inscription ouverte dans les préfectures de chaque département sera irrévocablement close le 24 Mai au soir.

Les demandes de bourse doivent être déposées par les familles intéressées à la préfecture, du 1er au 24 Mai au soir.

Prix de « Craig Colony ». — Le conseil des directeurs de « Craig Colony » réuni à Songea, Etat de New-York, ouvre un concours pour l'année 1902 sur le sujet suivant : *Histoire clinique et traitement de l'épilepsie.*

M. Frederic Peterson, de New-York, offre un prix de 5.000 francs au meilleur mémoire original et inédit sur ce sujet.

Le concours est ouvert aux médecins du monde entier. Tous les manuscrits doivent être rédigés en anglais. Ils doivent être accompagnés d'une enveloppe cachetée contenant le nom et l'adresse de l'auteur, et portant comme suscription un proverbe ou une devise reproduits d'autre part sur le manuscrit.

Les manuscrits doivent être adressés à M. Frederic Peterson, 4 West 50 th. St. New York City, avant le 30 septembre 1902. L'attribution du prix sera décidée sur l'avis du jury, à la réunion annuelle des directeurs de « Craig Colony », le 14 octobre 1902.

L'envoi couronné restera la propriété de « Craig Colony », et sera publié dans ses bulletins médicaux.

RENSEIGNEMENTS

Répertoire thérapeutique

Les théories nouvelles proposées pour expliquer la pathogénie de la chlorose font jouer un grand rôle à la sécrétion interne de l'ovaire. MM. Spillmann et Etienne au Congrès de Nancy (1896), Etienne et Demange au Congrès de Montpellier (1898) ont développé une théorie d'après laquelle la sécrétion interne normale de l'ovaire ne se faisant pas, il y aurait une auto-intoxication spéciale, une viciation de la nutrition générale se manifestant par la chlorose, de même que l'insuffisance thyroïdienne se traduit par le myxœdème. Si la chlorose est le résultat de l'insuffisance ovarienne, l'opothérapie ovarienne est le traitement logique de la chlorose. Et, en effet, la clinique a pleinement confirmé ces vues théoriques : d'une façon constante, chez les malades traitées par ces auteurs, les manifestations chlorotiques ont très rapidement cédé au traitement.

Les capsules ovariques de Vigier contiennent 0 gr. 20 de substance ovarienne; elles permettent de faire prendre à l'insu de la malade, si on le désire, l'ovaire en nature, c'est-à-dire n'ayant subi aucune modification chimique ou thermique susceptible de détruire tout ou partie de la substance active. Elles ne présentent pas, comme les tablettes et les poudres préparées par dessiccation, les dangers d'une conservation difficile ou douteuse, ni, comme les principes dissociés chimiquement et plus ou moins bien définis, l'inconvénient de ne posséder qu'une efficacité partielle qui suffit à expliquer certains insuccès. Elles sont parfaitement tolérées, et la dose, qui est de deux à six capsules par jour, peut-être augmentée sans inconvénient; mais, en général, des doses plus fortes ne sont pas nécessaires.

Guerder notamment rapporte le cas d'une femme qui, arrivée à la ménopause, éprouvait des névralgies, des phénomènes congestifs, des sueurs profuses, des vertiges. Deux capsules ovariques de Vigier, soit 0 gr. 40 d'ovaire frais par jour, firent cesser les troubles après trois jours de traitement; la malade a continué ensuite la médication en prenant deux capsules tous les trois jours, et les symptômes n'ont pas reparu.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 17. — Mercredi, 26 Février 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE
Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

ARTICLES

A PROPOS DU CONCOURS DE MÉDECINE DES HOPITAUX

Six places de médecin des Hôpitaux de Paris sont actuellement mises au concours. Pour ces six places, soixante-six concurrents sont en présence. On parle tant, et de façons si diverses, de la difficulté du concours, du temps qu'il faut pour arriver, qu'il m'a paru intéressant de donner à ce propos quelques chiffres.

* * *

Voyons d'abord quelle est l'ancienneté des candidats?

L'ancienneté est déterminée par la date à laquelle les candidats ont passé leur thèse.

Trois d'entre eux seulement sont docteurs d'avant 1890 : l'un de 1885, un autre de 1887, le troisième de 1889. Un seul est de 1890; aucun de 1891, deux de 1892. Ce qui fait, en somme, six candidats, docteurs depuis plus de dix ans.

La grande majorité a donc moins de dix ans de doctorat. Et, si l'on entre dans le détail, on voit que deux sont docteurs de 1893, cinq de 1894, six de 1895, sept de 1896, neuf de 1897, neuf de 1898, onze de 1899, onze de 1900.

Mais l'année du doctorat ne donne pas le nombre d'années depuis lequel le candidat concourt. Les règlements de l'Assistance publique de Paris portent, en effet, que pour être admis à concourir au titre de médecin des Hôpitaux, le candidat doit avoir cinq années de doctorat, à moins qu'il ait passé quatre ans comme interne dans les Hôpitaux, auquel cas une année de doctorat seulement est exigée.

Depuis bien longtemps, il n'est pas arrivé au grade de médecin des Hôpitaux un seul docteur qui n'ait pas été interne; il en est de même d'ailleurs parmi les accoucheurs; parmi les chirurgiens, deux sont simples docteurs : l'un a appartenu à l'armée, l'autre à la marine. On peut donc dire que le corps médical des Hôpitaux ne fait qu'un an de stage de doctorat. Par conséquent, pour calculer depuis combien d'années les candidats concourent, il n'y a qu'à enlever un an au chiffre qui représente la différence entre cette année-ci, 1902, et l'année de doctorat.

On verra alors qu'un candidat concourt depuis seize ans; un depuis quatorze ans; un depuis douze ans; un depuis onze ans; deux depuis neuf ans; deux depuis huit ans. A partir de ce moment les chiffres augmentent, et montrent que cinq candidats concourent depuis sept ans; six depuis six ans; sept depuis cinq ans; neuf depuis quatre ans; dix depuis trois ans; quatorze depuis deux ans. Enfin, huit candidats se sont fait inscrire cette année pour la première fois.

Dans ces diverses périodes de temps, combien de concours les candidats ont-ils eu à subir?

Dorénavant, le calcul sera simple, puisqu'il n'y a plus qu'un concours par an. Mais ce nouveau règlement est de date récente; auparavant, il y avait presque continuellement des concours : l'un était à peine terminé, qu'un autre était bientôt annoncé. On trouvera donc pour les candidats un chiffre de concours plus élevé que celui des années où ils ont concouru depuis leur doctorat.

Ceci étant, on voit que trois candidats ont fait plus de 20 concours, à savoir : un 26 concours; un 22; un 21. Trois candidats en ont fait 15 à 20. Ayant fait de 10 à 15 concours, on trouve onze candidats; dix-huit de 5 à 10 concours; vingt-trois de 2 à 5. Enfin huit candidats sont à leur premier concours.

Combien, sur les soixante-six candidats, y en a-t-il qui aient été antérieurement admissibles?

Quatorze ont d'anciennes admissibilités, sur lesquels cinq en ont plusieurs et neuf n'en ont qu'une.

Des cinq candidats ayant plusieurs admissibilités, l'un en a eu 6 sur 26 concours; deux en ont eu 3, l'un sur 17, l'autre sur 18 concours; deux en ont eu 2, l'un sur 12, l'autre sur 21 concours.

Des neuf candidats ayant une seule admissibilité, un seul n'a que 2 concours, un en a 3, un autre en a 4, tous les autres ont 8, 9 et même 12 concours.

A côté des admissibles, il faut placer un certain nombre de candidats qui ont bien obtenu dans certains concours le point d'admissibilité, mais qui n'ont pas été proclamés admissibles, parce que le nombre de places était atteint avant qu'on soit arrivé à leur rang d'ancienneté.

On peut noter les noms de 17 candidats ayant été dans ces conditions : deux s'y sont trouvés 3 fois, quatre 2 fois, les autres 1 fois seulement.

***

Tels sont les quelques chiffres que j'ai pu relever.

Seuls, ont de valeur en eux-mêmes ceux de ces chiffres qui déterminent ce que l'on pourrait appeler l'*âge de concours* des candidats, en d'autres termes combien de concours ils ont déjà subis.

On voit, que, par ordre de décroissance, les plus nombreux, soit treize, sont à leur deuxième concours; puis huit à leur premier concours; viennent ensuite sept à leur troisième et à leur septième concours; quatre persistent encore à leur dixième concours et même cinq à leur douzième; à partir du treizième, il n'y a plus qu'un candidat persévérant, de même même qu'aux quatorzième, dix-septième, dix-huitième, dix-neuvième, vingt et unième, vingt-deuxième et même vingt-sixième concours.

Les autres chiffres n'ont qu'une valeur relative, car, pour les utiliser à rendre un compte exact du mouvement des concours, il faudrait pouvoir les rapprocher du nombre des concurrents admis ou ayant renoncé, depuis la date d'inscription du plus ancien concurrent actuel. Si l'on pouvait réunir et analyser ces chiffres, on arriverait peut-être à établir un calcul de probabilités qui ne manquerait pas d'intérêt.

E. De Lavarenne.

PRATIQUE MÉDICALE

Lécithine et jaunes d'œufs.

M. Lemanski, médecin en chef de l'hôpital civil de Tunis, recommande, pour remplacer la lécithine dont il a pu constater les bons effets, la potion suivante :

Jaunes d'œufs crus	300	grammes.
Eau	60	—
M. et filtrer au tamis et ajouter :		
Rhum	60	—
Glycérine	300	—
Sirop de citron	150	—
Eau de laurier-cerise	10	—
Chlorure de sodium	5	—

On prescrit de une à trois cuillerées à soupe avant chaque repas, prises dans un demi-verre d'eau. Le goût en est agréable, et l'usage continué de ce mélange détermine une augmentation assez rapide d'appétit et de poids. Avantage précieux : la potion à la lécithine, telle qu'elle vient d'être formulée, est d'une conservation parfaite, M. Lemansky, a gardé une bouteille pendant un mois sans qu'il y eût trace de décomposition.

LIVRES NOUVEAUX

Richelot. — *Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve* (Paris, 1902, Octave Doin, éditeur).

Tous ceux qui sont amis des livres écrits par des gens de compétence et d'originalité liront avec plaisir et profit la nouvelle œuvre de Richelot. Les érudits y trouveront toutes questions bien mises au point et souvent à l'encontre des idées classiques; ils devront de s'instruire ainsi à l'excellent collaborateur que s'est adjoint le maître en la personne d'un de ses élèves très indépendant et les plus distingués, M. Barozzi. « Il n'a pas été l' « ancien interne » chargé d'écrire à la hâte un livre qu'on voudra bien signer; il a été le vrai collaborateur, colligeant et classant, veillant à l'exactitude des citations et des faits, mettant sur pied les questions et les amenant au point où il ne leur manque plus que le dernier vêtement, le contour mieux arrêté, la conclusion personnelle. Sans lui, ce livre n'existerait pas. »

A mettre ce dernier vêtement, à draper d'étoffes modernes la Gynécologie déjà vieille, tant marche le Progrès, Richelot a mis tout son art, et, pour tous ceux qui connaissent le maître de Saint-Louis, c'est dire qu'il a fait œuvre de finesse et de bon goût. Chacun se rappelle cet excellent livre qui s'appelle l' « Hystérectomie vaginale », et qui restera une des meilleures choses dues à cette opération de passage; on retrouvera dans celui-ci toutes les mêmes qualités de style : clarté, précision, concision. La critique, toujours fine, parfois cruelle, ne perd pas ses droits, et, tant à propos des procédés opératoires que des idées de pathologie générale, Richelot ne ménage point ceux qui pensent autrement que lui. C'est un des charmes de la lecture de ces pages que de compter les coups distribués à chacun : tel un brillant champion, face à ses adversaires, trouve soudainement le point faible de chaque combattant et le tombe.

Une des qualités maîtresses de ce livre est de n'être point exclusivement chirurgical. Pour une fois, et le fait vaut d'être signalé, des idées de pathologie générale dominent toutes les descriptions. Il est enfin tenu compte de l'organisme, et l'étudiant pourra puiser à la lecture de ces descriptions une conception vraie et non classique des maladies de l'utérus. Que les jeunes, et voire même des mûrs, se pénètrent de cette saine doctrine que l'organisme tient un premier rôle dans l'évolution des maladies de la femme; que, par déduction, ils aboutissent à une thérapeutique variable avec ces organismes, et qu'ils délaissent à jamais cette fausse thérapeutique réflexe, pour employer la juste expression de Landouzy, qui se traduit dans le domaine de la Gynécologie par des équations absurdes telles que la suivante : pertes blanches = curettage. Et je ne veux retenir que l'importance de cette donnée générale, sans m'attarder à la discussion de la théorie du neuro-arthritisme. Certes, il y a d'autres facteurs en cause dont Richelot fait bon marché, bien qu'avec esprit. La théorie de la sécrétion interne de l'ovaire est traitée par lui avec les mêmes égards que d'autres accordent à sa théorie de la sclérose utéro-ovarienne primitive, en la qualifiant d'irrationnelle; c'est ainsi que l'opothérapie ovarienne qui en dérive « paraît être avant tout un moyen de suggestion employé par le chirurgien sur ses malades et sur lui-même ». Je suis bien flatté de cette puissance de suggestion, et je souhaite à la théorie de l'arthritisme d'aboutir au soulagement d'autant de malades et de gagner l'attention d'autant de médecins que l'a déjà fait la théorie de la sécrétion interne de l'ovaire.

Mais, peu importe au fond la théorie. L'essentiel est d'admettre le rôle de l'organisme dans l'éclosion, la marche et la terminaison de la plupart des maladies de la femme. Parce que cette idée maîtresse domine le livre de Richelot, ce livre est bon, il doit être lu et médité.

F. Jayle.

BIBLIOGRAPHIE

Les émotions, par G. Sergi, 1 vol. in-18 de 460 p., 4 francs. (Bibliothèque de psychologie expérimentale. *O. Doin*, éditeur, Paris.)

Maladies du cuir chevelu. Les maladies séborrhéiques. Séborrhée, Acnés. Calvitie, par M. Sabouraud, chef du Laboratoire de la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de Dermatologie. 1 vol. in-8°, avec 91 figures dans le texte, dont 40 aquarelles en couleurs, 10 francs.. (*Masson et Cie*, éditeurs.)

Aperçu historique sur les ferments et fermentations normales et morbides s'étendant des temps les plus reculés à nos jours, par M. Roussy, maître de conférences à l'École pratique des Hautes-Études (au Collège de France), etc. Un volume in-8° de 442 pages, 7 francs. (Jules Rousset, éditeur, 36, rue Serpente, Paris.)

Pour lutter contre les maladies des poumons, par P. Aubert, 1 vol. in-16 de 94 pages, cart. 1 fr. 50. (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, Paris.)

Bibliographie méthodique des livres de médecine, chirurgie, pharmacie, sciences (1880-1901), comprenant les ouvrages nouveaux parus à ce jour. (Librairie *Maloine*, Paris.)

La mémoire, par J.-J., Van Biervliet, 1 vol. in-18 de 1.350 pages, 4 francs.

L'audition, par Pierre Bonnier, 1 vol. in-18 de 276 pages, 4 francs.

La morale, par G.-L. Duprat. *Fondements psycho-sociologiques d'une conduite rationnelle*, 1 vol. in-18 de 400 pages, 4 francs.

Myope et bossu par flexion de la tête pendant la lecture, par E. Rolland, chirurgien-oculiste à Toulouse, 1 vol. in-8° de 96 pages, avec 7 planches et 23 figures dans le texte et 1 planche hors texte. Paris, 1902. (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, prix 2 fr. 50.)

Guide de l'examen gynécologique, par Léon-Archambault, 1 vol. relié de 116 pages, avec 78 figures, prix 3 francs. (*A. Maloine*, éditeur, Paris.)

De la rupture des varices vulvaires au moment de l'accouchement, par Delahousse (*Thèse*, Paris, 1901.) (*H. Morel*, imprimeur, 77, rue Nationale, à Lille.)

UN CAS D'ASTHÉNIE BULBO-SPINALE

(SYNDROME D'ERB-GOLDFLAM)

Par le Professeur **F. RAYMOND**

Messieurs,

Toutes les fois que l'occasion s'en présente, j'attire votre attention sur la nécessité de dépister la nature *dynamique* éventuelle des affections nerveuses qui s'offrent à notre observation. Aussi bien, ce sont surtout les affections dynamiques, *sine materia*, du système nerveux, les simples névroses qui nous laissent des chances sérieuses d'intervenir efficacement avec les ressources de la thérapeutique médicale. Non point que vous soyez en droit de conclure de la nature exclusivement fonctionnelle d'une affection du système nerveux à sa curabilité *ipso facto*. Une telle manière de raisonner vous exposerait, dans la pratique, à de nombreuses déceptions.

N'empêche que l'absence de lésions grossières des centres nerveux dans un cas de névropathie laisse toujours une porte ouverte aux espérances de guérison. L'inverse a le plus souvent lieu quand nous sommes mis en présence d'une organopathie.

D'autre part, quand des raisons sérieuses existent de croire à la nature purement dynamique d'une affection nerveuse, on n'a que trop de tendance à la rattacher à l'hystérie, ou, quand il s'agit du sexe masculin, à la neurasthénie. C'est encore là une manière de voir par trop exclusive. Vous allez en avoir la preuve dans le cas du malade que voici et dont l'observation va me servir de thème à cette leçon.

Observation. — A..., quarante-trois ans, employé de commerce.

Antécédents. — Le père est mort accidentellement.

La mère a succombé à soixante-six ans après une congestion pulmonaire à évolution très rapide.

Il a eu six frères dont il est le dernier. Tous sont morts en bas âge.

Il est marié à une femme bien portante. Il a une fille de dix-huit ans en parfaite santé.

Il est né à terme et n'a jamais été malade, notamment il n'a pas contracté la syphilis ni le paludisme. — On relève cependant un certain degré d'alcoolisme déjà ancien. Il a pris durant quelques années, de 1895 à 1899 pendant un séjour en Algérie, une à deux absinthes en moyenne par jour. Il aurait été même atteint, à cette époque, d'un tremblement de la main droite qui l'aurait gêné durant quelques mois dans ses occupations d'employé comptable. Ce tremblement était vraisemblablement d'origine éthylique, et cessa rapidement après suppression des boissons alcooliques.

Début de la maladie actuelle. — Un matin, dans les premiers jours du mois d'août 1901, il s'aperçoit que sa vue se trouble, que les lectures un peu longues, que l'écriture un peu prolongée fatiguent également sa vue; Puis, rapidement, des phénomènes de diplopie apparaissent.

Des médecins consultés diagnostiquent une paralysie de la 3ᵉ paire du côté gauche. On parle de tabes et on ordonne des frictions mercurielles pendant quinze jours à la dose de 4 grammes. Il les supporte bien sans salivation.

Cependant, six à huit jours après le début de la diplopie, et pendant son traitement mercuriel, survient de la faiblesse des jambes et des membres supérieurs.

Ce n'était pas une paralysie à proprement parler, mais de l'asthénie. Une marche tant soit peu prolongée le force à s'asseoir, à se reposer. S'il veut soulever un objet un peu lourd, rapidement le bras se dérobe et l'objet tomberait s'il ne le déposait précipitamment.

Ces phénomènes de parésie se sont localisés, dès le début, au niveau des deux membres supérieurs et inférieurs, et pour tous les segments des membres, aussi bien ceux de la périphérie que de la racine. Ils sont allés en s'accentuant durant trois à quatre mois, puis paraissent être restés stationnaires depuis son entrée à l'hôpital en Novembre.

Par contre, durant cette évolution, il est à noter l'entière conservation de la force musculaire au niveau des muscles sacro-lombaires et des gouttières dorsales, au niveau des muscles de la nuque, des sterno-cléido-mastoïdiens, des masticateurs. L'acte de mâcher, de manger n'a jamais été troublé; il a toujours bien avalé, sans troubles pharyngés.

La parole a été nette, sans troubles du voile du palais, sans nasonnement.

Il n'a jamais eu de douleurs, de troubles de la sensibilité subjective, et n'a jamais souffert de céphalées, de vomissements, ni de troubles des sphincters.

Nous avons donc relevé au cours de cette évolution déjà longue :

1° Des symptômes oculaires (diplopie);

2° Des symptômes d'asthénie, localisés aux membres supérieurs et inférieurs, l'asthénie ayant respecté les muscles dorso-lombaires, les extenseurs et fléchisseurs de la tête et les muscles dits bulbaires inférieurs.

L'état actuel nous montre le tableau suivant :

État actuel. — Le malade est de bonne santé apparente, de corpulence moyenne. Il est instruit et intelligent, sans *aucune tare psychique*.

L'examen du système nerveux permet de confirmer ce que l'étude des anamnèses avait déjà permis de supposer.

Il n'y a aucun trouble de *sensibilité* subjective ou objective, aucun trouble dans la perception du sens stéréognostique et des attitudes segmentaires.

Les *réflexes* provoqués sont normaux, aussi bien les cutanés que les tendineux; notamment on ne constate pas d'exagération du reflexe massétérin.

Il n'existe pas de *troubles trophiques*, pas de troubles vaso-moteurs, pas d'atrophie musculaire. Aucune *secousse fibrillaire* n'est décelable. Les *sphincters* fonctionnent normalement. On constate en outre aisément qu'il n'y a aucun trouble moteur dans le domaine des muscles innervés par les faciaux, les vago-spinaux, les hypoglosses et les trijumeaux masticateurs. Le front se plisse normalement, l'occlusion palpébrale se fait bien.

La langue est normale, tirée normalement, les aliments sont bien déglutis (les solides comme les liquides n'ont jamais repassé par le nez), la voix n'est pas nasonnée, le voile du palais se présente normal à l'examen objectif.

Ce sont là autant de symptômes négatifs. Nous allons voir que les symptômes positifs s'affirment par des troubles d'impuissance motrice qui restent cantonnés aux membres supérieurs et inférieurs.

Examen de la motilité. — Aussi bien au niveau des membres supérieurs que des membres inférieurs il existe une *asthénie* généralisée à tous les segments.

Membres supérieurs. Les membres supérieurs peuvent être mis difficilement en abduction loin du thorax. L'extension en croix est toujours incomplète, et rapidement en quelques secondes le bras retombe impotent le long des flancs.

Les *mouvements d'ensemble* sont donc frappés d'impuissance motrice incomplète, mais notoire, impuissance augmentant rapidement avec la fatigue.

Lorsqu'on examine la force musculaire segment par segment, on constate que la pression dynamométrique faite soit avec la main droite ou avec la main gauche, est incapable de faire varier l'aiguille de l'instrument, que les doigts peuvent facilement s'écarter les uns des autres, que le mouvement d'opposition du pouce au niveau des autres doigts se fait facilement, mais ce jeu des interosseux et des muscles de l'éminence thénar s'épuise assez rapidement. La plume, la cuiller dans l'acte de manger, mais surtout un objet lourd s'échappent des mains au bout d'un temps très limité.

Actuellement, quand le malade essaye de relever les doigts (muscles extenseurs des doigts) il fait très nettement les « cornes » à droite et à gauche, — l'annulaire droit est le doigt à flexion le plus prononcée.

Il en est de même pour le segment de l'avant-bras et du bras où aisément l'impuissance motrice est décelée.

Cette asthénie porte sur tous les groupes musculaires, groupes d'extension, de flexion, d'abduction, d'adduction. Elle n'est pas prédominante sur un groupe plutôt que sur un autre.

Membres inférieurs. Il existe une répartition semblable de l'asthénie au niveau des membres inférieurs. L'impuissance musculaire est généralisée à tous les groupes musculaires. Elle présente également ce caractère d'augmenter rapidement à la suite d'une fatigue même légère. Ainsi dans l'acte de marcher, lorsqu'après un repos prolongé, après une nuit de bon sommeil, le malade veut se lever, les premiers pas sont assez correctement faits, puis bientôt après la fatigue survient et le malade est obligé de s'asseoir.

Lorsqu'il est couché dans le décubitus dorsal, le malade est impuissant à se relever seul sur son séant, et il se dépense en vains efforts. Il en est de même dans l'acte de se coucher à terre et dans celui de se relever sans aide, il ne peut s'étendre seul sur le parquet, et tombe comme une masse à genoux d'abord, puis la tête butant première en avant, sans que ses bras puissent lui fournir le secours et le point d'appui nécessaires. S'il cherche à se relever, il le fait un peu à la façon des myopathiques, il se retourne lentement sur le côté, peut parfois se mettre à genoux, et cherche ensuite à s'aider de ses jambes, le long desquelles il voudrait grimper. L'effort est toujours trop grand pour lui, et il retombe épuisé.

En comparaison de ces symptômes asthéniques si caractéristiques, au niveau des membres supérieurs et inférieurs, on trouve la force musculaire nettement conservée, au contraire, dans les muscles de la masse dorsale et sacro-lombaire, dans les fléchisseurs, les extenseurs et rotateurs de la tête et les muscles bulbaires inférieurs. Ces muscles ainsi frappés d'asthénie ont gardé leur apparence normale. Il n'existe pas d'atrophie musculaire.

L'état général est bon. Les poumons, le cœur fonctionnent normalement. L'examen des urines, pratiqué à plusieurs reprises, n'a révélé aucune modification quantitative ou qualitative.

L'examen oculaire, pratiqué par M. Dupuy-Dutemps, a montré que le fond de l'œil ainsi que les réflexes pupillaires étaient normaux.

Par contre, il existe une paralysie complète du droit interne droit (la pupille ne dépasse pas en dedans la ligne médiane) et une parésie assez accusée du droit interne gauches. L'étude de la diplopie indique aussi une légère parésie (diplopie en hauteur) des droits supérieur et inférieur gauche.

L'examen électrique, pratiqué par M. Huet, a fait voir que les réactions faradique et galvanique sont bien conservées des deux côtés dans les deltoïdes, biceps, extenseur des doigts et thénar où il n'existe aucune trace de D. R. Dans les hypothénars on constate à droite et à gauche de l'inversion polaire dans l'adducteur du petit doigt, mais sans lenteur des contractions; donc, si l'on cons-

tate à ce niveau de la réaction de dégénérescence, elle est très incomplètement caractérisée.

Aux membres inférieurs, l'examen électrique ne décèle aucune trace de D. R. dans les muscles antéro-externes et postérieurs des deux jambes. Les réactions faradique et galvanique sont bonnes en quantité.

Evolution depuis Novembre. — L'état est resté à peu près stationnaire. Un mieux sensible, qui s'était manifesté peu de temps après l'ingestion de capsules surrénales, ne s'est pas maintenu. L'électrothérapie, les injections sous-cutanées de strychnine et de cacodylate de soude ont été tour à tour employées sans grand succès.

* * *

Vous voyez, Messieurs, que le cas de ce malade nous met en présence d'un syndrome très simple. Ce syndrome, nous pouvons le ramener à deux éléments :

a) Une ophtalmoplégie externe, si tant est qu'on puisse donner ce nom à l'insuffisance fonctionnelle des droits internes — plus prononcée à droite qu'à gauche — des droits supérieurs et inférieurs gauche.

b) Du côté des membres, un épuisement précoce des muscles qui relève de l'asthénie beaucoup plus que de la paralysie proprement dite. Le malade a de la peine à exécuter avec ses membres les mouvements physiologiques, et surtout à conserver certaines attitudes. Cette *insuffisance* fonctionnelle, qui intéresse indifféremment les extenseurs et les fléchisseurs, les adducteurs et les abducteurs, augmente très rapidement sous l'influence de la fatigue. Elle respecte les muscles dorso-lombaires, extenseurs, fléchisseurs et rotateurs de la tête, ainsi que les muscles bulbaires inférieurs. Si j'ajoute que l'examen électrique des muscles des éminences hypothénar a fait constater de vagues modifications qualitatives qui n'autorisent nullement à conclure à l'existence de la R. D., j'aurai épuisé la liste des manifestations pathologiques présentées par notre malade.

* * *

Quel *diagnostic* doit-on porter en l'occurrence?

Ne considérons d'abord que le premier élément du syndrome rudimentaire, réalisé par le malade, l'insuffisance fonctionnelle des principales branches de la 3e paire. Elle s'accuse par de la diplopie et elle paraît s'être établie, sinon avec soudaineté, du moins avec une très grande rapidité. Il s'agit, somme toute, d'une parésie *dissociée* de certains muscles de l'œil, d'une parésie qui se limite à une partie seulement des rameaux de la 3e paire. Or, les parésies dissociées des muscles de l'œil, qui se développent sans cause appréciable, s'observent, assez souvent, en tant que manifestations premières en date d'une syphilis cérébrale.

Est-ce que pareille étiologie peut être invoquée dans le cas de notre malade? En aucune sorte. A... n'a pas contracté la syphilis. D'autre part, les paralysies dissociées des muscles de l'œil, d'origine syphilitique, sont remarquables par la soudaineté avec laquelle elles éclatent et disparaissent, la paralysie de l'une des trois paires ou de certains rameaux de l'oculomoteur commun étant remplacée par la paralysie d'une autre paire ou d'autres rameaux du nerf de la 3e paire. Bref, les paralysies des muscles de l'œil, symptomatiques d'une syphilis cérébrale, ne sont pas seulement *dissociées*, elles sont aussi *erratiques*. Or, l'insuffisance fonctionnelle des principales branches de la 3e paire, que nous constatons chez A..., est remarquable par sa fixité.

D'ailleurs, quand elle se manifeste au début par des paralysies oculaires, la syphilis cérébrale n'est jamais longue à se révéler par d'autres phénomènes morbides, notamment par des céphalées nocturnes, des éblouissements, des vertiges, de l'obnubilation passagère des sens, de la torpeur cérébrale, de la gêne des mouvements de la langue et des membres, tous phénomènes en rapport avec des poussées d'ischémie ou de congestion cérébrale.

D'autre part, attaquée à ses débuts, la syphilis cérébrale est éminemment justiciable de la médication spécifique. Or, notre malade a été soumis à un essai de traitement mercuriel (frictions) huit jours environ après l'apparition de la diplopie. Cet essai de traitement spécifique n'a exercé aucune influence sur la diplopie, et il n'a pas empêché le développement de la myasthénie des membres.

Conclusion : les phénomènes morbides présentés par A... n'ont rien à voir avec la vérole.

* * *

Il est une autre maladie des centres nerveux qui compte, au nombre de ses manifestations initiales, des paralysies des muscles de l'œil, c'est le tabes. Le soupçon de cette maladie était précisément venu à l'esprit de ceux qui ont examiné le malade avant son entrée à l'hôpital. C'est, du reste, pour cela qu'on l'avait soumis à un essai de traitement spécifique, la notion des relations étroites qu'entretient le tabes avec la syphilis étant aujourd'hui de notoriété courante et à peu près universellement acceptée. Eh bien, je n'hésite pas à m'inscrire en faux contre le diagnostic de tabes.

Les paralysies des muscles extrinsèques de l'œil, quand elles se montrent en tant que manifestations du *tabes incipiens*, réalisent habituellement les mêmes caractères que celles qui sont symptomatiques d'une syphilis cérébrale; elles sont à la fois dissociées et erratiques. De plus, elles intéressent, avec une prédilection marquée, la 6e paire, l'oculomoteur externe. Enfin et surtout, elles s'accompagnent, à peu près constamment, de troubles des réactions pupillaires (signe d'Argyll-Robertson). D'autre part, quand elles existent isolément, elles ne sauraient, par elles-mêmes, légitimer le diagnostic tabes. Il faut qu'elles soient associées à au moins deux autres manifestations initiales, précoces de cette maladie, abolition du réflexe rotulien (signe de Westphal) douleurs fulgurantes, etc..

Chez notre malade, l'apparition des premiers phénomènes morbides remonte à six mois. Si le tabes était en cause, certainement une pareille adjonction se serait faite depuis lors. Voire que l'unique manifestation morbide, associée à l'insuffisance fonctionnelle de quelques-uns des muscles extrinsèques de l'œil, la myasthénie des quatres membres, est étrangère à la symptomatologie du *tabes incipiens*.

Peut-être me suggérerez-vous que l'insuffisance fonctionnelle des principales branches de l'oculomoteur est-elle, *en raison de sa fixité*, imputable à une lésion des noyaux d'origine ou des racines de la 3e paire? Soit! mais alors nous aurions eu affaire à une lésion à développement rapide, sinon brusque, limitée à une partie des noyaux de la 3e paire. Qu'est-ce que pourrait bien être cette lésion? Un foyer hémorragique? Non, car notre malade n'a pas eu, au début de son affection, d'ictus apoplectiforme, comme c'est le cas, lorqu'un foyer hémorragique vient à se former dans un amas gris des centres nerveux supérieurs. Il n'est pas non plus à l'âge où s'observent les hémorragies de pareil siège. Il ne présente pas de sénilité précoce. Il n'est pas syphilitique. Il n'est pas athéromateux. On ne constate chez lui aucun signe de lésion cardiaque; on ne peut donc soupçonner chez lui l'existence d'un ramollissement consécutif à une ischémie par obstruction vasculaire.

Nous ne pouvons pas davantage admettre l'existence d'un processus inflammatoire limité à une partie de l'aire des noyaux gris de la 3e paire. En l'espèce, il s'agirait d'une polyoencéphalite supérieure ayant évolué suivant le mode subaigu. En pareils cas, des symptômes bruyants, hallucinations, vomissements, maux de tête, ne manquent jamais. Ou bien l'affection aboutit rapidement à un dénouement fatal, ou bien elle poursuit une évolution progressive.

Le malade est entaché d'éthylisme et, à ce titre, c'était un candidat à la polynévrite. Or, nous savons que des paralysies de nerfs craniens, et notamment la paralysie de la 3e paire, peuvent se montrer au cours d'une polynévrite alcoolique. Mais d'abord chez A... nous sommes en présence d'un état pathologique qui diffère foncièrement, quant à la nature des symptômes, et quant à leur évolution, de la polynévrite alcoolique. L'absence de douleurs, de troubles objectifs de la sensibilité, de paralysie proprement dite, de rétractions tendineuses et d'amyotrophie (qui ne manquent jamais à une période tant soit peu avancée de la polynévrite) suffiraient amplement pour faire écarter ce diagnostic, n'était la marche des accidents, qui est inconciliable avec l'hypothèse que je viens de soulever.

Je viens de rappeler votre attention sur l'absence de paralysie motrice dans le sens strict du mot, que nous relevons chez notre malade. L'insuffisance fonctionnelle des muscles de ses quatre membres — et de quelques-uns des muscles extrinsèques de ses deux yeux — relève de l'asthénie, bien plus que de l'akinésie. Or, nous connaissons depuis une vingtaine d'années déjà une maladie purement fonctionnelle du système nerveux, dont la symptomatologie se résume dans une asthénie des muscles innervés par le mésocéphale, et de ceux qu'innerve la moelle. On l'a décrite d'abord sous le nom de *asthénie bulbaire* ou *syndrome d'Erb*; aujourd'hui, on la désigne couramment du nom *myasthénie grave* BULBO-SPINALE. Est-ce d'elle qu'il s'agirait chez notre malade?

Avant de répondre à cette question, je crois devoir vous rappeler succintement les principaux traits qui caractérisent cette myasthénie bulbo-spinale et l'évolution qu'elle a parcourue depuis son avènement en pathologie nerveuse.

* * *

Son histoire remonte à une vingtaine d'années. Le premier document qui lui ait été consacré émane de mon collègue Erb, de Hei-

delberg. Il fut communiqué à la réunion des neurologistes et des psychiatres de l'Allemagne du Sud en 1879, et comprenait trois observations cliniques qu'Erb rattachait à « un *complexus nouveau*, vraisemblablement *bulbaire* ». Les traits caractéristiques et communs de ces trois faits cliniques ont été résumés par Erb, dans un tableau analytique. Vous en trouverez la reproduction dans la leçon XX de la cinquième série de ma *Clinique des maladies du système nerveux*.

Ce sur quoi surtout je tiens à insister, c'est que le cadre dans lequel Erb avait enserré la symptomatologie de l'asthénie bulbaire, ne tarda pas à s'élargir. Dans la leçon à laquelle je vous renvoyais à l'instant, vous trouverez relatées une série d'observations certifiées valables par le contrôle de l'autopsie et de l'examen histologique, et qui réalisaient l'association de l'asthénie bulbaire à l'asthénie des appareils musculaires — membres et tronc — innervés par la moelle. Du reste, la participation des muscles de la nuque à cette sorte d'épuisement nerveux qui caractérise l'asthénie bulbaire n'avait-elle pas été signalée déjà par Erb, chez les trois malades dont les observations constituent pour ainsi dire la pierre angulaire de l'affection qui nous occupe?

Cela étant, la nécessité se fit sentir d'élargir la signification nosographique par trop étroite qu'Erb avait assignée à la nouvelle entité clinique sur laquelle il avait eu le mérite d'attirer l'attention de ses contemporains. L'*asthénie bulbaire* se fondit dans *l'asthénie bulbo-spinale*, et celle-ci englobait des faits assez disparates, eu égard à l'expression clinique, mais qui, d'après la formule de Goldflam, avait pour lieu commun : l'*absence de lésions grossières, attestées soit par la guérison, soit par les résultats de l'examen histologique, dans des cas où des phénomènes de paralysie bulbaire se trouvaient associés à des phénomènes de paralysie des membres et du tronc*.

Dans l'esprit de Goldflam, ces faits, dans leur ensemble, se rapportaient à un *complexus symptomatique* bien plus qu'à une entité morbide. Quoi qu'il en soit, voici le tableau clinique que cet auteur a tracé de l'asthénie bulbo-spinale ou myasthénie bulbaire des auteurs contemporains; il est resté classique :

Tableau symptomatique. — L'affection s'observe principalement chez des sujets relativement jeunes, de l'un ou l'autre sexe. Habituellement, on ne lui découvre pas de causes tangibles.

Les manifestations sensitives font défaut ou sont peu dessinées. Il s'agit d'une affection essentiellement motrice ; presque toujours, elle débute par des troubles de l'innervation encéphalique : ptosis, paralysie des muscles de l'œil, troubles de la mastication, de la déglutition, de l'articulation des mots. Le début par les membres est exceptionnel. La marche est symétrique.

L'affection atteint son apogée en l'espace de quelques semaines ou mois. Tous les muscles animés par des nerfs cranio-bulbaires peuvent être touchés. La participation du facial supérieur est relativement rare. Au contraire, la participation du facial inférieur, de la branche motrice du trijumeau, du glosso-pharyngien, de l'accessoire de Willis est de règle ; la participation de l'hypoglosse et du rameau nerveux destiné à l'élévateur de la paupière est fréquente. La paralysie des autres muscles extrinsèques de l'œil est assez rare.

Au tronc, la paralysie motrice intéresse principalement les muscles de la nuque et du cou. Aux membres, elle affecte, dans une mesure prépondérante, la racine, contrairement à ce qui a lieu dans les cas de polynévrite où la paralysie atteint son maximum aux extrémités.

Quant au reste, il ne s'agit pas d'une paralysie dans le sens propre du mot, mais d'une simple asthénie ; les muscles sont incapables de faire face à un effort tant soit peu soutenu ; ils sont sujets à un épuisement précoce. Ainsi, après quelques mouvements de mastication, les muscles masticateurs sont frappés d'une impuissance motrice transitoire, mais complète, ou peu s'en faut. Il en est de même pour les muscles des lèvres, de la langue après quelques efforts de phonation, pour les muscles du pharynx après quelques mouvements de déglutition.

Cette asthénie fonctionnelle envahit toujours des groupes de muscles innervés par la moelle ; elle peut s'étendre à tous les muscles du squelette. Ce n'est donc pas une asthénie exclusivement bulbaire ; Strümpell qui s'est rallié aux idées de Goldflam, ne s'est pas fait faute de le reconnaître. De son propre aveu, la dénomination de paralysie asthénique bulbaire, qu'il a proposée pour les faits en question, est insuffisante, parce qu'elle ne tient pas compte de l'élément spinal. Dans le tableau qu'il a tracé de cette paralysie asthénique bulbaire, il a insisté sur ce que la paralysie asthénique a une tendance à se généraliser à des appareils innervés par la protubérance et le bulbe, sans préjudice de sa propagation aux muscles des membres et du tronc. Exceptionnellement, elle suit une marche inverse. Enfin, il est entendu que cette asthénie est sujette à des oscillations incessantes et considérables, eu égard à son intensité et à ses localisations.

J'en aurai fini avec ce tableau schématique quand je vous aurai dit un mot de la réaction électrique myasthénique de Jolly, que l'on constate au cours du syndrome d'Erb. Cette réaction consiste dans l'épuisement, allant jusqu'à la disparition de l'excitabilité des nerfs et des muscles, avec des courants tétanisants, c'est-à-dire avec des courants faradiques à intermittences fréquentes.

* * *

Revenons maintenant au cas de notre malade. Voyons jusqu'à quel point nous sommes autorisés à le rattacher au complexus symptomatique dont je viens de vous retracer le tableau d'ensemble, le tableau qui représente, en quelque sorte, la synthèse des principales observations d'asthénie bulbo-spinale, publiées jusqu'à ce jour.

Chez A..., nous avons affaire à des troubles exclusivement moteurs et à des troubles qui traduisent un épuisement précoce de l'innervation musculaire, une asthénie, plutôt qu'une *akinésie*, une paralysie dans le sens strict du mot. C'est bien là un des traits fondamentaux du complexus symptomatique visé par les descriptions d'Erb et de Goldflam.

Chez A..., l'affection a débuté par une insuffisance fonctionnelle de certains muscles extrinsèques des yeux. Elle a gagné ensuite les membres, et elle a mis quelques semaines au plus à se constituer à l'état qu'elle réalise encore actuellement. C'est bien là le mode de début et la marche habituels de l'asthénie bulbo-spinale.

Seulement, chez A..., l'affection parvenue à son apogée en l'espace de quelques semaines s'est maintenue *in situ*. Nous ne constatons pas, chez lui, cette tendance de l'asthénie à la généralisation, ni ces oscillations incessantes et considérables, eu égard à son intensité et à ses localisations que je relevais tout à l'heure dans le tableau général de la symptomatologie de l'asthénie bulbo-spinale. Chez A..., l'asthénie a débuté par certains muscles des yeux qu'innerve la 3e paire, et, depuis lors, elle ne s'est pas étendue davantage, dans la sphère de l'innervation cranio-bulbaire. Subséquemment, elle s'est portée sur les membres, et là encore elle affecte une très grande fixité de localisation. Elle intéresse uniformément tous les groupes de muscles, elle ne frappe pas dans une mesure prépondérante les racines des membres ; elle ne saute pas non plus d'un groupe de muscles à l'autre, ainsi qu'on l'a observé dans la plupart des cas d'asthénie bulbo-spinale. Les groupes de muscles qu'elle a épargnés au début, notamment les dorso-lombaires, elle les épargne encore à l'heure actuelle.

Bref, considérée dans son ensemble, la symptomatologie réalisée par le cas de notre malade contraste, jusqu'à un certain point, avec la symptomatologie générale du complexus dont je vous rappelais tout à l'heure le tableau d'ensemble. Mais ce contraste se dégage d'éléments qui représentent des nuances plutôt que des traits différentiels d'une valeur absolue.

Rappelez-vous d'ailleurs qu'eu égard à l'expression symptomatique, les observations avec lesquelles on a composé le complexus d'Erb-Goldflam est très disparate, et que *leur lien commun est l'absence de lésions grossières attestée soit par la guérison, soit par les résultats de l'examen histologique* post mortem.

Il y avait donc à tenter l'épreuve du traitement et à voir ce qu'elle donnerait. Eh bien, je puis vous le dire par anticipation, cette épreuve nous l'avons tentée chez A... sous la forme de l'opothérapie et elle a parlé en termes très nets : soumis à un traitement par l'ingestion d'un extrait de capsules surrénales, notre malade a vu son état s'améliorer considérablement durant quelques semaines. Il réalise donc les deux caractères fondamentaux de l'asthénie bulbo-spinale : les troubles qu'il présente sont exclusivement moteurs et représentés par une asthénie qui frappe à la fois des muscles innervés par l'encéphale et des muscles innervés par la moelle ; ces troubles sont curables, donc ils n'ont pas pour substratum des lésions grossières des centres nerveux.

* * *

L'essai thérapeutique dont je viens de vous parler m'amène, par une transition naturelle, à vous dire quelques mots de la *nature* et de la *pathogénie* de ce bizarre état pathologique qu'est l'asthénie bulbo-spinale.

Pour rendre compte de ces désordres asthéniques, sujets, dans la plupart des cas, à des oscillations incessantes et en tout cas fréquentes, susceptibles de guérir, mais entraînant assez souvent des accidents mortels, in-

dépendants de lésions grossières des centres nerveux, partant imputables à des altérations dystrophiques, microchimiques, que l'œil, armé des plus puissants moyens d'observation connus, est encore impuissant à saisir, on a imaginé des théories très diverses. On a invoqué entre autres des ischémies locales, consécutives à des spasmes vasculaires et qui auraient pour conséquence des altérations dystrophiques, le plus souvent réparables, limitées à certains noyaux gris bulbo-protubérantiels, à une étendue plus ou moins grande, en hauteur, des colonnes grises antérieures de la moelle. Mais encore faudrait-il connaître et indiquer la cause de ces spasmes vasculaires intermittents. Encore faudrait-il expliquer pourquoi les altérations dystrophiques qui en résultent, restent circonscrites à des centres moteurs.

Une autre théorie, qui me paraît plus acceptable en principe, revient à mettre les manifestations de l'asthénie bulbo-spinale sur le compte de quelque auto-intoxication ou de quelque infection locale. Elle est parfaitement conciliable avec la nature exclusivement ou essentiellement motrice de ces manifestations. Depuis longtemps, en effet, nous savons que beaucoup de poisons organiques ou non manifestent une remarquable *électivité d'action* pour certains systèmes anatomo-fonctionnels des centres nerveux, pour telle ou telle portion du système nerveux périphérique. Nous en connaissons notamment dont l'action toxique se localise en quelque sorte sur les appareils moteurs périphériques ou centraux. Rien ne s'oppose donc, en principe, à l'hypothèse d'une auto-intoxication ou d'une infection aboutissant à la genèse d'une toxine, dont l'action inhibitrice se localiserait sur certains noyaux moteurs du bulbe et de la protubérance, et sur leurs équivalents dans la moelle.

A l'appui de cette manière de voir, on peut invoquer une observation assez récente, publiée par MM. Laquer et C. Weigert, de Francfort[1].

Observation. — L'observation de Laquer et Weiger concerne un ouvrier serrurier de trente ans, fils d'un alcoolique, d'une conduite très régulière. Au cours des années 1896-1897, il était devenu sujet à des accès subits de vertige, à des accès nocturnes de palpitations et d'angoisse précordiale. En 1898, il avait eu plusieurs attaques syncopales, à la suite de promenades un peu longues. Le coït entraînait chez lui un état d'épuisement insolite, sensation d'oppression épigastrique, douleurs cervico-dorsales, constipation et vertige.

En Juin 1900, difficulté pour élever les bras en l'air. En Juillet, dans le cours d'une excursion, accès d'asthénie cardiaque. Vers la même époque, paralysie de la paupière supérieure droite. Un neuropathologiste consulté pose le diagnostic de *myasténie*.

En Août, M. Laquer voit pour la première fois le malade : ptosis, à droite, qui se propageait à gauche quand le malade faisait des efforts pour maintenir ses paupières écartées. Inégalité de dilatation des pupilles. Epuisement précoce des muscles masticateurs et des muscles du larynx. Les piliers droits du voile du palais dessinaient un arc moins ouvert qu'à gauche. Tuméfaction strumeuse du lobe droit de la glande thyroïde. Myasthénie des muscles du squelette ; elle était surtout manifeste aux deltoïdes. Le soir, quand le malade s'était un peu fatigué, elle dégénérait en parésie motrice. En même temps, survenait une défaillance cardiaque : le malade devenait d'une pâleur cadavérique ; il avait la sensation de bruissement dans la tête. Il perdait connaissance. Les extrémités étaient refroidies. Le pouls tombait de 70 à 40, devenait filiforme, imperceptible.

Diagnostic : maladie d'Erb. Traitement : repos au lit ; alimentation appropriée ; iodure de potassium ; plus tard, arsenic à l'intérieur. Au bout de quatre mois, le poids corporel du malade avait augmenté de 12 livres. Vers la Noël de l'année 1900, le malade était de nouveau en état de reprendre ses occupations. Au bout de quatre autres semaines, force lui fut de se remettre au repos. Il avait de nouveau de la peine à monter un escalier.

L'asthénie avait envahi les muscles de la langue et du pharynx. La réaction myasthénique se manifestait non seulement sous l'influence du moindre effort, mais à la suite des excitations tant soit peu répétées des muscles, avec le courant faradique ou le courant galvanique.

Le 6 Février, après quatre années de maladie, le patient expirait en pleine connaissance.

L'autopsie et l'examen histologique complémentaire ont été faits par C. Weigert. Les résultats peuvent se résumer dans ces quelques mots :

Dans la partie supérieure du médiastin antérieur, contigu au péricarde, par conséquent à l'endroit qui, normalement, correspond au thymus, se trouvait une masse rougeâtre, mesurant 5 centimètres en hauteur et en largeur et 3 centimètres en épaisseur. Elle adhérait au péricarde et aux veines avoisinantes, notamment à la veine cave supérieure, ainsi qu'au sommet du poumon gauche. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur maligne du thymus.

D'autre part, des fragments des deltoïdes et du diaphragme ont fait l'objet d'un examen histologique en règle. En beaucoup de points du périmysium externe et du périmysium interne, on découvrait des amas cellulaires disposés en minces travées, entre les fibres contractiles. Ils offraient la plus grande ressemblance avec ceux qu'on découvrait sur des préparations provenant de la tumeur du thymus. Ils étaient constitués, en majeure partie, par des petites cellules lymphoïdes. A leur niveau, les fibres conjonctives et les fibres élastiques étaient raréfiées. Les fibres musculaires elles-mêmes offraient un aspect normal, sauf que quelques-unes faisaient saillie dans les masses cellulaires. Pour Weigert, il s'agissait là de *métastases musculaires de la tumeur maligne du tyhmus*.

Les centres nerveux, examinés avec les moyens les plus perfectionnés, ont été trouvés normaux.

Weigert a insisté sur ce qu'avait de remarquable la coexistence d'une affection du thymus et d'une myasthénie bulbo-spinale grave. Il a rappelé qu'Oppenheim, dans sa monographie bien connue, fait mention (p. 129), d'un cas (douteux), où Hausemann a trouvé, à l'autopsie, un lymphosarcome du thymus. D'autre part, Weigert a été à même d'observer un homme de trente-cinq ans qui présentait des accidents d'une interprétation très délicate. On avait hésité entre les diagnostics de tumeur cérébrale, de paralysie bulbaire et de myasthénie grave. A l'autopsie, complétée par un examen histologique en règle, le bulbe a été trouvé en état de parfaite intégrité. Par contre, on mit au jour une tumeur du médiastin qui présentait une très grande analogie avec celle dont il a été question ci-dessus. Mais on n'a pas découvert d'amas cellulaires sur des préparations de muscles examinées après coup.

En résumé, cette observation nous montre, et c'est là une remarque qui n'a pas échappé à la sagacité de Weigert, qu'il n'est pas impossible qu'une affection du thymus donne lieu au développement d'une myasthénie grave, par l'intermédiaire de produits d'une nutrition défectueuse. Au surplus, il importe de se rappeler, suivant une autre remarque de Weigert, que, contrairement à ce qui a lieu pour la glande thyroïde, c'est la persistance d'une certaine masse de parenchyme thymique normal qui intervient comme facteur pathogène, et cette persistance a été constatée à l'autopsie du malade dont il a été question plus haut. Non point que Weigert ait la prétention de nous avoir fourni la clef de l'énigme qui se pose à propos de la pathogénie de la myasthénie bulbo-spinale.

* * *

Messieurs, d'autres faits sont à citer, qui parlent en faveur de l'hypothèse qui consiste à voir dans cette affection la conséquence d'une auto-intoxication. Ils concernent des malades chez qui des signes manifestes d'une insuffisance de la dépuration rénale coexistaient avec le syndrome de la myasthénie. Une observation de ce genre a été publiée récemment par K. Mendel (fils [1]) ; j'aurai l'occasion d'y revenir dans un instant. L'examen des urines du sujet de cette observation a fait découvrir une légère albuminurie (0,2 pour 100) avec cylindrurie.

Précédemment, Oppenheim et Hirschberg [2] avaient publié une observation typique de myasthénie pseudo-paralytique mortelle ; le dénouement fatal a été précipité, sinon causé par une néphrite concomitante.

Dans un autre cas de myasthénie grave, publié par Oppenheim [3], l'autopsie a fait découvrir l'existence d'une tumeur rénale.

Dans un cas de Strümpell [4], les reins étaient farcis de tubercules miliaires.

Dans un cas de Sossedorf [5], une néphrite parenchymateuse s'associait à la myasthénie bulbo-spinale, et dans un cas de Dreschfeld [6] c'était une néphrite granuleuse atrophique. Enfin, dans un cas de myasthénie grave, publié par Senator [7], l'urine charriait de l'albumine et des cylindres ; pour tout dire, le malade a succombé à des myclomes multiples.

Tous ces faits, je vous le répète, parlent en faveur de l'intervention possible d'une auto-intoxication dans la pathogénie de la myasthénie bulbo-spinale.

Dans un travail assez récent de M. Giese et du professeur Schultze [8], de Bonn, les deux auteurs arrivent à conclure que très vraisemblablement cette énigmatique affection reconnaît pour cause une intoxication, sans qu'on puisse encore se prononcer sur le point de savoir si le toxique, agent pathogène présumé, vient du dehors, ou s'il prend naissance dans l'organisme.

* * *

Messieurs, au début même de cette leçon,

1. L. Laquer et C. Weigert. — « Beiträge zur Lehre der Erb'schen Krankheit ». *Neurologisches Centralblatt*, 1901, n° 13, p. 594.

1. K. Mendel. — « Ein Fall von Myasthenia pseudo-paralytica gravis ». *Neurologisches Centralblatt*, 1901, n° 3, p. 111.
2. Cité par Oppenheim dans sa monographie. — « Die myasthenische Paralyse ». Berlin, 1901, p. 133.
3. Oppenheim. — *Eodem loco*, p. 16.
4. Strumpell. — « Ueber die asthenische Bulbärparalyse ». *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1896, T. VIII, fasc. II, p. 16.
5. Sossedorf. — *Thèse inaugurale*, Genève, 1896.
6. Dreschfeld. — « On a case of polioencephalomyelitis without any anatomical lesions ». *British medical Journal*, 1893, 22 Juillet, p. 477.
7. Senator. — « Asthenische Lächmung Albumosurie und multiple myclome ». *Berl. klin. Woch.*, 1899, n° 8, p. 168.
8. O. Giese und Fr. Schultze. — « Zur Lehre von der Erb'schen Krankheit, etc. ». *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1900, T. XVIII.

je vous ai laissé entrevoir que l'asthénie ou myasthénie bulbo-spinale, affection exclusivement dynamique, *sine materia*, ne saurait être rattachée à l'hystérie dont elle est absolument distincte. Là-dessus, tous les neuropathologistes sont d'accord. Voire que les deux affections — asthénie bulbo-spinale et hystérie — peuvent s'associer et coexister chez le même malade. C'est ce qui avait lieu notamment dans deux observations déjà citées de K. Mendel et Oppenheim-Hirschberg (hémi-anesthésie hystérique).

D'autre part, on ne saurait prétendre voir dans l'asthénie bulbaire, telle que nous l'ont fait connaître les premières observations d'Erb, une simple modalité dynamique de la paralysie bulbaire progressive des auteurs allemands, et qu'en France nous désignons couramment sous le nom de paralysie glosso-labio-laryngée. On connaît un certain nombre de faits cliniques ayant évolué sous les dehors de la paralysie bulbaire progressive, avec envahissement subséquent des membres, et où l'autopsie complétée par un examen histologique en règle, a démontré l'absence de lésions appréciables. Un des derniers en date a été publié par le professeur Schüle[1], de Fribourg en Brisgau. Il existe donc une paralysie bulbaire progressive *sine materia*, purement fonctionnelle; elle diffère de la myasthénie ou asthénie bulbo-spinale, tant sous le rapport de la symptomatologie que sous le rapport de l'évolution.

Enfin, au point de vue du *pronostic*, vous ne sauriez trop vous pénétrer de ce que l'asthénie bulbo-spinale est une affection grave qui comporte un pronostic sérieux. La moitié environ des cas connus se sont terminés par la mort, si l'on s'en rapporte à une statistique assez récente de 59 cas dressée par Campbell et Bramvell.

En ce qui concerne le *traitement*, nous ne connaissons pas encore de médication réellement efficace contre l'asthénie ou myasthénie bulbo-spinale. On a préconisé la strychnine, l'arsenic, l'iodure de potassium, la cure de Weirmitchell, la faradisation généralisée, la galvanisation des centres nerveux, l'hydrothérapie.

Chez notre malade, l'idée nous est venue de faire un essai d'opothérapie. Nous lui avons fait suivre un traitement par ingestion d'extrait de capsules surrénales. Il s'en est suivi une amélioration franche; si elle ne se maintient pas, nous nous proposons d'essayer l'extrait de thymus.

1. Schule. — « Ein Fall von Bulbärlähmung mit Betheilung der Exträmitäten ohne anatomischen Befund », *Münch. med. Woch.*, 1899, n° 13.

MÉDECINE PRATIQUE

L'ADRÉNALINE

Les médecins américains font le plus grand éloge depuis quelque temps d'un nouveau produit, d'origine organique, auquel on a donné le nom d'adrénaline.

L'adrénaline (de « adrenals », *capsules surrénales*) est un des principes actifs de la glande surrénale isolé par Takanine (de New-York). Elle jouit des propriétés de l'extrait de capsule surrénale, mais elle a sur lui l'avantage d'être un produit défini, d'effet constant, de conservation facile; elle serait, en outre, 625 fois plus active.

L'adrénaline se présente sous forme de petits cristaux blancs, polymorphes; elle se combine avec l'acide chlorhydrique dilué pour former du chlorure d'adrénaline.

On se sert, en pratique, du chlorure d'adrénaline, dissous dans la solution normale de chlorure de sodium dans la proportion de 1 pour 1.000. Conservé à l'abri de la lumière, ce liquide n'a aucune tendance à se décomposer; il est stérilisable par l'ébullition sans que ses propriétés soient altérées.

Appliqué sur les muqueuses, il détermine très rapidement une ischémie complète et un léger degré d'anesthésie : celle-ci est absolue si l'on ajoute à l'adrénaline du chlorétone dans la proportion de 0,5 pour 100, ou si l'on emploie l'adrénaline après injection ou application directe de cocaïne.

Prise à l'intérieur, l'adrénaline agit énergiquement sur le système musculaire, en particulier sur la musculeuse des artères et sur le cœur, d'où une élévation rapide et très marquée de la pression sanguine.

C'est sur ces deux propriétés que sont basées les nombreuses applications thérapeutiques de l'adrénaline.

* * *

L'oto-rhino-laryngologie et l'ophtalmologie ont surtout bénéficié, dans la plus large mesure, des rapides et constants effets de l'adrénaline. Et déjà nombre d'observations ont été publiées témoignant des bons résultats obtenus par son emploi dans : *a*) les conjonctivites simples ou purulentes; *b*) le glaucome (dont l'adrénaline diminue la tension douloureuse); *c*) les coryzas intenses et la fièvre des foins; *d*) les laryngites aiguës ou chroniques, l'œdème de la glotte; *e*) les catarrhes de l'oreille moyenne. Dans tous ces cas, l'élément congestif est combattu avec le plus grand succès.

L'adrénaline serait encore un puissant hémostatique, d'où ses effets vraiment merveilleux dans : *a*) les cas d'épistaxis les plus rebelles; *b*) les hémoptysies; *c*) les hémorragies utérines, qu'il s'agisse d'une affection de l'utérus ou d'une hémorragie de cause obstétricale.

Par l'application directe préalable d'adrénaline sur les surfaces muqueuses, la plupart des opérations sur les fosses nasales, le larynx, l'œil deviennent non sanglantes.

C'est ainsi que Mac Farlane (de Toronto) a pratiqué l'énucléation d'un œil avec une perte totale de dix gouttes de sang, après avoir instillé dans le cul-de-sac conjonctival, dix minutes auparavant, trois gouttes d'une solution de chlorure d'adrénaline à 1 pour 1.000. Le même opérateur, et d'autres avec lui, ont pu pratiquer l'ablation de végétations adénoïdes, sectionner les amygdales hypertrophiées, extirper des polypes du conduit auditif, avec une perte de sang absolument minime.

Ajoutons que l'art dentaire a également bénéficié des propriétés de l'adrénaline.

Les applications du nouveau médicament à la pathologie interne sont encore loin d'être précisées. Cependant il est préconisé, en particulier par Flœrsheim (de New-York), dans : *a*) certaines affections cardiaques, surtout dans la maladie mitrale et la myocardite; *b*) la syncope chloroformique; *c*) la maladie d'Addison, le goitre exophtalmique; *d*) le scorbut; *e*) l'empoisonnement par les stupéfiants, la morphine notamment. Il rend de précieux services dans le traitement des hématémèses, des hémoptysies, des hématuries.

Enfin Schafer recommande l'adrénaline contre l'inertie utérine.

En pratique, on se sert de la solution de chlorure d'adrénaline (de 1 pour 1.000 à 1 pour 10.000) en pulvérisations ou en applications directes (on peut alors la diluer avec de l'eau bouillie).

A l'intérieur, on la prescrit par doses de 5 à 30 gouttes.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

20 février 1902.

Présentation d'un nouveau craniotome. — *M. Vicarelli* (de Turin). Cet appareil est tout en métal. Il a en outre l'avantage d'être démontable, et non coupant.

C'est une grosse vrille à bords mousses, qu'on peut introduire dans le crâne de l'enfant sans danger ni pour la mère, ni pour les doigts de l'opérateur, et cela sur la tête première aussi bien que sur la tête dernière.

La perforation une fois faite, l'opération peut être terminée par une basiotripsie ou une cranioclastie. Il suffit d'introduire l'un ou l'autre de ces instruments dans l'ouverture qu'on vient de pratiquer.

Présentation d'un enfant en état de crise convulsive. — *M. Bernheim.* Il s'agit d'un enfant âgé de quelques jours, qui pesait 5.200 grammes à la naissance, alors qu'il avait déjà perdu son méconium.

Le dégagement de la tête a été difficile, à cause de son volume et du relèvement des bras.

Les convulsions se sont produites d'abord du côté gauche seulement, mais bientôt des deux côtés à la fois; le point important est qu'elles ne sont apparues que le quatorzième jour.

Comme étiologie M. Bernheim n'a pas trouvé de syphilis dans les antécédents; le père est seulement un nerveux.

Nénanmoins l'idée d'hémorragie méningée doit-être repoussée en raison du début tardif de ces convulsions.

M. Tissier a observé un enfant qui est né difficilement par le siège, au moyen d'une application de forceps, à sept mois et demi.

Il y a consécutivement contracture des membres supérieurs, et paralysie totale des deux membres inférieurs.

M. Tissier se demande s'il ne s'agit pas d'une maladie de Little ?

Du traitement des hémorragies dans les ruptures utérines. — *M. Brindeau.* On peut essayer d'arrêter l'hémorragie par deux voies : la vaginale et l'abdominale.

Par le vagin, on peut faire le tamponnement, ou bien suturer.

Le tamponnement, dont quelques-uns se contentent, ne peut pas agir efficacement, car il faudrait le faire en bouton de chemise, de façon à ce qu'il comprime les deux faces de la paroi utérine qui est le siège de l'hémorragie. C'est donc un procédé illusoire, même dans les cas de ruptures sous-péritonéales.

Quant à la suture par la voie vaginale, elle est extrêmement difficile, et de plus peu efficace, en raison de la friabilité du segment inférieur qu'on est obligé d'abaisser.

Comme conclusion, M. Brindeau admet qu'il faut ouvrir le ventre pour suturer, ou faire l'hystérectomie supra-vaginale de préférence au Porro.

Pyodermatose à staphylocoques; transmission de la mère au fœtus. — *M. Lop* (de Marseille). Il s'agit d'une femme qui présentait une éruption cutanée à staphylocoques; l'enfant présentait une éruption semblable.

Présentation d'un fragment placentaire qui est resté soixante-neuf jours dans un utérus, sans avoir déterminé aucun accident. — *M. Tissier.* A l'asile Ledru-Rollin, les cas de ce genre sont fréquents; ils proviennent surtout du fait des sages-femmes agréées, mais également des maternités hospitalières.

Ce fragment placentaire était retenu dans la cavité cervicale, où il a dû contracter des adhérences comme un parasite, jusqu'au moment où, n'étant plus qu'un corps étranger, il a été expulsé.

Dans les cas comme celui-ci, on a à choisir entre deux opinions : faire l'exploration digitale ou employer la curette.

M. Budin. La rétention de ces fragments placentaires n'étant que trop souvent le point de départ de métrites et d'annexites, il me paraîtrait nécessaire de faire une enquête discrète sur de tels faits, de façon à ce que les délivrances soient mieux surveillées, et à ce que les auteurs responsables de ces fautes puissent être connus.

En présence de l'intérêt des malades confiés à nos soins, les considérations personnelles sont de second ordre.

Accidents d'occlusion intestinale compliqués de perforation survenus chez une femme enceinte de trois mois. — *MM. Chéron et Gossin.* Il s'agit d'une femme qui eut, au troisième mois de sa grossesse, des accidents d'occlusion intestinale.

Malgré les purgatifs répétés, la désobstruction intestinale ne commença à se faire en partie qu'au dixième jour.

A cette époque, l'état de la femme continuant à rester grave, elle fut transportée d'urgence à la Clinique Tarnier, où elle succomba deux heures après, le fœtus ayant été expulsé auparavant.

A l'autopsie, on constata, à 2 centimètres du pylore, une perforation intestinale, que recouvraient de minces fausses membranes; partout ailleurs l'intestin était sain. Il y avait péritonite généralisée. L'utérus renfermait encore des débris placentaires.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans la précocité et l'intensité de ces accidents, qui ne s'observent guère généralement qu'à la fin de la grossesse ou après l'accouchement.

Présentation d'un placenta avec fœtus extra-membraneux. — *M. Perret.* Ce placenta, qui pèse 400 grammes, est à insertion velamenteuse. La mère, qui était primipare, a présenté de l'écoulement amniotique pendant deux mois.

L'enfant pesait 1.770 grammes et mesurait 42 centimètres de longueur. Il a vécu pendant quelques jours.

Corrélation d'éruption dentaire précoce coïncidant avec des accidents infectieux. — *M. Jeannin.* C'est le troisième fait de ce genre que j'ai observé. Il s'agit d'un enfant prématuré, chez lequel, au niveau d'une plaque de stomatite ulcéro-membraneuse, sortit une dent qui fut éliminée.

Pour M. Capdepont, la plaque de stomatite précède la sortie de la dent, laquelle n'est pas à terme, de sorte que le phénomène primitif serait l'infection gingivale, qui a d'ailleurs été grave dans la plupart des cas.

On se trouve donc en présence d'une folliculite expulsive, débutant sans doute à la suite d'un traumatisme, et se terminant par la sortie d'un germe de dent infecté.

M. Bar. Ce processus, admis par MM. Jeannin et Capdepont, n'est pas général. Il y a certainement des cas où il se produit des apparitions précoces de dents sans qu'il y ait inflammation. J'ai mis au monde trois enfants d'un de mes amis; or, l'un des trois, un garçon, a percé une incisive formée uniquement par une couronne mobile, le quatrième jour après sa naissance. Mais, dans ce cas, l'atavisme jouait un rôle. Le père m'a appris, en effet, que lui était né avec une dent, et que ces éruptions dentaires précoces étaient héréditaires dans sa famille pour les garçons.

M. Brindeau fait remarquer que, dans les cas de bec de lièvre, on voit également parfois des dents à la naissance.

L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

21 Février 1902.

Sarcome de l'utérus. — *MM. Lorrain et Berruyer* présentent un utérus enlevé par la voie abdominale chez une malade de cinquante et un ans. L'organe est atteint de sarcome diffus de la muqueuse.

Sarcome du foie; étude histologique. — *M. Cornil* a fait des coupes de la tumeur du foie présentée par M. Alexandre dans une séance antérieure.

Il s'agit d'un sarcome à petites cellules légèrement ovoïdes, formant des îlots séparés par du tissu fibreux, cirrhotique, parsemé de néo-canalicules biliaires.

Épidermisation de la muqueuse gastrique chez le cobaye. — *MM. Milian et Mocquin* montrent des préparations de l'estomac d'un cobaye mort de septicémie crytogénique. L'autopsie ne révéla aucune altération macroscopique, sinon, au milieu de l'estomac, une lésion de la muqueuse, de la dimension d'une lentille, qui ressemblait à une ulcération assez profonde, mais à bords et à fond blanchâtres. L'examen histologique montre qu'à ce niveau l'épithélium cylindrique et les glandes de la muqueuse sont remplacés par un épithélium pavimenteux stratifié pourvu d'une couche cornée typique et d'un stratum granulosum avec grains d'éléidine abondants.

La pathogénie de cette lésion reste à élucider.

Anomalie de l'artère hépatique. — *M. Okinczye* présente une anomalie de l'artère hépatique, pouvant intéresser le chirurgien. L'artère se divise prématurément, et sa branche droite, se séparant très bas de la gauche, passe en arrière de la veine porte et s'unit très intimement aux voies biliaires dès la portion rétro-duodénale du cholodoque.

Lésion des lymphatiques dans un cas de sclérose pulmonaire. — *M. Letulle* montre des coupes histologiques d'un cas de sclérose pulmonaire, avec lésions intéressantes des vaisseaux lymphatiques. Après coloration à l'orcéine, on trouve dans l'épaisseur des cloisons fibreuses de gros lymphatiques dilatés à paroi élastique et à cavité en partie comblée par un processus d'endolymphangite oblitérante.

Hypertrophie prostatique avec grande dilatation urétrale. — *M. Robert Proust* présente une pièce d'hypertrophie prostatique provenant de l'autopsie d'un rétentionniste infecté.

Il est intéressant de noter la grande *dilatation de l'urètre prostatique*, il y a là une véritable poche, communiquant avec la vessie par un point *rétréci*, le col : c'est surtout le *diamètre antéro-postérieur* de l'urètre qui est augmenté, il atteint 4 centimètres : de cet examen on peut conclure deux choses :

1° Des sections quelconques intra-urétrales ne peuvent agir sur la rétention;

2° L'obstacle est produit par la compression exercée par les lobes latéraux. Ceux-ci en effet sont *énormes*, et viennent *s'appliquer l'un contre l'autre en écrasant l'urètre.* Cette disposition, connue du reste, est importante à signaler aujourd'hui qu'on a dans la prostatectomie un traitement contre les accidents de l'hypertrophie : dans un tel cas, en effet, on voit combien facile aurait été l'*hémisection prostatique*, et *la dissection des lobes latéraux*, cause presque unique de la rétention.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

21 Février 1902.

Fièvre typhoïde avec phénomènes méningés. — *M. Dopter* envoie la relation d'un cas de fièvre typhoïde compliquée de symptômes méningés graves; la ponction lombaire a donné issue à un liquide céphalo-rachidien clair, sans éléments cellulaires. Il s'agissait donc de véritable méningisme, suivant l'expression de Dupré.

Traitement de la céphalée syphilitique. — *M. Renault* rappelle que la saignée du bras, procédé plus simple que la ponction lombaire, calme instantanément les céphalées de la période secondaire de la syphilis.

Méningite aiguë terminée par la guérison. — *MM. Widal et Le Sourd* présentent un homme de vingt-neuf ans, chez qui, sans cause aucune, ont éclaté des phénomènes méningés ayant débuté par une céphalée frontale et occipitale violente, à exacerbation nocturne, et par des vomissements continuels. Pendant quinze jours se sont déroulés tous les autres symptômes de la méningite. Sous l'influence des injections de biiodure mercuriel et de l'iodure de potassium, les accidents ont rapidement rétrocédé, et le malade guérit en six semaines. Deux mois après, cet homme a été repris de céphalée qui, cette fois, immédiatement traitée par les injections mercurielles, a rétrocédé en quelques jours.

Le liquide céphalo-rachidien examiné à plusieurs reprises s'est toujours montré transparent mais riche en lymphocytes après centrifugation. L'examen microscopique, les ensemencements et les inoculations n'ont permis de déceler aucun microbe.

Il est évident que ni l'hystérie ni la méningite tuberculeuse ne doivent être incriminées. Malgré l'absence de chancre ou de tout stigmate spécifique, on ne peut se défendre de penser à l'origine syphilitique de cette méningite si rapidement guérie par la médication iodurée et mercurielle.

Ce cas confirme donc ce que nous connaissons de la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis à localisations méningées.

Symphyse pleuro-pulmonaire et sclérose du lobe supérieur du poumon gauche. Symphyse péricardique. Traction vers la gauche des gros vaisseaux de la base du cœur (sinistro-cardie). — *M. Chauffard* présente un homme qui, depuis une fluxion de poitrine qu'il eut à dix ans, souffre de dyspnée et de crises douloureuses dans la région du cœur. L'examen de cet homme montre l'existence d'une symphyse péricardique et d'une médiastinite calleuse. De plus, pendant l'inspiration, le médiastin est attiré à gauche; ce fait est indiqué par la percussion et prouvé par la radiographie; il est de plus expliqué par une sclérose pleuro-pulmonaire, soudant le médiastin et le cœur à la paroi thoracique du côté gauche.

Hystérie traumatique chez un homme. — *M. Regnault* présente un jeune homme de vingt-cinq ans, couvreur, qui après plusieurs chutes graves eut une hystérie caractérisée par des stigmates permanents d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Hydrocéphalie chronique. — *M. Touche* apporte l'observation clinique et montre les pièces anatomiques d'un cas d'hydrocéphalie chronique avec oblitération de l'aqueduc de Sylvius.

Sur trois cas de rhinecose (ulcération d'une narine) coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moelle. — *MM. Pierre Marie et Georges Guillain* ont observé trois hommes qui présentaient les uns et les autres la destruction d'une narine par un processus ulcératif plus ou moins ancien dont la transformation cicatricielle paraît rendre difficile tout diagnostic rétrospectif. Chez ces trois malades il existait une diminution très notable ou une abolition des réflexes rotuliens. Deux de ces malades étant morts, les coupes de la moelle montrèrent des lésions très nettes, mais très peu intenses dans les cordons postérieurs; chez le troisième malade actuellement vivant, c'est à des lésions médullaires analogues qu'il faut attribuer la diminution du réflexe rotulien du côté droit, et la disparition du réflexe achilléen du côté gauche.

Les questions qui se posent sont donc de savoir : 1° quelle est la nature de la destruction narinaire; 2° quelle est la nature de l'altération des cordons postérieurs de la moelle; 3° quel lien rattache l'une à l'autre ces deux lésions.

Il est probable que c'est la syphilis qui doit fournir cette triple réponse; elle est la cause de l'ulcération de la narine, elle a déterminé dans la moelle les lésions de tabes extrêmement minimes que l'on y trouve. Quant au lien qui doit rattacher les deux ordres de phénomènes, il n'est pas direct; l'affection nerveuse n'a évidemment pas produit l'ulcération; ce lien est un lien de parenté, puisque ulcération narinaire et lésion nerveuse relèvent de la même cause : la syphilis.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

22 Février 1902.

Technique histologique hématologique. — *M. Dominici.* Je propose pour l'étude histologique du système nerveux hématopoiétique une méthode basée sur l'utilisation d'un liquide fixateur particulier. Ce liquide fixateur est une solution hydro-alcoolique de bichlorure de mercure, d'iodo-chlorure de mercure et d'iode libre.

Nouveau procédé de fixation du sang. — *MM. Lenoble et Dominici.* Nous avons utilisé avec succès un nouveau procédé de fixation du sang. Après étalement et dessiccation sur lamelle d'une goutte de sang, il suffit d'exposer la préparation aux vapeurs qui se dégagent d'une solution alcoolique de bichlorure de mercure et d'iode.

Asphyxie par l'hydrogène sulfuré. — *M. Hanriot* J'ai étudié le mécanisme pathogénique de l'asphyxie par l'hydrogène sulfuré. D'expériences nombreuses faites à ce sujet, je crois pouvoir conclure que dans la majorité des cas, l'asphyxie n'est pas due à la présence en excès d'acide sulfhydrique, mais à la grande quantité d'acide carbonique formé dans ces conditions, et surtout au manque d'oxygène libre.

Kyste hydatique gazeux suppuré du foie. — *M. Lippmann.* Chez un malade atteint de kyste hydatique suppuré, l'opération a permis de prélever aseptiquement une certaine quantité du liquide kystique purulent. Les inoculations, les ensemencements et les examens directs sur lamelles m'ont montré que la suppuration était due à des microbes anaérobies.

Osmose et dialyse des sels des globules rouges. — *MM. Calugareanu et Victor Henri.* La méthode de la mesure de résistance électrique peut être appliquée à la détermination des conditions de sortie des sels des globules rouges. En lavant les hématies par des solutions isotoniques ou hyperthoniques de sucre, les globules rouges perdent une quantité notable de leurs sels, comme nous avons pu nous en assurer grâce à cette méthode.

Variations des propriétés toxiques et agglutinantes de certaines toxalbumines. — *M. Rehns.* Les toxalbumines ricine et abrine sont inhibées dans

leur action toxique et agglutinante par de faibles doses d'acide. Les solutions neutralisées récupèrent toute leur activité.

Les lésions de l'infection vaccinale et leur histogénèse. — *MM. F.-G. Bosc et E. Bosc.* Ces auteurs montrent par la description de coupes histologiques que l'infection vaccinale entre dans le cadre des maladies comme la clavelée qui sont caractérisées histologiquement par un processus prolifératif et hypertrophique intense, étendue et désordonné, constituant des néoplasies cellulaires à circulation très réduite et qui ne peuvent être mieux comparées qu'aux bourgeonnements volumineux des néoplasies cancéreuses.

Opothérapie placentaire. — *M. De Sinety.* Je ne crois pas que l'opothérapie placentaire, étudiée par M. Bouchacourt, soit susceptible de provoquer ou d'augmenter la sécrétion lactée. Bien des faits cliniques montrent une suractivité spéciale de la glande mammaire avec écoulement de lait, chez de jeunes garçons ou filles, sans que le placenta soit en cause. D'autres observations prises au cours de grossesses interrompues, tout au début de la formation placentaire, font voir encore une sécrétion parfois abondante de la mamelle, et pourtant le placenta n'est à cette époque de la gestation qu'à l'état de rudiment.

La « **Réunion biologique de Bordeaux** », sur sa demande, et par décision conforme du 18 Janvier 1902, a été affiliée à la Société de biologie de Paris. Dorénavant, seront publiés dans les comptes rendus de cette Société, les communications faites « à la Réunion biologique » qui tient ses assises à Bordeaux une fois par mois, sous la présidence de M. Pitres.

BORDEAUX

4 Février 1902.

Sur la lipase du sang. — *M. Sellier* a étudié chez quelques groupes de poissons et d'animaux invertébrés, la lipase du sang, ferment signalé dans le sérum sanguin des animaux supérieurs par Hanriot et Camus.

Détermination de l'acide citrique dans le lait. — *M. Denigès* a déterminé par des méthodes précises les quantités d'acide citrique contenues à l'état normal dans les laits de femme, de vache et de jument.

Étiologie et pathogénie de la maladie du sommeil. *M. Rouget* a observé dans le sang d'un Sénégalais atteint de maladie du sommeil la présence d'une filaire qu'on rencontrait constamment et avec la même abondance dans les préparations faites pendant le jour ou pendant la nuit.

Différenciation des lobes hépatiques. — *M. Seregé* (de Vichy) rapporte des faits curieux au point de vue anatomique et physiologique sur la différenciation du foie en deux lobes hépatiques. D'après l'auteur, l'opinion classique qui admettait l'existence dans la veine porte d'un seul courant allant de l'intestin vers le foie est erronée. Ce vaisseau porte doit être considéré comme étant virtuellement double : deux courants le parcourent, orientés, l'un de la grande mésentérique vers le lobe droit, l'autre de la splénique vers le lobe gauche.

A. Sicard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

25 Février 1902.

Emploi thérapeutique de l'arrhénal. — *M. A. Gautier.* J'ai déjà indiqué les bons effets du traitement par le méthylarsinate disodique ou arrhénal dans le paludisme. Ce traitement m'a donné des résultats excellents dans d'autres affections, comme succédané du cacodylate de soude dont il ne possède pas même la légère toxicité.

J'ai pu par son emploi faire disparaître une taie sur l'œil d'un enfant, alors que tous les traitements employés jusque-là avaient échoué. M. Letulle a obtenu de bons effets de son emploi chez les tuberculeux. Les religieuses même, en constatant les bons effets, ont administré l'arrhénal, d'une façon empirique, à quelques-unes des leurs et en ont obtenu d'excellents résultats. D'autres médecins se sont loués des résultats obtenus chez les tuberculeux à diverses périodes. M. Robin l'a donné à des tuberculeux déjà gravement atteints. Presque tous ont augmenté de poids ; ils sont sortis de l'hôpital très améliorés, ayant repris de l'appétit.

La dose de cinq centigrammes par jour en injection est la meilleure ; on peut aller jusqu'à dix centigrammes, mais il ne faut pas dépasser cette dose par crainte de congestion pulmonaire et d'hémoptysie.

Ce médicament a été très bien supporté par des malades qui ne se trouvaient pas bien de l'usage du cacodylate.

Son emploi dans l'asthme, les adénopathies a donné de bons résultats. M. Pinard l'a essayé avec succès contre les vomissements incoercibles de la grossesse ayant résisté à tous les moyens médicamenteux.

Ce mode d'action de l'arrhénal est encore mal connu. Nous savons cependant qu'il augmente le nombre des globules rouges, et qu'il diminue les phénomènes de désassimilation. Il est probablement absorbé par les globules blancs dont il augmente le nombre, en excitant leurs propriétés phagocytaires.

Le chloroforme chez les cardiaques. — *M. Guyon.* La communication de M. Huchard rend un service aux chirurgiens, que la question de l'anesthésie préoccupe toujours. J'ai eu souvent l'occasion d'intervenir chirurgicalement chez des gens âgés, jusqu'à l'âge de quatre-vingt-onze ans même, par suite chez des sujets souvent athéromateux. Dans tous les cas j'ai donné le chloroforme, et je n'ai jamais eu d'accident. Dans un cas même où Archambault, à cause de l'état du cœur, s'opposait à l'intervention, la malade a pu être chloroformisée, et il en est résulté même une amélioration de l'état du cœur, dont les contractions se sont régularisées; le même phénomène s'est produit plus d'une fois à la suite de la chloroformisation. Cependant je crains toujours les résultats de la chloroformisation chez les sujets atteints de dégénérescence graisseuse du cœur.

Le chloroforme me paraît, chez les cardiaques, préférable aux autres anesthésiques. La chloroformisation doit être entourée des plus grandes précautions. La pratique de la chloroformisation sur les tables à renversement me semble absolument nécessaire chez les sujets très anémiés par des hémorragies abondantes. Elle m'a permis d'éviter les morts sous chloroforme que j'avais observées dans trois cas auparavant.

Les dangers de la chloroformisation ne peuvent être totalement écartés. Ils sont diminués par l'habileté de l'opérateur, qui ne doit pas porter l'anesthésie au delà de la limite dangereuse. Les effets du chloroforme et les diverses phases de l'anesthésie sont faciles à surveiller; pour cette raison, le chloroforme est préférable à d'autres anesthésiques.

La méthode des petites doses est prudente, mais elle est lente; il faut savoir combiner les deux modes d'administration : commencer par les petites doses inhalées seulement par la bouche, arriver ensuite aux doses fortes avec inhalation simultanée par la bouche et par le nez. Lorsque la narcose est complète, l'administration du chloroforme varie suivant la stabilité de l'anesthésie. C'est en se basant sur l'aspect de la pupille, la coloration du visage, la régularité de la respiration, l'état du pouls, que la chloroformisation peut être menée à bien.

L'administration du chloroforme est un des éléments les plus essentiels de la pratique médicale; il faut donc que les élèves apprennent à chloroformiser; pour cela l'emploi de chloroformisateur de profession serait nuisible.

M. Brouardel. Comme médecin légiste je crois intéressant de venir présenter les résultats que j'ai observés à l'autopsie des sujets morts sous le chloroforme.

J'ai observé dans un cas une embolie pulmonaire venant d'une phlébite; dans un autre cas, un cœur gros et une hypertrophie du thymus.

Sur 23 autres personnes il n'y avait pas de lésion cardiaque notable; quelquefois cependant le cœur était atteint de dégénérescence graisseuse. Dans 4 cas il y avait une congestion pulmonaire intense.

Le résultat des autopsies apporte un appui aux propositions formulées par M. Huchard. Dans aucun cas, il n'était possible d'incriminer exclusivement l'état du cœur pour expliquer la mort sous le chloroforme.

L'âge des sujets est très variable : jeunes et vieux ont été observés. Les maladies pour lesquelles on intervenait sont très diverses. La mort est survenue tantôt avant l'acte opératoire, tantôt après la fin de l'opération.

J'ai souvent observé des lésions rénales : atrophie de la couche corticale, rein tuberculeux, etc. Cependant, le chloroforme peut être donné sans danger chez des éclamptiques.

Les observations montrent que la mort subite par syncope réflexe s'observe dans beaucoup de cas où aucune anesthésie n'avait été pratiquée; une irritation portant sur les extrémités du nerf pneumogastrique, une opération sans anesthésie, une émotion, une piqûre d'abeille ont dans bien des cas provoqué la mort. Donc, beaucoup de morts sous le chloroforme ne sont donc pas imputables à l'anesthésique lui-même.

Le danger n'est pas seulement dans le mode d'administration du chloroforme, mais dans la susceptibilité du malade, qui doit être recherchée avec soin avant l'anesthésie.

M. Prunier. Le chloroforme des hôpitaux est beaucoup plus pur qu'on ne le dit. M. Huchard a bien montré que les chirurgiens ont un peu trop de tendance à rendre le chloroforme responsable des morts sous l'anesthésie.

L'Administration de l'assistance prend les plus grandes précautions pour obtenir un chloroforme chimiquement pur, et livré à la consommation dans de bonnes conditions. Ce chloroforme n'est pas rigoureusement pur. On lui ajoute volontairement une trace d'alcool absolu à la dose de 5 pour 1.000, qui a pour action de l'aider à se conserver, tandis que le chloroforme rigoureusement pur est très instable, et devient facilement dangereux. Le chloroforme des hôpitaux sera enfermé dans des bouteilles enveloppées de papier noir, bouchées à la paraffine, et enfermées à l'abri de l'air et de la lumière.

Développement de l'échinocoque. — *M. Perroncito.* Ordinairement l'échinocoque se développe par l'intermédiaire du protoscolex qui forme la membrane et donne un développement de kystes hydatiques internes ou externes agamiques avec ou sans deutoscolex. J'ai observé récemment le développement de kystes-filles directement par l'intermédiaire des deutoscolex.

M. Labbé.

ACADÉMIE DES SCIENCES

24 Février 1902.

La sortie des sels des globules sanguins placés dans un milieu hypotonique. — *MM. Victor Henry et Calugareanu.* Ces auteurs ont songé à rechercher si les sels contenus dans les globules sanguins pouvaient, comme le fait la matière colorante de ces globules, s'échapper au dehors quand ils sont placés dans un milieu hypotonique. Leurs prévisions se sont réalisées. Grâce à un procédé fort ingénieux et très sensible de mensuration électrique, MM. Victor Henry et Calugareanu ont en effet constaté que bien avant que l'on observe le phénomène du laquage du sang, les sels contenus dans les globules se sont répandus dans le milieu ambiant.

La conséquence qui se dégage de ces importantes recherches est que des globules peuvent présenter toute l'apparence extérieure de l'intégrité, alors qu'ils ont déjà cessé d'être normaux.

La contamination des eaux de Lyon. — *M. Causs.* Cet auteur a constaté que les eaux de Lyon étaient occasionnellement souillées par des acides gras provenant de la décomposition de matières albuminoïdes.

C'est en été que cette contamination atteint son maximum.

La production organique de l'indoxyle. — *M. Julius Guezda* (d'Agram). Cet auteur a observé que l'organisme était le siège d'une production d'indoxyle qui est, comme l'on sait, la matière génératrice de l'indigo. Cet indoxyle se forme corrélativement à une quantité proportionnelle d'urée.

Il s'ensuit donc que l'indoxyle, ce que l'on n'avait jamais reconnu jusqu'ici, constitue pour l'organisme un mode d'excrétion de l'azote.

G. Vitoux.

ANALYSES

CHIRURGIE

L. Laqueur. *De la mort subite sous le chloroforme* (*Deut. med. Wochenschr.* 1902, 13 Février, n° 7, p. 115). — Ce travail, basé sur une observation personnelle et sur l'étude des cas publiés dans la littérature, introduit un nouvel élément dans l'explication de la mort subite sous le chloroforme : l'*hypertrophie du thymus*.

Dans cas observé par M. Laqueur, il s'agit d'un

garçon qui succomba brusquement après avoir inhalé à peine 2 grammes de chloroforme. L'opération devait consister en une énucléation du globe oculaire pour ophtalmie sympathique. L'examen chimique du chloroforme montra que le liquide était pur et non altéré. A l'autopsie, on trouva comme unique lésion une hypertrophie du thymus, une hypertrophie des follicules de la base de la langue et une rate volumineuse.

Ce n'est pas la première fois que ces lésions, et ces lésions seules, se trouvent signalées dans la mort subite sous le chloroforme. Dans un travail de Kundrat, qui a réuni 12 cas de ce genre avec autopsie, l'hypertrophie du thymus est notée 12 fois, l'hypertrophie des follicules de la base de la langue et de la paroi postérieure du pharynx 10 fois, l'hypertrophie de la rate 7 fois. Comme hyperplasies accessoires, on a encore noté, dans une certain nombre de cas, celle des amygdales, des ganglions bronchiques, des plaques de Peyer, des ganglions du cou et des aines.

Le rôle étiologique de l'hyperplasie de l'appareil lymphatique, et du thymus en particulier, dans la mort subite sous le chloroforme ressort encore plus nettement quand on envisage la mort subite dans d'autres conditions.

C'est ainsi que cette hyperplasie fut constatée dans un cas de mort subite sous l'éther (Heusler), à l'occasion de l'inspection de la gorge chez des enfants atteints de spasme de la glotte (Pott), à la suite d'une injection de sérum ou d'un autre liquide médicamenteux, à la suite d'un enveloppement humide (Escherich), d'un bain froid (Nordmann), dans la mort subite des nourrissons (Paltauf, Escherich, Grawitz) ,etc. Dans tous ces cas, comme nous venons de le dire, la seule et unique lésion trouvée à l'autopsie a été une hypertrophie considérable du thymus (même chez les adultes), avec hyperplasie d'autres organes lymphoïdes énumérés plus haut.

Ces faits, qui indiquent un état d'équilibre vital instable chez les individus en puissance de *diathèse lymphoïde*, comportent une consécration pratique au point de vue de la chloroformisation. Il est évident que chez ces individus il est dangereux de donner du chloroforme et qu'il vaut mieux s'en abstenir.

Pour diagnostiquer l'hypertrophie du thymus, la percussion exercée au devant du sternum ne donne pas toujours des renseignements précis. Aussi M. Laqueur conseille-t-il de s'en rapporter à l'inspection des follicules de la base de la langue et de la paroi postérieure du pharynx. Si ces éléments lymphoïdes sont hyperplasiés, on peut être sûr qu'il existe en même temps une hypertrophie du thymus. Et, cette constatation faite, il est indiqué de s'abstenir du chloroforme.

R. Romme.

OBSTÉTRIQUE

Ferré. *Deux cas d'opération de Porro* (*Revue de gynéc., obstétr. et pédiatrie de Bordeaux*, 1901, Juillet — L'auteur rapporte deux observations d'opération de Porro. Dans l'une, il s'agissait d'une femme cachectique, atteinte d'un cancer du col de l'utérus. Le col ne se dilatant pas, malgré un travail long, M. Ferré fit l'amputation de Porro, après l'opération césarienne et l'extraction d'un enfant de 2.000 grammes. L'enfant mourut au bout de quelques heures. La mère guérit de l'opération, mais mourut au bout de quelque temps de son cancer.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme atteinte d'un fibrome du segment inférieur. A terme, le travail se déclara, mais l'accouchement ne put se faire: l'enfant mourut, les membranes se rompirent, et il se produisit une infection amniotique. M. Ferré ne vit la parturiente qu'au bout de quelques jours. Il fit immédiatement l'opération césarienne, suivie de l'amputation de Porro. La section porta sur la partie moyenne du fibrome du segment inférieur. La malade guérit.

A. Schwab.

GYNÉCOLOGIE

Th. Schultz (Copenhague). ***Anatomie pathologique et pathogénie de la dégénérescence microkystique des ovaires*** (*Archiv für Gynäk.*, 1901, Bd LXIV, Heft 1). — C'est surtout depuis qu'on pratique l'opération dite de Battey-Hégar-Tait que l'ovarite scléro-kystique est connue comme la cause fréquente de névralgies abdominales chez certaines femmes. Schultz en refait une étude basée sur quarante-trois examens histologiques d'ovaires et de trompes, et il a pu suivre l'évolution de l'épithélium folliculaire et celle de la membrana granulosa.

Il discute, à ce sujet, les diverses théories de pathogénie : la théorie inflammatoire, la congestion chronique des ovaires, la stase veineuse (Hégar, Couzette), enfin la théorie vasculaire, qui explique la dégénérescence kystique par une angiodystrophie ou altération primitive des vaisseaux ovariques. Schultz croit pouvoir conclure que l'artérite et la phlébite sont secondaires, et que la lésion primitive se trouve dans le follicule lui-même. Les causes externes, causes occasionnelles de l'affection, agissent sur le follicule par l'intermédiaire du système nerveux.

G. Keim.

PÉDIATRIE

A. Rousseau. ***Contribution à l'étude des brides congénitales des membres*** (*Thèse*, Paris, 1901). — La constriction par brides amniotiques est la cause invoquée par la majorité des auteurs pour expliquer les sillons congénitaux des membres. M. A. Rousseau rejette cette pathogénie, s'appuyant sur les études histologiques de Suchard et de Jeannel, qui n'ont pas trouvé, à l'examen microscopique des brides congénitales, les lésions des tissus de cicatrice. Il rejette également les théories qui font de ces malformations des lésions dues à l'aïnhum ou à la sclérodermie, et il invoque un trouble trophique survenu pendant la vie intra-utérine, mais sans donner de preuves bien certaines pour soutenir son opinion; il se base uniquement sur la coexistence fréquente d'un pied bot, qu'il considère comme dû également à un trouble trophique.

M. A. Rousseau conseille d'exciser la bride congénitale pour éviter les troubles de compression qu'elle peut occasionner; elle est, en effet, inextensible, et, lorsque le membre se développe, il se trouve enserré par le lien circulaire qu'elle forme autour de lui. L'excision de la bride est facile, car elle n'adhère pas à l'aponévrose sous-jacente.

V. Cathala.

VÉNÉRÉOLOGIE

J. Josso. ***Étude sur les chancres syphilitiques à localisations rares de la cavité buccale.*** (*Thèse*, Paris, 1902, Janvier.) — Parmi les chancres rares de la bouche, les plus fréquents sont, par ordre décroissant: le chancre des gencives, du palais, des piliers du voile, du voile du palais, de la face interne des joues, de la base de la langue.

Les causes les plus fréquentes sont: le baiser sous toutes ses formes, et les opérations sur la bouche (dentistes). Les symptômes ne diffèrent pas de ceux du chancre en général.

Le diagnostic est difficile, car la plupart du temps le médecin ne s'en doute pas, surpris par un siège insolite. Le principal élément de diagnostic est l'adénopathie satellite.

Le pronostic n'est pas plus grave quand le chancre se trouve dans la bouche que lorsqu'il est situé aux organes génitaux. Tout dépend du terrain et du traitement.

J. Dumont.

L. Müller. ***Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de cyanure de mercure.*** (*Thèse*, Paris, 1901, Décembre.) — La méthode hypodermique dans le traitement mercuriel semble pouvoir être généralisée à un plus grand nombre de cas. Les reproches qu'on lui a faits, douleurs violentes et quelquefois intolérables, abcès, stomatites, embolies et parfois même la mort, n'auront plus leur raison d'être lorsqu'on aura supprimé les inconvénients qui jusqu'ici lui semblaient inhérents.

L'emploi des sels solubles a déjà fait faire un grand pas dans ce sens en réduisant les accidents.

Parmi les sels solubles, le cyanure de mercure paraît réunir le plus grand nombre d'avantages, et il semble devoir être préféré à cause de la facilité de sa préparation et de sa conservation.

Ce composé, dérivé du cyanogène, considéré comme très vénéneux, n'a pourtant jamais occasionné d'intoxication.

Les accidents très rares que l'auteur a observés à la suite de son emploi sont d'ordre mercuriel et n'ont pas entravé la continuation du traitement.

Les injections ne sont pas douloureuses : la sensibilité est d'ailleurs très favorablement modifiée, et sans aucun danger, par l'adjonction de cocaïne (cyanure de mercure et chlorhydrate de cocaïne, de chaque 1 gramme, eau distillée 100 grammes : une injection de 1 centimètre cube tous les deux jours).

L'efficacité du cyanure de mercure est des plus grandes, et il est absorbé très rapidement, car les phénomènes de réaction observés se sont produits généralement quelques heures après l'injection.

Le cyanure de mercure est applicable à tous les cas de syphilis. Son action n'est pas seulement efficace sur les accidents secondaires qu'elle fait disparaître de la façon la plus rapide; elle s'étend encore aux manifestations de la période tertiaire, syphilides croûteuses, rupiacées, palmaires, syphilis oculaire, accidents nerveux syphilitiques.

En résumé il semble être le sel de mercure présentant le minimum d'inconvénients avec le maximum d'efficacité.

J. Dumont.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

G. Gradenigo. ***Acoumètre téléphonique mis en action par un courant électrique urbain*** (*Arch. di otologia, rinolog. e laringolog.*, 1901, Avril, p. 217). — Les acoumètres téléphoniques construits jusqu'ici présentent de grands avantages, mais aussi quelques inconvénients auxquels il y a grand intérêt à remédier. Ils permettent d'obtenir une graduation à peu près parfaite du son depuis le zéro d'une audition normale jusqu'à une intensité devenant douloureuse pour une oreille saine; ils permettent d'éviter les causes d'erreur attribuables à l'éloignement et au rapprochement de la source sonore dans les examens faits suivant les anciennes méthodes, car le téléphone est constamment maintenu au contact de l'oreille et, dans ce procédé, c'est l'intensité du son seul varie; de plus, comme les variations d'intensité peuvent être imprimées au son à l'insu du malade, c'est un excellent moyen de découvrir la simulation; enfin, l'acoumètre téléphonique a le grand avantage sur la montre, l'acoumètre de Politzer, la voix aphone, de fournir des sons bas exempts d'harmoniques.

Par contre, un inconvénient assez sérieux de ce genre d'appareil, c'est le manque de constance dans l'intensité du son qu'il donne, en raison de la variabilité de la force électro-motrice de la pile.

Pour parer à cet inconvénient, l'auteur a eu l'idée de faire agir sur la bobine inductrice le courant alternatif distribué dans la ville de Turin, dont la force électro-motrice est constante. Il en réduit l'intensité à 64 milliampères à l'aide d'une lampe de seize bougies.

La bobine induite est recouverte de deux fils dont le nombre de tour inégal est dans le rapport de un à trois cents. Lorsque le courant passe dans le circuit au petit nombre de tours, le son est faible; lorsque, à l'aide d'un commutateur, on le fait passer dans le plus long circuit, le son est fort. La graduation du son dans le téléphone s'obtient en éloignant les deux bobines l'une de l'autre, à l'aide d'une tige graduée. Les deux échelles sont établies de façon à ce que le son minimum obtenu avec l'échelle faible soit à peine perceptible pour une oreille normale, et que le son minimum obtenu avec l'échelle forte soit égal en intensité au maximum du registre faible. Le son obtenu est de tonalité basse (84 vibrations). L'examen avec cet instrument donne de très bons résultats dans le diagnostic de certaines formes d'affections auriculaires (otites internes).

M. Boulay.

ÉPIDÉMIOLOGIE, MÉDECINE PUBLIQUE, HYGIÈNE

Berthier. ***La chaussure dite rationnelle*** (*Revue d'hygiène*, 1901, n° 9, p. 783). — Malgré les efforts des hygiénistes depuis Broca, les chaussures continuent à être construites en dépit de toute notion d'anatomie. Peut-être faut-il voir une des causes de l'insuccès de cette tentative dans la conception fausse de la chaussure dite rationnelle proposée par Meyer (de Zurich) en 1858. Cette chaussure est calculée d'après cette idée que l'axe du pied passe par le gros orteil, et que le gros orteil continue exactement la direction du premier métatarsien. On aboutit ainsi à une semelle asymétrique; or, d'après Berthier, la véritable forme du pied conduit à prendre une empeigne coupée symétriquement. Remarquons que la chaussure construite sur les données de Manouvrier et qui est adoptée par un certain nombre de physiologistes, répond exactement aux indications logiques fournies par l'anatomie.

J.-P. Langlois.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 26 *Février* 1902, à 1 heure. — M. RAOULT : Étude sur la prophylaxie de la syphilis ; MM. Fournier, Landouzy, Gaucher, Desgrez. — M. SIMON : Le scorbut infantile ; MM. Landouzy, Fournier, Gaucher, Desgrez. — M. CHEVREUX : De l'embolie pulmonaire tardive à la suite d'hystérectomies pour fibromes utérins ; MM. Tillaux, Reclus, Walther, Gosset. — M. QUERY : Contribution à l'étude de la lipomatose diffuse symétrique à prédominance cervicale ; MM. Tillaux, Reclus, Walther, Gosset. — M. ROZIER : Étude anatomo-pathologique du plancher de la caisse ; MM. Tillaux, Reclus, Walther, Gosset. — M. RIGAL : Contribution à l'étude du traitement de la fièvre puerpérale ; MM. Pinard, Terrier, Potocki, Cuneo. — M. STANCULEANU : Rapports anatomiques et pathologiques entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire ; MM. Terrier, Pinard, Potocki, Cuneo. — M. GILBERT : Les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde ; MM. Brouardel, Berger, Remy Thoinot. — M. LORIOT : La hernie et la loi sur les accidents du travail ; étude médico-légale ; MM. Brouardel, Berger, Rémy, Thoinot. — M. JUDET : De la péritonisation dans les laparatomies ; MM. Berger, Brouardel, Rémy, Thoinot. — M. LE COAT DE KERVEGUEN : Le terrain tuberculeux et sa transformation ; MM. Pozzi, de Lapersonnne, Charrin, Marion. — M. PESTEMALTZOGLOU : Diastasis des vertèbres ; MM. Pozzi, de Lapersonne, Charrin, Marion. — M. FERRON : De l'œdème aigu des paupières chez les jeunes sujets ; MM. de Lapersonne, Pozzi, Charrin, Marion.

Mardi 4 *Mars* 1902, à 1 heure. — M. FRUITIER : Contribution à l'étude du vertige auriculaire et de ses rapports avec la neurasthénie ; MM. Brouardel, Le Dentu, Schwartz, Dupré. — M. LABEY : De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles ; MM. Le Dentu, Brouardel, Schwartz, Dupré.

Mercredi 5 *Mars*, à 1 heure. — M. RETIÈRE : Contribution à l'étude de la colpoplastie dans l'atrésie et la sténose du vagin ; MM. Tillaux, Rémy, Reclus, Gosset. — M. LEIBOVICI : Du traitement chirurgical des hémorroïdes ; MM. Tillaux, Rémy, Reclus, Gosset. — M. MARCILLE : Topographie des ganglions pelviens : MM. Tillaux, Rémy, Reclus, Gosset. — M. MASSELON : Psychologie des déments précoces ; MM. Joffroy, Brissaud, Gley, Widal. — M. LEMONNYER : Contribution à l'étude de l'asthme chez les enfants ; MM. Brissaud, Joffroy, Gley, Widal. — M. ROGER-SAINT-ANGE : Les formes rares de la tétanie infantile ; MM. Brissaud, Joffroy, Gley, Widal.

Samedi 8 *Mars* 1902, à 1 heure. — M. CUCHEROUSSET : De la forme cérébro-spinale de la fièvre typhoïde chez l'enfant ; MM. Hutinel, Chantemesse, Achard, Widal. — M. DURET : Du pouls veineux des saphènes ; MM. Chantemesse, Hutinel, Achard, Widal.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 *Mars* 1902. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Richet : MM. Lannelongue, Poirier, Wallich. — 3e (Deuxième partie), Oral, Ancien régime, Salle Pasteur : MM. Blanchard, Teissier, Gaucher. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Kirmisson, Jalaguier, Legueu. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Mauclaire, Delens, Broca (Aug.). — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Bezançon, Legry.

Mardi 4 *Mars* 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Berger, Hartmann, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime : MM. Cornil, Thiroloix, Guiart. — 3e (Première partie), (1re série) Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Pozzi, Thiéry, Bonnaire. — 3e (Première partie) (2e série), Oral, Nouveau régime : MM. Budin, Rémy, Poirier. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Dieulafoy, Raymond, Rénon. — 4e, Nouveau régime : MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot. — 4e, Ancien régime : MM. Proust, Charrin, Desgrez. — 5e, Chirurgie (Première partie) 1re série), Charité : MM. Guyon, Quénu, Marion. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. de Lapersonne, Faure, Auvray. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Chantemesse, Achard, Janselme.

Mercredi 5 *Mars* 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Lannelongue, Poirier, Rieffel. 2e : MM. Gariel, Ch. Richet, Retterer. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Ecole pratique : MM. Hayem, Blanchard, Legry. — 5e, Chirurgie (Première partie), Laënnec : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Walther. 5e (Deuxième partie), Laënnec : MM. Landouzy, Gaucher, Wurtz. — 3e Officiat définitif, Laënnec : MM. Mauclaire, Netter, Lepage. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Vendredi 7 *Mars* 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Terrier, Rieffel, Cunéo. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire d'anatomie pathologique : MM. Brissaud, Netter, Hanriot. — 4e, Nouveau Régime, Salle Thouret : MM. Pouchet, Wurtz, Thoinot. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Kirmisson, Delens, Walther. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Lannelongue, Mauclaire, Legueu. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Landouzy, Widal, Teissier. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 8 *Mars* 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Poirier, Faure, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Chantemesse, G. Ballet, Hanriot. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Schwartz, Thiéry, Bonnaire. — 4e, Ancien Régime, Salle Richet : MM. Brouardel, Gilbert, Richaud. — 5e, Chirurgie, (Première partie) : MM. Le Dentu, Hartmann, Marion. — 5e, Chirurgie (Deuxième partie), Beaujon : MM. Raymond, Thiroloix, Launois. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Dieulafoy, Méry, Vaquez. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : M. Charrin, Gouget, Jeanselme. — 5e, Obstétrique : (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Demelin, Potocki.

COLLÈGE DE FRANCE

La chaire de psychologie expérimentale et comparée. — M. Pierre Janet, docteur ès lettres, docteur en médecine, chargé du cours de psychologie expérimentale à la Faculté des lettres de l'Université de Paris, est nommé professeur de psychologie expérimentale et comparée au Collège de France, en remplacement de M. Th. Ribot, admis à la retraite.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

École de médecine navale de Brest. — M. Salaun, médecin de 1re classe de l'armée de mer, est nommé pour cinq ans aux fonctions de professeur de séméiologie médicale et de petite chirurgie à l'école annexe de médecine navale de Brest, en remplacement de M. Valence.

NOUVELLES

Paris et Départements

La lutte contre l'alcoolisme. — Une des principales récompenses de l'Académie des sciences morales et politiques, le prix Félix de Beaujour, d'une valeur de 5.000 francs, est destinée à l'auteur du meilleur ouvrage sur les « moyens de défense contre l'alcoolisme, considéré comme une cause de misère physique ».

Les concurrents pourront envoyer leurs manuscrits jusqu'au 31 Décembre 1904.

La lutte contre les moustiques. — Dans sa dernière séance, la Commission des logements insalubres de la ville de Paris s'est occupée de la question des moustiques. Elle a adopté les propositions suivantes :

1° Supprimer dans la mesure du possible les eaux stagnantes, et, lorsque cette suppression est impossible, répandre sur les eaux une mince couche de pétrole qui a pour résultat de tuer les larves de ces insectes en les empêchant de respirer ;

2° Arroser avec moins de prodigalité, ce qui permettra, d'autre part, dans les périodes de sécheresse, de ne pas être autant à court d'eau, et de ne pas être obligé de substituer l'eau de Seine à l'eau de source pour les usages alimentaires, ainsi que la chose a lieu malheureusement tous les ans, substitution qui a pour résultat immédiat et constant d'amener une recrudescence de fièvre typhoïde dans les quartiers où elle a eu lieu ;

3° Dans les habitations, on ne peut guère se défendre des attaques de ces redoutables insectes qu'en bouchant hermétiquement toutes les ouvertures avec des grillages à mailles fines et serrées ou avec des étoffes, mousseline, gaze, etc.

Il faut aussi avoir la précaution de ne pas laisser les fenêtres ouvertes, surtout à la chute du jour ; il faut les maintenir également fermées quand la lumière est allumée ;

4° Si ces moyens sont insuffisants, faire brûler des trochisques, des poudres à base de pyrèthre, et enfin envelopper son lit d'un moustiquaire ;

5° Contre la piqûre, il y a de nombreux remèdes, mais tous sont d'une efficacité relative ; comme moyen préventif, les lotions à l'acide phénique à 5 pour 100 constituent un remède assez sûr, mais désagréable à cause de son odeur.

Le bateau hôpital le « Saint-Pierre ». — M. Bellamy, médecin de 2e classe des ports de Lorient, est mis à la disposition des œuvres de mer pour être embarqué sur le navire hôpital *le Saint-Pierre*.

Méthode singulière pour donner des lavements. — Dans l'Oubangui, chez les Bondjos, le clystère, dit le Dr Huot, est très en faveur, surtout pour les maladies des enfants. Le procédé employé est des plus simples : la mère insuffle violemment, dans le rectum du bambin, à l'aide d'un petit tube de bambou, une certaine quantité d'eau contenue dans sa bouche.

CONCOURS

Internat. — *Pathologie.* — Séance du 21 Février : MM. Calvé, 11 ; Vaias, 5 ; Barthélémy, 8 ; Darré, 12 ; Nathan, 8 ; Delbos, 6 ; Dubois (Paul), 10 ; Friedel, 8 ; Dieu. — *Absent* : Guérin-Beaupré.

Séance du 24 Février. — MM. Ledou, 4 ; Descomps, 9 ; Martin (André), 6 ; Bouchot, 9 ; Algret, 11 ; Israels de Jouy, 4 ; Flourens, 9, Madelaine, 2 ; Tanon, 8. — *Absents* : MM. Gabail, Onfray.

Anatomie. — Séance du 22 Février : MM. Taguet, 9 ; Gravelotte, 7 ; Cornélius, 5 ; Berthaux, 7 ; Grosset, 3 ; Rouhier, 6 ; Simon, 7 ; Raboudin, 9 ; Bernheim, 5 ; Landowsky, 7.

Hôpitaux de Nantes. — A la suite d'un concours, M. Schmitt vient d'être nommé accoucheur suppléant des hôpitaux de Nantes.

RENSEIGNEMENTS

L'Association générale des Étudiants, 45, rue des Écoles, a l'honneur de porter à la connaissance de MM. les médecins de Paris et de province qu'elle a sans cesse à leur disposition des étudiants en médecine munis de leurs 16 inscriptions, pour les remplacer ou faire des gardes de jour et de nuit auprès de malades. (Téléphone 307-40).

Conférence d'internat. — MM. les internes qui désireraient organiser une conférence publique d'externat et d'internat sont prévenus que l'Association générale des étudiants met gracieusement à leur disposition un local chauffé et éclairé où ils pourront l'après-midi faire leurs conférences. Ils seront assurés d'avoir de nombreux élèves, le siège de l'Association (45, rue des Ecoles) étant en plein centre du quartier, et les auditeurs admis n'ayant pas besoin d'appartenir à l'Association.

Adresser toutes demandes à M. le Président de la Commission des remplacements, à l'Association.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Ch. Letourneau, secrétaire général de la Société d'Anthropologie et professeur à l'École d'Anthropologie.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Grande Librairie Médicale A. MALOINE

Téléphone 810-88 *23-25, rue de l'École-de-Médecine, PARIS (6e)* Adresse télégraphique : **Maloine-Paris.**

Expédition franco dans le monde entier. — Par poste recommandée, 5 0/0 en plus. — Toute commande doit être accompagnée du montant.

EXTRAIT DE LA BIBLIOGRAPHIE MÉTHODIQUE DES LIVRES DE MEDECINE (1902) PUBLIÉS PAR LA LIBRAIRIE MALOINE

N. B. — Cette bibliographie sera adressée gratuitement et FRANCO sur demande.

Tous les ouvrages annoncés sont garantis **neufs, complets et de la dernière édition**. Ils peuvent être fournis **reliés** au goût ou avec les initiales du client. Reliure demi-chagrin, tranches jaspées : Format in-12 ou in-18, 18 × 12, 1 fr. 25; Format in-8°, 22 × 14 à 28 × 18 (suivant grandeur), 1 fr. 75, 2 fr. et 2 fr. 50.

DICTIONNAIRE DES TERMES TECHNIQUES DE MÉDECINE

Contenant les étymologies grecques et latines, les noms des maladies, des opérations chirurgicales et obstétricales, les symptômes cliniques, les lésions anatomiques, les termes de laboratoire, etc.

PAR LES

Drs M. GARNIER ET V. DELAMARE

Préface de G.-H. ROGER. *Professeur agrégé. Médecin des hôpitaux.*

Un volume in-18, reliure souple, **6 50**; net, **5 75**

LEXICUM Medicum Polyglottum

QUOD PLURIBUS ADJUVANTIBUS MEDICIS AC PHILOLOGIS CURATISSIME COLLEGIT

ÉMILE LAURENT

DOCT. MED. PAR.

FRANÇAIS ITALIANO LATINUM ESPANOL DEUTSCH PORTUGUEZ ENGLISH PYCCKIN

Un très fort volume in-8, 1902, relié 1/2 chagrin, plats toile, **24** fr.; net, **22** fr.

Besson. Technique microbiologique et sérothérapique, in-8°. 1902, avec 289 fig. 12 fr., net . . . . 10 fr. 50

Courmont. Précis de bactériologie pratique, 235 fig., in-18, cart., 1897, 7 f., net, 6 f.

Funck. Manuel de bactériologie clinique, avec 7 pl. col. 1901. in-18, cart., 7 fr., net . . . . 6 fr.

Macé Atlas de microbiologie contenant 60 pl. col., in-8°. cart. 1898. 32 fr., net, 28 fr.

Macé. Traité pratique de bactériologie, in-8°, cart., avec 338 fig., n. et col., 1901. 25 fr. net. . . . . 22 fr. 50

Miquel et Cambier. Traité de bactériologie pure et appliquée à la médecine et à l'hygiène, gr. in-8°, 1902, avec 224 fig. 45 fr., net. . . . . 40 fr.

Thoinot et Masselin. Précis de microbie; technique et microbes pathogènes. in-18. avec 210 fig. n. et col., 1902, 8 fr., net 7 fr.

Gaube (du Gers). Cours de minéralogie biologique. professé à la Faculté de médecine de Paris, 3 vol. in-18, 12 fr., net . . . . 10 fr. 50

Comptes rendus du XIIIe Congrès international de médecine, Paris. 1900. 17 vol. in-8°, net. . . . . 50 fr.

Ajouter pour recevoir cette collection franco le prix de 5 colis postaux ou par poste 28 fr.

Debove et Achard. Manuel de diagnostic médical, 2 vol., in-8°, avec fig., 1899-1900, cart., 43 fr., net. . . . . . 38 fr.

Bouchard. Traité de pathologie générale, les 5 vol. parus, ensemble, 108 fr., net, 96 fr. Souscription à l'ouvrage complet, 6 vol., 120 fr., net. . . . . 108 fr.

Chantemesse et Podwyssotsky. Les processus généraux. Histoire naturelle de la maladie — Hérédité — Atrophies — Dégénérescences — Concrétion — Gangrenes, avec 162 fig. n. et col., grand in-8°, 1901. 22 fr., net. . . . . . 20 fr.

Bouchard et Brissaud. Traité de médecine. 2e éd., T. I à VII sont parus. Les 7 vol. grand in-8°. avec fig., 110 fr., net. . . . . 99 fr.

Souscription à forfait pour les 10 vol., 150 fr., net . . . . 135 fr.

Brouardel, Gilbert et Girode. Traité de médecine et de thérapeutique. Les tomes I à IX sont parus. le tome X et dernier paraîtra en mars 1902.

Souscription à forfait pour les 10 volumes, 120 fr., net . . . . 100 fr. Poste recommandée, ajouter 15 fr., relié demi-chagrin ajouter 20 fr.

Debove et Achard: Manuel de médecine. in-8°. 1892-97. L'ouvrage complet, 9 vol., reliure souple, tête dorée, 144 f., net, 128 f.

Dieulafoy. Manuel de pathologie interne, 4 vol., in-18. cart., 1901, 28 fr., net. 25 fr.

Collet. Précis de pathologie interne. 179 fig., dont 27 en coul., 2 vol. in-18. cart., 1901, 16 fr., net, ... 14 fr. 50

Haushalter. Etienne, Spillman et Thiry. Cliniques médicales iconographiques. 8 fasc. in-4°, contenant 62 pl., 1902, 60 fr., net . . . . 54 fr.

Ludolff Krehl. Précis de pathologie générale. Trad. S. Bernheim. in-8°, 1895. 6 fr., net . . . . 5 fr. 25

Strumpell. Traité de pathologie spéciale et de thérapeutique des maladies internes. Trad. de l'allemand par le Dr J. Schramme, 3 v. in-8°, 1898, 36 fr., net, 32 fr.

Barth. Thérapeutique des maladies des organes respiratoires, in-8°, 1897, avec fig., rel., 4 fr., net . . . . . . 3 fr. 50

Barth. Thérapeutique de la tuberculose. in-8°. 1896. 4 fr., net . . . . . 3 fr. 50

Capitan. Maladies infectieuses, causes et traitement. in-18. 1896. 4 fr., net 3 fr. 50

Jourdin et Fischer. Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, in-18. 1901, 2 fr. 50, net . . . . 2 fr. 25

Knopf. Les sanatoria. traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire, 1900, in-8°, cart., avec 92 fig., 22 fr., net 20 fr.

Metchnikoff. L'immunité dans les maladies infectieuses, in-8°. avec 45 fig., 1901. 12 fr., net . . . . 10 fr. 50

Pégurier. Traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire et de ses modalités cliniques, in-8°, 1901. 12 fr., net 10 fr. 50

Roger (G.-H). professeur agrégé. Les maladies infectieuses, 2 vol. in-8°, avec 117 fig., 1902, 28 fr., net. . . . . 25 fr.

Cornet. L'application diététique dans le traitement des maladies des voies digestives, avec 200 formules, in-8°, 1901, 10 fr., net . . . . 9 fr.

Einhorn. Maladies de l'estomac. Manuel pratique à l'usage des médecins et des étudiants, traduit de l'anglais par le Dr Labadie, in-8°, 1901, 8 fr., net . . . 7 fr.

Frenkel. Séméiologie et thérapeutique des maladies de l'estomac, in-18°, cart. avec fig., 1900, 7 fr. 50, net . . . . . 6 fr. 50

Mathieu. Thérapeutique des maladies de l'estomac. in-18°, 1898, rel., 4 fr., net 3 fr. 50

Mathieu. Thérapeutique des maladies de l'intestin, in-18. 1901, rel., 4 fr., net 3 fr. 50

Robin. Maladies de l'estomac. diagnostic et traitement. La technique de l'exploration gastrique. Le diagnostic et le traitement des dyspepsies. in-8°, 1901, avec fig., 25 fr., net. . . . . 22 fr. 50

Barié. Thérapeutique des maladies du cœur et de l'aorte, in-18. 1898. rel., 4 f. net, 3 f. 50

Gilbert et Carnot. Les fonctions hépatiques, in-18, cart., avec fig., 1902. 5 fr., net. . . . . 4 fr. 50

Lancereaux. Maladies du foie et du pancréas. in-8°, 1899, 132 fig., 20 fr., net 18 fr.

Oulmont. Thérapeutique des névroses. in-18. 1894. 4 fr., net . . . . . 3 fr. 50

Grasset. Les maladies de l'orientation et de l'équilibre. in-8°. cart., 1901. 6 fr., net. . . . . 5 fr. 25

Krafft-Ebing. Traité clinique de psychiatrie. Trad. E. Laurent, gr. in-8°. 1897. 20 fr., net. . . . . 18 fr.

Levillain. Neurologie clinique, neurasthénie de Beard et états neurasthéniformes, in-12. 1896, 4 fr., net. 3 fr. 50

Raymond. Clinique des maladies du système nerveux. Hospice de la Salpêtrière, 5 vol. in-8°. 1894-99, avec fig., 84 fr., net . . . . 75 fr.

Renza. La faiblesse irritable sexuelle (éjaculation prématurée). in-18. 1902. 2 fr. 50, net. . . . . 2 fr. 25

Bordier. Précis d'électrothérapie, d'électrophysiologie et d'électrodiagnostic. in-18, cart., 1902, avec fig., 8 fr., net. 7 fr.

Brault. Traité pratique des maladies des pays chauds et tropicaux, in-8°. avec 81 fig., 1900. 10 fr. net. . . . . . 9 fr.

Le Dantec. Précis de pathologie exotique (Maladies des pays chauds et des pays froids), avec 98 fig. et 4 pl. chrom., in-18 cart., 1900. 10 fr., net . . . 9 fr.

Legrain. Introduction à l'étude des fièvres des pays chauds (région prétropicale), in-8°, 1900. 12 fr., net . . . . 10 fr. 50

Sauton (Dom). La léprose, in-8°, 1901, avec pl. et 60 fig. noir et col., 22 fr., net. . . . . 20 fr.

Berlioz. Manuel de thérapeutique. Préface de Bouchard, 5e éd., 1901. in-18, cart., 6 fr., net. . . . . 5 fr. 25

Debove et Achard. Manuel de thérapeutique. 3 vol. in-18°, rel., 1900-1902, 57 fr., net. . . . . 50 fr.

Lyon. Traité élémentaire de clinique thérapeutique, in-8°, 1902, 25 fr., net 22 fr. 50

Manquat. Traité de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie, 2 vol. in-8°, 1900, 24 fr., net . . 22 fr.

Traité de thérapeutique appliquée. publié sous la direction de Albert Robin. L'ouvrage complet forme 20 fascicules, ensemble 139 fr., net. . 122 fr.

Gaucher et Gallois. Thérapeutique des maladies du rein, 2 vol. in 18, 1896, rel. souple, 8 fr., net . . . . 7 fr.

Bocquillon-Limousin. Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, in-18, cart., 1902, 3 fr., net. . . . . 2 fr. 75

Bouchardat. Nouveau formulaire magistral, 33e éd., 1900, in-18, cart., 4 fr., net. 3 fr. 50

Dupuy (Professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse). La formule médicale. Principes généraux de pharmacologie sur lesquels reposent sa rédaction et son exécution, in-18, rel. souple, 1897, 4 fr., net. 3 fr. 50

Gilbert et Yvon. Formulaire, 14e éd., 1901, in-18, cart., 4 fr., net . . 3 fr. 50

Huchard. Consultations médicales, in-8°, 1901, 2e éd., 8 fr., net . . . . . . 7 fr.

Malbec. Consultations et ordonnances médicales. Formulaire méthodique et thérapeutique. Préface du Dr J.-V. Laborde, in-18, 1902, cart., 4 fr., net 3 fr. 50

Le Dentu et Delbet. Traité de chirurgie clinique et opératoire. L'ouvrage complet 10 tomes en 11 vol., in-8° . . . 125 fr.

Il nous reste un certain nombre d'exemplaires de souscription que nous offrons à nos clients au prix ancien de 100 FR. NET ET FRANCO.

Pour les pays où il est nécessaire d'expédier par poste recommandée, ajouter 15 fr. pour le port.

Pour recevoir l'ouvrage relié 1/2 chagrin, ajouter 20 fr.

Traité de chirurgie. publié sous la direction de Duplay et Reclus, 2e éd., 1897-1899, 8 vol. in-8°, 150 fr., net . 135 fr.

Tillaux. Traité de chirurgie clinique, 2 vol., in-8°. 1900, cart., 25 fr., net 22 fr. 50

Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly. Manuel de pathologie externe, 1899-1901, 4 vol., in-1°, avec fig., 40 fr., net 36 fr.

Chalot. Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoire, 4e éd., 1900, avec 1,217 fig., in-8°, 20 fr., net. 18 fr.

Chavasse. Nouveaux éléments de petite chirurgie (pansements, bandages et appareils), in-18, 5e éd., 1900, cart., avec 524 fig., 9 fr., net. . . . . . . 8 fr.

Duplay, Rochard et Demoulin. Manuel de diagnostic chirurgical, in-18, rel., 1900, avec 80 fig., 12 fr., net . 10 fr. 50

Farabeuf. Précis de manuel opératoire, ligatures, amputations, résections, 1893, in-8°, avec 687 fig., 16 fr., net. 14 fr. 50

Forgue. Précis de pathologie externe, 2 vol. gr. in-18, cart., avec fig. noires et coloriées, 1902, 20 fr. net. . 18 fr.

Jamain, Terrier et Péraire. Manuel de petite chirurgie, in-18, 1901. cart., avec 572 fig., 8 fr., net . . . . 7 fr.

Lejars. Chirurgie d'urgence, avec 751 fig., d'après nature et 172 phot. originales, in-8°, relié, 1901, 25 fr., net . 22 fr. 50

Sébileau (professeur agrégé). Leçons de chirurgie faites à l'hôpital Cochin, 1 vol. in-18, 1899. 3 fr. 50, net. . . . . 3 fr.

Braquehaye et de Rouville. Consultations chirurgicales à l'usage des praticiens, in-8°, 1901, 6 fr., net. . 5 fr. 25

Kirmisson. Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, avec 312 fig. et 2 pl. in-8°. 1898. 15 fr., net. 13 fr. 50

Redard. Traité pratique des déviations de la colonne vertebrale, gr. in 8°, 1900, avec 231 fig., 12 fr. net. . . . 10 fr. 50

Jaboulay. Chirurgie des centres nerveux des viscères et des membres, 2 vol. in-8°, avec fig., 15 fr., net. . . . . 13 fr. 50

Bouquet. Théorie et pratique des accouchements en tableaux synoptiques, in-8°, 1900, rel., 15 fr., net . . . . . 13 fr. 50

Ribemont-Dessaigne et G. Lepage. Précis d'obstétrique, avec 590 fig. dans le texte, 5e éd., 1900, gr. in-8°, cart., 30 fr., net . . . . 27 fr.

Tarnier, Chantreuil et Budin. Traité de l'art des accouchements. 4 vol. gr. in-8°, 1886-1901, 54 fr., net. . . 45 fr.

Varnier. La pratique des accouchements, obstétrique journalière, avec 387 fig., 1900, gr. in-8°, rel. tête dorée. 26 fr., net. . . . . 23 fr.

Archambault. Guide de l'examen gynécologique, in-8°, avec fig., 1902, cart., 3 fr., net. . . . . 2 fr. 75

Barbaud et Lefèvre. La puberté chez la femme, étude clinique et thérapeutique, in-18, 1897, 4 fr., net. . . . . 3 fr. 50

Fritsch. Traité des maladies des femmes. Traduit par le Dr J. Stas, avec 277 fig., in-8°, 1902, 16 fr., net. . . . 14 fr. 50

Labadie-Lagrave et Legueu. Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1901, in-8°, cart. avec 320 grav., 25 fr., net 22 fr. 50

Lutaud (A.), professeur libre de gynécologie, médecin adjoint de Saint-Lazare. Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale, contenant la technique opératoire et 607 fig. dans le texte, fort vol., gr. in-8°. Broché, 20 fr., net, 18 fr. Relie toile, net . . . . 19 fr. 50

Rouville (de). Consultations de gynécologie à l'usage des praticiens. Préface par le Dr L.-Championnière, in-8°, 1902, 5 fr., net. . . . . 4 fr. 50

Vaucaire. Formulaire de gynécologie. Thérapeutique des maladies des femmes, in-18, rel., 1901, 4 fr., net. . . 3 fr. 50

Ausset, professeur agrégé à Lille. Leçons cliniques sur les maladies des enfants, faites à l'hôpital Saint-Sauveur, 1896-97, 1897-99, 3 vol., in-8°, 15 fr., net. 13 fr. 50

Despine et Picot. Traité pratique des maladies de l'enfance, in-8°, 1899, 16 fr., net . . . . 14 fr. 50

Josias. Thérapeutique infantile, 2 vol. in-18. 1896, 8 fr., net . . . . . . 7 fr.

Grancher. Comby. Marfan. Traité des maladies de l'enfance, 5 vol., gr. in-8°, avec fig., 1897-1899, 90 fr., net. 80 fr.

Nogue (Dr R.). Précis de posologie infantile, in-18, 1895, rel. souple, 3 fr. 50, net . . . . 3 fr.

Fuchs. Ophtalmologie. Trad. de l'allemand par Lacompte et Leplat, in-8°, 1897, cart., 25 fr., net . . . . 22 fr. 50

Pansier. Traité d'électrothérapie oculaire, préface du Dr Valude, in-12, 1896, avec fig., 6 fr., net. . . . . . 5 fr. 25

Truc, professeur de clinique ophtalmologique à Montpellier, et **Valude**, médecin de la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. Nouveaux éléments d'ophtalmologie, 2 vol., in-8°, 1896, avec fig., et planches, 20 fr., net. . . . . 18 fr.

Courtade. Manuel pratique de traitement des maladies de l'oreille, in-12, 1894,

Castex. Maladies de la voix, in-8°, 1902, avec fig., 7 fr., net. . . . . . . 6 fr.

Escat. Traité médico-chirurgical des maladies du pharxnx. Naso-pharynx. préface du Dr Lubet-Barbon, in-8°, cart., 1901, avec fig., 16 fr., net . . 14 fr. 50

Brocq et Jacquet. Précis élémentaire de dermatologie, 5 vol., in-18, 12 fr. 50, net . . . . 11 fr. 25

Chatelain (E.). Précis iconographique des maladies de la peau. Ouvrage accompagné de 50 planches en couleurs, reproduites d'après nature, par Félix Méheux, dessinateur des services de l'hôpital Saint-Louis, fort vol., gr. in-8°, cart., 2e édit., 1896, 25 fr., net. 22 fr. 50

Hallopeau et Leredde. Traité pratique de dermatologie, avec 24 pl. en couleurs et 15 fig., in-8°, rel. toile, 1900, 30 fr., net. . . . . 27 fr.

Pratique dermatologique. Traité de dermatologie apqliquée par MM. Besnier, Brocq, Jacquet. T. I, in-4°, rel. toile, avec 230 fig. et 24 pl. col., 1900, 36 fr., net. . . . . 32 fr.

T. II, in-4°, rel. toile, avec 168 fig. et 21 pl. col., 1901, 40 fr., net. . . 36 fr.

L'ouvrage formera 4 vol. Prix à forfait de la souscription à l'ouvrage complet, 150 fr., net. . . . . 135 fr.

Fournier. Traité de la syphilis, période primaire, période secondaire et période tertiaire, 2 vol., in-8°, 1899-1901, 46 fr., net. . . . . 40 fr.

MALOINE Médicale Circulante

Tous les ouvrages de médecine en lecture pour **60** *francs par an.*

Envoi franco du catalogue et des conditions d'abonnement sur demande.

La Librairie MALOINE se charge de l'impression des brochures ou volumes à des prix très réduits.

DEMANDER LE TARIF

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 18. — Samedi, 1er Mars 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

LE CENTENAIRE DE L'INTERNAT

Les fêtes du Centenaire de l'Internat seront brillantes et donneront un nouveau lustre au titre d'Interne des hôpitaux de Paris, le meilleur que nous transmette le siècle qui vient de s'éteindre. Elles auront pour effet durable d'augmenter les ressources de l'Association, ce qui permettra de venir mieux en aide à des situations très dignes d'intérêt. Il faut conserver l'espoir qu'elles fortifieront les liens qui nous unissent, qu'elles affirmeront notre solidarité, qu'elles contribueront à développer notre force.

* * *

L'appel du Comité d'organisation n'est pas resté sans écho. Sur 1.800 internes ou anciens internes actuellement vivants, 1.100 ont souscrit, et le chiffre des cotisations va atteindre 50.000 francs. Il eût fallu les 100.000, comme je le disais dans mon premier article, pour faire grandement les choses, mais avec le capital déjà recueilli, avec le concours du gouvernement, avec l'activité de quelques-uns, parmi lesquels je dois citer le Secrétaire-général, Raymond Durand-Fardel, un beau programme sera déjà réalisé. Que les 700 retardataires, que les jeunes collègues des salles de garde viennent à la rescousse, apportant de l'argent et du zèle, et l'on fera mieux encore. Il importe aux jeunes que ces fêtes soient éclatantes. Qu'ils viennent donc en masse, qu'ils donnent de toute leur fougue, qu'ils se pénètrent de cette idée que les fêtes du Centenaire ont plus d'importance pour leur avenir que le Bal de l'Internat qu'ils traitent pourtant si magnifiquement. Et en contribuant au bien de tous, ils agiront étroitement dans leur intérêt.

La date du 12-13 Avril a dû être reculée à cause des élections (20 Avril-5 Mai). On eût pu choisir

le 10-11 Mai, mais si les élections venaient à être retardées d'une semaine, l'inconvénient restait le même. Ne pouvant courir les risques d'une telle éventualité, le Comité a dû choisir entre le 17-18 et le 24-25. La Pentecôte tombe le 18; il n'y avait plus qu'à adopter le 24-25 Mai. Le Président de la République a accepté cette date.

Voici donc le programme général :

24 Mai. Séance solennelle, probablement à la Sorbonne, présidée par le Président de la République. — Le soir, banquet au Palais-d'Orsay.

25 Mai. Inauguration du monument de l'Hôtel-Dieu. — Le soir, représentation à bénéfice, à l'Opéra-Comique.

Pour de plus complets détails, une circulaire sera envoyée sous peu à chaque souscripteur; il y sera question entre autres choses : 1° des bons de réduction donnés par les Compagnies de chemins de fer; 2° des places à retenir pour la représentation; 3° du banquet.

Puissé-je, par ce pressant appel, enrôler les jeunes qui manquent encore et les collègues anciens dont l'âme est hésitante! Pour l'honneur de l'Internat, que tous les internes souscrivent : à la bourse, pas d'abstentions!

F. Jayle.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement des quintes de la coqueluche.

Pour M. Carrière (de Lille), l'antipyrine, la belladone et le bromoforme sont les trois médicaments qui calment le mieux les quintes de coqueluche. Dans l'article qu'il publie dans l'*Echo médical du Nord*, il conseille de prescrire l'*antipyrine* en formulant comme suit :

Antipyrine	ââ 2 grammes.
Chlorhydrate basique de quinine. .	(ââ 2 grammes)
Glycyrrhizine. . . .	1 gr. 50
Eau de laurier-cerise	5 à 10 grammes.
Julep gommeux. . .	110 ou 115 grammes.

Une cuillerée à soupe trois fois par jour.

Pour éviter la fatigue de l'estomac, on peut formuler pour l'adulte :

Antipyrine	ââ 0,50 milligr.
Bicarbonate de soude . .	(ââ 0,50 milligr.)

et pour l'enfant :

Antipyrine.	ââ 1,50 à 2 grammes.
Glycyrrhizine . . .	(ââ 1,50 à 2 grammes)
Eau de Vichy . . .	120 grammes.

Du reste, l'enfant supporte bien l'antipyrine. — La *belladone* donne peut-être encore de meilleurs résultats. Les règles à observer sont les suivantes :

1° Augmenter progressivement la dose jusqu'à ce que l'on observe un commencement d'action sur le nombre et la violence des quintes;

2° A ce moment, rester à une dose stationnaire;

3° Suspendre dès qu'on constate une mydriase exagérée, de l'excitation cérébrale avec rêves ou hallucination, la sécheresse de la gorge, la rougeur de la joue.

On peut administrer la belladone suivant la formule de Trousseau :

Extrait de belladone.	ââ 5 milligrammes.
Poudre de belladone.	(ââ 5 milligrammes)

Pour une pilule. F. s. a., n° 30.
De 2 à 6 par jour suivant l'âge.

On préférera généralement la teinture de belladone. On donnera V à VI gouttes, trois fois par jour. On augmentera chaque jour d'une goutte chaque fois.

— Le troisième médicament recommandable dans la coqueluche est le *bromoforme*.

La formule la plus utile à connaître est la suivante :

Bromoforme	2 à 3 grammes.
Huile d'amandes douces	30 —
Gomme arabique pulvérisée	20 —
Sirop d'écorces d'oranges amères.	60 —
Eau.	Q. S. pour 250 gr.

4 à 6 cuillerées à café dans la journée, suivant l'âge.

Contre-indications et posologie de la paraldéhyde.

D'après le professeur Pouchet, l'emploi de la paraldéhyde comme hypnotique est contre-indiquée dans les affections hépatiques, puis dans la bronchite et l'emphysème, en raison de l'obstacle que cette substance apporte à l'expectoration.

La dose capable d'amener le sommeil chez un individu en état d'excitation moyenne est d'au moins 4 à 6 grammes. Un sujet sain s'endort dans un espace de temps variant entre cinq et trente minutes, lorsqu'il lui a été administré une dose de 3 grammes de paraldéhyde.

La teinture de vanille masque très bien l'odeur de la paraldéhyde; elle exerce de plus une action calmante. Voici une formule de solution alcoolique :

Paraldéhyde.	20 grammes.
Alcool à 90°	100 —
Sirop simple	75 —
Teinture de vanille.	5 —

Cette solution correspond à 1 gr. 50 de paraldéhyde par cuillerée à soupe : elle doit être diluée dans un liquide approprié, pour ne pas exposer à des troubles digestifs.

Voici une autre formule de potion :

Paraldéhyde	4 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise	10 —
Teinture de vanille.	4, 5, 6 gr.
Sirop de groseille	Q. S.

Par cuillerées à soupe jusqu'à effet hypnotique.

Voici des formules de potions mixtes :

Paraldéhyde	4 grammes.
Bromure de potassium . . .	3 —
Potion gommeuse	60 —
Sirop d'écorces d'oranges amères.	30 —
Eau distillée	60 —

ou bien :

Chlorhydrate de morphine.	1 centigramme.
Paraldéhyde	2 grammes.
Potion gommeuse	80 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	60 —
Teinture de vanille . . .	1 —

Chacune de ces potions doit être prise en deux ou trois fois, à demi-heure d'intervalle.

Voici une formule pour lavement :

Paraldéhyde	2 à 4 grammes.
Jaune d'œuf	n° 1.
Eau de guimauve. . . .	120 grammes.

On peut également administrer la paraldéhyde sous forme de suppositoires : 3 grammes de paraldéhyde et 3 grammes de paraffine, par exemple.

LIVRES NOUVEAUX

A. Boisson. — *Précis de législation militaire.* Guide administratif à l'usage des médecins de l'armée (Active, réserve, territoriale et médecins auxiliaires). Paris, 1901, O. Doin, éditeur.

Appartenant à la « Bibliothèque de l'Etudiant en médecine » publiée sous la direction de M. Testut, l'excellent précis de A. Boisson a pour but de réunir en un seul volume les notions administratives indispensables aux médecins de l'armée. Sous une forme claire et concise, l'auteur a réuni une foule de renseignements utiles : règlements spéciaux du service de santé de l'armée, organisation générale de l'armée, législation spéciale aux militaires, avancement, décorations, pensions et secours, etc. A la fin du livre une annexe contient les lois et règlements relatifs aux services généraux de l'armée, ainsi que quelques notions élémentaires de topographie pour la lecture des cartes.

Ce livre sera consulté avec fruit par tous les médecins désireux de se mettre au courant d'une question quelconque de médecine militaire. C'est un livre essentiellement pratique.

L. R.

J. Arrou. — *Chirurgie de l'appareil génital de l'homme* (Paris, 1901, O. Doin, éditeur).

La « Bibliothèque de chirurgie contemporaine » publiée sous la direction de A. Ricard et E. Rochard, vient d'éditer la chirurgie de l'appareil génital de l'homme par J. Arrou.

Ce livre est très documenté. Il est consacré aux maladies du testicule et de ses enveloppes : anomalies du testicule, traumatismes du testicule, hydrocèles, hématocèle, orchites aiguës et orchites chroniques, néoplasmes du testicule, varicocèle, phlébite du cordon, kystes de la glande génitale.

En 327 pages, l'auteur a su condenser les notions d'anatomie pathologique, de symptomatologie et de thérapeutique qui se rapportent aux maladies du testicule. Cet excellent petit livre est à la fois le livre de l'étudiant et le livre du praticien.

L. R.

BIBLIOGRAPHIE

Les enfants retardataires (arrêts de la croissance et troubles du développement), par E. Apert, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-16 de 96 pages, cart., de la collection des *Actualités médicales*, 1 fr. 50. (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

L'embryologie en quelques leçons, par Ch. Debierre, professeur à la Faculté de médecine de Lille, 1 vol. in-8°, avec 144 figures, 4 francs. (*Félix Alcan*, éditeur.)

Le mariage. *Etude de sociobiologie et de médecine légale*, par le prof. Morache, de la Faculté de médecine de Bordeaux. Un vol. in-16 de la *Collection médicale*, cartonné à l'anglaise, 4 francs. (*Félix Alcan*, éditeur.)

L'hygiène sociale, par Emile Duclaux, membre de l'Académie des sciences, directeur de l'Institut Pasteur, directeur de l'école des Hautes-Études sociales, 1 vol. in-8° de la *Bibliothèque générale des sciences sociales*, cart. à l'anglaise, 6 francs. (*Félix Alcan*, éditeur.)

Tableaux synoptiques d'exploration médicale des organes, à l'usage des étudiants et des praticiens, par Champeaux, 1 vol. gr. in-8° de 184 pages, cart. de la *Collection Villeroy*: 5 francs. (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Microbiologia, par Luciano Pizzini, 1 vol. in-16 de 225 pages. (*Ulrico Hœpli*, editore Milan).

Sémiologie pratique des poumons et de la plèvre, Signes physiques, Inspection, Palpation, Percussion, Auscultation, par Henri Barbier, médecin de l'hôpital Hérold, préface de M. le prof. Grancher, 1 vol. in-16 de 252 pages avec 20 fig. noires et coloriées, cart. 4 francs. (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Traité d'hygiène, par A. Proust, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général des services sanitaires. Troisième édition, *revue et considérablement augmentée*, avec la collaboration de A. Netter, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Trousseau, et H. Bourges, chef du Laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine, chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau. *Ouvrage couronné par l'Institut et la Faculté de médecine.* 1 fort volume grand in-8° avec cartes et figures dans le texte publié en deux fascicules. (*Masson et Cie*, éditeurs, 18 francs.)

La fièvre des tuberculeux et son traitement, par Pierre Seytre, médecin de l'hôpital de Cannes, 1 vol. in-18, avec 11 tracés, 1 fr. 50. Librairie *Vigot frères*, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

L'EXAMEN RADIOSCOPIQUE
DES PLÈVRES INTERLOBAIRES
ET LE DIAGNOSTIC
DE LA SCLÉROSE DE L'INTERLOBE

Par A. BÉCLÈRE
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

J'ai insisté, dans plusieurs publications[1], sur la nécessité, quand on explore le thorax à l'aide des rayons de Röntgen, de donner le pas à l'examen radioscopique sur la radiographie et de toujours commencer l'exploration par ce mode d'examen, alors même qu'on se propose de demander à la radiographie une image durable des organes intra-thoraciques.

La vision directe des ombres portées sur l'écran fluorescent n'est pas préférable seulement parce qu'elle est obtenue avec une dépense de temps, de peine et d'argent inférieure à celle que réclame une épreuve radiographique : ce sont, à vrai dire, les moindres avantages de ce mode d'examen. S'il est nécessaire de toujours débuter, dans la radio-exploration du thorax, par l'emploi de l'écran fluorescent, en voici les deux raisons majeures.

C'est, en première ligne, un privilège inappréciable, réservé seulement à l'écran, de déceler les mouvements invisibles qui se répètent, sans trêve, à l'intérieur de la cavité thoracique, sous le voile de ses parois. Les images mouvantes qu'il présente reproduisent, sous les yeux de l'observateur, la descente et l'ascension alternées du diaphragme avec les changements de courbure de ce muscle, le jeu des côtes, l'expansion et le retrait des poumons, la systole et la diastole du cœur, les pulsations rythmiques de l'aorte, et jusqu'aux passagères ampliations de l'oreillette droite pendant l'inspiration, sans parler du cheminement des corps opaques déglutis, les cachets de bismuth par exemple, le long du canal œsophagien. L'écran seul révèle, à l'état pathologique, le trouble des fonctions de l'œsophage et ses contractions antipéristaltiques au-dessus d'un rétrécissement, la mobilité des corps étrangers accidentellement introduits dans les bronches, les changements survenus dans l'élasticité comparée du parenchyme des deux poumons, les oscillations des collections liquides à l'intérieur de la cavité pleurale, les déplacements du médiastin liés à la respiration, les troubles des mouvements des côtes et du diaphragme, et les différences dans les contractions des deux moitiés de ce muscle. En un mot, l'écran fluorescent, avec ses ombres mobiles, représente la vie; il permet d'étudier la physiologie des organes en pleine activité, tandis que les images figées sur les épreuves radiographiques ont une immobilité de mort, et ne figurent plus, pour ainsi dire, que des pièces anatomiques. Il est évident que l'écran donne au médecin toute une somme de notions, de la plus haute valeur pour le diagnostic, qu'il ne peut pas demander à la radiographie.

La seconde raison n'a guère moins d'importance que la première : c'est la multiplicité des images diverses, capables de se compléter et de se corriger mutuellement, qui, pendant l'exploration d'un même thorax, peuvent se succéder sur l'écran en quelques instants. Un examen radioscopique du thorax n'est complet que s'il fait voir toute la série de ces images. On les obtient en faisant varier les positions relatives de l'ampoule radiogène, du sujet examiné et de l'écran fluorescent.

Pour atteindre le but, on a le choix entre plusieurs dispositifs. Sans décrire avec détails celui que j'emploie habituellement[1], je rappelle seulement que le sujet, examiné le plus souvent debout ou assis, exceptionnellement couché, peut se mouvoir entre deux plans parallèles, constitués l'un par l'écran fluorescent, l'autre par un cadre rectangulaire à l'intérieur duquel l'ampoule est mobile en tous sens. Dans ces conditions, si l'on fait tourner autour de son axe vertical le malade debout, ou si l'on fait tourner le siège à pivot sur lequel il est assis, on fait varier la direction générale des rayons de Röntgen au travers du corps, et, suivant qu'ils pénètrent le thorax directement d'avant en arrière ou d'arrière en avant, transversalement de droite à gauche ou de gauche à droite, obliquement enfin dans les nombreux diamètres intermédiaires, on obtient sur l'écran toute une série d'images très différentes.

Dans l'une quelconque des positions qu'on a fait prendre au malade, on obtient aussi une série d'images diverses suivant qu'on élève l'ampoule radiogène, qu'on l'abaisse, qu'on la déplace latéralement à gauche ou à droite, en un mot suivant qu'on fait varier l'incidence des rayons de Röntgen sur chacune des régions du thorax, sur chacun des points de l'écran.

Toutes ces images successivement obtenues ne sont autre chose, il ne faut pas l'oublier, que des ombres portées, analogues aux *ombres chinoises* produites par l'interposition de corps opaques entre une source lumineuse et un écran translucide. Par leur forme, leur grandeur et les dimensions relatives de leurs diverses parties, elles ne représentent jamais qu'imparfaitement les organes correspondants puisqu'elles ne sont pas formées par des rayons parallèles, mais par un faisceau de rayons divergents dont le foyer n'est pas éloigné de l'écran de plus de 50 centimètres environ. Ce sont donc des images toujours agrandies, toujours déformées et très inégalement déformées en leurs diverses parties suivant l'incidence variable à la surface de l'écran des rayons qui les forment.

Aussi, parmi ces images multiples, n'y a-t-il pas à distinguer des images vraies et des images fausses, des images normales et des images anormales. Elles sont toutes nécessairement déterminées par des conditions géométriques dont il est facile de se rendre compte; elles ont toutes leur valeur, et aucune d'elles ne doit être négligée, mais aucune d'elles non plus n'est l'exacte représentation des organes thoraciques. Pour voir ce qu'elles signifient, les yeux ne suffisent pas : il est nécessaire que le jugement intervienne, et c'est seulement après réflexion que, de la comparaison de toutes ces images diverses, le médecin peut se former une représentation mentale qui corresponde à la réalité.

Comme exemple de la nécessité absolue, dans certains cas, pour atteindre le diagnostic, d'observer et de comparer toute une série d'images diverses du thorax, faciles à obtenir sur l'écran en quelques instants, je ne connais rien de plus démonstratif que le cas suivant.

C'est celui d'une femme de soixante-sept ans, entrée tout dernièrement dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine pour une affection chronique des voies respiratoires.

Depuis plusieurs années, cette malade a des rhumes fréquents, et, pendant toute la durée de l'hiver, elle ne cesse de tousser et d'expectorer; elle s'est décidée à venir à l'hôpital parce que, depuis quelque temps, elle tousse davantage, s'essouffle plus facilement et se trouve très affaiblie.

De son observation j'extrais seulement, en le résumant, ce qui a trait à l'exploration du thorax. Le sommet droit est mat à la percussion en avant et en arrière; la matité s'étend en avant depuis la clavicule jusqu'au bord inférieur de la seconde côte, elle occupe en arrière toute la fosse sus-épineuse et la moitié supérieure de la fosse sous-épineuse. Le même sommet est soufflant à l'auscultation en avant et en arrière, à peu près dans l'étendue de la zone de matité où les vibrations vocales sont quelque peu exagérées. Il existe donc des signes certains d'induration du sommet pulmonaire droit. Le sommet gauche présente seulement de la submatité à la percussion au-dessous de la clavicule, dans le premier espace intercostal; il est donc induré aussi, mais à un degré et dans une étendue beaucoup moindres que le sommet droit. Dans tout le reste de la surface thoracique, à l'exception d'une région très limitée dont je parlerai plus loin, on trouve la sonorité de percussion exagérée avec timbre tympanique, l'inspiration humée, l'expiration prolongée, les vibrations vocales diminuées, en un mot des signes d'emphysème pulmonaire.

Ainsi, l'exploration physique du thorax par les procédés habituels amène à reconnaître l'existence des lésions suivantes : pneumonie chronique avec induration des deux sommets, du sommet droit principalement, sclérose et emphysème généralisés. L'examen bactériologique de l'expectoration muco-purulente, répété à deux reprises, n'y décèle pas la présence du bacille de Koch. Ce n'en est pas moins à la bacillose qu'il me semble légitime d'attribuer l'origine des lésions pulmonaires, et je porte le diagnostic de phtisie chronique fibreuse.

C'est le moment de revenir sur une particularité trouvée à la percussion de la face antérieure du thorax à droite. Au-dessous de la zone de matité sous-claviculaire, la sonorité pulmonaire est, comme je l'ai dit, augmentée et prend un timbre tympanique. Toutefois cette région de sonorité tympanique est en quelque sorte coupée en deux par une petite zone de submatité qui occupe le troisième espace intercostal droit, s'étend en dedans jusqu'au bord droit du sternum, et se perd en dehors

1. « Les rayons de Röntgen et le diagnostic de la tuberculose », 1 vol. in-16 carré, 96 pages avec 9 figures, J.-B. Baillière, 1898. — « Les rayons de Röntgen et le diagnostic des affections thoraciques non tuberculeuses », 1 vol. in-16 carré, 92 pages avec 10 figures, J.-B. Baillière, 1901. — « La radioscopie et la radiographie dans les hôpitaux ». *La Presse Médicale*, 1899, 24 Octobre, n° 84. — « Sur la technique de l'application des rayons de Röntgen au diagnostic de la tuberculose ». Congrès de Londres, 1901.

1. « L'emploi du diaphragme-iris en radioscopie et son utilité pour la détermination du point d'incidence normale ». *Archives d'électricité médicale*, 1900, 15 Octobre, n° 94. — « Les instruments auxiliaires de l'emploi médical des rayons de Röntgen ». *Archives d'électricité médicale*, 1901, 15 Juin, n° 102.

à peu près au voisinage du mamelon, de telle sorte qu'on ne la retrouve plus dans l'aisselle ni dans le dos.

J'ai hâte maintenant d'arriver aux résultats de l'examen radioscopique, et je rappelle comment je désigne, suivant les diverses positions du malade entre l'ampoule et l'écran, la direction générale des rayons de Röntgen au travers du thorax. Le malade,

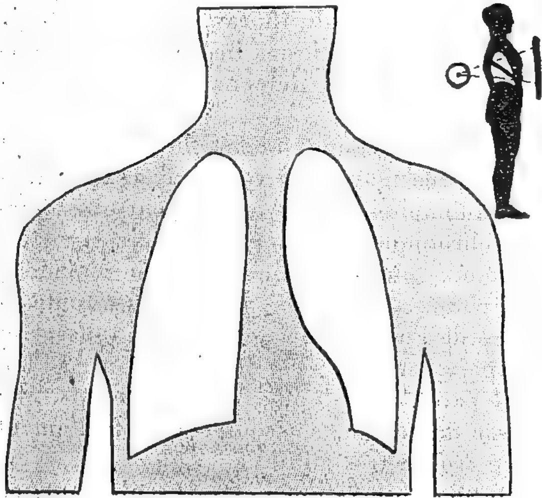


Figure 1.
Examen antérieur, ampoule à hauteur moyenne.
Calque de l'image observée sur l'écran.

debout ou assis entre le plan vertical où se meut l'ampoule et le plan parallèle de l'écran fluorescent, peut être tourné de façon à se laisser traverser par les rayons de Röntgen directement d'arrière en avant ou d'avant en arrière, latéralement d'une aisselle à l'autre, ou obliquement dans une direction intermédiaire aux précédentes. J'appelle, par abréviation, *examen antérieur* l'examen pratiqué dans une position telle que la face antérieure du thorax est tout entière en contact avec

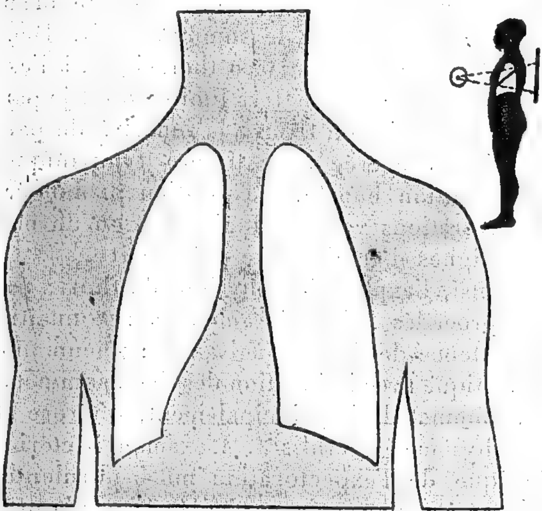


Figure 2.
Examen postérieur, ampoule à hauteur moyenne.
Calque de l'image observée sur l'écran.

l'écran; le thorax est alors traversé d'arrière en avant. J'appelle par contre *examen postérieur* celui où la face postérieure du thorax est tout entière en contact avec l'écran. J'appelle *examen latéral* celui où le thorax est latéralement traversé d'une aisselle à l'autre: c'est l'*examen latéral gauche* quand l'aisselle gauche est en contact avec l'écran, l'*examen latéral droit* quand l'écran est tangent à l'aisselle droite. Parmi les innombrables positions qui peuvent prêter à l'examen dans une direction oblique des rayons au travers du thorax, il en est quatre principales dans lesquelles le thorax forme avec l'écran un angle d'environ 45° et s'appuie sur ce dernier seulement par le bord antérieur ou postérieur de l'une ou l'autre aisselle. Appliquant à ces quatre examens obliques principaux le même mode d'appellation qu'aux précédents, je les désigne comme il suit : *examen oblique antérieur droit*, quand le malade, regardant

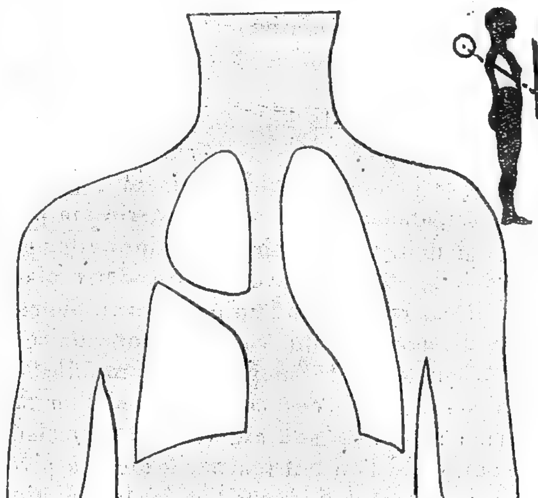


Figure 3.
Examen antérieur, ampoule à hauteur de la tête.
Calque de l'image observée sur l'écran.

vers l'observateur, forme avec l'écran un angle d'environ 45° dont le sommet est le bord antérieur de l'aiselle droite; *examen oblique postérieur gauche*, quand le malade, tournant le dos à l'observateur, forme avec l'écran un angle d'environ 45° dont le sommet est le bord postérieur de l'aisselle gauche; il suffit, je crois, d'énoncer les appellations d'*examen oblique postérieur droit* et d'*examen oblique antérieur droit* pour que leur signification soit immédiatement comprise.

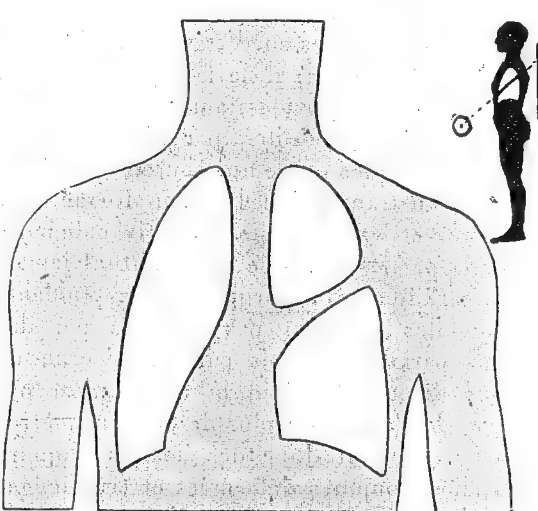


Figure 4.
Examen postérieur, ampoule à hauteur du bassin.
Calque de l'image observée sur l'écran.

Au cours de chacun de ces examens, antérieur, postérieur, latéral ou oblique, l'ampoule peut siéger d'ailleurs à des hauteurs très variables. Elle est placée généralement à une hauteur telle que le rayon perpendiculaire au plan de l'écran, le rayon d'incidence normale, ou, pour abréger, le *rayon normal* passe par la région ou par la portion d'organe plus spécialement examinée. Les diverses parties de l'image radioscopique sont, en effet, d'autant moins déformées et agrandies qu'elles sont plus proches du point d'incidence sur l'écran de ce rayon normal. L'indicateur d'incidence dont est muni l'appareil qui me sert à l'examen radioscopique me fait voir à chaque instant, au cours de cet examen, quelles que soient la position du malade et la hauteur de l'ampoule, le point de l'écran où tombe le rayon normal et me permet de lui faire traverser, par un convenable déplacement de l'ampoule, tel ou tel organe, à mon choix.

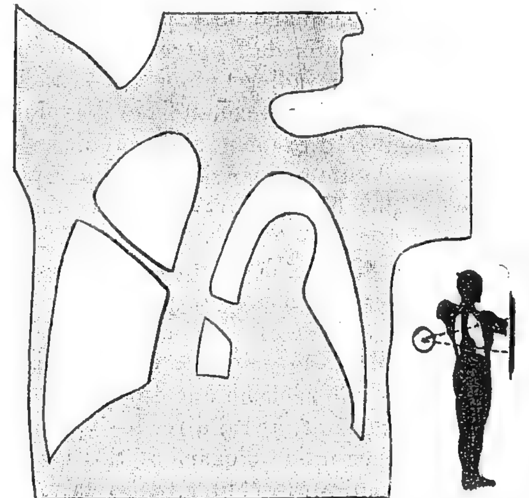


Figure 5.
Examen oblique antérieur droit, ampoule à hauteur moyenne.
Calque de l'image observée sur l'écran.

Ainsi, pour prendre au début de l'examen une vue d'ensemble des organes thoraciques, l'ampoule est d'abord placée à une hauteur telle que le rayon normal soit à peu près tangent à la base du cœur. Puis, suivant qu'on veut plus particulièrement étudier la transparence des poumons à leur sommet, ou l'amplitude des excursions du diaphragme, on élève l'ampoule à la hauteur de la septième vertèbre cervicale environ, ou on l'abaisse au niveau de la dixième dorsale, de manière à ce que le rayon normal soit voisin tour à tour

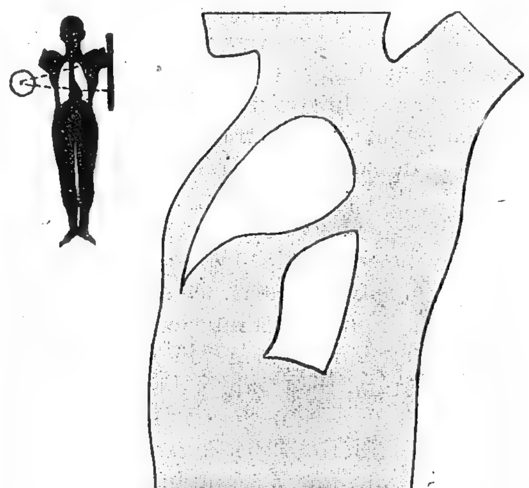


Figure 6.
Examen latéral gauche, ampoule à hauteur moyenne.
Calque de l'image observée sur l'écran.

du sommet pulmonaire ou de la voûte diaphragmatique.

La malade est donc soumise successivement d'abord à l'examen antérieur, puis à l'examen postérieur, l'ampoule siégeant dans sa position moyenne habituelle, c'est-à-dire environ à la hauteur de la base du cœur.

Ces deux examens donnent des résultats en parfait accord avec ceux de la percussion et de l'auscultation : ils montrent, à la partie supérieure des images pulmonaires, une notable diminution de la clarté normale, plus

accentuée et plus étendue à droite qu'à gau-



Figure 7. — Examen antérieur, ampoule à hauteur moyenne.
Epreuve radiographique correspondant au calque radioscopique de la figure 1.

che, et apportent ainsi le témoignage des yeux à l'appui du diagnostic d'induration des deux sommets (fig. 1 et 7).

Une telle confirmation, par la radioscopie, des données de l'auscultation et de la percussion n'a rien que de banal; mais voici qui est plus rare. Le phénomène que je vais décrire n'a pas encore, à ma connaissance, été signalé.

Au cours de l'examen antérieur, quand la malade fait face à l'écran, si on élève l'ampoule par degrés, on voit apparaître sur le champ clair de l'image pulmonaire droite une bande sombre qui la divise en deux étages superposés. Cette bande sombre, assez étroite, s'étend de l'ombre axillaire vers l'ombre médiane dans une direction très légèrement oblique de haut en bas (20° environ avec l'horizon) et présente une courbure à concavité inférieure. Le fait important à noter, c'est que, pour une distance de l'ampoule à l'écran de 50 centimètres environ, *la bande sombre apparaît seulement avec toute sa netteté, dans l'examen antérieur, quand l'ampoule est élevée à la hauteur des oreilles de la malade* (fig. 3 et 8).

Au cours de l'examen postérieur, quand la malade tourne le dos à l'écran, si on abaisse l'ampoule par degrés, on voit apparaître sur le champ clair de l'image pulmonaire droite la même bande sombre que précédemment. Pour une distance de l'ampoule à l'écran de 50 centimètres environ, *cette bande sombre apparaît seulement avec toute sa netteté, dans l'examen postérieur, quand l'ampoule est abaissée au niveau des articulations coxo-fémorales de la malade* (fig. 4).

L'ampoule est alors replacée à la hauteur de la base du cœur, et de nouveau la malade fait face à l'écran. Dans ces conditions, la bande sombre a disparu. Mais si on fait tourner lentement la malade sur place autour de son axe vertical, de manière à passer graduellement de l'examen antérieur à l'examen oblique antérieur droit, le bord antérieur de l'aisselle droite demeurant toujours en contact avec l'écran, on voit réapparaître la bande sombre sous la forme d'un long ruban presque rectiligne qui, du haut de l'ombre axillaire droite, se dirige très obliquement en bas vers l'ombre cardio-aortique, en formant avec l'horizon un angle d'environ 45°; ce sombre et étroit ruban tranche nettement sur les deux champs clairs situés de part et d'autre de l'ombre de la colonne vertébrale, et forme avec cette dernière, qu'il traverse, une sorte de croix à branches très inégales (fig. 5).

Si on prolonge le mouvement de rotation de la malade autour de son axe vertical de manière à passer graduellement de l'examen oblique antérieur droit à l'examen latéral droit, on continue à voir la bande sombre qui s'étend de l'ombre de la colonne vertébrale à l'ombre cardiaque obliquement de haut en bas, en formant avec l'horizon un angle d'environ 45°. L'examen latéral gauche (fig. 6 et 9) donne des résultats presque identiques à ceux de l'examen latéral droit. D'ailleurs les examens obliques dans d'autres directions permettent aussi de voir plus ou moins nettement la bande sombre.

Pour reproduire exactement dans leurs traits principaux les diverses ombres du thorax successivement projetées sur l'écran, je le recouvre d'une glace transparente, et à la surface de cette glace je tends, au cours de



Figure 8. — Examen antérieur, ampoule à hauteur de la tête.
Epreuve radiographique correspondant au calque radioscopique de la figure 2.

chaque examen, une feuille de papier à calquer sur laquelle je trace au crayon les contours les plus importants de l'image radioscopique. Les figures 1, 2, 3, 4, 5 et 6 sont la reproduction réduite des divers calques pris de cette manière. Mais il importe de compléter ces dessins rapides par des documents plus détaillés et plus impersonnels. La malade est donc ensuite radiographiée successivement dans le décubitus abdominal, dans le décubitus dorsal et dans le décubitus latéral, l'ampoule placée en diverses positions. Dans chacune de ces opérations radiographiques, j'ai soin de conserver au thorax, à l'ampoule et au plan sur lequel se forme l'image, exactement les mêmes relations que dans chacun des examens radioscopiques précédents; toute la différence consiste dans le remplacement de l'écran fluorescent par une plaque sensible. Les figures 7, 8 et 9 sont la reproduction réduite de trois des diverses épreuves radiographiques ainsi obtenues.

En résumé, sur l'écran ou sur la plaque sensible, l'image pulmonaire droite ne montre à l'examen antérieur ou postérieur, pratiqué dans les conditions ordinaires, aucune trace de cloisonnement; elle apparaît au contraire très nettement divisée en deux étages par une étroite bande sombre, dans les conditions suivantes : au cours de l'examen antérieur, quand l'ampoule est élevée à la hauteur de la tête; au cours de l'examen postérieur, quand l'ampoule est abaissée au niveau du bassin; dans les examens obliques ou latéraux, quand l'ampoule est à la hauteur moyenne habituellement employée. A première vue, il paraît malaisé d'expliquer ces résultats si dissemblables, mais une expérience très simple en donne la clef.

Une feuille de carton, d'un millimètre d'épaisseur et de 20 centimètres carrés de surface environ, est successivement soumise à l'examen radioscopique dans cinq positions différentes. Elle est d'abord placée *verticalement* entre l'ampoule et l'écran, dans un plan parallèle à ce dernier, de telle sorte que le rayon normal la traverse en son centre. Le faisceau divergent des rayons de Röntgen qui la rencontrent dans une direction assez voisine de la perpendiculaire n'a guère à traverser, même sur ses bords, plus d'un millimètre de carton; aussi projette-t-il sur l'écran une ombre de forme carrée, très étendue, mais de teinte si faible qu'elle est presque tout à fait invisible.

Dans une seconde position, cette feuille de carton est placée *horizontalement* entre l'écran et l'ampoule, à la hauteur du foyer d'émission des rayons de Röntgen, de manière à être parcourue dans toute sa longueur d'un bord à l'autre par un faisceau de rayons étalés en éventail. Ce n'est plus alors 1 millimètre mais 20 centimètres de carton que ces rayons ont à traverser, et il en résulte sur l'écran l'apparition d'une ombre presque linéaire, mais très sombre.

La feuille de carton est placée dans une troisième position intermédiaire aux précédentes; elle est dirigée *obliquement de haut en bas, de l'ampoule vers l'écran*, de manière à former avec ce dernier un angle de 45°. Dans cette nouvelle position, si l'ampoule est à une hauteur telle que le rayon normal passe par le centre de la feuille de carton, l'ombre portée prend la forme d'un rectangle plus large que haut, mais demeure presque invisible, en raison de la faible épaisseur qu'ont à traverser les rayons de Röngten. A mesure qu'on élève l'ampoule, cette ombre diminue de hauteur, et augmente d'intensité; elle devient presque linéaire et très sombre quand l'ampoule est assez élevée pour qu'un faisceau de rayons en éventail traverse la feuille de carton dans toute sa longueur, d'un bord à l'autre, c'est-à-dire quand le foyer d'émission des rayons de Röntgen est exactement contenu dans le même plan que la feuille de carton.

Cette feuille est placée dans une quatrième position analogue à la précédente, mais exactement inverse : elle est dirigée *obliquement de bas en haut, de l'ampoule vers l'écran*, de manière à former avec ce dernier un angle de 45°. Si le rayon normal passe par le centre du carton, l'ombre portée est, comme précédemment, rectangulaire et presque invisible. A mesure qu'on abaisse l'ampoule, elle diminue de hauteur et augmente d'intensité pour devenir presque linéaire et très sombre quand le foyer d'émission des rayons de Röntgen est assez abaissé pour se trouver exactement dans le même plan que la feuille de carton.

Dans l'une ou l'autre des deux positions précédentes, si l'ampoule est à une hauteur telle que le rayon normal passe par le centre du carton, l'ombre portée demeure presque invisible. Mais, dans ces conditions, il suffit, sans toucher l'ampoule, et en laissant le carton incliné à 45° sur l'horizon, de le faire tourner autour d'un axe vertical invisible qui le traverserait en son centre. A mesure qu'il tourne, on voit sur l'écran une ombre plus nette, et, quand il a accompli une rotation d'un quart de cercle dans un sens ou dans l'autre, c'est-à-dire quand le plan qui le contient rencontre le foyer d'émission des rayons de Röntgen, l'ombre portée sur l'écran apparaît comme une ligne très sombre obliquement inclinée à 45° sur l'horizon.

En résumé, une feuille de carton, c'est-à-dire un plan matériel d'assez grande surface, mais de faible épaisseur et de faible densité, n'oppose pour ainsi dire aucun obstacle au passage des rayons de Röntgen qui le traversent de l'une à l'autre de ses faces, même assez obliquement, et ne projette sur l'écran qu'une ombre presque invisible. Tout au contraire, traversé dans toute sa longueur, d'un bord à l'autre, il donne sur l'écran une ombre linéaire très sombre. Cette condition est réalisée, quelle que soit la position du carton, *toutes les fois que le plan qui le contient rencontre le foyer d'émission des rayons de Röntgen.*

L'expérience peut être reproduite avec un succès identique en remplaçant la feuille de carton par une lame de verre, l'écran fluorescent par un écran de papier translucide et l'ampoule radiogène par une bougie ou tout autre foyer lumineux.

Quel que soit le matériel employé, les résultats de l'expérience sont pour ainsi dire superposables aux résultats fournis par l'examen radioscopique de la malade. Cette femme aurait à l'intérieur du thorax, du côté droit, une feuille de carton obliquement dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, qu'elle ne se comporterait pas différemment. On est pour ainsi dire forcé de conclure que la malade porte, à l'intérieur du poumon droit, une sorte de cloison, d'assez faible épaisseur, mais d'assez grande étendue, obliquement dirigée dans le sens indiqué, et notablement moins perméable aux rayons de Röntgen que le parenchyme pulmonaire.



Figure 9. — Examen latéral gauche, ampoule à hauteur moyenne.
Epreuve radiographique correspondant au calque radioscopique de la figure 6.

L'anatomie nous enseigne qu'il existe normalement, dans le poumon droit, une cloison semblable, exactement située à la même hauteur, exactement orientée dans le même sens : c'est la cloison pleurale qui sépare le lobe pulmonaire supérieur des lobes inférieur et moyen. Mais, à l'état normal, les deux minces feuillets de la plèvre viscérale, dont l'accolement forme cette cloison, sont trop minces et trop transparents aux rayons de Röntgen pour être accessibles à l'examen radioscopique ; leur ombre, très-ténue, se confond avec celle du parenchyme pulmonaire voisin, et aucune trace de leur existence n'apparaît sur l'écran ou sur les plaques. Pour que les parois accolées de l'interlobe donnent une ombre perceptible, il est nécessaire qu'un processus pathologique ait notablement augmenté leur densité; l'épaississement fibreux des feuillets de la plèvre interlobaire me paraît la seule lésion capable de produire, en de telles conditions, une ombre rubanée aussi sombre et aussi nettement tranchée. Le diagnostic auquel j'aboutis est donc celui-ci : *sclérose pleurale interlobaire.*

La constatation de cette lésion chez une malade atteinte de phtisie chronique fibreuse n'a rien de surprenant, et l'examen radioscopique est en accord avec la percussion qui avait révélé dans le troisième espace intercostal droit, entre le mamelon et le sternum, une étroite bande de submatité. Mais, tandis que la percussion permettait seulement d'affirmer l'existence d'une induration superficielle, limitée à ce niveau, l'examen radioscopique fait voir qu'il s'agit en réalité de l'affleurement à la surface extérieure du poumon d'une induration profonde, étendue à toute la cloison interlobaire.

Il est certain que la lésion aurait passé complètement inaperçue si la malade avait été d'abord radiographiée dans les conditions habituelles, le rayon normal tombant au centre de la plaque en contact avec le dos ou le sternum. Elle aurait de même passé inaperçue si l'exploration radioscopique avait été bornée à l'examen antérieur et à l'examen postérieur, l'ampoule fixée, comme d'ordinaire, à hauteur moyenne.

Peu importe, dira-t-on, pour le pronostic et le traitement, chez cette malade, de savoir si la phtisie fibreuse dont elle est atteinte s'accompagne de sclérose pleurale interlobaire. Rien n'est plus vrai, mais il importe de saisir la portée générale d'un fait particulier.

La technique spéciale et le raisonnement qui ont permis de reconnaître un cas de sclérose pleurale interlobaire devront désormais servir à l'exploration méthodique de l'interlobe.

Ce n'est pas seulement l'épaississement fibreux des feuillets pleuraux qui le limitent, ce sont les collections liquides séreuses ou purulentes enfermées dans sa cavité, ce sont les lésions congestives, œdémateuses ou inflammatoires du tissu pulmonaire avoisinant, limitées à la base des lobes supérieurs, qui pourront, à l'avenir, être plus sûrement diagnostiquées, à mesure que les images radioscopiques correspondantes seront mieux recherchées et plus exactement interprétées.

Je termine par des conclusions d'une portée encore plus générale :

L'exploration du thorax à l'aide des rayons de Röntgen ne peut venir en aide au diagnostic qu'entre les mains du médecin.

Cette exploration doit toujours débuter par l'examen radioscopique.

L'examen radioscopique n'est complet que si le thorax, se présentant tour à tour de face, de dos, latéralement et obliquement à l'écran, est successivement traversé par les rayons de Rœntgen en diverses directions, tandis que, pour chacune de ces directions, l'ampoule est successivement placée à diverses hauteurs, depuis le sommet de la tête jusqu'au détroit inférieur du bassin.

MÉDECINE PRATIQUE

LE BLEU DE MÉTHYLÈNE

Le bleu de méthylène, déjà employé par les gynécologues, par les dermatologistes, a reçu depuis quelque temps un nouvel emploi thérapeutique. M. Armand Siredey, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, l'a appliqué au traitement de l'angine de Vincent.

On sait cette affection très tenace, persistant pendant des semaines, parfois des mois. Dans un cas, après l'échec de divers topiques, en particulier de l'eau oxygénée, de la teinture d'iode, des badigeonnages au bleu de méthylène amenèrent en quelques jours une guérison absolue.

M. Simonin, M. Chauffard ont confirmé ces résultats. M. Chauffard a été jusqu'à faire du bleu un véritable spécifique de l'angine de Vincent.

Le bleu s'emploie non en solution, mais en poudre. « Il est nécessaire de recourir au bleu de méthylène chimiquement pur, qu'il est d'ailleurs facile de se procurer en précisant cette indication. Le bleu de méthylène commun renferme en effet une quantité assez notable de chlorure de zinc et d'arsenic qui pourraient le rendre à la fois toxique et caustique, tandis que le bleu chimiquement pur est parfaitement toléré par les muqueuses ». (A. Siredey). On porte le bleu sur le pharynx à l'aide d'un petit bâton garni d'ouate hydrophile sèche, avec lequel on badigeonne toute la région tapissée par les fausses membranes. L'on fait ensuite gargariser le malade avec de l'eau boriquée ou simplement bouillie. La bouche tout entière est teinte en bleu sombre; souvent les lèvres sont colorées. Cette coloration ne persiste pas plus de douze à vingt-quatre heures. Il convient de renouveler les applications tous les jours, ou mieux deux fois par jour, jusqu'à complète guérison.

Le bleu passe quelquefois, mais assez rarement dans les urines : il semble, malgré la quantité notable que l'on emploie, que très peu soit absorbé.

L'application de bleu est absolument indolore. Elle a — surtout en clientèle — le petit inconvénient de bleuir la bouche des malades. On peut décolorer les lèvres très facilement en les lavant avec de l'eau additionnée de liqueur de Labarraque (deux ou trois cuillerées à soupe par litre d'eau).

On a employé le bleu de méthylène, avec un succès inégal, dans quelques autres affections du caoum bucco-pharyngé. Son action a été d'une efficacité incontestable dans un cas de stomatite ulcéro-membraneuse banale dont la formule bactériologique n'était point celle qui caractérise l'angine de Vincent (association fuso-spirillaire). Dans d'autres cas (angine pultacée, stomatite hydrargyrique), elle a paru plus douteuse.

Ch. Mantoux.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

26 Février 1902.

A propos de gastrostomie. — ***M. Poirier***, à propos du cas de gastrostomie rapporté dans la dernière séance par M. Reynier, émet des doutes sur l'utilité de la double torsion que M. Souligoux fait subir au cône gastrique qui est fixé dans la plaie abdominale. En examinant les pièces de M. Souligoux, M. Poirier a remarqué, en effet, que cette torsion ne portait pas sur toutes les tuniques de l'estomac : seule la musculeuse est tordue; la muqueuse jouit, en raison de la laxité de la sous-muqueuse, d'une mobilité qui lui permet d'échapper à l'action du chirurgien. C'est ce qui explique d'ailleurs pourquoi l'introduction de la sonde est si facile après l'opération.

Le procédé de M. Souligoux, si ingénieux soit-il, n'offre donc en somme aucun avantage sur les procédés plus simples — et aussi plus rapides — auxquels on a généralement recours aujourd'hui et qui donnent de tout aussi beaux résultats.

Sur les morts causées par le chloroforme. — ***M. Bazy*** a souvent vu et fait donner le chloroforme à des cardiaques sans le moindre inconvénient : la grosse contre-indication à son emploi, c'est l'existence de lésions du myocarde. Dans les cas ordinaires, l'attention de l'aide qui administre le chloroforme doit se porter davantage sur la respiration que sur l'état du pouls. M. Bazy a opéré récemment un vieillard dont le pouls, au cours de la chloroformisation, était descendu à 30 pulsations par minute, et qui néanmoins supporta très bien l'anesthésie.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il existe une véritable idiosyncrasie vis-à-vis du chloroforme, comme d'ailleurs il en existe une à l'égard de tous les agents très toxiques : certains sujets ne supportent pas plus une dose même minime de chloroforme que d'autres une dose même très faible de morphine ou de cocaïne. C'est là, pense M. Bazy, la clef de ces accidents foudroyants qu'on observe de temps en temps au début de la chloroformisation, plutôt que dans la qualité du chloroforme ou dans son mode d'administration.

M. Moty n'a jamais eu de mort sous le chloroforme; cependant il a eu des alertes graves. Un de ses opérés entre autres présenta un arrêt complet de la respiration et de la circulation : du moins son pouls avait-il cessé d'être perceptible. Cet homme put néanmoins être ranimé, grâce à des frictions du pharynx faites avec un tampon monté. C'était un hystérique, qui présentait, ainsi qu'on put s'en convaincre dans la suite, un rétrécissement considérable du champ visuel. Il faut se méfier des névrosés, en général car, ainsi que l'a fort bien dit M. Reynier, ce sont eux qui fournissent le contingent le plus large aux alertes chloroformiques.

M. Guinard revient sur l'anesthésie combinée par le chlorure d'éthyle et le chloroforme. Il soutient, contrairement à ce que peut penser M. Richelot, que le cas de mort qu'il a signalé s'est produit dès les premières bouffées de chlorure d'éthyle. Avec le kélène ou bromure d'éthyle, M. Guinard ne craint d'ailleurs pas d'endormir complètement ses opérés avant de passer au chloroforme : jamais il n'a eu d'accidents.

Quant à l'influence du chloroforme sur les affections cardiaques, M. Guinard ne voit pas que jusqu'ici l'opinion qu'il a formulée au commencement de cette discussion ait été ébranlée par ce qui a été dit depuis tant à la Société de chirurgie qu'à l'Académie de médecine.

Il ressort en effet de cette discussion que : 1° le chloroforme est contre-indiqué dans toutes les affections aiguës de l'endocarde, dans celles, aiguës ou chroniques, du myocarde et du péricarde, dans les lésions valvulaires non compensées; 2° que dans le reste des cas il faut surveiller particulièrement ces malades. Ce qui revient à dire qu'une catégorie notable de cardiaques n'est pas justiciable du chloroforme, et que les autres ne le sont qu'avec une certaine réserve.

M. Broca attire l'attention sur l'hypertrophie du thymus qui, ainsi qu'il ressort d'un récent mémoire de Laqueur, a été constatée chez plusieurs sujets morts sous le chloroforme.

Il en était ainsi d'ailleurs chez le jeune malade dont M. Broca a rapporté la mort au commencement de cette discussion. Avec l'hypertrophie du thymus, on a noté généralement aussi des hyperplasies accessoires de la rate, des follicules de la base de la langue et de la paroi postérieure du pharynx, des amygdales, etc. Ces faits indiquent un état d'équilibre vital instable chez les individus en puissance de diathèse lymphoïde. Il vaudra donc mieux s'abstenir de donner le chloroforme chez ces sujets.

Mais ce qui est difficile, c'est précisément de diagnostiquer cette hypertrophie du thymus et, si on

doit s'en tenir à l'indication fournie par le collier péripharyngien, l'hypertrophie des amygdales, ou l'adénite cervicale, il est évident qu'on risque de pousser très loin les contre-indications du chloroforme.

M. Michaux, revenant sur le terrain pratique, insiste sur les avantages des tractions rythmées de la langue dans les alertes chloroformiques. Depuis cinq ans qu'il emploie la méthode de Laborde, M. Michaux a pu s'assurer qu'elle est incontestablement supérieure à la respiration artificielle, tant au point de vue de la facilité d'exécution que de la rapidité de l'effet: en quelques secondes, des tractions bien faites ramènent la respiration chez les syncopés.

MM. Poirier et Schwartz sont loin d'être de l'avis de M. Michaux : dans plusieurs cas où ils ont eu recours aux tractions rythmées, l'effet a été nul, et il a fallu recourir aux manœuvres de la respiration artificielle qui, elles, ont été suivies d'un résultat immédiat.

Instrument séparateur des urines de G. Luys. — ***M. Hartmann*** fait un rapport sur cet instrument que son auteur a déjà présenté dans un article de *La Presse Médicale* paru le 11 Janvier dernier (n° 4, p. 44). Les expériences faites par M. Hartmann avec cet *urodiérétère* sont des plus concluantes; il lui a toujours permis, dans tous les cas où il s'en est servi, de recueillir séparément l'urine de chaque uretère, et de poser ainsi le diagnostic de l'état des deux reins et par suite les indications opératoires.

Spasme du pylore pris pour une tumeur, opération, guérison. — ***M. Poirier*** relate l'observation d'une femme de cinquante-huit ans, qui présentait tous les symptômes d'un cancer du pylore — signes de sténose pylorique, aspect cachectique, adénopathies sus-claviculaire et inguinale — et chez laquelle ce diagnostic avait été porté par plusieurs médecins et chirurgiens de Paris. Cependant cette femme n'avait jamais eu d'hématémèses, et elle ne présentait pas l'apparence de tumeur dans la région épigastrique. A l'opération, M. Poirier put constater qu'il s'agissait d'un simple spasme pylorique (l'estomac se contractait avec la plus grande facilité sous les doigts de l'opérateur), occasionné fort probablement par la présence, au niveau du pylore, d'un petit noyau induré du volume d'une petite noisette, et qui devait jouer le rôle d' « épine irritante ». M. Poirier excisa cette petite tumeur, referma le ventre, la malade guérit, et depuis ce jour elle n'a plus présenté le moindre symptôme gastrique.

L'hémodiagnostic dans les kystes hydatiques. — ***M. Tuffier*** communique le résultat des recherches qu'il a entreprises avec ***M. Milian*** sur la valeur de l'examen du sang dans les cas de kystes hydatiques.

Ces recherches ont montré qu'en pareil cas, et quel que soit le siège du ou des kystes (foie, poumon, épiploon, etc.), il y a constamment une hyperglobulie et une hyperleucocytose polynucléaire avec éosinophilie. Toutes les fois que cette formule se montre en défaut, on peut dire qu'on se trouve en présence d'une complication quelconque du kyste. C'est ainsi que dans un cas où l'examen du sang décelait une anémie marquée et une mononucléose sans éosinophilie, MM. Tuffier et Milian trouvèrent un kyste suppuré; il en était de même dans un autre cas où le sujet présentait un ictère très accentué. Ces faits s'expliquent par les modifications que les suppurations et la présence des pigments biliaires apportent dans la composition du sang. Dans un cas cependant, l'examen du sang a donné lieu à une erreur : chez un sujet présentant très-nette la formule hématologique ci-dessus, on avait cru pouvoir diagnostiquer un kyste hydatique de la cuisse; or il s'agissait d'un myxome.

On peut donc dire, en l'état actuel des recherches, que cette formule est exacte dans la grande majorité des cas (une fois sur 12 examens faits par MM. Tuffier et Milian), et qu'elle peut être utilisée avec le plus grand bénéfice par les chirurgiens pour le diagnostic des kystes hydatiques dans les cas où nos moyens habituels d'exploration se montrent impuissants ou incertains.

Fracture itérative de la rotule. — ***M. Routier*** présente un malade qui, deux mois après une suture de la rotule, s'est fracturé de nouveau cet os au même endroit. Nouvelle suture, guérison.

Pylorectomie pour cancer, guérison. — ***M. Routier*** présente le malade qui a subi cette opération il y a deux mois. Il s'agissait d'un gros néoplasme du pylore, que M. Routier enleva par un Billroth première manière. Actuellement le malade va très bien; il a augmenté de 15 kilogrammes.

Actinomycose bilatérale de la face. — Botriomycose de l'index. — ***M. Thiéry*** présente les deux malades qui sont atteints de ces lésions.

Coxa vara. — ***M. Maunoury*** (de Chartres) présente un jeune homme de dix-huit ans atteint de coxa vara, diagnostic confirmé par la radiographie.

M. Kirmisson fait remarquer que ce sujet est un vrai type de rachitique. Il déclare que c'est le premier cas de coxa vara qu'il voit chez un adolescent rachitique.

Tumeur fibreuse de la paroi abdominale prise pour un kyste de l'ovaire. — ***M. Schwartz*** présente une grosse tumeur fibreuse de la paroi abdominale qu'il a prise pour une tumeur de l'ovaire.

Corps étranger du coude. — ***M. Chaput*** présente un corps étranger du coude de nature cartilagineuse (probablement détaché de l'épicondyle) qu'il a enlevé chez un jeune homme de seize ans.

J. Dumont.

ANALYSES

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

Haldane. ***Le dosage colorimétrique de l'hémoglobine*** (*Journal of physiology*, 1901, p. 497). — Les méthodes colorimétriques pour le dosage de l'hémoglobine sont les seules véritablement pratiques en clinique; elles sont d'une exactitude relative. On utilise généralement soit des étalons en verre rouge, soit une solution de picrocarmin. Dans ces conditions, les chiffres obtenus en se servant de la lumière solaire ou de la lumière artificielle sont très différents.

Haldane propose de prendre comme étalon un tube rempli d'une solution d'hémoglobine, saturée par le passage du gaz d'éclairage, l'oxicarbo-hémoglobine ainsi obtenue étant plus stable que l'oxihémoglobine. On détermine au préalable, par la méthode de l'auteur, la richesse de la solution au ferricyanure de potassium.

Le tube scellé ne subit aucune altération et peut être utilisé aussi bien à la lumière solaire qu'à la lumière artificielle, puisque la comparaison se fait sur deux solutions de même nature.

L'auteur utilise l'hémoglobinomètre de Gower; la pipette de cet instrument, graduée à 20 millimètres cubes, permet d'obtenir une solution de sang à 1 pour 100 très facilement, avec une simple piqûre.

Les dosages de Haldane montrent que le sang de l'homme adulte possède une capacité respiratoire de 18,5 pour 100, celui de la femme de 16,5 pour 100 et celui des enfants des deux sexes de 14 pour 100 seulement.

J.-P. Langlois.

Herbert. ***La dilatation de la pupille par excitation de l'écorce*** (*Journ. of physiology*, 1901, p. 366). — L'excitation de deux points déterminés de l'écorce cérébrale provoque très nettement la dilatation de la pupille: une première, de zone motrice, se rencontre dans la région des mouvements des muscles de l'œil, en avant du sillon crucial; une seconde dans la région du centre occipital de la vision. La dilatation pupillaire est accompagnée des autres phénomènes qui suivent l'excitation du sympathique cervical, mais, si ce dernier nerf est coupé, la dilatation seule se produit : encore est-elle légèrement diminuée. Pour constater cette diminution, il suffit de sectionner le sympathique d'un seul côté, et d'exciter les centres en question : la dilatation du côté sectionné est plus faible que du côté intact.

La section du trijumeau ne modifie pas l'action dilatatrice, mais celle du nerf moteur oculaire commun abolit complètement l'effet. Acceptant l'opinion de Scherrington, l'auteur rejette tout mécanisme vaso-dilatateur (François-Franck) et ne voit dans la dilatation de la pupille qu'un effet inhibiteur sur le tonus fourni normalement par le nerf de la 3e paire. L'action corticale, qui est bilatérale, ne suit pas le trajet du corps calleux, car la section de cette région ne supprime pas les effets bilatéraux; l'excitation doit donc se transmettre aux ganglions de la base : couches optiques et corps quadrijumeaux supérieurs.

J.-P. Langlois.

BACTÉRIOLOGIE

M. J. Süssmilch. ***Le sort des bacilles diphtériques dans l'estomac et l'intestin*** (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902, 6 février, n° 6, p. 148). — On sait que la diphtérie de l'estomac est excessivement rare. C'est ainsi qu'à l'hôpital Sainte-Anne (de Vienne), en 1893, sur 146 autopsies de diphtériques, la diphtérie stomacale n'a été trouvée que quatre fois. Cette proportion a encore diminué depuis la sérothérapie, puisque depuis 1894 on n'a trouvé, à l'autopsie de diphtériques, qu'*un seul* cas de diphtérie de l'estomac.

Comment expliquer la rareté de cette localisation secondaire, d'autant qu'avec sa salive et ses aliments le diphtérique introduit à chaque instant des parcelles de fausses membranes bacillifères dans son estomac?

Pour répondre à cette question M. Süssmilch a fait une série d'expériences qui ont consisté tout d'abord à soumettre à un examen bactériologique complet (examen microscopique, ensemencement, inoculation à des animaux) le contenu stomacal et intestinal des enfants ayant succombé à la diphtérie, ainsi que les matières fécales des enfants atteints de diphtérie.

Les expériences faites sur huit cadavres ont montré que, dans aucun cas, il n'existait de bacilles diphtériques dans l'intestin grêle. Dans le contenu stomacal ils furent trouvés quatre fois : deux fois ils étaient encore virulents quoique très affaiblis; dans deux autres cas ils étaient complètement dégénérés.

L'examen bactériologique complet des matières fécales de dix-huit enfants atteints de diphtérie a toujours donné un résultat négatif; dans aucun cas les fèces ne renfermaient de bacilles diphtériques.

Poursuivant ses recherches, M. Süssmilch étudia ensuite l'action, sur les bacilles diphtériques, des acides qui se rencontrent dans l'estomac. Il constate alors que l'HCl libre à 0,04 pour 100, l'acide lactique à 0,08 pour 100, et l'HCl lié (aux substances albuminoïdes) à 0,054 pour 100 tuent les bacilles dans l'espace d'une heure.

Il en est de même du suc gastrique en nature que l'auteur prit chez cinq enfants atteints de diphtérie. Sur ces cinq enfants, trois possédaient un suc gastrique qui tuait les bacilles au bout d'une heure d'action. A noter, que dans tous ces cinq cas, le suc gastrique ne contenait pas d'HCl libre et que son acidité était au-dessous de la normale.

M. Süssmilch attribue donc la rareté de la diphtérie stomacale à l'action bactéricide du suc gastrique. Les bacilles diphtériques qui échappent à cette action seraient détruits dans l'intestin par la bile, le suc intestinal et les colibacilles.

R. Romme.

F. Kirstein. ***La survie des microbes pathogènes dans les gouttelettes fines et dans la poussière*** (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskr.*, 1902, Vol. XXXIX, p. 93). — Ces recherches ont montré que la survie des microorganismes pathogènes, suspendus dans un liquide finement pulvérisé, varie avec la nature du microbe et les conditions de lumière et de dessiccation auxquelles celui-ci se trouve soumis.

Ainsi la durée de survie des microorganismes dans du liquide pulvérisé, suivant que ce liquide est exposé dans une chambre à la lumière diffuse ou dans une cave mal éclairée, est pour :

	Chambre.	Cave.
	—	—
B. prodigiosus . . .	24 heures.	»
B. typhique	24 —	»
B. diphtérique . . .	24 à 48 —	5 jours.
B. tuberculeux . . .	5 jours.	22 —
Staphylocoque doré.	8 à 10 —	35 —
Streptocoque long. .	10 —	38 —
Bactéridie charbonneuse	10 semaines.	3 mois.

Ce tableau montre donc l'influence indiscutable de la lumière sur la diminution de la vitalité de ces microorganismes pathogènes. L'auteur cite à ce propos un fait sur lequel Behrens et Ruheman avaient attiré l'attention, à savoir la fréquence plus grande des maladies infectieuses pendant l'hiver, quand le temps est généralement couvert et les jours courts.

Un autre fait, que l'auteur souligne, c'est le danger plus grand de contamination (crachats tuberculeux, diphtériques, pneumoniques, etc.) dans les logements obscurs (caves et sous-sols) où les microbes contenus dans des parcelles liquides expectorées gardent plus longtemps leur virulence et leur vitalité.

Les expériences faites sur le rôle de la dessiccation ont montré que les bactéries succombent d'autant plus rapidement que leur dessiccation se fait d'une façon plus énergique.

La survie des microbes dans la poussière finement divisée est plus longue que dans le liquide pulvérisé. Ici encore la survie est plus grande quand la pous-

sière bacillifère est gardée dans une cave mal éclairée que dans une chambre exposée au soleil. Quant à la raison de la survie plus longue dans la poussière, l'auteur l'attribue à ce que, dans ces conditions, les microbes sont moins exposés à l'action bactéricide de la lumière que lorsqu'ils se trouvent dans un liquide finement divisé.

R. Romme.

CHIRURGIE

K. Schwarz (Agram). ***100 cas d'analgésie médullaire par injection sous-arachnoïdienne de tropacocaïne*** (*Münch. med. Woch.*, 1902, n° 4). — Ce travail de Schwarz est des plus importants : il nous fixe définitivement — si l'on admet qu'une statistique de 100 cas est suffisamment démonstrative — sur la valeur des injections sous-arachnoïdiennes lombaires de *tropacocaïne*.

La tropacocaïne, inventée et fabriquée par Merck (de Darmstadt), est un dérivé de la cocaïne que Schwarz a préconisé, il y a déjà plus d'un an, pour l'analgésie médullaire, comme étant beaucoup moins toxique que la cocaïne.

On va voir que les résultats obtenus depuis par l'auteur ne font que confirmer, en les précisant, ses conclusions premières.

La tropacocaïne a toujours été employée par Schwarz en solutions à 1 pour 100 et à la dose moyenne de 0 gr. 05 centigrammes. Des essais faits avec des solutions plus diluées (1 pour 500 et même 1 pour 1.200) ou avec des doses plus fortes (jusqu'à 0 gr. 08 centigrammes), dans le but d'augmenter l'étendue, l'intensité et la durée de l'analgésie (la tropacocaïne, en effet, si elle est moins toxique, est également un peu moins analgésique que la cocaïne), ont donné lieu à des troubles (vomissements, céphalées, hyperthermie) assez sérieux pour faire renoncer définitivement à cette pratique.

La technique des injections est celle de Tuffier avec cette seule différence que, aussitôt après l'injection, le sujet est placé pendant dix minutes dans la position de Trendelenburg, afin de permettre à l'analgésique de gagner les régions hautes de la moelle, et d'obtenir ainsi une analgésie plus étendue et plus profonde.

A ce point de vue, les résultats ont été les suivants : avec 0 gr. 05 centigrammes, il a toujours été possible d'obtenir l'analgésie complète, durant une heure ou deux, de l'anus et de la portion inférieure du rectum, des organes génitaux externes chez l'homme et chez la femme, du vagin, du périnée, des pieds, des jambes et de la partie inférieure de la cuisse. Pour la partie supérieure de la cuisse, la zone inguinale et les régions supérieures de la paroi abdominale, il a fallu porter la dose à 0 gr. 06 centigrammes. Avec cette dose on a pu opérer jusqu'au voisinage de l'ombilic. Encore, dans quelques cas, l'analgésie n'a-t-elle duré que trente minutes, obligeant à recourir au chloroforme pour terminer l'opération. Par contre 0 gr. 04 centigrammes ont presque toujours suffi chez les jeunes sujets (au-dessous de dix-sept ans). Comme avec la cocaïne, il est arrivé à Schwarz d'obtenir avec des doses moyennes de tropacocaïne des analgésies très étendues ou même généralisées à tout le corps. Mais, en général, il ne faut pas chercher à opérer au-dessus de l'ombilic, non plus d'ailleurs que dans l'intérieur même de la cavité abdominale : les laparotomies simples, les cures radicales de hernie sont possibles, mais les opérations sur les viscères abdominaux restent douloureuses.

En résumé, au point de vue de l'étendue et de l'intensité de l'analgésie, la tropacocaïne donne des résultats à fort peu de chose près aussi satisfaisants que la cocaïne.

Mais là où ses avantages sur cette dernière se manifestent d'une façon vraiment éclatante, c'est dans les suites de l'injection. Ici, dans l'immense majorité des cas, on peut dire que ces suites furent *nulles*, c'est-à-dire que les opérés ne présentèrent *aucun symptôme* soit objectif soit subjectif qui pût être attribué à la tropacocaïne; dans les rares cas où des troubles furent notés, ils étaient tellement atténués qu'on ne peut véritablement les comparer à ceux qui succèdent si souvent à l'emploi de la cocaïne.

C'est ainsi qu'*immédiatement à la suite de l'injection* de tropacocaïne aux doses indiquées (4, 5, 6 centigrammes), Schwarz n'a observé sur 100 cas que : 2 fois des nausées, 2 fois des vomissements, 1 fois un peu de cyanose, 1 fois de l'incontinence d'urine, 3 fois du relâchement du sphincter anal. La respiration est toujours restée normale, le pouls plein et fort, quoique généralement ralenti (56 et même 48 pulsations à la minute).

Après l'opération, les vomissements n'ont été notés que deux fois. Quant aux céphalées si fréquentes, et parfois si intenses et si tenaces après la rachicocaïnisation, elles ne sont signalées que onze fois dans la statistique de Schwarz; encore furent-elles si bénignes et si fugaces que la plupart des malades ne s'en plaignirent pas.

Enfin, l'élévation de température qui, après la rachicocaïnisation, s'élève parfois, avec de violents frissons, jusqu'à 39 et 40°, ne dépassa jamais après l'emploi de la tropacocaïne 38°2, dans les opérations aseptiques.

Si nous ajoutons que Schwarz a pu injecter la tropacocaïne avec la même innocuité chez des enfants de douze ans et des vieillards de soixante-dix-huit ans dont quelques-uns en pleine décrépitude, nous pouvons conclure qu'indiscutablement, pour l'analgésie médullaire, la tropacocaïne offre des avantages considérables sur la cocaïne, sinon au point de vue de l'étendue et de l'intensité de l'analgésie, du moins au point de vue des troubles et des dangers qui peuvent résulter de l'emploi de ces substances toxiques.

J. Dumont.

OBSTÉTRIQUE

R. de Seigneux. ***De l'inclinaison de l'axe de l'utérus à la fin de la grossesse et de l'engagement de la tête.*** (*Beiträge zur Geburtsh. u. Gynäk. de Hégar.* Bd IV, Hft. 3, 1901, p. 410.) — Les conclusions de cet important travail critique sont que, contrairement à l'opinion admise en général (en Allemagne), on trouve, avec une égale fréquence, l'engagement synclitique, l'inclinaison sur le pariétal antérieur ou sur le pariétal postérieur. Les diamètres du bassin n'ont aucune influence sur le mode d'engagement. Celui-ci est commandé par les rapports qui existent entre l'axe de l'utérus, ceux du tronc fœtal et de la tête, et celui du bassin, au moment de la fixation et de l'engagement de la tête. Chez les primipares, l'engagement par le pariétal postérieur serait le plus fréquent; chez les multipares, l'engagement par le pariétal antérieur. Le pronostic des trois modes d'engagement est le même. Il dépend seulement du rapport des divers axes.

L'engagement par inclinaison sur le pariétal postérieur, est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense généralement; il n'est pas pathologique. Il est aussi facile, sauf le cas d'antéflexion de l'utérus, que celui du pariétal antérieur ou l'engagement synclitique. (Nous ferons remarquer que c'est là une opinion française déjà ancienne, celle de l'Ecole de Paris.)

Le déplacement des pariétaux au niveau de la suture sagittale est caractéristique du mode d'engagement et permet d'en faire le diagnostic après la naissance, comme l'a montré Olshausen. (Opinion professée également depuis longtemps par les accoucheurs français.)

G. Keim.

L. Stolper. ***Des paralysies obstétricales. Étude critique et expérimentale*** (*Monatschr. für Geburtsh. u. Gynäk.*, 1901, Bd XIV, Heft I, p. 49). — A propos d'un cas personnel, l'auteur a fait des recherches bibliographiques et a expérimenté sur le mannequin. Il a, en particulier, recherché si c'est la compression directe par le doigt ou le forceps, ou bien l'élongation du plexus brachial qui est la cause de la paralysie du membre supérieur.

Il pense que la paralysie par le forceps n'est possible que si la tête est défléchie, quand cette déflexion n'est pas diagnostiquée ou quand le forceps est mal appliqué. La compression par la clavicule, quand celle-ci est portée avec le bras en haut et en arrière, peut également produire la paralysie; de même l'inclinaison forcée de la tête avec tractions pendant le dégagement des épaules. Cette dernière cause serait la plus fréquente, surtout dans les cas de rétrécissement du bassin ou d'excès de volume des épaules.

La paralysie par tractions est d'un pronostic moins favorable que celle par compression du forceps ou de la clavicule. Le traitement électrique précoce est le seul rationnel.

G. Keim.

GYNÉCOLOGIE

L. Mandl et O. Bürger. ***Contribution au traitement opératoire des collections purulentes des annexes de l'utérus*** (*Archiv f. Gynäk.*, 1901, Bd LXIV, Heft I). — Ce travail, basé sur les nombreuses opérations sur les annexes faites dans le service de Schauta, est une critique historique et pratique des divers procédés opératoires par l'abdom ou par le vagin. La voie vaginale est particulièreme préconisée à la clinique de Vienne. Même po annexite double, on n'y opère pas toujours par voie abdominale, car on craint d'avoir tous les da gers de la laparotomie, sans résultats durables. C ne fait la laparotomie que si les annexes sont tr éloignées des culs-de-sac vaginaux pour permett d'opérer par le vagin. L'ablation par le vagin est procédé de choix pour les annexites doubles, et su tout pour les annexites unilatérales avec ou sans lésio chroniques des annexes du côté opposé.

On ne doit laisser en place l'utérus et les annex du côté opposé que si, au cours de l'opération, l'a nexite paraît unilatérale, et surtout si le pus a dé perdu sa virulence. Il serait donc intéressant de fai l'examen bactériologique du pus avant l'opération.

G. Keim.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE

Beauregard. ***Des difficultés de diagnostic da les attentats à la pudeur chez les petites fill*** (*Thèse*, Paris, 1902, Janvier). — Le diagnostic d attentats à la pudeur chez les petites filles présen souvent d'insurmontables difficultés.

L'examen de l'enfant est des plus délicats; il do être pratiqué aussitôt que possible en présence de mère ou d'une tierce personne, et répété plusieu fois à quelques jours d'intervalle.

Les attentats avec violence sont les moins difficil à constater, car les lésions qui les accompagnen dans la majorité des cas, ne laissent guère place doute. On devra toutefois éviter de prendre pour résultat d'un crime un traumatisme purement acc dentel.

Si les attentats ont été commis sans violence, i peuvent ne pas avoir laissé de trace appréciable. S'i ont été commis sans violence, mais souvent répété la déformation et la flétrissure des organes sero des indices précieux. Cependant l'expert ne dev pas oublier que l'onanisme peut parfois provoqu une apparence du même genre.

Il n'existe aucun signe clinique qui permette de diff rencier la vulvite dite « spontanée » des enfants ma propres ou strumeuses de la vulvite due à des atte tats sans violence; l'expert devra donc se montr très prudent (même remarque en ce qui concerne l vulvites secondaires des petites filles débilitées p une affection antérieure).

La vulvite gonococcique est pour beaucoup d'au teurs d'origine vénérienne, ce qui ne veut pas di criminelle, car le microbe de Neisser se transmet d cent façons diverses, et la contamination peut êt accidentelle. Pour certains auteurs, la spécificité d gonocoque est encore insuffisamment démontré

Toutefois, on peut admettre que l'existence simu tanée d'une vulvite à gonocoques chez une enfant, d'une urétrite de même nature chez l'inculpé, cons titue une présomption en faveur de l'accusation.

En ce qui concerne la transmission de la syphili on ne devra rien affirmer en se basant sur l'uniqu constatation d'un chancre : on devra attendre d'autre symptômes, l'apparition à une époque déterminée l'avance des manifestations diathésiques secondaire

En présence d'une lésion érosive de la vulve d'or gine suspecte, on ne devra pas oublier que certaine affections telles que la rougeole, la diphtérie, l varicelle, etc., sont des causes d'ulcérations vulvaire et le diagnostic devra porter sur ce point.

Enfin l'expert ne devra accepter qu'avec beaucou de réserves les déclarations des parents et de enfants.

J. Dumont.

ÉPIDÉMIOLOGIE, MÉDECINE PUBLIQUE, HYGIÈNE

Testivint et Remlinger. ***Sur la situation favori sée de l'Algérie et privilégiée de la Tunisie vis-à vis de la tuberculose*** (*Archives de médecine et de phar macie militaires*, 1901, Octobre). — Les auteur croient pouvoir conseiller vivement l'Algérie et surtou la Tunisie pour l'établissement de sanatoria pour tu berculeux. Leur article, intéressant et très documenté démontre nettement l'immunité du climat algérien e tunisien vis-à-vis de la tuberculose.

En effet, on a prouvé depuis longtemps que l'éta sanitaire de la troupe donnait la mesure de la salu brité de la ville où elle était casernée. Ce qui est vra pour une ville l'est aussi pour une région, pour un pay tout entier. Or les auteurs se basent : 1° sur la com paraison *a*) de la morbidité, *b*) des pertes totale (réformes et décès) des corps d'armée de Franc

et d'Algérie-Tunisie pour tuberculose pulmonaire; 2° sur la comparaison *a*) de la morbidité, *b*) des pertes totales des mêmes troupes pour pleurésie et pour les autres formes de tuberculose.

G. Fischer.

DERMATOLOGIE

Philippson. ***Phlébite nodulaire nécrotique. Contribution à l'étude des tuberculides*** (*Archiv für Dermat. und Syph.*, 1901, Band LV, Heft 2). — Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, bien développée, sans antécédent pathologique. Comme antécédents familiaux, — et nous attirons l'attention sur ce point,— un père mort de pleurésie. Lorsque Philippson vit la malade, elle présentait, depuis deux ans, sur les jambes, des pustules se transformant en ulcérations et guérissant spontanément, très lentement.

Indolence absolue. Diagnostic hésitant entre syphilis et tuberculose. Mais, malgré un traitement spécifique actif, apparition d'éléments nouveaux. La malade refusant toute biopsie, on reste sans diagnostic précis, et la malade sort de l'hôpital après cicatrisation, au bout de sept mois.

Philippson la revoit un an après, de nouvelles ulcérations ayant paru sur les jambes et les pieds. On noté de plus des nodules, percés d'un petit pertuis central, s'enfonçant profondément sous la peau et présentant tous les stades intermédiaires entre eux et les ulcérations déjà observées. Philippson fait cette fois le diagnostic de tuberculides et pratique une biopsie.

Lésions de phlébite importantes dans l'hypoderme. Certaines veines ont leur lumière obstruée par une masse amorphe, et on ne les reconnaît plus qu'à la persistance des fibres élastiques de leurs parois. Autour de ces veines nécrosées, infiltration composée surtout de mononucléaires. Recherche des bacilles négative.

Rappelant alors les résultats des recherches histologiques de Back, Hallopeau, Bureau, Darier, Leredde, sur les tuberculides, Philippson fait remarquer que les contradictions de ces résultats proviennent des différences offertes par les coupes aux différents étages de la peau. Or, on n'a presque toujours examiné que des biopsies superficielles.

Nous rappellerons à ce propos que nous sommes le premier à avoir attiré l'attention sur les lésions vasculaires profondes, et sur la nécessité de faire des biopsies comprenant peau et hypoderme. Ce sont de telles biopsies qui ont d'ailleurs permis à Thibierge et Ravaut de montrer des cellules géantes dans l'érythème induré. Ici, dans ce cas de Philippson, une biopsie superficielle n'eût montré que des lésions inflammatoires, tandis que l'hypoderme recélait des lésions de nécrose considérables.

C'est dans l'hypoderme que l'on doit rechercher l'origine des lésions. Allant même plus loin, rappelant un autre cas semblable déjà publié par lui, Philippson émet l'hypothèse que l'origine des altérations cutanées dans les tuberculides serait toujours une phlébite primitive.

Enfin, si la recherche des bacilles fut négative dans ce cas, Philippson rappelle que, dans un cas précédent de phlébite analogue à celui-ci, il put colorer des bacilles et réaliser une inoculation expérimentale positive en inoculant des fragments du nodule excisé dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin.

Leredde.

VÉNÉRÉOLOGIE

W. W. Ivanoff. ***Contribution à l'étude histologique des syphilides de la peau*** (***roséole, papule, tubercule***), [*Thèse*, Saint-Pétersbourg, 1900)]. — L'auteur de ce travail a opéré sur des tissus vivants, en pratiquant la biopsie chez des malades atteints de roséole, de syphilides papuleuses ou bien de tubercules syphilitiques. Il choisissait, autant que possible, des sujets jeunes, vigoureux, et n'ayant pas encore suivi le traitement spécifique. La biopsie se pratiquait, quand cela se pouvait, dans les mêmes régions du tégument cutané, et dans les points où la lésion se présentait avec ses caractères cliniques très nets. Quand l'état du malade le permettait, on prenait également un petit morceau de peau saine, pour pouvoir faire l'étude comparative. On obtenait l'anesthésie par le chlorure d'éthyle.

L'auteur a étudié comparativement les morceaux de peau de chien excisés après l'anesthésie par le chlorure d'éthyle, ou bien sans réfrigération préalable. Dans ce cas, il a pu constater, comme seule lésion anormale, la congestion des vaisseaux du derme.

Voici les résultats de cette étude histologique :

Dans la roséole, les lésions se groupent autour des vaisseaux. Les vaisseaux sont dilatés. Leur endothélium est tuméfié. Le périthélium subit le même sort. En même temps, on constate autour de ce vaisseau le réveil des « cellules dormantes » (*schummernde Zellen*) de Grawitz. Un peu plus tard, ces cellules se modifient, leurs noyaux deviennent très volumineux. Le protoplasma reste relativement insignifiant.

En même temps apparaissent, dans le foyer périvasculaire, des cellules rondes dont la nature reste à déterminer. On constate également la fonte des fibres conjonctives au voisinage de ce foyer inflammatoire. Parfois, on rencontre des lésions dans les vaisseaux de la couche profonde du derme.

Au début de la formation de la *papule*, on trouve les mêmes lésions que dans la roséole, avec cette différence que les espaces intervasculaires contiennent ici une certaine quantité de cellules de Grawitz. — Dans la papule arrivée au terme de son évolution, on constate une dissociation des fibres conjonctives entre lesquelles on trouve un nombre considérable de cellules dont la plupart sont représentées par des cellules épithélioïdes provenant des cellules rondes, et que l'auteur considère comme des cellules plasmatiques d'Unna. Les cellules fixes du tissu conjonctif sont hypertrophiées, mais ne présentent pas de grandes modifications. Les fibres conjonctives des espaces intervasculaires se fondent, ce qui serait en rapport avec l'apparition, dans ces points, des cellules de Grawitz. — Au moment de la régression des papules, on constate la dégénérescence et la disparition des cellules d'Unna. L'apparition d'un certain nombre de polynucléaires, ainsi que des cellules géantes, ne serait pas étrangère au mécanisme de la résorption de ces cellules. Les cellules de Grawitz se modifient également. Leurs noyaux se rétractent, ce qui permet de mieux voir leur protoplasma. L'auteur est porté à croire que ces cellules se transforment en fibroblastes.

La karyokinèse n'a presque pas été observée dans la roséole, ni dans la papule.

La structure de la papule miliaire, à en juger d'après l'examen de quelques cas, ne diffère pas essentiellement de celle de la papule lenticulaire.

La régression des lésions histologiques de la papule se fait très lentement. On trouve encore des lésions, alors que cliniquement tout processus histologique paraît complètement fini.

Dans l'évolution du *tubercule* le processus inflammatoire commence également autour des vaisseaux superficiels et profonds du derme. Le tubercule présente un foyer d'infiltration diffuse. Ici les éléments cellulaires prédominent. On trouve surtout des plasmazellen d'Unna, beaucoup de cellules rondes, et relativement peu de cellules de Grawitz. Ces dernières subissent le même sort que les cellules conjonctives qui fondent. A leur place, on ne constate qu'une petite quantité de substance sans structure et ne prenant plus de matière colorante. Les vaisseaux, même les plus petits capillaires, présentent un épaississement considérable de leur paroi. L'épiderme est hypertrophié, il envoie des prolongements dans le derme.

La régression du tubercule est surtout caractérisée par la diapédèse intense et la dégénérescence des plasmazellen. On ne trouve jamais de caséification dans la régression du tubercule syphilitique.

L'auteur place les tubercules syphilitiques parmi les granulomes.

M. Weinberg.

VOIES URINAIRES
ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Duhot. ***Contribution à l'étude anatomo-pathologique des vésicules séminales*** (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1901, p. 769). — L'auteur rapporte brièvement une anomalie par fusion des deux canaux déférents, et signale la dégénérescence pigmentaire, la dégénérescence hyaline, la dégénérescence amyloïde; il insiste davantage sur la spermatocystite aiguë. Il estime que la vésicule est prise chaque fois qu'il existe une épididymite blennorragique, car la lésion a été constatée chaque fois qu'on a eu occasion de faire une autopsie d'épididymite blennorragique : lui-même a observé un cas dans ces conditions. La spermatocystite peut encore se produire à la suite des traumatismes, par propagation d'une inflammation de la vessie ou du rectum, consécutivement enfin au cathétérisme (une observation personnelle avec autopsie) et à l'infection purulente (deux observations).

La spermatocystite chronique n'est pas moins fréquente, aussi bien dans la jeunesse et dans l'âge mur, où elle reconnaît pour cause, dans le premier cas, l'infection gonococcique, que dans la vieillesse où elle est liée aux nombreuses altérations que subit à cet âge l'appareil urinaire ; elle est presque toujours confondue avec l'urétrite postérieure ou la prostatite; au hasard des autopsies, l'auteur a rencontré douze fois sur vingt des altérations chroniques des vésicules chez les vieillards.

La spermatocystite est grave parce qu'elle peut entraver les fonctions de l'organe et produire la stérilité en altérant le sperme et tuant les spermatozoïdes.

Paul Delbet.

PHYSIQUE, CHIMIE
ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALES

Mark I. Knapp. ***Les acides butyrique et acétique dans le contenu stomacal; de la manière de les déceler*** (*New-York medical Record*, 16 Novembre, n° 1619, p. 771). — On sait, que dans certaines conditions, on trouve dans le contenu stomacal de l'acide butyrique et de l'acide acétique. Mais leur recherche est délicate et compliquée, et l'auteur pense qu'un grand nombre de cas rangés sous l'étiquette « hyperchlorhydrie » sont dus à la présence des deux acides en question. Le procédé nouveau qu'il préconise est à la fois simple et rapide : son emploi nécessite comme appareils deux éprouvettes; comme réactifs une solution de perchlorure de fer à 10 pour 100 et de l'éther.

On commence par filtrer le contenu stomacal; on retire du liquide filtré 1 centimètre cube qu'on agite dans une éprouvette avec 5 centimètres cubes d'éther; on laisse reposer quelques minutes pour permettre la séparation de l'éther d'avec le liquide gastrique; durant ce temps, on prépare une solution faible de perchlorure de fer en mélangeant dans un tube à essai 2 centimètres cubes d'eau distillée avec une goutte d'une solution de perchlorure à 10 pour 100.

On revient alors à la première éprouvette : on décante l'éther qu'on répand à la surface de la solution de perchlorure. A la zone de contact des deux liquides apparaît un anneau qui est orangé s'il y a de l'acide butyrique, et couleur de rouille s'il y a de l'acide acétique. Pour mieux différencier les deux colorations, on agite l'éprouvette : l'éther reste incolore avec l'acide acétique; au contraire, avec l'acide butyrique, il prend la coloration orangée.

La même réaction peut servir à déceler la présence de l'acétone et de l'aldéhyde, l'anneau de séparation étant, dans les deux cas, de couleur jaune ocre à reflets verdâtres ; mais, tandis qu'avec l'aldéhyde les contours de l'anneau sont très précis, la ligne de séparation de l'éther étant noirâtre, avec l'acétone les limites de l'anneau sont indistinctes.

C. Jarvis.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Alfred Cooper. ***Le traitement actuel du cancer inopérable*** (*The Lancet*, 1901, 12 Octobre, p. 965). — Les divers modes de traitement du cancer semblent avoir à leur actif quelques rares guérisons ou améliorations ; mais il ne faut pas oublier que les différentes formes de tumeurs malignes ne sont pas comparables, et que quelques formes atrophiques de cancer du sein peuvent rétrograder et disparaître spontanément.

Les moyens de traitement du cancer inopérable peuvent être groupés sous 10 titres : 1° Inoculation avec le streptocoque de l'érysipèle ; 2° Injection sous-cutanée de liquide de Coley ; 3° Injection sous-cutanée de sérum anticancéreux de Wlaëff; 4° L'enlèvement des ovaires en ce qui concerne le cancer seul, l'oophorectomie ne donnant aucun résultat lorsque le cancer siège ailleurs ; 5° L'emploi du corps thyroïde ; 6° L'emploi d'extrait de ganglion lymphatique ; 7° Le traitement par les rayons de Rœntgen et les rayons de Finsen ; 8° Les injections de substances irritantes (acide acétique, alcool, violet de méthyle, venin du serpent à sonnettes), et les injections qui produisent une suppuration artificielle (essence de térébenthine, acide arsénieux, carbure de calcium); 9° L'électricité; 10° Les médicaments (la grande chélidoine).

De cette revue il résulte que, dans les cas de sarcome inopérable, surtout dans la variété à cellules fusiformes, il faut proposer au malade, l'emploi des injections de liquide de Coley, puisque ce liquide a quelques guérisons à son actif.

Dans les cas de cancer inopérable du sein chez des femmes d'environ quarante ans chez lesquelles la ménopause n'est pas survenue, l'oophorectomie doit être pratiquée, et l'emploi du corps thyroïde est indiqué consécutivement.

Les rayons de Rœntgen peuvent être utiles dans les cas d'ulcus rodens inopérable ou d'ulcération maligne superficielle.

Enfin, lorsque toutes les autres méthodes sont inapplicables, on pourra essayer l'usage interne de la célandine (extraite de la grande chélidoine).

L. Tollemer.

HOPITAUX ET HOSPICES

Consultations externes dans les hôpitaux et hospices (*suite*). — *Femmes enceintes*. — Tous les jours à 9 heures.

Hôtel-Dieu : M. Champetier de Ribes.
Pitié : M. Lepage.
Charité : M. Maygrier.
Beaujon : M. Ribemont-Dessaignes.
Lariboisière : M. Connaire.
Tenon : M. Boissarn.
Saint-Antoine : M. Bar.
Boucicaut : M. Doléris.
Saint-Louis : M. Auvard.
Maternité : M. Porak.
Baudelocque : M. Pinard.
Tarnier: prof. Budin.

Gynécologie (maladies des femmes). — *Pitié* : Mercredi, 9 heures, M. P. Dalché.

Saint-Antoine : Mardi, vendredi, 9 heures, M. Siredey; mercredi, 9 heures, M. Monod; samedi, 9 heures, M. Blum.

Necker : Lundi, vendredi, 9 heures, prof. Le Dentu; mercredi, samedi, 9 heures, M. Routier.

Cochin : Lundi, mercredi, vendredi, 8 h. 1/2, M. Bouilly.

Lariboisière : Jeudi, 10 heures, M. Landrieux; mardi, samedi, 9 heures, M. Bonnaire.

Bichat : Lundi, vendredi, 9 heures, M. Picqué.

Saint-Louis : Dimanche, 9 heures, M. Richelot.

Broca : Tous les jours, 9 heures, prof. Pozzi.

Maternité : Mardi, samedi, 10 heures, M. Charrin.

Baudelocque : Mardi, 9 heures, prof. Pinard.

Maladies cutanées et syphilitiques. — *Saint-Louis* : Lundi, 9 heures, M. Hallopeau; lundi soir, 2 heures, prof. Fournier; mardi matin, 9 heures, M. Balzer; mardi soir, 1 heure, M. Danlos; mercredi matin, 9 heures, M. du Castel; mercredi soir, 1 heure, M. de Beurmann; jeudi matin, 9 heures, M. de Beurmann; jeudi soir, 1 heure, M. Hallopeau; vendredi matin, 9 heures, M. Danlos; vendredi soir, 1 heure, M. Balzer; samedi matin, 9 heures, prof. Fournier; samedi soir, 1 heure, M. du Castel; dimanche matin, 9 heures, à tour de rôle par les six médecins.

Ricord : Mardi et vendredi, 10 heures, M. Alex. Renault; mercredi et samedi, 10 heures, M. Queyrat; lundi et jeudi, 10 heures, M. Humbert; dimanche, 10 heures, à tour de rôle.

Broca : lundi, mercredi, vendredi, 8 heures, M. Brocq; mardi, jeudi, samedi, 8 heures, M. Thibierge.

Pitié : Lundi, vendredi, 9 heures, M. Darier.

Saint-Antoine : Lundi, mercredi, samedi, 9 h. 1/2, M. Gaucher.

La Rochefoucauld : lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, M. Jacquet.

Maladies des yeux. — *Hôtel-Dieu* : Tous les jours, 9 heures, M. de Lapersonne.

Lariboisière : Tous les jours, 9 heures, M. Delens.

Bichat : Lundi, 9 heures, M. Picqué.

Maladies des voies urinaires. — *Necker* : Mardi, jeudi, samedi, 8 h. 1/2, prof. Guyon.

Beaujon : Lundi, jeudi, samedi, 9 heures, M. Bazy.

Lariboisière : Tous les jours, 9 heures, M. Hartmann.

Bichat : Mercredi, 9 heures, M. Picqué.

Maladies des organes génitaux chez l'homme. — *Laënnec* : Mardi, 10 heures, M. Reclus.

Maladies nerveuses et mentales. — *Salpêtrière* : Lundi, 8 heures, M. Charpentier; mardi, 8 h. 1/2, prof. Raymond; mercredi, 9 h. 1/2, M. Déjerine; vendredi, 10 heures, M. Deny; samedi, 10 heures, M. J. Voisin; dimanche, 8 heures, M. Charpentier.

Hôtel-Dieu : Mercredi, 9 heures, M. Brissaud; samedi, 9 h. 1/2, M. Ballet.

Pitié : Mercredi, 10 heures, M. Babinski.

Saint-Antoine : Mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, M. Gilles de la Tourette.

Necker : Jeudi, 10 heures, M. Cuffer.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — *Saint-Antoine* : Mardi, jeudi, samedi, dimanche, 8 h. 1/2, M. Lermoyez.

Lariboisière : Lundi, mardi, vendredi, samedi, 9 heures, M. P. Sébileau.

Hôtel-Dieu : Mardi, vendredi, 4 heures, prof. Duplay.

Bichat : Mercredi, 8 h. 1/2, M. Picqué.

Tenon (pour enfants seulement) : Mercredi et samedi, M. Broca.

Goitres. — *Lariboisière* : Mercredi, 10 heures, M. Duguet.

Maladies des voies respiratoires. — *Necker* : Mercredi, 9 h. 1/2, M. Barth.

Maladies du cœur. — *Hôtel-Dieu* : Jeudi, 10 heures, M. Muselier.

Necker : Vendredi, 9 h. 1/2, M. Huchard.

Laënnec : Samedi, 10 heures, M. Merklen; mercredi, 9 h. 1/2, M. Barié.

Maladies du thorax et de l'abdomen. — *Beaujon* : Jeudi, 10 h. 1/2, prof. Debove; mercredi, 9 h. 1/2, M. Tuffier.

Laënnec : Lundi, 10 heures, prof. Landouzy.

Maladies de l'estomac, du tube digestif et de la nutrition. — *Pitié* : Samedi, 9 heures, M. Robin.

Necker : Lundi, 9 heures, M. Rendu.

Andral : Mercredi, 8 heures, M. Mathieu.

Maladies professionnelles (intoxications provenant de diverses professions) et maladies du foie. — *Laënnec* : Jeudi, 10 heures, M. Hirtz.

Maladies des dents. — *Hôtel-Dieu* : Lundi, vendredi, 9 heures, M. Pietkiewicz.

Pitié : Mardi, vendredi, 9 heures, M. Ferrier.

Charité : Mardi, samedi, 9 heures, M. Cruet.

Saint-Antoine : Mardi, vendredi, 10 heures, M. Gaillard.

Necker : Lundi, vendredi, 9 heures, M. Brochard.

Beaujon : Mardi, samedi, 9 h. 1/2; M. Aguillon de Sarran.

Lariboisière : Lundi, vendredi, 10 heures, M. Rodier.

Tenon : Mardi, jeudi, 9 heures, M. Richer.

Saint-Louis : Mardi, samedi, 9 heures, M. Combe.

Enfants-Malades (pour enfants seulement) : lundi, vendredi, 9 heures, M. Galippe.

Bretonneau (pour enfants seulement) : Lundi, vendredi, 10 h. 1/2, M. Queudot.

Trousseau (pour enfants seulement) : Mardi, vendredi, 10 heures, M. Jarre.

Hérold (pour enfants seulement) : Lundi, vendredi, 9 heures, M. Moiroud.

Enfants-Assistés (pour enfants seulement) : Lundi, vendredi, 9 h. 1/2, M. Thomas.

Orthopédie. — *Hôtel-Dieu* : Mercredi, 10 heures, M. Kirmisson.

Bandages. — *Hôtel-Dieu* : Mardi, samedi, 10 heures, M. Beurnier.

CONCOURS

Concours des hopitaux (Médecine). — Soixante copies ont été remises pour le concours aux six places vacantes de médecin des hôpitaux. La question à traiter par les candidats était : Péritonite dans la fièvre typhoïde.

La lecture des copies aura lieu à la Charité aux jours et heures suivants à partir du 1er Mars : les samedis, dimanches et lundis à 8 h. 1/2 du matin, et les mardis à 5 heures du soir.

Internat. — *Anatomie*. — Séance du 25 Février : MM. Boudet, 5; Deglos, 8; Poisot, 5; Vicq, 8; Lutaud, 9; Mary, 6; Morisetti, 11; Cailliau, 6; Juquelier, 7; Aubin, 8.

Séance du 27 Février : MM. Camus (Paul), 7; Poupardin, 7; Perreaux, 7; Renaud (J.), 8; Labadie-Lagrave, 10; Patry, 6; Muret, 8; François (H.), 9; Dévé, 6; Perust, 4. — *Absents* : MM. Marninger, Sari.

Pathologie. — Séance du 26 Février : MM. de Lacombe, 10; Préciado, 6; Perpère, 9; Coutelas, 8; Sauvé, 13; Fruictier, 6; Rivet, 9; Billon, 5, Gaillard, 8; Fabre (P.-J.), 4. — *Absent* : M. Lestelle.

RENSEIGNEMENTS

Répertoire thérapeutique

L'Éditeur-Gerant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 19. — Mercredi, 5 Mars 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

PRATIQUE MÉDICALE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

LE MUSÉE DE L'HOPITAL RICORD

L'hôpital Saint-Louis possède le plus beau musée dermatologique connu. Un autre musée existe à Paris, qui peut, lui aussi, rendre grand

service à l'enseignement, et que je crois utile de faire connaître aux médecins et étudiants : c'est le musée de l'hôpital Ricord.

Ce musée a été fondé par Horteloup, chirurgien de cet établissement, alors l'hôpital du Midi, de 1872 à 1884. Heurteloup avait compris l'utilité qu'il y aurait, pour l'étude, d'instituer, dans un centre vénéréologique aussi important que celui-là, une collection de moulages en cire, se complétant d'année en année et arrivant à reproduire tous les types cliniques que le médecin est appelé à rencontrer dans sa pratique journalière.

Nous devons donc nous montrer fort reconnaissants envers notre regretté collègue d'avoir eu l'idée de cette création et de lui avoir donné un commencement de réalisation en faisant de ses propres deniers exécuter les premiers moulages.

Un peu plus tard, à la demande des autres chefs de service de l'hôpital, l'administration de l'Assistance publique accorda une subvention, et l'œuvre d'Horteloup put être continuée.

Malheureusement, il n'existait pas de local permettant de centraliser ces moulages. Chaque médecin conservait dans ses salles ceux dont l'exécution lui avait semblé intéressante. Bref, l'ordre et la coordination manquaient, et ce qui existait ne pouvait être utilisé pour l'étude.

Mais, chose plus grave, par suite des mutations hospitalières, ces collections partielles étaient laissées aux soins de surveillants qui n'en prenaient pas le soin désirable.

Au risque de tout compromettre, il était urgent de remédier à cet état d'abandon. C'est alors que mes collègues ont bien voulu me charger de réunir ces éléments épars et de constituer un musée vraiment digne de ce nom.

Le local choisi a été l'ancienne chapelle, transformée en salle de cours depuis plusieurs années. C'est là qu'ont été installées, avec la collaboration zélée de M. Brun, alors directeur de l'hôpital, de grandes vitrines destinées à recevoir les collections.

Néanmoins, la réalisation du projet n'alla pas sans rencontrer de sérieuses difficultés. Beaucoup de pièces avaient été détériorées par le temps et surtout le défaut de soins; un plus grand nombre manquaient de diagnostics.

Les moulages détériorés furent remis à M. Jumelin, qui en avait été du reste l'auteur, ils furent réparés. La reconstitution des diagnostics nécessita de longues et patientes recherches; il fallut fouiller dans toutes les observations des divers services. Bref, les choses ne purent être menées à bien qu'au bout d'une année de travail.

*
* *

Aujourd'hui, l'hôpital Ricord possède un musée qui renferme environ 400 pièces, représentant toute la série des affections vénériennes chez l'homme.

Ces pièces sont rangées dans douze armoires, marquées chacune d'une lettre alphabétique.

Chaque moulage porte un numéro d'ordre, l'année de son exécution, le diagnostic, et enfin le nom du chef de service qui en a été le promoteur.

Voici la nomenclature des armoires et ce qu'elles contiennent; ce renseignement sera fort utile aux visiteurs auxquels il pourra servir de guide.

1° L'armoire A renferme plusieurs des complications les plus importantes de la blennorragie; un grand nombre de chancres simples, tant de la sphère ano-génitale que des régions extra-génitales; les complications de ces chancres telles que lymphite, bubons, phagédénisme. Le moulage le plus curieux, exécuté avec une rare perfection par M. Jumelin, représente le développement, de vingt-quatre en vingt-quatre heures, d'un chancre d'inoculation expérimentale.

2° Les armoires suivantes ont été consacrées à la syphilis. Les pièces y sont rangées par ordre chronologique, c'est-à-dire selon la période de la maladie à laquelle elles appartiennent. Bien que cette division en accidents primitifs, secondaires et tertiaires soit un peu artificielle, elle n'en reste pas moins conforme à l'évolution habituelle de la vérole, et nous l'avons adoptée comme étant la plus pratique.

Les armoires B et C renferment à peu près tous les types connus de chancres syphilitiques, tant génitaux qu'extra-génitaux, ainsi qu'un certain nombre de leurs complications.

Les trois armoires suivantes, D, E, F, contiennent les accidents secondaires et tertiaires.

Tous les types de syphilides secondaires, tant cutanées que muqueuses, s'y trouvent largement représentés et classés, autant que possible, par ordre croissant de gravité. Quelques moulages montrent les formes intermédiaires entre la période secondaire et tertiaire de la maladie. Mais ces formes peuvent elles-mêmes être précoces; elles indiquent alors une syphilis sérieuse d'emblée.

Les armoires G, H, I sont consacrées aux accidents tertiaires cutanés et muqueux. On y trouve les formes ultimes et graves de la maladie : ulcères, gommes, etc.

4° A côté des accidents vénériens, il en est qui peuvent avoir une autre origine, mais qui les accompagnent très souvent, à savoir : l'herpès, les végétations. L'armoire J leur a été réservée. Dans cette même armoire ont été placés quelques types de malformations congénitales du pénis : phimosis, épispadias.

5° L'armoire suivante, K, renferme les pièces afférentes à la tuberculose et au cancer : sarcomes, épithéliomas. Les moulages qui les représentent offrent un grand intérêt au point de vue du diagnostic différentiel. En les rapprochant des moulages consacrés aux accidents tertiaires, ils permettent de se rendre compte des difficultés de la clinique et de graver dans l'œil les fines nuances qui les séparent.

6° La dernière armoire, L, contient des sujets variés. Elle est le recueil des pièces qui n'ont pu être classées ailleurs et dont quelques-unes représentent des lésions rares; elle constitue ainsi une ébauche de musée de dermatologie pure.

Tous ces moulages, sans exception, sont dus au talent de M. Jumelin.

*
* *

M. le directeur général de l'Assistance publique a bien voulu autoriser l'accès du musée de l'hôpital Ricord aux médecins et aux étudiants en médecine qui veulent se livrer à l'étude des maladies vénériennes.

En conséquence, trois fois par semaine, les mardis, jeudis et samedis, le musée est ouvert, de midi à 4 heures. Des catalogues, placés sur la table de travail, facilitent les recherches.

Il a été toutefois stipulé que les médecins et les étudiants, munis de leurs cartes, pourraient seuls y pénétrer.

Cette mesure a été prise dans le but d'éviter l'introduction d'éléments étrangers à la médecine et de prévenir des curiosités malsaines.

Cependant, à l'une des dernières séances de la Société de prophylaxie sanitaire et morale, M. Hallopeau a proposé d'ouvrir, dans un but instructif, aux adultes des deux sexes, les musées vénéréologiques des hôpitaux Saint-Louis et Ricord.

La réalisation pratique de cette idée a besoin d'être étudiée. Peut-être la rencontre des deux sexes dans des locaux qui doivent garder le caractère austère de la science pourrait-elle avoir plus d'inconvénients que d'avantages. Il apparaît à nous, d'emblée, que la visite en question ne saurait être autorisée aux jeunes gens.

Alex. Renault.

PRATIQUE MÉDICALE

La lécithine.

L'action thérapeutique de la lécithine se dégage de plus en plus des nombreuses observations cliniques relatant son usage. On conçoit donc que les médecins s'efforcent, pour en généraliser l'emploi, de mettre à la portée de tous ce précieux médicament.

La lécithine étant le principe du jaune d'œuf, on a pensé naturellement qu'une potion à base de jaune d'œuf, formulée suivant les règles de la pharmacologie, pourrait la remplacer; c'est ainsi qu'ici même nous publions, d'après M. Lemanski (de Tunis), une formule qui, bien qu'assez compliquée, nous avait paru assez pratique.

Mais il ne faut pas oublier que toute potion à base organique est de conservation très difficile : le jaune d'œuf, en particulier, s'altère avec une extrême facilité au contact de l'air et par les variations de température. C'est pour parer à cet inconvénient que l'on s'est préoccupé d'abord d'isoler les principes actifs du jaune d'œuf, les lécithines, puis de les préparer sous une forme qui soit toujours identiquement active et inaltérable.

Ainsi se sont créées les diverses spécialités de lécithine dans le but de faciliter l'absorption, et d'assurer la conservation du médicament sous une forme facilement assimilable.

LIVRES NOUVEAUX

J. Saulieu et A. Dubois. — *Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris* (librairie J.-B. Baillière et fils, Paris).

MM. Saulieu et Dubois, qui ont publié les *Conférences de l'Externat*, continuent la série commencée en publiant les *Conférences de l'Internat*, destinées aux élèves plus avancés dans la carrière des concours.

Ici, il est exigé de la part du candidat une méthode plus savante, une abondance plus grande de détails, une pénétration plus approfondie du sujet; il faut classer les notions acquises et les adapter à un cadre déterminé.

Ces conférences sont des schémas de questions, des plans très développés, des questions quelquefois complètement traitées : les divisions ont été multipliées à dessein pour permettre une récapitulation rapide et une facile vue d'ensemble.

Chaque conférence comporte quelques conseils destinés à mettre en valeur des points particulièrement importants.

Un index bibliographique indique les travaux auxquels l'étudiant devra se reporter s'il désire développer telle ou telle partie du sujet.

C'est à dessein que les auteurs ont renoncé à la pensée de séparer les questions d'anatomie et de pathologie; ils ont cru préférable de réunir en un même fascicule tout ce qui concerne l'un ou l'autre point de vue.

Voici le sommaire des trente fascicules des *Conférence pour l'Internat* :

I, Larynx et Trachée. — II, Poumons et Plèvre. — III, Cœur. — IV et V, Thorax. — VI, Crâne et Face. — VII, Œil et Oreille. — VIII, Encéphale. — IX, Moelle. X, Moelle et Rachis. — XI, Cou et Corps thyroïde. — XII, Langue, Voile du palais, Amygdales. — XIII, Œsophage et estomac. — XIV, Intestin. — XV, Rectum et Périnée. — XVI, Foie et Voies biliaires. — XVII et XVIII, Abdomen. — XIX et XX, Reins, Uretères, Vessie. — XXI, Organes génitaux de la femme. — XXII, Organes génitaux de l'homme. — XXIII, Accouchements. — XXIV et XXV, Membre supérieur. — XXVI, XXVII et XXVIII, Membre inférieur. — XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

P. M.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de parasitologie animale, par Neveu-Lemaire, préparateur au laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine de Paris, avec 301 figures dans le texte et une préface par le prof. Blanchard, membre de l'Académie de médecine, 1 vol. in-18 grand-jésus de III-212 pages cartonné, prix 4 francs. (*Société d'éditions scientifiques*, 4, rue Antoine-Dubois, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris, VIe.)

L'ENSEIGNEMENT

DE LA MÉDECINE OPÉRATOIRE

DANS QUELQUES UNIVERSITÉS AMERICAINES

Par **Henri HARTMANN**, Agrégé
Sous-directeur des travaux de médecine opératoire.

L'enseignement de la médecine opératoire en Amérique est compris de manières très différentes dans les diverses universités :

Obligatoires à New-York et à Philadelphie, les travaux de médecine opératoire sont facultatifs à Baltimore.

Combiné dans cette dernière ville à l'enseignement de l'anatomie chirurgicale, il en est indépendant à Philadelphie, où un professeur spécial fait un cours sur l'anatomie dans ses applications à la médecine et à la chirurgie.

Cette diversité dans la manière de concevoir un même enseignement tient à des causes diverses :

1° En premier lieu à ce fait que les Etats-Unis ne constituent pas, comme la France, un pays centralisé, mais sont, au contraire, formés par la réunion d'une série d'Etats ayant chacun leur individualité et réunis simplement par un lien fédéral.

2° En second lieu à cet autre fait que les universités médicales ne donnent pas un enseignement officiel, mais sont des institutions privées, dont les diplômes de docteur en médecine, de M. D., comme on dit, n'ont de valeur que celle attachée à l'établissement qui les a conférés.

Dans certains cas, l'Université est libre de toute attache soit avec la ville, soit avec l'Etat dans lequel elle se trouve ; tel est la John Hopkin's University à Baltimore, établissement fondé uniquement avec l'argent donné par John Hopkin, augmenté il y a quelques années par la création de laboratoires dus à la générosité des femmes de Baltimore.

D'autres fois, l'Université est largement subventionnée par le conseil municipal de la ville où elle se trouve. Le fait s'est produit récemment pour le College of physicians and surgeons de Philadelphie, richement doté par la municipalité, et possédant un luxueux hôpital qui éclipse l'ancien Jefferson College et l'University of Pensylvania. En pareil cas, les questions politiques jouent un rôle primordial dans la distribution des fonds affectés à l'enseignement.

Le nombre et l'importance des Universités varient du reste beaucoup. Il y a quelques années, New-York possédait deux universités, Bellevue University et Colombia University. En 1898 Cornell University fut fondée, et enleva à Bellevue la plus grande partie de ses professeurs et de ses élèves. Le même fait s'était produit il y a une dizaine d'années à Baltimore, lorsque fut ouverte la John Hopkin's University, qui enleva à la vieille University of Maryland la plus grande partie de sa clientèle.

A côté d'Universités importantes, on voit, dans la même ville, des Universités sans grande valeur scientifique, qui toutes cependant décernent le même diplôme M. D.

Aussi les différents Etats américains exigent-ils, pour avoir droit de pratique, un diplôme d'Etat conféré par un jury spécial, dont la composition est fixée par le gouverneur de l'Etat et qui généralement est constitué par les personnalités médicales les plus marquantes de l'Etat considéré. Ce diplôme lui-même ne donne pas droit de pratique sur tout le territoire des Etats-Unis, mais seulement dans un ou plusieurs Etats voisins, suivant les conventions passées entre eux.

Ces diverses conditions expliquent l'absence d'homogénéité qui nous a frappé.

La question est encore compliquée par ce fait qu'outre les universités donnant l'enseignement médical à la masse des étudiants, *under-graduate schools*, il existe d'autres écoles, moins importantes, également d'ordre privé, *post-graduate schools*, et *policlinics*, qui ont pour but non pas de fournir aux docteurs en médecine un enseignement supérieur, mais de les perfectionner dans telle ou telle branche de leur art, s'appliquant surtout à leur donner des connaissances pratiques, et abordant elles aussi l'enseignement de la médecine opératoire.

* * *

Comme chez nous, l'enseignement de la médecine opératoire est, dans les *under graduate schools*, reporté à une période assez avancée des études médicales, à la quatrième année le plus souvent.

A cet enseignement, le plus souvent exclusivement pratique, est annexé un enseignement d'anatomie topographique ou appliquée, rappelant celui qui existait autrefois à Clamart lorsque M. Tillaux était le directeur de l'amphithéâtre des hôpitaux, enseignement qui n'existe plus aujourd'hui.

Cet enseignement est donné soit par le professeur chargé de la direction des travaux pratiques de médecine opératoire, soit par un professeur spécial qui est toujours un chirurgien, l'enseignement de l'anatomie pure étant confié à un professionnel de l'anatomie. Il est, du reste, très diversement compris. Consistant quelquefois en des leçons d'anatomie topographique sur la région ou les organes, dont on va étudier, au cours de la semaine, la médecine opératoire, il forme, dans quelques écoles, l'objet d'un cours qui dure tout un semestre et comprend l'anatomie dans ses applications à la médecine aussi bien que dans ses applications à la chirurgie.

D'une manière générale, cet enseignement de l'anatomie topographique est essentiellement pratique et ne porte que sur les notions anatomiques ayant un intérêt direct médical, et surtout chirurgical. Il constitue, en quelque sorte, une introduction à celui de la médecine opératoire proprement dite. Ce dernier rappelle par la manière dont il se fait, les exercices pratiques que dirigent nos prosecteurs.

Le professeur fait sur le cadavre, dans un petit amphithéâtre, la démonstration d'un certain nombre d'opérations que les élèves répètent ensuite, par petits groupes, sous la direction de moniteurs, dans une salle voisine. La seule différence est que l'on s'attache, plus que chez nous, à enseigner une chirurgie se rapprochant autant que possible de la chirurgie sur le vivant. Au lieu de se contenter de découvrir des artères et d'abattre des membres, on termine l'opération, faisant les sutures et le drainage comme s'il s'agissait d'une opération à l'hôpital.

De plus, au lieu de se borner aux opérations dites en France typiques (ligatures, amputations, désarticulations), on fait répéter aux élèves les opérations spéciales les plus courantes sur l'abdomen, le thorax et le crâne.

Dans quelques Universités même, on ajoute aux opérations sur le cadavre un certain nombre d'opérations sur le chien, pour habituer les étudiants à opérer dans des conditions se rapprochant plus de la réalité, et les accoutumer à la présence du sang dans les plaies.

Dans les *post-graduate schools*, l'enseignement de la médecine opératoire comprend une série de cours spéciaux portant sur les diverses parties de la chirurgie, chirurgie générale, gynécologie, opérations sur les yeux, le nez et les oreilles, etc., si bien que le praticien, qui veut se familiariser avec telle ou telle spécialité, trouve pour chacune un enseignement approprié. C'est là un enseignement analogue à celui que nous avons institué, il y a quatre ans, avec l'assentiment du professeur de médecine opératoire d'alors, M. Terrier, lorsque nous avons organisé à l'École pratique, pour les docteurs en médecine et pour les étudiants immatriculés, des cours spéciaux et facultatifs de médecine opératoire portant sur des sujets divers (opérations de pratique courante, opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme, sur l'appareil génito-urinaire de la femme, sur le tube digestif, sur les os et les articulations, etc).

Le nombre des élèves qui se sont fait inscrire à ces cours a été graduellement croissant ; il a été de 22 en 1898, de 110 en 1899, de 142 en 1900, de 174 en 1901.

* * *

En terminant cette courte étude, nous dirons un mot des locaux et du matériel. Presque partout les salles de dissection et de médecine opératoire sont placées à l'étage supérieur du bâtiment où se trouve l'Université.

Le fait s'explique facilement pour New-York, ville étroite, enserrée entre deux bras de mer, ne pouvant se développer en surface et où les maisons resserrées gagnent en hauteur ce qu'elles ne peuvent prendre en largeur. La multiplicité des ascenseurs dans tous les édifices et la rapidité de leur marche diminuent les inconvénients de ce système.

Dans quelques écoles nous avons vu par contre l'enseignement de la médecine opératoire reléguée au sous-sol. Les cours ont alors lieu le soir, à la lumière électrique.

D'une manière générale, l'installation des salles destinées aux travaux anatomiques est très inférieure à celle de notre École pratique de Paris. La même infériorité se retrouve aussi au point de vue du matériel.

L'instrumentation est partout médiocre ; il n'y a nulle part de collections de moulages ou de planches murales pouvant servir à l'enseignement. Il est certain que si, théoriquement, l'organisation des cours de médecine opératoire est bien conçue, leur pratique laisse un peu à désirer. Il y a cependant un point spécial, ayant trait à la conservation des cadavres, que nous tenons à signaler.

Au lieu d'avoir, comme dans nos hôpitaux, une grande salle mortuaire pourvue de dalles sur lesquelles reposent et se putréfient les cadavres[1], les Américains ont partout des pièces

1. En été, la putréfaction nous prive de la plus grande partie de nos cadavres. En Juin 1900, sur 125 cadavres arrivés à l'École pratique, 63, soit la moitié, ont dû être

leur permettant de conserver les corps dans de bonnes conditions jusqu'au moment de l'embaumement. Tantôt c'est une chambre dont le fond est formé par une série d'armoires allongées comme des cercueils, s'ouvrant par des petites portes dans la salle mortuaire et s'enfonçant dans une simple glacière où elles sont immergées ; tantôt c'est une chambre réfrigérante (*cold storage* comme ils disent), où la température est abaissée par la circulation de gaz ammoniac dans des tubes de réfrigération. Grâce à ces précautions, les cadavres sont maintenus en bon état de conservation jusqu'au moment de l'embaumement.

Celui-ci est malheureusement très mal fait dans certaines Universités, et nous avons quelquefois vu des élèves opérer sur des sujets absolument desséchés ou exhalant une odeur infecte, à tel point que nous avions de la peine à rester dans la salle malgré l'habitude que nous avons des amphithéâtres d'anatomie. Au contraire, dans d'autres écoles, les cadavres étaient tous dans un état de conservation parfaite.

Il nous a semblé que les meilleurs résultats étaient obtenus lorsque l'on opérait de la manière suivante :

Injection sous pression constante d'une partie d'acide phénique pour deux d'alcool et deux de glycérine, l'injection étant poussée dans la fémorale à la fois par le bout central et par le bout périphérique jusqu'à ce que la peau de tout le corps ait pris une apparence opaque, indiquant que les tissus sont partout coagulés par l'injection. Conservation indéfinie du cadavre ainsi embaumé dans une chambre frigorifique, en prenant soin de le couvrir de vaseline, de faire un bandage roulé avec du papier à water-closet, de remettre de la vaseline sur celui-ci au niveau des mains et des pieds, et d'envelopper le tout de mousseline. On supprime ainsi l'évaporation, et l'on conserve le cadavre embaumé des années si l'on veut, dans la chambre frigorifique.

Pour utiliser le cadavre, il suffit de le porter dans la salle de dissection, de le laisser dégeler, et l'on a un sujet aussi frais que s'il avait été embaumé la veille.

Toutes ces précautions peuvent, au premier abord, paraître un peu exagérées ; mais si l'on songe aux chaleurs qu'il fait en été aux Etats-Unis, on ne les trouvera pas superflues. Sans demander que l'on construise à l'Ecole pratique une chambre frigorifique, nous pouvons souhaiter que, chez nous, on s'attache à conserver un peu mieux les cadavres, avant leur embaumement. Nous ne connaissons dans nos hôpitaux qu'une seule chambre frigorifique, celle de l'hôpital Cochin. Elle est coûteuse comme fonctionnement, parce qu'on y a installé un moteur à gaz comme source d'énergie. De simples glacières suffiraient dans un grand nombre de nos hôpitaux. Pour les grands, comme Lariboisière, Tenon, etc., qui possèdent des générateurs de vapeur, l'entretien de chambres frigorifiques serait d'un coût à peu près nul. En appliquant les procédés de conservation communément employés en Amérique, nous arriverions à posséder pendant l'été, époque où ont lieu nos travaux pratiques de médecine opératoire, un grand nombre de cadavres, et nous n'aurions pas à souffrir de leur pénurie, qui se fait si vivement sentir, au grand préjudice de notre enseignement.

enterrés immédiatement à cause de l'état de décomposition dans lequel ils se trouvaient au moment de leur arrivée ; en Juillet, sur 133, 125, soit la presque totalité ; en Juin 1901, sur 133, 65 ; en Juillet, sur 126, 111, soit, comme l'année précédente la presque totalité.

ANGINE A PNEUMOBACILLE DE FRIEDLANDER

Par **André DESCOS**
Interne des hôpitaux de Lyon.
Préparateur du laboratoire de Médecine expérimentale.

Les cas d'angine à pneumobacille de Friedlænder ne sont pas fréquents. Nicolle et Hébert, dans leur revue générale sur cette question parue dans la *Presse Médicale*, le 25 Janvier 1899) n'en ont trouvé que 19 : 1 de Max Sloos, 1 de Léon, 3 de Sevestre, 1 de J. Nicolas, 3 de Pakes, enfin 10 observations personnelles. Depuis leur publication nous n'avons rencontré que 3 autres cas : 2 de Billet dans la *Presse Médicale* du 8 Mai 1899, et plus récemment encore 1 cas de E. Mayer, rapporté dans les *Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, Berlin, 1900, et dans le *New-York Medical Journal*, en 1900, et dont nous n'avons pu nous procurer la relation. C'est donc un total de 22 cas seulement d'angine à bacille de Friedlander.

Peut-être cette rareté vient-elle en partie de ce que beaucoup de ces angines passent inaperçues, en raison de leur bénignité ; peut-être aussi d'autres sont-elles prises pour des angines banales ou rangées dans des groupes différents telle la pharyngomycose leptothricique. Quoi qu'il en soit, le rôle pathogène du pneumobacille dans ces cas d'angine ne semble pas pouvoir être contesté, car cet agent n'est pas un hôte banal de la cavité buccale : Netter ne l'a trouvé que 3 fois sur 105 personnes examinées, et Nicolle et Hébert 15 fois sur 2.500 examens, dont 13 fois seulement à l'état pur.

***

Aux cas signalés nous voulons en ajouter un nouveau que nous avons pu observer dans la clinique du professeur Lépine dont nous avions l'honneur d'être alors l'interne.

Il s'agit d'un homme de trente-huit ans entré à l'hôpital pour une tuberculose pulmonaire aux lésions déjà avancées (petite excavation à droite, ramollissement à gauche, fièvre le soir), et dont, malgré cela, l'état général était relativement satisfaisant.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital comme il se plaignait d'un peu de dysphagie, plutôt gêne légère de la déglutition que véritable douleur, l'examen de la gorge révéla la présence, sur le pilier antérieur gauche et la moitié gauche du voile du palais, de petits points grisâtres, très légèrement mamelonnés, de 2 à 4 millimètres de largeur en moyenne, très nettement séparés les uns des autres. Deux jours après, plusieurs de ces points s'étaient réunis pour constituer de petites masses irrégulières, grisâtres, à reflets légèrement bleuâtres, formant un petit relief, présentant bien l'aspect de fausses membranes ; de plus, l'affection s'était étendue, avait envahi l'amygdale gauche.

Bien que l'aspect des lésions ne fût pas celui de la maladie d'Isambert, l'idée d'une tuberculose pharyngée vint naturellement à l'esprit, et le malade fut soumis à l'examen de M. Gorel, pour faire confirmer le diagnostic : celui-ci nous répondit qu'il ne s'agissait pas de tuberculose, mais d'une angine bizarre, qu'il n'avait encore jamais observée. C'est alors que nous pratiquâmes l'examen d'une des fausses membranes.

Examen des fausses membranes. — Ces fausses membranes étaient remarquables par leur adhérence extrême, caractère déjà signalé par Nicolle et Hébert ; le grattage n'enlevait que la partie toute superficielle, et pour les détacher complètement il fallait les racler très fortement avec une petite curette ou une forte spatule de platine. Elles ne se dissolvaient pas dans l'eau ; au-dessous, la muqueuse était tomenteuse et saignante.

Préparations. — L'examen des préparations de ces produits de raclage étalés sur lames et colorés au violet de gentiane phéniqué révéla la présence de nombreux diplococco-bacilles plus ou moins ovalaires, se présentant souvent aussi sous la forme de bâtonnets courts et trapus à extrémités arrondies, à peu près toujours très nettement encapsulés, ne gardant pas le Gram, présentant en un mot à première vue tous les caractères morphologiques du pneumobacille de Friedlænder. Fait à noter, tandis que les préparations faites avec les parties profondes de la fausse membrane fourmillaient de pneumobacilles, les produits de grattage superficiels, au contraire, étaient pauvres en microbes, et renfermaient à côté des pneumobacilles quelques rares cocci gardant le Gram, et quelques filaments et spirilles. Mais dans aucune des préparations nous n'avons trouvé de bacilles), ressemblant au bacille diphtérique, pas plus d'ailleurs que de bacilles de Koch (procédé de Ziehl-Hanser).

Cultures. — Une de ces fausses membranes ensemencée par stries successives, immédiatement après son ablation, sur trois tubes de *sérum gélifié*, a donné au bout de vingt-quatre heures une culture assez abondante constituée par des colonies blanchâtres, brillantes et nacrées, d'aspect visqueux, petites, mais très nombreuses. L'examen microscopique, après coloration au violet de gentiane, a montré qu'il s'agissait de formes microbiennes analogues à celles des préparations, avec une prédominance nette toutefois des formes ovalaires, et un moins grand nombre de formes en diplo, la plupart du temps sans capsule, ne gardant pas le Gram. La culture a été d'emblée absolument pure (sauf pour le premier tube qui présentait une grosse colonie jaune et il n'y a pas eu lieu de faire des tentatives d'isolement.

Cette culture a été reportée sur différents milieux :

Sur gélose : au bout de vingt-quatre heures, culture très abondante ; grosses colonies arrondies, blanchâtres, visqueuses, à reflets nacrés, réunies par places en bandes à l'aspect muqueux.

Sur gélatine (à la température du laboratoire = 15°-18°) : développement tardif ; au bout de huit-dix jours seulement, la culture est assez abondante. *a* — *En stries* : petites masses arrondies, blanchâtres, d'aspect muqueux, formant au début de la strie une bande opaque, visqueuse, à reflets brillants. *b* — *En piqûre* : culture typique en clou, dont la tête

est constituée par une grosse colonie blanche, brillante, comme une tête de nacre. La gélatine n'est pas liquéfiée.

Sur pomme de terre: au bout de vingt-quatre heures, vernis mince, blanchâtre, luisant, humide et visqueux. Production de nombreuses bulles de gaz sur toute la surface de la pomme de terre.

En bouillon de bœuf peptoné, au bout de vingt-quatre heures, trouble uniforme, épais, sans grumeaux, ni voile, ne présentant rien de caractéristique.

Sur agar glycériné : au bout de vingt-quatre heures, culture abondante, de même aspect que sur gélose simple ; mais, de plus, formation de grosses bulles de gaz qui soulèvent, par places, la gélose, et y déterminent des fissures.

Sur le lait: au bout de dix jours, coagulation incomplète.

En bouillon peptoné lactosé, tournesolé : au bout de vingt-quatre heures, le bouillon a complètement viré au rouge,

En bouillon peptoné glucosé : au bout de vingt-quatre heures, production de gaz, mis en évidence par le procédé de l'éprouvette renversée sur une cuve de mercure.

Le microbe retiré de la culture sur sérum a donc présenté sur les milieux usuels les caractères classiques des cultures de pneumobacille; de plus, il a fait fermenter la glycérine, le lactose, le glucose; il s'agit donc bien d'un pneumobacille de Friedlænder. Nous n'avons pu, faute de dulcite, le classer dans une des deux catégories de Grimbert.

Inoculations. — Pour juger de sa virulence, nous avons fait des inoculations de la culture en bouillon de vingt-quatre heures, à savoir : au cobaye, 1 centimètre cube ; 1/2 centimètre cube ; 1/4 de centimètre cube sous la peau de la cuisse ; au lapin, 1 centimètre cube ; 1/2 centimètre cube dans la veine marginale de l'oreille. Nous n'avons pu à ce moment nous procurer de souris blanche.

Le premier et le deuxième cobaye sont morts au bout de huit et de dix jours, sans présenter de lésions nettes, sauf de la congestion des bases pulmonaires (dans lesquelles nous n'avons pu retrouver le pneumobacille); le sang du cœur ensemencé dans les deux cas est demeuré stérile. Le troisième cobaye (1/4 de centimètre cube) a survécu. Les deux lapins ont également survécu, même celui qui avait reçu 1 centimètre cube en injection intraveineuse. Ce pneumobacille était donc doué d'une virulence assez faible.

* * *

L'évolution clinique de l'angine a d'ailleurs été essentiellement chronique et a bien présenté ce double caractère mis en évidence par Nicolle et Hébert: la *ténacité* et la *bénignité*.

Tenace, et l'on pourrait ajouter *envahissante*, car, en quelques jours, et malgré des badigeonnages très fréquents avec une solution forte de chlorate de potasse, les fausses membranes ont envahi la luette, le pilier droit, l'amygdale droite, la partie postérieure des gencives, et ont bientôt formé une masse confluente occupant tout l'isthme palato-pharyngien; nous n'avons trouvé une semblable extension des lésions dans aucune autre observation, et Nicolle et Hébert signalent même à ce propos que « il est rare que ces petits points forment par leur union une fausse membrane d'une étendue un peu importante ».

Bénigne cependant, car, malgré cette confluence des lésions, les douleurs ont été à peu près insignifiantes, la gêne de la déglutition toute mécanique, l'état général nullement alarmant.

Chez notre malade, d'ailleurs, l'angine passait au second plan : la tuberculose pulmonaire continua à évoluer — sans que du reste on puisse préciser quelle a été l'influence réciproque des deux affections l'une sur l'autre — et le malade fut emporté au bout de deux mois, probablement dans une poussée granulique terminale.

TECHNIQUE DE LA PONCTION LOMBAIRE

DANS LES

HÉMORRHAGIES INTRARACHIDIENNES

Par Th. TUFFIER et G. MILIAN

Dans une série de publications sur la valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les traumatismes du crâne, il nous avait paru très simple de reconnaître le sang venant réellement du liquide céphalo-rachidien de celui qui serait du à piqûre d'une veine piemérienne. Et nous n'avions pas cru utile de relever une note de M. Sicard [1], tendant à démontrer que l'écoulement de sang par l'aiguille dans la ponction lombaire n'avait aucune valeur pour le diagnostic des hémorragies du névraxe. M. Sicard, revenant sur ce sujet dans *La Presse Médicale* [2], nous oblige à rassurer les cliniciens sur la valeur de la teinte sanglante du liquide céphalo-rachidien.

1° Comment donc peut-on reconnaître qu'un liquide sanglant extrait par ponction lombaire vient réellement d'une hémorragie intrarachidienne?

2° Quels sont les divers aspects du liquide céphalo-rachidien hémorragique et quelle est leur signification?

Ce sont ces deux points que nous voulons simplement et rapidement exposer ici.

* * *

Le liquide sanglant extrait par ponction lombaire vient-il réellement d'une hémorragie intrarachidienne?

De l'observation d'un nombre considérable de ponctions lombaires (rachicocaïnisations et cytodiagnostic), nous pouvons dire que le liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire arrive sanguinolent dans trois conditions :

a) *L'aiguille, en traversant les tissus*, s'est chargée de sang en piquant une veine de la peau ou des muscles, accident facile à reconnaître, car le début seul de l'écoulement est teinté (procédé des trois tubes).

b) *Le sang vient d'une veine rachidienne* (sus-dure-mérienne ou pie-mérienne) : ou bien il s'écoule *pur* et abondant, et alors la question de nature du liquide ne se pose pas ; ou bien il s'écoule *mêlé de liquide céphalo-rachidien*. Ce dernier accident est rare : il est dû à ce que le biseau de l'aiguille se trouve à la fois dans la cavité rachidienne et dans la veine. Cet accident s'observe surtout quand on emploie des aiguilles à biseau long. Nous ne le constatons que très rarement, car nous employons les aiguilles à biseau court dites de Tuffier.

Il est facile de reconnaître cette origine du sang : si le sang vient d'une veine sus-dure-mérienne (fig. 1), *cas ordinaire*, il suffit d'enfoncer davantage l'aiguille pour n'avoir plus qu'un écoulement de liquide céphalo-rachidien limpide, car le biseau sort de la veine pour pénétrer tout entier dans la cavité arachnoïdienne. Si le sang vient d'une veine pie-mérienne (fig. 2), cas plus rare parce que le liquide céphalo-rachidien s'échappe par la tubulure de l'aiguille avant qu'on aborde la moelle et son enveloppe pie-mérienne, il suffit de retirer un peu l'aiguille pour retomber dans la cavité arachnoïdienne. Tout cela est simple et logique.

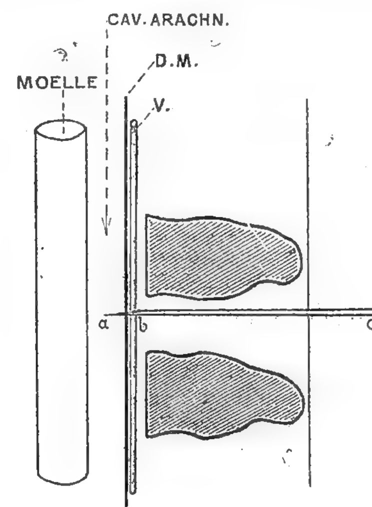


Figure 1.
Liquide céphalo-rachidien sanglant par piqûre d'une veine sus-dure-mérienne (accident fréquent).

Le biseau long *ab* de l'aiguille *ac* répond à la fois à une veine sus-dure-mérienne (*v*) et à la cavité arachnoïdienne (cav. arach.). Il suffit d'enfoncer un peu l'aiguille pour que le liquide céphalo-rachidien sorte clair et non souillé de sang.

Enfin, c) *Le sang vient réellement d'une hémorragie intra-arachnoïdienne* (fracture du crâne, hémorragie cérébrale, etc). Nous avons beau retirer ou enfoncer davantage l'aiguille, l'écoulement est toujours *uniformément* coloré.

D'ailleurs, quand bien même il y aurait doute au cours de la ponction sur l'origine du sang, il ne serait pas difficile de dire, après coup, s'il vient ou non d'une hémorragie de la cavité arachnoïdienne, car *tout sang venant directement des vaisseaux au moment de la ponction coagule*. Il suffit donc de regarder les tubes où l'on a recueilli le liquide; si l'hémorragie est accidentelle, voici ce qu'on observe : peu abondante, elle fournit seulement quelques *flocons fibrineux* qui nagent dans le liquide, c'est ce qui arrive quand le sang vient des téguments externes. Les globules rouges

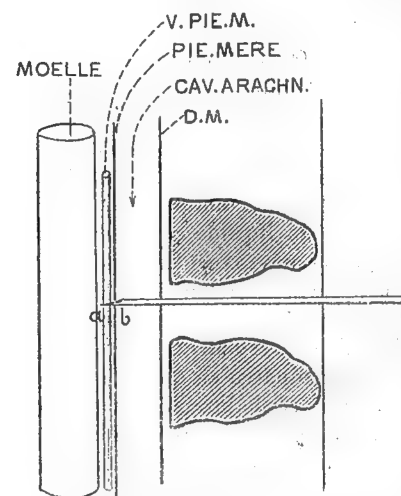


Figure 2.
Le liquide céphalo-rachidien sanglant par piqûre d'une veine pie-mérienne (accident rare).

Le biseau long *ab* de l'aiguille *ac* répond à la fois à une veine pie-mérienne (v. pie-m.), et à la cavité arachnoïdienne (cav. arach.). Il suffit de retirer l'aiguille pour que le liquide céphalo-rachidien sorte clair et non souillé de sang.

1. Sicard. — « Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les hémorragies du névraxe. Absence de valeur de l'aspect sanguinolent ». *Soc. de biol.*, 1901, 30 Novembre.

2. Sicard. — « Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien ». *La Presse Médicale*, 1902, 25 Janvier.

lavés au passage du liquide se déposent au fond du tube. Quand le sang est suffisamment abondant pour colorer le liquide en rouge vif, un *caillot* se dépose au fond du tube, proportionnel comme volume à l'importance de l'hémorragie.

Rien de semblable ne se passe dans les hémorragies intra-rachidiennes (hémorragie cérébrale par exemple). Le liquide sanguinolent obtenu par ponction lombaire dans ces cas, n'est pas coagulable. Les globules rouges brassés depuis longtemps dans le liquide céphalo-rachidien se trouvent dans un état analogue à celui du sang recueilli dans les divers sérums artificiels. Il en résulte qu'ils se déposent au fond du tube sous l'action de la pesanteur, mais ne forment pas de caillot, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en agitant le liquide, et en lui redonnant sa couleur rouge homogène primitive[1].

* * *

Aspects divers du liquide céphalo-rachidien hémorragique, et leur signification.

a) Le liquide céphalo-rachidien hémorragique *renfermant des globules rouges* (ce qui, pour être distingué, ne nécessite pas absolument le microscope, car, lorsqu'il y a des hématies dans le liquide, elles se déposent au fond du tube) peut présenter tous les degrés de coloration, depuis le jaune jusqu'au rouge vif, au rouge cerise.

Lorsqu'on laisse reposer les globules rouges, ou qu'on centrifuge, ou qu'on filtre, le liquide céphalo-rachidien surnageant ou filtré est ordinairement *limpide* comme de l'eau de roche, ainsi que le liquide céphalo-rachidien normal lui-même. Dans d'autres cas, ce liquide est *coloré* en jaune ou jaune verdâtre, ou bien en rouge.

C'est que plusieurs faits peuvent exister; il peut y avoir *hémolyse*, c'est-à-dire dissolution de globules rouges au sein du liquide, comme cela existe dans certains vieux foyers hémorragiques à hématies mortes, ou quand le liquide s'est secondairement infecté. Dans ce cas, le liquide coloré présente les réactions chimiques et spectroscopiques de l'hémoglobine.

Dans un plus grand nombre de cas, il n'y a pas hémolyse, mais coloration jaune gommegutte ou jaune clair par le pigment normal du sérum la *lutéine*, qui ne présente aucune des réactions de l'hémoglobine mais possède entre autres la propriété de se décolorer à la lumière. Cette coloration devrait exister dans tous les cas puisque la lutéine est un pigment normal du sérum. Mais sa quantité et sa teinte sont variables suivant les sujets, ainsi que l'a fait remarquer Gilbert[2] qui lui donne le nom de sérochrome et distingue des sérums hypo- et hyper- sérochromiques. C'est chez les hypersérochromiques que se rencontre la teinte jaunâtre du liquide céphalorachidien après hémorragie du névraxe. On peut facilement en donner la preuve en mêlant à du liquide céphalo-rachidien normal une faible quantité de sérum d'individu hypersérochromique, et produisant ainsi la teinte jaunâtre en question.

b) Le liquide céphalorachidien est jaunâtre ou jaune, mais *ne renferme pas de globules rouges*.

La teinte jaune peut tenir ici aux deux causes déjà indiquées: à la présence d'*hémoglobine* par hémolyse, ce qui est rare et indique une hémorragie ancienne, dont les globules rouges sont rentrés dans la circulation générale, en laissant dans le rachis quelques-uns de leurs débris; à la présence de la *lutéine* seule, ce qui tient soit à ce que l'hémorragie s'est faite dans les parties supérieures du névraxe et que les hématies sont retenues dans les anfractuosités du cerveau, les ventricules par exemple, tandis que le pigment diffuse de proche en proche par osmose; soit encore à ce que l'hémorragie s'est résorbée, ne laissant que le pigment colorant.

De ce dernier fait, nous raisonnons surtout par analogie avec ce que nous avons vu pour l'hémothorax, où longtemps après la résorption des hématies il persiste dans la plèvre un sérum jaune gomme gutte où l'on ne trouve comme éléments cellulaires que des lymphocytes. M. Sicard a trouvé fréquemment dans le liquide jaune du liquide céphalorachidien des lymphocytes. Nous ne croyons pas qu'il faille attribuer à ce fait le terme de lymphocytose, car il n'y a pas à proprement parler appel de lymphocytes; ainsi que nous l'ont montré les numérations successives que nous avons pratiquées au cours de l'évolution d'un hémothorax[1], depuis le début (à moins d'infection) de l'hémorragie intra-séreuse jusqu'à sa disparition, le nombre des éléments cellulaires, hématies et leucocytes, diminue progressivement, sauf pour les lymphocytes, éléments dépourvus d'amiboïsme, qui restent à perpétuité dans la fente où ils ont été versés.

Nous nous sommes étendus sur ce dernier point pour indiquer qu'une hémorragie cérébrale récente ne s'accompagne pas de lymphocytose, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer à propos du cas de MM. Rendu et Géraudel, où la ponction a été faite six jours après la fracture[2].

* * *

Comme conclusion à cette note, nous disons que:

1° La teinte sanguinolente du liquide céphalo-rachidien conserve toute sa valeur pour le diagnostic des hémorragies du névraxe surtout dans les contusions cérébrales, si l'on tient compte du mode d'écoulement du liquide sanglant, et des phénomènes ultérieurs de coagulation qu'il présente.

2° La teinte jaune du liquide céphalo-rachidien sans hématies est quelquefois, mais tout à fait exceptionnellement, le seul signe des hémorragies du névraxe.

1. M. Sicard, pour nier la valeur de l'aspect sanglant du liquide céphalo-rachidien comme signe d'hémorragie du névraxe, s'appuie sur trois observations où il obtint un liquide rouge vif, alors que l'autopsie ne montra pas de lésion hémorragipare. Or, les autopsies de M. Sicard ont été faites « quelques jours ou quelques semaines après » la ponction. La résorption du sang avait eu le temps de se faire, car elle s'effectue très rapidement comme nous l'ont montré nos numérations successives. Et, d'autre part, l'absence de coagulation (puisqu'il y a eu centrifugation et obtention d'un culot) semble bien indiquer l'origine arachnoïdienne de ces trois hémorragies.

2. GILBERT. — *Soc. de biol.*, 1901, Novembre.

1. TUFFIER et MILIAN. — « Étude cytologique et physiologique de l'hémothorax ». *Rev. de chir.*, 1901, Mars.

2. TUFFIER et MILIAN. — *Soc. méd. des hôp.*, 1901, 12 Juillet.

MÉDECINE PRATIQUE

CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE D'UNE LÉSION NÉOPLASIQUE ULCÉREUSE INDÉTERMINÉE DE LA LANGUE OU DE LA CAVITÉ BUCCALE

En présence d'une lésion néoplasique ulcéreuse de la langue ou de la cavité buccale à propos de laquelle le diagnostic peut hésiter entre syphilis, épithéliome ou même tuberculose et actinomycose, quelle règle de conduite devra suivre le praticien?

Doit-il prescrire d'emblée le traitement antisyphilitique, et, dans ce cas, emploiera-t-il le traitement mixte? Doit-il, oui ou non, donner l'iodure? Doit-il employer le mercure seul, et faire des injections de calomel? N'y a-t-il pas, en dehors du traitement d'épreuve, possibilité pour lui d'arriver au diagnostic de façon plus rationnelle?

Toutes ces questions se présentent encore assez fréquemment dans la pratique. Or, il faut avouer que si l'on ne peut guère, à l'heure actuelle, leur donner une solution définitive et précise, il existe cependant un certain nombre de faits connus sur lesquels on peut s'appuyer pour trouver une ligne de conduite rationnelle et surtout non préjudiciable au malade.

* * *

La *biopsie* d'un fragment du néoplasme suivie de l'examen microscopique donne assurément le renseignement le plus rapide et le plus précis sur la nature de la lésion. Elle devra donc être faite dans toutes les circonstances où elle sera possible. Mais il ne faut pas se dissimuler que, quelle qu'en soit sa simplicité, elle est d'une exécution matérielle très embarrassante pour l'immense majorité des médecins.

Si l'on peut la pratiquer on saura d'emblée comment doit être dirigée la thérapeutique puisque sera connue la nature inflammatoire, tuberculeuse ou néoplasique du mal; dans ce dernier cas on saura qu'il faut s'abstenir de tout essai de traitement par l'iodure qui pourrait amener une aggravation rapide des phénomènes morbides.

Si pour une raison quelconque la biopsie n'a pu être faite, nous aurons à choisir entre les divers modes d'exploration thérapeutique mentionnés plus haut. Que peut-on attendre d'eux, dans l'état actuel de nos connaissances?

* * *

Ainsi qu'il ressort d'une discussion qui eut lieu l'année dernière à la Société de dermatologie, le plus grand nombre des observateurs s'accordent à regarder l'influence de l'iodure comme néfaste; cependant le professeur Fournier a déclaré ne pouvoir actuellement se prononcer sur ce fait d'une façon définitive. Nous sommes donc autorisés, jusqu'à preuve du contraire, à considérer l'action de l'iodure sur l'épithéliome comme au moins défavorable.

Que se passera-t-il donc si nous sommes amenés en un cas douteux à en tenter l'emploi?

Nous nous trouverons placés dans l'une de ces alternatives : soit d'agir sur un tissu syphilitique méconnu qui rétrocédera peu à peu; soit d'agir sur un tissu tuberculeux ou cancéreux, le premier qui sera à peu près indifférent, le second prêt à recevoir un coup de fouet du traitement. Or, avons-nous le droit de risquer cette alternative? Nous ne le croyons pas, d'accord en cela avec la majorité des cliniciens, car pour acquérir une certitude nous aurons exposé le malade à une aggravation impossible à prévoir ou à mesurer, et nous aurons, le cas échéant, transformé un néoplasme opérable en un cancer inaccessible.

Il pourra, d'autre part, arriver que nous ayons affaire à une combinaison de cancer et de syphilis : l'amélioration obtenue sera passagère, nous induira en erreur pour un temps plus ou moins long, pendant lequel le néoplasme progressera à loisir.

Nous pouvons donc conclure : l'iodure est un moyen infidèle ou dangereux quand on l'emploie à la détermination de la nature d'une de ces lésions intérieures indéterminées de la langue ou de la cavité buccale. Il ne doit être prescrit dans cette intention ni à faible ni à forte dose, ni isolé, ni associé au mercure.

* * *

L'iodure étant rejeté par la majorité des cliniciens, pourrons-nous sans inconvénient nous adresser au calomel?

La question se pose de la façon suivante. Peut-on, dans le dessein d'éclairer le diagnostic d'un cas douteux, avoir recours au calomel? Et une seconde question se joint à celle-ci? Peut-on, dans le cas où l'on soupçonne l'association de la syphilis et du cancer, essayer l'efficacité thérapeutique de cet agent?

La réponse peut être unique : en effet, ou le calomel est sans influence sur l'évolution du cancer, et il est utile de l'employer; ou le calomel est dangereux, et il faut en éviter l'emploi.

Nous allons, par une voie indirecte, chercher la solution de ce problème. Hâtons-nous de dire

que les déductions que l'on peut faire en partant des faits connus n'ont rien d'absolu, et que l'action du calomel est actuellement encore assez obscure.

L'injection de calomel à la dose de 5 centigrammes, unique ou réitérée, produit dans un grand nombre de tissus d'origine inflammatoire, surtout dans les tissus inflammatoires à évolution chronique, des modifications importantes qui se traduisent par la résolution et la fonte des infiltrats, par une sorte de revivification plasmatique suivie de désintégration et de résorption. L'effet se produit non seulement dans les néoplasies à pathogénie univoque, mais aussi dans les néoplasies hybrides, comme celles qui peuvent résulter de l'association de la syphilis et du cancer.

Cette influence est nettement prouvée par les faits observés dans le lupus par MM. Dubois Havenith, Asselbergs, Brocq, Darier, Du Castel, etc. Elle est prouvée encore par l'action identique exercée sur les tuberculides (Darier), sur l'infiltration des ulcères variqueux (Gastou).

Dans tout processus d'inflammation chronique, à quelque tissu qu'il appartienne, à condition que ce processus soit encore au stade d'organisation, de multiplication, le calomel semble donc pouvoir jouer le rôle d'un puissant agent de résolution. Par contre, dans tous ces tissus, il n'agit pas sur l'élément spécifique, sauf peut-être dans la syphilis. En effet, l'élément spécifique du cancer, le tissu épithélial dans le cas qui nous occupe, n'est pas modifié. L'élément spécifique de la tuberculose, le bacille et la cellule géante du lupus, demeurent intacts, le nodule lupique, même dans son ensemble, est respecté, il est facile de le reconnaître dans les tissus, quand l'injection de calomel a fait disparaître l'infiltrat qui le masquait. Quant à l'élément syphilitique spécifique, bacille ou cellule, nous ne pouvons savoir ce qu'il devient, ne le connaissant pas; il est probable qu'il se comporte un peu différemment vis-à-vis des mercuriaux, et du calomel en particulier, puisqu'il disparaît sans laisser de traces appréciables, et puisqu'il ne récidive pas *in loco*.

Nous pouvons donc conclure : le calomel agit d'une façon commune, identique, nous dirions presque banale, sur l'élément qui constitue dans les inflammations chroniques ce qu'on dénommait autrefois le granulome, sur les cellules infiltrées ou nées sur place dans le tissu conjonctif. Il agit sur ces cellules parce qu'elles sont sans doute très proches parentes les unes des autres, dans le cancer, la tuberculose, les ulcérations chroniques, le lupus, les tuberculides, la syphilis.

La conclusion pratique sera donc celle-ci : en présence d'une ulcération douteuse à marche lente, le calomel amènera très probablement la résolution partielle de la base sur laquelle repose l'ulcération, ou de la tumeur ulcérée dans son ensemble, *quelle qu'en soit la nature*. Il ne faut donc nullement croire le diagnostic établi par le seul fait qu'il y aura eu rétrocession primitive.

Un second point reste litigieux dans la question du calomel. La rétrocession qui se produit sous son influence sera-t-elle utile si l'on se place dans le cas du cancer qui nous intéresse surtout, ou sera-t-elle au contraire nuisible?

Aucune expérience, aucune observation clinique probante ne nous permet de répondre à cette question dans l'état actuel de la science. Il est cependant quelques faits qu'il ne faudrait pas perdre de vue dans l'appréciation des phénomènes consécutifs à l'injection de calomel.

Unna a écrit que les lésions d'acanthose, c'est-à-dire de prolifération de la couche épidermique et en particulier de prolongements interpapillaires, se produisaient surtout quand le derme sous-jacent n'offrait plus la résistance suffisante à l'hyperplasie des épithéliums. Cette théorie semble d'accord avec les faits : elle est justifiée par les verrues séniles évoluant vers l'épithélioma, par certains faits de productions épithéliales de la peau des vieillards à l'époque où cette peau atteint son maximum d'atrophie dermique. Elle est justifiée encore par l'épithéliomatose du lupus, et surtout, peut-être, par l'évolution pseudo-épithéliomateuse de ce même lupus (lupus épithéliomatoïde des auteurs allemands), évolution qui se produit dans des tissus inflammatoires, mous, où la résistance élastique du derme a complètement disparu. Elle reçoit encore son appoint des faits bien connus où l'épithélioma paraît la conséquence d'une inflammation chronique. On pourrait la développer aussi en se fondant sur d'autres considérations tirées de l'état de l'épithélium à la surface des cicatrices. La place nous manque pour y insister ici.

Dans ces conditions nous sommes amenés à nous demander si le calomel, qui exerce une action immédiate, bienfaisante en apparence au début, n'exerce pas dans la suite une influence néfaste qui peut s'expliquer comme nous le verrons. En fait, dans tous les cas où une injection de calomel a été pratiquée dans le but de s'assurer qu'une néoplasie n'était pas syphilitique, on a vu, quand il s'agissait d'un cancer, le mal rétrocéder pendant une, deux ou trois semaines, puis, brusquement, l'évolution se faire avec une rapidité quelquefois foudroyante. Il semble donc que l'ameublissement du terrain sur lequel végète le cancer se produise sous l'influence du calomel, et que la stupeur momentanée des cellules cancéreuses soit rapidement compensée par l'imbibition séreuse que nécessite la disparition des infiltrats, par la diminution de la résistance qu'opposaient ces mêmes granulomes à la croissance des tubes épidermiques. Bien que ces faits ne soient pas prouvés, ils paraissent correspondre à une loi de pathologie générale réglant les rapports des tissus mésodermiques et ectodermiques.

Il ressort donc à notre avis de ce qui précède, qu'il ne faut jamais faire d'injection de calomel dans une ulcération d'*apparence néoplasique* dont le diagnostic est hésitant.

Telle est du moins la conclusion logique des faits que nous venons d'exposer brièvement; mais, en pratique, nous devons admettre que la merveilleuse action du calomel sur les syphilomes de la langue en particulier, et sur les infiltrats inflammatoires des lésions les plus diverses, nous fait une nécessité de l'employer dans les cas douteux où nous n'avons pas d'autre moyen d'éclairer les obscurités des problèmes que la clinique seule est impuissante à élucider.

*
* *

Nous conclurons donc de la façon suivante :

1° La biopsie est le moyen le plus sûr, le plus rapide et le plus inoffensif de déterminer la nature des ulcérations néoplasiques douteuses de la cavité buccale et de la langue. Elle permet d'instituer d'emblée le traitement rationnel de chacune des variétés de ces lésions.

2° Quand la biopsie ne peut être faite, on recourra d'emblée à l'injection de calomel, en se souvenant qu'elle peut améliorer les épithéliomas en en diminuant les infiltrats conjonctifs interstitiels, mais qu'il est peut-être dangereux d'en poursuivre l'action au delà du temps strictement nécessaire à la confirmation du diagnostic de cancer.

3° L'iodure de potassium n'est jamais indispensable quand il s'agit d'établir le diagnostic, et il peut être si nuisible quand on l'applique à un épithéliome méconnu, qu'il ne faut jamais l'employer dans les cas douteux.

E. Lenglet,
Interne des Hôpitaux.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

28 Février 1902.

Anévrisme rompu de l'aorte abdominale. — *M. François-Dainville* présente un volumineux anévrisme de l'aorte abdominale, provenant de l'autopsie d'une malade de soixante-deux ans, du service de M. Klippel. La poche, située sous les piliers du diaphragme, s'était rompue, et le sang s'était infiltré le long de la paroi postérieure de l'arrière cavité des épiploons, remontant jusque dans le médiastin postérieur, et descendant entre les feuillets des mésos de l'intestin. En plusieurs points le péritoine s'était déchiré sous la pression de l'hémorragie, et le sang s'était épanché dans la cavité péritonéale jusqu'au petit bassin.

Anomalie artérielle. — *M. Chastenet de Géry* communique une pièce d'artère du nerf médian anormalement développée et traversant le nerf médian; le système artériel de la main affecte également une disposition particulière.

Kyste pré-pancréatique. — *MM. Theuveny et Chevassu* apportent une tumeur kystique qui offrait dans l'hypocondre gauche un volume égal à celui des deux poings et était extrêmement mobile; elle fut enlevée par laparotomie par M. Legueu. C'est un kyste qui adhérait à la face antérieure de la queue du pancréas et renfermait un liquide brunâtre, hématique, sans dépôts calcaires.

M. Cornil, qui a examiné la paroi, l'a trouvée hérissée intérieurement de saillies recouvertes d'épithélium cylindrique; ce sont des masses végétantes donnant l'impression d'un épithéliome mucoïde.

M. R. Marie a étudié un cas analogue, dont la structure rappelait celle de certains kystes de l'ovaire.

M. Cornil fait remarquer que l'origine et le lieu de production de ces tumeurs restent indéterminées.

Prostate hypertrophiée enlevée par prostatectomie périnéale. — *M. Robert Proust* présente, au nom de M. Aimé Guinard et au sien, une prostate hypertrophiée dont il a pratiqué avec succès l'ablation le 17 Janvier dernier, à la maison Dubois, dans le service de M. Guinard. L'hypertrophie assez marquée (55 grammes) était uniquement constituée aux dépens des lobes latéraux, et ceux-ci, comprimant latéralement l'urètre, venaient s'adosser l'un à l'autre au devant de lui; si bien que cette déformation de l'urètre en *lame de sabre* était la seule qu'avait à combattre l'intervention. Celle-ci a été pratiquée par le procédé décrit par Gosset et Proust, c'est-à-dire hémisection de la prostate avec ouverture urétrale et dissection des lobes latéraux. Actuellement le malade est guéri et urine bien. Le présentateur signale en passant l'existence d'un prolapsus hémorroïdaire provoqué par la tumeur prostatique et guéri par son ablation.

Rapports des capsules surrénales. — *M. Cathelin* montre une pièce où l'on constate la situation qu'il a assignée à la capsule surrénale par rapport au rein : la capsule est accolée au bord interne du rein, immédiatement au-dessus du pédicule rénal, et ne s'applique pas sur le pôle supérieur comme on le dessine dans les ouvrages, et comme cela ne s'observe que chez le fœtus.

M. Letulle rappelle que le meilleur procédé, à son avis, pour explorer les capsules surrénales à l'autopsie, est d'enlever tous les viscères thoraco-abdominaux en une seule pièce.

M. Nattan-Larrier fait remarquer que chez le fœtus et le nouveau-né, ce n'est pas seulement le pôle, mais toute la moitié supérieure du rein que coiffe la capsule surrénale.

M. Brault se rappelle que, dans la maladie d'Addison, on trouve souvent à l'autopsie les capsules lésées accolées au bord interne du rein, dans la situation qu'indique M. Cathelin.

M. Cornil insiste sur les affinités pathologiques du rein et de la capsule surrénale, affinités telles que certains auteurs, Gravitz en particulier, font des tumeurs du rein des tumeurs d'origine surrénale.

Tumeur intra-cranienne. — *M. Touche* apporte un cerveau dont la tige pituitaire porte une tumeur blanchâtre, grosse comme une noix, dont l'examen histologique seul pourra révéler la nature.

Kystes parovariens multiples. — *M. Chevrier* présente des tumeurs dont le diagnostic clinique de kyste parovarien avait été porté par M. Schwartz qui

s'était basé surtout sur le peu de tension de la poche. La lésion était bilatérale, et, d'un côté, il y avait même deux kystes séparés.

M. Cornil a fait l'examen histologique : il s'agit bien de kystes parovariens et non ovariens. La paroi est formée de tissu fibreux recouvert d'un épithélium cylindrique sans cils vibratiles, et sans les végétations que l'on trouve à l'intérieur de la paroi des kystes de l'ovaire. Ayant examiné beaucoup de kystes parovariens, M. Cornil a remarqué que ces kystes, lorsqu'ils sont anciens, offrent une paroi qui n'est plus tapissée d'épithélium, et qui ressemble alors à la paroi d'une artère athéromateuse.

Fracture du calcanéum. — *M. Morestin* montre les moulages des pieds d'un vieillard qui, s'étant jeté du haut d'un pont, eut les deux calcanéums fracturés par écrasement. On fit de vaines tentatives de réduction au moment de l'accident; il fallut plus tard pratiquer l'astragalectomie.

Résection du nerf dentaire. — *M. Morestin* décrit un procédé de résection du nerf dentaire inférieur.

Sarcome du rein. — *M. P. Roy* apporte un volumineux sarcome encéphaloïde hématode du rein gauche, avec noyaux secondaires du foie, chez une fillette de huit ans.

Rupture de l'artère iliaque. — *MM. Mauclaire et Bourguignon* communiquent un cas de rupture de l'artère iliaque par écrasement sur l'os coxal; la rupture siège au-dessous de la circonflexe iliaque.

Lymphatiques du rein et du vagin. — *MM. Cuneo et Marcille* montrent des pièces injectées pour l'étude des ganglions et des vaisseaux lymphatiques du rein, du vagin et de l'utérus.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

28 Février 1902.

De l'emploi du lait stérilisé dans l'alimentation des enfants. — *M. Variot* montre un enfant de vingt-huit mois, atrepsique jusqu'à onze mois, guéri actuellement. Jusqu'à onze mois, il avait été nourri avec du lait défectueux, et son état était très précaire; une alimentation très surveillée, faite d'abord de lait stérilisé, puis de lait et de jus de viande, le rendit normal.

Ce fait démontre que l'on peut guérir un enfant atrepsique sans le secours d'une nourrice, et avec l'emploi exclusif du lait stérilisé. L'importance sociale de cette constatation est capitale. Le lait stérilisé est d'un prix relativement minime et peut être distribué largement dans les *Gouttes de lait*. Son emploi n'offre aucun danger, et notamment ne cause pas le scorbut infantile ou maladie de Barlow, comme on le craint, puisque 300.000 litres de lait stérilisé, distribués à la *Goutte de lait* de Belleville, n'ont pas créé un seul cas de cette maladie.

L'examen radioscopique des plèvres interlobaires et le diagnostic de la sclérose de l'interlobe. — *M. A. Béclère* fait ressortir les avantages de l'examen radioscopique sur la radiographie. Cet examen donne en quelques instants une série d'images diverses, capables de se corriger et de se compléter mutuellement. C'est en tirant de ses multiples usages des déductions géométriques très simples, que l'on peut reconnaître les lésions interlobaires.

Un cas de lymphadénie splénique. — *MM. Méry et Babonneice* présentent une fillette de dix ans, atteinte de lymphadénie splénique.

Etude chimique et thérapeutique sur le lactate neutre de mercure (Son emploi dans le traitement de la syphilis). — *MM. Gaucher, Leretrait et Gandillon* ont étudié un nouveau sel mercuriel qui offre plusieurs avantages : 1° il appartient à la série cyanique; 2° il est d'une préparation facile et d'une combinaison stable; 3° il est peu irritant; 4° il est riche en mercure.

Ce lactate neutre de mercure s'emploie par ingestion en solution au 1/1.000, à la dose de quatre cuillerées à café par jour; cette solution est insipide.

Des injections sous-cutanées se font à la dose de 1 centimètre cube d'une solution au 1/100ᵉ.

Traitement mercuriel massif dans la syphilis cérébrale. — *M. Scherb* a employé avec succès les doses énormes de biiodure de mercure dans le traitement de trois cas de syphilis cérébrale.

M. Antony s'élève contre une semblable pratique qu'il trouve dangereuse. Les doses ordinaires, de 2 à 4 milligrammes par jour, suffisent.

Rhumatisme cérébral. — *M. Ferrier* relate l'observation d'un cas de rhumatisme cérébral, rapidement mortel. Le liquide céphalo-rachidien était en hypertension: il était limpide, sans élément cellulaire, et stérile.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

1ᵉʳ Mars 1902.

Sécrétion pancréatique active et sécrétion inactive. — *MM. L. Camus et C. Gley.* On sait depuis les expériences de Pavlov et de ses élèves qu'une injection d'acide dans le duodénum détermine chez les animaux à jeun une abondante sécrétion de suc pancréatique; mais l'activité protéolytique de ce suc est à peu près nulle. Les expériences de Wertheimer, de Camus et Gley ont montré par contre que sous l'influence d'une injection de pilocarpine, on obtient chez les chiens à jeun un suc pancréatique protéolytique. On pouvait donc se demander s'il n'existe pas deux sécrétions pancréatiques, comme il existe deux sécrétions salivaires et peut-être deux sécrétions gastriques. La découverte de l'entérokinase et les admirables travaux des élèves de Pavlov ont détourné l'attention de cette question. Le suc intestinal ou les macérations de muqueuse intestinale qui ont *in vitro* un pouvoir activant extrêmement intense n'ont point d'action en injection intra-vasculaire; elles ne provoquent pas de sécrétion pancréatique, et le suc pancréatique que l'on obtient sous l'influence simultanée de l'acide sur l'intestin est presque toujours inactif. Baylios et Starling viennent de montrer que la macération acide de muqueuse intestinale a un pouvoir sécréteur très marqué quand on l'injecte dans les vaisseaux. Ces belles expériences répétées par Camus et Gley ne leur ont pas permis davantage d'obtenir un suc pancréatique actif. L'injection de produits gastriques filtrés comme celle de petites quantités de peptone de Witte donnent une sécrétion en général peu abondante, mais douée d'une activité protéolytique plus ou moins marquée.

On peut donc dès maintenant admettre qu'il existe deux processus de transformation du symogène en trypsine, l'un intra-pancréatique, l'autre extra-pancréatique par l'action de l'entérokinase.

Effets de la décapsulation du rein. — *MM. Claude et Balthazard.* Nous proposons de substituer à la néphrotomie qui a été pratiquée ces temps derniers dans les affections chirurgicales du rein et les néphrites graves, la décapsulation du rein; on éviterait ainsi la possibilité d'accidents urinaires. Cette intervention faciliterait, en effet, le rétablissement de la circulation rénale dans les cas où les vaisseaux sont comprimés par le parenchyme rénal œdématié et étranglé par la capsule, et aussi dans les cas de sclérose artérielle.

Chez les chiens normaux la décapsulation n'apporte pas de modifications sensibles dans l'élimination des substances élaborées ni dans la dépuration de l'organisme, comme nous avons pu nous en assurer directement et par la méthode cryoscopique.

Action de l'ergotine de Bonjeau sur les aliments figurés du sang du lapin. — *M. Maurel.* J'ai expérimenté l'ergotine de Bonjeau aux doses de 5 grammes, 2 gr. 50, 1 gr. 25, 0 gr. 60 et 0 gr. 30 pour 100 grammes de sang, et les résultats ont été les suivants :

Les hématies sont altérées immédiatement avec les doses de 5 grammes et 2 gr. 50. Elles ne résistent pas trois heures aux doses de 1 gr. 25 et de 0 gr. 60. Mais elles résistent au moins six heures à la dose de 0 gr. 30. Quant aux leucocytes, ils ont vécu plusieurs heures même avec les doses de 5 grammes.

Etant donné que la dose minima mortelle pour le lapin est environ de 1 gramme, on peut supposer que l'altération des hématies joue un certain rôle dans la mort de cet animal.

Glycosides hémolysants. — *MM. Rehns et Roux.* Les glycosides hémolysants agissent en se fixant sur les stromas des globules rouges, exactement comme les hémolysines spécifiques. Les doses composées de plusieurs glycosides associés (saponine, digitaline, cyclamine) montrent une synergie toxine parfaite. Les globules de chaque individu ou animal ont pour chacun des glycosides une susceptibilité individuelle spéciale; les courbes d'action des glycosides pour un même sang sont à peu près parallèles.

La désassimilation azotée chez le hérisson. — *M. Noé.* Les recherches de Maurel ont démontré l'influence du régime et de la température sur les dépenses en urée. Les miennes ont porté sur l'azote total, l'urée et les composés xantho-uriques. Elles confirment les chiffres d'après lesquels cet auteur a établi que l'urée est fonction de l'alimentation.

De plus, l'azote total et l'urée diminuent progressivement depuis l'été jusqu'en hiver, mais la diminution est proportionnellement beaucoup plus forte pour ce dernier élément. Les composés xantho-uriques suivent une courbe inverse, ce qui indique en hiver une oxydation moins complète des déchets azotés.

En été, au contraire, les oxydations sont très accélérées, de sorte que la moyenne des deux chiffres est conforme à la constante admise pour les êtres supérieurs. C'est une nouvelle preuve à ajouter à celles que j'ai déjà données de la réalité d'une vie oscillante.

A. Sicard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

4 Mars 1902.

Nécrologie. — Le président annonce la mort de M. Chédevergne, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Conseil d'hygiène. — Le président annonce que l'Académie a présenté MM. Brouardel, Collin et Vallin, au choix du ministre pour la réorganisation et le recrutement modifié du Comité consultatif d'hygiène de France.

L'Académie adresse à ce comité ses remerciements pour la part importante qu'il a prise dans l'élaboration de la loi nouvelle pour la protection de la santé publique, qu'il a tant aidé à faire voter par les Chambres.

Le chloroforme chez les cardiaques. — *M. Vallin* lit au nom de *M. Panas* une note dans laquelle l'auteur insiste sur l'importance et la gravité du réflexe buccopharyngolaryngé qui détermine l'arrêt de la respiration. Celui-ci est beaucoup plus redoutable que l'action du chloroforme sur le cœur. Il vaut donc infiniment mieux voir et entendre respirer son malade que de lui tâter constamment le pouls.

M. Poncet. Les communications qui ont suivi celle de M. Huchard ont incriminé, dans la production de la mort par chloroforme, trois facteurs : l'endormi, l'endormeur, l'endormant.

L'endormi présente quelques contre-indications : les malades atteints de grandes blessures suivies de shock, les malades qu'on endort contre leur gré, avec crainte excessive; certains individus enfin meurent sous le chloroforme au cours d'une opération minime (ongle incarné, par exemple), et quelquefois dès les premières bouffées de chloroforme. Ces accidents ont été évités par l'emploi de l'éther à la place du chloroforme. Les injections sous-cutanées d'atropine et de morphine avant le début de la chloroformisation n'ont pas donné de bons résultats.

Sur la manière d'administrer le chloroforme, les auteurs ne s'entendent pas: les uns préfèrent les doses massives, les autres les inhalations par petites doses progressives.

Le chloroforme doit être pur, mais la nature des produits toxiques les plus dangereux n'est pas absolument déterminée; les chimistes ne sont pas d'accord sur le degré de pureté que doit avoir le chloroforme.

Le chloroforme tue par le cœur, disent les physiologistes; donc il est plus dangereux chez les sujets dont le cœur ne fonctionne pas normalement.

A cause de toutes les incertitudes des chirurgiens, des médecins, des physiologistes et des chimistes, j'ai abandonné le chloroforme et je lui ai substitué l'éther dans ma pratique. On a accusé l'éther de donner des congestions pulmonaires dangereuses; aussi est-il contre-indiqué chez les pneumopathes, les emphysémateux, etc.; je crois qu'on a beaucoup exagéré le danger de l'éther pour le poumon; il ne joue qu'un rôle bien secondaire dans la production des congestions pulmonaires et bronchopneumonies. L'infection anté- ou post-opératoire en est la cause réelle; l'observation, la statistique et l'expérimentation le prouvent. Arloing a montré que chez les jeunes chats éthérisés jusqu'à la mort il ne se produit pas de congestion pulmonaire.

Les vapeurs du chloroforme, qui s'altère si facilement, sont plus irritantes que celles de l'éther, pour les voies respiratoires.

L'anesthésie mixte (bromure d'éthyle et chloroforme ou éther et chloroforme, ou atropine, morphine et chloroforme), rend de grands services suivant les uns, mais les observations montrent qu'elles

favorisent la syncope cardiaque. L'éthérisation pure est plus avantageuse. Les statistiques lyonnaises depuis l'emploi de l'éther le prouvent.

M. Duret. Les chirurgiens sont d'accord avec M. Huchard pour admettre que le chloroforme peut être bien supporté chez les cardiaques ; nous opérons souvent avec succès des sujets atteints d'énormes tumeurs abdominales avec accidents cardiaques.

Mais la dégénérescence graisseuse du cœur constitue un réel danger, une véritable contre-indication. Sur 135 morts par chloroforme, j'ai noté 25 cas de dégénérescence graisseuse du cœur. La symphyse cardiaque offre aussi une contre-indication : elle amène la mort, non pas sous le chloroforme, mais après la narcose, le lendemain par exemple ; malheureusement le diagnostic de la dégénérescence graisseuse du cœur et de la symphyse du péricarde est très difficile. Il faut soupçonner la symphyse chez les sujets qui ont eu des attaques répétées et persistantes d'asystolie.

Les expériences montrent que le chloroforme est dangereux pour le cœur dans les deux premières périodes de la narcose : période d'excitation laryngée, et période d'excitation généralisée. Mais cliniquement le chloroforme est dangereux à toutes les périodes de l'anesthésie ; mais la mort qui arrive à la dernière période est due généralement à un réflexe dont le point de départ n'est pas dû à l'action du chloroforme, mais à celle du couteau. Le danger existe surtout pour le cœur à qui la mort peut être attribuée deux fois plus souvent qu'au poumon.

Les statistiques montrent que la mort par chloroforme est plus fréquente chez les cardiaques ; à l'autopsie on trouve 26 fois sur 100 des lésions cardiaques chez les sujets morts sous le chloroforme.

Il y a des opérations qui sont plus dangereuses que d'autres au point de vue de l'anesthésie, et la gravité de l'opération n'y est pour rien. C'est, par exemple à la suite de l'avulsion d'une dent, d'une dilatation anale, qu'on voit la syncope se produire.

La pureté du chloroforme a une grande importance, mais elle ne doit pas être vérifiée au point de vue technique, mais au point de vue physiologique. Un bon chloroforme est celui qui n'irrite pas ; ce qu'on obtient par des redistillations fréquentes. Tel est le chloroforme d'Édimbourg.

Le chloroforme doit être donné goutte à goutte, par petites doses.

M. Delorme. La discussion provoquée par M. Huchard aura le bon résultat d'étendre le bénéfice de la narcose nécessaire aux opérations aux cardiopathes. Il faut plus craindre les affections pulmonaires que les affections cardiaques pour la chloroformisation.

Pour ma part, sauf dans les contre-indications formulées par M. Huchard, je n'hésite pas à administrer le chloroforme à un cardiaque.

Cependant, je ferai des réserves au sujet du pronostic de l'anesthésie chez les cardiaques. La dégénérescence graisseuse, la symphyse cardiaque, la myocardite créent des dangers. On ne veut pas étendre les contre-indications aux malades atteints de lésions valvulaires du cœur ; mais cependant, les chirurgiens reconnaissent que, dans ces conditions, il faut redoubler de précautions, et que, malgré elles, le résultat est moins favorable.

Il y a donc toujours un certain danger chez les cardiaques, et, avant toute anesthésie, le cœur doit avoir été examiné avec le plus grand soin.

Si, pour certains opérateurs, les chloroformisateurs habituels sont utiles, il n'en est pas de même des chloroformisateurs de profession. Il faut que tout médecin sache chloroformiser, et au besoin, dans certaines conditions, comme à la campagne ou en campagne, un individu quelconque peut, sur les indications du chirurgien, donner l'anesthésique.

Le chloroforme doit être pur. Il n'en est pas toujours ainsi pour le chloroforme que nous avons dans les hôpitaux ou au Val-de-Grâce, qui souvent est irritant et détermine des accidents d'intolérance. Cependant les analyses chimiques le disent toujours absolument pur. C'est que le contrôle chimique n'est pas suffisant et que le contrôle clinique est nécessaire pour apprécier un chloroforme.

M. Labbé.

ACADÉMIE DES SCIENCES

3 Mars 1902.

Sur l'asphyxie par les gaz des fosses d'aisances. — ***M. Hanriot.*** On attribue en général les accidents d'asphyxie qui se produisent dans les fosses d'aisance à la présence de l'hydrogène sulfuré dans leur atmosphère.

Aux fins de vérifier si cette opinion est justifiées M. Hanriot a procédé à des analyses minutieuses des gaz d'un certain nombre de fosses ventilées et non ventilées. Elles ont montré à leur auteur que si fréquemment l'atmosphère des fosses est irrespirable, du moins le pouvoir toxique de cette atmosphère ne doit pas être rapporté à l'hydrogène sulfuré, mais bien surtout à l'absence d'oxygène et à la présence en abondance de gaz anhydride carbonique.

La conséquence de ces remarques est que l'on ne peut rendre respirable l'atmosphère d'une fosse par l'emploi d'un désinfectant. En admettant, en effet, que celui-ci absorbe l'anhydride carbonique, l'hydrogène sulfuré et l'ammoniaque, il ne pourrait ramener l'oxygène qui fait défaut. Le seul moyen de rendre inoffensif l'air d'une fosse est donc de pratiquer une ventilation énergique au moment même où les ouvriers doivent y descendre.

Le traitement du lupus par les radiations actiniques de l'arc électrique au fer. — ***MM. André Broca et Alfred Chatin.*** Ces auteurs, en traitant les lupus par les radiations actiniques très puissantes produites par l'arc électrique au fer, ont obtenu des résultats des plus encourageants. Grâce à l'emploi d'un nouveau procédé physique, ils sont arrivés à obtenir un arc au fer stable avec une intensité variant de 10 à 30 ampères.

Les radiations produites de la sorte chauffent énergiquement les corps noircis, mais ne chauffent point la peau, circonstance qui permet d'utiliser toute leur énergie pour la production de réactions chimiques.

La conséquence de cette particularité est de permettre de supprimer tout réfrigérant et d'employer pour recevoir les rayons une simple lentille de quartz fixée sur la figure par un dispositif approprié, le malade se tenant à 10 centimètres de l'arc.

Les essais de la nouvelle méthode ont été faits sur 9 lupiques, dans le laboratoire de M. Gastou.

Un nouveau trypanozon des bovidés. — ***M. Keller.*** Cet auteur a trouvé au Transvaal, dans le sang des bovidés, un nouveau trypanozon produisant une anémie spéciale.

Cet hématozoaire mesure 50 μ ; assez semblable aux espèces de trypanozon rencontrées chez l'homme, il s'en distingue par sa taille qui est notablement plus grande.

L'isotonie des globules rouges. — ***M. Giard*** analyse une note de ***MM. H. Stassano*** et ***F. Billon***, relative à certains faits tendant à démontrer que les lois de l'osmose ne saurait être appliquées sans réserve aux globules rouges. Ces éléments, eu égard à leurs propriétés osmotiques, peuvent être considérés comme constitués par une membrane semi-perméable, renfermant un contenu liquide.

MM. Stassano et Billon ont constaté :

1° Que le volume des hématies, en présence de la solution isotonique, augmente tout d'abord, et croît au fur et à mesure que l'on élève le degré de concentration saline intérieure ; ceci contrairement au principe admis sans conteste, à savoir *que le volume globulaire varie en raison inverse de la concentration* :

2° Que, dans les plasmas isotoniques artificiels, le volume des hématies dépasse toujours un peu le volume des hématies restées dans leur plasma naturel : ce qui est encore en désaccord avec la théorie de l'isotonie ;

3° Que, à l'intérieur des globules rouges, il se produit des réactions moléculaires — reconnaissables dans les hématies, pourvues de noyau, des vertébrés inférieurs — sous l'influence des solutions salines même isotoniques. Ces réactions se traduisent, à l'extérieur, par des modifications chimiques et physiques du milieu. Ce qui prouve que si, dans ces plasmas isotoniques artificiels, les hématies n'abandonnent pas leur hémoglobine et ne changent pas sensiblement de volume, elles se modifient néanmoins, et mettent en liberté des électrolytes.

G. Vitoux.

ANALYSES

HISTOIRE DE LA MÉDECINE, GÉNÉRALITÉS

Robert Geyer. ***Étude médico-psychologique sur le théâtre d'Ibsen.*** (*Thèse*, Paris, 1902.) — Les aliénés et les dégénérés sont extrêmement nombreux dans le théâtre d'Ibsen : ce qui justifie l'intention de l'auteur de soumettre à la critique psychiatrique les héros des grandes œuvres du dramaturge norvégien. Onze drames sont analysés dans cette étude dont les principaux personnages se groupent, selon le diagnostic de M. Geyer, sous les types psychiatriques suivants :

Dégénérescence mentale avec obsession : Brand, Grégoire, Wehrlé, Rebecca West, Hedwige, Eyolf.

Dégénérescence avec hystérie : Mara, Hilde, Ellida Wangel, Rita.

Dégénérescence avec débilité : Agnès Maria Rubeck, Mme Solness, Hialmar, Eckdal, Tesman.

Dégénérescence avec idiotie morale : Edda Gabler, Régine.

Excitation maniaque : Gerd, Eynar.

Mélancolie : Rosmer, Rubek, Irène.

Neurasthénie : Solness, Oswald.

Alcooliques : Oswald, Lœvborg, Peer Gynt, Ulric Brendel, Relling, Molvig.

Démence sénile : le vieil Ekdal.

Délire chronique : Borckman.

En somme, tous ces sujets sont des malades et des dégénérés héréditaires. Ils portent de lourdes tares congénitales, et Ibsen indique toujours avec soin les antécédents de ses personnages. Il précise de même les causes occasionnelles qui provoquent l'état aigu de la psychose : ce sont, selon les cas, la grossesse, les émotions, le surmenage, l'alcoolisme, la puberté, la sénilité, etc.

Il y aurait assurément bien des critiques de détail à adresser à M. Geyer et quelques diagnostics douteux à discuter : mais telle qu'elle se présente dans son ensemble, cette thèse est intéressante et instructive. Toutes ces études méritent d'être encouragées, qui portent sur le terrain du théâtre, de l'art, de l'histoire, etc., les grandes vérités psychiatriques encore ignorée du public ; car c'est, autant par la psychiatrie que par l'hygiène, que la médecine est destinée à exercer son influence salutaire sur la foule, et à contribuer au progrès social de l'avenir.

P. Hartenberg.

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

H. Hirschfeld. ***Sur l'origine des plaquettes sanguines*** (*Virchow's Archiv f. path. Anatomie*, 1901, Bd. 166, P. 195, Tafel IX). — Les plaquettes sanguines (granulations libres, hématoblastes) proviennent des globules rouges. Elles sont d'abord endoglobulaires, et avec la coloration combinée éosine-bleu de méthylène elles prennent le bleu et tranchent sur le fond rouge du globule. Il en existe quelquefois, mais rarement, plusieurs dans un seul globule. Ces plaquettes sont ensuite énucléées et deviennent libres dans le sang. Les plaquettes peuvent aussi naître des leucocytes : ce mode de provenance est rare dans le sang normal ; il se voit plus souvent dans le sang leucémique. Les plaquettes endoglobulaires sont, pour Hirschfeld, identiques aux corps inclus que certains auteurs ont considérés comme un reste de noyau dans les globules rouges.

J. Jolly.

PÉDIATRIE

M. Roszkowski. ***Le gorite (peroxyde de calcium) comme désinfectant du tube intestinal chez les enfants*** (*Kronika lekarska*, Varsovie, 1901, t. 22, fasc. 6, p. 237-273). — En 1898, Nencki a indiqué comme un bon désinfectant du tube intestinal le peroxyde de calcium (CaO^2). Son élève Karuzas, puis lui-même et J. Zaleski ont pu se convaincre que c'était un moyen tout à fait innocent, qu'il faisait diminuer considérablement la quantité d'indican et d'acides éthérosulfureux dans l'urine et qu'il agissait en dégageant dans l'estomac et dans l'intestin, sous l'influence de la bile, du suc pancréatique et du suc stomacal de l'O libre.

Roszkowski a entrepris avec ce désinfectant une série d'essais à la clinique infantile de M. Baczkiewicz à Varsovie. Il s'est servi d'abord de la préparation de Nencki (83,3 p. 100 d'O dans 1 cm³ de CaO^2). La première série d'essais comprenait 17 cas : 10 cas de dyspepsie acide des nourrissons, 3 de catarrhe intestinal afébrile, 1 de gastroentérite aiguë. Sauf le dernier cas où le CaO^2 s'est montré sans action, les résultats ont été satisfaisants.

La seconde série d'essais, où la préparation de CaO^2 ne contenait que 53,2 p. 100 d'O a démontré que diminuer la quantité d'O c'est affaiblir l'action du médicament.

Au contraire l'action de CaO^2 s'est montrée supé-

rieure dès que sa composition fut changée. Pour cette troisième série d'essais Roszkowski s'est servi de la préparation fabriquée par F. von Heyden, de Radebeul (près de Dresde) et portant le nom de *gorite*. Cette préparation contient 90 p. 100 d'O. Employée dans 9 cas de dyspepsie acide des nourrissons elle a donné des résultats satisfaisants. Chez un enfant traité depuis trois semaines de différentes façons sans résultat, l'auteur obtint une amélioration notable après huit jours de traitement (0,5 à 1 gramme par jour). Dans 2 autres cas le CaO^2 a remplacé victorieusement l'eau de chaux n'exerçant aucune influence salutaire. Même succès chez 6 nourrissons pas encore traités.

Enfin voici les résultats obtenus dans les autres maladies. Entérite tuberculeuse (enfant de 3 ans) : au bout de huit jours le nombre de selles tombe de 6 à 2, les fèces sont moins fétides et bien moins acides. Entérocolite aiguë : un enfant de 2 ans, un de 6, au premier : 1 gr. de CaO^2; à l'autre 3 gr.; au bout de 6 jours guérison. Colite chronique : garçon de 4 ans, diarrhée depuis 2 mois, 8 selles par 24 heures, indican : 7 milligr., acide éthéro-sulfureux 1 à 2 gr. Après 3 jours de traitement (2 gr. de CaO^2) 4 selles par 24 heures, indican : 3 milligr., acide éthéro-sulfureux : 0,6. Au bout de 12 jours, guérison complète. Sur 49 cas, Roszkowski n'a observé que deux fois des vomissements; ils disparurent dès que la dose fut diminuée. En dehors de cela, le peroxyde de calcium n'a provoqué aucun trouble.

V. Bugiel.

E. Mendel. ***Rachitisme et thymus.*** (*München. med. Wochenschr.*, 1902, n° 4, p. 134.) — Il y a quelques années, un élève du professeur Heubner, M. Stoeltzner, en s'appuyant sur les effets de l'opothérapie capsulaire dans le rachitisme, a soutenu que cette affection pourrait bien dépendre d'une lésion des capsules surrénales.

De son côté, M. Mendel invoque les effets de l'opothérapie thymique dans le rachitisme pour mettre en avant l'idée d'une lésion du thymus comme cause première de cette affection.

L'opothérapie thymique (thymus frais de veau en tablettes) a été employée par M. Mendel dans une centaine de cas de rachitisme léger, d'intensité moyenne, ou grave. La médication a toujours été bien supportée et n'a jamais provoqué le moindre accident.

Dans tous ces cas, on constata, au bout de six semaines ou de deux mois de traitement, la disparition de la transpiration, des accidents nerveux, du chapelet costal, de la tuméfaction de la rate. L'état général s'améliora et le retour à la santé se fit progressivement, quand bien même les conditions hygiéniques dans lesquelles vivait l'enfant ne furent pas changées.

R. Romme.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

E. Cioffi. ***Tétanos rhumatismal, tétanos traumatique, tétanos expérimental devant la méthode Baccelli*** (*La Riforma medica*, 1902, 20-21-22 Janvier). — Le tétanos rhumatismal n'est pas différent dans son essence du tétanos traumatique : depuis les démonstrations expérimentales de Carbone et Perrero et les observations de beaucoup d'autres, il est acquis qu'il s'agit d'une infection pure par le bacille de Nicolaier; les refroidissements ont la valeur de causes occasionnelles ou prédisposantes, préparant le terrain pour l'infection à venir. N'étant pas une maladie distincte du tétanos traumatique, le tétanos rhumatismal sera justiciable des mêmes méthodes thérapeutiques.

Dans l'une et l'autre forme, les résultats obtenus par l'emploi de la méthode de Baccelli injection de solutions phéniquées sont satisfaisants; ils sont de beaucoup supérieurs à ceux que donnent les autres méthodes. D'après les statistiques (Zeri, Ascoli, Benvenuti, Cioffi), les cas de tétanos traités par la méthode de Baccelli fournissent une mortalité de 12 ou 13 pour 100; ceux qui sont traités par l'antitoxine (Holsti, Huberlinge, Lambert, Stintzing) donnent une mortalité de 50 à 80 pour 100 : la différence est énorme. Même, à ne considérer que les cas graves et très graves, la méthode de Baccelli conserve sa supériorité. La mortalité monte alors, il est vrai, à 30 pour 100; mais cette proportion n'a rien d'excessif si l'on se rappelle que la mortalité dans les cas graves de diphtérie, malgré le traitement par le sérum antidiphtérique, se maintient au taux de 37 pour 100.

Si le traitement de Baccelli donne de nombreux succès dans le tétanos de l'homme, il semble sans action dans le tétanos expérimental.

Les résultats expérimentaux ne peuvent cependant en aucune façon infirmer les résultats cliniques. La contradiction n'est d'ailleurs qu'apparente. En clinique, dans la forme très rapide, l'acide phénique ne donne pas de meilleurs effets que n'importe quelle autre médication. Or, l'expérimentation produit toujours la forme suraiguë, tumultueuse, rapidement mortelle. On manque par conséquent de terme de comparaison si l'on envisage la forme clinique ordinaire, plus lente.

Lorsqu'en clinique un tétanos se rapproche du tétanos expérimental par l'invasion rapide et brusque des symptômes, par sa violence extrême, par l'intoxication profonde du sujet et l'intensité de ses réactions, l'insuccès du traitement est absolu, l'acide phénique n'a pas le temps d'agir et de produire son effet bienfaisant. Dans les cas subaigus et lents, même s'ils sont très graves, la méthode de Baccelli peut remporter des succès parfois brillants.

En somme, malgré des insuccès de laboratoire, la méthode de Baccelli doit être considérée comme le traitement de choix du tétanos chez l'homme : les injections de solutions d'acide phénique guérissent ordinairement les cas de tétanos de marche assez lente et de gravité moyenne.

E. Feindel.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 12 *Mars*, à 1 heure. — M. Badin : Contribution à l'étude des luxations sous-astragaliennes et particulièrement des luxations obliques en avant et en dehors; MM. Tillaux, Terrier, Broca (Aug.), Gosset. — M. Lancien : Contribution à l'étude des troubles de l'appareil urinaire au cours de l'appendicite; MM. Tillaux, Terrier, Broca (Aug.), Gosset. — M. Lebasteur : Fistules abdominales hémorragiques; MM. Terrier, Tillaux, Broca (Aug.), Gosset. — M. Dupoux : Du rein mobile chez l'enfant; MM. Lannelongue, Landouzy, Jalaguier, Legry. — M. Hurion : Traitement de la coqueluche par les inhalations d'ozone; MM. Landouzy, Lannelongue, Jalaguier, Legry.

Jeudi 13 *Mars*, à 1 heure. — M. Deschamps : Diagnostic des affections chirurgicales du rein; MM. Guyon, Dieulafoy, Faure, Gouget. — M. Lecomte : Contribution à l'étude des prostatites chroniques (prostatite latente); MM. Guyon, Dieulafoy, Faure, Gouget. — M. Oppenheim : La fonction antitoxique des capsules surrénales (étude expérimentale, anatomique et clinique de la glande surrénale dans les infections et les intoxications aiguës); MM. Dieulafoy, Guyon, Faure, Gouget. — M. Guisez : Du traitement chirurgical de l'ethmoïdite purulente; MM. Le Dentu, Budin, Rémy, Bonnaire. — M. Philippe : Epanchements séreux pelvi-péritoniaux au cours des infections utéro-annexielles et post-opératoires; MM. Budin, Le Dentu, Rémy, Bonnaire.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 10 *Mars* 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Kirmisson, Reclus, Rieffel. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Lannelongue, Poirier, Lepage. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Richet : MM. Jalaguier, Wallich, Cunéo. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Broca (Aug.), Walther, 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Delens, Gosset. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Gaucher, Bezançon.

Mardi 11 *Mars* 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Berger, Thiéry, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Hanriot, Launois. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. de Lapersonne, Rémy, Bonnaire. — 3e (Première partie) Oral, Ancien régime, Salle Pasteur : MM. Le Dentu, Schwartz, Demelin. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Vulpian : MM. Dieulafoy, Dupré, Rénon. — 5e Chirurgie (Première partie) Charité : MM. Guyon, Pozzi, Faure. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Gilbert, Charrin, Vaquez. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Raymond, Méry, Achard.

Mercredi 12 *Mars* 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Mauclaire, Poirier, Cunéo. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime : MM. Delens, Lepage, Rieffel. — 3e (Première partie), Oral Ancien régime : MM. Reclus, Walther, Potocki. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime : MM. Fournier, Brissaud, Wurtz. — 4e, Ancien régime : MM. Pouchet, Netter, Widal.

Jeudi 13 *Mars* 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Pozzi, Auvray, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Blanchard, Achard, Méry. — 2e : MM. Gley, Launois, Desgrez. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime : MM. Hutinel, Cornil, Thiroloix. — 3e (Première partie) (1re série), Oral, Ancien régime : MM. Berger, Thiéry, Potocki. — 3e (Première partie) (2e série), Oral, Ancien régime : MM. Schwartz, Marion, Demelin. — 4e, Ancien régime : MM. Brouardel, Proust, Chassevant.

Vendredi 14 *Mars* 1902. — Médecine opératoire, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Lejars, Legueu, Rieffel. — 4e, Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Pouchet, Wurtz, Thoinot. — 5e, Chirurgie (Première partie), Laënnec : MM. Kirmisson, Mauclaire, Gosset. — 5e, Chirurgie (Deuxième partie), Laënnec : MM. Landouzy, Teissier, Legry. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 15 *Mars* 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. de Lapersonne, Quénu, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Richet : MM. Chantemesse, G. Ballet, Launois. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Thouret : MM. Marion, Bonnaire, Faure. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Potocki, Demelin.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Thèses 1901.

Bordeaux. — Destouesse (Jean-Baptiste) : Contribution à l'étude des endothéliomes des os. — Polidor (Aubert) : Des canaux de Gartner, de leur persistance chez la femme sous forme de conduits à débouché vaginal. — Vergnes (Jacques) : Contribution à l'étude de l'ablation du ganglion de Gasser. — Etchepare (Jean) : Quelques remarques sur le joueur de pelote. — Sabroux (Henri) : Exostoses du conduit auditif. — Picot (Jean) : Contribution à l'étude des luxations congénitales de l'épaule. — Bouvier (Pierre) : Des fibromes de l'utérus intra-ligamentaires. — Lenourichel (Jean) : Acné professionnelle due au goudron de houille. — Dubourg (Jacques) : Contribution à l'étude de l'exosplénopexie. — Delaire (Constant) : De la coexistence du rétrécissement et de corps étrangers dans l'œsophage. — Recours (Paul) : De l'éviscération post-opératoire spontanée. — Lambert (Antoine) : Notes sur la sacculose vésicale (complications, traitement). — Druilhet (Paul) : De l'œdème dans la rétention d'urine. — Ballan (Jean) : Contribution à l'étude du traitement des paralysies diphtériques par la sérothérapie. — Lupau (Henri) : Contribution à l'étude de la sérothérapie antituberculeuse. — Fleury (Paul de) : Contribution à l'étude du syndrome du cône terminal. — Dhoste (Michaël) : Le signe de Révillod et le signe de Legendre dans l'hémiplégie faciale d'origine centrale. — Bert (Gérard) : Traitement des déviations de la cloison nasale. — Coudret (Pierre) : De l'extirpation totale de la glande sous-maxillaire dans les cas de calculs salivaires. — Pujos (Jeanus) : Du suc pulmonaires dans les pleurésies purulentes. — Dusson (Jean) : Considérations psychologiques et médico-pédagogiques sur un cas de dégénérescence. — Rideau (Frédéric) : La laryngite grippale. — Grasseteau (Louis) : Contribution à l'étude du traitement de la méralgie paresthésique. — Crauste (Jean) : Contribution à l'étude des divisions congénitales de la langue.

Lille. — Leclercq (Jules) : La chorée de Sydenham et l'antipyrine à haute dose. — Vansteenberghe (Paul) : Contribution à l'étude des sérums antialbumineux. — Akhonndoff (Bahram Bey) : Contribution à l'étude du croup ascendant. — Acheray (Paul) : La lutte contre la tuberculose dans les milieux populaires. Dispensaires antituberculeux. — Deldalle (Rémy) : De la conduite à tenir dans les écrasements des membres. — Courteville (Charles) : Collections séreuses extra-duremériennes dans le foyer des fractures du crâne anciennes. — Imhoff (Fernand) : La diazoréaction d'Ehrlich dans la tuber-

culose expérimentale. — FOUQUET (Émile) : Contribution à l'étude de la pseudo-sclérose en plaques d'origine hystérique. — DEFOSSEZ (Pierre) : Du traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode de dédoublement. — LEFEBVRE (Paul) : Des éruptions consécutives à l'injection du sérum antidiphtérique. — MAES (Victor) : De la cryoscopie des urines chez les artério-scléreux. — DORION (René) : L'amygdalite pharyngée aiguë primitive chez les enfants. — VAN REMOORTÈRE (Edmond) : Contribution à l'étude des ostéo-périostites de la fièvre typhoïde. — VANDEPUTTE (Ferdinand) : La rechute dans la fièvre typhoïde (Essai de diagnostic précoce).

HOPITAUX ET HOSPICES

Service médical des hôpitaux. — M. Florand est nommé médecin chef de service à l'hôpital Tenon.

M. Jacquet est nommé médecin chef de service à la maison de retraite de la Rochefoucauld.

MM. Courtois-Suffit et Lesage sont nommés médecins chefs de service à la Maison municipale de santé.

M. Lyon est nommé médecin chef de service à l'hospice Debrousse.

Amphithéâtre d'anatomie (Cours de la saison d'été). — 1° *Cours de médecine opératoire* sous la direction de M. Quénu, directeur des Travaux scientifiques. MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les Cours de médecine opératoire commenceront le mercredi 9 Avril 1902;

2° *Conférences d'histologie.* Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. Macaigne, chef du Laboratoire.

Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du jour de la publication de la présente affiche.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Dans la promotion d'officiers d'Académie qui vient de paraître à l'*Officiel*, nous sommes heureux de trouver le nom de M. Corentin Naud, le distingué éditeur et administrateur de *La Presse Médicale*.

Sont nommés *officiers de l'Instruction publique* : MM. Polin, Boisson, à Sceaux; Lerat, à Nantes; Artault, à Paris; Battesti, à Bastia; Bégué, à Paris; Blé, à la Roche-sur-Yon; Borde, à Cheragas; Breucq, à Bayonne; Brugère, à Paris; Calmeilles, à Cazals; Gambous, à Paris; Canu, à Ardres; Caudron, Coutrest, Debrand, médecins à Paris; Dejeanne, à Bagnères-de-Bigorre; Desfilhes, à Bellenaves; Deshayes, à Rouen; Dussaud, à Nîmes; Fouque, à Paris; Godinat, à Châteauroux; Imbert, à Vendôme; Jammes, à Lalinde; Klein, Lacaille, médecins à Paris; Langenhagen, à Plombières; Lenoir, Lereboullet, médecins à Paris; Lionet, à Dané-la-Fontaine; Mangin-Bocquet, Manson, Maravéry, médecins à Paris; Martier, au Chesne; Martin, à Constantine; Marvaud, Mercier, Meurisse, médecins à Paris; Milet, à Noyon; Mora, à Dax; Petitfour, à Brienne-le-Château; Pierrot, à Paris; Riche, à Jeumon; Robert, à Paris; Robin, à Reims; Smchutz, à Matha; Seguy, à Miliana; Simbal, à Bergerac; Stackler, à Paris; Thuau, à Beaugé; Tissier, à Remiremont; Vaquiers, à Villiers-sur-Marne; Veyrat, à Chambery; Vigouroux, Vollier, médecins à Paris; Wennaere, à Wormhoudt; Yardin, à Laignes.

Corps de santé militaire. — M. Eude, médecin principal de 1re classe, est nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Versailles.

MM. Renaut et André, médecins principaux de seconde classe, sont nommés médecins-chefs des salles militaires des hospices mixtes de Nantes et de Châlons-sur-Marne.

Association des anatomistes. — La quatrième réunion de l'*Association des anatomistes* aura lieu à Montpellier, les 24, 25 et 26 Mars prochain, sous la présidence de M. le professeur Sabatier, doyen de la Faculté des sciences; MM. les professeurs Vialleton, Gilis et Jourdan, vice-présidents.

Le programme est ainsi fixé :

Dimanche 23 Mars, à 9 heures du soir. — Réception à la Faculté de médecine par M. le Maire de la ville et par le Président de l'Association.

Lundi 24, à 9 heures du matin. — Communications. (Amphithéâtre de la Faculté de médecine.)

A 2 heures après-midi. — Démonstration. (Laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine.)

Mardi 25. — Communications et démonstrations aux mêmes heures et dans les mêmes locaux. — (*A 7 heures du soir*, banquet [le local sera indiqué ultérieurement].)

Mercredi 26, à 9 heures du matin. — Communications et démonstrations. (Mêmes locaux.)

A 1 h. 21 après-midi, départ pour Cette; visite de la station zoologique sur l'invitation du professeur Sabatier.

Jeudi 27. — M. le professeur Pruvot, directeur du Laboratoire Arago, invite l'Association des anatomistes à visiter la station maritime de Banyuls-sur-Mer. Cette excursion pourra se faire après celle de Cette, en quittant cette ville, soit le mercredi soir, soit le jeudi matin, mais une décision définitive ne sera prise qu'après entente avec les membres qui désireront y prendre part.

Tous les anatomistes français et étrangers, membres de l'Association ou non affiliés, sont invités à prendre part à cette réunion. Ceux qui désireraient y présenter une communication ou une démonstration sont priés d'en aviser (*pour le 15 Mars au plus tard*) M. Nicolas, 1 *bis*, rue de la Prairie, à Nancy.

Les Compagnies de chemins de fer français accordent le parcours à demi-place à tous les membres de l'Association qui en feront la demande par l'entremise du Bureau.

La Compagnie des chemins de fer du Midi accorde en outre le parcours à demi-place Montpellier (ou Cette)-Banyuls et retour à la condition que le nombre des excursionnistes soit au moins de dix.

Société de Neurologie. — La prochaine séance de la *Société de Neurologie* de Paris aura lieu le jeudi 13 Mars, à 9 heures du matin, 12, rue de Seine. A 11 heures, réunion du Comité secret.

L'association amicale des étudiants en pharmacie. — Vendredi prochain, 7 Mars, à 2 heures, aura lieu au théâtre du Châtelet, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, une matinée de gala donnée au profit de la caisse de secours de l'Association amicale des Étudiants en pharmacie de France.

Le Métropolitain et la Salpêtrière. — La commission du Vieux-Paris vient d'émettre le vœu auquel nous ne pouvons qu'applaudir, que le Métropolitain ne passât point en viaduc devant la façade de la Salpêtrière, dont il masquerait les superbes lignes.

CONCOURS

Concours des Hôpitaux (médecine). — Ont lu jusqu'ici : Séance du 1er Mars : MM. Labbé, Carnot, Mangin Bocquet, Bensaude. — *Absent* : M. Brodier.

Séance du 2 Mars : MM. Fournier, Milian, Nobécourt, Gallois, Hulot.

Séance du 3 Mars : MM. Boix, Brouardel, Rabé, Bernard. — *Absent* : M. Auscher.

Services spéciaux. — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 12 Mai prochain, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du lundi 14 avril au samedi 26 du même mois inclusivement.

Un concours pour la nomination à deux places d'assistant titulaire et à deux places d'assistant adjoint des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris, pour entrer en fonctions le 1er Juillet 1902, sera ouvert le lundi 2 Juin prochain à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

Les candidats seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du jeudi 1er Mai au jeudi 15 du même mois inclusivement.

Internat. — ***Anatomie.*** — Séance du 28 Février : MM. de Fourmestraux, 6; Masson (Albert), 8; Ertzbischoff, 9; Sautelet, 8; Le Jemtel, 6; Lemaistre, 6; Saillaut, 10; Liné, 8. — *Absent* : MM. Jouhaud, Levassort, Perrin, Manet.

Séance du 1er Mars : MM. Jouhaud, 7; Levassort, 7; Houzel, 5; Carlotti, 5; Fournier, 6; Renaud (M.), 9; Levy-Franckel, 5; Beaufumé, 11; Autefage, 10; Privat de Fortunié, 5.

Séance du 3 Mars : MM. Wicart, 8; Chartier, 9; Hérisson, 9; Debidour, 6; Bailleul, 10; Delion, 9.

L'épreuve orale commencera vraisemblablement le lundi 10 Mars à 4 h. 1/2, à l'Administration centrale.

Pathologie. — Séance du 28 Février : MM. Galezowski, 8; Claeys, 7; Picot, 9; David (Ch.), 7; Darcanne, 9; Monod (Oct.), 8; Chirié, 8; Troller, 7; Gourmand, 9; Clément, 9. — *Absents* : MM. Lesage, Dénéchaux, Berilonneix.

Séance du 3 Mars. — MM. Tixier, 9; François (R.), 9; Viteman, 9; Blanluet, 7; Durozoy, 7; Heller, 9; Kauffmann, 8; Blondin, 11; Gachet, 9; Foisy, 10. — *Absents* : MM. Barusby, Cotonnec, Matry, Cointepas.

Internat en Pharmacie. — Les juges désignés pour le concours de l'Internat en pharmacie sont : MM. Lafont, Lextreit, Meillère, Bourquelot, Thabuis, Fiévet, Thibault.

Ont accepté jusqu'ici : MM. Lafont et Meillère.

Ecole de médecine et de pharmacie de Reims. — Un concours s'ouvrira le 10 Novembre prochain devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Maurice Victor Duplessier, étudiant en médecine.

M. Duplessier, qui était externe des hôpitaux de Paris, a succombé aux suites d'un mal contracté au cours de son service hospitalier.

RENSEIGNEMENTS

Étudiant en médecine fin d'études (16 inscriptions) marié, cherche remplacements ou de préférence place de secrétaire ou aide de chirurgien ou médecin. Ferait aussi recherches bibliographiques ou traductions, anglaises et espagnoles. S'adresser ***P. M.*** 721.

Médecin cherche emploi pour quelques mois. S'adresser *P. M.* 724.

Ancien externe d'un service de voies urinaires et gynécologie demande une place d'assistant dans une clinique privée de la spécialité. S'adresser ***P. M.*** 725.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

MÉTHARSINATE CLIN

(Méthylarsinate disodique chimiquement pur)

(Nouveau Cacodylate de Soude — Cacodylate de Soude B)

(Académie des Sciences, Académie de Médecine, Février 1902).

Le **MÉTHARSINATE CLIN** *peut être substitué, dans tous les cas, au* Cacodylate de Soude *dont il présente les propriétés et les avantages.*

Le **MÉTHARSINATE CLIN** *peut être administré par la bouche* **sans crainte d'odeur alliacée.** *Il ne produit pas de troubles digestifs.*

GLOBULES DE MÉTHARSINATE CLIN { enrobés au Gluten, dosés à 0g01 de Métharsinate par Globule.

GOUTTES DE MÉTHARSINATE CLIN { dosées à 0g01 de Métharsinate par 5 gouttes.

TUBES STÉRILISÉS AU MÉTHARSINATE CLIN

pour Injections hypodermiques

Titrés à 0 gr. 05 de Métharsinate par centimètre cube.

Dose moyenne par jour : *Cinq centigrammes.*

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA MÉDICATION CACODYLIQUE EN GÉNÉRAL

CLIN & COMAR, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS 838

OUATAPLASME

du Dr LANGLEBERT



Emollient Aseptique Stérilisé à 130°

Adopté par les Ministères de la Guerre, de la Marine et des Colonies.

Pansement humide aseptique se préparant instantanément à chaud ou à froid, avec ou sans addition de solutions médicamenteuses; à employer dans le **Traitement** des

DERMATOSES AIGUËS et CHRONIQUES (Enveloppement de l'Eczéma)

PHLEGMASIES DIVERSES Phlegmons, Lymphangites, Anthrax, Furoncles, Folliculites, Phlebites, Arthrites, Péritonites.

AFFECTIONS OCULAIRES : Conjonctivites, Kératites.

L'ENVELOPPE : 2 francs

BANDE de OUATAPLASME de 0,50 sur 21, divisible, prête à appliquer avec protective de Gutta laminée (Baudruche Thompson).

Vente en Gros : PAUL SABATIER, 24, Rue Singer, Paris.

FURONCULOSE — ANTHRAX — ACNÉ — SUPPURATIONS
AFFECTIONS DE LA PEAU — GRIPPE — ENTÉRITES

LEVURINE

de COUTURIEUX

Véritable dérivé de la **Levure de Bière**

PRÉSENTÉ à l'ACADÉMIE de MÉDECINE

Ce produit, le **premier obtenu**, préparé par **procédé spécial**, avec une **Levure type sélectionnée**, présente sur les Levures ordinaires, toujours variables et altérables, les avantages suivants :

EFFICACITÉ et COMPOSITION CONSTANTES, TOLÉRANCE, FAIBLE VOLUME et CONSERVATION

(Voir *Presse Médicale*, année 1899, nos 8, 39 et 46).

Dose ordinaire : 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 6 cachets dans de l'eau sucrée ou de la bière.

FLACONS à 3 fr. et à 5 fr. — CACHETS : 4 fr. la Boite

Ch. COUTURIEUX, Pharmacien-Chimiste, *Ex-Interne et Chef de Laboratoire des Hôpitaux de Paris.*

HORS CONCOURS — MEMBRE du JURY INTERNATIONAL, PARIS 1900

PARIS — 57, Avenue d'Antin, 57 — PARIS

Hypodermie nouvelle

Plus de Seringue à stériliser

Plus d'Accidents Post-Opératoires

INJECTIONS DIRECTES & ASEPTIQUES
SANS SERINGUES

Tubes hypodermiques
BREVETÉS

CHEVRETIN-LEMATTE
24, rue de Caumartin
TÉLÉPHONE 245-56

Tous les médicaments injectables contenus dans des tubes de la forme ci-contre :

VOLUME :
1, 2, 5, 10, 20, 30
centimètres cubes

Quel que soit le volume on emploie le même appareil.

(POIRE ET AIGUILLE)



Nos « Tubes hypodermiques » coûtent MOINS CHER que les ampoules ordinaires. Nos appareils coûtent moins cher que les seringues.

Cacodylates — Glycérophosphates — Cocaïne — Morphine — Caféine — Ether — Strychnine — Méthylarsinate de soude, etc.

Sérums concentrés (Trunecek-Cheron) — Sérum additionné — Sérum gélatiné.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 20. — Samedi, 8 Mars 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

AVIS

Dans le prochain numéro, La Presse Médicale publiera la Leçon d'ouverture du Cours de Thérapeutique de M. le Professeur Gilbert.

SOMMAIRE

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

L'ÉTAT ET LA FÉDÉRATION DES ŒUVRES ANTITUBERCULEUSES FRANÇAISES

Longtemps cantonnée sur le terrain médical, la lutte contre la tuberculose s'étend chaque jour davantage sur le terrain social.

C'est au nom de l'hygiène sociale, c'est en s'appuyant sur ses principes que l'opinion publique impose de plus en plus aux hommes qui détiennent le pouvoir les mesures propres à combattre le fléau, devenu à notre époque l'un des plus puissants éléments de la misère humaine.

Et ce n'est pas seulement en France que ce mouvement se dessine : il se généralise à tous les pays civilisés; dans plusieurs de ces pays, dans deux surtout, il a pris, déjà depuis longtemps, une énorme intensité.

En 1875, l'Angleterre codifiait, sous forme de

lois, divers règlements, les uns nouveaux, les autres anciens édictés à partir de 1844, sur l'hygiène publique et privée, et en assurait l'exécution. Pour cela, sous la surveillance de 6.000 agents, elle n'avait pas dépensé, dès 1890, en quinze ans, moins de trois milliards. Aussi, bientôt était-il établi que la mortalité générale, et particulièrement la mortalité par tuberculose, diminuait en Angleterre plus que dans tout autre pays du monde.

Un résultat non moins important était obtenu en Allemagne par les lois sur les assurances obligatoires : assurance contre la maladie, contre l'invalidité et la vieillesse, venant après l'assurance contre les accidents. Par leur fonctionnement, directement et indirectement s'établissait la lutte contre la tuberculose. *Directement*, avec la création des sanatoriums par les caisses d'Assurances responsables, ayant plus d'intérêt à soigner et à guérir le tuberculeux pour le rendre utilisable qu'à l'entretenir de longues années malade et impuissant au travail. *Indirectement*, avec la construction d'habitations salubres, de maisons de convalescence, de crèches, de bains populaires, etc., etc., que les caisses d'Assurances s'attachent à développer afin d'empêcher leurs adhérents de devenir malades : pour la seule année 1898, elles n'affectèrent pas moins de 32 millions de marks à ces diverses œuvres de salubrité.

« Quand donc la France, qui, par tant de travaux publics, se préoccupe de perfectionner son outillage commercial et industriel, se souciera-t-elle de créer et d'organiser aussi un outillage sanitaire capable de faire sa mortalité moindre que dans d'autres pays ne possédant ni la variété, ni la clémence de son climat, ni la richesse de son sol? » A cette question que Landouzy se posait dans la conférence faite en Décembre dernier devant la Société industrielle du Nord sur la lutte contre la tuberculose, il répondait par la nécessité, s'imposant d'abord en France, d'assurer l'éducation hygiénique de tous, individus et collectivités, et de développer chez eux l'esprit de solidarité.

Que l'enseignement public à tous les degrés, primaire, secondaire, supérieur, spécial, soit donc mis au service de l'hygiène privée, familiale et publique; que les principes de solidarité appliqués à l'hygiène, à la conservation de la vie humaine par la lutte contre les maladies, soient donc mis en pratique par tous les groupements mutualistes, coopératifs et autres! Car, en France, c'est par cette seule voie que nous pourrons arriver à rendre efficace la lutte contre la tuberculose, maladie sociale faite tout entière « d'ignorance et d'imprévoyance ».

Il ne faut pas compter, en effet, que la France puisse, dans la lutte entreprise, recourir aux armes qui se sont montrées si puissantes dans les mains de l'Angleterre et de l'Allemagne.

L'état économique de notre pays ne lui permet pas, aujourd'hui, de dépenser les milliards que l'Angleterre a employés pour l'amélioration de son état sanitaire; elle a pu mettre à sa défense intérieure des sommes énormes que, malheureusement, la France est obligée d'affecter à sa défense extérieure.

Dans notre état social actuel, nous ne sommes pas préparés encore aux lois qui ont imposé à l'Allemagne les assurances contre la maladie, l'invalidité et la vieillesse. Quelles protestations se sont élevées contre la loi sur la responsabilité dans les accidents de travail! On s'en souvient; et il est possible de prévoir ce qu'il en serait si cette responsabilité était étendue à trois nouveaux éléments : maladie, invalidité et vieillesse.

D'ailleurs, bien que par ces lois, imposant en quelque sorte la prévoyance, l'Allemagne ait fait faire un grand pas à la question sociale, son exemple ne semble pas devoir être suivi intégralement et cela de longtemps; on peut en juger par ce qui s'est passé en Suisse, où les Chambres des représentants ayant élaboré et voté des lois s'inspirant absolument des lois allemandes, celles-ci, soumises au référendum, ne furent pas adoptées par la majorité de la démocratie suisse. Il y a tout lieu de croire qu'il en serait de même en France.

* * *

L'État français ne se trouvant pas en situation d'agir directement soit par des mesures entraînant des dépenses que son budget ne lui permettrait pas de couvrir, soit par des lois que notre état social actuel ne lui permet pas d'édicter, son rôle se trouve tout tracé : il doit prendre part active à l'instruction et à l'éducation hygiéniques sociales en utilisant tout son outillage pédagogique, et en prêchant d'exemple par l'application, dans tous les services publics, de règlements scientifiquement élaborés; il doit, de tout son pouvoir, encourager la formation et aider le fonctionnement de toute association due à l'initiative privée et ayant pour but la protection de la santé publique.

En ce qui concerne particulièrement la tuberculose, des Œuvres existent déjà, ayant toutes été créées pour enrayer les progrès d'un mal qui tend chaque jour à s'accroître, mais les unes et les autres agissant par des voies différentes.

Les unes visent l'éducation populaire. Elles se sont proposées d'instruire le public sur les précautions à prendre pour éviter la maladie et amoindrir ses causes. Leur action est préventive.

Les autres visent le traitement des tuberculeux. Dans des sanatoriums marins et autres, elles soignent et hospitalisent les enfants, pour lesquels elles créent aussi des dispensaires et des colonies agricoles; elles assistent les adultes par des dispensaires antituberculeux, elles les mènent hors des villes et les soignent dans des sanatoriums populaires, elles les hospitalisent dans des services d'isolement. Leur action est à la fois curative et préventive.

Le nombre est déjà considérable, en France, de celles de ces Œuvres qui fonctionnent et de celles qui, récemment formées, fonctionneront bientôt.

Il n'y a pas moins de 22 sanatoriums marins; 6 sanatoriums climatériques et thermaux, et 3 sanatoriums populaires pour enfants; 5 colonies agricoles pour tuberculeux convalescents; 4 services hospitaliers d'isolement; 14 dispensaires; 21 sanatoriums populaires ou Œuvres qui se proposent d'en construire; enfin 3 Œuvres d'éducation populaire.

Ces Œuvres, malgré tout le bien qu'elles font, sont, à part quelques-unes, relativement peu connues. S'il en est, comme l'Œuvre d'Ormesson, qui ont pu obtenir de superbes donations, il en est d'autres dont le nombre des bienfaiteurs est par trop restreint. Isolées, elles ne peuvent avec fruit faire en leur nom personnel les appels et les démarches nécessaires à leur développement. Il en serait tout autrement si elles étaient groupées, si elles réunissaient leurs efforts particuliers en un effort commun, tout en conservant chacune leur nom propre et leur autonomie : leur action grandirait de toute la force que donne l'association. Eh bien! dans quelques jours ce groupement sera chose faite : une Association est formée dont les statuts vont être prochainement votés, qui prend le nom de *Fédération des Œuvres antituberculeuses françaises*, et dont le siège sera fixé à Paris.

Cette Association, légalement constituée, se propose avant tout :

1° De grouper les Œuvres ou sociétés françaises qui, par l'assistance aux malades ou par l'instruction du peuple, s'occupent de combattre la tuberculose;

2° De faciliter leur extension et de provoquer la création d'Œuvres nouvelles par l'envoi de tous renseignements ou documents utiles, et, si son budget le permet, par des subventions;

3° De coordonner les efforts de l'initiative privée, de susciter les bonnes volontés particulières, et de favoriser partout en France l'organisation de la lutte contre la tuberculose, considérée comme maladie populaire, en attirant sur elle l'attention des Pouvoirs publics.

Son but est essentiellement philanthropique; ne pourront y participer que les Œuvres n'ayant aucun caractère commercial.

Il n'est pas besoin d'insister pour montrer quelle sera la puissance d'action de cette association, puissance tant personnelle par son fonctionnement même que collective par les rapports qu'elle ne manquera pas d'établir, d'une part avec les Œuvres combattant les causes de la tuberculose, ligues antialcooliques, sociétés de maisons salubres, logements hygiéniques, etc., et, d'autre part, avec les Œuvres étrangères, en raison de sa coopération au Bureau international permanent des Œuvres antituberculeuses.

Le Conseil d'administration aura lourde tâche; mais il ne peut manquer de s'en acquitter avec tout le dévouement et toute la compétence que l'on connaît aux hommes proposés pour le constituer : M. Brouardel, *président*; MM. Landouzy et Spillmann, *vice-présidents*; MM. Blache, Bonnet, Calmette, Dumarest, Dupeux, Letulle, Léon Petit, Peyrot, Pilate, Sersiron, Strauss, Weil-Mantou, *membres*.

Enfin, et c'est là l'expression du rôle élevé que doit jouer l'Etat dans la lutte contre la tuberculose, la « Fédération des Œuvres antituberculeuses françaises » est fondée sous le haut patronage de MM. Loubet, président de la République; Fallières, président du Sénat; Deschanel, président de la Chambre des députés; Waldeck-Rousseau, président du Conseil des ministres, qui n'ont pas promis seulement de donner l'appui décoratif de leur nom et de leur titre, mais l'appui effectif de leur haute autorité.

E. DE LAVARENNE.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement des cataractes commençantes par les solutions iodurées.

M. Etiévant nous fait connaître dans le *Lyon médical* les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de l'iodure de potassium et de sodium, en collyres et en bains oculaires, dans le traitement des cataractes commençantes.

Comme le professeur Badal, qui a inauguré cette thérapeutique, il a employé l'iodure en collyre à 0,25 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée, et en lavages à 7 gr. 50 pour 300.

Ce traitement, basé sur ce fait que l'œil absorbe en quantité appréciable les sels d'iode contenus dans les collyres, n'a donné des résultats que lorsqu'il s'agissait d'altérations purement séniles, liées à l'évolution propre du cristallin, c'est-à-dire dans les cataractes appelées il y a quelques années encore *idiopathiques*. Mais l'effet était nul quand il s'agissait d'une dystrophie de cet organe provoquée par des troubles préexistants de l'œil, principalement du tractus uvéal et de la rétine, c'est-à-dire dans les cataractes *symptomatiques*.

Or, on suppose encore à l'heure actuelle que dans la cataracte idiopathique, c'est l'artério-sclérose des vaisseaux rétiniens, si commune chez le vieillard, qui a pour conséquence l'altération du tissu cristallinien. Grâce à son absorption par l'œil, l'iodure aurait donc dans ces cas une action sur les vaisseaux rétiniens analogue à celle de l'iodure ingéré sur les vaisseaux de la circulation générale.

L'insuccès a été complet dans les cataractes diabétiques et albuminuriques.

BIBLIOGRAPHIE

Aide-mémoire de chirurgie infantile, par PAUL LEFERT, 1 vol. in-18 de 324 pages, cartonné, 3 francs. (Librairie *J.-B. Baillière et Fils*, 19, rue Hautefeuille), Paris.)

EXPLORATION EXTERNE
DU TUBE DIGESTIF
ET NOUVELLE MÉTHODE D'OBSERVATION CLINIQUE

Par Léon VINCENT (de Lyon).

Les observateurs qui, jusqu'à ce jour, ont étudié les phénomènes cliniques de la digestion, se sont servis de procédés complexes et difficiles, empruntés pour la plupart aux sciences expérimentales et à peu près inaccessibles au praticien.

On ignore généralement que l'appareil digestif, tout comme le cœur et le poumon, se prête à l'observation clinique, grâce à un procédé préconisé par M. Sigaud, de Lyon, et qui a fait l'objet d'une série de publications parues au cours de ces dernières années[1]. Ce procédé, c'est l'*exploration externe du tube digestif par l'inspection, la palpation et la percussion.*

Nous désirons montrer sommairement que ce procédé, en nous permettant de suivre exactement les phases successives du processus digestif, répond à tous les besoins de la pratique, et qu'en outre, il est le point de départ d'une *méthode d'observation* qui nous ouvre des horizons nouveaux sur la Pathologie humaine

* * *

Le médecin qui sait explorer le ventre se trouve en face de tout un ensemble de signes objectifs de constatation grossière.

α) L'*inspection* nous montre des ventres arrondis plus ou moins saillants, des ventres plats plus ou moins excavés. Avec les changements d'attitude, nous voyons les ventres changer instantanément de forme : les uns, plats dans la station couchée, s'arrondissent dans la station debout, la masse gastro-intestinale semblant se projeter en avant; les autres, étalés en forme de ventre de batracien dans le décubitus dorsal, forment une saillie pointue dans l'attitude verticale ou prennent l'ampleur caractéristique du *ventre en tonneau*; d'autres enfin, de volume réduit et de forme aplatie, tombent en forme de besace dès que le sujet se lève, etc., etc. Il ne s'agit pas là de particularités individuelles; toutes ces formes s'observent non seulement chez des individus différents, mais encore chez le même individu à des phases diverses de sa vie normale ou pathologique.

β) La *palpation* nous fournit de nouveaux renseignements.

A une palpation superficielle, la tension abdominale offre à une main exercée des sensations extrêmement variées que personne n'a soupçonnées jusqu'à ce jour, allant depuis l'élasticité franchement rénitente jusqu'à la consistance nettement œdémateuse, en passant par la mollesse simple et l'empâtement plus ou moins franc. Et toutes ces sensations, d'une netteté frappante, ne tardent pas à se classer dans l'esprit de l'observateur en face des syndromes subjectifs qu'elles éclairent d'une manière inattendue.

Mais il y a mieux : que la main, après cette appréciation générale de la valeur physique et biologique du tissu abdominal, que la main, dis-je, vienne à « fouiller » une à une les diverses régions de la cavité abdominale, l'observation se poursuit avec une fécondité nouvelle.

Dans la région iliaque droite, c'est le *cæcum*, dont les formes sont très caractéristiques : il se montre tantôt comme une ampoule plus ou moins gonflée, plus ou moins tendue, gargouillante, tantôt comme un boudin arrondi, crépitant ou de consistance plus ou moins pâteuse qui roule sous la main, tantôt comme un cordon quelquefois mou, d'autres fois plus ou moins dur, d'une dureté franche et sans crépitation.

Le cæcum contraste ordinairement par son volume avec le reste du côlon dont le calibre est beaucoup plus étroit, l'ensemble de l'organe représentant une cavité à long col. Le *côlon transverse* se perçoit au-dessus ou au-dessous de la ligne ombilicale, le *côlon descendant* dans la fosse iliaque gauche. Ces deux segments ont l'aspect tantôt d'un cordon mou, tantôt d'un cordon parfois simplement tendu ou ligneux, d'autrefois d'une dureté extrême et d'un calibre réduit rappelant le *tuyau de pipe*.

Du côté de la région épigastrique, la palpation profonde nous fait percevoir une cavité que l'on peut le plus fréquemment délimiter soit par le *clapotage*, soit par la *sensation d'un flot* qui vient frapper la main appliquée sur la région épigastrique lorsqu'on imprime au thorax des mouvements de succussion, soit, dans des cas plus rares, par la *sensation de ballottement* produite par le déplacement total de la poche gastrique. Tous ces signes objectifs ont une signification précise que le médecin apprend à connaître; ce ne sont pas des signes d'un caractère banal ou vulgaire; ils apparaissent à un moment donné de la phase digestive et de la maladie.

Enfin, l'examen méthodique des hypocondres nous révèle la fréquence extrême de la mobilité respiratoire des reins et du foie, le déplacement fixe non moins fréquent de ces viscères, soit dans la station couchée, soit surtout dans la station debout. Ces prolapsus viscéraux coïncident souvent avec un abaissement de l'estomac, qui est plus ou moins vertical, et du côlon transverse que l'on voit dans maintes circonstances descendre jusqu'au voisinage de la région pubienne. Signalons enfin qu'il n'est pas rare de trouver les portions ascendante et descendante du côlon déjetées vers la ligne médiane, et le cæcum remonté jusqu'au voisinage de l'hypocondre droit.

λ) Avec la *percussion*, nouvelle série de faits positifs :

Trois zones sonores distinctes se partagent la surface de l'abdomen : l'une correspond à l'estomac, l'autre au cæcum, la troisième à l'intestin grêle.

La disposition de la sonorité dans ces trois zones est variable.

Chez certains malades, et c'est la catégorie la plus fréquente, c'est la région de l'estomac qui donne le son le plus intense et le plus bas; chez d'autres, au contraire, le maximum de la sonorité répond à la région de l'intestin grêle; un son faible et élevé est perçu dans le premier cas au niveau du grêle, dans le second cas au niveau de l'estomac. Parfois les différences de sonorité, à la fois comme tonalité et comme intensité, sont presque nulles entre les diverses régions; d'autres fois elles sont extrêmes : l'estomac, par exemple, donne un son grave, le grêle un son très élevé. Dans des cas assez rares, l'oreille la plus exercée ne perçoit aucune différenciation dans la sonorité des trois segments : l'abdomen rend un son uniforme, généralement de tonalité plus ou moins basse ou grave. Tel ventre est d'une sonorité exagérée, tel autre ne sonne pas. Tantôt ce sont les notes basses qui prédominent, tantôt ce sont les notes élevées. Dans des circonstances fréquentes, la sonorité a un timbre musical particulier que l'oreille n'oublie pas dès qu'elle l'a une fois nettement perçu.

On peut voir la sonorité abdominale garder une fixité presque invariable pendant toute la durée d'un examen même prolongé; il est d'autres cas, au contraire, où l'observateur assiste à des variations de la sonorité de chacun des segments du tube digestif; le son intense apparaissant sur un point est remplacé sur un autre par l'absence de sonorité; un son de tonalité basse se change sous le doigt qui percute en un son de tonalité élevé. Dans des circonstances spéciales, la surface de l'abdomen n'est plus qu'une *mosaïque sonore* où se produisent des modifications incessantes qui semblent n'obéir à aucun ordre ni à aucune loi.

Toutes ces sonorités, si étranges et si déconcertantes par leur variété et leur mobilité, n'en ont pas moins, considérées isolément ou dans leur groupement clinique, une signification très nette pour l'observateur instruit, et ces variations de tonalité et d'intensité, si confuses en apparence, obéissent à des lois précises comme les manifestations vitales qui les commandent.

En effet, les sons que l'on obtient en percutant l'abdomen sont produits par les vibrations de la membrane digestive. Or, la membrane digestive, membrane vivante, est modifiée sans relâche par des processus vitaux de toute nature, musculaires, circulatoires, glandulaires, etc., qui en font varier à chaque instant les conditions de *vibratilité*. Toutes les oscillations de la vie de la membrane se reflètent donc admirablement dans les formes incessamment changeantes qu'elles impriment aux vibrations sonores. On conçoit dès lors l'extrême intérêt d'un procédé à la fois très clinique et très pratique, qui nous permet de suivre *sur le vivant*, jusque dans leurs manifestations les plus délicates, les oscillations de la vitalité digestive.

L'expérience nous a appris que l'on pouvait ranger sous trois chefs toutes les variétés de son obtenues par la percussion :

Le son simple,

La résonance,

Le tympanisme.

Le son simple est le signe de l'adaptation parfaite du segment digestif au travail qu'il doit accomplir; la résonance en traduit l'insuffisance et la distension; le tympanisme, de timbre musical, indique la *tétanisation* de la paroi digestive, l'*arrêt* momentané des processus vitaux dont elle est le siège.

* * *

Tous ces signes objectifs correspondent à des états réactionnels particuliers; ils sont des manifestations de la *vie* de l'appareil digestif.

Or, la vie et la fonction se confondent, et la digestion n'est que l'ensemble des processus vitaux d'un tissu différencié. Il s'ensuit que l'exploration externe, en nous révélant d'une façon admirablement précise les multiples aspects de la vitalité de l'appareil digestif, nous donne une idée très physiologique de la digestion et de ses déviations fonctionnelles. Avec l'expérience, le clinicien arrive à grouper en un faisceau tous les signes de même signification, et à placer en regard du syndrome anatomique le syndrome fonctionnel, le *type digestif* qui lui correspond.

Mais allons plus loin.

Tous les phénomènes vitaux qui se passent dans l'intimité de la membrane digestive *évoluent parallèlement*, aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état normal; l'insuffisance motrice accompagne toujours l'insuffisance sécrétoire; l'hypersécrétion, signe de réaction glandulaire violente, marche de pair avec la distension du segment, signe de l'effort de la fibre musculaire, etc.

On conçoit l'importance pratique de cette notion du *consensus fonctionnel* de tous les tissus digestifs méconnue de la médecine classique; car si l'un des actes vitaux de la digestion arrive à s'extérioriser d'une façon suffisante pour être nettement perçu par nos sens, nous pouvons embrasser dans l'ensemble de ses actes la fonction tout entière. C'est le cas des réactions motrices, dont les oscillations s'objectivent tout particulièrement par les nuances variées de la sonorité abdominale.

La *synergie fonctionnelle*, que nous venons de

1. C. Sigaud. — « Traité des troubles fonctionnels mécaniques de l'appareil digestif ». Paris, Doin, 1894. — « Valeur clinique de la mécanique digestive ». Congrès de médecine, Lyon, 1894. — L. Vincent. « La tension abdominale chez les dyspeptiques ». Congrès de médecine, Lyon, 1894. — « Traité de l'exploration manuelle des organes digestifs ». Paris, Doin, 1898. — C. Sigaud. « Étude clinique sur les variations de forme et de volume de l'abdomen ». *Revue de médecine*, 1899. — « Notions générales sur la sonorité de l'abdomen ». *Revue de médecine*, 1899. — « Traité clinique de la digestion et du régime alimentaire ». Paris, Doin, 1900, T. Ier. — « Exploration externe du tube digestif et indications du régime alimentaire ». *Lyon médical*, 1901.

signaler entre tous les éléments anatomiques de l'appareil digestif, se manifeste également entre les divers segments de cet appareil. Dès que l'aliment est entré en contact avec la paroi de l'estomac, le paroxysme vital qui caractérise la fonction proprement dite se généralise à l'appareil tout entier, y compris le foie et le pancréas. Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit : l'exploration externe, grâce à laquelle nous pouvons suivre les phases du travail digestif, nous montre avec évidence la *simultanéité des actes fonctionnels dans la cavité gastrique, le cæcum et le grêle*; et rien ne nous autorise à croire que les glandes accessoires inaccessibles à nos moyens d'investigation n'obéissent pas aux lois générales qui régissent le fonctionnement du tractus gastro-intestinal.

* * *

La tâche du médecin serait incomplète s'il se contentait de connaître l'état présent de son malade. Il lui faut remonter dans son passé, jusqu'à sa première enfance, fouiller ses antécédents, analyser les épisodes morbides qui parsèment le cours de son existence, suivre l'enchaînement de ces épisodes successifs, connaître, en un mot, l'*évolution de l'appareil digestif* soumis à son observation.

C'est pour avoir méconnu les lois de cette évolution que la médecine classique a élevé à la hauteur d'entités morbides de *simples épisodes évolutifs* au cours d'un processus dont on peut toujours suivre les phases successives, en remontant jusqu'au premier âge de la vie.

L'appareil digestif, comme tous les autres tissus, comme l'organisme dont il fait partie, passe par trois phases successives de croissance, de maturité, de déclin, auxquelles correspondent des aptitudes réactionnelles différentes, et dont l'exploration externe est à même de nous fournir les traits caractéristiques propres à chacune d'elles.

Mais indépendamment de cette *évolution physiologique*, qui, disons-le en passant, nous donne une des raisons du mode d'alimentation particulier à chacun des âges de la vie, le tube digestif obéit aux lois d'une *évolution spéciale, de nature pathologique*, que le médecin doit connaître, sous peine de commettre fréquemment de grossières erreurs dans l'appréciation des forces digestives de son malade.

Assailli sans cesse par de nombreuses causes de maladies, entravé dans son fonctionnement normal par de fréquentes erreurs d'hygiène générale et d'hygiène alimentaire, l'appareil digestif ne se laisse cependant pas entamer *sans se défendre*.

Cette défense revêt des formes diamétralement opposées, suivant les aptitudes réactionnelles de l'organisme. De là deux classes de malades : les *Forts* et les *Faibles*.

L'appareil digestif des *Faibles* résiste mal aux causes pathogènes, ou plutôt sa résistance est purement passive. Sous l'influence d'un refroidissement, d'un écart de régime, d'un travail excessif, le *ventre s'affaisse* rapidement et donne à la palpation superficielle la sensation d'*empâtement diffus*, à la palpation profonde la sensation caractéristique de *chiffons mouillés* qui traduit l'affaissement et l'imperméabilité des anses digestives.

Cet état morbide, auquel nous donnons le nom très simple d'*état subaigu*, véritable état d'engourdissement, d'inhibition des voies digestives, peut se reproduire un très grand nombre de fois sans que la vitalité de l'appareil paraisse en être trop profondément atteinte. Après chaque secousse, en vertu de l'excitabilité exquise des *Faibles*, le ventre reprend ses caractères normaux de souplesse et d'élasticité, pendant que parallèlement les troubles fonctionnels s'amendent.

Ce n'est qu'à la longue, sous l'influence de l'âge, à moins de grossières erreurs d'hygiène thérapeutique, que l'on voit le ventre s'affaisser, se creuser *tout en gardant une partie notable de son élasticité*, prendre, en un mot, les caractères de ce que nous appelons la *phase de déclin*.

L'état subaigu, et c'est là un des traits caractéristiques du *Faible*, peut se prolonger pendant des mois, le plus souvent sous l'influence d'interventions thérapeutiques malencontreuses; il faut savoir le reconnaître, — la sensation pâteuse du ventre en est l'élément objectif le plus caractéristique, — et ne pas considérer comme parvenus au marasme digestif des malades qui traversent un épisode évolutif parfaitement curable.

Chez les *Forts*, au contraire, la résistance aux causes pathogènes est active. Elle s'organise lentement et se manifeste par le développement progressif de l'*hypermégalie abdominale*, reflet extérieur de la dilatation et de l'hyperplasie du tube digestif. Cette hypermégalie abdominale est un gros phénomène d'évolution, méconnu des cliniciens, qui domine toute la vie pathologique de l'individu et autour duquel viennent se grouper les incidents morbides les plus variés.

Véritable *adaptation compensatrice* aux conditions nouvelles créées par la maladie, elle peut apparaître à des âges différents de la vie, souvent dans l'enfance, ordinairement à l'âge adulte, plus rarement au seuil de la vieillesse. L'hypermégalie abdominale peut rétrocéder, disparaître, pour se reproduire à une époque ultérieure de la vie; en un mot, la *compensation*, dont elle est la représentation objective, peut se manifester d'une façon intermittente. Mais à la longue, la résistance de l'appareil digestif est vaincue; la période de compensation prend fin; après dix, quinze, vingt ans, parfois après quelques années ou quelques mois, le ventre hypertrophié s'affaisse, s'*effondre* : c'est la *phase de déclin*, c'est le signal de la déchéance évolutive de l'appareil digestif.

* * *

La *notion abdominale*, telle qu'elle s'est révélée à nous par l'observation clinique, va nous permettre de nous élever à une conception d'un ordre plus général et d'une portée plus grande encore. Du consensus physiologique des éléments anatomiques et des segments de l'appareil digestif, nous arrivons, non pas par simple voie de déduction, mais avec l'appui de faits rigoureusement observés, à la connaissance du *consensus fonctionnel de tous les appareils* de l'organisme lui-même.

L'organisme humain est un assemblage d'éléments cellulaires orientés dans le même sens. Tout l'organisme vibre à l'unisson. Sous la multiplicité souvent paradoxale et contradictoire, en apparence, des formes réactionnelles locales, le clinicien prévenu et instruit saura toujours reconnaître le sens univoque et déterminé de la *réaction générale*. C'est cette *unité fonctionnelle* du groupement général des éléments cellulaires et des appareils organiques qui est la clef de voûte de l'édifice et le principe fondamental de la science clinique.

Cette unité admise, il en résulte que la connaissance approfondie, en quelque sorte adéquate, d'un seul élément, ou mieux d'un seul appareil, nous livre le secret des diverses manifestations phénoménales quel qu'en soit le siège.

Or, nous avons, grâce à l'exploration externe, pénétré d'une façon extraordinaire dans l'intimité des phénomènes biologiques digestifs. L'appareil de la digestion, la percussion le démontre surabondamment à elle seule, est doué d'une *réactivité* inconnue dans les autres appareils. Le tissu abdominal, on peut le dire, n'est jamais semblable à lui-même. Il suffit de la moindre perturbation pour que nous voyons et l'aspect extérieur et la consistance superficielle et profonde, et la vibratilité nous fournir toute une gamme de sensations à la fois caractéristiques et infiniment changeantes. Je ne saurais trouver de meilleure comparaison pour éclaircir ma pensée, que celle d'une physionomie qui reflète d'un moment à l'autre les sentiments les plus divers et les plus opposés, tout en restant fondamentalement la même.

Nous arrivons ainsi, en partant d'une méthode exceptionnellement féconde qui nous a permis de suivre les phénomènes évolutifs d'un vaste système organique au cours de la vie de l'individu, à embrasser d'un coup d'œil l'organisme humain tout entier, j'allais dire la cellule humaine, dans son évolution totale depuis la naissance jusqu'à la mort.

L'organisme lutte incessamment contre les multiples causes de destruction et de mort qui l'environnent. Chez quelques rares individus privilégiés, l'équilibre vital se maintient grâce aux seules ressources des forces physiologiques. Chez le plus grand nombre l'insuffisance de résistance native ou la violence des causes pathogènes détermine des modifications réactionnelles sur un ou plusieurs points de l'économie.

Les uns présentent dès leur jeunesse, souvent dès leur première enfance, un développement *anormal et exagéré* de la plupart de leurs systèmes organiques : force musculaire, puissance digestive, activité cérébrale, la nature semble ne leur avoir rien refusé et les avoir dotés des qualités biologiques les plus parfaites. En réalité, il s'agit là d'un *processus compensateur* généralisé à toute l'économie. Suivez ces malades, vous les voyez tomber dans toute la force de l'âge; leur organisme a épuisé en bloc toutes ses ressources vitales au cours de quelques années d'une vie exubérante et s'effondre tout d'un coup dans sa totalité; ils meurent, d'une façon imprévue, avec des lésions qui se sont rapidement généralisées à l'ensemble de leurs viscères.

Chez d'autres, la compensation *se localise*, et c'est tantôt l'appareil digestif, tantôt le système musculaire, tantôt le système cérébral, pour ne citer que les formes cliniques les plus fréquentes, qui font les frais du processus compensateur. Là encore on voit l'appareil privilégié, après une période de résistance plus ou moins longue, céder progressivement et enfin son insuffisance se manifester avec éclat : alors la *maladie est créée*, la maladie à sa phase *apparente*, ajouterons-nous; car le clinicien a déjà surpris les manifestations de la maladie *latente* à une époque bien antérieure.

On peut voir, dans quelques cas, chez des individus doués d'aptitudes réactionnelles multiples, *alterner* les formes du processus de compensation. Tel *musculaire*, par exemple, condamné à la vie sédentaire, ne tarde pas à présenter de l'hypermégalie abdominale, et l'on voit la disparition du gros ventre coïncider avec le retour à une vie active. Mais il ne faut pas croire que ce soit là une aptitude propre à tous les malades de cette catégorie, que, d'une part, tous les musculaires condamnés au repos puissent faire de la compensation abdominale, et que, d'autre part, il suffise de conseiller l'exercice à un obèse pour ramener l'équilibre physiologique de son ventre. L'inactivité est désastreuse pour le *pur musculaire*; les exercices physiques tuent l'*abdominal vrai*; car, ni pour l'un ni pour l'autre, il ne peut s'établir de compensation supplémentaire.

Telles sont les quelques considérations sommaires que nous avions à présenter sur cette question capitale des processus compensateurs. Lorsqu'on a bien saisi, et saisi sous tous leurs aspects, les lois de cette évolution pathologique de l'organisme humain, la maladie cesse de se présenter comme un épisode brutal qui vient, à la façon d'un traumatisme inconscient et aveugle, frapper un individu en pleine possession de ses forces et de son activité physiologique, et la raison dernière des *localisations morbides* nous apparaît avec une netteté saisissante.

Enfin il n'est plus au-dessus de nos forces de dresser d'une façon assez rigoureusement exacte le bilan des forces vitales d'un individu, de connaître ce que l'on peut appeler sa *valeur biologique*.

Nous avons esquissé à grands traits la signifi-

cation générale des faits particuliers recueillis à l'aide de l'exploration externe du tube digestif. N'est-ce pas là un signe de vérité et de certitude qu'une méthode, très compréhensive par elle-même, ait eu garde d'accaparer tout l'esprit de l'observateur et lui ait permis de faire la part, à côté de données locales attachantes, des données évolutives de l'organisme et de discerner, outre ce qui revient à l'abdomen, ce qui revient aux autres systèmes de l'économie?

Qu'on ne nous accuse donc pas de vouloir faire revivre des doctrines condamnées par l'observation, d'accorder au tube digestif le rôle d'arbitre des destinées des autres systèmes. La prééminence, attribuée hier à l'estomac, aujourd'hui au système nerveux, n'est en réalité l'apanage d'aucun appareil.

Aucune fonction n'est réellement surbordonnée à une autre et le retentissement des troubles fonctionnels d'un organe sur le fonctionnement d'un autre organe n'a qu'une portée secondaire, mis en comparaison avec la simultanéité réactionnelle générale de l'organisme vis-à-vis des causes de maladie.

***

Bien que nous soyons restés intentionnellement dans le domaine de la simple exposition des faits, à peu près en dehors de toute interprétation, nous devons cependant indiquer les grands principes d'hygiène thérapeutique auxquels aboutit notre méthode d'observation.

Et d'abord, pour ce qui concerne l'appareil digestif, nous avons vu que les nombreuses formes réactionnelles qui viennent s'objectiver à l'exploration externe ne sont autre chose que des manifestations de la vie, c'est-à-dire de la fonction, de cet appareil. Or cette fonction est subordonnée, comme toutes les autres, à un aiguillon, à un excitant extérieur, qui dans le cas particulier est *l'aliment*. L'aliment est le stimulus naturel de la membrane digestive comme l'air est le stimulus naturel du poumon, la lumière celui de la rétine, etc.

La notion digestive, telle qu'elle se révèle à nous par l'exploration externe, n'est donc autre chose que la *notion du conflit de la membrane digestive avec l'aliment*. Il en résulte que connaître les divers états de cette membrane c'est, du même coup, connaître l'aliment qui lui convient dans tel ou tel cas particulier.

A l'instar du tube digestif, chacun des autres appareils de l'organisme a son stimulus naturel, dont nous ne saurions le distraire en clinique, et son évolution propre marquée des mêmes phases de compensation et de déclin.

Comme nous l'avons énoncé pour la fonction digestive, les phénomènes réactionnels du cerveau, de l'appareil pulmonaire, du revêtement cutané, des systèmes musculaire et circulatoires, etc., trouvent dans notre méthode leur interprétation naturelle en même temps que leur thérapeutique hygiénique, l'une dérivant de l'autre, l'une ne pouvant être sans entraîner l'autre.

C'est ainsi que se dégage le principe de la thérapeutique scientifique, de cette thérapeutique purement hygiénique, qui est appelée à détrôner l'empirisme trop puissant, trop exclusif dans notre domaine médical.

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

(*D'après Lauder Brunton*).

Le rétrécissement mitral n'est pas seulement une des formes les plus pénibles des lésions valvulaires du cœur mais c'est aussi celle qui, dans ses formes graves, résiste le plus aux médicaments. Si on considère un orifice mitral rétréci dans un cas très accentué de cette maladie on a la sensation qu'il faut abandonner tout espoir de trouver un remède qui puisse donner à l'oreillette la force nécessaire pour faire passer une quantité suffisante de sang à travers un orifice mitral aussi petit, et on est pris du désir de sectionner ce rétrécissement pendant la vie aussi facilement qu'on le fait après la mort. Les risques qu'une telle opération entraînerait pour le malade font qu'on en rejette l'idée, mais dans certains cas il semblerait avantageux de faire courir au malade le risque de mort à bref délai plutôt que de le laisser, pour peu de temps, vivre une vie qui en est à peine une, car les conditions de l'existence qu'il mènera jusqu'à la fin la rendent pire que la mort. Lauder Brunton[1] avait été très impressionné par le cas d'un malade n'ayant pas atteint l'âge moyen de la vie et qu'il a observé dans son service de Saint Bartholomew's Hospital. Ce malade était véritablement retranché du nombre des vivants. Dès qu'il quittait l'hôpital, un peu amélioré, au bout de peu de jours il était de nouveau en proie aux symptômes les plus pénibles de sa maladie et devait rentrer à l'hôpital. Il semblait qu'on eût été autorisé à lui faire courir un risque mortel même, pour essayer d'obtenir une amélioration qui pût lui permettre, en cas de réussite, de vivre au moins chez lui. Mais avant d'oser mettre à exécution l'idée de pratiquer sur le vivant une opération aussi grave que celle qui consisterait à diviser un orifice mitral rétréci, il est nécessaire d'expérimenter sur l'animal la possibilité d'une telle opération, et les conditions dans lesquelles elle pourrait être entreprise. Lauder Brunton a fait ces expériences, et depuis un an il a expérimenté en divisant, sur des cadavres, des orifices mitraux rétrécis et des opérations sur les valvules saines des cœurs de chats.

***

La première question qui se pose est de savoir s'il faut agrandir l'orifice mitral en allongeant le diamètre de l'orifice naturel ou si les valvules doivent être sectionnées en leur partie moyenne, à angle droit avec le plan de l'orifice normal. Il semble non douteux que la première hypothèse est la meilleure, mais la seconde est la plus facile à mettre à exécution, et elle pourrait suffire à faciliter le passage du sang de l'oreillette dans le ventricule. Les couteaux qui ont servi à ces expériences ressemblaient à des ténotomes; quelques-uns, qui avaient été faits à l'aide d'épingles à chapeau dont se servent les dames étaient trop minces et trop flexibles pour sectionner le rétrécissement d'une valvule humaine, quoiqu'ils fussent assez forts pour sectionner les valvules du cœur d'un chat. La longueur du bord tranchant était pour certains d'entre-eux d'environ un quart de pouce (six millimètres environ), mais cette longueur est trop petite et doit atteindre un demi-pouce à un pouce (12 à 25 millimètres). La partie principale de la valvule est sectionnée avec une facilité relative, mais le bord épaissi est dur et résistant. La forme à donner au couteau variera suivant que le chirurgien décidera de pratiquer la section en passant par l'oreillette ou par le ventricule. La voie ventriculaire semble préférable, car le couteau, dans ce cas, peut n'être guère plus gros qu'une aiguille, et une piqûre du ventricule donne rarement lieu à une hémorragie minime, même chez l'homme.

La méthode employée, chez les animaux morts, pour mettre le cœur à nu est celle de Ninni, de Naples, recommandée par Rotter. Elle consiste à faire des incisions, partant du bord gauche du sternum, le long des bord inférieurs des 3e et 5e côtes; on réunit leurs extrémités externes par une troisième incision, et on sectionne les parties molles et les 4e et 5e côtes. Le volet est ensuite luxé sur le sternum. De cette façon le cœur est mis à nu et, le poumon étant écarté, le péricarde peut être incisé et le couteau introduit dans le ventricule. Si l'on voulait opérer en introduisant le couteau par l'oreillette, il faudrait sans doute inciser le long du bord de la 2e côte, quoiqu'on puisse, par l'incision précédemment décrite, déplacer assez le cœur pour pouvoir pénétrer dans son intérieur par l'oreillette : Brunton a toujours employé la voie ventriculaire.

Dans les expériences, on est surpris par la façon dont le cœur continue de battre pendant qu'on le repousse, qu'on le comprime, qu'on le manipule. Sur le vivant, il faudrait introduire le couteau pendant la diastole pour être plus sûr de ne pas blesser la paroi opposée du ventricule. Il faudrait ouvrir le péricarde, non seulement pour introduire plus facilement le couteau, mais aussi pour, en le laissant ouvert, éviter les effets que la compression pourrait produire sur le cœur en cas d'hémorragie. Les bons résultats obtenus dans certains cas de blessures du cœur peuvent donner quelque espoir quant à la possibilité de diviser les rétrécissements de la valvule mitrale.

L. Tollemer.

1. Sir Lauder Brunton. — « Note préliminaire sur la possibilité de traiter le rétrécissement mitral par des méthodes chirurgicales ». *The Lancet*, 8 février 1902, n° 4093, vol. CLXII, p. 352.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

4 Mars 1902.

Perforation traumatique des deux globules oculaires par balle de revolver et perte complète de l'olfaction. — *M. F. Terrien.* Observation d'un homme de vingt-six ans qui, après s'être tiré à la tempe droite une balle de revolver de gros calibre (8 millimètres), eut une blessure des deux yeux qui évoluèrent vers l'atrophie avec cécité complète, et une abolition absolue de l'olfaction. La lame criblée de l'ethmoïde avait donc été intéressée, bien que l'examen radiographique et rhinoscopique n'aient donné aucun résultat. L'anosmie absolue a permis de bien étudier chez le blessé les sensations purement gustatives. On retrouve chez lui les quatre saveurs habituellement décrites : douces, amères, salées et acides, mais ces deux dernières sont très diminuées; les saveurs acides sont même presque abolies. Si donc certains auteurs ont voulu à tort retirer au goût ces deux dernières saveurs, il n'en est pas moins vrai que la suppression complète de l'odorat retentit sur elles et les diminue dans une notable mesure.

Cyclite et infiltration épisclérale. — *M. Kalt* présente un homme de cinquante ans, atteint depuis trois mois et sans cause connue, d'une cyclite avec épaisse infiltration épisclérale. Un fragment de ce tissu épiscléral excisé présente de nombreuses cellules géantes et épithélioïdes.

Syphilis cérébrale ayant simulé une paralysie générale. — *MM. Brissaud et Péchin.* Observation d'un homme de quarante-trois ans, ayant eu la syphilis à vingt-deux ans. Les symptômes cérébraux débutèrent par une céphalalgie de la région temporo-pariétale gauche et des attaques d'épilepsie jacksonienne. La première attaque fut précédée d'un accès de scotome scintillant. Puis survinrent de la parésie du membre supérieur droit, de la dysarthrie, et enfin des paralysies des muscles oculaires (3e et 6e paires), de la paralysie faciale et de la déviation de la luette.

Le traitement antisyphilitique amena la guérison complète de tous les accidents. Il s'agissait vraisemblablement de lésions bulbo-protubérantielles dues à une méningite basale gommeuse, ou d'une artérite syphilitique évoluant dans le parenchyme bulbo-protubérantiel. On avait d'abord pensé à une paralysie générale; ce sont les troubles oculaires qui ont mis sur la voie du diagnostic.

Sur la vision des signaux colorés et les épreuves de la dyschromatopsie. — *M. Broca* étudie surtout les signaux à grandes distances qui se font au moyen de projecteurs devant lesquels sont placés des verres colorés. Grâce au concentrateur dont ces appareils sont munis, ils donnent une surface lumineuse régulière dont le diamètre est généralement de 30 centimètres au moins. Pour les navires à grande vitesse, ces signaux doivent être vus à une distance de 6 kilomètres. L'image rétinienne formée est alors extrême-

ment petite. Pour examiner la vision des gens qui doivent voir ces signaux, il ne faut pas se servir d'objets relativement larges, puisque les troubles dans la vision des couleurs sont parfois localisés à de très petites étendues de la rétine. Au contraire, on se trouverait dans les mêmes conditions en faisant reconnaître à 4 mètres des verres colorés passés devant un orifice lumineux de 0 millim. 2 de diamètre.

Intervention chirurgicale dans les cas de stase papillaire. — ***M. Chevallereau.*** Rapport sur un travail de M. Druault.

A. Druault.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

5 Mars 1902.

Sur la salubrité du métier de peintre (*suite de la discussion*). — ***M. Letulle.*** La communication de M. Vaillant a étonné l'élément médical de cette Société; les médecins en effet considèrent le saturnisme des peintres comme la maladie professionnelle la plus typique.

La prophylaxie en est très difficile, car il est impossible d'éviter que l'ouvrier ne soit exposé aux poussières de peinture desséchée dont sont imprégnés tous ses instruments de travail, ses vêtements et ses mains. Celles-ci sont difficiles à nettoyer, car la peinture est adhérente et visqueuse. La meilleure prophylaxie paraît donc résider dans la suppression de la céruse et l'emploi du blanc de zinc.

M. Livache. La seule objection qui subsiste contre l'emploi du blanc de zinc est l'élévation du prix. Or en réalité l'excédent de dépense sera de douze millimes par mètre carré, soit 1 fr. 20 par 100 mètres et par couche de peinture.

M. Monteux. Je propose le vœu suivant :

« La Société convaincue des grands dangers que font courir aux ouvriers les couleurs à base de plomb, déclare approuver toutes les mesures administratives ayant pour but de diminuer ou de supprimer l'emploi de ces couleurs. »

Ce vœu est adopté par 30 voix sur 32 votants.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

5 Mars 1902.

A propos de gastrostomie. — ***MM. Reynier, Guinard, Monod*** reviennent encore sur le procédé de gastrostomie (gastrostomie par torsion) présenté dans l'avant-dernière séance par M. Souligoux, MM. Reynier et Guinard — qui l'a employé deux fois, — pour affirmer que ce procédé est très facile, très rapide et donne des résultats excellents, M. Monod pour déclarer qu'il s'en tient aux procédés les plus simples qu'il n'a jamais cessé d'employer et dont il a toujours été satisfait.

Mort par le chloroforme et thymus. — ***M. Mignon*** signale un cas de mort subite sous le chloroforme survenu chez un jeune soldat de vingt-et-un ans qu'il opérait d'une hernie inguinale. L'autopsie ne révéla rien d'anormal du côté du cœur, des voies respiratoires, des reins, du cerveau, etc., mais seulement l'existence d'un thymus long de 10 centimètres, large de 3, et qui descendait jusqu'au devant de la crosse de l'aorte. La glande pesait 35 grammes.

Le séparateur vésical des urines de Luys et le cathétérisme des uretères. — La présentation d'instrument faite dans la dernière séance par M. Hartmann donne prétexte à ***M. Bazy*** pour faire à nouveau le procès du cathétérisme des uretères. M. Bazy n'est pas partisan de l'exploration instrumentale en chirurgie urinaire, les moyens d'exploration clinique lui ayant toujours suffi pour établir un diagnostic exact. En particulier, il s'est toujours montré l'adversaire irréductible du cathétérisme urétéral qu'il accuse d'être non seulement inutile mais dangereux. Du séparateur des urines de Luys il dira moins de mal; il est vrai qu'il ne peut guère en juger actuellement, ne l'ayant encore employé, avec des résultats divers, que dans 3 cas.

Après l'attaque de M. Bazy contre le cathétérisme des uretères, la riposte de ***M. Albarran*** ne s'est pas fait attendre, et nous avons entendu une fois de plus un éloquent plaidoyer en faveur de la méthode dont il s'est fait le brillant représentant en France. M. Albarran a également expérimenté le séparateur des urines de Luys qui lui a donné des résultats tantôt positifs, tantôt incertains, tantôt faux. Néanmoins, il le déclare un instrument ingénieux, logique, qui, avec des perfectionnements, sera peut-être capable un jour de remplacer avantageusement le cathétérisme des uretères. Il faut donc envisager les recherches dans ce sens; mais d'ici à ce qu'elles aient donné des résultats parfaits il faut se garder de se montrer trop enthousiaste d'une méthode qu'on ne peut encore juger que par un petit nombre de faits dont plusieurs sont contradictoires.

M. Hartmann termine la discussion en reprenant et en réfutant les différents arguments que MM. Bazy et Albarran ont élevé contre l'instrument dont il s'est fait le présentateur. Cet instrument a déjà subi certains perfectionnements; il en subira certainement d'autres qui le rendront encore plus parfait. M. Hartmann a foi dans son avenir, et il ne doute pas que la méthode ne parvienne à détrôner le cathétérisme des uretères, dont, pas plus que M. Bazy, il ne se déclare partisan.

Typhlite herniaire. — ***M. Chaput*** fait un rapport sur cette observation adressée à la Société par M. Estienny (de Toulouse). Il s'agit d'un homme porteur d'une hernie inguinale droite depuis trente ans qui, presque subitement, vit cette hernie devenir irréductible en même temps que s'installaient de la fièvre, de l'inappétence, de la diarrhée. M. Estienny vit cet homme un mois après : une tentative de taxis avait été faite sans succès les jours précédents. L'opération, décidée aussitôt, montra qu'on se trouvait en présence d'une hernie du cœcum enflammé, avec un sac incomplet situé en arrière de la tumeur. Cette disposition occasionna dès le début un accident opératoire : M. Estienny, prenant le cœcum pour le sac, l'ouvrit d'un coup de bistouri. L'erreur fut de suite reconnue et réparée par une suture. Après avoir enlevé un testicule kystique du volume du poing et réséqué l'appendice, bien qu'il parût sain, M. Estienny se mit en devoir de libérer le cœcum en arrière et de le réduire, mais les adhérences étaient tellement solides et l'intestin si friable que celui-ci se déchira en divers points, laissant écouler une certaine quantité de pus séreux. Enfin, avec beaucoup de mal et après avoir suturé les déchirures, M. Estienny parvint à libérer le cœcum et à le réduire dans le ventre. Lavage du champ opératoire infecté, réunion sans drainage, suppuration de la plaie, récidive.

En dehors des accidents et des fautes opératoires que M. Chaput critique avec indulgence, le fait intéressant dans cette observation reste l'inflammation cœcale. M. Chaput en recherche la pathogénie : il montre qu'il faut éliminer l'étranglement, la péritonite herniaire (absence de sac), l'engouement, l'appendicite, la typhlite essentielle, et qu'il s'agit là fort probablement d'une inflammation herniaire vraie, d'origine traumatique (compression par le bandage d'un intestin privé de moyens de glissement).

Prolapsus du rectum; rectococcypéxie; guérison. — ***M. Mignon*** présente un jeune soldat qu'il a opéré pour un prolapsus du rectum datant de l'enfance. La tumeur, facilement réductible et qui ne sortait d'ailleurs qu'au moment de la défécation, formait un cylindre de 5 centimètres de hauteur. M. Mignon a opéré ce malade par le procédé de M. Gérard-Marchant (recto-coccypexie) qu'il considère comme un procédé très simple, très facile et très sûr. Suites opératoires idéales : première selle au sixième jour. Le prolapsus ne s'est plus jamais reproduit; l'anus, qui admettait auparavant trois doigts de front, ne laisse plus passer aujourd'hui que l'index.

Calcul du cholédoque; cholecystotomie; extraction des calculs par refoulement; cholécystogastrostomie; guérison. — ***M. Tuffier*** présente une femme de quarante ans dont l'histoire clinique est très intéressante. Cette femme en effet présentait tous les signes d'une obstruction complète des voies biliaires, ses matières étaient absolument *blanches*, blanches comme du plâtre, et cependant il n'y avait pas le moindre ictère et les urines étaient normales. Dans la région de la vésicule il existait une grosse tumeur. La laparotomie fit découvrir une masse calculeuse, du volume d'un œuf de pigeon, obturant complètement le cholédoque à son origine, près de la tête du pancréas. La vésicule, incisée, ne contenait que de la bile épaisse (300 gr.). M. Tuffier parvint à extraire les calculs, au nombre de deux, en les refoulant jusque dans la vésicule. Celle-ci fut ensuite abouchée à l'estomac. Fait curieux : dès le lendemain de l'opération la malade présentait une teinte ictérique très nette des téguments et des urines, en même temps qu'elle avait une selle colorée. Deux jours après, l'ictère avait disparu. Depuis, le fonctionnement du foie et des voies digestives est parfait.

M. Tuffier ne peut s'expliquer ce phénomène d'obstruction complète des voies biliaires sans ictère que par une sorte d'inhibition réflexe du foie partie de la portion du cholédoque obturée par les calculs. En ce point d'ailleurs, M. Tuffier a noté l'existence d'un petit anneau induré entourant le cholédoque et adhérent à la tête du pancréas et accompagné de deux ganglions assez volumineux. S'agit-il là d'une péricholédocite localisée ou d'un noyau néoplasique ? Il est impossible de l'affirmer.

Kyste dermoïde des deux ovaires. — ***M. Potherat*** présente deux kystes dermoïdes des ovaires qu'il a enlevés chez une jeune femme de vingt-sept ans. Il attire l'attention sur cette particularité que l'un des kystes renferme des poils noirs, l'autre des poils blonds (la malade était blonde); qu'en outre l'une des tumeurs contient une masse osseuse recouverte d'une apparence de cuir chevelu et dans laquelle se trouve implantée une dent et que l'autre aurait pu, semble-t-il, être énucléée de l'ovaire qui la portait. Ce dernier fait est très important car il fait entrevoir la possibilité, dans certains cas de kystes dermoïdes, d'enlever le kyste en conservant la glande et par conséquent l'ovulation.

J. Dumont.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

6 Mars 1902.

Angiodermite tuberculeuse des mains. Pathogénie du lupus érythémateux. — ***MM. Leredde et Pautriez.*** La malade que nous présentons est atteinte de lupus érythémateux de la face, et, au niveau des mains, de plaques érythémateuses arrondies, saillantes, de couleur rouge brique, dont quelques-unes s'ulcèrent au centre. Ces lésions des mains n'existent qu'en hiver; elles disparaissent tous les étés.

Il faut noter, au niveau du cou, l'existence de très nombreuses cicatrices d'abcès froids. Ces lésions des mains se rapprochent du lupus érythémateux aberrant; cependant, on n'a jamais décrit d'ulcérations dans celui-ci.

Au point de vue histologique, on constate des lésions vasculaires endo-artérielles et endo-veineuses excessives et de véritables lacs sanguins dans la région sous-papillaire, dus à la gêne de circulation sanguine.

L'un de nous (Leredde) a déjà proposé de donner aux tuberculides le nom d'angiodermites tuberculeuses, en se fondant sur la constance et l'importance des lésions des vaisseaux, qui existent dans l'acnitis et la folliclis, l'érythème induré de Bazin, l'angiokératome de Mibelli, et le lupus érythémateux sous toutes ses formes.

M. Jacquet. La malade de M. Leredde est-elle tuberculeuse ou a-t-elle autour d'elle l'ambiance tuberculeuse que l'on retrouve chez les malades atteints de lupus érythémateux et qui a été si vivement mise en lumière par E. Besnier?

M. Leredde. Je n'ai pas trouvé de scrofule dans ses antécédents, elle a souffert dans son enfance d'adénopathies tuberculeuses.

M. Jacquet. J'ai posé cette question parce qu'il importe de préciser l'existence, chez les malades atteints de lupus érythémateux, de lésions viscérales, en particulier de lésions pleuro-pulmonaires concomitantes. J'ai avancé en effet, il y a longtemps, que les lésions des ganglions du sympathique cervical et thoracique pouvaient être la cause du lupus érythémateux puisqu'elles s'accompagnent dans quelques circonstances d'hyperhémie érysipélatoïde uni- ou bilatérale, de troubles pupillaires et sécrétoires. Or, dans deux cas de lupus érythémateux, j'ai vu les ganglions sympathiques englobés dans la coque pleurale qui encapsulait le sommet du poumon. Dans un autre cas de lupus érythémateux au début avec hémiatrophie faciale gauche, et éphidiose faciale droite, j'ai annoncé et trouvé à l'autopsie la sclérose pleuro-pulmonaire des sommets très épaisse et très ancienne à droite, beaucoup moins à gauche. M. Lenglet a depuis lors observé un cas de lupus érythémateux où les ganglions du sympathique étaient intéressés par un énorme épaississement de la plèvre. Ces faits semblent donc d'accord avec l'expérimentation pour prouver que le lupus érythémateux n'est pas une lésion de nature tuberculeuse, mais seulement d'origine tuberculeuse. On sait en effet que la structure

du tissu du lupus érythémateux diffère de celle du tissu tuberculeux, et que l'inoculation de ce tissu ne rend pas les animaux tuberculeux.

M. Leredde. Je crois, au contraire, que le lupus érythémateux est une maladie de nature tuberculeuse. Dans un certain nombre de cas de lupus érythémateux, on a trouvé des cellules géantes. Il y a, entre le lupus érythémateux et les tuberculides, une série de transitions et de points de contact; toutes les tuberculides ont pour lésions fondamentales les mêmes altérations vasculaires, on trouve des cellules géantes, et des bacilles dans quelques-unes de ces dermatoses. Dans les cas où l'on ne peut démontrer ici la présence de cellules géantes, ni celles de bacilles, il ne s'ensuit pas qu'ils n'aient pas existé au début de l'évolution.

M. Jacquet. Il ne me paraît pas qu'une seule et même théorie doive nécessairement expliquer tous ces faits voisins. Je crois que les lésions du sympathique jouent un rôle dans l'apparition du lupus érythémateux, et je demande seulement que les auteurs qui ont l'occasion de faire l'autopsie de ces malades recherchent avec soin l'état du sympathique au voisinage de la plèvre.

Guérison d'un cas de tabes par le calomel. — *M. Leredde*. J'observe depuis 1897 un malade syphilitique qui présenta pendant un an des symptômes cérébro-spinaux graves que je ne puis rattacher à un autre syndrome qu'à un tabes à évolution rapide (diplopie, troubles d'accommodation, tachycardie, amyotrophie, troubles vésicaux). Le traitement mercuriel fut fait pendant un an par les injections de cyanure de mercure; puis pendant dix-huit mois par le calomel à la dose hebdomadaire de 10 centigrammes, par périodes de traitement de six semaines avec périodes égales de repos.

Depuis un an et demi les symptômes se sont amendés, certains ont disparu, aucun signe nouveau n'est apparu, et je considère l'évolution comme arrêtée.

Des faits semblables ont déjà été publiés par Rumpf, Fournier, Spillmann, Teneson, Hammond, A. Robin, etc. Je désirerais que les dermatologistes publient les cas qu'ils ont observés, si incomplets sont-ils; on en pourrait tirer les plus importantes conclusions.

La conception des affections parasyphilitique a eu malheureusement pour effet de faire regarder des maladies d'origine ou de nature syphilitique comme inaccessibles au traitement mercuriel. Il importe que la question soit reprise et résolue dans l'intérêt d'un grand nombre de malades.

M. Hallopeau. Les dégénérations secondaires de localisations spéciales qui constituent les altérations propres de cette maladie ont pour point de départ des néoplasies syphilitiques des centres trophiques des parties atteintes, c'est-à-dire, très vraisemblablement des ganglions spinaux. Cette manière de voir confirme celle qu'a exprimée M. Fournier en disant : le tabes est d'origine, non de nature syphilitique. On s'explique ainsi l'insuccès des médications spécifiques chaque fois que la maladie est de date ancienne et la possibilité des succès dans les cas récents, d'où la nécessité d'avertir les malades et de leur faire connaître les phénomènes initiaux de cette maladie. Cette interprétation explique tous les phénomènes observés et peut seule les expliquer.

M. Jacquet. Il convient de remarquer que beaucoup de tabes tournent court en dehors de l'action de toute médication et que le traitement spécifique a donné, dans d'autres cas, des résultats nuls ou mauvais.

M. Renaut. Il y a lieu en outre de distinguer le tabes vrai de la syphilis médullaire. Ces affections ont des symptômes communs : douleurs fulgurantes, myosis signes de Romberg et Westphal, mais on trouve fréquemment dans les accidents tabétiformes de la syphilis, de la rachialgie, de l'exagération des réflexes, de la trépidation spinale. Il n'est pas impossible d'autre part que le tabes dépisté de bonne heure soit arrêté dans son évolution par le traitement mercuriel.

M. Fournier. J'ai réuni environ 1.300 cas de tabes; 1.000 étaient d'origine syphilitique, 100 ne présentaient pas de syphilis, 200 étaient douteux. Je puis presque affirmer d'avoir guéri un cas de tabes par le calomel, mais je suis certain de n'en avoir pas guéri deux. Il y a un fossé infranchissable pour le traitement entre l'action du mercure sur la syphilis et son action sur le parasyphilis; tandis que le traitement guérit 99 pour 100 des lésions syphilitiques proprement dites, il n'agit presque jamais sur les parasyphilis comme le tabes ou la paralysie générale. Or c'est précisément pour ces maladies que le mercure n'améliore pas, et qui cependant ont des relations avec la syphilis, que j'ai voulu donner le nom nouveau de parasyphilitiques. Il faut toujours déclarer avec beaucoup de circonspection qu'une lésion a été guérie par le mercure; en dehors des cas qui s'arrêtent spontanément dans leur évolution il existe un assez grand nombre de tabes frustes surtout chez les femmes. Ces tabes persistent pendant des années et sans transformation en se manifestant seulement par quelques symptômes tels que l'inégalité pupillaire, le myosis, l'ophtalmologie interne unilatérale, des troubles urinaires passagers. Le traitement qui leur serait appliqué paraîtrait en enrayer la marche : il n'est qu'indifférent.

Eruption bromique et iodique. Erythème bulleux iodique. — *M. Balzer*. Les moulages que nous représentons proviennent d'un enfant qui eut des lésions bromiques se manifestant sous l'aspect de végétations fessières et de papules volumineuses et dures et des lésions iodiques beaucoup plus légères. Il est remarquable qu'à la suite de la suspension du traitement la partie de l'éruption qui paraissait pouvoir être imputée à l'action de l'iode rétrocéda alors que la lésion bromique persistait. Chez un autre malade nous avons vu l'éruption iodique revêtir l'aspect d'anneaux érythémateux réguliers, larges de 1 à 3 centimètres, dont la bordure érythémateuse avait 3 à 5 millimètres de large et était sur certains anneaux recouverte de bulles purulentes.

Sur un cas de maladie de Darier. — *MM. Hallopeau et Fouquet*. Les altérations occupent les sièges de prédilection des affections séborrhéiques : elles sont constituées par des saillies dures et arrondies des orifices pilo-sébacés; elles se sont accompagnées de suppuration très abondante au menton et au cuir chevelu. Elles altèrent notablement la physionomie.

Pelade. Odontalgies. Hémihyperesthésie. Contagion de la pelade. — *M. Jacquet*. Voici une malade du service de M. Brocq qui depuis trois ans souffre tous les deux mois de crises dentaires. Depuis six mois est apparue une pelade de la nuque, et du côté droit de la tête cette pelade a coïncidé avec l'exaspération des douleurs dentaires. En même temps se manifestait une douleur du genou droit, du bras droit et de la région cervicale droite. Dans tout le côté droit du corps il y a hémihyperesthésie profonde systématisée. La crise dentaire se produit à droite et il y a de ce côté adénopathie cervicale et tuméfaction amygdalienne. Il y a là tout un syndrome évoluant autour d'une lésion dentaire.

M. Hallopeau. Sur 100 malades banaux nous en avons trouvé 87 dont les dents étaient altérées sans qu'ils fussent peladiques. Les névralgies latentes dont parle M. Jacquet existent presque chez tout le monde, on s'en peut assurer par la pression des nerfs à leurs émergences. Les troubles vaso-moteurs sont très communs. La pelade n'est pas un symptôme dans un syndrome, c'est une entité morbide, c'est de plus une affection contagieuse.

M. Sabouraud. Je croirais volontiers que nous ne savons rien de la pelade, mais il me paraît nécessaire que les théories avancées soient soutenues par des faits, et prouvées par l'expérimentation. Il est bien certain que nombre d'alopécies s'accompagnent de phénomènes généraux, mais ces alopécies ne sont pas la pelade. Je citerai tel pays, la Loire-Inférieure par exemple, où tout habitant est édenté sans que la pelade y soit particulièrement fréquente. Pourquoi tant de caries dentaires laissent-elles indifférent le cuir chevelu? Il me paraît inadmissible de faire l'unité peladique avec un nombre aussi grand d'affections alopéciques hétérogènes. Même au point de vue anatomo-pathologique il est possible de distinguer une pelade avec hypertrophie des sébacées, atrophie des sudoripares et une autre pelade fort différente avec atrophie des sébacées et hypertrophie des sudoripares. Il y a des pelades, non une pelade : la symptomatologie, l'évolution et l'origine les différencient. Certaines d'entre elles sont contagieuses.

M. Brocq. Je reconnais avec plaisir que depuis 1897 les opinions de M. Sabouraud sur la nature de la pelade ont subi une transformation. Mais de la théorie parasitaire et contagionniste qu'il soutenait alors exclusivement sont nées des réactions fâcheuses contre les idées libérales qu'il nous avait paru juste de professer. Nous avons demandé la plus large tolérance pour les enfants peladiques et leur admission dans les écoles; la majorité des médecins après la communication de M. Sabouraud en 1897 a pris fait et cause pour les idées de contagion et vit encore actuellement sur ces idées anciennes. Je serais heureux d'entendre M. Sabouraud nous exposer ses idées actuelles sur la contagiosité ou la non contagiosité de la pelade, sur la valeur pathogène de son microbacille de la séborrhée.

M. Sabouraud. Dans tous les cas de pelade j'ai constaté la présence de ce même microbacille.

M. Brocq. Est-il pathogène ?

M. Sabouraud. Le bacille existe toujours. Quant à affirmer que c'est là le microbe nécessaire et suffisant je ne puis le faire, je pense qu'il y a d'autres raisons dominant son évolution. En 1897, j'ai montré que le microbe existait dans la séborrhée commune et dans la pelade, mais je n'ai pas dit pourquoi les deux maladies différaient.

M. Brocq. La banalité du microbacille est pour nous à opposer à la rareté relativement très grande de la pelade chez les séborrhéiques qui le portent. Aussi voudrions-nous que M. Sabouraud en précise l'action.

M. Sabouraud. Je ne puis affirmer que la présence du bacille, et non son rôle précis.

M. Gastou. J'ai observé deux faits dont l'un est à l'appui de la théorie de la contagion, l'autre à l'appui de la théorie trophique de M. Jacquet. Dans le premier un jeune homme prit la pelade d'un ami et l'eut du même côté, parce qu'il s'était servi pour jouer la comédie d'une perruque que celui-ci avait portée. Dans le second cas il s'agit d'un sujet qui eut une lésion dentaire après la scarlatine. La pelade apparut pendant la crise dentaire, guérit rapidement et récidiva consécutivement 8 à 10 fois à l'occasion d'autant de crises dentaires.

Kéloïdes spontanées multiples. — *MM. Gaucher et Lacapère*. Ces kéloïdes sont apparues à l'âge de vingt-deux ans chez ce malade qui en a maintenant cinquante-huit. Nous n'avons pu déterminer leur pathogénie; elles sont survenues après un bain froid.

E. Lenglet.

ANALYSES

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

O. Van der Stricht. *La rupture du follicule ovarique et l'histogénèse du corps jaune* (*C. R. de l'Association des Anatomistes*, 1901). — Les importantes et récentes recherches de Sobotta tendent à démontrer que les cellules propres des corps jaunes proviennent, par transformation des cellules de l'épithélium folliculaire, des follicules ovariens rompus, et que les cellules conjonctives de la thèque interne du follicule se bornent à édifier la trame connectivo-vasculaire du corps jaune.

Van der Stricht a repris cette question sur l'ovaire d'une espèce de chauve-souris et sur celui de la femme. Il donne d'abord quelques renseignements sur l'ovulation, la maturation de l'ovule et la cicatrisation de la déchirure folliculaire chez la chauve-souris. Relativement à l'histogenèse du corps jaune, il trouve, avec Sobotta, que toutes les cellules de l'épithélium folliculaire restées en place dans le follicule rompu se transforment en cellules à lutéine. Chose curieuse, les cellules folliculeuses restées attachées à l'ovule, et parvenues avec ce dernier dans l'oviducte, de même que les cellules folliculeuses qui obturent l'orifice de rupture du follicule (bouchon épithélial obturateur) subissent, jusqu'à un certain moment, les mêmes transformations que les cellules folliculeuses restées en place.

Mais, contrairement à Sobotta et à Honoré, l'auteur admet aussi que les cellules du corps jaune proviennent encore : 1° de divisions karyokinétiques des premières cellules à lutéine d'origine épithéliale; 2° de la transformation de certaines cellules conjonctives de la thèque interne (cellules interstitielles chargées de graisse).

Chez la femme, dans des corps jaunes de la menstruation d'âge indéterminé, Van der Stricht a vu aussi des karyokinèses des cellules à lutéine, et la participation des cellules de la thèque à la formation de nouvelles cellules à lutéine.

Suivent quelques renseignements histologiques et cytologiques sur les corps jaunes.

Dans la discussion qui suit cette communication, Van Beneden et aussi Van der Stricht apportent de curieuses observations sur les ovaires des chauves-souris.

C. Regaud.

D. Ottolenghi. *Sur les nerfs de la moelle des os.* (*Accad. real delle Scienze, Torino*, 1901.) — L'auteur rappelle les recherches de Gros (1846) et de Variot et Rémy (1880). Il s'est servi des méthodes de Golgi au chromate d'argent, et d'Ehrlich au bleu de méthylène. Ses recherches ont porté sur le poulet, sur divers mammifères et particulièrement sur le lapin. Il conclut que :

La moelle osseuse est riche en fibres nerveuses, myéliniques et amyéliniques;

Les fibres nerveuses constituent d'abord des plexus périvasculaires, qui ne présentent aucune particularité ;

Dans la pulpe médullaire proprement dite cheminent des fibres nerveuses avec et sans myéline, provenant presque toujours des plexus périvasculaires.

L'auteur n'a pu mettre en évidence les terminaisons nerveuses dans la pulpe, et laisse cette question en suspens.

C. Regaud.

BACTÉRIOLOGIE

R. Abel. *La destruction des rats par le bacille de Danysz.* (*Deut. med. Wochenschr.*, 1901, n° 50, p. 869.) — Il y a quelques années, M. Danysz, attaché à l'Institut Pasteur, à l'occasion d'une épidémie sévissant sur des rats, a isolé du corps de ces rongeurs un bacille, agent de cette maladie meurtrière, lequel bacille fut dès lors connu sous le nom de bacille de Danysz. Au point de vue pratique, M. Danysz pensa qu'on pourrait utiliser son bacille pour la destruction des rats en mettant à la portée de ces animaux du pain ou de la viande enduite de cultures de ce bacille.

Les expériences faites en Allemagne avec le bacille de Danysz ayant donné des résultats contradictoires, M. Abel reprit ces recherches, et voici les faits qu'il constata :

Dans les expériences de laboratoire, quand on fait manger aux rats du pain enduit de cultures de bacille de Danysz, les animaux succombent au bout de six à douze jours. Les organes contiennent alors des bacilles de Danysz. On obtient aussi la mort des animaux en leur faisant manger les organes des rats ayant succombé à l'infection par le bacille de Danysz; seulement, après six passages à travers l'organisme des rats, le bacille de Danysz perd sa virulence. Par contre, il la garde tout entière dans des passages successifs sur agar.

Les expériences en grand, faites dans des écuries, des bateaux, des greniers, etc., n'ont réussi qu'une fois sur cinq. Dans un cas, il s'agissait d'une écurie infectée de rats. On en trouva plusieurs de morts (consécutivement à l'ingestion du bacille de Danysz mis sur du pain), et les autres ont disparu pour ne plus reparaître. Dans les quatre autres expériences, le résultat fut négatif; il y eut bien quelques rats qui moururent, mais leur nombre ne diminua pas.

M. Abel ne pense donc pas que la destruction des rats puisse se réaliser au moyen du bacille de Danysz. C'est aussi la conclusion à laquelle est arrivé un médecin australien, M. Tidswell, à la suite des expériences faites avec le bacille de Danysz.

R. Romme.

K. Nakanishi. *Sur la structure des bactéries* (*Centralblatt für Bakteriologie*, 1901, 26 Août, t. XXX, nos 4, 5 et 6). — A l'état frais, toutes les bactéries, même le bacille tuberculeux, se laissent colorer par le bleu de méthylène. La coloration n'est pas diffuse, mais fort bien différenciée. Par cette méthode, l'auteur a pu se rendre compte de particularités qui avaient échappé jusqu'ici sur la structure des bactéries.

A leur stade jeune, toutes les bactéries sont formées de cellules courtes, mononucléées: elles sont entourées d'une membrane d'enveloppe mince et sans structure; quelques bactéries ont en outre une capsule qui représente un produit de sécrétion de la cellule. Le cytoplasme est la partie principale de la cellule, et se divise en ectoplasme fortement coloré, et en endoplasme peu ou pas coloré. Le noyau est central, relativement petit, rond ou ovale, quelquefois irrégulier; il est plus petit chez les bactéries à spores; il se colore en bleu intense.

La division du noyau précède la division du protoplasma qui se sépare ensuite en deux par scission au milieu de la cellule. Les cellules d'une bactérie bacillaire se distinguent de celles d'une bactérie arrondie par la minceur de la membrane et le peu d'apparence du noyau.

Les bacilles diphtériques en forme de clou sont généralement formés de cellules uninucléées, les bacilles longs et en massue sont formés de cellules groupées. Les vibrions du groupe choléra et les spirilles, lorsqu'ils sont bien développés, présentent une structure compliquée ; lorsqu'ils sont atrophiés, au contraire, un aspect typique de cellules mononucléées.

Les spores se développent dans le cytoplasme sous forme d'une tache claire, d'un noyau axial, tache qui s'accroît, devient chromatophyle, puis réfringente et incolorable par suite de la membrane dont elle s'entoure. Elle représente en réalité un encapsulement intra-cellulaire du noyau et un épaississement du cytoplasme périnucléaire. Les spores sont toujours nucléées; leur noyau est bien visible. La spore du bacille du charbon est entourée d'une membrane à double contour, celle du bacille du tétanos n'a qu'une membrane à simple contour. Le protoplasma de la spore est homogène, mais se distingue nettement en endoplasme et ectoplasme au moment du rejet de la spore. Cette expulsion se fait à l'un des pôles pour la bactérie charbonneuse, indifféremment au pôle ou à l'équateur pour le bacille du tétanos.

La méthode de Nakaniski peut aussi servir à colorer les leucocytes, les hématies et les parasites de la malaria.

M. Labbé.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Pietro Pezzolini. *De la prétendue influence exercée par le corps thyroïde sur l'évolution et la guérison des fractures* (*Journ. de l'Ac. méd. de Turin*, 1901, Novembre). — L'influence attribuée au corps thyroïde sur la formation et l'involution du cal est-elle réelle? D'après les recherches expérimentales poursuivies par l'auteur, le retard dans la consolidation des fractures ne s'observerait chez le lapin thyroïdectomisé que quand on opère chez un animal déjà arrivé à la période de cachexie, et ce retard serait d'autant plus marqué que la cachexie est plus accusée. Il ne s'agit pas de suppression des processus de formation et d'évolution du cal. On ne peut admettre une influence directe spécifique de la thyroïde sur la formation du cal, car, d'une part, les cachexies d'origine non thyréoprive (par défaut d'aliments, suppuration, etc.) s'accompagnent aussi de retard dans la consolidation, et, d'autre part, ce ne sont pas seulement chez l'animal thyroïdectomisé les solutions de continuité des os dont la réparation est lente, mais aussi celles des téguments, etc.

Ph. Pagniez.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

A. Krokiewicz. *De la transmission de la rage au fœtus* (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1902, n° 6, p. 152). — La question de la transmission de la rage au fœtus étant encore controversée, l'auteur publie une observation qui prouve que cette transmission n'a pas lieu.

Il s'agit d'une femme de vingt ans qui, au septième mois de sa grossesse, est mordue par un chien enragé. Elle ne se soigne pas et entre à l'hôpital, quand, au bout d'un mois et demi, se déclarent les premiers symptômes de la rage. Elle succombe trois jours après son entrée.

Son bulbe, ainsi que le bulbe du fœtus extrait de l'utérus, sont injectés à des lapins. Le lapin injecté avec le bulbe de la mère succombe à la rage au bout de quinze jours avec des symptômes et des lésions rabiques. Le lapin inoculé avec le bulbe du fœtus est resté bien portant.

R. Romme.

MÉDECINE

L. Jehle. *De la présence des bacilles d'Eberth dans les crachats des typhiques.* (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1902, 27 Février, n° 9, p. 232.) — L'auteur rapporte dans son travail le résultat de ses recherches sur la présence des bacilles typhiques soit dans les crachats des malades, soit dans les sécrétions bronchiques examinées à l'autopsie. Les crachats, ainsi que les sécrétions bronchiques, étaient examinés au microscope, puis ensemencés; dans ce dernier cas, le diagnostic était complété par l'étude de la séroréaction.

Sur 15 cas dans lesquels les bacilles d'Eberth furent recherchés dans les crachats, le résultat fut positif 9 fois. Dans tous ces cas la fièvre typhoïde était compliquée de bronchite ou de bronchopneumonie. Les bacilles typhiques existaient à l'état de culture pure dans 2 cas; dans 4 cas ils étaient très nombreux; dans 2 cas ils étaient associés aux bacilles de l'influenza, dans 1 cas aux diplocoques et aux streptocoques.

Les résultats de l'examen du mucus bronchique ont été les suivants :

Dans 5 cas, dans lesquels il existait une infiltration hémorragique des poumons, les bacilles typhiques furent trouvés quatre fois. Sur 6 cas avec infiltration simplement inflammatoire des bacilles, la présence des bacilles typhiques fut constatée quatre fois. Les bacilles typhiques existaient encore dans 3 autres cas, qui ont présenté une évolution clinique un peu particulière.

L'auteur conclut de ces faits que le bacille typhique se rencontre régulièrement dans les crachats et les sécrétions bronchiques en cas de processus pneumoniques ou broncho-pulmonaires venant compliquer la fièvre typhoïde. Ils existent aussi, mais d'une façon moins régulière, dans les crachats des typhiques atteints de bronchite simple.

R. Romme.

Schrapf. *Le diagnostic précoce de la tuberculose par la séro-agglutination* (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1902, Février). — A la suite d'une longue étude sur ce mode de diagnostic de la tuberculose, soit pulmonaire, soit chirurgicale, l'auteur dit, entre autres conclusions, que :

Le séro-diagnostic de la tuberculose, par l'emploi de cultures homogènes en bouillon glycériné, est une méthode inoffensive pour le malade, donnant des résultats d'une appréciation facile, qu'ils soient négatifs ou positifs. Chez l'homme tuberculeux, le pouvoir agglutinant est peu élevé, atteignant rarement 1 pour 20.

Le pouvoir agglutinant chez les tuberculeux n'est pas absolument constant. Schrapf l'a trouvé positif dans 77 pour 100 des cas de tuberculose certaine ou présumée telle. Pour la tuberculose externe ou chirurgicale, avec intégrité des poumons, la proportion des résultats positifs est sensiblement la même : 77,7 pour 100.

La réaction agglutinante peut manquer dans les formes graves. Dans d'autres formes également graves, elle peut, au contraire, se montrer avec netteté.

La tuberculose externe, étant la forme en général la plus atténuée de l'infection tuberculeuse, il est intéressant de voir que c'est dans les atteintes qui en relèvent que le pouvoir agglutinant s'est manifesté le plus souvent avec force, sur les malades de Schrapf.

G. Fischer.

CHIRURGIE

Ch. Monqour. *De la néphrotomie dans les néphrites chroniques médicales.* (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1902, 9 Février.) — Les interventions médicales sont particulièrement graves chez les rénaux, et les chirurgiens sont à peu près d'accord pour reconnaître que l'existence d'une néphrite chronique constitue une contre-indication formelle à tout acte opératoire. Par quelle suite d'idées MM. Pousson et Monqour en sont-ils venus à proposer aujourd'hui une intervention directe sur le rein pour combattre les accidents urémiques après échec de la thérapeutique médicale? Quel peut être l'avenir de ce nouveau traitement? Telle est la question étudiée dans cet article.

MM. Pousson et Monqour ont présenté à la Société de Médecine de Bordeaux deux malades atteints de néphrite chronique au cours de laquelle sont apparus les accidents du grand brightisme : œdèmes, troubles dyspnéiques avec crises de suffocation, hydrothorax, hydropéricarde, etc. Les deux malades sont actuellement dans un excellent état; leur alimentation est celle de tous les convalescents.

L'intention des auteurs, en pratiquant la néphrotomie, n'était pas de provoquer la formation de nouveaux systèmes glomérulaires, mais de remettre en fonction ceux encore intacts qu'un obstacle passager, tel que la congestion, supprimait au point de vue physiologique. Dans les deux cas, la néphrotomie a été unilatérale, et, fait bien singulier, l'œdème a disparu d'abord du côté opéré.

Il ressort nettement de ces faits que, dans les cas désespérés de brightisme au cours de néphrite chronique, la néphrotomie est susceptible de donner des résultats dignes de fixer l'attention.

Déjà, en 1896, Harrisson proposait, dans les néphrites aiguës, scarlatineuses ou autres, de mettre à

nu le rein et de l'inciser, dans le but de diminuer la tension rénale. L'intervention de MM. Pousson et Monqour vise surtout les néphrites chroniques, comme la néphrocapsulectomie d'Edebohls, récemment préconisée (*Med. Record*, 1901, 21 Décembre).

J. Dumont.

VOIES URINAIRES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Zadok. ***De la suture des parois urétrales sans suture des parties molles et de la peau.*** (*Thèse*, 1901, Paris.) — Quand on a pratiqué une urétrotomie externe, on termine soit en laissant le périnée ouvert, y compris l'urètre, soit en suturant le canal et toutes les parties molles par étages. Le premier procédé est applicable aux seuls cas où les tissus ne sont pas infectés et où les urines sont aseptiques; le second, aux cas où l'on opère au milieu des tissus septiques, dans un périnée criblé de fistules suppurantes.

L'auteur considère qu'il existe des cas intermédiaires aux précédents, et dans lesquels les urines, quoique septiques, le sont peu, et le périnée en mauvais état, mais non transformé en un clapier purulent. C'est pour ces cas que l'auteur propose un procédé qui consiste à faire une suture urétrale en laissant ouverte la brèche périnéale. La sonde à demeure, placée au cours de l'opération, doit être renouvelée dès le troisième jour, et supprimée de bonne heure, du cinquième au huitième jour au plus tard, pour céder la place à la dilatation progressive. La dilatation doit être précoce. Il est préférable de se servir des bougies de Béniqué, avec ou sans conducteur. On commencera aussitôt que l'on aura supprimé la sonde à demeure; elle devra être poussée jusqu'au numéro 59 à 60 de la série de Béniqué.

L. Loubet.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

J. Weiss. ***Influence de l'alcool et des fruits sur la formation de l'acide urique.*** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1901, Juin, et *Treatment*, 1901, Novembre, p. 667.) — L'auteur a trouvé que l'absorption de l'alcool n'avait aucune influence sur la quantité d'acide urique sécrétée, résultat différent de celui obtenu par Riess et Laqueur, mais qui s'accorde avec les conclusions de Leber et V. Noorden.

Relativement à l'influence du jus de citron sur la quantité d'acide urique excrétée, le résultat de l'expérience fut négatif. Aucune diminution ne fut décelée dans la quantité d'acide urique excrétée. Mais l'auteur fait remarquer que l'ingestion d'énormes quantités de jus de citron peut déterminer des phénomènes dyspeptiques, et qu'à ce point de vue il n'est pas douteux qu'une « cure de citrons » serait pire que la maladie qu'elle prétend soulager.

L'auteur étudie ensuite l'effet des pommes sur la sécrétion d'acide urique. Dans cette expérience, les pommes furent employées pelées et non pelées. Quand les pommes étaient mangées sans leur pelure, la quantité d'acide urique restait invariable ; mais quand les pommes étaient mangées entières, le taux d'acide urique diminuait. Ce résultat est attribué par l'auteur à la pelure de la pomme, qui contient de grandes quantités d'acide picrique lequel semble posséder une puissance thérapeutique singulière et mériter d'être expérimentée dans le traitement de la goutte.

Il y a matière à réflexion dans les résultats pratiques obtenus par ledit auteur, spécialement de la part de ceux qui considèrent l'acide urique comme la cause unique de la goutte.

A. Martinet.

Bresgen. ***La valeur du gargarisme.*** (*St Paul Medical Journal*, 1901, Juin et *Therapeutic Gazette*, 1901, Novembre, p. 770.) — Cet auteur examine surtout les trois points suivants : la quantité de liquide prise dans la bouche, la température de ce liquide, sa nature.

Sa conclusion est qu'une petite quantité seulement de liquide doit être prise dans la bouche, le patient étant invité à essayer jusqu'à ce que cette petite quantité puisse pénétrer dans le pharynx, en arrière du voile du palais.

Les solutions très froides ou très chaudes irritent la muqueuse; le même effet est produit par les gargarismes astringents.

Le meilleur gargarisme est une petite quantité d'un liquide doux, émollient, pris à la température de la chambre.

Bresgen ne regarde pas les gargarismes comme des moyens curateurs, mais simplement comme des adjuvants, et seulement dans les cas aigus et récents. L'action simultanée et continue de tous les muscles de la déglutition aidera souvent dans l'expulsion de mucus épais et adhérent. Un gargarisme profond triomphera souvent de l'hyperesthésie de la muqueuse pharyngée qui résulte d'une toux fréquente et qui la provoque tout à la fois. Souvent aussi, l'habitude des gargarismes profonds rendra possible des manipulations, des attouchements, des explorations de la gorge tout à fait impossibles auparavant.

A. Martinet.

E. Ekgren. ***Augmentation de l'albuminurie par le massage.*** (*Deut. med. Wochenschr.* 1902, 27 Février, n° 9, p. 150.) — Les recherches que l'auteur communique dans son travail ont été faites à la clinique du professeur Senator (de Berlin). Elles ont porté sur trois malades atteints, deux d'atrophie granuleuse du rein, le troisième de néphrite parenchymateuse subaiguë. Le massage général auquel furent soumis ces malades se faisait le matin, avant le déjeuner, et consistait en pétrissage et effleurage passifs et en tapotement des membres et du dos, mais sans toucher à la région rénale. Les séances de massage ne se faisaient que tous les trois jours. L'urine était examinée avant et après la séance, ainsi que dans l'intervalle des séances.

Ces recherches, conduites d'une façon systématique et rigoureuse, ont montré tout d'abord que le massage n'exerce par d'action appréciable sur la quantité d'urine, ni sur le poids spécifique de l'urine. Par contre, presque toujours la quantité d'albumine augmente soit pendant, soit après le massage.

Pour expliquer cette augmentation de l'albumine sous l'influence du massage, l'auteur invoque le fait bien connu de l'albumine apparaissant dans l'urine des individus bien portants après un exercice musculaire fatigant. Les mouvements passifs, qui constituent le massage, agiraient donc de la même façon chez les néphrétiques dont les reins sont déjà malades.

De ces faits l'auteur tire les indications thérapeutiques suivantes :

Tout d'abord l'exercice musculaire ne doit pas être prescrit aux brightiques, ou du moins doit-on contrôler ses effets quand on les conseille à ces malades. En second lieu, le massage étant maintenant prescrit à tout propos, il faut tout d'abord s'assurer que le malade a ses reins en bon état, car l'albumine étant irritante pour le filtre rénal, le massage peut occasionner de cette façon une véritable néphrite. Enfin, le traitement des œdèmes des brightiques par le massage, lequel traitement est d'un usage courant, doit être surveillé au point de vue de son action sur l'albuminurie.

R. Romme.

SÉROTHÉRAPIE, OPOTHÉRAPIE

W. S. Fenwick. ***Traitement des hémorragies gastro-intestinales par l'extrait de capsule surrénale.*** (*British Medical Journal*, 1901, 30 Novembre, n° 2135, p. 1597.)

Depuis dix-huit mois, l'auteur se sert exclusivement d'extrait de capsule surrénale comme hémostatique et n'a eu qu'à se louer de cette pratique. Il administre 300 grammes de décoction, contenant 13 centigrammes d'extrait sec, le plus tôt possible après l'hémorragie. La dose peut être répétée au bout de deux heures; on peut même administrer sans inconvénient trois doses en quatre heures. Les effets les plus marqués s'observent surtout dans les ulcères gastriques siégeant près du cardia et dans les hématémèses d'origine hépatique ou cardiaque. Par contre, dans les ulcérations néoplasiques de la région du pylore, le traitement est de peu d'utilité. Les ulcérations intestinales bénéficient également de la méthode, en particulier dans les cas de cancer inopérable du rectum : ici les hémorragies s'arrêtent presque toujours après un seul lavement de décoction surrénale.

C. Jarvis.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE

L. Mohr. ***Les modifications du sang dans l'intoxication professionnelle par le benzol et ses composés*** (*Deut. med. Wochenschr.*, 1902, n° 5, p. 73). — L'auteur publie dans ce travail une dizaine d'observations ayant trait à des ouvriers occupés à la fabrication du benzol et de ses composés (nitrobenzol, chloro-benzol, etc.).

Les symptômes cliniques observés chez ces malades ont été ceux qui ont été décrits par plusieurs auteurs dans cette intoxication : céphalalgie, vertiges, et, dans les cas graves, véritable collapsus; accélération du pouls et de la respiration, qui est superficielle ; tremblements dans les muscles ; coloration cyanotique ou ictérique de la peau.

L'examen du sang, fait par l'auteur chez ses malades, a montré les particularités suivantes :

Tout d'abord on a trouvé dans le sang un nombre notable d'hématies fragmentées, variables comme volume et comme forme. D'après la terminologie d'Ehrlich, c'étaient des schistocytes, résultat de la fragmentation des éléments adultes.

Un autre phénomène constaté a été l'absence de coloration ou une coloration excessivement faible du stroma d'un grand nombre d'hématies dans l'intérieur desquelles se trouvait une sorte de noyau, beaucoup plus petit qu'un noyau ordinaire, qui était coloré d'une façon très intense. Cet état ne se rencontre ordinairement que dans les anémies graves, et est désigné sous le nom de dégénérescence hémoglobinémique. Enfin, on trouve toujours dans le sang des hématies à noyaux, indiquant une réaction de l'organisme dans le sens d'une régénération du sang.

Au point de vue chimique et spectroscopique, l'auteur a noté la présence de methémoglobine dans le sang de ses malades. Disons enfin que, dans l'urine de ces malades, il a constamment trouvé de l'hématoporphyrine.

R. Romme.

ÉPIDÉMIOLOGIE, MÉDECINE PUBLIQUE, HYGIÈNE

M. Vaillard. ***Emploi des vapeurs d'ammoniaque pour la désinfection des locaux*** (*Arch. de méd. et de pharm. mil.*, 1901, Décembre, p. 441). — D'après les travaux de von Rigler et de Arnaud, on pouvait considérer l'ammoniaque comme un désinfectant efficace, rapide, peu onéreux. M. Vaillard, qui a repris les expériences et les essais bactériologiques des auteurs, conclut, dans son rapport, que l'ammoniaque ne semble pas être un désinfectant infaillible et rapidement efficace, et que parfois il se montre radicalement infidèle.

En résumé, dit-il, l'ammoniaque paraît détruire la plupart des germes lorsqu'on le fait agir longuement, à haute dose, dans un espace étroit et hermétiquement clos, sous une cloche de verre ; cette action ne semble plus être la même lorsqu'on opère dans les conditions semblables à celles de la pratique courante. L'ammoniaque ne représente donc pas ce désinfectant idéal dont le besoin se fait partout sentir.

G. Fischer.

FACULTÉ DE PARIS

Clinique médicale (Hôpital Beaujon). — M. le professeur Debove fera ses leçons de clinique médicale, tous les matins, à 10 heures, dans l'Amphithéâtre de la Clinique médicale.

Visite et examen des malades, tous les matins, à 9 heures, salles Behier (Femmes) et Sandras (Hommes).

Cours de clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu). — M. Marion, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique chirurgicale, le vendredi 14 Mars, à 10 heures du matin, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Lundi : Leçons cliniques et opérations (Amphithéâtre Chomel), à 10 heures. — Mardi : Visite salle Saint-Landry. Examen des nouveaux malades par les élèves, à 9 heures. — Mercredi : Opérations. — Jeudi : Visite salle Notre-Dame. Examen des nouveaux malades par les élèves, à 9 heures. — Vendredi : Leçon clinique et opérations (Amphithéâtre Chomel), à 10 heures. — Samedi : Visite des malades et opérations, à 9 heures.

Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir : 1° Exercices cliniques et examen des malades par les élèves, sous la direction de M. Fredet, chef de clinique (Amphithéâtre Chomel), les lundis et jeudis, à 5 heures; 2° Conférences d'otologie et de rhinologie, par M. Martha, mardi à 4 heures, et vendredi à 5 heures (Salle de la consultation de l'hôpital; MM. Cazin et Hallion, chefs du laboratoire, sont à la disposition des élèves tous les matins au laboratoire pour les examens de bactériologie et d'anatomie pathologique.

Cours de thérapeutique. — M. le professeur Gilbert commencera le cours de thérapeutique aujourd'hui, à 5 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre

de l'École pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Programme du cours : Thérapeutique élémentaire; les médicaments, les régimes, l'art de formuler.

Cours de pathologie et de thérapeutique générales. — M. le professeur Bouchard commencera ce cours aujourd'hui, à 5 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Brissaud commencera le cours de pathologie interne aujourd'hui, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours complémentaire de pathologie externe. — M. J.-L. Faure, agrégé, a commencé ce cours complémentaire hier vendredi 7 mars, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Programme du cours : Chirurgie du rachis, de la poitrine et des organes génito-urinaires.

Cours de médecine opératoire. — M. le professeur Paul Berger commencera le cours de médecine opératoire le mardi 11 mars, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Traitement des affections chirurgicales des os et des articulations.

Cours complémentaire d'accouchements. — M. Wallich, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements aujourd'hui, à 6 heures (Grand Amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours d'hygiène. — M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène le mardi 11 mars, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours de médecine légale. — M. le professeur Brouardel a commencé le cours de médecine légale hier vendredi 7 mars, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours d'histoire naturelle médicale. — M. le professeur Blanchard a commencé le cours d'histoire naturelle médicale hier vendredi 7 Mars, à 5 heures (Laboratoire de Parasitologie. — École pratique), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences d'anatomie. — M. Cunéo, agrégé, commencera ces conférences aujourd'hui, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Conférences de pathologie externe. — M. Marion a commencé ces conférences le mardi 4 Mars, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie interne. — M. Rénon, agrégé, a commencé ces conférences (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à 6 heures.

Conférences de physiologie. — M. Langlois, agrégé, a commencé ces conférences (Amphithéâtre de Pharmacologie), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à 4 heures.

Conférences d'histologie. — M. Launois, agrégé, commencera les conférences d'histologie aujourd'hui, à 4 heures (Amphithéâtre de Pharmacologie), et les continuera les Mardis, Jeudis et Samedis suivants, à la même heure.

Conférences d'anatomie pathologique. — M. Legry, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique aujourd'hui, à 2 heures, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure, au Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Conférences de pharmacologie. — M. Richaud, agrégé, a commencé ces conférences hier vendredi 7 Mars, à 5 heures (Amphithéâtre de Pharmacologie), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Exercices opératoires. — M. Proust, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 17 Mars 1902, à 1 h. 1/4 précise, pavillon n° 5, à l'École pratique.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Thèses 1901.

Montpellier. — Peloni (Jean-Marie) : Contribution à l'étude des formes rares de l'hydrocèle vaginale commune, et des formes rares de l'hydrocèle congénitale. — Pieri (Félix) : Des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu. Recherches expérimentales. Considérations cliniques et thérapeutiques. — Kofmann (Mlle) : Association du rétrécissement mitral pur et de l'hystérie, (Essai pathogénique.) — Guibert (Louis-Hermant-Octave) : Du paludisme, de son mode de propagation, de son traitement. — Martin (Jean-Numa) : Hérédosyphilis des centres nerveux et diplégies spasmodiques de l'enfance. — Soubeiran (E.) : De l'impuissance sexuelle en matière de désaveu de paternité. — Emery (Frédéric) : Contribution au traitement du phagédénisme chancrelleux. — Favalelli (Charles-Marie) : Valeur séméiologique du bleu de méthylène dans l'insuffisance hépatique. — Rey (Louis-J.-B.-Noel) : Contribution à l'étude des résultats de l'intervention chirurgicale dans l'épilepsie jacksonienne d'origine traumatique. — Varenne (Francis) : La variole à Toulon pendant les années 1900-1901 (Etude statistique et clinique). — Abramovitch (Mlle Eva) : Sur un nouveau traitement de la tuberculose pulmonaire par l'huile d'aniline blanche et redistillée et ses dérivés. — Graille (Virgile) : De la luxation en dehors de la tête radiale. — Ricome (Louis) : De la persodine, son mode d'action, ses applications à la thérapeutique. — Frécus (Fernand) : Fosse iliaque interne; phlegmon intermusculo-périostique de cette fosse. — Guichou (M.) : Du prolapsus rectal chez l'enfant, sa guérison par le traitement médical. — Bosc (Joseph) : Dosage clinique du soufre urinaire. — Luigi (Jean-Augustin) : De l'eczéma de la nuque lié à l'évolution de la dent de sept ans. — Gayraud (Émile) : Du traitement de la pneumonie par le sérum antidiphtérique. — Andrianavony : Contribution à l'étude clinique des persulfates alcalins. — Cayrol (Jean) : Contribution à l'étude des corps étrangers de la vessie. — Giuli (François) : Contribution à l'étude de l'anémie et de la chloro-anémie chez les enfants. — Mandjosse (Mlle) : Quelques considérations sur les statistiques et l'étiologie de la paralysie générale des aliénés chez la femme. — Crassous (Henri) : De l'analgésie médicale par injections intra-arachnoïdiennes et épidurales de chlorhydrate de cocaïne. — Dusauls (Baudile) : Un cas de hernie musculaire. — David (J.) : Grossesses intra-utérines prises pour extra-utérines. — Castagné (L.) : Action des courants de haute fréquence sur la tuberculose. — Villa (H. P.) : Considérations générales sur l'épithélioma de la verge et son traitement chirurgical. — Sollier (Victor-Hyacinthe-Léon) : De la dyspepsie, les trois formes qu'elle revêt comme entité morbide, et ses deux états symptomatiques les plus fréquents. — Sertchevsky (Mlle Marie) : Des blessures de l'utérus gravide au cours des opérations abdominales. — Neymann (Mlle Marie) : Emploi de sérum gélatiné et de chlorure de calcium dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses. — Levère (Georges) : Du cancer broncho-pulmonaire primitif. — Blanc (Louis) : Contribution expérimentale à l'étude du contenu cardiaque dans la mort par asphyxie mécanique. — Roubaudi (S.) : Contribution à l'étude de la môle hydatiforme. — Laborde (Ch.) : Un oculiste du XIIe siècle. Bienvenu de Jérusalem et son œuvre. Le manuscrit de la Bibliothèque de Metz. — Massarel (Paul) : De l'appendicite au cours de la grossesse. — Dmitrieff (Mlle Ouliana) : Des impulsions pures et des impulsions associées au point de vue de la responsabilité morale (Contribution à l'étude). — Ivanoff (Ilia-D.-H.) : Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire précoce. — Tankoff (Nicolas) : Du cœur dans la chlorose. — Florence (Joseph) : Contribution à l'étude des sels de potassium sur le cœur et la circulation. Étude expérimentale de l'azotate de potasse.

Nancy. — Claus (Louis-Pierre) : Étude sur la tuberculose infantile. — Mathieu (Jean) : Ostéomyélites simulant une tumeur. — Vigneron (Victor-Marie-Joseph) : De la prostitution clandestine à Nancy. Esquisse d'hygiène sociale. — Gartcheff (Nicolas) : Du traitement palliatif non sanglant de la luxation congénitale de la hanche. — Michel (Louis) : De la coxa vara. — Barrois (Léon-Joseph) : Etude sur le kho-sam. — Dreyer (Marie-François-Joseph) : De l'urétrotomie complémentaire. — Donet (Charles) : Contribution à l'étude du tabes traumatique considéré au point de vue médico-légal. — Schachter (Iliazar-Israël) : De la trichosporie (*Piedra Nostras* et *Piedra Columbica*). — Hambartzoumian (Léon) : Accidents méningitiques consécutifs aux corps étrangers et blessures de l'orbite. — Beltcheva (Mme Marie) : Quelques considérations sur la chlorose.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers d'Académie : MM. d'Angelvin, Beltrami, Bloch, Bonnet, Braunberger, Crépel, Delarue, Devis, Dorison, Dupuys-Dutemps, Ermenge, Firmin, Goyon, Laval (Ed.), Legrand, Leray, Lesecq, Ménard, Parmentier, Perrachon, Pitsch, Richard d'Aulnay, Rousseau (Ed.), Sainturet, Tridon, Villeprandt, Zachariades, à Paris.

MM. Allard, à Duclair; Amblard, de Condat-les-Montboissier; Amourel, à Trun; Armaing, d'Aureville; Audouin, à Bordeaux; Aubert, à Constantine; Barat, à Saint-Antoine-sur-Isle; Barral, à Nîmes; Baude, à Douai; Bérard, à Longèves; Bernard, à Flavy-le-Martel; Berquet, à Calais; Berthault, à Sancerre; Berthomier, à Moulins; Bertrand, à Domène; Biétrix, à Concarneau; Blanc, à Lyon; Blois, à Saint-Denis; Bon, à Navarrenx; Bonnecaze, à Colombes; Bonneville, à Mazamet; Bos, à Lesparre; Boudon, à Lacanourgue; Brandeis, à Bayonne; Breitmann, à Herbault; Briand, à Lagard; Broncquart, à Lumbres; Butreulle, à Roubaix; Cacarrié, à Saint-Priest-la-Roche; Cadène, à Toulouse; Carageorgiadès, à Saint-Dizier; Corbou, à Carcassonne; Carlotti, à Bastia; Castan, à Béziers; Casteret, à Toulouse; Castiau, à Vieux-Condé; Castri, à Ault; Canton, à Saint-Mihiel; Cénac, à Lombez; Chailloux, à Saint-Macaire-en-Mauge; Chappare, à Saint-Fort; Charpentier, à Neuvy-sur-Loire; Chaudeborde, à Bordeaux; Chaumier, à Lyon; Chauvet, à Champagnolles; Chayron, à Villefranche-de-Longchapt; Chibret, à Aurillac; Claudot, à Neufchâteau; Clozurs, à Beauvais; Collet, à Noyers; Cotarmanach, à Saint-Meloir-des-Ondes; Coulon, à Sotteville-les-Rouen.

MM. Daniel, à la Seyne; Darteyre, à Saint-Amand-Tallende; Daspres, à Toulon; Debedat, à Bordeaux; Decouvelaere, à Hazebrouck; Delmas, à Rieu-en-Minervois; Descouleurs, à Droué; Dubourg, à Origne; Ducamp, à Saint-Lerebès; Dupont, à Valmont; Dupouy, à Augnax; Evrard, à Vernantes; Fabre, à Astaffort; Faugères, à Faux; Faure, à Riom; Ferrand, à Marseille; Flandrin, à Grenoble; Folacci, à Bastelica; Fournier, à Sigoulès; Fourniols, à Montastruc-la-Conseillère; Fringuet, à Broux; Gagnière, à Choisy-le-Roi; Gannelon, à Vervins; Gasilia, à Aspremont; Gauch, à Nîmes; Gaudrez, à Montreuil-Bellay; Cirot, à Tillière-sur-Avre; Goudard, à Pau; Gouffier, à Neuilly-sur-Seine, Gourdon, à Bordeaux; Guers, à Mouzaïaville; Guignabert, à Brioude; Guillemard, à Thiéblemont; Herland, à Rospodern; Herr, à Grigny; Houdry, à Taverny; Jacob, à Saint-Affrique; Jacquin, à Jouaville; Jan-Kerguistel, à Merquer; Janin, à Vertus; Jaudou, à Juvigny; Joanny, à Saint-Martin-Valmeroux; Klein, à Nantes; Lachatre, à Chantelle; Lafon, à Bourdeille; Lalanne, à Maréville; Lamole, à Arbas; Lamouroux, à Montpellier; Larcher, à Lagranville; Lasne, à Aix-en-Othe; Lasserre, Laurent, à Bordeaux; Lebrou, à Mayet-en-Montagne; Le Noc, au Faouet; Leturc, à Saint-Lô; Level, à Commercy.

MM. Machefer, de Vincennes; Macrez, de Liomer; Mahée, de Vertou; Mailhetard, de Tonnay-Charente; Martin du Magny, de Bordeaux; Mary, de Nanterre; Mauny, de Saintes; Meunier, de Sully-sur-Loire; Meynard, de Marines; Mézange, de Lassay; Michaud, de l'Isle-sur-le-Doubs; Milliot, de Chavanges; Monod, de Bordeaux; Monod, de Pau; Ollivier, de Dinan; Pasquereau, de la Boissière du Doré; Passano, de Cognocoli-Monticchi; Pelon, de Montpellier; Pelvet, de Vire; Petit, d'Angers; Pillot, d'Auxerre; Piotay, de Niort; Ponteil, d'Isle-Jourdain; Porchaire, de Neuvicq; Portalier, de Florac; Pouchet, de Grignols; Prévost, de Thiviers; Rabourdin, de Voves; Ravailler, de Saint-Amand; Reilhac, de Betz; Remignard, de Plémet; Richerolles, de Montluçon; Robin, de Grand-Serre; Rumeau, de Pamiers; Sanrey, de Batna; Savin, d'Apremont; Segond, de Valbonne; Spiral, de Montmédy; Stourme, de Lyon; Thierre, de Vichy; Thiéry, d'Orchies; Thoviste, d'Amplepuis; Trémoux, de Nort; Vadon, d'Aix; Valat, de Cahors; Veillard, de Meung; Vergniaud, de Brest.

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Vincent, médecin principal de 1re classe, a été désigné

pour faire partie du Comité technique de santé au ministère de la guerre.

M. Le Ray, médecin-major de 1re classe, est désigné pour servir au Tonkin,

M. Thibault, médecin aide-major de 1re classe, est désigné pour servir à Madagascar.

La lutte contre la syphilis. — Le ministre de la guerre vient d'autoriser les officiers à faire partie de la Ligue antisyphilitique de M. le professeur Fournier.

La Commission de la natalité. — La Commission de la natalité s'est réunie au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. Bernard, sénateur.

Elle a fixé l'ordre de ses travaux et désigné les rapporteurs suivants :

Causes physiques : MM. les professeurs Pinard et Richet.

Causes morales : MM. Bertillon et Honnorat.

Causes sociales : MM. Salone, Dumont et Gide.

Causes professionnelles : MM. March et Fontaine.

Causes des migrations : MM. Hennequin, Drouineau et Bertillon.

Causes économiques : MM. Yves Guyot et Neymarch.

Causes fiscales : MM. de Foville, Hennequin, Javal et Honnorat.

Causes juridiques : MM. Lyon-Caen et Atthalin.

Causes politiques, fonctionnarisme et bureaucratie : MM. Ogieux et Brieux.

La Commission a décidé de convoquer les personnes étrangères à la Commission qui auraient des propositions ou des expériences à signaler.

Société de préservation contre la tuberculose. — L'Assemblée générale annuelle de la Société de préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire aura lieu demain dimanche dans la salle des réunions de la mairie du Xe arrondissement.

L'ordre du jour comporte, en dehors de l'élection statutaire en remplacement des dix membres du Comité sortants, la distribution des prix aux lauréats du concours de 1901, et un projet de modification des statuts.

Donation utile. — Une donation de 3.000 francs vient d'être faite à la Faculté de médecine de Lille, par M. Houdoy, avocat à Lille.

Cette somme est attribuée au service de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

La donation de M. Houdoy a été faite spécialement en vue d'installer et développer l'électrothérapie et la radiothérapie dans le traitement des maladies de la peau.

Société médicale de l'arrondissement de Saumur. — Dans sa dernière réunion, la Société médicale de l'arrondissement de Saumur a renouvelé son bureau pour l'exercice 1902. Sont élus : MM. Coutand (de Saumur), président; Forst (des Roziers), vice-président; Levraud (de Saumur), secrétaire; Gilbert (de Saumur), trésorier.

La stérilisation des viandes suspectes. — La première fois en France une municipalité vient de mettre en service un appareil pour la stérilisation des viandes suspectes.

C'est à l'administration municipale de Roubaix que revient le mérite de cette mesure d'hygiène.

Colonies françaises.

Installation pratique de l'électricité médicale dans les hôpitaux des colonies. — Il est intéressant de signaler la façon aussi originale qu'économique dont M. Jourdan a organisé le service électrothérapique à l'hôpital de Tananarive.

Il produit l'électricité par une dynamo actionnée à bras. La conservation de l'énergie électrique se fait au moyen d'accumulateurs à pastilles, groupés de façon à ce que le voltage maximum en fin de charge soit inférieur à la force électromotrice de la dynamo. La distribution est assurée par des commutateurs, et la transformation est donnée par une bobine de 25 centimètres d'étincelle.

Ce genre d'installation, dû à M. le mécanicien Digoux, est certainement appelé à rendre des services dans toutes les situations analogues.

Étranger

L'hygiène scolaire aux États-Unis. — A Boston on a décidé d'aménager dans six nouvelles écoles municipales des bains pour les élèves externes.

The american larygological, rhinological and otological Society. — Le Comité a décidé que la 8e réunion annuelle de l' « American laryngological, rhinological and otological Society » se tiendra à Washington, D. C., les 2, 3 et 4 Juin 1902.

La camphromanie. — C'est aux États-Unis que sévit cette nouvelle forme d'intoxication. Elle est spéciale aux élégantes qui se figurent que le camphre en usage interne leur assurera la fraîcheur du teint.

Peu à peu elles s'habituent à la drogue et finissent par ne plus pouvoir s'en passer.

Les camphromanes sont en proie à des somnolences continuelles; ils présentent de la torpeur intellectuelle, de la faiblesse générale, et leur figure prend une expression apathique et indifférente, comme si elle était recouverte d'un masque.

La déesse de la variole. — Un correspondant de *The Lancet* a envoyé des Indes une idole hindoue adorée sous le nom d'*Amma* et qui représente la déesse de la variole. La statuette a 20 centimètres de hauteur : elle est de cuivre plaqué d'argent et représente une femme robuste agenouillée. La figure est couverte d'un masque détachable en métal, qui porte des marques de la petite vérole.

L'alcoolisme en Belgique. — Le pays compte 175.000 estaminets et débits de boissons alcooliques, 2.900 brasseries et 229 distilleries. Tandis qu'en Norvège on compte un cabaret sur 52.143 habitants, en Russie un sur 991, en Autriche un sur 200, en Prusse un sur 190, cette proportion est pour la Belgique de un cabaret pour 36 habitants. Bruxelles compte à lui seul 4.281 cafés, cabarets et estaminets.

Le peuple belge a dépensé pendant les vingt dernières années (1876-1896) environ 2 milliards et demi de francs en genièvre. Cette somme représente tous les crédits consacrés depuis 1830 par l'Etat aux services spéciaux ; chemins de fer, télégraphes, canaux et rivières, routes, ponts et voirie vicinale, ports et côtes, palais de justice, prisons, établissements de bienfaisance, monuments et bâtiments publics, établissements d'instruction, œuvres d'art, de science, etc., armée, garde civique, fortifications, armement et bâtiments militaires, bateaux à vapeur, expositions, etc.

CONCOURS

Concours des Hôpitaux (médecine). — Séance du 4 Mars : MM. Michel, G.-E. Papillon, Ramond, Sicard, Londe.

Internat. — *Pathologie.* — Séance du 5 mars : MM. Demanche, 7; Fayolle, 8; Desmoulins, 9; Fabre (J.-M.-J.), 8; Lavenant, 11; Siégel, 9; Zeutler, 7; Gimbert, 8. — *Absents* : MM. Chaignot, Leduc.

Internat en pharmacie. — Ont accepté jusqu'ici de faire partie du jury : MM. Lafont, Lextreit, Meillère, Thabuis.

Programme des concours de l'Académie de médecine de Belgique. — 1° Établir par de nouvelles recherches les rapports anatomiques des neurones entre eux. Prix : 800 francs. Clôture du concours le 20 Janvier 1903;

2° Étudier la pathogénie de l'ictère en se basant sur des recherches personnelles. Prix : 1.000 francs. Clôture le 30 Décembre 1902;

3° De la simulation au point de vue médico-légal en ce qui concerne les traumatismes et les névroses, et des moyens de la déceler. Prix : 1.000 francs. Clôture 20 Décembre 1903;

4° Prix Alvarenga de 800 francs. Clôture 15 Janvier 1903 à décerner à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit sur n'importe quelle branche de la médecine;

5° Élucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux, et principalement de l'épilepsie. Prix : 8.000 francs. Clôture 15 Mai 1902. Une somme de 5.000 francs, et une somme de 25.000 peuvent être données outre le prix de 8.000 francs à l'auteur d'un progrès capital dans la thérapeutique de ces maladies;

6° Prix Melsens de 1.200 francs à décerner à l'auteur belge d'un ouvrage remarquable sur l'hygiène professionnelle. Clôture du concours 20 Janvier 1905.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Kaposi, professeur de dermatologie à l'Université de Vienne. M. Kaposi était âgé de soixante-cinq ans.

RENSEIGNEMENTS

Etudiant en médecine fin d'études (16 inscriptions), marié, cherche remplacements, ou, de préférence, place de secrétaire ou aide de chirurgien ou médecin. Ferait aussi recherches bibliographiques ou traductions, anglaises et espagnoles. S'adresser *P. M.* 721.

On demande un interne, de préférence en chirurgie, pour faire un remplacement de deux ou trois mois à partir du 1er Avril, dans une fonderie du Centre. 400 francs par mois de fixe et le logement avec jardin. Toutes facilités pour faire de la clientèle au dehors. La place pourrait, d'ailleurs, être conservée si elle convenait à la personne ayant fait ce remplacement. S'adresser *P. M.* 726.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 21. — Mercredi, 12 Mars 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé. Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laënnec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé. Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé. Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

PRATIQUE MÉDICALE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

NOUVELLES

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Une proposition de loi intéressant tout particulièrement le corps médical vient d'être renvoyée à la commission de réforme judiciaire et de législation civile de la Chambre des députés. Cette proposition qui émane d'un député-médecin, le docteur Delarue, a pour but la suppression de l'article 909 du Code civil.

On sait que cet article, relatif à l'incapacité successorale des médecins et pharmaciens, est ainsi conçu :

Article 909. — Les docteurs en médecine et en chirurgie, les officiers de santé et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt ne pourront profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

Les mêmes règles seront observées à l'égard des ministres du culte.

Il est vrai que certaines restrictions étaient apportées aux prescriptions de cet article dans des cas particuliers. Par exemple, si le médecin était parent du testataire jusqu'au quatrième degré inclusivement, il pouvait en hériter, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritier en ligne directe. Il pouvait hériter encore en vertu de « dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus » ; mais cette dernière restriction a donné lieu à nombre de procès, en raison des difficultés qu'il pouvait y avoir à déterminer l'étendue de ces « services rendus » avant et pendant la dernière maladie. Aussi, M. Delarue propose-t-il d'abroger purement et simplement l'article 909, et de faire rentrer ainsi les médecins, au point de vue successoral, dans le droit commun, hors duquel ils n'auraient jamais dû être mis.

Cet article implique, en effet, et d'une façon évidente, une suspicion injustifiée et blessante vis-à-vis du corps médical. Il faut d'abord avouer que cette suspicion ne date pas seulement du Code civil et que les législateurs de la Révolution n'avaient fait que codifier la jurisprudence de l'ancien régime.

L'incapacité des médecins à hériter de leurs clients y était établie, dit un ancien jurisconsulte, Ricard, dans son Traité des donations « à cause du grand pouvoir qu'ils ont sur les esprits de ceux qu'ils traitent »... « leur autorité est d'autant plus à craindre que les faiblesses de ceux auxquels ils ont affaire est ordinairement

réduite à sa plus grande extrémité lorsqu'ils ont besoin de leurs secours, de sorte qu'il n'y a rien qu'ils n'exigent de leurs malades pour l'espérance qu'ils leur donneraient de les guérir. »

Cependant, il faut ajouter que la jurisprudence antérieure à la Révolution admettait certains tempéraments; elle décidait que « les libéralités faites aux médecins doivent être annulées seulement quand il ne paraît pas qu'ils soient les plus proches parents ou les amis intimes du testateur ». Le Code civil, lui, s'est montré plus sévère, en restreignant le degré de parenté et en excluant l'amitié. Et vraiment c'est exclusif. En veut-on un exemple? Deux hommes, dont un médecin, sont unis d'amitié depuis longues années. L'un d'eux, sans parents, sans héritiers directs, tombe malade gravement: il se fait naturellement soigner par son ami médecin. Or, il aurait l'intention de lui léguer sa fortune. Eh bien, la loi ne lui permet pas de le faire.

La loi soupçonne donc le médecin de pouvoir abuser de l'influence qu'il exerce sur l'esprit de son malade. C'est là une injure gratuite, sanctionnée par la légalité et que, cependant, ne justifie guère la conduite des médecins, inspirée moins par l'intérêt que par le désintéressement. Aussi bien y a-t-il lieu de souhaiter que la Chambre ratifie la proposition de loi qui lui est soumise en ces termes : « L'incapacité édictée par l'article 909 du Code civil est abrogée, en ce qui concerne les médecins, chirurgiens, officiers de santé, et les pharmaciens ».

Cependant, n'oublions pas, comme le dit M. Delarue, que « nous nous trouvons en face d'une iniquité vieille de bien des siècles, et nous savons que rien n'a vie plus dure qu'une injustice qui est en même temps une ingratitude ». Mais rien ne coûte d'espérer et d'attendre!

***

Il est à craindre que cette attente ne se prolonge, car nos députés touchent à la fin de leur mandat, et il est évident qu'il n'y a plus, avant les élections, le temps nécessité par la procédure parlementaire pour aboutir à un vote; la proposition devra donc être soumise à une prochaine législature. Ce délai permettra à nos confrères, médecins-électeurs, d'agir sur les candidats à la députation et d'ajouter l'abrogation de l'article 909 aux desiderata qu'ils ont à formuler auprès de leurs représentants.

Ils sont nombreux, ces desiderata, car, il faut bien le dire, en mettant à part ce que l'on pourrait appeler l'état-major médical, le médecin n'a plus aujourd'hui, dans notre démocratie, la situation morale qu'il avait autrefois et qu'il mérite toujours : quant à la situation matérielle, elle est parfois insuffisante, souvent précaire, presque toujours inférieure à ce qu'elle devrait être étant donné le travail et les sacrifices que nécessitent les études médicales.

Cet état de choses est indiscutable et je m'en rapporte, pour l'affirmer, aux termes mêmes en lesquels le député-médecin M. Delarue, dont la proposition de loi m'a suggéré cet article, l'exposait récemment devant la Chambre des Députés.

« Le corps médical est composé d'hommes honorables et dévoués qui, après des études longues, fatigantes et coûteuses, doivent se créer eux-mêmes une position qui sera brillante pour quelques-uns, médiocre pour le plus grand nombre, pénible et rude pour tous.

« Constamment exposés aux maladies les plus graves, à la mort même, ces hommes se contentent d'un salaire misérable, et, bien souvent, ils ne retirent de l'exercice de leur profession que la satisfaction du devoir accompli.

La société fait un perpétuel appel à leur dévouement; qu'il vienne de l'État, des départements, des communes ou des particuliers, cet appel est toujours entendu; s'ils réclamaient la rémunération légitime de leur travail, vous seriez dans l'impossibilité d'assurer le fonctionnement de vos services hospitaliers et l'exécution de vos lois d'assistance.

Alors que vous augmentez tous les traitements des fonctionnaires, que les retraites subissent des accroissements qui submergeront le budget, on n'inscrit même pas quelques francs au milieu de ces centaines de millions, pour venir en aide aux vieux médecins qui ont consacré quelquefois quarante ans de leur vie au service de leurs semblables, et qui n'ont en perspective, quand la vieillesse leur rend le travail impossible, que la misère avec son cortège de lamentables souffrances. »

On ne saurait mieux dire. Mais les paroles ne suffisent pas, il faut des actes; et il me semble que le moment est venu de protéger plus qu'elle ne l'est la profession médicale.

Quelles voies et quels moyens employer pour cela? Je n'ai pas à les étudier ici en détails; mais, en thèse générale, je puis dire qu'il serait à souhaiter que les médecins se réunissent, se groupent, par régions, rédigent des sortes de cahiers électoraux dans lesquels ils exposeraient leurs revendications et les soumettraient aux candidats qui briguent leurs voix pour les représenter au Parlement.

Dans notre pays de suffrage universel, par le caractère même de sa situation, le médecin peut acquérir une grosse influence électorale. Il est juste qu'il la mette au service des intérêts généraux du pays, mais il serait juste aussi que ce ne soit pas au détriment, non pas de ses intérêts particuliers, mais des intérêts de la profession médicale, par trop méconnus à notre époque.

E. De Lavarenne.

PRATIQUE MÉDICALE

Médication antiuricémique.

Dans l'uricémie et la goutte, dans la présclérose constituée par un état plus ou moins permanent d'hypertension artérielle et dans la sclérose artérielle confirmée, dans l'hypertension portale dans la sclérose cardio-rénale, dans toutes les maladies enfin où il importe de veiller au bon fonctionnement de l'appareil rénal. M. Huchard recommande pendant vingt jours chaque mois, et cela durant cinq à six mois (pour reprendre ensuite après deux mois d'interruption) la théobromine lithinée suivant ces deux formules :

1° Théobromine	20	grammes.
Carbonate de lithine	10	—
2° Théobromine	20	—
Carbonate de lithine	10	—
Benzoate de soude	5	—

Pour 40 ou 60 cachets ; un cachet tous les matins.

Voici encore une autre formule de pilules antiuricémiques », dont l'action est cependant moins certaine :

Extrait de convallaria maialis	ãã 3 grammes.
— de stigmates de maïs.	
Caabonate de lithine	
Benzoate de soude	

Pour 60 pilules. Prendre 6 pilules par jour, aux repas, et en trois fois.

Cette médication, longtemps continuée rend de grands services, parce que la lithine et la théobromine se comportent, l'une comme agent réducteur, l'autre comme agent éliminateur de l'acide urique.

LIVRES NOUVEAUX

Queirel, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Marseille. — *Leçons de clinique obstétricale* (Paris, Steinheil).

Clinique, voilà quel est l'enseignement de ce livre écrit au jour le jour pour préciser des cas intéressants, fixer des points particuliers, signaler des écueils redoutables et des dangers évitables plus que pour enseignement didactiquement ce que tant de bons livres ont pu faire déjà.

Ces leçons au lit des malades, inspirées par les circonstances et les entrées à l'hôpital, tout en étant savamment documentées, exposées dans un style clair, précis, élégant, éloquent parfois, sont toutes à conclusions pratiques, et par cela même sont d'un grand intérêt pour l'étudiant, et surtout pour le praticien.

Il faudrait citer et analyser ces vingt-quatre chapitres qui constituent une première série qui, nous l'espérons, sera bientôt suivie d'une autre. Signalons, en particulier, les leçons sur : *la conduite à tenir dans les bassins viciés, la Basiotripsie, Basiotripsie et Symphyséotomie, Symphyséotomie et forceps au détroit supérieur* où l'auteur aborde une des plus graves questions qui divisent les accoucheurs au point de vue doctrinal et pratique : ces pages contiennent la défense et la mise en application rigoureuse des idées de l'école de Baudelocque dont le professeur de Marseille est un des plus ardents partisans.

Si on a pu dire de lui qu'il était le « plus symphyséotomiste des symphyséotomistes », il ne faut pas oublier qu'il a publié jadis les *Symphyséotomies qu'on ne fait pas*, leçon où il a montré combien l'obstétrique avait bénéficié de l'opération de Sigault, en particulier dans ces cas où l'accouchement à terme se termine spontanément et heureusement dans des bassins rétrécis où jadis on aurait pratiqué l'accouchement avant terme, avec toutes les conséquences pour la mère et pour l'enfant.

Les cas où l'obstétrique doit faire appel à la science chirurgicale ne sont pas laissés dans l'ombre; l'*Hématocèle pelvienne*, la *Grossesse extra-utérine* (2 leçons), l'*Obstruction intestinale*, l'*Inversion utérine* sont traités avec la science d'un vieux praticien rompu aux méthodes opératoires les plus modernes.

Signalons surtout la leçon sur la *Rigidité du col* où l'auteur relate une intéressante observation de guérison de la mère avec survie de l'enfant, montrant l'incontestable valeur de l'opération de Porro dans cette complication de la période de travail.

Nous nous en voudrions de laisser de côté les deux chapitres si nouveaux du *Purpura* et de l'*Ophtalmie congénitale*, qui montrent la science d'observation et le sens clinique de l'auteur.

Nous ne nous arrêterons pas sur la leçon intitulée : *Tuberculose et grossesse* qui fait l'objet d'une divergence de vue entre le prof. Quirel et le prof. Pinard. Ce dernier a exposé, dans la préface, qui est à lire, pourquoi il n'était pas partisan, comme le professeur de Marseille, de l'avortement provoqué ou de l'accouchement avant terme, dans les cas de tuberculose pulmonaire.

Durant ces derniers mois, les sociétés de chirurgie et d'obstétrique se sont occupé du traitement chirurgical de l'infection puerpérale et de nombreux articles ont été écrits sur la valeur dans ce cas de l'hystérectomie abdominale totale. Comme tous ses collègues de Paris, le prof. Quirel, a été depuis longtemps préoccupé par la nécessité de trouver une thérapeutique utile de certains cas graves d'infection: comme eux, il a tenté l'ouverture du ventre et l'ablation totale des organes pelviens; ces tentatives n'ont pas été heureuses; aussi convient-il d'attendre pour se prononcer sur une pareille thérapeutique.

« Je veux bien, dit l'auteur à ce propos, ne reculer devant aucune opération, si importante, si difficile et si grave qu'elle soit, mais je veux que ma main ne l'exécute que quand mon esprit l'aura décidée en toute connaissance de cause, et quand mon expérience m'aura dicté qu'elle est justifiée ».

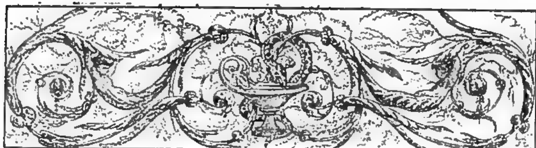
Ces dernières paroles montrent quel esprit d'honnêteté scientifique préside à ces leçons de clinique obstétricale.

En terminant, signalons que la 24e leçon traite de la confusion possible entre l'*Infection puerpérale et l'Infection Eberthienne* et de la nécessité dans ces cas, d'avoir l'esprit prévenu et de faire le séro-diagnostic pour éviter une erreur préjudiciable à la malade, surtout par ces temps d'ablation à outrance.

J. C. P.

BIBLIOGRAPHIE

L'immunité dans les maladies infectieuses, par Elie Metchnikoff, professeur à l'Institut Pasteur, membre étranger de la Société royale de Londres. Un vol. gr. in-8° avec 45 figures en couleurs dans le texte, 12 francs. (*Masson et Cie*, éditeurs).



COURS DE THÉRAPEUTIQUE

LEÇON D'OUVERTURE

Par le Professeur GILBERT

Le 8 Mars 1902.



Messieurs,

Le *Grand Sceau d'Argent* de l'Ancienne Faculté de Médecine de Paris représentait une Femme, couronnée et voilée, assise sur un siège élevé, entourée de jeunes gens attentifs et studieux, de « Philiatres », comme on appelait alors les Etudiants en Médecine; de la main gauche, elle tenait un Livre largement ouvert, de la droite un Bouquet de feuillages et de Fleurs.

Reine, Sainte ou Vierge, ce Personnage, dû au Burin d'un Artiste du XIIIe siècle, doit, dans votre Esprit, prendre l'Image de *La Thérapeutique*, Science, entre toutes, noble et sacrée, trait d'union et raison d'être de la Pathologie et de la Pharmacologie!

Ce Livre tenu d'une main, c'est celui des Sciences Pathologiques dont les Asclépiades ont rempli les premières pages et sur lequel le XIXe siècle vient d'écrire les dernières. La Thérapeutique y puise les Enseignements de la Clinique, de l'Anatomie et de la Physiologie pathologiques, de l'Étiologie et de la Pathogénie, qui lui indiquent l'Agent morbide à atteindre, les Manifestations morbides, Symptômes et Lésions, à combattre ou à ménager.

Ce Bouquet tenu de l'autre main, c'est un Bouquet de Plantes médicinales, c'est-à-dire l'Emblème des Sciences Pharmacologiques, Pharmacognosie, Pharmacodynamie, Pharmacothérapie, Sciences auxquelles la Thérapeutique est redevable de la connaissance des Médicaments envisagés en eux-mêmes, dans leurs effets sur l'individu sain et malade.

Aucune des branches de la Médecine ne pourrait revendiquer comme siens les Attributs figurés sur l'Antique *Grand Sceau* de la Faculté, SIGILLUM MAGISTRORUM FACULTATIS MEDICINE PARISIENSIS; seule, la Thérapeutique peut se les approprier.

Il en est de même, d'ailleurs, des Insignes que prit au XVIe siècle la Faculté qui consistent en trois Cigognes tenant dans leur bec un rameau d'Origan, avec, en Chef, le Soleil dardant ses rayons, et cette fière Devise : URBI ET ORBI SALUS!

C'est que la Thérapeutique est, à ce point, la partie la plus importante de la Médecine, qu'elle est la Médecine même, et que l'Artiste qui donne à la Médecine les traits de la Thérapeutique se souvient de cette définition qui est, à proprement parler celle de la Thérapeutique : « La Médecine est l'art de guérir ».



* * *

Malgré son importance capitale et prépondérante, la Thérapeutique, Messieurs, n'est devenue l'objet d'un enseignement distinct à la Faculté que depuis l'année 1823.

A ses origines, je veux dire au Moyen Age, la Faculté était pauvre, les Philiatres étaient peu nombreux et deux Professeurs suffisaient à la tâche : l'un enseignait, le matin, *les choses naturelles et non naturelles*, « *res naturales et non naturales* », c'est-à-dire l'Anatomie, la Physiologie et l'Hygiène; l'autre traitait, le soir, *des choses contre nature*, « *res praeter naturam* », à savoir de la Pathologie et de la Matière médicale.

Pendant plusieurs siècles, aucune innovation ne fut faite et il faut traverser toute la Renaissance pour voir, au cours du XVIIe siècle, puis, au commencement du XVIIIe s'ajouter successivement aux deux Chaires primitives, quatre Chaires nouvelles, celles de Chirurgie en langue latine, d'Histoire naturelle, de Pharmacie et de Chirurgie en langue française.

Bientôt, les six Professeurs devinrent insuffisants et, au milieu du XVIIIe siècle, la Faculté songea à en élever le nombre à neuf. La matière des cours devait être ainsi partagée : 1° Anatomie; 2° Physiologie et Hygiène; 3° Chimie; 4° Pathologie; 5° Matière médicale; 6° Thérapeutique; 7° Histoire des maladies, et Thérapeutique pratique; 8° Chirurgie; 9° Médecine légale.

Vous remarquerez que, sur neuf Chaires, une étant réservée à la Matière médicale, deux encore étaient attribuées à la Thérapeutique qui devait être enseignée, d'une part en latin à la Faculté, d'autre part en français, à l'Hôtel-Dieu, au lit des Malades.

Ce beau plan de réformes n'eut pas le temps d'être mis à exécution : la Révolution, qui grondait, se déchaîna tout à coup; le 18 avril 1792, l'Assemblée législative décida la suppression des corporations enseignantes, la vieille Faculté avait vécu [1]!

Lorsque, deux ans après, en 1794, sur le Rapport de Fourcroy, la Convention décréta la réouverture de la Faculté, sous la désignation d'*École de Santé*, son transport de la rue de la Bûcherie, où elle laissait plusieurs siècles de souvenirs, dans les bâtiments de l'*Académie de Chirurgie*, qu'elle occupe depuis lors, douze Professeurs lui furent attribués, mais la Thérapeutique, hélas! était bien sacrifiée. Les cours furent ainsi étiquetés : 1° Anatomie et Physiologie; 2° Chimie et Pharmacie; 3° Physique et Hygiène; 4° Pathologie externe; 5° Pathologie interne; 6° Histoire naturelle médicale; 7° Médecine opératoire; 8° Clinique externe; 9° Clinique interne; 10° Clinique de perfectionnement; 11° Accouchements; 12° Médecine légale et Histoire de la médecine. La Thérapeutique et la Matière médicale, qui devaient être enseignées par trois bouches, dans le projet de l'Ancienne Faculté, ne figuraient plus sur le programme des cours de la Nouvelle!

C'est en 1823, ainsi que déjà je vous l'ai dit, que cette lacune fut comblée : parmi les dix nouvelles Chaires qui furent alors créées, l'une fut attribuée à la Thérapeutique; en même temps, la Chaire de Chimie et Pharmacie était dédoublée en Chaire de Chimie et en Chaire de Pharmacologie. La Matière médicale séparée de l'Histoire naturelle, était rattachée à la Thérapeutique, qu'elle abandonnait à son tour, en 1896, sous le professorat de M. Landouzy, pour rejoindre la Pharmacologie.

Sept Professeurs, Messieurs, se sont succédés, depuis 1823, dans la Chaire que j'occupe aujourd'hui : Alibert, Trousseau, Grisolle, Germain Sée, Gubler; puis, MM. Hayem et Landouzy.

A n'envisager que ceux de ces Maîtres qui relèvent de l'Histoire, quelle incomparable lignée ne forment-ils pas?

Grisolle est peut-être celui dont la postérité portera le nom le moins haut et le moins loin. Ce n'était pas un novateur, et on ne lui doit rien de grand, mais la rectitude et la précision scrupuleuse de son jugement lui permirent de rendre par la parole et par la plume de très réels services.

Malgré qu'il ait occupé plus longtemps la Chaire de Thérapeutique que celle de Clinique, il a marqué sa trace surtout comme Pathologiste, dans la pléiade des grands Cliniciens du milieu du XIXe siècle, à côté des Chomel, des Rostan, des Piorry, des Bouillaud et des Monneret.

Gubler et Germain Sée, eux, furent, en même temps que des Cliniciens émérites, de vrais Thérapeutes : le premier mourut dans sa Chaire, qu'il occupa pendant onze années; le second n'enseigna la Thérapeutique que pendant un an et demi, mais, devenu Professeur de Clinique, il ne cessa de thérapeutiquer jusqu'à sa mort.

Quel contraste entre ces deux hommes qui aimaient la Thérapeutique d'un égal amour!

Je les revois tous deux dans leurs services d'Hôpital, l'un à Beaujon, l'autre à l'Hôtel-Dieu : Gubler, avec ses longs cheveux, sa physionomie avenante, la préciosité de sa mise et de son langage, semblait un Médecin du XVIIIe siècle attardé dans le XIXe; Germain Sée, les cheveux ras, l'œil enfoncé et dur, la mâchoire volontaire, l'épaule athlétique, la parole sourde mais ardente, incarnait, tout âgé qu'il fût, les vigueurs que réclamera la lutte de demain.

En Thérapeutique, Gubler était classique et conservateur, Germain Sée novateur et révolutionnaire.

Il faut reconnaître qu'il y a du génie dans l'œuvre thérapeutique de Germain Sée ; la

1. CORLIEU. « L'ancienne Faculté de Médecine de Paris », 1879. — « Centenaire de la Faculté de Médecine de Paris », 1896. — FAUVELLE. « Les Étudiants en médecine sous le Grand Roi », *Thèse* Paris, 1899.

Chimie va de découvertes en découvertes; chaque jour, de nouveaux corps sont livrés aux Pharmacologues et aux Médecins qui les expérimentent sur l'Homme et sur les Animaux; au milieu de toutes ces Substances, en est-il quelques-unes qui, plus précieuses que des pierres précieuses, vont enrichir l'écrin de la Matière médicale? Chacun hésite : les résultats sont douteux ou contradictoires; il faut recommencer les expériences; le temps passe, et l'écrin reste vide. Cependant, voici Germain Sée : il suit attentivement le mouvement pharmacologique; il voit sortir du néant, pour y retourner bientôt, mille Substances; entre celles-ci, il sait faire son choix; aux recherches antécédentes il ajoute rapidement quelques observations nouvelles; comme par une sorte d'intuition, son opinion est faite aussitôt; il n'hésite plus, dès lors, il se prononce, et, dans l'écrin, viennent se ranger le Salicylate de soude, l'Analgésine, la Théobromine, etc.

Le nom d'Alibert, par sa présence ici, surprendra quelques-uns d'entre vous. Vous connaissez tous, dans Alibert, le grand Médecin de l'Hôpital Saint-Louis; vous savez tous qu'il dispute à Bazin le premier rang parmi les Dermatologistes français du XIXe siècle; le Thérapeute, le Pharmacologue, le Botaniste, sont généralement ignorés. Cependant, Alibert, nommé Professeur, dans cette Chaire, en 1823, y a marqué sa place par son enseignement et par ses œuvres : esprit méthodique, il a apporté dans ses leçons de l'Ecole les mêmes qualités qu'il montrait à l'Hôpital, et l'on ne sait s'il ne faut pas autant admirer l'ordre qu'il a su mettre dans le chaos de la Thérapeutique, que celui qu'il a contribué à établir en Pathologie cutanée.

Les Dermatologistes vous diront qu'Alibert est la plus pure illustration de cette Chaire; pour nous, Médecins, nous apercevons au-dessus de toutes ces mémoires, la grande et belle et noble figure de Trousseau!

Trousseau! Et l'Hôpital des Enfants-Malades, et la Clinique de l'Hôtel-Dieu, et la Chaire de Thérapeutique le réclament à la fois comme particulièrement sien, et sa gloire est assez grande pour tous!

Le Professeur Dieulafoy a loué comme il convenait celui dont il fut le disciple et l'ami, et, à ce qu'il a dit, rien n'est à ajouter. Je n'ai pas entendu professer le Maître, mais sa voix fût à ce point vibrante que, dans cette Ecole, les échos n'en sont pas encore éteints.

C'est ici, c'est dans cette Chaire, veux-je dire, que Trousseau recueillit ses plus beaux triomphes. Nommé Professeur après un brillant concours, il enseigna la Thérapeutique pendant treize ans, permuta pour la Clinique de l'Hôtel-Dieu, qu'il occupa pendant douze ans; mais, pris de nostalgie pour la Thérapeutique, il repermuta, et mourut dans cette Chaire.

Et c'est à de tels hommes, Messieurs, Alibert, Trousseau, Grisolle, Germain Sée, Gubler, que, pour ne pas citer les vivants, la Faculté m'appelle à succéder aujourd'hui.

Permettez-moi de lui en exprimer toute ma reconnaissance, en la personne de notre cher Doyen, le Professeur Debove, qui me fait l'honneur d'assister à cette Leçon d'ouverture.

Permettez-moi, aussi, de saisir l'occasion unique et solennelle, qui m'est offerte de remercier les Maîtres et les Amis dont l'affectueux intérêt ne m'a jamais fait défaut : le Professeur Brouardel dont l'amour paternel pour ses élèves n'a d'égal que son dévouement à la chose publique; les Professeurs Hayem et Landouzy dont j'ai dirigé le Laboratoire de Thérapeutique pendant douze ans et dont le remarquable enseignement m'a servi de modèle, lorsqu'en qualité d'Agrégé, pendant neuf années déjà, j'ai professé la Thérapeutique à la Faculté; les Professeurs Grancher, Joffroy, Fournier, Pozzi, Brissaud, Bouchard, MM. Hérard et Millard, dont j'ai eu l'honneur d'être le stagiaire, l'externe ou l'interne; le Professeur Duclaux, dont trois Laboratoires successifs me furent ouverts avec la même grâce, depuis le modeste réduit de la rue de l'Arbalète, jusqu'au palais de la rue Dutot.

Enfin, permettez-moi d'évoquer, en ce jour, le nom d'un Homme dont la mémoire m'est chère, celui d'Hanot, enlevé à la Science, au moment, où, lui-même, allait revêtir la robe rouge; je ne puis, sans tristesse, jeter les yeux sur cet Amphithéâtre où se sont donné rendez-vous mes amis et songer qu'il n'est pas là!

* * *

Que de changements accomplis en Thérapeutique, Messieurs, depuis l'époque où la Révolution fermait l'Ancienne Faculté pour rouvrir la Nouvelle!

Vous entendrez souvent, dans le Monde, exprimer cette opinion que si la Chirurgie a fait d'immenses progrès, la Médecine, par contre, est restée stationnaire. Quelle erreur! Comme la Thérapeutique chirurgicale, la médicale s'est transformée dans le cours du XIXe siècle, et, tout comme elle, elle a subi dans ces dernières années l'influence pastorienne.

Je vous ai montré, dans la Thérapeutique, le trait d'union et la raison d'être de la Pathologie et de la Pharmacologie. Souvenez-vous du fameux *Sceau d'argent* de l'Antique Faculté! Tout progrès réalisé dans l'une ou dans l'autre de ces Sciences n'a donc pu que profiter à la Thérapeutique. Feuilletons, si vous le voulez bien, le Livre des Sciences pathologiques, et arrêtons-nous aux Chapitres qu'y a écrits le XIXe siècle; puis nous prendrons le Bouquet de Plantes médicinales et nous en compterons les Fleurs nouvelles.

Eh bien, Messieurs, l'Histoire nous enseigne que nos connaissances en Pathologie ont passé par trois phases successives : nous avons, d'abord, aperçu les *Symptômes* des Maladies; nous en avons, ensuite, étudié les *Lésions*; enfin, nous en avons pénétré les *Causes*.

De ces trois phases, les deux dernières appartiennent, presque exclusivement, au XIXe siècle.

Alors que nos Ancêtres n'apercevaient que des effets, alors que, pour eux, les Symptômes des Maladies représentaient ces Maladies tout entières, s'identifiaient avec elles et en formaient, pour ainsi dire, l'essence, nous, non seulement au delà de l'Expression clinique, nous voyons les Lésions, mais encore et surtout nous distinguons l'Agent pathogène d'où procèdent toutes choses.

Les conséquences thérapeutiques de ces progrès ont été incommensurables : à une Thérapeutique empirique unique et vague en son objet, la Maladie, nous avons substitué une Thérapeutique raisonnée à double but : *pathogénique*, lorsqu'elle vise la Cause de la Maladie; *symptomatique*, quand elle s'adresse aux Effets morbides, Symptômes et Lésions.

L'on a vanté bien des Méthodes thérapeutiques et bien des Moyens thérapeutiques, et vous entendrez parler de *Thérapeutique empirique*, *statistique*, *physiologique*, *naturiste*, *expectante* et *rationnelle*, de *Thérapeutique psychique*, *physique* et *chimique*, de *Thérapeutique minérale*, *végétale*, *animale* et *bactérienne*... Hormis la Thérapeutique *expectante* qui, pour indiquée qu'elle puisse être, est une Thérapeutique *négative*, toutes les Thérapeutiques sont ou pathogéniques ou symptomatiques dans leur intention ou dans leur résultat.

La Thérapeutique pathogénique est incontestablement d'un rang plus élevé que la Thérapeutique symptomatique, puisqu'elle atteint la cause, alors que celle-ci se contente de viser les effets. Mais, soit que l'Agent morbide, après avoir accompli sa tâche, ait quitté la place, soit qu'il subsiste, mais qu'il se tienne hors de portée, la Thérapeutique pathogénique est loin d'être toujours applicable. C'est pourquoi, bien que les innombrables essais de l'Empirisme nous aient légué divers Agents capables de remonter jusqu'aux sources morbides, et bien que déjà les données étiologiques nouvelles aient reçu un commencement de sanction thérapeutique, il faut envisager surtout la Thérapeutique pathogénique comme une Thérapeutique d'avenir.

L'Initiateur en fut Rasori, avec sa *Thérapeutique contro-stimulante*, qui, négligeant les Phénomènes locaux, allait au delà et, par dessus, atteindre la *Diathèse de stimulus*, c'est-à-dire la *Toxi-infection* génératrice. Mais Rasori avait devancé son Époque, et le XIXe siècle devait seulement à son déclin apporter la preuve des vues géniales qu'il avait émises à son aurore.

La Thérapeutique symptomatique ne se distingue pas seulement de la Thérapeutique pathogénique par son but qui est différent et plus modeste, elle s'en sépare encore sur le terrain plus mouvant pour elle de la mise en pratique. Je m'explique : alors que la Thérapeutique pathogénique, lorsqu'elle est applicable, doit être pour ainsi dire toujours appliquée, selon des règles fixes ou du moins peu variables avec les Cas et les Sujets, la Thérapeutique symptomatique ne doit jamais être réflexe, mais réfléchie et soumise à la discussion intérieure de l'Indication ou de la Contre-Indication.

Lorsqu'on croyait que les Symptômes des Maladies constituaient ces Maladies elles-mêmes, on conçoit que le mot d'ordre thérapeutique ait été et *ait dû* être : « Sus aux Symptômes »; mais, à partir du jour où l'on a su que les Symptômes des Maladies naissaient du Conflit de l'Organisme avec des Causes morbides, certains résultant de l'Action sur l'Organisme de ces Causes morbides, d'autres exprimant la Réaction de l'Organisme en face de ces Causes morbides et représentant ainsi des Manifestations défensives avantageuses et respectables, alors est né en Thérapeutique symptomatique le grave dilemne de l'opportunité de l'Action ou de l'Abstention.

N'oubliez pas ce fait, qui domine la Thérapeutique symptomatique tout entière,

à savoir : que bon nombre de Symptômes représentent des Actes défensifs de l'Organisme, et qu'ainsi, non seulement ils ne doivent pas être combattus, mais respectés ou même favorisés.

Vous citerai-je les Vomissements et la Diarrhée qui se produisent dans la plupart des Empoisonnements accidentels ou criminels? Les Vomissements, la Diarrhée, les Sueurs, les Hémorragies qu'on observe chez les Urémiques? Les Sueurs et la Polyurie qui marquent la fin de diverses Maladies infectieuses? Et la Toux, facilitant l'Expectoration, dans les Affections des Voies respiratoires? Et cette Expectoration même? La liste serait longue, si je voulais l'établir complète, des Symptômes favorables et respectables qu'on peut relever au cours des Maladies!

Au dernier Congrès international de Médecine dans la Section de Thérapeutique, a été posée cette question qu'ont traitée deux Rapporteurs éminents, les Professeurs Stockvis et Lépine : *Doit-on combattre la fièvre*? Le fait qu'une semblable question ait pu être formulée est caractéristique de l'État des Esprits. J'ai connu une Époque, qui n'est pas lointaine, où elle ne serait venue à l'idée de personne, parce que nul ne doutait que la Fièvre ne dût être combattue. C'était à la suite des travaux de Liebermeister, publiés de 1865 à 1875, dans lesquels il était établi, pensait-on, que l'Elévation de la température représentait le principal danger et des Maladies aiguës, et des chroniques. Le Bain froid fleurissait alors, et le Sulfate de quinine à hautes doses en attendant l'Acide salicylique puis l'Antipyrine, l'Antifébrine, la Phénacétine, la Thalline, l'Exalgine et enfin la Lactophénine, la Salipyrine, la Thermodine et la Kairine!

Il est bien certain que la Fièvre doit être combattue quelquefois : c'est quand elle est excessive, dépassant la mesure et qu'elle menace d'atteindre les actes vitaux. Hormis ce cas, véritablement exceptionnel, il n'est nullement prouvé qu'il faille combattre la Fièvre. Bien au contraire, de sérieux arguments peuvent être apportés en faveur de la thèse adverse, et notamment celui-ci que quand, dans une Maladie d'ordinaire fébrile, on voit manquer la Fièvre, il en faut déduire le plus fâcheux augure. Nul ne sait encore ce qu'est exactement la Fièvre, mais ce que l'on sait bien, c'est qu'elle est liée à un ensemble de Phénomènes qui marquent la Réaction défensive de l'Organisme, et qui conduisent presque toujours à la guérison. Ne vous étonnez donc pas de voir quelque jour la *Médication hyperthermisante* entrer en concurrence avec l'Antipyrèse!

La question posée relativement à la Fièvre n'est que le cas particulier d'un problème plus général qui est le suivant : *Doit-on combattre les Symptômes des Maladies*?

A cet égard, il convient de faire des distinctions, et l'on peut répondre : Oui, dans certains Cas, on doit combattre les Symptômes des Maladies, mais il est aussi des Cas où il convient de les respecter, voire de les favoriser.

La séparation des Cas dans lesquels doit être mise en œuvre la Thérapeutique symptomatique, de ceux dans lesquels le devoir est de s'abstenir, est le nœud même de la Thérapeutique.

Vous puiserez essentiellement vos Indications et Contre-Indications dans la connaissance de deux facteurs : 1° *la Gravité des Symptômes*; 2° *la Valeur des Symptômes*.

Relativement au premier facteur, vous tomberez aisément d'accord avec moi, que, chaque fois qu'un Symptôme devient grave au point de menacer l'existence, quelle que soit la Cause à laquelle il se rattache, quel que soit le Mécanisme de sa production, quelle qu'en soit la Valeur, il importe d'agir.

Les Indications tirées de la notion de Gravité des Symptômes priment donc celles que l'on peut déduire de la notion de Valeur.

Je vous ai déjà cité la Fièvre : quelle que soit votre ligne de conduite en face d'une Fièvre légère ou modérée, il n'est pas douteux que si l'un de vos Malades, atteint de de Scarlatine, de Rhumatisme articulaire aigu ou de toute autre Affection, fait monter la colonne thermométrique à 42 ou 43°, vous aurez recours à la Médication antipyrétique.

Je pourrais vous citer aussi la Douleur : que vous ayez le cœur sensible ou sec, et que les petites Douleurs vous attendrissent ou vous laissent indifférents, en présence d'une Névralgie violente, arrachant des cris au Malade, l'empêchant et de se nourrir et de reposer, pouvant le conduire au suicide, vous ferez l'emploi de la Médication analgésique.

Je vous citerai encore l'Hémorragie : vous êtes mandé auprès d'un Malade que vous savez affecté d'Artériosclérose, de Néphrite interstitielle et d'Urémie; il vient d'être pris d'Epistaxis et le Sang, au lieu de s'arrêter au bout de quelque temps, continue à couler abondamment : le Malade pâlit, il est pris d'Éblouissements, d'Étourdissements, la Défaillance le guette. Sans vous préoccuper de ce qu'il convient de faire dans le cas d'Epistaxis médiocre, vous utiliserez la Médication hémostatique.

Enfin, comme dernier exemple, je vous citerai les Épanchements pleurétiques : que vous soyez partisan ou adversaire de la Thoracenthèse dans le cas de petit ou de moyen Épanchement, si, à votre estimation, le liquide est surabondant, dépassant trois litres, refoulant le Cœur et menaçant d'amener la Syncope, vous ferez une Ponction évacuatrice.

Les Indications tirées de la notion de Gravité des Symptômes sont précises, stables et formelles; précises et stables parce qu'elles reposent sur l'observation des faits cliniques, et qu'un Symptôme grave est partout et toujours grave; formelles, parce qu'il s'agit de la vie en danger; on pourrait ainsi les résumer : *tout Symptôme doit être combattu lorsqu'il menace l'existence.*

Les Indications tirées de la notion de Valeur des Symptômes peuvent être, d'autre part, formulées de la sorte : *tout Symptôme doit être combattu quand il est défavorable, respecté quand il est favorable.*

Et par Symptôme défavorable il faut entendre celui qui, naissant de l'*Action sur l'Organisme* d'une Cause pathogène n'est point utile à la guérison ou lui est nuisible, et par Symptôme favorable, celui qui naissant de la *Réaction de l'Organisme* est au contraire utile à la guérison.

Là où la difficulté commence, c'est quand il s'agit de séparer les Symptômes favorables des défavorables : alors que la simple observation clinique des faits permet de reconnaître le degré de Gravité des Symptômes, pour être fixé sur leur Valeur, il faut remonter à leur Cause et invoquer les données de la Physiologie pathologique. La base des Indications est donc, en grande partie, objective dans le premier cas, subjective dans le second.

Un même Symptôme peut être tour à tour considéré comme utile ou comme nuisible et il peut être, par suite, indiqué de le respecter ou de le combattre, suivant que se rattachant à telle Cause ou telle autre, il a, d'après les Lois de la Physiologie pathologique tel ou tel Mécanisme, c'est-à-dire telle ou telle Valeur, réserve étant faite, je le répète, pour les cas où il est indiqué de le combattre, parce que sa Gravité est, toute question de Valeur mise à part, une menace pour la vie.

Quelques exemples, mieux que toute dissertation, feront bien comprendre les Indications et Contre-Indications que la Thérapeutique symptomatique peut tirer de la notion de Valeur des Symptômes.

Voici un Malade qui est affecté d'une Toux sèche, quinteuse, fatigante, empêchant le Sommeil; cette Toux ne se rattache à aucune Affection des voies respiratoires, mais relève d'une Maladie du Foie, par exemple (tussis hepatica) ou d'un État nerveux; elle n'est donc pas utile et l'Indication par suite est de la combattre. Au contraire, voici un Pneumonique qui tousse et qui, à la faveur de sa Toux, expectore de gros Crachats fibrineux où d'innonbrables pneumocoques sont englués; cette Toux est utile, l'Indication est donc de la respecter et de la favoriser au besoin.

Voici, encore, une Malade, qui au cours d'une Grossesse, est atteinte de Vomissements opiniâtres; ces Vomissements étant nuisibles l'Indication est de les combattre. Mais, que cette même Malade guérie de ses Vomissements gravidiques, à la suite de l'ingestion accidentelle d'une certaine dose de Sublimé soit reprise de Vomissements, ceux-ci étant utiles l'Indication sera de les faciliter.

Voici enfin un Malade qui présente une Epistaxis traumatique; l'écoulement du Sang doit être arrêté, parce qu'il est nuisible, ou au moins inutile. Un autre Malade, artérioscléreux, brightique et urémique, est atteint également d'Epistaxis, si celle-ci n'est pas excessive, il faut la respecter, parce qu'elle est utile, et qu'à la façon d'une saignée elle amènera la dépuration du Sang et l'amélioration du Malade.

Je pourrais continuer cette énumération des Symptômes qu'il est indiqué de combattre ou de respecter selon leur Valeur; mais je veux m'en tenir à ces quelques exemples très simples.

Les Indications fournies à la Thérapeutique symptomatique par la notion de Gravité des Symptômes sont aussi vieilles que la Médecine, parce que dès ses origines la Médecine fut symptomatique et que les indices de Gravité des Symptômes n'ont guère pu varier; au contraire, les Indications fournies par la notion de Valeur sont presque toutes de date plus ou moins récente, parce que pour juger de la Valeur des Symptômes, il en faut connaître les Causes et le Mécanisme et que la Science des Causes et des Mécanismes est toute moderne.

Si la Valeur d'un certain nombre de Symp-

tômes nous échappe encore et, si dans ces conditions, il ne nous reste pour guide, comme aux Anciens, que les données de l'Empirisme et à leur défaut, comme refuge, que la Thérapeutique expectante, capable de devenir ainsi le comble de l'art, dans un grand nombre de cas, de la connaissance étiologique et physiologico-pathologique des Symptômes en peut être déduite la Valeur.

La mise en œuvre de la Thérapeutique *ad valorem* des Symptômes réclame, on le conçoit de la part du Médecin des qualités d'observation et une profondeur d'instruction que ne nécessitent en aucune façon la Thérapeutique *de Gravité* ni la Thérapeutique pathogénique.

Aussi est-ce sur cette Thérapeutique que l'on peut juger le Thérapeute ; c'est elle qui établit une hiérarchie parmi les Praticiens et qui explique, pour une bonne part, les résultats différents des différentes pratiques ; s'il m'était permis de donner une définition du bon Médecin je dirais, qu'avant tout, il se reconnaît à ce qu'il sait ne pas contrarier les voies de la Nature dans ses manifestations favorables et réserver tous ses moyens d'action pour combattre les Symptômes défavorables.

Il est aisé de concevoir, qu'en se substituant à l'Empirisme traditionnel, la notion Scientifique nouvelle de la Valeur des Symptômes ait pu, sur de nombreux points, modifier les Indications et Contre-indications de la Thérapeutique symptomatique ; il est aisé de concevoir, de même, que par l'effet d'une connaissance plus exacte des Causes et du Mécanisme des Symptômes, la Thérapeutique *ad valorem* puisse être amenée à corriger elle-même ses précédentes et hâtives Indications et Contre-indications.

La Pathologie est une Science inachevée, en perpétuelle évolution ; chaque jour nous apporte des découvertes nouvelles, à la lumière desquelles nous apercevons plus distinctement la Valeur des Symptômes ; un jour viendra, soyez-en sûr, quoique lointain encore, où nous serons fixés sur la Valeur qu'offrent tous les Symptômes, selon qu'ils se rattachent à telle ou telle cause morbide, et où les Indications et Contre-indications fondées sur cette notion seront déterminées d'une façon immuable et définitive.

Parmi les Symptômes vis-à-vis desquels s'est modifiée la conduite des Médecins mieux informés, je vous ai mentionné déjà la Fièvre qu'il fallait abaisser il y a trente ans et que l'on hésite à combattre aujourd'hui ; je pourrais vous citer aussi, les Épanchements séro-fibrineux des séreuses que l'on devait ponctionner naguère et que l'on doit ménager maintenant : les Exsudats membraneux des muqueuses qu'il convenait d'enlever ou même d'arracher et auxquels il convient de ne plus s'attaquer.

Ces exemples, auxquels je veux me borner, représentent des cas particuliers de l'évolution générale des idées relativement aux Phénomènes inflammatoires.

Les Anciens ne connaissaient que les apparences grossières et secondes de l'Inflammation ; le *primum movens* et les Phénomènes histologiques de celle-ci leur échappaient. Ils ne la pouvaient pas comprendre, ni la juger, ni lui attribuer une Thérapeutique raisonnée.

Aujourd'hui, certes, bien des détails du *processus* inflammatoire, notamment ceux d'ordre chimique, nous sont inconnus encore, mais ce que la Bactériologie et l'Histologie nous en ont appris suffirait à remplir nos devanciers d'étonnement.

Qui dit Inflammation, dit Infection de l'Organisme par des Bactéries, Réaction de l'Organisme, mise en état de Défense, Lutte, Victoire ou Défaite. Dès le début de l'Infection, le Sang se charge de Leucocytes et de Fibrine ; il prend ainsi, à la Saignée, l'aspect couenneux que connaissaient bien les Anciens ; en même temps, s'allume la Fièvre. Sur les points attaqués par les Agents infectieux, les Vaisseaux se dilatent pour favoriser la Décharge fibrineuse et l'Exode leucocytique ; ainsi naissent les quatre Symptômes cardinaux de l'Inflammation décrits depuis longtemps : *rubor*, *tumor*, *calor*, *dolor*. La Fibrine capte les Microbes dans ses mailles, les Leucocytes les attaquent et les dévorent. C'est le jeu du Rétiaire armé du filet et du poignard, qui assure à l'Organisme la victoire. Cependant un certain nombre de Leucocytes succombent ordinairement dans la Lutte et le Pus est composé de leurs cadavres.

Tous ces Phénomènes : Leucocytose, Hypérinose, Sang couenneux, Fièvre, d'une part, Dilatation vasculaire, Décharge fibrineuse, ou séro-fibrineuse, Diapédèse leucocytique et Symptômes grossiers de l'Inflammation, d'autre part, sont des Phénomènes heureux, puisqu'ils correspondent à la mise de l'Organisme en état de résistance, à la lutte et à la *Victoire*.

L'Indication n'est donc pas de les combattre mais de les respecter, ou même de les favoriser. La preuve en est que lorsqu'ils font défaut, c'est que l'Organisme se livre sans Défense, résigné d'avance à la *Défaite*.

Que le scepticisme, surtout, n'entre pas dans votre esprit, Messieurs, parce que la Valeur d'un Symptôme, interprétée, hier, d'une certaine façon, au nom de la Science, peut être, au nom de la Science, interprêtée différemment demain ! La vraie Vérité ne sera pas toujours méconnue, la réelle Valeur des Symptômes toujours discutée. Nous ne saisirons pas à jamais qu'un leurre et nous n'apercevrons pas à jamais qu'un mirage ! Il ne nous faudra pas jusqu'à la fin des siècles hisser notre Doctrine jusqu'au sommet de la montagne, pour la voir jusqu'à la fin des siècles rouler au fond des précipices ! L'esprit humain, avide de savoir, a construit, avant de s'informer, des hypothèses que le temps n'a pas respectées ; mais il respectera les découvertes fondées sur l'Observation et la Méthode expérimentale.

Il est remarquable d'ailleurs que les progrès effectués dans ces dernières années, notamment sous l'influence des découvertes bactériologiques, mettent de plus en plus en évidence la fréquence des Symptômes dus à la Réaction défensive de l'Organisme, c'est-à-dire favorables et respectables.

La Nouvelle Médecine. après un long circuit, nous ramène donc ainsi à la conception traditionnelle longtemps oubliée de la *Natura medicatrix*.

* * *

Si les acquisitions de la Pathologie ont permis à la Thérapeutique de quitter les bas-fonds de l'Empirisme pour s'élever à la hauteur des Sciences, la Pharmacologie, grâce aux découvertes de la Physique, de la Chimie et de la Bactériologie, a pu doter le Thérapeute d'agents de guérison inattendus et puissants dont la Pharmacodynamie et la Pharmacothérapie, filles de la Physiologie, ont étudié les effets sur l'homme sain et malade, en même temps que, revisant les vieux Remèdes, souvent elles les condamnaient.

Si donc le Livre des Sciences pathologiques s'est enrichi d'importants chapitres, vous verrez que le Bouquet des Plantes médicinales s'est paré de Fleurs nouvelles plus variées, plus pures et plus belles !

On peut distinguer, vous le savez, les Agents thérapeutiques en trois catégories, selon qu'ils relèvent de l'ordre *psychique*, *physique* ou *chimique*.

De persévérants efforts ont conquis aux *Agents psychiques* une certaine place en Thérapeutique aujourd'hui. Ces Agents n'étaient pas d'ailleurs absolument négligés aux siècles passés, et l'on doit notamment considérer comme relevant de leur domaine la fameuse *Poudre de Sympathie* qui jouit d'une si grande vogue au XVIIe siècle.

Introduite en France par Turquet de Mayerne, premier médecin des rois d'Angleterre Jacques Ier et Charles Ier, elle fut mise à la mode par Kenelm Digby, chancelier de la Reine Henriette d'Angleterre, ami du Médecin Vallant qui nous en a légué la formule : « Prenez, dit-il, vitriol romain et gomme adragunt lesquel on calcine, on les étend sur du papier fort épais et met-on au soleil durant la canicule, et quand le soleil est fort ardent, environ un mois, — et elle est faite ».

L'emploi de cette poudre ne réclamait pas la présence du Médecin, ni même celle du Malade. C'est dans le traitement des plaies qu'elle faisait surtout merveille. Il suffisait de se procurer un linge taché du sang ou du pus du blessé, et d'y déposer pendant cinq ou six jours consécutifs une pincée de poudre, pour que la guérison fût obtenue. A défaut de linges souillés, l'on pouvait se servir d'objets quelconques ayant appartenu au patient, tels que mouchoir ou épée ; il est vrai qu'alors la cicatrisation était un peu moins rapide.

Si la Poudre de Sympathie finit par perdre son crédit, elle jouit pendant longtemps d'une faveur immense. Je ne vous en donnerai pour preuve que cette citation empruntée à l'une des *Lettres de Madame de Sévigné* datée de 1685 : « Mon fils vous dira le bon état où je suis. Il est vrai qu'une petite plaie que nous croyions refermée, a fait mine de se révolter ; mais ce n'était que pour avoir l'honneur d'être guérie par la Poudre de Sympathie... Votre Poudre de Sympathie est un remède tout divin, ma plaie a changé de figure, elle est quasi sèche et guérie ».

La *Physiothérapie* a pris une place beaucoup plus large que la Psychothérapie et cette place grandit chaque jour davantage. L'*Aérothérapie*, la *Photothérapie*, l'*Hydrothérapie*, l'*Électrothérapie*, la *Kinésithérapie* et la *Massothérapie* représentent de puissants leviers thérapeutiques entre des mains expérimentées. Avec la *Diététique*, ils forment la base du traitement d'un certain nombre de Maladies. A cause d'eux, l'on peut désormais parler d'une *Thérapeutique non médicamenteuse*. Eh bien, si quelques Agents physiques avaient déjà pénétré en Thérapeutique aux siècles passés, si l'Electricité y avait été introduite au milieu

du XVIII[e] siècle par Jalabert, l'Hydrothérapie, à la fin du même siècle, par Jackson, Currie et Pomme, c'est véritablement le XIX[e] siècle qui a vu naître la plupart des Agents physiques, et qui les a tous vu prospérer.

Les *Agents chimiques* étaient empruntés, autrefois comme aujourd'hui, au *Monde inorganique* et au *Monde organisé*.

La plupart des *Métalloïdes* et des *Métaux* offrent un Emploi thérapeutique plus ou moins ancien. Certains remontent à l'Extrême Antiquité, comme le Fer, qui, raconte Apollodore de Rhodes, pris par l'un des Argonautes, 600 ans avant notre Ère, sous la forme de rouille dans du vin, le guérit de l'Impuissance. D'autres appartiennent au début de l'Ère chrétienne, comme l'Arsenic, préconisé par Dioscoride. Quelques-uns se montrèrent seulement au Moyen Age comme le Mercure, que nous devons aux Arabes; ou à la Renaissance, comme l'Antimoine, qui, vous ne l'ignorez pas, suscita une *Guerre de Cent Ans* entre la Vieille Faculté et les Apothicaires soutenus par Louis de Launay, Eusèbe Renaudot, et par un grand nombre d'autres Médecins.

Inusité aujourd'hui, l'Or était regardé comme l'un des plus précieux Médicaments, et au XVI[e] siècle régnait la conviction qu'un homme qui s'en nourrirait serait immortel.

C'était un Remède réservé aux Grands de la terre, et Vallot en prescrivit plusieurs fois à Louis XIV. C'était aussi la suprême ressource contre les Maladies les plus graves telles que la Lèpre. De célèbres Préparations en renfermaient, ainsi la *Poudre pannonique*, les *Gouttes du Général de la Mothe*, la *Poudre de Madame de Carignan*.

Pour rendre l'Or « potable », croyait-on, on faisait cuire au pot un chapon fourré de pièces d'Or et on en ingérait le jus.

Les Métalloïdes et les Métaux étaient presque toujours employés sous des formes plus ou moins impures, étranges et complexes.

C'est ainsi qu'à nos Préparations phosphatiques correspondait l'*Album græcum* composé des Excréments blancs de chiens nourris d'os, ou bien encore le *Magistère de crâne humain*, dont Lémery, dans sa *Pharmacopée* du XVIII[e] siècle, donne encore le mode de préparation, et à propos duquel, au XVII[e] siècle, Pomet, dans son *Histoire générale des Drogues* proteste, en patriote, contre l'importation par les Droguistes anglais des crânes de suppliciés anglais, soutenant que les crânes français, à cause de leur fraîcheur, valent infiniment mieux !

C'est ainsi qu'à nos Préparations de Carbonate de chaux correspondaient les Yeux d'écrevisses, les Coquilles d'œufs, les Perles et Test d'huîtres, les Carapaces de poissons, la Craie, le Marbre et les Terres et Pierres de toutes sortes de provenances.

« Nous employons, dit Jean de Renou dans sa *Pharmacopée* de 1608, toutes sortes de terres, comme le bol d'Arménie, la terre de Lemnos, la terre de Malte, la terre de Cimolie, la terre érithrée, l'ocre, la craye, mesmes les pierres comme celle de l'aigle (lapis ossifragus), la pierre azurée (lapis lazuli), la judaïque, etc. »

Toutes les Pierres précieuses étaient usitées et chacune avait sa destination; ainsi, d'après Barthélemy de Glanville, traduit, au XIV[e] siècle, par Jean Corbichon : l'Emeraude « restrainct les jolis mouvemens de luxure, appaise les tempestes et estanche le sang ».

Le Saphir « réconforte le cueur et le met en lyesse. Quant il est mis sur la temple (tempe), il estanche le sang qui yst du nez ».

La Jaspe « restrainct la fleur des dames et les émorroïdes ».

J'arrête ici ces instructives citations[1].

L'œuvre du siècle dernier a consisté moins à apporter à la Thérapeutique des Métalloïdes et Métaux nouveaux, qu'à lui fournir des Substances pures, d'une part; d'autre part, à disqualifier un grand nombre de Remèdes dont l'action ne pouvait être que psychique, et à en qualifier d'autres qui jouissaient de réelles vertus thérapeutiques. Qu'il me suffise de citer ici l'action de l'Iode et des Iodures dans la Syphilis, découverte en 1832 par Wallace, et celle du Brome et des Bromures dans l'Epilepsie, reconnue en 1851 par Locok.

Au XIX[e] siècle, aussi, est dû l'essor des *Eaux minérales*, facilité il est vrai par l'invention des chemins de fer. Certes, Cauterets, Bourbonne, Aix, Vittel et tant d'autres stations françaises ne sont pas de création récente; mais Diderot semble avoir résumé, sur elles, l'opinion de ses contemporains lorsqu'il écrivait qu' « en général les Eaux sont le dernier conseil de la médecine poussée à bout. On compte plus sur le voyage que sur le remède ».

Les Médicaments que la Thérapeutique emprunte au *Monde organisé* ont une triple provenance : *animale, végétale, bactérienne.*

L'une de ces trois sources, la dernière, était interdite aux Anciens, la connaissance des Bactéries leur ayant échappé. Les diverses *Méthodes bactériothérapiques* sont donc toutes également de date récente, qu'elles reposent sur l'inoculation des Microbes eux-mêmes ou de leurs Toxines et qu'elles reposent sur l'inoculation des Organes des Animaux traités ou de leur Sérum comme dans la *Médullothérapie antirabique* de Pasteur ou la *Sérothérapie Antidiphtérique* de Behring-Roux.

Vous connaissez, Messieurs, les féconds résultats que d'ores et déjà a donnés cette Thérapeutique nouvelle, qui née d'hier, se montre pleine de promesses pour l'avenir !

En ce qui concerne les *Végétaux*, la recherche empirique des Anciens s'est exercée, pour ainsi dire, sur les propriétés de chacun d'entre eux, et il est véritablement surprenant que, dans ces conditions, il ait été réservé à Withering de découvrir, en 1775, les vertus diurétiques de la Digitale, et à Cullen d'établir un peu plus tard son action cardiaque.

Si le siècle qui vient de finir a pu mettre à la disposition du Thérapeute un grand nombre de Substances végétales nouvelles, des plus intéressantes et des plus actives, ce n'est pas à la Botanique qu'il le doit, mais à la Chimie. Grâce à cette Science, les Principes actifs, purs, des plantes employées autrefois, ont été séparés des autres Principes, indifférents ou nocifs, et bon nombre d'entre eux, en raison de l'originalité, de l'intensité et de l'efficacité de leur Action, se se sont comportés comme des Médicaments véritablement nouveaux ; grâce à elle aussi, des Corps absolument inconnus ont pris place dans l'arsenal thérapeutique. Qu'il me suffise de citer divers Alcaloïdes d'effets très disparates : la Morphine, la Cocaïne, l'Atropine, la Caféine, la Quinine, la Peltiérine ; les Grands Anesthésiques : le Chloroforme, l'Éther, le Chlorure d'Éthyle; quelques Hypnotiques : le Chloral, le Sulfonal; certains Antiseptiques : le Phénol, les Naphtols, l'Iodoforme; un Analgésique-Antipyrétique : l'Analgésine, découverte par Knorr, et préconisée par Filehne et Germain Sée; enfin le spécifique du Rhumatisme articulaire aigu, l'Acide Salicylique, introduit en Thérapeutique par Stricker et Germain Sée, en 1876 et 1877.

Lorsque, dans ces dernières années, sous l'impulsion de Brown-Séquard, on vit les *Tissus des Animaux*, glandulaires ou non, entrer dans la Matière médicale et s'y faire une place à côté des Plantes, lorsqu'on vit les Poudres ou Extraits d'Estomac et d'Intestin, de Foie, de Pancréas et de Glandes salivaires, de Capsules surrénales, de Reins, de Prostate, de Testicules, d'Ovaires, de Mamelles et de Placenta, de Poumons, de Thymus et de Corps thyroïde, de Cœur, de Rate, de Ganglions et de Moelle des os, de Cerveau, de Moelle et de Glande pituitaire, de Muscles striés, de Cartilages articulaires et de Synoviales, se ranger à côté des feuilles de Digitale et des racines d'Ipéca, on put croire dès l'abord à la découverte d'un Nouveau-Monde pharmacologique. Il n'en était rien, et si, de Brown-Séquard, on peut dire qu'il a présidé à la *Renaissance de l'Opothérapie*, on ne saurait dire qu'il l'ait créée.

De tout temps, les Tissus des Animaux ont été usités en Thérapeutique, et il en a été ainsi dès l'Extrême Antiquité. D'abord assez réputés, ils ont vu, progressivement, leur faveur s'accroître encore, pendant le Moyen Age et la Renaissance, et ils semblent avoir atteint l'apogée de leur renommée à la fin du XVI[e] siècle et au commencement du XVII[e]. C'est pourquoi, sans doute, il fut spécifié par la Vieille Faculté, lorsqu'en 1626, sous le Décanat de Jacques Perreau, elle s'attribua un quatrième Professeur chargé d'enseigner l'Histoire Naturelle, qu'il instruirait les Philiatres non seulement sur la Botanique, mais aussi sur les Minéraux et les Animaux. Au XVIII[e] siècle l'Opothérapie subit un rapide discrédit, et au XIX[e] elle disparut presque entièrement. Toutefois, elle avait encore de multiples représentants en 1888, lors de la première communication de Brown-Séquard à la Société de Biologie : qu'il me suffise de citer l'Axonge et l'Huile de foie de morue, la Pepsine, la Pancréatine et la Viande crue.

L'État actuel de l'Opothérapie ne saurait donner la moindre idée de ce qu'elle fut à l'époque de sa splendeur !

On ne saurait mieux résumer l'extension qu'elle prit, qu'en disant que *tous* les Organes de *tous* les Animaux ont été tour à tour préconisés.

Certains Animaux étaient l'objet d'une véritable prédilection, notamment la Vipère, le Cerf et la Licorne; l'Homme rivalisait avec eux : le cannibalisme régnait en Thérapeutique !

---

1. Consulter surtout, pour plus de détails sur la Thérapeutique d'autrefois, les remarquables ouvrages de FRANKLIN. « La vie privée d'autrefois. Les médecins (1892). Les médicaments (1891) », — à qui nous avons fait l'emprunt de multiples renseignements et citations. — LE MAGUET. « Le monde médical parisien sous le Grand Roi », suivi du « Portefeuille de Vallant ». *Thèse* Paris, 1899. — SÈCHEYRON. « La Chirurgie infusoire ou la Médication intra-veineuse au XVII[e] siècle. Clinique et Histoire chirurgicale (1901) ». — MÉNARD. « La Mythologie dans l'art ancien et moderne (1880).

Le succès de la Licorne était dû sans doute à l'inexistence de cet Animal fabuleux.

Quant à la Vipère, de tout temps, elle suscita la curiosité autant que la crainte et l'horreur. Ses vertus curatives, proclamées par l'Antiquité, et pendant de nombreux siècles, incontestées, lui valurent, sans doute, la gloire de devenir depuis Esculape et sa fille Hygie l'Emblème mystique de la Santé et de la Vie, c'est-à-dire de la Thérapeutique et de la Médecine.

Charas, dans sa *Pharmacopée* qui date de la fin du XVIIIe siècle, nous donne les raisons des vertus thérapeutiques du Cerf : « L'avidité du Cerf à dévorer les vipères, sa vitesse, le renouvellement annuel de son bois, que toute la médecine nomme cornes, et le nombre extraordinaire d'années qu'il peut vivre, témoignent manifestement que cet animal a des principes de vie très considérables, et que, par conséquent, on en peut tirer beaucoup d'utilité dans la médecine ».

Les Hommes que l'on débitait étaient les Suppliciés, si bien que le Bourreau faisait aux Apothicaires une concurrence dont ils se plaignaient. On utilisait aussi les Momies d'Egypte, et quand le stock en fut épuisé on fabriqua clandestinement dans les arrière-boutiques d'Apothicaires de la fausse « mumie », « que l'on vendait, dit Jean de Renou, pour vraye et légitime mumie ».

Les diverses Glandes étaient employées, du moins les volumineuses ; il semble qu'au contraire les Glandes d'un faible volume, comme le Corps thyroïde, le Thymus, le Pancréas, les Capsules surrénales, aient échappé à tout usage.

Les Tissus non glandulaires étaient également prescrits, notamment les Os et la Graisse, qui, lorsqu'ils étaient empruntés à l'Homme, jouissaient d'importantes propriétés.

Les Urines n'étaient point perdues, ni les Matières fécales qui occupaient une large place dans les Officines. Cette Thérapeutique était vraiment parfois un peu répugnante !

Enfin les Concrétions pathologiques elles-mêmes trouvaient leur application, et entre toutes la plus efficace venait d'Orient, où on la recueillait dans l'Estomac d'une sorte de Bouc ; c'était là le véritable *Bézoard* qui, pris à l'intérieur à la dose de quelques grains ou simplement porté au cou comme une Amulette, protégeait de tous les maux, ou les guérissait une fois déclarés.

Tantôt les Produits animaux étaient pris isolément, tantôt, et le plus souvent, ils étaient associés entre eux ou à des Produits végétaux et minéraux. Les vieilles Pharmacopées regorgent de formules compliquées, où cent Substances bizarres sont bizarrement assemblées. Je me bornerai à vous citer les plus célèbres d'entre eux : la *Thériaque* et l'*Orviétan*.

La paternité de la Thériaque remonterait, dit-on, à Andromaque, Médecin renommé du temps de Galien, sinon à Galien lui-même qui l'aurait imaginée pour les Empereurs Marc-Aurèle et Septime-Sévère. D'après une légende, son origine serait plus lointaine encore : Mithridate en serait l'inventeur, et Pompée en aurait rapporté le secret à Rome, après le lui avoir ravi à la bataille de Nicopolis (66 av. J.-C.).

Primitivement, la Thériaque était formée d'un très grand nombre de Substances empruntées aux trois règnes : minéral, végétal et animal. Elle renfermait notamment de la Vipère, et des Rognons de Castor. Au XVIIe siècle, 64 substances entraient encore dans sa composition. Mais peu à peu sa formule se simplifia : la Vipère et les Rognons de Castor furent supprimés et ainsi elle cessa de ressortir à l'Opothérapie. Inscrite au Codex français, elle a passé d'Édition en Édition et elle figure encore dans la dernière, qui porte la date de 1884, avec 53 substances. Mais son sort est décidé : la Commission du Codex, dont j'ai l'honneur de faire partie, en a arrêté la suppression après enquête préalable : vous ne la trouverez plus dans la prochaine Édition. Ainsi finit la gloire d'un Médicament plus de dix-sept fois sinon plus de vingt fois centenaire, qui a connu les plus hauts destins, puisqu'à Rome, d'après la tradition, il était préparé en public, en la présence des Empereurs, et qu'au XVIIe siècle encore, le Doyen de la Faculté et les Grands personnages de la Cour assistaient à sa préparation !

L'Orviétan eut un égal succès, mais plus éphémère. C'était une façon de Thériaque importée d'Italie en France au XVIIe siècle par un individu d'Orviéto. Elle était composée de 27 substances seulement, entre lesquelles se distingue la Thériaque vieillie et la Vipère « avec son cœur et son foie ».

Le comble, c'est que chacun avait foi en cette bizarre Thérapeutique. A propos de la Poudre de sympathie, je vous ai cité Mme de Sévigné. Je pourrais l'invoquer encore ici ; la délicieuse Marquise écrivait en effet à sa fille, en 1685 : « C'est aux vipères que je dois la pleine santé dont je jouis. Elles tempèrent le sang, elles le purifient, elles le rafraîchissent... Priez M. de Boissy de vous faire venir 10 douzaines de vipères du Poitou, dans une caisse séparée en 3 ou 4, afin qu'elles y soient bien à leur aise, avec du son et de la mousse. Prenez en 2 tous les matins, coupez-leur la tête, faites-les écorcher et couper par morceaux et farcissez-en le corps d'un poulet. Observez cela un mois... »

De multiples raisons perdirent l'ancienne Opothérapie : et la Technique de préparation des Organes souvent imparfaite, et le non emploi de Glandes qui, comme le Corps thyroïde, les Capsules surrénales, le Pancréas sont la gloire de l'Opothérapie nouvelle et l'insuffisance des Connaissances physiologiques, Cl. Bernard ne devant établir la réalité des Sécrétions glandulaires internes qu'au milieu du XIXe siècle, et l'insuffisance des Notions pathologiques, les connexions des Maladies avec les troubles fonctionnels et les lésions des divers organes n'étant pas encore nettement déterminées. Telle qu'elle était pratiquée, c'est-à-dire purement empirique, l'ancienne Opothérapie ne pouvait donner un résultat favorable, toute suggestion à part, qu'au prix de cent défavorables ; elle ne pouvait donc que disparaître.

Sur les ruines de l'ancienne Opothérapie, et n'ayant rien de commun avec elle, s'est développée une Opothérapie nouvelle qui sait choisir les Tissus, qui sait les préparer, qui sait discerner les Etats pathologiques auxquels ils conviennent. Celle-ci ne prendra peut-être pas l'essor inouï de son aînée, mais elle ne périra pas.

* * *

Il me resterait, Messieurs, pour que cette revision fût complète, du moins dans son cadre, à vous entretenir des progrès de l'*Instrumentation* médicale. Guy Patin, au XVIIe siècle, écrivait que « on peut guérir toutes les maladies avec la seringue et la lancette, la casse, le séné, le sirop de roses pâles et de fleurs de pêches. » A la Seringue et à la Lancette, le XIXe siècle a ajouté le Thermocautère, et le Galvanocautère, les Aspirateurs, et surtout l'admirable Seringue de Pravaz dont Wood montra tout l'intérêt pour la pratique des injections hypodermiques.

Sans doute, nos Aînés, déjà, avaient eu l'idée d'introduire des Médicaments sous la Peau ou même par la Voie intra-veineuse et notamment au XVIIe siècle, Ethmuller, dans sa *Chirurgie infusoire* (par infusion) avait décrit toute une Méthode de traitement fondée sur le principe des Injections médicamenteuses intra-veineuses. Mais l'heure n'était pas venue de semblables audaces, et il fallait l'avènement de la Bactériologie et de l'Antisepsie pour que, comme la Grande chirurgie, la *Petite chirurgie médicale* pût prendre son entier développement.

* * *

Je m'arrête, Messieurs, trop heureux si j'ai pu fixer dans votre souvenir l'Allégorie du vieux *Sceau d'Argent* de la Faculté !

Vous êtes tous, ou vous serez tous, quelque jour, des Thérapeutes. Avant de détacher du Bouquet pharmacologique, pour l'offrir à votre Malade, la Fleur d'élection, consultez le Livre des Sciences pathologiques ! Ne vous arrêtez pas aux premières pages, si ce n'est par curiosité, mais aux dernières. Ecartez l'Empirisme stérile, pour la Science féconde ! Pratiquez la Thérapeutique pathogénique, quand vous pourrez atteindre l'Agent pathogène. Sinon, vous restera la Thérapeutique symptomatique, avec sa double source d'Indications et de Contre-Indications, la Gravité et la Valeur des Symptômes. Tout Symptôme grave réclame immédiatement votre intervention. La question de Valeur vient ensuite, qui comporte une triple réponse, chaque Symptôme pouvant être nuisible, utile, ou de signification indéterminée, c'est-à-dire, propre à être combattu, à être favorisé, ou bien, à défaut, de guide empirique, à être traité par l'Expectation.

La Médecine, incontestablement, donne, aujourd'hui, aux Médecins, des satisfactions scientifiques et morales qu'ils ignoraient autrefois ; mais, plus encore que les Médecins, et à d'autres points de vue, bénéficient de ses découvertes et de ses progrès les Malades.



SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

7 Mars 1902.

Fracture du col fémoral, suivie de suppuration. *M. Géraud* présente une fracture intra-capsulaire du col du fémur, survenue chez un homme de soixante-sept ans et suivie de suppuration intra-articulaire.

Rapports de la capsule surrénale chez le nouveau-né. — *MM. Nattan-Larrier et Lœwy* apportent des pièces d'éviscération totale du nouveau-né, destinées à exposer les rapports de la capsule surrénale avec le rein et les organes voisins, ainsi que l'étude des ligaments de la capsule.

M. Letulle insiste sur la méthode de l'éviscération totale pour l'étude du médiastin, des vaisseaux et comme procédé général d'autopsie.

Sarcome du médiastin. — *M. Géraudel* montre des coupes de la tumeur du médiastin qu'il a présentée dans une séance antérieure. Il s'agit d'un sarcome à myéloplaxes, sans dégénérescence graisseuse ou kystique. L'examen d'un vaisseau allant de la tumeur au poumon droit révèle, au milieu des globules sanguins, des éléments néoplasiques analogues à ceux qui constituent la tumeur.

Le squelette thoracique n'était pas en cause.

Hernie congénitale. — *M. Okinczyc* présente un sac herniaire à deux collets offrant des rétrécissements fibreux et formé aux dépens du canal péritonéo-vaginal.

Tumeur naso-pharyngienne chez le bœuf. — *M. Petit* (d'Alfort) apporte une tumeur développée très rapidement dans la région naso-pharyngienne chez un bœuf. Il s'agit d'un myxosarcome à cellules fusiformes.

Tumeurs utérines chez la chienne. — *M. Petit* montre des tumeurs développées dans la cavité utérine d'une chienne. Ces tumeurs, constituées par des kystes multiples, paraissent formées aux dépens des glandes de la muqueuse utérine.

Papillome du cuir chevelu. — *MM. Péraire et Bender* apportent des coupes d'une tumeur du cuir chevelu qui avait l'aspect macroscopique d'un cancroïde et n'a pas récidivé après l'ablation. Il s'agit au microscope d'un papillome bénin.

Fibrome et cancer utérin. — *MM. Jayle et Bender* présentent un utérus enlevé chez une femme de cinquante ans, par hystérectomie abdominale; la pièce porte à la fois plusieurs noyaux fibromateux et un épithéliome cylindrique du corps. Le diagnostic clinique avait été porté.

L'évolution des cancers du corps est moins rapide que celle des tumeurs du col, peut-être parce que les premiers surviennent chez des femmes beaucoup plus âgées. Ils se propagent peu et ne récidivent que très lentement.

Cancer de l'ovaire après hystérectomie pour cancer de l'utérus. — *MM. Jayle et Bender* montrent une tumeur cancéreuse de l'ovaire, survenue chez une femme qui avait subi antérieurement l'hystérectomie abdominale pour cancer du col utérin.

Ce fait comporte son enseignement : il faut enlever les ovaires quand on pratique l'hystérectomie pour cancer.

Cordon ombilical très long. — *M. Bourgeon* apporte un cordon ombilical de longueur peu commune, atteignant 1 m. 08, et provenant d'une primipare de vingt-six ans.

Elections. — Au cours de la séance, MM. Fredet, Marchand, Célos, Lippmann et Viollet sont élus membres adjoints de la Société anatomique.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

7 Mars 1902.

Des sommations peladogènes. — *M. L. Jacquet.* J'ai montré, par une série de recherches, que la pelade n'est pas une dermatose spécifique, mais une lésion banale, favorisée par une viciation complexe des tissus et des humeurs, déterminée et fixée par des irritations locales diverses, dont l'éruption et les lésions dentaires sont probablement les plus communes.

Mais si l'irritation peladogène est banale et variable d'un cas à l'autre, elle n'est forcément, pour un même cas, *simple* ni *unique*; le plus souvent, au contraire, une série de causes agissant dans le même sens s'additionnent pour constituer une somme, ou *sommation* peladogène, la dépilation n'étant ainsi qu'une résultante.

Or cette « sommation » peut se faire suivant des modalités différentes : une ou plusieurs conditions d'ordre général, s'associant à une ou plusieurs conditions d'ordre local ; on sent à quel point ces combinaisons pathogènes peuvent être variées.

Aujourd'hui, je signale plus particulièrement l'association homo-latérale de l'éruption d'une dent de sagesse et de la tuberculose d'un sommet, reliées l'une à l'autre par l'hémi-hyperesthésie profonde du même côté.

J'ai vu aussi dans des conditions analogues, chez des sujets atteints de lésions dentaires en activité, survenir la pelade après une pleurésie, une pneumonie, une bronchite, une gastralgie, une crise hépatique, une orchite.

L'association, uni ou bilatérale, d'irritations dans la sphère des nerfs craniens est plus directe et paraît plus puissante encore : ainsi les angines, les lésions nasales, les irritations auriculaires semblent, superposées aux lésions dentaires, posséder le maximum d'action peladogène ; je cite à cet égard un cas d'otite externe, et un de traumatisme brusque de l'oreille externe et du tympan.

Les éléments locaux externes, directs ou indirects, entrent aussi parfois à titre de composantes dans le faisceau étiologique peladogène; chez une petite malade, ancienne peladique, à dentition très défectueuse, la dermatose a récidivé du côté *gauche*, trois semaines après une brûlure grave de la jambe *gauche*, accompagnée d'hyperthermie manifeste de tout le côté *gauche*; chez une autre, atteinte de gingivite douloureuse *droite*, un large disque se montra à la partie *droite* de la surface d'application d'un peigne d'écaille. On voit là, comme souvent d'ailleurs, la dermatose au point de rencontre de deux énergies pathogènes : l'une interne, l'autre externe.

Chez un troisième malade la pelade se montra après un traumatisme léger de la région temporale *gauche*; il y avait eu antérieurement deux névralgies fluxionnaires *gauches*, et il restait actuellement une hyperesthésie avec hyperthermie et érythrose *gauches*.

Au total, je pense être en droit de dire que la pelade est une dermatose banale, où l'on trouve jointes, d'une part *l'unité* du mécanisme pathogénique de la mort du poil, et d'autre part la *diversité* et la *multiplicité* étiologiques.

M. Le Gendre rapporte un cas de pelade inoculée peut-être par un rasoir malpropre chez un homme profondément débilité.

M. P.-E. Launois ne croit pas à la contagion de la pelade, dont il n'a vu aucun exemple probant.

Coïncidence chez un même malade de la paraplégie cérébrale infantile et de la paraplégie spinale infantile. — *M. Pierre Marie* montre un malade de trente-quatre ans, dont le membre inférieur droit a l'aspect de la paraplégie cérébrale infantile, tandis que le membre inférieur gauche a celui de la paralysie spinale infantile. Cette coïncidence de l'hémiplégie cérébrale infantile et de la paralysie spinale infantile, dont la possibilité avait été prévue par M. Marie dès 1891, prouve l'analogie, on pourrait presque dire l'identité, qui existe, au point de vue de la pathologie générale, entre ces deux ordres de lésions.

Mélanodermie de cause incertaine (maladie d'Addison ou maladie des vagabonds). — *MM. Pierre Marie et Georges Guillain* présentent un malade de soixante-seize ans, atteint de mélanodermie très accentuée respectant la face, les mains, les jambes et les pieds; aucune tache ne pigmente les muqueuses. Après avoir discuté le diagnostic entre la maladie des vagabonds et la maladie d'Addison, les auteurs concluent à une forme fruste de cette dernière maladie.

Un cas de zona récidivant. — *MM. Edg. Hirtz et Salomon* ont observé deux fois chez le même malade, dans le cours d'une année, un zona typique. La ponction lombaire, pratiquée pendant les deux éruptions, montra une lymphocytose manifeste.

Scorbut infantile. — *M. Comby* rapporte un nouveau cas de scorbut infantile. L'enfant, âgé de neuf mois, avait été nourri d'abord à l'aide de l'allaitement mixte, puis avec de la farine lactée, ensuite et exclusivement avec du lait maternisé (un litre et demi par jour). La guérison survint rapidement après l'administration de lait frais additionné de trois cuillerées à café de jus de raisin par jour.

M. Dalché cite une observation analogue chez un enfant de quatorze mois nourri avec du lait stérilisé et des farines lactées; la guérison se produisit en huit jours après l'usage du lait pris non bouilli, de purée de pommes de terre, de jus de citron.

Lésions de la protubérance au cours du tabes. — *M. Touche* rapporte un cas d'hémiplégie protubérantielle chez un tabétique.

Sur les inconvénients du traitement mercuriel intensif dans la paralysie spasmodique syphilitique. — *MM. E. Brissaud et P. Marie* ont observé que la paralysie syphilitique ne guérit pas par le traitement mercuriel intensif et que, chose plus grave, non seulement elle ne guérit pas par ce traitement, mais qu'elle empire. Est-ce à dire que chez ces malades il ne faut jamais donner de mercure? Il y a lieu d'établir à cet égard certaines distinctions : chez un malade qui est tout à fait au début de l'affection, chez lequel celle-ci ne se traduit encore que par une gêne légère de la marche et par la faiblesse des fléchisseurs des jambes on est autorisé à employer le traitement intensif; mais quand on l'aura pratiqué à une ou deux reprises, il conviendra de s'armer de prudence et de ne reprendre ensuite la mercurialisation que d'une main discrète.

De même chez un malade frappé brusquement d'une paraplégie, il convient de faire immédiatement une ou deux séries de traitement mercuriel intensif. Mais dans les périodes avancées de la maladie, au bout de deux ans, on doit se tenir en garde contre les méfaits d'une mercurialisation intense.

D'ailleurs, tous les modes d'administration du mercure ne sont pas également nuisibles. Les injections de M. Panas, d'huile au biiodure de mercure, à la dose quotidienne de 5 à 8 milligrammes, ne déterminent pas d'accidents. Il en est de même pour l'ingestion de pilules mercurielles (protoiodure, pilules bleues); il semble en être aussi de même pour le sirop de Gibert. L'iode en nature, soit par ingestion, soit en injections hypodermiques, par exemple sous forme de lipiodol, peut être utile, et n'est pas nuisible pourvu qu'on s'en tienne à des doses modérées.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

8 Mars 1902.

Trois cas d'infection utérine après avortement. — *MM. E. Rist et J. Mouchotte.* Nous avons trouvé deux fois des microorganismes anaérobies associés au streptocoque pyogène ou au staphylocoque doré, — et une fois des anaérobies sans association d'aérobies. Parmi les anaérobies isolés, il en est un qui commence à être bien connu aujourd'hui. C'est le Bacillus *perfringens* de Veillon et Zuber, ou Bacillus phlegmones emphysematosæ de Fränkel. Il a été trouvé dans les appendicites par Veillon et Zuber, dans les septicémies d'origine otique par Rist. Guillemot l'a trouvé à l'état de pureté dans deux cas de gangrène gazeuse, et Macé et Brindeau l'ont observé une fois dans la fièvre puerpérale. Dans nos cas, le microbe s'est montré très pathogène pour les cobayes et les lapins. Après quelques passages, nous avons obtenu des cultures qui tuaient le cobaye en moins de douze heures par injection intrapéritonéale à la dose de cinq gouttes. Les autres microbes isolés, au nombre de cinq, ne paraissent pas avoir été décrits jusqu'ici. Ils se sont montrés pathogènes pour le cobaye, chez lequel ils déterminent des abcès gangreneux souvent mortels.

Sept cas de salpingite suppurée examinés au point de vue bactériologique. — *M. E. Rist.* Dans quatre cas non fétides, les cultures sur tous les milieux sont restées stériles deux fois ; deux fois, au contraire, le gonocoque a poussé en culture pure sur gélose-ascite, bien que les frottis ne permissent de constater la présence d'aucun microbe dans le pus. Dans trois cas, le pus était fétide. Il contenait une fois trois espèces anaérobies associées à un petit nombre de streptocoques et de colibacilles. Une autre fois, le pus ne contenait aucune espèce aérobie, mais la méthode de Veillon a permis d'isoler six espèces anaérobies strictes, dont deux ont été trouvées par Veillon et Zuber dans les appendicites, par Guillemot dans la gangrène pulmonaire, et par moi dans les septicémies d'origine otique et les pleurésies fétides; ce sont le Bacillus fragilis et le Staphylococcus parvulus. Les autres étaient un streptocoque anaérobie probablement identique à celui de Krönig, un gros bacille et deux variétés de cocci. Enfin, dans un dernier cas, le pus, horriblement fétide, s'est montré stérile sur tous les milieux.

Sur la spécificité des précitines. — *MM. G. Linossier et G.-H. Lemoine.* La réaction précipitante exercée par le sérum de lapins injectés avec du sérum d'un animal d'une autre espèce sur le sérum de ce dernier animal n'est pas, comme on l'a admis jusqu'ici, spécifique, à la condition d'opérer sur des solutioné assez concentrées; il semble qu'une précipitine déterminée soit capable d'agir sur un grand nombre de sérums.

Ainsi la précipitine préparée à l'aide du sérum humain précipite non seulement le sérum humain, mais ceux de bœuf, de cheval, de chien, de porc, de cobaye, de poulet, et semble même troubler le sérum de poisson (anguille).

Toutefois la réaction est d'autant moins sensible que le sérum précipitable appartient à un animal plus éloigné de la classification zoologique de l'animal dont le sang a servi aux injections. Une précipitine obtenue par injection au lapin de sérum de génisse dilué jusqu'à 1 pour 5.000, le sérum de cheval dilué jusqu'à 1 pour 300, le sérum humain jusqu'à 1 pour 50, ne précipitait qu'à peine le sérum de poulet, et ne fournissait avec le sérum d'anguille qu'un trouble douteux.

Les conséquences médico-légales seront développées dans une autre note.

Sur la diazoréaction d'Ehrlich. — *MM. Deléarde et Hautefeuille* (de Lille). Nous avons étudié l'action des divers antiseptiques intestinaux sur la diazoréaction d'Ehrlich. Nous avons observé que l'ingestion de la plupart de ces antiseptiques n'a aucune influence sur la diazoréaction; le phénol, le salol, le benzonaphtol, le bétol sont les seuls qui diminuent ou suppriment la diazoréaction, mais ces corps paraissent agir sur les substances productives de la diazoréaction grâce à leur fonction phénol.

On peut donc conclure que la diazoréaction ne paraît pas être en rapport direct avec l'intensité des putréfactions intestinales.

Le voile du palais et la voix de fausset. — *M. Gellé.* On connaît par l'examen laryngologique la forme de la glotte, et les dispositions des cordes vocales pour l'émission de la voix de fausset. D'autres éléments oubliés concourent à la genèse de cette voix spéciale. Par l'étude des résonnances des cavités et des os de la face pendant la phonation, j'ai été amené à constater le rôle important joué par la tension extrême du voile du palais pour la produire. Le voile surélevé, surtendu, ne vibre plus, ne transmet plus les vibrations aux cavités nasales. La résonnance grave des sons nasaux ne se mêle plus au son laryngé suraigu. Exemple : le suraigu ne fait pas résonner les fosses nasales ; les ailes du nez ne vibrent point; l'oroscope adapté à l'oreille du parleur ne transmet rien à celle de l'observateur; enfin, le pincé du nez ne cause ni renforcement ni résonnance accrue pour celui qui parle; cela est encore plus sensible s'il a bouché ses oreilles.

Toxicité du chlorolose chez le rat. — *MM. Camus et Langlois.* Nous avons observé dans une série de faits expérimentaux que le chlorolose est toxique chez le rat à la dose de 0,60 centigrammes par injection sous-cutanée, dose rapportée au kilogramme d'animal. Les variations extérieures de la température, le froid modifient la résistance de l'animal.

A. Sicard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

15 Mars 1902.

Election des associés libres. — La commission destinée à examiner les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres de l'Académie est composée de MM. Motet, Hérard, Peyrot, Ribemont-Dessaignes, Caventou, Jungfleisch, Paul Richer, Galippe.

Le lazaret du Frioul et la peste. — *M. Vallin*, faisant au nom de la commission des épidémies un rapport sur les communications faites à l'Académie au sujet de la peste à bord du *Sénégal*, indique les inconvénients et les desiderata du lazaret du Frioul, et es améliorations qu'il convient d'y apporter.

Les conclusions de son rapport sont les suivantes :

1° Réparer et compléter les pavillons du lazaret du Frioul, qui ne répondent plus aux nécessités de l'hygiène moderne;

2° Créer à la pointe nord-est de Pomègues une station sanitaire plus indépendante du service du service de désinfection du azaret ;

3° Placer en permanence à la tête du lazaret un médecin en chef nommé par le Ministre, ayant les mêmes attributions que le médecin en chef d'un hôpital par rapport au directeur de la santé d'un port ou d'un corps d'armée;

4° Remplacer sans délai les règlements très anciens du lazaret, par un règlement intérieur déterminant les droits et devoirs de chacun, et servant de base pour l'exécution du service ;

5° Demander au ministre de la Marine de vouloir bien comprendre le sérum antipesteux et les instruments nécessaires à son emploi dans la nomenclature des médicaments dont doivent être munis les navires de commerce au long cours.

Rendre l'inspection des coffres et pharmacies de ces navires, par les commissions de visite des ports, plus rigoureuse et effective, en exécution de l'article 10 de l'ordonnance du 4 Août 1819.

Réduire la durée de la quarantaine d'observation des passagers inoculés avec le sérum antipesteux.

6° Chercher à l'aide d'expériences les meilleurs procédés pour détruire les rongeurs avant le déchargement des navires sans détériorer les marchandises et rendre cette destruction obligatoire pour toutes les provenances de ports infectés.

7° Faciliter aux docteurs en médecine qui se portent candidats aux emplois de médecin sanitaires les moyens de faire un stage pratique dans l'école de médecine d'un port, leur permettant d'acquérir une compétence professionnelle plus complète.

8° Chercher les moyens de garantir à ces médecins plus de stabilité, plus d'avenir, plus d'indépendance vis-à-vis des compagnies et de leurs agents, d'en faire les auxiliaires dévoués du Service sanitaire.

Mort rapide ou subite d'origine gastrique. — *M. Lancereaux.* La mort subite chez les sujets bien portants en apparence est relativement fréquente; la cause en est mal connue. Les morts par embolie, par rupture d'anévrisme ou rupture du cœur sont rares. Dans bien des cas, on ne trouve rien de notable à l'autopsie : le cœur est vide, comme si la mort était due à un spasme.

Il est une variété de mort subite assez fréquente, c'est celle qui survient au cours des affections gastriques. Ce genre de mort survient généralement la nuit où à la fin de la matinée ou de l'après-midi: le cœur est intact; les centres nerveux ne semblent pas atteints.

Tel est le cas d'un malade qui, après une consultation médicale, est pris de syncopes répétées aboutissant à la mort; les accidents avaient été précédés par des troubles digestifs.

Il en était de même dans un autre cas.

Le traitement préventif doit donc viser surtout la dyspepsie.

Cure radicale de l'hypertrophie de la prostate. — *M. Albarran*, après avoir établi que la prostatectomie sus-pubienne et l'opération de Bottini appliquées à l'hypertrophie de la prostate sont grevées d'une mortalité de 15 pour 100 et donnent des résultats incomplets, communique des observations de prostatectomie péritonéale par morcellement.

La mortalité opératoire a été nulle; les 31 opérés ont guéri; or ces malades étaient infectés, avaient de la rétention d'urine, et quelques-uns de la pyélonéphrite ; l'âge moyen était de soixante-deux ans.

Les résultats thérapeutiques ont été excellents; chez tous la faculté d'uriner spontanément est revenue, et l'état général s'est amélioré considérablement. C'est dans les rétentions absolues et chroniques que les résultats sont les plus remarquables ; 11 sur 12 de ces malades vident aujourd'hui spontanément et complètement leur vessie.

Le chloroforme chez les cardiaques. — *M. Marty.* Dans le but de conserver le chloroforme à l'état de pureté, j'avais proposé de l'additionner de 2 pour 1.000 d'alcool éthylique pur, de l'enfermer dans des flacons en verre jaune et bouchés à l'émeri. Cette mesure n'a pas donné d'excellents résultats, car le chloroforme restait en contact avec l'air et le bouchage était insuffisant. Aussi j'ai modifié ce procédé en chassant par le chauffage l'air contenu dans la partie supérieure des flacons, et en scellant les flacons à la gélatine bichromatée.

Le chloroforme ainsi conservé est excellent, et les chirurgiens du Val-de-Grâce ne s'en plaignent nullement.

D'ailleurs, la distillation du chloroforme est une opération extrêmement simple, et rien n'empêche de la pratiquer pour augmenter encore la pureté.

Mouvements de rotation du globe de l'œil. — *M. Motet* (d'Angers) réfutant la théorie qui fait de la capsule de Tenon, entourant le globe de l'œil, comme une sorte de séreuse, pense que l'œil est réellement adhérent, surtout à sa partie antérieure et postérieure, et que les mouvements sont dus à la laxité et à l'inflexion des tissus péri-oculaires.

M. Labbé.

ACADÉMIE DES SCIENCES

10 Mars 1902.

Une théorie nouvelle de la glycosurie. — *MM. Lépine et Ballu.* Chez les animaux asphyxiés, l'urine renferme du sucre, et le sang, des leucomaïnes. Or, si l'on injecte de ces leucomaïnes à un animal sain, l'on voit ses urines présenter du sucre. De plus, si l'on ajoute à du sang, *in vitro*, de ces mêmes leucomaïnes, l'on voit le sucre en disparaître beaucoup plus rapidement que si les leucomaïnes étaient absentes.

De ces faits d'observation, les deux auteurs tirent cette conséquence, que la glycosurie n'est pas due à une augmentation dans la production du sucre, mais bien à sa disparition plus rapide du sang, et à son passage dans les urines.

Études sur la fermentation lactique. — *MM. Lesage et Gauthier.* Ces auteurs ont étudié quelles étaient, avec le temps, les variations de la résistance électrique présentée par le lait. Ils ont reconnu que la conductibilité du lait, assez faible à l'origine, quand le lait est frais, va en s'accroissant régulièrement au fur et à mesure que s'établit la fermentation lactique. Le maximum de la conductibilité est atteint justement au moment où se produit la coagulation.

G. Vitoux.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 19 *Mars*, à 1 heure. — M. Etesse : Contribution à l'étude de la blennorragie para-urétrale de la femme; MM. Fournier, Landouzy, Gaucher, Richaud. — M. Irimesco : Considérations sur les néphrites à longue échéance et sur quelques albuminuries prolongées. Eléments de pronostic dans les néphrites: MM. Landouzy, Fournier, Gaucher, Richaud. — M. Bocquillon : Quelques considérations sur la diarrhée infantile à Reims; MM. Landouzy, Fournier, Grancher, Richaud. — M. Camus : Tuberculose du genou; MM. Lannelongue, Pinard, Rémy, Lepage. — M. Le Prieur : Etude sur l'Œuvre de François Mauriceau ; MM. Pinard, Lannelongue, Rémy, Lepage. — M. Decreuse : Plaies des vaisseaux poplités ; MM. Tillaux, Delens, Walther, Cunéo. — M. Palma y Mena : Des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne au point de vue de ses inconvénients; MM. Tillaux, Delens, Walther, Cunéo. — M. Sikora : De l'entéro-anastomose latérale dans le traitement des fistules stercorales et de l'anus artificiel; MM. Tillaux, Delens, Walther, Cunéo. — M. Beneteau : Plaies du canal thoracique au cou ; MM. Tillaux, Delens, Walther, Cunéo. — M. Clausse : De l'emploi du phosphate de codéine dans les états mélancoliques ; MM. Joffroy, Brissaud, Reclus, Wurtz. — M. Bach : De deux cas de méningo-encéphalite bulbaire subaiguë, suivis de guérison; MM. Brissaud, Joffroy, Reclus, Wurtz. — M. Kendirdjy : L'anesthésie chirurgicale par la cocaïne. — Rachi-cocaïnisation et cocaïne localisée : MM. Brissaud, Joffroy, Reclus, Wurtz. — M. Adda : Ictère émotif; MM. Brissaud, Joffroy, Reclus, Wurtz.

Jeudi 20 *Mars*, à 1 heure. — M. Mizzoni : Des complications de la submersion; MM. Brouardel, de Lapersonne, Thoinot, Auvray. — M. Jamin : Critique médicale de la loi sur les accidents du travail ; MM. Brouardel, de Lapersonne, Thoinot, Auvray. — M. Mouzon : Etude sur les kystes de l'iris ; MM. de Lapersonne, Brouardel, Thoinot, Auvray. — M. Bourdeau : De la dionine et de ses effets sur l'œil ; MM. de Lapersonne, Brouardel, Thoïnot, Auvray. — M. Thibaudeau : De l'emploi de la sonde à demeure après l'urétrotomie interne dans les cas d'infections anciennes et graves de l'appareil urinaire; MM. Guyon, Pozzy, Rémy, Thiroloix. — M. Blanc : De l'ongle incarné. Etude critique sur ses divers traitements. De l'efficacité du traitement par le nitrate de plomb; MM. Guyon, Pozzi, Rémy, Thiroloix. — M. Landry : Contribution à l'étude du traitement des métrorragies et des métrites hémorragiques par les badigeonnages intra-utérins à la teinture d'iode ; MM. Pozzi, Guyon,

Rémy, Thiroloix. — M. Millon : Résultats de l'examen de la sensibilité gastrique et épigastrique dans les dyspepsies ; MM. Dieulafoy, Budin, Gouget, Potocki. — M. Bourgeau : Diagnostic précoce de la grossesse ; MM. Budin, Dieulafoy, Gouget, Potocki. — M. Boutier : Sur la valeur de la ponction lombaire dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des fractures de la base du crâne ; MM. Berger, Gilbert, Schwartz, Dupré. — M. Milhiet : De la cholécystectomie dans la lithiase biliaire ; MM. Gilbert, Berger, Schwartz, Dupré. — M. Mabit : De l'intoxication saturnine causée par le plomb introduit à doses massives dans l'économie et séjournant, soit dans les voies digestives, soit dans l'épaisseur des tissus ; MM. Le Dentu, Blanchard, Faure, Rénon. — M. De Robillard : Du cancer du plancher de la bouche et de son traitement par la résection incomplète de la partie médiane du maxillaire inférieur (avec conservation de son bord inférieur) ; MM. Blanchard, Le Dentu, Faure, Rénon. — M. Six : Contribution à l'étude du lait maternisé ; MM. Hutinel, Netter, Achard, Wurtz. — M. Fabel : Des principales médications et en particulier de l'arsenic et du tartre stibié dans les cas graves de la chorée de Sydenham ; MM. Hutinel, Netter, Achard, Wurtz. — M. Caron : Etude sur les injections préventives du sérum antidiphtérique ; MM. Hutinel, Netter, Achard, Wurtz. — M. Dejault : De l'hypertension artérielle et de son traitement par le massage abdominal ; MM. Hutinel, Netter, Achard, Wurtz. — M. Borst : Recherches sur la molécule urinaire élaborée moyenne et le rapport azoturique dans le rhumatisme chronique progressif ; MM. Raymond, Chantemesse, Teissier, Desgrez. — M. Sabot : Contribution à l'étude des ophtalmoplégies nucléaires ; MM. Raymond, Chantemesse, Teissier, Desgrez. — M. Feuillet : Névralgie intercostale d'origine gastrocolique : MM. Chantemesse, Raymond, Teissier, Desgrez.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 17 *Mars* 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. Lannelongue, Poirier, Cunéo. — 2e, Salle Pasteur : MM. Ch. Richet, Hanriot, Retterer. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Richet : MM. Mauclaire, Walther, Wallich. — 3e (Deuxième partie), Oral, Ancien Régime : MM. Brissaud, Besançon, Legry. — 3e (Première partie) (1re série), Nouveau régime : MM. Kirmisson, Rémy, Lepage. — 3e (Première partie (2e série), Nouveau régime : MM. Pinard, Reclus, Rieffel. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Delens, Gosset. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Broca (Aug.), Legueu. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Gaucher, Fournier, Teissier.

Mardi 18 *Mars* 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. Rémy, Poirier, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Launois, Guiart. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Le Dentu, Thiéry, Demelin. — 4e, Nouveau régime : Salle Béclard : MM. Pouchet, Charrin, Langlois. — 4e, Ancien régime, Salle Pasteur : MM Brouardel, Thiroloix, Desgrez. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Dieulafoy, Dupré, Rénon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Hutinel, Méry, Jeanselme. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Guyon, Schwartz, Marion. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. Berger, de Lapersonne, Faure. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Chantemesse, G. Ballet, Vaquez. — 5e, Obstétrique (Deuxième partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Quénu.

Mercredi 19 *Mars* 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Kirmisson, Jalaguier, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime : Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Blanchard, Netter, Widal. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime : Salle Vulpian : MM. Hayem, Legry, Bezançon. — 3e (Première partie) (1re série), Oral, Ancien régime, Salle Pasteur : MM. Terrier, Mauclaire, Wallich. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Poirier, Legueu, Gosset.

Jeudi 20 *Mars* 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. Marion, Thiéry, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Corny, Méry, Hanriot. — 4e, Ancien régime : MM. Proust, Gley, Vaquez.

Vendredi 21 *Mars* 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. Poirier, Rieffel, Cunéo. — 2e, Salle Thouret : MM. Gley, Retterer, Desgrez. — 4e, Nouveau régime : MM. Ch. Richet, Brissaud, Wurtz. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Mauclaire, Jalaguier, Broca (Aug.). — 5e, Chirurgie, (Première partie) (2e série), Necker : MM. Kirmisson, Reclus, Gosset. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Netter, Widal. — 5e, Chirurgie (Première partie), Laënnec : MM. Terrier, Delens, Walther. — 5e, Chirurgie (Deuxième partie), Laënnec : MM. Landouzy, Teissier, Besançon. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 22 *Mars* 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. Quénu, Poirier, Thiéry. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Joffroy, Charrin, Guiart. — 1er, Oral : MM. Rémy, Schwartz, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Oral, Ancien régime : MM. Gilbert, Achard, Launois. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime : MM. G. Ballet, Méry, Gouget. — 4e, Nouveau régime : MM. Chantemesse, Langlois, Chassevant. — 5e, Chirurgie (Première partie), Beaujon : MM. Le Dentu, de Lapersonne, Faure. — 5e (Deuxième partie), Beaujon : MM. Raymond, Thiroloix, Jeanselme. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Potocki, Demelin.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. Rigodon, médecin de l'hôpital de Montbrison, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

M. Matignon, qui était médecin de l'Ambassade de France à Pékin au moment de l'attaque des légations par les Boxers, vient de recevoir de S. M. l'empereur d'Allemagne la décoration militaire de l'Aigle rouge de Prusse, avec épée en reconnaissance des soins donnés aux matelots allemands blessés pendant la défense de la Légation d'Allemagne.

XIVe Congrès international de médecine. — Les travaux préparatoires du XIVe Congrès international de médecine, qui doit avoir lieu à Madrid, du 23 au 30 Avril 1903, se poursuivent activement.

Dans presque tous les pays d'Europe et d'Amérique, des Comités nationaux de propagande se sont constitués. Le ministre des Affaires étrangères d'Espagne a invité tous les gouvernements à se faire représenter au Congrès ; une invitation analogue a été envoyée à toutes les Universités, Ecoles de Médecines, etc., ainsi qu'aux principales Sociétés médicales de tous les pays. Parmi les nombreuses inscriptions qui, jusqu'à présent, sont parvenues au Secrétariat général, figurent déjà 85 délégués, et tout fait prévoir que la participation à ce Congrès ne le cédera en rien à celle des Congrès passés.

L'organisation scientifique ne promet pas moins de bons résultats. Parmi les illustrations médicales qui, déjà, ont annoncé des conférences de grand intérêt, citons Pavlov, Thomson, Maragliano, Laache, Waldeyer, Cajal, etc., etc. Les différentes sections ont presque toutes arrêté leurs thèmes officiels et ont commencé à désigner les rapporteurs étrangers. Dans le programme préliminaire qui va être publié dans peu de temps figureront, en outre des thèmes officiels, nombre de communications qui ont été annoncées.

Les médecins qui ne seront pas empêchés par leurs occupations de se rendre au Congrès de Madrid peuvent être sûrs qu'un accueil des plus chaleureux les y attend ; en fait foi le grand enthousiasme qui anime tout le corps médical espagnol.

En vue de faciliter le travail du Secrétariat général, MM. les médecins qui désirent s'inscrire comme membres sont priés de le faire le plus tôt possible, en joignant à leur demande un chèque sur Madrid de 30 pesetas (23 à 25 francs selon les oscillations du change).

Le sectionnement du Congrès est définitivement établi comme suit :

1° Anatomie (Anthropologie, Anatomie comparée, Embryologie, Anatomie descriptive, Histologie normale et Tératologie) ;

2° Physiologie, Physique et Chimie biologiques ;

3° Pathologie générale, Anatomie pathologique et Bactériologie ;

4° Thérapeutique et Pharmacie : *a*) Thérapeutique ; *b*) Hydrologie médicale ; *c*) Pharmacie ;

5° Pathologie interne ;

6° Neuropathies, Maladies mentales et Anthropologie criminelle ;

7° Pédiatrie ;

8° Dermatologie et Syphiligraphie ;

9° Chirurgie générale : *a*) Chirurgie et Opérations chirurgicales ; *b*) Urologie ;

10° Ophtalmologie ;

11° Oto-Rhino-Laryngologie : *a*) Otologie ; *b*) Rhino-Laryngologie ;

12° Odontologie et Stomatologie ;

13° Obstétrique et Gynécologie ;

14° Médecine et Hygiène militaire et navale ;

15° Hygiène, Epidémiologie et Science sanitaire technique ;

16° Médecine légale et Toxicologie.

Hôpital Saint-Louis. — M. Balzer commencera le mercredi 12 Mars, à 9 h. 1/2, des conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladies de la peau et les continuera les mercredis suivants à la même heure, au Laboratoire Alibert.

Société d'Odontologie. — La Société d'Odontologie de Paris vient de constituer son bureau pour l'année 1902. Sont nommés : MM. Roy, président ; Mendel (Joseph) et Loup, vices-présidents ; Touvet-Fanton, secrétaire général ; Charpentier et de Croës, secrétaires des séances.

Étranger

Congrès allemand de médecine interne en 1902. — Le XXe Congrès allemand de médecine interne se tiendra à Wiesbaden du 15 Mars au 18 Avril prochain. Voici les questions à l'ordre du jour : 1° *Diagnostic et traitement de l'ulcère de l'estomac* ; 2° *La photothérapie.*

La tuberculose dans l'armée belge. Le gouvernement belge va créer pour les soldats tuberculeux au premier degré un sanatorium à l'hôpital de Beverloo. Le régime qu'on leur fera suivre sera identique au régime en vigueur dans les sanatoria ordinaires. Dès qu'ils seront guéris, les militaires pourront obtenir un congé de convalescence, lequel pourra avoir une durée d'un an maximum.

Ils pourront éventuellement être mis à la pension.

Quant aux tuberculeux atteints seulement au deuxième et au troisième degrés, ils seront traités dans les hôpitaux ordinaires.

Enfin, des mesures préventives très minutieuses vont être prises dans les casernes, et les miliciens, lors de la visite sanitaire, seront examinés de très près à ce point de vue.

CONCOURS

Concours des hôpitaux (médecine). — Séance du 7 Mars. — Ont lu : MM. Phulpin, Levi (Charles), Apert, Papillon (P.-H.), Terrien.

Séance du 8 Mars. — Ont lu : MM. Coyon, Pissary, Lyon, Potier, de Massary.

Séance du 9 Mars. — Ont lu : MM. Laffitte, Jolly, Josué, Bergé, de Rosenthal. — M. Schœfer, démissionnaire. M. Decloux, absent.

Concours des hôpitaux (Chirurgie). — Sont proposés pour faire partie du jury du concours pour deux places de chirurgiens des hôpitaux : MM. Walther, Peyrot, Bouilly, Reynier, Lannelongue, Potherat, Morel-Lavallée.

Internat. — *Pathologie.* — Séance du 7 Mars : MM. Laborde, 8 ; Hautant, 12 ; Lemaire (H.), 8 ; Duval, 9 ; Pathault, 9 ; Dézarnaulds, 8 ; Philibert, 9. — *Absent* : M. Cailleux.

Sont déclarés admissibles aux épreuves de la seconde série les 188 candidats ayant obtenu un minimum de 15 points.

Séance du 10 Mars. — *Ligaments de l'articulation tibio-tarsienne.* — *Complications articulaires de la blennorrhagie* (*symptômes et diagnostic*) : MM. Rottenstein, 12 ; Gaudeau, 15 ; Tixier (Léon-Eug.), 13 ; Dézarnaulds, 11 ; Dupouy ; Daversin, 9 ; Alquier, 14 1/2.

Internat en pharmacie. — Ont accepté jusqu'ici de faire partie du jury du concours de l'Internat en pharmacie : MM. Lafont, Lextreit, Meillère, Leidié, Thabuis, Schmidt.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 22. — Samedi, 15 Mars 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

L'ASSISTANCE FAMILIALE AUX TUBERCULEUX

La lutte contre la tuberculose prend, en France, une allure active; elle devient, à vrai dire, sociale. A la veille du jour où toutes les œuvres d'assistance créées pour combattre la propagation de la tuberculose ou en guérir les victimes vont, en présence des Pouvoirs publics, tenir leurs assises solennelles et jeter les bases d'une puissante fédération française, il n'est pas mauvais d'étudier dans ses grandes lignes un nouveau moyen pratique proposé lors du récent Congrès international d'assistance familiale, en Octobre dernier, à Paris. Ce moyen, c'est l'*assistance familiale au tuberculeux nécessiteux*.

Actuellement, nos moyens d'action visant directement la tuberculose se répartissent en quatre grandes lignes : le *dispensaire antituberculeux*, le *sanatorium populaire*, l'*hospice sanitaire* et l'*œuvre d'assistance* aux tuberculeux nécessiteux et à leur famille. L'assistance familiale peut-elle être considérée, dès maintenant, comme une cinquième ressource?

* * *

Tout d'abord, il faut bien s'entendre sur la valeur de ce terme nouveau, « l'assistance familiale au tuberculeux »; car il est employé souvent dans un double sens et le sera peut-être plus d'une fois encore. Certaines personnes désignent, en effet, sous cette expression, l'*assistance à la famille* du tuberculeux indigent, qui comprend depuis les secours à domicile, tant en nature qu'en argent, les soins médicaux et les médicaments, jusqu'au placement des enfants et de la femme enceinte, etc. D'autres auteurs formulent une autre idée, et sont des novateurs. S'ils n'ont pas suscité un procédé de traitement jusqu'alors inconnu ou non pratiqué, du moins ils préconisent ce moyen et en réclament l'application méthodique et officielle. Pour eux, le terme d'assistance familiale est synonyme de *placement familial*.

En un mot, les auteurs du projet dont M. Papillon fut l'ardent rapporteur au Congrès d'assistance familiale, demandent le *placement du tuberculeux, encore curable, dans une famille étrangère* où il recevra tous les soins appropriés à sa maladie.

Le placement familial, pratiqué depuis plus d'un demi-siècle en Belgique, à Gheel, pour les aliénés

non dangereux, a subi, en France, grâce aux efforts généreux de M. Marie, une impulsion féconde. L'idée de confier à une famille honorable et dévouée l'enfant malheureux (l'abandonné, l'orphelin, le protégé contre sa propre famille), le vieillard, l'infirme ou l'indigent même valide, est trop humanitaire pour susciter l'ombre d'une objection. Certains malades chroniques, atteints d'une affection matérielle particulière incurable, telle que l'ataxie locomotrice, la sclérose en plaques, la paralysie infantile, etc., sont, avec tant d'autres, des sujets tout désignés auxquels doit encore s'étendre la bienfaisante idée du placement familial. En résumé, toute maladie chronique *non contagieuse* est tributaire de cette méthode : progrès immense dans nos idées d'assistance qui répugnent — le mot n'est pas trop fort — au casernement brutal, quasi anonyme, des malades chroniques. L'hospice est un reliquat de la barbarie des temps passés.

Pour ce qui est de la *tuberculose pulmonaire*, en est-il de même? Peut-on comparer un tuberculeux qui commence ses lésions à un banal chronique? En aucune façon. La tuberculose est une maladie infectieuse, contagieuse, à sa façon sans doute, mais *éminemment contagieuse* (quand, par exemple, les voies respiratoires lui servent de terrain de culture); le patient est un malade, *d'abord aigu*, alors même qu'il n'aurait pas de fièvre proprement dite; comme tel, il est, pendant de longs mois, justiciable d'un traitement quotidien, méthodique, efficace à ce seul prix : l'observation rigoureuse d'une cure dont les principes et les moyens résident en une hygiène spéciale, prudemment appropriée à chaque sujet.

Aux yeux du médecin, le problème, en cette matière, se complique donc d'une façon singulière et, pour ma part, je crains que les discussions qui ont marqué la séance du Congrès où s'est agitée la question du placement familial des tuberculeux n'aient trop fait dévier la question. Il ne s'agissait plus d'une nouvelle idée philanthropique, d'un progrès à demander tant à la bienfaisance privée qu'à l'Assistance publique, ou d'une réforme à obtenir des Pouvoirs publics. Les médecins, seuls bons juges en cette cause, ont été appelés à s'interroger réciproquement au sujet d'un *nouveau moyen de lutte contre la tuberculose*. Or, leur opinion n'étant pas unanime, le point de vue étant fort différent, l'idée même de la *possibilité* de placer le tuberculeux dans une famille étrangère n'a pas été développée dans toute son ampleur, malgré la gravité du problème, peut-être bien à cause même de son importance. Il en est résulté qu'au milieu d'une foule de contingences et d'impedimenta, la question n'a pu trouver sa formule définitive, et qu'elle demeure, à mon avis, pendante.

* * *

La question, pour n'en regarder que les côtés les plus importants, je dirais les plus urgents, se présente à nous au quadruple point de vue de ses dangers, de sa réalisation, de sa mise en pratique, et, en définitive, de son opportunité.

Le placement familial, tel qu'on le peut concevoir actuellement, offre-t-il quelque *danger?* A cette question, la réponse est formelle. Placer un tuberculeux pulmonaire dans une maison privée est un danger certain pour les hôtes qui le recevront; conséquence inévitable, ce procédé de traitement constitue un danger public, puisqu'il risque de semer dans un foyer sain une affection contaminante. Les arguments basés sur la considération de la tuberculose pulmonaire encore *fermée*, ou déjà *ouverte* ne sont pas une raison valable en pareille occurence. Parce que vous ne trouvez pas dans l'expectoration d'un tuberculeux torpide le bacille de Koch le jour où vous l'y recherchez, vous ne pouvez dire que le malade ne crache pas de bacilles. Vous avez tout au plus le droit d'affirmer qu'il n'existait pas parmi les rares millimètres cubes de muco-pus prélevés par vos propres mains. L'heure de la sortie des bacilles hors des voies respiratoires n'a rien de réglé, rien d'absolu.

Je ne me permets pas de combattre l'argument défendu par quelques-uns de nos collègues qui affirment la *faible contagiosité* du bacille tuberculeux. Là, tout est hypothétique et, par conséquent, relève du sentiment, non de l'esprit scientifique. Le tuberculeux du poumon crache des bacilles le jour où les foyers caséeux sont en voie de ramollissement et s'évacuent : la toux, l'éternuement, l'action de parler, le chant, sont l'occasion de cette projection au dehors. La contamination d'un sujet sain par les parcelles nocives émanées du sujet malade, attend son heure et choisit son terrain. L'individu le mieux portant, le moins taré, n'est jamais sûr de résister sans cesse à la contagion tuberculeuse. Tant donc qu'une vaccination préventive antituberculeuse n'existera pas (comparable à la vaccine antivariolique ou au sérum antitétanique, par exemple), le danger de contagion existera partout où se logera un tuberculeux pulmonaire.

D'ailleurs, l'expérience a, par malheur, été répétée trop de fois. M. Brouardel l'a montré par des faits : combien de foyers tuberculeux ont été créés, en province, à la campagne, par les jeunes gens de la ville ou les jeunes soldats, qui, tuberculisés, vont « se refaire au pays », et sèment la mort autour d'eux? Cette assistance familiale *avant la lettre*, sert d'exemple au point de vue de la contagion et réclame les précautions hygiéniques les plus éclairées, acceptées du reste par les partisans du placement scientifique et prophylactique du tuberculeux dans une famille étrangère.

A quoi bon rappeler ici que le foyer contaminant créé par le malade rapatrié est un danger public pour son voisinage? L'absence de précautions a engendré, dans maints villages, de véritables épidémies de tuberculose pulmonaire, aussi expérimentales que celles de fièvre typhoïde, et non moins démonstratives.

* * *

Le second point, la *réalisation possible* du placement familial du tuberculeux, dépend de conditions tout à fait étrangères au sujet. Certes, réalisable il l'est, ce moyen de traitement et, en une foule de circonstances, même de nos jours, il se fait sous nos yeux. Que de familles riches qui reçoivent à la campagne, dans leur villégiature, de jeunes parents tuberculeux! Combien de ces malades trouvent là, dans un milieu calme, le repos, l'apaisement et l'hygiène nécessaires à leur guérison? Combien de succès, chaque jour, à l'appui de cette méthode de cure? C'est ce que nombre de médecins praticiens savent bien et ont observé au cours de leur vie professionnelle.

Mais lorsqu'il s'agit d'indigents? quand on propose d'envoyer aux champs, à la montagne ou au bord de la mer, suivant les cas et selon les régions de France, des malades pauvres chez des pauvres gens, la question n'est plus la même. Une véritable pétition de principe se produit, à l'insu même des promoteurs de l'idée. Est-ce que, de nos jours, l'ouvrier tuberculeux *sait* se soigner? Connaît-il le premier mot des précautions hygiéniques suffisantes et nécessaires? *Croit-il* aux bons effets du repos immobile, de l'alimentation graduée? Il ne sait rien, car on ne lui a rien appris de ce sujet, terrifiant pour un esprit non préparé. Transportez ce malade aux champs; croyez-vous qu'il se résignera à n'y rien faire? Et ses hôtes, les voyez-vous aptes à soigner ce malade encore valide (car il est au début) par le repos, la cure à l'air, en pleine lumière, avec les précautions minutieuses nécessaires contre le refroidissement en hiver?

Tant donc que l'*éducation populaire* sera nulle, comme de nos jours, en matière d'hygiène individuelle et sociale, tant que les notions de l'hygiène prophylactique antituberculeuse seront lettre morte, parmi les masses populaires, du haut au bas de l'échelle sociale, le placement familial ne sera pas réalisable, à cause de ses dangers et de ses mauvais résultats certains. Mieux vaut ne pas tenter une expérience condamnée à l'insuccès.

Instruisez d'abord le public, l'individu sain et le malade (s'il en a le temps), et alors, seulement alors, tentez l'épreuve.

* * *

La *mise en pratique* du placement familial du tuberculeux curable serait on ne peut plus facile, grâce aux médecins, si les locaux (pour ne plus parler des hôtes) étaient appropriés. La cure hygiénique de la tuberculose étant connue de tous, il serait aisé de l'installer, sous la surveillance du praticien. Mais, pour ce faire, un logis salubre est indispensable. Il faut une pièce sèche, aérée, recevant le plus d'ensoleillement possible par jour. L'air pur, qui nous manque à la ville, se trouve, gratuit, à la campagne; mais combien de fermes, combien de maisons propres et à l'abri de toute humidité seraient, à l'heure actuelle, aptes à recevoir nos tuberculeux pauvres? Je ne parle pas de l'alimentation de choix, bien préparée et variée, si nécessaire à la guérison du malade.

La façon dont se nourrissent les pêcheurs, les montagnards et les paysans est, hélas! trop connue du médecin de campagne. Laissons cet argument, et ne parlons que de la propreté méticuleuse de leur logis?

En vérité, à l'heurs actuelle, il n'y a qu'un petit nombre de fermes et de villages (sans compter avec les fermiers et les paysans) où l'on pourrait, sans danger pour le malade ni pour son entourage, essayer le placement familial du tuberculeux. Une seule demeure, si j'interroge mes souvenirs les plus récents, me paraît susceptible de cette expérience de cure : la maison même du médecin de campagne ou de petite ville. Là, oui, je confierais mes malades de l'hôpital ou du Bureau de bienfaisance, et je compterais sur le succès. Car le médecin, chez lui, pourrait réaliser, pour sa propre sauvegarde et celle des siens, le « sanatorium de fortune » tant rêvé par notre collègue Brunon. L'hygiène sévère, la prophylaxie la plus éclairée s'y établiraient pour ainsi dire d'elles-mêmes, la qualité de l'hôte enlevant au malade toute velléité de résistance et assurant son obéissance absolue.

* * *

Des développements qui précèdent la question de l'*opportunité actuelle* du placement familial des tuberculeux se dégage, sans aucun fard. Dans les conditions désastreuses où se trouve, en France, l'hygiène sociale, devant l'ignorance presque parfaite de la masse populaire en matière d'hygiène individuelle, et étant donné les défectuosités indiscutables de l'instrumentation nécessaire, la mise en pratique du placement familial des tuberculeux curables serait une faute et un danger.

Attendons l'aube d'un monde nouveau, où l'Hygiène, enfin acceptée, connue de tous, sera entrée dans les mœurs, dans le cœur d'un peuple instruit. Hâtons de toutes nos forces la venue des « jours heureux », où la santé publique sera vraiment le trésor commun, enrichi sans cesse par les efforts de chaque citoyen. En ces temps-là, la vie humaine, dépôt sacré confié à l'honneur de l'individu, sera utilisée seulement pour le plus grand bien de la communauté...

Ce jour-là, la foule des « questions homicides » qui nous écrasent sera réduite au minimum : l'alcoolisme, la syphilis, les logements insalubres, la ville meurtrière, tous ces maux auront disparu dans les brumes d'un passé douloureux. Et le placement familial des tuberculeux, la tuberculose s'éteignant ou étant devenue une maladie presque inconnue, ne sera plus qu'une question d'exception, que nos arrière-petits-fils citeront comme un exemple intéressant d'une pathologie et d'une hygiène préhistoriques.

M. Letulle.

TRAITEMENT DES FISTULES

RECTO-PÉRINÉALES ET RECTO-VAGINALES

PAR L'ABAISSEMENT DE LA FISTULE RECTALE

Par GÉRARD MARCHANT
Chirurgien de l'hôpital Boucicaut.

La malade qui fait le sujet de cet article, et a été l'objet d'une communication à la dernière séance de la Société de chirurgie, est une jeune femme de vingt-deux ans, qui est entrée dans mon service pour une fistule recto-périnéale.

Cette fille, dès l'âge de seize ans, eut, à la suite d'une chute et d'un violent effort, une sorte de précipitation, de luxation utérine; elle entra dans mon service de l'hôpital Tenon où, par une hystéropexie, je pus remédier à un prolapsus total de l'utérus; mais cette fixation utérine ne remédia pas à la cystocèle et à la rectocèle, et elle dut, de ce chef, subir une deuxième opération.

Je n'ai aucun détail personnel sur cette opération; mais, d'après les circonstances racontées par la malade elle-même, je suppose qu'au cours de cette périnéorraphie un fil pénétra dans le rectum, s'infecta et devint l'occasion de la fistule en présence de laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

Au-dessous de l'orifice, très étroit, de la vulve, on voit, au niveau de la région périnéale, une tumeur ovoïde, à grand axe vertical, pendante devant le périnée. Elle est du volume du poing, et a tendance à s'accroître lorsque la malade pousse (fig. 1)[1].

Elle est rouge, d'aspect muqueux, percée à son sommet d'un orifice par lequel le doigt introduit remonte jusque dans l'ampoule rectale. Inversement, le doigt, introduit par l'anus et recourbé en crochet, s'engage dans le cylindre muqueux, et peut arriver à sortir par le sommet de la tumeur prolabée.

Cette tumeur est réductible dans l'intérieur du rectum. Lorsqu'elle est réduite, on voit à sa place une manière de puits creusé

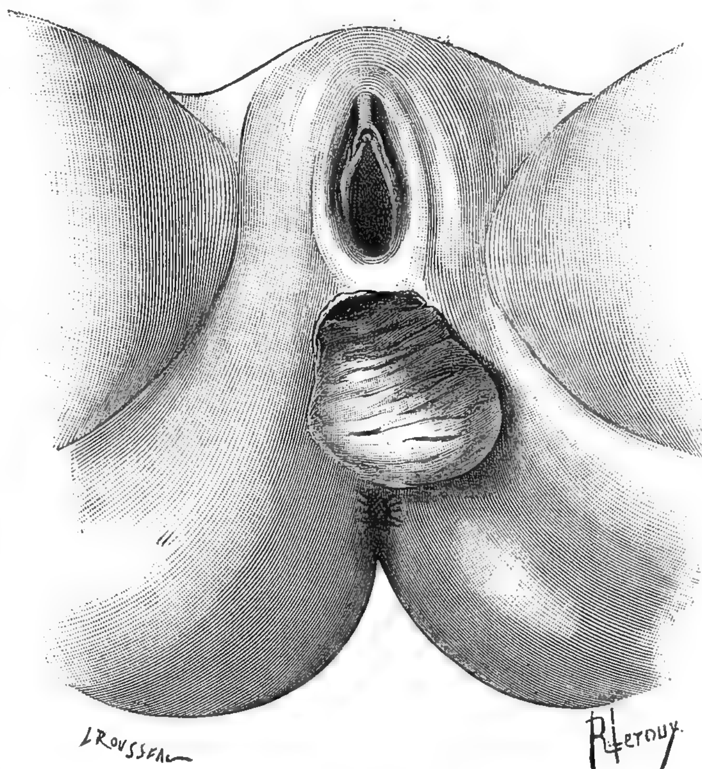


Figure 1.
On aperçoit la muqueuse rectale faisant hernie à travers l'orifice fistuleux.

dans le périnée, à la jonction du périnée antérieur et du périnée postérieur. Cette excavation est creusée parallèlement au vagin dont elle est séparée par une cloison complète.

Sur la paroi postérieure de cette excavation, on voit une vaste perte de substance de la paroi antérieure du rectum, ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs. C'est par cet orifice que se fait la hernie de la muqueuse rectale chaque fois que la malade pousse.

Les matières passent constamment par cette fistule. Entre cet orifice fistuleux et l'orifice anal se trouve un pont de substance assez épais, correspondant au périnée postérieur et comprenant le sphincter anal qui est intact.

Une première opération ayant échoué, j'ai adopté un nouveau plan d'intervention.

L'opération comprend les temps suivants :

1° Dilatation lente de l'anus avec le spéculum de Trélat. Eversion de l'anus avec des pinces à abaissement utérin;

2° Incision circulaire de la muqueuse anale ainsi extériorisée, à 1/2 centimètre environ au-dessus de l'anus;

3° Dissection du manchon muqueux en s'aidant du doigt et de l'extrémité mousse des ciseaux;

4° Pour faciliter l'abaissement de ce manchon muqueux, on libère la muqueuse tout autour de la fistule périnéale;

5° Il est alors facile de saisir avec des pinces (fig. 2) passées par l'anus l'extrémité inférieure de cette muqueuse, de l'abaisser, d'attirer au dehors l'orifice fistuleux, et, ayant sectionné cette muqueuse au-dessus de l'orifice, il reste un dernier temps à accomplir :

6° La fixation de cette muqueuse abaissée à la petite collerette de muqueuse conservée dans la filière anale. Cette union est réalisée par des points de catgut (points en U) qui unissent et adossent les bords et surfaces cruentées de la section muqueuse.

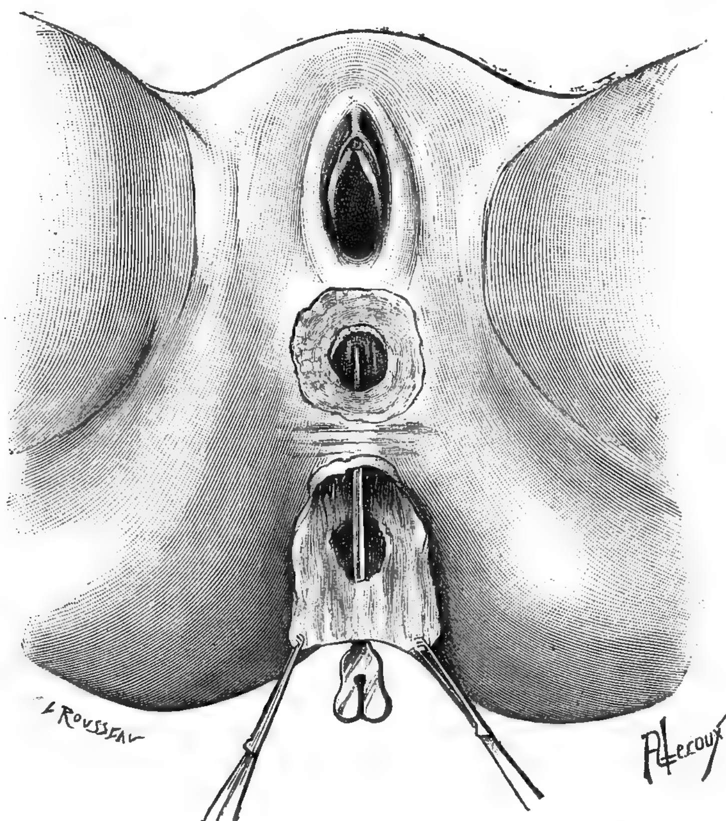


Figure 2.
Le manchon muqueux a été libéré, abaissé. La sonde cannelée répond, par sa pointe, à la face cruentée du rideau muqueux; elle traverse l'orifice fistuleux abaissé à travers l'anus par les pinces.

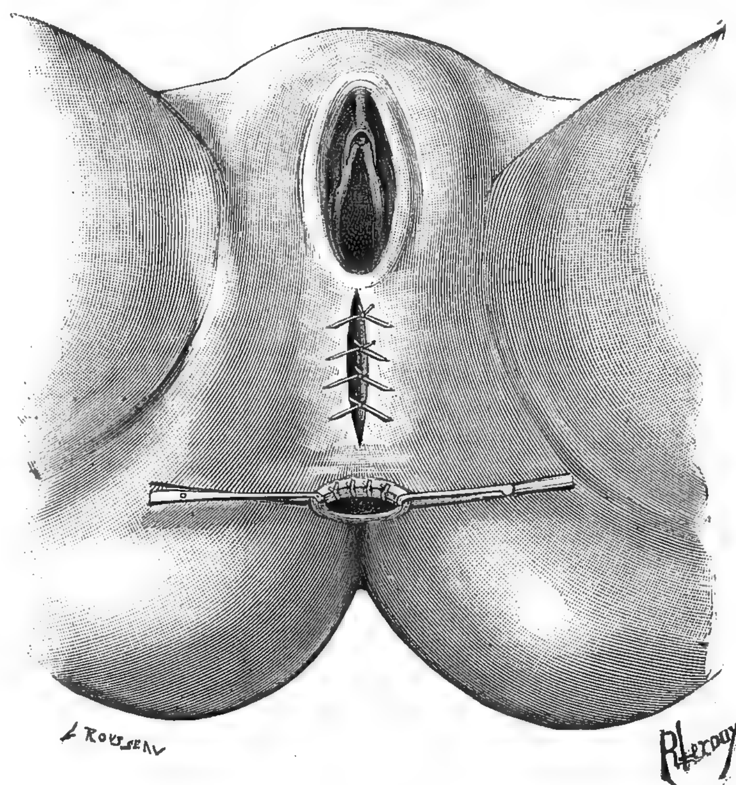


Figure 3.
Au-devant du store muqueux abaissé, la peau a été réunie par quatre points de suture au crin de Florence, et, au niveau de l'anus évasé et entr'ouvert, on aperçoit la demi-circonférence antérieure des sutures mucomuqueuses.

1. Je remercie mon jeune externe et ami M. Leroux du soin avec lequel il a reproduit les différents temps de l'opération, et M. Rousseau du talent avec lequel il a gravé ces dessins.

Cet abaissement s'est fait simplement, facilement, et, les sutures exécutées, le cylin re muqueux supérieur n'est pas tendu et n'a aucune tendance à remonter.

L'orifice de la fistule est dès lors comblé par la face cruentée de la muqueuse, abaissé et tendu *à la façon d'un rideau* au devant de l'orifice fistuleux; pour assurer une occlusion plus complète, on suture la peau au crin de Florence après large avivement circulaire de l'orifice cutané (fig. 3).

Un gros drain, entouré d'une mèche de gaze iodoformée, est introduit dans la filière ano-rectale, pendant qu'un pansement à la gaze iodoformée est appliqué sur la suture; le tout est maintenu au moyen d'un bandage en T.

L'opérée fut soumise à la diète lactée et constipée avec de l'extrait thébaïque (pilules de 0,01 centigramme prises à la dose de cinq à dix dans les vingt-quatre heures).

La malade n'est pas gênée par les gaz, le tube en caoutchouc assurant leur émission, et ce n'est qu'au dixième jour que les fils de suture du périnée sont enlevés. La réunion est absolue; d'ailleurs il n'y a aucune élévation de température.

Au seizième jour, la malade est purgée, et, malgré une selle très abondante, la fistule ne laisse rien passer; il se fait une sorte d'exsudation à sa surface, mais ce phénomène ne persiste pas.

La malade a quitté Boucicaut complètement guérie : le sphincter accomplit ses fonctions physiologiquement; le périnée est solide, et la poussée la plus énergique ne fait pas bomber le périnée; au contraire, l'orifice ancien de la fistule se déprime et diminue de plus en plus.

* * *

Le procédé que je viens de vous décrire n'est que la réminiscence de celui de Segond pour *la cure des fistules recto-vaginales par autoplastie et glissement du cylindre rectal*, et de Delorme pour *la cure du prolapsus du rectum*. A Segond, j'ai emprunté le mécanisme du store, et à Delorme l'étoffe du store, c'est-à-dire la muqueuse rectale.

Ce procédé est simple, d'une exécution facile; à l'avenir de démontrer sa valeur curatrice dans le traitement compliqué, aléatoire, des différentes fistules recto-vaginales.

LA PARALYSIE PÉRIODIQUE FAMILIALE

PAR

C. ODDO
Médecin des hôpitaux
Professeur suppléant

V. AUDIBERT
Interne des hôpitaux
Préparateur
de pathologie interne

à l'École de Médecine de Marseille.

Il existe un syndrome encore peu connu en France, et dont le très grand intérêt relève à la fois de ses caractères cliniques et des problèmes de pathogénie encore insolubles qu'il soulève. Ce syndrome est décrit sous le nom de « paralysie périodique familiale ». On peut le définir : un état le plus souvent, mais non constamment, héréditaire, caractérisé par une perte transitoire, périodique, plus ou moins généralisée, des mouvements volontaires, avec suppression des réflexes tendineux, et troubles profonds des réactions électriques, sans atteinte de la sensibilité et de l'intelligence.

Ce syndrome si curieux a été observé pour la première fois par Hartwig[1] en 1873, puis par Samuelsohn[2], par Schachnowitch[3]. Il a été bien décrit par Westphall[4]. Après ce travail important, viennent les observations de Fischl[5], de Couzot[6], de Griedenberg[7], de Burr[8], de Hirch[9], de Rich[10] de Pulawsky[11], d'Oppenheim[12]; les publications de Goldflam[13], ainsi que le mémoire très complet et très remarquable de Taylor[14] méritent une place à part. Enfin, tout récemment, les observations de Mitchell[15] de Putnam[16], de Donalt[17], et de Crafts[18] sont les publications les plus récentes sur la question.

Le malade que nous avons étudié fournit le premier cas observé en France, et il est l'objet du premier travail qui ait été fait dans notre pays.

Cela peut s'expliquer par la rareté de la paralysie périodique familiale. Il n'y a encore que 21 cas qui aient été observés, et, en comprenant les sujets appartenant à la famille des malades, on arrive à un total de 64 cas seulement.

* * *

L'hérédité névropathique manque bien souvent chez les malades atteints de paralysie périodique familiale; par contre l'hérédité similaire se rencontre dans la grande majorité des cas. Dans la même famille, les attaques de paralysie se multiplient parfois avec une fréquence remarquable : leur nombre s'est élevé à vingt-deux dans une seule famille observée par Rich. La transmission héréditaire ne suit aucune règle, elle a lieu sans distinction de sexe, elle ne saute jamais de génération, et lorsqu'un membre de la famille est épargné sa lignée demeure indemne.

Le début de l'affection a lieu dans la jeunesse, le plus souvent entre dix et vingt ans. Aucune autre influence étiologique ne mérite d'être notée.

* * *

Un fait très important, à notre avis, est l'apparition des attaques pendant le repos musculaire. C'est le matin, au réveil, qu'éclatent toujours les grandes attaques, tandis que les crises légères surviennent parfois pendant la veille, mais toujours à la suite d'une immobilité prolongée. Au contraire, les mouvements musculaires, volontairement provoqués dans les parties qui commencent à être atteintes de paralysie, peuvent ajourner la crise.

Des phénomènes prodromiques se manifestent parfois la veille de l'attaque, ils indiquent déjà un trouble fonctionnel des muscles volontaires : sensation de faiblesse dans les membres, engourdissements ou, au contraire, impatience et besoin de changer de place.

Au réveil, dans les grandes attaques, le malade se trouve tout à coup dans l'impossibilité de faire aucun mouvement; il gît inerte dans son lit, et ne peut modifier en rien la situation de son corps, quelque gênante que soit la position dans laquelle la paralysie l'a surpris durant le sommeil. Cette paralysie est ordinairement absolue, et d'une flaccidité complète dans tous les cas; elle s'étend à tous les muscles du corps, aux quatre membres, au tronc, sauf aux muscles de la face qui sont toujours respectés. La langue est souvent libre, d'autres fois la parole est un peu embarrassée; de même la déglutition est parfois gênée, et parfois, au contraire, s'exécute sans difficulté. La respiration se fait à peu près exclusivement par le diaphragme; elle est assez limitée, bien que les malades ne ressentent aucune oppression; les grandes inspirations, la toux, l'éternuement, sont habituellement supprimés. En ce qui concerne les muscles de la nuque, les mouvements de latéralité de la tête sont conservés, tandis que la flexion et l'extension ne peuvent plus se produire.

Bien que les sphincters soient respectés, l'urination est rendue parfois difficile par l'immobilité complète du malade. Toutefois, chez le malade que nous avons observé, il semblait bien qu'il y eût un certain affaiblissement du muscle vésical. Quant à la défécation, elle est rendue impossible par la suppression de tout effort.

La sensibilité est entièrement conservée dans tous ses modes, aussi bien pour les parties superficielles que pour les parties profondes; il en résulte que le premier mot du malade à son réveil est de demander qu'on mette ses membres dans une position moins incommode.

La réflectivité tendineuse est supprimée au même degré que la motricité volontaire, tandis que les réflexes cutanés et muqueux sont habituellement conservés.

La température centrale et périphérique est normale. Il n'existe aucun trouble vasomoteur. Lorsque la crise dure depuis quelques heures, le corps se couvre d'une sueur profuse.

---

1. HARTWIG. — « Ueber einen Fall intermittirender Paralysis spinalis ». *Inaug. diss.*, Halle, 1874, Ref. by Bernhardt. *Centralblatt f. d. med. Wissench.*, 1875, n° 26, p. 428.
2. SAMUELSOHN. — « Fall von intermittirender Paraplegie.» Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg, I, Pr. 1876, 13 Oct. in *Berl. klin. Woch.*, 1877, XIV, n° 41, p. 607.
3. SCHACHNOWITCH. — *Wratch. Russich*, 1882, p. 537, Ref. in *Goldflam's paper*, 13, Bibliography.
4. WESTPHALL. — « Uber einen merkwürdigen Fall von periodischer Lähmung aller vier Extremitäten, mit gleichzeitigen Erlöschen der Electrischen Erregbarkeit während der Lähmung ». *Berl. klin. Woch.* 1885, nos 31, 32, p. 489.
5. FISCHL. — « Ueber einen Fall von periodischer auftretender Lähmung der unteren Extremitaten ». *Prag. med. Woch.*, 1885, n° 42, p. 401.
6. COUZOT. — « Cas de paralysie périodique ». *Bull. d'Acad. de méd. de Belgique*, 1886, n° 7.
7. GRIEDENBERG. — *Wratsch. Russich*, 1887, p. 930, Ref. in *Goldflam's paper*, 13, Bibliography.
8. BURR. — « Periodic Paralysis with the report of a case ». *Univ. med. mag.*, Phil., 1892-93, p. 836.
9. HIRCH. — « Ueber einen Fall von periodischer familiärer Paralyse ». *Deut. med. Woch.*, 1894, n° 32, p. 646.
10. RICH. — « A unique Form of motor Paralysis due to cold ». *Med. News*, Phil., 1894, LXV, p. 210.
11. PULAWSKY. — « La paralysie totale des quatre extrémités et du tronc durant quarante-huit heures ». *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1890, n° 48, p. 570.
12. OPPENHEIM. — « Neue Mittheilungen über den von Prof. Westphall beschriebenen Fall von periodischer Lähmung aller vier Extremitäten ». *Charité Annalen*, 1891, XVI, p. 350.
13. GOLDFLAM. — « Ueber eine eigentühmlicher Form von periodischer, familiärer wahrscheinlich autointoxicatorischer Paralyse ». *Wien. med. Presse*, 1890 nos 36, 38, 39, p. 1418.
14. TAYLOR. — « Family periodic paralysis, with a report of cases dinterto published ». *Journal of nerv. and ment. disease*, 1898, Sept. and Oct.
15. MITCHELL. — « Study of a case of period. Paralysis ». *M. D.*, Phila., 1899.
16. PUTNAM. — « A case of family periodic paralysis ». *American Journal of the med. Sc.*, 1899, Nov., Phila.
17. DONALT. — *Wien. med. Woch.*, 1899.
18. CRAFTS. — « A fifth case of family periodic paralysis ». *Am. J. M. Sc.*, Phil., 1900, CXIX, p. 651, 657.

Le pouls présente souvent une légère arythmie; l'examen du cœur indique parfois une dilatation contemporaine de la crise, et devant disparaître avec elle; cette dilatation peut se traduire parfois par un souffle passager, ou bien par une simple augmentation de l'aire cardiaque.

L'intelligence est conservée, la mémoire intacte, la conscience complète, et le malade donne les renseignements les plus précis sur toutes les particularités de sa crise; toutefois il y a dans certains cas une légère somnolence.

L'appétit est généralement supprimé durant toute la crise; mais, par contre, la soif est assez vive.

Il ne reste plus, pour compléter ce tableau singulier, qu'à mentionner un dernier symptôme, le plus remarquable, du reste[1] : c'est la suppression ou tout au moins la diminution considérable des réactions électriques. Les courants faradiques les plus rapides, les courants galvaniques les plus intenses, appliqués sur le trajet des nerfs aussi bien que sur les masses musculaires elles-mêmes, n'amènent aucune contraction, ou tout au plus de faibles secousses.

La recherche des réactions électriques, dans les cas où l'excitabilité est encore conservée, quoique toujours très diminuée dans certains muscles, prouve que ces troubles sont répartis d'une manière très irrégulière et atteignent chaque muscle individuellement, et sans aucune topographie nerveuse, radiculaire, métamérique ou autre. L'excitabilité directe du muscle est parfois plus altérée encore que l'excitabilité indirecte. La sensibilité électrique est cependant conservée, et on est arrêté par les cris de douleur du malade, avant qu'aucune secousse ne se soit produite. Les muscles, dont la motricité est conservée, jouissent de l'intégrité de leur excitabilité électrique : tels sont les muscles de la face ; et, au fur et à mesure que la paralysie va rétrocéder, les réactions électriques vont reparaître dans le même ordre.

L'excitabilité mécanique des muscles est également supprimée dans tous les groupes qui sont atteints par la paralysie.

Cette situation se prolonge toute la journée; vers le soir, ou parfois même le lendemain soir seulement, les mouvements commencent à reparaître; le plus souvent ce sont les extrémités digitales des membres supérieurs qui vont se mouvoir les premières; puis les mouvements gagnent la racine du membre, les jambes reprennent ensuite leur mobilité dans le même ordre, le tronc reprend la sienne, et les muscles de la nuque sont les derniers à recouvrer leur fonction. Les réflexes reparaissent en même temps que la motricité volontaire et que les réactions électriques.

La durée de cette période de rétrocession est ordinairement assez courte, et c'est une chose remarquable que de voir, dans l'espace de deux ou trois heures, le malade passer de l'immobilité absolue à l'intégrité de son énergie musculaire. Le malade ou l'entourage peuvent même hâter la reprise de la motilité volontaire en imprimant des mouvements passifs aux segments de membres encore paralysés.

1. Oddo et Darcourt. — Des troubles des réactions électriques dans la paralysie familiale périodique ». *Société de biologie*, séance du 2 Novembre 1901.

La crise terminée, rien ne persiste plus de ces troubles fonctionnels si profonds, en particulier la motricité volontaire, la force musculaire, les réactions électriques ne présentent aucune altération; cependant, dans quelques cas, on a pu trouver de légères modifications des réactions électriques; chez d'autres sujets, et très exceptionnellement d'ailleurs, il existait des changements dans le volume des muscles : de l'atrophie limitée, ou, au contraire, de l'hypertrophie.

L'examen du sang a montré chez le malade de Mitchell une légère modification de la formule leucocytaire en rapport avec un métabolisme restreint. Chez notre malade, nous avons constaté une éosinophilie assez notable. La toxicité du sérum n'a pas semblé augmentée au moment de la crise ou à la fin, lorsqu'elle a été recherchée.

Du côté des urines, aucune modification notable n'a été relevée; Mitchell aurait observé une augmentation des bases xanthiques. La toxicité des urines n'a subi aucune modification.

Durant l'intervalle des crises, le malade se comporte comme un homme sain : il vaque à ses occupations sans aucune fatigue; il peut même se livrer à un travail musculaire intense et prolongé. Notre malade était portefaix et soulevait des poids assez lourds; d'autre part, il avait pu, sans fatigue, effectuer le trajet de Lyon à Marseille à pied par de très longues étapes. Il semble donc bien que les fonctions musculaires soient normales dans l'intervalle des grandes attaques. Toutefois, cette période intercalaire est souvent interrompue par de petites attaques qu'il nous reste à décrire.

Ces petites attaques n'existent que rarement à l'état isolé, comme chez les malades de Couzot; le plus souvent, elles alternent avec les grandes; contrairement à ces dernières, elles ne surviennent pas forcément après le sommeil, mais peuvent se produire à la suite d'une immobilité prolongée durant la veille; dans ce cas, des mouvements volontaires se produisant dans les régions paralysées peuvent retarder leur apparition. Elles se distinguent des grandes attaques par leur limitation à certains groupes musculaires presque toujours les mêmes; habituellement, la paralysie est limitée aux membres inférieurs; dans quelques observations, elle s'étend à un moindre degré aux membres supérieurs.

Le second caractère des petites attaques est le degré incomplet de la paralysie. Dans les formes les plus ébauchées, il s'agit d'une simple parésie plutôt que d'une paralysie véritable,

La faible durée des crises constitue leur troisième caractère. Cette durée peut n'être que de quelques instants, un quart d'heure dans quelques cas, et plus souvent quelques heures.

La fréquente répétition des attaques est encore un autre caractère de la forme atténuée. Ce n'est que dans cette forme que l'on rencontre le type quotidien comme celui qui a été observé par Couzot.

D'ailleurs, les caractères cliniques sont ici les mêmes que dans les grandes attaques : les troubles des réflexes et des réactions électriques s'observent, quoique à un moindre degré.

En résumé, nous retrouvons dans les attaques abortives les mêmes éléments caractéristiques que dans les grandes, et nous serions tentés de considérer la petite attaque de paralysie comme une grande attaque arrêtée dans son évolution.

* * *

La fréquence des crises est très variable suivant les sujets, et leur apparition, toujours imprévue n'est réglée par aucune loi constante. On doit faire une exception pour le type quotidien propre aux petites attaques et le type hebdomadaire qui a été observé assez rarement, du reste, et dans lequel la crise revient le même jour de la semaine. A part cela, les attaques reviennent aux intervalles les plus variables, allant de quelques jours à quelques mois.

Habituellement, l'affection dure toute la vie, mais, dans quelques cas, les crises auraient cessé à un âge plus ou moins avancé. Taylor établit que la fréquence des attaques augmente tandis que l'intensité diminue à mesure que le malade avance en âge, mais cette règle souffre de nombreuses exceptions.

* * *

Le diagnostic de l'affection n'offre aucune difficulté pour ceux qui connaissent les caractères si particuliers de la paralysie périodique. En dehors même de la notion d'hérédité similaire, l'apparition brusque d'une paralysie généralisée ne respectant que les muscles de la face, sa disparition rapide en vingt-quatre ou quarante-huit heures, la constatation des troubles électriques si caractéristiques, la suppression des réflexes, l'absence de troubles sensitifs et psychiques, et enfin l'intégrité des sphincters sont autant de traits dont la réunion ne se rencontre dans aucun autre état pathologique.

Ces caractères permettent de distinguer aisément la paralysie familiale de la maladie de Landry, de l'asthénie bulbaire d'Erb-Goldflam, du vertige paralysant de Gerlier, des paralysies hystériques, des paralysies post-épileptiques, et de certaines formes d'affaiblissement musculaire transitoire qui se rencontrent chez les neurasthéniques. Enfin, les troubles moteurs du paludisme revêtant la forme de paralysies intermittentes ne seront pas confondus avec l'affection qui nous occupe, puisqu'il s'agit de paralysies ordinairement limitées et survenant chez les paludéens avérés.

* * *

La physiologie pathologique constitue un problème des plus obscurs, puisque, de l'aveu de Westphall, on n'est pas capable d'établir une hypothèse acceptable sur la nature de ces paralysies qui se présentent à de grands intervalles, et encore moins sur les troubles électriques dont l'apparition et la disparition sont si soudaines.

La première question qui se pose est celle de la localisation du trouble morbide. Sur ce point, il ne nous semble pas douteux que la fibre musculaire elle-même doive être en jeu; les conditions de repos musculaire, dont l'influence sur la production des crises est si caractéristique, plaident déjà en faveur de cette hypothèse. La répartition des troubles moteurs et des altérations de l'excitabilité électrique se fait, nous l'avons vu, muscle par muscle. Des arguments très puissants en faveur de la nature musculaire de la paralysie

doivent être tirés des troubles de l'excitabilité électrique et mécanique du muscle. Nous avons constaté, avec M. Darcourt, que la perte de l'excitabilité électrique est toujours plus prononcée pour les excitations directes que pour les excitations indirectes. Mitchell, à l'aide d'électrode à aiguille, a noté que le muscle avait perdu son excitabilité alors qu'il n'y avait que peu ou pas d'altération de l'excitabilité du nerf et de ses terminaisons. Enfin, la rapidité avec laquelle se produit l'altération de l'excitabilité électrique et mécanique du muscle est une preuve de la nature primitive et non secondaire de cette altération.

Un dernier ordre de preuves est tiré des altérations musculaires qui ont été constatées dans quelques cas seulement, il est vrai. Celles-ci sont de deux ordres différents; les unes sont constituées par des changements de volume des muscles tantôt atrophiés et tantôt hypertrophiés; et les autres par des altérations histologiques de la fibre musculaire (dégénérescence colloïde, augmentation ou diminution du diamètre des fibres primitives avec ou sans perte de substance).

* * *

Ce premier fait établi, de quelle nature peuvent être ces troubles de la fibre musculaire apparaissant d'une manière périodique? La très grande majorité des auteurs s'est prononcée en faveur de la nature toxique ou auto-toxique de ces accidents, mais, malgré les recherches les plus minutieuses, rien n'a pu déceler la présence d'un poison quelconque dans le sang ou dans les urines; d'autre part, ce que nous savons des caractères cliniques de la paralysie périodique ne nous semble guère compatible avec l'hypothèse d'un trouble d'origine toxique. Il semble bien paradoxal que cette intoxication de la fibre musculaire apparaisse pendant le repos physiologique, et jamais pendant la période de fonctionnement. Ce fait est tout à fait en contradiction avec ce que nous savons au sujet des phénomènes d'auto-intoxication. L'hypothèse d'un poison si spécial est bien peu compatible avec la notion d'hérédité et le caractère familial de l'affection. Enfin, en dernier lieu, des recherches récentes faites sur la curarisation, et justement à propos de l'étude de la paralysie périodique, ont démontré à Donalt et Lukaes que les réactions électriques ne subissaient dans ce cas aucune des modifications que nous avons rencontrées dans notre affection.

Nous ne parlons que pour mémoire de la théorie de l'inhibition invoquée par Puttnam, car elle ne nous semble apporter aucune lumière au problème posé. Elle ne nous renseigne en rien ni sur l'origine ni sur les causes, ni même sur le mécanisme de ces prétendus phénomènes inhibitoires.

Le caractère familial de la paralysie périodique nous semble imposer d'une manière évidente la notion d'un trouble d'évolution que nous n'hésitons pas à placer dans la fibre musculaire pour les raisons énumérées plus haut, tout en réservant l'origine primitive ou secondaire de ce trouble évolutif. Nous ne pouvons dire en effet si ce trouble évolutif de la fibre musculaire a ou n'a pas une origine trophique centrale; ce qui nous confirme dans cette manière de voir, c'est l'assimilation qui s'impose entre la paralysie familiale périodique et les myotonies familiales, la maladie de Thomsen notamment. Ici encore, nous trouvons un syndrome caractérisé par des troubles fonctionnels et transitoires de la fibre musculaire apparaissant avec le même caractère familial; ici encore nous rencontrons des troubles des réactions électriques, des altérations de la réflectivité, avec intégrité de la sensibilité, de l'intelligence et des sphincters; enfin, dans les deux affections, on rencontre les altérations musculaires, soit dans le volume du muscle, soit dans la structure histologique de la fibre primitive. L'un et l'autre de ces syndromes peuvent être définis : des myopathies familiales, avant tout fonctionnelles et à allure intermittente et paroxystique, ces myopathies fonctionnelles devant être opposées aux amyotrophies myopathiques familiales qui sont, elles, caractérisées au contraire avant tout par leur caractère anatomique, leur fixité et leur tendance progressive.

Mais il est très intéressant d'opposer les caractères différentiels qui séparent la maladie de Thomsen de la paralysie familiale périodique. Dans celle-là, le trouble musculaire apparaît à l'occasion du mouvement dont il est en quelque sorte la prolongation anormale, la contracture s'établissant à l'occasion de la contraction musculaire. Dans celle-ci, c'est pendant le repos de la fibre que survient la perturbation fonctionnelle, et c'est l'impotence absolue, le véritable collapsus musculaire qui se produit dans ces conditions. Contracture survenant à l'occasion des mouvements dans un cas, paralysie apparaissant pendant le repos prolongé dans l'autre, tels sont en quelques mots les caractères différentiels complémentaires et en quelque sorte symétriques qui distinguent les deux groupes de myopathies fonctionnelles familiales dont le rapprochement nous paraît s'imposer au point de vue nosographique. Et si nous voulions caractériser d'un seul mot la place que doit occuper la paralysie familiale périodique, nous dirions qu'elle doit être dénommée *une myoplégie familiale* devant prendre place à côté des myotonies familiales décrites jusqu'ici.

* * *

Il ne nous reste que quelques mots à dire au sujet du traitement de cette intéressante affection.

Tous les médicaments employés jusqu'ici et notamment la strychnine, se sont montrés absolument inefficaces. Il nous semble bien plus rationnel de nous adresser aux moyens électro-thérapiques et kinési-thérapiques, employés l'un et l'autre dans le but d'éloigner les attaques, d'en atténuer l'intensité et d'en hâter la terminaison.

Nous conseillons donc, dans l'intervalle des crises, l'emploi méthodique de la gymnastique rationnelle et notamment de la gymnastique suédoise; concurremment avec la gymnastique, le massage musculaire et enfin l'application régulière de courants continus le long des masses musculaires.

Pendant les attaques, il convient d'exciter mécaniquement les fibres musculaires par le pétrissage et, le tapotement, et de réveiller le muscle de sa torpeur, par les mouvements passifs d'abord, et, sitôt que cela sera possible, par des mouvements actifs qui hâteront la récupération de la puissance motrice. Mais nous croyons, d'après les recherches faites par M. Darcourt chez notre malade, que le meilleur moyen de hâter la reprise des mouvements consiste dans l'application de courants faradiques sur les muscles.

MÉDECINE PRATIQUE

COMMENT IL FAUT ADMINISTRER LA QUININE?

L'histoire pharmaceutique de la quinine est assez intéressante pour mériter d'être rappelée en quelques lignes. Il semble que dans l'Amérique du Sud l'usage du quinquina dans les fièvres paludéennes fût très antérieur à la découverte du Nouveau-Monde, et que l'empirisme eût fait dès longtemps reconnaître l'existence de fièvres guérissables par l'écorce du tronc et des rameaux de certaines rubiacées originaires du Pérou. En 1640, la femme du vice-roi du Pérou, comtesse d'El Cinchon, doit au quinquina la guérison d'un accès de fièvre pernicieuse, et fait connaître en Europe la poudre de quinquina qui prend le nom de *poudre de la Comtesse*. Les jésuites contribuent beaucoup à la diffusion dans le monde du nouveau remède que le cardinal de Lugo apporte en France; il y fait fureur sous le nom de *poudre des Jésuites*. Peu après Louis XIV, guéri d'une fièvre intermittente, achète à l'anglais Talbot le secret de son remède, que l'on baptise *remède anglais*. Sydenham et Torti étudient la nouvelle drogue, en décrivent les propriétés, en précisent les indications et le mode d'emploi. On emploie couramment la poudre de quinquina jusqu'en 1820, époque célèbre dans l'histoire pharmacologique, car elle est marquée par l'isolement des alcaloïdes actifs de la poudre de quinquina par Pelletier et Caventou. Depuis cette époque, les sels de quinine ont à peu près complètement remplacé la poudre de quinquina dans le traitement du paludisme et des affections pyrétiques, la poudre n'étant plus guère employée que dans un but apéritif ou astringent, en particulier sous forme de macération dans du vin.

* * *

A quel sel de quinine doit-on donner la préférence? La question a été traitée des plus complètement par une commission nommée à l'occasion de l'expédition de Madagascar, et composée de MM. Adrian, Bardet, Berlioz, Boymond et Patein.

La conclusion a été des plus formelles : *la préférence doit être donnée au chlorhydrate neutre, qui présente à la fois la plus grande solubilité et la plus grande teneur en quinine.* Nous voyons en effet que le chlorhydrate neutre contient 81 pour 100 de son poids de quinine, et qu'il est soluble dans 0,6 parties d'eau, ou qu'en d'autres termes 1 centimètre cube d'eau dissout près de 2 grammes de ce sel. Le sulfate basique, le plus communément employé, renferme seulement 74 pour 100 de son poids de quinine, et il n'est soluble que dans 58 pour 100 d'eau, c'est-à-dire pratiquement insoluble. *Au moment des accès*, il faut donc absolument donner la préférence au *chlorhydrate neutre de quinine*, ou en tout cas à un sel neutre, ceux-ci étant beaucoup plus solubles et partant plus rapidement absorbables que les sels basiques. *Quand il s'agit d'employer la quinine à titre prophylactique*, la rapidité d'absorption ayant moins d'importance, la solubilité est moins capitale et on peut choisir dans ce cas un sel basique.

Pour donner une idée de la différence de solubilité des sels neutres et des sels basiques, nous rappellerons que la solubilité du sulfate basique est 1/58, celle du sulfate neutre 1/11; la solubilité du chlorhydrate basique 1/23, celle du chlorhydrate neutre 1/0,6. Ici on sera guidé surtout par la richesse respective des différents sels en quinine; en les classant par ordre de richesse décroissante on a la série : chlorhydrate, bromhydrate,

sulfate. C'est donc encore au chlorhydrate qu'on donnera la préférence.

Il faut savoir aussi que la différence de prix du sulfate et du chlorhydrate de quinine est assez sensible pour pouvoir craindre la substitution du sulfate au chlorhydrate par des pharmaciens peu scrupuleux.

Dans la pratique, le chlorhydrate peut être considéré comme deux fois plus actif que le sulfate.

* * *

Quelle est la forme pharmaceutique sous laquelle il convient de l'administrer?

Quoique le rapport de la commission sus-indiquée ait eu surtout en vue l'étude des différentes préparations à base de quinine destinées à un corps expéditionnaire, il serait à citer dans son intégralité tant il est net, précis, formel.

Les conditions particulières recherchées par la commission étaient les suivantes : *a*) absence de saveur et administration facile; *b*) dosage garanti; *c*) facilité de transport; *d*) conservation certaine du médicament, et contrôle facile de sa quantité. Ces conditions sont, en somme, celles que nous devons toujours considérer comme réalisant l'idéal pharmacologique, savoir : un produit toujours identique à lui-même, d'une richesse constante en principe actif, et partant d'une action rigoureusement mesurable.

Examinées à ce point de vue, les diverses préparations ont été ainsi appréciées :

Dans l'état actuel de l'industrie, *il faut absolument rejeter les comprimés* de chlorhydrate de quinine dont la solubilité et l'absorption ne sauraient être garanties.

Les *capsules* ou *perles* dans lesquelles la quinine est enfermée dans des enveloppes gélatineuses donnent d'excellents résultats. Au bout de quelques minutes d'immersion dans l'eau froide elles s'ouvrent, mettant à nu le sel quinique dont la solution s'effectue peu à peu.

Les *cachets* bien préparés présentent les mêmes avantages; c'est la forme la plus recommandable dans la pratique ordinaire.

La *forme pilulaire* a donné aussi d'excellents résultats. « Des pilules de sulfate de quinine « argentées et préparées depuis une année, « c'est-à-dire dans les conditions réputées les « plus défavorables, se sont dissoutes rapidement « dans l'eau froide acidulée par l'acide chlorhy- « drique, ainsi que dans l'estomac des lapins « auxquels on les avait fait avaler... Quand elles « sont préparées convenablement avec un exci- « pient dont la solubilité ne se modifie pas, sucre « de lait et gomme arabique en quantité stricte- « ment suffisante, il n'y a aucune raison plausible « pour que des pilules ne se dissolvent pas inté- « gralement quand elles sont en contact avec un « liquide aqueux. »

Nous avons rapporté ces conclusions parce qu'elles sont suggestives au point de vue d'une saine appréciation de la forme pilulaire, si critiquée par ailleurs; mais, dans les conditions ordinaires de la pratique médicale civile, *nous donnerons la préférence aux cachets ou aux perles à enveloppe gélatineuse.*

* * *

Dans la pratique coloniale, *on est quelquefois obligé* par la force des choses *à le donner en poudre ou en solution, malgré son amertume.* On peut à la rigueur, comme dans la médecine infantile, essayer d'en masquer l'amertume en l'enrobant dans de la confiture, du miel, de la pomme cuite, en l'administrant dans du sirop d'écorces d'oranges amères, de la glycérine ou dans une potion avec de l'extrait de réglisse ou du café.

1º Bichlorhydrate de quinine.	0 gr. 30
Extrait de réglisse.	3 grammes.
Eau distillée.	20 —
2º Bichlorhydrate de quinine.	0 gr. 30
Glycérine. . . . . }	āā 20 grammes.
Sirop tartrique. . . . . . }	
Eau.	40 —

La potion suivante masque assez heureusement la saveur amère de la quinine :

Bichlorhydrate de quinine. .	0 gr. 50
Extrait de quinquina.	4 grammes.
Eau de Rabel.	II gouttes.
Sirop de punch.	30 grammes.
Eau distillée	90 —

Lauder Brunton raconte qu'aux Indes dans beaucoup d'habitations, se trouve sur le buffet un grand bocal rempli de quinine, où tout le monde puise par cuiller à thé, jette sur de l'eau ou du lait et absorbe pendant qu'il surnage. Ce même auteur conseille, en cas d'urgence, de donner la quinine en poudre dans une quantité appréciable d'eau acidulée qui en empêche la précipitation par la salive alcaline; elle ne laisse alors qu'un arrière-goût douceâtre plutôt agréable, au lieu de la saveur amère qu'elle laisse autrement si on ne l'administre qu'avec une petite quantité d'eau.

D'ailleurs, *quelle que soit la forme sous laquelle on l'administre, il y a intérêt à la faire prendre avec une boisson acidulée,* limonade, citronade, voire solution chlorhydrique, et la raison en est simple : les sels basiques étant incomparablement moins solubles que les sels neutres, la solubilité sera sensiblement diminuée dans les milieux alcalins ou peu acides, considérablement augmentée dans les milieux acides. Le fait est surtout à retenir quand on administre des sels comme le sulfate, très peu soluble, car la quinine trouve alors rarement dans le suc gastrique stomacal assez d'acide pour se dissoudre : une bonne partie du sel passe dans l'intestin où, rencontrant un milieu alcalin, elle ne peut se dissoudre, en sorte qu'elle traverse le corps et est éliminée dans les selles sans avoir été absorbée. Lauder Brunton estime que 0 gr. 50, dissous dans une quantité suffisante d'eau acidulée, a un effet plus marqué que 1 gr. 50 sans acide. C'est en se basant sur ces considérations que Lindewurm a formulé sa solution :

Chlorhydrate de quinine. }	āā 1 gramme.
Acide chlorhydrique . . }	
Eau distillée.	25 grammes.

A prendre en une fois dans de l'eau additionnée au besoin d'un peu de vin blanc.

Une autre circonstance susceptible de jouer un rôle important dans l'absorption des sels de quinine est l'état des voies digestives. *L'embarras gastrique, la congestion du foie diminuent considérablement la puissance d'absorption de la muqueuse digestive,* d'où l'indication formelle de dégager d'abord le foie et le tube digestif par le calomel ou un purgatif salin énergique. L'indication est surtout pressante dans la malaria où la congestion hépatique est presque constante.

* * *

Quand on se trouve en présence d'accidents graves du paludisme, il faut savoir agir vite et fort, et, dans ce cas, la *voie hypodermique* est indiquée.

Les raisons qui plaident en faveur de l'emploi du *chlorhydrate neutre* (teneur en quinine 81 p. 100, solubilité très grande dans l'eau, qui en dissout plus que son poids) ont ici encore plus de force.

On pourra formuler :

Chlorhydrate neutre de quinine.	5 grammes.
Eau distillée q. s. pour . .	10 cent. cubes.

Un centimètre cube renferme 0 gr. 50 de quinine.

Laveran a préconisé le *chlorhydrate basique,* et, comme sa solubilité dans l'eau pure est 1/20, il a tourné la difficulté d'obtenir une solution suffisamment concentrée, en se basant sur ce fait que l'adjonction d'antipyrine en accroît de telle façon la solubilité, qu'un gramme de chlorhydrate basique (monochlorhydrate) auquel on ajoute 0 gr. 50 d'antipyrine se dissout dans 2 grammes d'eau distillée. Il a donc proposé la formule :

Chlorhydrate basique de quinine	3 grammes.
Analgésine.	2 —
Eau distillée.	6 —

Nous croyons utile de la modifier ainsi :

Chlorhydrate basique de quinine.	3 grammes.
Analgésine.	2 —
Eau distillée q. s. pour . .	10 cent. cubes.

Un centimètre cube renfermerait exactement 0 gr. 30 de quinine.

Le même auteur a proposé la formule suivante :

Chlorhydrate basique de quinine. . . . . }	āā 5 grammes.
Solution chlorhydrique de densité 1045 . . . . }	
Eau distillée	10 —

Mais elle est plus douloureuse que les précédentes.

Les autres sels ne doivent être acceptés que comme pis-aller : le sulfate a des propriétés corrosives très marquées, le bromhydrate est moins soluble que le chlorhydrate, et a une teneur plus faible en quinine, le sulfovinate est trop instable.

On n'emploiera que des solutions fraîches, les solutions anciennes étant altérées par des végétations microscopiques, — et peu concentrées, les solutions trop concentrées pouvant donner lieu à la précipitation du sel dans le tissu cellulaire sous-cutané.

On ne négligera aucune précaution antiseptique : stérilisation de la solution, de la seringue, du lieu d'injection.

On choisira comme lieux d'élection les parties du corps où la peau est doublée d'un panicule adipeux épais : face externe de la cuisse, fesse, face antérieure du thorax, etc., et on fera l'injection dans les parties profondes du tissu cellulaire sous-cutané.

Malgré toutes ces précautions, il faut bien savoir qu'entre les mains les plus expérimentées les injections de sel de quinine chez les malades affaiblis, anémiés, asthéniés, cachectiques, et c'est généralement chez des malades de ce genre que l'injection est indiquée, ont donné lieu à des escarres, à des abcès. C'est une éventualité toujours à prévoir, et un procès récent (hôpitaux de Nantes) vient de nous la rappeler.

* * *

Dans les cas où l'adminisration par voie buccale est impossible ou très difficile, comme chez les enfants, et que la voie hypodermique n'a pas d'indication formelle, on pourra adopter la *voie rectale.*

On pourra prescrire *un lavement* que l'enfant gardera :

Laudanum de Sydenham . .	I goutte.
Chlorhydrate neutre de quinine.	0 gr. 20
Infusion de camomille tiède.	100 grammes.

On le fera précéder d'un grand lavement évacuateur.

Mais le *suppositoire* est préférable :

Chlorhydrate neutre de quinine	0 gr. 20
Beurre de cacao	1 à 2 grammes.

* * *

L'*absorption* est assez rapide, ainsi que le démontre la recherche de la quinine dans l'urine, recherche facile au moyen du réactif iodo-ioduré de Bouchardat (iode 15 grammes, iodure de potassium 4 grammes, eau 300 grammes) qui, dans les urines renfermant de la quinine, détermine la formation d'un précipité jaune-marron (orangé) d'iodhydrate de quinine.

Cette réaction se produit dans les urines treize minutes après l'injection sous-cutanée, quinze minutes après l'absorption buccale, vingt minutes après l'administration rectale. La puissance comparative des différentes voies d'administration est donc bien moins déterminée par la rapidité de l'absorption, que par la quantité de quinine absorbée.

Dans tous les cas, l'élimination est totale en quarante-huit heures.

On admet classiquement que la dose moyenne quotidienne est de 10 centigrammes de sulfate de quinine par année d'âge jusqu'à quatre ans, soit 0 gr. 10 jusqu'à un an, 0 gr. 20 de un à deux ans, 0 gr. 30 de deux à trois ans, 0 gr. 40 de trois à quatre ans.

Chez l'adulte, on tiendra 1 gramme de sulfate de quinine pour une bonne dose moyenne, qu'on ne dépassera qu'exceptionnellement, seulement en cas d'urgence, et chez les individus dont on aura eu antérieurement l'occasion d'apprécier la tolérance à la quinine.

On se rappellera, comme nous l'avons dit précédemment, qu'une dose de sulfate de quinine est sensiblement équivalente en clinique thérapeutique à une dose de bichlorhydrate moitié moindre.

ALFRED MARTINET.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

12 Mars 1902.

Action thérapeutique du méthylarsinate de soude ou arrhénal. — *M. A. Gautier.* J'ai essayé ce médicament chez un grand nombre de malades atteints de tuberculose, asthme, emphysème, chorée, fièvres intermittentes, vomissements incoercibles. Il a sur le cacodylate de soude l'avantage de pouvoir être donné pendant des mois par la bouche sans provoquer aucun effet fâcheux.

Le meilleur mode d'administration est d'alterner successivement cinq jours de médicament, cinq jours de repos, et ainsi de suite jusqu'à guérison.

Dans les fièvres paludéennes graves et les vomissements de la grossesse, il vaut mieux recourir à la voie hypodermique.

Il est rare qu'on ait intérêt à dépasser la dose de 5 centigrammes à laquelle, chez les tuberculeux en particulier, ce médicament possède son maximum d'action. C'est seulement dans les cas où une dose massive et rarement répétée est nécessaire qu'on peut dépasser cette dose. Il faut surveiller l'emploi de l'arrhénal chez tous les malades dont le foie est insuffisant, chez les cardiaques, les malades sujets aux hémorragies intestinales et pulmonaires; mais, même dans ces derniers cas, l'arrhénal peut être utilisé à faibles doses.

Traitement de la diarrhée chronique. — *M. Soupault.* J'entends limiter ma communication à la diarrhée idiopathique caractérisée par des selles liquides et fréquentes survenant soit d'une façon continue, soit d'une façon intermittente, par crises.

En me basant sur des analyses répétées du suc gastrique et sur la pathogénie qui me paraît la plus probable, je fus amené à expérimenter le traitement par l'acide chlorhydrique. J'emploie des doses de 1 à 2 grammes par jour d'acide chlorhydrique, soit 10, 15 ou 20 gouttes d'acide chlorhydrique officinal deux fois par jour aux repas.

Diluer chaque dose dans un ou deux verres d'eau.

On peut encore prescrire la limonade suivante :

Acide chlorhydrique officinal . .	6 à 8 gr.
Sirop de limons	200 —
Eau.	800 —

J'ai été frappé de la rapidité avec laquelle la diarrhée diminue et les selles deviennent moulées.

Il faut persévérer assez longtemps après la guérison.

Sur 34 malades ainsi traités, 23 ont été guéris plus ou moins rapidement; 6 autres malades ont conservé des selles molles, quoique beaucoup moins liquides. Enfin, chez 4 malades, les récidives ont été fréquentes et la diarrhée est revenue dès qu'on a cessé ce traitement.

M. BIZE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

12 Mars 1902.

A propos de l'anesthésie par le chloroforme. — *M. Walther* lit un rapport sur un mémoire de *M. Mougeot* (de Chaumont) concernant 3.000 anesthésies par le chloroforme sans un cas de mort et sans une seule alerte. La technique employée par M. Mougeot ne présente rien de particulier : c'est celle des doses faibles et progressives. — A l'occasion de ce rapport, M. Walther communique ses impressions personnelles sur la cause des alertes et des morts chloroformiques. Pour lui, ces accidents sont presque toujours d'origine cardio-vasculaire. Il faut s'en défier chez les sujets nerveux qui voient venir avec angoisse l'heure de la chloroformisation et de l'opération. Chez ces sujets, au cours de l'anesthésie, on est prévenu du danger par la pâleur subite de la face et la précipitation du pouls. Il suffit alors de suspendre la chloroformisation et de ramener le sang à la tête par quelques frictions énergiques, pour que tout rentre dans l'ordre. M. Walther n'a vu qu'un cas de syncope cardiaque complète, d'ailleurs non suivi de mort, car le sujet a pu assez facilement être ranimé par la flagellation et la respiration artificielle.

En général, chez les candidats aux syncopes cardiaques chloroformiques, M. Walther préfère donner l'éther ou l'anesthésie mixte par l'éther et le chloroforme (éther d'abord, chloroforme ensuite).

Traitement des fistules recto-périnéales et recto-vaginales par l'abaissement de la muqueuse rectale. — *M. Gérard-Marchant.* Cette communication a été publiée plus haut (voir p. 255).

Intervention chirurgicale directe dans un cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte. — *M. Tuffier.* Cette importante communication fera l'objet d'une étude spéciale dans le prochain numéro de *La Presse Médicale*. Elle concerne un anévrisme sacciforme de la crosse de l'aorte développé entre l'origine du vaisseau et le tronc brachio-céphalique, chez une femme de quarante ans n'ayant aucune tare syphilitique ou autre.

En présence de cette poche qui, malgré le traitement antisyphilitique essayé à tout hasard, augmentait de volume tous les jours, menaçant rupture à brève échéance, M. Tuffier pensa qu'une intervention chirurgicale était justifiée, et que peut-être, en raison des caractères anatomiques des tumeurs de ce genre, elle offrait quelque chance de succès.

Il alla donc à la recherche de la tumeur, la trouva grosse comme le poing, constata que son pédicule était étroit, et que l'orifice de communication avec l'aorte admettait juste l'index, lia ce pédicule au catgut, puis, sans enlever le sac, referma la brèche thoracique.

Les suites opératoires furent d'abord bonnes, la tumeur ne s'était pas reproduite, et M. Tuffier commençait à avoir quelque espoir de guérison définitive, lorsque brutalement, au dix-septième jour, une hémorragie emporta le malade.

L'autopsie montra qu'il y avait eu sphacèle de la poche, probablement par suite de la ligature; les parois aortiques voisines ne présentaient pas la moindre lésion.

M. Poirier a eu, il y a quelques années, comme M. Tuffier, l'idée de traiter chirurgicalement certains anévrismes de l'aorte, mais l'enquête qu'il a faite à ce sujet auprès des médecins et des anatomo-pathologistes l'a dissuadé de poursuivre ses recherches dans ce sens. On lui a démontré tout l'aléa d'une pareille entreprise : les dangers immédiats de l'opération, l'incertitude de la ligature, l'impossibilité de la suture sur une paroi artérielle athéromateuse, la récidive certaine, etc., etc. Cependant, il avoue que l'observation rapportée par M. Tuffier est peut-être de nature à le faire changer d'avis.

M. Delorme avait également songé, il y a plusieurs années, à l'occasion d'un cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte observé dans sa clientèle, à intervenir chirurgicalement. Pour lui, cette intervention peut être radicale (ligature du sac) ou palliative, et se borner, dans ce cas, à la résection d'une ou de plusieurs côtes, de façon à décomprimer l'anévrisme et à supprimer ainsi les douleurs vraiment atroces qui résultent de la pression exercée par la tumeur sur la paroi thoracique ou sur les organes du voisinage.

MM. Reclus et Michaux trouvent illogique la simple ligature du pédicule anévrismal, car cette ligature ne supprime pas la brèche de la paroi aortique qui établissait la communication avec le sac. C'est donc à la suture qu'il faudrait recourir ; mais elle ne doit pas être facile ni sûre sur des tissus athéromateux. M. Reclus ajoute que, pour sa part, il préférerait recourir, s'il avait à traiter un cas de ce genre, à la méthode des injections de gélatine de Lancereaux qui a donné de très beaux succès.

Hypospadias périnéo-scrotal; opération; guérison. — *M. Walther* présente un jeune garçon de treize ans qu'il a opéré à trois reprises pour un hypospadias périnéo-scrotal. Dans un premier temps, en 1898, il lui fit un redressement de la verge par le procédé de Bouisson; dans un deuxième temps, en 1901, il reconstitua l'urètre antérieur par le procédé de Nové-Josserand; enfin, le mois dernier, il acheva la réfection complète de l'urètre. Aujourd'hui, on peut constater que le résultat final est des meilleurs.

M. Tuffier a présenté il y a deux ans, à la Société, un malade qu'il avait opéré par le procédé de Nové-Josserand ; ce malade, qu'il a continué à revoir depuis, n'a jamais eu à se plaindre de son nouvel urètre.

Amputation sous-astragalienne pour tuberculose de l'avant-pied. — *M. Chevallier* présente le malade qui a subi cette opération : résultat excellent.

Double pied bot varus équin congénital traité par l'ablation de tous les os du tarse ; résultats éloignés. *M. Lucas-Championnière* présente un sujet âgé de vingt-cinq ans, qui portait un double pied bot varus équin congénital d'une déformation aussi complète que possible; les moules qu'il présente en donnent une idée satisfaisante. Il a opéré ce malade en deux fois : le 1er Juin 1899, pour le pied gauche, le 19 Octobre suivant pour le pied droit. Il a enlevé tous les os du tarse, ne laissant qu'une petite portion du calcanéum. Actuellement, le malade marche bien, avec un tarse solide, sans mouvement de latéralité. La radiographie montre que, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, il n'y a aucune production osseuse centrale.

A propos de la séparation des urines et du diagnostic des lésions des reins. Présentation de deux reins polykystiques. — *M. Bazy* fait une présentation de pièces qui est, en quelque sorte, le complément de la communication qu'il a faite à la dernière séance.

Ce sont les reins d'une malade atteinte de tumeur du rein gauche infectée, et à qui il a fait l'ouverture de poches suppurées dans ce rein.

Cette observation est intéressante parce qu'il s'agissait d'une femme jeune, ayant les apparences d'une femme bien portante, et chez laquelle on n'aurait pas soupçonné l'existence d'une lésion aussi grave que celle qu'on voit, sans un examen approfondi, sans le secours du bleu de méthylène.

Quand M. Bazy avait examiné la malade, il avait trouvé le rein gauche bosselé, volumineux, et il avait bien pensé qu'il était peu capable de remplir ses fonctions d'organe dépurateur.

En revanche, sentant le rein droit lisse, uni, peut-être un peu augmenté de volume, il supposait que ce rein était hypertrophié par compensation, et il aurait pu, s'en rapportant à ces apparences, faire une néphrectomie.

Mais avant de faire une opération, il a voulu savoir quelle était la valeur fonctionnelle de ce rein, et il a fait l'épreuve du bleu de méthylène : elle a été déplorable; l'urine n'a commencé à se teinter qu'au cinquième verre, et encore si faiblement que ça ne comptait pas. Quant au chromogène, il ne passait pas non plus. Le résultat par l'épreuve de la phloridzine fut aussi mauvais. Aussi M. Bazy ne se hâta-t-il pas d'opérer la malade, et, de fait, il ne l'aurait sûrement pas opérée s'il n'avait eu la main forcée par des accidents infectieux survenus du côté du rein atteint de tumeur, précisément à l'occasion de la séparation des urines, — et il se borna à ouvrir des poches suppurées.

En effet, la malade était entrée le 27 Janvier, et il ne l'a opérée que le 3 Mars. Il a fait l'autopsie jeudi dernier, le lendemain du jour où il a annoncé sa mort à la Société.

Comme on le voit, le rein formant tumeur est polykystique. L'autre, le droit, est polykystique aussi, mais beaucoup moins augmenté de volume, un peu plus gros qu'un rein normal, — mais lisse, uni, donnant au toucher direct et surtout au toucher fait à travers la paroi abdominale la sensation d'un rein sain.

Eh bien, demande M. Bazy, qu'aurait donné le cathétérisme de l'uretère? Il aurait probablement donné de l'urine à peu près semblable des deux côtés, comme coloration, comme composition, et peut-être comme quantité, et il eût été difficile d'en tirer aucune conclusion, tandis que, malgré toutes les apparences, l'épreuve du bleu et celle de la phloridzine étaient tout à fait démonstratives. M. Bazy ne peut pas, — parce que, il ne sait pour quelle raison, l'analyse n'a pas été faite, — indiquer la quantité des substances éliminées par le rein.

Mais voici l'analyse de l'urine faite après l'opération :

Volume en vingt-quatre heures . .	380 centim. cubes.
Densité	1017

Urée.	20 gr. 24	par litre.
Acide urique	0,386	
Chlorures.	1,50	
Phosphates	2,20	

Par cette analyse, on peut voir que l'examen chimique n'eût certainement pas éveillé l'attention avant l'opération.

En revanche, ce cas montre bien l'importance de l'épreuve du méthylène, parce qu'il s'agissait ici d'une personne d'apparence tout à fait saine; comme on le voit, M. Bazy n'a pas parlé d'analyse d'urine, d'urée, etc. Il estime que, pour l'appréciation de la valeur fonctionnelle d'un rein, cela n'a pas d'importance. La quantité d'urée excrétée varie, en effet, avec les heures du jour et, avec les jours, suivant la nourriture, l'exercice, la fatigue, etc.

Si on ne doit tenir compte de l'analyse de l'urine, il faudra alors nous dire à partir de quel chiffre la quantité d'urée sécrétée par les reins devient suspecte. Or, cela. on ne nous l'a jamais dit et on ne nous le dira pas, parce qu'on ne peut pas baser un pronostic sur la quantité d'urée éliminée, attendu que cette quantité d'urée est très variable et varie avec la santé générale de l'individu et la manière dont la nutrition de l'individu se fait, etc. C'est pourquoi M. Bazy a pu citer ici le fait d'une malade à qui M. Albarran avait refusé une néphrectomie et voulait faire la simple néphrotomie après un cathétérisme d'uretère. Or M. Bazy a après l'épreuve du bleu, fait la néphrectomie, et la malade s'en est bien trouvée.

M. Bazy a montré ici que M. Albarran avait enlevé un rein qui sécrétait 23 grammes d'urée, alors que le rein qu'on avait laissé en place n'en sécrétait que 17 grammes.

C'est pourquoi M. Bazy proteste contre cette phrase par laquelle débute la communication de M Albarran : « L'utilité, reconnue par la grande majorité des chirurgiens, de l'examen comparé de l'urine qui s'écoule des deux reins, etc. » Cette séparation ne serait utile que pour les cas où on veut établir la quantité de l'urine, savoir si l'urine qui s'écoule d'un uretère est trouble ou limpide, qu'elle est sanglante ou qu'elle ne l'est pas : il ne faut pas demander autre chose aux méthodes de séparation de l'urine, qu'il s'agisse du cathétérisme des uretères, qu'il s'agisse de séparation des urines, et c'est bien assez.

On nous parle de centaines de cas de cathétérisme des uretères, et c'est à peine si de loin en loin on vient nous parler d'une lésion rénale diagnostiquée grâce au cathétérisme de l'uretère; et encore, quand il se trouve que le malade a pu être examiné par un autre chirurgien, il arrive que ce chirurgien avait fait le diagnostic du siège de la lésion auparavant, sans le secours du cathétérisme urétéral. A quoi sert alors ce dernier? A faire le diagnostic? Mais il est fait. A diagnostiquer l'état de l'autre rein? Mais rien ne peut mieux la donner que le bleu et la phloriazine. En faisant donc le cathétérisme de l'uretère, on fait une opération inutile.

J. Dumont.

ANALYSES

MÉDECINE

Devic et Gallavardin. ***Etude sur le cancer primitif des canaux biliaires, cholédoque, hépatique et cystique.*** (*Revue de médecine*, 1901, n°s 7, 8 et 10.) — Les auteurs étudient dans ce mémoire les cas de cancer des voies biliaires extra-hépatiques, en éliminant ceux de la vésicule biliaire, qui sont maintenant bien connus, ceux de l'ampoule de Vater, qui paraissent avoir des origines différentes suivant le cas, les cancers secondaires, et ceux qui ont envahi les voies biliaires par propagation.

Le premier cas publié de cancer des voies biliaires est celui de Durand-Fardel, en 1840; actuellement, les auteurs ont pu en recueillir 55 cas, dont deux leur appartenant. Cette variété de cancer présente des caractères particuliers qui légitiment sa description isolée. Contrairement à ce qui s'observe pour le cancer de la vésicule, celui des canaux est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, et ne coexiste que rarement avec la lithiase biliaire. Le siège le plus ordinaire de la tumeur est la partie inférieure du canal cholédoque; mais, si on réunit ensemble les cas de cancer du confluent cholédoco-hépaticocystique et ceux de l'hépatique, on trouve que, pour 22 cas de cancer du cholédoque, c'est-à-dire du segment sus-duodénal des voies biliaires, il y a 30 cas de cancer du segment juxta- ou sous-hépatique.

La tumeur est, en général, de petites dimensions, et atteint rarement le volume d'un œuf de poule; la forme *en virole* est fréquente. Les voies biliaires sont souvent trouvées perméables à l'autopsie, bien qu'il y ait eu pendant la vie un ictère par rétention : cette anomalie s'explique facilement, si l'on songe que la pression normale de la bile est inférieure à celle qu'exerce la main du médecin en cathétérisant les canaux, ou en pressant sur la vésicule; de plus, il semble que parfois le spasme des canaux joue un rôle dans l'arrêt de la bile. La généralisation est rare (un cinquième des cas seulement), et c'est le foie qui paraît être le seul viscère atteint; les ganglions du ligament gastro-hépatique sont pris parfois. Au microscope, il s'agit ordinairement d'un épithélioma cylindrique tapissant des alvéoles plongées dans un stroma fibreux particulièrement dense. Les voies biliaires sont dilatées au-dessus du point rétréci ou oblitéré; la vésicule biliaire est dilatée d'une façon presque constante (17 fois sur 18 cas) dans le cancer du segment sus-duodénal; au contraire, dans le cancer du segment sous-hépatique, elle est plus souvent normale ou rétractée; mais cette dernière règle souffre beaucoup plus d'exceptions que la première. Le foie est ordinairement augmenté de volume, et présente des lésions de cirrhose biliaire ascendante; la rate est assez souvent hypertrophiée.

Les symptômes sont essentiellement constitués par un ictère chronique à début insidieux, à marche progressive, accompagné ou non de quelques troubles digestifs ou douloureux, auquel s'ajoutent bientôt des signes de cachexie aboutissant à la mort en un temps variant de deux à six mois. En se fondant principalement sur les signes fournis par l'exploration physique de l'abdomen, on peut distinguer plusieurs formes cliniques :

a) Une *forme commune avec hypertrophie du foie et grosse vésicule*, répondant à la presque totalité de faits de cancer du segment sus-duodénal, et à quelques cas de cancer du segment sous-hépatique; le diagnostic avec le canal et la tête du pancréas est à peu près impossible.

b) Une *forme atypique avec hypertrophie ou non du foie et atrophie de la vésicule*, répondant à la majorité des cas de cancer du segment sous-hépatique; le diagnostic avec l'obstruction calculeuse du cholédoque est très difficile.

c) Une *forme simulant la cirrhose hypertrophique biliaire*, où le diagnostic avec la maladie de Hanot est d'autant plus difficile que parfois les matières fécales ne sont même pas décolorées.

d) Une *forme anictérique*, dont il n'existe qu'une seule observation.

Le traitement devra être chirurgical; mais jusqu'à présent les opérations palliatives (cholécystostomie, cholécystentérostomie) ont seules été tentées.

M. Garnier.

Robert Grünbrum. ***De la manière de compter le pouls.*** (*Centralbl. für inn. Med.*, 1901, n° 47.) — La méthode employée habituellement pour compter le pouls est sujette à de nombreuses causes d'erreur; il arrive, le plus souvent, en effet, que la dernière pulsation comptée ne coïncide pas exactement avec la dernière seconde, de sorte qu'il y a une erreur correspondant à une fraction de pulsation, erreur qui se trouve multipliée par 2 ou 3 quand on rapporte à la minute le chiffre des pulsations observées. De plus, si la fréquence du pouls varie dans l'intervalle de vingt à trente secondes pendant lesquelles on le compte, ces variations ne sont pas exprimées, et on n'obtient qu'un chiffre moyen; compter les pulsations pendant dix ou même pendant cinq secondes, c'est augmenter l'erreur d'une façon considérable, et on ne peut songer à employer ce moyen. Il est des cas pourtant où il est nécessaire d'arriver à un chiffre exact, comme par exemple quand on veut apprécier l'influence du travail musculaire sur la fréquence du pouls. Christ et Stæhelin se sont servis, dans ce but, du sphygmographe de Jacquet, et ont compté les pulsations sur la courbe obtenue; mais ce procédé, outre qu'il nécessite un appareil spécial, est lui-même sujet à des causes d'erreur, car pendant le travail du muscle, des mouvements du tronc et du bras s'inscrivent sur le tracé, et viennent troubler la courbe.

Pour éviter ces inconvénients, l'auteur procède ainsi qu'il suit : il se sert d'une montre ayant, outre l'aiguille à secondes habituelle, une deuxième aiguille plus grande, donnant exactement le cinquième de seconde, aiguille qui peut être mise en mouvement ou arrêtée par une simple pression sur un bouton; à l'aide de cette montre, il détermine le temps qui s'écoule pendant l'intervalle de quinze pulsations; pour cela il met en marche la grande aiguille à secondes juste au moment où il commence à compter le pouls, et il l'arrête au bout de quinze pulsations; de cette façon l'erreur est toujours inférieure à un cinquième de seconde. Il y a bien une autre erreur qui tient au temps qui s'écoule entre le moment où le pouls est senti et celui où l'aiguille est mise en marche; mais cette erreur ne dépasse pas, d'après Grebner, 1/100e à 3/100e de seconde; de plus elle est constante, et on peut la négliger. Si on veut faire une courbe de la fréquence du pouls, on peut prendre comme ordonnée le nombre de pulsations rapporté à la minute; on y arrive au moyen d'un calcul fort simple ou même d'une table dressée par avance.

Comme on le voit cette méthode est très exacte, et peut être utilisée non seulement dans un but scientifique, mais aussi dans la pratique courante.

M. Garnier.

OBSTÉTRIQUE

G.-E. Herman. ***Leucémie et grossesse*** (Communication à la Société obstétricale de Londres, 1901, 2 Octobre). — L'auteur fait la revue critique de huit cas de leucémie compliquée de grossesse; il en tire les conclusions suivantes : 1° la présence d'une grosse rate et d'un gros foie fait que les leucémiques souffrent bien plus que les femmes normales du fait de la plus grande distension du ventre; 2° les signes de la leucémie s'aggravent pendant la grossesse; 3° les leucémiques présentent une tendance marquée à l'avortement ou à l'accouchement prématuré; 4° elles meurent souvent après l'accouchement; 5° si elles survivent, on voit, en général, s'amender les symptômes de la leucémie. Il faut donc conclure que, dans le cas de grossesse chez une leucémique, l'avortement ou l'accouchement prématuré sont indiqués au point de vue thérapeutique.

C. Jarvis.

K. Blacher. ***Rapports entre les vaisseaux maternels et les vaisseaux fœtaux dans le placenta*** (*Arch. f. Gynäk*, 1901, Bd. 64, Heft I, p. 190). — D'après l'auteur, le placenta normal et frais possède un système artériel propre, qui siège dans la couche compacte de la caduque et se prolonge, dans le placenta maternel, avec les septa déciduaux intervilleux. Ces artérioles se ramifieraient à la surface des villosités, si bien que, pour Blacher, la villosité choriale ne serait plus un élément fœtal exclusif : dans la villosité se mélangent des vaisseaux à la fois fœtaux et maternels.

A. Schwab.

GYNÉCOLOGIE

L. Dartigues. ***Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes*** (*Thèse*, Paris, 1901). — Après une introduction importante où il envisage la question de la limite opératoire en fait de fibromes utérins, ainsi que les indications générales de la chirurgie conservatrice, Dartigues passe à la description précise et détaillée des diverses techniques opératoires dont il fait préalablement un historique des plus complets.

La chirurgie conservatrice pour fibromes utérins se résume dans les cinq méthodes suivantes :

1° Méthodes atrophiantes ou indirectes;

2° Méthodes directes abdominales;

3° Méthodes directes vaginales;

4° Méthodes directes par voie périnéale;

5° Interventions sur utérus fibreux pendant la puerpéralité.

— I. *Les méthodes atrophiantes* comprennent :

1° La ligature des vaisseaux tubo-ovariens;

2° La ligature des artères hypogastriques, soit par le procédé sous-péritonéal, soit par le procédé trans-péritonéal;

3° La ligature des artères utérines par voie abdominale (procédé de Rumpf-Hartmann-Fredet; procédé d'Altuchoff-Sneguroff);

4° La ligature du pédicule vasculo-utérin par voie vaginale (procédé de Martin-Gottschalk, de Goëlet; ligature à laquelle on a quelquefois substitué l'angiotripsie ou l'application de pinces à demeure).

Cette partie du travail est précédée d'une étude de la circulation utérine des plus claires avec l'exposé immédiat des déductions pratiques.

— II. *Les opérations conservatrices abdominales* comprennent :

1° La polypectomie abdominale, pour polypes fibreux intrapéritonéaux à étroit ou large pédicule;

2° Les énucléations ou myomectomies abdominales, soit trans-utérines (Ricard, Témoin, Tuffier, etc.), avec ou sans ouverture de la cavité de l'utérus, pour fibromes sous-péritonéaux sessiles principalement, pour fibromes interstitiels et quelquefois même pour fibromes sous-muqueux sessiles, soit trans-ligamentaires pour fibromes du ligament large.

— III. *Les opérations conservatrices vaginales* comprennent :

1° Les polypectomies vaginales pour polypes fibreux au stade utéro-cavitaire ou au stade utéro-vaginal, pour polypes géants, pour polypes sphacélés, pour inversion polypeuse ;

2° L'énucléation vaginale avec ou sans morcellement par hystérectomie cervico-vaginale uni- ou bilatérale selon le procédé de P. Segond, dérivé de l'ancien procédé d'Amussat et de Péan, pour fibromes sous-muqueux sessiles, interstitiels et du ligament large ;

3° L'hystérectomie médiane antérieure ou postérieure par voie vaginale pour fibromes sous-muqueux sessiles, intertitiels, sous-péritonéaux sessiles et pour polypes cavitaires ;

4° Les myomectomies par incision para-utérine ou colpotomique : antérieure, avec ou sans ouverture du péritoine (fibromes sous-péritonéaux sessiles ou pédiculés de la face antérieure et du fond de l'utérus) ; postérieure (fibromes sous-péritonéaux sessiles ou pédiculés de la face postérieure de l'utérus et fibromes ayant dédoublé la cloison recto-vaginale) ; latérale (fibromes intra-ligamentaires).

— IV. *Les opérations conservatrices par voie périnéale* comprennent : les périnéotomies par incisions de Zukerkandl ou de Sänger, et s'adressent à certains fibromes ayant dédoublé la cloison recto-vaginale.

— V. *Les opérations conservatrices dans le traitement des fibromes pendant la puerpéralité* comprennent : les polypectomies et énucléations abdominales ou vaginales, la césarienne avec myomectomie consécutive. Chacune de ces opérations est considérée pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Mais c'est surtout le procédé de son maître Segond — l'hystérotomie cervico-vaginale avec énucléation avec ou sans morcellement pour fibromes sous-muqueux et interstitiels — que l'auteur s'applique à mettre en valeur, et dont les indications sont, d'une manière générale : « L'unicité et le volume peu considérable du fibrome, la régularité approximative de l'utérus, la mobilité de cet organe, la présence d'annexes saines. Telle est la formule indicatrice dans toute sa rigueur, mais elle est certainement plus extensible, ainsi que le prouvent les observations que nous avons rapportées ».

Ce procédé a des avantages indéniables : il n'expose pas aux hémorragies primitives ou secondaires, à la blessure de l'intestin, de la vessie, des uretères ; il ne comprend pas l'ouverture du péritoine, et met à l'abri, plus que tout autre procédé, des accidents d'infection ; le drainage est toujours possible et dans les meilleures conditions : en dehors de la cavité abdominale et dans la déclivité. Sa simplicité d'exécution est maxima, puisqu'il n'exige, à la rigueur, aucune suture, et il évite la cicatrice abdominale et les éventrations possibles. Sa bénignité est telle qu'il peut être exécuté chez des femmes assez âgées, et chez celles qui ont un très mauvais état général qui ne permettrait pas certainement une intervention plus grave.

Les indications des diverses méthodes passées en revue par Dartigues sont exposées clairement, avec sagesse et pondération, sans, comme le dit l'auteur lui-même « prosélytisme déplacé ».

L'ouvrage se termine par une série d'observations iconographiques des plus faciles à consulter, et renferme de nombreuses planches très soignées, dont plusieurs en couleurs.

Je noterai enfin que le style est élégant, ce qui rend attrayante la lecture de cette thèse, contrairement à l'habitude.

F. Jayle.

VOIES URINAIRES

ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Max Brödel. ***Les vaisseaux sanguins intrinsèques du rein et leur importance dans la néphrotomie.*** (*Proccedings of the Association of american Anatomists*, 1901.) — Sur des pièces préparées par injection suivie de macération, Brödel étudie la disposition et les rapports vasculaires du bassinet. Il distingue d'abord des *bassinets du type normal* et des *bassinets divisés* dont il ne dit que quelques mots. Les premiers présentent toujours 8 calices : 2 sont extrêmes, l'un supérieur, l'autre inférieur ; les autres sont disposés sur 2 rangs, une rangée antérieure, une rangée postérieure. Les calices de la première rangée regardent directement en avant ; les calices de la seconde, un peu en arrière du bord externe. A chaque calice du bassinet correspond une pyramide du rein, sauf pour les calices extrêmes, qui correspondent à 2 pyramides chacun.

L'artère rénale, placée en avant du bassinet, se divise en 5 branches, dans les reins du type normal. Chacune de ces 5 branches se divise de façon différente, selon qu'elle correspond à un calice extrême, ou à l'ensemble de 2 calices moyens. Dans le premier cas, elle se divise en trois rameaux qui entourent en quelque sorte le calice : on distingue un rameau interne, un rameau antérieur, un rameau postérieur. Dans le deuxième cas, chaque branche donne, pour chacune de ces espèces de segments comprenant 2 calices et deux pyramides : 1° un gros rameau qui passe *en avant* du bassinet et donne à toute la pyramide antérieure et à la partie externe de la pyramide postérieure correspondante ; 2° un rameau grêle, de 5 à 8 fois plus petit, qui passe en arrière du bassinet et irrigue la partie interne de la pyramide postérieure.

Pour Brödel, toutes ces artères sont rigoureusement *terminales*, sans aucune anastomose ; la voûte artérielle du rein n'existe donc pas pour lui.

Les veines, au contraire, présentent de nombreuses anastomoses. On distingue 2 plexus : un premier situé entre la base des pyramides et la couche corticale ; un deuxième au niveau du bassinet. De ce dernior plexus part le tronc nerveux rénal, qui passe en avant du bassinet.

On voit qu'une incision faite un peu en arrière du bord externe du rein ira ouvrir les calices postérieurs sans couper d'artères. C'est la voie qu'on devra suivre dans la néphrotomie. Il faudra avoir grand soin de toujours se maintenir dans la moitié postérieure du rein, sous peine d'aller ouvrir, en même temps que les calices, les vaisseaux antérieurs.

On devra toujours examiner soigneusement la surface extérieure du rein. Sur la face antéro-latérale externe, on trouvera des dépressions souvent peu indiquées qui correspondent à la ligne de séparation des 2 rangées de pyramides ; c'est là un point de repère important.

De plus, quand on trouvera un rein lobulé, on pourra s'attendre à trouver un bassinet divisé, et une disposition anormale du système artériel. Les veines au contraire ne sont que très rarement anormales.

A. Policard.

Deffis. ***Prostatectomie périnéale*** (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1901, Octobre, 53). — Deffis expose le procédé de prostatectomie périnéale de Ramon Macias et de Regnio Gonzalès. On tâche de désinfecter la vessie, mais si l'infection persiste, l'opération n'en est que plus indiquée. On fait une boutonnière périnéale, on incise l'urètre dans la région membraneuse, on introduit l'urétrotome d'Otis fermé dans la vessie et on le retire les branches ouvertes, on incise la muqueuse sur le bec de la prostate ; on énucléе alors séparément chaque lobe de sa capsule. On met après l'opération une grosse sonde à demeure, et on tamponne le périnée.

Sur 30 opérations il y a eu 2 morts. Les résultats éloignés ont été parfaits. Un seul malade a dû continuer à se sonder.

Paul Delbet.

Jean Verhoogen. ***La chirurgie de la prostate*** (*Journal médical de Bruxelles*, 1901, 19 Décembre). — L'auteur envisage tout spécialement l'hypertrophie de la prostate qui est l'affection la plus commune de cette glande.

Cette affection, d'après les travaux récents, n'est que le dernier terme d'une longue évolution qui doit être rangée dans le cadre des affections chroniques : l'infection est venue de l'urètre et a pénétré dans les follicules prostatiques.

La rétention partielle ou complète, dans cette affection, est produite par l'augmentation de volume de la prostate, la rigidité du canal qui est comprimé et se dilate difficilement, et par l'affaiblissement du muscle vésical.

De cette pathogénie résulte la nécessité de soigner par le massage et la dilatation les prostatites qui s'établissent dans la jeunesse.

Quand la rétention d'urine existe, le traitement palliatif le plus souvent indiqué est le *cathétérisme*. Si le cathétérisme est difficile, s'il provoque des blennorragies répétées et abondantes, si l'appareil urinaire s'infecte, il faut assurer la miction sans sonde, soit par la cystostomie sus-pubienne, soit par des opérations sur le testicule amenant l'atrophie de la prostate, soit par la prostatotomie périnéale, ou encore la prostatotomie galvano-caustique, la prostatectomie par la vessie et la voie périnéale.

L. Loubet.

FACULTÉ DE PARIS

Cours de chimie médicale. — M. le professeur Armand Gautier, membre de l'Institut, a commencé le cours de chimie médicale le mardi 11 Mars, à 5 heures (amphithéâtre de chimie et de physique de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même haure.

Sujet du cours : Entretien de la vie de la cellule et des tissus. — Digestion. — Sang et lymphe. — Assimilation. — Excrétions.

Cours élémentaire de médecine opératoire. — M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire, a commencé ce cours le mercredi 12 Mars, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Programme du cours : Médecine opératoire et thérapeutique chirurgicale des maladies de l'appareil génito-urinaire de la femme.

Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale. — M. Ombredanne, prosecteur, ouvrira le cours d'opérations d'urgence et de pratique courante le lundi 18 Avril, à 1 h. 1/4.

1° Sutures des téguments en général ; de la paroi abdominale. Ténotomies.

2° Suture des tendons ; anastomose, allongement, transplantation des tendons. Suture des nerfs. Suture des os.

3° Sutures de l'intestin (traitement des plaies et ruptures de l'intestin). Greffes épidermiques ; greffes dermo-épidermiques à grand lambeau. Traitement de l'ongle incarné.

4° Trépanation de l'apophyse mastoïde. Cathétérisme de la trompe d'Eustache. Ponction lombaire.

5° Tubage ; trachéotomie. Tamponnement des fosses nasales. Traitement des végétations adénoïdes. Saignée.

6° Amputation du sein. Thoracentèse ; pleurotomie ; résection temporaire ou définitive des côtes.

7° Circoncision. Cathétérisme de l'urètre et de la vessie. Urétrotomie interne. Traitement de l'hydrocèle vaginale. Traitement du varicocèle.

8° Traitement des hémorroïdes. Traitement des fistules anales.

9° Traitement de l'appendicite ; résection de l'appendice. Anus artificiel iliaque.

10° Cure radicale de la hernie inguinale. Traitement des hernies étranglées.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs. S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

Conférences de physique médicale. — M. Broca (André), agrégé, a commencé les conférences de physique médicale le lundi 10 Mars, à 5 heures (amphithéâtre de physique et de chimie de la Faculté), et il les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

COLLÈGE DE FRANCE

Technique histologique et histologie. — M. J. Jolly commencera le mardi 8 Avril 1902 au Laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe, rue des Ecoles), une série de conférences pratiques sur la technique histologique et l'histologie. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Thèses 1901.

Lyon. — Baroncelli (Raphaël) : De la voûte palatine et des mâchoires au point de vue de l'identification judiciaire. — Channac (Frédéric) : Considérations sur l'œsophagotomie externe et les corps

étrangers de l'œsophage chez l'enfant. — MARTIN (Francisque) : Traitement non sanglant des cicatrices vicieuses. (Procédés de Claude Martin, de Lyon.) — PONCIN (Joseph) : De l'appendicectomie sous-séreuse. — GARDEL (Joseph) : Étude sur le pavage des voies publique au point de vue de l'hygiène. — LAFONT (Maurice) : Kyste de l'ovaire et grossesse. Adhérences au foie simulant les accidents de torsion du pédicule. — BAYLE (Maurice) : Contribution à l'étude de la photothérapie. (Méthode de Finsen.) — SERVEL (Paul) : Des fractures et enfoncements du frontal chez le fœtus, pendant l'accouchement, produites par les saillies du promontoire ou de l'arc intérieur du bassin. — IVANOFF (Georges) : Compression et oblitération de la veine cave supérieure dans le goitre cancéreux. — JACQUES (Paul) : De la désarticulation de la hanche après amputation de la cuisse au tiers supérieur. (Procédé Veitch-Volkmann.) — VITAUF (Louis) : Maladie de Dercum. (Adiposis dolorosa.) — PÉTROFF (Nicolas) : Des ruptures traumatiques intra-péritonéales du rein. — BOUZOUD (Albert) : Du choc hépatique. (Étude de séméiologie du foie.) — GANTCHEFF (Georges) : Étude sur les exostoses de l'omoplate. — PONTE (Alexandre) : Contribution à l'étude de l'ostéotomie dans les fractures diaphysaires du fémur vicieusement consolidées. (Procédé de M. le Dr Vincent.) — MURJAS (Ernest) : Du traitement des abcès ossifluents, par la ponction simple. — LEVET (Camille) : Des parentés morbides, et de la toxicité du sérum dans la chlorose. — BAÏSSET (Paul-Joseph-Lucien-M.) : De la mensuration externe du bassin. Étude critique. — MONIER (Joseph) : Du losange de Michaëlis. Étude clinique. — MONTAGARD (Léon) : Technique de la coloration des leucocytes. — COUDOUR (Georges) : Contribution à l'étude des dystocies vaginales (vagin borgne interne). — TABAR (Félix) : Contribution à la thérapeutique chirurgicale des kystes hydatiques du rein. — REY (Georges) : Orthopédie et sections nerveuses. (Contribution au traitement orthopédique des paralysies par section nerveuse.) — MOUNIER (Hippolyte) : Ostéomyélite bipolaire. — BRYE (Clément de) : Du décollement des pansements adhérents (cavitaires et autres) par l'arrosage des plaies à l'eau oxygénée. — MARCAILHOU D'AYMÉRIC (Alphonse) : De l'ectopie sous-cutanée abdominale du testicule (type nouveau). — BAYLE (Charles) : Cancer du maxillaire supérieur, d'une forme ayant pour origine les glandes sous-muqueuses de la voûte palatine. — OZANON (Marc) : Contribution à l'étude du tétanitrate d'érythrol, médicament vaso-dilatateur. — CHAFFAL (Mathieu) : Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la pleurésie purulente interlobaire. — SOUMAIRE (Pierre) : Contribution à l'étude de l'éosinophilie dans la maladie de Duhring et dans certaines autres dermatoses. — THIBAUDET (Jean) : Contribution à l'étude des blessures accidentelles de la vessie. Pénétration au niveau de la région périnéoanale. — ETTIGHOFFER (Henri) : Essai sur la pathogénie du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. — KIEPEN (Eugénie) : Des lésions du cœur dans la diphtérie. Étude comparée de la myocardite diphtérique expérimentale et de la myocardite diphtérique humaine. — ROUCACHÉ (Paul) : Étude des chutes d'un lieu élevé, sans lésions. — MEYNET (Paul) : Contribution à l'étude des troubles gastriques dans l'eczéma. — PRIVAT (Eugène) : Contribution à l'étude du traitement de l'érysipèle par l'antipyrine.

Faculté de médecine de Bordeaux. — La Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux prépare un nouveau programme d'études en vue d'examens pour un diplôme de pharmacien colonial. Ce titre donnera certainement de grands avantages aux pharmaciens désireux d'exercer la pharmacie aux colonies. Il est probable que ce nouveau diplôme sera prochainement créé et certainement recherché par un grand nombre d'élèves.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Gilbert, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, est désigné pour présider, pendant la session d'avril 1902, le jury pour les examens de doctorat et d'officiat de santé à l'Ecole de plein exercice de Nantes.

École de médecine de Clermont. — M. Gros, chef des travaux physiques et chimiques, est prorogé dans ses fonctions à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie.

École de médecine de Besançon. — M. Prieur, professeur d'histologie, est nommé directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie.

École de médecine d'Amiens. — M. Moynier de Villepoix, chargé d'un cours de physiologie, est nommé professeur d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — La médaille militaire vient d'être conférée, à M. Chaumat, médecin auxiliaire au 5e régiment du génie.

Le ministre de l'intérieur a accordé les récompenses suivantes :

Médaille de bronze : M. Noble, médecin auxiliaire au 152e d'infanterie ; Le Hohneck, 4 Décembre 1901 : a porté secours, au péril de sa vie, à une famille en danger de périr sur le sommet du Hohneck, à la suite d'une catastrophe causée par la foudre.

Lettre de félicitations : M. Pierron, docteur en médecine à Pont-à-Mousson ; 30 Juillet 1901 : sauvetage d'un homme en danger de se noyer.

A l'Assistance publique. — Une bonne nouvelle pour les malades. L'administration de l'Assistance publique vient de décider la mise en service de 100.000 serviettes pour les malades.

Jusqu'à ce jour les malades des hôpitaux ne disposaient pour les besoins de la toilette, que de compresses ou d'alèses.

La Ligue pour la défense de la Vie humaine. — Dès à présent la Ligue de la Vie humaine est définitivement installée ; ses bureaux sont ouverts tous les jours de la semaine, de neuf heures à midi, 27, quai de l'Horloge (téléphone 292-12).

La cotisation est maintenue, comme minimum à 2 francs par adhérent.

Une carte d'adhérent est remise à tous les ligueurs ; elle peut être adressée par la poste sur demande accompagnée de 0 fr. 15. Les cotisations doivent être adressées à M. Manœuvrier, trésorier de la Ligue.

Les ligueurs qui ont à se plaindre d'une falsification, d'une altération ou d'une tromperie sur la qualité d'une substance alimentaire (lait, vin, eau, conserves, poisson, comestibles quelconques) peuvent s'adresser tous les jours aux bureaux de la Ligue.

Celle-ci se chargera de faire analyser gratuitement les produits suspects. Il est indispensable que les échantillons de liquide aient approximativement la contenance d'un litre.

Sur le vu des résultats de l'analyse et dans le cas où l'affaire donnerait lieu à une poursuite judiciaire, il sera décidé s'il y a lieu de donner aux intéressés l'appui moral et pécuniaire de la Ligue de la Vie humaine.

Une nouvelle œuvre antituberculeuse. — Un comité de médecins, sous la présidence d'honneur de M. Lancereaux, vice-président de l'Académie de médecine, vient de fonder l'Œuvre antituberculeuse, dans le but de procurer soins et médicaments gratuits aux malades atteints de tuberculose, et de les envoyer à la campagne ou dans un sanatorium.

Le bureau est ainsi constitué : président, M. Constantin ; vice-président, M. Saison-Liervul ; secrétaire, M. Bruder.

Les Prix futurs des Congrès internationaux de médecine. — Les cotisations reçues pour le Congrès international de médecine de 1900 ayant laissé, tous frais payés, un reliquat de 40.000 francs environ, le Comité d'organisation s'est réuni pour délibérer sur l'emploi à faire de cette somme. Il est extrêmement probable qu'elle sera affectée à la création d'un prix triennal de 3.000 francs, que les délégués internationaux décerneraient, à chaque Congrès, dans des conditions à déterminer ultérieurement.

La lutte contre l'alcoolisme. — Une section de l'Union française anti-alcoolique a été fondée sous le nom de Section du Quartier Latin.

Prière d'envoyer les adhésions et le montant des cotisations (depuis un franc) au secrétaire général, P. Houlmann, 71, boulevard Sébastopol.

Sanatorium girondin pour le traitement de la tuberculose. — Dans sa dernière séance, le Conseil d'administration du sanatorium girondin a pris les mesures nécessaires pour assurer l'ouverture des premières salles, qui, selon toutes les prévisions, pourront être inaugurées le 1er Mai prochain. La construction de la partie centrale du premier pavillon est presque achevée, et l'on va procéder aux aménagements intérieurs.

Suivant l'article 22 du règlement, le séjour des malades au sanatorium ne sera pas gratuit dans le début. Il ne le deviendra que lorsque les ressources seront suffisantes. Le prix de la journée est fixé à 2 francs.

Il a paru au Conseil d'administration que la présence d'un médecin résidant dans le sanatorium était indispensable aussi bien pour diriger la cure des malades hospitalisés que pour étudier scientifiquement les meilleures méthodes de traitement applicables à la tuberculose. M. Gentès, agrégé d'anatomie à la Faculté de Bordeaux, a été nommé à ce poste.

Étranger

Le jubilé de l'Université de Moscou. — Le jubilé de l'Université de Moscou a été fêté avec une grande pompe. Le ministre de l'Instruction publique Vannovsky présidait les fêtes. Dans les discours officiels, on a constaté que l'Université de Moscou est dans un état florissant. Elle compte aujourd'hui 101 professeurs ordinaires et 171 professeurs et agrégés. Le nombre des étudiants, au commencement de 1902, est de 4.344 dont 1.673 étudiant le droit, 1.100 la médecine, 1.208 les sciences et les mathématiques, etc. Les subsides du gouvernement alloués à l'Université, représentent une somme de 4 millions de francs environ. Pendant toute la durée de son existence, l'Université a reçu plus de 12 millions de francs de subsides des particuliers. La bibliothèque universitaire compte 280.000 volumes et 23.000 manuscrits.

Un sanatorium pour les Belges. — Le roi des Belges, au cours de son séjour à Nice, s'est occupé de la construction d'un vaste sanatorium qui s'élèvera sur sa propriété de Passable, et qui sera destiné aux Belges atteints de tuberculose. Un artiste français, M. Messian, en dresse actuellement les plans.

Contre le tabac. — Une pétition signée de deux cents médecins d'Edimbourg et de Leitho a été adressée au Parlement, demandant le dépôt d'une loi défendant la vente du tabac aux enfants âgés de moins de seize ans. La pétition a surtout en vue l'abus de la cigarette par les jeunes gens.

Holocauste médical. — Une épidémie de petite vérole s'étant déclarée dans les tribus indiennes de l'Arizona, les Indiens, suivant leur coutume, ont sacrifié le médecin pour apaiser l'esprit du Mal auquel est due la maladie.

CONCOURS

Concours des hôpitaux (médecine). — Séance du 11 Mars. — Ont lu : MM. Garnier, Sée, Hallé, Griffon, — *Absent* : M. Comte.

Concours des hôpitaux (Chirurgie). — Le jury du concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux est définitivement composé de la façon suivante : MM. Walther, Peyrot, Reclus, Reynier, Lannelongue, Potherat, Morel-Lavallée.

Internat. — Séance du 13 Mars : *Muscles péroniers latéraux. — Causes et symptômes du mal perforant plantaire.* — MM. Walter, 8 ; Rousseau, 12 ; Masson, 14 ; Blondin, 10 ; Thuilleux ; Debidour, 6 ; Ferry, 14 ; Georget, 11 ; Faure-Beaulieu, 16 ; Rodocanachi.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Dieulafé, ex-prosecteur à la Faculté de médecine de Toulouse, a été nommé, après concours, professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole de médecine de Clermont. M. Dieulafé est de plus, jusqu'à la fin de l'année scolaire, chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Femmes Médecins en Egypte. — Le Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte met au concours sur titres une place de doctoresse auprès de l'office de Suez.

RENSEIGNEMENTS

Nos correspondants sont priés de joindre un timbre de 0 fr. 15 à leur lettre quand celle-ci nécessitera une réponse.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 23. — Mercredi, 19 Mars 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

PRATIQUE MÉDICALE

LIVRES NOUVEAUX

ANALYSES

SOCIÉTÉS SAVANTES

NOUVELLES

UNE LETTRE DE CLAUDE BERNARD A CHARLES ROBIN

Ces temps derniers, au moment du centenaire de Victor Hugo, je fus à même de demander à l'un de nos bibliophiles aussi érudit que délicat, M. Lepetit, l'autorisation de rechercher si, parmi les trésors de documents inédits qu'il possède, ne se trouverait pas quelque note du grand poète ayant trait à la Médecine. Mes recherches furent infructueuses ; mais, par contre, j'eus la bonne fortune de pouvoir prendre connaissance d'une lettre d'un haut intérêt, adressée par Claude Bernard à Charles Robin.

Claude Bernard, Charles Robin : deux de nos plus grands noms de la Médecine, de la Philosophie et de la Science ; et la lettre était datée de

1871... Quelles idées avaient bien pu échanger entre eux ces deux maîtres, à l'époque de nos désastres, en cette « Année terrible... » ? Voici ce que Claude Bernard écrivait alors à Robin :

« Mon cher Robin,

« Votre lettre m'est arrivée un peu tard, parce qu'avant de me parvenir il lui a pris fantaisie, malgré la désignation du département, d'aller se promener à Villefranche-sur-Mer.

« Je vous remercie de votre bon souvenir ; en ce temps de cataclysme, on se sent heureux de se retrouver.

« Venu ici à l'époque des vendanges, pour consolider ma santé, j'ai dû y passer l'hiver, étant bloqué par la neige et les événements qui m'ont empêché de rentrer à Paris. Mais, au lieu de s'améliorer, ma santé a reçu un funeste contrecoup de tous nos malheurs. J'ai été souffrant pendant plusieurs mois, et il me semble que je sors d'un long et douloureux exil.

« Je ne vous parlerai pas de nos désastres ; ils parlent malheureusement d'eux-mêmes. Ils m'inspirent les plus tristes réflexions, parce que je crains que le mal ne soit bien profond. Il a sans doute des causes très multiples, mais je suis convaincu que la fausse direction et l'insuffisance de l'instruction supérieure ont été une cause principale.

« Comment n'en serait-il pas ainsi quand, au lieu d'envisager les phénomènes sociaux comme des problèmes scientifiques, on marche à l'aventure, croyant à la science infuse ou se confiant en son étoile, etc., etc. Ce qui m'attriste, en un mot, c'est de voir que nous sommes vaincus scientifiquement. Maintenant que vont devenir les sciences en France, et quel sort leur réserve l'avenir?... Je vous demande pardon de ces idées sombres ; mettez-les si vous voulez sur le compte de mon foie ou de mon intestin.

« Je vous félicite de la position que vous occupez, en même temps que je prends bien part au malheur qui est venu vous frapper dans la mort de votre mère. Il y a trois ans que j'ai eu la douleur de perdre la mienne, et je sais par expérience que c'est une des plus grandes peines de la vie.

« J'espère bientôt vous retrouver à Paris. Je pense partir dans une quinzaine de jours, pour voir s'il y a lieu de reprendre quelques études et d'oublier dans le travail les malheurs de la patrie.

« En attendant, rappelez-moi au souvenir des amis qui se trouvent à Bordeaux, MM. Littré, Berthelot, etc.

« Votre bien dévoué et affectionné,

« Claude Bernard. »

10 Mars 1871.

Cette lettre est datée du 10 Mars 1871 ; la guerre prussienne venait à peine de finir, Paris s'agitait et, quelques jours après, la Commune allait éclater : jours sombres entre tous et ne justifiant que trop le pessimisme dont la lettre est empreinte. Claude Bernard écrivait de Saint-Julien-sous-Montmelas, dans le département du Rhône, son pays natal, où il avait coutume de venir passer les vacances ; cette localité est près de Villefranche-sur-Saône, et quand on songe à l'état précaire dans lequel se trouvaient alors les services publics, on ne sera guère étonné que la lettre de Robin, à laquelle il répondait, se soit égarée vers un autre Villefranche, Villefranche-sur-Mer, d'autant mieux que l'écriture de Robin était fort peu lisible.

Robin était alors à Bordeaux, où, après les batailles de la Loire et du Mans, le siège du Gouvernement provisoire avait été transféré. La haute fonction qu'il occupait, et dont Claude Bernard le félicitait, était celle de Directeur général du service de santé, au titre auxiliaire. Voici d'ailleurs, à ce sujet, les renseignements qui m'ont été donnés par notre confrère, le sénateur Goujon, compatriote et disciple aimé de Robin et qui se l'était attaché pendant la guerre.

« En 1870, Ch. Robin est parti en vacances, dans l'Ain, comme il le faisait chaque année, au milieu de Juillet. La déclaration de guerre est survenue, et Paris a été investi. Il fut désolé de ne pouvoir y rentrer pour essayer de se rendre utile. Il écrivit alors à Gambetta pour offrir ses services, et bientôt il fut nommé Directeur du service de santé. »

« Le siège du gouvernement ayant été transféré à Bordeaux, c'est dans cette ville qu'il a exercé cette haute fonction jusqu'à la fin des hostilités, et même un peu plus tard. »

Robin, comme Littré, comme Berthelot et tant d'autres savants furent de ceux qui, en 1870, à la suite de nos premiers désastres, étaient venus entourer Gambetta pour l'aider à organiser la défense. A ce propos, il n'est pas inutile de montrer aux jeunes gens d'aujourd'hui quels sentiments élevés les événements de 1870 firent naître dans l'esprit des hommes qui constituaient alors l'élite de la pensée française : rien ne saurait mieux l'exprimer que cette lettre de Claude Bernard qu'ils viennent de lire, lettre qui comporte d'ailleurs bien d'autres enseignements.

* * *

Les hommes de ma génération, jeunes gens de 1870, faisant alors leurs dernières années d'études au collège, se souviennent tous du cri unanime qui s'éleva sur la cause de nos désastres : « C'est l'instituteur allemand qui nous a battus ». L'opinion de la démocratie à ce sujet fut unanime, et c'est là ce qui permit aux gouvernants d'alors de mener à bien la réforme de l'enseignement primaire qu'ils entreprirent immédiatement. Quelque coûteuse qu'elle ait été, cette réforme n'en a pas moins donné d'énormes résultats sociaux ; mais il y a lieu de se demander s'il n'eût pas été plus rationnel, plus sage, de commencer par une réforme de l'enseignement supérieur. Ce devait être l'avis de Claude Bernard, puisqu'il disait à propos de nos désastres : « Je suis convaincu que la fausse direction et l'insuffisance de l'instruction supérieure en ont été une cause principale ».

Si l'enseignement primaire arme les bras qui exécutent, l'enseignement supérieur arme la tête qui dirige. Or, à présent que nous pouvons juger les événements de 1870 avec un certain recul, les documents qui s'accumulent aussi bien chez nos ennemis d'alors que dans notre pays, montrent de plus en plus clairement que ce qui nous a manqué pour être victorieux, c'est bien moins les bras que la tête. L'histoire des batailles sous Metz en est une preuve éclatante : à plusieurs reprises nos soldats tenaient la victoire, si leurs généraux en chef avaient su s'inspirer de la méthode et de la science des généraux allemands; malheureusement c'est à ces généraux surtout que l'on pouvait appliquer encore cette phrase de Claude Bernard : « On marche à l'aventure, croyant à la science infuse, ou se confiant en son étoile ».

Mais, oublions les désastres de la guerre, et envisageons la lutte pacifique engagée depuis trente ans sur le terrain économique. Là encore nous voyons, dans un enseignement supérieur méthodiquement dirigé, les causes de la victoire économique du peuple allemand. N'est-ce pas aux Universités et à leurs laboratoires qu'est dû en Allemagne le colossal essor des industries chimiques et électriques qui contribuent tant à la fortune du pays? N'est-ce pas, comme le voulait Claude Bernard, en « envisageant les phénomènes sociaux comme des problèmes scientifiques », que l'Allemagne, par l'institution de ses grandes assurances contre les accidents, la maladie, l'invalidité et la vieillesse, est arrivée, plus que tout autre pays sans doute, à résoudre un des éléments du problème social?

Tout cela, n'est-ce pas à la méthode apportée depuis de longues années déjà dans son enseignement supérieur que l'Allemagne le doit? Tout le secret de sa puissance est en grande partie dans l'unité de direction que les Universités donnent à l'esprit allemand.

* * *

Me voilà bien loin de la lettre de Claude Bernard. J'y reviens pour attirer l'attention, celle des jeunes surtout, sur les phrases qui la terminent : l'une adressant un pieux souvenir à la mémoire de sa mère, l'autre exprimant le vœu d'oublier dans le travail les malheurs de la patrie ; l'une et l'autre empreintes des sentiments les plus élevés.

Je ne doute pas que le souvenir adressé à la mémoire d'une mère ne soit compris de tous ; je crains qu'il n'en soit pas de même de l'allusion aux « malheurs de la patrie ».

Les malheurs de la patrie sont déjà loin de nous. Trente ans se sont passés depuis lors, pendant lesquels une part suffisante n'a peut-être pas été faite, dans l'éducation des générations nouvelles, aux enseignements que comportaient ces malheurs.

Et aujourd'hui, à n'en pas douter, la jeunesse qui se presse dans nos Universités a bien moins le souci, par une éducation et une instruction supérieures, de contribuer à la grandeur matérielle et morale du pays, que de diminuer, par l'obtention d'un diplôme, ses charges militaires que les conditions de vie internationale imposeront encore longtemps au citoyen français comme le plus impérieux des devoirs.

E. De Lavarenne.

PRATIQUE MÉDICALE

La levure de bière et la levurine dans la peste bubonique.

M. C. da Fonseca (de Rio de Janeiro), ayant eu à traiter récemment 3 cas graves de peste bubonique, imagina d'administrer à ses malades de la *levure de bière* à la dose de 6 cuillerées à café par jour, savoir 3 par la bouche, et 3 diluées dans des lavements. Or, dès le lendemain, chez l'un des malades, la température s'abaissait à 39°2, et les douleurs avaient disparu ; chez l'autre, la température tomba à 38°2, et l'état général s'améliora également.

Cependant l'état de ces malades restant ensuite stationnaire, M. da Fonseca eut l'idée de recourir à l'emploi de la *levurine* Couturieux. Aussitôt il se fit une amélioration manifeste, et, quelques jours après, les malades entraient en pleine convalescence. L'examen bactériologique de la lymphe bubonique, fait après l'administration de la levurine, ne décela qu'un nombre si minime de bacilles, que leur présence ne put être confirmée que par la culture.

BIBLIOGRAPHIE

La migraine et son traitement, par le prof. B. Kovalevski, 1 vol. in-18, 3 fr. 50. (Librairie *Vigot frères*, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.)

Des injections intra-trachéales vraies et directes dans le traitement des affections broncho-pulmonaire, par Jean Delor, de l'Université de Paris. (*J. Rousset*, éditeur, Paris.)

Précis de microbie (Technique et microbes pathogènes), par L.-H. Thoinot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et E.-J. Masselin, médecin vétérinaire, 4e édition, revue et augmentée, 1 vol. in-16 diamant, avec 210 figures dont 20 en couleurs. Cartonné toile souple, tranches rouges, 8 fr. (*Masson et Cie*, éditeurs.)

Les progrès de la science et leurs Volontaires délaissés, projet de réorganisation, suivi de la loi du 23 Juillet 1901 créant une *Caisse de recherches scientifiques*, par M. Roussy, maître de conférences à l'École pratique des Hautes-Etudes (au Collège de France), etc., 1 vol. in-8° de 193 pages, 4 francs. (*Jules Rousset*, éditeur, 36, rue Serpente, Paris.)

INTERVENTION CHIRURGICALE DIRECTE

POUR UN

ANÉVRYSME DE LA CROSSE DE L'AORTE

Ligature du sac

Par Th. TUFFIER, Agrégé
Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Existe-t-il dans les anévrysmes de la crosse de l'aorte des variétés anatomiques très rares qui soient justiciables d'une intervention chirurgicale directe? Ces variétés anatomiques admises, la clinique peut-elle les reconnaître? Telles sont les deux questions que je devais examiner devant vous à l'occasion d'un cas d'anévrisme de ce genre que j'ai observé récemment et traité chirurgicalement.

Voici l'histoire de ma malade, qui comprendra deux parties : l'une clinique, l'autre opératoire. La première est, à mon avis, beaucoup plus importante que la seconde.

Une femme de quarante ans, sans antécédents héréditaires particuliers et n'ayant, comme antécédents personnels, qu'une variole à l'âge de sept ans, m'est adressée par M. Pozzi dans mon service de Beaujon, pour être soignée d'une petite tuméfaction pulsatile du thorax.

Réglée à l'âge de quinze ans, la malade n'a eu qu'un enfant, mort en bas âge à la suite d'une entérite. La syphilis conceptionnelle semble devoir être écartée, car le mari est très bien portant et n'a jamais présenté la moindre manifestation spécifique. Nous avons d'ailleurs recherché avec le plus grand soin la syphilis chez cette femme, sachant quel rôle capital cette infection joue dans l'étiologie des anévrismes. Nous n'avons pu trouver aucun stigmate de cette syphilis, acquise ou héréditaire, et, malgré le concours de M. Milian, chef de clinique de M. Fournier, nous avons été obligés d'écarter ce facteur pathogénique. Nous n'avons pas moins soumis la malade à un traitement spécifique qui, comme nous le verrons, a été absolument inefficace.

Il y a six mois, la malade va consulter à l'Hôtel-Dieu, puis à la Salpêtrière, pour des *douleurs intercostales*. On diagnostique une névralgie intercostale et on lui ordonne des douches, elle continue pendant deux mois ce traitement, mais sans aucun résultat. Il y a quatre mois, elle constate l'existence, au niveau du troisième espace intercostal droit, d'une petite tumeur saillante qui grossit de jour en jour. Cette tumeur est assez douloureuse, même à une pression superficielle. Depuis l'apparition de cette tumeur, la malade souffre davantage, surtout dans le dos.

Lorsqu'elle se présente à ma consultation, le 5 Novembre dernier, elle déclare que ces douleurs siègent en arrière, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite; ce sont des douleurs vives, survenant par crises, s'irradiant, en haut du côté de l'épaule droite, en avant du côté de la mamelle correspondante, et en bas sur le trajet du nerf cubital. Tout le membre supérieur droit est engourdi : la malade ne peut plus travailler; elle éprouve même une certaine difficulté à tenir une aiguille. La douleur n'est pas exagérée par la compression, ce dont on peut se convaincre en explorant les nerfs intercostaux et le nerf cubital. On constate, d'autre part, au niveau du troisième espace intercostal droit, immédiatement en dehors du bord droit du sternum, une saillie du volume d'un œuf de pigeon, à limites peu précises, qui se continue insensiblement avec les parties avoisinantes. La peau est normale à son niveau ; pas de varicosités sous-cutanées. La palpation de cette tumeur est très douloureuse; la malade ne peut pas même supporter les frottements de sa chemise, et elle est obligée d'interposer entre cette dernière et la peau un carré de tissu de soie.

La tumeur est pulsatile : ses battements sont intermittents; ils ne sont pas isochrones avec les battements de la pointe du cœur; ils succèdent à la systole cardiaque. Les parois de la tumeur sont molles, souples; il est possible, par une pression douce et lente, de la réduire. En supprimant ensuite cette compression, on voit que la tumeur ne reprend que peu à peu et assez lentement son volume primitif, après deux ou trois pulsations. En délimitant la tumeur par la palpation, on s'aperçoit qu'elle est appliquée directement contre la face postérieure des deuxième et troisième cartilages costaux droits. La percussion donne une matité absolue qui se confond avec la matité cardiaque. L'auscultation fait percevoir un souffle unique siégeant au premier temps, avec un maximum d'intensité vers le bord droit du sternum. L'auscultation de l'orifice aortique ne révèle aucun signe d'insuffisance de cet orifice; la pointe du cœur bat un peu en dehors du mamelon. L'index, enfoncé derrière la fourchette sternale, ne perçoit pas la crosse aortique, qui a conservé sa situation, de même que le tronc brachio-céphalique artériel et la carotide gauche.

L'exploration du système artériel périphérique permet de constater, par l'examen comparatif du pouls radial droit et gauche, que le droit a conservé son amplitude, mais que le pouls du côté gauche se trouve relativement affaibli. Leur synchronisme est parfait. Même constatation pour le pouls temporal. Au contraire, le pouls fémoral est le même des deux côtés. L'examen des deux artères sous-clavières ne donne aucun signe particulier. Aucune altération viscérale, aucune altération artérielle, aucun signe de compression des vaisseaux du hile pulmonaire.

Une tumeur pulsatile de cette région, sans défaut de synchronisme des pouls droit et gauche, temporal et radial, ne pouvait être qu'un *anévrysme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte, entre son origine et la naissance du tronc brachio-céphalique*. La difficulté du sac à se remplir après sa réduction, l'absence d'insuffisance aortique concomitante, la situation normale de la convexité aortique, le souffle unique au premier temps nous faisaient croire à un *anévrysme sacciforme* à collet étroit.

La malade fut soumise au traitement mixte pendant trois semaines : le résultat fut une augmen-

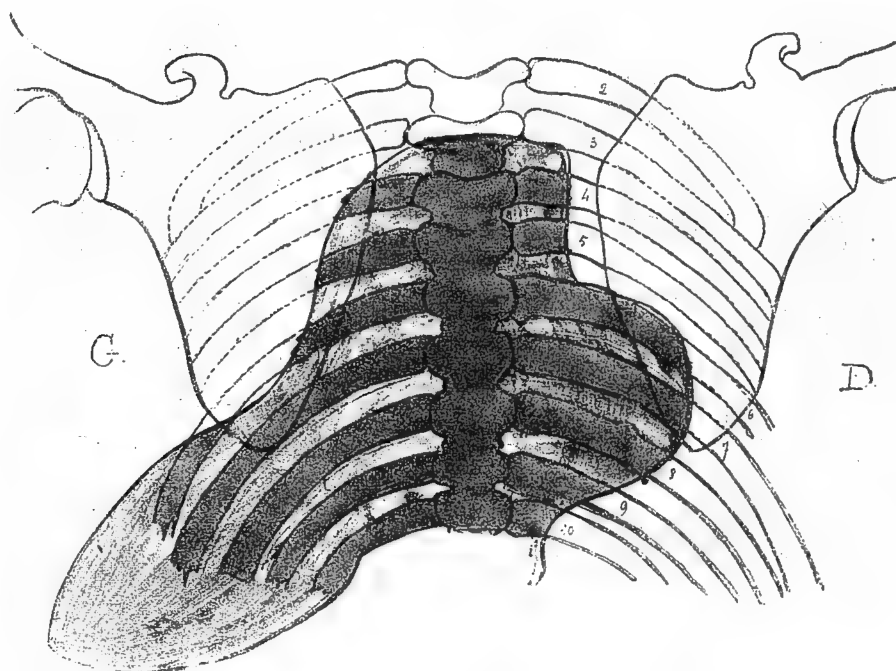


Figure 1. — Décalque de la radiographie. Vue par derrière[1]. — G, à gauche de la malade, le cœur; D, à droite, la poche anévrysmale.

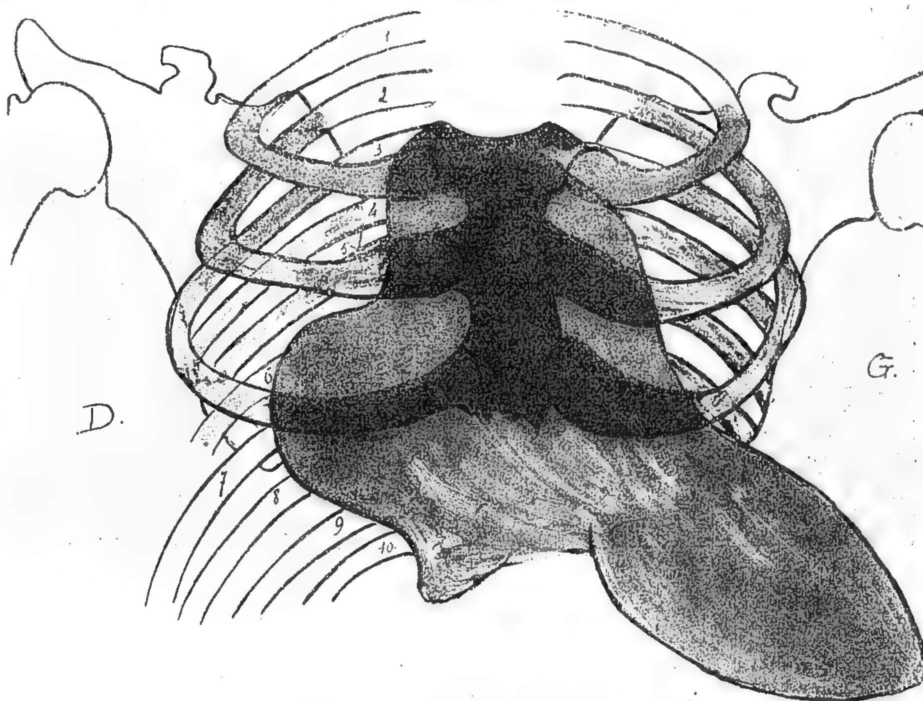


Figure 2. — Projection de la tumeur sur la face antérieure du thorax (figure demi-schématique). D, côté droit de la malade : la poche anévrysmale; G, côté gauche : le cœur.

1. Cette figure et les suivantes sont dues à l'habile crayon de mon élève Jacques Liouville.

tation rapide de la tumeur, qui, le 7 Décembre, avait usé la paroi thoracique, luxé la deuxième côte, détruit le grand pectoral et venait battre sous la peau.

Pour préciser la forme, le volume, les rapports de l'anévrysme, je priai d'abord mon collègue, M. Troisier, d'examiner la malade. Il confirma l'opinion d'anévrysme aortique, et, se basant sur les caractères du souffle, il pensa comme nous à un anévrysme sacciforme dont l'orifice de communication était étroit, orifice siégeant sur la face externe et antérieure de la portion ascendante de la crosse aortique, avec intégrité relative du volume du vaisseau.

Pour me renseigner plus exactement encore sur les dimensions, la situation, les rapports, la nature exacte de cette tumeur, j'en fis l'examen radioscopique et je priai, d'autre part, M. Hallion de vouloir bien soumettre à la méthode graphique les pulsations radiales et celles de la poche anévrysmale.

— L'*examen radioscopique* pratiqué dans mon laboratoire par M. Dagincourt, par mes élèves et par moi, était d'une netteté parfaite. Voici une épreuve décalquée par mon élève Liouville sur la radiographie, (fig. 1, vue postérieure), et vous avez sur la figure 2, qui est schématique, la projection de cette tumeur sur la face antérieure du thorax. Ces figures montrent qu'il existe sur la face latérale droite de l'aorte une tumeur, du volume d'un gros poing d'adulte, faisant tache dans la partie interne des deuxième et troisième espaces intercostaux; le cœur n'a subi aucun déplacement et occupe sa place normale.

— L'*examen sphygmographique* a été fait par M. Hallion, au moyen des tambours polygraphes du professeur Franck; je reproduis ici ces tracés.

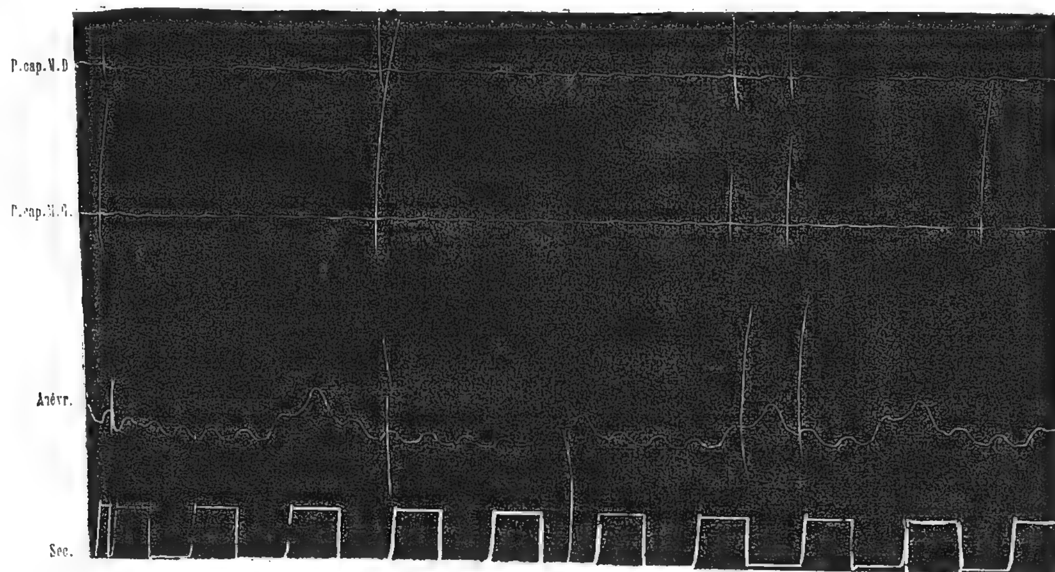


Figure 3.

P. cap. M. D. = Pouls capillaire de la main droite. — P. cap. M. G. = Pouls capillaire de la main gauche. — Anévr. = Pulsations de la poche anévrysmale. — Sec. = Secondes.

Les repères marqués correspondent aux mêmes instants précis, dans les trois tracés.

Ces tracés montrent que le pouls capillaire est : 1° syncrone dans les deux mains; 2° plus faible à gauche qu'à droite.

On voit que l'*instant de la pulsation radiale est identique* dans les deux mains, car les repères sont également distants du début de la pulsation du côté droit et du côté gauche.

On voit aussi que la pulsation est plus faible dans la main gauche que dans la main droite.

On voit que l'*expansion de la poche se fait en deux temps*. Si l'on considère la première élévation (entre 1 et 2), *le retard* de la pulsation radiale est égal à 2/5 de seconde (au lieu de 1/10 qui est le chiffre normal). Cette grande valeur du retard porterait à se demander si ce ne serait pas, en réalité, la deuxième élévation (commençant au repère 2) qui répondrait au début de la systole. Dans ce cas encore, le retard (mesuré par la distance horizontale qui sépare les repères 2 et 3, et non plus 1 et 3) serait égal à 1/5 de seconde, c'est-à-dire double du retard normal.

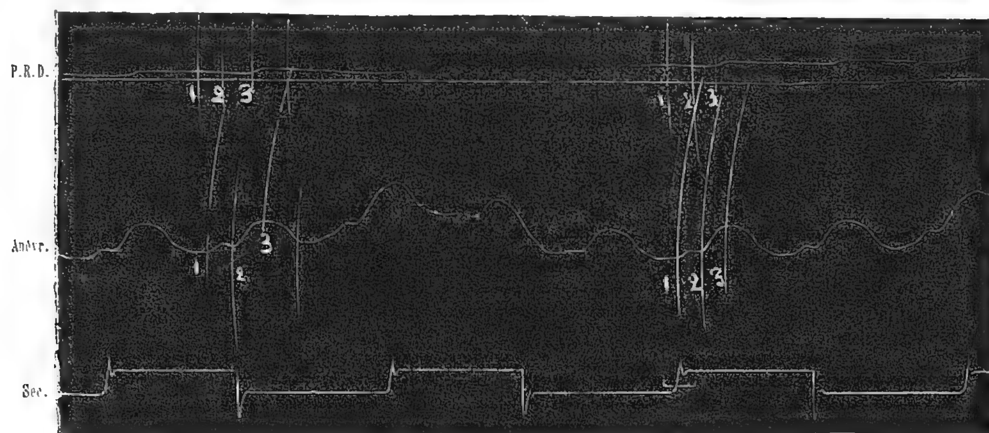


Figure 4.

P. R. D. = Pouls radial droit. — Anévr. = Pulsations de la poche anévrysmale. — Sec. = Secondes. — 1. = Début du premier temps de l'expansion de la poche. — 2. = Début du deuxième temps. — 3. = Début de la pulsation radiale.

Ces tracés, pris avec une plus grande vitesse de l'appareil enregistreur, permettent d'établir des rapports chronologiques entre les variations de volume de la poche anévrysmale et les détails de la pulsation radiale.

L'existence du retard est donc incontestable.

M. Hallion fait suivre ces tracés de la note suivante :

« De la forme des tracés et de l'inégalité du pouls des deux côtés, j'ai tendance à tirer les conclusions ou plutôt à admettre les présomptions suivantes :

« 1° L'expansion de la poche se faisant en deux temps, et l'expansion du premier temps étant minime, il me paraît logique d'en induire que la poche éprouve de la difficulté à s'emplir d'emblée et, cela étant, ne communique pas avec l'aorte par un vaste abouchement;

« 2° Le retard du pouls étant égal des deux côtés, la poche communiquerait avec la portion ascendante de l'aorte;

« 3° Le pouls étant plus fort à droite, cela pourrait tenir à ce que l'anévrysme intéresserait partiellement le tronc brachio-céphalique, élargissant son embouchure, et permettant à l'onde pulsatile d'y accéder plus énergiquement. Il est vrai que l'onde, si elle pénètre plus facilement dans une artère ectasiée, s'y amortit. Si la pénétration plus facile tend à augmenter la force du pouls, la traversée dans la portion ectasiée tend à la diminuer.

« En somme, je ne trouve pas, à l'inégalité des pulsations radiales, d'interprétation bien satisfaisante.

« J'ai consulté M. Franck sur ces détails des tracés. Il ne se risquerait, dit-il, à aucune déduction. Nul n'est plus compétent que lui : je ne saurais donc me permettre aucune opinion ferme. »

— Enfin, l'*examen du sang* a été pratiqué par M. Mocquin, le 7 Décembre, une demi-heure après une séance de radiographie. Il a donné :

GR = 4.757.000	P = 76
R = 3-047.421	Mop = 7
G = 0,64	Mog = 4
GB = 13.630	Meg = 11
	My = 2

* * *

De cet exposé clinique et de ces recherches complémentaires, radioscopiques et sphygmographiques, il ressort, en somme, que nous sommes en présence d'un *anévrysme de la crosse de l'aorte*, que la tumeur siège sur *sa partie ascendante*, entre l'origine du vaisseau dans le cœur et la naissance du tronc brachiocéphalique. L'anévrysme a le volume d'un très gros poing; il est *sacciforme*; il se dirige vers la *région thoracique antérieure* et a laissé intacts les organes profonds (veines et nerfs). Son *orifice de communication* avec le segment aortique est relativement étroit, *sa paroi est mince*, sans caillots capitonnants. *Son évolution est rapide*; le traitement médical ne l'a même pas enrayée (en quinze jours, du 28 Novembre au 12 Décembre, jour de l'opération, elle a pris des proportions inquiétantes malgré une médication spécifique énergique); il n'existe sur *aucune autre région artérielle trace d'une ectasie ou d'une altération pariétale*. La malade a quarante ans, son *état général est parfait*, et la tumeur *n'a plus qu'à ulcérer la peau pour se rompre*.

En face de pareilles constatations, une intervention directe sur la tumeur me paraissait justifiée. Mais, n'ayant aucun guide, aucune observation qui me permît de juger de sa gravité, et aucune certitude de la mener à bonne fin, je fis part de toutes mes craintes à la famille de cette malade, et j'exposai à cette dernière tout ce que l'humanité me permettait de lui dire. L'intervention ne me fut pas concédée, mais elle me fut demandée par la malade, très courageuse et très

intelligente, tant son angoisse précordiale au moindre mouvement était atrocement douloureuse.

Avant d'entreprendre cette opération, je crus nécessaire de me renseigner auprès des classiques sur l'anatomie pathologique des anévrysmes de l'aorte, en particulier sur la fréquence des anévrysmes sacciformes, sur leur pathogénie, sur leurs dimensions, leur situation, leurs rapports, leurs adhérences, sur les dimensions de l'orifice de communication, sur l'état des parois artérielles dans le voisinage de l'anévrysme, sur la possibilité d'une ligature du sac et d'une suture artérielle à ce niveau. Or, je ne trouvai sur ces différents points que des renseignements incomplets et insuffisants.

Si la forme du sac, son épaisseur, son étendue, ses adhérences, son mode d'ouverture dans les différents viscères : bronches, plèvre, péricarde, médiastin, sont parfaitement décrits, au contraire les dimensions de l'orifice de communication du vaisseau et de l'orifice sont rarement précisés ou même mentionnés. J'ai interviewé sur cette question les anatomo-pathologistes les plus autorisés, M. Cornil, et son élève M. Brault. Le résultat de mon enquête peut se résumer ainsi : les anévrysmes de la crosse de l'aorte sont généralement syphilitiques et s'accompagnent d'altérations artérielles portant sur plusieurs parties du vaisseau ou sur plusieurs vaisseaux, mais il n'existe souvent qu'un seul anévrysme menaçant la vie du malade. Cet anévrysme, le plus ordinairement latéral, est rarement sacciforme, avec un orifice étroit et à parois le plus souvent altérées. Cette variété existe cependant d'une façon certaine : c'est dire que l'intervention chirurgicale sera rarement indiquée.

J'eus alors l'idée de faire des recherches dans notre merveilleuse collection du musée Dupuytren, et j'eus la satisfaction d'y trouver, au milieu d'une quantité considérable de préparations ou de moulages d'anévrysmes de l'aorte (il y en a près de cinquante), 7 pièces d'anévrysmes sacciformes dont je me permets, à défaut de dessin, de vous reproduire par écrit la description.

N° 225 du Catalogue. *Modèle en cire d'un cœur avec la première portion de la crosse de l'aorte; perforation térébrante de l'aorte.* — L'aorte, à 1 centimètre environ au-dessus des valvules sigmoïdes, sur sa partie droite et convexe, présente une perforation d'un diamètre d'environ 5 millimètres, et qui traverse le vaisseau de part en part; elle résulte probablement d'un athérome. L'ouverture interne présente le même aspect et la même dimension que l'externe.

N° 249. *Cœur avec la crosse de l'aorte; anévrysme de la crosse de l'aorte.* — Cette pièce provient d'une femme de trente-huit ans. L'aorte est le siège d'une dégénérescence scléro-athéromateuse peu avancée. A 8 centimètres environ au-dessus des valvules sigmoïdes, la cavité du vaisseau communique avec un sac anévrysmal par un orifice situé à droite et en arrière; il est circulaire, nettement circonscrit par un bord saillant, et mesure 2 cent. 1/2 de diamètre. La tumeur est arrondie; son volume égale celui d'une petite orange; aucun des organes voisins ne paraît avoir subi d'altération à son contact. Elle est remplie complètement de caillots décolorés, denses, stratifiés, qui obstruent l'orifice de communication avec l'aorte.

Ces différentes particularités expliquent comment la tumeur n'a donné lieu, pendant les dernières périodes de la vie, à aucun phénomène morbide ; le sang n'y pouvait plus pénétrer, elle était sans influence sur la circulation, elle ne devait produire aucun bruit anormal; masquée par le poumon, elle ne pouvait être reconnue par la percussion; sans retentissement sur les organes voisins, elle n'occasionnait pas de troubles fonctionnels; complètement remplie de caillots résistants, devenue en quelque sorte étrangère à l'appareil circulatoire, elle n'était plus susceptible d'accroissement. En somme, l'anévrysme était momentanément guéri, et il est probable que la guérison eût été définitive, car les caillots denses et solides ne présentaient aucune tendance à la désagrégation. (Vulpian. *Soc. anat.*, 1869, t. XIV, p. 119.)

N° 251. *Modèle en cire d'un cœur avec la crosse de l'aorte et l'artère pulmonaire; anévrysme de la crosse de l'aorte.* — Sur cette pièce, l'aorte ne paraît point avoir subi de dilatation notable. On observe à sa face antérieure, dans sa portion ascendante, une tumeur du volume d'une grosse orange, que l'on a représentée remplie de caillots décolorés. Cette tumeur, très irrégulière à sa surface, communique avec la partie antérieure de la crosse de l'aorte par un orifice assez étroit. (*Acad. de médec.*)

N° 252. *Modèle en cire d'un cœur, avec la crosse de l'aorte, la trachée et les poumons; anévrysme de la crosse de l'aorte.* — Sur ce modèle, on constate qu'il existe une dilatation assez considérable de la portion ascendante de la crosse de l'aorte. Le cœur, petit, paraît légèrement atrophié. L'aorte ascendante, sur la partie latérale droite, à sa partie supérieure, à peu de distance de la sous-clavière, présente une perforation circulaire d'environ 1 cent. 1/2 de diamètre, qui communique dans une poche anévrysmale située en avant de la trachée-artère. La tumeur anévrysmale a été représentée ouverte, et remplie de caillots volumineux.

N° 258. *Cœur avec l'aorte; anévrysme kysteux de l'aorte.* — Cette pièce présente un grand intérêt : elle a été considérée par Corvisart comme un exemple possible de guérison spontanée d'un anévrysme de l'aorte, par réplétion et endurcissement du caillot. La crosse de l'aorte, sur cette pièce, est très dilatée; elle présente en outre un grand nombre de plaques athéromateuses. A sa partie postérieure ou supérieure, au niveau de l'origine du tronc brachio-céphalique, existe une ouverture irrégulièrement circulaire, qui conduit à une cavité kystique du volume d'une noix. Cette cavité est complètement remplie par une masse compacte de caillots fibrineux, disposés en couches concentriques, et très adhérents aux parois de la tumeur. Ces caillots ne permettent plus au sang de pénétrer dans la poche de l'anévrysme. (Corvisart, *Traité des maladies du cœur*, 2e éd., p. 313.)

N° 263. *Portion de l'aorte, anévrysme kysteux.* — La partie postérieure de la crosse de l'aorte, à 4 centimètres environ au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche, présente une ouverture, irrégulièrement quadrangulaire, qui a 3 centimètres dans sa plus grande dimension. Cette ouverture communique dans une cavité kystique qui fait une saillie peu considérable en arrière et dont la surface extérieure était en rapport avec les corps vertébraux auxquels elle adhérait.

N° 289. *Cœur avec la crosse de l'aorte, la trachée-artère et les deux poumons, anévrysme de l'aorte qui s'est ouvert sous le feuillet viscéral de la plèvre.* — Le cœur est volumineux, et la crosse de l'aorte est un peu dilatée. On constate, sur cette pièce, que l'origine de la tumeur anévrysmale est située au-dessous de la sous-clavière gauche, à la terminaison de la crosse de l'aorte. A ce niveau, l'aorte présente une large ouverture qui a 4 centimètres de diamètre, à bords très irréguliers. Cet orifice communique dans un petit sac anévrysmal dont le diamètre est de 6 centimètres; les parois de ce sac sont, à l'intérieur, rendues très irrégulières par des adhérences de débris de caillots. Au sommet de ce sac existe une ouverture ulcérée et irrégulière qui a permis au sang de s'épancher sous la plèvre qui recouvre le lobe supérieur du poumon gauche.

* * *

L'étude attentive de ces pièces, jointe aux lectures que j'avais faites, me montrait donc qu'il existe certains anévrysmes sacciformes de la crosse de l'aorte qui sont situés avant la naissance du tronc brachio-céphalique, qui sont peu ou pas adhérents, qui ont un pédicule relativement mince, et un orifice relativement étroit, enfin que la paroi de l'aorte, au voisinage de la poche anévrysmale, peut ne présenter que des lésions athéromateuses légères ne contre-indiquant pas une ligature de l'anévrysme.

Dans ces conditions, je me crus autorisé à tenter l'intervention que j'avais proposée à la malade. Elle eut lieu le 12 Décembre 1901. Voici comment je la menai, avec l'aide de mes internes MM. Chifoliau et Loubet :

Opération. — Pour aborder l'anévrysme, je taille un volet à convexité droite, à base attenant au bord droit du sternum et allant, en hauteur, depuis la 2e côte jusqu'au 5e espace intercostal droit, et, en largeur, du bord droit du sternum à quatre travers de doigts en dehors. Ce lambeau comprend à la fois la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les fibres du grand pectoral; celles du petit pectoral n'existent plus au niveau de l'anévrysme, leurs restes sont rabattus en dehors.

Je tombe de suite sur l'anévrysme, et je puis constater alors que la 2e côte est luxée, complètement adhérente à la tumeur, et que celle-ci adhère en outre à la face postérieure de la 3e côte et au cartilage costal correspondant, enfin à la plèvre médiastine. De ces adhérences la moins intime me paraît celle de la 3e côte. Je la libère, et je la résèque dans l'étendue de quatre travers de doigts. Je constate que le sac anévrysmal est d'une minceur extrême, sans trace d'induration : je le libère très prudemment en dehors.

Par suite de ces adhérences intimes, je suis forcé de pratiquer le décollement, millimètre par millimètre. Quant à chercher à détruire les adhérences entre la face antérieure de la tumeur et la face postérieure de la 2e côte droite, il ne faut pas y songer, l'os, à moitié détruit, faisant partie de la paroi de la tumeur. Pour éviter de provoquer la rupture brusque de la poche anévrysmale, je sectionne alors la 2e côte en dedans et en dehors, et je laisse la partie médiane de cette côte adhérente à la face antéro-supérieure de la tumeur. Au cours de ces manœuvres, j'ouvre la plèvre médiastine, mais, à cause des adhérences, je n'ai qu'un pneumothorax très limité.

Une fois libérées les adhérences chondro-costales, je suis plus à l'aise pour isoler de la plèvre, du péricarde et du médiastin les faces latérales de mon anévrysme. Ce décollement se fait très lentement, mais sans le moindre incident : je reste aussi près que possible de la paroi très mince du sac, craignant plus encore l'ouverture d'un vaisseau voisin que celui de la poche. Je fais l'exploration de la poche anévrysmale, et, dans ce but, l'exprimant lentement et progressivement avec les doigts (après avoir constaté qu'elle ne contient pas de caillots, ce qui est facile vu la minceur extrême et la souplesse de sa paroi), je recherche avec l'index, coiffé de la paroi anévrysmale, l'orifice de communication de la poche avec l'aorte. Je trouve cet orifice relativement petit, admettant juste mon index, et, tout autour, une collerette d'adhérences entre la poche anévrysmale et la paroi aortique. Il semble donc possible de placer en ce point une ligature, sans

courir trop de risques de rompre le pédicule du sac, puis d'enlever le sac et de refaire une suture aortique à la Lembert. Mais la décortication, relativement facile jusqu'au niveau des adhérences contractées par le sac avec la paroi même de l'aorte sur laquelle il se réfléchit, devient alors particulièrement minutieuse, et je mets longtemps à pratiquer la séparation exacte de cette collerette du sac pour arriver sur l'orifice même de communication avec l'aorte. Tout le sac étant disséqué, il ne me reste plus qu'à placer une ligature sur son orifice. Je comprime le sac pour débarrasser mon champ opératoire qu'il gêne par son volume et par ses pulsations, puis, faisant surveiller le pouls et la respiration de la malade, je pratique cette ligature à l'aide de deux fils de catgut que je serre lentement, progressivement. Il ne se produit pas le moindre trouble de la respiration ni du pouls.

C'est alors que je commis une faute dont vous verrez plus loin l'importance : *je ne fis pas l'ablation du sac anévrysmal*, maintenant vide et flasque. Je pensais que, dans le cas où la ligature céderait, il pourrait encore servir à limiter l'hémorragie, et, heureux d'ailleurs d'avoir pu conduire l'opération jusque-là sans accidents, je rabattis le volet thoracique et je le suturai après avoir assuré le drainage du médiastin.

Suites opératoires. — 12 déc. Au sortir du sommeil anesthésique, le pouls est petit, faible des deux côtés, presque imperceptible à gauche. A droite, 120 pulsations. — Dans l'après-midi, un litre de sérum en injection sous-cutanée. — A 7 heures du soir, le pouls radial droit, plus fort, marque 112 pulsations; le pouls radial gauche est mieux perceptible qu'avant l'opération. Température (vaginale) : 37°8. Piqûre de morphine pour la nuit.

13 déc. Temp. vag., 37°8, pouls, 124. A gauche, le pouls radial se perçoit mieux. La malade a assez bien dormi, mais se plaint de dyspnée. Le pansement est renouvelé : très peu de suintement par l'orifice du drain; celui-ci est enlevé; les compresses sont à peine imprégnées de sang; la plaie opératoire a très bon aspect, il n'y a aucune rougeur au niveau des fils. Dans le courant de l'après-midi, la malade rend des gaz; apparition des règles. Un litre de sérum sous la peau. Le soir, temp. vag., 38°2; pouls, 130, rapide, mais régulier et bien frappé. — Injection de morphine dans la nuit.

14 déc. Matin, temp. vag., 37°8; pouls, 120. Selle copieuse. La malade se trouve mieux. — Soir, temp. vag., 38°2; pouls rapide. Un litre de sérum.

15 déc. Matin, temp. vag., 39°8; pouls, 136, régulier. Aucune douleur du côté de la plaie. — Soir, temp. vag., 38°4; pouls, 128, fort, plein, un peu *irrégulier*. Sérum : un litre.

16 Déc. Matin, temp. vag., 38°; pouls, 128. Langue blanche, saburrale; un peu de fatigue générale; la malade ne se plaint pas de sa plaie; sérum : un litre.

17 Déc. Matin, temp. vag., 38°2; pouls, 128. — Soir, temp. vag., 38°; pouls, 128; sérum : un litre.

18 Déc. Matin, temp. vag., 37°9; pouls, 140. La malade se plaint d'un point de côté à gauche, sous le mamelon, et présente un peu de dyspnée. Pansement : aucun suintement par l'orifice persistant du drain; aucune rougeur au niveau des fils. Il y a sur le bord droit du sternum une légère voussure non douloureuse. A ce niveau, on enlève deux fils, sans obtenir le moindre écoulement de sérosité. On prescrit de l'iodure. Un lavement purgatif, pris dans la matinée, fait peu d'effet et ne procure qu'une selle peu abondante dans le courant de l'après-midi. A trois heures, un litre de sérum sous la peau. Le soir, temp. vag., 38°6; pouls, 140.

19 Déc. Matin, temp. 38°1; pouls, 136. La malade a bien dormi, se sent mieux. Pansement : ablation des derniers fils; la plaie est partout réunie d'une façon parfaite. — Le soir, temp., 38°4; pouls, 136. Quatre selles copieuses après un purgatif.

20 Déc. Matin, temp., 38°; pouls. 112. La langue est plus propre, humide; la respiration moins gênée, plus calme. — Soir, temp., 38°2; pouls, 128.

21 Déc. Matin, temp., 38°5, pouls : 120, presque aussi fort à gauche qu'à droite. La malade, qui depuis son opération avait une certaine difficulté pour avaler, boit plus facilement, mais par petites gorgées. Elle se plaint d'une grande fatigue générale ; elle a « les jambes brisées. — Soir, temp., 38°4 ; pouls, 124.

22 Déc. Matin, temp., 39°4 ; pouls, 128. — Soir, temp. 38°7, pouls, 128; 1 litre de sérum.

23 Déc. Matin, temp. 38°7; pouls, 124. Je fais moi-même le *pansement* avec la sonde cannelée, je désunis la cicatrice au niveau de la voussure notée au niveau du bord droit du sternum, et je débride dans la profondeur ; j'introduis dans la brèche obtenue une mèche qui ramène *quelques petits caillots noirâtres, fétides*, et je vois au fond le sac sphacélé. Je laisse dans la plaie une mèche oxygénée. Depuis la nuit dernière, la malade tousse fréquemment ; les quintes surviennent au moment de l'ingestion des liquides. M. Milian, à l'auscultation de la poitrine, note l'existence de quelques râles de bronchite aux deux sommets. Sérum, 1 litre. — Soir, temp., 39°4 ; pouls, 136.

24 Décembre. Matin, temp., 38°2; pouls, 128, un peu irrégulier. La malade tousse beaucoup et expectore des crachats, les uns bronchitiques, les autres brunâtres, visqueux, *hémoptoïques*.

Je renouvelle le *pansement*. Sur la première compresse, il y a un peu de sang rouge. Pas d'hémorragie à l'ablation de la mèche, dont l'extrémité est fétide. Je fais couler dans la plaie une petite quantité d'eau oxygénée, et je remets doucement une mèche de gaze aseptique.

Soir, temp. 38°5; le pouls, rapide, à 128, est *irrégulier* : il y a une pulsation avortée, tous les trois ou quatre battements; sérum : 1 litre.

25 Déc. Matin, temp., 37°9. Le pouls est rapide, petit. La malade ne se trouve pas bien, elle a mal dormi, son pansement la gêne.

A 9 h. 30, mon interne, M. Chifoliau, fait le *pansement* comme le jour précédent : la compresse du pansement est imbibée de sang rouge. Il décolle, avec d'excessives précautions, au moyen d'eau oxygénée, la mèche, qui tient dans la profondeur. Il fait couler dans l'orifice du trajet une petite quantité d'eau oxygénée. Il y place très légèrement, et sans la forcer, une mèche de gaze, et termine le pansement à 9 h. 3/4.

A 11 heures, il est rappelé en toute hâte près de la malade, qui avait une syncope. L'infirmière venait de la changer de linge, et la malade, se trouvant mieux, se disposait à dormir, lorsque tout à coup elle pâlit, se trouvant mal. Mon interne défit précipitamment le pansement, traversé par le sang. La mèche avait été expulsée, et, par l'orifice de la plaie, sortait en bavant, mais non en jet, un flot de sang. Il mit son doigt dans le trajet, et comprima directement sur le sac rompu : le sang cessa de couler.

Mon autre interne, M. Loubet, mandé en grande hâte, prit sa place. M. Chifoliau désunit la plaie dans toute son étendue, pendant qu'un de ses collègues, M. Carton, administrait un peu d'éther à la malade, consciente du danger.

M. Chifoliau sectionna transversalement le sternum juste au-dessous de l'espace intra-claviculaire, et au-dessous du 3e cartilage costal; il enleva ainsi une grande partie de la poignée et du corps du sternum, arriva alors par une brèche large sur l'aorte, qu'il se mit en devoir d'isoler nettement. Il entrevoyait la possibilité de placer un clamp au-dessous de la rupture du sac sur l'aorte, lorsque tout à coup il se produisit, à côté du doigt de M. Loubet, une deuxième déchirure : l'aorte acheva de se vider d'un seul coup, le cœur cessa de battre. Il était midi et quart.

Cette observation a été rédigée d'après les notes de M. Chifoliau.

Autopsie. — L'autopsie a été pratiquée par M. Milian.

Examen extérieur. — Pâleur considérable des *téguments.*

Au niveau du bord droit du sternum, existe une vaste *plaie*, de la largeur de la paume de la main, résultant de l'écartement des lèvres de la plaie opératoire (enlèvement secondaire des fils pour intervention d'urgence). La plaie est remplie de gros caillots noirâtres fétides.

A l'incision des téguments, couche adipeuse sous-cutanée abondante.

L'*épiploon*, descendu au voisinage du pubis, est surchargé de graisse. Le *foie* est légèrement prolabé. Pas d'ascite.

Examen de la cage thoracique. — Le *plastron sterno-costal* est enlevé : il y manque les portions de côte qui ont été réséquées chirurgicalement du côté droit. Le *tissu cellulaire du médiastin antérieur* lui est très adhérent. Le plastron enlevé, on voit le *poumon gauche* sain avec un léger exsudat pleural. Le *poumon droit* est complètement masqué par une masse abondante de caillots répondant au médiastin antérieur (partie supérieure), et débordant au devant de lui. Au-dessus du diaphragme, du côté droit, léger *épanchement pleurétique enkysté*. La partie inférieure du médiastin antérieur est occupée par une *graisse abondante* doublant le feuillet pariétal du péricarde.

La masse énorme des caillots, capable de remplir trois fois les deux mains réunies, n'est plus limitée par une poche. On ne distingue aucune paroi anévrysmale à ce niveau. Peut-être est-il possible de reconnaître, dans la région gauche, une mince pellicule qui en est un reliquat et paraît d'ailleurs uniquement constituée par du tissu cellulo-adipeux. Un morceau de côte, adhérant au sac du vivant de la malade, ne sert pas davantage de guide pour trouver un reliquat de cette poche. *Les fils posés pour la ligature sont dans la masse de fibrine qui entoure cette portion costale, et non plus au niveau de l'orifice aortique de l'anévrysme.* Ils n'ont contracté aucune adhérence, et il est possible de les retirer sans peine, par une simple petite traction, de cette masse fibrino-cruorique. Les *caillots* sont d'ailleurs *fétides* : il y a eu infection secondaire.

Le *péricarde* incisé laisse échapper 300 à 400 grammes de liquide séro-fibrineux. Il y a une couche abondante de fibrine sur les deux feuillets pariétal et viscéral; tout autour du cœur, et par places (à la face antérieure du cœur surtout), il y a symphyse de ces deux feuillets : en un mot, il s'agit d'une *péricardite séro-fibrineuse* récente avec symphyse partielle. Il est vraisemblable que cette péricardite est postérieure à l'opération.

Le *cœur* ne présente pas la moindre hypertrophie. L'incision suivant la méthode classique montre que tous les *orifices sont normaux* et ne présentent pas le moindre reliquat d'endocardite. L'*orifice aortique* lui-même est absolument indemne, et ses valvules sigmoïdes sont très souples. Il laisse passer facilement le pouce, mais n'admet pas deux doigts.

La *crosse de l'aorte*, notablement dilatée, incisée sur sa face postérieure, montre l'*orifice vasculaire de l'anévrysme* (fig. 5). Cet *orifice* siège sur la paroi antéro-externe, immédiatement au-dessus de l'insertion du péricarde viscéral sur l'aorte. Il est nettement circulaire et d'environ 3 cent. 1/2 de diamètre (fig. 6). Les bords en sont souples.

Les *régions avoisinantes de l'aorte* sont normales, souples, sans athérome; il y a cependant, au-dessous et en dedans de l'orifice en question, deux petites dépressions cupuliformes. Ces dépressions avaient chacune l'étendue d'une petite lentille. *L'orifice aortique de l'anévrysme siège à peu près à 2 cent. 1/2 du point où ont été trouvés les fils à ligature* (fig. 7).

L'*aorte*, examinée dans le reste de l'étendue jusqu'à la bifurcation des iliaques, ne présente pas la moindre trace d'athérome. Il en est de même des iliaques, de la splénique et des artères cérébrales.

Le *poumon* gauche montre un peu d'atélectasie par compression des languettes de la base et de l'emphysème du sommet. Il n'y a pas la moindre trace de tuberculose.

Le *poumon droit* est comprimé et congestionné.

Examen des viscères abdominaux. — L'*estomac*, l'*intestin grêle*, le *gros intestin*, incisés d'un bout à l'autre, ne présentent aucune lésion. Il y a sur l'intestin grêle trois invaginations intestinales agoniques. Quelques *ganglions mésentériques* rosés sont un peu plus gros que normalement.

Le *pancréas* est normal.

Le *foie*, un peu mou et légèrement putréfié, pèse 1.670 grammes.

La *rate* est normale. Poids, 242.

Reins gros, normaux d'aspect, à part un peu de pus dans le bassinet du rein gauche. Rein droit : 225 grammes. Rein gauche : 260 grammes.

Capsules surrénales normales; droite : 15 grammes; gauche : 12 grammes.

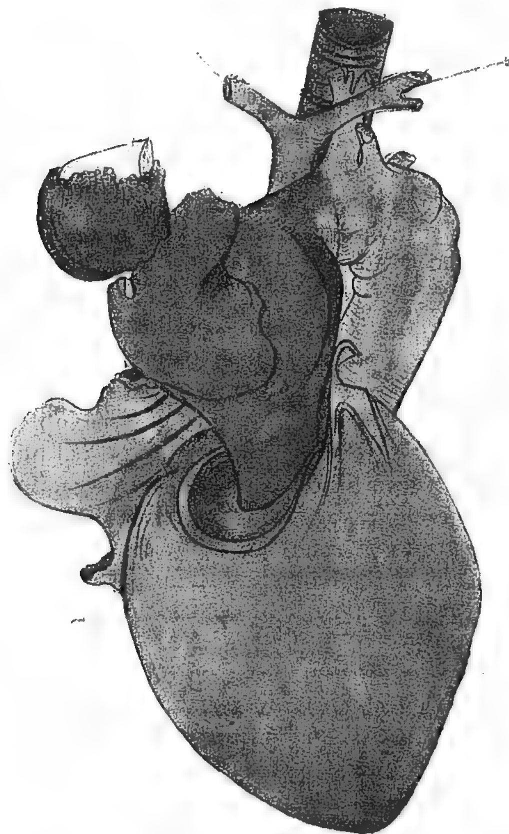


Figure 5. — Vue de l'aorte dilatée et du sac anévrysmal surmonté du fragment costal.

Organes génitaux : vagin, utérus, trompes, ovaires normaux, à part un petit kyste du parovaire du côté gauche.

Le *cerveau*, le *bulbe* et le *cervelet* ne présentent rien d'anormal. Il n'y a pas, je l'ai dit, d'athérome des artères cérébrales.

Examen histologique de l'anévrysme de l'aorte au point de jonction de la poche anévrysmale avec le vaisseau. — Cet examen a été également fait par M. Milian.

La coupe histologique est une coupe frontale qui a porté à la fois sur la paroi de l'anévrysme proprement dit, et sur le vaisseau à la limite de la poche.

Au niveau de l'anévrysme, la paroi est constituée par une couche de fibrine épaisse, mais extrêmement friable, supportée par un reliquat de la tunique moyenne et la tunique externe. La tunique moyenne est ici tellement amincie qu'il ne faudrait pas compter sur elle pour supporter une ligature. Ce qui en reste n'est cependant pas modifié dans sa structure.

Au voisinage de l'orifice artériel de cet anévrysme sacciforme, la paroi de l'aorte est, au contraire, représentée par ses trois tuniques, toutes trois à peu près indemnes. La tunique *externe* est infiltrée de lymphocytes isolés ou groupés en files suivant les espaces lymphatiques; mais il s'agit là vraisemblablement d'inflammation subaiguë consécutive aux phénomènes d'infection secondairement développés chez la malade, et qui se sont entre autres traduits par une péricardite. La tunique *moyenne* a sa structure normale, à part que, tout à fait au bord de l'orifice anévrysmal, elle présente un ramollissement athéromateux très limité de sa région interne, et qui correspond vraisemblablement à la lésion initiale cause de l'anévrysme. Cet athérome ne se prolonge pas à plus de 1 ou 2 millimètres au delà du bord de l'orifice. La tunique *interne* est intacte.

Il n'y a pas là, en un mot, de lésion capable de s'opposer à la réalisation d'une suture solide.

En somme, de l'ensemble de ces faits, il résulte que ma malade a succombé à une hémorragie secondaire par gangrène du sac que je n'avais pas enlevé après avoir pratiqué la ligature de son collet.

***

Telle est l'observation que je tenais à vous

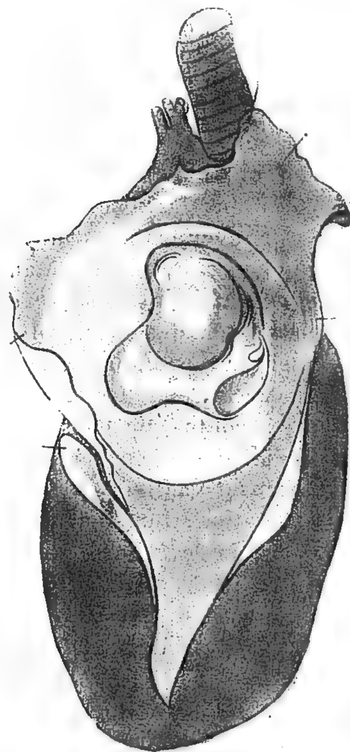


Figure 6. — Le sac anévrysmal est ouvert et on voit l'orifice de communication avec l'aorte.

rapporter. Voyons, en manière de conclusion, quelle réponse elle permet de faire à la double question que j'ai formulée au début de ma communication.

Les conditions que doit remplir un anévrysme de la crosse aortique pour être accepté dans le domaine chirurgical sont, me semble-t-il, les suivantes : il doit être abordable, isolable, extirpable; il doit être l'unique lésion artérielle, médicalement irrémédiable, menaçant la vie à brève échéance. Quelles sont les variétés d'anévrysmes de la crosse qui sont susceptibles de répondre à ces indications?

De l'anatomie pathologique pratiquement incomplète et inutilisable dans sa plus grande partie de ces anévrysmes, nous pouvons retenir cependant quelques constatations importantes et qui indiquent en tout cas sur quels points les études ultérieures devront être poursuivies, pour éclairer la question :

Les anévrysmes de la concavité de la crosse, le type dit récurrentiel, ceux qui siègent sur la portion descendante, ne sont guère *abordables*; ceux qui ont acquis un énorme développement, avec adhérences intimes à tous les organes du médiastin, ne sont pas *isolables*; ceux qui sont constitués par une ectasie artérielle totale ou portant sur une paroi trop étendue ne sont pas *extirpables*. Ces trois variétés anatomo-pathologiques étant les plus nombreuses, c'est dire que la grande majorité des anévrysmes échappe à notre action directe.

Le champ se rétrécit plus encore, si nous considérons que l'ectasie aortique s'accompagne presque toujours de lésions artérielles multiples, ou d'une dégénérescence de la paroi entière du vaisseau. Sur ce point comme sur les précédents, il est malheureusement impossible d'établir un pourcentage de fréquence, et ce fait anatomo-pathologique mérite d'être étudié dans les autopsies; car, si j'en crois mes lectures, même dans ces cas où la paroi est altérée, par la syphilis le plus souvent, et sur une grande étendue, il n'en résulte pas moins que l'ectasie sacciforme



Figure 7. — Aorte largement ouverte. Sac anévrysmal lié la surmontant.

peut porter sur une seule région, et que c'est l'effondrement progressif de cette région très limitée qui menace le malade et provoque l'issue fatale.

Les anévrysmes sacciformes sont donc seuls à retenir ici et dans les seuls cas où les dimensions de leur orifice de communication permettra d'espérer son oblitération chirurgicale.

Je tenais à montrer que le diagnostic de ces variétés est possible, et permettra peut-être d'intervenir en connaissance de cause par la résection du sac et la suture latérale des vaisseaux, opération dont les notions de physiologie pathologique actuelles démontrent la réalisation facile et l'efficacité. Je ne me fais aucune illusion sur l'extrême rareté de ces faits; mais j'ai cru devoir vous apporter cette observation, sans autre prétention que celle de vous fournir un document rare et instructif.

LA FÉDÉRATION DES ŒUVRES ANTITUBERCULEUSES FRANÇAISES

Par R. ROMME

La complexité de la lutte antituberculeuse et la multiplicité des moyens qu'on doit opposer à la marche envahissante du fléau, tel est l'enseignement philosophique qui nous a semblé se dégager du premier Congrès des Œuvres antituberculeuses françaises. Telle a été aussi la note dominante du beau discours prononcé par le professeur Brouardel, qui a invité à une action commune tous ceux qui luttent contre l'ignorance et la misère et font œuvre antituberculeuse en éclairant le public sur les dangers de l'alcool et des affections vénériennes, en donnant aux déshérités un foyer, des logements où il entre un peu plus de lumière, un peu plus d'air. Telle a été enfin la signification de la présence du Président de la République, qui a insisté sur le côté « humanitaire » de la croisade antituberculeuse et exprimé le désir de voir les mutualistes participer activement à la lutte engagée contre le fléau.

Cette conception de la lutte contre la tuberculose a été lentement préparée par les travaux de Brouardel, de Landouzy, de Letulle, de De Lavarenne, de Jacquet. Ils ont su résister à la suggestion qui se dégageait du Congrès de Berlin; ils ont eu le mérite de comprendre qu'à un mal reconnaissant des causes multiples, on ne saurait opposer une arme unique. A l'étude d'un phénomène social, d'un mal social qu'est la tuberculose, ils ont instinctivement appliqué ce qu'on appelle la formule de Taine, et compris que *le milieu, la race et le moment* doivent, dans chaque pays, modifier les conditions de la lutte antituberculeuse et lui imprimer un cachet particulier. C'est ainsi que, peu à peu, s'est dégagée cette idée qu'en Allemagne le succès des sanatoria populaires était intimement lié à l'existence d'une législation sociale spéciale (assurances ouvrières). C'est ainsi encore qu'on a pu montrer que la diminution en apparence paradoxale de la tuberculose en Angleterre, sur laquelle M. Brouardel a le premier attiré l'attention, tenait à une série de mesures d'hygiène générale, au salaire élevé de l'ouvrier, à la diminution des heures de travail, au développement considérable des œuvres, des logements salubres, à l'absence du service militaire obligatoire, etc.

Un simple coup d'œil jeté sur la liste de 76 œuvres antituberculeuses françaises, réunies en Congrès, montre parfaitement cette adaptation de la lutte antituberculeuse aux conditions spéciales à la France. Sanatoria marins auxquels reste attaché le nom de M. Armaingaud; dispensaires antituberculeux faits sur le modèle de celui de Lille; colonies agricoles, ligues, œuvres et unions antituberculeuses; sociétés d'éducation populaire et enfin sanatoria proprement dits, tel est aujourd'hui notre « armement antituberculeux », qui diffère aussi bien de celui de l'Angleterre que de celui de l'Allemagne. De ces armes, les unes, comme les sanatoria marins et les dispensaires antituberculeux, sont d'origine française et ont vu le jour chez nous; d'autres ont été créées dans l'espace de quelques années. Les sanatoria populaires, avec lesquels on a voulu, à un moment donné, identifier la lutte contre la tuberculose, sont en petit nombre. C'était à prévoir, car, le sanatorium d'Angicourt mis à part, ils relèvent tous de l'initiative privée, et celle-ci est certainement impuissante à assurer l'exécution méthodique d'une œuvre qui exige des centaines de millions. Les choses ne se sont pas passées autrement en Allemagne où, avant le vote des lois sociales, le formidable courant d'opinion provoqué par une propagande antituberculeuse incessante n'a abouti qu'à la création de deux sanatoria populaires. On a donc fait mieux en France, et il faut admirer sans réserve le dévouement et la générosité des personnes auxquelles nous devons les quelques sanatoria que nous possédons et ceux qu'on nous annonce.

* * *

Le Congrès, tenu les 16 et 17 Mars, avait pour but de réunir en une fédération toutes les œuvres antituberculeuses françaises. C'est maintenant chose faite, et nul doute que la nouvelle Fédération ne donne une impulsion vigoureuse à la lutte antituberculeuse. L'union ne fait-elle pas la force?

M. le professeur Spillmann a très heureusement indiqué ce qu'on attendait de la Fédération, ainsi que les points faibles de l'organisation actuelle. « Les œuvres locales, a-t-il dit, nées de l'initiative privée, souffrent de leur isolement, et l'isolement, c'est l'impuissance. Elles sentent la nécessité de se rapprocher, de s'appuyer les unes sur les autres, en formant un faisceau, en se prêtant un mutuel concours. Recueillir des souscriptions et des dons, provoquer des legs, solliciter des subsides, accorder des bourses, servir d'intermédiaire entre les malades et l'association, s'occuper des parents que l'absence du malade peut réduire à la misère, toutes ces mesures exerceront l'activité du Bureau central de la Fédération. Instrument d'information, de propagande, d'aide mutuelle, il servira plus directement encore les intérêts des malades. Il sera le lien entre les sanatoria marins, les sanatoria populaires, les colonies agricoles... »

Ce n'est pas tout. Par quelques exemples très topiques, M. Sersiron a fait voir les services inappréciables que le Bureau central de la Fédération est appelé à rendre. Il a montré les difficultés, les déboires, les découragements, les démarches, le temps perdu, la correspondance, les recherches, les études, etc., inévitables aujourd'hui quand il s'agit de fonder un dispensaire, de créer une œuvre d'enseignement, d'ouvrir un sanatorium! Ce travail sera plus léger quand on trouvera rassemblés sous la main les éléments des investigations : plans, statuts, devis, démarches légales, filières administratives, désignation des bureaux spéciaux dans les mairies, les préfectures, les ministères, au Conseil d'État, forme des rapports, énumération des pièces à fournir en telle ou telle occasion, modèles de demande, de règlement, d'observation, etc., etc. La série en serait interminable, si on voulait énumérer tout ce qu'il faut chercher à droite et à gauche, pendant des mois, alors qu'en quelques instants le Bureau central des œuvres pourrait mettre sous les yeux l'historique et la manière de procéder des œuvres déjà fondées et les pièces qui leur ont servi à obtenir la régularité de leur situation ou l'existence légale. Un employé de la Fédération se chargerait de même de remplir les mandats qu'on lui confierait et éviterait ainsi de coûteux voyages ou des démarches inutiles.

M. Sersiron pense en outre qu'il y aurait encore lieu d'établir au siège du Bureau central, à côté d'une bibliothèque, une salle spéciale d'exposition permanente, où seraient déposées les maquettes et les coupes de différents établissements avec un tableau-affiche pour chacun, indiquant le mouvement des malades, le prix de revient, les résultats obtenus. De même, on placerait dans cette salle les modèles des appareils les plus perfectionnés et les mieux expérimentés. Le public et les intéressés viendraient là se documenter, et chacune de vos œuvres en tirerait avantage.

Dans la bibliothèque on réunirait la collection la plus complète des travaux qui ont été faits sur la tuberculose. Les recherches des laboratoires, comme les études cliniques, renseigneront les médecins; tandis que les sociologues trouveront des éléments intéressants d'analyses dans les enquêtes pratiquées auprès des familles de nos malheureux clients. On arriverait ainsi plus vite, par la coordination des études, la comparaison des expériences ou le contrôle des observations, à élucider certains points encore obscurs de la prophylaxie ou de la cure de la tuberculose.

Un point sur lequel M. Sersiron a eu raison d'insister, c'est l'intérêt que le mouvement antituberculeux présente pour l'industrie française. Les hôpitaux se transforment, des dispensaires, des sanatoriums se bâtissent, les hôtels, les grandes administrations adoptent peu à peu les installations sanitaires; et pour la plus grande partie de cet appareillage, nous sommes encore tributaires de l'étranger. Or, chaises longues, toiles salubres, sommiers, lits, stores, linoléums, fontainerie, systèmes d'épuration viennent bien souvent de Suisse, d'Allemagne, d'Angleterre.

Ce ne serait pas sortir du rôle des œuvres françaises que de donner à l'industrie nationale une impulsion nouvelle et d'expérimenter les différentes pièces de l'outillage sanitaire pour les approuver, les réformer ou les perfectionner.

On voit donc combien est vaste le programme d'action que s'assigne la Fédération des œuvres antituberculeuses françaises. Il est à désirer que ce programme ne reste pas lettre morte, et qu'aux paroles généreuses succède l'action féconde. C'est le vœu que nous formons ici et qui, certainement, est aussi celui de tous nos lecteurs.

ANALYSES

MÉDECINE

M. Gershel. *Valeur du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde chez les enfants.* (*Medical Record*, 1901, 23 Novembre, n° 1620, p. 811.) — D'une série d'observations l'auteur conclut que la plupart des faits concernant la séro-réaction chez les adultes sont également vrais chez les enfants. Dans 84 cas de fièvre typhoïde, observés chez des enfants de dix-huit mois à quatorze ans, le séro-diagnostic a été positif. Dans 115 maladies autres que la dothiénentérie, la réaction a toujours été négative; elle apparaît d'une manière un peu plus précoce chez les enfants. Chez ces derniers, son importance est plus grande que

chez les adultes, à cause de la fréquence des formes atypiques de la fièvre typhoïde infantile; le diagnostic clinique est notamment difficile avec la bronchopneumonie et la méningite. Enfin, la séro-réaction peut-être utilisée pour établir une statistique de la fièvre typhoïde chez les enfants.

C. Jarvis.

Schuder. *Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde.* (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrankh.*, 1901, vol. XXXVIII, p. 343.) — Le travail que publie l'auteur est basé sur l'étude de 638 épidémies de fièvre typhoïde observées dans les divers pays, et dans lesquelles la cause de l'épidémie et son mode de propagation ont pu être établis d'une façon indiscutable.

Cette étude a montré que la transmission épidémique de la fièvre typhoïde s'est effectuée dans 70,8 pour 100 de cas par l'eau potable, dans 17 pour 100 par le lait, dans 3,5 pour 100 de cas par les aliments divers, et dans le reste des cas par les vêtements et objets des typhiques, par les latrines, par les poussières, etc., etc.

Toutefois, si l'on envisage les différents modes de transmission, on constate que l'eau joue un rôle encore plus grand que celui indiqué par les statistiques précédentes.

Ainsi, sur 110 cas de transmission de la fièvre typhoïde par le lait, on note que, dans 29 cas, les ustensiles qui ont servi à garder ou à transporter le lait, avaient été lavés avec de l'eau infectée. Il en est de même quand on envisage la transmission de la fièvre typhoïde par les aliments. Dans ce groupe on trouve, notamment, un cas de transmission par l'eau de Seltz, 1 cas par la crème glacée, 2 cas par la glace ayant servi à la réfrigération des boissons, 8 cas par l'ingestion des huîtres. En tenant compte de tous ces cas, l'auteur arrive à évaluer à 77.4 pour 100 la proportion des cas dans lesquels la transmission de la fièvre typhoïde s'est faite par l'eau.

Un autre point que l'auteur étudie dans son travail, c'est la transmission directe de la fièvre typhoïde de personne à personne. Comme mesure de cette transmission, il prend la contamination du personnel qui soigne les typhiques dans les hôpitaux civils et militaires. Une statistique d'ensemble, portant sur 35.647 typhiques soignés dans les établissements hospitaliers de divers pays, montre que la contamination du personnel s'est faite 1.179 fois, soit dans une proportion de 3,3 pour 100 (comparée au nombre des typhiques).

Comme causes de cette contamination, l'auteur considère, en premier lieu, les déjections des malades, et surtout l'urine, qui contient pendant longtemps des bacilles typhiques virulents.

R. Romme.

Hünermann. *Sur la valeur de la séro-réaction de Widal dans la fièvre typhoïde.* (*Deutsche militärarzt. Zeitschr.*, 1901, Août.) — L'autour base son étude sur 357 observations, et voici, d'après lui, quelle valeur on peut accorder à la séro-réaction pour le diagnostic certain et précoce de la fièvre typhoïde.

Il estime que, d'une façon générale, il n'existe pas de symptôme clinique qui, à lui seul ou associé à d'autres, puisse déceler d'une façon aussi *certaine* et *précoce* la fièvre typhoïde, que la réaction de Widal à 1/100. Ces observations ont d'autant plus de valeur qu'elles ont été faites, en majeure partie, sur des soldats, car, dans la pratique militaire, on a l'occasion de voir les fièvres typhoïdes à une période bien moins avancée que dans la pratique civile. Cependant les conclusions de l'auteur ne sont pas spéciales au milieu militaire, car 30 de ses observations se rapportent à des typhiques-femmes ou enfants.

Il est inutile d'insister sur les avantages énormes que présente ce diagnostic précoce de la fièvre typhoïde, au point de vue du traitement et de la prophylaxie.

G. Fischer.

VOIES URINAIRES
ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Barlow. *Contribution au cathétérisme urétéral* (*Centralbl. für Harn-und Sexual Organe*, 1901, 151). — L'auteur a fait 60 fois le cathétérisme urétéral. Jamais il n'a observé d'accidents. Une seule fois, le cathétérisme, pratiqué dans un cas de tuberculose vésicale, a amené de l'urétérite.

Paul Delbet.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

9 Mars 1902.

Etude histologique d'un cas de dégénérescence kystique congénitale du foie, des reins et du pancréas. — *M. Couvelaire.* L'observation clinique et macroscopique ayant été présentée à la Société en Janvier 1901, les seules lésions constatées à ce moment furent la dégénérescence kystique du foie et des reins, le pancréas paraissant normal.

Mais l'examen histologique montra qu'il existait, dans le pancréas, des lésions de même nature que dans le foie : ectasie des canalicules excréteurs, cavité irrégulière avec diverticules latéraux et saillies papillaires tapissées par une couche unique d'épithélium cubique et entourées d'une gaine épaisse de tissu conjonctif dense.

C'est, en somme, la même lésion qu'on rencontre communément au niveau des gros vaisseaux scléreux des fœtus affectés de dégénérescence kystique.

L'auteur conclut à une lésion canaliculaire, à la fois épithéliale et conjonctive, vraisemblablemant liée à une perversion de développement.

Observation d'utérus didelphe avec cloisonnement du vagin borgne d'un côté. Opération. Guérison. — *M. Delbet.* Il s'agit d'une femme chez laquelle M. Bouilly avait pratiqué l'utérostomie ou fistulisation de l'utérus. Par cette ouverture s'échappait du sang à chaque période menstruelle; les règles n'étaient pas douloureuses.

Mais cette fistule s'étant fermée, il survint des douleurs à ce moment. L'examen permit de constater la présence d'une tumeur ovoïde, ferme, grosse comme un utérus de six mois, située à droite de la ligne médiane, alors qu'à gauche était une deuxième tumeur ressemblant à un utérus normal, sauf qu'elle était très élevée.

Au toucher vaginal, on sentait une troisième tumeur descendant presque jusqu'à la vulve, et pas trace de col.

Le diagnostic porté fut : double fibrome, souspéritonéal et cavitaire.

La laparotomie étant faite, on trouva une tumeur lisse, régulière, dont l'ouverture donna issue à plus d'un litre de sang noirâtre.

Cette poche sanguine était revêtue d'une muqueuse épaisse, qu'on détruisit le plus complètement possible au thermocautère.

La guérison parfaite fut obtenue, mais la fistule abdominale obtenue antérieurement fut remplacée par une fistule vaginale.

Cette hématométrie coïncidant avec un hématocolpos serait due, d'après M. Delbet, à une anomalie reversible qu'on peut appeler l'utérus pseudo-didelphe, l'utérus du côté droit ne s'étant sans doute fermé que vers l'âge de dix-sept ans.

Les douleurs menstruelles étaient causées par la distension de la poche, ou peut-être par l'issue du sang dans le péritoine par la trompe.

M. Pozzi a vu trois ou quatre exemples de ce type tératologique bien classé. Pour lui, l'oblitération est congénitale; elle ne saurait être survenue à dix-sept ans, comme le croit M. Delbet.

M. Pozzi admet que, dans ce cas particulier, le traitement rationnel eût consisté à attaquer la tumeur par la voie vaginale. Il eût fallu réséquer deux lambeaux vaginaux, de façon à transformer le vagin double et borgne en un grand vagin, puis tamponner pendant assez longtemps avec toutes les précautions aseptiques.

Observation clinique de péritonite primitive généralisée au cours de la grossesse, vérifiée par l'autopsie. — *M. Katz.* Une femme, arrivée au neuvième mois d'une grossesse qui avait évolué normalement, n'ayant souffert à un moment donné que de constipation légère, fut atteinte brusquement de phénomènes graves : douleurs abdominales, météorisme, arrêt des matières et des gaz, vomissements non fécaloïdes.

L'auscultation permit d'entendre de faibles battements fœtaux. Au toucher, col de primipare, utérus indolore.

Après l'administration d'un lavement de 2 litres par une sonde rectale, on se décida à faire une laparotomie dont le résultat fut négatif, l'intestin n'ayant pu être déroulé. On fit l'opération césarienne.

A l'autopsie, on constata qu'il s'agissait d'une péritonite primitive, due probablement à de la paralysie de l'intestin par compression sous l'action de l'utérus gravide.

Occlusion intestinale et grossesse. — *M. Porak* rapporte trois observations sur ce sujet.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un volvulus de l'intestin, qui était passé à travers un trou du mésentère.

Le deuxième cas a trait à une invagination intestinale survenue immédiatement après l'accouchement.

Dans la troisième observation, l'occlusion finit par céder sous l'influence de lavements très abondants; elle avait débuté par une constipation opiniâtre, rebelle à tout traitement, survenue le lendemain de l'accouchement.

Diagnostic entre les vraies et les fausses occlusions intestinales au cours de la grossesse. — *M. Richelot* rapporte plusieurs observations à ce sujet.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de trente-huit ans, et enceinte de six mois, qui présenta de graves symptômes d'occlusion intestinale, et chez laquelle deux bains amenèrent une amélioration, laquelle devint une guérison complète à la suite d'un lavement électrique.

Le deuxième cas a trait à une femme enceinte, chez laquelle survinrent des symptômes tels qu'on crut à une appendicite suivie d'infection péritonéale, survenue à la suite d'une fracture de jambe par chute. La laparotomie montra un appendice intact, mais l'intestin grêle était vide, rétracté, décoloré et revenu sur lui-même.

Cette femme accoucha d'un enfant mort, et le soir même eut deux émissions gazeuses bruyantes, puis évacua une matière intestinale rubanée. Il ne s'agissait donc que de troubles nerveux de parésie intestinale qui avaient simulé l'occlusion.

M. Richelot en conclut que, en présence de phénomènes de ce genre, il ne faut pas s'occuper uniquement de l'accident, mais tenir compte encore du tempérament de la malade, surtout au point de vue arthritique.

L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

14 Mars 1902.

Luxation congénitale de la hanche. — *M. P. Hallopeau* présente une pièce de luxation congénitale de la hanche provenant de l'autopsie d'une petite fille de deux ans et demi, morte de bronchopneumonie rubéolique treize jours après une tentative de réduction de la luxation.

Varices de l'œsophage et de l'estomac. — *M. Ch. Aubertin* montre des coupes de varices œsophagiennes et gastriques décelables histologiquement dans un cas de cirrhose du foie avec hématémèses.

M. Letulle dit qu'il est rare de voir simultanément des varices ulcérées de l'œsophage et de l'estomac.

Aphasie sensorielle. — *M. Touche* apporte deux cerveaux d'aphasiques : le premier offre des points de ramollissement dus à de petites embolies au niveau du pli courbe, le cœur étant atteint d'insuffisance aortique; le second est ramolli au niveau des frontale et pariétale ascendantes, mais sur la coupe seulement, l'écorce semblant intacte.

Tumeur de la lèvre. — *M. Giraud* présente les coupes d'une tumeur de la lèvre qui à l'œil nu semblait un angiome et qui, vue au microscope, est un sarcome télangiectasique, à développement rapide.

M. Cornil met en relief les difficultés du diagnostic. Dans les angiomes on trouve souvent de grandes cellules d'origine inflammatoire. Dans le cas actuel, les parois cellulaires sont très nettes et non minces comme d'habitude dans le sarcome.

Lésions non bacillaires du rein chez les tuberculeux. — *M. Tamayo* a étudié, chez les tuberculeux, les lésions histologiques du rein lésé indépendamment de toute trace de tubercule et est arrivé aux conclusions suivantes : 1° on peut observer des lésions inflammatoires épithéliales et interstitielles aiguës, subaiguës et chroniques; 2° la dégénérescence amyloïde est très fréquente; 3° les lésions inflammatoires sont plus souvent rencontrées que la dégénérescence amyloïde; 4° dans la phtisie pulmonaire chronique, les lésions de néphrite sont constantes.

Varices lymphatiques de l'intestin. — *M. Letulle* montre un cancer du canal thoracique avec ascite chyleuse; le canal thoracique est complètement oblitéré; la veine sous-clavière gauche est elle-même atteinte de phlébite chronique oblitérante. Le néoplasme primitif siège au niveau de l'estomac.

: Ce qu'il y a de particulier ici, c'est la constatation, à la surface de l'intestin, de tractus blanchâtres, sinueux, qu'on prendrait pour des lymphatiques cancérisés, et qui ne sont autres que des varices lymphatiques. Sur les coupes, en effet, on les trouve offrant une cavité remplie de sérosité, de quelques cellules blanches et de fibrine, mais on ne voit pas de cancer. Au voisinage, on constate de l'endolymphangite oblitérante.

Sarcome angiolithique des méninges craniennes. — *M. François-Dainville* présente une tumeur intra-cranienne trouvée à l'autopsie d'une femme de soixante-trois ans, morte dans le service de M. Klippel. Cette tumeur, grosse comme une petite noix, dure, arrondie, adhérait à la dure-mère cranienne par un large pédicule. Elle s'était creusé une logette hémisphérique à la partie postérieure de la face externe de l'hémisphère droit et répondait à ce niveau à la deuxième circonvolution occipitale.

Au microscope, il s'agit d'un sarcome angiolithique.

Anomalie rénale. — *M. François-Dainville* complète par l'examen histologique une communication antérieure sur une anomalie congénitale des reins. Les deux organes, surtout le plus petit, sont altérés, et les lésions portent principalement sur le tissu interstitiel.

Hernie diaphragmatique chez le chien. — *M. Petit* (d'Alfort) apporte le cadavre d'un chien dont le diaphragme, par suite d'une malformation, a laissé la masse intestinale venir faire hernie dans le péricarde, autour du cœur.

Granulie du cerveau chez un chien. — *M. Petit* montre le cerveau d'un chien qui, outre des lésions de tuberculose viscérale miliaire généralisée, offre un semis de granulations sur les parois ventriculaires. En écrasant un de ces tubercules nerveux, on trouve au microscope des bacilles comme en culture pure, et pas de cellules géantes.

Méthode magnétique appliquée à l'anatomie. — *M. Picou* revient sur les avantages de la méthode magnétique appliquée à l'anatomie, et insiste sur les causes d'erreur.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

14 Mars 1902.

Contagiosité de la pelade. — *M. Gaucher*. Après avoir cru pendant longtemps à la nature purement nerveuse de la pelade, et après avoir écrit un article sur la non-contagion de la pelade, M. Gaucher pense actuellement que la pelade est contagieuse; elle l'est très rarement, très difficilement; il faut une déséquilibration permanente ou passagère du système nerveux pour être en état de réceptivité; quand cette condition existe, la contagion est possible. Plusieurs exemples le prouvent; en voici un entre autres : un homme a la pelade; sa femme, qui se sert de son peigne, est contaminée; une émotion violente l'avait prédisposée.

M. Jacquet a abandonné la théorie de la contagion de la pelade, théorie à laquelle il croyait autrefois, parce que les cas de contagion cités, qui sont très rares, sont également peu probants et même critiquables.

M. Vaillard croit à la transmissibilité de la pelade et en cite un exemple : un jeune soldat, peladique, vint dans sa famille; sa mère s'amusa à se coiffer du képi, elle contracta une pelade qui la rendit absolument glabre. D'ailleurs, dans des recherches faites avec M. Vincent, M. Vaillard put inoculer la pelade à des lapins; il est vrai que depuis lors de nouvelles expériences furent infructueuses.

M. Joffroy rapporte l'observation d'une femme atteinte de maladie de Basedow, qui contracta un érysipèle du cuir chevelu; ses cheveux furent coupés. Plus tard, pour cacher sa calvitie, cette femme mit une perruque ayant précédemment servi à une peladique; elle contracta ainsi une pelade très tenace. Dans cette observation, il est bon de mettre en évidence l'importance de la prédisposition nerveuse, et la contagion facile sur ce terrain en état de réceptivité.

Pelade d'origine dentaire chez une hystérique tuberculeuse (sommation peladogène de Jacquet). *M. Déhu* rapporte l'observation d'une jeune fille, hystérique, qui eut la pelade à la suite de névralgies dentaires.

Méningite aiguë guérie par le traitement antisyphilitique. — *MM. Brissaud et Brécy* présentent un malade ayant eu des symptômes de méningite aiguë, et qui guérit par le traitement antisyphilitique (injections sous-cutanées d'huile de Panas).

La méningite avait été prouvée, non seulement par les symptômes cliniques, mais par une lymphocytose très abondante dans le liquide céphalo-rachidien, et par la perméabilité des méninges à l'iodure de potassium.

M. Lermoyez fait remarquer que le diagnostic entre la méningite et la labyrinthite étant impossible, et que de plus la labyrinthite étant curable, on peut se demander si les cas de méningite guérie ne sont pas des labyrinthites.

Arthrite à pneumocoques précédant la pneumonie chez un cardiaque. — *M. L. Galliard* rapporte l'observation d'un homme de soixante-trois ans, alcoolique, athéromateux et asystolique, qui eut une arthrite du genou; cette arthrite évolua pendant un mois; le mauvais état du malade s'opposa à une intervention chirurgicale active; de simples évacuations du pus suivies de lavages à l'eau phéniquée forte furent pratiquées : l'arthrite s'améliora; mais une pneumonie survint qui tua le malade en trois jours. Dans ce cas l'arthrite à pneumocoques avait manifestement précédé la pneumonie.

Les rapports de la symbiose fuso-spirillaire avec les angines banales, la scarlatine, la diphtérie et le scorbut. — *M. Simonin* apporte une série d'observations cliniques démontrant que le bacille fusiforme et le spirille sont capables d'intervenir dans un certain nombre de maladies infectieuses, reliées par ce caractère commun qu'elles altèrent les épithéliums protecteurs; parasites saprophytiques des premières voies, bouche et conduits tubulés voisins (voies respiratoires et digestives), ces germes manifestent leur virulence en créant les lésions pseudo-membraneuses et ulcéreuses qui leur sont propres; c'est ainsi qu'on les voit proliférer au cours ou pendant la convalescence des angines banales, dites idiopathiques. Certaines nécroses pharyngées du début de la scarlatine, les ulcérations de l'isthme secondaires à cette maladie peuvent relever de ces mêmes bactéries, associées à un streptocoque de virulence variable.

Dans la diphtérie, le fuso-bacille et le spirille, s'ils sont prédominants dans les frottis de la pseudo-membrane, masquent parfois au début le bacille de Lœffler virulent que révéleront la culture sur sérum et l'inoculation ultérieure au cobaye; c'est là une source possible d'erreurs de diagnostic et de retards fort préjudiciables pour l'institution du traitement sérothérapique.

Dans le scorbut, les études de Babès, faites en 1893, ont montré qu'il existe au niveau des gencives ulcérées des germes dont la description rappelle traits pour traits le bacille fusiforme et le spirille; il s'agit vraisemblablement d'un fait de parasitisme secondaire, d'infection locale surajoutée. De ces considérations, il ressort que la symbiose fuso-spirillaire capable de provoquer d'emblée l'angine chancriforme de Vincent, ou certaines formes de stomatite ulcéro-membraneuse peut affirmer aussi sa virulence au cours d'infections variées plus ou moins rigoureusement spécifiques, tantôt comme agent d'association, tantôt comme agent d'infection secondaire; elle ouvre alors elle-même la porte à des septicémies dont la plus importante n'est autre que la streptococcie.

Note sur l'emploi des rayons de Rœntgen chez les jeunes soldats pour déceler les lésions ignorées du cœur et des poumons (en particulier la tuberculose). — *M. Salle* démontre l'utilité de la radioscopie pour la recherche des lésions du cœur et des poumons chez les jeunes soldats.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

17 Mars 1902.

Quelques conditions de l'action des sérums précipitants. — *MM. G. Linossier et G. H. Lemoine.* L'action des sérums précipitants (précipitines) sur les sérums précipitables est soumise à certaines influences qu'il importe de connaître. Il faut éviter un excès de sérum précipitable qui est capable de dissoudre le précipité (Camus), tandis qu'on peut employer un grand excès de sérum précipitant (jusqu'à 30.000 fois le poids de l'albumine à précipiter) sans diminuer la netteté de la réaction. Le sel marin le retarde même à la dose de 1/100, l'acide sulfurique le rend moins nette dès la dose de 0,50 pour 1.000, et l'empêche tout à fait à la dose de 5 pour 1.000. Le carbonate de soude ne semble pas la rendre moins sensible à la dose de 0.66 pour 1.000, il ne l'entrave pas tout à fait à 10,6 pour 1.000. La réaction se produit donc le mieux en milieu neutre ou alcalin et un excès d'alcali est moins nuisible qu'un excès d'acide.

L'alcool à faibles doses, le chloroforme à saturation, le fluorure de sodium à 1 pour 100 n'empêchent pas la précipitation.

Celle-ci se produit à toutes les températures de 0° à 58°, mais à 0°6 le précipité s'agglomère mal. La précipitine ne rend pas entièrement son action par un chauffage de 48 à 60°. Elle résiste mieux à la chaleur en solution au cinquième qu'à l'état de pureté. Elle est détruite dans les mêmes conditions à 65°.

Passage du ferrocyanure de potassium dans l'humeur aqueuse en cas d'obstacle à l'élimination rénale. — *MM. Achard et Lœper.* Lorsqu'on injecte dans les veines d'un lapin normal 30 centigrammes de ferrocyanure de potassium, on n'en retrouve pas trace trois heures après dans l'humeur aqueuse. Au contraire, si l'on a préalablement supprimé l'élimination rénale en liant les uretères ou les artères des reins, l'humeur aqueuse donne la réaction caractéristique du ferrocyanure trois heures et même vingt-quatre heures après.

Dans ces conditions, le sang ne se débarrasse donc pas seulement du ferrocyanure par des éliminations supplémentaires, mais aussi en le versant dans les tissus et jusque dans une humeur contenue pourtant dans une membrane assez peu favorable aux échanges.

Sur la concentration du sang après la suppression de l'élimination rénale. — *MM. Achard et Lœper.* La concentration moléculaire du sang, lorsqu'on la modifie artificiellement par des injections anisotoniques, se rétablit promptement. Si, avant l'injection l'on a supprimé la sécrétion de l'urine par la ligature du pédicule rénal, on observe, après une modification plus ou moins considérable de la concentration du sang (qui peut aller jusqu'au double de la normale), un retour vers un taux plus voisin de l'état physiologique.

Il est vrai que, dans le cas d'injection hypertonique, la concentration reste alors un peu plus élevée qu'avant la ligature. Mais il en est de même lorsque, sans injecter aucune solution, on lie simplement le pédicule rénal.

En somme, la suppression de l'élimination rénale n'abolit pas l'action régulatrice qui tend à rétablir l'équilibre osmotique artificiellement troublé par les injections anisotoniques.

Symbiose satellitique du strepto-bacille fusiforme, microbe anérobie. — *M. G. Rosenthal* décrit un nouveau microbe anaérobie, prenant le Gram, mobile, ayant une forme de fuseau, qui présente une importante propriété biologique; il ne peut vivre en culture pure, mais comme le coccobacille hémophile prolifère au contraire abondamment dans les cultures mixtes. L'*exaltation de la prolifération* joue sans doute dans ce cas un rôle important dans le mécanisme des infections.

Action de l'urée sur les cultures du bacille de Koch. — *M. Rappui* (de Nantes) communique le résultat de ses expériences sur l'action empêchante de l'urée sur le développement du bacille de la tuberculose *in vitro* et *in vivo*. Les cobayes ont été les animaux mis en expérience.

A. Sicard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

18 Mars 1902.

Les plaies du cœur. — *M. Le Dentu* lit un rapport sur un cas de suture du cœur, communiqué par M. Fontan (de Toulon). Un jeune soldat avait reçu un coup de couteau dans la région du cœur; il fut porté à l'hôpital où M. Fontan l'opéra : un large volet fut pratiqué sur la paroi thoracique, les 5e et 6e cartilages costaux sectionnés, la plèvre incisée; le poumon s'étant rétracté, le péricarde fut incisé, et le cœur mis à nu.

Il existait une plaie de 3 centimètres vers la pointe du cœur; celle-ci fut saisie non sans peine et 3 sutures exécutées en ce point. Les suites opératoires furent bonnes, mais quelques jours après le malade eut un infarctus du poumon droit, et peu après une pleurésie gauche qui nécessita la pleurotomie. Le malade finit par guérir, après avoir eu une phlébite.

Déjà, quelque temps auparavant, M. Fontan avait opéré de la même façon un malade qui s'était porté plusieurs coups de couteau dans la région précor-

dialc. La suture avait été assez facile, et la guérison s'était faite sans encombre et rapidement.

M. Fontan a insisté particulièrement sur deux points : d'abord l'influence inhibitoire que l'ouverture de la plèvre exerce sur le diaphragme qui brusquement s'arrête et bombe dans le thorax ; il ne reprend ses mouvements que lentement.

Secondement, l'influence du traumatisme opératoire direct sur le cœur est remarquablement peu sensible ; le cœur saisi afin qu'on puisse pratiquer les ligatures s'arrête parfois, devient ondulant, mais assez vite il reprend son rythme normal.

Traitement prophylactique de la diphtérie. — *M. Sevestre* lit un rapport sur le traitement prophylactique de la diphtérie par les injections préventives de sérum antidiphtérique pratiquées à tous les enfants ayant été en contact avec un enfant atteint de diphtérie. Cette intéressante méthode a été imaginé par M. Netter et communiquée par lui à l'Académie. Il l'a appliquée avec succès dans nombre de cas.

Prophylaxie de la peste. — *M. Laveran.* Le rapport de M. Vallin a été rédigé pour donner une conclusion à la discussion très importante qui a eu lieu à la tribune de l'Académie, sur la peste à bord du *Sénégal.* M. Vallin a indiqué la nécessité de la destruction des rongeurs dans le port et sur les navires ; mais il ne semble pas, d'après lui, que nous soyons suffisamment armés contre les Rats ; nous possédons pourtant d'excellents moyens de destruction : l'acide sulfureux, en particulier, qui est très actif, et n'altère pas la machinerie d'un navire. Seulement, il est nécessaire que la désinfection soit faite avant le déchargement du navire, sans quoi les rats peuvent s'échapper. Les moustiques, qui paraissent aussi capables de transmettre la peste seront ainsi détruits.

Il serait utile aussi de soumettre aux inoculations préventives de sérum antipesteux, les individus chargés de désinfecter le navire, et de décharger les marchandises.

M. Vallin. L'ordre de désinfecter tout navire venant d'un port suspect, dont parle M. Laveran, a déjà été donné il y a trois ans, et est exécuté vigoureusement depuis cette époque. Mais l'acide sulfureux est beaucoup plus nocif que le croit M. Laveran ; les marchandises sont détériorées, et le commerce en subit un si grave préjudice que l'on y a complètement renoncé à Hambourg, et aujourd'hui on n'y pratique la sulfuration qu'après avoir déchargé les marchandises. On fait actuellement des expériences, à Marseille, sur l'emploi de l'acide carbonique, qui paraît pouvoir remplacer avec avantage l'acide sulfureux. Une proportion de 40 à 50 pour 100 d'acide carbonique dans l'eau détruit sûrement les rongeurs.

M. Chantemesse. Il y a des lazarets, tel celui de Pauillac, où l'on désinfecte par l'acide sulfureux sur le navire chargé de marchandises, ne pouvant pas débarquer à ce niveau. Le commerce a été très gêné par cette pratique.

M. Vallin demande si à Pauillac on pratique la sulfuration à haute dose ou à faible dose.

M. Roux. Dans l'Amérique du Sud, on désinfecte par l'acide sulfureux sans nuire aux marchandises ; à Hambourg, la sulfuration abîmait les marchandises. Cela tient à ce que la sulfuration n'est pas faite de la même façon : à Hambourg on faisait la désinfection par l'acide sulfureux chargé de vapeur d'eau, ce qui détruit mal les rongeurs et abîme les marchandises ; tandis que pour obtenir de bons résultats et ne pas nuire au commerce, il faut employer les vapeurs d'acide sulfureux très sèches.

La conclusion du rapport de M. Vallin laissant une part au doute sur le résultat de la désinfection par l'acide sulfureux, cette méthode ne pourra être imposée aux navires : les choses resteront en l'état actuel, et le danger subsistera.

Extraction des dents au moyen de l'anesthésie par les courants de haute fréquence. — *MM. Reynier et Didsbury* proposent un nouveau procédé d'anesthésie dentaire au moyen des courants de haute fréquence, pour pratiquer l'avulsion des dents.

Névralgie radiculaire avec tic abdominal par lésion localisée des méninges rachidiennes ; résection des racines postérieures. — *MM. Chipault et Lefur.* Nous avons observé un malade qui, sans aucun symptôme d'affection nerveuse ou viscérale, souffrait depuis plusieurs années d'un véritable tic douloureux de l'abdomen. Crises de douleurs péri-ombilicales, avec contracture en flexion du corps et compression violente des flancs par les poings fermés. Zone d'hyperalgésie sur le territoire des 8ᵉ, 9ᵉ et 10ᵉ racines dorsales droites. Des injections épidurales et des sections de nerfs intercostaux avaient été tentées sans résultat. La seule intervention désormais possible était la résection des racines postérieures, qui fut faite sur les 8ᵉ, 9ᵉ et partie de la 10ᵉ dorsales. Elle fit voir, au niveau de l'insertion médullaire de ces racines, une zone bien nette d'arachnoïdite scléreuse. A la fin du premier mois, la zone d'hyperalgésie avait disparu, ainsi que les crises qui, peu à peu, avaient diminué de fréquence et d'intensité. Elles ont en partie reparu depuis, sans doute parce que l'affection, datant de longues années, avait déjà gagné les cordons postérieurs. Cette observation est un exemple nouveau d'un type clinique décrit pour la première fois par M. Chipault. Il en a déjà présenté, il y a quatre ans, à l'Académie, un cas siégeant sur la 7ᵉ racine cervicale, dans lequel cette racine a été réséquée, il y a maintenant huit ans, et qui reste guéri. Ce qui prouve à la fois l'individualité du type clinique et le bien fondé de l'intervention pratiquée.

Traumatisme cranien. Monoplégie et guérison après trépanation. — *M. Routier.* J'ai reçu, il y a quelque temps, dans mon service, un malade qui avait été renversé par une locomotive en marche, frappé à la tête, et qui était atteint d'une monoplégie complète du membre supérieur gauche.

Le crâne était enfoncé au niveau de la moitié droite. Je pratiquai la trépanation au point traumatisé, nettoyai la plaie et trouvai un enfoncement du centre moteur du membre supérieur. Vingt-six jours après, le malade avait retrouvé les fonctions du membre supérieur.

Le rétablissement des fonctions peut s'expliquer ici par une suppléance du centre moteur gauche, puisque le droit était détruit.

Traitement des affections broncho-pulmonaires, par les injections trachéales. — *M. Mendel* a déjà entretenu l'Académie du traitement des affections broncho-pulmonaires par les infections d'essences végétales et d'iodoforme lancées directement dans la trachée. Ce traitement topique a l'avantage de sauvegarder l'intégrité des fonctions digestives.

Le seul inconvénient de cette méthode est que son application nécessitait une instruction laryngologique. Or, une assez longue pratique de cette méthode a permis à M. Mendel d'établir une technique qui simplifie considérablement l'opération.

Il présente des seringues dont la canule n'entre presque pas en contact avec les organes pharyngo-laryngiens, de sorte que la manœuvre ne donne jamais lieu à un spasme ni à de la toux. Dans la tuberculose et les bronchites chroniques, l'injection peut être facilement quotidienne.

M. Labbé.

ACADÉMIE DES SCIENCES

17 Mars 1902.

L'anesthésie par les courants de haute fréquence. — *M. Billenkin.* Cet auteur utilise avec succès les courants de haute fréquence pour obtenir l'anesthésie dans l'opération de l'ablation des hémorroïdes.

Sa technique très simple consiste à introduire dans le rectum une électrode de cuivre qu'il met en relation avec l'un des pôles d'une bobine d'Arsonval. Le courant, d'une intensité de 300 à 400 milliampères, est prolongé durant toute la durée de l'intervention. Au bout de trois ou quatre minutes l'insensibilité est obtenue et est tout à fait complète, si bien que l'ablation du paquet hémorroïdal peut être faite au thermocautère sans que le patient éprouve la moindre douleur. La perte de sang est très faible, les courants de haute fréquence exerçant sur les capillaires une action vaso-constrictive notable.

Mensuration de la quantité et de la pénétration des rayons X émis par un tube de Crookes. — *M. G. Contremoulins.* Actuellement, par suite de l'impossibilité ou l'on se trouve de mesurer la quantité de rayons X... émis par un tube de Crookes dans un temps donné, et le degré de pénétration de ces mêmes rayons, toutes les radiographies sont faites empiriquement en ce qui concerne le temps de pose et le degré de pénétration des rayons employés. Il en résulte que les résultats obtenus ne sont pas comparables, non seulement d'un opérateur à un autre, mais encore d'un examen à un autre examen pour un même opérateur.

Pour remédier à cet inconvénient très grave quand il s'agit des applications de la radiographie à la médecine et à la chirurgie, M. G. Contremoulins a imaginé un appareil très simple qui permet de mesurer le degré de pénétration des rayons X au moyen de l'interposition de masses métalliques d'épaisseurs déterminées entre un écran fluorescent et la source radiante.

Quant à la quantité des rayons émis pendant la décharge, elle est donnée par comparaison avec une lumière artificielle colorée, étalonnée au moyen d'un système optique qui permet d'identifier cette lumière artificielle avec celle de l'écran fluorescent.

Les microorganismes dans la glace des hautes montagnes. — *M. Binet*, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, a examiné au point de vue bactériologique la glace prise au sommet du Mont-Blanc. Il y a trouvé de nombreuses colonies bactériennes.

G. Vitoux.

NOUVELLES

Paris et Départements

Ecole d'assistance aux malades. — Dimanche a eu lieu, sous la présidence de M. Henri Monod, directeur général de l'Assistance et de l'Hygiène, l'Assemblée générale de l'Ecole professionnelle d'assistance aux malades.

Cette institution intéressante est aujourd'hui florissante et en plein développement, et, dès à présent, elle est en mesure de fournir des infirmières instruites de tous leurs devoirs professionnels.

La fabrication des sérums thérapeutiques. — On sait que la loi du 23 avril 1895 soumet à l'obligation d'une autorisation spéciale la préparation, la vente et la distribution des sérums thérapeutiques et autres produits analogues.

En conformité de cette loi, par décret présidentiel paru à l'*Officiel* en date du 15 mars 1902, vient d'être autorisée la préparation des liquides injectables d'origine organique dans les établissements suivants :

1° Laboratoire de M. Carrion, à Paris ; 2° Laboratoire de MM. Chevretin et Lematte, à Paris ; 3° Laboratoire de M. Pelletan, à Rochefort (Charente-Inférieure) ; 4° Laboratoire opothérapique de MM. Barral, Taicheire et Pourquier, à Montpellier (Hérault).

CONCOURS

Concours des hôpitaux (médecine). — Séance du 15 Mars. — Ont lu : MM. Gandy, Philippe, Sergent, Auclair, Thiercelin.

Concours des hôpitaux (Chirurgie). — Liste des concurrents au prochain concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris : MM. Battigne, Boudet, Brésard, Brodier, Courtillier, Cunéo, Delbet (Paul), Dujarier, Fredet, Gosset, Guibé, Herbet, Lapointe, Mayet, Mouchet, Ombrédanne, Pasteau, Péraire, Petit, Proust, Reymond, Robineau, Thienot, Veau, Wiart.

Internat. — Séance du 14 Mars : *Artère linguale. Symptômes et diagnostic de la varicelle* : MM. Manoussi ; Poisot ; Boudréaux ; Hubert, 10 ; Laederich, 15 ; Auburtin, 11 ; Sautelet ; Pelletier, 11 ; Calvelé, 15 ; Le Meur, 10. — *Absents* : MM. Levassort, Jamet.

Internat en phamacie. — Le jury du concours pour l'Internat en pharmacie est définitivement composé de la façon suivante : MM. Lafont, Lixtreit, Meillère, Leidié, Thabuis, Perrot, Schmidt.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 24. — Samedi, 22 Mars 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

LA CÉLÉBRATION DU CENTENAIRE DE L'INTERNAT

L'institution de l'Internat en médecine des Hôpitaux remonte à l'arrêté qui organisa sur des bases nouvelles le Service de santé de la ville de Paris, en date du 4 Ventôse an IX, le 23 Février 1802. L'Internat atteignait donc cent ans d'existence le 23 Février 1902, et c'est à cette date que devait être célébré son centenaire.

Étant donné ce qu'est l'Internat, les services qu'il a rendus au cours d'un siècle, cette célébration était digne d'une imposante solennité, à laquelle ne pouvaient manquer de s'associer les représentants des Pouvoirs publics. Mais, du fait même de cette solennité, surgissaient des difficultés d'organisation, qui, en raison du temps qu'il fallut pour les résoudre, nécessitèrent la remise de la cérémonie commémorative.

La date de cette cérémonie vient d'être définitivement fixée aux 24 et 25 Mai 1902.

Les Internes et anciens Internes avaient délégué à un Comité d'action la mission d'organiser le Centenaire. Grâce à l'activité et à l'esprit d'initiative des membres, et en particulier de son président Brouardel et de son secrétaire général Durand-Fardel, le Comité a pu mener à bonne fin la lourde tâche qui lui était imposée.

On ne saurait trop dire la quantité de démarches auxquelles il fallut se livrer, le nombre de visites que l'on dut faire, les monceaux de lettres que l'on eut à écrire pour arriver à assurer l'exé-

cution d'un programme dont la conception avait préalablement demandé force études.

Les avis, et beaucoup étaient contradictoires, affluaient au Comité d'action. On lui prêtait des intentions qu'il n'avait nullement ; on lui attribuait des résolutions qu'il n'avait pas encore prises. Il fallait tenir compte de toutes ces observations, les juger, les apprécier, pour, autant que possible, ne mécontenter personne. Ce n'était pas chose facile ! Cependant le Comité a pu arriver à formuler un programme qui, nous en sommes convaincu, méritera l'approbation unanime.

* * *

Le Centenaire ne pouvait pas être pour l'Internat une simple fête de famille ; par conséquent, sa commémoration solennelle ne pouvait se faire sans entraîner un certain nombre de frais.

Un appel de fonds était donc nécessaire : il fut adressé à tout le corps de l'Internat. En même temps, on décida que les sommes versées serviraient, d'une part à couvrir les dépenses des fêtes commémoratives, d'autre part à une fondation durable attribuée, en souvenir du Centenaire, à l'Association amicale déjà existante.

Toutes les mesures ont été prises pour réduire les frais au strict nécessaire en n'engageant aucune dépense inutile, de façon à laisser à la fondation la plus large part.

A l'heure actuelle, sur 1.800 membres qui constituent le corps de l'Internat, 1.260 ont souscrit à l'œuvre du Centenaire, et leurs souscriptions s'élèvent à la somme de 52.000 francs.

Les dépenses sont évaluées à 30.000 francs au maximum ; d'ores et déjà on peut donc dire qu'il y aura au moins 22.000 francs versés à l'Association pour une fondation philanthropique. C'est un succès qui ne peut manquer d'encourager les 500 retardataires à joindre leur obole à celles de leurs collègues.

* * *

Les internes parisiens sont nombreux, nombreux aussi ceux qui habitent la province ; quelques-uns résident à l'étranger.

Pour ceux qui résident en province et à l'étranger, une réduction de 50 pour 100 sur le prix ordinaire des places des réseaux de chemin de fer a été obtenue des Compagnies.

Les billets qui leur seront délivrés de leur lieu de résidence à Paris, suivant le parcours kilométrique le plus court, seront valables pour une quinzaine de jours.

Arrivés à Paris, ils trouveront au *Bureau du Centenaire*, ouvert les 23, 24 et 25 Mai, au siège de l'Assistance publique, 5, avenue Victoria, tous les renseignements nécessaires sur les fêtes du Centenaire.

* * *

Les cérémonies du Centenaire commenceront le samedi 24 Mai par une séance solennelle à laquelle participeront les représentants des Pouvoirs publics, et qui se tiendra dans la grande salle des fêtes du Trocadéro, l'après-midi, à 2 heures.

Le soir, à 8 heures, aura lieu un banquet dans la salle du Palais-d'Orsay.

Le 25 Mai, à 2 heures, sera inauguré solennellement le monument élevé à la mémoire des Internes morts en service pendant leur internat. Ce monument, dû au ciseau du grand sculpteur Denys Puech, et édifié par l'architecte Belouet, s'élèvera dans la cour d'honneur de l'Hôtel-Dieu. Nul emplacement n'était mieux désigné que celui de ce vieux parvis de Notre-Dame où, depuis des siècles, chaque jour les miséreux viennent demander aux médecins assistance et dévouement.

Le 25 Mai au soir sera donnée, à l'Opéra-Comique, une représentation de bienfaisance, dont le bénéfice sera versé à la Caisse de l'Association des Internes et anciens Internes.

Cette représentation sera des plus brillantes ; qu'on en juge par le programme :

1° Le *Médecin malgré lui*, opéra-comique de Gounod, dans lequel on entendra l'excellent baryton Fugère ;

2° Un acte spécialement composé par le poète Haraucourt ;

3° Une Revue d'actualité, ou mieux, de circonstance, faite par un ancien interne, M. Paquy, avec la collaboration du librettiste de Wendel.

Ainsi seront clôturées gaiement, comme il convient, les fêtes du Centenaire.

* * *

Il fallait que tous les adhérents au Centenaire de l'Internat puissent conserver un souvenir durable de cette commémoration.

Dans ce but, une médaille portant le nom de chaque souscripteur sera frappée. L'administration des Beaux-Arts en a confié la maquette au maître artiste qu'est Bottey.

Puis paraîtra le *Livre de l'Internat*, dans lequel figurera tout le personnel de l'Internat depuis sa fondation jusqu'à 1902 inclusivement, dans lequel seront rappelés tous les événements du Centenaire, dans lequel surtout, par la plume autorisée de Durand-Fardel, sera tracée une vue d'ensemble de toute l'évolution de l'Internat au cours d'un siècle. Il n'est pas besoin de dire quel sera l'intérêt de cet ouvrage.

Mais le souvenir le plus durable que laissera le Centenaire, c'est la fondation qui portera son nom et qui sera attribuée à l'« Association amicale des Internes et anciens Internes en médecine des Hôpitaux et Hospices civils de Paris ».

Cette Association, reconnue d'utilité publique depuis 1893, trouvera dans le legs que va lui faire le Centenaire un moyen d'étendre le champ, jusqu'alors limité, de son action philanthropique. Ce sera au Comité de l'association de décider l'usage qu'il doit faire des fonds mis à sa disposition.

Les 25 à 30.000 francs qui constitueront la fondation du Centenaire ne peuvent suffire assurément, à eux seuls, pour constituer une œuvre indépendante, mais ils peuvent être très utiles en servant de base, par exemple, à une sorte de caisse d'encouragement à la prévoyance par la Mutualité. Je m'explique.

Nombre de jeunes médecins, au lendemain de leur thèse, auraient bien le plus grand désir de contracter une assurance sur la vie ou tout au moins contre la maladie. Ce qui les retient souvent, c'est la crainte d'être gênés, à certains moments et en raison de circonstances indépendantes de leur volonté, pour payer les primes que nécessitent ces assurances. Leurs hésitations cesseraient assurément le jour où ils sauraient qu'en cas de besoin ils peuvent recourir à une caisse de prêts gratuits qui mettrait à leur disposition la somme d'argent leur manquant pour répondre à leurs engagements.

Ce n'est là qu'une idée, et je ne crois pas dépasser mon rôle de publiciste en la soumettant aux membres de l'Association des Internes, d'autant que beaucoup d'autres idées analogues leur seront sans doute soumises, toutes ayant en vue la pratique de la Mutualité.

Quelle que soit, d'ailleurs, la détermination que prendra l'Association, nul doute qu'elle n'aboutisse à la fondation d'une œuvre de solidarité digne d'elle-même, digne de ce grand corps de l'Internat dont elle émane.

E. De Lavarenne.

LIVRES NOUVEAUX

P. Haushalter, E. Etienne, L. Spillmann et Ch. Thiry. *Cliniques médicales iconographiques*. 1 vol. in-4° de 382 pages, avec 62 planches hors texte, comprenant 398 figures. (C. Naud, éditeur, Paris, 1902.)

On trouverait difficilement dans la littérature médicale contemporaine un ouvrage iconographique aussi beau que celui-ci. C'est une série de 62 planches, reproduisant 398 photographies, qui font passer sous les yeux du lecteur les types morbides les plus intéressants soit par leur rareté, soit par leur netteté et leurs caractères cliniques. Les figures sont tellement exactes et tellement parfaites qu'on saisit facilement les moindres détails et qu'on en garde un souvenir aussi net et aussi précis que si l'on avait pu examiner les malades.

Ce n'est pas seulement la partie iconographique qui mérite des éloges. Le texte qui l'accompagne a le double mérite de la clarté et de la concision. Les auteurs ne se perdent pas dans des discussions théoriques. Ils nous apportent une série de faits ; ils relatent les observations, et les font précéder ou suivre d'une courte description qui suffit à apprendre ou à rappeler les caractères principaux de la maladie. Parmi les symptômes ou les troubles indiqués, tant dans le texte que dans les observations, ceux qui peuvent être vus sur les figures sont imprimés en caractères spéciaux ; de cette façon, on saisit tout de suite quels sont les enseignements que fournit l'examen des planches.

Ce sont évidemment les maladies provoquant des déformations externes qui se prêtent le mieux à ce genre d'études. Aussi les auteurs ont-ils consacré un assez grand nombre de planches à l'histoire des amyotrophies.

On sait combien le sujet est complexe et combien les types cliniques sont nombreux. La lecture des descriptions, même des meilleures, est passablement aride. Grâce aux figures, cette partie de la pathologie nerveuse devient attrayante. On voit défiler les différents amyotrophiques, absolument comme si on assistait à une clinique neurologique : à côté des myélopathiques, on trouve une série de myopathiques ; on en voit toute une famille avec leur facies si spécial et si bien connu depuis la description classique de Landouzy et Déjerine.

Les atrophies et les paralysies infantiles sont représentées dans diverses planches. On y voit un malade atteint d'amyotrophie spinale progressive de la première enfance, type clinique encore peu connu, qui a été récemment individualisé par Hoffmann.

Puis viennent les planches consacrées aux troubles trophiques des extrémités, aux arthropathies, aux ulcères, au mal perforant. Une planche reproduit les diverses variétés de paralysies qui peuvent atteindre la face.

On étudiera ensuite avec intérêt l'hydrocéphalie ; les auteurs en montrent quelques types et en ont reproduit les lésions anatomiques. Ceux qui n'ont pas eu l'occasion d'autopsier des hydrocéphales seront surpris de voir les dimensions qu'acquièrent les ventricules, tandis que la substance cérébrale se réduit à une lame mince.

Je signalerai ensuite, un peu au hasard, des figures d'acromégaliques, des malades atteints de goitre exophtalmique avec leur regard étrange, des enfants atteints de myxœdème : l'un d'eux, photographié avant et après le traitement, permet de voir quels sont les avantages de l'opothérapie thyroïdienne. Ce sont ensuite des infantiles, des nains, des avortons qu'il sera intéressant de comparer à des rachitiques, à un achondroplasique, à des ostéomalaciques.

Une autre série de planches est consacrée aux affections cutanées : lèpre, éléphantiasis, sclérodermie, troubles pigmentaires, nævi, affections bulleuses. Les lésions syphilitiques occupent une place importante. On verra une belle collection de chancres génitaux et extra-génitaux, les uns géants, les autres nains, d'autres d'aspect croûteux, d'un diagnostic souvent si difficile. Puis vient l'étude de la syphilis secondaire et de quelques manifestations tertiaires. De bonnes figures montrent les déformations que peut provoquer la syphilis héréditaire.

J'ai indiqué rapidement quels sont les principaux sujets traités dans cet atlas. Je crois que cet ouvrage rendra les plus grands services aux élèves et aux praticiens, en leur mettant devant les yeux des types cliniques bien définis, leur évitera la lecture de longues descriptions et leur permettra de reconnaître et de classer les cas difficiles qu'ils seront appelés à observer. Nous devons donc adresser de bien sincères félicitations aux auteurs et à l'éditeur : ils viennent de nous fournir un ouvrage qui fait le plus grand honneur à la science française et qui, en même temps, mérite d'occuper une place parmi les publications artistiques de notre époque.

H. Roger.

Histoire des maladies du pharynx, 3 vol. in-8° carré. (Librairie *J.-B. Baillière et Fils*, Paris.)

ANOMALIES GÉNITALES

Par H. ROGER, Agrégé
Médecin des hôpitaux.

Ce qui caractérise essentiellement le sexe, c'est la nature de la glande génitale. Suivant qu'existent des testicules ou des ovaires, l'individu doit être considéré comme un mâle, ou comme une femelle. Cette conception semble d'autant plus exacte que les caractères secondaires de la sexualité sont en rapport avec le développement et le fonctionnement des glandes. L'extirpation des testicules, quand elle est pratiquée dans l'enfance, donne au sujet une apparence féminine; elle modifie l'aspect extérieur, le modelé des formes, le développement des poils, le timbre de la voix: elle réalise une métamorphose régressive. L'ablation des ovaires entraîne des modifications moins profondes: elle fait perdre certains caractères féminins, mais ne provoque pas une apparence mâle. C'est qu'en effet le type masculin représente, au point de vue évolutif, un stade plus avancé que le type féminin: il diffère davantage du type infantile. On conçoit donc que l'extirpation des glandes mâles, en arrêtant le processus de développement, féminise l'individu, tandis que l'extirpation des ovaires sera évidemment incapable de rendre l'évolution plus complète.

Dès la plus haute antiquité, on a signalé l'existence d'individus possédant à la fois les caractères et les organes de l'un et de l'autre sexe: ce sont les *hermaphrodites*, dont on admet aujourd'hui un très grand nombre de variétés.

Le type le plus complet serait représenté par un être pourvu d'un double appareil génital, capable de fonctionner. Si de tels individus existent au bas de la série animale, si on en rencontre de nombreux types parmi les annelés ou les mollusques, on ne peut en citer un seul exemple chez l'homme: on n'a jamais vu, dans l'espèce humaine, des individus pouvant être fécondants et fécondés.

La glande génitale étant la caractéristique du sexe, on devra considérer comme hermaphrodite, mais comme *hermaphrodite incomplet*, tout individu possédant à la fois ovaire et testicule.

Trois cas se présentent: tantôt existent de chaque côté un testicule et un ovaire, c'est l'*hermaphroditisme bilatéral*; tantôt on trouve d'un côté un ovaire et un testicule, tandis que l'autre côté ne contient qu'une glande ou n'en contient pas du tout, c'est l'*hermaphroditisme unilatéral*; tantôt enfin il y a d'un côté un testicule, de l'autre un ovaire, c'est l'*hermaphroditisme latéral* ou *alterne*.

On a cité de nombreux exemples de ces diverses variétés. Mais la plupart des observations sont trop anciennes ou trop incomplètes pour entraîner la conviction. Aussi quelques auteurs tendent-ils à rejeter purement et simplement l'existence de l'hermaphroditisme vrai. Cependant la possibilité de cette variété tératologique nous semble démontrée par quelques faits recueillis chez l'homme et les vertébrés supérieurs. Schnopfhagen a rapporté l'observation d'un animal appartenant à l'espèce caprine, et possédant, à côté de deux testicules, deux ovaires atrophiés. Reuter a relaté l'autopsie d'un porc qui avait un testicule et un ovaire. M. Guinard a trouvé chez une chèvre quatre glandes génitales, c'est-à-dire deux ovaires et deux petits testicules.

Dans ces cas, la nature des glandes semble bien établie par les recherches histologiques; aussi est-il difficile de récuser ces faits. Il en est de même des 5 observations suivantes recueillies dans l'espèce humaine: elles comprennent deux cas d'hermaphroditisme unilatéral, publiés par P. Gast et par Blacker et Lawrence; deux cas d'hermaphroditisme alterne dus à Obolonsky et à Schmorl; enfin un cas d'hermaphroditisme bilatéral rapporté par Heppner[1]. Ce dernier fait est certainement le plus intéressant: les parties génitales externes sont représentées par un petit pénis, derrière lequel se voit un scrotum dépourvu de glandes et remarquable par la présence de plis transversaux. Le raphé médian se divise en avant de telle sorte que les deux extrémités antérieures des bourses enveloppent la racine de la verge. La face inférieure de cet organe est parcourue par un sillon qui aboutit à un sinus uro-génital. Celui-ci ne tarde pas à se diviser en deux parties: l'une représente l'urètre, l'autre forme un vagin sur les parois duquel est accolée une prostate. L'utérus est normal; les trompes, les ligaments ronds et les ligaments larges sont bien développés; les ovaires sont à leur place, mais, au-dessous d'eux, se voient deux glandes que l'examen histologique a permis de considérer comme de petits testicules en rapport avec les corps de Rosenmuller.

* * *

Si l'existence de l'hermaphroditisme semble démontrée par les faits que nous venons de rappeler, il faut reconnaître que les exemples en sont peu nombreux. C'est une anomalie tout à fait exceptionnelle. Ce qu'on observe le plus souvent, ce sont des *pseudo-hermaphrodites*, c'est-à-dire des individus dont les organes génitaux présentent des anomalies qui peuvent faire hésiter sur le sexe du sujet. Mais en réalité ce sexe existe: on ne trouve qu'une seule espèce de glandes génitales. Celles-ci sont souvent rudimentaires, atrophiées, ce qui explique les caractères ambigus de l'être, mais malgré les anomalies relevées l'individu a un sexe: l'expression d'hermaphrodite ne doit pas lui être appliquée; celle de pseudo-hermaphrodite est acceptable, bien qu'elle ne soit pas encore parfaite.

Ces individus se divisent tout naturellement en deux classes: tantôt, en effet, il s'agit de mâles ayant acquis certains caractères propres au sexe féminin, tantôt de femelles dont les organes rappellent plus ou moins ceux du mâle. Les premiers méritent le nom d'*androgynoïdes*, les secondes celui de *gynandroïdes*.

Les androgynoïdes peuvent être divisés en deux groupes, suivant que l'anomalie porte sur le segment moyen de l'appareil génital, ou sur le segment externe. Cette division est d'ailleurs schématique, car les deux ordres de lésions coexistent le plus souvent.

Ce qui caractérise surtout l'anomalie du segment moyen, c'est la persistance des conduits de Müller, et par conséquent le développement de l'utricule prostatique qui acquiert l'aspect d'un vagin, aboutissant parfois à un utérus. Si les canaux conservent la situation qui est normale chez le mâle, les organes femelles s'ouvriront au verumontanum. Mais, suivant la remarque de Geoffroy Saint-Hilaire, le développement exagéré du segment moyen entraîne l'atrophie du segment externe: on trouvera donc, en général, des manifestations extérieures qui feront ressembler les organes mâles à des organes femelles: pénis rudimentaire, hypospadias, cryptorchidie, fente scrotale donnant naissance à des replis qui simulent les grandes lèvres et contiennent parfois les testicules; vagin rudimentaire ou bien développé, terminé en cul-de-sac ou aboutissant à un utérus.

Ces êtres sont donc des hommes, mais des hommes à apparence féminine. Dans certains cas, l'aspect extérieur et l'état des parties génitales ont conduit à des erreurs d'interprétation et ont fait considérer ces individus comme appartenant au sexe féminin. Plusieurs fois les caractères du sexe sont devenus apparents à la suite d'une cause occasionnelle qui a fait descendre les testicules dans les prétendues grandes lèvres. C'est ce qui a lieu après une chute, un effort, comme en témoignent l'observation célèbre d'Ambroise Paré et le cas plus récent rapporté par Blondel. Ces faits avaient frappé l'imagination des Anciens; ils ont servi de base aux légendes mythologiques sur les changements de sexe.

Dans d'autres cas, l'erreur est reconnue plus tardivement.

Tantôt la prétendue femme est poursuivie pour attentat à la pudeur sur des personnes de son sexe: telle est cette sage-femme qui violait ses pensionnaires.

Tantôt c'est à la suite d'un mariage: le mari est étonné de constater que sa femme est constituée d'une façon particulière. Parfois il lui est impossible de pratiquer le coït. D'autres fois l'urètre dilaté sert aux rapprochements. Neugebauer[1] a pu réunir ainsi 46 cas d'androgynoïdes mariés comme femmes. Plusieurs des unions furent très heureuses et l'erreur de sexe ne fut reconnue qu'à l'autopsie. D'autres fois des androgynoïdes ont été mariés deux ou trois fois et c'est le second ou le troisième mari qui s'est aperçu que son conjoint n'était pas une femme.

* * *

Les observations de femmes d'apparence mâle, c'est-à-dire de gynandroïdes, sont beaucoup plus rares. Parmi les faits anciens, il suffit de rappeler l'histoire du moine d'Issoire qui fut considéré comme s'étant fécondé lui-même, et celle du soldat hongrois qui accoucha au milieu du camp. Dans son travail si documenté, Neugebauer relève seulement 4 cas de mariage entre femmes.

Il est tout à fait exceptionnel de trouver chez des femmes des formations dues à la persistance du canal de Wolff. Ce qu'on observe le plus souvent, c'est une hypertrophie du clitoris, coïncidant parfois avec la production d'un prépuce mobile, avec le développement, à la face inférieure de l'organe, d'un conduit urétral. Si, en même temps, la fente vulvaire est atrésiée, et si le

1. HEPPNER. — « Ueber den wahren Hermaphroditismus beim Menschen ». *Arch. f. Anat. u. Phys.*, 1870, p. 679. On trouve la traduction de cette observation et la reproduction des figures dans la thèse de GUÉRICOLAS: « De l'hermaphrodisme vrai chez l'homme et les animaux supérieurs ». Lyon, 1899.

1. NEUGEBAUER. — « Cinquante cas de mariages conclus entre des personnes du même sexe, avec plusieurs procès de divorce par suite d'erreur de sexe ». *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1889, p. 195.

vagin se confond avec l'urètre, on conçoit que la détermination du sexe devienne très difficile. A un degré de plus, la fente vulvaire s'oblitère complètement et, pour peu que le clitoris ressemble à une verge, on considérera l'individu comme un mâle cryptorchide. Dans les cas de ce genre, le développement des organes internes et des organes externes s'est fait d'une façon divergente : ainsi se trouve réalisé un type tératologique souvent décrit sous le nom d'*hermaphroditisme transverse*.

Bouillaud[1] en a publié un exemple. Un individu, qui avait été marié avec une femme, succomba à une attaque de choléra à l'âge de soixante-deux ans. La verge était de grosseur moyenne ; l'urètre s'ouvrait à sa base ; le scrotum était flasque et dépourvu de testicules. Les organes internes étaient ceux d'une femme : il y avait deux ovaires, deux trompes munies de leur pavillon et aboutissant à un utérus ; le vagin s'ouvrait dans la portion membraneuse de l'urètre, au niveau d'une prostate bien constituée.

L'observation la plus curieuse est celle qu'a publiée Luigi de Crecchio[2]. Il s'agit d'un individu qui fut déclaré; par la sage-femme qui le mit au monde, comme appartenant au sexe féminin. Examiné à l'âge de quatre ans par un chirurgien, il fut considéré comme un hypospade cryptorchide. Elevé comme un garçon, placé plus tard comme valet de chambre, il eut une série d'aventures galantes, et contracta deux fois la blennorragie. Il succomba à l'âge de quarante-cinq ans. L'autopsie fut pratiquée par de Crecchio qui, au seul examen des parties externes, conclut qu'il s'agissait d'une femme. Il se basa surtout sur la disposition du scrotum. Celui-ci était, en effet, constitué par des plis longitudinaux semblant résulter d'une soudure des lèvres, et non, comme chez l'homme, par des plis transversaux partant d'un raphé médian. Les plis les plus internes formaient, comme chez la femme, une colerette autour du prétendu membre viril. Un repli cutané médian, correspondant à la bride masculine, maintenait cet organe incurvé inférieurement, et achevait de lui donner, malgré ses dimensions, l'aspect d'un clitoris plutôt que celui d'une verge. L'organe mesurait 6 centimètres de long et, pendant l'érection, atteignait 10 centimètres. Le gland, bien développé, avait 8 centimètres de circonférence. L'urètre se terminait à la base du clitoris, et il n'existait pas de fente vulvaire.

Les organes internes étaient exactement ceux d'une femme. Sur le verumontanum s'ouvrait un vagin long de 6 centimètres et large de 4 centimètres, aboutissant à un utérus pourvu de deux ovaires et de deux trompes. Le vagin traversait, à sa partie inférieure, une prostate bien développée, et le verumontanum était pourvu de deux petits orifices conduisant, l'un dans un canal éjaculateur terminé en cul-de-sac, l'autre, le droit, dans un canal qui s'ouvrait dans le vagin : il en représentait une sorte de bifurcation.

Dans les deux observations que nous venons de résumer, il était fort difficile de déterminer le sexe. Cependant, malgré l'absence de vagin, malgré l'existence d'un organe copulateur, on pouvait affirmer la nature femelle en tenant compte de la disposition du périnée et de la présence de brides entourant la base du pseudo-pénis et l'incurvant en arrière. Mais si ces caractères, qui sont déjà d'une interprétation délicate, viennent à manquer, le diagnostic deviendra impossible. C'est justement ce qui avait lieu dans un cas que nous venons d'observer.

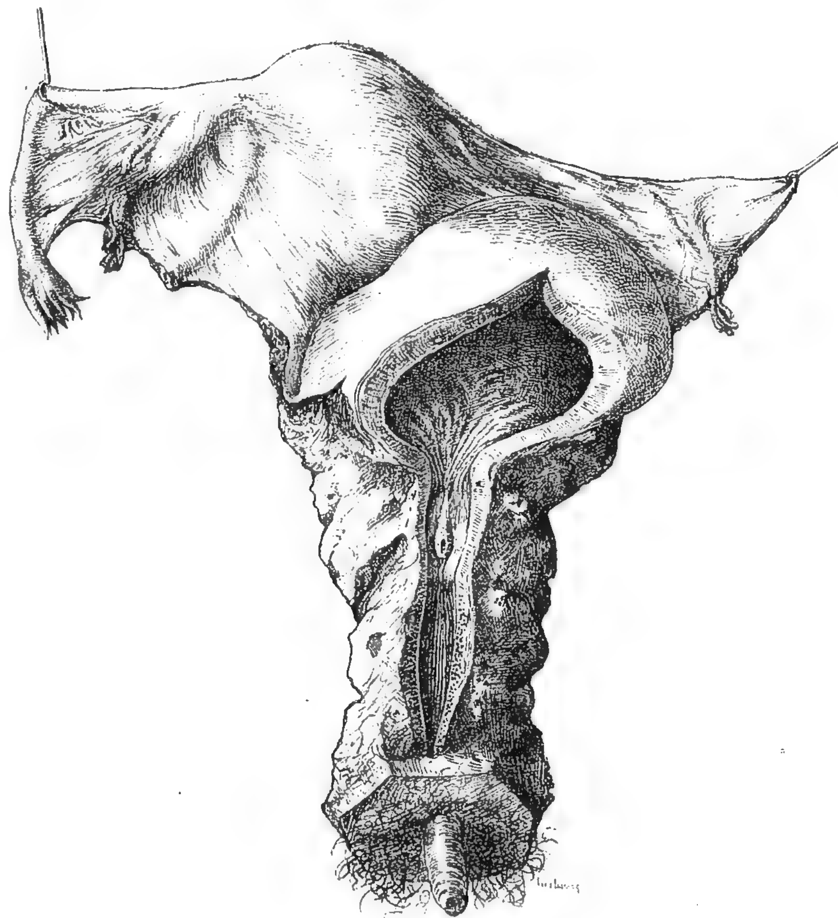


Figure 1. — Face antérieure.

On voit, à la partie inférieure, le pénis complètement entouré de poils. Le canal de l'urètre, ouvert, est remarquable par ses plis longitudinaux et par la présence d'un verumontanum bien développé et percé d'un orifice ovalaire auquel aboutit le vagin. Il s'ouvre dans une vessie normale. Au-dessus et à droite de la vessie, qui est rejetée à gauche de la ligne médiane, on voit l'utérus fortement dévié à droite. A gauche, le ligament large, peu développé, avec le paquet vasculaire ; à droite, le ligament large paraît normal et contient la trompe, le corps de Rosenmüller, l'ovaire, le paquet vasculaire et le ligament rond.

* * *

Un individu, âgé de dix-neuf ans, exerçant la profession de garçon-cantinier dans un régiment, est amené dans notre service le 17 Janvier, pour une diphtérie pharyngo-laryngée. Il succomba, malgré la trachéotomie, une heure après son admission. Nous n'avons pu obtenir aucun renseignement précis ni sur son caractère, ni sur ses aptitudes, ni sur ses goûts. Notre observation n'a donc qu'un intérêt anatomique.

L'individu était de petite taille; il mesurait 1 m. 58. Sa figure, bien que complètement glabre, était celle d'un adolescent. Les cheveux, assez abondants, châtain clair, étaient coupés ras. Le développement des membres paraissait normal : l'inférieur mesurait 81 centimètres, du grand trochanter au talon ; le supérieur, 56 centimètres, de l'acromion à l'apophyse styloïde du radius. Les mains étaient assez petites : leur longueur n'était que de 15 cent. 1/2, de l'articulation du poignet à l'extrémité du médius; de même la longueur du pied ne dépassait pas 22 centimètres. Les membres étaient limités par des contours arrondis, comme chez la femme ; le panicule adipeux, bien développé, cachait les saillies musculaires. La circonférence était de 28 centimètres au mollet, de 25 cent. 1/2 au bras, de 22 centimètres à l'avant-bras.

Le thorax était remarquable par le développement des mamelles qui faisaient une saillie évasée latéralement. Le mamelon était entouré d'une aréole pourvue de tubercules légèrement saillants. La glande, disséquée et débarrassée de la graisse et de la peau, pesait 190 grammes. C'est, comme on le voit, le poids de la glande chez la femme.

Le féminisme de cet individu pouvait facilement s'expliquer par l'état de ses organes génitaux. Le pubis était recouvert de poils, mais ceux-ci avaient une disposition triangulaire, comme chez la femme, et se prolongeaient au-dessous de la verge, et derrière elle.

La verge (fig. 1 et 2) paraissait bien conformée, mais elle était située un peu plus en arrière qu'à l'état normal. Ses dimensions étaient extrêmement réduites. Sa longueur n'était que de 3 centimètres, sa circonférence, prise au niveau de la racine du gland, de 4 c. 1/2. Elle était formée par l'union de deux corps caverneux qui s'inséraient normalement; ils se terminaient par un gland que recouvrait un prépuce mobile.

L'urètre s'ouvrait à sa place habituelle, au-dessus et en avant du frein. Son diamètre était normal, et une sonde, introduite par cette ouverture, pénétrait facilement dans la vessie. Ainsi, sauf son volume, ce pénis était bien constitué ; il n'y avait notamment pas trace d'hypospadias.

Derrière la racine de la verge, on voyait un scrotum (fig. 2) peu développé, peu saillant, qui occupait la moitié antérieure du périnée. Il était constitué par un raphé médian, et des plis latéraux. A son niveau, la peau présentait, comme d'habitude, une coloration bistre, et était surmontée de quelques poils qui se prolongeaient jusqu'au pourtour de l'anus. La palpation permettait de constater que les bourses étaient vides ; elles ne contenaient pas de testicule, et le doigt ne pouvait arriver à percevoir le trajet inguinal.

On voit, par cette description, que le diagnostic de cryptorchidie paraissait évident, et rendait parfaitement compte de l'état du sujet.

L'autopsie allait nous donner des résultats assez inattendus.

1. Bouillaud. — « Exposition raisonnée d'un cas de nouvelle et singulière variété d'hermaphrodisme observée chez l'homme ». *Journal univ. et hebd. de méd. et chir. prat.*, Paris, 1833.

2. Luigi de Crecchio. — « Sopra un caso di apparenze virili in una donna ». *Il Morgagni*, 1865.

Les principaux viscères ne présentaient rien de spécial. Sauf les poumons, qui étaient fortement congestionnés, les organes paraissaient sains. Leur poids était à peu près normal. Nous trouvons, en effet, 260 gr. pour le cœur, 1.425 pour le foie, 160 pour le rein droit, et 150 pour le gauche, 150 gr. pour la rate. La thyroïde était peu volumineuse; elle ne pesait que 13 grammes. Le larynx avait la forme et les dimensions qu'il présente chez la femme.

Enfin, dans le médiastin antérieur, nous avons trouvé un thymus volumineux : ses deux lobes, bien distincts, purent facilement être séparés de la graisse ambiante. La glande pesait 20 grammes. Il était intéressant de relever la persistance d'un état infantile.

Notre attention devait naturellement se porter d'une façon spéciale sur les organes du petit bassin. Voici ce que nous avons trouvé.

La vessie est normale, mais elle est rejetée à gauche (fig. 1). Au-dessus d'elle se voit un utérus qui est situé à droite de la ligne médiane. Cet utérus est asymétrique. Tandis que le côté droit est bien constitué et se termine par une corne normale, le côté gauche est limité par une ligne convexe; la corne de ce côté ne s'est pas développée. Des bords latéraux de l'utérus partent les ligaments larges. Celui de droite renferme une trompe se terminant par un pavillon pourvu de franges, un ovaire, et, entre les deux, un corps de Rosenmüller. Le ligament rond s'étend jusqu'à la région pubienne où il se perd. Au-dessus de lui, on voit les vaisseaux utéro-ovariens qui ne présentent rien de spécial.

A gauche, on retrouve un vestige de la trompe, qui est représentée par un cordon plein, ayant le tiers de la longueur de la trompe droite. Ce cordon se perd dans le ligament sans qu'il y ait même un rudiment de pavillon. L'ovaire fait défaut. La glande génitale ne s'est pas développée; malgré les recherches les plus minutieuses, nous n'avons trouvé, de ce côté, ni ovaire ni testicule. Le ligament rond est réduit à quelques fibres qui s'éparpillent rapidement et ne tardent pas à se perdre dans le ligament large. Le paquet vasculaire affecte les mêmes dispositions qu'à droite, mais les vaisseaux sont moins bien développés.

Si l'on examine la pièce par la face postérieure (fig. 2), on voit facilement que le ligament large du côté droit passe, comme à l'état normal, du vagin sur le rectum. A gauche, au contraire, le ligament se perd sur la vessie, et celle-ci se met en rapport direct avec le rectum, de telle sorte que, de ce côté, on trouve, comme chez l'homme, un cul-de-sac recto-vésical, situé plus haut que le cul-de-sac recto-vaginal du côté droit.

L'incision de l'utérus met à découvert une cavité normale; les parois ont l'épaisseur habituelle : elles mesurent 1 centim. La cavité du corps utérin a 4 cent. 1/2 de hauteur sur 3 centimètres de large à sa partie supérieure. Ces chiffres sont, à peu de chose près, ceux qu'on donne pour les filles vierges d'une vingtaine d'années. Le col, allongé et effilé, mesure 4 centimètres. Sa cavité est remplie par un bouchon muqueux, ses parois montrent un arbre de vie bien dessiné. A son extrémité inférieure, on voit un œuf de Naboth.

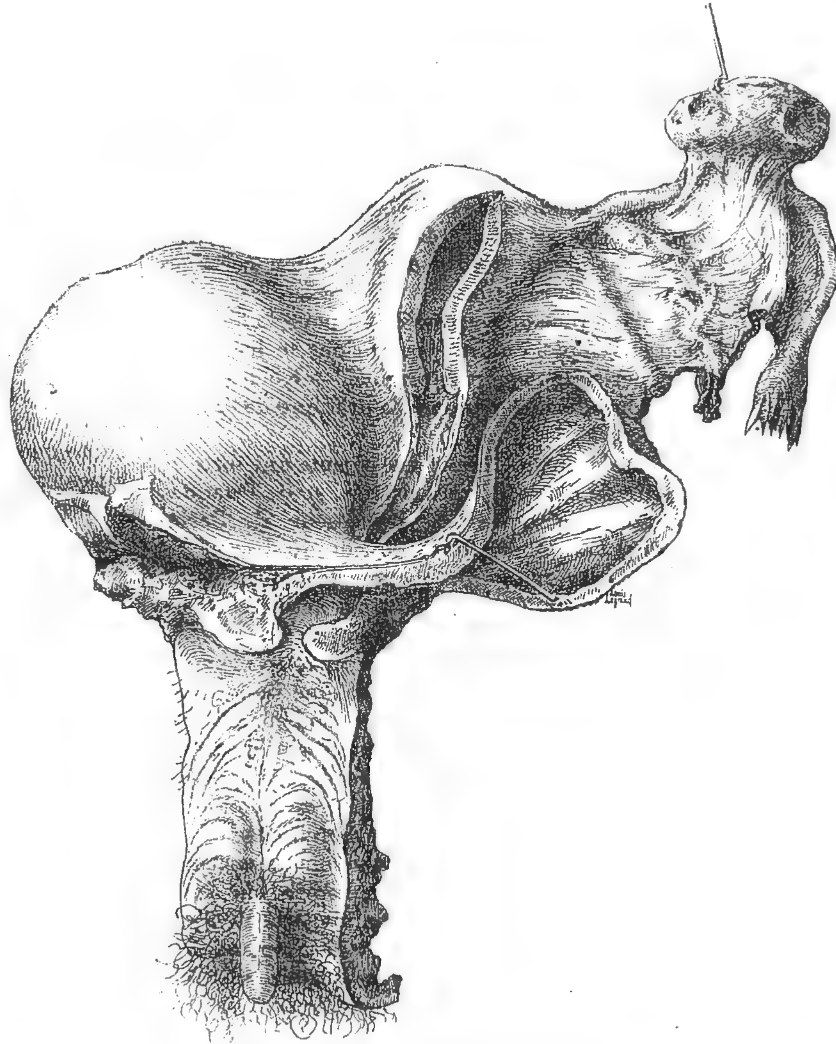


Figure 2. — Face postérieure.

On voit le pénis entouré de poils et, au-dessus de lui, le périnée remarquable par ses plis transversaux et par la présence d'un scrotum. L'anus est incisé, et le rectum, ouvert, est rejeté à droite et reporté en bas au moyen d'une érigne. A gauche du dessin, on voit la vessie et le cul-de-sac vésico-rectal, puis l'utérus ouvert, le col avec l'arbre de vie et un œuf de Naboth; le vagin, également ouvert, disparaît sous la vessie. Le ligament large n'existe qu'à droite où il renferme la trompe, l'ovaire scléro-kystique, relevé au moyen d'une érigne, pour montrer le paquet vasculaire et le ligament rond.

Le col utérin s'ouvre, par un petit orifice arrondi, dans un vagin fort étroit, situé, comme l'utérus, à droite de la ligne médiane. La longueur du vagin est de 4 cent. 1/2. Son diamètre, mesuré à sa partie la plus large, c'est-à-dire au-dessous de l'utérus, n'est que de 3 cent. 1/2. Le vagin s'insère sur l'utérus comme à l'état normal, formant en avant un cul-de-sac rudimentaire, en arrière un cul-de-sac bien développé. Il décrit autour de la vessie une courbe à concavité supérieure, et se dirige obliquement en bas, en avant, et à gauche. A sa partie terminale, il devient médian et, s'effilant brusquement, s'ouvre dans l'urètre au niveau du verumontanum.

L'orifice auquel il aboutit a le même aspect que chez l'homme (fig. 1), et les mêmes dimensions.

Le verumontanum est d'ailleurs bien développé, mais il ne contient pas de canaux éjaculateurs.

La prostate fait également défaut, et, ce qui se comprend aisément, les vésicules séminales sont absentes.

L'urètre a les caractères d'un urètre mâle, comme le démontre déjà la présence du verumontanum. Il mesure, du col de la vessie à son extrémité libre, 12 centimètres. Sa face interne est tapissée par une muqueuse que soulèvent des plis longitudinaux; sa face externe est entourée d'un tissu caverneux qui est moins développé que chez l'homme normal.

En résumé, le segment externe de l'appareil génital, c'est-à-dire le tubercule génital, le périnée, l'urètre, se sont développés suivant le type mâle. Les organes internes, utérus et ovaire, ont suivi le type féminin. Le vagin a pris un aspect particulier. Au lieu de venir s'ouvrir à l'extérieur, il a conservé la disposition qu'affectent, chez l'homme, les débris des conduits de Müller. Ceux-ci, comme on sait, constituent chez la femme l'utérus et le vagin; chez l'homme, ils forment l'utricule prostatique. On conçoit facilement comment une disposition, normale dans un sexe, peut avoir pour conséquence une anomalie dans l'autre, et on s'explique ainsi l'ouverture du vagin au verumontanum.

A côté de l'anomalie topographique, on relève une anomalie de développement : la trompe utérine, l'ovaire, le corps de Rosenmuller faisaient défaut à gauche, ce qui explique la situation de l'utérus et du vagin à droite de la ligne médiane, et la disposition si spéciale, différente d'un côté à l'autre, des ligaments larges.

Une seule glande servait à caractériser le sexe. Aucun doute ne peut être émis sur sa nature. Sa forme, sa situation indiquaient qu'il s'agit d'un ovaire. Cette glande a l'aspect d'une amande et ses dimensions sont celles d'un ovaire normal : 4 cent. 1/2 de longueur, 2 centimètres de hauteur et 1 c. 1/2 d'épaisseur. Elle est remarquable par l'existence, à sa surface, de nombreux kystes. Quelques-uns sont gros comme des noyaux de cerise : tels sont les deux kystes que représente la figure 2. La plupart ont les dimensions de grains de chènevis. Sur la coupe, le tissu glandulaire est dur et manifestement scléreux.

L'examen histologique démontre, en effet, que nous sommes en face d'un ovaire scléro-kystique. Toute la portion corticale de la glande est constituée par des fibres conjonctives pourvues d'un noyau et entrecroisées en tous sens. Les follicules de de Graaf sont fort peu nombreux. Les uns sont complètement étouffés par le tissu conjonctif, et leur présence n'est indiquée que par la disposition des fibres qui dessinent des cercles concentriques. La plupart des autres sont représentés par une cavité vide, remplie d'un liquide albumineux et bordée également par des fibres conjonctives. En parcourant longtemps les préparations, on finit par rencontrer, sur certains points, des follicules mieux consti-

tués et tapissés par des cellules épithéliales, mais il est exceptionnel de trouver un ovule. A peine en rencontre-t-on un ou deux par préparation.

En certains points, les ovisacs ont proliféré de façon à donner naissance à des boyaux allongés, tapissés d'une couche d'épithélium cylindrique. On peut suivre ainsi le développement des kystes dont la surface de l'ovaire était criblée.

***

L'observation que nous venons de rapporter nous paraît particulièrement curieuse, parce que jamais, jusqu'ici, les organes génitaux externes des gynandroïdes n'ont eu une ressemblance aussi parfaite avec les organes mâles. Sans doute, dans plusieurs cas, le pseudo-pénis atteignait des dimensions plus considérables, mais il était toujours moins bien constitué, maintenu par des brides, ou atteint d'hypospadias. De même, dans aucune observation nous ne trouvons indiqué un scrotum aussi parfait. Chez notre sujet, les stries étaient divergentes, et la peau pendait légèrement, absolument comme chez les cryptorchides. Seule, la disposition des poils du pubis aurait pu faire soupçonner le sexe féminin de l'individu. Mais il faut avouer que c'est un caractère trop fragile pour une pareille détermination.

Cependant, si on se trouvait en face d'un cas analogue, on pourrait probablement arriver à reconnaître le sexe par le toucher rectal. On sentirait ainsi l'utérus, et, dans notre cas, on aurait constaté l'absence de prostate. Rappelons cependant que cette glande était bien développée dans l'observation de Bouillaud et dans celle de Luigi de Crecchio.

Ces trois observations, à part quelques détails d'importance secondaire, peuvent être rapprochées. Elles servent à constituer un type tératologique, qui nous semble bien caractérisé : il comprend des êtres appelés à tort hermaphrodites; ce sont des gynandroïdes, qui, dans leur expression la plus élevée, simulent complètement des mâles cryptorchides.

RECHERCHES SUR LA SÉRO-AGGLUTINATION TUBERCULEUSE

PAR MM.

E. RUMPF
Médecin-directeur du Sanatorium de Friedrichsheim.

L. GUINARD
de Lyon, Assistant-stagiaire à Friedrichsheim.

Très peu de jours après la publication du nouveau procédé d'agglutination et de traitement de la tuberculose, imaginé par le Professeur R. Koch [1], nous avons eu la bonne fortune de pouvoir commencer et poursuivre, avec les méthodes de Lyon et de Berlin, une série d'essais comparatifs sur 107 malades du sanatorium Friedrichsheim; essais qui nous ont permis de relever certains résultats intéressants que l'actualité du sujet nous autorise à faire connaître immédiatement.

***

Le procédé Arloing-Courmont est trop connu des médecins français pour en refaire ici la description; nous rappellerons seulement que relativement aux résultats qu'il donne pour le sérodiagnostic de la tuberculose, Arloing et Courmont ont constaté que ces résultats étaient comparables à ceux que l'on obtient avec les injections révélatrices de tuberculine. En effet, les chiffres statistiques qu'ils ont publiés sont à peu près identiques à ceux qui figurent dans la grande statistique de Beck [1] et il semble, d'après cela, que la séroréaction a une réelle valeur comme moyen révélateur de la tuberculose.

Cependant, nous devons déclarer immédiatement que, n'ayant pas eu l'occasion d'employer les méthodes de séro-agglutination chez des sujets non tuberculeux ou seulement suspects de tuberculose, nous ne nous occuperons pas ici de la valeur diagnostique de ces méthodes. Nous indiquerons simplement combien de nos malades ont agglutiné, combien n'ont pas agglutiné, en nous efforçant d'analyser les causes qui ont pu influencer le phénomène et méritent, par conséquent, d'être signalées à l'attention des médecins.

La méthode récemment proposée par Koch diffère de celle d'Arloing-Courmont par ce fait qu'au lieu d'agir sur une culture homogène de bacilles, on emploie une sorte d'émulsion très diluée d'une culture desséchée, triturée et réduite en poudre; de telle sorte que la matière agglutinable se trouve dans un état particulier, qui, sans aucun doute, doit modifier certaines qualités de la réaction.

Mais en plus de ce procédé — pour la description et l'emploi duquel nous prions le lecteur de se reporter au mémoire original — Koch signale une nouvelle voie ouverte à la pratique de l'agglutination.

Considérant ce phénomène comme une sorte de mesure du degré d'immunisation et de l'état des défenses organiques, le professeur de Berlin propose une tuberculine nouvelle qu'il croit capable d'exagérer la production des éléments de défense et de développer ainsi artificiellement le pouvoir agglutinant du sang.

De ce chef, la méthode d'agglutination acquiert, pour les médecins de sanatorium, une importance plus grande, parce que non seulement elle représente un moyen de diagnostic, mais un moyen de se renseigner sur les modifications apportées par la cure et sur les conditions de défense de l'organisme contre l'infection tuberculeuse.

C'est pourquoi nous nous y sommes immédiatement intéressés et avons entrepris une série d'essais, en nous servant parallèlement de la méthode française et de la méthode allemande.

Pour faire toutes nos séro-réactions, nous avons adopté l'outillage, la technique et le procédé de mesure par gouttes, employés et décrits par les auteurs lyonnais; seulement, en plus, nous conformant aux prescriptions de Koch, nous avons toujours eu soin de mettre à l'étuve les tubes qui contenaient le réactif de Berlin.

Par contre, pour recueillir le sang, il nous a semblé plus pratique de nous servir de la ventouse scarifiée, appliquée dans le dos, ainsi que le recommande Koch. On obtient, de cette manière, très facilement, une plus grande quantité de liquide, et, d'autre part, les malades acceptent plus volontiers les incisions rapides du scarificateur, qui sont moins désagréables qu'une piqûre profonde faite à un doigt.

Les cultures homogènes que nous avons employées nous ont été très gracieusement envoyées par MM. Arloing et Courmont; soumises à des essais de contrôle, elles nous ont toujours donné les résultats annoncés, au point de vue de la marche et de la rapidité du phénomène. — Avec chaque sérum et pour chaque méthode, nous faisions généralement trois dilutions : 1/5, 1/10 et 1/15, parfois 1/25, rarement 1/50 ou 1/100, ces dernières seulement quand un sérum s'était montré très agglutinant.

***

Nous avons examiné le sérum de 107 malades atteints de tuberculose pulmonaire et, sur 10 d'entre eux, plusieurs examens ont été faits à des intervalles différents.

De ces malades, 29 étaient au Ier degré, 41 au IIe et 37 au IIIe degré de la maladie [1]. Chez 43, le diagnostic était confirmé par la présence des bacilles dans les crachats; 58 avaient des signes d'auscultation non douteux; enfin 6 malades avaient réagi positivement à l'épreuve de la tuberculine.

Or 92 de nos malades, soit 85 pour 100, ont eu un sérum agglutinant, et, parmi eux, 17 ont agglutiné avec la dilution au 1/5 seulement; 12 agglutinaient jusqu'au 1/10; 63 ont agglutiné au 1/15 et au delà.

N'ayant pas, au début, une habitude suffisante de la méthode de Koch, nous n'avons pas tenu compte de nos premiers essais, mais seulement de ceux dont nous sommes absolument sûrs, et que nous avons faits étant en pleine possession de la pratique du procédé.

Nous possédons ainsi 84 examens comparatifs des méthodes Arloing-Courmont et Koch, qui d'abord nous ont appris que, dans la plupart des cas, on peut obtenir des résultats comparables avec l'une et avec l'autre : 53 fois ces résultats ont été complètement identiques; 18 fois presque identiques; mais, avec le sérum de 13 malades, les deux procédés ont donné des résultats différents.

Nous pensons qu'il n'y a rien d'étonnant à cela, car les réactifs et les *éléments agglutinables* ne doivent pas être dans le même état, dans la culture de Lyon et dans le produit de Koch; de telle sorte que, si certains sérums renferment des principes capables d'agglutiner les uns et les autres, d'autres sérums peuvent très bien contenir surtout des principes agglutinants de la culture, d'autres enfin des principes plus spécialement actifs sur la matière de l'émulsion de Koch.

On peut en trouver la preuve dans ce fait que le sérum *normal* de lapin, qui est inactif sur la culture homogène, agglutine parfois l'émulsion de Berlin, comme Koch l'a constaté et comme nous l'avons vérifié nous-mêmes.

Il est intéressant de remarquer que les différences les plus grandes se sont surtout manifestées avec le sérum d'individus dont on avait renforcé artificiellement le pouvoir agglutinant par des injections de la nouvelle tuberculine. C'est ainsi que, parmi nos malades, ceux que nous avons soumis à ces injections, ont, dès le début, fourni un sérum exclusivement ou beaucoup plus actif sur l'émulsion de Koch que sur la culture d'Arloing-Courmont.

Nous croyons donc, jusqu'à preuve contraire, que les deux méthodes pourront parfois se compléter heureusement, et peut-être mettre sur la voie de certaines différences à établir dans les divers principes agglutinants des sérums de tuberculeux.

En ce qui concerne l'observation du phénomène et la notation des résultats, la méthode française nous a paru de beaucoup supérieure à la méthode allemande par sa simplicité, par la facilité avec laquelle on peut suivre les différentes étapes de l'agglutination et porter un jugement sur le résultat final et le degré de cette agglutination.

Avec la méthode de Koch, l'observation des faits est plus difficile; l'agglutinat reste le plus souvent en suspension dans la masse liquide, où il se présente avec l'aspect d'un louche ou d'un grenu très fin, parfois peu distinct ou seulement visible sous certaines incidences de lumière. Cette observation exige une pratique préalable suffisante, et laisse une grande part à l'appréciation individuelle de chaque observateur, dont

1. R. Koch. — *Deut. med. Woch.*, 1901, 28 Novembre, n° 48.

1. Beck. — *Deut. med. Woch.*, 1899, n° 9.

1. Pour la classification des degrés de la tuberculose, nous avons adopté la méthode objective, très rationnelle, de Turban.

l'opinion — Koch le reconnaît lui-même — peut, pour un même essai, être différente de celle d'autres observateurs.

Autre chose est encore agréable dans la méthode française, et lui donne une supériorité que nous avons appréciée : c'est que, dans les cas douteux, on peut toujours, comme nous l'avons fait souvent, trancher la question en pratiquant un examen microscopique qui, dans les cas où il y a agglutination, permet de voir les bacilles accolés, agglutinés les uns contre les autres en plus ou moins grand nombre, suivant l'intensité du phénomène. Avec le produit de Koch la chose ne nous paraît pas possible, car, au microscope, nous n'avons jamais pu distinguer un seul élément figuré caractéristique.

En revanche, et pour répondre à une critique déjà formulée à tort contre le procédé de Koch, il est juste de reconnaître que la préparation du réactif avec la poudre envoyée de l'usine de Hoechst, n'est ni difficile ni compliquée; nous l'avons toujours réussie du premier coup et aussi aisément que possible.

* * *

Entrant plus avant dans l'interprétation de nos analyses, nous avons remarqué que beaucoup de nos malades au troisième degré de la maladie, parmi lesquels plusieurs assez gravement atteints, avaient un sérum parfaitement agglutinant.

Or, Arloing et Courmont, ainsi que Koch, ont déjà vu et dit que, généralement, ces malades n'agglutinaient pas.

Koch a écrit, notamment, qu'on ne doit pas être étonné de ne pas obtenir l'agglutination dans une phtisie très prononcée, parce que, dans ces stades graves, on ne conçoit pas que le pouvoir agglutinant apparaisse sans le développement simultané des éléments défensifs capables de produire l'amélioration et la guérison. Et il ajoute que, chez un tuberculeux qui vit dans les conditions de tout le monde, ces éléments défensifs ne se produisent pas, ou en trop petite proportion pour amener la guérison et l'immunité.

Mais nos malades n'étaient pas et ne sont pas dans les conditions de tout le monde. Ils se trouvent, au sanatorium, dans des conditions d'existence particulièrement hygiéniques; au climat, à la bonne alimentation, au repos et à l'exercice méthodique s'ajoutent toutes les influences capables de mettre l'organisme en état de défense. Et voilà pourquoi 65 pour 100 de nos malades, au troisième degré de la tuberculose, agglutinaient encore au moins au 1/10e, et ceux que nous avons examinés un peu plus tard ont présenté une augmentation régulière du pouvoir agglutinant.

De nos observations ressort aussi ce fait : c'est que, sans aucune injection de tuberculine, la propriété agglutinante augmente, et atteint sa plus grande valeur dans la première moitié de la cure. Or cette particularité correspond à l'expérience acquise par les médecins de sanatorium, lesquels ont tous observé que c'est dans la première partie du séjour que l'amélioration *générale* est la plus apparente, particulièrement dans les sanatoriums populaires. Par contre, chez ceux de nos malades qui se trouvaient à la fin d'une *bonne cure*, nous avons vu le pouvoir agglutinant diminuer beaucoup ou manquer absolument.

Ce fait intéressant, et qui nous a d'abord étonnés, a acquis à nos yeux une plus grande valeur, lorsque nous avons pris connaissance du travail de Romberg[1] sur l'agglutination observée au moyen d'une troisième émulsion imaginée par Behring.

Romberg se demande, entre autres choses, si l'apparition de la réaction négative, avec le sérum de sujets manifestement tuberculeux, peut être la conséquence d'un ralentissement dans le processus morbide, correspondant à l'*inactivité* de la maladie, ou s'il a la signification d'un développement plus grave et plus rapide du mal.

Or, nos observations nous permettent d'affirmer que par la guérison, c'est-à-dire l'*inactivité* de la tuberculose, l'agglutination peut devenir négative.

Dans notre série, nous comptons vingt malades qui étaient à la fin d'une *bonne cure* et se trouvaient en état de quitter le sanatorium. La plupart ne présentaient plus de lésions apparentes à l'auscultation; l'état général était parfait; chez eux la tuberculose semblait être guérie, ou, au moins, inactive. Eh bien! de ces 20 malades, 8 n'agglutinaient pas du tout; 8 agglutinaient faiblement au 1/5e; 4 seulement agglutinaient encore au 1/10e.

Nous avons vu un malade qui, sept jours après son arrivée à Friedrichsheim, agglutinait fortement au 1/10e; après plusieurs injections de tuberculine, dont une avait produit une réaction locale au sommet gauche, ce malade, au vingt et unième jour, agglutinait à 1 pour 25; mais après trente-sept jours de cure, son sérum n'agglutinait plus que faiblement au 1/5e.

Cet état d'inactivité avec absence d'agglutination est aussi le cas d'un tuberculeux depuis longtemps en traitement (actuellement fonctionnaire du sanatorium), chez lequel on relève des lésions très avancées, mais stationnaires ou inactives, des poumons et du larynx.

Mais nous avons constaté aussi que l'absence du pouvoir agglutinant coïncide également avec les formes sévères de la maladie et avec leur aggravation. C'était le cas de quatre de nos malades. Cependant, chez un jeune homme arrivé au sanatorium dans des conditions déplorables, avec des lésions étendues et profondes des deux poumons, avec de la fièvre, nous avons eu la surprise d'obtenir un sérum jouissant d'une activité agglutinante élevée. Comme Arloing et Courmont l'ont déjà observé, cet état particulier était en rapport avec l'organisation des défenses; et, en effet, l'organisme de ce malade luttait énergiquement. Aussi, après quinze jours de cure, la fièvre avait totalement disparu, l'état général s'était considérablement amélioré, et le poids du sujet s'était accru de six livres. Mais les lésions pulmonaires étaient peu modifiées.

Comme nos devanciers, nous avons observé que les injections de tuberculine ancienne exagèrent le pouvoir agglutinant; mais nous avons vu, en outre, en répétant les essais, que si les injections ne sont pas renouvelées cette exagération n'est pas durable.

* * *

Enfin, chez cinq malades, nous avons commencé le traitement par la nouvelle tuberculine de Koch, et pour cela nous avons choisi de préférence des sujets chez lesquels la cure au sanatorium n'avait pas produit d'amélioration bien sensible. Trois de ces malades étaient au deuxième degré, deux au troisième degré de la maladie.

Ayant débuté par 0 gr. 0025, puis 0 gr. 005 pour arriver à la dose de 0 gr. 010 milligrammes de tuberculine, nous avons, après cette troisième injection, observé une augmentation notable du pouvoir agglutinant qui, chez deux malades, a atteint 1 pour 50, et chez un troisième 1 pour 100. Le traitement étant continué, dix jours après on notait, chez les cinq malades, une agglutination évidente avec le mélange à 1 pour 100.

C'est tout ce que nous avons relevé d'apparent jusqu'ici, car il ne nous a pas été possible d'observer la moindre modification ni dans l'état local ni dans l'état général. Mais nous reconnaissons nous-mêmes que la durée de nos observations est insuffisante, et qu'à part le renforcement évident de la propriété agglutinante du sérum, nous ne sommes pas autorisés à tirer la moindre conclusion de ces premières tentatives de traitement par la nouvelle tuberculine.

Toutefois, nous pouvons ajouter encore que cette tuberculine ne nous a pas paru dangereuse. Aucun de nos malades n'en a éprouvé d'effets fâcheux ou nuisibles : pas d'influences sur l'état général, pas d'abattement, aucun trouble des grandes fonctions, peu de réactions, ou des réactions très modérées. D'ailleurs, les essais se poursuivent, et les résultats en seront publiés dès qu'ils seront assez prolongés et assez nombreux.

1. E. Romberg. — « Zur Serumdiagnose der Tuberkulose ». *Deut. med. Woch.*, 1901, n° 19.

MÉDECINE PRATIQUE

LA NEURASTHÉNIE ET SON TRAITEMENT

Ce qui frappe quand on aborde la question de la neurasthénie, c'est une sorte de contraste entre la symptomatologie mobile de cette affection et l'uniformité du traitement qu'on lui oppose. Sans exception, les neurasthéniques sont considérés commes des malades imaginaires et traités comme tels. A tous on conseille de ne pas penser à leur maladie, de chercher des distractions, de faire des exercices, de se mettre à l'hydrothérapie, d'aller passer quelque temps soit au bord de la mer, soit à la montagne. C'est plutôt vague. Rarement le médecin cherche à individualiser parmi les neurasthéniques qui viennent le consulter. Et il ne le fait pas parce que les bases de cette différenciation lui font défaut, parce que la neurasthénie est considérée comme une et indivisible, ce qui n'est pas tout à fait exact.

Dans son très remarquable livre sur les *Grands symptômes neurasthéniques*, M. Maurice de Fleury nous apprend en effet que les neurasthéniques se divisent en deux classes. Les uns présentent de l'hypertension artérielle et sont de véritables intoxiqués qui guérissent lorsque, une fois désintoxiqués, leur courbe de tension artérielle s'abaisse. Les autres au contraire offrent, comme signe caractéristique, de l'hypotension artérielle, et chez eux la disparition de la dépression nerveuse et de l'état mental particulier qu'ils présentent ne s'obtient qu'à la condition de relever la tension de leurs artères. Ce sont donc des malades dont les symptômes de neurasthénie ressortissent à une pathogénie différente. On comprend dès lors que la médication qui convient aux neurasthéniques du premier groupe soit nuisible à ceux du second, et inversement, comme le prouvent très nettement les observations fort curieuses que M. Maurice de Fleury rapporte dans son livre.

Il est donc intéressant et non moins important, au point de vue pratique, de connaître les grandes lignes du traitement de la neurasthénie chez les malades des deux catégories que nous venons d'indiquer. Voici ce qu'en dit en substance M. Maurice de Fleury.

* * *

Neurasthénie à hypertension. — Les neurasthéniques de ce groupe sont, d'après M. Maurice de Fleury, des intoxiqués du système nerveux. Leur organisme en entier est encrassé de déchets de la nutrition interstitielle. Leurs reins filtrent insuffisamment une urine extrêmement chargée. Leur cœur est fatigué et s'est hypertrophié à lutter contre la résistance qu'il rencontre du côté des vaisseaux périphériques. Leur estomac est devenu ou a commencé par être hyperpeptique. En face de cet état complexe, la grande indication thérapeutique est de laver l'organisme en entier, sang et tissus.

Pour remplir cette indication, nous avons tout d'abord à notre disposition le régime lacté absolu qui, très rapidement, en l'espace de quelques jours, procure aux névropathes de cette catégorie un soulagement considérable. Et lorsque ce résultat a été obtenu, lorsque les malades se refusent à continuer le régime lacté absolu encore pendant quelque temps, on le remplace par le régime lacto-végétarien auquel bientôt, si le mieux s'accentue, on ajoute un plat de viande grillée ou rôtie au repas du matin. Le mieux est

de prescrire des repas secs, de supprimer toute boisson au cours de la digestion stomacale, et de donner le lait d'heure en heure dans les moments où l'estomac est vide. Pour concilier les avantages du régime sec si utile à la digestion, et les nécessités de la désintoxication de l'organisme par le lait donné en abondance, M. Maurice de Fleury conseille de procéder de la façon suivante :

A 8, 9, 10, 11 heures du matin ; à 4, 5, 6 heures du soir prendre un verre de bon lait coupé d'un tiers d'une eau alcaline ou indifférente. Le repas du matin et le goûter sont dans ces cas supprimés ou plutôt remplacés par le lait. Si l'estomac se refuse à digérer le lait, on demande au malade de boire simplement, à intervalles réguliers, un verre aux deux tiers plein d'une eau facile à digérer.

Comme traitement proprement dit, on prescrit à ces malades du massage, des douches chaudes ou bien encore des bains statiques sans étincelles, des bains carbonigènes. On peut aussi utiliser la peau comme moyen d'épuration, en ayant recours aux bains de vapeur ou à la pilocarpine. Enfin, chez les malades qui supportent mal le lavage du sang par la voie stomacale, on peut faire les grandes injections de solution physiologique de chlorure de sodium à 7,5 pour 1.000. Tous les jours ou tous les deux jours on injecte de 50 à 100 grammes. L'action diurétique de ces injections complète fort heureusement celle du régime lacto-végétarien et amène très rapidement une baisse notable de la pression sanguine, et une détente de l'état mental.

* * *

Neurasthénie à hypotension. — Les indications thérapeutiques sont ici tout autres.

Le régime sec, avec de l'eau facile à digérer, bue à intervalles réguliers, convient au neurasthénique à hypotension tout aussi bien qu'au neurasthénique à hypertension. Seulement, comme chez le premier la capacité vitale est amoindrie sur tous les points, il convient de lui donner de la viande assez abondamment au repas du midi, un peu moins au repas du soir. Les neurasthéniques de cette catégorie ayant une sécrétion gastrique « en feu de paille, tout de suite assouvie », ils doivent faire chaque jour quatre petits repas, très modérément copieux. On leur permettra de la viande, des poissons de digestion facile, des légumes qui ne fermentent pas trop dans l'intestin.

L'exercice physique progressif, dont se trouvent bien les neurasthéniques hypertendus, doit être remplacé, chez les neurasthéniques à hypotension, par le repos. Mais il ne faut pas que ce repos soit absolu. Chez eux, il faut savoir combiner de longues heures de repos, dans la position couchée au grand air, avec des courtes promenades qui commenceront par ne pas dépasser un quart d'heure, matin et soir, et qui chaque jour s'accroîteront de quelques minutes. Chez ces grands déprimés, une heure de sommeil au milieu du jour les fait encore mieux dormir pendant la nuit.

Pour tonifier ces malades, on peut utiliser la surface cutanée par les bains de lumière, les douches chaudes ou froides, les bains salés ou sulfureux. On peut de même agir sur les surfaces musculaires et articulaires par le massage profond. Les inhalations d'oxygène, d'ozone, d'air comprimé concourront au même but.

Mais le tonique par excellence chez ces malades est, d'après M. Maurice de Fleury, les injections salines à petites doses. Il emploie pour ces injections la solution que voici :

Sulfate de soude . . .	àà	1 gramme.
Chlorure de sodium .		
Phosphate de soude .		
Acide phénique neigeux.		50 centigr.
Eau stérilisée		100 grammes.

La dose du début est de 1 ou de 2 grammes, laquelle dose est progressivement élevée à 5, 8 et 10 grammes. Mais, comme le dit très justement M. Maurice de Fleury, il faut savoir différer la piqûre le jour où la pression artérielle s'élève, comme il faut encore savoir forcer la dose quand le sujet se trouve particulièrement abattu.

Les injections de solutions concentrées réussissent particulièrement bien contre l'amyasthénie, l'asthénie génitale avec hyposécrétion orchitique, contre la tendance de l'esprit à la torpeur, à la crainte, à la tristesse.

R. Romme.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

13 Mars 1902.

Paraplégie flasque post épileptique. — *M. Heveroch* rapporte plusieurs observations de paraplégie flasque transitoire après des accès paroxystiques.

Application de la méthode de Marchi à l'examen de moelles tabétiques. — *MM. Pierre Marie et Bichoffverder* ont étudié trente moelles tabétiques à l'aide du procédé de Marchi ; dans trois cas seulement ils trouvèrent des corps granuleux. Comment peut-on expliquer cette rareté ? Est-ce parce que le processus tabétique est trop lent dans son évolution, ou n'est-ce pas plutôt parce que ce processus s'arrête et que lorsque l'on fait l'autopsie il est terminé depuis longtemps ? Cette dernière hypothèse est plus vraisemblable.

Les trois cas positifs de MM. Marie et Bichoffverder concernaient en effet trois tabétiques au début de leur affection, morts par accidents. Une constatation intéressante faite par les auteurs est la suivante : les corps granuleux sont diffus dans les faisceaux postérieurs, c'est-à-dire sans systématisation.

Un cas de cécité cérébrale avec déviation conjuguée de la tête et des yeux. — *M. Touche* apporte l'observation et présente les pièces anatomiques d'un cas de cécité cérébrale avec déviation conjuguée de la tête et des yeux ; il existait des lésions de sclérose cérébrale par méningo-encéphalite superficielle disséminées sur plusieurs circonvolutions.

Diplégie cérébrale infantile avec idiotie. Agénésie presque complète de l'hémisphère droit et du corps calleux. — *MM. Ernest Dupré et Jean Heitz.* Il s'agit d'une fille de vingt-deux ans, dont l'histoire clinique avait présenté comme principaux faits saillants : un accouchement laborieux avec circulaires du cordon ; à un an, un épisode fébrile avec convulsions et suivi d'hémiplégie gauche ; à sept ans, un nouvel épisode fébrile, suivi d'hémiplégie droite, d'aphasie et de régression démentielle profonde. Morte en état de mal épileptique.

A l'autopsie, l'hémisphère droit est presque entièrement absent, représenté par une mince languette épaisse selon les points de 1 à 4 centimètres, contournée en fer à cheval ouvert en avant, et circonscrivant une grande cavité au fond de laquelle fait saillie une masse arrondie représentant les noyaux opto-striés. C'est le ventricule latéral qui communique par un très large orifice avec l'espace sous-arachnoïdien, le tout contenant environ 250 grammes de liquide citrin. Le corps calleux est extrêmement aminci. Cette lésion, agénésique et non destructive, est probablement congénitale. Elle a causé au moins partiellement l'hémiplégie gauche, peut-être aggravée par les accidents ultérieurs.

Quant à l'hémisphère gauche, il est d'apparence normale, mais une lésion cicatricielle ancienne, qui se voit à la partie postérieure du pédoncule cérébral gauche, a suffi, vu l'impossibilité des suppléances, à déterminer, avec l'hémiplégie droite, de graves phénomènes d'ordre aphasique et intellectuel.

Hémiplégie par ramollissement cérébral sans modification du réflexe plantaire. — *M. Pierre Marie* apporte l'observation d'un malade atteint d'hémiplégie par ramollissement cérébral. Les lésions étaient énormes, détruisaient toutes les circonvolutions motrices d'un hémisphère, détruisaient également la capsule interne ; dans la moelle, le faisceau pyramidal croisé était sclérosé, le faisceau pyramidal direct relativement sain. Malgré l'étendue de ces lésions, il n'y avait pas d'hémianesthésie ; et, fait particulier, le réflexe plantaire se faisait en flexion.

M. Babinski fait remarquer que l'existence du phénomène des orteils, c'est-à-dire le réflexe en extension, permet d'affirmer qu'il y a un trouble dans le système pyramidal ; mais il ajoute que toute lésion du système pyramidal ne provoque pas le phénomène des orteils.

Vitiligo et signe d'Argyll-Robertson d'origine syphilitique. — *M. Souques.* Il s'agit d'un homme de soixante-neuf ans qui présente une parésie de la corde vocale gauche, le signe d'Argyll avec myosis bilatéral et de la dyschromie cutanée. Cette dyschromie, qui remonte à quinze ans, est caractérisée par des îlots hypochromiques. Elle occupe la partie inférieure du tronc et empiète sur les cuisses et sur les fesses.

La peau des organes génitaux est hyperchromique, avec des taches d'hypochromie ; elle est, en outre, très épaissie et très œdématiée, de telle sorte que la verge est déformée, énorme, éléphantiasique.

A l'entrée, il y avait, au niveau de l'abdomen, de longues syphilides papulo-squameuses serpigineuses, qui disparurent à la suite de quelques injections hypodermiques de cyanure de mercure. Cet homme nie pourtant la syphilis, et celle-ci est cependant certaine.

Il n'y a aucun autre symptôme, soit de tabes, soit de paralysie générale, soit de syphilis cérébrale classique.

Une ponction lombaire, restée blanche, a provoqué des maux de tête et des vomissements rebelles. On peut en conclure, si la décompression est cause des troubles précédents, que le liquide céphalo-rachidien a dû s'épancher dans le tissu périrachidien.

Ce malade n'est pas un tabétique ; ce n'est même probablement pas un candidat au tabes. C'est un syphilitique chez lequel le vitiligo et la dyschromie dépendent d'une cause commune : la syphilis. Il est possible que le vitiligo des tabétiques ne soit pas un trouble trophique dû au tabes, mais que le vitiligo et le tabes, indépendants l'un de l'autre, dépendent tous les deux de la même cause : la syphilis.

Vitiligo et tabes. — *MM. Pierre Marie et Guillain* rapportent 5 cas de vitiligo s'accompagnant de quelques symptômes tabétiformes ; aucun des 5 malades n'était cependant tabétique. Chez quelques-uns, la syphilis était certaine ; chez d'autres, elle était probable.

Répartition des troubles de la sensibilité dans la syringomyélie. — *M. Veraguth* a étudié, à l'aide d'un instrument spécial, la répartition des troubles de la sensibilité chez les syringomyéliques ; il semble que, dans la majorité des cas, la distribution de ces troubles sensitifs se fasse suivant le type radiculaire et non suivant le type métamérique.

Des rapports de l'irrégularité pupillaire et du signe d'Argyll Robertson. — *MM. Joffroy et Schrameck.* La déformation pupillaire se rencontre à peu près constamment et uniquement dans les affections où la motilité de l'iris est ou va être atteinte : tabes, paralysie générale, syphilis.

On la rencontre bien aussi, comme l'a remarqué M. Marandon de Montyel, chez un certain nombre de vésaniques, mais seulement alors chez des vésaniques syphilitiques.

La forme que peut prendre l'orifice pupillaire est très variée ; la déformation peut être très apparente et visible alors à l'œil nu, ou peu marquée et bien visible alors seulement à l'éclairage oblique.

Elle semble être monolatérale tout d'abord, mais se présente souvent déjà bilatérale dès les premiers examens. Quand elle est encore monolatérale, elle peut permettre, dans les cas d'inégalité pupillaire à réflexes normaux, de discerner quelle est des deux pupilles inégales celle qui est pathologique.

Pour MM. Joffroy et Schrameck, la déformation pupillaire est le premier signe en date des troubles indiquant l'altération de l'innervation de l'iris, la première étape dans la marche régressive de cette innervation ; elle précède toujours l'affaiblissement de l'un ou des deux réflexes papillaires et le signe d'Argyll.

MM. Joffroy et Schrameck ont pu voir plusieurs fois se développer peu à peu, et progressivement, le signe d'Argyll chez des paralytiques généraux où l'on avait observé seulement auparavant de la déformation pupillaire.

Ils pensent que toute déformation pupillaire, en l'absence d'anomalie congénitale et de synéchies iriennes, peut, alors que les réflexes pupillaires sont encore intacts, être considérée comme un signe probable de tabes, de paralysie générale, de syphilis, et que sa valeur séméiologique est la même que celle

du signe d'Argyll Robertson dont elle marque le début.

M. Babinski a observé également quelques malades chez lesquels l'immobilité pupillaire avait été précédée pendant quelque temps par de l'irrégularité du contour des pupilles.

Œdème chronique persistant des membres inférieurs. — *M. Lortat-Jacob* présente deux enfants atteints de trophœdème chronique; plusieurs autres enfants de la même famille avaient également ce trouble trophique.

Névrite de la branche externe du spinal chez un tabétique. — *MM. Pierre Marie et Guillain* présentent un tabétique ayant une névrite de la branche externe du nerf spinal; quatre exemples de cette association sont déjà connus.

Traumatisme cérébral, épilepsie, ablation d'esquilles, guérison. — *M. Fredet* montre un homme qui reçut une balle de revolver dans le crâne et devint épileptique. La radiographie montra que la balle se trouvait dans une région inaccessible; cependant, devant la répétition des crises épileptiques, on tenta une intervention incomplète; des esquilles furent enlevées; depuis lors, les crises ont disparu.

Choix d'une région analgésique pour les injections de calomel. — *MM. Marato et Charpentier* pratiquent les injections de calomel dans une région complètement analgésique, et qui est limitée en haut par un plan horizontal passant par l'articulation sacro-coccygienne, en bas par un plan horizontal passant par le milieu de l'anus, à gauche et à droite par un plan vertical distant de quatre centimètres environ du sillon interfessier; l'aiguille doit être enfoncée de deux à trois centimètres de dedans en dehors, et d'arrière en avant, en visant le grand trochanter.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

19 Mars 1902.

Discussion sur la chloroformisation. — *M. Poirier* clôt cette discussion, en résumant en quelques mots les conclusions qui s'en dégagent :

1° La mort par le chloroforme est encore fréquente, trop fréquente : le chiffre 1 sur 3.000 indiqué par les statistiques est certainement au-dessous de la réalité ;

2° Néanmoins, de tous les anesthésiques, c'est le chloroforme qui est le seul employé par la presque unanimité des membres de la Société : celle-ci ne compte, en effet, que 1 partisan de l'éther et 3 de l'anesthésie mixte par le bromure ou le chlorure d'éthyle et le chloroforme ;

3° Les accidents de la chloroformisation sont de 2 ordres : syncope cardiaque fatalement mortelle, syncope respiratoire à laquelle on peut rémédier par la respiration artificielle.

La cause de ces accidents n'a pas été suffisamment mise en lumière : ils dépendent non du chloroforme lui-même, mais de son mode d'administration. D'où la nécessité de ne jamais faire donner l'anesthésique que par un aide expérimenté ou, mieux encore, par un chloroformisateur de profession;

4° Les contre-indications du chloroforme sont le plus souvent tirées de l'existence de certaines affections cardiaques : affections aiguës, lésions orificielles non compensées, lésions du myocarde. Ces contre-indications sont, en somme, rares, et la grande majorité des cardiaques peut être soumise à la chloroformisation sans le moindre inconvénient.

Pour terminer, M. Poirier revient sur un point de sa communication qui semble avoir passé inaperçu. On se rappelle que, pour combattre la syncope cardiaque dont mourut son opérée, M. Poirier — qui faisait une laparotomie — fendit le centre phrénique et, par cette brèche, alla saisir le cœur qu'il soumit à un massage rythmé. Or, il insiste sur les avantages que présenterait cette voie, le cas échéant, sur la voie thoracique employée et préconisée par les chirurgiens qui jusqu'ici ont eu l'occasion de pratiquer ce massage.

A propos du traitement chirurgical des anévrismes de l'aorte. — *M. Reynier.* Au cours de la discussion qui a suivi la communication de M. Tuffier, quelques orateurs se sont montrés sceptiques au sujet de l'efficacité des injections de sérum gélatiné pour le traitement des anévrismes. A ce sujet, M. Reynier se croit obligé de rapporter un cas, récemment observé, d'anévrisme artérioso-veineux du sinus caverneux, consécutif à une chute sur le crâne, et qui fut complètement guéri par l'emploi de la méthode de Lancereaux. Alors que la ligature de la carotide primitive gauche n'avait donné aucun résultat, il suffit de trois mois de traitement par le sérum gélatiné pour amener la disparition de tous les symptômes de l'anévrisme.

Appendicite herniaire avec phlegmon gangréneux du scrotum. — *M. Legueu* fait un rapport sur cette observation adressée à la Société par *M. Morestin*. Il s'agit d'un homme de soixante-deux ans, porteur d'une vieille hernie qui, dans ces derniers temps, était devenue peu à peu irréductible, enflammée, douloureuse. A son entrée à l'hôpital, un mois après le début des accidents, il est dans un état des plus alarmants : il y a le facies des grands infectés, la température est à 39°, le scrotum, du volume d'une tête d'enfant est noirâtre, en voie de sphacèle. Eliminant une infection d'origine urinaire, M. Morestin pense qu'il s'agit d'un phlegmon consécutif à une gangrène herniaire. Séance tenante, il fait dans la tuméfaction scrotale d'énormes et multiples incisions qui donnent issue à du pus infect mélangé de gaz. Traitées antiseptiquement, ces plaies se détergent peu à peu, la fièvre tombe, l'état général s'améliore, mais une grande partie du scrotum s'élimine, laissant le testicule à nu. Il s'est formé en outre une fistule stercorale dans laquelle un stylet pénètre de 10 centimètres et que, plus tard, on reconnait formée par l'appendice hernié.

Lorsque le travail de réparation semble avoir donné tout ce que l'on pouvait attendre de lui, M. Morestin se décide à pratiquer la cure radicale de la hernie. Il trouve un appendice très long et gros, qui est relié dans toute sa longueur à la face postérieure du sac et à la fosse iliaque par un court méso ; la fistule siège sur son extrémité libre. Cet appendice est réséqué, il en est fait de même du sac herniaire, la paroi abdominale est reconstituée, enfin, après avivement préalable, le testicule est enfoui dans les bourses, sous les téguments ramenés et suturés au-devant de lui. Le malade, complètement guéri, a été présenté à la Société dans une de ses dernières séances.

M. Legueu fait suivre cette observation de quelques réflexions :

1° Sur les rapports de l'appendice et du sac herniaire et sur le méso qui réunissait le premier au second. La hernie étant une hernie périonéo-testiculaire, par conséquent congénitale, on s'explique que, dans sa descente, le testicule ait entraîné l'appendice et son méso, et qu'une hernie de l'appendice en ait été le résultat ;

2° Sur les allures particulières qu'a revêtues ici l'appendicite herniaire : d'ordinaire celle-ci se manifeste sous les dehors d'un étranglement herniaire ou d'un étranglement latéral de l'intestin. La production d'un phlegmon gangreneux du scrotum est tout à fait exceptionnelle, et il n'y a guère que les cas de Pollonose et de Gangolphe qui aient affecté cette forme ;

3° Sur la fistule appendiculaire scrotale persistante, qui est une chose très rare, les fistules appendiculaires, purulentes ou stercorales, lorsque l'appendice n'a pas été réséqué, s'observant presque toujours à la paroi abdominale.

Dans la courte discussion qui suit, *MM. Walther et Potherat* signalent également deux observations personnelles de phlegmon gangreneux des bourses consécutif à une appendicite herniaire.

Anus vaginal guéri par l'exclusion de l'intestin et l'entéro-anastomose. — *M. Victor Pauchet* (d'Amiens) rapporte l'observation d'une femme opérée d'hystérectomie vaginale pour cancer, restée guérie pendant deux ans, puis ayant présenté une perforation spontanée de l'intestin grêle dans le vagin. Arrêt complet des matières et des gaz par l'anus; érythème intense de la vulve et des cuisses; asthénie générale.

La laparotomie montre qu'une anse unique (la dernière de l'iléon) se trouve incluse dans un noyau vaginal cancéreux, qu'elle traverse. M. Pauchet fait la section complète de l'anse grêle, d'une part au ras du cœcum, d'autre part à 15 centimètres au-dessus de l'adhérence vaginale. Fermeture des quatre bouts libres en bourse et anastomose du cœcum avec l'iléon. Quelques jours après, les matières passent par l'anus; depuis, elles ont continué leur chemin naturel.

Pseudo-appendicite; petit fibrome intestinal développé autour d'un fil de suture; opération; guérison. — *M. Schwartz* relate l'observation curieuse d'une femme qui, laparotomisée une première fois en Septembre 1900 pour des symptômes d'appendicite (M. Schwartz n'a pu obtenir aucun renseignement sur la nature de l'intervention), présenta de nouveau, vers la fin de Novembre 1901, des signes non équivoques de la même affection. Grâce au traitement médical classique, tout rentra dans l'ordre, mais, en Janvier dernier, la malade fit une nouvelle crise très caractéristique, qui disparut encore grâce au traitement médical, mais qui décida cette fois M. Schwartz à intervenir à froid.

La laparotomie, pratiquée le 10 Février, fit découvrir un moignon appendiculaire parfait, sans trace de péritonite avoisinante; seul, le cœcum présentait quelques traces d'inflammation légère et récente. Par contre, sur le bord libre de l'intestin grêle, à 5 centimètres environ de l'orifice iléo-cœcal, M. Schwartz trouva une tumeur du volume d'une petite cerise, de coloration gris rosé, implantée dans la paroi de l'intestin. L'excision de cette tumeur put se faire sans ouverture de la muqueuse intestinale. Suture à la soie de la petite perte de substance. Fermeture du ventre. Guérison. Les symptômes ne se sont plus reproduits depuis.

Débitée en coupes qui furent examinées au microscope par M. Cornil, cette tumeur se montra être un fibrome pur développé autour d'un fil de soie.

Cette observation est intéressante, non seulement par l'origine de la tumeur, mais par le rapprochement qu'elle permet de faire avec l'observation rapportée naguère à la Société par Poirier, et dans laquelle il s'agissait d'un petit fibrome du pylore ayant occasionné, par réflexe, tous les symptômes d'une sténose maligne de cet orifice.

Fracture des deux olécranes. — *M. Thiéry* présente un jeune garçon qui, à la suite d'une chute, s'est fracturé les deux olécranes. Ces fractures sont absolument identiques, à tel point que, sur les radiographies, celle de droite semble calquée sur celle de gauche, et réciproquement.

Ponction lombaire. — *M. Delbet* présente, au nom de *M. Juvara* (de Bucarest), un instrument destiné à déterminer exactement l'espace interlamellaire dans la ponction lombaire.

J. Dumont.

ANALYSES

HISTOIRE DE LA MÉDECINE, GÉNÉRALITÉS

R. Laspeyres. *Contribution à la statistique du cancer.* (*Centralbl. f. allg. Gesundheitspflege*, Bonn, 1901, t. XX, fasc. 9-10, p. 312-370). — A grand renfort de données statistiques puisées dans les publications officielles de la Prusse, l'auteur établit que : 1° le nombre des femmes qui meurent en Prusse de cancer est en général inférieur à celui des hommes qui meurent à la suite de la même affection; 2° le nombre des femmes prussiennes mourant de cancer entre trente et cinquante ans est cependant supérieur à celui des hommes du même âge victimes du cancer; 3° ces faits trouvent leur confirmation aussi bien dans la statistique des villes que dans celle des campagnes ; 4° plus une ville est grande, plus la mortalité due au cancer est considérable: 5° les villages payent le plus faible tribut à l'affection; 6° les différentes branches de l'industrie n'ont aucune influence sur la fréquence du cancer.

Voici quelques chiffres qui servent d'appui à M. Laspeyres. Entre trente et quarante ans, sont morts en Prusse, en 1890-1895, 1,53 hommes et 2,96 femmes sur 10.000 habitants. Dans les grandes villes, la mortalité masculine a été, à cette période de la vie, de 2,5 sur 10.000, la mortalité féminine de 3,9; dans les villes moyennes, 2,4 (hommes) et 4,8 (femmes); dans les petites villes 1,6 et 2,8; dans les campagnes, 1,16 et 1,85. Entre quarante et cinquante ans, le cancer fit mourir, en 1890-1895, 6,85 hommes, 9,40 femmes sur 10.000 personnes du même sexe et du même âge. Dans ces chiffres, la mortalité urbaine était en général de 10,1 et 14,1 (grandes villes : 12,3 et 18,3; villes moyennes 8,9 et 16,1; petites villes 7,6 et 9,8), la mortalité villageoise de 4,6 et 6,1. Partout donc le chiffre des femmes victimes du cancer était plus élevé que celui des hommes.

Au contraire, à partir de cinquante ans les rapports changent. Entre cinquante et soixante ans, la mortalité des deux sexes était presque la même (hommes : 18,72, femmes 19,31); entre soixante et quatre-vingt c'étaient les hommes (60-70 : 33,29 ; 70-80 : 32,15) qui l'emportaient sur les femmes (60-70 : 28,86 ;

70-80 ; 29,15). Somme toute, entre trente et quatre-vingts ans, la Prusse a perdu du cancer 18,5 hommes et 16,33 femmes sur 10,000 individus du même sexe et du même âge.

V. Bugiel.

Wutzdorff. *La fréquence du cancer en Allemagne.* (*Deut. med. Wochenschr.*, 1902, 6 Mars, n° 10, p. 161.) — Le travail statistique de l'auteur aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les statistiques de mortalité de l'Empire allemand, de 1892 à 1898, montrent une augmentation générale de la mortalité par cancer. Cette augmentation est particulièrement accentuée dans certaines régions (Würtemberg, Hambourg, Posen, Bavière, Hanovre, Saxe), et n'est pas en rapport avec l'augmentation de la population pendant cette période.

2° Le cancer s'attaque maintenant à des individus jeunes.

3° Le cancer est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, mais depuis quelque temps sa fréquence dans le sexe masculin augmente.

R. Romme.

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

Foa. *Des substances contenues dans les extraits frais de capsules surrénales.* (*Journ. de l'Acad. de méd. de Turin*, 1901, Novembre.) — L'auteur avait déjà, dans un travail antérieur, émis la supposition que la substance à laquelle étaient dus les multiples effets des injections d'extraits frais de capsules surrénales appartenait au groupe des nucléo-albumines.

Il conclut aujourd'hui, de nombreuses recherches faites pour vérifier cette hypothèse, que l'action névrotique et phlogogène exercée par l'extrait frais de surrénale ne relève pas d'une substance qu'on puisse considérer comme un produit de sécrétion interne destiné à passer dans la circulation, mais bien d'une substance appartenant à la constitution organique des éléments de la glande.

Ph. Pagniez.

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

A. Jérome Lartigau. *Un cas de tuberculose hyperplastique chronique de l'intestin.* (*The Journal of experimental medicine*, 1901, 29 Novembre, t. VI, n° 1, p. 23.) — Cette forme de tuberculose est bien connue depuis les travaux de Hartmann et Pilliet, en 1891, et les nombreuses publications parues en France et en Allemagne sur ce sujet. Cependant le cas rapporté par Lartigau est particulièrement intéressant à cause de l'étendue du processus qui atteignait à la fois l'intestin grêle et le gros intestin : l'épaisseur de la paroi de l'iléon dans son tiers supérieur était de 4 à 7 millimètres, dans son tiers inférieur de 1 centimètre ; celle du cæcum de 2 cent. 7. Il n'y avait pas de sténose du conduit intestinal, pas d'ulcération, pas de tubercules apparents. L'aspect histologique du tissu intestinal était aussi peu typique que possible, et ne montrait aucune lésion spécifique de tuberculose ; la muqueuse était relativement respectée, infiltrée seulement de cellules rondes ; et la sous-muqueuse présentait une hypertrophie considérable, formée par un tissu homogène infiltré de cellules rondes, soulevé de distance en distance sous forme de papilles recouvertes par la muqueuse.

Après avoir décrit son observation personnelle, Lartigau fait une revue assez complète des autres cas analogues publiés en France, en Allemagne et en Angleterre.

M. Labbé.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Em. Dunon. *Action de la fumée de tabac sur quelques microbes de la bouche.* (*Thèse* pour le Doctorat en Pharmacie, Montpellier, 1901.) — Raspail admettait que la fumée de tabac est un préservatif certain des maladies épidémiques : mais jusqu'ici personne n'avait songé à contrôler scientifiquement par des expériences ce que cette opinion avait d'exact. M. Dunon a entrepris une série de recherches concernant l'action de la fumée de tabac sur un certain nombre de microbes de la bouche.

Après avoir rappelé en quelques mots l'histoire du tabac, et montré que si, de nos jours, il a de fervents disciples, il a aussi de nombreux détracteurs, M. Dunon va prouver qu'il n'est peut-être pas inutile aux médecins et aux personnes qui approchent des grippés, des diphtériques, des pneumoniques et des tuberculeux par exemple, d'avoir, avant et après leur visite, la bouche imprégnée des produits de la combustion du tabac.

A l'aide de dispositifs spéciaux, l'auteur a étudié l'action de la fumée du tabac sur le développement et la virulence de nombreux microorganismes, dont certains sont fréquents dans la cavité buccale.

Si la fumée est sans action sur le développement des bacilles du tétanos, de la fièvre typhoïde, du streptocoque, du tétragène, du leptothrix buccalis, au contraire elle modifie très sérieusement l'évolution du pneumocoque, des bacilles de la diphtérie, de la tuberculose, de la grippe, du staphylocoque et des spores du muguet, au point même d'enrayer quelquefois le développement de ces espèces.

Si la fumée de tabac empêche ou retarde le développement de ces espèces, son action est moins nette lorsqu'elle se manifeste sur les colonies microbiennes, alors même qu'il s'agit de microorganismes dont elle empêche le développement dans les conditions ordinaires. Elle serait donc plutôt un agent préventif que curatif. De plus les produits de la combustion du tabac semblent se comporter de la même façon lorsqu'ils agissent soit sur des microbes associés, soit sur ces mêmes microbes isolés.

Au cours de ce travail, l'auteur s'est abstenu de toucher au côté physiologique de la question du tabac ; les effets funestes de la plante sur l'organisme humain subsistent en entier, d'autant que la nicotine, qui est le principe nocif de la plante, paraît ne pas aider beaucoup à l'action antiseptique indiscutable des autres produits de la combustion. La fumée semble en effet agir sur les microbes surtout par ces autres produits. Ce n'est pas toujours en raison de la quantité qui est employée que la fumée du tabac paraît retarder ou arrêter le développement microbien, mais, à ce sujet, il est impossible de désigner les espèces de tabac qui doivent être préférées, en raison du secret que l'Administration apporte dans ses préparations.

A. Coyon.

MÉDECINE

K. Friedjung. *La ponction lombaire dans la méningite tuberculeuse.* (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1901, n° 44, p. 1080). — L'auteur, dont les recherches ont été faites à la clinique du professeur Monti (de Vienne), signale tout d'abord ce fait qu'au point de vue thérapeutique la ponction lombaire ne donne presque rien dans la méningite tuberculeuse. On a dit que, chez les malades de cette catégorie, la ponction lombaire fait disparaître ou diminuer la céphalalgie. Ce fait, l'auteur n'a jamais pu le constater dans les nombreuses ponctions qu'il a faites. Par contre, cette intervention réussit admirablement contre les maux de tête qu'on trouve chez les enfants présentant une tumeur du cerveau. C'est ainsi que l'auteur cite le cas d'un garçon qui avait un tubercule du cervelet. Il réclamait les ponctions, tellement grand était le soulagement qu'il éprouvait après chaque intervention. On lui a fait 17 ponctions lombaires.

La ponction lombaire a plus d'importance au point de vue diagnostique. D'une façon générale, mais sans que ce soit la règle, on peut être sûr qu'il s'agit d'une méningite tuberculeuse, quand la ponction, ayant été faite au début des accidents, donne issue à un liquide clair. D'après Bernheim, le liquide cérébro-spinal clair se rencontrerait dans 5 pour 100 des cas de méningite tuberculeuse. L'auteur estime, d'après les faits qu'il a observés, que cette proportion n'est pas exacte et est estimée beaucoup trop bas.

On a dit aussi (Lichtheim, Schif, Brener) que la coagulation du liquide cérébro-spinal indique l'existence d'un processus inflammatoire dans les méninges. L'auteur a observé plusieurs cas de tumeurs cérébrales et même d'hydrocéphalie congénitale dans lesquels le liquide cérébro-spinal se coagulait aussi nettement que dans la méningite tuberculeuse. La coagulation du liquide cérébro-spinal est donc un signe diagnostic incertain dans la méningite tuberculeuse.

La recherche du bacille tuberculeux dans le liquide cérébro-spinal échoue souvent. Mais les échecs sont devenus plus rares depuis que le bacille est recherché dans le caillot qu'on soumet à une coloration, et surtout depuis qu'on sait qu'au début de la maladie le bacille ne se trouve généralement pas dans le liquide cérébro-spinal. D'après une statistique de Pfaundler, le bacille tuberculeux se trouverait dans le liquide cérébro-spinal dans 33 pour 100 des cas à la période d'irritation, dans 50 pour 100 des cas à la période de compression, et dans 75 pour 100 des cas à la période de paralysie.

De tous ces faits l'auteur conclut que la ponction lombaire ne doit être employée, dans la méningite tuberculeuse, qu'avec réserve et circonspection.

R. Romme.

CHIRURGIE

G. Labey. *De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles.* (*Thèse*, Paris, 1902.) — Dans ce travail, l'auteur a voulu montrer que certaines formes de colites, particulièrement graves et complètement rebelles au traitement médical, peuvent être améliorées et guéries par le traitement chirurgical.

Le nombre des observations qu'il a pu recueillir est de trente-six, dont trois seulement sont françaises.

Les colites traitées chirurgicalement (la syphilis et la tuberculose sont laissées systématiquement de côté) sont de trois sortes : les colites dysentériques chroniques, les colites muco-membraneuses, et une troisième forme de colites, qualifiées ulcéreuses par les chirurgiens étrangers, dont la place ne paraît pas bien fixée au point de vue nosographique.

Après une étude historique de la question et un rapide exposé symptomatique des formes de colites susceptibles d'être traitées chirurgicalement, l'auteur montre combien est fréquent l'échec du traitement médical et combien il est légitime alors d'essayer de soulager et de guérir les malades par un acte chirurgical.

Le traitement chirurgical doit avoir pour but la mise au repos complète du segment d'intestin malade. Pour arriver à ce but, deux moyens peuvent être employés : l'anus cæcal temporaire et l'anastomose iléo-sigmoïdienne.

L'anus cæcal temporaire permet, en plus de la dérivation des matières, un traitement local des lésions de la muqueuse colique par des lavages antiseptiques ; mais, après la fermeture de l'orifice intestinal, une fois la colite guérie, la constipation, qui dans certains cas paraît être le premier facteur de la colite, a tendance à reparaître, et la récidive est alors à redouter.

L'anastomose iléo-sigmoïdienne, qui supprime le côlon au point de vue fonctionnel, est une opération définitive qui, en même temps qu'elle met au repos le segment malade, supprime la constipation et ne semble pas devoir permettre la récidive. Au point de vue physiologique, cette opération, comme le prouvent les observations cliniques ou expérimentales, n'entraîne aucun trouble local ou général. Elle semble donc devoir être préférée à l'anus cæcal temporaire.

Mais il est des cas de colites, accompagnés de lésions recto-sigmoïdes, dans lesquels l'iléo-sigmoïdostomie n'exclurait pas toute la portion malade. Dans ces cas, dont la dysenterie est le type, l'anus cæcal peut seul être employé.

Après avoir ainsi montré les indications et la valeur respectives de la typhlostomie temporaire et de l'entéro-anastomose, l'auteur présente quelques considérations techniques sur ces deux opérations pratiquées dans le cas particulier, et il termine en montrant les résultats encourageants obtenus dans les observations qu'il a pu recueillir.

En bloc, l'anus cæcal temporaire, sur 26 cas, a donné 18 guérisons complètes, 2 améliorations notables, un résultat nul ; les 5 autres malades sont morts, opérés trop tardivement.

L'entéro-anastomose a donné 9 guérisons sur 10 cas.

J. Dumont.

OBSTÉTRIQUE

E. Schröder. *Une cause rare de fracture de la clavicule chez un enfant pendant l'accouchement, avec quelques remarques sur l'opportunité des tractions sur la tête pour dégager les épaules.* (*Zeitschft. f. Geb. u. Gynäk.*, 1901, Band 46, Heft 1, P. 46.) — L'auteur rapporte l'observation d'une femme, primipare, qu'il assista pour un accouchement gémellaire. Après un travail très long, on dut extraire le premier enfant avec le forceps. Le deuxième jumeau se présentait aussi par le sommet ; la tête fut expulsée spontanément. Les épaules tardant à sortir, l'auteur fit des tractions modérées sur la tête pour dégager d'abord l'épaule antérieure, puis la postérieure. Or, au moment où il dirigeait les tractions par en haut pour dégager l'épaule posté-

rieure, E. Schröder entendit un craquement. Il abandonna alors les tractions pour dégager le tronc par expression utérine. L'enfant, mesurant 45 centimètres de long, présentait une fracture de la clavicule postérieure, à l'union du tiers externe et du tiers moyen.

L'auteur admet que la fracture a dû se produire au moment où, dirigeant les tractions par en haut, l'épaule postérieure était retenue par un périnée résistant.

A. Schwab.

FACULTÉ DE PARIS

Vacances de Pâques. – A l'occasion des vacances de Pâques, les cours, conférences et travaux pratiques de la Faculté de médecine chômeront du 23 Mars au 6 Avril.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Thèses 1901.

Toulouse. — Stelianidès (Panos-C.) : Contribution à l'étude des embolies pulmonaires préphlébétiques. — Carrère (F.) : Des émissions sanguines. — Lesaïgues (P.) : Des infections des seins et principalement de la galactophorite observée à la clinique d'accouchements de Toulouse. — Péris (Louis) : Essai sur le traitement médical de l'appendicite dans la puerpéralité. — Combes (J.) : Contribution au diagnostic de l'hystérie coïncidant avec le syndrome de la sclérose en plaques ou l'hémiplégie. — Aujaleu : Considérations sur les manifestations hypochondriaques dans le cours de l'épilepsie. — Sentès (V.) : Barbazan. Étude historique, hydrologique et thérapeutique. — Beauloch (Alexandre) : Alimentation dans la fièvre typhoïde. — Albert (A.) : Contribution à l'étude des fractures de l'angle inférieur de l'omoplate. — Valot (Édouard) : Asthme et puerpéralité. — Rozières (Raymond) : De l'état ponctué et des glandes sébacées de la muqueuse labio-buccale. — Trabarel (Émile) : L'hygiène au lycée de Toulouse — Dubarry (J.-P.) : Contribution à l'étude des énucléations de l'astragale. — Carbonneau (Pierre-Ferdinand) : L'assistance médicale et hospitalière dans un coin du Comminges. — Rouquié (A.) : Étude coloniale sur Tunis. Hygiène et maladies locales. — Dalous (E.) : Recherches expérimentales sur les formes actinomycosiques du bacille de la tuberculose (type aviaire). — Duffaud (J.) : Des endothéliomes intra-vasculaires sanguins (anatomie et hystologie pathologiques). — Boyer (Ernest) : Les eaux thermales d'Ax, leurs propriétés et leur emploi basé sur leur action dans l'organisme. — Lalande (Philippe) : Contribution à l'étude de la docimasie pulmonaire dans ses rapports avec la putréfaction en matière d'infanticide. — Cullerre (Étienne) : Contribution à l'étude des myopathies atrophiques progressives (Quelques considérations sur la médication thymique). — Carvonidès (Aristide) : Contribution à l'étude expérimentale de la spartéine chez les vertébrés. — Auxion (Prosper) : Quelques considérations sur la tuberculose infantile (étude locale). — Gatcheff (Petre) : Pseudo-hermaphrodisme et erreur de personne. — Escluse (A.) : Les localisations pleurales du rhumatisme. — Briansson (Louis de) : Contribution à l'étude des éviscérations spontanées post-opératoires. — Boïadjieff (Boris) : La réaction dite paradoxale de la pupille.

Faculté de médecine de Lille. — M. Carlier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Jaboulay, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Vignard, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

Ecole de médecine de Reims. — M. Lardennois, professeur suppléant de clinique chirurgicale, est chargé du cours d'anatomie et de physiologie jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Faivre, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, est nommé professeur de clinique médicale.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Fromet, médecin principal de 1re classe, est désigné pour occuper les fonctions de directeur du service de santé en Afrique occidentale française, en remplacement de M. Lecorre.

MM. Lonjarret et Ducasse, médecins aides-majors de 1re classe, sont désignés pour servir au Dahomey et en Cochinchine.

MM. Dupin-Dulau, Peltier, Le Pape, Monfort, Gaillard et Devy, médecins aides-majors de 1re classe stagiaires, sont désignés pour servir à Madagascar et au service général dans le Haut Sénégal et le Moyen Niger.

Corps médical français. — L'assemblée générale de la Caisse des pensions de retraites du Corps médical français aura lieu le dimanche 6 avril prochain, à 10 heures du matin, au siège social de l'Association, 22, place Saint-Georges, à Paris.

Association générale des médecins de France. — L'assemblée annuelle de cette association aura lieu les 6 et 7 Avril prochains, à 2 heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, 7 avenue Victoria. Le dimanche 6 Avril, à 7 h. 1/2 précises, aura lieu au palais d'Orsay (gare d'Orléans) le banquet annuel. Le lundi 7, les présidents et délégués des Sociétés unies seront reçus par le président et Mme Brouardel, 68 rue de Bellechasse, à 9 h. 1/2.

Association des anatomistes. — La quatrième réunion de l'*Association des anatomistes* aura lieu à Montpellier, à la Faculté de Médecine, les 24, 25 et 26 Mars prochain, à 9 heures du matin, sous la présidence de M. le professeur Sabatier, doyen de la Faculté des Sciences ; MM. les professeurs Vialleton, Gilis, Jourdan, vice-présidents.

Tous les anatomistes sont invités à y prendre part.

Réception des congressistes à la Faculté de Médecine, le 23, à 9 heures du soir.

Le Congrès de la presse médicale. — Comme nous l'avons déjà annoncé, le Congrès de la presse médicale se tiendra à Monaco du 7 au 9 Avril prochain, sous la présidence du prince de Monaco.

Toutes les nationalités européennes seront représentées à cette réunion qui sera l'occasion de fêtes et de réceptions dans la principauté.

Le texte des conventions de Monaco entrera en vigueur en Septembre 1902.

Le bureau, entièrement français, de la réunion, se compose de MM. le professeur Cornil, président ; Lucas-Championnière, Laborde et Richet, vice-présidents ; Blondel, secrétaire général.

Les médecins auteurs dramatiques. — Une des curiosités des fêtes du centenaire de l'Internat sera la *Revue* qui est écrite par un jeune médecin, en collaboration avec un de nos plus spirituels confrères de la presse. La *Revue* sera en trois actes : le premier acte se passe dans une salle de garde d'hôpital ; on y assistera à un dîner d'internes, durant lequel défileront les nombreux « types » qu'on voit d'habitude dans les hôpitaux. Au second acte paraîtront toutes les nouveautés médicales de l'année. Le troisième est l'acte des théâtres : il comprendra tout ce qui se rapporte aux questions médicales mises à la scène, M. Brieux, naturellement, y occupera la première place.

Étranger

Université de Rostock. — M. Peters de Bonn, vient d'être nommé professeur d'ophtalmologie à l'Université de Rostock, en remplacement du professeur Axenfeld, nommé à Fribourg.

Université de Zurich. — M. Siedler-Huguenin est nommé privat-docent.

Les dentistes militaires aux États-Unis. — Au mois d'août dernier, l'armée des États-Unis comptait vingt-sept dentistes militaires, et l'on comptait trois postes à pourvoir de titulaires.

CONCOURS

Internat. — Séance du 13 Mars. — *Muscle grand droit de l'abdomen.* — *Symptômes de l'hydropneumothorax.* — MM. Laborde, 9 ; Jacquemin, 15 ; Autefage, 13 ; Tanon, 10 ; Hérisson, 9 ; Villaret, 12 ; Gimbert, 11 ; Ambrosi, 10 ; Clément, 12 ; Ramond, 16 ; Jouhaud, 9. — *Absent* : M. Renaud (Joseph).

Séance du 19 Mars. — *Canal cholédoque.* — *Symptômes de la colique hépatique.* — MM. Caldagues, 13 ; Muret, 14 ; Labadie-Lagrave, 10 ; Gachet ; Rabier, 10 ; de Martel, 13 ; Cottard (Eug.), 9 ; Licou, 16 ; Liné, 13 ; Bailleul, 15.

Séance du 20 mars. — *Rapports du muscle psoas iliaque.* — *Symptômes de la fièvre typhoïde au début du deuxième septenaire.* — MM. Ollier, 15 ; Kauffmann, 10 ; Friedel, 7 ; Papin, 12 ; Klein, 15 ; Descomps, 18 ; Dramard ; Béal, 15 ; Martin (André), 15 ; Küss.

Ecole de médecine de Reims. — Le concours qui devait s'ouvrir le 10 Novembre prochain, devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, s'ouvrira le 5 Novembre 1902.

Les prix de l'Académie. — Les commissions de prix pour l'année 1902 sont composées comme suit :

Prix de l'Académie. — MM. Bouchard, Hutinel et Chantemesse.

Prix Alvarenga. — MM. Lancereaux, Feyrot et Troisier.

Prix Amussat. — MM. Terrier, Lucas-Championnière et Richelot.

Prix Baillarger. — MM. Brouardel, Magnan et Joffroy.

Prix Barbier. — MM. Dieulafoy, Hallopeau et Josias.

Prix Boullard. — MM. Laborde, Motet et Richer.

Prix Bourceret. — MM. Chauveau, Malassez et Richet.

Prix Buignet. — MM. Sée, Gariel, Marty, Kelsch, Bourquelot et Pouchet.

Prix Compel-Dupierris. — MM. Guyon, Guéniot et Périer.

Prix Capuron. — MM. Pinard, Pozzi et Ribemont-Dessaignes.

Prix Civrieux. — MM. Magnan, Motet et Fernet.

Prix Clarens. — MM. Proust, Debove et Josias.

Prix Desportes. — Section de thérapeutique.

Prix Godard. — MM. Hérard, Lereboullet et Dieulafoy.

Prix Guzman. — MM. Bucquoy, Robin et Huchard.

Prix Herpin (de Metz). — MM. Bouchard, Duclaux et Railliet.

Prix Herpin (de Genève). — MM. Laborde, Duguet et Raymond.

Prix Laborie. — Section de chirurgie.

Prix du baron Larrey. — MM. Empis, Colin et Champetier de Ribes.

Prix Laval. — MM. Duval, Debove et Raymond.

Prix Lorquet. — MM. Kelsch, Landouzy et Joffroy.

Prix Meynot. — MM. Marey, Duplay et François-Franck.

Prix Monbinne. — MM. Vallin, Delorme et Saint-Yves Ménard.

Prix Nativelle. — MM. Jungfleisch, Chatin et Guignard.

Prix Saintour. — MM. Besnier, Cornil, Pozzi, Dieulafoy, Railliet et Troisier.

Prix Stanski. — MM. Laveran, Landouzy et Blanchard.

Prix Tarnier. — MM. Guéniot, Budin et Porak.

Prix Vernois. — MM. Fournier, Vallin et H. Monod.

Prix Godard. — La Société de biologie décernera cette année le prix Godard au « meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie ». Le prix est de 500 francs. Les mémoires, manuscrits ou imprimés doivent être envoyés au secrétaire général de la Société, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, avant le 15 Octobre 1902.

Adjuvat. — Un concours pour l'adjuvat s'ouvrira à la Faculté libre de Lille le jeudi 1er Mai.

Le jury se compose de MM. Baltus, Rogie, Delassus, Voituriez, Camelot ; suppléant, M. Lemière.

La lutte contre la syphilis. — Le Congrès de l'humanité offre un prix de 1.000 francs et une médaille d'or à quiconque aura trouvé le meilleur remède pour combattre et guérir la syphilis chez les sujets atteints et chez leur descendance.

Les mémoires, écrits en français, devront être adressés à M. Aug. Vodoz, 36, boulevard du Temple, avant le 20 Décembre 1902.

Erratum. — La communication relative à une tumeur de la lèvre, présentée à la dernière séance de la Société anatomique, est due à M. Géraud, et non à M. Giraud, comme nous l'avons marqué.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 25. — Mercredi, 26 Mars 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

ARTICLES

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

LA CONSOMMATION DE L'ALCOOL

Depuis quelque temps déjà, je n'ai pas eu l'occasion de parler de l'alcoolisme. Cette occasion se présente aujourd'hui, à propos d'un fort intéressant rapport fait au Sénat par M. Calvet sur une pétition des viticulteurs charentais, et à propos d'une question qui m'est adressée par un des lecteurs assidus de *La Presse Médicale*, question dont la solution est d'une réelle importance.

* * *

Hier même je recevais de Cordoba, une des grandes villes de la République Argentine, une lettre signée de M. Henry de Stœklin, directeur du Laboratoire de bactériologie, dont voici la teneur exacte :

« Abonné fidèle de *La Presse Médicale*, j'ai été amené récemment, au cours d'une discussion scientifique, à affirmer, sur la foi de plusieurs articles signés par vous : 1° que la France est le pays qui boit le plus d'alcool; 2° que la France est le pays qui boit le plus d'alcool sous forme de boissons distillées.

« Ces affirmations ont soulevé une vive contradiction chez la plupart de mes auditeurs. Un de vos compatriotes, professeur à la Faculté des sciences, m'a opposé une statistique comparée d'une édition antérieure de l'Almanach Hachette, où la France n'occupe que le septième rang parmi les pays buveurs d'alcool, tandis que le Danemark, l'Allemagne et la Suisse tiennent la tête.

« Je n'ai pas eu de peine à démontrer qu'il s'agissait d'une statistique fantaisiste, en comparant les chiffres absolus indiqués pour quelques pays avec les chiffres officiels que j'avais sous la main, par exemple pour la Suisse, mon pays d'origine. Par contre, il m'a été impossible de réunir des documents assez nombreux et authentiques pour démontrer strictement les deux propositions que, sur la foi de vos articles, j'avais énoncées.

« Comme, d'autre part, il n'existe pas ici une bibliothèque publique sérieuse, et que chacun de nous est forcément limité pour se documenter le plus complètement possible sur les branches qui l'intéressent immédiatement, il nous a été tout à fait impossible d'arriver à une entente sur cette question de l'alcoolisme.

« Je prends donc, Monsieur et honoré confrère, la liberté de vous soumettre les points en litige, et vous prie de bien vouloir me faire savoir sur quels chiffres officiels vous basez votre opinion, que j'ai faite mienne. En même temps, j'attire votre attention sur cette statistique de l'Almanach Hachette, capable d'induire en erreur tant de braves gens sur le péril alcoolique en France. Il serait peut-être fort opportun, pour la vaillante campagne que vous menez, d'obtenir des éditeurs l'insertion d'une autre statistique plus exacte dans l'édition de 1903. »

Je suis absolument de l'avis de mon honorable confrère : il serait dangereux de ne pas dire aux Français toute la vérité; il est bien préférable pour eux de ne rien ignorer des périls qui les menacent du fait qu'ils sont actuellement, de tous les peuples civilisés, celui le plus alcoolisé. Et, quoi qu'en dise l'Almanach Hachette, il semble bien qu'il n'y ait plus aucun doute à ce sujet.

Voici, d'ailleurs, des preuves qui en font suffisamment foi.

La première est empruntée au beau livre de MM. Triboulet et Mathieu, paru en 1901, sur *L'Alcool et l'Alcoolisme*. Ces auteurs reproduisent les statistiques dressées par M. Denis, membre de la Société genevoise de statistique, et publiées dans les Comptes rendus du Congrès de Bâle en 1896; parmi elles, il en est une sur la consommation comparée de l'alcool dans divers pays.

Dans cette statistique, la France occupe le *premier rang* avec 13 litres 81 d'alcool total par habitant, c'est-à-dire alcool provenant du vin et du cidre, de la bière, des cognacs, liqueurs et apéritifs. Vient ensuite la Suisse, avec 11 litres, que suivent de près la Belgique, 10,59, et l'Italie, 10,22, avec l'Autriche-Hongrie et le Danemark, 10,2. Les autres pays n'atteignent pas 10 litres : l'Allemagne, 9,34, est suivie de près par l'Angleterre, 9,23. Viennent ensuite les Pays-Bas, 6,37, et les Etats-Unis, 6,07. Enfin les autres pays, dont deux furent naguère les plus alcoolisés, n'atteignent pas même 5 litres; ce sont : la Suède, 4,39; la Norvège, 3,31; enfin le Canada, avec seulement 2,03.

J'emprunte la seconde preuve à un ouvrage plus récent encore de R. Romme : *L'alcoolisme et la lutte contre l'alcool en France*. Les connaissances encyclopédiques et l'esprit critique de notre collaborateur sont bien connus de tous; il n'avance rien qu'il n'ait vérifié par lui-même. Or, voici ce qu'il dit en invoquant l'autorité de Jacquet d'après son travail si documenté sur *Le péril alcoolique en France*, qui date de 1899 : « ..... La France vient en *première ligne*, comme on peut en juger par le tableau suivant : France, 14,19; Belgique, Allemagne, 10,50; Iles Britanniques, 9,25; Suisse, 8,75; Italie, 6,60; Hollande, 6,25; Etats-Unis, 6,10; Suède, 4,50; Norvège, 3; Canada, 2.

Quelques différences existent entre ces deux statistiques, mais elles sont l'une et l'autre d'accord sur un point : elles donnent le premier rang à la France, qui s'y tient avec une forte avance.

Bien plus, alors que la plupart des nations sont en décroissance, la France, elle, au contraire, progresse encore. La preuve en est dans ces statistiques mêmes : la première, celle de Denis, donne en 1896 une consommation totale de 13,81; la seconde, celle de Jacquet, donne déjà 14,19 trois ans plus tard.

Je vais plus loin : en 1900, en vue de mon rapport sur *Tuberculose et Alcoolisme* à la « Commission extra-parlementaire de la Tuberculose » j'ai fait la statistique de la consommation totale d'alcool pour chaque département français, en prenant pour base les documents les plus récents publiés par le Ministère des finances. Ces documents donnent bien le chiffre exact de l'alcool consommé soumis à l'impôt, mais ils ne fournissent qu'un chiffre approximatif pour l'alcool consommé non imposé, en d'autres termes celui qui provient des bouilleurs de cru; il est donc bien probable que les chiffres auxquels je suis arrivé en me basant sur ces données sont en dessous de la réalité. Eh bien, ils laissent cependant loin derrière eux les 14 lit. 19 attribués par Jacquet et par Romme à chaque Français.

La moyenne de la consommation totale d'alcool serait, d'après ma statistique pour la France, de 19 lit. 70 par habitant. Et encore n'est-ce là qu'une moyenne, car pour certains départements on arrive à des chiffres vraiment fabuleux; je citerai en particulier Calvados, Seine, Hérault, où l'on boit 31 lit. 47; puis Seine-et-Marne, Bouches-du-Rhône, Seine-et-Oise, Seine-Inférieure, où l'on boit 26 lit. 52. Les départements où l'on boit le moins d'alcool sont Ardennes, Finistère, Corrèze avec 8 lit. 80; on y consomme cependant encore plus qu'en Suisse, où la moyenne est de 8 lit. 75 par habitant.

* * *

Les chiffres que je viens de donner donnent bien l'idée de la consommation globale de l'alcool en France et aussi un aperçu de la consommation régionale par département; mais il est bien entendu qu'ils ne représentent qu'une moyenne et ne rendent qu'imparfaitement compte de l'alcoolisme.

Dans l'alcoolisme, en effet, il n'y a pas seulement une question de quantité, il y a aussi une question de qualité; interviennent en outre les conditions matérielles du buveur, conditions d'âge, de sexe, de profession, d'habitat, etc., etc. Le problème est des plus complexes, et ce serait commettre une erreur que de juger l'alcoolisme en France d'après les seules statistiques d'ensemble; une enquête approfondie est nécessaire; elle se fera peu à peu par l'initiative de tous ceux qui se dévouent à la cause antialcoolique.

Un certain nombre de faits se dégagent déjà peu à peu; il serait possible d'en dégager d'autres des documents actuellement existants. En voici un exemple.

J'avais entendu dire couramment que le Finistère était un de nos départements où l'alcoolisme fait le plus de ravages. Quel ne fut pas mon étonnement en dressant ma statistique de la consommation de l'alcool de voir que le Finistère était un des trois départements de France où l'on buvait le moins d'alcool. Une enquête facile me donna la clef de cette contradiction apparente.

Dans le Finistère l'alcoolisme sévit, mais seulement dans les villes, et dans certaines villes, Quimper, Brest surtout : là on y boit énormément. Par contre, on boit peu dans la campagne. Dans ces conditions, que donne la statistique de consommation basée sur l'impôt seulement? Elle donne par tête d'habitant et par an 17 litres de vin, 14 litres de cidre, 6 litres de bière, ce qui est peu quand on compare à des nombreux départements où l'on boit couramment 100 litres et plus de l'une ou l'autre de ces boissons suivant la région. Par contre, la même statistique montre que le Finistère paye l'impôt sur 6 lit. 75 d'alcool à 100° des spiritueux, ce qui est un taux relativement élevé.

Mais ce qui est intéressant au point de vue de l'alcoolisme, c'est la part dominante de la seule ville de Brest, où les droits d'entrée sur les alcools des spiritueux s'élèvent annuellement à 253.000 francs : chiffre énorme comparé à celui payé par les autres villes ayant une population égale, ou à peu près, à celle de Brest, c'est-à-dire autour de 75.000 habitants: Limoges 66.000 francs, Angers, 94.000 francs, Nîmes, 92.000 francs, Montpellier 75.000 francs, Tourcoing 90.000 francs

Quoi d'étonnant à ce que l'alcoolisme sévisse aussi cruellement à Brest, quand on voit que c'est là peut-être, en France, où se consomme le plus de spiritueux. Car, en serrant de près la question, il semble bien que c'est là surtout, dans cette consommation exagérée des spiritueux, cognacs, liqueurs, bitters, absinthes, que réside le grand danger. Malheureusement le taux de cette consommation a suivi une marche croissante depuis déjà nombre d'années. On dit bien qu'en 1901 le dégrèvement des boissons hygiéniques a augmenté la consommation de celles-ci au détriment de la consommation des spiritueux; mais, on ne peut tabler sur une seule année, et il faudra longtemps sans doute pour que nos mœurs remontent le courant qui nous entraîne depuis cinquante ans déjà, et surtout depuis vingt-cinq ans.

A ce point de vue les chiffres sont singulièrement instructifs : qu'on en juge.

De 1840 à 1850, la France produisait 891.500 hectolitres d'alcool; de 1865 à 1870, elle dépassait 1.000.000 d'hectolitres. Depuis 1870, elle arrivait à 2.000.000 en 1883; elle dépassait 2.500.000 au moment de la promulgation de la loi de dégrèvement.

Eh bien, sur ces 2.500.000 hectolitres, 250.000 seulement sont soumis à la dénaturation ou servent à la fabrication du vinaigre ou à des usages industriels; le reste est bu.

Il est bu sous des formes diverses, sous la forme de cognacs variés, et aussi malheureusement sous la forme de ces spiritueux composés, comme l'absinthe, dont l'action est si pernicieuse. C'est là surtout que la consommation française a suivi depuis vingt-cinq ans une ascension à laquelle l'on ne pourrait croire si l'on avait les chiffres sous les yeux. En 1875 les impôts ont été perçus sur 8.894 hectolitres d'absinthe; en 1895, vingt ans après, sur 180.585 hectolitres, et cela n'a fait qu'augmenter depuis. Les autres spiritueux sont représentés par 30.745 hectolitres en 1875, par 118.890 vingt ans après.

En chiffres ronds on peut donc dire que la consommation française d'absinthes, liqueurs et autres spiritueux payant l'impôt est devenue dans le dernier quart du XIXe siècle dix fois plus considérable qu'elle n'était auparavant.

Et n'est pas comprise dans cette évaluation la quantité impossible à déterminer de spiritueux provenant des bouilleurs de cru et consommée en franchise.

Nulle part au monde, que je sache, et en aucun temps, semblable folie alcoolique n'a été observée !

* * *

Je me suis attardé à faire cette constatation, trop évidente, hélas ! que la France, dans l'échelle alcoolique des nations, occupait le premier rang; cela m'a empêché de parler des faits intéressant la question de l'alcoolisme que j'ai pu relever dans le rapport Calvet; je me propose de le faire dans un prochain article.

E. DE LAVARENNE.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies infectieuses, par G.-H. ROGER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Porte-d'Aubervilliers, membre de la Société de Biologie, 2 vol. in-8° de 1.520 pages, avec 117 figures dans le texte. 28 francs. (*Masson et Cie*, éditeurs.)

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, par M. BOURNEVILLE.

Le médecin chrétien. Leçons pratiques de Déontologie médicale, par le chanoine MOUREAU et le Dr LAVRAUD, 1 vol. in-8° de 304 pages, 3 fr. 50. (*P. Lethielleux*, éditeur, 10, rue Cassette, Paris.)

DE LA MORPHINOMANIE

Auto-observation d'un médecin morphinomane[1].

Par le Professeur **DEBOVE**

Je veux vous entretenir aujourd'hui, dans cette conférence, de la morphinomanie, maladie si intéressante pour les médecins, et, à plus d'un titre. Vous savez combien ce vice, je puis le dire, est fréquent chez eux; si mon auditoire au lieu d'être composé en grande partie d'étudiants était formé par des confrères, il y en aurait parmi eux certainement plusieurs ayant contracté cette habitude. Que de fois n'ai-je pas eu l'occasion d'aider de mes conseils des médecins chez lesquels j'étais loin de m'attendre à rencontrer la triste passion de la morphine!

Les deux observations que je vais analyser avec vous sont d'abord celle d'une malade de notre service; puis celle d'un médecin très distingué, doublé d'un littérateur qui a bien voulu, pour nous, écrire sa propre histoire. Ce sont, l'un et l'autre, de petits morphinomanes, des malades n'ayant eu recours qu'à de petites doses de toxique; leurs cas n'en sont pas moins intéressants.

*
* *

Comment devient-on morphinomane? Les uns y sont amenés par l'ennui, d'autres par chagrin, d'autres à la suite de douleurs physiques. L'ennui est en effet un mal terrible; rappelez-vous les phrases de Pascal et les vers d'Horace qui expriment cette idée. Aussi les moyens qu'ont employé les hommes pour combattre ce supplice de l'ennui sont-ils innombrables. Les uns jouent pour gagner à grand'peine des sommes d'argent qu'ils refuseraient si on les leur offrait, d'autres poussent des billes sur un tapis, ou bien, revêtus de costumes étranges, poursuivent à cheval de pauvres bêtes traquées par des chiens, d'autres se lancent dans la carrière politique, et cherchent un remède à leur état en faisant le..... bonheur des autres. Le morphinomane, lui, n'use point d'expédients aussi compliqués, il a sous la main le remède qu'il rêve, sous forme d'une solution de morphine.

A côté de l'ennui il faut placer le chagrin, parmi les causes les plus habituelles de la morphinomanie. C'est par la morphine que quelques-uns cherchent à oublier les maux inhérents à la condition humaine, en se créant un paradis artificiel, à l'exemple des Orientaux qui fument l'opium, différant en cela des Occidentaux dont le poison préféré est l'alcool. Il est fort heureux que l'usage de la morphine ne soit point généralisé chez nous: on parlerait de la crise morphinicole comme on parle de la crise vinicole, et on essaierait de la combattre par les mêmes moyens.

Les deux malades dont je vais vous parler ne sont point entrés dans la morphinomanie par la porte de l'ennui; c'est la douleur physique qui les y a conduits. Ils ont usé de l'alcaloïde pendant les paroxysmes et, alors que les douleurs ont disparu, l'usage de la morphine est devenu pour eux un besoin impérieux.

Voici d'abord l'histoire de Mme B., la malade de notre service.

1. *Clinique de l'hôpital Beaujon.* — Leçon recueillie par M. Sainton, chef de clinique adjoint.

Cette femme est âgée de quarante-deux ans, elle a été prise, le 7 septembre 1895, de douleurs violentes dans la région de l'appendice, avec vomissements, fièvre intense. Il n'y aurait pas eu de diagnostic porté; quoi qu'il en soit, le médecin institua dans les premiers jours de la maladie un traitement par les injections de morphine. La première piqûre amena un soulagement très grand, et une sensation de bien-être extraordinaire. La dose quotidienne de morphine était de deux centigrammes, elle fut continuée sans que la malade pût s'en passer, même après la guérison. Je dis que la douleur a été ici la cause de la morphinomanie, mais peut-être le poison a-t-il servi à calmer des peines morales en même temps que des peines physiques. En effet, à l'âge de trente ans, Mme B. fait un mariage d'amour qui ne lui réussit guère. Les rapports sexuels lui causent des douleurs et une vive répugnance: de là des scènes de ménage, où le mari lui reprochait sa froideur, et la battait. Il se consola d'ailleurs par l'alcool, si bien qu'il eut un accès de delirium tremens; si la chose se fût passée plus tard, sa femme l'eût sans doute initié aux consolations de la morphine. Les ménages de morphinomanes ne sont point exceptionnels.

Mais tout malade auquel on fait une injection de morphine est-il, me direz-vous, exposé à un pareil danger? Non, sans quoi il faudrait absolument renoncer à l'emploi de ce précieux moyen thérapeutique. Nombre de sujets auxquels on pratique une injection de morphine au cours d'une crise de colique hépatique, néphrétique ou de toute autre crise paroxystique, ne deviennent point pour cela des morphinomanes. C'est qu'il y a à faire ici une distinction; de même qu'il faut distinguer l'alcoolique de l'alcoolisé, de même il faut séparer le morphinomane du morphiné.

Un morphinomane est un sujet chez lequel on ne peut supprimer la morphine sans produire d'accidents. Or, j'ai connu nombre d'individus chez lesquels on avait cessé brusquement, sans inconvénient, des injections continuées pendant plusieurs mois; je parle bien entendu de doses modérées de morphine. De même, l'alcoolique est celui qui ne peut supporter sans inconvénient la privation de l'alcool. Prêchez la sobriété à un ouvrier qui boit tous les jours une grande quantité de vin, et convainquez-le de cette vérité que le vin ne donne aucune force. Il consentira à faire votre expérience, il se mettra à boire de l'eau, la seule boisson hygiénique, quoi qu'en disent nos législateurs. Au bout de quelques jours, il viendra vous trouver, et vous racontera avec un sourire narquois qu'il a essayé votre régime, et qu'il est incapable de travailler. Le fait est vrai; mais l'interprétation est fausse. L'alcool ne donne point de force, mais l'alcoolique qui en supprimera brusquement l'emploi aura une sensation de faiblesse. C'est l'apparition d'accidents à la suite de la cessation du poison qui distingue le morphinomane et l'alcoolique; l'usage continu de ces toxiques ne suffit point pour créer le besoin. Il faut donc quelque chose de plus; cet élément surajouté est le terrain névropathique. Tel est le cas de notre malade. Sa mère a de violentes crises d'hystérie, elle a de la dyspepsie nerveuse; actuellement elle prend tous les deux jours, à l'exemple de sa fille, quatre centigrammes de morphine.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade prenait 10 centigrammes de morphine par jour. Nous avons progressivement diminué la dose, et aujourd'hui elle est démorphinisée. Pour combien de temps? Nous l'ignorons, car vous savez combien la rechute est fréquente. Mais ce n'est point un fait inéluctable: je connais une jeune femme qui a été démorphinisée. Au cours d'une violente crise de douleurs, je voulus lui faire une piqûre; elle s'y refusa, prétendant qu'elle ne voulait point s'exposer à devenir morphinomane, parce qu'elle avait trop souffert au moment de la démorphinisation.

Cette période est, en effet, singulièrement pénible, et les malades décrivent leurs souffrances en des termes expressifs qui semblent indiquer un état d'angoisse bien difficile à supporter; des phénomènes de collapsus peuvent survenir à ce moment, et être assez graves pour mettre en danger l'existence.

Pour obtenir la démorphinisation, deux méthodes sont conseillées: la méthode lente et la méthode brusque.

Dans la méthode brusque, on supprime d'un seul coup la morphine; mais pour cela il faut isoler le malade; il y a lors une véritable séquestration arbitraire, cas prévu et puni par la loi. Je sais bien qu'on croit se mettre à l'abri en faisant au préalable signer au malade une sorte d'engagement par lequel il renonce momentanément à sa liberté; cet engagement n'est pas valable légalement, et je vous engage à ne pas avoir recours à ce procédé irrégulier, qui peut vous exposer à de sérieux désagréments. La démorphinisation lente consiste à diminuer progressivement les doses de morphine, en trompant constamment sur la dose injectée; elle permet d'éviter les phénomènes de l'abstinence. Nous ignorons la cause intime de ceux-ci: permettez-moi cependant de vous les expliquer par une théorie.

Il est probable que le chlorhydrate de morphine une fois absorbé, ne reste pas dans cet état, mais qu'il se transforme en une série de composés, les uns bienfaisants, les autres nuisibles; si vous supposez que les premiers s'éliminent plus rapidement que les seconds, chaque piqûre de morphine sera suivie d'une période de bien-être, puis d'une période de malaise; c'est ce qu'on observe souvent chez des sujets non morphinomanes. Chez les morphinomanes, les choses se passent de même; une première période d'euphorie survient; puis, dès que la substance euphorique est passée, se montre une seconde période pénible, angoissante, s'accompagnant parfois d'accidents graves. La lenteur avec laquelle s'éliminent les poisons dérivés de la morphine prenant naissance dans l'organisme, explique la longueur de cette dernière période; pour combattre l'état qui la caractérise, il faut recourir à une nouvelle injection. En un mot, chaque fois que nous faisons une piqûre, nous pouvons voir se reproduire la série des phénomènes observés dans l'intoxication chronique; une période euphorique (c'est la lune de miel), une période pénible et souvent angoissante (c'est la lune de fiel).

*
* *

Mais, en clinique, rien ne vaut l'observation des faits: aussi me paraît-il préférable de vous lire l'observation de mon second malade, mon élève et ami, le Dr L. Jacquet, qui ne fait point mystère des accidents qu'il a éprouvés.

Avant de commencer, permettez-moi de vous rappeler la fréquence de la morphinomanie dans les professions médicales (médecins et pharmaciens); ce qui montre une fois de plus qu'il ne suffit point de connaître un danger pour l'éviter, et que la pratique de la sagesse est plus difficile que son enseignement. Voici l'auto-observation qu'a bien voulu me remettre L. Jacquet. Je vous ferai, en vous la lisant, quelques réflexions qu'elle m'a suggérées.

. . . .

Je suis né d'un père goutteux, neurasthénique, tachycardiaque, timide et impressionnable à l'excès, et d'une mère nerveuse aussi, ayant souffert de grandes crises gastriques hyperacides.

Ma morbidité personnelle est fort riche. J'indiquerai seulement ici les éléments nécessaires à l'intelligence de ce qui va suivre.

D'abord: mon émotivité, ma nature impressionnable. Cela est à la fois vif et singulier : ainsi, j'ai de longue date l'habitude de parler au grand public, plus de 1.500 personnes, par exemple, comme au cirque de Rouen, et cela sans nulle gêne; or, je suis souvent, pour dire quelques mots à des confrères dans une société savante, pris d'un malaise anxieux, accompagné d'arythmie cardiaque.

D'autre part, en 1885, j'ai été atteint après ingestion de conserve de homard, d'une urticaire violente, dont la période aiguë dura une vingtaine de jours, et la phase chronique deux ou trois années environ.

Enfin, en Février 1888, je fus pris d'un rhumatisme grave, avec localisations principales à l'épaule droite et à la hanche gauche. C'est alors que, pour la première fois, je recourus à la morphine.

J'avais passé plusieurs jours et nuits en de vives souffrances, sans sommeil ni répit; j'avais employé vainement à doses fortes la plupart des calmants en usage. Un voisin, le docteur X..., morphinique lui-même, et mort depuis, me conseillait vivement la morphine.

. . . .

Tout morphinomane est doublé d'un apôtre fervent, qui cherche à convaincre les autres. Persuadé qu'il est des bienfaits de son poison, il est désireux de faire partager sa déchéance aux autres. Ainsi, comme l'alcoolique offre un verre à un ami de rencontre, le morphinomane offre une injection de morphine quand l'occasion le permet.

. . . .

Mais, me sachant très nerveux, et ayant de ce poison une défiance instinctive, je résistai d'abord. Enfin, vaincu par la souffrance, je cédai.

Il faut, je crois, si l'on veut comprendre la genèse de certains morphinismes, s'efforcer de *vivre*, dans la mesure du possible, les heures mauvaises préalables, du patient. J'ai parlé plus haut de plusieurs jours et nuits de souffrances; cela est bientôt dit, lu et entendu; comme a dit La Rochefoucauld, *on a toujours la force de supporter les maux d'autrui*, et ces heures douloureuses, évoquées en un bref raccourci, ne renseignent nullement sur un état d'âme très important en l'espèce.

Voyons mieux les choses : une journée de malaise douloureux est déjà fort incommode. Maintenant voici la nuit; nul sommeil, l'agitation et la douleur sans trêve, et cela dans la déformation et le renforcement singuliers que la nuit imprime à nos sensations, à nos idées; dans le lent, l'interminable écoulement des heures nocturnes. Enfin le jour luit; mais, trompant un espoir longuement caressé, il n'apporte qu'un soulagement médiocre. Et voici la nuit encore; plus douloureuse, plus longue que la veille, pour un organisme affaibli, une volonté énervée. Et implacablement le cycle recommence, aggravé du sentiment nouveau et bientôt impérieux qu'il n'y a aucune raison pour que *jamais* cela cesse; si bien que toute action vitale défaille, et que l'*être* entier se trouve absorbé en une sorte d'angoisse inexprimable...

. . . .

Ici notre très éloquent ami plaide en fort bons termes les circonstances atténuantes, il emploie les arguments les plus saisissants pour nous montrer quelle était la nécessité de la piqûre.

. . . .

Une piqûre insignifiante, quelques minutes; et tout ce passé mauvais se dissipe comme un cauchemar, pour faire place au bien-être.

. . . .

Après le tableau de la souffrance, voyez le tableau du bien-être : personne ne décrit mieux qu'un morphinomane l'euphorie morphinique; tout autre serait incapable d'arriver à un tel lyrisme, en faisant l'éloge des bienfaits du poison : écoutez d'ailleurs la suite.

. . . .

On peut mieux comprendre à présent la reconnaissance, l'espèce de vénération que conçoit le malade pour le remède qui a fait ce miracle; et ce prestige même, en certains cas du moins, amorce le *désir morphinique*.

Tel fut bien mon cas personnel; c'est le matin que le Dr X... me fit la première injection (un fort centigramme, me dit-il) : je passai une journée bienheureuse, et je dormis. Le soir venu, croyant sentir renaître l'anxiété, mais surtout *redoutant la nuit*, je réclamai une injection nouvelle; et ainsi chaque soir. Au bout de quinze jours, la soif morphinique s'était éveillée en moi.

. . . .

Remarquez quel rôle considérable joue la prédisposition; L. Jacquet est devenu morphinomane en *quinze jours !*

. . . .

Voici ce que je me rappelle de mes sensations dans l'empoisonnement aigu : dès la deuxième ou troisième minute, survenait un mollissement très doux, presque voluptueux, des jambes, puis du corps entier; à la cinquième ou sixième, les impressions douloureuses se *diluaient* pour ainsi dire, et s'évanouissaient, en même temps que les préoccupations et les soucis. Dès lors commençait une période de joie cérébrale : on se sent plus léger, fait de moins de matière; le jeu des forces intellectuelles semble plus aisé, plus vif; on se croit *plus intelligent*. Pure illusion, du reste ; j'ai tenté parfois d'écrire certaines idéologies, qui dans la griserie morphinique nocturne me semblaient brillantes; le jour venu, ces essais m'ont toujours paru incohérents, médiocres, et au-dessous de ce que je pourrais réaliser à l'état sain.

. . . .

La morphine, en effet, comme l'alcool, ne donne que des illusions; l'anesthésie qu'elle procure supprime la notion de la sensation de fatigue; mais le sujet n'est capable d'aucun effort, d'aucun travail. C'est d'ailleurs un fait sur lequel insiste l'écrivain Arvède Barine, que les littérateurs qui passent pour avoir usé de ces poisons, loin de tirer un bénéfice de leur usage, n'y ont gagné qu'une déchéance.

. . . .

Cet éréthisme intellectuel s'accompagne d'un calme physique qui contraste avec lui : l'alcoolique est agité *intus et extra*; la griserie morphinique est purement intérieure; le morphiné souhaite le silence et se complaît, pour mieux savourer son bien-être éphémère, dans le calme et l'immobilité.

. . . .

Chacun fait l'éloge de son poison; voyez quel mépris a le morphinisé pour l'alcoolique. Vous allez voir maintenant combien va être différente la description; nous arrivons au tableau de la lune de fiel, succédant à la lune de miel; après le paradis, l'enfer.

. . . .

Tel fut, pour un temps du moins, mon « Paradis artificiel »; peu ou pas de sommeil : la morphine n'eut guère pour moi la « vertu dormitive ». On sait que rapidement ces joies s'émoussent, et que leur rançon s'alourdit; je n'ai point fait exception à la règle. Dès les premiers temps j'eus à subir certains troubles fonctionnels, dont la plupart allèrent s'aggravant.

Voici les principaux :

1° La curieuse modification du rythme respiratoire consistant en une série d'inspirations croissant en force et en amplitude et coupées par un arrêt absolu, une *pause*, de quelques instants : le rythme de Cheynes-Stokes, en un mot. Cela d'ailleurs sans nulle anxiété, nulle oppression, nul malaise, dans un calme parfait. Je ne crois pas qu'on ait jusqu'ici mentionné ce symptôme[1], et je ne l'ai pas observé chez d'autres que moi-même.

2° Un prurit en diverses parties du corps; d'abord léger, provoquant des grattages agréables, *quasi-voluptueux*, qui eux-mêmes réveillaient mon ancienne urticaire, à peu près éteinte à cette époque. Plus tard, ces sensations perdirent leur agrément, et même en quelques régions, comme à la barbe et au nez devinrent incessantes et insupportables.

J'ai le souvenir de certaines nuits littéralement passées à me frotter le visage et surtout le nez. J'ai eu parfois, à la suite, des *herpès* confluents du centre de la face.

. . . .

Vous voyez avec quelle rapidité les voluptés du prurit ont été remplacées par des sensations désagréables. Il en est ainsi de toutes les voluptés de la morphine.

. . . .

3° Des tendances syncopales, nulles dans l'horizontalité, mais naissant fréquemment dans la situation verticale, que je redoutais et que j'évitais avec soin.

Peut-être ne dit-on pas suffisamment aux élèves quel est à ce point de vue, pour certains sujets, le danger de la morphine. J'ai fait allusion au confrère qui me fit la première piqûre : c'était un morphinique d'ancienne date. Un jour, de grand matin, sa femme m'appela en hâte pour le voir : je le trouvai en pleine syncope, et j'eus grand'peine à l'en faire sortir. Il s'était, cette nuit-là, fait une injection de morphine *au moment de se lever*, contrairement à ses habitudes. Et, en faisant sa toilette, il s'était évanoui.

Il faut, on le voit, même en cas de longue accoutumance, prendre le temps de *digérer* sa morphine.

Mais, au total, ces accidents de l'intoxication aiguë sont peu de chose, en regard du tourment physique et moral qu'engendrent la soif, le *désir* morphiniques.

Avant de les indiquer, je note expressément que ma consommation toxique est restée fort modeste; je n'ai guère dépassé 2 centigrammes par jour, parfois trois; une seule fois quatre. Et toujours en une injection ou une injection et demie faites le soir au coucher.

J'ai donc été un *petit* morphinique, *un morphinomane en miniature*. On va voir pourtant que l'empreinte passionnelle était déjà forte.

Les douleurs rhumatismales qui m'obligèrent à employer la morphine durèrent à l'état aigu, pendant une dizaine, puis s'atténuèrent.

1. Filehue a produit le phénomène de Cheyne Stokes chez le lapin par injection de 0,5 à 0,1 de chlorhydrate de morphine. *Arch. f. Exp. Patholog.*, X. p. 442 (L. J.).

J'aurais pu et dû cesser alors les injections; je ı'y pensai même pas. L'idée que peut-être je pour-'ais subir encore une nuit comparable aux précé-lentes m'était intolérable. Je *savais* pourtant que 'entrais en convalescence, mais je me disais ıu'une injection quotidienne de 2 centigrammes ıerait en tout cas une habitude aisée à rompre, ıt je laissai traîner les choses un mois encore.

A ce moment, ayant quitté le lit depuis deux ›u trois semaines, je ne pouvais guère ajourner a cessation et, chaque matin, j'en prenais le 'erme propos.

Il tenait d'ordinaire jusqu'au milieu du jour. A ce moment s'éveillaient de vagues douleurs les membres, surtout aux points rhumatisés; :ela croissait jusqu'au soir, s'accompagnant d'un nalaise général et progressif. C'étaient d'abord le l'impatience, de l'agacement et une humeur norose contrastant avec la béatitude nocturne; ›uis cela tournait à l'irritabilité, à l'anxiété véri-able. Dès lors les belles résolutions matinales ·ommençaient à me sembler fâcheuses, impor-unes, et je cherchais prétexte à les éluder.

On a beaucoup parlé des mensonges et de la luplicité du morphinique : c'est là simplement le 'eflet et le prolongement de ses mensonges, de a duplicité *envers lui-même*. Il y a là un curieux ›hénomène de dédoublement moral; on se paye[1] le raisons creuses, de faux-fuyants : tout est bon lans ce but; l'on grossit ou l'on déforme toute ensation pour se persuader que l'état actuel est ntolérable, et que l'usage du toxique *est indiqué*; 'emploie à dessein ce terme plus spécialement ›ropre à la mentalité médicale.

Certes, par ce que j'ai éprouvé moi-même, je omprends à merveille que le grand morphino-nane soit un être *amoral*, qui ne reculera devant ien pour satisfaire sa passion, qui négligera ou iolera les plus graves devoirs sociaux; cela est ›eut-être bon à répéter avec insistance au noment où le goût de l'opium commence à exer-er des ravages parmi nos fonctionnaires colo-iaux et nos marins.

Bref, après un mois et demi environ d'absorp-on quotidienne, *à heure fixe*, de 2 centigrammes e morphine, j'éprouvais le soir un malaise nxieux né de la fusion intime de deux éléments : : réveil vespéral de vagues sensations rhuma-›ïdes, avec évocation plus ou moins consciente es douleurs passées et le *besoin morphinique* croissant d'heure en heure, et évoquant plus ou moins consciemment aussi, l'attente, le *désir* du bien-être promis; tout cela accompagné d'une irri-tabilité, morose et constituant un état organique bien malaisé à définir.

Un malade en cet état vit *possédé* par la soif de la morphine; rien n'y peut faire diversion, et nulle offre au monde ne le ferait renoncer au poison.

Je m'en aperçus bien quelques semaines plus tard, à Aix-les-Bains où notre brillant confrère Cazalis m'avait amicalement ouvert sa maison. Je trouvais là chaque soir la plus attrayante réunion d'artistes, de lettrés, de gens du monde. En tout autre temps, elle m'eût charmé; tout était vain : quand l'heure de la morphine approchait, *rien ne m'eût retenu*.

Je m'en aperçus mieux encore au départ d'Aix-les-Bains. Je prenais le soir un express pour Paris : je m'étais, comme bien on pense, muni du précieux viatique, et, le train s'ébranlant, j'ache-vais d'installer dans le filet mon menu bagage, lorsque, tâtant machinalement la poche où je croyais avoir mis seringue et solution, *je la sen-tis vide;* j'entrevis brusquement la longueur désolée d'une nuit sans morphine; l'angoisse me serra la gorge, une sueur froide m'inonda, et je m'affaissai sur le siège... Je m'étais simplement trompé de poche : mais on peut mesurer par ce fait la puissance, chez un *petit morphinomane*, de l'empreinte toxique.

Je rentrai à Paris amélioré au point de vue rhumatismal, mais anémié, sans appétit, sans cou-rage, le corps atone et l'âme éteinte, sauf aux heures d'éréthisme morphinique. Aurais-je eu le courage de réagir? n'eussé-je pas lentement glissé à l'intoxication progressive, irrémédiable? J'ai tout lieu de le craindre.

Fort heureusement, une secousse imprévue vint provoquer la réaction salutaire. J'avais mollement repris ma vie accoutumée. Un matin, je devais retrouver mon regretté camarade Girode, dans le service de Lancereaux, pour y faire avec lui l'épreuve « *du malade* ».

J'arrive en avance; le savant médecin de la Pitié, entouré d'élèves, était au lit d'une malade : c'était une morphinique. Et Lancereaux lui fai-sait un tableau saisissant de sa déchéance physique et morale et de son pitoyable avenir.

Tout cela, certes, ne m'était pas inconnu; mais, grâce à cet état mental trouble, à cette *duplicité* envers soi-même dont j'ai parlé, je l'avais à peu près rayé de ma conscience : brusquement, cela y surgissait avec un éclat dramatique. Je me sen-tis pâlir; ma tête tourna, mes oreilles tintèrent, je descendis rapidement dans la cour, gagnai un banc, et m'y évanouis.

Revenu à moi, je me dis qu'il *fallait* rompre *ou que j'étais perdu.* Et je me décidai, non point à la suppression brusque, dont je n'aurais pas eu la force, mais à la diminution progressive; et désormais, sans nulle omission, je diminuai chaque jour *d'un tour de vis* la dose quotidienne.

Au bout d'un mois j'étais délivré.

J'ai tout lieu de croire que ma guérison est solide. J'ai passé plusieurs années sans oser gar-der chez moi une solution de morphine : mais depuis lors, à diverses reprises, je me suis mor-phiné de nouveau pour des affections doulou-reuses, heureusement brèves; la douleur passée, j'ai cessé *brusquement*, et sans nul autre trouble qu'une ou deux nuits désagréables.

J'ignore si M. Lancereaux convainquit sa ma-lade, et j'en doute; mais je n'oublierai point que je dois à sa parole colorée, le choc moral qui éveilla ma conscience engourdie dans la torpeur morphinique; et je suis heureux de lui en expri-mer ma reconnaissance.

Je vous laisse, Messieurs, sous le charme de la description si colorée de notre dis-tingué confrère et ami. Je ne saurais rien ajouter à la si vivante et suggestive obser-vation, que je viens de vous lire.

1. Je crois intéressant de rappeler ici avec quelques ›uveaux détails le cas d'un grand morphinomane dont ıi déjà parlé (Voir « Alcool, maladie, mort », note de la age 11). C'était un homme du monde dans la force de ìge et d'une vigueur exceptionnelle, qui commença à se orphiner pour un simple caprice d'une maîtresse. Il en ait arrivé, *me dit-il*, à la dose fabuleuse de 14 grammes : morphine et d'un gramme de cocaïne! Est-ce exact? Je : sais : il est possible qu'il y ait des fanfarons de la .orphine comme il y en a de l'alcool. Ce qui est sûr, est que depuis longtemps il avait délaissé la seringue de ravaz pour des seringues de 5 et même 10 centimètres ıbes, et qu'il se faisait ainsi des injections *saturées chaud*. J'appris, en outre, qu'un élève en pharmacie lui vrait de la morphine par kilogrammes! Ce qui est sûr ıcore, c'est qu'il était dans un état lamentable, couvert : cicatrices, de plaies et d'abcès.

Je le vis une première fois pour des hallucinations ›opsiques : il se croyait couvert d'insectes cherchant pénétrer dans le nez, la bouche, etc.

Je me rappelai alors mes sensations de prurit nasal, et suppose que des sensations analogues furent l'origine : ce délire; il répondait nettement d'ailleurs à toute ıestion, puis revenait aussitôt à son hallucination.

Le calme rétabli, je lui remontrai en termes énergiques ın état pitoyable, affirmant qu'il avait peut-être encore ıe chance de sortir de la sordidité et de l'abjection ıns lesquelles il vivait : c'était de me suivre *sur le champ* ›ur s'enfermer dans une maison de santé. Il écoutait es objurgations pressantes les yeux baissés, l'air aintif et humble, répondant que j'avais raison, qu'il '*obéirait* dès le lendemain. — Non, répondis-je, c'est l'instant qu'il faut me suivre, ou vous êtes perdu. — ›ut fut vain, et je dus me contenter de l'affirmation pétée, *solennelle*, que le lendemain il serait dans la aison de santé.

Dès le matin, il avait disparu, et son concierge m'ap-ˑit qu'il s'était retiré dans un autre logis, moyen imaginé ›ur échapper aux importunités antimorphiniques.

(L. J.)

STATISTIQUE DU SANATORIUM
DE DURTOL (PUY-DE-DOME)

Par Ch. SABOURIN

Le sanatorium de Durtol pour le traitement de la tuberculose pulmonaire, a maintenant cinq ans d'exercice et nous pensons qu'il est intéressant de faire connaître les résultats thérapeutiques obtenus pendant les premières années, car un temps suffisamment long a passé sur ces résultats. Cette étude portera sur les 250 premiers malades qui ont été trai-tés au sanatorium.

Ce chiffre de 250 n'a, bien entendu, aucune valeur de choix ou de classement. C'est une coupure faite dans le livre des entrées; c'est un chiffre commode pour le pourcentage; c'est un nombre de cas déjà assez important et qui répond à peu près à trois années et demie d'exercice du sanatorium. Voilà les seuls motifs de son choix.

Nous étudierons cet ensemble de cas d'après les principes que nous avons anté-rieurement établis[1], c'est-à-dire en classant les malades en *curables* et en *incurables*, d'après le calcul des probabilités qui peut servir de fondement au pronostic du médecin qui voit son malade pour la première fois. Nous prendrons de plus comme critérium de la guérison ce que nous avons appelé la *gué-rison apparente*.

En voici, une fois de plus, la définition clinique :

Le malade, depuis un certain temps, trois mois si l'on veut, n'a plus ni expectoration ni toux pulmonaire; il a repris tous les dehors de la belle santé; il ne présente aucune trace de réaction à la suite d'un exercice ordinaire, à la suite de toutes les causes banales qui ré-veillent cette réaction chez le tuberculeux en activité de lésions.

Après quoi nous ferons un nouveau pour-centage d'après les bases ordinairement ad-mises pour les sortes de statistiques.

*
* *

Partant de ces principes, nous classons dès le début nos malades en deux catégories.

Les uns paraissent susceptibles de guérir, ce sont les *curables*.

Les autres semblent destinés à s'aggraver de plus en plus, soit à courte échéance, soit à échéance plus ou moins lointaine, quelque longue que soit la période d'amélioration pro-visoire que le traitement rationnel puisse leur procurer : ce sont les *incurables*.

Disons de suite que la cure hygiénique pro-duit de telles guérisons, de telles *résurrec-tions*, que le médecin a, de plus en plus, tendance à caser parmi les curables des phti-siques qui ne le méritent guère. Aussi n'y a-t-il pas à lui reprocher de chercher à em-bellir ses statistiques en restreignant le nom-bre des cas susceptibles de guérison. Mais quelle que soit sa conscience et son meilleur calcul des probabilités, il lui est toutefois permis de se tromper, comme on le verra plus loin.

Or, sur les 250 premiers malades soignés à Durtol, 150 (le hasard est heureux) ont été

1. SABOURIN. — « Traitement rationnel de la phtisie pulmonaire. » 2e édit., 1900, p. 244 (Masson et Cie, édit., Paris).

jugés *curables*; les 100 autres *incurables*, par conséquent.

Des 150 curables, 92 ont guéri, soit au minimum 60 pour 100. Ce simple fait confirme l'opinion antérieurement émise par nous que, si les tuberculeux étaient soumis *à temps* à la cure hygiénique, il en guérirait 80 pour 100.

Car, il faut bien le dire et le redire, sans plus d'efficacité probablement, jusqu'à présent l'immense majorité des tuberculeux qui viennent dans les sanatoriums y viennent trop tard. Comme preuve à l'appui, qu'on veille bien considérer le chiffre des 100 cas que sur 250 le médecin, malgré toute sa bonne volonté, n'a pu classer que parmi les *incurables*. Cette proportion incroyable servira de réponse à l'opinion souvent émise que les médecins de sanatorium choisissent leurs malades. Quoi qu'il en soit, sur les 100 incurables, 2 ont guéri.

Le total des guérisons sur les 250 malades est donc de 94, soit près de 38 pour 100. C'est là une proportion de guérisons qui tient honorablement sa place dans les statistiques de sanatorium publiées jusqu'à ce jour.

* * *

Voici maintenant quelques détails intéressant sur l'ensemble de ces 250 cas.

Sur les 150 curables, 41, qui n'ont pas guéri, sont vivants. Pas mal d'entre eux guériront sans doute, les autres resteront plus ou moins invalides, et d'autres mourront.

Sur les 100 incurables, 21 sont encore vivants, et parmi eux il y a un certain nombre d'invalides destinés à fournir une assez longue carrière. Ce qui veut simplement dire que la cure hygiénique peut, sinon guérir, du moins faire vivre bon nombre, presque le quart des tuberculeux que personne n'hésiterait à condamner à mort à brève échéance.

Il est d'opinion courante que les statistiques ne disent que ce qu'on veut bien leur faire dire. Il n'est pas moins vrai cependant que les chiffres, sans aucune interprétation favorable ou défavorable, ont leur valeur brutale et indiscutable de chiffres.

Mais ayant pris pour critérium de notre statistique ce que nous avons défini sous le nom de *guérison apparente*, il nous serait facilement objecté que nous avons mis de côté la plus belle part.

Pour réfuter cette objection, il suffit de rétablir la statistique de Durtol d'après les bases sur lesquelles s'appuient habituellement les statistiques de ce genre; et voici les résultats de cette opération :

Sur les 250 malades, 94 ont guéri. Mais 10 d'entre eux ayant perdu leur guérison apparente, le chiffre des guérisons confirmées par le temps est réduit à 84.

Ce qui donne encore presque du 34 pour 100. Soit dit pour les guérisons indiscutables.

D'autre part, les survivants non guéris sont au nombre de 41 d'un côté et de 21 de l'autre, soit 62 au total, c'est-à-dire 25 pour 100. Et, de façon indiscutable aussi, ces 62 cas représentent de sérieuses améliorations.

Si l'on veut maintenant classer ces 94 malades guéris suivant l'ancienne nomenclature des phases de la phtisie, ils se répartissent de la façon suivante :

14 avaient des lésions au premier degré, soit absolument sèches, soit à expectoration insignifiante.

56 avaient des lésions au deuxième degré, c'est-à-dire avec du ramollissement notable.

24 avaient des lésions au troisième degré, c'est-à-dire portaient des ramollissements cavitaires des plus nets, c'est-à-dire des cavernes.

Cette énumération en bloc des lésions que présentaient les malades qui ont guéri nous procure une fois de plus l'occasion de dire que l'on guérit encore un nombre respectable de phtisiques au troisième degré, comme on les appelle, et que les médecins de sanatorium sont encore loin de choisir leurs clients.

Donc, de quelque façon qu'on retourne les données numériques de cette statistique sur laquelle le temps a déjà passé, les résultats en sont toujours des plus satisfaisants, et, nous le répétons, ils tiennent honorablement leur place à côté des résultats déjà publiés pour une foule de sanatoriums étrangers.

MÉDECINE PRATIQUE

PROPHYLAXIE DE LA CONJONCTIVITE PURULENTE

Nous possédons aujourd'hui des notions tellement précises sur les causes et la prophylaxie de la conjonctivite purulente des nouveau-nés, qu'on peut s'étonner à juste raison des ravages que fait encore cette redoutable maladie qui serait pourtant aisément évitée par des précautions très simples.

Quoique la conjonctivite purulente puisse être engendrée par des microbes tels que le streptocoque, le pneumocoque, le bacille diphtérique, ellle est due dans la plupart des cas au gonocoque.

L'infection se produit au moment du passage de la tête de l'enfant dans le vagin, lorsque les paupières ou la conjonctive se trouvent en contact avec les sécrétions nocives de la mère : elle peut encore se faire la tête de l'enfant étant dans l'utérus, mais à condition que les membranes soient rompues, les causes d'infection étant alors apportées par les instruments et le toucher.

La contagion peut aussi se produire après la naissance par contact direct des sécrétions provenant de la mère, d'un nourrisson contaminé, d'objets de pansements ou de toilette, par les mains souillées des gardes ou des sage-femmes.

* * *

Pour éviter l'infection la plus fréquente, celle qui se fait pendant l'accouchement, il suffirait que, dans le cours de la grossesse, le médecin ait fait disparaître les sécrétions morbides de la mère, ou qu'avant l'accouchement il désinfectât rigoureusement le vagin par des lavages antiseptiques.

Comme ceci est quelquefois impraticable, et qu'il peut rester des doutes sur la stérilisation des organes maternels, voici la méthode à employer :

Aussitôt après la sortie de l'enfant, on essuiera doucement les paupières avec du coton hydrophile *sec* et non trempé dans une solution, car le liquide, peut, en pénétrant dans les culs-de-sac, les inoculer, alors qu'ils sont indemnes. Pour un motif analogue, on se gardera de laver les yeux de l'enfant avec l'eau du bain qu'il est d'usage de donner sitôt après la naissance.

L'essuyage à sec terminé, on lavera les paupières et les culs-de-sac conjonctivaux avec une solution de cyanure ou de bichlorure d'hydrargyre au 5/100e en ayant soin de se servir de coton hydrophile et non des éponges du bain ou du linge ayant touché le corps de l'enfant ou de la mère.

L'enfant sorti du bain, on entr'ouvrira les paupières pour laisser tomber dans chaque œil 1 à 2 gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100 au moyen d'un petit bâton de verre. Au bout de deux ou trois jours il se produit un léger écoulement catarrhal sans aucune gravité qui ne tarde pas à disparaître.

Les instillations constituent la méthode de Credé, la plus efficace de toutes les méthodes prophylactiques, puisqu'à la maternité de Leipzig elle a fait tomber le chiffre des ophtalmies purulentes de 10, 8 pour 100 à 1/2 pour 100, et j'ajouterai la plus rationnelle puisqu'elle produit une escarre des couches superficielles de l'épithélium et détruit les gonocoques qui ont déjà pénétré dans ces couches et non pas seulement ceux qui sont demeurés à la surface.

On a essayé de remplacer le nitrate d'argent par d'autres substances telles que l'iodoforme, le jus de citron, le biodure d'hydrargyre, etc. dont l'efficacité est contestable. Je ne les crois pas capable de réduire l'ophtalmie à 2 cas sur 1.600 naissances, comme l'a fait la méthode de Credé (statistique de Credé).

* * *

La contagion après la naissance s'évitera en prévenant l'entourage de l'enfant du danger de cette contagion, en recommandant à la mère de ne pas contaminer ses mains par des sécrétions vaginales, en exigeant des gardes, sage-femmes, infirmières, la plus grande propreté, le lavage des mains après chaque pansement ou chaque toilette de nouveau-nés qui doit posséder en propre ses objets de toilette et d'habillement, en proscrivant l'usage des éponges, compresses, pinceaux, etc. en exigeant la destruction immédiate de tous objets contaminés.

Dans les services hospitaliers, les enfants malades doivent être rigoureusement isolés des enfants sains et, si cela est possible, des enfants déjà atteints, par le système des boxes, d'une manière assez pratique. L'asepsie la plus parfaite doit régner en maîtresse, et on ne devra jamais employer pour les cautérisations de la muqueuse ni crayons de nitrate d'argent, ni pinceaux, qu'une économie mal entendue peut faire servir à plusieurs sujets, mais bien des baguettes de verre aisément stérilisables autour desquelles on enroule un peu de coton hydrophile.

Parfois un seul œil est atteint; il est rare qu'on puisse préserver l'autre qui est trop aisément contagionné par le pus provenant de son congénère, mais on devra chercher à atteindre ce but, en faisant des lavages préventifs de l'œil indemne, en le fermant avec un pansement aseptique permettant néanmoins la surveillance bi-quotidienne, et en exigeant que l'enfant soit couché sur le côté malade afin que le pus ne coule pas sur l'œil sain.

* * *

Quand la conjonctivite du nouveau-né est déclarée, il est le plus souvent facile de l'enrayer par un traitement bien conduit ou tout au moins d'éviter les accidents graves, à condition que l'enfant soit soigné dès le ou les premiers jours, aussitôt que possible. Or les parents, les sage-femmes et, il faut l'avouer, souvent aussi les médecins, traitent la chose à la légère et ne se décident à avoir recours à des soins spéciaux que lorsque la cornée est déjà opaque ou perforée.

On ne se douterait jamais du nombre d'aveugles dus à la seule incurie des sage-femmes. Combien m'a-t-on amené d'enfants à la clinique des Quinze-Vingts, dont les cornées perforées baignaient dans le pus depuis quinze ou vingt jours, et combien de fois, sur mes reproches, la mère m'a-t-elle répondu : « Mais la sage-femme m'a affirmé que ce n'était rien. »

Les parents, qui ont, eux, le droit d'être ignorants, attribuent souvent le mal à un « coup d'air » et le négligent comme insignifiant.

Aussi s'est-on préoccupé d'avertir les intéressés de la gravité de la blennorrhée ou de leur indiquer le traitement d'urgence de cette maladie.

Je ne crois pas à l'efficacité de cette dernière

mesure qui me semble au contraire dangereuse, puisqu'elle peut engendrer une fausse sécurité et empêcher les parents de réclamer à temps des soins éclairés.

Je préfère la proposition adoptée le 12 Mars 1885 par la Société d'ophtalmologie de la Grande-Bretagne et de l'Irlande qui recommandait l'impression, dans tous les documents publiés par le Bureau des naissances, de la note suivante.

« Si les paupières sont rouges et enflées ou sont le siège d'une sécrétion quelques jours après la naissance, l'enfant doit être conduit à un médecin sans attendre un jour. La maladie est très dangereuse ; si elle n'est pas soignée à temps, elle peut faire perdre la vue des deux yeux. »

Cette note est très claire et présente l'avantage d'effrayer les parents auxquels ne sont pas supposées des connaissances médicales.

On a encore proposé d'indiquer aux sages-femmes le traitement de l'ophtalmie purulente. Si cette mesure était appliquée, on ne compterait plus les cataclysmes. Il faut pour bien soigner une blennorrhée une grande habitude; il faut savoir retourner les paupières, les écarter avec les releveurs pour explorer les cornées, appliquer des traitements variables suivant les cas; tout ceci ne peut être fait que par un médecin et j'ajouterai par un médecin compétent.

Il serait désirable que tout praticien fût au courant des soins à donner aux enfants contaminés et que de sérieuses interrogations fussent faites aux examens sur cette matière.

Dans sa séance du 16 Juillet dernier, l'Académie de médecine a adopté les conclusions suivantes d'un rapport de M. Pinard qui ont été transmises au ministère de l'Intérieur :

1° Faire distribuer dans toutes les mairies, avec l'acte de naissance, une carte-notice indiquant les causes, les symptômes et les dangers d'ophtalmie des nouveau-nés ;

2° Prendre des mesures pour que la déclaration immédiate des ophtalmies purulentes soit faite dans tous les cas et partout en France ;

3° Attacher un médecin ophtalmologiste à toutes les maisons d'accouchements, pour diriger le traitement des ophtalmies purulentes et l'enseigner aux élèves médecins et sage-femmes.

Il suffirait, à mon avis, que toutes les sages-femmes fussent averties de la gravité de la maladie, mises au courant de la prophylaxie que j'ai indiquée plus haut, tenues à la déclaration obligatoire de tous les cas d'ophtalmie purulente et contraintes, de réclamer immédiatement les soins d'un médecin pour atteindre le but qu'on se propose, à l'encontre duquel on irait certainement si on les chargeait d'appliquer un traitement qui, simple, serait inefficace, compliqué, deviendrait, par le fait d'une application maladroite, aussi dangereux que la maladie elle-même.

*
* *

L'ophtalmie purulente des nouveau-nés est contagieuse d'enfant à enfant et d'enfants à adulte. Les intéressés doivent être prévenus de cela et être instruits des mesures sur lesquelles j'ai insisté dans le but d'éviter la dissémination du mal. Le médecin lui-même n'est pas à l'abri de la contagion qu'il peut propager, qu'il ne l'oublie pas, et prendra soin de désinfecter ses mains et ses instruments avant et après les pansements.

Un moyen de contagion assez fréquent est celui-ci : quand on écarte un peu brusquement les paupières d'un malade, il peut arriver que quelques gouttes ou un jet de pus vienne atteindre l'œil du médecin ou de l'assistant. On a proposé, pour éviter cela, d'interposer une plaque de verre entre le visage du malade et celui de l'opérateur, ou bien d'employer de grosses lunettes; mais, je crois qu'avec des précautions, en détournant un peu la tête, et surtout en écartant doucement les paupières préalablement lavées, on peut se mettre facilement à l'abri de cet accident.

En observant bien les précautions indiquées pour éviter la contagion et la dissémination de la blennorhée des nouveau-nés, on n'aura pas à craindre la propagation de l'ophtalmie purulente des adultes d'individu à individu, dans la pratique privée ou dans les services hospitaliers.

On sait qu'une des causes fréquentes de la conjonctivite des adultes est le transport du pus blennorragique de l'urètre à la conjonctive; il faudra donc avertir les malades atteints de chaudepisse de ne pas porter aux yeux et même au visage leurs doigts souillés, de brûler soigneusement les linges qui leur ont servi à nettoyer ou à envelopper la verge, ainsi que tout objet suspect, et de faire une désinfection complète des mains après chaque attouchement dangereux.

Des précautions analogues doivent être imposées aux petites filles ou aux femmes atteintes de vulvo-vaginite chez lesquelles le traitement de l'affection vaginale doit être rigoureusement poursuivi.

Les médecins ne négligeront jamais d'avertir les blennorragiques des dangers qu'ils peuvent faire courir à leurs femmes et à leurs enfants futurs, s'ils ont des rapports conjugaux avant complète guérison de la chaudepisse.

Lorsque la maladie a éclaté, les secours médicaux doivent être rapides et énergiques, les patients ne doivent pas perdre de temps pour se faire soigner. Si un seul œil est atteint, l'autre doit être protégé immédiatement par un pansement occlusif, ou mieux par un verre enchâssé dans un emplâtre adhésif, afin de permettre la surveillance de l'organe sain.

A. Trousseau
Médecin de la clinique des Quinze-Vingt.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

14 Mars 1902.

Malformation des organes génitaux; hermaphrodite vrai. — *MM. André Petit et Laignel-Lavastine* présentent un individu de vingt-trois ans, qui, inscrit d'abord sur les registres de l'état civil comme fille, a été plus tard inscrit comme appartenant au sexe masculin. Ses organes génitaux sont composés d'une verge de 4 centimètres de long, d'un rudiment de vulve, de deux replis simulant les grandes lèvres. Au-dessus du pubis la palpation permet de constater deux glandes génitales, ovaires ou testicules. L'aspect est infantile, les seins sont développés.

Tous les mois se fait un écoulement sanguin comparable à des menstrues; enfin cet individu éprouve très manifestement l'appétit du sexe féminin. Bref, il existe, chez cet individu, des rudiments des organes génitaux des deux sexes, sans prédominance d'un sexe sur l'autre.

La goutte aiguë de la gorge. — *MM. Lermoyez et G. Gasne.* La désagrégation progressive de la médecine en spécialités a, parmi d'autres, cette conséquence qu'une même affection peut être comprise et traitée à des points de vue absolument différents, suivant la branche de l'art de guérir où on se place pour la considérer.

Ainsi, tandis que les médecins généraux ont une naturelle tendance à faire intervenir l'arthritisme et la goutte dans la pathologie des inflammations de la gorge, exagération commode qui dispense d'un diagnostic sérieux, les laryngologistes, au contraire, sont disposés à nier l'influence de l'uricémie sur le pharynx, et refusent d'y voir la goutte, chose trop abstraite pour se montrer en leur miroir. Or, il est certain que la plupart des pharyngites dites goutteuses ne sont que de banales lésions d'ordre local, pour lesquelles il est plus aisé d'invoquer au hasard l'arthritisme que de mettre en œuvre une technique délicate. Et, cependant, il est des cas où l'influence de la goutte est évidente : tel le suivant.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, n'ayant jamais eu de goutte, et qui est pris brusquement, une nuit, d'une violente douleur de gorge, avec fièvre intense. Le pharynx montre un gonflement diffus, rouge sombre. Peu à peu, les phénomènes locaux s'accentuent, au point que la déglutition devient impossible. Au huitième jour, l'aspect local est celui d'un phlegmon péri-amygdalien gauche, à ce point qu'une intervention chirurgicale est proposée, d'ailleurs refusée par le malade. Le lendemain, au réveil, coup de théâtre : le mal de gorge a tout à fait disparu, sans qu'il y ait eu aucune expectoration de sang ou de pus. Le pharynx a presque repris son aspect normal. Mais, en même temps, apparaît au gros orteil gauche, un accès typique de goutte.

Les cas de ce genre sont très rares. Cinq ou six faits de ce genre ont été publiés. L'alternance des troubles pharyngés avec les fluxions articulaires des orteils permet d'affirmer alors la nature goutteuse de l'angine.

Donc, en regard des angines aiguës quelconques survenant chez les goutteux, il y a lieu de placer les angines aiguës goutteuses vraies, type rare, mais réel, et qui pourrait se reconnaître, dans la seconde moitié de la vie, aux caractères suivants : 1° début brutal et évolution aiguë; 2° fièvre vive, avec atteinte profonde portée d'emblée à l'état général; 3° douleur locale excessivement intense; 4° diffusion des lésions qui envahissent tout le pharynx et dépassent souvent ses frontières; 5° caractère exclusivement fluxionnaire des lésions; 6° absence d'exsudat; 7° intégrité des ganglions.

En pareil cas, il est bon de se rappeler, si l'angoisse pharyngée devient intolérable, que le colchique, administré à point, peut amener un réel soulagement, et peut-être même entraver les préparatifs d'une trachéotomie qui plus d'une fois a paru imminente.

Paralysie spinale antérieure aiguë ou polynévrite avec paralysie faciale. — *MM. Londe et Phulpin* présentent deux malades du service de M. Roques : une jeune fille de seize ans et un homme de quarante-neuf ans, atteints, à la suite d'une grippe, d'une paralysie qui a porté sur les quatre membres, particulièrement sur les membres inférieurs, en même temps que sur tout le côté gauche de la face et sur le moteur oculaire externe du même côté. Ils attribuent la maladie à une altération du neurone moteur périphérique dans son ensemble, rapprochant leur cas de ceux de MM. Brissaud, Rendu, Parmentier, Le Gendre. Ils rangent ces faits dans le groupe de la poliomyélite antérieure, tout en faisant remarquer que le terme de poliomyélite est incomplet, car il y a participation des nerfs au processus morbide.

Ascite lactescente et cirrhose atrophique. — *M. Souques.* — Un homme de soixante et un ans, alcoolique, entre à l'hôpital avec les signes classiques de la cirrhose de Laënnec. Deux ponctions abdominales, pratiquées à peu de temps l'une de l'autre, ramènent respectivement 13 et 15 litres de liquide lactescent.

A l'autopsie, le péritoine contenant encore 10 litres d'ascite lactescente est lisse, brillant, tout à fait normal. Les ganglions du mésentère ne sont pas augmentés de volume. Les chylifères mésentériques ne sont pas dilatés, et il est impossible d'y découvrir une perforation quelconque. Cependant la citerne de Pecquet est remplacée par une poche remplie de sang coagulé. Un stylet introduit dans le canal thoracique aboutit à l'intérieur de cette poche. Le foie est atrophié, dur à la coupe, jaune chamois, semé de granulations.

Le liquide ascitique est franchement lactescent, inodore, homogène et stable. Sa lactescence n'est pas modifiée par la centrifugation. Il s'éclaircit incomplètement par le liquide d'Adam. Au microscope, on y rencontre des granulations et des vésicules graisseuses d'une part, et, d'autre part, 12.000 leucocytes mononucléaires, lymphocytiques, par millimètre cube. L'examen chimique y montre entre autres choses 3 gr. 20 de graisse par litre et de la nucléo-albumine.

L'association de l'ascite lactescente à la cirrhose atrophique n'est pas fortuite. Peut-on incriminer l'obstacle au cours du chyle? Les méthodes anatomo-clinique et expérimentale ne semblent pas en rapport avec cette théorie. On ne peut pas incriminer l'existence d'une péritonite qui fait défaut. Pour expliquer les choses il faut admettre la théorie séduisante proposée par M. Jousset : une radiculite des chylifères intestinaux qui favorise la diapédèse des leucocytes dans le péritoine. Là, les leucocytes subissent la clasmatose et la leucytose. La graisse, mise en liberté, forme une émulsion, cause de la lactescence. Celle-ci peut d'ailleurs être également produite par la présence de la nucléo-albumine.

Ascite lactescente dans une cirrhose atrophique. — *MM. Achard et Laubry* rapportent un cas d'as-

cite lactescente développée dans le cours d'une cirrhose atrophique. Comme elle menaçait de s'ouvrir à l'ombilic, on dut faire huit ponctions en trois mois. Le liquide était d'abord limpide, puis il devint opalescent, et enfin franchement lactescent.

Il contenait les globules qui ont été étudiés par M. Jousset ainsi que des leucocytes mononucléaires et des lymphocytes. L'analyse chimique a montré que la lactescence était due en partie à des matières grasses, en partie à des albumines. Parmi les albumines qui furent rencontrées, les nucléo-albumines donnaient une solution très opalescente.

Au cours de la maladie s'était produite une légère poussée inflammatoire dans la plèvre droite : un peu de liquide pleural put être extrait; il était opalescent, mais moins que le liquide ascitique, et contenait quelques lymphocytes et polynucléaires.

Il est vraisemblable que l'opalescence était due à la transsudation, à travers les voies lymphatiques du diaphragme, d'une petite quantité de liquide ascitique.

Le sérum sanguin était, au contraire, dépourvu d'opalescence, ce qui s'explique, car le passage des particules produisant l'opalescence est plus difficile dans le système sanguin qu'à travers les lymphatiques diaphragmatiques.

Enfin, le sérum était fortement agglutinant à l'égard des globules rouges de sujets sains, alors que le liquide ascitique était dépourvu de cette propriété.

Pelade et troubles dentaires. — *M. Jacquet* présente deux peladiques chez lesquels des troubles dentaires précèdent manifestement l'apparition de la pelade.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

20 Mars 1902.

Statistique personnelle de 100 cas d'avortement — *M. Blondel*. Cette statistique, qui porte sur douze années, se présente avec 0 pour 100 de mortalité. Cependant, dans le nombre, il y avait des cas fort graves avec signes d'infection généralisée et péritonite commençante. Ces cas graves, au nombre de 30, comprennent entre autres 6 cas d'hémorragie profuse, 19 cas d'inflammation propagée aux annexes; 5 fois il y eut phlegmon, terminé 4 fois par intervention vaginale, 1 fois par évacuation spontanée dans le rectum; 3 fois il s'établit de la salpingo-ovarite chronique, dont 2 cas guérirent par le traitement médical, et 1 par une salpingectomie abdominale.

Le traitement a consisté systématiquement dans le curettage, après curage, à l'ongle, s'il existe des débris volumineux dans l'utérus; écouvillonnage à la glycérine créosotée au 1/3, injection de teinture d'iode et drainage à la gaze imbibée de glycérine ichtyolée au 1/10; le pansement est renouvelé tous les deux jours et est l'occasion d'une large irrigation utérine au sublimé.

Au point de vue clinique, ces 100 cas se décomposent en 8 avortements embryonnaires, tous au troisième mois, et 92 avortements fœtaux (59 au quatrième mois, 28 au cinquième et 2 au sixième.) Le maximum a été de beaucoup entre la treizième et la dix-septième semaine. 8 fois, quand l'auteur a été appelé, l'avortement était menaçant ou en voie d'accomplissement; 80 fois le fœtus était déjà expulsé; 60 fois le placenta l'était également; 20 fois il était encore dans l'utérus en totalité ou en grande partie.

Au point de vue étiologique, 8 cas étaient dus manifestement à la syphilis; dans 5 autres, elle était très probable : 1 cas était dû à un traumatisme (accident de voiture); 1 au paludisme, 1 à la tuberculose. 52 fois l'avortement était dû à des manœuvres avouées; 26 fois celles-ci étaient niées, mais très probables (infection). 11 fois la cause était inconnue. 1 fois l'avortement fut accidentel et dû à une erreur de diagnostic.

M. Blondel conclut en disant que dès qu'une intervention criminelle est suspectée, il ne faut pas hésiter à pratiquer la désinfection préventive de l'utérus, même en l'absence de signes d'infection déclarée, par le curettage, l'écouvillonnage et le drainage antiseptique. Dans la pratique de l'hôpital, trop de femmes succombent à l'infection en pareil cas, parce qu'elles se présentent trop tard pour que cette désinfection puisse être faite en temps utile. Mieux vaut un nettoyage *de luxe*, toujours inoffensif quand il est pratiqué convenablement, qu'un curage trop tardif, car le moment est vite venu où ni le curage ni même l'hystérectomie totale ne peuvent enrayer les accidents de septicémie.

Suite de la discussion sur le traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie abdominale. — *M. Picqué*. A propos d'une pièce très intéressante, provenant d'une femme atteinte de septicémie puerpérale à la suite d'avortement, l'auteur insiste sur la nécessité où on se trouve de séparer les cas où l'utérus est seul en cause de ceux où il y a des lésions annexielles.

Dans un cas, chez une femme morte sept jours après une basiotripsie, on trouva, à l'autopsie, une poche contenant un verre à liqueur de pus, et correspondant à la cavité du col, à laquelle elle était reliée par un trajet; cet abcès unique occupait le bord droit de l'utérus; il n'y avait pas de débris placentaires dans la cavité utérine.

Il est donc probable que, dans ce cas, une opération hâtive eut eu une heureuse influence sur la marche de l'infection.

Mais ces abcès sont exceptionnels. Malgré cela, il faut y penser après un échec du curettage, quand les annexes ne sont pas touchées.

Quand la localisation n'existe plus dans l'utérus, c'est à dire que l'infection a franchi les limites de l'utérus, l'hystérectomie peut être encore quelquefois tentée avec espoir, quoiqu'on ait prétendu le contraire.

Cependant, quand il y a péritonite généralisée, il est évident que cette intervention est illusoire.

M. Picqué insiste sur la nécessité d'établir d'abord le traitement local, dans tous les cas d'infection, en répétant même l'écouvillonage.

M. Tissier. On a prétendu qu'il était possible de reconnaître les abcès pariétaux de l'utérus; en réalité, c'est très difficile; tous les signes cliniques qu'on a donnés sont de la fantaisie.

Bien plus, si on opère après avoir reconnu l'existence d'un abcès, l'intervention est forcément inutile, car elle est trop tardive.

M. Boissard se rallie à l'opinion de M. Tissier et ne croit pas que l'hystérectomie soit une ressource nouvelle dans les infections récentes.

Doit-on, en effet, faire l'hystérectomie après deux curettages sans résultat?

Evidemment non, puisqu'on a vu des guérisons survenir après 3 ou 4 curettages.

Contribution à l'étude des formes anormales de l'utérus au début de la grossesse. — *M. Bar* vient d'observer un fait qui prouve d'une façon certaine que l'œuf peut se greffer dans une corne utérine, en donnant lieu à une erreur fréquente de diagnostic : celui de croire à une grossesse extra-utérine.

Il s'agit d'une femme chez laquelle les annexes droites avaient été enlevés, et chez laquelle, un mois après le début d'une grossesse, on constata la présence, dans l'abdomen, d'une masse molle, très élevée, presque complètement séparée du corps utérin, qui restait dur; on sentait un petit sinus entre cette masse et l'utérus.

Les mêmes signes persistèrent pendant un mois; puis, vers le troisième mois de la grossesse, tout se modifia : le globe utérin se constitua normalement, la masse secondaire ayant disparu.

Enclavement dans un œuf d'un fibrome utérin qui était relié au placenta par un pédicule. — *M. Boissard*. — Il s'agit d'un cas dans lequel furent expulsés ensemble un placenta et un fibrome du volume d'un œuf de poule, relié au bord placentaire par un mince pédicule.

Cette pièce est intéressante, d'abord en raison de sa rareté, ensuite en ce fait que la rétention de ce fibrome eût été très facile, et qu'on aurait pu ainsi avoir de l'infection, sans que ce soit en rien la faute de la personne ayant fait l'accouchement.

L. BOURCHACOURT.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

21 Mars 1902.

Microtome à congélation. — *M. Weinberg* présente, au nom de M. Asschoff de Gœttinguen, des coupes obtenues par le microtome à congélation, soit immédiate, soit après fixation au formol pendant trois heures. Cet appareil fonctionne sous l'action de l'acide carbonique liquide; il peut également être utilisé pour la paraffine.

Kyste de la petite lèvre. — *M. Morestin* montre une petite tumeur kystique, du volume d'un petit œuf, à contenu rougeâtre et filant, qui occupait la face externe de la petite lèvre.

Cancer de la verge chez le chien. — *M. Petit* (d'Alfort) apporte une tumeur bourgeonnante de la verge et du fourreau, observée chez un chien. Il s'agit de cancer, sans globes épidermiques.

Fibrome utérin enclavé. — *M. Mauclaire* montre une pièce enlevée par hystérectomie abdominale. Il s'agit d'un fibrome enclavé dans le bassin, et qui fut enlevé après section médiane de l'utérus.

Anurie calculeuse. — *MM. Chifoliau et Loubet* présentent les pièces provenant d'un malade opéré dans le service de M. Tuffier pour une anurie calculeuse d'allure symptomatique anormale.

A l'autopsie, du côté droit, le rein a été trouvé hydronéphrotique, l'uretère irrégulièrement distendu et oblitéré à sa partie terminale par un calcul.

A gauche, le rein est presque sain; l'uretère, peu altéré, contient près de la vessie un calcul gros comme un pois.

Kyste thyro-hyoïdien. — *M. Chevassu* présente un kyste thyro-hyoïdien mucoïde, à revêtement épithélial cilié, du volume d'une petite amande; il était situé sur la face antérieure de la membrane thyro-hyoïdienne, entièrement à droite de la ligne médiane. Il ne présentait avec l'os hyoïde aucune connexion; il passait à sa face postérieure et se terminait par un pédicule profond vers la face antérieure de l'épiglotte.

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

22 Mars 1902.

Sur la spécificité des sérums précipitants. — *MM. Linossier et G. H. Lemoine*. Il est important de savoir si les sérums précipitants agissent indifféremment sur les diverses albumines d'un même animal ou sur une seule albumine en particulier. Wolf a cru prouver par l'expérience que, dans le sérum sanguin, la globuline seule est précipitée par le sérum précipitant et seule est capable, quand elle est injectée dans le péritoine d'un lapin, de provoquer le développement d'une précipitine. La sérine ni ne serait précipitée, ni ne provoquerait la formation d'un sérum actif. Nos expériences prouvent que cette notion est inexacte. La sérine agit comme la globuline, mais avec beaucoup moins d'activité. Le sérum actif développé sous l'influence des injections de sérine précipite mieux la globuline que la sérine. Les sérums précipitants ne caractérisent donc d'un manière spécifique ni une forme chimique d'albumine, ni les albumines d'une espèce animale déterminée, ainsi que nous l'avons montré dans une note précédente. Là où l'on a cru voir une action spécifique il n'y a qu'une action particulièrement intense.

Courbe d'élimination des phosphates dans la pneumonie et la fièvre typhoïde. — *M. F.-X. Gouraud*. L'élimination des phosphates dans ces deux maladies cycliques subit à peu près les mêmes variations; elles sont seulement beaucoup plus accentuées dans la fièvre typhoïde.

Pendant la période fébrile, il y a diminution du taux des phosphates, diminution qui porte surtout sur les phosphates terreux. Le rapport des phosphates terreux au phosphate total se trouve constamment abaissé, et de 30 pour 100 tombe à 20 et même à 10 pour 100.

Après la défervescence, il y a une crise phosphaturique; chez un typhique convalescent nous avons observé 13 grammes d'élimination de phosphate dans les vingt-quatre heures.

Contribution à l'étude de l'immunité vaccinale. — *M. Rehns*. Comme l'ont montré Calmette et Guérin, l'on peut facilement déterminer l'éruption vaccinale chez le lapin par simple badigeonnage de la peau rasée avec de la pulpe. Le même procédé réussit chez le cobaye. L'auteur s'est assuré que la vaccine prend également sur le rat blanc. Si l'on cherche des propriétés immunisantes préventives ou empêchantes dans le sérum des lapins vaccinés au cours de l'immunité, à l'égard d'autres lapins, de cobayes ou de rats blancs, on ne les trouve à aucune époque, non plus qu'une action virulicide *in vitro*.

Mêmes résultats négatifs quant à l'établissement d'une immunité active par injection préalable de virus varioleux, d'une immunité passive par incorporation de sérum de convalescents de variole. La réceptivité des animaux de laboratoire pour la variole semble nulle; l'immunité vaccinale paraît n'être point une immunité humorale, mais une propriété des tissus.

L'influence de l'anticytase sur le sort des animaux qui reçoivent des hémolysines spécifiques. — *M. C. Levaditi.* Lorsqu'on injecte dans le péritoine du cobaye une quantité donnée de sérum hémolytique pour les hématies du cobaye, sérum qui a été préalablement inactivé par un chauffage à 55°, on provoque une anémie et une hémoglobinurie prononcées. Les animaux ainsi traités succombent rapidement. Or, il suffit d'injecter à ces cobayes, en même temps que le sérum hémolytique, de l'*anticytase* pour sauver la vie et empêcher l'hémoglobinurie. Cette anticytase, obtenue en administrant à des lapins du sérum de cobaye, n'agit pas, dans l'expérience précitée, en neutralisant la cytase. En effet, le pouvoir cytasique du sérum des animaux ayant reçu de l'anticytase, apprécié vingt-quatre heures après l'injection, n'est pas sensiblement diminué.

De l'influence de la macération intestinale bouillie sur la macération pancréatique. — *M. Larguier des Bancels.* — La macération obtenue avec le pancréas d'un chien à jeun est douée d'un pouvoir protéolytique extrêmement faible. On sait, d'autre part, que l'activité digestive d'une telle macération est considérablement augmentée par l'addition de macération intestinale. Il résulte des expériences de l'auteur qu'elle l'est aussi, quoique moins rapidement, par l'addition de macération intestinale *bouillie*.

Coefficients de viscosité du sérum et du plasma sanguins normaux. — *M. A. Mayer.* A l'état normal, dans une même espèce le coefficient de viscosité du sérum varie très peu. Il oscille autour d'une constante qui est environ, pour le porc : 1,69; mouton, 1,70; bœuf, 1,77; veau, 1,55; cheval, 1,72; chien, 1,56; lapin, 1,43; homme, 1,56.

Au contraire, à l'état physiologique, le plasma total varie considérablement; par exemple, chez le cheval, de 1,58 à 2,29 (plasma contenant 1/10 d'eau distillée et fluorure de sodium à 3 pour 100).

Etudes viscosimétriques sur la coagulation par la chaleur et la précipitation par les sels des albuminoïdes du plasma sanguin. — *M. Mayer.* Les mesures de viscosité permettent d'étudier, en quelque sorte quantitativement, les variations internes des liquides de l'organisme soumis à l'action de la chaleur, des sels neutres, des acides, des alcalis, etc. On obtient, par des mesures en série, des courbes de viscosités intéressantes à considérer.

Sous l'action de la chaleur, agissant à des températures croissantes pendant un temps invariable, la viscosité augmente, et cette action commence avant qu'aucun signe visible (opalescence) n'apparaisse. A une température invariable, une longue durée de l'action de la chaleur a les mêmes effets que l'élévation de température.

Les courbes de viscosité sont profondément influencées par la concentration molécul ire de la liqueur considérée. Dans les liqueurs à forte concentration moléculaire, il devient impossible de différencier, par leurs courbes de viscosité, les albumines des globulines.

Le sens des attitudes. — *M. P. Bonnier* montre l'obscurité de tous les termes qui, en physiologie ont à faire intervenir la notion d'espace, tels que *sens de l'espace, sens musculaire, sens de la position des membres, sens kinesthésique, sens stéréognostique, localisation tactile*, etc., et propose de les réduire tous à une même conception fondamentale, *le sens des attitudes*, sens qui nous définit « le lieu de chaque partie de nous-même ». Ce sens est l'exercice même de la sensibilité sous toutes ses formes et résulte de ce fait que l'appareil sensible est distribué topographiquement, aussi bien dans ses centres qu'à sa périphérie.

A. Sicard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

25 Mars 1902.

La chloroformisation chez les cardiaques. — *M. Riche* annonce que M. Huchard, souffrant, ne peut assister à la séance et prendre la parole ainsi qu'il l'avait espéré.

M. Daremberg, contrairement à l'assertion de M. Poncet, rappelle qu'il a fait de nombreuses chloroformisations chez les animaux, et qu'il n'a jamais eu d'accidents.

Recherche médico-légale de l'origine du sang à l'aide des sérums précipitants. — *MM. G. Linossier et G.-H. Lemoine.* Une tache de sang étant donnée, la détermination de son origine est un des problèmes qui se posent le plus fréquemment en médecine légale, et dont la solution est le plus difficile.

Jusqu'à ces derniers temps, le seul procédé applicable consistait à délayer la tache suspecte dans un liquide approprié, et à mesurer le diamètre des globules restés intacts. Dans la pratique, ce procédé ne permet guère que de distinguer les globules nucléés et elliptiques des oiseaux, des globules discoïdes des mammifères; à la rigueur, dans un cas très favorable, il peut autoriser une distinction entre les globules de l'homme et les globules particulièrement petits comme ceux du chevreau; jamais il ne peut permettre de reconnaître le sang de l'homme du sang de chien ou de lapin.

Aussi les médecins légistes ont-ils accueilli avec intérêt la méthode de distinction proposée par Uhlenluth et fondée sur l'emploi des sérums précipitants de Tchistowitch et Bordet. Ayant étudié, à un tout autre point de vue, ces sérums précipités, nous avons été amenés à faire un certain nombre d'observations intéressantes au point de vue médico-légal.

La plus importante est relative à la spécificité de ces sérums précipitants. Tous les auteurs admettent que, sauf quelques exceptions qui peuvent permettre une confusion entre les sangs d'animaux très voisins, ces sérums sont strictement spécifiques ; que le sérum précipitant du sang humain ne précipite par exemple que le sang humain et le sang de singe, mais ne précipite aucun des autres sangs que l'on pourrait confondre avec lui. C'est sur cette spécificité même qu'est fondé l'emploi des sérums précipitants. Or, il résulte de nos recherches que cette spécificité n'existe pas.

Nous avons établi que le sérum précipitant soi-disant spécifique vis-à-vis du sang humain, par exemple, précipite aussi les sérums de bœuf, de cheval, de chien, de mouton, de porc, de cobaye, de poulet; mais la réaction est incomparablement plus sensible avec le sang humain. Aussi est-il possible d'éviter à l'avenir la cause d'erreur qui résulte de cette non-spécificité, en ne pratiquant la réaction que sur des solutions sanguines étendues. Une solution de sérum au millième, par exemple, nous a paru toujours précipiter par le sérum actif correspondant, et jamais par un autre sérum actif.

A la condition d'être prévenu de la cause d'erreur que nous signalons, la méthode nouvelle peut donc rendre à la médecine légale d'importants services, et permettre des distinctions impossibles avant son emploi. Nous avons étudié, en outre, plusieurs détails de technique relatifs à la préparation des sérums actifs, aux précautions nécessaires pour éviter les causes d'erreur dans leur emploi, aux limites de sensibilité, etc.

Les méfaits de la variolisation. — *M. Hervieux* appelle l'attention de l'Académie sur les méfaits de la variolisation, c'est-à-dire sur la propagation de la variole, sur la mortalité et les épidémies qui en sont la conséquence, sur la permanence du fléau dans presque toutes nos colonies, sur la dépopulation qui en résulte, et souvent sur une atteinte plus ou moins grave portée à la prospérité commerciale.

Un grand nombre de faits recueillis dans les rapports de l'Académie ont témoigné de la réalité des accidents auxquels sont exposés les sujets soumis à la variolisation.

On s'est demandé si l'éruption déterminée par la variolisation n'était pas contagieuse. Sur ce point, nous possédons un nombre considérable de documents qui prouvent que c'est à la variolisation qu'il faut attribuer la plupart des épidémies qui ont sévi sur nos possessions africaines. On ne s'étonne pas de ces faits quand on sait que les indigènes saisissent toutes les occasions qui se présentent de se soumettre à la variolisation.

Etant données toutes les conséquences qu'entraîne ce fléau, M. Hervieux estime qu'il y aurait lieu de prendre pour la variolisation comme pour la variole les mesures que nécessiterait sa suppression.

M. Labbé.

ACADÉMIE DES SCIENCES

24 Mars 1902.

Sur une forme grave d'ostéomyélite polymicrobienne et non suppurative ordinairement. — *M. Lannelongue.* L'ostéomyélite aiguë peut être produite par des microbes différents. Le staphylocoque la détermine le plus souvent et a pour effets ordinaires la suppuration, la nécrose, les abcès ou les hyperostoses des os atteints. Mais, il peut encore exister une forme plus grave du mal qui n'aboutit pas alors à la suppuration, l'organisme se trouvant impuissant à réagir tant est grande l'intoxication.

Dans ces formes, si l'on fait des cultures ensemencées avec du sang extrait de l'os sur le vivant, on trouve deux et parfois trois microbes associés, le staphylocoque et le streptocoque, le staphylocoque et le bacterium coli.

Ces associations microbiennes semblent exalter la virulence de ces agents et deviennent alors une cause d'aggravation de la maladie.

A leur début, les ostéomyélites de cette nature simulent les formes graves du rhumatisme articulaire, du typhus, de la pyohémie. Les marques d'une infection intense sont très accusées et la mort survient promptement.

Dans les neuf cas observés par M. Lannelongue, les os qui ont été atteints sont l'extrémité supérieure du fémur, 4 fois; son extrémité inférieure, 1 fois; l'extrémité inférieure de l'humérus, 1 fois, et 3 fois les os du crâne.

Dans les ostéomyélites de pareille nature, la trépanation très hâtive et large de l'os atteint, constitue la seule ressource. Elle a donné à M. Lannelongue plusieurs succès.

Sur la structure et le mode de multiplication des infusoires flagellés du genre Herpetomonas. — *M. Louis Léger.* Il s'agit de deux infusoires parasites, l'un des nèpes, et le second d'une sorte de moustique : *Anopheles maculipennis*. A l'état adulte, le premier de ces parasites se rapproche des Grégarines, et semble montrer que ces dernières dérivent des Flagellés.

Quant au parasite de *Anopheles maculipennis*, son développement rappelle celui des Trypanosomes. Peut-être joue-t-il un rôle dans l'infection malarienne?

Application aux mammifères de la loi de Mendel. — *M. Cuénot.* Cet auteur a étudié l'influence de l'hérédité dans les croisements de souris grises sauvages et de souris blanches apprivoisées.

Il a vu, conformément à la loi de Mendel qui veut que le caractère prédominant des sujets unis se transmette seul à la descendance, que tous les sujets issus du premier croisement étaient uniformément gris. Mais, en revanche, dans les sujets de la seconde génération, l'on rencontre, dans le cas précité, 15 pour 100 de souris grises et 25 pour 100 de souris blanches.

Recherches expérimentales sur la vie mentale d'un xiphopage. — *MM. N. Vaschide et H. Pieron.* Les auteurs ont eu occasion d'étudier au point de vue de sa mentalité le monstre xiphopage exhibé dernièrement au cirque Barnum et Bailey. De leurs recherches, il résulte que Liao-Toun-Chen et Liao-Sienne-Chen ont chacun une individualité bien marquée. Les deux sujets, en effet, peuvent s'endormir et se réveiller individuellement. Cependant la grande majorité de leurs actes psychiques est dictée par un automatisme psychologique admirablement et préalablement réglé.

En ce qui concerne la psychophysiologie des émotions, chaque sujet les subit indépendamment; Liao-Sienne-Chen est plus émotif que son frère, sa respiration est différente comme fréquence, comme amplitude et comme rythme, sa capacité d'attention est moindre, ses temps de réaction moins rapides, et la mémoire ainsi que les autres facultés psychiques paraissent moins parfaites.

De l'arsenic et du phosphore organique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — *M. A. Mouneyrat.* Cet auteur confirme les résultats annoncés par M. Armand Gautier sur les bons effets de l'emploi de l'arrhénal dans le traitement des tuberculeux, mais à la condition d'associer au méthylarsinate de soude un composé phosphoré facilement assimilable, afin de combattre la phosphaturie que l'arrhénal seul ne peut arrêter.

C'est sous la forme de nucléines que M. Mouneyrat administre dans ce cas le phosphore.

G. Vitoux.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

Vernon. *Le ferment coagulant du pancréas.* (*Journ. of. physiol.*, 1902, 8 mars, XXVII, p. 174.) — On connaissait déjà trois ferments du pancréas,

agissant sur les matières albuminoïdes, sur les graisses, et enfin sur les amylacés. Robert, avait signalé en outre que l'extrait pancréatique possédait une action spéciale sur le lait, présentant une grande analogie avec celle obtenue par le lab-ferment de l'estomac, mais en différant cependant. Le lab-ferment, ou rennet, ou présure, coagule le lait à froid, alors que le suc pancréatique amène simplement une modification de la caséine qui la rend susceptible de se coaguler par la chaleur. Cette coagulation à chaud était désignée sous le nom de réaction de la métacaséine. Mais, tandis que Robert attribuait la transformation de la caséine à l'action du ferment déjà connu sous le nom de trypsine, Dkanait émis des doutes sur cette action de la trypsine. Vernon montre qu'il s'agit d'un quatrième ferment pancréatique, d'une rennine particulière et distincte aussi bien de la trypsine pancréatique que de la rennine gastrique. Etudiant l'activité de différents extraits pancréatiques sur la destruction de la fibrine d'une part, et d'autre part sur l'action coagulante du lait à chaud, il voit qu'il n'y a aucun rapport entre ces deux activités, ce qui devrait être s'il s'agissait des effets d'un même ferment. La rennine pancréatique n'est pas un ferment nettement défini, et on doit admettre qu'il existe dans un extrait une série de produits offrant une activité différente et une résistence variable : c'est la conclusion adoptée déjà pour la trypsine. En effet, si l'on étudie la rapidité de destruction de ces ferments en milieu dilué et à 38°, on voit que la destruction, très rapide dans la première heure, se ralentit sensiblement dans la seconde et surtout dans la troisième. Avec le ferment diastasique cette destruction est proportionnelle aux temps. Il n'y a donc qu'une diastase, mais plusieurs trypsines et rennines de résistance variable.

J.-P. Langlois.

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

H. D. Rolleston. ***Note sur l'albuminurie hypostatique d'origine splénique.*** (*The Lancet*, 1902, 1er Mars, p. 585.) — Chez certains malades dont la rate est considérablement augmentée de volume, le repos au lit ou le décubitus dorsal peuvent être accompagnés par la présence de l'albumine dans les urines, et l'albumine peut disparaître de l'urine lorsque le malade reprend la station verticale. Ce fait fut observé par Rolleston dans un cas de leucémie, et, dans ce cas, on put admettre que, dans le décubitus dorsal, la rate comprimait la veine rénale gauche, gênant le retour du sang veineux du rein et provoquant ainsi l'albuminurie. Il en fut de même dans deux autres cas, l'un de cirrhose hépatique, l'autre d'anémie splénique, avec une rate volumineuse : le séjour au lit provoquait une albuminurie qui disparaissait quand le sujet était resté levé pendant plusieurs heures; l'urine de la nuit était quelquefois exempte d'albumine.

La recherche de cette albuminurie hypostatique (par opposition à l'albuminurie orthostatique) exige la précaution de faire vider complètement la vessie du malade avant de le faire lever, et il faut, au point de vue hospitalier, avoir soin de séparer les urines du jour et de la nuit, si l'on veut s'apercevoir de sa production.

Quoique cette albuminurie soit probablement due à la compression mécanique de la veine rénale gauche par la rate dans le décubitus dorsal, elle est loin d'être constante dans les cas d'hypertrophie de la rate. Elle ressemble à l'albuminurie qui résulte d'engorgements veineux chroniques, par exemple celle des affections mitrales. Elle ne dépend pas de la grosseur de la rate, car elle manque souvent quand la rate est énorme et elle est relativement fréquente quand l'hypertrophie de la rate est modérée. Il est possible que certaines conditions anatomiques (élongation du pédicule de la rate) favorisent cette compression de la veine rénale; on peut encore admettre que l'apparition de l'albuminurie dépend d'une altération de la vitalité du rein, altération trop faible pour produire l'albuminurie à l'état normal, mais la produisant lorsque l'engorgement veineux existe.

L'albuminurie hypostatique est variable : chez le même individu, dont la rate est grosse, elle n'est pas constante quand on l'a trouvée une fois. Elle est le contraire de ce que l'on trouve d'ordinaire dans l'albuminurie cyclique, mais il est possible qu'il y ait quelques cas d'albuminurie cyclique dans lesquels l'albumine paraît lorsque le malade est couché et disparaît quand il est debout; cette hypothèse est rendue plausible par l'observation qu'il y a quelques rapports, dans l'albuminurie cyclique, entre la faiblesse du pouls et l'apparition de l'albumine dans l'urine; en effet, si l'on renforce l'action du cœur par un exercice modéré, l'urine devient plus claire, plus abondante et l'albuminurie disparaît.

L. Tollemer.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Mircoli. ***L'action antitoxique de l'alcool dans la tuberculose*** (*München. med. Wochenschr.*, 1902, 4 Mars, n° 9, p. 353). — Ce travail, fait sous la direction et dans le laboratoire du professeur Maragliano (de Gênes), aboutit à des conclusions qui sont en opposition formelle avec tout ce que nous savons sur l'action de l'alcool dans l'étiologie de la tuberculose. D'après l'auteur, l'alcool, loin d'être nuisible, serait même utile aux tuberculeux et s'opposerait au développement de la tuberculose chez les individus indemnes.

Les expériences sur lesquelles l'auteur s'appuie pour soutenir cette opinion, ont consisté à étudier la quantité de sérum nécessaire pour neutraliser *in vitro* la dose minima mortelle (pour le cobaye) de tuberculine de Maragliano, laquelle tuberculine, comme on sait, est un extrait aqueux de cultures tuberculeuses. Or, en étudiant comparativement le sérum des individus bien portants et le sérum des alcooliques, l'auteur a trouvé que le pouvoir antitoxique du sérum des alcooliques envers la tuberculine de Maragliano est bien plus élevé que celui des individus bien portants. En outre, l'injection de sérum antituberculeux de Maragliano amène une augmentation du pouvoir antitoxique du sérum, augmentation qui est bien plus accentuée chez les alcooliques que chez les non-alcooliques. Toutefois, le pouvoir antitoxique du sérum n'est accentué que chez les alcooliques modérés, c'est-à-dire chez les alcooliques qui ne présentent pas encore de lésions organiques du système nerveux central ou périphérique.

A l'appui de ces données montrant, suivant l'auteur, les effets prophylactiques et curatifs de l'alcool dans la tuberculose, M. Mircoli cite encore ce fait que, parmi les ouvriers du port de Gênes ne buvant pas moins de 3 litres de vin par jour, la tuberculose n'est pas plus fréquente que dans les autres professions.

Comme conclusion pratique, M. Mircoli, d'accord en cela avec le professeur Mariaglano, conseille l'emploi modéré de l'alcool dans le traitement de la tuberculose, emploi qui doit amener une augmentation du pouvoir antitoxique du sang de ces malades.

R. Romme.

OPHTALMOLOGIE

H. C. Mactier. ***L'abus de l'atropine en oculistique*** (*British medical Journal*, 1901, 1er Février, n° 2144, p. 267), — L'auteur recommande de ne se servir de l'atropine qu'avec la plus extrême prudence, surtout chez les malades ayant dépassé trente ans : la prédisposition au glaucome augmente en effet avec l'âge. Dans tous les cas il faut surveiller les effets du médicament, et en arrêter l'emploi dès que se manifeste le moindre symptôme inquiétant. Mais avant tout, il faut établir avec soin le diagnostic différentiel entre le glaucome et l'iritis : on évitera ainsi les complications graves dont l'auteur a deux fois été le témoin.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de trente ans atteinte d'hypermétropie avec astigmatisme : dans le but de dilater la pupille pour faciliter l'examen ophtalmoscopique, un oculiste lui prescrivit des instillations d'atropine (0 gr. 13 pour 30). Au bout de quinze jours, on s'aperçut que la malade avait un glaucome aigu bilatéral. On fit aussitôt une iridectomie à droite; malheureusement une double irido-choroïdite se développa, et la malade refusa toute intervention sur l'œil gauche. Actuellement l'amaurose est presque absolue.

La deuxième observation est celle d'un homme qui depuis dix-huit jours était soumis aux instillations d'atropine pour un état inflammatoire de l'œil droit, état qui d'ailleurs s'aggravait. Lui aussi présentait un glaucome aigu, qui persista malgré le traitement médical ; finalement, on dut pratiquer l'énucléation de l'œil, les douleurs étant devenues intolérables.

De tels résultats sont bien faits pour inspirer aux praticiens la plus extrême circonspection dans l'emploi de l'atropine.

C. Jarvis.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 9 *Mars* 1902, à 1 heure. — M. Savoye : De l'unité des accidents de dentition; MM. Tillaux, Joffroy, Gley, Broca (Aug.). — M. Bourgeois (Paul) : Les tumeurs malignes primitives des fosses nasales; MM. Tillaux, Joffroy, Gley, Broca (Aug.). — M. Bourgeois (Henri) : Contribution à l'étude des abcès otitiques du cervelet: MM. Joffroy, Tillaux, Gley, Broca (Aug.). — M. Vernet : L'assistance aux épileptiques ; MM. Joffroy, Tillaux, Gley, Broca (Aug.).

Jeudi 10 *Mars* 1902, à 1 heure. — M. Tesson : Le cancer primitif du corps utérin; MM. Guyon, Budin, Faure, Potocki. — M. Lecomte : Contribution à l'étude des prostatites chroniques (prostatite latente); MM. Guyon, Budin, Faure, Potocki. — M. Philippe : Epanchements séreux pelvi-péritonéaux au cours des infections utéro-annexielles et post-opératoires; MM. Budin, Guyon, Faure, Potocki. — M. Celos : Sur le diagnostic d'urgence chez l'adulte, des maladies qui se traduisent par le syndrome péritonéo-abdominal; MM. Cornil, Hutinel, Thiroloix, Gouget. — M. Cucherousset : De la forme cérébrospinale de la fièvre typhoïde chez l'enfant; MM. Hutinel, Cornil, Thiroloix, Gouget. — M. Lamouroux : Contribution à l'étude du méningisme; MM. Hutinel, Cornil, Thiroloix, Gouget.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 7 *Avril* 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. Rémy, Sébileau, Rieffel. — 3e (Première partie) (1re série), Oral, Nouveau régime : MM. Kirmisson, Walther, Wallich. — 3e Oral (Première partie) (2e série), Nouveau régime : MM. Delens, Cunéo, Lepage. — 1er Oral : MM. Mauclaire, Poirier, Retterer. — 5e Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Legueu, Gosset. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Jalaguier, Broca (Aug.). — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Gaucher, Teissier.

Mardi 8 *Avril* 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. Berger, Retterer, Thiéry. — 3e (Première partie) (1re série), Oral, Nouveau régime : MM. Le Dentu, Poirier, Demelin. — 3e (Première partie) (2e série), Oral, Nouveau régime : MM. Budin, Rémy, Faure. — 3e (Première partie) (3e série), Oral, Nouveau régime : MM. de Lapersonne, Quénu, Bonnaire. — 1er, Oral, Salle Pasteur : MM. Gley, Launois, Rieffel. — 5e, Chirurgie (Première partie), Charité : MM. Guyon, Marion, Schwartz. — 5e, (Deuxième partie) (1er série), Charité : MM. Dieulafoy, Dupré, Rénon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Gilbert, Charrin, Jeanselme.

Mercredi 9 *Avril* 1902. — Dissection, Ecole pratique : Mauclaire, Poirier, Legueu. — 1er Oral, Nouveau régime : MM. Delens, Sebileau, Rieffel. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, MM. Jalaguier, Walther, Wallich. — 3e Oral (Première partie), (1re série), Nouveau régime : MM. Pinard, Gosset, Cunéo. — 3e Oral (Première partie (2e série), Nouveau régime : MM. Terrier, Lejars, Lepage. — 3e Oral (Première partie) (3e série), Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Kirmisson, Rémy, Potocki. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Charcot : MM. Hayem, Netter, Legry. — 4e, Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Landouzy, Wurtz, Richaud. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Richet : MM. Fournier, Gaucher, Bezançon.

Jeudi 10 *Avril* 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. de Lapersonne, Rémy, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Chantemesse, G. Ballet, Guiart. — 1er, Oral, Salle Velpeau : MM. Schwartz, Marion, Thiéry. — 3e, Oral (Première partie) (1re série), Nouveau régime, Salle Broussais : MM. Berger, Bonnaire, Auvray. — 3e, Oral (Première partie) (2e série), Nouveau régime, Salle Nélaton : MM. Le Dentu, Poirier, Demelin. — 4e, Ancien régime, Salle Thouret : MM. Brouardel, Proust, Vaquez.

Vendredi 11 *Avril* 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. Tillaux, Gosset, Rieffel. — 1er, Oral (1re série), Salle Béclard : MM. Poirier, Gley, Retterer. — 1er, Oral (2e série), Salle Richet : MM. Mauclaire, Reclus, Cunéo. — 1er Oral (3e série) : MM. Rémy, Sébileau, Walther. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime : MM. Landouzy, Gau-

cher, Legry. — 4º, Nouveau régime : MM. Pouchet, Netter, Thoinot. — 5º, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Kirmisson, Delens, Legueu. — 5º, Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Jalaguier, Lejars, Broca (Aug.). — 5º (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Brissaud, Teissier. — 5º, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 12 Avril 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. Le Dentu, Poirier, Rieffel. — 3º (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Renon, Guiart. — 1er Oral, Salle Richet : MM. Quénu, Thiéry, Faure. — 1er, Oral, Salle Charcot : MM. Marion, Rémy, Auvray. — 2º, Salle Thouret : MM. Gley, Retterer, Desgrez. — 3º (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Vulpian : MM. Gilbert, Achard, Launois. — 5º (Deuxième partie) (1re série), Beaujon : MM. G. Ballet, Charrin, Vaquez. — 5º (Deuxième partie) (2e série), Beaujon : MM. Chantemesse, Méry, Thiroloix. — 5º, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Potocki, Demelin.

HOPITAUX ET HOSPICES

Encombrement dans les hôpitaux. — L'encombrement dans les hôpitaux empêche actuellement les admissions urgentes. Aussi, pour faire face aux nécessités du service, M. le Directeur de l'Assistance publique a décidé que l'on délivrerait des *exeat* aux malades dès que leur état permettrait de les transporter à leur domicile, où ils recevront les soins des médecins des bureaux de bienfaisance et un secours d'un franc par jour, pendant un mois. Ce secours extraordinaire pourra être prolongé encore deux mois, sur l'avis du médecin traitant. Ces mesures ne seront prises qu'à l'égard des malades qui pourront chez eux trouver une installation suffisante pour permettre de les soigner.

Les frais de séjour dans les hôpitaux des malades des compagnies d'assurances. — Sur un rapport de M. Houdé, le Conseil municipal de Paris vient d'adopter une délibération invitant l'administration de l'Assistance publique à reviser les prix de journée réclamés aux compagnies d'assurances à la suite des accidents du travail, et à les augmenter dans une proportion de 50 pour 100, soit à 4 fr. 50 pour les journées de médecine et à 7 fr. 50 pour les journées de chirurgie.

Un sanatorium pour les infirmières des hôpitaux. — Dans sa dernière séance, le Conseil municipal, sur la proposition de M. Ramon, a renvoyé à l'examen de la Commission compétente un projet d'installation, dans une des propriétés de l'Assistance publique, d'un sanatorium de cinquante lits, destinés aux infirmières des hôpitaux ayant contracté la tuberculose dans leur service.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Les récompenses suivantes viennent d'être attribuées à divers auteurs de travaux sur le service médical des eaux minérales et sur les épidémies.

Médaille d'or: M. Labat, à Paris.

Rappels de médailles d'or : MM. Philibert, médecin des eaux de Brides et Salins-Moutiers ; Fiessinger, à Oyonnax ; Hébert, à Audierne ; Manouvrier, à Valenciennes ; Pennetier, à Rouen.

Médailles de vermeil : MM. Bordas, Grall, Kermorgant, à Paris.

Rappels de médailles de vermeil : MM. André, à Toulouse ; Boquin, à Autun ; Comb, à Nancy ; Fleury, à Saint-Étienne ; Vergely, à Bordeaux.

Médailles d'argent : MM. Guyénot, à Aix-les-Bains ; Lobit, à Biarritz ; Nicolas, au Mont-Dore ; Berlioz, à Grenoble ; Camboulin, à Port-Saïd (Egypte) ; Frottier, au Havre ; Oberlé, à Saint-Cyr ; Blet, à Arras . Queirel. à Marseille ; Schraf, à Saint-Mandé.

Rappels de médailles d'argent : MM. Barbaud, à Paris ; Censier, à Bagnoles-de-l'Orne ; Chiaïs, à Evian-les-Bains ; Duhoureau, à Cauterets ; Frédet, à Royat ; Bauzon, à Chalon-sur-Saône ; Courtade, à Outarville ; Faidherbe, à Roubaix ; Famechon, à Paris ; Ficatier, à Bar-le-Duc ; Foucault, à Fontainebleau ; Gorez, à Lille ; Hoël, à Reims ; Mantel, à Saint-Omer ; Pujos, à Auch ; Schwartz, à El-Madher.

Médailles de bronze : MM. Berthier, à Amélie-les-Bains ; Carles, à Bordeaux ; Delége, à Vichy ; Leriche, aux Eaux-Bonnes ; Pelon, à Bagnères-de-Luchon ; Sarazin, à la Bourboule ; Bazin, à Mirande ; Beaujolin, à Saint-Symphorien ; Bodin, à Rennes ; Brion, à Meaux ; Brisson, à La Palisse ; Colin, à Quimper ; Desgranges, à Marchenoir ; Dezautière, à La Machine ; Dupuy, à Moissac ; Féa, à Saint-Cyr-au Mont-d'Or ; Koziell, à Oued-Marsa ; De Lamallerée, à Varennes ; Lemarchand, à Aix ; Magé, à Loudun ; Soula, à Pamiers ; Tétau, à Gasté ; Loncq, à Laon.

Rappels de médailles de bronze : MM. Caron, à Dieppe ; Lafforgue, à Tébessa ; Lecoq, à Yvetot ; Marquezy, à Neufchâtel ; Poujol, à Ain-Bessem ; Subercaze, à la Ferté-Alais.

Corps de santé de la marine. — Deux prix consistant en une trousse d'une valeur de 210 francs et en une trousse d'une valeur de 140 francs ont été accordés à MM. Brunet et Le Couteur, médecins auxiliaires de 2e classe, qui ont obtenu les nos 1 et 2 au classement de sortie de l'Ecole principale du service de santé de la marine, à Bordeaux.

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Clarac, médecin principal de 2e classe, est désigné pour remplacer à Madagascar M. Vaysse dans les fonctions de directeur du service de santé de la colonie.

MM. Flandrin, Duville, Sévère, Vivien, Pélissier, Rousseau, médecins-majors de 2e classe, et Arnould, médecins aides-majors de 1re classe, sont désignés pour servir en Indo-Chine.

MM. Laborde, Bousquet, Sadoul, médecins-majors de 2e classe, et Nouaille-Degorce, médecins aides-majors de 1re classe, sont désignés pour servir à la brigade d'occupation de Chine.

MM. Le Strat, Féraud, Jouvenceau et Chaumanet, médecins aides-majors de 1re classe, sont désignés pour servir à la Guyane. M. Emily, médecin aide-major de 2e classe, est désigné pour servir en Crète.

MM. Morel et de Lavigne Sainte-Suzanne, médecins-majors de 2e classe, sont désignés pour servir au Haut-Sénégal et au Moyen Niger.

L'Assistance médicale à Paris. — Sont réinvestis dans leurs fonctions de médecins de l'Assistance médicale, pour une période de trois années, à partir du 1er Janvier 1902, date de l'expiration du temps pour lequel ils ont été institués, les docteurs en médecine actuellement en exercice et dont les noms suivent :

1er arrondissement. — MM. Bonnemaison (Camille), Régnier (Raoul), Boissier (Albert), Richard (Paul), Richard (Ernest).

2º arrondissement. — MM. Pascalis (Gaston), Marx (Maurice).

3º arrondissement. — MM. Archambault (Léon), Rueff (Adolphe), Cahn (Louis), Liandier (Louis), Planet (Abel).

4º arrondissement. — MM. Henozel (Constantin), Guyard (Armand), Garnier (Alfred), Vigouroux (Hilarion), Froger (Adolphe).

5º arrondissement. — MM. Deffaux (Emile), Gervais (Henri), Planès (Augustin).

6º arrondissement. — MM. Pruvost (Pierre-Emile), Guillier (Octave), Manheimer-Gommès (Marcel).

7º arrondissement. — MM. Toledano (Joseph), D'Aurelles de Paladines (Louis).

8º arrondissement. — M. Billon (Paul).

9º arrondissement. — MM. Poupon (Louis), Frasey (Charles), Laskine (Ernest).

10º arrondissement. — MM. Fissiaux (Emile), Piérin (Léon), Rotillon (Eugène), Barbulée (Ernest), Hennoque (Clément), Mathieu (Achille), Hischmann (Camille).

11º arrondissement. — MM. Miquel (Jean), Dubreuil (Cyprien), Montignac (Jean), Colmeau (Jean).

12º arrondissement. — MM. Bloch (Eugène), Gourichon (Louis), Dambax (François), Ballouhey (Jean).

13º arrondissement. — MM. Laurent (Emile), Cazeau (Jacques), Langlois (Marie), Gresset (Jean), Biard (Maurice).

14º arrondissement. — MM. Barbillon (Lucien), Bonne (Henri), Coumetou (Paul), Royer (Pierre), Forestier (Louis), Lapount (Louis).

15º arrondissement. — MM. Destrem (Antoine), Doury (Gabriel), Marieux (Louis), Lagelouze (Edmond), De Pradel (Eugène), Puech (Ignace), Dufour (Henri), Fournioux (Pierre), Chastenet (Paulin).

16º arrondissement. — MM. Dufournier (Léon), Iscovesco (Henri).

17º arrondissement. — MM. Demay (François), Fabre (Antoine), Aubert (Henri), Laffitte (Jean).

18º arrondissement. — MM. Héron de Villefosse (Victor), Journiac (Bernard), Hamaïde (Emile), Gange (Gustave), Collet (André), Darin (Henry).

19º arrondissement. — MM. Laurent (Emile), Lebas (Gaston), Lomier (Eugène), Calton (Georges).

20º arrondissement. — MM. Brauberger (Jules), Brohon (Paul), Kiezelbach (Léon), Delarue (Victor), Dufestel (Louis), Schrœder (Louis), Erlzbischof (Jules), Carl (Paul), Balland (Henri).

Congrès français de médecine : 6º *session. Toulouse.* — Le Congrès s'ouvrira à Toulouse le mardi 1er Avril et durera jusqu'au 6 Avril inclusivement.

Nous rappelons que trois questions importantes ont été mises à l'ordre du jour et ont fait l'objet de rapports : 1º *Insuffisance hépatique*, MM. Charrin et Ducamp rapporteurs ; 2º *Les convulsions chez l'enfant*, MM. Moussous et d'Espine, rapporteurs ; 3º *Les médicaments d'épargne*, MM. Soulier et Henrijean, rapporteurs.

La séance d'ouverture aura lieu dans l'hôtel historique d'Assézat et de Clémence Isaure. Le Congrès sera reçu par la municipalité dans la belle salle des fêtes du Capitol. Un banquet par souscription, suivi d'une réception, puis une réception universitaire compléteront les fêtes de ce Congrès.

Le samedi 5 Mars, les Congressistes se dirigeront vers les Pyrénées-Orientales pour visiter le Boulou, Amélie-les-Bains, Port-Vendres, Banyuls et son sanatorium. Cette excursion finale ne sera pas le moindre attrait du Congrès qui a réuni nombre d'adhérents.

La *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* a, en outre, pris la résolution de tenir les 2 et 3 Avril sa séance annuelle à Toulouse, en raison même de la réunion dans cette ville de nombreux médecins.

Société obstétricale de France. — La Société obstétricale de France tiendra sa IXe session dans le grand amphithéâtre de la Faculté les jeudi 3, vendredi 4, et samedi 5 Avril 1902. Séances du matin à 9 h. 1/2 ; séances du soir à 2 heures.

CONCOURS

Internat. — Séance du 21 Mars. — *Articulation temporo-maxillaire. Luxation du maxillaire inférieur.* — MM. Vicq, 10 ; Lemaire (Henry), 13 ; Mlle Maugeret, 15 ; Teisseire, 11 ; Gaudemet, 16 ; Pathault 11 ; Omiécinsky, 12 ; Français (Henri), 14 ; Nathan, 11 1/2. — *Absents* : MM. Devé, Gratiot.

Séance du 22 Mars. — *Epididyme. Diagnostic de la tuberculose du testicule.* — MM. Delion, 8 ; Gravelotte ; Chaix, 9 ; Chastagnol, 11 ; Bouchot, 14 ; Juquelier, 14 ; Rivet, 10 ; Cerise, 12. — *Absents* : M. Lutaud.

Prix des hôpitaux et hospices (Internat en pharmacie). — Le concours annuel pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le lundi 9 Juin 1902, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, nº 3.

MM. les internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours, sous peine d'être considérés comme démissionnaires et, comme tels, d'être privés du droit de continuer leur service dans les hôpitaux.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures, du lundi 12 Mai au samedi 24 du même mois inclusivement.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

APPELS A LA SOLIDARITÉ

Les idées d'association ont toujours été en honneur dans ce journal. Chaque fois que l'occasion s'en est présentée, nous nous sommes efforcé de démontrer aux médecins tout l'intérêt qu'il y a pour eux à baser leur conduite sur les principes de la Solidarité s'ils veulent occuper dans la société actuelle la situation matérielle et morale à laquelle ils ont droit.

C'est en me plaçant à ce point de vue que j'attirerai tout particulièrement aujourd'hui l'attention sur la circulaire que vient d'adresser à *tous les médecins* le Conseil général de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

A la veille de l'assemblée générale annuelle qui se tiendra les 6 et 7 Avril prochain à Paris, le Conseil général a tenu à montrer, à côté des services déjà rendus par l'Association, ceux, beaucoup plus grands, qu'elle est appelée à rendre dans l'avenir. Il a chargé de cet exposé son secrétaire général, M. L. Lereboullet, si dévoué à toutes les œuvres professionnelles et ayant toute la compétence voulue pour indiquer aux praticiens l'orientation nouvelle que l'Association a prise depuis sa transformation en vertu de la loi du 1er Avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels.

Fondée le 31 Août 1858, l'Association générale n'était et ne pouvait être autre chose, de par ses statuts et de par les lois existantes, qu'une société d'assistance par la bienfaisance. Aussi bien, lorsque les idées nouvelles d'assistance par la mutualité commencèrent à se développer, surtout depuis une vingtaine d'années, l'Association fut-elle l'objet de nombreuses critiques; beaucoup de ses membres lui reprochaient de rester en arrière, de ne pas suivre le mouvement mutualiste qui s'accentuait de toutes parts.

Cependant, du fait même des prescriptions légales, il ne pouvait en être autrement, et il fallut la loi nouvelle d'Avril 1898 pour que l'association soit mise à même d'étendre son champ d'action. Cette loi était applicable deux ans après sa promulgation donc en 1900; le Conseil général de l'Association, sous la présidence de M. Lannelongue, se mit immédiatement à l'œuvre, et, dès le 13 Février 1900, les nouveaux statuts étaient approuvés par le Ministre de l'Intérieur.

Dès lors, l'Association devenait Société de prévoyance et de secours mutuels approuvée, avec tous les droits que donne cette approbation. Elle en profita bientôt pour s'adjoindre ou mieux pour s'affilier deux institutions déjà existantes : la Caisse des pensions de retraite du corps médical français et l'Association amicale des médecins français pour l'indemnité-maladie. Et c'est ainsi que d'œuvre d'assistance, elle devint en outre œuvre de prévoyance. La circulaire adressée aujourd'hui à tous les médecins par le Conseil général a justement pour but de leur faire bien comprendre tout l'intérêt qu'il y aurait pour eux à entrer dans une association où tout est prévu pour aider et secourir ceux qui en font partie dans les circonstances pénibles de leur vie.

* * *

Dans l'Association générale, il faut donc envisager aujourd'hui l'œuvre ancienne d'assistance, l'œuvre nouvelle de prévoyance, se complétant l'une l'autre.

Pour critiquée qu'elle ait été par quelques-uns depuis sa fondation jusqu'à sa transformation, l'Association générale n'en a pas moins fait de belles choses.

Son capital s'élève aujourd'hui à 2.500.000 francs environ. Au cours des dix dernières années, elle n'a pas attribué à ses membres, sous forme de pensions, de secours, de subventions aux sociétés locales, de frais de procédure, moins de 120.000 francs par an.

Ces divers services continueront à fonctionner comme par le passé : pensions viagères d'assistance au taux de 800 à 1.000 francs par an, allocations aux veuves et aux orphelins, subventions aux sociétés locales seront distribuées suivant les statuts de l'Association. Les médecins trouveront toujours même conseil et même appui pour la défense de leurs intérêts professionnels dans toutes contestations pouvant s'élever entre eux ou leurs clients. Enfin, la Caisse des veuves et des orphelins pourra dorénavant participer aux frais d'études des orphelins de sociétaires.

Tout membre de l'Association depuis quinze ans, qui aura versé régulièrement sa cotisation statutaire de 12 francs aura droit à tous ces services d'assistance; il conservera ces droits, et M. Lereboullet insiste sur ce point, alors même qu'il serait participant aux caisses de prévoyance.

Ces deux caisses, caisse de retraites, caisse d'indemnité-maladie, constituent l'œuvre nouvelle de l'Association.

Je rappelle que, en cas de maladie, pour toucher 10 francs par jour pendant soixante jours, puis 100 francs par mois pendant tout le temps d'invalidité, tout membre associé doit payer annuellement, suivant son âge, de 25 à 118 francs.

Pour avoir droit à l'âge de soixante ans à une pension de retraite de 1.200 francs, il doit verser chaque année une cotisation de 96 francs à 769 francs; cette pension de retraite peut d'ailleurs être réduite de moitié ou portée au double, à la volonté des assurés, suivant qu'ils paieront la moitié ou le double de la prime.

Mais pour que caisses de prévoyance et caisses d'assistance prospèrent, il est nécessaire que le plus grand nombre de confrères possible participent à l'Association; le nombre des adhérents ne manquera pas d'augmenter en raison des services que peut leur rendre l'Association, services que l'on n'aura plus seulement le devoir de leur rendre, mais auxquels ils auront droit.

* * *

Pour l'Association générale, je viens de faire appel à tous les médecins de France; je renouvelle ce même appel auprès d'un groupe considérable de ces médecins, les internes et anciens internes des Hôpitaux, qui ne manqueront pas de porter toute leur attention sur le manifeste qui leur est adressé par quelques-uns de leurs jeunes collègues, et qu'ils liront à la suite de cet article.

Le corps de l'Internat constitue à lui seul la plus grande partie peut-être de ce que l'on pourrait appeler l'état-major médical; noblesse oblige : il se doit à lui-même de donner l'exemple dans le grand mouvement qui se fait vers l'Association.

E. De Lavarenne.

L'ASSOCIATION DES INTERNES

Ce qu'elle peut être. — Ce qu'elle doit être.

M. De Lavarenne, dans un article des plus intéressants publié dans *La Presse Médicale* du 22 Mars dernier, nous montrait tout le profit que l'Association pourra retirer du grand mouvement de solidarité dont le centenaire de l'Internat va être la superbe manifestation. Il importe, en effet, que ce grand effort ne soit pas perdu; de tous côtés surgissent des idées et des bonnes volontés : sachons-en profiter.

Que faut-il pour donner à l'Association des Internes l'envergure qu'elle devrait avoir, étant donnée sa composition? simplement appliquer ses statuts à la lettre, lisez plutôt;

« Art. 1er. — L'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris a pour objet de *resserrer* et de *perpétuer les liens* qui se sont formés entre les internes des hôpitaux, afin qu'ils se prêtent *secours* et *assistance*. Elle a son siège à Paris. »

Comment! voilà une association qui se propose de resserrer, de perpétuer les liens formés entre ses membres, et qui n'a à leur offrir dans ce but qu'un banquet annuel, après lequel on se sépare sans avoir eu le temps de se reconnaître.

Le moyen, le seul, d'arriver à un résultat, c'est de créer un lieu de réunion où, quotidiennement, jeunes et anciens pourront venir échanger des idées, travailler en commun, et pratiquer la plus large fraternité intellectuelle pour le plus grand profit de tous.

Ce que serait ce lieu de réunion vous le devinez : une bibliothèque qui, à peine constituée, se composera d'un nombre imposant de volumes (ils dorment dans des caisses, attendant le rayon qui les recevra).

Nullement antagoniste de la bibliothèque de salle de garde, d'ailleurs, mais destinée seulement à la compléter, à en combler les lacunes fatales, en assurant la conservation des périodiques et des thèses.

L'existence seule d'un tel local le désigne pour la centralisation des renseignements de toutes sortes ayant un intérêt professionnel : remplacements de vacances, gardes, situations en province ou à l'étranger.

* * *

Cette question de la bibliothèque centrale ne date pas d'hier. Sans vouloir remonter au déluge, nous rappellerons qu'elle avait déjà été soulevée en 1894-95 par le regretté Feulard qui dans son rapport avait exprimer l'espoir de voir ce beau projet réalisé « pour notre centenaire de 1902 ». Il y avait même eu à cette époque un avant-projet d'installation dans les locaux de l'Académie de médecine... qui devaient bientôt être rendus vacants!!!

Elle a été l'objet de discussions importantes depuis lors; le 29 Avril 1899 le comité avait provoqué un vote ainsi formulé : Y a-t-il lieu de créer une bibliothèque centrale de l'Internat?

Le résultat du vote a été 200 oui et 117 non. Soit 83 voix en faveur de la nouvelle création.

Dans la discussion qui suivit, M. Gastou prit la parole et se montra ardent défenseur du projet. Ses idées sur ce sujet n'ont pas changé et il est prêt à aller les soutenir au sein du Comité, si nous lui en donnons le mandat.

Plus près de nous, M. Triboulet, médecin des Hôpitaux, publiait dans *La Presse Médicale* du 5 Juin 1901 un article des plus favorables à cette idée, se faisant ainsi l'interprète d'un vœu que lui avait exposé notre collègue Rancurel (de Villemomble). Ce que M. Triboulet pensait à cette époque, il le pense toujours et peut-être avec plus de conviction encore.

L'Association doit *assistance* aux collègues; assistance morale dans les conflits qui peuvent surgir avec l'administration, conflits dont une commission permanente ayant voix consultative auprès du comité assurerait d'une façon rapide et efficace le règlement.

A la création d'une telle commission se rattache étroitement celle d'un conseil judiciaire qui interviendrait dans quelques cas spéciaux : accidents de chloroforme ou d'opérations d'urgence, indépendamment des services précieux qu'une telle collaboration rendrait à l'Association.

L'association doit enfin :

1° Secours à ses membres en exercice, secours matériels en obtenant de l'A. P. qu'elle respecte tous leurs droits, puisqu'elle exige d'eux tous les devoirs; et, parmi ces droits, nous inscrivons en tête le droit au traitement dans des établissements de convalescence comme Hendaye.

2° Secours matériels à tous ses membres, et ici ne pourrait-on étudier un projet de création d'une assurance-maladie genre Lagoguey, mais applicable à tous, qu'ils habitent le département de la Seine ou la province [1].

L'étude de cette dernière question suppose nécessairement l'intervention, à côté du conseil judiciaire, d'un conseil financier, seul capable, croyons-nous, de mener à bien des études aussi spéciales.

* * *

En résumé, nous avons désiré présenter aux intéressés quelques réflexions sur des questions dont beaucoup sont suffisamment mûries pour entrer dans la voie des réalisations pratiques. Pour y réussir, que faut-il? secouer un peu la douce somnolence à laquelle il est si agréable de se laisser aller, et faire entrer au Comité des gens actifs, résolus à faire aboutir de légitimes revendications que tout le monde désire, que personne n'a le courage de vouloir.

Dès maintenant, un mouvement en ce sens est commencé dans les salles de garde; une réunion préparatoire a eu lieu à la Pitié le mardi 11 Mars. Quatre candidats sont désignés aux suffrages de leurs collègues, et, à bref délai, le programme minimum définitif, approuvé et signé par les candidats sera imprimé et distribué à tous les membres de l'Association.

A eux de dire aux prochaines élections du comité si le *statu quo* leur suffit.

Un groupe
de membres de l'Association.

---

1. Dans l'association Lagoguey, on verse 10 fr. par mois, ce qui donne droit à une indemnité de 10 fr. par jour en cas de maladie médicale ou chirurgicale aiguë ou chronique.

CANCERS SIMULTANÉS
ET INDÉPENDANTS DES DEUX LÈVRES

Par H. MORESTIN
Chirurgien des Hôpitaux.

Un caractère très général des tumeurs malignes est de commencer par un foyer unique. De cette lésion initiale dérivent les noyaux qui se développent consécutivement dans des régions voisines ou éloignées, et à une époque plus ou moins tardive : ce sont des déterminations secondaires, des colonies de la tumeur primitive.

Ces migrations se font selon des lois assez précises pour que, dans un grand nombre de cas, on puisse connaître la voie et les diverses étapes qui conduisent à l'empoisonnement de l'organisme, connaissance d'où dérivent des habitudes de médecine opératoire devenues classiques. Si donc, à une période avancée de la plupart des cancers, il est habituel de rencontrer des lésions plus ou moins disséminées, il est facile d'établir que ce sont là des manifestations d'une seule maladie, et qu'en définitive il s'agit du même cancer répété en divers points à distance du lieu d'origine. Mais à côté de ces faits qui sont vulgaires, on rencontre par exception des cas où des tumeurs malignes distinctes, sans aucun lien évident, sans que l'une soit suzeraine de l'autre, évoluent simultanément sur le même organisme. Les deux tumeurs s'ignorent et vivent parallèlement.

Sans vouloir exagérer l'intérêt qui s'attache à cette dualité néoplasique, il est certain qu'à côté d'une importante question de pathologie générale il y a là un enseignement pour la pratique du chirurgien. C'est, est-il besoin de le dire, surtout à ce point de vue plus modeste que je désire me placer.

*
* *

La coïncidence de deux cancers primitifs a été établie d'une façon absolument indiscutable dans quelques cas peu nombreux, les tumeurs observées étant composées de tissus originellement distincts, sans rapport histogénique, et ne pouvant, selon les idées universellement admises à l'heure actuelle, se transformer l'un en l'autre, par exemple d'un côté épithélioma malpighien à type corné, de l'autre cancer glandulaire.

Aux cas que Frænkel a rassemblés dans sa *Thèse* (25 Juillet 1894, Paris), où cette question est clairement exposée, on peut ajouter, sans vouloir d'ailleurs être complet, ceux de Rollet (*Société de chirurgie de Lyon*, 1900, 8 Février), Tixier (*Lyon médical*, 1899), Pottier (*Société anatomique*), Milian (*Société anatomique*). La netteté des constatations microscopiques supprime ici toute discussion ; il n'y a qu'à accepter les faits et à les enregistrer. Aussi la plupart des auteurs, adoptant la manière de voir de Bard (*Archives générales de médecine*, 1892), exigent-ils cette différenciation histologique pour admettre un double processus de cancérisation. C'est le critérium indispensable. Quand il fait défaut, l'observation est sans valeur et ne doit pas être prise en considération. Si sur le même sujet se rencontrent deux tumeurs malignes composées des mêmes éléments, fussent-elles aux deux pôles de l'individu, de même âge apparent, il devient évident que l'une est issue de l'autre. La similitude histologique suffirait pour écarter d'emblée un cas où l'on aurait cru, pour des raisons diverses, devoir considérer deux tumeurs comme indépendantes l'une de l'autre.

Cette rigueur nous paraît excessive. Elle était justifiée à un moment où la question, nouvelle ou tout au moins renouvelée, demandait à être jugée d'après des documents irrécusables. Tant qu'il s'est agi d'établir une notion douteuse encore, reposant sur des impressions cliniques, des examens macroscopiques, ou des données histologiques anciennes et vagues, il a bien fallu se montrer sévère et n'accepter comme authentiques que les faits complètement démontrés, et à l'abri de toute contestation. Mais les preuves se sont accumulées de manière à dissiper toute incertitude, et il n'y a plus lieu de persister dans ce système. En étudiant les cas avec prudence, en tenant compte de tout ce que nous savons de la marche habituelle de certains néoplasmes déterminés, il n'est pas déraisonnable d'admettre que deux cancers de même nature peuvent parfois évoluer parallèlement.

Certes, il ne faut point se hâter de proclamer cette indépendance de deux néoplasmes. Il y a des généralisations anormales, des localisations secondaires dont la bizarrerie est un peu déconcertante, des greffes qui, transportés à distance, reproduisent la tumeur primitive en respectant les parties intermédiaires. Sans doute, tout cela est indéniable ; sans doute, pour juger ces faits, nous manquons d'un critérium, mais enfin, si infirme que l'on suppose la clinique, elle peut fournir parfois des probabilités suffisantes pour contenter quelques esprits simples.

*
* *

Déjà, à la *Société anatomique* (1900, Octobre), j'ai défendu cette opinion, à propos d'un cancer à double foyer de la cavité buccale. Les deux tumeurs semblaient indépendantes l'une de l'autre. L'une occupait la lèvre inférieure, l'autre la face interne de la joue gauche. Chacune paraissait évoluer pour son propre compte, ayant pris naissance aux dépens de plaques différentes de leucoplasie.

Il était impossible de déterminer si l'une avait débuté avant l'autre, et laquelle était l'aînée. L'état de la muqueuse buccale expliquait, dans une certaine mesure, cette double localisation, car elle était le siège d'un processus leucoplasique généralisé, et partout préparée à faire du cancer. Les deux tumeurs furent enlevées largement, et les deux pertes de substance réparées par des autoplasties distinctes. Le pont de tissus qui avait été conservé entre les deux plaies demeura sain ; la tumeur labiale ne reparut point, et la cicatrice qu'avait laissée son excision resta parfaitement souple, exempte de toute trace de repullulation, jusqu'à la mort du sujet, survenue un an après par récidive du cancer génien, récidive qui s'était montrée à la partie la plus reculée de la joue, et qui eut dès lors la marche habituelle du cancer de la face interne de la joue (Morestin, *Le cancer de la joue*. Congrès de 1900). Ainsi, jusqu'au bout les deux tumeurs évoluèrent comme si elles étaient complètement distinctes : celle de la lèvre reste guérie, comme il arrive fréquemment pour le cancer labial ; celle de la joue offre la malignité habituelle aux épithéliomes géniens, et son ablation, pourtant très large, est suivie d'une récidive qui amène la mort.

Que l'on admette ou non la dualité du processus, en dépit de l'identité histologique des deux tumeurs, il n'en est pas moins certain qu'il y a là une situation très particulière, cliniquement rare, et intéressante à un haut degré pour le chirurgien. Au point de vue pratique, celui-ci est bien forcé, en présence d'un cas de ce genre, de voir là deux tumeurs distinctes, indépendantes l'une de l'autre ; — laissant à d'autres le soin de disserter, il est amené à se comporter comme si les deux cancers étaient primitifs.

*
* *

C'est ainsi que j'ai dû comprendre un autre fait plus récent, dans lequel deux tumeurs épithéliales évoluèrent simultanément chez le même malade, l'une à la lèvre supérieure, l'autre à la lèvre inférieure, sans continuité et sans contact l'une avec l'autre. Les deux cancers étaient indépendants, parallèles dans leur marche.

Le sujet de cette observation est un journalier âgé de cinquante et un ans, Aug. P..., entré le 18 Septembre 1901 à l'hôpital Saint-Louis, Isolement, n° 7. Cet homme fait remonter à deux ans le début de sa maladie, mais il paraît à peu près certain qu'il se trompe à cet égard ; il y a sans doute confusion dans son esprit — et c'est une erreur bien excusable — entre les lésions que nous constatons lors de son arrivée dans nos salles et la leucoplasie qui en a précédé et favorisé l'apparition. La bouche est, en effet, le siège d'une leucoplasie générale, couvrant la langue, les joues, les lèvres.

Au sujet de cette altération de la muqueuse buccale, l'interrogatoire ne nous fournit aucune donnée étiologique bien nette. P... est fumeur très modéré. Il n'est nullement alcoolique. Il déclare n'avoir pas eu la syphilis, et rien ne permet de contredire cette affirmation, si l'on considère la nature syphilitique de la leucoplasie comme non démontrée encore. Les plaques sont nombreuses, d'une teinte claire, opaline, sans offrir nulle part d'opacité très grande ni de blancheur éclatante, mais elles présentent une tendance ulcéreuse très prononcée. Ainsi, outre les deux ulcérations principales, on note plusieurs exulcérations, dont deux, assez étendues, occupent le bord gauche de la langue, l'une au voisinage de la pointe, l'autre à la partie moyenne. Elles sont très superficielles, à peine creusées, à bords irréguliers, non surélevés ni indurés, à fond lisse et plat.

Deux plaques ulcérées d'un tout autre aspect s'observent, l'une sur la lèvre supérieure du côté gauche, l'autre sur la moitié droite de la lèvre inférieure. Celle-ci aurait été remarquée en premier lieu par le malade. Il incrimine même une chute sur la bouche, ayant occasionné une petite blessure du bord labial à ce niveau, plaie qui ne se serait point refermée et aurait peu à peu revêtu la forme actuelle. Ce sont là propos de malade, dont il faut tenir, bien entendu, un compte relatif. De cette plaque on aperçoit une partie quand la bouche est fermée. Elle est à cheval sur le bord libre, qu'elle couvre complètement, dépassant en avant les limites de la bordure rouge, pour entamer la peau, descendant en arrière beaucoup plus bas, jusqu'à 1/2 centimètre du cul-de-sac gingivo-labial. Transversalement elle s'étend depuis le voisinage de la commissure jusqu'à 6 ou 7 millimètres de la ligne médiane. L'ulcération repose sur une base très dure, et la lèvre est infiltrée profondément jusque dans l'épaisseur de sa couche musculaire. Un bourrelet ferme et violacé entourait l'ulcère

grand comme une pièce de deux francs; le fond, légèrement déprimé, était couvert de bourgeons inégaux, irréguliers, peu volumineux, couverts de détritus grisâtres dans la partie baignée par la salive, d'une croûte noirâtre dans la partie exposée à l'air, partout saignante au moindre frottement.

Mêmes caractères pour l'autre plaque ulcérée, à cela près qu'elle ne débordait pas à l'extérieur. Elle s'étendait depuis le bord libre, immédiatement en arrière duquel elle commençait, jusqu'au

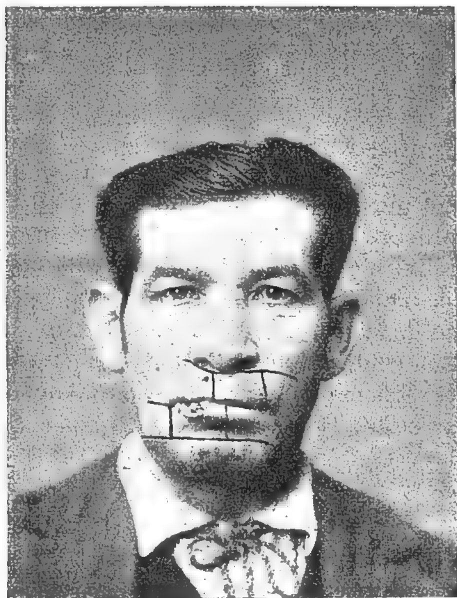


Figure 1.

cul-de-sac gingivo-labial supérieur, et transversalement depuis le voisinage de la ligne médiane jusqu'à 6 ou 7 millimètres de la commissure gauche. Elle offrait ainsi les mêmes dimensions que la plaque inférieure et un aspect très analogue. S'infiltrant jusque dans les muscles et offrant ainsi une épaisseur assez grande, la tumeur soulevait les téguments, formant une légère voussure. De chaque côté, dans la région sous-maxillaire, on notait l'existence d'un ganglion très notablement augmenté de volume, puisque



Figure 4.

facilement perçu à la palpation. Mais, circonstance qui mérite d'être signalée, on relève dans les régions parotidienne et sous-maxillaire gauches de vieilles cicatrices irrégulières, déprimées, tourmentées, vestiges d'adénites suppurées de nature très probablement tuberculeuse, datant de l'enfance et restées silencieuses depuis cette époque.

L'examen des régions carotidiennes est négatif. Rien ailleurs : toutes les fonctions s'exécutent très normalement; l'état général est excellent, le malade ne souffre pas; la gêne qu'il éprouve est réelle, en raison de la rigidité des lèvres, de l'obstacle ainsi créé à l'articulation de certains sons, et à la préhension des aliments.

Le diagnostic n'était que trop certain. Il fut confirmé encore par un examen biopsique pratiqué par M. Herrenschmidt qui, étudiant des parcelles prélevées sur chacune des deux tumeurs, vit qu'il s'agissait, sans aucun doute, d'épithélioma pavimenteux.



Figure 2.

Les deux tumeurs semblaient avoir leur autonomie. Je pris le parti de traiter chacune d'elles comme si elle existait seule, les opérations nécessaires pour l'une et l'autre ne se contrariant point.

Le 23 Septembre 1901, j'intervins de la manière suivante : je fis tout d'abord l'évidement des deux loges sous-maxillaires à l'aide de deux incisions appropriées, tracées à égale distance du bord inférieur de la mâchoire et de l'os hyoïde



Figure 5.

et légèrement courbes, incisions qui furent immédiatement suturées. En second lieu, l'ablation des parties malades fut pratiquée. Chacune des tumeurs fut circonscrite par trois incisions, deux perpendiculaires et la troisième horizontale, de manière à emporter d'une part la moitié gauche de la lèvre supérieure, de l'autre la moitié droite de l'inférieure, ainsi qu'il est indiqué sur la figure 1. Chaque lèvre avait donc subi une perte de substance quadrilatère équivalente à l'une de ses moitiés. Restait à combler cette perte de substance. Pour tailler les lambeaux nécessaires, je traçai horizontalement des incisions prolongeant à droite et à gauche celles qui limitaient en haut et en bas le quadrilatère sacrifié, puis en débridant les deux commissures.

Les figures 1, 2, 3 montrent les lignes d'incision qui aboutirent à la formation de quatre lambeaux, deux destinés à la réfection de la lèvre supérieure, deux pour la lèvre inférieure, lambeaux alternés au point de vue de leurs dimensions. Ainsi, en haut, le lambeau droit était beau-



Figure 3.

coup plus long que le gauche; en bas, c'était le gauche qui était plus considérable et dans la même proportion. La moitié droite de la lèvre supérieure, la moitié gauche de la lèvre inférieure sont ainsi mobilisées en totalité, les incisions ayant coupé transversalement toutes les parties molles jusqu'au vestibule buccal, et répondant assez exactement au sillon gingivo-labial correspondant. L'affrontement fut plus facile pour la lèvre supérieure, les tissus étant un peu plus souples et plus abondants que pour l'infé-



Figure 6.

rieure. Des sutures furent placées sur ces diverses incisions, tant du côté de la peau que du côté de la muqueuse. Au-devant du plan formé par la lèvre supérieure reconstituée, plus tendue qu'à l'état normal, la sous-cloison, séparée de l'attache labiale, montrait une surface cruentée; elle fut fermée par des sutures transversales unissant le bord droit au bord gauche de cette petite plaie. Le nez était plutôt écrasé chez ce sujet; les ailes du nez étaient étalées et écartées. La légère traction exercée sur les lambeaux amena un redresse-

ment spontané des ailes et un changement d'aspect assez heureux des narines. L'orifice buccal fut soigneusement reconstitué en ourlant la muqueuse à la peau. Les suites de l'opération furent très simples, très bénignes, et tout se passa le mieux du monde. Ni fièvre, ni difficulté particulière de l'alimentation, ni souffrances. Les fils furent enlevés en plusieurs fois, du quatrième au dixième jour, et la réunion fut obtenue partout par première intention. Bref, le malade, guéri, quitta l'hôpital le 10 Octobre. Depuis, il a été suivi avec sollicitude et revu à diverses reprises. Au point de vue du néoplasme, la guérison se maintient. Les cicatrices sont linéaires, les lèvres souples, et la palpation la plus attentive ne permet de reconnaître en aucun point la moindre induration suspecte. L'état de la bouche ne s'est pas modifié; aucune des plaques ne paraît en voie de transformation fâcheuse.

Les deux lèvres, reconstituées, remplissent très correctement toutes leurs fonctions : la préhension des aliments, la mastication, l'élocution s'exécutent d'une façon tout à fait normale. Au point de vue esthétique même, le résultat est satisfaisant, ainsi qu'on en peut juger par les figures 4, 5 et 6, reproductions fidèles de photographies récentes. La barbe, repoussée, voile les cicatrices non déprimées et linéaires; l'opéré a tiré bon parti des poils restants de sa moustache : il en a changé l'orientation, leur a imposé un pli nouveau, a établi une division médiane et une direction inverse pour ceux qui étaient situés à droite ou à gauche de ce plan médian. Les cicatrices sont ainsi presque entièrement dissimulées. Je dirai même que l'aspect général du visage a grandement bénéficié de l'intervention. L'expression, autrefois assez vulgaire, s'est affinée, en raison de l'amincissement du bas de la figure, entraîné par la réduction des parties molles; le nez semble moins étalé, plus saillant, les narines plus pincées. Enfin, la bouche est moins large et les lèvres plus minces, non éversées au dehors comme précédemment. Tout compte fait, il est mieux qu'avant.

Ce résultat est-il durable? Je n'ose point l'espérer d'une façon bien ferme, tout en le souhaitant beaucoup.

*
* *

Il est évident que l'avenir est assez mauvais pour notre opéré, qui, comme je le disais du malade dont j'ai plus haut rappelé l'observation, « aurait déjà deux fois plus de raisons qu'un autre d'attendre la récidive, puisque, au lieu d'un cancer, dont les autres se contentent généralement, il en avait deux ». Mais ce n'est pas tout, et la présence de nombreuses plaques de leucoplasie doit imposer les plus grandes réserves aux espérances que nous pourrions fonder sur sa guérison actuelle. Il est évident que la muqueuse buccale est très modifiée, préparée à à faire de l'épithélioma, et, dans ces conditions, l'apparition d'une récidive dans un court délai ne saurait nous surprendre.

Sur différents points de la muqueuse buccale existent déjà des surfaces exulcérées où, sans surprise, on pourrait voir apparaître de nouvelles localisations, qu'il faudrait considérer encore comme indépendantes de celles qui ont nécessité notre intervention. Pourtant quelques mois ont déjà passé, et rien encore ne vient annoncer cette reprise de la maladie.

*
* *

Voilà donc deux tumeurs développées en des points différents de la cavité buccale; elles sont contemporaines; elles ont pris naissance aux dépens de deux plaques distinctes de leucoplasie; elles ne sont ni en contact l'une avec l'autre, ni en continuité. Laquelle serait secondaire? Elles ont marché du même pas et sont d'égales dimensions. Elles sont de même structure histologique, toutes deux étant de l'épithélioma pavimenteux à globes cornés, il est vrai, mais toute leur évolution va contre cette idée qui voudrait faire de l'une une conséquence de l'autre.

Pour soutenir cette hypothèse, il faudrait admettre, l'une des tumeurs étant arbitrairement considérée comme primitive, que l'autre résulte soit d'une généralisation, soit d'une propagation, soit d'une greffe.

La première interprétation n'est pas soutenable. Il s'agit tout d'abord d'un cancer qui ne se généralise pour ainsi dire jamais; en acceptant que cela soit possible, il n'en serait pas moins très peu vraisemblable que l'infection de l'économie se soit réalisée dans le tout premier stade de la maladie. Il serait plus étrange encore que cette métastase se fût faite dans la lèvre, et non dans un ganglion ou un viscère. Mais l'état du malade, vivant et bien portant depuis qu'il a été débarrassé de ses ulcérations, rend cette idée complètement absurde.

La seconde, d'après laquelle nous aurions affaire à une extension régionale, n'est pas absurde, mais en contradiction avec tous les faits connus de néoplasmes buccaux, et avec la marche de la maladie dans le cas particulier. Il est fréquent de rencontrer, dans le voisinage plus ou moins immédiat d'un cancer de la joue ou de la lèvre, des noyaux isolés; mais ces masses aberrantes sont développées à courte distance, d'un médiocre volume par rapport à la tumeur-mère. Celle-ci s'est déjà largement ulcérée quand ces noyaux erratiques commencent à se former. Ils sont dans la zone suspecte du néoplasme, souvent sur le trajet des lymphatiques. Il s'agit en somme de formations tardives, nettement secondaires, et qui ne se colonisent pas à grande distance. L'anatomie pathologique enseigne que la propagation ne se fait guère d'un côté à l'autre quand la tumeur primitive est unilatérale, et le processus, quelle que soit son extension, a tendance à se continuer d'un seul côté. De même, le passage d'un cancer de la lèvre supérieure ou inférieure à la lèvre opposée ne se voit guère que dans le cas de début commissural. Combien les choses sont ici différentes! Les tumeurs sont distantes; l'une est droite, l'autre gauche; l'une est à la lèvre supérieure, l'autre à la lèvre opposée; les tissus intermédiaires sont et restent sains plusieurs mois après l'incision des deux néoplasmes. Les lymphatiques, que les deux tumeurs auraient pu contaminer, suivent des voies différentes, et se portent dans des ganglions très éloignés les uns des autres.

En vérité, cette manière de voir n'est pas non plus soutenable.

Reste la greffe. C'est un mécanisme plus défendable. Le long du tube digestif on rencontre quelquefois des néoplasmes, séparés par des espaces considérables, parfaitement sains, d'une tumeur plus haut placée; et l'on a pu établir que le ou les cancers sous-jacents prenaient naissance, le plus souvent, aux dépens de greffes détachées du néoplasme ulcéré. Est-ce ici le cas? Rien de moins vraisemblable. D'abord, pour la bouche, cette étude n'a jamais pu être conduite avec la même rigueur que pour l'estomac et l'intestin, et la démonstration formelle d'un tel processus n'a jamais été fournie. Les cas où l'on pourrait soulever la question de greffe sont d'ailleurs très rares dans la bouche.

Et il faut que le fait soit tout à fait exceptionnel. Les cancers buccaux sont malheureusement trop fréquents. Nous avons donc des occasions quotidiennes de les observer; bien plus, l'observation à ce point de vue est particulièrement facile, puisque la simple inspection de la cavité buccale renseignerait immédiatement sur l'existence d'une lésion suspecte que l'on pourrait considérer comme résultant d'une greffe. Or cela ne se voit jamais en pratique : c'est à peine si les auteurs citent quelques cas où ils ont eu cette impression. Il faut donc que ces greffes soient bien rares pour que nous en observions si peu, alors que nous avons tant d'occasions de voir évoluer sous nos yeux, pendant des mois, toutes les variétés de cancers de la bouche. Pourquoi alors, à propos de notre malade, admettrions-nous cette interprétation? Si des deux tumeurs l'une était tout au début, et l'autre très avancée, ce serait plausible. Si elles se correspondaient, l'une s'appliquant et se collant à l'autre, il y aurait là encore un argument de grande valeur. Mais ces conditions ne sont pas réalisées, tout au contraire.

*
* *

Il est donc simple et logique de considérer ces deux tumeurs comme indépendantes, bien que développées simultanément sur le même sujet. Ces deux cancers ont un lien indirect, en ce sens que, à leur origine, on trouve l'état leucoplasique de la bouche, qui a préparé leur développement. Mais c'est une relation purement étiologique, et, en tant que cancers, ils n'ont rien à voir l'un avec l'autre. Ils évoluent parallèlement. C'est là du moins la conclusion qui résulte de l'étude suivie du malade, et qui, dans les cas analogues à celui-ci, suffit à guider les chirurgiens.

L'ASPIRINE

SES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES

Par **E. GUIHAL**
Interne des Hôpitaux.

L'aspirine, ou acide acétyl-salicylique, est une substance chimique trouvée et étudiée au laboratoire de Bayer (d'Elberfeldt) il y a un peu plus de deux ans.

Préconisée comme médicament antithermique et analgésique, l'aspirine a été l'objet, tant à l'étranger qu'en France, d'un certain nombre de travaux qui lui accordent une réelle valeur thérapeutique.

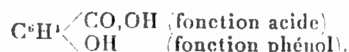
Notre maître, M. Rénon, la prescrit journellement sous nos yeux avec succès, et, dans deux communications à la Société médicale des Hôpitaux, il en a fixé les indications thérapeutiques. C'est donc en nous inspirant de son enseignement que nous avons rédigé cet article.

Nous résumerons successivement, en peu de mots, ce que l'on sait de l'aspirine au point de vue chimique, expérimental et clinique, afin d'en bien déterminer la valeur et les indications, du moins telles qu'elles apparaissent aujourd'hui.

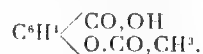
*
* *

Au *point de vue chimique*, l'aspirine est un dérivé de l'acide salicylique, obtenu en faisant agir sur cet acide l'anhydride acétique.

L'acide salicylique est un acide à fonctions nixtes, possédant la fonction acide et la fonction phénol, ainsi que le montre la formule suivante :



Or, pour avoir la formule de l'aspirine, il suffit de remplacer l'H de la fonction phénol par le radical acétyl CO,CH^3, ce qui justifie le nom acétyl-salicylique, ainsi formulé :



La substance cristallisée ainsi obtenue se présente sous l'aspect d'aiguilles blanches très fines, solubles dans l'eau à 37° suivant la proportion de 1 pour 100. Le goût en est agréable, acide, légèrement astringent. Fait important, l'aspirine, portée à 37°, c'est-à-dire à la température du corps humain, dans un milieu alcalin, se dédouble en ses éléments constituants ; le phénomène ne se produit pas en milieu acide. Ceci nous permet de prévoir que l'aspirine ingérée agira sans doute par l'intermédiaire de l'acide salicylique, devenu libre en milieu alcalin.

*
* *

Au *point de vue expérimental*, les travaux de Dreser, cité par Carré, dans sa Thèse de Paris, 1901, ceux de Filippi, de Florence, ceux de Flœckinger, publiés à la fin de 1899, dans *The Medical News*, ont mis en lumière plusieurs faits intéressants.

Dreser, expérimentant sur lui-même, a observé que l'élimination par les urines avait lieu vingt minutes après l'ingestion du médicament, sous la forme d'acide salicylurique (coloration violette par le perchlorure de fer); cette élimination cesse au bout de douze heures. Filippi dit que, chez le lapin, l'élimination se fait surtout par les urines et le liquide synovial, plus lentement par la synovie. Enfin, Flœckinger, chez le cobaye, a montré que le dédoublement de l'aspirine a lieu non dans l'estomac, mais dans l'intestin (milieu alcalin); trente-cinq minutes après l'ingestion, la décomposition est terminée, et trois heures après tout est absorbé. Ajoutons que, d'après Flœckinger, la toxicité de la substance est faible (1 gr. 50 par kilogramme de cobaye), et retenons comme points importants : décomposition rapide dans l'intestin et non dans l'estomac, absorption rapide, élimination précoce par les urines, toxicité faible. Ces faits expliquent quelques particularités de l'action thérapeutique.

Cliniquement, l'aspirine a été expérimentée surtout dans le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre hectique des tuberculeux et au cours de plusieurs affections pulmonaires fébriles. Parmi les nombreuses observations publiées, citons celles de Flœckinger, de Grawitz, Liesau à l'étranger, et, en France, celles de Rénon et Latron, Combemale et autres, relatées par Liron et par Carré.

*
* *

Au *point de vue clinique*, l'aspirine est essentiellement antithermique et analgésique, mais ces termes méritent d'être précisés.

L'*action antithermique* est de beaucoup la plus importante. Constante dans la grande majorité des cas, elle est variable dans sa forme, suivant la nature de l'affection traitée. En d'autres termes, cette action antithermique, quand elle se manifeste, ne modifie pas de la même manière les courbes thermiques d'un rhumatisant aigu, d'un tuberculeux fébricitant, d'un malade atteint d'une infection pulmonaire.

Cependant l'aspirine possède un caractère général qui découle des données physiologiques signalées plus haut : son action est précoce, rapide. En effet, quelques heures seulement après l'ingestion, la température baisse rapidement. Chez un malade de Liesau, la température tomba de 40°4 à 35°5 dans l'espace de neuf heures. L'un des tuberculeux de Rénon et Latron, qui présentait 39° à 5 heures du matin, absorba à partir de midi 3 grammes d'aspirine par doses fractionnées : à 3 heures du soir, on notait 36°; à 6 heures, 36°3; à 9 heures, 36°4. Dans certains cas, cette athermie peut être moins prononcée; mais, lorsqu'elle se produit, elle est toujours précoce, ce qui va bien avec la rapidité d'absorption et d'élimination du médicament.

Par contre, la baisse thermique est variable dans sa durée, dans son intensité, dans sa constance sur un même malade. Nous verrons plus loin, à propos du mode d'emploi, que la dose prescrite est l'une des causes de ces variations ; mais elles tiennent aussi à la nature de l'affection traitée, à la maladie et au malade.

Tout d'abord, l'abaissement de la température n'est vraiment durable que dans le cas de rhumatisme articulaire aigu. Dans les observations de Rénon, de Liron, de Carré, l'aspirine s'est montrée un excellent succédané du salicylate de soude. La baisse thermique, précoce et rapide, est définitivement acquise; comme, de plus, elle s'accompagne de la sédation de tous les symptômes, il est permis de penser que l'aspirine emprunte à l'acide salicylique ses propriétés spécifiques antirhumatismales. En deux ou trois jours, la température baisse jusqu'à la normale, d'une manière continue, ainsi que le montre bien une courbe publiée par Rénon à la Société médicale des Hôpitaux. Nous venons d'observer une courbe absolument semblable, dans un cas d'arthrite infectieuse consécutive à un érysipèle de la face. Mais dans tous les autres cas l'action antithermique est passagère : ce qui semble bien un corollaire de l'élimination rapide d'un médicament qui, d'autre part, ne peut prétendre qu'à une action purement symptomatique.

Ainsi, chez l'un des tuberculeux de Rénon et Latron, la température tombait à 36°4 à 9 heures du soir, le médicament ayant été ingéré à midi ; mais le lendemain matin à 5 heures le thermomètre marquait près de 40°. Même fait se reproduisait tous les jours où l'on donnait de l'aspirine.

Chez les fébricitants sensibles à l'aspirine, il est facile de se rendre compte que la baisse thermique dure rarement plus de quelques heures ; et pour la dépister il est parfois nécessaire de prendre la température trois fois dans la journée. Aussi bien, si l'on met à part le rhumatisme articulaire aigu, dans lequel il s'agit sans doute d'une action spécifique comparable à celle du salicylate, peut-on dire d'une manière générale que l'action antithermique de l'aspirine est précoce, rapide et transitoire.

En ce qui regarde l'intensité et la constance de la baisse thermique, il semble établi que c'est au cours du rhumatisme articulaire aigu et de la tuberculose pulmonaire que l'aspirine a déterminé les plus forts abaissements de température : c'est là que son action a paru la plus constante. Ailleurs, elle est moins puissante et plus irrégulière ; il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter aux observations citées par les divers auteurs et dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer. Cependant elle n'en constitue pas moins, même dans les cas les moins favorables, un médicament précieux qui conserve, plus ou moins atténués, les caractères définis plus haut.

Pour bien juger la valeur antithermique de l'aspirine, il est nécessaire d'insister sur la coexistence habituelle de transpirations très abondantes. Ces sueurs, qui obligent souvent le malade à changer plusieurs fois de linge, sont précoces, intenses et transitoires comme l'action antithermique elle-même. Fait important : « les transpirations ne suppriment pas la diurèse, elles l'accompagnent » (Rénon). Les variations symptomatiques de ces sueurs ont une marche parallèle à celle de la baisse de température ; aussi bien, les deux phénomènes semblent-ils liés l'un et l'autre.

L'*action analgésique* de l'aspirine, d'après les observations que nous avons pu consulter, serait beaucoup moins puissante et plus irrégulière que l'action antifébrile.

Grawitz en a obtenu de bons résultats dans un cas de grippe à forme douloureuse. Rénon l'a prescrite sans résultat bien probant dans la migraine et la sciatique. Par contre, l'action analgésique apparaît évidente au cours du rhumatisme articulaire aigu : les douleurs cèdent aussi rapidement que la température dans bon nombre de cas. Et d'ailleurs, d'après l'un des directeurs scientifiques de ce journal, Jayle, qui s'en sert couramment depuis plus d'un an, l'aspirine aurait cette action analgésique chez tous les malades dits arthritiques, souffrant de douleurs vagues ou plus ou moins localisées.

Antithermique et analgésique dans les limites ainsi précisées, l'aspirine a le grand avantage d'une *complète innocuité*.

« Sur quarante-trois malades, dit Rénon, deux seulement l'ont mal supportée, car elle provoquait des douleurs gastriques et de l'inappétence : c'étaient deux cardiaques gravement atteints, qui ne toléraient pas le moindre médicament, et difficilement le lait.

« Tous les autres malades n'ont pas été incommodés de l'emploi de l'aspirine ; je n'ai pas relevé d'intoxication salicylique, pas de diarrhée, pas de bourdonnements d'oreille. » Nous venons d'observer cependant une malade atteinte de congestion pulmonaire et qui, après l'ingestion de 1 gramme d'aspirine (en deux doses), a présenté quelques bourdonnements d'oreille; il en a été de même chez une malade de Flœckinger.

Enfin, dans les cas où l'aspirine a déterminé des baisses brusques et profondes de température, on n'a jamais observé de collapsus, le pouls est toujours resté bon. Combemale insiste sur « une constante action excito-motrice de la circulation ».

*
* *

Ce qui précède va nous permettre de définir en peu de mots les *indications* et le *mode d'emploi* de l'aspirine, d'après l'expérience acquise jusqu'à ce jour.

Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, l'aspirine a donné d'excellents résultats; inoffensive, elle remplace avantageusement le salicylate de soude.

Au cours de la *fièvre hectique des tuberculeux*, où son action antithermique est souvent puissante, l'aspirine doit être employée, d'après Rénon, « avec réserve, en raison des transpirations qu'elle provoque ». Elle est, d'ailleurs, passible de toutes les objections que l'on a faites aux médicaments du même genre. C'est ainsi que E. Hirtz n'a pas retiré un grand bénéfice de l'emploi de l'aspirine chez les phtisiques; l'action du médicament s'est montrée passagère, inégale, nulle souvent. Les sueurs profuses sont à craindre : Robin, à la séance de la *Société de thérapeutique* où Hirtz faisait cette observation, a confirmé ces conclusions.

Par contre, Rénon pense que l'on peut se mettre à l'abri de cet inconvénient en prescrivant de faibles doses : 0,25 à 0,30 centigrammes, deux ou trois fois par jour.

Dans les *affections pulmonaires fébriles*, l'aspirine a été moins employée. Quelques auteurs, Liesau entre autres, ont obtenu des baisses thermiques importantes ; d'autres, comme Rénon, n'ont vu que des rémissions légères : la marche de la maladie n'a pas été influencée par la médication.

Enfin, l'aspirine donne de bons résultats chez les malades que l'on appelle couramment des *rhumatisants*, ces arthritiques nerveux, impressionnables, ces *algiques*, comme dit Landouzy, que l'on rencontre si fréquemment dans la clientèle de ville.

L'aspirine se prescrit en cachets ; on peut éga-

lement, vu son agréable saveur, la faire prendre au malade en suspension dans un peu d'eau.

Les doses employées varieront de 0 gr. 25 (chez l'enfant, Comby) à 4 grammes et plus, à doses fractionnées et espacées.

Floeckinger, en ayant absorbé 9 grammes, éprouva quelques symptômes d'intoxication : fréquence du pouls, abaissement thermique, maux de tête, bourdonnements d'oreille, transpiration profuse.

Pratiquement, l'on peut prescrire de 1 à 3 grammes par jour, suivant l'effet que l'on veut obtenir.

Nous devons faire remarquer que l'action thérapeutique est exactement proportionnelle à la dose absorbée. C'est donc, dans les maladies aiguës, la courbe thermique et l'intensité des transpirations qui doivent chaque jour guider le médecin pour la prescription d'une dose rationnelle.

Rénon donne l'aspirine par fractions de 0 gr. 50. Voici quelle est sa conduite dans le cas de rhumatisme articulaire aigu : « Dans tous les cas, on donnait 1 gramme d'aspirine dès l'entrée du malade, dans la soirée, puis 2 grammes le lendemain; la température tombait dans les deux journées suivantes, et, après des transpirations très abondantes, la sédation complète des douleurs ne se faisait guère attendre. On diminuait alors la dose d'aspirine, et il était rare qu'elle ne fût pas supprimée vers le cinquième ou septième jour; on en reprenait l'emploi à la moindre menace de poussée nouvelle. »

***

Pour conclure, il semble que l'aspirine soit un excellent médicament de la famille des salicylates.

Comparé au salicylate de soude, il aurait une action plus rapide, mais, il est vrai, plus fugace; il serait plus facile à absorber, mieux supporté par l'estomac, ne déterminerait que rarement des troubles gastriques et ces bourdonnements d'oreilles si fréquents avec l'emploi du salicylate.

Ajoutons cependant qu'une observation clinique plus prolongée est encore nécessaire pour déterminer la valeur réelle de ce médicament. Il s'est, en tous cas, montré d'une inocuité parfaite.

MÉDECINE PRATIQUE

POURQUOI IL FAUT ADMINISTRER LA QUININE

La quinine est une des drogues les plus largement employées en thérapeutique — et semble-t-il avec raison — mais on est à peine en ce qui la concerne sorti du stade empirique. Le mécanisme intime de son action est encore mal élucidé; aussi, hors quelques cas spéciaux tels le paludisme, où la quinine agit de façon quasi-spécifique, les indications sont imprécises, les conclusions des auteurs souvent contradictoires. Les progrès de la biologie cellulaire commencent à jeter quelque clarté dans cette question obscure, et semblent devoir conserver à cette substance la large place que l'empirisme lui avait assignée dans la thérapeutique.

***

Une notion de date relativement récente et qui acquérera sans doute une importance capitale, est la suivante : *le pouvoir oxydant du protoplasma est diminué par la quinine.* Lauder Brunton rappelle à ce sujet quelques expériences qui, pour n'être pas absolument démonstratives, n'en sont pas moins fort suggestives. La résine de gaïac jouit de la propriété de devenir bleue par l'oxydation, en sorte que si à une solution aqueuse de résine de gaïac on ajoute un peu de sang, la coloration bleue apparaît lentement, et si on ajoute de l'éther ozonisé, la coloration bleue est intense et rapide. L'oxydation peut d'autre part être déterminée par le protoplasma vivant : si sur la tranche de section d'une pomme de terre imbibée d'eau pure, on dépose un peu de teinture de gaïac, la coloration bleue apparaîtra immédiatement. Eh bien! si nous répétons la même expérience avec une pomme de terre ayant séjourné dans une solution de quinine, on constate une coloration bleue beaucoup plus lente et beaucoup plus pâle. *Le pouvoir oxydant du protoplasme semble donc diminué.*

Si l'on songe maintenant que le pouvoir moteur du protoplasme est en rapport étroit avec le pouvoir oxydant — dans les mêmes rapports que la chaleur et le mouvement — on en arrive à penser que la quinine doit exercer une *action inhibitive, de suppression ou de ralentissement des mouvements protoplasmiques*, et de fait cette action a été observée non seulement sur les organismes cellulaires tels que l'amibe, mais aussi sur les leucocytes examinés sur le porte-objet ou en circulation dans le sang (dans la membrane interdigitale de la grenouille, par exemple). Binz a développé cette notion avec ampleur dès 1868 : nous n'entrerons pas dans le détail de ses expériences. Quelle part, en tout état de cause, cette propriété a-t-elle dans l'action antipyrétique de la quinine, c'est ce que nous ne saurions dire?

Les autres propriétés de la quinine ont évidemment d'étroits rapports avec les précédentes, telle son *action antiseptique*, surtout énergique vis-à-vis des infusoires et de l'hématozoaire du paludisme; faible, nulle ou douteuse sur les bactéries et les spores végétales. La quinine, véritable spécifique du paludisme, dont elle coupe la fièvre et combat heureusement les autres manifestations (céphalalgie, névralgie, diarrhée, etc.), agit non pas sur les leucocytes ou plutôt non seulement sur les leucocytes, mais surtout sur les plasmodies mêmes. Il y a longtemps que Laveran a montré qu'une solution même très faible d'un sel de quinine mélangée à du sang renfermant des hématozoaires leur fait prendre des formes cadavériques. Peut-être n'y faut-il voir qu'une action élective de cette substance sur certains parasites cellulaires, mais une action ne différant que par son intensité de celle signalée plus haut : *ralentissement des processus d'oxydation et des mouvements des cellules.*

Il faut d'ailleurs ajouter que la constatation directe dudit ralentissement des mouvements amiboïdes a été niée par Hayem et Rochefontaine qui, contrairement à Binz, n'auraient pas réussi à observer l'arrêt de la diapédèse chez les grenouilles ou le ralentissement des mouvements des leucocytes. Au point de vue de l'observation pure, la question reste donc entière.

L'action *antipyrétique* est probablement corrélative des précédentes : elle est facteur de l'action antiseptique d'une part, d'autre part de l'action inhibitive des processus d'oxydation cellulaire mentionnée plus haut. Le nombre des calories dégagé en un temps donné par un organisme vivant n'est, en définitive, que la somme des calories dégagées dans les processus cellulaires d'oxydation, et partant la température centrale de cet organisme, fonction de ce dégagement total de calories, sera évidemment impressionnée par toute substance susceptible de ralentir les processus d'oxydation. La question est d'ailleurs plus complexe, et des facteurs multiples peuvent et doivent intervenir dans cette action antipyrétique (action antiseptique, action sur la circulation, action sur les centres régulateurs thermogènes).

Pratiquement, l'action antipyrétique est nulle chez l'homme sain, — mais la quinine semble en uniformiser la température, c'est-à-dire que les oscillations normales diminuent et que le travail musculaire élève moins la température qu'à l'état normal.

Chez les fébricitants, l'action antipyrétique est fonction de la dose et de la maladie. Elle est à peu près nulle dans la fièvre récurrente, discutable dans les fièvres éruptives, minime dans l'infection purulente et l'érysipèle, moyenne dans la fièvre typhoïde, considérable dans le paludisme.

Quoi qu'il en soit du mécanisme intime de ces actions primordiales de la quinine : action antiseptique, action antipyrétique, — il nous a paru intéressant d'essayer de les rattacher à une action plus haute, ralentissement des processus d'oxydation, action vraisemblable, quoique encore quelque peu hypothétique — hypothèse en tous cas intéressante, féconde en déductions thérapeutiques heureuses, et qui cadre à merveille, si elle ne les explique, avec les actions secondaires qu'il nous reste à mentionner.

***

L'action sur la *nutrition* du fébricitant est un puissant appui à l'hypothèse précédente. Sous l'influence de doses petites, moyennes ou fortes, l'absorption d'oxygène et le dégagement d'acide carbonique sont diminués. Il y a diminution du taux des matériaux solides de l'urine, diminution de l'azote total, de l'urée, des chlorures, de l'acide phosphorique, du soufre. Comment interpréter ces résultats, sinon en admettant un *ralentissement considérable des combustions organiques*?

L'action sur le *système circulatoire est incomplètement élucidée*, les conclusions des auteurs discordantes. On admet en général qu'à *faible dose* la quinine détermine une augmentation de l'impulsion et de l'amplitude des contractions cardiaques avec vaso-constriction et hypertension légère, et qu'à *forte dose* on observe le plus fréquemment un ralentissement plus ou moins marqué du cœur, avec vaso-dilatation et abaissement de la tension artérielle. D'après Germain Sée, la quinine produirait deux effets de sens contraire : une diminution de la tension vasculaire et une augmentation de la force auriculo-ventriculaire. En tous cas, elle a souvent une action modérative et régularisatrice, employable dans certaines formes d'arythmies nerveuses.

Le *système nerveux* est très impressionné par la quinine, surtout chez l'homme sain. Suivant la dose et suivant le moment, on constate d'abord une *période d'exaltation* (vertiges, agitation, bourdonnements d'oreille, hallucinations de la vue, exagération du pouvoir réflexe), probablement en rapport avec un certain degré de congestion encéphalo-médullaire, à laquelle succède une *période de dépression* caractérisée par de l'apathie, de l'assoupissement, du sommeil, de la diminution de la sensibilité et du pouvoir réflexe. Cette dernière action peut être tellement forte que Nothnagel et Rossbach ont pu empêcher par la quinine les contractions tétaniques de la strychnine. Quelques expériences de Dupuis tendent à faire admettre que ces phénomènes sont sous la dépendance d'une action directe inhibitive de la quinine sur les cellules nerveuses.

***

Il nous reste à mentionner :

1° *Une action possible excito-contractile sur les muscles lisses*, que les accoucheurs (Tarnier) tendent à admettre, sans qu'il en existe d'ailleurs de preuve expérimentale. Nous verrons cependant quel parti on peut tirer de cette propriété douteuse ;

2° *Une action excitante probable*, que la quinine partage avec la plupart des amers, sur les sécrétions salivaire et gastrique, encore que son action sur la digestion stomacale semble plutôt mauvaise, d'où l'indication de la prescrire en dehors des périodes digestives.

A. Martinet,
Ancien interne des hôpitaux

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

26 Mars 1902.

La salubrité du métier de peintre (*suite de la discussion*). — *M. Lucas*. Au sujet de la proposition de M. Berthod, qui voulait assimiler l'empoisonnement saturnin aux accidents du travail et en rendre les patrons responsables, j'ai consulté un jurisconsulte des plus compétents. Son avis est que les maladies professionnelles ne sont pas justiciables de la loi actuelle. Il faudrait une loi spéciale, minutieusement établie, minutieusement étudiée.

Il s'agit là d'affections qui ne se rattachent pas à la profession par un lien immédiat et précis de cause à effet. Les maladies professionnelles peuvent être contractées par des procédés variés, et la cause qui les produit peut agir pendant une période de temps variable.

Or, tel ouvrier travaille trente ans, chez le même patron, à la même besogne, tandis que tel autre travaille, chez des patrons successifs, à des besognes différentes, avec discontinuité dans l'emploi de la céruse. Lorsqu'éclateraient les accidents saturnins, à quel patron devra-t-on demander réparation du dommage?

L'intervention du législateur ne pourrait se faire que par l'interdiction de la céruse. Le patron pourrait être rendu responsable dans le cas où il serait convaincu de n'avoir pas tenu compte de cette interdiction.

M. Letulle. Je demande qu'une commission soit nommée pour procéder à des épreuves contradictoires afin de juger si oui ou non on peut remplacer les couleurs à base de plomb par des couleurs non plombifères.

— Ce vœu est adopté.

Le traitement des ordures ménagères. — *M. Kern*. Les boîtes à ordures contiennent des matières (résidus de crachoirs, etc.) dangereuses pour la santé publique.

Lorsqu'on verse leur contenu dans les boîtes Poubelle, on répand des poussières septiques. A leur tour, les boîtes Poubelle sont exposées au dehors, les chiffonniers et les chiens en visitent le contenu, puis elles sont déversées dans des tombereaux non étanches, à bords très élevés, de telle sorte qu'une partie du contenu retombe sur la voie publique et qu'un deuxième balayage est nécessaire. Toutes ces opérations se font le matin, alors que la rue est très fréquentée. Les passants sont donc exposés à contracter ainsi des affections contagieuses.

Dans un grand nombre de villes de l'étranger, toutes ces manipulations sont mieux réglementées; les boîtes à ordures sont munies de couvercle; elles séjournent à l'intérieur des immeubles où les employés chargés de la collecte viennent les prendre et les échanger contre des boîtes vides de même modèle.

Au besoin, on pourrait utiliser des sacs en toile très résistante, dans lesquels seraient vidées les boîtes à ordure, et que les employés viendraient prendre dans les cours des immeubles. Ils les échangeraient contre des sacs vides, et la collecte des ordures ménagères se ferait sans qu'aucune parcelle fût répandue sur la voie publique.

Je demande qu'une commission soit nommée pour étudier les moyens les plus pratiques de remédier à l'état de choses actuel.

— Ce vœu, appuyé par M. Vincet, est adopté.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

26 Mars 1902.

De l'arsenic et du phosphore organique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — *M. Mouneyrat*. Le méthylarsinate de soude est, dans la plupart des cas, impuissant à lui seul contre la phosphaturie des tuberculeux.

J'ai pensé qu'en donnant aux phtisiques, en même temps que du méthylarsinate de soude, un composé phosphoré facilement assimilable, capable de compenser rapidement les pertes phosphorées que ces malades éprouvent par les urines et les crachats, j'obtiendrais de meilleurs résultats qu'avec le dérivé arsenical seul.

Je me suis servi de l'acide nucléinique provenant de laitance de hareng.

J'ai donc associé au méthylarsinate de soude de l'acide nucléinique de façon qu'avec 30 centimètres cubes de solution je fasse absorber à mes malades en deux fois et par jour 5 centigrammes de méthylarsinate de soude et 20 centigrammes d'acide nucléinique. Pour faciliter le langage, me basant sur le fait que ce produit arsenio-phosphoré fait rapidement augmenter le poids des malades, je lui ai donné le nom d'*histogénol*.

Cette médication a produit dans la plupart des cas, en peu de temps, un mois au maximum, une amélioration frappante de l'état général.

L'analyse des urines m'a montré en outre d'une façon indiscutable les heureux effets du traitement sur la nutrition.

L'élimination des phosphates diminue, la phosphaturie cesse, l'urée augmente et le rapport azoturique s'élève.

Quant aux signes physiques, ils s'amendent, eux aussi, d'une façon notable.

Traitement des diarrhées chroniques. — *M. Cautru*. Le massage abdominal réussit très bien dans les diarrhées des constipés et dans celles qui sont dues à des fermentations gastro-intestinales. Les résultats sont rapides et certains.

Dans les diarrhées idiopathiques, dont Soupault nous a parlé, il agit bien encore dans 50 pour 100 des cas environ. Pourquoi cette proportion? C'est que, comme Lyon, je pense que ces diarrhées sont le plus souvent sous la dépendance d'une viciation du chimisme stomacal.

Or le massage réussit quand il s'agit d'hypopepsie et d'apepsie; il réussit encore dans l'hyperchlorhydrie des pléthoriques, mais il échoue souvent dans l'hyperchlorhydrie des nerveux et des cérébraux. Cependant, dans quelques cas, j'ai obtenu de bons résultats du massage vibratoire abdominal qui est sédatif du système nerveux et excitant du muscle gastro-intestinal.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

26 Mars 1902.

A propos du traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte. — *M. Guinard* déclare qu'il ne saurait accepter les conclusions formulées par M. Tuffier à la fin de sa très intéressante communication sur le traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte. M. Guinard estime que la simple ligature des anévrysmes pédiculés doit entraîner fatalement le sphacèle de la poche exclue, d'où hémorragie secondaire à brève échéance. Quant à l'extirpation, c'est une opération si périlleuse et qui peut être, en outre, si laborieuse, qu'elle a fait reculer M. Tuffier lui-même dont on connaît cependant l'audace et l'habileté opératoires. Cette opération ne peut d'ailleurs être considérée comme radicale, car, les lésions aortiques qui ont donné naissance à l'anévrysme sont le plus souvent multiples et disséminées, en sorte que la récidive apparaît comme presque certaine. Enfin, les conditions anatomiques exigées par M. Tuffier pour que l'extirpation ou même la simple ligature de la poche anévrysmale puisse être tentée se trouvent si rarement réunies que la possibilité d'une pareille opération apparaît comme tout à fait exceptionnelle.

Pour toutes ces raisons, M. Guinard condamne le procédé préconisé par M. Tuffier. Il lui oppose, du reste, une méthode de traitement chirurgical des anévrysmes de la crosse de l'aorte et du tronc innominé (ceux-ci pouvant être confondus cliniquement avec les premiers dont ils partagent les signes et la gravité) qui a fait ses preuves, et dont l'application est beaucoup plus étendue, plus simple, et moins dangereuse : c'est la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites. Sur 12 cas où il l'a employée, M. Guinard a eu 10 succès, c'est-à-dire qu'il a obtenu sinon la guérison de l'anévrysme du moins une survie appréciable des malades (de un mois à un an). Parmi ces cas 2 avaient trait à des anévrysmes de l'aorte. Deux des opérés sont morts des suites de l'opération : l'un d'hémiplégie tardive (à l'autopsie, on trouva la carotide occupée par un long caillot, d'origine probablement infectieuse, qui remontait jusque dans l'ophtalmique et les branches cérébrales), l'autre d'hémorragie au quatrième jour après l'opération (il avait quitté la maison de santé pour rentrer chez lui, au cinquième étage, où il mourut en arrivant, d'une hémorragie interne, causée probablement par l'effort produit).

En somme, la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite appliquée au traitement des anévrysmes de l'aorte est un procédé qui se montre efficace dans la grande majorité des cas. Comme, d'autre part, il est applicable à tous les anévrysmes — sacciformes ou fusiformes — de la portion ascendante de la crosse de l'aorte ou du tronc innominé, que son application ne rencontre généralement aucune difficulté opératoire sérieuse, qu'elle est sans danger, on voit, comme le disait en débutant M. Guinard, qu'on peut l'opposer victorieusement au procédé périlleux, très-aléatoire et d'indications très restreintes préconisé par M. Tuffier.

M. Legueu a essayé la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droite dans un cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte qu'il avait d'ailleurs pris pour un anévrysme du tronc brachio-céphalique ; mais il lui a été impossible de découvrir et, par conséquent, de lier la sous-clavière. Le malade a eu néanmoins une survie de deux ou trois mois : il est mort de la rupture de son anévrysme.

Résection des canaux déférents dans l'hypertrophie prostatique. — *M. Potherat* lit un rapport sur un mémoire de *M. Charier* (d'Angers), concernant 4 cas de résection des canaux déférents pour hypertrophie de la prostate. Ces opérations ont donné 2 succès et 2 échecs. Comme les succès ont été obtenus chez des malades qui en étaient à leur premier accès de rétention, et les échecs chez des prostatiques francs avec rétention permanente, M. Potherat en conclut que l'efficacité de la méthode est ou ne peut plus contestable, car, dans les 2 premiers cas, le même succès aurait pu être réalisé, à moins de frais, par l'emploi du simple cathétérisme vésical.

M. Legueu appuie les conclusions de M. Potherat : la résection des canaux déférents dans l'hypertrophie prostatique est une méthode dénuée de toute valeur, et qui doit être absolument rejetée : la seule indication qu'on puisse encore lui reconnaître est l'existence d'orchites à répétition; dans ces cas, en effet, la déférentectomie est à la fois curative et préventive, et, à ce titre, elle peut être utile.

Section complète de l'artère sous-clavière avec lésions du plexus brachial; ligature de l'artère en dedans des scalènes; guérison. — *M. Legueu* rapporte l'histoire d'une femme qui, dans une tentative de suicide, s'enfonça un couteau au ras de la fourchette sternale, puis s'acharna à promener la lame dans la plaie. Lorsque M. Legueu vit cette femme, quelques heures après, rien, au niveau de la base du cou, n'indiquait la blessure d'un gros vaisseau de la région : il n'y avait ni hématome, ni battement, ni souffle; mais le pouls radial et le pouls huméral n'étaient plus perceptibles au membre supérieur gauche. De plus, du côté de ce membre, on pouvait constater tous les signes d'une paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial. — M. Legueu porta le diagnostic de section du tronc commun de la 8e paire cervicale et de la 1re paire dorsale, et, n'attachant qu'une importance toute secondaire aux troubles circulatoires, resta pendant plusieurs jours dans l'expectation, se contentant d'assurer l'asepsie de la plaie sus-sternale.

Mais bientôt, dans les jours qui suivirent, apparut un anévrisme diffus de la base du cou qui s'accrut rapidement et qui obligea M. Legueu à intervenir.

L'opération eut lieu dans les premiers jours de Juillet 1901. Par une incision en L, dont les deux branches suivaient, la supérieure le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, l'inférieure le bord supérieur de la clavicule, et après avoir rabattu en dehors le large lambeau ainsi dessiné, M. Legueu mit largement à nu tout le creux sus-claviculaire qui était occupé par un énorme anévrysme diffus qu'il fallut rompre pour aller à la recherche de la lésion artérielle. L'hémorragie fut formidable ; elle fut arrêtée difficilement par la compression de la sous-clavière sur la première côte. M. Legueu put alors se convaincre que ce vaisseau était rompu exactement entre les deux scalènes. Il plaça une ligature à ce niveau, une autre sur le bout périphérique qui donnait également, puis il alla à la recherche des lésions du plexus brachial.

Ces lésions étaient moins étendues qu'il ne s'y attendait : le tronc commun à la 8e paire cervicale et à la 1re dorsale ainsi que la 7e paire cervicale apparaissent entourées d'une jaugue cicatricielle, mais il n'y a pas désection complète. M. Legueu se contenta de faire aussi parfaitement que possible la libération des racines, puis, après un nettoyage complet, il referma la plaie.

Les suites immédiates furent très simples : la ma-

lade ne présenta aucun trouble vasculaire, aucune douleur, mais la paralysie du bras persista. Actuellement au point de vue vasculaire, l'état du membre est à peu près le même : le pouls n'est pas revenu, mais la nutrition du membre se fait parfaitement. Au point de vue nerveux, il y a une amélioration considérable : il n'existe plus qu'une paralysie partielle de l'avant-bras et de la main et une zone d'anesthésie étendue à la région innervée par le cubital. Il est à espérer que les choses iront encore s'améliorant par la suite.

M. Ricard a eu recours à la même incision que M. Legueu pour aller à la recherche d'une lésion des paires supérieures du plexus brachial. Il insiste sur le jour considérable que donne cette incision.

Perforation congénitale du voile du palais; staphylorraphie en deux temps; guérison. — *M. Ehrmann* présente une jeune fille de vingt-deux ans qu'il a opérée pour une perforation congénitale circulaire, de 8 millimètres environ de diamètre, de la partie postérieure du voile du palais. L'opération, en raison de la minceur des tissus qui aurait fait échouer une staphylorraphie primitive, a dû être effectuée en deux temps : premier temps, désinsertion complète du voile; deuxième temps (huit jours après, quand de nouvelles connexions vasculaires se sont créées), staphylorraphie. Actuellement, il y a dix mois que l'opération a été pratiquée : le résultat est parfait.

Palatoplastie en deux temps pour bec-de-lièvre complet. — *M. Michaux* présente un jeune homme également opéré, dans son service, par M. Ehrmann pour un bec-de-lièvre absolument complet. Ici encore la palatoplastie a dû être pratiquée en deux temps. L'opération est encore trop récente pour qu'on puisse juger le résultat comme définitif; néanmoins, il apparaît déjà comme très satisfaisant.

Prostatectomie pour hypertrophie prostatique. — *M. Proust* présente un homme de soixante-dix ans, chez lequel il a pratiqué il y a deux mois la prostatectomie. Cet homme était en état de rétention aiguë avec une prostate très volumineuse et un prolapsus hémorroïdaire énorme. Actuellement, il est complètement guéri; la cicatrisation est parfaite, les mictions sont faciles, le prolapsus hémorroïdaire a disparu.

Double plaie du cœur par projectile; suture; guérison. — *M. Launay* présente un jeune homme qu'il a opéré il y a trois semaines pour une double plaie du cœur par balle de revolver; l'une des plaies siégeait sur la paroi ventriculaire antérieure, l'autre sur la paroi postérieure, au voisinage de la base. Suture au catgut des deux plaies; guérison.

Lésion indéterminée de la langue. — *M. Delorme* présente un homme de cinquante-quatre ans qui offre une lésion indurée et ulcérée du bord de la langue sur la nature de laquelle il n'est pas fixé et qu'il désire soumettre à l'examen de ses collègues de la Société. Cet homme était atteint de leucoplasie buccale depuis plusieurs années, lorsqu'il y a quinze mois apparut une tuméfaction indurée du bord de la langue, tuméfaction qui s'ulcéra ensuite et dont l'évolution depuis est restée stationnaire. Le malade a déjà été présenté à plusieurs dermatologistes et chirurgiens distingués qui ont pensé, les uns à une lésion syphilitique, les autres à un cancroïde. La tuberculose, l'actinomycose, la botriomycose ont été successivement écartées. Le traitement antisyphilitique a donné des résultats absolument nuls.

— Le malade de M. Delorme est examiné par plusieurs membres de la Société, dont les avis se partagent entre la syphilis et le cancer; le diagnostic reste donc en suspens.

Pince à sutures. — *M. Delorme* présente une pince à suture dont le principe repose sur celui des pinces emporte-pièce dont se servent les cordonniers pour placer leurs œillets.

Corps étranger du coude. — *M. Bazy* présente un corps étranger du coude dont l'origine remonte probablement à un traumatisme (chute). C'est une petite pièce d'apparence cartilagineuse, aplatie, lisse, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. L'extraction s'est faite sans difficulté.

Ponction lombaire dans les traumatismes craniens. — *M. Demoulin* présente deux séries de tubes à essai contenant du liquide céphalo-rachidien sanguinolent. La première série a été obtenue par ponction lombaire chez un homme présentant les signes cliniques manifestes d'une fracture du crâne.

La deuxième série provient également d'une ponction lombaire pratiquée chez un sujet atteint de traumatisme cranien, mais chez lequel il n'existait pas le moindre signe qui pût faire supposer une fracture. Cliniquement, cet homme devait être considéré comme atteint de commotion cérébrale simple d'intensité moyenne. M. Demoulin conclut de ce fait que la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien n'est pas pathognomonique des fractures du crâne, et que tout traumatisme cranien d'une certaine intensité peut s'accompagner de ce symptôme.

M. Delorme fait remarquer qu'il y a vingt-cinq ans déjà que Duret avait démontré l'existence d'un liquide céphalo-rachidien sanguinolent dans la commotion cérébrale d'une certaine intensité.

M. Michaux objecte d'ailleurs à M. Demoulin, que l'absence de signes cliniques de fracture du crâne ne suffit pas pour écarter cette lésion; il aurait fallu recourir également à la radiographie.

Luxation ancienne du coude; résection; guérison. *M. Launay* présente les radiographies d'une luxation ancienne et complète du coude en dehors, qu'il a traitée par la résection avec un résultat parfait. La luxation datait de deux mois et demi.

J. Dumont.

ANALYSES

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

M. Ascoli. ***Mécanisme de l'albuminurie par absorption de l'albumine des œufs.*** (*Münch. med. Wochenschr.*, 1902, 11 Mars, n° 10, p. 398.) — Les recherches que l'auteur communique dans son travail ont été faites au moyen de sérum précipitant spécifique, obtenu par l'inoculation, à des lapins, de blanc d'œuf, et permettant par conséquent de différencier, dans l'urine, l'albumine du sang de celle du blanc d'œuf. Elles ont donné les résultats suivants :

Chez l'homme bien portant, l'ingestion d'une quantité modérée de blanc d'œuf ne provoque pas d'albuminurie, bien que l'albumine du blanc d'œuf existe dans le sang en circulation pendant quelque temps après cette ingestion.

Chez les individus atteints de néphrite, l'ingestion du blanc d'œuf amène le passage de l'albumine dans l'urine; il en est de même chez les individus sujets à l'albuminurie alimentaire et dont les reins semblent normaux. Dans les deux cas, les sérums précipitants spécifiques permettent de distinguer, dans l'urine, l'albumine provenant du sang et l'albumine provenant du blanc d'œuf.

L'injection sous-cutanée de *petites* quantités de blanc d'œuf ne provoque pas d'albuminurie.

R. Romme.

E. Ullmann. ***Transplantation expérimentale des reins.*** (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1902, 13 Mars, n° 11, p. 281.) — L'auteur relate, dans une communication préalable, les expériences sur la transplantation des reins qu'il a faites sur des chiens.

Le rein, muni de son uretère ainsi que de son artère et de sa veine rénales préalablement sectionnés, était transplanté dans une loge creusée entre les muscles du cou; une fois la glande mise en place, l'artère rénale était abouchée avec la carotide et la veine rénale avec la jugulaire, au moyen de deux tubes en magnésium. Les bouts périphériques de la carotide et de la jugulaire ayant été préalablement liés, le sang de la carotide était obligé de passer dans l'artère rénale et celui de la veine rénale dans la jugulaire. La circulation du rein se trouvant ainsi rétablie, on put constater l'écoulement de l'urine, goutte à goutte, à travers l'urètre qu'on avait fixé aux lèvres de la plaie. Cet écoulement de l'urine par l'uretère continua pendant cinq jours.

Dans une communication ultérieure, l'auteur nous fera connaître les résultats de la transplantation des deux reins, et ceux de la transplantation des reins d'un autre animal.

R. Romme.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

H. Molin. ***Étude radiographique et clinique sur la dyschondroplasie.*** (*Thèse*, Lyon, 1901.) — Décrite par Ollier en 1899, et baptisée par lui, la dyschondroplasie consiste essentiellement dans un retard et une irrégularité des phénomènes d'ossification dépendant des cartilages de conjugaison. Le tissu cartilagineux destiné à l'accroissement de l'os en longueur ne subit pas le processus normal de l'ossification; il conserve sa structure, et persiste sous forme de nodules ou de masses cartilagineuses plus ou moins régulières, qui mettent souvent un temps très long à se transformer en tissu osseux. Ces masses s'observent particulièrement au niveau des phalanges des doigts de la main et du pied, mais on peut les rencontrer également sur les os longs.

C'est la radiographie qui a permis de découvrir et de décrire cette curieuse affection, dont M. Morin fait le sujet de sa thèse.

Cette dystrophie cartilagineuse amène des arrêts de développement et des déformations tels que : inflexions, courbures des membres, diminution de la taille du sujet. Les doigts sont diminués de longueur, et les phalanges trapues, « comme ramassées sur elles-mêmes ».

A l'examen radiographique des mains, on remarque que les phalanges ont un aspect caractéristique. Leur tissu osseux est interrompu, au niveau des petites masses cartilagineuses, par des taches blanches centrales ou marginales. En certains points, elles sont comme perforées. On dirait de petits chondromes disséminés dans le tissu de la phalange.

M. Molin nous donne trois observations — deux d'Ollier et une de Nové-Josserand et Desbot — accompagnées de nombreuses épreuves radiographiques très intéressantes.

Puis, dans une étude d'ensemble, il s'efforce de baser sur les faits observés la symptomatologie de cette affection; il s'attache ensuite à en discuter le diagnostic. On retiendra surtout les caractères qui la différencient de l'achondroplasie. Chez le dyschondroplasique, pas d'inversion de la longueur relative des segments de chaque membre, pas de disproportion de la taille avec la longueur des membres. La main du dyschondroplasique n'a pas la forme en trident, et les doigts n'ont pas « l'aspect carré ». Au contraire, leur aspect général est celui de « fuseaux »; ils sont courts, trapus, renflés, aplatis. Les courbures de la dyschondroplasie sont limitées à une partie du squelette, tandis que dans l'achondroplasie ces déformations sont généralisées.

Au point de vue pathogénique, l'achondroplasie est caractérisée par un arrêt complet de prolifération du cartilage juxta-épiphysaire, la dyschondroplasie par des troubles d'ossification de ce même cartilage.

A. Zimmern.

MÉDECINE

A. E. Wright. ***Note sur le résultat des inoculations antityphiques dans l'épidémie de l'Asile Richmond à Dublin.*** (*The Lancet*, 1901, 26 Octobre, p. 1107.) — Le premier cas de fièvre typhoïde fut observé le 7 Août 1900 et 54 cas se produisirent, depuis cette date jusqu'à la fin de Décembre, parmi les malades et le personnel. La succession des cas fut la suivante : du 7 Août au 6 Septembre, 19 cas, dont 8 parmi le personnel; du 7 Septembre au 6 Octobre, 8 cas, dont un dans le personnel; du 7 Octobre au 6 Novembre, 8 cas; du 7 Novembre au 6 Décembre, 14 cas, dont 3 dans le personnel; du 7 Décembre au 24 Décembre, 5 cas, tous dans le personnel. Les inoculations eurent lieu en séries du 6 Septembre au 30 Novembre : 511 pensionnaires furent inoculés en 17 séries. Aucun membre du personnel ne fut soumis à l'inoculation. La dose de vaccin inoculée fut, dans chaque cas, de 0 cent. c. 75: elle donna toujours lieu à une élévation de la température qui atteignit 39° et exceptionnellement 40°. Les troubles consécutifs à l'inoculation furent : le mal de tête (85 fois), les vomissements (63 fois), l'inappétence (33 fois). Sauf 3, tous les inoculés purent se lever à partir du quatrième jour.

Les infirmières étaient au nombre de 114 : aucune de celles qui furent atteintes n'était spécialement attachée au service des pensionnaires typhiques, mais elles vivaient au milieu des aliénés. Si l'on compare le nombre des inoculés qui furent atteints à celui des non-inoculés, on voit que le pourcentage de cas, parmi les inoculés, est de 1,5 pour 100, et 10,1 pour 100 chez les non-inoculés, avec 0,3 pour 100 de morts chez les premiers, et 1,3 pour 100 de morts chez les seconds. Si l'on compte à partir du 30 Novembre jusqu'à la fin de l'épidémie, on trouve 5 cas sur 144 individus non inoculés, et 0 cas sur 504 inoculés.

L. Tollemer.

Mark T. Knapp. ***L'examen direct par l'inspection des courbures de l'estomac, sans l'aide d'instruments ni de l'insufflation*** (*New-York med. Journal*, 1902, 15 Février.) — Cette méthode d'examen permet toujours de délimiter la grande courbure, et souvent la petite courbure dans les cas de

gastroptose. Le malade est placé sur un plan horizontal, son abdomen est découvert, on l'invite à respirer calmement, le médecin examine à jour frisant la surface de l'abdomen et dirige ses regards tantôt de haut en bas, du thorax vers l'abdomen, tantôt de bas en haut de l'abdomen vers le thorax : on distingue ainsi des lignes bien délimitées, dont la position varie avec la respiration ; ces lignes correspondent aux courbures de l estomac. On peut ainsi déterminer les contours de l'estomac que l'on peut dessiner. Une percussion, faite méthodiquement, confirme les données de l'inspection. La main gauche est placée à plat, de manière que le médius soit situé au-dessous de la courbure, l'index au-dessus : la main droite percute légèrement, et l'on écoute le son que donne la percussion à l'aide du stéthoscope placé au niveau de l'estomac ou en un point quelconque de l'abdomen. Dans quelques cas douteux, il y a lieu de pratiquer l'insufflation préalable du côlon.

L. Nattan-Larrier.

CHIRURGIE

W. Mintz. *Un cas de tuberculose primitive de la parotide* (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1901, Octobre, p. 290). — L'auteur rapporte un nouveau cas de tuberculose primitive de la parotide, qui vient s'ajouter aux 8 cas réunis par Lecène (*Revue de Chirurgie*, Avril 1901).

Il s'agit d'un enfant de trois ans, dont la mère était atteinte de tuberculose pulmonaire, et chez lequel apparut, au niveau de l'angle du maxillaire gauche, une petite tumeur qui augmenta rapidement de volume et envahit en quelques semaines la presque totalité de la joue. Il n'y avait ni douleur, ni fièvre. L'examen montra que la tumeur paraissait faire corps avec la parotide et contournait, comme la glande, le bord du maxillaire. L'iodure de potassium ne produisant aucune amélioration, on pensa qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, et l'opération fut décidée. On trouva, en effet, une parotide augmentée de volume dans sa totalité. On en fit l'extirpation, et, au bout de onze jours, le petit malade put quitter l'hôpital. L'intervention avait causé une paralysie faciale du côté gauche.

La tumeur était friable, de couleur grisâtre, et l'examen histologique, pratiqué sur un certain nombre de fragments prélevés en différents points de la tumeur, montra qu'il s'agissait d'une lésion tuberculeuse. Le parenchyme glandulaire était parsemé de tubercules à tous les stades de leur évolution. Il existait des cellules géantes en grand nombre, et la méthode de Ziehl permit de colorer des bacilles de Koch. Le tissu conjonctif qui séparait les acini glandulaires était infiltré et œdématié, mais, en aucun point, on ne put y trouver de follicules tuberculeux. L'affection était strictement limitée au parenchyme glandulaire.

L'auteur pense que, dans ce cas, l'infection s'est faite par la voie du canal excréteur de la glande, et que la transmission du bacille s'est produite sans doute de bouche à bouche, de la mère à l'enfant. Ce mécanisme expliquerait bien l'altération diffuse de la parotide et aussi les lésions identiques de la parotide accessoire, qui dut être également extirpée.

X. Bender.

Rouyer. *Un cas de luxation de la jambe en avant* (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1902, Janvier, p. 60). Cet accident survint chez un homme de forte constitution, très lourd, qui tomba au gymnase de la hauteur de la planche à rétablissement (1 m. 80), en voulant sauter à terre. Le poids du corps porta presque en entier sur la jambe droite qui fléchit et se tordit au niveau du genou pour se luxer en avant de la cuisse. La réduction fut opérée aussitôt sous le chloroforme. Le membre fut placé dans une gouttière, et dès le lendemain apparut un gonflement considérable de la région.

Vingt-cinq jours après, grâce au repos et à des massages, le genou avait repris son volume normal, ses mouvements étaient intacts, mais il y avait une paralysie totale des muscles de la région antéro-externe de la jambe et des muscles du dos du pied, en même temps qu'une abolition de la sensibilité dans les régions correspondantes. Le nerf sciatique poplité externe avait été interessé en entier, dans son tronc et dans ses branches.

Ces phénomènes ne cédèrent pas à l'électrisation et au massage; l'atrophie augmenta manifestement.

Cette observation est intéressante en raison de la rareté de cette variété de luxation et de la gravité d'un accident survenu dans un exercice habituel de gymnase. En outre, la pathogénie de la luxation de la jambe en avant prête encore à controverse. Pour Malgaigne, elle résulterait de l'hyperextension de la jambe. Après une série d'expériences, Unruh concluait, au contraire, qu'elle survenait le plus souvent à la suite d'un mouvement de rotation en dedans imprimé à la jambe préalablement placée dans la flexion et dans l'adduction. C'est précisément la position que devait avoir le membre inférieur droit de ce blessé, puisque, dans son exercice de saut, les jambes, au départ, étaient forcément en flexion, les genoux accolés l'un à l'autre, et qu'à la fin de la chute, le poids du corps ayant porté sur la jambe droite, celle-ci avait dû se tordre en dedans pour venir se placer sous la jambe gauche qui se trouvait en extension.

G. Fischer.

OBSTÉTRIQUE

L.-M. Breton. *Une cause rare d'hémorragie pendant le travail* (*British Medical Journal*, 1901, 14 Décembre, n° 2137, p. 1735). — L'auteur est appelé auprès d'une primipare âgée de quarante-trois ans, dont le travail venait de débuter par la rupture des membranes accompagnée d'un écoulement sanguin : sommet en OIGA, dilatation comme 1 franc. Le vagin était plein de caillots, et de l'orifice utérin s'écoulait continuellement un filet de sang.

Les douleurs augmentèrent d'intensité, et le travail aboutit, sept heures plus tard, à l'expulsion d'un fœtus mort : chaque contraction s'était accompagnée d'un abondant écoulement hémorragique. L'état de la parturiente était bon, et l'on ne pouvait soupçonner la cause de l'hémorragie, d'autant moins qu'il n'y avait pas de déchirure du col et que le toucher ne permettait pas de sentir le bord du placenta. A l'expulsion de ce dernier, tout s'expliqua. Le cordon ombilical, au lieu de s'insérer sur le placenta, s'implantait sur les membranes en un point presque diamétralement opposé : de son point d'insertion partaient deux artères et deux veines qui gagnaient le placenta en rampant sur les membranes. Or, à la rupture des membranes, une des veines fut déchirée, d'où l'hémorragie. Ce fait explique aussi que l'état de la mère ne se ressentit nullement de cette perte de sang.

C. Jarvis.

GYNÉCOLOGIE

P. Gottschall. *Un cas de môle hydatiforme à marche envahissante et aboutissant au déciduome malin.* (*Beiträge zur Geb. u. Gynäk.*, 1901, Bd. IV, Hft. 3, p. 331.) — La question de savoir si la môle hydatiforme peut être l'origine du déciduome malin est encore controversée. L'auteur rapporte un cas de ce genre avec examen clinique et anatomique. Des planches complètent la description au point de vue macroscopique et histologique.

L'envahissement se fait principalement par le système veineux et gagne ainsi la profondeur de la musculature utérine. Les hémorragies multiples et partielles, l'hypertrophie et l'hyperplasie des cellules épithéliales de la môle produisent la nécrose des tissus, et donnent progressivement aux éléments de la môle l'aspect des cellules du déciduome malin.

Dans le cas rapporté par l'auteur, la mort survint rapidement, au bout de trois mois, par rupture de l'utérus et envahissement du péritoine.

G. Keim.

Butz. *Contribution à l'étude des môles malignes et de leur traitement.* (*Arch. f. Gynäk.*, 1901, Band 64, Heft 1, P. 176.) — L'auteur rapporte l'observation d'une grossesse molaire de trois mois, se terminant par l'expulsion spontanée d'une partie de l'œuf altéré. On dut alors faire deux curettages pour obvier aux hémorragies et compléter l'évacuation de la môle. Or, au bout d'un an, alors que la santé avait été bonne pendant cette année, survinrent des hémoptysies graves, dues à des métastases pulmonaires et qui entraînèrent la mort de la femme.

Histologiquement, la môle avait montré des vésicules petites ; de plus, les villosités présentaient des lésions épithéliales prononcées (prolifération de la couche de Langhans et du syncytium, bourgeons syncytiaux).

Dans les débris de caduque ramenés par le curettage, on avait vu aussi l'envahissement de la caduque et du muscle utérin par les bourgeons syncytiaux. Dans les métastases pulmonaires, on trouva des éléments syncytiaux, et des cellules de Langhans.

L'auteur admet que la môle mérite le nom de môle maligne quand les lésions de la couche de revêtement des villosités sont accusées, et que caduque et paroi utérine sont envahies par les éléments cellulaires de la villosité. Cet envahissement de la paroi utérine est favorisé par des lésions anciennes d'endométrite. C'est donc, en somme, le défaut de résistance de la caduque qui rend surtout la môle maligne.

Comme traitement, l'auteur préconise l'hystérectomie quand la môle est maligne histologiquement.

A. Schwab.

PÉDIATRIE

Paul Ladrague. *Alcoolisme et enfants* (*Thèse*, 1901, Paris). — L'alcoolisme n'est pas seulement une tare de l'adulte : on l'observe aussi chez l'enfant, et même chez le fœtus.

L'alcoolisme du fœtus peut être dû à l'intoxication alcoolique aiguë ou chronique des parents au moment de la fécondation, ce qui malheureusement est beaucoup trop souvent le cas : l'enfant, engendré dans ces conditions, peut être aliéné, débile, idiot ou épileptique. Ou bien la mère s'alcoolise durant la grossesse : il en résulte un avortement ou un accouchement prématuré, l'aspect misérable du nouveau-né, la mort précoce de l'enfant, ou de nombreuses tares physiques et intellectuelles.

Les données expérimentales expliquent ces résultats : Nicloux a montré que l'alcool ingéré par voie gastrique passait dans les glandes génitales, dans le sperme et dans l'ovule, en traversant le placenta pour arriver au fœtus.

Le nourrisson peut subir l'intoxication alcoolique de diverses manières. Elevé au sein, c'est le lait de sa nourrice, se livrant à des libations exagérées, qui l'intoxique, ainsi que le prouvent de nombreuses observations. D'ailleurs Nicloux a montré que l'alcool ingéré passe en nature dans le lait.

Élevé au biberon, le nourrisson ne devient alcoolique que si la mère a l'étrange perversion de substituer au lait du vin ou du cidre, comme cela se fait dans certaines provinces.

L'alcoolisme du nourrisson se traduit par des accidents nerveux : irritabilité, cris, sommeil interrompu, terreurs nocturnes, parfois même strabisme, nystagmus, tremblement des paupières, tremblement des membres, tics, convulsions; des troubles digestifs : vomissements, diarrhée, gastro-entérite chronique; des éruptions diverses : érythèmes polymorphes, furoncles, impétigo, eczéma; une prédisposition aux infections; des troubles de la nutrition générale : obésité suivie d'atrepsie.

Durant la première enfance, on peut observer l'alcoolisme aigu ou l'alcoolisme chronique. L'eau-de-vie, le vin, dans les pays de vignoble surtout, sont les causes principales de l'intoxication. On connaît plusieurs observations de delirium tremens infantile

L'alcoolisme chronique est le plus fréquent : le petit alcoolique se reconnaît à son facies pâle, à ses traits tirés, à son regard éteint, à ses mains tremblantes, à sa parole lente et hésitante, à son aspect inquiet. Il est excitable, très émotif, peu intelligent. Les terreurs nocturnes, la chorée, les convulsions, sont souvent observés. Il est rare que l'intoxication soit assez ancienne pour produire une cirrhose du foie.

Le traitement est surtout prophylactique. Il doit s'adresser à l'alcoolisme des ascendants et de la nourrice; les mesures préconisées ordinairement contre l'alcoolisme lui sont donc applicables.

M. Labbé.

OPHTALMOLOGIE

H. Le Roux. *De l'emploi des verres dans le traitement du strabisme* (*Thèse*, Paris, 1902). — L'auteur, qui a suivi le traitement d'assez nombreux strabiques par les verres, considère que ce traitement doit toujours être essayé au-dessous de douze ou treize ans, surtout si l'acuité visuelle de l'œil dévié n'est pas trop mauvaise (inférieure à 1/4). Les verres doivent être prescrits après examen skiascopique des yeux atropinisés, et corriger, autant que possible, la totalité de l'amétropie, y compris l'astigmatisme. La correction met un temps très variable à se produire. Elle est obtenue plus souvent dans le strabisme convergent des hypermétropes que dans les autres formes. Elle se produit d'abord pendant le port des verres pour disparaître quand on les enlève ; mais, au bout d'un certain temps, elle persiste même quand on enlève les verres.

V. Druault.

Birch-Hirschfeld. *Sur la pathogénie de l'amblyopie nicotinique chronique* (*Von Graefe's Arch. f. Opht.*, 1901, Octobre, t. LIII, f. 1, p. 1). — Poursuivant ses recherches sur les altérations produites par certaines intoxications, l'auteur aborde, dans ce travail, l'étude des lésions développées dans l'appareil visuel de l'homme sous l'influence de l'intoxication nicotinique. Cette étude est basée sur l'analyse histo-pathologique d'un cas.

Il s'agissait d'un malade de cinquante et un ans, invalide, qui avait séjourné plus de sept ans à la clinique ophtalmologique de Leipzig pour une amblyopie nicotinique. En 1893, l'acuité était de 6/100; les limites périphériques du champ visuel étaient normales, mais il existait un scotome central pour les couleurs. Pas d'autres lésions ophtalmoscopiques qu'une légère pâleur de la moitié temporale de la pupille. Ce malade fumait beaucoup et prétendait boire modérément. Il ne voulut jamais se soumettre aux prescriptions, et, malgré l'interdiction du tabac, il continua à fumer deux à quatre cigares par jour. Son acuité visuelle ne subit que des modifications insignifiantes (6/60 à 6/36) durant les années qui suivirent. En 1901, il fut atteint de carcinome œsophagien qui nécessita une gastrostomie et provoqua la mort.

Vingt-quatre heures après la mort, les globes oculaires, les nerfs optiques, le chiasma et les bandelettes furent fixés dans le formol et l'alcool. La rétine fut fixée dans le sublimé et l'alcool et coupée dans la paraffine. L'examen histologique a montré l'existence de lésions des plus manifestes atteignant les fibres nerveuses, le tissu conjonctif et la névroglie du nerf optique. Le type et la localisation des lésions au faisceau maculaire est absolument semblable à celle décrite par Uhtkoff. L'élargissement des septa produit un aspect absolument différent de celui de l'atrophie grise simple et doit être considérée comme résultant, d'une part, de la contraction du tissu riche en fibres élastiques, et, d'autre part, de la prolifération active des cellules conjonctives.

La disposition des fibres nerveuses dans la zone de dégénération ne cadrait pas avec l'hypothèse d'une atrophie des filets nerveux due à la compression par le tissu conjonctif. Il n'y avait aucun signe d'une inflammation interstitielle progressive, ni infiltration cellulaire, ni modifications vasculaires. La prolifération de la névroglie est bien en accord avec l'hypothèse d'après laquelle la lésion résulterait d'une dégénération primitive des fibres nerveuses avec lésions prolifératives du tissu interstitiel. Il existait dans la rétine des lésions dégénératives très prononcées dans les cellules ganglionnaires, lésions analogues à celles produites par l'intoxication par l'alcool méthylique. Les autres couches de la rétine ne présentaient pas de lésions.

De cet examen, Birch-Hirschfeld conclut que l'amblyopie nicotinique est causée par une lésion primitive des fibres nerveuses du nerf optique. Les cellules ganglionnaires de la rétine souffrent probablement avant ou, dans tous les cas, en même temps que la fibre nerveuse qui n'en est que l'expansion.

V. Morax.

FACULTÉ DE PARIS

Clinique ophtalmologique (cours de perfectionnement). — M. le professeur de Lapersonne, assisté de MM. Weiss, professeur agrégé de physique; Monthus, chef du laboratoire de la clinique ophtalmologique; Scrini, chef adjoint de la clinique ophtalmologique; Pley, chef des travaux d'optique, commencera, le mardi 15 Avril 1902, à 3 h. 1/2, dans le laboratoire de la clinique, à l'Hôtel-Dieu, une nouvelle série de conférences de technique ophtalmologique, suivies d'exercices pratiques.

Le mardi, à 3 h. 1/2, au laboratoire : Médecine opératoire.

Le jeudi, à 3 heures, au laboratoire : Anatomie pathologique, Bactériologie, Thérapeutique.

Le samedi, à 10 heures, salle d'optique : Conférences sur l'ophtalmométrologie, réfraction, périmétrie, sens lumineux et chromatique.

Ce cours de perfectionnement durera environ deux mois.

MM. les docteurs et étudiants français et étrangers seront admis, après immatriculation, à s'inscrire en vue de ces cours.

Le montant des droits à acquitter est de 50 francs.

Laryngologie, rhinologie et otologie. — M. Castex reprendra son cours à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique) le mardi 15 Avril 1902, à 3 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le cours est public et gratuit.

Exercices pratiques, sous la direction de M. Castex, assisté de MM. Collinet, Rabé et Ball, anciens internes des hôpitaux.

Les exercices pratiques ont lieu toute l'année, sans interruption.

Examen et traitement des malades tous les jours, de 3 heures à 5 heures.

Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs.

Sont admis tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Exercices opératoires. — M. Guibé, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 7 Avril 1902, à 1 h. 1/4 précise, à l'Ecole pratique, pavillon n° 7.

Cours libres. — Sont autorisés, pour le 2e semestre de l'année scolaire 1901-1002, les cours suivants : M. Bérillon : Psychologie physiologique et pathologique; Applications cliniques et thérapeutiques de l'hypnotisme. Les lundis et jeudis, à 5 heures, depuis le lundi 21 Avril.

M. Darier : Leçons de thérapeutique oculaire. Les mercredis, à 1 h. 1/2, depuis le mercredi 16 Avril.

M. Foveau (de Courmelles) : Electrothérapie, radiographie et photothérapie; Cures de lumière. Les lundis et jeudis, à 6 heures, depuis le lundi 21 Avril.

M. J. Frumusan : Physiothérapie (massothérapie). Les mardis et samedis, à 6 heures, depuis le mardi 15 Avril.

M. Gaube : Du pouvoir rotatoire des sérums et de ses rapports avec leur minéralisation. Les mardis et samedis, à 4 heures, depuis le mardi 15 Avril.

M. E. Bernard-Leroy : Psychologie normale et pathologique de la perception extérieure. Les mercredis et samedis, à 5 heures, depuis le mercredi 9 Avril.

Tous ces cours auront lieu à l'amphithéâtre Cruveilhier.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

École de médecine de Nantes. — M. Lemeignen (Henri) est institué pour une période de neuf ans chef des travaux de physiologie de l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

École de médecine de Poitiers. — M. Delaunay, professeur de physiologie, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite école, en remplacement de M. Chédevergne, décédé.

École de médecine d'Amiens. — M. Boussavit, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours de physiologie.

École de médecine de Grenoble. — M. Lépine est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie.

HOPITAUX ET HOSPICES

La laïcisation des hôpitaux. — L'administration des hospices de Reims a décrété la laïcisation de tous les services de l'hôpital pour le 1er mai prochain.

NOUVELLES

Paris et Départements

Assistance publique. — M. Debove vient d'être nommé membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, comme représentant de la Faculté de médecine, en remplacement de M. Lannelongue dont le mandat est expiré.

Corps de santé de la marine. — Sont promus au grade de médecin de 1re classe : MM. Meslet, Ruban, Porre, Tribondeau, Chabanne, Vizerie.

Est nommé dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin en chef de 1re classe, M. Mausou.

Corps de santé des troupes coloniales. — MM. Guerchet et Andrieux, médecins-majors de 2e classe, sont désignés pour servir à la Guyane.

MM. Coulogner et Mathis, médecins aides-majors de 1re classe, sont désignés pour servir à la Martinique.

Un Congrès d'assistance à Bordeaux. — Le Comité des Congrès nationaux d'assistance, réuni à Paris, sous la présidence de M. Casimir-Perier, a décidé qu'un Congrès national se tiendrait à Bordeaux au mois de Juin 1903, et qu'on lui adjoindrait, s'il était possible, une Exposition d'assistance.

Syndicats médicaux. — M. Gairal (de Carignan) a été élu représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels, en remplacement de M. Le Baron, décédé.

Étranger

Université de Pise. — M. Rosalino est nommé privat-docent.

CONCOURS

Concours des hôpitaux (Chirurgie). — Vingt-cinq copies ont été remises pour le concours aux deux places vacantes de chirurgien des hôpitaux. La question à traiter par les candidats était : Artère carotide primitive. Kyste dermoïde du cou.

Prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le jeudi 22 Mai 1902, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au Samedi 10 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er Octobre 1902; leur temps d'exercice expirera le 1er Octobre 1906.

Adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aides d'anatomie s'ouvrira le lundi 12 mai 1902, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 3 Mai inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er Octobre 1902; leur temps d'exercice expirera le 1er Octobre 1905.

Hôpitaux de Bordeaux. — Un concours pour une place de chirurgien adjoint s'ouvrira à l'hôpital Saint-André le mardi 17 Juin prochain à 8 heures du matin.

Hôpitaux de Nantes. — Dans sa dernière séance, la commission administrative des hôpitaux a nommé, après concours, M. Schmitt (Charles) accoucheur suppléant des hôpitaux.

La même commission a également nommé internes en pharmacie, après concours :

Internes titulaires : MM. Raude; Chauvelon; Dozières.

Internes provisoires : M. Coubard; Mlle Portron; M. Le Guennec.

RENSEIGNEMENTS

Nota. — Les membres du Congrès de Moscou qui n'ont pas encore retiré les volumes du compte rendu auxquels ils ont droit peuvent le faire à la Librairie Naud, 3, rue Racine, contre l'envoi de 0 fr. 85 pour la remise à Paris, et de 2 fr. 75 pour l'expédition en province.

Les non participants au Congrès peuvent se procurer les 9 volumes du compte rendu moyennant la somme de 18 francs.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 27. — Mercredi, 2 Avril 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI.

SOMMAIRE

ARTICLES

CONTRE L'ALCOOLISME

On a reproché souvent aux diverses Ligues qui existent en France de se dépenser plus en paroles qu'en action. Ce reproche ne saurait être adressé à l'*Union française antialcoolique* qui se signale par un acte de haute énergie, en intentant un procès à l'un de nos plus grands fabricants de liqueurs et d'absinthe. Voici la raison du procès.

Depuis quelque temps on pouvait lire dans nombre de journaux un entrefilet ainsi libellé :

LA SANTÉ PAR L'APPÉTIT

« L'oxygène conférant un pouvoir particulièrement apéritif et réconfortant, la liqueur d'absinthe, l'absinthe oxygénée Cusenier, verte ou blanche, est avec raison recommandée par les *docteurs* et recherchée par tous les amateurs. »

Cette réclame, ainsi formulée, ne manque assurément pas d'habileté ni d'originalité; mais on conviendra qu'il faut une certaine audace pour préconiser l'absinthe comme une boisson hygiénique, en imaginant le truc de l'oxygénation pour la faire recommander par les docteurs. Aussi bien ce subterfuge — pour employer un mot poli — portait-il une grave atteinte à la dignité médicale, en même temps qu'il induisait en erreur le public sur les propriétés d'une substance proclamée incontestablement redoutable par la science.

De ces deux faits, atteinte à la dignité médicale, fausse appréciation des qualités de la substance vendue, y avait-il lieu à poursuites judiciaires?

Je ne crois pas que la législation actuelle ait permis d'invoquer la fraude, la tromperie sur la qualité de la marchandise vendue; le marchand d'absinthe n'est tenu qu'à vendre de l'absinthe. Il serait bon cependant de rechercher s'il a le droit d'attribuer à son produit des qualités qu'il sait pertinemment ne pas avoir, en faisant déterminer là où commence et là où finit la tromperie : la question méritera d'être étudiée quand la discussion de la loi sur les fraudes reviendra devant la nouvelle Chambre.

Mais les médecins ne pouvaient-ils pas intenter une action civile? Le Comité de l'*Union française antialcoolique* a répondu par l'affirmative à cette question que lui avait posée son vice-président, M. Poitou-Duplessis. En conséquence, les médecins faisant partie du Comité ont été autorisés par ledit Comité à engager un procès en réparation civile contre le directeur de la maison Cusenier qui a publié dans divers journaux la réclame reproduite ci-dessus.

Je ne doute pas que le bureau du Comité ne se soit enquis au préalable, près de son conseil judiciaire et puissants de la procédure à suivre; avec d'habiles, adversaires, aucune précaution n'est à négliger. En tout cas, quelle que soit l'issue du procès, les frais en seront à la charge de l'*Union française antialcoolique*.

Pour donner plus d'autorité à la requête, le président du Comité, M. Legrain, a invité tous les médecins membres de l'Union à joindre leurs noms à celui des confrères du Comité, au nombre de 14, qui ont assumé la responsabilité des poursuites. Les grandes Associations médicales ont donné déjà leur appui moral à ces confrères dévoués; nul doute que les membres de l'Union, eux aussi, ne leur apportent un concours unanime.

* * *

En cette affaire le Comité de l'Union a grand besoin de l'appui moral de tous ceux qui s'intéressent à la lutte contre l'alcoolisme, car la tâche est lourde et il lui a fallu autant d'initiative que de courage pour s'attaquer ainsi à l'un des « rois de l'absinthe ».

C'est qu'il ne faut pas se dissimuler que tous ces grands distillateurs, dont la fortune en notre république est aussi scandaleuse peut-être que celle des fermiers généraux sous l'ancien régime, sont parmi les puissants, les plus puissants du jour. Ils n'acquièrent pas seulement la fortune; à eux viennent aussi les honneurs; et nous assistons à ce spectacle au moins paradoxal d'un Gou-

vernement républicain, dont le principe moralisateur doit tendre essentiellement à l'extinction du paupérisme, ne marchande pas les distinctions honorifiques à des hommes qui s'enrichissent en exploitant cyniquement le vice social né de la misère. En fait, il ne se passe guère d'expositions, de réunions syndicales, que nous ne voyions fleurir quelque boutonnière d'alcoolisateur soit du Mérite agricole, soit des palmes académiques, soit de la Légion d'honneur.

Ces jours-ci même, à propos du banquet annuel du *Syndicat central des négociants en liqueurs et spiritueux de France et des colonies*, une promotion de palmes académiques avait lieu, et voici en quels termes la maison à laquelle appartient l'heureux bénéficiaire la faisait annoncer, dans l'intention non dissimulée de s'en faire une réclame : « M. Louis Tièche, le savant préparateur-directeur de l'usine Cusenier, de Charenton, déjà lauréat de la médaille d'or à la dernière Exposition universelle, a reçu, des mains du ministre du Commerce, les palmes d'officier d'Académie. Cette distinction, bien justifiée par les mérites personnels de M. Tièche, fait également honneur à cette puissante Société, dont le sympathique directeur général, M. Elisée Cusenier, fut, en 1900, choisi par ses pairs comme président du jury des récompenses. »

Il est vraisemblable que le savant préparateur-directeur de l'usine Cusenier n'est autre que celui qui a préparé la fameuse absinthe oxygénée, à l'action si bienfaisante, si hygiénique! objet du procès actuellement en litige. De sorte que si, comme je l'espère, les poursuites engagées par l'Union antialcoolique aboutissent, on verra le même acte, d'une part récompensé, de l'autre condamné par les Pouvoirs publics.

* * *

Il faut bien dire que quand on étudie la lutte contre l'alcoolisme en notre pays, il n'est pas rare de rencontrer des contradictions de ce genre.

On connaît, et nous les avons signalées quand elles ont paru, en en faisant les plus grands éloges, les excellentes instructions sur l'éducation antialcoolique émanées du ministère de l'Instruction publique, les circulaires relatives à la consommation de l'alcool dans les garnisons, des ministres de la Guerre et de la Marine, les instructions du ministre du Commerce relatives aux agents des postes. On ne peut donc que s'étonner de voir les ministres des Finances et du Commerce prêter leur appui moral aux principaux agents de l'alcoolisme, en assistant au banquet annuel auquel je faisais allusion plus haut, banquet du *Syndicat central des négociants en liqueurs et spiritueux de France et des colonies*, dont le président est justement l'industriel poursuivi par l'*Union antialcoolique*.

Le ministre des Finances présidait : il a prononcé un discours que ne doivent pas laisser passer inaperçu ceux que préoccupent cette grande question de l'alcoolisme en France.

Lorsque la loi du 29 Décembre 1900 sur le dégrèvement des boissons hygiéniques était en discussion devant le Parlement, un des arguments mis en avant pour la défense de cette loi, et sur lequel on insista le plus, fut que ladite loi constituait un élément considérable de lutte contre l'alcoolisme.

L'alcoolisme, disait-on, est produit surtout par l'abus des boissons distillées; cet abus des boissons distillées est né de la privation des boissons fermentées; facilitez la consommation de celles-ci par un abaissement de tarif, vous diminuerez d'autant la consommation des boissons distillées et vous enrayerez ainsi l'alcoolisme.

La loi fut votée et promulguée ; ses effets se font déjà sentir. Personne n'en est content.

La consommation du vin a considérablement augmenté, insuffisamment cependant pour parer à la crise vinicole. La suppression des droits a fait un vide considérable dans le budget des recettes ; ce déficit n'a pas été comblé par la majoration du droit sur les boissons distillées. Ce qui revient à dire que la consommation des spiritueux a réellement diminué et que les prévisions du Parlement étaient bien fondées. Résultats : désillusion du ministre des Finances qui ne retire pas de l'impôt sur les alcools le rendement prévu, d'où déficit budgétaire ; mécontentement des fabricants et négociants de spiritueux qui voient leurs bénéfices diminuer.

C'est manifestement dans le but de calmer le mécontentement des fabricants et débitants que le ministre des Finances a pris la parole au banquet de leur syndicat.

Il s'est efforcé de démontrer à ses auditeurs que « parmi les communes erreurs, il n'en est pas, en effet, qui soit à la fois plus répandue et plus grossière que celle qui consiste à croire que les intérêts particuliers exigent un traitement en opposition avec les besoins généraux de la nation ». C'est que, en effet, la loi du 29 Décembre 1900, qui a été dictée par le souci du bien général, n'a pas été sans causer quelques froissements : et c'est de ces froissements que le ministre des Finances s'excuse, en quelque sorte, auprès des intéressés. Il les console d'ailleurs en affirmant que ce ne sont que des froissements temporaires; et cette phrase du discours ministériel est à retenir : « Que vos intérêts aient momentanément souffert, a-t-il dit, cela n'est que trop vrai, Messieurs! Que ce dommage ne soit que passager, cela apparaît clairement. »

Ces paroles sont graves ; sortant de la bouche du ministre des Finances, particulièrement bien renseigné à ce sujet, elles tendent à prouver que la consommation des spiritueux va reprendre le taux qu'elle avait atteint avant l'exécution de la loi de dégrèvement, que par conséquent les arguments hygiéniques qui ont entraîné le vote de cette loi étaient sans valeur et qu'ainsi le Parlement a été induit en une erreur profonde et, par suite, a commis involontairement une faute lourde.

Cependant l'époque à laquelle ces paroles ont été prononcées permet peut-être d'en atténuer quelque peu la portée. Elles datent de quelques jours seulement. Nous sommes en période électorale. Le ministre s'adressait à un syndicat puissant, tenant en main par le crédit la grande majorité des débitants de boissons; et je n'ai pas besoin d'ajouter que c'est surtout chez les débitants que se font les élections. Conclusion : il y avait intérêt politique à apaiser le mécontentement de Messieurs les membres du Syndicat des négociants en liqueurs et spiritueux de France et des colonies.

* * *

Par un concours particulier de circonstances, j'ai été amené dans cet article à toucher quelque peu à des questions de personne, et, chose plus grave, à des questions de politique. Cette dérogation à une règle de conduite habituelle s'explique suffisamment de ce fait, qu'elle est justifiée par le souci de ne rien laisser passer inaperçu qui ait trait au grand problème d'Hygiène sociale qu'est l'alcoolisme.

E. De Lavarenne.

LETTRE DE TOULOUSE

Le Congrès de Médecine.

Enfin la pluie a fait place au soleil, et, quoique l'heure soit encore matinale, Toulouse a fait sa toilette ; chacun a mis ses habits de fête pour ce lundi de Pâques. Les squares et les jardins commencent à se garnir de feuilles, et les marchandes, au coin des rues, la tête couverte du mouchoir blanc, ont déjà installé leur panier où la violette et l'œillet mêlent leur couleur et leur parfum.

Sans perdre de temps, je me dirige vers l'hôtel d'Assézat où doit s'ouvrir demain le Congrès de médecine. Cet hôtel, égaré dans une petite rue étroite, est une belle construction du XVIe siècle. Jusqu'en 1895, c'était une propriété particulière, qui appartint (ironie du sort!) quelques années avant cette date à un épicier en gros qui y avait installé ses magasins ! En 1895, M. Ozenne, qui en était le propriétaire, mourut et en fit don à la ville de Toulouse. Dès ce moment, on se mit à restaurer ce magnifique hôtel qui est certainement l'un des plus beaux monuments de Toulouse. Depuis 1895, l'hôtel d'Assézat est le lieu de réunion des Sociétés de géographie, d'archéologie, des sciences et belles-lettres, de médecine. Enfin l'académie des Jeux floraux quitta le Capitole et vint y tenir ses séances.

Dans la cour carrée qui précède l'hôtel, se trouve sous une galerie ouverte la statue de Pierre Fermat (1601-1665), mathématicien, de l'Académie des sciences; cette statue est de Falguière. Sur deux des portes qui donnent accès dans l'hôtel, sont encore visibles, quoique effacées en partie, les armes des d'Assézat : un cygne et trois étoiles.

C'est dans une grande salle du rez-de-chaussée, la plus vaste du bâtiment, occupée en temps ordinaire par la Société de géographie, qu'aura lieu demain mardi la séance d'ouverture du Congrès de médecine. Cette salle a été richement ornée de trophées de drapeaux tricolores ; tout autour s'alignent des bustes, reproductions de ceux qui ont été trouvés dans les fouilles de Béziers et de Martres Tolosa, exécutées de 1826 à 1842, et dont les originaux sont au musée.

A côté de la salle de la Société de géographie, se trouve la salle de l'Académie des sciences et belles-lettres où l'on remarque un portrait en pied de Louis XV, et un lustre de cristal que ce roi, fondateur de l'Académie, donna autrefois à Toulouse.

Au premier étage, se trouve la salle de l'académie des Jeux floraux, fondée en 1327, sous le nom de « College du gay sçavoir ». — Clémence Isaure, noble dame toulousaine, lui fit, au XVe siècle, un legs qui lui permit d'augmenter ses prix.

Cette salle est un délicieux salon Louis XVI, blanc et or. On y remarque les portraits de M. Ozenne, le donateur de l'hôtel, et de Mlle de Castellan de Portel, ainsi que deux bustes, l'un de Mme de Montégut (1741), l'autre de la comtesse d'Esparbès (1781), toutes trois lauréates des Jeux floraux ou « maîtresses ès jeux ». C'est dans cette salle que les lauréats viennent recevoir les fleurs (amarante, souci, primevère, églantine, jasmin) décernées aux meilleurs ouvrages.

L'hôtel est surmonté d'un belvédère à double étage, où je pus monter, grâce à la complaisance du gardien qui m'accompagnait. De là, le visiteur a une vue merveilleuse. Tourné vers le midi, je pus voir Toulouse, avec ses constructions toutes de briques, ses toitures de tuiles rouges, ses clochetons à l'espagnole. Plus loin, court la Garonne, tortueuse en cet endroit, bornée de prairies boisées. Enfin, tout au loin, la chaîne des Pyrénées dont la crête neigeuse tranchait sur le bleu du ciel sans nuages. Me tournant d'un autre côté, j'aperçus les clochers des nombreuses églises, la Dalbade ou Notre-Dame-la-Blanche, la Daurade, le clocher des Dominicains, la cathédrale Saint-Etienne, la tour du Musée, celle du Capitole, Saint-Sernin, la chapelle du Lycée ou des Jacobins. Enfin, la colonne commémorative de la bataille qui eut lieu en 1814 entre les armées de Soult et de Wellington.

C'est dans cette ville si pittoresque de Toulouse, où les souvenirs sanglants de l'Inquisition et de la Saint-Barthélemy ont été effacés par des temps plus calmes, où les Toulousains ont un véritable culte pour tout ce qui est beau et grand dans l'Art, que s'ouvrira demain le Congrès. Nous tiendrons les lecteurs de *La Presse Médicale* au courant des faits intéressants qui pourront se présenter.

Ch. Fouquet.

DU PASSAGE DE L'AGGLUTININE

DE LA MÈRE AU FŒTUS

PENDANT LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par **A. ROUSLACROIX**
Interne des hôpitaux de Marseille.

Une récente épidémie automnale de fièvre typhoïde nous a permis de faire, dans le service de notre maître M. Boy-Tessier, un certain nombre d'observations sur les rapports de l'organisme maternel et de l'organisme fœtal pendant l'évolution d'une dothiénentérie. Il nous a paru intéressant de grouper et de classer ici les faits publiés jusqu'à ce jour, en y joignant deux cas personnels soigneusement contrôlés et qui nous semblent de nature à apporter quelque éclaircissement sur cette question encore si discutée.

***

En parcourant, en effet, la littérature médicale de ces dernières années, on trouve que les observations où l'on s'est préoccupé des rapports de la mère et du fœtus pendant la fièvre typhoïde peuvent se ranger en trois catégories bien distinctes :

1° Le fœtus est infecté pendant la grossesse. Les observations déjà anciennes de Chantemesse et Vidal, Charcellay [1], Wenhaus, Giglio [2], Janizewski [3], Eberth [4], Freund et Lévy [5], Etienne [6], rassemblées par Marfan dans une étude complète sur la fièvre typhoïde congénitale, démontrent d'une manière péremptoire que le bacille d'Eberth peut passer de la mère au fœtus. Le passage se fait à travers un placenta sain en apparence, mais qui doit présenter histologiquement des lésions encore indéterminées.

Dans ces conditions, le fœtus meurt *in utero*, ou, s'il est vivant au moment de la naissance, il naît faible, infecté, et ne tarde pas à succomber (Lovet Morse) [7].

A l'autopsie de ces fœtus, on ne trouve pas les lésions intestinales de la fièvre typhoïde; le bacille d'Eberth est répandu dans l'appareil circulatoire de l'enfant et peut être décelé dans le sang, les organes et les liquides organiques;

2° La seconde catégorie embrasse les faits intéressants dans lesquels les auteurs admettent que les toxines formées dans l'organisme maternel atteint de fièvre typhoïde filtrent à travers le placenta et se répandent seules dans l'organisme fœtal.

Leur présence chez l'enfant est, en effet, décelée au moment de la naissance par la séro-réaction de Widal.

Le fœtus est d'ordinaire expulsé avant terme, mais si la dothiénentérie survient vers la fin de la grossesse, il peut naître vivant et ne présenter ultérieurement aucune manifestation d'éberthisme. Son sang donne néanmoins pendant quelque temps la réaction agglutinante qui reste, suivant l'expression d'Achard [8], « comme l'impression et le souvenir de l'infection maternelle ».

1. Charcellay. — *Arch. gyn. de méd.*, 1840, IX, p. 65.
2. Giglio. — *Centralbl. f. Gynec.*, 1890, p. 46.
3. Janizewski. — *Münch. Med. Woch.*, 1896, n° 35.
4. Eberth. — *Woch. der med.*, 1889, VII, 161.
5. Freund et Levy. — *Berl. klin. Woch.*, 1895, Juin.
6. Etienne. — *Gaz. hebd.*, 1896, Février.
7. Lovet Morse. — *Arch. of Pediatrics*, 1900, Décembre.
8. Achard. — *Soc. de biol.*, 1897.

Depuis la communication de Mossé et Frenkel [1], qui résumaient en 1899 les observations antérieures de Mossé et Daumic [2], Chambrelent et Saint-Philippe [3], Vidal et Sicard [4], Etienne [5], en y ajoutant un nouveau cas personnel, le fait de la transmission du pouvoir agglutinant typhique à travers le placenta a été vérifié à nouveau par Schumacher [6], Lovet Morse [7] et Zangerle [8], ce qui porte à une dizaine le nombre des observations.

Il est à remarquer que le pouvoir agglutinant du fœtus est toujours beaucoup plus faible que celui de la mère.

L'agglutination ne dépasse en général pas la limite de 1/20e à 1/40e, et met la plupart du temps quelques heures avant d'être complète.

3° Enfin, dans la troisième catégorie rentrent les faits encore assez peu nombreux dans lesquels le fœtus échappe à la fois et à l'infection Ébertienne et à la généralisation organique des toxines maternelles.

Le placenta s'est comporté comme le filtre à porcelaine (Achard et Widal) [9], et a arrêté au passage microbes, toxines et antitoxines.

La séro-réaction du sang fœtal est négative, à l'autopsie on ne trouve pas de bacille d'Eberth; faisons néanmoins une réserve pour le fait bien paradoxal en apparence dans lequel Dogliotti [10] aurait trouvé chez le fœtus du bacille d'Eberth avec absence de la réaction agglutinante dans le sang.

Le nombre des cas observés, si nous en exceptons les expériences d'Achard et Bensaude [11] sur le lapin, n'était que de deux en 1896, dus à Étienne [12] et à Charrier et Appert [13]. Il faut y ajouter deux cas très concluants relatés par Planchu et Gallavardin [14] en 1898.

C'est aussi à cette catégorie de faits qu'appartient notre première observation, qui est la seule où l'on se trouve en présence d'une grossesse gémellaire :

Observation I. — Le 8 Août 1901 au soir entre dans le service de M. Boy-Tessier, hôpital de la Conception, salle Sainte-Émilie, n° 15, une jeune femme de vingt-trois ans, Félicie Ch..., enceinte de huit mois, et malade depuis dix jours environ. L'affection a débuté par des maux de tête violents, de l'inappétence, des douleurs intenses dans le bas-ventre. Pas de diarrhée, pas de vomissements. Epistaxis les deux premiers jours.

La malade prend le lit au troisième jour, mais les phénomènes généraux ne tardent pas à s'accentuer, et elle arrive à l'hôpital dans un état très grave.

1. Mossé et Frenkel. — *Bull. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1899, p. 49 à 56.
2. Mossé et Daumic. — Communication *Soc. méd. des hôp.*, 1897, III.
3. Chambrelent et Saint-Philippe. — *Soc. obst. et gyn. de Bordeaux*, 1896, Novembre.
4. Widal et Sicard. — *La Presse Médicale*, 1896, Septembre.
5. Etienne. — In *Rev. gén. path. int.*, 1899, p. 485.
6. Schumacher. — *Zeitschr. f. Hyg.*, 1901.
7. Lovet Morse. — Déjà cité.
8. Zangerle. — *Münch. med. Woch.*, 1900, Juin.
9. Achard et Widal. — *Soc. méd. des hôp.*, 1896, Juillet.
10. Dogliotti. — *Giorn. Acad. di med. Torino*, 1897, Juin.
11. Achard et Bensaude. — *Soc. méd. des hôp.*, 1896.
12. Etienne. — *La Presse Médicale*, 1896, 12 Septembre.
13. Charrier et Appert. — *Soc. de biol.*, 1896, Novembre.
14. Planchu et Gallavardin. — *Lyon médical*, 1898, p. 479.

Oppression et dyspnée considérables, cyanose de la face, langue rôtie. Température 40°1. Pouls à 120. Subdélire.

A l'auscultation, râles de congestion disséminés dans les deux poumons. Cœur tumultueux, léger degré d'arythmie, systoles très assourdies, éclat du deuxième bruit pulmonaire.

Diazo-réaction nettement positive.

L'utérus est très volumineux, et de consistance inégale, beaucoup plus tendu dans la partie droite de l'abdomen; la main ne peut plonger dans la fosse iliaque de ce côté. A gauche, au contraire, on sent une tête dans l'excavation.

Œdème assez considérable de la paroi abdominale, qui ne permet qu'une auscultation très imparfaite. Cependant, on entend les bruits du cœur fœtal à gauche et un peu au-dessous de la ligne ombilicale.

Au toucher, col ramolli, mais pas de dilatation. Dans l'excavation on sent un sommet bien mobile encore au-dessus du détroit supérieur.

En présence de l'énorme volume de l'utérus, de l'inégalité manifeste de consistance entre sa moitié droite et sa moitié gauche, et de l'œdème de la paroi, on porte le diagnostic possible de la grossesse gémellaire.

Nous ne trouvons rien dans les antécédents pathologiques, mais il est à remarquer que cette femme a eu déjà deux couches à terme, avec un mort-né et un enfant mort vingt-quatre heures après l'accouchement.

Le lendemain l'état ne s'est pas amélioré; la température s'élève à 40°3. Toujours de la dyspnée. L'œdème de la paroi a encore augmenté, et l'on n'arrive plus à entendre les bruits du cœur fœtal.

La séro-réaction pratiquée à ce moment se montre très positive au vingtième.

A trois heures de l'après-midi début de travail : contractions utérines assez fortes, et répétées normalement.

La dilatation se fait régulièrement, et à 11 h. 1/2 du soir notre malade accouche de deux enfants du sexe féminin, vivants et bien conformés, pesant l'un 1.950 grammes et l'autre 2.000.

Délivrance régulière sans hémorragie, un seul placenta du poids de 850 grammes.

Nous recueillons pendant l'accouchement du sang de la veine ombilicale et un tube de liquide amniotique.

Le 10 Août asphyxie progressive. Cyanose intense de la face et des extrémités.

Cœur mou très irrégulier. T. 39°4 et 40°4.

On ordonne caféine toutes les trois heures; sérum, 500 grammes.

Malgré cela, dans la soirée sueurs profuses; et décès à 11 heures.

Les deux enfants ont survécu l'un cinq jours et l'autre six jours. Tous deux ont présenté dès le second jour de l'œdème de la face et des membres inférieurs, puis un ictère très accentué étendu à tout le corps; selles normales, pas de vomissements. Ils ont pu être nourris au début au biberon, mais le 14 Août, c'est-à-dire quatre jours après leur naissance, ils présentent une élévation de température accompagnée de dyspnée (T. 39°7 et 39°6). L'un meurt le lendemain, l'autre survit encore un jour, et meurt le 16 Août.

A l'autopsie rien de particulier, sauf, chez l'enfant mort le dernier (Ch... Rose) un foyer de broncho-pneumonie dans le poumon gauche, à la partie moyenne. Pas de lésions intestinales, foie gros, olivâtre. Rate petite dans les deux cas.

Bactériologie. — Un ensemencement en bouillon est fait chez le premier fœtus avec le sang du cœur et la pulpe splénique.

Nous obtenons au bout de 24 heures, dans les deux tubes, une culture de coli-bacilles, accompagnés des bactéries ordinaires de la putréfaction et de cocci indéterminés.

Voici maintenant les résultats comparatifs que nous a donnés la séro-réaction faite avec le sang de la mère, le sang du bout placentaire du cordon,

c'est-à-dire de la veine ombilicale, le sang des deux fœtus et le liquide amniotique.

1° Sang de la mère recueilli le 9 au matin, environ 15 heures avant l'accouchement : Séro-réaction très positive à 1/20e.

2° Sang de la veine ombilicale : Séro-réaction négative à 1/10e.

3° Liquide amniotique : Séro-réaction négative à 1/10e.

Pour ces trois réactions, durée du contact : 1 h. 1/2.

4° Sang des deux enfants recueilli 10 heures après leur naissance : Séro-réaction négative à 1/10e après deux heures de contact.

Ces résultats obtenus le 10 Août avec une culture d'Eberth tuée par le formol et ne présentant pas de faux amas, sont contrôlés le 11 août avec une culture vivante. On trouve :

1° Sang de la mère. . . { S. R. très positive à 1/10. S. R. très positive à 1/20. S. R. positive à 1/100.

1° Sang de la veine ombilicale ;
2° Sang des deux enfants ;
3° Liquide amniotique.
} S. R. négative à 1/10, après deux heures de contact.

La diazo-réaction essayée avec le liquide amniotique et le sérum du sang venu du placenta ne donne rien.

A quatre jours de distance, le 14 août, nouvelle recherche de la séro-réaction chez les deux fœtus. Nous trouvons encore une absence complète d'agglutination au 1/10e avec une culture fraîche.

Dans le cas que nous venons de relater, les deux enfants ont donc complètement échappé à l'infection et à la toxémie maternelle. Remarquons aussi que c'est la seule observation où la séro-réaction ait été recherchée dans le sang qui arrive directement du placenta par la veine ombilicale. Nous avons vu qu'elle était complètement négative.

Comment interpréter des résultats aussi dissemblables en apparence ? Si la première classe de faits est bien tranchée et mérite une autonomie spéciale, doit-il en être de même pour les deux autres ? En un mot, devons-nous considérer que certaines fièvres typhoïdes intoxiquent toujours le fœtus, tandis que d'autres le laissent indemnes ?

Nous ne pensons pas que les faits puissent être interprétés de cette façon.

Le placenta, barrière effective au début de la fièvre typhoïde à la diffusion des toxines et antitoxines Eberthiennes, tend normalement à se laisser traverser par elle.

Voici une observation où l'on assiste d'une manière évidente à ce passage :

Observation II. — Il s'agit d'une femme de 19 ans, Mich. E., entrée salle Sainte-Emilie, le 6 octobre 1901. Début de la maladie il y a dix jours environ, par une légère épistaxis. Puis, céphalalgie intense, diarrhée, vomissements. Douleurs abdominales et lombaires, fièvre continue. Depuis deux jours, les divers symptômes ont augmenté d'intensité, en même temps que se développaient des complications pulmonaires.

La malade entre à l'hôpital avec une dyspnée considérable témoignant d'une intoxication profonde, car on entend à peine quelques râles de congestion aux deux bases. Pouls à 120. T. 40°4.

Gargouillement dans les deux fosses iliaques, langue rôtie.

On institue immédiatement le traitement en usage depuis longtemps déjà dans le service de M. Boy Tessier.

Enteroclyses froides toutes les trois heures. Injections de spartéine et d'huile camphrée.

Cette femme, primipare, dit avoir eu ses dernières règles au début de Janvier ; elle serait donc à terme, mais le petit volume de l'utérus, qui déborde de 2 à 3 centimètres seulement l'ombilic, et la perception des mouvements actifs vers la fin de Juin, laissent supposer que la grossesse ne dépasse pas le huitième mois. Variété OIGA Les bruits du cœur fœtal s'entendent bien à gauche de la ligne médiane.

Le 7 octobre légère diminution de la dyspnée. Températures toujours élevées (39°8 et 40°3). Séro-diagnostic positif au 1/20e. Diazo-réaction positive.

Le 8, la malade dit ne plus sentir les mouvements actifs du fœtus.

Le 9 octobre, à 4 heures du matin, début de travail. Dilatation progresse lentement. Contractions utérines subintrantes. Accouchement normal à 7 h. 1/2 du soir. Délivrance régulière. (P. = 350 gr.). Léger degré d'inertie utérine consécutive, injection d'ergotinine.

L'enfant est bien un prématuré, du poids de 1.950 gr. Il naît étonné, et survit 24 heures environ (L'autopsie a montré qu'il a succombé à de l'occlusion intestinale par invagination de 3 centimètres environ de l'intestin grêle dans l'ampoule cæcale).

Suites de couches normales. La malade poursuit le traitement de sa fièvre typhoïde qui présente une forme hyperthermique et adynamique très grave. Elle sort guérie le 11 novembre.

Les résultats de la séro-réaction pratiquée chez la mère et chez l'enfant sont les suivants :

1° Sang de la mère recueilli le 9 Octobre à 6 heures du soir pendant le travail : S R = positive au 1/200 au bout d'un quart d'heure ;

2° Sang de la veine ombilicale : S R = positive au 1/10 au bout de une heure et demie : = négative au 1/20 ;

3° Sang de la plaie utérine (sang écoulé pendant hémorragie après la délivrance) : S R = positive au 1/200 (1/4 d'heure) ;

4° Sang de l'enfant pris le 10 Octobre : S R = négative au 1/20 au bout de deux heures ; = quelques amas au 1/10.

Nous avons tenu à répéter l'expérience de Charrier et Appert qui consiste à essayer la séro-réaction avec une macération de placenta, bien que, en l'espèce, le résultat nous paraisse toujours facile à prévoir. Quel que puisse être le soin que l'on apporte à laver le placenta, il existe toujours à l'intérieur du tissu placentaire un mélange de sang maternel et de sang fœtal.

Aussi la macération de 30 grammes de tissu lavé à l'eau courante pendant une demi-heure dans 30 grammes de sérum artificiel nous a-t-elle donné une agglutination assez rapide au 1/10 un peu plus lente au 1/20.

L'autopsie du fœtus a pu être faite quelques heures après sa mort, et nous avons recueilli du sang en divers points de l'appareil circulatoire.

Les résultats au point de vue de la séro-réaction sont très intéressants en ceci qu'elle s'est montrée absolument négative au 1/10 pour le sang du cœur droit et de la veine fémorale après deux heures de contact. Au contraire, le sang recueilli au niveau du confluent de la veine ombilicale et de la veine omphalo-mésentérique, l'extrémité de la pipette plongeant dans la ramification hépatique, a donné une agglutination au 1/10 très nette, après une heure et demie de contact. Rien au 1/20.

Les ensemencements sur bouillon donnent au bout de vingt-quatre heures pour le sang de l'oreillette droite, de la veine porte et pour le sang périphérique des cultures de bactéries ordinaires de la putréfaction, de diplocoques et cocci indéterminés.

Le contenu intestinal fournit une culture de coli associé à des cocci nombreux et indéterminés.

Comme on le voit, dans cette observation, le filtre placentaire commençait à être traversé par l'agglutinine que nous retrouvons dans le sang venu du bout placentaire du cordon et dans le sang pris chez le fœtus au confluent de la veine ombilicale et de la veine omphalo-mésentérique.

Reste à expliquer pourquoi la séro-réaction n'a point été trouvée dans le reste de l'appareil circulatoire de l'enfant. C'est là un point important et sur lequel il nous paraît utile d'attirer l'attention.

Le foie du fœtus exercerait-il, malgré la large communication établie entre la veine ombilicale et la veine cave par le canal d'Aranzi, une action d'arrêt efficace sur les produits solubles d'origine éberthienne, et s'opposerait-il pendant quelque temps à la dissémination de l'agglutinine dans l'organisme de l'enfant ? Il importera, croyons-nous, de le vérifier désormais en répétant l'expérience que nous avons faite.

Quoi qu'il en soit, les résultats nouveaux confirment de plus en plus l'opinion émise en 1899 par Mossé et Frenkel, à savoir que le passage des toxines éberthiennes à travers le placenta est lié à deux facteurs : d'une part l'intensité de l'infection chez la mère, et de l'autre surtout la durée pendant laquelle les substances toxiques sont restées en contact avec le placenta.

Allons même plus loin et disons que l'intensité de l'infection chez la mère, par les troubles profonds de nutrition qu'elle amène dans le sang, constitue pour le fœtus une menace d'être expulsé rapidement.

Dans ces conditions l'agglutinine n'a pas encore eu le temps de traverser le placenta.

Pour la plupart des observations où on la voit passer de la mère au fœtus, l'accouchement s'est produit au moins au quarantième jour de la maladie.

Si l'on admet que l'agglutinine apparaît vers la fin du premier septénaire, nous avons donc au minimum trente jours pendant lesquels les toxines agissent sur le placenta. Dans le cas de Mossé et Daumic la dothiénentérie est survenue au cours du sixième mois de la grossesse ; l'accouchement s'est produit à terme, ce qui nous donne plus de deux mois d'imprégnation placentaire. L'enfant présentait une séro-réaction positive.

Au contraire, si nous réunissons les observations dans lesquelles la réaction agglutinante ne se montre pas chez le fœtus, en tenant compte du jour de la maladie auquel l'expulsion a lieu, nous obtenons le tableau suivant :

CAS	GROSSESSE	EXPULSION AU :	IMPRÉGNATION PLACENTAIRE.
Etienne	5e m. . .	14e j. de mal.	8 j. env.
Charrier et Appert	3e m. . .	20e j. de mal.	12 j. env.
Planchu et Gall. A.	8e m. 1/2.	9e j. de mal.	2 j. env.
B.	6e m. . .	18e j. de mal.	11 j. env.
Rouslacroix (gr. gémel.)	8e m. . .	11e j. de mal.	4 j. env.
Moyenne		14e j. env. . .	7 j. env.

Il s'agit, comme on le voit, en général, de fièvres typhoïdes hypertoxiques, dans lesquelles la durée de l'imprégnation placentaire par les produits solubles d'origine éberthienne (l'agglutinine notamment) ne dépasse pas une moyenne de sept à huit jours.

En résumé :

1° Il n'y a pas de rapport constant entre le

fait de l'expulsion prématurée du fœtus et l'intoxication de celui-ci par la fièvre typhoïde de la mère.

L'enfant peut naître prématurément et indemne de toute manifestation infectieuse ou toxémique d'origine typhique;

2° Le placenta exerce pendant le début de la dothiénentérie une action d'arrêt évidente et manifeste sur les toxines et antitoxines maternelles.

Il tend néanmoins à se laisser traverser normalement par elles et le passage de l'agglutinine en est la preuve.

A cet égard, l'intensité de l'infection chez la mère n'a pas le temps d'ordinaire d'entrer en ligne de compte puisqu'elle provoque, par suite de l'aggravation des phénomènes généraux et des troubles nutritifs profonds apportés dans le sang, une expulsion trop hâtive du fœtus.

La durée de l'imprégnation placentaire n'a pas été suffisante pour permettre le passage de l'agglutinine. Celle-ci se retrouve chez l'enfant, surtout dans les cas de fièvres typhoïdes de moyenne intensité n'ayant amené l'accouchement que vers le milieu ou dans les derniers septénaires de leur évolution.

3° Il ressort d'une observation que l'agglutinine paraît rencontrer dans le foie du fœtus une seconde barrière qui s'oppose pendant quelque temps à sa diffusion dans l'organisme fœtal.

ESSAI DE PROPHYLAXIE

DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Par G. FISCHER
Médecin aide-major de l'armée.

La société se trouve actuellement exposée à trois grands fléaux : l'alcoolisme, la tuberculose et la syphilis. Aussi des esprits éclairés ont-ils résolu de livrer à ces dangers imminents une lutte acharnée, en provoquant, il y a quelques années déjà, la constitution d'une ligue contre l'alcoolisme, et d'une ligue contre la tuberculose. Restait encore le péril vénérien à combattre; mais, le 31 Mars 1901, sur l'initiative du professeur Fournier, se formait également une ligue contre la syphilis, sous le nom de *Société française de prophylaxie sanitaire et morale*. Enfin, un grand Congrès doit prochainement réunir les savants de toutes les nations, afin d'étudier les moyens les plus efficaces d'empêcher l'extension inquiétante de la syphilis et de la blennorrhagie.

La France était encore tout récemment une des seules grandes nations qui n'aient pas de législation codifiée régissant les importantes questions de l'hygiène et de la salubrité publiques, et nous faisons des vœux pour l'application rapide de la nouvelle loi ayant pour objet la protection de la santé publique.

Espérons que, par les droits qu'elle confère au Président de la République, aux Préfets, et aux Maires, elle sera du plus grand secours dans la prophylaxie des maladies vénériennes!

* * *

Nous n'avons pas l'intention de démontrer ici les proportions dans lesquelles on trouve les maladies vénériennes en France; les statistiques, établies à cet égard dans les Traités spéciaux, nous font suffisamment connaître les ravages de ces fléaux, qui s'attaquent à toutes les classes de la société. Il nous suffira de rappeler, pour citer un exemple seulement, que, d'après Fournier, la population syphilitique de Paris est des quinze centièmes, et que l'on ne compte pas moins de 2 pour 100 de spécifiques dans la bourgeoisie et dans la clientèle riche, la proportion étant encore plus forte dans les classes pauvres!

S'émouvoir d'un pareil état de choses est donc urgent; ayant été à même d'observer ce que produisent les maladies vénériennes dans l'armée, et de voir la diffusion de ces maladies par le service militaire obligatoire, nous allons exposer quels seraient, à notre idée, les meilleurs moyens de lutter contre le mal.

Ceux-ci devront être, il nous semble, d'une part, prophylactiques, de l'autre, curatifs : on cherchera, sinon à empêcher l'éclosion des maladies vénériennes, du moins à diminuer leur fréquence, et, en même temps, on s'efforcera de guérir le plus rapidement possible ces affections dès leur apparition.

La prophylaxie aura pour but principal de faire connaître à tout le monde les dangers auxquels on s'expose en contractant les maladies vénériennes, l'aspect clinique de ces affections dans leurs formes variées, les différents symptômes par lesquels elles peuvent se révéler.

Beaucoup, en effet, ignorent tous les risques qu'ils courent en se livrant à des rapports sexuels, ou bien ils ne savent pas la gravité de l'affection qu'ils peuvent présenter, et, par suite, négligent de la traiter, contaminant, d'une façon inconsciente d'autres personnes. Certains encore, adoptant un préjugé populaire, aussi stupide que suranné, considèrent leur affection vénérienne comme une maladie honteuse, et, par suite, la dissimulent, sans hésiter d'ailleurs à se faire les agents de la contagion. Or, rien n'est plus dangereux que ces syphilis, et même ces blennorrhagies, ignorées ou dissimulées, dont les effets peuvent ainsi s'exercer jusque dans les familles, frappant d'une façon quelquefois irrémédiable des innocents, compromettant même des existences!

Pour vulgariser ces données, on ne devrait pas craindre de s'adresser tout d'abord aux adolescents on ne saurait, en effet, mettre trop tôt en garde contre le péril vénérien, car c'est avant l'âge de vingt ans que la contagion est la plus fréquente, ainsi qu'il a été établi par les statistiques produites au dernier Congrès de Bruxelles contre la syphilis. M. le professeur Fournier fait également remarquer « qu'il y a plus de 8 pour 100 des cas où la syphilis a été prise avant vingt ans; cette proportion peut aller, à l'hôpital, jusqu'à 13,4. La syphilis du cerveau, dans un dixième de ses cas, a son origine dans un accident primitif contracté avant vingt ans ».

Afin de réaliser cette vulgarisation, il suffirait d'ailleurs d'ajouter quelques conférences spéciales à celles qui, depuis douze années environ, sont faites, sur l'hygiène, aux lycéens et aux collégiens des classes supérieures. Pour les jeunes ouvriers ou employés, que leur profession n'a pas obligé à passer dans ces institutions, un enseignement analogue se ferait dans les cours d'adultes, libres ou municipaux, dans les patronages confessionnels ou laïques. Une fois sous les drapeaux, les jeunes gens seraient encore mis en garde contre le péril vénérien par les médecins militaires, dans quelques conférences analogues à celles faites sur l'alcoolisme. De la sorte seraient instruits et prévenus ceux mêmes qui n'auraient pu l'être avant leur incorporation et c'est au régiment, puisque tout le monde y passe, que devrait se faire surtout l'éducation antivénérienne.

Toutes ces idées sont aujourd'hui admises surtout du public médical, elle ont d'ailleurs été développées par l'auteur d'un excellent article paru récemment dans la *Tribune médicale*, qui insiste en outre sur la nécessité de conférences faites, chaque année, aux habitants des différentes localités, ou de brochures répandues dans le public. Bien plus, ne serait-il pas possible que des tableaux, montrant tous les méfaits et les ravages produits par les maladies vénériennes, soient placés dans les établissements publics ou autres, à côté des gravures anti-alcooliques.

* * *

Une fois le mal apparu, une fois la maladie vénérienne déclarée, il faut instituer, le plus rapidement possible, une thérapeutique appropriée, pour diminuer les chances de contagion et de propagation. Or, pour remplir complètement cette indication, il serait nécessaire, croyons-nous, de rendre absolument *gratuit* le traitement de toute maladie vénérienne.

Dans tous les hôpitaux, plus spécialement dans ceux de la province, un médecin, suffisamment rémunéré par les communes, donnerait des consultations gratuites. Il y soignerait indistinctement toutes les affections, vénériennes ou autres, pour éviter précisément qu'une fausse pudeur n'empêche les personnes de s'y faire soigner pour la syphilis ou la blennorrhagie. A ces consultations, les malades seraient examinés isolément, et non en public, comme cela se fait le plus généralement. Dans les salles de chirurgie des petits hôpitaux, on soignerait à la fois les blessés et les vénériens, pour éviter que certains, imbus du préjugé des maladies « honteuses » — et le fait s'observe surtout en province, — ne recèlent et ne propagent leurs germes spécifiques par la peur d'être isolés comme des lépreux, et, pour ainsi dire, montrés au doigt. Les médicaments prescrits seraient délivrés gratuitement par les pharmacies des hôpitaux.

Cependant, il faut savoir que, dans certaines villes, les Conseils d'administration des maisons hospitalières refusent absolument de prendre en traitement toute personne atteinte de maladie vénérienne. En pareil cas, le maire de la commune, ou au besoin le préfet, devrait intervenir pour les y contraindre; d'ailleurs les articles 91 et 99 de la loi d'organisation municipale (5 avril 1884) donnent, à cet égard, plein pouvoir à ces fonctionnaires, et les mêmes dispositions subsistent dans la nouvelle loi ayant pour objet la protection de la santé publique.

On adopterait également la gratuité, pour les gens ne pouvant faire les frais de leur maladie, des soins médicaux donnés à domicile pour la syphilis, la blennorrhagie, ou leurs complications. Dans ce but, il serait délivré, par les municipalités, un certain nombre de tickets spéciaux à tous les médecins, d'une manière indistincte; ceux-ci les remettraient à leurs malades, à l'occasion de chaque visite pour affection vénérienne. Il suffirait ensuite aux patients, la maladie terminée, de rapporter à la mairie tous les tickets reçus, ou bien de les y renvoyer sous enveloppe, pour assurer toute discrétion à leur égard. A des époques fixes, la municipalité ferait parvenir aux différents médecins la somme correspondante au nombre de leurs tickets ainsi rapportés. Nous pensons d'ailleurs que, faire chercher les tickets à la mairie par les clients eux-mêmes, pour les remettre ensuite aux médecins, serait favoriser les abus, ou empêcher certaines personnes, atteintes de fausse pudeur, de se faire soigner.

* * *

Voyons, à présent, comment il faudrait, à notre sens, modifier la réglementation de la prostitution, afin de combattre plus énergiquement la syphilis et la blennorrhagie.

Si nous abordons, en premier lieu, la prostitution clandestine, qui est la plus dangereuse, nous émettrons le vœu qu'un rôle plus efficace, quoique discret, soit attribué aux commissaires de police, par des décrets présidentiels ou des arrêtés préfectoraux; voici comment.

Toute affection vénérienne, avons-nous dit, serait soignée gratuitement, et jusqu'à guérison complète, soit à domicile, soit à l'hôpital; on distribuerait à profusion les brochures antivénériennes, où seraient décrits, non seulement les dangers auxquels exposent la syphilis et la blennorrhagie, mais encore les symptômes de ces maladies; aucune personne ne serait donc, en principe, excusable de pécher, en quelque sorte par ignorance,

en en contaminant une autre. D'autre part, si un arrêté préfectoral engageait fortement toute personne contaminée à donner le nom et l'adresse ordinaire du sujet malade au commissaire de police, celui-ci pourrait, d'une façon discrète (simple envoi d'une brochure antivénérienne, par exemple), prévenir l'intéressé qu'il doit se faire soigner, soit en se rendant à la consultation hospitalière, soit en priant son médecin de venir le soigner. Dans ce dernier cas, d'ailleurs, la visite médicale à domicile n'éveillerait aucun soupçon de l'entourage du malade, puisque le docteur en médecine choisi à cet effet pourrait être le médecin ordinaire de la famille, tous les praticiens étant munis de tickets spéciaux. Si une deuxième plainte était ultérieurement formulée contre la même personne, le commissaire de police agirait encore de même. Mais, lors d'une troisième dénonciation, par exemple, le malade serait passible de peines alors très sévères (forte amende ou emprisonnement, sans compter l'hospitalisation d'office), qui pourraient être celles édictées à l'article 29 de la loi, ayant pour objet la protection de la santé publique.

Nul ne serait sensé ignorer toutes ces dispositions, car celles-ci seraient exposées dans les conférences faites contre la syphilis, et dans un chapitre spécial du livret antivénérien. Il nous semble que, de la sorte, toute personne contaminée par un coït extraconjugal aurait intérêt à faire semblable déclaration. Ce *modus faciendi*, une fois passé dans les mœurs, peut-être la contagion deviendrait-elle moins fréquente ? Une fois contaminé, nul ne tenterait de contagionner quelque autre personne, en se livrant au coït avant guérison complète, car ce serait risquer des pénalités trop graves.

Inutile d'ajouter que tout individu en ayant les moyens serait toujours libre de se faire soigner à ses frais, pour ne pas risquer quelque indiscrétion susceptible d'être provoquée par le traitement gratuit.

Nous avons parlé, plus haut, d'une hospitalisation d'office, pratiquée à la troisième dénonciation, pour maladie vénérienne. Ce ne serait pas là une innovation, car la loi du 24 vendémiaire, an II, titre 3, art. 8, donne le droit de séquestration des vénériens, pour être traités dans les hôpitaux établis à cet effet. Ces dispositions sont d'ailleurs confirmées par l'arrêté gouvernemental du 12 messidor an VIII, art. 23, et par celui du 5 brumaire an IX, art. 18, ainsi que par le décret du 23 fructidor an XIII, art. 2.

En outre, lorsqu'il serait établi, au moment de son hospitalisation d'office pour maladie vénérienne, qu'une femme n'a d'autre ressource pour vivre que la prostitution, elle serait inscrite sur le contrôle des filles soumises, et obligée, par conséquent, aux mêmes visites de santé que celles-ci.

A ce propos, nous émettons le vœu que ces visites sanitaires deviennent plus fréquentes et plus sérieuses qu'elles ne le sont actuellement. Nous en dirons autant de celles passées dans les maisons de tolérance, en ajoutant que, dans ce cas particulier, elles devraient avoir lieu tout à fait à l'improviste. Le médecin ne devrait pas non plus hésiter à retirer de la circulation et à hospitaliser toutes les suspectes. A la vérité, sa tâche serait facilitée si ces femmes étaient reçues dans les hôpitaux (nous parlons de quelques villes de province). Cette catégorie de prostituées serait de préférence soignée dans des salles isolées. Actuellement, les femmes qui se livrent à la prostitution, lorsqu'elles sont reconnues contaminées, sont expulsées policièrement de la localité, si les administrations hospitalières ne veulent les recevoir, chose assez fréquente. Celles-ci se dirigent alors sur les grands centres urbains du voisinage; elles y continuent librement leur métier de prostituées, et on se rend compte aisément du grand nombre de personnes qu'elles peuvent ainsi contaminer.

***

En résumé, si nous faisons abstraction de toutes les questions de détail, qui, pour être définitivement résolues, demandent une étude approfondie et une expérience que nous ne possédons pas, au sujet desquelles nous n'avons d'ailleurs fait qu'émettre notre humble avis, nous pensons que trois grands principes doivent présider à la prophylaxie des maladies vénériennes, et à la réglementation de la prostitution, qui sont :

1° La vulgarisation des symptômes, accidents individuels et dangers sociaux provoqués par la syphilis et la blennorrhagie.

2° La dénonciation, non pas peut-être obligatoire, mais fortement conseillée, des personnes malades, qui auront occasionné la contagion.

3° La gratuité absolue, pour les gens peu fortunés, du traitement de ces affections, avec des pénalités très sévères applicables à ceux qui négligeront de se traiter sérieusement.

MÉDECINE PRATIQUE

QUAND IL FAUT ADMINISTRER LA QUININE

L'action de la quinine dans la *fièvre paludéenne dans la malaria* est nous l'avons dit quasi-spécifique. Nous n'y insisterons pas. Nous rappellerons les règles les plus généralement adoptées par les auteurs auxquels un long séjour dans les régions malariques ont donné une réelle compétence.

Dans les *cas simples* on donnera une première dose de quinine soit 1 gramme, huit à dix heures avant le frisson, de façon à éviter si possible le retour des accès. Si les accès sont très rapprochés on pourra donner la dose pendant l'accès même, non dans l'espoir d'agir sur l'accès en voie d'évolution, mais sur l'accès à venir. On pourra ensuite suivre les règles suivantes : après cette première dose, un jour sans quinine ; le troisième jour, nouvelle dose de quinine, suivie de deux jours d'intervalle ; le sixième jour, nouvelle dose de 1 gramme, puis trois jours d'intervalle ; le dixième jour, nouvelle dose de 1 gramme, puis quatre jours d'intervalle ; ensuite une dose par semaine pendant un mois.

Dans *les fièvres pernicieuses* il faut agir vite et fort : on donnera donc la quinine de suite et de façon continue sans trop s'inquiéter des règles précédentes. On devra préférer dans ces cas la voie hypodermique dont l'action est incontestablement plus rapide.

Dans *la cachexie paludéenne*, la quinine pourra rendre encore des services appréciés, mais elle devra être alors associée au fer, à l'arsenic, à l'hydrothérapie.

***

L'emploi de la quinine dans la *fièvre typhoïde* a subi un moment de discrédit lors des premières années de l'application systématique de la méthode de Brand. Mais ces temps derniers des voix autorisées ont produit d'éloquents plaidoyers en faveur de la médication quinique dans cette maladie. Nous citerons les plus récents ceux de Erb, de Bing et de Marfan. (Romme. *La Presse Médicale*, 1901 20 Mars).

Erb schématise de la façon suivante le traitement de la fièvre typhoïde : diète et hygiène, bain tiède progressivement refroidi, quinine. Il donne la quinine à fortes doses, soit 1 à 2 grammes vers le moment de température maxima, dans la pratique 7 à 8 heures du soir, et tous les deux jours seulement. Sous cette influence il aurait vu 6 fois sur 7, s'accentuer la rémission matinale, et s'abaisser l'ascension vespérale. Et pour lui « dans le traitement de la fièvre typhoïde la quinine agit non seulement comme antiseptique, mais elle exerce encore une action directement favorable sur la marche de la maladie, dont elle abrège la durée ». Son action, particulièrement remarquable dans les formes muqueuses, deviendrait incertaine dans les formes graves, et nulle dans les formes aggravées par des infections secondaires. Il estime la quinine très supérieure à la foule des antipyrétiques préconisés un temps (antipyrine, phénacétine, lactophénine, salophène, etc..

Bing partage absolument cette opinion, il préconise seulement des doses plus faibles inférieures à 1 gramme par crainte d'accidents paralytiques, surtout en cas de troubles circulatoires ou respiratoires accusés.

M. Marfan enfin essaie toujours chez les enfants typhiques le traitement quinique. Si la température rectale prise entre 4 et 5 heures dépasse 39°, il fait prendre à l'enfant (s'il a plus de cinq ans) 0 gr. 75 de bichlorhydrate neutre de quinine, en trois fois, par prises espacées d'une demi-heure. Si l'abaissement thermique est évident, s'il y a le lendemain amendement des autres symptômes la prescription est ainsi formulée : prendre la température rectale entre 4 et 5 heures, si elle dépasse 39° donner 0 gr. 75 de quinine en trois prises, à une demi-heure d'intervalle. Si au contraire l'amendement est nul ou douteux, M. Marfan institue la médication balnéaire par bains tièdes à 32°, progressivement refroidis à 25°.

Dans la *septicémie*, *l'infection purulente*, *la fièvre puerpérale* la quinine a été traditionnellement employée ; elle est recommandable quoiqu'il soit difficile à l'heure actuelle de se faire une idée précise sur son utilité véritable dans ces cas.

Malgré son action inconstante et incertaine on pourra l'employer à titre symptomatique comme antipyrétique dans les *maladies fébriles* : érysipèle, fièvres éruptives, pneumonie, etc.

Dans ces cas, d'ailleurs elle pourra être encore utile comme tonique et sédatif, tout à la fois, du système nerveux.

***

Les incertitudes relatives à l'action de la quinine sur le cœur et les vaisseaux, se reflètent dans les *médications basées sur ces propriétés vaso-motrices*. C'est ce que disait très nettement M. Vaquez dans un article consacré à la médication hémostatique : « Bien que l'emploi des sels de quinine ait été depuis longtemps et souvent préconisé, les plus grandes incertitudes règnent lorsqu'il s'agit d'interpréter leur action physiologique. On ne sait pas encore si celle-ci s'exerce par le système vaso-constricteur ou par l'intermédiaire des centres nerveux. Vulpian se refuse à prendre parti, et Hayem déclare qu'il lui paraît très difficile de poser nettement les indications de cet agent ».

En tout état de cause la quinine peut rendre des services incontestables, quel que soit le mécanisme de son action dans un bon nombre d'*hémorragies*, en particulier dans les *épistaxis persistantes* en rapport avec une exagération permanente de la tension artérielle, chez les jeunes gens, les jeunes filles pubères, les neuro-arthritiques, les brigthiques à la période initiale, les basedowiens. Kirmisson, Guinard, Liégeois ont publié des observations remarquables d'hémostase quinique dans des *hémorragies dentaires incoercibles*. Dans les *hémoptysies des tuberculeux* elle réussit souvent fort bien, surtout dans les hémoptysies fébriles, où les actions hémostatique et antipyrétique semblent simultanées. Il sera utile dans ces cas de la prescrire à doses quotidiennes assez élevées (1 gramme à 1 gr. 50), et d'en continuer l'emploi pendant plusieurs jours. Nous verrons qu'il peut être des plus utiles ici de l'associer à la digitale. Elle sera de même indiquée dans les hémoptysies par hypertension artérielle persistante liées aux causes précédemment énumérées, hémoptysies périodiques des pubères, neuro-arthritiques, de la ménopause, etc.) On en obtiendra souvent d'appréciables résultats dans des *métrorragies* réfractaires à l'ergot de seigle, avec lequel il pourra aussi être utile de l'associer. Elle est souvent très active dans les métrorragies de la ménopause, soit seule, soit alternée

avec l'extrait fluide d'hydrastis canadensis. Huchard et Liégeois la recommandent de façon particulière.

A ce sujet, les accoucheurs sont à peu près d'accord pour admettre une *action excitante des fibres lisses utérines*, mais sans que cette action puisse être abortive (Tarnier). L'administration de 1 gramme de quinine en 2 cachets à dix minutes d'intervalle serait susceptible d'activer les contractions utérines pendant le travail; mais il faudra se méfier des hémorragies pendant la délivrance.

Son emploi prolongé donne de bons résultats dans le goitre *exopthalmique*. Dans *certaines affections aortiques* avec pouls capillaire visible et vaso-dilatation très grande, l'emploi de la quinine à la dose quotidienne de 1 gramme amène une notable amélioration sinon de la lésion, du moins de ses signes périphériques (Huchard).

Enfin, pour Lancereaux, *la quinine pourrait être regardée comme l'agent spécifique des désordres vaso-moteurs de l'herpétisme*. Elle fait merveille dans les accès de migraine, de névralgie, d'éternuement, de toux quinteuse de la première période de l'herpétisme. Dans ces cas Lancereaux n'hésite pas à prescrire des doses fortes et massives, soit 1 gr. 50 et même 2 et 3 grammes, prises dans l'espace d'une heure environ, « si les malades n'accusent aucun des effets physiologiques de la quinine (bruissements d'oreille, vertiges, céphalée? etc.), qu'ils soient ou non habitués à l'action de ce médicament ».

* * *

Mentionnons pour finir une série de tentatives intéressantes instituées à l'instigation de Jaboulay, et tendant au *traitement des tumeurs malignes ou récidivantes par la quinine*.

Les résultats publiés sont actuellement assez nombreux pour que l'on puisse se faire une opinion assez exacte de la légitimité de la méthode et de son efficacité. Les conclusions de M. Launois à la Société médicale des hôpitaux n'ont rien perdu de leur valeur; il rappelait « que, contrairement à l'opinion de San Felice et Roncali qui croient à l'existence de parasites végétaux (schizomycètes), on peut supposer avec Metchnikoff et Soudakewitsch qu'il s'agit plutôt de parasites animaux (protozoaires), pour lesquels la quinine est un poison ». Son expérience personnelle l'amenait à dire « qu'à côté des sérums et des liquides anticancéreux de composition plus ou moins complexe, nous pouvons, dans certains cas de tumeurs malignes, surtout inopérables ou récidivantes, recourir à un médicament dont nous connaissons depuis longtemps la composition chimique et le mode d'emploi, et qui, administré par la bouche ou par la voie hypodermique, peut rendre, comme l'a montré Jaboulay, et comme j'ai essayé de vous le prouver moi-même les plus précieux services ». Il s'agit en l'espèce non de guérison, mais d'une amélioration fréquente de l'état général, d'une diminution sensible des douleurs, des ulcérations, du suintement des bourgeons, d'un retard parfois appréciable de l'évolution morbide.

Tout palliatif qu'il soit, le procédé n'est pas à dédaigner dans une maladie où notre impuissance est si notoire; mais il est bien entendu qu'il doit être réservé aux cancers inopérables, ou doit être institué après l'opération, pour rendre moins probables les chances de récidive.

Alfred Martinet
Ancien interne des Hôpitaux.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

1er Avril 1902.

La chloroformisation. — *M. Renaut* (de Lyon) revient sur la communication de M. Daremberg qui niait le danger du chloroforme pour les animaux.

Il se sert du chloroforme pour tuer les animaux dont il a besoin de recueillir les viscères pour l'examen histologique. Or, le chloroforme, qui tue très rapidement, amène des altérations des reins, dont il faut tenir compte.

M. Renaut préfère, comme ses confrères de Lyon, l'éther au chloroforme; c'est suivant lui, la méthode de choix pour les longues anesthésies; souvent il n'y a même pas de vomissements après l'opération; en tout cas, il n'a jamais observé d'accident.

L'écriture chez les aveugles. — *M. Javal* présente certaines modifications qu'il a apportées aux appareils d'écriture dont se servent les aveugles. Pour pouvoir tracer des croquis, M. Javal emploie les tablettes enduites de cire des anciens, sur lesquelles chaque trait tracé avec un stylet détermine de chaque côté de légers monticules que le doigt peut facilement suivre; en y appliquant des ficelles, le relief est encore plus accentué.

Il n'existe pas actuellement de manuel indiquant aux aveugles par accident le meilleur moyen d'utiliser leurs sensations. M. Javal voudrait combler cette lacune. C'est en sachant mieux interpréter les impressions et sensations données par le toucher, l'ouïe, l'odorat, etc., et non en perfectionnant ces sens, en les rendant plus délicats, que les aveugles arrivent à tirer des renseignements utiles de leurs autres sens.

On peut même se demander si nous ne possédons pas un sixième sens, impressionné autrement que le sens du toucher, et dont les impressions sont répandues sur toute la surface de la peau. Ce sens perçoit peut-être les mêmes vibrations que la rétine et d'autres encore. On sait, en effet, aujourd'hui, que les diverses radiations solaires n'ont pas la même action; il y a, à côté des radiations lumineuses coloriques, électriques, des radiations herziennes dont la nature, encore mal définie, se traduit par les réactions cliniques et physiques particulières auxquelles elles donnent naissance.

Beaucoup de notions qui renseignent les aveugles sur le monde extérieur seraient dues à ce sixième sens dont la délicatesse est plus grande que celle du toucher.

De l'actinomycose humaine en France. — *MM. Poncet et Bérard* attirent de nouveau l'attention sur l'actinomycose humaine, encore trop méconnue dans notre pays. Les faits et la carte dressée par les auteurs seront publiés ultérieurement.

Rapport sur les eaux minérales. — *M. Landouzy* lit un rapport au nom de la Commission des eaux minérales sur les demandes d'exploitation de sources minérales. L'eau d'Apollinaris n'ayant plus la minéralisation d'autrefois, et ses conditions de captation n'étant pas conformes aux exigences modernes, il y a lieu de rapporter l'autorisation d'exploiter. Trois sources nouvelles sont autorisées pour l'exploitation.

Les conclusions de ce rapport sont votées par l'Académie.

Présentation. — *M. Landouzy* présente à l'Académie la première leçon de clinique médicale qu'il a professée à l'hôpital Laënnec.

M. Labbé.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

Frænkel et Cohn. *Recherches expérimentales relativement à l'influence des corps jaunes sur l'insertion de l'œuf* (*Anatomischer Anzeiger*, 1901, t. XX, n° 12). — On sait que la structure des corps jaunes de l'ovaire rappelle de très près celle des glandes à sécrétion interne. Born pensait que les corps jaunes sécrètent et font passer dans le sang des substances qui préparent l'utérus à la fixation de l'œuf et provoquent dans l'organisme diverses modifications en rapport avec la gravidité. Frænkel et Cohn, ont cherché à vérifier cette hypothèse par des expériences faites sur la lapine. Diverses particularités de sa physiologie sexuelle font de cette animal un sujet très favorable : l'ovulation a lieu le jour du rut, — ce jour-là, la femelle accepte volontiers le coït, qui est fécond 9 fois sur 10, — la fécondation a lieu dans la partie initiale de l'oviducte, vingt-quatre heures après le coït, et les œufs fécondés mettent six jours pour arriver dans l'utérus.

A 13 lapines les deux ovaires furent enlevés après le moment présumé de la fécondation et les animaux furent sacrifiés environ deux semaines après l'opération. Chez aucune d'entre elles on ne trouva d'embryons.

A 9 autres lapines on enleva un seul ovaire, dans les mêmes conditions : 6 d'entre elles furent trouvées pleines, avec des embryons répartis dans les deux cornes utérines.

De ces deux séries d'expériences, les auteurs concluent que l'insertion des œufs fécondés n'a lieu que lorsque du tissu ovarien persiste, et que l'ovaire prépare l'utérus à la fixation des œufs.

Mais cette fonction de l'ovaire appartient-elle au tissu des corps jaunes ? Chez les trois lapines dont on avait enlevé un seul ovaire, et qui furent trouvées sans embryons, il fut reconnu que l'ovaire restant ne contenait pas de corps jaunes.

Sur 8 autres lapines, après le moment présumé de la fécondation, les auteurs pratiquèrent la destruction complète de tous les corps jaunes des deux ovaires au moyen d'une aiguille de galvano-cautère : aucune femelle ne devint gravide.

C'est donc bien au tissu des corps jaunes qu'appartient la fonction de préparer l'utérus à la fixation de l'œuf. Les auteurs se proposent du reste de faire d'autres expériences.

C. Regaud.

M. Marcille. *Lymphatiques et ganglions iléo-pelviens* (*Thèse*, Paris, 1902). — Dans ce travail, très intéressant tant au point de vue anatomique qu'au point de vue des applications chirurgicales, l'auteur nous présente une étude extrêmement complète sur les lymphatiques des organes pelviens et les ganglions dont ils sont tributaires, étude basée sur de consciencieuses recherches cadavériques dans lesquelles il a constamment employé la méthode de Gerota.

Dans une première partie, consacrée à la topographie des ganglions iléo-pelviens, Marcille décrit trois groupes de ganglions disposés assez régulièrement autour des vaisseaux :

1° Le groupe iliaque externe, qui flanque les vaisseaux de ce nom et que l'on peut subdiviser en trois chaînes : externe (3 ou 4 ganglions), interne (3 ganglions), moyenne (2 ganglions), reliées entre elles par des anastomoses transversales;

2° Le groupe hypogastrique (4 à 6 ganglions) disséminé sur les branches de l'iliaque interne;

3° Le groupe iliaque primitif, dont les ganglions peuvent être répartis en trois groupes secondaires : un groupe externe, un groupe moyen rétrovasculaire, un groupe interne situé devant le promontoire et auquel il faut rattacher les ganglions sacrés latéraux.

Après avoir montré que les vaisseaux efférents de ces divers groupes ganglionnaires aboutissent tous à la partie inférieure du groupe ganglionnaire latéro-aortique par l'intermédiaire des efférents des groupes externe et moyen rétrovasculaire des ganglions iliaques primitifs, l'auteur aborde, dans la deuxième partie, la description des groupes lymphatiques tributaires des ganglions étudiés dans la première partie.

Il nous montre, dans des chapitres successifs, les pédicules lymphatiques des organes urinaires (vessie, prostate, urètre de l'homme), des organes génitaux de l'homme (gland, testicule, canal déférent, vésicules séminales), des organes génitaux de la femme (utérus, vagin, ovaire, trompe, clitoris), de l'anus et du rectum. Dans un dernier chapitre, il décrit également les lymphatiques des portions ombilicale et sous-ombilicale de la paroi abdominale.

Il termine par un résumé montrant les diverses voies afférentes de chacun des groupes ganglionnaires iléo-pelviens et par une vue d'ensemble sur les pédicules lymphatiques des organes pelviens qui présentent pour la plupart une analogie frappante : vessie, prostate, col utérin, vagin ont les mêmes pédicules lymphatiques, les mêmes relais ganglionnaires ; ils présentent tous : 1° un pédicule transversal aboutissant à la chaîne moyenne, préveineuse, des ganglions iliaques externes ; 2° un pédicule postérieur court se rendant aux ganglions hypogastriques; 3° un pédicule postérieur moyen qui s'arrête au groupe sacré latéral ; 4° un pédicule postérieur long qui gagne le groupe du promontoire.

Ce travail est accompagné de nombreuses planches portant en regard d'elles un texte explicatif détaillé qui en rend la compréhension facile et claire.

Georges Labey.

MÉDECINE

Billet. *Un cas de typhus récurrent à Constantine.* (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1902, Mars, p. 228.) — Les cas de cette affection signalés jusqu'ici en Algérie sont excessivement rares. Le diagnostic positif de typhus récurrent, ou typhus à rechute (relapsing fever des Anglais), a été établi d'une manière irréfutable d'après les caractères suivants :

1° Présence constante dans le sang et pendant toute la durée des deux accès des spirilles d'Obermeier; disparition de ces mêmes spirilles pendant la période apyrétique intercalaire;

2° Constatation de deux accès séparés l'un de l'autre par un intervalle apyrétique assez long;

3° Symptômes principaux signalés jusqu'ici dans le typhus récurrent : début brusque sans prodromes, rachialgie, myalgie, hyperesthésie, troubles digestifs et respiratoires, température élevée pendant toute la durée des accès, fréquence du pouls et des inspirations thoraciques, hypertrophie de la rate; puis chute de la température et sédation presque complète de la plupart de ces phénomènes inquiétants au cinquième jour, accompagnées de sueurs profuses, de polyurie, d'épistaxis;

4° Hyperleucocytose et polynucléose.

Commes symptômes aberrants, notons : la durée relativement courte du premier accès (quatre jours au lieu de sept à dix jours en moyenne); la longueur de l'intervalle apyrétique qui a séparé les deux accès (12 jours au lieu de sept jours en moyenne); l'extrême brièveté du second et dernier accès (48 heures à peine), avec symptômes presque avortés.

Au point de vue du diagnostic différentiel, l'absence complète d'exanthème, la séro-réaction négative, la non-constatation d'hématozoaires, et l'insuccès de la médication quinique, ont fait éliminer l'idée de fièvre typhoïde, de typhus exanthématique, et de certains accès palustres à forme délirante et à marche pernicieuse.

G. Fischer;

A. Stanley. *Sur les éruptions consécutives aux injections de sérum antidiphtérique.* (*British Medical Journal*, 1902, 15 Février, n° 2146, p. 386. — Cette étude résulte de l'observation de 500 cas de diphtérie uniformément traités pas le sérum. Il n'y a pas de rapport constant entre la quantité de sérum injectée et la fréquence des éruptions; cependant, dans un cas, on injecta du sérum provenant de deux sources différentes et il se produisit deux éruptions distinctes à un intervalle de quatre jours.

On observa des éruptions dans environ un quart des cas; elles se manifestaient en général dans le courant de la deuxième semaine après l'injection initiale.

L'éruption type se présente sous l'aspect d'un érythème marginé; elle dure trois jours en moyenne et s'accompagne d'une élévation de température d'environ 1°6. Les bords de la plaque érythémateuse sont saillants, turgescents, polycycliques : plusieurs plaques peuvent finir pas s'unir.

Le plus habituellement, c'est la face qui est prise tout d'abord, puis le tronc, puis les membres; les surfaces de flexion sont envahies avant les surfaces d'extension.

D'autre fois, on observe une petite éruption scarlatiniforme qui disparaît au bout de quelques heures; à la suite de cette variété, on peut noter une desquamation légère.

Quant aux lésions qui rappellent l'urticaire, il semble qu'il s'agisse d'un érythème s'accompagnant d'une exsudation sous-épidermique excessive. Il n'est pas rare, d'ailleurs, de voir cet urticaire se transformer ultérieurement en érythème marginé type.

L'apparition d'une éruption au cours de la diphtérie ne paraît pas devoir assombrir le pronostic de celle-ci, sauf dans les cas où il existe déjà des signes de myocardite.

Quant aux douleurs articulaires qu'on a décrites dans ce genre d'éruptions, l'auteur n'en a pas vu un seul cas.

C. Jarvis.

E. Dabout. *Des formes méningitiques de la fièvre typhoïde* (*Thèse*, Paris 1901). — Depuis 1850 on a noté une coïncidence curieuse entre les épidémies de méningite cérébro-spinale et les épidémies de fièvre typhoïde à forme méningitique. Actuellement sévit une épidémie de méningite cérébro-spinale : la thèse de M. Dabout, qui contient vingt et une observations, la plupart personnelles, de fièvre typhoïde à forme méningitique, est donc toute d'actualité et montre que la coïncidence persiste.

Dans toute fièvre typhoïde existent des phénomènes nerveux; mais, à côté de ces symptômes constants, il convient de faire une place aux symptômes qui correspondent à une irritation des méninges. M. Dabout groupe ces symptômes dans trois catégories différentes :

Dans un premier groupe, ces symptômes ne sont que des épiphénomènes dans le cours de la fièvre typhoïde;

Dans un second groupe, ce sont des phénomènes essentiels, primitifs, marquant le début de l'infection :

Dans le troisième groupe, ce sont des phénomènes exclusifs indiquant une localisation primitive et exceptionnelle du bacille d'Eberth.

Ces symptômes doivent être cherchés. Le signe de Kernig est un fil conducteur précieux.

Quand les phénomènes méningitiques éclatent au cours d'une fièvre typhoïde évidente par ses signes classiques et contrôlée par l'examen du sang, on peut dire que l'intoxication éberthienne est la cause probable de ces accidents cérébro-spinaux; dans tous les autres cas, le diagnostic ne peut se faire et s'affirmer qu'après les résultats de la séro-réaction et de la ponction lombaire.

La forme méningitique de la fièvre typhoïde comporte un pronostic grave.

Dans un certain nombre de cas, la forme méningitique correspond à la présence du bacille d'Eberth dans les méninges, où il peut provoquer une inflammation suppurative, séreuse ou une simple congestion.

Dans d'autres cas il y a association microbienne, comme pour certaines localisations pulmonaires.

Enfin la présence des toxines peut être la cause unique de l'irritation des méninges.

Les bains chauds à 37-38 degrés et la ponction lombaire sont les moyens de traitement les plus recommandables.

E. de Massary.

CHIRURGIE

Gerulanos et Georgi. *Deux cas de tétanos consécutifs à des injections sous-cutanées de gélatine.* (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1901, Octobre, p. 427). — *Le premier cas* est rapporté par M. Gerulanos (de Kiel) et concerne une femme de quarante-sept ans, opérée par Helferich pour un cancer du larynx. On avait injecté avant l'opération 200 centimètres cubes d'une solution aqueuse à 2 pour 100 de gélatine, afin de diminuer l'hémorragie. Le soir même la malade eut un grand frisson et une élévation de température. Une plaque de sphacèle apparut bientôt au niveau de la plaie opératoire. Tout paraissait cependant devoir s'arranger, lorsque, le septième jour, la malade fut prise de violentes douleurs dans la région dorsale. Les contractures apparurent pendant la nuit, se succédant à intervalles très courts jusqu'au matin. On fit une injection de sérum antitétanique, mais la malade mourut deux heures après.

On ne put retrouver le bacille de Nicolaïer dans le liquide qui s'écoulait de la plaie opératoire. La solution glycérinée dont on s'était servi avait été prise toute stérilisée à la pharmacie. C'était une préparation que l'on employait journellement dans le service du professeur Quincke. Le même jour d'ailleurs on avait pratiqué chez une autre malade une injection de gélatine de même provenance. Cette malade n'eut pas le tétanos mais présenta seulement une élévation thermique à 39° et une escarre au point d'inoculation, escarre, qui guérit sans autre incident.

Le second cas, rapporté par M. Georgi (de Flensburg), a trait à un homme de vingt-trois ans qui subit la laparotomie pour une plaie pénétrante de l'abdomen ayant entraîné une déchirure du foie. Le dixième jour s'était formé un abcès sous-phrénique qui fut incisé et drainé. Quelques jours plus tard survint au niveau de la plaie une hémorragie très abondante que le tamponnement fut impuissant à arrêter. Comme le péril était menaçant et que l'on n'avait pas sous la main une solution gélatinée stérilisée, on se borna à faire dissoudre de la gélatine dans de l'eau bouillie chaude et on fit l'injection après désinfection de la peau. L'hémorragie s'arrêta rapidement, mais, six jours après, le tétanos se déclarait, et, malgré le chloral et le sérum antitétanique, la mort survint au bout de quarante-huit heures.

Il s'était formé un petit abcès au point d'inoculation. Le pus ne contenait pas le bacille de Nicolaïer, mais un lapin auquel on en injecta une petite quantité mourut de tétanos en dix-huit heures.

Ces deux cas montrent bien le danger de l'emploi des solutions de gélatine insuffisamment stérilisées et les difficultés que l'on éprouve dans la pratique pour obtenir une stérilisation rigoureuse de ces solutions.

X. Bender.

A. E. Maylard. *Etiologie et prophylaxie de la suppuration des sutures* (*Annals of Surgery*, 1902, Janvier, n° 109, p. 1). — L'asepsie absolue des mains de l'opérateur, en admettant qu'on puisse y arriver, ne saurait être conservée au delà de quelques minutes. Sous l'influence de la chaleur et du mouvement, les glandes sébacées et sudoripares sécrètent, et leur produit de sécrétion est septique : Lockwood l'a démontré d'une façon absolument concluante (*British medical Journal*, 1892, vol. I, p. 1127). Ce qui est vrai pour les mains de l'opérateur, l'est aussi pour la peau du champ opératoire : les culs-de-sac glandulaires sont autant de foyers microbiens; ceux qui se trouvent sur le trajet du bistouri ou de l'aiguille sont ouverts et deviennent des sources d'infection de la plaie ou de la suture, et cela malgré l'asepsie rigoureuse de la surface de la peau. D'où la nécessité de trouver un antiseptique qui pénètre dans la profondeur des tissus.

L'auteur s'est adressé à l'oléate de mercure en onctions sur le champ opératoire une fois par jour pendant les quarante-huit heures qui précédaient l'opération. L'incision faite, on prélevait des parcelles de derme qui étaient ensuite soumises à l'examen chimique et bactériologique.

L'analyse démontra l'absence du mercure dans la profondeur du derme, soit que ce métal y fût en trop minime quantité, soit qu'il fût trop rapidement absorbé par les lymphatiques.

Quant à l'examen bactériologique, il démontra une diminution considérable du nombre des microbes; mais ces derniers étaient toujours cantonnés dans les follicules pileux et les glandes sudoripares.

Malgré tout, au point de vue pratique, les résultats des onctions préalables d'oléate de mercure ont été très satisfaisants, puisque, depuis leur emploi, pas une plaie opératoire ni une suture n'a suppuré dans le service de l'auteur. Celui-ci recommande l'emploi d'une pommade composée de 20 parties d'oléate de mercure pour 100 de lanoline, qu'on appliquera après lavage préalable, vingt-quatre ou mieux quarante-huit heures avant l'opération.

C. Jarvis.

OBSTÉTRIQUE

Chambrelent. *De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus.* *Thèse* Paris, 1901. — Les affections pulmonaires, dans leur rapport avec la grossesse, peuvent être réduites à trois : la pneumonie, la broncho-pneumonie et la tuberculose. Voyons successivement l'influence de chacune de ces trois maladies de la mère sur l'état de santé du fœtus.

En ce qui concerne la *pneumonie*, les statistiques de Vinay, de Ricau, en France, de Coli à l'étranger, mènent aux conclusions suivantes : lorsque l'affection survient pendant les six premiers mois de la grossesse, il est incontestable qu'elle prédispose à l'avortement; lorsqu'elle se déclare pendant les trois derniers mois de la grossesse, l'accouchement prématuré est encore plus fréquent; il n'est pas rare que la mort du fœtus précède son expulsion.

L'adulte est moins sujet à la *broncho-pneumonie* que l'enfant, et son influence sur le fœtus a été fort peu étudiée. L'auteur s'est attaché à élucider cette question complexe. Il a pu constater que chacun des microbes habituels de la broncho-pneumonie peut passer dans le fœtus (streptocoque, staphylocoque, colibacille). Cependant lorsqu'une broncho-pneumonie reste localisée au poumon, son influence sur le fœtus, en tant que maladie infectieuse, est nulle, du moins en ce qui concerne l'infection de ce dernier par le microbe de la maladie maternelle. Mais si, au contraire, la maladie vient à se généraliser, comme on en cite des exemples en clinique, rien n'empêchera le fœtus d'être atteint par l'infection. En pratique, on se rappellera que la broncho-pneumonie ne retentit pas sur le fœtus d'une façon aussi grave que la pneumonie lobaire.

Reste la *tuberculose pulmonaire*, dont l'influence a été de beaucoup la mieux étudiée; mais ici encore, il faut distinguer les cas où les poumons seuls sont lésés des cas où l'infection est générale. Or, dans quelques cas rares, la présence du bacille de Koch a été constatée d'une façon indéniable dans les organes du fœtus provenant de femmes atteintes de tuberculose pulmonaire, mais, dans tous les cas où la

nécropsie a pu être faite, on a trouvé de la tuberculose ailleurs que dans le poumon. On peut avancer que la tuberculose, en tant que maladie pulmonaire, n'atteint le fœtus que dans des cas absolument exceptionnels; encore faut-il, pour expliquer la mortalité fœtale, ne pas oublier d'attribuer aux troubles de l'hématose la part qui leur revient. D'autre part, le poumon, envahi par les tubercules, fabrique le plus constamment des toxines qui sont sans cesse déversées dans le torrent circulatoire et qui pourront ainsi atteindre le fœtus. Cela suffit à expliquer non seulement la grande mortalité fœtale chez les femmes atteintes de tuberculose pulmonaire, mais aussi en partie la mortalité infantile chez les enfants nés de mères tuberculeuses.

C. Jarvis.

GYNÉCOLOGIE

H. A. Beaver. *Traitement du cancer utérin par l'extrait de glande thyroïde* (*British medical Journal*, 1902, 1er Février, n° 2144, p. 266). — L'auteur a eu l'occasion de donner ses soins à une femme de cinquante et un ans, malade depuis un an, et qui présentait tous les signes d'un cancer utérin avec envahissement des parties voisines. Il existait une masse dure entre l'utérus et le rectum; l'utérus était hypertrophié et immobilisé; à droite, il présentait un prolongement de 6 centimètres de long, sur 4 ou 5 de large. Le bord antérieur du foie présentait une grosseur nodulaire; dans la fosse iliaque droite on percevait un ganglion lymphatique hypertrophié. La malade était très émaciée et se plaignait de vives douleurs; on notait les symptômes de compression habituels et, de temps à autre, un écoulement sanguinolent par le vagin.

Toute opération étant impossible, l'auteur essaya de l'extrait de glande thyroïde, d'abord à la dose quotidienne de 35 centigrammes, dose qui fut ensuite rapidement élevée à 1 gr. 50. L'amélioration se fit sentir presque immédiatement, et, au bout de deux mois, la malade ne souffrait plus et pouvait se lever. Les masses néoplasiques avaient beaucoup diminué et l'embonpoint était revenu. Huit mois après, la santé était excellente et la malade avait repris ses occupations; la palpation ne révélait absolument rien d'anormal dans l'abdomen.

Ce cas ne suffit sans doute pas pour conclure à la valeur thérapeutique de l'extrait thyroïdien dans le cancer; cependant, en présence d'un cancer inopérable, il paraît indiqué d'en essayer l'emploi.

C. Jarvis.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

René Masselon. *Psychologie des déments précoces.* (*Thèse*, Paris, 1902.) — La démence précoce peut être considérée, selon la définition de M. Sérieux, comme « une psychose caractérisée essentiellement par un affaiblissement psychique spécial, survenant en général dans l'adolescence et se terminant le plus souvent par la démence ».

On peut distinguer quatre formes de démence précoce.

1° Une forme simple, *non délirante*, déterminée par une diminution progressive des facultés psychiques;

2° Une forme *délirante* ou hébéphrénique, offrant des troubles polymorphes : excitation maniaque, dépression, délire hallucinatoire, mais sans qu'il y ait jamais systématisation du délire;

3° Une forme *catatonique*, présentant des états d'excitation et surtout de *stupeur*, avec négativisme, stéréotypie, suggestibilité exagérée, etc.;

4° Une forme *paranoïde*, caractérisée par un affaiblissement intellectuel rapide et des conceptions délirantes, mais avec conservation complète de la lucidité.

Il existe en outre des troubles physiques : exagération des réflexes, troubles pupillaires, sécrétoires, vaso-moteurs, etc.

Toutes ces formes aboutissent finalement à la démence; il y a cependant une proportion de 13 pour 100 de guérisons.

L'étiologie est attribuée par beaucoup d'auteurs à une auto-intoxication des centres nerveux, peut-être d'origine sexuelle.

Tel est le type clinique de l'affection dont M. Masselon a étudié treize cas, au point de vue strictement psychologique. « Quelles sont les lésions élémentaires de l'esprit, celles dont les divers symptômes observés ne sont que les manifestations? Telle est la question que nous nous posons dans ce travail. » En utilisant les méthodes de psychologie expérimentale et en recueillant un certain nombre de *tests*, l'auteur a constaté les désordres suivants: Diminution considérable de l'attention spontanée et volontaire, distractions fréquentes, ralentissement des réactions psychiques et allongement du temps de réaction, incoordination des idées, confusion mentale, rétrécissement de la conscience, suggestibilité, amnésie, enfin diminution de l'affectivité et de l'activité volontaire.

Il est regrettable que M. Masselon se soit borné à des observations parfois un peu sommaires et n'ait pas cherché à pénétrer davantage le mécanisme psychologique de ces désordres mentaux.

P. Hartenberg.

R. Cruchet. *Etude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique* (*Méthode de Brissaud et méthode de Pitres*) (*Thèse*, Bordeaux, 1902.) — Ce travail est divisé en deux parties : partie clinique, partie thérapeutique.

La *partie clinique* comprend d'abord l'historique de la question, puis l'étiologie des tics, leur diagnostic, enfin leur mécanisme neuro-psychique. L'auteur définit ainsi le tic : *un mouvement ou un groupe de mouvements reproduisant cloniquement un acte physiologique déterminé.* Le tic est essentiellement *un symptôme*; il pourra donc découler de causes très diverses : parfois de causes purement anatomiques, comme des lésions corticales ou bulbaires, ce que l'auteur appelle *tic matériel*; parfois de désordres fonctionnels de l'axe cérébro-spinal (neuro-psychoses, névroses), ce que l'auteur appelle *tic psycho-mental.* D'après lui, le tic convulsif matériel est *rythmique, inconscient, non modifié par le sommeil et la volonté*; le tic psycho-mental est *arythmique, conscient, modifié par la volonté et supprimé pendant le sommeil.* Tous les intermédiaires existent d'ailleurs entre ces deux groupes.

Le pronostic du tic psycho-mental est infiniment moins sombre, en réalité, que ne l'avaient écrit les anciens auteurs. Récemment on a enregistré nombre de cas d'améliorations considérables et même des guérisons obtenues par la thérapeutique. Il est donc important d'étudier cette thérapeutique, de la perfectionner si possible et de la vulgariser dans le monde médical.

Dans la *partie thérapeutique*, l'auteur envisage particulièrement deux méthodes :

La première, dite méthode de Brissaud, déjà employée par Trousseau, consiste essentiellement en exercices gymnastiques commandés visant : *a*) à obtenir l'immobilité des muscles atteints de tics; *b*) à faire exécuter à ces mêmes muscles des mouvements réguliers et lents; *c*) à faire répéter alternativement les exercices précédents. C'est une rééducation directe des centres moteurs, exécutée d'abord tous les jours, puis en espaçant de plus en plus les séances. Dans 75 cas d'auteurs divers, dont un des nôtres, rapportés par M. Cruchet, il y a eu six guérisons complètes, une amélioration notable et cinq légères.

La seconde méthode, dite de Pitres, est basée sur l'influence qu'exerce la respiration sur l'attention, et par suite, sur les tics. Voici la pratique préconisée par l'auteur : « Le sujet tiqueur est placé droit, la tête fixe, le dos contre un mur, les talons joints, les bras appliqués tout d'abord contre les cuisses. Pendant deux à trois minutes il récite à haute voix une fable quelconque, en faisant fréquemment et régulièrement, tous les deux ou trois vers par exemple, une inspiration lente et profonde. Les deux ou trois minutes consécutives sont consacrées à des inspirations et expirations, également longues et profondes, avec élévation lente des bras dans l'inspiration, leur abaissement lent dans l'inspiration. » Exercices répétés toutes les trois heures dans les premiers jours, puis espacés progressivement. Sept observations recueillies, dont quatre guérisons et deux améliorations considérables. L'auteur conclut en accordant la préférence à la méthode de Pitres.

En vérité, les deux méthodes, celle de Brissaud et celle de Pitres, peuvent donner des résultats excellents; mais elles s'appliquent à des cas différents, comme nous essayerons de le démontrer ailleurs.

P. Hartenberg.

Charles K. Mills. *Localisation séparée dans le cortex des centres moteurs et sensitifs.* (*Journal of nervous and mental disease*, 1901, Novembre, V. XXXVIII, n° 11, p. 535.) — La thèse soutenue par l'auteur est la localisation séparée, dans les régions corticales du cerveau, des centres des mouvements, d'une part, et des centres de la sensibilité cutanée et sous-cutanée, d'autre part. Contrairement à l'opinion courante (Munk, Hitzig, Bastian, Dana, Starr, Déjerine, etc.) du rôle sensitivo-moteur de la région rolandique, Mills soutient que seulement sont motrices les frontales et pariétales ascendantes, le lobule paracentral, l'extrémité postérieure des première, deuxième et troisième frontales et le quart antérieur de la pariétale supérieure, et qu'il existe des zones distinctes uniquement sensitives: gyrus fornicatus, precuneus, circonvolutions postpariétales et peut-être aussi la circonvolution de l'hippocampe. Ces idées se trouvent déjà dans l'ouvrage de Mills : *Traité des maladies de l'encéphale et des nerfs crâniens.* Aussi, le but du travail actuel est-il d'apporter des faits nouveaux en faveur de la théorie. Il range ces faits sous quatre chefs :

1° Troubles sensitifs et particulièrement de la perception stéréognostique suivis d'opération;

2° Observations anatomo-cliniques montrant l'existence du carrefour sensitif de Charcot;

3° Un cas de Spiller : sclérose bilatérale amyotrophique, où l'altération corticale dessinait nettement la zone motrice, comme l'admettent von Monakow et Spiller;

4° Enfin, de nouvelles observations de *paralytiques sans anesthésie* dont les lésions étaient nettement limitées à la zone motrice; et un cas inverse d'*ataxie* et *d'astéréognosie sans paralysie*, avec lésion dans le lobe pariétal supérieur.

De l'exposé et de l'analyse de ces diverses observations, l'auteur tire un certain nombre de remarques :

La sensibilité cutanée a son centre principal dans le lobe limbique;

Les sens musculaire et stéréognostique sont plus spécialement localisés dans la région postpariétale, qui comprend les pariétales supérieure et inférieure et le precuneus;

Si le carrefour sensitif de Charcot forme un faisceau de fibres sensitives, il devient très probable que ces fibres sont les expansions de régions corticales distinctes;

Il est également probable qu'une grande partie des fibres sensitives passe par le thalamus, et que les autres vont directement au cortex.

Les études embryologiques de Flechsig, par la dissociation qu'elles apportent dans les filets de la capsule interne, peuvent servir d'argument en faveur de la théorie de Mills.

Ainsi, par exemple, les circonvolutions pariétales supérieure et inférieure et le precuneus, qui forment une part importante d'un système d'association de Flechsig, sont justement celles que la clinique indique comme étant les centres d'associations stéréognostiques.

Reste à expliquer pourquoi, dans quelques cas de simple lésion des régions rolandiques, on trouve des troubles sensitifs. Or, quelques-uns de ces troubles sensitifs sont hystériques ou fonctionnels; d'autres sont sous la dépendance de troubles circulatoires résultant de la lésion voisine; et enfin, il faut toujours avoir présent à l'esprit que les territoires sensitifs et moteurs étant voisins, une lésion de l'un peut facilement s'étendre à l'autre, et souvent cette extension n'est révélée qu'au microscope.

Laignel-Lavastine.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

J. Rozier. *Etude anatomo-pathologique du plancher de la caisse* (*Thèse*, Paris, 1902. — La paroi inférieure de la caisse du tympan, décrite sous le nom de *plancher* par beaucoup d'anatomistes, constitue en réalité une vaste cavité en contre-bas du conduit auditif; sa forme, concave ou convexe, varie avec chaque individu.

La dénomination de *recessus hypotympanique* que lui a donnée Kretschmann est tout à fait justifiée par sa situation par rapport aux autres régions de la caisse et en particulier à l'attique ou *recessus épitympanique*.

On peut lui décrire quatre parois : externe, interne, postérieure, antérieure, que l'auteur décrit avec grand soin, d'après l'étude de 20 temporaux d'enfants ou de fœtus et 60 d'adultes. A propos de la paroi postérieure, il insiste sur la *cavité sous-pyramidale*, véritable diverticule du recessus hypotympanique dont l'existence est constante et qui semble jouer un rôle important dans les complications des otites, en raison de sa profondeur et de sa situation déclive qui la prédisposent à servir de réservoir aux sécrétions purulentes. Elle est d'ailleurs peu accessible aux médicaments et au curettage. Elle affecte des rapports intimes avec le facial au-dessous duquel

elle s'insinue pour s'étendre jusqu'au voisinage de l'extrémité ampullaire du canal semi-circulaire vertical. De plus, le voisinage du sinus latéral, de la fosse jugulaire, des cellules mastoïdiennes et de quelques petites veines qui s'étendraient du fond du sinus à la muqueuse de la caisse, expliqueraient comment les lésions de ce diverticule peuvent devenir l'origine d'infections de voisinage.

La paroi antérieure répond au canal carotidien, qui la refoule parfois au point de faire une saillie plus ou moins prononcée dans la caisse; la lamelle osseuse transparente qui sépare la carotide du recessus hypotympanique a la minceur d'une feuille de papier et n'atteint presque jamais un millimètre. Des orifices plus ou moins nombreux établissent une communication entre la carotide et la caisse : déhiscences congénitales ou canaux vasculaires.

Les rapports de la région avec la fosse jugulaire sont d'ordinaire très étroits, mais ils varient quelque peu d'un individu à un autre, le bulbe de la jugulaire se portant tantôt en dedans, tantôt en arrière, ou encore à la partie postérieure du rocher; de là les variations de convexité de la paroi inférieure de la caisse qui, selon les sujets, est plus prononcée en dedans ou en arrière. La lame osseuse qui sépare la caisse de la jugulaire peut être mince et même déhiscente.

Les parois du recessus sont creusées de cellules aréolaires d'autant plus nombreuses que l'apophyse mastoïde est plus pneumatique; cette structure aréolaire favorise alors la diffusion du pus. La muqueuse qui revêt ces parois est formée de deux couches dont la plus profonde joue le rôle de périoste et donne naissance à de nombreux cordons de tissu conjonctif renfermant des vaisseaux sanguins qui pénètrent dans l'épaisseur de l'os et servent de véhicules aux processus infectieux : l'ulcération de la muqueuse, favorisée par la stagnation du pus, amène facilement de l'ostéite ou de la nécrose; celle-ci peut être suivie à son tour de lésions de la jugulaire, de la carotide ou du facial. C'est là la pathogénie de la plupart des complications graves des otites, mais non de toutes. Car, à côté des phlébites par contiguïté, il existe certainement des phlébites par continuité, c'est-à-dire par extension aux sinus de la phlébite des veines nées des parois de la caisse; de même encore, il pourrait se produire une septico-pyohémie, sans thrombo-phlébite par passage direct des germes infectieux dans les capillaires de la muqueuse de la caisse.

Bien que cette étude ne renferme pas de faits entièrement nouveaux, il faut cependant remercier l'auteur de nous avoir donné de cette région peu accessible de la caisse une description d'ensemble claire et complète.

M. Boulay.

Hammerschlag. *Les affections rhumatismales de l'appareil de l'audition* (*Arch. f. Ohrenheilk.*, 1901, 20 Juin, Band 52, Heft 1 et 2, p. 1). — L'auteur a réuni 14 cas, dont 2 personnels, où des phénomènes labyrinthiques (surdité, vertiges, bruits subjectifs) survinrent à la suite d'un refroidissement. Le nerf auditif étant l'un des plus vulnérables des nerfs craniens, il est fort possible que les faits de cette nature soient plus communs qu'ils ne paraissent.

Il faut distinguer deux sortes de cas : ceux où le nerf auditif est seul atteint, et ceux où le refroidissement frappe simultanément plusieurs nerfs craniens. Parmi les 14 cas de l'auteur, l'appareil nerveux de l'audition fut seul touché dans 6 cas; 7 fois le nerf facial était en même temps paralysé; chez 3 malades le facial et le trijumeau étaient touchés en même temps que l'auditif.

Le tableau symptomatique présente des variations qui semblent dépendre de la localisation des lésions soit à la seule portion cochléaire du système nerveux de l'oreille, soit à la fois à la portion cochléaire et à la portion vestibulaire. Jusqu'ici on n'a pas observé de cas où les troubles fussent limités à la région vestibulaire, c'est-à-dire où il existât seulement des troubles de l'équilibre sans surdité et sans bruits subjectifs.

Les symptômes sont ceux de toute affection labyrinthique à début brusque : l'étiologie seule (refroidissement) permet d'en reconnaître la nature rhumatismale; l'existence simultanée d'une paralysie faciale, dont l'origine *a frigore* est si commune, vient confirmer le diagnostic.

Les troubles peuvent guérir complètement; mais parfois aussi ils passent à la chronicité. En général, les phénomènes vestibulaires s'amendent plus facilement et plus vite que les troubles cochléaires; la surdité a moins de tendance à se modifier; après avoir diminué, il peut arriver qu'elle augmente de nouveau, sans avoir désormais aucune tendance à rétrocéder, à la suite d'une nouvelle atteinte de refroidissement.

En ce qui concerne la nature des lésions, on ne peut émettre qu'une hypothèse, car il n'a pas été fait jusqu'ici d'examen anatomo-pathologique : il s'agit vraisemblablement d'une névrite dont la localisation dans le tronc du nerf ou dans ses terminaisons labyrinthiques reste indécise.

M. Boulay.

Jacob Cohn (Breslau). *Sur la méningite d'origine otique* (*Archives of Otology*, 1901, Août-Octobre). — La méningite d'origine otique suit le plus ordinairement les suppurations de l'oreille, et est causée par le contact d'une portion malade de l'os temporal avec les méninges, qu'il y ait ou non une perforation de la dure-mère.

L'origine otique de la méningite n'est cependant directement prouvée que lorsque l'on trouve, à l'autopsie, de la carie et de la nécrose du toit de la caisse au contact de la dure-mère.

D'après l'auteur, la propagation à travers le labyrinthe est la plus fréquente. Le labyrinthe peut être complètement fermé du côté de l'oreille moyenne, et néanmoins transmettre l'infection aux méninges. D'un autre côté, dans bien des cas de suppuration chronique, des adhérences protectrices se constituent.

Dans un cas, la cause de la méningite était un petit morceau d'os nécrosé dans l'aqueduc du facial, au niveau de l'aditus ad antrum; l'ablation opératoire de ce fragment carié ouvrit une voie aux germes infectieux vers les méninges. Très rare, mais authentique, est la propagation de la suppuration à travers le canal carotidien. L'examen *post mortem* le plus minutieux ne permet pas toujours de saisir le chemin de l'infection, qu'il faut expliquer alors par l'extension des germes le long des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

L'auteur cite un cas curieux de méningite spinale à évolution lente. Il s'agit d'un garçon de dix-neuf ans, dont l'otorrhée remontait à l'enfance et qui depuis des années était traité chirurgicalement au niveau de l'apophyse mastoïde, qui portait les traces de multiples interventions dirigées contre la thrombose du sinus et les abcès du cerveau. Le malade continuait à se plaindre du dos et restait au lit avec 39° de température. Une nouvelle opération fut faite; on ouvrit toutes les cavités de l'apophyse mastoïde : pas d'abcès cérébral. Un remarquable soulagement fut remarqué dans l'état de l'opéré, mais, deux semaines après, la douleur spinale reparut. Peu après, la mort survint au milieu de phénomènes de méningite confirmée.

A l'autopsie, on trouva une méningite cérébro-spinale. Le cervelet était couvert de pus à sa face postérieure; des amas purulents très épais furent trouvés à l'entrée du facial et de l'acoustique dans le temporal droit. La méningite existait dans toute la longueur de l'axe spinal. La méningite spinale était la première en date, mais était restée latente. Le soulagement passager post-opératoire pouvait être dû à la déplétion transitoire de l'œdème cérébral.

Dans un cas, l'otite grippale provoqua la mort par une méningite dont l'évolution fut foudroyante, car le décès fut provoqué en vingt heures. A l'autopsie, on trouva une perforation de la dure-mère au niveau du tegmen tympani; le labyrinthe avait également servi de chemin à l'infection.

Le diagnostic clinique de la méningite otique est souvent impossible : il ne devient sûr que lorsque la ponction lombaire démontre, par les examens cliniques et microscopiques, la présence de pus dans le liquide cérébro-spinal.

Georges Didsbury.

G. Galand. *De la rhinotomie sous-labiale* (*Thèse*, Paris, 1902). — L'opération décrite sous ce nom par l'auteur porte encore celui d'*opération de Rouge*; elle a été imaginée par ce chirurgien en 1873 pour faciliter le traitement chirurgical de l'ozène. Parmi les diverses rhinotomies, la rhinotomie médiane et le procédé d'Ollier sont les deux seules opérations dignes d'être mises en parallèle avec la rhinotomie sous-labiale.

Celle-ci a des avantages nombreux et incontestables. Elle est simple comme exécution. Elle donne beaucoup de jour, car elle permet de découvrir toute l'ouverture antérieure des fosses nasales. Elle ne touche pas au squelette, à l'encontre de toutes les résections. L'hémorragie, toujours très abondante dans les interventions sur la face, est ici moins considérable. C'est une opération bien réglée comm[e] technique et qui ne laisse pas de cicatrice visible.

Ses indications sont d'ailleurs limitées. C'est à to[i] qu'on l'a appliquée au traitement de l'ozène, des po[l]lypes muqueux, des ulcérations syphilitiques o[u] tuberculeuses, des polypes naso-pharyngiens, de[s] sinusites frontales ou maxillaires, à l'exploration de[s] fosses nasales. Par contre, elle trouve son emploi dan[s] l'ablation des séquestres trop volumineux pour sorti[r] par les narines, des ostéomes, des tumeurs maligne[s] enfin dans le traitement de la sinusite sphénoïdale e[t] des déviations de la cloison avec sténose.

M. Boulay.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Choutet. *Les sels cacodyliques.* (*Thèse*, Paris 1902.) — Dans une excellente revue, cet auteu[r] résume l'état actuel de la question des cacodylates rappelle leur action dans les tuberculoses pulmonaires et extra-pulmonaires, les états anémiques le diabète, les affections cutanées, les maladies d[u] système nerveux, la neurasthénie et la chorée entre autres. Il aurait vu un certain nombre d'albuminuries l'albuminurie dite physiologique en particulier, rapidement amendées par le traitement cacodylique. Il montre que l'acide cacodylique associé à des bases spécifiques, telles le fer ou le mercure, contre certaines maladies, semble augmenter l'énergie de l'action médicamenteuse de ces bases.

L'auteur s'est attaché plus particulièrement à étudier l'action possible du corps thyroïde dans l'élaboration de l'acide cacodylique. On sait que les analyses de M. le professeur Gautier ont montré que cet organe était un lieu d'élection pour la localisation dudit acide. MM. Mabille et Bidard, d'autre part, ont remarqué que les phénomènes d'intolérance thyroïdienne, expérimentale ou thérapeutique, disparaissaient si l'on associait à la thyroïde ingérée la liqueur de Fowler, comme si les médications thyroïdiennes et arsenicales étaient correctives l'une de l'autre. M. Choutet a pratiqué des injections de cacodylate de soude chez des cobayes thyroïdectomisés et non thyroïdectomisés. Ses expériences nous paraissent des moins démonstratives, et lui-même, semble-t-il, les considère comme telles. Quoi qu'il en soit, il émet l'hypothèse que le corps thyroïde est un lieu d'élaboration de l'acide cacodylique, comme les leucocytes sont le lieu d'élaboration de l'arsenic métalloïdique; de là, élaborés, et rendus plus assimilables et moins toxiques, c'est-à-dire, transformés en arsénucléines, les sels cacodyliques seraient, comme l'a dit le professeur Gautier, rendus à l'organisme.

Alfred Martinet.

G. Geiger. *Applications thérapeutiques du bain de lumière et du bain de chaleur lumineuse.* (*Thèse*, Paris, 1902.) — M. Geiger passe en revue l'action physique et physiologique de la lumière et de la chaleur, étudie leurs effets thérapeutiques, et affirme ses préférences pour le bain de chaleur lumineuse, système Dowsing.

Il faudra avoir recours au bain de chaleur lumineuse chaque fois qu'il sera nécessaire de soumettre le corps humain à des températures élevées. On obtiendra ainsi une transpiration abondante avec une température relativement basse; et, d'autre part, on disposera de la propriété stimulante qu'exercent sur les fonctions de l'organisme les rayons ultra-violets émanés des lampes électriques.

L'une des principales applications de la chaleur lumineuse est le traitement du rhumatisme chronique et du rhumatisme déformant. Les douleurs disparaissent, les articulations diminuent de volume, et les mouvements deviennent plus faciles.

A. Zimmern.

Brügeman. *Étiologie et symptomatologie de l'asthme.* (*Wien. med. Woch.*, 1901, 9 Novembre, et *Treatment*, 1902, Février.) — Pour cet auteur, l'asthme ne constitue pas une maladie idiopathique, en ce sens qu'il existe à l'asthme des causes non douteuses.

Il rappelle la connexion établie entre les affections nasales et les paroxysmes asthmatiques, et insiste sur ce fait que la grande fréquence de ce rapport a donné naissance à la « théorie nasale de l'asthme ». Cette interprétation par trop exclusive a suscité une opinion radicalement inverse, refusant aux affections nasales toute influence dans la genèse de l'asthme.

Pour Brügeman, la vérité est certainement entre ces deux extrêmes. Il n'est pas douteux que des polypes nasaux peuvent donner naissance à des crises d'asthme absolument caractéristiques, mais il existe aussi des

polypes nasaux sans phénomènes asthmatiques. En fait, chez les asthmatiques, l'examen systématique de la muqueuse nasale révèle la présence de zones d'hyperesthésie dans 70 pour 100 des cas.

Ces zones, l'auteur les appelle « asthmogènes », parce que leur excitation provoque souvent des paroxysmes de la maladie. Mais ces zones ne sont nullement limitées au nez; on en trouve aussi dans le pharynx et probablement en existe-t-il aussi dans le larynx, la trachée et les bronches. En sorte qu'il serait rationnel de parler d'asthme nasal, d'asthme pharyngé, d'asthme laryngé, d'asthme bronchique.

Il semble que ces « zones asthmogènes » aient leur origine dans un catarrhe chronique associé à une irritabilité spéciale du système nerveux, et qu'elles puissent être excitées par les causes d'irritation les plus variées. La tendance du centre respiratoire à être anormalement excité chez les asthmatiques est le fait fondamental. Et comme cette irritabilité peut être mise en jeu par des voies diverses, c'est la raison pour laquelle tel remède agira parfaitement dans un cas et faillira entièrement dans un autre. Cette même irritabilité nerveuse explique aussi le soulagement immédiat procuré par une inhalation de chloroforme ou l'injection sous-cutanée de morphine, ces deux médications apaisant rapidement l'irritation des centres nerveux.

L'auteur distingue ainsi trois variétés d'asthme : 1° l'*asthme traumatique*, dû à l'irritation du système nerveux par l'anxiété, l'angoisse ou une violence physique actuelle; 2° l'*asthme réflexe*, tel que l'asthme causé par les maladies nasales; 3° l'*asthme toxique*, qui résulte de la présence dans le sang de toxines irritantes.

ALFRED MARTINET.

ÉPIDÉMIOLOGIE, MÉDECINE PUBLIQUE, HYGIÈNE

Vaillard. *La désinfection par le formol.* (*Arch. de méd. et de pharm. militaires*, 1902, Mars.) — La formaldéhyde dissoute dans l'eau (ou formol) doit être tenue pour un des plus puissants, sinon le plus puissant des antiseptiques connus. Mais il n'en est pas exactement de même de la formaldéhyde à l'état de *vapeurs sèches*; sous cette forme elle se polymérise très facilement en donnant naissance à des corps inactifs, le paraformol et le trioxyméthylène.

Aussi l'application de la formaldéhyde à la désinfection doit-elle s'efforcer d'empêcher cette polymérisation.

Dans la pratique rationnelle de la désinfection par la formaldéhyde gazeuse, on est obligé soit de vaporiser de l'eau dans le local pour en humidifier les parois, l'atmosphère, et faciliter ainsi la dissolution du gaz germicide, soit de vaporiser par le chauffage une solution de formol étendue de quatre fois son volume d'eau (Flügge). Au contraire, la pulvérisation par les appareils ordinaires d'une solution de formaline titrée d'avance offre une double certitude : l'antiseptique est employé sous sa forme la plus active; il se trouve déposé avec précision aux points qu'il importe de désinfecter, et en quantité plus que suffisante pour mouiller les poussières, les souillures, par suite en détruisant la cause nocive. La valeur de cette méthode de pulvérisation a été établie par les expériences très décisives de Dopter.

Ces expériences ont établi l'action des pulvérisations formolées :

1° Sur des cultures microbiennes fixées par dessiccation sur du papier;

2° Sur des produits pathologiques desséchés, tels que crachats tuberculeux, déjections typhoïdiques et dysentériques, exsudats diphtériques;

3° Sur les poussières des locaux traitées dans les conditions ordinaires de la pratique de la désinfection.

La solution conseillée par M. Vaillard est celle à 2 1/2 pour 100. Après l'opération, le local doit être hermétiquement clos pendant vingt-quatre heures. La dépense est de 20 centimes par 100 mètres cubes.

G. FISCHER.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE

Decottignies. *De l'action toxique de l'acide oxalique* (*Thèse*, Paris, 1902.). — D'une série d'expériences fort bien conduites cet auteur, après avoir tiré un judicieux parti des travaux antérieurs relatifs à cette question, arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans l'action toxique de l'acide oxalique, l'action chimique est prédominante. C'est la formation de l'oxalate de chaux, c'est la décalcification générale du sang et du milieu intérieur, due à l'affinité de l'acide oxalique pour la chaux, qui jouent le rôle principal. Ce mécanisme hypothétique expliquerait l'innocuité de l'oxalate de chaux contrastant avec la toxicité de l'oxalate d'ammoniaque. Il est rendu probable par ce fait que l'injection préalable de sels de chaux (glycéro-phosphates) amène un état temporaire d'immunité des animaux vis-à-vis de l'acide oxalique injecté même à dose mortelle.

2° Les oxalates agissent donc en privant l'organisme de chaux, avec une action rapide et prédominante sur le système nerveux central. Les autres phénomènes observés (troubles respiratoires et circulatoires) semblent sous la dépendance des troubles nerveux primitifs.

3° De ces constatations découle une suggestion thérapeutique à retenir : en cas d'empoisonnement par l'acide oxalique, il serait rationnel d'administrer du glycéro-phosphate de chaux en injections sous-cutanées pour neutraliser l'acide oxalique au fur et à mesure de son passage dans le sang. Le glycérophosphate de chaux, en cas d'intervention tardive, restituera à l'organisme une partie de la chaux qu'il aura perdue.

ALFRED MARTINET.

PRATIQUE MÉDICALE

Le traumatol dans la tuberculose pulmonaire.

M. Kaminsky a obtenu les meilleurs résultats de l'emploi du traumatol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Le traumatol est administré sous la forme pilulaire. Les pilules sont d'abord à 1 centigramme, et on en donne 5 par jour pendant dix jours; pendant la seconde décade, on prescrit 1 centigr. 1/2 de traumatol par pilule, également à la dose de 5 pilules par jour; pendant la troisième décade, 2 centigrammes par pilule, et toujours 5 pilules par jour; et ainsi de suite... de façon à augmenter tous les dix jours la dose de traumatol de 2 centigr. 1/2, et à arriver au bout de cent cinquante jours (cinq mois), à la dose de *40 centigrammes*, qu'il ne faut pas dépasser.

Par ce traitement progressif et continu, M. Kaminsky a obtenu des résultats excellents et rapides dans la plupart des cas de tuberculose au début. Sous l'influence du traumatol, l'expectoration purulente diminue, et l'état général du malade s'améliore rapidement.

Dans tous les cas où l'examen bactériologique avait révélé la présence du bacille de Koch dans les crachats, on put noter la disparition complète de ces bacilles au bout de deux à trois mois de traitement.

Dans les cas de tuberculose pulmonaire avancée, l'emploi du traumatol a pu retarder d'un an à un an et demi l'échéance fatale chez quelques malades.

Si l'on ajoute que le traumatol n'est pas toxique, même à doses relativement élevées, et qu'il ne touche aucunement à l'intégrité des voies digestives, dont, au contraire, le fonctionnement s'améliore rapidement, on peut en conclure, d'après M. Kaminsky, que le traumatol, associé à une bonne hygiène, tant au point de vue alimentaire que climatérique, constitue un puissant moyen thérapeutique, absolument inoffensif, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Mais il doit être continué pendant très longtemps, des années même, à doses progressives montantes et descendantes (afin d'éviter l'accoutumance).

Le dormiol en thérapeutique.

Le Dr Besançon recommande le dormiol (diméthyléthylcarbinolchloral) comme un excellent hypnotique qui, dans certains cas d'insomnie rebelle, d'origine neurasthénique ou hystérique, et même dans les cas d'insomnie alcoolique, peut remplacer avantageusement les autres hypnotiques et même l'hydrate de chloral. En effet, malgré les doses élevées (3 à 4 grammes) qu'il a employées à plusieurs reprises, il n'a jamais remarqué aucun désordre du côté de la circulation ou de la respiration, et notamment il n'a jamais vu survenir l'érythème qui n'est pas rare à la suite de l'administration du chloral.

Le sommeil produit par le dormiol est calme et sans cauchemars; le réveil est normal et ne s'accompagne pas de nausées et de douleurs de tête.

Le dormiol s'administre à la dose de 1 à 4 grammes en potion, dans du julep, ou simplement dans de l'eau associée à du sirop simple. Pour masquer son goût légèrement désagréable pour certains malades, on peut le donner sous forme de capsules gélatinées, ou mieux en lavements, aux mêmes doses, associé au laudanum (10 à 15 gouttes).

NOUVELLES

Paris et Départements

Médecine et superstition. — Autrefois, dans le pays de Saint-Malo, quand une personne était prise de la rage, on l'étouffait ou bien on la saignait. M. Lagréné (de Saint-Coulomb) possédait un secret pour composer un breuvage amer qui guérissait de la rage ceux qui pouvaient le supporter. Ce guérisseur a légué son secret à sa femme, et les gens de la contrée s'adressent encore à Mme Lagréné avec une pleine confiance.

Les poissons rouges et l'hygiène. — Les larves d'Anopheles sont dévorées avec avidité par les poissons rouges. Underwood a constaté qu'un seul poisson pouvait engloutir jusqu'à 20 larves en une minute, les préférant de beaucoup aux mets artificiels qui lui étaient offerts en même temps. D'où cette conclusion que pour assurer la prophylaxie du paludisme, il est de bonne précaution d'élever des poissons rouges, grands consommateurs de larves de moustiques.

Étranger

Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. — L'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord tiendra à Québec, en Juin 1902, son premier Congrès général.

La langue française sera seule admise à ce Congrès auquel sont conviés les médecins exerçant aux Etats-Unis et en France.

La lutte contre la syphilis. — Sous le patronage du gouvernement belge s'ouvrira à Bruxelles, le lundi 1er Septembre 1902, une IIe conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes.

A cette conférence prendront part, en dehors des membres de la Société internationale de prophylaxie sanitaire et morale, les délégués des gouvernements, les délégués des municipalités, des médecins, des jurisconsultes, des fonctionnaires et des sociologues ayant une compétence spéciale dans les questions d'hygiène et d'administration relatives à la prostitution et aux maladies vénériennes.

Le Comité permanent de la conférence est composé de MM. Jules Le Jeune, ministre d'Etat; Emile Becq, secrétaire général du ministère de l'Agriculture, et Dubois-Havenith, agrégé de l'Université.

Pour les communications, il importe de s'adresser à M. Dubois-Havenith, secrétaire général, 19, rue du Gouvernement-Provisoire, à Bruxelles.

L'alcoolisme chez les étudiants allemands. — Les professeurs de l'Université de Breslau viennent d'adresser aux étudiants un pressant appel en les invitant à perdre leurs habitudes de beuverie.

Entre autres conseils, relevons ceux-ci :

Ne buvez pas par ordre !

N'engagez pas de paris ou de soi-disant « duels de buveurs ».

Renoncez à la chopine du matin.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 28. — Samedi, 5 Avril 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :

Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VI°.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

LETTRE DE CHARLES ROBIN A CLAUDE BERNARD

Dans l'un des derniers numéros de *La Presse Médicale*, je publiais une lettre de Claude Bernard à Charles Robin, écrite dans des circonstances tragiques, peu après la guerre. Je puis aujourd'hui mettre sous les yeux de nos lecteurs la lettre écrite par Charles Robin à Claude Bernard à laquelle celui-ci répondait en termes si impressionnants.

Je dois cette lettre à l'éditeur Henri Baillière, collectionneur émérite d'autographes, qui a bien voulu me la communiquer.

Tout ce qui peut servir à montrer ce que fut l'état d'âme de nos grands citoyens, de nos grands savants surtout, à l'époque troublée de la guerre de 1870-71, est d'un incontestable intérêt pour l'éducation des jeunes générations. C'est à ce titre que la lettre de Charles Robin à Claude Bernard m'a paru mériter d'être rendue publique.

En me communiquant ce document, M. Henri Baillière me fit lire une autre lettre de Charles Robin qu'il écrivait à son père Jean-Baptiste, datée de Bordeaux le 1er Février 1871, et dans laquelle il lui faisait part de sa nomination, depuis le 25 Décembre, à la tête de la *Direction du service médical des armées*; et il ajoutait que ce service lui prenait « douze à quatorze heures de travail effectif sur vingt-quatre heures ». Deux mois après, Robin, à peu près dans les mêmes termes, faisait part à Claude Bernard de sa nomination et du travail que ses nouvelles fonctions lui imposaient. Cette insistance semble prouver que Robin avait été particulièrement honoré du choix qu'avait fait de lui le délégué à la Guerre, M. de Freycinet.

* * *

La lettre qu'écrivait Charles Robin à Claude Bernard est datée de Bordeaux le 4 Mars 1871; elle porte imprimée l'en-tête du ministère de la Guerre, avec l'adresse 105, rue du Pengue, écrite de la main de Robin. Je la reproduis ci-dessous intégralement, en ayant le soin de faire remarquer que la ponctuation a été scrupuleusement respectée :

« Mon cher Bernard

« Voilà six mois bien durs que je viens de passer durant lesquels chaque semaine je pensais à vous écrire, mais navré je n'avais jamais le courage de le faire. En voyant la folie de la déclaration de guerre je voyais bien que c'en était fait de l'empire renseigné que j'étais par Mérimée, etc. sur notre faiblesse en tout. Je voulais rester à Paris, lorsque la nouvelle de la maladie de ma mère m'a forcé à passer le 13 Août et cette même cause m'a empêché de rentrer en Septembre. En Octobre lorsqu'elle allait mieux j'ai écrit à Tours que j'étais un des fonctionnaires restant hors Paris malgré eux lors de la réouverture des cours et à la disposition du gouvernement. Ce n'est qu'en Décembre que j'ai été utilisé et appelé par

une dépêche de M. de Freycinet (que je ne connaissais pas du tout) à prendre la direction du service médical militaire; Direction dont la création était demandée depuis des années par les chirurgiens d'armée et qui n'avait jamais encore été instituée, le directeur général de l'intendance s'étant toujours réservé ces fonctions; ce qui en fait revenait à faire régir les chirurgiens militaires par un chef de bureau. Ces fonctions m'ont pris toujours 12 heures de travail effectif et continuent encore à m'en prendre autant. Je ne sais encore quand je rentrerai à Paris ce sera probablement quand y retournera tout le ministère.

« Depuis que je suis ici j'ai éprouvé le plus vif chagrin que j'aie jamais ressenti et je ne peux encore m'en séparer par le travail. Il m'a été causé par la mort de ma mère survenue presque subitement, après une indisposition analogue à celles qu'elle avait traversées bien des fois sans fâcheux effet et qui me préoccupait d'autant moins que je l'avais laissée en quittant Jasseron mieux portante que je ne l'avais vue depuis longtemps et qu'elle avait passé tout l'hiver dans ces conditions. Pour comble de chagrin l'absence alors des communications télégraphiques a été cause que je n'ai reçu ici la nouvelle de cette mort qu'à l'heure même ou avaient lieu les obsèques de ma mère. Les préoccupations que m'ont causé et que me causent nos désastres ne peuvent m'empêcher de revenir toujours à ce chagrin.

« J'ai vu ici un assez grand nombre de nos connaissances restées hors Paris ou venues depuis l'armistice. Parmi eux est Berthelot, qui aujourd'hui est à Arcachon. Comme beaucoup d'autres il est revenu assez fatigué mais il va mieux actuellement.

« M. Littré qui était allé en Bretagne fin Août est venu ici, comme professeur d'histoire à l'école polytechnique. Il n'a pu faire qu'une leçon les élèves ayant demandé et obtenu de n'avoir que des cours militaires pour entrer dans l'armée le plustôt possible. Peu après il a été nommé député de Paris et n'est pas reparti de Bordeaux.

« Si vous recevez cette lettre écrivez-moi un mot et croyez-moi à vous de cœur. »

* * *

Cette lettre est intéressante à plus d'un titre. D'abord elle montre bien les sentiments vrais de Robin, sentiments délicats qu'il cachait sous une allure sceptique et quelque peu goguenarde. Ses intimes savaient quelle tendresse il avait pour cette brave campagnarde qu'était sa mère; car Robin, né à Jasseron (Ain), par Bourg-en-Bresse et Ceyzériat, comme il l'écrivait au temps des diligences, était d'une origine des plus modestes; et tout professeur et membre de l'Institut qu'il devint, il n'en rougit pas, bien au contraire, dans le milieu de haute culture auquel il se trouva mêlé au temps du second Empire.

Ensuite, elle fixe un point d'histoire : Robin fut le premier Directeur général du service de santé des armées; sa nomination est du 25 Décembre 1870. C'est donc de lui que date l'autonomie de ce service, si demandée dans l'ancienne armée, et à laquelle s'était toujours opposée l'Intendance, dont on n'eut que trop à déplorer l'incompétence et le rôle néfaste en 1870.

Enfin, ce qu'était l'état d'esprit de la jeunesse en 1871, la lettre à Claude Bernard le montre par ce fait des jeunes polytechniciens refusant tout cours autres que des cours militaires, même un cours d'histoire fait par Littré, pour être plus vite en état de rejoindre l'armée! Les jeunes, à ce moment, voulaient encore la défense à outrance.

* * *

Dans sa lettre à Claude Bernard, apparaît nettement ce qu'était le style de Robin. Ce savant, ce philosophe aux idées précises, ce positiviste parlait mal et n'écrivait guère mieux.

Sarcey, qui était un ami de Robin, qui le connaissait bien, le fréquentant assidûment chez About, a laissé de son style une peinture des plus humoristique.

« Ah! notre pauvre Robin. Il parlait et il écrivait un drôle de français! Je ne puis rien dire de ses ouvrages d'histologie qui sont en dehors de ma compétence; mais il a donné au public un volume qui a pour titre : *l'Instruction et l'Éducation*, que j'ai lu avec soin, parce qu'il avait plus de rapport avec mes études.

« Plein d'idées justes ce livre, qui est d'ailleurs peu connu! Mais, quel charabia, Seigneur éternel! Je me suis parfois senti l'envie d'en traduire quelques chapitres en langue vulgaire. L'ouvrage en valait la peine. J'ai reculé devant la difficulté.

« Les disciples de Comte ne parlent pas toujours un français bien limpide, c'était la bouteille à l'encre que celui de Robin. »

Voilà une appréciation sévère assurément, mais elle est juste. C'est du bon Sarcey : aussi ai-je cru pouvoir la signaler à ceux qui ne la connaissaient pas, la rappeler à ceux qui, l'ayant lue autrefois, l'avaient oubliée; et puis les hommes, même de grande valeur, ne peuvent être parfaits, et, s'il est bon de louanger leurs qualités, il n'est pas inutile non plus de relever leurs défauts : dans leurs défauts comme dans leurs qualités on peut trouver des enseignements.

E. De Lavarenne.

L'ASSOCIATION DES INTERNES EN MÉDECINE DES HOPITAUX DE PARIS

La Presse Médicale du 29 Mars publie une lettre signée « Un groupe de membres de l'Association », dans laquelle le passé de la dite Association est présenté dans des termes qui prêtent à équivoque.

Après avoir rappelé l'article premier des statuts où il est dit que l'Association « a pour objet de resserrer et de perpétuer les liens qui se sont formés entre les internes des hôpitaux, afin qu'ils se prêtent secours et assistance », les auteurs de la lettre s'expriment ainsi :

« Comment! voilà une association qui se propose de resserrer, de perpétuer les liens formés entre ses membres, et qui n'a à leur offrir dans ce but qu'un banquet annuel, après lequel on se sépare sans avoir eu le temps de se reconnaître! »

Il est impossible de laisser passer une telle phrase sans protester contre les erreurs par affirmation ou par omission qu'elle contient.

1° Le banquet existe de toute éternité et n'a rien à voir avec l'Association;

2° L'Association a versé chaque année 3.000 à 4.000 francs de secours à des veuves d'internes. Nous savons bien que plusieurs de nos jeunes collègues ne tiennent aucun compte de cela, et que, n'étant pas mariés et envisageant l'avenir à leur seul point de vue personnel, ils veulent qu'on s'occupe d'eux seulement, et non des familles laissées sans ressources par leurs camarades qui ont eu le tort de mourir trop tôt sans laisser de fortune. Mais il serait peut-être loyal de porter cet acte de vraie solidarité à l'actif de l'Association au lieu de le passer sous silence.

3° L'Association tient tous les ans une assemblée générale à laquelle tous ses membres sont conviés à apporter leurs idées et leurs votes : en dehors du Bureau, on y voit de 4 à 10 assistants, mais rien n'empêche les réformateurs d'y provoquer un mouvement analogue à celui qui a transformé l'Association générale des médecins de France.

4° La question de la bibliothèque centrale de l'Internat a été pendant deux ans une des principales préoccupations du Comité qui a multiplié ses démarches pour en effectuer la réalisation : il s'est heurté à la difficulté de faire quelque chose avec rien. L'administration n'a pas voulu mettre un local à notre disposition, et les frais nécessités par une semblable installation dépassent de beaucoup nos capacités budgétaires actuelles.

5° Enfin, quoi qu'on en ait dit, le Comité s'est toujours occupé de soutenir les droits des internes quand on a fait appel à lui et que ces droits étaient réellement méconnus : s'il n'a pas toujours obtenu gain de cause, c'est que les pouvoirs publics n'ont pas jugé bon de tenir compte de ses réclamations.

Le groupe qui a rédigé le manifeste publié dans *La Presse* ignorait certainement tout cela, puisqu'il a négligé d'en parler et a résumé l'action de l'Association dans la préparation d'un banquet annuel auquel elle est d'ailleurs étrangère.

Cette rectification faite, nous ne voulons pas dire que tout soit pour le mieux dans le meilleur des mondes : il y a certainement à faire beaucoup plus que ce qu'on a fait jusqu'ici, et tout programme qui permettra de soutenir efficacement les droits des internes, d'assurer leur avenir professionnel, de les aider dans les moments difficiles, tout en continuant à diminuer leurs inquiétudes pour ceux qu'ils peuvent laisser derrière eux, sera le bienvenu de la majorité, des vieux comme des jeunes.

Mais, pour cela, il faut de la cohésion, et les moyens qu'elle apporte avec elle; le centenaire n'eût-il fait que réveiller les idées de solidarité du corps de l'Internat, lui aura de ce fait rendu un immense service.

Nous ne doutons pas qu'à la suite de la célébration du mois de Mai, la grande majorité de nos collègues ne se fasse affilier à l'Association, dont tout interne devrait faire partie dès son entrée à la salle de garde : c'est alors que, grâce à l'augmentation de l'élément jeune, et surtout au nombre imposant de ses membres, cette Association pourra aborder fructueusement l'étude et la réalisation de programmes réellement pratiques.

Un groupe d'anciens internes membres de l'Association.

BIBLIOGRAPHIE

Cinquième session de l'Association française d'urologie (Paris, 1901). Procès-verbaux, mémoires et discussions publiés sous la direction du Dr Desnos, secrétaire-général, 1 vol. in-8° de 640 pages, avec 51 figures dans le texte, 8 francs. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

Formulaire pratique de thérapeutique pour le traitement de la syphilis, par M. Marmonier, membre de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie, avec une préface du Dr Jullien, chirurgien de Saint-Lazare, 1 vol. in-18 de 420 pages, cartonné, tranches rouges, 4 francs. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale, par G. Pouchet, professeur de pharmacologie et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Troisième série : *Antipyrétiques et antithermiques-analgésiques* (Quinquinas et leurs alcaloïdes), 1 vol. gr. in-8° de 400 pages avec 33 figures dans le texte, 8 francs. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

Étude sur le thymus envisagée au point de vue de la médecine légale, par le Dr J. Peppino Tharghetta, in-8° de 150 pages, 3 francs. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

Le cancer de l'estomac et son traitement chirurgical, par Robert S. Kolbe, professeur suppléant à la Faculté de médecine de Buenos-Aires, 1 vol. in-8° de 260 pages, avec figures, broch. 4 fr. 50, cart. 5 fr. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des hôpitaux de Paris, 5e édition, par F. Roux-Lemanski, 1 vol. in-16 de 640 pages, cart., 4 francs. (*G. Steinheil*, éditeur, Paris.)

UNE QUESTION OBSTÉTRICALE[1]

De la mise a exécution des interventions obstétricales dans les cas de dystocie par viciation pelvienne

Par **Paul BAR**, Agrégé
Accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine.

Quand, dans un cas de dystocie par viciation pelvienne, l'accoucheur fait choix d'une opération sérieuse, comment doit-il agir vis-à-vis de la parturiente?

Doit-il lui faire connaître, et clairement, l'opération jugée nécessaire? En cas de refus, peut-il passer outre? Doit-il se soumettre au désir de la parturiente, si celle-ci, se refusant à accepter l'opération proposée, manifeste sa volonté d'en subir une autre? Dans quelle mesure doit-il consulter la famille de la parturiente? Jusqu'à quel point est-il obligé de se soumettre à l'opinion qu'elle exprime?

J'avoue que, jusqu'en 1899, je n'avais jamais pensé que la solution de ces questions présentât de difficultés.

En Avril 1899, la Société obstétricale de France aborda incidemment la discussion de ces questions et j'eus l'occasion de dire en quelques mots ma manière de voir[2].

« On ne doit, sous aucun prétexte, faire à une femme une opération sans qu'elle en soit avertie et ait consenti.

« Mais est-il bien logique d'exposer à une femme les avantages et les dangers d'une opération, de lui demander son avis, de le suivre? C'est l'accoucheur qui doit peser les dangers de telle ou telle conduite; c'est lui qui, après son examen, doit indiquer à la femme qu'il y a lieu ou non de faire une opération. Son humanité lui dictera la façon dont il doit annoncer à la malade la décision qu'il a prise. Celle-ci refusera peut-être. Que devra-t-il faire alors?

« Avant tout, il devra déférer à la voix de sa conscience. Si elle lui dit que les différentes interventions qui pourraient être faites ne sont pas convenables, il devra laisser à d'autres la responsabilité de faire ce qui ne lui semble pas être bon. »

Cette manière de voir n'était pas celle de plusieurs de mes collègues dont je prise fort le jugement. Sur un point, notamment, l'opinion générale me donnait tort : il ne semblait pas qu'un accoucheur fût toujours en droit de se retirer si la parturiente lui demandait une intervention capable d'assurer sa délivrance.

L'impossibilité pour la malade de trouver secours ailleurs imposait notamment au médecin l'impérieux devoir de s'incliner. Pour parler clairement, le médecin devait, en pareille occurrence, se résigner à sacrifier l'enfant, alors que l'opération, rejetée par la mère et jugée bonne par lui, eût permis de le sauver.

La question soulevée à la Société obstétricale de France présentait, sans doute, de l'intérêt, car, depuis cette époque, nous l'avons vue reprise, ici ou là, et traitée par les hommes les plus autorisés.

M. Pinard lui consacrait, à la fin de 1899, une leçon qui n'apportait pas de solution, mais qui eut, comme il convenait, un grand retentissement, car elle était un exposé de sa doctrine quant aux droits du père, de la mère, du médecin, etc., sur la vie de l'enfant.

Enfin, la question était fort utilement traitée dans une consultation du Comité consultatif de l'Administration de l'Assistance publique à Paris[1] et dans un récent discours prononcé à Bordeaux par M. Maxwell[2].

Consulté sur ce point :

Quelle attitude doit tenir un accoucheur en présence du refus de la parturiente, soignée dans un hôpital, de se laisser opérer ou de ne se laisser opérer que dans des conditions déterminées?

le comité consultatif de l'Assistance publique[3] répondit en effet :

« 1° Que si la parturiente, soignée dans un hôpital, agissant dans sa pleine liberté d'esprit, refuse de se laisser opérer, l'accoucheur, après lui avoir fait toutes les représentations nécessaires, doit s'incliner devant sa volonté nettement exprimée;

« 2° Que, si elle ne consent à se laisser opérer que dans des conditions déterminées, l'accoucheur doit encore s'incliner, à moins que ces conditions soient inacceptables en en elles-mêmes ou contraires aux règles de l'art et de nature à rendre l'opération plus dangereuse qu'utile, cas auquel l'accoucheur doit s'abstenir.

« 3° Que, cependant, il peut se présenter le cas exceptionnel où, à raison de ce que, par suite de l'état habituel ou accidentel de la parturiente, elle peut ne pas être considérée comme ayant son libre arbitre, et que, devant la nécessité évidente d'une opération, après avoir, si c'est possible, pris l'avis du mari, ou, à son défaut, des proches parents, l'accoucheur doit agir d'autorité sous sa responsabilité morale.

« Que, en pareil cas, sa responsabilité matérielle ne peut être engagée, soit au point de vue pénal, soit au point de vue civil, que s'il est reconnu en fait qu'il y a eu abus de sa part ou qu'il ne s'est pas conformé aux règles certaines de son art. »

La réponse du comité consultatif est précise sur la première et la troisième question. Elle ne laisse pas d'être ambiguë et de prêter à la discussion sur la seconde.

L'accoucheur ne doit s'abstenir, ou, en termes clairs, se retirer, que si les conditions imposées par la malade sont — le comité ne dit pas « lui paraissent » — inacceptables en elle-mêmes ou contraires aux règles de l'art; sans cela, il doit s'incliner.

Or, ne voyez-vous pas quelles controverses peuvent s'élever sur la façon dont il faut, dans des matières aussi discutées, entendre par ces mots : *conditions inacceptables en elles-mêmes*, ou *règles de l'art*, de l'art en évolution constante, qui se modifie sans cesse, suivant les progrès de la science, et la transformation des mœurs.

M. Maxwell, dans le discours qu'il a prononcé à la séance de rentrée de la Cour de Bordeaux, se montre plus explicite.

« La mère est maîtresse de son corps, libre de n'autoriser qu'une intervention déterminée; si elle ne peut manifester sa volonté, le choix appartiendra au mari, aux parents, aux proches, à ceux enfin qui la représentent.

« Il est donc certain, pour moi, que le médecin engagerait sa responsabilité, s'il opérait la parturiente malgré elle... S'il est dans une ville où il a des confrères, s'il n'y a pas urgence, le médecin pourra peut-être refuser son concours et demander qu'on le remplace; mais s'il y a urgence, et si les autres médecins sont trop éloignés, il devra faire l'opération réclamée par la parturiente, même si elle entraîne la mort de l'enfant. »

*
* *

Cette doctrine mérite d'être discutée.

Afin de donner plus de clarté à cet exposé, et pour ne point laisser dévier la discussion, je classerai de la manière suivante les questions que je vais étudier :

1° Quand l'accoucheur s'est résolu à pratiquer une opération, doit-il en prévenir la parturiente?

2° Comment doit-il le faire?

3° Peut-il passer outre à un refus de sa part?

4° Quand une parturiente, jouissant de son libre arbitre, refuse l'opération proposée et en exige une autre, doit-il déférer à son désir?

5° Dans quelle mesure doit-il consulter les proches parents de la malade?

6° Peut-il, quand la femme ne jouit pas de son libre arbitre, passer outre à l'avis exprimé par l'entourage?

1° Quand l'accoucheur s'est résolu a pratiquer une opération, doit-il en prévenir la parturiente?

J'ai entendu souvent soutenir que le seul fait, pour une femme, d'avoir demandé à un médecin de l'accoucher, implique vis-à-vis de celui-ci une confiance absolue, d'où, pour le praticien, une liberté complète dans le choix et la mise à exécution des opérations jugées nécessaires.

Je ne partage pas cet avis. Quand une femme choisit un accoucheur, elle entend se fier à lui pour un accouchement simple, voire même pour des interventions sans danger pour elle ni pour son enfant, mais elle n'abdique nullement son droit de témoigner à nouveau de sa confiance si une intervention grave pour elle ou pour son enfant devient indiquée. L'accoucheur ne doit jamais oublier que la convention, tacite ou non, qui règle sa situation vis-à-vis de la parturiente est la suivante : il est tout d'abord le conseiller; habituellement, il est vrai, mais non nécessairement, l'opérateur. J'en veux pour preuve la fréquence avec laquelle, en cas de complication au cours du travail, la parturiente ou ses proches prient le médecin de demander conseil à un de ses confrères et même de lui abandonner l'exécution de l'opération jugée utile.

Si les circonstances paraissent rendre nécessaire une opération, le devoir strict du médecin est donc d'en avertir la parturiente.

Beaucoup pensent qu'il suffit d'aviser les proches, que, l'acquiescement de ceux-ci obtenu, il est inutile d'avertir la patiente elle-même et de lui imposer les angoisses

1. Leçon faite à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine. Voyez *La Presse Médicale* du 15 Février 1902, p. 159.
2. *Annales de la Société obstétricale de France*, Session de 1899, p. 222.

1. Comité consultatif de l'Administration de l'Assistance publique de France, séance du 21 Décembre 1899.
2. M. Maxwell. — « De quelques cas de conscience en médecine ». Discours prononcé à la séance de rentrée de la cour de Bordeaux (*Semaine médicale*, 1901, 30 Octobre).
3. Le comité était composé par MM. Duhil, Betolaud, Rendu, Aubert, Dubasty, Pouillet, Forni, Chaumat, Leven, Janneney, Worms.

qu'entraîne la perspective d'une opération.

Je parlerai tout à l'heure des obligations de l'accoucheur vis-à-vis des proches parents de la parturiente. Mais, sauf le cas où la patiente ne paraît pas avoir son libre arbitre, c'est elle qui doit être avertie et qui doit donner son acquiescement. En agissant autrement, le médecin engage gravement sa responsabilité, même s'il a l'acquiescement des proches parents de la malade.

2° Comment doit-on prévenir la malade?

Autant la première question apparaît facile à résoudre, autant celle-ci est de solution délicate.

C'est que nous n'avons plus à donner une réponse de principe: nous sommes aux prises avec la pratique, qui n'est faite que de contingences.

Voici tout d'abord deux manières de faire qui comptent toutes deux des partisans parmi les accoucheurs auxquels on accorde le plus d'autorité.

D'après les uns, on doit se borner à dire à la malade qu'on va l'aider, et, le consentement obtenu, faire ce qu'on croit utile : section césarienne, symphyséotomie, etc.

D'après les autres, l'accoucheur ne doit pas laisser ignorer à la malade la nature exacte de l'opération qui va lui être faite, ses dangers, et même lui faire connaître les autres interventions auxquelles on pourrait recourir.

J'avoue n'être satisfait par aucune de ces deux méthodes.

A. — *Doit-on se borner à dire à la malade qu'on va l'aider, et, la femme ayant consenti, faire ce qu'on croit juste, si sérieuse que soit l'intervention?*

Agir ainsi est, à mon avis, abuser de la confiance de la parturiente. Dans la pratique de chaque jour, on dit volontiers à une femme qu'on va l'aider quand il s'agit d'extraire par le forceps un enfant dont la tête appuie sur le périnée, ou telle autre opération sans danger, et nul n'y trouve à redire. Mais parler de la même façon quand il s'agit de faire une section césarienne ou une symphyséotomie ou encore une embryotomie, c'est singulièrement diminuer l'importance de ces opérations. C'est aussi, pour le médecin, s'exagérer la confiance qu'on peut avoir dans son jugement et dans son habileté.

En ces sortes d'initiatives, le succès justifie tout. Mais le succès a des éclipses, et, en cas d'échec, la parturiente aurait quelque droit de reprocher au médecin le vague de son conseil.

B. — *Faut-il donc exposer à la parturiente tous les dangers qu'elle va courir; lui faire connaître les autres interventions susceptibles d'être faites?*

Examinons le premier point. Un des grands arguments donnés en faveur de cette manière d'agir est la fréquence avec laquelle les malades refusent telle ou telle opération quand on leur en a exposé les dangers.

L'argument ne me paraît guère probant.

Si les parturientes refusent si souvent d'accepter une opération quand on leur en a dit les dangers, c'est que l'accoucheur a tout fait pour obtenir ce résultat.

Il en est un peu de ces exposés comme des anciens résumés des présidents d'assises qui rendaient à volonté coupable un accusé. C'était simple affaire de ton.

Les parturientes se refusent à accepter la section césarienne quand on leur dit qu'elles risquent de succomber; elles n'acceptent pas la symphyséotomie quand on leur dit qu'elle peuvent rester infirmes, etc. Comment ne refuseraient-elles pas, puisqu'on ne leur montre que les inconvénients de ces opérations?

A la vérité, l'accoucheur qui se borne à dire à une femme qu'il va l'aider, et qui lui ouvre le ventre, en dit trop peu; celui qui étale devant une malheureuse tous les inconvénients d'une opération en dit trop.

Il est possible de satisfaire au droit de la malade d'être avertie, d'obtenir de sa part un témoignage de confiance, sans tomber dans aucune de ces fautes. C'est simple affaire de tact.

Dites lui qu'elle ne peut accoucher seule, que vous devez lui faire une opération, que celle-ci est la seule qui vous paraisse bonne; dites que cette opération est sérieuse, mais qu'elle s'annonce bien (la feriez-vous s'il en était autrement?). Ajoutez, si vous devez faire la section césarienne, que l'enfant ne pouvant être extrait par les voies génitales, vous le sortirez par la voie abdominale. Si vous devez faire la symphyséotomie, dites que vous allez agrandir le bassin; montrez à la femme qu'elle aura un enfant vivant.

Croyez-moi : tout cela peut être dit sans que vous ayez terrifié la malade, et, pour peu que vous ayez agi et parlé avec prudence, vous n'aurez pas à aller plus loin : elle vous dira qu'elle se fie à vous. J'en suis encore à voir refuser, dans mon service, l'opération que je jugeais opportune.

Devez-vous (c'est le second point) laisser ignorer à la femme qu'il est d'autres interventions susceptibles d'être faites?

Si vous pensez pratiquer la section césarienne, devez-vous par exemple l'avertir que cette opération pourrait être évitée par le broiement de l'enfant?

Je vous engage à ne pas le faire. Pourquoi, du reste, le feriez-vous? Parce que vous avez des hésitations quant aux indications de l'opération? Mais, s'il en est ainsi, ce n'est pas à la parturiente que vous devez en référer, c'est à ceux de vos confrères que vous estimez pouvoir vous éclairer. Parce que vous entendez laisser à la parturiente elle-même le soin de décider? Mais vous intervertissez les rôles. C'est à vous de donner une décision, et vous devez la donner précise, après avoir répondu, dans votre conscience, à toutes les objections.

Est-ce à dire qu'une fois votre avis donné, vous ne deviez tenir aucun compte des observations de la patiente? Non assurément. Écoutez-les attentivement: si elles vous paraissent de nature à changer votre opinion, modifiez celle-ci sans fausse honte et sans ambiguïté. Sinon, persistez dans votre conseil et attachez vous à rendre votre malade confiante en votre jugement.

Il est pourtant un cas spécial dont je dois vous entretenir : c'est celui où, consulté pendant la grossesse, vous vous prononcerez pour ou contre l'accouchement provoqué.

Si vous proposez l'accouchement provoqué, vous le justifierez en exposant à la femme que vous lui éviterez les risques qu'elle courrait si on la laissait accoucher à terme : le cas est simple.

Mais si vous rejetez l'accouchement provoqué, en vous réservant de pratiquer une opération sanglante quand l'accouchement aura lieu à terme, vous ne devez pas laisser ignorer à la parturiente cette éventualité. Vous le ferez avec tact, sans l'effrayer.

Si vous lui dissimuliez l'avenir, elle pourrait vous reprocher de l'avoir mise, par une expectation dont elle ignorait les conséquences : 1° dans l'impossibilité de se faire accoucher prématurément; 2° dans la nécessité de subir une opération qu'elle aurait évitée, si elle l'avait prévue.

3° L'accoucheur peut-il passer outre au refus de la parturiente?

Comment résoudre autrement que par la négative une pareille question?

L'accoucheur a conseillé une opération qui fait courir des risques à la mère, mais qui sauvera l'enfant. Si la parturiente est prête à les subir, tout est bien; mais si elle déclare ne vouloir les subir que dans une proportion fixée par elle, si elle dit n'en accepter aucun, que peut faire le médecin?

Comme moraliste, il blâmera; comme sociologue, il désapprouvera; mais il ne devra pas oublier que, vis-à-vis de la parturiente, il n'est qu'un médecin, qu'un praticien.

Il a conseillé la conduite qui lui semblait la meilleure, après en avoir pesé les avantages et les inconvénients: si son opinion n'est pas accueillie, il doit s'abstenir.

Peut-être un jour la législation limitera-t-elle le droit de la mère; actuellement ce droit est absolu. Quand une femme, ayant son libre arbitre, s'en réclame, nul ne peut passer outre.

4° Quand une parturiente, jouissant de son libre arbitre, refuse l'opération proposée et en exige une autre, doit-on déférer à son désir?

Quand une opération proposée par l'accoucheur est refusée par la parturiente, ou bien l'accoucheur est invité à cesser ses soins, et la situation ne comporte pas de commentaires, — ou bien la parturiente lui demande une autre opération : que doit faire l'accoucheur?

Pour bien juger de la situation que comporte une pareille situation, il importe d'envisager : 1° la question de principe, 2° la question de pratique.

En principe, la parturiente ne peut pas plus imposer sa volonté à l'accoucheur que l'accoucheur ne peut lui imposer la sienne.

Je ne pense pas que cette solution de principe puisse être contestée.

En pratique, est-il possible de se montrer toujours intransigeant, et les circonstances ne dictent-elles pas parfois au médecin le devoir de déférer au désir de la patiente demandant une intervention qu'il n'eût pas choisie?

Le plus souvent, pour peu que le médecin ne heurte pas les sentiments de la parturiente par des décisions absolues et sans appel, il est facile de trouver une solution qui convienne à la malade et soit acceptable pour l'accoucheur. C'est ainsi que doivent se résoudre et se résolvent de semblables situations.

Mais poussons les choses à l'extrême, et imaginons qu'il n'en soit pas ainsi. L'accoucheur aura proposé de faire une opération grave (ce sont les seules où de pareils cas de conscience se posent), une symphyséotomie ou une opération césarienne par exemple; la parturiente refuse et préfère que son enfant soit broyé. L'accoucheur ne veut pas pratiquer

l'embryotomie sur un enfant vivant : que fera-t-il?

« S'il est dans une ville où il a des confrères, s'il n'y a pas urgence, le médecin pourra *peut-être* refuser son concours et demander qu'on le remplace », dit M. Maxwell.

Je suis surpris par ce mot « peut-être ». Dans la pensée du magistrat de Bordeaux, l'accoucheur, en s'abstenant, userait donc de son droit, mais jusqu'à la dernière limite de celui-ci, et sa conduite resterait sujette à discussion.

A la vérité, le médecin peut et doit s'abstenir, et cela sans réserves.

Les circonstances ne lui imposent pas une conduite contraire au principe que je disais tout à l'heure. Il n'y a pas urgence, et la parturiente peut faire appel à d'autres avis, peut-être plus complaisants.

Aucun reproche ne pourrait être adressé au médecin qui, voyant son avis repoussé, se retirerait.

« Mais, dit M. Maxwell, s'il y a urgence, et si les autres médecins sont trop éloignés, il devra faire l'opération réclamée par la parturiente, même si elle entraîne la mort de l'enfant. »

Dès la première lecture que je fis du discours de M. Maxwell, son avis ne m'a pas semblé fondé. Mais les hommes sont volontiers enclins à apporter, dans les jugements qui se rapportent à l'art, à la science qu'ils professent, un absolutisme et, pourquoi ne le dirais-je pas? une certaine étroitesse d'esprit professionnel, qui heurtent vivement ceux qui sont étrangers à l'art, à la science qu'ils cultivent.

Médecins, nous n'échappons pas à ce défaut, et nous devons souvent nous demander si nous ne nous arrogeons pas, dans nos décisions et dans nos interventions, une autorité qui n'est pas sans réduire singulièrement les droits de nos patients.

J'imagine que M. Maxwell a entendu protester contre de semblables errements. Il a voulu nous rappeler les risques que nous pouvions courir. A cet égard, son discours est intéressant à méditer, car il représente l'opinion d'un magistrat qui pourrait être appelé, si notre initiative prêtait à revendication, à requérir contre nous et il y a lieu de penser que cette opinion est partagée par un certain nombre de ceux qui auraient à décider.

J'ai donc lu et relu, avec toute l'attention qu'il mérite, le remarquable discours de M. Maxwell.

Malheureusement, si les arguments se multiplient, pressants et indiscutables, quand l'orateur défend le droit, pour la femme, d'accepter ou de refuser une opération, son discours est muet quand il s'agit de justifier le devoir imposé au médecin de pratiquer l'embryotomie, pour peu qu'elle soit réclamée par la parturiente.

Vous sentez bien que l'autorité du magistrat de Bordeaux ne peut suffire à faire accepter sans discussion une doctrine aussi contraire au principe fondamental que je disais plus haut : *La parturiente ne peut pas plus imposer sa volonté à l'accoucheur que celui-ci ne peut lui imposer la sienne.*

Mais si M. Maxwell a négligé de motiver son opinion, je connais, pour l'avoir maintes fois entendu, le raisonnement par lequel les partisans de cette doctrine essaient de justifier aux yeux du médecin une pareille abdication de sa volonté.

L'embryotomie, dit-on, n'est pas une opération inacceptable en elle-même; les circonstances sont pressantes; la parturiente l'exige; vous n'avez pas le droit de lui refuser votre secours, et vous devez pratiquer l'embryotomie suivant les règles de l'art.

Vous sentez, j'imagine, le défaut du raisonnement. Que l'embryotomie ne soit pas en elle-même une opération inacceptable, nul n'y contredit. Aussi la parturiente peut elle la demander.

Peut-elle l'exiger? Non.

Il importe peu, en effet, de savoir si l'embryotomie est ou n'est pas une opération inacceptable en elle-même; ce qui importe, c'est de préciser si l'embryotomie est acceptable dans un cas particulier. De cela, seul l'accoucheur est juge; s'il estime l'embryotomie contre-indiquée, nulle force ne peut l'obliger à la pratiquer.

Mais, dira-t-on, une opération permettant de sauver la mère par le sacrifice de l'enfant n'est jamais contre-indiquée. J'avoue ne guère aimer cet argument.

Dans la réalité, quand on refuse de pratiquer l'embryotomie, on n'entend nullement sacrifier la mère à l'enfant; mais on estime que l'opération permettant d'avoir un enfant vivant ne fait pas courir à la parturiente de trop grands risques, et on considère que la vie d'un enfant les vaut.

Un accoucheur peut donc, sans être accusé de sacrifier les intérêts de la mère, considérer l'embryotomie comme étant, dans un cas donné, contre-indiquée, inacceptable; il peut, en toute conscience, maintenir sa décision.

Mais, dira-t-on, les circonstances sont pressantes, les autres médecins sont éloignés; laisserez-vous mourir la mère plutôt que de faire l'embryotomie? Si respectable que soit le principe que vous invoquez, n'en est-il pas un qui domine tous les autres? celui de prêter votre secours à qui en a besoin. Or, de ce que vous vous serez refusé à intervenir comme la mère vous le demandait, celle-ci mourra. N'aurez-vous pas manqué au premier de tous vos devoirs?

A vrai dire, l'argument n'a pas grande valeur. Quand on propose à une femme en travail, dont le bassin est rétréci, de pratiquer une section césarienne ou une symphyséotomie, les circonstances ne sont jamais tellement pressantes que la mère risque de mourir si on ne broie pas immédiatement l'enfant comme elle le désire. S'il en était ainsi, on ne proposerait pas ces opérations.

La femme peut donc encore trouver secours, et les conditions dans lesquelles ces opérations doivent être faites impliquent généralement que l'aide sera facile à trouver.

Mais qu'il n'en soit pas ainsi, qu'une entente soit impossible, il faudra pourtant qu'une des deux volontés cède à l'autre.

Le plus souvent, la volonté du médecin, si elle est bien réfléchie, ne cédera pas.

Je reste donc fidèle à la manière d'agir que je soutenais en 1899 à la société obstétricale de France, et qui est celle que préconisait récemment M. Pinard, et je voudrais qu'au texte actuel de la consultation du Comité consultatif fût substituée la rédaction suivante, plus claire et plus simple :

Si la parturiente ne consent à se laisser opérer que dans des conditions déterminées, l'accoucheur doit encore s'incliner, à moins que ces conditions lui paraissent inacceptables, auquel cas il doit s'abstenir.

5° Dans quelle mesure l'accoucheur doit-il consulter l'entourage de la malade?

Si la malade a son libre arbitre, son avis a seul de la valeur; c'est lui qui doit prévaloir. Il arrivera souvent que des femmes demanderont à consulter leur mari, leur mère; non seulement vous devez les engager à le faire, mais vous ne devez jamais vous refuser à exposer votre opinion à ceux que la femme désire avoir pour conseils. Si vous jugiez ne pas devoir agir ainsi, vous devriez vous retirer.

Quels que soient les avis demandés et donnés, une seule opinion devra être tenue par vous comme valable : celle de la femme.

Si la femme n'est pas consciente, vous devrez demander l'avis de la famille.

Je ne sais qu'une exception à cette règle : l'urgence, venant forcer la main à l'accoucheur et lui faisant pratiquer d'autorité l'opération qu'il croit utile.

6° L'accoucheur peut-il, quand la femme ne jouit pas de son libre arbitre, passer outre à l'avis exprimé par l'entourage?

M. Maxwell, traitant cette question s'exprime ainsi :

« Supposons, dit-il, que la parturiente soit incapable de manifester sa volonté. Des intérêts pécuniaires considérables sont en jeu; la jeune femme a une fortune personnelle qui appartiendra à son enfant s'il survit; dans le cas contraire, les parents auront leur réserve, le mari les droits nouveaux que lui donne l'article 767; il peut être même le légataire universel de sa femme. On peut supposer, et j'ai lieu de croire que le cas s'est réalisé dans la pratique, que ces intérêts contradictoires entrent en conflit et mettent en opposition les parents et le mari de la malade.

« Que fera le médecin? Il obéira, il me semble, à ceux des proches de la parturiente qui sollicitent l'opération la moins dangereuse pour elle, car il y a présomption que telle serait la volonté de la mère; nous avons vu que celle-ci était seule maîtresse de se prêter à une opération dans les limites qu'elle précisera. Le principe que je discutais tout à l'heure doit ici encore recevoir son application. »

La solution proposée par M. Maxwell est simple. S'impose-t-elle ?

Il y a présomption, pense-t-il, que la volonté de la mère lui aurait fait choisir l'opération la moins dangereuse pour elle.

Je ne crois pas cette prémisse fondée.

La mère, c'est du moins ce que la pratique de chaque jour nous montre, ne fait pas si bon marché que M. Maxwell semble le croire de la vie de son enfant.

S'il y a une présomption, c'est qu'elle suivrait le conseil de l'accoucheur en qui elle aurait placé sa confiance.

Le médecin se décidera donc en prenant seulement souci des intérêts de la mère et de l'enfant, et son opinion prendra d'autant plus d'autorité que lui seul, peut-être, agit en toute indépendance, que lui seul certainement agit en connaissance de cause.

Mais peut-il s'autoriser d'une telle situation pour imposer sa volonté aux proches de la

malade et intervenir malgré leur veto? S'il n'y a pas urgence, il ne le doit certainement pas.

Dans ce cas, il pourra, si la parturiente est une aliénée, suivant le conseil donné par M. Maxwell, se pourvoir auprès du ministère public. Un curateur spécial serait nommé, qui viendrait donner à l'accoucheur l'appui dont il a besoin pour agir malgré toute opposition.

Mais une parturiente peut, sans être une aliénée, ne pas jouir de son libre arbitre. S'il n'y a pas urgence, peut-être le médecin pourrait-il, s'il se considère comme le mandataire de la malade, se pourvoir en référé et réclamer la nomination d'un expert qui viendrait l'appuyer.

Ces solutions sont assurément acceptables quand il n'y a pas urgence. Mais la rapidité avec laquelle on doit agir en obstétrique ne s'accommodera guère, dans la plupart des cas, des délais que de pareilles solutions comportent. Que ferez-vous si les proches parents de la parturiente opposent leur veto à l'intervention que vous estimez bonne, et vous en imposent une autre qui vous semble mauvaise ?

Je crois que la prudence vous imposera, surtout si vous êtes seul, l'abstention. Si justifiable que vous paraisse une intervention faite d'autorité, votre initiative pourrait, dans l'état actuel de nos mœurs et de notre législation, devenir prétexte à de graves revendications contre vous.

OBSTÉTRIQUE PRATIQUE

LES SOINS CONSÉCUTIFS AUX GRANDES HÉMORRAGIES PUERPÉRALES

Le traitement des hémorragies puerpérales comprend plusieurs temps, de valeur très inégale. Il a, en effet, pour but, tout d'abord d'arrêter l'hémorragie, de faire face aux dangers de mort immédiate, et de prévenir le retour de l'hémorragie par des moyens variés, selon sa cause, son siège et la période de l'état puerpéral dans laquelle elle se produit (grossesse, délivrance, suites de couches). Il a, pour seconde indication, d'éviter les complications, et, en particulier, les complications infectieuses auxquelles sont exposées les femmes à la suite de l'hémorragie. Il doit enfin répondre à une dernière indication, celle de restaurer l'état général de la femme pendant la période de réfection des éléments du sang. Ce sont les divers moyens à employer pour cette restauration que nous passerons en revue ici. Ils sont applicables à toutes les variétés d'hémorragies puerpérales.

*
* *

Effets pathologiques des hémorragies graves dans l'état puerpéral. — Ils sont sous la dépendance des conditions anatomiques des organes au niveau desquels se sont produites les hémorragies. Ces hémorragies sont généralement profuses, souvent répétées; cette abondance et cette répétition sont favorisées par la distension énorme et la surcharge des vaisseaux saignés. Ces conditions existent pour les hémorragies de la grossesse, et surtout pour celles de la délivrance, qui se font, ou bien sous forme d'un écoulement léger, mais continu, comme dans les hémorragies externes à la suite d'un avortement ou par rupture de varices, ou bien par un écoulement progressif et abondant (hémorragies externes et internes), ou bien enfin sous forme d'un véritable « déluge de sang ». On conçoit, dans ces derniers cas, les difficultés de la restauration de l'état général. Ces difficultés sont, en outre, liées aux profondes modifications que l'état de gravidité apporte aux échanges cellulaires physiologiques, au ralentissement de la nutrition et surtout aux troubles de la crase sanguine, troubles que l'on englobe sous la dénomination vague de chloro-anémie de la grossesse. Ces altérations dans la composition du sang se traduisent notamment par l'abaissement de son alcalinité et par la transmission au plasma d'une partie du fer contenu dans les globules (Charrin). Cette sorte de déchéance gravidique de la qualité du sang expose donc l'organisme à une moindre résistance en cas d'hémorragie, la diminution rapide du nombre des globules venant ajouter ses effets à celui de l'abaissement de leur valeur globulaire. A ce point de vue, les hémorragies qui se caractérisent par leur répétition, celles du placenta prævia par exemple, sont plus dangereuses que celles qui, plus abondantes, se font en un seul ictus. En d'autres termes, les hémorragies répétées sont suivies d'une anémie lente, et dans ces conditions la restauration demande un temps plus long pour se compléter.

Importance de la restauration. — Elle tient aux dangers qui menacent la femme et aux phénomènes généraux graves qu'elle présente. Quelquefois la mort suit immédiatement la saignée: la femme a une syncope et meurt. « Quand, dit Barnes dans ses leçons, l'hémorragie n'est pas immédiatement mortelle, l'organisme fatigué et affaibli, mal disposé à résister aux influences morbides, peut succomber à quelque forme de fièvre puerpérale, à la thrombose ou à quelque autre complication. Et même, quand la femme a échappé à ces accidents secondaires, elle a encore à en soutenir les effets éloignés, la faiblesse, les troubles de la nutrition qui la prédisposent à de longues maladies. J'ai, dit-il, vu des cécités, des surdités, des hémiplégies presque complètes persister à la suite d'une hémorragie. »

Les phénomènes généraux que présente la malade à la suite de l'hémorragie se rapportent à l'olighémie, aux troubles de la circulation et aux troubles du système nerveux.

La malade est pâle, exsangue; les tissus sont décolorés; la voix est éteinte; l'haleine et les extrémités sont froides. L'examen hématimétrique clinique indique un abaissement considérable du nombre des globules rouges. Cependant, même dans une diminution excessive de leur nombre, la restauration est possible, puisqu'une observation du professeur Hayem nous montre que la guérison est survenue chez une femme dont le taux globulaire s'était abaissé à 500.000 globules (au lieu de 4.500.000). Il est vrai que ce minimum n'avait été que passager; au bout d'un jour le chiffre des hématies s'était relevé à 806.000 et le surlendemain à 1.550.000.

La température de la malade est abaissée; l'hypothermie est quelquefois très marquée et le thermomètre peut arriver à 35° et même 34°.

Par suite des troubles circulatoires, la malade est oppressée, elle a besoin d'air, car l'hématose bulbaire est insuffisante.

Le pouls a des caractères particuliers, intéressants pour le diagnostic de l'abondance de l'hémorragie et son pronostic. Il est rapide; de 80 pulsations à la minute (pouls normal), il passe à 100, 120, et même 130 et 140: c'est un véritable pouls fœtal. De plus, il est petit, filiforme, même imperceptible dans les cas graves. Le pouls radial peut disparaître; le pouls fémoral et le pouls carotidien sont à peine perçus. Ces caractères du pouls sont liés à l'excitation du centre bulbaire vaso-constricteur. A la suite de l'anémie post-hémorragique, il existe, en effet, au niveau du bulbe, du sang mal hématosé. L'acide carbonique, contenu en excès dans ce sang, excite le centre vaso-constricteur, et, par suite, il y a rétrécissement des artères et élévation de la pression sanguine; la vitesse du sang est accélérée (Heidenhain).

L'anémie bulbaire et cérébrale est encore cause de délire et de véritables hallucinations; la femme se sent mourir et a peur de mourir. Ces symptômes d'origine bulbo-cérébrale ont une importance pronostique capitale.

*
* *

Traitement consécutif aux hémorragies puerpérales. — Nous ne dirons rien des divers moyens hémostatiques à employer pour arrêter l'hémorragie. Mais, pendant l'hémostase ou après celle-ci, la femme peut avoir une syncope, quelquefois mortelle si elle n'est combattue rapidement. C'est le traitement de cette syncope post-hémorragique et le traitement ultérieur, celui de la restauration véritable, que nous envisagerons seulement ici.

Pour traiter la femme en état syncopal, il est nécessaire de lutter contre l'olighémie bulbaire. Le moyen le plus simple est de coucher la malade à plat, sans oreillers, sans traversin, la tête au même niveau que le thorax et les membres. Pour agir plus rapidement, on a conseillé d'incliner le plan du lit, de façon à mettre les membres inférieurs à un niveau plus élevé que le thorax et la tête; il suffit pour cela de soulever les pieds inférieurs du lit à l'aide de briques. On a cru faire mieux encore, en soulevant les membres inférieurs à l'aide d'oreillers et de traversins pour activer la circulation en retour; c'est la position employée par Azoulay pour l'auscultation du cœur. On a encore préconisé la position dite de Trendelenburg, et fait même une véritable inversion de la femme.

Pour agir sur la circulation et ramener vers la tête une quantité de sang plus considérable, on peut encore pratiquer une véritable auto-transfusion en comprimant les membres, soit à l'aide d'une simple bande roulée, soit mieux à l'aide de la bande d'Esmarch. La compression ne doit se faire que successivement sur chacun des membres. C'est la méthode de Prouff, de Plouescat, rappelée par Tarnier dans ses cours.

En même temps qu'on excite le bulbe, il faut stimuler le système nerveux périphérique par les flagellations de la peau, les frictions à l'alcool, l'action de l'ammoniaque et des sels anglais, les injections sous-cutanées d'éther, l'application de sinapismes aux membres inférieurs, du marteau de Major sur le thorax, celle de courants électriques. L'air frais, les inhalations d'oxygène sont à recommander dans le même but. Elles sont, en outre, une source de chaleur. On sait qu'il y a une véritable relation de cause à effet entre la consommation de l'oxygène et la production de la chaleur dans l'organisme. Or, il est essentiel de combattre l'hypothermie chez la femme saignée.

On se rappelle, en effet, qu'à la suite de l'hémorragie ou de la saignée, la température peut s'abaisser de 0°5 à 2°, et davantage, par diminution des combustions internes dans les tissus. On connaît l'expérience indiquée par M. Laborde qui consiste à saigner une série de cobayes ou de lapins, et, après la saignée, à placer les uns près du poêle du laboratoire, les autres près de la porte ou de la fenêtre. Les premiers, réchauffés, reviennent rapidement à la vie, les autres meurent.

Il est donc indispensable de réchauffer la malade après l'hémorragie. Outre les inhalations d'oxygène, il faut l'entourer de linges chauds, de couvertures chaudes souvent renouvelés, de cruchons d'eau chaude. L'idéal serait de mettre la femme dans une véritable couveuse, de la traiter comme un enfant débile.

Enfin, si, malgré ces divers traitements, l'état syncopal persiste, il faut avoir recours à la respiration artificielle par la méthode de Sylvester ou celle de Laborde. En outre, il faut soutenir le tonus cardiaque par les injections sous-cutanées de caféine ou d'ergotine, et relever la pression artérielle par l'injection de sérum artificiel, soit par voie sous-cutanée, soit, en cas de mort immi-

nente par voie intra-veineuse à dose massive (1.000 à 1.500 grammes). Le sérum artificiel élève la pression sanguine, hâte l'hématopoièse et tonifie les tissus, et, en particulier, le système nerveux.

Ce traitement peut être sans résultats. « Quand, dit Barnes, l'hémorragie est assez abondante pour réagir sur l'économie entière, la malade est angoissée, effrayée, affaissée au début, puis elle tombe dans le collapsus. La face est pâle et froide, la peau est glacée, le pouls peu ou point perceptible, les battements du cœur sont faibles et fréquents, la respiration est oppressée. La malade demande de l'air, veut qu'on ouvre les fenêtres; elle veut s'asseoir, même quelquefois sortir de son lit; elle s'agite, elle délire plus ou moins; ses sens sont émoussés, ou bien elle a des hallucinations, une demi-cécité, de la diplopie, de l'amaurose. Les pupilles se dilatent. La perte de la force nerveuse est si grande que tous les organes, tous les tissus semblent paralysés. Quelquefois les sphincters se relâchent. La femme refuse tout secours; elle demande par paroles et par signes qu'on la laisse tranquille, elle veut mourir en repos. Si ces symptômes sont suivis d'un collapsus marqué, si le facies se grippe, si la respiration prend un caractère convulsif, la malade s'affaisse rapidement, elle est prise de convulsions, et le cas est réellement sans espoir. » Il est exceptionnel de voir guérir une malade qui présente du délire, de l'incontinence des urines et des matières, et en général des symptômes bulbaires.

Si la femme doit guérir, si les moyens employés pour obtenir la restauration sont efficaces, on constate « le retour de la chaleur et de la moiteur de la peau, une dysphagie moindre, une pulsation ferme au poignet, l'espoir et le courage qui renaissent au cœur de la femme, des perceptions plus nettes de ce qui se passe autour d'elle et une intelligence plus claire » (Barnes). Ajoutons que la courbe de la température remonte à la normale et même dépasse celle-ci en vingt-quatre à quarante-huit heures.

L'état syncopal une fois terminé, il n'est plus besoin d'exciter le bulbe. On mettra la malade au repos complet, absolu. Le fait seul de soulever sa tête, pour la changer de place ou pour la faire boire, peut être l'origine d'une nouvelle syncope, et cela même dans les heures qui suivront l'hémorragie. « Les organes saignés à blancs, dit Barnes, et, par suite, juste assez nourris pour satisfaire aux fonctions les plus élémentaires de la vie, ne supporteraient guère un appel inutile. » Il faudra continuer à réchauffer la malade par les linges chauds, les inhalations d'oxygène et l'ingestion de boissons alcoolisées (rhum, cognac, champagne). La femme en état puerpéral supporte avec une facilité surprenante l'alcool à hautes doses. On se rappellera cependant que l'alcool est surtout stimulant à petites doses et à l'état dilué.

On agira sur le système nerveux et le tonus vasculaire par le café, la teinture de digitale, le sérum artificiel à faibles doses (150 à 200 grammes par jour). La compression de l'abdomen par un bandage de corps peut également servir dans le même but.

On stimulera les échanges cellulaires en donnant à la malade des repas fréquents et peu abondants; il existe, en effet, assez souvent de l'apepsie après les hémorragies. On recommandera surtout les aliments assimilables azotés, le lait, les œufs, le bouillon, le jus de viande, les peptones, la viande crue. En même temps, on donnera du fer, soit sous forme de teinture de Mars, tartarisée (XV à XX gouttes par jour) comme l'ordonne mon maître, M. Bonnaire, dans son service à Lariboisière, soit sous forme de pilules de protoxalate de fer. Le fer a une action particulièrement efficace et rapide dans ces conditions.

Bien que la malade soit à ce moment hors de danger immédiat, il faudra prendre des précautions d'asepsie rigoureuse pour éviter l'infection. Il faudra éviter les mouvements brusques et les émotions pour prévenir les embolies à point de départ péri-utérin. On connaît, en effet, ces cas de phlegmatia latente, révélés seulement par la production d'une embolie pulmonaire, suivie soit de la mort rapide, soit de la formation d'infarctus.

Plus tard seulement, en présence de l'anémie très rarement persistante après le puerperium, on conseillera l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler ou de cacodylate. La strychnine pourra rendre de réels services dans les mêmes conditions.

Parmi les agents qui relèvent l'activité des échanges, les uns agissent sur la reconstitution immédiate des globules, comme le fer, la viande crue, une alimentation tonique; les autres s'adressent directement au système nerveux, tels les amers, la strychnine; d'autres enfin, tel l'arsenic, agissent à la fois sur le système nerveux, la nutrition et l'hématose.

La restauration se fait d'habitude très rapidement. On pourra la compléter par une cure d'air à demi-altitude.

G. Keim,
ancien interne des hôpitaux.

MÉDECINE PRATIQUE

LES BRULURES EN RADIOGRAPHIE

Plusieurs moyens ont été proposés pour éviter les brûlures dont patients et opérateurs sont menacés durant leur exposition aux rayons X.

C'est ainsi que l'on enduit avec un corps gras les parties exposées aux rayons, et cela dans le but d'isoler le patient de toute effluve venant de l'ampoule. Nous n'insisterons pas sur ce procédé, très désagréable pour le malade, et dont l'efficacité n'est pas toujours suffisante.

Un autre procédé consiste à renfermer l'ampoule dans une sorte de boîte en bois, munie intérieurement de plaques métalliques, l'une des parois de la boîte étant supprimée, et cela dans le but de donner libre passage aux rayons X. Si ce dernier procédé protège le patient contre les effluves venant de l'ampoule, il a, par contre, un grave inconvénient, celui d'empêcher l'opérateur de surveiller la marche de son tube, de le chauffer par exemple, si le besoin s'en fait sentir, et encore le prix de ces appareils est-il de beaucoup excessif.

Après de nombreuses expériences, il fut reconnu que tout danger était à peu près écarté, soit en mettant l'ampoule à une distance suffisante du patient, soit en interposant une plaque d'aluminium entre le malade et le tube d'où émanent les rayons X.

Nous allons donc essayer de fixer la distance à laquelle le patient doit être placé de l'ampoule et nous terminerons par la description d'un écran pratique, permettant de protéger le malade et facilitant à l'opérateur l'accomplissement de sa tâche.

* * *

A-t-on à faire une radiographie, on se trouve en présence de trois principes fondamentaux qu'il s'agit de concilier. On doit, en effet, ramener le temps de pose à une durée aussi courte que possible, obtenir une image radiographique de la plus grande netteté, enfin ne pas brûler son malade.

La distance de l'ampoule au patient et à la plaque sensible est impossible à préciser si l'on veut donner satisfaction pleine et entière à ces trois desiderata. Pour obtenir une pose courte, l'ampoule doit être très rapprochée de la plaque sensible; en revanche, plus elle sera éloignée, plus notre image possédera de netteté dans les contours, car nous ne devons pas oublier, en effet, que plus une source lumineuse est éloignée, plus l'ombre recueillie est nette. Enfin, pour éviter de brûler notre malade, nous devons le tenir écarté de l'ampoule d'une distance assez grande, d'au moins 70 centimètres.

Reportons-nous maintenant à la distance moyenne qui doit séparer l'ampoule de la plaque sensible, et encore cette distance varie-t-elle avec l'épaisseur du sujet et le pouvoir éclairant de l'ampoule. Les différentes distances que nous allons reproduire sont celles employées pour des malades d'épaisseur moyenne.

Nous trouvons alors pour :

La main	15 à 20	cent.
Le membre supérieur (en entier)	40 à 50	—
Le thorax	50 à 60	—
La tête	70	—
Le bassin	80	—

Ces chiffres, nous le répétons, n'indiquent que l'écart moyen qui doit exister entre l'ampoule et la plaque sensible, mais ne nous donnent nullement la distance qui sépare le patient de l'ampoule. Pour la déterminer, nous n'avons qu'à déduire de ces chiffres l'épaisseur de la région que nous devons radiographier. Prenons pour exemple le thorax.

Son diamètre antéro-postérieur est d'environ 20 centimètres, l'écart de l'ampoule à la plaque sensible est en moyenne de 60 centimètres, ce qui nous donne 40 centimètres comme distance séparant l'ampoule du patient, écart insuffisant, car le malade n'est nullement protégé contre les effluves venues de l'ampoule. Nous ne voulons pas dire toutefois qu'il sera infailliblement brûlé, mais il peut l'être, et cette crainte seule suffit à faire redoubler de vigilance et de précaution.

Nous disions précédemment que cet écart de 40 centimètres permettait aux effluves de parvenir jusqu'au malade. Si l'on a soin, en effet, de prendre une plaque d'aluminium non reliée au sol, et montée sur un support isolant, de la placer à 40 centimètres d'une ampoule, on ressent, en approchant la face dorsale des doigts, des picotements assez douloureux provenant des étincelles qui jaillissent entre la plaque d'aluminium et les doigts. En plaçant cette plaque d'aluminium à 50 centimètres, on éprouve encore la même sensation, moins accentuée toutefois, et diminuant jusqu'au moment où on arrive à être à environ 60 centimètres de l'ampoule. Ces étincelles prennent surtout naissance si le tube est dur, mais s'il est en bonne marche, c'est-à-dire n'est pas trop résistant, sans être pour cela trop mou, il faut approcher la plaque d'aluminium à environ 40 centimètres pour retrouver les phénomènes précédemment décrits. Nous avions une bobine donnant 40 centimètres d'étincelle, un courant de 110 volts, et l'ampèremètre accusait 5 ampères.

Il importe donc que la distance entre le malade et l'ampoule soit assez grande; mais, si cet écart permet d'obtenir une image nette, en revanche il augmente singulièrement le temps de pose. Ce dernier facteur n'est certes pas à dédaigner, car nombreux sont les patients qui ne peuvent supporter longtemps l'immobilité absolue à laquelle ils sont tenus pendant l'opération.

Le seul moyen permettant de diminuer ce temps de pose est de rapprocher notre ampoule de la plaque sensible et, par suite, du malade, en ne nous préoccupant plus maintenant que de l'écart nécessaire pour obtenir une image nette.

Nous avons donc recours :

1° A une plaque d'aluminium assez mince mesurant 40 centimètres de largeur sur 50 centimètres de longueur;

2° A un cadre en bois ordinaire, de dimensions convenables, muni de rainures dans lesquelles glisse la plaque d'aluminium;

3° Enfin à un pied-support de laboratoire, appelé pied de Gay-Lussac, et destiné à maintenir l'écran à distance convenable du malade.

Dans un des coins de la plaque, un petit orifice est pratiqué, permettant l'introduction d'un anneau métallique relié à une chaînette allant au sol. Cet écran peut être placé dans la position horizontale pour la radiographie et verticalement pour la

radioscopie. Dans ce dernier genre d'examen il peut encore rendre des services puisque le temps nécessité par l'examen radioscopique peut être d'une certaine durée.

En résumé, il est ainsi permis d'abréger le temps de pose tout en ne négligeant pas la netteté de l'image à obtenir et le malade se trouvant protégé d'une façon certaine contre tout accident. Enfin, les différentes parties qui composent cet écran sont faciles à se procurer et, ce qui n'est pas à dédaigner, le prix de revient en est tout à fait insignifiant.

MAXIME MÉNARD
Ancien externe des Hôpitaux.

ANALYSES

HISTOIRE DE LA MÉDECINE, GÉNÉRALITÉS

R. Landau. *Un précurseur allemand de Harvey* (*Janus*, Amsterdam, 1902, t. VII, p. 60). — On sait bien que Harvey, dont le livre sur la circulation du sang date de 1628, a eu des prédécesseurs : l'Espagnol Servet, les Italiens Colombo et Césalpin, le Polonais Struthius et autres. A cette liste M. Landau ajoute avec raison un médecin allemand, Helvicus Dietericus (Dieterich), né en 1601, mort en 1655. A l'âge de vingt et un ans (donc en 1622) il fit des vivisections et conclut que le mouvement du sang ne peut être que circulaire. Malheureusement il se borna à cette constatation sans lui donner la forme d'un écrit quelconque. Il ne parle de ses expériences (et encore ceci très brièvement) que dans ses *Vindiciae* publiés trente-trois ans après. Toutefois il faut savoir gré à M. Landau d'avoir attiré l'attention des historiens de la médecine sur ledit physiologiste allemand.

V. BUGIEL.

BACTÉRIOLOGIE

H. Herzog. *La tuberculose chez les animaux à sang froid* (*Centralblatt für Bakteriologie*, 1902, 5 Février, T. XXXI, n° 3, p. 79). — De ses recherches l'auteur conclut :

1° D'accord avec Bataillon et Terre, Dubard, Auché et Hobbs, Ramond et Ravaut, en opposition avec Sion, Lubarsch : le bacille de la tuberculose des mammifères éveille chez les animaux à sang froid, chez les grenouilles, des réactions macroscopiques et microscopiques qui sont tout à fait comparables à celles que produit le bacille de la tuberculose des poissons ;

2° D'accord avec Lubarsch, en opposition avec Sion, Auché et Hobbs : le bacille de la tuberculose des mammifères ne reste pas longtemps confiné aux points d'inoculation, mais se dissémine bientôt dans tous les organes où il trouve, même à la température ordinaire, de bonnes conditions pour son développement;

3° Une seule recherche faite pour savoir si le bacille tuberculeux des mammifères, après son passage par l'organisme des animaux à sang froid, est encore pathogène pour les mammifères, montre que, dans ces conditions, le bacille, devenu pathogène pour les animaux à sang froid, ne l'est plus pour les mammifères.

Cette diminution de virulence a été constatée aussi par les divers auteurs, mais ils ne sont pas d'accord sur le temps de séjour dans l'organisme des animaux à sang froid qui est nécessaire pour la produire : Bataillon et Terre disent onze jours; Lubarsch six à huit semaines; Auché et Hobbs au moins cent cinquante-huit jours. Sion est le seul qui nie cette diminution de virulence; il ne l'a pas observée pour un bacille qui avait séjourné six mois dans la cavité péritonéale d une grenouille.

Il est probable, pense Herzog, qu'il faut toujours un temps assez long, qui peut varier d'ailleurs avec la virulence primitive de chaque microbe.

M. LABBÉ.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

J. Halban et K. Landsteiner. *Le sérum du nouveau-né et le sérum de la mère*. (*München. med. Wochenschr.*, 1902, 25 Mars, n° 12, p. 473.) — On sait que les recherches de ces dernières années ont permis de constater l'existence de différences dans la composition du sang chez le nouveau-né et la mère. C'est ainsi qu'on a établi qu'au moment de la naissance le sang du nouveau-né est plus pauvre en fibrine et plus riche en matières fixes que le sang de la mère (Krüger), que ses hématies sont moins résistantes que celles de la mère (Scherenzius, Doléris et Quinquand), que son point cryoscopique est plus bas que celui du sérum de la mère (J. Veit).

Halban et Landsteiner ont repris ces recherches au point de vue du pouvoir agglutinant, hémolytique et bactéricide du sérum de l'enfant et de la mère. Le sang de l'enfant était pris au moment de la section du cordon ombilical, dans le bout central de celui-ci; le sang de la mère était pris, soit dans l'épanchement rétro-placentaire, soit par piqûre du doigt de la mère. Les expériences faites dans ces conditions ont donné à Halban et Landsteiner les résultats suivants :

1° Le sérum de la mère et celui de l'enfant ne réagissent pas de la même façon. Les propriétés hémolytiques, agglutinantes, bactéricides, antifermentatives, antitoxiques et précipitantes sont bien plus accentuées dans le sérum de la mère que dans celui du nouveau-né;

2° Ces faits montrent que les substances actives du sérum existent chez le nouveau-né, mais qu'elles sont en moins grande quantité et offrent une action moins énergique que chez l'adulte. Ces particularités nous expliquent la moindre résistance de l'enfant envers les infections et les intoxications.

R. ROMME.

MÉDECINE

F. Pellagot. *Résultats thérapeutiques obtenus par la ponction lombaire* (*Thèse*, Paris, 1902). — Cette thèse est un plaidoyer en faveur de la ponction lombaire. L'auteur y démontre que cette petite intervention est d'une innocuité absolue au lit du malade, et qu'elle doit être tentée toutes les fois qu'on peut en espérer un résultat thérapeutique appréciable.

La ponction paraît agir de deux façons : elle permet de soustraire une certaine quantité de produits toxiques ou microbiens; elle permet encore de diminuer l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Associée aux bains tièdes, la ponction lombaire a beaucoup amélioré le pronostic immédiat et lointain de la méningite cérébro-spinale, et des méningites dites séreuses avec hypertension du liquide. Dans la méningite tuberculeuse, le résultat est souvent nul et en tout cas ne peut être que palliatif.

Enfin, l'auteur pense, que dans toute maladie s'accompagnant d'hypertension du liquide céphalo-rachidien (corroborée par la ponction lombaire), on est en droit d'attendre de cet élément thérapeutique une amélioration momentanée ou peut-être même définitive.

A. SICARD.

E. Blavot. *Traitement des méningites cérébro-spinales par les bains chauds et la ponction lombaire* (*Thèse*, Paris, 1902). — La thérapeutique des méningites cérébro-spinales est envisagée dans ce travail surtout au double point de vue de la ponction lombaire et des bains chauds.

Les méningites aiguës non tuberculeuses, en particulier les méningites cérébro-spinales, sont curables, et les observations relatées depuis quelques années démontrent que cette curabilité est assez fréquente. Les bains chauds doivent être employés, très chauds. On les donnera à 38, 39 ou 40°, d'une durée moyenne de vingt-cinq minutes. Ils sont renouvelés toutes les trois ou quatre heures, le jour comme la nuit, et continués pendant tout le cours de la maladie. Pendant la convalescence, on les donne moins fréquents, mais on ne les interrompt pas. Les bains chauds agissent comme sédatifs du système nerveux et leur bonne influence se traduit rapidement par la diminution des douleurs et des contractures. Ils provoquent une série de réactions identiques à celles données par la balnéation froide et qui leur sont souvent supérieures (diurèse, sudation). D'autre part, la ponction agit en diminuant la tension du liquide et en soustrayant un certain nombre d'agents pathogènes.

A côté de ces deux moyens thérapeutiques si efficaces, on ne négligera pas les autres méthodes de traitement : les injections biquotidiennes de sérum artificiel, d'huile camphrée, le calomel à doses fractionnées et la médication antispasmodique. En temps d'épidémie, on n'oubliera pas les moyens prophylactiques employés généralement dans les maladies infectieuses : isolement, désinfection, mesures préventives individuelles.

A. SICARD.

Gossner. *Un cas de tuberculose génitale avec purpura hémorragique*. (*Münch. med. Woch.*, 1902, 18 Mars, n° 11, p. 451.) — L'observation que publie l'auteur est une contribution à l'étude des rapports entre le purpura et la tuberculose.

Il s'agit d'un soldat qui, au cours des exercices de gymnastique, se contusionne le testicule gauche. Il entre à l'infirmerie où l'on constate un épaississement du testicule et de l'épididyme. Huit jours après, apparaît une éruption de purpura qui débute par les membres inférieurs et se généralise ensuite. Sous l'influence du traitement et du repos au lit, le purpura cesse. Mais lorsque le malade se lève, au bout de quinze jours, l'éruption reparaît.

Le malade a ainsi trois récidives de purpura dans l'espace de deux mois. Cependant l'état du testicule reste le même, si bien qu'après nouvel examen on conclut à l'existence d'une tuberculose testiculaire, diagnostic que confirme l'examen de la pièce après castration.

Après l'opération, le malade n'a plus eu de poussées de purpura. C'est cette absence de purpura après la castration et avant le début de l'orchite qui amène l'auteur à conclure à l'existence d'un rapport de cause à effet entre la tuberculose du testicule et l'éruption de purpura.

R. ROMME.

Ramsay Smith. *Tympanisme abdominal et ascite*. (*Medicine*, 1902, Mars.) — L'auteur ajoute deux cas personnels au cas rapporté par Anders. Il s'agit de malades atteints de cancer du foie volumineux ou de cancer de l'estomac.

Les patients, examinés quelques jours avant la mort, présentaient un abdomen très distendu, parfaitement sonore sur toute sa surface, quelle que fût la position donnée au malade. Malgré cela, l'autopsie montrait l'existence, dans la cavité péritonéale, d'une très grande quantité de liquide.

Ces cas prouvent la difficulté presque insurmontable du diagnostic de l'ascite dans de telles circonstances.

LANGEVIN.

OBSTÉTRIQUE

J. Joret. *De la pathogénie du céphalématome d'après quelques anomalies dans son siège et l'époque de son apparition*. (*Thèse*, Paris, 1902.)

Ayant eu l'occasion d'observer un cas rare de céphalématome occupant la région occipitale, à la suite d'un accouchement par le siège, l'auteur a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de la pathogénie du céphalématome, qu'éclaire la localisation spéciale de la tumeur dans ce fait personnel.

Le céphalématome est toujours le fait du traumatisme de l accouchement, que l'accouchement ait été spontané ou qu'il y ait eu application de forceps.

Le décollement du périoste est nécessaire à la production du céphalématome. Ce décollement se produit sous l'influence du frottement, du tiraillement des couches épicraniennes au cours du travail. Or, le périoste est fortement adhérent au cuir chevelu; il est faiblement uni, au contraire, aux os de la voûte du crâne, dont il est séparé par la couche ostéogène, molle et vasculaire. Dès que survient donc un tiraillement sur le cuir chevelu, le décollement a tendance à se produire entre l'os et le périoste. D'autre part, les os du crâne présentent une ossification havérienne et périostique secondaire incomplète, d'où tendance à l'hémorragie.

Dans l'ordre chronologique, il se forme d'abord une poche qui reste aplatie pendant l'accouchement et qui ne se distend qu'après la sortie de la tête des parties maternelles. L'hémorragie n'est donc qu'un fait secondaire, et ce qui le prouve c'est l'existence de céphalématomes apparus sitôt la naissance de l'enfant.

La poche produite par le décollement du périoste peut prendre naissance aux différents temps de l'accouchement : engagement, rotation, et même dégagement au détroit inférieur. La production du céphalématome pendant le dégagement est prouvée dans les faits suivants : cas de céphalématome de l'occipital dans les présentations du siège avec difficulté pendant la manœuvre de Mauriceau; cas de céphalématomes symétriques sur les deux pariétaux et l'occipital; apparition de la tumeur dans les présentations du sommet profondément descendu et dont la rotation était achevée au moment du début du travail.

La production du céphalématome est favorisée par toutes les causes susceptibles de mobiliser le cuir chevelu sur la partie fœtale, ou celle-ci sur le cuir chevelu : structure spéciale de la paroi vaginale, présence de cheveux sur la tête fœtale, rupture précoce des membranes, résistance au dégagement de la tête.

Le forceps réalise expérimentalement le mécanisme suivant lequel le céphalématome se produit ordinairement.

L'auteur distingue deux variétés de céphalématomes : le céphalématome à apparition précoce, se produisant sitôt la naissance, et le céphalématome tardif, apparaissant dans les heures et quelquefois les jours qui suivent la naissance.

Au point de vue pathogénique, on peut rapprocher du céphalématome un certain nombre de tumeurs telles que les tumeurs sanguines intra-pelviennes, les épanchements de Morelle-Lavallée, les bourses séreuses professionnelles.

A. Schwab.

PÉDIATRIE

Saint-Ange Roger. *Les formes rares de la tétanie infantile* (*Thèse*, Paris, 1902). — Près de la forme *classique* de la tétanie, qui intéresse surtout les muscles des extrémités, il en est d'autres, de diagnostic souvent difficile par suite de la modification du tableau symptomatique. Parmi ces dernières, l'auteur admet tout d'abord l'existence de *formes frustes*, caractérisées par le cantonnement des contractures dans une région insolite, la face par exemple; les muscles lisses peuvent même être en jeu (œsophagisme). Le diagnostic s'appuiera sur la recherche systématique des signes de Trousseau, de Erb, du signe du facial et du laryngospasme, celui de Erb étant le plus constant.

Il existe tout un autre groupe de formes de tétanie qui, à l'inverse des premières, sont caractérisées par l'intensité et la généralisation des symptômes, si bien que l'affection arrive, dans ce cas, à simuler le tétanos; aussi Escherich a-t-il proposé de désigner ces cas sous le nom de « tétanie à forme de pseudo-tétanos ». L'auteur les étudie chez l'enfant et chez le nouveau-né.

Chez l'enfant, la maladie est essentiellement constituée par des contractures musculaires toniques, persistantes, généralisées, intéressant principalement les muscles du tronc, et respectant relativement les muscles des extrémités; d'où la difficulté, souvent très grande, du diagnostic, qui n'est tranché, parfois, que par la terminaison heureuse des accidents; peut-être cependant, dans le tétanos vrai, le trismus est-il plus intense. Les renseignements étiologiques, quand ils existent, seront de grand secours.

Chez le nouveau-né, les mêmes accidents peuvent s'observer et, en présence de l'opistothonos, il faut savoir les distinguer du tétanos neonatorum. L'auteur propose dans ce but l'examen bactériologique de la sérosité recueillie au niveau de la plaie ombilicale, pour y déceler le bacille de Nicolaïer. Enfin, il faut peut-être rapprocher ces formes de pseudo-tétanos de ce que Huchsinger, de Vienne, a décrit sous le nom de *myoturie tétanoïde*.

Cyrille Jeannin.

L. Rozoy. *Mal de Pott. Du redressement de la gibbosité et du traitement opératoire de la paraplégie.* (*Thèse*, Paris, 1901.) — Tous ceux qui s'intéressent à la chirurgie infantile liront avec fruit la thèse de Rozoy sur le mal de Pott. Cette thèse est très documentée et renferme nombre d'observations du plus grand intérêt. L'auteur conclut, comme tous les chirurgiens d'enfants, que le redressement brusque de la gibbosité pottique est une méthode de traitement dangereuse et ne donnant aucun résultat.

L'immobilisation précoce dans un bon appareil est le seul traitement efficace de la gibbosité et de la paraplégie.

P. Desfosses.

Brillaud. *Du traitement du pied bot congénital chez le nouveau-né et chez les jeunes enfants* (*Thèse*, Paris, 1901). — Brillaud étudie le traitement du pied bot congénital chez le chez nouveau-né et les jeunes enfants tel que le pratique Redard, chirurgien du dispensaire Furtado-Heine. Il apporte 10 observations intéressantes.

On doit entreprendre aussitôt que possible la cure du pied bot congénital, dès les premiers jours après la naissance. On empêche ainsi l'aggravation de la difformité, en évitant le raccourcissement du pied et du membre inférieur.

Brillaud reconnaît trois degrés au pied bot :

a) Les pieds bots du premier degré sont guéris par des massages et des manipulations bien conduites;

b) La plupart des cas appartenant au deuxième degré, et tous ceux du troisième degré, seront traités par le redressement manuel forcé. Une seule séance, en général, est suffisante. Dans les cas où la difformité est très accentuée, on fait deux et même trois séances. Après le redressement forcé, on immobilise le pied, pendant un ou deux mois, dans un appareil rigide au silicate de potasse.

La ténotomie du tendon d'Achille n'est nécessaire que dans les cas où sa rétraction s'oppose à la réduction de l'équinisme par les manœuvres de redressement forcé. On peut la pratiquer à tout âge, même chez les très jeunes enfants, au premier mois après la naissance. On la fait suivre de l'immobilisation du pied en bonne position dans un appareil rigide.

Redard repousse toute opération sanglante en dehors des ténotomies.

Le traitement consécutif doit être étroitement surveillé. On fera des massages et des manipulations. On soumettra régulièrement les muscles de tout le membre inférieur à des séances d'électrisation. Des appareils contentifs simples et légers aideront à maintenir le redressement du pied.

P. Desfosses.

DERMATOLOGIE

Ayrignac. *Étude du chimisme gastrique dans les dermatoses* (*Thèse*, Paris, 1901). — L'auteur apporte le résumé des observations de 42 malades sur lesquels il a pratiqué 150 analyses de suc gastrique. Le procédé d'analyses dont il s'est servi est le procédé de Hayem et Winter, et, dans un certain nombre de cas, il a pratiqué des tubages en série, c'est-à-dire une demi-heure, une heure, une heure et demie et deux heures après le repas d'épreuve.

Il prend soin d'annoncer que ce travail n'est qu'une contribution à une étude qui ne fait que commencer de nos jours. En effet, Ayrignac n'a pu arriver à une conclusion ferme, si ce n'est que l'estomac est toujours atteint dans les dermatoses. Quant à parvenir à établir le chimisme gastrique d'une dermatose donnée, c'est ce qui lui a été impossible. Il a trouvé un nombre considérable d'hyperpepsies et d'hypopepsies, souvent en nombre presque égal. L'hyperpepsie lui a paru cependant être le chimisme le plus fréquent des dermatoses eczémateuses.

Ayant fait parallèlement à ses examens de suc gastrique des analyses d'urine, Ayrignac, ici encore, s'est heurté à l'impossibilité d'établir la formule urinaire d'une dermatose donnée. Il ne pense pas d'ailleurs que le chimisme urinaire dépende d'une dermatose donnée, mais plutôt qu'il est fonction du chimisme gastrique.

Leredde.

A. Eddowes. *Traitement de l'eczéma chronique* (*British medical Journal*, 1902, 15 Février, n° 2146, p. 387). — Que l'eczéma soit d'origine microbienne ou que les microorganismes soient le fait d'une infection secondaire, il faut traiter la maladie comme une plaie septique. L'examen de parcelles de peau eczémateuse a constamment révélé à l'auteur la présence de staphylocoques. Cette constatation est le point de départ de sa thérapeutique. Au lieu de recouvrir d'emblée les régions atteintes d'une pommade à l'oxyde de zinc, il commence par les aseptiser au moyen d'une solution phéniquée faible dont l'application est suivie d'un décapage à l'alcool. Puis, quand la peau est sèche, la pommade est appliquée. C'est là un véritable pansement qui doit être renouvelé fréquemment.

A côté de cette règle générale, il existe des indications spéciales : un eczéma sec demandera un pansement humide, un eczéma suintant une application de poudre légèrement aseptique (poudre d'amidon avec acide borique); s'il existe de la tuméfaction, il faudra tenir élevée la partie atteinte; s'il y a des squames épidermiques, il faudra tout d'abord les enlever par un raclage aseptique, et ainsi de suite. Si le malade éprouve de vives démangeaisons, on lui conseillera non pas de gratter, mais de pincer la peau. D'une façon générale, il faudra éloigner toute cause d'irritation.

On n'oubliera pas que l'eczéma est souvent une manifestation d'un état général morbide (goutte, diabète, anémie, syphilis, constipation habituelle, etc.) et l'on s'attaquera à la maladie causale. On aura recours, suivant les cas, aux purgatifs drastiques, au calomel, au fer, à la quinine, à la strychnine, aux citrates et aux carbonates, plus rarement à la colchique. Chez les enfants, l'extrait de malt et l'huile de foie de morue font souvent merveille. Dans les cas rebelles, on pourra essayer de l'extrait thyroïdien et on prescrira un changement d'air et d'occupations.

C. Jarvis.

Stellwagon. *Un cas extraordinaire de susceptibilité à la quinine.* (*Journal of cutaneous and genito-urinary Disease*, New-York, 1902, Janvier.) — Le cas rapporté par l'auteur est intéressant à cause du grand nombre d'éruptions scarlatiniformes que le quinquina, en préparations diverses, a pu déterminer Le malade est un adulte de bonne constitution. Il se rappelle avoir eu vingt à vingt-cinq attaques d'érythème scarlatiniforme, suivi de desquamation furfuracée et lamelleuse, accompagné de fièvre légère et de démangeaisons, chaque attaque durant quelques semaines. Ce ne fut qu'à la troisième ou quatrième éruption qu'on mit en cause la quinine. Cependant le malade continua à avoir des poussées successives à quelques mois ou années d'intervalles. Elles furent déterminées par les préparations les plus disparates : des toniques, des spécialités pharmaceutiques, des vins amers ferrugineux, des boissons de café, du cocktail, une friction capillaire à la quinine et enfin l'usage d'un dentifrice.

Langevin.

Rona. *Lupus érythémateux chez trois sœurs* (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band LVI, Heft 3, 1901, Juin). — Rona rapporte un fait extrêmement intéressant et très rare : l'observation de lupus érythémateux chez trois sœurs. Recherchant des faits semblables dans la littérature médicale, il n'a pu en trouver que deux.

Dans le cas de Rona, le diagnostic ne présente aucune erreur possible chez les deux sœurs aînées qu'il observa et soigna longtemps; chez la troisième sœur, l'aspect clinique était moins net. Voici, du reste, le résumé de ces observations.

Premier cas : *Lupus érythémateux de la face.* — T.-T..., vingt-quatre ans, jeune fille. Lésions ayant débuté il y a douze ans sur le nez, et ayant progressé très lentement. Comme antécédents familiaux intéressants : un père faible, maladif, toussant et crachant, et un frère de la mère mort à quarante ans de tuberculose pulmonaire. Lorsque Rona la vit, la malade présentait un lupus érythémateux typique, avec plaque couvrant le nez, le dessous des deux paupières inférieures et partiellement les joues, avec atrophies cicatricielles centrales.

La malade, améliorée par les scarifications et les cautérisations, fut revue plus tard et présentait des lésions nouvelles, typiques.

Deuxième cas : *Lupus érythémateux de la face et du cuir chevelu.* — E.-E..., jeune fille, vingt-huit ans, sœur de la malade précédente. Lésions datant de quinze ans, ayant débuté par le nez. Sur la tête, il ne reste de cheveux qu'à la limite du front, aux tempes et à la nuque; le reste du cuir chevelu est occupé par des îlots cicatriciels, atrophiques, ou des lésions infiltrées, parcourues par des télangiectasies, partiellement croûteuses. A la face, le nez et les joues sont occupés par des cicatrices et des lésions en activité, couleur brun rouge, infiltrées, avec télangiectasies.

Troisième cas : *Lupus érythémateux de la face* (?), *Adénopathie tuberculeuse du cou.* — R.-E..., jeune fille, vingt-deux ans, sœur des précédentes. A la suite d'un érysipèle de la face, il persista des plaques rouges au-dessus des deux sourcils et devant l'oreille gauche. Depuis un an, la malade présentait en outre trois ganglions, dont un de la grosseur d'une noix, en dessous de l'angle droit du maxillaire. Les plaques rouges étaient légèrement infiltrées avec un enduit squameux adhérent. Trois mois plus tard, deux de ces placards avaient disparu sans laisser de traces, mais le troisième s'était accru et présentait de l'infiltration et une couleur rouge brun.

Rona expose ensuite le résultat de ses recherches sur la fréquence du lupus érythémateux suivant l'âge et le sexe. Sa statistique porte sur 53 cas, sur lesquels il trouve 30 femmes et 23 hommes, et 10 pour 100 seulement des cas ayant débuté après cinquante ans.

Enfin Rona, toujours à propos de la même statistique, donne le résultat de son enquête sur les rapports du lupus érythémateux et de la tuberculose. Cette enquête n'a porté que sur 25 cas, car ce n'est que depuis quelques années que l'attention de Rona a été attirée sur ce sujet. Ces résultats peuvent se grouper de la sorte : ni tuberculose personnelle, ni familiale : 8 cas; pas de tuberculose pulmonaire, antécédents familiaux : 1 cas ; tuberculose familiale :

11 cas; tuberculose personnelle : 2 cas; tuberculose personnelle et familiale : 2 cas; enfin une malade que Rona put suivre jusqu'à sa mort mourut de tuberculose pulmonaire.

LEREDDE.

VOIES URINAIRES
ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

J. Dorsl. ***Un cas de prostatectomie périnéale intra-capsulaire*** (*Medische Weekblad*, 25 Janvier 1902). — L'auteur a pratiqué, le 15 Novembre 1900, une prostatectomie périnéale suivant la méthode d'Albarran. Le malade, âgé de cinquante-quatre ans, éprouvait depuis quelques mois plus ou moins de difficultés à uriner. Durant les dernières quarante-huit heures, il y avait eu rétention complète d'urine. Vingt ans auparavant, il avait eu une blennorragie. Un explorateur à boule n° 22 éprouvait quelque résistance à passer dans la partie prostatique de l'urètre. Au toucher rectal, on trouva une prostate symétriquement augmentée de volume, mais non dure. Après un mois de sondages, l'auteur pratiqua la prostatectomie périnéale intra-capsulaire. Le 25 Novembre, la sonde à demeure fut enlevée. Le 26 Novembre, le malade urinait encore par la plaie périnéale. Le 28 Novembre, l'urine passait en totalité par l'orifice urétral. Il n'y eut plus de signe de rétention d'urine, et, le 21 Décembre, l'état était excellent. Le malade n'urinait plus la nuit et quatre à cinq fois seulement pendant le jour. Actuellement, l'urine est claire, et la plaie du périnée est totalement fermée.

W. CHR. MEZGER.

OPHTALMOLOGIE

L. Ewing Schwarz. ***Quelques observations sur l'effet du nargol dans la pratique ophtalmologique.*** (*Medicine*, 1902, Mars.) — Le nargol, combinaison d'acide nucléinique et d'argent métallique, représente un essai pour obtenir un succédané du nitrate d'argent, qui ne soit ni coagulant, ni caustique, ni irritant.

Le nitrate d'argent contient 63,3 pour 100 de métal, le protargol 8,3 pour 100, le nargol 10 pour 100. Des nombreuses expériences cliniques de l'auteur, dans lesquelles celui-ci a employé comparativement le nargol, le nitrate d'argent et le protargol, il résulte que le nargol est relativement non irritant, qu'il est astringent, qu'il est supérieur en puissance pénétrante, en stabilité et en solubilité. Il est surtout efficace en solutions de 10 à 20 pour 100; mais elles ne peuvent être conservées plus de cinq semaines. En solution de même titre, le nargol est plus stable et moins irritant que le protargol, et il paraît lui être égal en efficacité.

LANGEVIN.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

J. Molinié (de Marseille). ***Utilisation en oto-rhinologie des propriétés décollantes de l'eau oxygénée*** (*Revue hebd. de laryng., d'otol. et de rhinol.*, 1901, 30 Novembre, n° 48). — En dehors des propriétés détersives, antiseptiques et hémostatiques de l'eau oxygénée, l'auteur met en valeur les propriétés *décollantes* de ce produit. Les diverses applications en oto-rhinologie de cette propriété, signalées ci-dessous par l'auteur, ne sont pas toutes nouvelles, mais leur groupement nous paraît utile dans la pratique :

1° Dans les grands pansements otologiques, et en particulier après l'évidement pétro-mastoïdien, on peut, grâce à un arrosage abondant des mèches à l'eau oxygénée, enlever celles-ci qui sont ordinairement serrées assez fortement dans la cavité et adhérentes à ses parois, et éviter ainsi aux patients de violentes douleurs qui nécessitent parfois la chloroformisation;

2° L'ablation de bouchons de cérumen durs peut se faire extemporanément après un bain d'oreille à l'eau oxygénée;

3° Dans l'otite pseudo-membraneuse, l'eau oxygénée agira sur les fausses membranes qui, à cause de leur constitution fibrineuse, ne se laissent pas facilement détacher par les instillations;

4° En rhinologie, on hésite parfois à faire un tamponnement antérieur, soit dans les épistaxis rebelles, soit après certaines interventions dans les fosses nasales, telles que résections de cornets, ruptures de synéchies, ablation de crêtes ou redressement de déviations de la cloison, de peur de voir l'hémorragie ou le recollement se reproduire par le seul fait de l'ablation des tampons. Ces inconvénients seront évités en imbibant préalablement d'eau oxygénée les mèches serrées les unes contre les autres, qui se laisseront décoller et extraire facilement.

G. MAHU.

N.-J. Napalkov. ***Extirpation du larynx cancéreux*** (*Khirurghia*, T. X, 1901, Novembre, p. 447). — L'auteur publie cinq observations de laryngectomie pour cancer de l'organe. Dans un seul de ces cas on put se contenter d'enlever une moitié seulement du larynx. Dans tous les autres cas, les lésions étaient déjà trop avancées au moment de l'intervention : aussi dut-on enlever le larynx en totalité.

Dans un de ces cas, l'examen laryngoscopique fit songer plutôt à un néoplasme bénin; aussi la biopsie ne fut-elle pas faite, et l'on perdit ainsi tout un mois. L'auteur profite de l'occasion pour insister sur la nécessité de pratiquer toujours la biopsie dès qu'il y a le moindre soupçon de malignité de la tumeur.

Napalkov recommande de commencer l'opération par la laryngotomie simple, car on peut bien explorer sur place la lésion, et voir si l'extirpation partielle peut suffire ou bien si l'extirpation totale du larynx s'impose.

L'extension de la tumeur, qui, dans la règle, procède en arrière, peut parfois, comme en témoigne une observation de l'auteur, se faire par la paroi antérieure du larynx, vers la glande thyroïde.

Sur les cinq malades opérés, l'un a succombé le troisième jour après l'opération avec des phénomènes d'épuisement cardiaque (à l'autopsie, on trouva une myocardite graisseuse). Chez un autre, la récidive dans la cicatrice se montra au bout de dix mois, et le malade succomba neuf mois plus tard. Les trois autres opérés n'avaient pas de récidive au bout de vingt et un, seize et vingt-six mois après la laryngectomie.

F. ELIACHEFF.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Jendrassik. ***Doit-on traiter la fièvre, et comment?*** (*Revue de médecine*, 1901, n° 11, p. 935). — L'auteur se déclare nettement partisan de la médication antithermique : repoussant toute vue théorique, il considère simplement la fièvre comme un symptôme pénible pour le malade : le devoir du médecin est donc de recourir à des remèdes antipyrétiques pour soulager le malade. Pour lui, les bains froids constituent un traitement tonique précieux, indiqué dans un certain nombre de cas, mais leur action antithermique ne peut rivaliser avec celle obtenue par l'antipyrèse médicamenteuse; si cette méthode a eu le succès considérable que l'on sait, elle le doit aux nombreuses statistiques sur lesquelles on a voulu l'appuyer; mais celles-ci sont falsifiées, du fait des contre-indications qui excluent les cas graves de ce traitement.

Les médicaments auxquels l'auteur donne la préférence sont l'antipyrine, la phénacétine et l'aspirine. Ils doivent être donnés à doses suffisantes : 1 gramme à 1 gr. 50 de phénacétine en une fois par la bouche; 3 à 5 grammes d'antipyrine en une fois par la voie rectale, qui est la meilleure voie d'absorption pour ce produit. On obtient ainsi un abaissement de température qui dure six heures environ; il faut alors donner une nouvelle dose : 20 grammes d'antipyrine par jour sont souvent nécessaires. Chez les enfants, les doses doivent être moindres, mais les nourrissons supportent très bien 40 à 70 centigrammes de phénacétine. Il est bon de ne pas donner la première fois une pleine dose à un malade que l'on ne connaît pas, car, dans certains cas, on parvient au but désiré avec des quantités moins fortes. L'abaissement thermique ainsi obtenu s'accompagne d'un état de bien-être marqué, qui permet d'alimenter le malade.

Cet article est à lire en entier; il est écrit sur un ton de polémique qui le rend vivant et intéressant; l'auteur ne craint pas de s'attaquer à des idées théoriques qui paraissent solidement assises; il se place surtout au point de vue de la médecine journalière, et emprunte ses arguments à l'observation clinique qu'il oppose aux hypothèses théoriques.

M. GARNIER.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la coqueluche par le formol.

Depuis plus d'une année, M. de Lamallerée (de Varennes) emploie dans le traitement de la coqueluche les inhalations de vapeurs formiques. Quand il a pu réussir à mettre les petits malades en traitement en temps opportun, il n'a eu qu'à se louer de cette médication, qu'il institue de la façon suivante :

Faire évaporer, sur une lampe à alcool, une pastille paraformique toutes les heures, et garder rigoureusement la chambre; pas autre chose. Le traitement est simple, précieux pour la catégorie de malades auxquels il s'applique, et donne des résultats très satisfaisants.

Il ressort, en effet, d'une vingtaine d'observations publiées par M. de Lamallerée dans le *Centre médical*, que, dans les vingt-quatre à soixante-douze heures, les vomissements cessent, de même que les quintes de toux; ces dernières étant au début du traitement de dix-huit à trente-sept par vingt-quatre heures, tombent à deux ou trois après quarante-huit heures au plus. Quatre fois seulement elles ont persisté, variant entre cinq et six après ce laps de temps, et deux fois le traitement n'a rien donné. Les vomissements suivent une marche semblable, mais plus rapide encore.

Sur les 22 cas, M. de Lamallerée a eu 2 insuccès complets, 4 résultats tardifs, et 18 guérisons complètes en huit jours, convalescence comprise, et sans traitement régulier après les soixante-douze premières heures bien entendu, c'est-à-dire que les enfants avaient repris leur vie ordinaire.

Mais, pour obtenir ces résultats, il faut rigoureusement se mettre dans les deux conditions suivantes : 1° prendre le malade dans les huit à dix premiers jours de la coqueluche déclarée; 2° astreindre le malade à la réclusion rigoureuse à la chambre bien fermée. On laisse l'enfant libre de jouer tout à son aise dans la pièce choisie, et elle doit être à une température constante de 18 à 20°.

Le chlorure d'éthyle, anesthésique général.

L'emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général a été étudié pour la première fois en 1898 à la clinique de von Hacher. A Lyon, Nové-Josserand l'expérimente; Malherbe, au dernier Congrès de Chirurgie, apporte le résultat de son expérience personnelle portant sur 170 anesthésies; Derocque, enfin, vient de publier dans la *Revue médicale de Normandie*, l'observation de 45 anesthésies pratiquées à l'aide de cette substance.

L'administration du chlorure d'éthyle n'exige pas d'appareils spéciaux. Malherbe, Derocque, utilisent une simple compresse pliée en quatre épaisseurs. Avec la compresse on tapisse l'intérieur de la main droite, fortement creusée, de façon à éviter une trop grande surface d'évaporation; on dirige dans le creux de la compresse le jet de deux tubes de chlorure d'éthyle. Derocque emploie volontiers le kélène.

Le malade étant couché dans le décubitus dorsal, on applique la compresse sur le nez et la bouche du patient, en l'invitant à faire des inspirations profondes. De la main gauche on maintient la tête et la machoire inférieure.

Il est absolument nécessaire de ne pas laisser respirer d'air.

Lorsque les malades font de grandes inspirations, ou lorsqu'ils poussent des cris, comme cela arrive chez les enfants, ils sont parfois sidérés avec une rapidité étonnante : dix à quinze secondes.

Il arrive que certains malades retiennent leur respiration; il suffit alors de soulever légèrement, puis de réappliquer la compresse, pour voir les malades faire immédiatement une inspiration profonde, suivie d'autres inspirations régulières, et, en une vingtaine de secondes, l'anesthésie est complète, sans qu'il soit nécessaire de recourir jamais à d'autres quantités de liquide.

Pour Derocque, l'administration du chlorure d'éthyle ne devra pas être pratiquée pour une

opération devant demander plus d'un quart d'heure; en particulier, elle est absolument contre-indiquée dans les opérations abdominales (sauf peut-être les hernies étranglées). En revanche, il croit que cet anesthésique peut rendre les plus grands services dans les petites opérations : uréthrotomie interne, végétations, ouverture de panaris, de bubons, avulsion dentaire, extirpation de chalazion, ténotomies, ponctions chez des malades pusillanimes, redressements d'ankyloses, grattages, loupes, etc.; enfin, examens sous anesthésie.

FACULTÉ DE PARIS

Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale, sous la direction de MM. Berger, professeur, et Hartmann agrégé. Cours de M. Georges Labey, prosecteur. — *Chirurgie des os et des articulations.* Ouverture le lundi 12 Mai, à 1 h. 1/4.

Programme du cours :

1° Arthrotomies (épaule, coude, hanche, genou). — Traitement de la luxation irréductible du pouce.

2° Résections et arthrectomies (hanche, genou).

3° Sutures osseuses. Traitement des fractures compliquées et des pseudarthroses.

4° Traitement des pieds bots. — Astragalectomie. — Traitement de l'hallux valgus et de l'orteil en marteau.

5° Trépanation du crâne. — Traitement des épanchements sanguins intra-craniens. — Trépanation du rachis. Laminectomie.

6° Résections et arthrectomies (épaule, coude, poignet). — Ablation d'un métacarpien.

7° Ostéotomies linéaires et cunéiformes (ankylose de la hanche, genu valgum. — Tibia rachitique). — Cerclage de la rotule.

8° Résection de côtes. — Opération d'Estlander. Résection du rebord costal inférieur. — Amputation ostéoplastique tibio-calcanéenne.

9° Traitement des otites moyennes suppurées. — Trépanation de la mastoïde. — Opération de Stacke. — Trépanation des sinus maxillaire et frontal.

10° Résection des maxillaires. — Symphyséotomie.

Le cours aura lieu tous les jours.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs. S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole d'application de Toulon. — M. Planté, médecin principal de la marine, est nommé pour cinq ans à l'emploi de professeur de bactériologie à l'école d'application de Toulon, en remplacement de M. le médecin principal Laffont.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinction honorifique. — M. Guimbal, à Monaco, est nommé chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Corps de santé militaire. — Sont promus : au grade de médecin principal de 1re classe, MM. Nimier, Calmette.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Mary, Altemaire, Polin.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Privat, Russan, Astier, Munschina, Séguin, Alvernhe, Bich, Simonin, Murie, Ruotte.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Cadiot, Idrac, Boitel, Mahaut, Trassagnac, Guenet, Caujole, Rudler, Tiberi, Fayollat, Blanchard, Montagne, Sacquépée.

Corps de santé de la marine. — M. Bonnefoy, médecin de 1re classe, est désigné pour remplir les fonctions de médecin résidant de l'hôpital maritime de Cherbourg en remplacement de M. Barbolain.

Corps de santé des troupes coloniales. — Le tour de service colonial des officiers du corps de santé des troupes coloniales est réglé comme suit :

Médecins-majors de 1re classe : MM. Le Guen, Fortoul, Clavel.

Médecins-majors de 2e classe : MM. Thomas Dérobert, Lafaye de Michaux, Tréguier, Rigaud, Galbruner, Carmouze, Béréni, Mayolle, Legendre, Huot, Allain Berthier. Gouzien, Lecomte, de Lavigne, Sainte-Suzanne, Branzon-Bourgogne, Lamy, Chabaneix, Vinas, Tédeschi, Ortholan, Brossier, de Biran, Hagen. Gandelin.

Médecins aides-majors de 1re classe : MM. Perrot, Broquet, Ruelle, Pellan, Combier, Feray, Binard, Damian.

Association des Anatomistes. — L'Association des Anatomistes vient de tenir sa quatrième réunion à Montpellier, sous la présidence de M. le professeur Sabatier. Plus de 60 membres y assistaient. Parmi les savants étrangers, on remarquait : MM. Bardeleben, Buguion, R. y Cajal, Eternod, Fusari, Julin, Keibel, Romiti, Swaen, Waldeyer, Van der Stricht, etc. Plus de 30 communications ont été faites, suivies de nombreuses démonstrations. Une excursion aux laboratoires maritimes de Cette et de Banyuls a complété cette session.

La prochaine réunion aura lieu à Liége, sous la présidence de M. le professeur Swaen, avec MM. Julien, Van der Stricht, Francotte, comme vice-présidents, du 6 au 8 Avril 1903.

Les origines de la thermométrie médicale. — C'est à Jean Rey, qui vivait dans la première moitié du XVIIe siècle, que revient le mérite, rapportent MM. Hallopeau et Poussin, d'avoir imaginé le thermoscope ou thermomètre à eau, et d'avoir utilisé cet instrument pour l'examen des fébricitants.

Le passage suivant de ses *Essays* est, en effet, très significatif : « Ce n'est rien plus qu'une petite phiole ronde ayant le col fort long et deslié. Pour m'en servir, je la mets au soleil et parfois à la main du fébricitant; l'ayant tout remplie d'eau par le col, la chaleur dilatant l'eau fait qu'elle monte; le plus et le moins m'indiquent la chaleur grande ou petite ».

Colonies françaises.

Société des sciences médicales de Tunis. — Il vient de se créer à Tunis une Société internationale des sciences médicales. Son but est l'étude des sciences médicales. Tous les médecins pourvus du titre de docteur en médecine, établis depuis trois mois dans la Régence, quelle que soit leur nationalité, pourront en faire partie sur la présentation de deux parrains. La présidence sera tour à tour occupée par un Français et par un étranger.

Étranger

Premier Congrès égyptien de médecine. — Le premier Congrès égyptien de médecine se tiendra au Caire du vendredi 19 au mardi 23 Décembre 1902. Ce Congrès, international, a pour objet l'étude des maladies qui s'observent le plus fréquemment dans les pays chauds.

Les facilités obtenues pour les membres du Congrès et leurs familles sont les suivantes : remise de 35 à 50 pour 100 sur les prix des billets des principales Compagnies de navigation desservant l'Égypte, de 50 pour 100 sur le tarif des chemins de fer égyptiens, de 25 pour 100 dans tous les grands hôtels du Caire. Des cartes spéciales conférant aux dames les avantages ci-dessus seront, sur demande, adressées gratuitement aux membres du Congrès.

Des fêtes, réceptions et excursions seront organisées en l'honneur des congressistes et de leurs familles.

Le Congrès se tiendra à l'École de médecine.

Président : M. Ibrahim pacha-Hassan; secrétaire général : M. Voronoff.

Section de pathologie interne; président : M. Comanos pacha.

Section des maladies des pays chauds; président : M. Ruffer.

Section de chirurgie; président : M. Milton.

Section d'ophtalmologie; président : M. Mohamed bey Eloui.

Sont soumises plus particulièrement à l'étude du Congrès les questions suivantes :

Hépatite des pays chauds et abcès du foie. — Bilharzia hœmatobia. — Fièvres bilieuses. — Fièvres paludéennes. — Filariose. — Ankylostome duodénal. — Choléra. — Dysenterie. — Lèpre. — Peste. — Lithiase urinaire. — Granulations conjonctivales. — Anomalies de la réfraction dans les écoles. — Ophtalmie égyptienne. — Ophtalmie purulente.

Tout membre du Congrès recevra sa carte d'admission, après avoir fait parvenir un versement de 25 francs au trésorier général du Congrès. Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès. Les Comités étrangers peuvent recevoir les adhésions de leurs nationaux. Ils en transmettront les cotisations au trésorier général du Congrès, qui leur enverra immédiatement un nombre de cartes égal à celui des cotisations transmises.

Le titre des communications devra être adressé aux présidents des sections avant le 15 Octobre 1902.

La variole en Belgique. — En ce moment, une épidémie de variole s'étend en Belgique. La maladie semble avoir été importée de Londres par des bateaux arrivés à Anvers.

CONCOURS

Concours pour les écoles de médecine navale. — Les candidats qui sollicitent leur admission dans une des écoles annexes de Brest, Rochefort ou Toulon doivent se faire inscrire, du 15 Septembre au 1er Octobre, à la préfecture du département où est établi le domicile de leur famille ou de celui où ils poursuivent leurs études.

Tout candidat, lors de son inscription, doit justifier :

1° Qu'il est Français ou naturalisé Français;

2° Qu'il est âgé de dix-sept ans au moins au 1er Janvier qui suit la date de l'admission, ou qu'il n'est pas susceptible d'être appelé sous les drapeaux au mois de Novembre de l'année d'admission;

3° Qu'il a été vacciné avec succès ou qu'il a eu la petite vérole;

4° Qu'il est robuste, bien constitué et qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre impropre au service militaire;

5° Qu'il est pourvu des diplômes suivants : *a*) pour la médecine : soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec mention lettres-philosophie et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles; soit, avec dispense du baccalauréat lettres-philosophie, les quatre certificats d'études supérieures ci-après désignés, délivrés par une Faculté des sciences : Physique; — Chimie; — Botanique; — Zoologie ou Physiologie générale ou Embryologie générale; — *b*) pour la pharmacie : soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec mention lettres-philosophie ou avec mention lettres-mathématiques, ou le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire moderne avec l'une ou l'autre des trois mentions; soit transitoirement, le diplôme de bachelier ès lettres, ou le diplôme de bachelier ès sciences complet, ou le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire spécial.

Le candidat doit, en outre, produire un certificat de bonnes vie et mœurs et le consentement des parents ou tuteurs.

Les admissions ont lieu du 1er au 30 Novembre de chaque année par décision ministérielle.

Les candidats admissibles aux écoles annexes subissent un premier examen de santé à leur entrée, un deuxième à la fin de la première année d'études et avant le concours d'admission à l'école de Bordeaux. Ils sont ensuite contre-visités à leur arrivée à l'école principale.

Les élèves en médecine admis dans les trois écoles annexes de Brest, Rochefort et Toulon, y accomplissent une année d'études médicales.

Les élèves des écoles-annexes s'entretiennent à leurs frais; ils logent et prennent leurs repas en ville et ne portent pas d'uniforme. Ils ne contractent aucun engagement.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 29. — Mercredi, 9 Avril 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

L'article que j'ai publié à la fin du mois de Mars à propos d'une circulaire adressée à tous les médecins de France par l'Association générale, dans l'intention de montrer quels étaient le fonctionnement et le but de cette Association, m'a valu déjà nombre de lettres. Ces lettres montrent combien sont peu connus de bien des médecins les principes de l'Association et de la Mutualité; aussi, certaines questions me sont-elles posées sur des sujets que je croyais être connus de tous et que d'ailleurs j'ai eu déjà l'occasion de traiter ici-même.

Je ne puis répondre en détail à chacune de ces questions; je répondrai en bloc; et je le fais aujourd'hui, ayant d'autre part à parler de l'assemblée générale de l'Association dont les séances ont eu lieu dimanche et lundi derniers, 6 et 7 Avril.

* * *

Plusieurs confrères se sont étonnés de ne pas avoir reçu la circulaire de l'Association; ils devront la réclamer à M. Lereboullet, secrétaire général, 22 rue de Lille, qui en est le rédacteur. Cette circulaire a cependant été envoyée à tous les médecins inscrits sur les divers annuaires.

A ce propos, il est bon de faire remarquer combien il est difficile d'établir la liste exacte des médecins pratiquant en France; quelque soin qu'y apportent ceux qui dressent ces annuaires, il y a fatalement des erreurs, des omissions. L'Association générale ne pourrait-elle pas étudier un projet de statistique par département que, à l'aide des bureaux des Associations locales, ses correspondants, elle pourrait facilement établir, puis tenir à jour. L'*Etat actuel du corps médical français* est d'ailleurs un document qui semble lui être indispensable pour mener à bien son œuvre.

Je soumets l'idée aux membres du Conseil général; ils pourraient l'étudier au moment où ils arrêteront le mode de publication d'un Bulletin officiel dont la création a été décidée.

Cette importante décision a été prise à l'assemblée générale de dimanche dernier. Dorénavant l'Association aura son Bulletin officiel qui paraîtra tous les deux mois. Tous les actes de l'Association, et tous les documents pouvant intéresser ses membres, y seront publiés. Dépourvu de tout caractère commercial, ce Bulletin ne traitera exclusivement que de ce qui concerne l'Association, son développement et son fonctionnement; il ne publiera rien qui puisse le rapprocher d'une revue ou d'un journal scientifique, contrairement à ce qui se passe au *Bulletin de la Société Lagoguey* couvert de réclames pharmaceutiques, traitant longuement des questions de clinique que l'on trouve partout, et ne laissant que peu de place aux questions de mutualité que l'on ne trouve nulle part.

Cette critique ne pourra s'adresser au Bulletin qui sera non seulement un organe de renseignement, mais encore un organe de propagande : il aura le devoir de montrer aux médecins tout ce que la profession médicale peut gagner à la pratique de l'Association; il saura les instruire et leur servir de guide.

Il y a là une importante tâche. Les idées de prévoyance, d'assistance, de mutualité, d'association auxquelles se familiarise de plus en plus la classe ouvrière, sont encore fort imprécises dans l'esprit des classes dites dirigeantes. Les médecins en particulier ont grand besoin d'être éclairés à ce sujet. J'en ai la preuve dans les lettres auxquelles je faisais allusion plus haut, et qui me forcent à revenir sur le fonctionnement de l'Association générale, son double caractère d'assistance et de prévoyance n'ayant pas été suffisamment compris de tous.

* * *

Le but de l'Association générale est d'assurer ses membres participants contre les risques qu'ils ont à courir pendant leur vie professionnelle : maladie, vieillesse, empêchant d'exercer; revers de fortune ; mort, après laquelle pourront rester veuves et orphelins. Elle atteint ce but en faisant œuvre d'assistance et œuvre de prévoyance.

Longtemps l'Association a dû se contenter de faire œuvre d'assistance en exécution des lois existantes ; et cela depuis sa fondation en Août 1858 jusqu'à la promulgation en 1900 de la nouvelle loi sur les Sociétés de secours mutuels, loi du 1er Avril 1898 qui lui permit de faire œuvre de prévoyance.

Pour limitée qu'elle ait été, l'œuvre d'assistance a été considérable. Dimanche dernier, M. Lereboullet, en sa qualité de secrétaire général, exprimait par ces chiffres l'avoir de l'Association en cette année 1902, après quarante-quatre ans d'existence.

Caisse des fonds généraux, 124.000 francs; caisse des pensions viagères, 2.104.787 francs; caisse des veuves et orphelins, 244.279 francs.

L'intérêt de ces capitaux, plus le prélèvement sur les cotisations des membres, ont permis : de donner, au cours de l'année qui vient de s'écouler, 86 pensions de 800 francs chacune et 2 pensions de 1.000 francs; de donner 10.000 francs aux veuves de médecins; de distribuer 9.000 francs aux sociétés locales. Une économie de 78.000 francs a pu être faite, qui viendra en augmentation de capital. Mais il faut ajouter que l'orientation nouvelle donnée à l'Association tendra bien moins, dorénavant, à rechercher cette augmentation de capital qu'à se montrer plus large pour les pensions, allocations et secours, d'autant plus qu'un devoir nouveau incombe à l'œuvre d'assistance : celui de seconder les Sociétés de prévoyance, en se substituant à ceux des membres de ces Sociétés qui se trouvent dans l'impossibilité matérielle de payer leurs primes d'assurance.

De ce fait, les jeunes médecins n'auront plus à hésiter à s'affilier aux Assurances contre la maladie et la vieillesse, eux et leurs femmes, auxquelles les mêmes droits sont reconnus, puisqu'ils auront la garantie qu'en cas d'incapacité matérielle de leur part régulièrement reconnue, ils ont derrière eux l'Association d'assistance qui leur viendra en aide tant qu'ils ne seront pas en état de continuer leurs versements.

Cela ne peut que favoriser le développement des œuvres de prévoyance : la *Caisse des pensions de retraite* et l'*Association amicale pour l'indemnité-maladie*. On m'a demandé quelles étaient les formalités à remplir pour entrer dans ces Sociétés, quels étaient leurs statuts; ceux-ci paraîtront dans l'Annuaire de l'Association, mais ils sont envoyés à tous les médecins qui en font la demande à M. Delefosse, 22, place Saint-Georges, pour la *Caisse des retraites*, et à M. Jeanne, à Meulan (S.-et-O.), pour l'*Association-maladie*.

Quant aux frais annuels que la participation à toutes les œuvres de l'Association peut entraîner pour les médecins, je rappellerai qu'en payant 12 francs par an on a, au bout de quinze ans, un *droit éventuel* à des pensions et allocations; en payant 96 francs par an, dès sa réception au doctorat, on a un *droit positif* à toucher, à l'âge de soixante ans, 1.200 francs de retraite par an; en payant 54 francs par an, on a un *droit positif* à toucher 10 francs par jour pendant les soixante premiers jours d'une maladie, et 100 francs par mois tant que dure l'incapacité de travail; aurait-on une maladie chronique empêchant la pratique médicale, le tabes par exemple, ce serait une pension de 1.200 francs par an, la vie durant. En résumé, un médecin qui participe à l'Association depuis sa thèse, à vingt-cinq ans, moyennant 162 francs par an, peut se mettre à l'abri de la plupart des risques professionnels.

C'est une somme déjà; et il y a d'autant plus lieu de la considérer qu'elle est versée à fonds perdus, c'est-à-dire que l'on est exposé à donner pour la caisse de retraite, par exemple, 96 francs par an, depuis l'âge de vingt-cinq ans jusqu'à l'âge de cinquante-neuf ans, et mourir, sans avoir touché un sou, juste à la veille du jour où va sonner l'heure de la retraite.

Cette question demandera à être étudiée de près; elle a été récemment l'objet d'une polémique courtoise, dans le *Bulletin médical*, entre M. Sucester, secrétaire adjoint de la Société centrale de l'Association générale, et M. Jean Camescasse (de Rambouillet), l'un et l'autre très compétents en la matière; je n'ai pas à entrer ici dans les détails de leur discussion; il me suffira de dire que la nécessité me semble s'imposer de consulter les hommes compétents, les actuaires, sur la possibilité de transformer la Caisse des retraites en une société d'assurances mixtes, c'est-à-dire constituant un capital en cas de vie, comme en cas de décès, en même temps qu'elle assure une retraite pour la vieillesse.

Le problème ne peut se résoudre qu'autant que les médecins et leurs femmes adhéreront en masse à l'Association et à ses Caisses de prévoyance. Pour cela il faut que le médecin adhère jeune à l'Association; plus jeune qu'il ne le fait à l'heure actuelle, puisque maintenant, sur la totalité des membres titulaires, 30 pour 100 seulement sont âgés de moins de quarante ans. Les modifications apportées aux statuts de l'Association depuis la nouvelle loi semblent d'ailleurs avoir exercé déjà une certaine influence sur le mouvement de l'Association. Celle-ci ne comptait l'année dernière que 61 membres de plus que l'année précédente; cette année on en a compté 392. Il est bon d'ajouter que sur ce nombre il en est 90 constituant les sociétés d'Alger et du Haut-Rhin. Ces sociétés avaient cru devenir plus puissantes en se rendant autonomes; elles s'étaient séparées, voilà deux ans, de l'Association générale : l'expérience tentée ne leur a pas réussi et elles ont demandé, cette année même, leur réintégration. Les associations locales ne doivent pas se considérer dans leurs rapports avec l'Association générale autrement que les branches d'un même tronc : leur vitalité est d'autant plus grande qu'elles lui sont plus fermement attachées.

* * *

A l'assemblée générale de dimanche dernier, il a été procédé à l'installation de M. Brouardel, en qualité de président, succédant à M. Lannelongue.

Dans l'histoire de l'Association, la présidence de M. Lannelongue sera marquée par les modifications apportées aux statuts, en application de la loi de 1898 sur les Sociétés de secours mutuels. A M. Lannelongue reviendra l'honneur d'avoir puissamment contribué à ces modifications et d'en avoir rapidement obtenu la sanction administrative.

La loi était applicable au commencement de l'année 1900, et, le 29 Juillet de la même année, M. Lannelongue pouvait, en assemblée générale, prononcer ces paroles : « La machine à conduire était ancienne, sans doute, mais non alourdie comme on l'a dit complaisamment; elle allait d'un train égal à celui qu'on lui avait fixé. Aujourd'hui elle est transformée; celui qui en est le mécanicien n'hésite pas à vous dire qu'elle pourra désormais remplir ces trois conditions d'assistance, de mutualité, de prévoyance, donnant satisfaction à tous. Aujourd'hui, d'ailleurs, n'est que le présent et l'avenir peut-être autre qu'hier. »

Ce n'est pas diminuer l'œuvre de M. Lannelongue que dire tout ce qu'attendent du nouveau président, M. Brouardel, ceux qui ont foi en cet avenir. Les membres de l'Association, à la grande majorité, à la presque unanimité, ont jugé que nul mieux que le président de l'Association de la Seine ne pouvait diriger l'Association générale dans la nouvelle voie qu'elle s'est tracée, et ils l'ont mis à leur tête.

C'est qu'en sa qualité de doyen de la Faculté de Paris, aussi bien qu'en sa qualité de président de l'Association des médecins de la Seine, M. Brouardel a toujours été le conseil bienveillant, le guide sûr de tous les médecins qui venaient s'adresser à lui. Sa haute autorité ne se limitera plus seulement au département de la Seine et au ressort de la Faculté de Paris, elle s'exercera désormais, par l'Association générale, sur toute la France.

Les médecins doivent lui être reconnaissants d'avoir bien voulu assumer une aussi lourde responsabilité; sa longue expérience de médecin légiste, sa haute compétence d'administrateur de la santé publique pour les grandes questions d'hygiène, l'avaient depuis longtemps préparé à ces hautes fonctions.

M. Brouardel s'était courageusement mis à la tête du mouvement dans la lutte contre la Tuberculose; il va faire tous ses efforts pour diriger notre corporation médicale dans la voie si féconde de l'Association. Je ne crois pas que dans notre société, il y ait de rôle moral plus élevé à remplir.

E. DE LAVARENNE.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques d'ophtalmologie, par X. GALEZOWSKI, 1 vol. in-8° avec figures dans le texte et une planche en couleurs hors texte, 5 francs. (*Félix Alcan*, éditeur, Paris.)

De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus, par M. CHAMBRELENT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux. Mémoire couronné par l'Académie de médecine, in-8 de 64 pages, 2 francs. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

Influence des climats et des saisons sur les dépenses de l'organisme chez l'homme (Fixation de la ration dans ces diverses conditions), par M. MAUREL, médecin principal de réserve de la marine, chargé de cours à l'Université de Toulouse, in-8° de 92 pages avec nombreux tableaux, 2 francs. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

LÈPRE ET SYRINGOMYÉLIE

Par H. DE BRUN
Professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth
Correspondant de l'Académie de Médecine.

Le 25 Octobre dernier, une jeune femme de vingt-quatre ans, née à Kfour où elle a longtemps séjourné, entrait dans mon service pour une déformation des mains avec affaiblissement considérable de leur force musculaire. Cette déformation, un peu plus accusée à droite qu'à gauche, était caractérisée par l'extension des premières phalanges sur les métacarpiens, et la flexion des secondes sur les premières et des troisièmes sur les secondes. Ces phénomènes étaient surtout marqués au niveau de l'index et de l'auriculaire. A cela s'ajoutait l'atrophie des éminences thénar et hypothénar donnant à la main l'aspect d'une main de singe, et l'excavation des espaces intermétacarpiens par suite de la disparition des interosseux et des lombricaux.

L'ensemble de ces signes constitue un syndrome trophique bien connu et qui, dans la grande majorité des cas, se rapporte à l'atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne. Toutefois, je m'empresse de le dire, je ne songeai à cette affection que pour en éliminer l'hypothèse, et cela pour deux raisons. La première, c'est que l'atrophie musculaire type Aran-Duchenne, qui est symétrique, comme chez notre malade, est en même temps progressive. Après avoir atteint les muscles de la main, elle envahit rapidement ceux des avant-bras, des bras, le deltoïde, puis les muscles des membres inférieurs. Ici, au contraire, l'intégrité des masses musculaires des avant-bras, des bras et des jambes, l'intégrité du deltoïde font de cette atrophie, localisée exclusivement aux muscles de la main, une forme nettement stationnaire.

Le second motif qui m'a fait de suite rejeter l'hypothèse d'atrophie type Aran-Duchenne, c'est que cette dernière ne présente aucun trouble de la sensibilité, tandis que chez notre malade ces troubles ont acquis une telle importance qu'ils constituent en quelque sorte le symptôme primordial, symptôme qui mérite une description détaillée pour des raisons que vous allez bientôt comprendre.

La sensibilité à la douleur a totalement disparu au niveau des mains et des deux tiers inférieurs des avant-bras ; l'analgésie est moins absolue dans le tiers supérieur des avant-bras et au niveau des bras. Mêmes phénomènes pour les membres inférieurs où l'on constate une analgésie profonde au niveau des pieds et des jambes, et une diminution considérable de la sensibilité à la douleur au niveau des cuisses. A la face, analgésie au niveau des joues, du nez, des narines et de la muqueuse nasale. La sensibilité est conservée au niveau des muqueuses conjonctivales, linguale, gingivale.

Dans tous les points où l'analgésie existe, elle est totale, en ce sens qu'on peut pincer, piquer, écraser la peau sans que la malade éprouve non seulement aucune douleur, mais même aucune sensation pénible ou désagréable. De plus, cette analgésie s'étend également aux parties profondes, si bien qu'on peut traverser avec une aiguillle la peau et les couches musculaires sous-jacentes sans que la femme en soit désagréablement impressionnée.

Cette analgésie est en outre doublée d'une thermo-anesthésie des plus remarquables. Dans tous les points où la sensibilité à la douleur a disparu la sensibilité à la chaleur et au froid a disparu, également; si bien que l'on peut appliquer sur la face dorsale des mains, sur les avant-bras, les jambes, le dos des pieds, sur les joues une cuillère que l'on a plongée pendant quelques instants dans de l'eau bouillante ou que l'on a exposée à la flamme d'une lampe à alcool, sans que la malade éprouve la moindre douleur, sans qu'elle puisse distinguer cette cuillère, brûlante au point de provoquer une vésication presque immédiate, d'une cuillère trempée dans de l'eau glacée. La thermo-anesthésie est telle que la malheureuse femme s'est atrocement brûlée, il y a quelques mois, en portant une marmite remplie d'eau bouillante, sans avoir ressenti la plus légère sensation qui l'ait avertie de la destruction de toute l'épaisseur de la peau d'une partie de la main. Elle porte encore une épaisse cicatrice de 6 à 7 centimètres de long au niveau et au-dessus de l'éminence thénar gauche, qui témoigne de la profondeur des lésions produites à ce moment-là.

Cette thermo-anesthésie est donc profonde autant qu'elle peut l'être; elle se superpose exactement à l'analgésie précédemment décrite.

De pareilles perturbations apportées aux phénomènes sensitifs sembleraient indiquer la perte totale de la sensibilité. Il n'en est rien cependant, et il se trouve que cette femme qui ne sent ni la piqûre, ni la brûlure, a conservé dans toute son intégrité la sensibilité au contact et le sens musculaire. Au niveau des parties analgésiées, elle perçoit sans retard le contact d'un corps extrêmement léger, et peut de suite le nommer et le qualifier; elle décrit la forme, indique avec précision le poids des menus objets qu'on place entre ses mains, sent très bien les pressions qu'on fait subir à ses doigts, à ses mains, à ses avant-bras, et précise la situation qu'on a donnée à ses membres ou à ses doigts.

De ces constatations il résulte que la malade a subi une dissociation spéciale des sensibilités caractérisée par la perte totale de la sensibilité à la douleur et à la chaleur avec conservation de la sensibilité au contact et du sens musculaire. C'est là un phénomène que l'on considère comme caractéristique de la syringomyélie et auquel on a donné le nom de dissociation syringomyélique de la sensibilité.

Il ne sera pas inutile de rappeler en outre l'existence chez notre malade d'un certain nombre de troubles trophiques relevant fréquemment de la syringomyélie. Sur la face dorsale des mains, et surtout au niveau des doigts, la peau est lisse, mince, dure, luisante et comme rétractée; les ongles sont épaissis, striés, déformés. Enfin la malade présente, au niveau de la face plantaire du pied droit, en arrière du petit orteil, un abcès que l'on a pu inciser sans qu'elle ressentît la moindre douleur, particularité qui présente une grande analogie avec ce qui s'observe dans la forme de syringomyélie si bien décrite par Morvan.

Telles sont, très brièvement résumées, les principales raisons pour lesquelles j'ai cru devoir porter le diagnostic de syringomyélie.

* * *

La syringomyélie, vous le savez, est une affection relativement rare, et ce n'était pas sans un certain étonnement que, dès mon arrivée à Beyrouth, j'avais constaté sa fréquence considérable en Syrie. Il ne se passe pas d'années que nous n'en observions plusieurs cas, si bien que je m'étais depuis longtemps promis de rechercher l'explication de cette fréquence insolite. Cette explication, je crois l'avoir trouvée, et voici les motifs qui me le font croire :

En fouillant dans les antécédents de notre malade, j'ai relevé, indépendamment d'un certain nombre de phénomènes qui appartiennent plus ou moins directement à la syringomyélie, d'autres symptômes dont l'existence doit éveiller l'idée d'un processus infectieux spécial, et qui, marchant de pair avec les symptômes syringomyéliques, nous permettent de supposer l'intervention ou tout au moins la coïncidence d'une action spécifique.

Parmi les premiers, il faut mentionner l'existence de douleurs articulaires tenaces ayant débuté il y a six ans, qui pendant longtemps restèrent localisées à l'articulation radio-carpienne gauche, pour se généraliser quelques mois plus tard, ne respectant alors, au dire de la malade, aucune articulation, mais présentant leur maximum d'intensité au niveau des articulations des membres inférieurs où elles provoquèrent quelques phénomènes de contracture au sujet desquels nous ne pouvons avoir aucun renseignement précis, et des soubresauts surtout fréquents pendant la nuit.

Il faut mentionner également l'existence d'œdèmes singuliers dus, selon toute probabilité, à des troubles dans l'innervation vasomotrice. Ces œdèmes débutèrent il y a cinq ou six ans environ, et se localisèrent d'une part à la face et au cou, et, d'autre part, aux membres, occupant les mains et la moitié inférieure des avant-bras, les pieds et le tiers inférieur des jambes. Ils durèrent pendant un temps indéterminé et disparurent sans que la malade puisse préciser ni leur mode de début, ni leur mode de disparition.

Ces arthropathies, ces œdèmes appartiennent sans aucun doute à la syringomyélie et ne font que confirmer le diagnostic.

Mais ce qui n'appartient pas à la syringomyélie, c'est un groupe de symptômes spéciaux sur lesquels je désire attirer votre attention et qui relèvent incontestablement d'une infection, — et pourquoi ne pas le dire tout de suite, — de l'infectieuse lépreuse.

C'est d'abord une diminution notable des règles au point de vue de leur durée et de la quantité de sang rendu, diminution qui a débuté, il y a sept ans, en même temps qu'apparaissaient les premiers phénomènes syringomyéliques. Sans doute, ce symptôme n'a pas une valeur pathognomonique; on le retrouve dans un certain nombre d'autres états pathologiques. Je dois ajouter, toutefois, que je l'ai constaté chez la plupart de mes lépreuses, et que notre malade ne présente ni tuberculose pulmonaire ni affection utérine. Au reste, je n'attache pas une valeur exagérée à ce symptôme; je le mentionne simplement parce qu'il existe.

Un signe plus important et que notre malade nous a signalé dans ses antécédents avec une certaine insistance, c'est une sensation de chaleur, « de brûlure, de feu ardent », — ce sont ses expressions, — dans tout le corps, sensation qui l'obligeait à se découvrir, et se transformait alors en un froid vif, très intense et très désagréable. Bien que ce symptôme n'ait pas été noté par les léprologues, je le considère comme ayant une valeur réelle. Je l'ai retrouvé dans un grand nombre de cas de lèpre nerveuse et je me souviens encore en particulier d'un malade atteint de lèpre anesthésique type, ayant la griffe caractéristique, une double paralysie faciale et des gonflements nodulaires des nerfs cubitaux, et qui, pendant les quelques jours qu'il passa dans mon service, se plaignit presque exclusivement de ces sensations de chaleur d'autant plus singulières qu'il était atteint d'une thermo-anesthésie absolue.

Enfin, nous trouvons dans les antécédents de la malade un troisième symptôme, véritablement pathognomonique, celui-là, et qui, à lui seul, et en dehors de toute autre considération, permettrait d'affirmer chez elle l'existence de la lèpre. Je veux parler d'une éruption qui s'est produite sur différents points du corps, aux membres supérieurs d'abord, puis aux membres inférieurs, puis sur le tronc et à la face. Les mains et les pieds furent respectés. Cette éruption, qui débuta il y a plus de six ans, en même temps que les arthropathies, fut caractérisée par des taches rouges bleuissant légèrement par le froid, arrondies, irrégulières, ayant des dimensions variant entre celles d'une pièce de deux francs et celles de la main, ne s'accompagnant ni de démangeaisons ni d'aucun phénomène subjectif. Ces taches persistèrent pendant plusieurs années; quelques-unes pâlirent à leur centre, se transformant ainsi en anneaux rougeâtres qui limitaient une étendue variable de peau légèrement teintée en jaune; toutes finirent par disparaître, au dire de la malade, mais pas assez complètement, toutefois, pour que nous n'en puissions distinguer les vestiges encore très manifestes. Nous avons pu constater, en effet, dans la partie inférieure de la région dorsale et dans la région lombaire, deux grandes taches très pâles, presque blanches, entourées d'un large anneau pigmentaire fauve dont la nature ne peut faire aucun doute. Il s'agit bien là de l'éruption vitiligineuse caractéristique de la lèpre, tellement caractéristique que, de date immémoriale, le langage vulgaire arabe, consacrant un fait d'observation plusieurs fois séculaire, désigne en Syrie d'un seul mot (*Baras*) et la lèpre et le vitiligo qui la caractérise.

Au reste, si quelque doute pouvait persister dans l'esprit relativement à la nature de cette éruption, il suffirait d'examiner une jeune femme couchée quelques lits plus loin. Cette dernière (qui présente depuis quatre à cinq ans, dans tout son épanouissement, une belle éruption tigrant en quelque sorte la presque totalité de son corps et de ses membres de belles taches rouges et de larges anneaux, éruption en tous points identique à celle que notre malade nous a si bien décrite), offre, elle aussi, des troubles sensitifs caractérisés non seulement par une analgésie et une thermo-anesthésie absolues, mais encore par une abolition de la sensibilité au contact et du sens musculaire. C'est une lépreuse classique, ainsi que permettent de l'affirmer non seulement l'éruption et les troubles de la sensibilité, mais aussi l'existence de nombreux nodules lépreux ayant envahi les deux fosses nasales, nodules contenant une quantité considérable de bacilles de Hansen.

On m'accordera, je pense, maintenant, en vertu des considérations qui précèdent, le droit de regarder comme une lépreuse la malade qui fait le sujet de cette observation.

* * *

Cela étant admis, que devient le diagnostic de syringomyélie? Ce diagnostic, qui paraissait solidement établi, doit-il être rejeté et devons-nous admettre chez notre malade une pseudo-syringomyélie lépreuse, une polynévrite lépreuse à manifestations syringomyéliques?

En faveur de cette hypothèse, on pourrait, à la rigueur, mentionner l'observation très intéressante de Pitres qui, chez un homme de quarante-six ans présentant aux quatre extrémités des troubles trophiques profonds et une dissociation très nette des sensibilités qui avait fait porter le diagnostic de syringomyélie, trouva, dans un petit fragment de nerf excisé sous la peau de l'avant-bras, un grand nombre de bacilles de Hansen. Malheureusement, cette observation, unique dans son genre, n'est pas absolument concluante, pour la bonne raison que l'autopsie n'ayant pas été faite, la moelle n'a pas été examinée.

Il me paraît, du reste, difficile d'admettre qu'une névrite, lépreuse ou autre, puisse produire une dissociation des sensibilités aussi parfaite et aussi complète que celle de notre malade. Seule, une altération médullaire intéressant la substance grise postérieure et respectant les faisceaux blancs des cordons postérieurs peut réaliser dans toute sa pureté une pareille dissociation, et l'on sait que la syringomyélie a le privilège, qu'elle ne partage avec aucune autre affection, de pouvoir intéresser la substance grise à l'exclusion des faisceaux blancs postérieurs.

Il est donc logique d'admettre que notre lépreuse est en même temps, selon toute probabilité, une syringomyélique, et l'on doit se demander si la lèpre, qui se manifeste si souvent par des phénomènes névritiques, ne peut pas, dans certaines circonstances, porter plus spécialement son action sur la moelle. On doit d'autant plus se le demander que l'observation de ma malade est loin d'être unique dans son genre.

Chauffard a publié une observation de lèpre où les deux membres supérieurs, la face et la partie supérieure du thorax présentaient la forme parfaite de l'anesthésie syringomyélique. Rosenbach a rapporté un fait du même ordre. Babinski a observé un cas de lèpre dans laquelle la dissociation syringomyélique occupait une grande surface des membres supérieurs et inférieurs.

J'ai eu moi-même l'occasion d'examiner dans mon service, en 1895, un autre malade âgé de trente-cinq ans, habitant Safra, malade dont je retrouve dans mes notes l'observation prise sous ma direction par mon externe Chryssovergis, et qui, porteur de mutilations à tous les doigts et à tous les orteils, et lépreux avéré, ainsi que permettait de l'affirmer l'existence entre les deux épaules d'une large tache vitiligineuse, a présenté très nettement au niveau des membres supérieurs et inférieurs la dissociation des sensibilités.

Admettre que ces cas à syndrome syringomyélique relèvent purement et simplement de la polynévrite lépreuse, c'est faire vraiment bon marché de données physiologiques qui paraissent hors de contestation.

Et s'il fallait, en faveur de la nature médullaire des symptômes lépreux que j'essaye d'interpréter une preuve plus décisive encore, c'est dans l'anatomie pathologique qu'on pourrait la trouver.

Déjà Danielsen et Bœck, les premiers, ont signalé dans la lèpre des altérations de la moelle et de ses enveloppes (atrophie, aspect jaune sale de la substance grise, etc.). Dans certains cas, l'atrophie était si marquée que la moelle n'était pas plus grosse qu'un crayon. Vingt ans plus tard, Steudner décrivait dans un cas de lèpre mutilante la transformation colloïde de la substance grise de la moelle, surtout dans les cornes postérieures et la commissure correspondante. Puis Langhans constata lui aussi le ramollissement des cornes postérieures et de la commissure grise qui étaient, par places, creusées de cavités. Plus tard, Colella et Stanziale, dans un cas où le bacille de Hansen fut constaté dans l'encéphale, notèrent, entre autres lésions spinales, des altérations d'une des cornes postérieures. Souza Martins a rapporté, en 1894, au Congrès de Rome, l'histoire d'un sujet qui avait présenté les symptômes de la syringomyélie, et à l'autopsie duquel on trouva une cavité dans la substance grise de la région cervicale de la moelle, qui contenait des bacilles de Hansen. Enfin, Kalindero affirme avoir observé des malades atteints de lèpre anesthésique, chez lesquels on put constater, à l'autopsie, des lésions médullaires représentées par un état vacuolaire autour de l'épendyme, lésions auxquelles la présence de bacilles donnait un caractère incontestable de spécificité.

N'avons-nous pas le droit, maintenant, d'admettre l'existence de cas de lèpre à localisation médullaire et à manifestations syringomyéliques? Cela nous expliquerait pourquoi la maladie de Morvan qui, décidément, paraît n'être qu'une forme spéciale de la syringomyélie, est si fréquente en Bretagne où Zambaco a trouvé de nombreux cas de lèpre; cela nous expliquerait également pourquoi elle est si fréquente en Syrie où la lèpre est malheureusement si répandue. Ce qui viendrait encore confirmer cette manière de voir, c'est que tous les cas de syringomyélie que j'ai observés ici m'étaient adressés de régions où la lèpre règne à l'état endémique. Les deux derniers malades qui se sont présentés à moi venaient du district de Baalbek où, vous le savez, la lèpre est très commune.

* * *

De tout cela, il résulterait que la forme nerveuse de la lèpre peut être divisée en deux variétés : la lèpre névritique, très commune, et la lèpre myélitique, beaucoup plus rare. Il se peut, du reste, que le bacille de Hansen se répande tout à la fois dans le système médullaire et dans le système nerveux périphérique, ce qui nous expliquerait peut-être certaines dissociations imparfaites dans lesquelles la sensibilité tactile n'est pas complètement conservée sur la totalité des sur-

faces analgésiées. Pour ma part, cela me permettrait d'interpréter deux cas dans lesquels j'ai constaté, en même temps qu'une dissociation syringomyélique, des signes non moins évidents de névrite lépreuse (nodosités sur le trajet des nerfs superficiels). « Sur le trajet du nerf cubital, écrivait mon externe Chryssovergis dans l'observation précédemment citée, au niveau des deux bras, on constate sur chacun de ces nerfs deux corps arrondis du volume d'une noisette qui leur sont adhérents ou plutôt qui en font partie, durs au toucher et mobiles dans le sens latéral. L'un d'eux est situé à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation du coude, et l'autre un peu plus haut. Leur disposition dans les deux bras est à peu près symétrique. » Dans ce cas, je le répète encore, la dissociation syringomyélique était parfaite.

* * *

Avant de terminer, je tiens à compléter ma pensée par une restriction. Si je crois que la lèpre peut provoquer la syringomyélie, je ne vais pas jusqu'à dire que — comme Zambaco semblerait l'admettre — toute syringomyélie soit d'origine lépreuse. Pitres n'a pas trouvé le bacille de Hansen dans les moelles de deux syringomyéliques qu'il a minutieusement examinées. De nouvelles recherches sont donc nécessaires pour établir dans quelles proportions la lèpre intervient dans l'étiologie de la syringomyélie. Je pense, pour ma part, qu'on sera étonné de la rencontrer plus souvent peut-être qu'on ne serait tenté de le croire.

CONGRÈS DE TOULOUSE

C'est mardi 1er Avril qu'a eu lieu l'ouverture du Congrès de médecine (VIe session), à l'hôtel d'Assézat et de Clémence Isaure, sous la présidence de M. le prof. G. Lemoine, de Lille. En même temps la Société de dermatologie et de syphiligraphie tenait sa première séance à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

A l'hôtel d'Assézat de nombreux congressistes se pressaient vers dix heures dans la cour où MM. les prof. Mossé, président du Comité d'organisation, et Saint-Ange, secrétaire général, empressés auprès de chacun, recevaient les congressistes.

La première séance fut ouverte par une allocution de M. le maire de Toulouse; M. le prof. Mossé prit ensuite la parole et, d'une voix vibrante, souhaita la bienvenue à tous. Le prof. G. Lemoine, dans un discours souvent interrompu par des bravos unanimes, traita du développement de l'instrumentation et de la technique médicales au XIXe siècle, et de ses conséquences en clinique et en thérapeutique. Un rapport de M. le prof. Saint Ange clôtura la séance.

La deuxième séance eut lieu l'après-midi dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. La discussion fut immédiatement ouverte sur la première question : « De l'Insuffisance hépatique », pour laquelle MM. Charrin (de Paris), Ducamp (de Montpellier), et Ver Ecke (de Gand), étaient rapporteurs.

PREMIÈRE QUESTION

Insuffisance hépatique. — ***M. Charrin*** (de Paris), ***rapporteur***. En présence de la complexité des problèmes que soulève cette question, je me bornerai à la considération de quelques points qui ont fait plus spécialement l'objet de mes recherches.

Sous l'influence d'agents variés, l'insuffisance hépatique peut apparaître à tous les âges : elle est surtout très fréquente dans la vie intra-utérine et relève presque toujours d'un mauvais état de santé de la mère (alcoolisme, tuberculose, anémie, éclampsie, etc.). Chez ces fœtus on constate un foie gros présentant des îlots congestionnés et des îlots décolorés en nombre variable; au microscope on constate de la congestion, des hémorragies, de la dégénérescence granuleuse et graisseuse. Au point de vue fonctionnel on est frappé par la faible teneur de ces foies en glycogène; cette substance est parfois réduite à quelques grains épars au milieu des zones envahies par l'élément graisseux; le pouvoir antitoxique est très affaibli, le pouvoir oxydant est diminué. Ces constatations directes sont importantes, car les preuves de l'insuffisance hépatique déduites des modifications générales des échanges n'ont qu'une valeur relative; réunies elles donnent une probabilité, non une certitude.

Comment les maladies maternelles déterminent-elles l'insuffisance hépatique des rejetons? Par un mécanisme complexe. Tout d'abord certains poisons, comme l'alcool, passent à travers le placenta; et le foie du fœtus, extrêmement actif, est un véritable lieu d'appel pour les agents morbifiques. Et puis ces rejetons malades élaborent plus de poisons que normalement; leur urine est plus toxique, leur accroissement se fait mal, ils ont à lutter plus que les autres pour maintenir l'équilibre thermique; en d'autres termes ils se surmènent et il en résulte un accroissement des poisons organiques. De plus ces *anomalies métaboliques* des athrepsiques facilitent l'infection dont les agents viennent ajouter leur action aux influences précédentes pour aggraver l'insuffisance hépatique. Mais les poisons maternels peuvent agir autrement que par influence directe sur le foie fœtal, ils peuvent agir auparavant par imprégnation ovulaire; il se produit alors des organes de qualité inférieure. En outre, le foie malade de la mère peut engendrer une hépato-toxine, une *lysine* du foie, qui passe dans la circulation fœtale et détermine des lésions du foie fœtal. Ainsi peuvent s'expliquer certaines anomalies héréditaires non seulement du foie, mais des autres organes. Quoi qu'il en soit, les lésions du foie fœtal ainsi constituées peuvent rester plus ou moins longtemps latentes, et, si elles ne se manifestent que tardivement, on risquera de méconnaître leur origine intra-utérine.

Revenons à l'insuffisance hépatique de la mère et voyons quelle part revient dans sa production à l'éclampsie et à la grossesse. Les lésions du foie chez les éclamptiques sont souvent méconnues; pourtant l'éclampsie paraît due dans un très grand nombre de cas à l'insuffisance hépatique causée par le ralentissement des oxydations, la coprostase et ses conséquence, et aussi les poisons dérivés du délivre et du fœtus. D'autre part, la perméabilité rénale est souvent amoindrie (fréquence de l'albuminurie); pour lutter, l'organisme s'appuie sur une suractivité du corps thyroïde, des capsules surrénales et surtout du foie, mais le foie faiblit souvent. Le sérum des éclamptiques est plus toxique que le sérum normal; le placenta est également toxique, mais souvent la toxicité reste cantonnée dans les cellules de l'organisme et l'urine et le sérum paraissent normaux. Au cours de la gestation, le foie se charge de graisse (réserves alimentaires), la teneur en glycogène va croissant, mais le pouvoir antitoxique n'est pas augmenté. Vers la fin de la grossesse le foie refuse d'utiliser le sucre qu'on lui offre, parce qu'il en a une quantité suffisante, et cette glycosurie alimentaire dénote non une *insuffisance* hépatique mais une *pseudo-insuffisance*.

On est en droit de penser que la rate possède une influence sur la genèse des insuffisances hépatiques; il en est de même du rein, du cœur, de l'intestin, mais il est impossible de préciser la nature ni le degré de cette influence. D'autre part on néglige trop souvent de tenir compte de l'influence des *diastases* d'origine cellulaire glandulaire ou bactérienne. Enfin, l'insuffisance hépatique peut être déterminée par des troubles de la circulation (stase veineuse et compression des cellules hépatiques), par des troubles nerveux (inhibition par la douleur des coliques lithiasiques), par des troubles de l'osmose et de la dialyse (accumulation de substances toxiques, etc.)

L'expérimentation permet assez facilement de produire des lésions de la peau en déterminant des troubles hépatiques chez les poissons (desquamation des écailles, hémorragies cutanées), et il est permis de conclure, par analogie, chez l'homme, à l'influence du foie sur certaines affections cutanées qui ne sont que secondairement microbiennes.

A toutes ces causes d'insuffisance hépatique on peut ajouter certains parasites : tænias, botriocéphales, coccidies, qui peuvent déterminer une insuffisance partielle ou totale.

Comment se défend le foie? par la bile et ses acides, par le glycogène, par les composés ammoniacaux et aussi par les *macrophages hépatiques* dérivés en majeure partie du tissu splénique. Malgré tout, certains parasites, comme les oospora, se développent facilement sur le foie. D'ailleurs certains microbes, ayant développé leur accoutumance en séjournant dans des milieux semblables, peuvent vivre aisément dans le milieu hépatique.

Bien d'autres influences sont à citer comme cause prédisposante à l'insuffisance hépatique: le climat, la température, l'humidité, l'alimentation, les saisons, d'où la nécessité d'un *acclimatement* d'autant moins facile que le sujet est plus âgé.

Comment se comportent les sucres à l'égard du foie? Il y a à ce sujet de grandes différences : le foie transforme plus aisément et plus abondamment en glycogène le glycose que la galactose. Au point de vue de l'utilisation générale par l'économie on trouve que la lévulose occupe le premier rang, la galactose le second, la glycose le troisième. Voilà pour les hexoses. Quant au bihexoses, qu'on emploie la lactose, la maltose ou la saccharose, l'influence du foie s'efface devant l'importance des ferments de dédoublement qui se trouvent dans le tube digestif. C'est la lévulosurie qui, au cours des affections hépatiques et au point de vue de l'élimination par les urines, s'observe le plus régulièrement. Dans l'épreuve de la glycosurie alimentaire, il faut donc rejeter absolument l'emploi de la saccharose (sucre de canne, sirop de sucre), et ne donner que de la lévulose.

Les autres procédés préconisés pour déceler l'insuffisance hépatique sont aussi peu sûrs que l'épreuve de la glycosurie alimentaire : tel le bleu de méthylène qui subit de nombreuses influences cellulaires avant d'être éliminé par les urines, influences plus particulièrement marquées au niveau du rein; on peut en dire autant de toutes les substances soumises à des influences intra-organiques multiples, par exemple l'urée.

Le pouvoir antitoxique du foie devenant insuffisant, on pourra noter des accidents d'empoisonnement, en particulier par les alcaloïdes, ou bien une augmentation de la toxicité des extraits de divers tissus et des humeurs comme l'urine. A cette insuffisance antitoxique peut s'ajouter l'insuffisance hématopoiétique et l'insuffisance martiale; comme conséquence on note des troubles nerveux (délire hépatique), des hémorragies, des anémies; l'insuffisance thermogénétique amène l'hypothermie; l'insuffisance uropoiétique, l'hypoazoturie; l'incapacité glycogénique amène la glycosurie; enfin l'apparition dans l'urine des matières colorantes de la bile est en rapport avec l'insuffisance de la fonction biliaire.

On ne peut se baser sur le taux de l'albuminurie pour apprécier le degré de l'insuffisance hépatique, en particulier quand il s'agit de ces albuminuries intermittentes si fréquentes au cours

des affections hépatiques : le maximum de l'albumine excrétée correspond au maximum de l'urée et au maximum de température, fonctions de l'activité hépatique, et on peut supposer dès lors que l'albuminurie n'est dans ces cas qu'une conséquence de cette même activité. Et ce qui est vrai pour l'albuminurie est vrai pour la peptonurie et l'urobilinurie.

Quant à l'indicanurie, elle est fonction surtout des fermentations digestives; il en est de même des acides sulfo-conjugués, du carbone, de l'azote; on ne peut donc se baser sur leur présence dans l'urine pour affirmer l'insuffisance hépatique. Par contre, chez les athrepsiques, j'ai observé un indéniable parallélisme entre la dégénérescence du foie et l'abondance de certains corps comme l'acide urique, les urates, etc.

Si le parenchyme biliaire peut modifier les alcaloïdes, les savons, les substances ammoniacales, etc., il est des éléments offensifs qui échappent à son influence : souvent des injections, dans la veine-porte ou dans les capillaires périphériques, de toxines microbiennes, ne m'ont pas donné de résultats nettement positifs en faveur de leur atténuation par le foie. Mais je crois devoir être réservé au sujet de l'exaltation par le foie de quelques-unes de ces toxines. Qu'on n'oublie pas que d'autres organes jouissent d'un pouvoir antitoxique très appréciable, et notamment la muqueuse intestinale.

En définitive, le foie protège l'organisme, le débarrasse des produits toxiques, soit en les entassant dans ses cellules, soit en les transformant, soit en les conduisant au dehors.

M. Ducamp (de Montpellier), ***co-rapporteur.*** — Avant d'aborder l'étude de l'insuffisance hépatique, il faut s'entendre sur la signification du terme : nous estimons qu'il doit s'appliquer uniquement aux cas où les fonctions hépatiques sont amoindries et insuffisantes (hypohépatie); nous rejetons ainsi de notre cadre les troubles dus à l'exagération des fonctions normales (hyperhépatie), ceux qui sont dus à une viciation de ces fonctions (parhépatie), ou enfin ceux qui résultent de leur suppression (anhépatie). Ces derniers sont souvent groupés sous le nom de grande insuffisance hépatique : c'est l'ictère grave.

Comprise ainsi l'insuffisance hépatique peut porter sur la sécrétion sanguine ou sur la sécrétion biliaire. Dans le premier cas, le sang sus-hépatique et par suite le sang de la grande circulation est rendu anormal. On observe alors les symptômes suivants de l'insuffisance hépatique : glycosurie alimentaire, hypertoxicité urinaire, hypoazoturie, urobilinurie, indicanurie, intermittences dans l'élimination du bleu de méthylène. L'insuffisance porte-t-elle sur la sécrétion biliaire, on observe l'hypocholie ou l'acholie.

La glycosurie alimentaire à elle seule ne saurait suffire à affirmer l'insuffisance hépatique. Bien des causes peuvent, en effet, déterminer cette glycosurie : certaines maladies organiques du système nerveux, des névroses, certaines dyspepsies, etc.

Par contre, on peut considérer comme un signe excellent l'abaissement du coefficient azoturique.

L'ammoniurie consiste en ce fait qu'une grande partie de l'ammoniaque, qu'on fait ingérer aux malades sous forme d'acétate d'ammoniaque, passe dans l'urine, alors que, chez les individus sains, elle se transforme en urée; donc, quand le rapport de l'ammoniaque à l'urée excrétée atteint un chiffre supérieur au chiffre normal (5 p. 100), on peut conclure à l'état pathologique de la fonction uropoiétique.

L'hypertoxicité urinaire peut tenir à d'autres causes que l'insuffisance hépatique; mais, au cours d'une affection hépatique, ce symptôme indique que les cellules hépatiques sont plus ou moins insuffisantes, tandis que le rein est suffisant.

L'urobilinurie paraît être le témoin non d'une insuffisance, mais d'une viciation fonctionnelle du foie, d'une parhépatie.

Quant à l'indicanurie elle se rencontre dans d'autres maladies que les maladies hépatiques; comme signe d'insuffisance hépatique, sa valeur est secondaire.

L'intermittence de l'élimination du bleu de méthylène (glaucurie intermittente de Chauffard) est un signe plus fidèle, mais à condition que le sujet ne soit pas oligurique.

L'insuffisance de la fonction biliaire est, en dernière analyse, un nouveau facteur d'intoxication, comme le démontrent les expériences de J. Teissier.

Cliniquement, l'insuffisance hépatique peut acquérir une certaine individualité, en dehors des cas où elle apparaît comme une complication ou un complément.

Ainsi, pendant les accès de la fièvre intermittente hépatique, on note une diminution considérable de l'urée; il s'agit donc d'une insuffisance fonctionnelle transitoire.

Dans l'insuffisance hépato-rénale de Gouget, le rein n'élimine plus les produits toxiques que le foie n'arrête plus ni ne transforme; à l'insuffisance hépatique s'ajoute l'insuffisance rénale.

Enfin, le diabète par anhépatie se caractérise par une glycosurie apparaissant après les repas et s'accompagnant d'hypoazoturie, d'urobilinurie, d'indicanurie, avec plusieurs des symptômes du diabète vrai (gingivite, impuissance, névralgies, lésions cutanées, cataracte); le diagnostic se fera par la présence du syndrome de l'insuffisance hépatique. On traitera ces cas par l'extrait hépatique sous l'influence duquel la glycosurie s'atténue ou disparaît et le chiffre de l'urée remonte à la normale.

M. A. Ver Eecke (de Gand) ***co-rapporteur.*** — Depuis les travaux de Brouardel, on considère l'hypoazoturie comme un des principaux symptômes de l'insuffisance hépatique, mais on ne saurait attribuer au foie la production unique de l'urée; il est probable que cette substance est élaborée ailleurs dans l'organisme. De fait! la suppression expérimentale du foie détermine non pas la suppression de l'azoturie, mais seulement une diminution, absolue et relative, de l'excrétion de l'urée. D'ailleurs, les substances qui dans l'organisme contribuent à former l'urée s'excrètent en nature lorsque la quantité d'urée est diminuée, et couvrent ainsi, mais en partie seulement, le déficit de l'urée : ammoniaque, acide carbonique, puis acide urique et matières extractives azotées. Toujours l'hypoazoturie est caractérisée par un abaissement du taux de l'azote total excrété et dénote ainsi une atteinte grave de la cellule hépatique.

L'intoxication par le phosphore et l'atrophie jaune aiguë du foie constituent les deux types les plus nets de l'insuffisance hépatique.

Dans la cirrhose du foie, l'azoturie tend à diminuer à mesure que la maladie avance, mais sans jamais devenir égale à zéro; l'hypoazoturie dans ce cas n'est pas en rapport nécessaire ni direct avec les seules lésions hépatiques; elle dépend plutôt de l'état de la nutrition générale que de l'état du foie qui peut encore fabriquer de l'urée, même en quantité ultra-normale, quand on lui en fournit les matériaux.

L'uropoïèse est une fonction biochimique dévolue en partie à tous les organes et tissus, mais qui se localise spécialement dans le foie.

L'hypoazoturie caractérisée par une ammoniurie proportionnelle à l'inflexion du coefficient azoturique ne peut être tenue pour un signe d'insuffisance uropoiétique du foie qu'autant qu'elle persiste sans traitement alcalin ou qu'elle augmente par l'administration d'ammoniacaux (carbonate d'ammonium). C'est alors un signe tardif de déchéance profonde du foie, organique et fonctionnelle.

M. Linossier (de Vichy). L'insuffisance hépatique résulte d'une lésion grave de la cellule. La glycosurie alimentaire n'a aucune valeur pronostique, ni même diagnostique. On peut voir une lésion grave sans glycosurie alimentaire, et inversement une glycosurie alimentaire sans lésion hépatique manifeste. Cette épreuve ne prouve donc pas que le foie ne fonctionne pas; la fonction peut être insuffisante, sans que l'organe le soit. M. Linossier a vu de la glycosurie alimentaire dans des maladies nerveuses.

M. Baylac (de Toulouse). La glycosurie alimentaire se rencontre dans 77 pour 100 des sujets atteints d'affections du foie, et dans 4 pour 100 des sujets indemnes. La glycosurie a donc une valeur. Mais il faut employer la *lévulose* (lévuloserie), qui n'est pas assimilée, de préférence à la glycose facilement assimilable et retenue en partie dans les muscles.

M. Ver Eecke (de Gand) lit un mémoire sur l'hypoazoturie dont voici quelques conclusions :

L'uropoïèse est une fonction biochimique dévolue à tous les organes, mais spécialement localisée dans le foie.

Le pouvoir uropoiétique du foie est normalement supérieur aux besoins ordinaires de l'organisme. La suppression expérimentale du foie n'entraîne pas l'arrêt de l'uérogenèse, mais détermine seulement un abaissement considérable du coefficient azoturique.

M. Cassaet (de Bordeaux) pense que le foie n'a pas besoin d'être gravement atteint pour que la glycosurie alimentaire soit trouvée.

Il a pu la rencontrer dans de simples perversions fonctionnelles, telles qu'il les a notées dans l'embarras gastrique, dans l'alcoolisme et l'ictère. La glycosurie est le fait d'une polarisation cellulaire défectueuse et un peu analogue à l'ictère émotif.

M. Mongour (de Bordeaux). Dans l'obstruction du cholédoque, la plupart des chirurgiens ont fixé empiriquement la limite de tolérance possible de l'ictère : les uns à trois mois (Schwartz et Kehr), les autres à un an (Maunyn). L'heure de l'intervention dans la lithiase ne peut être prescrite à échéance fixe; elle est subordonnée à la valeur fonctionnelle de la cellule hépatique. Or, le dosage de l'urée, la glycosurie alimentaire, l'épreuve du bleu de méthylène ne donnent que des renseignements insuffisants.

M. Mongour, se basant sur une loi de pathologie générale, et sur des faits cliniques, estime que l'intervention s'impose :

1° Lorsque, le foie entrant en régression, on ne constate pas l'apparition des phénomènes critiques signalés au déclin des ictères par obstruction (polyurie, etc.);

2° Lorsque dans le sérum sanguin l'urobiline se substitue aux pigments normaux.

M. Sérégé (de Vichy). L'indépendance embryonnaire de deux bourgeons hépatiques primitifs persiste, au point de vue anatomique, physiologique, anatomo-pathologique et clinique, pendant toute la vie. Il existe deux foies, l'un droit, l'autre gauche. Chacun a sa circulation qui ne communique pas avec celle de l'autre. Les embolies provoquées par injection intraveineuse faite dans un territoire intestinal donné se font toujours dans un territoire hépatique correspondant. Il existe donc deux foies : le gauche est gastro-spléno-hépatique, le droit est entéro-pancréatico-hépatique. Enfin, en clinique, pour chaque foie, la courbe d'excrétion urinaire de l'urée est parallèle à celle de la teneur du foie en urée. L'insuffisance hépatique peut donc porter sur une des portions hépatiques à l'exclusion de l'autre.

Un cas d'épilepsie d'origine hépatique. — ***MM. G. Ballet et Faure*** (de Paris). Observation d'un cas d'épilepsie avec cri, chute, raideur, secousses convulsives rythmées généralisées, revenant toutes les semaines pendant quatre mois chez un malade entré à l'hôpital pour accidents péritonéaux, œdème des jambes, amaigrissement, ictère, hypertrophie du foie, avec pigments biliaires et urobiline dans les urines. Mort après crises subintrantes. A l'autopsie, rien dans le cerveau et les méninges, mais le foie est bourré d'abcès, et le parenchyme qui les sépare est gravement altéré. Les auteurs pensent qu'il faut attribuer cette épilepsie à l'insuffisance fonctionnelle du foie, et, comme ce malade a présenté le syndrome clinique de la grande attaque épileptique, ils sont d'avis que l'épilepsie peut être une des formes cliniques des troubles nerveux de l'insuffisance hépatique.

Intoxication expérimentale aiguë et chronique par l'alcool et l'absinthe. — ***MM. G. Ballet et M. Faure*** (de Paris). Ces auteurs ont soumis, en quatre

ans, 40 cobayes, 12 lapins et 10 chiens à l'intoxication alcoolique et absinthique (alcool de laboratoire dilué au 1/3, absinthe du commerce, essences, infusions et macérations d'absinthe). Chez le lapin, le cobaye, le chien, certaines essences déterminent des accidents convulsifs, d'autres des accidents comateux. Lorsque l'intoxication est aiguë, la somnolence et le coma surviennent en quelques minutes; l'animal meurt en quelques heures par refroidissement progressif, cyanose, arrêt de la respiration. Les chiens supportent très bien l'intoxication chronique; l'on n'observe pas chez eux ces évolutions lentes et progressives de lésions d'intoxication chronique, si fréquemment rencontrées chez l'homme (Triboulet et Mathieu). Pour ce qui est de la descendance des animaux en expérience, aucun des enfants nés pendant que l'intoxication était régulière n'a survécu plus de quelques semaines : ils mouraient de convulsions.

Sur l'existence de leucomaïnes diabétogènes. — *MM. Lépine et Boulied* (de Lyon). Les dernières expériences de ces auteurs leur ont montré qu'en injectant à un cobaye de moyenne taille l'extrait alcoolique repris par l'eau de 5 grammes de sang normal de chien, on ne produit qu'une glycosurie fugace, tandis qu'avec l'extrait de la même quantité de sang de chien dépancréaté, on a une glycosurie de plusieurs jours. Ces expériences témoignent en faveur d'une idée émise, il y a deux ans, par M. Lépine à la Société de Biologie, à savoir que le pancréas favorise la glycose en partie en détruisant, par une activité propre, des substances diabétogènes. Quant au ferment glycolytique, nous pensons qu'il est une propriété du protoplasma vivant.

Rôle de l'insuffisance hépatique dans les dermatoses. — *M. Gastou* (de Paris). La pathogénie microbienne des dermatoses a isolé un certain nombre d'affections cutanées, mais beaucoup d'entre elles relèvent de maladies de la nutrition. L'insuffisance rénale invoquée comme cause des dermatoses a donné lieu a des travaux tendant à établir la formule urinaire de certaines d'entre elles. Or, on ne peut séparer l'étude de l'insuffisance rénale de celle de l'insuffisance hépatique dont l'existence est démontrée dans les dermatoses par des lésions anatomiques, des signes cliniques et des formules urinaires variant selon la forme de l'insuffisance et affectant un type soit hyper, soit hypo-normal.

Anatomiquement, on constate chez des malades morts d'affections cutanées du type bulleux ou desquamatif, des lésions hépatiques avec hypertrophie ou atrophie du foie, avec lésions parenchymateuses ou interstitielles prédominantes.

Cliniquement, les signes de l'insuffisance hépatique sont ceux décrits par Glénard dans l'hépatisme : troubles gastro-intestinaux diurnes et surtout nocturnes, phénomènes douloureux spontanés ou provoqués par pression hépatique, modifications des réflexes, phénomènes nerveux d'excitation ou de dépression, neurasthénie.

Objectivement, le foie est tantôt hypertrophié, dur ou mou, ptosé tantôt petit, difficilement perceptible; dans presque tous les cas, les régions hépatiques et lombaires sont douloureuses à la pression. A ces deux types cliniques très nets d'hypertrophie ou d'atrophie hépatique, correspondent des formules urinaires dissemblables affectant deux types extrêmes, caractérisés soit par l'hyper, soit par l'hypoazoturie, en même temps que par des modifications corrélatives de la quantité des chlorures et des phosphates. A côté de ces variations, on trouve un ensemble de caractères nettement déterminé : augmentation de la toxicité et de l'acidité urinaires, présence de glycose, d'albumine, de pigments rouges, bleus, jaunes ou verts, d'urobiline, d'indican, de pigments biliaires. Ces différentes modifications urinaires indiquent un trouble de la nutrition générale dont l'insuffisance hépatique, étant l'expression, entraîne une thérapeutique spéciale qui doit viser le foie en agissant sur l'intestin par les antiseptiques et les sulfureux, et directement sur la cellule hépatique par des agents thérapeutiques appropriés, au nombre desquels viennent en première ligne le régime, les préparations salicylées, les alcalins; enfin en relevant la nutrition par l'hydrothérapie, les préparations phosphatées et arsenicales.

M. Teissier (de Lyon). Il semble résulter de la communication précédente que l'insuffisance hépatique puisse provoquer une suractivité ou au contraire une diminution fonctionnelle du foie. Le terme d'insuffisance ne peut être employé pour exprimer à la fois deux états isolés et même contraires. Il faut trouver une autre expression clinique permettant de dire que le foie fonctionne irrégulièrement et pouvant comprendre tous les faits qu'a soulevés cette discussion de l'insuffisance hépatique.

M. Glénard (de Vichy). Il me semble que le terme d'*hépatisme* conviendrait à exprimer nettement les modifications fonctionnelles en plus ou en moins du foie.

M. Faure (de Paris), déclare qu'il emploiera désormais le terme « troubles des fonctions du foie par hyper- ou par hypofonctionnement ». Le terme d'hépatisme a un caractère constitutionnel et héréditaire et un sens plus général encore que le terme d'insuffisance hépatique.

Traitement de la tuberculose cutanée depuis la photothérapie. — *MM. Leredde et Pautrier* (de Paris). Les malades atteints de lupus tuberculeux guéris (38 sur 40) étaient incurables par les autres méthodes. Ils étaient atteints depuis deux ans à trente-cinq ans, et avaient subi sans résultat *205* injections de tuberculine, *908* séances de scarifications, *1796* séances de galvanocautérisations.

Sur 33 malades atteints de lupus érythémateux, MM. Leredde et Pautrier ont eu 17 guérisons. Ces malades ont eu *282* séances de scarifications, *462* séances de courants à haute fréquence, *802* séances de galvanocautérisations. L'affection datait de six à huit ans. Les auteurs insistent sur certains points de technique, sur la nécessité de la compression et de séances longues avec l'appareil Lortet et Genoud.

DEUXIÈME QUESTION

Des convulsions chez l'enfant. — *M. d'Espine* (de Genève), *rapporteur*. Nous étudierons les convulsions chez l'enfant au triple point de vue de leur étiologie, de leur symptomatologie et de leur diagnostic.

On divise les convulsions en deux groupes : les convulsions *symptomatiques* de lésions manifestes des centres nerveux (méningo-encéphalites, tumeurs, hémorragies, etc.), et les convulsions *idiopathiques*, dynamiques ou essentielles. Nous nous occuperons exclusivement de ces dernières qui se manifestent cliniquement sous trois formes : les convulsions externes (*éclampsie*), les convulsions internes (*spasme de la glotte*), la contracture des extrémités (*tétanie*).

Au point de vue étiologique, on ne saurait mettre en doute la prédisposition héréditaire (prédisposition névropathique, alcoolisme, syphilis, saturnisme, cachexies) non plus que l'influence de l'âge. Des statistiques découle la conclusion suivante : le chiffre des convulsions infantiles observées dans les six premiers mois dépasse d'un bon tiers le total des cas observés de six mois à deux ans.

L'influence de la dentition paraît négligeable, et celle du rachitisme se résume à une auto-intoxication. Les convulsions des nouveau-nés sont dues à une lésion organique, et le pronostic en est très sombre; on peut, dans des cas nombreux, incriminer des accidents asphyxiques (poêles, cyanose congénitale, coqueluche, broncho-pneumonie) ou un empoisonnement (alcool, plomb, opium, santonine, etc.). La cause de beaucoup la plus fréquente des convulsions est l'auto-intoxication (urémie, athyroïdisme, hypertrophie du thymus, auto-intoxications gastro-intestinales); un rôle étiologique important revient aux maladies infectieuses (oreillons, angines, poliomyélite aiguë, syphilis, etc.). Citons encore l'éclampsie traumatique et l'éclampsie réflexe à point de départ variable (peau, oreilles, tube digestif, etc.).

Les trois variétés de convulsions essentielles se répartissent ainsi : éclampsie, 61 cas; spasme de la glotte, 33 cas; tétanie, 6 cas pour 10.000 enfants.

Cliniquement, l'éclampsie s'annonce par un certain nombre de prodromes qui dénotent l'hyperexcitabilité des centres nerveux (hyperesthésie sensorielle, exagération des réflexes, hyperexcitabilité galvanique, etc.). Quant à la forme des convulsions, elles sont rarement semblables à l'attaque d'épilepsie vraie : c'est « un mélange de tonisme et de clonisme » (Baumes); la forme purement tonique est exceptionnelle. Les convu sions sont partielles ou généralisées; elles com mencent par les bulbes oculaires; elles s'étender à la face, au cou et à la nuque, aux extrémite supérieures et au tronc, enfin aux membres inf rieurs. Les convulsions partielles se limitent, e général, à la face. La bilatéralité et la symétr sont de règle dans les convulsions généralisées souvent cependant, elles sont plus marquées d'u côté.

Le spasme de la glotte est caractérisé habitue lement par une série de petits cris inspiratoir ou expiratoires; l'accès peut se terminer par mort.

Quant à la tétanie, elle est rarement isolée; el se caractérise alors par des contractures d mains et des pieds, souvent douloureuses et inte mittentes, s'accompagnant à la longue d'œdèn douloureux du côté de l'extension des mains des pieds.

Le diagnostic de l'hystérie convulsive av l'éclampsie ne se pose que chez les gran enfants; chez les enfants du premier âge, tétanie seule pourra être de nature hystérique.

On distinguera parfois difficilement les attaqu épileptiformes éclamptiques des crises épile tiques vraies; si les crises continuent au delà la cinquième année, il s'agit très probableme d'épilepsie.

Le diagnostic d'avec les méningites étant tr difficile cliniquement, il faudra souvent avo recours à la ponction lombaire, ce qui permett d'examiner la nature du liquide, de faire le cyt diagnostic, le diagnostic bactériologique et diagnostic par l'hémolyse; on pourra enfin exp rimenter la toxicité du liquide céphalo-rachidie

M. Moussous (de Bordeaux), *co-rapporteu* Je me bornerai à étudier la pathogénie des co vulsions, dites *essentielles*, de l'enfance. Je dir ensuite un mot des conséquences et du traitemen

On s'accorde aujourd'hui à penser que l'a spinal tout entier, moelle, bulbe et protubéranc entre à divers titres en jeu dans la productic de l'accès convulsif, car c'est du bulbe surtou mais aussi de toute la moelle, que relève l'innerv tion vaso-motrice : c'est dans l'axe spinal q siège le centre génito-urinaire. Les centres bulb spinaux peuvent être entraînés à une activi désordonnée, soit que l'excitation vienne de périphérie, soit qu'elle porte sur les zones m trices de l'écorce cérébrale, soit enfin qu'ils soie eux-mêmes directement excités. Chez le no veau-né, il convient d'être très réservé ava d'admettre des convulsions à point de dépa cortical.

Les convulsions réflexes sont les seules da lesquelles les centres nerveux subissent l'actic de leur excitant normal : l'influx nerveux (dent tion, corps étrangers du conduit auditif, d fosses nasales, des conduits biliaires, de vessie, etc.). En dehors de ces convulsio réflexes, il faut citer en premier lieu, comn déterminant des convulsions, l'action des tro bles nutritifs entraînés par des modifications ci culatoires (anémie, hyperémie), puis les poiso convulsivants, et l'auto-intoxication qui le donne souvent naissance (insuffisance hépatiqu rénale, thymique, etc., surmenage, indigestions De cette auto-intoxication, on peut rapproch les toxines des microorganismes venus du dehor mais presque uniquement dans les méningite

Dans les cas de débilité congénitale, c'est l'aut intoxication par insuffisance fonctionnelle d organes qu'il faut incriminer; on a pu aus incriminer la persistance du canal d'Aranzi.

Les enfants nés de mère éclamptique prése tent des convulsions qu'on doit attribuer à toxicité de leur sérum.

La pathogénie des convulsions observées da les gastro-entérites est multiple (irritation, tox infection, septicémie généralisée, lésions du sy tème nerveux). C'est encore au mauvais fonctio

nement des voies digestives et à l'auto-intoxication qu'il faut rapporter les convulsions du rachitisme. On peut en dire autant des convulsions dues à la constipation. Les convulsions d'origine helminthiasique sont très rares : on peut dans ces cas incriminer une irritation de la muqueuse intestinale. Quant aux convulsions qu'on observe dans la pneumonie et dans la broncho-pneumonie, elles sont dues à l'asphyxie ou à une infection généralisée à point de départ pulmonaire. Les convulsions de la coqueluche doivent être mises sur le compte d'une toxi-infection, ou plus rarement d'une congestion cérébrale. C'est encore l'infection (jointe dans certains cas à l'acte réflexe) qu'on incriminera dans les convulsions des otites; dans les fièvres, le rôle étiologique revient manifestement à la toxi-infection.

Dans tous les cas on peut déceler une influence héréditaire prédisposant aux accidents nerveux (névropathies, diathèses, infections, intoxications, maladies de la grossesse).

Comme conséquences des convulsions infantiles, on a noté le plus souvent l'épilepsie et le strabisme.

Quant au traitement, il devra tout naturellement s'adresser à la maladie causale. Comme traitement symptomatique on a préconisé, suivant les cas, la balnéation tiède, chaude ou froide, la chloroformisation, la compression des carotides, les émissions sanguines, les injections de sérum, les inhalations d'oxygène, la ponction lombaire, les bromures et le chloral; on écartera du régime alimentaire les excitants.

M. Bezy (de Toulouse). Parmi les faits relevés dans les excellents rapports de MM. d'Espine et Moussous, j'en signalerai surtout trois à cause de leur importance pratique :

1° La très sage réserve de M. Moussous à propos de l'influence des vers intestinaux ;

2° L'inutilité des sinapismes dans le traitement de l'attaque d'éclampsie dans la plupart des cas.

3° La difficulté, en présence d'une crise convulsive, est de dire s'il s'agit d'hystérie, d'éclampsie ou d'épilepsie.

M. Ausset (de Lille). Les gastro-entérites sont la cause la plus fréquente des convulsions dites essentielles. Le rachitisme n'agit comme cause étiologique que parce qu'il est l'aboutissant, la complication des gastro-entérites chroniques. C'est dans les six premiers mois que les convulsions sont les plus fréquentes; l'hérédité neuro-arthritique est presque la règle, l'hérédité épileptique rare.

La crise éclamptique diffère de la crise épileptique par le cri initial et l'absence de régularité dans la succession des symptômes. La convulsion interne (spasme de la glotte) peut s'observer isolément et reconnaît la même étiologie que la grande crise éclamptique. Comme traitement, la balnéation tiède, le drap mouillé donnent de bons résultats. Les inhalations chloroformiques font cesser la crise convulsive; les grands lavements évacuateurs sont à employer. On évitera la douleur, on renoncera à l'injection de sérum artificiel, aux bains sinapisés pendant les heures qui suivent l'accès.

M. Audebert (de Toulouse). Des recherches qu'il a faites avec M. Arnozan en 1896 et 1897, il résulte que sur 26 enfants nés de mères *non albuminuriques*, un seul présentait de l'albumine au moment de sa naissance, tandis que sur 10 nouveau-nés issus de mères *albuminuriques* ou éclamptiques, 8 fois on a trouvé de l'albuminurie dans les urines. Des deux qui restent, l'un était né d'une mère albuminurique seulement au moment du travail, l'autre eut des convulsions le quatrième jour. Un enfant, dont la mère mourut après 16 attaques d'éclampsie, fut pris lui-même, vingt-quatre heures après sa naissance, de convulsions ayant tous les caractères de l'éclampsie.

M. Riberoles (La Bourboule) expose le résultat de ses recherches cliniques sur le rôle du cœur dans l'étiologie de l'éclampsie infantile. L'éclampsie infantile ne se manifesterait que chez les enfants à hérédité cardiaque, que l'auteur désigne sous le nom d'insuffisance primitive du cœur.

M. Bézy (de Toulouse). 1° Il résulte de l'enquête faite par MM. Auxion et Esparbès, que bien souvent des enfants n'ont à leur disposition que 6 et même 4 mètres cubes d'air dans leur chambre à coucher sans ventilation.

2° L'exercice illégal de la médecine infantile par certaines sages-femmes et certains pharmaciens fait souvent des victimes. M. Bézy demande que le Congrès veuille bien émettre un vœu pour que les créations récemment instituées en vue de la protection de l'enfance tâchent de faire disparaître un semblable état de choses.

(*A suivre*) Ch. Fouquet.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Pendant que s'ouvrait la VI[e] Session du Congrès de médecine à l'Hôtel d'Assézat, la Société de dermatologie de Paris tenait sa séance mensuelle à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

1er Avril 1902.

Les leucémides. — *M. Ch. Audry* (de Toulouse). Sous ce nom M. Audry désigne les exanthèmes prurigineux qui peuvent survenir au cours de différentes variétés de leucémie, qui cliniquement dépendent manifestement de la maladie générale, et dont les lésions, parfois elles-mêmes de structure leucémique, ne le sont pas nécessairement et constamment.

Le prurigo leucémique rentre dans cette classe.

Cliniquement, le prurit, les efflorescences urticariennes, les lésions habituelles au prurigo représentent les formes les plus ordinaires. D'une manière générale, ce sont les variétés pseudo-leucémiques, lymphocythémiques qui s'en accompagnent le plus souvent, mais la leucémie vulgaire en présente également.

M. Brocq (de Paris) désigne sous le nom générique de *Parapsoriasis* toute une série d'éruptions, des plus rares, qui ont été décrites par Unna sous le nom de Parakeratosis variegata, par Jadassohn sous celui d'exanthème spécial psoriasiforme et lichénoïde, puis sous celui de dermatite psoriasiforme nodulaire, par Juliusberg sous celui de pityriasis lichénoïde chronique, par Brocq sous celui d'érythrodermie pityriasique en plaques disséminées, par Radcliffe Crocker sous celui de Lichen variegatus.

M. Brocq décrit trois formes objectives principales :

La première variété, à laquelle il donne le nom de *Parapsoriasis en gouttes*, est caractérisée objectivement par une éruption maculeuse et papulo-squameuse aplatie, sans infiltration notable du derme, variant du rose bistre au rouge brunâtre, ne donnant pas au coup d'ongle le piqueté hémorragique et la surface luisante du psoriasis, enfin ressemblant à une éruption de syphilis secondaire sans infiltration ou à un psoriasis en gouttes avorté, localisée au tronc et aux membres, à évolution lente résistant énergiquement au traitement local.

La deuxième variété, *Parapsoriasis lichénoïde*, est caractérisée par un début de papules minuscules aplaties, brillantes, lichen plan avorté quoique de couleur plus vive, formant soit des réseaux à mailles irrégulières, soit des plaques plus ou moins étendues, forme de passage à la troisième variété. C'est dans cette deuxième variété que doivent rentrer le lichen variegatus de Radcliffe Crocker, et peut-être le parakeratosis de Unna.

La troisième variété, *Parapsoriasis en plaques* est caractérisée par des plaques circonscrites de 2 à 6 centimètres de diamètre, présentant une fine desquamation. Cette troisième variété, comme les précédentes, n'envahit pas la face et est très rebelle au traitement local.

Cette troisième variété correspond aux érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées de Brocq et de White.

Histologiquement, ces affections sont caractérisées par une infiltration de cellules rondes autour de vaisseaux papillaires dilatés, par l'aplatissement des papilles, par de l'œdème du derme et de l'épiderme, par une disparition marquée de la couche germinative.

La durée de ces dermatoses est très longue, elles ne s'accompagnent pas de prurit, et n'ont pas de retentissement sur la santé générale. M. Brocq emploie contre elles l'acide pyrogallique.

MM. Broca et Chatin (de Paris) présentent un nouvel appareil photothérapique à charbon métallique et sans réfrigérant. Une condition essentielle de résultat dans la cure photothérapique du lupus, résidant dans la nécessité d'une compression très intense des téguments, MM. Broca et Chatin ont imaginé un système réalisant une pression des plus énergiques.

MM. Leredde et Pautrier (de Paris) donnent leurs résultats dans le traitement des tuberculoses de la peau depuis la photothérapie. Sur les malades atteints de lupus tuberculeux qu'ils ont guéris, 130 sur 404 n'avaient eu aucun bénéfice des autres méthodes.

Sur 33 malades atteints de lupus érythémateux, ils ont eu 17 guérisons. MM. Leredde et Pautrier insistent sur certains points de technique, sur la nécessité de la compression et de séances prolongées.

MM. Gaucher, Lacapère et Terrien rapportent une observation très intéressante de syphilis compliquée de diabète insipide qui a bien guéri par le traitement.

MM. Hallopeau et Fouquet rapportent une observation de staphylococcie blanche folliculaire ascendante qui se rapproche de ce que M. Hallopeau a décrit sous le nom d'infection purulente tégumentaire et en constitue même une variété. M. Hallopeau, ayant publié, en 1898, une observation de séborrhéide papulo-pustuleuse aiguë qui offrait avec ce cas de frappantes analogies, et a abouti au développement d'un psoriasis typique, pense qu'il y aurait lieu de rechercher si les staphylocoques blancs ne prédominent pas dans la faune psoriasique.

2 Avril 1902.

M. Moreau rapporte des cas de guérison d'épithéliomas cutanés par l'ignipuncture interstitielle et l'application de solutions cuivreuses. Il emploie en particulier l'eau de Trébas qui contient 42 milligrammes de cuivre par litre.

M. Ferras (de Luchon), dit qu'il ne faut pas comparer ces quantités minimes de substances actives que contiennent les eaux minérales avec les mêmes doses pharmaceutiques employées isolément. Certaines eaux minérales, quoique ne contenant que des doses infinitésimales d'un sel, ont une action indéniable, alors que le même sel employé seul, même à des doses beaucoup plus élevées, n'a aucune action.

M. Hallopeau (de Paris), a fait une enquête pour savoir quelle est la proportion de cas de pelades observés par les médecins dans leur clientèle privée, et dans quelle mesure on peut constater la contagion de cette maladie.

Plus d'un tiers des médecins consultés ont observé des cas dans lesquels le sujet contaminé a été en contact direct ou indirect avec un peladique; on cite d'autre part nombre de fait négatifs. S'agit-il de simples coïncidences chez ces peladiques? Tous les médecins non spécialisés comme dermatologues s'accordent à déclarer que cette maladie est rare; la moyenne indiquée varie de 1 sur 200 à 1 sur 10.000 malades.

Le professeur Pospeloff, dans sa grande pratique dermatologique, ne compte qu'un peladique sur 5.000 cas! Il y a lieu de se demander si la pelade vraie existe à Moscou? Ces différences régionales seraient en faveur du parasitisme.

Les faits négatifs montrent seulement que les contacts doivent être intimes pour être suivis d'effet.

M. Dubreuil était contagionniste, mais a changé d'opinion depuis les travaux de M. Jacquet.

M. Dubois-Havenith (de Bruxelles) a vu des centaines de pelades, et n'a jamais observé que 3 ou 4 cas de coexistence, mais sans contagion assurée.

M. Ferras (de Luchon). Les pelades rebelles sont en rapport avec un état général particulier, avec une déminéralisation plus ou moins marquée. Traitez le terrain et la pelade guérira.

MM. L. Brocq et Civatte communiquent le cas d'une malade qui présentait une affection cutanée à développement assez lent, quoique dans ces derniers mois elle ait pris une marche relativement rapide, symétrique d'une manière générale, indolente, avec une légère exagération de la sensibilité aux points atteints, essentiellement caractérisée par des plaques ovalaires, en bandes, assez irrégulières de contours, affectant avec une certaine prédilection les grands plis articulaires, d'un blanc mat, ou d'un blanc un peu rosé ou bleuâtre, limitées par un bord rosé ou rose bistre assez net, analogue d'aspect au *lilac ring*, mais n'offrant pas la moindre infiltration des téguments, par places même nettement atrophiques. C'est donc une sclérodermie en plaques et en bandes symé-

trique sans sclérodermie. Les auteurs font remarquer qu'un assez grand nombre de faits analogues ont été publiés, qu'il est permis, quand on les analyse, de se demander si l'identification complète qui a été faite entre les trois groupes de faits : sclérodermie en plaques, morphée proprement dite, et atrophie circonscrite de la peau, est bien légitime, ou s'il ne vaut pas mieux admettre trois groupes de faits distincts reliés entre eux par des cas mixtes et des faits de passage.

MM. Audry et Dalous (de Toulouse) appellent l'attention sur le caractère psoriasiforme que prennent toujours les syphilides survenant chez un malade qui a eu antérieurement du psoriasis. Il y a là quelquefois un point de diagnostic délicat.

M. Laussedat (de Royat) rapporte l'observation d'un malade atteint d'éruption psoriasiforme qui céda rapidement sous l'action de l'huile grise et qui témoigna ainsi de sa nature syphilitique.

MM. Hallopeau et Edmond Fournier (de Paris) lisent une note sur l'étiologie et la signification séméiotique des atrophies cuspidiennes systématisées de la seconde dentition. Ces auteurs ont examiné les enfants de Bicêtre, la Salpêtrière, les Sourds-Muets, Berck. Dans plus d'un tiers des cas, ils ont constaté l'existence de la syphilis héréditaire chez les sujets atteints de ces atrophies. Toutefois il existe des cas négatifs. Il est probable que toutes les causes générales qui retentissent sur la vie du fœtus et du nouveau-né à l'époque où les incisives, les canines et les premières grosses molaires se calcifient, sont susceptibles de donner lieu à ces altérations; la plus grande part revient à la syphilis, puis à l'idiotie. La tuberculose, si elle intervient, ne le fait que dans des proportions des plus minimes.

Ch. Fouquet.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

28 Mars 1902.

Procédé d'amputation de la jambe. — *M. Morestin* apporte une jambe enlevée par amputation sus-condylienne, d'après un procédé antérieurement décrit par le présentateur. Ce procédé, dans lequel l'on se sert des jumeaux comme lambeaux postérieurs, donne de très bons résultats.

Fracture de l'omoplate. — *M. Morestin* montre deux radiographies se rapportant à une fracture de l'omoplate.

Rupture musculaire. — *M. Morestin* communique un cas de rupture spontanée du muscle droit antérieur. A l'incision, on trouva un hygroma secondaire adhérent aux couches musculaires. A vrai dire, il s'agissait d'un décollement du muscle d'avec la couche aponévrotique, plutôt que d'une rupture musculaire. L'intervention consista dans la fixation du muscle aux droits externe et interne voisins.

Tumeur lombaire. — *M. Péraire* présente une tumeur de la région lombaire développée chez un enfant de sept mois. Apparue dès le septième jour de la vie, cette tumeur avait bourgeonné jusqu'à atteindre le volume de la paume de la main, puis s'était ulcérée. Il n'y a pas communication avec la cavité rachidienne. Il ne s'agit donc pas de spina bifida.

Végétation globuleuse de l'origine de l'aorte. — *M. Weinberg* présente, au nom de M. Raymond Petit, le cœur d'une femme morte à l'hôpital Necker plusieurs jours après une gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac. On a trouvé à l'autopsie, entre autre lésions, une végétation fibrineuse siégeant à l'origine de l'aorte, à 1/2 centimètre au-dessus des valvules sigmoïdes. Cette végétation, du volume d'une noix, était adhérente à la paroi athéromateuse de l'aorte; elle présente les caractères des « végétations globuleuses » qu'on trouve parfois dans le cœur lui-même. L'intérêt de ce cas réside dans le siège aortique de la lésion.

V. Griffon.

ACADÉMIE DES SCIENCES

1er Avril 1902.

De l'action du sérum humain sur le trypanosome du nagana. — *M. A. Laveran.* On sait, d'une façon générale, que le sérum des êtres ayant l'immunité naturelle pour une maladie se trouve habituellement sans efficacité pour le traitement de cette maladie.

Contrairement à cette règle générale, a reconnu M. Laveran, le sérum humain est actif quand il est injecté à des animaux nagaués. Sous l'action du sérum humain, les trypanosomes ne tardent pas à disparaître du sang des animaux infectés. C'est là une action que ne produit aucun autre sérum.

En somme, cette activité du sérum humain sur le *Trypanosoma Brucei* paraît être en rapport avec l'immunité de l'homme pour le nagana.

Injecté préventivement, le sérum humain se montre encore efficace, mais à un faible degré.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

8 Avril 1902.

Les hôpitaux des Etats-Unis. — *M. Brouardel* lit un rapport sur le travail de M. Kahn relatif à sa visite dans les hôpitaux des Etats-Unis.

Les meilleurs hôpitaux sont ceux que fonde la charité privée; les hôpitaux de l'Assistance publique ne sont généralement pas bien tenus. Mais l'admission dans les hôpitaux privés est difficile et ne se fait que sur recommandation.

L'auteur étudie le corps des nurses, son recrutement, son rôle et son admirable organisation que la France peut envier.

Les injections préventives de sérum antidiphtérique. — *M. Sevestre* lit les conclusions de son rapport sur le travail de M. Netter au sujet du traitement prophylactique de la diphtérie par les injections de sérum antitoxique chez les enfants exposés à la contagion. Ces conclusions sont les suivantes :

1° Les injections préventives de sérum ont une action manifeste; elles produisent l'immunisation chez les enfants exposés à contracter la diphtérie. Elles n'ont jamais donné lieu à des accidents sérieux. Malheureusement, la période d'immunisation n'a qu'une durée peu prolongée, trois ou quatre semaines au plus. Dans les cas rares où, malgré l'injection, la diphtérie est survenue, elle était particulièrement bénigne.

2° Les injections de sérum sont spécialement indiquées dans les familles où s'est développé un cas de diphtérie, pour préserver de la contagion les autres enfants.

3° Les injections préventives sont également indiquées pour les enfants appartenant à une agglomération dans laquelle a été signalé un cas de diphtérie.

4° Même en l'absence d'un cas de diphtérie constatée, elles peuvent être indiquées dans certaines conditions spéciales (services de rougeole, scarlatine).

5° La pratique des injections préventives ne dispense nullement des autres mesures prophylactiques (désinfection et isolement), mais elle les rend plus faciles et plus efficaces.

Ces conclusions sont votées par l'Académie.

Le cas des xiphopages hindoues. — *M. Doyen* a étudié la physiologie pathologique des xipophages indoues et c'est par erreur qu'on a décrit jusqu'ici une membrane d'union chez les xiphopages; il n'y avait entre les deux jumelles hindoues aucun tissu supplémentaire; ce qu'on a improprement nommé membrane d'union n'est qu'un pédicule factice produit par le tiraillement des tissus et qui s'allonge avec l'âge.

La formation de ces monstres doubles s'explique par le développement simultané dans le même ovule, doublement fécondé de deux embryons juxtaposés, toujours de même sexe.

Ces monstres doubles jouissent d'une certaine individualité, bien que les circulations communiquent. Ainsi Radica n'avait que 37°5, tandis que Doodica avait 39°; cependant le bleu de méthylène injecté sous la peau de Doodica était éliminé par les urines des deux jumelles.

Alimentation des enfants par le lait de chèvre. — *M. Raillet* lit un rapport sur le travail de M. Barbellion qui a essayé de réhabiliter l'alimentation des nourrissons par le lait de chèvre. Le reproche d'avoir une odeur désagréable et de contenir trop de caséine ne s'applique pas au lait de toutes les chèvres. La facilité d'entretenir des chèvres dans les villes, leur résistance à l'infection tuberculeuse, expliquent l'utilité qu'il y aurait à généraliser l'alimentation par le lait de chèvre.

Rapport sur les vaccinations. — *M. Hervieux* communique le rapport officiel sur les vaccinations pratiquées par les instituteurs et institutrices en 1901. Il expose les efforts tentés par ces auxiliaires pour procurer à leurs élèves le bienfait de la vaccine. Il rappelle les formes sous lesquelles leur zèle s'est manifesté : actes de propagande dans les familles qu'ils invitaient à laisser vacciner leurs enfants, conférences publiques sur l'utilité de la vaccine, achat du vaccin nécessaire, etc.

Cet exposé justifie les récompenses accordées aux instituteurs et institutrices qui se sont distingués par leur zèle et permet d'entrevoir l'accueil qu'ils feront avec le pays tout entier à l'obligation vaccinale.

M. Labbé.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

P. Mall. *Sur les origines des lymphatiques du foie.* (*Proceedings of the Association of American Anatomists.*) — Par des injections, Mall étudie la disposition des capillaires lymphatiques au niveau du lobule hépatique. Il arrive aux conclusions suivantes :

A la périphérie de chaque lobule existe un réseau de capillaires lymphatiques; ces *espaces lymphatiques périlobulaires*, comme les appelle Mall, communiquent avec deux autres systèmes de capillaires lymphatiques :

1° D'abord avec ces espèces de gaines lymphatiques, connues depuis Mac Gellavry, qui entourent les vaisseaux sanguins depuis les capillaires radiés jusqu'aux gros troncs veineux. Mall les appelle des *espaces lymphatiques périvasculaires*;

2° Puis avec le réseau des capillaires lymphatiques entourant tous les conduits excréteurs de la bile depuis la périphérie des lobules jusqu'aux gros troncs. Ce système d'*espaces péribiliaires* est donc toujours extralobulaire.

De tous les organes, le foie est celui d'où vient la plus grande quantité de lymphe; la haute teneur de celle-ci en matières protéiques montre, d'après Mall, qu'elle provient directement du sang. Il aurait observé, d'autre part, au niveau des parois des capillaires radiés, des *pores* par où s'opéreraient des échanges entre le sang et les espaces lymphatiques périvasculaires.

A. Policard.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

F. W. Gaertner. *Recherches expérimentales sur l'infection puerpérale.* (*American Journal of Medical Sciences*, 1902, Mars.) — L'auteur, se demandant si la pyohémie est due à des microorganismes spéciaux, et quelles sont les raisons qui déterminent les degrés de l'infection, en conlut :

Il n'y a aucune différence au point de vue de l'infection entre les staphylocoques, les streptocoques ou les deux espèces réunies, car ils ont déterminé uniformément, chez dix-huit animaux en expérience, la pyohémie avec ses symptômes caractéristiques : phlébite, suppuration du tissu cellulaire, embolies septiques dans les glandes sous-maxillaire, parotide, dans le cerveau, puis l'empoisonnement général du sang et la mort.

L'intensité de l'infection pyohémique a dépendu :

1° de l'origine des cocci (les staphylocoques du pus charbonneux et les streptocoques de l'érysipèle sont les plus infectieux);

2° de la durée de conservation des cultures injectées (plus longtemps les staphylocoques et les streptocoques ont été conservés en milieu sec, moindre a été leur virulence), sans tenir compte de leur nocivité primitive.

Salva-Mercadé.

A. Ott. *Action de l'alcool sur les échanges des albuminoïdes chez les fébricitants* (*Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmacol.*, 1902, Mars, t. XLVII, p. 267). — L'auteur a étudié l'influence de l'alcool sur l'élimination azotée d'un tuberculeux fébricitant.

Depuis quelque temps le rôle d'épargne attribué à l'alcool a été mis en doute; on doit donc se demander si donner de l'alcool à un malade fébricitant ne met pas l'organisme en déficit, en le forçant à lutter simultanément contre deux poisons : l'alcool et les sécrétions morbides de l'infection.

Le malade choisi par l'auteur, très amaigri, pesait 57 kilogrammes. Il portait une lésion au sommet droit; ses autres organes semblaient normaux. L'urine ne renfermait pas d'albumine.

Le malade est soumis au même régime pendant douze jours, régime renfermant 21,84 Az et produisant 2183 calories. — Pendant les quatre premiers

jours, on lui donne en outre 100 grammes de sucre renfermant 0,03 Az et représentant 410 calories, ce qui porte sa ration à 21,87 Az et 2593 calories, soit 45 calories par kilogramme. Pendant la deuxième période de quatre jours, on remplace le sucre par l'alcool, à la dose de 60 grammes, sous forme de 170 centimètres cubes de cognac à 35°. Il consomme 21,78 azote et 45 calories par kilogramme du poids du corps. Pendant la troisième période, on supprime l'alcool, ce qui ramène sa ration à 21,77 azote et 39 calories par kilogramme.

Pendant toute la durée de l'expérience, l'azote excrété, mesuré dans l'urine, les fèces et l'expectoration, est supérieure à l'azote alimentaire; mais la perte est beaucoup plus considérable pendant la troisième période que pendant les deux premières.

L'alcool semble donc agir comme isodyname du sucre au point de vue de l'épargne des aliments azotés chez les fébricitants.

Allyre Chassevant.

F. Reach. ***Résorption des hydrates de carbone par la muqueuse rectale*** (*Archiv f. exp. Pathol. u. Pharmacol.*, 1902, Mars, t. XLVII, p. 231). — Le rôle des lavements d'hydrate de carbone dans la nutrition a déjà été l'objet de nombreux travaux. Les divers auteurs qui ont traité ce sujet se sont basés, en général, pour évaluer la rapidité de l'absorption, sur la disparition du sucre ou de l'amidon introduit dans le rectum.

Reach s'est proposé de mesurer l'utilisation réelle des hydrates de carbone, introduits en lavement, en mesurant les variations du quotient respiratoire.

Les résultats de ses expériences, résumés en un tableau de courbes, montrent que la résorption des hydrates de carbone, introduits par voie rectale, se fait plus lentement que par la bouche.

Alors que du sucre, pris en boisson, fait élever immédiatement la valeur du quotient respiratoire, les lavements de sucre, de dextrine ou d'amidon n'ont aucun effet immédiat sur les échanges respiratoires.

On n'observe en général ni glycosurie ni dextrinurie à la suite de lavements de sucre et de dextrine.

En lavement, le sucre est résorbé et utilisé, mais moins complètement que lorsqu'il est administré par la bouche.

L'amidon n'est résorbé qu'en partie, son utilisation est incomplète et cesse au bout de quatre heures.

La dextrine se résorbe plus lentement que le sucre, mais son utilisation est complète.

La dextrine est la substance de choix pour assurer l'alimentation par voie rectale.

Allyre Chassevant.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

M. S. Kakels (New-York). ***Contribution à l'étude du sarcome primitif de la queue du pancréas*** (*American Journal of Medical Sciences*, 1902, Mars). — Le sarcome primitif du pancréas est la plus rare de toutes les tumeurs qui se développent aux dépens de cette glande. On n'en trouve dans la littérature médicale que 21 cas, dont trois seulement développés aux dépens de la queue (cas de Routier, de Blind et de Witzel). A ces trois observations, Kakels en ajoute une quatrième, dont il rapporte l'histoire ainsi que l'autopsie. La malade, âgée de cinquante et un ans, se plaignait depuis six mois de douleurs à l'épigastre et à l'hypocondre gauche. Pas d'ascite, ni d'œdème. Urines normales. Pas d'hypertrophie hépatique. Pas de distension de la vésicule. Pas d'ictère. Pas de vomissements. Peau sèche. Faiblesse générale extrême. Présence d'une tumeur s'étendant au-dessous des côtes gauches jusqu'à une ligne transversale passant à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic; tumeur non adhérente, légèrement mobile, semi-fluctuante. Diagnostic : sarcome du rein.

On aborde la tumeur par la voie transpéritonéale. C'est une tumeur de la queue du pancréas, dont les adhérences sont telles que l'extirpation en est impossible. Le malade ne survit pas à l'opération.

A l'autopsie, on trouve une tumeur développée aux dépens de la queue du pancréas, mesurant 18 centimètres de long, 9 centimètres dans le sens antéro-postérieur, et 60 centimètres de circonférence. La surface présente des irrégularités qui font saillie comme des nodules consistants, et qu'à l'examen on reconnaît être des nodules lymphatiques. L'enveloppe externe de la tumeur est constituée par du tissu conjonctif ferme. La longueur du pancréas, de la tête à l'origine de la tumeur, est de 16 centimètres.

L'examen microscopique révèle la présence d'une grande quantité de petits mononucléaires dans un très fin réseau fibreux réticulé, ainsi que de très grandes cellules, les unes mononucléaires, les autres polynucléaires. Par places on trouve de petits noyaux hémorragiques. Le rein gauche et la rate sont absolument sains.

Les difficultés du diagnostic de tumeurs malignes du pancréas sont si nombreuses et telles que rarement le diagnostic a été fait avant l'opération ou la nécropsie.

L'auteur conclut à la difficulté du diagnostic, à la difficulté de l'intervention, et, alors même que l'extirpation semble possible, au risque qu'on court de condamner son malade à un diabète rapide et fatal.

Salva-Mercadé.

MÉDECINE

A. Bruneau et E. Hawthorn. ***Note sur un cas d'association d'une méningite cérébro-spinale épidémique avec une méningite tuberculeuse*** (*Marseille médical*, 1902, n° 5). — Cette observation est intéressante à cause des difficultés et de l'importance du diagnostic, et à cause de sa rareté. Les auteurs n'ont pu relever, en effet, que 5 cas de méningite avec association de bacille de Koch et du diplocoque de Weichselbaum.

De l'examen clinique, nécropsique, bactériologique et cytologique, ils concluent que :

1° La méningite cérébro-spinale épidémique peut se greffer sur une infection tuberculeuse des méninges.

2° Le développement du méningocoque peut se faire avant que le bacille de Koch ait produit des altérations macroscopiques des méninges.

C'est là un des points qui distinguent cette observation des cas précédemment signalés, dans lesquels le diplocoque de Weichselbaum n'était constaté dans les méninges qu'à une période où les granulations tuberculeuses avaient eu le temps de se former.

3° Au point de vue cytologique, la méningite à bacilles de Koch et à méningocoques de Weichselbaum associés est caractérisée par la prédominance des polynucléaires. Dans un exsudat inflammatoire, la prédominance des polynucléaires leur paraît être plus en rapport avec l'acuité de l'infection qu'avec la nature du germe infectieux.

4° Le diagnostic complet ne peut se faire chez le vivant que par la ponction lombaire et la constatation des deux microbes dans le liquide céphalo-rachidien par la constatation directe, les cultures, les inoculations.

Dans cette observation, en effet, malgré les signes d'une granulie, l'examen microscopique du liquide céphalo-rachidien fit penser à une méningite *cérébro-spinale épidémique* chez un tuberculeux, mais il fallut attendre le résultat d'une injection au cobaye pour affirmer qu'au diplocoque de Weichselbaum était associé le bacille de Koch.

5° Au point de vue du pronostic, l'intervention du méningocoque paraît avoir précipité l'évolution de la maladie et hâté sa terminaison.

D. Estrabaut.

INVITATION AUX MÉDECINS FRANÇAIS

Premier Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, à Québec, Canada.

A Messieurs les médecins et chirurgiens de France.

Messieurs,

L'année dernière, à Québec, — où les Français se trouvent au nombre de 55.000 environ sur une population de 70.000 âmes, — les médecins d'origine française formaient le projet de fonder, pour toute l'Amérique du Nord, une association médicale où la langue française seule serait parlée.

Ce projet fut accueilli avec tant d'enthousiasme que la Société fut fondée en quelques semaines. Québec, la ville la plus française du Canada, celle où les souvenirs historiques des premiers temps de la Nouvelle France sont les plus nombreux et les plus précieux, fut choisie comme siège du premier Congrès : la date en fut fixée au 25 Juin 1902. Deux circonstances éminemment patriotiques militaient en faveur de cette date : le cinquantenaire de l'Université Laval, la première Université française en Amérique : les noces d'or de la Société Saint Jean-Baptiste, fête patronale des Français Canadiens.

Le but scientifique de notre Association étant par essence identique à celui de toute Société analogue, nous en ferons seulement remarquer quelques particularités.

Il existe, il est vrai, déjà au Canada plusieurs Sociétés anglaises ouvertes aux médecins des différentes nationalités. Mais si nous formons une petite patrie française dans un pays anglais, il nous faut toujours redouter la menace du nombre; or, les médecins anglais se trouvant en majorité, il est indispensable pour prendre part avec fruit aux travaux de ces associations d'entendre l'anglais. Nos médecins, surtout ceux des campagnes, sont parfois peu familiers avec cette langue : ils ne trouvaient donc pas dans ces réunions l'intérêt scientifique qu'ils étaient en droit d'en attendre, et il devenait utile pour eux d'avoir une Société où l'on parlât exclusivement leur langue. D'un autre côté, nos études et nos travaux nous portaient naturellement à la désirer.

Tous nos professeurs, en effet, ceux qui nous ont précédés, comme ceux qui sont nos collègues, ont étudié à Paris, ont passé plusieurs années dans les services parisiens de médecine et de chirurgie. Les auteurs qu'ils suivent, ceux qu'ils recommandent à leurs élèves, sont presque exclusivement des auteurs français. Nous avons été au Canada, depuis au moins trente ans les vulgarisateurs de la grande école française. Il importait, pour le grand nombre de nos compatriotes qui ne peuvent venir à Paris, d'avoir dans leur pays une Association nationale qui leur fît connaître et suivre les progrès incessants de l'enseignement français. Voilà ce qui différencie des autres notre Association; voilà pourquoi elle a en même temps qu'un but scientifique un but patriotique.

Nommé en Décembre dernier représentant de cette Société à Paris, avec mission d'inviter les médecins français à prendre part au Congrès, j'ai l'honneur de vous transmettre aujourd'hui cette invitation dans *La Presse Médicale* qui m'a gracieusement ouvert ses colonnes.

Vous comprenez maintenant toute l'importance, tout l'éclat que votre présence nombreuse donnerait à ce premier Congrès. Nous avons déjà réuni de précieuses adhésions, bien que la date fixée ne soit pas très favorable. J'ai retardé jusqu'au dernier moment la publication de cette invitation, espérant qu'il serait possible de reporter notre Congrès à une époque ultérieure. C'est malheureusement impossible. Je demanderai du moins à ceux qui ne pourront venir de fournir un travail de médecine ou de chirurgie que je me chargerai personnellement de communiquer. Toutefois, nous espérons ardemment que plusieurs nous feront l'honneur de venir voir ce coin de terre qui n'a plus le droit de s'appeler comme autrefois la Nouvelle France, mais qui est toujours resté français. Ils verront particulièrement, en cette circonstance de fête patronale des Canadiens, les trois couleurs flotter à toutes les fenêtres, car le Français Canadien ne sait, les jours de fête, qu'arborer le drapeau tricolore, tant est vivace dans son cœur le souvenir de la Mère Patrie.

Si j'invoque en terminant ces sentiments patriotiques, c'est qu'en venant à notre Congrès, vous seuls pouvez y apporter la note vraiment essentielle. Dans un pays jeune comme le nôtre, vous ne sauriez, en effet, vous attendre à trouver des travaux originaux; vous trouverez la preuve des connaissances acquises parmi vous. C'est donc à vous, Messieurs, qu'il appartient, par votre présence, de faire pour nous une œuvre à la fois française et scientifique.

Vous y serez reçus à bras ouverts, les uns par des élèves heureux d'accueillir des maîtres vénérés, tous par des frères désireux de vous connaître et de vous prouver leur amour pour la Vieille France.

Dr Grondin,
Professeur de gynécologie à l'Université Laval.

Québec (Canada).

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mardi 15 Avril 1902, à 1 heure. — M. Contenau : Les adénites d'origine dentaire; MM. Tillaux, Delens, Jalaguier, Walther. — M. Dugat : Traitement des plaies par l'eau oxygénée; MM. Tillaux, Delens, Jalaguier, Walther.

Jeudi 17 Avril 1902, à 1 heure. — M. Bue : Le chlorure d'or. Contribution à l'étude des traitements des tuberculoses locales; MM. Debove, Pouchet, Thiroloix, Teissier. — M. Leynia de la Jarrige : Héroïne. — Héroïnomanie; MM. Pouchet, Debove,

Thiroloix, Teissier. — M. Poisson : Curettage vésical par l'urètre dans les cystites chez la femme; MM. Guyon, Cornil, Remy, Launois. — M. Cornil (G.) : Étude sur le cancer du cœur : MM. Cornil, Guyon, Remy, Launois. — M. Jacquier : Lenteur et arythmie transitoires du pouls chez l'enfant : MM. Hutinel, de Lapersonne, Mery, Faure. — M. Monthus : Contribution à l'étude des rétinites albuminuriques; MM. de Lapersonne, Hutinel, Mery, Faure. — M. Duneme : De la durée de l'allaitement au sein, chez les femmes de la classe ouvrière, à Paris ; MM. Budin, Pozzi, Marion, Vaquez. — M. Johansen : Les hémorragies utérines au début de la blennorragie; MM. Pozzi, Budin, Marion, Vaquez.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 14 Avril 1902. — 1er, Salle Thouret : MM. Remy, Poirier, Cunéo. — 3e Oral (Première partie) (1re série), Nouveau régime, Salle Richet : MM. Kirmisson, Lepage, Gosset. — 3e Oral (Première partie) (2e série), Nouveau régime, Salle Béclard : MM. Lannelongue, Sebileau, Wallich. — 3e Oral (Première partie) (3e série), Nouveau régime, Salle Vulpian : MM. Pinard, Mauclaire, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Oral, Ancien régime : MM. Brissaud, Gaucher, Teissier. — 5e Chirurgie (Première partie), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Reclus, Broca (Aug.). — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Bezançon, Legry.

Mardi 15 Avril 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. Berger, Quénu, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Méry, Hanriot. — 3e (Première partie), (1re série), Oral, Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Pozzi Bonnaire, Thiéry. — 3e (Première partie) (2e série), Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Budin, Rémy, Faure. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Charcot : MM. Le Dentu, Schwartz, Demelin. — 4e, Salle Vulpian : MM. Brouardel, Pouchet, Vaquez. — 4e : MM. Proust, Thoinot, Gouget. — 5e, Chirurgie (Première partie), Charité : MM. de Lapersonne, Marion, Auvray. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Dieulafoy, Dupré, Rénon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Hutinel, Charrin, Jeanselme.

Mercredi 16 Avril 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. Poirier, Sébileau, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Blanchard, Gaucher, Legry. — 2e, Salle Vulpian : MM. Gley, Retterer, Broca (André). — 3e (Première partie) (1re série), Oral, Nouveau régime, Salle Nélaton : MM. Terrier, Potocki, Cunéo. — 3e (Première partie) (2e série), Oral, Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Reclus, Rémy, Lepage. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Broussais : MM. Lannelongue, Broca (Aug.). Wallich. — 4e, Ancien régime, Salle Richet : MM. Landouzy, Pouchet, Wurtz.

Jeudi 17 Avril 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. Schwartz, Thiéry, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Dieulafoy, Raymond, Guiart. — 3e (Première partie) (1re série), Oral, Ancien régime, Salle Velpeau : MM. Berger, Poirier, Potocki. — 3e (Première partie) (2e série), Oral, Ancien régime, Salle Richet : MM. Le Dentu, Bonnaire, Auvray. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Salle Corvisart : MM. Chantemesse, Netter, Dupré. — 4e, Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Proust, Achard, Desgrez. — 4e, Ancien régime : MM. Brouardel, G. Ballet, Wurtz.

Vendredi 18 Avril 1902. — Dissection, Ecole pra- MM. Poirier, Walther, Cunéo. — 1er, Salle Vulpian, MM. Sébileau, Gosset, Rieffel. — 2e, Officiat définitif, Salle Richet : MM. Gley, Jalaguier, Bezançon. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Velpeau : MM. Blanchard, Brissaud, Wurtz. — 4e, Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Pouchet, Netter, Thoinot. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Tillaux, Mauclaire, Lejars. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série). Necker : MM. Kirmisson, Delens, Leguen. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Landouzy, Legry. —5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 19 Avril 1902. — 3e (Deuxième partie), École pratique : MM. Chantemesse, Charrin, Hanriot. — 2e (Première partie), Oral, Salle Richet : MM. Poirier, Langlois, Launois. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Trousseau : MM. Quénu, Bonnaire, Thiéry. — 3e (Deuxième partie) Nouveau régime, Salle Broussais : MM. Cornil, G. Ballet, Menetrier. — 4e, Salle Pasteur : MM. Pouchet, Thiroloix, Jeanselme. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Beaujon : MM. Raymond, Achard, Renon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Beaujon : MM. Proust, Dupré, Gouget. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Demelin, Potocki.

Exercices pratiques de diagnostic bactériologique. — Une série d'Exercices Pratiques de Bactériologie commencera le samedi 10 Mai 1902.

Des Conférences, suivies de Travaux pratiques, auront lieu de 2 à 5 heures, les mardis, jeudis et samedis.

Programme du Cours. — 1re Leçon : Technique de la coloration des microbes; méthode de Gram. — 2e Leçon : Technique de la culture des microbes et des inoculations. — 3e Leçon : Analyse bactériologique du pus : microbes pyogènes aérobies; staphylocoque. — 4e Leçon : Analyse bactériologique des crachats; pneumocoque, bacille de Pfeiffer, etc. — 5e Leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. — 6e Leçon : Tuberculose et pseudo-tuberculose. — 7e Leçon : Analyse bactériologique des angines non diphtériques; streptocoque, bacille fusiforme. — 8e Leçon : Diagnostic de la diphtérie. 9e Leçon : Analyse bactériologique du sang. — 10e Leçon : Cytodiagnostic. — 11e Leçon : Analyse bactériologique des sérosités pathologiques pleurales et cérébro-spinales. — Méningocoques. — 12e Leçon : Bacille typhique et colibacille. — 13e Leçon : Sérodiagnostic. — 14e Leçon : Analyse bactériologique de la peste et du choléra. — 15e Leçon : Diagnostic des microbes anaérobies. — 16e Leçon : Diagnostic bactériologique des infections de l'appareil génito-urinaire; gonocoque, bacille du chancre mou. — 17e Leçon : Diagnostic bactériologique des lésions microbiennes et parasitaires de la peau.

Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 60 francs. — Sont admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

COLLÈGE DE FRANCE

Les cours du Collège de France, pour le second semestre de 1902, sont réglés comme suit :

Médecine. — M. d'Arsonval, membre de l'Institut, (Académie des sciences) étudiera les Phénomènes physiques et biologiques aux basses températures, les mercredis et vendredis, à 5 heures.

Histoire naturelle des corps inorganiques. — M. Fouqué, membre de l'Institut (Académie des sciences) fera l'Exposé et la discussion de la théorie de la différenciation des magmas silicatés fondus, les mardis et jeudis, à 1 h. 3/4.

Histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey, membre de l'Institut (Académie des sciences) professeur; M. François-Franck, suppléant, exposera l'ensemble de ses études de Physiologie normale et pathologique, les mercredis et vendredis, à 4 heures.

Embryogénie comparée. — M. Henneguy continuera de traiter l'Embryogénie des vers, les mardis à 4 heures, et les samedis à 3 heures.

Anatomie générale. — M. Ranvier, membre de l'Institut (Académie des sciences) professeur; M. Suchard, suppléant, étudiera les Organes de la respiration, les mercredis et vendredis, à 4 heures.

Psychologie expérimentale et comparée. — M. P. Janet étudiera le Sentiment de la fatigue et le sentiment de l'effort, les lundis et jeudis, à 2 heures.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. Demoulin, chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé officier de l'Instruction publique.

MM. Chobaut à Avignon; Gires, à Paris; Imbeaux, à Nancy; Vautherin, à Paris, sont nommés officiers d'Académie.

Corps de santé militaire. — M. Pitot, médecin principal de 1re classe, est nommé directeur du service de santé du 4e corps d'armée.

M. Lacronique, médecin-major de 1re classe, est désigné pour la 7e direction du ministère de la guerre.

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Damiau, médecin aide-major de 1re classe, est désigné pour servir à la Martinique.

Asiles d'aliénés de la Seine. — M. Marie, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Villejuif, est promu à la première classe du cadre.

Étranger

Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. — Les médecins désireux de prendre part au Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord sont priés de s'adresser pour tous renseignements à M. Grondin, professeur de gynécologie à l'Université Laval, actuellement à Paris, 9 rue Jean-Bart, jusqu'au 30 mai courant.

CONCOURS

Concours des hôpitaux (Chirurgie). — La lecture des copies pour le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux commencera lundi prochain à 9 heures à l'hôpital de la Charité.

Hôpital-Hospice de Saint-Germain-en-Laye. — Un concours pour l'Internat en Médecine et en Chirurgie est ouvert pour la nomination d'un Interne titulaire en Médecine et en Chirurgie et de quatre Internes provisoires.

Ce Concours aura lieu le 26 Avril 1902.

Les Candidats ne doivent pas avoir atteint l'âge de vingt-cinq ans avant le 1er Novembre 1901. Ils devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Administration et déposer leurs pièces avant le 20 Avril.

Les fonctions des Internes commenceront le 10 Mai 1902. Celles de l'Interne titulaire expireront le 31 Décembre 1903.

L'un des Internes provisoires sera chargé d'un service jusqu'au 31 Décembre 1902.

Le traitement alloué aux Internes est de 600 francs.

Ils sont nourris et logés. Une réduction de la moitié du prix de voyage entre Paris et Saint-Germain leur est accordée par la Compagnie des Chemins de Fer de l'Ouest.

On peut prendre connaissance du Règlement tous les jours non fériés de 1 h. 1/2 à 5 heures du soir au Secrétariat de l'Hôpital.

Liste et notes des candidats admissibles au concours de l'Internat en pharmacie (1re épreuve). — Géraudel, 20. — Delassus (Louis), 20. — Damart, 20. — Desboves, 20. — Quérion, 20. — Renaud, 20. — Lebas, 20. — Vacharias, 19.75. — Quartier, 19.75. — Malmanche (Adrien), 19.75. — Brocadet, 19.50. — Gourbillon, 19.50. — Ville, 19.25. — Clerget, 19. — Raine, 19. — Blanchard, 19. — Bruneau, 19. — Vaidié, 19. — Soudey, 19. — Bonnet, 18.75. — Morin, 18.50. — Wagner, 18.50. — Reddée, 18.50. — Reaubourg, 18.50. — Thépenier, 18.25. — Ronchèze, 18.25. — Brachin, 18. — Tixier (J.), 18. — Samson, 18. — Bancaud, 18. — Charlier, 18. — Malaquise, 18. — Aujuère, 18. — Croix, 18. — Barbin, 18. — Sartory, 18. — Pérignou, 18. — Corbillart, 17.75. — Berlioz, 17.75. — Darbeluet. 17.50. — Daufresne, 17.50. — Gironde, 17.50. — Desmouillères, 17.50. — Clapier, 17.25. — Tulasne, 17. — Tinard, 17. — Jaugeas, 17. — Fournel, 17. — Driget, 17. — Couroux, 17. — Laurent, 17. — Fraquet, 17. — Placé, 16.75. — Masson, 16.75. — Kanapell (Louis), 16.75. Stouls, 16.50. — Serin, 16.50. — Rivier, 16.50. — Plissier, 16.25. — Rondeau du Noyer, 16.25. — Bégault, 16.25. — Piovin, 16.25. — Bourdet, 16.25. — Bouvelot, 16.25. — Perron, 16. — Frédoux, 16. — Voille, 16. — Depouilly, 16. — Berger (Charles), 16. — J. Bonnet, 16. — Ursot, 16. — Chatriat (René), 15.75. — Midy, 15.75. — Bardin, 15.75. — Monnier, 15.50. — Derrien, 15.25. — Tosain, 15.25. — Galand, 15. — Cossard, 15. — Mlle Babin (Marcelle), 14.75. — Tifeneau, 14.75. — Gin, 14.50. — Fusade, 14.50. — Robert, 14.50. — Guillot, 14.50. — Boyer, 14.25. — Magene, 14.25. — Agnès, 14. — David, 14. — Foucher, 13.75. — Detry, 13.75. — Quinet, 13.25. — Raymond, 13.25. — Gaugeron, 13.25. — Garet, 13. Bourguignon, 12.75. — Foucher, 12.50. — Villejean, 12.50. — Cagnard, 12.50. — Vaillant, 12.50. — Geham, 12.25. — Delacour, 12. — Bayard, 12. — Leluc, 11.75. — Blanchon, 11.75. — Desmoulins, 11.50. — Bergault, 11.25. — Desmoussans, 11.25. — Berger (M.), 11. — Trousselle, 10.75. — Allais, 10.50. — Villedieu, 10.50. — Duflo, 10.25. — Gautier, 10. — Lecoq (Marcel), 9.50.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 30. — Samedi, 12 Avril 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :

Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

A PROPOS DU CENTENAIRE DE L'INTERNAT

Dans le numéro du 22 Mars 1902, *La Presse Médicale* a consacré un article au Centenaire de l'Internat et a fait connaître le programme définitivement adopté par le Comité pour la célébration de cet anniversaire.

Après avoir montré toutes les difficultés qu'a rencontrées le Comité du Centenaire, l'auteur de cet article, M. de Lavarenne, estime que le pro-

gramme formulé « méritera l'approbation unanime ». Cette appréciation est peut-être optimiste : elle ne tient pas suffisamment compte des doléances, plus ou moins nettement formulées, de quelques souscripteurs qui eussent préféré moins de *médailles*, de *livres d'or*, etc., et plus d'argent réservé à une œuvre durable. Je ne suis point de ces mécontents; j'ai la conviction que ces fêtes seront brillantes et que leurs organisateurs — qui mettent tant de zèle dans une besogne où l'on recueille plus facilement des critiques que des éloges — sauront éviter le désordre qui régna jadis dans certaine grande fête médicale de l'an de grâce 1900. Pour ma part je serai particulièrement heureux d'assister à la représentation de l'Opéra-Comique et d'y applaudir la revue faite par un de nos distingués collègues en obstétrique, revue qui a, paraît-il, déjà mis en mouvement les ciseaux de la censure; c'est là une promesse de gauloise joyeuseté qui sied bien à une fête de l'internat.

Dans les numéros du 29 Mars et du 5 Avril de ce journal, une polémique s'est engagée entre deux groupes d'internes membres de l'Association.

L'un de ces groupes voudrait une véritable révolution: il se montre peu tendre pour le Comité de l'Association qu'il accuse de se reposer dans une douce somnolence: il présente un véritable programme électoral, qui, en ce moment, est tout à fait de saison.

L'autre groupe relève le gant et montre qu'en somme le Comité ne s'est pas si mal acquitté de sa tâche qu'on l'en accuse, tout en convenant que des réformes sont désirables.

S'il y a des divergences d'appréciation sur le rôle qu'a joué l'Association depuis qu'elle existe, tout le monde semble d'accord sur ce point, qu'il y a lieu d'apporter des modifications dans son mode d'action.

Membre de l'Association, ayant l'avantage de n'être point candidat au Comité, mais simple électeur, je me propose, lors des élections du Comité, de discuter les programmes qui nous seront soumis par les candidats; mais, d'ores et déjà, je me permets d'attirer l'attention de mes collègues sur quelques idées que je me crois en droit de leur soumettre.

***

Un premier fait est établi, à propos duquel la discussion peut déjà être ouverte. Les fêtes du Centenaire laisseront un reliquat d'argent; ce reliquat sera versé à la caisse de l'Association. Le désir unanime semble être qu'il soit employé à une œuvre durable, commémorative du Centenaire. Quelle sera cette œuvre? Voilà la question!

A la fin de l'article auquel je faisais allusion plus haut, M. de Lavarenne, recherchant lui-même quel usage sera fait de ce reliquat, émet l'idée que ces 30.000 francs pourront servir de base « à une sorte de caisse d'encouragement à la prévoyance par la mutualité ». Dans son esprit cette caisse devrait venir en aide aux membres de l'Association des anciens internes qui, désirant s'assurer sur la vie ou contre la maladie, se trouveraient empêchés par un manque d'argent de mettre à exécution leurs idées de prévoyance.

Le projet, bien qu'il ne soit encore qu'esquissé, me paraît digne d'attirer l'attention des membres du Comité de « l'Association amicale des Internes et anciens Internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris. »

Et d'abord il me semble tout aussi réalisable et d'un intérêt aussi pratique que celui, discuté depuis longtemps, d'une bibliothèque de l'Internat qu'avait rêvé notre regretté camarade Feulard et que je serais heureux de voir fonctionner. Certains collègues vont plus loin que M. de Lavarenne; ils adressent à l'Association des Internes le même reproche formulé depuis près de vingt ans contre d'autres associations professionnelles : celui de n'être qu'une *association de bienfaisance*, qui ne suffit pas toujours à sa tâche, alors que l'*association de droit* répond mieux aux aspirations de l'Internat comme à celles de tout le corps médical français.

Ils rêvent de créer, non plus, comme le propose M. de Lavarenne, « une sorte de caisse d'encouragement à la prévoyance par la mutualité », mais une *véritable mutualité* couvrant les risques de la maladie, donnant une retraite sur les vieux jours et permettant même l'assurance en cas de décès. Ce sont là des projets généreux; l'un de nos plus sympathiques camarades est en train de les étudier et ne désespère pas d'arriver à élaborer un projet de mutualité qui peut être réalisé en groupant au moins 1.000 des 1.800 anciens internes.

Je ne veux point discuter ici si de tels projets sont viables, mais, à mon avis, ils sont *inopportuns*.

Depuis près de vingt ans, les nécessités de la vie ont créé parmi les médecins un mouvement de solidarité qui s'est traduit par la création d'*œuvres de droit* : ce sont la *Caisse des retraites du Corps médical français*, l'*Association médicale mutuelle du département de la Seine* (*Gallet-Lagoguey*), l'*Association amicale des médecins français*; elles répondent dans une mesure suffisante aux besoins de prévoyance pour le médecin. Toutes trois ont d'autant plus de chances de prospérer — bien que, d'ores et déjà, leur avenir soit assuré — qu'elles auront un plus grand nombre d'adhérents; ces adhérents seront d'autant plus nombreux que d'autres associations similaires ne seront pas créées. C'est ce qu'a fort bien compris le Conseil général de l'Association générale des médecins de France, en renonçant à créer des Caisses de retraite et d'indemnité de maladie qui lui étaient réclamées par ses associés; il a préféré apporter le concours important de son patronage à celles existant déjà.

Or, si l'on parcourt la liste des anciens internes faisant partie de ces trois associations, on voit que, sauf pour l'une d'elles, le nombre en est vraiment trop restreint. Voici les chiffres que j'ai pu relever, sauf erreur insignifiante : *Caisse des retraites*, 6 *anciens internes* sur environ 400 membres; *Association Gallet-Lagoguey*, 77 *anciens internes* sur 527 membres; *Association amicale des médecins français*, 5 *anciens internes* sur 650 membres.

A quoi tient cette faible proportion? Vraisemblablement à un esprit d'insouciance qui résulte de ce que, en règle générale, les anciens internes sont plus favorisés que les autres médecins au point de vue du produit de leur clientèle, qu'ils ressentent moins que leurs confrères la nécessité de se mettre en garde contre les coups de l'infortune. Il est vraisemblable que les idées de mutualité qui finissent enfin par pénétrer dans l'Internat — et qui s'observent surtout à Paris — viennent de ce que la crise médicale commence à faire sentir ses effets sur tout le corps médical.

Trop souvent j'ai entendu les membres des associations de *droit* se plaindre de ce que les *heureux de la profession* (c'est l'expression qui, bien que consacrée, n'est pas toujours exacte) s'en désintéressent d'une manière presque complète, leur reprocher de s'isoler dans un égoïste contentement de leur sort, pour ne pas crier gare devant ces projets de mutualité *restreinte* à une catégorie de médecins. Si l'Internat reconnaît actuellement l'utilité des mutualités médicales, il doit en grand nombre, — j'allais dire *en bloc*, — venir adhérer aux associations existantes, qui en seront fortifiées et pourront, dans l'avenir, améliorer d'autant plus facilement les avantages faits à leurs sociétaires que ceux-ci seront plus nombreux.

D'autres raisons militent en faveur de cette adhésion : je n'en veux aujourd'hui aborder qu'une, la raison *budgétaire*. A notre époque de solidarité sociale et professionnelle, à notre époque de prévoyance individuelle, le budget du médecin, quelle que soit sa situation professionnelle, est vraiment *obéré* par les cotisations multiples qu'il doit fournir aux associations de prévoyance, de bienfaisance, etc., sans compter les trous faits à son budget par les ligues, sociétés savantes, souscriptions aux banquets, aux médailles commémoratives, etc., etc. C'est en nous plaçant à ce point de vue des dépenses résultant de cotisations trop nombreuses que, dans nos conférences de déontologie, nous avons insisté, Le Gendre et moi, sur la nécessité de ne pas multiplier outre mesure les associations professionnelles et de les fortifier en les unissant. Je ne sais si les projets de mutualité dont on parle actuellement pour l'Internat constitueraient une amélioration dans la situation matérielle des internes et des anciens internes; j'ai la conviction que, en tout cas, cet isolement dans le corps médical ne pourrait être que préjudiciable au bon renom de l'Internat. Volontiers on considère l'Internat comme l'élite de la profession, comme une sorte d'*aristocratie* : elle se doit à elle-même de venir s'unir à la *démocratie* médicale pour parer de concert aux misères qu'apportent à nombre de médecins la maladie et la vieillesse.

Ne serait-ce pas une manière vraiment digne pour les internes et les anciens internes de fêter le Centenaire de l'Internat que d'adhérer en grand nombre aux œuvres de prévoyance professionnelle, en préférant la mutualité de la grande famille médicale à une mutualité restreinte?

En s'abstenant de créer une nouvelle association professionnelle, le Comité de l'Association des anciens internes ferait un acte utile de solidarité médicale: ce qui ne l'empêcherait pas de continuer à soulager les infortunes de ses membres ou à secourir les veuves et les orphelins; ce qui ne l'empêcherait pas de constituer, à l'aide du reliquat devant être versé par le Comité des fêtes, une caisse de prêt gratuit aux internes et aux anciens internes, soit pour payer leurs cotisations aux associations professionnelles, soit pour aider dans leur début ceux d'entre eux dépourvus de fortune. Il en est, j'en ai connu tout particulièrement, qui eussent été heureux de trouver dans la caisse de l'Association des avances qu'ils ont dû chercher ailleurs.

***

Je ne me suis permis d'exprimer ces quelques idées que pour répondre à l'invitation qui était implicitement contenue dans l'article de *La Presse Médicale*. Je m'aperçois que j'ai presque fait un prêche. Les lecteurs de *La Presse Médicale* me le pardonneront, bien que nous ne soyions plus en carême; un prêche de plus ou de moins ne tire pas à conséquence.

G. Lepage.
Accoucheur des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'électrothérapie, par H. Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, préface de M. le Pr d'Arsonval (de l'Institut), 2e édition, revue et augmentée, 1 vol. in-18 de 516 pages, avec 162 figures, cartonné, 8 francs. (*J.-B. Baillière et Fils*, éditeurs, Paris.)

L'évolution de la vie, par L. Laloy, 1 vol. in-18 orné de 30 gravures, de la *Petite Encyclopédie scientifique du XXe siècle*, 2 fr. 50. (Librairie *J. Reinwald. Schleicher frères*, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères, Paris.)

Mémorial thérapeutique, par C. Daniel, interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-18 (format portefeuille) de 240 pages, cartonné souple, 2 fr. 50; relié maroquin souple, tranches dorées, 3 fr. 50. (Librairie *J.-B. Baillère et Fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Les limites de la Biologie, par J. Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, 2 fr. 50. (*Félix Alcan*, éditeur, Paris.)

Guerre à la tuberculose, par M. Weill-Mantou, 1 broch. in-8° de 24 pages avec gravures, 0 fr. 25. (Librairie *Armand Colin*, 5, rue de Mézières, Paris.)

ÉPILEPSIE ET AMNÉSIE RÉTROGRADE

Par J. SÉGLAS
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

L'existence de l'amnésie rétrograde, à la suite des traumatismes, des émotions violentes, dans l'hystérie, dans les intoxications chroniques, en particulier l'alcoolisme, est un fait de séméiologie clinique aujourd'hui bien connu.

Cette forme d'amnésie peut s'observer encore dans d'autres circonstances qui semblent, jusqu'à ce jour, avoir bien moins fixé l'attention des observateurs.

Dans une communication antérieure [1] à la Société de médecine légale, j'ai déjà tenté d'attirer l'attention sur la question peu étudiée de l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie.

Le caractère ordinaire de l'amnésie épileptique est d'être une amnésie *simple*, c'est-à-dire qu'elle ne porte en général que sur la phase épileptique elle-même, qu'elle commence et prend fin avec elle.

Or, dans ce travail, je m'étais spécialement attaché à étudier des cas tout différents, où l'amnésie épileptique n'est plus seulement simple, mais comprend en même temps une phase rétrograde; et à montrer que cette amnésie rétrograde était bien une amnésie épileptique *vraie*, c'est-à-dire se rattachant à l'ictus épileptique à titre de conséquence directe et immédiate.

J'avais, à ce propos, rapporté deux observations personnelles.

La première concernait un jeune homme de vingt-huit ans, épileptique depuis l'âge de quatorze ans, qui, à la suite d'une crise comitiale survenue sans prodromes, un jour vers midi, présenta une amnésie rétrograde s'étendant à tous les événements de la matinée précédente.

Dans la seconde, il s'agissait d'une malade de cinquante-huit ans chez laquelle une crise comitiale, survenue également sans prodromes au cours même de l'examen, détermina une amnésie rétrograde, totale et permanente, s'étendant aux deux heures qui avaient précédé l'apparition de la crise.

Malgré la durée peu étendue de l'amnésie rétrograde, ce dernier cas n'en est pas moins intéressant, un hasard favorable ayant pu permettre l'observation directe de la malade avant, pendant et après la crise comitiale, et d'affirmer ainsi le caractère réellement rétrograde de l'amnésie.

Et, en effet, ces cas d'amnésie rétrograde vraie, consécutive à un ictus épileptique, doivent être soigneusement distingués d'un certain nombre d'autres où le caractère rétrograde de l'amnésie n'est qu'apparent.

Par exemple, l'accès convulsif peut être précédé d'une période d'aura prolongée, qui se trouve englobée dans l'amnésie consécutive au même titre que les autres manifestations du paroxysme dont elle fait partie : en réalité, l'amnésie reste alors absolument simple. Il en est de même dans les cas où l'accès convulsif a pu être précédé d'un vertige sans intervalle suffisant pour permettre au malade de revenir complètement à lui. Il importe aussi de bien distinguer l'amnésie rétrograde de troubles plus généraux de la conscience dépendant d'un état de confusion post-épileptique.

Ce sont là autant de questions de diagnostic différentiel qui ne peuvent guère être tranchées que par l'observation directe des accidents.

* * *

L'amnésie rétrograde vraie d'origine comitiale est-elle fréquente? Il est difficile de se prononcer à cet égard; en tout cas, elle semble avoir attiré bien peu l'attention des observateurs. Dans les traités les plus récents sur l'épilepsie, de Tonnini, de Roncoroni, de Bombarda, elle n'est même pas signalée. J. Voisin, Savage, se bornent à la mentionner, et Féré ne lui consacre que quelques lignes dans son Traité des épilepsies.

Depuis mon premier travail, j'ai eu l'occasion d'observer un nouveau cas très simple d'amnésie rétrograde épileptique.

Il s'agissait d'un jeune garçon de quatorze ans, dont le père était alcoolique, un oncle épileptique, et qui avait déjà eu lui-même plusieurs accès de mal comitial très espacés, le premier remontant à l'âge de dix ans. Le dernier de ces accès se présenta dans les circonstances suivantes. L'enfant était allé dans la journée à une fête de famille en compagnie de plusieurs camarades. Il s'était montré gai, plein d'entrain, de santé. Rentré chez lui, il avait dîné comme à l'ordinaire, puis s'était couché et endormi sans qu'aucun symptôme particulier eût attiré son attention ou celle de sa famille. Quelques heures après, en pleine nuit, accès comitial typique à la suite duquel l'enfant se rendort jusqu'au matin. Il se réveille et se lève à son heure habituelle, n'accusant qu'un peu de mal de tête et de courbature, et n'ayant aucun souvenir de l'accès survenu pendant la nuit. A part ces détails, il ne manifestait aucune trace d'un état plus ou moins net d'obnubilation générale de l'intelligence. Ce n'est qu'au moment de se rendre en classe que l'enfant commença à marquer quelque étonnement, disant qu'on voulait le taquiner, qu'il savait bien que ce jour était un jour de congé, que même il devait assister à une fête, etc. C'est ainsi qu'on s'aperçut qu'il avait perdu le souvenir de toute la journée précédente. En vain lui rappela-t-on les divers incidents de cette journée, de la fête à laquelle il avait assisté, il ne put arriver à en retrouver aucune trace dans sa mémoire. Il y avait là une amnésie rétrograde s'étendant sur une période de vingt-quatre heures. J'ajouterai que, par la suite, les souvenirs relatifs à cette période n'ont jamais reparu.

L'amnésie rétrograde épileptique peut être en effet permanente, comme dans ce cas et dans le précédent. D'autres fois elle n'est que transitoire; et à cet égard il est intéressant de signaler le contraste qui existe entre la phase rétrograde dont le souvenir peut réapparaître alors que, chez le même individu, l'amnésie liée à la période immédiate de l'ictus reste permanente. Muralt [1] rapporte, à ce propos, l'observation d'un individu, atteint depuis longtemps d'épilepsie dite idiopathique, et qui, après une série d'accès graves, présenta de l'amnésie non seulement pour les jours des accès, mais encore une amnésie rétrograde s'étendant aux six jours antérieurs au début des accidents épileptiques, et pendant lesquels il s'était très bien porté. Or de nombreuses expériences hypnotiques ne purent jamais réveiller les souvenirs des jours durant lesquels eurent lieu les accès, mais en revanche provoquèrent le retour à l'état de veille et la conservation des souvenirs relatifs aux six jours précédents compris dans l'amnésie rétrograde.

A côté des faits où l'amnésie rétrograde ne comprend, comme dans les exemples précédents, qu'une période de temps relativement courte, il en est d'autres où l'on voit s'exagérer l'étendue de l'amnésie rétrograde.

Alzheimer [1] en a rapporté trois exemples très curieux. Dans le premier, l'étendue de la période rétrograde de l'amnésie a été très longue, de plus d'un an et demi; dans le second, d'une semaine à peu près; pour le troisième, elle peut être évaluée à vingt et quelques jours environ, sa détermination exacte étant difficile parce qu'elle fut entrecoupée de nombreux accès épileptiques avec confusion consécutive. Dans ces trois cas l'amnésie était absolue, complète. Elle a persisté dix jours dans le premier cas; dans le second, dix jours après un accès de confusion consécutif aux attaques et ayant duré lui-même une quinzaine; dans le troisième, l'amnésie, installée après trois ou quatre jours d'accès répétés avec confusion mentale, dura vingt-deux jours. Il est à remarquer que, dans ces trois cas, l'amnésie n'est plus en rapport avec un simple ictus épileptique, mais avec des accès en série plus ou moins nombreux et rapprochés.

* * *

Ces différents faits montrent déjà combien est complexe la question de l'amnésie épileptique. Il en est d'autres, plus difficiles encore, où l'amnésie se présente bien réellement comme rétrograde, mais sans que ce caractère puisse être rapporté, toujours et d'emblée, à l'influence de l'ictus épileptique, parce qu'il existe en même temps d'autres facteurs (alcoolisme, traumatisme) pouvant, à l'occasion, intervenir comme cause déterminante et de l'épilepsie et de l'amnésie rétrograde.

L'observation suivante pourra peut-être à cet égard paraître intéressante.

En voici le résumé d'après les notes qui m'ont été obligeamment communiquées par mon collègue et ami M. Nageotte.

C..., coiffeur, âgé de cinquante ans, entre à l'hospice de Bicêtre le 26 Août 1900. De petite taille, mal proportionné, il donne l'impression d'un être mal venu, quoique bien portant. C'est un faible d'esprit, de culture nulle, ne sachant ni lire ni écrire. Aucune maladie antérieure, jamais aucune crise, ni aucun vertige. Il buvait du marc depuis quelque temps et le supportait fort mal, étant souvent ivre.

Le 22 Août, vers six heures du soir, il est tombé dans sa boutique, et a eu une série de crises convulsives pendant environ deux heures. A la suite de ces crises, il est resté dans le coma pendant quarante-huit heures. Les convulsions ont eu tous les caractères des crises épileptiques et se sont accompagnées

1. J. Séglas. — « Considérations cliniques et médico-légales sur l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie ». *Bull. de la Soc. de méd. lég.*, 1898, T. XV, p. 87.

1. Muralt. — « Zur Frage der epileptischen Amnesien ». *Zeitsch. f. Hypnotismus*, 1900, Bd X, Heft 2.

1. Alzheimer. — *Allg. Z. f. Psych.*, LIII, 4, p. 483.

de mictions involontaires et de morsures de la langue, dont les traces sont restées visibles. En sortant de la période comateuse, le malade a manifesté de l'obnubilation intellectuelle avec un certain degré d'agitation qui est allé s'atténuant progressivement.

A son entrée dans le service, 26 Août, il est calme, indifférent, ne se montre nullement préoccupé de ce qui lui arrive. Il ne sait pas où il est, ne cherche pas à le savoir; il se rend compte toutefois qu'il n'est pas chez lui, car il manifeste l'intention de rentrer parce que c'est, dit-il, son jour de travail. Il comprend bien les questions, et fait des réponses adaptées à leur sens; mais nombre de ces réponses traduisent dans ses souvenirs une lacune énorme et dont il ne se rend aucun compte.

Interrogé sur la date de l'année, il répond sans hésiter 1879. Pour son âge, il déclare avoir cinquante et un ans, et donne 1849 comme date de sa naissance, ce qui est exact. Mais si on lui fait remarquer que de 1849 à 1879 il n'y a pas cinquante et un ans, il s'en tire par une erreur de calcul, et finit par dire qu'il ne sait pas compter.

Tous les événements de sa vie, antérieurs à 1879, sont racontés sans hésitation et d'une façon précise : par exemple, il nomme et décrit sans difficultés son pays d'origine, dit ce qu'il a fait pendant la guerre de 1870, à quelle époque et dans quelles circonstances il s'est marié, renseigne sur la famille de sa femme, sur ses parents, leurs noms et prénoms, la date de leur mort, sur l'époque de son installation dont il donne une description détaillée et minutieuse, etc.

Mais ses souvenirs s'arrêtent à cette date de 1879. Par exemple, lorsqu'on lui demande la série des présidents de la République, il nomme sans chercher Thiers, Mac-Mahon, Grévy; mais il s'arrête là, et pense que Grévy est encore le Président actuel. De même pour les Expositions universelles, il s'arrête à celle de 1878, et dit ne pas connaître la tour Eiffel, etc.

Cependant, lorsqu'on l'interroge sur le nombre, l'âge, les noms de ses enfants, il répond correctement. Il a trois filles, dit-il; l'aînée a vingt-trois ans, née en 1878. La seconde a onze ans, mais il ne sait plus quand elle est née : il cherche, calcule et finit par dire 1868. La troisième a neuf ans; pour la date de sa naissance, il hésite également, calcule, et dit 1870. Si on lui fait remarquer qu'il est bien singulier que ses filles cadettes soient nées avant l'aînée, il ne s'étonne pas, refait ses calculs, s'embrouille, et finalement déclare qu'il n'a pas appris à calculer.

Pas de symptôme d'éthylisme.

Aucun signe physique : ni tremblement, ni parésie, ni troubles pupillaires, de la parole, ou des réflexes.

En résumé, amnésie rétrograde s'étendant en arrière sur une période de vingt et un ans. Le malade se croit en 1879, et le temps qui s'est écoulé entre cette date et le moment présent n'existe pas pour lui; le souvenir des faits survenus dans cette période a disparu, sauf en ce qui concerne les personnes de sa famille, puisqu'il connaît aussi bien ses filles cadettes nées après 1879, que l'aînée née avant cette date.

Les jours suivants, l'état du malade est à peu près le même; il sait où il est, le jour de la semaine, la date du mois, mais pourtant au 7 Septembre il se croit encore en 1879. Il n'a aucun souvenir des circonstances qui ont précédé ou accompagné les accidents dont il est atteint. Il nie énergiquement l'abus du marc, dont il ne paraît réellement avoir aucune conscience.

Le 9 Septembre, amélioration notable. Le malade sait qu'il est en 1900; mais il hésite encore lorsqu'on l'interroge sur les événements antérieurs à 1879. Il se souvient de ce qui s'est passé le jour de sa chute; il avait bu, dit-il, ce jour-là deux absinthes avec un camarade qu'il nomme.

Il sort sur la demande de sa femme, et en rentrant chez lui reconnaît tous ses clients et reprend ses habitudes. Revu le 6 Octobre, il ne semble plus présenter de lacune dans ses souvenirs. Il avoue maintenant qu'il buvait du marc, il raconte ce qu'il a fait le jour de sa chute, les deux absinthes qu'il avait prises, l'heure à laquelle l'accident est survenu, il se rend très bien compte qu'il avait perdu la mémoire pendant les premiers jours, et qu'elle lui est revenue depuis.

Le fait saillant de cette observation est donc une amnésie rétrograde survenue brusquement à la suite d'une série d'accès épileptiformes, eux-mêmes en rapport avec l'intoxication alcoolique.

Cette amnésie doit-elle être mise sous la dépendance des accidents épileptiques, ou du toxique éthylique?

Il me semble bien difficile, dans le cas actuel, de n'envisager que l'un de ces facteurs à l'exclusion de l'autre; tous deux en effet me paraissent avoir eu leur part d'action dans la production de l'amnésie.

Si l'on considère, à un point de vue général, l'étiologie des accidents divers présentés par ce malade, il est hors de doute que c'est l'intoxication alcoolique qui figure à l'origine de l'ensemble de ces accidents.

Mais ces accidents eux-mêmes doivent-ils être tous placés sur la même ligne vis-à-vis du facteur pathogénique, alcool?

Ne retrouve-t-on pas plutôt entre eux une sorte de filiation qui les subordonne les uns aux autres?

L'alcool est évidemment la cause *directe*, *immédiate* des attaques épileptiformes. Mais son rôle étiologique est-il le même vis-à-vis des troubles amnésiques?

Sans doute, l'alcoolisme est une des conditions dans lesquelles on rencontre souvent l'amnésie rétrograde. Il est à remarquer toutefois qu'elle s'observe surtout dans les formes lentes, chroniques de l'intoxication (psychose polynévritique), que le début est alors insidieux, le développement progressif; qu'elle est précédée ou accompagnée pendant un temps assez long d'autres désordres mentaux ou somatiques habituels à l'alcoolisme et dont nous avons signalé l'absence dans l'observation précédente.

Ici, le début soudain des accidents mentaux à la suite des crises épileptiformes, l'apparition rapide de l'amnésie rétrograde, au milieu de symptômes fugaces d'un état d'agitation avec obnubilation intellectuelle succédant au coma comitial, n'inclineraient-ils pas plutôt à faire penser qu'il existe un lien non pas seulement d'origine ou de succession, mais de cause à effet, entre les crises épileptiques et l'amnésie rétrograde?

Que cette dernière ait trouvé dans l'intoxication alcoolique un terrain préparé, favorable à son développement, la chose n'est pas douteuse. Il me semble néanmoins que si l'alcool peut être regardé comme la cause directe et immédiate des crises épileptiformes, il n'en est plus de même pour l'amnésie rétrograde, vis-à-vis de laquelle son rôle se réduit plutôt à celui d'une cause immédiate, *indirecte*, ayant agi par l'intermédiaire des accidents épileptiformes, cause dernière et provocatrice du phénomène.

PLAIE DU FOIE PAR COUP DE COUTEAU

Laparotomie. — Suture. — Guérison.

Par **Louis LOUBET**
Interne des hôpitaux de Paris.

Les observations de plaies du foie par instrument tranchant, traitées par la laparotomie immédiate et la suture, et suivies de guérison, sont encore peu nombreuses. Je ne crois pas que plus de 8 cas de guérison aient été publiés en France. Il me semble donc intéressant de relater un cas que j'ai eu l'occasion d'observer, ce qui me permettra, d'ailleurs, d'affirmer une fois de plus la nécessité de l'intervention immédiate dans les traumatismes de ce genre.

* * *

Au cours de l'année dernière, le 22 Mai 1901, je recevais, étant de garde à l'hôpital Beaujon, dans le service de mon maître M. Tuffier, un homme âgé de vingt ans, qui avait reçu un coup de couteau dans la région de l'hypocondre droit. L'accident était survenu depuis une heure environ; le blessé arrivait à pied à l'hôpital, soutenu par deux de ses compagnons; il avait pu marcher depuis la barrière de Neuilly.

En toute hâte le blessé est transporté sur un lit de la salle; je l'examine aussitôt, et voici ce que je constate :

Il existe une plaie abdominale siégeant un peu au-dessus de la ligne iléo-ombilicale droite. La section cutanée est large d'environ 2 centimètres, transversalement dirigée, à bords nets. A travers ses lèvres béantes, on voit que la plaie intéresse les couches pariétales profondes, et qu'elle se dirige obliquement en haut et en dedans. Dans les efforts de toux que fait le malade, je vois sortir à travers la plaie une portion d'anse intestinale et d'épiploon, en même temps que du sang rouge est expulsé.

Il ne m'en fallait pas davantage pour conclure à une plaie pénétrante de l'abdomen et me décider à faire la laparotomie d'urgence.

Le *ventre* était *plat*, rétracté, les muscles droits formant une corde tendue de chaque côté de la ligne médiane. Il existait, à la palpation, une douleur *diffuse*, mais peu vive. Un examen attentif me permit cependant de constater et d'éveiller une douleur particulièrement vive à la pression, dans la région correspondant à peu près au bord inférieur du foie.

L'abdomen était *sonore* partout : je ne constatai pas de matité dans la fosse iliaque droite.

Le *pouls* présentait quelques irrégularités, mais restait assez fort : il battait à 95.

Quant à l'état général du malade, il ne paraissait nullement inquiétant : la pâleur de la face et un peu de gêne respiratoire étaient les seuls symptômes à noter.

Je pratiquai donc la laparotomie latérale environ une heure et demie après l'accident, sous l'anesthésie chloroformique. Mon incision commençait au niveau du rebord inférieur des fausses côtes, et avait environ 15 centimètres de longueur; son milieu correspondait à la plaie abdominale.

Le péritoine étant incisé, je vis s'écouler une certaine quantité de sang rouge, mélangé de quelques caillots noirâtres. J'étanchai rapidement le liquide à l'aide de compresses aseptiques, et cherchai sans perdre de temps l'origine de l'hémorragie. L'épiploon était indemne. Je ne trouvai aucune lésion de l'intestin, ni des vaisseaux du mésentère.

Réclinant en bas la masse intestinale, je portai alors mon exploration vers le haut de la cavité abdominale, dans la direction que semblait avoir suivie le couteau. Je ne tardai pas à me rendre compte que l'origine de l'hémorragie était au foie. Il existait, en effet, une plaie de la face convexe de cet organe, siégeant sur le lobe gauche, à 3 centimètres environ du rebord hépatique.

Cette plaie était à peu près transversalement dirigée : sa longueur était d'environ 3 centimètres, sa profondeur de 2. A son niveau se faisait une hémorragie très visible. A l'aide d'une aiguille courbe et arrondie, je n'eus pas grand'peine à passer profondément un fil de catgut n° 3, pénétrant dans la lèvre inférieure à 1 bon centimètre du bord de la plaie et ressortant au niveau de la lèvre supérieure. Liant aussitôt ce premier fil, j'affrontai les lèvres de la section sans serrer, et déjà l'hémorragie avait notablement diminué. Je passai de la même façon trois fils de catgut, et tout suintement cessa.

Après m'être bien assuré une dernière fois que la plaie du foie était la seule source de l'hémorragie, qu'il n'y avait pas de lésion d'aucun autre organe, je refermai l'abdomen par deux plans de suture. Je n'établis pas de drainage.

Les *suites opératoires* furent des plus simples. Immédiatement après l'opération, je pratiquai une injection sous-cutanée d'un litre de sérum artificiel. Le *lendemain* de l'opération, le pouls était plein, régulier, battait à 100. Aucun signe de réaction abdominale. Température, 37°. Injection sous-cutanée d'un litre de sérum artificiel. Le *deuxième jour*, aucun incident nouveau. Température, 37°2. Pouls, 80. Le *troisième jour*, température, 36°8; pouls, 74. Le malade est purgé. Au *huitième jour*, les fils sont enlevés. La réunion est parfaite. Le *vingtième jour*, le malade quitte l'hôpital, complètement guéri.

***

Le diagnostic de plaie pénétrante de l'abdomen s'imposait d'emblée chez ce malade, puisqu'à travers la solution de continuité apparaissaient pendant l'effort une portion d'anse intestinale et un fragment d'épiploon.

Le diagnostic d'hémorragie interne ne s'affirmait pas ici par le tableau symptomatique que nous avons l'habitude d'observer. A l'arrivée du blessé, l'état de shok était insignifiant, la pâleur de la face à peine accusée; le pouls n'avait pas ce caractère de *petitesse* que nous lui connaissons dans les hémorragies.

Cette observation prouve donc bien que les symptômes observés dans une plaie pénétrante de l'abdomen ne sont pas en rapport avec la gravité et la nature des lésions : l'atténuation, l'absence même de ces symptômes initiaux ne nous autorise pas à différer l'intervention. La laparotomie immédiate nous fera seule connaître la nature et l'importance des lésions, en même temps qu'elle nous permet seule d'y porter un remède efficace.

Quand il s'agit en particulier d'une plaie du foie à bords nets, comme dans le cas que nous rapportons, la suture est la seule méthode de traitement. Le fil doit pénétrer et ressortir loin de la surface de section, à un bon centimètre des bords de la plaie; il doit passer profondément en pleine substance hépatique.

Les aiguilles rondes sont préférables, pour ce mode de suture, aux aiguilles plates qui sont coupantes par leurs bords et font une déchirure qui peut donner à elle seule une petite hémorragie.

Telles sont les quelques réflexions que nous a suggérées l'observation de ce blessé, et que nous avons cru utile d'exposer.

MÉDECINE PRATIQUE

LES APPENDICITES CONSÉCUTIVES A LA DÉGLUTITION DE CORPS ÉTRANGERS

Les corps étrangers, quand ils provoquent des accidents appendiculaires, ont dans la majorité des cas une origine autochtone, « scybales, entérolithes, calculs biliaires, etc. »; c'est là un fait bien établi aujourd'hui et de notion pour ainsi dire courante. La littérature médicale ne renferme par contre qu'un nombre restreint de relations authentiques d'appendicite occasionnée par la déglutition de corps étrangers. Les statistiques de Matterstock, Krafft, Fitz, Maurin, Biermer le prouvent surabondamment.

Les noyaux et pépins de fruits de toutes sortes incriminés dans nombre de circonstances ne sont souvent que des concrétions fécales dont la véritable nature serait reconnue, si l'on prenait seulement le soin de les sectionner toujours en deux moitiés. Les arêtes de poissons, fragments d'os, crins de brosse à dents, qui ne prêtent pas matière à pareille confusion constituent en l'espèce de véritables exceptions. Quant aux corps étrangers métalliques introduits par mégarde dans les voies digestives, ils ne donnent qu'un pourcentage très minime dans la production des accidents appendiculaires.

Le Guern, sur 171 cas d'appendicite relatés dans sa thèse en 1893, ne mentionne que 5 corps étrangers métalliques, « 4 épingles, 1 morceau de soudure ». Dans tous ces faits l'issue fatale a été constante.

Les corps étrangers métalliques déglutis accidentellement, lorsqu'il s'agit d'épingles et surtout d'aiguilles ont pourtant une destinée spéciale bien connue et provoquent en outre rarement des accidents graves, quoique avalés parfois en assez grand nombre. Cette assertion est corroborée par un grand nombre d'observations dont quelques-unes sont devenues classiques :

« Une femme qui avait eu durant sa vie des attaques d'irritation gastrique, renfermait dans son duodénum une livre d'épingles; elle avalait des épingles depuis au moins cinq ans (Morshall). »

« Une jeune fille de quatorze ans, hystérique, ingurgitait des aiguilles au moment de ses crises, 395 aiguilles sortent par divers points de son corps sans déterminer aucune réaction locale. » (Hévin). »

Ces faits rapprochés d'autres analogues invitent Hévin à porter le jugement suivant : « Les « corps longs et polis, comme les épingles et les « aiguilles, qui se percent facilement des routes « insensibles à travers les parties, ne sont pas si « sujettes que les arêtes à former des abcès « leur procurant une sortie ; on voit au contraire « qu'elles pénètrent quelquefois sans produire « d'abcès à l'extérieur. »

Inoffensives ou à peu près dans l'intestin, les épingles deviennent, lorsqu'elles s'engagent dans l'appendice, la cause d'accidents graves. Ces derniers peuvent éclater longtemps après la déglutition du corps étranger. Ce début tardif serait même fréquent sinon la règle, si l'on en juge d'après les observations de ce genre qui ont été publiées. L'apparition des symptômes alarmants s'est fait attendre plus de dix ans chez les malades observés par Peter, Parrot; il en a été de même pour le cas particulier que nous avons eu l'occasion de suivre.

On conçoit dès lors les difficultés dont se trouve entouré le diagnostic, lorsqu'il s'agit de préciser la cause des accidents que présentent en pareil cas les malades. Ces derniers, en effet, ont perdu le souvenir de la déglutition accidentelle dont ils ont été victimes, et ne songent nullement à l'incriminer dans les malaises qu'ils éprouvent à une si longue échéance.

En Septembre dernier, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, nous avons été appelé à donner des soins à un jeune homme dont l'histoire vient corroborer en tous points l'allure des faits antérieurement observés dans des circonstances similaires.

Ce jeune homme avale une épingle, par mégarde, en 1888, il y a treize ans par conséquent. Cinq années s'écoulent sans la moindre alerte; au bout de ce temps apparaissent au niveau de la fosse iliaque droite des crises douloureuses, qui durent une quinzaine de jours environ chacune, et se répètent tous les ans à peu près à la même époque. La douleur est alors assez violente pour déterminer de la claudication et obliger le malade à garder le repos au lit. Dans l'intervalle des crises, apparition de douleurs intermittentes, passagères.

Nous voyons le malade au cours d'une crise aiguë; la fosse iliaque droite est occupée par une tumeur mate, fluctuante, douloureuse, provoquant de la défense musculaire de la paroi abdominale. Le membre inférieur droit est fléchi avec abduction et rotation externe; toute tentative dans le but de corriger cette attitude vicieuse entraîne une douleur vive et une ensellure lombaire très prononcée. La température oscille autour de 80°, l'état général est bon.

L'incision de la paroi abdominale conduit sur une poche purulente à parois très épaissies, accolée à la partie externe du cæcum. L'exploration digitale pratiquée au cours de l'évacuation du foyer abcédé y fait reconnaître la présence d'une épingle. Cette dernière est fixée par ses extrémités dans les parois de l'abcès dont elle traverse diagonalement la cavité. On l'extrait sans difficulté, elle est fortement oxydée, et de ce fait la pointe en est notablement émoussée.

Drainage de l'abcès, réunion partielle de la plaie opératoire.

Les suites de l'intervention se montrent des plus simples. Le malade sort du service complètement guéri au début du mois de Novembre suivant.

Analysant dans ses détails l'observation personnelle que nous venons de relater, et la rapprochant des cas analogues antérieurement observés, nous voyons que nous pouvons mettre en relief un certain nombre de particularités propres à ces accidents appendiculaires d'origine spéciale. Les abcès péri-cæcaux consécutifs à la déglutition accidentelle de corps étrangers métalliques, et plus particulièrement ceux qui sont provoqués par des épingles, ont une physionomie clinique dont les traits caractéristiques nous paraissent les suivants :

1° longue durée habituelle de la période silencieuse qui suit la pénétration de ces corps étrangers dans les voies digestives : cette durée peut excéder dix années ;

2° tendance particulière des accidents à présenter les intermittences caractéristiques de l'appendicite à rechutes ;

3° gravité des accidents appendiculaires de ce genre, apparition fréquente d'une péritonite généralisée fatale.

VÉRON (de Rennes).

CONGRÈS DE TOULOUSE[1]

2 Avril 1902.

Application des sérums précipitants à l'étude des albuminuries. — *MM. Linossier* (de Vichy) *et Lemoine* (de Lille). L'emploi des sérums précipitants préparés par injections intrapéritonéales à des lapins de sérum humain, pour l'étude des albumines urinaires, fournit tantôt une réaction plus sensible, tantôt moins sensible que l'acide azotique. Dans le premier cas, c'est simplement parce que la globuline domine dans l'urine ; dans le second, c'est au contraire la sérine qui est beaucoup moins bien précipitée que la globuline par les sérums précipitants.

Par contre, l'usage de ces sérums peut permettre, dans les cas d'albuminurie digestive, de retrouver dans l'urine les caractères d'une albumine ingérée et incomplètement assimilée par suite d'un travail digestif insuffisant. Il semble qu'à l'aide des sérums précipitants on puisse parfois diagnostiquer une albuminurie par insuffisance d'assimilation.

Sur la cryoscopie du sérum sanguin chez l'homme et quelques animaux. — *M. Baylac* (de Toulouse). La différence des résultats obtenus par les auteurs est attribuée par l'orateur à la différence des procédés employés. Le point de congélation du sérum varierait suivant que le sérum a été obtenu par une saignée ou par des ventouses scarifiées. M. Baylac a déterminé ce point de congélation dans 5 cas d'urémie, 2 cas d'asystolie, 8 cas de pneumonie. Dans les cas ou le sérum a été obtenu à l'aide de ventouses scarifiées, le point de congélation est abaissé de — 0,80 à — 1,7. Dans les cas ou le sérum provient d'une ventouse scarifiée, le point de congélation est à peu près normal. Les variations du point de congélation du sérum ne peuvent fournir le pronostic de l'urémie et des divers états pathologiques. La teneur du sérum en chlorure de sodium est à peu près invariable. La composition du sang tend à se maintenir relativement fixe, qu'il s'agisse de sujets normaux ou atteints d'affections diverses.

De la teneur en chlorure de sodium des tissus et des divers liquides de l'organisme dans la pneumonie. — *M. Baylac* a cherché, après MM. Achard et Lœper, la raison de l'hypochlorurie urinaire dans la pneumonie. Les chlorures ne sont pas augmentés ni dans le sang, ni dans l'expectoration, ni dans les tissus provenant de sujets ayant succombé à la pneumonie ou à des affections diverses. Comme M. Achard, M. Baylac a étudié l'élimination des chlorures dans les urines après injection supplémentaire de douze grammes de chlorure de sodium. Très peu sensible dans les premières vingt-quatre heures, l'augmentation des chlorures est très notable dans les urines les quatre et cinq jours qui suivent l'ingestion. A l'état pathologique, l'élimination des chlorures est donc ralentie. M. Baylac se demande si l'alimentation restreinte des pneumoniques ne joue pas un rôle dans l'hypochlorurie urinaire.

M. Hallion (de Paris). De ce que le dosage du chlorure dans les tissus fournit un pourcentage normal, on ne peut conclure que la quantité absolue de chlorure n'y est pas augmentée, car il peut y avoir en même temps qu'une rétention de chlorure une rétention d'eau. C'est le cas dans les maladies qui présentent, comme la pneumonie, une crise urinaire avec émission abondante de chlorure et d'eau ; cette crise répond à une rapide déshydratation.

Les expériences que l'auteur a faites avec Carrion leur ont montré que l'on pouvait, chez un animal, réaliser une hydratation excessive ; l'eau salée en excès dans les tissus peut égaler le quart du poids total de l'animal, et cela sans trace d'œdème ; même phénomène se produit dans certaines maladies. Par d'autres expériences qu'ils ont publiées au Congrès de 1900, ils ont montré avec quelle facilité l'organisme résiste aux perturbations que l'on cherche systématiquement à créer dans la concentration moléculaire du sang, et aussi dans la proportion de chlorure que ce liquide contient.

Valeur séméiologique de la glycosurie dans le diabète. — *M. Mossé* (de Toulouse). Pour la plupart des auteurs, la gravité d'un diabète est proportionnelle à la quantité de sucre trouvée dans les urines. Sitôt que le sucre augmente, on rend le régime plus sévère. M. Mossé pense qu'il faut surtout se baser sur l'état général. Si l'état général est bon, le malade brûle son sucre. Qu'importe quelques grammes de sucre en plus. Rendre le régime plus sévère n'a comme résultat que de diminuer la résistance du sujet. A l'aide de courbes, M. Mossé montre que la glycosurie n'est qu'un symptôme dont la valeur n'est réelle que si l'on considère à côté les autres symptômes et l'état général du malade.

Des adhérences de l'estomac. — *M. Boinet* (de Marseille). Les adhérences de l'estomac jouent un rôle considérable dans la pathologie de cet organe. Elles contribuent à augmenter la stase gastrique, soit par traction directe sur un point de la grande courbure, soit par leur rétraction péripylorique. Ces adhérences à une rate paludéenne hypertrophiée et ramollie peuvent, après un repas copieux, favoriser la rupture spontanée de ce dernier viscère (Cas publié en Octobre 1901 dans les Bulletins de l'Académie). Ces adhérences peuvent atteindre des points éloignés du diaphragme, de la paroi abdominale. Chez une femme de cinquante ans, ces adhérences fixaient le bord inférieur de l'estomac à la partie inférieure de l'abdomen ; l'estomac, tiraillé et distendu, affleurait presque le pubis ; le liquide qu'il contenait donnait une sensation de flot qui fit admettre par de bon cliniciens la possibilité d'un kyste ovarien.

L'importance de ces adhérences périgastriques au point de vue thérapeutique est considérable.

Dans certains cas, la simple section d'adhérences non diagnostiquées a guéri des malades souffrant depuis longtemps de l'estomac et traités pour des affections variées. Dans d'autres cas, la symphyse gastrique avec adhérences inopérables, stase et dilatation stomacales, la gastro-entérostomie peut être indiquée, mais il faut surtout tenir compte de l'ulcère et du cancer au cours desquels ces tractus périgastriques se développent habituellement.

De la lithiase intestinale. — *M. Boinet* (de Marseille). Dans 6 cas de lithiase intestinale chez la femme, une seule fois, une malade était atteinte de goutte, et les manifestations goutteuses alternaient avec les débâcles de sable intestinal. Chez toutes ces malades, la lithiase intestinale a été précédée d'entéro-colite muco-membraneuse avec stase des matières fécales et constipation, et paraissait liée à ce que l'on a appelé le catarrhe lithogène, dans lequel la stase, les lésions de la muqueuse, l'excès de matières mucoïdes ont favorisé le dépôt de phosphate et de carbonate de chaux. Chez l'enfant, ainsi que le constatent souvent les médecins de Châtel-Guyon, il existe plutôt une entérite muqueuse à rechutes avec périodes de constipation spasmodique suivies d'expulsion de sable intestinal. A ce moment, le côlon contracté spasmodiquement donne la sensation bien connue de corde colique. Parmi ces petits malades, beaucoup sont nerveux et de souche arthritique.

Traitement de la lithiase intestinale. — *M. Mazeran* (de Châtel-Guyon). La lithiase intestinale est toujours liée à une colite membraneuse concomitante. On doit considérer cette affection comme un épisode clinique dans le cours d'un processus morbide complexe. Celui-ci comprend une succession normale de phénomènes pathologiques commençant par de la constipation, suivie d'entérite muco-membraneuse, terminée par de la lithiase.

A ces trois stades cliniques correspondent trois états anatomo-pathologiques : inertie intestinale, sécrétion réactionnelle dite de défense, et fermentations complexes. Il faudra, par le traitement, faire régresser dans leur ordre d'apparition ces différents stades, c'est-à-dire répondre aux trois indications suivantes : empêcher la production des fermentations anormales, modifier la muqueuse digestive et tonifier l'intestin.

Quelques réflexions concernant le spasme intestinal. — *M. Mazeran.* Le spasme est l'expression clinique d'une réaction de défense organique. L'état spastique engendre à son tour l'état pathologique, conséquence ; et tandis que l'irritation de la muqueuse gastrique provoque le spasme pylorique, celui-ci à son tour fait naître la stase alimentaire et sécrétoire. Pour l'intestin, l'état réactionnel spastique engendre des troubles variés parmi lesquels l'entérite muco-membraneuse et certaines manifestations typhlo-appendiculaires. Dans l'entérite muco-membraneuse, le spasme une fois constitué, la stase en devient la manifestation, la paroi intestinale réagit en secrétant le mucus protecteur. Celui-ci reste sur place, se moule sur la paroi et, se déshydratant, arrive à l'état membraneux. Ainsi considérée comme fonction du spasme, elle mérite le nom de névrose sécrétoire.

Certaines manifestations typhlo-appendiculaires sont souvent le résultat d'un processus spasmodique se passant au niveau de l'angle droit du côlon (point colique). Cette contracture se traduit par des crampes douloureuses localisées, par la sensation d'un côlon à calibre diminué roulant sous le doigt. Le rôle du spasme peut se concevoir de deux façons : transformation du cæcum en cavité de fermentations ou troubles apportés dans la circulation et la nutrition de cet organe. M. Mazeran admet la crampe spasmodique du côlon avec toutes les conséquences pathologiques susceptibles de se révéler du côté du cæcum.

M. Froussard (de Plombières) admet que l'irritation mécanique et chimique d'un point de la muqueuse intestinale occasionne une sécrétion muqueuse abondante. Mais cette interprétation lui semble insuffisante pour expliquer ces crises de décharges muqueuses abondantes et soudaines, la pluie intestinale de Lasségue. Il semble alors que l'hypersécrétion et le spasme sont tous deux sous la dépendance d'une même excitation nerveuse. Il rappelle que dans sa thèse, il a expliqué les crises de pseudo-appendicite par un spasme du cæcum et d'une partie du côlon ascendant.

M. R. Matton (de Salies-de-Béarn). Envisageant au point de vue de l'hygiène scolaire et de la prophylaxie individuelle des maîtres et des élèves la question de la tuberculose pulmonaire chronique dans les lycées et les collèges, M. Matton attire l'attention du Congrès sur les importants desiderata que présente encore l'organisation de ces établissements. Il montre la fréquence relative de la tuberculose dans le personnel enseignant, et le danger que présentent les professeurs et les maîtres répétiteurs malades pour les locaux qu'ils contaminent et pour les élèves qu'ils exposent. Il émet les vœux suivants :

1° Recrutement plus rigoureux au point de vue de la prédisposition à la tuberculose des futurs professeurs dès leur entrée dans la carrière de l'enseignement ;

2° Initiation précoce de ceux-ci aux éléments de l'hygiène scolaire et de la prophylaxie antituberculeuse ;

3° Surveillance plus stricte de la part de l'administration, éclairée par un personnel médical mieux recruté ou par des conseils d'hygiène universitaire supérieurs et académiques (Surmont, de Lille), des personnes qui vivent en contact direct et journalier avec les élèves ;

4° Mise en traitement des malades dans un sanatorium réservé aux membres de l'enseignement et envoi en congé d'office de tout malade atteint de tuberculose ouverte.

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Lymphangiome végétant. — *MM. H. et P. Hallopeau* (de Paris). Le malade fait remonter aux premiers temps de son existence le début de ses tumeurs ; il s'agit donc de naevi. Ils se sont progressivement accrus et constamment à la suite de poussées lymphangitiques aiguës ; leur coloration rouge serait plutôt en faveur d'hématangiomes, mais le fait que leur piqûre donne lieu à un écoulement de lymphe, qui se prolonge pendant plusieurs heures montre bien qu'il s'agit d'altérations des lymphatiques avec dilatation de leurs vasa-vasorum. Limitées à la jambe droite, ces néoplasies affectent sur les orteils une disposition systématique en traînées linéaires ; elles sont surtout remarquables par leur caractère végétant qui n'avait pas encore été signalé dans les faits de cette nature. Le membre affecté présente dans toute sa hauteur un certain degré d'atrophie. Il y a là un contraste avec ce que l'on observe dans les hématangiomes, si bien que l'on peut dire : les angiomes sanguins augmentent l'activité des phénomènes nutritifs, les angiomes lymphatiques la diminuent.

M. d'Espine (de Genève) présente une série de tracés du pouls anévrismal de l'aorte et distingue dans ces tracés deux formes essentiellement diffé-

1. Voy. *La Presse Médicale*, Avril 1902, n° 29, p. 341.

rentes. Dans la première, le tracé est identique à celui du pouls aortique obtenu chez le cheval par Chauveau et Marey. Ces tracés ont permis de fixer chez l'homme le temps du retard aortique. Il a été dans un cas (anévrisme de la portion ascendante) de 5 pour 100 de seconde; dans un second cas (anévrisme de l'arc), il a été de 6 pour 100 de seconde.

L'autre variété de tracé qui a été donnée par un anévrisme battant dans le second espace intercostal gauche, offre une ondulation à peu près uniforme sur laquelle ont été reportés les repères du début et de la terminaison du pouls carotidien. Ces deux repères tombent sur la première partie du tracé qui continue à évoluer après la fin du pouls carotidien, ce qui a permis d'affirmer qu'il s'agissait d'une poche anévrismale diverticulaire ne communiquant avec le vaisseau central que par un orifice relativement étroit.

MM. Bardier et Rispal (de Toulouse) ont suivi la courbe de la pression sanguine chez deux addisoniens en employant le nouveau sphygmomanomètre de M. Laulanié. Ils ont observé une hypotension manifeste, qu'ils mettent exclusivement sur le compte de la dégénérescence capsulaire, ces malades ne présentant aucune lésion de tuberculose pulmonaire.

Sur la tension superficielle des liquides de l'organisme humain — *M. Frenkel* (de Toulouse). En continuant ses recherches sur la tension de l'urine, l'auteur a déterminé la tension superficielle, dans un certain nombre de cas, du sérum sanguin, des liquides d'œdème, des épanchements de la plèvre, du péricarde, du péritoine, du liquide d'hydrocèle, du contenu gastrique. Comme pour l'urine, la présence des acides biliaires dans le sérum en abaisse la tension, mais cet abaissement est moins important que pour l'urine provenant du même malade. Les liquides d'œdème peuvent avoir une tension plus élevée que celle du sérum, mais elle reste toujours inférieure à celle de l'eau. La tension des épanchements pleuraux, péricardiques, péritonéaux est plus faible que celle des liquides d'œdème, tandis que le liquide d'hydrocèle est analogue à ce point de vue à l'anasarque. Enfin le contenu gastrique, soit dans le cas d'insuffisance motrice, soit à la suite d'un repas d'épreuve, a une tension de surface souvent, mais pas constamment, basse, ce qui tient tantôt aux acides gras, tantôt à l'alcool ou à d'autres substances qui ont le pouvoir d'abaisser fortement la tension.

3 Avril 1902.

Épanchements chyliformes. — *M Boinet* (de Marseille). L'auteur rapporte l'observation de trois cas d'ascite chyliforme, l'un dans un cas de cancer de l'estomac avec propagation au péritoine, le deuxième dans un cas de tuberculose intestinale avec péritonite, le troisième chez un malade atteint de tuberculose miliaire aigue. Il conclut en disant que, dans ces trois cas d'épanchements lactescents, l'opalescence n'est due ni à la présence du chyle en nature provenant d'une altération du canal thoracique, ni à la transsudation par diapédèse du contenu des fins chilifères; elle relève de l'existence de la graisse et des corps voisins de la graisse qui proviennent des produit résiduaux inflammatoires (fibrine-leucocytes) épithéliaux ou néoplasiques, en un mot de la dégénérescence plus ou moins complète des éléments figurés. M. Boinet rapporte un cas d'épanchement pleurétique chyliforme que lui a communiqué M. Laplane et qui serait peut-être passible de la même interprétation. Il ajoute que, dans aucun de ces cas, il n'existait de filaire. Les caractères du sérum sanguin n'ont été étudiés que chez un seul malade; il n'était pas lactescent. Enfin, aucun de ces faits ne doit sa lactescence aux leucocytes à un seul noyau, à l'exclusion des globules rouges et de toute autre variété de globules blancs comme dans l'observation de M. Widal (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, Février 1900).

Le pronostic de certaines maladies générales d'après quelques-unes de leurs manifestations oculaires. — *M. de Micas* (de Toulouse). Parmi les troubles oculaires qui surviennent au cours des maladies générales, les uns sont accidentels, les autres sont symptôme ou complication de la maladie générale.

Les ulcères cornéens, la kératomalacie, l'amaurose subite de la convalescence, l'héméralopie du début sont de mauvais signes dans la *rougeole*. L'exophtalmie bilatérale, la kératomalacie dans la *variole*, la cécité subite dans la *coqueluche* assombrissent le pronostic. Le ptosis double accompagné de paralysie de l'oculo-moteur externe et d'aphasie survenant dans la *fièvre typhoïde* est souvent suivi de mort.

Dans le *choléra*, les ecchymoses conjonctivales, les plaques noirâtres sur la sclérotique, l'absence des réactions des pupilles font présager une issue fatale, tandis que la guérison est probable si les pupilles réagissent bien. Les troubles oculaires de la *syphilis*, même l'iritis, doivent faire craindre une maladie grave avec retentissement sur les méninges ou la moelle. Dans le *diabète*, l'apparition d'une rétinite ou d'une cataracte est d'un mauvais augure. Une mort plus ou moins rapide est à craindre quand une rétinite survient dans un *mal de Bright*. L'inégalité pupillaire avec mydriase marquée du côté de la lésion, dans le début *de la pneumonie*, persistant pendant la maladie, est un symptôme faisant présager la guérison, tandis qu'une différence pupillaire minime ou passagère est d'un pronostic fâcheux.

Un cas grave d'opothérapie thyroïdienne. — *M. Cany* (de Toulouse). Il s'agit d'une enfant de dix-huit mois, portée à l'hôpital Anna, de Graz (Autriche), à laquelle on donna des tablettes de Borrough et Welcome sur la constatation de quelques-uns des symptômes du myxœdème. Après deux périodes de médication, on a trouvé, à deux reprises, des accidents néphrétiques et cardiaques attribuables à la médication. L'enfant étant morte de broncho-pneumonie, on constata que les accidents cardiaques étaient liés à une malformation d'origine fœtale, et que les accidents rénaux n'avaient été que superficiels. Ce cas invite les médecins d'enfants à la prudence vis-à-vis de la médication thyroïdienne.

M. Mossé (de Toulouse) rappelle que les accidents de ce genre ne sont pas sans exemple, qu'à Montpellier, lui-même a rapporté un certain nombre d'accidents, et que M. Arnozan a recommandé la plus grande prudence dans l'emploi de la médication thyroïdienne chez les enfants.

C'est dans la séance du jeudi 3 Avril qu'a eu lieu la discussion sur les affections paralytiques et le traitement du tabes et de la paralysie générale.

M. Leredde (de Paris) rappelle que le prof. Fournier a groupé sous le nom de manifestations parasyphilitiques des maladies qui ne se rencontrent pas exclusivement chez les syphilitiques, dont les lésions diffèrent des lésions syphilitiques, et qui ne sont pas justiciables du traitement antisyphilitique. M. Leredde a déclaré que le tabes et la paralysie générale ne se rencontrent peut-être pas exclusivement sur les syphilitiques; que, du reste, ils peuvent être produits par des affections ou des intoxications autres que la syphilis sans cesser d'être syphilitiques; enfin que les faits se multiplient prouvant l'action utile du traitement mercuriel dans ces affections. M. Fournier déclarait, en 1894, que le tabes, la paralysie générale sont d'origine, mais non de nature syphilitique, alors qu'en 1882, il les considérait comme bien syphilitiques. M. Leredde pense que le terme parasyphilis est mauvais, et ajoute que le tabes et la paralysie générales syphilitiques sont *curables* par le traitement mercuriel à la condition :

1° Que le traitement soit fait de bonne heure ;

2° Qu'il soit fait avec l'énergie suffisante.

Il croit enfin que ces deux affections seront guéries par le traitement mercuriel, à la condition d'élever les doses de celui-ci et d'employer des procédés encore plus énergiques qu'on ne le fait dans les syphilides rebelles de la peau par injections insolubles ou solubles.

M. Cassaet (de Bordeaux). On peut voir un certain nombre de malades paralytiques généraux bénéficier du traitement mercuriel, à la condition qu'il soit utilisé dans le temps et aux doses utiles. M. Cassaet cite l'histoire de deux malades présentant tous les stigmates de dégénérescence intellectuelle ou somatique de la paralysie générale, qui sont, l'un très amélioré, l'autre *guéri* définitivement, au point de se livrer aux occupations précises et fatigantes d'ingénieur et de négociant. Le traitement mercuriel doit être institué avec une vigueur inconnue jusqu'à ces derniers temps; le médecin peut faire reculer la paralysie générale dans de telles conditions que ce qui ne semble que l'exception d'aujourd'hui deviendra probablement la règle.

M. Pitres (de Bordeaux). Sur 150 cas de tabes observés, il en a vu 87 après l'âge de cinquante ans, soit que les uns aient été latents jusque-là, soit qu'ils n'aient débuté réellement qu'après cet âge (tabes séniles, par exemple). Parmi les tabétiques aux environs de cinquante ans, M. Pitres en a vu 80 pour 100 de syphilitiques; parmi les tabétiques entre cinquante et soixante-dix ans, il n'a pu trouver la syphilis que dans 48 pour 100 des cas. Enfin les tabétiques séniles (après soixante-dix ans) ne présentent plus qu'un tiers de syphilitiques. M. Pitres se demande s'il n'existerait pas alors de tabes sénile non syphilitique.

M. Teissier (de Lyon) a la conviction que le tabes n'est pas toujours d'origine syphilitique.

La discussion arrive sur le terrain du choix du traitement des affections parasyphilitiques.

M. *Donadieu-Lavit* (de Lamalou) passe en revue les divers sels mercuriels employés.

M. Leredde est d'avis que le sel mercuriel employé importe peu. Ce qui est important, c'est la quantité de mercure solubilisé qu'on injecte au malade. Il rappelle que parmi les sels de mercure employés le biiodure et le benzoate contiennent 45 pour 100 de mercure, le sublimé 76 pour 100, le cyanure 82 pour 100. M. Leredde ajoute que si le calomel agit, quoique la dose employée soit relativement faible, c'est que, probablement, la résorption est intense et rapide dans les trois premiers jours.

M. Pitres (de Bordeaux) emploie l'huile grise gaïacolée ; avec elle, on n'observe ni douleur, ni induration, ni abcès.

M. Maurice Faure (de Paris) dit qu'il faut distinguer, parmi les tabes, le tabes syphilitique des jeunes, le tabes des vieillards par sclérose.

M. Lemoine (de Lille) donne, dans le traitement du tabes et de la paralysie générale d'origine syphilitique, 4 à 5 centigrammes de benzoate de mercure *par jour*. Il a obtenu ainsi trois cas de guérison de paralysie générale précoce. Pour le tabes, il voit les symptômes sensitifs (douleurs fulgurantes) disparaître vers la vingt-cinquième ou vingt-sixième injection. Puis ce sont les symptômes viscéraux qui s'amendent.

Un élève de M. Lemoine employa un traitement plus énergique encore. Pendant *cinquante-quatre* jours consécutifs, il injecta au même malade *huit* centigrammes de benzoate de mercure sans accident.

Les phénomènes sensitifs disparurent au vingt-cinquième jour, les phénomènes moteurs au quarantième jour. M. Lemoine ajoute que le mot parasyphilis couvre une ignorance. A côté du tabes et de la paralysie générale syphilitiques, il y en a qui reconnaissent d'autres causes.

Si l'on veut avoir quelque chance de rendre quelqu'un paralytique général, dit M. Lemoine, il faut le rendre syphilitique; si l'on veut arriver plus sûrement au but, qu'il devienne syphilitique et alcoolique ; enfin, on sera à peu près certain de réussir en réunissant chez le même individu la syphilis, l'alcoolisme et l'arthritisme.

M. G. Ballet (de Paris) est résolu, par expérience, à ne jamais donner l'iodure de potassium à hautes doses dans le tabes ou la paralysie générale. Mais après avoir entendu la discussion qui vient d'avoir lieu, il est décidé à essayer le traitement mercuriel intensif dans ces deux affections.

Du tabes sénile. — *M. le professeur A. Pitres* (de Bordeaux). Le tabes sénile est plus fréquent qu'on ne le suppose généralement. Sur 350 tabétiques observés par l'auteur, 87 (soit 25 pour 100) avaient dépassé la cinquantaine. Mais ces 87 malades doivent être divisés en deux groupes comprenant : le premier, 55 sujets chez lesquels le tabes, après avoir débuté entre trente et cinquante ans, s'est prolongé au delà de la cinquantième année ; le second, 32 cas où le tabes s'est développé tardivement chez des sujets déjà âgés de plus de cinquante ans.

C'est sur ces cas de tabes sénile à début tardif que M. Pitres appelle l'attention du Congrès. Ils paraissent, en effet, différer des cas de tabes vulgaire de l'adulte par quelques particularités dont les principales sont les suivantes :

a) Le tabes tardif survient habituellement chez des sujets dont les artères sont fortement incrustées de dépôts athéromateux ;

b) La syphilis n'y est pas aussi fréquente que dans les cas de tabes précoce. Dans les observations de l'auteur, elle est notée dans 76 pour 100 des cas de tabes de l'adulte, dans 56 pour 100 des cas de tabes développé entre cinquante et soixante-cinq ans, et dans 33 pour 100 seulement des cas de tabes ayant débuté après soixante-cinq ans.

c) Les symptômes du tabes sénile sont les mêmes que ceux du tabes de l'adulte, mais leur évolution paraît être plus rapide chez les tabétiques âgés. Chez ces derniers, la maladie se constitue pour ainsi dire d'emblée avec l'ensemble de ses symptômes sensitifs et moteurs, au lieu d'avoir, comme c'est la règle chez l'adulte, une phase pré-ataxique prolongée dans laquelle les phénomènes d'incoordination motrice font défaut.

Il semble résulter de ces observations qu'il existe une variété de tabes sénile qui se distingue du tabes vulgaire de l'adulte par son apparition tardive chez des sujets athéromateux, non syphilitiques, et par l'évolution relativement rapide de ses symptômes.

TROISIÈME QUESTION

Les médicaments d'épargne. — *M. Soulier* (de Lyon), *rapporteur* — Le physiologiste, le clinicien, le thérapeute, lorsqu'ils parlent d'*action d'épargne*, doivent n'avoir en vue que l'*épargne* des albuminoïdes de constitution.

Le physiologiste énumérera dans l'ordre suivant les trois grandes classes d'aliments quant au maintien ou au rétablissement de l'équilibre azoté : albuminoïdes, hydrates de carbone, graisse. La *gélatine*, qui s'élimine en totalité sous forme d'urée, est cependant un aliment énergétique : elle est plus aliment d'épargne que les hydrates de carbone, *a fortiori* que les graisses.

Le clinicien considère l'action d'épargne comme le résultat d'une action modératrice de la nutrition, d'une diminution des oxydations, d'un ralentissement de la dénutrition. Je propose de réserver le qualificatif *antidéperditeur* au médicament d'épargne que l'on suppose agir ainsi.

L'expression *médicaments d'épargne* pourrait être réservée au seul groupe *kola-café*, caractérisé cliniquement par la présence d'alcaloïdes xanthiniques. Les membres de ce groupe, bien loin d'être des modérateurs de la nutrition, paraissent être des accélérateurs de la nutrition, des oxydants. Ils n'en sont pas moins des *agents d'épargne des albuminoïdes de constitution*, en ce sens que leur principale caractéristique est que, dans le cas de privation d'aliments, ils deviennent tout particulièremeet aptes à *utiliser les réserves alimentaires de l'organisme*.

L'arsenic, considéré par quelques-uns comme un modérateur de la nutrition, à ce titre agent *antidéperditeur*, doit, d'après nous, plutôt figurer dans le groupe kola-café. L'arsenic est un mobilisateur d'oxygène : son mode d'agir relève des fermentations ; il peut être considéré comme un ferment.

M. Henrijean (de Liège), *co-rapporteur*. — Nous pouvons concevoir l'existence de médicaments d'épargne d'action très différente : les uns, sans modifier la dissociation des aliments, sont de nature à empêcher le gaspillage calorique ; d'autres agiraient d'une façon inconnue sur le système nervo-musculaire pour augmenter l'efficacité de la machine humaine ; d'autres encore agiraient pour rendre disponible l'énergie potentielle gaspillée dans les aliments mal transformés ; enfin, certaines substances agiraient encore en réduisant la dépense digestive de façon que l'énergie emmagasinée n'arrive pas à être trop réduite par la valeur de l'énergie qui l'a rendue assimilable. Peut-être, à ce dernier point de vue, les ferments digestifs pourraient-ils, dans certaines circonstances, constituer de véritables médicaments d'épargne.

3 Avril (soir).

Sur le régime carné. — *M. Dufourt* (de Vichy) communique ses expériences sur quatre chiens qu'il a soumis au régime carné pur.

Au début, le régime est bien accepté, 500 grammes pour des chiens de 6 à 7 kilogrammes. Voici ce qu'on observe. L'albumine apparut trois fois sur quatre en proportion de 0,50 centigrammes ou 0,60 centigrammes par litre. Les pigments biliaires normaux passèrent dans l'urine trois fois sur quatre, mais l'urobiline ne fut jamais constatée. La quantité d'indican devint au moins dix fois plus considérable qu'avec le régime végétarien. L'ammoniaque passa de 0,20 centigrammes par vingt-quatre heures en moyenne à 0,50 à 0,60. Le coefficient azoturique augmenta, mais la proportion d'azote restant à l'état de produits plus ou moins toxiques devint trois ou quatre fois plus considérable. Les animaux maigrissent tous, la peau s'altère, l'eczéma généralisé apparaît.

M. Dufourt conclut qu'un sujet soumis à l'alimentation exclusive ou surabondante par la viande est en imminence d'auto-intoxication.

Alcoolisme et strychnine. — *M. Henrot* (de Reims) a essayé avec succès à nouveau l'emploi du sulfate de strychnine préconisé par M. Luton, de Reims. M. Henrot, dans les cas d'intoxication alcoolique (subdélire, delirium tremens), emploie le sulfate de strychnine au 1,100.

Il injecte deux ou trois fois par jour une demi-seringue de Pravaz, c'est-à-dire un demi-centigramme par injection.

MM. Hallion et Carrion (de Paris) ont fait des recherches expérimentales sur l'action thérapeutique de la levure de bière. Voici quels sont leurs résultats :

I. La levure de bière exerce sur la toxine diphtérique une action neutralisante directe des plus énergiques.

II. La levure de bière, fraîche ou desséchée, reste vivante et fermente activement dans le suc gastrique, même fortement hyperacide.

De ces faits, on peut tirer les présomptions suivantes :

1° Il semble indiqué de badigeonner avec la levure de bière les fausses membranes diphtériques accessibles ;

2° La levure vivante dans le tractus gastro-intestinal y agit de deux manières : d'une part en vertu de la loi de la lutte pour l'existence, en gênant la pullulation des germes nocifs ; d'autre part en détruisant certaines toxines comme elle détruit la toxine diphtérique ;

3° C'est par là sans doute que la levure amende les diarrhées (Thiercelin, Chevrey). C'est aussi de cette façon qu'elle agit sur la furonculose, l'acné, affections qui sont très souvent causées, favorisées ou aggravées par des fermentations digestives vicieuses, et par l'auto-intoxication qui en résulte.

MM. Audebert et Lafon (de Toulouse) ont fait des recherches expérimentales sur l'action utéro-motrice de quelques substances injectées dans l'espace sous-arachnoïdien, et ils en tirent les conclusions suivantes :

1° Les injections sous-arachnoïdiennes d'eau salée, d'eau stérilisée, d'eau saturée d'éther, la solution quinique au centième, n'ont qu'une action utéro-motrice très faible, nulle probablement, incapable en tout cas de déterminer l'expulsion prématurée du produit ;

2° Les injections intra-rachidiennes de quinine ne sont pas sans présenter un certain danger, et ne doivent, par conséquent, être tentées chez l'homme qu'avec une extrême réserve.

M. Hallion (de Paris) rappelle que les expériences qu'il a faites sur ce sujet avec M. Tuffier ont donné les mêmes résultats.

Ch. Fouquet.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

9e session (3, 4 et 5 Avril 1902).

Formes rares de la phlébite pendant la grossesse et les suites de couches. — *M. Valency* présente 4 observations, dont une provenant de M. Demelin, de phlébite avec douleur, impotence, œdème généralisé et hydarthrose, ne s'étant accompagnée d'aucun retentissement sur la santé générale ; il n'y a eu ni fièvre, ni frisson.

Ce qui fait l'intérêt de 3 de ces observations, c'est l'apparition de la phlegmatia dans le cours de la grossesse (au septième mois, à huit mois un quart, à huit mois et demi).

Chez l'une au moins de ces malades, M. Valency attribue à l'affection une origine utérine ; elle serait consécutive à une hémorragie par décollement placentaire, chez une femme très leucorrhéique.

Malformation du vagin et puerpéralité. — *M. Vallois* (de Montpellier) rapporte l'observation d'une femme de vingt-deux ans, qui devint enceinte malgré un hymen complet, au-dessus duquel siégeait en outre une cloison transversale ; ces deux membranes ne présentaient l'une et l'autre qu'un orifice imperceptible. Il y avait, de plus, bifidité de l'urètre antérieur.

Cette femme accoucha à quatre mois et demi d'un fœtus se présentant par le siège, et cela au prix des plus grandes difficultés.

On fut obligé d'inciser et de débrider l'hymen, et, la tête étant restée dans la cavité utérine, on ne put l'extraire que par le procédé de l'expression abdomino-vaginale.

Les suites de couches furent normales, mais le cloisonnement vaginal manifesta une tendance à se rétrécir.

Grossesse molaire tubo-utérine avec conservation de la menstruation. — *M. Lop* (de Marseille). Il s'agit d'une grossesse tubo-interstitielle de dix semaines, qui donna lieu à des hémorragies abondantes, et se termina par l'expulsion de fragments de môle hydatiforme.

Le curage digital, suivi du curettage, permit d'extraire complètement la masse molaire qui semblait se prolonger dans la trompe.

M. Maygrier émet des doutes sur le siège de cette grossesse. Ne s'est-il pas agi d'un œuf enchatonné dans une corne utérine ?

Grossesse double dans un utérus double. — *M. Treub* (d'Amsterdam). Il s'agit d'un fait très rare d'imprégnation d'un second œuf dans l'un des utérus, alors que l'autre utérus était déjà en état de gravidité ; jusqu'ici un seul des fœtus a été expulsé.

A l'examen, on rencontrait deux tumeurs molles, inégales : l'une remontant jusqu'à l'ombilic, l'autre restant à quatre doigts au-dessous de l'ombilic ; le contenu de ces deux tumeurs ballottait.

Le vagin était divisé par une bride longitudinale, qui le transformait en deux canaux, au fond de chacun desquels était un col (l'un était déchiré). La femme entra en travail le 13 Mars dernier. Les douleurs portèrent alternativement sur l'utérus droit et sur le gauche, rarement sur les deux ensemble, un seul des deux cols se dilata.

Au bout de trois jours, on dilata artificiellement le col, et on fit une application de forceps, qui amena un enfant vivant pesant 2 kilogrammes.

A l'heure actuelle, la grossesse continue dans l'autre utérus.

M. Keiffer. Quand on ouvre le ventre d'une femelle de petit mammifère pendant le travail, on constate les mêmes phénomènes que ceux qui ont été observés par M. Treub, c'est-à-dire la contraction unique ou double des utérus, avec une alternance sans aucune régularité.

Traitement de la congestion et de l'hémorragie utérine chez les arthritiques (conception, grossesse, suites de couches, ménopause). — *M. Loviot* pense que, chez les arthritiques, on ne doit pas donner de médicaments, afin de ne pas augmenter la vasoconstriction.

D'après lui, toutes les arthritiques étant des constipées, chez lesquelles il y a hyperacidité et insuffisance des échanges, il faut d'abord vider complètement l'intestin, puis prescrire l'exercice au grand air et les alcalins, au besoin la kinésithérapie.

En adoptant ce traitement, on facilite la conception, on prévient les avortements d'origine non syphilitique, on prévient également les vomissements de la grossesse et les troubles mentaux.

Enfin, pendant les suites de couches et la ménopause, la même thérapeutique donne d'excellents résultats.

M. Loviot insiste sur sa technique pour déconstiper les malades ; elle consiste en lavements huileux abondants et répétés, donnés avec une longue canule à larges orifices terminaux.

Le régime doit être lacto-végétarien.

De l'utilisation artificielle de la partie extra-embryonnaire de l'œuf. — *M. Bouchacourt* rapporte différents usages relatifs à l'emploi de l'arrière-faix, depuis que l'instinct de la placentophagie est tombé en désuétude dans l'espèce humaine.

Le suppositoire placentaire dans le vagin était conseillé par Hippocrate contre la stérilité.

L'application de délivre de vache sur le ventre de la mère a été employé pour hâter la terminaison de l'accouchement (G. Duval) ; le placenta de la mère était considéré comme un calmant des tranchées (en cataplasme sur le ventre) ; en application locale sur le visage il effaçait les lentilles (Nicolas Lémery).

Quand l'enfant naissait en état de mort apparente, on lui appliquait le placenta sur le ventre (Guillemeau, Portal, Peu, Mauriceau, De la Motte, Jacobs), ou bien on faisait bouillir l'arrière-faix dans du vin ou de l'eau, avant la séparation de l'enfant (Peu, Mauriceau, Rœderer, De la Motte), à moins qu'on n'expose l'enfant à des fumigations provenant de la combustion du placenta et du cordon. L'emploi du placenta comme topique des *nœvi materni* se retrouve dans un grand nombre d'auteurs anciens ; cette cou-

tume se retrouve encore aujourd'hui chez certaines matrones.

L'auteur insiste longuement sur les coutumes ayant trait à l'utilisation morale de la partie extra-embryonnaire de l'œuf : ce qui comprend le préjugé de l'influence heureuse de la « coiffe » (Louise Bourgeois, Sue le jeune, etc.), encore admise en Bretagne, et toutes les superstitions relatives à la destination ultérieure du cordon ombilical (considéré comme un palladium) et de l'arrière-faix (Annam, Pays de Bongo, Iles Marquises, Terre de feu, etc).

De l'arc antérieur du bassin. — ***M. Fochier*** (de Lyon) insiste sur ce fait que la détermination de la forme de l'arc antérieur du bassin présente un très grand intérêt, en ce sens que, suivant que la tête fœtale peut ou ne peut pas s'adapter à sa courbure, le détroit supérieur sera ou ne sera pas franchi.

En parcourant l'arc antérieur avec le doigt introduit dans le vagin, on peut se faire une idée approximative des dimensions du diamètre transverse médian, qui est le seul diamètre transverse utile au point de vue de l'accouchement et de son pronostic.

Pour M. Fochier, l'étude de l'arc postérieur du bassin, et de la saillie plus ou moins marquée du promontoire, ne présente qu'un intérêt secondaire.

De l'action du sucre sur le travail de l'accouchement. — ***MM. Keim et Lehmann.*** En se basant sur l'activité expérimentale du sucre vis-à-vis de l'activité musculaire, on a pensé que le sucre influençait la contraction utérine; en réalité il n'agit qu'après un début de travail et est sans influence sur la délivrance et sur la rétraction utérine.

Chez les femmes qui absorbent professionnellement du sucre, c'est-à-dire chez les raffineuses, le travail est très court, et les forces sont conservées intégralement pendant toute la durée de l'accouchement, l'action du sucre se généralisant au reste de la musculature de l'organisme.

Le sucre est donc non seulement un ocytocique, mais un stimulant, un véritable tonique relevant l'énergie musculaire de la femme.

(*A suivre*). L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

8 Avril 1902.

Dacryoadénite à forme subaiguë de nature syphilitique. — ***M. Aubineau.*** Il s'agit d'un ouvrier du port de Brest, âgé de trente-trois ans, qui présentait depuis trois mois un gonflement de la région oculo-orbitaire externe droite. Pas de fièvre, mais crises de larmoiement et céphalalgies violentes. L'œil n'était ni dévié ni exophtalmié. Le diagnostic de dacryoadénite était évident par la palpation sous le rebord orbitaire de la glande hypertrophiée. La rapidité d'action du traitement iodo-mercuriel prouve que l'on était en présence d'une manifestation syphilitique.

Gliome de la rétine. — ***M. Sureau*** présente un enfant de quatre ans auquel il a fait six mois auparavant une énucléation de l'œil gauche pour un gliome de la rétine. Après l'opération, aucune suture de la conjonctive. M. Sureau fait remarquer que cette absence de suture ne nuit en rien à la perfection du moignon.

Ophtalmie purulente consécutive à la pneumonie. — ***M. Darier.*** Rapport sur un travail de M. Abt. — Un enfant de dix ans eut, dès le deuxième jour d'une pneumonie, des troubles de la vue. L'examen de l'œil ne fut pratiqué que le onzième jour. On reconnut une suppuration du vitré, et l'œil fut énucléé. L'examen direct, les cultures et l'inoculation à la souris montrèrent la présence du pneumocoque dans le pus. Ces ophtalmies sont d'un pronostic grave : dans la moitié des cas, la mort est consécutive à l'infection qui les produit.

De la non-contagion des granulations. — ***M. Germaix*** admet que les conjonctivites granuleuses avec suppuration sont seules contagieuses. Il a à plusieurs reprises tenté en vain d'inoculer par le frottement des conjonctivites granuleuses sans suppuration.

A. Druault.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

9 Avril 1902.

L'huile bromée. — ***M. Lafay.*** J'ai présenté déjà à la Société de dermatologie un procédé de préparation des huiles iodées basé sur ce fait que les huiles incomplètes au point de vue de leur constitution chimique pouvaient se compléter par fixation d'iode.

Cette propriété, qui est surtout marquée pour les huiles siccatives (huile de lin, de noix, d'œillette, de sésame) est due à leur tenue en éthers glycériques d'acides incomplets (acide oléique, linoléique et solinoléique. Ces acides n'étant pas saturés fixent directement le chlore, le brome, l'iode.

Comme l'iode, et plus facilement que lui, le brome se fixe sur les huiles, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'acide bromhydrique.

L'huile bromée au tiers (33.33 pour 100 de Br) répond à toutes les exigences de l'hypodermie et c'est cette huile que j'ai l'honneur de présenter sous le nom de Lipobromol.

Un gramme de lipobromol correspond à 0 gr. 50 centigrammes de bromure de potassium.

Au point de vue thérapeutique il semble que les effets des huiles bromées sont les mêmes que ceux du brome ; elles sont en outre très bien tolérées, ne donnent pas d'accidents bromiques et agissent à des doses sensiblement inférieures à celles des bromures alcalins dont elles n'ont pas, du reste, l'action irritante, en raison de leur forme huileuse.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

9 Avril 1902.

Fibrome enclavé compliqué de grossesse ; accidents de compression; hystérectomie sus-vaginale ; guérison. — ***M. Quénu*** lit un rapport sur cette observation adressée à la Société par ***M. Cottin*** (de Dijon). Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, enceinte de trois mois, avec une tumeur remontant à 2 ou 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et qui accusait des troubles de la miction (fréquence de la miction, puis rétention d'urine) et de violentes douleurs lombaires empêchant tout sommeil. Constipation. Etat général médiocre. Après examen, qui lui démontre la présence d'une masse globuleuse ferme, indolente, immobile, occupant toute l'excavation, M. Cottin porte le diagnostic de grossesse compliquée de fibrome, et il essaye d'abord d'un traitement purement médical : cathétérismes vésicaux, lavages intestinaux, injections de morphine. Mais au bout de cinq semaines de ce traitement, l'état de la malade n'avait fait encore que s'aggraver, et M. Cottin crut devoir alors intervenir chirurgicalement.

La laparotomie lui fit découvrir une masse intra-abdominale constituée par l'utérus gravide et une masse intra-pelvienne constituée par un fibrome largement implanté sur le fond de l'utérus. L'énucléation du fibrome lui paraissant périlleuse, M. Cottin se décida à pratiquer l'hytérectomie subtotale. Les suites opératoires furent simples, et l'opérée, guérie, rentra chez elle au dix-huitième jour.

A l'occasion de cette observation, M. Quénu discute les indications de l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse compliquée de fibromes. Pour sa part, il estime, avec M. Lepage, que très rarement la vie de la femme est menacée par suite de l'existence de fibromes utérins pendant la grossesse et que les complications qui surviennent du fait d'un utérus fibromateux gravide sont très rarement suffisantes pour légitimer une intervention radicale au cours de la grossesse. Il n'admet pas l'intervention *prophylactique* préconisée par certains chirurgiens et il estime qu'il ne faut agir chirurgicalement que pour des accidents existants et non par crainte de complications ultérieures. Quant à l'appréciation de l'importance des accidents existants, elle est plus délicate : M. Quénu pense que c'est l'atteinte qu'ils portent à l'état général de la femme qui seul doit servir de critérium.

Reste le mode d'intervention à choisir : faut-il tenter une myomectomie conservatrice ou faire une opération radicale ? La myomectomie est évidemment l'opération de choix : Kelly, Martin (de Rouen), Olshausen, etc., l'ont faite avec succès ; mais elle n'est pas toujours possible. Cependant peut-être M. Cottin aurait-il pu y recourir dans son cas.

Sarcome de l'utérus; résection d'une anse intestinale adhérente; hystérectomie abdominale totale; guérison. — ***M. Quénu.*** Cette observation, également due à ***M. Cottin***, est intéressante et par l'histoire de la malade qui avait présenté d'abord tous les signes rationnels d'un fibrome, puis ceux d'une tumeur maligne de l'utérus, et par l'opération : résection d'une anse grêle de 15 centimètres, et entéro-anastomose consécutive.

M. Quénu s'attache surtout au premier point, savoir au problème de la dégénérescence sarcomateuse des fibromes utérins (la tumeur enlevée par M. Cottin avait, en effet, toutes les apparences d'un sarcome).

D'abord M. Quénu ne trouve pas dans l'observation de M. Cottin d'argument absolument convaincant en faveur de cette thèse. Il pense plutôt que sa malade a eu un sarcome d'emblée et non un sarcome secondaire à un fibrome. M. Pozzi a écrit « qu'il est extrêmement probable que le fibro-sarcome utérin a toujours pour tissu matriculaire un fibro-myome ». Cette opinion est fort contestable. Sans doute l'évolution sarcomateuse ultérieure d'un fibro-myome utérin est chose acquise, mais sans parler des sarcomes qui ont pour berceau la muqueuse utérine, M. Quénu cite des faits qui prouvent de façon indiscutable l'existence de sarcomes utérins primitifs purs, c'est-à-dire sans myomes. D'ailleurs, Pillet et Coste ont démontré la formation des cellules sarcomateuses aux dépens des cellules endothéliales des vaisseaux.

La chose est importante, car il est clair que si on met à la charge des fibro-myomes tous les cas de sarcome utérin, la fréquence de la dégénérescence maligne s'en trouvera fort augmentée et leur pronostic assombri outre mesure. Il serait donc intéressant, désormais, de rechercher dans chaque observation de sarcome utérin, d'après la texture et la clinique, s'il s'agit de tumeurs secondaires ou primitives.

M. Schwartz confirme l'existence de sarcomes utérins primitifs. Il en a observé un cas des plus probants.

Plaie pénétrante du rachis par arme blanche, sans lésion de la moelle : ouverture de l'espace sous-arachnoïdien ; écoulement d'une grande quantité de liquide céphalo-rachidien (30 litres en cinq semaines); guérison. — ***M. Demoulin.*** Cette intéressante observation, qui a été adressée à la Société par ***M. Giss*** (de Thionville), concerne un jeune homme de vingt-trois ans qui, le 20 Août 1899, reçut un coup de couteau à la partie inférieure de la nuque. En dehors de l'hémorragie, qui fut très abondante, le blessé n'accusa d'abord aucun symptôme. Ce ne fut que quarante heures environ après l'accident que les parents remarquèrent qu'un liquide, ressemblant à de l'urine très claire, s'écoulait en abondance de la plaie.

M. Giss, prévenu aussitôt, trouva le malade couché dans son lit, fiévreux, se plaignant de douleurs dans la tête et dans le bras droit ; celui-ci était parétique. A la nuque, au niveau de l'apophyse épineuse de la 6e cervicale, existait une petite plaie transversale d'où ruisselait sans interruption du liquide céphalo-rachidien. Une sonde cannelée s'y enfonçait à une profondeur de 4 cent. 1/2; l'exploration ne décela la présence d'aucun corps étranger. Pansement antiseptique. Ce n'est que trois jours plus tard, en présence des douleurs atroces qui survenaient dans le membre supérieur droit à l'occasion du moindre mouvement que M. Giss, sondant de nouveau la plaie, put découvrir la présence d'un corps dur, aplati, fiché dans la colonne vertébrale.

Ce corps étranger, qui n'était autre qu'une lame de couteau, longue de 7 cent. 1/2, fut des plus difficiles à extraire tant elle était solidement fixée.

Dès le lendemain, les douleurs dans l'épaule et le bras droits avaient disparu. Mais l'écoulement du liquide céphalo-rachidien persista, toujours aussi régulier et aussi abondant, inondant chaque jour le lit du malade. Céphalée et fièvre intermittentes. Pansements antiseptiques, quinine, glace sur la nuque.

Cet état de choses persista jusqu'au 8 Septembre. Ce jour-là, la plaie de la nuque s'étant fermée, et l'écoulement ayant cessé, le malade fut pris de douleurs intolérables, avec agitation extrême, et vomissements; la température monta à 40°. On diagnostiqua une méningite et on considéra le malade comme à peu près perdu. Mais tous ces symptômes s'atténuèrent les jours suivants avec la réouverture de la plaie et l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Le malade eut encore dans le courant du même mois deux crises analogues, quoique moins violentes, puis, le 28 Septembre, la blessure se ferma définitivement après une perte totale d'au moins 30 litres de liquide céphalo-rachidien dans l'espace d'à peu près cinq semaines. Les jours suivants, la fièvre et la céphalée disparurent peu à peu, mais le malade resta longtemps encore dans un état d'affaiblissement et d'amaigrissement inquiétants. Ce n'est que vers la fin de Novembre qu'il put être considéré comme à peu près rétabli. Cependant, aujourd'hui, plus de deux ans après l'accident, il présente encore une certaine

irritabilité nerveuse qu'il n'avait pas avant son accident.

Telle est l'observation de M. Giss. M. Demoulin attire l'attention sur la rareté des observations analogues : il n'en a rencontré que 5 dans la littérature. S'attachant au symptôme le plus intéressant et pathognomonique de ces lésions, l'écoulement de liquide céphalo-rachidien, M. Demoulin nous apprend que quatre fois cet écoulement s'est montré immédiatement après la blessure ; dans le 5e, quarante heures seulement après le traumatisme ; dans le 6e, la plaie avait été suturée. La durée de l'écoulement a varié entre huit jours et cinq semaines. Dans 5 cas sur 6, l'écoulement a été abondant, sans que la quantité ait jamais pu être fixée d'une façon certaine.

Quelle est la cause de l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien dans ces plaies? Jusqu'ici, les physiologistes ont admis (Claude Bernard, Blécard, entre autres) que la soustraction du liquide céphalo-rachidien amenait, par une action mécanique sur les vaisseaux pie-mériens, une exsudation du sérum sanguin avec reproduction rapide du liquide en question. Les faits récemment apportés à la Société à propos de la rachicocaïnisation font croire plutôt que cette reproduction est la conséquence d'une réaction plus ou moins intense de la dure-mère à la suite du traumatisme qui a ouvert les méninges. M. Guinard n'a-t-il pas montré qu'une simple piqûre avec un instrument aseptique occasionnait une véritable méningite séreuse avec hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien? Mais est-ce le fait seul de la piqûre qui occasionne cette méningite, ou n'est-ce pas plutôt l'introduction dans le liquide céphalo-rachidien de quelques gouttes de sang provenant de la blessure des veines intra-rachidiennes et qui agiraient comme corps étranger irritant? Dans ce cas, on s'expliquerait les réactions beaucoup plus intenses présentées par le malade de M. Giss, chez lequel il y avait eu à la fois traumatisme violent et certainement septique et hémorragie abondante.

La seule chose qui doive nous étonner est que les symptômes de méningite présentés par cet homme n'aient pas été plus graves : les malades de Jobert et de Gribbon moururent de méningite suppurée. La guérison dans le cas de M. Giss est probablement la conséquence de la persistance de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien qui semble avoir agi comme les ponctions employées contre la méningite cérébro-spinale par quelques médecins.

M. Demoulin termine son rapport par quelques réflexions sur la conduite à tenir par le chirurgien en présence d'une plaie par arme blanche ayant ouvert l'espace sous-arachnoïdien de la moelle sans lésion de cet organe. Faut-il explorer la plaie? Certes oui, car cette exploration fera découvrir les corps étrangers qui peuvent y être restés. Faut-il suturer ? Non, dit M. Demoulin, il faut laisser la plaie ouverte pour éviter les accidents de compression cérébrale.

M. Poirier, discutant l'opinion tout à l'heure émise par M. Demoulin sur la cause de l'irritation méningée à la suite de la ponction des méninges, ne peut pas admettre que cette irritation soit due à l'introduction de quelques gouttes de sang dans l'espace sous-arachnoïdien : l'hémorragie ne pouvant, dans la majorité des cas, provenir que de la piqûre des plexus veineux extra-duraux, il va de soi que l'épanchement ne peut se faire au sein du liquide céphalo-rachidien.

M. Routier, dans 2 cas où il eut à trépaner le canal vertébral et à ouvrir les méninges, fit une fois la suture de ces membranes et, dans l'autre cas, laissa la plaie ouverte. Il n'a pas observé dans le premier cas de phénomènes d'hypertension intra-méningée ; dans le second cas, il a noté, comme M. Giss et les observateurs précédents, un écoulement extraordinairement abondant de liquide céphalo-rachidien.

M. Tillaux rappelle à ce propos le cas de cet ouvrier qui se trouve rapporté dans son *Traité d'anatomie topographique* et qui, à la suite d'une perforation de la lame criblée de l'ethmoïde présenta pendant des mois un écoulement extraordinairement abondant de liquide céphalo-rachidien.

Tumeur maligne de l'ovaire améliorée par les injections de sérum anticellulaire de Wlaëff. — *M. Richelot* présente une femme qui, atteinte d'une tumeur végétante de l'ovaire, diagnostiquée inopérable il y a deux ans par M. Richelot et par M. Doyen (ce dernier avait même fait une laparotomie qui dut rester exploratrice), fut soumise par M. Wlaëff à des injections de sérum anticellulaire. Cette femme est allée retrouver M. Richelot il y a un mois et celui-ci a pu constater à son grand étonnement que la tumeur ovarienne, qui jadis formait un magma diffus, occupant le petit bassin et la région hypogastrique, immobilisant l'utérus et remplissant les culs-de-sac, était maintenant réduite au volume du poing, bien circonscrite et mobile ; le petit bassin est libre, l'utérus mobile, les culs-de-sac souples. Il y a bien de l'ascite qui exige une ponction tous les mois, mais la malade a bonne mine et M. Richelot compte l'opérer prochainement.

M. Richelot a tenu à présenter cette malade à la Société, non pas comme un exemple de la vertu curative du sérum de Wlaëff, — cette femme a toujours son épithélioma, — mais pour montrer que ce sérum, comme ses similaires, peut très bien après tout remonter les malades, modifier les circulations locales et favoriser la résorption des exsudats qui entourent certains tissus et les transforment en magma inextricable.

M. Quénu demande sur quels signes certains on s'est appuyé dans ce cas pour porter le diagnostic d'épithélioma de l'ovaire ?

Il ne faut pas oublier qu'il y a certaines inflammations pelviennes, certaines formes de tuberculose, par exemple, qui peuvent donner lieu à des productions fibreuses simulant des tumeurs. M. Quénu s'est trouvé en présence d'un cas de ce genre dont il n'a eu l'explication qu'à la deuxième intervention. En outre, il y a des tumeurs de l'ovaire qui ont une évolution régressive, qui peuvent être considérées presque comme des tumeurs évoluant spontanément vers la guérison ; tous les chirurgiens en ont vu des exemples. M. Quénu dit donc que l'observation de M. Richelot n'est rien moins que probante.

M. Segond cite une observation personnelle qui est très analogue à celle de M. Richelot, mais où le sulfate de quinine remplace le sérum anticellulaire. Il pense que les observations du genre de celle-ci sont dangereuses à publier parce qu'elles peuvent laisser croire à des succès thérapeutiques que nous sommes loin de constater. Si on les publie, il faut bien faire remarquer que ce sont des exceptions, des curiosités cliniques, mais qui ne doivent en aucun cas autoriser les chirurgiens à laisser supposer que dans le traitement du cancer ils accordent crédit à des méthodes de traitement dont l'efficacité reste tout entière à démontrer.

Anévrismes des deux fémorales; ligature, guérison. — *M. Berger* présente une femme chez qui il a pratiqué successivement et à un mois d'intervalle la ligature des deux artères fémorales pour des anévrismes dont le gauche, du volume du poing, était sur le point de se rompre, et dont le droit, moniliforme, était gros comme deux citrons juxtaposés. La ligature ne fut suivie d'aucun accident, et la malade guérit parfaitement. Les accidents qu'on a signalés à la suite de la ligature sont, d'ailleurs, toujours le résultat d'une faute d'asepsie. Enfin M. Berger fait remarquer que la ligature est d'une exécution facile, alors que l'extirpation se montre presque toujours impossible dans ces cas.

Bec-de-lièvre unilatéral complexe; opération; guérison. — *M. Berger* présente un jeune enfant âgé de deux ans et demi, qu'il a opéré il y a quinze jours pour un bec-de-lièvre aussi compliqué que possible. L'opération a consisté à détacher complètement l'aile du nez, à suturer la pointe de l'aile du nez ainsi détachée à la sous-cloison préalablement avivée, puis à se servir de l'avivement de la partie de la joue correspondant à l'aile du nez pour restaurer la partie supérieure de la lèvre. Le tubercule incisif, mobilisé par la section au ciseau du bord alvéolaire au niveau de la narine saine, fut ramené au contact du bord alvéolaire interne par la division congénitale et solidement suturé à ce dernier par un fil d'argent. Le résultat est des plus satisfaisants.

Décollement épiphysaire incomplet de la tubérosité antérieure du tibia. — *M. Michaux* présente une intéressante radiographie de cette lésion, prise sur un malade qui avait fait une chute sur le genou en jouant.

J. Dumont.

ANALYSES

MÉDECINE

P. Ravaut. *Le diagnostic de la nature des épanchements fibrineux de la plèvre. Cytodiagnostic* (*Thèse*, Paris, 1901). — Dans un travail très documenté et plein de recherches personnelles et originales, l'auteur expose, en une série de chapitres, la technique et les résultats de la méthode du cytodiagnostic des épanchements pleurétiques, méthode qu'il a créée avec son maître Widal.

Il montre tout d'abord l'insuffisance et l'incertitude des résultats que comporte l'emploi de certaines autres méthodes mises en œuvre pour déterminer la nature d'une pleurésie. Ainsi, les examens par les cultures, par les inoculations, par les recherches chimiques (dosage des chlorures), cryoscopiques, par les injections de tuberculine, par le sérodiagnostic, par la recherche de la perméabilité pleurale, ne sauraient donner de sécurité diagnostique dans tous les cas. Il reste toujours, par l'emploi de ces seuls moyens, un certain nombre d'épanchements dont on ne peut déterminer la nature.

L'examen anatomo-pathologique est, au contraire, susceptible de nous fournir d'une façon certaine la preuve de ce que nous recherchons, ou tout au moins de nous montrer l'existence ou l'absence de tuberculose pleurale. Or, l'aspect cytologique d'une pleurésie est précisément en rapport avec la lésion anatomique de la plèvre et les faits que l'auteur rapporte suffisent à le prouver : dès lors, nature de l'épanchement, lésion anatomique et aspect cytologique apparaîtront intimement unis et sous la dépendance les uns des autres.

L'auteur divise, au point de vue cytologique, les épanchements séro-fibrineux de la plèvre en deux grandes classes : ceux qui sont tuberculeux et ceux qui ne le sont pas. Ces derniers peuvent, en outre, être séparés en deux catégories : d'une part, les épanchements en apparence aseptiques, relevant, selon la pathogénie qu'on leur attribue, de troubles circulatoires ou mécaniques, toxiques, d'irritations pleurales (pleurésies des cardiaques, des brightiques, épanchements consécutifs à des lésions de voisinage) ; d'autre part, les épanchements franchement septiques dus au pneumocoque, au streptocoque, etc. Enfin, quatre cas d'éosinophilie pleurale, à étiologie incertaine, sont décrits à part. Parmi les épanchements tuberculeux, il faut distinguer la pleuro-tuberculose primitive de la pleuro-tuberculose secondaire.

I. — La *pleuro-tuberculose primitive* est caractérisée essentiellement, pendant toute son évolution, par la présence presque exclusive de petits lymphocytes très confluents, toujours mêlés à un nombre plus ou moins considérable de globules rouges. C'est cette lymphocytose extrêmement considérable qui frappe dès le premier coup d'œil et permet de porter aussitôt un diagnostic étiologique.

Le liquide des *pleurésies séro-fibrineuses développées chez des tuberculeux atteints de lésions pulmonaires* évidentes, ainsi que le liquide des hydropneumothorax tuberculeux a une formule histologique différente de celle des pleuro-tuberculoses primitives. On est frappé du petit nombre des éléments qu'ils renferment. La plupart d'entre eux paraissent très altérés. Ils sont irréguliers, à contours déchiquetés, remplis de vacuoles et de granulations réfringentes, qui deviennent noires en présence de l'acide osmique. On distingue, parmi les éléments cellulaires, des globules rouges, quelques lymphocytes altérés, et surtout des polynucléaires vieillis, déformés, dont le noyau est très estompé.

II. — Dans la classe des *pleurésies non tuberculeuses*, les *épanchements pleurétiques aseptiques* ont une formule spéciale. Les éléments caractéristiques de ces épanchements sont des cellules endothéliales ; ces dernières forment des placards résultant du groupement de huit à dix cellules, desquamées en lambeau de la plèvre, se présentant sous l'aspect d'une masse à contour policyclique, dont chaque élément se reconnaît par son noyau, mais dont les limites sont impossibles à discerner par les procédés usuels de coloration. La présence de ces placards est de la plus haute importance ; elle suffit, en clinique, à faire penser qu'un épanchement, même très riche en lymphocytes ou en polynucléaires, survenu chez un cardiaque ou un brightique n'est pas d'origine tuberculeuse. Il faut en effet savoir que les congestions et les infarctus pulmonaires modifient la formule histologique et que des polynucléaires plus ou moins nombreux viennent dans ces cas se joindre aux placards endothéliaux.

Au cours des *pleurésies séro-fibrineuses à streptocoques et à pneumocoques*, l'examen du liquide révèle la présence presque exclusive de polynucléaires.

Enfin, l'auteur mentionne encore l'examen cytologique d'*épanchements pleurétiques survenus au cours de néoplasmes pulmonaires*, au cours de la *fièvre typhoïde*, de la période secondaire de la *syphilis*, et consacre un chapitre intéressant à l'*éosinophilie pleurale*.

Ainsi conçu, basé sur des données bien déterminées, le cytodiagnostic des épanchements séro-fibrineux de la plèvre nous apparaît comme un nouveau symptôme qui, sur le vivant, nous permet d'apprécier, d'assister pour ainsi dire aux réactions qui se passent simultanément à la surface de la plèvre et au sein du liquide, et dont l'étude intéresse autant le biologiste et l'histologiste qu'elle renseigne le clinicien.

A. Sicard.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

R. Lake. *Nécrose du labyrinthe osseux. Opération* (*The Journal of Laryngology, Rhinology and Otology*, 1902, Mars). — Un homme de cinquante-cinq ans avait un écoulement de l'oreille gauche depuis cinq ans et de tout temps avait été sourd de cette oreille. Depuis deux semaines il souffrait beaucoup de l'oreille.

A l'examen il y avait un gonflement considérable du conduit, le pavillon tombait en avant, la mastoïde était rouge et sensible; on y déterminait aisément de la fluctuation. La trépanation fut pratiquée, et tout alla bien pendant quelques semaines, puis quelques fragments d'os nécrosé apparurent et le conduit externe s'oblitéra rapidement. Six mois après apparut un léger suintement derrière l'oreille où cependant la plaie opératoire avait été parfaitement cicatrisée. De nouveau le malade souffrit, et un mois après il avait une paralysie faciale complète. Dans une nouvelle opération, on mit à jour un premier séquestre qui comprenait le vestibule et les canaux semi-circulaires avec une partie du conduit auditif interne. Le second séquestre était le labyrinthe osseux et avec lui le labyrinthe membraneux. En enlevant le premier séquestre, le nerf facial fut déchiré et il fut impossible de le réunir.

Cette opération fut déjà pratiquée par Jansen, de Berlin. Dans plusieurs des cas analogues où un fragment de labyrinthe osseux, ou le labyrinthe tout entier, avait été enlevé, il resta néanmoins un certain degré d'audition; on peut se demander si ce restant d'audition était dû à la présence du labyrinthe membraneux resté en connexion avec le nerf auditif. Inversement, dans le cas de Lake, les labyrinthes osseux et membraneux ayant été enlevés, — non pas à dessein, mais accidentellement, — le malade était complètement sourd.

G. Didsbury.

SÉROTHÉRAPIE, OPOTHÉRAPIE

Lucien Mathé. *La sérothérapie préventive de la diphtérie* (*Thèse*, Paris, 1901). — L'action préventive du sérum antidiphtérique, démontrée théoriquement, n'est pas encore passée dans la pratique médicale; cependant elle avait déjà été mise en lumière dès 1894, à l'étranger. En France, les communications de Martin, de Fleury, de Guinon et Mathé, de Netter ont mis la question à l'ordre du jour.

L'épidémie survenue au mois de Novembre 1900 dans le service de M. Voisin a permis à MM. Guinon et Mathé, qui l'ont relatée, de se convaincre de l'efficacité et de la bénignité des injections préventives de sérum antidiphtérique. Ces injections, pratiquées dans de bonnes conditions, ne sont pas responsables des accidents graves (arthrites, néphrites, paralysies, mort) qu'on les avait accusées autrefois de provoquer.

L'immunité qu'elles confèrent dure environ trois à quatre semaines. Les cas de diphtérie qui se produisent en dépit d'elles sont rares et d'une remarquable bénignité.

La dose à injecter varie avec l'âge et la gravité de l'épidémie : en général, on injectera, au-dessous de trois ans, 5 centimètres cubes; de trois à douze ans, 10 centimètres cubes; chez les adultes, 20 centimètres cubes.

L'emploi de ces injections s'impose dans les agglomérations, dans les familles pauvres où un cas de diphtérie a été constaté, partout en général où les mesures d'hygiène et de prophylaxie sont illusoires, enfin chez les enfants présentant des affections chroniques de la gorge. Dans les pavillons des services spéciaux d'hôpitaux, il est indiqué, dès qu'un cas de diphtérie se produit, d'immuniser les enfants de la salle et de renouveler les inoculations toutes les trois semaines; dans les pavillons de rougeole, on augmentera la dose employée habituellement et l'on répétera les inoculations tous les quinze jours.

M. Labbé.

FACULTÉ DE PARIS

Inscription du troisième semestre. — Le registre d'inscription pour le troisième semestre de l'année scolaire 1901-1902, à la Faculté de médecine, est ouvert depuis le 9 Avril, et sera fermé le 26 de ce mois.

Clinique des maladies mentales. — M. le professeur Joffroy recommencera son cours de clinique des maladies mentales le vendredi 18 Avril, à 2 h. 1/2, à l'asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 18 Avril, à 10 heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Exercice opératoires. — M. Victor Veau, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 21 Avril 1902, à 1 h. 1/4 précise, pavillon n° 3, à l'École pratique.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

École de médecine de Nantes. — Un concours s'ouvrira le 10 Novembre prochain devant l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie pathologique à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

École de médecine de Poitiers. — Un concours s'ouvrira le 10 Novembre prochain, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpitaux de Paris. — MM. les professeurs Jaccoud et Panas sont nommés médecin et chirurgien honoraires des hospices et hôpitaux de Paris.

MM. Tennesson et Aud'houi sont nommés médecins honoraires des hospices et hôpitaux de Paris.

M. Sebileau, chirurgien des hôpitaux, est nommé chef de service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Lariboisière.

Hôpital de la Pitié. — *Maladies du système nerveux.* — M. Babinski commencera ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 3 Mai, à 10 h. 1/2, et continuera tous les samedis suivants.

Dermatologie. — M. J. Darier. Samedi 9 h. 1/4. Amphithéâtre : — Leçons cliniques et théoriques sur les maladies de la peau; — Jeudi 10 heures. Laboratoire Piorry. Conférences avec démonstrations microscopiques sur l'histologie des maladies de la peau; lundi et vendredi 9 h. 1/4. Salle des consultations spéciales. — Consultations dermatologiques. Mardi 10 heures. Salle Piorry. — Opérations dermatologiques.

Gynécologie médicale. — M. Paul Dalché commencera des leçons de gynécologie médicale le lundi 21 Avril et les continuera les lundis suivants. Objet du cours : La puberté. Mardi 9 heures. Salle Cruveilhier. Mercredi 9 heures. Salle des consultations spéciales. Maladies des femmes. Vendredi 9 heures. Salle Monneret. Clinique générale.

Maladies de la nutrition. — M. Albert Robin reprendra ses leçons de clinique thérapeutique le mercredi 16 Avril à 10 heures et les continuera les mercredis suivants. Objet du cours : Thérapeutique des maladies de la nutrition. Jeudi 9 heures. Salle des consultations spéciales. Diagnostic des maladies de la nutrition. M. Michel, assistant. Samedi 9 heures. Salles Serres et Valleix. Présentation de malades avec discussion du traitement.

Hôpital Saint-Lazare. — M. Wickham fera un cours le mardi à 10 h. 1/2, à partir du 22 Avril (syphilis).

M. Jullien fera un cours les jeudis et samedis à 10 h. 1/2, à partir du 24 Avril (blennorragie, vénéréologie).

MM. les docteurs et les étudiants pourvus de 16 inscriptions entrent sur la présentation de leur carte ou du certificat de la Faculté.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé militaire. — M. Munschina, médecin-major de 1re classe, est affecté au régiment de sapeurs-pompiers, à Paris.

Bureaux de bienfaisance. — M. Besnier est nommé médecin honoraire du Bureau de bienfaisance du IXe arrondissement, à Paris.

Congrès universitaire pour la lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose. — Ce Congrès, accompagné d'une exposition antialcoolique, est fixé aux lundi, mardi et mercredi, 19, 20 et 21 Mai, à Toulouse.

Le Comité d'organisation est constitué ainsi qu'il suit :

MM. Perroud, recteur de l'Académie; Caubet, doyen de la Faculté de médecine; Guiraud, professeur à la Faculté de médecine; Doumergue, professeur à la Faculté de théologie; Sabatier, professeur à la Faculté des sciences; Istria, inspecteur d'Académie; Aries, professeur à l'École primaire supérieure; Molinéry, Roché, Vital Badin, Voivenel, étudiants en médecine.

Une protestation en faveur de Danval. — Sur l'initiative et en confirmation de la courageuse campagne entreprise par le *Journal*, une conférence faite sous la présidence de M. le professeur Cornil a eu lieu jeudi soir.

A la suite de cette conférence, il a été nommé une commission ayant à sa tête M. le professeur et sénateur Cornil, qui doit présenter ces jours-ci à M. le Président de la République le recours en grâce de Danval.

Erratum. — Dans le récent article de M. Trousseau sur la prophylaxie de la conjonctivite purulente, c'est par une erreur d'impression que l'on a donné comme titre de la solution de cyanure ou de bichlorure de mercure 5/100. C'est 1/500 qu'il convient de lire.

CONCOURS

Internat. — Séance du 8 Avril. — *Artère pulmonaire, de son origine à son entrée dans les poumons. Symptômes de la péricardite aiguë* : MM. Oppert, 12; Tassin, 12; Bour; Magitot, 14; Claret, 10; Rabourdin, 12; Deshayes, 14; Taguet, 16.

Séance du 9 Avril : *Les articulations radio-cubitales. Symptômes de la fracture de l'extrémité inférieure du radius* : MM. Perpère, 12; Claeys, 14; Le Play, 11; Bouchez, 14; Jardry, 11; Morel, 13; Berthaux, 10; Pater, 13; Ertzbischoff, 13; Bréchot, 16; Boisteau, 12. — *Absent* : M. Dromard.

Hospices de Versailles. — Le 17 Avril 1902, à 9 heures du matin, il sera ouvert un Concours public pour la nomination de trois Internes en médecine aux hôpitaux de Versailles.

Par autorisation de l'Université de Paris, les élèves de troisième et quatrième années d'études médicales peuvent faire, comme Internes à Versailles, le stage hospitalier exigé par la Faculté de médecine.

Un prix de 600 francs sera décerné tous les deux ans à l'Interne le plus méritant (fondation Despagne).

Conditions d'admission au Concours: — Les candidats qui désirent prendre part au Concours devront se faire inscrire au secrétariat de l'Hôpital civil. Le registre d'inscription sera clos le samedi 12 Avril 1902.

Tout aspirant doit justifier qu'il possède au moins quatre inscriptions de Faculté ou École de médecine française.

Il doit produire au moment de son inscription : 1° un extrait de son acte de naissance; 2° un certificat de bonne vie et mœurs récemment délivré.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée pour la clôture des listes ne sera point accueillie.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 31. — Mercredi, 16 Avril 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :

Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VI°.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

JUGEMENT D'UN MÉDECIN ALLEMAND SUR LA CHIRURGIE PARISIENNE

On se juge généralement mal soi-même. Les Français, en particulier, ont souvent le tort de trop mettre en évidence leurs défauts et d'atténuer ainsi leurs qualités ; et cela non seulement entre eux, mais même devant les étrangers. Aussi est-il bon de leur montrer, quand l'occasion s'en présente, ce que pensent d'eux ces mêmes étrangers et comment ils les apprécient.

C'est à ce point de vue qu'il m'a semblé utile de relater ici les impressions de voyage, publiées dans l'un des derniers numéros de *Deutsche Militarärtz-Zeitschrift*, par un médecin allemand, M. Coste, venu à Paris pour se rendre compte de ce que sont nos installations hospitalières et s'instruire à la pratique de nos maîtres en chirurgie.

* * *

M. Coste commence par rendre hommage à l'affabilité des Français.

« Une chose qu'il faut avant tout reconnaître, dit-il, et qui fait honneur aux Français, c'est l'aménité avec laquelle ils reçoivent toujours le mé-

decin étranger, et la complaisance vraiment remarquable avec laquelle ils s'efforcent de lui montrer tout ce qui l'intéresse et de converser avec lui malgré les difficultés qu'ils éprouvent quelquefois à comprendre son langage. »

Comparativement à ce qui existe en Allemagne, où les cliniques d'enseignement se trouvent la plupart du temps réunies, il parle de la dissémination de l'enseignement à Paris dans les divers hôpitaux.

« On éprouve, dit-il, quelques difficultés à connaître tous les chirurgiens quand on fait un séjour de courte durée à Paris. Les communications sont, en effet, peu commodes entre les divers hôpitaux, d'ailleurs très éloignés les uns des autres; de plus, dans toutes les cliniques, on opère à la même heure, c'est-à-dire entre 9 heures du matin et midi. Et ce fait s'explique parce qu'en France les jeunes étudiants en médecine ne peuvent à leur gré fréquenter en même temps tous les services; ils sont obligés de s'attacher pour un temps déterminé à un même chef de service. Cette mesure est excellente en ce sens que le maître, possédant un auditoire plus restreint, s'attache davantage à ses élèves, les instruit mieux; mais, d'un autre côté, ceux-ci acquièrent peut-être des idées trop personnelles. »

M. Coste ne cache pas une petite pointe d'ironie au sujet de l'envahissement de la chirurgie par la gynécologie.

« Les chirurgiens français, dit-il, sont en même temps gynécologues. Veulent-ils faire les honneurs de leur clinique à quelque visiteur, aussitôt ils le font assister à une hystérectomie. Et ils considèrent la gynécologie comme leur domaine propre, à tel point qu'un grand chirurgien disait : « Si j'avais en Allemagne une de mes « parentes atteinte de grossesse extra-utérine, je « la ferais opérer par Bergmann, mais jamais par « Olshausen. »

Le chirurgien allemand se trouvait à Paris au moment des discussions mémorables sur la rachicocaïnisation, et voici ce qu'il en rapporte :

« Reclus eut le mérite de démontrer à la Société de chirurgie, dans une dialectique serrée, que le père de l'anesthésie par la voie médullaire était, non pas Tuffier, mais l'allemand Bier.

« Corning, de New-York, fit en 1885 la première ponction lombaire chez des tabétiques pour calmer leurs douleurs en injectant des anesthésiques dans le sac dural. En 1891, Quincke pratiqua la ponction lombaire pour diminuer l'hypertension pathologique du liquide cérébro-spinal. Bier, enfin, eut le mérite de démontrer que l'injection de cocaïne dans le canal lombaire pouvait anesthésier les parties correspondantes de l'organisme, et d'en faire des applications pour la chirurgie. Au début, cette méthode trouva peu de partisans en Allemagne. C'est à Tuffier que revient l'honneur de l'avoir vulgarisée en France. »

« J'ai assisté, ajoute M. Coste, à trente opérations pratiquées soit par Tuffier lui-même, soit par d'autres chirurgiens, et je dois avouer que cette méthode m'a tout d'abord paru grandiose. Il est étonnant de voir amputer un membre, réséquer un genou, faire les plus grandes interventions gynécologiques, après une simple injection, poussée si facilement dans le canal médullaire. Mais cette méthode est-elle réellement aussi inoffensive que simple? Je ne le crois pas.

« A la vérité, le patient est presque toujours calme sur la table d'opération; il ne présente presque jamais de symptômes inquiétants. Mais, quelques heures après, on peut voir apparaître des phénomènes d'intoxication, parfois très graves, qui persistent souvent durant plusieurs jours, chose qui n'arrive pas avec d'autres anesthésiques. On observe des vomissements très pénibles, de la céphalée, des phénomènes d'angoisse, et même des psychoses, qui résistent souvent aux antidotes. On voit se produire des accidents cardiaques graves qui, malgré l'opinion de Tuffier, peuvent amener la mort.

« Un malade de Tuffier succomba deux heures après l'opération par suite d'asphyxie, malgré la trachéotomie et la respiration artificielle; un autre patient mourut dans le coma au bout de quelques heures. L'autopsie démontra une lésion cardiaque chez le premier, une hémorragie cérébrale chez le second. Ces morts étaient bien la conséquence de la rachicocaïnisation, et fréquemment l'intoxication est si prononcée que les malades sont en danger pendant quelques jours.

« Reclus est plus réservé dans l'appréciation de cette méthode : « Si je crois avec M. Tuffier à « l'avenir de la méthode, je me sépare nettement « de lui lorsqu'il considère la technique actuelle « comme rassurante; je la crois, au contraire, « obscure et incertaine dans ses résultats, et je « convie les chirurgiens de bonne volonté à « chercher à l'améliorer. » C'est, d'ailleurs, aussi l'opinion qu'exprimait au dernier Congrès de chirurgie Bier, le père de cette méthode. »

M. Coste n'a pas été enthousiasmé de nos constructions hospitalières.

« On ne trouve guère à Paris, dit-il, d'hôpitaux installés d'une façon grandiose. La capitale a employé surtout son argent à se parer de superbes monuments; elle est ainsi devenue la plus belle ville qui existe, mais les malades et les enfants en ont souffert.

« Depuis quelque temps seulement, on commence à construire dans Paris des écoles et des hôpitaux répondant aux données les plus récentes de l'hygiène. Citons les hôpitaux d'enfants ayant remplacé l'hôpital Trousseau, l'hôpital Boucicault, le seul hôpital réellement bien installé, luxueusement même.

« Ces exceptions faites, les bâtiments hospitaliers les plus récents datent de la moitié du siècle dernier; la plupart sont beaucoup plus anciens. Les constructions sont grandes, les salles larges, mais les corridors trop étroits, et partout le sol est revêtu de planchers; la ventilation et le chauffage laissent presque toujours à désirer.

« Les salles d'opérations sont même généralement placées dans de petites constructions isolées; elles sont toujours installées suivant les données les plus récentes de la méthode antiseptique. La salle d'opération de l'asile Sainte-Anne est en tous points remarquable.

« Malgré la défectuosité des locaux hospitaliers, dans lesquels pullulent assurément les germes les plus variés, on y obtient d'excellents résultats chirurgicaux. Jamais dans les services de Tuffier, de Reclus, de Gérard Marchant, que nous avons suivis plus particulièrement, les opérations aseptiques ne sont suivies de notables élévations de température, d'infections graves. Comment expliquer ce fait? Partout parce que l'on sépare d'une manière très rigoureuse les cas septiques et les cas aseptiques; les malades qui suppurent sont tout à fait isolés. Pour chaque groupe, il existe une salle d'opérations particulière, un personnel spécial (sœurs, infirmières, élèves), des instruments et des matériaux de pansement spéciaux. Les malades opérés sont également séparés des autres. Les chefs de cliniques sont répartis en deux groupes : les plus anciens opèrent les cas aseptiques (laparotomies, etc.); les autres s'occupent des cas suppurants.

« Ces conditions sont évidemment difficiles à réaliser dans la pratique courante, mais il faut bien savoir que le chirurgien doit considérer ses mains comme un ennemi redoutable. Aujourd'hui, il ouvre un phlegmon, les microorganismes pénètrent dans les couches superficielles de sa peau. Comment peut-il s'en défaire, si le lendemain il doit pratiquer une laparotomie?

« Pour avoir nos mains aseptiques, ne mettons pas de gants en caoutchouc, qui gênent nos sensations tactiles, et que nous serons obligés d'enlever dans les opérations difficiles. Désinfectons-nous au moyen de substances chimiques : sublimé, lysol, créoline, permanganate de potasse (les solutions faibles d'acide oxalique feront disparaître la teinte violette due à cette dernière substance). Terrier préconise la désinfection purement mécanique des mains; il n'emploie pour lui-même et pour son champ opératoire que du savon et de l'eau stérilisée; et d'une façon générale, jamais ses plaies ne suppurent. »

Le chirurgien allemand ne cache pas son admiration pour la façon dont opèrent les chirurgiens français.

« Il est remarquable, dit-il, de voir avec quelle rapidité et quelle simplicité les Français opèrent. Peu nombreux et peu compliqués sont leurs instruments. Un récipient, placé à côté de l'opérateur, renferme les instruments les plus importants (couteaux, ciseaux, pinces, écarteurs, aiguilles, pour une laparotomie); même dipositif pour l'assistant. Un infirmier porte une cuvette avec des tampons et suit adroitement tous les mouvements du chirurgien, qui prend lui-même les tampons. Quelle simplification du personnel des aides!

« Le mode de pansement des chirurgiens de Paris est aussi simple que leur mode opératoire. Après les cures de hernies, les laparotomies, un simple bandage plein en flanelle suffit à maintenir les matériaux de pansement; peut-être serait-il néanmoins préférable d'employer des bandes, qui maintiendraient mieux, surtout pendant la phase d'agitation qui suit une narcose.

« M. Coste a pu observer quelques résultats du traitement des fractures par le massage d'après Lucas-Championnière; c'étaient un avant-bras consolidé, mais en position vicieuse, une jambe également consolidée d'une façon vicieuse. Néanmoins il ne faut pas se faire une opinion définitive d'après ces quelques observations malheureuses, et certainement cette méthode peut donner mieux; mais théoriquement elle ne semble pas juste.

« A propos du traitement des fractures, Tuffier est allé à l'opposé. Les rayons Rœntgen montrent souvent que la position relative des extrémités fracturées n'est pas idéale; néanmoins le résultat fonctionnel peut être excellent; eh bien, quand une fracture a tendance à se disloquer, Tuffier met à découvert les fragments osseux et les suture au fil d'argent dès le deuxième ou le troisième jour. Or les épanchements sanguins intra-musculaires, qu'il occasionne forcément, sont de très bons milieux de culture; de plus, on se demande si cette suture, pratiquée sur une fracture récente, peut éviter un raccourcissement ou un chevauchement ».

Une chose nouvelle pour le médecin allemand furent les interventions chirurgicales dans les affections cérébrales et nerveuses, telles que la dissociation du nerf sciatique, la trépanation dans certaines psychoses. Il considère que ces opérations n'ont encore jusqu'à présent amené aucune guérison durable; rarement on a observé une amélioration, souvent une aggravation.

On ne peut quitter Paris, dit M. Coste, sans faire une visite à la clinique de M. Doyen, luxueusement installée dans l'un des quartiers les plus riches et les plus agréables de la capitale. Il a été frappé surtout par l'appareil à ouvrir la boîte cranienne de Doyen, par sa table à opération dont on peut changer facilement la position. Devant son cinématographe Doyen fit une hystérectomie en sept minutes.

* * *

Les conclusions de M. Coste ne laissent pas que d'être louangeuses pour la chirurgie française.

« Pour résumer ces impressions de voyage sur la chirurgie française, on peut dire que les Français possèdent des qualités remarquables pour ce qui est de la technique, de l'élégance, de la rapidité de leurs opérations; mais, en chirurgie, il faut savoir apprécier aussi l'esprit pondéré et consciencieux des Allemands ».

G. Fischer.

DES

PLEURÉSIES SÉREUSES MÉDIASTINES

Par A. CHAUFFARD, Agrégé
Médecin de l'hôpital Cochin.

L'observation de chaque jour nous montre de combien de difficultés est entourée l'interprétation clinique des pleurésies : reconnaître l'existence du liquide, en apprécier la quantité, les qualités, en préciser la topographie et les rapports avec les organes voisins, autant de questions à débattre. C'est là une tâche clinique toujours malaisée, mais qui l'est encore davantage en face de certains cas qui s'éloignent par un côté quelconque des faits d'observation courante. Il en est ainsi pour les localisations médiastines des pleurésies séreuses, dont nous allons nous occuper aujourd'hui. Elles forment d'ailleurs un chapitre mal connu, et pourtant, vous le verrez, fort intéressant à étudier dans l'histoire des pleurésies.

La définition de la pleurésie médiastine se

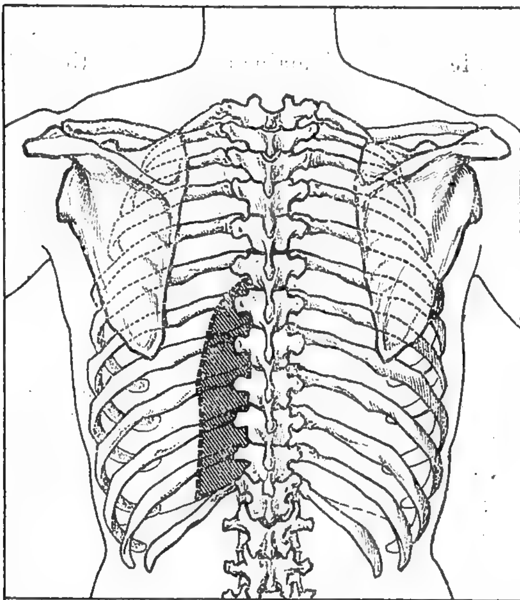


Figure 1. — Pleurésie en bande verticale.

déduit facilement des notions anatomiques. Le médiastin est limité à droite et à gauche par deux cloisons verticales antéro-postérieures, qui laissent de chaque côté le poumon correspondant; dans l'espace qui les sépare, nous trouvons les veines et les gros vaisseaux pour le médiastin antérieur; la trachée, l'œsophage et les deux pneumogastriques pour le médiastin postérieur. Ces cloisons formées des deux feuillets de la plèvre, qui se réfléchissent au niveau du hile pulmonaire pour se continuer l'un avec l'autre, contiennent deux cavités séreuses, virtuelles à l'état normal, mais qui peuvent devenir le siège d'un épanchement liquide pathologique; ainsi se trouve constituée la pleurésie médiastine.

Le liquide sera donc en rapport et pourra comprimer tous les organes du médiastin antérieur ou postérieur, et l'on pourrait diviser les pleurésies médiastines en antérieures et postérieures; inférieures ou supérieures. Mais, c'est là une distinction qui, vraie au point de vue anatomique et même clinique, est fort difficile à faire dans la majorité des cas.

1. *Clinique médicale de l'hôpital Cochin.* — Leçon recueillie et rédigée par F. X. Gouraud, interne du service.

Les pleurésies médiastines sont rares; elles ont, en tout cas, donné lieu à fort peu de travaux. Grancher, en 1892, en signalait deux cas [1] avec compression veineuse dans l'un, et dans l'autre un épanchement abondant qui simulait la péricardite. Dieulafoy, en 1899 [2], a consacré à ce sujet sa première leçon clinique; il y fait une étude d'ensemble fort complète, basée sur six cas, qui tous étaient purulents. Et c'est tout. Dans les traités même les plus récents [3], les pleurésies médiastines ne comporte pas d'autres détails.

Depuis un an, j'ai eu l'occasion d'en observer quatre cas, dont trois à l'hôpital et un en ville. Ils étaient tous séreux, et quelque peu différents des faits déjà publiés; ajoutés à ceux-ci, ils vont nous fournir des éléments suffisants pour tenter un essai de description anatomique et clinique des pleurésies médiastines séreuses.

* * *

Voyons d'abord les observations cliniques brièvement résumées :

Premier cas. — Il s'agit d'un homme de trente et un ans, entré le 17 Juillet 1901, salle Woillez, pour un point de côté siégeant à la partie inféro-externe du thorax à droite.

Rien d'intéressant dans les antécédents; le point de côté est survenu un mois auparavant sans raison apparente, en pleine santé : ni fièvre, ni frisson, ni dyspnée; seulement un peu de toux et d'essoufflement. La douleur augmentant de jour en jour, le malade est obligé d'entrer à l'hôpital.

A l'examen nous trouvons un homme en bon état, non dyspnéique, mais accusant une douleur très violente à la base du thorax, douleur qui par moments s'irradie aux espaces intercostaux supérieurs et à l'épaule droite. Pas de voussure thoracique; il y a plutôt rétraction apparente du côté malade, rétraction due en réalité à l'ampliation supplémentaire du côté sain. A la palpation, le foie est abaissé de cinq à six travers de doigt au-dessous du rebord costal; les vibrations sont abolies à la base du poumon Au même niveau existent de la matité remontant à 6 centimètres de la pointe du scapulum, du silence respiratoire, et quelques frottements à la partie supérieure; ni souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone. Une ponction faite en pleine matité, à 15 cent. environ de la colonne, ne donne pas de liquide.

Pensant à la possibilité d'un kyste hydatique à évolution ascendante, nous faisons faire l'épreuve radiographique; celle-ci montre nettement la limite supérieure du foie avec ses caractères normaux, et non la matité en plaque qu'on trouve en général chez les pleurétiques; le côté droit est presque aussi clair que le côté gauche; mais on aperçoit le long de la colonne vertébrale une ombre verticale, légèrement triangulaire, à sommet supérieur, qui remonte jusqu'à la 6e côte environ.

Or, cette région correspondait justement au maximum d'intensité des signes pleurétiques; une deuxième ponction fut faite tout près du rachis, en pleine obscurité radiographique, et ramena cette fois un liquide jaune

1. Grancher. — *Bulletin médical*, 1892.

1. Dieulafoy. — « Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu », 1889, p. 9. — « Manuel de pathologie interne », 1901, 13e édit. T. I, p. 571.

2. Landouzy et M. Labbé. — Art. : « Pleurésies » du « Traité de médecine et de thérapeutique », T. VIII, p. 177.

citrin caractéristique. La conclusion s'imposait, nous avions affaire à un petit épanchement médiastinal droit, avec état congestif associé du lobe inférieur.

Les suites furent bénignes; le liquide se résorba spontanément, et le malade sortit guéri le 12 Août.

Deuxième cas. — Ici, étiologie et topographie sont tout autres.

C'est un rhumatisant encore en traitement au n° 24 de la salle Chauffard. Il est entré le 15 Décembre 1901 pour une poussée banale de rhumatisme articulaire subaigu, avec angine, douleurs polyarticulaires et albuminurie. Dès son entrée, le premier bruit cardiaque fut trouvé assourdi. Mais, plèvres et poumons étaient indemnes. Le traitement par le salicylate donna une amélioration rapide.

Le 20 Décembre, on trouve à la pointe du cœur un léger souffle, qui va en augmentant les jours suivants. Le 29 Décembre, au quinzième jour de son attaque, le malade est pris pendant la nuit d'une douleur dorsale très vive ayant son maximum à la base droite; le lendemain matin, on trouve à ce niveau de la

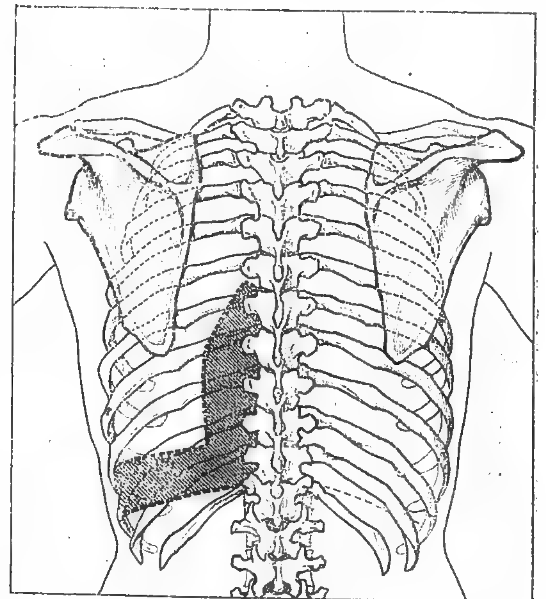


Figure 2. — Pleurésie en équerre.

matité et du souffle formant à la base du thorax une bande transversale de trois travers de doigt environ; une ponction exploratrice pratiquée immédiatement reste négative.

Le 30, même état; quelques crachats sanguinolents.

Le 2 Janvier, les choses ont changé d'aspect; le souffle s'est étendu; il remonte le long de la colonne vertébrale, et c'est à ce niveau qu'il a son maximum d'intensité; la matité a subi la même évolution extensive; matité et souffle sont *en équerre*, donnant une image nettement différente de la simple *bande* verticale observée chez le premier malade. Les autres signes pleurétiques, égophonie et pectoriloquie aphone, affectent d'ailleurs la même topographie, et une ponction faite dans le 9e espace intercostal, tout contre la colonne, donne 10 centimètres cubes de liquide citrin.

Là encore, l'évolution fut bénigne; en quelques jours, douleur et liquide disparaissaient presque sans frottements, comme c'est la règle dans les pleurésies rhumatismales.

Il est intéressant de bien noter la dissemblance des deux images topographiques observées chez ces malades, images qui ont chacune leur individualité. Dans un cas, matité en *bande verticale*, simulant plus ou moins

l'épanchement de la grande cavité; dans l'autre, matité *en équerre* plus spéciale, plus facile à diagnostiquer.

Troisième cas. — Nous retrouvons ici la pleurésie en équerre, mais dissociée pour ainsi dire en trois périodes évolutives distinctes, qui vont nous en expliquer le mode de formation. Le malade, actuellement couché au n° 7 de la salle Beau, souffrait depuis quatre ou cinq mois d'un rhume persistant, avec amaigrissement, légère perte de forces, lorsqu'il est pris le 10 Novembre d'un violent point de côté à gauche; en même temps survient une dyspnée intense, due surtout au point de côté; lorsque le malade veut marcher ou faire un effort, la douleur lui coupe brusquement la respiration et l'oblige à l'immobilité. Les symptômes augmentant de jour en jour, il entre à l'hôpital le 3 Janvier.

C'est un homme de quarante ans, pâle, amaigri, légèrement dyspnéique sans déformation thoracique appréciable; au plessimètre, les deux circonférences thoraciques sont égales. Mais une inspection attentive montre la respiration très diminuée à gauche, et surtout l'immobilité presque complète du diaphragme; la respiration est du type costal supérieur. A la percussion, matité à la base gauche, formant une bande horizontale, haute de 6 à 7 centimètres, qui tourne et vient jusqu'en avant au niveau de l'espace de Traube; au niveau de la bande de matité, silence respiratoire, égophonie, pectoriloquie aphone.

Le malade montre lui-même, et très nettement, le point de Gueneau de Mussy comme étant le lieu d'élection de la douleur; les insertions diaphragmatiques sont un peu sensibles, le trajet du phrénique non douloureux. On fait la ponction exploratrice en arrière, et on trouve du liquide séreux ordinaire. Le diagnostic est donc : pleurésie diaphragmatique gauche avec petite suffusion de liquide dans le sinus phréno-costal.

Les jours suivants, la douleur et la dyspnée s'améliorent quelque peu; les signes physiques persistent. Le 6 Janvier, on constate que le souffle et la matité remontent le long de la colonne; ils forment là une bande verticale, qui, jointe à la matité transversale qui persiste, reproduit très exactement la disposition en équerre. Tous les autres signes pleurétiques ont la même topographie; ils cessent dès qu'on s'éloigne quelque peu de la colonne; une ponction positive faite dans le 8e espace, à 6 centimètres de l'apophyse épineuse, vient confirmer la nouvelle localisation du liquide.

Nous assistions donc à la genèse de la matité en équerre, due à la réaction simultanée ou successive (c'était le cas de nos deux malades) des séreuses diaphragmatique et médiastine. Les choses ne devaient d'ailleurs pas en rester là. Quelques jours plus tard, la grande cavité fut envahie à son tour; et comme il arrive en pareil cas, cette extension à la plèvre costale fut accompagnée d'une sédation des symptômes fonctionnels, la grande cavité pleurale jouant le rôle de soupape de sûreté.

Le liquide restant stationnaire, sans aucune tendance à la résorption, on dut pratiquer la ponction évacuatrice, qui ramena 1.200 grammes de liquide et fut suivie de guérison. Notons au passage que les frottements pleuraux de convalescence ont été beaucoup plus accentués le long du rachis, donnant une nouvelle preuve de l'authenticité et de l'individualité de la localisation médiastine. Ici le diagnostic complet doit être : pleurésie diaphragmatique primitive, infection secondaire de la plèvre médiastine, puis de la grande cavité.

Voici donc trois faits très comparables, où la localisation médiastine a été vérifiée par la ponction, seule ou associée à la radiographie. Dans tous ces cas l'examen clinique nous avait déjà fait faire le diagnostic. Il nous a permis en outre de distinguer deux variétés de pleurésie médiastine : la pleurésie *en bande verticale* (fig. 1) juxta-rachidienne, sans envahissement secondaire de la grande cavité; les signes se produisent uniquement au point d'affleurement postérieur du médiastin; on pourrait l'appeler pleurésie médiastine pure.

La pleurésie *en équerre* (fig. 2), avec une mince bande horizontale, se soudant en dedans à la bande verticale juxta-rachidienne; il y a ici un élément surajouté; c'est la pleurésie diaphragmatique ou costo-diaphragmatique.

Le début, dans ces derniers cas, est souvent bruyant, avec le tableau clinique dyspnéisant et douloureux de la pleurésie diaphragmatique; on observe ensuite, comme chez notre troisième malade, les migrations successives de l'infection pleurale. Le début est souvent aussi banal, réduit au seul point de côté qui n'a rien de caractéristique; il est même presque latent, dans certains cas où les symptômes fonctionnels n'existent qu'à l'état d'ébauche.

Quelle peut être la quantité de liquide? C'est là un point très difficile à préciser; la région n'est en effet accessible que par deux tranches verticales, aux points d'affleurement antérieur et postérieur du médiastin; l'examen de ces deux zones d'affleurement ne renseigne en rien sur la contenance de la plèvre médiastine. C'est tout au plus si les signes de compression, quand ils existent, peuvent constituer un élément de présomption en faveur de l'abondance du liquide.

La courbe des poids renseigne d'une façon plus précise; elle, est dans l'espèce, d'une grande utilité. Chez deux malades elle nous a montré la quantité du liquide oscillant entre 1.000 et 1.200 grammes.

Ce sont donc de petites pleurésies, ce qui nous explique en partie leur bénignité et la tolérance de l'organisme pour ces épanchements. Le liquide vient-il à augmenter dans de notables proportions, il déborde dans la grande cavité séreuse, dont ne le sépare aucun obstacle sérieux, et les symptômes graves sont conjurés. Aussi n'avons-nous observé aucun signe de compression médiastine.

Nos observations diffèrent à cet égard des faits rapportés par Grancher et par Dieulafoy. Dans le premier cas de Grancher, il y eut compression intense de la veine cave supérieure, avec son cortège habituel de stase jugulaire, de réseau veineux sous-cutané; dans l'autre, le refoulement du cœur en dehors donna lieu à un ensemble symptomatique qui aurait pu faire croire à une vaste péricardite. Dans les deux cas il s'agissait d'ailleurs d'épanchement enkysté dans le médiastin antérieur, circonstance qui explique certainement ces différences symptomatiques.

Dieulafoy a retrouvé des faits de compression encore plus intense, et cette fois dans le médiastin postérieur; il a pu décrire le *syndrome médiastinal*. Cornage, tirage, raucité de la voix, dysphagie, circulation veineuse thoracique supérieure par compression de la grande veine azygos, tels en sont les principaux éléments; et la vomique, en faisant disparaître tous ces accidents, vient encore confirmer le diagnostic. Mais tous ces faits sont relatifs à des épanchements purulents, épanchements qui ont beaucoup plus de tendance à s'enkyster, à se mettre sous pression, pour jouer le rôle de tumeur comprimante et s'ouvrir au dehors.

On comprend qu'avec les épanchements séreux, les accidents de compression soient beaucoup plus rares. Ils peuvent cependant exister; j'en ai récemment observé un exemple avec mon confrère et ami M. Paulin Moizard, fait qui vient s'ajouter aux observations de Grancher.

Quatrième cas. — Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, convalescent de fièvre typhoïde très légère, apyrétique, qui fut pris brusquement, le 12 Février dernier, d'un point de côté violent à droite, avec dyspnée extrême (50 respirations à la minute), pouls faible et fréquent. Frisson et température à 38°8.

Je le vis le lendemain; il était en orthopnée, la face pâle, le pouls petit, misérable; les phénomènes de collapsus cardiaque étaient évidents, intenses, mais résumaient toute la symptomatologie.

Pas de symptômes à l'auscultation ni à la percussion du cœur; rien à la poitrine; le diagnostic dut rester en suspens.

Le 14, nous trouvions un souffle pleurétique typique en bande verticale, le long du bord droit du rachis, remontant un peu plus haut que la pointe de l'omoplate; au même niveau, de la matité et un peu d'égophonie. Pas de points douloureux de pleurésie diaphragmatique.

Les phénomènes s'amendèrent rapidement; le souffle disparut, et, quinze jours plus tard, le malade, très amélioré, ne gardait plus que des frottements pleuraux en bande postérieure, et quelques-uns en avant au point d'affleurement antérieur, dans le sinus costo-médiastinal droit. La guérison était complète le 10 Mars. Il n'y eut pas de ponction; mais ce fait très intéressant doit évidemment être catalogué de la façon suivante : au décours d'une fièvre typhoïde, épanchement grave du médiastin droit avec compression cardiaque et pulmonaire.

C'est d'ailleurs le seul fait grave que j'ai rencontré; tous les autres ont été remarquablement bénins. Aucun de mes quatre cas n'a nécessité la ponction évacuatrice, au moins au stade médiastinal. Seule a été faite la ponction exploratrice qui, pratiquée à 5 ou 6 centimètres de la crête épineuse, est venue prouver l'existence et la nature du liquide.

* * *

La clinique doit donc tenir compte des pleurésies médiastines, les considérer comme une forme rare et particulièrement insidieuse de l'infection pleurale, soit qu'elles ne trahissent leur existence que par la topographie des signes révélateurs donnés par la radiographie et l'exploration physique, et qu'elles se présentent sous l'une des deux formes que nous avons décrites, pleurésie en bande verticale ou pleurésie en équerre; soit qu'elles se cachent derrière les accidents bruyants et

graves du syndrome médiastinal, si bien décrits et mis en valeur par Dieulafoy. Les faits de ce genre seront probablement trouvés moins rares dès qu'ils seront mieux connus et plus méthodiquement recherchés.

LA NEURONOPHAGIE

Par Albert DEVAUX et Prosper MERKLEN

Sur les coupes de l'écorce du cerveau de sujets ayant succombé aux affections les plus diverses, spécialement à celles qui entraînent une détermination cérébrale, certaines cellules nerveuses apparaissent partiellement détruites et semblent digérées par des éléments voisins : c'est ce phénomène qu'on désigne sous le nom de *neuronophagie* ou *neurophagie* ; et ce n'est là qu'un mode de phagocytose.

La neuronophagie occupe aujourd'hui une grande place dans l'étude microscopique des lésions cérébrales. Sa constatation date de l'introduction de la méthode de Nissl dans la technique histologique. C'est grâce à cette dernière que l'on peut étudier les altérations fines de la cellule, et voir les modifications que subissent ses parties constituantes tant à l'état physiologique qu'au cours des processus morbides.

*
* *

A l'état normal, la cellule nerveuse est constituée par un réseau de substance ne prenant pas les colorants (substance achromatique), renfermant dans ses mailles des corpuscules plus ou moins volumineux, qui retiennent énergiquement les réactifs et jouent peut-être un rôle, d'après certains auteurs, dans le dynamisme de la cellule (corps chromatiques, trophoplasma).

La moindre atteinte pathologique se traduit par des réactions du protoplasma. Au lieu de voir distinctement les deux parties différentes de la cellule, on ne constate plus qu'une mince poussière bleuâtre, estompée, qui semble provenir de la désagrégation des corps chromatiques. Ce phénomène de la chromatolyse n'entraîne pas nécessairement la mort de la cellule; mais s'il se prolonge, le noyau disparaît, la cellule meurt. Celle-ci devient alors un élément inutile, et l'organisme, suivant une loi générale, tend à l'éliminer. Autour d'elle se fait un appel d'éléments étrangers qui viennent remplir l'office de *neuronophages*.

Un processus identique se retrouve dans tous les organes de l'économie. Dans les centres nerveux, il acquiert d'autant plus d'importance qu'il s'adresse à des éléments plus nobles, qui réagissent avec une sensibilité toute particulière aux différents facteurs morbides. En outre, à un point de vue plus théorique, ce phénomène de la neuronophagie permet de prendre sur le vif un processus phagocytaire plus difficilement décelable dans les autres tissus.

Comme il est facile de le comprendre, l'apparition relativement récente de la méthode de Nissl, cependant déjà si fertile en résultats, n'a encore permis qu'un nombre assez restreint de recherches sur la neuronophagie. Valenza fut le premier à voir la pénétration des leucocytes dans la cellule nerveuse, et Van Gehuchten et Nelis ont ensuite signalé leur présence autour des corps cellulaires. Le terme *neuronophagie* fut plus tard appliqué par Marinesco à l'englobement des cellules nerveuses par la névroglie. Nissl, Lugaro, Cajal, Anglade et Rispal, Pugnat, Franca et Athias, Ossipoff, Babès, Debuck et de Moor, Orr et Cowen ont à leur tour apporté des documents sur la question. Crocq y a consacré un article d'ensemble, E. Dupré et l'un de nous ont discuté ce problème, et L. Marchand y est revenu dans un travail récent.

Ces recherches portaient sur les cellules nerveuses appartenant soit à la substance grise de la moelle, soit à l'écorce, soit aux ganglions. La neuronophagie, en effet, n'est pas particulière aux seules cellules corticales, mais elle se rencontre dans toute l'étendue du névraxe. On a pu la mettre en évidence au cours des affections les plus variées, les unes aiguës, les autres chroniques. Parmi ces dernières, citons la méningo-encéphalite chronique, l'épilepsie, la démence sénile, les tumeurs cérébrales. Les maladies aiguës ont d'autre part une action tout aussi marquée, et on retrouve cette variété de biophagisme dans toutes les formes d'encéphalite et de méningite. Les intoxications entrent également en ligne de compte; en parcourant les observations on note comme causes des lésions cellulaires la rage, le botulisme, le diabète, l'urémie. Très probablement, les exemples se multiplieront et les phénomènes de neurophagie seront décelés dans bien d'autres conditions, à mesure qu'ils seront mieux étudiés.

*
* *

En ce qui concerne le cerveau, dont nous nous occuperons plus particulièrement ici, il semble que la phagocytose soit constatée plus facilement chaque fois qu'il s'agit d'une toxi-infection à marche lente et continue.

On sait que tout élément cellulaire, frappé par un processus pathologique auquel il est parvenu à résister, peut reprendre son aspect normal et récupérer ses fonctions sans que, plus tard, il soit possible de reconnaître objectivement qu'il ait été atteint. C'est là même une des difficultés de l'interprétation histologique, et il n'y a souvent aucun moyen d'affirmer qu'une cellule modifiée dans son aspect n'aurait pu retrouver sa valeur fonctionnelle.

Dans d'autres cas, au contraire, les agents nocifs tuent irrémédiablement la cellule, qui devient un élément inutile et occupe sa place sans partager la vie de l'organe auquel elle appartient. L'économie se comporte alors à son égard comme envers certains corps étrangers, s'efforce de l'éliminer, et à cet effet renouvelle le mécanisme qui, dans le cours des infections aiguës, règle la destruction des corps microbiens.

Comme l'ont montré les travaux de Metchnikoff et de ses élèves, les microbes sont, pour la plupart, englobés par les microphages, c'est-à-dire par les polynucléaires. Secondairement apparaissent d'autres éléments, les macrophages, qui sont destinés à absorber et à détruire l'organite constituée par le microphage et les bacilles. Des modifications dans la morphologie et dans la coloration des parasites indiquent qu'ils sont prêts à succomber; peu à peu ils dégénèrent, se désagrègent, et sont digérés par les macrophages. Ces derniers sont représentés soit par les éléments fixes du tissu conjonctif, soit par les grands mononucléaires provenant de la moelle osseuse, de la rate et du tissu lymphoïde; quant à leur prépondérance, suivant leur origine, la question est encore en suspens.

Pareils phénomènes méritent également d'être invoqués pour expliquer la disparition d'une cellule altérée, n'appartenant plus à l'organisme que virtuellement, et devenue vis-à-vis de lui inutile, sinon nocive. Ce sont les mêmes agents qui entrent en jeu et qui sont chargés, selon un mode identique, d'accomplir leur rôle épurateur. Le tout ne se réduit d'ailleurs pas à un acte simplement physique, car, d'après Chantemesse et Podwyssotsky [1], dans tous les cas de biophagisme la réaction du tissu vivant contre les cellules mortes représente un processus d'utilisation des substances nutritives que ces dernières renferment.

Ces considérations s'appliquent à la phagocytose sans distinction d'organe et sont encore de mise au sujet de la neuronophagie. La méthode de Nissl, dans ce dernier cas, nous l'avons déjà dit, permet aisément de déceler les phases successives du processus : grâce à elle, on reconnaît sans peine les altérations cellulaires primitives, puis on assiste à la mortification de la cellule et à son envahissement par les neuronophages.

L'altération cellulaire se fait, du reste, par étapes nettement différenciées Les cellules, dès qu'elles ont subi une atteinte incurable, présentent du gonflement de leur protoplasma. Marinesco [2], il est vrai, professe une opinion contraire. Pour lui, le stade de gonflement du corps cellulaire serait l'indice d'une réparation future. On note du côté du noyau des modifications plus importantes. C'est un boursouflement accompagné de rejet vers la périphérie de la cellule; le noyau devient excentrique, puis petit à petit se dessinent des lacunes dans son intérieur. Le nucléole disparaît, et la cellule ne se présente plus que sous forme d'une masse amorphe vaguement teintée par le réactif. C'est là, selon Marinesco, le stade de l'achromatose, qui, du reste, peut être l'aboutissant d'altérations multiples et traduit objectivement la mort de la cellule.

En même temps qu'on procède à ces constatations morphologiques, on assiste à l'apparition d'éléments nouveaux, qui sont contemporains du début même de la chromatolyse. Ce sont de petits corps arrondis prenant plus ou moins la coloration, mais toujours très perceptibles. Ils se présentent sous trois formes. Les premiers, volumineux, sont ovales et allongés. Ils doivent leur aspect spécial à la présence de petits grains fortement colorés qui se disposent ou sans ordination apparente, ou sous forme d'un réseau localisé plus volontiers à la périphérie. C'est par le volume seul que la seconde variété diffère de la précédente : même forme, même disposition des grains contenus à l'intérieur. En réalité, il s'agit là de deux espèces identiques; la seconde est simplement constituée par des éléments plus petits que l'autre. La

1. Chantemesse et Podwyssotsky. — « Les processus généraux », 1901, T. Ier.

2. Marinesco. — « Du rôle de la névroglie dans l'évolution des inflammations et des tumeurs ». *Congrès international de médecine*. 1900. Section d'anatomie pathologique. — « Nature et traitement de la myélite aiguë ». *Ibid.*, Section de neurologie. — *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1896.

troisième variété, au contraire, offre une morphologie qui lui est propre. De moins grandes dimensions, les corps sont plus opaques, et ils fixent le bleu d'une manière plus énergique. Le réseau formé par les grains chromatiques ne se distingue qu'avec peine, et surtout il est placé uniquement au centre de la cellule.

La localisation de ces petits corps mérite attention. Ils sont tous d'autant plus nombreux et d'autant plus proches de la cellule nerveuse qu'elle est elle-même plus atteinte. Après être restés plus ou moins longtemps assez loin de cette dernière, ils s'en rapprochent peu à peu pour pénétrer ensuite dans son intérieur, au moment où elle commence à gonfler. Ce sont surtout les plus petits corps qui deviennent intraprotoplasmiques; autour de chacun d'eux se dessine un halo, indice probable d'une fonte cellulaire partielle, pendant qu'eux-mêmes augmentent de volume et deviennent plus opaques. Quelques-uns vont jusqu'au noyau, dont ils absorbent le nucléole, tout en conservant les mêmes caractères. Lorsque la cellule nerveuse est en achromatose, le nombre de ces corps augmente encore. Ils couvrent presque complètement la surface cellulaire, et l'envahissement est tel qu'on ne perçoit qu'avec beaucoup d'attention les résidus protoplasmiques craquelés et dissociés.

Il est un dernier point à noter; les gros corps sont plus volontiers localisés à la périphérie de la cellule, par opposition aux petits que nous avons vu pénétrer plus facilement dans son intérieur.

Tous les auteurs qui ont constaté la progression concentrique de ces éléments, marchant de pair avec des altérations de la cellule qui aboutissent graduellement à sa disparition, sont d'accord sur l'interprétation de ce phénomène. Il s'agit de la phagocytose d'une cellule nerveuse, qui devenue inutile, est désagrégée et digérée par des éléments nouveaux.

* * *

Si sur ce point les avis sont identiques, il n'en est plus de même quand il s'agit de fixer la nature des éléments biophages. C'est toujours le problème pendant sur l'origine de ces derniers : proviennent-ils de la mobilisation des cellules du tissu fixe? au contraire, ne représentent-ils qu'une fonction spéciale des globules blancs? Pour la neuronophagie, la question est plus délicate encore, car certains histologistes n'assignent qu'une place très secondaire aux leucocytes, et font surtout intervenir la névroglie. Or celle-ci, on le sait, est d'origine ectodermique. Ce serait donc un rôle nouveau qui serait attribué aux éléments issus du feuillet externe du blastoderme, rôle qui, en général, n'appartient qu'aux cellules mésodermiques.

Les deux opinions ont tour à tour été soutenues par les auteurs qui se sont occupés de neuronophagie.

Après cautérisation du lobe électrique de la torpille, Valenza[1] constate la migration hors des vaisseaux de globules qui se dirigent grâce à leurs mouvements amiboïdes, vers les cellules nerveuses, font irruption dans leur protoplasma, et petit à petit les digèrent. Il les considère comme des leucocytes, et défend à nouveau cette manière de voir dans une communication ultérieure[1].

Krauss[2] au contraire, la même année, attribue la destruction des éléments nerveux aux cellules névrogliques.

C'est cette dernière notion qu'émet Marinesco dans divers travaux. Il crée le mot de neuronophagie et ne concède qu'à la névroglie une action destructive sur les cellules nerveuses. Pour lui, ce tissu, dès qu'il y a inflammation, réagit, prolifère : c'est ce qu'il appelle la réaction primaire initiale, due à l'irritation nutritive du tissu. Plus tard seulement, lorsque les cellules nerveuses sont altérées, survient une réaction secondaire des mêmes éléments névrogliques, qui alors accomplissent leurs fonctions phagocytaires. Néanmoins, il ne méconnaît pas la présence de nombreux leucocytes autour de cellules en chromatolyse, mais sans leur attribuer de fonction destructrice.

Pareille conception est aussi celle de Nissl[3] qui rapporte à la névroglie la présence de noyaux entourant les cellules nerveuses, dans des cas de méningite et d'encéphalite. De même, Lugaro[4] ne croit pas qu'il faille considérer comme leucocytes des cellules névrogliques qui déjà normalement sont groupées autour des neurones, ainsi que Cajal[5] l'a montré; Anglade et Rispal[6] enfin confirment ces données en étudiant les écorces d'épileptiques et de divers déments.

Par contre Pugnat[7], examinant des ganglions d'animaux, fait intervenir les leucocytes seuls dans la destruction des cellules nerveuses.

Franca et Athias[8] reprennent la question chez les paralytiques généraux. Après coloration au bleu polychrome, ils distinguent les noyaux de névroglie par leur réseau de chromatine périphérique, tandis que le centre de l'élément est occupé par un réseau à larges mailles avec un ou deux grains nodaux au centre du protoplasma. Les leucocytes sont plus petits, et la substance nucléaire est colorée plus énergiquement. A côté de ces différences morphologiques, ils en signalent d'autres dans la localisation. Les cellules névrogliques se groupent autour du cône d'origine de l'axone, restant assez éloignées des cellules nerveuses, ou, si elles s'en rapprochent, ne pénètrent jamais dans l'intérieur même de celles-ci. Les leucocytes, de leur côté, sont capables de s'introduire dans les corps cellulaires et d'atteindre le noyau dont on peut voir la résorption partielle. Le degré de cette leucocytose est en rapport avec celui de la chromatolyse.

Ossipoff[1] est plus éclectique. Si pour lui les leucocytes ont l'action la plus importante, il ne fait pas table rase des cellules névrogliques susceptibles d'aider les précédentes.

Récemment, Debuck et De Moor[2] font appel aux deux processus, mais avec une signification différente. Les leucocytes surtout auraient la fonction phagocytaire, tandis que simultanément la névroglie prolifère pour combler la place que les éléments nerveux laissent après leur disparition. Cette manière de voir est conforme, nous semble-t-il, à l'opinion de Babès[3], pour qui la névroglie est avant tout destinée à donner naissance à un tissu cicatriciel. Les deux savants belges rapprochent ce phénomène de neuronophagie de ce qui se passe dans le muscle. Le tissu interstitiel nerveux est comparable au myoblaste qui renouvelle le muscle après l'avoir phagocyté, avec cette différence que le neurone est définitivement perdu.

Crocq[4] croit à une intervention plus énergique des leucocytes, et Orr et Cowen[5] professent une opinion identique.

Examinant l'écorce des paralytiques généraux, L. Marchand[6] rejette le rôle neuronophagique des cellules névrogliques; celles-ci ont bien une action nocive vis-à-vis des cellules nerveuses, mais c'est en les étouffant par leur prolifération. Les globules blancs seuls sont de vrais neuronophages chargés d'enlever les débris cellulaires.

* * *

En somme, deux opinions distinctes sont toujours face à face : d'une part les détritus cellulaires sont absorbés par les leucocytes, d'autre part, cette digestion est une propriété des cellules névrogliques. Il parait possible, d'après ce que nous venons d'exposer, que ces notions ne soient pas en contradiction et que les deux processus puissent évoluer parallèlement.

Cette manière de voir a déjà été exposée par E. Dupré[7] et l'un de nous dans un précédent travail. Il est légitime d'admettre en effet qu'une même cause pathologique puisse à la fois retentir sur les éléments nobles et sur les éléments de soutien, et que par l'effet d'une inflammation plus ou moins prolongée les cellules nerveuses soient touchées en même temps que l'élément névroglique. Mais bien probablement les cellules nerveuses sont-elles d'autant moins résistantes qu'elles sont plus différenciées, et on comprend que l'agent qui les détruit n'ait pas une action aussi puissante sur la névroglie et ne provoque chez cette dernière qu'une réaction proliférative.

D'autre part, il est prouvé aujourd'hui que

1. Valenza. — « I combiamenti microscopi delle cellule nervose nella loro attivita funzionale ». Atti della. » *R. Acad. delle sc. fis. et nat. di Napoli*, 1894, Vol. VIII.

1. Valenza. — « Sur le rôle joué par les leucocytes et les noyaux de névrogliedans la destruction des cellules nerveuses ». *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1896.
2. Krauss. — « The nerve elements in health or diseases. *Journal of nervos and mental diseases*, 1896.
3. Nissl. — « Mittheilungen zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica ». *Archiv für Psychiatrie*, 1899, XXVIII. — « Ueber einige Beziehungen zwischen Nervenzellenerkrankungen und gliœsen Erscheinungen bei verchiedenen Psychosen ». *Archiv für Psychiatrie*, 1899, XXXVI.
4. Lugaro. — « Nuovi dati e nuovi problemi nella pathologia della cellula nervosa ». *Rivista di pathologia nervosa e mentale*. 1896.
5. Cajal. — *Revue trimestrielle de micrographie*, 1896.
6. Anglade et Rispal. — IXe Congrès des aliénistes et neurologistes, Angers, 1898.
7. Pugnat. — « La destruction des cellules nerveuses par les leucocytes ». *Comptes rendus de la Société de biologie*. 1898.
8. Franca et Athias. — « Sur le rôle joué par les leucocytes dans la destruction des cellules nerveuses ». *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1890. — Franca. *Thèse*, Lisbonne, 1898.

1. Ossipoff. — « Influence de l'intoxication botulinique sur le système nerveux central ». *Annales de l'Institut Pasteur*, 1897.
2. Debuck et de Moor. — « La neuronophagie ». *Société de neurologie belge*, 1900.
3. Babès. — « Anatomie pathologique de la névroglie ». Congrès Paris, 1900. Section d'anatomie pathologique.
4. Crocq. — Discussion à la Société de neurologie belge, 1900, et *Journal de neurologie*, 1900. — Discussion au Congrès de Paris, 1900, Section anatomie pathologique.
5. Orr et Cowen. — *Journal of mental science*, Octobre 1900.
6. Marchand. — « De la névroglie dans la paralysie générale ». *La Presse Médicale*, 1901, 14 Août.
7. E. Dupré et A. Devaux. — « Un cas de tumeur cérébrale ». *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1901, Juillet et Septembre. — *Société de Neurologie*, Avril 1900. — Albert Devaux. « Endothéliomes des méninges ». *Thèse*, Paris, 1901.

la moindre irritation s'accompagne d'une diapédèse leucocytaire. Les leucocytes se précipitent donc vers les cellules nerveuses, peut-être pour les soutenir dans leur lutte, suivant une hypothèse de Ranvier; il n'est pas étonnant qu'accumulés en grand nombre autour des cellules nerveuses malades ou mortes, ils jouent un rôle dans leur absorption. Plus tard seulement la névroglie, déjà proliférée pour combler les vides, peut achever le travail en majeure partie exécuté par les leucocytes, et devenir macrophage. Cette intervention seconde de la névroglie est d'autant plus explicable, comme nous l'avons déjà dit, que les leucocytes, par leur origine mésodermique même, sont appelés à remplir plus facilement le rôle de phagocytes, tandis que ces fonctions ne sont en général pas dévolues à des éléments d'origine ectodermique comme la névroglie.

En conclusion, dans la neuronophagie, la première place revient aux leucocytes; la névroglie n'intervient qu'accessoirement dans la phagocytose, son action n'est pas spécifique : c'est en comblant les vides produits par la destruction et l'absorption des leucocytes qu'elle peut être amenée à devenir neuronophage.

MÉDECINE PRATIQUE

L'HUILE DIGITALIQUE NATIVELLE INJECTABLE

Jusqu'à présent, la médication par la digitaline n'avait pas bénéficié de la méthode hypodermique.

Dans le Manuel de médecine de Debove et Achard, Gourin ne donne pas de formule d'injection sous-cutanée de digitaline. Dans le Manuel de thérapeutique, Boix écrit : « Les injections hypodermiques de digitaline sont peu employées, car elles sont douloureuses et donnent facilement des abcès. » En effet, les formules proposées par quelques auteurs contiennent toutes de l'alcool ou du chloroforme, et leur emploi a été suivi d'accidents qui vont de l'abcès à la nécrose.

Huchard ne veut pas « prendre la responsabilité de la formule de *Van Aubel*, que nous reproduisons :

Digitoxine	0,020
Alcool à 94°	26,5
Chloroforme	2
Eau distillée	48

Barié dans la « Thérapeutique des maladies du cœur et de l'aorte » (éd. de 1894), signale la formule de Gubler :

Alcool	āā 250
Eau distillée	āā 250
Digitaline	1

Mais il abandonne ce procédé qui présente trop d'inconvénients.

La formule d'Albin Meunier (Maurange, Formulaire pratique de l'hypodermie, 1896) est très irritante, et pourtant elle ne contient pas d'alcool. La voici :

Digitaline cristallisée Nativelle	0,01
Chloroforme	1
Vaseline liquide	5

De même la formule de Van Aubel a été abandonnée :

Digitaline cristallisée	0,003
Chloroforme	6
Alcool à 92°	7
Sol. physiol. de NaCl	293

Citons encore Manquat qui reproche à l'injection hypodermique de digitaline de donner des abcès; Oth et Wilkoski qui ont dû, à cause de nécrose, renoncer à l'emploi de la solution de digitaline de Merk dans l'eau glycérinée, etc.

Cependant François-Frank a démontré que l'injection dans le système vasculaire de digitaline produit une action manifeste sur le myocarde.

Zienetz (Medic. obs., 1892) a vu l'injection hypodermique réussir alors que la voie stomacale avait échoué.

« L'injection sous-cutanée de digitaline, écrit Barié, serait bien à désirer », et le même auteur déclare qu'on pourra la tenter en cas de besoin.

Donc le problème se pose ainsi :

1° Les solutions de digitaline sont dangereuses, car elles provoquent de la douleur, des abcès, des nécroses;

2° L'injection hypodermique de digitaline est supérieure à l'absorption stomacale.

Ce problème est résolu. En m'aidant d'une légère élévation de température, j'ai montré qu'on pouvait obtenir une solution de digitaline dans l'huile, solution stable et injectable, et sur mes indications Martignac a préparé une huile digitalique Nativelle injectable dosée à 1/8 de milligramme par centimètre cube.

Il serait facile d'obtenir une solution plus concentrée, mais ce serait inutile, et c'est sur le conseil de M. Huchard que ce titre a été adopté.

Les expériences sur les animaux ont montré la parfaite tolérance de l'huile digitalique. Aucun des malades injectés n'a souffert ni présenté d'inflammation ou de nodules.

Quant à la posologie, elle sera déterminée plus exactement dans des travaux ultérieurs. Il semble que 1/4 de milligramme serait une dose massive. Il conviendrait donc d'injecter quatre jours de suite 1 centimètre cube, ou deux jours seulement d'injecter matin et soir 1 centimètre cube. Dans les affections thoraciques, il faudra considérer la dose d'un centimètre cube comme une dose active.

Puisque les résultats obtenus répondent aux espérances, l'huile digitalique augmentera le champ d'action et les bienfaits de cet excellent médicament qu'est la digitale.

G. Rosenthal,
Chef de clinique adjoint à la Faculté.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

9e session (3, 4 et 5 Avril 1902) (*suite*).

Physionomie de certains phénomènes de l'accouchement par le sommet dans le cas de dystocie par l'anneau de Bandl. — *M. Chavane.* Dans les cas de ce genre, on observe généralement des caractères spéciaux, et cela dès le début du travail.

Si l'anneau de Bandl se produit avant la rupture des membranes, les contractions sont faibles, peu douloureuses, l'utérus ne se contractant pour ainsi dire qu'à regret.

Les douleurs sont disproportionnées à la contraction; elles cèdent difficilement au chloroforme.

La poche des eaux, qui est généralement petite, se rompt prématurément ; le col ne se dilate que lentement.

La tête, très mobile, se présente dans une position intermédiaire entre la flexion et l'extension; enfin la bosse séro-sanguine ne se forme pas, malgré la longue durée du travail.

M. Fochier pense que, dans les cas de ce genre, on se trouve en présence d'une véritable malformation utérine.

M. Doleris. On disait autrefois que ce travail anormalement douloureux était dû à la résistance anormale des parties molles; c'était se payer de mots. En réalité, il y a des femmes qui sont des douloureuses utérines, chez lesquelles le spasme douloureux se produit au moment des règles, et dès qu'on touche à l'orifice interne; c'est dans ces cas que l'hystérométrie peut produire une syncope. Quant à la mobilité anormale dont parle M. Chavane, elle me paraît difficile à admettre; la tête est au contraire immuablement fixée, ne pouvant ni tourner ni descendre.

Altérations histologiques dans la rupture spontanée de l'utérus. — *M. Brindeau.* On a décrit différentes lésions de l'utérus expliquant la facilité de sa déchirure pendant les contractions : dégénérescence granulo-graissseuse de la fibre, sclérose des tissus périfasciculaires, disparition des fibres élastiques.

Dans deux cas de rupture utérine suivis d'hystérectomie, l'auteur a trouvé une fois de la dégénérescence granulo-graisseuse du muscle, une autre fois des lésions vasculaires.

Ces altérations s'observent surtout chez les grandes multipares qui ont eu de la métrite ou des intoxications d'origine générale (syphilis, alcoolisme, etc.).

Du forceps. — *M. Demelin*, qui s'occupe de cette question depuis 1897, pense toujours que le meilleur agent de préhension du forceps, tant pour la solidité que pour l'innocuité de la prise, est la pince à branches convergentes non croisées, comme dans le premier modèle qu'il a fait faire en 1899.

Mais l'auteur croit aujourd'hui qu'il vaut mieux insérer le tracteur au milieu des jumelles que vers l'extrémité pointue des fenêtres.

Aussi, pour répondre à ces nécessités mécaniques et cliniques, a-t-il remplacé le tracteur métallique par des lacs de fil qui s'attachent au milieu des jumelles, c'est-à-dire au niveau du segment d'ovoïde céphalique contenant à la fois le centre de figure et le centre de mobilité (articulation occipito-rachidienne).

Avec l'emploi des lacs dans les occipito-postérieures mal fléchies, on détermine très facilement la flexion de la tête en ne tirant que sur le lac postérieur. Dans les applications de forceps au détroit supérieur, cette traction sur les lacs est celle qui se rapproche le plus de la direction de l'axe d'engagement; d'autant plus que, si on rétracte le périnée avec une valve spéciale et qu'on se serve, en outre, d'un palonnier, on peut encore améliorer la direction de cette force.

Au point de vue de la traction, M. Demelin revient donc complètement à la doctrine lyonnaise (sans tractions mécaniques, bien entendu).

L'auteur croit que la traction par les lacs n'est vraiment bonne que dans le forceps à pince convergente non croisée.

Réduction des occipito-postérieures par le moyen des tractions bilatérales divergentes sur les lacs du forceps. — *M. Commandeur* (de Lyon). Quand on examine quels sont les différents instruments auxquels on peut avoir recours pour réduire les occipito-postérieures, on voit qu'on a le choix entre le levier, instrument préhistorique, et le forceps manié de telle façon qu'on imprime un grand mouvement de rotation aux manches, de façon à ce que la rotation se fasse autour de l'axe des cuillères. M. Commandeur emploie un procédé, qui consiste à faire pivoter le forceps sur lui-même, en agissant directement sur les cuillères, au moyen de tractions bilatérales divergentes.

La force ainsi développée se décomposant, suivant le principe du parallélogramme des forces, en deux forces secondaires, dont la plus petite est la force de rotation, on voit que ce procédé est beaucoup moins brutal que le procédé ordinaire. L'auteur a pu se convaincre que cette manœuvre, excellente en théorie, ne l'est pas moins dans la pratique.

Pronostic et traitement de l'avortement criminel. — *M. Maygrier.* Le nombre des avortements criminels est considérable; il semble augmenter d'année en année, alors qu'il n'y a guère que de 20 à 30 cas relevant annuellement de la cour d'assises.

L'auteur a observé, en sept ans et demi, 742 cas d'avortement à l'hôpital, dont 44 dus à des manœuvres abortives, soit 5,92 pour 100.

Alors que la mortalité des avortements spontanés, ou supposés tels, n'a été que de 0,57 pour 100, celle des avortements criminels a été de 56,81 pour 100.

Le danger que court la femme dans ces cas étant immédiat, consécutif aux manœuvres septiques ou traumatiques, il faut intervenir le plus tôt possible, toutes les fois qu'on suppose des manœuvres abortives, même quand il n'y a pas de phénomènes de septicémie déclarée.

Cette intervention consiste dans l'enlèvement des débris par curage digital ou curettage, et dans la désinfection de l'utérus.

M. Maygrier émet le vœu suivant : qu'on donne aux médecins, paralysés actuellement par le secret professionnel, le moyen de lutter contre cette plaie sociale, qui fait tant de victimes.

Voy. *La Presse Médicale*, 12 Avril 1902, n° 30, p. 356.

M. Fochier affirme que toutes les statistiques relatives à l'avortement criminel sont fantaisistes, parce que le médecin n'est prévenu que dans l'infime minorité des cas : ceux où les jours de la malade paraissent menacés.

Traitement de l'infection puerpérale à la clinique Tarnier. — *M. Perret* rapporte le détail des faits qu'il a observés pendant une année dans le nouveau service d'isolement de la Clinique Tarnier, avec un plein succès.

Les antiseptiques employés ont été : d'abord le sublimé, puis l'iode, le permanganate et l'eau oxygénée, enfin le borate de soude.

Les malades ont été soutenues avec du sérum artificiel.

Le traitement local a été l'écouvillonnage très précoce, fait à la première élévation de température, répété s'il y avait lieu, enfin les injections intra-utérines fréquentes et abondantes, continuées pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que la température soit revenue définitivement à la normale.

M. Fochier n'attache pas grande importance à l'hyperthermie n'ayant duré qu'un seul jour. Avant de considérer une femme comme infectée, il attend que la température se maintienne élevée.

M. Gaulard vante les avantages du curettage, qui enlève la muqueuse, laquelle est souvent envahie dans sa totalité par les streptocoques.

Pour lui, si les streptocoques sont dans le muscle, il ne faut plus faire d'autre intervention que l'hystérectomie.

M. Budin. Il est évident que, comme l'a dit M. Fochier, l'élévation de température n'ayant duré qu'un seul jour ne signifie pas grand'chose.

Mais comme l'écouvillonnage est une opération simple, et ne présentant aucun danger, il n'y a jamais aucun inconvénient à la faire, même si elle n'est pas indispensable.

Nouveaux procedés de chauffage des couveuses. — *M. Tissier* présente une couveuse qui se chauffe au moyen d'une chaufferette d'acétate de soude, maintenant une chaleur convenable pendant environ dix heures, à condition de prendre certaines précautions.

Ces précautions consistent à atténuer la poussée de chaleur initiale au moyen d'une masse de fonte servant de volant, et à éviter la déperdition de calorique en enveloppant la couveuse entière dans une crinoline de feutre ou d'amiante empêchant le rayonnement dans l'air extérieur.

M. Fochier montre une couveuse *modern styl*, en forme de sarcophage vitré, dans le soubassement de laquelle la chaleur est produite par des lampes électriques, dont l'allumage est commandé par un thermomètre.

Suivant la température de la couveuse, les lampes s'allument ou s'éteignent successivement.

Ce procédé de chauffage présenterait, d'après M. Fochier, une sécurité parfaite, et serait très économique.

Les seules objections qu'on puisse faire à ce modèle de couveuse sont d'abord les inconvénients du bain de lumière pour les débiles, puis les difficultés de la désinfection d'un appareil aussi compliqué.

La galactophorite chez le nouveau-né et son traitement. *M. Pierra* rapporte trois observations d'infection localisée au sein de l'enfant, consécutive à une infection maternelle préalable, ou simplement à des attouchements septiques par des objets quelconques : mains, objets de pansement, linges, etc.

Le traitement de ces galactophorites du nouveau-né est le même que celui des galactophorites de la mère ; il suffit de faire de l'expression.

Abcès du sein à tetragènes. — *M. Keim* rapporte l'observation d'une femme qui, à la suite d'un début de bronchopneumonie chez son enfant, eut de la lymphangite du sein sans galactophorite, puis un abcès.

L'examen bactériologique direct et les cultures donnèrent des colonies nombreuses de tetragènes.

Il y a lieu de remarquer que, malgré l'infection de la bouche de l'enfant, l'infection du sein fut d'origine lymphatique et non canaliculaire (le lait était bactériologiquement pur).

La présence du tetragène ne semble pas avoir encore été signalée; mais comme ce coccus ne paraît être qu'une forme d'évolution du staphylocoque, ce fait rentre dans les cas connus.

On peut se demander si la présence du tetragène n'est pas due à l'origine lymphatique de l'abcès.

Communications diverses relatives aux consultations de nouveau-nés. — Depuis que M. Budin a inauguré ces consultations en 1892, afin de donner des conseils aux mères dans la direction de l'allaitement de leurs enfants, d'autres consultations similaires ont été créées aussi bien à Paris qu'en province.

Quand le lait maternel est insuffisant, on y supplée par du lait stérilisé.

Les bons résultats qui ont été obtenus dans toutes ces consultations ressortent des statistiques qui sont apportées par MM. Levraud (de Saumur), Bresset, Chavane, Wildermann, Dubrisay, De Rothschild et Audion (de Berck).

Du traitement de l'infection puerpérale généralisée par les abcès de fixation. — *M. Chéron* rapporte six observations d'emploi de cette méthode. Dans trois cas, des injections de 1 centimètre cube de térébenthine, pratiquées dans le tissu cellulaire au niveau du flanc ou de l'épaule, ne furent suivies d'aucune tendance pyogène; les femmes moururent, l'infection étant très virulente. Dans trois autres faits, l'emploi de cette méthode donna des succès.

Les abcès apparurent aux dates suivantes, à partir du début des accidents infectieux : le onzième jour, le treizième jour et le vingt-neuvième jour.

L'auteur a observé que, dans les cas heureux, la température tombait vingt-quatre heures après l'injection, en même temps que l'état général s'améliorait. Mais ces phénomènes étant transitoires, il fallut faire jusqu'à trois injections de térébenthine pour assurer l'apyrexie définitive.

Ces trois observations de guérison étant survenues après l'échec de tous les moyens habituels (curage digital, écouvillonnages répétés, bains froids, etc.), M. Chéron en conclut que cette méthode thérapeutique est quelquefois efficace.

Sur la possibilité d'associer le curage digital au curettage dans le traitement de l'infection puerpérale. — *M. Chavane* présente un instrument qui a pour but de remplacer l'ongle dans le nettoyage de la cavité utérine avec le doigt.

Les inconvénients de l'ongle étant sa forme arrondie et son ramollissement possible par les lavages (ce qui fait que sa résistance n'est plus suffisante pour détacher la muqueuse utéro-placentaire), l'auteur a eu l'idée de faire construire un ongle métallique plan, qui se fixe à l'extrémité du doigt au moyen d'une bague à la mesure de l'opérateur.

Cet ongle doigtier se termine par une crête qui est inclinée à 45° sur son support, de façon à permettre un raclage efficace.

(*A suivre.*) L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

11 Avril 1902.

Fibrome utérin. — *MM. O. Benoit et Lœwy* présentent un fibrome utérin offrant à sa partie centrale des lésions d'aspect spécial, et discutent la nature de cette dégénérescence.

Corps étranger et hernie. — *M. H. Petit* montre un corps étranger trouvé dans une anse du gros intestin herniée. Il s'agit d'un os de lapin qui avait embroché en séton la paroi intestinale.

Tumeur du corps calleux. — *M. Touche* apporte une tumeur du corps calleux coïncidant avec une tumeur péri-épendymaire dans la moelle cervicale. Il s'agit sans doute de gliome.

Ramollissement du cervelet. — *M. Touche* montre une pièce de ramollissement du cervelet qui ne se traduisit que par une parésie homonyme permanente.

Tumeur de l'ombilic. — *M. Péraire* présente une tumeur sessile de l'ombilic, observée chez une femme de vingt-cinq ans. D'aspect violacé, de consistance élastique, cette tumeur évoluait depuis trois mois.

Tumeur du corps pituitaire. — *MM. Laignel-Lavastine et Vigouroux* communiquent un épithéliome primitif du corps pituitaire. Cette tumeur, très volumineuse, avait déterminé de la cécité.

Anomalie du sympathique. — *M. Laignel-Lavastine* montre une pièce de dissection des nerfs splanchniques, où l'on observe chez l'homme la disposition qui est normale chez le cheval et le chien.

Tumeur du corps thyroïde. — *MM. Delherm et Laignel-Lavastine* présentent des coupes d'un épithélioma primitif du corps thyroïde développé au niveau d'un goitre, aux dépens des cellules de revêtement des follicules de la glande.

La tumeur maligne s'est manifestée cliniquement par une pleurésie d'abord séro-fibrineuse et d'allure banale, puis hémorragique. La pleurésie hémorragique et l'état cachectique concomitant firent faire le diagnostic que confirma l'autopsie.

L'examen histologique permit d'établir, par la comparaison des altérations folliculaires dans les différents lobes de la glande, tous les intermédiaires entre le follicule à contenu colloïde et les alvéoles carcinomateuses, en passant par les follicules sains à cellules de revêtement cylindriques, les follicules vides de contenu colloïde et les follicules à plusieurs rangées de cellules et à bourgeons épithéliaux.

Kyste thyro-hyoïdien dérivé du tractus thyréoglosse. — *M. Pierre Fredet* montre un kyste mucoïde médian du cou, enlevé à un homme qui le portait depuis l'enfance. Ce kyste était rattaché à l'os hyoïde par un pédicule creux, contenant des canaux tapissés d'épithélium cylindrique cilié et des grains de tissu thyroïdien adulte. L'étude des connexions anatomiques et de la structure prouve qu'il s'agit d'un dérivé du bourgeon thyroïdien moyen.

Malformations congénitales des membres chez un nouveau-né. — *M. Constantin Daniel* présente un nouveau-né à terme, mort quatre jours après sa naissance, et ayant une main bote double (tala vara), une double malformation du coude avec des mouvements anormaux et un pied bot gauche (varus équin).

On ne trouve dans les antécédents rien de précis, sauf l'intoxication absinthique de la mère dans un but abortif, qui puisse expliquer ces malformations.

A part son intérêt anatomique, cette pièce présente un intérêt obstétrical, vu l'impossibilité de faire le diagnostic d'un pied et d'une main au cours de la version.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

11 Avril 1902.

Composés organiques du mercure. — *M. Danlos* étudie dans un travail très documenté la composition chimique et l'emploi thérapeutique des composés organiques du mercure. Ces composés sont en nombre illimité, et il est facile d'en allonger la liste ; les principaux sont les combinaisons du mercure avec l'oxamide, l'urée, l'asparagine, la vanilline, la saccharine, l'antipyrine, le glycocolle.

Il semble que ces diverses combinaisons ne présentent aucune supériorité dans leur emploi thérapeutique sur les composés minéraux.

Compression de la moelle par un endothéliome. Paraplégie spasmodique. Laminectomie. — *MM. Hirtz et Delamare* apportent l'observation d'une femme de vingt-huit ans atteinte de paraplégie spasmodique par compression ; cette femme n'était ni tuberculeuse ni syphilitique : il s'agissait donc probablement d'une tumeur susceptible d'une ablation chirurgicale. M. Faure fit une laminectomie dorso-lombaire ; le résultat fut négatif. La malade mourut trois mois après l'opération. L'autopsie montra que la laminectomie avait été faite trop bas : un endothéliome comprimait la moelle quelques centimètres plus haut.

Fièvre typhoïde avec phénomènes spinaux. — *MM. Moizard et Grenet* résument l'observation d'une enfant atteinte de fièvre typhoïde avec phénomènes méningés intenses simulant la méningite cérébro-spinale. Le séro-diagnostic positif d'une part, les résultats négatifs de l'examen du liquide céphalo-rachidien d'autre part, permirent de préciser le diagnostic.

M. Hirtz a observé récemment deux cas analogues.

M. Variot insiste sur le polymorphisme des accidents méningés dans la fièvre typhoïde : méningisme ou méningite.

Erythème scarlatiniforme fébrile d'origine paludéenne. — *M. Billet* envoie l'observation d'un cas d'érythème scarlatiniforme fébrile d'origine paludéenne. Le diagnostic fut posé grâce à la constatation de l'hématozoaire de Laveran dans le sang.

Lutte contre l'alcoolisme. — *M. Triboulet* présente au Président de la Société médicale des hôpitaux une demande d'appui de la Société pour l'Union Française Antialcoolique dans l'action judiciaire intentée par cette Union contre un fabricant d'absinthe oxygénée qui se prétend recommandé par les docteurs.

A l'unanimité des membres présents la Société médicale des hôpitaux assure l'Union Française Antialcoolique de son concours moral.

Grande dilatation du cœur; action dissociée de la digitale et rythme couplé. — *M. Pierre Merklen.* La bigéminie cardiaque qui survient dans l'asystolie sous l'influence de la digitale semble résulter de l'extrême dilatation du cœur exagérée par l'action dissociée de ce médicament, c'est-à-dire par le ralentissement du cœur sans diurèse. Je viens d'observer trois cas où ce syndrome était des plus nets. Il s'agissait de cardiopathies anciennes d'origine rhumatismale, compliquées d'asystolie à prédominance hépatique, avec double insuffisance mitrale et tricuspidienne. Le schéma de la matité cardiaque, identique chez les trois malades, était remarquable par ses grandes dimensions; l'oreillette droite débordait de 4 à 5 centimètres le bord du sternum, la pointe battait largement dans l'aisselle. C'était une matité irréductible qui, loin de diminuer, augmenta sous l'influence de la digitale, en raison du ralentissement des contractions du cœur qui contrastait avec l'absence de toute diurèse : au lieu de favoriser la déplétion des cavités cardiaques, le médicament en exagérait la réplétion. Le rythme couplé, avec ou sans pouls bigéminé, se montra en même temps.

La pathogénie de la bigéminie cardiaque est encore très controversée. Elle varie suivant les conditions anatomiques ou fonctionnelles qui lui donnent naissance. L'explication qui convient à mes cas est celle proposée par Heuschen. En raison de leur extrême dilatation et de l'atonie de leurs parois, les oreillettes ne se vident qu'incomplètement pendant la présystole. Le flux sanguin qu'elles reçoivent au moment de la systole ventriculaire, en raison de l'insuffisance mitrale ou triscuspidienne, y détermine donc facilement un excès de pression qui incite à nouveau la contractilité de leurs parois. Mais il n'en peut résulter qu'une systole avortée, une extra-systole, parce que, à ce moment de la révolution cardiaque, l'excitabilité du myocarde est encore épuisée. Le rythme couplé résulte de cette extra-systole qui suit de très près la systole principale.

Les causes de la grande dilatation du cœur et de son irréductibilité peuvent être diverses. Elle était imputable dans deux de mes cas à une péricardite subaiguë avec symphyse et à un état infectieux avec fièvre; dans l'un d'eux, il existait aussi une imperméabilité rénale très accusée, dans l'autre une néphrite épithéliale aiguë.

Les conséquences du syndrome sont des plus graves. Deux de mes malades sont morts subitement, l'un neuf jours après l'administration d'un milligramme de digitaline cristallisée, l'autre douze heures après en avoir pris un quart de milligramme. Le rythme couplé s'était produit chez ce dernier un mois auparavant à la suite de l'administration d'une première dose de un milligramme du médicament, et il avait duré trois semaines, peut-être entretenu par un ictère intercurrent, cause de bradycardie. Ces faits sont à rapprocher des observations rapportées par M. Huchard dans son mémoire sur le rythme couplé et la mort par la digitale. Ils prouvent qu'il ne faut user de ce médicament qu'avec précaution dans les grandes dilatations cardiaques, et que ce qui leur convient, c'est la médication déplétique par les émissions sanguines locales, les diurétiques directs, les laxatifs, enfin l'évacuation chirurgicale des œdèmes.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

12 Avril 1902.

Coloration du sérum dans les néphrites et dans la ligature expérimentale des uretères. — *MM. Gilbert et Herscher.* Dans la néphrite interstitielle, le sérum prend presque toujours (27 cas sur 32) une coloration jaune marquée et donne le plus souvent la réaction de Gmelin. En même temps, la peau présente une teinte jaunâtre d'ordinaire légère, quelque fois plus accusée. Les urines, au contraire, sont pâles, mais, à la vérité, surabondantes.

Il y a là un syndrome particulier dont l'interprétation est malaisée dans l'état actuel de nos connaissances, c'est-à-dire dans l'ignorance où nous sommes de la nature véritable du *sérochrome* et de ses relations avec les téguments biliaires.

L'on peut supposer qu'il s'agit d'une cholémie véritable avec subictère, et en rattacher la production à l'action des poisons urémiques sur le foie, ou bien supposer qu'il s'agit de la rétention dans l'organisme, par le fait de l'imperméabilité rénale, de la matière colorante normale du sérum.

Cette seconde manière de voir est celle qui nous séduit le plus, étant données l'imperméabilité rénale avérée des sujets atteints de néphrite interstitielle et la décoloration de leurs urines.

Dans la néphrite parenchymateuse, où nous avons plusieurs fois recherché l'état du sérum, nous ne l'avons pas trouvé surcoloré, et l'on sait, d'autre part, d'après les recherches de M. Bernard, que, chez les sujets atteints de cette affection, les reins ont une perméabilité normale ou exagérée.

Enfin, chez deux chiens auxquels nous avons pratiqué la ligature des uretères, nous avons amené une surcoloration du sérum analogue à celle que nous avons observée dans la néphrite interstitielle.

Mais de quelle nature est le sérochrome? Est-il identique aux pigments biliaires et s'agit-il ici par conséquent d'une cholémie et d'un ictère d'origine rénale? Ou bien, tout en ne pouvant être distingué par nous des pigments biliaires, étant données les réactions dont nous disposons, le sérochrome est-il différent de ceux-ci, ainsi qu'on l'admet communément, et s'agit-il par conséquent d'une pseudo-cholémie et d'un pseudo-ictère hypersérochromique?

Ce sont là des questions auxquelles les études que nous poursuivons actuellement nous permettront, nous l'espérons du moins, de répondre prochainement.

Précipitine et albumine digestive. — *MM. Linossier et Lemoine.* Dans des communications antérieures, nous avons établi que la réaction déterminée par les sérums précipitants dans les urines albuminuriques ne donnait pas un renseignement supérieur à ceux donnés par les réactifs chimiques.

Un cas d'albuminurie que nous avons observé dernièrement nous a permis d'aborder la question sous un autre jour. Il s'agit en effet d'un jeune homme atteint d'albuminurie orthostatique chez lequel le régime lacté et notamment l'ingestion du lait cru déterminèrent une augmentation notable de l'albuminurie qui devint même continue pendant un certain temps.

Pensant qu'il s'agissait peut-être là d'une albuminurie d'origine digestive, par défaut d'assimilation du lait, nous avons recherché dans les urines de cet homme si l'albumine du lait ne serait pas éliminé avec ses caractères spéciaux. Cette urine, en effet, dont l'albumine était précipitée par un sérum précipitant humain, était aussi précipitée par un sérum d'origine bovine.

Le même essai fait dans des cas d'albuminurie d'origine rénale ne donna aucun résultat.

Il y aurait donc peut-être là un nouveau moyen permettant de différencier les albuminuries d'origine néphrétique.

Mode de cicatrisation de la capsule du cristallin après l'opération de cataracte. — *M. F. Terrien.* La cicatrisation de la capsule du cristallin après l'opération de cataracte n'existe pas au sens propre du mot; celle-ci ne se répare jamais, et il n'y a là qu'une cicatrisation d'emprunt, purement épithéliale. On s'en rend facilement compte sur le chien, la cristalloïde antérieure étant chez lui beaucoup plus épaisse que chez le lapin et chez l'homme.

La réunion des deux lèvres de la plaie se fait par l'intermédiaire de l'épithélium sous-capsulaire qui prolifère rapidement. D'autres éléments épithéliaux viennent s'y ajouter, qui ne semblent pas avoir été mentionnés jusqu'ici. Ils proviennent soit de la cicatrice cornéenne, soit du tissu irien lui-même, et viennent renforcer le précédent. Ceci est à rapprocher des faits observés par Jolly sur la membrane interdigitale de la grenouille.

On ne peut conclure pourtant de là que la capsule soit incapable de se réparer, en présence des faits observés par Ranvier sur la membrane de Descemet. De nouvelles expériences, faites en déterminant un traumatisme beaucoup moindre, seraient nécessaires pour l'affirmer.

Action des humeurs de l'homme sur les blastomycètes. — *M. Wlaëff* expose ses recherches sur l'action bactéricide exercée par le liquide d'ascite sur les blastomycètes. Il cite le cas d'un homme atteint de cancer abdominal qui fut traité par les injections de sérum anticancéreux, et dont le liquide péritonéal devint rapidement bactéricide vis-à-vis de ces éléments parasitaires.

Action physio-biologique de l'aimant. — *M. Feré* rapporte le résultat de ses expériences sur les modifications biologiques révélées par l'emploi de l'ergographe chez l'homme surmené ou fatigué soumis à l'action d'un aimant.

Kinase et suc pancréatique. — *M. Delezenne* étudie l'action diffluente de la kinase (suc intestinal) suivant que cette diastase agit sur le suc pancréatique ou sur une macération aqueuse de pancréas. Les solutions de kinase, soumises à l'ébullition, perdent toute action efficace vis-à-vis du suc pancréatique, et elles ne doivent qu'à leur acidité la conservation de leur pouvoir actif vis-à-vis des macérations aqueuses pancréatiques.

Destruction des rats. — *M. Langlois* préconise pour la destruction des rats l'emploi des vapeurs sulfureuses, et surtout de l'anhydride sulfurique.

A. Sicard.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

14 Avril 1902.

Examen médico-légal de l'état mental d'un incendiaire (responsabilité). — *M. Masbrenier.* M. Granjux a émis récemment le vœu qu'une loi obligeât les maires à fournir des renseignements aux conseils de revision, sur les antécédents morbides des candidats qui leur sont présentés.

Le fait suivant prouve que la réalisation de ce vœu ne remédiera pas aux erreurs du conseil de revision.

Le nommé V..., accusé d'avoir incendié son atelier à trois reprises différentes tenta de diminuer sa responsabilité en affirmant qu'il était atteint d'épilepsie et qu'il avait été, pour cette cause, refusé au conseil de révision.

En réalité, le nommé V... avait été réformé dans les conditions suivantes : un jour, son patron, en rentrant chez lui, l'avait trouvé couché dans son lit et se débattant.

Un médecin, appelé aussitôt, ne put arriver qu'après que la crise était passée; sur les renseignements qui lui furent fournis, il diagnostiqua une attaque d'épilepsie et rédigea un certificat qui fut ensuite présenté au conseil de revision par V... et lui permit de se faire réformer. Or, ajoutait le patron, « je n'ai jamais cru à la réalité de cette attaque d'épilepsie, car V..., avait affirmé qu'il ne serait jamais soldat, et c'est dans cette intention qu'il aurait simulé cette maladie ».

Je me suis livré à une étude approfondie de l'état mental de V..., et, malgré l'opinion du conseil de revision, la conclusion de mon rapport a été : que V... n'avait pas agi sous l'influence irrésistible d'une impulsion de nature épileptique et qu'il devait être considéré comme entièrement responsable de ses actes.

Mémoire sur les accidents du travail. Evaluation des infirmités partielles permanentes. — *M. Georges Brouardel.* La loi sur les accidents du travail ne contient aucune indication au sujet de l'évaluation des indemnités dues aux blessés. Les législateurs ont été arrêtés par la difficulté de prévoir chaque cas particulier dans chacune des professions. Le juge doit donc s'en rapporter aux dire des plaideurs ou à son expérience personnelle.

Il s'ensuit que selon les régions et les jugements, des indemnités très différentes sont accordées pour des accidents semblables. Il paraît donc de plus en plus nécessaire d'établir une base d'évaluation; c'est pourquoi j'ai dressé les tableaux d'indemnités que j'ai l'honneur de soumettre à la Société de médecine légale.

M. Bize.

ACADÉMIE DES SCIENCES

14 Avril 1902.

Emploi de la cytophiline contre les maladies infectieuses. — *M. Marc Laffont.* D'après cet auteur, contrairement aux déclarations récentes de M. le professeur Armand Gautier, le cacodylate de soude serait cinq fois moins toxique que l'arrhénal, et, à ce titre, mérite de rester dans la thérapeutique pour être utilisé en injections hypodermiques.

Tous les phénols, déclare encore M. Laffont, sont toxiques et on doit rejeter l'acide phénique, les salicylates, le créosol, le gaïacol, le crésol, pour employer en leur lieu et place l'aspirine et les composés sulfonés du benzène, composés dépourvus de toxicité et favorisant la reconstitution de l'organisme.

En somme, conclut M. Laffont, les antiseptiques doivent être réservés pour l'usage externe, et les reconstituants seuls pour l'usage interne.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

15 Avril 1902.

La prophylaxie de la peste. — ***M. Vallin*** soumet à l'Académie, au nom de la Commission de la peste, la sixième conclusion de son rapport modifiée à la suite des observations proposées par MM. Laveran et Roux.

A tout navire qui a eu des contacts avec un port ou un navire infecté ou suspect de peste, imposer la destruction des rats avant tout déchargement des marchandises, même en l'absence de malade ou de cas suspect à bord; le navire ne pourra être remis en service en vue d'une nouvelle traversée que lorsqu'une inspection minutieuse aura démontré que ses rongeurs ont été détruits.

Cette conclusion est adoptée par l'Académie.

Diagnostic de la cause de la cécité par l'emploi du radium. — ***M. Javal.*** Les radiations émises par le radium sont capables de traverser les tissus vivants et d'impressionner la rétine. Les aveugles par glaucome ou par opacité de la cornée les perçoivent aussi bien que les sujets sains, pourvu que leur rétine soit intacte. Il y a donc dans l'emploi du radium un moyen de distinguer la cécité par altération de la rétine des autres genres de cécité.

Fièvre typhoïde et traitement mercuriel. — ***M. Robin.*** Parmi les erreurs propagées par l'enseignement classique, il en est une que je veux combattre, c'est celle de l'antisepsie intestinale ou interne.

J'ai déjà signalé l'observation d'un malade saturé de mercure qui mourut d'une grippe exceptionnellement grave.

Aujourd'hui je rapporte l'observation d'une femme atteinte de syphilis secondaire, que je mis au traitement intensif par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure, puis par l'ingestion de pilules de sublimé à la dose de 3 puis de 4 centigrammes.

Une fièvre typhoïde éclate chez cette femme; au lieu d'évoluer d'une façon atténuée, cette maladie prit d'emblée une allure très infectieuse; des éruptions pemphigoïdes, suivies d'ulcération, une phlegmatia alba dolens, survinrent. Au vingt-deuxième jour elle succomba. Le mercure recherché dans les divers organes fut trouvé dans le foie, la rate, soupçonné dans les muscles.

Cette malade avait pris 75 centigrammes de préparation mercurielle, et cependant l'imprégnation mercurielle n'a pas atténué la virulence du bacille d'Eberth. Le mercure est plutôt nuisible parce qu'il ralentit les échanges organiques qu'on cherche au contraire à exalter dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Les enseignements du laboratoire sur l'antisepsie ne sont donc point applicables à la clinique.

M. Chantemesse. La malade de M. Robin a contracté la fièvre typhoïde à l'hôpital; il faudra donc prendre contre cette maladie les précautions hygiéniques qu'on applique à la prophylaxie des autres maladies infectieuses.

Traitement des dyspepsies par la gastro-entérostomie. — ***M. Richelot.*** Depuis quelques années, le traitement chirurgical a été appliqué aux dyspepsies. Par la gastro-entérostomie, on met au repos l'estomac et on lui permet de se réparer. La gastro-entérostomie postérieure, par le procédé dit en Y de Roux (de Lausanne), doit être considérée comme la meilleure opération; je l'ai pratiquée deux fois avec succès chez des malades atteints d'affection gastrique non cancéreuse, que le traitement médical n'avait point soulagés.

Abcès intra-thoracique guéri par la chirurgie. — ***M. Piéchaud*** (de Bordeaux) relate l'observation d'un enfant atteint d'abcès intra-thoracique ancien, compliqué de vomiques répétées, et guéri par la thoracotomie suivie de résection costale.

M. Labbé.

ANALYSES

CHIRURGIE

Pierre Duval. ***Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Jusqu'à ces dernières années, le cancer de l'intestin donna lieu à une étude générale pour ses différentes portions. Puis on individualisa le cancer du rectum, plus récemment encore le cancer iléo-cæcal.

L'auteur pense qu'il faut, à l'heure actuelle, décrire séparément le cancer du côlon pelvien.

Le côlon pelvien est, en effet, une anse intestinale mobile, munie d'un méso plus ou moins long, alors que les côlons ascendant, descendant, iliaque sont fixés sans méso à la paroi abdominale postérieure. Il forme une anse intestinale autonome, et sa chirurgie relèvera de procédés spéciaux.

Au point de vue anatomique, le côlon pelvien est un segment d'intestin en voie d'évolution inachevée. Alors que, du fait de la coalescence secondaire des méso-côlons primitifs, côlon ascendant et côlon transverse sont appliqués à la paroi abdominale, l'anse pelvienne conserve ce méso attaché à la paroi abdominale par deux racines : l'une primitive pré-rachidienne, allant chez le fœtus de la 3e vertèbre lombaire à la 3e sacrée, chez l'adulte se raccourcissant par accolement de sa partie supérieure; l'autre racine, secondaire, étendue d'abord de la 3e lombaire à l'angle splénique du côlon, transportée ensuite au détroit supérieur. C'est entre ces deux racines que le côlon forme une anse libre.

Il est facile de comprendre les variations considérables de cette anse. Le processus d'accolement peut dépasser ses limites habituelles, il peut ne pas les atteindre, d'où variations de longueur de la portion libre, et surtout variations suivant les âges, l'accolement progressant jusqu'à la vieillesse. Les différences de longueur et de mobilité de l'anse colique commandent sa situation topographique. Chez l'enfant, elle remonte par conséquent dans l'abdomen.

De ce développement il résulte que le péritoine, au niveau du côlon adhérent (côlon descendant), est primitivement constitué par trois feuillets qui sont, d'avant en arrière : le feuillet antérieur du méso-côlon, son feuillet postérieur, puis le péritoine pariétal postérieur primitif. Entre les deux feuillets du méso se trouvent les artères coliques, sous le feuillet postérieur les vaisseaux pariétaux; mais entre ce feuillet et la lame postérieure du méso-côlon il n'y a aucun vaisseau; il n'y a pas d'anastomoses entre les vaisseaux intestinaux et les vaisseaux pariétaux.

Il en résulte qu'on pourra sans crainte d'hémorragie décoller le péritoine colique (entre les deux feuillets duquel se trouvent les artères coliques) du péritoine pariétal. Ajoutons à ce décollement la section de la racine d'insertion secondaire du méso-côlon pelvien le long du détroit supérieur, nous obtiendrons la mobilisation complète du côlon terminal.

L'auteur termine cette étude anatomique en montrant que, le plus souvent, la ligature d'une ou plusieurs artères sigmoïdiennes ne compromet pas la nutrition du côlon pelvien.

Ces données lui permettent de conclure que le gros obstacle à la résection étendue du côlon pelvien n'existe plus : il sera toujours possible de rapprocher la portion supérieure et la portion inférieure, et de faire, lorsque les lésions limitées le permettront, la colectomie pelvienne et, après mobilisation et glissement du côlon descendant, la colorraphie idéale, procédé de choix.

Existe-t-il un néoplasme inextirpable, l'entéro-anastomose (cæco-colique, iléo-sigmoïdienne, transverso-sigmoïdienne) doit être préférée à l'anus artificiel, sauf dans le cas où celui-ci est imposé par une occlusion aiguë.

P. Barbarin.

PÉDIATRIE

J. Toussaint. ***Le lait de chèvres de races sélectionnées. Son rôle dans l'allaitement*** (*Thèse*, Paris, 1901). — Le lait de chèvres, très en faveur autrefois, avait été ces temps derniers un peu oublié. On avait cru trouver dans les laits stérilisés l'aliment parfait du nouveau-né. Or le lait frais, le lait *vivant*, est certainement préférable au lait de conserve. Toussaint pense que, à défaut de l'alimentation au sein, l'alimentation au lait cru de chèvre est la meilleure pour le nourrisson. Il faut choisir des chèvres de race sélectionnée (race suisse, race alpine, race maltaise).

P. Desfosses.

PHYSIQUE, CHIMIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALES

Beddard et Pembrey. ***La réaction de Hay pour les sels biliaires*** (*British medical Journal*, 1902, 22 Mars, n° 2151, p. 702). — La réaction de Hay — et non de Haycraft comme on l'appelle à tort en France — repose sur ce fait que le soufre pulvérisé projeté à la surface d'un liquide contenant des sels biliaires se précipite au fond du récipient. Il est d'autres substances qui peuvent également faire précipiter le soufre : tels l'alcool, l'éther, le chloroforme, l'acide acétique, la térébenthine, le phénol, etc. Comme aucune de ces substances ne se trouve dans l'urine, la réaction a toute sa valeur pour l'examen de ce liquide au point de vue biliaire.

On procède de la façon suivante : l'urine étant versée dans un tube à essai, on projette à sa surface du soufre finement pulvérisé. S'il se précipite aussitôt, cela indique qu'il y a au moins une partie de sels biliaires pour 10.000. Si la précipitation ne commence qu'au bout d'une minute, la proportion est d'au moins 1 pour 40.000. On aura soin de se servir d'une urine expurgée d'air et claire; s'il est nécessaire de la clarifier, on procédera par filtration et non par la chaleur, car la réaction de Hay n'est valable qu'autant qu'elle est faite à froid. Par contre, la réaction et la densité de l'urine n'influent en rien sur les résultats.

La réaction de Hay est beaucoup plus sûre et plus sensible que celle de Pettenkofer; elle peut servir en clinique à évaluer les quantités relatives de sels et de pigments biliaires excrétés ; on l'a vue persister quinze jours après la disparition des pigments biliaires à la suite d'une opération pour obstruction du cholédoque par des calculs. De même elle a été positive dans un cas de stase veineuse d'origine cardiaque, alors qu'il n'y avait pas de pigments dans les urines.

Cette réaction mérite donc d'être utilisée en clinique à cause de sa grande sensibilité, de la facilité de son emploi et de la précision de ses résultats.

C. Jarvis.

CORRESPONDANCE

Nous recevons à la dernière heure, avec prière de l'insérer, communication de cette lettre adressée par M. Doyen à la *Tribune médicale*.

Paris, le 14/4, 1902.

M. le Rédacteur en chef de *La Tribune médicale*.

Mon cher confrère,

M. Legrain annonce à vos lecteurs dans votre numéro du 9 Avril qu'il a vu à la foire de la place du Trône une affiche ainsi rédigée : « Le Docteur Doyen, venez voir le cinématographe, l'opération célèbre de Doodica, etc. »

Or, aucune pellicule de cette opération n'est sortie de mon laboratoire, et je n'en ai fait jusqu'ici qu'une démonstration, le 2 Avril, devant les membres du Congrès de chirurgie, à Berlin.

Si des forains se sont permis de simuler de toutes pièces une opération chirurgicale et, ce qui serait plus grave, de présenter ce spectacle sous le couvert de mon nom, il y a là un délit qui tombe sous le coup des règlements de police et de la répression par les tribunaux.

Il en serait de même de l'exhibition de pellicules volées ou frauduleusement reproduites.

Les originaux de l'opération Radica-Doodica ont été trop bien gardés pour qu'on ait pu les copier à mon insu.

On s'est cependant déjà permis d'affirmer que l'opération était montrée au cinématographe dans divers endroits ; ces informations venaient de telle source qu'elles ne méritaient même pas d'être démenties. La lettre publiée dans votre journal a un caractère beaucoup plus grave ; si l'information de M. Legrain est exacte, je reconnais que les termes peu confraternels dont il se sert pourraient sembler justifiés, si j'avais autorisé l'exhibition dont il parle, et je vais porter plainte immédiatement à qui de droit. Si, au contraire, il était prouvé que cette exhibition n'a jamais eu lieu, et que la reproduction cinématographique de l'opération de Radica-Doodica n'a jamais été ni annoncée ni faite dans une baraque de la foire au pain d'épices, la lettre que vous avez publiée serait un échafaudage de mensonge et de lâcheté.

Je vous prie M. le Rédacteur en chef, de vouloir bien reproduire ces quelques lignes dans votre numéro du 16 Avril, et d'agréer, avec mes remerciements, mes sentiments les plus distingués.

Dr E. Doyen.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 23 Avril 1902, à *1* heure. — M. CAYRE : Les appareils dans la coxalgie ; MM. Tillaux, Lejars, Legueu, Gosset. — M. MESLIER : Considérations sur l'anesthésie chirurgicale ; MM. Tillaux, Lejars, Legueu, Gosset. — M. AGATHOS : Arthrites méta-pneumoniques, spécialement arthrites à pneumocoques ; MM. Tillaux, Lejars, Legueu, Gosset. — M. CONTET : Le végétarisme, étude critique. Indications thérapeutiques ; MM. Landouzy, Brissaud, Bezançon, Richaud. — M. Dubois : Du vomissement fécaloïde ; MM. Brissaud, Landouzy, Bezançon, Richaud. — M. MUNCH : Considérations expérimentales et cliniques sur certaines fonctions attribuées au rein ; MM. Brissaud, Landouzy, Bezançon, Richaud. — M. TROUSSON : Contribution à l'étude de l'intoxication alcoolique chez les enfants ; MM. Brissaud, Landouzy, Bezançon, Richaud.

Jeudi 24 Avril 1902, à *1* heure. — M. ROBINET : La rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1901 ; MM. Brouardel, Dieulafoy, Wurtz, Dupré. — M. PANITCH : Contribution à l'étude de l'hémiplégie précoce de la méningite tuberculeuse : MM. Dieulafoy, Brouardel, Wurtz, Dupré. — M. PETIT (Jean) : De la prostatectomie périnéale. Résultats opératoires et cliniques. Technique opératoire ; MM. Guyon, Le Dentu, Marion, Gouget. — M. DE FELIEE : Accouchement rapide dans l'éclampsie : MM. Cornil, Mery, Bonnaire, Rémy. — M. PALLEGOIX : Des néphrites aiguës bénignes dites primitives chez l'enfant : MM. Cornil, Méry, Bonnaire, Remy. — M. LE ROUZIC : Hématométrie unilatérale dans un utérus bicorne avec vagin simple ; MM. Pozzi, De Lapersonne, Schwartz, Faure. — M. GUILLEMET : Sur certaines formes de tumeurs malignes des paupières ; MM. De Lapersonne, Pozzi, Schwartz, Faure. — M. LEGROS : Recherches bactériologiques sur les gangrènes gazeuses aiguës : MM. Le Dentu, Guyon, Marion, Gouget.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 21 Avril 1902. — 1er (1re série), Salle Vulpian : MM. Lannelongue, Sebileau, Legueu. — 1er (2e série), Salle Richet : MM. Reclus, Poirier, Gosset. — 1er (3e série), Salle Béclard : MM. Retterer, Rieffel, Cunéo. — 2e, Salle Pasteur : MM. Gley, Broca (André), Legry. — 5e, Chirurgie (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Lejars, Walther. — 5e, Chirurgie (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Delens, Broca (Aug.). — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Teissier, Bezançon.

Mardi 22 Avril 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Ecole pratique : MM. Cornil, Méry, Hanriot. — 1er, Salle Vulpian : MM. Schwartz, Poirier, Rieffel. — 1er, Salle Richet : MM. Quénu, Gley, Thiéry. — 2e, Salle Charcot : MM. Remy, Langlois, Desgrez. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Guyon, Pozzi, Faure. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. Le Dentu, Berger, Marion. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Dieulafoy, Thiroloix, Vaquez. — 5e, Obstétrique (Deuxième partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Mercredi 23 Avril 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Hayem, Blanchard, Legry. — 1er, Salle Richet : MM. Kirmisson, Rémy, Rieffel. — 1er, Salle Béclard : MM. Reclus, Sébileau, Cunéo. — 5e, Chirurgie (Première partie), Laënnec : MM. Lannelongue, Delens, Mauclaire. — 5e (Deuxième partie), Laënnec : MM. Fournier, Gaucher, Wurtz.

Jeudi 24 Avril 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Chantemesse, Launois, Guiart. — 4e, Salle Richet : MM. Proust, Richaud, Thoinot. — 3e Salle Charcot : MM. Raymond, Menetrier, Rénon. — 3e (Deuxième partie), Oral, Ancien régime, Salle Vulpian : MM. Hutinel, Charrin, Jeanselme. — 1er (Deuxième partie), Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Retterer, Poirier, Rieffel. — 1er, Ancien régime, Salle Pasteur : MM. Berger, Quénu, Thiéry.

Vendredi 25 Avril 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Ecole pratique : MM. Brissaud, Hanriot, Teissier. — 1er, Salle Vulpian : MM. Poirier, Gosset, Rieffel. — 1er, Salle Richet : MM. Reclus, Sébileau, Cunéo. — 2e, Salle Béclard : MM. Gautier, Gley, Retterer. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Terrier, Mauclaire, Broca (Aug.). — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Kirmisson, Delens, Lejars. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Landouzy, Wurtz, Thoinot. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 26 Avril 1902. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Hutinel, Launois, Dupré. — 1er, Salle Richet : MM. Poirier, Retterer, Langlois. — 1er, Salle Trousseau : MM. Pozzi, Quénu, Thiéry. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Raymond, Dupré, Thiroloix. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Chantemesse, Achard, Vaquez. — 5e, Chirurgie (Première partie), Beaujon : MM. de Lapersonne, Marion, Auvray. — 5e, Chirurgie (Deuxième partie), Beaujon : MM. Proust, Méry, Charrin. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Demelin, Potocki.

COURS LIBRES

Maladies nerveuses et mentales. — M. Bérillon, commencera le lundi 21 Avril, à 5 heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les applications psychologiques, cliniques et thérapeutiques de l'hypnotisme.

Il le continuera les lundis et jeudis suivants à 5 heures.

HOPITAUX ET HOSPICES

Conférences de gynécologie. — M. Richelot, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, reprendra le 20 Avril, à 9 h. 1/2, ses consultations et conférences de gynécologie du dimanche matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Cours pratique sur les maladies du système nerveux. — Ce cours commencera *le lundi 19 Mai* à la Salpêtrière et continuera tous les jours à 2 h. 1/2. Il sera complet en 40 leçons. Il comportera des démonstrations cliniques avec examen de malades, des démonstrations anatomo-pathologiques avec pièces macroscopiques et coupes microscopiques, et des notions élémentaires sur l'électrothérapie et diagnostic, sur l'ophtalmologie, la laryngologie et l'otologie nerveuses.

Le nombre des élèves sera limité.

Pour les inscriptions, s'adresser chaque matin à la Salpêtrière, soit à M. Philippe, chef de laboratoire, soit à M. Sicard, chef de clinique.

Le prix d'inscription est fixé à 80 francs.

NOUVELLES

Paris et Départements

Ecole de médecine navale de Rochefort. — M. Rolland, médecin de 2e classe de la marine a été nommé pour deux ans, à compter du 10 Avril 1902, à l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Rochefort, en remplacement de M. Triboudeau, arrivé au terme de sa période d'enseignement.

Association des médecins de la Seine. — Cette association, fondée en 1833 par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu, dimanche, sa 70e assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 78.996 fr. dont 16.255 fournis par les cotisations, 5.853 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 9 sociétaires, 53 veuves ou familles de sociétaires, enfin 38 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, 2 pensions viagères de 1.200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 47.500 francs. Une somme de 22.929 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice ; ont été élus : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Guyon et Fernet.

Centenaire de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. — La célébration du Centenaire est fixée au 24-25 Mai, la date du 13 Avril n'ayant pu être conservée en raison de la période électorale.

Le programme est ainsi arrêté :

Samedi 24 Mai : à 2 heures, séance solennelle dans la salle des fêtes du Trocadéro ; à 7 h. 1/2, banquet au palais d'Orsay.

Dimanche 25 Mai : à 2 heures, inauguration du monument élevé dans la cour d'honneur de l'Hôtel-Dieu à la mémoire des internes morts victimes de leur dévouement ; à 8 h. 1/2, représentation à l'Opéra-Comique, au bénéfice de l'Association amicale des internes et anciens internes.

Une circulaire a été adressée, le 8 Avril, à tous les internes et anciens internes ; cette circulaire contient des renseignements essentiels pour tous ceux qui veulent participer au Centenaire (chemins de fer, représentation, médaille, etc.) ; les souscripteurs qui ne l'auraient pas reçue sont priés de le faire savoir au trésorier, 2, rue Casimir-Delavigne.

La lutte contre la tuberculose. — Dimanche dernier, l'on a inauguré, à Paris, sous la présidence de M. Millerand, ministre du commerce, et en présence de MM. Pernl, de Selves, Lépine, Veber, Colly, etc., un nouveau dispensaire à l'usage des tuberculeux pauvres.

Ce dispensaire est situé place de la Nativité, dans le XIIe arrondissement.

Les bâtiments, aménagés de la façon la plus parfaite en vue du but à poursuivre, ont été édifiés sur un terrain mis à la disposition de l'Œuvre de la tuberculose humaine par le Conseil municipal.

Étranger

Association médicale britannique. — Du 29 juillet au 2 août prochain aura lieu à Manchester la soixante-dixième réunion de la *Bristh medical Association.*

CONCOURS

Concours des hôpitaux (Médecine). — Séance du 11 Avril. — Ont lu : MM. Lesné ; Lévi (Léopold) ; Sainton ; Kahn ; Deguy. — *Absents* : MM. Thomas ; Bigard.

Séance du 12 avril. — Ont lu : MM. Marie, de Gandmaison ; Gasné ; Pignol ; Gastou. — *Absent* : M. Zuber.

Concours des hôpitaux (Chirurgie). — Les séances de lecture auront lieu à l'hôpital de la Charité, les mardi, jeudi et samedi, à 4 h. 1/2.

Séance du 14 Avril. — Ont lu : MM. Cunéo, 27 ; Baudet, 29 ; Guibé, 24 ; Dujarier, 25.

Internat. — Séance du 11 Avril. — *Appareil ligamenteux de l'articulation de la hanche. Symptômes des fractures du col du fémur.* — MM. Cauchoix, 11 ; Sourdille, 13 ; de Lacombe, 13 ; Hébert, 14 ; Perreaux, 12 ; Saillant, 15 ; Hautant, 16 ; Le Jemtel, 10 ; Delille, 9 ; Dobrowitch, 12. — *Absent* : M. Dalimier.

Séance du 12 Avril. — *Anatomie de la trompe utérine. Signes de la grossesse normale à terme.* — MM. Zeutler, 10 ; Camus (Paul) ; Tixier (Léon-Joseph), 13 ; Jeannel, 15 ; Monod (Octave) ; Beaufumé, 13 ; Coutelas, 12 ; Deglos, 13 ; Poupardin, 12. — *Absent excusé* : M. Deherain.

Séance du 14 Avril. — *Artère vertébrale. — Symptômes du mal de Pott dorso-lombaire.* — Mlle Mouroux, 11 1/2 ; MM. Camus (Maurice), 15 ; Levy (Fernand), 14 ; Léenhardt, 13 ; Viteman, 13 ; Lereмboure, 11 ; Baudoin, 13 ; Agasse-Lafont, 19 ; da Silva Paranhos, 11.

Ecole de médecine d'Angers. — Un concours s'ouvrira le 15 Octobre prochain devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à la dite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

RENSEIGNEMENTS

Docteur demande remplacements, peut donner références. — S'adresser *P. M.*, n° 737.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 32. — Samedi, 19 Avril 1902. — 10 FRANCS par an.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

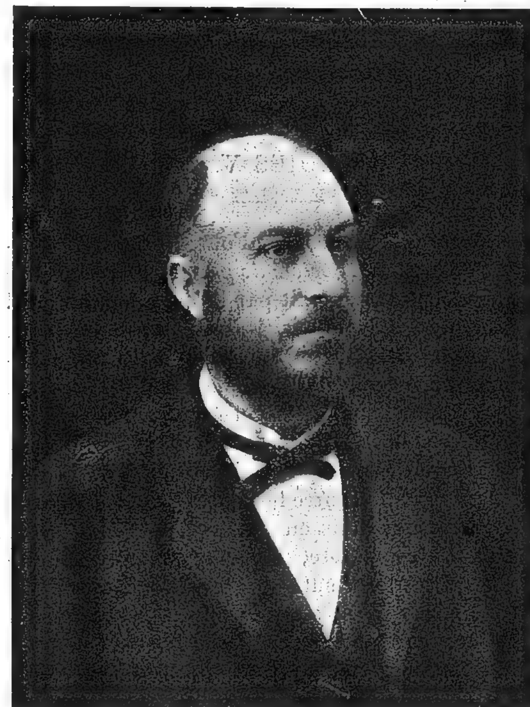
— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI.

SOMMAIRE

H. RENDU

M. Rendu succombe à cinquante-huit ans, en pleine maturité d'un talent auquel tous les médecins de France se plaisaient à rendre hommage.



Clinicien consommé, rompu depuis plus de trente ans aux difficultés du diagnostic, du pronostic et du traitement, Rendu a consacré tous

les jours de sa vie aux malades. Doué d'une santé robuste qui, jusqu'à ces dernières semaines, n'avait jamais faibli, le savant médecin de Necker passait tous ses matins à l'hôpital, entouré de nombreux élèves qu'attirait son enseignement simple et méthodique.

Le reste de son temps, il le consacrait depuis près de vingt ans à la Société médicale des hôpitaux, en qualité de Secrétaire-général, et l'on peut dire, sans exagération, qu'il en a été l'âme depuis le jour où il succéda au regretté Desnos.

Le bagage scientifique de Rendu est considérable : outre ses travaux sur le cœur, le foie, la goutte, le système nerveux, le goître exophtalmique, il laisse de nombreux mémoires importants et deux livres de cliniques reflétant d'une façon saisissante l'esprit précis, la méthode d'observation positive, le grand sens critique qu'il avait reçus de maîtres tels que Potain et qui faisaient de lui, à son tour, un digne continuateur et un émule de nos grands cliniciens.

La médecine française perd en lui un Maître. D'une droiture et d'une honnêteté proverbiales, Rendu, fidèle à ses amis, adoré de ses élèves, dévoué à ses malades, avait su prendre, par un travail et par une vie exemplaires, une place qui sera difficilement comblée.

Il laisse un nom honorable et respecté, qu'un fils aîné se prépare à conserver à la profession médicale. Les amis du père, et ils sont innombrables, adressent à sa famille l'expression de leur profonde et respectueuse sympathie.

M. Letulle.

CONTRE LA SYPHILIS ET LES MALADIES VÉNÉRIENNES

Le jour où le professeur Fournier prenait l'initiative de fonder la *Société de prophylaxie sanitaire et morale*, il démontrait par là même combien il était urgent d'organiser la lutte contre ce fléau grandissant de la syphilis et des maladies vénériennes qui désole notre société moderne autant peut-être que l'alcoolisme et la tuberculose.

C'est en se basant sur sa longue expérience que le savant Maître put établir combien « la prophylaxie actuelle contre les affections vénériennes et contre la syphilis en particulier est boiteuse, surannée, incomplète, défectueuse, insuffisante au total », et qu'il sut montrer à tous quels services sociaux rendrait une œuvre s'attachant à amender, compléter, moraliser, perfectionner, cette prophylaxie « au triple point de vue scientifique, légal et humanitaire ».

***

La ligue contre la syphilis est fondée depuis un an à peine, et son action se fait déjà sentir.

Il est bien évident que, dans beaucoup d'esprits, la pièce de M. Brieux, *les Avariés*, a modifié singulièrement les idées qui avaient cours. On parle maintenant plus couramment de ces maladies qu'un faux respect humain avait trop longtemps fait considérer comme secrètes et honteuses; on commence, dans certains milieux, à les regarder comme des maladies ordinaires.

Bien que la censure l'ait interdite au théâtre, la pièce de Brieux a porté. Son interdiction même a encouragé nombre de gens à la lire et a servi la diffusion des idées essentiellement morales qu'elle soutenait.

Nos voisins de Belgique ont été moins timorés que nos gouvernants. *Les Avariés* ont été joués à Bruxelles avec un grand succès, et les bourgeois belges n'ont pas hésité à aller au théâtre s'instruire des dangers que fait courir la syphilis dans le mariage.

***

M. Brieux, en sa qualité de membre convaincu et ardent de la Ligue, a fait par sa pièce œuvre d'éducation sociale. Il a donné un bel exemple, dont pourront s'inspirer ceux qui ont souci de la lutte contre la syphilis et les maladies vénériennes, et qui pensent que c'est peut-être plus par une éducation rationnellement conduite que par une réglementation plus sévère de la prostitution que l'on arrivera à atténuer le terrible fléau.

Les propagateurs de cette « nouvelle Bible de sagesse et de prévoyance », suivant l'heureuse expression du sénateur Strauss dans son beau livre sur *la Croisade sanitaire*, doivent être, avant tous, les médecins, qui ne sont pas seulement éducateurs, mais encore guérisseurs.

Et je crois pouvoir, à ce propos, mettre à l'avoir de la Ligue contre la syphilis les paroles que, dans sa leçon d'ouverture du cours de clinique à l'hôpital Laënnec, le professeur Landouzy adressait aux futurs praticiens : « Si nous voulons tarir la source de la syphilis, diminuer les dystrophies, les dégénérescences qui désolent les familles et abîment la race, il faut, par l'éducation hygiénique antisyphilitique portée sur son véritable terrain, informer l'*avarié*, lui aussi, de toute cette part de vérités utiles par lesquelles il prendra conscience des responsabilités de toutes sortes qu'il encourt vis-à-vis de la famille et vis-à-vis de la société. »

Cette action par l'éducation est en faveur auprès de nombre de membres de la Ligue et de bien des médecins, si j'en juge par les lettres que j'ai reçues ces jours-ci après la publication de l'article de notre collaborateur Fischer sur la « Prophylaxie des maladies vénériennes ». Plusieurs pères de famille désireraient que l'on étudiât les moyens d'agir sur les jeunes gens dès le collège.

« Je voudrais, dit le docteur J. Martin, qu'auteurs de livres et conférenciers fissent voir les maladies dites honteuses comme des maladies ordinaires, comme des maladies liées à l'accomplissement de l'acte le plus naturel qui existe. Je voudrais que l'on donnât cette conception à la jeunesse, mais je voudrais d'abord qu'on la fît accepter par ceux qui ont charge de diriger nos fils ».

***

Le sujet traité par ce père de famille est délicat; et il faudra sans doute un certain temps avant que l'éducation hygiénique antivénérienne ait une part dans les programmes des classes supérieures de nos établissements d'enseignement secondaire. Il y a là un point digne de l'attention de la Commission extra-parlementaire que M. Waldeck-Rousseau a réunie au ministère de l'Intérieur pour étudier au point de vue administratif les questions soulevées par la Ligue de prophylaxie sanitaire et morale.

Mais l'action par l'éducation ne doit pas faire oublier la part qui revient à la prostitution dans la propagation des maladies vénériennes et la nécessité dans laquelle on est, non pas à proprement parler de réglementer, mais plutôt de surveiller cette prostitution. Il y a là un danger incontestable, que l'on peut mesurer, d'ailleurs, par ce que Duclaux a établi dans son *Hygiène sociale*, à savoir que : « sur 6 millions de Français atteints de maladies vénériennes, il y en a plus de 3 millions qui ont été contaminés par des femmes plus ou moins publiques ».

Aussi bien, dans les divers travaux qui sont en cours actuellement à la Ligue de prophylaxie, relativement à l'organisation de la lutte contre les maladies vénériennes dans l'armée, s'occupe-t-on parallèlement des moyens d'éducation du soldat et de la surveillance de la prostitution dans les villes de garnison.

***

Il est intéressant de faire remarquer que dans son œuvre de protection du soldat, les Pouvoirs publics se sont empressés de donner leur appui effectif à l'action morale de la Ligue.

Par une décision du 24 Février dernier, les officiers de l'armée ont été autorisés par le ministre de la guerre à adhérer à la Ligue.

Une circulaire vient d'être adressée par le même ministre aux généraux commandant les corps d'armée, prescrivant des mesures de prophylaxie.

Des conférences seront faites aux troupes; des conseils individuels et collectifs seront donnés par les médecins; la visite de santé mensuelle sera individuelle; la plus grande discrétion sera de rigueur pour les sous-officiers comme pour les hommes; chaque vénérien aura sa fiche personnelle tenue par le médecin à l'abri de toute indiscrétion; aucune punition ne sera infligée aux vénériens.

Quant à la surveillance de la prostitution, voici les deux articles de la circulaire qui y sont relatifs :

« 7° Les bulletins de déclaration envoyés à la police locale seront établis sous le contrôle du médecin du corps, qui interrogera lui-même le militaire malade, et spécifiera nettement la nature de la lésion dont il est atteint.

« 8° Les commandants d'armes, sur la proposition des chefs de corps, consigneront à la troupe les maisons publiques, les débits de boissons et autres établissements reconnus comme des foyers de contamination et dans lesquels des militaires auront été notoirement infectés. »

Il est à souhaiter que ce dernier article de la circulaire ministérielle soit strictement exécuté, et que les chefs de corps ne se laissent pas influencer par les maires des villes de garnison, toujours prêts à intervenir pour les cabaretiers, leurs grands électeurs, alors même que ces cabaretiers, assurant le service des consommateurs par des femmes, ne sont autre chose que des tenanciers de maisons de prostitution.

Dans certaines régions de la France, dans le Midi surtout, on ne saurait croire combien sont nombreux ces cabarets. Au moment des appels des réservistes et territoriaux, ils regorgent de monde; on fait alors venir, pour satisfaire à la clientèle, des filles de service d'extra, et c'est de là que sortent tant de jeunes hommes, arrivés sains à la caserne, qui, après treize ou vingt-huit jours, vont diffuser dans leurs familles de la province et de la campagne la syphilis et la blennorragie.

***

Je ne puis terminer cet article sans signaler une mesure qui est soumise à l'examen de la Ligue depuis sa dernière séance.

On étudie en ce moment par quels moyens on pourrait interdire dans les chalets de nécessité et urinoirs publics ces réclames scandaleuses, signées de médecins sans conscience, promettant à de malheureux ignorants une guérison certaine et rapide, sans mercure, de leur syphilis, ou préconisant un traitement abortif en vingt-quatre heures de leur blennorragie.

Que sert-il de s'efforcer à faire l'éducation populaire sur ce sujet, si on laisse sur des monuments dépendant d'administrations publiques étaler des affirmations erronées, absolument contraires aux idées répandues par cette éducation?

Nous ne savons ce que l'on pourra faire à ce sujet à Paris, mais, en tout cas, il nous a été affirmé que le maire de Lyon, M. Augagneur, avait pu, de son autorité de chef de la police municipale, interdire pareil affichage sur tout édifice ou édicule dépendant de la ville. Espérons que les lois et règlements permettront de généraliser semblable mesure.

É. De Lavarenne.

Sinus et sinusites maxillaires. Anatomie, physiologie, pathologie et traitement, par J. de Croes, chef de clinique à l'École dentaire de Paris, 1 vol. in-8°, 5 francs. (*A. Maloine*, libraire-éditeur, 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris.)

LA POINTE DU CŒUR
ET LA RÉGION APEXIENNE [1]

Par Ernest BARIÉ
Médecin de l'hôpital Laënnec.

Il est peu de régions du corps humain qui offrent autant d'intérêt, pour la séméiologie médicale, que la région de la pointe du cœur. Mais avant d'étudier les signes physiques que celle-ci nous présente, il est indispensable de rappeler comment est constituée anatomiquement la pointe elle-même, et quels sont ses rapports exacts avec la cage thoracique.

* * *

A. — Le cœur a été comparé à un cône aplati dont le sommet, ou pointe du cœur, est dirigé en bas, en avant et à gauche. Celle-ci présente une légère échancrure qui répond à la réunion des deux sillons interventriculaires antérieur et postérieur. Cette échancrure, masquée en partie par des ramuscules des vaisseaux coronaires et par du tissu adipeux, divise la pointe du cœur en deux portions inégales : l'une droite, plus petite, appartient au ventricule droit; l'autre gauche, plus volumineuse et plus saillante, appartient au ventricule gauche et forme la presque totalité de la pointe.

Vous savez que le cœur est composé de deux sacs musculeux accolés comme deux canons de fusil et renfermés dans un sac unique également musculeux; il en résulte qu'on considère, depuis les travaux de Gerdy, dans la texture du cœur, des *fibres propres* à chaque ventricule et des *fibres communes* ou *unitives*, les unes antérieures, les autres postérieures. Les fibres propres forment des anses emboîtées les unes dans les autres, à la façon de cornets de papier d'inégale grandeur; quant aux fibres communes antérieures, elles occupent la face antérieure du cœur et descendent jusqu'à la pointe, où elles se réfléchissent et pénètrent dans l'intérieur du ventricule par un trajet spiroïde pour aller former soit la face interne du sac commun, soit les muscles papillaires. Pour opérer cette réflexion au niveau de la pointe, les fibres musculaires se groupent et se tordent en une sorte de spire en forme de *tourbillon*, et décrivent ainsi un véritable huit de chiffre. De leur côté, les fibres unitives postérieures recouvrent la face postérieure du cœur, se dirigent vers le bord droit où elles rencontrent les fibres unitives antérieures; elles passent au-dessous d'elles, arrivent au tourbillon de la pointe et vont se réfléchir en anses pour former les muscles papillaires ou remonter sur toute la longueur du bord droit. Ainsi donc, *la pointe du cœur répond au tourbillon en huit de chiffre, formé par la réflexion et l'entre-croisement des fibres unitives antérieures et postérieures;* suivant quelques anatomistes, l'anse inférieure de ce huit, qui est très courte, limiterait une sorte de petit pertuis permettant de pénétrer dans le ventricule avec l'extrémité d'un stylet très fin. La pointe du cœur ainsi constituée est recouverte par le feuillet séreux du péricarde, qui adhère aux fibres musculaires.

La pointe du cœur est un lieu de concentration important au point de vue de la distribution des artères propres du cœur; c'est, en effet, à son niveau que viennent s'anastomoser les derniers rameaux de l'*artère coronaire antérieure* ou gauche avec la terminaison de la *coronaire postérieure* ou droite, fermant ainsi complètement le cercle artériel vertical, ou interventriculaire, qui enserre le cœur à la façon d'un méridien, suivant la comparaison de Haller. C'est encore à l'extrémité inférieure du sillon interventriculaire antérieur, c'est-à-dire au niveau de la pointe, que commence la *grande veine coronaire* qui ramène à l'oreillette droite la plus grande partie du sang que les deux artères coronaires ont été porter dans les parois du cœur. Tels sont, en quelques mots, l'aspect et la configuration de la pointe du cœur examinée sur sa face extérieure.

A l'*intérieur*, la pointe est formée par des *colonnes charnues* de deuxième et de troisième ordre, en très grand nombre, formant par leur intrication toute une série de petites loges, ou mieux encore une sorte de système caverneux plus marqué dans la partie de la pointe qui répond au sommet du ventricule droit, que dans celle qui est formée par le sommet du ventricule gauche. La face interne de la pointe du cœur est tapissée par l'endocarde dont la couche profonde, cellulo-fibreuse, adhère très intimement au myocarde, et dont la face libre est lisse et unie; dans la couche moyenne ou fibro-élastique se rencontre, d'après Sappey, un réseau très riche de *lymphatiques* qui traverse la pointe du cœur et constitue l'origine de vaisseaux plus gros qui, unis à un autre réseau sous-péricardique, aboutissent à deux troncs lymphatiques principaux cheminant, l'un dans le sillon interventriculaire antérieur, l'autre dans le sillon postérieur.

Le *siège* exact de la pointe du cœur mérite de nous arrêter quelque peu. Or, à ce sujet, on est assez surpris de constater la divergence qui sépare les anatomistes. Cruveilhier dit que la pointe répond aux cartilages de la 5e et de la 6e côte gauches, et par conséquent à la région de la mamelle. Pour Sappey, elle répond à la partie supérieure du 6e espace intercostal et est distante de 8 à 10 centimètres du plan médian. D'après Verneuil (1852), et, plus tard, d'après Duroziez (1873), la pointe, chez l'homme bien conformé et arrivé à son complet développement, battrait dans le 4e espace intercostal gauche, un peu en dedans du mamelon. Poirier lui assigne comme siège le 5e espace gauche, au niveau d'une ligne verticale passant par l'extrémité externe du 5e cartilage. Des recherches récentes dues à Chaix, à Ludger (*Thèse*, Paris, 1883), à Bonnain (*Thèse*, Bordeaux, 1892), admettent que la pointe bat souvent dans le 5e espace. Potain et Vaquez (1895) admettent un siège variable, et déclarent que la pointe leur a paru battre aussi souvent dans le 5e espace intercostal que dans le 4e, quel que soit d'ailleurs l'âge du sujet. Quant au mamelon, qu'on a pris quelquefois comme point de repère, il ne doit l'être en aucun cas, et surtout chez la femme, à cause du déplacement que peut subir le sein sous l'influence du décubitus droit ou gauche. Chez l'*enfant*, d'après Weill (de Lyon), le 4e espace serait le siège normal de la pointe du cœur; chez le *vieillard*, on a prétendu qu'elle pouvait, en l'absence de toute affection organique, descendre jusque dans le 6e espace sous l'influence de l'élongation des gros vaisseaux; cette remarque souffre de très nombreuses exceptions.

En réalité, le cœur étant un organe dont le volume subit de nombreuses variations passagères, la pointe du cœur ne saurait avoir un siège rigoureusement fixe, et vous allez voir que de nombreuses circonstances entraînent des *variations dans le siège* où vient battre la pointe du cœur : ces circonstances peuvent se rencontrer à l'état normal, ou relever de nombreuses conditions pathologiques que nous étudierons plus loin. *A l'état normal*, le décubitus latéral gauche rejette la pointe vers la gauche, et la limite de la matité peut reculer ainsi en dehors dans une étendue de 3 centimètres ou de 3 cent. 1/2; par contre, le décubitus latéral droit rapproche la pointe du bord gauche du sternum. Chez certaines personnes, à la suite d'un repas, même frugal, le cœur se dilate et sa pointe est rejetée vers l'aisselle gauche; les exercices violents, les marches forcées, les émotions vives, les excès vénériens, etc., sont également des causes de dilatation aiguë et passagère du cœur, et, par suite de déplacement de la pointe.

Dans des recherches récentes (1900), Zeehuisen (d'Utrecht), examinant le cœur de 104 sujets jeunes dans diverses attitudes, a prétendu que, dans le décubitus dorsal, la pointe du cœur, refoulée en haut par le diaphragme, remonte vers le 4e espace intercostal, et redescend vers le 5e espace si le malade s'asseoit ou se met debout.

Il est encore très important de savoir que, *à l'état normal, la pointe du cœur n'est point en contact direct avec la paroi thoracique*. On sait, en effet, que les bords antérieurs des poumons, d'abord presque en contact à leur partie supérieure, s'éloignent ensuite l'un de l'autre, à peu près à la hauteur du 4e cartilage costal; le poumon droit reste derrière le sternum, en déviant un peu vers la droite, le poumon gauche dévie davantage, et son bord antérieur descend obliquement vers la gauche au niveau de la moitié interne du 5e cartilage costal, puis se porte nettement en dehors du sternum, surtout dans le 5e espace intercostal, et descend enfin derrière le tiers externe du 6e cartilage costal; la courbe à concavité interne ainsi formée est désignée sous le nom d'*incisure cardiaque*. Au-dessous de cette dernière, le bord antérieur du poumon gauche, avant de se continuer avec le bord inférieur, forme un appendice, en forme de languette (processus linguiforme), de 3 à 5 centimètres de long, qui se dirige en dedans et s'interpose entre la paroi thoracique et la pointe du cœur qu'il recouvre : c'est la *languette* de Luschka. Vous verrez bientôt l'importance de ce détail anatomique, quand il s'agira d'expliquer le mécanisme de certains souffles anorganiques.

* * *

B. — Maintenant que nous avons rappelé la constitution anatomique de la pointe du cœur, et déterminé la place exacte qu'elle occupe dans le thorax, il nous faut rappeler l'acte physiologique important qui se passe à ce niveau, et qu'on désigne sous le nom de *choc précordial*. Il est perçu nettement par la main appliquée à la partie inférieure et externe de la région précordiale, au niveau de la pointe du cœur.

On a dit, et on répète encore souvent que le choc de la pointe est dû à ce que celle-ci vient heurter la paroi thoracique; que le choc coïncide avec la systole ventriculaire, et est produit par elle; or, il résulte des recherches du prof. Potain (1894) qu'il n'y a pas choc proprement dit, mais qu'il faut distinguer dans la sensation perçue deux parties distinctes :

La première consiste dans un *soulèvement*, ou mieux dans une véritable *propulsion* de la pointe du cœur, commençant presque toujours vers la fin de la systole de l'oreillette, et complétée par la contraction du ventricule, autrement dire que le choc de la pointe est présystolique à son début, et systolique à la fin. Il en résulte qu'une partie du soulèvement de la pointe précède habituellement le premier bruit du cœur.

La propulsion de la pointe est suivie immédiatement par un second acte qui la termine : c'est un *ébranlement* brusque et instantané, rigoureusement systolique, qui coïncide avec le premier bruit, et reconnaît pour cause le claquement des valvules auriculo-ventriculaires. C'est lui qui donne l'impression d'un choc contre la paroi thoracique; cependant celui-ci n'existe pas, et il s'agit simplement d'un choc intérieur, dû à la tension brusque et simultanée des valvules mitrale et tricuspide et de celle des parois cardiaques. Ces tensions, par leur synchronisme, produisent à la fois le bruit perçu par l'oreille, et la sensation tactile que l'on attribue au choc.

Si, après ces rappels préliminaires empruntés à l'anatomie et à la physiologie normales, nous entrons dans le terrain pathologique, nous allons voir que la pointe du cœur peut être le siège d'*altérations anatomiques* nombreuses.

* * *

On trouve fréquemment, dans les autopsies, au niveau de la pointe, de petites plaques lisses, nacrées, blanchâtres, de forme arrondie, ovalaire,

1. Leçons faites à l'hôpital Laënnec.

ou encore disposées sur le myocarde en petites stries, que leur aspect lactescent a fait désigner sous le nom de *plaques laiteuses*.

Elles sont constituées par du tissu conjonctif et des fibres élastiques; de plus, elles sont souvent peu adhérentes, et faciles à détacher du feuillet séreux.

Peter les regarde comme étant presque toujours de « simples plaques de frottement » produites dans les points où normalement le choc du cœur contre le thorax ou les viscères se fait le plus violemment sentir. Cette opinion n'est point partagée par tous, et la majorité des auteurs considère ces plaques laiteuses comme l'expression d'une inflammation péricardique.

Dans la *péricardite chronique*, quelle qu'en soit la cause (suite de la péricardite aiguë, ou chronique d'emblée : mal de Bright, tuberculose, alcoolisme, etc.), on peut trouver quelquefois des adhérences épaisses, de véritables brides fibreuses, au niveau de la pointe du cœur; il en est de même dans la *symphyse cardiaque*, et, en pareille circonstance, la pointe, fixée solidement, est incapable désormais de se déplacer suivant les diverses attitudes que prend le malade, contrairement à ce qui se passe à l'état normal comme nous l'avons vu précédemment.

Dans la *polysarcie du cœur*, la surcharge graisseuse, accusée surtout au niveau des sillons cardiaques, sur le trajet des vaisseaux coronaires, à l'origine des gros vaisseaux et sur le bord droit du cœur, s'étend presque toujours au niveau de la pointe du cœur, où elle forme quelquefois une sorte de petit coussinet plus ou moins saillant développé au-dessous du péricarde.

Vous savez que les *anévrysmes pariétaux* du cœur se développent presque constamment dans le ventricule gauche, surtout sur sa face antérieure, et tout particulièrement dans le segment inférieur représenté par la pointe. Sans aborder ici la pathogénie de ces anévrysmes encore fort discutée, je rappellerai qu'ils forment de petites tumeurs arrondies, globuleuses, en forme de poche, du volume d'une petite lentille, d'une noix, et même, dans des cas rares, d'un œuf de poule. Ces anévrysmes, qui peuvent quelquefois se rompre et s'ouvrir dans le péricarde, et plus rarement dans la plèvre, offrent une symptomatologie des plus obscures, et, le plus souvent, ne sont reconnus qu'à l'amphithéâtre.

Il me reste encore à vous signaler, parmi les lésions anatomiques qu'on peut rencontrer au niveau de la pointe du cœur, certaines ruptures traumatiques ou spontanées intéressant le muscle cardiaque, les altérations consécutives aux myocardites aiguës et enfin les lésions complexes, si importantes, liées à la sclérose du myocarde.

Les *ruptures traumatiques* du cœur ne nous arrêteront pas; elles occupent presque toujours le cœur droit, plus mince que le gauche, et sont très rarement localisées à la pointe. Les ruptures *spontanées* y sont un peu moins exceptionnelles, quoique leur lieu d'élection soit le plus souvent fixé dans les deux tiers inférieurs de la face antérieure du cœur gauche, au voisinage de la cloison. La rupture, le plus souvent unique, se présente sous forme d'un petit orifice irrégulier à peine visible, ou encore d'une fissure, d'une fente plus ou moins profonde, à trajet irrégulier, sinueux; ses bords, généralement irréguliers, déchiquetés, sont de coloration brun-foncé, ramollis, friables et infiltrés de sang noirâtre. Lorsqu'elle est complète, la rupture a deux orifices : l'un externe, sous-péricardique, assez souvent caché en partie par un caillot facilement détaché par le lavage, et un orifice interne, plus petit, souvent dissimulé entre les colonnes charnues et recouvert aussi par des caillots sanguins. Ces ruptures spontanées ne se produisent que lorsque le myocarde est altéré préalablement (dégénérescences granulo-graisseuse ou pigmentaire, polysarcie du cœur, coronarite, thrombose de la coronaire gauche, etc.) J'ajoute enfin que, par suite de la rupture du myocarde, le péricarde est souvent distendu par une certaine quantité de sang; cependant cet épanchement peut faire complètement défaut.

Dans les *myocardites infectieuses aiguës* (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, septicémies, etc.), les altérations profondes du muscle s'observent de préférence dans les parois du ventricule gauche, dans l'épaisseur des piliers charnus de la mitrale, et au niveau de la pointe du cœur. Sans entrer dans le détail, je rappellerai que, en cette région, le cœur est mou, flasque, décoloré, ou d'une teinte feuille morte; que les fibres musculaires, dont la striation est moins nette, atrophiées en certains points, gonflées en d'autres, présentent un aspect trouble et s'infiltrent de granulations graisseuses; enfin, dans des cas plus rares, on a rencontré d'autres altérations de la fibre : dégénérescences vitreuse, amyloïde, vacuolaire, etc. Les espaces intermusculaires, élargis, renferment des amas nombreux de cellules embryonnaires en voie de multiplication; de plus, les vaisseaux du myocarde, et surtout les artérioles, sont le siège d'altérations importantes portant à la fois sur les tuniques interne et externe, consistant en une endocardite végéto-oblitérante, accompagnée de périartérite.

La pointe du cœur et la moitié inférieure du ventricule gauche sont encore un lieu d'élection pour les lésions qui caractérisent la *sclérose du myocarde*, et qu'on rencontre d'ailleurs en même temps dans le septum interventriculaire et dans les piliers charnus de la mitrale. Dans ces conditions, le myocarde est dur, résistant, d'un gris pâle ou légèrement jaunâtre au niveau des îlots de sclérose. Ceux-ci, quelquefois visibles à la simple inspection, sont plus manifestes à la coupe faite au niveau de la pointe, perpendiculairement à la paroi ventriculaire. Les foyers de sclérose se présentent alors sous forme de bandes, de plaques, ou le plus souvent de petites taches, de petits points de la grosseur d'une tête d'épingle, durs, résistants et de coloration grisâtre. Ces foyers, tantôt isolés, plus rarement réunis en groupes ou en îlots, siègent sous le feuillet viscéral du péricarde ou dans l'épaisseur même du myocarde. Les lésions histologiques de cette cardio-sclérose, sur lesquelles nous ne pouvons insister, se résument dans la transformation du tissu interstitiel du myocarde en îlots ou en foyers fibreux de sclérose, en dégénérescences de la fibre musculaire (atrophie simple, dégénérescence granulo-fragmentaire, état vacuolaire, etc.), en altérations vasculaires importantes portant de préférence sur les petites artérioles : périartérite, endartérite oblitérante, etc.

*
* *

C. — Si nous abordons maintenant le domaine de la *clinique*, nous allons voir combien sont intéressants les phénomènes dont la région de la pointe du cœur peut être le siège. Et d'abord cette région peut être le point de départ de *phénomènes douloureux*, d'intensité et de persistance variables. Dans certains cas, le malade accuse une simple gêne douloureuse; dans d'autres, des douleurs sourdes, ou au contraire pongitives, aiguës, lancinantes. Elles peuvent être spontanées, ou simplement réveillées par la pression locale avec le doigt, par les efforts musculaires, les exercices violents, les accès de toux, les grandes respirations, et souvent aussi par le simple choc de la pointe. D'une façon générale, ces douleurs de la région apexienne sont beaucoup moins fréquentes dans les maladies du cœur véritables que dans certaines affections qui tiennent à la fois de l'état rhumatismal et du nervosisme. Par leur ténacité, leur retour fréquent et quelquefois par l'intensité des phénomènes subjectifs qu'elles provoquent, ces douleurs deviennent la source de préoccupations incessantes pour cette catégorie si nombreuse de malades désignés avec raison sous le nom de *faux cardiaques* et qui sont généralement des *névropathes* (hystériques, neurasthéniques), des *neuro-arthritiques*, et si souvent encore des *dyspeptiques*, des *fumeurs* à l'excès, chez lesquels les palpitations douloureuses sont si fréquentes. Chez les dyspeptiques, la douleur survient surtout après le repas, accompagnée ou nom de météorisme, de pyrosis, de pesanteur à l'épigastre; elle consiste dans une sensation passagère de constriction, de brûlure, d'élancements aigus, de piqûre, etc., au niveau de la pointe du cœur, et fréquemment accompagnés de palpitations. Enfin, chez les neuro-arthritiques, les sensations douloureuses, de localisation plus vague, semblent se rattacher à de la pleurodynie, à des névralgies intercostales réveillées surtout par la pression digitale ou encore par l'impulsion de la pointe du cœur. Par tous ces caractères, ces sensations douloureuses de la région apexienne se distinguent nettement des douleurs se rattachant à l'angine de poitrine; d'ailleurs, dans l'angor vrai, la constriction angoissante siège dans la région rétro-sternale; dans la pseudo-angine de poitrine, ellle occupe toute la région précordiale, et non pas seulement la pointe du cœur.

Mais c'est surtout la recherche des *signes physiques* présentés par la région de la pointe du cœur qu'il importe de mettre en lumière. En premier lieu, l'*inspection* simple de cette région nous montre les différences variables qu'on observe dans l'intensité du choc précordial. Dans certains cas d'*éréthisme cardiaque*, d'*hypertrophie du cœur*, de même que chez un grand nombre de névropathes, on perçoit à simple vue un soulèvement énergique de la région apexienne, ainsi qu'on l'observe à l'état normal après une course précipitée ou la montée rapide d'un escalier, ou encore sous le coup d'une vive émotion. Dans d'autres circonstances, au contraire, le soulèvement précordial est à peine perceptible, ou même peut manquer tout à fait; c'est ce qu'on observe par exemple chez des *individus débilités*, cachectiques, ou mieux encore chez les *emphysémateux*, les *obèses* et aussi dans la *péricardite avec épanchement*.

Normalement, le choc de la pointe occupe une surface variant de 0,006 à 0,025 millimètres carrés, et l'extrémité de l'index est suffisante pour la recouvrir tout entière. Elle augmente sensiblement quand le sujet est debout ou penché en avant. A l'état pathologique, l'aire du choc de la pointe se rencontre souvent sur une étendue plus vaste, et, dans l'hypertrophie du cœur notamment, l'impulsion peut s'étaler et se percevoir dans deux ou trois espaces intercostaux et même davantage. Laënnec a dit que l'impulsion du cœur « n'est ordinairement sensible qu'à la région précordiale, et tout au plus dans la *moitié inférieure du sternum*. Elle l'est notamment à l'*épigastre* chez les sujets dont le sternum est court et dont le cœur a une grande force d'impulsion »; ce phénomène s'observe encore dans les grandes dilatations du cœur droit (Parrot).

Le *siège* du choc de la pointe présente des *variations* accusées à la suite de nombreuses conditions pathologiques. Lorsqu'il y a *hypertrophie* notable *du ventricule gauche*, quelle qu'en soit la cause, la pointe du cœur s'abaisse dans le 5ᵉ ou le 6ᵉ espace intercostal gauche — rarement plus bas, — mais ne s'écarte guère de la verticale qui passe par le mamelon; au contraire, si la dilatation hypertrophique porte sur le *cœur droit*, celui-ci s'allonge horizontalement, en sorte que la pointe est peu ou pas abaissée, mais rejetée vers l'aisselle gauche, et vient battre vers la ligne axillaire, très en dehors du mamelon. Dans les *épanchements* notables *du péricarde*, le cœur, déplacé par le liquide accumulé dans les parties déclives, est refoulé en haut et en arrière dans le sac péricardique, et vient battre vers le 3ᵉ espace intercostal. Les *épanchements pleuraux* liquides ou gazeux font subir à la pointe du cœur des déviations très importantes. Un épanchement très abondant du côté droit peut rejeter la pointe très loin dans l'aisselle gauche; mais c'est principalement dans les grands épanchements de ce côté que les déviations sont le plus accusées : dans ce cas, le cœur est refoulé en masse vers la droite, la direction

de son axe devenant presque verticale; quant à la pointe, elle ne dépasse guère la ligne médiane, et vient battre sous le sternum, ou vers le bord droit de l'appendice xyphoïde (Fernet).

Dans les *déplacements congénitaux du cœur* (ectopies), le choc de la pointe est sujet à des déplacements curieux : dans l'ectopie latérale droite (dextrocardie), la plus fréquente de toutes, le cœur est incliné de gauche à droite, et la pointe, dirigée obliquement en bas en avant et à droite, vient battre dans le voisinage du mamelon droit (Bouillaud).

Enfin la pointe du cœur peut être encore déviée de son siège normal par la présence de certaines *tumeurs abdominales*, par une *ascite* abondante, par le *météorisme* abdominal, etc.; dans quelques cas de *sclérose du poumon*, on a relevé également un déplacement possible du choc précordial.

L'inspection nous montre encore un phénomène inverse de grande importance, c'est-à-dire la *fixité* absolue de la pointe ; ce manque de déplacement suivant les différentes attitudes du malade est un des meilleurs signes physiques de la *symphyse cardiaque* (Potain).

Au lieu d'une saillie, on relève quelquefois à l'inspection un *retrait systolique* de la région apexienne ; mais il importe ici de bien préciser les faits, si l'on veut tirer la valeur vraie du phénomène. Limité exclusivement *à un seul espace intercostal*, au niveau même de la pointe qui se déprime en godet, sa *valeur* seméiologique est *nulle*; au contraire, il indique une *symphyse cardiaque*, avec adhérences pleuro-péricardiques et diaphragmatiques, lorsqu'il occupe plusieurs espaces intercostaux, ou encore la plus grande partie de la région préventriculaire (*dépression pluricostale*), ainsi que l'a montré Jaccoud. Quelquefois encore, dans cette même région, après que s'est montré le retrait systolique, vous rencontrerez un soulèvement, ou encore un choc diastolique ; il est dû, semble-t-il, à ce que la paroi thoracique déprimée pendant la systole reprend la courbure normale durant la diastole ; toutefois, ce signe n'a point de valeur absolue en faveur de la symphyse cardiaque.

La *palpation* de la région apexienne nous permet de reconnaître la localisation normale ou pathologique du choc précordial, ses variations de siège et son intensité. Elle révèle en outre la présence de trois phénomènes physiques d'une valeur séméiologique très importante : le *frottement précordial*, le *frémissement cataire* et le *choc de galop*.

Au sujet de la notion de *siège* du choc de la pointe, l'inspection seule de la région précordiale donne le plus souvent des renseignement suffisants. Cependant la palpation est indispensable pour préciser exactement le siège maximum du choc; d'autre part, lorsque le muscle cardiaque se contracte faiblement, le soulèvement de la pointe est parfois si faible que le choc est inappréciable à l'inspection : seule, la palpation permet encore d'en préciser exactement le siège. L'*intensité* du choc pulsatile de la pointe est variable : ce choc peut quelquefois être à peine perceptible ; par exemple chez les *obèses*, chez les *emphysémateux*, et dans les *épanchements du péricarde*; dans ce dernier cas, il arrive qu'après avoir remarqué d'abord l'affaiblissement progressif du choc, on notera ensuite qu'il reste perceptible dans la station verticale ou penchée en avant, alors qu'on ne le retrouve plus dans la position couchée. Le choc précordial peut être encore très affaibli, ou même à peine perceptible, dans les dégénérescences du myocarde : *cardio-sclérose*, *cœur polysarcique* avec ou sans dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire, dans les *dilatations cardiaques*, les *états asystoliques*, etc.

Au contraire, le choc précordial est exagéré sous l'influence des *palpitations émotives*, de la *marche précipitée*, la *course*, la *montée d'un escalier*, et dans l'*hypertrophie* considérable *du cœur* quelle qu'en soit la cause. Dans ce cas l'énergie des contractions du myocarde se traduit par une sorte d'éréthisme du cœur avec ébranlement de la paroi thoracique tel que la main ou la tête du médecin qui ausculte sont soulevées énergiquement et d'une façon rythmique. Cet ébranlement produit par la violence des contractions cardiaques est quelquefois perçu douloureusement par le malade. Enfin, au dire de Bard (de Lyon), lorsqu'on applique la paume de la main sur la région de la pointe du cœur chez les malades porteurs d'insuffisance aortique avec hypertrophie considérable du ventricule gauche, on éprouve, au moment du choc, la sensation d'une boule se durcissant sous la main : c'est le *choc en dôme*. Il serait symptomatique d'après cet auteur, car, dans les hypertrophies dues à toute autre cause, la main aurait l'impression du choc d'une pointe mousse.

La paume de la main, appliquée au niveau de la région apexienne, peut, dans d'autres circonstances, recevoir l'impression d'un frôlement léger, superficiel; dans d'autres circonstances, d'une sorte de grattement plus ou moins râpeux. C'est là le *frottement péricardique* dont l'intensité augmente quand le malade est assis et un peu penché en avant, ou encore lorsqu'il reste dans le décubitus dorsal et qu'on déprime fortement avec la main les espaces intercostaux, car on rapproche ainsi plus intimement les deux feuillets dépolis du péricarde qui frottent mieux l'un contre l'autre. Ce frottement, qui n'est synchrone ni avec le choc systolique, ni avec la diastole, est le plus souvent méso-systolique ou méso-diastolique ; il est durable assez fréquemment, et donne à la main la sensation d'un *mouvement de va-et-vient*.

Dans d'autres cas encore, la palpation de la région précordiale vous révélera l'existence de vibrations d'un caractère tout particulier, que Laënnec qui les a étudiées avec soin, a comparées au « frémissement qui accompagne le murmure de satisfaction que font entendre les chats, quand on les flatte de la main ». Il a désigné le phénomène sous le nom de *frémissement cataire* : c'est l'analogue du *thrill* des médecins anglais. Ce phénomène est produit par les vibrations sonores que détermine le courant sanguin au niveau des lésions d'orifice du cœur. Ces vibrations produisent en même temps un *souffle* et un *frémissement cataire;* ces deux signes, nés simultanément d'une même cause, constituent un seul et même phénomène perçu par deux sens différents : l'ouïe et le toucher. Le frémissement cataire a besoin d'une vibration forte pour prendre naissance ; c'est pourquoi on le rencontre *surtout dans les rétrécissements* à bords indurés et inégaux, plutôt que dans les insuffisances valvulaires. Au point de vue de son moment, il est systolique ou diastolique, ou encore présystolique ; enfin on peut le rencontrer soit à la base du cœur, soit dans la zone méso-cardiaque, soit enfin dans la région apexienne; nous ne nous occuperons que de cette dernière variété. Dans la région sus-indiquée, ou plus exactement *un peu au-dessus de la pointe*, on note un frémissement cataire généralement rude, dans la *diastole* proprement dite ou encore dans la *présystole*, et cessant d'une façon soudaine au moment du choc systolique de la pointe : c'est un des signes du *rétrécissement mitral*. Quant au frémissement vibratoire lié à l'*insuffisance mitrale*, il est beaucoup plus rare que le précédent ; de plus, il est *systolique*, d'intensité plus faible, et occupe la *région même de la pointe*. J'ajoute enfin que le frémissement cataire, exigeant pour se produire une certaine énergie contractile du myocarde, peut s'atténuer ou même disparaître totalement dès que s'accuse l'insuffisance du muscle : c'est ce qu'on observe notamment dans l'asystolie.

Outre le frottement péricardique, d'ailleurs rare à la pointe, et le frémissement cataire, fréquent au contraire, vous pourrez encore, dans des cas plus exceptionnels, percevoir à la palpation de la zone apexienne un choc léger, diastolique ou présystolique; et si vous auscultez ensuite la même région vous entendrez, pendant la diastole, un bruit anormal surajouté aux deux bruits physiologiques, en sorte que l'oreille percevra un rythme à trois bruits, rappelant l'anapeste des Anciens, désigné sous le nom de bruit-choc de galop. A vrai dire le *bruit de galop* n'est point un phénomène qui se produit dans la région apexienne véritable, puisque le galop gauche se perçoit surtout dans une région limitée entre le 2ᵉ espace intercostal gauche, le bord gauche du sternum et la pointe du cœur. Quant au galop droit, il a son maximum vers l'appendice xiphoïde et le bord droit du cœur. Je n'insisterai pas davantage sur ce sujet qui n'entre que de loin dans le cadre de notre étude, et je vous rappellerai seulement que le bruit de galop est un bruit-choc causé par la tension brusque de la paroi ventriculaire, sous le choc subit du sang pénétrant dans le ventricule durant la période diastolique ; que ce bruit se rencontre dans la dilatation hypertrophique des cavités gauches liée à la néphrite interstitielle, dans certaines péricardites, dans les myocardites, dans quelques cas de symphyse avec dilatation cardiaque, etc.

*
* *

Il ne me reste plus maintenant, pour en finir avec les signes physiques que révèle l'exploration de la région de la pointe du cœur, qu'à vous signaler les bruits morbides décelés par l'auscultation attentive de cette région. Dans les cas, d'ailleurs peu fréquents, où vous y aurez perçu à la main une sensation de frottement, vous retrouverez celle-ci plus manifestement encore à l'auscultation.

Ce *frottement*, tantôt doux, tantôt intense, rude, râpeux « semblable au cri du cuir d'une selle neuve sous le cavalier » (Laënnec), non isochrone avec les temps de la révolution du cœur, n'est par conséquent ni systolique ni diastolique, mais le plus souvent méso-systolique ou encore méso-diastolique. Il naît sur place, et sa propagation est nulle ; en outre, il augmente d'intensité dans la position verticale ou assise, ainsi que sous la pression locale opérée par le stéthoscope. Ces caractères sont suffisamment nets et précis pour permettre de distinguer le frottement péricardique des *bruits de souffle* perçus dans la région apexienne. Ceux-ci sont *organiques* ou *anorganiques*; les premiers se rattachent soit à une insuffisance mitrale soit à un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Le souffle de l'insuffisance mitrale organique est *systolique*, et siège *au niveau même de la pointe du cœur*, et *non à la base où il semble qu'il doive se percevoir*, car il naît à la base du ventricule gauche. Ce phénomène, en apparence paradoxal, s'explique par ce fait que la lésion d'insuffisance forme un cône dont le sommet regarde vers le ventricule, et que *toutes les fois qu'un courant liquide s'engage par le sommet d'un cône, il se brise et ses vibrations se propagent en sens inverse du courant* (Bergeon), c'est-à-dire, dans le cas particulier de l'insuffisance mitrale, vers la pointe. De plus, le siège du souffle à la pointe s'explique encore parce que les vibrations de la valvule se propagent vers la pointe par l'intermédiaire des cordages tendineux et des muscles papillaires. Ce souffle est rigoureusement systolique, vous ai-je dit, c'est-à-dire qu'il commence avec la contraction ventriculaire et persiste pendant toute la durée de la systole, en s'affaiblissant graduellement. Son timbre est tantôt rude, grave, en jet de vapeur, tantôt aigu, sibilant, piaulant ; il peut être musical, et rappeler le bourdonnement d'une mouche, la vibration d'une corde métallique, etc. : en pareil cas il se rattache parfois à la rupture d'une lame de la mitrale, ou, mieux encore, à celle d'un cordage tendineux vibrant sous l'influence du courant sanguin. Ce souffle est permanent, et se propage vers la région axillaire gauche, et quelquefois même dans la région dorsale, entre le bord spinal

de l'omoplate et le rachis, vers la 5[e] et la 7[e] vertèbre dorsale.

Tout autre est le souffle produit par le *rétrécissement mitral*. Ce bruit pathologique est rarement soufflant au sens rigoureux du mot, mais il appelle plutôt un bruit de *roulement* ou de *ronflement*; son timbre est grave et sourd, et sa tonalité basse. Il commence pendant la *diastole*, non pas de suite après le claquement des sigmoïdes, mais un peu plus tard, dans un moment qu'on pourrait appeler le *milieu du grand silence*. Son maximum d'intensité se rencontre non pas au niveau même, mais *un peu au-dessus de la pointe du cœur*; en outre, il se propage assez nettement vers la région axillaire, mais le bruit se transmet principalement vers le creux épigastrique.

Ce roulement diastolique est continué sans transition, ou, plus exactement, renforcé par un souffle bref, instantané et à tonalité plus élevée, coïncidant avec la systole de l'oreillette; autrement dit ce souffle est *présystolique*.

Vous vous souvenez peut-être que, dans une de nos précédentes conférences, nous avons étudié les diverses variabilités que peuvent présenter les signes physiques du rétrécissement mitral[1]; nous y avons vu notamment que certaines circonstances peuvent dissocier pour ainsi dire chacun des signes stéthoscopiques. Sans revenir avec détail sur les causes et sur la physiologie pathologique de ces variabilités, je vous rappellerai que, dans certains cas, vous n'entendrez dans la région apexienne rien autre que le roulement diastolique, et que, dans d'autres circonstances, ce dernier sera à peine perçu alors que le souffle présystolique occupera seul presque toute l'attention. L'explication de ce fait est facile à comprendre : quand le cœur se contracte lentement, c'est-à-dire lorsque la période diastolique est longue, le ventricule se remplit presque en entier durant la diastole, et l'oreillette n'aura qu'à envoyer une ondée peu considérable pour achever la réplétion ventriculaire, mais cette ondée présystolique est trop faible pour produire une vibration sonore. Dans ce cas donc on n'entendra que le roulement diastolique grave et prolongé, et la systole de l'oreillette sera presque silencieuse. Au contraire, lorsqu'il y a accélération très marquée des battements du cœur, la période diastolique est très courte et la contraction de l'oreillette entre de suite en jeu; elle produit un bruit présystolique d'autant plus net, que le roulement diastolique est nul ou à peine marqué. *En résumé, à contraction lente répond le roulement diastolique, à contraction accélérée le souffle présystolique.*

Les *souffles anorganiques* de la région apexienne vont maintenant nous arrêter quelque peu. Et d'abord, vous savez qu'à côté de l'insuffisance mitrale organique on a décrit une *insuffisance* secondaire — mais temporaire — sans lésion, et purement *fonctionnelle*, causée par la dilatation de la cavité ventriculaire gauche, telle qu'on peut la rencontrer, par exemple, dans l'insuffisance aortique, dans les scléroses du myocarde ou encore dans la symphyse cardiaque. Elle donne naissance à un souffle systolique au niveau même de la pointe, comme l'insuffisance organique, mais ce souffle est temporaire et disparaît à mesure que le ventricule gauche reprend peu à peu son volume normal et que l'insuffisance mitrale disparaît. Il existe également, quoique assez rare en en somme, un *rétrécissement mitral fonctionnel*, qui peut survenir dans le cours de l'insuffisance aortique; son mécanisme est encore discuté; d'après Sansom, le courant rétrograde vers le ventricule gauche, causé par l'insuffisance sigmoïdienne, refoulerait la grande valve de la mitrale vers l'orifice auriculo-ventriculaire, où elle produirait ainsi un rétrécissement relatif; en outre, cette lame, interposée entre le courant rétrograde de l'insuffisance et celui qui est chassé de l'oreillette dans le ventricule, entre en vibration et produit, pendant la présystole, un roulement perçu à la fois par la palpation et par l'auscultation pratiquées dans la région de la pointe du cœur. Il se distinguera du roulement diastolique propre au rétrécissement mitral vrai en ce qu'il est accompagné des signes habituels de l'insuffisance aortique : battements tumultueux des artères, pouls de Corrigan, hypertrophie du ventricule gauche, etc.; par contre, on note l'absence du dédoublement permanent du deuxième bruit, phénomène habituel au rétrécissement mitral organique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES SOUFFLES SYSTOLIQUES DE LA RÉGION APEXIENNE

1º Souffle systolique de l'insuffisance mitrale.		2º Souffles cardio-pulmonaires systoliques de la pointe.	
Siège	Au niveau même de la pointe du cœur.	Siège	Variable : *a*) Apexiens (sont méso-systoliques); *b*) Sus-apexiens (sont méso-systoliques); *c*) Parapexiens (systoliques comme le souffle de l'insuffisance mitrale; par contre, siègent non à la pointe, mais à 1 ou 3 centimètres en dehors d'elle); *d*) Endapexiens (variété rare; sont presque toujours méso-systoliques).
Moment.	Rigoureusement systolique.	Moment.	Sont presque tous méso-systoliques.
Timbre.	Sibilant ou rude, râpeux, en jet de vapeur.	Timbre.	Doux, voilé, aspiratif.
Tonalité.	Haute.	Tonalité.	Moyenne.
Propagation.	Vers l'aisselle gauche, l'angle inférieur de l'omoplate et même le rachis	Propagation.	Nulle.
Frémissement cataire.	Systolique.	Frémissement cataire.	Nul.
Durée.	Permanente, sauf à la période asystolique où il peut disparaître.	Durée.	Mutabilité extrême. Souffles apparaissent, disparaissent et peuvent changer de rythme, de siège et de timbre pendant la durée d'un même examen.
Influence de l'attitude du corps.	Quelquefois souffle plus fort dans le décubitus dorsal; mais nombreuses exceptions à ce sujet.	Influence de l'attitude du corps.	Maximum d'intensité dans le décubitus dorsal; diminution ou disparition totale dans la station debout.
Influence des mouvements respiratoires.	Pas appréciable.	Influence des mouvements respiratoires.	Leur amplitude fait disparaître le souffle, qui se transforme souvent en bruit respiratoire saccadé.
Troubles fonctionnels.	Nombreux.	Troubles fonctionnels.	Nuls.

La région de la pointe du cœur, qui est si fréquemment le siège de souffles organiques, est encore un lieu d'élection pour les *souffles anorganiques dits cardio-pulmonaires*. Ceux-ci, comme l'a établi magistralement le professeur Potain, ne se produisent pas dans le cœur lui-même : ce sont des bruits pulmonaires, aspiratoires et localisés, rythmés par les mouvements qui se passent à la surface du cœur; et la partie du poumon dans laquelle ces souffles se produisent est la mince languette du poumon gauche qui recouvre la pointe du cœur et que nous connaissons sous le nom de languette de Luschka.

Les souffles cardio-pulmonaires de la région apexienne occupent des sièges variables : les uns (apexiens) occupent le niveau même de la pointe et se rencontrent dans une fréquence de 18 pour 100; d'autres (sus-apexiens) se produisent au-dessus de la pointe, et cela dans une fréquence de 14 pour 100; d'autres encore naissent en dedans de la pointe (endapexiens) avec la proportion plus faible de 2 pour 100; enfin, il existe une dernière variété (souffles parapexiens) perçus en dehors de la pointe. Sans insister davantage sur les souffles cardio-pulmonaires, que nous rencontrons si souvent au lit du malade, je vous rappellerai brièvement leurs caractères principaux. Ces bruits ont en général un caractère superficiel, leur timbre est doux, plus voilé que celui des souffles organiques; cependant il est des exceptions, et j'ai rapporté autrefois quelques faits de souffles cardio-pulmonaires d'une grande intensité. Ces souffles ont une tonalité moyenne, leur rythme est tantôt systolique, quelquefois diastolique, et même présystolique; mais ces bruits sont, dans la grande majorité des cas, méso-systoliques (70 pour 100). Leur propagation est à peu près nulle; de plus, ils sont variables et inconstants, et pendant la durée d'un même examen peuvent changer de siège, de rythme et de timbre; enfin, ils s'atténuent ou même s'effacent complètement lorsque le malade quitte le décubitus dorsal pour s'asseoir sur son lit ou se tenir dans la situation debout; il en est de même, et cela quelle que soit l'attitude du malade, quand on exagère l'amplitude des mouvements respiratoires. Au point de vue étiologique, j'ajouterai que ces souffles se produisent de préférence avec les cœurs de volume réduit; qu'ils sont surtout fréquents chez les jeunes sujets et chez les adultes, et qu'on les a trouvés également dans l'enfance.

1. Voir E. Barié. « Des variabilités des signes physiques du rétrécissement mitral et leur valeur séméiologique ». *La Presse médicale*, nº 29, 1901, 10 avril.

Ils sont rares dans l'emphysème et dans le cours des cardiopathies organiques; au contraire, ils sont fréquents chez les névropathes, dans la maladie de Basedow, dans la chlorose, le rhumatisme articulaire aigu, le saturnisme, la fièvre typhoïde, etc. Le diagnostic différentiel de ces souffles avec ceux qui se rattachent à une lésion organique, et particulièrement celui de l'insuffisance mitrale, avec lequel ils sont encore si souvent confondus, est de la plus haute importance, car vous connaissez toute la gravité du pronostic dans ce dernier cas, alors que les souffles cardio-pulmonaires n'ont aucune valeur pathologique. Pour frapper davantage l'attention, je crois préférable de vous présenter ces caractères différentiels sous forme de tableau (voir ci-contre), que j'ai déjà publié ailleurs[1] et où vous verrez d'un coup d'œil les caractères propres à chacun de ces bruits.

MÉDECINE PRATIQUE

QUELS ACCIDENTS PEUT PROVOQUER LA QUININE?

L'administration de la quinine n'est pas sans provoquer parfois chez le patient quelques phénomènes désagréables qu'il faut connaître. Le plus fréquent est un *bourdonnement d'oreilles*, rappelant un peu le tintement des cloches, et s'accompagnant presque toujours de *dureté de l'ouïe* et de *lourdeur de tête*, tous phénomènes qui paraissent en rapport avec un certain degré de congestion encéphalique d'ailleurs temporaire, en sorte qu'ils disparaissent au bout de quelques heures sans laisser à l'ordinaire aucune trace. Il semble même que ces phénomènes soient tout à fait normaux, et qu'ils puissent en une certaine mesure servir de contrôle. Quand ils manqueront, on devra rechercher avec soin : 1° si le malade a bien absorbé la dose prescrite; 2° si le produit fourni était le sel de quinine demandé; 3° si la dose a été prise dans les conditions recommandées (avec une certaine quantité d'une boisson acidulée).

Par leur acuité les phénomènes auriculaires peuvent devenir anormaux; c'est ainsi que l'on peut constater l'existence de *vertiges* d'une grande intensité, comparables à ceux de la maladie de Ménière. Il faudra rechercher si la dose donnée a été trop forte; dans le cas contraire on devra examiner avec soin l'oreille interne, car, pour Lermoyez, « tout dépend de l'état du labyrinthe, et s'il y a la moindre lésion labyrinthique, la moindre dose médicamenteuse suffit à produire des accidents vertigineux ».

Un autre prénomène fréquent, quoique peu signalé par les classiques, est l'*irritation de la vessie*, caractérisée par de la pollakiurie. Elle se manifeste avec une acuité particulière chez les personnes à vessie irritable, tels les vieillards.

On a dit que la quinine provoquait des *contractions utérines* et l'expulsion du fœtus chez les femmes enceintes; nous avons vu précédemment ce qu'il en fallait croire.

Parfois l'intolérance stomacale se manifeste par des *vomissements*.

Plus exceptionnellement, on constate, au moment de l'élimination, des *phénomènes cutanés* caractérisés par des démangeaisons parfois intolérables, voire des éruptions : érythèmes, papules, urticaire, etc. Mais ici nous entrons dans le domaine de l'IDIOSYNCRASIE dont il nous reste à dire quelques mots.

Chez certains individus, les doses les plus minimes de quinine suffisent à provoquer des accidents véritables dont les plus fréquents sont les d'une dermatite exfoliatrice aiguë scarlatiniforme, parfois hémorragique.

Chez d'autres on constate, indépendamment des phénomènes précédents, de la *faiblesse générale* pouvant aller jusqu'à la paraplégie, de l'obnubilation des sens, de l'anxiété précordiale avec fréquence et petitesse du pouls.

Enfin, dans des cas encore plus graves, on a constaté un *collapsus profond*, quelquefois précédé de convulsions avec inertie, insensibilité, refroidissement des extrémités avec température normale, cyanose des lèvres, accélération du pouls (100-120), suppression temporaire de la sécrétion urinaire. Mais, pour Guinon, les deux phénomènes les plus caractéristiques et les plus constants sont : la *surdité d'emblée* complète, absolue, s'établissant en quelques heures; la *cécité absolue* avec suppression de la réaction pupillaire d'accommodation à la lumière. La durée moyenne de ces accidents est une quinzaine de jours.

Généralement, ces accidents se dissipent sous l'influence d'une médication symptomatique : évacuants, stimulants (caféine, etc.), diurétiques.

ALFRED MARTINET,
Ancien interne des Hôpitaux.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

9e session (3, 4 et 5 Avril 1902 (*suite et fin*).

De la mort du fœtus pendant la grossesse. — ***M. Boissard.*** Le facteur principal de la mort du fœtus pendant la grossesse est certainement la syphilis, qui peut avoir une action éloignée tout à fait surprenante, ce qui tendrait à prouver que, en épousant une veuve ayant eu des enfants, on ne saurait échapper au choc en retour de l'influence du premier mari.

Mais le fœtus peut mourir par une autre cause : grossesse molaire antérieure, circulaires du cordon, etc.; quelquefois, cette mort est inexplicable.

Les signes de certitude de la mort du fœtus sont : perception de la crépitation osseuse, non-perception par l'accoucheur des bruits du cœur et des mouvements actifs (par le palper et le toucher à travers le col).

Si la rétention d'un fœtus mort dépasse deux semaines, il y a intérêt à évacuer l'utérus, des observations d'infection d'œuf intact ayant été publiées, mais il faut que la grossesse ait plus de six mois. M. Boissard a suivi cette méthode depuis trois ans et s'en applaudit, les femmes pouvant ainsi reprendre rapidement leur vie habituelle.

Opération césarienne et achondroplasie. — ***M. Herrgott*** rapporte l'observation d'une petite femme haute de 1 m. 22, dont la mère avait succombé à quarante-quatre ans en donnant le jour à son vingtième enfant, et chez laquelle il a pratiqué deux fois l'opération césarienne. Les fémurs de cette achondroplasique n'avaient que 27 centimètres de longueur; le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 74 millimètres (59 millimètres de diamètre utile). Dans les deux cas, l'intervention n'a été pratiquée qu'après plusieurs jours de travail.

De l'accouchement spontané dans les bassins rétrécis. — ***M. Valency*** apporte une statistique qui s'étend du 1er Mars 1898 au 1er Janvier 1902, et qui porte sur 526 bassins rétrécis.

Dans les bassins dont le promonto sous-pubien est compris entre 9 et 11 centimètres, l'accouchement se produit spontanément dans une proportion qui varie entre 33 et 80 pour 100, et la mortalité infantile n'est que de 4,26 pour 100.

M. Valency conclut de ces résultats que toutes les fois que le palper mensurateur ou la mensuration de la tête fœtale par la méthode de Perret n'indiquent pas la nécessité d'une intervention, il y a lieu de s'en tenir à l'expectation.

Hystéropexie vaginale et grossesse. — ***M. Fournier*** (d'Amiens). L'hystéropexie vaginale est une ex-

On a dit qu'elle avait une influence fâcheuse sur les grossesses ultérieures et notamment qu'elle favorisait l'avortement.

En réalité, si on fixe seulement l'isthme utérin, en laissant le fond libre, on n'empêche nullement le développement de l'utérus gravide.

M. Fournier conclut que, dans la plupart des cas où cette opération a été la cause d'entraves ultérieures dans l'accouchement, c'est qu'elle avait été mal faite, car il n'a jamais observé d'accidents dans ses cas personnels.

Myxœdème et parturition. — ***M. Herrgott*** (de Nancy). Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, à type infantile, haute de 1 m. 20, à parties molles très étroites, qui, étant enceinte de huit mois environ, eut 14 accès d'éclampsie sans prodromes alors qu'elle n'avait pas d'albumine dans l'urine.

Au bout de cinq jours de travail, et après quatorze heures de coma, l'accouchement eut lieu spontanément, puis fut suivi de 6 nouveaux accès d'éclampsie.

La radiographie a montré que ce bassin avait conservé le type infantile. M. Herrgott pense qu'il s'agit probablement ici d'insuffisance thyroïdienne, et que, dans le groupe complexe des éclampsies, certains cas ont sans doute cette pathogénie, rappelant les accès de tétanie post-opératoire qu'on a observés chez les goitreux.

Un cas de parotidite chez le nouveau-né. — ***MM. Bar et Daunay.*** Il s'agit d'un enfant qui diminua rapidement de poids sous l'influence d'une parotidite généralisée, profonde, qui s'était traduite par une saillie volumineuse de la glande.

Cet enfant étant mort, on trouva dans la bouche des streptocoques des staphylocoques et des tétragènes et, dans l'intérieur de la parotide, des staphylocoques et des streptocoques aérobies et anaérobies.

M. Bar insiste sur la rareté des parotidites chez le nouveau-né, alors que les inflammations des glandes sub-linguale et sous-maxillaires sont au contraire fréquentes.

M. Fochier émet l'opinion que cette parotidite peut fort bien être due à une infection générale.

Statistique du service des débiles à la Maternité. — ***M. Porak.*** Malgré une sélection très sévère à l'entrée des enfants, on observe souvent la bronchopneumonie et l'entérite, qui constituent de véritables maladies infectieuses, formant des épidémies meurtrières.

Les portes d'entrée de l'infection sont l'ombilic pendant les huit premiers jours. Plus tard on a, par ordre de fréquence : les poumons, l'intestin et la peau.

Le débile meurt parce que ses organes ne sont pas suffisamment développés et qu'il offre un terrain accessible à toutes les infections, notamment par les fosses nasales, sous forme de coryza, contre lesquelles on est presque désarmé. Quant à la broncho-pneumonie, on a obtenu quelquefois d'heureux effets par de simples plongeons dans l'eau froide.

La question du séjour est également importante, un enfant finissant par ne plus augmenter quand il reste trop longtemps dans le service.

M. Budin insiste sur ce fait : qu'il faut que les enfants débiles aient une bonne alimentation, et surtout qu'ils évitent le refroidissement et l'infection.

C'est la difficulté de trouver réunies toutes ces conditions d'élevage qui a fait que trop souvent ce service n'a été qu'une sorte de dépôt mortuaire.

Développement et physiologie de la mamelle. — ***M. Keiffer*** (de Bruxelles). Les coupes pratiquées sur des mamelles de fœtus d'âge différent montrent qu'il existe d'abord un noyau épithélial plein, qui se côtèle bientôt comme un melon dont les rainures deviennent de plus en plus profondes.

Bientôt on a une glande en grappe, formée d'abord de tubes fermés qui communiquent avec les canaux galactophores au moment de la naissance; peu de temps après la naissance, la mamelle se gonfle.

M. Keiffer pense qu'il faut attribuer cette congestion à un ferment soluble élaboré par le placenta, opinion qui a déjà été émise par M. Bouchacourt dans sa communication du 1er Février 1902 à la Société de Biologie sur l'opothérapie placentaire.

Les diastases du placenta, glande à sécrétion interne, seraient absorbées principalement au moment du décollement placentaire, et agiraient sur la

De l'augmentation progressive de la sécrétion lactée chez la nourrice suivant les besoins. — *M. Quillier* a observé 3 femmes atteintes d'abcès du sein, qui ont pu allaiter avec un seul sein.

Dans un cas, à la suite d'immobilisation d'un sein par galactophorite, l'équilibre a été rétabli en moins d'une semaine dans l'autre sein qui fournissait la quantité de deux seins.

M. Quillier en conclut que si les mères peuvent être au début de mauvaises nourrices, il n'y a pas lieu de se décourager.

Durée de l'allaitement au sein à la consultation des nourrissons de la clinique Tarnier. — *M. Planchon.* Le relevé de la sécrétion lactée, chez ces femmes, lui a montré que, au bout de sept mois, 63 pour 100 seulement des femmes peuvent nourrir exclusivement au sein; au bout d'un an il n'y en a plus que 6 pour 100, et au bout de treize mois 1,5 pour 100.

L'application stricte et rigide de la loi Roussel ne donnerait donc que de très mauvais résultats; on n'aurait que l'illusion de l'allaitement au sein.

M. Planchon termine en montrant que, avec l'allaitement mixte, on obtient d'excellents résultats.

Des abcès multiples de la peau chez le nourrisson : leur pronostic et leur traitement. — *M. de Rothschild* rapporte 24 observations qu'il a recueillies à sa Policlinique, et qui montrent bien la fréquence des suppurations cutanées chez les enfants.

A la division clinique ancienne des abcès en : puerpéraux, syphilitiques et tuberculeux ou scrofuleux, l'auteur propose une division bactériologique, ou, mieux, une division d'après le siège en : superficiels, d'origine externe, et profonds, d'origine hématique.

Le pronostic de ces suppurations est bénin. Quant au traitement curatif, il consiste en : rasage, bains de sublimé à 3 pour 100 et ignipuncture.

M. Budin préfère l'emploi du bistouri et l'application ultérieure d'un pansement occlusif au collodion.

M. Bar. La division des abcès d'après leur origine en externe et interne est beaucoup trop générale.

Une des origines les plus fréquentes de ces staphylococcies cutanées est la vaccine; puis l'inoculation de la peau préanale par les cultures du tube intestinal.

M. Bar conseille les applications de teinture d'iode toutes les fois qu'il y a de la rougeur en un point quelconque du corps de l'enfant.

Quant à la désinfection intestinale, il l'obtient par des lavements de levure.

Discussion sur le fœticide thérapeutique. — *M. Treub* étudie la question : l'avortement thérapeutique et la morale. Ayant observé récemment le cas d'une femme enceinte de trois mois, atteinte de vomissements incoercibles, qui se laissa mourir sans permettre l'interruption de sa grossesse, et cela parce que tel était l'avis de son confesseur, l'auteur fit une enquête auprès de plusieurs évêques. Il apprit qu'une décision du Saint-Office réglementait ce cas, et que l'Église ne devait pas donner l'autorisation de pratiquer l'avortement, même quand la femme était en danger de mort.

M. Bar rapporte un cas où le curé de Saint-Augustin s'est montré plus libéral, en l'autorisant à interrompre une grossesse pour vomissements incoercibles.

M. Budin a observé un fait analogue, s'étant trouvé dans la même situation.

M. Fochier admet que, dans certains cas, la femme est véritablement en *état de légitime défense* vis-à-vis de son enfant, même si celui-ci est à terme, et qu'elle a parfaitement le droit de ne pas vouloir risquer sa vie pour son enfant.

M. Fochier en conclut que l'embryotomie sur l'enfant vivant est parfaitement légitime, quoi qu'en dise M. Pinard.

L'auteur, dont la sensibilité a augmenté avec l'âge, à un point tel qu'il ne dort plus quand ses malades ne vont pas, n'a jamais éprouvé le moindre remords pour avoir sacrifié un enfant.

M. Herrgott partage cette manière de voir, et ne peut pas, malgré toute sa bonne volonté, admettre les idées de son ami Pinard sur ce point.

Tant que la symphyséotomie et l'opération césarienne seront des opérations graves, la femme aura le droit de ne pas accepter ces interventions.

M. Bar rappelle que, sur 25 symphyséotomies, il n'a eu à déplorer aucune mort, ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Pour lui, la diversité des statistiques tient à ce que certains accoucheurs ont eu le grand tort de faire des symphyséotomies sur des femmes infectées, ou fatiguées par un long travail, et parfois alors que l'enfant avait déjà souffert.

Dans tous ces cas, il faut faire l'embryotomie.

Pour M. Bar, il y a souvent des conflits d'intérêt autour d'une femme en travail : la famille ne voulant pas que la mère coure de risques, et le mari tenant surtout à avoir un enfant vivant, d'autant plus que, en cas de mort de la femme, c'est alors lui qui hérite.

L'accoucheur doit donc agir suivant sa conscience, surtout si la femme a mis toute sa confiance en lui alors qu'elle avait sa pleine connaissance.

M. Bar estime que, plutôt que de faire une embryotomie sur un enfant vivant chez une femme non infectée, il vaut mieux se retirer, et laisser la place à un confrère admettant cette opération, qui mérite bien la dénomination de fœticide.

Pour l'auteur, cette expression, qui implique l'idée de meurtre, devrait être abandonnée, et remplacée par le mot embryotomie.

M. Budin constate que tout le monde dans cette Société admet l'embryotomie sur l'enfant vivant, à quelques nuances près.

Pour ce qui est du consentement formel de la mère, la question ne peut même pas être discutée, d'autant plus que, en cas de mort de la femme, la famille aurait le droit de traîner l'opérateur devant les tribunaux si celui-ci a agi suivant sa conscience, mais de sa propre initiative.

L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

16 Avril 1902.

Sur l'intervention chirurgicale dans les cas de fibromes compliqués de grossesse. — *M. Routier* pense, comme M. Quénu, que, dans les cas de fibromes compliqués de grossesse, il ne faut intervenir chirurgicalement que s'il existe des accidents menaçants pour la vie de la femme. Cette intervention se trouve d'ailleurs rarement indiquée, la plupart des grossesses compliquées de fibromes évoluant sans incidents graves vers leur terme normal. Personnellement, M. Routier, qui a vu beaucoup de ces fibromes gravidiques, n'a eu l'occasion d'intervenir que quatre fois. Dans deux cas, il put faire la myomectomie : dans l'un des cas, la malade guérit et accoucha à terme d'un enfant bien portant; dans le second cas, la femme accoucha prématurément, une semaine après l'intervention, d'un enfant vivant, mais elle mourut subitement quelques jours après, probablement d'une embolie (un sinus utérin avait été ouvert au cours de la myomectomie). Dans les deux autres cas, M. Routier fut obligé de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale; les deux opérées guérirent.

Sur la valeur des sérums anticancéreux. — *M. Legueu*, revenant sur la communication faite dans la précédente séance par M. Richelot, à propos d'une tumeur maligne de l'ovaire considérablement améliorée par le sérum de Wlaëff, déclare qu'il faut être très circonspect dans l'interprétation de résultats de ce genre.

Il existe, en effet, des tumeurs malignes de l'ovaire qui ont une évolution très lente, dont l'extirpation n'est suivie de récidive qu'à très longue échéance; si en pareil cas on a essayé des injections d'un sérum anticancéreux quelconque, on est tout naturellement porté à attribuer à ce sérum un résultat qui n'est que la conséquence de l'évolution même du néoplasme.

Aussi M. Legueu ne saurait-il qu'approuver les réserves formulées par M. Segond à propos d'observations du genre de celles de M. Richelot : il ne faut publier ces observations que comme des curiosités cliniques, mais sans laisser supposer que les chirurgiens accordent le moindre crédit à des sérums dont l'efficacité reste tout entière à démontrer.

M. Delorme partage l'avis de MM. Segond et Legueu : la valeur d'une méthode thérapeutique doit s'établir non sur quelques observations isolées, discutables, mais sur un bloc de faits inattaquables. M. Wlaëff n'a pu encore constituer ce bloc pour la méthode sérothérapique dont il est l'auteur.

M. Richelot termine la discussion en déclarant encore une fois qu'il ne croit pas aux sérums anticancéreux, mais qu'après tout ces sérums sont bien capables de remonter les malades, de modifier les circulations locales, de favoriser la résorption des exsudats qui entourent certaines tumeurs : c'est ainsi, sans doute, qu'ont agi les injections de sérum de Wlaëff chez la malade qu'il a présentée. Cette malade n'est pas guérie de sa tumeur, mais celle-ci est devenue opérable. C'est tout ce qu'a voulu montrer M. Richelot, et rien autre.

Nouveau procédé d'autoplastie nasale. — *M. Nélaton* décrit un nouveau procédé d'autoplastie nasale applicable aux pertes de substance totales du nez. Ce procédé consiste essentiellement à reconstituer l'organe absent à l'aide d'un lambeau frontal ostéo-cutané comprenant la peau et la table externe de l'os frontal dédoublé à l'aide d'une scie à chantourner. Ce procédé, très ingénieux, et qui a fourni un très beau résultat à M. Nélaton, a l'inconvénient d'exiger un tour de main tout particulier, et peut-être, dans certains cas, d'exposer, par suite de la torsion nécessaire du lambeau sur son pédicule, au sphacèle de ce lambeau; enfin le nouvel organe est poilu à son extrémité, ce qui, au point de vue esthétique, ne laisse pas que d'être désavantageux, surtout s'il s'agit d'une femme ; il est vrai qu'il est facile de se raser le bout du nez tous les jours.

Psychoses post-opératoires. — *M. Picqué*, à propos de trois observations de psychoses post-opératoires adressées à la Société par *M. Marcopoulos* (de Constantinople), retrace dans ses grandes lignes l'histoire de ces psychoses et les discussions auxquelles elles ont donné lieu dans les différentes sociétés savantes. Il rappelle qu'il ne faut ranger sous cette dénomination que les troubles post-opératoires qui se produisent dans la sphère de l'idéateur, chez des sujets d'ailleurs prédisposés. Or, des observations de M. Marcopoulos, que M. Picqué analyse, une seule semble répondre à cette définition.

Rétrécissement de l'angle gauche du côlon transverse; colo-colostomie; guérison. — *M. Terrier* relate l'observation d'une femme qu'il a opérée il y a six mois pour des crises intestinales douloureuses localisées dans l'hypocondre gauche, s'accompagnant d'empâtement de la région et d'une dilatation très nette, avec péristaltisme, du côlon transverse. État général très satisfaisant; appétit conservé; mais digestions douloureuses et constipation. M. Terrier pensa à un obstacle siégeant au niveau de l'angle colique gauche, et, pour en déterminer la nature, proposa et fit une laparotomie exploratrice. Or celle-ci permit de constater qu'il n'existait ni tumeur intestinale ou péri-intestinale, ni adhérences, ni brides, ni rétrécissements d'aucune nature; seulement, au niveau de l'angle colique gauche, l'intestin formait un coude tellement aigu que sa lumière en ce point n'existait presque plus; en aval, le côlon descendant se présentait sous forme d'un cordon très réduit; par contre, en amont, le côlon transverse était considérablement dilaté. En présence de cette disposition exceptionnelle, M. Terrier pensa que ce qu'il avait de mieux à faire, c'était d'anastomoser directement l'un à l'autre, au voisinage de leur coudure, les côlons transverse et descendant.

L'opération fut des plus faciles, les suites opératoires des plus simples; depuis, la malade n'a plus souffert et va régulièrement à la selle.

M. Terrier explique ce cas, dont il n'a pas trouvé d'autre exemple dans la littérature, par une disposition anatomique particulière de l'angle colique gauche privé de son ligament suspenseur.

Fistule branchiale du cou. — *M. Jalaguier* présente un jeune homme de vingt ans, qui offre dans la région antéro-latérale du cou au niveau de l'os hyoïde, un orifice fistuleux auquel fait suite un trajet qui, s'enfonçant dans la profondeur, longe la paroi latérale correspondante du pharynx et vient s'ouvrir par un deuxième orifice à la partie supérieure du pilier postérieur du voile du palais, à 1 centimètre de la base de la luette. Cette fistule, incontestablement d'origine branchiale, donne issue par intermittences à un liquide purulent. M. Jalaguier se propose de l'opérer.

Radiographies de calculs rénaux. — *MM. Routier et Chaput* présentent chacun une radiographie de calculs du rein.

Dans le cas de M. Routier, il existait une tumeur rénale volumineuse qui fut prise d'abord pour un cancer; c'est grâce à la radiographie qu'on fut renseigné sur la nature exacte de cette tumeur : néphrotomie; guérison.

Dans le cas de M. Chaput, il existait une fistule lombaire consécutive à une psoïtis suppurée; ici encore la radiographie donna le diagnostic exact, en montrant que la suppuration du psoas était la conséquence d'une pyélo-néphrite causée par des calculs rénaux.

J. Dumont.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

A. Scott Warthin. ***L'histologie normale des glandes hémolymphatiques de l'homme*** (*The American Journal of Anatomy*, I, 1901.) — Les anatomistes avaient déjà signalé dans la graisse prévertébrale, au voisinage des gros vaisseaux, la présence fréquente d'organes qu'ils prenaient pour des ganglions lymphatiques hémorragiques. Leydig en 1857, puis Gibbes en 1884, Robertson, etc., montrèrent qu'on avait affaire à des organes spéciaux qui, tout en se rapprochant des ganglions lymphatiques, en différaient à beaucoup de points de vue.

Warthin étudie ces organes pris sur de nombreux sujets. Il remarque qu'ils sont plus abondants chez l'adulte que chez le vieillard et le nouveau-né. On les rencontre surtout dans le tissu adipeux prévertébral, dans les régions rétropéritonéale et cervicale, au voisinage des gros vaisseaux, auxquels ils sont comme accolés. Ils sont rares dans l'épiploon et le médiastin, du moins chez les sujets normaux. Leur grosseur varie du volume d'une tête d'épingle à celui d'une cerise; la plupart sont gros comme un pois. Ils sont d'un rose plus ou moins foncé.

L'examen microscopique montre qu'on a affaire à des organes de deux espèces différentes; ce sont, pour Warthin, les glandes *splénolymphatiques* et les glandes *myélolymphatiques*.

1° *Glandes splénolymphatiques* (splenolymph glands).

Elles ressemblent microscopiquement à de petites rates; elles ont du reste été décrites comme rates surnuméraires par beaucoup d'auteurs. Elles présentent une *capsule* plus ou moins épaisse, contenant des fibres élastiques et quelques fibres musculaires lisses. Cette capsule est perforée par des vaisseaux. Elle envoie dans l'intérieur de la glande des trabécules. Sous la capsule, et de part et d'autre des travées, sont situés des *sinus sanguins*, constitués par de gros capillaires dont la lumière est traversée par des cloisons recouvertes par l'endothelium. Entre les sinus se trouve le *tissu lymphoïde*, composé d'une trame reticulée remplie de nombreuses cellules lymphatiques (petits lymphocytes; grands mononucléaires; leucocytes à granulations d'Ehrlich peu nombreux). On y rencontre de grands macrophages chargés de produits de désintégration de globules rouges. La disposition du *système vasculaire* est moins bien connue : il semble que l'artère se divise au niveau du hile en rameaux qui vont gagner les sinus périphériques. Le sang passe de ceux-ci dans les sinus péritrabéculaires, puis dans la veine sortant par le hile. On ne rencontre, en fait de vaisseaux lymphatiques, que quelques capillaires au niveau de la capsule.

On trouve tous les types intermédiaires entre ces glandes splénolymphatiques et les ganglions lymphatiques.

Ces organes possèdent très probablement une fonction *hématolytique* et une fonction *leucopoïétique*. L'auteur émet aussi l'hypothèse qu'à ce niveau, il y aurait communication entre le sang et la lymphe, communication permettant à la lymphe de retourner dans le torrent sanguin.

2° *Glandes myélolymphatiques* (marrowlymph glands).

Ces glandes sont moins nombreuses que les précédentes, à l'état normal. C'est le contraire à l'état pathologique, dans certaines anémies, certaines leucémies entre autres. Elles sont allongées, couchées le long des gros vaisseaux de la prévertébrale. Une mince capsule fibro-élastique envoie des travées dans l'intérieur de la glande. Comme dans les glandes splénolymphatiques, on rencontre des sinus sanguins à la périphérie, sous la capsule, et de part et d'autre des travées. On y trouve aussi des sinus lymphatiques. Entre ces sinus se trouve un tissu lymphoïde composé d'une trame réticulée dans les mailles de laquelle nous trouvons de nombreux leucocytes à granulations (éosinophiles, basophiles), de grandes cellules géantes comme celles de la moelle osseuse, des éléments chargés de globules rouges décrépits. On n'y rencontre jamais, à l'état normal, d'hématies nucléées.

Les fonctions de ces glandes ne sont pas claires. A côté d'une fonction *hémolytique*, moins marquée certainement que dans les glandes splénolymphatiques, ne doit-on pas leur attribuer une fonction *hématopoïétique*? Leur analogie avec la moelle des os, leur hypertrophie dans certaines anémies, dans certaines leucémies, doit y faire songer.

Comme on le voit, la connaissance plus parfaite des fonctions de ces glandes hémolymphatiques est appelée à jeter une lumière nouvelle sur certains points de physiologie et de pathologie. Des recherches expérimentales seraient donc très intéressantes à faire de ce côté.

A. Policard.

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

A. Dorland. ***Sur la présence d'une substance pathogène dans l'urine des malades atteints d'orchite parasitaire*** (*Lyon médical*, 1902, Mars, n° 10, p. 341). — Récemment, MM. Hugounenq et Eraud avaient constaté que l'urine provenant de malades atteints d'orchite parasitaire déviait à gauche la lumière polarisée, et ils rattachaient cette propriété à la présence dans cette urine d'un produit nouveau.

M. Dorland a pu extraire de ces urines pathologiques une toxine caractérisée chimiquement, et qui présente une propriété pathogénique remarquable. Pour extraire cette toxine, il faut recueillir les urines alors que l'orchite blennorragique ou ourlienne est en pleine évolution, c'est-à-dire la première semaine du début de l'orchite. Les urines, soigneusement filtrées, sont mises à dialyser à l'eau courante jusqu'à ce qu'on ne constate plus la présence de substances minérales. La quantité d'urine restante est alors traitée par 8 ou 10 fois son volume d'alcool fort : il se produit un trouble jaunâtre. Le mélange est abandonné à lui-même, et le lendemain on décante, on filtre, on lave plusieurs fois le précipité à l'alcool et on le laisse sécher à l'abri de la lumière.

On obtient ainsi une poudre inodore, légère, amorphe, blanc jaunâtre, soluble dans l'eau, déviant le plan de polarisation vers la gauche, et présentant tous les caractères chimiques d'une matière albuminoïde.

Injectée en solution aqueuse en plein testicule, chez le chien, avec toutes les précautions antiseptiques, à la dose de 1 à 2 centimètres cubes, elle a déterminé, dans les 12 expériences, la production rapide d'une orchite franche, typique, évoluant toujours vers la suppuration.

Cette toxine possède bien ce pouvoir phlegmasique, puisque, dans la production de ces orchites expérimentales, on n'a pu incriminer ni le traumatisme ni l'infection.

Cette toxine ne paraît pas être une toxine vivante (ferment, diastase), puisque son action pathogénique résiste à une ébullition prolongée, mais bien probablement, suivant l'auteur, une toxine très voisine et peut-être identique à la substance active extraite des cultures de l'orchiocoque.

A. Coyon.

BACTÉRIOLOGIE

Rudolf Emmerich, Oscar Löw et A. Korschun. ***Le pouvoir bactériolytique des nucléases et de la protéidine immunisante des nucléases, comme cause de l'immunité naturelle et artificielle*** (*Centralblatt für Bakteriologie*, 1902, 18 Janvier, T. XXXI, n° 1, p. 1). — Les auteurs désignent sous le nom de *pyocyanase* le précipité obtenu en traitant par dix fois son poids d'alcool absolu une culture de bacille pyocyanique concentrée au 1/10 de son volume, filtrée et dialysée. Ils ont montré déjà, dans des travaux antérieurs, que cette substance possédait une activité considérable et qu'une quantité à peine pondérable était capable de détruire, en quelques secondes, des millions de microbes (bacilles de la diphtérie, du choléra, de la peste, de la fièvre typhoïde, streptocoques et staphylocoques), et de rendre inactives les toxines secrétées par ces bactéries, en particulier par le bacille diphtérique. Ces faits ont été contrôlés par Dietrich dans le laboratoire de Baumgarten, et par Klimoff dans le laboratoire de Flügge.

De plus, les auteurs ont avancé que les propriétés bactéricides de la pyocyanase étaient dues à un enzyme bactériolytique, proposition que contestent Klimoff et Dietrich. Pour prouver la nature fermentative de ce processus bactériolytique, les auteurs ont fait de nouvelles recherches dont voici les conclusions :

Le précipité désigné sous le nom de pyocyanase est formé de substances multiples; à côté de substances minérales, il contient surtout des substances organiques, parmi lesquelles au moins six variétés de ferments : la catalase (Löw); un ferment peptonisant semblable à la trypsine (Fermi); du ferment lab; de la caséase; de l'invertine; et l'enzyme bactériolytique ou pyocyanase proprement dite.

L'action de la pyocyanase est proportionnelle au temps durant lequel on la fait agir, et à la concentration de la solution, comme cela se voit dans les actions fermentatives.

L'enzyme bactériolytique ne se confond pas avec l'enzyme peptonisant; tandis que ce dernier est détruit après une demi-heure par chauffage au bain-marie, l'enzyme bactériolytique est seulement affaibli par la vapeur d'eau à 100° durant deux heures.

Cette résistance considérable à la chaleur ne prouve pas contre la nature ferment, car on connaît des ferments encore plus résistants.

L'action destructive de la pyocyanase ne peut être attribuée à une action osmotique, car la solution isotonique de sel marin ne possède pas d'action comparable; elle ne tient pas non plus à l'alcalinité, car la neutralisation du milieu ne la modifie pas sensiblement.

L'anaérobiose augmente le pouvoir bactériolytique de la pyocyanase.

La pyocyanase peut protéger les animaux contre l'infection; elle s'unit à certains albuminoïdes complexes (protéidines immunisantes); les modifications du bacille charbonneux dans le corps des animaux traités représentent véritablement un processus de dissolution comme les enzymes peuvent en produire.

De même peut être interprétée la protection par la pyocyanase contre l'action sensible du poison diphtérique.

La pyocyanase agglutine le bacille pyocyanique.

Elle dissout en quelques minutes les bacilles du choléra et rend le milieu microbien clair comme s'il avait été filtré.

D'autres bactéries pathogènes, comme la bactéridie charbonneuse, le bacille du rouget des porcs, donnent aussi naissance à des enzymes bactériolytiques; mais ceux-ci se distinguent de la pyocyanase parce qu'ils n'agissent que sur les bacilles qui leur ont donné naissance; la pyocyanase seule agit sur différentes variétés microbiennes.

Les enzymes bactériolytiques, sous l'influence de l'alcalinité du sang et des humeurs, se combinent dans l'organisme des animaux à des molécules albuminoïdes très complexes (protéidines immunisantes) qui absorbent et retiennent le poison bactériolytique de l'enzyme. A ces enzymes, à ces protéidines immunisantes qui passent dans le sang et les humeurs sont dues l'immunité naturelle et artificielle.

Les enzymes bactériolytiques qui se produisent dans les cultures peuvent être transformés artificiellement *in vitro*, comme dans le corps des animaux, en protéidines immunisantes, si on laisse digérer leur solution avec du sang ou de la pulpe de rate et une faible quantité de carbonate de soude.

M. Labbé.

MÉDECINE

Émile Géraudel. ***Étude sur la cirrhose paludique*** (*Thèse*, Paris, 1902, Février). — Contrairement à ce qu'on pourrait croire à la lecture de son titre, la thèse de M. Géraudel a pour objet la cirrhose hypertrophique biliaire, communément désignée sous le nom de maladie de Hanot.

Considérant que la classification symptomatologique est une classifisation artificielle, l'auteur refuse de voir dans la maladie de Hanot une entité morbide déterminée. Pour lui, sous cette rubrique, on range une multitude de cirrhoses étiologiquement très disparates, alcooliques, syphilitiques, paludiques, des cirrhoses par obstruction biliaire et des cancers du foie.

De tous les facteurs, le paludisme serait le plus important. La forme paludéenne qu'il décrit et sépare serait « cliniquement caractérisée, dans une première période, préictérique, par l'hypermégalie hépatique et splénique, et par une anémie plus ou moins prononcée; dans une seconde période, par un ictère spécial, hémaphéique, sans décoloration des fèces, par l'accroissement de l'hypermégalie hépatique et splénique, sans ascite, sans dilatation des veines sous-cutanées abdominales. La troisième période, terminale, se manifeste par l'augmentation de l'ictère et son changement de nature (ictère biliphéique), par l'augmentation dans l'intensité ou dans le nombre des hémorragies; la mort survient le plus souvent à la suite d'un véritable ictère grave. La marche de l'affection est essentiellement chronique, apyrétique

et d'une durée fort longue; elle est entrecoupée à toutes les périodes par des poussées aiguës, fébriles où tous les symptômes s'exagèrent. »

Il est possible qu'un certain nombre des observations publiées sous le nom de maladie de Hanot méritent de rentrer dans d'autres catégories. Il est possible que la cirrhose de Hanot demande à être démembrée, en faveur du paludisme en particulier. Mais les observations de M. Géraudel manquent précisément de ce qu'il réclame des autres: l'élément étiologique. L'auteur veut une classification étiologique, et le type qu'il veut distraire de la maladie de Hanot est lui-même un type clinique où le paludisme est possible, mais non démontré. L'hématozoaire n'y a pas été une seule fois mis en évidence. Les antécédents paludéens sont souvent absents. La quinine est la plupart du temps inefficace.

G. Milian.

CHIRURGIE

C. Birt. *Du traitement des anévrismes traumatiques par la ligature proximale seule* (*British Medical Journal*, 1902, 15 Mars, p. 641.) — Il est classique de dire qu'en présence d'un anévrisme traumatique, il faut inciser, rechercher les deux bouts de l'artère intéressée et les lier; à l'appui de cette règle on a cité des exemples où, pour une rupture de l'axillaire, on lia la sous-clavière : des trois blessés, le premier mourut de gangrène, le second d'hémorragie secondaire; seul, le troisième survécut, mais après désarticulation de l'épaule.

La règle classique est extrêmement difficile à suivre dans les blessures par armes à feu, et l'auteur conseille de s'en tenir à la ligature proximale. Cette méthode lui a donné six succès au cours de la guerre sud-africaine. Les six cas se décomposent ainsi : deux anévrismes de l'axillaire (ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes), un anévrisme de l'humérale (ligature de la troisième portion de l'axillaire), deux anévrismes poplités (dans un cas, ligature de la fémorale superficielle dans le triangle de Scarpa; dans le deuxième cas, ligature de la poplitée dans son tiers supérieur), un anévrisme de la radiale (ligature de la radiale au tiers supérieur).

Dans tous ces cas les suites opératoires furent apyrétiques, et les symptômes s'amendèrent rapidement; chez tous les malades l'impotence fonctionnelle avait presque totalement disparu lorsqu'ils quittèrent l'hôpital.

C. Jarvis.

OBSTÉTRIQUE

Carstairs Douglas (Glasgow). ***Sur la présence du sucre de lait dans l'urine de nourrices, et sur les meilleurs moyens de le distinguer du sucre de raisin*** (*The Scottish medical and surgical Journal*, vol. X, n° 3, 1902, Mars, p. 199). — Il est connu depuis longtemps que l'on trouve du sucre de lait dans l'urine des femmes nourrissant leur enfant; et M. Douglas a voulu déterminer dans quelles conditions se produisait cette lactosurie. Ses recherches ont porté sur 56 cas, pour lesquels il a fait 91 observations. Il s'agissait surtout de primipares; 48 de celles-ci, soit 85 pour 100, présentèrent une lactosurie plus ou moins prononcée. Dans 8 cas l'urine ne renfermait pas de sucre, mais 2 de ces femmes étaient enceintes (de six et huit mois), tandis que 3 autres étaient des mères qui n'avaient jamais nourri; des 3 restantes, l'une ne fut examinée qu'une fois, le jour de son accouchement; il n'y a donc que 2 cas ou 3,5 pour 100 où la lactosurie manqua alors que la femme était en pleine lactation : la lactosurie est donc habituelle chez les nourrices et se montre assez souvent chez les femmes enceintes (2 fois sur 4).

Quand l'allaitement est interrompu, le sucre diminue, mais persiste encore dans l'urine pendant quatre ou cinq jours. Ceci est important à considérer au cas où une femme interromprait ou cesserait d'allaiter pour entrer à l'hôpital en vue d'une opération d'urgence; la présence du sucre dans ses urines serait naturellement expliquée. Cette remarque peut également trouver son application en matière d'assurances sur la vie.

Procédés pour la recherche de la lactose dans l'urine. — Avec la liqueur de Fehling et le procédé de Trommer, de même qu'avec le nitro-propol (acide ortho-nitro-phényl-propylique), on trouve qu'il existe du sucre dans l'urine; la réaction est seulement plus rapide avec la lactose qu'avec la glycose. Le procédé de Allen permet de séparer, en cas de recherches pendant les couches, le sang, l'épithélium, etc., qui gênent l'examen; il consiste à précipiter la xanthine, l'acide urique, les matières colorantes et l'albumine par une solution d'acétate de cuivre.

La réaction la plus délicate et la plus certaine pour déceler la présence des sucres est le procédé par la phényl-hydrazine. Il consiste à chauffer pendant trente à quarante-cinq minutes un peu de l'urine suspecte avec de l'hydro-chlorate de phényl-hydrazine et un peu d'acétate de soude, au bain-marie. Il se forme ensuite, si l'urine renferme du sucre, un corps cristallin appelé osazone qui se précipite par le refroidissement. Au microscope, ce dépôt se montre sous forme de fines aiguilles disposées en faisceaux ou en étoiles et de couleur jaune citron. Le sucre de raisin, le sucre de lait et la maltose forment chacun un osazone spécial, reconnaissable par sa forme cristalline et son point de fusion. Le sucre de canne ne donne rien avec ce procédé. Cependant, dans l'urine, l'auteur n'a jamais réussi avec ce procédé à obtenir le lactosazone cristallin, alors que le glycosazone s'obtient facilement dans l'urine. Ce procédé, excellent pour le sucre de raisin, ne nous permet pas positivement de dire si du sucre de lait existe dans l'urine.

Sous l'influence de la levure, le sucre de raisin fermente alors que le sucre de lait ne fermente pas, ou difficilement. Douglas étudie également le réactif de Ruizard; il montre par des exemples que la valeur de ces différents procédés est surtout négative et que l'on arrive à la conviction surtout par exclusion. D'après son expérience personnelle, on peut dire que si une urine donne un résultat positif avec la liqueur de Fehling, mais ne donne pas de cristaux avec la phényl-hydrazine et ne fermente pas, ou ne fermente que lentement avec la levure, cette urine renferme à peu près sûrement de la lactose. C'est d'ailleurs la conclusion à laquelle était arrivé von Jaksch dans ses études sur ce sujet.

L. Tollemer.

PÉDIATRIE

Luigi Concetti. *Sur l' « Atrophia primitiva infantum » et sur les divers genres d'allaitement, à propos de la nouvelle théorie des ferments solubles* (*Archives de médecine des enfants*, 1902, Mars). — Le tableau symptomatique de l' « Atrophia primitiva infantum » se trouve chez les enfants qui, en raison d'un défaut inné dans leur organisme, ne peuvent profiter d'une alimentation cependant conforme aux règles de l'hygiène.

Ce défaut inné se rencontre chez les prématurés, chez les hérédo-syphilitiques, chez les enfants issus de parents tuberculeux, ou trop jeunes, ou trop vieux, ou chétifs, etc.

Quand on donne à un nouveau-né une alimentation convenable, pour que cette alimentation profite à l'enfant, deux actes biologiques doivent se passer : 1° Les principes élémentaires dont l'aliment se compose doivent être transformés pour que se produise l'absorption de la part de l'estomac et de l'intestin; 2° une fois absorbés, ces éléments doivent être transformés en matière organisée de la cellule vivante. Le premier de ces actes est la digestion, le second est l'assimilation.

L' « atrophia primitiva infantum » peut tenir à un défaut dans l'absorption ou à un défaut dans l'assimilation.

Chez les enfants, l'activité des enzymes digestives est beaucoup plus limitée que chez les adultes. Il y a des enfants qui, sans être affectés d'aucune maladie, ne peuvent digérer le lait, et chez lesquels il faut penser qu'à cause d'un défaut congénital la production des ferments digestifs est inférieure à la normale. Dans ces cas l'allaitement au sein maternel permet seul la survie de l'enfant, car le lait de femme contient des ferments digestifs qui, dans le lait de vache, font défaut ou sont d'une activité très restreinte, et qui sont détruits par l'ébullition; dans ces conditions, la stérilisation du lait ne fait qu'empirer les conditions défavorables de l'allaitement artificiel.

La connaissance que l'on a des enzymes digestifs, élaborés par des organes glandulaires spéciaux, et destinés à la transformation des aliments pour les rendre aptes à l'absorption, porte à admettre qu'il existe aussi des substances produites par la sécrétion interne des organes, des tropho-zymases, et destinées à transformer les principes élémentaires absorbés en protoplasma des cellules vivantes. Certaines conditions spéciales retardent et rendent moins active la production de ces ferments qui président à l'assimilation dans les tissus.

Le manque de production des tropho-zymases s'allie souvent au défaut de production des enzymes digestives. Cependant la digestion peut être assez bonne et l'assimilation mauvaise.

Chez certains hérédo-syphilitiques, on peut voir des atrophies très prononcées malgré une grande voracité et malgré le parfait fonctionnement de l'appareil digestif.

Dans le lait de femme, à côté des ferments digestifs passent aussi des tropho-zymases élaborées dans l'organisme de la nourrice, et qui suppléent à celles qui manquent dans l'organisme du nourrisson. Que l'on mette au sein d'une nourrice cet hérédo-syphilitique atrophié à l'allaitement artificiel, et on le voit gagner en poids, prendre bonne mine.

Donc, aussi bien au point de vue de l'assimilation qu'au point de vue de l'absorption, l'allaitement par le sein de la mère est l'allaitement idéal; l'allaitement par le lait stérilisé est un moyen qui peut être utile, mais c'est un pis aller.

L'allaitement par le lait de vache cru peut être utilisé si on observe scrupuleusement des règles hygiéniques. On pourrait peut-être en tirer des bienfaits supérieurs à ceux qu'il a donnés jusqu'ici. Luigi Concetti et Spolverini ont trouvé, en effet, que certains ferments digestifs ne doivent pas être considérés comme spécifiques du lait de femme, mais qu'on peut les faire paraître à volonté dans le lait de vache ou de chèvre, en changeant la nourriture de l'animal ou en donnant à manger à l'animal les ferments qu'on veut avoir dans le lait. Ces ferments digestifs passent inaltérés à travers l'estomac du ruminant et se retrouvent actifs dans le lait.

P. Desfosses.

PRATIQUE MÉDICALE

Les injections d'oxyde jaune de mercure dans la syphilis.

Depuis 1886, M. Loison a employé, dans le traitement de la syphilis, les injections intramusculaires d'oxyde jaune que Watraszewski préférait au calomel comme étant moins irritantes et produisant des effets thérapeutiques plus puissants. *Facilité*, *efficacité*, *innocuité*, tels sont les trois termes qui lui semblent les mieux appropriés pour caractériser la méthode, lorsqu'elle est convenablement appliquée.

Comme le sel s'altère assez facilement à la lumière, et acquiert, en devenant presque rouge, des propriétés irritantes, il faut qu'il soit de préparation relativement récente. Loison met la poudre en suspension, non pas dans la vaseline liquide, mais dans un mucilage obtenu par la dissolution de gomme arabique (30 centigrammes) dans de l'eau distillée (30 grammes). La solution est, aussitôt avant l'injection, portée à l'ébullition, qu'il ne faut d'ailleurs pas prolonger, car on produirait la transformation en oxyde rouge. A chaque séance, on injecte un centimètre cube de solution (5 centigrammes d'oxyde).

L'injection est poussée dans les muscles fessiers, au point de Galliot; ce point se trouve à l'intersection d'une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter, et d'une verticale menée à l'union des deux tiers antérieurs et du tiers postérieur de la fesse. Ce point est remarquable par l'absence de vaisseaux et de nerfs importants.

Quatre injections, à raison d'une par semaine, suffisent habituellement pour amener la disparition des accidents habituels. On peut ensuite continuer le traitement à raison d'une injection par mois la première année, puis chaque deux mois la deuxième année, en alternance alors avec le traitement ioduré.

Cette méthode permet un dosage exact du composé mercuriel administré; elle évite l'irritation du tube digestif par les pilules de protoiodure ou la liqueur de Van Swieten; la peau et le linge du malade ne sont pas salis, comme cela arrive avec les frictions mercurielles. Les effets thérapeutiques sont rapides et puissants.

Quelquefois il se produit, consécutivement à l'injection, des douleurs fessières, de l'engour-

dissement; mais il suffit au malade de rester couché un jour ou deux. Ce n'est pas un obstacle à la méthode.

CORRESPONDANCE

Nous recevons, avec prière d'insérer, la lettre suivante :

Monsieur,

Je lis dans le dernier numéro de la *Presse médicale* (16 Avril), sous la signature d'un de vos rédacteurs, traduisant un article d'un journal militaire allemand : « Reclus eut le mérite de démontrer à la Société de chirurgie, dans une dialectique serrée, que le Père de l'anesthésie médullaire était, non pas Tuffier, mais l'Allemand Bier. »

Je défie l'auteur de l'article en question de trouver un travail quelconque de ma main excusant cette revendication. Avant toute publication de ma part, j'ai donné moi-même dans votre journal la traduction *in extenso* des observations de Bier. J'espère que la fin de l' « appréciation des chirurgiens français par un Allemand » est plus véridique que son commencement.

Agréez, etc...

TUFFIER.

HOPITAUX ET HOSPICES

Conférences de gynécologie. — M. Richelot, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, reprendra demain 20 Avril, à 9 h. 12, ses consultations et conférences de gynécologie du dimanche matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Hôpital Cochin. — M. Alex. Renault commencera, salle du Musée, ses conférences cliniques sur les maladies vénériennes et cutanées, le mercredi 30 Avril, à 4 heures de l'après-midi, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. (Examen des malades).

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé de la marine. — Sont inscrits au tableau d'avancement :

Pour le grade de médecin principal, MM. Legrand, Robert, de Bonadona, Le Méhauté, Damany.

Pour le grade de médecin de 1re classe : MM. Parin, Avérous, Lallemant, Bavay, Hernandez, Lucas, Carbonel, Viguier, Boudou, Baret, Abeille de la Colle, Delaporte.

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Legendre, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales, est mis à la disposition de M. le ministre des Affaires étrangères pour être attaché à l'hôpital de Tcheng-Tou-Fou.

Ecole du service de santé de la marine. — M. Tribondeau (L.-M.-F.-A.), médecin de 1re classe de la marine, a été nommé, pour cinq ans, à l'emploi de professeur d'histologie normale et de bactériologie à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux, en remplacement de M. Le Dantec.

M. le médecin principal Le Dantec est maintenu à l'Ecole de Bordeaux jusqu'au 1er août 1902, pour mettre son successeur au courant du service.

VIIe Congrès français de médecine. — Cette session se tiendra à Paris en 1904.

Le Bureau est ainsi composé : président, M. Jaccoud; vices-présidents, MM. Hanriot et Brissaud; secrétaire-général, M. Gilbert Ballet; trésorier, M. Merklen.

Les sujets de rapport sont :

1° Formes cliniques de l'obésité;

2° Tension artérielle dans les maladies;

3° Injections hypodermiques de préparations mercurielles.

Association des anatomistes. — La prochaine réunion de l'Association des anatomistes, qui vient de tenir sa quatrième réunion à Montpellier, sous la présidence de M. le professeur Sabathier, aura lieu à Liège, sous la présidence de M. le professeur Swaen, avec MM. Julien Van der Stricht et Francotte, comme vice-présidents, du 6 au 8 Avril 1903.

Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. — Le prochain Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra, du 1er au 8 Août prochain, à Grenoble, sous la présidence de M. E. Régis, professeur de psychiatrie à l'Université de Bordeaux.

Les questions qui feront l'objet de rapports sont les suivantes :

1° Pathologie nerveuse : Les tics en général. — Rapporteur, M. Noguès (de Toulouse).

2° Pathologie mentale : Des états anxieux dans les maladies mentales. — Rapporteur, M. Lalanne (de Bordeaux).

3° Médecine légale : Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal. — Rapporteur : M. Ernest Dupré (de Paris).

Les rapports seront adressés aux adhérents du Congrès pour le 1er Juillet au plus tard.

Le secrétaire général du Congrès est M. Bonnet, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère).

Association amicale des étudiants en pharmacie. — L'Association amicale des étudiants en pharmacie de France a tenu son Assemblée générale dans le grand amphithéâtre de l'Ecole supérieure de pharmacie.

A la suite de cette assemblée, il a été procédé à la nomination du Comité pour 1902-1903.

Le Bureau est ainsi composé : MM. P. Baudin, interne des hôpitaux, président; J. Laribe, interne des hôpitaux, Rigaud, vices-présidents; Brionne, secrétaire-général; Dupuy (Denys), trésorier; Furginé, bibliothécaire.

Étranger

Congrès allemand de médecine interne en 1902. — Le vingtième Congrès allemand de médecine interne se tiendra à Wiesbaden du 15 au 18 Avril prochain.

Questions à l'ordre du jour :

1° Diagnostic et traitement de l'ulcère de l'estomac;

2° La photothérapie.

Premier Congrès égyptien de médecine. — Le premier Congrès égyptien de médecine, dont la date était primitivement fixée du 10 au 14 Décembre 1902, a été reporté du 19 au 23 Décembre 1902.

Les avantages suivants ont été obtenus en faveur des congressistes.

Remise de 35 à 50 pour 100 sur les prix des billets des principales compagnies de navigation desservant l'Égypte. (Les détails seront donnés ultérieurement.)

Remise de 50 pour 100 sur le tarif des chemins de fer égyptiens.

Remise de 25 pour 100 dans tous les grands hôtels du Caire.

Remise de 50 pour 100 sur les tarifs de voyage de la Compagnie Cook (excursions sur le Nil et dans la Haute-Égypte).

Des cartes spéciales conférant aux dames les avantages ci-dessus seront, sur demande, adressées gratuitement aux membres du Congrès.

Des fêtes, réceptions et excursions seront organisées en l'honneur des congressistes et de leurs familles.

M. le prof. Lannelongue, qui a accepté la présidence du Comité national pour la France, tient à la disposition des intéressés tous les documents et renseignements dont ils auront besoin.

IIe Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales. — Le IIe Congrès aura lieu en 1902, à Berne, du 1er au 6 Septembre, et l'organisation en a été confiée à un Comité local, qui s'est constitué comme suit :

M. Dubois, privatdocent, président; M. Asher, professeur de physiologie, vice-président; M. Schnyder, secrétaire; M. Walthard, privatdocent, caissier.

Questions mises à l'ordre du jour :

1° *L'état actuel de l'électrodiagnostic.* — Rapporteurs MM. Cluzet (de Toulouse) et Mann (de Breslau).

2° *L'électrolyse chirurgicale.* — Rapporteur M. Guilloz (de Nancy).

3° *La radiographie et la radioscopie des organes internes.* — Rapporteur M. Béclère (de Paris) et M. le professeur Grunmach (de Berlin).

4° *Les accidents dus aux rayons X.* — Rapporteur M. Oudin (de Paris).

5° *Les dangers des courants électriques industriels.* — Rapporteur M. Battelli (de Genève).

Indépendamment des questions mises à l'ordre du jour, les membres du Congrès pourront faire des communications concernant un point quelconque de l'électrologie et de la radiologie médicales.

Le texte des communications personnelles ne peut dépasser cinq pages d'impression.

La cotisation est de 25 francs; les dames pourront prendre part aux distractions moyennant une cotisation de 10 francs.

Prière d'envoyer les adhésions à M. Schnyder, secrétaire général, rue Fédérale, 38, Berne.

Conférence internationale pour l'unification de la formule des médicaments héroïques. — Cette conférence, dont l'Académie royale de médecine de Belgique a pris l'iniative, se réunira à Bruxelles le 15 Septembre prochain. L'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche-Hongrie, la Bulgarie, le Danemark, l'Espagne, les Etats-Unis, la France, le grand-duché de Luxembourg, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, la Russie, la Serbie, la Suède-Norwège, la Suisse et la Turquie ont adhéré à l'idée d'une entente pour donner une composition uniforme aux médicaments héroïques d'un usage international.

Réglementation de la polémique littéraire. — La réunion des représentants de la presse médicale allemande vient de prendre quelques décisions pour réglementer la polémique littéraire :

1° Toute polémique sera clôturée par une réplique du premier auteur; ce n'est qu'exceptionnellement que le contradicteur pourra insérer une deuxième réponse (duplique);

2° La réponse (réplique ou duplique) peut être insérée en petits caractères et à la fin du journal, même lorsque l'article qui l'a provoquée a été imprimé comme travail original;

3° La rédaction aura le droit d'adresser à l'auteur de l'article attaqué la critique avant son insertion.

Laboratoire antirabique. — Il a été définitivement décidé de fonder un institut antirabique à l'hôpital militaire, à Salonique. Le Séraskérat en a avisé la direction générale des écoles médicales pour la nomination des médecins.

CONCOURS

Concours des Hôpitaux (chirurgie). — Séance du 15 Avril. — Ont lu : MM. Petit, 22; Lapointe, 29; Mayet, 23; Mouchet, 23.

Séance du 17 Avril. — Ont lu : MM. Reymond, 20; Pasteau, 22; Veau, 29; Peraire, 20.

Séance du 18 Avril. — Ont lu : MM. Wiart, 28; Ombredanne, 29; Fredet, 26; Robineau, 27. — *Absent* : M. Thiénot.

Concours des Hôpitaux (médecine). — Epreuve clinique. Séance du 15 Avril. — Ont passé : MM. Kahn, Marie, Mangin-Bocquet, Philippe.

Internat. — Séance du 16 Avril. — *Muscles et tendons de la patte d'oie. Symptômes de la rougeole normale* : MM. Roland, 12; Cottard (Georges), 11; Gros-Dévaud, 8; Heller, 12; Lafosse, 14; Bloch, 13; Claude, 12; Picot, 14; Mahoudeau, 10; Guillaume (Louis), 14.

Séance du 17 Avril. — *Les artères du pied. Symptômes et complications des oreillons* : MM. Ribot, 11; Lebar, 14; Verliac, 14; Brissy, 10; Dromard, 13; Thaon, 15; Flourens, 15; Capette, 16; Dehérain, 15; Landowski, 12.

Concours d'internat de Saint-Lazare. — Les membres du jury étaient MM. Jullien, président; Barthélemy et Ozenne.

Ont été nommés internes titulaires : MM. Bernheim, Mougeot, David, Baldenweck, Guilly, Ambrosi; internes provisoires : MM. Houlié, Vermeil, Moreau, Gratier.

Ecole de médecine d'Amiens. — Un concours s'ouvrira le 27 octobre prochain, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 33. — Mercredi, 23 Avril 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :

Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

LA NOUVELLE LOI SANITAIRE ET LES MUNICIPALITÉS

La nouvelle loi sanitaire a été promulguée le 19 Février dernier; elle sera applicable dans moins d'un an, le 19 Février 1903. D'ici à cette époque, le ministère de l'Intérieur doit formuler et édicter les règlements d'administration publique nécessaires à l'exécution de la loi.

Il y a beaucoup à attendre de ces règlements, car tous les hommes compétents en matière d'administration ne sont pas sans inquiétude sur le bon fonctionnement de la loi; quelques-uns vont même jusqu'à la considérer comme inapplicable en bien des circonstances.

Ils basent leur opinion sur ce fait que toute la protection de la santé publique repose sur l'autorité des municipalités qui jouissent d'une véritable autonomie depuis la loi d'Avril 1884; car nous avons déjà un exemple fameux de ce que peut faire en matière d'hygiène l'autorité municipale, par ce qu'il est advenu de la loi de 1850 sur les logements insalubres.

L'exécution de cette loi était laissée tout entière à l'initiative des conseils municipaux. Au cours même de la discussion de la loi, le grand philanthrope Théophile Roussel avait affirmé qu'il y avait de ce fait un germe d'impuissance; or, il n'avait pas exagéré puisque, à l'exception de Paris et de quelques grandes villes, les commissions des logements insalubres prescrites pour toutes les communes n'ont jamais été constituées.

Ce que disait Théophile Roussel de la loi de 1850, un autre philanthrope, Duclaux, dans son *Hygiène sociale*, le dit de la loi de 1902; et son jugement a d'autant plus de valeur qu'il est celui d'un grand savant et d'un maître de l'hygiène.

Duclaux se montre sévère pour les maires aussi bien que pour les préfets qu'il considère comme suspects d'arbitraire, et comme n'ayant pas une indépendance suffisante. « Nous les avons vus à l'œuvre, ces préfets, dit-il, au sujet de la vaccine, vis-à-vis de laquelle ils ont montré partout depuis un siècle la même indifférence ».

Espérons que ces prévisions sont plutôt pessimistes, car c'est de l'initiative et de l'énergie des préfets que dépend l'avenir de la loi sanitaire : *initiative*, par l'éducation qu'ils auront à faire des municipalités; *énergie*, qu'ils devront déployer pour imposer à ces municipalités l'exécution des règlements. Et leur tâche sera lourde, s'ils veulent s'en acquitter consciencieusement, puisqu'ils seront livrés à leurs propres forces, le Parlement ayant refusé de leur adjoindre un personnel spécial compétent.

Il ne suffit pas, en effet, de faire des lois et d'édicter des règlements; encore faut-il en assurer l'exécution. C'est là, dans les détails de la pratique, que surgiront des difficultés sans nombre que législateurs et administrateurs n'avaient pu prévoir.

Il m'a paru intéressant de relater à ce propos certains faits dont je puis affirmer l'authenticité et qui sont des plus instructifs; d'autant plus instructifs qu'ils se sont passés dans une des communes les plus importantes de la banlieue parisienne, dont le maire, loin d'être un ignorant, est un homme ayant la pratique des affaires, et qu'on peut en préjuger ce qu'il adviendra dans les communes de province ayant à leur tête un maire à peu près illettré, ce qui est loin d'être une exception!

* * *

En 1898, sur avis de la Commission d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, le préfet avait adressé aux maires une circulaire relative à l'hygiène dans les écoles.

Les mesures prescrites avaient trait : au balayage, qui ne devait plus être fait à sec, mais à l'aide de linges trempés dans une solution de sublimé; au nettoyage deux fois par mois des murs et des plafonds; le paragraphe 4 de la circulaire était ainsi formulé : « Installation de crachoirs dans les classes et les corridors et interdiction aux enfants de cracher sur les parquets ».

Ces instructions étaient précises; voyons comment elles ont été exécutées dans la commune à laquelle je fais allusion.

D'abord le lavage des murs et des plafonds était impossible étant donné la nature du revêtement. Depuis lors, de nouvelles écoles ayant été construites, on pouvait supposer que les parois des salles avaient été faites de façon à ce que l'on pût facilement les tenir propres. Or, il n'en a rien été; les plafonds, faits à la colle, sont inlavables, et vraiment on ne peut les refaire deux fois par mois pour suivre les prescriptions du préfet.

Cependant, si pareilles erreurs sont commises, ce n'est pas faute que la municipalité se soit entourée de conseils autorisés,... du moins en théorie. Il existe, en effet, dans ladite commune, une Commission des travaux à laquelle le maire demande son avis toutes les fois qu'il le juge utile.

Récemment il avait eu à consulter la Commission relativement à certains travaux à exécuter aux écoles, et voici l'avis motivé qu'il en a reçu au sujet des crachoirs; je transcris fidèlement :

« 6° La Commission est d'avis que les supports des crachoirs placés dans les classes actuelles soient enlevés et qu'il ne soit point fourni de crachoirs nouveaux : il n'en existe, du reste, dans aucune des écoles de la ville de Paris. Car l'emploi de ces ustensiles serait peu pratique et serait, en outre, une cause de désordre constant : c'est aussi l'avis du Directeur et de la Directrice des écoles communales ».

Cette délibération, qui date de Janvier dernier, se passe de tout commentaire; mais je dois donner un mot d'explication à propos des supports des crachoirs.

Le médecin des écoles, sur l'initiative duquel les crachoirs avaient été installés comme leçon de choses à donner aux élèves, avait demandé à ce qu'ils soient scellés au mur pour que les enfants ne les détériorent pas. Or, les attaches avaient bien été respectées; quant aux récipients, ils étaient bientôt passés sous forme de *pots de fleurs* sur la chaire du maître dont ils faisaient l'ornement.

Voilà où nous en sommes dans une école située à deux pas de la Ville-Lumière, et avec une administration municipale qui se dit et se croit sans doute très progressiste.

Alors que de toutes parts le vœu est exprimé qu'à l'école doit commencer l'éducation hygiénique, des faits comme ceux que je viens de relater montrent quel chemin reste à parcourir avant de songer à instruire les élèves : il faut instruire d'abord administrateurs et maîtres.

* * *

Dans cette tâche éducatrice les médecins des écoles pourraient être appelés à jouer un grand rôle; le sénateur Strauss, si compétent dans toutes les questions d'hygiène sociale, est absolument de cet avis : « Le médecin, inspecteur par son autorité, par le prestige de son savoir médical, dit-il, est tout à fait qualifié pour diriger et surveiller l'initiation à l'hygiène des élèves des écoles primaires. »

Mais, pour qu'il en soit ainsi, il faudrait que les attributions de médecin fussent plus étendues; actuellement son pouvoir est très relatif; en voici un exemple.

Dans la circonscription d'inspection à laquelle je faisais allusion, des écoles neuves viennent d'être construites, et cela sans que la municipalité eût consulté en quoi que ce soit le médecin inspecteur. Bien plus, c'est par hasard qu'il apprit l'ouverture de ces écoles; ni la mairie, ni la préfecture, ni la délégation cantonale ne l'avaient avisé. Or, ces écoles étaient livrées aux élèves en plein mois de Janvier, alors que les murs plâtrés suaient encore l'humidité!

* * *

Dans l'exécution des règlements d'hygiène, l'ignorance ou l'incurie de ceux qui sont chargés de les appliquer n'est pas le seul obstacle; les administrateurs les plus compétents et les plus énergiques se heurtent souvent à des oppositions inqualifiables.

Le préfet de la Seine, détenteur à Paris de l'autorité municipale, vient d'en faire l'expérience.

Le préfet avait cru pouvoir poursuivre devant la juridiction compétente 125 propriétaires ayant refusé de se soumettre aux règlements relatifs au tout-à-l'égout.

Le tribunal de simple police se déclara incompétent, le préfet n'ayant pas, en l'espèce, le droit de citation directe.

Une nouvelle procédure fut engagée, valable cette fois, sur plainte du parquet. En conséquence, le tribunal vient de condamner les propriétaires à 1 franc d'amende et à l'exécution des travaux.

Le préfet a donc gain de cause, à moins toutefois que les condamnés n'en appellent et que le jugement ne soit révisé; et le fait était intéressant à signaler; mais ce qui l'est plus, peut-être, c'est un épisode assez piquant du procès.

L'affaire de l'un des 125 propriétaires avait dû être disjointe.

Ledit propriétaire relevait, en effet, de par ses fonctions, non du Tribunal de simple police, mais de la Cour d'appel : ce n'était rien moins qu'un magistrat, un juge d'instruction au Tribunal civil de la Seine.

N'est-ce pas typique de voir un homme se retrancher ainsi derrière des artifices de procédure pour éluder des règlements d'administration publique dont le bien fondé n'est plus mis en doute, alors que professionnellement il doit donner l'exemple de l'obéissance aveugle aux lois : en lui, le propriétaire a parlé plus haut que le magistrat!

Cela nous fait présumer quelles difficultés auront à vaincre ceux qui seront chargés de l'exécution de la loi sanitaire, loi faite au profit de la collectivité, qui fatalement lésera nombre d'intérêts particuliers.

E. De Lavarenne.

LIVRES NOUVEAUX

Constantin Daniel. — *Mémorial thérapeutique*, 1 vol in-18 de 240 pages (J.-B. Baillière, éditeur, 1902.)

Ce livre vient combler une lacune : à côté des ouvrages spéciaux, des manuels et des formulaires, il y avait place pour un mémorial thérapeutique, de volume très réduit, permettant aux praticiens de trouver instantanément les renseignements dont ils ont besoin. Ce petit livre est divisé en deux parties : dans la première se trouvent exposées les généralités sur les formes diverses des médicaments, l'art de formuler, sur le tableau des incompatibilités, le tableau des doses maxima en une fois et en vingt-quatre heures. La deuxième partie est constituée par le Mémorial proprement dit. Là on trouve classés tous les médicaments par organe malade et par action physiologique. Pour chaque médicament l'auteur étudie les formes pharmaceutiques, le mode d'administration, les doses chez l'adulte et chez l'enfant, la solubilité, les indications et contre-indications.

L'auteur s'est efforcé de donner une rédaction simple, méthodique, précise et concise qui facilite grandement les recherches; il a été aidé en cela par une disposition typographique spéciale et nouvelle. Ajoutons que le volume de l'ouvrage est réduit à des proportions minimes grâce à l'usage du *papier indien* qui constitue une nouveauté en matière de livres scientifiques.

C. Jarvis.

DES INJECTIONS PRÉVENTIVES

DE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE

DANS LES FAMILLES

Par M. NETTER
Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin de l'Hôpital Trousseau.

Nous rapportons ici les résultats obtenus par nous en 1901 en injectant préventivement au moyen du sérum antidiphtérique les frères et sœurs des petits malades admis pour diphtérie dans notre service. Ces résultats, des plus satisfaisants, ont été exposés par nous le 28 Janvier 1902 à l'Académie de médecine. Celle-ci, après une discussion qui a suivi un rapport de M. Sevestre, s'est prononcée sans réserves en faveur de ce procédé de prophylaxie et a voté notamment à l'unanimité le paragraphe suivant : « Les injections de sérum sont spécialement indiquées dans les familles où s'est développé un cas de diphtérie, pour préserver de la contagion les autres enfants. »

* * *

Placé en 1901 à la tête d'un service important de diphtériques, nous avons pensé que notre rôle ne devait pas se borner à soigner de notre mieux les malades Nous nous sommes efforcé de préserver les enfants qui avaient été en contact avec ces derniers, de faire œuvre de prophylaxie. Cette tâche était d'autant plus urgente que, depuis la fin de 1900, la diphtérie présente à n'en pas douter, à Paris, une recrudescence notable portant tout à la fois sur la fréquence et sur la gravité.

Grâce à la collaboration active de mes aides, parmi lesquels je signalerai tout spécialement M. Bourges, chef du laboratoire, mon excellent interne Bergeron et la surveillante du service, Mlle Daure, sans oublier M. Verneau et mes autres externes, nous avons pu obtenir des résultats dont nous venons exposer à l'Académie la partie la plus intéressante, celle qui a trait à la prophylaxie dans les familles au moyen des inoculations préventives.

On sait, depuis les premières communications au sujet des injections de sérum antidiphtérique, que celui-ci exerce une influence préservatrice en même temps qu'une action curative.

Mais, tandis que l'emploi du sérum à titre curatif ne rencontre plus à l'heure présente que de rares et timides adversaires, l'usage de ce remède à titre préventif est beaucoup moins généralisé.

A cela il existe plusieurs motifs :

1° Le premier, c'est que tous les sujets exposés ne sont pas nécessairement atteints de diphtérie, que *l'on se flatte souvent d'empêcher la contagion en isolant le malade, en désinfectant les locaux et les objets*. Nous ne saurions contester l'utilité de ces mesures; nous devons cependant nier leur efficacité absolue. Sans parler des *cas nombreux où l'isolement est impossible*, nous savons que trop *souvent des objets échappent à la désinfection*, et, dans deux cas tout au moins relevés par nous, cette cause de contamination a été évidente.

Nous savons que *les personnes qui ont approché les diphtériques présentent très souvent dans leur gorge le bacille de Lœffler*. Non seulement ces personnes sont naturellement très exposées à contracter la diphtérie, mais encore *elles peuvent transmettre la diphtérie à d'autres sujets*. Sur 546 enfants appartenant à des familles de diphtériques, et examinés par M. Bourges, 157, soit plus du quart, étaient dans ce cas[1].

Une autre source importante de contagion est celle qui émane de *convalescents conservant encore des bacilles dans la gorge*. Nous nous sommes efforcé de maintenir ces convalescents dans nos salles, aussi longtemps que l'examen bactériologique révélait encore la présence de bacilles dans leur gorge. Mais bien souvent les parents venaient nous enlever les enfants avant ce terme. Bien plus, l'encombrement de notre service ne nous permettait pas de conserver indéfiniment les convalescents dont nous signions la pancarte aussitôt que l'examen établissait pour la première fois l'absence du bacille, et l'on sait que dans ces cas le bacille peut reparaître à un examen ultérieur. Chez 14 enfants admis dans notre service, la contagion émanait manifestement de convalescents sortis de l'hôpital. Dans plusieurs de ces cas les parents avaient retiré les enfants après un séjour très court : 5, 7, 8 jours ; ce séjour avait été en moyenne de 15 à 20 jours. Dans certains cas il s'était prolongé 27, 29, 31 et même 38 jours.

On ne saurait évidemment fixer d'une façon mathématique les *chances de contamination dans les familles qui ont présenté un cas de diphtérie*. Ces chances varient naturellement suivant une foule de facteurs. Nous avons cité des statistiques dans lesquelles le nombre des familles présentant des cas secondaires a été de 9, de 11, de 41, de 45 pour 100. Nous verrons plus loin que *nous avons trouvé à Paris, en 1901, une proportion de 34,5*, proportion qui se serait encore élevée si nous avions tenu compte des cas de contagion chez les adultes (7 cas dans notre statistique), et il s'agissait dans ces cas de familles dans lesquelles l'enfant avait été isolé de bonne heure.

2° *On a été très impressionné par la crainte des accidents imputables aux injections de sérum*. Ces accidents dont nous ne contestons pas la possibilité n'empêchent évidemment pas d'employer le sérum chez des malades, mais le médecin se fait scrupule d'y recourir quand il s'agit de sujets bien portants. Ajoutons que l'un des accidents les plus retentissants imputés au sérum a été observé dans un cas où l'inoculation avait été faite à titre préventif. Mais une enquête impartiale établit que dans ce cas les accidents qui ont amené la mort de l'enfant n'avaient aucune relation avec l'injection de sérum. Les accidents réellement dus à celui-ci : éruptions, douleurs articulaires, réaction fébrile, ne présentent pas de gravité. *Ils sont moins fréquents chez les sujets inoculés à l'état de santé, et, comme les doses employées à titre préventif sont plus faibles que celles que l'on injecte dans les cas de maladie, la proportion est encore moindre*. Sur plus de 2.500 cas dans lesquels nous avons pratiqué des injections préventives, nous n'avons relevé aucun incident inquiétant, et cette expérience personnelle nous paraît déjà suffisamment démonstrative[1].

3° *On a enfin signalé des cas assez nombreux dans lesquels la diphtérie a été constatée chez des sujets inoculés*. Ces insuccès sont de deux ordres. Au moment des premières inoculations, *les doses de sérum injectées ont été trop faibles*. Dans certains cas elles ont été seulement de 5, 10, 20, 50 et même 100 unités antitoxiques, doses insuffisantes. On sait aujourd'hui que la dose à employer en pareil cas doit être au moins de 250 ou mieux de 500. Nous avons le plus souvent dépassé cette dose et injecté 5 centimètres cubes, soit 1.000 unités. Même avec ces doses on peut observer des cas chez les inoculés, car *l'inoculation ne confère qu'une immunité temporaire et celle-ci*, comme dans la vaccination jennérienne, *ne s'établit pas immédiatement*. Elle est toutefois bien établie au bout de vingt-quatre heures. Ces réserves faites, *l'inoculation confère une immunité réelle du 2e au 28e jour, et c'est précisément pendant cette période que les chances de contagion sont les plus grandes*, 81,7 pour 100 dans les cas relevés par nous.

Nous avons fait justice des objections que l'on a opposées à la pratique des inoculations en montrant successivement que les dangers de la contagion de la diphtérie sont nombreux et qu'il ne dépend pas de nous de les supprimer, que les inoculations préventives ne sont pas dangereuses et qu'elles peuvent être pratiquées sans scrupule, que les insuccès enregistrés ont leur explication et n'infirment en rien l'efficacité de la préservation.

Nous devons encore nous demander si pour aboutir au but *il est bien indispensable d'inoculer indistinctement tous les enfants qui ont été exposés à la contagion, s'il ne suffirait pas d'inoculer seulement ceux dans la gorge desquels l'examen bactériologique établit la présence du bacille de Lœffler*.

Nous avions au début cru pouvoir employer cette méthode pour un certain nombre de raisons dont la principale était la crainte d'opposition de la part des chefs de famille. Il nous semblait du reste que, le retard dans l'inoculation ne dépassant pas vingt-quatre heures, les sujets en incubation au moment de l'ensemencement ne pourraient en souffrir, la diphtérie étant dans ce cas traitée dès le premier jour et partant dans les meilleures conditions. Nous n'avons pas tardé à reconnaître les inconvénients de cette pratique. Deux fois, en effet, un sujet chez lequel l'examen bactériologique avait montré l'absence de bacilles revenait peu de jours après atteint de diphtérie. Trois fois aussi, chez des sujets revenus le lendemain de l'ensemencement et chez lesquels l'examen bactériologique décelait le bacille de Lœffler en grande quantité, la gorge, indemne la veille, était tapissée de fausses membranes. Chez un de ces enfants, l'inoculation du sérum à doses abondantes et répétées n'a pu empêcher l'issue fatale, et nous montrerons qu'il en aurait été sans doute tout autrement si l'inoculation préventive avait

1. Il convient de signaler à cette place la fréquence avec laquelle le bacille diphtérique a été rencontré chez les malades, que ceux-ci prennent ou ne prennent pas ultérieurement la diphtérie. Sur 30 adultes : père, mère ou bonne examinés, 13 avaient dans la gorge des bacilles de Lœffler.

1. Nous n'avons pas le plus souvent pratiqué les injections préventives chez les parents de nos enfants. La raison est tout d'abord que ceux-ci sont moins susceptibles de contracter la diphtérie qui est ordinairement bénigne à cet âge depuis l'usage des injections de sérum. D'autre part, la réaction provoquée par l'injection est incomparablement plus fréquente et aussi plus vive chez eux. Si le danger est nul, l'incapacité de travail n'est pas négligeable, surtout dans la classe des clients de l'hôpital.

été faite au moment où l'on a pratiqué l'ensemencement.

Nous avons donc très tôt renoncé à cette méthode, qui du reste ne pourrait être généralisée, les ensemencements qu'elle nécessite ne pouvant être réalisés dans le plus grand nombre de familles, et nous avons inoculé indistinctement tous les enfants d'une famille ayant eu un cas de diphtérie. Si tout d'abord nous avons commencé timidement et modestement en raison des hésitations des familles, nous avons pris bientôt plus d'assurance, fort des résultats acquis et encouragé bien vite par le concours des intéressés. A l'heure présente, la clientèle de notre hôpital est bien édifiée sur l'utilité de ces injections, et très souvent les parents n'attendent plus notre demande pour nous amener les frères et sœurs de leurs petits malades.

* * *

Du 16 Mars au 31 Décembre 1901, il a été pratiqué dans notre service des injections préventives à 502 enfants appartenant à 251 familles dans lesquels il y avait eu un premier cas de diphtérie.

13 de ces enfants, soit 2,59 pour 100, ont été pris de diphtérie. Chez 7 de ces enfants la diphtérie a fait son apparition moins de vingt-quatre heures après l'injection, chez 6 plus de vingt-huit jours après. Il ne s'est présenté aucun cas pendant la période intermédiaire : la seule pendant laquelle l'inoculation confère une immunisation absolue.

L'histoire de ces 13 enfants pris de diphtérie malgré l'inoculation mérite d'être résumée brièvement.

2 fois (enfants Fr... et Lag... pris dans les vingt-quatre heures), il s'agissait d'une diphtérie bactériologique du fond de la gorge, démontrant la présence du bacille de Lœffler; les lésions locales étaient insignifiantes (herpès dans un cas, petits points blancs dans l'autre).

Quatre fois les fausses membranes, peu étendues, étaient circonscrites aux amygdales et ont disparu en trois ou quatre jours; 2 fois une seule amygdale était touchée (Bay..., Gar...), 2 fois les deux (Mas..., Al...). La diphtérie au point de vue clinique méritait l'épithète de légère.

Dans un seul cas, celui de l'enfant Sch..., il y avait en même temps de la diphtérie des fosses nasales. Le cas s'est terminé d'une façon favorable et peut être qualifié de moyen.

Les cas de diphtérie apparus après le vingt-huitième jour n'ont pas été moins bénins.

Chez l'enfant Pel... (diphtérie apparue 33 jours après l'inoculation) il s'agit encore une fois de diphtérie bactériologique. Les petites traînées blanches constatées sur les deux amygdales ont disparu en vingt-quatre heures. Il en a été de même chez l'enfant Rem... (diphtérie survenue le 58e jour).

On peut qualifier cliniquement de légers les cas de Chad... (84e jour, Pap... 56e).

Nous donnerons enfin l'épithète de moyens aux cas de Douc... (38e jour, et Fau...). Chez ce dernier enfant, nourrisson comme l'enfant Albert, il y avait du tirage, et le tubage a été pratiqué. L'enfant est sorti de l'hôpital le 15e jour.

L'examen bactériologique de la gorge a été pratiqué par MM. Bourges et Bergeron chez 476 enfants; 150 fois nous avons constaté la présence du bacille de Lœffler.

Cette proportion considérable semble bien établir que ces enfants étaient particulièrement exposés à contracter la diphtérie. J'ajouterai qu'à notre connaissance 5 cas secondaires ont été relevés dans ces familles chez des sujets non inoculés et notamment chez les parents.

Aucun des points que nous avons signalés jusqu'ici n'est absolument nouveau. D'autres observateurs, et notamment Park et Billings en Amérique, Heubner, en Allemagne, Conti, Porta, etc., en Italie, L. Martin dans la Haute-Loire, ont obtenu des résultats tout aussi favorables et les premiers de ces médecins ont fait un nombre d'inoculations plus élevé[1]. *Ce qui constitue à notre sens l'originalité de notre travail, c'est la partie suivante qui nous permet d'évaluer l'utilité des inoculations pour nos petits clients.*

En même temps, en effet, que les familles précédentes d'autres envoyaient à l'hôpital des enfants atteints de diphtérie sans que les frères ou sœurs aient subi d'inoculation préventive.

La proportion de ces familles, très élevée au début, a été progressivement de moins en moins élevée, à mesure que nous nous étions convaincu davantage de l'utilité des vaccinations et que cette conviction avait pénétré dans le personnel et dans la clientèle de l'hôpital.

Le tableau suivant en est la meilleure preuve :

	Familles			Enfants		
	Non inoculées.	Inoculées.	INOCULÉES p. 100.	Non inoculés.	Inoculés.	INOCULÉS p. 100.
16-31 Mars	14	0	0	32	0	0
Avril	27	3	10	70	13	15,6
Mai	33	11	25	76	29	27,6
Juin	35	12	25,5	87	22	20,2
Juillet	23	34	59,6	42	57	57,5
Août	20	31	60,8	48	76	61,3
Septembre	19	43	69,3	52	85	62
Octobre	17	38	70	38	69	64,5
Novembre	12	37	75	46	74	60
Décembre[2]	?	42	> 85	?	77	> 80

L'histoire des familles dans lesquelles il n'a pas été fait d'inoculations préventives va nous permettre d'établir avec une grande approximation les avantages conférés par l'immunisation.

En dehors de celle-ci *tout est semblable dans les deux groupes*. Ils appartiennent à la *même population*, à la *même catégorie sociale*, habitent les *mêmes quartiers*, ont été suivis à la *même époque*. Les *chances de contamination sont les mêmes* : date et durée du séjour à l'hôpital des premiers cas, retour prématuré des convalescents, lacunes possibles dans la désinfection. Une seule différence s'est manifestée et elle serait à l'avantage des familles non inoculées : la proportion beaucoup plus faible dans ces familles des sujets dont la gorge contenait le bacille de Lœffler; 10 sur 100 des examens dans ce groupe, 31,5 dans l'autre. La proportion se serait peut-être relevée si nous avions examiné la gorge de plus d'enfants 70/491 dans le premier groupe 476/502. La différence est cependant trop marquée pour être simplement fortuite. *Il est extrêmement probable que parmi les enfants injectés il figure une proportion plus élevée d'enfants particulièrement exposés.* Les parents imaginant avec raison que les enfants partageant le lit des malades étaient plus exposés s'empressent en conséquence davantage de nous les amener en temps utile.

La comparaison à laquelle nous allons nous livrer portera successivement sur la fréquence et la gravité des cas de diphtérie dans les familles inoculées et non inoculées.

Chez les enfants non inoculés il y a eu 87 cas secondaires dans 69 familles. Les décès ont été au nombre de 18, les cas graves non mortels de 20, ceux d'intensité moyenne de 18, les cas légers de 19; 12 fois nous n'avons pas pu déterminer avec suffisamment de précision la gravité de la maladie.

En considérant ces 12 cas comme des cas légers ou moyens, il n'en reste pas moins 38 cas graves sur 87, soit 43,7 pour 100 des cas.

La proportion des cas secondaires a été de 17,72/100 par enfants exposés, de 34,5 p. 100 des familles exposées. Celle des cas graves de 7,74, des décès par diphtérie de 3,66 p. 100 des enfants exposés.

Si les enfants inoculés avaient été frappés dans les mêmes proportions, nous aurions trouvé chez eux :

89 malades	502 × 0,1772	= 88,9
86 familles	251 × 0,345	= 86,59
39 diphtéries graves.	502 × 7,74	
18 décès		

Le tableau ci-dessous fait ressortir les différences :

	Inoculés.		Sans inoculation.	Différence.
Familles atteintes	13	au lieu de	86	73
Enfants atteints.	13	»	89	76
Cas graves	0	»	39	39
Cas mortels	0	»	18	18

Grâce à l'inoculation nous avons donc empêché la mort de 18 enfants, soustrait à la maladie 76 enfants, préservé 73 familles.

Ces chiffres ne sont pas sans importance et nous pouvons en conclure que notre peine n'a pas été perdue :

Dix-huit existences, 1.500 journées d'hôpital environ.

Si nous fixons la journée d'hôpital à 2 fr. 80 c'est un bénéfice de 4.200 francs au moins pour l'administration de l'Assistance publique, bénéfice qui évidemment est encore bien inférieur à l'avantage que celle-ci a retiré de la suppression d'un élément de plus d'encombrement des pavillons de diphtériques.

Grâce à la libéralité de l'Institut Pasteur qui a mis gratuitement à ma disposition toute la quantité de sérum nécessaire à ces inoculations préventives, celles-ci n'ont rien coûté. Le bénéfice aurait été encore marqué si le sérum avait été fourni à titre onéreux[1].

Nous avons indiqué plus haut le nombre des cas de diphtérie chez les inoculés comme

1. NETTER. — « Les injections préventives de sérum antidiphtérique ». *Bulletins de la Société de pédiatrie*, 1900, 14 Mai.

2. Les inoculations en Décembre ont été faites sous la direction de mon cher collègue Guinon, qui a bien voulu me permettre d'ajouter leurs résultats à ceux des mois précédents.

1. Depuis quelques mois nous utilisons pour ces inoculations un sérum très actif qui contient exactement 250 unités par centimètre cube. La dose inoculée est de 2 centimètres cubes chez les enfants, de 1 centimètre cube chez les nourrissons.

étant de 13 dont 7 dans les vingt-quatre heures, 6 après vingt-huit jours.

Chez les sujets non inoculés le nombre des cas relevés dans les vingt-quatre heures a été de 8; après vingt-huit jours, de 7.

Ces chiffres sont sensiblement semblables aux précédents.

Ils montrent que chez les sujets inoculés, les cas survenus dans ces deux périodes sont également nombreux. Mais tandis que chez les inoculés la quantité de diphtéries du deuxième au vingt-huitième jour a été de 0, elle s'élève chez les non inoculés à 71, chiffre qui, toute proportion gardée, correspond à celui que nous aurions obtenu chez nos sujets s'ils n'avaient pas été inoculés.

Chez nos enfants inoculés l'immunité a été absolue pendant la période qui va du deuxième au vingt-huitième jour.

Le tableau ci-dessous montre la durée de l'intervalle entre les premiers cas de diphtérie et les suivants :

8 fois moins de 24 heures.
4 — de 2 jours.
9 — de 3 —
8 — de 4 —
4 — de 5 —
4 — de 6 —
1 — de 7 —
3 — de 8 —
3 — de 9 —
1 — de 11 —
3 — de 15 —
1 — de 16 —
2 — de 19 —
1 — de 20 —
1 — de 21 —
1 — de 22 —
2 — de 28 —
25 fois moins une durée non précisée mais inférieure à 4 semaines.
1 fois moins de 34 jours.
1 — de 38 —
1 — de 42 —
1 — de 60 —
1 — de 68 —
1 — de plus de 4 mois.

L'inoculation préventive n'a pas seulement une influence préservatrice, elle exerce une action atténuante non moins évidente sur les sujets atteints de diphtérie en dépit de l'inoculation.

Nous avons vu que sur les 7 cas survenus chez les inoculés dans les vingt-quatre heures :

2 fois la maladie a été insignifiante.
4 — légère.
1 — moyenne.

Chez les 8 sujets non inoculés atteints de diphtérie dans la même période :

2 cas ont été légers.
2 — moyens.
2 — graves terminés par guérison.
2 — mortels.

Sur les sujets atteints inoculés après vingt-huit jours :

2 fois la diphtérie a été insignifiante.
2 — légère.
2 — moyenne.

Chez les sujets non inoculés atteints dans la même période.

1 cas léger.
4 — moyens.
2 — mortels.

Le tableau ci-joint dans lequel nous réunissons les cas survenus dans les mêmes périodes montre encore mieux ces différences :

CAS	INOCULÉS	NON inoculés.
Insignifiants, diphtérie bactériologique	4	»
Légers	6	3
Moyens	3	6
Graves guéris	»	2
Mortels	»	4

La bénignité de la diphtérie chez les sujets inoculés a déjà été signalée de maints côtés et, en particulier, par Bellings.

Nous n'avons cependant relevé nulle part une opposition aussi démonstrative que dans le tableau précédent.

	Inoculés.	Non inoculés.
Cas légers	77 0/0	20 0/0
Cas graves ou mortels.	0 0/0	40 0/0

* * *

En exposant les résultats des inoculations antidiphtériques, j'ai évoqué, et le rapprochement s'imposait, ceux de la vaccination antivariolique.

C'est qu'en effet l'analogie est très grande. *L'une et l'autre sont efficaces, et leur action n'est pas illimitée.* Dans les deux cas l'influence est double. Elles ne se bornent pas à préserver. *Là où la préservation ne peut plus être réalisée, la maladie est atténuée, souvent avortée.*

La fréquence de ces *diphtéries frustes, diphtéries bactériologiques*, rappelle celle des *varioloïdes* qui parfois diffèrent tellement de la variole qu'on avait imaginé jadis qu'il s'agissait d'une maladie nouvelle.

L'immunité conférée par la vaccine a une durée plus longue. Elle se compte par couples d'années là où l'immunité procurée par l'inoculation antidiphtérique se compte par semaines. Mais cette courte durée de la dernière ne doit pas la faire considérer comme négligeable. Nous avons vu qu'elle comprend la période pendant laquelle les dangers de contagion sont les plus redoutables. Si le danger se renouvelait, il suffirait de répéter les inoculations au bout de quatre semaines.

C'est la pratique que je suis couramment depuis plusieurs années dans les pavillons de scarlatineux et dont Heubner a montré l'efficacité. Il n'y a pas lieu d'y recourir habituellement dans les familles de diphtériques.

L'infériorité que le sérum présente au point de vue de la durée de l'immunité se transforme en supériorité non moins évidente si l'on envisage la *rapidité avec laquelle est obtenue l'immunisation.* Dans une épidémie diphtérique frappant une famille, un internat, une caserne, vingt-quatre heures après l'inoculation on est sûr de ne plus voir survenir de cas nouveau.

S'il s'agit d'une épidémie de variole, les cas nouveaux pourront apparaître encore après plusieurs jours.

Si après vaccination l'immunité est conférée le sixième jour vis-à-vis de la variole inoculée, la variole gagnée par contagion peut encore apparaître le dixième, le onzième, le treizième jour (Bousquet, Legendre).

Or, les cas dans lesquels la diphtérie a apparu du deuxième au onzième jour sont les plus nombreux, 37/48 de la période qui va du deuxième au vingt-huitième jour. Dans une famille qui a été exposée à la contagion variolique et qui n'aurait pas été préservée par des vaccinations antérieures, beaucoup de sujets recevraient trop tard la vaccination préservatrice.

* * *

Les faits que nous avons eu l'honneur d'exposer à l'Académie établissent que l'inoculation préventive des membres d'une famille dans laquelle ont éclaté des cas de diphtérie constitue un moyen très précieux de défense.

Elle confère une immunité certaine dans la période qui va du deuxième au vingt-huitième jour. Chez les sujets atteints avant ou après cette période elle exerce une action atténuante très efficace. Il y a donc lieu d'en généraliser l'usage, et cela d'autant plus qu'elle n'offre aucune gravité et que les inconvénients assez rares qui en résultent sont réellement négligeables chez des enfants sains.

LA QUESTION DU LAIT

Le lait le meilleur est le lait frais sortant des mamelles d'une femelle saine.

La stérilisation est un procédé excellent de conservation du lait, mais c'est un pis aller. Pour l'allaitement des enfants, pour l'alimentation des malades, il faut, autant qu'on peut, se servir de lait *frais*, de lait qui n'aura été soumis à aucune préparation.

Nos confrères de Montréal, préoccupés à bon droit de l'approvisionnement de leur ville en lait de bonne qualité, ont élaboré un projet qui vient d'être exposé dans un article de J.-E. Dube dans l'*Union médicale du Canada*, 1902, Janvier.

Ce projet consiste à donner à chaque laitier *méritant* qui en fera la demande, une *plaque* en carton de couleur, aux armes de la ville, et portant les mots : *Lait certifié*, avec le nom et l'adresse du laitier. Cette plaque ostensible fera voir aux consommateurs que son porteur vend un lait garanti par la Ville, et qu'il est constamment sous la surveillance des inspecteurs du lait. Les familles peuvent ainsi choisir à leur aise un laitier qui se fait un devoir d'observer rigoureusement les lois d'hygiène conseillées.

Nos confrères jugent inutiles les mesures coercitives, les poursuites devant la magistrature, les amendes : « Tel laitier qui se rit des lois de l'hygiène désire conserver sa clientèle, il changera vite d'opinion quand il se verra délaissé pour d'autres fournisseurs plus soucieux du progrès ».

* * *

Un projet de ce genre a déjà été élaboré et mis en pratique à New-York. La Commission du lait dans cette ville ne se contente pas de vérifier la quantité de crème existant dans le lait distribué par les laitiers; elle détermine le nombre de bactéries que le lait contient. Un lait riche en microbes, un lait infecté fermente; il devient impropre à la consommation. A New-York, pour que le laitier obtienne la *plaque* spéciale, le lait ne doit pas comporter plus de 0,2 pour 100 d'acidité, il ne doit pas contenir plus de 30.000 bactéries par centimètre cube; il doit avoir au moins 3,5 pour 100 de matières grasses.

Les inspecteurs de la commission peuvent suivant leur bon vouloir faire autant d'examens qu'ils le jugent utile, mais le lait doit être examiné au moins une fois par mois. Les frais encourus pour chaque examen sont à la charge des laitiers, et chaque rapport est absolument confidentiel.

A New-York, les inspecteurs firent des recherches minutieuses sur toutes les causes d'infection microbienne du lait. Ils étudièrent :

1° L'état de l'étable;
2° L'état des vaches;

3° Les laitiers et leur toilette;
4° Les ustensiles;
5° Les procédés pour refroidir le lait;
6° Les moyens de transport;
7° L'état des vaisseaux et des bouteilles à leur retour de la ville.

Étable. — Les poussières et les saletés de tout ordre qui abondent dans les étables tombent facilement au moment de la traite dans les vaisseaux à lait; elles sont une cause d'infection microbienne. D'où vient cette poussière? Du grenier à foin, situé au-dessus de l'étable, des amas de fils d'araignées suspendus au plafond et aux murs, des fenêtres malpropres, etc.

Le 8 Juin, le lait trait dans une étable malpropre donna 120.000 bactéries au centimètre cube. Le même jour et à la même heure, une autre vache dans les mêmes conditions de santé que la première fut traite dans le champ voisin de l'étable, à l'abri des poussières, et le lait ne donna plus que 26.000 bactéries au centimètre cube. Vingt fois cette expérience fut répétée dans des endroits différents, et vingt fois les résultats furent les mêmes.

Vaches. — Pendant la traite, les manipulations du pis par le laitier font tomber des poils et des saletés en même temps que le lait. La queue de la vache, et la partie située entre le pis et le flanc ont particulièrement besoin d'être bien nettoyées. Quatre vaches traites sans aucun nettoyage donnèrent un lait chargé de 90.000 bactéries au centimètre cube, tandis que quatre autres vaches du même troupeau et dans la même étable ne donnèrent que 2.000 bactéries au centimètre cube de lait, parce que la traite n'avait été pratiquée qu'après une bonne toilette de l'animal.

Laitier. — Souvent celui qui pratique la traite des vaches contamine le lait par lui-même. Les saletés peuvent venir de ses cheveux, de ses mains, surtout si elles sont gercées et écailleuses, de ses ongles, de ses habits. Les vachers et les vachères devraient donc être propres.

Ustensiles. — Une traite faite avec un récipient métallique et filtrée sans précaution donna un lait contenant 80.000 bactéries au centimètre cube, tandis qu'une traite faite avec un récipient et un filtre stérilisés n'en donna que 5.000. Tous les ustensiles doivent être scrupuleusement nettoyés et autant que possible stérilisés à la vapeur. Le sceau le plus simple est le meilleur; de même le filtre formé de coton absorbant, de toile à fromage, ou d'une serviette épaisse, est incontestablement supérieur au filtre métallique, trop difficile à nettoyer.

Procédé pour refroidir le lait. — Le lait restera ou non à l'état pur et sans souillure microbienne, si le laitier connaît les soins à lui donner pendant les premières quarante-cinq minutes qui suivent la traite. Le lait encore chaud, arrivant de la traite, doit être immédiatement refroidi, au moins à une température de 45° F., soit 7°22 C.; à cette basse température la pullulation microbienne est gênée. Cette mesure est donc une des plus importantes, et sans contredit celle qui protège le plus le lait contre toute fermentation.

Le 25 Juillet, du lait recueilli dans une bonne étable donna 7.000 bactéries au centimètre cube après la traite. Ce lait ne fut refroidi que lentement, à une température de 60° F., soit 15°50 C.; après deux heures, lorsque le lait était encore à la même température, on trouva 89.000 bactéries au centimètre cube. Cinq jours plus tard, le lait recueilli absolument de la même manière et dans les mêmes conditions fut refroidi à 45° F., soit 7°22 C., dix minutes après la traite, et l'examen bactériologique ne donna plus que 12,000 bactéries au centimètre cube.

Il faut se servir de glace pour refroidir le lait, car la température de l'eau de source ou de puits ne présente pas des garanties suffisantes de fraîcheur.

Moyens de transport. — Dès que le lait a été mis en bouteilles ou dans des récipients métalliques, il doit être entouré de glace immédiatement, et la température de 7° C., doit être maintenue jusqu'à ce que le lait soit placé dans le compartiment réfrigérateur du train qui se dirige vers la ville. Lorsque le lait arrive à la ville il devrait être placé dans des voitures de livraison contenant de la glace, pour être porté aux consommateurs.

Vaisseaux et bouteilles. — Si les clients avaient toujours la précaution de nettoyer les bouteilles vides avant de les retourner au laitier, le lait aurait moins de chance d'être contaminé. Les inspecteurs ont souvent constaté qu'à New-York beaucoup de gens non seulement ne lavaient pas les bouteilles, mais semblaient se plaire à les souiller, par négligence ou autrement, avec des produits chimiques, de la terre et même de l'urine. Lorsqu'il existe une maladie contagieuse chez un client, les bouteilles ne devraient pas être retournées au laitier, mais brisées et jetées.

Les inspecteurs de la ville de New-York, à la suite de ces constatations, sont arrivés à persuader les laitiers de la nécessité de trois ordres de précautions : 1° propreté scrupuleuse de l'étable, de la cour environnante, propreté des vaches, propreté des laitiers, propreté des ustensiles; 2° refroidissement suffisant du lait aussitôt après la traite; 3° maintien du lait à une basse température jusqu'à sa livraison aux consommateurs de la ville.

***

La méthode suivie par le corps médical de New-York et de Montréal pourrait peut-être recevoir des perfectionnements; telle qu'elle est, elle mérite d'attirer l'attention de tous ceux que préoccupe à Paris la question du bon lait.

Pasteur a sauvé des milliers d'existences humaines en apprenant aux chirurgiens à se laver les mains, quels services rendrait celui de ses disciples qui apprendrait aux vachers, aux laitiers et aux consommateurs les règles élémentaires de la propreté.

P. Desfosses.

MÉDECINE PRATIQUE

LES ASSOCIATIONS QUINIQUES

La quinine a une action si nettement caractérisée, dans la plupart des cas, que nous dirions volontiers d'elle ce que nous avons dit de la digitale, savoir que la *quinine* « *doit être prescrite seule* « et qu'il convient de faire cesser toute autre « médication pendant son administration »; mais comme pour la digitale aussi nous dirons « que la « *règle sus-énoncée comporte quelques amende-* « *ments*, et que quelques associations quiniques « d'ailleurs rares ont pour elles la sanction de la « clinique et de l'expérimentation ».

***

C'est ainsi que l'*association de la quinine et de l'antipyrine* est recommandable à plus d'un titre :

1° *Elle augmente de façon considérable la solubilité des sels de quinine*; de ce fait elle en rend l'absorption plus certaine et permet d'autre part la préparation de solutions suffisamment concentrées pour l'administration hypodermique. La solubilité du chlorhydrate basique de quinine est 1/23; nous avons indiqué précédemment que l'association d'analgésine avait permis à Laveran de formuler :

Chlorhydrate basique de quinine	3 grammes.
Analgésine	2 —
Eau distillée	6 —

2° Le *pouvoir analgésique si remarquable de l'antipyrine* rend la piqûre précédente moins douloureuse; elle exerce une action analgésique, antinévralgique générale qui, associée à l'action antithermique de la quinine, qu'elle partage et renforce, en fait une association précieuse dans les cas de fièvre avec névralgies, céphalalgie, etc.

3° A faible dose l'*antipyrine diminue l'excitabilité réflexe du système nerveux* et exerce une action élective sur les centres supérieurs bulbo-protubérantiels et encéphaliques de la sensibilité. La quinine n'a pas un effet hypnotique bien marqué même chez le fébricitant; l'antipyrine et la phénacétine, au contraire, produisent quelquefois cet effet par le mécanisme précédemment rappelé. Il y aura donc utilité, dans l'insomnie si fréquente des fébricitants, à réaliser l'association quinine-antipyrine.

***

Les formes de choix (à cause de l'amertume si prononcée de la quinine) sont : le cachet, le lavement et le suppositoire. On pourra d'ailleurs combiner dans la formule des substances voisines de l'antipyrine, telles l'exalgine et la phénacétine qui en renforcent l'action.

Nous prescrivons volontiers chez les *fébricitants névralgiques avec perte de sommeil* les cachets suivants :

Exalgine	0 gr. 10
Phénacétine	0 — 20
Antipyrine	0 — 30
Bromhydrate de quinine	0 — 40

Pour un *cachet* à prendre à 3 heures de l'après-midi, avec une tasse d'infusion chaude.

S'il y a ou si l'on craint l'intolérance stomacale, on pourra prescrire :

Bromhydrate de quinine	0 gr. 40
Antipyrine	1 gramme.
Eau de tilleul tiède	150 grammes.

Pour un *lavement* à donner en une fois,

ou

Phénacétine	0 gr. 10
Antipyrine	0 — 20
Bromhydrate de quinine	0 — 30
Beurre de cacao	3 grammes.

Pour un *suppositoire*.

Dans les *névralgies rebelles*, l'*association opium-quinine* fera souvent merveille; on formulera :

Extrait thébaïque	0 gr. 25 milligr.
Bromhydrate de quinine.	0 — 25 centigr.

F. s. a. pour une pilule ou un cachet; en prendre quatre par jour, soit une toutes les trois heures.

Dans les mêmes cas on pourrait l'associer à l'*aconitine* :

Aconitine cristallisée	1/10 de milligr.
Bromhydrate de quinine.	0 gr. 25 centigr.

F. s. a. pour une pilule; quatre par jour à trois heures d'intervalle.

***

Nous avons déjà dit que la saveur particulièrement amère de la quinine en rendait difficile l'administration en potion, surtout chez les enfants. On pourra cependant essayer les *formules correctives* suivantes préconisées par Comby :

1° Bichlorhydrate de quinine	0 gr. 30
Extrait de réglisse	5 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.	20 —
Eau distillée	40

A prendre en deux ou trois gorgées.

ou

2° Chlorhydrate de quinine	2 grammes.
Santonine	0 gr. 30
Teinture d'oranges amères.	5 grammes.
Sirop simple	60 —

Une cuiller à dessert contient environ 0 gr. 30 de sel quinique;

ou la suivante de Concetti :

Chlorhydrate de quinine	1 gramme.
Santonine	0 gr. 30
Sirop de café	20 grammes.
Eau d'anis	10 —

Une cuiller à café contient 0 gr. 15.

Mentionnons pour finir les *médications adjuvantes* possibles par exemple dans la *fièvre paludéenne*. Dans les *accès algides*, l'éther, l'acétate d'ammoniaque, les stimulants diffusibles, les boissons chaudes seront formellement indiqués; dans les *accès comateux*, les émissions sanguines locales, les révulsifs; dans les *accès délirants*, le chloral; dans la *fièvre bilieuse palustre*, l'ipéca et le calomel; dans les *périodes non fébriles* de la maladie, la médication tonique, arsenic et fer, est des plus recommandables.

Rappelons enfin que, comme tous les alcaloïdes, la quinine ne peut être prescrite avec du tannin qui la précipite de ses solutions; on ne sera pas tenté par conséquent, comme nous l'avons vu faire, de choisir comme véhicule à la quinine le sirop iodotannique.

A. Martinet.

ASSOCIATION DES ANATOMISTES

IVe RÉUNION

Montpellier, 24, 25, 26 Mars 1902.

La 4e réunion de l'Association des anatomistes a été ouverte, le 24 Mars par M. le professeur *Sabatier*, doyen de la Faculté des sciences, qui dans son discours d'ouverture montra le rôle de l'anatomie, son importance surtout par ses rapports avec la physiologie.

Etude cytologique du tube urinifère chez la lamproie et remarques physiologiques sur la sécrétion urinaire. — *MM. Regaud et Policard* (de Lyon). Le tube urinifère de la lamproie présente 3 segments : Le premier est tapissé de cellules munies de longs cils vibratiles fasciculés. Le deuxième présente des cellules munies de bordure en brosse. Le troisième a, au contraire, des cellules sans bordure en brosse. Dans ces deux derniers segments on peut déceler dans les cellules des granulations de sécrétion.

L'étude de coupes en série permet de voir que tous les tubes présentent des ramifications en culs-de-sac. Certains tubes même, morphologiquement identiques aux autres, ne sont pas en rapport avec le glomérule. On peut donc en conclure que l'urine est surtout secrétée par l'épithélium des tubes urinifères.

Histologie et cytologie des cellules osseuses; développement des fibres osseuses. — *M. Renaut* (de Lyon). La lamelle osseuse qui constitue l'opuscule des cyprins permet l'étude de la cellule osseuse sans recourir à des décalcifications et à des coupes.

Certaines cellules (cellules jeunes) ont un protoplasma homogène et un gros noyau nucléolé. D'autres (cellules adultes) sont chargées de graisse. Ces cellules osseuses sont toutes admirablement ramifiées. Dans certains cas, leur protoplasma sort dans la substance osseuse sous forme de boules sarcodiques, au niveau des ramifications. La partie de la substance osseuse qui confine immédiatement à la cellule peut s'imprégner d'une substance sortie de la cellule et réduisant l'acide osmique en brun. La cellule semble ainsi entourée d'une *pénombre*. Tous ces faits sont la preuve qu'il existe entre cellule et substance osseuse des rapports nutritifs incessants.

Par l'emploi de la potasse à 40 pour 100 on peut mettre en évidence des faisceaux de fibres osseuses extrêmement fines.

Formations ergastoplasmiques dans l'oocyte de la chauve-souris. Leur rôle dans la formation du vitellus. — *M. Van der Stricht* (de Gand). Dans l'oocyte de premier ordre autour du corps vitellin de Balbiani, se disposent des filaments d'ergastoplasma, sous forme d'une espèce de spirème. La cellule semble ainsi avoir deux noyaux. Quand le noyau de l'oocyte entre en karyokinèse, ce pseudo-noyau reste en dehors du fuseau. Ainsi s'explique un aspect qui avait intrigué beaucoup d'histologistes, qui pensaient qu'une partie de la chromatine n'entrait pas dans la constitution de la figure karyokinétique. Ce boyau ergastoplasmique qui constitue ce pseudo-noyau se déroule ensuite dans le cytoplasma. Il se divise en nombreux fragments qui deviendraient chacun un centre d'élaboration du vitellus.

Les articulations du poignet. — *M. Bugnion* (de Lausanne). Tous les mouvements du poignet, d'après les classiques, sont une combinaison de mouvements, flexion et extension, se faisant dans les deux articulations radiocarpienne et médiocarpienne. Il se passe en outre, comme on peut le voir sur des radiographies, dans les deux articulations, des mouvements d'inclinaison latérale, soit sur le côté radial, soit sur le côté cubital. Ce déplacement du poignet pour passer de l'inclinaison radiale à l'inclinaison cubitale arrive à un chiffre total de 30°.

Comparaison du ganglion lymphatique des mammifères et des oiseaux. — *M. Retterer* (de Paris). L'auteur a pu, au moyen de coupes sériées, mettre en évidence deux ganglions lymphatiques chez le canard : un accolé à la veine jugulaire, l'autre un nerf pneumogastrique. Au point de vue histologique, ce ganglion se réduit à une série d'amas (follicules) réunis par des cordons folliculaires. Mais sa structure varie suivant les âges : chez un canard de huit mois, il est formé entièrement de tissu compact avec quelques cordons par place. Chez un canard plus âgé, tout le ganglion devient formé de cordons et de trabécules qui s'entrecroisent.

Les ganglions lymphatiques des oiseaux et des mammifères présentent donc les différences suivantes : tout d'abord, chez ces derniers, les follicules sont rangés à la périphérie du ganglion, séparés par des travées conjonctives venues de la capsule fibreuse. Chez les oiseaux, les follicules sont disséminés dans le ganglion, et ne sont séparés que par des cordons folliculaires, mais sans aucune travée conjonctive. Enfin le ganglion lymphatique chez l'oiseau reste toute la vie à la période de développement qui n'existe chez l'embryon des mammifères que jusqu'au moment de la naissance.

Note sur la structure du testicule en ectopie. — *MM. Branca et Félizet* (de Paris). Dans le testicule ectopique les lésions portent : 1° sur la membrane du tube urinifère, qui est épaissie. Les cellules conjonctives qui sont contenues dans cette paroi sont augmentées de volume et prennent l'aspect de cellules interstitielles; 2° sur l'épithélium séminifère. Au niveau de la cellule de Sertoli on peut observer : *a*) la chromatolyse; *b*) la dégénérescence graisseuse; *c*) l'envahissement progressif par des granulations basophiles; *d*) la dégénérescence vitrée et la formation de corpuscules hyalins semblables à ceux que l'on rencontre dans la prostate.

Note sur le développement de la paroi thoracique primitive chez le lapin. — *M. Tourneux* (de Toulouse). On admet généralement que la somatopleure est dérivée de l'ectoderme doublé d'une lame musculo-cutanée, et que la splanchnopleure est dérivée de l'entoderme doublée d'une lame fibro-intestinale. Or la paroi thoracique primitive nous apparaît comme constituée par l'ectoderme reposant sur une lame fibro-intestinale, ce qui est prouvé par l'étude du développement, chez l'embryon de lapin, du repli cardiaque et de la cavité cardiaque ; ce serait donc une lame somato-splanchnique. Les définitions classiques de ces deux termes ne sont pas très exactes; il y aurait donc nécessité d'établir dès à présent une nomenclature spéciale et unique pour l'histologie et l'embryologie.

Recherches histologiques sur la sécrétion des capsules surrénales. — *M. Bonnamour* (de Lyon). Par la méthode de Weigerth (hématoxyline ou cuivre, après fixation par le bichromate acétique), l'auteur a pu mettre en évidence dans les capsules surrénales de plusieurs animaux des produits de sécrétion. La distribution de ces produits est variable suivant les animaux. Elle diffère suivant différents états physiologiques (cobaye mâle, cobaye pleine, hérisson en sommeil hibernal, hérisson tué en été, etc.), et, chez un même animal, suivant les différentes parties de la capsule surrénale. C'est une nouvelle preuve apportée à la nature glandulaire de cet organe, de la substance médullaire en particulier, et à l'existence d'une fonction spéciale de chacune des zones de la substance corticale, chacune contribuant pour sa part à la formation de la sécrétion de la glande.

Note sur quelques points de l'anatomie des muscles adducteurs de la cuisse. — *M. Rouvière* (de Montpellier) signale quelques points intéressants de l'anatomie de ces muscles, en particulier la division du pectiné en deux portions distinctes, l'une inféro-interne, l'autre supéro-externe, et les connexions de ce muscle avec le ligament pubo-fémoral, qui permettent de penser que le ligament pubo-fémoral n'est qu'un faisceau en régression du pectiné.

Variation modelante des vaisseaux sanguins, dans l'épiploon du lapin, au cours de la période des taches laiteuses primaires et des cellules vasoformatrices de Ranvier. — *M. Renaut* (de Lyon). M. Renaut a pu se convaincre que le processus de remaniement et de morcellement des vaisseaux, dans les parties de l'épiploon qui doivent être déblayées de la vascularisation antérieure, donne seul naissance aux figures rapportées communément aux cellules vasoformatrices. Ces dernières, ici comme auparavant, répondent à des vaisseaux qui s'atrophient et non à des vaisseaux qui se forment.

Les taches laiteuses primaires sont souvent indépendantes des vaisseaux réduits en fragments par suite du processus de morcellement. Elles constituent une série de formations n'ayant rien à voir avec le développement de vaisseaux nouveaux. Leurs éléments sont de trois ordres : 1° cellules fixes du tissu conjonctif nées de la prolifération des cellules endothéliales par mitose ; 2° cellules également du type conjonctif, identiques à celles qui viennent former, le long des vaisseaux jeunes, la couche rameuse ou périthéliale ; 3° des cellules particulières, *cellules rouges* ou *érytrophiles*, désignées ainsi parce qu'elles fixent avec élection l'éosine, la fuchsine acide, etc.

Ce sont là à proprement parler les cellules typiques des taches laiteuses primaires. Elles sont d'abord mobiles, à protoplasma vitreux et prenant l'éosine à la façon de l'hémoglobine, mais toutefois avec une nuance pourpre qui les fait distinguer de prime abord des érythrocytes bien connus. Ces cellules se multiplient activement par mitose; puis, fixées dans les taches laiteuses, émettent des prolongements qui les rendent anastomotiques les unes des autres et souvent aussi des cellules des deux autres ordres formant avec elle la tache. Dans aucune tache on ne voit aucun des éléments de celle-ci évoluer en cellules vasculaires. Si un fragment de vaisseau morcelé au préalable occupe une tache laiteuse, il y montre des signes non pas de croissance, mais bien d'atrophie progressive vers le trentième jour; dans les parties de l'épiploon siège du mouvement précité il n'y a plus de vaisseaux, et l'on voit se former des vésicules adipeuses au sein de nombre de taches laiteuses non vasculaires.

Il faut donc renoncer à la conception des cellules vaso-formatives, à l'identification des taches laiteuses primaires avec îlots de cellules lymphatiques ou lymphoïdes.

Rapports des uretères dans le plancher pelvien chez la femme. — *M. Gilis* (de Montpellier). Pour étudier l'uretère, l'auteur a mis le sujet dans la position de Trendelenburg, qui permet de le suivre dans toute l'étendue de son trajet. Comme particularités qu'il a pu observer, il signale que l'uretère, au lieu de passer sur l'artère iliaque externe, passe quelquefois sur l'iliaque primitive, lorsque celle-ci se bifurque plus bas qu'à l'état normal. De même, tandis que les classiques décrivent l'artère hypogastrique et l'uretère cheminant ensemble dans le tissu sous-péritonéal, l'auteur a vu quelquefois l'uretère se trouver seul dans un dédoublement de la couverture des vaisseaux hypogastriques.

Note sur la signification du ligament transverse sous-pubien de Henle. — *M. Gilis.* Le ligament transverse sous-pubien de Henle, qui, pour les classiques, est la fusion des deux feuillets de l'aponévrose périnéale moyenne, est l'homologue du muscle pubo-urétral du chien, qui va d'une branche ischio-pubienne d'un côté à celle de l'autre côté, et représente la même disposition que ce ligament.

Sur la sécrétion de l'épithélium séminal chez le moineau et sur la signification de la sécrétion séminale en général. — *M. Regaud* (de Lyon). La sécrétion de l'épithélium séminal du moineau s'effectue suivant un processus histologique très analogue à celui déjà décrit par l'auteur chez les mammifères. Ses observations ne concordent pas avec les descriptions récentes de M. Loisel, faites d'après le même objet d'étude.

La fonction principale de cette sécrétion paraît être de nourrir les éléments de la lignée spermatique et de fournir le liquide vecteur des spermatozoïdes. C'est en tout cas une sécrétion externe.

L'anse veineuse vitelline chez les primates. — *M. Eternod* (de Genève). Sur une reconstruction d'embryon humain de 1,3 millimètres, on trouve une anse veineuse (sinus veineux ombilical ansiforme), retrouvée depuis par Selenka chez les singes hylobates.

Note sur la formation des globules rouges nucléés. — *M. Jolly* (de Paris). L'origine des globules rouges nucléés est encore discutée; plusieurs auteurs admettent qu'ils sont une phase de la mitose des globules rouges elliptiques. Chez des tritons anémiés, puis engraissés, l'auteur a pu observer l'apparition brusque d'érythroblastes avec de nombreuses

mitoses. Or, en suivant cette mitose à ses différentes phases, on peut voir que ces cellules, même après la division des cellules mères, sont sphériques et restent telles. Elles ne sont donc pas du tout une des phases du globule rouge elliptique.

Sur les modifications de forme des globules rouges suivant les milieux. — *M. Hédon* (de Montpellier). On sait que les globules rouges mis au contact de l'eau salée physiologique sont déformés; ils prennent une forme épineuse. Mais les globules ne sont pas morts pour cela; si *in vitro* on les met au contact d'une goutte de sérum, ou si on les injecte dans les vaisseaux d'un animal saigné à blanc, on les voit reprendre leur forme normale, discoïde, biconcave. On entrevoit donc la possibilité de faire des transfusions sanguines en employant du sang dilué dans l'eau salée physiologique.

Étude sur la structure du testicule du mulet. — *M. Stéphan* (de Marseille). On ne rencontre aucun tube séminifère proprement dit. Dans les mailles d'un tissu scléreux très développé, on rencontre une masse protoplasmique sans limites cellulaires, difficile à fixer et présentant un aspect granuleux. Au sein de ce syncytium se rencontrent des noyaux ayant tous les caractères des noyaux de Sertoli. On rencontre quelquefois des éléments ressemblant à des spermatogonies. Les mitoses que peuvent présenter ces éléments sont rares et toujours anormales. Le stade synapsis en particulier manque toujours.

Les causes des anomalies musculaires. — *M. Regnault* (de Paris). Les anomalies musculaires, loin d'être toujours des anomalies régressives, peuvent être également pathologiques ou fonctionnelles. Ainsi le rapport entre elles des deux parties musculaire et tendineuse variera suivant l'âge, suivant les mouvements impliqués au muscle, suivant la profession. De même les insertions musculaires varieront dans certains cas pathologiques : par exemple, dans le pied bot, pour l'insertion du jambier antérieur, ou dans certaines fractures, ce qui est ici une pure affaire de mécanisme. Donc, en présence d'une anomalie musculaire, il faudra s'enquérir de l'âge, de la profession, des antécédents du sujet, avant de l'enregistrer comme anomalie régressive.

Note sur quelques points de l'anatomie du périnée, et sur l'ouverture de l'urètre dans la vessie. — *M. Waldeyer* (de Berlin). M. Waldeyer a étudié le ligament transverse du pelvis, auquel il a donné le nom de ligament préurétral. Avec M. Kalscher, il a vu que chez les nouveau-nés et les enfants, les fibres musculaires comprises dans l'aponévrose transverse n'allaient pas jusque aux os, et que ce n'était que plus tard que ces fibres se développaient et venaient prendre des insertions osseuses.

Il n'a jamais vu le muscle de Wilson, qui n'existe pas.

Enfin sur des cadavres congelés, il a rempli la vessie avec du formol, puis avec du métal, et par ce moyen il a toujours trouvé que l'orifice de l'urètre dans la vessie n'était pas largement ouvert, comme le veulent plusieurs auteurs, comme Furbringer en particulier, mais au contraire étroit et fermé.

Note sur les premiers développements de la capsule surrénale chez quelques mammifères. — *M. Soulié* (de Toulouse). Chez des embryons de 8 millim. 5, le corps de Wolff peut se diviser en deux parties, une lisse qui est la bandelette génitale et une festonnée qui sera l'ébauche surrénale. Ces festons s'agrandissent se différencient sans qu'on observe jamais de pénétration du sympathique dans l'ébauche surrénale. Mais ils entrent en connexion avec tous les organes voisins, ce qui permet d'expliquer les capsules surrénales accessoires que l'on peut trouver vers tous les organes de la région ou vers les vaisseaux.

Les sinus frontaux supplémentaires. — *M. Mouret* (de Montpellier). L'orifice excréteur du sinus frontal normal a une position variable, tantôt au sommet de l'infundibulum, tantôt en avant, tantôt en arrière; quelquefois il y a deux orifices.

De plus, le sinus frontal peut être double : en outre du sinus normal, il peut exister un sinus frontal supplémentaire. Celui-ci est situé en avant du premier, soit dans la portion orbitaire du frontal, soit à la fois dans la portion orbitaire et la portion nasale de cet os. Il se forme toujours aux dépens de la bulle frontale de Zucherkandl, ou bulle frontale postérieure (pour la distinguer des autres bulles frontales externe et antérieure). Il peut être très développé, avoir 1 ou 2 centimètres de hauteur, ou être au contraire très petit.

L'orifice excréteur de ce sinus supplémentaire a également une position variable; le plus souvent il s'ouvre dans la gouttière rétrobullaire, quelquefois dans le méat supérieur; dans ce cas il appartient au groupe ethmoïdal supérieur. Ces variations permettent de dire que c'est un leurre de vouloir cathétériser le sinus frontal.

Clavelée et cancer. — *M. Bosc* (de Montpellier), par l'étude de la clavelée du mouton, essaie de relier le cancer, qui pour lui est une maladie parasitaire, aux maladies infectieuses proprement dites. Dans ces *maladies infectieuses*, la cellule est nécrosée très vite; elle n'a pas le temps de réagir.

Dans la *tuberculose*, la nécrose étant plus lente, il y a réaction cellulaire et formation de la cellule géante. Dans les *maladies mycosiques*, la nécrose est plus lente encore; il y a réaction cellulaire intense; on a quelquefois des proliférations ressemblant au sarcome. Wlaëff a signalé des *adénomes à levures*; mais en réalité la levure ne se trouve jamais dans la cellule glandulaire, mais dans le tissu conjonctif.

Dans la *clavelée*, on trouve des proliférations bourgeonnantes au niveau des bronches, du foie. Dans les cellules de ces proliférations Bosc a retrouvé un parasite nucléé qu'il rapproche des coccidies et dont il a pu déterminer le cycle évolutif.

Note sur une disposition spéciale des fibres du tendon d'Achille chez l'homme. — *M. Alezais* (de Marseille). L'auteur a observé une obliquité très prononcée des fibres du tendon d'Achille sur les faces interne et externe du tibia. Cette obliquité est expliquée par la disposition qu'on retrouve normalement chez plusieurs animaux.

S. Bonnamour et A. Policard.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

7 Avril 1902.

Suite et fin de la discussion sur l'emploi du lait stérilisé pour l'allaitement des nourrissons parisiens. — *M. Varnier* résume le débat et formule les conclusions suivantes : Il y a avantage à employer le lait stérilisé industriellement à 110°, comme complément de l'allaitement au sein, ce lait présentant les meilleures garanties contre la fraude et contre les inconvénients provenant du mode d'alimentation des vaches. Dans le cours de la deuxième année, on doit associer largement au lait stérilisé les aliments suivants : pain, farines naturelles, œufs, bouillon.

Présentation d'un utérus enlevé chez une femme opérée de grossesse extra-utérine. — *M. Potocki.* Il s'agit d'une femme qui fut opérée pour grossesse extra-utérine d'apparence intra-abdominale, avec rétention de fœtus mort.

Cet utérus présente une ouverture anormale de sa paroi postérieure.

Le placenta a paru inséré dans la cavité (utérine), à laquelle aboutit cette ouverture.

Cette femme a subi antérieurement une opération indéterminée sur les annexes gauches.

M. Potocki désirerait avoir l'opinion de la Société sur la signification de cette pièce.

M. Doléris. En présence de cette absence de paroi postérieure de l'utérus, on pourrait penser que cet utérus ne s'est développé qu'aux dépens de sa paroi postérieure, laquelle est devenue très mince.

Il y a, en effet, des exemples de ces espèces de hernies tuniquaires de l'utérus, qui sont à rapprocher de ce que Depaul avait appelé : développement sacciforme de l'utérus gravide.

M. Pinard. La pièce de M. Potocki ne peut être interprétée. Quand à la dilatation sacciforme de l'utérus, imaginée par Depaul, c'est une question qui est née à la suite d'une erreur de diagnostic qui avait conduit à une hystérectomie vaginale ayant entraîné la mort de la femme.

M. Varnier rappelle qu'il a publié avec M. Delbet, en 1897, une observation qui montre le peu de fondement de cette prétendue dilatation sacciforme de l'utérus.

Présentation d'une pièce de luxation congénitale de la hanche, disséquée au point de vue des muscles et des nerfs. — *M. Potocki* montre cette pièce, qui provient d'un enfant qui était atteint en outre d'hydrocéphalie.

Observation de salpingite végétante. — *M. Doléris.* Il s'agit d'une femme qui fut opérée récemment avec le diagnostic de fibrome.

Or, on trouva une tumeur qui adhérait intimement à l'épiploon, à l'intestin et à l'utérus, et qui s'était manifestement formée aux dépens de la trompe. L'examen de la pièce montra que la cavité tubaire communiquait avec une cavité de l'ovaire correspondant. Il s'est donc agi d'un papillome ovarien, s'étant propagé à la trompe à la suite d'une perforation de cette dernière. Le papillome, véritable verrue de l'ovaire, peut être rapproché des végétations de la grossesse.

A propos de deux faits de malformation crânienne. — *M. Kirmisson.* La théorie ancienne, qui attribuait les vices de conformation à des lésions primitives du système nerveux central, redevient aujourd'hui en faveur, tout au moins pour le pied bot et pour la luxation congénitale de la hanche (Lannelongue). Mais ces faits ne correspondent qu'à des exceptions. La plupart des vices de conformation sont beaucoup plus faciles à expliquer si on admet la théorie amniotique. On peut se trouver en présence d'une simple étroitesse d'un des capuchons amniotiques, enserrant telle ou telle partie du corps de l'embryon, ou bien d'adhérences amniotiques comprimant les éléments embryonnaires au point de les atrophier.

Perfectionnements apportés à l'embryotome-cisaille d'Adamo-Fieux-Varnier. — *M. Varnier.* Cet instrument a été allongé; son pivot a été abaissé, de façon à rendre l'articulation plus facile; il a été muni d'un manche assurant une prise solide pour la rotation; enfin un dispositif spécial force le rapprochement des tranchants à la fin de la section, qui est ainsi parfaite.

M. Pinard. Dans les cas difficiles de présentations de l'épaule négligées, on peut échouer avec les instruments les plus perfectionnés, par suite de l'impossibilité de l'introduction de la main-guide.

Les ciseaux de Dubois constituent le meilleur des embryotomes. Dans les cas atypiques, on peut faire l'éviscération avec un simple bistouri, puis pratiquer ensuite la version forcée, ce qui ne fait courir aucun danger à la mère.

L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

18 Avril 1902.

M. le président *Du Castel* annonce en termes émus le malheur qui prive la Société médicale des hôpitaux de son secrétaire général, et rappelle en quelques mot ce que fut *Rendu* pour cette Société. « Rendu était une des gloires les plus pures du corps médical, le modèle idéal des médecins des hôpitaux; c'était un savant et un caractère. Son nom restera la personnification d'une intelligence éclairée et large, de la loyauté inaltérable, du dévouement sans bornes, du désintéressement le plus généreux. Ce nom n'est, heureusement, pas appelé à disparaître par la mort de celui qui sut, malgré sa modestie, lui donner un si brillant éclat : Rendu laisse des fils à qui il a su, malgré sa courte existence, imprimer ces qualités qui faisaient l'admiration de tous. Pour qui connaît ses fils, il n'est pas douteux que quelqu'un d'eux ne vienne bientôt prendre place dans nos rangs : ce sera une légère atténuation à la perte que nous venons de faire. »

A la suite de cette allocution la séance fut levée en signe de deuil.

Dr Massary.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

18 Avril 1902.

Pneumotyphus. — *M. Rathery* montre les coupes du poumon d'une femme de cinquante-sept ans, qui fut prise de symptômes analogues à ceux de la pneumonie franche. Vers le sixième jour survint une éruption de taches rosées et de la diarrhée. Le sérodiagnostic, pratiqué à ce moment, fut positif, même à 1 pour 1000.

L'autopsie confirma le diagnostic de pneumotyphus; elle montra l'existence d'ulcérations au niveau de l'intestin grêle, et des lésions bronchopulmonaires avec pneumocoques dans les alvéoles.

Exploration chirurgicale du cœur par la voie diaphragmatique. — *M. Mauclaire* apporte les pièces d'un écrasé chez lequel on crut à une plaie du pé-

ricarde ; il expose, à l'occasion de ce cas, un procédé d'exploration du cœur et du péricarde à travers une incision du diaphragme, après laparotomie.

Sarcome de la langue. — *M. Grégoire* communique un cas de sarcome de la base de la langue ; il y avait contraste entre le volume de la tumeur et le peu de symptômes fonctionnels.

Anévrisme aortique rompu dans la plèvre. — *MM. Gasne et Roger Dupouy* présentent un anévrisme sacciforme de la crosse de l'aorte, rompu dans la plèvre droite. La tumeur avait usé les vertèbres dorsales, la tête des côtes, l'origine même des nerfs intercostaux, sans qu'aucun phénomène douloureux ait trahi le processus ulcéreux et sans que le diagnostic ait pu être établi.

Tubercule de la moelle épinière. — *M. F.-X. Gouraud* montre les coupes d'un tubercule situé dans la région dorsale de la moelle épinière. Il s'agit d'un tuberculeux cavitaire qui a présenté une paralysie et une anasthésie complètes des membres inférieurs, avec parésie des sphincters ; il n'y avait ni douleurs notables, ni exagération des réflexes, ni trépidation épileptoïde.

Le tubercule, gros comme un pois, occupait presque toute l'étendue de la moelle sur une coupe transversale.

Au-dessus et au-dessous, les colorations par les méthodes de Marchi et de Weigert-Pal ont montré l'existence de dégénérescences wallériennes ou rétrogrades, mais pas trace de myélite interstitielle ou parenchymateuse. Le tubercule avait simplement détruit les tubes par écartement ou compression.

Septicémie puerpérale à bacillus perfringens et streptocoque associés. — *MM. Mouchotte et Carton* présentent les coupes d'utérus, ligaments ronds, foie et rein prélevés à l'autopsie de deux femmes mortes, l'une d'infection utérine post-partum, l'autre d'infection utérine post-abortum. Les utérus ont été enlevés par hystérectomie vaginale une heure cinq et une heure dix après la mort. Dans les culs-de-sac glandulaires, les veines et les lymphatiques de toute l'épaisseur de la paroi utérine, dans les veines et les lymphatiques des ligaments larges, on trouve associés le streptocoque et le bacillus perfringens. Les deux microbes avaient été constatés du vivant de la malade, dans des produits ramassés par la curette et dans le pus utérin. Les deux foies sont creusés de logettes produites par des gaz et renfermant le bacillus perfringens en abondance. Dans le rein d'une des femmes, qui avait éliminé par les urines streptocoque et bacillus perfringens, pullulent également ces deux microbes.

M. Cornil est d'avis que les cavités vacuolaires du foie se sont produites après la mort : il n'y a pas de réaction périphérique des tissus.

Etat des lymphatiques dans le cancer du sein. — *MM. Cunéo et Marcille* montrent un sein atteint de cancer, dont ils ont injecté les lymphatiques. Ces recherches sont exécutées en vue de préciser le pourcentage des cas de cancers dans lesquels les voies lymphatiques restent perméables aux injections artificielles. Les présentateurs ont, en effet, entrepris une série de recherches expérimentales dans le but de régler une technique permettant d'atteindre les cellules cancéreuses dans les ganglions lorsque ceux-ci sont inaccessibles à l'action chirurgicale directe.

Caverne pulmonaire avec abcès et pneumothorax. — *M. L. Legroux* présente une caverne tuberculeuse du sommet du poumon gauche, qui s'était ouverte, d'une part, à sa partie inférieure, au niveau de la scissure interlobaire, déterminant ainsi un pneumothorax de la base, et, d'autre part, présentait cinq ou six ulcérations arrondies, à l'emporte-pièce, ayant décollé les deux feuillets de la plèvre intimement unis, et formé sur le sommet du poumon un véritable abcès thoracique, ayant tendance à s'ouvrir à la peau, ainsi qu'en témoignent les érosions des muscles intercostaux correspondant aux orifices de la caverne.

Méningite cérébro-spinale. — *M. Aubertin* montre les pièces d'un cas de méningite aiguë cérébro-spinale, dans lequel on constate des traînées de pus le long des vaisseaux et à la face postérieure de la moelle. Le cytodiagnostic avait montré des polynucléaires et l'examen bactériologique des pneumocoques.

Tuberculose de l'hémisphère cérébelleux. — *M. L.-G. Simon* présente un cervelet dont l'hémisphère droit est rempli par une grosse masse tuberculeuse. Le diagnostic put être fait pendant la vie. La ponction lombaire ramena un liquide clair, contenant d'assez nombreux lymphocytes et globules rouges ; le liquide était hypertoxique par rapport au sérum sanguin, les méninges étaient imperméables à l'iodure de potassium.

Méningite à bacilles de Pfeiffer. — *M. Simon* apporte le cerveau d'un enfant de quelques mois, mort dans le coma. La ponction lombaire, faite pendant la vie, ramena un liquide trouble, contenant de fins et courts bacilles, se décolorant par le Gram et ne poussant que sur gélose ou sang. A l'autopsie, on trouva une méningite cérébro-spinale avec prédominance considérable des lésions sur le lobe frontal.

Cancer de l'œsophage. — *M. R. Picqué* présente un cancer de l'œsophage ayant entraîné une paralysie récurrentielle et une suppuration de voisinage au niveau de la première côte. Les ganglions et même le corps thyroïde furent rapidement envahis.

Cancer pharyngo-buccal. — *M. Morestin* communique un cas de cancer pharyngo-buccal pour lequel il a pratiqué l'ablation d'une partie du maxillaire et du masséter. La tumeur siégeait contre la branche montante du maxillaire, englobant l'amygdale et le voile du palais.

Myome utérin chez la chatte. — *M. Petit* (d'Alfort) montre un myome de l'utérus chez la chatte, tumeur très rare chez cet animal.

Tumeur de la mamelle chez la chienne. — *M. Petit* présente une tumeur ancienne de la mamelle chez la chienne, avec généralisation au poumon, au foie et à la rate.

Calcul vésical. — *M. Le Filliâtre* montre deux volumineux calculs enlevés par la taille hypogastrique.

Tumeur du testicule. — *M. Le Filiâtre* présente une tumeur maligne du testicule.

Kyste ovarique malin. — *M. Bender* communique un cas de kyste de l'ovaire avec dégénérescence de la tumeur et généralisation à l'épiploon.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

19 Avril 1902.

Action du chloroforme sur la sécrétion pancréatique. — *M. Camus.* J'ai étudié certaines conditions de production et d'action de la sécrétine. De mes recherches, il résulte que les muqueuses intestinales des différentes espèces animales sont toutes aptes à donner naissance à la sécrétine quand on les fait macérer dans l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique. Le rôle de l'acide chlorhydrique dans la formation de la sécrétion n'est pas spécifique ; de nombreux acides, l'acide azotique, l'acide sulfurique, l'acide phosphorique, l'acide acétique, l'acide lactique, l'acide citrique, etc., peuvent remplacer l'acide chlorhydrique. En résumé la formation de la sécrétine et son rôle dans la sécrétion pancréatique indiqué précédemment par Baylin et Starling est un mécanisme très général.

J'ai été amené à étudier aussi l'action de l'anesthésie ur la sécrétion pancréatique. Les tracées que je présente montrent que l'inhalation du chloroforme, au cours de l'anesthésie chloralosique est capable, suivant la dose employée, de diminuer ou de suspendre complètement et passagèrement l'action de la sécrétion. Ce dernier résultat vient confirmer cette opinion que le système nerveux joue encore un rôle important dans le phénomène de sécrétion pancréatique provoqué par l'injection de sécrétine.

Embolies expérimentales intra-médullaires de poison caséifiant du bacille tuberculeux. — *M. P.-Armand-Delille.* J'ai produit chez le chien, avec l'éthero-bacilline d'Auclair (poison caséifiant), des embolies expérimentales intra-médullaires par la méthode de Panum et Lamy.

Sur l'animal sacrifié après trois semaines on constate dans la moelle lombaire de petits foyers nodulaires, siégeant principalement dans la substance grise, qui présentent une constitution uniquement leucocytaire et sont tout à fait semblables aux productions que le même auteur a obtenues dans les méninges par l'introduction du même poison à leur niveau, c'est-à-dire nécrose centrale, zone mononucléaire épithélioïde moyenne et zone lymphocytaire périphérique. Il n'y a pas de nécrose du tissu nerveux avoisinant. La coloration de la névroglie par la méthode d'Anglade montre une légère prolifération de ses fibrilles au pourtour du nodule.

Ces expériences présentent un double intérêt : elles montrent d'une part que le nodule produit par le poison caséifiant se forme uniquement aux dépens des leucocytes venus du sang, et d'autre part que les centres nerveux ne réagissent pas par eux-mêmes à ce poison, mais qu'ils en sont protégés par la réaction leucocytaire.

Épilepsie expérimentale par augmentation de la concentration moléculaire du sang, par *MM. S. Lalou* et *André Mayer.* On peut modifier profondément l'état physique du sang par des injections intra-veineuses de solutions concentrées de tous les éléments osmotiques du sang : tels le chlorure de sodium, le sulfate de soude, le phosphate de soude, le bicarbonate, la glucose. La concentration moléculaire du sang augmente, tandis que sa viscosité ne change pas. Toutes les fois que le point cryoscopique s'abaisse au-dessous de 0°75, la viscosité restant normale, apparaissent chez l'animal une série de phénomènes caractérisés par de l'agitation, des troubles des réflexes, puis des accès (à phase tonique, phase clonique, suivies de stertor) devenant rapidement subintrants et constituant un syndrome épileptique tout à fait net. Les accès se terminent par la mort de l'animal survenant soit au cours des accès, soit après une période plus ou moins longue d'agitation.

Action de la toxine tétanique injectée dans le corps vitré. — *MM. J. Rehns et F. Terrien.* A la suite d'expériences du même ordre, mais portant sur des substances différentes, les auteurs ont constaté les résultats suivants. Ils ont injecté à des lapins et à des chiens 0 c. c. 1 à 0 c. c. 2 de toxine tétanique fraîche dans le vitré ; à titre de contrôle, la même quantité a été injectée sous la conjonctive bulbaire sur des lapins témoins.

Pour ce qui concerne les lapins, ceux injectés dans le vitré succombent toujours longtemps avant ceux injectés sous la conjonctive, après avoir présenté des phénomènes de rotation. Dans les deux cas, on note toujours comme premier phénomène apparent un spasme de l'orbiculaire plus ou moins prononcé.

Aux doses indiquées, l'injection dans le vitré chez le chien ne détermine l'apparition d'aucune espèce de phénomène.

Le pouvoir tuberculisant des selles des tuberculeux. — *MM. Anglade et Chocreaux* (d'Alençon). La présence du bacille de Koch dans les selles des tuberculeux a déjà été signalée par nous. Nous pensons pouvoir affirmer, aujourd'hui, qu'elle est la règle, non seulement chez les déments et les enfants, mais encore chez les tuberculeux ordinaires, parmi les malades qui savent cracher, que leur intestin soit ou non ulcéré. Cette règle ne souffre que de très rares exceptions.

L'inoculation au cobaye de 1/2 centimètre cube d'eau mise au contact de selles bacillifères fraîches nous a toujours donné des résultats positifs. Les bacilles déglutis traversent le tube digestif sans perdre de leur virulence. L'inoculation au cobaye de 1/2 centimètre cube d'eau souillée par des poussières de matière fécale bacillifère mise à dessécher sur des linges pendant vingt et un jours, ou soumises, pendant le même temps, à l'action du froid de l'hiver, la température ne s'étant jamais abaissée au-dessous de —10° donne des résultats positifs.

Action motrice de la faradisation sur l'intestin grêle. — *MM. Laquerrière et Delherm.* De leurs recherches sur l'action motrice de la faradisation sur l'intestin grêle, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

Au niveau des électrodes, on observe une stricture circonférentielle, pouvant présenter différents aspects suivant l'intensité employée. Cette stricture paraît jusqu'à présent la même quel que soit le pôle considéré. L'excitabilité de l'intestin paraît la même au bord libre et au bord mésentérique.

Entre les électrodes et en dehors d'elles on constate de nombreux mouvements dus aux fibres longitudinales et aux fibres transversales.

Toutes choses égales par ailleurs, la bobine à fil fin a une action plus intense que la bobine à gros fil.

Coefficient diurétique chez les mammifères hibernants. — *M. Joseph Noé* entend par coefficient diurétique la quantité d'urine émise par un kilogramme d'animal en vingt-quatre heures. Ce coefficient varie régulièrement aux divers mois de l'année. Maximum au printemps, il baisse progressivement jusqu'à l'automne, puis remonte de nouveau. Pendant la torpeur hibernale, sa courbe subit un ralentissement qui est surtout exagéré pendant le sommeil complet. L'étendue des variations est dans le rapport de 1 à 2. Elles ne sont pas explicables par les seules variations de la température ambiante, mais se rattachent plutôt à la vie oscillante rythmique, qui carac-

térise les mammifères hibernants. Il y a un rythme dans le taux de la déshydratation urinaire et ce rythme est saisonnier chez l'hibernant.

A. Sicard.

ACADÉMIE DES SCIENCES

14 et 21 Avril 1902.

Sur l'origine épithélio-glandulaire des cellules séminales. — ***M. G. Loisel*** a constaté à la suite de recherches poursuivies depuis trois ans que chez le moineau adulte les spermatozoïdes apparaissent seulement au printemps de chaque année pour disparaitre complètement à la fin de l'été.

Pendant l'hiver a encore reconnu ce même auteur, l'épithélium des tubes séminifères, entre chaque spermatogénèse, est formé d'éléments semblables à ceux que l'on trouve avant la puberté dans le testicule fœtal de tous les vertébrés. C'est sur l'épithélium glandulaire de l'hiver que s'édifie, au printemps, l'épithélium séminifère du moineau.

En rapprochant ces faits d'autres observés en ces dernières années par divers chercheurs, M. Loisel arrive à cette conclusion que, dans toutes les classes des vertébrés, chez les mammifères, chez les oiseaux, chez les reptiles et chez les poissons, les cellules séminales dérivent d'un épithélium glandulaire.

Traitement du rachitisme par l'huile de foie de morue lécithinée. — ***M. G. Carrière.*** Partant de ce fait acquis que la médication phosphorée donne de bons résultats dans le traitement du rachitisme, M. G. Carrière a été conduit à essayer de traiter des rachitiques par l'huile de foie de morue lécithinée.

Il a employé à cet effet l'huile de foie de morue blonde additionnée de lécithine provenant d'œufs dans la proportion de 2 gr. 05 de lécithine pour 500 grammes d'huile.

Cinq enfants ont depuis Janvier 1901 été traités par cette méthode. Les malades prenaient, suivant l'âge, 1, 2, 3, 4 cuillerées à soupe d'huile par jour, au moment du repas, de 0 gr. 05 à 0 gr. 20 de lécithine.

Les résultats de cette médication ont été remarquables. Dans les cinq cas traités, en effet, l'huile de foie de morue lécithinée paraît avoir arrêté et guéri la maladie dans un laps de temps variant de quatre à six mois. Jusqu'à l'heure actuelle, il n'a point été constaté de rechute.

Les squelettes quaternaires des grottes de Menton. — ***M. Gaudry***, du Muséum, a donné d'intéressants détails sur des squelettes trouvés récemment au cours de fouilles exécutées par M. Vernot dans les grottes de Menton.

D'âge quaternaire, les squelettes découverts étaient enfermés dans des sarcophages. L'un est celui d'un homme encore jeune et l'autre a appartenu à une femme déjà âgée.

L'un comme l'autre présentent un crâne assez développé, mais avec un prognatisme très accentué.

L'image du Christ visible sur le Saint-Suaire de Turin. — ***M. Paul Vignon.*** On sait que l'on conserve à Turin un suaire portant, sous forme de taches brunes, deux silhouettes humaines, vues l'une de face et l'autre de dos, et s'opposant par leurs deux têtes, et l'on sait aussi qu'une tradition déclare que ce suaire fut celui dans lequel fut enfermé le Christ après sa descente de la croix.

M. Vignon ayant reconnu que ces empreintes sont des négatifs du corps qui fut enfermé dans le suaire, si bien qu'en prenant des clichés photographiques de ces empreintes l'on obtient la reproduction du corps lui-même, explique de la manière suivante la formation de l'image sur le drap.

Les vapeurs ammoniacales provenant de la fermentation de l'urée contenue dans la sueur fébrile de l'homme mort après de longues souffrances ont agi chimiquement sur la teinture d'aloès dont était imprégné le linge constituant le suaire. D'autre part, cette action a été proportionnelle à la distance du linge à la surface du cadavre, si bien que celui-ci a de la sorte été dessiné en impressions rouge d'autant plus intenses qu'il s'agissait de parties plus voisines du suaire. Le résultat a été de donner justement cette apparence d'une image négative que présente le suaire de Turin.

M. Vignon a fait des essais avec un moulage enduit d'une solution de carbonate d'ammoniaque mis en présence d'un tissu imprégné de teinture d'aloès et a obtenu des impressions analogues à celles du voile de Turin.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

22 Avril 1902.

Le président annonce à l'Académie, la mort d'un de ses membres, M. Rendu, et donne lecture d'un discours dans lequel il relate la vie, les études et les travaux de son regretté collègue.

M. Labbé.

ANALYSES

CHIRURGIE

H. Judet. ***De la péritonisation dans les laparotomies*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Dans un très consciencieux travail, l'auteur étudie d'abord les avantages de la péritonisation, acte opératoire qui a pour but de recouvrir de séreuse toutes les surfaces cruentées.

Ces avantages sont : 1° une *action hémostatique* ne s'exerçant, cela va de soi, que sur un suintement d'origine capillaire et non sur les vaisseaux de moyen calibre, qui doivent être ligaturés ; 2° une *action contre l'infection* qui s'exerce, d'abord parce que la péritonisation est hémostatique, ensuite parce qu'elle facilite la résorption des liquides épanchés dans le péritoine, enfin parce qu'elle est une barrière limitant le processus inflammatoire ; 3° la *suppression de production d'adhérences* intestinales et d'occlusions intestinales post-opératoires, immédiates ou tardives.

M. Judet compare les avantages de la péritonisation et du drainage à la gaze par voie abdominale ou par voie vaginale.

Le tamponnement à la Mickulicz est à la fois un drainage capillaire et un tamponnement hémostatique et isolateur. Si à la péritonisation on associe l'action d'un drain de caoutchouc, les avantages du Mickulicz sont réalisés sans les inconvénients de ce dernier.

L'auteur expose ensuite la technique de la péritonisation dans les opérations pelviennes suivantes : 1° dans l'*appendicite* ; 2° dans les *kystes de l'ovaire* : quelques points de surjet suffisent pour adosser la séreuse à elle-même au-dessus de la section du pédicule ; 3° dans les *fibromes* : l'autoplastie péritonéale se fait aux dépens d'un large lambeau disséqué sur la face antérieure de l'utérus ; 4° dans les *salpingites*. C'est ici que la méthode a ses indications les plus nombreuses :

Dans le cas de salpingo-ovarite unilatérale, un surjet, conduit du détroit supérieur à l'angle de l'utérus, enfouit les deux pédicules ;

S'il s'agit de salpingo-ovarite double, mais peu adhérente, l'hystérectomie supra-vaginale étant faite, on péritonise avec le lambeau du péritoine disséqué de la face antérieure de l'utérus ;

Quand on est en présence d'une salpingo-ovarite suppurée bilatérale adhérente avec abcès pelviens concomitants, on commence, après amputation sus-cervicale de l'utérus, par rapprocher autant que possible le péritoine antérieur des débris du péritoine postérieur ; on suture ensuite le péritoine vésical au péritoine de la face antérieure du côlon pelvien : il résulte de cette suture un effacement complet du cul-de sac de Douglas.

Les résultats immédiats sont des plus satisfaisants : de 1896 à 1901, Quénu compte, sur 155 cas de salpingites, 6 morts, soit 3,8 pour 100 de décès. Les résultats éloignés sont la suppression absolue des douleurs, des troubles fonctionnels ; en un mot, c'est la guérison complète.

L. Loubet.

DERMATOLOGIE

Edward Swales. ***Deux cas de lupus vulgaire traités avec succès par l'urée pure et les rayons X*** (*The Lancet*, 1902, 8 Mars, p. 658). — Les rayons de Rœntgen, appliqués par Finsen au traitement du lupus, semblent devoir donner des succès inespérés dans cette terrible affection. Swales a eu l'idée de leur associer le traitement par l'urée administrée à l'intérieur, imitant en cela M. Harper (de Nottingham), qui employa l'urée pure dans le traitement de la phtisie (*The Lancet*, 9 Mars 1901, p. 694). Il choisit deux malades de son asile d'aliénés, atteintes de lupus vulgaire très étendu, et il les soumit à la fois au traitement par l'urée pure et par les rayons X. Le 21 Mai 1901 pour l'une et le 7 Juin 1901 pour l'autre, on commença à administrer l'urée à la dose de 20 grains (1 gr. 296) trois fois par jour et à faire agir les rayons de Finsen. L'appareil employé était une bobine de dix pouces (25 centimètres) avec un interrupteur de platine et un tube de Crookes donnant une longueur d'étincelle de six pouces. Les séances étaient quotidiennes et duraient sept minutes, le tube étant à 2 ou 3 pouces (5 centimètres à 7 cent. 5) de la face. Le voltamètre marquait 12 volts et le galvanomètre oscillait de 4 à 6 ampères. La peau saine n'était pas protégée.

Pour la première malade, le traitement, commencé le 21 Mai 1901, fut poursuivi jusqu'au 30 Septembre 1901, en ce qui concerne le traitement de Finsen, et jusqu'en Novembre en ce qui concerne l'urée, dont la dose fut augmentée graduellement jusqu'à 120 grains (7 gr. 776) trois fois par jour. En Mars 1902, la guérison du lupus persistait depuis le mois de Septembre et l'état général était excellent. La deuxième malade, quoique plus atteinte que la première, fut guérie plus vite encore (du 7 Juin au 3 Septembre 1901) : même dose d'urée que pour la première. Pendant les quinze premiers jours, la face fut pansée nuit et jour à l'huile d'olive.

Il faut remarquer l'absence de dermatite un peu prononcée de la peau au voisinage les parties malades, ce que l'auteur attribue au tube à basse pression (six pouces) employé par lui. Le traitement a été très court et l'état général s'est fort amélioré dans les deux cas. Les cicatrices sont souples et peu gênantes. Le seul inconvénient de ce traitement est le prix élevé de l'urée.

L. Tollemer.

PÉDIATRIE

Mlle Eudel. ***La diphtérie à Nantes depuis 1897*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Dans ce clair et consciencieux travail, l'auteur résume les observations faites aux pavillons d'isolement de l'hôpital de Nantes depuis l'introduction de la sérothérapie antidiphtérique et de l'intubation laryngée. C'est en somme un nouveau témoignage apporté à l'excellence de ces deux méthodes thérapeutiques, et les statistiques qui accompagnent cet ouvrage peuvent ne pas être inutiles à consulter, au moment actuel, pour rassurer ceux qu'auraient pu troubler de récentes attaques dirigées contre la valeur de la sérothérapie.

L. Rist.

VOIES URINAIRES
ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

J. Dupoux. ***Du rein mobile chez l'enfant*** (*Thèse*, Paris, 1902). — L'auteur a rencontré fréquemment le rein mobile chez l'enfant, qu'il tend à considérer comme un stigmate de dégénérescence.

Le déplacement peut être congénital ou du moins reconnaître pour cause essentielle une prédisposition congénitale (faiblesse, laxité plus grande des moyens de suspension). Comme chez l'adulte, le rein mobile s'observe de préférence dans le sexe féminin et à droite.

Chez l'enfant, le plus souvent, le rein mobile peut passer inaperçu, rien n'attirant l'attention, si on ne le recherche systématiquement. Il coïncide souvent avec la dyspepsie ou l'entéro-colite muco-membraneuse, affections auxquelles il imprime ce caractère particulier : c'est de les rendre douloureuses.

Il peut, dans ces cas, rester latent ou, au contraire, se manifester par des symptômes localisés (douleurs dans la région rénale) ou de véritables crises aiguës simulant la péritonite ou l'appendicite.

Le diagnostic s'établira par la palpation bimanuelle du rein déplacé et mobile dans la cavité abdominale, qu'on ne confondra pas avec des tumeurs (coprostase, tumeur du péritoine). Il conviendra de faire le diagnostic des accidents provoqués (périnéphrite, pyonéphrose), d'éliminer ceux qu'elle simule (appendicite, péritonite, colique néphrétique et hépatique).

Le pronostic, bénin en lui-même, ne peut être assombri que par la dyspepsie et l'état nerveux concomitant.

Le traitement sera purement hygiénique si le rein flottant est latent. S'il provoque de la douleur ou de la gêne, on fera garder le lit et l'on soutiendra très simplement l'organe déplacé au moyen d'une ceinture de flanelle enroulée plusieurs fois autour de l'abdomen quand le malade se lèvera.

Ce ne serait que si les douleurs persistaient intenses ou s'il survenait une complication (hydronéphrose) qu'on pourrait recourir à la néphropexie.

D. Estrabaut.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 30 Avril 1902, à 1 heure. — M. MESMAIN : Contribution à l'étude des oreillons en général, et en particulier des oreillons sous-maxillaires ; MM. Hayem, Fournier, Widal, Wurtz. — M. GOSSELIN : Contribution à l'étude du traitement médical des métrites et salpingites ; MM. Fournier, Hayem, Widal, Wurtz. — M. DECQ : Fractures de l'olécrane, leur traitement par le cerclage ; MM. Tillaux, Pinard, Delens, Wallich. — M. SAUVAGE : Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et du traitement des ruptures de l'utérus pendant le travail et l'accouchement ; MM. Pinard, Tillaux, Delens, Wallich.

Jeudi 1er Mai 1902, à 1 heure. — M. SABATIÉ : Les ulcères de la région pylorique ; MM. Debove, Brouardel, Charrin, Teissier. — M. DELHOMMEAU : Etude médico-légale des lésions valvulaires aortiques consécutives aux contusions du thorax ; MM. Brouardel, Debove, Charrin, Teissier. — M. GIRARD : Le cœur dans la diphtérie ; MM. Brouardel, Debove, Charrin, Teissier. — M. GUYOT : Des fistules urétrorectales et de leur traitement en particulier ; MM. Guyon, Berger, Marion, Wurtz. — M. PAGES : Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du vagin (32 observations avec examen histologique de la tumeur kystique) ; MM. Berger, Guyon, Marion, Wurtz. — M. MONFLIER : Du traitement des plaies de poitrine par l'immobilisation ; MM. Berger, Guyon, Marion, Wurtz. — M. JEANNIN : Etiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides ; MM. Budin, Poirier, Bonnaire, Potocki. — M. BOUCHET : Accidents de la constipation pendant la grossesse ; MM. Budin, Poirier, Bonnaire, Potocki. — M. MARSAT : Les idées fixes dans la fièvre typhoïde ; MM. Raymond, Joffroy, Thoinot, Launois. — M. PORTEMER : De l'érotomanie au point de vue médico-légal ; MM. Joffroy, Raymond, Thoinot, Launois.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 28 Avril 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Ecole pratique : MM. Hayem, Blanchard, Remy. — 1er, Salle Béclard : MM. Poirier, Sébileau, Cunéo. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Vulpian : MM. Fournier, Gaucher, Legry. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Lannelongue, Lejars, Walther. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Broca (Aug.), Legueu. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Teissier, Bezançon.

Mardi 29 Avril 1902. — 3e (Deuxième partie) Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Chassevant, Gouget. — 1er, Salle Richet : MM. Quénu, Retterer, Thiéry. — 3e (Deuxième partie) (1re série), Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Chantemesse, Dupré, Jeanselme. — 3e (Deuxième partie) (2e série), Nouveau régime, Salle Charcot : MM. Raymond, Menetrier, Thiroloix. — 4e, Nouveau régime, Salle Broussais : MM. Proust, Pouchet, Thoinot. — 5e, Chirurgie (Première partie), Charité : MM. Guyon, Le Dentu, Faure. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Dieulafoy, Hutinel, Renon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Joffroy, Achard, Renon.

Mercredi 30 Avril 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Joffroy, Hanriot, Legry. — 1er, Salle Pasteur : MM. Retterer, Sébileau, Rieffel. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Kirmisson, Potocki, Cunéo. — 5e, Chirurgie (Première partie), Laënnec : MM. Terrier, Reclus, Gosset. — 5e (Deuxième partie), Laënnec : MM. Landouzy, Gaucher, Bezançon.

Jeudi 1er Mai 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Chantemesse, Hanriot, Thiroloix. — 1er (1re série), Salle Pasteur : MM. Schwartz, Gley, Rieffel. — 1er (2e série), Salle Vulpian : MM. Le Dentu, Thiéry, Charrin. — 2e (Première partie), Oral, Salle Béclard : MM. de Lapersonne, Rémy, Langlois. — 4e Ancien régime, Salle Charcot : MM. Proust, Gilbert, Richaud. — 3e (Deuxième partie), (1re série), Ancien régime, Salle Richet : MM. Cornil, Hutinel, Vaquez. — 3e (Deuxième partie) (2e série), Ancien régime, Salle Thouret : MM. Dieulafoy, Méry, Gouget.

Vendredi 2 Mai 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Blanchard, Rémy, Teissier. — 1er, Salle Vulpian : MM. Poirier, Lejars, Sebileau. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Richet : MM. Brissaud, Widal, Bezançon. — 4e, Nouveau régime, Salle Béclard : MM. Pouchet, Thoinot, Wurtz. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Kirmisson, Reclus, Mauclaire. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Terrier, Walther, Legueu. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Landouzy, Netter, Legry. — 5e Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 3 Mai 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Ecole pratique : MM. Gilbert, G. Ballet, Guiart. — 1er (1re série), Salle Richet : MM. Poirier, Gley, Launois. — 1er (2e série), Salle Pasteur, MM. Berger, Quénu, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Béclard : MM. Menetrier, Achard, Renon. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Beaujon : MM. Hutinel, Charrin, Méry. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Beaujon : MM. Raymond, Dupré, Jeanselme. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Potocki.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Saint-Louis (service d'isolement). — M. Morestin a repris, le mercredi 9 avril, ses conférences de chirurgie clinique.

Ces conférences ont lieu les mercredis à 10 h. 1/2.

Hôpital Andral. — MM. Jean Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral, et A. Laboulais, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, commenceront sous la direction de M. Alb. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, un cours théorique et pratique sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.

Le cours sera complet en 20 leçons et aura lieu au Laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, quatre fois par semaine, à 5 h. 1/2 du soir, et commencera le 12 Mai prochain. Les travaux pratiques (examen du suc gastrique, et autres procédés de diagnostic) auront lieu par série de 5 élèves de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2 avant le cours.

Pour les renseignements et l'inscription s'adresser au Laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, tous les matins de 8 heures à midi.

Classement général des élèves internes et externes en médecine. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans l'Amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1902-1903, savoir :

MM. les élèves internes (Pour entrer en fonctions le 1er Mai 1902 : Ceux de 2e, 3e et 4e année, le samedi 26 Avril, à 3 heures ; Ceux de 1re année, et pour MM. les internes provisoires, le mardi 29 Avril, à 2 heures.

MM. les élèves externes (Pour entrer en fonctions le 15 Mai 1902) : Ceux de 3e année, le lundi 5 Mai, à 2 heures ; Ceux de 2e année, le mardi 6 Mai, à 2 heures. — Ceux de 1re année, première moitié de la liste, le vendredi 9 Mai, à 2 heures ; deuxième moitié de la liste, le samedi 10 Mai, à 2 heures.

MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours ; les externes ayant reconcouru seront appelés à leur numéro de classement dans la nouvelle promotion dont ils font partie.

NOUVELLES

Paris et Départements

Centenaire de l'Internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. — Le Comité du Centenaire adresse un dernier appel à tous les membres du Corps médical pour leur demander de lui envoyer les documents pouvant aider à la rédaction du Livre du Centenaire.

Les souvenirs personnels ou traditionnels concernant le rôle joué par les internes dans les grands événements qui ont marqué le cours du siècle (Révolutions, émeutes, coup d'État, grandes épidémies, guerre de 1870, guerre russo-turque, etc.) présentent un intérêt tout particulier, et les collègues qui posséderaient des documents sur ces différentes époques sont instamment priés de les faire parvenir avant le 10 Mai à M. Durand-Fardel, secrétaire général du Centenaire, 129, faubourg Saint-Honoré.

La Cuillerée de lait de Marseille. — A côté des « gouttes de lait » qui se fondent de tous côtés pour assurer aux nourrissons pauvres un lait convenable, il faut mentionner la « cuillerée de lait », fondée à Marseille en 1898, et qui a donné les résultats les plus encourageants.

Siégeant au centre de la ville, elle distribue tous les matins un lait de vaches saines, lait gratuit fourni par la charité privée. L'œuvre s'occupe en même temps d'instruire les mères des soins à donner aux enfants.

Étranger

Le jubilé de M. Leyden. — Le 70e anniversaire de naissance de M. Leyden, conseiller intime de médecine, a été célébré en présence des représentants des autorités de l'État, des autorités municipales, et du monde médical de l'Allemagne et de l'étranger.

M. Nothnagel, conseiller de cour, professeur à Vienne, a prononcé le discours commémoratif ; il a retracé les travaux de M. Leyden et les importants résultats qui en ont découlé.

On a entendu ensuite les allocutions des délégations des sociétés de médecine et des Universités d'Allemagne et de l'étranger. De nombreuses sociétés de médecine étrangères ont nommé M. Leyden membre d'honneur.

Les fondations suivantes ont été faites en l'honneur de M. Leyden, par des amis qui lui en ont remis le programme écrit : fondation pour l'encouragement des recherches médicales ; fondation pour sanatoria d'enfants sur le bord de la mer ; fondation pour un hospice d'enfants trouvés.

Enfin le buste de M. Leyden, destiné au nouvel hôpital de la Charité, a été découvert devant l'assistance.

Cours de perfectionnement. — Du 7 au 23 juillet 1902, aura lieu, dans les instituts et cliniques de l'Université de Breslau, un cycle continu de cours et d'exercices pratiques, à l'usage des médecins.

Tous les professeurs ordinaires, ainsi que les professeurs extraordinaires chargés de cours, y prendront part personnellement : MM. Hasse, Ponfick, von Mikulicz-Radecki, Hügge, Flachme, Küstner, Uthoff, Wernicke, Karsh, Hürthle, Richter, Neisser, Lesser, Partsch, Czerny, Kümmel, Stern et leurs assistants. Toutes les branches médicales, pratiques aussi bien que théoriques, seront donc représentées : d'une part, par des cours cliniques avec démonstrations ; d'autre part, par des cours pratiques avec exercices, et enfin, par des démonstrations expérimentales [avec explications, éventuellement même des exercices d'expérimentation.

Le programme complet ainsi que les conditions d'honoraires seront publiés incessamment en détail et seront distribués sur demande.

Le comité exécutif : von Mikulicz-Radecki, président ; Flachme, vice-présieent ; A. Neisser, secrétaire. Breslau XVI. Fürstestr. 112.

Concours des Hôpitaux (médecine). — *Epreuves cliniques.* — Séance du 18 Avril : MM. Terrien, Griffon, Jolly, Hallé.

CONCOURS

Concours des Hôpitaux (chirurgie). — Séance du 19 Avril. — Ont lu : MM. Delbet, 26 ; Herbet, 26 ; Proust, 25 ; Gosset, 24.

Sont admis à prendre part aux épreuves cliniques les candidats ayant obtenu un minimum de 23 points.

Internat. — Séance du 18 Avril. — *Anatomie du nerf phrénique. Symptômes et diagnostic de la colique de plomb* : MM. Darcanne, 12 ; Jacobsohn, 9 ; Lavenant, 14 ; Morisetti, 13 ; Philibert, 12 ; Roussy, 14 ; Barthélemy, 12 ; Chiray, 15 ; Darré, 16. — *Absent* : M. Desmoulins.

Séance du 21 Avril. — *Rapports de l'œsophage. Symptômes et complications des fractures des côtes* : MM. Desmarets, 17 ; Blairon, 10 ; Lutaud, 12 ; Foisy, 14 ; Vicart, 13 ; Rendu, 14 ; Trémolière, 15 ; Algret, 12 ; Dubois, 13 ; Reulos (Maurice), 11. — *Absent* : M. Baillon.

RENSEIGNEMENTS

Poste médical à prendre dans la Somme. — S'adresser *P. M.*, n° 738.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 34. — Samedi, 26 Avril 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

L'HYGIÈNE DANS LES VILLES D'EAUX

Dans un précédent article, je disais combien il serait difficile d'obtenir des municipalités l'exécution des mesures prescrites par la nouvelle loi sanitaire. Je me fais un devoir de signaler aujourd'hui l'acte d'initiative d'une municipalité qui, avant même que la loi soit applicable, vient d'édicter un excellent règlement sur l'Hygiène; ce m'est d'ailleurs une occasion de dire quelques mots de la question si importante de l'Hygiène dans les villes d'eaux.

* * *

Le règlement auquel je fais allusion, parfaitement étudié aussi bien dans les considérants qui le justifient que dans les mesures qu'il prescrit, est dû au maire de l'une de nos stations thermales les plus connues, les Eaux-Bonnes, où les règles de l'hygiène doivent être d'autant plus strictement observées qu'on y traite surtout des affections des voies respiratoires, souvent entachées de tuberculose; en voici le libellé :

RÈGLEMENT MUNICIPAL SUR L'HYGIÈNE

Attendu que toutes les stations thermales traitant les affections des voies respiratoires sont susceptibles de recevoir des malades atteints de tuberculose; qu'il est de toute utilité que des précautions hygiéniques soient prises; que la crainte parfois exagérée de contamination prive bon nombre de malades de la gorge ou des bronches, asthmatiques, catarrheux, etc., de bénéficier d'une médication pouvant leur procurer un soulagement ou la guérison; attendu qu'il est matériel-

lement impossible d'obtenir des logeurs en général la désinfection des locaux, le prix pour certains logements n'étant pas suffisamment rémunérateur pour subvenir aux frais de ladite désinfection; attendu, d'autre part, que le législateur n'ayant pas encore imposé la déclaration de la tuberculose chez l'homme, ni la désinfection des locaux, on ne peut mettre les logeurs dans l'obligation de pratiquer les mesures préconisées en pareil cas; mais, considérant que si le logeur ne peut plus invoquer la moindre raison de dépense, il se trouvera moralement forcé d'exécuter tous les travaux de désinfection nécessaires, par crainte de voir la clientèle abandonner sa maison.

Pour ces motifs : Vu la délibération du Conseil municipal en date du 8 Février 1902 décidant la gratuité complète de la désinfection dans la commune; nous, Maire, réglementons comme suit le service de désinfection :

Article 1er. — La désinfection, sous toutes ses formes, sera absolument gratuite pour tous les logeurs de la commune. Elle sera assurée au moyen de l'étuve à vapeur sous pression de Geneste et Herscher, du pulvérisateur à bichlorure et d'un formolateur.

Art. 2. — Le personnel comprendra un mécanicien spécialement attaché à l'étuve et deux aides pour la désinfection à domicile. Les opérations auront lieu sous la surveillance du médecin communal. Les logeurs seront simplement tenus de fournir l'eau chaude pour les lavages et les linges nécessaires.

Art. 3. — Les médecins consultants dans la station seront en relation constante avec l'autorité municipale pour lui signaler les locaux pouvant être considérés comme insalubres. Le Maire, de son côté, tiendra au courant les membres du corps médical de toutes les opérations qui auront été pratiquées dans la station.

H. Taverne.

Fait aux Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), le 1er Mars 1902.

J'ai tenu à reproduire ce règlement *in extenso*, afin que ceux de nos confrères qui pratiquent dans les villes d'eaux puissent en prendre connaissance et s'en inspirer pour imposer aux municipalités de ces villes des mesures d'hygiène analogues.

Cette intervention des médecins est aujourd'hui absolument nécessaire, si l'on veut donner satisfaction aux exigences justifiées du public et conserver à nos stations thermales le bon renom qu'elles doivent avoir. Mais, il ne faut pas se dissimuler qu'il y aura bien des difficultés à surmonter, bien des oppositions à vaincre : les municipalités des villes d'eaux n'aiment guère à s'entourer des conseils de médecins, naturellement enclins à leur imposer des réformes dont elles ne saisissent pas la portée ou dont elles ne veulent pas prendre la responsabilité, de peur de léser certains intérêts particuliers..... ou électoraux!

Si la municipalité des Eaux-Bonnes a fait le règlement en question, c'est qu'aux Eaux-Bonnes viennent nombre de tuberculeux, et qu'elle savait qu'à notre époque le public, plus instruit qu'autrefois, se garderait bien de fréquenter une localité où il se croirait en danger de contagion. Il y avait là une question capitale en jeu, pour la solution de laquelle, d'ailleurs, on a eu le soin de ne mettre en cause aucun intérêt particulier, puisque la désinfection, sous toutes ses formes, sera absolument gratuite pour tous les logeurs de la commune : gratuite s'entend en ce sens que les frais seront à la charge du budget de la collectivité, du budget de la commune, et non à la charge des particuliers.

* * *

Le maire des Eaux-Bonnes fait remarquer qu'il doit se contenter d'inviter ses administrés à pratiquer la désinfection, le législateur n'ayant pas encore imposé la déclaration de la tuberculose chez l'homme, ni la désinfection des locaux.

Il n'en sera plus longtemps ainsi : faut-il espérer, du moins.

La loi sur la protection de la Santé publique a été promulguée le 19 Février 1902; elle prescrit aux pouvoirs Publics d'établir, dans les six mois qui suivront cette promulgation, la liste des maladies infectieuses entraînant la déclaration. L'Académie de médecine va donc être incessamment consultée, puisque l'article 4 de la loi porte que la liste des maladies sera dressée après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Il y a tout lieu de croire que l'Académie réparera l'omission, volontairement commise par elle, après la loi de 1892, et qu'elle inscrira en tête des maladies contagieuses et soumises à la désinfection : la tuberculose. Sinon, il serait inutile de proclamer que la tuberculose est éminemment contagieuse, qu'elle fait en France 150.000 victimes par an, etc., etc... toutes choses que l'on savait déjà en 1892.

* * *

Bientôt donc les municipalités n'auront plus seulement à inviter leurs administrés à la désinfection : elles devront la leur imposer; et cela, en vertu de l'article premier de la loi, qui *oblige* le maire à déterminer, sous forme d'arrêtés municipaux, les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances... des logements loués en garni, etc.

Dans les villes d'eaux, la plupart des immeubles contenant, pendant la saison, des logements loués en garni, il en résulte qu'il dépendra absolument des municipalités que ces villes soient administrées d'après les règles les plus strictes de l'hygiène.

Mais ces municipalités comprendront-elles qu'il y va de l'intérêt de leurs administrés d'user de tous les droits que confère la loi pour agir avec la plus grande vigueur? Il est à craindre que non. Nos stations thermales, en effet, ne deviennent villes que pendant quelques mois de l'année, au cours de la saison; la plupart ne sont que des communes rurales; leur administration municipale est donc essentiellement rurale d'origine, de tendance et d'esprit, nullement préparée à la tâche spéciale qui lui incombe, presque toujours insuffisante, par conséquent, pour diriger et exploiter l'affaire complexe qu'est une ville d'eaux.

Raison de plus pour que les médecins, plus instruits, fassent comprendre à ces municipalités tout l'intérêt qu'elles ont à mettre au premier rang les questions d'hygiène publique. Ils auront à leur montrer qu'il y a là une nécessité de notre époque, et que toute station thermale ou climatérique qui faillirait aux lois de l'hygiène serait compromise dans un avenir prochain, quelles que soient la valeur de ses eaux ou la pureté de son climat.

Il existe, d'ailleurs, des exemples frappants de ce que peut faire l'hygiène pour une station.

Il a fallu de réels désastres économiques pour que la commune de Salies-de-Béarn se soumît aux règles de la plus élémentaire hygiène; du jour où des mesures sanitaires ont fait que cette station a été proprement tenue, les baigneurs y ont afflué de nouveau.

Notre grande station climatérique du Sud-ouest, Pau, voit revenir à elle, en plus grand nombre que jamais, touristes et malades qui l'avaient quelque peu abandonnée; et cela, en raison des grands travaux d'édilité scientifiquement conçus et méthodiquement conduits par un maire éminent, M. Faisans, soutenu par une municipalité intelligente.

Aujourd'hui, la preuve est faite : le public qui voyage exige, sinon le luxe, du moins le confort; touristes et malades vont surtout là où ils savent que les mesures d'hygiène et de salubrité sont le mieux prises. Ainsi s'explique l'énorme mouvement qui se produit, depuis quelques années, vers les stations de la Suisse et de l'Allemagne.

Les villes d'eaux allemandes ont, il est vrai, une organisation spéciale; le budget de la curetaxe leur permet de faire des choses qui ne sont pas à la portée des villes d'eaux françaises soumises au droit commun. Mais si nos stations françaises, à part quelques exceptions, Vichy entre autres, ne peuvent pas se lancer dans les dépenses somptueuses des stations allemandes, il n'est que plus nécessaire pour elles de se montrer impeccables en tout ce qui concerne l'hygiène et la salubrité.

La loi sanitaire indique le chemin : aux villes d'eaux françaises de s'y engager résolument.

E. De Lavarenne.

LIVRES NOUVEAUX

E. Apert. — *Les Enfants retardataires*. 1 vol. des « Actualités médicales » (Baillière, éditeur, Paris, 1902).

Ce petit livre mérite bien sa place dans cette bibliothèque spéciale. Il est d'actualité. Il vient à son heure, avec les discussions qui s'élèvent, chaque jour plus nombreuses, au sein des sociétés savantes, sur l'infantilisme, sur les formes frustes du myxœdème, sur les dystrophies thyroïdiennes, orchidiques, d'origine glandulaire, en général.

Car, en choisissant ce titre qui ne témoigne d'aucun parti pris, M. Apert a pu grouper une série de faits autour du terme général « d'état retardataire ». Il a ainsi tout loisir d'étudier, à l'aide de documents déjà connus, ou empruntés à ses nombreuses observations originales et personnelles, les diverses dystrophies de développement, puis de les grouper en une sorte de synthèse, et de nous montrer les facteurs pathogéniques et étiologiques qui président à leur genèse.

Dans une série de chapitres il s'attache à montrer les différences qui séparent les retardés types purs des retardés avec obésité, avec myxœdème, avec féminisme, avec gigantisme, ou encore des retardés arriérés au sens des aliénistes, c'est-à-dire des imbéciles ou des idiots. Ces arrêts de développement peuvent relever de causes indirectes multiples : la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme ou d'autres infections et intoxications qui auront déterminé des altérations de certains organes : des maladies des vaisseaux, du cœur, du foie, du rein, du testicule. Mais il est bien certain, ajoute l'auteur, que de toutes les dystrophies de développement, la dystrophie thyroïdienne, soit dans sa forme totale, soit dans sa forme fruste, décrite par Brissaud, est la plus fréquemment notée.

C'est en médecin et en thérapeute, aussi bien qu'en hygiéniste et en sociologue, que M. Apert a traité des « enfants retardataires ». A ces divers titres, l'auteur a écrit une étude des plus instructives et des plus attrayantes.

A. Sicard.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique du traitement de la diphtérie (Sérothérapie, Tubage, Trachéotomie), par M. Deguy, ancien interne des hôpitaux, ancien Moniteur de tubage et de trachéotomie de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades, chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital des Enfants (service de la Diphtérie), et Benjamin Weil, interne des hôpitaux, Moniteur de tubage et de trachéotomie de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades. Avec une *introduction* par A.-B. Marfan, professeur agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, 1 vol in-3° illustré de 69 figures et photographies, 6 francs. (*Masson et Cie*, éditeurs.)

A vaccinaçao anti-pestosa, par M. Oswaldo Gonzalves Cruz, 1 broch. in-8° carré de 44 pages, avec figures. (*Besnard frères*, éditeurs, 138, rua do Hospicio, Rio-de-Janeiro.)

Le tabac (Son histoire, sa production, sa consommation, son rôle au point de vue économique, son influence sur la santé physique, intellectuelle et morale de l'enfant et de l'adulte. Moyens de combattre le tabagisme. Action des particuliers et action de l'État), par Jules Denis, 1 vol. in-8° de 120 pages avec figures et graphiques, 2 fr. 50. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

AUTOPLASTIE PAR GLISSEMENT

POUR COUVRIR UNE PLAIE TRÈS ÉTENDUE DE LA HANCHE ET DE LA FESSE

Par H. MORESTIN
Chirurgien des hôpitaux.

La mobilisation *très large* des téguments, dans un but autoplastique, peut paraître au premier abord une hardiesse presque dangereuse, mais, à l'usage, on voit que cette pratique est inoffensive et rend les plus signalés services. J'ai déjà eu à plusieurs reprises l'occasion d'insister sur la valeur de cette méthode (Soc. anatomique, 1900; *Gazette des hôpitaux*, 1901; Congrès de chirurgie, 1901), sur l'innocuité des décollements pratiqués dans des proportions véritablement énormes.

Les téguments ainsi déplacés sont peu exposés au sphacèle, car ils reçoivent du sang sur tous les points sauf au niveau de la tranche de section. Ils sont donc infiniment

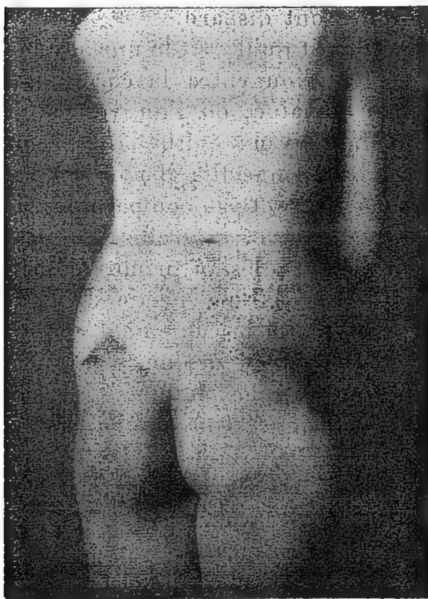


Figure 1.

mieux nourris que s'ils faisaient partie d'un lambeau proprement dit. Je crois plus qu'inutile de troubler l'anatomie de la peau en excisant le pannicule adipeux sous-cutané. En s'épargnant la peine de l'enlever, on gagne du temps, on laisse les téguments dans leurs conditions normales d'existence. En outre, on est plus sûr de leur garder leur aspect, leur souplesse et leur mobilité. La merveilleuse élasticité de la peau lui permet de se mouler sur la région nouvelle où l'étend le chirurgien. Elle s'adapte, s'accommode aux irrégularités de la surface où elle est appliquée.

On ne peut traiter ainsi les téguments de toutes les parties du corps. Il y a de grandes variations dans leur composition anatomique et, partant, dans leurs qualités au point de vue autoplastique. Il faut, pour agir de cette manière, que la plaie à recouvrir soit située au voisinage d'une partie du corps où la peau soit très souple, extensible et d'une locomotion facile. Or ces qualités se trouvent principalement au niveau du cou et de la paroi abdominale. Celle-ci se déplace constamment; elle est susceptible de subir, en quelques heures, extemporanément, une ampliation énorme. On peut aisément la pincer, la séparer du plan musculo-aponévrotique. Elle constitue donc une excellente réserve cutanée, que l'on peut utiliser à l'ocasion.

Quand on songe aux décollements très étendus des téguments dans certains traumatismes déterminant des hématomes, des épanchements séro-sanguins, dans certains phlegmons qui mortifient tout le tissu cellulaire d'une région, laissant pourtant vivre la peau presque entièrement, on conçoit très bien la bénignité de nos décollements qui sont aseptiques. D'ailleurs un bon drainage est de rigueur pour empêcher la stagnation des liquides, exsudés en grande quantité dans ces circonstances. Enfin les faits sont là pour prouver que les malades guérissent sans accident, sans mortification des téguments déplacés, avec un minimum de cicatrice, et dans des conditions physiologiques très satisfaisantes. Le cas de Mlle J. B. J. paraîtra sans doute justifier cette opinion.

Au mois de Juin 1900, Mlle Marie J.-B.-J., atteinte de métrite hémorragique, fut l'objet d'une tentative de sérothérapie qui détermina les plus graves accidents. L'injection, pratiquée dans la fesse droite, fut le point de départ d'un phlegmon diffus formidable, à marche rapide et à tendance gangreneuse. Elle entra alors à Lariboisière où l'on porta d'abord un pronostic très sombre. Les soins qu'elle reçut dans cet hôpital, aidés par l'âge de la malade (vingt-deux ans) et sa constitution robuste, l'empêchèrent de succomber; mais la pauvre jeune femme fut pendant longtemps en grand danger.

D'énormes escarres se détachèrent, les téguments furent détruits sur une étendue considérable, et la plaie immense, laissée par l'élimination des tissus mortifiés, se cicatrisa avec une extrême lenteur. Au bout de quatorze mois, la réparation était encore très incomplète, et la malade n'avait pas encore pu quitter son lit. Les choses en étaient là, quand, ayant eu la bonne fortune de remplacer mon excellent maître, M. Michaux, je fus appelé à lui donner des soins. Le cas était un peu embarrassant. Outre les surfaces encore ulcérées, il y avait lieu de se préoccuper des parties où la cicatrisation s'était faite dans de mauvaises conditions, n'ayant pu aboutir qu'à la formation d'une couche épidermique très mince, manifestement insuffisante, appliquée sur des brides fibreuses épaisses et dures. Et l'on était effrayé tout d'abord de l'importance que devait avoir une opération réparatrice tentée dans ces circonstances. La zone encore malade, c'est-à-dire l'ensemble des parties couvertes de bourgeons charnus et suppurants d'une part, d'autre part des portions mal cicatrisées, s'étendait, dans le sens antéro-postérieur, depuis la tubérosité iliaque en arrière jusqu'à la partie moyenne du triangle de Scarpa en avant; dans le sens vertical, depuis la crête iliaque et l'arcade de Fallope, qui marquaient assez exactement ses limites supérieures, jusqu'au voisinage du grand trochanter, un peu en arrière duquel elle présentait sa plus grande hauteur.

Il est toujours assez difficile de donner par la description une bonne idée de ce genre de lésions. Aussi ai-je cru devoir indiquer schématiquement, sur les figures ci-jointes, l'étendue de la surface à recouvrir. Quelques chiffres aideront à s'en rendre compte: dans la plus grande longueur, de la tubérosité iliaque jusqu'au triangle de Scarpa, 36 centimètres; en hauteur, un peu en avant de la tubérosité iliaque, 9 centimètres, immédiatement en arrière du grand trochanter 10 centimètres, en avant de lui 8 centimètres. Sur cette surface, plus de la moitié était à l'état de plaie atone, dont la guérison spontanée semblait très improbable, et, en tout cas, eût nécessité un temps infini; le reste, comme nous l'avons dit, était couvert d'un très mince vernis épidermique, incapable de résister au moindre frottement. Au voisinage de cette zone, du côté de la fesse et de la cuisse, il y avait encore des parties cicatricielles, mais meilleures, assez souples, sans aucune tendance à s'exulcérer, et qui pouvaient demeurer telles quelles. Les précédentes représentaient l'effort infructueux et imparfait vers la réparation, et leur organisation, insuffisante et très précaire, n'était que l'ébauche d'un processus de guérison. Il fallait donc refaire ce que la nature n'avait pu mener à bien. D'ailleurs, il n'en coûtait pas plus avec le procédé autoplastique que nous avons utilisé.

Une intervention nous parut s'imposer pour les motifs suivants :

1° La réparation spontanée étant interminable, il y avait lieu de chercher par un acte opératoire à rendre la guérison possible dans un court délai; 2° cette région étant exposée, surtout chez la femme, du fait des vêtements, à des frottements incessants, il était indispensable de la recouvrir de téguments sains, souples et mobiles; 3° les masses cicatricielles bridant et gênant les mouvements du membre inférieur, il fallait encore se hâter d'intervenir, d'une part pour en faire l'excision au moins partielle, d'autre part pour rendre possible l'assouplissement de toutes les parties rétractées par l'exercice et surtout la marche, le séjour au lit aggravant sans cesse l'impotence qui devait résulter de cet état des parties molles.

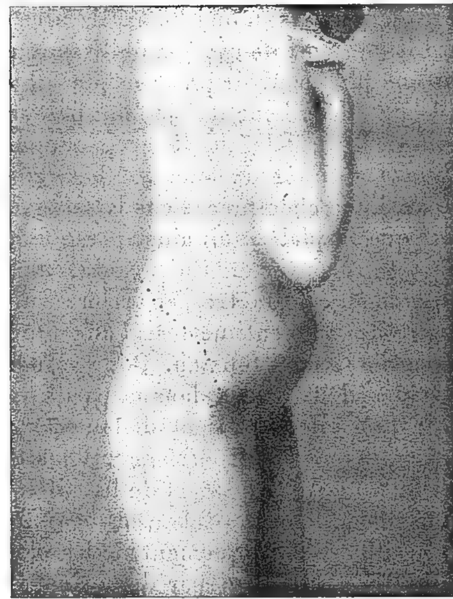


Figure 2.

L'opération fut pratiquée le 10 Août 1901. Je commençai par préparer la région malade en abrasant toute la zone à recouvrir, et en extirpant au bistouri quelques brides saillantes et indurées allant de la crête iliaque vers le grand trochanter. Toute cette région avait été profondément bouleversée par la maladie et la cicatrisation. Une grande partie des graisses de la région fessière avait été éliminée et partout mon bistouri ne rencontra que des tissus grisâtres, scléreux, peu vasculaires. Restait à placer des téguments sur

toute cette surface cruentée. La peau saine s'arrêtait, nous l'avons dit, à la crête iliaque, à laquelle elle adhérait fortement. Au-dessus de cette crête, elle formait bourrelet, s'étant, pendant la période d'élimination, rétractée au-dessus d'elle, et n'ayant pu la franchir à nouveau lors de la réparation, en raison des adhérences contractées. Il y avait donc là un léger excédent tégumentaire, mais cette réserve eût été bien insuffisante. Je me décidai à faire une autoplastie par glissement, en décollant très loin et en mobilisant la peau souple et complaisante de la paroi abdominale, sans tailler de lambeau. Les téguments furent donc détachés de la crête iliaque sur toute la longueur de cette crête, libérés de l'adhérence cicatricielle qui les fixait au-dessous de l'arcade de Fallope, et décollés de l'aponévrose, en gardant à leur face profonde le pannicule adipeux dans sa totalité. Ce décollement, poursuivi à l'aide d'une compresse stérilisée et du bistouri, fut poussé très loin, jusqu'à 10 centimètres au-dessus de l'os des îles et de l'arcade de Fallope. De temps en temps je m'arrêtais pour juger du résultat, c'est-à-dire pour me rendre compte du point jusqu'où je pourrais faire descendre les téguments ainsi mobilisés. Quand je crus ne plus pouvoir pousser plus loin ce travail de décollement, je fis passer la peau flottante par-dessus la crête iliaque et l'abaissai, la tirant de haut en bas, comme le rideau d'une cheminée. J'eus la satisfaction de voir que la plaie était ainsi presque complètement recouverte. En avant, sur une étendue de 10 centimètres, en arrière, sur une longueur de 15 centimètres, l'affrontement était possible, sans tension. Pour assurer le contact des deux lèvres dans la partie intermédiaire, où elles restaient distantes de 1 à 2 centimètres, je dus libérer encore les téguments du côté de la fesse et de la saillie trochantérienne. Pour empêcher ces deux lèvres de se tirailler réciproquement, je les fixai au plan fibreux sous-jacent par des crins alternant avec ceux qui les unissaient l'une à l'autre. La cuisse fut portée dans l'abduction et le tronc infléchi du côté malade. Cette position fut maintenue pendant plusieurs jours, en arrangeant dans ce but un certain nombre de coussins dans le lit de l'opérée. Un gros drain, placé entre les téguments décollés et l'aponévrose du grand oblique, sortait en arrière, à l'extrémité postérieure de la ligne de suture.

*
* *

Les suites furent très simples ; le pansement, trempé de sérosité, fut changé le deuxième jour ; le drain ôté le quatrième ; les fils coupés en plusieurs fois, du cinquième au douzième jour. La malade n'a jamais eu de fièvre, ni présenté quoi que ce soit d'inquiétant. La réunion s'est faite d'emblée sur presque toute la longue ligne de sutures. Comme il arrive presque toujours dans ces vastes autoplasties, il s'est produit en plusieurs endroits de petites mortifications marginales, mais elles ont été très limitées, et, à cela près, les téguments déplacés n'ont, à aucun moment, inspiré nulle crainte au sujet de leur vitalité. Rapidement éliminées, ces petites escarres ont laissé çà et là des surfaces où la réparation s'est achevée secondairement dans un court délai. La malade s'est levée dans le courant de Septembre. Elle était guérie complètement quand, au bout de six semaines, elle quitta l'hôpital pour aller en convalescence à Mary-sur-Marne. Il lui a fallu encore quelque temps pour marcher sans claudication. La hanche était enraidie par la longue inaction, la sclérose des parties molles périarticulaires, la destruction partielle des muscles fessiers, l'induration ou l'atrophie de la plupart de ceux qui régissent les mouvements du fémur sur le bassin. Une véritable rééducation de la marche était nécessaire. Elle est actuellement terminée. Notre malade peut faire de longues courses sans qu'aucune boiterie soit appréciable. Elle a eu jusqu'à ces derniers temps de la peine à monter et descendre les escaliers. Cette difficulté a disparu aujourd'hui, vaincue graduellement par l'exercice.

La peau déplacée est souple, indolente, supporte sans protester les pressions du corset et des vêtements. Enfin, notre opérée est rendue complètement à la vie normale. Elle garde néanmoins une dépression profonde du côté malade, résultant de la perte énorme de substance subie lors de son terrible phlegmon, et aussi quelques cicatrices, sans parler de la cicatrice opératoire, linéaire, mais longue de 36 centimètres.

*
* *

L'intervention a donc exactement donné tout ce qu'on attendait d'elle, puisque la malade a été promptement guérie et dans les meilleures conditions que l'on pût souhaiter. C'est là un résultat des plus satisfaisants, et qui doit être rapporté exclusivement à la méthode d'autoplastie qui a été utilisée.

CARCINOSE COCCIDIENNE EXPÉRIMENTALE[1]

Par Louis BRUANDET

On peut, chez le lapin, prélever à l'état de pureté deux variétés de coccidies :

Coccidium oviforme, que l'on trouve dans le foie, y déterminant des infiltrats à centre ramolli ; c'est la coccidiose classique des canaux biliaires ;

Une autre coccidie infecte constamment les cysticerques psiformes que l'on rencontre dans l'épiploon du lapin. Ce parasite de parasite est probablement coccidium perforans que le cysticerque rencontre dans l'intestin de son hôte. Dans le foie du lapin, en plus des lésions de la coccidiose des canaux biliaires, on trouve très fréquemment des petits nodules, comme des grains de mil, que Moniez[2] considère comme dus à l'enkystement du cysticerque mort. D'après l'étude histologique de ces lésions, nous pensons qu'elles sont dues à la coccidie qu'inocule ce cysticerque ; de même les lésions des parois des galeries que ce cysticerque creuse dans le parenchyme. Fait particulier, cette coccidiose n'intéresse plus les cellules des canaux biliaires, mais les cellules propres du foie. Il est vrai que, dans ce cas, deux facteurs sont en cause : la coccidie, le cysticerque, et il est difficile de faire la part de chacun. Pour juger nettement le rôle des coccidies, nous nous sommes adressés à des faits purement expérimentaux.

*
* *

Shattock et Ballance[3], inoculant la coccidie oviforme, n'obtinrent aucun résultat chez le lapin, chez le chien. Ils firent des injections sous-cutanées, intrapleurales, intraveineuses ; ils essayèrent d'infecter la peau de l'oreille préalablement scarifiée. F.-J. Bosc[1] a publié certains cas positifs par injection sous-cutanée, intrapleurale ; mais la réussite est très rare. Nous-même n'avons eu aucune lésion par l'injection sous la peau, dans le péritoine, dans les veines. Au bout de quelques jours, on ne peut plus retrouver à l'œil nu le lieu d'une injection sous-cutanée.

Ces échecs s'expliquent : la coccidie est, avant tout, et probablement exclusivement, un parasite des cellules épithéliales ; pour se développer, il lui faut cet habitat spécial, tout aussi bien qu'à un parasite intestinal il faut, de toute nécessité, l'habitat tout particulier de la cavité intestinale. Or, dans les tentatives sus-indiquées, le parasite est placé dans le milieu conjonctif, et il ne saurait trouver là l'élément dont il a besoin. Dans ce tissu, il s'enkyste comme un corps étranger, comme un grain de charbon. On a bien injecté avec la coccidie des cellules épithéliales, mais celles-ci ne se sont pas multipliées, elles ont disparu.

Il semblerait qu'il y ait là une grande différence d'évolution entre la coccidiose et la carcinose humaine, où l'on voit si souvent évoluer des noyaux épithéliaux secondaires dans le tissu connectif ; il n'en est rien, les conditions ne sont pas comparables. Dans la carcinose humaine, la greffe s'opère chez le sujet qui porte la lésion primitive, mais surtout ce n'est pas une partie de la tumeur écrasée, à vitalité brusquement et profondément modifiée, qui évolue, c'est un bourgeon qui se détache lentement de la végétation néoplasique, comme une graine qui a pu mûrir. Il est certain que les cellules épithéliales cancéreuses ont un grand pouvoir d'évolution, mais, par exemple, que l'épithélium mammaire cancéreux humain ne puisse évoluer dans le tissu conjonctif du chien, ce n'est pas là quelque chose de surprenant, et c'est cependant là un phénomène maintes fois recherché. En supposant qu'il y ait là un parasite épithélial, celui-ci ne saurait évoluer ; tout comme pour la coccidiose, l'aliment dont il a besoin, la cellule épithéliale, ne pouvant elle-même se développer.

Pour la même raison de nécessité évolutive épithéliale, les cultures de parasites épithéliaux ne peuvent réussir. Sur le sable humide, on peut bien observer certaines modifications des coccidies, mais, dans ces conditions, ou dans un bouillon, ces parasites ne peuvent cultiver, se multiplier ; toujours il manque l'habitat indispensable : la cellule épithéliale ; d'où le principe des expériences suivantes :

Partant de la coccidie du foie ou de celle du cysticerque, on fait un liquide aqueux coccidien aseptique ; ce liquide demeurant actif plusieurs jours, on peut éliminer l'action vitale des cellules hépatiques ou des cellules du cysticerque. On en injecte un demi-centimètre cube dans l'uretère d'un lapin, vers le bassinet ; une ligature évite le rejet de l'injection. Le rein gauche, facile à palper,

---

1. Travail du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris.
2. Moniez. — Travaux de l'Institut zoologique de Lille, T. III, fasc. 1.
3. Shattock et Ballance. — « Inoculation experiments with psorospermia ». *Trans. Pathol. Society London*, 1890-1891.

1. F.-J. Bosc. — « Le cancer, maladie infectieuse et sporozoaire ». Paris, 1898 (Carré et Naud).

ayant été inoculé vers le cinquième ou sixième jour, on constate qu'il prend un volume supérieur à celui qui résulte de la simple ligature de l'uretère. L'organe est alors trouvé très congestionné, très œdématié ; puis les lésions prennent une allure plus chronique, et nous les avons toujours trouvées très spéciales et très manifestes du vingt-cinquième au trentième jour. Il a fallu mettre les coccidies sur l'épithélium pavimenteux stratifié de l'uretère, du bassinet, sur l'épithélium cylindrique des tubes urinifères, pour les voir manifester leur évolution, et cela d'une façon très intense.

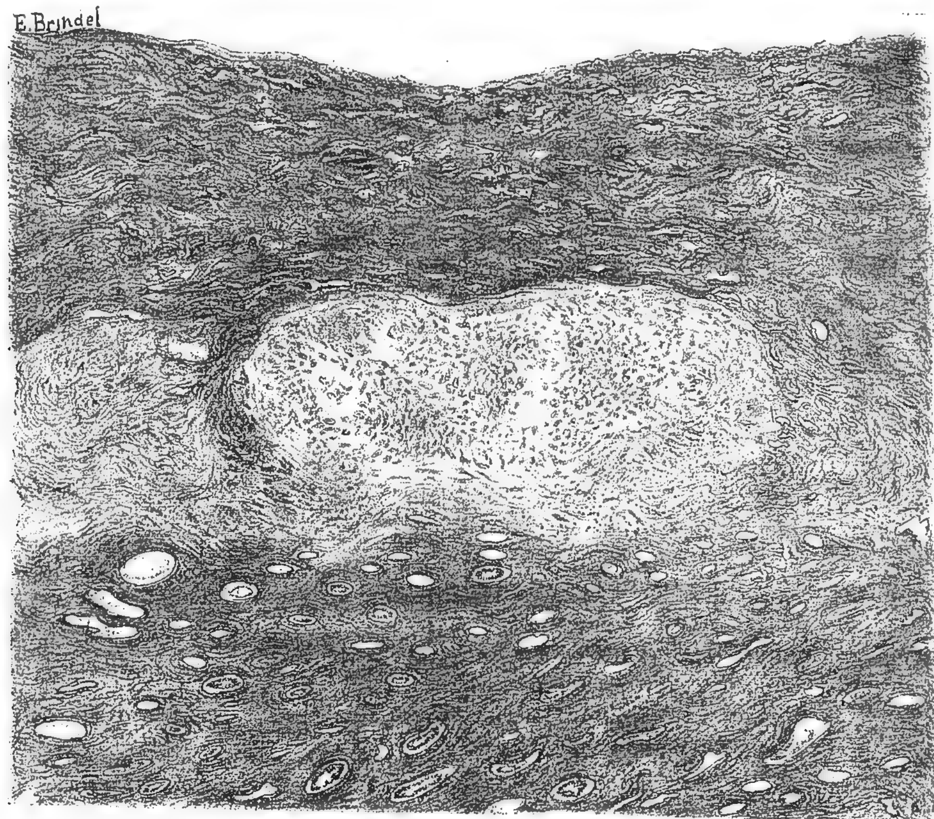


Figure 1.
Amas de cellules épithéliales dans la substance pyramidale du rein.

Le rein ouvert, on voit s'écouler du liquide clair et une substance pâteuse constituée par des débris de cellules épithéliales mêlés à des formes coccidiennes. L'organe lavé doucement, on voit que les lésions prédominent au niveau des papilles ; il y a là une infiltration blanchâtre s'insinuant à l'intérieur du rein, ulcérée ou parfois végétante à sa face libre. On observe quelquefois des noyaux à distance dans la substance corticale ; dans certaines formes lentes, ces lésions étaient pigmentées comme à l'encre de Chine.

Les lésions histologiques sont de deux sortes se rapportant à l'altération, soit de l'épithélium du tube urinifère, soit de celui du bassinet; ces deux variétés coexistent d'ailleurs dans la même préparation.

Les altérations du tube urinifère sont les plus nettes; la pyramide est parsemée de gros amas de cellules épithéliales (fig. 1).

Ces cellules sont très atypiques ; par trois ou quatre, elles sont rangées sur des travées conjonctives ; la plupart sont énormes, polyédriques, à noyau excentrique, quelquefois en karyokinèse ; assez souvent elles contiennent du pigment. Elles sont enfermées dans des logettes conjonctives, mais leur systématisation en infiltrat dans ce tissu connectif indique bien qu'il y a là plus qu'une simple prolifération des tubes épithéliaux du rein.

La formation de végétations épithéliales saillantes dans le bassinet indique aussi que ces cellules ont évolué bien au-delà de leurs limites normales. Dans certaines pièces, on reconnaît nettement la morphologie des coccidies (fig. 2).

Les cellules épithéliales sont alors très altérées ; ce n'est que par places, à la périphérie des lésions, qu'on les reconnaît nettement avec leur noyau. Quand les cellules épithéliales sont bien vivantes, les formes coccidiennes sont exceptionnelles ; d'où cette conclusion qu'elles peuvent être en cause là où rien de précis ne révèle leur présence.

Dans les lésions se développant aux dépens de l'épithélium pavimenteux, le tissu conjonctif est très développé, très dense ; il limite de petites lacunes où se trouvent quelques cellules épithéliales ; elles sont libres, allongées, tassées les unes contre les autres, à protoplasma clair.

L'injection de poudre de lycopode dans l'uretère cause des petites hémorragies au niveau du bassinet ; l'épithélium desquamme et certains grains s'enkystent dans le tissu conjonctif de la papille qui se sclérose. Mais ces lésions sont très minimes et uniquement conjonctives.

On a fait à nos résultats une objection capitale. Les cellules considérées comme épithéliales ne sont peut-être qu'épithélioïdes et conjonctives. Contre cette hypothèse nous invoquerons la nature toujours épithéliale des cellules où vit la coccidie ; quand on la rencontre dans le tissu conjonctif, elle y est venue avec une cellule épithéliale qui y est morte et fourvoyée, elle est là enkystée par un tissu conjonctif non modifié. D'ailleurs, l'absence de lésions est la règle quand on l'injecte dans ce tissu conjonctif.

D'autre part la morphologie de ces cellules, leur disposition en trabécules, indiquent une nature épithéliale.

Nous reconnaissons que les figures de transition entre l'épithélium sain des tubes urinifères et ces cellules, pour exister, n'en sont pas moins très rares. Pour établir par un fait histologique cette origine épithéliale, il faut s'adresser aux lésions des organes génitaux mâles.

L'injection poussée dans le canal déférent vers le testicule, on voit, en quelques jours, cet organe devenir dur, gros. Les lésions intéressent à la fois ou distinctement l'épididyme et le corps testiculaire ; elles sont nettes vers le trentième jour. Elles sont du même type que celle du rein. L'épithélium épididymaire n'est plus cylindrique, à une seule couche reposant sur un chorion bien distinct. Les cellules épithéliales, sur plusieurs assises, sont très atypiques ; si au centre du tube elles sont en dégénérescence, à la phériphérie elles sont très vivaces et s'infiltrent dans le tissu conjonctif.

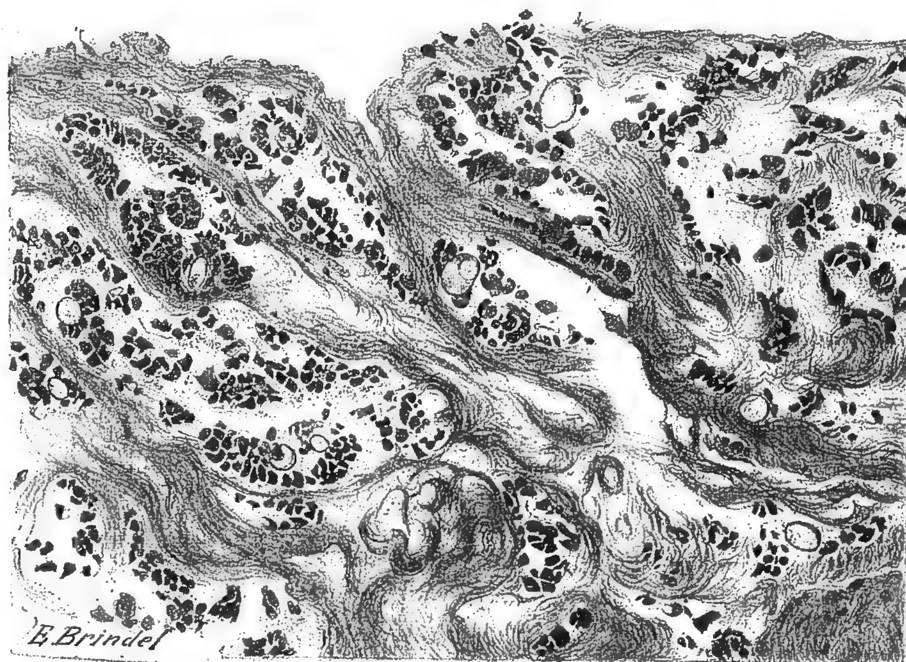


Figure 2.
Coccidies au milieu de cellules épithéliales pigmentées, dégénérées. Tubes urinifères.

Ici l'origine épithéliale de ces grosses cellules infiltrées est indiscutable. Dans le

même tube épididymaire on voit (fig. 3 et 4) par places l'épithélium normal reposer sur

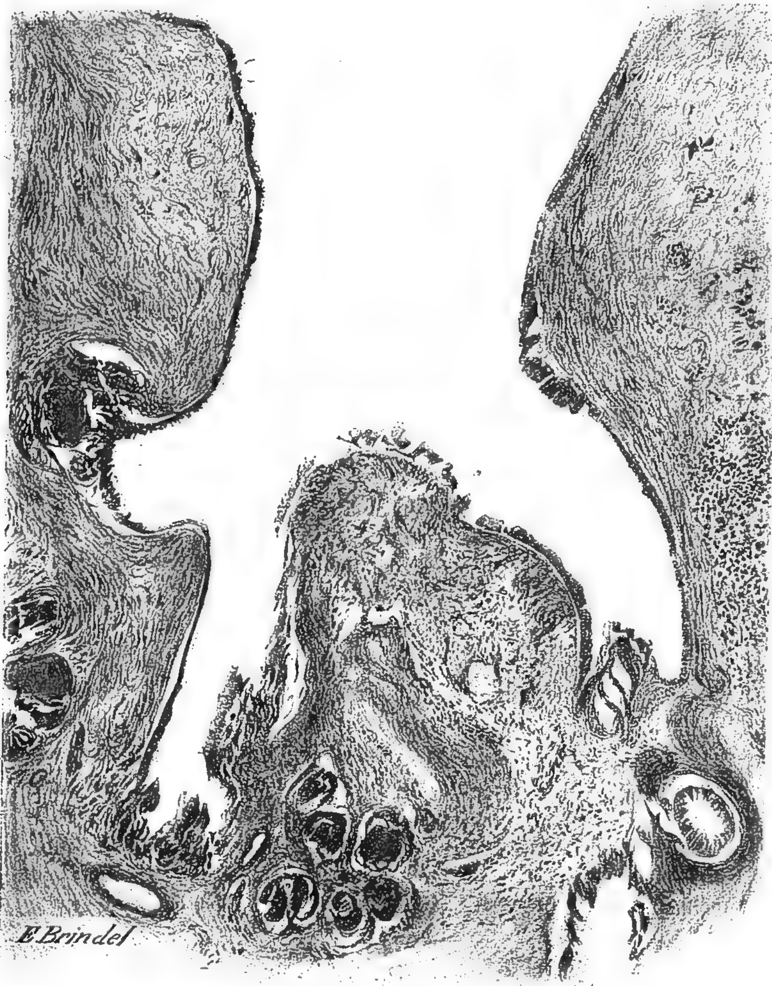


Figure 3.
Epithélium d'un tube épididymaire très dilaté, pénétrant en bourgeons et noyaux dans le tissu conjonctif. En bas, à droite, tube épididymaire à peu près sain.

le tissu ambiant et en d'autres places, pénétrer en noyaux dans le tissu connectif. C'est toujours le même type d'une infiltration épithéliale diffuse très atypique.

Contrairement aux lésions rénales ces lésions testiculaires manquent parfois (1 fois sur 3). Le succès est plus fréquent en partant du contenu d'un rein injecté trente jours au-paravant.

Dans toutes ces expériences qui n'ont pas dépassé cinquante jours on n'a observé qu'un amaigrissement assez notable de l'animal ; nous n'avons pas observé de généralisation. Ce ne sont pas là cependant des lésions sans importance pathologique ; tout l'organe inoculé peut finir par s'infecter ; nous avons vu un testicule complètement détruit par ce processus, jusque et y compris l'albuginée. Les cellules épithéliales arrivaient jusque vers les adhérences péritonéales.



Figure 4.
Les cellules épithéliales du tube épididymaire pénétrant le tissu conjonctif. En haut, une coccidie dans l'épithélium.

Les résultats ont été moins nets sur les autres épithéliums aseptiques du lapin. L'inclusion de coccidies dans le dôme vésical fait apparaître sur le péritoine des petites végétations très vasculaires : au microscope on y reconnait dans des mailles conjonctives des cellules d'allure épithéliale.

L'infection de la peau, essayée dans des phlyctènes faites à l'eau bouillante, n'a pas réussi.

La vésicule séminale du cobaye, son utérus et celui du rat sont des habitats possibles pour la coccidie, mais le développement de l'épithélium y est minime. De même les organes génitaux mâles, la vessie du chien. Une coccidie n'est donc pas aux mêmes stades de son évolution parasite exclusif d'une espèce animale ; or, cela peut importer pour étudier l'inoculabilité des néoplasmes humains.

* * *

En résumé, nous pensons qu'il y a une grande analogie entre la coccidiose et la carcinose, mais nous ne voulons pas avec deux coccidies expérimentées, et cela seulement sur quelques animaux, juger définitivement le degré de cette analogie. Pour nous l'importance de ces faits expérimentaux est dans la démonstration de cette règle, que : *pour cultiver un parasite épithélial il faut le déposer sur un épithélium.*

Nous adressons maintenant nos remercîments à M. le professeur Chantemesse, à M. Lamy, médecin des Hôpitaux : c'est à leur bienveillance que nous devons les moyens de cette étude.

LES ANTIVACCINATEURS

Par **Marcel LABBÉ**
Chef de laboratoire de la Faculté.

Aujourd'hui, la variole, cette terreur de nos aïeux, a beaucoup diminué dans les nations européennes.

Ce résultat est évidemment dû — toutes les statistiques en font foi — à l'usage et à l'obligation légale de la vaccine.

L'Allemagne a rendu la vaccination et la revaccination obligatoires et a veillé à l'observation rigoureuse de la loi ; résultat : en 1895, 27 morts par variole sur une population de 42 millions d'habitants.

La France a suivi cet exemple, un peu mollement, selon son caractère ; dans l'armée, où l'application de la loi était plus facile et plus sévère, les décès sont tombés de 74 en 1880 à 4 en 1893, et, aujourd'hui, les médecins militaires disent qu'on ne voit plus de varioleux dans leurs hôpitaux.

On peut espérer la même diminution de décès dans la population civile de la France et des colonies françaises, grâce aux efforts de la commission de la vaccine et de son inlassable président, M. Hervieux, quand la nouvelle loi sanitaire promulguée du 15 Février 1902, qui rend obligatoire la vaccination et la revaccination, aura donné ses effets.

* * *

Au contraire, dans le pays natal de la vaccine, en Angleterre, il s'est formé contre l'emploi des inoculations jennériennes une opposition qui a exercé une pression si forte sur les pouvoirs publics que la vaccination, autrefois obligatoire, a été laissée libre dans ce pays.

Les arguments des antivaccinateurs ne sont pas nouveaux ; ils ont été développés à plusieurs reprises au cours du XIX[e] siècle. On perdrait son temps à les discuter sérieusement ; les statistiques les réfutent d'ailleurs si complètement qu'à ceux qui résistent à l'évidence on ne peut plus opposer que la plaisanterie.

C'est l'arme qu'employait Alphonse Karr, et nous la lui empruntons en remettant sous les yeux du lecteur de 1902 quelques lignes d'un article écrit en 1855 par le spirituel ironiste à propos du livre de son ami le D[r] Verdé Delisle sur la *Dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine déterminée par la vaccine.*

Si la génération présente est frappée en naissant d'impuissance et de vieillesse, si la taille des soldats diminue, si le nombre des aliénés et des suicidés croît de jour en jour, si le nombre des fièvres typhoïdes, qui ne sont que des « varioles internes mésentériques », si celui des tuberculoses, qui ne sont plus repoussées au dehors par la variole augmente d'une façon effrayante... c'est la faute à la vaccine, selon Verdé Delisle.

Pour lui, il y a, de par le monde, deux ca-

tégories d'individus : les uns, très supérieurs, se reconnaissent à leur face d'écumoire, ce sont les grêlés ; les autres, dégénérés et imbéciles, parce qu'ils n'ont pas pu être purgés par la bienfaisante variole, ne portent pas sur leur visage les glorieuses traces de cette maladie, ce sont les vaccinés.

Dans tous les méfaits qu'il reproche à la vaccine, le farouche vaccinophobe a cependant oublié de lui attribuer l'augmentation des crimes. « Il est fâcheux, dit Karr, que l'on n'ait pas jusqu'ici constaté le nombre de vaccinés et de grêlés qui paraissent devant les cours d'assises. Une seule fois cette constatation a été faite, et elle a justifié la théorie de M. Verdé-Delisle. C'est lors de la célèbre affaire de Jean Hiroux. Il se trouvait là un vacciné et un grêlé. Eh bien, le grêlé était la victime et le vacciné était l'assassin. Bien plus, on se rappelle que Jean Hiroux, auquel on demanda la cause de son forfait, répondit imprudemment : « Pourquoi qu'il était grêlé ? »

« Est-il possible de mieux dissimuler la haine des natures basses et abjectes contre toutes les supériorités?..... La vaccine, d'ailleurs, n'est pas autre chose qu'une des formes de la guerre implacable que font, depuis le commencement du monde, la médiocrité au génie, les petits aux grands, les faibles aux forts... De même que les femmes mal faites ont inventé le corset, au moyen duquel elles réforment leurs torses et déforment celui des belles femmes; de même que les femmes qui ont de gros pieds ont imaginé les robes trop longues pour cacher à la fois leurs gros pieds et les pieds étroits des autres; de même, selon M. Verdé-Delisle, les laids, les grêlés, les petits, les rachitiques, les fourbus, les chauves, les myopes, les imbéciles, les sots, les envieux, ont dit :

« Vaccinons-nous tous ! — cela ne nous fera ni bien ni mal, à nous autres : la chose est faite ; — mais cela rendra laids, grêles, petits, etc., les beaux, les musculeux, les grands, les forts, les robustes, les chevelus, les clairvoyants, les hommes de génie, les hommes d'esprit, les hommes de talent. Et alors ils ne vaudront pas mieux que nous.

« Défions-nous des grêlés ; Louis XIV, le grand roi, était grêlé ; la charmante Lavallière était grêlée (c'est Bussy-Rabutin qui le dit); Mirabeau était grêlé ; voyez aussi comme il parle en homme mal élevé à ce pauvre M. de Dreux-Brézé. Ayons des rois vaccinés, des beautés vaccinées, des députés vaccinés. Mettons hors des écoles, hors des places, hors de l'armée, hors de tout, et surtout hors la loi, tous ceux qui auraient la prétention de ne pas être vaccinés. Soyez sûrs que ce sont des ambitieux qui aspirent à être grêlés; et, une fois grêlés, ils sont capables de tout, tandis que vaccinés, ils seront comme nous, ils ne seront plus capables de rien. »

« Ainsi dirent les petits, les rachitiques, les laids, les myopes et les sots. Et comme ils étaient en grand nombre, — je ne veux pas dire en quelle proportion, — ils exécutèrent ce qu'ils avaient décidé. Et alors, dit M. Verdé-Delisle, est arrivée la dégénérescence physique et morale... » « Mais il faut résumer et finir... Le lièvre levé par M. Verdé-Delisle doit être chassé, c'est un gros lièvre. Allons savants, vite en campagne... »

Pour peu qu'on admette un moment cette théorie, on est effrayé du peu d'hommes grêlés que l'on connaît. Et Alphonse Karr s'interrogeant ne voit guère de grêlés que Saintine dans la littérature, Dantan et Giraud parmi les artistes. Mais Gavarni, qui a tant d'esprit et de philosophie, il lui semble bien qu'il ne l'est pas; les Johannot non plus. « Et Vernet, et Gudin, et Schœffer, et Delacroix, et Ingres, s'ils ne sont pas grêlés, qui le sera? Et cependant ils me semble bien qu'ils ont été vaccinés. Parmi les musiciens, de quel droit M. Caraffa est-il grêlé quand Rossini ne l'est pas? Il y en a sur lesquels je ne puis me tromper, Hugo, Lamartine, Mme Sand, Mme de Girardin ne sont pas grêlés, et j'ai peine à m'en affliger. Heureusement, je crois que M. Sainte-Beuve a évité la flétrissure de la vaccine, et que M. Veuillot est grêlé, couturé et brodé.

« Mais Alexandre Dumas, J. Janin, Théophile Gautier, et cent autres, ne sont pas grêlés. Par exemple, mon vieux camarade, Verdé-Delisles, tu l'es parfaitement!

« Décidez bien vite, Messieurs de la science, faut-il envier les grêlés? faut-il se plaindre des traces de la petite vérole? Jugez vite et bien. Le vaccin est-il un bienfait venant de Dieu, qui nous préserve du fléau de la variole inventée par le diable? ou la variole est-elle le bienfait, et le vaccin le fléau? — Cela vaut la peine qu'on s'en occupe. »

***

Eh bien, oui! toutes les nations s'en occupent; seulement elles ne concluent pas dans le même sens. L'Angleterre paraît préférer aujourd'hui la variolisation à la vaccine, espérant peut-être que l'accroissement du nombre des grêlés lui fournira de vaillants guerriers dont elle fait une grande consommation.

MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINS ET HYGIÈNE SCOLAIRE

Les méthodes d'éducation, les programmes d'enseignement actuellement suivis en France ne sont pas complètement aptes à développer chez les enfants les qualités nécessaires aux citoyens d'un grand pays.

Les programmes d'enseignement ont pour principal objet d'instruire des bacheliers, de préparer des fonctionnaires, tandis qu'ils devraient avoir pour but unique de former des hommes.

Les connaissances acquises pour le baccalauréat, quelles qu'elles soient, ne sauraient être dans la vie d'une grande utilité ; ce qu'il importe de faire naître chez un enfant, c'est la volonté, l'esprit d'initiative, le jugement et le goût ; ce qu'il importe d'assurer, c'est le développement harmonieux de l'esprit et du corps.

***

Une centaine de médecins ont pensé qu'il était temps d'éclairer l'opinion publique et de réagir vigoureusement contre les errements du passé. Ils ont décidé la fondation d'une association de propagande et d'étude à laquelle ils ont donné le nom de *Ligue des médecins et des familles pour l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles.*

Les principes dont elle s'inspirera et ses moyens d'action ont été formulés de la façon suivante dans une réunion préparatoire à laquelle avaient été convoqués tous les adhérents de Paris :

I. La Ligue des médecins et des familles considère comme un danger public le mépris des préceptes de l'hygiène et l'oubli des nécessités du développement physique dans l'éducation des enfants et des jeunes gens.

II. Elle a pour but l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles.

III. Elle considère comme fondamentaux les principes suivants :

1° Il est indispensable de donner à la vie au grand air et aux exercices physiques, *sagement mesurés*, toute l'importance que réclame l'hygiène d'enfants et de jeunes gens en voie de développement;

2° Il est indispensable que les programmes des études et des examens de sortie ne soient pas trop chargés et empêchent l'éparpillement des efforts intellectuels ;

3° Les méthodes d'enseignement doivent se proposer beaucoup plus d'exercer la réflexion et le jugement que de surcharger la mémoire ;

4° Il doit être tenu compte, dans la mesure du possible, de l'individualité physique et cérébrale des élèves, et, pour cela, il importe de limiter leur nombre dans chaque classe;

5° Il est désirable que des médecins et des pères de familles désignés par le Comité directeur de la Ligue soient délégués à titre consultatif près du Conseil supérieur de l'instruction publique lors de la discussion des programmes et des méthodes d'enseignement ;

6° Il y aurait lieu d'instituer près de chaque établissement scolaire un Comité chargé de la surveillance générale de l'hygiène; le Comité serait formé du directeur, de professeurs, de médecins et de pères de famille ayant leurs enfants dans l'établissement.

IV. La Ligue des médecins et des familles se propose de faire une campagne active pour la vulgarisation et l'application des principes précédents.

V. Les moyens d'action de la Société seront :

1° La propagande faite par chacun de ses membres individuellement;

2° La propagande collective par des publications ou des conférences faites par les soins de la Ligue;

3° La création de Comités en province;

4° Des démarches auprès des pouvoirs publics et des corps élus faites par les soins du Comité.

Dès maintenant la Ligue reçoit également les adhésions des médecins et des non-médecins.

Le Comité central de la Ligue aura son siège à Paris ; mais il est désirable que des Comités soient constitués en province pour y organiser la propagande par les moyens appropriés à chaque centre.

Le bureau-directeur a été provisoirement constitué de la façon suivante :

Président : M. P. Le Gendre.

Secrétaire général : M. Albert Mathieu, 37, rue des Mathurins.

Trésorier : M. André Thomas, 61, rue de la Chaussée-d'Antin.

Les conditions d'admission sont les suivantes :

Article 5 des statuts :

La Ligue se compose, en nombre illimité et sans distinction de sexe, sous la seule condition qu'ils aient atteint leur majorité et qu'ils jouissent de leurs droits civils :

1° De membres actifs payant une cotisation annuelle minima de 2 francs.

2° De membre fondateurs dont la cotisation annuelle minima est de 10 francs ;

3° De membres perpétuels effectuant un versement unique qui ne peut être inférieur à 100 francs.

Dès maintenant les adhésions peuvent être envoyées au Secrétaire général et les cotisations versées au Trésorier.

Nous ne saurions trop engager nos confrères à adhérer à cette nouvelle Ligue, à lui envoyer le résultat de leurs observations, à lui soumettre leurs idées sur les modifications à apporter à l'hygiène scolaire. Comme le dit le Comité de la Ligue : « Il faut que tous les hommes de bonne volonté se mettent à la besogne; le but à atteindre est digne de leurs efforts; l'avenir de la race française est en jeu. »

P. Desfosses.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

23 Avril 1902.

Analyse de calculs intestinaux. — ***M. Patein***, en son nom et en celui de M. R. Brouant, communique l'analyse chimique de calculs intestinaux rendus par une malade du service de M. Tapret. Ces calculs, ainsi que des fragments solides ayant séjourné dans le rectum d'une autre malade, étaient caractérisés par la présence d'une forte proportion de soufre et de magnésie. Cette malade avait pris de nombreux cachets purgatifs à base de soufre et de magnésie.

Il est probable que l'association de ces deux corps favorise la formation d'agglomérations solides dans l'intestin; il convient de ne pas administrer de tels mélanges sous la forme de cachets.

Recherches sur la tension artério-capillaire. — ***M. Bouloumier.*** J'ai complété mes recherches faites sur cette question pendant la dernière saison de Vittel.

La pratique des appareils destinés à ces recherches m'a permis de perfectionner ma technique; c'est ainsi que la position du membre sur lequel on applique les appareils a la plus grande importance; si le membre a une attitude déclive, la tension sera trop forte; si le membre est très relevé, la tension sera trop basse.

Pour éviter toute erreur il faut contrôler la recherche de la tension capillaire par la recherche de la tension artérielle (appareils de Potain, etc.).

(*A suivre.*) M. Bize.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

23 Avril 1902.

Sur l'occlusion intestinale par coudure exagérée de l'angle colique gauche. — ***M. Legueu*** a observé un fait qui, s'il est un peu différent de celui que M. Terrier a rapporté dans la dernière séance, n'en concourt pas moins avec lui pour montrer que le coude colique gauche constitue un passage périlleux qui, dans certaines conditions anatomo-physiologiques, peut donner lieu à des accidents d'obstruction graves.

Dans le cas de M. Legueu, il s'agit d'une femme qui, opérée pour un kyste de l'ovaire, présenta, au troisième jour après l'opération, des symptômes d'occlusion intestinale graves. Une nouvelle laparotomie montra que l'occlusion devait siéger au niveau de l'angle colique gauche : le côlon descendant était, en effet, complètement affaissé, et le côlon transverse, au contraire, fortement distendu. Au cours des manipulations faites dans le but de déterminer la nature et le siège exacts de l'obstacle, M. Legueu vit soudain les gaz passer d'un segment de l'intestin dans l'autre. Il pensa qu'il venait de détruire quelque bride péritonéale cause de l'occlusion et, croyant l'obstacle définitivement levé, referma le ventre. Effectivement, dans la soirée même, la malade avait une débâcle abondante, ce qui ne l'empêchait pas de succomber dans la nuit, sans doute parce que l'opération avait été trop tardive.

L'autopsie montra qu'au devant de l'angle colique gauche passait une bride péritonéale d'origine non inflammatoire, mais très probablement congénitale, dépendant du ligament colique dont elle constituait un prolongement. Cette bride, assez lâche à l'état de distension moyenne du côlon transverse, se tendait fortement lorsqu'on exerçait une certaine traction sur ce segment d'intestin; il en résultait une constriction très marquée de l'angle colique gauche.

Comment expliquer alors, en présence de cette anomalie congénitale, que les accidents n'aient éclaté qu'à l'occasion d'une opération? Pour M. Legueu l'explication se trouve uniquement dans le fait de la suppression d'une volumineuse tumeur abdominale, suppression qui aurait occasionné la ptose du côlon transverse et la tension de la bride précolique.

M. Reynier a observé assez fréquemment des sujets se plaignant d'un point douloureux au niveau des fausses côtes gauches, point qui n'était ni de nature pleurétique ni dû à une névralgie intercostale, qui survenait d'ailleurs plus particulièrement à la suite des repas, chez des dilatés et des constipés, et que M. Reynier ne s'explique que par une exagération de l'angle colique gauche consécutive à une ptose du côlon transverse.

Les lymphatiques de la langue. Un nouveau procédé opératoire pour l'extirpation complète du cancer de cet organe. — ***M. Poirier*** communique à la Société le résultat de ses recherches sur la distribution des lymphatiques de la langue et sur les conclusions qu'il a cru pouvoir en tirer pour le traitement opératoire du cancer de cet organe.

Jusqu'à ces dernières années on admettait, avec les classiques, que les lymphatiques de la langue se rendaient, ceux de la pointe au ganglion sous-mental (Poirier), ceux des parties latérales aux ganglions sous-maxillaires, enfin ceux de la portion postérieure de la langue aux ganglions appliqués contre la veine jugulaire, au niveau de la bifurcation carotidienne. Or, de recherches plus récentes, poursuivies à l'aide du procédé de Gérota (injection de bleu de Prusse), il résulte que quelques lymphatiques, partis de la pointe et des régions latérales de la langue, vont se jeter, en passant en arrière de la glande sous-maxillaire, du muscle digastrique et de l'os hyoïde, dans les ganglions situés très bas, au point où l'omo-hyoïdien croise la jugulaire interne, et parfois même, d'après Küttne, jusqu'à un ganglion sus-claviculaire. Ces lymphatiques profonds présentent, en outre, assez souvent, au voisinage de l'os hyoïde, des renflements ganglionnaires nettement caractérisés. M. Poirier ajoute enfin, pour en terminer avec cette partie anatomique de sa communication, que toutes les fois qu'au cours d'une injection, on pique un point quelconque de la muqueuse linguale, on est sûr de pousser l'injection dans tous les lymphatiques de l'organe, ce qui concorde avec ce fait clinique, constamment observé par M. Poirier, que tout cancer, même à ses débuts et limité à un côté de la langue, s'accompagne de la dégénérescence bilatérale des groupes ganglionnaires signalés plus haut.

Ces constatations ont amené M. Poirier à imaginer pour le traitement du cancer de la langue un procédé opératoire qui consiste non seulement à enlever très largement l'organe et les tissus voisins envahis par le néoplasme, mais encore et d'abord à rechercher et à extirper systématiquement des deux côtés tous les ganglions qui présentent les signes ou courent les risques d'une dégénérescence secondaire.

Ce procédé comprend donc deux temps qui se succèdent dans la même séance : 1° mise à nu successive, par une incision très large, de chacune des régions latérales du cou, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au creux sus-claviculaire; recherche et extirpation des ganglions malades ou susceptibles de le devenir; ligature des artères linguale, faciale et, parfois, de la carotide externe; enfin suture avec large drainage; — 2° ablation de la langue par la bouche suivant le procédé de Whitehead, procédé qui, par la section des piliers d'abord, des génio-glosses ensuite, permet d'attirer progressivement et facilement la langue en dehors et de manœuvrer les ciseaux jusqu'à la face antérieure de l'épiglotte, c'est-à-dire de pousser l'extirpation aussi loin que possible.

Des quatre malades chez lesquels M. Poirier a appliqué son procédé, deux avaient été considérés comme inopérables par plusieurs chirurgiens. Or, jusqu'ici, pas un seul d'entre eux n'a présenté trace de récidive, et le cas le plus ancien remonte déjà à un an.

Antérieurement à cette série, M. Poirier avait opéré un autre malade par la voie sus-hyoïdienne. Cet homme mourut pour ainsi dire subitement dix-huit heures après l'intervention; c'était un diabétique, profondément cachectisé, qui avait voulu se faire opérer à toute force, mais dont la mort subite n'en reste pas moins difficile à expliquer.

M. Routier, dans les cas de cancer de la langue qu'il a opérés, a toujours fait l'extirpation préalable des ganglions du cou, puis enlevé la langue par la bouche. Il avoue d'ailleurs que ces grands délabrements, dont il est de moins en moins partisan, sont loin d'offrir une garantie certaine contre la récidive qui survient parfois très rapidement.

M. Terrier déclare qu'après avoir été au début de sa carrière, comme tous les jeunes chirurgiens, très enthousiaste de l'extirpation large du cancer de la langue, il est devenu presque abstentionniste à l'heure actuelle. Du moins n'enlève-t-il plus que les cancers peu avancés et bien limités, et il se contente, dans ce cas, de faire une résection partielle de la langue sans se livrer préalablement à la recherche minutieuse des ganglions.

La recherche et l'extirpation systématiques des ganglions semble sans doute justifiées théoriquement : en pratique elles n'ont pas amélioré les statistiques de M. Terrier, qu'il s'agisse du cancer de la langue, du sein ou de l'utérus. Il a donc renoncé aux grands délabrements nécessités par cette recherche des ganglions, délabrements qui, s'ils n'offrent aucun avantage réel, font, par contre, courir de grands risques d'infection aux opérés.

M. Reclus cite des exemples qui prouvent que, dans le cancer de la langue, la dégénérescence ganglionnaire n'obéit pas à la loi fatale qu'a formulée M. Poirier. Il est de ces cancers dont la malignité est très atténuée, qui ne récidivent pas après ablation, ou qui peuvent récidiver plusieurs fois sur place, à de longs intervalles, sans que jamais les ganglions se montrent envahis. D'autre part, cette dégénérescence ganglionnaire est souvent unilatérale et même monoganglionnaire, en sorte que M. Reclus ne voit pas la raison d'une extirpation préventive systématique bilatérale des ganglions, telle que le préconise M. Poirier : il ne faut enlever, au cours de l'opération, que les seuls ganglions malades.

M. Delbet cite également un fait de cancer de la langue, qui, après une simple destruction au thermocautère, est resté plus de dix ans sans récidive. L'opération, faite cette fois très largement, fut, par contre, suivie d'une récidive des plus rapides dans la cicatrice, récidive qui enleva la malade. Cependant, de ce qu'il existe des cancers de la langue dont l'évolution se fait très lentement, il ne s'ensuit pas, pour M. Delbet, qu'il ne faille pas les opérer très largement.

Il n'existe pas, en effet, de moyen clinique qui permette de différencier ces cancers des cancers très malins, et, du moment qu'on s'est décidé à opérer, il faut faire cette opération aussi radicale que possible. Aussi le procédé de M. Poirier apparaît-il comme très séduisant. M. Delbet redoute néanmoins ces grands délabrements qu'il considère comme des plus dangereux; il a vu à leur suite, dans le service de son maître Trélat, plusieurs cas de mort subite analogues à celui qu'a rapporté tout à l'heure M. Poirier. M. Delbet croit pouvoir expliquer ces faits par des sycopes cardiaques ayant pour cause l'irritation du nerf laryngé supérieur. Aussi s'abstient-il toujours d'opérer quand il prévoit que son intervention devra porter sur la zone de la langue innervée par ce nerf.

M. Walther n'opère que les cancers de la langue qui se présentent comme bien limités. Il emploie toujours la voie sus-hyoïdienne et fait une ablation très étendue des tissus suivie d'un curage soigné des zones ganglionnaires. Il n'a jamais observé les accidents foudroyants signalés par Delbet, accidents qui semblent dus à une infection suraiguë et qui peuvent être prévenus par un drainage très large de la plaie opératoire.

Quant à la dégénérescence ganglionnaire dans le cancer de la langue, M. Walther a toujours vu la récidive ganglionnaire se faire uniquement du côté de la lésion primitive ; il n'a jamais observé, dans le cas de tumeur unilatérale, cette dégénérescence bilatérale que M. Poirier considère comme fatale.

M. Poirier, la discussion étant terminée, déclare ne pouvoir laisser passer sans protester l'opinion, au moins exagéré, de M. Terrier, affirmant que la recherche et l'ablation préventive des ganglions tributaires d'un organe envahi par un néoplasme ne procurent pas plus de garantie contre la récidive que lorsqu'on ne les fait pas. C'est nier tous les progrès de la chirurgie contemporaine du cancer, progrès affirmés cependant par des statistiques indiscutables et universellement admis.

On parle des délabrements nécessités par cette recherche et cette ablation des ganglions; M. Poirier ne voit là qu'une dissection simple, quoique large, qu'il est toujours possible de mener régulièrement et proprement. Les cas de mort subite rapportés par M. Delbet ne sont, comme l'a dit M. Walther, que le résultat d'une septicémie post-opératoire suraiguë; ils ne doivent donc plus être qu'une exception à notre époque. En fait, M. Morestin a publié au dernier Congrès international de médecine une statistique personnelle de plus de 20 cas sans aucune mort.

L'opinion de M. Poirier sur l'opportunité de l'intervention large, très large, dans le cancer de la langue, reste donc nébranlée.

Complication rare d'une otite moyenne suppurée. — ***M. Toubert*** présente un malade qui, à la suite d'une otite moyenne suppurée fit un petit abcès localisé au niveau du bord postérieur de l'apophyse mastoïde. L'ouverture de cet abcès découvrit un foyer d'ostéite à ce niveau, foyer qui ne communiquait pas avec l'antre, mais avec un second foyer plus profondément situé. Drainage, guérison. M. Broca avait déjà attiré l'attention de la Société sur cette complica-

tion rare de l'otite moyenne dans une communication faite il y a quelques mois.

Fracture du 3e métatarsien des 2 pieds due à la marche forcée du type dit « fracture des marcheurs ». — *M. Toubert* présente un zouave qui était venu le consulter pour une douleur siégeant dans les 2 pieds et survenue à la suite d'une marche prolongée. Au niveau de la partie moyenne du 3e métatarsien des 2 pieds, on sentait un épaississement douloureux à la pression. M. Toubert porta le diagnostic de cal douloureux consécutif à une fracture du métatarsien produite par la marche. Ce diagnostic fut confirmé par la radiographie.

Arthrite chronique du genou à staphylocoques. — *M. Walther* présente un jeune garçon de seize ans et demi qui lui fut envoyé avec le diagnostic de tumeur blanche du genou. Le début de l'affection remontait à quatre ans; depuis quelques mois la marche était devenue complètement impossible. Bien que le diagnostic de tumeur blanche eût été confirmé par plusieurs chirurgiens, M. Walther, s'appuyant sur les résultats d'un examen attentif, pensa qu'il s'agissait d'une simple arthrite chronique. L'arthrotomie, pratiquée quelque temps après, lui donna raison. L'articulation contenait un liquide louche tenant en suspension des flocons et des caillots. La synoviale présentait des plaques épaissies formées par des franges synoviales hypertrophiées. L'examen microscopique, les cultures, les inoculations des différents produits obtenus par le curage montrèrent qu'il s'agissait d'une infection par le staphylocoque doré pur. Le malade a parfaitement guéri après avoir cependant présenté autour du genou une éruption furonculeuse caractéristique.

Pince porte-aiguille. — *M. Chauvel* présente au nom de *M. Isambert*, médecin de l'armée, une pince porte-aiguille de son invention.

Calcul du cholédoque, cholédocotomie sans suture, guérison. — *M. Picqué* présente le calcul extrait. L'obstruction datait de huit mois.

J. Dumont.

ANALYSES

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

A. Poulain. ***Etude de la graisse dans le ganglion lymphatique normal et pathologique*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Dans une thèse très travaillée et très scientifiquement conduite, A. Poulain rappelle d'abord la structure générale des ganglions, expose ensuite la technique qu'il a employée pour mettre en évidence histologiquement la graisse dans ces appareils, et entre dans l'intéressant exposé de ses recherches histologiques, expérimentales, chimiques et cliniques.

Tous les ganglions de l'économie, et, d'une manière générale, tous les organes composés de tissu lymphoïde, renferment de la graisse et de la lipase. A l'état normal, tous les ganglions ont sensiblement le même pouvoir lipasique déterminé au même moment chez le même sujet; l'activité lipasique des ganglions paraît plus forte pendant la période digestive qu'à l'état de jeûne; le pouvoir lipasique paraît s'accroître, toutes choses égales d'ailleurs, avec l'âge, au moins pendant les premiers mois.

Avec juste raison, A. Poulain oppose, au point de vue de la fonction, les ganglions périphériques aux ganglions viscéraux, les mésentériques en particulier. L'activité lipasique des ganglions périphériques utilise la graisse de réserve accumulée dans les territoires dont ils dépendent, ainsi qu'en témoigne ce fait qu'ils sont chargés de graisse dans l'inanition alors qu'ils n'en renferment pas en pleine période digestive. L'activité des ganglions mésentériques se manifeste, au contraire, et comme cela pouvait se prévoir, pendant la période digestive, et d'une tout autre manière. Ils complètent la transformation, déjà commencée dans l'intestin par la bile et le suc pancréatique, des matières grasses, albuminoïdes, hydrocarbonées, en une matière grasse unique, chimiquement et *biologiquement* identique à celle qui caractérise l'espèce animale dont il s'agit.

Les infections diminuent considérablement le pouvoir lipasique des ganglions, surtout des ganglions correspondant au territoire infecté.

Il en résulte un amaigrissement extrême dans toutes les maladies qui retentissent sur l'intestin ou le mésentérique, chez les typhiques, les enfants atteints de gastro-entérite, dans les péritonites chroniques, l'entérite tuberculeuse. On sait combien est rapide la dénutrition chez les tuberculeux pulmonaires qui ont de l'entérite. L'amaigrissement est souvent rapide et prolongé chez les enfants atteints d'infection intestinale. Cet amaigrissement est d'autant plus marqué que les ganglions périphériques ont conservé leur activité lipasique qu'ils emploient à utiliser la graisse du tissu sous-cutané.

Le trouble fonctionnel du tissu lymphoïde semble parfois pouvoir compter parmi les facteurs pathogéniques de l'obésité. Il reste, par contre, toujours sans influence directe sur les stéatoses viscérales.

Tels sont les points principaux de ce très intéressant travail.

G. Milian.

PARASITOLOGIE

P. Vuillemin. *Trichosporum et trichospories* (*Archives de parasitologie*, 1902, 15 janvier, T. V, n° 1, p. 38). — Les trichospories sont des affections pileuses, caractérisées par des épaississements irréguliers, translucides, brillants à la région moyenne, formés par une gaine superficielle, fortement adhérente. Les lavages au sublimé tuent le parasite.

Les trichospories forment un groupe d'affections unies par leurs caractères cliniques et par la ressemblance des champignons qui les causent. Ceux-ci présentent quatre formes principales : trichosporum giganteum, ovoïdes, ovale, Beigeli.

Vuillemin pense aussi que des champignons très divers, en se fixant dans ce milieu spécial qu'est la portion libre des poils, revêtent la livrée uniforme dont on a fait la caractéristique, empirique et provisoire, du genre trichosporum.

M. Labbé.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

J. Heltzer et W. Salant. *Les effets des doses minimes de strychnine chez les lapins néphrectomisés* (*The journal of experimental medicine*, 1902, 5 Février, t. VI, n° 2, p. 107). De leurs expériences les auteurs concluent que les doses toxiques et mortelles minimales sont les mêmes chez les lapins néphrectomisés que chez les lapins qui possèdent leurs reins. Même chez un lapin néphrectomisé, une dose toxique de strychnine amène seulement une ou quelques attaques tétaniformes; l'animal guérit bientôt et ne présente plus d'autres symptômes d'intoxication. Une dose de poison reste donc dans le corps sans causer d'effet. Si des doses non toxiques de poisons sont administrées à intervalles convenables, les lapins néphrectomisés peuvent recevoir graduellement trois fois la dose fatale de strychnine sans accident. L'organisme peut par conséquent recéler de fortes doses de strychnine sans en manifester la présence.

Il y a donc dans l'économie un mécanisme qui règle, même en l'absence des reins, l'accumulation des poisons dans le sang. Peut-être, disent les auteurs ne doit-on pas craindre l'accumulation des substances toxiques chez les malades atteints d'affections rénales.

M. Labbé.

MÉDECINE

X. Arnozan. *Une petite épidémie de tétanos dans une salle de médecine à l'hôpital Saint-André* (*Journal de Médec. de Bordeaux*, 1902, Mars, n° 9, p. 133). — M. Arnozan relate l'observation de 3 cas de tétanos mortel observés dans son service. Jusqu'alors aucun tétanos n'avait été traité dans ce service depuis plus de cinq ans, lorsque, le 14 Décembre dernier, une malade y entrait, atteinte de ce mal terrible, et y succombait le lendemain. Au mois de Février 1902, 2 autres cas de tétanos survenaient chez des malades admises antérieurement dans cette salle pour d'autres affections.

Dans le premier cas, la malade fut admise à l'hôpital pour son tétanos, mais la porte d'entrée de l'infection resta méconnue. Le second cas éclata le 1er Février chez une malade qui, atteinte d'hémiplégie droite depuis deux mois, entra le 20 Janvier pour de la gangrène du pied droit. La mort survint le 2 Février sans que la malade ait eu de la fièvre. Le troisième cas éclata le 7 Février chez une malade alcoolique entrée le 17 Janvier en état d'ivresse, et portant sur la fesse droite une plaie sale, grisâtre, occupant toute la surface du grand fessier de ce côté; le 9 Février la malade succombait.

Les véhicules du contage dans ces cas sont restés inconnus.

Les lits des deux premières malades avaient été lavés et désinfectés après leur mort, et l'on ne peut penser à incriminer les bassins, puisque la seconde malade n'avait pas de plaie au siège et que la troisième n'usait jamais de bassin.

Dans les 3 cas, l'insuccès complet des tentatives de recherches directes d'inoculation et de culture du bacille de Nicolaïer amène à se demander si les cas ont été vraiment du tétanos et non du pseudo-tétanos, mais la non-découverte du bacille n'est pas une preuve qu'il n'existait pas, et même si l'on admet que ces accidents furent dus à des germes pathogènes vulgaires, encore faudrait-il expliquer pourquoi ces germes deviennent ainsi capables de provoquer de telles complications. La gravité foudroyante de ces 3 cas, l'apyrexie, la distribution irrégulière des contractures sans rapport régulier avec le siège probable des inoculations, l'insuccès des tentatives thérapeutiques (injection lombaire de sérum), sont des particularités cliniques dont l'intérêt se passe de commentaires.

M. Arnozan fit alors évacuer et désinfecter son service. L'avenir montrera quelle a été la valeur des mesures prises.

A. Coyon.

OBSTÉTRIQUE

Léopold. *Sur la dilatation rapide du col au moyen du dilatateur de Bossi* (*Arch. f. Gynäk.*, 1902, Bd. LXVI, Heft 1, p. 198). — L'auteur a eu l'occasion d'employer dans 14 cas le dilatateur métallique de Bossi pour terminer rapidement l'accouchement par la dilatation forcée du col. Il s'agissait 7 fois d'éclamptiques, 1 fois d'une phtisique, 2 fois de femmes atteintes de bassins viciés, 2 fois de fébricitantes. Dans tous ces faits, il était indiqué de terminer l'accouchement au plus tôt, par les voies naturelles, en obtenant la dilatation rapide mais non dangereuse du col. Le dilatateur de Bossi, employé avec prudence, a permis d'arriver à ce résultat; la dilatation complète du col a été obtenue en moyenne en vingt à trente minutes, alors qu'avant l'intervention le col n'était encore que peu ou pas dilaté.

Trois fois seulement on nota des déchirures du col, encore étaient-elles de peu d'étendue. Dans un de ces cas, on put aisément suturer les déchirures. L'auteur admet que cet accident est attribuable au peu d'expérience qu'il avait de l'instrument de Bossi. Avec quelque habitude, croit-il, on peut éviter facilement les déchirures du col. En tout cas, la possibilité de cet accident sans gravité ne lui fait pas rejeter l'emploi du dilatateur de Bossi.

Les résultats de la dilatation forcée du col ont été surtout remarquables chez les éclamptiques : la dilatation fut obtenue rapidement jusqu'à un diamètre de 8 à 10 centimètres; après l'accouchement, les accès disparurent ou s'atténuèrent. Les 7 malades ont guéri.

En résumé, Léopold se déclare partisan de la dilatation du col au moyen de l'instrument de Bossi, qu'il préfère aux ballons, et il recommande aux praticiens d'avoir cet instrument dans leurs trousses.

A. Schwab.

VÉNÉRÉOLOGIE

F. Raoult. *Étude sur la prophylaxie de la syphilis* (*Thèse*, Paris, 1902, Février). — Élève du professeur Fournier, M. Fernand Raoult a été inspiré par le maître dans le choix de ce sujet; c'est dire qu'elle reflète en grande partie les idées de celui-là. Cette thèse vient à son heure. Au moment où, secoués par la « Ligue de prophylaxie sanitaire et morale », autrefois Ligue contre la syphilis, les pouvoirs publics s'émeuvent de l'étendue du mal, elle est une excellente et utile mise au point de la question.

Après un chapitre sur l'histoire de la syphilis à travers les âges, sur ses dangers individuels, héréditaires et sociaux, M. Raoult montre en quelle ignorance le public demeure relativement à ceux-ci, et la nécessité de la dissiper. Il recommande, pour y arriver, les conférences, les livres, le théâtre, l'instruction de la jeunesse dans les collèges, les patronages au régiment, etc., moyens excellents, tels les *Avariés* dont l'infortune théâtrale a fait le succès de librairie et de presse.

M. Raoult aborde ensuite les moyens prophylactiques proprement dits à employer pour lutter contre le fléau. Il en distingue trois catégories :

1° *Les moyens prophylactiques d'ordre moral*, au nombre desquels il place :

a) « La continence, qui ne compromet ni la santé, ni la virilité, ni la mentalité » ;

b) L'amour dans le mariage et le mariage précoce ;
c) Les pratiques et les préceptes religieux.

A priori, ces moyens prophylactiques d'ordre moral, que l'auteur défend avec une ardeur et un lyrisme dignes d'un pasteur, nous paraissent médiocres : à moins d'être un myxœdémateux ou un contemplatif absorbé dans l'art ou la science, il suffira d'un souffle de printemps pour renverser les résolutions de continence d'un homme bien conformé ; il faudrait, d'autre part, bouleverser de fond en comble nos institutions bourgeoises, si profondément entrées dans les habitudes des plus révolutionnaires, pour aboutir au mariage précoce ; enfin, si les pratiques et préceptes religieux peuvent par leur « symbolisme très poétique » influencer certains esprits, il n'est peut-être pas sans inconvénients, à d'autres points de vue, de contribuer à les diffuser.

2° *Les moyens prophylactiques d'ordre médical* sont certainement meilleurs : l'auteur recommande avec juste raison la nécessité d'enseigner à tous les règles de l'hygiène de la syphilis, et en particulier les modes de contamination ; la nécessité de procurer à tout syphilitique les soins dont il a besoin, moyen prophylactique de premier ordre, amenant, suivant l'heureuse expression du professeur Fournier, « la stérilisation de la syphilis », seul procédé réellement efficace d'empêcher sa propagation. Il insiste à ce propos sur le rôle néfaste des « médecins de pissotières » qui, entre autres, répandent la crainte du mercure et l'idée de guérison rapide.

3° *Les moyens prophylactiques d'ordre administratif* s'adressant à la prostitution : répression, abolition de la prostitution des mineures, loi visant les proxénètes et les souteneurs, et, comme corollaire destiné à diminuer la prostitution, cause principale de la propagation de la maladie : loi sur la recherche de la paternité, attribution à la fille déflorée des droits de l'épouse légitime, sanction pénale de l'abandon d'une maîtresse par son amant, etc.

Ces différents désiderata sont d'ailleurs à l'ordre du jour de la « Société de prophylaxie » dont le professeur Fournier est président, et il n'est pas douteux qu'un grand nombre aboutissent sous cette impulsion. Mais qu'il nous soit permis d'ajouter aux 238 pages de l'auteur quatre lignes qui s'adressent à un moyen prophylactique non visé par M. Raoult : l'étude scientifique et raisonnée de la maladie en vue d'une thérapeutique définitive. Et pour cela, qu'on crée des laboratoires, qu'on paie des travailleurs qui s'occupent de la question indépendamment des soucis du terme et du pain quotidien.

G. Milian.

OPHTALMOLOGIE

Stanculéanu. ***Rapports anatomiques et pathologiques entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire.*** (*Thèse*, Paris, 1902.) — L'auteur a divisé son travail en quatre parties dont chacune traite de l'un des grands sinus de la face. Dans chaque chapitre, après avoir rappelé quelques notions de développement, l'auteur trace une description morphologique consciencieuse du sinus, d'après les auteurs récents et ses recherches personnelles, insistant surtout sur les rapports de ses parois orbitaires, — ophtalmologiques. Puis, il passe en revue les complications orbito-oculaires observées dans les sinusites, discute leur fréquence, y apporte la contribution de son expérience personnelle.

— Dans le premier chapitre, M. Stanculéanu nous montre bien les rapports de la paroi externe des *cellules ethmoïdales* avec le canal optique et son contenu, avec les organes qui passent dans l'anneau de Rinn, particulièrement avec le nerf moteur oculaire commun, avec le sac lacrymal entouré par les cellules ethmoïdales bien développées.

L'auteur étudie ensuite les complications orbitaires de l'ethmoïdite : tumeur siégeant à l'angle supéro-interne de l'orbite simulant la dacryocystite, fistules, névralgies péri-orbitaires, exophtalmie d'ordre mécanique déterminant la diplopie, troubles visuels, dacryocystite par propagation.

— Le sinus *sphénoïdal*, souvent grand, muni de prolongements, est intéressant surtout par les rapports de sa paroi externe, cranio-orbitaire.

Quatre figures schématiques originales nous mettent sous les yeux les rapports avec le sinus caverneux, la carotide interne rapprochée du sinus sphénoïdal en avant, les nerfs contenus dans la paroi externe du sinus caverneux ; derrière la fente sphénoïdale, les nerfs moteur oculaire externe et commun sont en contact avec le sinus sphénoïdal ; dans sa portion orbitaire, le sinus voisin des organes de la fente sphénoïdale est séparé du canal optique et de son contenu (nerf optique, artère ophtalmique) par une paroi souvent très mince. Stanculéanu a vu une cellule ethmoïdale s'interposer entre le sinus sphénoïdal et le canal optique.

Les complications de la sinusite sphénoïdale sont d'abord la *thrombose* du sinus caverneux, précédée et accompagnée d'un ensemble de symptômes minutieusement décrits par l'auteur, puis le *phlegmon de l'orbite*, presque toujours sous la dépendance de la phlébite de la veine ophtalmique ; ce dernier est rare. Rares aussi les complications nerveuses isolées, névrite optique, paralysie de la 3e et de la 6e paire du maxillaire supérieur.

— Après une bonne description morphologique du *sinus frontal*, M. Stanculéanu expose les rapports de sa paroi inférieure avec les organes orbitaires ; il a étudié la disposition de la poulie du grand oblique sur 10 sujets et l'a trouvée variable avec le degré d'ouverture de l'angle supéro-interne de l'orbite.

Les complications des sinusites frontales sont orbitaires et oculaires.

Les complications orbitaires graves peuvent se voir dans la sinusite aiguë, mais se rencontrent surtout dans les vieux empyèmes. Le pus, après avoir déterminé des névralgies sus-orbitaires vives, perfore la paroi du sinus et vient former tumeur limitée ou diffuse à l'angle supéro-interne de l'orbite. Il peut y avoir d'ailleurs abcès orbitaire sans perforation du sinus. Le globe est déplacé. Il y a de la diplopie, du larmoiement, du ptosis, du chémosis. L'abcès tend à se fistuliser.

Des complications oculaires sont possibles du côté de la conjonctive et de la cornée, du corps vitré, de la rétine, du nerf optique (hyperhémie papillaire, cécité intermittente, rétrécissement du champ visuel, etc.).

— Le *sinus maxillaire* entre en rapport par sa paroi supérieure avec les organes du canal sus-orbitaire (nerf maxillaire inférieur), les muscles petit oblique et droit inférieur de l'œil, des plexus veineux, en avant avec le canal lacrymal ; la veine de Gaillard, allant du sinus maxillaire à la veine ophtalmique, n'a pas été retrouvée. Le nerf optique est bien distant d'au moins un centimètre du sinus maxillaire.

La sinusite maxillaire peut déterminer, par ostéopériostite du plancher de l'orbite, des abcès et des fistules, des complications lacrymales, de la névrite optique par propagation. Le phlegmon de l'orbite est une complication fréquente. Il est dû à la propagation de la suppuration ou plutôt à la phlébite.

Les complications oculaires sont rares.

M. Chifoliau.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

Paul Barbarin. *Les complications graves des otites chroniques. La région mastoïdienne* (*Thèse*, Paris, 1902). — De nombreux travaux sont venus, dans ces dernières années, en France et surtout à l'étranger, établir d'une façon définitive l'anatomie pathologique et le traitement des complications intracraniennes des otites. L'auteur n'a pas la prétention de refaire cette histoire : il apporte simplement un grand nombre d'observations et le résultat de quelques recherches personnelles.

Il en conclut, au point de vue étiologique, que la tuberculose du rocher est beaucoup moins fréquente qu'on ne serait tenté de le croire d'après l'aspect des lésions. Il n'existe pas plus de 10 pour 100 de tuberculose dans les otorrhées chroniques.

Anatomiquement, il convient d'accepter la classification de Zuckerkandl en : apophyses mastoïdes pneumatiques et apophyses scléreuses, bien que ces deux types se rencontrent rarement purs. L'antre n'est pas « la plus grande des cellules mastoïdiennes », mais une cavité dont l'existence est indépendante de celle des cellules. Cette cavité répond le plus souvent, chez l'adulte, à la partie postérieure et supérieure du conduit osseux, mais on peut la trouver reportée très en avant et en haut dans les apophyses scléreuses. C'est dans ce cas que le sinus, en position antérieure, peut venir très près du bord postérieur du conduit, en pleine zone de trépanation, et séparé seulement de l'extérieur par une mince lame osseuse.

L'infection, d'abord localisée à la caisse et à l'antre, se propage vers l'extérieur lorsque la corticale externe est mince (particulièrement chez l'enfant). Elle aura tendance à évoluer vers la corticale interne et l'endocrane dans les apophyses scléreuses. La propagation de l'infection se fait soit par contiguïté, soit par voie lymphatique ou sanguine. Secondairement apparaîtront un abcès sous-dural, une méningite généralisée ou localisée, une phlébite du sinus, un abcès du cerveau ou du cervelet. La thrombo-phlébite du sinus résulte le plus souvent d'un envahissement lent de la paroi sinusienne de dehors en dedans.

Le diagnostic sera facile pour les lésions mastoïdiennes, mais, pour les lésions intracraniennes, 9 fois sur 10 il n'existera que des signes de compression ou d'irritation cérébrale insuffisants pour localiser l'affection.

Cette incertitude permettra d'écarter, au point de vue du traitement, tous les procédés opératoires qui ne partent pas de la lésion primitive auriculaire et mastoïdienne, pour aller ensuite de proche en proche à la recherche des complications. La voie mastoïdienne reste donc la voie de choix pour toutes les complications intracraniennes.

Les résultats opératoires immédiats, très bons, justifient déjà une intervention rapide et complète. Les résultats éloignés sont meilleurs encore : de nombreux enfants chétifs, et semblant voués à la tuberculose, sont revenus à la santé après la guérison d'une vieille otite.

J. Dumont.

A. Hutchinson (Brighton). — ***Périchondrite laryngée chez un diabétique.*** (*Journal of Laryngology, Rhinology and Otology*, 1902, Mars.) — Un maître d'école de trente ans se plaignait de perte de voix et de douleur à la déglutition. Il était diabétique et avait eu du surmenage vocal. Le pharynx était hyperhémié. La région aryténoïde gauche était rouge et gonflée, la corde gauche de couleur normale, mais fixée en position médiane. Le côté droit du larynx était moins atteint. Peu de temps après cet examen, le malade eut une attaque nocturne de dyspnée. Les lésions laryngées précédentes étaient augmentées ; de plus, à l'extérieur, il y avait un notable gonflement et de la douleur à la pression. La mort eut lieu dans le coma le lendemain matin.

Le point le plus important de cette histoire est la rapidité des accidents laryngés : entre l'apparition d'un léger enrouement et le développement de cette périchondrite si étendue, un peu plus d'une semaine s'écoula. Le malade n'étant ni syphilitique ni tuberculeux, l'explication la plus probable de ces faits réside dans le diabète. Il n'y eut pas d'autopsie.

La périchondrite laryngée est une complication des plus rares du diabète. La laryngite sèche et, pour les diabètes graves, l'ulcération de la paroi postérieure du larynx sont les complications le plus souvent décrites.

G. Didsbury.

C. Breyre (de Liége). *Un cas de cholestéatome sans suppuration* (*Revue hebdom. de laryng. d'otol. et de rhinol.*, 1901, 30 Novembre, n° 48). — Il existe, comme on sait, deux variétés de cholestéatomes : le cholestéatome primitif qui est une rareté, et le cholestéatome secondaire que l'on rencontre ordinairement dans les otorrhées anciennes. A l'encontre de la théorie généralement admise, sur la formation de ce dernier genre de tumeur, à savoir que l'épiderme des bords de la perforation de la membrane de Schrapnell ou du segment postéro-supérieur de la membrane tympanique proliférerait le long des parois de l'attique et se substituerait à l'épithélium de l'oreille moyenne détruit ou fortement endommagé par l'inflammationre. Byre présente l'observation d'une femme de quarante-cinq ans atteinte de cholestéatome important de l'attique avec symptômes subjectifs graves : céphalalgie violente, surdité, vertiges et insomnie absolue. La malade rapporte qu'elle a eu, il y a deux ans, dans l'oreille atteinte, pendant vingt-quatre ou trente-six heures, des douleurs violentes non suivies de suppuration. Elle est certaine de n'avoir jamais eu d'écoulement d'oreille ni après, ni avant cet accident.

L'auteur émet l'hypothèse suivante sur la pathogénie de cette affection : la malade aura souffert d'une otite aiguë avec participation de la région de Schrapnell ; la sécrétion peu abondante aura passé inaperçue. La guérison se sera produite avec une perforation de la membrane flaccide comme reliquat. Alors, probablement, l'épiderme des bords de la perforation, moins malade que l'épithélium de la caisse, aura cheminé, proliféré et constitué le cholestéatome dont une partie venait faire hernie par la perforation.

G. Mahu.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement des prurits par le guaco.

Le guaco (*Aristolochia cymbifera*) est une plante qu'on trouve sur les plateaux élevés du Mexique. M. Butte a présenté à l'Académie de médecine, séance du 8 Avril 1902, une étude sur l'action physiologique et thérapeutique du guaco.

Il résulte de ses recherches que cette plante, entre autres propriétés, fait disparaître le pouvoir sensitif des nerfs de la vie de relation, et que cette disparition est due à la paralysie des centres nerveux sensitifs. Ces indications, fournies par l'expérimentation physiologique, ont amené M. Butte à l'essayer dans les affections où les centres nerveux sensitifs sont irrités : névralgies, eczémas prurigineux, prurigo d'Hebra, prurit généralisé, prurit sénile, prurit ano-vulvaire, prurit des parties génitales de l'homme, etc.

La clinique a été d'accord avec la physiologie, et les malades atteints des affections ci-dessus ont été rapidement guéris à la suite de l'administration *intus* et *extra* du guaco.

Le guaco s'administre à la dose de 0,20 à 0,60 centigrammes d'extrait par jour sous forme de pilules ou sous forme de sirop; le guaco doit être pris au moment des repas. On peut par exemple formuler ainsi :

Extrait de guaco : 10 centigrammes.
Pour une pilule.
Prendre 2 pilules à chacun des principaux repas.

FACULTÉ DE PARIS

Médecine opératoire spéciale (opérations gynécologiques). — M. Robert Proust commencera ce cours à l'École pratique le Vendredi 6 juin, à 1 heure 1/2, et le continuera tous les jours à la même heure.

Programme sommaire du cours. — 1° Dilatation de l'utérus. Instillations intra-utérines. Curettage. Amputation du col; 2° principes généraux des opérations plastiques. Colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie; 3° opérations plastiques sur le col. Ligature vaginale de l'utérine. Colpotomie postérieure; 4° colpotomie antérieure, ses applications. Traitement des déchirures du périnée; 5° ablation des fibromes intra-utérins. Hystérotomie et hystérectomie vaginales. Opérations sur la glande vulvo-vaginale; 6° dilatation de l'urètre. Taille vaginale. Traitement des fistules vésico et recto-vaginales; 7° raccourcissement des ligaments ronds. Hystéropexie abdominale; 8° principes généraux des opérations abdominales. Ablation unilatérale des annexes. Ligature de l'utérine par l'abdomen; 9° castration abdominale totale pour les annexites suppurées; 10° hystérectomie abdominale pour fibromes et pour cancer.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis, les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs. S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 3, de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

Clinique des maladies nerveuses. — Le cours pratique des maladies du système nerveux s'ouvrira le lundi 12 Mai à 2 h. 1/2. Il aura lieu tous les jours et sera complet en 40 leçons. Les élèves seront exercés à l'examen clinique des malades, aux travaux de laboratoire, à l'oto, rhino, oculo et électro-diagnostic. Le prix de l'inscription est de 80 francs. S'adresser chaque matin à la Salpêtrière, soit à M. Philippe, chef de laboratoire, soit à M. Sicard, chef de clinique.

Travaux pratiques de pharmacologie. — Le laboratoire de pharmacologie et de matière médicale est ouvert à MM. les étudiants de 3e, 4e et 5e années pour l'étude du Droguier.

Pour être mis en série, MM. les Etudiants devront se faire inscrire au Laboratoire les mardis, jeudis et samedis, de 3 à 4 heures, jusqu'au 24 Mai, dernier délai, sur la présentation de leur carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits prescrits (15 francs).

Le nombre de places de chaque série est limité à 50.

Une convocation spéciale leur sera adressée pour indiquer les jours et heures où ils seront admis aux travaux et interrogations.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Saint-Antoine. — Par décision du directeur général de l'Assistance publique en date du 18 Avril 1902, M. Georges Mahu est désigné pour remplir à partir du 1er Mai les fonctions d'assistant du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Antoine.

Conférences de Radiologie médicale. — M. A. Béclère commencera le dimanche 4 Mai à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de six conférences sur les Premières notions de Radiologie indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de Radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire de M. Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine, tous frais compris.

Infirmerie spéciale. — M. Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, commencera la 3e série de ses conférences de médecine légale psychiatrique le vendredi 9 Mai, de 1 h. 1/2 à 3 heures, et les continuera le mercredi et le vendredi à la même heure, 3, quai de l'Horloge.

Les cartes d'admission sont délivrées, au secrétariat de la Faculté, à MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants ayant passé leur 4e examen de doctorat.

Après trois mois d'assiduité à ce cours, un certificat de présence sera régulièrement délivré.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur en argent des épidémies est décernée à M. Deroyer, médecin à Fougères (Ille-et-Vilaine). Des médailles d'honneur en bronze des épidémies sont attribuées à MM. Monnier, à Rennes; Lamargnère, à Mont-de-Marsan et Giennic, à Clères.

Corps de santé de la marine. — M. Bubotain, médecin de 1re classe, est désigné pour être chargé du service médical du personnel de la marine à Dakar (Sénégal).

L'application de la nouvelle loi sanitaire. — Le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté instituant une Commission chargée de préparer un projet de règlement sanitaire par application de la nouvelle loi du 15 Février 1902.

Cette Commission est composée de la façon suivante : MM. le Préfet de la Seine, président; Paul Strauss, sénateur, vice-président; Brouardel, Léon Collin, Cornil, Vallin, Proust, Duclaux, Roux, Paul Brousse, Chassaigne-Goyon, Chautard, Adolphe Chérioux, Deville, Landrin, Navarre, Sauton, Marquez, Adolphe Carnot, Nivoit, Forestier, Genty, Daumet et Pascal, Salleron, Bouhon et Vicario, membres.

Juillerat, Masson, Thierry, secrétaires.

Lesueur, Garnier, Le Couppey, secrétaires adjoints.

Les directeurs et chefs de service de l'Administration assisteront aux séances avec voix consultative pour les affaires les concernant.

Ambulances urbaines. — M. Duchamp a été nommé interne titulaire des Ambulances municipales, en remplacement de M. Demeurisse, dont la démission a été acceptée.

La lutte contre les maladies vénériennes. — La Société normande d hygiène pratique vient de traiter avec l'Agence nationale d'affichage pour l'affichage, dans 100 urinoirs, d'avis dont le texte est le suivant :

SOCIÉTÉ NORMANDE D'HYGIÈNE PRATIQUE

Les maladies vénériennes sont des maladies très graves :

Pour celui qui en est atteint, car elles compromettent sa santé, son intelligence et souvent sa vie. — Elles frappent tous les organes.

Pour les femmes, parce qu'elles sont extrêmement contagieuses.

La plus grande partie des maladies des femmes leur sont communiquées par l'homme incomplètement guéri.

Pour la famille. La syphilis est héréditaire. — Les enfants des syphilitiques qui ne se soignent pas naissent souvent malades, chétifs, difformes ou idiots.

Il est de l'intérêt de celui qui est sain de les éviter.

Il est du devoir de tout honnête homme qui en est atteint :

De ne pas communiquer sa maladie aux autres. De se bien soigner.

Dès le début d'une maladie vénérienne, si bénigne qu'elle paraisse, on doit consulter un médecin. — Les médecins, seuls, connaissent les maladies vénériennes; seuls, ils sauront prescrire le traitement qui amènera la guérison.

Étranger

Université de Vienne. — Le professeur baron von Krafft-Ebing vient de démissionner. Il sera remplacé dans la chaire qu'il occupait à l'Université de Vienne, par le professeur von Wagner-Jauzegg.

CONCOURS

Concours des hôpitaux (Médecine). — Séance du 22 Avril. — *Épreuves cliniques.* — Ont passé : MM. Hulot; Bensaude; Rosenthal; Sergent.

Concours des hôpitaux (Chirurgie). — Séance du 22 Avril. — Épreuves cliniques. — Ont passé : MM. Baudet, 20; Gosset, 15; Proust, 14.

Internat. — Séance du 23 Avril. — *Artère poplitée. Symptômes de l'insuffisance aortique* : MM. Duval, 13; Lemaître, 15; Pillé, 11; Sauvé, 16; Cantonnet, 15; Sénéchal, 12; Bourguignon, 13; Lévy Franckel, 9; Giroux, 10; Le Sourd, 14.

Internat en médecine de Brévannes et de Hendaye. — Le lundi 16 Juin, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à trois places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise), et à deux places d'interne en médecine au Sanatorium de Hendaye (Basses-Pyrénées), pour entrer en fonctions le 1er Juillet suivant.

Le registre d'inscription sera ouvert au Secrétariat général de l'Administration (bureau du service de santé), de 11 heures à 3 heures, depuis le mardi 20 Mai 1902 jusqu'au samedi 31 du même mois inclusivement.

Sont admis à prendre part au concours :

Les élèves externes des hôpitaux de Paris;

Les élèves en médecine de troisième année, qui auront fait au moins six mois de stage régulier dans l'un des services des hôpitaux de Paris.

Ces derniers devront produire :

1° Un extrait de leur acte de naissance;

2° Un certificat de revaccination de date récente;

3° Un certificat de bonnes vie et mœurs;

4° Un certificat des inscriptions prises à la Faculté de médecine, appuyé d'un certificat des médecins ou des chirurgiens dans les services desquels ils ont accompli leur stage.

Les candidats ne pourront être inscrits qu'après avoir pris l'engagement, par écrit, de rester attachés pendant une année au moins à l'hospice de Brévannes ou au Sanatorium de Hendaye. Ils ne pourront, d'autre part, conserver leurs fonctions pendant plus de deux années.

L'indemnité annuelle attribuée aux internes de l'hospice de Brévannes et du Sanatorium d'Hendaye est fixée à 1.200 francs pour les premiers et à 1.000 francs pour les seconds, indépendamment des avantages en nature du logement, de la nourriture, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

École de médecine de Marseille. — Des concours s'ouvriront à l'École de médecine de Marseille, le 7 Juillet prochain pour une place de chef de clinique d'accouchement, et le 15 Juillet pour une place de chef de clinique de médecine et une place de chef de clinique de chirurgie.

École de médecine d'Alger. — Deux concours s'ouvriront le 27 Octobre prochain devant la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier pour :

1° Un emploi de suppléant des chaires de médecine; 2° Un emploi de suppléant des chaires de chirurgie,

A l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris 1900 — MÉDAILLE D'OR

Levuro-Maltine Déjardin

ou LEVURE DE BIÈRE FRAÎCHE recueillie au cours de la fabrication de L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS

Maximum d'efficacité invariable. — Innocuité absolue.

Deux formes thérapeutiques spéciales :

LEVURO-MALTINE
Pâte molle *de goût agréable*
Conservation limitée à 3 ou 8 jours suivant la température de garde.
(USAGES INTERNE ET EXTERNE)

Demander NOTICE et ÉCHANTILLONS franco.

MYCODERMINE
Pilules *enrobées ou comprimées*
inaltérables
(USAGES INTERNE ET EXTERNE)

E. DÉJARDIN, Phᶜⁿ-Chimiste de 1ʳᵉ Classe, Ex-Int. et Fournisseur des Hôpitaux de Paris, 109, Boulᵈ Haussmann, PARIS

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCO-PULMONAIRES
SCROFULES, RACHITISME

Chaque cuillerée dans 1/2 verre d'eau sucrée.

SOLUTION PAUTAUBERGE

(AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ)

Par cuillerée à potage, 10 centigr. de Créosote et 50 centigr., de Phosphate de Chaux.

Bien tolérée et complètement absorbée, elle constitue le meilleur moyen d'administrer la Créosote et le Phosphate de Chaux et d'en retirer le maximum d'effet.

L. PAUTAUBERGE, 9bis, Rue Lacuée, PARIS ET PHARMACIES.

ADRIAN & Cie
9, Rue de la Perle, Paris.

ARRHENAL

CHIMIQUEMENT PUR

GOUTTES contenant chacune...	2 milligr.	
AMPOULES Stérilisées contenant chacune.	50	—
COMPRIMÉS dosés à............	25	—
GRANULES —	1 centigr.	

Le MEILLEUR reconstituant et aliment le plus complet

SUC DE VIANDE PURO

33 % d'Albumine

PRIX du flacon 3f 20

En vente dans toutes les bonnes pharmacies
Représentant pour la France et la Belgique :
S. DE MOKRZECKI, 46, r. Albouy, Paris
A prendre 3 ou 4 fois par jour une cuillerée à café dans du consommé, du vin, des légumes ou sur du pain blanc.

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC
Dyspepsies — Inappétence — Atonie gastrique et intestinale. — *Traitement par les*

GOUTTES amères de GIGON
(VÉRITABLES GOUTTES de BAUMÉ)
DOSE : 4 à 5 gouttes avant les 2 principaux repas. Flac. compte-gᵗᵉˢ 3 f.
OU PAR LES
GRAINS amers de GIGON
Chaque Granule correspond exactement à deux gouttes amères. — A l'usage des personnes redoutant l'amertume des gouttes amères, solubilité complète et instantanée. — Dose : 1 à 2 grains amers avant les deux repas. — Le Flacon : 3 fr.

ANCIENNE MAISON BAUMÉ
Phⁱᵉ GIGON, 7, Rue Coq-Héron, Paris et toutes Pharmacies.

GASTÉRINE Digestif naturel : dix fois plus actif que le suc gastrique humain. 1 à 5 cuillerées à soupe réparties pendant les repas.

PARIS Gros : Pharm. centrale, 7, rue Jouy
Détail : Phⁱᵉ normale, 19, r. Drouot.

PEPTONE CORNÉLIS

PASTILLES DE
COCAÏNE BRUNEAU ACONITO BORATÉE

Mentholéine Bruneau
ANTISEPSIE des 1ʳᵉˢ VOIES RESPIRATOIRES
RENSEIGNEMENTS sur DEMANDE Pⁱᵉ L. BRUNEAU, LILLE

Phⁱᵉ L. BRUNEAU
71, Rue Nationale
LILLE
ENVOI FRANCO d'ECHANTILLONS

ANÉMIE — CHLOROSE

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0.05 de sel sec. représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°.

HÉMORRHAGIES — Le flacon : 4 francs. — LYMPHATISME

GLYCOMORRHUUM FAUDON

VÉRITABLE Succédané scientifique de l'huile de foie de Morue

Agréable à prendre, facile à digérer. Possédant tous les avantages de l'huile de foie de morue sans en avoir les inconvénients. **Dix fois plus actif que les émulsions.** Médicament de haute valeur scientifique. Prescrit par tout le corps médical français et étranger.

4 fr. dans toutes pharmacies. — **J. FAUDON**, 85, Rue Turbigo, **PARIS. Envoi franco contre mandat.**

ÉCHANTILLONS GRATUITS. — (Chaque bouteille représente **3 litres d'huile de foie de morue**

Dépôts : **MONTRÉAL**, Compagnie des Médecines patentées; **ITALIE**, 6, piazza Carignano, à Turin; **ATHÈNES**, pharmacie Revalakis.

GLANULÉS DE GLYCOMORRHUUM : *0,20 centigr. de principes actifs par cuillerée à café.* — DRAGÉES DE GLYCOMORRHUUM : *0,20 centigr. de principes actifs par dragée.*

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES

Le SIROP *de* HENRY MURE *au* **Bromure de Potassium** (exempt de chlorure et d'iodure), *expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.*

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : 5 francs.

Phⁱᵉ MURE, à Pont-St-Esprit. — A. GAZAGNE, phⁱᵉⁿ de 1ʳᵉ classe, gendre et successeur

---

POUDRE DE VIANDE CRUE DE CATILLON

SÉCHÉE DANS LE VIDE A FROID ET STÉRILISÉE

Contenant naturellement le plasma, avec ses phosphates organiques et leurs propriétés reconstituantes, joint à la fibre musculaire digestible et puissamment nutritive, ce qui constitue une supériorité incontestable sur les sucs de viande.

Le kilo, 12 francs; la boîte de 500 grammes, 6 fr. 50; 1/2 boîte, 3 fr. 50. — Paris, 3, boulevard Saint-Marti

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 35. — Mercredi, 30 Avril 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements...... 10 fr.
Union postale........... 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

LES FRAUDES ALIMENTAIRES

Les prodigieuses acquisitions de la Chimie et leur utilisation par l'Industrie ont amené, entre autres effets, le développement d'un art bien moderne : celui de vendre au public, sous le nom de denrées alimentaires, des substances soumises à de savantes manipulations, parfois avariées, souvent dénaturées, tout au moins inutiles à la nutrition quand elles ne sont pas nuisibles à la santé.

Évidemment cet art de la contrefaçon tombe sous le coup de la loi. Mais, étant donné la législation actuelle, il est fort difficile de saisir sur le fait et de poursuivre les contrefacteurs et les fraudeurs. Cette lacune regrettable dans nos lois était évidente, et des législateurs avaient résolu de la combler. Malheureusement la loi sur les fraudes présentée à la Chambre n'a pu aboutir dans la dernière législature, et il en résulte que toute la procédure devra être reprise lorsque la nouvelle Chambre se réunira. Pendant ce temps, les fraudeurs pourront continuer impunément à exercer leur fructueuse industrie.

Cependant contre la fraude le public n'est pas absolument désarmé; et si des poursuites ne sont pas plus souvent engagées, c'est que l'on ignore par quels voies et moyens il faut agir; la victime de la fraude ne sait comment s'y prendre pour se faire rendre justice.

Précisément, la *Ligue de la vie humaine*, dont nos lecteurs se rappellent la création à l'instigation du journal *Le Matin*, a particulièrement pour rôle de venir en aide à ces victimes, de les guider,

de les conseiller; et elle a pu déjà rendre de signalés services à ses adhérents. Je citerai en exemple le cas de deux commerçants d'Arras, M. et Mme Dupont, dont la Ligue vient de soutenir le procès contre un fournisseur qui leur avait vendu de la bière frelatée. Ce fournisseur, le sieur Daquin, a été condamné à 500 francs de dommages-intérêts « pour le préjudice causé aux époux Dupont en leur fournissant une bière frelatée, nuisible à la santé ».

* * *

Le jugement ci-dessus mérite d'être retenu, car semblable procès ne serait pas exceptionnel si l'on savait comment l'engager. La bière est, en effet, souvent, très souvent même, frelatée. Bien rare est aujourd'hui la bière qui n'est faite qu'avec de l'eau, du malt et du houblon : on y met au lieu de malt du glucose ou autre matière sucrée, de la saccharine par exemple; on substitue au houblon un amer quelconque moins coûteux, buis, gentiane, et même noix vomique; on y ajoute des antiseptiques pour la faire mieux tenir, car la bière est une boisson essentiellement fragile.

Les brasseurs allemands excellent dans ces manipulations; mais les brasseurs français ne les ignorent sans doute pas non plus; et l'on en est à se demander où l'on peut aujourd'hui boire une bière absolument sûre.

Et d'ailleurs, que ne frelate-t-on pas à notre époque de haute civilisation!

On sait quel lait boivent les Parisiens et habitants des grandes villes. Du lait non seulement écrémé et mouillé, mais encore sophistiqué avec du jus de carotte, de l'extrait de chicorée, des décoctions de féculents, des blancs d'œufs, etc., pour lui rendre couleur, onctuosité et densité altérées par le mouillage.

Les sirops! On pourrait facilement peser le sirop de sucre que contiennent les sirops du commerce : c'est le plus souvent du sirop de fécule ou de glucose qui le remplace, comme les essences variées remplacent les fruits. Il n'en est pas autrement des confitures; et l'on compterait facilement à Paris les maisons de confiance où l'on ne vend que des confitures au sucre et aux fruits, sans colle de poisson, sans gélose ni essences chimiques.

Parlons un peu du vin. Quelle mixture buvait-on, à Paris surtout, au temps du phylloxéra et avant la surproduction de ces dernières années? Un mélange d'un peu de vin et de beaucoup d'eau teintée à l'aniline, relevé d'alcool d'industrie, aromatisé de bouquets spéciaux, l'huile de vin, pour la fabrication de laquelle les chimistes allemands ont une compétence spéciale.

Ces mêmes chimistes fabriquent d'ailleurs, avec un art égal, des bouquets pour cognacs et fines champagnes. On me citait récemment à ce propos le prospectus d'une maison de Strasbourg, mettant à la disposition des distillateurs un bouquet spécial, gradué, pour cognacs de qualités diverses. Avec de l'alcool d'industrie et ces bouquets, on pourrait faire toute la gamme des *fines*, de l'ordinaire à la supérieure. Et cette industrie des bouquets ne doit pas manquer d'être fort lucrative, puisque, en France, le pays producteur de cognacs, sur 1.500.000 hectolitres qui se boivent, il n'en est pas 50.000 qui soient de l'eau-de-vie de vin; tout le reste est de l'alcool d'industrie additionné d'essences.

* * *

Il serait facile de passer ainsi en revue bien d'autres produits alimentaires d'un usage courant.

Le café, entre autres, que l'on fabriquait en grand, il y a quelques années, à Hambourg. Je ne sais si l'usine existe toujours, mais, en tout cas, il en sortait du *café moulu* fait de vieux marcs mêlés à un peu de poudre de café et de caramel, du *café en grains* fait de farines torréfiées, aromatisées, agglutinées à la dextrine, puis moulées.

Le pain lui-même, qui devrait toujours être respecté, ne l'est pas toujours. Certaines boulangeries se servent de farines mélangées de poudres végétales comme la fécule, et même de poudres minérales comme le plâtre, le kaolin. Les Américains s'entendent parfaitement, paraît-il, à préparer ces farines ; c'est ainsi que deux médecins militaires, Polin et Labit, qui se sont occupés tout spécialement de cette question de fraudes alimentaires, citent quatre usines situées à Easton, en Pensylvanie, qui préparent en grand une poudre minérale destinée à l'adultération des farines, en quantité telle qu'une seule usine n'en débite pas moins de quinze tonnes par jour.

Le beurre, lui aussi, ne fut guère ménagé quand on découvrit la margarine. La fraude était rapidement devenue telle que des lois spéciales furent nécessaires ; promulguées en 1887, puis en 1897, leurs prescriptions sont des plus sévères. C'est ainsi qu'il est interdit, à quiconque se livre à la fabrication ou à la préparation du beurre, de fabriquer et de détenir dans ses locaux et dans quelque lieu que ce soit de la margarine ou de l'oléo-margarine, ni d'en laisser fabriquer et détenir par une autre personne dans les locaux occupés par lui. La même interdiction est faite aux entrepositaires, commerçants et débitants de beurre.

Un décret d'administration publique avait dévolu à un certain nombre de fonctionnaires le soin de surveiller l'exécution de la loi. Je ne sais si les prescriptions en ont été scrupuleusement suivies, mais, le seraient-elles, que l'on ne pourrait guère empêcher un restaurateur de présenter à ses clients de la cuisine à la margarine au lieu de cuisine au beurre : il y aurait bien tromperie sur la qualité de la marchandise vendue, mais il serait difficile de déterminer le préjudice causé, la margarine n'étant pas une substance nuisible à la santé, généralement du moins, car certains fabricants ne se gênent pas pour utiliser des graisses plus ou moins altérées qu'ils lavent à l'acide sulfurique!

* * *

La loi sur la fabrication et la vente de la margarine me conduit à parler d'une nouvelle loi relative à l'alimentation, votée à l'instigation du ministre de l'Agriculture et promulguée le 30 Mars 1902, il y a un mois à peine. Cette loi vise la *saccharine* dont elle prohibe l'introduction dans tout produit alimentaire.

Cette loi sera-t-elle appliquée? Là est la question ; car, il faut bien avouer que des règlements d'administration publique pris relativement à cette substance, après avis du Comité consultatif d'hygiène de France, sont restés lettre morte, malgré les instructions adressées aux préfets et aux procureurs généraux, il y a bientôt quinze ans, en 1888. Espérons cependant qu'il en ira mieux de la loi que des règlements, car la saccharine n'est pas un produit banal, loin de là.

Que ne trouve-t-on pas dans la houille! La saccharine n'est autre chose, en effet, que du sucre de houille. Il y a vingt-cinq ans seulement que deux chimistes américains l'ont découverte, Fahlberg et Ramsen, en 1879. C'est une poudre blanche, cristalline, peu soluble dans l'eau froide, très soluble dans l'eau bouillante, l'alcool et l'éther, qui se caractérise par un pouvoir sucrant énorme, trois cents fois plus considérable que celui du saccharose du sucre de canne.

C'est le pouvoir sucrant de la saccharine qui a été utilisé industriellement pour remplacer les sucres de canne et de betterave dans nombre de produits où ils entrent. Et la consommation de la saccharine est devenue telle, en Allemagne d'abord, et maintenant en France, qu'il en résulte un véritable danger, tant au point de vue hygiénique qu'économique. Ce côté économique de la question a surtout préoccupé le ministre de l'Agriculture quand il a fait voter la loi interdisant l'usage de la saccharine, car il y a là une situation particulièrement menaçante pour le Trésor.

On peut en juger par ce que nous savons de l'Allemagne, où, depuis six ans, les statistiques relatives à la consommation de la saccharine ont été établies. Eh bien, dans ce laps de temps de six années, il a été consommé 425.000 kilogrammes de sucre de houille, se substituant à 223.000 tonnes de sucre de betterave!

La situation est moins menaçante en France, par la raison que la saccharine est surtout employée pour la fabrication de la bière dont l'Allemagne consomme d'énormes quantités. Mais elle n'en est pas moins digne d'attention, de ce fait que la saccharine s'introduit peu à peu, non seulement dans la bière, mais dans les sirops, les confitures, les limonades, dans les vins, surtout de Champagne, les cidres, les eaux-de-vie, dans le pain de fantaisie, les pâtisseries, le chocolat. Certaines marques de saccharine sont spécialement créées pour la bonification des cidres et des eaux-de-vie, telle le sucre de Lyon, la sucramine.

Je parle de la sucramine. Il faut savoir, en effet, que les industriels qui fabriquent la saccharine se préoccupent de lui donner des noms ayant toutes les apparences ou rappelant celui d'un aliment sucré : c'est ainsi que nous avons la *sucramine*, qui sucrerait 700 fois plus que le sucre de canne ou de betterave; l'*extrait de sucre*, un produit suisse; la *cannabine*, dont le nom rappelle celui de la canne.

Tous ces produits n'ont du sucre que le nom; ils n'ont aucun pouvoir nutritif, ils ne constituent pas un aliment; bien au contraire, ils dénaturent les aliments auxquels nous attribuons notre confiance; enfin, ils ne sont pas sans avoir à la longue de graves effets sur les fonctions digestives. Il n'était donc que temps d'en enrayer la fabrication et le commerce.

* * *

Cette tendance à la falsification que les découvertes scientifiques modernes ont tant développée, prouve combien est nécessaire une loi sévère pour la répression des fraudes alimentaires et autres. Bientôt nous ne saurons plus ce que nous buvons ni ce que nous mangeons, et vraiment nos organismes du xxe siècle ne semblent pas encore préparés à cette nourriture synthétique que, dans une dissertation humoristique, Berthelot nous prédisait..., mais pour un lointain avenir.

E. De Lavarenne.

BIBLIOGRAPHIE

La dottrina dei Temperamenti nell' antichita e ai nostri giorni, par N. R. d'Alfonso, 1 vol. in-16 de 80 pages. (*Societa Editrice Dante Alighieri*, Rome.)

Tome XXI (1901), publié avec la collaboration de MM. Crouzon, Dionis du Séjour, Izard, Laurens, Paul-Boncour, Philippe et Oberthur, in-8° de cviii-210 pages, avec 19 figures dans le texte et XI planches hors texte, 6 francs. (*Publications du Progrès Médical*, 14, rue des Carmes, Paris.)

Le médecin dans la Société contemporaine : *Conférences de déontologie*, par MM. Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris, et G. Lepage, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux, 1 vol. in-16, 2 francs. (*Masson et Cie*, éditeurs.)

De l'action malfaisante du podophyllin sur l'œil par contact direct, par M. A. V. de Rocca Serra, 1 broch. in-8° jésus de 48 pages, avec une planche hors texte. (*G. Steinheil*, éditeur, Paris.)

Électrothérapie gynécologique ; derniers travaux de recherche et de critique, par M. G. Apostoli, publiés par M. A. Laquerrière, directeur de la clinique Apostoli, avec la collaboration de Louis Delherm, interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-8° jésus de 632 pages, avec figures dans le texte et un portrait hors texte. (*J.-B. Baillière et fils*, éditeurs, à Paris.)

Étude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique, par M. René Cruchet, 1 broch., in-8° jésus de 177 pages. (*M. Gounouilhou*, 11, rue Guiraude, Bordeaux.)

DE LA PONCTION LOMBAIRE

Comme moyen de traitement des accidents consécutifs aux fractures du crâne.

Par E. ROCHARD
Chirurgien des hôpitaux.

M. Tuffier a attiré l'attention du public médical sur la valeur de la ponction lombaire dans les cas de fracture du crâne. La présence constante du sang dans le liquide céphalo-rachidien montre qu'il y a une solution de continuité. Malheureusement, cette ponction lombaire n'est qu'un renseignement de plus et ne peut servir au diagnostic, car on retrouve du sang dans tous les cas de contusion cérébrale même légère. Nous en avons eu un exemple frappant chez un enfant qui après une chute de quatre mètres fut amené à l'hospice d'Ivry dans le coma et nous quittait dix jours après complètement guéri; la ponction lombaire avait permis de constater la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien. Il est même probable que tous les cas enregistrés comme de la commotion simple ne sont que de la contusion légère du cerveau; mais ce n'est pas ce point que nous voulons envisager; ce n'est pas le côté diagnostic de la ponction lombaire, qui n'a malheureusement pas d'importance que nous voulons signaler à l'attention de nos confrères mais le côté thérapeutique.

* * *

Grâce à la ponction de Quincke, nous ne sommes plus tout à fait désarmés devant les accidents consécutifs aux violents traumatismes du crâne et causés par la compression cérébrale. Notre attention avait été attirée sur ces faits par le cas d'un malade amené le 3 août 1901 à Ivry après une chute sur la tête, dans le coma, les membres flasques, les yeux entr'ouverts, fixes et qui sous l'influence d'une ponction lombaire pratiquée dans le but de vérifier la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien sortit immédiatement de sa torpeur et s'échappa des mains de l'aide qui le maintenait. Trois centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien avaient seulement été retirés et nous nous demandions si cette petite quantité de liquide avait suffi pour produire ce changement complet dans l'attitude de notre malade, quand l'observation communiquée par notre collègue Poirier à la Société de chirurgie vint nous confirmer dans notre opinion.

Le 16 Septembre 1901 entra en effet dans le service de Poirier un homme qui la veille était tombé à la renverse dans son escalier; comme nous dit notre collègue, le diagnostic restait indécis entre une méningite, une contusion de l'encéphale et une fracture de la base du crâne; on pratiqua une ponction lombaire qui ramena un liquide fortement teinté de sang, s'échappant en jet de la canule. Devant cette hypertension, on pensa à une compression des centres nerveux. On retira 35 à 40 centimètres cubes, et, le soir même, le malade était sorti de son état de torpeur, reconnaissait son entourage et répondait facilement aux questions posées; les vomissements avaient cessé; la céphalée était moins vive; bref à partir de ce moment le malade se trouva si bien que le onzième jour il voulut à toute force quitter l'hôpital.

Ces observations nous montrent le parti qu'on peut tirer de la ponction lombaire dans les cas de compression cérébrale, soit que cette dernière ait pour cause une hémorragie importante agissant mécaniquement par son volume, soit encore qu'elle soit produite par une petite quantité de sang qui, comme nous l'a montré Guinard, agit comme corps étranger et produit un afflux de globules et de protonucléaires susceptibles d'augmenter considérablement la tension du liquide céphalo-rachidien.

Outre les cas dans lesquels la ponction lombaire devra être faite médicalement pour parer à une compression susceptible d'amener des troubles graves, il en est d'autres dans lesquels elle donne encore d'excellents résultats thérapeutiques; c'est dans les accidents consécutifs aux grands traumatismes craniens groupés sous le nom de méningo-encéphalite chronique, et dans lesquels, à côté des troubles de l'intelligence, la céphalée occupe une place considérable. Cette dernière se montre terrible et tenace, rebelle à tous les moyens de traitement, et rend la vie insupportable au malade. Nous l'avons vue disparaître à la suite de ponctions lombaires enlevant une plus ou moins grande quantité de liquide céphalo-rachidien, ponctions répétées plus ou moins suivant les cas.

Nous avons à l'heure actuelle, pour notre part, deux observations bien nettes dans lesquelles la décompression ainsi pratiquée a fait disparaître le mal de tête, et nous ne pouvons donner une meilleure preuve de ce que nous avançons qu'en citant brièvement les observations auxquelles nous faisons allusion.

La première en date est du 28 Septembre 1901. Il s'agit d'un électricien qui, monté sur un poteau électrique pour y arranger les fils, reçut dans les mains le courant, lâcha prise et tomba d'une hauteur d'environ 8 mètres.

Il fut transporté à l'hôpital d'Ivry dans le coma le plus complet, avec tous les signes d'une fracture de la voûte du crâne, s'irradiant à la base. L'ecchymose rétro-mastoïdienne, sous-conjonctivale, en même temps qu'un chevauchement des pariétaux, ne laissaient aucun doute. L'état grave persista deux jours, et, quand le malade revint à lui, il se plaignit de douleurs atroces dans la tête, douleurs telles que je dis à mon interne, M. Lemaître, de lui pratiquer une ponction lombaire jusqu'à ce ce que la douleur diminuât. On retira ainsi 18 centimètres cubes de liquide nettement coloré en rouge, et quelques minutes après, le malade se sentait tellement soulagé qu'il s'écria : « Pourquoi ne m'avez vous pas fait cela plus tôt? »

La céphalée reparut huit heures environ après la première ponction, et le lendemain je fis pratiquer une seconde évacuation de liquide céphalo-rachidien. Dix centimètres cubes retirés soulagèrent le malade; on en évacua cependant encore six centimètres cubes, ce qui produisit un peu de nausées et quelques étourdissements : le malade s'endormit après la ponction; il se réveilla vers deux heures de l'après-midi, n'ayant aucune céphalée; et depuis, le mal de tête n'a pas reparu.

Dans cette observation deux ponctions ont suffi pour faire cesser les douleurs atroces causées par la compression cérébrale. Dans la seconde, il n'a pas fallu moins de huit évacuations de liquide céphalo-rachidien pour faire disparaître complètement des maux de tête insupportables siégeant à la région frontale et à la région occipitale. C'est dans une chute d'un second étage qu'un maçon de cinquante ans se fractura le crâne, le 31 Décembre 1901. Son état était grave; le malade était dans le coma, porteur de plusieurs plaies du cuir chevelu, et, à l'heure actuelle, il est atteint d'amaurose complète de l'œil droit, consécutive à la fracture de la base.

Une première ponction fut pratiquée au moment du pansement; le malade commença à reprendre connaissance, mais il se plaignit aussitôt de céphalée l'empêchant de dormir. Une deuxième ponction évacuant 8 centimètres cubes de liquide céphalo rachidien soulagea un peu le malade. Une troisième ponction, pratiquée le 8 Janvier 1902, et évacuant 30 centimètres cubes, fit presque disparaître la douleur frontale sans améliorer la douleur siégeant à la nuque. Le 15 Janvier, une quatrième ponction fut pratiquée, il fallut retirer 42 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien pour que le malade accusât un soulagement très net. La nuit du 15 au 16 et la journée du 16 furent bonnes. Dans la nuit du 16 au 17, la céphalée revint. Le 17 Janvier, la cinquième ponction retira 41 centimètres cubes, et à ce moment on ne trouva plus de sang par centrifugation. Enfin les sixième, septième et huitième ponctions furent réclamées par le malade qui décidait lui-même le moment d'enlever l'aiguille. La dernière évacuation a eu lieu le 2 Février, et depuis, la céphalée a totalement disparu.

Nous savons bien qu'il est facile de dire que la céphalée aurait pu disparaître toute seule; nous ne le pensons pas, car les douleurs de tête sont souvent fort tenaces dans les cas de compression cérébrale; nous pensons au contraire que la ponction lombaire a non seulement servi dans ces cas à guérir la céphalée, mais a même aidé au prompt retour des facultés intellectuelles et au maintien de leur intégrité, en facilitant la résorption du sang épanché, et en empêchant ainsi la formation d'exsudats susceptibles de produire intérieurement des désordres dans la boîte cranienne.

Du reste, notre exemple a été suivi. M. Schwartz, à la suite de notre communication, à la Société de chirurgie, a cité le cas d'un malade chez lequel il avait pratiqué une ponction lombaire pour confirmer l'existence d'une fracture de la base du crâne. Huit jours après, une céphalée intense s'étant produite, il retira de nouveau 25 centimètres cubes. En quarante-huit heures, nous dit notre collègue, les accidents avaient complètement disparu, et le malade est resté guéri.

M. Gérard Marchant a été moins heureux, mais il s'est borné à pratiquer deux ponctions et n'a retiré que 6 centimètres cubes chaque fois, ce qui nous paraît insuffisant.

M. Poirier, dont nous avons cité plus haut l'observation, a vu la céphalée devenir beaucoup moins vive après la ponction, et le malade se plaindre seulement d'une légère lourdeur de tête.

Il est enfin intéressant de rapprocher ces faits de ceux cités dernièrement à la Société médicale des hôpitaux, par nos confrères Marie et Le Guillain, qui ont à l'aide de la ponction lombaire fait disparaître des céphalées d'origine syphilitique.

MÉDECINE PRATIQUE

PRATIQUE DE LA DÉSINFECTION

L'article premier de la nouvelle loi sur la protection de la santé publique pose le *principe de la désinfection obligatoire* dans les cas de maladies transmissibles. Cette loi sera exécutoire dans moins d'un an. Il y a donc urgence pour les médecins à étudier les moyens pratiques de désinfection actuellement en usage, de façon à pouvoir faire un choix éclairé et rationnel et conseiller en temps utile les municipalités intéressées.

Nous aurons surtout en vue, ici, la désinfection des locaux contaminés dans les petites communes et les gros bourgs, car, dans les grands centres, les municipalités d'une part, les sociétés privées de l'autre, très au courant des travaux scientifiques les plus récents, et par le seul fait de la concurrence, assurent depuis longtemps une pratique très facile de la désinfection dont cependant les médecins se désintéressent beaucoup trop à notre avis.

C'est donc surtout aux praticiens éloignés des grands centres que cette étude s'adresse, mais il est bien évident que tout ce qui y est dit peut s'appliquer à la pratique de la désinfection dans les grandes villes.

*
* *

Etant donnés le but à atteindre (désinfection des locaux contaminés) et les conditions de pratique dans lesquelles nous nous plaçons (petites communes ou particuliers), il est un certain nombre de principes que nous devons, dès le début, poser.

1° *Le mode de désinfection adopté devra être efficace, réellement et complètement efficace*, c'est-à-dire devra détruire tous les germes infectieux, et être doué d'un pouvoir de pénétration qui lui permette de tuer les dits germes dans l'épaisseur des tissus, tentures, tapis, matelas, habituellement contaminés. Et nous insistons sur ce point, son action ne devra pas porter seulement sur tel ou tel germe particulier, mais sur tous les germes infectieux.

2° *Il ne devra être dangereux ni pour les objets, ni pour les personnes*, c'est-à-dire que tout mode de désinfection susceptible de détériorer les objets quels qu'ils soient (linges, meubles, tableaux, etc.) qui s'y trouvent soumis doit être, de toute évidence, écarté. Pour les personnes (désinfecteurs, habitants, voisins) il peut être dangereux soit du fait de la toxicité immédiate ou consécutive du produit employé, soit du fait du procédé même, s'il expose par exemple à des accidents, telles les explosions.

3° *Il devra être autant que possible automatique*, c'est-à-dire qu'il sera susceptible, au moyen d'une technique très simple réduisant au minimum l'intervention humaine, de réaliser une désinfection parfaite.

Il devra en d'autres termes fonctionner correctement sans qu'il soit besoin de faire état de l'intelligence et du dévouement du désinfecteur, dont le coefficient intellectuel et moral est essentiellement variable.

4° *Il devra enfin être peu coûteux*, et dans l'évaluation du coût il faudra tenir compte : *a*) *de la simplicité du procédé*, de son automatisme, qui, permettant son application à une personne quelconque pour peu qu'elle ait de la bonne volonté, n'exige pas la constitution d'un corps de désinfecteurs professionnels, et partant d'un budget spécial toujours assez élevé ; *b*) *du coût des appareils et des accessoires*, qui nous fera toujours donner la préférence à l'instrumentation la moins coûteuse, pourvu que le procédé auquel elle s'applique soit efficace ; *c*) *du coût du désinfectant lui-même.*

I. — Le choix d'un désinfectant.

Les quatre qualités : *efficacité*, *innocuité*, *automatisme*, *économie*, que nous venons d'exposer comme nécessaires au procédé de désinfection vous nous permettrez de faire notre choix.

Efficacité. — Pour juger de l'*efficacité* d'un désinfectant, il n'est peut-être pas encore de meilleur guide que le travail de M. Miquel[1] sur « la désinfection des poussières sèches des appartements au moyen des substances gazeuses ou volatiles »; il est à lire en entier par tous ceux qu'intéressent les questions d'hygiène publique. Or, après des expériences conduites avec une extrême rigueur, M. Miquel est arrivé à la classification suivante : chlore gazeux, acide chlorhydrique, *aldéhyde formique*, hypochlorite de soude, *chlorure de benzyle*, qui range les désinfectants de façon décroissante sous le rapport de l'activité et de la promptitude d'action.

La comparaison de l'activité de l'aldéhyde formique et du sublimé est particulièrement intéressante, car nous verrons en dernière analyse que ce sont les deux seuls désinfectants vraiment efficaces et pratiques.

La désinfection par le sublimé est le procédé adopté par la ville de Paris et rend incontestablement les plus grands services; mais à nous en tenir pour l'instant à la seule efficacité, le sublimé s'est montré inférieur aux désinfectants sus-énumérés. Si nous nous reportons, en effet, aux travaux de Miquel, nous voyons que l'aldéhyde formique se montre infertilisante à la dose de 1 pour 2000 tandis que le sublimé ne produit la même antisepsie qu'à 1 pour 1000. Enfin et surtout la puissance de pénétration du sublimé est faible et à ce point de vue ne peut supporter la comparaison avec l'aldéhyde formique dont « les vapeurs possèdent la propriété si précieuse d'être très pénétrantes, c'est-à-dire d'aller détruire les microbes dans la profondeur des sédiments accumulés sur une grande épaisseur ».

En tout état de cause il est acquis que le pouvoir bactéricide de l'aldéhyde formique en solution est au moins équivalent et probablement supérieur à titre égal au sublimé.

Innocuité. — Examinons d'abord les *désinfectants* sous le rapport de la toxicité ou du moins des dangers qu'ils peuvent faire courir.

Nous savons que le *sublimé* est doué d'une forte toxicité; en fait la mortalité a été très élevée chez les désinfecteurs de la Ville, surtout au début de la pratique de la désinfection. Il est certain qu'il peut être fort dangereux de confier à une personne non professionnelle le maniement d'un toxique aussi violent.

L'*acide sulfureux* est faiblement toxique, et, à part l'action irritante des plus vives qu'il exerce sur les muqueuses, au moins au début, il est à peu près inoffensif et on sait que les ouvriers qui pratiquent le blanchissage des tissus ou des éponges vivent sans en être incommodés dans des atmosphères fortement chargées d'acide sulfureux.

Le *chlore*, l'*acide chlorhydrique*, l'*hypochlorite de soude* exercent une action irritante telle qu'ils doivent être délaissés de ce seul fait.

L'*aldéhyde formique* « jouit à l'égard des espèces animales » d'un pouvoir toxique très inférieur à celui des antiseptiques qui peuvent lui être comparés en activité (Miquel). Il exerce sur les muqueuses des yeux, des fosses nasales, du pharynx et du larynx une action irritante assez vive, quoique non dangereuse et très inférieure à celle qu'exerce l'acide sulfureux; il n'en conviendra pas moins de chercher, le cas échéant, à prévenir autant que possible ce désagrément.

1. MIQUEL. — « De la désinfection des poussières sèches des appartements au moyen des substances gazeuses et volatiles », 1895, G. Carré, éditeur.

Si nous examinons maintenant les *procédés*, nous voyons que nous devons écarter (dans les conditions de pratique que nous supposons) ceux de ces procédés nécessitant l'emploi d'appareils à haute pression (autoclaves) qui entre des mains inexpérimentées peuvent donner lieu à des accidents graves.

En ce qui concerne la *détérioration des objets*, l'acide sulfureux, le chlore et les hypochlorites par leur pouvoir décolorant et destructif, sont particulièrement redoutables. Le sublimé manié avec soin est peu dangereux, à ce point de vue. L'aldéhyde formique s'est montré tout à fait inoffensif.

Automatisme. — L'action automatique du désinfectant ne sera évidemment réalisée que par le choix d'un gaz antiseptique ou d'une solution particulièrement volatile, qui, se mélangeant en quelque sorte uniformément à l'air du local à désinfecter, en stérilisera automatiquement toutes les parties, et supprimera presque complètement l'intervention humaine.

A ce point de vue encore, la préférence devra être accordée à l'aldéhyde formique dont l'emploi ne nécessite ni vaporisateur ni pulvérisateur, et, dans des conditions déterminées, sature automatiquement l'espace à désinfecter. Le sublimé nécessite toujours, pour être efficace, l'intervention d'un désinfecteur de profession.

Economie. — Au point de vue économique, l'aldéhyde formique nous paraît encore avoir un franc avantage sur le sublimé : 1° en ce que la *simplicité de la technique*, permettant une désinfection automatique, peut éviter l'emploi d'un désinfecteur professionnel; 2° en ce que les appareils à production de l'aldéhyde formique, formalateurs ou évaporateurs de solutions d'aldéhyde formique, sont d'un coût moins élevé que les pompes pulvérisantes que nécessite l'emploi du sublimé; 3° en ce que le formol est d'un prix extrêmement minime.

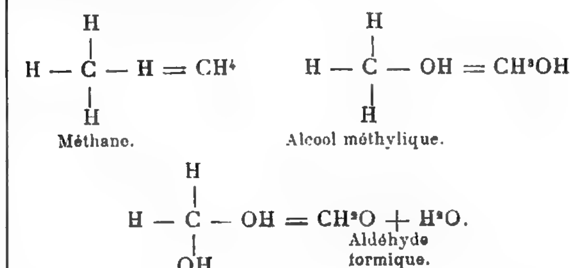
*
* *

Qu'on se place donc au point de vue de l'efficacité, de la nocivité, de la sécurité ou de l'économie, il semble difficile de ne pas conclure en faveur de l'aldéhyde formique comme désinfectant usuel des locaux contaminés, et c'était, dès 1895, l'opinion de M. Miquel qui écrivait ces lignes qui nous serviront, pour l'instant, de conclusion : « Je crois, pour ma part, que ce corps « (l'aldéhyde formique) est destiné à supplanter « tous les antiseptiques dès qu'on aura trouvé le « moyen de l'utiliser aisément dans la pratique « de la désinfection ».

C'est cette question de l'utilisation aisée de l'aldéhyde formique dans « la pratique de la désinfection », que nous examinerons maintenant.

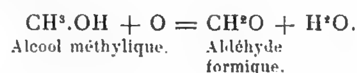
II. — L'aldéhyde formique. — Ses propriétés.

Propriétés chimiques. — L'aldéhyde formique (formol, formaldéhyde, formaline, méthanal) peut être considéré comme un dérivé d'oxydation du méthane CH^4. Le méthane oxydé donne d'abord de l'alcool méthylique $CH^3.OH$. L'oxydation ménagée de cet alcool méthylique donne de l'aldéhyde formique CH^2O.



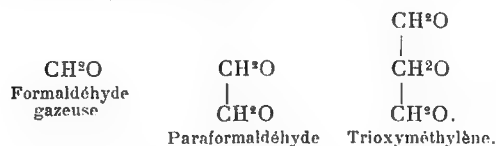
C'est même sur ce principe de la formation d'aldéhyde formique par l'oxydation ménagée de l'alcool méthylique, qu'est basée la préparation de ladite aldéhyde : c'est le principe des formolateurs.

C'est l'expérience classique qui consiste à mettre en contact, avec les vapeurs d'alcool méthylique contenu dans un verre à pied, une spirale de platine préalablement chauffée ; le platine se maintient incandescent tant que l'alcool subsiste dans le verre à pied. Ce phénomène est dû à l'oxydation en présence du rouge de platine, des vapeurs d'alcool méthylique avec formation d'aldéhyde formique.



L'aldéhyde formique est un corps gazeux à la température ordinaire, soluble dans l'eau, incolore, doué d'une odeur piquante extrêmement irritante. Ce gaz jouit de la propriété de se polymériser avec une très grande facilité; il donne alors naissance, par réunion de deux molécules de formaldéhyde à la *paraformaldéhyde* solide, blanche, onctueuse au toucher, soluble dans l'eau, et, par la réunion de trois molécules de formaldéhyde, au *trioxyméthylène*, poudre blanche, peu soluble dans l'eau, et dégageant une forte odeur d'aldéhyde formique.

En résumé, la formaldéhyde se présente sous les trois états suivants :



Ces produits de polymérisation jouent, comme nous verrons, un rôle important dans l'histoire de la formaldéhyde, par ce qu'ils existent dans la solution d'aldéhyde formique du commerce.

Cette solution se présente sous l'aspect d'un liquide dont l'odeur est très forte, et qui dégage même à la température ordinaire, des vapeurs irritantes pour les yeux. Ce liquide se vend dans le commerce sous le nom de formaldéhyde, d'aldéhyde formique, de formol, de formaline. Il faut bien savoir, d'ailleurs, qu'il s'agit là d'un produit que tous les chimistes et pharmaciens peuvent préparer et vendre, qu'il ne s'agit nullement d'une spécialité, mais d'un corps ou d'un ensemble de corps bien connus, bien définis, « dont la composition et la fabrication sont absolument libres, et n'offrent aucun secret pour les « chimistes les moins experts ».

Quelques propriétés de l'aldéhyde formique sont à rappeler, parce qu'elles fournissent l'occasion d'applications intéressantes.

C'est ainsi que, *avec l'ammoniaque*, l'aldéhyde formique donne naissance à un composé inodore bien défini : *l'aldéhyde ammoniacale*, intéressante en ceci que cette combinaison neutralise à la fois l'odeur, les propriétés irritantes et l'action antiseptique de l'aldéhyde formique. Certains procédés de désinfection par le formol utilisent cette propriété pour neutraliser l'aldéhyde formique après la désinfection.

D'autre part, l'*action de l'aldéhyde formique sur la gélatine rend celle-ci insoluble*. Si, à une solution de gélatine à 50 pour 100 maintenue tiède, on ajoute quelques gouttes de formaldéhyde, cette solution se transforme en une masse transparente, insoluble dans l'eau bouillante. Nous verrons quel parti l'expérimentation peut tirer de ce fait.

* * *

Propriétés antiseptiques. — Au point de vue spécial où nous nous plaçons, la propriété capitale de l'aldéhyde formique est son *pouvoir antiseptique*, et, si l'on étudie les propriétés antiseptiques d'un corps destiné à la désinfection des locaux, il faut examiner : 1° son *pouvoir antiseptique* expérimental, quant à sa puissance, quant à son étendue, c'est-à-dire quant à son action sur tous les germes infectieux; 2° son *pouvoir de diffusion* dans un espace clos; 3° son *pouvoir de pénétration*. Ce sont là les trois conditions nécessaires réalisatrices d'une désinfection pratiquement efficace : la destruction de *tous* les germes, dans *toutes les parties du local contaminé*, et même *dans la profondeur* des tissus habituellement contaminés.

Examiné à ces trois points de vue, l'aldéhyde formique s'est montrée tout à fait remarquable.

Si nous nous reportons au travail de Miquel, susmentionné, nous constatons une « *action microbicide vraiment surprenante* », pour employer l'expression même de cet auteur.

« Les solutions concentrées d'aldéhyde formique à 33 pour 100 montrent un pouvoir bactéricide radical, analogue à celui du chlore, du « brome et de l'iode; pas une bactérie des poussières, ni une spore du bacille du charbon ne « peuvent échapper à l'action éminemment antiseptique de l'aldéhyde méthylique » (Miquel *loco citato*, p. 73).

Les vapeurs de solution d'aldéhyde formique à 1 pour 100 donnèrent les mêmes résultats. Il en fut de même avec les solutions à 1 pour 200 et 1 pour 400. L'auteur ne jugea pas utile de pousser plus loin le degré de dilution de l'aldéhyde formique; « car, dit-il, il ne me paraît guère prudent d'entreprendre des désinfections avec « des solutions dont le titre serait inférieur à « 1 pour 100; je crois, au contraire, qu'il sera « utile dans le pratique de porter ces titres à « 2,3 et 5 pour 100 ».

L'auteur a fait une étude comparative minutieuse du pouvoir bactéricide de l'aldéhyde formique et du sublimé. La dose infertilisante dans le bouillon du sublimé est de 1 pour 1.000, celle de l'aldéhyde formique 1 pour 2.000 (Voir tableau fig. 84). Si l'on remarque que les solutions de sublimé couramment employées titrent 1 pour 1.000 et que celles de formol titrent 1 à 10 pour 100, on voit de suite la supériorité des secondes sur les premières.

Le trioxyméthylène, quoique moins puissant que l'aldéhyde formique, fait néanmoins partie de la classe des antiseptiques dont l'action est énergique et radicale, mais les vapeurs émises par ce corps se montrent moins promptement microbicides que les vapeurs émises par les solutions d'aldéhyde formique. *Il y aura donc utilité dans la pratique de la désinfection à éviter, autant que ossible, la polymérisation de l'aldéhyde formique, et partant la formation d'un produit moins actif que l'aldéhyde formique gazeux.*

Pouvoir antiseptique. — L'étude de l'action antiseptique du formol sur les différents germes infectieux a été faite par MM. Régnier et Bruhat[1], dans les conditions suivantes : ils ont souillé des linges avec des selles de typhiques, des selles diarrhéiques ordinaires, du pus d'abcès à staphylocoques, des crachats tuberculeux, des crachats contenant des streptocoques, des fausses membranes croupales, des cultures de bacterium termo, des moisissures diverses, des levures pures. Ils ont déposé ces échantillons en différents endroits d'une salle qu'ils ont soumise ensuite à la désinfection formolique, suivant le procédé habituel, et aux doses usuelles pour les formolateurs Hélios. Après 14 heures, lesdits échantillons ensemencés en boîtes de Pétri sur bouillon gélatiné n'ont donné aucune culture. La stérilisation avait été complète tant pour le bacille d'Eberth que pour le coli commune, le bacille de Koch, le streptocoque, le staphylocoque, le bacterium termo, les moisissures, les levures, le bacille de Loffler.

Le pouvoir bactéricide de l'aldéhyde formique est donc radical et porte sur tous les germes infectieux habituels.

Les expériences de MM. Bosc[2], Trillat, Bardet[3], Vaillard[1], Trillat et Gabriel Roux[2], etc., avaien abouti aux mêmes conclusions.

Pouvoir de diffusion. — La propriété susrappelée de l'aldéhyde formique de rendre la gélatine insoluble a permis d'étudier avec une grande rigueur son *pouvoir de diffusion.*

Au cours d'expériences répétées, M. Trillat recherche si les vapeurs d'aldéhyde formique produites par ses appareils étaient bien parvenues dans tous les points des pièces qu'il voulait désinfecter. Pour cela il disposait dans lesdites pièces de petits tubes remplis de gélatine ou de petits carrés de verre enduits d'une solution de gélatine, et regardait ensuite si celle-ci était ou non insoluble. Le résultat fut toujours le même: la gélatine était insolubilisée, preuve évidente de la diffusion intégrale de l'aldéhyde.

Pouvoir de pénétration. — Le *pouvoir de pénétration* de l'aldéhyde formique a fait l'objet d'expériences répétées tant de M. Miquel que de M. Trillat.

M. Miquel a démontré que, seules, les vapeurs d'iode sont pénétrantes à un degré égal. Il adoptait le dispositif suivant: « Dans une cloche de « forme haute, tubulée à sa partie supérieure, on « introduit un petit tube de verre de 6 à 7 millimètres de diamètre sur 3 à 4 centimètres de « longueur; ce tube est fixé au moyen d'une tige « métallique rigide au bouchon qui ferme exactement la tubulure de la cloche; l'antiseptique « émettant des vapeurs est posé en bas, sur le « plateau de l'appareil, en quantité plus ou moins « grande. Suivant les cas, on place dans le petit « tube une couche plus ou moins épaisse de « poussière; on expose ce tube ainsi préparé à « l'action du désinfectant; puis, à la fin de l'expérience, on jette son contenu total dans un « gros flacon plein de bouillon de peptone stérilisé. Quand l'antiseptique n'a pas agi, ou, du « moins, lorsque son action a été très superficielle, une putréfaction intense se déclare dans « le liquide nutritif. »

Dans ces conditions, et en variant la hauteur des poussières de 1 millimètre à 1 centimètre et le titre de la solution de 33 à 2 pour 100, la stérilisation fut toujours complète. Et même, dans des cas où l'expérimentateur abaissa le titre de la solution à 1 pour 100, il put constater qu'en prolongeant la durée de l'action de ces solutions faiblement chargées d'aldéhyde formique pendant 4, 5 et 10 jours, sa stérilisation devient complète. *La puissance de pénétration des vapeurs émanées des solutions d'aldéhyde formique est donc considérable.*

Pour étudier cette force de pénétration des vapeurs d'aldéhyde formique, M. Trillat[3] utilisa la propriété qu'a ce corps d'insolubiliser la gélatine, ainsi que celle de transformer la fuchsine en une matière colorante bleue. Il faisait agir l'aldéhyde formique sur des blocs de gélatine colorée à la fuchsine, de 5 à 6 centimètres de diamètre, et constatait la pénétration intégrale de ladite aldéhyde.

Mais les expériences les plus intéressantes à ce point de vue ont été celles de M. Bosc[4] qui a pratiqué avec l'autoclave Trillat la désinfection de pavillons de contagieux à l'hopital Saint-Eloi, de Montpellier. Nous ne retiendrons que celles qui ont trait aux cas dans lesquels il augmentait les obstacles au contact des vapeurs de formaldéhyde avec les échantillons à désinfecter qu'il plaçait dans des poches d'habit, au milieu d'ouate, sous plusieurs draps tassés, dans l'intérieur d'un matelas décousu, dans un matelas plié sur lui-même.

1. Régnier et Bruhat. — *Comptes rendus de la Société française d'hygiène*, 1899, 9 Juin.
2. Bosc. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 mai 1896.
3. Trillat et Bardet. — *Bulletin de thérapeutique*, 15 mai 1895.

1. Rapport de la Commission du Val de Grâce, juillet 1895.
2. Trillat et G. Roux. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 mai 1896.
3. Trillat. — « La formaldéhyde et ses applications », p. 62. G. Carré, éditeur.
4. Bosc. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1896, 25 Mai.

Les résultats, d'un très grand intérêt pratique, furent les suivants: Les vapeurs de formol peuvent pénétrer dans tous les passages qui leur sont ouverts; elles iront tuer du staphylocoque dans dans la poche d'un habit, du pyocyanique placé sous des draps non tassés, du colibacille dans un matelas replié sur lui-même, du bacille diphtérique dans un tiroir ouvert.

Mais on ne saurait compter sur une désinfection certaine si l'on tasse ou si l'on donne une trop grande épaisseur aux objets à désinfecter: le staphylocoque ne sera pas atteint sous des draps de lit mis en tas; la laine d'un matelas non défait donnera des cultures vivaces de streptocoque.

En sorte que *pour que la désinfection soit efficace, il faut que les vapeurs de formol puissent aborder le plus largement possible tous les points de l'objet à désinfecter*; on devra donc éviter les amoncellements de draps, de linge ou de vêtements; on devra étendre le linge et les vêtements sur le sol ou mieux sur des cordes, retourner les poches des habits, éventrer largement les matelas, ouvrir armoires, tiroirs, etc.

Innocuité. — Quant à *l'action nocive sur les objets soumis à la désinfection*, elle s'est constamment montrée nulle. Les teintures des tentures, tissus, tapis de soie, laine et coton n'ont pas bougé; les objets dorés (cadres de tableaux, garnitures de cheminées), l'argenterie, le cuivre n'ont subi aucune atteinte. Les peintures, le vernis des meubles et en particulier le vernis Martin n'ont pas été altérés.

Un autre point important a été élucidé par M. Trillat, celui de la *recherche de l'explosibilité des vapeurs de formol*, les espaces destinés à être désinfectés par les vapeurs d'aldéhyde formique étant, à un certain moment, sursaturés par ces vapeurs. « Pour reconnaître, dit M. Trillat, « et étudier le caractère explosif des vapeurs « de formol, je me suis servi d'une cloche « allongée d'une contenance de 3 à 4 litres, et « munie de contact électrique tout à fait assimilable à un eudiomètre. En introduisant dans « cet eudiomètre des quantités variables de vapeurs aldéhydiques et en y faisant passer l'étincelle électrique, je ne suis pas parvenu à déterminer une explosion. Bien plus, la présence « des vapeurs aldéhydiques semble diminuer « l'inflammabilité des vapeurs d'alcool méthylique. »

Enfin, comme après la désinfection d'un appartement, les linges restent quelque temps imprégnés de l'odeur de ce gaz qui sans être nuisible est assez désagréable, si surtout la pièce doit être habitée de suite, il conviendra de *neutraliser par évaporation d'ammoniaque le résidu d'aldéhyde formique*.

*
* *

Il nous convient encore ici de nous placer sous la haute autorité de M. Miquel pour conclure avec lui que « ces faits démontrent « surabondamment que l'aldéhyde formique constitue un produit désinfectant excellent réunissant à peu près toutes les qualités désirables : « il est relativement prompt dans son action; il « pénètre profondément au sein des poussières; « il n'a pas le désagrément d'altérer les métaux « et bien d'autres objets; enfin il agit d'une façon « énergique, aux basses températures ». Si l'on ajoute qu'il est automatique, peu dangereux, peu coûteux, que ses inconvénients, pour n'être pas nuls, sont en somme minimes, on verra qu'il remplit les desiderata sus-énoncés. Il ne nous reste plus qu'à examiner comment on pourra dans la pratique employer un corps si puissamment microbicide.

III. — Procédés pratiques de désinfection.

Le procédé qui se présente immédiatement à l'esprit pour la réalisation pratique de la désinfection formolique est celui qui consisterait à évaporer directement une solution d'aldéhyde; ce serait le plus simple, et probablement le plus économique. Mais, lors de cette évaporation, la solution se concentre et dès que la concentration dépasse 40 pour 100, une polymérisation se produit, qui augmente avec cette concentration; en sorte que bien des expérimentateurs ont obtenu par ce procédé des résultats médiocres et que Bardet a démontré l'impossibilité de stériliser une pièce de moyenne capacité, en pulvérisant même des quantités considérables de solution. Aussi tous les procédés actuellement en usage se sont proposés d'éviter cette polymérisation.

Un autre procédé également séduisant consisterait en l'emploi d'appareils formogènes fonctionnant par l'oxydation des vapeurs d'alcool méthylique et la production directe d'aldéhyde formique. Tous ces appareils, et il en existe un grand nombre, peuvent donner des résultats satisfaisants pour la désinfection d'espaces très restreints (petite étuve, placard, armoire, etc.). Dans des espaces même de moyen volume, les résultats ont toujours été incertains ou négatifs.

En sorte qu'à l'heure actuelle on peut dire que les procédés pratiques de désinfection des locaux contaminés, par les vapeurs d'aldéhyde formique, se réduisent à trois.

1° Le plus ancien, le *procédé de Trillat*, basé sur le principe suivant : la solution de formaldéhyde, chauffée dans un autoclave sous une pression de 3 ou 4 atmosphères, laisse dégager ses vapeurs sans formation de produit polymérisé. L'addition d'un sel neutre (chlorure de calcium), empêche la formation de produits polymérisés;

2° Les procédés divers, employant la formation simultanée de formol à l'état naissant et de vapeur d'eau. C'est le principe du *procédé Hélios*, dans lequel le formol se produit par chauffage direct de pastilles de formaline qui régénèrent l'aldéhyde formique gazeux dont la polymérisation est évitée par la production simultanée d'une quantité déterminée de vapeur d'eau;

3° Enfin le dernier procédé en date, réalisé surtout par les appareils *Geneste-Herscher*, basés sur ce fait que « si l'on chauffe très énergiquement des solutions d'aldéhyde formique, titrant « 5 à 12 pour 100, elles perdent l'eau et l'aldéhyde en quantités proportionnelles ».

*
* *

Procédé de Trillat. — L'appareil de M. Trillat est, en somme, un autoclave avec tube de dégagement supérieur. Le chauffage est obtenu soit par le gaz, soit par le pétrole. La solution de formochlorol (solution de formol et de chlorure de calcium) est versée dans l'autoclave à raison de un litre par cent mètres cubes d'appartement à désinfecter. Le couvercle est fixé et serré. L'appareil est mis en place à quelques centimètres de la porte de l'appartement à désinfecter, et disposé de manière à ce que le tube de dégagement passe par le trou de la serrure. On chauffe, et dès que le manomètre indique la pression de 5 atmosphères, on ouvre peu à peu le robinet de dégagement. Le temps de vaporisation écoulé (et il est indiqué par des tables livrées avec les appareils), la lampe est éteinte, et quand la pression est retombée à 1 atm. 1/2, le robinet est fermé. Après refroidissement de l'appareil, le couvercle est ouvert, l'appareil nettoyé.

La vaporisation du formol terminée, ainsi qu'il vient d'être dit, l'appartement est laissé complètement fermé pendant deux heures, délai nécessaire et suffisant pour une désinfection parfaite.

L'appartement est alors ouvert et largement aéré, ainsi qu'il sera dit plus loin; l'excès de formol est au besoin neutralisé par de l'ammoniaque. Et, dans ces conditions, un appartement désinfecté le matin peut toujours être réhabité le soir même.

Ce procédé a fait depuis longtemps ses preuves. La désinfection obtenue est radicale et les travaux de Trillat, Trillat et Bardet, Vaillard, Trillat et Gabriel Roux, Bosc, entre autres, en ont démontré la rigoureuse efficacité : *scientifiquement, il est parfait ou presque*.

Au point de vue où nous nous sommes placés, au début de ces articles, il est passible de quelques reproches :

1° Il nécessite l'emploi d'appareils relativement coûteux.

2° L'emploi de ces appareils, entre des mains inexpérimentées, est très dangereux, puisque, fonctionnant sous une pression de 5 atmosphères, ils peuvent provoquer des explosions fort graves;

3° Il nécessite la formation d'un personnel spécial, auquel le maniement de l'appareil soit tout à fait familier.

Le choix de ce procédé est donc subordonné à des conditions financières dont chaque municipalité sera juge.

Procédé Geneste-Herscher. — Le procédé Geneste-Herscher nécessite l'emploi d'un appareil particulier, d'une chaudière avec tube de dégagement supérieur, dans laquelle le chauffage est obtenu avec une lampe à gaz, une lampe à pétrole ou à essence. L'appareil est rempli de formaldéhyde à 7,5 pour 100; la quantité de solution à employer pour un volume déterminé est indiquée par des tables annexées à l'appareil. Il est disposé comme l'appareil Trillat, dont il ne diffère qu'en ce que l'appareil fonctionne comme une chaudière ordinaire, et non comme un autoclave, qu'en d'autres termes il ne nécessite pas l'emploi de hautes pressions, et n'expose pas, de ce fait, à de redoutables explosions.

Il est donc relativement simple et des plus économiques en ce qu'il ne nécessite pas l'emploi de produits spécialisés comme le formochlorol (Trillat) ou la formaline (Hélios), mais peut être réalisé avec les solutions du commerce. Il est, sans doute, très recommandable, quoiqu'on puisse regretter que des expériences multipliées, précises et autorisées, ne nous aient pas rigoureusement fixés sur la valeur pratique de ce procédé, ainsi qu'il a été fait pour le procédé Trillat précédemment mentionné, et pour le procédé Hélios, qu'il nous reste à étudier.

Procédé Hélios. — Le procédé Hélios est des plus simples. Il est basé sur ce fait que des pastilles de formaline (pastilles paraformiques) jouissent de la propriété, lorsqu'elles sont chauffées, de régénérer leur poids d'aldéhyde gazeuse. Cependant si l'on chauffe ces pastilles dans un récipient quelconque, elles se transforment bien en aldéhyde formique, mais celle-ci se recondense immédiatement à l'état parafomique et n'agit plus alors comme désinfectant. Dans les formolateurs Hélios l'eau contenue dans l'alcool du commerce dans la proportion de 15 pour 100 s'évapore en même temps que brûle l'alcool, et mêlée sous forme de vapeur aux gaz de combustion, se combine intimement à l'aldehyde formique à l'état naissant pour la maintenir entièrement gazeuse sans repolymérisation ultérieure. Tel est ce procédé.

On a reconnu dans la pratique que la force de pénétration de l'aldéhyde formique était considérablement augmentée si les objets soumis à la désinfection étaient humidifiés légèrement sans être mouillés, et pour remplir cette condition, on a construit un formolateur combiné avec une chaudière à évaporation d'eau qui sert à élever le degré hygrométrique de l'air du local.

La technique en est donc des plus élémentaires, et se réduit, en dernière analyse, à introduire dans le formolateur un nombre de pastilles déterminé par le volume du local à désinfecter, dans l'évaporateur un volume d'eau calculé de même, et allumer les lampes destinées à chauffer eau et pastilles.

C'est l'un des plus simples procédés de désinfection formolique actuellement en usage; il nécessite un minimum d'apprentissage et les appareils sont peu coûteux. Ses références scien-

tifiques, quant à son efficacité pratique dans les désinfections de grands volumes, sont de premier ordre. Nous croyons que c'est un procédé à employer surtout dans les localités où n'existe pas un service de désinfection rigoureusement organisé; car il réalise vraiment les conditions quasi-idéales d'une désinfection parfaite : efficacité, simplicité, sécurité, économie.

Peut-être peut-on lui reprocher sa durée un peu longue, car la gazéification doit durer sept heures, et, partant, pour la désinfection totale, y compris les préparatifs, l'aération, la neutralisation, il faut compter au moins dix heures. Mais ce temps peut d'ailleurs être considérablement réduit en augmentant la dose des pastilles indiquée et serait par exemple, réduit de moitié en doublant cette dose. En tout cas, en pratiquant la désinfection le matin, la chambre contaminée sera toujours habitable le soir.

* * *

Quel que soit le procédé adopté, Trillat, Geneste ou Hélios, les *précautions* suivantes devront être prises :

1° Les appartements à désinfecter devront être parfaitement clos. On obturera avec des bandes de papier gommé les interstices des fenêtres, des portes, les trous des serrures. On bouchera les ouvertures de chauffage, les portes de cheminées ou de poêles, les conduites de tuyaux, etc. Enfin on procédera au calfeutrage soigné de la pièce. C'est une condition de première importance dans la pratique de la désinfection par les gaz.

2° Un des inconvénients peu niables de l'aldéhyde formique est son odeur piquante et l'action irritante qu'elle exerce sur les muqueuses pituitaires et conjonctivales, en sorte que, bien que cette action ne soit nullement dangereuse, il conviendra de l'éviter avec soin. Si la chose est possible, on ménagera à l'avance les moyens d'aérer les appartements une fois les opérations terminées, soit, si la chose est possible, en ouvrant les fenêtres du dehors, soit en adoptant un dispositif quelconque qui permette sans entrer dans la pièce d'en assurer l'aération. S'il faut, de toute nécessité, pénétrer dans la pièce pour en assurer l'aération, le désinfecteur, se bouchant le nez, dégagera la porte, pénétrera rapidement dans la pièce pour aller aux fenêtres qu'il ouvrira largement afin d'aérer et sortira pour ne rentrer qu'après que l'aération commençante rendra la pièce presque habitable.

3° Enfin si l'on veut, de façon quasi immédiate, faire disparaître l'odeur désagréable de l'aldéhyde formique dans les cas, en particulier, où la pièce doit être habitée de suite, on obtiendra ce résultat au moyen de l'ammoniaque du commerce. Il suffira de verser de l'ammoniaque dans une casserolle à raison de un litre environ pour 100 mètres cubes à désinfecter et de la placer sur une lampe à alcool contenant 20 à 25 centilitres d'alcool à brûler par litre d'ammoniaque, ou plus simplement encore de verser de l'ammoniaque sur de larges surfaces, cuvettes, plats etc., disposés dans les chambres.

III. — Pratique de la désinfection après une maladie contagieuse.

Dans la pratique, la désinfection sera réalisée de la façon suivante :

Avant de pénétrer dans le local à désinfecter, la personne chargée de ce soin revêtira une grande blouse de toile serrée aux poignets, et un pantalon de même tissu serré aux chevilles par un lacet ou une simple ficelle, et de gros chaussons par-dessus ses souliers.

Elle préparera, dans un seau ou un baquet de 20 à 50 litres, une solution antiseptique de sublimé ou de formol, en faisant dissoudre dans le premier cas 1 gramme de sublimé et 10 grammes de sel par litre d'eau, dans le deuxième cas deux cuillers à soupe de la solution commerciale de formol à 40 pour 100. Elle y plongera les linges de toute espèce.

Au moyen de cette solution antiseptique elle mouillera les parties du plancher ou des murs qui auraient été souillées par des excréta.

Les tiroirs et portes des meubles, armoires, placards seront largement ouverts; les livres ouverts et les jouets étalés sur des claies; des cordes tendues dans la pièce serviront à suspendre les tapis, tentures, édredons, oreillers, traversins (décousus), couvertures, vêtements (collets relevés, poches retournées); les matelas seront éventrés et, si la chose est possible, la laine étendue sur des claies; le lit sera écarté du mur, le sommier retiré et placé de champ en travers.

Le désinfecteur pratiquera alors le calfeutrage minutieux de la pièce, obturant avec de l'ouate, des tissus de laine ou du papier gommé les fentes et ouvertures des fenêtres, portes, prises d'air, calorifères, bouches de chaleur, poêles et cheminées, etc.

Suivant le procédé adopté il disposera le générateur aldéhydique, en se conformant aux instructions annexées à l'appareil, soit à l'intérieur de la pièce (Hélios), soit à l'extérieur (Trillat, Geneste-Herscher). Mais quel que soit le procédé, avant de sortir de l'appartement il quittera ses chaussons sa blouse et son pantalon de toile qu'il suspendra aux cordes préparées, se lavera avec soin la bouche et les mains avec une solution antiseptique, et, sorti de la pièce, en fermera la porte dont il obturera les fen es avec soin.

S'il peut, de façon quelconque, assurer du dehors l'ouverture des fenêtres, soit par simple poussée, la fenêtre étant obturée sans être fermée, si la pièce est au rez-de-chaussée, soit en faisant passer par le trou de la serrure une ficelle attachée d'autre part à la croisée, quand la disposition des lieux s'y prêtera, le désinfecteur s'évitera ainsi le désagrément d'une inhalation formolique lors de l'ouverture de la pièce.

Quoi qu'il en soit, les choses resteront en l'état le laps de temps indiqué par l'instruction relative au procédé employé. La désinfection se fera automatiquement, sans autre intervention; il faut compter une moyenne de sept heures ; c'est dire que la désinfection devra être pratiquée le matin si la pièce doit être réhabitée le soir.

Le désinfecteur aérera alors largement la pièce en ouvrant, comme nous venons de le dire, les fenêtres du dehors, quand la chose est possible. Autrement, se bouchant le nez, et retenant sa respiration, il pénétrera rapidement dans la pièce dont il ouvrira largement les fenêtres, et, quand le séjour y sera devenu supportable, il remettra objets et meubles en place, tordra le linge qui sera envoyé ultérieurement au blanchissage et enlèvera ses appareils.

Si la pièce doit être habitée de suite, il sera utile de faire disparaître, au moyen d'ammoniaque, comme il a été dit plus haut, l'odeur persistante de l'aldéhyde formique.

Enfin, si l'on veut s'assurer de la diffusion intégrale de l'aldéhyde formique et de la rigueur de la désinfection, on pourra déposer avant la désinfection en des points divers de la pièce des morceaux de linge fuchsiné qui vireront au bleu s'ils ont été imprégnés par l'aldéhyde formique, et, après la désinfection, ensemencer aseptiquement et porter à l'étuve des échantillons divers recueillis dans ladite pièce.

Il est, d'autre part, bien évident que cette désinfection sera d'autant plus facile, rigoureuse, efficace, que les locaux contaminés seront plus restreints. Pendant la maladie même, le médecin devra donc, tant au point de vue de la prophylaxie immédiate que de la facilité ultérieure de désinfection, édicter les règles précises qui éviteront la contamination des locaux autres que la chambre du malade ; de même, après, il devra réaliser la désinfection du malade et de son entourage. Ce sont questions fort importantes, mais qui sortent un peu de l'étude que nous avons en vue ici ; nous ne les traiterons donc pas.

Nous avons seulement voulu montrer que la désinfection pratiquement rigoureuse des locaux contaminés était relativement facile et peu coûteuse.

Nous croyons que cette désinfection gagnerait à être organisée directement, sinon pratiquée, par les médecins eux-mêmes. Au moment où la médecine traverse une véritable crise, il y aurait utilité pour le corps médical à ne pas se laisser supplanter dans l'exercice d'une pratique médicale qui peut être d'une très grande importance pour le public et d'un réel intérêt pour le médecin.

ALFRED MARTINET,
ancien interne des hôpitaux.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

26 Avril 1902.

Action de l'urine sur l'hémoglobine. — *MM. Jean Camus et Pagniez* ont dans des recherches antérieures montré l'action nocive de l'urine humaine sur les globules rouges, cette action pouvant réaliser parfois un type d hémoglobinurie d'origine urinaire. L'action de l'urine ne se limite pas toujours à la sortie de l oxyhémoglobine des globules, mais peut se poursuivre sur cette matière colorante, en faisant pâlir ses solutions faibles, et en faisant même disparaître ses raies spectroscopiques caractéristiques. Ce phénomène est en rapport avec l'acidité de l'urine ; la neutralisation le supprime; par contre il persiste après chauffage préalab e.

Ce phénomène se produit avec l'urine humaine, mais aussi avec l'urine de quelques animaux, et il peut avoir quelque importance dans les recherches sur l hémoglobinurie expérimentale en masquant des hémoglobinuries légères.

De même, en clinique, il peut faire méconnaître des hémoglobinuries peu abo. dantes, ainsi que des hémorragies rénales transformées dans l'appareil urinaire en hémoglobinuries.

Les auteurs citent quelques cas observés à l'hôpital Tenon, où des hémorragies rénales leurs auraient échappé s'ils n'avaient connu ces propriétés de l'urine; ils ont fait la démonstration de ces hémorragies méconnues par la recherche du fer dans l'urine.

Nouvelle méthode de coloration hématologique. — *M. Marino* substitue à la méthode de coloration par le triacide de Ehrlich un procédé nouveau consistant dans l'emploi de fuchsine acide en solution aqueuse saturée et avec addition de brillant cresyl blau.

Virulence des ganglions lymphatiques dans la clavelée. — *M. Bosc* (de Montpellier). J'ai déjà démontré la virulence du sang au cours de la clavelée. Il était à penser que les ganglions lymphatiques devenaient à un moment donné virulents.

En suivant une technique spéciale destinée à prélever uniquement la pulpe claveleuse, sans contamination de voisinage, j'ai vu que les ganglions inoculés sous la peau d'agneaux très réceptifs étaient virulents. Mais ils peuvent ne produire qu'une lésion localisée, sans éruption généralisée.

Traitement préventif de la clavelée : Hémo-immunisation; séro-clavelisation. — *M. Bosc.* Il est possible de séparer des substances capables d'empêcher l'éruption générale, c'est-à-dire d'immuniser le sang d'agneaux neufs contre le virus claveleux. J'ai pu ainsi expérimenter une méthode qui devient une véritable *vaccination*, et qui consiste à immuniser d'abord le sang par injection de substances hémo-immunisantes, et à inoculer ensuite du claveau virulent dont l'action limitée à la lésion locale produira l'immunité des tissus. On aura ainsi une immunité totale et durable.

A. SICARD.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

25 Avril 1902.

Duodénostomie pour cancer de l'estomac. — *MM. Bouglé* et *Bruandet* communiquent un cas de

cancer de la grosse tubérosité de l'estomac, où l'on fut amené à aboucher le duodénum à la peau, réalisant ainsi l'exclusion de l'estomac. Une seconde intervention, pratiquée quarante-huit heures après la première, permit de se rendre compte qu'il n'y avait pas reflux des aliments du duodénum vers l'estomac. L'opéré survécut plus de trois semaines.

Tumeur du canal de Hunter. — *MM. Souligoux* et *Lecène* montrent les préparations d'une tumeur enlevée chirurgicalement au niveau du canal de Hunter et ayant l'aspect macroscopique d'un fibro-lipome. Il s'agit d'un vieil épithélioma avec points de calcification dans le stroma du néoplasme.

Tuberculose caséeuse. — *M. Cornil* fait passer des coupes sur lesquelles on constate des îlots caséeux très nets avec nombreuses cellules géantes. La tuberculose ne peut être mise en doute; parfois, dans les tissus contusionnés, on rencontre des amas caséeux, mais les cellules géantes font alors défaut.

Tumeur kystique de la région parotidienne. — *M. Cornil* présente une tumeur qui, fluctuante, grosse comme un œuf de poule, siégeait derrière la branche montante du maxillaire et a été enlevée par énucléation. La ponction avait fourni un liquide huileux.

La paroi est formée de tissu conjonctif dense et est tapissée en dehors par du tissu parotidien et en dedans par de grandes cellules analogues à des cellules de tissu endothélial enflammé.

Tuberculose aviaire. — *M. Petit* apporte des pièces de tuberculose aviaire; le foie est farci de lésions massives; l'intestin présente des productions pédiculées.

Monstre symélien et pseudencéphale. — *M. Katz* communique une anomalie fœtale chez un sujet de huit mois, né mort et macéré, et offrant des troubles de développement portant sur le crâne, l'encéphale, les appareils digestif et génito-urinaire, et sur les membres abdominaux.

Embolie pulmonaire. — *M. Katz* apporte le poumon d'une femme enceinte de huit mois, atteinte d'hydramnios, et ayant succombé à une grosse embolie pulmonaire.

Monstre anencéphale. — *M. Katz* présente un fœtus à terme, mort pendant le travail, et chez lequel la tête est pour ainsi dire réduite à la face. L'encéphale manque totalement.

Rupture de l'aorte. — *M. Lippmann* montre le cœur d'un afficheur électoral qui tomba de son échelle et se fit, dans sa chute, une lésion mortelle de l'aorte. La paroi aortique est rompue, un peu au-dessus des sigmoïdes, dans toute son épaisseur. Le péricarde est distendu par le sang épanché.

Tuberculose de la marge de l'anus. — *M. Morestin* fait passer un moulage représentant une lésion de tuberculose verruqueuse de la marge de l'anus, consécutive à une fistule. Une autoplastie a permis de combler la brèche créée par l'ablation de la lésion.

Sarcome du sternum. — *M. Morestin* montre une tumeur sarcomateuse secondaire du manubrium sternal, qu'il a extirpée, laissant désormais la région opérée dépourvue de plan osseux de protection.

Cancer du pénis. — *M. Morestin* apporte un cancer de l'extrémité de la verge et décrit à ce propos un procédé de section des corps caverneux pour l'amputation de cet organe.

Maladie de Paget. — *MM. Beaussenat* et *Bender* présentent des pièces provenant d'une amputation du sein pour un cas de maladie de Paget. La lésion avait débuté il y a dix ans par une ulcération du mamelon qui s'est étendue aux régions avoisinantes et mesurait au moment de l'entrée à l'hôpital 15 centimètres de hauteur sur 20 de largeur. La peau était épaissie, très endurcie. La glande était mobilisable sur le plan profond; elle a été enlevée en totalité. L'examen histologique a montré au niveau de la partie ulcérée la structure du bourgeon charnu. La peau avoisinante présentait la structure de l'épithélioma pavimenteux-tubulé.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

25 Avril 1902.

La forme spasmodique de la syringomyélie. — *M. G. Guillain* présente trois malades atteints d'une forme particulière de la syringomyélie, forme non décrite encore, et où domine l'état spasmodique.

Ces malades sont rigides, soudés, ont l'apparence de parkinsoniens; leurs mains prennent la position de la main du prédicateur; les troubles de la motilité et de la marche sont sous la dépendance de l'état spasmodique; les réflexes sont exagérés, il existe du clonus du pied; le réflexe cutané plantaire entraîne l'extension des orteils. Enfin, existent des troubles vésicaux.

L'évolution de cette forme de syringomyélie est lente; la mort survient par cachexie urinaire, par cachexie nerveuse ou par affection intercurrente.

Deux autres cas, suivis d'autopsie, montrèrent des lésions de syringomyélie avec dégénération très accentuée des zones pyramidales du cordon latéral.

Fièvre nerveuse. — *M. Vaillard* communique une observation de fièvre nerveuse ayant simulé la fièvre malarique à type quotidien chez une dame de quarante ans.

Hystérie à début sénile. — *M. Souques* présente un homme âgé de soixante-dix neuf ans atteint d'hémiplégie gauche motrice et sensitivo-sensorielle qui paraît ressortir à l'hystérie.

Intoxication saturnine déterminée par l'usage d'une trompette. — *M. Variot* communique une observation de paralysie des membres inférieurs chez un garçon de huit ans, causée par l'usage d'une trompette à embouchure de plomb.

Gros rein polykystique chez l'adulte. — *M. Menetrier* résume l'observation et montre les pièces anatomiques d'une femme de quarante-neuf ans morte de la maladie polykystique des reins. Cette intéressante observation comporte de nombreuses déductions cliniques et pathogéniques.

Injections salines et rétention des chlorures. — *MM. Achard et Laubry* ont recherché pourquoi, après les injections d'eau chlorurée, la diurèse fait défaut dans un grand nombre de cas d'affections aiguës. Le dosage des chlorures explique ce fait, en apparence paradoxal; les malades atteints d'affections aiguës présentent une rétention des chlorures, et les chlorures restant dans l'organisme fixent avec eux une notable portion de l'eau introduite en même temps que l'injection.

M. H. Claude fait remarquer qu'il y a de grandes variations sous l'influence de l'ingestion de chlorure de sodium, non seulement dans l'excrétion des chlorures, mais dans l'élimination de l'eau et des autres substances en dissolution dans l'urine, suivant que le fonctionnement du rein est plus ou moins vicié.

Corps étrangers du péricarde. — *M. Duflocq* présente trois corps étrangers du péricarde trouvés chez un malade mort de gangrène pulmonaire. Aucun signe clinique n'avait révélé l'existence de ces corps étrangers.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

23 Avril 1902.

De la propagation de la diphtérie dans les écoles et des mesures à lui opposer. — *MM. Netter* et *Bourges*. Le nombre des cas de diphtérie a considérablement augmenté dans ces trois dernières années, si bien que l'on a pu accuser le sérum de n'avoir pas donné tous les bons résultats qu'on en attendait. En réalité, la morbidité a augmenté, mais la proportion des décès est toujours inférieure à ce qu'elle était avant la sérothérapie, surtout si l'on considère les cas où la mort n'est pas survenue dans les vingt-quatre heures qui suivent l'entrée à l'hôpital. Dans notre service, la proportion des décès après vingt-quatre heures a été de 11,84 pour 100, alors qu'elle était les années précédentes de 12,03.

Mais il n'en reste pas moins évident qu'il faut s'efforcer de diminuer la morbidité diphtérique: or, à notre avis, l'insuffisance de soins pour éviter la contagion à l'école est un des principaux facteurs des épidémies.

Nous avons systématiquement examiné les gorges des 231 enfants non malades fréquentant une école voisine de l'hôpital. Sur ce nombre, 42 enfants avaient du bacille de Lœffler dans la gorge, 66 avaient du bacille court (diphtérie discutable), 81 n'avaient ni bacilles courts ni bacilles de Lœffler.

Nous avons interdit l'entrée de l'école à tous les enfants dont la gorge contenait du bacille de Lœffler. L'épidémie de diphtérie qui sévissait sur cette école et avait atteint précédemment 42 enfants cessa immédiatement. On constata seulement 2 cas de diphtérie, et il est possible même que ces 2 malades aient été contaminés en dehors de l'école.

La disparition de l'épidémie scolaire fut suivie d'une notable diminution de la diphtérie dans tout le quartier environnant.

Je crois donc qu'il faudrait prendre des mesures rigoureuses contre les épidémies de diphtérie dans les écoles. Pour exercer la surveillance nécessaire, il faudrait avant tout exiger des parents qu'ils justifient l'absence de l'enfant prolongée au delà de trois jours par un certificat émanant d'un médecin. Ce certificat devra être fourni immédiatement et non pas seulement lors de la rentrée de l'enfant à l'école.

M. L. Martin. Il faudrait en outre faire des injections préventives.

MM. Netter et *A. Martin*. Ces mesures devraient être applicables à toutes les écoles, laïques ou non.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

23 Avril 1902 (*suite*).

Les injections mercurielles (suite de la discussion. — *M. Pouchet*. La composition des divers milieux de l'organisme est telle, quelle que soit la forme sous laquelle le composé mercuriel lui sera présenté, que les réactions chimiques aboutissent toujours à la formation de chlorures mercureux et mercurique.

Ces sels sont à leur tour décomposés; ces diverses transformations aboutissent à la production de mercure métallique infiniment divisé; ce dernier, grâce à l'action irritante déterminée dans la phase précédente, pénètre dans les capillaires sanguins dénudés, et se trouve ainsi introduit dans la circulation générale où il va pouvoir se vaporiser et imprégner l'organisme.

D'autre part, une certaine quantité de chlorure mercurique pourra, grâce aux albuminoïdes et aux chlorures alcalins avec lesquels ce sel se trouve en contact, fournir un chloralbuminate immédiatement résorbé par les capillaires sanguins, et sur lequel l'hémoglobine viendra exercer son action réductrice.

En conséquence un composé mercuriel sera d'autant plus avantageux dans le traitement de la syphilis qu'il réalisera mieux cette mise en liberté du mercure réduit avec le moins possible d'offense pour les éléments anatomiques avec lesquels il sera mis en contact. Le sérum bichloruré (formule de Chéron) paraît assez bien remplir quelques-unes de ces indications, en empêchant la coagulation, même passagère, des albuminoïdes au contact de la solution mercurielle. Il évite la formation d'un nodus ainsi que les phénomènes d'irritation qui en sont la conséquence inévitable, et il facilite la formation d'un chloroalbuminate rapidement résorbable, produisant la mise en liberté dans le sang de mercure réduit sous l'influence de l'hémoglobine.

Un des méfaits du lait stérilisé. — *M. Camescasse*. Je n'hésite pas à dire qu'à la campagne:

L'emploi du lait stérilisé est acceptable et même utile pour passer les mois d'été chez les enfants dont le développement est déjà assez avancé (quatre, cinq mois et plus.)

Il est dangereux quand il est prolongé d'une façon exclusive.

Il fait courir à la santé de l'enfant des dangers plus grands que la gastro-entérite microbienne quand il est employé exclusivement chez de très jeunes enfants. Il donne de très bons résultats dans l'allaitement mixte.

M. Bize.

ACADÉMIE DES SCIENCES

21-22 Avril 1902.

Nouveaux essais de parthénogenèse expérimentale chez les amphibiens. — *M. E. Bataillon*, à la suite de recherches expérimentales sur les conditions de la segmentation chez les amphibiens, est arrivé aux conclusions suivantes:

1° Les œufs vierges d'amphibiens sont mis en mouvement par la chaleur comme par les solutions plasmolysantes.

2° On peut avantageusement additionner les deux facteurs, ce qui n'implique pas qu'ils agissent différemment.

3° Les œufs montrent dans ces conditions des blastomères nucléés et des cytoblastomères. Dans les zones en pleine activité, il y a des karyokinèses normales ou anormales, des cytesters et des divisions de cytesters.

4° Si l'équilibre obtenu artificiellement par sous-

raction est instable, s'il diffère de celui que réalise l'addition spermatique assez pour limiter la différenciation d'une ébauche hétérogène et à évolution lente, l'identité des facteurs mis en jeu et des résultats obtenus ne permet pas de séparer le cas des amphibiens de celui des échinodermes.

Actions pathogènes et actions tératogènes. — *M. Etienne Rabaud.* Examinant les rapports de la pathologie et de la tératologie, rapports que généralement et à tort assimilent la majorité des auteurs, M. Rabaud arrive à cette conclusion qu'un même facteur met en jeu successivement une action primaire ou tératogène, et une action secondaire ou pathogène, et que ces deux actions peuvent évoluer de concert durant un certain temps, la seconde même pouvant masquer la première.

Il y a donc lieu de distinguer ces deux actions.

En somme, pour chaque facteur considéré, la valeur des intensités tératogène et pathogène est très variable. Il est en effet des facteurs ne provoquant un état morbide qu'à une intensité très élevée, alors que d'autres sont uniquement ou presque uniquement pathogènes. Ces derniers déterminent des maladies n'ayant avec les monstruosités d'autre lieu commun que d'être, comme elles, congénitales.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

29 Avril 1902.

Prophylaxie de la peste. — *M. Proust.* Les observations de M. Gamaleia (d'Odessa) ont montré que les rats des navires n'appartiennent pas, en général, à la même espèce que les rats d'égout; les premiers sont des rats domestiques dans la proportion de 95 pour 100. Il en résulte que les rats de navire et les rats d'égout ont peu de tendance à se mélanger et que quand les rats d'égout sont apportés dans les navires, ils n'y restent généralement pas. Les rats d'égout ont peu de tendance à prendre la peste. Ainsi s'explique que les rats infectés débarqués avec les marchandises ne transmettent guère la peste aux rats du pays et ne deviennent point l'origine d'une grande épidémie.

Ligue contre le paludisme en Corse. — *M. Laveran.* Une ligue vient de se former en Corse contre le paludisme: les moyens employés par la ligue pour lutter contre l'infection sont résumés dans une brochure.

Ce sont : d'abord des conférences faites par les médecins et par les instituteurs pour enseigner aux populations les moyens prophylactiques; des procédés à employer pour se protéger contre la piqûre des moustiques; l'abaissement du prix de la quinine qui rend l'emploi de ce médicament facile pour tous.

Traitement de l'impaludisme par l'arrhénal. — *M. Gautier* relate une série d'observations prouvant l'effet curatif de l'arrhénal dans l'impaludisme. Dans 23 cas exceptionnellement graves, dont huit fièvres double tierce où la quinine administrée suivant les règles classiques n'avait pu arriver à calmer les accès de fièvre, M. Gautier, avec le concours de M. Billet, a donné l'arrhénal aux doses de 10 à 15 centigrammes par jour, répétées pendant quelques jours de suite.

Dans les fièvres tierces on donne l'arrhénal dix-huit heures avant l'accès probable, puis le jour de l'accès et le lendemain; six jours plus tard, on administre encore une dose d'arrhénal.

Les résultats ont été en général très remarquables. Après l'administration d'arrhénal pendant deux ou trois jours, les accès ont cédé et ne se sont plus reproduits.

M. Empis. Comment se comporte la rate dans le traitement par l'arrhénal?

M. Gautier. La rate diminue très rapidement, comme après l'administration de quinine.

M. Bucquoy. Dans un cas que j'ai observé et que M. Gautier a rapporté, la fièvre était rebelle à la quinine qui, administrée depuis dix-huit mois, était arrivée seulement à espacer les accès; l'arrhénal a agi merveilleusement. Je demanderai à M. Laveran ce que l'on peut faire pour les malades qui manifestent une intolérance vis-à-vis de la quinine.

M. Laveran. Chez les sujets qui ne supportent pas bien la quinine en ingestion, on peut faire des injections sous-cutanées de ce médicament, et, si l'on ne réussit pas à juguler la fièvre, employer l'arrhénal.

Mais, jusqu'ici, l'arrhénal n'a pas encore fait ses preuves contre les accès pernicieux, et dans un cas de ce genre je préférerais recourir à la quinine.

M. Labbé.

ANALYSES

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

W. J. Calvert. — *Sur les vaisseaux sanguins du ganglion lymphatique humain.* (*The Johns Hopkins Hospital Report*, 1901, Vol. XII.) — Calvert étudie sur des ganglions pris à l'autopsie de pestiférés la disposition des vaisseaux sanguins.

A peine entrée par le hile, l'artère du ganglion se divise; ses branches s'engagent dans les travées fibreuses émanées de la capsule. Entre la couche corticale et la couche médullaire du ganglion, ces artères, plus ou moins parallèles à la surface du ganglion, donnent naissance :

1° A des rameaux destinés aux *follicules*. Ils s'élèvent jusqu'au centre de ceux-ci et s'y résolvent en capillaires qui divergent tous vers la périphérie du follicule où ils forment un riche plexus. Les veinules formées à ce niveau descendent gagner un plexus veineux situé entre la couche corticale et la couche médullaire. Ce plexus est l'organe de la veine du ganglion, de la veine « lympho-ganglionnaire », comme l'appelle Calvert.

2° A des rameaux descendants qui vont nourrir les cordons folliculaires par un procédé analogue. Des capillaires courts, nés de l'artériole au centre du cordon, divergent et vont à la périphérie former un plexus veineux communiquant avec le plexus périfolliculaire.

A. Policard.

Jaboulay. *A propos de la pathogénie de l'imperforation de l'iléon et de l'imperforation ou des rétrécissements congénitaux des conduits naturels* (*C. R. de l'Association des Anatomistes*, 3e session, Lyon-Nancy, 1901). — L'auteur rend compte de la dissection d'un nouveau-né chez lequel il a trouvé l'intestin grêle terminé en cul-de-sac par une anse flottante dans la fosse iliaque gauche. Tout le gros intestin existait, avec ses parties fondamentales parfaitement visibles et constituées, mais il était réduit à un mince conduit. Entre le gros intestin et la fin de l'iléon, il n'y avait aucun vestige de conduit; la séparation était absolue. L'auteur a injecté les artères et a constaté que l'anastomose qui existe normalement entre les dernières branches de l'artère mésentérique supérieure et les premières branches de l'artère mésentérique inférieure n'existait pas. C'est cette absence de communication entre les deux artères qui a été la cause de l'atrophie de la partie terminale de l'iléon. L'auteur pense que ces anomalies vasculaires sont fréquentes et doivent être souvent invoquées pour expliquer l'imperforation des conduits naturels.

J. Jolly.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

P. E. Launois et Georges Kuss. *Étude sur l'absence congénitale du tibia* (*Revue d'orthopédie*, Septembre et Novembre 1901). — Par son double intérêt d'affection tératologique et clinique, l'absence congénitale du tibia justifie les recherches auxquelles les auteurs se sont livrés à propos d'un cas de cette rare malformation.

P. E. Launois et Georges Küss commencent par définir cette malformation : « l'absence, à la naissance, du tibia, en totalité ou en partie, alors que le membre inférieur existe avec ses différents segments, plus ou moins atrophiés, il est vrai, mais enfin relativement bien développés et, à quelques détails près, bien constitués en leurs parties essentielles ». — 40 observations d'absence congénitale du tibia vraie ont pu être ainsi groupées et résumées par les auteurs.

L'absence totale du tibia est plus fréquente que l'absence partielle, à l'inverse de ce que croyait von Muralt; elle est plus fréquente à droite qu'à gauche; elle s'accompagne souvent d'autres malformations.

Après une étude approfondie des lésions anatomopathologiques, les auteurs établissent les signes de l'affection : flexion-adduction forcée et permanente de la jambe sur la cuisse, position du pied en varus ou en équin varus extrêmement prononcée; à ces signes principaux viennent s'ajouter l'atrophie considérable de la jambe, le défaut complet de solidité du genou, la luxation paradoxale ou la subluxation des extrémités du péroné. Ce tableau clinique varie du reste légèrement pour les deux types, total et partiel, de l'absence du tibia.

A l'inspection et à la palpation, Launois et Kuss ont ajouté la radiophotographie comme moyen d'investigation clinique.

L'absence congénitale du tibia relève d'une pression exercée sur les membres, encore à l'état d'ébauches cellulaires, par l'amnios arrêté lui-même dans son développement normal. Différentes observations établissent cette influence de la compression amniotique de façon tout à fait indiscutable. L'amnios agit le plus souvent par l'intermédiaire d'une bride amniotique et celle-ci peut agir soit par traction, soit par compression. Cette action de l'amnios doit s'exercer dans les deux premiers mois de la vie intra-utérine, sur des éléments anatomiques indifférents, représentant l'os préformé.

Des malformations homologues à celles du membre inférieur se retrouvent dans les différents segments du membre thoracique : l'absence congénitale du radius correspond à celle du tibia, l'absence du cubitus à celle du péroné; la main bote ne correspond qu'au pied bot sans malformations connexes.

Le pronostic fonctionnel est réservé, s'aggravant avec les années par suite de l'augmentation du raccourcissement du membre atrophié.

Le diagnostic est facile; en cas de doute, un examen radiographique confirmera ou éclairera les données fournies par la palpation.

Le traitement, essentiellement chirurgical, n'existe pour ainsi dire que pour les cas d'absence congénitale partielle du tibia et quelques variétés d'absence totale. Dans tous les autres cas, on doit, en se basant sur les principes de prudence et de conservation aujourd'hui universellement admis, utiliser les membres atrophiés comme moyens d'attache et de soutien d'appareils de prothèse.

Si les cuisses ne peuvent remplir ce rôle, une flexion et une adduction exagérées des jambes entravant leurs mouvements dans un plan antéro-postérieur, on pourra recourir à l'opération d'Albert et de I. Wolff, et, dans les cas où celle-ci même est impossible, à l'amputation transcondylienne, à la désarticulation du genou.

A. Coyon.

MÉDECINE

Stoldt. *Lésion cardiaque consécutive à un traumatisme* (*Deutsch. Militär. Zeitschr.*), 1902, Janvier, p. 19). — Le cas rapporté par l'auteur est assez particulier en ce sens que la lésion cardiaque s'est manifestée sept semaines seulement après le traumatisme, et qu'au bout de quinze mois elle était en régression.

Il s'agit d'un coup de pied de cheval ayant contusionné violemment le creux épigastrique par l'intermédiaire d'une cartouchière. Le malade avait été examiné et suivi soigneusement dès son accident. Sept semaines après, il se plaignit d'un point sternal douloureux et de dyspnée. Le pouls était petit, rapide, parfois irrégulier. On trouvait bientôt, dans le 2e espace intercostal gauche, près du sternum, un fort soulèvement rythmique de la paroi; les 3e et 4e espaces intercostaux étaient soulevés par les battements du cœur. Au niveau de l'artère pulmonaire, on percevait deux bruits dont le second, assez intense, était suivi d'un souffle particulièrement marqué, occupant tout l'intervalle compris entre la systole et la diastole. Battements carotidiens et épigastriques. Ces lésions rétrocédèrent peu à peu au bout d'un certain temps, et, quinze mois après, les symptômes morbides étaient très atténués; le souffle pulmonaire ne s'entendait plus que d'une façon intermittente.

Cette lésion, qui, au début, avait pu faire penser à un anévrisme ou à une myocardite, n'était en somme qu'une endocardite, localisée à la valvule pulmonaire, endocardite vraisemblablement due à un épanchement sanguin sous-endorcardique. Il ne s'agissait pas d'une rupture valvulaire, qu'on observe quelquefois à la suite des traumatismes, car la lésion ne s'était pas manifestée aussitôt après l'accident.

G. Fischer.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

Y. Arslan. *De l'hémorragie laryngée* (*Arch. ital. di otol., rinol. e laringol.*, 1901, Juillet, fasc. 4, p. 389). — Malgré de nombreux travaux sur la question, l'étiologie et la pathogénie des hémorragies laryngées sont mal connues. Deux opinions princi-

pales ont été émises sur ce sujet : les uns, avec Massei, Morell-Mackenzie, Fraenkel, Masucci, etc., considèrent l'hémorragie laryngée comme une entité morbide, comme une affection idiopathique; les autres, avec Maure, Réthi, Favitsky, etc., en font seulement un symptôme pouvant accompagner des lésions très diverses de l'organe vocal, depuis la laryngite aiguë (chordite hémorragique, laryngite hémorragique) jusqu'aux altérations vasculaires dépendant d'une dyscrasie (hémophilie, albuminurie, diabète, etc.) L'auteur se range à cette dernière opinion.

Il a étudié 73 cas d'hémorragie du larynx, dont 11 personnels. Le symptôme s'observe avec une fréquence à peu près égale dans les deux sexes, mais de préférence chez les adultes, de vingt à quarante ans, et pendant l'hiver plutôt que dans les autres saisons.

Les causes les plus diverses peuvent lui donner naissance. Le plus souvent c'est l'*inflammation catarrhale* du larynx qui est incriminée par les auteurs, mais, si l'on met en parallèle la fréquence du catarrhe laryngé et la rareté de l'hémorragie du larynx, il est difficile d'admettre que le catarrhe puisse être à lui seul une cause déterminante d'hémorragie. — La *toux* accompagne souvent la pseudo-hémoptysie d'origine laryngée; elle paraît être un élément étiologique nécessaire de l'hémorragie par stase, car l'augmentation de la pression sanguine qu'elle détermine favorise alors la rupture vasculaire; mais elle ne saurait être considérée comme une cause constante et suffisante, car l'hémorragie laryngée est très rare dans la première enfance où la toux spasmodique est si fréquente; d'ailleurs la toux succède souvent à l'expectoration sanguinolente au lieu de la précéder. — Les *abus de la voix*, surtout chez les chanteurs, ne représentent également qu'une cause toute particulière d'hémorragie du larynx : en effet, sur 73 malades étudiés par Arslan, 8 seulement étaient des chanteurs, et, parmi eux, il n'y en a que trois qui furent pris de leur pseudo-hémoptysie à l'occasion d'un effet vocal (émission d'un son aigu). — Pour des raisons analogues, on ne saurait considérer comme des causes constantes l'*hémophilie*, la *leucémie*, l'*influenza*, la *variole*, etc. — L'influence *menstruelle*, de son côté, ne semble avoir que la valeur d'une cause occasionnelle : sur douze femmes atteintes de pseudo-hémoptysie à l'époque de leurs règles, quatre étaient des chanteuses, trois étaient atteintes de laryngite catarrhale, une était chlorotique. — L'*hystérie* a été incriminée, mais, dans le seul exemple qu'on ait donné de son intervention, la malade était atteinte de catarrhe aigu des voies respiratoires supérieures. — Gellé a émis l'hypothèse qu'il pourrait s'agir d'une *embolie* ou d'une *thrombose* consécutive à un processus phlébitique. — Quelques auteurs enfin font intervenir une *altération des parois vasculaires*.

A la vérité, ces différentes causes peuvent agir isolément ou diversement associées. En général, il existe une prédisposition locale à l'hémorragie laryngée : pour provoquer celle-ci, il suffit d'une cause occasionnelle quelconque : effort vocal, menstruation, catarrhe. L'examen laryngoscopique confirme le plus souvent cette hypothèse, en faisant constater sur l'une des cordes vocales l'existence d'une ectasie vasculaire préexistante; c'est tantôt une petite tumeur sanguine localisée, tantôt une dilatation vasculaire allongée d'avant en arrière, absolument comme cela s'observe sur la cloison en cas d'épistaxis. Cette dilatation est-elle congénitale ou acquise? Il est probable qu'elle est le plus souvent congénitale.

Le pronostic est d'ordinaire favorable. Le traitement local consiste à cautériser le point qui saigne, sous le contrôle du miroir, avec une perle de nitrate d'argent ou d'acide chromique.

M. Boulay.

Arnold Knapp. ***Méningite causée par une ostéomyélite du rocher dans le cours d'une otite moyenne purulente. Opération Autopsie. Examen microscopique*** (*Archives of Otology*, 1901, Décembre). — Dans un cas de mastoïdite opérée une première fois une nouvelle opération fut décidée d'après les symptômes suivants : stupeur, grande céphalalgie, douleur dans le cou, pupille droite dilatée avec léger ptosis, troubles visuels, délire. Température 40°.

La dure-mère fut trouvée normale. Le sinus latéral était normal à la vue et au toucher. Le cerveau fut ponctionné dans différents sens sans résultats. L'oreille moyenne était remplie de granulations et de pus.

L'état de la malade s'aggrava encore après l'opération; la mort survint après des convulsions généralisées.

Autopsie : en plus d'autres signes de méningite purulente on trouva sur la face postérieure du rocher, à moitié de la distance qui sépare le sillon sigmoïde de l'orifice du canal auditif interne, un bouquet très net de granulations rouges.

L'examen microscopique montra que l'os situé au-dessous et en arrière du labyrinthe était le siège d'une ostéomyélite intense. L'os était résorbé par places, et contenait un abcès qui correspondait avec le bouquet de granulations de la face postérieure du rocher mentionné ci-dessus.

Au-dessus de la fenêtre ronde existait un trajet fistuleux s'enfonçant d'un centimètre sous le labyrinthe.

L'origine de la méningite était donc celle-ci : le pus s'était frayé un chemin de la caisse par ce trajet fistuleux, avait constitué un foyer d'ostéomyélite sous le labyrinthe pour aboutir à la face postérieure du rocher.

G. Didsbury.

R. O. Neumann. ***Bacilles diphtériques virulents dans la rhinite simple*** (*Centralblatt fur Bakteriologie*, 1902, T. XXXI, n° 2, p. 33). — Neumann conclut de ses recherches cliniques et bactériologiques dans cinq cas, chez l'enfant, que la rhinite simple causée par le bacille diphtérique virulent est certainement plus fréquente qu'on ne le pense.

Ce coryza n'a pas de symptômes particuliers. Il est généralement atténué et passe souvent inaperçu. Il ne se forme pas de fausses membranes.

Donc l'infection diphtérique des fosses nasales donne lieu à deux formes de coryza : simple et pseudomembraneux. La latence de ces coryzas à bacilles de Löffler les rend très dangereux, car, dans ces cas, rien n'est fait pour éviter la contagion ; l'auteur pense donc qu'il est nécessaire, dans tous les cas douteux, de pratiquer l'examen bactériologique des fosses nasales, et, quand on trouvera des bacilles de Löffler, de prendre les précautions habituelles en pareil cas.

M. Labbé.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Jean Ferrand. ***Essai sur l'hémiplégie des vieillards. Les lacunes de désintegration cérébrale*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Les lacunes de désintégration cérébrale constituent une entité clinique bien à part, de même que leur aspect anatomique est très spécial. Cette lésion, qui cause chez le vieillard 90 pour 100 des hémiplégies, avait été signalée par Durand-Fardel en 1843; puis elle fut confondue avec d'autres lésions cérébrales, ramollissement ou hémorragie; ce n'est qu'en 1900 que son étude fut reprise par M. Pierre Marie, au Congrès international de médecine. M. Jean Ferrand en fait le sujet de sa thèse inaugurale basée sur 88 observations cliniques avec autopsie.

Les lacunes de désintégration cérébrale siègent de préférence dans les noyaux gris du cerveau et intéressent parfois la capsule interne; on en rencontre exceptionnellement dans le centre ovale. Elles sont encore assez fréquentes dans la protubérance. Jamais elles n'atteignent le bulbe ni la moelle.

C'est la coupe dite de Flechsig qui permet de les observer le mieux.

Le premier degré de l'altération lacunaire est réalisé par une simple raréfaction du tissu nerveux autour d'une artériole déjà malade.

Au deuxième degré, les lacunes constituent des cavités petites, irrégulières, dont la dimension ne dépasse pas celle d'un pois, et qui contiennent un vaisseau central, souvent visible à l'œil nu. Les parois de ce vaisseau présentent les lésions banales de l'artério-sclérose; sa gaine lymphatique est décollée et remplie de leucocytes. Les parois de la lacune, formées par le tissu cérébral en voie de désintégration, présentent les lésions classiques et combinées de la nécrose et de l'encéphalite chronique; les corps granuleux y sont très abondants. Quant à la cavité, elle est remplie plus ou moins complètement par des éléments nerveux en voie de destruction et par des éléments sanguins; à côté des leucocytes chargés de myéline on voit toujours une très forte proportion d'hématies et de pigment sanguin.

Le troisième degré de la lacune est réalisé par une cicatrice de sclérose comblant ou cloisonnant la cavité.

Fait important : pendant les trois phases, l'artériole située au centre de la lacune reste perméable et remplie de globules sanguins normalement constitués. La tunique moyenne et la tunique externe présentent les lésions les plus accentuées. La gaine lymphatique participe, bien entendu, aux altérations lacunaires.

Cette lésion ne se présente pas chez l'adulte et n'atteint guère le vieillard avant l'âge de soixante ans. Passé cet âge elle est la cause de 90 pour 100 des hémiplégies.

Cliniquement la lacune se révèle par un ictus brusque, mais léger, sans perte de connaissance, auquel succède une hémiplégie partielle et incomplète. Celle-ci s'améliore plus ou moins rapidement, ne laissant souvent, comme trace de son passage, que le signe connu sous le nom de « marche à petits pas ». Il n'apparaît jamais de contracture dans la suite.

La localisation fréquente des lacunes dans les noyaux lenticulaires donne au malade un aspect pseudo-bulbaire.

La mort survient longtemps après, soit par suite d'une affection intercurrente comme la pneumonie, soit à la suite de nouveaux ictus et de gâtisme, soit enfin par hémorragie cérébrale ; le vaisseau qui traverse la lacune est, en effet, complètement dénudé dans cette cavité et constitue un lieu de moindre résistance; aussi est-ce souvent sa rupture dans la cavité lacunaire qui amène la grosse hémorragie cérébrale foudroyante.

Il y a donc un intérêt considérable à faire le diagnostic d'hémiplégie par lacune, puisqu'elle est compatible avec une survie assez longue et susceptible même d'amélioration sensible, à l'inverse de ce qui a lieu pour l'hémiplégie à gros foyer de ramollissement ou d'hémorragie qui entraîne chez le vieillard la mort en quelques jours, ou détermine chez l'adulte une contracture permanente.

La lacune de désintégration cérébrale est sous la dépendance des lésions artérielles du cerveau. La sclérose des petites artères entraîne secondairement une encéphalite chronique qui guérit elle-même par sclérose. Le liquide céphalo-rachidien joue peut-être un rôle irritatif dans ce processus.

On pourrait donc ranger cette lésion parmi les encéphalites chroniques et faire à côté des scléroses infantiles une place à l'encéphalite chronique scléreuse du vieillard.

E. de Massary.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mardi 6 Mai 1902, à 1 heure. — M. Jarvis : Contribution à l'étude du rhumatisme pleural ; MM. Debove, Blanchard, Achard, Guiart. — M. Stoicescu : Paludisme en Roumanie (Notes de statistique et sa prophylaxie) ; MM. Blanchard, Debove, Achard, Guiart.

Mercredi 7 Mai 1902, à 1 heure. — M. Loubet : Énucléation par voie abdominale des fibromes utérins : MM. Tillaux, Kirmisson, Gosset, Cunéo. — M. Savelli : Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes séreux congénitaux du cou ; MM. Kirmisson, Tillaux, Gosset, Cunéo.

Samedi 10 Mai 1902, à 1 heure. — M. Duguey : Plaies de l'abdomen. Leur traitement; MM. Berger, Raymond, Menetrier, Thiéry. — M. Bergouignan : Le traitement rénal des cardiopathies artérielles; MM. Raymond, Berger, Menetrier, Thiéry. — M. Florange : Des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde chez l'enfant : MM. Hutinel, Méry, Achard, Gouget. — M. Braye : Contribution à l'étude de la tuberculose de l'utérus ; MM. Hutinel, Méry, Achard, Gouget.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 5 Mai 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Blanchard, Rémy, Legry. — 2e, Salle Richet : MM. Ch. Richet, Retterer, Broca (André). — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Béclard : MM. Delens, Sébileau, Wallich. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime : MM. Hayem, Brissaud, Bezançon. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Broca (Aug.). Gosset. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Lannelongue, Mauclaire, Legueu. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Gaucher, Teissier.

Mardi 6 Mai 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Menetrier, Chassevant, Méry. — 2e, Salle Vulpian : MM. Gley, Retterer,

Broca (André). — **3e, Oral (Première partie) (1re série), Ancien régime, Salle Richet : MM. De Lapersonne, Quénu, Bonnaire.** — 3e, Oral (Première partie), Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Schwartz, Thiéry, Demelin. — 3e, Oral (Deuxième partie) (1re série), Nouveau régime, Salle Charcot : MM. Raymond, Launois, Jeanselme. — 3e, Oral (Deuxième partie) (2e série), Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Cornil, G. Ballet, Dupré. — 4e, Ancien régime : MM. Brouardel, Proust, Vaquez. — 4e, Nouveau régime : MM. Chantemesse, Gilbert, Richaud. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Guyon, Berger, Rieffel. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. Le Dentu, Poirier, Faure. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Hutinel, Charrin, Thoinot.

Mercredi 7 Mai 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Joffroy, Widal, Desgrez. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Richet : MM. Fournier, Legry, Bezançon. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Laënnec : MM. Lannelongue, Poirier, Sébileau. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Laënnec : MM. Reclus, Lejars, Walther. — 5e, (Deuxième partie), Laënnec, MM. Landouzy, Gaucher, Wurtz. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Potocki.

Vendredi 9 Mai 1902. — Médecine opératoire, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Poirier, Legueu, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Ecole pratique : MM. Blanchard, Brissaud, Wurtz. — 4e, Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Landouzy, Thoinot, Richaud. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Terrier, Reclus, Walther. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Kirmisson, Lejars, Cunéo. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Widal, Teissier. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 10 Mai 1902. — Médecine opératoire, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Schwartz, Quénu, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Ecole pratique : MM. Cornil, Launois, Guiart. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Pasteur : MM. Dieulafoy, Thiroloix, Rénon. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Chantemesse, Charrin, Widal — 5e (Deuxième partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. G. Ballet, Vaquez, Jeanselme. — 5e (Première partie), Beaujon : MM. De Lapersonne, Poirier, Marion. — 5e (Deuxième partie), Beaujon : MM. Proust, Gilbert, Dupré. — 5e, Obstétrique (Première partie, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Potocki.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies vient d'être attribuée aux médecins suivants : *Médaille de vermeil* : M. Gomot, à Guéret (Creuse). — *Médaille d'argent* : M. Mathieu, à Wassy (Haute-Marne). — *Médailles de bronze* : MM. Dutheil, à Aubusson (Creuse); Beaufils, à Clamecy (Nièvre); Masbre, à Melun (Seine-et-Marne); Cavaillon, à Carpentras (Vaucluse).

Le budget de l'Assistance publique. — Un décret présidentiel vient de régler le budget de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, pour l'exercice de 1902, à 56.253.695 fr. 50 en recettes comme en dépenses.

Congrès universitaire pour la lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose. — Ce congrès se tiendra à Toulouse, à l'Hôtel d'Assézat, du 19 au 21 Mai.

Toutes les personnes désirant y prendre part recevront, sur demande, une carte de congressiste. S'adresser, pour Toulouse, Bordeaux et Montpellier, au secrétariat de la Faculté de médecine; en dehors de ces trois villes, à l'Inspection académique de chaque département.

Les adhésions sont gratuites.

Les deux principales questions examinées seront les suivantes :

1° Moyens pratiques de créer un sanatorium universitaire, à prix coûtant, pour les membres des trois ordres de l'enseignement public des trois Académies de Toulouse, Bordeaux et Montpellier;

2° Propositions pour introduire, sous une forme pratique, l'enseignement antituberculeux dans les programmes des écoles primaires, lycées, collèges et universités.

Des conférences seront données par les spécialistes les plus compétents sur ces sujets : l'*Alcoolisme et la Tuberculose*; la *Lutte sociale contre la Tuberculose*.

Une double exposition antituberculeuse et antialcoolique sera installée dans les locaux mis à la disposition du Congrès.

Les exposants n'auront d'autres frais que ceux de l'envoi; le retour sera à la charge du Congrès. Aucune redevance ne sera demandée pour les emplacements.

Des récompenses pourront être décernées sous forme de médailles.

MM. les membres de l'enseignement sont priés d'envoyer à l'exposition antialcoolique, organisée à Toulouse pour les 19-21 Mai prochain, les documents ou objets, quels qu'ils soient, formant un ensemble, et de nature à indiquer non seulement l'observation des programmes réglementaires, mais une *œuvre* antialcoolique d'une importance particulière.

Les envois devront être adressés au secrétariat de la Faculté de Médecine de Toulouse, allée Saint-Michel, jusqu'au 8 Mai.

CONCOURS

Hôpitaux de Paris (médecine). — Séance du 25 Avril. — *Epreuve clinique*. Ont passé : MM. Labbé, Michel, de Grandmaison, Londe.

Internat en médecine. — A la suite du concours qui vient de se terminer sont nommés :

Internes titulaires : MM. 1, Darre; 2, Gaudeau; 3, Sauvé; 4, Desmarest; 5, Ricou; 6, Caetonnel (André); 7, Hautant; 8, Chiray; 9, Calvé; 10, Trémolières; 11, Descomps; 12, Taguet; 13, Jacquemin; 14, Guillaume (Louis); 15, Capette; 16, Alquier; 17, Moritelli; 18, Lebar; 19, Faure-Beaulieu; 20, Beaufumé; 21, Bréchot; 22, Camus; 23, Bourguignon; 24, Dehérain; 25, Saillant; 26, Roussy; 27, Thaon; 28, Verliac; 29, Savenant; 30, Muret; 31, Lévy; 32, da Silva Paranhos; 33, Martin; 34, Gaudemet; 35, Sœderich; 36, de Lacombe; 37, Le Play; 38, Villaret; 39, Boisseau; 40, Français (Henri); 41, Genevrier; 42, Ertzbischoff; 43, Hébert; 44, Foisy; 45, Autefage; 46, Wicart; 47, Flourens; 48, Klein; 49, Bailleul; 50, Ollier; 51, Ramond; 52, Agasse-Lafont; 53, Lemaitre; 54, Witeman; 55, Bouchot; 56, Cauchoix; 57, Algret; 58, Ferry; 59, Français (Raymond); 60, Auburtin; 61, Bouchez; 62, Rottenstein; 63, Rousseau; 64, Masson; 65, Lemaire; 66, Le Sourd.

Internes provisoires. — MM. 1, Béal; 2, Jeannel; 3, Picot; 4, Rendu; 5, Mlle Mouroux; 6, Dobrovitch; 7, Darcanne; 8, Cerise; 9, Deglos; 10, Morel; 11, Juquelier; 12, Gourmand; 13, Perpère; 14, Mlle Maugeret; 15, Roland; 16, Duval; 17, Pater; 18, Oppert; 19, Dubois; 20, Tixier (Léon-Joseph); 21, Bloch; 22, Tixier (Léon-Eugène); 23, Chartier; 24, Papin; 25, Blondin; 26, Liné; 27, Baudoin; 28, Sénéchal; 29, Dromard; 30, Lutaud; 31, Rabourdin; 32, Deshayes; 33, Hubert; 34, Sourdille; 35, Magitot; 36, de Martel de Joinville; 37, Tassin; 38, Landowski; 39, Georget; 40, Caldaguès; 41, Claeys; 42, Omiécinsky; 43, Lafosse; 44, Leenhardt; 45, Cottard; 46, Pelletier; 47, Neithan; 48, Pillet; 49, Philibert; 50, Tanon; 51, Claude; 52, Poupardin; 53, Barthélemy; 54, Teissier; 55, Labadie-Lagrave; 56, Palhault; 57, Siegel; 58, Renaut; 59, Ribot; 60, Dezarnaulds; 61, Jardry; 62, Perreaux.

Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Le jury du concours qui doit s'ouvrir le 12 Mai prochain pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste est composé de MM. Lermoyez, Sebileau, Campenon, Périer, Anger (Th.), Balzer, Talamon.

Dentiste des hôpitaux. — Le jury du concours qui aura lieu le 1er Mai prochain pour la nomination à trois places de dentiste adjoint des hôpitaux de Paris est composé de MM. Combe, Guéniot, Quénu, Routier, Béclère (A.), qui ont accepté.

Adjuvat et prosectorat. — Liste des questions proposées aux concours de l'adjuvat et du prosectorat depuis 1896.

I. — Adjuvat.

1896. — Les veines caves (anatomie et physiologie). Parois osseuses de l'orbite. Muscles fessiers et tenseur du facia lata et leurs nerfs.

1897. — Muscles du voile du palais. (Anatomie et physiologie.) Articulation tibio-tarsienne. (Surface articulaire et ligaments.) Muscles de la nuque et leurs nerfs.

1898. — Muscles masticateurs et leurs nerfs. Configuration extérieure et rapports du pancréas. (Physiologie du pancréas.) Os maxillaire supérieur.

1899. — Diaphragme. (Anatomie et Physiologie.) Os palatin. Décrire le rocher avec les canaux creusés dans son épaisseur (sans les cavités auditives ni le développement). Le nerf crural et le nerf obturateur à la cuisse et leurs anastomoses, côté droit du sujet.

1900. — Veine porte (Anatomie et Physiologie).

Epreuve orale d'anatomie descriptive. — La paroi externe des fosses nasales à l'état sec et recouverte de pertes molles. Les métacarpiens et les muscles interosseux de la main.

Epreuve de dissection. — Préparation à faire : Le nerf maxillaire supérieur.

1901. — Le calcanéum; ligaments, muscles et tendons qui s'y insèrent.

Epreuve orale. — Muscles intrinsèques du larynx (anatomie et physiologie). Surfaces articulaires, ménisques et ligaments croisés de l'articulation du genou.

Epreuve de dissection. — Les muscles de la région postéro-externe de l'avant-bras, leurs insertions et leurs nerfs.

II. — Prosectorat.

1896. *Dissection.* — Muscles et aponévroses de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.

Médecine opératoire. — Ligature de l'artère radiale au tiers supérieur. Désarticulation du cinquième métacarpien avec le doigt.

Epreuve pratique d'histologie. — Capillaires sanguins.

Pathologie externe. — Des corps étrangers articulaires. Physiologie de la glotte. Epididyme et canal déférent. Parotide (Anatomie et Physiologie). Tumeurs, symptômes et diagnostic des tumeurs de la parotide.

1897. — Œsophage (Anatomie et Physiologie). Corps étrangers de l'œsophage. Le 4e ventricule.

Dissection. — Muscles de la plante du pied et leurs nerfs.

Médecine opératoire. — Ligature de la fémorale dans le canal de Hunter et la désarticulation sous-astragalienne.

1898. — Prostate. Miction. Rétention d'urine. Lobe frontal. Sécrétion lactée. Hernie ombilicale de l'adulte. Fibres musculaires striées.

Dissection. — Creux poplité.

Médecine opératoire. — Ligature humérale au pli du coude. Amputation, désarticulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

1899. — Epiploon gastro-hépatique. Sécrétion biliaire. Calcul du cholédoque.

Epreuve orale d'anatomie. — Muscles moteurs du globe de l'œil.

Physiologie. — Rôle du pneumogastrique dans la respiration.

Epreuve orale de pathologie externe. — Anatomie pathologique, symptômes et complications de la hernie crurale.

Epreuve de dissection. — Nerf cubital.

Epreuve de médecine opératoire. — Ligature de la tibiale postérieure derrière la malléole. Désarticulation de l'épaule.

1900. *Epreuve écrite.* — Corps thyroïde (Anatomie, Histologie et Physiologie, Anatomie pathologique). Symptômes, diagnostic et traitement des kystes du corps thyroïde.

Artères de l'utérus. Glande sous-maxillaire (histologie exceptée). Sécrétion gastrique. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. Le nerf facial à partir du trou stylo-mastoïdien jusqu'à ses terminaisons.

1901. *Epreuve écrite.* — Circonvolution du lobe frontal (Anatomie, Histologie, Physiologie). Symptômes et diagnostic des plaies du cerveau.

Epreuve orale d'anatomie. — Le bulbe de l'urètre chez l'homme. Le péricarde.

Physiologie. — Etude physiologique de l'anesthésie chirurgicale générale par le chloroforme et l'éther. La régulation thermique.

Chirurgie. — La hernie épigastrique.

Médecine opératoire. — Ligature de l'artère axillaire au-dessous de la clavicule. Désarticulation du genou.

Dissection. — Le gros orteil; ses tendons, ses articulations, ses quatre muscles plantaires et leurs nerfs.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 36. — Samedi, 3 Mai 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

CHOSES ET AUTRES

Le choix des places d'interne. — La Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris a pris dans sa séance de mercredi dernier une importante décision qui intéresse particulièrement les internes, et surtout les candidats à l'internat.

Cette décision est relative à la procédure à suivre dans le choix des places d'internes.

Tout candidat à l'internat choisit sa place d'avance; suivant ses préférences, médicales ou chirurgicales, il décide, s'il est reçu, qu'il ira chez tel ou tel chef de service, dont il a été déjà l'élève, ou dont il apprécie particulièrement l'enseignement.

Il en résulte une véritable course au clocher : c'est à qui arrivera le premier pour retenir certaines places convoitées. Et alors les visites se font, avant même que le concours soit achevé, dès que le candidat a passé une première épreuve qui lui donne chance d'arriver; visites souvent inutiles pour le futur interne, quand le chef n'a pas de places vacantes, et qui prennent un temps précieux au candidat comme au chef de service.

Mais ce n'est pas là le seul inconvénient; il en est parfois de plus graves. En voici un exemple : un candidat, se croyant assuré du succès, retenait une place chez un chef; celui-ci réservait cette place, et la refusait à d'autres internes venant la lui demander. Or, ledit candidat n'arrivait pas au concours et se dispensait de prévenir le chef qui, un beau jour, se trouvait sans interne. Ceci est arrivé à un chirurgien de mes amis qui trouva le procédé quelque peu cavalier.

En somme, le mode de choix des places d'interne se faisait parfois d'une façon peu régulière et n'était pas sans inconvénients pour les intéressés; c'est donc pour remédier à cet état de choses que la Société des chirurgiens a décidé d'établir et de faire afficher dans la salle des Pas-Perdus de leur hôtel des réunions, 12, rue de Seine, un tableau récapitulatif des places promises pour les quatre années à venir. Les candidats n'auront qu'à consulter cette liste avant d'entreprendre toute démarche.

Il est à souhaiter que cette mesure se généralise et que les médecins des Hôpitaux ainsi que les accoucheurs et les chefs des service spéciaux s'en inspirent.

Ainsi arrêtée pour tous les services, la liste pourrait être affichée à la Faculté et dans les Hôpitaux.

* * *

A la Société de Dermatologie. — Jeudi dernier, la Société de dermatologie et de syphiligraphie tenait une importante séance : c'était jour d'élections.

Les élections de cette année prenaient une importance spéciale en ce fait que M. Besnier, qui présidait la Société depuis dix années, avec tant d'autorité et de jugement affiné, se retirait.

Le successeur naturel était le professeur Fournier que l'on savait vouloir bien accepter la lourde tâche de diriger les débats d'une société où s'agitent chaque mois les questions les plus ardues de la dermatologie et de la syphiligraphie. L'unanimité des suffrages l'a proclamé président.

Mais ce n'est pas seulement pour féliciter la Société du choix qu'elle a fait en la personne du professeur Fournier que je parle de ces élections, c'est aussi pour relever un fait qu'il serait fâcheux de voir se renouveler.

Le président de la Société n'était pas seul renouvelable; tout le bureau devait être changé.

Un travail préparatoire avait été fait, et non seulement une convention tacite était intervenue, comme cela est admissible, mais des listes imprimées sur les lettres officielles de convocation avaient désigné les noms des membres du nouveau bureau à élire.

C'était un peu la carte forcée. Nombre de membres de la Société n'ont pas voulu s'incliner. Et à juste raison, puisque dans ce travail préparatoire avaient été oubliés certains noms d'hommes qui sont l'honneur de la dermatologie française et avaient tous les droits à en diriger les travaux.

La majorité des votants a rétabli les choses au point en désignant M. Brocq pour l'une des places de vice-président. Désormais le bureau de la Société se trouvera donc composé de MM. Fournier, *président;* Brocq, Hallopeau, Dubreuilh (de Bordeaux), *vice-présidents*; Du Castel, *secrétaire-général;* Thibierge, *trésorier;* Wickam, *archiviste.*

Tout en annonçant ces élections, je saisis l'occasion de rappeler les services que rend à la science française une Société qui a su maintenir en face de la science étrangère le haut renom de cette École de Saint-Louis où naquit au commencement du XIXe siècle la Dermatologie moderne.

G. DE LAVARENNE.

LIVRES NOUVEAUX

Platon et Sépet. — *Hygiène de la Femme.* (C. NAUD, éditeur, Paris, 1902.)

« L'hygiène de la femme » est un sujet toujours d'actualité. Les conceptions médicales se modifient, et avec elles se modifient aussi les règles thérapeutiques. Celles-ci progressent parallèlement à l'évolution sociale. L'instruction — ce premier besoin du peuple, disait Danton — a fait pénétrer dans la masse les idées de soins physiques, de propreté, d'hygiène, d'asepsie, dirions-nous aujourd'hui, indispensables à la vie de l'individu.

MM. Platon et Sépet, dans leur livre, ont eu le mérite de nous montrer vers quelle perfection l'hygiène de la femme devait tendre de nos jours. Ils ont surtout compris qu'il était nécessaire de grouper dans un même volume des sujets jusqu'alors abordés séparément, et ils nous présentent tout un petit traité complet concernant l'hygiène de l'enfant, de la jeune fille, de la femme, de la mère, de l'aïeule. Ils montrent comment l'éducation physique doit marcher de pair avec l'éducation morale, et quel doit être le rôle de la mère et celui du médecin dans l'accomplissement de cette double tâche. Les manifestations de la puberté, l'hygiène des premières règles sont l'objet d'une étude très approfondie. Puis, quand la jeune fille est devenue femme, mère, l'état de gestation, l'accouchement, les soins à donner au nouveau-né, le choix d'une nourrice, si l'allaitement maternel est impossible, le nombre des tétées, le tableau de l'augmentation des poids, sont étudiés tour à tour en des pages vécues, où l'on retrouve le reflet des idées de leur maître de la Maternité de Marseille, le prof. Queirel.

Puis, quand la ménopause est venue, et bientôt après, la vieillesse, pour avoir des soirs d'automne et d'hiver aussi beaux que les soirs de printemps, il faut encore de l'hygiène. Par des soins physiques, nous pouvons rendre la vieillesse plus sereine et allonger ainsi la deuxième étape de notre vie.

Ce livre, publié pour le praticien, sera lu encore avec intérêt par l'hygiéniste et le biologiste que préoccupent les grands problèmes sociaux. Il est écrit dans un esprit scientifique que n'excluent pas les nombreuses citations littéraires qui en rendent la lecture des plus attrayantes.

A. SICARD.

H. Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. — *Précis d'électrothérapie.* 2e édition, Paris, 1902 (J.-B. BAILLIÈRE ET FILS).

La première édition du « Petit-Bordier », comme on l'appelle quelquefois, ayant vieilli (bien qu'elle ne date que de 1897), M. Bordier a tenu à rejeunir son livre, et il nous a donné, en moins de pages, un nouveau précis d'électrothérapie mis au point, augmenté et en partie remanié. Une nouvelle édition réclamait à la vérité un certain nombre de modifications et d'addenda, car, en peu d'années, l'électrothérapie s'est enrichie de méthodes et d'observations nouvelles, écloses pour la plupart au sein des écoles de Bordeaux, de Lille et de Lyon. En outre, les anciens procédés classiques ont gagné en précision et en valeur scientifique.

Le précis de M. Bordier s'adresse aux spécialistes aussi bien qu'aux médecins praticiens. Ceux-là y trouveront, après la description du matériel nécessaire à l'application des différentes formes de courant, un exposé méthodique de l'action physiologique de chacune d'elles et une étude aussi complète que bien documentée des indications de l'électrisation. Les autres pourront y puiser les premiers principes de l'électricité médicale..... Et surtout, qu'ils ne s'effrayent pas si, dès les premières pages, l'auteur leur définit le volt, l'ohm, l'ampère, et leur décrit la théorie de la bobine d'induction et la construction du galvanomètre. M. Bordier n'a pas perdu de vue qu'il s'adressait avant tout au public médical, et il a réduit la partie physique à sa plus simple expression, oubliant volontairement les odieuses formules, et les remplaçant heureusement par de nombreuses figures et d'intéressants schémas.

Que le lecteur ne s'effraye pas non plus à la description de cette quantité d'appareils qui constituent l'outillage de l'électrothérapeute. Ceci est bon pour le spécialiste!..... A l'aide d'une bonne batterie galvanique et d'un appareil faradique, la moitié du champ de l'électrothérapie est ouvert à tout praticien, et celui-ci se trouvera, avec ces deux appareils, parfaitement à même de faire déjà de la bonne, de la très bonne électrothérapie. Duchenne (de Boulogne) avait-il un matériel mieux fourni?

Il faut bien savoir que les courants électriques ne peuvent pas être maniés impunément et qu'on peut, en les utilisant à tort et à travers, faire plus de mal que de bien. Voici un exemple donné par l'auteur :

Le courant faradique trop intense et non rythmé fatigue le muscle, et, pour peu que celui-ci soit déjà en voie d'atrophie, on accroîtra ainsi cette atrophie au lieu de la combattre. Appliquée au contraire à doses modérées et bien rythmée, la faradisation devient utile dans le traitement des atrophies. C'est pour ne pas tomber dans des erreurs de ce genre que l'étude de l'électrophysiologie s'impose à l'électrothérapeute; on en trouvera les éléments les plus importants dans la deuxième partie du précis d'électrothérapie.

L'électrothérapie proprement dite tient à elle seule la moitié de l'ouvrage. Je ne ferai cependant que signaler quelques-uns parmi les nouveaux chapitres. Le traitement des œdèmes, de l'œsophagisme, du rétrécissement de l'œsophage font l'objet d'une courte étude.

Les recherches personnelles de l'auteur sur l'action physiologique de l'ozone nous valent un excellent chapitre sur l'action thérapeutique de ce gaz et son utilité contre la coqueluche...

Parmi les différentes méthodes électrothérapiques employées contre la constipation, la franklinisation hertzienne est particulièrement recommandée par l'auteur qui a pu, à différentes reprises, en constater l'efficacité. Voici encore le traitement de la fistule sphinctéralgique par les courants de haute fréquence, qui, en raison des résultats véritablement surprenants qu'on en a obtenus, mériterait d'être mieux connu.

Les applications à la gynécologie contiennent quelques additions importantes, telles que le traitement du prurit vulvaire, du vaginisme, le traitement des hémorragies de la subinvolution utérine.

Somme toute, le précis de M. Bordier sera consulté avec fruit chaque fois que l'on se trouvera appelé à traiter une affection justiciable de l'électrisation.

A. ZIMMERN.

BIBLIOGRAPHIE

Le travail des glandes digestives, leçons du professeur J.-P. PAWLOW, de Saint-Pétersbourg. Traduction française, mise au courant des travaux du professeur Pawlow et de ses élèves, par V. PACHON et J. SABRAZÈS, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Bordeaux, 1 vol. in-8°, 4 fr. *(Masson et Cie*, éditeurs. Paris.)

Les capsules surrénales, leur fonction antitoxique. Étude expérimentale, anatomique et clinique de la glande surrénale dans les infections et les intoxications aiguës, par H. OPPENHEIM, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 broch. in-8° jésus de 180 pages. (*J.-B. Baillière et fils*, éditeurs, Paris.)

Le devoir social des collectivités envers les tuberculeux adultes et indigents, par M. BOUREILLE, ancien interne de la maison de Nanterre; 1902. (*Maloine*, éditeur, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris.)

Traité d'hygiène industrielle à l'usage des médecins et des membres des conseils d'hygiène, par LÉON POINCARÉ, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, avec 209 figures intercalées dans le texte. (*G. Masson*, éditeur. Paris.)

Prophylaxie et géographie médicale des principales maladies tributaires de l'hygiène, par LÉON POINCARÉ, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, avec 24 cartes en couleur intercalées dans le texte. (*G. Masson*, éditeur, Paris.)

Virulence du pneumocoque dans certaines formes de congestion pulmonaire, par M. O. BOURLA, de l'Université de Paris, 1902. (*Ollier-Henry et Cie*, éditeurs, Paris.)

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8°, de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 franc. (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Guide pratique d'histologie normale et pathologique; technique et diagnostic, par L. ALQUIER et E. LEFAS, internes des hôpitaux de Paris; préface par V. CORNIL, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 423 pages avec 151 figures noires et coloriées, 12 francs. (*J.-B. Baillière et fils*, rue Hautefeuille, Paris.)

Rapports du Congrès français de médecine (6e session), 1 broch. in-8° jésus de 241 pages, t. Ier. (*Masson et Cie*, éditeurs, Paris.)

LES COMPLICATIONS ORBITO-OCULAIRES DES SINUSITES

Par le Professeur F. DE LAPERSONNE

L'importance et la gravité des manifestations oculo-orbitaires des sinusites préoccupe vivement les ophtalmologistes, aussi bien que les rhinologistes, depuis quelques années. Chargé par la Société française d'Ophtalmologie de lui présenter un rapport sur cette question, je me suis appliqué à montrer le rôle capital de l'infection qui, bien mieux que les hypothèses sur les actions réflexes ou sur les congestions veineuses passives, permet d'expliquer les complications plus ou moins éloignées de ces sinusites.

Fréquence.

Une première question se pose: les complications oculo-orbitaires des sinusites sont-elles fréquentes?

Certains auteurs, Harke, Frœnkel, Martin[1], ont montré l'énorme fréquence des altérations sinusiennes sur le cadavre; bien peu avaient été reconnues sur le vivant, et leurs manifestations avaient été mises sur le compte de rhumes de cerveau. Depuis quelques années cependant, l'attention des rhinologistes ayant été vivement attirée de ce côté, on s'est mis à perfectionner la technique de l'exploration sinusienne, et aujourd'hui, grâce à la transillumination des cavités péri-orbitaires, grâce à la rhinoscopie antérieure et postérieure, aidée par la résection partielle des cornets, grâce enfin à une recherche plus exacte de tous les symptômes, on peut dire que le diagnostic des sinusites se fait assez facilement.

Si l'on ne tenait compte que de ces sinusites dûment reconnues, on pourrait dire que c'est seulement 1 ou 2 fois sur 100 qu'elles arrivent à faire des complications orbitaires et nous sont adressées par les rhinologistes.

Mais, en pratique, les choses ne se passent pas ainsi. C'est à l'occasion d'une tuméfaction péri-orbitaire, de douleurs ou de troubles de la vue, que les malades viennent nous consulter. C'est à nous qu'il appartient bien souvent de faire le diagnostic de la cause. Il faut donc que sans cesse notre attention soit dirigée de ce côté pour éviter des erreurs de diagnostic, singulièrement préjudiciables. Que de phlegmons orbitaires, que d'ostéopériostites, que d'irido-choroïdites ou même de névrites, traitées comme syphilitiques ou tuberculeuses, et qui étaient, en réalité, sous la dépendance d'un empyème sinusal!

Beaucoup de ces sinusites durent des années, pendant lesquelles l'œil et l'orbite sont toujours menacés. Il serait difficile d'établir des statistiques exactes, les malades étant perdus de vue pendant de longs mois et passant alternativement du rhinologiste à l'oculiste: je serais cependant tenté d'admettre que, sur 100 sinusiens, une vingtaine au moins présenteront, à un moment donné, l'une des complications que nous allons énumérer.

Quant à la proportion des cas observés par rapport aux autres maladies des yeux, elle est sujette à varier singulièrement suivant les ophtalmologistes et suivant les milieux dans lesquels ils recrutent leurs malades. Si je m'en rapporte à la statistique de mon service d'hôpital, dans ces dernières années, je note un cas de sinusite compliquée sur 500 malades examinés; mais, encore une fois, ces chiffres n'ont qu'une valeur très relative.

Ce qu'il est plus important de savoir, c'est que toute complication oculo-orbitaire d'une sinusite a un pronostic sérieux, qu'elle peut être le point de départ de lésions produisant la perte de la vision, et que, par l'orbite, l'infection peut se propager à l'encéphale et entraîner des méningo-encéphaliques rapidement mortelles.

1. Martin. — *Thèse* Bordeaux, 1899.

Variétés.

Ces complications sont très variées: nous passerons successivement en revue les abcès de l'orbite et les mucocèles; puis les lésions des annexes de l'œil, les altérations du globe de l'œil et enfin les troubles fonctionnels.

* * *

Abcès. — Les abcès sont les complications les plus faciles à reconnaître.

Abcès orbitaires dans les sinusites aiguës. — Ils se rencontrent dans certaines formes relativement rares d'empyèmes frontaux ou ethmoïdaux. La maladie n'a pas été précédée des signes d'un empyème chronique, mais au cours ou dans la convalescence d'une grippe infectieuse, d'une rougeole, d'un érisypèle, on voit survenir brusquement les signes d'un phlegmon de l'orbite, avec localisation dans la partie supéro-interne, état général grave, pouvant même simuler le début d'une méningite (Panas, Luc, de Lapersonne, Bourgeois). Une partie de la paroi osseuse peut être nécrosée et, malgré cela, la guérison est obtenue à peu de frais, sans fistule persistante. La condition essentielle, c'est qu'il n'y ait pas ectasie de la paroi et que la cavité du sinus ne soit pas remplie de fongosités myxomateuses.

Abcès suivis de fistules dans l'empyème chronique. — C'est la forme la plus commune, qui est précédée par un phlegmon de l'orbite plus ou moins étendu. Il est aujourd'hui bien démontré qu'un grand nombre de phlegmons et d'abcès de l'orbite sont d'origine sinusienne (Panas).

Au Congrès de Moscou, Germann a montré que, sur 68 cas d'affections orbitaires, 18 fois il avait constaté une inflammation tenant à des lésions sinusiennes, bien reconnues par l'exploration complète de ces cavités.

Le développement lent de l'exophtalmie, avec œdème progressif des paupières, serait caractéristique et distinguerait, pour Germann, le phlegmon d'origine sinusienne du phlegmon d'origine métastatique, qui se produit très rapidement en un ou deux jours.

L'abcès vient s'ouvrir à l'extérieur et donne lieu à une fistule persistante. Dans les empyèmes fronto-ethmoïdaux, Kuhnt explique la rareté des complications profondes par ce fait que des poussées successives d'inflammation entraînent une turgescence de la région péri-orbitaire vers laquelle le pus a une tendance naturelle à fuser. Traversant le point le plus mince du ligament orbito-palpébral, il vient s'ouvrir à l'extérieur.

Une fois la fistule établie, elle peut avoir une durée illimitée et donner lieu à des rétractions cicatricielles qui brident les paupières et produisent de l'ectropion avec chemosis, des symblepharons; elles immobilisent le globe et exposent la cornée à toutes les complications suppuratives.

L'ouverture du trajet fistuleux, pour le sinus frontal, se fait ordinairement au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite. La destruction de la paroi sinusienne, aussi bien que la formation du tissu cicatriciel résultant de la fistule, expliquent la possibilité des altérations du grand oblique, au niveau de sa poulie, et la diplopie persistante sans déviation mécanique du globe. Exceptionnellement, l'orifice fistuleux siégera dans la partie supéro-externe de l'orbite, lorsque la cavité sinusienne sera très étendue.

C'est encore à la partie interne, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous du ligament palpébral interne, que se produira l'orifice fistuleux d'un empyème ethmoïdal. Le sac lacrymal est ordinairement respecté.

Dans les sinusites maxillaires la fistule est plus rare; elle ne se produit qu'avec des altérations osseuses assez étendues de l'apophyse nasale du maxillaire supérieur, et, dans ce cas, le sac lacrymal est profondément atteint.

Abcès avec ostéite nécrosante des parois de l'orbite. — C'est particulièrement dans les cas de sinusite maxillaire que l'on voit se produire ces larges altérations osseuses. Les cas de Panas, de Fischer, de Mendel, de Bauby, de Brunschwig, de Lagleyse, celui plus récent de Denker sont classiques. Successivement, on voit se produire des abcès orbitaires par destruction du plancher de l'orbite; le pus contient de minces parcelles osseuses. Plus tard la suppuration fuse vers la joue, vers l'arrière-cavité des fosses nasales, vers la fosse ptérygo-maxillaire, vers la branche montante du maxillaire inférieur. Ou bien, les sinus supérieurs étant pris à leur tour, la carie détruit la paroi supérieure du sinus frontal, une partie du sinus sphénoïdal, d'où la production de méningo-encéphalite suppurée ou d'abcès du lobe frontal.

Hajek, Vossius et d'autres auteurs ont bien fait remarquer que les complications cérébrales dans ces cas sont dues à la participation des sinus supérieurs. Pour le sinus frontal, la lésion que l'on rencontre, c'est l'abcès intracérébral; pour les cellules ethmoïdales, la méningite suppurée; pour le sinus sphénoïdal, la thrombo-phlébite du sinus caverneux.

* * *

Mucocèle. — Une mention spéciale doit être attribuée à ces volumineuses tumeurs enkystées, se développant avec une extrême lenteur, contenant ordinairement un liquide visqueux, épais, de coloration rosée, ou même brunâtre, avec des cristaux de cholestérine, mais pouvant contenir aussi du pus.

Rares dans le sinus maxillaire, les mucocèles occupent particulièrement les cavités fronto-ethmoïdales et produisent des troubles fonctionnels en raison de l'exophtalmie et de la déviation énorme du globe. Assez souvent bilatérales (Rollet, Valude), elles donnent à la face un aspect tout particulier (Voir le très intéressant volume de Ceraso). L'œil est repoussé en bas et en dehors, exceptionnellement en bas et en dedans.

Ordinairement molles, très fluctuantes, ces tumeurs liquides peuvent être recouvertes par

une lamelle osseuse assez résistante pour faire croire à une exostose (Charles-Théodore de Bavière, Kuhnt). J'ai rencontré cette disposition dans plusieurs cas. Cross a insisté sur la dureté de ces bosselures, et il signale que parfois il existe un bourrelet très dur avec une tumeur molle, fluctuante au centre.

Dans diverses communications, Rollet[1] a soutenu que l'hyperostose naso-orbitaire est un excellent signe de mucocèle ou d'empyème chronique du sinus. Sous l'influence de poussées inflammatoires légères de la muqueuse, qui sert en même temps de périoste, la mince lamelle osseuse, doublée de la muqueuse, s'hypertrophie et forme des masses quelquefois très dures qui s'avancent en avant, à la racine du nez, repoussées par le liquide de la mucocèle.

***

Lésions des annexes de l'œil. — On n'a guère observé de lésions de la glande lacrymale. Quant aux dacryocystites, elles peuvent s'expliquer, au début, par la rhinite hypertrophique qui coïncide si fréquemment avec les empyèmes. Plus tard, l'infection se propage directement au canal nasal et au sac lacrymal.

Il est très rare que ces complications se produisent au cours de l'empyème frontal. Dans le travail de Kuhnt, la dacryocystite n'est notée qu'une seule fois, tandis que cette complication est fréquente dans la sinusite maxillaire (Hajek). Les rapports du canal nasal, qui n'est séparé de la cavité de l'antre d'Higmore que par une très mince lamelle osseuse, expliquent la facilité de la propagation infectieuse.

En ce qui concerne les muscles de l'œil, j'ai déjà signalé la paralysie du grand oblique, par suite d'une lésion de la paroi inférieure du sinus frontal. On a observé des paralysies transitoires, ou définitives, du releveur de la paupière supérieure, du droit supérieur et du droit interne.

***

Altérations du globe de l'œil. — En 1889, Ziem a observé une iritis récidivante qui était sous la dépendance d'une sinusite maxillaire. Depuis lors, les observations de Fromaget, de Posey, de Kuhnt, dans lesquelles il s'agissait d'iritis ou d'irido-choroïdites uni- ou bilatérales, conséquences d'une sinusite maxillaire, sont venues confirmer les recherches de Ziem. Ce n'est pas seulement le segment antérieur qui peut être touché dans ces conditions. De véritables choriorétinites septiques peuvent se produire.

C'est sous la même dépendance que se trouvent les altérations du cristallin. Ces opacités, d'après Ziem et Kuhnt, peuvent rester stationnaires, et la vision s'améliore sous l'influence du traitement de la sinusite. Comme il s'agit de cataractes corticales postérieures, il n'y a pas de doute qu'il existe un processus choroïdien. Les mouches volantes, qui diminuent par le traitement, l'hypotonie, constatée quelquefois, n'ont pas d'autre cause.

C'est presque toujours dans les sinusites maxillaires que les lésions du tractus uvéal ont été observées. Il faut considérer comme exceptionnel le cas de Broeckaert (de Gand)[1], d'une choroïtide infectieuse se terminant par décollement de la rétine, à la suite d'une sinusite ethmoïdo-frontale.

Les manifestations du côté de la rétine ou du nerf optique ont été fréquemment signalées et méritent toute notre attention.

a) Une simple *hyperémie papillaire* a été notée par quelques auteurs. Ziem la considérait comme passive et l'attribuait, conformément à sa théorie vasculaire, à un ralentissement dans la circulation des veines de l'orbite. Kuhnt l'a vue se dissiper en traitant le foyer de suppuration. Lichtwitz a noté qu'après avoir vidé la cavité sinusienne, on avait vu les veines rétiniennes dilatées reprendre leur volume. Engelmann, dans un cas d'exostose avec sinusite, observait une hyperémie veineuse accompagnée d'amblyopie, qui disparut après l'opération.

b) La *névrite optique* s'observe rarement dans la sinusite frontale, un peu plus souvent dans les sinusites maxillaire ou ethmoïdales, mais elle est surtout la manifestation d'une sinusite sphénoïdale. Reinardt, Braun, Nieden, Panas avaient déjà signalé une cécité uni- ou bilatérale, comme suite de névrite optique infectieuse, mais dans des cas où les lésions osseuses étaient très étendues.

Au Congrès d'Utrecht, j'ai présenté plusieurs observations de névrite optique, unilatérale, avec papille saillante, grisâtre, vaisseaux enfouis dans l'œdème, volumineux et tortueux en dehors de la papille, sans hémorragies rétiniennes. Ces névrites s'accompagnaient d'une amblyopie très marquée, avec scotomes ou rétrécissements du champ visuel. Malgré le traitement, elles avaient abouti à la cécité complète de l'œil atteint, par atrophie papillaire. L'examen rhinoscopique, fait avec soin, nous avait permis de constater les signes d'une sinusite sphénoïdale ou d'une rhinopharyngite postérieure purulente.

Aussi je concluais qu'en présence d'une névrite œdémateuse il fallait rechercher avec soin l'état du sinus sphénoïdal, des cellules ethmoïdales postérieures, de la partie supérieure de l'arrière-cavité des fosses nasales. L'examen attentif de cette région pouvait faire connaître le point de départ de l'infection du nerf optique.

Dans la discussion qui suivit, Knapp, Meyer, Kuhnt, Gutmann apportèrent des faits confirmant mes observations. Meyer admettait qu'une intervention pouvait arrêter les effets de la névrite. Kuhnt distinguait deux espèces de lésions du fond de l'œil : 1° la neuropapillite franche, dont le pronostic est mauvais ; 2° un aspect laiteux de la papille avec rétraction des vaisseaux et hémorragies rétiniennes, dont nous allons parler tout à l'heure.

Plus récemment, Lor, à la Société belge d'Ophtalmologie, a rapporté l'histoire d'une femme présentant une névrite optique unilatérale, avec cécité subite, qui fut reconnue atteinte d'une sinusite sphénoïdale chronique. Le traitement de la sinusite, associé aux sangsues, aux frictions, à la pilocarpine, permit de rétablir la vision. A ce propos, Nuel citait trois cas semblables de névrite ou névrorétinite.

Tous ces exemples démontrent bien l'existence, dans la sinusite sphénoïdale, de la névrite optique, de la papillite avec envahissement plus ou moins marqué de la rétine et œdème péripapillaire, accompagnée d'une diminution considérable de la vision centrale ou périphérique. Plus heureux que moi, quelques observateurs ont pu constater une amélioration de la vision, lorsque le traitement était fait tout de suite ; le pronostic de cette névrite n'en est pas moins extrêmement sérieux.

c) La *thrombose de la veine centrale de la rétine* ou de ses branches, d'après la description de Leber et de Michel, a été admise par Kuhnt dans trois cas de sinusite maxillaire chronique et dans un cas de sinusite frontale. On constatait une papille bleuâtre, à bord diffus, entourée d'un cercle laiteux, avec des artères très réduites. Des taches hémorragiques nombreuses étaient disséminées dans le fond de l'œil, et dans la région maculaire apparaissaient des taches d'un blanc jaunâtre. La lésion était unilatérale, du côté atteint de sinusite, sans maladie de cœur, ni albuminurie. Elle s'accompagnait d'un rétrécissement considérable du champ visuel.

Je crois qu'une telle lésion mérite d'être recherchée avec soin. Comme dans la *thrombose marastique* de Virchow et de Michel, il est parfaitement rationnel d'admettre que les toxines microbiennes favorisent la coagulation du sang dans les veines rétiniennes, comme dans les veines de l'orbite, sans altération préalable de la paroi des vaisseaux.

d) La *névrite rétrobulbaire*, ou périnévrite rétrobulbaire canaliculaire, à marche aiguë, a été admise par Berger, en 1890, pour expliquer le cas d'amaurose subite, ou de rétrécissement du champ visuel, au cours de la sinusite sphénoïdale. Au début, l'examen ophtalmoscopique donne des résultats négatifs, à peine un peu d'état flou des bords de la papille, avec diminution du calibre des vaisseaux.

e) L'*atrophie papillaire*, avec amaurose complète, sera la terminaison fréquente des lésions que nous venons de décrire; l'image ophtalmoscopique étant différente suivant que cette atrophie est la conséquence d'une névrite œdémateuse, d'une névrite rétrobulbaire ou d'une thrombose veineuse.

L'atrophie papillaire peut-elle être produite par la compression mécanique du nerf optique exercée par un abcès rétrobulbaire à la suite de sinusites maxillaires, frontales ou ethmoïdales?

Cette opinion a été admise par quelques auteurs, et en particulier par Martin, dans un cas de sinusite frontale. Il semble difficile d'admettre que la compression mécanique par la masse liquide d'un abcès suffise à produire des altérations définitives, comme l'atrophie papillaire. Il faut faire intervenir, à notre avis, des altérations infectieuses qui ne se manifestent pas immédiatement du côté de la papille, mais qui entraînent tout de suite des altérations des fibres nerveuses.

***

Troubles fonctionnels. — Dans certains cas, en l'absence de toute lésion appréciable à nos moyens d'investigation des membranes et des milieux de l'œil, on a été obligé d'admettre des troubles fonctionnels d'origine sinusienne. On a signalé de l'asthénopie accommodative, des diminutions très sensibles de l'acuité visuelle centrale et des rétrécissements du champ visuel.

1. Rollet. — *Lyon médical*, 1901, p. 465 ; *Thèse* de Deleu, Lyon, 1890; *Bull. Soc. de chir. de Lyon*, 1900, Décembre.

1. Broeckaert. — *Revue laryng.*, 1901, 5 Janvier.

L'*asthénopie accommodative* a été signalée par Grunwald et Caldwell [1] dans l'empyème ethmoïdal. Hajek l'a observée dans des cas de sinusite frontale. J'ai cité moi-même l'exemple d'une femme arthritique qui, au moment des règles, éprouvait des douleurs spontanées, violentes, avec léger empâtement et douleur à la pression au niveau de la paroi inférieure du sinus. Cette espèce de fluxion s'accompagnait d'une parésie de l'accommodation, avec dilatation pupillaire, qui durait plusieurs jours et gênait beaucoup le travail de près.

La *diminution de l'acuité visuelle centrale*, assez accusée pour que les malades puissent à peine compter les doigts, peut disparaître complètement et l'acuité visuelle peut redevenir normale.

C'est surtout sur le *rétrécissement du champ visuel* que, depuis Ziem, les auteurs ont particulièrement insisté. Niée par Grunwald, la possibilité de ce rétrécissement a été admise par Berger, Kuhnt et d'autres auteurs. Il existe particulièrement dans les sinusites maxillaires, plus rarement dans les sinusites frontales. Alors même que la sinusite est unilatérale, le rétrécissement existe des deux côtés.

Pathogénie.

L'infection est à l'origine de toutes les complications orbito-oculaires des sinusites. — Il ne faut excepter de cette règle que certains troubles mécaniques.

C'est en s'appuyant sur ce principe, dont la démonstration se fait tous les jours plus éclatante, que nous arriverons à traiter d'une façon efficace les manifestations des sinusites.

*
* *

Origine infectieuse. — Il est à peine besoin de rappeler l'origine infectieuse et microbienne de toutes les sinusites. Elles ont pour point de départ des rhinites aiguës ou chroniques, qui, soit par propagation de l'inflammation à la muqueuse des sinus, soit par infection surajoutée grippale, érysipélateuse, scarlatineuse ou même tuberculeuse, produisent les empyèmes des sinus à marche plus ou moins aiguë.

Au sujet de l'étiologie des sinusites et de leur origine microbienne, rien n'est plus caractéristique que le fait clinique cité par Luc. Un étudiant en médecine eut une sinusite frontale et maxillaire à forme rapidement purulente quelques heures après avoir pratiqué l'autopsie d'un sujet mort de méningite cérébro-spinale à pneumocoques.

L'étude bactériologique du pus des sinusites a été l'objet d'études intéressantes de Sabrazès et Rivierre [2], de Stoward [3]. Ils ont rencontré, dans les sécrétions sinusiennes, la plupart des espèces microbiennes qui jouent un rôle dans les infections des voies respiratoires, pneumocoque, staphylo- et streptocoque, bacille muqueux encapsulé, bacille de la diphtérie et de l'influenza. Werner [4] et Jacques [5] ont de plus rencontré le bacterium coli dans des sécrétions fétides.

1. Caldwell. — *Centr. f. p. Laryng.*, X.
2. Sabrazès et Rivierre. — « Manuel des maladies des fosses nasales », par Moure.
3. Stoward. — *Journal of med. sciences*, 1898, Mars.
4. Werner. — IIe Congrès des laryngologistes de l'Allemagne du Sud, Heidelberg, 1897.
5. Jacques. — *Soc. méd de Nancy*, 1899, Juin.

Cette fétidité du pus, dans diverses formes de sinusites d'origine buccale, a été signalée par certains auteurs, en particulier par Grunwald [1]. S'appuyant sur les caractères différents du pus des sinusites chroniques et tenant compte de leur origine, Stanculéanu et Baup [2] arrivent à cette conclusion que, dans les empyèmes des sinus de la face, il faut distinguer deux variétés : 1° l'une à pus fétide, polymicrobien, renfermant surtout des espèces microbiennes anaérobies (B. ramosus, perfringens, serpens, etc.) consécutive à des affections dentaires; 2° l'autre à pus non fétide, ne renfermant que des espèces banales, pneumocoque, streptocoque, est consécutive à des affections nasales.

L'avenir nous dira si une division aussi tranchée mérite d'être conservée.

D'ailleurs la marche et le pronostic des sinusites, la virulence plus ou moins grande de leurs toxines microbiennes, leur tendance à faire des complications oculo-orbitaires ne dépend pas seulement de l'espèce microbienne constatée dans le pus de l'empyème. Nous savons fort bien qu'il faut faire entrer en ligne de compte, dans l'appréciation du pronostic, aussi bien la maladie générale qui a été le point de départ de l'infection que le terrain sur lequel elle va évoluer.

Un autre fait très important mérite d'être rappelé ici : c'est que les sinusites peuvent entraîner non seulement des infections de voisinage, mais aussi des complications très variées, prouvant l'infection générale de l'économie. Ce n'est pas seulement les troubles dyspeptiques, la diarrhée, la teinte cireuse des malades qui résorbent du pus. Brindel [3] a insisté sur les complications des voies respiratoires dans les sinusites, pouvant aller jusqu'à la broncho-pneumonie. Le mauvais état général peut faire croire à la tuberculose.

*
* *

Mode de propagation. — L'envahissement des tissus de l'orbite se fait le plus ordinairement par la voie osseuse. L'inflammation de la muqueuse qui tapisse les sinus se propage à l'orbite à travers les canaux de Havers et envahit le périoste orbitaire (Panas), ou bien il se fait de véritables thromboses septiques intra-osseuses.

Le plus souvent on a la preuve des lésions osseuses qui existent dans ces cas : le pus et les fongosités contiennent de nombreuses parcelles osseuses. Grâce à cette ostéite, de vastes communications s'établissent, soit entre les différentes cavités sinusiennes par résorption de leurs cloisons (c'est ce qui se vérifie surtout pour les cellules du labyrinthe ethmoïdal), soit entre le sinus et la cavité orbitaire.

Parfois on observe une véritable ostéite nécrosante qui détache la totalité de la paroi. Spencer Watson, Panas ont retrouvé, dans le pus de sinusites frontales, une mince lamelle osseuse papyracée provenant de la paroi inférieure du sinus. En 1898, j'ai présenté à la Société d'ophtalmologie un séquestre assez volumineux de forme pyramidale, qui comprenait le rebord orbitaire et une bonne partie de la paroi antérieure du sinus frontal. Ce séquestre avait été facilement enlevé au milieu d'un vaste abcès de la partie supérieure de l'orbite.

1. Grunwald. — *Fraenkel's Arch. f. Laryng.*, 1899.
2. Stanculéanu et Baup. — *Arch. des sc. méd.* (institut de Buckarest), Mai, Juin, 1900.
3. Brindel. — *Revue de laryngologie*, 1898, 5 Février.

La lésion de la paroi osseuse ne peut pas toujours être constatée. Il arrive quelquefois qu'après avoir ouvert un de ces abcès de l'orbite, dont l'origine sinusienne ne fait pas de doute, nous tombons sur une paroi au niveau de laquelle l'os ne semble pas dénudé : on a comparé ces collections purulentes aux *abcès circonvoisins* de la coxalgie. Il faut perforer la paroi, saine en apparence, pour arriver dans la cavité du sinus, remplie de pus.

Le transport des germes infectieux ou de leurs toxines peut se faire par voie veineuse. On connaît, en effet, les nombreuses communications anastomotiques entre les veines qui reçoivent le sang de la muqueuse du sinus, et les plexus veineux de l'orbite, par l'intermédiaire des veines ethmoïdales, sous-orbitaires et naso-frontales (Ziem, Trollard, Festal).

D'ailleurs, quelle que soit la voie de propagation, l'origine infectieuse ne peut être contestée dans les différentes lésions suppuratives de l'orbite.

L'interprétation semble plus difficile pour les complications non suppuratives qui atteignent le globe de l'œil. De là sont nées les hypothèses sur la congestion veineuse passive et sur l'action réflexe.

Ziem [1] a eu le grand mérite d'avoir le premier attiré l'attention des chirurgiens sur certaines complications oculaires dont on était loin de soupçonner l'origine sinusienne. Pour expliquer ces iritis à rechutes, ces fausses iritis (Fromaget) ces irido-chroroïdites, avec troubles du cristallin et du corps vitré, ces hyperémies de la papille et même certaines névro-rétinites, il admettait que, par suite des communications anastomotiques dont nous venons de parler, il se faisait une *congestion veineuse passive*, une sorte de stase dans les veines de l'orbite et par conséquent dans le réseau des veines ciliaires. Il interprétait de même façon la plupart des troubles fonctionnels et en particulier le rétrécissement du champ visuel.

En ce qui concerne les lésions matérielles de la première catégorie, il est bien difficile d'admettre aujourd'hui que la congestion veineuse suffise pour expliquer les inflammations du tractus uvéal, sans l'intervention d'une cause infectieuse. Kuhnt a fait justement remarquer que le traitement des affections sinusiennes est incapable de guérir l'iritis sans un traitement approprié.

Pour les symptômes fonctionnels, nous devrions, dans tous les cas où le fond de l'œil est éclairable, constater une congestion des veines rétiniennes et une hypéremie papillaire : ce qui n'est pas noté dans les observations. D'ailleurs, ce n'est pas par le rétrécissement du champ visuel que s'accusent ordinairement les congestions du fond de l'œil.

Assimilant la muqueuse des sinus à celle des fosses nasales, on a voulu interpréter par des *actions réflexes* un bon nombre de lésions matérielles ou d'altérations fonctionnelles. Mais cette théorie, même pour la muqueuse nasale, pèche par sa base puisqu'on

1. Zeim. — *Deut. med. Woch.*, 1889, Janvier.

n'est pas d'accord sur le point de départ du phénomène réflexe, produisant les troubles oculaires.

Est-ce dans le tissu caverneux de la partie antérieure du cornet inférieur que s'accumule l'influx nerveux qui va se décharger ensuite sous formes de réflexes variés ? C'est la théorie de Hack (de Fribourg) et de Moldenhaüer (*Schwellkörpertheorie*), au nom de laquelle on a sacrifié tant de cornets inférieurs.

Existe-t-il des zones sensitives, comme le pensent Mackenzie (de Baltimore) et un assez grand nombre de rhinologistes? Tous les replis de la muqueuse ne peuvent-ils pas être le point de ces réflexes, comme le veulent Frœnkel, Schœffer, Cartaz? Enfin la muqueuse des sinus jouit-elle, à cet égard, des mêmes propriétés que la muqueuse nasale?

Tous ces doutes ont fait que la théorie de réflexes a été difficilement acceptée. En 1896 Pechin [1], dans une intéressante étude critique, a discuté l'origine réflexe des troubles oculaires consécutifs aux maladies des sinus et des dents.

En réalité, les notions les plus récentes sur l'infection nous permettent de nous rendre compte de la plupart des troubles fonctionnels produits sur l'appareil de la vision. Kuhnt a expliqué le rétrécissement du champ visuel, l'asthénopie musculaire ou accommodative dans les sinusites chroniques, par l'intoxication due à la résorption du pus. Ces troubles auraient la même valeur que l'épuisement cérébral dans certaines toxhémies.

Dans son rapport sur les auto-infections oculaires [2], Panas a rappelé l'importance qu'on doit attribuer aux toxines microbiennes pouvant produire les troubles les plus variés, mydriase, asthénopie, amblyopie, amaurose transitoire.

Avons-nous besoin, d'ailleurs, d'invoquer, dans bon nombre de cas, l'infection générale pour expliquer telle ou telle complication oculaire et ne pouvons-nous pas souvent trouver une preuve, beaucoup plus prochaine, dans l'infection qui se transmet si facilement d'un sinus à l'autre?

* * *

Les polysinusites permettent d'expliquer d'une façon beaucoup plus rationnelle que par des réflexes hypothétiques les lésions des organes situés dans le fond de l'orbite.

Un des exemples les plus typiques que j'aie observé est celui d'une jeune femme qui, au cours d'une sinusite maxillaire à marche aiguë, présenta du gonflement des paupières et un peu d'exophtalmie. Puis, ces phénomènes ayant disparu, elle accusa tous les signes d'une paralysie du moteur commun. L'examen rhinoscopique démontrait la coexistence d'une sinusite sphénoïdale. La paralysie motrice s'expliquait ainsi bien plus naturellement. L'oculo-moteur commun et le moteur externe prennent, en effet, un contact intime avec la paroi externe du sinus, derrière la fente sphénoïdale, au niveau de la terminaison de la veine ophtalmique dans le sinus caverneux.

L'étude détaillée des manifestations oculo-oribtaires de chaque sinusite confirme bien souvent l'existence de ces polysinusites, et, si l'on veut reprendre les observations qui datent maintenant de quelques années, on verra que la marche des accidents est inexplicable si on ne fait pas intervenir les infections multiples des cavités pneumatiques de la face.

Dans toute sinusite paraissant isolée, il faut donc rechercher, avec le plus grand soin, l'état des autres cavités. Ceci est particulièrement important pour les sinusites maxillaires, dont les symptômes, faciles à reconnaître, masquent pendant un certain temps les lésions des autres sinus.

Toutes les combinaisons sont possibles dans les polysinusites. Le groupement le plus ordinaire se fait entre le sinus frontal et les cellules ethmoïdales antérieures, entre le sinus frontal et le sinus maxillaire, constituant l'ensemble des *sinusites antérieures*. D'autre part les sinus postérieurs, cellules ethmoïdales et sinus sphénoïdal, sont fréquemment pris simultanément.

Au point de vue des complications orbito-oculaires profondes, qui se rencontrent au cours de sinusites maxillaires, je crois qu'il faudra rechercher avec le plus grand soin la participation des sinus postérieurs sans suppuration fronto-ethmoïdale. Les rapports anatomiques entre la partie la plus reculée de l'antre d'Highmore et les sinus postérieurs peuvent expliquer cette propagation.

Enfin le processus suppuratif envahissant les cavités du côté opposé par l'intermédiaire du sinus frontal, il arrive un moment où toutes les cavités péri-orbitaires sont prises en même temps: la *pansinusite* est constituée. Luc [1] qui a si bien étudié cette question, n'est pas éloigné de croire qu'un certain nombre de sinus, sinon la totalité, sont atteints simultanément par la même cause infectante générale.

CORPUSCULES VACCINAUX DE GUARNIERI

Par R. ROMME

Depuis les premières recherches de van der Loeff, qui datent de 1886, et celles de Pfeiffer, publiées en 1887, la question de l'agent spécifique de la vaccine reste à l'ordre du jour. Toute une littérature est née ainsi. De prime abord, on reste étonné de la quantité de travaux qui ont paru sur ce sujet, mais un instant de réflexion suffit à faire comprendre l'intérêt qui s'attache à ces études. La découverte bien établie de l'agent spécifique de la vaccine doit nous conduire à la connaissance de celui de la variole, et, partant, nous faire comprendre le mécanisme de l'immunisation, c'est-à-dire la façon dont la vaccination préserve de la variole. Et l'on sait que jusqu'aujourd'hui la variole reste la seule affection dont nous avons, réellement et pratiquement, trouvé le vaccin. En second lieu, la parenté entre la variole et les autres fièvres éruptives permet d'espérer que lorsqu'on connaîtra l'agent spécifique de la première, on saura mieux chercher celui des secondes.

Aujourd'hui la question semble se préciser, se limiter. En effet, les travaux publiés ces dernières années sont consacrés presque exclusivement à l'étude des corpuscules trouvés par Guarnieri dans les pustules vaccinales, et considérés par cet auteur comme les agents spécifiques de la vaccine. Mais l'étude de cette question est entourée de tant de difficultés, et tout y est encore tellement obscur que l'accord est loin d'être fait parmi les partisans aussi bien que parmi les adversaires de la théorie de Guarnieri. Fixer rapidement l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet, tel est le but des lignes qui suivent.

* * *

C'est en 1894 que Guarnieri fit connaître les corpuscules vaccinaux qui portent son nom. Sur des coupes de pustules varioliques ou vaccinales, il vit des corpuscules sphériques ou ovalaires, fortement réfringents, des dimensions d'un microcoque ou d'un noyau de cellule. Ces *cytoryctes variolae*, nom sous lequel il les désigna, étaient situés à l'intérieur des cellules épithéliales, tantôt plus à la périphérie, tantôt plus au centre, et entourés d'une vacuole. Ayant inoculé le vaccin de génisse dans la cornée de lapin, Guarnieri retrouva ces corpuscules dans les lésions oculaires de l'animal et constata que leur nombre allait en augmentant pendant les premiers jours après l'inoculation. Il en conclut que ces corpuscules étaient des parasites, et ces parasites les agents spécifiques de la vaccine.

La découverte de Guarnieri fut acceptée par les uns, combattue par d'autres. Les raisons invoquées contre le rôle spécifique de ces corpuscules sont d'ordre histologique.

On a dit que les corpuscules de Guarnieri étaient des produits de dégénérescence cellulaire n'ayant aucun caractère spécifique (Ferroni et Massari); que tout en étant spécifiques de la vaccine, ils ne représentaient qu'un produit de dégénérescence des leucocytes (Salmon); qu'ils étaient un produit de dégénérescence du protoplasma des cellules, et que cette dégénérescence spécifique n'était provoquée que par le virus de la vaccine (Hückel).

A ces objections soulevées contre la nature parasitaire des corpuscules de Guarnieri, M. Wassielewski [1], qui vient d'étudier cette question avec beaucoup de soin, oppose une série de faits tendant à montrer que ces corpuscules *ne sont pas* un produit de dégénérescence.

Tout d'abord, comme le fait très justement observer M. Wassielewski, les corpuscules de Guarnieri sont situés dans des cellules à division mitosique et à protoplasma tout à fait normal. Ensuite, ces corpuscules intra-cellulaires se présentent avec des caractères tellement particuliers, tellement irréguliers, qu'on n'en connaît pas d'exemple analogue dans les autres processus de dégénérescence. Enfin, si les corpuscules de Guarnieri étaient un produit de dégénérescence, on se trouverait — pour la première fois — en face d'un processus de dégénérescence n'atteignant d'une façon régulière qu'une partie du protoplasma.

Des considérations analogues, tirées de l'étude des préparations et qui doivent être lues dans le texte, amènent M. Wassielewski à

---

1. PÉCHIN. — *Revue gén. d'opthal.*, 1896, n° 5.
2. PANAS. — *Société française d'ophtalmologie*, 1898.

1. LUC. — « Leçons sur les suppurations des cavités accessoires des fosses nasales, etc. ». Paris, J.-B. Baillière, 1900.

1. WASSIELEWSKI. — *Zeitschr. f. Hyg.*, 1091, vol. XXXVIII p. 212.

conclure à la fausseté de la théorie suivant laquelle les corpuscules de Guarnieri dériveraient du noyau des cellules épithéliales ou seraient un produit de la dégénérescence des leucocytes.

* * *

Beaucoup plus intéressants et aussi beaucoup plus probants sont les arguments d'ordre bactériologique invoqués en faveur de la nature parasitaire des corpuscules de Guarnieri. Nous n'avons qu'à suivre de près le travail de M. Wassielewski, qui a repris la plupart des expériences, pour conclure avec lui que *très probablement* les corpuscules de Guarnieri sont des parasites dont le rôle étiologique paraît très vraisemblable.

Tout d'abord M. Wassielewski a voulu voir si les traumatismes aseptiques de la cornée ne provoquent pas les mêmes lésions que l'inoculation de vaccin de génisse. Les expériences faites dans cette direction ont donné un résultat négatif. Ayant suivi pas à pas le processus de cicatrisation de la lésion traumatique, M. Wassielewski n'y a jamais trouvé un seul corpuscule de Guarnieri. Même résultat négatif avec les inoculations septiques faites avec le contenu des vésicules aphteuses, ou avec les cultures de *Monilia candida Hansen*.

Ces expériences confirment donc les recherches antérieures de Monti, Pfeiffer, Salmon, Hückel, Bossalino, Garini, etc. etc., qui n'ont jamais vu les corpuscules de Guarnieri apparaître dans les lésions provoquées par les inoculations de produits aseptiques variables, ou par les traumatismes mécaniques ou chimiques (huile de croton, nitrate d'argent, teinture de cantharides, glycérine, peptone, etc.). Il semble donc bien établi que, seule, l'inoculation de vaccin provoque l'apparition des corpuscules de Guarnieri dans les cellules de la cornée. Ajoutons que, comme beaucoup d'autres auteurs, M. Wassieliewski a constaté que l'inoculation du vaccin préalablement filtré n'est pas suivie de l'apparition des corpuscules vaccinaux.

En reprenant ensuite les expériences d'inoculation de vaccin, M. Wassielewski a pu mettre en évidence deux faits fort importants. Tout d'abord il a vu qu'en injectant dans la cornée d'un autre lapin, les produits de la vaccination cornéenne, on pouvait reproduire les mêmes lésions, et que dans celles-ci apparaissent les corpuscules de Guarnieri. Ces inoculations en série, de cornée en cornée, que M. Wassielwski a pu poursuivre pendant seize générations, réussissent du troisième au douzième jour après l'inoculation du vaccin ou de produits de la cornée vaccinée. Elles n'ont jamais échoué quand l'examen microscopique des produits cornéens y montrait la présence des corpuscules de Guarnieri.

Ce qui est beaucoup plus curieux, c'est que l'inoculation de produits cornéens contenant des corpuscules de Guarnieri, faite à des génisses, donne naissance à des pustules vaccinales typiques. Ces inoculations réussissent avec les produits cornéens des inoculations en série, poussées jusqu'à la quarante-sixième génération. D'après M. Wassielewski, ce fait montrerait qu'il ne s'agit pas là d'action du virus vaccinal dilué, mais de celle d'un agent spécifique se cultivant sur la cornée du lapin.

M. Wassielewski est allé encore plus loin dans ses expériences : il a vacciné 7 enfants avec les produits cornéens spécifiques. Il fit à chaque enfant 6 piqûres : chez un enfant toutes les piqûres donnèrent naissance à des pustules vaccinales; 2 enfants ont eu, chacun, 3 pustules; 1 enfant, 4 pustules; 2 enfants, chacun, 1 pustule; chez un enfant aucune piqûre ne prit.

Un point sur lequel on a beaucoup discuté, et que M. Wassielewski aborde dans son travail, est celui de la multiplication et de la prolifération des corpuscules de Guarnieri dans la cornée inoculée. Dès la troisième heure après l'inoculation, — et les figures annexées au travail de M. Wassielewski sont très explicites à ce sujet, — on trouve déjà des corpuscules de Guarnieri dans les cellules proliférées. Le nombre de ces corpuscules augmente ensuite progressivement, et, quand on compare les coupes du premier jour avec celles du second, on ne peut, dit M. Wassielewski, « ne pas penser à une multiplication par division ». A partir du sixième ou septième jour, le nombre de corpuscules diminue, et ceux-ci finissent par disparaître.

* * *

Tels sont les faits qui semblent plaider en faveur de la nature parasitaire et spécifique des corpuscules de Guarnieri. Ces corpuscules — pour nous résumer brièvement — sont les seuls éléments caractéristiques trouvés dans les lésions cutanées et muqueuses de la vaccine et de la variole, et ils font régulièrement défaut dans toutes les autres affections de la peau ou des muqueuses, dans toutes les autres fièvres éruptives. Les essais de reproduire les pustules vaccinales par l'inoculation de microbes, saprophytes ou non, trouvés dans la lymphe vaccinale ou dans les pustules de la variole et de la vaccine, ont toujours échoué. Expérimentalement, les corpuscules de Guarnieri apparaissent régulièrement à la suite des inoculations cornéennes de vaccin, tandis que l'inoculation d'autres produits pathologiques est incapable de les faire apparaître. Les dimensions, la configuration, la structure de ces éléments, leur disposition à l'intérieur des cellules, la façon dont ils se multiplient d'abord, dégénèrent et disparaissent ensuite, tout cela vient à l'appui des idées de Guarnieri qui considère ces éléments comme des parasites, agents spécifiques de la vaccine.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

10 Avril 1902.

Histologie du système nerveux central des épileptiques. — *M. Anglade* communique ses recherches sur l'histologie du système nerveux central des épileptiques, recherches faites à l'aide de sa méthode de coloration de la névroglie.

Anévrisme de l'artère sous-clavière droite. — *M. Touche* apporte un cas d'anévrisme de l'artère sous-clavière droite opéré par la ligature de la carotide et de la sous-clavière ; après l'opération survint une atrophie en masse de la main droite, avec anesthésie complète et troubles trophiques de la peau du bras droit.

Hallucinations de l'ouïe alternant avec des accès de surdité verbale et d'aphasie sensorielle chez un paralytique général. — *M. Sérieux* vit chez un homme âgé de quarante et un ans, atteint de paralysie générale, survenir, au cours d'un délire hallucinatoire très actif (avec prédominance des hallucinations de l'ouïe), des accès passagers se présentant sous la forme tantôt de surdité verbale pure, et tantôt d'aphasie sensorielle.

A l'autopsie, on trouva dans le lobe temporal gauche une plaque de méningo-encéphalite d'intensité exceptionnelle, véritable lésion en foyer, intéressant le centre de l'audition. S'appuyant sur cette observation et sur des faits antérieurs, M. Sérieux propose de décrire une *forme sensorielle* de la paralysie générale, distincte au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

Méningite cérébro-spinale à forme de paralysie infantile. Cytodiagnostic. — *MM. Raymond et Sicard* apportent une observation de méningite cérébro-spinale simulant la paralysie infantile. L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien fit faire le diagnostic.

Paralysie infantile d'un bras avec topographie radiculaire supérieure de la paralysie. — *MM. Dupré et Huet* présentent une enfant de dix-neuf mois atteinte à un an de paralysie infantile avec lésions limitées au bras droit et affectant la même topographie que les lésions radiculaires supérieures du plexus brachial. Il y a lieu de discuter le diagnostic de poliomyélite antérieure aiguë et celui de lésions radiculaires déterminées par la méningite cérébro-spinale, la confusion entre ces deux ordres de lésions ayant sans doute été assez fréquente. Pour établir ce diagnostic, l'examen cytoscopique du liquide céphalo-rachidien a une grande importance. Cet examen n'ayant pu être fait dans ce cas, les présentateurs basent leur diagnostic de poliomyélite antérieure aiguë sur l'apparition précoce de la paralysie, sur l'absence de douleurs et l'absence de raideur des membres ou de la muqueuse. Ils croient aussi assez important pour le diagnostic, dans le cas actuel, le fait que des lésions assez accentuées existent sur l'un des muscles de l'éminence thénar, alors que tous les autres muscles du groupe radiculaire inférieur ne présentent pas d'altérations.

Torticolis spasmodique. — *MM. Pierre Marie et G. Guillain* présentent deux malades agités de mouvements convulsifs tenant à la fois de la chorée, de l'athétose et des tics ; ces malades ont l'attitude du torticolis mental.

M. Babinski fait remarquer que, chez ces malades atteints de torticolis mental, les mouvements athétosiques et l'extension des orteils après excitation cutanée plantaire prouvent l'irritation du faisceau pyramidal.

M. Brissaud croit que cette irritation est secondaire et n'apparaît que plusieurs années après le début du torticolis mental.

Polynévrite et poliomyélite. — *MM. Brissaud et Brécy* apportent l'observation d'un homme qui présenta le syndrome complet de la paralysie ascendante aiguë de Landry et chez qui tous les symptômes rétrocédèrent. S'agissait-il d'une poliomyélite ou d'une polynévrite ?

M. Babinski croit qu'il s'agissait d'une névrite périaxile de nature toxique.

Hémiplégie et hémianesthésie croisées avec hémiasynergie, latéropulsation et myosis homonymes. *MM. Babinski et Nageotte* apportent l'observation et les pièces histologiques d'un homme atteint d'un syndrome complexe qui peut se résumer ainsi : hémiplégie et hémianesthésie croisées avec hémiasynergie, latéropulsation et myosis homonymes.

Hémispasme facial franc. — *M. Henry Meige* présente un homme atteint d'un hémispasme facial franc ; chez cet homme ce spasme se différencie très nettement du tic.

Syndrome de Bénédikt. — *M. d'Astros* apporte l'observation et les pièces anatomiques d'un homme atteint du syndrome de Bénédikt.

Névrites périphériques chez les tabétiques. — *M. Heveroch* a étudié les troubles génitaux et les névrites testiculaires chez les tabétiques.

Hémorragies scorbutiques chez les hémiplégiques. — *M. Trénel.* Chez quatre hémiplégiques d'origine cérébrale, présentant des accidents scorbutiques, les grandes hémorragies interstitielles se sont régulièrement localisées dans les membres paralysés. Il en fut de même chez des paralytiques générales avec prédominance des phénomènes moteurs d'un côté.

Double abcès centrovalaire du lobe frontal droit. Confusion mentale et mélancolie. — *MM. Ernest Dupré et Jean Heitz.* Femme de cinquante-quatre ans, sans antécédents éloignés. Grippe récente ; dans

la convalescence changement de caractère, troubles de la mémoire, légère confusion mentale.

Elle entre un mois après à l'hôpital, en état de dépression mélancolique, de confusion, d'amnésie; céphalée occipitale, fièvre irrégulière, alimentation difficile, prostration croissante, gâtisme intermittent, escarres. Dans les derniers jours, hémiparésie gauche, hyperthermie, coma, mort. Il n'y a jamais eu ni convulsions, ni délire, ni hallucinations, ni phénomènes méningés : l'évolution clinique avait duré environ deux mois.

A l'autopsie, broncho-pneumonie des bases; aucune autre lésion que deux abcès, gros comme des noisettes, indépendants, situés dans la substance blanche du lobe frontal droit, au-dessus et en dehors de l'avant du corps strié, affleurant en arrière la partie antérieure de la zone de projection de la frontale ascendante et correspondant au territoire sous-jacent à la 2e frontale. Les abcès n'approchaient nulle part l'écorce grise. Aucune lésion auriculaire. Ce cas, intéressant par le caractère presque exclusivement psychopathique des réactions morbides, constitue un document de plus dans l'histoire pathologique du lobe frontal.

L'apparition tardive de l'hémiparésie s'explique par l'extension du processus anatomique à la partie antérieure de la projection rolandique. L'étiologie des abcès était probablement grippale.

Atrophie de la musculature de tous les viscères dans un cas d'atrophie progressive type Aran-Duchenne. — *M. André Léri* présente les pièces d'un malade mort à l'hospice Debrousse avec une atrophie musculaire du type Aran-Duchenne très prononcée, et dont le début remontait à seize ans. Tous les viscères musculo-membraneux ont présenté une atrophie de leur musculeuse; cette atrophie s'est manifestée sur l'intestin, la vessie, le canal cholédoque : 1° par l'apparition des hernies très nombreuses de la muqueuse à travers la musculeuse, hernies faisant tumeurs à la surface des viscères; 2° par de vastes dilatations irrégulières, un amincissement considérable et une extrême fragilité de certaines parties de l'intestin, de l'estomac et de la vessie. Le cœur était aussi extraordinairement atrophié; aminci et mou dans son entier, présentant deux petites hernies au niveau de l'oreillette gauche, il avait l'oreillette droite réduite à une membrane très mince et complètement transparente laissant voir par l'extérieur les colonnettes devenues exclusivement tendineuses de la surface interne. De semblables lésions n'ont pas encore été signalées.

L'examen microscopique des centres nerveux sera publié ultérieurement.

L'atrophie des muscles viscéraux explique sans doute certaines constipations opiniâtres des amyotrophiques (atrophie de l'intestin) et peut être aussi, au moins en partie, certaines « crises bulbaires » (atrophie du cœur et des muscles de Reissesser).

Hémiatrophie faciale. — *M. Touche* présente deux cerveaux de malades atteints d'hémiatrophie faciale.

DE MASSARY.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

30 Avril 1902.

Sur le traitement chirurgical des anévrismes de la crosse de l'aorte. — La discussion, suspendue par suite d'un congé accordé à M. Tuffier, reprend sur quelques points de la communication faite par ce dernier.

M. Poirier, s'appuyant sur certains détails de l'observation et sur les figures y jointes, prétend que M. Tuffier n'a pas lié le pédicule du sac anévrismal, mais que les fils ont été placés sur la partie moyenne du sac, ce qui enlève toute raison et toute valeur à l'opération faite par M. Tuffier.

M. Tuffier répond qu'il a bien lié le pédicule, sinon tout à fait au ras de l'aorte, — ce qui était impossible en raison des adhérences qui unissaient la partie inférieure du sac anévrismal aux parois du vaisseau, — du moins assez près pour qu'il puisse prétendre avoir fait l'exclusion de la presque totalité de la poche.

D'autre part, à M. Guinard, qui veut englober et confondre au point de vue clinique et thérapeutique les anévrismes de la crosse de l'aorte avec ceux des gros vaisseaux de la base du cou, M. Tuffier objecte que si cette fusion est acceptable pour la généralité des cas, il n'en est pas moins vrai — et son observation le prouve — que certains anévrismes de l'aorte peuvent prêter à un diagnostic précis de nature et de siège et par conséquent donner lieu peut-être à une intervention spéciale. Les indications de cette intervention seront certainement rares, mais enfin elles peuvent se rencontrer, et M. Tuffier en apporte des preuves recueillies dans les Bulletins de la Société anatomique et au musée de Dupuytren.

Ce à quoi *M. Guinard* répond qu'il ne nie pas les formes anatomiques d'anévrismes signalées par M. Tuffier, mais que l'important serait de pouvoir les diagnostiquer. Or, il n'y a pas de signe clinique qui permette de faire ce diagnostic d'une façon suffisamment précise pour autoriser une intervention opératoire aussi grave que celle qu'a exécutée et préconisée M. Tuffier.

Sur la pathogénie de l'hallux valgus. — *M. Picqué* présente le moulage et les radiographies d'un hallux valgus qu'il a eu l'occasion d'observer et d'opérer récemment chez un tabétique.

Les radiographies révèlent certains détails anatomiques intéressants, dont un surtout — l'absence de toute déformation de la tête du 1er métatarsien — vient contrecarrer la théorie pathogénique formulée par Verneuil et ses élèves, et d'après laquelle les déformations qui constituent l'hallux valgus seraient causées par l'arthritisme. Aussi l'opération pratiquée par M. Picqué dans ce cas s'est-elle écartée des règles classiques : sans toucher à la tête du métatarsien, M. Picqué a d'abord fait la section des muscles abducteurs oblique et transverse qui, contracturés, maintenaient l'irréductibilité de l'orteil; puis, l'orteil une fois réduit, il a, pour maintenir cette réduction, d'une part transplanté le tendon extenseur du gros orteil de la face dorsale sur la face latérale interne de la phalange, et, d'autre part, réséqué une partie du ligament latéral interne de l'articulation métatarso-phalangienne devenu trop lâche.

M. Kirmisson fait remarquer que le résultat de cette opération complexe n'est pas brillant : la saillie formée par la tête du 1er métatarsien subsiste toujours, élargissant considérablement l'axe transversal du pied. Or, c'est cette saillie que toute intervention doit se proposer de supprimer, car c'est elle surtout qui rend le port de toute chaussure impossible.

Quant à la théorie pathogénique de l'hallux valgus, elle n'est pas atteinte par le cas de M. Picqué. Ce cas est tout à fait spécial; il s'agit là de déformations particulières chez un tabétique, mais, en règle générale, c'est l'arthritisme qui joue le grand rôle dans la genèse de l'hallux valgus.

M. Reynier fait remarquer que les radiographies décèlent nettement une hypertrophie de la tête de tous les métatarsiens, et qu'il s'agit là très certainement de troubles trophiques d'origine tabétique.

Kyste hématique paranéphrétique. — *M. Walther* présente une jeune fille de vingt-deux ans qu'on lui avait envoyée le 5 Février dernier avec le diagnostic d'appendicite perforante. Les accidents étaient survenus la veille au soir à la suite d'une purgation. Cependant l'aspect général de la malade plaidait plutôt en faveur d'une hémorragie interne. L'exploration sous le chloroforme permit de constater, dans le flanc droit, l'existence d'une tumeur du volume d'une tête de fœtus, bien limitée, occupant la loge rénale, et dont la nature ne fut révélée qu'à l'opération. Ayant fait une large incision lombaire, M. Walther tomba, en effet, sur un volumineux kyste hématique remplissant toute la région lombaire au-dessous du foie, kyste qui, crevé par son doigt, donna issue à environ un litre de sang liquide mélangé de caillots. Ce kyste était implanté sur le pôle supérieur du rein qui se trouvait refoulé à la partie postérieure et inférieure, mais semblait complètement indépendant de la poche susjacente. Celle-ci, ou plutôt ses débris, furent enlevés sans difficulté et sans hémorragie nouvelle; la plaie fut drainée avec soin, et la malade guérit sans complications.

L'examen microscopique des parois du kyste montra qu'elles étaient formées de tissu fibro-conjonctif sans la moindre trace d'épithélium. Il semble donc bien qu'il s'agissait dans ce cas d'un kyste sanguin paranéphrétique simple et non d'un kyste de la capsule surrénale, par exemple. La pathogénie de ces kystes est des plus obscures; en tout cas, le malade de M. Walther ne présentait dans ses antécédents rien qui pût faire croire à un hématome d'origine traumatique.

M. Brun a opéré, l'an dernier, un enfant dans des conditions à peu près semblables à celles signalées par M. Walther. Cet enfant présentait une tumeur volumineuse, lisse, régulière, offrant absolument l'aspect d'un sarcome du rein, et c'est sur ce diagnostic que M. Brun pratiqua l'opération. Or la tumeur n'était autre qu'un volumineux hématome pararénal, à parois fibro-conjonctives, contenant du sang mi-liquide, mi-solide ; l'extirpation de cette poche fut suivie d'une guérison parfaite. Dans cette observation, l'origine de l'hématome pararénal pouvait s'expliquer par un traumatisme ancien que le petit malade accusait dans ses antécédents.

Appendice et cœcum herniés à travers l'anneau inguinal gauche. — *M. Potherat* présente un appendice qu'il a réséqué au cours de la cure radicale d'une volumineuse hernie inguinale gauche, laquelle hernie contenait, outre l'appendice et le cæcum, une longueur condidérable (1m50 à 2 mètres) d'intestin grêle. L'intérêt de cette observation réside dans ce fait qu'il y avait non pas interposition, mais ptose du cœcum, ainsi qu'en témoignait le long méso que M. Potherat put suivre jusque dans la fosse iliaque droite. L'appendice était long et gros et son méso épais et chroniquement enflammé.

J. DUMONT.

ANALYSES

BIOLOGIE GÉNÉRALE, CYTOLOGIE

L. Tarassévitch. *Sur les cytases* (*Ann. de l'Institut Pasteur*, 1902, 25 Février, p. 127). — Ce travail est l'exposé du résultat des expériences instituées, à l'instigation de M. Metchnikoff, dans le but de déterminer si la propriété digestive des sérums vis-à-vis des cellules et des microbes est l'expression d'un ferment ou cytase unique, ou bien si chaque sérum normal ne contient pas plusieurs cytases différentes s'appliquant les unes aux cellules les autres aux microbes. Cette question de l'unicité ou de la pluralité des cytases, qui compte d'un côté comme de l'autre des partisans autorisés, aurait pu être tranchée directement si l'on avait pu isoler la ou les cytases des sérums à l'état pur. Mais la difficulté du problème, abordé par cette voie, est pour le moment insurmontable, et l'on doit se borner à étudier les cytases à leur source, dans les leucocytes et dans les organes producteurs de ces leucocytes.

M. Metchnikoff a montré que l'apparition, dans le sérum des animaux expérimentés, des substances spécifiques (agglutinine et hémolysine) est subordonnée à l'acte de la phagocytose et de la digestion intra-cellulaire, ce qui permet de conclure que ces substances doivent être produites par les leucocytes (macrophages et microphages). Or, les macrophages et les microphages ont une origine diverse : les premiers proviennent des ganglions lymphatiques et de la rate (Ehrlich), tandis que les polynucléaires ont leur source principale dans la moelle osseuse. De même, ces organes sont différents par leurs propriétés morphologiques et chimiques, ainsi que par leurs fonctions. Les microphages saisissent et digèrent les microbes, les macrophages exercent leurs fonctions phagocytaires sur les cellules animales. On pouvait donc se demander, et c'était là l'idée préconçue de M. Metchnikoff, si les deux variétés de leucocytes (microphages et macrophages), qui présentent des fonctions distinctes, ne possèdent pas aussi deux cytases différentes : microcytase et macrocytase.

Les expériences poursuivies par l'auteur au laboratoire de M. Metchnikoff confirment cette hypothèse. Chez les animaux expérimentés, seuls les organes macrophagiques (épiploon, ganglions mésentériques, rate) et les glandes digestives possèdent des propriétés dissolvantes vis-à-vis des hématies. Tous les autres organes, y compris la moelle osseuse, source principale des microphages, sont dénués de tout pouvoir hémolytique. Pour ce qui est du pouvoir bactéricide, c'est l'inverse qui se produit; les ganglions du mésentère ne contiennent pas de quantités appréciables de microcytase.

Les extraits de microphages sont bactéricides et ne sont pas hémolytiques. C'est le contraire qui a lieu pour les extraits de macrophages.

Ainsi la preuve de la pluralité des cytases est apportée indirectement par l'étude de l'action des extraits d'organes; il est établi que les propriétés respectives des organes et des exsudats macrophagiques et celles des organes et des exsudats microphagiques doivent être attribuées à deux cytases différentes : la macrocytase active vis-à-vis des cellules animales dans le premier cas, et la microcytase active vis-à-vis des microbes dans le second.

V. GRIFFON.

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

E. Fraenkel. ***La moelle osseuse dans les maladies infectieuses*** (*München. med. Wochenschr.*, 1902, 8 Avril, n° 14, p. 561). — L'auteur communique, dans ce travail, ses recherches sur la bactériologie de la *moelle des vertèbres et des côtes* dans un grand nombre de maladies infectieuses tant générales que locales (fièvre typhoïde, pneumonie, érysipèle, appendicite, otite moyenne, phlegmons, etc., etc.). En analysant les particularités présentées par tous ces cas, l'auteur arrive à formuler les conclusions suivantes :

Dans un grand nombre de maladies infectieuses dont nous connaissons les agents pathogènes, ceux-ci se retrouvent dans la moelle osseuse. Ils existent d'une façon presque constante dans la moelle rouge des vertèbres, plus rarement dans la moelle des côtes. Il est à supposer qu'ils doivent exister aussi dans la moelle osseuse des os des membres.

Il n'existe pas de rapport précis entre la présence des microbes dans le sang et leur présence dans la moelle osseuse. Celle-ci peut en renfermer un grand nombre tandis qu'on n'en trouve que quelques-uns dans le sang. Les conditions inverses peuvent exister aussi.

Les microbes qui ont pénétré dans la moelle osseuse provoquent dans ce tissu des lésions variables tels que : foyers de nécrose, hémorragies, exsudat fibrineux, accumulation de pigment ocre, etc., etc.

R. Romme.

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

W.-E. Schrœder et F.-R. Green. ***Recherches anatomiques et expérimentales sur le nerf phrénique*** (*American Journal of Sciences*, Février 1902). — Les auteurs ne croient pas à la gravité d'une lésion du nerf phrénique ou même de sa section. Au cours d'opérations dans la région du cou, ils ont pincé à plusieurs reprises le nerf sans troubles consécutifs, et, dans une opération qu'ils rapportent, pour tuberculose ganglionnaire, le nerf gauche fut coupé sans autre préjudice pour le malade qu'une augmentation des mouvements respiratoires (32). Pas de toux, pas d'éternuement, pas de hoquet, aucun des symptômes décrits. Les respirations restèrent fréquentes (24 à 30) pendant quatre à cinq jours, puis descendirent à 20. Au bout de huit jours, la percussion montra que le côté gauche du diaphragme était à deux travers de doigt et demi au-dessous de sa position normale. — L'expérimentation sur les chiens n'a donné qu'un léger abaissement du diaphragme et une augmentation du nombre des mouvements respiratoires.

Les auteurs pensent donc :

1° Que le diaphragme n'est pas un muscle essentiel de la respiration ;

2° Que les symptômes décrits par les auteurs comme dus à une irritation du phrénique sont dus probablement à une lésion autre que celle du phrénique, car ils ne les ont pas constatés dans leurs expériences ;

3° Qu'une section du nerf phrénique produisant un collapsus partiel du lobe inférieur du côté lésé et une atrophie de la moitié correspondante du diaphragme peut prédisposer à l'infection du poumon ou être suivie d'une hernie diaphragmatique ;

4° Qu'une section du nerf phrénique de laquelle résulte une paralysie partielle du diaphragme n'est pas nécessairement fatale.

Au point de vue anatomique, ces auteurs signalent parfois le passage du nerf à travers la veine sous-clavière ou en avant d'elle, et, dans ce dernier cas, insistent sur le danger d'irritation ou de section dans les cas de fracture de la clavicule.

Ils n'ont pas retrouvé les rameaux pour l'oreille droite signalés par Luschka. Le rameau pour la veine cave supérieure venant du phrénique droit serait constant, les rameaux pleuraux et péricardiques très nombreux.

La communication nerveuse entre les deux phréniques, quoique très importante, reste encore indéterminée.

Quant à l'innervation du diaphragme par les nerfs intercostaux, Green se contente de résumer les conclusions de Cavalié. Nous retiendrons seulement ce fait que, chez l'homme, le diaphragme est innervé par les six derniers, et principalement par les 8e, 9e, 10e et 11e nerfs intercostaux.

Enfin, le phrénique droit communique avec le ganglion semi-lunaire du plexus solaire.

Salva Mercadé.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Franke. ***Sérum leucolytique obtenu dans un cas de leucémie lymphatique*** (*Centralblatt für innere Medicin*, 1902, n° 6, 8 Février). — L'auteur, observant un malade atteint de leucémie lymphatique porteur de nombreuses hypertrophies ganglionnaires, eut l'idée de préparer un sérum leucolytique à l'aide de ces ganglions. Pour cela, il fit l'extirpation d'un paquet ganglionnaire, prépara une émulsion épaisse dans l'eau salée et l'injecta dans le péritoine du lapin; après cinq injections, il saigna ses lapins, et étudia leur sérum. Il reconnut que ce sérum, mélangé *in vitro* avec le sang du leucémique, ne tardait pas à détruire les globules blancs, tandis que du sérum de lapin normal, mis dans les mêmes conditions, n'avait aucune action. Les globules blancs devenaient transparents, à peine visibles, enfin disparaissaient complètement, ne laissant à leur place qu'une masse finement granuleuse. Les leucocytes de petit volume (lymphocytes ?) étaient atteints les premiers et détruits en six à huit heures ; les gros (polynucléaires ?) résistaient plus longtemps mais disparaissaient néanmoins en douze heures. Malheureusement l'auteur n'eut pas le temps d'essayer l'action de son sérum sur le malade lui-même, car celui-ci mourut bientôt ; il se propose de l'employer dès que l'occasion s'en présentera.

M. Garnier.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

R. Oppenheim. ***La fonction antitoxique des capsules surrénales.*** (*Thèse*, Paris, 1902.) — Ce travail, très documenté, enrichi d'une bibliographie fort soigneusement faite, n'est pas seulement une excellente mise au point des travaux récents sur la physiologie normale et pathologique des capsules surrénales; il contient aussi une série d'expériences personnelles, destinées à déterminer dans quelles conditions s'exerce le pouvoir antitoxique de ces organes.

L'extrait surrénal, mélangé à des substances toxiques diverses, ou injecté aux animaux en même temps que ces substances, augmente, dans un grand nombre de cas, la résistance de l'organisme à l'intoxication. Mais les résultats diffèrent beaucoup selon la nature du poison employé. Nuls ou presque nuls avec l'atropine, la strychnine, l'arséniate de potasse, etc., ils sont au contraire très frappants avec le phosphore et les poisons de l'urine humaine. L'auteur a observé régulièrement la survie prolongée ou même définitive des animaux ayant reçu, en même temps que ces deux derniers poisons, une certaine quantité d'extrait capsulaire, alors que les témoins mouraient rapidement.

D'autre part, l'ablation d'une partie du tissu surrénal, notamment la décapsulation unilatérale, ne détermine pas, comme il semblerait logique de le supposer, une diminution de la résistance organique aux infections et aux intoxications. Tout au contraire, dans certaines conditions (toxi-infection diphtérique, empoisonnement par le phosphore), les animaux décapsulés partiellement résistent mieux que les témoins. La constatation de l'hypertrophie, souvent énorme, et de l'hyperactivité sécrétoire de la glande laissée en place, semble, selon l'auteur, pouvoir expliquer ces faits, et apporter par conséquent un nouvel élément de démonstration en faveur du pouvoir antitoxique des glandes surrénales.

D'une série de recherches publiées antérieurement par lui, en collaboration avec Loeper, il résultait du reste que, dans les infections expérimentales (diphtérie, pneumo-bacille de Friedländer, tétanos, charbon), et dans les intoxications expérimentales (arsenic, phosphore, mercure), aussi bien que dans les maladies infectieuses aiguës (diphtérie, pneumonie, variole, fièvre typhoïde, streptococcies), on observe des lésions surrénales qui paraissent varier plutôt suivant la durée de la survie des sujets et la virulence des agents toxiques en cause que suivant la nature même de ceux-ci.

Enfin, s'appuyant sur un fait clinique personnel publié avec M. Menetrier, et sur plusieurs observations recueillies dans la littérature, l'auteur conclut que le syndrome d'insuffisance capsulaire aiguë, tel qu'on l'observe cliniquement parfois chez de jeunes enfants (cas de Talbot et de Blaker et Bailey), peut apparaître chez des sujets porteurs de lésions anciennes des glandes surrénales, que celles-ci soit restées latentes antérieurement, ou qu'elles aient donné naissance au tableau plus ou moins complet de la maladie d'Addison. La lésion surrénale antérieure n'intervient alors qu'en rendant impossible la destruction complète des poisons dus à une infection ou à une intoxication intercurrente. Elle peut alors transformer en une maladie rapidement mortelle une infection banale, comme une amygdalite par exemple, qui, chez un sujet normal, serait restée bénigne. De pareils faits ont évidemment une grande valeur, et font bien comprendre l'importance du rôle antitoxique joué par les produits de sécrétion interne des capsules surrénales.

E. Rist.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

J.-H. Galton. ***Un cas d'appendicite avec appendice logé et adhérent dans le canal fémoral.*** (*The Lancet*, 1902, 29 Mars, page 888.) Femme de trente-deux ans ayant eu une attaque d'appendicite en Janvier 1900. Le 11 Octobre 1901, elle souffrait depuis plusieurs jours de vomissements et de douleurs abdominales, avec maximum au point de Mac Burney. Température 98° Fahrenheit; pouls 90. Pas de météorisme. Le 12, à 11 heures du matin, température 107° Fahrenheit, et pouls 118; les jours suivants la crise s'apaise peu à peu, et le 18 tout était normal.

Opération le 4 Novembre. Incision parallèle au ligament de Poupart, à un pouce et demi (4 centimètres) de cette arcade. Le côlon adhérait à la paroi abdominale au-dessous de l'incision. L'appendice fut difficile à trouver; son méso adhérait à la paroi postérieure de l'abdomen, et lui-même pénétrait dans le canal fémoral, auquel il adhérait. En le séparant de ses adhérences, il se rompit en deux; on dut lier le mésocôlon en quatre parties ainsi qu'une forte adhérence à l'iléon.

L'appendice était long de trois pouces et demi (près de 9 centimètres). Sa terminaison était aussi grosse que le pouce et contenait un calcul stercoral carré. La situation de cet organe dans le canal fémoral est très rare, en dehors du moins de la coïncidence d'une hernie fémorale.

L. Tollemer.

F. Travers. ***Rupture des enveloppes d'une hernie ombilicale avec saillie de l'intestin au dehors.*** (*The Lancet*, 1902, 19 Mars, p. 739.) — Ce cas est intéressant par sa grande rareté. Il concerne une femme de soixante ans, atteinte d'une petite hernie ombilicale et de bronchite chronique. Le 20 Février, à 1 heure du soir, après une violente quinte de toux, elle sentit quelque chose qui se rompait dans son ventre. A 1 h. 30, M. Voller vit que ce quelque chose était de l'intestin sorti par une fente qui s'était produite sur le côté de la hernie; il enveloppa l'intestin dans des compresses chaudes et fit porter la malade à l hôpital. L'opération montra que six pieds d'intestin grêle étaient sortis par une ouverture d'un pouce et demi de long (près de 4 centimètres). La malade mourut trente-huit heures après l'opération. Cette femme était extrêmement obèse. Le sac de la hernie et la peau qui le recouvrait étaient très épais et rien n'explique leur déchirure.

L. Tollemer.

G. Fuetterer. ***De la transformation de l'ulcère de l'estomac en cancer*** (*Journal of the American medical Association*, 1902, 15 Mars). — Quand le cancer se développe sur un ulcère chronique de l'estomac, le néoplasme débute sur les parties du bord de l'ulcère qui sont le plus exposées à l'irritation mécanique causée par contenu stomacal. Dans la région pylorique, le maximum d'irritation s'exerce sur les parties inférieures de l'ulcère ; c'est là que prend naissance le néoplasme, et c'est dans la région pylorique que siègent la majorité des cancers gastriques.

Dans les cas où un ulcère, cicatrisé ou non, rétrécit la lumière du conduit pylorique, il faut donc préconiser la gastro-entérostomie précoce pour prévenir le développement possible d'un cancer ; après cette opération, en effet, le frottement par les aliments est considérablement diminué; il paraît désormais insuffisant pour produire une transformation maligne.

Lorsque les malades souffrent des conséquences d'une sténose pylorique causée par un ulcère ou une cicatrice, il faut, lorsqu'ils refusent une gastro-entérostomie, leur conseiller de manger lentement et en petite quantité à la fois ; leur alimentation devra être liquide ou demi-liquide et l'on défendra les aliments de consistance dure. Les aliments gras seront recommandés. Le régime devra surtout être très surveillé chez les malades âgés, à cause de leur dentition dé-

fectueuse et de l'insuffisance de leur salive sous le double rapport de la quantité et de la qualité.

Le pronostic de tout ulcère, de toute ulcération de l'estomac, doit être réservé car le cancer se développe aussi bien sur des lésions ulcéreuses minimes. D'où la nécessité de prévenir autant que possible la formation d'ulcères gastriques par un traitement énergique de tous les cas de chlorose ou d'anémie secondaire.

C. Jarvis.

MÉDECINE

Lereboullet. *Les cirrhoses biliaires* (*Thèse*, Paris, 1902, Février). — Cet important travail, qui synthétise toute une série de recherches que l'auteur a poursuivies sous la direction du professeur Gilbert, est une étude d'ensemble sur les cirrhoses biliaires, basée sur 30 observations personnelles et accompagnée de près de 100 figures. Grâce à ces documents, l'auteur a pu mettre en lumière les multiples conséquences organiques des cirrhoses biliaires, les différences cliniques qui séparent leur divers types au point de vue du diagnostic, les analogies qui permettent néanmoins de les faire rentrer dans le même groupe nosologique. Mais son appoint principal à l'histoire des cirrhoses biliaires est la conception pathogénique qu'il a longuement exposée, faisant marcher de pair la notion d'infection biliaire chronique avec celle du rôle cirrhogène du terrain prédisposé.

Les cirrhoses biliaires reconnaissent pour cause une infection. Celle-ci n'est ni une infection générale à localisation hépato-splénique prédominante, ni une infection à localisation primitivement splénique, secondairement hépatique. C'est une infection biliaire ascendante, due à des germes venus de la cavité intestinale.

Mais l'infection biliaire chronique ne se développe et ne devient cirrhogène que chez des sujets prédisposés par une constitution spéciale. L'influence du terrain est à mettre en ligne de compte, et c'est ce qu'ont bien montré Gilbert et Lereboullet. Les cirrhoses biliaires se rapprochent de toute une série d'autres manifestations plus atténuées de l'infection biliaire chronique ; et tous ces phénomènes pathologiques, qui traduisent une disposition naturelle à l'infection des voies biliaires, sont l'apanage d'un état particulier, héréditaire, auquel s'applique parfaitement le terme de *diathèse biliaire*.

Le plus souvent, l'infection biliaire chronique ne se révèle que par les signes de la *cholémie simple familiale* ou ictère acholurique simple. Cette affection se retrouve généralement dans les antécédents soit personnels, soit familiaux des sujets atteints de cirrhose biliaire.

A un degré plus avancé, l'infection biliaire chronique peut se manifester par un *ictère splénomégalique*, par une *splénomégalie méta-ictérique*, une *cirrhose biliaire*. On observe toutes les transitions entre ces divers états pathologiques, qui relèvent d'une pathogénie biliaire commune. La place des cirrhoses biliaires peut, grâce à tous ces faits, être aujourd'hui assignée dans le cadre des infections biliaires chroniques.

Anatomo-pathologiquement, deux caractères principaux donnent leur individualité aux cirrhoses biliaires : ce sont les altérations prédominantes des voies biliaires intra-hépatiques ; c'est ensuite l'intégrité de la cellule hépatique qui résiste, s'hypertrophie et s'hyperplasie, au moins dans la majorité des cas. Du fait de l'hyperplasie conjonctive péri-angiocholitique, et surtout de l'hyperplasie parenchymateuse, le foie est en général hypertrophié. Secondairement aux lésions hépatiques peut se développer la splénomégalie, conséquence à la fois de l'infection biliaire et de la congestion passive ; en raison de cette double cause, l'hypertrophie splénique est souvent extrêmement marquée et paraît prédominante ; elle n'en reste pas moins secondaire à l'affection des voies biliaires.

Cliniquement, les cirrhoses biliaires se caractérisent essentiellement par une hypermégalie hépatique et splénique avec ictère chronique. Mais le volume respectif du foie et de la rate varie assez pour permettre d'établir différents types anatomo-cliniques : 1° cirrhose biliaire commune, maladie de Hanot par cirrhose biliaire splénomégalique ; 2° cirrhose biliaire hypersplénomégalique : 3° cirrhose biliaire microsplénique ou asplénomégalique ; 4° cirrhose biliaire atrophique. D'un autre côté, la maladie peut revêtir diverses modalités cliniques du fait de conditions diverses (âge, association avec la lithiase, prédominance de la fièvre, évolution rapide ou, au contraire, indéfinie). Il n'est pas rare de constater des *poussées fébriles*, en rapport avec la recrudescence de l'infection.

La mort survient au bout d'un temps variable, en général très éloigné de la date du début. L'ictère grave, les hémorragies gastro-intestinales abondantes, la cachexie, parfois une affection intercurrente, peuvent la provoquer.

Le pronostic est, en règle générale, moins défavorable que lorsqu'il s'agit de cirrhose veineuse atrophique.

Le traitement est celui des infections biliaires chroniques : régime lacté et lacto-végétarien.

V. Griffon.

E. W. Becker. *Symphyse cardiaque avec hypertrophie du foie et ascite* (*Philadelphia Medical Journal*, 1902, 15 Mars). — De l'étude d'une série d'observations l'auteur croit pouvoir dégager les conclusions suivantes :

Les pseudo-cirrhoses du foie dues à la symphyse cardiaque constituent une entité morbide qui mérite d'être isolée. Dans tous les cas de ce genre, la cavité péricardique est oblitérée. Les autopsies ont toujours démontré que l'ascite est due à une congestion passive du foie, déterminant la formation de tissu conjonctif avec compression et oblitération ultérieures de la circulation porte. Dans tous les cas où l'on constate un foie hypertrophié avec de l'ascite, sans œdème ni splénomégalie, il faut examiner le cœur avec grand soin et rechercher la présence d'une péricardite chronique. Celle-ci sera diagnostiquée surtout à l'aide du foie hypertrophié, du retrait systolique de la région précordiale, enfin de l'œdème des malléoles dont l'apparition peut être tardive.

C. Jarvis.

CHIRURGIE

A.-Ch. Le Roy des Barres. *L'anastomose musculo-tendineuse dans le pied bot paralytique* (Thèse, Paris, 1902). — Dans ce travail, dont l'idée est de M. Jalaguier, M. Le Roy des Barres décrit des procédés types, résultats de nombreuses recherches cadavériques, et dans lesquels il a modifié souvent la façon des auteurs. Parmi les procédés recommandés, il faut choisir ceux qui sont basés sur la connaissance de la disposition des faisceaux musculaires, des vaisseaux et des nerfs d'un muscle donné, afin de conserver, pour ainsi dire, aux segments isolés leur autonomie.

Après avoir décrit longuement les soins à apporter dans la préparation de l'opération, l'auteur passe à l'opération elle-même. Pour suturer les tendons, il existe trois méthodes, d'après la direction de ces mêmes tendons : descendante, mixte, ascendante. La transplantation descendante est préférable, car d'un seul muscle on fait deux nouveaux muscles dont la puissance est partagée. La suture des surfaces bien avivées et largement en contact se fera à l'aide de catgut, qui ne présente pas les inconvénients de la soie imparfaitement stérilisée.

Le dédoublement du muscle est un temps délicat, car il ne faut en rien diminuer la vitalité du segment que l'on transpose. Lorsque cela est nécessaire, la meilleure manière de changer la direction d'un muscle consiste à le faire se réfléchir sur un os.

L'opération terminée, il faut maintenir le membre en hypercorrection au moyen de la gouttière plâtrée. Mais là ne se borne pas l'intervention ; il est un traitement post-opératoire qui comprend deux parties : traitement médical, consistant en électrisation et massage, soins de l'état général, etc. ; traitement orthopédique.

L'anastomose musculo-tendineuse est une opération simple, exempte de dangers ; elle est particulièrement indiquée dans les paralysies peu étendues. Mais il est bien difficile de donner la proportion des succès opératoires, car les cas auxquels se sont adressés les auteurs sont des plus différents. Cependant, on peut reconnaître que cette méthode n'est plus une curiosité opératoire, ni même une méthode qui mérite d'être essayée.

Ch. Villandre.

H. Kummel. *Traitement chirurgical de l'ascite* (*opération de Talma*) (*Deut. med. Wochenschr.*, 1902, 3 Avril, n° 14, p. 242). — On sait que l'opération imaginée et exécutée par Talma pour combattre l'ascite dans la cirrhose consiste à suturer l'épiploon au péritoine pariétal afin de favoriser la formation d'une circulation collatérale destinée à combattre la stase dans le système porte.

M. Kummel rapporte dans son travail 7 cas d'ascite traités par l'opération de Talma.

Dans un cas, datant de 1887, on avait fait, par suite d'une erreur de diagnostic, une laparotomie simple qui, à la place du supposé kyste hydatique, avait montré l'existence d'une ascite. Le malade guérit et le liquide ne se reproduisit plus.

Sur les six autres cas où M. Kummel a fait l'opération de Talma, deux, dont l'état général était déplorable, ont succombé quelques jours après l'opération. Une troisième opérée n'a survécu que sept semaines à l'opération. Dans le quatrième cas, la mort a été amenée par un érysipèle intercurrent, quatre mois après l'opération ; à l'autopsie, on a pu constater que l'ascite ne s'était pas reproduite. Enfin, dans les deux derniers cas, dans lesquels l'opération datait respectivement de six et huit semaines, l'ascite n'avait pas encore reparu et l'état général s'était amélioré.

M. Kummel ne pense pas que l'opération de Talma soit capable d'amener la guérison de la cirrhose. Mais son action indubitable sur l'ascite, ainsi que sur l'hypertrophie du foie et de la rate, en font une intervention précieuse dans les cas où l'ascite devient particulièrement gênante pour les malades.

R. Romme.

E. Berndt. *De l'extirpation et de la régénération des os longs dans l'ostéomyélite et la tuberculose.* (*München. med. Wochenschr.*, 1902, 1er Avril, n° 13, p. 516). — M. Berndt envisage dans son travail les cas d'ostéomyélite grave dans lesquels, après la large ouverture de la cavité médullaire, la suppuration, avec les autres symptômes qui en dépendent, continue et oblige ainsi le chirurgien à pratiquer l'amputation du membre. C'est pour ces cas, et pour ces cas seulement, que M. Berndt préconise l'extirpation (avec conservation du périoste) de l'os en totalité ou de sa plus grande partie. Les observations, avec radiographies correspondantes, qu'il rapporte dans son travail, montrent que, dans tous ces cas, il se fait une régénération ultérieure de l'os extirpé. Le malade guérit, il est vrai, avec un raccourcissement, mais, d'après M. Berndt, cela vaut mieux que l'amputation, laquelle amputation peut toujours être faite plus tard.

A l'appui de cette façon de voir, M. Berndt cite un cas d'extirpation totale (sauf la diaphyse inférieure) du tibia chez un garçon de sept ans ; un cas d'extirpation des deux tiers supérieurs du tibia chez un garçon de quatre ans ; 5 cas de résection de la plus grande partie du fémur chez des jeunes gens de quinze à dix-sept ans. Dans tous ces cas, il y a eu, comme nous l'avons dit, régénération de l'os enlevé et guérison avec raccourcissement, il est vrai, mais aussi avec bon résultat fonctionnel. Aussi l'intervention en question paraît-elle à M. Berndt de beaucoup préférable à l'amputation.

En terminant son travail, M. Berndt rapporte trois cas d'ostéomyélite tuberculeuse où, après des interventions multiples, il a été amené à pratiquer une fois la résection des deux tiers inférieurs du cubitus chez un garçon de cinq ans, une fois l'extirpation totale de l'humérus chez une fille de huit ans, une fois la résection de la tête du fémur avec 8 centimètres de diaphyse adjacente chez une fille de trois ans. Chez les deux dernières opérées, il y eut régénération de l'os. Chez le premier, l'os ne se reforma pas.

R. Romme.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

R. Jones. *De la folie puerpérale* (*British Medical Journal*, n° 2098, 1902, 8 Mars). — Les statistiques relevées par l'auteur portent sur 3.500 entrées dans des asiles d'aliénés ; de ce nombre, 259 femmes étaient admises pour des phénomènes d'aliénation mentale ayant débuté pendant la grossesse, ou l'accouchement ou l'allaitement, soit une proportion de 7,4 pour 100. Ces cas étaient répartis de la manière suivante : 56 avaient débuté pendant la grossesse (21,62 pour 100), 120 pendant l'accouchement et les quinze jours suivants (46,33 pour 100) ; enfin 83 fois la folie était apparue pendant l'allaitement.

Ces phénomènes doivent être attribués aux profondes modifications que subit l'organisme pendant l'état puerpéral, à l'excitation nerveuse, etc., qui peuvent amener des troubles cérébraux aboutissant à la folie. Ces faits s'observent surtout chez les femmes non mariées chez lesquelles les soucis de toute nature viennent ajouter leur effet aux troubles nerveux ; d'ailleurs, chez ces femmes, le pronostic est toujours plus sombre. Dans les folies apparues pendant la puerpéralité, la manie est plus fréquente que la mé-

lancolie, la manie aiguë plus fréquente que la mélancolie aiguë. Les cas nés pendant l'allaitement sont plus souvent des cas de dépression que des cas d'exaltation. Le début de la folie puerpérale est plus souvent soudain que graduel; cependant la mélancolie débute fréquemment d'une façon insidieuse et lente.

L'âge moyen des malades varie de 30 à 34 ans pour les cas où la folie est apparue pendant l'allaitement; cet âge varie de vingt-cinq à vingt-neuf ans pour les autres cas.

Enfin, 50 pour 100 des malades présentent une prédisposition héréditaire physique ou mentale.

C. JARVIS.

FACULTÉ DE PARIS

Cours pratique de séméiologie clinique et de petite chirurgie. — Un cours pratique de *Séméiologie clinique et de petite Chirurgie* sera fait à la Clinique chirurgicale de l'hôpital Necker (service de M. le professeur Le Dentu) par M. Mouchet, chef de clinique.

Au cours de chaque leçon, les élèves feront eux-mêmes des examens de malades, et confectionneront les appareils et pansements.

Le cours comprendra douze leçons.

Il commencera le lundi 26 Mai, à 5 heures, et se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Les droits à verser sont de 50 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mercredis, vendredis et samedis, de midi à 3 heures.

Conférences de médecine légale psychiatrique. — M. Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, commencera la 3e série de ses conférences de médecine légale psychiatrique le vendredi 9 Mai, de 1 h. 1/2 à 3 heures, et les continuera le mercredi et le vendredi à la même heure, 3, quai de l'Horloge.

Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté, à MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants ayant passé leur 4e examen de doctorat.

Après trois mois d'assiduité à ce cours un certificat de présence sera régulièrement délivré.

Amphithéâtre des hôpitaux (Bactériologie). — Une série de travaux pratiques de bactériologie médicale commencera le lundi 2 Juin, à 2 heures, sous la direction de M. Macaigne, chef de laboratoire.

HOPITAUX ET HOSPICES

Asile de Prémontré. — Une place d'interne en médecine est vacante à l'asile d'aliénés de Prémontré (Aisne). 12 inscriptions de doctorat sont exigées. S'adresser au Directeur-médecin.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé de la marine. — Le prix de médecine navale pour l'année 1901 est décerné à M. Thémoin, médecin principal, pour son rapport d'inspection générale du cuirassé *Charles-Martel*.

Des témoignages officiels de satisfaction pour leurs rapports d'inspection générale ou leurs travaux scientifiques, sont accordés à MM. Guézennec, Jan, Laugier, médecins principaux; Duclot, Mestet, médecins de 1re classe; Hernandez, Mathis, médecins de 2e classe.

Corps de santé des troupes coloniales. — Le tour de service colonial des officiers du corps de santé des troupes coloniales est réglé comme suit : Médecins-majors de 1re classe : MM. Le Guen, Fortoul, Clavel; médecins-majors de 2e classe : MM. Berthier, Gouzien, de Lavigne Sainte-Suzanne, Branzon-Bourgogne, Lamy, Chabaneix, Vinas, Damiens, Lairac, Tédeschi, Ortholan, Brossier, de Biran, Hagen, Sadoul, Cossan, Suard, Morel, Bailly, Hutre; médecins aides-majors de 1re classe : MM. Petit, de la Barrière; Pallan, Combier, Feray, Roubaud, Binard, Mathis, Portes.

Les bourses de doctorat. — Un arrêté du ministre de l'instruction publique modifie comme il suit l'article 4 de l'arrêté du 15 Février 1900, relatif aux bourses de doctorat en médecine.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angeiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie;

b) Une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de médecine;

b) Une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de médecine;

b) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

La valeur de chaque composition est exprimée par un chiffre qui varie de 0 à 20.

Société de neurologie. — La prochaine séance de la Société de neurologie de Paris aura lieu le jeudi 15 Mai, 12, rue de Seine, à 9 h. 1/2 du matin.

Colonies françaises.

Hommage à M. Ballay. — La colonie de la Guinée, désireuse de commémorer le souvenir de son fondateur, M. Ballay, a décidé que le nouvel hôpital que l'on fonde à Konakry prendrait le nom d'hôpital Ballay.

Étranger

Exposition d'hygiène. — En 1904, s'ouvrira à Buenos-Ayres une exposition internationale d'hygiène qui aura lieu en même temps que le second congrès de médecine de l'Amérique latine.

Comme résultat pratique pour les exposants, on fonde à Buenos-Ayres un Musée d'hygiène permanent où ils pourront laisser soit un exemplaire des produits qu'ils exposent, soit un plan pour donner quelques renseignements précis.

L'Exposition comprendra six groupes et treize classes.

Premier groupe : 1re classe, Hygiène de l'habitation privée et collective.

Deuxième groupe : 2e classe, Hygiène urbaine.

Troisième groupe : 3e classe, Prophylaxie des maladies transmissibles; 4e classe, Démographie et statistique sanitaires; 5e classe, Sciences sanitaires.

Quatrième groupe : 6e classe, Hygiène de l'enfance; 7e classe, Hygiène scolaire; 8e classe, Hygiène alimentaire; 9e classe, Hygiène du vêtement; 10e classe, Hygiène de l'exercice et du travail.

Cinquième groupe : 11e classe, hygiène industrielle et professionnelle; 12e classe, Hygiène militaire et navale.

Sixième groupe : 13e classe, Objets indéterminés.

Renseignements : Cordoba, 2182, Buenos-Ayres (République Argentine).

Institut allemand pour les recherches sur le cancer. — La Commission du budget de la Chambre des députés d'Allemagne a voté les sommes demandées par le gouvernement pour les recherches sur le cancer. Le représentant du gouvernement a fait connaître qu'on établira à l'hôpital de la Charité, à Berlin, un laboratoire d'études, et que, d'autre part, une somme de 150.000 marcs provenant de dons particuliers avait été consacrée à l'établissement d'un institut pour les recherches sur le cancer. On mande de Francfort-sur-le-Mein que les médecins allemands ont fait parvenir au Comité pour l'étude du cancer dans cette ville les résultats de l'étude de plus de 1.200 cas, d'où il ressort que le cancer n'est pas héréditaire, mais infectieux.

Balnéologiste. — Le gouvernement de la Nouvelle-Zélande est disposé à recevoir les demandes de candidats au poste de Balnéologiste pour les Sources thermales de la Colonie. Appointements 25.000 fr. Ne seront éligibles que les médecins diplômés pouvant justifier des capacités nécessaires et ayant déjà une expérience acquise comme Balnéologiste. Pour plus amples renseignements, s'adresser à l'Agent général pour la Nouvelle-Zélande, 13, Victoria Street, Londres, S. W.

Université de Vienne. — M. Escherich, professeur de pédiatrie à Graz, est nommé en la même qualité à l'Université de Vienne, en remplacement de M. Widerhofer.

CONCOURS

Hôpitaux de Paris (Médecine). — *Épreuves cliniques*. — Séance du 29 Avril. — Ont passé : MM. Gasne, Rabé, L. Lévi.

Hôpitaux de Paris (Chirurgie). — *Épreuves cliniques*, séance du 24 Avril. — Ont passé : MM. Mouchet, 19; Ombredanne, 17; Delbet, 12.

Séance du 25 Avril. — Ont passé : MM. Dujarier, 19; Cunéo, 19; Guibé, 15.

Séance du 26 Avril. — Ont passé : MM. Herbet, 18; Lapointe, 20; Wiart, 17.

Séance du 29 Avril. — Ont passé : MM. Fredet, 17; Veau, 15; Robineau, 16.

Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Les candidats à la place vacante d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux sont : MM. Collinet; Courtade (A.); Didsbury (Georges); Furet; Gellé (Georges); Lombard; Malherbe; Tissier (Paul).

Prix de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Les dates des concours des prix à décerner en 1902 par la Faculté de médecine sont arrêtées ainsi qu'il suit :

Prix de la Faculté (1re, 2e, 3e et 4e années). — Composition écrite : vendredi 4 Juillet, à 8 heures du matin. Inscriptions, les 25 et 26 Juin, de 10 heures à midi.

Prix du Conseil général de la Gironde. — Mardi 8 Juillet, à 8 heures du matin. Inscriptions, du 25 Juin au 3 Juillet, de 10 heures à midi.

Prix de la Ville de Bordeaux. — Mardi 1er Juillet, à 8 heures du matin. Inscriptions, les 25 et 26 Juin, de 10 heures à midi.

Prix Godard des Thèses. — Au plus tard le 5 Août, remettre au Secrétariat trois exemplaires de la thèse et un résumé analytique du travail. La Commission se réunira le 16 Octobre, à 4 heures du soir.

Prix Godard de 2.000 francs. — Les travaux présentés seront soumis à l'examen de la Commission à partir du 1er Août. La Commission se réunira le 18 Octobre, à 4 heures du soir.

Prix des Amis de l'Université. — Les travaux présentés seront déposés au Secrétariat avant le 15 Octobre.

Prix des élèves sages-femmes. — Inscriptions, du 24 au 25 Juin, de 10 heures à midi.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Un concours pour la place de chef de clinique médicale des maladies des enfants sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le lundi 12 Mai 1902, à 9 heures du matin. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 8 Mai 1902.

Un concours pour la place de chef de clinique des maladies chirurgicales des enfants, vacante à partir du 1er Novembre 1902, sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le lundi 23 Juin 1902, à 9 heures du matin. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 19 Juin 1902, à midi.

Un concours pour une place de chef de clinique médicale sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le lundi 17 Novembre 1902, à 9 heures du matin. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 13 Novembre 1902, à midi.

RENSEIGNEMENTS

Remplacement. — Interne en médecine de 4e année ferait remplacement suffisamment rémunéré, à Paris de préférence, entre le 1er Mai et le 25 Juin. S'adresser *P. M.*, n° 739.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 37. — Mercredi, 7 Mai 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :

Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VI°.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

UN GRAND MÉDICAMENT DE L'AVENIR

L'ADRENALINE

En 1883, arriva en France, venant d'Autriche, un médicament doué d'un pouvoir étrange. Il avait la propriété de suspendre momentanément la sensibilité dans les régions qu'il touchait, sans les altérer. C'était la cocaïne. Notre misonéisme railleur n'y fit guère attention d'abord que pour plaisanter son nom en des à peu près incorrects. Ce qui, d'ailleurs, n'empêcha pas cette drogue de parvenir à une fortune inouïe : la cocaïne révolutionna la chirurgie, et créa, par accident, la rhinologie.

Vingt ans ont passé. Et comme, même en thérapeutique, l'histoire n'est qu'un perpétuel recommencement, voici qu'une nouvelle étoile se lève sans que nous y prenions garde encore, tant nous a toujours absorbés la contemplation du couchant de notre horizon médical.

Donc, en 1901, sans grand bruit, nous est arrivé d'Amérique, par Bordeaux, un médicament pourvu d'une qualité bizarre. Il a la propriété de suspendre momentanément la circulation dans les régions qu'il touche, sans les altérer. Il se nomme l'adrénaline, d'un nom qu'il faut aujourd'hui répéter par deux fois, que demain tout le monde dira. La carrière qui l'attend n'est sans doute pas moins belle que celle que fit la cocaïne.

* * *

Lorsque sur une surface absorbante, — telle la muqueuse nasale, qui, par sa vascularité et sa sensibilité, est ici un bon champ d'épreuve, — on

fait un badigeonnage avec une solution concentrée de cocaïne, aucune sensation désagréable n'est ressentie. La muqueuse rosit et s'affaisse un peu, cependant que sa sensibilité à la douleur diminue jusqu'à disparaître absolument. Dix minutes après que la cocaïne a commencé à agir, on peut, sans qu'il en éprouve aucun désagrément, promener un galvano-cautère dans ce nez, qui tout à l'heure n'admettait pas le chatouillement d'une plume. Et, pendant un quart d'heure, les interventions les plus douloureuses s'y passent, tandis que patient et médecin devisent indifféremment de choses et d'autres.

Lorsque sur une surface absorbante, telle encore la muqueuse complaisante du nez, on fait un badigeonnage avec une solution très faible d'adrénaline, aucune impression n'est ressentie, bonne ou mauvaise. Cependant, presque immédiatement, la muqueuse blanchit, se rétracte et semble disparaître : l'os s'est comme dépouillé pour se montrer à nu. Cinq minutes après cet attouchement, il est loisible de tailler la cloison, de rogner les cornets, sans que du sang coule de ce nez où tout à l'heure l'introduction d'un doigt brusque eût suffi à produire une épistaxis. Et, pendant une demi-heure et plus, peut se faire à blanc de la médecine opératoire dans les fosses nasales qui y demeurent indifférentes, *perinde ac cadaver*.

***

Ce ne fut pas, au temps de notre jeunesse médicale, un de nos moindres étonnements que de voir arracher des dents, extraire des polypes nasaux, énucléer des cristallins avec une presque même indolence pour l'opéré et pour l'opérateur. Chaque année, du reste, la cocaïne s'est plue à nous stupéfier par les étrangetés dont elle est coutumière.

Ce ne sera pas, en nos vieux jours, une moindre surprise que de pouvoir faire proprement, à sec, cette chirurgie nasale, qui jusqu'ici sanglante à l'excès méritait l'épithète d' « éclaboussante ». Déjà, plus d'une fois, seul, n'ayant d'autres aides que la cocaïne et l'adrénaline, j'ai pu redresser des cloisons déviées, sans guère plus d'effusion de sang que si j'en eusse fait le simple examen; j'ai pu gratter à blanc des lupus de la pituitaire; hier encore j'exécutais, sans d'autre linge que le seul mouchoir du patient, une ablation de cornet inférieur, excellente opération, devant laquelle l'abondance certaine de l'hémorragie nous laissait souvent hésitants. A l'heure actuelle, tous les rhinologistes ont mêmes étonnements et mêmes satisfactions.

A vrai dire, cela se passe en un petit coin de spécialité dont la chirurgie générale se soucie peu : aux médicaments bienfaiteurs de la rhinologie, elle n'aime pas demander secours. Cependant, il faut reconnaître que ce sont les spécialités qui ont souvent enseigné à la chirurgie ses moyens de douceur. Obligés de se contenter des orifices naturels sans les pouvoirs agrandir, limités dans leur évolution par l'étroitesse des conduits qui leur donnent asile et prébendes, les spécialistes ont dû imaginer mille moyens pour surmonter ces difficultés; ils sont les ébénistes qui cisèlent les coffrets de bois rare et s'attachent aux petites trouvailles ingénieuses, inconnues des charpentiers dont la lourde hache taille un navire de chêne. Ainsi les oculistes ont donné à la chirurgie la cocaïne. Ainsi les rhinologistes lui ont offert ces agents hémostatiques puissants qui sont l'eau oxygénée et la ferripyrine; maintenant, ils font mieux encore : ils lui apportent l'adrénaline.

***

La cocaïne est un produit du règne végétal, un alcaloïde extrait des feuilles de coca. Cependant, quand elle s'inscrivit au codex, depuis longtemps déjà la thérapeutique employait la teinture de coca en application locale ; mais sans grand résultat, car il fallait en extraire la quintessence pour en voir les effets.

L'adrénaline est un produit du règne animal : c'est le principe actif des capsules surrénales (adrenal glands des Anglais) isolé en 1901 par Takamine (de New-York). Cependant, déjà on nous avait vanté les propriétés locales de l'extrait de capsules, sans nous en pouvoir convaincre tant elles étaient faibles : de même que pour la teinture de coca, la dilution était beaucoup trop étendue. Or, la teneur d'une capsule surrénale en adrénaline doit être bien minime, car, à l'heure actuelle, cette substance coûte encore deux cent mille francs le kilogramme. Il faut sans doute un troupeau de bœufs pour remplir un petit flacon. Mais ceci a peu d'importance, car l'adrénaline agit en solution au deux ou trois millième, et quelques gouttes suffisent pour ischémier un champ opératoire restreint.

L'adrénaline est, de tous les vaso-constricteurs, le plus énergique qu'on connaisse. L'injection intra-veineuse de quelques traces d'une solution au vingt millième fait notablement monter la tension artérielle. Chirurgie et médecine en vont donc toutes deux pouvoir tirer profit. Nul doute que les thèses et les communications ne se multiplient plus tard, qui, du médicament inconnu d'aujourd'hui, feront la drogue en vue de demain, et ne manqueront évidemment pas de l'élever pendant quelque temps au rang de panacée universelle et inoffensive. Mais d'elle, je ne veux retenir aujourd'hui que sa propriété ischémiante prodigieuse : à l'inverse de tous les hémostatiques connus qui arrêtent l'écoulement du sang, elle seule sait le prévenir.

***

Cocaïne et adrénaline sont deux substances de fortune semblable et que la chirurgie fera jumelles.

Elles s'associent : l'une plaît à l'opéré, qui supprime la douleur; l'autre séduit l'opérateur, qui annule le saignement.

Elles s'entr'aident : car la cocaïne, qui agit peu sur les régions enflammées, anesthésie facilement celles-ci après que l'adrénaline les a anémiées au point de les ramener à la condition de tissus normaux.

Leur emploi simultané se formulera ainsi : ni douleur, ni sang.

Ailleurs, et plus d'une fois, dans le corps de ce journal, l'adrénaline fera l'objet d'études scientifiques, mieux mûries. J'ai seulement aujourd'hui voulu frapper l'un des trois coups qui ont coutume de fixer l'attention sur ce qui va se passer; et je ne saurais mieux présenter l'adrénaline au monde chirurgical qu'en disant que son merveilleux pouvoir d'hémostase préventive mériterait de la faire surnommer « l'alcaloïde de la bande d'Esmarch. »

Marcel Lermoyez.

CHOSES ET AUTRES

Je dois revenir aujourd'hui sur les faits qui avaient motivé ma chronique dernière.

Relisant ce que j'avais écrit au sujet de la *Société de Dermatologie*, je me suis aperçu que quelques lignes de mon article avaient sauté à la mise en pages, et qu'une phrase relative à la présidence de M. Besnier pouvait prêter ainsi à confusion ; je tiens à l'expliquer.

« Les élections de cette année, ai-je dit, prenaient une importance spéciale en ce fait que M. Besnier, qui présidait la Société depuis dix années avec tant d'autorité et de jugement affiné, se retirait. » Je voulais dire qu'il se retirait seulement de la présidence, et la phrase suivante en était explicative ; celle-ci manquant, l'on pourrait généraliser et interpréter les termes dont je me suis servi dans le sens d'une retraite complète, ce qui serait une erreur.

M. Besnier renonce à diriger les débats de la Société de dermatologie, tout simplement parce qu'il a jugé bon de ne pas dépasser une période décennale de présidence; d'autant mieux que, cette période venant à échéance l'année même où M. Fournier finissait son professorat à la Faculté, M. Besnier estimait qu'il était de justice élémentaire de lui céder la présidence.

M. Besnier quitte donc la présidence effective de la Société pour devenir président d'honneur: mais il ne lui consacrera pas moins son activité et continuaer à prodiguer généreusement à tous, les conseils de sa grande expérience.

***

En signalant la décision prise par la Société des chirurgiens des Hôpitaux relative au choix par les internes des places de leurs services, j'ai omis de mentionner l'une des causes principales de cette décision.

Les chirurgiens ont voulu surtout éviter que les internes retiennent plusieurs places pour la même année. Certains internes, en effet, retenaient une place en médecine, une en chirurgie, et même une troisième en accouchement ; plus tard, suivant l'orientation que prenaient leurs études et suivant leurs goûts, ils se décidaient pour l'une ou pour l'autre.

Cette manière de faire était d'abord peu convenable vis-à-vis des chefs de service ; ensuite elle lésait gravement les internes soucieux des convenances, qui étaient ainsi obligés d'attendre au dernier moment pour trouver la place qu'ils désiraient. Il y avait donc nécessité de réagir.

C'est un argument de plus en faveur d'une entente entre médecins, chirurgiens et accoucheurs des Hôpitaux pour dresser et rendre publique la liste, par année, des places attribuées aux internes. Cette liste pourrait être mise au point chaque année au moment des changements de service; elle pourrait être tenue à jour par le bureau de l'Association des internes, dans les attributions de laquelle ce service me semble devoir rentrer.

***

La Belgique vient de nous donner un grand exemple. Lors du mouvement politique de ces temps derniers, après les échauffourées des premiers jours, le calme se rétablit à l'appel des chefs du parti ouvrier, et 300.000 ouvriers cessèrent le travail sans que le moindre désordre s'ensuivît. Voici ce que dit à ce propos l'homme peut-être le plus influent de la Belgique, le chef socialiste Vandervelde, dans un article paru ces jours-ci dans *Le Mouvement social* :

« Ce qui achèvera de donner au mouvement une grandeur morale incomparable, ce fut le calme et la dignité de la masse ouvrière pendant toute la durée de la grève.

Aux émeutes violentes des premiers jours succédait, bien plus impressionnant, le grand silence de trois cent mille hommes, attendant, immobiles, la décision du Parlement.

Chaque soir, on se réunissait dans les maisons du Peuple, pour se communiquer les nouvelles de la journée. Tous les orateurs qui prenaient la parole ne manquèrent pas de signaler que les excès alcooliques, dangereux toujours, devenaient particulièrement dangereux par ces temps de troubles où le moindre conflit, la moindre bagarre pourraient provoquer de nouvelles tueries : plus que jamais, dans ces conditions, l'*eau-de-vie* devrait être appelée l'*eau de mort*. A Verviers, les cabaretiers socialistes prirent la décision de ne pas débiter de genièvre aussi longtemps que durerait la grève. A Bruxelles, tout le monde remarqua la diminution brusque du nombre de « pochards ». et ce fait ne laissa pas d'exercer une influence favorable sur l'opinion publique. »

Ces paroles sont à méditer par tous ceux qui ont souci de la lutte antialcoolique. Il serait à souhaiter que nos hommes politiques français s'en inspirent.

E. De Lavarenne.

TRAITEMENT DES ANÉVRISMES DE LA CROSSE DE L'AORTE

Par **A. GUINARD**
Chirurgien de la Maison Dubois.

M. Tuffier a publié dans *La Presse Médicale* du 19 Mars 1902 ses réflexions sur la cure chirurgicale des anévrismes de la crosse de l'aorte. Je suis intervenu douze fois depuis dix ans pour des anévrismes de la base du cou, parmi lesquels des anévrismes aortiques; c'est le résultat de mes observations que je désire consigner ici à cette occasion.

M. Tuffier a relaté l'observation d'une malade de quarante ans à laquelle il a essayé d'enlever un volumineux anévrisme de la crosse de l'aorte. S'arrêtant à mi-chemin de cette opération audacieuse, il se borna à lier le pédicule de la tumeur, au niveau de sa communication avec l'aorte, avec deux fils de de catgut, et il laissa le sac en place. L'opérée succomba à une hémorragie foudroyante le treizième jour; le sac s'était sphacélé. De l'étude de cette observation, M. Tuffier tire des conclusions telles qu'il semble conseiller l'extirpation des poches anévrismales aortiques quand elles sont « abordables, extirpables et isolables ».

Et il se reproche comme une faute de s'être arrêté avant d'avoir enlevé la poche.

Pour ma part, je ne puis accepter ces conclusions.

Je considère cette extirpation comme vouée à un échec à peu près constant. Prenons d'abord l'opération inachevée de M. Tuffier, c'est-à-dire la ligature du pédicule de l'anévrisme. Pour celle-ci, il ne saurait y avoir aucun doute. Les anévrismes ne sont pas des tumeurs plus mystérieuses que les autres et n'échappent pas aux lois de la chirugie générale. Or, toute tumeur dont on lie le pédicule est vouée au sphacèle, à moins qu'elle ne soit irriguée par des vaisseaux néoformés venant des organes voisins (ce qui ne saurait s'appliquer aux anévrismes). Ce sphacèle peut être aseptique; le sac pourrait pour ainsi dire se momifier, mais alors il ne saurait plus servir de soutien à la ligature et, l'orifice oblitéré pendant quelques jours céderait fatalement à la pression sanguine. C'est ce qui s'est passé pour la malade de M. Tuffier, et je crois qu'il en sera forcément de même pour tous les cas où on se sera borné à lier un pédicule sans procéder avec soin à la réfection de la paroi artérielle au niveau de la perte de substance du vaisseau. L'opération telle qu'elle a été faite par M. Tuffier ne doit donc pas, suivant moi, entrer dans la pratique.

Arrivons maintenant à l'extirpation, c'est-à-dire à l'opération complète, telle que l'avait conçue M. Tuffier.

Je n'hésite pas à dire qu'il faut résolument la proscrire pour la cure des anévrismes de la crosse de l'aorte. D'abord il y a le point de vue opératoire. Il s'agissait, au dire même de l'auteur, de l'anévrisme sacciforme le plus favorable qu'on puisse rencontrer, si favorable même que, d'après la description nécropsique de M. Milian, on n'en trouvera peut-être plus jamais de pareil. Or, l'intervention a été particulièrement émouvante, et cela sera évidemment toujours ainsi dans une pareille région; et si un chirurgien tel que M. Tuffier a été ému au point de s'arrêter dans son opération, ne suis-je pas autorisé à dire que ce n'est pas une intervention à la portée de tous les bistouris. Il suffit d'ailleurs de songer à la région où l'on évolue pour se faire une idée de la gravité de l'acte opératoire en lui-même.

Au point de vue clinique, on n'a qu'à suivre les malades atteints d'anévrismes intra-thoraciques (non traumatiques, bien entendu) pour voir que les parois artérielles sont malades ailleurs qu'au niveau du collet du sac.

Dans la plupart des faits, on voit l'aorte se dilater ultérieurement; l'ectasie gagne le tronc brachio-céphalique ou tel autre gros tronc de la base du cou. Ce sont des malades qu'on pourrait presque comparer à des cancéreux au point de vue de la récidive locale ou à distance.

Et alors, le même raisonnement clinique peut leur être appliqué: il ne faut pas les soumettre à une opération qui ne saurait être que palliative, si cette opération offre des dangers immédiats hors de proportion avec le bénéfice qu'ils en retirent.

Je conclus que l'extirpation des anévrismes de la crosse de l'aorte, malgré les apparences, n'est pas une opération radicale au sens propre du mot, et qu'en raison de l'impossibilité de son exécution dans la majorité des faits et de sa gravité extrême pour les cas très exceptionnels où elle est praticable, elle ne doit pas avoir sa place dans la thérapeutique chirurgicale.

*
* *

Est-ce à dire que la cure des anévrismes intra-thoraciques n'est pas du domaine de la chirurgie? Je ne le pense pas; et depuis dix ans, dans plusieurs publications, je me suis efforcé de montrer le bénéfice considérable qu'on obtient avec une opération simple et innocente; *la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites*.

De 1892 à 1896, j'ai pratiqué six fois cette opération pour la cure des « anévrismes de la base du cou », et tous ces cas sont publiés, soit dans des mémoires personnels (*Bulletin gén. de thérapeutique*, 1894, *Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, 1896, n° 11), soit dans des thèses (thèse de Poivet, 1893, thèse de Larrieu, 1897, thèse de Huguet, 1898, thèse de Capdepon, Bordeaux, 1898). Enfin, j'ai fait cette ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droites deux fois pour des anévrismes de la crosse de l'aorte. Un de ces cas fait le sujet de la thèse de mon élève Blacque (Paris, 1895); l'autre est inédit; et depuis 1896, j'ai fait cette opération six fois, en comptant ce dernier : ce qui porte à douze mes observations de ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droites pour anévrismes de la base du cou.

Mais, dira-t-on, dans ces douze observations, il n'y a que deux observations ayant trait au sujet qui nous occupe, les anévrismes de la crosse aortique. Or, en y regardant de près, on s'aperçoit, aussi bien dans mes observations que dans celles qu'on trouve dans la littérature médicale, qu'une fois sur deux on a traité des anévrismes de la crosse de l'aorte pour des anévrismes du tronc innominé. C'est même ainsi qu'on s'est aperçu que le même traitement pouvait être efficace pour ces deux affections. Prenons le tableau de Richard Barwell où sont réunis 28 cas de ligature double appliquée au traitement des anévrismes innominés. Le premier malade, opéré par Obart en 1839, ne survécut que seize jours, et l'autopsie montra que l'anévrisme siégeait sur l'aorte. Celui de Heath, opéré en 1865, mourut quatre ans et dix-sept jours après ses ligatures, et à l'autopsie on trouva que le prétendu anévrisme innominé était un anévrisme aortique placé au devant du tronc brachiocéphalique.

Je pourrais continuer ainsi, et cela s'applique aussi aux relevés de la thèse de Acosta Ortiz (Paris, 1892), de Randolph Winslow, de John Wieth (de New-York), de Poivet (*loc. cit.*), de Larrieu (*loc. cit.*), etc. Aussi quand on s'avise de faire un tableau destiné à relever le nombre des succès opératoires et thérapeutiques, on éprouve le plus grand embarras et tout est mêlé. Les uns, avec Barwell, établissent leur tableau *d'après le diagnostic porté*; d'autres, plus logiques selon moi, s'en tiennent au diagnostic vérifié par l'autopsie. Mais comme l'autopsie manque six fois sur 28 cas, et comme dans les 22 autres cas, il y a une erreur de diagnostic sur deux, on peut induire que la même proportion d'erreurs de diagnostic doit exister pour les faits qui manquent du contrôle nécropsique. C'est en étudiant de près tous ces faits sur lesquels je ne veux pas revenir ici que j'ai conclu à l'impossibilité en clinique de faire un diagnostic anatomique précis du siège d'un anévrisme de la base du cou. Il faut peut-être actuellement faire une réserve en ce qui concerne la radioscopie; je n'ai pas, sur ce point, une expérience suffisante pour me prononcer. Mais pour tout ce qui regarde les différences des pouls radiaux, les souffles à l'auscultation, le siège apparent des tumeurs, la sphygmographie ou la pléthysphygmographie, je m'inscris en faux contre la sécurité que tous ces signes peuvent donner pour porter un diagnostic de siège. On n'aura jamais que des probabilités; et ce n'est pas sur des probabilités qu'on pourra entreprendre une opération aussi périlleuse que l'extirpation d'un anévrisme thoracique.

C'est pour ces raisons (que j'ai copieusement développées ailleurs) que j'ai dit hardiment : « Ne cherchez pas à faire le diagnostic précis du siège de l'anévrisme; contentez-vous de dire : anévrisme de la base du cou, car l'examen des faits démontre que l'autopsie a presque toujours donné un démenti éclatant à des diagnostics précis basés pourtant sur les signes les plus classiques. »

Qu'on sache seulement que la même méthode de Brasdor-Wardrop doit être la méthode de choix qui s'applique à tous les anévrismes siégeant sur la portion ascendante de l'aorte, sur le tronc brachio-céphalique et ses deux branches.

Je laisse de côté les anévrismes siégeant à gauche du tronc innominé qui échappent à l'intervention dont je parle et qui d'ailleurs sont infiniment plus rares. Pour les anévrismes du tronc brachio-céphalique la question est jugée, et on ne compte plus les améliorations remarquables qui ont suivi cette opération. Les excellents articles de Walther et de Pierre Delbet, dans nos traités classiques, sont très explicites sur ce point,

Pour les anévrismes de l'aorte ascendante, les résultats de la double ligature sont des plus encourageants. On n'a, pour s'en rendre compte, qu'à distraire des tableaux connus relatifs aux anévrismes innominés les cas où il s'agissait en réalité d'anévrismes siégeant sur l'aorte ascendante depuis son origine jusqu'à la naissance de la carotide gauche.

M. Le Dentu, qui a écrit très judicieusement sur cette question, rappelait, en 1895, à l'Académie, ses communications antérieures à la Société de chirurgie et à l'Académie même et se déclarait partisan déclaré de la méthode de Brasdor-Wardrop pour la cure des anévrismes aortiques.

Un de ses cas personnels est très significatif. De plus, il a extrait de la statistique du chirurgien américain Winslow 13 cas d'anévrisme portant sur l'aorte seule; et sur ces 13 opérés, 5 furent guéris, et 4 vécurent de onze mois à quatre ans. Les quatre autres ne vécurent que de cinq à cinquante et un jours.

Je citerai encore les opérés de la thèse de Acosta Ortiz et de la thèse de Blacque. Le malade de Well, quatre mois et demi après les ligatures, n'avait plus de douleurs et plus de souffle. Celui de Langley-Brown allait bien vingt-sept mois après l'opération. Une autopsie faite quinze mois après l'intervention montra à Lediard que la poche anévrismale était comblée de caillots solides. Mais je ne veux pas prolonger cette énumération et je n'ajouterai que quelques mots relatifs à mes observations personnelles.

Pour une malade observée avec MM. Peyrot et Gougenheim en 1895, et pour laquelle nous avions diagnostiqué un anévrisme du tronc innominé, je vis en opérant, après avoir sectionné les insertions du sterno-mastoïdien et du sterno-thyroïdien, que la crosse de l'aorte était pour ainsi dire mangée par l'anévrisme, ou plutôt que c'était une dilatation aortique qui avait englobé le tronc brachio-céphalique, au point que la sous-clavière *gauche* émergeait de la tumeur même; je liai la carotide et la sous-clavière droites qui naissaient séparément de la tumeur. La circulation est restée bonne dans le membre supérieur droit, bien que ma ligature eût porté sur la sous-clavière *avant la naissance des collatérales*.

Un an après l'opération, la malade n'avait plus ni cornage, ni accès de suffocation.

Pour la malade dont j'ai donné l'histoire dans la thèse de Blacque, la survie ne fut que d'un mois. Mais la poche dont M. Duguet et la malade attendaient avec angoisse l'ouverture à la peau s'affaissa après l'opération, et la mort cruelle par hémorragie fut évitée.

L'autopsie montra qu'il s'agissait de deux poches dont l'une, en communication avec l'aorte ascendante, s'était rompue : c'était un anévrisme diffus surajouté à un anévrisme sacciforme de la portion ascendante de l'aorte.

Pour un Espagnol âgé de quarante-neuf ans, que j'ai opéré avec Gougenheim, le résultat a été plus complet : je l'ai suivi pendant onze mois, après lesquels il a quitté la France avec des symptômes brightiques; les phénomènes de compression intra-thoracique pour lesquels il avait consulté Gougenheim avaient totalement disparu. Il ne restait que de la dyspnée quand le malade montait un escalier ou se livrait à des efforts quelconques. En somme, au point de vue local, le résultat thérapeutique était parfait.

Tout cela ne suffit-il pas à justifier la première conclusion que je désire formuler, à savoir que la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droites a une efficacité très appréciable dans le traitement des anévrismes de l'aorte ascendante?

* * *

La discussion de la théorie des trois courants par laquelle Richard Barwell explique le mode d'action de cette opération m'entraînerait trop loin. Je rappelle que le maximum d'effet curateur se produit quand l'anévrisme est sacciforme et siège sur la paroi droite de l'aorte, comme chez la malade de M. Tuffier, et je renvoie pour les détails à l'article si intéressant du chirurgien anglais.

J'ai dit plus haut que cette double ligature est une opération relativement simple et innocente. En deux mots, il est facile de le prouver, sans même recourir aux relevés des auteurs, qui sont entachés d'erreur, car ils contiennent tous les faits publiés, y compris ceux de la période préantiseptique. J'irai plus loin et j'ajouterai que, en bonne équité, il ne faut tenir compte que des opérations faites, non pas antiseptiquement, mais aseptiquement.

Je m'en tiens ici à mes observations personnelles. Sur mes 12 observations, j'ai eu deux désastres, la première et la dernière en date.

Pour la première, dont j'ai donné tous les détails dans la thèse de Poivet, il y a eu une hémiplégie tardive, et l'étude attentive de l'autopsie m'a permis, je crois, de me mettre dorénavant à l'abri de cette fatale complication. Le fait est que je n'ai plus jamais constaté rien de pareil dans les onze observations suivantes. Est-ce parce que j'ai eu soin de n'opérer que des malades chez lesquels le système carotidien gauche n'était pas oblitéré? est-ce, comme l'a pensé M. Pierre Delbet, parce qu'il y a eu à ma première opération un léger degré d'infection? le fait est là, et, quelle que soit l'explication, dans mon esprit, je crois que l'hémiplégie tardive peut être considérée comme négligeable en l'espèce.

Ma dernière opération date du 27 Juin dernier; elle n'a pas été publiée. Elle a trait à un homme de quarante-neuf ans qui, depuis dix-huit mois, souffrait de douleurs dans l'épaule droite et le bras droit. Un auparavant, M. Forestier, d'Aix-les-Bains, avait déjà constaté une déviation à gauche de la trachée et du larynx.

Lorsque je vois ce malade en Juin 1901, il est soigné par MM. Chabry et Rancurel. Depuis près de quatre mois il est tourmenté par des accès de toux coqueluchoïde à la suite desquels il expectore des crachats sanglants. Le matin, la voix est voilée. Les pupilles sont normales et on ne trouve rien d'anormal à l'auscultation du cœur. On voit déborder audessus de l'extrémité interne de la clavicule droite une tumeur anévrismale du volume d'une mandarine. Après m'être assuré, suivant la pratique que j'ai conseillée, que la compression de la sous-clavière droite arrêtait bien le pouls radial correspondant et que la compression de la carotide droite n'empêchait que momentanément la temporale droite de battre, je me décidai à intervenir.

La nuit qui précéda le jour de l'opération, le malade faillit succomber à une crise violente de suffocation et de toux qui fut suivie, comme les autres, d'une expectoration sanguinolente.

Le 27 Juin, je pratique le ligature dans la même séance d'abord de la carotide primitive, puis de la sous-clavière droite en dehors des scalènes. Aucun incident. Catgut n° 4. (J'ai en effet remplacé la soie par le catgut dans mes dernières opérations.) A dater de l'opération, les battements dans la tumeur diminuèrent considérablement, et la tumeur sus-claviculaire s'affaissa au point que le deuxième jour il fallait la palpation pour la discerner. Toute suffocation avait disparu et il n'y avait pas eu le moindre accès de toux, alors qu'avant l'opération les accès revenaient sans cesse. L'opéré se trouvait si bien qu'il résolut à mon insu de quitter la maison de santé de la rive gauche où je l'avais opéré pour rentrer chez lui : profitant d'une journée où il me savait absent de Paris, il se fit conduire en voiture chez lui, près de la gare de l'Est et en arrivant à son cinquième étage il succomba brusquement en montant dans son lit. M. Chabry appelé en hâte ne put que constater la mort, probablement, m'a-t-il dit, par hémorragie foudroyante, car le cadavre avait du sang plein la bouche.

Il y a eu là évidemment une imprudence inexplicable, et le fait que l'opéré a traversé Paris dans une voiture le quatrième jour après cette intervention me porte à ne pas donner beaucoup d'importance à cette catastrophe au point de vue de la gravité opératoire de ces ligatures en général. Et je maintiens mon affirmation que cette opération est relativement innocente, ou du moins que sa gravité n'est pas hors de proportion avec le résultat qu'on en attend.

J'ai dit aussi qu'elle est simple. Jamais en effet je n'ai eu de difficulté à placer mes fils. Une fois seulement à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Blum la recherche de la sous-clavière a été laborieuse, sans que j'aie pu m'expliquer pourquoi. J'ai aussi une fois ouvert une veine de quelque volume et le sang m'a gêné un peu. Quant à la ligature en elle-même, elle ne m'a jamais donné le moindre incident immédiat. Au début je serrais lentement et prudemment avec une soie bien plate, et je craignais toujours de tomber sur un vaisseau malade qui risquait de se rompre sous ma ligature. Or, j'ai toujours été frappé de voir les vaisseaux absolument sains même dans le voisinage le plus immédiat de la tumeur. On peut placer hardiment les fils à ligature près de la tumeur, grâce à l'intégrité des parois artérielles autour des anévrismes. Sur un malade que M. Monod a présenté complètement guéri de son anévrisme à l'Académie de médecine, quatre mois après l'opération, nous avions pensé à un anévrisme de la sous-clavière, mais au cours de l'opération, il fut aisé de voir que la tumeur comprenait aussi le tronc brachio-céphalique. Le fil fut donc placé sur la sous-clavière, non pas en dedans de la tumeur comme nous l'avions projeté, mais en dehors et presque au ras de l'anévrisme; les parois du vaisseau résistèrent au fil de soie comme celles d'une artère absolument saine. Dans un rapport très intéressant sur cette observation, M. Berger insistait aussi sur les impossibilités du diagnostic précis du siège des anévrismes de la base du cou; et c'est à cette occasion que M. Le Dentu vanta de nou-

veau la double ligature pour la cure des anévrismes de l'aorte ascendante.

Enfin, j'ajouterai que la chloroformisation a toujours été très régulière, et je n'ai observé au cours de mes douze observations aucun incident particulier dû à l'anesthésie.

* * *

De tout ce qui précède je crois pouvoir conclure que la double ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite est une opération simple et innocente. De plus, elle donne des résultats aussi favorables qu'on peut les attendre de la chirurgie dans une maladie des parois artérielles. Enfin elle s'applique indifféremment à tous les anévrismes de la base du cou (sauf ceux très rares de la sous-clavière et de la carotide gauche), ce qui est fort appréciable, puisque le diagnostic exact du siège est presque toujours impossible.

Ne suffit-il pas d'énoncer ces conclusions pour faire rejeter l'extirpation proposée par M. Tuffier, puisque l'extirpation est au contraire une opération laborieuse et périlleuse entre toutes et ne peut s'appliquer qu'à des anévrismes si choisis qu'on se demande s'il en existe de pareils?

L'ACTINOMYCOSE HUMAINE EN FRANCE

Par **A. PONCET** et **L. BÉRARD** (de Lyon).

Depuis dix ans, dans de nombreuses publications, MM. Poncet et Bérard ont étudié les différentes formes cliniques de l'actinomycose humaine. Cette maladie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Son pronostic est subordonné à un diagnostic précoce. Il est donc toujours opportun d'apporter de nouveaux documents qui facilitent son étude. C'est ce que MM. Poncet et Bérard ont fait dans une thèse très documentée, de M. J. Duvau, élève de M. Poncet, au cours de laquelle l'auteur a recherché avec soin ce qu'étaient devenus les 146 cas d'actinomycose connus en France jusqu'à ce jour. 74 fois seulement, il a pu avoir des renseignements précis, vraiment utilisables. On peut établir un tableau exact de la fréquence relative et de la gravité de l'actinomycose. La répartition géographique de l'actinomycose en France est rendue frappante par la carte dressée par M. Patel.

On a publié en France, jusqu'à présent, 146 cas d'actinomycose humaine, dont :

79 localisations cervico-faciales.

67 localisations viscérales.

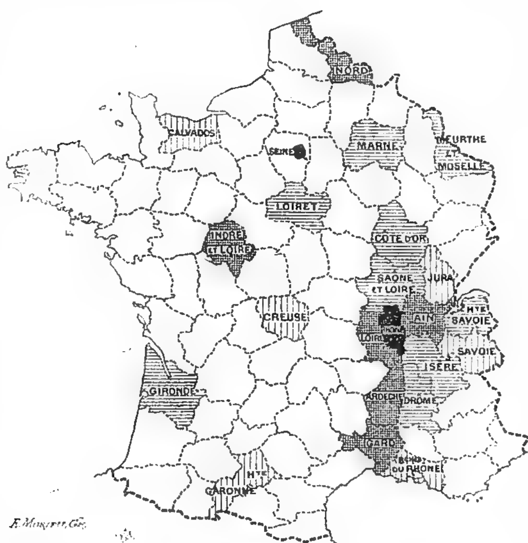
Ce total ne correspond assurément pas à la réalité des faits. Ce qui le prouve surabondamment, c'est que le classement de ces observations, d'après leur origine géographique, les présente toutes groupées autour des villes, où les chirurgiens ont pris l'habitude de rechercher l'actinomycose chez leurs malades.

Les 146 cas d'actinomycose humaine, connus, publiés en France (avec contrôle histologique), se répartissent ainsi :

Rhône	47
Seine	33
Ain	6
Gard	5
Ardèche	5
Indre-et-Loire	5
Nord	7
Loire	7
Isère	4
Drôme	3
Savoie	2
Meurthe-et-Moselle	3
Saône-et-Loire	2
Côte-d'Or	2
Loiret	3
Gironde	4
Marne	2
Haute-Savoie	1
Creuse	1
Jura	1
Haute-Garonne	1
Calvados	1

Comme on le voit sur la carte ci-jointe, essentiellement provisoire, et qui n'a d'autre but que de rendre, pour le moment, plus sensible, la distribution irrégulière de l'actinomycose, dans 22 départements seulement, sur 87, l'actinomycose humaine aurait été rencontrée. Qu'en conclure? Sinon qu'elle est encore méconnue dans 65 départements, car les divisions géographiques importent peu à l'actinomyces.

Quant à la fréquence dans tel ou tel département, elle est uniquement subordonnée, le fait ne paraît pas douteux, à la recherche



méthodique du champignon rayonné. La Seine doit ses 33 cas aux hôpitaux, aux laboratoires de Paris; le Rhône, ses 47 cas aux hôpitaux, aux laboratoires de Lyon (L. Dor). Il en est de même pour Bordeaux, Lille, Nîmes, Nancy.

Ainsi s'expliquent, non moins bien, les observations relativement nombreuses des départements voisins de ces grandes villes : Ain, Ardèche, Loire, etc.

Il n'est, cependant, pas indifférent de savoir chez l'homme diagnostiquer de bonne heure l'actinomycose qui, bon ou mal an, doit se chiffrer au moins par un millier de cas dans notre pays, en prenant le Rhône comme terme de comparaison. L'inventaire détaillé des suites éloignées de cette maladie, tel qu'a pu l'établir, non sans peine, M. Duvau, en est la preuve.

Il est arrivé aux constatations suivantes, basées sur 257 cas consciencieusement étudiés :

70 cas de localisation cervico-faciale, avec 40 guérisons, 14 améliorations, 16 morts.

65 cas de localisation thoraco-pulmonaire, avec 57 morts.

7 cas de localisation œsophagienne, avec 6 morts.

19 cas de localisation sur les centres nerveux, avec 19 morts.

19 cas de localisation sur les organes génitaux, avec 2 guérisons, 5 améliorations, 8 morts.

40 cas de localisation hépatique, avec 40 morts.

84 cas de localisations abdominales, avec 23 guérisons, 10 améliorations, 51 morts.

On peut donc admettre que la mortalité générale de l'actinomycose humaine est ainsi répartie.

2 à 3 pour 100 de mortalité dans les formes cutanées.

10 pour 100 dans les formes cervico-facialees superficielles.

30 pour 100 dans les formes temporo-maxillaires profondes.

65 pour 100 dans les formes abdominales d'origine intestinale.

85 pour 100 dans les formes thoraco-pulmonaires.

100 pour 100 dans les formes hépatiques.

100 pour 100 dans les formes cérébro-spinales.

Le pronostic est, on le voit, des plus sévères dans les formes profondes, cavitaires, et surtout dans les formes viscérales.

Cette gravité des localisations viscérales profondes tient, à la fois, aux infections secondaires, qui viennent les compliquer, et à l'impossibilité où l'on se trouve souvent de les aborder largement par les procédés chirurgicaux, du fait de leur infiltration étendue.

Les localisations hépatiques et cérébro-spinales, toujours mortelles, se présentent, d'ordinaire, comme des complications plus ou moins tardives des formes pyohémiques.

Le traitement usité a presque toujours été le traitement mixte : incision, curettage et drainage prolongé des foyers, combinés avec l'administration de l'iodure de potassium.

En résumé, l'actinomycose humaine est certainement aussi fréquente en France qu'à l'étranger, mais le plus habituellement encore, elle est méconnue, et il en sera ainsi tant que les médecins ne songeront pas à son existence.

La gravité de cette maladie, sa curabilité par un traitement précoce et approprié, méritent bien que les cliniciens lui donnent une place courante dans leur diagnostic différentiel.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE AIGUE EN PARTICULIER DANS L'APPENDICITE

D'un article de MM. Byron Robinson, paru dans *la Therapeutic Gazette*, et ayant le titre sus-indiqué, nous extrayons les passages suivants qui résument sous la forme brève chère aux Américains, les principes directeurs du traitement médical de l'appendicite.

Il y a deux grands principes dans le traitement de la péritonite aiguë : 1° le repos physiologique ; 2° le repos anatomique.

Le *repos anatomique* est recherché par le patient. La douleur l'oblige lorsqu'il est couché, à prendre une position telle que les muscles adjacents au péritoine soient mis au repos. Les muscles abdominaux, spécialement le psoas sont immobilisés, mis au repos par la flexion des cuisses sur l'abdomen. Bref, le patient est heureux d'aller au lit pour trouver le repos anatomique, obtenu en restant seulement sur le dos avec les systèmes squelettique et musculaire immobiles.

Le *repos physiologique* est d'une importance

vitale dans la péritonite aiguë. Alonzo Clark le réalise quand il donne aux patients atteints de péritonite une dose d'opium suffisante pour les cyanoser (to make them blue) et les faire dormir. Le traitement opiacé de Clark conviendra précisément quand le patient ne sera pas immédiatement opérable. Quinze ans d'études spéciales en gynécologie et chirurgie abdominale m'ont démontré la grande importance du repos physiologique dans la péritonite aiguë.

Dans l'abdomen, il y a trois grands systèmes de viscères entourés par le péritoine savoir le tractus intestinal, l'appareil génital et l'appareil urinaire. Les deux derniers sont en rapport avec le péritoine physiologiquement immobile ou au repos. C'est le repos physiologique du tractus intestinal qui est le grand remède, le principe thérapeutique capital dans le traitement de la péritonite aiguë. *Dans la péritonite aiguë les intestins doivent être mis au repos; tout péristaltisme devra être évité.* Comment ce principe sera-t-il réalisé?

1° *Avant tout* n'autoriser ni alimentation ni liquide par la voie stomacale. Laver plutôt l'estomac s'il y a vomissement.

2° Mettre le malade absolument immobile au lit, ne l'autoriser à se lever ni pour la miction ni pour la défécation.

3° Donner de petites doses de sulfate de morphine, 4 à 5 milligrammes toutes les deux ou quatre heures.

4° Applications continues sur l'abdomen, froides au moyen de sacs de glaces, ou chaudes au moyen de cataplasmes.

5° Calmer la soif par l'emploi d'injections rectales et en autorisant le patient à humecter ses lèvres au moyen de gaze humide.

6° Ne pas autoriser la glace à l'intérieur. Nourrir le patient par le rectum avec des aliments liquides. J'ai nourri par le rectum, pendant des semaines des péritonitiques et les ai sauvés par cette méthode. Toute nourriture provoquant le péristaltisme, traumatisant l'exsudat péritonéal, détermine non seulement de terribles douleurs mais ouvre de nouvelles aires à la propagation de l'infection. Le chien est plus sage que l'homme, quand il souffre de péritonite il ne boit ni ne mange.

Quand l'irrationnelle idée de donner un cathartique au patient attaqué d'appendicite sera-t-elle extirpée de la pratique? Jamais, jusqu'à ce que les spécialistes l'enseignent dans leurs cours aux étudiants. Dans une attaque aiguë d'appendicite aucune pratique, aucun remède ne peut être plus nuisible que de donner un cathartique. Le cathartique irrite, provoque un violent péristaltisme et de violentes douleurs, et rompt le seul obstacle que la nature oppose à la péritonite, c'est-à-dire l'exsudat péritonéal. C'est donc une hérésie contre la médecine rationnelle. Le cathartique et l'évacuation consécutive ne sont pas salutaires. Ce n'est pas le tractus intestinal qui est malade mais le péritoine.

Dans l'appendicite aiguë qui est pratiquement la péritonite aiguë, il faut donner à la nature une chance pour se défendre elle-même par le repos anatomique et physiologique; n'autoriser par la bouche ni aliments, ni liquides, ni cathartiques; ordonner au malade de rester tranquille au lit de façon permanente; calmer la soif par des injections rectales et contribuer au repos physiologique par l'administration hypodermique de très petites doses de sulfate de morphine; de façon à donner au péritoine le temps de produire un exsudat qui : 1° emprisonne les germes; 2° les stérilise; 3° les digère.

Ne donnez pas de cathartiques ou de nourriture par la bouche dans la péritonite aiguë. Donnez le repos anatomique et physiologique.

* * *

Quelle est l'utilité du repos anatomique et physiologique dans le traitement de la péritonite aiguë?

1° Il prévient la rapide dissémination des éléments infectieux dans le péritoine en ne déterminant pas de péristaltisme violent. Il immobilise le tractus intestinal; l'exsudat péritonéal englobant les germes les stérilise, les digère et aide à l'obturation des perforations viscérales. Quand l'alimentation est interrompue le tractus intestinal reste immobile car la présence de nourriture détermine le péristaltisme. Les vomissements cessent ou diminuent. Si de la nourriture a été prise il est sage de laver l'estomac.

Cette méthode de traitement prévient la douleur en arrêtant le péristaltisme.

2° Cette méthode de traitement permet souvent aux malades de franchir les périodes dangereuses après lesquelles l'opération donne des résultats beaucoup plus satisfaisants.

L'application de ce traitement n'est jamais aussi utile que dans l'appendicite la plus traîtresse (treacherous) des affections abdominales. L'opération contre l'appendicite pourra être reportée au moment opportun. Son évolution sera régularisée, contrôlée et modifiée par cette méthode.

Ne donnez ni aliments ni liquides par la bouche dans la péritonite aiguë.

Alfred Martinet.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

1er Mai 1902.

Traitement du lupus. — *M. Hallopeau.* D'après M. Leredde, l'usage du permanganate de potasse ne peut jamais entraîner la guérison complète du lupus. Nous pouvons citer à l'encontre de cette assertion l'observation d'une malade gravement atteinte que nous avons présentée deux fois à la Société de dermatologie. Cette malade autoplastiée par M. Berger vient d'être présentée à la Société de chirurgie après guérison complète. Voici, d'autre part, plusieurs autres malades chez lesquelles le tissu de cicatrice s'est largement substitué au tissu lupique. Il est évident que la même médication doit avoir raison des nodules très peu nombreux qui subsistent : c'est une question de temps et de patience. Ces faits montrent que contrairement aux idées de M. Leredde, le permanganate peut agir sur les parties profondes. Il y pénètre par absorption.

M. Leredde. Nous sommes à une période où le nombre des moyens d'action préconisés contre le lupus s'est multiplié de telle façon qu'il devient impossible au médecin praticien de faire entre eux un choix utile. D'autre part, nous possédons quelques rares méthodes qui assurent, à mon avis, le succès dans un très grand nombre de cas. Le permanganate de potasse peut-il être rangé parmi ces derniers? Les malades que présente M. Hallopeau sont, à coup sûr, très améliorés, sont-ils guéris? Seule l'histologie peut nous apprendre s'il en est ainsi, en prouvant qu'il n'existe dans la profondeur aucun nodule tuberculeux. Le permanganate agit très favorablement en surface, il n'est pas prouvé qu'il agisse aussi bien en profondeur, et je ne crois pas qu'il soit absorbé par le tubercule lupique. Le résultat autoplastique très remarquable obtenu par M. Berger ne prouve pas qu'il n'existe aucun nodule sous les lambeaux transplantés. Au contraire, nous pouvons affirmer que l'action de la photothérapie se fait sentir profondément, dans toute l'épaisseur du tubercule lupique. On peut le constater par l'examen histologique comme je l'ai fait. Elle est supérieure à l'ablation qui donne, si bien faite qu'elle soit, 48 pour 100 de récidives. Je ne serais pas étonné et je crois même que dans trois ans les malades que nous venons de voir auront de nouveau leur lupus en évolution.

M. Barthélemy. Il est probable qu'il en est du permanganate de potasse comme d'autres excellents topiques dont l'action peut amener la guérison rapide, mais dont la cessation d'application est suivie de récidive. Il en est ainsi pour l'iodoforme, le sous-carbonate de fer dont nous avons pu constater plusieurs fois l'action heureuse.

M. Du Castel. Depuis deux ans nous appliquons dans notre service au traitement du lupus la lumière concentrée émise par l'appareil de MM. Foveau et Trouvé. Les résultats que nous avons obtenus sont comparables à ceux que donne l'appareil Lortet-Genoud. Voici quelques malades qui serviront de preuve à l'efficacité de ce traitement. La première, atteinte de fistule bacillaire de l'avant-bras, d'un lupus médian du nez et des fosses nasales, a vu encore se développer un lupus à la suite de l'application d'un vésicatoire sur le bras. Elle est actuellement en voie d'amélioration considérable après de nombreuses séances de photothérapie. Nous avons essayé de traiter la muqueuse nasale en projetant les rayons concentrés dans l'intérieur du nez à travers un spéculum nasal. Les premières séances ont été accompagnées d'une céphalée intense et nous avons pu éviter cet inconvénient en diminuant progressivement la durée des applications. Dans un cas de lupus du nez et de la lèvre supérieure nous avons obtenu à distance, sans compression, des modifications très appréciables du mal. Ce résultat, sur lequel nous insistons, est remarquable, parce que nous n'avons aucun moyen très certain de combattre le lupus intranasal, et parce que l'on a laissé s'accréditer l'idée que l'on ne pouvait agir sur le tissu lupique qu'après l'avoir rendu exsangue par l'action du compresseur. Les rayons paraissent, d'après notre observation, agir même quand cette compression n'est pas exercée à distance. C'est là une circonstance qui rendra de grands services à la thérapeutique s'il se confirme que l'on peut agir à distance par la projection des rayons lumineux. Le troisième cas de lupus traité par l'appareil de Foveau et Trouvé est très remarquable à un autre point de vue. Il s'agissait d'une variété de lupus éléphantiasique de la face ayant entraîné une énorme tuméfaction œdémateuse dans laquelle transparaissaient de très nombreux tubercules lupiques. Il eût été inutile de songer à intervenir par tout autre moyen; nous avons au contraire pu obtenir une amélioration très grande par la photothérapie. Il nous a semblé que les séances longues étaient préférables aux séances courtes et qu'il valait mieux employer un courant inférieur à six ampères qu'un courant supérieur.

M. Leredde. Nous connaissons cette dernière malade depuis un an. Elle avait alors une oblitération si complète des lymphatiques que chaque application de Finsen était suivie de la tuméfaction énorme du visage. Toute thérapeutique eût été impossible. Elle doit être considérée comme un magnifique résultat de la photothérapie.

Morphée tubéreuse d'Erasmus Wilson. Ses relations avec la sclérodermie en plaques. — *M. Jacquet.* Nous présentons à la Société, au nom de notre collègue M. Guilliot (de Reims), un cas de morphée tubéreuse du front. Il s'agit d'une tache blanche longue d'environ 2 centimètres, irrégulièrement surélevée, bordée par une zone pigmentée, et cette plaque est reliée à une plaque de sclérodermie du cuir chevelu par une strie atrophique. La lésion du cuir chevelu est déglabrée et possède tous les caractères des taches sclérodermiques de cette région. Les tractus qui unissent les deux plaques si différentes prouvent l'identité de leur nature. Ces lésions de morphée se sont développées au cours de névralgies dentaires il y a trois ou quatre mois, et elles ont évolué dans le plus grand parallélisme avec la névralgie. Il m'a paru intéressant de noter la concordance des deux phénomènes sans en tirer de conclusion absolue. La plaque sclérodermique glabre du cuir chevelu a peut-être quelques analogies ou quelques rapports avec les plaques alopéciques de la pelade; ce qui justifie en quelque mesure cette hypothèse, c'est que l'oncle de notre malade est traité pour pelade généralisée par Sabouraud.

Gangrène foudroyante de la verge. — *M. Danlos.* Le malade que nous présentons, après avoir souffert pendant deux jours d'un état général aussi mauvais que celui qui précède les grandes infections aiguës, a été atteint d'une gangrène foudroyante spontanée du prépuce. Localement, la lésion s'est manifestée au début par une petite pustule blanchâtre, bientôt suivie d'un léger suintement séro-purulent sans écoulement urétral, avec rougeur modérée du méat urinaire. Rapidement, la région balano-préputiale a subi une énorme tuméfaction et a pris l'aspect d'un battant de cloche. C'est à ce moment que le malade s'est présenté à nous, et nous avons pensé à la possibilité d'une balanite chancrelleuse, ulcéreuse ou à un chancre mou intrapréputial. Vingt-quatre heures après, le prépuce se détachait en masse, et nous acquérions par là la certitude que nous étions en pré-

sence d'un des cas décrits sous le nom de gangrène foudroyante de la verge. Ce fut également l'impression de M. Fournier. Dans la suite, la cicatrisation se fit presque aussi régulièrement que celle qui aurait suivi une intervention chirurgicale. L'examen bactériologique n'a démontré aucune espèce microbienne spécifique.

M. Sabouraud. Dans la plupart des cas de gangrène foudroyante on a démontré l'existence de streptocoques innombrables. Ils ont paru pathogènes. M. Veillon a déclaré qu'ils ne l'étaient que secondairement, et il a trouvé dans ces cas un bacille rameux qui ne produit qu'en cultures anaérobies.

M. Barthélemy. Dans un cas de prostatite maligne du fourreau où l'examen bactériologique démontra l'existence du bacillus anthrocis, nous avons vu se produire la gangrène de la verge la plus caractéristique.

Affection indéterminée de la peau consécutive à la grippe. — *M. Danlos.* Il s'agit de surfaces anfractueuses, exulcérées, que la malade présenta à la face dorsale des deux mains. La lésion initiale a été une phlyctène du dos de la main; ces phlyctènes étaient peu tendues, remplies de sérosité louche; actuellement il existe une grande plaque ulcérée avec bourrelet phlycténoïde sur base légèrement surélevée.

Cas de syphilis oculaire. — *M. Galezowsky.* Nous ne saurions trop insister sur l'importance des lésions du fond de l'œil dans le diagnostic de certaines formes de syphilis héréditaire. Nous devons insister également sur l'importance du traitement dans ces cas de syphilis. C'est par l'usage de frictions continues journalières durant un an et plus que l'on arrive à guérir ou à améliorer ces affections. Ce n'est pas seulement pour le malade lui-même qu'il importe de rechercher ces lésions de chorio-rétinite, mais il importe aussi d'examiner les yeux des frères, des parents directs de malades atteints d'affections indéterminées. On y peut trouver des lésions de syphilis oculaire qui permettent de sauver leurs proches atteints d'affections indéterminées. Nous devons aussi insister sur l'inutilité, même sur l'illogisme qu'il y a à administrer en même temps le mercure et l'iodure. Le mercure est éliminé bien plus abondamment par les malades à qui l'on administre de l'iodure, et l'on va ainsi à l'encontre de l'effet que l'on désire produire par l'administration du mercure.

M. Fournier. Nous ne pouvons qu'insister sur la nécessité de la confrontation des parents. Nous citerons le cas d'une tumeur du petit bassin diagnostiquée tumeur maligne inopérable par tous les chirurgiens. Or, l'examen d'un de ses frères fit découvrir des lésions spécifiques du fond de l'œil, et ce malade que l'on déclarait perdu fut guéri par le mercure à hautes doses.

Bacillose périanale — *M. Leredde.* Plaque infiltrée, épaissie, indurée, circinée, très régulière, peu papillomateuse, sans abcès sous-épithéliaux, située au voisinage de l'anus et n'empiétant pas sur l'orifice anal. Quel est le traitement préférable en ce cas?

M. Darier. Dans un cas analogue nous avons obtenu un excellent résultat en employant le curettage à fond sous le chloroforme. Les cas semblables bénéficient toujours de ces interventions.

Nævus verruqueux congénital de la fesse. — *M. Gaucher.* Il s'agit d'un malade que nous présentons surtout parce que le nævus est très remarquable par son étendue et parce que le nævus est assez fréquemment le siège d'hémorragies qui s'arrêtent par la compression.

Mélanosarcome cutané. Tumeur secondaire. — *M. Gaucher.* Dans ce cas, le mélanosarcome s'est développé d'emblée dans le dos de notre malade sans avoir été précédé du moindre nævus. Il a été opéré, et deux ans après s'est faite une récidive dans le ganglion de l'aisselle, du côté opposé. Puis sont apparus quelques nodules cutanés et sous-cutanés. Ce malade présente en outre quelques nævi pigmentaires; or, il est remarquable que pas un de ces nævi n'a été le siège de la pullulation ou de la greffe secondaire du mélanosarcome. Il existe un grand nombre de petites tumeurs intracutanées à peine appréciables au toucher.

Ichthyose congénitale chez deux syphilitiques héréditaires. — *M. E. Fournier.* Ces enfants sont les aînés d'une série de cinq enfants dont le dernier est mort; seuls ils sont atteints d'ichthyose. Aucun des parents ne présente de traces de cette malformation cutanée. Le frère est bien développé, mais il est insuffisant quant à l'intelligence. La sœur est intelligente, elle a quelques stigmates d'hérédité au fond de l'œil. Leur père est manifestement syphilitique, On peut rattacher cette ichthyose à la syphilis héréditaire.

Cas de diagnostic. Première poussée de psoriasis. Séborrhéides psoriasiformes. — *M. E. Fournier.* Enfant se présentant avec de l'eczéma suintant du cou, de la face, du cuir chevelu, des oreilles. Peu après, apparition au tronc d'une éruption de petites papules de la grosseur d'une tête d'épingle, rouges, partant à leur sommet une squame blanche, nacrée, peu adhérente, ne laissant pas après grattage la surface lisse, brillante et piquetée de points hémorragiques qui est propre au psoriasis. Cependant, le diagnostic porté alors, et que confirma M. Du Castel, fut celui de première poussée de psoriasis. Le tout guérit par application de pommades caustiques. Peu de temps après, nous en vîmes un second cas dans des conditions absolument identiques. L'application de pommades banales suffit à le guérir, et cette dernière circonstance nous fit nous demander s'il ne s'agissait pas de formes anormales d'eczéma séborrhéique psoriasiforme.

Injections mercurielles solubles. Biodure en solution aqueuse. — *M. Barthélemy.* Si partisan que nous soyons des injections insolubles, nous devons dire cependant que nous avons obtenu d'excellents résultats dans notre service de Saint-Lazare en employant des injections solubles aqueuses de biodure. Ces solutions s'obtiennent très aisément en solubilisant le biodure par l'adjonction d'un peu d'iodure. Il nous a paru nécessaire d'élever les doses de biodure à 1 centigramme et 1 centigramme et demi. Ces injections sont beaucoup moins douloureuses que les injections huileuses et beaucoup plus faciles à aseptiser.

E. Lenglet.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

2 Mai 1902.

Tumeur du pédoncule cérébral. — *M. Cestan* présente une tumeur du pédoncule cérébral, qui avait déterminé le syndrome de Weber. Il s'agit d'un endothéliome qui, au premier aspect, a la structure microscopique d'un épithéliome végétant.

Etranglement intestinal chez le cheval. — *M. G. Petit* (d'Alfort) montre un étranglement de l'intestin grêle par le pédicule d'un lipome, chez le cheval.

Tuberculose cutanée chez la poule. — *MM. Petit, Basset et Coquet* apportent un cas de tuberculose cutanée observé chez une poule. La région cervicale est recouverte de masses caséeuses très riches en bacilles. Il n'y a aucune lésion viscérale. Il s'agit vraisemblablement d'une tuberculose d'origine humaine.

Pyo-pneumothorax chez le chien. — *M. Petit* montre une caverne tuberculeuse du poumon du chien, largement ouverte dans la plèvre, ce qui a déterminé un pyo-pneumothorax tuberculeux. La mort est survenue subitement.

Anomalie artérielle. — *M. A. Katz* présente un rétrécissement congénital de la portion horizontale de la crosse de l'aorte, avec persistance du canal artériel et du trou de Botal. L'enfant a vécu trois jours; la cyanose était surtout marquée au niveau de la portion sous-diaphragmatique du corps.

Cercle calcaire du cœur. — *M. Peyre* apporte un cœur scléreux qui, au niveau de la base du ventricule gauche, offre un cercle calcaire très épais.

Anévrisme de la fémorale. — *M. Géraud* montre un cœur et un segment de l'artère fémorale profonde. Le cœur est gras et offre une double lésion aortique, et une double lésion de l'orifice mitral. La fémorale profonde est athéromateuse et présente, au point où elle passe sous le moyen adducteur, un petit anévrisme qui s'était rompu et avait déterminé la formation d'une poche revêtue de caillots organisés, située entre le vaste externe et le vaste interne. Ultérieurement, à l'occasion d'un mouvement, il s'était fait un énorme anévrisme diffus de la cuisse.

La mort rapide a été produite par œdème aigu du poumon.

Ruptures spontanées, multiples et totales des poches d'un kyste multiloculaire de l'ovaire, à contenu gélatiniforme. — *M. Léo* apporte des kystes rompus spontanément et silencieusement, qui avaient donné tous les signes cliniques de l'ascite avec kyste ovarien. A l'ouverture du ventre, pas trace d'ascite, mais une masse de 10 kilogrammes de substances gélatiniformes, visqueuses, provenant des ruptures multiples de toutes les poches d'un kyste ovarien multiloculaire de 4 kilogrammes rompu dans le péritoine, sain et normal.

Fibro-sarcome de la région fessière. — *MM. P. Fredet et Chevassu* montrent une tumeur développée chez une femme, dans la région fessière. Cette tumeur existait depuis douze ans. Elle siégeait au-dessous de la peau, au-dessus du bord supérieur du muscle grand fessier, et semblait unie par un pédicule à l'épine iliaque postérieure et supérieure. En enlevant la tumeur, on a constaté que le pédicule se perdait dans les aponévroses des muscles lombaires. Mais il appartenait à l'enveloppe conjonctive de la tumeur et non à la tumeur elle-même. La tumeur, cliniquement pédiculisée, ne l'était pas anatomiquement.

L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un fibro-sarcome. Il semble que la tumeur ait été d'abord un fibrome; la transformation sarcomateuse paraît dater de peu de temps et avoir coïncidé avec un accroissement rapide.

Fibrome de la cuisse. — *MM. Caubet et Blanchard* apportent un fibrome de la cuisse, opéré par M. Gérard-Marchant chez une jeune fille de vingt-trois ans. Cette tumeur, du volume d'un œuf de dinde, occupait la face externe de la cuisse; elle reposait sur le fascia lata, auquel elle n'adhérait pas, de sorte qu'il a été très facile de l'énucléer. La tumeur est entourée d'une enveloppe fibro-celluleuse qui, en haut, se condense en une lame qui allait se fixer à l'épine iliaque antéro-supérieure. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibrome pur.

Fibro-sarcome de la paume de la main. — *MM. Blanchard et Caubet* présentent une tumeur de la paume de la main siégeant au niveau de l'éminence hypothénar de la main droite, et ayant évolué en huit mois chez un homme de vingt-deux ans. La tumeur a le volume d'un gros œuf de pigeon; sa coupe a l'apparence macroscopique d'un fibrome. L'examen histologique a montré que la tumeur était un fibro-sarcome.

Kyste para-articulaire. — *MM. Blanchard et Caubet* montrent un kyste développé probablement aux dépens de la synoviale du genou; ce kyste siégeait à la partie antéro-externe de l'articulation; il était sous-cutané, mais un pédicule le rattachait à la synoviale articulaire.

Lésion du cervelet. — *M. Touche* communique deux cas de lésion cérébelleuse; dans l'un il s'agit de ramollissement du lobe droit; dans l'autre, de tumeur vasculaire du lobe médian.

Aphasie motrice. — *M. Touche* présente deux cas d'aphasie motrice, l'un par hémorragie de la capsule externe, l'autre par lésions diffuses de ramollissement.

Vascularite cancéreuse. — *M. Letulle* fait passer des coupes d'un cas de cancer de la verge communiqué antérieurement et étudié aujourd'hui spécialement au point de vue des gros canaux vasculaires cancérisés que présentait la pièce.

L'examen montre qu'il s'agit de veines et de canaux lymphatiques injectés de matière cancéreuse; on voit une endolymphangite cancéreuse avec végétations fibro-conjonctives.

M. Brault pense que la réaction fibro-conjonctive ne se produit que dans les évolutions cancéreuses lentes.

M. Letulle croit que les dimensions du vaisseau doivent aussi entrer en ligne de compte.

Cancer du foie. — *M. Peugniez* communique un cas de cancer du foie où la résection d'un fragment de parenchyme du volume du poing a été suivie de guérison.

Corps étrangers du péricarde. — *M. Roger Voisin* montre des coupes de corps étrangers du péricarde, provenant de l'autopsie d'un malade mort de gangrène pulmonaire dans le service de M. Duflocq. Le péricarde contenait trois corps libres, gros comme un pois, lisses, arrondis, d'un blanc nacré. Sur la face antérieure du ventricule gauche, on trouve deux concrétions enkystées; enfin, sur la face antérieure de la portion intra-péricardique de l'aorte on constate une production pédiculée.

M. Letulle constate, sur les préparations, du pigment sanguin au centre des concrétions. Ces végétations sont donc ou vasculaires ou inflammatoires.

Abès intra-cranien. — *M. Voisin* communique un cas d'abcès du lobe temporal d'origine otitique.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

2 Mai 1902.

Une observation de goutte aiguë du pharynx. — *M. Scherb* envoie une observation de goutte aiguë du pharynx; la nature goutteuse de cette affection fut prouvée par une métastase articulaire.

Ectasie aortique d'origine traumatique. — *MM. Duflocq et Voisin* présentent un homme qui, il y a trois ans, reçut sur les épaules un sac pesant 100 kilogrammes; il perçut immédiatement une sensation de déchirure dans le thorax, et peu de temps après apparaissait, sur la partie droite du sternum, une tuméfaction ayant tous les caractères d'un anévrisme aortique.

Notes sur la contagion de l'angine et de la stomatite de Vincent. — *M. Dopter.* De rares observations éparses dans la littérature médicale envisagent la contagion de l'angine et de la stomatite de Vincent comme possible. En réalité, ce mode étiologique n'a été que soupçonné, il n'a pu être prouvé. M. Dopter présente deux faits qui comblent cette lacune.

Le premier cas concerne un malade atteint de stomatite à bacilles fusiformes contracté à la suite de l'usage d'une pipe appartenant à un camarade ayant une angine de Vincent. Le deuxième est celui d'un jeune homme ayant été contaminé par sa maîtresse, atteinte elle aussi et avant lui de la même affection.

L'angine et la stomatite de Vincent, qui peuvent naître par genèse autochtone avec toutes les apparences de la spontanéité, peuvent donc se transmettre par contagion.

Les mélanodermies d'origine biliaire. — *MM. A. Gilbert et P. Lereboullet* montrent que la cholémie joue un rôle considérable dans la production d'un grand nombre de mélanodermies généralisées ou localisées, spontanées ou provoquées. C'est l'observation d'un grand nombre de cas de cholémie familiale ou de maladies diverses du foie, entraînant la présence de pigments biliaires dans le sérum sanguin, qui les a amenés à cette conclusion. Chez leurs malades, ils ont noté avec une fréquence particulière la présence sur les téguments, et particulièrement sur la face, de *nævi pigmentaires* divers (notamment de *grains de beauté*), de *taches de rousseur*, de *taches biliaires*, répondant aux taches hépatiques des anciens auteurs, tantôt isolées, tantôt ayant l'aspect d'une *pigmentation périoculaire* plus ou moins marquée, tantôt constituant un véritable masque (*masque biliaire*); le *masque de la grossesse* et les diverses pigmentations gravidiques (*ligne brune abdominale*, *pigmentation des seins*) semblent souvent influencées par la cholémie. D'autres fois, la pigmentation est diffuse; dans ces cas elle peut donner au visage l'*aspect gris ou terreux* habituel chez les cirrhotiques. Ces pigmentations, lorsque surtout on les observe à la face, constituent autant de signes révélateurs caractérisant le *facies cholémique*. Dans un autre groupe de faits, la cause occasionnelle de la pigmentation est plus nette, mais le rôle de la cholémie n'en est pas moins évident, et MM. Gilbert et Lereboullet rapportent des observations où ils ont constaté, chez des cholémiques, des *pigmentations consécutives à la chaleur, au grattage, à l'application de vésicatoires*, etc. Il en est de même des *pigmentations consécutives aux dermatoses*, et des *mélanodermies phtiriasiques*, où, à deux reprises, les auteurs ont pu mettre en évidence le rôle de la cholémie. Certaines *pigmentations d'origine médicamenteuse* (arsenic, antipyrine) peuvent être également influencées par la présence de pigments biliaires dans le sérum. Le rôle de la cholémie est enfin hors de doute dans certains cas d'*ictère noir*, analogues à celui que présentent MM. Gilbert et Lereboullet. Dans ce cas il s'agit d'un ictère à poussées successives, remontant presque à la naissance; la pigmentation généralisée et remarquablement intense commence après chaque poussée d'ictère, et disparaît lorsque l'ictère a lui-même disparu. Les *pigmentations des muqueuses* sont exceptionnelles, mais peuvent s'observer dans certains cas.

L'*examen histologique* pratiqué dans quatre cas, a montré l'exagération de la pigmentation épidermique normale; les cellules de la couche basilaire de l'épiderme étaient bourrées de granulations pigmentaires, moins abondantes dans les couches superficielles du corps muqueux de Malpighi, puis disparaissant complètement. Des amas pigmentaires dermiques faisaient presque entièrement défaut. Les granulations pigmentaires n'ont pas donné les réactions des sels de fer, et paraissent en tout semblables aux granulations de mélanine du pigment normal.

Dans ces mélanodermies d'origine biliaire, le rôle de la cholémie est hors de doute. Elle n'agit pas seulement en excitant la fonction pigmentaire de l'épiderme. Elle paraît surtout intervenir en apportant aux cellules épidermiques le pigment, aux dépens duquel elles peuvent former le mélanine. Suivant l'activité de ces cellules, suivant l'intensité et l'ancienneté de la cholémie, la pigmentation est plus ou moins marquée, apparaît momentanément ou est provoquée par une cause accidentelle (chaleur, grattage, vésicatoire, etc.). On peut d'ailleurs concevoir cette exagération de la fonction pigmentaire de l'épiderme, comme un moyen de défense opposé à la cholémie. Le pigment biliaire circulant est ainsi fixé et transformé. On peut même se demander si, dans la pigmentation normale de la peau, le sérochrome ou pigment normal du sérum n'intervient pas de la même manière, et si ce sérochrome, susceptible de se transformer en mélanine, ne traduit pas la présence d'une cholémie physiologique légère. A ce degré près, la pigmentation normale de la peau ne diffère pas anatomiquement de la pigmentation pathologique: on conçoit que les mêmes éléments pathogéniques : cholémie et fonction pigmentaire de la cellule épidermique interviennent dans les deux cas.

Sur un cas de contagion de l'angine à bacilles fusiformes et spirilles. — *M. H. Vincent.* Parmi les cas d'angine à bacilles à fusiformes que j'ai eus à examiner jusqu'ici et parmi ceux, très nombreux, qui ont été décrits en France et à l'Étranger, il n'a pas été, jusqu'ici, signalé de cas de contagion : cette affection, si elle est contagieuse, ne l'est donc qu'à un faible degré. J'ai cependant observé un malade âgé de vingt-quatre ans, qui vint me voir pour un « mal vénérien » qu'il avait, disait-il, au fond de la gorge, et qu'il avait contracté d'une femme atteinte de la même affection. L'aspect clinique de l'angine ulcéro-membraneuse et les résultats de l'examen microscopique et bactériologique, me montrèrent qu'il s'agissait chez lui et chez cette femme d'une angine fuso-spirillaire.

Sous l'influence du traitement iodé, la guérison survint en quatre jours. J'insisterai sur l'importance des résultats du traitement local pour le diagnostic, parfois difficile, de l'angine à bacilles fusiformes et de la syphilis pharyngée compliquée ou non d'infection fuso-spirillaire. Dans le premier cas, le traitement iodé amène la guérison en quelques jours, alors que dans le second l'ulcération reste longtemps rebelle. J'ajouterai qu'il ne faut pas se contenter de toucher l'ulcération avec la teinture d'iode, mais qu'il faut la déterger et la frictionner deux fois par jour avec le tampon imbibé de ce liquide. J'ai vu guérir, par ce moyen, en quatre ou cinq jours, une angine à bacilles fusiformes qui durait depuis six mois et qui avait été traité et sans résultat par les gargarismes antiseptiques et par l'eau oxygénée.

Une observation de mort subite dans le cours d'une appendicite. — *M. Lion* apporte l'observation d'une malade qui, au treizième jour d'une appendicite de moyenne intensité, huit jours après la cessation de la fièvre et des douleurs, mourut subitement, après un léger effort. La mort subite dans l'appendicite est rare. Rome (de Lausanne), l'attribue à une embolie partie des veines péri-appendiculaires.

Recherches cliniques sur le processus angineux dans la scarlatine. — *MM. Variot et Roy* apportent une statistique très complète qui confirme les conclusions d'un travail précédent de MM. Variot et Devé (*Société médicale des hôpitaux*, 26 Octobre 1900; *La Presse Médicale*, 7 Novembre 1900, p. S. 142). Ces travaux démontrent que les angines de la scarlatine sont polymorphes; que, contrairement aux conclusions de MM. Wurtz et Bourges, les angines du début sont fréquemment de nature diphtéritique; que ces angines diphtériques ne comportent pas un pronostic très sombre. Enfin, il semble que la courbe thermique de la scarlatine varie en raison directe de l'intensité du processus angineux.

M. Barbier, qui vient d'observer une double épidémie de diphtérie et de scarlatine, confirme les conclusions de M. Variot.

Sulfaturie et injections salines sulfatées. — *MM. Ch. Achard, Ch. Laubry et L. Thomas.* Dans les maladies aiguës qui s'accompagnent d'une rétention des chlorures, les sulfates ne sont pas retenus dans l'organisme. Le dosage des sulfates urinaires montre, en effet, qu'il n'y a pas souvent une diminution bien accentuée de ces substances. De plus, à la suite de l'injection sous-cutanée de sulfate de soude, on voit le plus souvent ce sulfate s'éliminer par l'urine en quantité plus ou moins grande dans les vingt-quatre heures et les jours suivants.

Tandis que l'élévation des chlorures urinaires est généralement d'un bon pronostic, on n'en peut dire autant de celle des sulfates, car leur proportion peut rester élevée au cours de maladies graves et rapidement mortelles.

Enfin, pour ce qui est de la pratique des injections salines, il est certain qu'on est mieux fondé à espérer l'augmentation de la diurèse, au cours des maladies aiguës, en employant les solutions sulfatées au lieu de solutions chlorurées. Toutefois il ne s'ensuit pas que ces injections sulfatées doivent être toujours efficaces, car l'élimination du sulfate introduit n'est jamais complète en vingt-quatre heures et reste même parfois fort au-dessous de la dose injectée.

De la chlorurie alimentaire expérimentale dans les néphrites. — *MM. H. Claude et A. Manté.* Nous avons recherché comment le chlorure de sodium, qui paraît jouer un rôle actif dans le mécanisme de la sécrétion urinaire, et avoir une certaine influence sur la diurèse, était éliminé dans les néphrites.

Dans ce but, nous avons institué l'épreuve de la chlorurie expérimentale qui consiste à faire ingérer une certaine quantité de chlorure de sodium (10 grammes par jour) à un sujet soumis à un régime alimentaire connu et constant, les urines étant analysées au point de vue du chlore urinaire particulièrement, avant, pendant et après l'épreuve.

Nous avons pu constater chez les individus atteints de néphrites que les phénomènes se comportaient d'une façon différente suivant les cas.

Dsns une première catégorie de faits, on constate que les individus réagissent absolument comme les sujets normaux, c'est-à-dire que la diurèse est peu ou pas augmentée, que l'évolution du taux des chlorures est proportionnelle à la quantité ingérée, sans modifications du taux des substances achlorées (azote total, urée etc.). Il s'agit dans ces cas de néphrites à pronostic peu grave, malgré quelquefois de fortes proportions d'albumine. Ces malades peuvent être alimentés sans danger.

Chez une deuxième catégorie d'individus, la diurèse sous l'influence du chlorure est un peu augmentée, mais le taux du chlorure ne s'élève pas, et la quantité des substances achlorées est au contraire un peu plus considérable pendant la durée de l'épreuve. Ces néphrites sont d'un pronostic très sombre et se terminent par la mort rapidement.

Dans une troisième catégorie de faits, le chlorure s'élimine normalement, mais il existe une augmentation des éléments achlorés. Ces malades supportent bien leurs lésions, ils peuvent abandonner le régime lacté absolu par intervalles. Enfin, chez un certain nombre de sujets, on observe du retard dans l'apparition et la disparition du chlorure en excès dans les urines sans élévation de la diurèse ni du taux des substances achlorées. Dans ces cas, le régime lacté doit être le plus souvent maintenu intégral, car ces malades sont exposés aux manifestations urémiques lorsqu'ils prennent une alimentation ordinaire.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

3 Mai 1902.

Des échanges nutritifs chez un myxœdémateux soumis au traitement thyroïden. — *MM. Widal et Javal.* L'action dénutritive de la glande thyroïde a été utilisée en clinique, notamment dans le traitement de l'obésité; mais les accidents occasionnés par la médication thyroïdienne ont conduit beaucoup de médecins à abandonner cette méthode. Pour apprécier la valeur thérapeutique du traitement thyroïdien, il nous a paru intéressant, chez un jeune myxœdémateux de vingt-sept ans, de rechercher avec précision aux dépens de quel tissu organique se produisait l'amaigrissement, et d'en mesurer la marche exacte par un bilan nutritif, complet et précis.

Pour cela nous avons mis notre malade au régime lacté absolu pendant toute la durée de l'expérience. Nous avons constaté qu'après l'ingestion de la glande thyroïde, son amaigrissement coïncidait avec une déperdition d'azote correspondant pour neuf jours à 51 grammes d'azote, soit 378 grammes d'albuminoïdes ou 1.780 grammes de chair musculaire. La perte de poids pendant l'azoturie ayant été de 1.700 grammes, il y a concordance à peu près complète et nous pouvons conclure que notre malade a maigri uniquement aux dépens de ses albuminoïdes, et pas du tout aux dépens de ses graisses.

Le bilan de l'azote montre jusqu'où le traitement peut être utilement poussé, puisque l'apparition de

l'azoturie coïncide avec le début des symptômes d'intoxication et d'hyperthyroïdisation qui prouvent que les doses inoffensives ont été dépassées.

Enfin l'azoturie n'a commencé que le troisième jour et a continué plusieurs jours après la fin du traitement, ce qui montre que la substance active de la glande thyroïde ne s'élimine que lentement et s'accumule dans l'organisme comme celle de la digitale.

Identificaton de certains éléments constitutifs du thymus. Le corpuscule de Hassall. — *MM. Letulle et Nattan-Larrier.* La signification des corpuscules de Hassall, éléments du thymus, est encore obscure. Parmi les histologistes, les uns admettent la théorie de formation épithéliale, les autres, la théorie mésodermique ou vasculaire. D'après de nombreuses coupes et préparations histologiques étudiées à l'aide de différentes techniques et provenant d'animaux variés, nous pensons que les cellules hassaliennes représentent des amas de cellules épithéliales, que le corpuscule de Hassall évolue comme un épithélium de revêtement cutané, régressant comme cet épithélium, et pouvant même disparaître par l'envahissement des leucocytes polynucléaires.

Effets de la dépression barométrique de courte durée sur la teneur du sang en hématies. — *MM. Ambard et Beaujard.* Une dépression barométrique de 45 centimètres de Hg d'une durée même de deux heures ne provoque aucune hyperglobulie dans le sang de la circulation centrale (artère crurale). Ce fait, en contradiction apparente avec les résultats donnés par les aéronautes qui ont pris du sang dans la circulation périphérique, concorde au contraire avec les résultats obtenus par MM. Bensaude, Calugaréanu et Henri, qui avaient pris du sang dans les carotides et les crurales. Il donne à penser qu'il peut se produire dans la circulation périphérique des modifications du sang qui n'ont pas leur retentissement sur la circulation centrale.

Sur la sécrétion de la glande sous-maxillaire après injection sous-cutanée de pilocarpine. — *M. Malloizel.* J'ai étudié la sécrétion de la glande sous-maxillaire chez des chiens porteurs de fistules permanentes du canal de Wharton. J'ai suivi la marche de la sécrétion, les variations de la mucine et de l'activité diastasique. La sécrétion, d'abord très abondante, se ralentit bientôt et reste ensuite longtemps uniforme. La mucine croît jusqu'à son maximum, puis décroît lentement. L'activité, nulle au début, passe également par un maximum au voisinage du maximum de la mucine.

Hémolyse ganglionnaire. — *M. G. Delamare.* J'ai étudié la fréquence et l'importance de l'hématophagie dans les ganglions mésentériques sains de l'homme et de divers animaux (chien, chat, lapin, rat, hérisson, porc). De mes recherches je crois pouvoir conclure, qu'à l'état normal, l'hémolyse ganglionnaire est inconstante et presque toujours insignifiante.

Action motrice du courant « de Watteville » sur l'intestin grêle. — *MM. Laquerrière et Delherm.* Employé avec une intensité moyenne, le courant de de Watteville donne des réactions motrices marquées.

Au niveau des électrodes on constate comme avec le courant continu une contraction différente suivant le pôle : au positif, stricture circonférentielle, facile à obtenir et peu durable ; au négatif, rétraction portant seulement sur le segment excité, plus difficile à obtenir et plus durable.

En dehors des points d'excitation directe, on observe, comme avec la *faradisation*, de nombreux mouvements paraissant dus surtout à l'exagération du péristaltisme et liés à des contractions des fibres circulaires et des fibres longitudinales.

On rencontre comme avec le faradique une différence d'action entre les bobines : toutes choses étant égales par ailleurs une bobine a d'autant plus d'action qu'elle est à fil plus fin.

A. Sicard.

ACADÉMIE DES SCIENCES

28 Avril et 5 Mai 1902.

Glycosurie d'origine musculaire. — *MM. Cadéac et Maignon.* Ces deux auteurs ont entrepris de démontrer que la glycosurie est consécutive à l'écrasement des muscles comme à la ligature d'un membre et, de plus, que cette glycosurie est d'origine musculaire.

Les expériences entreprises par eux à cet effet ont montré, conformément à leurs inductions, que les lésions musculaires consécutives à la ligature ou à l'écrasement, que les lésions engendrées par des fractures ou divers traumatismes sont suivies, chez l'homme comme chez les animaux, de la production et de l'élimination de composés glycuroniques et de glycose.

En ce qui concerne l'origine de ces produits, MM. Cadéac et Maignon remarquent que si l'on peut faire macérer au bain-marie pendant une heure à 100°, dans de l'eau distillée, et aussitôt après la mort, des muscles sains et des muscles altérés d'animaux sacrifiés par la saignée et la section du bulbe, le liquide filtré traité par la phénylhydrazine ne renferme pas de sucre ou n'en contient que des traces dans le pancréas, alors qu'il en présente une quantité notable si le liquide filtré provient de muscles écrasés.

Les deux auteurs déduisent de ces faits que l'accumulation de glycose au niveau du foyer traumatique, et que l'absence de ce principe dans les muscles sains sont de nature à faire présumer que la glycosurie constatée est bien d'origine musculaire.

La lipase dans le sérum normal. — *MM. Doyon et A. Morel.* D'après ces deux auteurs, l'existence dans le sérum normal d'une lipase agissant sur l'oléine, contrairement à l'opinion émise par M. Hanriot, n'est pas démontrée.

L'ostéomyélite aiguë polymicrobienne. — *M. Ragalski* apporte à la connaissance de l'Académie un fait observé par lui en 1900, à l'hôpital clinique de Gol. Hané, à Constantinople, fait tendant à prouver, conformément à l'opinion émise récemment par M. Lannelongue, la nécessité de pratiquer d'urgence la trépanation de l'os malade dans les cas d'ostéomyélite polymicrobienne.

Faute d'avoir pratiqué l'opération, son malade succomba en l'espace de deux jours. L'analyse bactériologique qui fut pratiquée montra l'association du colibacille et du staphylocoque.

La vision dans le kératocon. — *M. Janssen* rapporte comment il a pu permettre l'exercice de la vision à un de ses amis dont l'œil était pourvu d'une cornée transparente présentant une anomalie connue sous le nom de kératocon, et qui est caractérisée par la forme conique de la cornée.

C'est à l'aide de verres compensateurs biconcaves que cette affection très rare, et qui rend impossible l'exercice de l'organe affecté, a pu être corrigée.

Mensurations anthropométriques sur 4.872 sujets. — *M. Viacensky.* Cet auteur a étudié, au point de vue anthropométrique, 4.872 sujets arrivés à l'âge de la puberté. Il a reconnu que la croissance était continue chez les individus sains et normalement constitués, alors qu'elle procède par à-coups chez les autres. M. Viacensky a reconnu encore que cette croissance était plus régulière et plus précoce chez les sujets de la classe riche, mais que chez les sujets soumis au régime des lycées elle est sensiblement la même. Il a noté encore que la croissance est plus régulière chez les peuples où, comme ceux du nord en particulier, la pratique des sports et des exercices physiques est en honneur et soigneusement réglementée.

Les organes d'orientation des oursins. — *M. Delage*, dans des recherches expérimentales poursuivies au laboratoire de Roscoff, a étudié les sphérides, organes considérés comme servant à l'exercice de l'orientation chez les oursins. En pratiquant l'ablation de ces sphérides, il a vu que les animaux blessés se meuvent moins régulièrement. Il en conclut que les organes précités servent bien au sens de l'orientation, mais qu'ils peuvent être en partie suppléés, probablement par les organes tactiles.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

6 Mai 1902.

M. Riche annonce la mort de M. Filhol, membre associé libre de l'Académie de médecine, et professeur d'anatomie comparée au Muséum, et exprime les regrets de l'Académie.

M. Galippe donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Filhol.

Anesthésie chirurgicale par l'éther. — *M. Le Dentu.* J'ai récemment opéré avec anesthésie par l'éther un cardiaque ; l'opération s'est très bien passée, le malade a bien supporté l'anesthésie ; trois mois après, le sujet mourait subitement, et on constatait une insuffisance tricuspidienne avec dilatation du cœur.

J'ai déjà relaté l'observation d'une femme qui mourut au cours de l'anesthésie par le chloroforme, et chez laquelle on trouva aussi une dilatation du cœur droit.

Si cette lésion qui existait chez les deux sujets n'a pas amené la mort au cours de l'éthérisation, serait-ce que l'éther est supérieur au chloroforme comme anesthésique ?

Élection d'un membre associé libre. — Les candidats présentés étaient : en première ligne, M. Kermorgant : en deuxième ligne, M. Capitan ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Beni-Barde, de Fleury, Leudet, Voisin.

M. Kermorgant est élu par 73 suffrages contre 2 à M. Capitan, et 7 à M. Leudet, sur 83 votants.

M. Labbé.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

E. A. Schäfer. *Sur la présence dans les cellules du foie de canaux nutritifs communiquant avec les capillaires lobulaires.* (*Anatomischer Anzeiger*, XXI, n° 1, 1902, 18 Mars.) — Browicz a signalé depuis 1897 à l'intérieur de la cellule hépatique l'existence de canalicules. A cause de la présence dans ces canalicules d'érythrocytes ou de cristaux d'hémoglobine, il les croit en rapport avec les capillaires sanguins.

Sur des foies bien injectés au carmin, préparés en 1886 par Simpson dans un autre but, l'auteur a retrouvé ces canalicules injectés par la masse au carmin. En plusieurs endroits il a vu leur point d'abouchement dans les capillaires sanguins. Ces canalicules sont nombreux autour du noyau, mais, contrairement à Browicz, l'auteur ne les y a jamais vu pénétrer.

A. Policard.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Pestemalzoglu. *Diastasis des vertèbres* (*Thèse*, Paris, 1902). — L'auteur décrit sous ce nom l'écartement des vertèbres consécutif à la rupture presque complète des ligaments qui les unissent, sans luxation ni fracture, et accompagné d'accidents méningo-médullaires graves déterminant rapidement la mort.

La *cause* la plus fréquente est une chute sur la tête fléchie. Le diastasis siège le plus souvent entre les 5e et 6e vertèbres cervicales.

Les *symptômes* sont, au début, une paraplégie complète des membres inférieurs, l'anesthésie au tact, à la douleur, l'abolition des réflexes rotuliens, quelquefois la rétention d'urine et des matières fécales. On constate localement que l'attitude de la tête est normale, que celle-ci garde sa mobilité naturelle ; à la palpation, on sent parfaitement la série des apophyses épineuses ; signe très important : on détermine de la douleur.

Vers le deuxième jour : constipation opiniâtre, rétention d'urine, ballonnement du ventre, pouls à 120, bien frappé. Température, 39, 40, 41 et jusqu'à 42°. Mort vers le troisième ou quatrième jour, le plus souvent due à l'asphyxie.

Ces symptômes et cette *marche* de la maladie permettent de la différencier des autres traumatismes de la colonne vertébrale, luxations et fractures.

L. Loubet.

CHIRURGIE

S. L. Woolmer. *Une nouvelle suture profonde.* (*The Lancet*, 1902, 29 Mars, p. 889). Cette suture est destinée à la réunion des plaies qui doivent être réunies couche par couche. Elle évite de laisser des fils enfouis dans les tissus et qui seront souvent mal tolérés. Voici comment l'auteur la décrit dans un cas de laparotomie :

Un crin de Florence de longueur suffisante est garni d'une aiguille à chaque extrémité. Une des aiguilles est introduite au fond de la plaie et traverse la graisse sous-péritonéale, puis le péritoine. Elle franchit ensuite la brèche péritonéale et est introduite dans le péritoine du côté opposé, de façon à ressortir dans la graisse péritonéale en un point situé vis-à-vis de son entrée au premier point. Elle traverse alors la plaie et pénètre à travers les deux couches de l'aponévrose du muscle droit du côté opposé. L'autre aiguille est ensuite conduite de façon à croiser la première et traverse la plaie pour

ressortir dans la peau. La suture est terminée par la première aiguille qui traverse la peau du côté opposé. La suture est serrée par un mouvement de va-et-vient et est liée comme d'ordinaire. Pour l'enlever, on coupe le nœud et on tire à soi un des chefs du fil.

La figure qui accompagne cet article explique mieux que le texte la façon dont les fils doivent être conduits à travers la plaie.

L. Tollemer.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

M. J.-P. Fontanilles. ***De la folie morale; des degrés dans la responsabilité morale*** (*Thèse* de Toulouse, 1902).— A certains psychiâtres qui ont combattu l'existence de la folie morale comme entité morbide, l'auteur prétend répondre par cette thèse et prouver que, s'il existe dans les diverses maladies mentales des périodes de folie morale, il existe aussi une folie morale type. Je déclare de suite que M. Fontanilles ne me paraît pas y avoir bien réussi, non que son opinion ne soit très juste, mais parce que le travail où il l'expose est vraiment trop superficiel et trop incomplet. Des neuf observations sur lesquelles il s'appuie, deux seulement lui sont personnelles et très brièvement recueillies. La discussion psychologique du mécanisme mental de l'anesthésie morale n'existe pour ainsi dire pas. Quant à la grave question de la responsabilité, l'auteur se borne, pour trancher les difficultés, à préférer le terme de responsabilité *atténuée* à celui de responsabilité *partielle* que rejettent Krafft-Ebing et la majorité des aliénistes. Enfin, de bibliographie il n'en est pas trace, et M. Fontanilles paraît ignorer entièrement la plupart des travaux publiés sur ce sujet.

En somme, la question est non traitée, mais effleurée à peine. Ce travail ne nous confirme rien d'ancien et ne nous apprend rien de nouveau, et je crois que, jusqu'à nouvel ordre, les partisans de l'opinion que l'auteur prétendait renverser peuvent vivre sans inquiétude.

P. Hartenberg.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

S. Spicer. — ***Déformation du nez (nez en lorgnette) corrigée par l'injection sous-cutanée de paraffine; moulages et photographies prises avant et après le traitement.*** (*The Journal of Laryngology, Otology and Rhinology*, 1902, Mars, p. 118.) — Une femme de trente-cinq ans présentait le type de la déformation du nez syphilitique tertiaire (nez en auvent avec affaissement de la charpente nasale). Il existait d'un œil à l'autre des rides concentriques. On tenta, dans un but esthétique, de corriger la déformation par la méthode de Gersuny, de Vienne (injections sous-cutanées de vaseline [paraffine] stérilisée).

Le produit employé était un mélange de paraffine molle et de paraffine dure tel que ce mélange était intime à 40° C. (stérilisé et conservé en ampoules). Avec les précautions antiseptiques d'usage, douze seringues de paraffine tiédie au bain-marie furent injectées, les unes de haut en bas au-dessus des os propres du nez, les autres de bas en haut sur les parties latérales du nez; la matière injectée était moulée par les doigts d'un assistant avant qu'elle ne fut durcie par le refroidissement. La douleur fût nulle, bien que le nez parût tendu et épaissi; les trous faits par l'aiguille furent oblitérés au collodion.

La peau du nez ainsi rembourrée constitua un organe très présentable. Huit mois après, l'état était le même et pouvait être considéré comme définitif.

Il y eut cependant, comme complications, de l'œdème des paupières, œdème dû soit à la pénétration dans cette région d'un peu de vaseline, soit à l'obstruction des vaisseaux lymphatiques.

Il n'est pas nécessaire d'injecter préalablement de la cocaïne. Pendant bien des mois la paraffine reste inaltérée comme forme et comme dimensions. Il y a tout lieu de croire qu'elle s'enkyste.

G. Didsbury.

A. Vassena. ***Le catarrhe chronique hypertrophique des fosses nasales. Nouvelle méthode de traitement: applications d'air chaud et sec*** (*Gazetta medica di Torino*, 1901, 7 Novembre, n° 45, p. 890). — Le catarrhe chronique hypertrophique des fosses nasales est une affection caractérisée par l'épaississement général ou partiel des fosses nasales. Il reconnaît pour causes les diathèses scrofuleuses et lymphatiques, l'arthritisme, la syphilis; son développement est favorisé par l'étroitesse congénitale des fosses nasales et des méats; les influences professionnelles et, d'une façon générale, toutes les circonstances qui déterminent la récidive du coryza simple peuvent le produire.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'auteur signale la *théorie glandulaire* (Rendu); la *théorie érectile* (Voltolini, Seiler); la *théorie connective* (Terrillon); la *théorie congestive* (Ranvier); et les *théories mixtes* (Bosworth, Bewerley.) Pour Nicolaï, le catarrhe atrophique est une forme distincte et non un terme de l'évolution du catarrhe hypertrophique. Ce dernier a une importance sérieuse et par ses symptômes, et par ses complications: catarrhe de la trompe, extension de l'affection aux cavités communiquant avec le nez, névralgies et troubles réflexes divers (asthme et fièvre des foins, spasme laryngé, toux, névralgies diverses et hémicranie, tuméfaction et rubéfaction des téguments nasaux, accès de vertige, crises épileptiques, anomalies des sécrétions); enfin, lésions squelettiques, oblitération du canal lacrymal, conjonctivite et épiphora.

Bien des modes de traitement ont été employés: la *dilatation mécanique et les insufflations d'air comprimé* (Massei); l'*acupuncture* (Stowers); les *irrigations légèrement alcalines ou astringentes*; les *insufflations de poudres médicamenteuses*; la *cautérisation et l'intervention cruentée en cas de lésions squelettiques*; enfin, les procédés inemployés de la *galvanocaustique chimique*.

M. Nicolaï emploie, dans ses cliniques de Milan et de Pavie, l'*insufflation d'air chaud et sec*, procédé expérimenté par Lermoyez et Mahu. L'instrumentation de M. Nicolaï consiste essentiellement en une petite pompe aspirante et foulante du modèle de celle qui est employée pour les massages du tympan.

Elle est actionnée par un moteur électrique; un artifice de construction rend continu le jet d'air porté dans le nez au moyen d'une canule d'un modèle spécial. Le moteur électrique peut être remplacé par un insufflateur à pédales; mais il est indispensable que l'air lancé dans les fosses nasales soit chaud (température de 70 à 90°).

Le médecin et le patient sont placés dans la position employée pour la rhinoscopie; le médecin tient de la main droite le tube à la manière d'une plume à écrire; de la main gauche, il tient le speculum nasi. Les applications se font tous les jours; la durée de chacune est de deux à quatre minutes, et l'extrémité de la canule ne doit pas approcher la muqueuse de plus de 3 millimètres. Après l'opération il faut éviter l'arrivée brusque de l'air froid.

L'action de l'air chaud sur la muqueuse pituitaire est *décongestionnante* et réductive. M. Nicolaï est très satisfait des résultats que lui vaut l'emploi de cette méthode.

Laupts.

E. F. Snydacker (Chicago). — ***Le microscope dans le diagnostic et le pronostic des suppurations chroniques de l'oreille moyenne.*** (*Archives of Otology*, 1901, Décembre.) — L'examen microscopique des eaux de lavage revenant de l'oreille moyenne montre, après centrifugation, la présence de débris d'épiderme provenant manifestement de l'oreille moyenne, dont l'examen peut renseigner sur la présence du cholestéatome (graisse et cholestérine.)

Le microscope permet également de découvrir de fines parcelles osseuses.

La persistance dans les eaux de lavage de ces deux éléments morbides, même dans les cas où le traitement otologique est bien dirigé, constitue une indication des plus nettes à une intervention chirurgicale.

G. Didsbury.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Cybulski. ***La gélatine comme moyen hémostatique dans l'hémoptysie*** (*Gazeta Lekarska*, 1902, 22 Mars, n° 12). — Les propriétés hémostatiques de la gélatine sont connues depuis 1896. On l'a appliquée dans le traitement de diverses hémorragies, et, entre autres, elle fut essayée dans l'hémoptysie. Mais, administrée par la voie stomacale, elle ne donna aucun résultat. Depuis que MM. Lancereaux et Paulesco firent connaître les injections sous-cutanées de gélatine, plusieurs succès dans des cas d'hémoptysies ont été publiés.

L'auteur eut recours à des injections de gélatine dans 5 cas d'hémoptysies à répétition, où tous les moyens habituels échouèrent. Chez tous ces malades les injections de gélatine amenèrent très rapidement la cessation de l'hémorragie.

On doit employer dans ce but une solution de gélatine à 2 pour 100 dont on injecte de 100 à 200 grammes dans les vingt-quatre heures. La dose peut être répétée le jour suivant. Au point de vue technique, il y a une recommandation importante à faire: il faut avoir soin de *stériliser parfaitement* la solution de gélatine. Pour obtenir la stérilité complète du liquide, on devra le soumettre à une ébullition d'une heure pendant trois jours de suite, en gardant la solution, dans les intervalles, dans un termostat. La température de l'ébullition ne doit pas dépasser 100°, car au delà de 115° la gélatine perd ses propriétés hémostatiques.

R. Precichewska.

SÉROTHÉRAPIE, OPOTHÉRAPIE

R. Kozlovsky. *Un cas de tétanos guéri par le sérum antitétanique* (*Rous. Ark. Path.*, 1902, Janvier, t. XIII, f. 1, p. 27). — Jeune homme de dix-huit ans, amené à l'hôpital trois jours après le début des phénomènes tétaniques, dans un état grave. On pratiqua aussitôt une injection de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique (provenant de l'Institut Pasteur); en même temps on excisa la plaie du pied, porte d'entrée du bacille de Nicolaier.

Le quatrième jour, l'état du malade s'aggrava; aussi injecta-t-on de l'antitétanotoxine sèche de Tizzoni dissoute dans de l'eau stérilisée (une tablette en cinq fois: la moitié le premier jour, l'autre moitié fut divisée en quatre portions dont on injecta une par jour). L'aggravation persistant toujours, on injecta de nouveau 20 centimètres cubes de sérum de l'Institut Pasteur, puis, les trois jours suivants, de 1 gr. 25 à 0,90 d'antitoxine de Tizzoni. C'est alors seulement qu'on constata une légère amélioration. Néanmoins on injecta encore, en trois jours, 50 centimètres cubes de sérum de Pasteur; la guérison ne fut obtenue qu'au bout de trente-cinq jours.

Le malade a donc eu en tout, en l'espace de quinze jours, 90 centimètres cubes de sérum et près de 10 grammes d'antitoxine sèche.

S. Broïdo.

Boddaert. ***Les morsures de serpents traitées par le sérum antivenimeux de Calmette*** (*Janus*, Amsterdam, 1902, 2e liv.). — Dans le courant des années 1900 et 1901 les journaux médicaux de l'Inde ont publié une série d'observations concernant le traitement des morsures de serpents par le sérum de Calmette. M. Boddaert examine à tour de rôle ces observations et arrive à la conclusion que les résultats obtenus sont des plus encourageants: tous les malades auxquels on injecta quelques heures après l'accident des doses massives de sérum guérirent.

V. Bugiel.

PRATIQUE MÉDICALE

Le Neofilhos.

Les métrites du col peuvent être avantageusement modifiées et souvent guéries par l'emploi du caustique *Neofilhos*. Ce caustique, dont la composition est identique à la pâte de Vienne, se présente sous forme d'un cylindre de la grosseur d'un crayon et facile à tenir avec une pince. Son emploi a été préconisé par M. G. Richelot comme traitement de la métrite cervicale chronique d'origine blennorragique ou puerpérale.

Le mode opératoire de ce traitement est très simple.

Après application du spéculum on place un mince tampon d'ouate hydrophile dans le cul-de-sac postérieur, pour le préserver contre le léger suintement qui peut venir du col pendant la formation de l'escarre. On fait saillir le caustique d'un demi-centimètre en raclant une zone de l'enveloppe qui le recouvre, et on le porte sur le col avec une pince à pansement.

La cautérisation ne doit pas être un attouchement superficiel et rapide, comme avec la teinture d'iode ou le chlorure de zinc; il faut appuyer et maintenir le caustique assez longtemps sur chaque partie du col, attendre que la muqueuse attaquée noircisse et devienne sanguinolente, le promener sur tous les points, l'arrêter davantage aux endroits où la lésion est le plus accentuée, continuer jusqu'au moment où se forme une escarre noire. L'opération dure de trois à cinq minutes. On

applique ensuite un tampon au fond du vagin.

La cautérisation est d'ordinaire nullement douloureuse; quelquefois cependant, la première application éveille quelques douleurs que ne provoquent pas les applications suivantes.

La femme peut rentrer chez elle, mais elle doit rester au repos toute la journée, étendue s'il est possible. Dès le lendemain, elle ôte le tampon et fait chaque jour une ou deux injections d'eau bouillie. Elle peut vaquer toute la semaine à ses occupations.

La cautérisation est renouvelée chaque semaine.

Le nombre de cautérisations varie de huit à douze; on laisse ensuite la réparation évoluer et la cicatrisation se faire.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 14 Mai 1902, à 1 heure. — M. Fabre : Des luxations en avant dans la coxalgie; MM. Tillaux, Pinard, Sebileau, Potocki. — M. Maubert : Des blessures de l'uretère dans les interventions abdominales sur l'utérus et les annexes; MM. Pinard, Tillaux, Sebileau, Potocki. — M. Ferreux : Des troubles respiratoires d'origine menstruelle; MM. Brissaud, Rémy, Gaucher, Legry. — M. Tourlet : Contribution à l'étude de la linite plastique; MM. Brissaud, Rémy, Gaucher, Legry.

Jeudi 15 Mai 1902, à 1 heure. — M. Gonzalez Quijano : La théorie des ions en électricité médicale : MM. Gariel, Raymond, Dupré, Broca (André). — M. Tissot : Les éliminations urinaires chez les paralytiques généraux (Recherches par l'épreuve du bleu de méthylène); MM. Raymond, Gariel, Dupré, Broca (André).

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 12 Mai 1902. — 2e, Salle Pasteur : MM. Richet (Ch.), Retterer, Broca (André). — 5e, Chirurgie (Première partie), Hôtel-Dieu : MM. Reclus, Legueu, Mauclaire. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Gaucher, Teissier. — 3e Hôtel-Dieu : MM. Poirier, Lepage, Bezançon.

Mardi 13 Mai 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Dupré, Desgrez. — 2e Salle Béclard : MM. Rémy, Langlois, Chassevant. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Charcot : MM. Dieulafoy, Gilbert, Thiroloix. — 4e, Ancien régime, Salle Thouret : MM. Brouardel, Proust, Vaquez. — 5e, Chirurgie (Première partie), Charité : MM. Guyon, Schwartz, Faure. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Hutinel, Menetrier, Renon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité ; MM. Chantemesse, Achard, Gouget.

Mercredi 14 Mai 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Hayem, Blanchard, Widal. — 5e, Chirurgie (Première partie), Laënnec : MM. Lannelongue, Lejars, Broca (Aug.). — 5e (Deuxième partie), Laënnec : MM. Joffroy, Landouzy, Wurtz.

Jeudi 15 Mai 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Chantemesse, Blanchard, Charrin. — 2e : MM. Gley, Retterer, Hanriot. — 3e, Oral (Deuxième partie) (1re série), Salle Richet : MM. Dieulafoy, Méry, Jeanselme. — 3e, Oral (Deuxième partie) (2e série), Nouveau régime, Salle Béclard : MM. Cornil, Achard, Vaquez. — 4e, Ancien régime, Salle Pasteur : MM. Brouardel, Wurtz, Thoinot. — 4e, Nouveau régime, Salle Vulpian : MM. Proust, Gilbert, Richaud.

Vendredi 16 Mai 1902. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime : MM. Landouzy, Brissaud, Teissier. — 4e, Nouveau régime : MM. Pouchet, Thoinot, Wurtz. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Kirmisson, Poirier, Walther. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Terrier, Delens, Gosset. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Widal, Bezançon. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 17 Mai 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Blanchard, Ballet (G.), Gouget. — 2e : MM. Rémy, Langlois, Desgrez. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime : MM. Raymond, Charrin, Thiroloix. — 5e Chirurgie (Première partie), Beaujon : MM. Berger, De Lapersonne, Marion. — 5e (Deuxième partie), Beaujon : MM. Hutinel, Gilbert, Widal. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Demelin, Potocki.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont désignés pour servir : à Madagascar, MM. Mayolle, Allain, Legendre, médecins-majors de 2e classe; en Indo-Chine, M. Huot, médecin-major de 2e classe; à Rochefort, M. Arami, médecin-major de 1re classe, et M. Doreau, médecin aide-major de 1re classe; à Cherbourg et à Toulon, MM. Vergoz et Hagen, médecins-majors de 2e classe.

La cécité et la Société française d'ophtalmologie. — Sur la proposition de M. le professeur de Lapersonne, la Société française d'ophtalmologie, réunie en ce moment à Paris, a décidé d'envoyer à M. le Ministre de l'intérieur une délégation de neuf membres pour lui présenter les rapports de MM. Trousseau et Truc sur la cécité et les aveugles en France.

Cette délégation lui demandera de nommer une commission permanente chargée d'étudier la cécité en France, les moyens de la prévenir et l'assistance des aveugles.

Cette commission établirait les bases d'une statistique générale des aveugles en France qui serait dressée dans les départements par les soins du préfet, assisté du Conseil d hygiène et de un ou plusieurs oculistes résidant dans le département.

Tous ces renseignements seraient centralisés par la Commission qui pourrait ainsi, en connaissance de cause, préparer au Ministre des mesures administratives générales.

Une bonne mesure d'hygiène. — Le Préfet du Finistère vient de promulguer un arrêté interdisant de plier les substances alimentaires dans de vieux papiers; c'est une mesure d'hygiène administrative que tous les administrateurs départementaux feront bien d'imiter, et qui recevra l'approbation de tous les hygiénistes.

Association syndicale des élèves en pharmacie de France. — Cette association vient de composer son bureau de la façon suivante : MM. Béqus, président; Grappe, vice-président; Gallon, secrétaire général; Desmur, secrétaire adjoint; Rouelle, trésorier général; Tourniéroux, trésorier adjoint; Courteix, archiviste (délégué).

Conseillers : MM. Cornion, Dien, Michelin, Péronneau, Vallat.

La protection des paysages. — Vendredi prochain, 8 Mai, à la Bodinière, rue Saint-Lazare, notre confrère, M. Jacquet, fera au nom de la Société pour la protection des paysages une conférence sur l'*Hygiène et la défense de la nature*.

Étranger

Le Jubilé du Pr de Giovanni (Padoue). — Au mois de Mai 1902, on fêtera, à Padoue, le Jubilé de l'éminent professeur de clinique médicale de l'Université de cette ville, M. Achille de Giovanni, à l'occasion de sa trentième année d'enseignement.

Le Comité italien, à la tête duquel se trouve M. le professeur Maragliano (de Gênes), sénateur, fait un pressant appel aux collègues étrangers et aux admirateurs de ce savant, fondateur de la première ligue antituberculeuse en Italie, bien connu par ses nombreux travaux de pathologie générale, et les engage à participer à cette grandiose manifestation.

S'adresser en France à M. L. Jullien, chirurgien de l'Hospice Saint-Lazare, 12, rue de la Chaussée d'Antin, Paris.

L'hygiène des chemins de fer. — Le ministre de l'intérieur d Italie vient de nommer une commission chargée d'étudier les questions d'hygiène intéressant les chemins de fer et de proposer un plan de réformes pour cet objet. Voici les points principaux qui seront l'objet des investigations :

1° Ventilation, chauffage, mobilier, nettoyage et désinfection du matériel roulant;

2° Tuberculose, maladies cutanées et infectieuses, transport des malades;

3° Hygiène des stations, des bureaux, etc.;

4° Boites de secours et fournitures chirurgicales et médicales pour les cas d'urgence.

La lutte contre la tuberculose aux États-Unis. — Il y a quelque temps, sur la proposition du médecin général du service des hôpitaux de la marine, les États-Unis avaient décidé de compter la tuberculose pulmonaire au nombre des maladies contagieuses interdisant l'immigration aux États-Unis de personnes qui en sont ateintes.

Le 6 février dernier, l' « Académie de Médecine de New-York » a voté une résolution par laquelle elle déclare regretter profondément cette mesure inhumaine qui n'est justifiée par aucune donnée clinique ni scientifique.

Laboratoire antirabique. — Il a été définitivement décidé de fonder un Institut antirabique à l'hôpital militaire de Salonique. Le Séraskérat en a avisé la direction générale des écoles médicales pour la nomination des médecins.

Hôpital français de Constantinople. — Le Sultan vient d'aviser M. Constans, notre ambassadeur à Constantinople, qu'il faisait abandon à la France du terrain avoisinant l'hôpital français de cette ville.

Depuis près de vingt ans, l'ambassade française avait fait de vaines démarches pour obtenir de la liste civile que ce terrain lui fût cédé.

Une utile précaution à Constantinople. — Sur la proposition du Conseil d'hygiène, le préfet de la Ville a invité le patriarcat œcuménique à faire couvrir les bières des personnes mortes de maladies contagieuses et à interdire de donner aux cadavres de ces personnes le dernier baiser.

Le Saint-Synode a accepté la proposition de la Préfecture de la Ville.

Une encyclique en ce sens sera transmise aux églises de l'archevêché de Constantinople.

Une école dentaire à Rome. — Il vient d'être créé à Rome, sous la dénomination de *Scuola di odontoiatria*, une école dentaire, sous la direction de MM. les professeurs Montenovesi et Ala.

Le corps enseignant de la nouvelle école se compose de quatre professeurs.

Le féminisme médical. — Au dernier congrès de la Société de Pirogoff, tenu récemment à Moscou, c'est une doctoresse, le Dr A. G. Archangelskaia, qui a présidé la section de chirurgie.

CONCOURS

Hôpitaux de Paris (médecine). — *Epreuves cliniques.* — Séance du 2 Mai. — Ont passé : MM. Lyon, Pignol, Brouardel, Papillon (H.).

Internat de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire. — Un concours pour une place d'interne en médecine à l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire s'ouvrira à Angers, le lundi 12 Mai 1902, à 8 heures du matin, à la Préfecture, sous la présidence du Directeur-Médecin en chef de l'Asile, assisté du médecin adjoint, d'un juge titulaire et d'un juge suppléant, choisis parmi les professeurs de l'Ecole de médecine.

Les candidats devront adresser au Directeur-Médecin en chef de l'Asile leur demande accompagnée des pièces suivantes : 1° Un extrait de naissance; 2° Un certificat de bonne vie et mœurs; 3° Un extrait du casier judiciaire; 4° La feuille d'inscriptions.

Le registre d'inscription sera irrévocablement clos le samedi 10 Mai à 4 heures du soir. Pour être admis à concourir, il faut être âgé de dix-huit ans au moins et de trente au plus, et être muni de huit inscriptions au doctorat.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 38. — Samedi, 10 Mai 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

ARTICLES

MÉDECINE PRATIQUE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLES

A LA FACULTÉ DE PARIS

SUR L'ENSEIGNEMENT.

Une ère nouvelle de réformes et de progrès semble devoir s'ouvrir pour notre Faculté de médecine de Paris. Le Conseil de la Faculté a décidé récemment l'institution de cours de vacances; il s'occupe en ce moment de modifications à apporter dans le mode de recrutement des agrégés et dans le fonctionnement de l'agrégation.

Il est incontestable que la Faculté de médecine fait actuellement ses efforts pour mettre son enseignement en rapport avec les exigences de la science moderne; elle dégage peu à peu cet enseignement du caractère dogmatique et théorique que lui avait légué la tradition pour l'orienter vers la voie pratique où elle doit diriger la médecine. Cependant les critiques ne lui manquent guère; nombreux sont ceux qui aspirent à de radicales transformations; suggestionnés par ce qu'ils ont vu dans certaines Universités de l'Allemagne, ils considèrent une vraie révolution comme nécessaire, si la Faculté de Paris veut reconquérir la situation prépondérante qu'elle a si longtemps occupée dans la science médicale.

Assurément d'importantes réformes sont encore à effectuer ; mais, en présence de l'étranger toujours prêt à amplifier nos propres critiques, il serait injuste de ne pas reconnaître les progrès faits depuis un quart de siècle par l'enseignement de la Faculté de Paris.

* * *

Remontons vingt-cinq ans en arrière. Au temps où j'étais étudiant, j'ai connu bien des camarades qui arrivaient à la fin de leurs études sans avoir acquis les moindres notions d'anatomie; quelques-uns n'avaient même jamais tenu un scalpel. Aujourd'hui, il n'est pas un étudiant qui puisse aborder la clinique sans avoir subi plusieurs examens probatoires de ses connaissances anatomiques.

Il a fallu la foi ardente d'un Farabeuf, toute la fermeté et l'autorité scientifique d'un Poirier, pour imposer aux jeunes générations une éducation à laquelle elles n'étaient point préparées par l'exemple de leurs devanciers. Les luttes qu'eurent suc-

cessivement à soutenir ces deux chefs des travaux anatomiques, pour organiser l'enseignement de l'anatomie descriptive et chirurgicale, ne sauraient être oubliées de ceux qui ont souci de nos études médicales. Farabeuf s'y est usé prématurément à la peine. Professeur à quarante-cinq ans, il vient de se retirer avant d'avoir atteint l'âge de la retraite. Depuis quelques années ses forces l'avaient abandonné tant la tâche était dure ; il est à souhaiter que sa succession passe en une main ayant la vigueur et l'énergie nécessaires pour maintenir à son rang cet enseignement de l'anatomie qui fait l'honneur de notre Faculté.

A côté de l'anatomie, il ne faut pas oublier l'histologie normale. Aujourd'hui chaque étudiant peut acquérir les notions nécessaires, alors que de mon temps ceux qui savaient seulement lire une préparation microscopique, étaient une infime exception. On sait quelle ampleur a prise l'histologie dans les études médicales sous l'impulsion de M. Mathias Duval; un outillage parfait est mis à sa disposition pour l'instruction des élèves ; il a su s'attacher des aides éprouvés qui, à l'exemple de Launois, aujourd'hui agrégé, le secondent depuis plus de quinze ans ; il en est résulté dans son enseignement une unité de vues et une continuité d'action qu'il est bon de signaler.

Même observation peut être faite à propos de l'histologie pathologique que tous les médecins ignoraient autrefois et qu'ils peuvent aujourd'hui apprendre auprès des Letulle, des Brault qui, aux côtés du professeur Cornil, ont su développer le goût de ces études spéciales, naguère si peu en faveur parmi nous.

Autrefois, il n'y avait guère possibilité pour un médecin d'acquérir les notions pratiques nécessaires pour une expertise médico-légale. On ne saurait trop faire l'éloge de cet enseignement modèle de perfectionnement pour la médecine légale et la toxicologie que le professeur Brouardel a créé à la Morgue et qui a tant de succès auprès des docteurs et des étudiants qui y sont admis.

Au temps où j'étais étudiant, on était dans une ignorance absolue de l'obstétrique. La grande majorité des jeunes docteurs s'installait sans avoir jamais fait une délivrance et même sans jamais avoir assisté à un accouchement. Aujourd'hui, grâce à l'impulsion donnée par Tarnier, par Pinard et par Budin, depuis une quinzaine d'années, une école obstétricale s'est formée, qui fait que, dans aucune Faculté du monde, l'art des accouchements est enseigné avec autant de méthode et d'esprit pratique qu'il l'est à la Faculté de Paris.

*
* *

Quelles que soient les facultés d'assimilation, quelle que soit la valeur scientifique des hommes appelés à professer la médecine, la science médicale a pris depuis un demi-siècle un tel développement qu'il est impossible aujourd'hui à un seul de l'embrasser tout entière, à plus forte raison de la connaître en ses détails.

Ce développement a entraîné la nécessité de scinder en quelque sorte la médecine, et ainsi sont naturellement nées les spécialités.

Il faut bien l'avouer, dans cette évolution, la Faculté de Paris n'a pas pris la tête du mouvement : elle n'a fait que le suivre, et encore de loin. Le temps n'est pas éloigné où le *spécialiste* était, en France, placé aux rangs les plus inférieurs de la hiérarchie médicale ; on dédaignait son enseignement essentiellement terre à terre, pratique, n'ayant pas l'allure de l'enseignement classique, magistral. Il ne faut donc pas s'étonner que ce ne soient pas d'abord dans les Facultés officielles que les spécialités se soient développées ; le mouvement est venu de l'initiative privée.

Il est juste cependant de dire que, depuis vingt-cinq ans, huit chaires de Cliniques spéciales ont été installées à la Faculté de médecine de Paris, soit par création nouvelle, soit par transformation.

C'était, en 1877, la chaire des maladies mentales ; puis, en 1878, celle des maladies des enfants ; on ne sut pas, jusqu'au dernier moment, si elle serait médicale ou chirurgicale : le choix du titulaire, Parrot, un médecin, la fit médicale.

En 1879, était fondée la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Je n'ai pas besoin de rappeler quel éclat a jeté sur cette chaire le professeur Fournier, dont la Faculté a le droit d'être fière. C'est de son enseignement qu'est sorti notre code moderne de la syphilis, où tous les syphiligraphes du monde sont venus puiser les principes de leur pratique.

Le professeur Fournier, atteint par la limite d'âge, vient de prendre sa retraite ; il ne faut pas oublier que si son enseignement a eu sur nombre de générations médicales une influence considérable, c'est qu'appelé à sa chaire en pleine vigueur physique et intellectuelle, il a pu mettre vingt-trois ans d'une activité ininterrompue au service de la Faculté.

La même année 1879, était fondée à l'Hôtel-Dieu la Clinique ophtalmologique que le professeur Panas a tenue avec une si haute maîtrise jusqu'à l'année dernière. En 1882, la Clinique des maladies du système nerveux était créée ; et il n'est pas besoin d'insister sur le retentissement qu'eut dans le monde entier l'enseignement de Charcot à la Salpêtrière.

En 1889, la chaire théorique d'accouchements était transformée en chaire de clinique ; c'est à cette époque que furent installées la Clinique de la rue d'Assas avec Tarnier, la Clinique Baudelocque avec Pinard, desquelles partit le mouvement obstétrical auquel je faisais plus haut allusion.

En 1890, à nouveau, une chaire théorique de la Faculté, l'une des chaires de pathologie chirurgicale, est transformée en clinique spéciale de maladies des voies urinaires. Depuis cette époque, il n'est pas de chirurgien s'occupant de maladies des voies urinaires, quelle que soit sa nationalité, qui n'ait tenu à suivre l'enseignement du professeur Guyon à la clinique de Necker.

Enfin en 1901, grâce à la libéralité du Conseil municipal de Paris, deux chaires spéciales étaient créées : une chaire de chirurgie infantile attribuée à M. Kirmisson; une chaire de gynécologie à laquelle fut appelé M. Pozzi, consécration officielle d'un enseignement qu'il poursuivait déjà depuis longtemps dans cette clinique modèle de l'hôpital Broca qu'il avait fondée.

*
* *

Tel est l'état actuel de l'enseignement des spécialités à notre Faculté. Sans atteindre le luxe des grandes Universités de Vienne, de Berlin, il lui faudrait peu de choses pour être complet. Quand on voit l'affluence de malades qui se presse dans les services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie, on se rend compte de la place qu'occupent dans la pathologie les maladies et affections des premières voies respiratoires, et vraiment l'on est contraint à se demander pourquoi ces maladies ne sont pas jugées dignes par notre Faculté du haut enseignement. A l'étranger, ce n'est pas un professeur qu'il y a dans chaque Université, c'est deux : et à une époque, ils avaient nom, à Vienne, Gruber et Politzer ! Il ne serait que temps que la Faculté de Paris se décidât à combler cette lacune. Non pas que l'on ne trouve à Paris l'enseignement supérieur de cette spécialité : il est des hommes comme Lermoyez, comme Lubet-Barbon, qui ont déjà fait école à l'âge où l'on arrive généralement professeur à la Faculté ; ce qui manque, c'est l'enseignement de l'étudiant avec une sanction d'examen qui fasse que tout médecin sache au moins se servir d'un miroir frontal et lire dans un nez, un larynx ou une oreille.

Cet enseignement, de caractère essentiellement pratique, est de plus en plus nécessaire, et vraiment on se demande, en voyant avec quelle facilité ont pu être supprimées les chaires théoriques d'accouchements et de pathologie chirurgicale, s'il ne serait pas plus profitable à l'enseignement de la Faculté d'étendre cette mesure.

On ne voit pas bien, à notre époque, un enseignement *ex cathedra*, théorique, de la thérapeutique qui est un art essentiellement pratique. Et nous avons assisté pendant dix ans aux efforts surhumains que faisait Landouzy pour donner dans l'amphithéâtre la « leçon de choses » qu'il considérait comme indispensable à son enseignement; quelque imagées que fussent ses descriptions, elles ne pouvaient égaler dans l'esprit de ses auditeurs la chose vue. C'est dire quel intérêt il y aurait à ce que la chaire théorique de thérapeutique soit transformée en une chaire pratique de clinique, avec laboratoire d'expérimentation et malades.

Les mêmes considérations pourraient s'appliquer aux chaires de pathologie médicale, à la chaire de pathologie chirurgicale. Elles étaient nécessaires à l'époque où le livre manquait; elles sont inutiles aujourd'hui où des publications sans nombre sont à la disposition de l'étudiant. De simples conférences explicatives d'enseignement primaire remplaceraient le cours magistral d'enseignement supérieur.

Mais ces réformes tant désirables ne seront possibles que le jour où l'agrégation sera organisée sur des bases nouvelles. Dans un prochain article, je me propose d'exposer cette question de l'agrégation, celle des cours de perfectionnement et des cours de vacances qui, pour la Faculté de Paris et pour les futurs médecins, sont du plus haut intérêt.

E. De Lavarenne.

LIVRES NOUVEAUX

M. Neveu-Lemaire. — *Parasitologie animale.* (1 vol. in-18 de la Société d'éditions scientifiques, Paris 1902.)

Cet ouvrage, que l'auteur dédie avec beaucoup trop de modestie aux candidats pour le troisième examen de doctorat, pourra être consulté avec fruit par tous ceux qu'intéresse la parasitologie animale, science dont l'importance s'accroît chaque jour. Reflétant fidèlement l'enseignement magistral du professeur Blanchard, ce petit volume, sous une forme très concise, renferme les données les plus complètes et les plus nouvelles sur les parasites de l'homme et des animaux supérieurs. Des parasites il décrit les caractères extérieurs, l'habitat, les mœurs, l'évolution. Laissant de côté les descriptions anatomiques qui sont du domaine de la zoologie pure, il s'attache à résumer en quelques lignes tous les caractères qui permettront au praticien de reconnaître les espèces et les genres. Le texte est complété par des figures fort précises et bien faites.

A lire dans la première partie (protozoaires), les chapitres sur les coccidies, sur les hémosporidies ; dans la deuxième partie (vers), l'étude des filaires ; dans la troisième partie (arthropodes), les articles sur les caractères distinctifs des moustiques (anopheles et culex) et sur leur rôle pathogène.

En résumé, excellent ouvrage, bien conçu, bien écrit, bien illustré, destiné à rendre des services à tous ceux qui étudient les maladies parasitaires et épidémiques.

Busquet.

BIBLIOGRAPHIE

De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène, par M. A. Fillassier, lauréat de l'École spéciale d'architecture, docteur en droit, rédacteur principal à la préfecture de la Seine, 2e édit., revue et augmentée, Paris, 1902, 1 vol. in-8, 492 pages, 15 francs. (Librairie *Jules Rousset*, 36, rue Serpente, Paris.)

Des réflexes tendineux et cutanés et de leur dissociation (antagonisme) dans les maladies du système nerveux, par M. Jean Chadzinski, 1 broch. in-8° jésus de 134 pages (1902). (*L. Boyer*, éditeur, 15, rue Racine, Paris.)

PURPURA MÉTAMÉRIQUE

Par H. ROGER, agrégé,
Médecin des hôpitaux.

L'étude des fièvres éruptives soulève, à chaque instant, des problèmes d'une interprétation extrêmement délicate. C'est ainsi que je viens d'observer une malade chez laquelle il m'a paru bien difficile de porter un diagnostic précis. Sans le secours de l'hématologie, on n'aurait guère pu savoir s'il s'agissait d'un rash variolique ou d'un purpura.

Le 14 Mars dernier, entrait dans mon service une femme de trente-quatre ans, atteinte d'une éruption dont l'aspect était celui d'un rash purpurique. L'interrogatoire de la malade ne fournissait que peu de renseignements intéressants. On relevait seulement dans les antécédents une pleurésie droite qui avait guéri sans laisser de traces appréciables.

L'affection actuelle avait débuté le 9 Mars par du malaise, de la courbature et de la céphalée. Bientôt survenaient de violentes douleurs lombaires, et, en même temps, les règles apparaissaient; elles se montraient à l'époque voulue et c'est à la menstruation que la malade rattacha les troubles qu'elle ressentait. Cependant, les jours suivants, bien que l'écoulement utérin se fît d'une façon normale, avec l'abondance habituelle, l'état de malaise alla en augmentant. Le 11 Mars, une éruption apparut dans les aines et, quarante-huit heures plus tard, envahit les aisselles et les régions péri-articulaires. Le lendemain, la menstruation se termina et les douleurs de reins disparurent. Cependant la malade, se sentant de plus en plus souffrante, fit mander un médecin qui nous l'adressa avec le diagnostic de scarlatine. Rien, évidemment, ne justifiait une telle opinion. Jamais il n'y avait eu d'angine ; la gorge était normale; la langue était simplement blanche. Quant à l'éruption, elle ne ressemblait nullement à celle de la scarlatine. Elle était essentiellement constituée par un petit piqueté de points rouges hémorragiques, ne s'effaçant pas sous la pression. Ces points étaient gros comme des têtes d'aiguilles, et rapprochés les uns des autres, de façon à être cohérents, confluents par places. L'éruption avait donc l'aspect bien connu du rash purpurique ; elle en avait la localisation, la symétrie et le métamérisme. Elle formait (fig. 1) sur les aines deux larges bandes qui se prolongeaient sur la partie antéro-supérieure et la face interne des cuisses, se rejoignaient sur le pubis, où les points rouges étaient particulièrement confluents, et descendaient sur les grandes lèvres. En arrière (fig. 2), l'éruption était exactement localisée aux régions fessières.

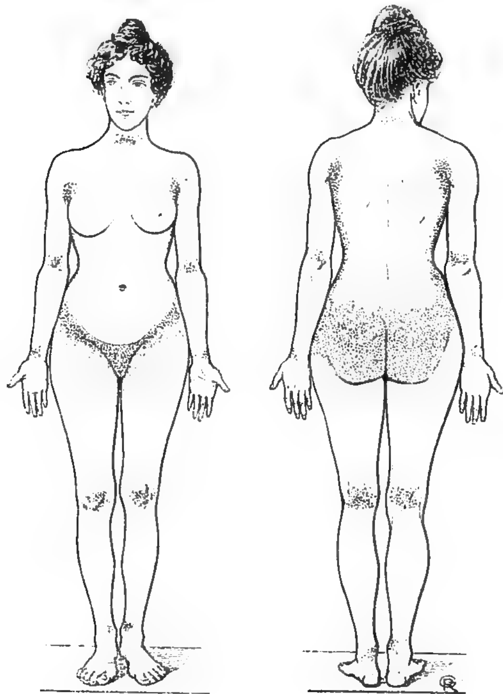


Figure 1. Figure 2.

Les aisselles étaient occupées par une éruption semblable, également abondante et reliée à la précédente par deux tractus d'union suivant les parties latérales du tronc et débordant légèrement sur sa face postérieure.

Des plaques purpuriques s'étaient développées sur le pli des coudes et la face antérieure des poignets ; un collier entourait la région cervicale, plus abondant et plus large en avant qu'en arrière. Deux anneaux rouges occupaient la région des genoux, s'élargissant un peu dans les creux poplités et sur le devant des rotules. Enfin, sur les cous-de-pied, on voyait deux plaques plus marquées à la partie interne.

L'éruption était d'un rouge foncé, excepté sur les fesses où la teinte était plus violette. Contrairement au rash variolique, elle déterminait une vive démangeaison. Sauf ce point d'importance secondaire, les caractères étaient bien les mêmes. Qu'on se reporte à la description que nous avons donnée du rash purpurique de la variole[1], on verra que les signes objectifs sont analogues, que la disposition métamérique est semblable, que les lieux d'élection sont identiques. La seule différence, et elle est bien légère, c'est que la région rotulienne était atteinte, tandis que je l'ai toujours vue épargnée dans les cas de variole.

S'agissait-il donc d'une variole ?

L'interrogatoire de la malade nous apprit que trois mois auparavant, un cas de variole avait éclaté dans la maison qu'elle habite. Elle n'avait pas eu de contact avec le malade ; aussi avait-elle négligé de se faire revacciner. Or elle n'avait été vaccinée que deux fois dans sa vie, à sa naissance et à l'âge de quatorze ans, c'est-à-dire vingt ans auparavant; on pouvait donc la considérer comme étant en opportunité morbide, et comme s'étant trouvée dans des conditions où une contamination était, à la rigueur, possible. En tenant compte, d'autre part, de la rachialgie initiale, on se trouvait avoir quelques arguments en faveur du diagnostic de variole. Cependant on était frappé du désaccord manifeste qui existait entre l'intensité et l'étendue de l'éruption et le peu de gravité de l'état général. Si la malade se sentait fatiguée et courbaturée, elle ne paraissait pas profondément infectée. La fièvre était légère. A l'entrée, la température vaginale était de 38°5 et, le lendemain, elle ne dépassait pas 38°2. Enfin quatre jours s'étaient écoulés depuis l'apparition du rash. Or, l'examen le plus minutieux ne montrait pas un seul élément pustuleux ou papuleux, ni sur le tégument ni sur les muqueuses : s'il s'était agi d'une variole, nous aurions certainement trouvé l'éruption caractéristique.

Devant cette double série d'arguments, je crus devoir rester dans le doute. Je laissai la malade dans une chambre d'isolement et, tant au point de vue diagnostique que prophylactique, je la fis vacciner.

Quarante-huit heures plus tard, l'éruption purpurique s'était généralisée (fig. 3 et 4). Presque tout le tégument cutané était couvert de petites taches hémorragiques, analogues à celles qui existaient déjà, mais plus clairsemées et plus pâles. Seule la face était épargnée; encore est-il que la peau du menton était le siège d'un pointillé rouge assez serré. L'éruption était moins abondante sur la face postérieure du corps que sur la partie antérieure. Les points purpuriques étaient jetés sans ordre, sauf au niveau de la ceinture où ils se réunissaient de façon à former un cercle perpendiculaire à l'axe du corps, c'est-à-dire nettement métamérique. Quant à l'éruption primitive, elle était envahie par de nouvelles taches qui la rendaient encore plus apparente.

Malgré cette poussée nouvelle, l'état général était excellent; la température était revenue à la normale, le prurit avait disparu.

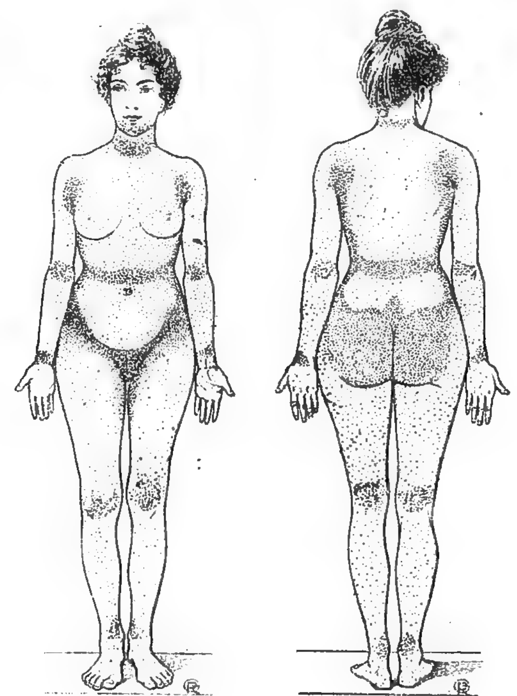


Figure 3. Figure 4.

A partir du 19, l'éruption pâlit ; les éléments apparus les derniers, qui avaient toujours été plus petits et plus pâles, s'effacèrent les premiers ; le 21, ils étaient à peine visibles ; les autres avaient pris une coloration ocre. Le 26, il ne restait plus aucune lésion cutanée, et la malade se sentant tout à fait remise, quitta le service.

* * *

Quel diagnostic faut-il porter dans le cas que je viens de résumer ? S'agissait-il d'une variole ? L'éruption ressemblait bien, au début, à un rash purpurique. Or, il est toujours possible d'admettre l'existence d'une variole fruste et de soutenir que, dans certains cas, tout se borne à la production d'un rash. Cependant il semble étrange qu'un rash aussi étendu et aussi intense ne se soit pas accompagné d'un mouvement fébrile plus marqué et de symptômes généraux plus graves. Jamais, sur les 2.000 cas de variole que j'ai observés, je n'ai vu une pareille discordance entre les phénomènes réactionnels

1. Roger et Weil. « Les rashs varioliques ». *La Presse Médicale*, 1901, 31 Juillet. — Roger. « Les maladies infectieuses ». Paris, 1902, p. 877-888.

et les manifestations cutanées. Enfin, il n'est pas habituel non plus de voir le rash variolique évoluer en deux temps, se généraliser à un tel degré et atteindre une partie de la face.

Il faut avouer cependant que cette argumentation n'est pas absolument convaincante. Pour trancher le problème, j'ai fait vacciner la malade à deux reprises, le lendemain de son entrée, et six jours plus tard. Les deux inoculations sont restées négatives, ce qui continue à laisser la question en suspens. Les revaccinations réussissent trop rarement pour qu'on puisse trouver dans ce résultat un argument en faveur du diagnostic de variole.

Si la clinique ne peut donner une réponse irréfragable au problème qui se pose, l'étude hématologique nous paraît capable de trancher la question. Les recherches que nous avons faites avec M. Weil[1], les travaux de Courmont et Montagard démontrent que la variole modifie profondément la formule leucocytaire du sang ; elle provoque l'apparition d'une mononucléose et d'une mononucléose spéciale, remarquable par la présence d'un grand nombre de cellules mononucléaires à granulations, c'est-à-dire de myélocytes. Ce qui fait l'intérêt de cette formule particulière, c'est qu'elle débute avec les premiers symptômes morbides, persiste pendant l'évolution et ne disparaît qu'à une période assez avancée de la convalescence. D'un autre côté, elle ne s'observe dans aucun autre cas, sauf dans la leucémie et la varicelle, deux affections qui actuellement n'entraient pas en ligne de compte pour le diagnostic.

Nous avons donc pratiqué l'examen hématologique à deux reprises, le 15 Mars, c'est-à-dire le lendemain de l'admission, et le 21 Mars. Or, dans ces deux cas, la formule leucocytaire était normale : on trouvait 76 pour 100 de polynucléaires neutrophiles et l'on ne pouvait déceler un seul myélocyte. Dès lors, nous avons pu affirmer qu'il ne s'agissait pas de variole. Nous avons fait passer la malade dans une salle où étaient réunies des convalescentes d'infections diverses; elle y a séjourné sans aucun inconvénient pour les autres : nous n'avons pas vu se développer dans cette salle un seul cas de variole.

Au point de vue dermatologique, l'affection que nous venons de décrire étant remarquable par les petites dimensions des points hémorragiques et par leur disposition systématique, peut être désignée sous le nom de *Purpura minutissima métamérique*. Quant à déterminer la nature du processus morbide, on ne peut faire que des hypothèses. Il est bien certain que le purpura relève, dans la plupart des cas, d'une imprégnation de la moelle épinière par des poisons exogènes ou endogènes ou par des toxines microbiennes. Or, dans notre cas, l'évolution morbide, les symptômes de début, la courbature, la fièvre semblent indiquer la nature infectieuse du processus ; la rachialgie est en rapport avec l'action des toxines, probablement microbiennes, sur l'axe médullaire. Ce qui confirme bien l'origine myélopathique de l'éruption, c'est sa disposition métamérique. Or, plus on étudie les éruptions d'origine infectieuse, plus on voit combien cette disposition est fréquente. M. Brissaud y insistait pour le zona ; on la retrouve également dans la scarlatine : très souvent, à son stade initial, l'exanthème scarlatin est localisé aux aisselles et aux aines, affectant la même topographie qu'un rash variolique ; dans certains cas, le diagnostic est très difficile et il faut attendre vingt-quatre heures pour l'établir d'une façon certaine. La disposition métamérique s'observe fréquemment dans les divers érythèmes infectieux. Il nous a semblé intéressant de la signaler dans cette forme particulière de purpura. A un autre point de vue notre observation nous a paru curieuse, car elle soulève un diagnostic d'une importance pratique considérable, et montre, une fois de plus, les services que peut rendre, dans les cas douteux, l'étude hématologique. La prophylaxie et la nosographie trouvent dans la formule leucocytaire si spéciale, de la variole des renseignements inappréciables.

1. Weil. « Le sang et les réactions défensives de l'hématopoièse dans l'infection variolique ». *Thèse*, Paris, 1901. — Roger. « Les maladies infectieuses ». Paris. 1902, p. 676.

TRAITEMENT
DES STÉNOSES FIBREUSES DU LARYNX

Par **COLLINET** (de Paris).

Les sténoses fibreuses du larynx sont rares comparativement aux sténoses diverses aiguës et aux sténoses par paralysie, tumeur, compression ; leur traitement n'en est pas moins très intéressant, à cause de sa difficulté même, et des nombreuses tentatives dont il a été l'objet de la part des laryngologistes, tentatives parfois couronnées de succès, parfois aussi décevantes à cause de la somme d'efforts et de patience dépensée en pure perte.

Ces rétrécissements fibreux comprennent surtout les sténoses cicatricielles et aussi les sténoses inflammatoires chroniques de la muqueuse, de la sous-muqueuse ou du périchondre qui aboutissent à la formation d'épaississement plus ou moins fibreux des tissus mous du larynx et se comportent en face du traitement comme le tissu cicatriciel proprement dit.

Leur traitement peut être préventif, palliatif ou curatif.

Traitement préventif. — Varie suivant les causes qui donnent naissance au rétrécissement; on peut, à ce point de vue, les diviser en rétrécissements spontanés ou médicaux et rétrécissements traumatiques, qui sont eux-mêmes accidentels ou chirurgicaux.

La prophylaxie des rétrécissements spontanés consistera surtout dans les soins locaux donnés au cours des laryngites aiguës, simples ou phlegmoneuses, en particulier dans les laryngites sous-glottiques. On ne négligera pas le traitement local au cours des fièvres éruptives, dans la fièvre typhoïde principalement, dont les accidents laryngés fournissent une notable proportion de rétrécissements ultérieurs. Les localisations laryngées des maladies spécifiques, telles que la lèpre, le lupus, le sclérome, la tuberculose, la syphilis, la diphtérie, seront l'objet d'un traitement général et local qui aura souvent la plus grande influence pour prévenir une sténose consécutive, s'il est fait à temps.

Parmi les causes de rétrécissement accidentel, nous trouvons les *brûlures* du larynx par déglutition de liquides chauds ou caustiques ou par aspiration de vapeurs et gaz surchauffés ou irritants. C'est, en général, au niveau du vestibule laryngien qu'on observera des rétractions cicatricielles de cette origine, si le malade ne succombe pas. On évitera de faire le tubage dans ces cas pour combattre la sténose aiguë, car il ne ferait qu'exagérer les lésions d'une muqueuse blessée; la trachéotomie sera préférable sans aucun doute, si besoin est.

Les *fractures* du larynx, extrêmement graves d'emblée, le sont encore par les sténoses ultérieures qu'elles peuvent entraîner. Pour prévenir les complications, quelques auteurs conseillent de suite la trachéotomie; d'autres la thyrotomie préventive, qui permettra de régulariser les plaies, de redresser les cartilages et d'enlever les esquilles ; d'autres attendent la gêne respiratoire avant d'intervenir; d'autres enfin se prononcent nettement pour le tubage qui supprime la dyspnée, joue le rôle d'attelle interne et soutient les fragments, favorise la résorption de l'épanchement sanguin ou de l'œdème, assure à l'avance la dilatation du larynx contre la sténose ultérieure. L'intervention variera avec le degré des lésions; mais il sera bon, suivant le conseil de Ferroud, de faire, dès la cicatrisation, des séances de dilatation préventive contre une sténose toujours à craindre.

Dans le cas de *plaie* du larynx par coupure, on devra faire l'hémostase, assurer la respiration et suturer le plus soigneusement possible les bords de la plaie, pour éviter les sténoses consécutives parfois très prononcées.

On a conseillé en même temps la trachéotomie immédiate, et on n'enlève la canule que lorsque le rétrécissement cicatriciel est évité ou disparu. En cas de plaie extérieure petite et de phénomènes d'hématome ou d'œdème laryngien, Sargnon conseille le tubage. Cette méthode est à employer surtout pour prévenir la sténose consécutive soit avant, soit après la trachéotomie, si des complications suppuratives ont forcé d'avoir recours à cette opération.

Pour les *piqûres*, les *plaies par armes à feu*, le tubage semble préférable, sauf complication ultérieure indiquant la trachéotomie ou la thyrotomie.

Les rétrécissements *d'origine chirurgicale* sont les plus intéressants au point de vue de la prophylaxie.

On a accusé souvent le tubage de provoquer des rétrécissements cicatriciels.

Une main inexpérimentée peut produire des érosions ou des ulcérations en essayant d'introduire le tube dans un larynx plus ou moins rebelle; on a signalé l'embrochement ou la déchirure d'une corde vocale, le déchirement de la muqueuse et la perforation du larynx, la fracture du cricoïde (Masséi). Toutes ces lésions, si elles n'entraînent pas de complication grave immédiate, pourront occasionner plus tard un rétrécissement cicatriciel. Un peu de prudence et d'habileté les éviteront.

Il en sera de même pour les inflammations et les suppurations provoquées par un tube non aseptisé.

A côté de ces ulcérations produites par l'introduction des tubes, il en existe d'autres, plus fréquentes, occasionnées par le séjour du tube lui-même, inhérentes à la méthode, et suivies de sténose chronique.

La *pression du tube* joue un rôle certain dans la production des ulcérations sur une muqueuse déjà malade. C'est surtout au niveau du cricoïde que siègent les ulcérations, ou à la base de l'épiglotte, ou à la partie antérieure de la trachée, correspondant à l'extrémité inférieure du tube. Trois à cinq jours de tubage suffisent à les produire (Baudraud). La forme du tube, son trop gros calibre surtout ont été incriminés. O'Dwyer insiste sur ce point qu'on ne doit pas mettre de tube trop volumineux, mais plutôt au-dessous du calibre indiqué par l'âge, dans les cas où le tube est mal supporté.

En somme, le tube est un véritable corps étranger qui vient irriter et comprimer la muqueuse en certains points, surtout s'il est mal construit, s'il s'adapte mal au larynx où il est mis, s'il est mal nettoyé. Dans ces conditions, la muqueuse peut être mortifiée, ou bien la pression provoque une gêne circulatoire qui entraîne un œdème dont la persistance oblige à laisser le tube en place.

La *multiplicité des tubages* ne doit pas être incriminée, d'après les recherches de Variot et Bayeux qui ont pu faire sur les mêmes cadavres une série de tubages successifs sans provoquer de lésion de la muqueuse au point correspondant à la pression du tube dans le région cricoïdienne.

La *matière du tube* a reçu aussi des reproches; suivant que le tube est plus ou moins lourd, ou s'incruste plus vite de sels calcaires, il devient plus ou moins irritant pour la muqueuse; les tubes en ébonite sont plus légers. On leur a reproché d'être difficiles à aseptiser, et aussi de ne rien révéler à leur surface en cas de lésion de la muqueuse, comme cela a lieu pour les tubes métalliques. Ceux-ci sont plus ronds et plus faciles à introduire. Trakiris recommande ses tubes en aluminium, légers et bien tolérés.

Le *frottement du tube* contre les parois a été signalé comme cause d'ulcération par O'Dwyer; à ce point de vue le procédé d'énucléation de Bayeux pour l'extraction du tube n'est pas exempt de tout reproche; on a trouvé plusieurs fois à l'autopsie des lésions de la muqueuse dans des cas où ce procédé avait été employé. S'agirait-il de pression faite antérieurement par le tube, de vulnérabilité spéciale de la muqueuse; il est difficile d'être affirmatif sur ce point; mais, en admettant l'existence d'une lésion de la muqueuse antérieure à l'emploi de ce procédé d'extraction; ce dernier ne pourrait que l'aggraver. Nous croyons plus prudent au point de vue qui nous occupe de s'en abstenir.

*
* *

La *durée du tubage* joue un rôle important dans la production et l'entretien de l'ulcération si elle se produit; néanmoins un tubage prolongé n'entraîne pas fatalement une lésion de la muqueuse, alors qu'une intubation de courte durée peut en produire dans certains cas (Galatti). Les causes de l'intubation prolongée sont en général en dehors de la persistance de l'affection primitive : l'irritation de la muqueuse par le tube, ou son ulcération avec production d'un œdème persistant (O'Duyer), les spasmes du larynx chez les enfants nerveux (Sevestre, Richardière); la paralysie des muscles du larynx.

Pour parer aux inconvénients que nous venons de signaler, on s'efforce d'abréger le plus possible la durée de l'intubation. Les uns le font d'une façon systématique, les autres d'une façon opportune[1].

Systématiquement, au bout de six à huit jours de tubage, si l'enfant ne peut se passer de son tube, on pratique la trachéotomie. Si l'état général est mauvais, s'il existe une rougeole, on devra encore abréger cette période (Sevestre).

Pour Wiederhofer, Rauke, Heubner, on ne devra pas dépasser une intubation de cent vingt heures consécutives ou non. Cette limite un peu trop mathématique ne met pas à l'abri du rétrécissement, car cette complication se produit souvent au cours d'une intubation beaucoup moins prolongée.

Variot, pour éviter les complications dues au long séjour du tube, se montre beaucoup plus radical encore. Il conseille de faire avec le tube un simple écouvillonnage du larynx et de le retirer aussitôt après l'introduction. Dans les cas où ce procédé ne réussit pas, il laisse en place le tube deux ou trois heures et répète l'opération un certain nombre de fois si c'est nécessaire.

Lorsqu'on est sûr qu'il existe une lésion laryngienne entretenue par le tube, on a recours à la trachéotomie si le sujet ne peut être détubé. Pour être sûr de l'existence de la lésion on devra la constater par l'examen laryngoscopique. Certains signes de probabilité pourront la faire soupçonner : l'existence d'une tache noire sur le tube en un point qui correspond à la région lésée, généralement la région sous-glottique; la nécessité de retuber le patient presque immédiatement ou au bout d'un temps assez court après la détubation spontanée ou artificielle. Pour O'Dwyer, la durée des extubations progressivement plus courte pour devenir presque nulle est un signe presque certain de lésion laryngienne entretenue par le tube et d'œdème par trouble circulatoire.

*
* *

Certains procédés spéciaux ont été employés pour permettre sans danger la continuation de l'intubation. — O'Dwyer conseille dans les cas de « rétention du tube » l'emploi de tubes de petit calibre de forme appropriée dont la tête répond à l'âge de l'enfant, mais dont le collet et le corps sont d'un calibre d'un ou deux numéros inférieurs. Le nettoyage du tube sera fait le plus rarement possible, mais tous les cinq jours au moins sous peine de voir l'instrument s'incruster et devenir très irritant.

Sur 535 cas de croup, O'Dwyer a observé et guéri de cette façon 5 cas d'intubation prolongée variant entre vingt-quatre jours et onze semaines.

Dans un cas très intéressant, cet auteur s'est servi d'un tube de bronze à collet étroit qu'il enduisait d'une couche de gélatine saupoudrée d'alun pulvérisé. Le tube, séché pendant quelques heures, était mis en place, laissé pendant cinq jours. Au bout de ce temps l'enfant put rester une demi-heure sans tube. Un tubage identique fut appliqué de nouveau; à la troisième fois la détubation fut de trois quarts d'heure. Nouvelle intubation du même genre, puis détubation définitive. Il y eut une légère dyspnée pendant quelques jours qui disparut sans traitement. La voix redevint normale très vite malgré le port d'un tube pendant soixante-dix-neuf jours.

Bokay a eu l'occasion d'employer ce procédé dans 5 cas d'intubation prolongée. Dans un de ces cas il s'agissait sûrement d'ulcérations sous-glottiques, car plus tard on put constater l'existence d'un rétrécissement cicatriciel sous-glottique qui disparut définitivement par une dilatation méthodique.

Il recommande cette manière de faire dans tous les cas où le tubage dépasse cent heures et aussi dans les cas d'intubation plus courte où on a des signes d'ulcération laryngée. Pour lui la trachéotomie secondaire pourra être évitée très souvent par cette méthode.

La *trachéotomie* primitive ou secondaire au tubage joue un rôle important au point de vue de la production des rétrécissements laryngés ultérieurs.

La canule peut agir directement par l'irritation due à sa présence, et produire une ulcération de la muqueuse dans la portion inférieure du larynx, ulcération par pression, dite encore ulcération de décubitus (trachéotomies hautes, crico-trachéotomies ou inter-crico-thyroïdiennes). Les points les plus fréquemment lésés par la présence de l'instrument sont la paroi antérieure de la trachée, la face antérieure du chaton cricoïdien, la partie antérieure de l'anneau cricoïdien.

Dans ces cas on doit incriminer surtout la mauvaise adaptation de la canule au larynx dans lequel elle est mise.

Si l'opérateur peut surveiller d'assez près son malade et lui mettre une canule s'adaptant exactement sans pression sur les points de la muqueuse les plus exposés à être lésés, il y aura toute chance pour qu'aucun rétrécissement ne survienne par le fait de l'intervention et du port plus ou moins prolongé de la canule.

Les canules à fenêtre sur la convexité, permettant la respiration laryngée, peuvent aussi provoquer une lésion de la muqueuse si l'orifice est trop en arrière et atteint la muqueuse de la paroi postérieure. Celle-ci fait hernie à travers le trou et peut être sectionnée par la canule interne; ou bien elle s'ulcère spontanément et donne naissance à des granulations plus ou moins volumineuses qui seront la cause d'accidents asphyxiques, si elles obturent la canule, ou provoqueront plus tard une sténose cicatricielle. Il en sera de même si l'orifice de la canule est trop en avant et arrive jusqu'à la paroi antérieure de la trachée.

Nous ne pouvons entrer ici dans la description des différents modèles de canules qui ont été inventés pour parer à cet inconvénient et pour empêcher les ulcérations de décubitus. Signalons cependant la canule de Chappell, les valves de Smith, de Santi, le dilatateur d'Egidé.

La trachéotomie peut agir indirectement dans la production de la sténose laryngée. Elle n'intervient qu'en mettant le larynx au repos absolu, et en favorisant ainsi les rétractions cicatricielles ou les adhérences. Ce n'est pas la plaie trachéale ou la pression canulaire qui produit alors le rétrécissement, mais la cause première pour laquelle l'intervention a été faite, ou encore les lésions produites par le tubage si on a eu recours à ce procédé et si on a été obligé d'y renoncer.

Le rétrécissement se constitue alors d'au-

1. Boulay. — « Les scléroses sous glottiques ». *Journal du Praticien*, 1901.

tant plus vite que le larynx est plus au repos et que la cicatrisation est plus rapide.

Pour Stock, la longue durée du séjour de la canule à trachéotomie peut par elle-même entraîner des altérations des tissus mous du larynx capables de produire ultérieurement une sténose cicatricielle.

La plupart des auteurs, Gougenheim entre autres, n'admettent pas cette manière de voir, car la canule n'obstrue jamais assez hermétiquement la trachée pour empêcher l'air de pénétrer jusqu'au larynx, et les cas de sténose après port prolongé de la canule seraient beaucoup plus fréquents qu'ils ne le sont. Les granulations qu'on remarque dans ces conditions viennent d'une lésion de la muqueuse indépendante de la trachéotomie, sauf dans les cas que nous avons étudiés plus haut. Plus la canule reste longtemps en place, plus elles ont de chance de se produire. Il sera donc d'une bonne pratique, aussi bien à ce point de vue que pour empêcher les autres complications de la trachéotomie, de laisser le moins longtemps possible la canule en place et de combattre les causes qui peuvent retarder le décanulement.

Si l'obstacle au décanulement est formé par la présence de granulations, il ne faudra pas hésiter à les enlever, on combattra ainsi le premier stade d'une sténose fibreuse commençante. On pourra constater l'existence de ces granulations par l'examen laryngoscopique s'il est possible, ou par l'examen direct à travers la plaie trachéale dilatée ou non. On peut aussi facilement introduire un petit miroir trachéoscopique dans la trachée et examiner toute la région sous-glottique. Cet examen est facile sur les malades dociles; il n'est même pas nécessaire de cocaïniser la région.

L'ablation des granulations peut se faire soit par la voie buccale, soit par la voie trachéale.

Par la voie buccale, on les enlèvera comme des polypes du larynx à l'aide du serre-nœud, des pinces diverses, des curettes, etc.

Par la voie trachéale, après la dilatation de l'ouverture, on pourra introduire un petit serre-nœud, une curette ou même une pince. Dans certains cas, on sera obligé d'agrandir l'incision trachéale pour pouvoir tout enlever ou même d'avoir recours à la laryngofissure.

Certaines opérations endo-laryngées, lorsqu'elles sont trop étendues, peuvent entraîner la formation de tissu de cicatrice dans le larynx. Dans certains cas la constitution de bandes cicatricielles pourra avoir l'heureux résultat de remplacer une corde vocale supprimée et d'assurer la conservation relative de la voix; mais, dans d'autres, il pourra se produire de la sténose vraie. Il faudra donc se montrer très circonspect dans ces interventions et surveiller de près le malade ultérieurement pour prévenir la sténose avant qu'elle ne soit constituée.

Toutes les opérations sur le larynx par voie externe peuvent entraîner une sténose fibreuse consécutive après cicatrisation, surtout après des interventions intéressant le squelette cartilagineux de l'organe. Dans ces cas on devra user d'artifices autoplastiques, lorsqu'on redoute une rétraction cicatricielle trop marquée.

Le *traitement palliatif* des sténoses fibreuses du larynx se réduit à un moyen, la trachéotomie, qui assure la respiration du malade si celui-ci ne peut se soumettre à un traitement curatif, ou si les divers traitements ont échoué. Il en sera de même dans certains cas de tuberculose, de lèpre ou de lupus.

Le *traitement curatif* comprend deux méthodes : la dilatation ou la suppression du rétrécissement.

La *dilatation* peut se faire avant ou après la trachéotomie, suivant que le rétrécissement est plus ou moins large.

Avant la trachéotomie, on ne pourra employer que des instruments permettant au malade de respirer pendant la séance de dilatation, tels les *dilatateurs métalliques à branches divergentes*, sortes de pinces qu'on écarte et qui agissent un peu brutalement, tels encore les *tubes de Schrœtter* ou mieux les *tubes d'O'Dwyer* plus ou moins modifiés. Le tubage dilatateur variera chez l'enfant et chez l'adulte, ce dernier supportant mieux le séjour prolongé du tube. On aura toujours sous la main au moment de l'intervention les instruments nécessaires pour pratiquer une trachéotomie qui peut s'imposer d'urgence, et on surveillera de près le malade pendant les heures qui suivront la séance de dilatation, car un gonflement traumatique peut survenir, qui entraînerait l'asphyxie rapide.

Après la trachéotomie, la dilatation peut se faire sans crainte de provoquer les crises asphyxiques; elle sera à séances courtes ou à séances prolongées suivant les circonstances et la tolérance du malade.

A courte séance on pourra employer les *dilatateurs à branches divergentes* dont l'emploi est beaucoup plus logique et moins dangereux qu'avant la trachéotomie. Egidi fait avec leur aide de la divulsion sans chloroforme, qu'il combine avec des séances de tubage.

Les *tubes de Schrœtter* seront aussi utiles pour obtenir la dilatation après trachéotomie; on aura soin de remplacer la canule ordinaire par une canule fenêtrée permettant de voir arriver le bec de l'instrument dans le larynx.

Les *cathéters métalliques* de Béniqué, de Garel, de Boulay pourront rendre de grands services pour les rétrécissements étroits; pour s'assurer qu'on ne fait pas fausse route et que l'instrument pénètre bien dans le larynx, il faudra une canule fenêtrée spéciale. Les séances seront plus ou moins rapprochées suivant la façon dont elles seront tolérées.

La dilatation *à séances prolongées* se fait à l'aide d'instrument qu'on abandonne à demeure dans le larynx. Tels les *tubes d'O'Dwyer*, auxquels on aura recours quand le rétrécissement sera suffisamment dilaté pour permettre de supprimer la canule trachéale, ou quand cette canule sera insérée suffisamment bas pour permettre de placer simultanément un tube très court.

Les *olives de Trendelenburg* ou de *Schrœtter* se passent dans le larynx de haut en bas à l'aide d'un fil ou d'un mandrin métallique et se fixent sur la convexité de la canule trachéale.

Si on est en présence d'un rétrécissement très étroit, on pourra passer un *simple fil* dans le trajet, à l'aide d'un stylet. Ce fil abandonné à lui-même dilate la sténose et permet de passer un nombre de plus en plus considérable de fils, jusqu'à ce qu'un dilatateur plus puissant puisse être introduit.

Tous ces instruments se passent de haut en bas dans le larynx; il en est d'autres qu'on peut passer indifféremment dans les deux sens et de préférence de bas en haut. Les *bougies en gomme ou en caoutchouc* sont de ce nombre; leur souplesse permet de les introduire par la plaie trachéale sans risquer de faire fausse route; on peut les laisser à demeure comme les fils et les fixer en liant leurs deux extrémités ou en les attachant à la canule trachéale.

Un *tube en caoutchouc* introduit tendu dans le larynx et abandonné à lui-même a tendance à reprendre son volume primitif et fait une dilatation très active (Ebstein). Il en sera de même des *laminaires* qui peuvent élargir rapidement un rétrécissement où on les abandonne pendant six à dix heures (Hering-Conadi).

Les *canules dilatatrices* se composent d'un tube trachéal fenêtré où l'on introduit un ajutage laryngien composé généralement de deux parties pouvant s'écarter l'une de l'autre à volonté par un mécanisme spécial (*canule à ailettes de Lefort*, de *Stœak*, de *Schrœtter*); elles sont en général mal supportées.

Les *canules en T* ou à double courant ont un tube trachéal et un tube laryngien destiné à maintenir la dilatation obtenue par un autre procédé. La canule de Luning permet de passer des tubes laryngiens de plus en plus gros qui agissent alors comme dilatateurs.

Lorsque la dilatation ne suffit pas ou nécessiterait un temps trop long, on peut d'emblée songer à supprimer le rétrécissement, soit par la voie endolaryngée, soit par la voie externe.

Les opérations *endolaryngées* consistent à sectionner ou à détruire les tissus rétrécis à l'aide d'un bistouri à lame cachée, ou des différents instruments de l'arsenal laryngologique (pinces compactes, pinces emporte-pièce, etc.). Le galvano-cautère peut rendre service dans certains cas, mais on aura soin d'en user prudemment, à cause des cicatrices rétractiles qu'il peut provoquer.

L'*électrolyse* mérite une mention spéciale; elle a été employée sous forme d'électrolyse à l'*aiguille* (Boulay), mais pourrait probablement aussi être utile sous forme linéaire.

Dans les *opérations par voie externe* on ouvre le larynx par la ligne médiane (laryngofissure, thyrotomie, crico-trachéotomie), et on enlève tous les tissus constituant le rétrécissement. On peut suturer immédiatement sans laisser d'autre pansement qu'une simple mèche dans le larynx pour arrêter l'écoulement sanguin; ou bien on laisse un tube conformateur pour empêcher le rétrécissement de se reproduire. Ce tube peut être une canule en T, ou un tube à intubation ordinaire (peu pratique), une canule en verre de Mikulicz (canule encombrante, difficile à retirer ou à replacer), un tube en caoutchouc à paroi résistante (plus facilement toléré). Certains opérateurs, considérant comme corps étrangers tous les instruments conformateurs du larynx, n'y mettent même pas de mèche de gaze si le suintement sanguin n'est pas considérable.

Lorsque la perte de substance a été étendue, on peut essayer de prévenir la récidive du rétrécissement en remplaçant la muqueuse absente par des greffes de Thiessch (Gersuny), ou même par une greffe cutanée cartilagineuse ou osseuse (Schimmelbusch, Lordez, Lönig, Bier, etc.)

Dans les cas compliqués où les cartilages

sont malades, on doit réséquer une étendue plus ou moins considérable du squelette laryngien. On a même réséqué transversalement la région cricoïdienne, siège habituel des rétrécissements invétérés, et suturé la trachée au moignon laryngien (Küster).

Le rétrécissement fibreux simple du larynx ne justifie pas une extirpation de l'organe, mais, en cas de chondrites et périchondrites suppurées interminables concomitantes, on est autorisé à employer cette ressource extrême (Krause, Jabernelay).

* * *

En résumé, le rétrécissement fibreux du larynx est une affection souvent très rebelle, nécessitant parfois des prodiges de patience de la part du malade et du médecin pour aboutir à la guérison, et récidivant facilement. Le choix du procédé à employer sera indiqué par la nature du rétrécissement, par le degré, le siège, l'étendue en hauteur de la sténose, et par l'âge du malade qui devra être surveillé encore longtemps après sa guérison.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU LA MÉTHODE ASEPTIQUE

A lire les Traités de dermatologie, il semble que la méthode antiseptique soit la plus importante de toutes celles qui sont employées dans la thérapeutique des dermatoses et la plus fréquemment employée. Ceci mérite une discussion sérieuse et approfondie. En fait, l'explication, par leur action microbicide, du rôle de certains agents en thérapeutique remonte aux premières périodes de la bactériologie, c'est-à-dire à une époque assez éloignée; depuis lors, les théories antiseptiques ont été profondément modifiées; cependant les traités de thérapeutique n'y ont pas renoncé, peut-être à cause des interprétations faciles auxquelles elles prêtent.

* * *

Peu de temps nous sépare du moment où, sous l'influence des découvertes et des théories de Pasteur, a eu lieu la plus grande révolution que la chirurgie ait jamais subie. Le traitement des plaies, livré, jusqu'aux révélations de la bactériologie, à un empirisme grossier, ou fondé sur des données théoriques dépourvues de base positive, a été dirigé par Lister dans le double but de prévenir l'apport de microbes étrangers aux tissus soumis aux traumatismes chirurgicaux et de supprimer les microbes dans les tissus où ils avaient été apportés. La *méthode antiseptique* fut fondée sur l'emploi d'agents chimiques qui s'étaient montrés capables, à une concentration suffisante, de tuer les parasites dans les milieux de culture.

Trente ans après sa découverte, la méthode antiseptique est complètement ébranlée dans ses principes et modifiée dans ses applications. Sans doute, il paraît plus que jamais nécessaire d'empêcher la pénétration de microbes dans un foyer non infecté et de microbes nouveaux dans un foyer déjà infecté; mais les moyens physiques, mécaniques et thermiques, destinés à tuer les parasites compris dans les objets de pansement ou adhérents aux mains du chirurgien, ont remplacé les agents chimiques; au règne de l'acide phénique a succédé celui de l'autoclave et du four à flamber. D'autre part, on a reconnu, et cela de la manière la plus certaine, que les agents antiseptiques ne tuent pas les microbes dans les tissus vivants. Déjà ils tuent mal ceux qui sont mélangés à des liquides organiques. Behring, par exemple, a constaté que le sublimé, qui peut tuer les germes de l'eau à la dose de 1/5.000.000, ne les tue dans le bouillon qu'à celle de 1/40.000, et dans le sérum qu'à celle de 1/2.000.

S'agit-il de tissus vivants? Zimmermann plonge un morceau de viande contenant des microbes variés dans une solution de bichlorure de mercure à 1/1.000; au bout de vingt minutes la désinfection ne s'est pas encore produite. Schimmelbusch, Goldberg, un grand nombre d'auteurs ont étudié l'action des antiseptiques sur des plaies expérimentales; or, dans les cas où l'on inocule des microbes virulents, l'emploi immédiat des antiseptiques les plus énergiques ne suffit pas à empêcher l'infection générale.

Mieux encore: il est avéré que l'application d'antiseptiques au niveau d'une plaie infectée en retarde la guérison, provoque une suppuration abondante; du reste, l'emploi des antiseptiques aux doses usuelles en chirurgie amène des lésions histologiques importantes.

* * *

Tandis que disparaissait peu à peu la croyance à la possibilité d'amener la destruction des microbes dans les tissus par l'action des substances chimiques, nous étions de mieux en mieux informés sur la manière dont l'organisme se défend contre l'infection, sur la destruction des germes par les moyens naturels, par l'action bactéricide des cellules et des humeurs, ainsi que par l'éviction spontanée qui se produit au niveau des plaies en communication facile avec l'extérieur, souvent suffisante pour amener la désinfection lorsque la virulence et la prolifération des cellules étrangères ne sont pas considérables.

De là est née une méthode nouvelle de traitement des plaies: c'est la *méthode aseptique* qui a maintenant triomphé, grâce à la jeune école chirurgicale. On peut résumer en quelques lignes les procédés qu'elle emploie, tels qu'ils sont indiqués dans un travail récent fait par Gottschalk sur « le traitement des plaies » sous l'inspiration du professeur Terrier (*Thèse* de Paris, 1901).

Dans les plaies sans réaction locale ni générale d'infection, le foyer traumatique et la peau ambiante seront détergés par l'eau ou la solution salée physiologique stérilisée; avec des compresses et des tampons stérilisés, on essuiera, avec énergie, de manière à enlever tout ce qu'on peut du milieu traumatisé si on ne peut l'exciser en entier; si l'on peut faire la réunion, les pansements seront faits au moyen de gaze sèche ou de gaze humide: Gottschalk mentionne ici les bons résultats que donne l'argile en poudre stérilisée.

Dans les plaies contuses, on pratiquera la détersion mécanique en les ouvrant de manière à faciliter l'élimination de tous les produits morbides. On se servira de solutions chaudes (60°-62°, Reclus).

Dans les plaies infectées, on lavera à l'eau stérilisée, avec des solutions chlorurées sodiques, l'eau oxygénée, antiseptique non nuisible pour les tissus. Le pansement doit assurer le drainage capillaire; on se servira de gaze stérilisée humide exprimée pour amorcer le courant continu qui doit se faire de la plaie vers le pansement, courant dû à l'absorption capillaire de la gaze. Celle-ci, mollement chiffonnée, sera couverte d'ouate hydrophile, puis d'ouate ordinaire, en couche peu épaisse pour ne pas empêcher l'évaporation. La bande qui maintiendra le tout sera peu épaisse. *L'imperméable doit être absolument proscrit;* le pansement sera renouvelé souvent, au moins tous les jours. *Les pansements humides ont l'inconvénient de macérer les tissus et de fournir aux microbes les conditions de culture d'une étuve. Ils devront toujours n'être que très légèrement humides* [1]. Ainsi tout, dans le pansement, doit favoriser, sinon augmenter les éliminations naturelles; rien ne doit troubler les actes de défense qui se passent dans les tissus.

* * *

Revenons maintenant sur le terrain dermatologique. Y a-t-il lieu de formuler des conclusions aussi absolues que celles qui sont indiquées par les chirurgiens de l'école aseptique?

Nous avons vu qu'on admet aujourd'hui que les agents chimiques, considérés comme antiseptiques, n'ont aucune action sur les microbes des plaies, en dehors de ceux qui sont absolument superficiels; la protection par les liquides organiques, plus encore s'il est possible par les cellules phagocytaires qui les englobent, suffit à empêcher le contact entre les corps antiseptiques et les microbes. Mais les conclusions qui s'appliquent aux plaies sont-elles applicables aux lésions cutanées?

Au point de vue du pouvoir des antiseptiques, une distinction fondamentale doit être faite entre la couche cornée et les couches cutanées plus profondes. Formée de cellules arrivées au dernier terme d'une évolution, séparées par des graisses auxquelles sont mêlés les produits de sécrétion de la peau, la couche cornée laisse pénétrer les substances chimiques beaucoup plus facilement que le corps muqueux. Sans doute, il est prouvé qu'avec les moyens actuels l'antisepsie complète de la couche cornée est impossible. Ces moyens comprennent non seulement l'emploi d'antiseptiques, mais encore de procédés physiques destinés à les faire pénétrer profondément. Or, quels que soient ces moyens, alcool, sublimé, permanganate de potasse, brossage pendant dix minutes, les mains placées pendant cinq minutes dans du sérum sanguin chaud y laissent des microbes qui germent à l'étuve (Hœgler). Encore faut-il remarquer que l'épiderme de la main ainsi placée dans le sérum est recouvert de couche cornée, et que le sérum lui-même ne pénètre pas les couches profondes de celle-ci [1].

Ces expériences ne démontrent pas toutefois que les lésions de la couche cornée ne doivent pas être traitées par les antiseptiques; il suffit que l'antisepsie de cette zone de la peau puisse être obtenue dans une large mesure pour la justifier au point de vue thérapeutique. Retenons seulement l'utilité des moyens physiques pour faciliter la pénétration des agents chimiques, et, d'autre part, l'utilité d'incorporer ceux-ci à des substances qui dissolvent les graisses; l'emploi de l'alcool dans le nettoyage des mains est maintenant courant en chirurgie, et les désinfectants agissent beaucoup mieux lorsqu'on a pris soin de dégraisser la peau aussi complètement que possible par les frictions d'alcool. Ceci est encore un fait à retenir pour les applications dermothérapiques.

Mais si les expériences concernant la désinfection des mains ne suffisent pas à faire considérer comme inutile l'emploi des antiseptiques dans les lésions de la couche cornée, elles suffisent largement à démontrer qu'il est impossible d'agir par des agents chimiques sur les microbes contenus dans le corps muqueux qu'elle revêt et le derme sous-jacent.

L'impossibilité de l'antisepsie par les antiseptiques devient encore plus évidente lorsque des microbes auront provoqué des réactions inflammatoires de l'épiderme, lorsque les fentes du corps de Malpighi seront distendues par du sérum contenant en suspension des leucocytes, lorsque ceux-ci seront accumulés en petits foyers, lorsqu'il existera des vésicules et des bulles remplies de liquides organiques, limitées par des cellules épithéliales.

Les antiseptiques retrouvent une indication dans un seul cas; au moins en théorie est-elle tout à fait justifiable: je veux parler de celui où,

1. Nous retrouverons plus loin les mêmes détails pour les pansements dermatologiques.

1. Longuet. — « L'asepsie des mains en chirurgie ». *La Presse Médicale*, 1901, 10 Août.

soit le corps muqueux, soit le derme sont à nu, et où des agents microbiens se trouvent accumulés à la surface d'érosions et d'exulcérations, et, par suite, abordables aux antiseptiques. C'est ainsi que, sous les croûtes de l'impétigo, à la surface du corps muqueux, le nitrate d'argent, l'eau d'Alibour ont sans doute une action bactéricide. Nous ne pouvons considérer leur action antiseptique comme démontrée ; peut-être agissent-ils en provoquant des réactions défensives énergiques, et par suite comme des réducteurs ; au moins cette action antiseptique explique-t-elle aussi bien les résultats favorables que donne leur emploi en thérapeutique. Une remarque est à faire ici : l'action antiseptique ne se comprend, dans ces exemples, qu'à la condition d'être faite au moyen d'agents énergiques à doses élevées, et appliqués de manière à pouvoir pénétrer profondément. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point de pratique. Il me paraît certain que les corps qu'on appelle des antiseptiques doux n'ont jamais d'action antiseptique.

Pour terminer le procès des antiseptiques, il est nécessaire de rappeler que leur usage inconsidéré a les plus graves inconvénients pour la peau.

Dans la pratique dermatologique, les exemples d'impétigos, de folliculites, de suppurations qui s'aggravent et s'étendent à la suite d'application d'agents antiseptiques, sont presque quotidiens.

Quant aux exemples d'accidents au niveau des plaies chirurgicales et autour d'elles dus au sublimé, à l'acide phénique, à l'iodoforme, au salol, ils sont encore plus communs, beaucoup de médecins et de chirurgiens ayant conservé les règles de l'antisepsie listérienne qui ont réalisé un tel progrès qu'ils sont un peu réfractaires aux méthodes d'asepsie ; on voit ainsi des agents chimiques retarder la guérison de lésions qui guériraient par des pansements simples à l'eau bouillie ; on observe des éruptions médicamenteuses, parfois très étendues et très graves. Le salol, l'iodoforme sont extrêmement dangereux ; l'acide phénique, à la dose de 2 pour 100, considérée comme dose antiseptique usuelle, retarde habituellement la réparation des plaies sur lesquelles on l'applique, quand il n'amène pas la mortification des bords.

En dermatologie, l'usage d'antiseptiques doit se restreindre à certains cas bien déterminés, et devient ainsi presque exceptionnel ; *le traitement des infections superficielles de l'épiderme, des infections dermiques, la prophylaxie de ces infections repose avant tout sur l'emploi de la méthode aseptique.*

*
* *

Telle est l'importance de cette question qu'on me pardonnera d'avoir insisté sur une discussion théorique ; mais maintenant nous allons en voir les conséquences pratiques.

On est amené, en fin de compte, à formuler la règle pratique suivante : dans les infections cutanées — je parle des infections aiguës — l'emploi de la méthode aseptique est de règle ; la méthode antiseptique ne doit être employée que par exception dans des cas particuliers, bien déterminés ; encore, dans la plupart de ces cas, les deux méthodes doivent être combinées : *le pansement sera aseptique, on fera seulement dans l'intervalle des pansements les applications antiseptiques.*

Les principes de l'asepsie dans le traitement des dermatoses sont les mêmes que dans celui des plaies ; les moyens d'application diffèrent en raison de la complexité plus grande des faits. Mais ils ont toujours pour but de ne gêner en rien et même de faciliter la défense des tissus contre les microbes, d'aider à leur élimination et à celle de leurs produits de sécrétion et d'en faciliter l'absorption.

A quelles lésions de la peau s'applique la méthode aseptique ?

Les infections cutanées primitives sont excessivement communes, mais d'autres dermatoses relèvent des procédés d'asepsie, au moins pendant une certaine période de leur traitement ; je veux parler de celles qui sont compliquées par une infection de la surface qu'il faut faire disparaître avant de traiter les lésions initiales, et même celles qui sont susceptibles d'en être compliquées. Toutes les dermatoses *humides* sont dans un de ces cas, et, dans un grand nombre de cas, les dermatoses prurigineuses. Tantôt l'infection apparaît à l'œil nu ; elle se révèle par des croûtes qui ne sont pas dans le plan régulier de la maladie, un suintement d'aspect anormal ; s'il existe des vésicules et des bulles, elles se transforment en vésicules et phlyctènes purulentes par l'invasion des cocci superficiels. Tantôt l'infection ne se révèle pas ; cependant l'asepsie cutanée doit précéder tout traitement actif ou simplement capable de ralentir les éliminations de la surface, et dont les effets seraient nuisibles, parce que la vitalité des microbes présents à la surface du corps muqueux serait exagérée. Mais l'asepsie superficielle est beaucoup plus facile dans ces cas que dans ceux où existent des produits visibles d'infection, et sa durée peut être très courte.

Dans les procédés d'asepsie cutanée, on pourrait comprendre ceux qui sont nécessaires à l'élimination des corps étrangers, qui gênent les éliminations profondes, sont souvent le point de départ d'infections térébrantes, tels que les comédons de l'acné, les poils lorsqu'il existe une maladie inflammatoire d'une région pilaire. L'asepsie comprend même les méthodes qui servent à l'élimination de foyers de suppuration intradermiques. Enfin elle comprend l'étude du traitement des érosions et des ulcérations de tout genre. On voit combien ses applications sont étendues.

Nous étudierons successivement dans un prochain article : l'asepsie cutanée superficielle, l'asepsie profonde, comprenant l'asepsie des régions pilaires, l'asepsie des érosions et ulcérations.

L. V. Lebedde.

L'ADRÉNALINE EN OPHTALMOLOGIE

Le jour même où Lermoyez publiait en tête de ce journal une note sur l'adrenaline, M. Vignes faisait à la *Société française d'ophtalmologie* une communication dont nous publions le compte rendu, la question étant tout à fait d'actualité.

*
* *

L'adrenaline, isolée par Takamine, est le principe actif du suc des capsules surrénales.

On sait combien inconstantes sont les préparations de suc surrénal. En dissolvant l'adrenaline dans la solution physiologique de chlorure de sodium additionnée de 0,5 pour 100 de chloretone, on obtient un liquide fixe, de longue conservation, même dans des flacons en vidange.

Le chloretone est à la fois un puissant germicide et un anesthésique. Il se forme en faisant agir la potasse caustique sur parties égales de chloroforme et d'acétone. Lorsqu'il est absorbé, le chloretone localise son action dans le système nerveux central ; ses effets sont identiques à ceux des autres hypnotiques de la série grasse.

On le donne à la dose de 0,40 centigrammes à 1 gramme pour combattre l'insomnie des vieillards et des cardiaques.

L'action physiologique générale de l'adrenaline est la même que celle du suc surrénal, c'est-à-dire stimulante du nerf vague, excitante de la contraction cardiaque et de la technique musculaire des vaisseaux, et, par suite, elle élève la pression sanguine.

Son action locale est nettement vaso-constrictive. Instillée dans l'œil, l'adrenaline détermine l'ischémie de la muqueuse, sans déterminer d'irritation douloureuse. De trente secondes à une minute après l'instillation d'une goutte de solution à 1 pour 1.000, la muqueuse pâlit, et cette pâleur va s'accentuant pendant les minutes qui suivent ; elle persiste environ une heure à une heure et demie.

Ce pouvoir ischémiant reste le même dans l'hyperhémie ou l'inflammation de la conjonctive.

Un de nos malades avait reçu quelques gouttes d'une solution au millième ; un instant après, sa joue présentait une traînée blanchâtre due au cheminement d'une petite quantité du liquide échappé de l'œil, et cette traînée tranchait d'autant plus que le sujet était très haut en couleur.

L'adrenaline ne détermine aucun trouble de l'épithélium cornéen, ne modifie pas l'ouverture pupillaire ni le pouvoir accommodateur ; elle ne nous a pas paru influencer la tension de l'œil sain.

Dans les cas d'hyperhémie conjonctivale ou de conjonctivite, elle procure de la sédation dans les signes subjectifs : ardeur, sensation du corps étranger, etc.

On note, en même temps, la diminution de sécrétion lacrymale.

L'action calmante s'explique par la présence du chloretone et par l'action décongestionnante de l'adrenaline. En tant qu'analgésique dans les inflammations conjonctivales et celles superficielles de la cornée, il faut la préférer à la cocaïne, attendu qu'elle respecte la vitalité des épithéliums.

Dans les iritis, et chaque fois qu'il y a de l'injection ciliaire, elle nous a paru essentiellement recommandable, non pas que nous lui reconnaissions un pouvoir curatif spécial sur l'affection, mais en ce qu'elle facilite l'absorption des mydriatiques, si minime dans les cas suraigus.

Dans le glaucome, la puissance anémiante de l'adrenaline favorise également l'action des myotiques. Mais elle ne me semble pas posséder un pouvoir nettement antiglaucomateux. Cependant, chez une femme atteinte de glaucome presque absolu, iridectomisée aux Quinze-Vingts, et qui se présentait à notre clinique avec de l'hyphéma et en poussée, alors que les myotiques ne déterminaient aucune amélioration, l'instillation de six gouttes par vingt-quatre heures de solution au millième produisit la décongestion oculaire, et le sang, dans la chambre antérieure, se resorba.

En tout cas, employée conjointement à la cocaïne, l'adrenaline procure une anesthésie opératoire plus complète.

Le pouvoir hémostatique du suc surrénal, vanté par Ferwink contre les hémorragies gastro-intestinales, nous fait présumer que l'emploi de l'adrenaline pourra être utile dans les hémorragies intra-oculaires.

On a vanté cette action hémostatique dans la pratique des opérations oculaires. Nous avons procédé à deux énucléations d'yeux enflammés ; nous devons reconnaître que la dissection du segment antérieur a donné lieu à une hémorragie moindre qu'en pareil cas. Il en a été de même dans une iridectomie pour opération secondaire d'un opéré de cataracte.

On a vanté également l'adrenaline dans le traitement des affections lacrymo-nasales. Elle facilite, par décongestion de la muqueuse, le cheminement des liquides dans le canal ; mais là semble se borner son action. En somme, l'adrenaline est un médicament qui, dans nombre de cas, est appelé à rendre grand service à l'ophtalmologie.

J. Vignes.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

7 Mai 1902.

Appendicite et hernie. — *M. Guinard*, à propos de la pièce présentée dans la dernière séance par M. Potherat, fait remarquer qu'il s'agissait d'un appendice chroniquement enflammé, donc d'une appendicite chronique. Cette coïncidence d'une

appendicite chronique avec une hernie n'est pas un fait très rare. Il arrive assez souvent que certains malades, opérés pour une hernie douloureuse, voient leurs douleurs persister même après la cure radicale; c'est qu'alors ces douleurs ont leur point de départ dans l'appendice enflammé : M. Guinard a pu s'en convaincre à plusieurs reprises, et même, dans un cas tout récent, il a pu porter le diagnostic du siège de la douleur avant de prendre le bistouri. Il semble donc indiqué, toutes les fois qu'on pratique la cure radicale d'une hernie douloureuse, de faire une large incision, de façon à pouvoir explorer l'appendice et le réséquer au besoin.

Pour terminer, M. Guinard cite une observation qui montre qu'inversement les douleurs qui accompagnent l'étranglement herniaire peuvent être confondues avec une crise appendiculaire lorsqu'il s'agit d'un malade qui est sujet à ces crises. Il y a là un point de diagnostic différentiel qu'il peut être très difficile d'établir.

M. Potherat déclare que le malade dont il a rapporté l'observation n'accusait pas la moindre douleur.

M. Cahier, au cours d'une cure radicale de hernie, a également trouvé un appendice fortement congestionné, cette congestion semblant d'ailleurs uniquement attribuable à une situation vicieuse de l'appendice qui favorisait la stase sanguine; mais il n'y avait pas, à proprement parler, appendicite.

M. Nimier a observé une hernie inguinale gauche étranglée, contenant le cæcum et l'appendice non enflammé.

Sur les ganglions prévésicaux. — *M. Bazy* fait un court rapport sur une communication de M. Gérota touchant ce sujet. Des ganglions occupant l'espace prévésical de Retzius ont été trouvés par M. Gérota dans certains états pathologiques; ces mêmes ganglions ont d'ailleurs été vus par M. Pasteau et par M. Bazy lui-même. Il n'est pas de doute qu'à un jour prochain l'anatomie normale ne vienne confirmer ces faits pathologiques.

M. Bazy profite de cette occasion pour signaler l'existence d'un ganglion pénien qu'il a découvert sur la face latérale droite de la verge, à 1 cent. 1/2 de sa racine, en même temps d'ailleurs qu'un ganglion prépubien, dans un cas de cancer de l'urètre. Le ganglion pénien avait le volume d'un pois; l'examen histologique, pratiqué par M. Decloux, ne laissa aucun doute sur la nature de cette petite tumeur : il s'agissait bien d'un ganglion lymphatique dégénéré.

Division congénitale de la narine. — *M. Kirmisson* communique l'observation d'une fillette de deux ans qui présentait comme unique malformation une division congénitale de la narine droite. Cette observation n'offre pas grand intérêt au point de vue chirurgical, mais elle est intéressante au point de vue pathogénique : M. Kirmisson n'en connaît pas de semblable dans la littérature. La fissure, triangulaire, à base antérieure, se prolongeait en pointe, en haut et en dehors, comme si elle voulait gagner le canal lacrymal. Celui-ci était bien conformé ainsi que la paupière. Il n'y avait pas de larmoiement. La base du nez était légèrement empâtée (lymphangiome?). L'opération consista à décoller l'aile du nez, puis à le rabattre et à le suturer sur la cloison préalablement avivée, de façon à reconstituer l orifice de la narine Le résultat, au point de vue esthétique, a été très satisfaisant.

Essai de diagnostic précoce des formes graves, gangreneuses, de l'appendicite. — *M. Quénu*, dans une fort intéressante communication, recherche s'il n'est pas possible, en s'appuyant sur des symptômes cliniques bien caractérisés, ayant pour point de départ des lésions anatomiques bien déterminées, de porter le diagnostic précoce des formes graves de l'appendicite. Cette étude n'a évidemment aucune importance pour les chirurgiens d'opinion irréductible, c'est-à-dire pour les interventionnistes ou les abstentionnistes à outrance; elle en a une grande, on le conçoit, pour ceux qui cherchent à régler leur conduite suivant les conditions anatomo-cliniques du cas présent.

Ceci dit, et après avoir rappelé que les formes graves de l'appendicite sont presque toujours les formes gangreneuses, qui tuent moins par lésions locales ou même par septicémie péritonéale que par toxémie suraiguë, M. Quénu établit ce fait, étayé sur un certain nombre d'observations, et, en particulier, sur une observation personnelle parfaitement étudiée au point de vue clinique et anatomo-pathologique, que, dans la gangrène primitive de l'appendice, les lésions débutent et siègent surtout au niveau des follicules clos et de l'appareil lymphatique (lymphangite appendiculaire gangreneuse). Les ganglions correspondants ne tardent pas à se prendre : ce sont non seulement les ganglions iléo-cœcaux, mais même les ganglions mésentériques. Dans le cas auquel il a été fait allusion plus haut, M. Quénu intervint dix-huit heures après le début des accidents : or il n'y avait aucun liquide dans le péritoine, pas la moindre adhérence, pas le moindre dépôt fibrineux; mais déjà il existait une chaîne de gros ganglions mésentériques s'étendant jusqu'à la colonne vertébrale. L'appendice, congestionné et hypertrophié, présentait une zone limitée de gangrène commençante au voisinage de sa base. La cavité appendiculaire contenait un liquide sanieux, rougeâtre et fétide.

Dans ce cas, ce qui était frappant, c'est que le malade, un jeune garçon de sept ans, avait présenté, après la crise douloureuse du début, une indolence à peu près complète de tout le ventre. Au moment où M. Quénu fut appelé à le voir, douze heures après le début des accidents, cet enfant jouait dans son lit et ne se plaignait nullement. Par contre, la palpation réveillait de la douleur non seulement au niveau du point de Mac-Burney, mais encore dans toute la zone rayonnant de ce point vers et jusqu'à la ligne médiane. Avec M. Jalaguier, M. Quénu prétend que ces points douloureux évoqués par la palpation au cours d'une appendicite correspondent aux groupes ganglionnaires envahis par l'infection. Quand l'infection est moyenne, seuls les ganglions de l'angle iléo-cæcal sont pris; la douleur à la pression reste localisée au point de Mac-Burney (ce point répondrait d'ailleurs topographiquement, pour MM. Quénu et Jalaguier, non à l'appendice, mais au groupe des ganglions iléo-cœcaux). L'infection marche-t-elle, au contraire, rapidement comme dans la forme gangreneuse, elle gagne une étape ganglionnaire de plus : la chaîne des ganglions mésentériques est envahie, et la douleur à la pression s'étend cette fois le long de cette chaîne jusque vers la colonne vertébrale, c'est-à-dire sur la ligne médiane.

Ainsi donc la diffusion de l'adénopathie, et, partant de la douleur à la pression, est comme la mesure de la toxicité de l'appendicite. Cette diffusion se fait très rapidement, en sorte qu'il devient possible, dans un certain nombre de cas, de faire le diagnostic précoce (dans les vingt-quatre premières heures) de la forme putride, gangreneuse, de l'appendicite, en étudiant la distribution de la douleur provoquée par la palpation. Il est inutile d'insister sur l'importance de ce diagnostic précoce au point de vue des indications opératoires.

Indications respectives de la cocaïnisation locale, de la rachicocaïnisation et de l'anesthésie générale. — *M. Chaput* fait sur ce sujet une communication dont voici le résumé :

La *cocaïnisation locale* paraît être, avec le chloréthyle en inhalations, le procédé de choix pour les petites opérations. Elle est indiquée, lorsqu'elle est possible, chez les malades qui redoutent l'anesthésie générale et chez les diabétiques. Elle est applicable aux laparotomies superficielles et aux hernies. Elle est contre-indiquée chez les enfants, chez les gens émotifs, et pour les laparotomies compliquées.

La *rachicocaïnisation* est la méthode de choix pour les opérations sur les membres inférieurs, l'anus, le rectum, les organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. Elle est applicable aux laparotomies superficielles et aux hernies. Elle est indiquée pour les opérations sur le thorax et les laparotomies difficiles quand l'anesthésie générale est dangereuse.

L'*anesthésie générale* est seule possible pour les enfants, les émotifs et pour les opérations compliquées (supra-pelviennes). Elle est la méthode de choix pour les opérations moyennes et grosses de la zone supra-pelvienne chez les individus dont l'état général est satisfaisant. Elle est contre-indiquée chez les peureux et dans les mauvais états généraux.

Pinces pour la compression de l'intestin. — *M. Legueu* présente une pince dont il est l'inventeur, et qui est destinée à obtenir l'occlusion de l'intestin au cours des opérations sur cet organe. La pince se compose d'une branche mâle et d'une branche femelle qui par leur emboîtement assurent une occlusion parfaite tout en n'exerçant sur les parois intestinales qu'une pression modérée.

Doigtiers en caoutchouc. — *M. Legueu* présente des doigtiers en caoutchouc qu'il a imaginés pour l'exploration des différentes cavités de l organisme. Ces doigtiers offrent cette particularité qu'ils font corps avec une large collerette, également en caoutchouc, destinée à protéger les autres doigts et le reste de la main de tout contact septique au cours de cette exploration. Ces doigtiers présenteraient sur les gants un double avantage : ils seraient plus faciles à mettre et coûteraient beaucoup moins cher.

Au cours de cette même séance, la Société de Chirurgie a procédé à l'élection d'un **Membre titulaire**. Etaient proposés, en 1re ligne, M. Sebileau; en 2e ligne, M. Faure; en 3e ligne, M. Lyot. Nombre des votants : 37. Au 1er tour, *M. Sébileau* (Pierre) a été élu par 34 voix, contre 1 voix à M. Faure, 1 voix à M. Lyot et 1 bulletin blanc.

J. Dumont.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

Krause. ***Sur l'excrétion de l'indigo sulfate de soude par la glande sous-maxillaire.*** (*Arch. f. Mikrosc. Anat.* 59. 1901.) — Les physiologistes avaient déjà recherché si l'indigo sulfate de soude, injecté dans le sang, s'éliminait par des organes autres que le rein ou le foie, par exemple par les glandes salivaires. Haidenhain, Eckhard, Zerner avaient vu qu'après injection intravasculaire d'indigo et excitation de la corde du tympan, la salive sous-maxillaire devenait bleue. Mislawsky, Smirnow avaient obtenu des résultats négatifs.

L'auteur répète ces expériences, en se servant d'une technique minutieuse. Après avoir constaté en passant que l'excitation soit par la pilocarpine, soit par l'électrisation de la corde, amène une diapédèse intense dans les espaces conjonctifs de la glande, il montre que la matière colorante est très vite éliminée par les régions suivantes :

1° Par les *canalicules excréteurs* de moyen et petit calibres, qui présentent un épithélium à cellules striées.

2° Par les *cellules muqueuses* des acini, mais en petite quantité et encore d'une façon douteuse.

3° Par les *cellules séreuses* (croissants de Gianuzzi). L'indigo se fixe sur les grains de sécrétion visibles par d'autres méthodes. Ces grains sont excrétés en nature dans les canalicules sécréteurs intercellulaires. Ces derniers, remplis par le colorant, se voient admirablement. Ces faits montreraient encore une fois, s'il en était besoin, la fonction sécrétrice des croissants de Gianuzzi.

A. Policard.

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

C. Levaditi. ***Contribution à l'étude des mastzellen et de la mastzellen-leucocytose*** (*Thèse*, Paris, 1902, Février). — Dans la première partie de son travail, Levaditi étudie la mastzelle isolément. Il fait d'abord l'*histoire de la mastzelle* depuis l'époque de sa découverte par Kühne (1864). Il montre la part considérable qui revient à Ehrlich dans la connaissance de ces cellules : métachromasie, présence dans les tissus normaux et pathologiques de l'homme et des animaux, établissement d'une relation étroite entre l'état de nutrition des tissus et leur richesse en mastzellen, vérifiée plus tard par Stassano et Hass (ces cellules se chargent de granulations chez les grenouilles nourries abondamment et maintenues à une température de 20°, s'en dépouillent au contraire en hiver), abandon par effritement de ces granulations aux tissus ambiants, présence des mastzellen dans le sang (0,5 pour 100), etc. Puis, l'auteur résume les travaux de Westfal, de Jolly, qui montrent l'abondance des mastzellen dans certains organes hématopoiétiques; enfin, il rapporte et confirme l'assimilation, faite par Jolly, des clasmatocytes de Ranvier aux mastzellen d'Ehrlich.

Levaditi expose ensuite la *technique* qu'il emploie pour l'étude des mastzellen et les *résultats* qu'il a obtenus grâce à elle. Il n'y a pas une seule espèce de mastzellen, il y en a plusieurs. Mais chaque espèce animale possède, soit dans les organes hématopoiétiques, soit dans le sang, une seule catégorie de mastzellen. Il y a des mastzellen à granulations rondes (salamandre, caïman, rat, souris), à granulations ovoïdes (cobayes), à granulations irrégulières (lapin, singe, homme). Ces trois types de granulations basophiles se comportent d'une manière différente à l'égard des divers principes dissolvants. Ces constatations démontrent une fois de plus, d'après l'auteur, la « spécificité des granulations leucocytaires »

soutenue par Ehrlich, et qui repose d'abord sur la présence d'une catégorie unique de formations granulaires dans un même globule blanc, en second lieu sur l'existence d'un rapport étroit entre les espèces animales et les propriétés des granulations leucocytaires.

Le noyau des mastzellen est du type mononucléaire et du type polymorphe.

L'évolution de la mastzelle est tout à fait identique à celle des leucocytes oxyphiles.

D'après l'auteur, et conformément à l'avis d'Ehrlich et de Jolly, la mastzelle vient de la moelle osseuse : au sein d'un gros mononucléaire non granulé (myéloblaste) apparaissent des granulations ayant une réaction basique et qui deviennent de plus en plus nombreuses. On a ainsi le myélocyte granulé qui donnera naissance à la mastzelle polynucléaire.

La deuxième partie du travail de Levaditi est consacrée à la *mastzellen-leucocytose*.

Se basant sur la présence de la mastzelle dans le sang normal et dans certains exsudats pathologiques (Strauss, Sabrazès et Muratet-Kœnen), l'auteur a essayé de produire expérimentalement la mastzellen-leucocytose. Il y est parvenu en injectant à plusieurs reprises à des lapins de la toxine staphylococcique. Il vit ainsi le nombre des mastzellen s'élever de 3,56 pour 100 à 10,7 pour 100. Cette mastzellen-leucocytose est précédée par une polynucléose accentuée. Elle disparaît au moment où cette polynucléose atteint son maximum.

G. Milian.

MÉDECINE

Deleage (de Vichy). ***Du rôle de l'insuffisance hépatique dans la genèse des accidents provoqués par certains médicaments*** (*Communication au VIe Congrès français de médecine*, Toulouse, Avril 1902). — L'insuffisance hépatique se traduit par des troubles dans l'élimination de certaines substances, de certains médicaments, troubles pouvant avoir comme aboutissants des accidents dont la gravité et l'intensité sont proportionnelles à l'état anatomique et fonctionnel du foie, à la nature, à la quantité de substance absorbée et non éliminée. Quelques faits cités par l'auteur apportent des contributions à l'explication de la genèse de ces accidents.

Le premier fait a trait à un sujet atteint de syphilis scléro-gommeuse du foie et de la rate, avec induration et hypertrophie considérable de ces organes, et présentant les symptômes urologiques et généraux de l'insuffisance presque complète du foie. Une dose quotidienne de 2 grammes de KI provoqua, au troisième jour, une éruption purpurique, et, au quatrième jour, une énorme ecchymose occupant toute la moitié droite postérieure du tronc et des membres inférieurs droit, et des troubles cérébraux. Une ponction donna issue à dix litres de liquide teinté de sang. La suffusion sanguine sous-cutanée disparut, mais, quelques jours après, une nouvelle dose de KI, prescrite par un médecin non au courant des accidents antérieurs, provoqua au troisième jour une hémorragie sous-cutanée encore plus étendue, des épistaxis abondantes, du délire ; le malade succomba avec des symptômes d'intoxication grave.

Un autre cas concerne un malade atteint de cirrhose hypertrophique avec coloration bronzée de la peau, œdème sans albuminurie, et qui, à deux reprises, après deux doses de 0 gr. 30 de KI, eut une tuméfaction considérable des parotides et des glandes sous-maxillaires.

L'auteur rapproche de ces accidents provoqués par l'iodure ceux déterminés par l'antipyrine, qui, pour lui, sont en rapport, aussi, avec des troubles fonctionnels du foie. Il cite : 1° le cas d'un sujet atteint de lithiase biliaire avec albuminurie, sans signe de brightisme, et présentant les symptômes urologiques de l'insuffisance hépatique (urobilinurie, indicanurie, oligurie, urines hyperacides et hypertoxiques), qui, à la suite de 2 doses de 0 gr. 25 d'antipyrine, présenta une bouffissure énorme, érysipéliforme, de la face et des espaces interdigitaux, diminution de l'émission urinaire, augmentation de l'albuminurie.

2° Le cas d'une femme subictérique, à la suite d'une colique hépatique, avec dyspepsie par fermentations anormales, qui présenta, après trois doses de 0 gr. 50 d'antipyrine, des manifestations cutanées érisypéliformes de la face et de la vulve. Chez ces deux derniers malades, les accidents cédèrent rapidement après l'administration de purgatifs salés, de grands lavages intestinaux et du régime lacté.

Le rôle des troubles fonctionnels du foie paraît indéniable dans la genèse de ces accidents. De ce que l'on ne constate pas dans tous les cas de modifications dans le volume du foie, on ne doit pas en conclure que ce rôle est nul. Il y a des degrés dans l'insuffisance hépatique ; celle-ci peut être purement fonctionnelle et ne se traduire que par certaines intolérances et dans certaines conditions.

Ch. Fouquet.

CHIRURGIE

E. Kantzel. ***Traitement opératoire de l'ascite dans la cirrhose de Laennec.*** (*Khirurghia*, 1902, Janvier, t. XI, n° 61, p. 10.) — L'auteur rapporte deux observations d'opération de Morison-Talma, c'est-à-dire de traitement de l'ascite au cours de la cirrhose atrophique du foie par le développement artificiel de la circulation collatérale.

1° Homme de trente ans, présentant les symptômes de cirrhose atrophique du foie, avec ascite énorme : par la ponction on retire 15 litres de liquide. L'opération est pratiquée trois jours plus tard ; elle consiste en la fixation du grand épiploon aux lèvres de la plaie. Il s'écoule de l'abdomen 5 litres de liquide ascitique. Suites opératoires immédiates parfaites.

Après l'opération, le liquide se reproduit d'abord, et, quinze jours après, on en retire par la ponction 8 litres ; et, de nouveau, à deux reprises, dans l'espace d'un mois, 12 litres et 9 litres.

Les urines sont peu abondantes, il y a de l'œdème des jambes. Mais à partir de ce moment, c'est-à-dire environ deux mois après l'opération, l'état du malade s'améliore, la diurèse s'établit peu à peu, le liquide ascitique diminue progressivement et, au bout d'un mois, on n'en trouve plus trace. A ce moment on constate l'existence d'une circulation collatérale abdominale très marquée. L'état général de l'opéré est très satisfaisant.

2° Malade de vingt-huit ans ; en raison de l'état fébrile, des douleurs abdominales vives et de la diarrhée, on avait porté le diagnostic de péritonite tuberculeuse, et l'intervention avait d'abord été purement exploratrice ; mais comme on n'avait trouvé que de la cirrhose du foie, on pratiqua l'opération de Talma. Malheureusement, le malade succomba treize jours après à la méningite, et l'autopsie démontra que cette dernière devait être considérée comme consécutive aux ulcérations coliques dont avait été atteint le malade (ancien dysentérique). La mort n'était pas en rapport avec l'opération. On put en même temps constater qu'au niveau de la fixation de l'épiploon à la plaie abdominale se trouvaient dans le péritoine de très fins et très nombreux vaisseaux de nouvelle formation allant à l'épiploon, — circulation collatérale en train de s'établir.

P. Eliacheff.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

F. X. Dercum et W. G. Spiller. ***Sur un cas d'hémianesthésie d'une durée de plus de huit ans, résultant de la destruction du carrefour sensitif et du noyau lenticulaire, sans atteinte directe du thalamus optique*** (*American Journal of Sciences*, Mars, 1902). — Le thalamus optique a été considéré comme un centre sensoriel toujours atteint dans les cas d'hémianesthésie. Les auteurs rapportent un cas qui semble être le premier démontrant clairement qu'une lésion du carrefour sensitif et du noyau lenticulaire, avec intégrité du thalamus optique, peut déterminer l'hémianesthésie.

L'hémianesthésie, dans le cas qu'ils rapportent, persista pendant plus de huit ans, telle qu'elle avait été constatée dès le début, alors que la parole était redevenue nette dès le troisième mois et que les troubles moteurs avaient disparu au sixième mois. Tandis que des variations dans la sensibilité avaient été observées de temps à autre sur le tronc et la face, on n'en avait jamais observé aux extrémités des membres.

A l'autopsie, on trouva une très légère atteinte de la portion motrice de la capsule interne. Les coupes en série démontrèrent qu'en aucun point la lésion (un kyste) n'atteignait le thalamus optique, mais que le noyau lenticulaire, sauf dans sa partie la plus antérieure, et le carrefour sensitif étaient détruits. Les fibres optiques étaient également atteintes par le kyste, ce qui explique l'hémianopsie observée pendant la vie.

Les auteurs ne peuvent pas affirmer que l'atteinte du noyau lenticulaire soit nécessaire pour déterminer l'hémianesthésie organique. L'intégrité de presque tout le bras postérieur de la capsule interne semble indiquer que les fibres sensorielles sont situées principalement, sinon entièrement, dans le carrefour sensitif : cependant, il peut arriver que quelques fibres sensorielles passent à travers le noyau lenticulaire, ce qui concorde avec l'enseignement d'Edinger qui déclare qu'une partie du faisceau sensoriel passe à travers le tiers postérieur de la capsule interne et une partie à travers le noyau lenticulaire.

Le ruban de Reil, que ces auteurs appellent le *lemniscus*, était à gauche de 1/4 à 1/5 plus étroit qu'à droite ; ils en concluent qu'il avait subi une atrophie rétrograde.

Salva-Mercadé.

C. A. Hingston et W. H. B. Stoddart. ***Un cas de myasthénie aiguë grave*** (*The Lancet*, 1902, 15 Mars, p. 737). — Homme de soixante et onze ans, entrepreneur, ayant beaucoup travaillé pendant trente ans, mais travaillant peu depuis l'âge de soixante ans. A soixante-trois ans il commença à souffrir de vives douleurs névralgiques qui finirent par se limiter à la jambe gauche : à ce moment son urine renfermait du sucre en grande quantité. Ce sucre ne disparut jamais complètement. Un an avant sa mort il commença à s'affaiblir et l'abuminurie apparut ; la faiblesse était très grande et un ptosis léger et bilatéral fit son apparition.

L'état du malade, peu de temps avant la mort, était le suivant : aspect normal, sauf pour le ptosis. Pas d'amaigrissement musculaire, pas d'atrophie. Pas de perte des réflexes. Le réflexe rotulien s'épuise facilement sans disparaître. Un peu de clonus du pied. Pas de paralysie oculaire, pas de diplopie. Un peu de nystagmus lorsque le malade regarde fortement en dehors ; ptosis incomplet ; pupilles égales et à réflexes normaux. Pas de perte de la sensibilité, pas de tremblement. Voix faible au bout de quelques instants de conversation. Pas de réflexe pharyngé. Le malade ne peut avaler que des liquides, et encore reviennent-ils souvent par le nez. Cœur, poumons normaux. L'urine renferme du sucre et de l'albumine en quantité modérée.

L'âge avancé du malade (soixante et onze ans) rend ce cas de myasthénie anormal, car cette affection appartient surtout à la 3e décade de la vie. Il semble bien que le diabète ait dans ce cas quelque chose à voir avec l'étiologie de cette maladie, évidemment due à l'action d'un agent toxique sur les neurones périphériques.

L. Tollemer.

G. Vernet. ***L'assistance des épileptiques ; l'hospice Dessaignes.*** (*Thèse* de Paris, 1902). — Il est des catégories d'assistés dont on ne discute plus, en principe, la nécessaire autonomie : tels, par exemple, les aveugles, les sourds-muets, les aliénés. Il en est différemment des épileptiques. En dehors de milieux tout particulièrement informés, partant très restreints, la situation vraiment singulière des comitiaux reste insoupçonnée ou méconnue ; l'utilité pour eux d'une assistance spéciale n'apparaît pas évidente : elle vaut qu'on la démontre. Et c'est à quoi s'emploie l'auteur du présent travail.

L'épileptique, en effet, mérite des égards particuliers. S'il est sujet à des crises convulsives, il se trouve en état d'infériorité sociale et inapte à un très grand nombre de professions. S'il n'a que des équivalents de crises, il s'adapte néanmoins avec une grande difficulté à son milieu social, à cause du caractère ombrageux bien connu des comitiaux. D'autre part, la société a intérêt à assister l'épileptique, car, s'il est souvent un danger personnel, il risque en outre de donner naissance à des descendants tarés, destinés à devenir eux-mêmes malades, ou délinquants, ou vagabonds ou prostituées, habitués des hôpitaux, des prisons, etc. De sorte que même l'intérêt matériel de la société l'engage à venir en aide aux épileptiques.

Quel sera le mode d'assistance ? C'est ce que discute M. Vernet avec une logique judicieuse et d'intéressants documents. Il passe en revue les diverses tentatives qui ont lieu en Allemagne, en Angleterre, en Belgique, aux États-Unis, en Hollande, en Italie, en Russie, en Suisse, enfin en France. Diverses méthodes ont été essayées : assistance à domicile dans la famille, colonies familiales, assistance hospitalière, asiles spéciaux, annexes des asiles, etc. Chacune d'elles a ses avantages et ses inconvénients qui prêtent lieu à de nombreuses considérations. En France, où il n'existe pas encore de législation particulière à l'épilepsie, divers établissements lui sont consacrés : en particulier celui dont nous entretient M. Vernet, l'hospice Dessaignes, quartier annexe de l'asile de Blois. Il a reçu, depuis 1892 jusqu'en 1901, 57 mala-

des, et comporte un domaine agricole, des ateliers, où s'occupent volontairement les sujets, moyennant une légère rétribution. L'emploi du temps est celui des malades tranquilles de l'asile : même régime, mêmes vêtements, même surveillance. Quant au traitement, sur 40 malades traités par la bromuration (tribromure, de 3 à 7 grammes par jour), il y a eu 11 insuccès, 9 améliorations légères, 11 notables et 9 cas douteux.

Telle est, brièvement résumée, la matière de cette thèse intéressante et sérieuse qui fait honneur autant qu'à son auteur au maître qui l'a inspirée et dirigée, M. Dautrebente, directeur de l'asile de Blois.

P. Hartenberg.

PRATIQUE MÉDICALE

Emploi de la levure de bière sous forme de furonculine dans les dermatoses.

Depuis plus d'un an, M. Ch. Du Bois, médecin assistant à la Clinique dermatologique de l'hôpital cantonal de Genève, a administré systématiquement la levure de bière, sous forme de *furonculine*, dans tous les cas de dermatoses qu'il a eu l'occasion de traiter.

La furonculine présente l'avantage de pouvoir se conserver longtemps et d'être d'un maniement plus commode que la levure fraîche. M. Du Bois l'a employée à des doses variant de une à deux cuillerées à café, jusqu'à trois ou quatre cuillerées à soupe par jour. Elle a toujours été prescrite délayée dans un peu d'eau ou de bière, juste au moment des repas, et, sur plus de cent malades qui en ont absorbé, c'est à peine si deux fois elle a provoqué de légers troubles gastriques.

Ceci dit, l'action curative de la furonculine s'est révélée manifeste, quoique variable, dans les *éruptions furonculeuses*. Les furoncles en formation subissent un arrêt d'évolution qui fait qu'ils n'arrivent pas à suppuration : ils se résolvent pour disparaître en quelques jours. Dans les furoncles plus âgés, en pleine évolution, il y a diminution du processus nécrotique et de la suppuration, en même temps que suppression presque complète de la douleur et du gonflement.

Les *acnés*, en général, ont été très heureusement modifiés, les malades continuant leurs occupations et ne suivant aucun régime spécial. Et même la furonculine, administrée préventivement à des malades soumis à un traitement ioduré intense, a suffi, dans nombre de cas, à empêcher toute éruption acnéique : celle-ci apparaissait dès qu'on supprimait la furonculine.

Dans les cas de *psoriasis* et de *séborrhéide*, l'action de la furonculine a été, comme on pouvait du reste s'y attendre, absolument nulle.

Par contre, dans plusieurs formes d'*eczéma aigu* et *chronique*, le prurit a presque complètement disparu, et la tendance à la guérison a été beaucoup plus rapide chez les malades traités par la furonculine que chez ceux qui n'en prenaient pas, toutes les autres conditions étant les mêmes d'ailleurs.

L'action très rapide de la furonculine dans les cas d'*urticaire* montre toute l'importance de son rôle comme agent désinfectant du tube digestif. En fait, les malades souffrant de douleurs stomacales, de digestions pénibles, de tendance à la constipation, ou, au contraire, à la diarrhée, sont rapidement soulagés et même définitivement guéris.

Enfin, comme médicament externe, l'action topique de la furonculine rend de grands services dans le traitement des ulcérations torpides, comme les *ulcères variqueux*, les *ulcérations tertiaires* et même les *néoplasmes ulcérés* : répandue telle quelle sur la plaie, elle agit comme excitant et comme désodorisant, activant la cicatrisation et transformant en quelques jours une plaie inerte et de mauvaise nature en une plaie vivace et bourgeonnante.

En résumé, on peut dire que la furonculine a comme propriété principale celle de désinfecter et d'exciter le tube digestif, enrayant d'une façon très générale les éruptions urticariennes, acnéiformes et furonculeuses, puis que, dans son emploi comme médicament externe, ces mêmes propriétés désinfectantes et excitantes agissent d'une façon remarquable sur les plaies atoniques.

FACULTÉ DE PARIS

Exercices pratiques de diagnostic bactériologique. — Une série d'exercices pratiques de bactériogie commencera aujourd'hui samedi 10 Mai 1902, sous la direction de MM. Fernand Bezançon et V. Griffon.

Des conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu de 2 à 5 heures, les mardis, jeudis et samedis.

Programme du cours. — 1re leçon : Technique de la coloration des microbes ; méthode de Gram. — 2e leçon : Technique de la culture des microbes et des inoculations. — 3e leçon : Analyse bactériologique du pus ; microbes pyogènes aérobies ; staphylocoques. — 4e leçon : Analyse bactériologique des crachats ; pneumocoque, bacille de Pfeiffer, etc. — 5e leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. — 6e leçon : Tuberculose et pseudo-tuberculose. — 7e leçon : Analyse bactériologique des angines non diphtériques ; streptocoque, bacille fusiforme. — 8e leçon : Diagnostic de la diphtérie. — 9e leçon : Analyse bactériologique du sang. — 10e leçon : Cytodiagnostic. — 11e leçon : Analyse bactériologique des sérosités pathologiques pleurales et cérébro-spinales ; méningocoques. — 12e leçon : Bacille typhique et colibacille. — 13e leçon : Sérodiagnostic. — 14e leçon : Analyse bactériologique de la peste et du choléra. — 15e leçon : Diagnostic des microbes anaérobies. — 16e leçon : Diagnostic bactériologique des infections de l'appareil génito-urinaire ; gonocoque, bacille du chancre mou. — 17e leçon : Diagnostic bactériologique des lésions microbiennes et parasitaires de la peau.

Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 60 francs. — Sont admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital de la Pitié (*Maladies de la peau*). — M. J. Darier commencera le samedi 24 Mai son enseignement dermatologique, qui sera établi sur le programme suivant :

Samedi, à 9 h. 1/4, à l'amphithéâtre, leçon clinique et théorique.

Jeudi, à 10 h. 1/2, au laboratoire Piorry, conférence avec démonstrations microscopiques sur l'histologie normale et pathologique de la peau.

Lundi et vendredi, à 9 h. 1/4, salle des consultations spéciales, consultations dermatologiques.

Mardi, à 10 h. 1/2, salle Piorry, opérations dermatologiques.

Le sanatorium de Bligny, sanatorium populaire pour la cure des tuberculeux adultes de Paris, vient d'être reconnu d'utilité publique par le Conseil d'État.

NOUVELLES

Paris et Départements

Nomination. — M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux, médecin en chef des manufactures de l'État, est nommé membre de la Commission d'hygiène industrielle instituée auprès du ministère du commerce.

Le banquet de l'Internat. — Le banquet annuel des internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris aura lieu au palais d'Orsay (quai d'Orsay), le samedi 24 Mai, à 7 h. 1/2, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Le prix de la souscription est fixé à 20 francs pour les anciens internes, et à 12 francs pour les internes en exercice.

En raison de la célébration du Centenaire de l'Internat et du nombre plus grand des convives, les collègues sont instamment priés d'adresser leur adhésion le plus tôt possible à M. Verchère.

Le banquet sera suivi d'une soirée musicale (monologues et chansons de salle de garde) qui doit commencer exactement à 10 heures. On se mettra, par conséquent, à table, à 7 h. 3/4 très précises.

Conférence d'Internat. — MM. Laguel-Lavastine et Laurens, internes des hôpitaux, commenceront en Mai 1902 une conférence privée d'internat. Se faire inscrire à la Salpêtrière.

CONCOURS

Hôpitaux de Paris (médecine). — *Epreuves cliniques.* — Séance du 6 Mai. — Ont passé : MM. Bernard, Deguy, Milian, Bergé.

Hôpitaux de Paris (Chirurgie). — Consultation écrite : MM. Herbet, 17 ; Fredet, 17 ; Baudet, 20 ; Dujarier, 17 ; Veau, 17 ; Cunéo, 17 ; Mouchet, 18 ; Wiart, 16 ; Lapointe, 19 ; Ombredanne, 19 ; Robineau, 20.

Ont été déclarés admissibles aux épreuves de la seconde série : MM. Baudet, 69 ; Lapointe, 68 ; Ombredanne, 65 ; Robineau, 63 ; Cunéo, 63 ; Herbet, 61 ; Wiart, 61, et Dujarier, 61.

M. Veau ayant obtenu le même point que le dernier admissible est déclaré *ex-æquo*.

A la dernière heure, nous apprenons que le jury du concours aurait donné sa démission à propos d'une erreur d'interprétation, par les candidats, d'une question qui n'aurait pas été assez clairement énoncée.

Internat en Pharmacie. — Sont admissibles : MM. Géraudel, 20. — Delassus (Louis), 20. — Damart, 20. — Desboves, 20. — Quérion, 20. — Renaud, 20. — Lebas, 20. — Vacharias, 19.75. — Quartier, 19.75. — Malmanche (Adrien), 19.75. — Brocadet, 19.50. — Gourbillon, 19.50. — Ville, 19.25, — Clerget, 19. — Raine, 19. — Blanchard, 19. — Bruneau, 19. — Vaidié, 19. — Soudey, 19. — Bonnet, 18.75. — Morin, 18.50. — Wagner, 18.50. — Reddée, 18.50. — Reaubourg, 18.50. Thépenier, 18.25. — Ronchèze, 18.25. — Brachin, 18. — Tixier (J.), 18. — Samson, 18. — Bancaud, 18. — Charlier, 18. — Malaquise, 18. — Aujuère, 18. — Croix, 18. — Barbin, 18. — Sartory, 18. — Pérignon, 18. — Corbillart, 17.75. — Berlioz, 17.75. — Darbeluet, 17.50. — Daufresne, 17.50. — Gironde, 17.50. — Desmouillères, 17.50. — Clapier, 17.25. — Tulasne, 17. — Tinard, 17. — Jaugeas, 15. — Fournel, 17. — Driget, 17. — Couroux, 17. — Laurent, 17. — Fraquet, 17. — Placé, 16.75. — Masson, 16.75. — Kanapell (Louis), 16.75. — Stouls, 16.50. — Serin, 16.50. — Rivier, 16.50. — Plissier, 16.25. — Rondeau du Noyer, 16.25. — Bégault, 16.25. — Piovin, 16.25. — Bourdet, 16.25. — Bouvelot, 16.25. — Perron, 16. — Frédoux, 16. — Voille, 16. — Depouilly, 16. — Berger (Charles), 16. — Bonnet (J.), 16. — Ursot, 16. — Chatriat (René), 15.75. — Midy, 15.75. — Bardin, 1575. — Monnier, 15.50. — Derrien, 15.25. — Tosain, 15.25. — Galand, 15. — Cossard, 15. — Mlle Babin (Marcelle), 14.75. — Tifeneau, 14.75. — Gin, 14.50. — Fusade, 14.50. — Robert, 14.50. — Guillot, 14.50. — Eoyer, 14.25. — Magenc, 14.25. — Agnès, 14. — David, 14. — Foucher, 13.75. — Detry, 13.75. — Quinet, 13.25. — Raymond, 13.25. — Gaugeron, 13.25. — Garet, 13. — Bourguignon, 12.75. — Foucher, 12.50. — Villejean, 12.50. — Cagnard, 12.50. — Vaillant, 12.50. — Geham, 12.25. — Delacourt, 12. — Bayard, 12. — Leluc, 11.75. — Blanchon, 11.75. — Desmoulins, 11.50. — Bergault, 11. 25. — Desmoussans, 11.25. — Berger (M.), 11. — Trousselle, 10.75. — Allais, 10.50. — Villedieu, 10.50. — Duflo, 10.25. — Gautier, 10. — Lecoq (Marcel), 9.50.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 39. — Mercredi, 14 Mai 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements...... 10 fr.
Union postale........... 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLES

A L'HOPITAL FRANÇAIS DE SAINT-PÉTERSBOURG

Au cours des nombreuses cérémonies qui marqueront le séjour du Président de la République à Saint-Pétersbourg, M. Loubet, en vertu d'une tradition souveraine, visitera les malades et recevra la colonie française à l'hôpital français qui vient d'être installé, et dont son prédécesseur Félix Faure avait posé la première pierre.

Parmi nos compatriotes qui présenteront leurs hommages au Président de la République, ne manqueront pas de figurer les médecins français habitant Saint-Pétersbourg, et le Président pourra s'étonner que ce ne soit pas eux qui lui fassent les honneurs de notre hôpital.

Le personnel médical de l'hôpital francais se compose, en effet, de quatre médecins, mais aucun d'eux n'est Français. Cependant, deux docteurs en médecine français résident actuellement à Saint-Pétersbourg, où ils sont autorisés à exercer après avoir subi les examens exigés par le gouvernement russe.

De ces deux médecins, l'un est ancien interne des hôpitaux de Paris, M. Marcou-Mutzner; l'autre a le diplôme de médecin sanitaire maritime, M. Fuster; c'est dire qu'ils avaient tous les droits à être désignés comme médecins d'un hôpital français. Ils le croyaient du moins et firent valoir leurs titres; mais, on leur répondit par une fin de non-recevoir.

Nos confrères s'adressent aujourd'hui à *La Presse Médicale*, espérant pouvoir par son influence se faire rendre justice; j'estime qu'il est d'un vrai patriotisme de plaider leur cause.

J'ai reçu, il y a quelques jours seulement, la lettre de nos confrères; je n'ai donc pu me procurer beaucoup de renseignements sur notre hôpital de Saint-Pétersbourg.

Ce que j'en sais, c'est qu'il fut construit par un architecte russe, le comte Suzor, avec des fonds provenant du Pari mutuel : on retrouve en effet, dans les comptes de la Commission de répartition, une somme de 300.000 francs en 1897 et une demande complémentaire de 130.000 francs en Décembre 1900.

Pour l'aménagement intérieur, des fournisseurs français s'étaient mis en ligne; des ingénieurs constructeurs d'hôpitaux français et étrangers, avaient fait à l'architecte leurs propositions; il ne leur fut même pas répondu. Cependant, dans les dossiers de l'hôpital, trace en était restée, et, en 1900, le président de l'Association française de bienfaisance de Saint-Pétersbourg, M. Castillon, s'adressait auxdits ingénieurs pour leur demander des renseignements complémentaires, en leur spécifiant de les envoyer à lui per-

sonnellement et non à l'architecte; « car lui, écrivait-il, il va de soi qu'il patronnera les producteurs de la localité ». En fait, les renseignements et devis furent envoyés à nouveau, mais aucune commande ne s'ensuivit.

Il n'en fut pas de même pour la maison Charrière Collin qui grâce à l'intervention du professeur Lannelongue, lors du Congrès de Moscou, a été chargée de la fourniture des instruments de chirurgie; fourniture peu élevée, elle s'élevait à 4.000 francs environ, mais suffisante pour un hôpital ne contenant que 25 lits.

C'est cependant pour ces 25 lits, dont un tiers seulement est aujourd'hui occupé, que l'on a constitué un véritable état-major médical : un médecin directeur; deux médecins traitants aux appointements mensuels de 285 francs chacun; un médecin résidant aux appointements de 145 fr. par mois.

Le directeur est M. Bertenson, simple vratch-médecin, c'est-à-dire n'ayant pas soutenu sa thèse et n'étant pas docteur, sans notoriété scientifique, mais médecin à la mode et ayant une clientèle considérable.

A MM. Marcou et Fuster, qui se plaignaient de ce choix, il fut répondu en haut lieu que M. Bertenson *adresserait des malades payants* à l'hôpital. Il est bon d'ajouter que M. Bertenson ne touche aucun émolument; en revanche il en a fait attribuer, qui ne sont pas négligeables, à MM. Frantz Dorbeck et Jacob Malpern dont les noms quelque peu allemands n'ont pas été sans choquer les susceptibilités de la colonie française. Quant au médecin résident, M. Trauberg, il sort de la marine russe.

Les honoraires payés à ces trois médecins s'éleveront annuellement à 8.580 francs; c'est beaucoup pour 25 malades, d'autant plus que ce ne sont pas des Français qui profiteront de cet argent français.

Mais il n'y a pas là qu'une simple question d'intérêt particulier, il y a plus, il y a une question d'intérêt général et de dignité.

Il est inadmissible que des faits comme celui que je viens de relater, si contraires au développement de l'influence française à l'étranger, puissent encore se passer, alors que les Pouvoirs publics affirment qu'ils font tout ce qui est en leur pouvoir pour étendre cette influence. Il est inadmissible que l'on puisse impunément attenter à la dignité et aux intérêts de Français sans que ceux qui ont charge de les protéger interviennent.

C'est ainsi que, en apprenant la nomination des deux médecins traitants, le docteur français Fuster, étonné du choix qui avait été fait, demanda une audience au directeur, M. Bertenson, qui lui fixa un rendez-vous en lui demandant l'objet de sa visite. M. Fuster ayant répondu qu'il voulait entretenir M. Bertenson de l'hôpital français, celui-ci répondit que le rendez-vous était rompu et refusa de recevoir notre compatriote, sous prétexte que leur entretien ne pourrait être agréable ni à l'un ni à l'autre! Cette manière de faire d'un étranger vis-à-vis d'un Français et pour une question essentiellement française se passe de commentaires!

* * *

Bien que les Russes soient aujourd'hui nos alliés, il ne faut pas craindre de dire que la science russe, née de la science allemande, n'oublie pas ses origines, et que la situation de la France dans le milieu scientifique russe est loin d'approcher de celle de l'Allemagne. Elle ne s'améliorera pas de longtemps si des faits comme celui qui vient de se passer à Saint-Pétersbourg se renouvellent souvent.

A côté d'hôpitaux allemands riches, puissants, militairement organisés, ayant à leur tête des médecins d'une notoriété scientifique indiscutée, constituant ainsi de véritables écoles de propagande, nous construisons un hôpital modeste, et nous mettons à sa tête non pas les médecins dignes en tous points de le diriger que nous avions sous la main, mais des étrangers dont le chef n'est même pas docteur.

Et l'on se plaindra ensuite que les étrangers n'apprécient pas les Français à leur juste valeur!

E. De Lavarenne.

AU CONCOURS DE CHIRURGIE

LA FÉMORALE A L'ANNEAU

Pour le bien de la science et le progrès des idées, il est bon de signaler l'incident qui vient d'éclater au Concours de chirurgie des Hôpitaux. Cette vieille institution ne tient plus guère que par d'anciennes prérogatives dont l'influence va chaque jour diminuant, toute une phalange de médecins modernes entrant dans les Hôpitaux par les portes latérales ou fondant des cliniques privées dont l'éclat suscite l'envie.

* * *

On sait que, dans le concours de Chirurgie, il existe une épreuve de médecine opératoire. Cette épreuve a été établie au temps où, pour employer la pittoresque expression de Roux, de Lausanne, la chirurgie n'était guère qu'une « chirurgie de Pompes funèbres ». La fréquence des insuccès rendait les interventions rares et de peu d'importance.

Les services actifs de chirurgie, il y a encore trente ans, comptaient bien par semaine deux ou trois opérations, dont une amputation de sein mal faite et une mauvaise cure d'hémorroïdes. En un mot, il n'y avait pas de chirurgie, faute de quoi il fallait bien se rabattre sur sa contrefaçon, la médecine opératoire. Ainsi fut instituée l'épreuve pratique de médecine opératoire, épreuve aussi logique pour le temps qu'elle est illogique pour notre époque.

Avec Pasteur et Lister la chirurgie est née, et il est évident que l'exécution d'une ligature sur le cadavre ne saurait permettre de juger de la tenue aseptique, de la justesse du coup d'œil dans les cas compliqués, de la hardiesse des décisions, du sang-froid contre le sang qui gicle ou contre la syncope qui tue, toutes qualités maîtresses qui permettent d'affirmer la « capacité professionnelle » de ceux à qui l'Administration va confier de suite et d'urgence la vie de milliers de patients.

L'antique épreuve a pourtant persisté, et c'est elle qui donne tout son intérêt au concours de 1902.

Donc, à la dernière séance du concours, furent posées les deux questions suivantes : *ligature de la fémorale à l'anneau; désarticulation du poignet*. Pour bien comprendre l'état d'esprit de certains candidats, il est indispensable de dire que, l'an dernier, on avait donné comme question : *ligature de la fémorale dans le canal de Hunter*. Les juges de 1902 ont-ils ou n'ont-ils pas connu ce détail? Je ne le sais; le bruit court, en effet, que le représentant de l'Assistance qui eût pu donner le renseignement n'était pas présent lorsque fut décidée la question.

Bref, les candidats commencent les épreuves. Les deux premiers font la ligature à l'anneau du troisième adducteur, telle que l'entendait le jury. Le troisième, prosecteur et agrégé d'anatomie, la fait délibérément en haut, à l'anneau crural. Le quatrième hésite un peu et choisit l'anneau inférieur. Arrive le cinquième, premier favori, qui, sans hésitation, lie sous l'arcade au désespoir du jury qui ne peut maîtriser certains mouvements, saisis par le candidat qui se trouble et perfore l'artère. Des quatre autres, trois lient au bon endroit, mais le quatrième, et second favori, après s'être disposé à lier en bas, hésite : « Hunter! se dit-il, c'est la question de l'an dernier. Ne dois-je pas lier à l'autre anneau, au crural? » Et, de s'adresser au Président. — « Monsieur le Président, dit-il, où dois-je lier? Quel anneau? » Silence du jury, désespoir du candidat qui, tremblant et étreint d'une indescriptible angoisse, lie sous l'arcade et crève l'artère avant d'avoir lié.

Sans en avoir l'air, la question telle qu'elle avait été posée avait été une devinette. Le fait n'est d'ailleurs pas rare dans ces exercices de gymnastique intellectuelle qui font la difficulté du concours : saisir le bon anneau n'est pas toujours aisé. Au cours de toutes les épreuves, on est d'ailleurs exposé à « deviner » ce que veut le jury. Et c'est ce qui rend le concours souvent si peu scientifique.

La question était-elle ambiguë? Je laisse aux compétents le soin de l'établir. Je ferai seulement remarquer que l'expression manque de cette précision scientifique qui fait le charme du Manuel de Farabeuf, où je ne l'ai pas retrouvée. Mais la question fût-elle mal posée, il n'y a pas encore là sujet à étonnement profond : le jury n'est pas infaillible et l'histoire rapporte précisément qu'un des jurés actuels avait été jadis « coulé » pour avoir fait un diagnostic juste.

Alors?..... Alors, mais que devenaient les deux favoris? Et c'est ici qu'éclate resplendissante toute la beauté du système du concours. Le jury, qui n'eût, peut-être, pas bronché si l'erreur avait été commise par les derniers des concurrents, se demanda si la question avait été clairement posée; on dit que trois chirurgiens firent une réponse négative, et trois une réponse affirmative. Heureusement que les compétences se retrouvant partout, le médecin opina pour l'affirmative. Le principe ayant été admis, les points se donnaient d'eux-mêmes : 15, pour ceux qui avaient lié l'anneau supérieur, 29 pour les autres, sauf un qui eut 26.

La séance suivante annoncée n'eut pas lieu ; la nuit ayant porté conseil, le jury démissionna en bloc. Mais, comme dans les hautes sphères on n'entend pas s'occuper des vétilles d'un concours de chirurgiens, la démission a été refusée comme irrecevable. Irrecevable! Et au nom de quel droit et de quelles traditions? Je ne sais.

* * *

Voilà, bien mis en lumière, un fait qui montre à l'évidence tout le respect que l'on doit avoir pour le système actuel du concours. Et ce fait n'a attiré l'attention que parce qu'il est flagrant, qu'il ne peut pas s'estomper d'une ombre protectrice; mais ,combien d'autres sont étouffés! Que ce concours finisse comme il voudra : il est entaché de ridicule.

Quant au jury, il a eu le mérite de mettre en tête de liste deux candidats non prosecteurs, c'est-à-dire n'ayant pas passé par cette fameuse « filière » hors de laquelle, aux yeux de beaucoup, il ne saurait exister de bons chirurgiens. Puis il a eu le courage de « couler » ses deux favoris et en plus l'agrégé d'anatomie de la Faculté. Ensuite, et en bloc, il a donné sa démission. Il avait senti l'inanité et la superficialité de toutes ces épreuves, lui imposant de nommer les candidats qu'il ne jugeait pas les meilleurs. En démissionnant, il a bien agi.

Les causes secondes des événements se confondent aisément avec les causes premières. Si les concours actuels n'ont plus aujourd'hui le respect qu'ils inspiraient jadis, les juges, les candidats et les questions n'y sont pour rien. Les institutions doivent s'adapter aux besoins de ceux qu'elles régissent. Parce que le mode de recrutement des chirurgiens des Hôpitaux est le même en 1902 qu'en 1850, parce qu'il ne tient pas compte de la faillite de l'enseignement dogmatique et théorique en Matière médicale, parce qu'il fait abstraction des connaissances pratiques en histologie, bactériologie, physiologie, chirurgie opératoire, etc., il n'est pas adapté à la science actuelle et ne mérite plus la considération à laquelle il croit avoir droit.

F. Jayle.

LA MÉLANCOLIE INTERMITTENTE[1]

Par Gilbert BALLET,
Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Messieurs,

Je me propose d'appeler aujourd'hui votre attention sur une affection mentale que vous aurez certainement l'occasion d'observer au moins quelquefois dans la pratique médicale courante, et à propos de laquelle il serait désirable que vous évitiez des erreurs de diagnostic journellement commises et qui entraînent à leur suite des erreurs fâcheuses de pronostic et de traitement. Je saisis d'autant plus volontiers l'occasion qui s'offre de vous entretenir de cette affection qu'elle ne se présente pas très communément à l'hôpital, même dans les consultations spéciales comme la nôtre.

La malade que voici et qui est âgée, actuellement, de cinquante-six ans, en est un remarquable exemple. Ce qui frappe d'emblée dans l'aspect de cette femme, c'est l'expression de tristesse empreinte sur son visage, la lenteur de sa démarche et de ses divers mouvements; lorsque nous l'interrogeons, c'est le ton morne et désolé sur lequel elle nous répond. Sa parole est lente et monotone et chaque mot paraît lui coûter un véritable effort.

Ce dont elle souffre, nous dit-elle, c'est d'un accablement physique et moral absolu; elle se sent incapable de rien faire, non plus que de s'intéresser à rien. Elle est indifférente à tout ce qui l'entoure et il lui semble qu'elle n'aime plus les siens. « Je suis tellement indifférente dit-elle, qu'on m'apporterait mes enfants morts, je crois que cela me serait égal ». Et pourtant elle souffre atrocement de cet état d'impuissance et d'anesthésie morales; elle se désole de ne pouvoir travailler et se reproche comme un crime de ne plus aimer ses parents. Ce sentiment douloureux détermine de véritables *crises d'angoisse* au cours desquelles la malade éprouve le désir de mourir, comme si la mort pouvait seule mettre fin à ses tourments. Car, un autre des traits dominants de son état, c'est la conviction qu'elle ne guérira jamais, que rien ne saurait la soulager et, pourtant, vous en jugerez tout à l'heure, son expérience personnelle devrait la rassurer à ce sujet.

A ces phénomènes mentaux viennent s'ajouter quelques légers troubles somatiques; un peu d'insomnie, une anorexie assez marquée; et, depuis le début de la crise, début qui remonte à un mois, un léger amaigrissement.

Messieurs, cette malade s'est présentée à nous avec le diagnostic de neurasthénie et c'est, en effet, cette étiquette banale et commode qu'on applique trop souvent aux cas de cet ordre. Je voudrais, avant de poursuivre, vous montrer les différences radicales qui existent entre l'affection dont je m'occupe et la neurasthénie. Dans la neurasthénie, on observe tout un ensemble de signes qui font totalement défaut ici : la céphalée en casque, la rachialgie; un sentiment tout particulier de lassitude et de faiblesse physique, que vous connaissez bien; il y a de plus des phénomènes dyspeptiques : du ballonnement de la région épigastrique, après le repas, des éructations.

D'autre part, nous constatons chez cette malade, des symptômes qui ne font pas partie du tableau clinique de la simple asthénie nerveuse. Les neurasthéniques, sans doute, sont souvent préoccupés et tristes, parce que leur maladie leur rend l'existence pénible, parce que le moindre effort physique est pour eux difficile et promptement fatigant; mais cette tristesse, que justifient dans une grande mesure les troubles physiques, n'a rien qui ressemble à l'état d'accablement moral, d'angoisse profonde, que nous observons ici. Nous n'avons pas affaire à une neurasthénique, mais à une *mélancolique* ce qui est tout différent.

J'ajoute qu'il s'agit dans le cas particulier d'une forme spéciale de mélancolie. Pour nous en rendre compte, il convient maintenant de reprendre l'histoire de la malade et d'indiquer l'évolution des accidents qu'elle a présentés depuis sa jeunesse.

De santé normale pendant son enfance, Mme X..., qui a aujourd'hui cinquante-six ans, a été sujette, depuis l'âge de quinze ou seize ans, à de fréquentes migraines.

Elle se maria à vingt-cinq ans. Une première grossesse survenue en 1872 se passa sans incident. Mais quinze jours après la naissance de son second enfant, en 1873, la malade alors âgée de vingt-huit ans fut prise, pour la première fois, d'une crise de dépression en tous points analogue à celle qu'elle présente aujourd'hui; c'était la même tristesse qu'à l'heure actuelle, le même sentiment d'impuissance physique et morale, la même indifférence pour tout ce qui l'entoure; en même temps, elle perdit l'appétit et le sommeil. Brusquement, au bout de cinq à six mois, la crise se termina; la malade revint à la santé et reprit ses occupations.

En 1876, nouvelle grossesse sans incident; en 1877, Mme X... devint enceinte pour la quatrième fois et quinze jours après l'accouchement, une deuxième crise apparut, identique à la précédente, et qui dura comme elle cinq à six mois; une troisième se produisit, en 1880, à la suite de la cinquième grossesse, puis trois années se passèrent sans incident. En 1883, après la naissance du septième enfant survint un accès nouveau qui dura plus longtemps que les précédents, dix-sept mois. Puis la santé se rétablit parfaite; une huitième grossesse en 1889 ne provoqua aucun accident et pendant les dix ans années qui ont suivi Mme X... put se croire parfaitement guérie.

Messieurs, en jetant les yeux sur le tableau (fig. 1) où se trouve indiquée la succession des crises, vous remarquerez que les cinq premières ont été consécutives à des grossesses. Laissez-moi vous le dire dès maintenant (nous y reviendrons du reste un peu plus tard), qu'il ne s'agit ici, selon toute vraisemblance, que d'une étiologie contingente, je n'ose pas dire d'une coïncidence fortuite. L'affection que nous étudions n'est pas de celles, en effet, dont les retours offensifs sont influencés notablement par les causes occasionnelles, physiques, morales, physiologiques ou pathologiques.

Après un long intervalle de plus de dix années, nous voyons, en 1902, reparaître les accidents. Ici, il s'agit, depuis le mois de Juillet, d'une succession de petites crises très brèves, qui durent trois, quatre ou cinq jours et présentent d'ailleurs, à la durée près, les mêmes caractères que les précédentes. Enfin, le 31 Décembre dernier commence la crise actuelle qui persiste depuis plus d'un mois et dont rien ne permet de prévoir l'époque de la terminaison.

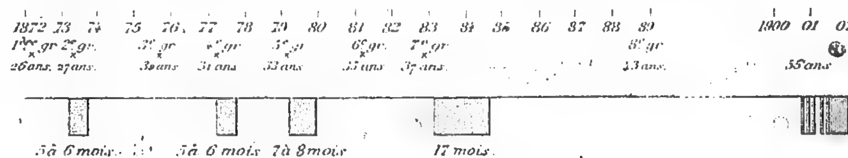


Figure 1.

Qu'est-ce donc, Messieurs, que cette affection qui procède ainsi par accès successifs, semblables les uns aux autres, longs ou courts, et séparés par des intervalles de santé parfaite? C'est la *mélancolie périodique* ou *intermittente*.

En quoi cette mélancolie intermittente diffère-t-elle de la mélancolie simple? C'est ce que vous saisirez mieux lorsque nous aurons examiné ensemble cette seconde malade.

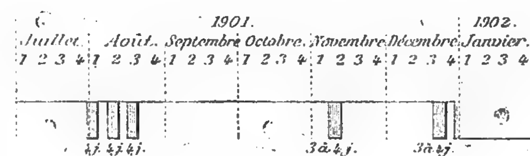


Figure 1 *bis*.

Nous retrouvons tout d'abord ici certains des symptômes que présente la première : le même visage triste et angoissé, la même monotonie dans la voix, la même souffrance morale. Mais de profondes différences ne vont pas tarder à nous apparaître.

La malade que nous observons maintenant a soixante-sept ans et jusqu'à, il y a un an, elle n'avait jamais présenté aucun trouble mental. Elle eut, il y a douze ou quatorze mois, de fortes émotions provoquées par la mort d'un parent suivie de déboires d'affaires. Bientôt son fils remarqua qu'elle s'affectait peut-être plus que ne le comportait la situation, et peu à peu, après une période prodromique assez longue, elle arriva à l'état de mélancolie profonde où vous la voyez aujourd'hui. Déjà vous saisissez un premier caractère différenciel, caractère d'évolution : ici, nous nous trouvons en présence d'un accès à début tardif survenu à un âge avancé de la vie et qui, suivant toute vraisemblance, quelle que soit sa durée, constituera un unique accès dans la vie de la malade. Il en est ainsi le plus souvent dans la mélancolie simple. Les malades ont, au cours de leur existence, une, deux crises, quelquefois trois, et qui surviennent à propos d'une secousse ou morale ou physique. Dans la mélancolie intermittente les choses se passent autrement : les accès qui presque toujours débutent dans la jeunesse, de vingt à trente-cinq ans, se répètent à intervalles plus ou moins rapprochés pendant toute la vie, avec la fatalité d'une affection nécessairement récidivante.

Ce n'est pas par un effet du hasard ou sous

1. Leçon recueillie par M. Oppenheim, interne des hôpitaux.

l'influence de circonstances fortuites que les accidents ont reparu chez notre première malade après un long intervalle ; c'est en vertu d'une disposition originelle qui fait que les crises se reproduisent à intervalles plus ou moins réguliers pendant toute la durée de l'existence.

Voulez-vous un second exemple de cette variété de mélancolie? jetez un coup d'œil sur ce tracé (tableau II), qui résume l'histoire d'une malade que j'ai observée tout récemment. A dix-sept ans première crise de

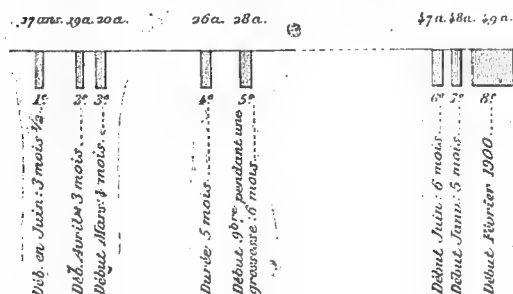


Figure 2.

Lors de la septième crise, plusieurs tentatives de suicide, s'ouvre les veines, puis avale un toxique, puis se jette à l'eau.

mélancolie caractérisée par ce sentiment de profonde tristesse, de découragement, d'indifférence à tout et à tous, qui, vous le savez maintenant, constitue le trait dominant de l'affection que nous étudions. Cette crise dure trois mois et demi, puis la santé se rétablit. A dix-neuf ans, puis à vingt ans et, toujours sans cause provocatrice apparaissent deux nouvelles crises, la première de trois mois, la seconde de quatre mois. A vingt-six ans, quatrième attaque qui dure cinq mois; à vingt-huit ans, au cours d'une grossesse, nouvelle crise de six mois; puis pendant près de vingt ans la malade peut se croire complètement guérie; et pourtant cette guérison n'est qu'apparente, puisqu'en 1898, à l'âge de quarante-sept ans, elle est reprise des mêmes accidents qui persistent pendant six mois, disparaissent, se reproduisent l'année suivante et reparaissent enfin une dernière fois en Février 1900.

Dans quelques cas encore plus caractéristiques, c'est tous les ans, et toujours à la même époque qu'éclate l'accès de mélancolie intermittente. Je suis depuis longtemps une pauvre dame qui, depuis trente ans, a chaque année sa crise, qui dure de trois à six mois. C'est en général à la fin de l'hiver qu'elle débute : « Que je suis malheureuse me disait un jour cette pauvre femme! Depuis ma jeunesse je n'ai pu assister bien portante à l'ouverture du Salon de peinture. »

A cette première différence, capitale en l'espèce, qui réside dans la multiplicité très différente des crises dans les deux cas et dans leur succession, s'en ajoutent d'autres, qui se rapportent à l'évolution des accès, c'est-à-dire à leur mode de début, à leur durée, à leur terminaison, variables dans la mélancolie simple et dans l'intermittente. L'accès de mélancolie vulgaire apparaît toujours, comme ç'a été le cas chez notre seconde malade, à la suite d'une émotion, d'un chagrin, d'un souci matériel; l'accès de mélancolie intermittente, au contraire, s'il peut coïncider fortuitement avec un incident physiologique banal, tel que la menstruation, la grossesse, la ménopause naît le plus souvent indépendamment de toute cause provocatrice.

D'autre part, la mélancolie vulgaire se développe souvent d'une façon lente, progressive, presque insidieuse ; il n'est pas rare, qu'elle n'arrive que lentement à sa période d'état; quand nous demandons à notre seconde malade ou à son fils de nous indiquer depuis quand elle est triste, ils sont tous les deux embarrassés pour préciser l'époque de début des accidents, qu'ils font vaguement remonter à douze ou quinze mois.

Dans la mélancolie intermittente, au contraire, le début est communément d'une brusquerie extrême. Parfaitement bien portants le soir, les malades se réveillent le matin avec la tristesse, l'accablement qui caractérisent l'accès. Autre particularité intéressante : il n'est pas rare qu'un même incident ou la répétition du même acte, marque le début de chaque crise ; tantôt c'est l'apparition d'une névralgie faciale ou intercostale ; tantôt celle d'une obsession ou d'un tic. Une malade de M. Magnan revêt un peignoir spécial, qu'elle garde pour la circonstance quand son accès doit la prendre ; une autre, que j'observe depuis longtemps, boit un verre de son urine au début de chacune de ses crises.

La durée des accès diffère également dans les deux espèces de mélancolie. Les accès de mélancolie simple les plus courts durent des mois, souvent des années.

Il en peut être de même dans la mélancolie intermittente ; mais souvent aussi les accès y sont fort courts; ils n'est pas rare qu'ils durent seulement deux, trois, quatre jours.

Le mode de terminaison n'est pas le même non plus dans l'une et l'autre forme : l'accès de mélancolie simple s'atténue peu à peu et ne guérit que lentement; la résolution en est d'ordinaire lente et traînante. Au contraire, la crise de mélancolie intermittente se termine souvent brusquement; la malade se couche un soir en pleine crise et se réveille guérie.

Il convient d'ajouter, pour compléter ce qui a trait à l'évolution et à la marche de l'affection, qu'à mesure qu'elle devient plus ancienne et que les malades vieillissent, les accès ont tendance à s'allonger et peuvent même devenir chroniques.

C'est dans la physionomie clinique de l'accès envisagé à sa période d'état que résident les éléments les plus importants du diagnostic différentiel.

Reprenons l'examen de notre seconde mélancolique, celle de soixante-sept ans. Cette pauvre femme est triste et se désole, mais sa tristesse n'est pas, à ses yeux, sans motifs. Elle est convaincue, en effet, qu'elle et les siens sont ruinés, qu'elle a commis les fautes les plus graves et que de terribles châtiments la menacent. Ces idées de ruine et de culpabilité constituent l'accompagnement presque obligé ou au moins habituel de tout accès de mélancolie vulgaire.

Dans la mélancolie intermittente, les choses se passent-elles de même?

Il faut dire tout d'abord que la physionomie de certains accès de mélancolie intermittente ne diffère par aucun caractère essentiel de celle des accès de mélancolie accidentelle : on y retrouve, avec la même dépression physique et morale profonde, les mêmes idées de ruine, de culpabilité, de damnation qui s'observent dans cette dernière variété.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, notamment dans celles des formes de la mélancolie intermittente que vous aurez le plus souvent l'occasion d'observer, parce que ce sont les formes qui se rencontrent dans la clientèle urbaine, en dehors des maisons de santé et des asiles. Dans ces cas, on a affaire à de la dépression mélancolique simple : les malades — et ce sont presque constamment des femmes (la mélancolie intermittente est exceptionnelle chez l'homme) — les malades se sentent changées, elles ont ce que certaines d'entre elles qualifient simplement de « malaise », c'est-à-dire un sentiment d'impuissance morale et physique. Il leur semble que leur mémoire est moins bonne, que leurs idées s'associent moins bien, qu'elles trouvent moins aisément les mots pour s'exprimer, que leurs forces ont diminué, que les jambes les soutiennent mal et que, si elles cherchent à marcher, elles sont exposées à choir. Mais ce qui leur est surtout pénible, c'est leur anesthésie morale, c'est l'indifférence où elles se sentent à l'égard de leurs proches. Elles deviennent d'un égoïsme excessif : ne s'intéressant plus qu'à leur malaise, elles en causent constamment, et ne comprennent pas qu'autour d'elles on puisse s'occuper d'autre chose. Elles en parlent sur un ton plaintif, geignard, larmoyant. Quelquefois, comme notre malade, elles sont pourtant incapables de verser des larmes; d'autres fois, elles pleurent au contraire avec une grande facilité. Elles sont irritables et impatientes, ont l'esprit de contradiction; très habituellement, elles ont des cris ou des mouvements impulsifs, bousculent d'un geste brusque les objets à leur portée, ou même, incidemment, frappent les personnes qui leur tiennent compagnie. Ces actes d'impatience brutale se manifestent surtout au moment des paroxysmes d'angoisse.

Dans ces formes atténuées, il n'y a pas, à proprement parler, d'idées délirantes : tout au plus de vagues idées de culpabilité, les malades se reprochant leur indifférence pour leurs parents, leur impuissance au travail, leurs agacements et leurs mouvements impulsifs; assez souvent, on constate une tendance accusée aux craintes hypochondriaques. Enfin, constamment, les malades sont tourmentées par l'appréhension de ne pas guérir : même quand elles ont eu antérieurement des accès nombreux, dont la terminaison favorable devrait suffire à leur démontrer la curabilité de la crise présente, elles sont sceptiques, ne peuvent se convaincre de leur retour à la santé, et éprouvent souvent le besoin de se faire affirmer et réaffirmer par le médecin qu'elles ne sont pas incurables.

Des obsessions de diverses nature viennent souvent ajouter au caractère pénible de cet état : souvenirs désagréables, regrets de certains actes, préoccupation de n'avoir pas eu une attitude correcte dans telle ou telle circonstance de la vie; ou encore pensées irrésistibles, de nature lubrique, par exemple, que les malades font de vains efforts pour chasser.

Les fonctions physiques, du moins dans la forme avec dépression simple, qui est surtout celle que j'envisage, sont en général peu troublées : les malades mangent, souvent sans goût, mais elles mangent; l'enbompoint est peu modifié; le sommeil peut être diminué; dans certains cas, il reste bon; il y a rarement une véritable insomnie. Assez fréquemment,

il y a des douleurs peu vives, plus psychiques que physiques, mais dont les malades se plaignent néanmoins avec insistance : ce sont des sensations de gêne, ou de pincement, ou de pression au sinciput, ou au front, ou à l'occiput; ce sont des douleurs intercostales ou dans la continuité des membres, des sensations de brûlure aux organes génitaux.

Pour être complet, je dois vous dire un mot des idées de suicide. Ces idées et les tentatives qui en sont la conséquence sont habituelles, vous le savez, dans la mélancolie simple; à tel point qu'on peut poser en règle qu'un mélancolique essaye toujours de se donner la mort. Eh bien! il n'en n'est pas de même dans la mélancolie intermittente. Sans doute, les malades qui se plaisent à dramatiser leurs souffrances, parlent souvent de leurs craintes d'être poussées à en finir avec la vie; parfois même, elles font mine de vouloir se jeter par la fenêtre ou s'empoisonner. Mais dans tout cela, il y a d'ordinaire plus de mise en scène que de conviction; les tentatives sérieuses sont aussi rares dans la mélancolie intermittente que communes dans la mélancolie simple. Toutefois, elles peuvent s'y observer : je n'en citerai pour preuve que la deuxième malade dont je vous ai rapporté l'observation, Mme H... qui, par deux fois, s'est jetée à l'eau.

Enfin, Messieurs, pour en finir avec la symptomatologie, je dois appeler votre attention sur ce fait que, en général, les accès successifs sont identiques les uns aux autres chez la même malade : c'est le même mode de début toujours, la même physionomie, les mêmes douleurs, les mêmes obsessions à chaque crise, si bien que lorsqu'on en a observé une ou deux, on peut prévoir ce que seront les suivantes.

Dans la description qui précède, j'ai eu en vue exclusivement la forme avec dépression simple qui est la plus commune, qui est celle en tous cas que vous aurez le plus souvent l'occasion d'observer car elle constitue, si je puis dire, la mélancolie intermittente de la ville.

Mais il faut savoir qu'il y a d'autres formes dans lesquelles les idées délirantes se montrent plus ou moins accusées : ce sont des idées de ruine, de culpabilité, de damnation, comme dans la mélancolie vulgaire; ou bien des idées de persécution avec des interprétations délirantes et quelquefois même des hallucinations de l'ouïe. Une malade que j'observe depuis longtemps se convaint chaque fois que la crise la prend, que son frère et sa sœur, qu'en santé elle aime d'ailleurs tendrement, lui font mille misères, que les voisines frappent à la muraille ou crient dans la rue pour la taquiner, que les femmes portent toutes en ville des chapeaux jaunes pour la narguer.

Enfin, Messieurs, l'accès quelquefois revêt la physionomie de la stupeur la plus accusée et la plus profonde; mais ce sont là les formes qu'on voit surtout dans les maisons de santé et les asiles; je ne m'y arrête pas.

Je crois vous avoir suffisamment montré les caractères et la physionomie clinique de la mélancolie intermittente. Vous ne la confondrez plus, je l'espère, au moins dans les cas nets, ni avec la neurasthénie, ni avec la mélancolie vulgaire; je dois ajouter qu'il est important d'en faire le diagnostic aussi prématurément que possible, voire dès la première crise. Voici une malade qui, à l'âge de vingt-cinq ou trente ans, fait un premier accès de dépression; s'agit-il d'une crise de mélancolie vulgaire qui disparaîtra au bout de quelques mois pour ne plus reparaître, ou tout au plus pour se reproduire une fois ou deux au cours de l'existence, ou au contraire avons-nous affaire au début d'une mélancolie intermittente dont les accès récidiveront avec une régularité désolante pendant toute la vie? Vous voyez d'ici quel est l'intérêt de ce diagnostic différentiel; c'est sur l'âge de la malade, sur la brusquerie du début, sur l'absence de toute cause provocatrice, enfin sur les caractères propres de la crise, sur l'absence des idées de culpabilité et de ruine, que vous vous appuierez pour reconnaître la mélancolie intermittente et prévoir le triste avenir de votre malade. J'ajoute qu'un autre diagnostic différentiel est à faire. Il ne faut pas confondre la mélancolie périodique avec les accès de dépression auxquels sont exposés les malades à équilibration cérébrale défectueuse qu'on désigne assez communément sous le nom de dégénérés. Mais alors que dans l'intervalle des accès les mélancoliques intermittents ne présentent aucun stigmate mental, les déséquilibrés se font remarquer par les singularités et les anomalies de leur constitution psychique. Au reste, les crises de dépression chez les déséquilibrés ne présentent pas dans leur retour la régularité qui se rencontre souvent chez les intermittents.

Voilà, Messieurs, ce qu'est cliniquement la mélancolie intermittente. Nous devons nous demander maintenant ce qu'elle est au point de vue nosologique. Elle ne constitue pas à proprement parler une affection autonome, à physionomie toujours identique; elle réalise simplement l'une des formes cliniques d'une maladie mentale dont les aspects sont variés : la *psychose périodique*.

*
* *

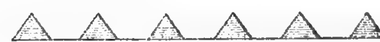
Ce qui caractérise cette variété de vésanie, c'est, comme le nom l'indique, la périodicité des accidents qui la constituent et qui affectent deux formes : celle de dépression mélancolique, comme vous l'avez vu, ou celle d'excitation maniaque. De même qu'il y a une *mélancolie intermittente*, il y a, en effet, une *manie intermittente* dont je ne veux pas aujourd'hui vous décrire les caractères, et qui se traduit par des accès récidivants de manie. Dans certains cas, les accès de manie alternent d'une façon plus ou moins régulière avec les accès de mélancolie, on a affaire à ce qu'on appelle la psychose à *forme alterne*. Très souvent même les accès deviennent complexes et sont constitués par une double phase mélancolique puis maniaque, ou maniaque puis mélancolique; ils constituent alors les accès à *double forme*, si bien décrits par Baillarger. Dans bon nombre de cas, ces accès se succèdent les uns aux autres sans interruption, c'est-à-dire sans phase intercalaire de retour à l'état normal; les malades sont alors constamment en état d'excitation ou de dépression; c'est alors qu'on est en présence de la *folie circulaire* sur laquelle a insisté Falret père.

Le tableau ci-joint (fig. 3) vous donne une idée schématique de ces diverses modalités cliniques de la psychose périodique. Ces formes variées ne constituent en effet que des aspects divers d'une même maladie mentale, comme l'a justement fait ressortir M. Magnan. La preuve en est, qu'elles se transforment souvent les unes dans les autres; la mélancolie intermittente peut faire place à la forme alterne, ou bien aboutir à une psychose à double forme ou à une psychose circulaire.

Je dois du reste appeler votre attention sur un point : la mélancolie et la manie intermittente sont vraisemblablement beaucoup moins communes qu'on n'est porté à le penser, et les accès à double forme beaucoup plus fréquents au contraire qu'un examen superficiel des divers cas ne permettrait de le croire. C'est qu'en effet, chez les malades atteints de psychose périodique, l'entourage, quelquefois même le médecin, n'ont l'attention attirée que par la phase la plus saillante de l'accès : on prend quelquefois pour un retour à l'état normal ce qui est en fait un état d'excitation légère ou de dépression mélancolique très atténuée. Je suis depuis longtemps une dame de soixante ans, qu'on peut tenir à première vue pour une mélancolique intermittente; elle est en effet affectée depuis plus de trente ans de crises annuelles de dépression. Mais quand on examine les choses de près, on constate qu'au sortir de chacun de ses accès mélancoliques, la malade est pendant quelques semaines plus satisfaite, plus active, plus entreprenante, plus voyageuse qu'il ne convient. La famille met cette exubérance d'activité sur le compte de la joie qu'éprouve Mme X... d'être sortie de sa période de tristesse et d'impuissance, alors qu'il s'agit là d'une véritable phase d'excitation pathologique. En fait, Mme X..., n'est pas affectée, bien qu'il y paraisse, de mélancolie intermittente, mais de psychose à double forme.

I. *Folie périodique proprement dite.*

(*a*) *Manie intermittente.*



(*b*) *Mélancolie intermittente.*



II. *Folie alterne.*



III. *Folie à double forme.*



IV. *Folie circulaire.*



Figure 3.

J'ai eu l'occasion de soigner pendant plusieurs années un littérateur de talent, qui présente lui aussi de loin en loin des périodes de dépression. Quand ces phases de mélancolie au cours desquelles il est incapable de tout travail, ont pris fin, il retrouve toute son activité intellectuelle; sa mémoire est vive, son imagination brillante, il écrit avec une surprenante facilité; il est heureux et content de vivre. Chez lui, pas plus que chez la malade précédente, on ne peut tenir cette période d'activité et de satisfaction pour un retour à l'état normal, elle constitue une phase d'excitation non douteuse; M. Z... n'est pas un

mélancolique intermittent, quoi qu'on puisse penser, c'est un circulaire, et c'est au cours des périodes d'excitation qu'il compose les œuvres dont plusieurs ont eu un grand succès.

Vous le voyez, Messieurs, il ne faut pas trop se hâter de porter le diagnostic de manie ou de mélancolie périodique. Un examen attentif démontre souvent que les apparences sont trompeuses et qu'on est en présence d'accès circulaires ou à double forme, alors que de prime abord on pouvait supposer avoir affaire à des accès simples mélancoliques ou maniaques.

* * *

Un mot, Messieurs, sur les causes des psychoses périodiques et parlant de la mélancolie intermittente qui fait l'objet spécial de cette leçon. Ce sont par excellence des affections héréditaires. On retrouve d'habitude dans l'ascendance des malades des tares nerveuses diverses.

Le père de notre première malade, ainsi qu'un de ses oncles, ont présenté dans la vieillesse des troubles psychiques d'ordre mélancolique. Chez la seconde dont je vous ai rapporté l'histoire, nous trouvons un oncle paternel aliéné et une sœur morte à Sainte-Anne. Mais ce que je tiens à vous signaler, c'est la fréquence dans ces cas de l'hérédité similaire. Il n'est pas rare en effet de trouver dans l'ascendance des intermittents l'une ou l'autre des formes de la psychose périodique : les anamnésiques nous permettraient même vraisemblablement de les retrouver plus souvent si l'on tenait compte des formes atténuées de l'affection.

Il ne faut pas croire en effet que la psychose périodique sévit toujours sous les traits accusés et les caractères décisifs qui ont naguère frappé les aliénistes, à côté des formes graves qui font classer sans hésitation les malades qui en sont atteints parmi les aliénés, il en est d'autres plus légères à physionomie moins bien dessinée qui passent pour de simples bizarreries de caractère. Le monde est plein de circulaires, qu'on tient pour de simples lunatiques, parce qu'on les trouve tantôt plus indifférents aux choses du monde et plus tristes qu'il ne convient, tantôt plus exubérants et plus entreprenants que de raison.

Je me suis même demandé quelquefois, et je ne vous livre cette téméraire hypothèse que pour ce qu'elle vaut, si la circularité n'était pas une loi du fonctionnement de notre système nerveux, si nous n'étions pas tous à quelque degré des circulaires, et si l'état pathologique qui constitue la folie périodique dans sa forme la plus caractéristique, n'était pas simplement le grossissement et l'énorme amplification d'une manière d'être qui nous est à tous habituelle.

* * *

Que faut-il attendre du traitement dans les psychoses périodiques et particulièrement dans la mélancolie intermittente? C'est là le point, et sans doute le plus intéressant pour vous, que je dois examiner maintenant.

Une première question se présente tout d'abord. Est-il possible par une thérapeutique appropriée, appliquée dans l'intervalle des accès, d'empêcher ou de retarder le retour de ces derniers qui, vous l'avez vu, récidivent d'habitude avec une désespérante régularité? Je n'oserais pas dire que dans ce sens on ne puisse rien faire et qu'une bonne hygiène, les pratiques hydrothérapiques, les toniques du système nerveux soient tout à fait inutiles. Il faut reconnaître, toutefois, que l'efficacité des moyens dont nous disposons, est malheureusement très limitée. Ce n'est pas du moins le sulfate de quinine qui nous sera de grand secours; la notion de l'action de ce médicament dans les formes intermittentes du paludisme avait porté nos prédécesseurs à se demander s'il ne serait pas de quelque efficacité contre le retour des crises périodiques de mélancolie. L'expérience n'a pas légitimé cette espérance.

Si nous pouvons peu de chose sur le retour des accès, sommes-nous à même du moins, quand ils se sont produits, d'en diminuer la durée et d'en atténuer les symptômes pénibles.

Je ne suis pas certain, et personne ne saurait affirmer que nos efforts thérapeutiques soient capables d'abréger notablement la durée d'un accès de mélancolie intermittente. Ce n'est pas à dire que l'intervention médicale soit inutile en pareil cas. Ne ferions-nous que remplir les indications symptomatiques qui se présentent chemin faisant, ne ferions-nous que faire manger, digérer, dormir les malades, que déjà notre rôle ne serait pas sans avantages.

Mais il y a quelques points, et certaines indications sur lesquels je dois m'arrêter.

Et d'abord, dans quelle mesure faut-il en pareil cas conseiller l'isolement? Gardez-vous, Messieurs, en thérapeutique des formules toutes faites et des équations commodes mais décevantes. On est trop souvent porté à penser qu'une affection nerveuse en général et les affections mentales en particulier se trouvent nécessairement bien de l'isolement. Est-il besoin de vous dire que je n'en suis pas l'ennemi et que dans les cas qui le réclament, je le considère comme la condition première et quelquefois suffisante de la guérison? Ce n'est pas à dire qu'il faille l'appliquer toujours et quand même. Je me hâte d'ajouter que les familles, qui n'ont pour lui qu'un enthousiasme médiocre, suffiraient à tempérer, s'il était besoin, l'engouement quelquefois exagéré des médecins.

Or, si certaines formes de psychoses périodique, particulièrement la forme avec excitation, ou la forme dépressive avec idées de persécution rendent l'isolement nécessaire, il n'en est pas de même des formes dépressives simples. Dans ces cas, que nous avons particulièrement en vue, la maison de santé ne s'impose ni comme moyen de traitement, ni comme moyen de protection : les malades, pour peu qu'on les puisse entourer, peuvent rester dans leur famille; les tentatives de suicide sont chez elles assez rares pour qu'il ne soit pas indispensable de les soumettre à une surveillance aussi rigoureuse que celle qui doit être organisée de jour et de nuit autour des mélancoliques d'autre espèce. D'autre part, l'isolement ne paraît pas avoir d'effet marqué sur la durée des crises. On peut donc s'en abstenir.

Vous savez sans doute qu'on considère, et à bon droit, l'opium comme un médicament de choix dans le traitement des mélancolies accidentelles : son action est loin d'être aussi efficace dans la mélancolie intermittente. Il peut sans doute être de quelque utilité pour calmer les angoisses et aider au sommeil, mais il ne semble pas avoir d'influence décisive sur l'évolution de la crise.

Les bromures au contraire, dont il faut plutôt se défier dans le traitement des formes vulgaires de la mélancolie, sont souvent utiles chez les intermittents. J'en dirai autant des pratiques hydrothérapiques.

Enfin, messieurs, permettez-moi d'insister sur les avantages du traitement moral. Alors que le mélancolique vulgaire, dominé par ses idées de ruine et de culpabilité, est convaincu qu'il est un malheureux et non pas un malade, et par suite, logique avec son délire, n'accepte qu'à son corps défendant l'intervention du médecin, le mélancolique intermittent apprécie d'ordinaire les choses de toute autre façon. Préoccupé de son malaise, obsédé par la crainte de ne pas guérir, car il se sait malade, il éprouve le besoin d'être rassuré, de s'entendre dire qu'il guérira et que la fin de ses misères est proche. Le médecin d'habitude est toujours le bienvenu près de lui, même quand, en vertu de cet esprit de contradiction qui est si commun chez les intermittents, le malade semble n'accepter qu'avec protestation les conseils qu'on lui donne et les traitements qu'on lui prescrit. Notre rôle, en pareil cas, ne consiste pas seulement à rédiger des ordonnances : nous en avons un autre à remplir qui, s'il exige de la patience, n'est pas, je vous l'assure, sans utilité : nous avons à encourager les malades, à les réconforter, à les convaincre qu'ils ont tort en pensant qu'ils ne doivent pas guérir. La mélancolie intermittente est peut-être de toutes les affections nerveuses celle où votre intervention morale sera le plus précieuse et le plus appréciée; celle-ci doit être faite de tact, de bonté et de bienveillance. Pour bien traiter les affections nerveuses en général et la mélancolie intermittente en particulier, au moins dans ses degrés légers, il vaut mieux être moins bon chimiste et meilleur psychologue. La psychologie ne sert pas seulement à comprendre les maladies mentales, mais souvent aussi à les traiter.

MÉDECINE PRATIQUE

LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LE TIC DOULOUREUX DE LA FACE

Par sa ténacité, par son évolution et ses causes spéciales, le tic douloureux de la face occupe vraiment une place à part dans l'histoire des névralgies.

Tandis que les névralgies faciales à douleurs continues, si intenses que puissent être ces douleurs, cèdent assez bien aux moyens classiques : médicaments analgésiques, électricité, révulsion, le tic douloureux n'est influencé que d'une façon très variable. Cette variabilité d'effets constitue la plus réelle difficulté dans le traitement de cette maladie. On est en réalité forcé de procéder par essais et par tâtonnements, de recourir tour à tour aux divers moyens médicaux avant de se résoudre à l'intervention chirurgicale.

* * *

Parmi les formes de névralgies faciales épileptiformes justiciables du traitement médical une des plus curieuses, des plus importantes au point de vue pratique, bien qu'elle soit assez rare, est la *forme hystérique*. Gilles de la Tourette a bien démontré l'existence et bien précisé les caractères du tic douloureux hystérique. Tout d'abord, malgré

son origine pureement névropathique l'affection est souvent très tenace ; elle est remarquable par l'intensité des douleurs ou tout au moins par la vivacité des plaintes des malades. Très fréquemment la crise convulsive est annoncée par un aura nerveux : sensation d'étranglement et de boule au cou, sifflement dans les oreilles, éblouissements, battements des temporales, hallucinations visuelles. Cette crise convulsive est de plus très longue; au lieu de durer deux à trois minutes comme dans le tic douloureux vrai elle se prolonge souvent pendant une heure, deux heures et même plus. Par contre, la fréquence des crises est en proportion inverse de leur durée. Au lieu d'en compter plusieurs par jour, de les voir survenir sous l'influence de la moindre cause occasionnelle, on n'en observe souvent que deux à trois dans toute une semaine. Souvent enfin, de même qu'elle a été précédée par un aura, la crise de tic se termine et se juge par une attaque convulsive avec larmes et même accidents psychiques. Il y a un contraste complet avec l'intégrité mentale absolue des névralgies ordinaires même les plus douloureuses.

L'important dans cette forme est d'éviter les interventions chirurgicales, facilement acceptées et souvent même réclamées par les malades. Leur succès est passager, médiocre, comme cela a si souvent lieu chez les hystériques. La suggestion, les moyens ordinaires de thérapeutique présentés en insistant sur leur efficacité certaine réussissent souvent. L'électricité statique en particulier, sous forme de souffle, semble vraiment avoir une action spéciale, et plus qu'un rôle purement suggestif. Dans les cas les plus tenaces, le moyen le plus efficace serait, comme pour tous les accidents graves de l'hystérie, l'isolement.

Souvent contestée, malgré la puissante autorité de Trousseau, rare d'ailleurs elle aussi, la forme de tic douloureux dépendant de l'*épilepsie vraie* offre également l'intérêt d'un traitement spécial. Le bromure de potassium est, suivant la remarque de Ballet, absolument inefficace dans les tics douloureux simplement épileptiformes. Il retrouve au contraire sa puissance d'action coutumière dans certains cas liés au mal comitial vrai. Féré, Peter et tout dernièrement M. Bouquet de Roissy ont ainsi signalé des exemples de guérisons remarquables. Fait curieux, le bromure de strontium paraît plus efficace encore. Un point important, suivant la remarque de Laborde, est de n'employer que le bromure pur, exempt de toute trace de baryte. C'est le mélange fréquent de baryte qui a valu aux sels de strontium leur réputation toxique. Cette forme s'observe souvent chez des sujets un peu âgés déjà, ayant déjà eu d'autres manifestations épileptiques. Souvent aussi les malades sont nettement artério-scléreux. L'intensité du tic convulsif, la violence des soubresauts musculaires sont beaucoup plus prédominants que la douleur; celle-ci reste souvent modérée. Mais l'attaque laisse fréquemment après elle un peu de somnolence et de stupeur. Dans les formes résistant au traitement médical l'intervention chirurgicale portant sur le grand sympathique, intervention qui sera étudiée plus loin, mériterait, en raison de l'origine, d'être particulièrement essayée.

L'*artério-sclérose*, qui vient d'être mentionnée comme accompagnant souvent la forme épileptique, semble dans quelques cas suffire et agir seul. Son rôle expliquerait la curieuse remarque de Leyden sur l'efficacité du régime lacté absolu, puis de la diète végétarienne dans certaines prosopalgies tenaces. Celles-ci pourraient bien n'être en pareil cas qu'une forme larvée de l'urémie nerveuse.

La *syphilis* produit assez fréquemment la névralgie faciale à douleurs continues. La névralgie faciale double est même presque exclusivement d'origine syphilitique. Elle est souvent un prodrome de paralysie générale et exige un traitement particulièrement intensif. Le tic douloureux au contraire est plus rarement d'origine spécifique. Sans doute, suivant la règle générale dans toutes les affections nerveuses, la syphilis doit être soigneusement recherchée. Mais, même en cas de syphilis antérieure certaine, le traitement spécifique échouera fréquemment comme s'il n'y avait entre la syphilis et le tic douloureux que coïncidence et non relation de cause à effet.

Les médicaments antinévralgiques proprement dits : aconit, chloral, belladone, gelsemine, antipyrine, etc., sont encore plus régulièrement inefficaces. De toutes ces tentatives le *traitement de Trousseau par l'opium* a seul survécu. Tandis que la morphine est absolument inutile et dangereuse, qu'elle semble même, suivant le mot de Ballet, fournir comme un aliment à la douleur, l'opium à hautes doses augmentées progressivement et portées aussi loin qu'il le faut pour supprimer le paroxysme, compte de nombreux succès.

La technique même de ce traitement[1], les précautions nécessaires pour réduire au minimum les inconvénients offerts toujours par l'opium à hautes doses, ont été bien souvent décrits. En réalité, cette médication serait excellente sans une éventualité très fâcheuse : la fréquence des rechutes après la guérison apparente. Ces rechutes sont toujours très sérieuses. Dans les récidives, l'efficacité de l'opium, même repris à doses plus fortes qu'au moment de la première atteinte, est beaucoup moindre. L'intolérance est, au contraire, beaucoup plus marquée.

Un dernier médicament, le *sulfate de cuivre ammoniacal*, a donné à Féréol quelques succès incontestables. Il paraît agir surtout contre l'élément congestif qui, suivant la remarque de Huchard, accompagne souvent les névralgies faciales et semble dans quelques cas constituer une véritable forme vasomotrice. Mais les accidents de nausées, de malaises, de diarrhée, de vomissements, que provoque assez souvent le sulfate de cuivre ont beaucoup nui à la généralisation de son emploi.

Reste enfin comme suprême ressource médicale l'*électricité*. Le courant continu, en ayant soin d'appliquer la plaque positive sur les points douloureux, d'humecter la plaque avec une solution d'antipyrine au 1/10 ou de cocaïne au 1/50, peut réussir même avec de faibles intensités. Les succès sont beaucoup plus fréquents avec le procédé des hautes intensités dû à Bergonié (de Bordeaux). Ce procédé a été longuement décrit dans ce journal même. Chaque détail de technique pour éviter tout accident, et obtenir le maximum d'efficacité, doit être strictement suivi.

*
* *

Malgré tous ces moyens employés avec toute la patience et l'énergie voulue, le traitement chirurgical deviendra souvent indispensable. La situation de quelques malades est en effet vraiment atroce et ils sont littéralement guettés par le suicide. Actuellement le chirurgien a à sa disposition : 1° les interventions directes sur le trijumeau; 2° les interventions indirectes sur la carotide primitive et sur le ganglion cervical supérieur du sympathique.

INTERVENTIONS DIRECTES. — Ces interventions sont, depuis quelques années, considérablement modifiées : il est entendu qu'on doit réséquer le nerf sur la plus grande étendue possible, et qu'on doit, dans certains cas au moins, le réséquer le plus haut possible. On pratiquera toujours, à moins de nécessité, une *résection périphérique étendue*, résection totale d'une branche, ou plus fréquemment résection totale des trois branches quand le tic est généralisé. Le procédé type de résection par la voie zygomatique a été longuement décrit au point de vue technique dans la thèse de Bejarano[1]. Ce procédé zygomatique est le même dans ses temps superficiels, ne se différenciant que dans ses temps profonds suivant que l'on veut atteindre la IIe branche, la IIIe, le dentaire, le lingual. Au point de vue opératoire, cela est bien préférable aux procédés si confus décrits de toutes parts, et qui ne font qu'embarrasser le chirurgien.

La *résection du ganglion de Gasser* elle-même doit débuter par le même temps zygomatique que la résection périphérique, en poussant moins loin vers la ligne médiane la résection de la base du crâne et, la résection faite, en terminant par le *plombage des trous de la base* destiné à s'opposer à la réunion des parties extracraniennes du nerf et de ce qui pourrait rester de ses parties intracraniennes. On emploiera aussi ce plombage, *de* haut en bas, en cas d'hémorragie par la méningée moyenne.

Il faut bien savoir du reste que résections périphériques étendues, comme résections intracranienne, sont des opérations très difficiles. Il faut pénétrer à une profondeur considérable, travailler au fond d'un véritable puits. Il est du reste aisé de reconnaître les nerfs lorsqu'on les a sous les yeux : ils sont énormes. Si on hésite, c'est qu'on ne les a pas. Quoi qu'il en soit, pour être non pas bien faites, mais *seulement faites*, les résections périphériques totales de même que la résection gassérienne doivent rester l'apanage des chirurgiens habitués.

Au point de vue gravité, il y a une différence considérable : les résections périphériques sont bénignes, sans danger aucun; les résections intracraniennes sont très dangereuses; la mortalité opératoire de Krause est de 25 pour 100; il est très probable que si l'on faisait une statistique de chirurgiens moins habitués, elle serait énorme.

Au point de vue thérapeutique, les résultats semblent, d'une manière générale, analogues. Alors que les résections périphériques limitées ne donnent que huit à neuf mois de répit (sans doute parce que le nerf reprend), les résections périphériques totales aussi bien que les résections postérieures ont donné des résultats suivis depuis des années; si bien qu'il est parfaitement permis, contrairement à ce que la grande majorité des médecins pense, de parler d'une *guérison chirurgicale* de la névralgie faciale.

Il y a probablement des cas où la résection gassérienne est seule susceptible de produire cette guérison; il y a, à n'en pas douter, des *gassérites primitives* ou *secondaires*, dans lesquelles toute résection périphérique est, dès le début, sans utilité. La grave question est ici la question du diagnostic. L'un de nous s'en occupe depuis plusieurs années, et croit être à même de donner sous peu une conclusion positive. En attendant, on fera bien de recourir systématiquement et sans s'attarder dans des interventions périphériques, aux résections gassériennes, dans les cas où la névralgie porte d'emblée ou secondairement sur les trois branches dans leurs parties profondes et non sur leurs bouquets terminaux, parce qu'alors l'irradiation douloureuse de l'un à l'autre, peut être d'origine périphérique. Il en est de même du tic, qui, si étendu soit-il, peut accompagner une névralgie localisée à une seule branche et disparaître, en quelques jours, après sa résection; il n'implique donc pas le diagnostic de gassérite.

INTERVENTIONS INDIRECTES. — On a du reste cherché à suppléer aux interventions gassériennes, si redoutables, par des interventions agissant indirectement sur le ganglion par influence vasculaire ou vaso-motrice. Telles ont été les ligatures de la carotide primitive, déjà anciennes, et les *résections du ganglion cervical supérieur du sympathique*, pratiquées jusqu'à pré-

1. A.-F. PLICQUE. — « Traitement des névralgies et des névrites ». *Actualités médicales*, Paris, 1901.

1. BEJARANO. — « Traitement de la névralgie faciale ». *Thèse* Paris, 1899. — CHIPAULT. *Travaux de neurologie chirurgicale*, 1898, p. 230.

sent par Jaboulay, par Delagenière, par Cavazzani, par Chipault dans 4 cas. Elles ont, à n'en pas douter, sur les résections gassériennes, l'avantage d'un bénignité absolue. Quant à leur valeur thérapeutique, elle paraît aujourd'hui bien réelle, après avoir beaucoup fait hésiter. Les malades de Chipault, d'abord soulagés, ont eu une rechute, puis un mieux nouveau et qui semble définitif sous réserve de la persistance d'un léger point dentaire inférieur. C'est là une guérison par étapes qui se rencontre dans beaucoup d'interventions de chirurgie nerveuse, à effet vasomoteur. Elle est donc, par analogie, plutôt encourageante. Il faut, d'autre part, remarquer que la résection du ganglion supérieur sympathique exerce son influence vaso-motrice non seulement sur le ganglion de Gasser, mais encore sur les branches périphériques et sur les centres bulbaires du trijumeau. Si bien qu'elle peut fort bien devenir, par sa bénignité et l'étendue de son influence, un véritable traitement de choix de certaines névralgies faciales.

D'une façon générale, d'ailleurs, les récidives nerveuses, après les interventions opératoires, sont loin d'être toujours définitives. Leur ténacité paraît atténuée. Elles cèdent souvent aux mêmes moyens médicaux et, en particulier, à l'électrisation par les courants continus faibles, alors que des moyens absolument identiques ont échoué lors de la première atteinte. Il y a là un contraste intéressant avec la ténacité des rechutes venant après le traitement par la méthode de Trousseau.

CHIPAULT et A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

15 Avril 1902.

Rachitisme et lait stérilisé. — *M. Ausset* (de Lille). Le rachitisme n'est pas une maladie de squelette; la lésion osseuse *macroscopique* n'est pas l'ultime étape des accidents. La gastro-entérite chronique, toujours à l'origine de la maladie, en est la cause *véritablement* spécifique avant qu'il y ait des altérations osseuses *visibles*.

Or, cette gastro-entérite chronique se produit bien avec le lait stérilisé, mais elle se produit aussi avec l'allaitement au sein. Un bébé nourri au sein sans règle, suralimenté comme cela se voit souvent, fait des indigestions successives qui le mènent à la gastro-entérite chronique, première étape du rachitisme. D'autre part, un enfant élevé au lait stérilisé ne fera pas de gastro-entérite si toutes les règles sont bien observées.

C'est donc le mauvais emploi, l'abus d'un lait qui cause le rachitisme et non ce lait.

Sur un très grand nombre d'observations dépouillées, je n'en ai retenu que 682 à cause de la précision des renseignements. Sur ces 682 enfants, 456 avaient été nourris au biberon, 59 à l'allaitement mixte, et 167 au sein. Sur les 456 nourris au biberon, 349 nourris avec du lait et des soupes étaient rachitiques; 61 n'avaient eu que du lait, bien stérilisé, mais administré sans règle aucune : ils étaient aussi rachitiques. Il en reste 46 nourris également au lait stérilisé, avec toutes les précautions voulues, et qui n'ont présenté aucune tare de rachitisme. Sur les 167 nourris au sein, 19 furent trouvés rachitiques; ils n'avaient eu que le sein, mais sans règle aucune.

Ce n'est donc pas le lait qui cause le rachitisme, c'est la mauvaise façon dont on l'administre. Si avec le lait stérilisé on observe plus de cas de rachitisme, c'est parce que, avec lui, les règles hygiéniques s'enfreignent plus facilement.

Les urines chez les prématurés. — *MM. Nobécourt et Lemoine.* L'étude des urines chez les enfants nés prématurément et âgés de moins d'un mois permet de saisir quelques différences entre eux et les nourrissons du même âge, mais d'un poids supérieur. Ils émettent en vingt-quatre heures, une urine moins abondante, plus dense et plus riche en phosphates; par rapport au kilogramme de poids, le volume des urines est également moindre et la quantité de chlorures et de phosphates est plus grande. Le point de congélation de l'urine totale et celui des molécules élaborées est plus loin de 0°; la diurèse moléculaire totale et la diurèse des molécules élaborées est plus grande.

Cytodiagnostic des méningites. — *MM. Guinon et Simon* communiquent les résultats que leur a fournis l'examen du liquide céphalo-rachidien dans 16 cas de méningite tuberculeuse.

Dans 14 de ces cas, le dépôt obtenu par centrifugation contenait presque exclusivement des lymphocytes.

Chez un malade, au cours de trois ponctions successives on trouve une grande prédominance de polynucléaires.

Il n'y avait aucun microbe à l'examen direct, et les cultures restèrent stériles. Dans un autre cas, à la première ponction, la formule cytologique fut à prédominance de polynucléaires, les cultures restant néanmoins stériles.

Le liquide retiré était toujours clair, sauf dans trois cas où il était légèrement louche.

La perméabilité des méninges à l'iodure de potassium fut recherchée trois fois. L'iodure passa dans le liquide céphalo-rachidien une fois seulement, tandis qu'on le décela constamment dans l'urine même diluée à 1 pour 100.

Cyphoscoliose souple. — *M. Chipault* décrit sous ce nom, d'après quatre cas, une variété exceptionnelle de cyphoscoliose, d'origine sans doute uniquement ligamenteuse, dont le caractère essentiel est une souplesse parfaite et permanente. Elle se redresse par la simple suspension, tête en bas, sans pression ni tractions.

Présentations. — *M. Deguy* montre : 1° un crâne avec lésions de *craniotabes* provenant d'un nourrisson syphilitique héréditaire; 2° le larynx d'un enfant ayant succombé à un accès de dyspnée par *sténose laryngée* consécutive au tubage.

R. ROMME.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

9 Mai 1902.

Récidive de tumeur du sein. — *MM. Morestin et Lecène* présentent des préparations d'une tumeur du sein opérée, et d'une récidive de la même tumeur. Il s'agit d'un adéno-fibrome du sein qui évoluait depuis dix ans et s'était transformé en adéno-sarcome. Après ablation, cet adéno-sarcome a récidivé au niveau du sternum, au bout d'un an, sous forme de sarcome fuso-cellulaire pur.

Kystes sous-épendymaires. — *M. Crouzon* montre une pièce provenant d'une autopsie du service de M. Pierre Marie, et offrant deux poches kystiques sous-épendymaires au niveau de l'aqueduc de Sylvius. La lésion n'avait provoqué aucun symptôme.

Cancer du côlon transverse; adhérences de l'appendice. — *M. Dobrovitch* apporte un cancer intestinal siégeant à la partie moyenne du côlon transverse, qui est en état de ptose. L'appendice monte audevant de l'iléon et adhère au cancer. Il n'y a pas, d'ailleurs, de communication entre les cavités appendiculaire et colique transverse.

Hémiplégie; contracture de la face. — *M. Touche* communique deux cas de contracture de la face dans l'hémiplégie.

Malformation sternale. — *M. Dartigues* présente, au nom de *M. Mériel* (de Toulouse), un cas de perforation congénitale du méso-sternum.

Système veineux ombilical. — *M. Mériel* envoie une note sur le système veineux para-ombilical et ombilico-vésical.

Luxations métacarpo-phalangiennes. — *M. Mériel* communique une observation de luxations métacarpo-phalangiennes multiples par cicatrisation de brûlure.

Cancer du sein avec adénopathie du côté opposé. — *MM. P. Fredet et Chevassu* montrent un cancer du sein observé chez une jeune femme, qui présentait des ganglions appréciables dans l'aisselle du côté opposé. L'examen histologique montre dans ces ganglions des cellules d'apparence épithéliale.

M. Letulle pense qu'il s'agit de cellules épithélioïdes et de tuberculose ganglionnaire.

Opacités congénitales de la cornée. Lésions anatomiques. — *M. Terrien* montre des coupes des deux yeux d'un enfant né à terme, ayant succombé le huitième jour et présentant dès la naissance une opacité centrale des deux cornées. On constate des lésions de kératite interstitielle diffuse limitées aux couches postérieures; la membrane de Descemet a disparu et l'endothélium est altéré. L'épithélium antérieur et la membrane de Bowman étaient intacts. En outre, tout le tractus uvéal est très congestionné, infiltré, et il existe à la surface antérieure de l'iris de véritables granulomes pédiculés; hémorragies nombreuses dans les couches internes de la rétine et dans les gaines du nerf optique.

Ces lésions uvéales montrent que les altérations de la cornée constatées en pareil cas sont presque toujours secondaires. Elles sont la conséquence de l'infiltration cellulaire de tout le tractus uvéal, de la congestion qui l'accompagne et de la gêne circulatoire qui en résulte. Elles peuvent même exister seules, comme cela existait dans une seconde observation rapportée par l'auteur.

Quant à la cause de l'affection, il faut sans doute incriminer une infection transmise de la mère au fœtus ou retentissant sur la circulation placentaire et troublant profondément la circulation et la nutrition du fœtus.

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

9 Mai 1902.

Rétention des chlorures dans les néphrites. — *MM. Ch. Achard et M. Lœper.* — L'épreuve de la chlorurie alimentaire qui consiste à faire absorber 10 grammes de chlorure de sodium et à observer ensuite l'élimination urinaire, nous a déjà servi à mettre en évidence la rétention remarquable qui a lieu dans les tissus pour les chlorures au cours d'un grand nombre d'affections aiguës. Nous l'avons étudiée aussi dans les néphrites.

La rétention des chlorures s'observe dans les néphrites aiguës, de même que dans les autres maladies aiguës non compliquées d'altérations rénales. Il n'est donc pas besoin, dans ces cas, d'invoquer un trouble éliminateur particulier résultant de la lésion des reins, pour expliquer l'hypochlorurie qui est ordinairement très prononcée.

Dans les néphrites subaiguës, l'hypochlorurie et la rétention sont variables, et généralement moindres que précédemment.

Dans les néphrites interstitielles chroniques, la rétention existe lorsque surviennent des complications aiguës et notamment des crises urémiques.

Mais en dehors de ces accidents aigus, la rétention peut faire défaut, et le rein peut être parfaitement capable d'éliminer le chlorure ingéré, à peu près comme chez un sujet sain. Néanmoins, il y a souvent dans ces cas de l'hypochlorurie.

Ainsi, dans les néphrites aiguës et chroniques, l'hypochlorurie ne peut être considérée comme un effet direct des lésions rénales, et les modifications de l'excrétion chlorurée ne sont pas sous la dépendance exclusive de l'état des reins.

Cancer de l'ampoule de Vater. — *MM. Galliard et Maury* apportent les pièces d'un cancer de l'ampoule limité à l'ampoule de Vater; les voies biliaires étaient fortement dilatées et la vésicule ne contenait pas de calculs. L'examen histologique ne permit pas d'être très affirmatif sur l'origine de cette néoplasie; il est simplement vraisemblable qu'il s'agissait d'un cancer développé aux dépens de la muqueuse duodénale.

Quant aux symptômes qui révélèrent ce cancer, ils sont ceux sur lesquels Hanot et Rendu avaient particulièrement insisté, c'est-à-dire le début insidieux, l'intermittence de l'ictère, la diarrhée.

Phlébosclérose des veines superficielles des membres. — *MM. Souques et Janvier* présentent un malade de quarante ans, alcoolique et tuberculeux qui offre une induration chronique des veines superficielles des membres. Aux membres inférieurs l'induration porte sur le tronc des veines saphène interne depuis la malléole jusqu'à l'aine, et saphène externe depuis l'articulation tibio-tarsienne jusqu'au creux poplité. Les saphènes sont contractées, dures, et roulent sous le doigt comme une corde; elles sont uniformément indurées, sans nouures, dans toute l'étendue de leur trajet. Aux membres supérieurs, presque tous les troncs veineux superficiels de l'avant-bras et du bras sont indurés, et l'induration y offre les mêmes caractères qu'aux membres inférieurs.

Cette induration chronique des veines est bilatérale et symétrique. Elle n'intéresse pas les veines profondes.

Les veines de l'abdomen, du thorax, du cou et de

la tête sont respectées. Il n'y a ni varices, ni varicocèle, ni hémorroïdes.

Ces altérations sont survenues insidieusement et n'ont jamais donné lieu à des symptômes appréciables.

Les faits analogues sont rares. On a incriminé le paludisme, la tuberculose, le saturnisme, la syphilis, les cachexies, l'alcoolisme. Les recherches histologiques de Letulle ont montré qu'il s'agit de lésions différentes des lésions de la phlébite chronique vulgaire. Quels que soient, du reste, les rapports de la phlébosclérose avec la phlébite chronique, la phlébosclérose semble constituer un type anatomique et clinique spécial qu'on peut rapprocher, *mutatis mutandis*, de l'artériosclérose et de l'artérite progressive. Mais la lumière n'est pas faite ni sur son évolution ni sur ses causes productrices.

Phosphates urinaires dans les états aigus. — *MM. Ch. Achard, Ch. Laubry et L. Thomas.* Dans les maladies aiguës qui s'accompagnent d'une rétention des chlorures, il n'y a pas de parallélisme constant entre les chlorures et les phosphates urinaires.

Toutefois, dans l'asystolie, sous l'influence de l'amélioration produite par le repos, le lait et la digitale, on peut voir s'élever en même temps le volume de l'urine, le taux des chlorures et celui des phosphates, parce que l'insuffisance de la circulation rénale disparaît.

Mais dans les autres états aigus, la concordance fait généralement défaut. Les décharges phosphatiques sont fréquentes; on les observe souvent avant la crise des chlorures, et même, dans la fièvre typhoïde, à une période où l'état général ne s'améliore pas. D'autre part, les décharges phosphatiques peuvent manquer, alors que se produisent des crises thermiques, diurétiques et chloruriques.

L'alimentation influe peut-être sur l'abaissement des phosphates qu'on observe en dehors des décharges dans les affections aiguës. Mais elle n'est nullement en cause dans les décharges, qui se produisent aussi bien dans le cas de régime fixe.

L'injection sous-cutanée de glycéro-phosphate à la dose de 3 grammes (soit environ 1 gramme d'acide phosphorique), augmente le taux des phosphates de l'urine chez les sujets sains. Dans les états aigus, elle est ordinairement suivie aussi d'une augmentation de ces phosphates ce qui n'est pas favorable à l'hypothèse d'une rétention. Mais l'interprétation est plus difficile que pour les chlorures, car, pour les phosphates, l'abaissement est moins prononcé, les décharges moins élevées, les oscillations plus nombreuses que pour les chlorures.

Aussi l'étude des phosphates paraît-elle offrir moins d'intérêt clinique que celle des chlorures pour apprécier l'ensemble de la crise qui termine les processus aigus.

Quant à la valeur diagnostique des phosphates, elle reste assez douteuse; car dans la fièvre typhoïde la moyenne des phosphates peut, avant toute décharge, rester assez élevée (2 grammes, 2 gr. 61), et inversement, dans la tuberculose aiguë avec état typhoïde, on peut voir une moyenne assez faible (1 gr. 11), de sorte que l'excès des phosphates ne caractérise nullement les processus tuberculeux.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

10 Mai 1902.

Le sang dans les diverses formes de la tuberculose expérimentale du cobaye. — *MM. Henri Claude et Aly Zaky.* Nous avons inoculé le même jour un certain nombre de cobayes, avec la même quantité de tuberculose sous la peau du ventre. Ces animaux ont été répartis en huit lots et ont été soumis à divers traitements (lécithine à doses différentes ou combinées à la créosote et au sulfate de fer); cinq ont été gardés comme témoins et non traités. Les derniers étaient tous morts au bout de trois mois. L'étude de leur sang a montré une diminution progressive des hématies et du taux de l'hémoglobine, une augmentation rapide du nombre des leucocytes; enfin parmi ces derniers, la quantité des polynucléaires a été croissante, tandis que les diverses espèces de mononucléaires diminuaient et les éosinophiles disparaissaient. Les cobayes traités ont présenté une survie beaucoup plus longue. Nous avons réalisé ainsi des types très divers de tuberculose. Or le sang de ces animaux présentait des caractères différents de ceux observés chez les témoins. Le nombre des globules rouges a été très augmenté chez quelques-uns, et chez d'autres n'a diminué que dans de faibles proportions; il en fut de même de l'hémoglobine. La leucocytose a été très inférieure à ce qui a été observé dans la tuberculose à évolution rapide; enfin le nombre des polynucléaires n'a été que peu augmenté, et même les chiffres les plus élevés n'ont été observés que chez des animaux morts après un traitement très court.

Tous les animaux qui ont eu une longue survie ou qui vivent encore n'ont pas possédé en moyenne plus de 60 pour 100 de polynucléaires, pseudo-éosinophiles; les éosinophiles, au contraire, se sont élevés dans une forte proportion, jusqu'à 1/2 pour 100, surtout dans la période de réaction initiale à l'infection pour diminuer ensuite; parmi les mononucléaires, les formes de transition et à vacuole protoplasmique ont augmenté dans les cas favorables.

En somme, les caractères du sang varient dans la tuberculose expérimentale, suivant l'acuité du processus infectieux, suivant les divers stades de la maladie et la résistance du sujet. Ces constatations sont à rapprocher de celles qui ont été faites dans la tuberculose humaine.

L'influence des lécithines sur la nutrition générale. — *MM. A. Desgrez et Aly Zaky.* Nous avons établi, l'influence exercée par les lécithines sur les échanges nutritifs. Un des points sur lesquels nous avons tout particulièrement appelé l'attention fut l'action spéciale produite par ces substances sur l'élimination du phosphore. L'analyse des urines montra, en effet, que les lécithines provoquent une rétention constante de cet élément. Comme le phosphore exerce un rôle prépondérant dans la formation du squelette et du tissu nerveux, nous avons cru nécessaire de rechercher également quelles modifications subissent ces deux parties essentielles de l'organisme sous l'influence des lécithines.

Nos déterminations établissent définitivement ce que nous avait déjà indiqué le coefficient azoturique, à savoir que l'augmentation de poids des animaux recevant de la lécithine ne correspond pas à un ralentissement de la nutrition, par exemple à une accumulation de graisse, mais porte, proportionnellement, sur le squelette et le système nerveux. Nous établissons, en outre, que l'acide phosphorique retenu par l'organisme sous l'influence de la lécithine est normalement utilisé pour le développement de la cellule osseuse et de la cellule nerveuse. Dans les cas où ils ont été pratiqués, les dosages de lécithine, dans le tissu nerveux, indiquent que cette substance augmente sous l'influence du traitement, non qu'il s'agisse, assurément, de la lécithine même fournie à l'animal, mais bien de celle qu'il forme par synthèse, aux dépens de l'acide phosphorique, de la glycérine, des acides gras et des bases organiques.

Sur une variété de diplocoque associé à une méningite tuberculeuse. — *MM. Armand-Delille et Babonneix.* Nous avons constaté, dans un cas de méningite tuberculeuse secondaire à un tubercule du cervelet, la présence d'un diplocoque en grande abondance dans le liquide céphalo-rachidien retiré pendant la vie par ponction lombaire.

Nous avons étudié les caractères de ce microbe dont l'aspect morphologique est très voisin de celui du pneumocoque, mais qui pousse bien sur tous les milieux et à la température du laboratoire. Il ne s'agit donc pas de méningocoque, mais d'une variété très analogue à l'entérocoque de Thiercelin.

Le cyto-diagnostic montrait dans ce cas, à côté de diplocoques libres et de polynucléaires contenant des diplocoques, environ 30 pour 100 de lymphocytes, dont la présence ne pouvait s'expliquer que par le bacille de Koch.

Origine des vésicules hydatiques filles. — *M. F. Dévé.* Les observations que nous avons poursuivies à ce sujet, tant sur les kystes des animaux que sur ceux de l'homme, nous ont montré que les formations kystiques échinococciques reconnaissaient des origines multiples. Elles peuvent naître : 1° d'éléments cellulaires inclus dans la cuticule; 2° de la membrane germinale; 3° des vésicules proligères; 4° d'éléments cellulaires non différenciés renfermés dans les vésicules proligères; 5° de scolex; 6° des vésicules filles préexistantes, par affaissement et accolement partiel de leurs parois.

Les formations kystiques reconnaissant des origines si différentes possèdent, une fois développées, la même constitution et le même avenir. Il n'y a donc pas lieu d'opposer les unes aux autres les différentes opinions exprimées par les auteurs au sujet de l'origine des vésicules filles; aucun processus n'est exclusif.

Entérokinase et sécrétine. — *M. L. Camus.* L'entérokinase et la sécrétine, malgré leur commune origine : l'intestin, ne semblent pas être dépendantes l'une de l'autre. Il est possible de les isoler, bien que parfois elles se trouvent normalement toutes deux réunies.

A. Sicard.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

12 Mai 1902.

Sur l'emploi des sérums précipitants pour la détermination des taches de sang en médecine légale. — *MM. Ogier et Herscher.* Dans une communication à la Société de biologie, MM. Linossier et Lemoine ont attiré l'attention sur ce qu'ils ont appelé la non-spécificité des sérums précipitants : lorsqu'un lapin a été injecté avec du sérum humain, son propre sérum précipiterait non seulement le sang humain, mais encore le sang d'autres animaux.

Cette proposition est exacte, mais l'analyse montre que la réaction présente de grandes différences selon que le sang examiné correspond ou non au sérum injecté. Dans le premier cas le précipité est beaucoup plus rapide et plus abondant.

Pour éviter toute cause d'erreur nous conseillons la technique suivante :

Jamais on ne doit se contenter d'une seule expérience et, de la présence ou de l'absence de précipités, conclure à l'origine humaine ou à la provenance animale de la solution sanguine.

En ce qui concerne les inoculations de sérum humain, nous avons gardé le mode opératoire de Wassermann et Schutze : 10 centimètres cubes de sérum humain sont injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un lapin. On répète cette injection deux jours après et ainsi de suite jusqu'à concurrence de six injections.

L'animal est laissé au repos pendant cinq à six jours, puis le sang est recueilli dans des tubes où, après s'être coagulé, il est soumis pendant une heure ou deux à la centrifugation.

Le sérum réactif étant ainsi préparé, nous opérons comme il suit :

La tache suspecte est dissoute dans l'eau distillée. La solution, filtrée s'il y a lieu, est placée dans de petits tubes bouchés de 4 à 5 millimètres de diamètre extérieur et de 10 ou 12 centimètres de long.

Deux à trois centimètres cubes de solution même faiblement colorée suffisent pour donner une réaction nette, et l'on peut opérer ainsi sur des quantités très minimes de sang, par exemple sur les produits de taches ayant 1 centimètre carré de surface ou même moins. Un poids de 1 milligramme de sang est largement suffisant.

On prépare de la même manière une solution de sang d'homme, de même volume que la solution suspecte, et approximativement de même concentration, ce qu'on réalise en ajoutant de l'eau jusqu'à ce que la coloration de cette solution témoin soit pareille à celle de la première solution.

On opère de même avec des solutions de sang de cinq ou six animaux domestiques tels que : bœuf, porc, mouton, chiens, etc.

Tous ces liquides sont additionnés d'une même quantité de sérum réactif (une dizaine de gouttes). Toutes ces solutions sont agitées jusqu'à mélange intime et placées dans un bain d'eau chauffé à 37-40°.

Après dix minutes environ on commence à voir dans le tube contenant le sang humain des particules solides se formant dans toute la masse liquide. La précipitation est à peu près complète au bout d'une demi-heure, et un dépôt volumineux s'est formé au fond du tube.

Les solutions sanguines des autres animaux ne doivent pas donner de précipité dans le même temps. C'est seulement après plusieurs heures qu'il s'y forme des dépôts, mais toujours moins abondants.

De l'intervention chirurgicale chez les aliénés. — *M. Picqué.* A propos du remaniement de la loi, je crois bon de rappeler l'attention de la Société sur la déplorable situation des aliénés au point de vue de l'assistance chirurgicale. Le chirurgien ne peut opérer sans le consentement de la famille; or celle-ci le plus souvent refuse l'opération ou ne répond même pas aux demandes qui lui sont adressées. C'est ainsi que j'ai dû laisser mourir sans pouvoir leur porter secours des aliénés atteints de cancer du sein, de fibromes, etc.

M. Bize.

ACADÉMIE DES SCIENCES

12 Mai 1902.

Réactions chromatiques des globules du sang des diabétiques. — *M. Le Goff.* Les globules rouges du sang dans le diabète sucré ont une affinité spéciale pour les couleurs d'aniline basiques; lorsque l'on plonge une lame de sang diabétique fixé par la chaleur dans une dissolution de la combinaison éosine-bleu méthylène, on constate que les hématies diabétiques décomposent cette combinaison pour s'emparer du bleu méthylène alors que celles du sang normal, dans les mêmes conditions, prennent l'éosine. Cette différence de coloration ne se produit plus si on a soin d'enlever l hémoglobine par un lavage convenable. Il est donc naturel de penser que l'hémoglobine est l'un des facteurs de la réaction. Ayant précédemment constaté que l'hémoglobine fixée sur lames par la chaleur se colore par les couleurs d'aniline acides, que l'hémoglobine combinée à une quantité convenable de glucose, de lévulose, de xylose et fixée dans les mêmes conditions se colore au contraire par les couleurs basiques, M. Le Goff a été conduit à rechercher s'il était possible de produire la réaction du sang diabétique avec du sang normal rendu hyperglycémique. Pour cela il étend sur lames 20 millimètres cubes de sang normal; il y ajoute 20 millimètres cubes d'une solution au centième de glucose dans le sérum physiologique, il fixe par la chaleur, puis il colore cinq minutes.

De cette façon les globules rouges perdent la propriété de se colorer par le rouge congo, le bleu de méthyle, et, plongés dans le réactif du sang diabétique, ils prennent énergiquement le bleu méthylène: ils ont donc acquis les propriétés des globules rouges des diabétiques. Par des injections intra-veineuses de glucose, M. Le Goff a obtenu chez le lapin une glucosurie transitoire et constaté que dans ces conditions les globules rouges présentent également les réactions chromatiques du sang diabétique. Il faut donc admettre que les deux facteurs de la réaction sont le glucose et l'hémoglobine. Ces deux corps semblent former dans le sang des diabétiques une sorte de combinaison qui permettra peut-être de saisir le mode d'oxydation des hydrates de carbone dans l'organisme et la cause de leur élimination dans le diabète sucré.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

13 Mai 1902.

Autoplastie du nez. — *M. Berger* présente un enfant qu'il a opéré par la méthode d'autoplastie italienne. Le nez avait été détruit par une morsure de cheval; il ne restait que la cloison et les os. Les deux interventions ont été faites en Novembre et Décembre; la peau sera maintenue pendant quelques mois encore par un appareil de contention, afin de rendre à l'organe sa forme normale.

Discussion sur la chloroformisation. — *M. Laborde.* L'expérimentation prouve d'une façon indubitable que c'est à l'action irritative mécanique et non toxique des vapeurs chloroformiques sur les expansions glottiques et laryngées du nerf laryngé supérieur et sur les ramifications nasales du trijumeau qu'il faut attribuer l'arrêt des mouvements respiratoires et cardiaques dans la chloroformisation.

Le meilleur moyen préventif consistera donc à diminuer l'hyperexcitabilité des muqueuses en question. L'emploi de l'éther, des injections préventives de morphine, de narcéine, de méco-narcéine, d'atropine, de spartéine, de badigeonnages de la muqueuse nasale avec une solution de cocaïne, constitue déjà un progrès.

L'usage de la pince linguale, qui permet d'effectuer à la moindre alerte des tractions rythmées de la langue, possède une efficacité supérieure à celle de tous les autres moyens.

La loi sur la santé publique et les épidémies de fièvre typhoïde en province. — *M. Fiessinger.* La loi sur la santé publique, en soumettant les maires à l'autorité des préfets ne saurait conduire à des résultats décisifs. Un préfet est un fonctionnaire. Il peut perdre sa place s il remplit son devoir. Il suffit que le maire soit un homme politique influent pour que la majeure partie de la loi sur la santé publique ne soit jamais qu'un effort méritoire sans doute, mais frappé de stérilité.

Une épidémie de fièvre typhoïde sévit depuis huit ans dans une petite ville de province. Il y a eu jusqu'ici plus de 800 cas. L'infection est venue d'une contamination de la source qui alimente la ville par des infiltrations à distance. La source jaillit de la base d'une montagne, et cette source est alimentée par un ruisseau souterrain qui part du haut plateau et s'enfonce dans le sol à proximité d'habitations où avait régné la fièvre typhoïde.

M. Chantemesse. Je connais l'épidémie dont parle M. Fiessinger; ils sont exacts. Mais la question des rapports entre l'hygiène et la politique soulève de grandes difficultés, jusqu'ici irréductibles.

M. LABBÉ.

ANALYSES

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Carton. *De la durée de la vie chez les épileptiques* (*Thèse*, Paris, 1902). — M. Carton attire l'attention sur la courte durée de la vie des épileptiques à attaques fréquentes.

Alors que la moyenne de l'existence des aliénés dans les asiles est de cinquante ans et un mois, celle des grands épileptiques est de vingt-cinq ans et deux mois.

La mort prématurée survient dans cette dernière catégorie de malades le plus souvent d'une façon brusque. Ce sont alors des attaques répétées ou des accidents cérébraux congestifs, ou encore des inhibitions nerveuses, inexplicables à première vue, qui amènent l'issue fatale; ces malades meurent alors debout, selon l'expression employée par Arnaud au Congrès de 1900. Quelquefois, ils sont emportés par un épuisement nerveux plus lent; dans d'autres cas, la fin des épileptiques a lieu par suite de maladies incidentes, qui portent fréquemment l'empreinte de cet épuisement nerveux.

Carton conseille de traiter soigneusement les troubles physiques, même légers, dont se plaignent souvent les épileptiques. On devra aussi suivre avec attention les troubles gastriques, les tendances congestives, les tremblements fibrillaires, l'inégalité pupillaire que présentent les malades atteints de grand mal, tous symptômes qui constituent un élément pronostique important.

BUSQUET.

VOIES URINAIRES
ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Edward L. Keyes. *Les embolies pulmonaires à la suite des interventions sur la vessie et la prostate* (*New York med. Journ., 1901, 5 Avril*). — Dans les dix observations d'embolie pulmonaire recueillies par l'auteur, la mort survint deux fois à la suite d'une taille sus-pubienne, et huit fois après une prostatectomie. Deux cas seulement furent vérifiés par l'autopsie, deux autres semblent probants, mais quatre observations sont douteuses, et deux peut-être sont entachées d'erreur. Pourtant, en ne retenant que les observations les plus nettes, on trouve que dans la statistique de Keyes deux décès sur trois furent occasionnés par une embolie pulmonaire; et Meyer sur quatre décès après prostatectomie en observa deux qui reconnaissaient la même cause. L'auteur considère que les veines pelviennes et prostatiques sont exposées à se thromboser à la suite des prostatectomies. S il n'estime pas que les dix faits qu'il a recueillis soient bien convaincants, il les trouve pourtant dignes d'attirer l'attention.

L. NATTAN-LARRIER.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

Fruitier. *Contribution à l'étude du vertige auriculaire et de ses rapports avec la neurasthénie* (*Thèse*, Paris, 1902). — Le vertige auriculaire peut s'observer en dehors de toute lésion du labyrinthe et être la manifestation la plus frappante du labyrinthisme vaso-moteur chez des neurasthéniques atteints d'affections d'oreille même bénignes. Il serait, chez ces malades, le résultat d'une hyperémie réflexe du labyrinthe.

Tout l'effort du traitement doit, dans ces cas, être dirigé contre la névrose. L'arséniate de strychnine, le bromure de potassium, les courants continus seront associés avec avantage au traitement hygiénique, au séjour à la campagne, à l'hydrothérapie.

M. BOULAY.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE

D. Schtcherbatchov. *Toxicité de quelques bromures organiques* (*Rous. Ark Path.*, 1901, T. XII, fasc. 6, p. 575). — L'auteur a étudié expérimentalement au laboratoire du professeur Schmiedeberg, à Strasbourg, l'action du bromoforme, du bromure d'éthyle et du bromure d'éthylène. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

1° *Bromoforme.* — L'anesthésie par le bromoforme présente cette particularité que le stade d'excitation fait défaut. Le bromoforme est très toxique, mais il ne provoque cependant jamais d'arrêt brusque de la respiration ni du cœur. La pression sanguine tombe progressivement. La mort est précédée, chez les grenouilles, de la rigidité musculaire; chez les animaux à sang chaud, le refroidissement du corps joue un rôle important dans la production de la mort; aussi faut-il, en cas d'empoisonnement par le bromoforme, recourir avant tout au réchauffement.

2° *Bromure d'éthyle.* — Chez les animaux anesthésiés par le bromure d'éthyle, on observe parfois des convulsions, si l'air est très riche en vapeurs de brométhyle. La mort, lorsqu'elle survient, semble être due à la paralysie du cœur et s'accompagne d'œdème du poumon.

3° *Bromure d'éthylène.* — La toxicité de ce produit est très grande: l'inhalation de vapeurs de bromure d'éthylène pendant quinze minutes peut provoquer la mort; cependant les symptômes morbides n'éclatent qu'au bout de quelques heures ou le lendemain seulement. Parmi ces symptômes, l'opacité des cornées est particulièrement intéressante à noter. La mort survient par suite de paralysie du cœur.

S. BROÏDO.

PRATIQUE MÉDICALE

Nouvelle formule de solution injectable de benzoate de mercure.

M. Gaucher, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, est arrivé à faire préparer des solutions de benzoate de mercure dans un sérum artificiel contenant 7 gr. 50 de chlorure de sodium par litre. Cette préparation doit être ainsi formulée :

Benzoate de mercure	1 gramme.
Chlorure de sodium chimiquement pur	0 gr. 75
Eau distillée	100 grammes.

La dissolution s'opère ainsi *très facilement*, à condition que le sel soit fraîchement préparé. Il faut prescrire au pharmacien de ne pas employer le benzoate de mercure du commerce, qui est impur, mais de préparer lui-même son benzoate de mercure de la façon suivante : traiter à chaud l'oxyde de mercure par l'acide nitrique à 1°20, diluer cette solution dans l'eau et la mettre en présence d'une solution de benzoate de soude à 1,88 pour 40. Cette préparation est longue, car le benzoate de mercure ainsi précipité a besoin d'être lavé avec soin pendant très longtemps à l'eau froide; elle exige huit à dix jours. Le sel préparé de cette façon peut se conserver deux mois et même davantage.

Cure hydriatique des maladies des femmes.

D'après A. Lejeune, les eaux minérales de Bourbon-l'Archambault font merveille dans un grand nombre d'affections utérines ou péri-utérines : métrites et endométrites, paramétrites, fibromes.

Ces eaux sont administrées sous forme de bains, de douches, ou en bains locaux agissant directement sur le col utérin après intromission d'un spéculum grillagé.

La haute thermalité de ces eaux, 38° et même 40°, en déterminant de la congestion à la surface des téguments, joue certainement un grand rôle dans l'action décongestionnante sur l'organe utérin que possèdent manifestement les eaux de Bourbon.

Les principes minéraux dissous par leur action sur les terminaisons nerveuses, contribuent puissamment à la disparition des douleurs névralgiques consécutives aux affections utérines.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé militaire. — MM. Chevalier, Julia et Fromont, médecins-majors de 2e classe, sont désignés pour servir en Algérie.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont désignés pour servir : au Chari, MM. Berthier, médecin-major de 2e classe; Le Maout, médecin aide-major de 1re classe.

A Madagascar : MM. Erdinger, Petit, médecins aides-majors de 1re classe.

A la Guinée française : M. Ponthiou-Lavielle, médecin aide-major de 1re classe.

En France : MM. Mayolle, Poumayrac, Lépinay, médecins-majors de 2e classe; M. Pin, médecin aide-major de 1re classe.

La lutte contre la tuberculose. — Le Conseil général de l'Allier a voté la création dans ce département d'un sanatorium pour les tuberculeux; il a décidé en même temps que des propositions seraient demandées à des sociétés ou particuliers pour la construction de cet établissement par voie de concession, le département fournissant soit une subvention, soit une garantie d'intérêt.

Traitement de la syphilis. — M. Leredde commencera le lundi 2 Juin, à 10 h. 1/2 du matin, à la Policlinique de l'Etablissement dermatologique, 9, rue Beaudant, une série de huit conférences sur le traitement de la syphilis et des progrès à y apporter. Il les continuera les lundis suivants à la même heure.

Étranger

Une exposition de matériel d'enseignement médical. — Il vient de s'ouvrir à Berlin, pour se clore le 6 Juin prochain, une exposition d'objets pour l'enseignement médical.

Au cours de cette exposition, qui est placée sous la présidence d'honneur du ministre des cultes, de l'enseignement et des affaires médicales, des spécialistes éminents feront des conférences accompagnées de démonstrations.

Le comité de l'exposition est constitué par MM. les professeurs von Bergmann, président; Kirchner et Schaper, vice-présidents, et R. Kutner, secrétaire général, l'adresse de ce dernier étant : Elssholz Strasse, n° 13, Berlin W. 30.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 21 Mai 1902, à 1 heure. — M. Petit : Sur la valeur de la réduction par le procédé non sanglant dans les luxations non congénitales de la hanche ; MM. Tillaux, Joffroy, Wurtz, Cunéo. — M. Lenormand : Etude sur la localisation des réflexes dans l'axe cérébro-spinal ; MM. Joffroy, Tillaux, Wurtz, Cunéo.

Jeudi 22 Mai 1902, à 1 heure. — M. Stahl : Etude clinique et thérapeutique du méthylarsinate disodique (arrhénal); MM. Cornil, Raymond, Rémy, Dupré. — M. Bellan : Angine pseudo-membraneuse secondaire de la syphilis : MM. Raymond, Cornil, Rémy, Dupré. — M. Lasne-Desvareilles : Helminthiase. Symptomatologie ; MM. Blanchard, De Lapersonne, Faure, Guiart. — M. Roche : La péricystite lacrymale ; MM. De Lapersonne, Blanchard, Faure, Guiart. — M. Seguin : La médecine infantile chez les Grecs et les Romains ; MM. Hutinel, Budin, Mery, Bonnaire. — M. Vieubled : Lait stérilisé et rachitisme ; MM. Budin, Hutinel, Mery, Bonnaire.

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 20 Mai 1902. — 2e Salle Richet : MM. Rémy, Hanriot, Langlois. — 3e (Première partie), Oral. Nouveau régime, Salle Charcot : MM. Le Dentu, Demelin, Rieffel. — 4e, Salle Thouret : MM. Proust, Thoinot, Vaquez. — 5e, Chirurgie (Première partie), Hôtel-Dieu : MM. Pozzi, De Lapersonne, Marion. — 5e, (Deuxième partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Gilbert, Charrin, Achard. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Hôtel-Dieu: MM. Raymond, Hutinel, Dupré. — 5e (Première partie) (1re série), Charité : MM. Guyon, Schwartz, Thiéry. — 5e (Première partie) (2e série), Charité : MM. Berger, Quenu, Faure. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Dieulafoy, Thiroloix, Jeanselme.

Mercredi 21 Mai 1902. — 2e, Salle Richet : MM. Ch. Richet, Retterer, Broca (André). — 3e (Première partie), (1re série), Nouveau régime, Salle Richet : MM. Kirmisson, Lejars, Potocki. — 3e (Première partie) (2e série). Nouveau régime, Salle Richet : MM. Reclus, Poirier, Lepage. - 3e (Première partie) (3e série), Nouveau régime, Salle Richet : MM. Delens, Rémy, Wallich. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Broussais : MM. Fournier, Brissaud, Widal. — 5e, Chirurgie (Première partie), (1re série), Laënnec : MM. Terrier, Legueu, Mauclaire. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Laënnec : MM. Lannelongue, Sebileau, Broca (Aug.). — 5e (Deuxième partie), Laënnec : MM. Landouzy, Gaucher, Bezançon.

Jeudi 22 Mai 1902. — 2e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Vulpian : MM. Gley, Launois, Langlois. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Salle Richet : MM. Dieulafoy, Menetrier, Gouget. — 3e Oral (Première partie), Nouveau régime, Salle Béclard : MM. Schwartz, Thiéry, Demelin. — 4e (1re série) Salle Pasteur : MM. Pouchet, Wurtz, Teissier. — 4e (2e série), Salle Thouret : MM. Gilbert, Achard, Richaud.

Vendredi 23 Mai 1902. — 3e (Deuxième partie), Oral, Ancien régime, Salle Corvisart : MM. Brissaud, Gaucher, Teissier. — 4e, Salle Thouret : MM. Pouchet, Thoinot, Wurtz. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Terrier, Delens, Gosset. — 5e, Chirurgie (Première partie), (2e série), Necker : MM. Tillaux, Broca (Aug.), Walther. — 5e (Deuxième partie) Necker : MM. Hayem, Landouzy, Widal. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 24 Mai 1902. — 2e, Salle Richet : MM. Gley, Launois, Desgrez. — 5e, Chirurgie (Deuxième partie) (1re série) Beaujon : MM. Proust, Thiroloix, Vaquez. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Beaujon : MM. Chantemesse, G. Ballet, Renon. — 5e, Obstétrique, (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Demelin, Potocki.

Opérations d'urgence et de pratique courante. — Une seconde série de travaux pratiques de médecine opératoire spéciale s'ouvrira le mercredi 18 juin, à 1 h. 1/4, à l'École pratique.

1° Sutures des téguments en général; de la paroi abdominale. Ténotomies.

2° Suture des tendons; anastomose, allongement, transplantation des tendons. — Suture des nerfs. — Suture des os.

3° Sutures de l'intestin (traitement des plaies et ruptures de l'intestin). — Greffes épidermiques; greffes dermo-épidermiques à grand lambeau. — Traitement de l'ongle incarné.

4° Trépanation de l'apophyse mastoïde. — Cathétérisme de la trompe d'Eustache. — Ponction lombaire.

5° Tubage; trachéotomie. — Tamponnement des fosses nasales. — Traitement des végétations adénoïdes. — Saignée.

6° Amputation du sein. — Thoracentèse; Pleurotomie; Résection temporaire ou définitive des côtes.

7° Circoncision. — Cathétérisme de l'urètre et de la vessie. — Urétrotomie interne. — Traitement de l'hydrocèle vaginale. — Traitement du varicocèle.

8° Traitement des hémorroïdes. — Traitement des fistules anales.

9° Traitement de l'appendicite; Résection de l'appendice. — Anus artificiel iliaque.

10° Cure radicale de la hernie inguinale. — Traitement des hernies étranglées.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis, les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

Clinique d'accouchements Tarnier (Cours de vacances. — *Mois d'Août.* — M. Perret, chef de clinique : lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures du matin : *Suites de couches normales, allaitements, enfants débiles, consultations des nourrissons.*

M. Chéron, chef de clinique adjoint : mardi, jeudi, samedi, 11 heures du matin : *Pathologie des suites de couches et du nouveau-né.*

M. Dubrisay, ancien chef de clinique : mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir : *Dystocie.*

M. Macé, ancien chef de clinique : lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures du soir : *Opérations obstétricales et manœuvres opératoires.*

Mois de Septembre. — M. Perret, chef de clinique : comme en Août, mêmes jours et heures.

M. Chéron, chef de clinique adjoint : comme en Août, mêmes jours et heures.

M. Schwaab, ancien chef de clinique : mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir : *Dystocie.*

M. Chavane, ancien chef de clinique : lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures du soir : *Opérations obstétricales et manœuvres opératoires.*

Le prix de chaque cours est de 50 francs.

Seront admis, MM. les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs aux cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, et samedis, de midi à 3 heures.

CONCOURS

Hôpitaux de Paris (médecine). — *Liste des admissibles* : MM. Marie, 50; Fournier, Auclair, 49; de Grandmaison, Labbé, 48; Gallois, Laffitte, Boix, Bergé, de Massary, Michel, Apert, 47; Sergent, Philippe, Pissavy, Josué, Carnot, Sée, 46; *ex æquo*, Milian.

Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Le concours s'est ouvert lundi 12 Mai à midi.

La question donnée pour la composition écrite est : *Espace maxillo-pharyngien. Fibromes naso-pharyngés.*

Les questions restées dans l'urne sont : *Région temporale. Diagnostic et indications thérapeutiques des complications encéphaliques des suppurations de l'oreille moyenne. Anatomie du voile du palais et cancer du larynx.*

Clinicat. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le jeudi 26 juin 1902, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu : 1° Pour le clinicat médical : A la nomination de trois chefs de clinique et de quatre chefs de clinique adjoints ;

2° Pour le clinicat chirurgical : A la nomination d'un chef de clinique titulaire;

3° Pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint;

4° Pour le clinicat des maladies des voies urinaires A la nomination d'un chef de clinique adjoint;

5° Pour le clinicat obstétrical : A la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints;

6° Pour le clinicat chirurgical infantile : A la nomination d'un chef de clinique titulaire.

7° Pour le clinicat médical des maladies infantiles : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 19 Juin 1902. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à 3 heures). Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine français.

Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

RENSEIGNEMENTS

Deux internes des hôpitaux commenceront prochainement conférences spéciales pour les candidats à l'internat des asiles de la Seine. S'adresser *P. M*, n° 743.

Un étudiant faisant fonctions d'externe est demandé pour établissement dermatologique. S'adresser *P. M*, n° 744.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette


Cacodylate de soude

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 40. — Samedi, 17 Mai 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements...... 10 fr.
Union postale............ 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LES COURS PAYANTS

Les cours payants sont intimement liés au développement de la spécialisation en Médecine ; ils ont cela de commun avec nombre de réformes déjà effectuées ou à effectuer dans notre enseignement médical.

Il faut avouer que l'idée d'instituer ces cours payants nous est venue d'Allemagne. Les médecins français visitant les Universités allemandes étaient frappés des excellents résultats obtenus dans certains cours pour lesquels une rétribution, spéciale était exigée. Leur succès était dû en grande partie au principe même de la rétribution qui est un stimulant aussi bien pour le professeur que pour l'élève ; il était dû aussi à l'organisation de ces cours qui crée entre ceux appelés à les professer une véritable émulation ne pouvant qu'augmenter la valeur de leur enseignement.

En fait, l'Allemagne attirait vers elle l'immense majorité des médecins étrangers désireux de se perfectionner dans la pratique de leur art, alors que naguère Paris était pour eux le vrai centre d'attraction. C'est qu'en Allemagne seulement se trouvaient les moyens de s'instruire dans

ces spécialités nouvelles, alors que Paris s'était endormi sur l'antique enseignement de la médecine et de la chirurgie générales.

Aussi bien, les quelques répétitions d'anatomie et de médecine opératoire, les quelques leçons de clinique médicale et chirurgicale que donnaient à l'amphithéâtre des Hôpitaux ou dans leurs services hospitaliers des internes désireux d'augmenter leurs ressources pécuniaires, n'étaient pas suffisants pour maintenir à Paris le courant de médecins étrangers que l'attraction de la capitale avait naguère produit. D'autant mieux que bientôt il ne fut plus possible réglementairement de donner des leçons particulières d'anatomie, et que l'orientation des études poursuivies au cours de l'internat se faisant de plus en plus de la clinique vers les laboratoires, les internes se désintéressèrent peu à peu des leçons cliniques.

Mais les cours de perfectionnement, bien qu'issus des spécialités, ne doivent pas se borner au seul enseignement de ces spécialités : ils peuvent et doivent être profitables à tout médecin, à tout étudiant français soucieux de parfaire son instruction technique générale et spéciale.

* * *

Aujourd'hui donc qu'une instruction médicale de perfectionnement est reconnue comme nécessaire à nombre de praticiens, comment allions-nous, avec les moyens d'enseignement que nous possédions, et sans grever le budget de frais qu'il ne pourrait supporter, satisfaire à ce besoin nouveau? Evidemment, il fallait faire payer à chacun ce supplément d'instruction et d'éducation qu'il désirait acquérir : c'était là le seul procédé. Mais il n'était applicable que dans l'enseignement libre; les règlements administratifs ne l'autorisaient pas dans l'enseignement officiel.

Cependant, survint la réforme des Universités, et, dès lors, furent introduits dans notre enseignement les cours payants.

Le principe de la rétribution étant posé, quelle serait cette rétribution? Le Conseil de l'Université en a fixé le taux de 50 à 150 francs, suivant les cours, non compris les droits d'immatriculation. Le produit en est affecté d'abord aux frais matériels du cours; le reste est partagé entre les maîtres qui font le cours. A Paris, ni les professeurs titulaires, ni les agrégés en exercice ne touchent d'émoluments.

* * *

Depuis 1898, des cours payants ont donc été institués à la Faculté de Paris. Il est intéressant de montrer les résultats qu'ils ont donné.

Le *Cours de Bactériologie* est installé dans un des laboratoires du professeur Cornil: il comporte des conférences et des travaux pratiques et coûte 60 francs par série. De 1898 à 1901, les élèves qui l'ont fréquenté ont suivi une progression croissante : ils sont passés de 13 en 1898 à 71 en 1901.

Ce cours de perfectionnement, officialisé en 1898, est le plus ancien cours payant spécial fait dans l'enceinte de la Faculté. Il fut créé, en 1882, par Chantemesse, sous l'autorité du professeur Cornil; Widal succéda à Chantemesse; puis Bezançon, qui le fait aujourd'hui officiellement en collaboration avec Griffon.

Le cours le plus suivi est le *Cours de médecine opératoire spéciale*, parfaitement organisé par Hartmann, chef des travaux pratiques, aidé de ses prosecteurs. Il date de 1899, et, depuis lors, sa progression est constante : 116 élèves en 1899, 142 en 1900, 166 en 1901.

Très suivi aussi est le *Cours d'accouchements* à la Clinique Baudelocque, qui, depuis 1899, a de 100 à 120 élèves par an.

Une progression constante est à noter aussi dans le *Cours d'oto-rhino-laryngologie* : 24 élèves en 1898, 48 en 1899, 60 en 1900, 75 en 1901.

On s'étonnera peut-être de me voir mentionner ici un cours d'oto-rhino-laryngologie après m'être plaint dans un précédent article du manque d'enseignement de cette spécialité à la Faculté de Paris. J'ai voulu dire que l'importance clinique de cette spécialité n'était pas représentée par un enseignement équivalent : que l'on prenne la liste des professeurs, des agrégés en exercice, et l'on verra qu'aucun n'est là pour la représenter officiellement dans les Conseils de la Faculté. Il a fallu la nouvelle loi sur les Universités pour qu'un cours annexe fût créé sur les fonds universitaires; et l'on sait avec quel dévouement M. Castex, chargé de ce cours, s'acquitte de sa tâche. Mais cela n'est pas suffisant; l'oto-rhino-laryngologie mérite plus et doit être mise sur le même pied que les autres spécialités.

Je ne dois pas oublier les tentatives de cours de radiographie, de maladies cutanées et syphilitiques, de pathologie nerveuse, de maladies infantiles, d'accouchements qui ont été faites en 1899, en 1900, en 1901; mais il faut avouer qu'elles n'ont pas eu de suite!

Je ne puis donner le fonctionnement des cours payants que jusqu'à la fin de l'année 1901; je ne connais pas encore les résultats pour l'année en cours. En tout cas, je puis dire qu'en 1902, la même progression que les années précédentes s'est produite pour les anciens cours; de plus, de nouveaux cours se sont créés : l'un à la clinique des maladies nerveuses, l'autre à la clinique ophtalmologique.

Une mention spéciale doit être faite au cours de perfectionnement que le professeur de Lapersonne a institué à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Les résultats déjà donnés recommandent son organisation comme modèle à ceux qui voudraient s'en inspirer.

Et d'abord, étant donné la multiplicité des exercices que comporte un cours de perfectionnement et le temps qu'il faut consacrer à chaque élève, le nombre de ceux-ci doit être limité : M. de Lapersonne l'a fixé de 15 à 18; chacun d'eux paye 50 francs, plus les droits de 30 francs d'immatriculation, et le cours dure dix semaines.

Ce cours comprend : 10 conférences faites par le professeur sur la médecine opératoire, suivies d'exercices pratiques sur le sujet et sur les animaux; 10 conférences d'ophtalmo-métrologie faites par l'agrégé chef des travaux de physique, M. Weiss, sur la réfraction, l'accommodation, etc., avec séance pratique; 10 conférences faites par les chefs de laboratoire et de clinique sur l'anatomie pathologique spéciale et la bactériologie, avec exercices pratiques, préparations extemporanées, et par les chefs de clinique sur la thérapeutique oculaire.

Conférences et exercices pratiques sont faits en dehors des heures de la clinique; les élèves du cours sont, en outre, pendant la consultation de la clinique, appelés successivement à examiner des malades, à discuter les diagnostics et le traitement, devant le professeur qui les argumente. Cette forme d'enseignement pratique est très attachante pour les élèves dont un certain nombre continuent à fréquenter la clinique, même après avoir terminé leur cours de perfectionnement.

* * *

Il était intéressant de se rendre compte du résultat matériel de ces cours payants depuis 1898 jusqu'à 1901. Le voici d'après les documents officiels de la Faculté, absolument exacts, puisque ne sont admis aux cours que les étudiants ou docteurs s'étant fait inscrire au secrétariat et ayant versé la somme exigée.

Les recettes du cours de Bactériologie se sont élevées de 650 francs à 4.260 francs; celles du cours de Laryngologie de 1.200 à 3.750 francs; celles du cours d'Accouchements de 4.850 à 5.000 francs; celles du cours de Médecine opératoire spéciale de 5.800 à 8.305.

Je ne parle pas des résultats des cours qui n'ont eu qu'une durée passagère, pour arriver à la recette totale qui, de 1.950 francs en 1898, s'éleva à 23.215 francs en 1901.

Ces recettes traduisent l'augmentation continue du nombre des élèves inscrits aux cours payants. En effet, en 1898, 39 élèves seulement avaient pris part à ces cours; en 1901, ils étaient 400 ; et ils seront plus nombreux encore en 1902.

De cette progression croissante ressort toute l'importance que peuvent prendre ces cours dans notre Faculté. Ils constituent un véritable enseignement de perfectionnement, portant sur des éléments de plus en plus variés au fur et à mesure que progresse la science; et ils répondent ainsi à un besoin nouveau.

Je dois dire, en manière de conclusion, que leur fonctionnement en ces quatre années, démontre à l'évidence que le succès réside non seulement dans la matière enseignée, mais beaucoup aussi dans la méthode avec laquelle elle est enseignée : les cours qui ont réussi en sont un exemple vivant.

* * *

Enfin, on doit signaler une innovation qui ne peut qu'augmenter la valeur de ces cours et leur donner plus d'autorité.

Une sanction leur manquait. Sur la proposition du professeur de Lapersonne, le conseil de la Faculté vient de décider que tout docteur ou étudiant ayant suivi avec zèle les cours de perfectionnement recevrait, à la fin du cours, un certificat officiel signé du professeur et contresigné par le doyen, avec le cachet de la Faculté.

C'est là une mesure propre à attirer à notre Faculté les docteurs étrangers, pour lesquels le nouveau certificat constituera la garantie de l'éducation spéciale qu'ils ont reçue.

E. De Lavarenne

LIVRES NOUVEAUX

Deguy et Benjamin Weill. — *Manuel pratique du traitement de la diphtérie* (sérothérapie, tubage, trachéotomie). (Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1902).

Cet ouvrage est d'actualité. Les dernières statistiques accusent une recrudescence anormale de la diphtérie; des communications récentes ont remis en question le traitement de cette maladie, toujours menaçante.

Dans leur Manuel, les auteurs se sont proposé d'indiquer l'état actuel de nos connaissances pratiques sur la diphtérie, et de montrer au praticien comment, après avoir institué un diagnostic basé sur la clinique et sur la bactérioscopie, on doit traiter un diphtérique.

Ils passent en revue la sérothérapie, le traitement topique, le tubage et la trachéotomie, précisant et exposant avec clarté les indications et le manuel opératoire de ces interventions. Les dessins schématiques, les photographies et les radiographies qui illustrent richement le volume permettent de suivre, presque aussi facilement que sur le vivant, la technique des opérations exposées. Ce manuel instruit aussi bien par l'image que par le texte, et c'est là un de ses principaux mérites.

La conduite à tenir dans les diphtéries associées, dans les complications précoces et tardives de la diphtérie est exposée dans les moindres détails. Un chapitre très complet est consacré à la prophylaxie, à l'étude des injections préventives, du licenciement des écoles, de la désinfection. Diverses considérations intéressantes de médecine légale terminent le Manuel.

M. le professeur agrégé Marfan, qui a écrit pour cet ouvrage une intéressante introduction résumant d'une façon très vivante l'histoire des idées sur la diphtérie, apprécie en ces termes le Manuel de MM. Deguy et B. Weill :

« Leur ouvrage est le miroir fidèle de ce qui se fait au pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades. Dans celui-ci, il y a une tradition composée des remarques, des observations, des procédés de plusieurs générations de médecins, d'internes, voire même de surveillantes et d'infirmières. Cette tradition se transmet oralement ; on s'est peu occupé de l'écrire. MM Deguy et B. Weill ont réussi à la faire entrer dans leur livre. J'ose croire qu'ils auront rendu service à leurs confrères. »

M. Labbé.

LE BOTRYOMYCOME

PAR

G. CARRIÈRE, Agrégé
Chargé du cours de Clinique médicale infantile

G. POTEL
Chef de Clinique chirurgicale

à l'Université de Lille.

La nature du Botryomycome est encore, à l'heure actuelle, l'objet d'une intéressante controverse.

Tandis que certains auteurs reconnaissent un élément pathogène spécifique, le botryocoque, d'autres, au contraire, ne voient dans le botryomycome qu'une néoplasie inflammatoire, réaction particulière produite sous l'influence d'un agent causal banal, le staphylocoque.

Si la discussion reste ouverte, c'est que les éléments d'étude sont assez rares. Dans la région du Nord, nous croyons être les premiers qui aient eu la bonne fortune d'en observer deux exemples.

Les conditions dans lesquelles nous avons extirpé ces petites tumeurs ne nous ont malheureusement pas permis de faire ni cultures ni inoculations. Nous avons dû nous contenter de l'examen histologique que nous avons fait aussi complet que possible.

* * *

Observation I. — Jeanne X... vient se présenter, au mois de Décembre dernier, à la consultation de l'hôpital de la Charité, pour une petite tumeur siégeant au niveau de la face dorsale de l'index gauche. Cette jeune fille travaille dans une filature de lin.

Il y a deux mois, elle se fit une section de l'index sur le bord ébréché d'un pot contenant de la colle de pâte. La plaie était longue d'environ un centimètre et demi et occupait la face dorsale de la troisième phalange de l'index. Il y eut peu de suppuration. La cicatrisation était complète en douze jours.

Un mois après, sur la cicatrice, apparut un petit bourgeon, saignotant, qui grossit peu à peu et acquit bientôt le volume d'un gros pois.

La jeune fille, voyant sa petite tumeur augmenter de volume, vint à la consultation de l'hôpital de la Charité.

On constate qu'il existe au niveau de la troisième phalange de l'index gauche, et à la face dorsale, une tumeur grosse comme une noisette, d'un rouge vif, sessile, saignant au moindre contact. La pression n'exerce point de douleur. Point d'engorgement ganglionnaire ni de réacion inflammatoire périphérique.

La malade désire être débarrassée de sa tumeur. Anesthésie à la cocaïne. Une incision elliptique circonscrit largement la base de latumeur. L'ablation se fait très facilement. La réunion se fait par seconde intention, à cause de l'écartement des bords de la plaie.

La cicatrice, vue six mois après, ne présente plus rien d'anormal.

Examen de la tumeur. — Vue à l'œil nu sur les coupes, la tumeur se présente avec l'aspect d'un champignon à pied très large.

A la base d'implantation, le derme ne paraît pas se continuer avec la périphérie de la tumeur. Le centre du néoplasme présente des radiations en éventail.

Après fixation par l'alcool, la pièce a été incluse, dans le vide, à la paraffine, et colorée sur lames par la thionine phéniquée, la cochenille alunée, éosine, cochenille-éosine, cochenille alunée-éosine, hématéine-éosine, hématéine acide picrique, bleu de méthylène polychrome de Unna, méthode de Weggert pour les fibres élastiques, enfin par la safranine et l'induline.

1° *Examen de la peau avoisinant la tumeur.* — Nous trouvons d'abord le derme avec sa structure normale, présentant cependant cette particularité qu'il existe une hypertrophie papillaire extrêmement prononcée, et d'autant plus manifeste que l'on s'approche plus du néoplasme.

En dehors de cette hypertrophie papillaire, on ne trouve dans le derme aucune modification structurale.

Le tissu cellulaire sous-cutané présente çà et là une réaction inflammatoire manifeste, surtout au voisinage des papilles hypertrophiées.

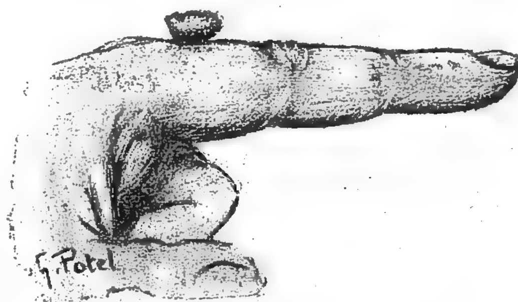


Figure 1.

Les vaisseaux et les glandes sudoripares ne présentent aucune altération apparente.

2° *Étude de la tumeur proprement dite.* — Si l'on considère d'abord la tumeur au niveau de sa base d'implantation, on note :

1° Une prolifération très marquée des cellules de la couche kératodermique;

2° Des altérations des cellules du corps muqueux; la couche des cellules à éléidine n'existe pas, et, au-dessous, les cellules polygonales ont perdu leur dentelure. Leur noyau est fort peu coloré et ne présente, en général, qu'un nucléole punctiforme assez bien coloré par les réactifs. La couche basilaire est elle-même altérée; son assise régulière de cellules cylindriques n'existe plus; elle est remplacée par des cellules irrégulières, arrondies, ovoïdes, présentant un noyau à peine apparent, muni presque toujours de plusieurs nucléoles fortement colorés.

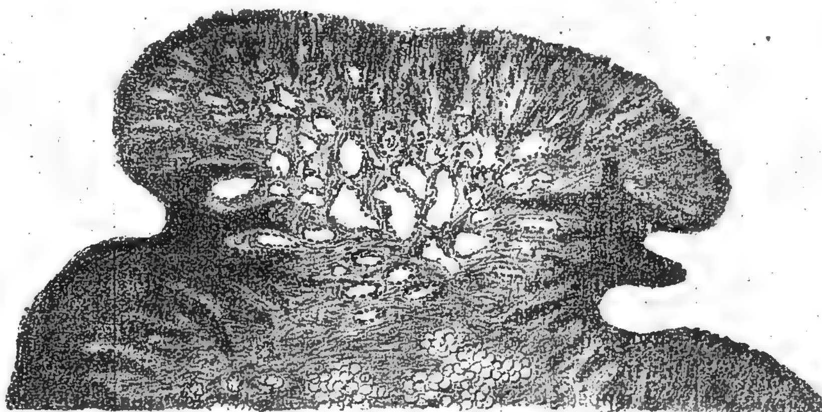


Figure 2.

Au-dessous se trouve le tissu de néoplasie.

En examinant la tumeur proprement dite, de la périphérie vers le centre, on constate les particularités suivantes :

Les couches normales du derme ont disparu au centre. Elles existent bien encore sur les parties latérales, et l'on peut suivre progressivement la façon dont se fait leur disparition. On voit la couche kératodermique s'épaissir et devenir foliacée; entre les feuillets on trouve une infiltration embryonnaire. Enfin, l'assise génératrice disparaît elle même pour se fondre dans le tissu néoplasique.

Tout à fait à la périphérie, les assises dermiques sont remplacées par un tissu qui, au premier aspect, donne l'impression d'être le résultat d'une désintégration des couches normales du derme cutané. En effet, le tissu envoie des prolongements irréguliers vers le centre de la tumeur, formant ainsi des sortes de fausses papilles dont les limites, confuses, tranchent mal sur les parties qu'elles pénètrent.

Il existe à la périphérie une mince couche kératinisée, épaisse de 10 à 15 μ. De cette couche kératodermique partent des travées, très déliées, constituées par des fibrilles très fines, qui semblent converger vers le centre de la tumeur. Cet aspect est surtout appréciable sur les préparations colorées à la safranine-induline et à la thionine picriquée. Entre les mailles de ces travées se trouvent des cellules extrêmement nombreuses, tassées les unes contre les autres, mais de nature variée. Les unes sont petites, rondes, à noyau arrondi, fort peu volumineux, souvent fragmenté et peu coloré. Ces cellules se retrouvent de préférence à la périphérie de la tumeur où elles forment une sorte de zone embryonnaire de 100 à 150 μ d'épaisseur.

On trouve souvent, dans cette partie, des sphérules très fortement teintées par les colorants de la chromatine et occupant une partie du noyau ou tout le protoplasma de la cellule. Nous pensons qu'il s'agit là d'un phénomène de pycnose décrit par Renaut et auquel MM. Poncet et Dor rattachent les globes mûriformes de la Botryomycose. Nous n'avons pas trouvé d'amas mûriforme.

A côté, on trouve d'autres cellules, les unes volumineuses, arrondies ou polygonales, les autres fusiformes, à protoplasma peu abondant, dont l'axe est dirigé du centre vers la périphérie de la tumeur.

Le tissu que nous venons d'étudier forme à la périphérie de la tumeur une couche d'environ un millimètre, dont les limites profondes, peu distinctes, forment des sortes de prolongements volumineux qui simulent grossièrement les papilles normales du derme.

Certains de ces prolongements pénètrent même plus profondément dans l'épaisseur de la tumeur, formant des boyaux irréguliers uniquement constitués par des cellules ayant les mêmes caractères que celles que nous venons de décrire, mais avec de nombreuses figures karyokynétiques. Il y a toujours interposition des petites cellules rondes embryonnaires, mais celles-ci sont moins nombreuses qu'à la périphérie.

Ces noyaux aberrants sont entourés de leucocytes à noyau irrégulier et à cellules conjonctives jeunes.

Leur protoplasma est généralement abondant et présente la même coloration jaune pâle que les cellules du corps muqueux de Malpighi de la peau saine ont sur les préparations colorées par la safranine, l'induline et l'alcool picriqué.

Ce caractère nous permet de penser qu'il y a un rapport étroit entre les cellules que nous étudions et les cellules malpighiennes. L'aspect de leur noyau vient encore confirmer cette analogie. Ce noyau est pâle, son contour seul apparaît bien coloré et renferme généralement un ou plusieurs nucléoles plus fortement colorés. On trouve au milieu de ce tissu quelques vaisseaux à parois embryonnaires, mais ne présentant rien d'anormal.

Les parties centrales de la tumeur sont constituées par du tissu embryonnaire, organisé, fibroïde, sans fibres élastiques. Au milieu de ce tissu fibroïde, on trouve des cavités plus ou moins irrégulières, de dimensions variables. Ces cavités sont vides; dans quelques cas seulement, on y trouve une substance vaguement granuleuse, mais ne renfermant aucun élément nettement défini.

La paroi de ces cavités est uniquement cons-

tituée par des cellules épithéliales à noyaux bien colorés, souvent en voie de karyokynèse et présentant des sphérules très énergiquement teintées, mais généralement aplaties et tassées les unes sur les autres, comme si elles avaient été refoulées excentriquement.

Les cavités et les cellules qui les bordent sont séparées du tissu fibroïde de soutènement par une paroi propre très apparente.

Le tissu interstitiel ne présente rien de spécial. On arrive enfin dans le tissu cellulaire sous-cutané qui ne présente pas de particularité bien remarquable. Les glandes sudoripares qu'on y trouve présentent cependant deux faits particuliers : 1° une hyperplasie tubulaire; 2° une prolifération des cellules épithéliales qui les tapissent.

Nous avons recherché les parasites sur ces coupes par la méthode de Ziehl, de Gram et celle de la thionine phéniquée.

Nous n'avons trouvé que des staphylocoques. Ces microbes sont répartis dans toutes les parties de la tumeur.

On en trouve dans la couche de Malpighi et dans les boyaux rudimentaires qui les représentent au sein de la néoplasie. Ils sont, à ce niveau, par grains séparés ou par grappes de peu d'articles. On en trouve surtout dans les régions profondes, au niveau du pédicule. Ils forment là de gros amas irréguliers dus à la conglomération des éléments microbiens. A cet endroit, ils sont de préférence localisés autour des culs-de-sac glandulaires. On en trouve parfois dans l'intérieur même des culs-de-sac : le cas est rare.

A quelque endroit qu'on les trouve, ils occupent soit les éléments cellulaires eux-mêmes, soit les interstices qui les séparent. Nous avons remarqué que les cellules qui en contiennent présentent de préférence des noyaux en voie de karyokynèse normale ou anormale.

Aucune culture, aucune inoculation n'ont malheureusement pu être faites.

Observation II. — M. X..., caissier, trente-cinq ans, vient nous consulter pour une petite tumeur du médius de la main gauche.

Il y a un mois, le malade a vu s'élever à ce niveau une vésicule très petite, assez sensible. Il essaya de la détruire avec une aiguille (non flambée). Mais au bout, de quelques jours, apparut une tumeur très petite, grosse à peine comme une tête d'épingle, douloureuse à la pression.

Le malade appliqua une série de cataplasmes, qui n'eurent d'autre résultat qu'augmenter le volume de la petite tumeur.

C'est ce qui le décida à venir nous consulter.

État actuel. Il existe sur la face dorsale de la seconde phalange du médius droit une petite tumeur framboisée, rouge vif, grosse comme un pois.

Cette petite tumeur est pédiculée, mais fait peu saillie.

Les tissus environnants sont déprimés légèrement en cuvette.

Dans le sillon intermédiaire il existe du pus.

A l'aide d'une pince à griffes, nous attirons légèrement la tumeur, de façon à rendre le pédicule apparent.

Le pédicule est sectionné d'un coup de ciseaux. Cette section est extrêmement douloureuse. Le pédicule saignant assez abondamment, nous détruisons d'un coup de pointe de thermocautère la base du pédicule.

Pansement humide. Les suites furent des plus simples, la cicatrisation se fit très rapidement. Le malade, revu à plusieurs reprises depuis un an, n'a point eu de récidives.

Etude histologique. — La tumeur, sur une coupe, a l'aspect d'un champignon de 9 millimètres de diamètre, avec un pédicule de 5 à 6 millimètres seulement de largeur.

Les papilles du derme, hypertrophiées aux confins de la néoplasie, disparaissent aussitôt à la périphérie de la néoplasie.

Le centre présente un aspect radiaire ayant pour centre le pédicule; on dirait un épanouissement en éventail des fibrilles constitutives du pédicule.

La peau avoisinant la tumeur présente un derme à peu près normal. On note seulement une hypertrophie papillaire de plus en plus marquée au fur et à mesure qu'on approche du pédicule. Ces papilles hypertrophiées sont coiffées d'un amas de cellules embryonnaires et de leucocytes à noyaux irréguliers.

Les rameaux et les glandes annexés à la peau sont normaux à ce niveau.

Au niveau du pédicule, on trouve une prolifération accentuée des cellules kératodermiques.

La couche des cellules à eléidine est presque nulle. Les cellules polygonales ont perdu leurs dentelures. Leur noyau est fort, peu coloré et ne présente qu'un nucléole énergiquement teinté.

Les cellules cylindriques de la couche basilaire sont remplacées par des cellules arrondies ou ovoïdes à noyau à peine apparent muni de plusieurs nucléoles très colorés.

Au-dessous se trouve le tissu central de la néoplasie.

En examinant maintenant la tumeur de la périphérie vers le centre, on constate des remaniements profonds du derme.

La couche kératodermique s'épaissit et s'exfolie. Entre ses fibrilles s'infiltrent des éléments embryonnaires et des leucocytes polynucléaires.

On ne trouve plus l'apparence si nette des papilles. Néanmoins on trouve des rudiments de boyaux plus ou moins allongés, convergeant vers le pédicule et constitués par des cellules présentant tous les caractères histo-chimiques des cellules du corps muqueux de Malpighi, avec cette différence qu'au lieu d'être imbriquées les unes dans les autres, elles sont séparées par des mastzellen, des leucocytes à noyaux irréguliers ou des éléments cellulaires rappelant les riesenzellen.

On trouve autour de ces boyaux d'abondants leucocytes à noyau irrégulier. Nous trouvons encore dans les boyaux malpighiens des cellules renfermant des sphérules très colorées.

Nous constatons que le centre de la néoplasie est formé par un tissu fibroïde constitué par des cellules conjonctives quasi lamellaires à noyau encore apparent.

Au milieu de ce tissu nous voyons de nombreuses lacunes dont la cavité est vide ou renferme une substance un peu granuleuse.

La paroi est constituée par des cellules épithéliales aplaties et reposant sur une paroi propre. Ces cellules ont un noyau généralement en voie de karyokynèse.

Ces lacunes ont des dimensions et des formes variables.

Au niveau du pédicule on trouve des glandes sudoripares, soit normales, soit en voie d'hyperplasie.

Sur les coupes traitées par le Ziehl, le Gram et la thionine phéniquée, nous trouvons des staphylocoques dans toutes les parties de la néoplasie.

Disposés par petites grappes de trois ou quatre articles dans les régions périphériques constituées par les cellules malpighiennes, ils forment des amas de 10 à 50 μ dans la région du pédicule et occupent soit le pourtour des glandes soit leur cavités.

* * *

Ces deux observations nous semblent fort intéressantes.

Anatomo-pathologiquement elles sont absolument identiques; leur structure nous permet d'affirmer qu'il s'agit d'un fibro-adénome d'origine sudoripare.

Cliniquement ces deux tumeurs se présentaient comme des botryomycomes. Cette variété de néoplasie fut décrite en 1897 par Poncet et Dor[1] sous le nom de papillomes inflammatoires, tumeurs framboisiformes pédiculées des doigts et de la main.

Ces auteurs trouvèrent dans les coupes qui servirent à leur description des amas mûriformes de boules hyalines identiques à celles que Bollinger et Rabe avaient observées dans le champignon de castration du cheval, et qu'ils appelaient botryocoque. Rabe[1], le premier, chercha à différencier le botryocoque du staphylocoque pyogène. Il crut pouvoir le faire en signalant la forme spéciale, en tulipe, que prennent sur gélatine les colonies de botryocoques.

Kitt[2], moins affirmatif que Rabe, se base, pour arriver à une différenciation, sur les changements de couleur des colonies suivant la température de l'étuve.

Hell[3] pense qu'il ne s'agit que d'une variété de staphylocoque.

De Jong[4] n'attache d'importance qu'à l'expérimentation pour différencier ces deux organismes. Ses conclusions, reproduites dans la thèse de Spick[5], sont les suivantes : *a)* seul le botryocoque donne chez le cheval des myco-fibromes; le staphylocoque ne donne que des abcès ou des inflammations; *b)* seul il donne naissance à des grains fauves.

Poncet et Dor[6] insistent surtout sur les changements de coloration des cultures, blanches à 37°, orangé à 18°.

Sabrazès et Laubie[7] pensent qu'une infection microbienne banale par le staphylocoque doré, seul ou associé, peut donner naissance à un nodule présentant tous les caractères de l'adéno-fibrose botryomycosique de Poncet et Dor.

Les deux observations que nous venons de publier semblent venir à l'appui de cette thèse puisque, dans toutes les deux, la néoplasie est absolument identique à celle qu'ont décrit les auteurs lyonnais. Cependant nous n'avons pas trouvé de globes mûriformes; nous n'avons signalé que des figures de pycnose intra-cellulaire.

Or, nous n'avons trouvé dans ces deux tumeurs que des staphylocoques.

Le dernier mot n'est donc pas dit sur cette question, et il convient d'attendre les résultats d'expérimentateurs plus heureux que nous qui n'avons pas pu utiliser complètement ces deux observations.

1. Poncet et Dor. — Congrès de chirurgie de Paris, 1897.

1. Rabe. — *Deutsche Zeitschrift f. Thiermedicin*, 1886, XII.
2. Kitt. — *Centralblatt f. Bakteriologie*, 1889, VIII.
3. Hell. — *Zeitschrift f. Veterinärkunde*, 1890, I.
4. De Jong. — *Thèse*, Leyde, 1889.
5. Spik. — *Thèse*, Lyon, 1900.
6. Poncet et Dor. — *Archives générales de médecine*, 1900.
7. Sabrazès et Laubie. — *Archives générales de médecine*, 1899.

L'EXPERTISE CONTRADICTOIRE

Par L. NATTAN-LARRIER

L'important projet de loi déposé par M. Cruppi au cours de la dernière législature vise nettement la réforme de l'expertise dans les procès criminels : il revendique le droit pour l'accusé d'avoir ses experts qui puissent discuter, pièces en mains, avec les experts de l'accusation. La défense semblerait jouir ainsi de plus sérieuses garanties; ce double système de dépositions éviterait peut-être des erreurs, et éclaircirait sans doute des questions qui restent souvent obscures pour le jury, insuffisamment éclairé.

Ce mode d'expertise existe déjà dans divers pays. Il est appliqué en Amérique. Quels résultats y donne-t-il ? Ces résultats sont-ils en faveur de la réforme proposée en France? Peut-être en pourrait-on douter à la lecture de quelques journaux américains : « Il semble urgent, dit le *New-York Medical Journal*, de trouver un moyen d'atténuer ou de supprimer cette mystification du jury, qui est la conséquence du système actuel. »

C'est à propos d'une affaire récente que le journal américain s'exprime ainsi.

* * *

Le 23 Septembre 1900, succombait un malade âgé de quatre-vingt-six ans, soigné depuis six mois déjà pour une maladie dont l'acte d'accusation définit assez mal la nature. On ne constatait qu'un affaiblissement des battements du cœur et de l'œdème des jambes, lorsque, le 21 Septembre, apparaissait une dyspnée intense sans aucun signe d'auscultation. Le 22 Septembre, le pouls était très faible, le malade délirait, il avait de la diarrhée et le médecin traitant prévenait le domestique du malade que la mort était imminente. Le lendemain, pourtant, à 11 heures du matin, le médecin trouvait le malade un peu mieux, quoique la dyspnée fût toujours extrême et que la cyanose eût apparu. Mais, à 8 heures du soir, le médecin est appelé pour constater le décès. Rien de suspect n'attire son attention et il délivre un permis d'inhumer, avec un diagnostic de mort par sénilité et faiblesse cardiaque compliquées de diarrhée. Le corps est embaumé et enterré. Mais, quarante-quatre heures après la mort, l'opinion publique s'émeut, on procède à l'exhumation, on pratique l'autopsie, on fait une enquête.

Le valet de chambre avoue que le 23 Septembre, une demi-heure avant la mort, tandis que le malade était assoupi, il a roulé une serviette en forme de cône, y a placé une éponge imbibée de 60 grammes de chloroforme et a posé cet appareil sur la face du malade. Au bout d'une demi-heure, celui-ci était mort; le domestique aéra la pièce, brûla les objets et fit chercher le médecin.

Le malade avait-il succombé à l'action du chloroforme, y avait-il eu tentative criminelle ayant abouti à la mort, ou bien, comme le soulevait la défense, si la mort n'avait pas pour cause le chloroforme, y avait-il au moins doute sur la cause du décès ?

C'est l'autopsie qui devait fournir les arguments; mais les renseignements qu'elle donna furent de maigre importance : les orifices aortique et pulmonaires étaient un peu athéromateux; il existait une néphrite chronique; il y avait une « congestion active intense des deux poumons, les atteignant dans toute leur hauteur, un léger œdème, et un petit nodule d'hépatisation à la base droite. »

C'est sur la nature de ces lésions pulmonaires que va porter tout l'effort de l'expertise.

L'accusé reconnaît avoir donné du chloroforme, mais a-t-il tué son malade, y a-t-il eu intoxication, et la preuve en est-elle dans l'état du parenchyme pulmonaire ? Les deux médecins qui procédèrent à l'autopsie déclarent qu'une congestion pulmonaire ainsi généralisée ne peut avoir pour cause que l'inhalation d'un gaz irritant, qu'il n'y a pas lieu de tenir compte du placard d'hépatisation qui peut être d'origine récente, que le chloroforme administré a dose massive peut produire ces lésions; quant à la néphrite, elle n'a joué aucun rôle dans le mécanisme de la mort. Un autre expert de l'accusation se prononce dans le même sens, et l'argument fondamental de l'accusation devient la congestion pulmonaire; est-elle oui ou non la preuve de la mort par le chloroforme ?

Les sept experts qui déposent pour la défense déclarent que le chloroforme ne peut amener une congestion de toute la hauteur des deux poumons, que de cette congestion on ne peut induire que le chloroforme a été la cause de la mort, que le mode d'administration par l'application d'un simple tampon n'est pas conciliable avec l'agitation de la première période de la chloroformisation. Pour eux, la mort résulte de la néphrite chronique et de l'état du cœur qui ont amené les accidents pulmonaires.

En face de cet accusé qui avoue son acte, de la défense qui nie que la mort en soit le résultat, quelle est la situation du jury ? Toute la question reposait, dit M. K. M. Millican, sur la valeur à attribuer à la congestion pulmonaire.

Des deux côtés les arguments étaient théoriques. Leur valeur, quelque éminents que fussent les témoins, ne pouvait s'établir sur la foi d'une affirmation ou d'une négation. Il eût fallu les discuter scientifiquement, et une telle discussion eût supposé chez ceux qui eussent été appelés à en juger une connaissance approfondie de la physiologie, de la pathologie, de la clinique, de l'anatomie pathologique, sur lesquelles les témoins s'appuyaient à tous instants... Imaginez donc de démontrer la 47e proposition d'Euclide à qui ne connaît pas la 46e, à qui ignore même les définitions, les axiomes, les postulats !

M. Millican propose une solution pour remédier à cet état de choses.

Dans tous les procès criminels, les points techniques médicaux devraient être traités devant une Commission de médecins qualifiés, et les arguments seraient présentés au jury sous leur forme définitive. Le juge constituerait, dans chaque procès, cette *Commission*, comme déjà aujourd'hui en Amérique on le fait dans les affaires d'internement, *tribunal de lunatico inquirendo*. Toute expertise serait déposée devant cette Commission médicale; mais les rapports de la Commission seraient seuls placés devant les yeux du jury, et les opinions devraient être résumées dans des termes simples et non équivoques. Assurément on ne demande pas l'institution d'une Commission permanente, mais ne serait-il pas possible de reconnaître au tribunal le droit d'en constituer une dans chaque affaire ?

* * *

Telle est l'intéressante question que posent aujourd'hui le *New-York Medical Journal* et son collaborateur M. Millican; il est intéressant de la signaler au moment où, en France même, le mode des expertises va peut-être se modifier; mais on doit se demander si la réalisation d'un tel projet n'enlèverait pas précisément à la défense le droit qu'on a voulu lui donner et ne priverait pas à tout jamais l'accusé du bénéfice du doute.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU LA MÉTHODE ASEPTIQUE

Asepsie superficielle. — Ses règles. Ses procédés.

L'infection superficielle de la peau, en dehors des utricules pilo-sébacés, a pour siège de prédilection la surface du corps muqueux ; lorsque celle-ci n'a pas d'effets kératolytiques [1], ce qui est de règle, la couche cornée recouvre les produits d'origine microbienne qui la décollent peu à peu excentriquement. Dans les utricules pilo-sébacés, l'infection a des conséquences plus graves; recouverte par des couches cornées épaisses, elle tend à pénétrer en profondeur, dans l'axe du follicule, près du poil.

Il faudra donc toujours chercher : 1° à rompre la couche cornée; 2° à l'empêcher, une fois ouverte, de se fermer à nouveau.

D'autre part, les produits de l'infection qui se forment en quelque abondance à la surface de la peau tendent à se dessécher à l'air et à former des croûtes constituées par des produits organiques imperméables. Sous ces croûtes, les cocci de tout genre trouvent les conditions d'humidité, de température, de milieu, les plus favorables à une germination rapide. Les microbes sont-ils tant soit peu virulents, l'infection devient profonde; les couches du corps muqueux seront successivement attaquées, et, dans quelques cas, les couches superficielles du derme. Ajoutons que l'infection se fait à distance et atteint les ganglions lymphatiques, dont la guérison par les moyens thérapeutiques actuels est beaucoup moins en notre pouvoir que celle de la peau. On comprend ainsi aisément les inconvénients de cette infection superficielle. Un autre, pour finir : les lésions profondes amènent des cicatrices; on ne peut les prévenir lorsqu'on a laissé l'infection atteindre le derme et l'altérer profondément (l'ecthyma offre un exemple de cette complication).

De là résultent deux règles essentielles de l'asepsie cutanée :

a) Toute formation cavitaire infectée, ou susceptible de s'infecter, doit être largement ouverte;

b) Toutes croûtes, tous produits de sécrétion coagulables doivent être enlevés au fur et à mesure de leur formation, qu'il faut même chercher à éviter toutes les fois que la chose est possible.

Ouverture des vésicules, des bulles et des pustules. Les vésicules et les bulles doivent être ouvertes de préférence avec des ciseaux ayant bouilli au préalable; l'ouverture avec une aiguille, un scarificateur, laisse à la surface une couche épidermique qui couvre une cavité virtuelle, s'infectant facilement ; avec des ciseaux on peut enlever largement la surface des vésicules, dont le fond reste ensuite à découvert.

Les pustules, les phlyctènes purulentes doivent être ouvertes de la même façon. Par malheur les pustules sont très souvent beaucoup trop petites et trop nombreuses pour qu'on puisse les ouvrir toutes une à une. Toutes les fois qu'on peut voir le poil autour duquel elles se développent fréquemment, ce poil doit être enlevé à la pince à épiler.

Enlèvement des croûtes. — Parfois les croûtes sont molles et il suffit de les nettoyer avec du coton trempé dans de l'eau bouillie ou bicarbonatée sodique à 2 pour 100 pour les faire tomber; parfois on peut, si elles n'adhèrent que faiblement au corps muqueux, les enlever avec une curette qui doit toujours être maniée avec la plus grande douceur; en général il convient de les ramollir avant de les enlever. L'application de corps gras, de vaseline, d'huile à laquelle on peut ajouter 1 pour 100 de résorcine, suffit dans les cas où les croûtes sont extrêmement riches en débris épithéliaux et où le processus inflammatoire est à peine indiqué.

Dans la plupart des cas, les croûtes contiennent une grande quantité de sérum coagulé, de globules blancs, peu d'épithélium; l'affection est franchement inflammatoire : les corps gras ont des inconvénients dont le moindre est de ne pas imprégner suffisamment les croûtes; ils sont souvent dangereux et peuvent augmenter l'inflammation si le contact est trop longtemps prolongé.

Le ramollissement des croûtes doit de préférence être obtenu soit par des pulvérisations, qui constituent la méthode la plus rapide, soit par des pansements humides ou émollients (cataplasmes).

Les *pulvérisations* constituent le procédé de choix; par malheur elles exigent l'emploi d'appareils coûteux, les petits pulvérisateurs ne donnant qu'une quantité de vapeur insuffisante et sans la pression qui favorise la pénétration des croûtes et leur ramollissement par l'eau.

Je ne décrirai pas les modèles de pulvérisateurs que tout le monde connaît. Il importe seulement de toujours se servir d'un pulvérisateur de moyen ou de grand modèle, les petits ne don-

1. SABOURAUD. — « La défense de la peau contre les microbes ».

nant pas une quantité de vapeur d'eau suffisante.

D'une manière générale, on se servira, pour charger le pulvérisateur, d'eau bouillie ou d'une eau légèrement alcalinisée avec du borate ou du bicarbonate de soude. L'acide borique, qui est employé d'une manière banale, n'a pas d'avantage; parfois, très rarement je veux bien, il a une action irritante sur la peau. Du reste, le but de la pulvérisation étant d'agir mécaniquement en ramollissant les croûtes, il n'y a pas lieu de projeter sur celles-ci de l'eau chargée du principe actif.

La pulvérisation est le seul procédé à employer dans tous les cas où l'infection présente des foyers très multipliés, et surtout si ces foyers paraissent déjà attaquer le derme. La pulvérisation ayant été faite assez longtemps pour que les croûtes n'adhèrent plus profondément à la peau, elles sont détachées avec une pince armée de coton, et de suite on doit procéder au pansement. Lorsque, pour une raison ou pour une autre, on ne peut employer les pulvérisations, les croûtes doivent être ramollies par des pansements humides et émollients.

Pansements humides. — Le pansement humide destiné à ramollir les croûtes doit être fait simplement avec de l'eau bouillie, de l'eau boratée sodique, bicarbonatée sodique ou boriquée, et être très humide; le pansement qui agira sur des surfaces privées de croûtes pourra être chargé de substances actives et sera toujours peu humide.

Je rappelle seulement qu'un pansement humide doit rester humide pendant toute la durée de son application, sous peine d'être absolument inutile; il est nécessaire que l'imperméable (taffetas chiffon, taffetas gommé, etc.), déborde légèrement les compresses de gaze mouillées qui sont appliquées directement sur la peau. Il est nécessaire également que la bande de gaze ou de toile soit appliquée de manière que le pansement ne se déplace pas; il peut être utile, à cet effet, de placer entre elle et le taffetas imperméable une très légère couche de ouate; l'inconvénient que présentent les pansements humides pour les régions cutanées qui entourent les lésions que l'on veut modifier par leur application n'est pas douteux.

L'humidité, quel que soit son degré, a les plus grands inconvénients pour la peau au voisinage des régions infectées ou enflammées. Elle amène la macération de la couche cornée, élève la température de la peau dont elle gêne les excrétions et les sécrétions, favorise les inoculations de germes venus de l'extérieur et la prolifération des cocci présents dans l'épaisseur de la couche cornée elle-même. Et comme souvent, dans les infections cutanées, la peau se trouve déjà dans des conditions favorables à la germination microbienne, il faut éviter de faciliter celle-ci par des applications nuisibles au fonctionnement normal.

J'ai l'habitude, pour remédier à la macération dangereuse qui en est la suite, de couvrir toujours d'une « pâte » les régions sur lesquelles le pansement peut porter autour des points malades; de cette manière la protection est complète.

On désigne sous ce nom (Leistikow) des préparations de consistance épaisse qui résultent du mélange de graisses, d'huile, de glycérine avec les poudres; elles ne s'étalent pas en dehors des points où on les applique, comme les pommades, et, alors que celles-ci favorisent l'infection de la peau, celles-là la rendent plus difficile. Il est telles circonstances où on ne peut appliquer la pâte, par exemple lorsque des lésions infectieuses, inflammatoires ou autres, sont presque au contact les unes des autres.

La même précaution peut être prise lorsqu'on fait des pulvérisations.

PATE DE BESNIER

Oxyde de zinc	20 gr.
Huile d'amandes douces stérilisée.	10

PATE D'UNNA

Axonge benzoïnée	28 gr.
Oxyde de zinc	10
Terre fossile	8

PATE DE LASSAR

Amidon	ââ 10 gr.
Oxyde de zinc	
Vaseline	
Lanoline	

Les pansements émollients sont surtout pratiqués au moyen de cataplasmes de fécule.

Le cataplasme de fécule de pomme de terre se fait en délayant à froid de la fécule dans une quantité égale d'eau froide, puis en chauffant doucement jusqu'à production de vapeurs. A ce moment, la consistance est épaisse. On coule le mélange dans un peu de gaze. Le cataplasme de fécule doit être appliqué tiède ou froid. Il n'est pas irritant par les substances chimiques qu'il contient comme l'étaient les anciens cataplasmes. Il amène l'imbibition humide des croûtes d'une manière rapide et complète.

Les cataplasmes de fécule sont fréquemment appliqués en France sur des lésions inflammatoires telles que celles de l'eczéma aigu. Je dois dire que, pour ma part, je ne m'en sers que d'une manière exceptionnelle. *A priori*, les cataplasmes de fécule ont peut-être les inconvénients que nous venons d'indiquer pour les pansements humides; en tout cas, lorsqu'il s'agit de lésions infectieuses, d'impétigo, de folliculites, lorsque les lésions sont en extension et en multiplication rapides, l'emploi de cataplasmes, même de fécule, me paraît pouvoir être nuisible; si on les emploie dans des infections superficielles, on ne les laissera de toute façon en place que pendant un temps plus ou moins restreint; on les enlèvera dès que les croûtes seront ramollies.

Toutefois il faut noter que les applications émollientes sont certainement moins nuisibles pour la peau que les applications humides. De même des bains émollients sont moins irritants que des bains simples. La raison en est sans doute dans une pénétration moins profonde de l'eau à la surface de la peau.

Sous le nom de *ouataplasme*, on préconise depuis quelque temps une préparation faite avec du coton hydrophile. Cette préparation se recommande par sa propreté et la simplicité de son emploi. Ce sont de réels avantages et, après d'autres dermatologistes, je m'en sers d'une manière fréquente; il ne faut appliquer le ouataplasme qu'en connaissance de cause et avec les précautions que j'ai indiquées pour protéger la peau autour des régions malades.

Les procédés que nous avons indiqués jusqu'ici s'appliquent surtout aux lésions de la face, ou aux lésions du corps lorsqu'elles occupent une surface peu étendue; mais leur emploi devient singulièrement plus difficile lorsqu'une grande étendue de la surface cutanée est prise.

Dans ces cas, la première inspiration des médecins est de prescrire des bains généraux; rien n'est plus simple, plus à la portée du malade; un bain simple, un bain d'amidon sont faciles à donner; le malade sera même étonné si on n'en prescrit pas.

Aucun moyen n'est plus dangereux, et aucun exemple ne permet de mettre mieux en relief les inconvénients des applications humides de la peau. Tout médecin aura certainement l'occasion de voir des enfants chez lesquels des lésions impétigineuses se sont étendues à la suite de bains, et qui guériront avec rapidité grâce à leur suppression. Cependant nous n'avons quelquefois aucun autre moyen à notre disposition pour faire tomber les croûtes infectes; les pulvérisations ne peuvent être faites sur le corps entier, les pansements humides et les cataplasmes ont le même inconvénient que les bains; comment peut-on se servir de ceux-ci?

1° Le bain doit être court. Dix minutes, un quart d'heure suffisent pour imbiber les croûtes et les ramollir. Au besoin, on pourra ne les enlever qu'incomplètement; mieux vaut attendre douze ou vingt-quatre heures pour donner un deuxième bain;

2° Le bain doit être peu chaud, 34 degrés en général;

3° Sur toutes les régions non infectées, dans les cas où cette précaution s'impose, c'est-à-dire lorsque les lésions sont en voie de multiplication, on appliquera une pâte de zinc;

4° En tout cas, après le bain, la peau sera essuyée avec une toile fine sans être frottée, puis on poudrera au talc porphyrisé toutes les régions non malades. Les croûtes ramollies sont enlevées comme nous l'avons indiqué plus haut, et enlevées avant qu'elles aient eu le temps de se dessécher de nouveau.

*
* *

Cela fait, l'asepsie cutanée est loin d'être terminée, car il faut achever de débarrasser mécaniquement, autant que possible, la surface des produits microbiens et des parasites qui s'y trouvent. A cet effet, il est indiqué de faire des lotions au moyen de coton hydrophile et d'eau bouillie ou de sérum physiologique stérilisé, à la température du corps. Enfin le pansement doit être fait. *Ce pansement peut être sec ou humide.*

Le *pansement sec* peut se faire au moyen de gaze aseptique appliquée directement sur la peau, ou d'une poudre aseptisée sur laquelle on dispose la gaze maintenue par une bande ou d'une pâte. L'inconvénient de la gaze appliquée sans intermédiaire est le suivant: les sécrétions superficielles se dessèchent avec rapidité et adhèrent à la gaze. Sans doute on pourra mouiller celle-ci longuement lorsqu'on changera le pansement, et l'enlever sans entraîner d'éléments épidermiques en régénération, mais cette manœuvre est longue, puis la coagulation du sérum crée une sorte de vernis imperméable et met, par suite, les régions dans des conditions moins favorables à la liberté d'excrétion des divers produits cutanés.

Au contraire, en projetant sur la région malade une poudre, de talc stérilisé par exemple, la coagulation du sérum se fait autour de grains irréguliers, il n'y a pas d'occlusion complète de la surface malade; j'ai cru remarquer que, dans ces conditions, la réparation épidermique se fait très aisément; en somme, ces pansements avec une poudre indifférente constituent un excellent moyen de la méthode aseptique qu'on peut employer dans les cas où les sécrétions sont très modérées. De même pour les pâtes, qui ont contre elles la difficulté de leur nettoyage.

Quant aux pansements humides, leurs règles sont les suivantes: ils seront faits au moyen de gaze pliée en six ou huit doubles et trempée dans de l'eau bouillie ou du sérum physiologique, puis *exprimée*. Il est très important que le pansement soit aussi peu humide que possible; il est important, d'autre part, qu'il reste également humide pendant tout le temps de l'application.

Les détails concernant la manière dont on arrive à ce résultat rappellent ceux que nous avons indiqués lorsque nous avons parlé des règles des pansements humides destinés à ramollir les croûtes: inutile d'insister. Rappelons-nous seulement que le pansement doit toujours être bien fait, et qu'on ne saurait trop minutieusement disposer l'imperméable de façon à déborder un peu la gaze humide, et la bande qui maintient le pansement de façon qu'elle ne se déplace pas. Il est souvent utile de protéger les régions non malades contre le pansement humide par une application de pâte.

Les croûtes enlevées, le pansement fait suivant les règles que nous venons d'indiquer, il est bien rare que l'état inflammatoire ne se calme pas, que l'exsudation ne se modère pas. Le pansement sera changé toutes les douze ou les vingt-quatre heures; au moment de le changer, on pourra faire des *lotions tièdes* pour enlever les produits et sécrétions qui se seraient formés, ou même modérer l'inflammation.

L'eau employée pour les lotions peut être chargée d'un certain nombre de substances qui

ont une action modificatrice plus ou moins marquée sur les tissus, action qu'on ne peut du reste préciser exactement, non plus qu'on ne peut fixer exactement les indications de toutes ces substances.

Dans les dermatoses inflammatoires, on peut employer les substances dites *émollientes*, l'eau de son (10 pour 100), l'eau d'amidon (5 pour 100), la décoction de fleurs de sureau (15 pour 1.000), de racine de guimauve (20 pour 1.000), etc. Les lotions dans ce cas seront toujours tièdes.

Si l'on veut modérer prudemment l'état inflammatoire, on emploie les lotions *astringentes*, par exemple une solution de borate de soude à (1-2 pour 100), d'alun (2 pour 100), de tannin (4 pour 1.000), de décoction de têtes de camomille (5 pour 1.000), de feuilles de noyer (10 pour 1.000). Les auteurs allemands emploient fréquemment la liqueur de Burow.

Alun	5 gr.
Acétate de plomb	25
Eau	500

On la dilue dans cinq à dix fois son poids d'eau. J'ai eu l'occasion de m'en servir, et je puis en recommander l'emploi. M. Hallopeau emploie la solution suivante, qui est neutre :

Acide salicylique	5 gr.
Borate de soude	11
Acide borique	10
Eau	1.000

Lorsque les sécrétions sont modérées, le pansement demi-humide peut être remplacé par une pâte.

L'inconvénient des pâtes est qu'elles sont difficiles à enlever : il faut pour cela se servir de vaseline ou même d'une huile tiède; le nettoyage des croûtes devient difficile; bref, les pâtes sont surtout indiquées lorsqu'il n'y a pas de tendance à la formation rapide de croûtes épaisses, lorsque l'exsudation est modérée.

On n'emploiera jamais de pommades dans le traitement des infections aiguës. Sans doute celles-ci sont souvent assez bénignes pour que l'emploi d'une pommade n'ait pas d'inconvénients. Mais on ne peut en juger toujours *a priori*, et le mieux est de s'abstenir systématiquement. Nous avons déjà dit que les pommades gênent l'évaporation et les excrétions de la peau. Leur emploi est donc théoriquement contraire à toutes les règles de l'asepsie et la pratique justifie entièrement la théorie. Les pommades ne devront être employées dans les infections aiguës que comme excipients d'agents actifs antiseptiques ou réducteurs, et seulement lorsque l'indication sera bien déterminée.

Asepsie des lésions profondes.

Les règles fondamentales de l'asepsie dans les infections profondes de la peau sont les mêmes que dans les infections superficielles, ainsi que ses procédés. Du reste l'infection atteint souvent à la fois l'épiderme et le derme dans une plus ou moins grande profondeur. Une indication fondamentale est fournie par la présence d'abcès; de quelque volume qu'ils soient, gros comme une tête d'épingle anglaise ou comme une bille, ils doivent être ouverts dès qu'ils sont perceptibles. L'ouverture se fera, suivant les cas, au galvanocautère ou avec un très petit bistouri; le scarificateur remplit parfaitement ce but. En outre, on les empêchera de se refermer, la réparation devant se faire de la profondeur vers la suface. Les pansements humides trouvent alors une indication absolue.

Les *régions pilaires* sont fréquemment le siège d'infections profondes. Le type en est fourni par le sycosis. *L'indication fondamentale est d'enlever les poils à la pince, d'épiler*. Et, *dans tous les cas*, cette épilation comprendra : 1° les poils de la région infectée; 2° les poils de la zone ambiante. On réussit souvent ainsi à faire une bordure de protection que l'infection ne dépasse pas. Il faut dire que l'épilation est souvent irritante dans les inflammations aiguës; elle ne peut être employée d'une manière générale à la période initiale et franchement inflammatoire du sycosis; elle convient dès que celui-ci se prolonge.

En outre, elle ne suffit souvent pas à empêcher la formation de pustules profondes, celles-ci se développant autour des follicules pileux, dans le sycosis comme dans le furoncle.

Il faut alors appliquer, outre l'épilation, les règles de la méthode antiphlogistique que nous exposerons plus loin, et, avant tout, les applications de pâtes qui ont une action décongestionnante d'une efficacité parfois surprenante.

Asepsie des érosions et ulcérations.

Du traitement aseptique des ulcérations et des érosions cutanées nous n'aurons que peu de chose à dire. Toutes les règles du pansement moderne des plaies chirurgicales et celles des infections superficielles sont applicables ici.

Le pus, les sécrétions séreuses qui se coagulent, tendent incessamment à transformer une plaie ouverte en plaie fermée où la virulence des germes s'exagère et où ils se trouvent dans des conditions favorables à leur pénétration plus profonde. Les pansements humides, s'il existe des croûtes épaisses, les pulvérisations, préviendront l'occlusion des érosions et des ulcérations de la peau. Lorsqu'elles ne se formeront plus, un pansement sec ou *demi humide* sera appliqué.

Maintenant, il est bien certain que, dans un grand nombre d'ulcérations et de plaies infectées du tégument, ecthyma, chancre mou... l'asepsie cutanée ne suffit pas et qu'une désinfection préalable est nécessaire. Là, les antiseptiques, ou les substances qui modifient la vitalité des tissus, s'imposent fréquemment; ils permettent d'arrêter la végétation microbienne exubérante; mais nous ne pouvons indiquer ici quelles sont les règles de leur emploi. Une fois la « désinfection » produite, l'asepsie reprend tous ses droits, la continuation des antiseptiques devient nuisible, la cicatrisation d'une plaie se faisant d'autant mieux que les produits déposés à sa surface se rapprochent de la composition du sérum sanguin.

Ainsi, dans les cas mêmes où on devra employer des corps dits antiseptiques, leur emploi sera passager. Le traitement, à la fin des lésions, sera toujours un traitement aseptique, sauf si l'infection passe à la forme chronique.

Dans ce cas, le traitement sera, dans la règle, un traitement *réducteur*.

Enfin, les lésions fermées, s'il reste de la congestion du derme, les pâtes suffiront à assurer sa disparition (*méthode antiphlogistique*).

Le traitement des infections chroniques de la peau relève d'abord de la méthode aseptique; mais, une fois l'asepsie superficielle réalisée, s'il persiste des lésions profondes, il faut les traiter autrement. Parfois la méthode antiphlogistique suffit. Souvent il faut arriver à la méthode réductrice. Il n'entre pas dans l'esprit de cet article de donner des indications particulières que j'indiquerai ailleurs.

L.-V. Leredde.

SUTURES PAR AGRAFAGE

Le nouveau procédé de suture par agrafage qu'a fait connaître Paul Michel au Congrès international de Médecine de 1900 a pris depuis lors une grande extension; certains chirurgiens emploient ce mode de suture systématiquement à l'exclusion de tout autre.

* * *

Ce procédé consiste, après avoir affronté les deux lèvres de la plaie avec une pince à griffe, à remplacer celle-ci par une pince minuscule qui rend permanent l'affrontement; cette pince minuscule est l'agrafe, sorte de petite serrefine sans ressort et peu encombrante, qui, une fois recourbée, oppose la résistance du métal aux efforts d'écartement de la plaie.

Les agrafes sont de petites bandes de nickel pur de 2 millim. 1/2 de large enroulées sur elles-mêmes à leurs deux extrémités; ces boucles terminales portent à leur partie interne une petite pointe de 1 millimètre suffisante pour empêcher le glissement de l'agrafe, bien qu'entrant à peine dans le derme. La longueur de l'agrafe est de 1 centimètre (voir fig. 1).

Pour permettre leur application facile, Collin construit une pince automatique (fig. 1) contenant 50 agrafes. Les agrafes, par le simple mouvement d'ouverture et de fermeture des branches de la pince, sont amenées l'une après l'autre entre les mors; une pression plus forte recourbe l'agrafe

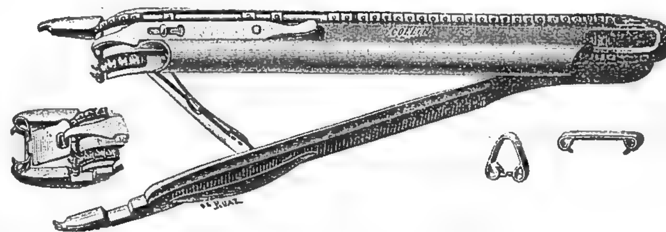


Figure 1. — Pince revolver et agrafes.

une fois qu'elle est placée à cheval sur la plaie. Cette pince automatique ou revolver peut également agir comme pince à griffe et concourir à l'affrontement; elle convient aux chirurgiens; elle est un peu couteuse. Michel a fait construire par Collin un appareil plus simple, un magasin contenant 25 agrafes, qui, à l'aide de petits ressorts, s'adapte à n'importe quelle pince à griffes (fig. 2). Les agrafes y sont prises une à une avec une pince à griffe un peu modifiée, en ce sens qu'elle porte en

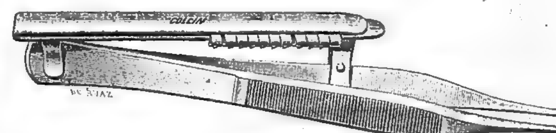


Figure 2. — Pince surmontée du magasin.

arrière des griffes une petite cupule destinée à recevoir la boucle de l'agrafe.

Le magasin placé sur sa pince à griffe est tenu de la main gauche, la pince spéciale de la main droite. On commence l'affrontement par l'extrémité droite de la plaie en se servant des deux pinces pour améliorer la prise. Une fois la peau bien affrontée, on la maintient de la pince gauche et on la lâche de la pince droite. On dégage une agrafe avec la pince spéciale, en ayant soin de bien saisir les branches de l'agrafe dans les encoches de la pince.

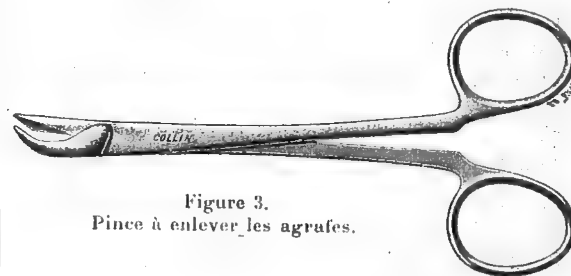


Figure 3.
Pince à enlever les agrafes.

On place l'agrafe, ainsi tenue entre les mors, à cheval sur la plaie que l'on déprime un peu pour prendre le plus de tissu possible, puis on presse sur les branches : l'agrafe se recourbe brusquement. Il faut se garder de la serrer avec trop d'énergie : la suture n'en serait pas plus solide, mais l'agrafe aurait tendance à pénétrer par la suite dans la peau.

Une fois la première agrafe en place, on prend une nouvelle agrafe qui sera posée à 1 cent. 1/2

de la précédente. Pendant ce temps la pince gauche maintient l'affrontement.

En procédant ainsi, on maintient le parallélisme de la plaie; les parties cruentées sont appliquées sur une large surface; non anémiées par une constriction exagérée, elles se réunissent plus rapidement. Aussi pourrait-on retirer les agrafes après quatre jours; mais, pour plus de sûreté, il vaut mieux les laisser jusqu'au sixième ou septième jour. Au bout de ce temps, l'agrafe laisse au niveau de sa boucle (seul point comprimé) une petite excavation superficielle, qui formera une croûte, mais ne laissera pas de trace, à moins que l'agrafe n'ait été trop serrée ou laissée trop longtemps.

Si l'on désire un résultat absolument irréprochable au point de vue esthétique, on pourra desserrer les agrafes au premier pansement, ou bien encore placer des agrafes intermédiaires et enlever les premières. Cela se fera sans inconvénient, car l'application des agrafes n'est pas douloureuse, puisque la peau n'est pas traversée.

* * *

Pour enlever les agrafes, on peut, soit les couper, soit redresser l'angle en saisissant à plat l'agrafe avec des pinces à artères de chaque côté de l'angle, ou bien en tirant de chaque côté avec des petits crochets spéciaux. Mais toutes ces manœuvres peuvent déterminer des échappées et des tiraillements douloureux; il vaut mieux se servir d'une pince spécialement construite pour cet usage (fig. 3).

Une des branches de cette pince est munie d'un bec rainé qu'on introduit sous l'angle de l'agrafe; l'autre porte un couteau mousse, qui, en pénétrant dans la rainure, recourbe l'agrafe en sens inverse, sans déterminer le moindre tiraillement.

Tels sont les derniers perfectionnements apportés par M. Michel à son procédé.

Les principaux avantages de cette méthode de suture par agrafage sont : la rapidité dans l'exécution de la suture, une sécurité absolue au point de vue de l'asepsie, puisque les matériaux qu'on emploie peuvent être portés sans inconvénient aux températures les plus élevées.

P. Desfosses.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

12 Mai 1902.

Deux observations de grossesses tubo-utérines ou interstitielles. — *M. Delagenière* (du Mans) rapporte ces deux observations; de l'examen anatomique des pièces il croit pouvoir conclure à la grossesse interstitielle.

MM. Pinard et Varnier se demandent s'il ne s'est pas agi d'une malformation utérine, et notamment d'un utérus bifide.

L'absence de pièces à examiner ne permet pas de conclure.

Présentation d'un écarteur de paroi abdominale pour laparotomie. — *M. Delagenière* (du Mans). Les écarteurs ont le grand avantage de supprimer un aide et d'éviter ainsi une cause d infection.

Les écarteurs latéraux, qui ont été surtout employés jusqu'ici, paraissent peu utiles à l'auteur, qui considère que la valve sus-pubienne est seule véritablement utile.

Aussi le modèle d'écarteurs de M. Delagenière est-il constitué surtout par cette valve, puis par une deuxième valve supérieure, qui sert surtout à fixer la première, à laquelle elle est reliée par une pince à crémaillière.

M. Legueu préfère les valves latérales, qu'il utilise constamment depuis plusieurs années, en ayant fait faire un modèle spécial.

M. Richelot considère aussi que la valve inférieure est la plus importante.

Mais, pour lui, tous ces instruments automatiques sont plus nuisibles qu'utiles; rien ne vaut la main d'un aide.

Présentation d'un placenta bordé. — *M. Lepage*. Il s'agit d'une femme qui fit un accouchement prématuré à cinq mois et demi, et chez laquelle on constata une maladie de l'œuf : le placenta, dont le poids était normal, présentait le type appelé *placenta bordé* à un degré très marqué.

La face fœtale de ce placenta était découverte de 4 centimètres à un de ses pôles, de 6 centimètres à l'autre.

De plus, en examinant les membranes, on remarque qu'elles sont insuffisantes, car, si l'on introduit la main dans l'intérieur de l'œuf, on tend les membranes, qui brident alors le placenta.

A propos d'un diagnostic erroné d'occlusion intestinale au cours de la grossesse. — *M. Lepage*. L'observation d'occlusion intestinale rapportée à la dernière séance de la Société ne s'est pas trouvée confirmée par la laparotomie qui a été pratiquée ultérieurement.

On a trouvé une grossesse extra-utérine, l'œuf étant contenu dans le ligament large.

En somme, on s'était trouvé en présence de symptômes de péritonisme simulant l'occlusion intestinale à tel point que ce diagnostic avait été accepté, alors qu'on avait pensé au début à une rupture de kyste fœtal, mais sans s'y arrêter.

Les accidents qui sont survenus ont été produits par un épanchement sanguin dans le kyste fœtal.

M. Pinard. Les observations qui ont été rapportées, et la discussion qui a suivi sur ce sujet, semblaient ouvrir un nouveau chapitre dans la pathologie de la grossesse.

En réalité il n'en a rien été ; de telle sorte qu'on peut tirer de ces faits cette conclusion : chaque fois que, chez une femme enceinte, on se trouvera en présence de phénomènes d'obstruction intestinale, il faudra penser à autre chose, et notamment à une grossesse extra-utérine ou à une appendicite.

L'auteur a vu trois femmes mourir d'appendicite, alors que le diagnostic d'occlusion intestinale avait été porté, ce qui avait conduit à la thérapeutique des purgatifs et des lavements électriques.

Allongement œdémateux du col utérin pendant la grossesse, avec prolapsus survenant par poussées aiguës — *M Varnier*. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est qu'il n'y avait aucune tendance au prolapsus en dehors de ces poussées, et que la grossesse a pu aller jusqu'à terme, contrairement à l'opinion qui avait été admise par les classiques.

Cet œdème aigu a été traité par des mouchetures avec une seringue de Pravaz, faites sur la saillie en battant de cloche.

Parmi les causes prédisposantes de ces accidents, on a invoqué la multiparité et les kystes de l'ovaire.

Dans le cas particulier, cette femme avait eu quatre ans auparavant un kyste de l'ovaire, qui a été opéré par M. Monod ; on peut donc admettre l'existence de troubles circulatoires anciens.

L'accouchement et les suites de couches ont été normaux.

M. Pinard vient d'observer un cas de prolapsus complet. L'utérus faisait une saillie de 16 millimètres entre les jambes de la femme.

On voyait le sang sortir directement de l'orifice utérin au moment des règles.

L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

14 Mai 1902.

Note sur les différents modes d'allaitement. — *M. Créquy*. Sans vouloir dénigrer le lait stérilisé avec autant d'ardeur que M. Camescasse, je dois dire que je n'ai pas eu à m'en louer. Beaucoup d'enfants le digèrent mal ; bien des mères, se fiant au lait stérilisé, s'exemptent volontiers de l'allaitement au sein ; enfin le lait stérilisé tend à faire disparaître l'industrie du lait d'ânesse qui rendait de grands services, dans certains cas de diarrhée chez l'enfant, ou d'intolérance gastrique chez l'adulte.

J'insiste, en outre, sur les différences de la composition du lait selon la race des vaches laitières ; le lait des vaches hollandaises est beaucoup moins riche en graisse que le lait des vaches normandes ou bretonnes ; c'est pourquoi il est souvent beaucoup mieux supporté.

M. Bardet. Le lait d'ânesse était très cher et inaccessible à la classe pauvre, tandis que le lait stérilisé lui a rendu des services immenses.

M. Sevestre. Le lait d'ânesse s'altère très vite. Le lait stérilisé est généralement bien supporté, surtout s'il est fraîchement préparé.

M. Bouloumié. Beaucoup de femmes ne pourraient allaiter et seraient obligées de confier leur enfant à une nourrice si elles ne s'aidaient pas avec du lait stérilisé. Ce dernier ne nuit donc pas à l'allaitement maternel; bien au contraire, il le favorise.

Le régime diététique de certaines albuminuries. — *M. Fiessinger*. Rien n'est difficile comme de distinguer certaines albuminuries brightiques de certaines albuminuries fonctionnelles. Souvent une néphrite aiguë se termine par une albuminurie neurasthénique.

Si on prolonge alors la diète lactée, l'état général s'altère et l'albuminurie persiste. Dans ces cas, j'ordonne la reprise du régime alimentaire habituel et même du vin, qui est un excellent tonique. J'ai observé alors une amélioration rapide de l'état général et une disparition complète de l'albuminurie.

Par contre, il faut se méfier beaucoup des scléroses rénales ; dans deux faits de cet ordre j'ai vu des accidents mortels après des tentatives de retour à l'alimentation carnée.

En résumé, je crois qu'en fait de régime on est souvent trop sévère pour les néphrites épithéliales anciennes et trop large pour les néphrites interstitielles.

M. Bize.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

15 Mai 1902.

Présentation d'un enfant vivant atteint de rachitisme intra-utérin. — *M. Bar*. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que la mère est bien portante (elle ne présente d'autres antécédents qu'un avortement antérieur), mais surtout que cet enfant est plein de vie, malgré ces graves altérations du squelette.

On sent nettement l'incurvation des fémurs et des tibias ; le facies est caractéristique ; enfin le nanisme est très apparent.

Présentation d'un enfant atteint de hernie ombilicale congénitale très volumineuse qui a été opéré il y a un mois. — *M. Bar*. Cet enfant présentait une éventration complète, par laquelle avait trouvé passage près de la moitié de l'intestin grêle.

La réduction fut pratiquée sans grande difficulté, les anses intestinales étant vides ; puis on passa deux fils pour maintenir la réduction. La suture fut faite en deux plans, mais l'aponévrose et les muscles droits ne purent être suturés, en raison des difficultés de leur recherche. Le résultat a néanmoins été excellent.

Présentation d'un enfant sur le pariétal gauche duquel est une plaque d'alopécie. — *M. Bonnaire*. Cette plaque d'alopécie, de forme ovalaire, ayant à peu près la dimension d'une amande, présente un aspect luisant, gaufré, d'un rouge cuivré. C'est une cicatrice à fleur de peau sans aucune ulcération.

L'auteur admet qu'il s'agit d'un retard localisé de développement de la peau, probablement sous l'influence de la persistance des replis du capuchon céphalique.

M. Thoyer-Rozat a observé un cas analogue en ville, sauf qu'il y avait plusieurs plaques analogues.

Pour que la pathogénie soit véritablement démontrée être ce que pense M. Bonnaire, il faudrait qu'on trouve dans un cas une petite bride amniotique adhérente.

Forceps au détroit supérieur dans un bassin rétréci ; enfoncement du frontal. — *MM. Perret et Bouchacourt*. Il s'agit d'une femme à bassin généralement rétréci, chez laquelle, lors de deux accouchements antérieurs, l'enfant présenta un enfoncement au niveau de la suture fronto-pariétale. Malgré cet accident, les enfants survécurent et se portent bien aujourd'hui.

Dans le cas particulier, après des tractions énergiques sur le forceps, on sentit un brusque ressaut au moment de la traversée de l'obstacle. L'enfant présentait un enfoncement de forme quadrilatère au niveau de la suture fronto-pariétale droite.

Cet enfoncement, qui paraissait moins marqué le lendemain, à cause de l infiltration séro-sanguine, a persisté ; mais il n'a nullement entravé le développement de l'enfant.

Accouchement dans un utérus double. — *MM. Demelin et Perret*. Le diagnostic porté au début fut

celui de tumeur annexée à un utérus gravide; mais une bride vaginale vint mettre sur la voie du diagnostic d'utérus double.

En arrière, et à gauche, on sentait une tumeur réductible, qui était formée par l utérus gauche vide, et en rétroversion.

Les deux corps utérins séparés s'abouchent sur un col unique, mais percé de deux orifices.

Le fœtus se présentant par l'épaule, on fit la version, mais sans sectionner la bride vaginale, qui était lâche; l'utérus vide fut rétropulsé, de façon à ce qu'il ne gênât pas.

Après l'accouchement, on reconnut très nettement les deux globes utérins séparés par un sillon.

Au toucher, on sentit deux cols mous, perméables, accolés comme deux canons de fusil, dans chacun desquels on introduisit la sonde utérine pour faire une injection.

Quelques jours après, des débris de caduque provenant de l'utérus vide furent rejetés.

Il y a lieu de noter que l'utérus vide a diminué plus rapidement de volume que l'utérus gravide.

Hémorragie rétro-placentaire par déchirure du sinus circulaire; présentation du placenta. — *MM. Perret et Planchon.* Cette femme se plaignit, étant enceinte de six mois, d'hémorragies, douleurs, étourdissements, faiblesses, etc. Son ventre était dur, tendu, contracturé; l'utérus remontait jusqu'au niveau de l'appendice xiphoïde.

Au toucher, on sentait un col dur, fermé, à bords résistants.

En somme, on se trouvait en présence d'une hémorragie utérine dont l'origine ne put être déterminée qu'après l'accouchement.

L'examen du placenta montra l'existence d'un caillot au niveau du sinus circulaire; ce caillot, situé dans une cupule creusée dans le bord placentaire, s'étendait à droite et à gauche.

Discussion sur la nomenclature obstétricale, à propos d'une circulaire de Simpson relative à son unification. — Cette question est en suspens, depuis 1880, malgré la nomination de commissions successives dont les travaux n'ont pas abouti. La nomenclature proposée par Simpson est conforme aux habitudes anglo-saxonnes, mais elle gênerait beaucoup les Français et les Italiens, surtout en ce qui concerne les diamètres obliques, dont la dénomination est l'inverse de la nôtre.

Il faudrait donc se faire des concessions réciproques si on veut que cette unification, dont les avantages sont incontestables, ait des chances de se généraliser.

En ce qui concerne les diamètres obliques, on peut notamment les désigner par des chiffres : premier et second, par exemple.

Note sur l'étiologie des convulsions chez le nouveau-né. — *M. Larger* (de Maisons-Laffitte) admet que les convulsions, de même que toutes les anomalies obstétricales, sont dues à la dégénérescence directe ou indirecte.

Présentation de pièces et de photographies d'une grossesse extra-utérine de plus de cinq mois. — *M. Delaunay.* La laparotomie fut faite à la suite d'hémorragies utérines très abondantes, le diagnostic porté ayant été très ferme, notamment en ce qui concernait la mort du fœtus.

A l'ouverture du ventre, on trouva une poche bilobée, produite par une grossesse tubaire.

L'énucléation fut facile, sauf au niveau du petit bassin, où on détermina une hémorragie formidable, qu'on eut le tort d'essayer d'arrêter par le tamponnement, qui fut inefficace.

On continua alors l'énucléation rapide de la poche ce qui fut relativement facile.

Mais cette fausse manœuvre ayant occasionné une perte de temps de deux ou trois minutes, pendant lesquelles le sang avait coulé en abondance, la mort survint le quatrième jour.

Présentation d'un monstre exencéphalien hyperencéphale. — *M. Bosc.* Parmi les ascendants, on ne trouve pas de syphilis. Il y avait placenta prœvia.

Ce fœtus présente en outre de la cryptorchidie.

L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

15 Mai 1902.

Sur les ganglions prévésicaux. — *M. Poirier*, revenant sur la communication faite dans la précédente séance par M. Bazy, déclare que, grâce à la méthode de Gérota (injections de bleu de Prusse), il a pu rendre évidents de très petits ganglions placés au contact immédiat de la tunique musculaire de la paroi antérieure de la vessie, en arrière de l'aponévrose vésicale. Ce sont ces ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la face antérieure de la vessie et qui sont le point de départ du phlegmon de la cavité de Retzius.

Sur l'appendicite gangreneuse et sur son diagnostic clinique. — *M. Walther* commente les conclusions formulées par M. Quénu à la fin de sa communication sur ce sujet. M. Quénu, dit-il, a voulu montrer : 1° le rôle prépondérant des lymphatiques dans les accidents infectieux graves de l'appendicite gangreneuse; 2° la valeur, comme signe diagnostique, de la douleur à la pression localisée dans une zone s'étendant du point de Mac-Burney jusqu'à la colonne vertébrale, et correspondant aux divers groupes ganglionnaires envahis par l'infection.

Sur le premier point, M. Walther déclare partager absolument l'opinion de M. Quénu : l'infection lymphatique est indéniable non seulement dans l'appendicite gangreneuse, mais dans toutes les appendicites aiguës, et même dans l'appendicite chronique. Dans les formes particulièrement virulentes, telles que l'appendicite gangreneuse, cette infection se fait avec une rapidité qu'on peut qualifier de foudroyante.

Mais sur le second point, M. Walther formule quelques réserves. Il pense qu'il ne faut pas attacher une valeur trop grande pour le diagnostic de l'appendicite gangreneuse à la douleur localisée réveillée par la pression dans la zone des ganglions infectés. Il a, en effet, observé nettement, dans plusieurs cas, cette sorte de traînée douloureuse, alors qu'il s'agissait d'appendicites aiguës simples, non gangreneuses, qui se sont terminées par la guérison, et dans lesquels l'examen de l'appendice, enlevé plus tard à froid, n'a pas montré de trace de perforation. D'autre part, M. Walther rapporte deux observations d'appendicite nettement gangreneuse dans lesquelles ce signe n'existait pas. Il pense donc qu'il est encore impossible aujourd'hui de fixer une symptomatologie nette à l'appendicite gangreneuse.

Un nouvel urétrotome. — *M. Bazy.* L'urétrotome de Maisonneuve est sans doute un excellent instrument, et qui a rendu et rendra encore de grands services; toutefois, il faut lui reconnaître deux inconvénients : 1° il ne peut sectionner les rétrécissements de l'urètre que sur la paroi supérieure (ou inférieure, si l'on change de conducteur); 2° malgré la forme de sa lame, il sectionne, quoi qu'on ait dit, non seulement le rétrécissement, mais l'urètre tout entier d'une extrémité à l'autre, ainsi qu'on a pu s'en convaincre par quelques autopsies.

Aussi M. Bazy a-t-il inventé un nouvel urétrotome qui remédie à ces deux inconvénients; il permet de faire, au niveau des rétrécissements, des incisions en tous les points de leur circonférence, et, en second lieu, de ne sectionner que les tissus que l'on doit sectionner.

La description de cet instrument et de son maniement étant d'ordre spécial, nous ne pouvons la reproduire. Disons seulement que M. Bazy a déjà eu l'occasion de l'employer pour 12 urétrotomies qui, toutes, se sont effectuées dans les meilleures conditions et avec les meilleurs résultats.

Déchirure de la veine cave inférieure au cours d'une néphrectomie pour pyonéphrose; ligature; guérison. — *M. Houzel* (de Boulogne) rapporte une observation de déchirure de la veine cave inférieure survenue vers la fin d'une néphrectomie qui avait été excessivement pénible à cause des adhérences périrénales. L'hémorragie se fit sous forme d'un jet violent, de la grosseur du doigt. Ayant saisi le vaisseau lésé entre le pouce et l'index gauches appliqués contre la colonne vertébrale, puis placé une pince au-dessus et au-dessous, M. Houzel essaya d'abord de faire une suture latérale de la déchirure qui avait une longueur de 1 centimètre et siégeait sur la partie externe du vaisseau, à deux travers de doigt au-dessous du hile du rein. Cette tentative ayant échoué, M. Houzel se vit obligé de placer au-dessus et au-dessous de la déchirure une ligature au catgut n° 3; dès ce moment, l'hémorragie s'arrêta complètement.

Les suites opératoires furent extraordinairement simples. Pendant quelques semaines, la malade présenta un léger œdème des membres inférieurs, surtout du gauche, et sans qu'il y eût de circulation tégumentaire abdominale appréciable; puis tout rentra dans l'ordre. Jamais de sucre ni d'albumine dans les urines. Depuis, la guérison ne s'est pas démentie : la malade n'a jamais présenté de symptômes qui pussent faire croire à un trouble dans la circulation de la veine cave inférieure.

Subluxation du pubis gauche et rupture totale de l'urètre membraneux. — *M. Mignon* rapporte cette observation, qui est surtout intéressante parce que l'ensemble des symptômes présentés par le blessé (un cavalier tombé de cheval et qui fut pris entre la bête et le sol) firent porter le diagnostic de fracture du pubis et de rupture extra-péritonéale de la vessie.

Il existait, en effet, en même temps que des douleurs vagues dans l'abdomen, et une impotence complète du membre inférieur gauche, une tuméfaction diffuse avec ecchymose au niveau du pubis gauche; la compression latérale des deux épines iliaques déterminait une douleur très vive du côté du pubis, et même une sorte de craquement. La région hypogastrique, légèrement saillante, était mate sur une surface de quatre travers de doigt; le malade n'avait pas uriné depuis sept heures et n'en sentait pas le besoin. Une sonde molle de Nélaton put être introduite sans difficulté jusque dans la vessie, d'où elle ne ramena que quelques gouttes de sang.

Le lendemain, le malade avait rendu 1 litre d'urine sanguinolente. Pas de signes de péritonite, pas de fièvre, pouls à 64. Le malade déclara qu'il lui était impossible d'uriner, malgré le besoin qu'il en éprouvait. La matité sus-pubienne était cependant moins étendue que la veille. M. Mignon se décida à intervenir par une taille hypogastrique. Il trouva, au lieu d'une fracture, une subluxation du pubis gauche en arrière (5 millimètres), une vessie intacte, malgré une infiltration d'urine sanguinolente dans la cavité de Retzius, mais, par contre, une rupture totale de l'urètre membraneux. Le cathétérisme urétral se montrant impossible, M. Mignon essaya de faire le cathétérisme rétrograde après cystotomie préalables; il échoua également. Il ne restait plus qu'à faire une boutonnière périnéale pour rétablir la continuité de l'urètre. Contre son attente, il trouva aisément l'orifice du bout supérieur au niveau du bord inférieur du ligament sous-pubien. Le temps le plus difficile de l'opération fut ensuite de passer le cathéter vésical dans la boutonnière périnéale; après quoi tout alla bien et le cathéter fut facilement passé de la plaie périnéale dans l'urètre. En sorte qu'à la fin de l'opération il existait un long drainage partant de la plaie abdominale et se terminant au méat. Durée de l'opération : 1 h. 1/2.

Les suites opératoires furent aussi bonnes que possible. Au douzième jour, on supprima le drainage hypogastrique en plaçant dans la vessie une sonde de Pezzer; la plaie vésicale se ferma en quarante-huit heures. La sonde à demeure ne put être tolérée que pendant huit jours, puis il fallut la retirer, et dès lors le malade urina presque complètement par son périnée. Ce n'est que trois semaines plus tard que M. Mignon put songer à fermer cette fistule; après introduction d'une sonde dans l'urètre et grattage soigné de la fistule à la curette, il ramena les deux bouts de l'urètre en contact à l'aide d'une suture des parties molles avoisinantes. Cette fois, la guérison fut complète; trois jours après, on retirait la sonde et le malade urinait par les voies naturelles. La guérison s'est maintenue depuis; l'urètre admet une bougie n° 16, 17 et même 19.

En somme, cette observation, que nous avons tenu à rapporter un peu longuement, est intéressante : 1° par sa symptomatologie et l'erreur de diagnostic à laquelle elle a donné lieu; 2° par les particularités du traitement opératoire; 3° par son résultat final.

Ostéo-arthrite syphilitique du poignet. — *M. Walther* présente une femme atteinte de cette affection. Les lésions consistaient en un gonflement considérable de l'extrémité inférieure du radius (périostite) et en un épanchement abondant dans l'articulation et les gaines synoviales. Grâce au traitement spécifique, ces lésions se sont rapidement modifiées, et aujourd'hui il n'existe plus qu'une tuméfaction légère de l'extrémité inférieure du radius.

Abcès gazeux sous-phrénique; opération; guérison. — *M. Lejars* présente une femme qu'il a opérée il y a cinq mois pour un abcès gazeux sous-phrénique très probablement consécutif à une perforation gastrique. L'abcès, très haut situé, contenait, en effet, outre des gaz fétides, des matières stomacales. Après incision et évacuation du foyer, M. Lejars protégea la grande cavité péritonéale à l'aide d'une barrière formée par le grand épiploon suturé au péritoine pariétal, puis il draina largement. Pendan

une dizaine de jours la malade rendit par sa fistule hypogastrique tout ce qu'elle prenait par la bouche ; puis peu à peu cette fistule se rétrécit et finalement se ferma. Aujourd'hui la guérison est définitive.

Quels étaient le siège et les dimensions de la perforation gastrique ? Il est impossible de le dire. Toutefois on doit supposer que cette perforation était très large, en raison du passage instantané qu'elle livrait aux matières introduites dans l'estomac. La guérison n'en paraît que plus étonnante. Cependant M. Lejars possède déjà un cas qui s'est terminé de cette heureuse façon. Il insiste beaucoup sur ce fait que, dans les abcès gazeux sous-phréniques, l'intervention doit être des plus simples : il faut se borner à ouvrir l'abcès et ses diverticules et ne pas chercher à faire plus, sous peine de compromettre le succès de l'opération.

M. Delbet a observé et opéré un cas analogue à celui rapporté par M. Lejars ; la guérison s'est également faite contre toute atteinte.

Résultat éloigné d'une résection de la moitié du maxillaire inférieur pour cancer. — *M. Moty* présente un malade qu'il a opéré, en 1890, pour un épithéliome kystique du maxillaire inférieure. La résection de la moitié de la mâchoire fut suivie de plusieurs récidives locales, puis d'une guérison définitive. Aujourd'hui le résultat esthétique et fonctionnel est absolument parfait : grâce, il faut le dire, à la barbe qui est bien fournie, personne ne se douterait que le sujet n'a qu'une moitié de maxillaire inférieur, et, d'autre part, la mastication se fait avec une régularité et une puissance dont on se rendra compte en apprenant que le malade casse des noisettes entre ses dents.

M. Berger possède un résultat semblable après vingt ans. Son malade présente au repos une légère déviation de la mâchoire inférieure, mais la mastication se fait parfaitement bien, sans appareil prothétique.

Rhinoplastie par la méthode italienne modifiée. — *M. Berger* présente un jeune garçon qui avait eu le nez totalement enlevé par une morsure de cheval. Pour restaurer l'organe, M. Berger eut recours à un lambeau brachial auquel il en adjoignit un second taillé aux dépens des téguments de la racine du nez, et qui, rabattu et suturé par sa face cruentée au lambeau brachial, permit de reconstituer la sous-cloison et de border l'orifice des narines de tissu normal, non rétractile. Résultat esthétique excellent.

Séparation des urines des deux reins à l'aide du séparateur vésical de G. Luys. — *M. Schwartz* présente deux tubes, l'un rempli d'une urine claire, l'autre ne contenant que quelques gouttes d'une urine trouble, urines qui ont été recueillies dans la vessie d'une malade ayant subi la néphrectomie pour pyélonéphrite tuberculeuse. La séparation de ces urines, si différentes par leur volume et leur aspect, a été obtenue à l'aide du séparateur vésical des urines de G. Luys. Elle a permis à M. Schwartz de se convaincre, d'une part, que le rein restant était sain, et, d'autre part, que le rein enlevé ne l'avait pas été complètement (M. Schwartz avait fait, en effet, une néphrectomie par morcellement excessivement laborieuse), puisque l'uretère correspondant continuait à émettre une petite quantité d'urine purulente. Voici donc une nouvelle observation qui montre les services que l'on est en droit d'attendre de l'ingénieux instrument imaginé par M. Luys.

J. Dumont.

ANALYSES

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

Clerc. ***Contribution à l'étude de quelques ferments solubles du sérum sanguin*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Depuis quelques années les recherches se sont multipliées sur les propriétés fermentatives des tissus ; on a ainsi peu à peu bien mis en lumière le rôle joué par les ferments solubles dans les phénomènes vitaux de l'organisme. En raison de son importance, l'étude du sang a tout particulièrement attiré l'attention, et l'on a pu isoler tout un groupe de ferments agissant sur les substances qu'entraîne le torrent circulatoire : *plasmase*, ferment coagulant Arthus) ; *ferment glycolitique* (Lépine) ; *lipase*, ferment dédoublant les graisses (Hauriot) ; *amylase ou hémodiastase*, ferment saccharifiant l'amidon (Bial, Cavazzani).

Clerc, dans une thèse très documentée, a étudié les variations physiologiques et pathologiques des deux derniers ferments (lipase et amylase), et des antiferments. Il a cherché à pénétrer la nature intime de ces fonctions différentes, et à en déduire quelques données générales.

Lipase. — Chez l'homme sain le pouvoir lipasique oscille entre 16 et 18 (ortholipasie), il augmente dans le diabète, de 16 à 30 (hyperlypasie). Dans les infections graves et les cachexies, il y a hypolipasie (6 à 5).

Le rôle de la lipase est de maintenir constante la proportion des graisses circulant dans l'organisme. C'est un ferment remarquablement fixe et qui n'est en rapport ni avec l'obésité, ni avec la maigreur. On ignore son origine, de même on est réduit aux hypothèses en ce qui concerne la cause de ses variations pathologiques, mais on peut poser en fait que l'hypolipasie forte est un symptôme d'une haute gravité et constitue un signe fâcheux pour le pronostic.

Amylase. — Chez l'homme sain le pouvoir amylolytique est de 0,15 pour 100. Dans les infections graves et dans les cachexies, il s'abaisse à 0,07 pour 100 ; de même dans le diabète.

Rien de certain touchant sa nature, ses origines, son rôle, et ses variations pathologiques. Cependant on doit admettre que l'abaissement du pouvoir amylolytique constitue un symptôme d'une gravité extrême pour le pronostic, sauf chez les diabétiques.

Antiferments. — Le sérum sanguin atténue *in vitro* la pepsine, la trypsine et la présure. Ce pouvoir antiprésurant baisse dans les cachexies.

Clerc conclut que deux lois communes semblent régir les trois ferments précédents :

1° On ne peut jamais les faire disparaître du sang ;

2° L'abaissement extrême de leur activité est un symptôme grave, suivi généralement de mort.

Ces ferments semblent être les produits de l'activité cellulaire et comme les témoins de la résistance de l'organisme.

Busquet.

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

S. Tchernichev. ***Anatomie pathologique de la forme comateuse de la malaria*** (*Meditzin. Oboz.*, 1902, Janvier, T. LVII, n° 1, p. 59). — L'auteur a eu l'occasion d'examiner le système nerveux d'un sujet de vingt-neuf ans ayant succombé à la malaria maligne (forme comateuse) trois jours après le début de l'accès. Le diagnostic n'avait pu être établi que deux jours après l'entrée, lorsque l'examen du sang put être fait ; aussi le traitement fut-il institué tard.

Dans le sang, on a trouvé à la fois des croissants et des plasmodies annulaires ; de tous les organes, foie, rate, système nerveux, c'est le système nerveux qui a été trouvé particulièrement atteint. Les lésions prédominaient surtout dans l'écorce cérébrale. Presque toutes les cellules de l'écorce étaient profondément altérées. Les noyaux des cellules faisaient souvent défaut ; la chromatolyse était le plus souvent diffuse, périnucléaire ou périphérique ; la vacuolisation s'observait très fréquemment ; les petites hémorragies étaient nombreuses. Les capillaires étaient pour ainsi dire injectés de plasmodies (croissants, formes sphériques, leucocytes mélanifères). Même en faisant abstraction des toxines des hématozoaires, on conçoit que, de par leur action mécanique seule, ils devaient être capables de provoquer des lésions graves.

Les mêmes altérations (lésions des cellules, hémorragies, vaisseaux farcis d'hématozoaires) se trouvaient, quoique à un degré moindre, dans la moelle, le bulbe et la protubérance.

Tous les organes examinés contenaient une très grande quantité de pigment.

S. Broïdo.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

V. F. Obraztsov. ***Palpation du pylore*** (*Wratshebnaïa Gazetta*, 1902, n° 9, p. 107). — A l'état normal, la palpation du pylore est impossible, cette partie de l'estomac étant recouverte par le lobe gauche du foie. Mais cette palpation devient possible toutes les fois que le lobe gauche du foie remonte ou que l'estomac s'abaisse. Obraztsov évalue à 1 pour 100 la fréquence de ces cas.

Quand le pylore est accessible à la palpation, il est perçu sous forme d'un cylindre de l'épaisseur du pouce, horizontal ou légèrement oblique en bas et à gauche, situé à 8 ou 10 centimètres au-dessus de l'ombilic, au niveau du muscle droit de l'abdomen du côté droit. Au cours de l'exploration, sa consistance peut changer depuis celle du cartilage jusqu'à celle d'un corps flasque, presque imperceptible sous le doigt. La formation du cylindre dure trois à cinq secondes ; il persiste pendant cinq à dix secondes, devient moins résistant et disparaît pour réapparaître quinze à trente secondes plus tard. C'est que le péristaltisme de la région pylorique dépasse en rapidité et en intensité celui de tout le reste du canal gastro-intestinal.

Il arrive qu'on sente à la palpation, au lieu d'un cylindre, un noyau dur, arrondi, du volume d'une noix, fait qu'on observe surtout dans la gastroptose. Ce noyau se trouve à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, près de la ligne blanche, un peu à droite. Il est le siège d'un péristaltisme ayant les mêmes caractères que dans les cas précédents. Le borborygme qu'on y perçoit au doigt et à l'oreille est une sorte de grincement, de cri rappelant celui d'une souris. On l'explique par le passage des gaz dans la partie reserrée par la contraction.

Au premier abord, on serait tenté de prendre le cylindre ou le noyau pour une induration cancéreuse, surtout quand il présente une consistance cartilagineuse. Mais le bruit de grincement et la diminution de consistance feront bientôt reconnaître l'erreur.

Pour distinguer le pylore du côlon transverse, il faut se souvenir que le premier est toujours situé à 4 ou 8 centimètres au-dessus du bord inférieur de l'estomac. En outre, le foie recouvrant le côlon transverse, on perçoit un tympanisme mat à la percussion de ce côlon, tandis que la percussion du pylore dans les mêmes conditions fournit une matité absolue, différence très importante pour le diagnostic.

Obraztsov ne croit pas pouvoir rattacher le spasme du pylore à un signe objectif ou subjectif bien défini ou à une affection bien nette, car il a eu l'occasion d'observer ce phénomène chez les sujets bien portants. Il a constaté l'existence de grincement sur lui-même, à jeun. Il admet toutefois que lorsque l'acidité du contenu stomacal augmente, comme, par exemple, dans la gastroptose, le passage du chyme stomacal dans le duodénum est entravé, les contractions du pylore augmentent d'intensité et de durée. Dans certains cas, le spasme du pylore peut devenir réellement pathologique. La tumeur qu'on sent à la palpation dure alors plus longtemps, mais disparaît sous l'influence du traitement, ce qui la différencie du cancer. Il s'agit alors d'une névrose motrice. Obraztsov explique également les pseudo-tumeurs décrites par Einharn par les contractions du pylore.

P. Eliacheff.

CHIRURGIE

P. Sikora. ***De l'entéro-anastomose latérale dans le traitement de l'anus artificiel et des fistules stercorales*** (*Thèse*, Paris, Mars 1902). — L'entéro-anastomose latérale, imaginée par Maisonneuve pour la cure radicale des anus artificiels et des fistules stercorales, reste liée étroitement à la thérapeutique de ces affections.

En effet, des multiples opérations proposées pour la cure des anus artificiels :

1° Les *procédés autoplastiques* doivent être abandonnés, parce qu'ils sont insuffisants dans la plupart des cas, c'est-à-dire toutes les fois qu'il y a des orifices multiples, ou une perte de substance étendue, ou un éperon marqué.

2° L'*entérotomie* ne mérite plus la faveur dont elle a joui : elle est longue, douloureuse, incertaine, et non sans danger (25 pour 100 d'insuccès et 3,50 pour 100 de morts).

3° L'*entérectomie*, avec réunion axiale des deux bouts, donne une mortalité élevée, qui oscille en 15 pour 100 et 30 pour 100, suivant les statistiques : elle crée, en effet, des dangers d'infection et d'hémorragie. De plus, elle n'est pas applicable à tous les cas : elle est formellement contre-indiquée quand il existe des adhérences étendues, quand les deux segments intestinaux, afférent et efférent, sont de calibre inégal, quand la paroi abdominale présente des trajets multiples et des clapiers purulents.

4° L'*entérorrhaphie latérale* reste cependant une opération recommandable : quand il n'y a pas d'éperon très saillant, quand il n'y a pas d'adhérences étendues, quand la perte de substance siège sur le gros intestin.

L'entéro-anastomose latérale, au contraire, ne reconnaît aucune contre-indication, et même ce qui est contre-indication pour les autres procédés est pour elle une indication, telles les adhérences étendues, la multiplicité des orifices, la présence de diverticules et de clapiers. Mais elle ne suffit pas, le plus souvent, à assurer *seule* la guérison définitive : il faut lui adjoindre une opération complémentaire. Cette opération peut consister soit à *réséquer* soit à *exclure l'anse fistuleuse*; mais alors la mortalité reste relativement élevée (12 à 18 pour 100) et souvent le résultat obtenu est insuffisant (simple amélioration dans près de la moitié des cas, aggravation dans un cinquième, pour l'exclusion).

Un troisième complément qu'on peut apporter à l'entéro-anastomose, c'est la *simple oblitération autoplastique de l'orifice anormal*, après s'être assuré du bon fonctionnement de l'anastomose. C'est le procédé de choix, recommandé par M. Sikora, qui l'a vu appliquer nombre de fois à l'hôpital Saint-Louis, par son maître M. Ricard. Ici la mortalité est nulle. La guérison définitive a pour ainsi dire toujours suivi les tentatives faites dans ce sens. Il faut ajouter cependant que l'entéro-anastomose latérale ne peut être curatrice que dans les fistules ou anus d'origine inflammatoire (hernie sphacelée, appendicite). Dans les anus ou fistules d'origine néoplasique (tuberculose, cancer), son rôle est le plus souvent et seulement palliatif.

J. Dumont.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la bromhydrose par le tannoforme.

M. Grumme (de Meiningen), médecin de l'armée allemande, a procédé à des essais en grand sur le traitement des sueurs des pieds par le tannoforme. Après s'être préalablement lavé les pieds, les hommes mettaient des chaussettes ou s'enveloppaient de linges saupoudrés de tannoforme qu'ils conservaient pendant vingt-quatre heures. Dans tous les cas, le résultat fut surprenant; la peau prit une teinte brunâtre et la transpiration s'arrêta aussitôt et complètement. Les jours suivants la coloration brune disparut peu à peu; quant à la sécrétion sudorale elle ne réapparut qu'au bout de trois à quatre semaines, pour disparaître avec un nouveau saupoudrement. Dans aucun cas, on ne nota d'effet secondaire désagréable.

Le mélange de tannoforme et de poudre de talc, fait dans un but économique, se montra beaucoup moins efficace. Les onguents et les solutions au tannoforme se montrèrent sans effets.

La nisaméline.

La nisaméline est une substance médicamenteuse retirée du guaco.

Elle est employée comme le guaco contre les douleurs et les démangeaisons.

On l'emploie d'une part pour combattre les névralgies faciales, névralgies intercostales surtout celles qui s'accompagnent d'éruptions comme le zona, névralgie sciatique, névralgies lombaires, lumbago, névralgie brachiale, frontale, sus-orbitaire, etc.

D'autre part pour faire disparaître les sensations de démangeaisons, de picotements qui accompagnent certaines maladies de peau : eczéma, prurigo, pityriasis, lichen, urticaire, psoriasis.

La nisaméline s'emploie soit à l'intérieur sous forme de pilules ou de sirop soit à l'extérieur pour bains ou lotions.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

École de médecine d'Amiens. — M. Pauchet est nommé chef des travaux de médecine opératoire à l'École de médecine.

École de médecine de Poitiers. — M. Pouchy est institué suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

École de médecine de Reims. — M. Henrot, professeur de clinique médicale, est nommé directeur de l'Ecole pour trois ans à dater du 27 Avril 1902.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpitaux de Lyon. — Mme Rambaud, veuve d'un ancien professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Lyon, a institué les Hospices civils légataires universels de sa fortune, à charge par ceux-ci d'affecter 200.000 francs à la construction d'une chapelle au Perron.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur : Au grade d'officier, M. Berger, maire de Brest; au grade de chevalier, MM. Brudhane et Gibra, médecins de 1re classe de la marine.

Corps de santé des troupes coloniales. — MM. Gouzien, de Lavigne Sainte-Suzanne, médecins-majors de 2e classe; Escande de Messières, médecin aide-major de 1re classe, sont désignés pour servir en Afrique occidentale française, à la Martinique et à Toulon.

Les fonctionnaires des colonies aux eaux de Bagnères-de Bigorre. — La station thermale de Bagnères-de-Bigorre sera désormais comprise parmi celles dans lesquelles les fonctionnaires du département des colonies pourront être envoyés en traitement.

Centenaire de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris. — *Programme définitif des fêtes et cérémonies.* — Le samedi 24 Mai, à 2 heures de l'après-midi, séance solennelle au Palais du Trocadéro, sous la présidence de M. le Président du Conseil des ministres.

Le même jour à 7 h. 1/2, au palais d'Orsay, banquet de l'Internat sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Le dimanche 25 Mai, à 2 heures de l'après-midi, à l'Hôtel-Dieu, inauguration du monument élevé à la mémoire des internes morts victimes de leur dévouement.

Le même jour à 8 h. 1/2, à l'Opéra-Comique, représentation au profit de l'Association amicale des internes et anciens internes.

Programme de la représentation : *A Propos*, par M. Haraucourt. Un acte du *Médecin malgré lui*, de Gounod. Première représentation de *F. S. A.* Revue pour l'usage interne, par MM. H. de Wendel et E. Paquy, musique nouvelle par M. E. Rey. S'adresser pour la location des places pour la représentation, jusqu'au 20 Mai, à M. Steinheil, trésorier du Comité du centenaire, 2, rue Casimir-de-Lavigne, et, à partir du 20 Mai, au bureau de location de l'Opéra-Comique.

Congrès des Sociétés savantes à Bordeaux. — Le XLIe Congrès des délégués des Sociétés savantes de Paris et des départements se tiendra en 1903 à Bordeaux, durant la semaine de Pâques. Les journées des mardi 14, mercredi 15, jeudi 16 et vendredi 17 avril seront consacrées aux travaux du Congrès. La séance de clôture aura lieu le samedi 18 avril, à 2 heures, sous la présidence de M. le Ministre de l'Instruction publique.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Trévoux (Ain). — Les vingt-sept médecins de l'arrondissement de Trévoux, qui comprend les huit cantons de Trévoux, Thoissey, Châtillon-sur-Chalaronne, Villars-les-Dombes, Saint-Trivier-sur-Moignans, Chalamont, Meximieux et Montluel, viennent de se constituer en syndicat sous la dénomination de Syndicat des médecins de l'arrondissement de Trévoux.

Ils ont adopté un tarif général minimum.

Pour les Sociétés de secours mutuels, l'abonnement est supprimé, et le tarif général leur est appliqué, avec un rabais de 20 pour 100 pour les Sociétés ordinaires, et de 25 pour 100 pour les Sociétés exclusivement composées d'ouvriers.

Société des dentistes du Sud Ouest. — Cette société vient de constituer son bureau de la façon suivante : MM. Guénard, président d'honneur; Mirebeau, président; Gautier, vice-président; Rousset, secrétaire général; Cayrol, secrétaire adjoint; Fontaine et Pascarel, membres du Conseil de famille.

Vieux papiers. — Nous avons signalé l'arrêté du préfet du Finistère défendant l'usage des vieux papiers pour l'enveloppement des substances alimentaires.

Le préfet de la Gironde et celui de la Haute-Garonne viennent de prendre des arrêtés analogues.

Produits toxiques. — M. le préfet de la Gironde, « considérant que certains fabricants livrent au public, pour des usages photographiques ou autres, des substances toxiques qui, préparées sous forme de pastilles, peuvent être confondues aves des substances inoffensives vendus sous la même forme, et amener ainsi des méprises qui constituent un réel danger pour la santé publique; vu l'avis émis par le comité consultatif d'hygiène publique de France, et les instructions du ministère de l'Intérieur, du 4 Avril 1902 », vient de prendre un arrêté interdisant « la vente et la mise en vente sous forme de pastilles, tablettes, pilules, ou sous autres formes analogues, de produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient, destinés à d'autres usages qu'à ceux de la médecine ».

Étranger

Faculté de médecine de Berne. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les privatdocenten Leon Asher (physiologie), Max Howald (anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. Herman Steudel est nommé privatdocent de médecine.

La lutte contre la tuberculose. — Le Conseil municipal de Lisbonne vient de prendre un arrêté interdisant de cracher dans les voitures publiques sous peine d'amende. Ce qui distingue ce nouvel arrêté, c'est que le conducteur est tenu pour responsable, et c'est lui qui doit payer l'amende, à moins qu'il ne puisse prouver qu'il a prévenu un agent de police et que celui-ci a refusé de dresser procès-verbal.

Le nombre des femmes-médecins dans le monde. — Il n'y a, jusqu'à présent, sur toute la terre, que 8.000 femmes-médecins. Rien qu'en Amérique on en compte plus de 6.000. En Russie, il y a 700 doctoresses, en Angleterre 400, en France 85, en Italie 20. Aux Indes, dans 133 hôpitaux, les femmes prédominent parmi le personnel médical.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Nicolas Kalindero, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bucarest et membre correspondant de l'Académie de Médecine de Paris.

CONCOURS

Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Lecture des copies. MM. Paul Tissier, 24; Malherbe, 22; Lombard, 29.

École de médecine de Nantes. — Le recteur de l'Académie de Rennes a autorisé d'ouvrir devant l'école de Nantes les concours suivants aux dates ci-dessous :

1° Le 30 Juin 1902. — Concours pour la place d'aide d'anatomie.

2° Le 7 Juillet 1902. — Concours pour la place de préparateur de bactériologie.

3° Le 7 Juillet 1902. — Concours pour la place de préparateur des chaires de physique et de pharmacie.

4° Le 10 Juillet 1902. — Concours pour la place de préparateur des chaires d'histoire naturelle et de matière médicale.

Hôpitaux de Toulouse. — Le lundi 9 juin prochain sera ouvert à 9 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, le concours d'externat en médecine. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Hôtel-Dieu.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 41. — Mercredi, 21 Mai 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

ARTICLES

MÉDECINE PRATIQUE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLES

A PROPOS

DU CONGRÈS DE ROME

15-20 Septembre 1902

La Société internationale de Gynécologie et d'Obstétrique a décidé que la quatrième session du Congrès triennal et international de Gynécologie et d'Obstétrique se tiendrait à Rome du 15 au 21 Septembre 1902.

Ce Congrès est le quatrième du genre et l'on se rappelle le succès des précédents Congrès de Bruxelles, de Genève et d'Amsterdam. En Belgique, en Suisse et en Hollande, les représentants de la France se sont tenus aux premiers rangs. Il importe qu'à Rome, où les Allemands viendront en grand nombre, la Gynécologie et l'Obstétrique françaises soient dignement représentées. Les Maîtres de Paris ont déjà promis leur concours : MM. les professeurs Pozzi, Pinard, Budin et M. Tuffier ont accepté de faire des rapports sur les principales questions. Mais il faut que les Maîtres soient soutenus, qu'ils ne restent pas isolés dans les sections aux travaux desquelles ils participeront, qu'ils ne soient pas obligés de s'asseoir entre un Allemand et un Anglais, comme je l'ai vu à Moscou, faute de Français présents.

Pour l'honneur de la Médecine française, il est urgent de rompre avec notre système de représentation aux grandes réunions internationales; il n'est que temps de nous organiser en vue d'une représentation de la science française.

C'est qu'il n'y va pas seulement de notre amour-propre ou de notre plaisir; notre *intérêt* immédiat est en jeu. Cet intérêt est collectif sans doute, mais il est aussi individuel, la force de chacun des membres d'un groupe dépendant de l'influence acquise par ce groupe. Et puis, en cette

époque de luttes économiques ardentes, rien n'est à négliger pour assurer la prépondérance de son pays : il est non seulement de l'intérêt mais encore du *devoir* de chacun de payer de sa personne pour obtenir le succès.

A ce point de vue, il ne faut pas se dissimuler que la littérature médicale française est peu connue à l'étranger, dans les pays anglo-saxons en particulier. Soit en Allemagne, soit en Angleterre, j'ai cherché bien souvent un livre français à la devanture des librairies médicales. Ce fut toujours en vain, à une exception près : l'an dernier à l'Exposition de la *British medical association*, un marchand me recommanda un excellent livre qui n'était autre que la traduction de l'Introduction à la médecine de H. Roger. Je dois d'ailleurs ajouter que l'édition anglaise était sinon plus luxeuse du moins plus pratique que l'édition française.

Les publications anglaises et allemandes sont plus que sobres d'indications françaises, toujours en raison de notre manque d'influence à l'étranger. En matière de Gynécologie, un exemple typique montrera combien il est devenu difficile de faire franchir la frontière à nos idées.

En 1897, au Congrès français de chirurgie, M. J.-L. Faure communiquait un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale dit par l'hémisection utérine. Ce procédé était publié avec figures explicatives par *La Presse Médicale*, le 19 Octobre 1897, puis par la *Revue de Chirurgie*, en 1898. Malgré cette triple et grande publication, Howard A. Kelly n'avait eu aucune connaissance du procédé de Faure, et il l'avait inventé de son côté; en 1900, dans l'*American Journal of obstetrics*, n° 6, il publiait 13 observations avec la description du procédé de l'hémisection utérine; il faut reconnaître d'ailleurs, qu'en note il ajoutait ceci : « depuis que j'ai terminé cet article, j'ai eu connaissance du procédé de Faure...; la priorité appartient à Faure ».

En 1901, en Allemagne, paraissait dans le *Monatschrift f. Geb. und Gynæk.*, Bd XIV, H. 3, p. 353, un article de Krönig intitulé « Contribution à la technique de l'hystérectomie abdominale »; il s'agissait encore du procédé de l'hémisection utérine, mais Faure y était cette fois totalement passé sous silence.

Pour prévenir de tels faits, il faut se faire connaître directement au dehors; il faut nouer des relations scientifiques avec les savants étrangers; il faut aller dans les Congrès internationaux. Dans ces Congrès l'échange des idées est plus rapide, plus intime; on fait la connaissance de nombreux médecins, dès lors on s'intéresse à leurs travaux et on établit avec eux des rapports scientifiques qui sans cette rencontre n'eussent peut-être jamais existé. Ainsi s'accroissent et l'influence individuelle et l'influence collective.

* *

Une des causes de l'abstention des Français aux Congrès internationaux se tenant dans une ville éloignée tient en partie à l'absence d'une suffisante organisation préparatoire de ces Congrès. Nous en avons eu un exemple frappant à Moscou où les Français, en nombre cependant, arrivèrent isolés, en tirailleurs pour ainsi dire, non préparés, impuissants à lutter contre le bataillon serré des Allemands, entraîné de longue date.

Mais il n'y a pas chez nous que l'organisation scientifique qui fasse défaut ; il y a aussi l'organisation matérielle : chacun doit se rendre au siège du Congrès sans trop connaître les moyens de transport ni l'hôtel qu'il doit choisir, sans être renseigné sur l'argent qui lui est nécessaire. Or, ces questions de détail me semblent arrêter bien des confrères. Je voudrais essayer d'y parer.

L'utilité d'une préparation méthodique de ce côté matériel n'est du reste plus à démontrer. J'en prends pour exemples les voyages aux Eaux minérales françaises si bien organisés par Carron de la Carrière, sous la direction du professeur Landouzy, et notre voyage aux Universités françaises et allemandes, organisé l'année dernière par *La Presse Médicale*.

Ce voyage, le premier de ce genre qui ait été fait, eut un tel succès que nombre de médecins en ont réclamé un second conçu dans le même esprit. Ce second voyage était décidé par le Comité scientifique du journal qui m'avait chargé de l'organiser; il devait avoir lieu également au début de Mai. Malheureusement contraint au repos par la maladie, je n'ai pu m'acquitter de ma tâche et j'ai songé à reporter le voyage de 1902 en Septembre pour le faire coïncider avec le Congrès de Rome. Le programme pourrait donc comporter : visites à Lyon, Florence, Rome, Milan, où comme dans le précédent voyage, une part égale serait faite au côté scientifique et au côté artistique; en même temps l'on profiterait des fêtes et excursions organisées par les médecins italiens à propos du Congrès.

* *

J'espère pouvoir, dans un prochain numéro de *La Presse Médicale*, donner le programme général de ce second voyage aux Universités françaises et étrangères.

En attendant, pour ceux qui désirent se rendre individuellement au Congrès, voici quelques premiers renseignements d'ordre matériel :

1° L'inscription est de 25 francs et peut être adressée : *a*) A M. Jayle, 232, boulevard Saint-Germain ; *b*) A M. le professeur Félice La Torre, 8, Via Venti Settembre, Rome, Italie.

2° Une réduction d'environ 50 pour 100 est accordée sur les chemins de fer italiens et une réduction sera demandée à la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée.

3° Les dames appartenant aux familles des membres du Congrès seront admises à prendre part aux fêtes organisées par le Comité et à profiter des réductions de chemins de fer. Le montant de la cotisation pour les dames est de 10 fr.

Au point de vue scientifique, le Congrès de Rome comportera plusieurs séances, au cours desquelles seront lus et discutés des rapports et faites des communications.

Les langues officielles sont : l'italien, le français, l'anglais, l'allemand et l'espagnol.

Les *rapports* seront faits sur les questions suivantes :

1° *Les indications médicales à la provocation de l'accouchement.*

2° *De l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale.*

3° *La tuberculose génitale.*

4° *Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus.*

Les *communications* restent au choix des auteurs. Les titres et, si possible un résumé doivent être envoyés d'urgence, avant le 31 Mai : *a*) soit à M. Jayle, 232, boulevard Saint-Germain; *b*) soit au professeur Pestalozza, secrétaire général du Congrès, 60, via Alfani, Florence, Italie.

Le temps assigné à chaque communication ne devra pas dépasser quinze minutes et les orateurs qui prendront part aux discussions ne pourront parler plus de cinq minutes. Les auteurs des communications disposeront de dix minutes pour répondre à toutes les objections.

* *

A l'aimable invitation que nous adressent les médecins italiens, j'espère que les médecins français répondront en grand nombre. Ce leur sera d'ailleurs une excellente occasion d'aller contempler les grandeurs de la Ville Eternelle. L'esprit artistique qui anime tant de médecins aiguillonnera les moins ardents : pour le Colisée et l'antique Forum, pour Saint-Pierre et le Vatican, pour la chapelle Sixtine et la villa Borghèse, ne doit-on pas réserver quelques heures de sa vie?

F. Jayle.

Secrétaire du Congrès pour la France.

LIVRES NOUVEAUX

C. Chauveau. — *Histoire des maladies du pharynx* (3 vol., chez J.-B. Baillière et fils, Paris, 1902).

En relevant dans les écrits médicaux que nous ont légués l'antiquité, le moyen âge et les temps modernes jusqu'au XVIIIe siècle, tout ce qui concerne les maladies de la gorge, l'auteur s'est acquitté d'une lourde tâche. En raison de leur fréquence et de leur siège dans un organe se prêtant particulièrement bien à l'observation directe, ces maladies sont de celles qui ont été, sinon le mieux connues, du moins le plus étudiées de tout temps. Aussi n'est-il pas surprenant que les textes, français et latins, réunis par l'auteur de l'ouvrage remplissent la moitié de celui-ci.

Si Chauveau s'était borné à la simple publication de ces textes, épars dans la littérature médicale, il eût déjà fait une œuvre utile et fort intéressante, mais il a accompli un travail plus personnel, et par conséquent plus méritoire, qui consiste à nous exposer l'évolution de la pathologie et de la thérapeutique pharyngées à travers les siècles, à nous faire suivre pas à pas, en s'appuyant sur les sources précitées, les progrès accomplis dans cette branche de la médecine aux diverses périodes de l'histoire médicale.

Les idées sur la pathologie pharyngée des médecins gréco-romains, byzantins, arabes, de ceux du Moyen âge, de la Renaissance, des XVIIe et XVIIIe siècles, sont résumées tour à tour.

Selon sa tendance d'esprit, le lecteur trouvera dans ces pages ou bien matière à sourire de la pauvreté des connaissances cliniques et de la bizarrerie de certains moyens thérapeutiques de nos aînés (onguents à la cendre d'hirondelle et de chauve-souris, à la fiente d'agneau ou de pigeon, potions au jus d'escargot, aux mille pieds pilés, gargarisme à la râpure de dents de sanglier ou aux excréments de chien, insufflations de poudre de poivre, etc.), ou bien, au au contraire, un sujet d'admirer leur ingéniosité quand ces pages lui rappelleront qu'ils ont imaginé dès longtemps la trachéotomie (Paul d'Egine), l'amygdalotomie, l'emploi de la sonde œsophagienne (Avenzoar), qu'ils nous ont légué les gargarismes, les badigeonnages, les révulsifs, les enveloppements chauds, les insufflations, les fumigations, etc., procédés que nous ne dédaignons pas d'employer à leur suite.

Quant à leurs théories sur la genèse des angines, ayons pour elles l'indulgence que nous devons souhaiter à nos successeurs pour les nôtres.

M. Boulay.

BIBLIOGRAPHIE

Essai sur l'hémiplégie des vieillards; les lacunes de désintégration cérébrale, par M. Jean Ferrand, ancien interne des hôpitaux de Paris. Paris, 1902, 1 vol. in-8°, 192 pages, avec 8 planches, 6 francs. (Librairie scientifique et médicale, *Jules Rousset*, 36, rue Serpente, Paris, VIe arrondissement.)

Les oxydations de l'organisme, par E. Enriquez, médecin des hôpitaux de Paris, et J.-A. Sicard, chef de clinique à la Faculté de médecine (*Actualités médicales*), 1 vol. in-16 de 90 pages, cartonné, 1 fr. 50. (Libairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

La croisade sanitaire, par Paul Strauss, 1 vol. broché in-12 de 368 pages, 3 fr. 50. (Bibliothèque Charpentier, *Eug. Fasquelle*, éditeur, Paris.)

Annuaire des eaux minérales. Stations climatiques et sanatoriums de la France et de l'Etranger, édition 1902, publiée sous la direction de M. G. Morice, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*, 1 br. in-16 de 350 pages, avec figures dans le texte, 1 fr. 50.

La conjonctivite granuleuse, par M. Hourmouziadès, aide de clinique à l'hospice national ophtalmologique des Quinze-Vingts, avec préface par M. A. Trousseau, médecin de la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, 1 vol. in-8° de 186 pages, broché, 4 francs. (*Société d'éditions scientifiques et littéraires*, Paris.)

La forme spasmodique de la syringomyélie, par M. Georges Guillain, 1 broch. in-8° jésus de 180 pages, avec figures dans le texte. (*G. Steinheil*, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.)

Des complications de la submersion, par M. A. Mizzoni, une brochure in-8° jésus de 96 pages, avec figures. (*J.-B. Baillière et fils*, éditeurs, Paris.)

L'OBSTÉTRIQUE
ET
LA MORALE CHRÉTIENNE

Par J. THOYER-ROZAT

Au cours d'une grossesse, a-t-on le droit de sacrifier la vie du fœtus à la vie de la mère? C'est là une grosse question, passionnante pour le médecin; elle vient encore d'être récemment l'objet de nombreuses discussions dans les Sociétés savantes et d'intéressantes publications dans la presse médicale ; ici même, dans ce journal, M. Bar a indiqué quelle devait être, selon lui, la conduite du praticien.

Mais, cette question n'est pas seulement d'ordre médical et du ressort de la Médecine; de tous temps la Religion catholique l'a considérée comme relevant de la Morale chrétienne et, par conséquent, comme étant de son ressort. Après avoir exposé la doctrine médicale pure, il était donc indiqué d'exposer la doctrine catholique; et c'est là ce que je me propose de faire, en m'inspirant d'un livre récemment paru auquel la qualité de ses auteurs donne une incontestable autorité en la matière.

* * *

M. le doyen Moureau et M. Lavrand, l'un et l'autre professeurs à l'Université catholique de Lille, viennent de publier sous ce titre : *Le médecin chrétien*; *leçons pratiques de déontologie médicale*, un véritable code de ce qu'ils considèrent comme étant les devoirs du médecin chrétien. Si certains chapitres de leur livre intéressent spécialement ceux pour lesquels ils l'ont écrit, les médecins chrétiens, il est d'autres chapitres dont l'intérêt est plus général, et justement celui qui a pour titre l'obstétrique et la morale.

Tout médecin, en effet, est appelé à se trouver un jour ou l'autre en présence d'un cas de vomissements graves des premiers mois de la grossesse ayant résisté à tous les traitements et paraissant sérieusement compromettre l'existence de la mère, et sera ainsi amené à poser la question de l'avortement provoqué ; tout médecin peut être mandé auprès d'une femme en travail, à terme, ayant une angustie pelvienne trop accentuée pour laisser passer un fœtus et se trouvant dans des conditions telles (rupture prématurée des membranes, je suppose, avec début d'infection et fœtus compromis) qu'il lui sera difficile de penser à une symphyséotomie ou à une opération césarienne, et que l'embryotomie sur le fœtus encore vivant lui restera seule pour terminer l'accouchement.

Or, la malade à laquelle le médecin proposera l'avortement provoqué ou l'embryotomie comme ressource ultime, peut être une catholique convaincue qui opposera un refus formel à ces propositions en arguant de ses croyances religieuses, de sa ferme volonté d'obéir aux ordonnances de l'Église, de sa crainte d'encourir des peines ou excommunications dont l'Église menace ceux qui contreviennent à ses lois, etc. Et le plus irreligieux des médecins peut ainsi se trouver arrêté par une question de morale religieuse.

Il importe donc à tous de connaître l'enseignement de l'Église sur le fœticide sous ses diverses formes; il importe à ceux qui sont catholiques pour en inspirer leur conduite, comme à ceux qui ne le sont pas pour savoir quelles résistances leur clientes ou leur entourage pourront, au nom des dogmes, faire à la ligne de conduite qu'ils voudront suivre au nom de la science, et avec quels arguments ils devront répondre, textes en main, aux objections qui n'émaneraient que de l'ignorance ou de l'interprétation erronée des ordonnances ecclésiastiques.

A cet égard, les appréciations de MM. Moureau et Lavrand sur cette question de l'« Obstétrique et la Morale » sont des plus intéressantes à connaître pour tous, d'autant que le caractère religieux de l'un des auteurs semble donner à la doctrine du livre auquel il a collaboré un caractère presque officiel.

Examinons donc les conclusions qu'ils formulent sur le fœticide thérapeutique, au nom de la morale chrétienne et voyons si elles paraissent définitives, irréfutables, en restant sur le terrain même où ils se sont placés.

* * *

Il faut savoir gré à MM. Moureau et Lavrand d'avoir, dès l'abord, posé la question sans détours : « Il arrive parfois, disent-ils, à une époque plus ou moins avancée de la gestation, que la vie de la mère soit irrémédiablement compromise à moins qu'on ne sacrifie le fœtus. N'est-il pas alors permis de recourir à ce moyen? »

Ils se demandent donc à qui appartient de juger la question : Est-ce au moraliste? Est-ce au médecin? Il s'agit de savoir, disent-ils, si la morale peut permettre le fœticide. Or, pour savoir si un acte est conforme ou non à la loi, il faut s'adresser à un homme de loi, c'est-à-dire en l'espèce à un moraliste. Donc, ce sont les moralistes seuls qui sont compétents pour juger la question!

La conclusion est un peu prompte peut-être. La question du fœticide est une question de morale, sans doute, mais une question scientifique aussi; il paraît impossible de séparer pour la résoudre la morale de la science. On ne voit pas la morale rejetant ici les indications de la science comme immorale (la science peut-elle être jamais contraire à la morale?), pas plus qu'on ne voit la science s'affranchissant des règles de la morale pour trancher la question. Serait-ce trop demander que de désirer voir la science éclairant la morale dans une question ou tant de points sont de nature scientifique, ou, si l'on veut, la morale guidant la science dans les grandes lignes de ses principes généraux.

Quelle a donc été la décision des moralistes chrétiens?

Le fœtus étant un véritable être humain, le fœticide est un véritable homicide; le fœticide tombe ainsi, même dans les circonstances critiques ou la mère est supposée se trouver et nonobstant l'intérêt qu'il y aurait à la sauver, sous la défense du droit naturel qui interdit l'homicide.

Mais l'homicide, dira-t-on, est quelquefois légitime : il l'est quelquefois d'autorité publique ; il l'est aussi d'autorité privée dans le cas d'agression. Oui, mais le fœticide, lui, ne le sera jamais. On ne permettra même pas à la mère atteinte de vomissements graves ou d'éclampsie de considérer comme un injuste agresseur l'ébauche d'être qui est la cause de cette auto-intoxication gravidique dont elle va mourir et qui disparaîtra du reste avec elle : non ; et même s'il fallait voir ici un injuste agresseur, disent MM. Moureau et Lavrand, ce serait bien plutôt la mère, dont la maladie fait obstacle à la vie du fœtus !

Et les conclusions découlent, logiques, de cet inflexible principe :

« L'embryotomie sur l'enfant vivant est interdite dans tous les cas.

« L'avortement, même lorsque sa provocation est indiquée comme une dernière planche de salut pour la mère, est rigoureusement interdit.

« La laparotomie et l'extraction du fœtus vivant ou supposé tel dans le cas de grossesse extra-utérine sont interdits au même titre que l'embryotomie sur l'enfant vivant ou l'avortement provoqué : « le fait de la grossesse ectopique ne change rien à l'application des règles morales concernant les grossesses utérines. »

Ces conclusions draconiennes, édictées au nom de la morale pure, MM. Moureau et Lavrand ne se sont pas contentés de les formuler, ils ont voulu chercher à les justifier en montrant qu'elles étaient d'accord avec la science ! Ici nous pensons qu'ils ont eu absolument tort : cet esssai de justification, en effet, est tout à fait incomplet.

Pour la question de l'embryotomie sur l'enfant vivant au terme de la grossesse, par exemple, ils ne l'envisagent que dans le cas de rétrécissement pelvien et commettent le regrettable oubli de ne point parler des cas bien plus terribles de dystocie des parties molles, de ne point discuter non plus les cas où le fœtus est compromis, où il est monstrueux (hydrocéphale par exemple) mais vivant malgré tout, quoique non viable... Et en même temps qu'il pèche par omission, cet essai de justification contient des erreurs scientifiques tout à fait fâcheuses.

Toujours à propos de l'embryotomie sur fœtus vivant dans le cas de rétrécissement pelvien, citant les statistiques colligées par M. Maygrier dans le Traité d'accouchements de Tarnier et Budin au sujet de l'opération césarienne et portant sur 346 opérées avec 323 guérisons, soit 93 pour 100; citant la statistique de symphyséotomies de M. le professeur Pinard qui dans 100 cas de rachitisme a obtenu par cette intervention 88 mères guéries avec 87 enfants définitivement survivants, MM. Moureau et Lavrand écrivent : « De pareils résultats obligent à conclure que l'embryotomie pratiquée sur le fœtus vivant serait inexcusable, même au point de vue médical, puisqu'elle sacrifie tous les enfants sans sauver pour cela plus de mère ». Voilà une affirmation lancée à la légère et tout à fait erronée.

L'embryotomie pratiquée dans les cas où l'on pourrait faire la césarienne ou la symphyséotomie (ceci n'est nullement pour la défendre d'une façon ferme, mais simplement pour relever l'erreur commise) l'embryotomie dans ces conditions ne donne pas 7 ou ou 12 pour 100 de mortalité maternelle mais 0 pour 100; et 7 ou 12 existences pour 100 en plus ou en moins, cela doit constituer une différence pour des moralistes comme pour des médecins!

A propos de la grossesse extra-utérine, MM. Moureau et Lavrand, voulant justifier le veto absolu qu'ils mettent à la laparotomie et l'extirpation du kyste fœtal, disent que lorsque la grossesse extra-utérine est certaine, la

conduite à tenir est fort discutée entre médecins. MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage, disent-ils, se posent cette question dans leur Précis d'obstétrique : « Faut-il laisser la grossesse (extra-utérine) évoluer à travers tous les dangers qu'elle fait courir à la mère ou attendre que le fœtus succombe pour diminuer les chances d'hémorragie? La question est discutable : en opérant tout de suite on sacrifie les quelques minces chances que le fœtus avait de vivre, on met la mère à l'abri des multiples dangers qui la menacent, mais on l'expose à des hémorragies graves qui peuvent se produire au cours de l'opération et qui sont tout à fait exceptionnelles quand le le fœtus est mort ».

Cette question est bien posée en effet dans le Précis d'obstétrique de MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage, mais non pas, comme le disent MM. Moureau et Lavrand, d'une façon générale pour tous les cas diagnostiqués de grossesse extra-utérine ; c'est seulement, et c'est un fait bien connu de tous, pour le cas où la grossesse ectopique est diagnostiquée tardivement, après le cinquième mois, une fois passée la période du danger des ruptures à grand fracas avec inondation péritonéale. Pour les grossesses extra-utérines diagnostiquées de façon précoce avant cinq mois, MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage restent fidèles au principe formulé par leur maître M. le professeur Pinard, et par mon maître M. Segond : toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention immédiate, d'urgence, au moins pendant les premiers mois.

Ces quelques citations montrent que l'essai fait par MM. Moureau et Lavrand de justifier leurs conclusions au nom de la science est de valeur au moins discutable.

*
* *

Examinons maintenant, en dehors du principe, émis au nom de la morale chrétienne, que le fœticide est un homicide qu'aucune circonstance ne peut autoriser, sur quels textes ou ordonnances de l'Eglise ses représentants s'appuient pour émettre les conclusions que nous avons dites.

Le 31 Mai 1884, à la question de savoir si l'on peut, *en sûreté de doctrine*, enseigner dans les Écoles catholiques qu'il est permis de pratiquer la craniotomie lorsque, faute de cette opération, la mère et l'enfant périront tous deux, tandis qu'au contraire cette opération, en faisant périr l'enfant, sauverait la mère, la Sacrée-Congrégation du Saint-Office a répondu que la doctrine ci-dessus exposée ne peut être enseignée en sûreté de doctrine.

Le 19 Août 1889, ladite Congrégation fait la même réponse pour toute opération qui aurait pour effet direct la mort du fœtus ou celle de la mère.

Le 24 Juillet 1895, consultée par un médecin qui, dans un cas de maladie indéterminée mais paraissant due exclusivement à la grossesse, a provoqué l'avortement pour sauver la mère, et qui demande s'il peut, *en sûreté de conscience*, continuer à agir comme il l'a fait dans les circonstances ci-dessus exposées, la même Congrégation a répondu non.

Enfin, le 4 Mai 1898, répondant à cette question : la laparotomie est-elle licite dans le cas de grossesse extra-utérine? la Congrégation du Saint-Office répond : en cas de nécessité urgente, on peut pratiquer la laparotomie pour extraire du sein maternel le fœtus ectopique, pourvu que l'on pourvoie *autant que possible*, sérieusement et par tous les moyens indiqués dans la circonstance, à la vie du fœtus et à celle de la mère.

Voilà les textes. *Y voyons-nous l'interdiction formelle de toute intervention fœticide?* Je ne le crois pas.

Nous y voyons qu'on ne peut pas enseigner en sûreté de doctrine que le fœticide thérapeutique est permis, mais non point qu'on doit enseigner en sûreté de doctrine qu'il est défendu. Donc, me semble-t-il, l'enseignement sur ce point doit rester douteux.

Nous y voyons encore qu'on ne peut pas, en sûreté de conscience, pratiquer l'avortement lorsque la sauvegarde de la vie de la femme enceinte paraît le commander. On ne peut pas le faire en sûreté de conscience : fort bien. Mais encore ici, c'est le doute. Et dire qu'on ne peut pas, en toute certitude d'être dans le vrai, peser un acte et dire que cet acte est formellement interdit, ce n'est point la même chose.

Enfin, au point de vue de la conduite à tenir dans le cas de grossesse extra-utérine, la réponse de la Sacrée-Congrégation du Saint-Office est loin d'être défavorable à la laparotomie. En cas de nécessité urgente, dit-elle, on peut pratiquer la laparotomie. Or, qui donc met en doute que la nécessité est urgente d'opérer une femme atteinte de grossesse extra-utérine pendant les premiers mois, alors qu'elle est continuellement exposée aux dangers de la rupture et de l'inondation péritonéale?

En somme, les conclusions de MM. Moureau et Lavrand sont beaucoup trop absolues, de l'examen même des textes sur lesquels ils s'appuient pour les formuler. La Sacrée-Congrégation du Saint-Office ne s'est jamais prononcée pour interdire formellement le fœticide thérapeutique; elle ne l'approuve pas comme une doctrine sûre; elle ne le réprouve pas non plus de façon absolue comme criminel.

Voilà ce qu'il nous faut savoir et ce que nous pourrons répondre lorsque seront faites à la ligne de conduite thérapeutique, qu'en conscience nous croirons devoir adopter, des objections de la nature de celles que nous supposions en commençant.

Si, quelque jour, la Congrégation du Saint-Office, consultée à nouveau sur la question de fond du fœticide thérapeutique, déclarait qu'elle le proscrit de façon absolue et sans réserves, nous aurions encore, pour rassurer au besoin la conscience timorée de malades trop promptes à sacrifier leur vie pour ce qu'elles penseraient être une question de dogme, cet argument irréfutable : c'est que la Sacrée-Congrégation peut formuler des vœux, émettre des avis, donner des conseils, rendre même des décrets, mais que les uns et les autres n'obligent pas en conscience : seule une Bulle promulguée par le Pape, chef de l'Eglise, peut avoir force de loi, seules ses décisions peuvent constituer une réelle obligation.

Il faudrait donc attendre le jour où le Pape, parlant *ex cathedra*, interviendrait pour défendre sans restriction le fœticide thérapeutique; et ce jour-là n'est pas venu!

L'ARTHRITISME

TRAITEMENT PAR LA THÉRAPEUTIQUE OXYDANTE

Par **Edmond FIQUET**
Docteur ès-Sciences,
Ex chef des travaux de Chimie à la Faculté de médecine.

L'arthritisme désignait autrefois un état diathésique caractérisé surtout par des douleurs articulaires [1].

Aujourd'hui, cette dénomination s'emploie dans un sens plus large, on l'a étendue à un ensemble de troubles généraux et on est convenu maintenant de donner le nom d'arthritisme à une prédisposition de l'organisme à certaines maladies, qui sont particulièrement le diabète, la goutte, la gravelle urique, la lithiase biliaire, l'obésité, etc.

La cause déterminante de ces maladies, c'est le ralentissement de la nutrition. Les phénomènes de l'assimilation et de la désassimilation étant troublés, les aliments, après avoir été normalement transformés par les sucs digestifs, ne sont plus suffisamment utilisés; d'autre part, les différentes parties constituantes de l'organisme, qui doivent disparaître pour faire place à des éléments nouveaux, subissent une désassimilation imparfaite, et donnent naissance à des composés qui produisent, dans l'économie, des troubles plus ou moins sérieux.

Tous les médecins ne sont pas d'accord sur la cause de ce ralentissement de la nutrition : les uns ont admis une déviation primitive de la cellule nerveuse (Cullen, Braun, Guéneau de Mussy, etc.); les autres, un état constitutionnel caractérisé par une viciation de tout l'organisme (Hoffman, Sydenham, Bouchard, etc.) ou simplement du tissu conjonctif rénal (Forbes, Garrod), hépatique (Claude Bernard, Glénard, etc.).

Mais, si l'on observe assez fréquemment, dans ces maladies, des lésions viscérales, celles-ci sont loin d'être constantes. D'autre part, depuis les derniers travaux sur la chimie de la cellule vivante (Chauveau, Bouchard, etc.), on sait que toutes les cellules de l'organisme ont leur vie propre et qu'elles concourent individuellement à la nutrition. On ne saurait donc admettre maintenant, comme cause générale de l'arthritisme, des lésions d'un organe en particulier [2].

Cependant, cette théorie n'exclut pas celle de la déviation de la cellule nerveuse, parce qu'il existe de grands rapports entre les fonctions du système nerveux et les phénomènes chimiques intra-cellulaires. Il suffit, en effet, de rappeler que les altérations du plancher du quatrième ventricule entravent l'oxydation intra-cellulaire du glucose, et que la glande sous-maxillaire est susceptible de donner naissance à une salive de composition chimique différente, selon que l'on excite la corde du tympan ou le grand sympathique.

On pourrait multiplier ces exemples qui prouvent nettement que les réactions chimiques intra-cellulaires sont sous la dépendance du système nerveux [3], mais il suffit de montrer que ces deux

1. Pidoux. — « Discussions sur le traitement du rhumatisme ». *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, 1860-1861, T. VII.

2. Cependant, lorsque, dans les cellules, les oxydases viennent à faire défaut, les organes dont la fonction est surtout d'opérer des phénomènes d'oxydation deviennent nécessairement troublés; c'est le cas du foie dans la plupart des manifestations de l'arthritisme.

3. C'est ce qui explique pourquoi certains médicaments comme les bromures et l'antipyrine, qui tendent à diminuer les oxydations chez l'homme sain, agissent au contraire comme des médicaments oxydants chez les diabétiques, en ramenant le fonctionnement de la cellule nerveuse à l'état normal. Pour l'antipyrine, en particulier, il faut ajouter que ce médicament entrave la transformation du glycogène en glucose (Lépine et Martz). D'autre part, il s'élimine par les urines à l'état d'oxyantipyrine en combinaison avec l'acide glycuronique ou le glucose, composé, qui ne possède plus de groupe aldéhydique. (D. Lawrow. *Deut. Chem. Gesell.*, 1900.) Par conséquent l'urine ne réduit plus la liqueur cupropotassique; l'antipyrine pourrait annihiler ainsi le pouvoir réducteur d'une dose assez grande de glucose.

principales théories de l'arthritisme sont parfaitement d'accord, en ce sens que les troubles du système nerveux peuvent modifier les phénomènes chimiques dans l'organisme.

*
* *

Toute la pathogénie de l'arthritisme s'explique par l'insuffisance des agents d'oxydation intracellulaires. Tantôt c'est le glucose, qui résulte de la digestion des éléments hydrocarbonés, dont la combustion dans les tissus n'est pas complète, et qui, au lieu de fixer l'oxygène suivant l'équation :

$$C^6H^{12}O^6 + 6O^2 = 6CO^2 + 6H^2O,$$

demeure sans modification, passe dans les urines et révèle le diabète.

Tantôt, ce sont les graisses qui sont insuffisamment oxydées, et qui, au lieu de se détruire dans l'organisme, en produisant de l'eau et de l'acide carbonique, suivant l'équation :

$$C^{55}H^{104}O^6 + 78O^2 = 55CO^2 + 52H^2O,$$

restent dans les cellules et provoquent l'obésité.

Ou bien encore, ce sont les nucléoalbumines, formant la substance même des cellules, qui se désassimilent en donnant naissance à de l'acide urique. Cet acide urique devrait disparaître par oxydation et hydratation suivant la formule :

$$\underset{\text{Acide urique.}}{C^5H^4Az^4O^3} + O^3 + 2H^2O = \underset{\text{Urée.}}{2COAz^2H^4} + 3CO$$

en donnant de l'urée et de l'acide carbonique; mais il résiste à cette action oxydante et hydratante, il reste dans l'organisme et provoque la goutte ou la gravelle.

Ces différentes maladies donnent naissance à des symptômes analogues avec les mêmes complications, cutanées, pulmonaires, rénales, etc. Le défaut d'oxydation peut encore aller plus loin, le diabète aboutit au coma diabétique, la goutte à des accidents d'urémie comateuse, qui sont les derniers symptômes de l'asphyxie cellulaire [1].

En présence de ces faits, la principale objection qui peut venir à l'esprit, c'est que si l'on admet que les phénomènes d'oxydation sont diminués, ils le sont aussi bien pour les albuminoïdes que pour les hydrates de carbone : d'où il suit que le goutteux devrait être diabétique, et inversement. Mais, bien que ces différents états se trouvent souvent associés chez le même malade, ils ne le sont pas nécessairement et il est facile d'en expliquer la raison.

Les phénomènes d'oxydation s'accomplissent, en effet, au moyen de ferments oxydants qu'on appelle *oxydases* et qui se trouvent normalement contenues dans les cellules. Celles-ci prennent l'oxygène qui a été apporté par l'hémoglobine, et le transportent sur les composés chimiques facilement oxydables de la nutrition [2]. Si ces oxydases font défaut, la nutrition est ralentie.

Mais il ne semble pas qu'il n'existe qu'une seule variété de ces ferments oxydants, qui auraient la propriété de tout oxyder dans l'organisme. Il paraît exister des oxydases différentes exerçant leur action les unes sur les albuminoïdes, les autres sur le glucose, et autres sur les graisses, et qui n'ont aucun rapport entre elles. Le fait est démontré pour les ferments hydratants qui agissent les uns sur les albuminoïdes (trypsine), les autres sur les hydrates de carbone (amylopsine), et d'autres encore sur les graisses (synaptase).

Il en résulte donc que chaque oxydase doit avoir une constitution déterminée, qui la rend propre à agir sur un groupe de composés chimiques ayant aussi une constitution déterminée, en rapport avec celle du ferment. Ce ferment n'oxydera le composé chimique que si sa structure moléculaire peut s'adapter à celle du corps sur lequel il doit agir [1]. Fisher a mis cette propriété en évidence, pour les ferments hydratants, lorsqu'il a comparé l'action de chaque ferment actif, vis-à-vis d'un composé chimique, comme une clef qui a la propriété d'ouvrir une serrure.

Par conséquent, nous nous expliquons très bien pourquoi certaines oxydases auront une action sur le glucose et non sur l'acide urique ou sur les graisses et inversement, et pourquoi plusieurs maladies pourront être caractérisées par une insuffisance dans les oxydations, sans présenter les mêmes symptômes.

*
* *

Le but thérapeutique du médecin, c'est de faire disparaître la cause de la maladie. On a donc conseillé, dans la diathèse urique, les médicaments qui dissolvent l'acide urique et facilitent son élimination (lithine, piperazine, lycétol, lysidine, acide salicylique, acide benzoïque, etc.). On a employé, dans le diabète, la levure de bière, parce que ce ferment détruit le glucose *in vitro*. Mais, les résultats de ces différentes médications sont inconstants, et nous ne devons pas en être étonnés, puisque ces médicaments ne s'attaquent pas à la cause de la maladie.

Cependant, les médicaments alcalins, surtout le bicarbonate de soude, qui n'est pas toxique, ont une efficacité sérieuse. Mais il ne faut pas seulement attribuer leur succès à leur action dissolvante sur l'acide urique, il faut aussi tenir compte de ce fait que les alcalins sont de puissants agents d'oxydation. Chevreul a montré, au commencement du XIXe siècle, que les agents chimiques oxydants exerçaient, *in vitro*, une action bien plus active quand ils étaient en solution alcaline, et Mialhe a vérifié, depuis, qu'il en était de même dans l'organisme vivant, où les oxydations étaient favorisées par l'alcalinité du sang. C'est pour cette raison que les eaux de Vichy jouissent d'une réputation méritée dans le traitement des maladies de la nutrition.

D'autres médicaments ont une action très efficace, tels les arsenicaux (Guéneau de Mussy), les composés du manganèse et surtout les ferrugineux [2] : tous ces composés ont des propriétés oxydantes sur l'organisme.

Les composés du manganèse ont été signalés par Lépine, Sampson, Masoin, etc.; Lépine insiste particulièrement sur les bons effets qu'il en a obtenus dans le diabète [3].

L'action des composés ferrugineux mérite de fixer particulièrement notre attention. Ils ont été préconisés par Cullen, Trousseau, Pidoux, Garrod [1]; et, de nos jours, en Allemagne, les goutteux et diabétiques sont traités avec succès aux eaux ferrugineuses de Pyrmont et de Schwalback.

En France, au XVIIe et au XVIIIe siècles, ces maladies étaient soumises au traitement hydrominéral de Forges-les-Eaux [2], et les nombreux mémoires qui nous sont restés montrent que ce traitement donnait de très bons résultats. (Du Val, de Grousset, Cousinot, de Mauvillain, Guérin, Le Gyre, etc.) Larouvière, médecin du roi Louis XIV, et intendant royal des Eaux de Forges, nous a laissé un volume de documents précieux, rempli de nombreuses observations cliniques sur ces eaux ferrugineuses; il y signale leurs propriétés curatives dans l'arthritisme. Depuis lors, ces observations ont été vérifiées par un grand nombre de médecins et reconnues exactes [3].

*
* *

Certains médicaments ferrugineux et manganeux favorisent les oxydations, parce qu'ils se conduisent dans l'économie comme des oxydases [4] et suppléent ainsi à l'insuffisance des oxydases naturelles contenues normalement dans l'organisme [5].

Mais, indépendamment de cette action oxydante propre au médicament, les ferrugineux agissent par le fer qu'ils contiennent, non seulement en régénérant l'hémoglobine chargée d'apporter l'oxygène aux cellules, mais encore en fortifiant le système nerveux, qui augmente indirectement l'activité des oxydases naturelles.

Cette action des ferrugineux sur le système nerveux ne saurait être mise en doute, car les accidents qu'ils provoquent, connus sous le nom de sidérisme aigu et chronique, quand on les administre à trop haute dose, se traduisent par des troubles du côté du système nerveux.

Les oxydases de l'organisme qui se ressentent le plus de la médication ferrugineuse sont celles qui exercent leur action sur le glucose. C'est ce que prouvent les expériences de Linossier et Debierre qui ont soumis des chiens anémiés par la saignée au traitement ferrugineux. Ils ont analysé les gaz expirés ainsi que les urines et ils ont trouvé que les résidus de combustion des albuminoïdes n'avaient pas augmenté; par contre, ils ont constaté que l'acide carbonique de la respiration s'était sensiblement accru. Il en était donc résulté une surexcitation dans les phénomènes de combustion des hydrates de carbone, et, par suite, une augmentation de l'activité des oxydases qui les produisent [6].

Pokrowski [7], Trousseau, Rabuteau, etc., ont étudié l'action des ferrugineux sur la nutrition en suivant une autre voie et ils ont conclu que ces médicaments avaient non seulement la propriété d'activer la combustion des hydrates de carbone, mais aussi celle des albuminoïdes. Ils ont, en effet,

1. A. FOURNIER. — *Thèse* d'agrégation.
— E. FIQUET. — « Le coma diabétique et l'intoxication par les nitriles. » *La Presse Médicale*, 1900. — « Propriétés physiologiques des nitriles-phénols. » *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 1900. — « L'oxydation des albuminoïdes, lorsqu'elle est très incomplète, donne naissance à des nitriles dont les caractères de toxicité sont les mêmes que ceux du coma diabétique et de l'urémie ».

2. E. FIQUET. — « La médication martiale dans la chlorose. Les oxydases en thérapeutique. » *La Presse Médicale*, 1901.
« L'action directe de l'hémoglobine oxygénée sur les éléments de la nutrition est insuffisante pour en déterminer la combustion. Si, en effet, nous mélangeons, *in vitro*, des composés chimiques très oxydables et de l'oxyhémoglobine, leur oxydation ne s'effectuera que si nous y ajoutons une petite quantité d'extrait cellulaire fait à froid. Si cet extrait est chauffé, l'oxydation ne se fait plus. (Jaquet.) »

1. Ainsi la laccase, qui est le ferment oxydant de la laque de Chine, oxyde facilement les diphénols, tandis qu'elle n'oxyde pas la tyrosine qui est un monophénol (YOSHIDA. *Journal of the Chimical, Society*, 1883.) (BERTRAND. *Bulletins de la Société chimique*, 1896), et, inversement, la tyrosinase du Russula delica oxyde ce dernier et n'oxyde pas les diphénols. On observe les mêmes différences, d'après Lindet, dans les oxydases des fruits, des champignons, etc. Mes premières expériences sur ce sujet m'ont convaincu qu'il existait dans l'organisme vivant des oxydases ayant une action sur le glucose et et incapables d'oxyder les albuminoïdes ou les graisses.

2. Je ne parle pas de la colchique dont l'action est incontestable dans la goutte; mais c'est un remède empirique dont on n'explique pas encore les effets d'une façon précise; cependant nous savons que la colchique contient une oxydase, et son pouvoir oxydant est bien probablement une des causes de son activité.

3. LÉPINE. — « Le diabète et son traitement ». J.-B. Baillière.

1. GARROD. — « La goutte, sa nature et son traitement ».

2. Il s'y trouvait en moyenne cinq à six mille malades par année.

3. Un grand nombre d'observations publiées par MM. Caulet, Thomas Caramon, Mathon, Gavé, Nicolas sur le traitement des arthritiques, à Forges-les-Eaux, corroborent pleinement les observations de Larouvière et des autres médecins des XVIIe et XVIIIe siècles. La plupart de ces traitements ont été effectués sur les habitants du pays qui avaient été tout d'abord traités avec peu de succès par les moyens thérapeutiques ordinaires. On ne peut donc attribuer leur grande amélioration au changement d'air. Les eaux de Forges contiennent aussi du crénate de manganèse et du crénate de sodium, et leur action s'ajoute évidemment à celle du crénate ferreux.

4. C'est probablement comme telles qu'agissent en partie la colchique et le cidre chez les goutteux.

5. FIQUET. — « La médication martiale dans la chlorose et les oxydases en thérapeutique ». *La Presse Médicale*, 1901.

6. LINOSSIER et DEBIERRE. — « Le fer médicamenteux ». *Société de biologie*, 1885. L'hémoglobine avait augmenté de 10 pour 100 environ. Debierre et Linossier ont conclu, de leur travail, que le traitement ferrugineux active la combustion des aliments hydrocarbonés et épargne celle des albuminoïdes.

7. POKROWSKI. — Arzneimittellehre ». Berlin, 1870.

prouvé que, sous l'influence du traitement ferrugineux, l'acide urique avait diminué dans de notables proportions dans les urines, en même temps que la quantité d'urée avait augmenté.

Cette propriété oxydante des ferrugineux se manifeste jusque dans les plantes. En effet, la chlorophylle des feuilles est d'un vert jaunâtre terne lorsque la plante s'est développée sur un sol exempt de sels de fer. Mais si l'on ajoute des ferrugineux à la terre, la chlorophylle devient bientôt d'un beau vert vif; l'analyse montre qu'elle est plus oxygénée, et cependant la chlorophylle ne contient pas de fer.

Ces expériences prouvent que les ferrugineux, aussi bien dans le règne végétal que dans le règne animal, ont pour propriété principale d'augmenter, d'une façon générale, les oxydations dans l'organisme vivant.

* * *

Il résulte de cette étude qu'on doit considérer l'arthritisme comme une diathèse causée par une insuffisance des phénomènes d'oxydation qui se produisent dans les tissus, sous l'influence de ferments solubles qu'on appelle des oxydases.

Par suite du défaut d'oxydation intracellulaire des éléments de la nutrition, l'organisme se charge d'éléments anormaux qui provoquent la goutte, le diabète, la gravelle, la lithiase biliaire, l'obésité, etc.

Les médicaments qui conviennent le mieux pour entraver cette diathèse, sont ceux qui s'attaquent à la cause, c'est-à-dire ceux qui ont pour but d'augmenter les oxydations dans l'organisme.

Les alcalins et les ferrugineux ont donné les meilleurs résultats en clinique; ce sont les plus plus recommandables comme action générale. Mais, lorsque les alcalins sont administrés à dose suffisamment élevée, ils provoquent au bout d'un certain temps la déglobulisation du sang, qu'on a désignée sous le nom de cachexie alcaline (Magendie, Trousseau, Huxham, Rabuteau, Lœffler, etc.), qu'on n'observe jamais avec le traitement ferrugineux, au contraire; c'est pourquoi il convient d'alterner ces deux modes de traitement.

Si on veut employer la médication hydrominérale et obtenir des effets immédiats, on peut avoir recours aux eaux alcalines telles que Vichy; mais s'il s'agit de modifier un état général, il est préférable de faire usage des eaux ferrugineuses.

Les effets sont variables avec le sel de fer employé; les meilleurs résultats ont été obtenus avec le crénate de fer qui possède au plus haut degré les propriétés oxydantes qu'on recherche dans le traitement de certaines formes de l'arthritisme, et parce que l'acide crénique ajoute des propriétés nouvelles qui augmentent son efficacité[1].

Si a cette médication, on peut associer la cure d'air, le massage, les frictions, etc., qui activent le fonctionnement cellulaire on obtiendra des résultats plus rapides. Tout le traitement de l'arthritisme se résume, en effet, dans cette pratique : favoriser les oxydations.

MÉDECINE PRATIQUE

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE L'ECZÉMA DES NOURRISSONS

Un élève du professeur Budin, M. Quillier[2], vient de consacrer tout récemment sa thèse inaugurale à l'étude d'une question de pathologie infantile qui intéresse au plus haut point tous les praticiens : il s'agit de l'*eczéma des nourrissons*.

Rien n'est plus fréquent, en effet, que d'être consulté pour ces « croûtes de lait », « ces dartres sèches ou croûteuses de la face et du cuir chevelu » qui défigurent le petit nourrisson, alarment souvent la mère et désespèrent le médecin par leur tenacité et leur tendance à récidiver. Connu de longue date dans ses manifestations cliniques, l'eczéma infantile n'a été bien étudié que dans ces dernières années quant aux causes qui peuvent lui donner naissance.

Et nombre de points obscurs persistent encore dans cette question de l'étiologie et de la pathogénie de la dermatose. Pourtant, un fait a été bien mis en lumière : c'est le rapport indiscutable de l'eczéma des nourrissons avec les troubles digestifs et la suralimentation. La dermatose, en particulier chez l'enfant en bas âge, semble nettement reconnaître une cause interne; elle est d'origine toxique et l'intoxication a son point de départ dans le tube digestif.

La thérapeutique de l'eczéma des nourrissons devra donc s'inspirer — pour être efficace — de cette donnée fournie par l'étiologie. Le traitement devra être surtout causal, et la prophylaxie de l'affection sera aisée pour qui connaît les conditions qui déterminent l'éruption.

De même que chez l'adulte, l'eczéma de l'enfant en bas âge est « une dermatose inflammatoire, caractérisée par une rougeur congestive, accompagnée de tuméfaction, sur laquelle se développent des vésicules, petites, acuminées et confluentes, de très courte durée, dont la rupture donne lieu à l'écoulement d'un liquide transparent, se coagulant sous forme de croûtes, auxquelles succèdent des squames furfuracées, puis une induration du derme, marquée dans l'eczéma chronique »[1]. Dans l'immense majorité des cas, l'eczéma chez le nourrisson se localise sur la face et sur le cuir chevelu. Le nez et le menton restent presque toujours indemnes Le pourtour des orifices naturels, le sillon rétro-auriculaire sont des sièges de prédilection de l'eczéma. Rarement, la dermatose se généralise.

La marche de l'affection d'ordinaire est lente; les récidives sont fréquentes. Pourtant le pronostic est favorable, si l'on fait abstraction de quelques rares complications qui peuvent survenir, complications soit locales (impetigo par lésions de grattage avec infection staphylococcique secondaire), soit éloignées (néphrite, adénopathies, infection aiguë généralisée).

Étiologie.

Quelles sont les *causes* déterminantes de l'eczéma des nourrissons ?

Quatre ordres de causes ont été invoqués par les auteurs pour expliquer la production de la dermatose : le parasitisme, la dentition, l'hérédité neuro-arthritique, les vices de l'alimentation et les troubles digestifs. C'est à ce dernier facteur qu'on accorde actuellement le rôle presque exclusif dans l'étiologie de l'affection, en attribuant tout au plus à l'hérédité une action prédisposante.

La théorie parasitaire (Unna) n'est plus admise aujourd'hui pas plus pour l'eczéma spécial aux nourrissons que pour l'eczéma de l'adulte. Cette affection, en effet, est « caractérisée par une lésion primitivement amicrobienne. » (Brocq.) L'infection est toujours secondaire.

De tout temps, on a mis sur le compte de l'éruption des premières dents nombre des maux qui atteignent les enfants en bas âge. Quelques auteurs ont donc rattaché aussi l'eczéma aux troubles liés à la dentition. Mais il semble bien établi aujourd'hui que la dentition est incapable de créer l'eczéma des nourrissons; elle est seulement une cause d'aggravation quand l'eczéma existe déjà (Marfan). Il suffit de constater d'ailleurs que l'affection débute le plus souvent avant l'apparition des premières dents.

L'hérédité neuro-arthritique ne joue dans l'étiologie de l'eczéma des nourrissons que le rôle de cause prédisposante; elle prépare le terrain sur lequel évoluera la dermatose à la suite des troubles digestifs. L'eczéma purement arthritique est une affection de la seconde enfance (Comby); chez le nourrisson, la diathèse ne peut se manifester encore tant sont actifs les processus nutritifs.

Nous voici donc amenés par exclusion à chercher dans les *vices de l'alimentation du nourrisson*, et dans les *troubles digestifs* qui en sont la conséquence, la cause primordiale de l'eczéma. Ce dernier est le résultat d'une *auto-intoxication* d'origine digestive; tous les auteurs modernes sont d'accord sur ce point (Descroizilles, Comby, Budin, Marfan, Millon, etc.). Un fait surtout a été bien mis en lumière : c'est l'influence néfaste de la *suralimentation*, suralimentation qui, en cas d'allaitement exclusif au sein, peut fort bien être la cause de l'eczéma sans provoquer au préalable des troubles digestifs très marqués.

* * *

Les vices de l'alimentation et les troubles digestifs peuvent s'observer dans les deux modes d'allaitement : dans l'allaitement naturel et dans l'allaitement artificiel.

1° Allaitement naturel. — « Commun dans l'allaitement artificiel, l'eczéma est relativement rare dans l'allaitement naturel » dit M. Comby[1]. « L'eczéma se montre avec une préférence marquée chez les enfants nourris au sein par leur mère ou par une nourrice mercenaire » riposte M. Quillier[2]; et il étaye son affirmation sur une statistique tirée du registre de la consultation externe des nourrissons de la clinique Tarnier. En faisant le relevé des trois dernières années, il a trouvé 19 cas d'eczéma; et les 19 enfants étaient nourris au sein!

La vérité nous semble résider entre ces deux affirmations, et l'on peut dire que commun dans l'allaitement artificiel, l'eczéma n'est pas rare dans l'allaitement naturel.

L'assertion, quelque peu paradoxale, de M. Quillier trouve son explication dans cette circonstance que l'auteur a observé à la consultation du professeur Budin où l'on évite soigneusement la suralimentation chez les enfants nourris artificiellement; où l'on distribue, pour chaque nourrisson, le lait stérilisé en quantité suffisante, jamais exagérée.

Mais en thèse générale, l'allaitement artificiel, dès qu'il est mal réglé, engendre plus facilement et plus rapidement que l'allaitement naturel mal conduit des troubles digestifs, partant l'eczéma.

Dans l'allaitement au sein, la suralimentation peut être la conséquence soit du trop grand nombre de tétées prises dans les vingt-quatre heures, soit de la quantité trop grande de lait prise à chaque tétée.

La suralimentation, chez l'enfant nourri au sein, est souvent compatible, pendant un temps plus ou moins long, avec un état satisfaisant du tube digestif et de la santé générale. Mais fréquemment, des troubles digestifs ne tardent pas à apparaître. En pareil cas, troubles digestifs et eczéma sont souvent entretenus indéfiniment par la mère ou la nourrice; l'enfant, dyspeptique et gêné par sa dermatose prurigineuse, crie souvent et dort mal; pour le calmer on multiplie les tétées.

A côté des faits précédents — à coup sûr les

1. Le type des eaux minérales crénatées est Forges-les-Eaux. Ce crénate de fer est plutôt une combinaison organo-métallique qu'un véritable sel. Le fer se trouve inclus dans la molécule organique; par conséquent, il est comparable à l'hémoglobine du sang, au point de vue de sa constitution chimique et même de ses propriétés physiologiques. En effet, pour isoler le fer, on doit le faire bouillir une demi-heure avec une lessive alcaline. — Boutigny. « Étude sur les acides crénique et apocrénique ». *Journal de pharmacie et de chimie*, 1871, T. XIV.

2. F. Quillier. — « L'eczéma des nourrissons ». *Thèse*, Paris, 1901.

1. Gaucher et Barbe. — *In* « Traité de médecine et de thérapeutique ». — Brouardel et Gilbert. « Article des maladies de la peau ». T. III, p. 739.

1. Comby. — « Eczéma infantile et son traitement ». *Médecine moderne*, 1898, 12 Janvier.

2. Quillier. — *Loc. cit.*, p. 12.

plus communs — dans lesquels les troubles digestifs et l'eczéma sont liés nettement à une direction vicieuse de l'allaitement, il en est d'autres dans lesquels l'eczéma ne peut être rattaché à cette cause. Les tétées sont parfaitement réglées et pourtant l'enfant assimile mal et présente de l'eczéma. C'est qu'alors il faut chercher du côté de la *qualité* du lait.

Certains laits de femmes peuvent posséder des propriétés physico-chimiques particulières, dont quelques-unes mal connues encore, qui rendent leur assimilation plus difficile, et qui peuvent être l'origine d'accidents toxiques chez le nourrisson.

Il est tout d'abord des nourrices qui en dehors de toute alimentation vicieuse ont un lait anormal dans sa composition, trop riche en certains éléments, tels que beurre ou sucre, trop pauvres en certains autres. Un semblable lait donne fréquemment chez le nourrisson des troubles digestifs et de l'eczéma. Mais il faut bien le dire, le plus souvent, la composition anormale du lait de la nourrice est causée par un des facteurs suivants : *mauvaise alimentation ou hygiène défectueuse de la nourrice; apparition de menstrues; émotions morales*. Le facteur qui intervient le plus fréquemment, c'est l'alimentation trop abondante, et surtout trop azotée, à laquelle on soumet la nourrice, dans l'intention d'améliorer son lait et de le rendre plus abondant. Le résultat est que le lait devient trop gras et trop sucré, et par suite plus difficile à digérer.

2° Allaitement artificiel. — Si l'allaitement au sein, mal dirigé, est capable de créer la suralimentation et de produire de la sorte l'eczéma du nourrisson, l'on conçoit aisément que l'allaitement au biberon, s'il est mal surveillé, doit engendrer rapidement des troubles digestifs beaucoup plus graves que dans l'allaitement au sein; et si l'eczéma apparaît dans ces conditions, c'est en qualité d'épiphénomène. Les troubles dyspeptiques dominent la scène; l'eczéma est la conséquence d'une auto-intoxication d'origine intestinale.

Traitement.

Le *traitement* de l'eczéma des nourrissons, tant prophylactique que curatif, découle tout entier des notions étiologiques que nous venons d'exposer. Tous nos efforts doivent tendre à éviter ou à enrayer au plus tôt les vices de l'allaitement et les troubles digestifs qui en sont la conséquence, surtout quand il s'agit d'un enfant prédisposé à l'eczéma par une tare arthritique héréditaire.

Traitement prophylactique. — Deux cas sont à considérer : ou l'enfant est nourri au sein, ou il est élevé au biberon.

1° Allaitement naturel. — Ici le traitement prophylactique doit s'adresser à la fois à la femme qui allaite et au nourrisson.

a) *Hygiène et régime alimentaire de la nourrice*. — « La mère qui allaite doit surveiller son alimentation, dit M. Marfan, et régler sa vie d'une manière spéciale. Guidée par un appétit et une soif plus intenses, la femme qui nourrit mange et boit plus qu'à l'état normal[1]. » Et si la mère qui allaite a déjà tendance à manger outre mesure, afin, pense-t-elle, d'améliorer la qualité et d'augmenter la quantité de son lait, cela est vrai plus encore de la nourrice mercenaire qui, transportée de la campagne, prend vite goût à l'alimentation riche et variée de la ville. Les parents du nourrisson, dans l'intérêt mal entendu de ce dernier, exagèrent la tendance naturelle de la nourrice à manger trop copieusement.

La règle de toute femme qui allaite doit être de ne manger ni trop ni trop peu, ni surtout de changer brusquement le régime alimentaire habituel.

L'on peut dire que la suralimentation chez la nourrice entraînera la suralimentation chez le nourrisson.

Les aliments de la nourrice devront être d'une digestion facile; « ils seront tirés en parties à peu près égales du régime animal et du régime végétal »; chez les nourrices mercenaires, venues de la campagne, il sera bon, au début du moins, de ne permettre la viande qu'au repas de midi.

La femme qui allaite est d'ordinaire très altérée; elle boit beaucoup. D'où la tendance naturelle à abuser des boissons alcoolisées et fermentées. On fait abus, surtout dans les familles, de la bière qui possède la grande réputation d'augmenter la sécrétion lactée.

Or, l'abus de la bière, du vin, de l'alcool chez la nourrice peut engendrer l'eczéma chez les nourrissons. Il faudra donc réduire à un demi-litre, à trois quarts de litre par jour la dose de bière légère permise. La nourrice devra boire surtout de l'eau rougie aux repas; dans l'intervalle des repas, de l'eau, du lait ou de la tisane. Il faudra supprimer l'alcool et le café. Voilà pour le régime alimentaire de la nourrice. Mais l'hygiène générale ne sera jamais négligée.

Il faut recommander des exercices quotidiens, une promenade journalière de une heure à une heure et demie.

La femme qui allaite doit mener une vie calme et régulière. Il faut éviter surtout les émotions morales dont l'influence n'est pas douteuse dans l'étiologie de l'eczéma du nourrisson

b) *Hygiène alimentaire de l'enfant*. — Il serait oiseux d'insister à l'heure actuelle sur la nécessité de la réglementation de l'allaitement : donner à l'enfant le sein un nombre infini de fois dans les vingt-quatre heures, et à des intervalles irréguliers, c'est l'exposer fatalement à des indigestions, à la distension mécanique de l'estomac, et à la gastro-entérite, les microbes du tube digestif acquérant un excès de virulence sous l'influence de cette irritation constante de l'estomac et de l'intestin. On arrive de même à la surcharge stomacale en laissant l'enfant absorber une trop grande quantité de lait à chaque repas. Ce qu'il faut surtout éviter, c'est de mettre l'enfant au sein chaque fois qu'il crie.

Il faut mettre l'enfant au sein toutes les deux heures et demie le jour et deux fois la nuit (8 tétées dans les vingt-quatre heures) pendant les trois premiers mois; et toutes les trois heures (7 tétées par vingt-quatre heures) les mois suivants.

La durée des repas doit être réglée d'après l'âge et le poids de l'enfant, d'après l'abondance du lait de la nourrice, d'après la façon de téter du nourrisson. La balance est le meilleur guide à ce point de vue.

Il faudra surtout rationner les gros enfants, gourmands, particulièrement s'ils ont une nourrice à lait abondant. — Dès que survient le moindre signe de suralimentation : selles mal digérées, abondantes, grumeleuses; régurgitations fréquentes, il faut immédiatement redoubler la surveillance et diminuer la quantité de lait prise dans les vingt-quatre heures.

En tout cas, tout allaitement devra être surveillé grâce à la méthode des pesées : la courbe de poids de l'enfant devra toujours se rapprocher de la normale.

2° Allaitement artificiel. — S'il est nécessaire de régler d'une façon rigoureuse l'allaitement au sein, il est plus indispensable encore, si possible, de surveiller l'allaitement au lait de vache.

Les repas devront être régulièrement espacés, leur nombre dans les vingt-quatre heures doit être bien déterminé suivant l'âge de l'enfant. Ce qu'il faudra éviter surtout, c'est de donner une trop grande quantité de lait; cette quantité devra être ni insuffisante ni trop grande pour que l'accroissement de l'enfant se fasse normalement.

Le lait sera bien bouilli, ou mieux encore stérilisé. Il sera de bonne qualité. Enfin le biberon devra toujours être propre et facile à nettoyer.

Nous ne pouvons insister davantage ici sur les règles bien connues aujourd'hui de l'allaitement artificiel.

Traitement curatif. — Lorsque l'eczéma est installé, la thérapeutique comporte un traitement général et un traitement local.

1° Traitement général. — Il faut mettre en œuvre immédiatement les principes de l'hygiène alimentaire de la nourrice et du nourrisson que nous avons énoncés plus haut. L'alimentation de la nourrice sera surveillée de près et modifiée si elle est défectueuse, suivant les règles que nous avons exposées. La nourrice prendra comme boisson du lait coupé d'eau de Vichy. Lorsque malgré ces précautions l'eczéma du nourrisson persiste, on fera analyser le lait de la nourice; si ce lait présente une composition anormale, on peut être amené à changer la nourrice.

Les tétées de l'enfant seront réglementées d'une façon rigoureuse; la suralimentation devra être évitée à tout prix. Il peut être indiqué de prescrire une diète plus ou moins sévère pour enrayer les effets fâcheux de la surcharge stomacale.

Lorsque l'enfant eczémateux est élevé au biberon, il faut appliquer rigoureusement et au plus tôt les règles de l'allaitement artificiel bien conduit.

Nous voulons insister ici sur une particularité intéressante : il est des enfants eczémateux, nourris au sein, qui, malgré un régime alimentaire sévère de la nourrice, malgré une réglementation sérieuse des tétées, continuent de présenter de l'eczéma. Or il suffit souvent chez ces enfants de remplacer une ou deux tétées par jour par un ou deux biberons pour voir la dermatose s'atténuer ou même disparaître. L'explication de ces faits est difficile, mais les faits n'en existent pas moins. Nous en avons observé un exemple tout récemment.

Doit-on donner des médicaments aux nourrissons eczémateux?

On a préconisé l'arsenic (Kistler), l'iode sous toutes les formes, le fer.

Tous ces médicaments sont ou nuisibles ou inutiles. La meilleure médication consiste à éviter la production de toxines dans l'intestin.

L'usage modéré des alcalins (0,20 centigrammes de bicarbonate de soude par jour), des laxatifs en cas de parésie intestinale (magnésie), peut être recommandé. S'il existe des troubles digestifs marqués, on leur appliquera le traitement habituel : diète hydrique, enteroclyses, benzo-naphtol, pepsine. M. Comby dans ces cas prescrit le calomel à doses fractionnées (1 centigramme par jour et par année d'âge en 3 ou 4 prises). Les enfants eczémateux devront être tenus très proprement, il faudra éviter l'accumulation des croûtes de séborrhée du cuir chevelu. Il faut sortir tous les jours ces enfants, tout en évitant les refroidissements; souvent le changement d'air, un séjour à la campagne hâtera la guérison.

2° Traitement local. — Ce traitement ne sera jamais que l'adjuvant du traitement général, c'est-à-dire causal. En tout cas, l'application des topiques devra être très prudente, de crainte de produire une irritation de la dermatose et parfois sa généralisation. La médication la plus simple sera la meilleure; les *poudres inertes*, en calmant les démangeaisons, en protégeant les surfaces irritées et en favorisant la réparation de l'épiderme, seront la médication de choix. Il faut surtout proscrire l'emploi intempestif des pommades dans lesquelles on incorpore des substances trop actives ou des antiseptiques puissants. Ces pommades ont été à juste titre qualifiées « d'incendiaires » par M. Brocq.

Il faut, tout d'abord, être très sobre de bains chez les enfants eczémateux, de même que des pansements humides trop longtemps prolongés. L'eczéma, chez l'enfant, de même que chez l'adulte, n'aime pas l'eau.

Pendant la période de vésiculation et de suin-

1. Marfan. — « Traité de l'allaitement ». Paris, 1899, p. 202.

tement, quand il existe une irritation vive du derme, l'emploi des topiques calmants et isolants est indiqué. On pourra pratiquer sur les surfaces malades des lotions, matin et soir, avec des tampons d'ouate hydrophile imbibés d'une décoction tiède de têtes de camomille ou de racines de guimauve. Puis on saupoudrera les parties eczémateuses, soit avec de la poudre de talc, soit avec un mélange de poudre de talc, d'amidon et de sous-nitrate de bismuth. La poudre d'amidon employée seule est peut-être plus douce aux téguments, mais elle peut fermenter et devenir une cause d'irritation. Le mieux est donc d'employer le mélange ci-dessus indiqué.

Quand le suintement persiste longtemps et que l'irritation du derme est très vive, il peut être bon d'appliquer des cataplasmes d'amidon ou de fécule faits à chaud et appliqués presque froids.

Lorsqu'il existe des *croûtes*, il est absolument indiqué de les faire tomber, surtout celles du cuir chevelu.

Pour cela, plusieurs procédés peuvent être employés : on imbibe les croûtes d'huile; au bout de quelques heures, les croûtes sont suffisamment ramollies pour être enlevées en frottant avec du coton trempé dans de l'huile ou de la vaseline (Chapin).

D'autres auteurs emploient des cataplasmes de fécule de pommes de terre pendant deux ou trois jours, suivis de lavages à l'eau boriquée faible. Brunon, cité par M. Quillier, couvre la tête des enfants atteints d'eczéma du cuir chevelu avec une calotte faite avec des compresses de tarlatane (6 ou 8 épaisseurs) imbibées d'eau amidonnée tiède. L'on recouvre avec du taffetas gommé, ou mieux avec de la gutta-percha laminée, et l'on fixe avec une bande de toile.

Le masque de caoutchouc, recommandé par certains médecins, est mal toléré par les enfants.

Lorsque le décapage des surfaces malades a été opéré par un des procédés précédents, et que l'état inflammatoire est nettement atténué, on peut commencer l'emploi des topiques, des pommades. Mais nous y revenons : les topiques les plus anodins sont ceux qui donnent les meilleurs résultats. En tout cas, il ne faut en venir aux pommades actives qu'après avoir bien tâté le terrain.

On prescrira donc les topiques suivants : le glycérolé d'amidon à la glycérine neutre, ou le cold-cream frais, ou une pommade à l'oxyde de zinc suivant la formule :

Vaseline }	ââ	15 grammes.
Lanoline }		
Oxyde de zinc.		2 —

A la pommade précédente, on peut ajouter de 0,05 à 0,10 centigrammes d'acide salicylique, ou 0,10 centigrammes de menthol, quand l'eczéma est très prurigineux. On appliquera le glycérolé d'amidon ou la pommade précédente sur les surfaces malades, et par-dessus on poudrera avec de la poudre de talc ou d'amidon.

C'est avec ménagements que dans les cas très tenaces on pourra essayer les pommades au soufre (1/30) ou à l'huile de cade (1/40).

Les poudres inertes seules, à l'exclusion des pommades, donnent parfois d'excellents résultats dans les eczémas suintants.

M. Comby recommande le mélange suivant qu'il emploie *larga manu* :

Amidon . . . . }	20 grammes.
Talc . . . . }	
Lycopode . . . . }	
Sous-nitrate de bismuth. . }	
Acide salicylique.	1 —
Menthol	0,50 centigr.

En somme, le poudrage est le traitement de choix de l'eczéma du nourrisson, poudrage associé aux émollients pour faire tomber les croûtes.

En tout cas, il faut avoir soin d'empêcher l'enfant de se gratter, et pour cela lui attacher les mains pendant la nuit. Sinon, on l'expose aux lésions de grattage et aux infections secondaires.

A. Schwab.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

16 Mai 1902.

Anévrisme aortique. — *MM. Cornillon et Gillet* présentent un anévrisme de l'aorte thoracique qui avait usé les vertèbres dorsales et s'était accompagné de pleurésie droite séro-fibrineuse.

Cancer vésical. — *MM. Prat et Lecène* montrent un cancer très étendu de la vessie, avec envahissement ganglionnaire et terminaison par pyonéphrose.

Fistule urétrale. — *MM. Prat et Lecène* communiquent un cas d'ulcération de la verge qui s'était prolongée en clapier dans l'épaisseur du fourreau et s'était compliquée de fistule de l'urètre. On pratiqua la résection de la verge.

Sur les coupes on voit quelques cellules géantes; il s'agit vraisemblablement d'une lésion tuberculeuse.

Kyste dermoïde de l'ovaire. — *MM. Prat et Lecène* montrent des coupes de la paroi d'un kyste dermoïde de l'ovaire : on y trouve la structure de la peau, avec un fragment de corps thyroïde à la base d'une implantation dentaire.

Salpingite tuberculeuse. — *M. Sarkisian* (de Chicago) apporte une pièce provenant d'une opération de M. Schwartz, et consistant en une salpingite tuberculeuse primitive, survenue chez une jeune fille de dix-neuf ans.

M. Cornil a étudié les préparations : on y voit des plis très épais, ainsi que des végétations remplissant presque la lumière de la trompe et baignant dans un liquide muco-purulent. Ces végétations et villosités sont partout couvertes d'un épithélium cylindrique bien conservé, mais ne montrent pas de cils vibratiles. Leur tissu conjonctif est parsemé de cellules géantes et de follicules tuberculeux. On y peut rencontrer quelques bacilles de Koch.

Il y avait aussi quelques granulations tuberculeuses sur le péritoine qui revêt la trompe.

Tumeur de la région lombaire. — *M. Péraire* présente, au nom de M. Lehmann et au sien, une tumeur de la région lombaire droite qu'il a enlevée avec l'aide de M. Longuet, à une jeune femme de trente-trois ans. Cette tumeur, d'une dureté ligneuse, était située en plein tissu musculaire et solidement adhérente à la colonne vertébrale et à la moitié postérieure de la crête iliaque.

A la coupe elle est sillonnée de bandelettes à reflets nacrés qui sont les unes contournées en cercles excentriques, les autres disposées en spirales.

L'auteur se demande s'il s'agit dans ce cas d'un *enchondrome* ou bien d'un *fibrome* analogue à ceux décrits dans la paroi abdominale antérieure, ou même d'*un fibro-sarcome*. C'est ce qu'un examen histologique ultérieur indiquera.

La tumeur avait évolué en six mois. Elle est du volume d'une grosse orange. En tout cas la rapidité d'évolution de la tumeur, son siège anormal s'il s'agit par hasard d'un fibrome, sa dureté caractéristique et ses points d'implantation sur les os voisins ont paru dignes d'être signalés.

La xanthochromie du liquide céphalo-rachidien. — *MM. Th. Tuffier et G. Milian* communiquent le fait que chez un homme atteint de fracture du crâne, le liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire au troisième jour était de couleur rouge sang. Après dépôt ou centrifugation, ce liquide était jaune gomme gutte, tandis que les hématies formaient un culot rouge. Une deuxième ponction, pratiquée trois jours plus tard, ramenait un liquide uniquement jaune, les hématies étant presque entièrement disparues. Une troisième ponction, pratiquée le surlendemain, donnait un liquide absolument limpide.

Les hématies disparaissent donc plus vite du liquide que le pigment jaune. Elles ne disparaissent pas par hémolyse, puisque, à aucun moment, on ne trouve d'hémoglobine dans le liquide, encore moins par phagocytose.

Le pigment jaune en question est le pigment normal du sérum, la lutéine ou sérochrome de Gilbert. Il en a les réactions. On ne trouve pas ce pigment dans tous les cas d'hémorragie intrarachidienne. Cela s'explique par les variations de coloration du sérum sanguin. Et, précisément, le malade qui fait l'objet de cette observation avait le teint bilieux et avait un sérum fortement coloré, hypersérochromique.

Hématome méningé. — *MM. Buvat et Mallet* apportent une pièce de double hématome méningé avec méningite suppurée provenant de l'autopsie d'un aliéné alcoolique et syphilitique.

Glossite tertiaire. — *M. Fredet* présente une langue syphilitique, restée souple, lésée depuis dix-sept ans.

M. Milian fait remarquer que l'on trouve ici l'aspect de la langue scrotale.

Fibrome du sciatique. — *M. Schmid* (de Nice) envoie une observation de tumeur du nerf sciatique poplité interne.

M. Macaigne, qui a fait l'examen histologique, conclut à un fibrome en évolution, dont certaines portions subissent une sorte de transformation œdémateuse qui explique la mollesse relative de la consistance de la tumeur.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

16 Mai 1902.

Asphyxie locale des extrémités ; sclérodermie en plaques ; pouls lent et rythme couplé du cœur. — *M. Gouget* présente un malade de soixante-quatre ans atteint du syndrome complexe énuméré ci-dessus.

Intoxication chloralique ayant donné lieu à un tremblement à forme de paralysie générale. — *MM. Ballet et Delherm* présentent une malade qui offrait le tableau complet de la paralysie générale au début; il ne s'agissait cependant que d'une intoxication chloralique allant jusqu'à l'absorption de 15 gr. par jour.

Les agents pathogènes des septicémies métadiphtériques. — *MM. Deguy et Legros* ont trouvé dans le sang d'un certain nombre d'enfants morts après la diphtérie deux microorganismes : le *diplococcus hemophilus perlucidus* et le *diplococcus hemophilus albus*.

Abcès cérébral. — *MM. E. Hirtz et G. Delamarre* apportent l'observation d'un cas d'abcès cérébral survenu après deux grands traumatismes.

Élection du secrétaire général. — *M. Le Gendre* a été élu, à l'unanimité, secrétaire général de la Société.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

17 Mai 1902.

Lésions expérimentales des cellules des tube contournés. — *MM. J. Castaigne et F. Rathery.* Nous avons étudié les altérations fines des cellules des tubes contournés après l'ingestion de diverses toxines, de substances toxiques, de sérum néphrotoxique, etc. Toujours en nous servant du même fixateur et de la même méthode de coloration (méthode de Van Gehuchten-Lauer), nous avons constaté une même lésion cellulaire, à des stades différents, il est vrai. Cette cytolyse protoplasmique débute autour du noyau (cytolyse périnucléaire). Elle s'étend dans un deuxième stade à toute la portion située sous la bordure en brosse, donnant un aspect tout à fait spécial à la cellule; enfin, dans un troisième stade, il ne subsiste de la cellule que la membrane basale, la bordure en brosse et le noyau, ces deux derniers éléments finissant également par disparaître, mais en dernier lieu.

Néphrotoxines. — *MM. J. Castaigne et F. Rathery.* Nous avons produit des lésions des *tubuli contorti* par injection d'émulsion rénale ou de sérum néphrotoxique. L'injection au lapin de rein provenant de cobaye amène la mort de l'animal avec albuminurie abondante. Histologiquement il existe de la cytolyse protoplasmique très nette. Il en est de même si l'on injecte à un lapin un de ses reins qu'on lui a enlevé par néphrectomie.

L'injection au lapin de sérum provenant d'un autre lapin traité par des injections de son propre rein (autonéphrotoxine) et l'injection au cobaye de sérum provenant d'un lapin traité par des injections de rein de cobaye (hétéronephrotoxine) amène la mort de l'animal, précédée d'un amaigrissement progressif et d'albuminurie. Les cellules des tubes contournés présentent très nettement la cytolyse protoplasmique à des degrés variables.

Recherches sur les propriétés hémolysantes du sérum humain. — *MM. Camus et Pagniez.* Nous

avons recherché s'il existe une relation entre le nombre des globules blancs et l'intensité de l'hémolyse des globules du lapin produite par le sérum humain. Nous avons reconnu un parallélisme net dans 11 cas sur 14. Les sérums les moins hémolysants sont des plus pauvres en leucocytes. Dans 3 cas où le parallélisme n'existait pas il y avait leucocytase et leucocytose presque exclusivement polynucléaire, et les mononucléés, source de la macrocytase, d'après Metchnikoff avaient subi une augmentation peu importante.

D'autre part, après avoir étudié l'action de vingt-quatre sérums sur les globules humains, nous en avons trouvé treize hémolysants. Cette propriété anormale du sérum est sans rapport avec les variations leucocytaires. De plus, cette hémolyse, que le chauffage à 56° supprime semble s'effectuer sans l'intermédiaire d'une iso-sensibilisatrice. On conçoit d'ailleurs que dans les affections graves, déglobulisantes étudiées ici (cancer-chlorose, etc.), des produits globulicides d'origine variée non retenus par le foie, non éliminés par le rein puissent circuler dans l'organisme.

Action parasiticide du sublimé et du formol sur les germes hydatiques. — *M. F. Dévé.* Nous avons étudié l'action de ces deux antiseptiques sur la vitalité des vésicules filles et des scolex. Les résultats de nos expériences ont été des plus nets : les hydatides témoins ont été retrouvées, un temps variable après l'inoculation, presque toutes transparentes et vivantes ; les vésicules soumises pendant deux à trois minutes à l'action de la liqueur de van Swieten ou du formol à 1 pour 200 ont été au contraire retrouvées toutes affaissées, opaques, avec un contenu dégénéré. En ce qui concerne les scolex, deux inoculations de germes témoins ont donné un résultat positif, tandis que l'inoculation de scolex soumis pendant deux minutes à l'action du formol est restée négative.

Il semble donc qu'on puisse conclure de ces expériences que le sublimé à 1 pour 1.000 et le formol à 1 pour 2.000 détruisent la vitalité des germes hydatiques, après un contact de deux à trois minutes.

Cette notion a une portée pratique : ainsi que nous l'avons proposé antérieurement, on pourra prévenir l'échinococcose secondaire post-opératoire par une injection parasiticide faite dans le kyste hydatique avant l'ouverture large de la poche.

Pouvoirs chimiotaxiques de divers sérums se rattachant à la tuberculose. — *M. Fernand Arloing.* On sait que le sérum d'une chèvre à qui ont été fréquemment injectées sous la peau des cultures virulentes de tuberculose est antitoxique pour les produits tuberculineux, et, de plus, fortement chimiotaxique positif.

Le sérum d'une vache semblablement préparée est aussi antituberculineux. Il est également doué d'une action chimiotaxique positive accusée (2.332 leucocytes par millimètre cube) que ne possède pas le sérum d'une vache saine (18 leucocytes par millimètre cube) et d'une vache très tuberculeuse (446 leucocytes par millimètre cube).

Il a également soumis une chèvre à des injections répétées de suc filtré de tubercules de vache fraîchement écrasés. Il semble que ces injections aient conféré à l'organisme de la chèvre certaines propriétés se traduisant par une action chimiotaxique positive du sérum plus développée que chez un animal vierge.

Action du courant continu sur l'intestin grêle. — *MM. Laquerrière et Delherm* étudient l'action du courant continu sur l'intestin grêle aux points où ne portent pas les électrodes.

Sérum antipancréatique. — *MM. H. Surmont et J. Druchert* (de Lille). L'injection sous-cutanée de sérum antipancréatique fait baisser notablement le pouvoir amylolitique du sérum sanguin, ce qui démontre qu'une partie au moins de l'amylase du sang est d'origine pancréatique.

A. Sicard.

ACADÉMIE DES SCIENCES

20 Mai 1900.

La spermatogenèse chez les Sciara. — *M. Alfred Giard.* D'après les recherches de cet auteur, la spermatogenèse chez les Sciara s'accompagne de phénomènes aussi compliqués que chez les Céphalopodes et les Hirudinées.

Existence de l'anysogamie chez les Grégarines. — *M. Léger* a reconnu que chez Pterocephalus, qui est une Grégarine, les rapports entre le microgamète et le macrogamète sont de même nature que ceux qui existent entre l'œuf et le spermatozoïde ; il y a anysogamie, c'est-à-dire que l'on constate une accumulation de réserves dans le macrogamète qui correspond à l'œuf et de protoplasma actif dans le microgamète qui répond au spermatozoïde.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

20 Mai 1902.

Traitement de la variole. — *M. Landouzy* lit, au nom de *M. F. Barbary* (de Nice), un mémoire sur le traitement de la variole par l'association à la photothérapie (méthode de Finsen; action de la lumière rouge) d'une méthode rigoureuse d'asepsie et d'antisepsie locales et générales. Le sujet est isolé dès le début de la maladie dans la chambre rouge, tapissée de rideaux de cotonnade rouge, et éclairée par la lumière rouge.

On ajoute à ce traitement des lotions et des vaporisations au sublimé sur le corps et la face, l'antisepsie des cavités, le badigeonnage des parties envahies avec un mélange de salicylate de soude, eau de laurier-cerise et alcool, et les lavements d'eau boriquée. A l'intérieur on donne du sirop phéniqué, du salol, du bromhydrate de quinine.

Les résultats ont été excellents :

Sur huit varioleux ainsi traités, huit guérisons. Au cours de la maladie, disparition rapide de la fièvre, pas de suppuration, pas de complications, évolution rapide. Après la desquamation, visage indemne de stigmates.

Le chloroforme chez les cardiaques. — *M. Huchard.* Je désire clore enfin le débat que j'ai ouvert sur le chloroforme. La question se posait ainsi : les cardiopathies sont-elles une contre-indication à la chloroformisation ? dans quelle mesure? dans quels cas ?

Médecins et chirurgiens ont accepté mes deux premières conclusions : la chloroformisation est possible pour les cœurs séniles et pour les cœurs atteints de lésion orificielle. MM. Guyon et Brouardel ont apporté à ces conclusions l'appui de leur autorité. Les intermittences cardiaques et les syncopes de la chloroformisation ne sont le plus souvent pas l'effet des affections cardiaques; l'insuffisance aortique elle-même n'est pas cause de syncope. Sur 100 morts sous le chloroforme, il n'en est pas 10 où le cœur puisse être incriminé. Par conséquent, une affection cardiaque, à moins d'être à la période d'asystolie, n'est pas une contre-indication à la chloroformisation.

Dans toute chloroformisation il faut considérer le chloroforme, le chloroformisateur, et le chloroformé.

Le chloroforme peut-être impur, toxique, donner de l'albuminurie ; les précautions qu'on prend aujourd'hui pour sa fabrication diminuent considérablement ce danger.

Le rôle du chloroformisateur est considérable; 90 fois sur 100, quand il survient une alerte, c'est au chloroformisateur qu'elle est due; le choix de celui qui donne l'anesthésique est très important; c'est pourquoi j'avais proposé la création de chloroformisateurs spéciaux.

Quant au chloroformé, c'est en lui que peut résider la cause première de la mort subite. Tel le cas de M. Mignon où le sujet, mort dès le début de l'anesthésie, avait un thymus très développé.

Dès le début de la chloroformisation, il peut y avoir shock moral, shock traumatique, ou arrêt respiratoire réflexe.

Une irritabilité extrême du sujet peut être la cause d'une syncope mortelle par irritation d'un rameau terminal du pneumogastrique.

Les avantages comparés de l'éther et du chloroforme sont très discutés ; les statistiques doivent porter sur un nombre très grand de cas, dus à des opérateurs différents pour qu'on puisse les comparer entre elles. En tout cas, l'éthérisation est contre-indiquée chez les sujets atteints d'affections pulmonaires.

Le mode d'administration du chloroforme joue un grand rôle ; Gosselin faisait respirer le chloroforme à petites doses mêlées à l'air; M. Richelot fait débuter l'inhalation par une inhalation de bromure d'éthyle ; M. Laborde recommande l'injection préalable de morphine, d'atropine et de spartéine, ou le badigeonnage des muqueuses respiratoires supérieures à la cocaïne ; la morphine, en effet, diminue l'excitabilité nerveuse, et le sujet s'endort plus facilement, mais l'atropine paraît dangereuse.

Les médecins auront toujours un grand intérêt à baser leur pratique sur les enseignements de la physiologie. En définitive, faite avec toutes les précautions nécessaires, précédée de l'injection de morphine et de spartéine, d'un badigeonnage de cocaïne, ou d'une inhalation de bromure d'éthyle, la chloroformisation, comme l'avait dit Chassaignac, n'est pas plus dangereuse qu'un voyage en chemin de fer.

On peut donc dire, en modifiant la formule de Sédillot : si le malade, bien préparé, est soumis à une chloroformisation soigneusement menée, rigoureusement surveillée, il ne court aucun danger.

M. Laborde rappelle que les expériences physiologiques ont démontré l'action préventive des accidents d'une injection d'un mélange titré de morphine, atropine et spartéine.

Diviseur vésical gradué. — *M. Guyon* présente au nom de M. Cathelin un diviseur vésical gradué destiné à recueillir séparément dans la vessie les urines des deux reins, et basé sur un principe nouveau, à savoir l'introduction dans la vessie d'une cloison souple, extensible et développable à volonté. Cet instrument permet de se repérer facilement au col, de ne mettre à aucun degré la vessie en tension et de cloisonner même les vessies douloureuses et de petite capacité.

Expérimenté dans un grand nombre de cas à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon, on a pu constater son étanchéité parfaite dans des cas de néphrectomies où le tube répondant au rein enlevé ne reçut aucune goutte d'urine.

Gélo-diagnostic de la fièvre typhoïde et des eaux contaminées. — *M. Chantemesse* fait sur ce sujet une communication qui fera l'objet d'un article spécial en raison de son caractère essentiellement pratique.

M. Labbé.

ANALYSES

HISTOIRE DE LA MÉDECINE, GÉNÉRALITÉS

E. Contet. *Le végétarisme; étude critique; indications thérapeutiques* (*Thèse,* Paris, 1902). — Il n'est pas de question à propos de laquelle peut-être on a davantage écrit, et il n'en est pas aussi qui soit moins bien connue que celle du végétarisme. La raison en est que c'est bien moins le souci d'arriver à dégager la vérité scientifique que d'exprimer une opinion décidée qui domine toute la littérature considérable consacrée à défendre ou à attaquer la cause végétarienne.

En telle occurrence, on conçoit aisément qu'il y ait utilité, en vue de mettre les choses à leur véritable point et de fixer enfin sa valeur réelle, à passer au crible d'une critique avisée les arguments en faveur du végétarisme et ceux qui lui sont opposés.

Et c'est là, justement, la tâche qu'a entreprise M. E. Contet. Aussi, encore que son étude n'apporte point de contribution personnelle à la question, ne laisse-t-elle pas, cependant, et pour cette raison, de mériter de retenir l'attention.

M. Contet, à la vérité, n'a point personnellement expérimenté les effets du régime végétarien; il a, par exemple, et de fort soigneuse façon, examiné les recherches faites sur la question, compulsé la majeure partie des documents sérieux s'y rapportant, et discuté comparativement, de façon à pouvoir formuler une opinion raisonnée, les travaux des auteurs qui ont défendu ou combattu le végétarisme. Cet examen, comprenant aussi bien les arguments de pur sentiment, et les arguments économiques, qui ont surtout guidé et qui guident encore généralement la majeure partie des végétariens, que les recherches d'ordre scientifique ayant pour objet de déterminer si leur régime peut, en certaines conditions au moins, se concilier avec les nécessités d'une bonne alimentation, s'il concorde avec les besoins physiologiques de l'homme, s'il peut s'accorder avec les règles d'une correcte hygiène, avec les obligations de la thérapeutique dans les divers états pathologiques, cet examen a du reste amené l'auteur du travail à une conviction favorable à la cause végétarienne, sans la lui faire adopter cependant dans toute sa rigueur. Et c'est justement ce que M. Contet exprime dans les conclusions suivantes qu'il n'est point inutile de reproduire :

1° Un régime alimentaire composé de substances empruntées exclusivement au règne végétal est parfaitement capable d'entretenir chez l'homme les phé-

nomènes vitaux, une nourriture composée exclusivement de matières herbacées devant seule être écartée de cette conclusion;

2° Un tel régime ne présente pas d'inconvénients sérieux relativement au bon fonctionnement de l'homme sain; toutefois, les substances qui le composent doivent être choisies et apprêtées dans des conditions bien déterminées, sous peine d'apporter des perturbations dans l'économie;

3° Les formules végétariennes qui repoussent simplement l'emploi de la viande, en permettant l'usage du lait et des œufs, sont particulièrement susceptibles de fournir une alimentation suffisante et sans inconvénients;

4° Un tel régime ne présente aucune supériorité sur un régime mixte convenablement choisi et employé avec mesure:

5° Son emploi peut être avantageux dans le traitement de certains états morbides, en particulier dans tous les cas où il y a lieu de modérer la formation des toxines dans l'économie;

6° Cet emploi est communément admis dans le mal de Bright, l'artério-sclérose et la constipation habituelle; accessoirement, son rôle pourrait être avantageusement utilisé dans de nombreux cas cliniques, lorsque l'indication se présente de combattre l'état de pléthore abdominale et générale;

7° Il est contre-indiqué par l'état de dépression générale et par le mauvais état des fonctions digestives, en particulier par l'inertie et le relâchement intense de la musculature intestinale.

G. Vitoux.

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

B. Auché. *La moelle osseuse dans l'envenimation* (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1902, 6 Avril, n° 14, p. 213). — Dans un travail antérieur, fait en collaboration avec M. Vaillont, M. Auché, étudiant les altérations du sang déterminées par les morsures des serpents venimeux et par l'injection sous-cutanée et intra-veineuse de venin, avait constaté que l'injection intra-veineuse du venin provoque une hypoleucocytose transitoire bientôt suivie d'hyperleucocytose polynucléaire; les morsures des serpents et l'injection sous-cutanée de venin amènent d'emblée l'hyperleucocytose polynucléaire.

Dans l'étude actuelle, M. Auché a recherché les altérations produites du côté de la moelle osseuse, et il en a tiré les conclusions suivantes :

A la suite des morsures des serpents venimeux, la moelle osseuse réagit très rapidement; au bout de huit heures, il y a déjà des lésions réactionnelles manifestes.

La réaction du tissu médullaire se traduit dans les deux premiers jours par trois ordres de phénomènes capitaux : congestion très intense, réaction myélocytaire neutrophile, réaction normoblastique.

A. Coyon.

BACTÉRIOLOGIE

A. Marmorek. *La toxine streptococcique* (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1902, 25 Mars, n° 3, p. 169). — Les microbes susceptibles de se généraliser dans l'organisme de l'homme ou des animaux, microbes dits « infectieux », produisent peu de toxine *in vitro*. Pour ce qui est du streptocoque, deux conditions doivent être remplies pour obtenir une toxine active : il faut un milieu spécial, et, d'autre part, parvenir à stimuler les sécrétions du microbe.

Le milieu spécial est nécessaire, car, une demi-journée après son ensemencement, le streptocoque cesse de se multiplier, et, par conséquent, de produire de la toxine. On peut déjà remédier à cette particularité en ajoutant de l'extrait de bouillon à la culture, dans le but de déterminer de nouveau une multiplication des microbes. De cette façon, en renouvelant plusieurs fois l'addition de milieu neuf, on finit par obtenir une quantité de toxine déjà assez considérable.

Le milieu idéal serait celui qui contiendrait en abondance des substances nutritives de réserve, que le microbe n'épuiserait pas d'un coup et qu'il utiliserait petit à petit, au fur et à mesure de sa multiplication. Marmorek a expérimenté dans ce but toutes les substances qui constituent un des termes de dégradation des matières albuminoïdes, et il s'est arrêté à la formule suivante : bouillon de viande peptonisé additionné d'une certaine quantité de leucine et de glycocolle. Le streptocoque pousse très bien dans un milieu ayant cette composition; la toxine ainsi obtenue est d'une activité constante.

L'autre point du problème, ayant trait à l'augmentation des facultés toxiques du microbe, a été résolu de la façon suivante : se basant sur ce fait d'observation que le microbe paraît surtout provoquer des effets toxiques chez l'homme lorsque la résistance du malade est assez grande pour empêcher la généralisation immédiate du streptocoque, Marmorek prépare son milieu de culture (bouillon-ascite) non pas avec le sérum d'un organisme sensible à l'infection streptococcique (homme, lapin), mais avec celui d'un organisme très résistant, comme par exemple le cobaye, dont l'état réfractaire aura même été renforcé encore par des injections de sérum antistreptococcique. Le pouvoir toxigène du streptocoque sera à son maximum si on cultive d'abord le microbe dans un mélange de sérum de cobaye et d'eau contenant en suspension des leucocytes polynucléaires retirés du péritoine d'un cobaye immunisé. Le milieu qui contient de la leucine et du glycocolle est alors ensemencé avec ce streptocoque, et la culture est filtrée après huit jours d'étuve.

Cette technique permet d'obtenir des résultats qui légitiment les conclusions suivantes : tous les streptocoques d'origine différente donnent la même toxine; celle-ci fait partie du groupe de ces diastases qui sont détruites à la température de 70°. Le sérum fabriqué à l'aide de la toxine d'un streptocoque déterminé est actif contre les toxines de streptocoque d'autre origine.

Marmorek termine en annonçant qu'à la dose de 25 à 50 centimètres cubes la toxine qu'il a obtenue par ce procédé est douée du pouvoir de tuer un lapin.

V. Griffon.

MÉDECINE

David Riesman. *Expectoration albumineuse consécutive à une thoracentèse* (*American Journal of the Medical Sciences*, Avril 1902). — L'expectoration albumineuse est une complication très rare de la thoracentèse. Elle est généralement sérieuse et quelquefois fatale. Elle fut décrite pour la première fois par Pinault en 1853. Riesman en rapporte un nouveau fait et conclut :

L'expectoration albumineuse est due à une congestion intense et à de l'œdème des poumons.

La principale cause semble être une ponction trop rapide ou trop abondante.

Les maladies du cœur et les états morbides du poumon du côté opposé en sont des causes prédisposantes. Aussi, dans ces conditions, l'aspiration doit-elle être faite lentement.

Dans quelques cas, il est sage de faire plusieurs ponctions en ne retirant qu'une petite quantité de liquide chaque fois.

Quant au traitement de l'expectoration albumineuse, il doit consister en révulsifs, saignée et respiration artificielle, avec adjonction de morphine si la toux est grave.

Salva Mercadé.

CHIRURGIE

L. Camus. *Des formes anatomo-cliniques circonscrites de la tuberculose du genou* (*Thèse*, Paris, Mars 1902). — La tuberculose du genou (ostéo-synovite fongueuse), avant d'être diffuse, présente parfois, soit au début, soit au cours de son évolution, des localisations topographiques intéressantes, localisations qui s'expliquent par l'existence, au niveau de l'articulation du genou, de départements anatomiques qui créent pour l'affection autant de formes cliniques circonscrites.

Ces départements anatomiques sont au nombre de trois principaux : ils répondent à la double articulation condylienne fémoro-tibiale et à l'articulation fémoro-rotulienne. Les formes anatomo-cliniques correspondantes peuvent être désignées sous les noms de *fémoro-tibiales condyliennes interne et externe* et de *fémoro-rotulienne sous-tricipitale*.

1° Les deux *formes fémoro-tibiales condyliennes* sont les plus graves. Toutes deux coexistent souvent. Le début est insidieux. Les lésions, qui ont une grande tendance à la diffusion rapide, sont profondément situées à l'origine, et difficiles à explorer et à traiter directement; de plus, elles intéressent la grande articulation fémoro-tibiale, la plus importante au point de vue fonctionnel.

2° La variété *fémoro-rotulienne sous-tricipitale*, qui fait l'objet principal de l'étude de M. Camus, est intéressante par sa topographie, par son exploration et son traitement faciles. Elle peut être non suppurée ou suppurée. Dans le premier cas, le traitement applicable est le traitement classique : immobilisation du membre dans un appareil plâtré, révulsion, injections de chlorure de zinc, etc. Dans le second cas, il y a avantage, pour l'avenir fonctionnel du membre, à pratiquer l'ostéo-synovectomie partielle et précoce, en se conformant à ces deux grands principes : respecter le cartilage antérieur de la rotule ou pratiquer la résection sous-périostée pour ne pas interrompre la continuité du quadriceps; — rechercher la réunion par première intention en vue de la mobilisation précoce de la jointure.

J. Dumont.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE

A. Mizzoni. *Des complications de la submersion* (*Thèse*, Paris, 1902. — La submersion peut agir de diverses façons dans l'éclosion des maladies infectieuses. D'abord et surtout comme cause occasionnelle, par l'ébranlement nerveux, le refroidissement brusque, le traumatisme, par l'altération que subit le sang consécutivement à l'asphyxie plus ou moins prolongée; par l'hydrémie due à la pénétration d'eau dans l'organisme et dans le sang.

La submersion peut agir aussi, mais moins fréquemment, comme cause déterminante, par absorption de bactéries, de matières organiques, de produits toxiques divers qui peuvent se trouver dans l'eau.

Les complications les plus fréquentes sont celles de l'appareil respiratoire, et, parmi elles, les broncho-pneumonies sont les plus graves.

Les infections dont le point de départ est dans le tube gastro-intestinal ou ses annexes sont parfois très sévères (ictère grave).

La fièvre typhoïde peut survenir après une submersion; il n'est pas indispensable que le noyé absorbe une eau contenant du bacille d'Eberth. L'ingestion de bactéries, voire même de saprophytes, de substances toxiques variées, aide notablement à la genèse de la dothiénentérie. Le bacille d'Eberth peut se trouver dans l'organisme et avoir été absorbé avant la submersion par l'eau d'alimentation, les aliments, etc.

M. Bize.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la pharyngite granuleuse.

Dans les formes chroniques de la pharyngite granuleuse, M. Moure (de Bordeaux) emploie avec avantage pour ses malades les badigeonnages de l'arrière-gorge faits une fois ou deux par semaine, avec la solution suivante :

Iode métallique	25	centigr.
Iodure de potassium	30	—
Laudanum de Sydenham	3	grammes.
Glycérine pure	120	—

Le malade peut encore utiliser ce liquide pour se gargariser ou se baigner la gorge, en mettant une cuillerée à café de ce topique dans un demi-verre ou un verre d'eau tiède, suivant sa susceptibilité.

D'autres fois, la teinture de gaïac, employée sous la forme de gargarismes, donne également d'excellents résultats. M. Moure la prescrit alors de la façon suivante :

Borate de soude	6	grammes.
Antipyrine	4	—
Teinture de gaïac	àà 5	—
Alcool de menthe		
Glycérine neutre	140	—

On peut également mettre une cuillerée à café de ce liquide dans un demi-verre d'eau tiède pour bains de gorge, ou se servir de ce topique, employé pur, en badigeonnages sur la paroi pharyngienne, une fois ou deux par semaine. D'une manière générale, on ne doit faire usage des badigeonnages que pendant les périodes de calme; le gargarisme seul suffit au moment des poussées subaiguës.

Une fois les choses rentrées dans l'ordre, il

sera ordinairement utile de terminer la cure par une saison thermale sulfureuse, arsenicale ou alcaline, suivant l'état général de chaque malade.

Le point important dans toute cette thérapeutique, c'est de veiller au bon fonctionnement de la muqueuse nasale ou naso-pharyngienne, et de bien s'assurer que ce n'est pas dans ses cavités qu'il faut chercher l'origine des soi-disant granulations auxquelles on a jusqu'à ce jour accordé une importance véritablement très exagérée.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 28 *Mai* 1902, à 1 heure. — M. CHABERT : Contribution à l'étude du pemphigus aigu; MM. Fournier, Jeoffroy, Desgrez, Besançon. — M. CHESNAIS : Thyroïdites à bacilles d'Eberth; MM. Jeoffroy, Fournier, Desgrez, Besançon. — M. GÉRARD : Fractures du calcanéum; MM. Tillaux, Rémy, Sebileau, Gosset. — M. POUPAULT : De la cystocèle inguinale; MM. Tillaux, Rémy, Sebileau, Gosset. — M. BACHMANN : Du chondrome des os de la main chez les enfants; MM. Tillaux, Rémy, Sebileau, Gosset. — M. LACOMBE : La méthode épidurale; MM. Richet, Brissaud, Wallich, Legry. — M. VURPAS : Contribution à l'étude des délires systématisés; MM. Brissaud, Richet, Wallich, Legry. — Mlle MARTIN : De l'action des bains dans les suites de couches; MM. Brissaud, Richet, Wallich, Legry. — M. JAMET : Les pyémies bénignes à déterminations cutanées (Pustules de Colles); MM. Brissaud, Richaud, Wallich, Legry.

Jeudi 29 *Mai* 1902, à 1 heure. — M. MENDELSSOHN : Contribution à l'étude de la galactophorite; MM. Budin, Gilbert, Bonnaire, Rénon. — M. SCHMITKO : Traitement du lupus érythémateux, en particulier par la photothérapie; MM. Gilbert, Budin, Bonnaire, Rénon. — M. MAYER : Étude d'un symptôme différentiel de l'exanthème scarlatineux; MM. Hutinel, Menetrier, Méry, Achard. — M. GRANGE : Du traitement médical dans la péritonite tuberculeuse; MM. Hutinel, Menetrier, Méry, Achard.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 26 *Mai* 1902. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime : MM. Hayem, Brissaud, Legry. — 4e : MM. Blanchard, Teissier, Richaud. — 1er, Chirurgien-dentiste : MM. Retterer, Sebileau, Rieffel. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Broca (Aug.), Walther. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Kirmisson, Lejars, Legueu. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Gaucher, Bezançon.

Mardi 27 *Mai* 1902. — 2e : MM. Gley, Launois, Desgrez. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime ; MM. Berger, Schwartz, Demelin. — 4e, Salle Richet : MM. Brouardel, Rénon, Richaud. — 4e, Salle Charcot : MM. Proust, Thoinot, Vaquez. — 1er, Chirurgien-dentiste, Salle Thouret : MM. Rémy, Thiéry. Langlois. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Gilbert, Menetrier, Dupré. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Chantemesse, Thiroloix, Gouget. — 5e, Chirurgie (Première partie), Charité : MM. Le Dentu, Pozzi, Faure. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Raymond, Charrin, Achard. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Dieulafoy, Méry, Jeanselme.

Mercredi 28 *Mai* 1902. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Broussais : MM. Lannelongue, Potocki, Cunéo. — 5e, Chirurgie (Première partie), Laënnec : MM. Delens, Reclus, Mauclaire. — 5e (Deuxième partie), Laënnec : MM. Landouzy, Gaucher, Widal.

Jeudi 29 *Mai* 1902. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime : MM. Schwartz, Pozzi, Demelin. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime : MM. Marion, Thierry, Potocki. — 3e (Deuxième partie), Oral Nouveau régime, Salle Richet : MM. Cornil, Thoinot, Thiroloix. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Béclard : MM. Chantemesse, Dupré, Jeanselme. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime Salle Pasteur : MM. Dieulafoy, Charrin, Gouget. — 4e Salle Thouret : MM. Brouardel, Proust, Vaquez.

Vendredi 30 *Mai* 1902. — 2e MM. Richet, Retterer, Broca (André), — 4e, Salle Corvisart : MM. Pouchet, Landouzy, Thoinot. — 1er Chirurgien-dentiste, Salle Thouret : MM. Poirier, Cunéo, Rieffel. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Kirmisson, Lejars, Walther. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Reclus, Broca (Aug.), Gosset. — 5e, (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Widal, Teissier. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 31 *Mai* 1902. — 3e (Deuxième partie) Oral, Ancien régime : MM. Hutinel, Charrin, Launois. — 4e : MM. Pouchet, Gilbert, Dupré. — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Rémy, Langlois. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Beaujon : MM. Proust, G. Ballet, Rénon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Beaujon : MM. Raymond, Widal, Gouget. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Potocki, Demelin.

HOPITAUX ET HOSPICES

Le bastion 26. — On va désaffecter, boulevard Sérurier, le bastion n° 26, qui servait à l'Assistance publique d'hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses. Ce bastion par son aménagement ne répondait plus aux nécessités actuelles, et M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, a demandé au ministre de la guerre de l'échanger contre un autre, le bastion 27, situé boulevard Macdonald, qu'on transformera.

Le général André y a consenti, et les travaux d'installation du bastion 27 vont commencer incessamment. La dépense sera d'environ 100.000 francs.

L'asile de Gaillon. — Le quartier spécial des condamnés aliénés et épileptiques de Gaillon, qui subsistait dans une des ailes de l'ancienne maison centrale cédée au département de la guerre, va cesser d'appartenir à l'administration pénitentiaire.

Le ministre de l'Intérieur a décidé qu'à partir du 1er Janvier 1903, cet asile serait placé, comme établissement national de bienfaisance, dans les services de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Asile de Lommelet. — M. Lecoq, de Laventie, est nommé médecin adjoint à l'asile de Lommelet.

NOUVELLES

Paris et Départements

Hommage à M. le professeur Brouardel. — La Monnaie vient de frapper une plaquette gravée par Roty et que les amis et élèves de M. le professeur Brouardel vont lui offrir à l'occasion de sa retraite de doyen de la Faculté de Médecine.

Cette médaille porte à l'avers le portrait en profil gauche de M. Brouardel. Ce portrait, avec le nom « Paul Brouardel », est à la partie supérieure de l'avers, dont la base est occupée par un petit bas-relief représentant *Hygie*, assise devant la colonnade de l'ancienne Ecole de Médecine, qui subsiste encore aujourd'hui encastrée dans les nouveaux bâtiments. Au revers, on voit une gracieuse allégorie, groupe de deux femmes vêtues à l'antique : la Science, son flambeau à la main, dévoilant la Vérité. Au-dessous de cette inscription est la dédicace suivante : « A Paul Brouardel, professeur de médecine légale, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, février 1887-décembre 1901, président du Comité consultatif d'hygiène de France. *Publica privatis semper prætulit.*

Corps de santé militaire. — Sont promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de 2e classe de l'armée territoriale. — MM. Brachet, Weiss, Franck, Kirmisson, Pinard.

Au grade de médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale. — MM. Moreau, De Valicourt, Balzer, Segond, Rousseau, Deffaux, Bezy, Castex, Hugounenq, Chambrelent, Bidon, Dubreuilh, Raymondaud, Ozenne, Hartmann, Walther, Chaput, Louge, Jarjavay, Rouxeau, Peugniez, Deschamp, Duflocq, Bar, Chatain, Labrousse, Boussavit.

Au grade de médecin-major de 2e classe de réserve. — MM. Albertin, Grasser, Thiébaut, Coup, Blondel, Denoy, Cacarrié, Bousquet.

Au grade de médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale. — MM. Durant, Laurent, Allary, Deschamps, Sirot, Bataille, Cassin, Dicquemare, Gascard, Florain, Caron, Leconte, De Nabias, Chaudeborde, Dupré, Paterne, Cravin, Raullet, Guerrier, Lecreux, Puech, Carrié, Barbier, Dufour, Bonefé, Truchy, Cayle, Pouchin, Burgat, Viller, Mathis, Lefebvre, Bolognesi, Juranville, Achard, Roche, Vinant, Fortin, Monprofit, Bertolus, Demars, Herr, Delagenière, Auche, Bourdillon, Michel, Gauch, Bertrin, Mangon, Cœur, Berthod, Bœlher, Dufour, Despreaux.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe de réserve. — MM. Valeriau, Robiolis, Besson, Magnan, Pilatte, Guy, Petrolacci-Stephanopoli, Thomas, Goueffon, Miltas, Jacquemet, Viaud, Thivet, Eymery, Faivre, Serieux, Pigache, Barral, Boffard, Poirier, Thomas, Mouton, Lapeyrie, Faure, Audureau, Bouchez, Mariage, Roubinovitch, Petit, Noguès, Huard, Colas, Redureau, Bertrand, Guimet, Lafaye, Chassagne, Moullade, Lachaux, Michaud, Routier, Stavaux, Romane, Garnier, Labrit, Bacri, Christen, Bastide, Foucard, Bruneau, Jacques, Lebon, Paquet, De Grailly, Didsbury, Picot, Guillou, Decourt, Tourette, Debedat, Cassoute, Gouvernaire, Differdange, Montalescot, Jarre, Desbonnet, Beal, Archambault, Bruguеirolle, Poulaine, Dupuy, Guinebertière, Le Branchu, Molinié, Parrain, Darfeuille, Dussac, Husson, Planat, Pierre, Briend, Lebelle, Aviragnet, Pissot, Dumont, Bralant, Debray, Coulon, Cubertafon, Terrade, Roland, Caillaud, Hugues, Vieillard-Baron, Chabert, Schrameck, Louradour, Delestang, Sauvage, De la Chapelle, Nouvel, Pambrun, Bucquet, Deglaire, Lévy, Goinard, Brindel, Bonnet, Hoche, Vignaud-Dupuy de Saint Florent, Perramond, Dutournier, Constant, André, Durand, Duhamel, Barrègre, Causeret, Vires, Cazalis, Bron, Olier, Grand, Grange, Sirol, Meslier, Marion, Péchin, Hernette, Pescheux, Kahn, Marie, Macrez, Juge, Penne, Verdelet, Carnot, Etiévant, Jolly, Gavasse, Frarier, Jacquin, Aquaviva.

CONCOURS

Chirurgiens des hôpitaux. — Le concours pour la désignation à deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Ombredanne et Robineau.

Médecins des hôpitaux. — *Epreuves définitives.* Ont passé : MM. Philippe, Carnot, Auclair, Apert, Bergé.

Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 26 Mai. — MM. Courtade (A.), 21 ; Gellé (G.), 29 ; Didsbury (G.), 25.

Pharmaciens des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert, le lundi 7 Juillet 1902, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration, de 11 heures à 3 heures, depuis le lundi 9 Juin jusqu'au samedi 21 du même mois inclusivement.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 42. — Samedi, 24 Mai 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

COURS DE VACANCES

La loi de 1898 sur les Universités, en groupant les Facultés, a, de ce fait, rendu plus puissants leurs moyens d'action; mais, tout en laissant à chacune d'elles toute latitude dans les questions d'ordre intérieur, elle leur a imposé certaines réglementations relatives aux questions générales.

Les *Cours de vacances* sont d'ordre universitaire. Ces cours, étudiés et organisés par le Conseil de la Faculté de médecine, ne pouvaient donc fonctionner qu'après homologation par le Conseil de l'Université des règlements dont ils avaient été l'objet. Or, comme il n'y a guère plus d'un mois que le projet de la Faculté de médecine a été envoyé à l'examen du Conseil de l'Université, il faut encore un certain temps pour qu'il soit examiné, puis approuvé. Dans ces conditions on ne peut pas compter sur une mise à exécution lors des vacances prochaines; cependant, il me paraît utile de faire, connaître dores et déjà, quelles ont été les décisions de la Faculté de médecine, car elles marquent un réel progrès dans son enseignement.

***

Ce titre de « cours de vacances », paradoxal au premier abord, demande une définition.

Les vacances étant, en effet, consacrées au repos, il paraît étonnant que l'on choisisse justement ce moment pour organiser un enseignement nécessitant une grande somme de travail de la part de ceux qui le font comme de ceux auxquels il est destiné! Mais, il n'y a dans cette appellation que

l'apparence du paradoxe; elle est parfaitement juste, en ce sens que ces cours se feront bien sous la direction des professeurs, mais à la période de leurs vacances, alors qu'ils pourront se faire suppléer par leurs aides et assistants; en ce sens qu'ils s'adresseront surtout à des médecins déjà établis qui profiteront des *vacances professionnelles* qu'ils se donnent pour parfaire leur éducation scientifique; et puis les élèves en cours d'études étant en congé, laboratoires et services de cliniques se trouvent ainsi disponibles pour l'enseignement.

Nous avons d'ailleurs emprunté l'idée et l'appellation de ces cours à une Université étrangère, à l'Université de Berlin, où, l'année dernière, pas moins de 163 cours ont fonctionné pendant les périodes de vacances universitaires de Pâques.

Mais si l'idée première est venue de l'étranger, il faut bien savoir qu'elle a germé en France sous l'impulsion première de ce journal, en raison du courant d'idées qu'il a provoqué. C'est dans *La Presse Médicale* que Jayle a montré tout le profit que Paris pourrait tirer de l'organisation de cours analogues à ceux dont il venait de constater à Berlin les excellents résultats. C'est un de nos directeurs scientifiques, le professeur Landouzy, qui prit en mains à la Faculté de Médecine, le projet de Cours de vacances soumis aux délibérations du Conseil par M. Brouardel, alors doyen, en même temps que par M. Gréard, au nom de l'Université.

La question ayant donc été mise à l'ordre du jour du Conseil de la Faculté, le professeur Landouzy fut chargé du rapport : nul plus que lui n'était mieux préparé à ce laborieux travail puisque, naguère, alors qu'il était chef de clinique, puis agrégé, il avait eu déjà l'idée de faire à la Clinique de la Charité, à l'époque des vacances, des cours qui avaient eu un énorme succès auprès des médecins de province et de l'étranger de passage à Paris.

Les idées de Landouzy ont été adoptées; et c'est son projet, rédigé par le Conseil de la Faculté, d'après ces idées, qui est actuellement soumis au Conseil de l'Université. Il faut espérer que ce projet sera bientôt approuvé, et qu'il sera rendu applicable en temps voulu pour que la Faculté puisse organiser ses nouveaux cours et les annoncer suffisamment à l'avance.

* * *

Les « cours de vacances » sont des cours payants ; la somme à verser sera, suivant les cours, de 50 à 150 francs. Comme pour les cours payants dont j'ai parlé l'autre jour, les sommes versées serviront, d'après le décret du 4 Juillet 1897, d'abord à couvrir les frais matériels du cours; le reste sera réparti entre le personnel enseignant dans des proportions fixées par le professeur-directeur.

Chaque cours sera, en effet, placé sous la direction du professeur, qui sera responsable de son bon fonctionnement; il devra choisir son personnel enseignant dans le personnel de la Faculté, chef de clinique, chef de laboratoire, prosecteur, aide d'anatomie, agrégés.

Les programmes des cours seront formulés par les professeurs, et n'entreront en exécution qu'après approbation d'une Commission permanente du Conseil de la Faculté, dite « Commission des cours de vacances ».

Autant que possible les cours devront être annoncés six mois à l'avance, avec leur programme détaillé, leurs horaires et leur durée, de façon à ce que les médecins de la province et de l'étranger aient le temps de prendre leurs dispositions pour être libres au moment où ils auront lieu.

C'est que ces cours sont surtout destinés à des praticiens ayant, depuis plus ou moins longtemps, terminé leurs études et désireux de se mettre au courant des progrès journaliers qui se font en Médecine, tant au point de vue technique qu'au point de vue pratique; ce sera, pour eux, un *enseignement de perfectionnement*.

Ces cours seront non moins utiles aux étudiants déjà avancés dans leurs études, sur le point de passer leur thèse de doctorat, qui trouveront là un véritable *enseignement complémentaire* de l'enseignement classique que la Faculté leur doit.

Enfin, ces cours seront un attrait pour les médecins étrangers qui préféreront à toute autre l'Université de Paris, pouvant égayer leurs études d'un séjour dans notre belle capitale.

* * *

Une bonne organisation des « cours de vacances » semble, à tous ceux qui se sont occupés de la question, avoir une importance capitale en ce qui concerne le bon renom que doit avoir l'enseignement à la Faculté de Paris; avec les « cours payants » il y a là pour la Faculté un excellent moyen de reprendre l'influence qu'elle eut naguère et qu'elle n'a plus aujourd'hui.

Elle la mériterait, cependant, cette influence, si l'on ne considérait que l'importance de ses travaux scientifiques et la valeur individuelle des hommes qui y siègent; ce qui lui manque, c'est une organisation plus moderne, plus en rapport avec les exigences de la science médicale actuelle.

De plus en plus il apparaît que l'enseignement didactique, *ex cathedra*, a fait son temps; de plus en plus il apparaît qu'une méthode pédagogique nouvelle s'impose. Mais cette méthode ne peut s'improviser : elle se formera peu à peu ; la création de cours payants, de cours de vacances indique clairement quelle sera son orientation.

La méthode, d'ailleurs, ne vaudra que par les maîtres qui auront charge d'en appliquer les principes; à ce point de vue, il y a lieu de compter, pour leur recrutement, sur la réforme de l'agrégation qui se prépare actuellement.

Avec les formules nouvelles et nécessaires de l'enseignement médical à notre époque, le rôle du professeur grandit singulièrement; le professeur devient un véritable directeur d'enseignement; pour lui, il ne suffit plus du savoir et de l'expérience d'un savant, il lui faut toute la vigueur et l'activité d'un véritable administrateur.

Homme de science à l'esprit pratique, administrateur méthodique, ce sont là deux qualités qui ne sont pas incompatibles et qui ne manqueront certainement pas de se développer chez ceux qui briguent la charge d'enseigner à la Faculté, lorsque fonctionnera l'agrégation nouvelle, pépinière des professeurs.

E. De Lavarenne.

LIVRES NOUVEAUX

P. Miquel et R. Cambier. — *Traité de bactériologie pure et appliquée à la médecine et à l'hygiène*, 1 vol. in-8 jésus, de 1059 pages (chez Naud, éditeur, Paris).

Le bel ouvrage de MM. P. Miquel et R. Cambier est, ainsi que l'indique son titre, un livre à la fois théorique et pratique, théorique en ce sens que toutes les propriétés biologiques générales des microbes y sont étudiées avec le plus grand soin, pratique en ce sens que rien n'y est dit qui ne soit scientifiquement démontré, et que toutes les questions de technique y sont exposées avec méthode et clarté.

La première partie du livre est consacrée aux caractères morphologiques et biologiques généraux des bactéries. Après avoir indiqué la place des bactéries dans la nature, leur polymorphisme, leur classification, leur forme, leur structure, leurs modes de multiplication, les auteurs étudient leur composition chimique, leurs conditions d'aérobiose et d'anaérobiose, leur température engénésique, les modifications apportées par elles au milieu où elles vivent : pigments, ferments solubles, toxines alcaloïdiques et albumosiques, et, en revanche, l'action modificatrice des agents chimiques et physiques sur leur forme et leurs propriétés, ainsi que leur résistance à l'action de ces différents agents.

Le reste de cette première partie est consacré à la technique. Et l'on peut dire que c'est une des parties les plus soignées, ce qui n'étonnera pas si l'on se rappelle la compétence toute spéciale et le génie inventif de M. Miquel. Tous les milieux et modes de cultures capables d'une utilisation réelle, les questions de stérilisation, d'étuves, de conservation des cultures, sont merveilleusement exposés avec dessins et figures à l'appui. La récolte des produits pathologiques sur l'homme et les animaux, vivants ou morts, les méthodes d'inoculation et d'expérimentation sur les animaux, sont expliquées très clairement. Les auteurs terminent cette partie technique par les méthodes de coloration des bactéries dans les cultures, les exsudats et les tissus, et par quelques principes généraux de photomicrographie.

La deuxième partie est consacrée aux microbes pathogènes. On y trouvera non seulement les microbes pathogènes pour l'homme : streptocoque, pneumocoque, gonocoque, etc., mais aussi ceux pathogènes pour l'animal : bacille du rouget du porc, de la septicémie des souris, par exemple. Les questions de virulence, d'immunité, les méthodes d'immunisation sont traitées à la fin de cette deuxième partie.

La troisième partie s'occupe des bactéries zymogènes, chromogènes et vulgaires. Les bactéries chromogènes sont particulièrement étudiées. Elles sont, après étude individuelle, rangées par catégories et tableaux synoptiques, qui en permettent le diagnostic rapide. De nombreuses gravures en couleurs reproduisent l'aspect des cultures. Le troisième chapitre des bactéries vulgaires saprogènes et non classées est particulièrement intéressant pour le médecin. A côté des microorganismes de l'air, des eaux, du sol et de la putréfaction, une large place y est réservée aux microorganismes du corps de l'homme et des animaux. Les microorganismes de la peau et des cheveux, de la conjonctive, des fosses nasales, de la bouche, des expectorations, du tube digestif, des fèces, des voies génito-urinaires sont successivement passés en revue. Il en est de même des microorganismes des végétaux, du lait, du beurre, des fromages, de la margarine, des liqueurs sucrées, des substances alimentaires, des thermobactéries, des photobactéries.

Ainsi que l'écrivent MM. Miquel et Cambier au sujet de la quatrième et dernière partie de l'ouvrage, il devenait nécessaire de traiter avec quelques détails les applications de la bactériologie à l'hygiène. Si l'étude individuelle des bactéries, de leurs produits de sécrétion toxiques ou immunisants, de leurs diastases, a été féconde en résultats pour l'étiologie et la thérapeutique des maladies infectieuses, il ne faut pas oublier que la prophylaxie de ces mêmes maladies ne saurait être tentée sans une connaissance approfondie de l'habitat des microbes, des vecteurs qui les amènent dans l'intimité de notre organisme. Mieux vaut encore prévenir que guérir ; c'est pourquoi, après avoir décrit les méthodes qui permettent d'explorer, au point de vue bactériologique, l'air, l'eau, le sol, les auteurs ont été tout naturellement conduits à consacrer quelques pages aux procédés actuellement en usage pour épurer ou stériliser les eaux de boisson et les eaux résiduaires, pour désinfecter les objets et les locaux envahis par les bactéries pathogènes.

On peut dire que cette partie du livre était, comme celle de la technique, plus particulièrement de la compétence des auteurs, et relevait de leur spécialité. C'est donc une véritable primeur que ces analyses de l'air, des eaux, du sol, ainsi que ce qui a trait à l'épuration des eaux et à la désinfection.

On voit, par cette énumération rapide de son contenu, que l'ouvrage de MM. Michel et Cambier est un ouvrage pratique par excellence et mérite d'être possédé par tous ceux qui s'occupent de bactériologie, les médecins en particulier. Ils y trouveront tous les renseignements bactériologiques qui se rapportent à leur profession: pathologie et hygiène, sans parler de la technique microbiologique. Aucun livre n'a jusqu'ici réalisé aussi complètement le besoin qui se faisait sentir d'une sorte de compendium, ni trop long ni trop court, de la bactériologie dans ses diverses branches.

Ajoutons à cela que l'édition en est fort soignée, avec des gravures nombreuses très fidèlement et très artistiquement reproduites, ce qui ne nuit jamais : la forme devant être en harmonie avec le fond.

G. Milian.

CURE RADICALE

DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

Indications de la Prostatectomie.

Par J. ALBARRAN, Agrégé
Chirurgien des Hôpitaux.

Pour essayer d'établir les indications de la prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie de la prostate, je crois nécessaire d'étudier sommairement différents points : 1° l'évolution, de la maladie en dehors de toute opération et le rapport des symptômes avec l'hypertrophie elle-même ; 2° les résultats donnés par les autres traitements; 3° la gravité de l'opération ; 4° ses résultats thérapeutiques immédiats et éloignés.

* * *

Évolution de la maladie. — Je n'ai pas besoin d'insister longuement sur l'évolution, pour ainsi dire fatale, de l'hypertrophie de la prostate. Il est de notion courante qu'à la première période, caractérisée par le besoin fréquent d'uriner et la difficulté, d'ailleurs variable, d'accomplir la miction, succède tôt ou tard la rétention d'urine qui oblige à sonder le malade. Sans insister ici sur les épisodes de rétention aiguë d'urine et sur leur évolution variable, je me contente d'indiquer l'apparition plus ou moins tardive de la rétention chronique incomplète, avec ou sans distension de la vessie, et de la rétention complète. Il est certain que lorsque les malades sont bien soignés, ils peuvent vivre de longues années avec une infirmité supportable. Mais nous savons trop combien peu il faut compter sur une évolution régulièrement bénigne de l'hypertrophie ; nous savons les dangers des cathétérismes de jour en jour plus difficiles; nous connaissons les accidents infectieux locaux et généraux, la fréquence et la gravité des complications variées qui aboutissent souvent, après un long martyre, à la mort des malades. Nous savons enfin que l'hypertrophie peut se transformer en cancer (Albarran et Hallé).

La rétention d'urine est le premier stade et la source commune de la longue théorie des complications aseptiques et infectieuses, et il y a d'abord lieu de se demander si l'on peut légitimement prétendre lutter contre cette rétention. Depuis que Civiale appela l'attention sur l'impuissance primitive de la vessie, et que Mercier décrivit avec soin l'obstacle à l'écoulement de l'urine que forme, au niveau du col de la vessie, la prostate hypertrophiée, on discute pour savoir si la cause de la rétention doit être attribuée à la faiblesse du muscle vésical ou à l'obstacle prostatique. La solution de cette question présente un intérêt capital, puisque de l'interprétation pathogénique de la rétention d'urine dépend la conclusion thérapeutique. Si l'impuissance vésicale est la cause première de la rétention, il doit paraître inutile de lever l'obstacle constitué par la prostate hypertrophiée; si, au contraire, on admet comme prépondérante l'influence mécanique de la prostate grossie, il apparaît dès lors comme légitime de supprimer l'obstacle.

En faveur de l'impuissance primitive de la vessie, on a donné des arguments d'ordre anatomique et des arguments d'ordre clinique. Les arguments anatomiques peuvent être résumés dans ce fait, constaté par Launois, que, dans l'hypertrophie prostatique, une même cause, l'artério-sclérose, provoque simultanément l'augmentation de volume de la glande, la sclérose de la vessie et des reins. Déjà, en 1889, je montrais, dans ma Thèse, l'extrême rareté de la sclérose rénale primitive des urinaires; en 1892, un élève de Necker, Bohdanowicz, démontrait que la sclérose vésicale chez les prostatiques est consécutive à l'infection de la vessie; enfin les travaux de Casper, de Motz, d'Albarran et Hallé ont établi qu'il n'y a pas de rapport de cause à effet entre l'artério-sclérose et l'hypertrophie de la prostate.

On a donné trois ordres de preuves cliniques en faveur de l'impuissance primitive de la vessie :

Il y a des malades atteints de rétention chronique d'urine sans hypertrophie de la prostate, et les femmes elles-mêmes peuvent présenter des accidents analogues. Sans doute il existe des rétentions d'urine en dehors de toute hypertrophie prostatique : elles relèvent de causes très diverses, encore mal étudiées; mais leur existence ne prouve pas que la rétention des prostatiques ne soit pas sous la dépendance de l'hypertrophie. Un même symptôme peut reconnaître des causes variées et appartenir à des maladies différentes.

On a objecté, en second lieu, que les troubles de la miction chez les prostatiques ne sont pas en rapport avec le volume de la prostate. Sans insister sur ce que, habituellement, les troubles mictionnels sont plus développés dans les grosses hypertrophies, il y a lieu de faire remarquer que la façon dont l'obstacle est placé a plus d'importance que le volume même de cet obstacle : si on tient compte de ce fait en étudiant les prostatiques à grande rétention et à prostate moyennement développée, on reconnaîtra la cause de la rétention dans les déformations de l'urètre prostatique, ou du col vésical, que déterminent souvent ces hypertrophies de moyen volume. Alors même que, dans certains cas, on ne pourrait établir de rapport entre le volume ou la forme de l'hypertrophie et la rétention d'urine, il ne faudrait pas conclure que l'hypertrophie ne joue pas un rôle important dans la pathogénie de la rétention : nous verrons, en effet, que la prostate grossie pourrait encore déterminer une sorte d'inhibition de la contractilité vésicale.

On a encore invoqué l'abolition de la contractilité vésicale, ou tout au moins son affaiblissement, chez les prostatiques atteints de rétention chronique. Les examens manométriques témoignent de cette faiblesse de la contractilité vésicale, mais nous sommes autorisés à penser que ce phénomène est consécutif au développement de la prostate et qu'il n'est pas la preuve d'une faiblesse primitive de la vessie. Depuis les consciencieuses recherches de Genouville, nous savons que, dans les premiers temps de l'hypertrophie prostatique, la contractilité vésicale est normale, sinon exagérée, et il est d'observation courante que, pendant cette première période de la maladie, le malade peut encore vider spontanément sa vessie.

Je conclus, avec mon maître Guyon, que, chez les prostatiques, l'impuissance vésicale est secondaire et non primitive; mais nous devons nous demander quelle est la cause directe de l'affaiblissement de la contractilité vésicale, et nous devons surtout déterminer si la perte de la puissance vésicale est définitive.

D'après la doctrine courante, la vessie des prostatiques lutte d'abord contre l'obstacle mécanique que l'hypertrophie détermine; à un moment donné, la vessie impuissante se laisse forcer, des lésions de sclérose vésicale se développent, et avec elles survient une diminution de la contractilité vésicale. L'impuissance de la vessie, quoique secondaire à la lésion prostatique, est sous la dépendance de la sclérose de ses parois et devient définitive.

Je ferai remarquer tout d'abord que, chez un grand nombre de prostatiques avec rétention complète ou incomplète d'urine, on peut constater, par le simple sondage ou avec le manomètre, que la contractilité vésicale n'est pas aussi perdue qu'on le croit; on voit souvent le liquide s'écouler avec une certaine force. Chez d'autres malades la contractilité vésicale est réellement très diminuée, mais je pense que, même chez eux, l'affaiblissement de la puissance vésicale n'a le plus souvent aucun rapport avec la sclérose vésicale et que cette lésion ne joue dans les autres cas qu'un rôle secondaire et restreint dans la gêne de la miction. Toute question d'obstacle mécanique à la miction mise à part, si la sclérose vésicale était seule en jeu, la contractilité vésicale perdue ne devrait jamais revenir; or, il n'en est pas ainsi. Les examens manométriques démontrent que, chez le même malade, on trouve parfois, à un second examen, plus de contractilité qu'au début; de même la clinique nous montre tous les jours des améliorations considérables de la contractilité vésicale. Il faut donc admettre que d'autres causes que la sclérose du muscle, lésion définitive, interviennent dans l'inertie vésicale des prostatiques. Depuis longtemps M. Guyon a indiqué le rôle des phénomènes congestifs, et je pense qu'il faut en outre admettre des phénomènes nerveux d'ordre inhibitoire. Les phénomènes d'inhibition de la contractilité vésicale pourraient avoir leur point de départ dans l'obscur travail de prolifération glandulaire de la prostate, dans la congestion chronique, ou dans d'autres causes; et la dynamogénie de la contractilité, temporaire ou définitive, pourrait, elle aussi, être déterminée par des causes diverses.

Cette hypothèse peut expliquer comment, à la suite des opérations pratiquées sur la prostate elle-même ou sur l'appareil génital, on voit souvent la contractilité revenir dans des vessies depuis longtemps inertes; parfois même ce retour commence presque immédiatement après l'opération. De nombreux exemples de ce retour immédiat de la contractilité vésicale après la castration ont été publiés, et j'ai observé moi-même un malade, en rétention complète depuis six mois, qui commença à uriner six heures après la castration. J'ai vu deux malades, dont la rétention complète datait de cinq ans, uriner spontanément après la prostatectomie perinéale; un autre, dont la rétention complète datait de dix ans, urine maintenant à plein canal; à plusieurs reprises, j'ai vu des malades que j'opérais, et dont la vessie impuissante laissait avant l'opération s'écouler l'urine par la sonde en bavant, reprendre si vite la puissance vésicale que le liquide injecté par le drain périnéal ressortait par un fort jet avant même que le réveil chloroformique fût complet.

Quelle que soit l'hypothèse qu'on adopte pour expliquer ces faits, il est certain que, chez les prostatiques, la contractilité vésicale est plutôt endormie que réellement perdue.

Mais il importe de savoir jusqu'à quel point la contractilité vésicale peut revenir, puisque, comme nous l'avons dit, à la suite de vieilles lésions inflammatoires, on voit réellement un certain degré de sclérose. L'expérience seule pourra, dans l'avenir, nous fixer sur ce point. Aujourd'hui, je sais que, sur 29 malades opérés par la prostatectomie périnéale, 27 sont arrivés à vider facilement et spontanément leur vessie, même lorsque les lésions inflammatoires étaient intenses et la rétention de très longue durée (douze ans, dans un cas). Chez un autre malade en rétention complète, absolue, depuis cinq ans, la vessie ne garde plus après la miction qu'un résidu de 100 à 150 grammes ; un autre opéré conserve encore de 80 à 100 grammes de résidu, mais ces deux malades urinent facilement et spontanément.

Nous avons vu que la rétention d'urine, cause de tous les accidents graves dans l'hypertrophie de la prostate, est bien en rapport avec le développement de la glande, et que la contractilité vésicale n'est pas à jamais perdue ; il est donc logique d'enlever la prostate hypertrophiée dans l'espoir légitime de guérir le malade.

* * *

Résultat des autres traitements. — Avant d'exposer les résultats que j'ai obtenus par la prostatectomie périnéale, je vais indiquer sommairement ce qu'on obtient avec les autres modes de traitement. Je passe sur le traitement palliatif qui ne peut que retarder et non enrayer l'évolution de la maladie ; malgré l'emploi judicieux de la sonde et de l'antisepsie vésicale, le malade est exposé à la série des accidents esquissés plus haut. Les opérations pratiquées sur l'appareil génital ont déçu les espérances qu'elles avaient fait naître et ne sont plus guère recommandées par personne. L'opération de Bottini, très en vogue dans ces derniers temps, surtout en Allemagne, donne des résultats très incertains, et se trouve grevée d'une mortalité, variable suivant les statistiques, mais qu'on peut évaluer en moyenne à 10 pour 100. La prostatectomie sus-pubienne donne elle aussi des résultats incertains : tantôt les malades restent guéris pendant des années, tantôt l'amélioration n'est que temporaire, tantôt enfin le résultat est nul. La mortalité opératoire est d'ailleurs considérable et atteint 10 à 12 pour 100 des malades. Pour ces raisons, la prostatectomie sus-pubienne est de plus en plus délaissée. Cette opération n'atteint le but qu'elle se propose que lorsque l'obstacle à la miction se trouve autour du col ; or, presque toujours à l'obstacle cervical se surajoute un obstacle urétral d'importance majeure. Füller, en opérant par la voie hypogastrique, enlève très largement la prostate ; il obtient de meilleurs résultats que par le procédé ordinaire, mais la mortalité qu'il accuse est encore de 10 pour 100.

Reste la prostatectomie périnéale, née avec les travaux de Dittel, tombée ensuite dans l'oubli, et ressuscitée dans ces dernières années en Angleterre par Nicoll, en Amérique par Alexander, Pylt, Macias et Gonzalez. En France, les recherches cadavériques de Gosset et Proust donnèrent d'abord une technique précise permettant d'extirper méthodiquement la prostate, et la Thèse de Proust appela l'attention sur les avantages de la voie périnéale. Pourtant l'opération n'a guère été pratiquée, et jusqu'à la dernière réunion de l'Association française d'urologie, où je présentai un total de 16 opérés, on n'avait publié en France que des observations isolées, peu démonstratives : les observations de Tédenat, 3 cas qui me sont personnels, et les faits de Roux, de Jaboulay et d'Adenot. Rapportant à la Société de chirurgie l'observation d'Adenot, M. Tuffier disait, en Octobre 1901, qu'il n'avait que deux fois dans sa pratique trouvé d'indication à la prostatectomie; encore s'agissait-il d'opérations par la voie sus-pubienne.

Pour juger la prostatectomie périnéale, j'envisagerai la gravité opératoire et les résultats thérapeutiques d'après mon expérience personnelle. La pratique d'un seul chirurgien, lorsqu'elle est suffisamment étendue, permet de mieux juger une opération que des statistiques établies en réunissant les cas de plusieurs opérateurs. J'ajoute que les résultats obtenus par d'autres opérateurs sont, dans leur ensemble, analogues aux miens.

* * *

Gravité opératoire. — J'ai pratiqué à ce jour 35 prostatectomies périnéales; je n'ai perdu qu'un de mes malade. C'était un homme atteint de rétention chronique complète, avec des urines très purulentes et pyélonéphrite double; il supporta bien l'opération, mais, après avoir présenté une large escarre sacée, il finit par mourir cachectique cinq semaines après l'opération. Chez un autre malade j'ai eu des accidents sérieux d'infection de la plaie, dus à ce que la plaie perinéale avait été trop complètement fermée; habituellement il n'y a aucune élévation de la température après l'opération.

Cette bénignité opératoire est d'autant plus remarquable que je n'ai pas choisi mes cas et que beaucoup de mes opérés présentaient des accidents sérieux. Leur âge moyen est de soixante-trois ans, et 2 d'entre eux sont âgés de soixante-treize ans passés. Tous mes malades, sans exception, étaient infectés ; chez beaucoup, les urines étaient très purulentes ; plusieurs avaient des lésions rénales ou un mauvais état général. J'ai souvent eu à vaincre de grandes difficultés opératoires dues à l'épaisseur du périnée, à la friabilité de la prostate, ou au volume énorme de la glande.

C'est ainsi que, chez un vieillard de soixante-treize ans, qui se sondait depuis onze ans et n'urinait plus spontanément depuis un an et demi, j'ai enlevé une énorme prostate plus grosse que mes deux poings réunis, pesant 230 grammes : cet homme a guéri.

Après des résultats pareils, je suis en droit de dire : la prostatectomie périnéale est une opération peu grave.

* * *

Résultats thérapeutiques. — A ce point de vue, je dois distraire mes deux premiers cas, opérés par des procédés différents, des 33 autres dans lesquels j'ai suivi à peu de chose près la même technique opératoire.

En Mars 1900, je fis la prostatectomie par le procédé de Baudet chez un malade ayant une rétention incomplète de 150 à 180 grammes : la glande avait été en partie détruite par un abcès, et je réussis à l'enlever sans ouvrir l'urètre. Ce malade m'écrivit, en Octobre 1901, qu'il n'avait plus besoin de se sonder et qu'il vidait sa vessie.

J'opérai mon second malade par le procédé de Nicoll : accidentellement, j'ouvris le rectum, que je suturai, et l'urètre ; ce malade avait une rétention complète et je le vis pour la dernière fois quatre mois après l'opération ; à ce moment, il vidait bien sa vessie, mais il perdait encore beaucoup d'urine par la plaie périnéale.

Mes 33 autres malades ont été opérés par la technique que j'ai décrite à l'Association française d'Urologie. Empruntant au procédé de Nicoll la manière de décapsuler la prostate, à celui de Gosset et Proust ce qu'il a d'essentiel — l'hémisection de la glande avec ouverture de l'urètre et suture ultérieure de ce conduit —, j'ai ajouté le morcellement méthodique du tissu glandulaire. Je fais une *prostatectomie sous-capsulaire par morcellement méthodique*.

Je ne puis donner le résultat thérapeutique que de 31 malades sur 33 : un de mes malades a été perdu de vue avant sa guérison complète, et un autre, opéré le 26 Avril, étant encore en traitement.

Je rangerai mes 31 autres malades en trois catégories, suivant qu'ils étaient atteints de rétention complète récente, de rétention chronique incomplète, ou de rétention chronique complète.

Rétentions de date récente. — Cette catégorie comprend quatre malades ayant tous des rétentions complètes depuis quinze à vingt et un jours ; trois d'entre eux avaient déjà eu d'autres rétentions ; un autre, malade depuis un an, en était à sa première rétention. Ces quatre malades, opérés depuis six, huit et dix mois, sont complètement guéris : ils vident facilement leur vessie.

Rétentions chroniques incomplètes. — Sur 13 opérés, nous en avons 12 qui, opérés depuis depuis quatre à dix mois, n'ont plus besoin de se sonder; parmi eux, 7 vident complètement leur vessie, et 5 n'ont qu'un résidu de 12 à 30 grammes d'urine. Un seul malade, atteint depuis des années de cystite chronique et de pyélonéphrite, conserve encore un résidu de 80 à 100 grammes; ce malade est très amélioré depuis l'opération, et, s'il lave encore sa vessie une fois par jour, il a augmenté de 6 kilogrammes dans son poids. Un des malades de cette série vide sa vessie, mais, par un accident opératoire, il a une fistule urétro-rectale que je dois opérer.

Rétention chronique complète. — Sur 14 malades opérés, 13 sont complètement guéris ; tous ces malades vident complètement leur vessie et n'ont plus besoin de se sonder. Un de ces malades avait une rétention complète depuis trois mois ; 10, des rétentions de huit mois à deux ans ; chez 2, la rétention complète datait de cinq ans, et, chez un, de dix ans. Le plus ancien de ces opérés date de treize mois. Le douzième malade de cette série, qui était en rétention complète depuis cinq ans, garde encore, trois mois après l'opération, un résidu variant de 100 à 150 grammes. L'amélioration est considérable, et le malade ne se sonde plus qu'une fois par jour.

Ces chiffres ont leur éloquence : sur 31 opérés qui ont pu être suivis, 28 guérisons complètes, 2 très grandes améliorations, et un

seul accident de fistule recto-urétrale, qui guérira par une opération complémentaire, sans aucun danger. Mais les chiffres ne peuvent donner une idée du bénéfice que l'opération procure, de cette transformation de l'homme infirme en homme valide qui rend les opérés méconnaissables.

Ces résultats ont dépassé ce que j'attendais de l'opération, et on ne peut leur objecter que d'être trop récents, puisque ma plus ancienne opération de cette série ne date que de treize mois; mais tout fait prévoir que les résultats obtenus se maintiendront. Aucun de ces malades n'a plus eu besoin de se sonder; tous ont vu leurs urines devenir plus claires ou même absolument limpides, en même temps que l'état général s'améliorait; aucun n'a eu la moindre alerte depuis l'opération. Les malades ont pu reprendre leurs occupations; il en est qui ont fait de longs voyages; l'un d'eux, dont la rétention complète datait d'une année, a fait les vendanges l'été dernier, et continue en parfaite santé.

La longue série de mes opérés démontre que la prostatectomie périnéale est moins grave et donne des résultats incomparablement supérieurs à ceux des autres opérations pratiquées dans le but de guérir l'hypertrophie de la prostate.

Comparant d'un côté l'évolution de l'hypertrophie prostatique soignée par les moyens palliatifs, d'un autre côté les résultats de la prostatectomie périnéale, je crois que, d'une manière générale, l'indication opératoire existe chez tous les prostatiques, lorsque la glande a acquis un certain volume.

Sans doute, pendant la première période de la maladie, lorsqu'il n'y a pas encore de rétention d'urine, on peut différer l'opération. Même dans ces conditions, si les symptômes sont gênants, et si la glande est grosse, on peut opérer avec avantage.

Lorsque la rétention incomplète chronique s'établit, l'indication opératoire est nette; elle devient plus pressante chez les malades dont le résidu vésical progresse malgré le cathétérisme, et surtout chez ceux qui se sondent de plus en plus difficilement.

Dans les cas de rétention complète, quelque ancienne que soit la rétention, on doit, à mon avis, opérer.

Mais ici, comme ailleurs, il existe des contre-indications opératoires. En attendant que l'expérience m'apprenne ce que j'ignore encore, je n'opère pas les personnes très âgées lorsqu'elles peuvent se sonder facilement; je m'abstiens en cas de péricystite et de périprostatite intenses; lorsqu'il existe des lésions rénales graves et doubles; enfin lorsque la cachexie urinaire avancée, ou d'autres causes tenant à l'état général des malades, contre-indiquent une intervention importante.

Autant que possible, je choisis pour opérer une période de calme, lorsqu'il n'y a pas de forte poussée congestive, lorsqu'il n'existe pas de fièvre. Les malades qui se présentent pendant ces épisodes aigus sont d'abord traités par les moyens palliatifs, suivant les préceptes établis par M. Guyon, et opérés ensuite. Au besoin, si le traitement palliatif reste impuissant, je passe outre et j'opère quand même.

Je crois que l'infection vésicale, et même l'infection générale d'origine vésicale, chez les prostatiques peuvent être des indications de la prostatectomie périnéale : l'analogie est évidente avec ces mêmes infections que, chez les rétrécis, M. Guyon nous a appris à soigner par l'urétrotomie. Dans l'infection urinaire fébrile d'origine vésicale chez les prostatiques, on doit, à mon avis, commencer par l'emploi de la sonde à demeure dont M. Guyon a démontré les merveilleux résultats; lorsque la sonde est impuissante, il est de règle d'avoir recours à la cystostomie sus-pubienne de Poncet. Mon expérience personnelle de la cystostomie sus-pubienne dans ces cas est si décevante, que, dorénavant, je traiterai ces malades par la prostatectomie, qui assure un drainage plus efficace. Je ne craindrai pas d'opérer dans ces cas, comme je ne crains pas de faire la néphrostomie dans une pyonéphrose grave.

Parmi les malades que j'ai opérés, 11 étaient des calculeux : j'ai enlevé en même temps leur prostate et leurs calculs. Autrefois j'aurais lithrotitié ces malades; deux raisons principales m'ont décidé à agir autrement.

On sait — mon maître Guyon l'a bien montré et je l'ai vérifié maintes fois — qu'après la lithotritie on voit souvent les prostatiques uriner plus difficilement qu'avant l'opération. Le calcul entretient un certain degré d'irritation qui permet à la vessie de se vider relativement bien; lorsque la pierre n'existe plus, la rétention incomplète augmente et parfois même devient complète. Il est logique d'enlever la prostate avec le calcul, non seulement parce que les malades sont des prostatiques, mais encore pour éviter les suites fâcheuses de la lithotritie.

Mais une autre raison milite en faveur de l'opération périnéale : je veux parler des récidives. On sait combien fréquentes sont les récidives des calculs vésicaux chez les prostatiques, aussi bien après la lithotritie qu'après la taille hypogastrique. Or, cette fréquence des récidives est due au volume de la prostate. Lorsqu'il s'agit de calculs uriques, primitifs, la récidive est fréquente, parce que les calculs s'accumulent au niveau du bas-fond, derrière la saillie de la prostate qui les empêche d'être poussés au dehors, vers l'urètre. Lorsque les calculs sont phosphatiques, secondaires, la récidive, plus fréquente, est due encore à l'existence de ce bas-fond vésical, véritable laboratoire où le calcul naît et grandit aux dépens de l'urine décomposée. La prostatectomie périnéale, en déterminant la disparition du bas-fond, doit mettre en garde contre la récidive des calculs.

Ce n'est plus là un raisonnement purement théorique. Deux de mes calculeux opérés par la prostatectomie, et qui ne rendaient jamais de calculs spontanément, ont, à plusieurs reprises, uriné des graviers depuis leur opération. Un de ces malades avait déjà subi, pour ses calculs, dans l'espace de deux ans et demi, 12 lithotrities et une taille hypogastrique.

INFLUENCE DU RÉGIME ALIMENTAIRE
SUR LA GENÈSE DE LA LITHIASE BILIAIRE

Par **E. DUFOURT** (de Vichy).

Au siècle où nous vivons, les préceptes de l'Ecole de Salerne ne sont guère en honneur : le développement fébrile de l'activité humaine, les préoccupations causées par le besoin de luxe et de bien-être toujours grandissant ne leur sont pas favorables. Trop de conditions extrinsèques s'opposent à ce que l'homme, qui se croit en bonne santé, suive les principes d'une alimentation rationnelle; mais les médecins s'efforcent heureusement de les faire prévaloir dans leur thérapeutique. En effet, le monde médical s'est de plus en plus convaincu de l'importance du régime dans les maladies chroniques, en présence des échecs quotidiens de la pharmacopée, plus compendieuse cependant qu'elle ne l'a jamais été. L'expérience nous a conduits, dans nombre de maladies, à un code de diététique qui rend les plus grands services aux patients lorsqu'ils veulent bien s'y soumettre. Pour certaines affections, les bases du régime sont insuffisamment établies et réclament de nouvelles études. Il en est ainsi pour la lithiase biliaire. En pareille matière, la prééminence est à la clinique, quitte à l'expérimentation à expliquer les faits. C'est pourquoi il m'a paru qu'il serait de quelque utilité de faire connaître les deux observations suivantes :

Observation I. — M. S..., âgé de quarante-six ans, homme politique, ne présente pas d'antécédents héréditaires qu'il y ait lieu de signaler. Il a eu une vie extrêmement agitée par des luttes de toute nature. Il a toujours été sobre, ennemi de l'alcool, mais s'est livré souvent à des excès de travail cérébral.

A la fin de 1898, il s'aperçut qu'il maigrissait rapidement; l'amaigrissement était accompagné d'une petite toux sèche. L'examen médical fit constater un début de tuberculose pulmonaire avec localisation au sommet droit. Pendant l'année 1899, le malade se mit au repos, fit un séjour dans les Pyrénées et se suralimenta avec énergie. Le régime suivi était mixte, mais la viande y prédominait, soit cuite, soit crue. A la suite de ce traitement, la toux cessa, l'amaigrissement s'arrêta et fit place à un embonpoint relatif. En Février 1900, M. S... éprouva pour la première fois des douleurs hépatiques, et l'on constata que la vésicule biliaire était volumineuse. Deux mois après, il survint de l'ictère sans fièvre, le malade maigrit de nouveau et s'affaiblit; il dut rester presque alité en Mai et Juin. La convalescence fut longue; elle était cependant terminée en Octobre, lorsqu'il y eut, à huit jours d'intervalle, deux crises aiguës de colique hépatique, la deuxième accompagnée d'ictère. Cette fois, l'ictère ne dura que quelques jours. Depuis cette époque, M. S... n'a pas eu de nouvelle atteinte du côté de son foie. Actuellement, l'aspect général est bon, il n'y a pas de toux, on constate seulement de la submatité au sommet droit en arrière. A ce niveau, la respiration est rude; en avant, elle présente le rythme saccadé. Le bord du foie dépasse les côtes d'un travers de doigt, il est sensible à la pression.

Observation II. — Mlle B..., âgée de vingt-sept ans, sans profession. Son père est neurasthénique, sa mère a eu des coliques hépatiques. Elle est migraineuse et a toujours été assez mal réglée. Sa tendance précoce à l'embonpoint devint de l'obésité vers l'âge de vingt-quatre ans, et elle arriva à peser 95 kilogrammes, quoiqu'elle soit de taille moyenne. Il s'agit donc bien nettement ici d'un terrain arthritique. Au commencement de l'année 1899, voulant absolument se faire maigrir, elle imagina de suivre le régime que voici : à midi, une côtelette; le soir, à 7 heures, un beefsteak avec une quantité de pain ne dépassant pas 100 grammes par jour; comme boisson, de l'eau en petite quantité, aucun autre aliment. Elle suivit ce système pendant dix mois; durant tout ce temps, il n'y eut aucun trouble digestif, notamment pas de constipation. Le résultat cherché fut obtenu : la malade perdit 25 kilogrammes et, à la fin de 1899, elle ne pesait plus que 70 kilogrammes. Mais à cette époque survinrent des accès de colique hépatique. Il y en eut trois ou quatre pendant l'année 1900, suivis chaque fois

de l'apparition de la coloration acajou des urines, sans que l'ictère tégumentaire fût net. Depuis trois mois, les crises sont plus fréquentes et apparaissent en moyenne deux fois par mois. Le régime carné exclusif a fait place, bien entendu, à un régime mixte, le poids se maintient autour de 70 kilogrammes, la fréquence des crises entravant l'alimentation. Le foie ne paraît pas volumineux, la vésicule biliaire ne peut être perçue d'une manière précise, mais elle est nettement douloureuse à la pression.

* * *

L'observation I montre l'influence de la suralimentation sur le développement de la lithiase biliaire. Mais la suralimentation a porté ici, comme presque toujours, sur les albuminoïdes, sur la viande crue ou cuite. D'une façon générale, l'ingestion des hydrocarbonés est limitée par le volume même de ces substances, dont on ne peut que difficilement absorber une quantité exagérée. Les graisses en forte proportion amènent rapidement la satiété et le dégoût, et, en somme, une diminution de l'appétit qui va à l'encontre du but que l'on se propose. L'alimentation carnée, d'autre part, jouit à juste titre d'une réputation particulière dans le traitement de la tuberculose, et nombre de malades l'acceptent plus facilement que toute autre. Il n'y a pas lieu, toutefois, de rejeter le rôle nocif que peut avoir l'excès des ingesta, quels qu'ils soient.

Dans la deuxième observation, il n'y avait pas excès alimentaire. Il est certain, au contraire, que la ration était insuffisante, comme il est facile de s'en assurer par un calcul rapide. La quantité de viande consommée n'a jamais été de plus de 500 grammes par vingt-quatre heures ; en acceptant ce chiffre comme moyenne, et en admettant l'hypothèse la plus favorable, à savoir qu'il s'agissait de viande grasse, le chiffre de calories ainsi produit était de $5 \times 337 = 1.685$ [1] calories. Les 100 grammes de pain représentent environ 260 calories. Cette jeune fille ingérait donc de quoi fournir 1.945 calories. Si on la considère à la période moyenne de son amaigrissement, ayant perdu déjà 12 kil. 1/2, elle pesait 82 kil. 5. Travaillant faiblement, elle devait dépenser $34,9 \times 82,5 = 2.879$ [2] calories. Il y avait donc à ce moment un déficit équivalent à 934 calories. C'est à combler ce déficit qu'était employée la quantité de graisse disparue. Ce sont là, bien entendu, des données tout à fait approximatives, qui cependant ont l'avantage de faire pénétrer l'observateur plus intimement dans l'analyse des phénomènes.

Le sujet a donc vécu pendant ces dix mois en partie aux dépens de ses réserves graisseuses, et le résultat a été une perte de poids de 25 kilogrammes. Sans doute, la lithiase biliaire est venue sur un terrain favorable, les antécédents héréditaires ou personnels de la malade l'y prédisposaient. Mais les crises hépatiques ont apparu précisément après qu'elle eût suivi un régime anormal, et cela d'une manière prolongée, sans qu'il y ait eu aucune de ces conditions particulières dont l'influence est indéniable, comme une grossesse, une infection, telle que la fièvre typhoïde, sans même aucun trouble digestif préalable. Il est difficile de croire que cette viciation du régime alimentaire n'a joué aucun rôle. Dire que la suralimentation dans le premier cas, l'alimentation carnée dans le deuxième, ont créé la lithiase biliaire, ce serait assurément dépasser ma pensée, mais il me paraît qu'on ne peut se refuser à leur reconnaître une influence nettement favorisante qu'il est du reste facile d'expliquer.

Deux théories se partagent encore le monde médical au point de vue de la formation des calculs biliaires : celle de la nature humorale de la maladie, et celle de l'origine locale. La première admet que la modification humorale génératrice est commandée par le retard des échanges. Dans la seconde théorie, il y aurait toujours inflammation catarrhale de la vésicule, inflammation qui aboutirait à la formation de concrétions solides. Il s'agirait d'un catarrhe lithogène, causé le plus souvent par l'infection de la vésicule. Il faut se demander, dans les deux hypothèses, quels peuvent être les effets d'une alimentation viciée par sa quantité anormale ou par sa qualité exclusivement carnée.

Que la suralimentation retarde les échanges, le fait ne paraît pas douteux. L'organisme devient impuissant à comburer la quantité de matériaux qui lui sont apportés ; il en résulte l'accumulation de graisse et de nombreux déchets dont ceux des albuminoïdes tout au moins sont acides. M. Bayrac a montré que le gros mangeur a un coefficient azoturique bas, qui se rapproche de 80, alors que la moyenne est 84 et même davantage ; l'utilisation des aliments azotés se fait moins bien chez lui que chez l'homme sobre. Ce résultat se produit d'autant plus facilement que le sujet fait moins d'exercice physique. Les repas copieux déterminent de l'hypertension artérielle, hypertension qui se rencontre chez la plupart des bradytrophiques.

Les faits recueillis par la médecine traditionnelle militent dans le même sens. S'il est, en effet, une maladie où les excès de table jouent un rôle prépondérant, c'est la goutte acquise ; elle a presque disparu de certains pays, parallèlement à la suppresion des excès alimentaires. Dans l'ancienne Rome, au temps des empereurs, lorsque le culte de la bonne chère remplaça celui des dieux évanouis, la podagre devint fréquente. Il en fut de même en Orient, lors de la splendeur de l'empire arabe, tandis qu'actuellement les goutteux sont rares en Italie et en Turquie. Or, la goutte présente au plus haut degré les caractères de la nutrition ralentie.

Si l'on examine les effets d'une alimentation surabondante au point de vue de la sécrétion biliaire, on constate que les expérimentateurs sont unanimes pour admettre que la richesse des ingesta, spécialement en albuminoïdes, augmente la quantité de la bile aussi bien au point de vue de l'eau que des sels et de la matière colorante. D'apès ces données, les meilleurs cholagogues seraient de copieux repas. Donc, à n'envisager que ce côté de la question, on serait amené ainsi à surcharger l'alimentation des lithiasiques biliaires ; tous les cliniciens protesteront avec raison, car les effets obtenus seraient déplorables.

C'est qu'il intervient d'autres facteurs, dont l'appréciation est délicate. Le foie, un des organes les plus vasculaires de l'économie, subit physiologiquement une augmentation de volume notable après chaque repas. Si l'abondance des substances ingérées lui demande un travail qu'il est impuissant à fournir, l'hypérémie périodique devient une véritable congestion qui peut même s'établir à l'état permanent. En outre, la limite de l'énergie fonctionnelle du foie est des plus variables ; il y a des méiopragies acquises et des méiopragies héréditaires : c'est pourquoi tel foie supportera sans dommage pendant des années des excès de liquides ou de solides, alors que tel autre sera depuis longtemps insuffisant. Les modifications que subit la sécrétion biliaire dans la congestion hépatique sont mal connues ; on sait cependant qu'elle devient épaisse et remarquablement chargée en matière colorante, ce qui est défavorable à son écoulement et par conséquent favorable à la formation de concrétions. Au point de vue microbien, c'est aussi une condition heureuse pour la pullulation des organismes inférieurs. De plus, Naunyn a constaté que, dans les biles riches en bilirubine, il est plus facile d'obtenir un précipité par addition de chaux. L'on sait que ces précipités de bilirubinate de chaux forment, dans l'immense majorité des cas, le noyau autour duquel la cholestérine se dépose. D'autre part, la suralimentation s'accompagne facilement de catarrhe duodénal, qui peut entraîner de l'angiocholite par propagation, avec ou sans ascension des microbes de l'intestin.

C'est le régime carné presque exclusif qui paraît devoir être incriminé dans la deuxième observation. Or, il agit sur les mutations nutritives dans un sens qui a été maintes fois précisé. L'alimentation carnée se comporte comme une intoxication acide ; la démonstration en est donnée par l'accroissement de la quantité d'ammoniaque éliminée, résultat qui traduit l'augmentation des acides dans l'économie ; car les acides s'emparent de l'ammoniaque qui ne peut plus se transformer en urée. Le même phénomène ne se produit pas chez les herbivores, dont les ingesta apportent suffisamment d'alcali pour neutraliser les acides et libérer l'ammoniaque.

En effet, l'albumine fournit abondamment de l'acide sulfurique et de l'acide phosphorique ; aussi voit-on, sous l'influence de l'alimentation albuminoïde, l'ammoniaque de l'urine augmenter notablement. Coranda a trouvé sur lui-même, avec une nourriture végétale 0,399 d'ammoniaque par jour, avec une nourriture mixte 0,642, et avec une nourriture carnée 0,875. Les tissus se protègent donc eux-mêmes contre l'intoxication acide par la production d'ammoniaque, mais il est fort probable que cela est au détriment de la réaction alcaline des cellules, réaction qui est la condition indispensable d'un bon fonctionnement. Le régime carné exclusif crée en somme une dyscrasie acide qui n'a pas son contrepoids dans une introduction suffisante de bases minérales. Dans un tel organisme, toutes les manifestations de l'arthritisme, entre autres la lithiase biliaire, pourront apparaître.

A l'influence nocive dont je viens de parler, il faut ajouter celle de la toxicité de la viande, toxicité qui lui est spéciale, et n'appartient pas à tous les albuminoïdes. MM. Bouveret et Devic ont vu que les sels contenus dans 22 gr. 70 de viande de bœuf suffisent pour déterminer des convulsions et mettre en état de mort apparente un lapin de 1 kilogramme, tandis que les cendres de 47 gr. 40 de blanc d'œuf produisent simplement de la diurèse chez un lapin de même poids.

Que si l'on recherche ce qui se passe au niveau de la vésicule biliaire dans le cas de l'alimentation carnée dominante, on voit que là aussi il survient des phénomènes qui favorisent la formation des calculs. La bile devient plus abondante, mais aussi plus riche en matière colorante ; la bilirubine, s'il y a excès de chaux, se précipitera d'autant plus facilement pour former ces noyaux qui sont le point de départ habituel des concrétions. Il faut ajouter qu'il est rare que l'usage exclusif de la viande ne détermine pas un certain degré de constipation, qui s'accompagne naturellement d'un retard dans l'évacuation de la vésicule et crée ainsi une stagnation favorable à l'envahissement des voies biliaires par les microorganismes de l'intestin grêle.

* * *

En résumé, l'étude des modifications que subit l'économie sous l'influence soit de la suralimentation, soit de l'alimentation carnée exclusive, confirme ce que la clinique nous enseigne. Quelque théorie pathogénique que l'on admette, on ne peut se désintéresser de la question du régime des lithiasiques. Dire qu'il faut exclure les aliments épicés, les graisses, l'alcool, est insuffisant. Dire que les albuminoïdes sont les meilleurs cholagogues est dangereux. Il y a lieu de prémunir les malades contre les excès des ingesta, quels qu'ils soient, et, d'autre part, il faut réduire la viande au minimum, les hydrocarbonés et les légumes herbacés ayant d'ailleurs d'autres avantages sur lesquels je n'ai pas à insister dans cette courte note.

---

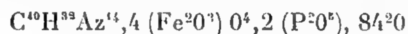
1. 100 grammes de bœuf ou de mouton gras fournissent 337 calories (Kœnig).
2. 34,9 serait le chiffre de calories dépensé par jour et par kilogramme pour un adulte soumis à un travail faible (Rübner).

MÉDECINE PRATIQUE

LE NUCLÉINATE DE FER

Dans ces derniers temps, à l'étranger, d'intéressantes recherches ont été faites sur un sel de fer, le *nucléinate de fer*, desquelles il résulte que nous pouvons nous considérer aujourd'hui comme en possession d'un nouveau médicament martial très assimilable et partant des plus actif.

Le nucléinate de fer a la formule suivante :



$$C^{40}H^{33}Az^{14},4\,(Fe^2O^3)\,O^4,2\,(P^2O^5),\ 8H^2O$$

C'est un sel qui se trouve normalement dans l'œuf des animaux ovipares et c'est à ses dépens que se forme la totalité de l'hémoglobine de l'embryon. De ce seul fait, n'était-on pas en droit de se demander si, ingéré dans l'estomac d'un animal adulte, le nucléinate de fer n'allait pas contribuer à fournir le fer nécessaire à l'édification de l'hémoglobine de cet animal ?

Nous allons voir jusqu'à quel point cette hypothèse a été vérifiée par l'expérimentation, en nous appuyant sur des travaux dont M. Dor, chef de laboratoire de la Faculté de médecine de Lyon, a publié récemment les résultats dans *Lyon médical*, travaux qui nous permettent de définir certaines propriétés de ce sel de fer encore peu connu.

*
* *

Un fait qu'il importe tout d'abord de rappeler, et qui a été bien mis en lumière par Bunge, c'est que tous les sels de fer, organiques ou inorganiques, subissent dans l'estomac une première transformation en chlorure : une petite quantité de ce chlorure est absorbée directement dans le sang (chose d'ailleurs nuisible), mais la plus grande partie est précipitée par les sucs alcalins du duodénum et passe à l'état d'oxyde de fer.

C'est sous cette forme que les cellules du duodénum absorbent le fer, par une véritable phagocytose ; puis les globules blancs, riches en acide nucléinique, interviennent, s'emparent de l'oxyde de fer et le transforment en nucléinate de fer, lequel s'accumule dans le foie, dans la rate et dans la moelle osseuse. Ultérieurement, il est vrai, s'effectuera une transformation en ferrate d'ammoniaque, et c'est sous cette forme que, d'après Brasch, se trouve le fer dans la molécule hématine, une des composantes de l'hémoglobine ; mais il n'en est pas moins établi que, pendant l'une de ses phases, le fer assimilable est à l'état de nucléinate, absolument comme dans l'œuf.

Or voyons, d'autre part, ce qui se passe lorsque le nucléinate de fer est ingéré par la bouche. Ce sel, au contraire des autres sels de fer, n'est attaqué ni par le suc gastrique, ni par le suc pancréatique ; par conséquent, à aucun moment il ne donnera naissance à du chlorure de fer, et c'est déjà un fait important.

Mais passe-t-il directement au travers du jéjunum, à l'état de nucléinate, pour être absorbé comme tel et s'accumuler dans le foie, la rate, la moelle, sans avoir subi aucune transformation ? ou bien est-il réduit à l'état d'oxyde de fer, et n'est-ce pas le même nucléinate qui se trouve dans le tube digestif et dans les globules blancs après le passage au travers de la paroi intestinale ? Ce point n'est pas fixé et mérite de nouvelles recherches. Toujours est-il que le nucléinate de fer ingéré par la voie buccale se retrouve sous cette forme dans le foie et qu'il est, par suite, naturel de penser que l'ingestion de nucléinate est la meilleure manière de fournir à l'organisme le fer qui lui est nécessaire, soit qu'il l'absorbe directement, soit qu'il en utilise les éléments.

En fait, expérimentant avec deux nucléinates de fer différents — l'un préparé avec de la caséine, l'autre avec des laitances — sur trois lapins mâles de la même portée et du même poids, l'un servant de témoin, le second recevant tous les jours 10 centigrammes de nucléinate de caséine, le troisième 10 centigrammes de nucléinate de laitances, M. Dor a trouvé les quantités suivantes de fer dans le foie des animaux sacrifiés au bout de dix jours :

Lapin témoin	0 gr. 041
Lapin nº 2	0 — 063
Lapin nº 3	0 — 063

Comme le nucléinate de fer contient 20 pour 100 de fer, on voit que chaque lapin a reçu 20 centigrammes de fer et en a fixé, en chiffres ronds, 20 milligrammes : il est donc bien acquis que le fer du nucléinate est assimilable.

Les recherches de M. Dor montrent, en outre, que tous les nucléinates de fer ont la même action, quelle que soit leur provenance : laitance ou caséine.

D'autre part, Salkowski a démontré que le nucléinate de fer ingéré, par la voie buccale, fournit à l'organisme une plus grande quantité de fer réellement assimilé que les autres sels de fer.

En donnant comparativement à des lapins des doses égales de fer sous forme d'albuminate de fer, de ferratine (?) et de nucléinate de fer, et en dosant ensuite le fer dans le foie, il a trouvé que si le chiffre 3 correspondait à la quantité de fer contenue dans le foie des animaux témoins, et le chiffre 4 à la quantité de fer contenue dans le foie des animaux traités par l'albuminate de fer, c'était le chiffre 9 qui exprimait la quantité de fer trouvée dans le foie des animaux qui avaient pris du nucléinate de fer.

*
* *

Passant maintenant à l'expérimentation thérapeutique, nous voyons que Klemperer a publié de fort remarquables résultats obtenus chez les chlorotiques ; les chiffres qu'il donne et qui expriment l'augmentation de la valeur globulaire sont tout à fait éloquents.

M. Dor, expérimentant sur lui-même, a d'abord noté qu'il était possible d'ingérer pendant plusieurs jours 1 et même 2 grammes de nucléinate par jour sans en ressentir aucun inconvénient. Cependant, il n'a jamais ordonné à ses malades de doses supérieures à 0 gr. 50 ; ces doses ont toujours été très facilement supportées. Quant aux résultats cliniques obtenus, ils ont été également des plus probants et confirment ceux de Klemperer.

Néanmoins, ces premiers résultats demandent encore à être confirmés par de nouvelles études de clinique expérimentale : aujourd'hui une étude cytologique complète du sang des individus soumis au nucléinate de fer permettra de définir rigoureusement la valeur thérapeutique de ce sel dans les divers cas d'insuffisance hématique.

J. Dumont.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

20 Mai 1902.

La thrombose cardiaque dans la diphtérie. — *MM. Deguy et Benj. Weill* relatent l'observation d'une fillette entrée le 23 Avril pour une diphtérie survenue pendant la convalescence de scarlatine. Une première injection de sérum n'ayant pas amené la disparition complète des fausses membranes, on en fait au bout de six jours une seconde. La gorge reste néanmoins rouge, il y a de l'albumine dans l'urine, l'état général reste mauvais et l'enfant est très abattue. Le 4 Mai, l'adynamie s'accuse, des vomissements apparaissent et la température monte à 38°6. L'examen du sang pris dans la pédieuse montre la présence du diplocoque perlucidus. Le lendemain, la situation s'aggrave et l'enfant succombe dans le collapsus. Une prise de sang faite deux heures après la mort permet de constater la présence des diplocoques perlucidus.

A l'autopsie on trouva un foie infectieux, du liquide citrin dans les plèvres et le péritoine. Le cœur était dilaté et contenait un thrombus adhérent à la pointe où il existait une endocardite manifeste. La rate renfermait des infarctus typiques.

Le rein était atteint de néphrite épithéliale. Les thrombus du cœur et de la rate renfermaient le diplocoque perlucidus.

D'après MM. Deguy et Benj. Weill, il s'agissait dans ce cas d'une septicémie à diplocoques qui était la cause de l'endocardite apexienne, et qui explique la gravité de l'épidémie de diphtérie qui règne actuellement. Les enfants guérissent de leur diphtérie, mais succombent à la septicémie.

Rhumatisme chronique des grandes articulations. — *M. Variot* montre un garçon de douze ans qui, à la suite d'une scarlatine, a été pris d'un rhumatisme articulaire localisé aux grandes articulations (épaules, coudes, hanches, genoux). Les doigts sont libres. Il y eut dans la suite ankylose de toutes les articulations prises et troubles trophiques de la peau qui est dure, infiltrée, œdématiée, couverte de squames. Il ne s'agit donc pas là d'un rhumatisme déformant, puisque les articulations des mains et des doigts sont intactes.

Ces cas sont rares, et M. Variot n'a trouvé dans la littérature médicale qu'un seul autre cas publié par Henoch.

L'enfant fut traité sans grand succès pendant cinq mois par des bains chauds, le massage et les iodures. Il semble aller mieux depuis qu'on lui donne du jus de citron (six citrons par jour), d'après la méthode préconisée par M. Desplats (de Lille).

Scoliose. — *M. Coudray* revenant sur la communication faite dans la séance précédente par M. Chipault, insiste sur l'utilité d'un traitement général et principalement sur l'utilité du chlorure de calcium qui permet aux phosphates de se fixer dans le tissu osseux.

M. Variot fait remarquer que la meilleure façon d'administrer des phosphates consiste à donner du lait qui, lorsqu'il est bon, renferme 4 grammes de phosphates par litre.

Présentations. — *M. Guinon* montre les reins atteints d'hydronéphrose d'un enfant qui a succombé à une diphtérie en apparence bénigne, mais accompagnée de dyspnée qui a nécessité le tubage et la trachéotomie.

M. Mauclaire montre les pièces provenant d'un enfant de huit jours qui a été apporté à l'hôpital avec des symptômes d'obstruction intestinale et a succombé quelques heures plus tard. A l'autopsie on trouva un intestin grêle terminé en cul-de-sac ; le gros intestin était atrophié, mais perméable.

M. Richardière présente une fille de quatre ans et demi atteinte de myxœdème congénital. Elle mesure 65 centimètres et pèse dix huit livres. Le traitement thyroïdien, institué depuis huit jours, a fait remonter la température.

M. Villemin montre : 1° un garçon de onze ans auquel il a enlevé un énorme polype naso-pharyngien après résection du maxillaire supérieur ; il n'y a pas de récidive depuis cinq mois ; 2° un foie cancéreux provenant d'un enfant de deux ans et demi, et opéré d'un gliome de la rétine un an auparavant.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

21 Mai 1902.

Sur le diagnostic de l'appendicite gangreneuse. — *M. Mignon*, revenant sur la communication de M. Quénu, rapporte trois cas d'appendicite gangreneuse qu'il a particulièrement bien étudiés au point de vue symptomatologique. De ces observations il semble résulter que ni le mode de début, ni les caractères (intensité, siège) des douleurs spontanées ou provoquées, ni la nature des troubles digestifs, ni la température, ni le pouls, ne sont suffisamment caractéristiques pour permettre de faire le diagnostic précoce de l'appendicite gangreneuse. Celui-ci ressortira plutôt de l'aspect général du malade, aspect qui d'ordinaire est celui des toxémies graves. Les trois malades de M. Mignon sont morts : dans deux cas, l'autopsie révéla l'existence de ganglions dans le méso-appendice ; il n'est pas fait mention de ganglions mésentériques.

Sur les abcès gazeux sous-phréniques. — *M. Rochard*, à propos de la présentation de malades faite dans la précédente séance par M. Lejars, relate un cas d'abcès gazeux sous-phrénique observé par *M. Couteaud*, médecin de la marine à Madagascar, et qui est intéressant par ce fait que la lésion causale de l'abcès a échappé aux investigations nécropsiques les plus minutieuses. Les accidents avaient débuté à la suite de l'ingestion d'une grande quantité d'eau froide ; mais ce n'est qu'onze jours après que le

malade entra à l'hôpital dans un état d'ailleurs fort grave. L'épigastre était le siège d'une grosse tuméfaction donnant à la palpation un bruit hydro-aérique. La laparotomie pratiquée *in extremis* permit d'évacuer une grande quantité de liquide mélangé de gaz et de fausses membranes. Le malade survécut encore vingt jours à l'opération, puis succomba à des accidents cholériformes dus fort probablement, d'après M. Rochard, aux fréquentes injections de sublimé au millième qu'on avait cru devoir faire dans la poche.

L'autopsie révéla, en effet, que celle-ci était en pleine voie de cicatrisation. La recherche de la lésion causale de l'abcès montra qu'il n'y avait rien du côté du foie, de l'estomac, du duodénum, du cœcum, de l'appendice, non plus que la moindre trace de tuberculose péritonéale. Aussi M. Couteaud, en raison des accidents intestinaux présentés par le malade (accidents que M. Rochard interprète différemment comme nous venons de le voir), avait-il pensé que l'origine de l'abcès était dans une adénite suppurée consécutive à une entéro-colite grave. M. Rochard estime plutôt qu'à la suite de l'ingestion d'une quantité énorme d'eau, il s'était fait une petite perforation gastrique avec épanchement limité par des adhérences anciennes, et que cette petite perforation s'était rapidement cicatrisée pendant que l'épanchement évoluait sous forme d'abcès.

M. Lejars partage l'hypothèse de M. Rochard. Cependant il regrette que le côlon transverse n'ait pas été minutieusement exploré, car il existe quelques faits de perforation petite du côlon transverse ayant donné lieu à des abcès gazeux sous-phréniques.

Rupture de la portion membraneuse de l'urètre par une luxation de la symphyse pubienne; fracture verticale du bassin; opération : guérison. — *M. Chaput*, pour faire suite à la communication de M. Mignon dans la dernière séance, relate l'observation d'un homme de quarante-quatre ans qui fut renversé par une voiture, laquelle lui passa sur le bassin. Les symptômes présentés par le malade à la suite de ce traumatisme,—savoir : écoulement de sang par l'urètre, impossibilité de la miction et du cathétérisme, tuméfaction et ecchymose périnéales, douleurs provoquées par la compression du bassin, surtout au niveau de la crête iliaque, de la symphyse pubienne et des ischions, — firent porter le diagnostic de fracture du bassin avec rupture de l'urètre. M. Chaput fit une incision verticale du périnée, mais il lui fut absolument impossible de trouver le bout central de l'urètre. Il eut alors recours à la taille hypogastrique dans le but de faire le cathétérisme rétrograde. Ce faisant, il constata l'existence, non pas d'une fracture, mais d'une luxation du pubis droit en arrière. Le cathétérisme rétrograde fut des plus faciles. Après suture de la vessie, M. Chaput effondra le diaphragme uro-génital et fit passer un drain allant de l'hypogastre au périnée. Ce drain fut enlevé au bout de quatre jours, la sonde à demeure au bout de deux mois. Le malade sortit complètement guéri, mais avec une légère claudication causée par le déplacement de l'os coxal droit non réduit.

A la suite de sa communication, M. Chaput montre une radiographie de son malade sur laquelle on constate une fracture verticale de l'ilium située à quatre travers de doigt environ en avant de l'épine iliaque postéro-supérieure, et s'étendant jusqu'à la grande échancrure sciatique. La luxation du pubis est également très visible.

Tumeur stercorale fixée dans l'intestin; cæcotomie ; guérison. — *M. Guinard* fait un rapport sur une observation adressée à la Société par *M. Pluyette* (de Marseille). Il s'agit d'un homme entré à l'hôpital avec de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite. A l'exploration on découvrit une tumeur de la région cœcale, grosse comme une noix, et très mobile dans tous les sens. S'agissait-il d'un testicule ectopique, d'un rein flottant, d'un polype cœcal, d'une appendicite, d'une néoplasie maligne ? Le diagnostic resta en suspens. A l'opération, on s'aperçut qu'il s'agissait d'une tumeur intra-cœcale, dont la cœcotomie révéla la nature : c'était un calcul intestinal développé autour d'un repli de la muqueuse cœcale qui lui constituait ainsi une sorte de pédicule. Section de ce repli et suture ; guérison sans complication. Le calcul était formé par plusieurs couches de matières stercorales dont le centre était occupé par des pépins de raisin. — M. Guinard ajoute qu'il n'a pu trouver de cas semblable dans la littérature.

Extirpation du ganglion ciliaire comme traitement du glaucome absolu. — *M. Delens* fait également un court rapport sur le manuel opératoire de l'extirpation du ganglion ciliaire que *M. Terrien* préconise, aux lieu et place de l'énucléation du globe oculaire, dans les cas de glaucome absolu avec perte totale de la vision et poussées douloureuses. Il ajoute que cette opération, en somme assez délicate, a déjà été employée dans 7 cas par M. Rohmer (de Nancy), qui en a obtenu les meilleurs résultats. Il semble d'ailleurs que le simple arrachement des nerfs ciliaires contribue pour autant dans ces résultats que l'extirpation du ganglion lui-même.

Fibromes et grossesse. — *M. Pierre Delbet* rapporte deux observations de fibromes compliqués de grossesse dont la seconde surtout présente de l'intérêt.

La première a trait à un fibrome sous-péritonéal pédiculé qui fut enlevé par myomectomie au quatrième mois de la grossesse, à cause des douleurs qu'il occasionnait, et de son accroissement rapide ; le diagnostic exact n'avait d'ailleurs pas été fait : on avait pensé à un fibrome de la paroi abdominale. L'opération fut facile, la malade guérit sans incidents, et continua sa grossesse. Malheureusement, elle succomba quelque temps après à une pneumonie grippale.

Si M. Delbet rappelle cette observation, heureuse au point de vue chirurgical, ce n'est d'ailleurs pas pour défendre l'intervention au cours de la grossesse. Sur ce point il est de l'avis de tous les accoucheurs et de nombre de gynécologues : il ne faut toucher qu'exceptionnellement aux fibromes au cours de la grossesse, car ces fibromes, même volumineux, même mal placés, se montrent singulièrement accommodants, et, hormis des circonstances tout à fait rares, permettent presque toujours à la grossesse d'aller jusqu'à son terme. Ce n'est qu'en cas d'accidents graves, menaçant la vie de la femme, qu'il faut se décider à intervenir. Même lorsqu'il n'y a aucun espoir que l'accouchement puisse se faire par les voies naturelles, il faut attendre lorsqu'il ne survient pas d'accidents, car, en intervenant dans les derniers jours de la grossesse, ou pendant le travail, on a les plus grandes chances de sauver l'enfant sans faire courir plus de risques à la mère.

C'est donc surtout au moment de l'accouchement que la question de l'intervention se pose, et elle se pose sous deux aspects : à quel moment faut-il intervenir ? comment faut-il opérer ? Sur le premier point, M. Delbet pense qu'il vaut mieux ne pas opérer pendant le travail : à ce moment, l'hystérectomie — car c'est en définitive la seule opération à faire — est toujours plus difficile, et les dangers d'infection plus grands. Aussi est-il préférable d'opérer dans les derniers jours de la grossesse.

Quant à la nature même de l'opération, elle variera suivant l'état de l'enfant. Lorsque l'enfant est vivant, il faut l'extraire, au préalable, par une césarienne, car il ne pourrait supporter sans succomber toutes les manœuvres nécessitées par l'hystérectomie. Lorsque l'enfant est mort, il n'y a plus de raison de l'extraire par une césarienne : M. Delbet estime qu'il faut enlever d'un seul coup l'utérus rempli et le fibrome. L'opération n'en est pas plus difficile, au contraire. Et M. Delbet en donne comme preuve l'intervention qu'il a pratiquée dans sa deuxième observation : un cas de grossesse à terme avec utérus complètement courbé et fixé dans le Douglas par un fibrome développé dans la corne gauche : l'opération a été des plus faciles et la femme a parfaitement guéri.

Attrition sous-cutanée de l'artère fémorale; tentative d'intervention chirurgicale directe. — *M. Lejars* fait une très intéressante communication sur ce sujet. Il s'agit d'un homme qui avait eu la cuisse tamponnée, au niveau de sa racine, entre deux tramways. Dans la région inguinale il existait une volumineuse bosse sanguine ; les battements de l'artère tibiale derrière la malléole étaient imperceptibles ; le membre inférieur était paralysé et sa sensibilité presque abolie. M. Lejars porta le diagnostic d'attrition sous-cutanée de la fémorale au-dessous de l'arcade, et il eut l'idée de tenter le débouchage de l'artère thrombosée.

L'ouverture large du foyer inguinal le fit tomber sur une fémorale très épaissie, à parois noirâtres, infiltrées de sang sur une étendue de plusieurs centimètres ; l'origine de la fémorale profonde portait les traces de lésions analogues. M. Lejars fit alors une incision longitudinale de l'artère, après avoir placé une ligature d'attente au-dessus et au-dessous des lésions. La tunique externe apparut triplée de volume et infiltrée d'un magma noirâtre ; les tuniques moyenne et interne, également infiltrées de sang, étaient rompues en plusieurs points ; la lumière du vaisseau, déjà très réduite par l'épaississement des parois, était complètement oblitérée par de nombreux caillots. M. Lejars pratiqua l'extraction de ces caillots, puis, ayant pratiqué le cathétérisme des deux bouts de l'artère ainsi que celui de la fémorale profonde, il eut la joie de voir un faible jet de sang jaillir des deux côtés. Ayant alors noué sa ligature d'attente, il procéda à la suture du vaisseau par des points à la Lembert ; après quoi, il supprima ses ligatures et referma la plaie cutanée.

Les jours suivants, il eut quelque espoir sur le succès de son intervention : très rapidement la sensibilité revint au pied, et même un semblant de motilité ; la peau perdit sa teinte violacée ; bref il y eut tous les signes d'un léger rétablissement de la circulation. Mais bientôt il fallut renoncer à cet espoir ; la gangrène survint qui, au dixième jour, s'était limitée au trois quarts inférieurs de la jambe ; il fallut faire l'amputation à la partie supérieure. Aujourd'hui le malade est en bonne voie de guérison.

M. Lejars fait suivre cette observation de quelques réflexions sur le mécanisme complexe de la gangrène dans ces cas d'attrition sous-cutanée des grosses artères. La thrombose du vaisseau y joue certainement un grand rôle ; mais l'épaississement et la confusion des tuniques artérielles, qui rétrécissent la lumière centrale de l'artère, y entrent également pour quelque chose ; enfin et surtout les embolies parties du caillot oblitérant prennent une grande part dans la pathogénie des gangrènes de ce genre.

Le malade de M. Lejars avait dû certainement faire une embolie de la poplitée, et cela dans les premiers jours qui suivirent son accident, car à ce moment il avait présenté une douleur subite et très vive dans le mollet, suivie de l'apparition d'un œdème dur. Aussi l'ablation des caillots telle que l'a pratiquée M. Lejars ne suffit-elle sans doute pas ; et ce dernier est bien décidé, si un nouveau cas de ce genre se présente à son observation, à pratiquer plutôt d'emblée, et aussitôt que possible après l'accident, la ligature de l'artère thrombosée au-dessous du caillot, de façon à prévenir à toute embolie ultérieure ; quitte ensuite à tenter encore une fois l'opération qui a fait le sujet de cette communication.

Nouveau séparateur des urines. — *M. Legueu* présente au nom de *M. Cathelin* un nouvel instrument destiné à recueillir dans la vessie l'urine séparée des 2 reins. Il se compose d'un tube analogue au cystoscope qui, une fois introduit dans la vessie, laisse dégager à son extrémité vésicale une cloison membraneuse en caoutchouc qui se place dans le plan sagittal de la vessie. La membrane est tendue sur un ressort en acier qui n'exerce qu'une très faible pression sur les parois vésicales, en sorte que l'instrument peut être utilisé pour les vessies les plus sensibles. Avec cet instrument la séparation des urines se fait d'une façon irréprochable et sans la moindre douleur.

Des fractures latentes et de la radiographie dans ces fractures. — *M. Chaput.* Il existe des fractures complètes, et latentes, qui ne se révèlent par aucun signe clinique, et pour lesquelles la radiographie reste souvent en défaut, mais pas toujours. Ces fractures ne s'accompagnent pas de mobilité anormale, ni de crépitation, ni de déviation de l'axe du membre, ni de saillie anormale. M. Chaput en a observé deux exemples au tibia :

Dans le premier cas, il s'agit d'une fracture directe qui ne se manifesta par aucun signe et que seule la radiographie décela : il existait une fracture oblique du 1/3 moyen, plus une longue fissure de 18 centimètres croisant la première et une petite fissure de 4 centimètres partant de la partie inférieure de la seconde.

La deuxième malade avait eu le pied écrasé par une voiture ; aucun signe de fracture ; le pied était subluxé en arrière. Ce n'est que pendant les manœuvres de redressement que M. Chaput perçut un craquement sur le tibia. Il existait, en effet, une fracture en V de Gosselin avec plusieurs fissures jusque dans l'articulation ; la radiographie dans ce cas était restée absolument négative.

M. Chaput pense que la radiographie ne donne de bons résultats que lorsque les rayons X passent dans le plan de la fissure, mais qu'alors elle peut apporter la preuve que la chirurgie reste impuissante à mettre en évidence.

J. DUMONT.

ANALYSES

MÉDECINE

A. Heller. *Contribution à l'étude de l'étiologie de la tuberculose.* (*München. med. Wochenschr*, 1902. n° 15, p. 609.) — L'auteur rapporte dans son travail deux faits tendant à montrer la possibilité de l'infection tuberculeuse par le lait de vaches tuberculeuses.

Le premier de ces faits a trait à un garçon de dix-sept ans entré à l'hôpital pour des lésions lupiques des mains, survenues consécutivement au tatouage fait de telle façon que les piqûres obtenues par l'enfoncement d'une aiguille étaient arrosées de lait. L'éruption de nodules de lupus survint environ quinze jours après le tatouage. L'examen de ces nodules (qui furent incisés) montra la présence des tubercules typiques avec cellules géantes, mais, comme cela arrive souvent, sans bacilles tuberculeux.

Le second fait cité par l'auteur est un relevé d'autopsies des enfants ayant succombé à la diphtérie. Sur 714 autopsies de diphtériques faites à l'Institut pathologique de Kiel, on nota 2 cas (soit 1,43 pour 100) de tuberculose primitive de l'intestin, 8 cas (soit 5,7 pour 100) de tuberculose primitive de l'intestin et des ganglions mésentériques, et 33 cas (soit 23,5 pour 100) de tuberculose primitive des ganglions mésentériques.

D'après l'auteur, l'observation clinique ci-dessus, ainsi que les faits relevés à l'autopsie vont très nettement à l'encontre des idées de Koch sur la non-identité de la tuberculose bovine et de la tuberculose humaine.

R. Romme.

G. Saint-Paul. *L'appréciation de l'étendue et de la valeur des zones de matité thoracique* (*Médecine scientifique*, Novembre 1901). — Dans ce travail, M. de Saint-Paul expose une nouvelle méthode pour l'appréciation de la matité thoracique. Cette méthode consiste essentiellement à rapporter l'étendue de la matité due à la présence d'un organe sous-jacent à la longueur du périmètre thoracique. A l'état de santé, le chiffre trouvé pour chaque organe est sensiblement le même pour tous les individus, sauf, bien entendu, en cas de malformation. Au contraire, dans les maladies où des organes sont congestionnés ou atrophiés, le chiffre fourni par l'examen de l'organe lésé diffère du chiffre habituel. La formule qui permet de trouver ce chiffre, ou *coefficient de matité* CM d'un organe, à l'état de santé ou de maladie, est la suivante :

CM = Longueur de la matité dans un sens multipliée par longueur de la matité dans l'autre sens multipliées par 10; le tout divisé par périmètre thoracique.

[Le sens est déterminé par la forme de la matité : si elle est rectangulaire, il faut multiplier la hauteur par la largeur ; si elle diffère sensiblement de la forme rectangulaire, il faut évaluer la surface, multiplier ensuite par 10 et diviser par le périmètre thoracique, comme dans la formule habituelle.

La multiplication par 10 n'a pour but que d'obtenir un quotient 10 fois plus fort, et cela parce qu'il est plus aisé d'énoncer et d'écrire 13, 15, 27 que 1,3 ; 1,5 ; 2,7.]

En comparant au chiffre invariable, qui indique la valeur de la matité d'un organe donné (foie, rate, etc.) des sujets sains, le chiffre trouvé à l'examen du même organe atrophié ou congestionné, on obtient tout de suite et avec précision la valeur de la modification survenue ; les différences constatées aux diverses phases de la maladie permettent également de se rendre compte des changements qui se sont produits ; enfin certaines maladies seront caractérisées par un même chiffre (ou par des chiffres très voisins) qui deviendra un élément de diagnostic.

La formule de M. de Saint-Paul, d'application très simple, est utilisable dans tous les cas où la zone de matité ou de sonorité peut être exprimée par le produit de deux dimensions (hauteur et largeur, par exemple) ; elle permet d'éviter les erreurs dues aux déplacements ou abaissements d'organes et celles qui reconnaissent pour cause la différence de stature ou de corpulence des sujets examinés, puisque c'est au propre périmètre du patient qu'est rapportée l'étendue de la zone de matité étudiée chez lui.

J. Dumont.

Louis Frank. *Tuberculose primitive du foie* (*American Journal of the Medical Sciences*, Avril 1902). — Les auteurs ont observé que le foie échappe rarement à la généralisation de la tuberculose, mais qu'en revanche il est exceptionnellement frappé le premier par l'infection tuberculeuse. Nous savons pourtant que le bacille de Koch, comme les autres micro-organismes, peut pénétrer dans l'économie sans laisser trace de son passage, qu'il peut déterminer des lésions d'une portion du tube digestif sans en avoir produit dans le segment supérieur, et qu'enfin le sang venant de l'intestin traverse le foie par l'intermédiaire de la circulation porte. Il est donc étrange que la tuberculose primitive du foie s'observe si rarement.

L'auteur en rapporte une observation. Le malade avait un gros foie, de l'ictère, de la sensibilité de la vésicule. On avait pensé d'abord à un abcès du foie, puis à une tuberculose péritonéale pour laquelle on fit une laparotomie. On trouva une tuberculose primitive du foie et des lésions secondaires dans le péritoine. L'autopsie, faite quatre mois après, confirma le diagnostic.

La tuberculose du foie peut donc infecter les autres viscères secondairement. Elle détermine une hypertrophie du tissu conjonctif (hépatite interstitielle). La maladie se termine fatalement en moins de douze mois.

Salva Mercadé.

CHIRURGIE

H. Douriez (Abbeville). *Anus herniaire datant de trente-sept mois. Guérison* (*Echo médical du Nord*, 1902, Avril). — L'auteur donne la relation, avec figures, d'un cas d'anus iliaque datant de trente-sept mois, consécutif à une kélotomie pour hernie inguinale gauche, qu'il a opéré et guéri.

Il pense, en effet, qu'il faut viser à guérir tout anus herniaire, car il constitue une infirmité compromettant la vie par ses complications possibles et la rendant intolérable par la déchéance physique et mentale qui en résulte.

Avant de tenter toute intervention, il conseille d'attendre trois mois : 1° parce que, surtout s'il s'agit d'une fistule stercorale simple, la guérison peut survenir ; 2° parce que, durant les premières semaines, des phlegmons périherniaires peuvent se former qui créeraient une cause surajoutée d'infection.

Comment intervenir ? En essayant assurément d'arriver à l'occlusion de l'anus. A cet effet, la laparotomie, pratiquée à distance de l'anus pour évoluer en tissus sains, et suivie, suivant les cas, ou de la résection des anses ouvertes, ou de leur anastomose, peut seule remplir l'indication.

L'entéro-anastomose reste pour nombre de chirurgiens le procédé de choix, en permettant le rétablissement de la perméabilité large du canal intestinal.

D. Estrabaut.

OBSTÉTRIQUE

Tischer. *De la « métroglycérine » comme équivalent de l'ergot de seigle pour provoquer les contractions utérines.* (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XV, p. 403.) — Les contre-indications de l'ergot de seigle sont, on le sait, nombreuses. Aussi a-t-on cherché à le remplacer par divers autres moyens de provoquer les contractions utérines, en particulier par l'hydrastis canadensis prise à l'intérieur, ou la glycérine en applications locales. Le procédé, dit de Pelzer, comporte l'injection de glycérine dans la cavité utérine. Il a été suivi, dans certains cas, de mort par hématurie (Ferran), par hémoglobinurie (Schellenberg), par embolie gazeuse (Schauta), par glomérulonéphrite (Pfannenstiel).

L'auteur montre qu'on peut éviter ces accidents de la méthode de Pelzer en se servant de la glycérine préparée d'une façon spéciale qu'il indique dans son travail. Cette glycérine, ou « métroglycérine », est expérimentalement stérile et n'a aucune toxicité, comme l'indiquent les injections aux animaux.

Cliniquement, l'auteur l'applique comme le fait Pelzer, c'est-à-dire en injections intra-utérines. Il croit la méthode indiquée dans les hémorragies utérines et l'arrêt du travail de l'avortement des trois premiers mois, de l'accouchement prématuré, avec souffrance du fœtus ; dans la faiblesse des contractions chez les femmes anémiques ou cachectiques ; dans les cas où il faut activer le travail normal à cause des menaces d'asphyxie du fœtus ou dans l'intérêt de la mère ; dans les cas de délivrance anormale. Elle paraît encore indiquée dans les rétrécissements du bassin, les présentations de la face ou d'une grosse tête fœtale où il est nécessaire de renforcer les contractions ; enfin pour la provocation de l'avortement ou de l'accouchement prématuré.

G. Keim.

GYNÉCOLOGIE

F. Schlagenhaufer. *Carcinome de l'ovaire d'origine métastatique, après cancer de l'estomac, de l'intestin ou d'un autre viscère abdominal* (*Monatschr. f. Geburts. u. Gynäk.*, 1902, Bd XV, p. 485). — Dans ce travail, basé sur une statistique importante et des cas personnels, l'auteur montre qu'une grande partie des tumeurs solides, malignes, doubles, des ovaires sont d'origine carcinomateuse et métastatique. Quand il existe concurremment des tumeurs malignes des ovaires et des tumeurs de l'estomac, de l'intestin ou d'un autre viscère abdominal, il faut considérer ces dernières comme le point de départ des tumeurs ovariques et penser à la métastase.

Quand on ne trouve pas de tumeurs du sein, de l'utérus ou du vagin, il faut tout d'abord chercher le carcinome au niveau de l'estomac, de l'intestin ou des voies biliaires.

Les caractères histologiques de ces carcinomes métastatiques des ovaires correspondent aux diverses modalités du cancer primitif d'un des organes précédents.

En résumé, il paraît indispensable à l'auteur, en présence de tumeurs solides doubles des ovaires, de faire un examen approfondi des organes abdominaux, en particulier de l'estomac, et il faut attacher une grande importance aux vomissements et à l'ascite.

G. Keim.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Dūms. *Les manifestations de l'épilepsie non convulsive chez le soldat* (*Deutsche Militärärz.-Zeitschrift*, 1902. Mars, p. 113). — Le domaine de l'épilepsie, très bien délimité quand il ne s'agit que de la crise convulsive épileptique prend, au contraire, des proportions très grandes et souvent mal définies, si l'on envisage les nombreuses manifestations de l'épilepsie non convulsive, de l'épilepsie larvée, en un mot les états épileptiques. La chose est si vraie que souvent ceux-ci peuvent être méconnus, malgré la sagacité et l'attention du médecin. Or c'est là une question des plus importantes, quand il s'agit d'établir les responsabilités en médecine légale, plus particulièrement dans l'armée. Certaines manifestations épileptiques peuvent, en effet, revêtir la forme de refus d'obéissance, d'insoumission, de désertion, d'outrages envers les supérieurs, fautes que le code militaire punit d'une façon très sévère.

Il importe donc que le médecin d'armée, comme d'ailleurs tous les médecins légistes, s'entoure de tous les renseignements susceptibles de lui faire déceler l'épilepsie dans un cas donné.

Parfois, la manifestation épileptique (absence psychique, automatisme ambulatoire...) est suivie d'un véritable accès convulsif : c'est le cas le plus simple ; parfois encore on observe à sa suite des troubles de la voix, de la marche, des angoisses, de l'hypocondrie ou de la mélancolie, toutes choses qui peuvent éveiller l'attention du médecin. Mais cette succession de phénomènes pathologiques peut ne pas être immédiate ; il y a quelquefois un intervalle de quelques heures, de quelques jours.

Il faut aussi rechercher si la faute reprochée n'a pas été commise ou même commencée en dehors de toute manifestation morbide, c'est-à-dire au moment ou l'épileptique n'était sous l'influence d'aucun trouble spécifique.

Le médecin légiste doit s'enquérir des antécédents du sujet, songer aux crises convulsives avortées (secousses convulsives du tronc, ou de la tête, ou des extrémités, etc.), rechercher l'intégrité de la mémoire, les amnésies partielles. Certaines causes, telles que la fatigue physique, un choc cranien, une blessure de la tête, un excès alcoolique, sont capables de déterminer ces manifestations de l'épilepsie non convulsive ; leur étude sera d'une grande utilité pour le médecin.

G. Fischer.

VOIES URINAIRES

ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Deschamps. *Diagnostic des affections chirurgicales du rein* (*Thèse*, Paris, 1902). — La thèse de M. Deschamps est un remarquable travail qui sera consulté avec profit par tous ceux qu'intéresse la

pathologie rénale. Faite sous l'inspiration et dans le service de M. Bazy, elle étaye ses conclusions d'expériences sur les animaux et de 46 observations appartenant pour la plupart à M. Bazy. On retrouve dans cette thèse les opinions déjà défendues par M. Bazy à la Société de chirurgie et dans diverses publications.

L'auteur étudie successivement les renseignements fournis par l'inspection, la palpation, la percussion, la radiographie, utile seulement si elle est positive, et la cystoscopie. Il aborde ensuite la séméiologie proprement dite : augmentation de volume, hématurie, polyurie, anurie, douleur, pyurie, signes généraux. Trois points sont à signaler dans ce chapitre.

1° La possibilité de la polyurie trouble dans les affections limitées aux voies urinaires inférieures (Bazy);

2° La possibilité de localiser une affection inflammatoire dans un des reins par la recherche du réflexe pyélo-vésical et du réflexe urétéro-vésical (Bazy);

La possibilité de l'anurie réflexe dans les pyélonéphrites unilatérales (Escat).

La troisième partie est consacrée à l'analyse des urines. M. Bazy n'attache pas grande importance à la diminution de l'urée, non plus qu'à celle des phosphates. — Les quatre grands moyens d'exploration rénale sont : le cathétérisme urétéral, la cryoscopie, le bleu de méthylène, la phloridzine. Sans méconnaître les services que peut rendre le cathétérisme urétéral, l'auteur montre que c'est un moyen d'exploration parfois dangereux, qu'il peut tromper, la simple présence de la sonde à demeure modifiant la sécrétion rénale. Il considère le cathétérisme urétéral comme un moyen de luxe destiné à parfaire le diagnostic, mais nullement indispensable. La cryoscopie est un procédé de grande valeur, mais c'est surtout un procédé de laboratoire. L'épreuve du bleu de méthylène et de la phloridzine sont les deux principaux moyens, le bleu parce qu'il s'élimine proportionnellement aux éléments principaux d'excrétion, la phloridzine parce qu'elle révèle la valeur sécrétante du rein. Ces deux moyens n'ont jamais été mis en défaut dans les cas rapportés par MM. Bazy et Deschamps.

PAUL DELBET.

B. Goldberg. ***Bactériurie vésicale postgonorrhéique due au bacterium lactis aerogenes*** (*Centralblatt für innere Medicin*, 29 Mars 1902, n° 13). — L'auteur communique un nouveau cas de bactériurie dû au bacterium lactis aerogenes qu'il put cultiver et caractériser par ses différentes réactions. Au cystoscope, la vessie était complètement saine, et, d'ailleurs, il n'y avait aucun symptôme d'inflammation des voies urinaires. Il existait seulement une prostatite interstitielle, mais celle-ci ne paraissait pas avoir de rapport avec la bactériurie ; en effet elle était antérieure à la bactériurie, et la sécrétion de la prostate était dépourvue de microbes ; mais la bactériurie fut précédée d'une pollution et accompagnée, au début, de prostatorrhée. D'après l'auteur, les microbes avaient dû être apportés dans la vessie par une injection urétrale, le malade ayant un léger degré de phimosis, un peu de balanite et une secrétion préputiale abondante qui s'accumulait par suite du manque de soins.

Il est à remarquer que, dans cette observation, l'odeur spécifique de « poisson brûlé » manquait : mais il est probable que ce symptôme est en rapport avec l'espèce de bactérie en cause.

Au point de vue du pronostic, ce cas tient le milieu entre les cas légers de bactériurie passagère, dont l'auteur avait déjà rapporté un exemple en 1896, et les cas sérieux prolongés. Le pronostic est toujours rendu réservé par la possibilité de voir apparaître une cystite ou une pyelite à la suite d'un traumatisme, d'une rétention d'urine, peut-être même d'une diminution de la résistance de l'organisme ou de l'augmentation de la virulence du microbe.

Ce cas prouve une fois de plus qu'il n'y a pas de microbe spécifique de la bactériurie ; il est impossible de considérer, avec Rovsing, le bacterium coli comme seul capable d'engendrer cette affection ; en effet, si le colibacille a été trouvé le plus ordinairement (56 fois sur 57 d'après Jeanbreau), on a signalé aussi le staphylocoque, le streptocoque, le bacillus subtilis, le bacille typhique ; enfin voilà le second cas dû au bacterium lactis aerogenes, Warburg en ayant déjà rapporté un ; de plus, dans beaucoup d'observations, on trouve signalé, sans plus de détails, que le microbe appartenait au groupe du colibacille ; il peut alors s'agir d'un microbe voisin.

Thérapeutiquement, il ne faut pas employer les alcalins en laxatifs ; après l'ingestion de sel de Carlsbad, la bactériurie s'est toujours montrée plus intense.

M. GARNIER.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

M. Boulay. ***Des sténoses sous-glottiques et de leur traitement*** (*Journal des Praticiens*, 1901, 7 Décembre). — L'auteur a surtout en vue, dans cette étude, les sténoses glottiques chroniques qu'on voit s'établir chez certains enfants à la suite de laryngites aiguës graves, diphtériques ou non, et qui semblent plus fréquentes depuis l'entrée du tubage dans la pratique médicale. Le rôle de l'intubation dans la production de ces rétrécissements est assez difficile à préciser ; il n'est certainement pas exclusif, car des sténoses identiques à celles qu'on observe chez des enfants antérieurement intubés peuvent se constituer à la suite de laryngites aiguës non traitées par le tubage.

Les laryngites qui donnent naissance à ces rétrécissements sont caractérisées par une infiltration plus ou moins marquée de la région sous-glottique ; c'est le passage de cette infiltration à l'état chronique, avec ou sans ulcérations suivies de cicatrices vicieuses, qui devient l'origine d'une sténose persistante. Le rôle du tubage consiste à favoriser ce passage à la chronicité, surtout dans les cas où l'infiltration aiguë est très accusée. Il ne faut pas, d'ailleurs, s'exagérer cette influence nocive, car Boulay, qui a eu l'occasion d'observer tous les cas de sténose sous-glottique persistante qui se sont produits dans les deux principaux services de diphtérie de Paris dans l'espace de sept ans, n'en a constaté que neuf cas ; c'est relativement peu, étant donné que la moindre léthalité actuelle de la diphtérie augmente les chances et le nombre des accidents tardifs constatés.

L'anatomie pathologique de ces rétrécissements est mal connue. Ils sont inflammatoires ou cicatriciels. Les premiers paraissent plus fréquents. Les lésions peuvent être limitées à la muqueuse (infiltration), s'étendre au périchondre ou gagner le cartilage lui-même, qui présente des signes d'inflammation chronique (épaississement, calcification) ; dans ce dernier cas, il semble qu'il s'agisse d'une maladie primitive du cricoïde, d'une véritable *cricoïdite oblitérante.*

Le traitement prophylactique, applicable à la phase aiguë, consiste à abréger la durée de l'intubation dans tous les cas, et, dans ceux où l'on soupçonne une infiltration sous-glottique particulièrement intense, à s'abstenir de tubage et à recourir d'emblée à la trachéotomie. — Le traitement curatif varie selon le diamètre du rétrécissement. Aux rétrécissements larges est applicable la dilatation par le tubage ; il n'y a pas à craindre ici d'action nocive du tube sur les parois laryngées, celle-ci ne s'exerçant qu'à la période inflammatoire aiguë. Les rétrécissements étroits sont justiciables de la dilatation par des bougies ou des sondes introduites soit de haut en bas (cathétérisme direct), soit de bas en haut par la plaie trachéale (cathétérisme rétrograde). Boulay insiste sur le calibrage à l'aide de sondes rigides et décrit avec soin l'instrumentation qui le rend aisément applicable aux enfants trachéotomisés. Les rétrécissements infranchissables exigent le recours soit à la laryngofissure et à l'excision des parties obturantes, soit à la résection du cricoïde, c'est-à-dire des parties obturantes et des parties obturées, suivie de la suture de la trachée à la partie restante du larynx.

Le pronostic de ces sténoses est fort sombre, car le traitement échoue souvent ; les rétrécissements les plus difficilement dilatables sont, non pas les plus étroits, mais les plus étendus en hauteur.

G. MAHU.

J. Guisez. ***Du traitement chirurgical de l'ethmoïdite purulente*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Tandis qu'il existe aujourd'hui des procédés opératoires de cure radicale pour les sinusites frontales et maxillaires, le traitement chirurgical de l'ethmoïdite purulente est encore à l'étude. Il existe deux voies d'accès principales aux cellules ethmoïdales : la voie orbitaire et la voie nasale. Dans des cas particuliers, on pourra les aborder soit par le sinus frontal, dont elles forment en partie le plancher, soit par le sinus maxillaire, dont le bord supéro-interne est très voisin d'elles.

Pour intervenir par la *voie orbitaire*, Guisez conseille le procédé suivant : 1° Incision de la peau partant du quart interne du sourcil, descendant vers l'angle interne de l'œil, qu'elle contourne en passant en dedans de la caroncule, se recourbant au-dessous de la paupière inférieure et longeant l'arcade orbitaire dans son tiers interne ; 2° écarter les lèvres de la plaie, isoler le sac lacrymal et le récliner en bas et en dehors ; décoller le périoste de l'unguis et de l'os planum ; mettre à nu la suture de ces deux os avec le frontal, car elle servira de point de repère ; elle constitue la limite supérieure du champ d'intervention osseuse pour ne pas ouvrir la cavité crânienne ; 3° ouvrir l'os planum à la gouge et au maillet, en arrière de l'unguis ; agrandir l'orifice à la pince-gouge et à la curette ; revenir en avant pour réséquer l'unguis ; décoller le globe oculaire d'avant en arrière avec la pulpe de l'index : la brèche osseuse ainsi obtenue mesure environ 2 cent. 1/2 de hauteur sur 4 de largeur ; 4° évider les cellules ethmoïdales à la curette pour les transformer en une cavité unique ouverte largement à l'extérieur ; 5° si la muqueuse nasale est saine, si l'ethmoïdite a eu jusqu'alors une évolution exclusivement orbitaire, se garder d'établir une communication avec le nez : ne suturer que les extrémités de la plaie et tamponner directement la cavité ethmoïdale. Si, au contraire, l'ethmoïdite s'est ouverte dans le nez, faire avec la curette une large contre-ouverture dans celui-ci et tamponner la cavité opératoire avec une mèche dont l'une des extrémités est ramenée dans la narine ; suturer la plaie orbitaire, sauf en un point inférieur où un drain est laissé pendant vingt-quatre heures. La mèche est enlevée le troisième jour.

L'intervention par la *fosse nasale* comporte : 1° la résection de la partie antérieure du cornet moyen ; 2° l'ouverture des cellules ethmoïdales avec des pinces coupantes et leur curettage prudent avec des curettes introduites de bas en haut, et d'avant en arrière, puis ramenées ensuite en bas, en avant et en dedans pour ne pas léser d'organes importants. Ce procédé ne permet guère d'atteindre les cellules antérieures.

La conduite à tenir dans les cas d'ethmoïdite associée à une sinusite, varie selon la localisation des lésions.

M. BOULAY.

W. Stuart-Low. ***La mucine employée comme topique local dans certaines affections du nez, de la gorge et des oreilles*** (*The Lancet*, 5 Avril 1902). — Dans diverses communications faites devant l'Association médicale britannique et dans *The Lancet*, l'auteur a attiré l'attention sur le bénéfice que retiraient de l'emploi de la mucine les malades atteints de dyspepsie, de gastrite et d'ulcère de l'estomac ; il a aussi montré que l'emploi de la mucine dans les affections du nez et de la gorge pouvait améliorer beaucoup les dyspepsies dues souvent à une sécheresse trop grande de la muqueuse de ces organes qui ne sécrète plus la mucine nécessaire à la protection de la muqueuse de l'estomac.

Il est très difficile de combattre la sécheresse de la muqueuse du nasopharynx, sécheresse à laquelle sont dues très fréquemment la fétidité de l'haleine, les ulcérations, les hémorragies, la douleur qui accompagnent si souvent les affections de cette cavité. La mucine, employée contre ces symptômes, guérit, mieux que tout autre remède, les cas légers et améliore les cas graves : c'est un remède naturel qui rend la muqueuse humide et la maintient telle grâce à ses propriétés hygroscopiques.

Les propriétés thérapeutiques de la mucine dérivent de ses propriétés physiques. Tout d'abord elle présente une action bactéricide prononcée, et des solutions de mucine restent très longtemps stériles au contact de l'air ; elle arrête la culture des bactéries lorsqu'on la mélange à un bouillon de culture déjà ensemencé. En second lieu, elle a une propriété hygroscopique très accentuée. Appliquée sur la muqueuse du nez et du pharynx, elle a une action adoucissante et émolliente : elle mouille la muqueuse, dont elle dissout et élimine les incrustations ; sa solution peut être employée en douches et en pulvérisations dans la gorge et le nez deux fois par jour. On peut aussi s'en servir en badigeonnages. Les pulvérisations de la solution de mucine peuvent rendre de grands services dans les laryngites. Dans des cas d'otite sèche avec catarrhe de la trompe d'Eustache, l'instillation, dans la trompe, de quelques gouttes de la solution de mucine peut faire diminuer beaucoup les phénomènes les plus désagréables, par exemple les tintements d'oreille.

L. TOLLEMER.

ÉPIDÉMIOLOGIE, MÉDECINE PUBLIQUE, HYGIÈNE

Schwiening. ***Les affections dues à l'alcoolisme dans l'armée*** (*Deutsche Militärärz. Zeitsch.*, 1902, Mars, p. 133). L'auteur, après une étude longue et documentée par de nombreux tableaux statistiques,

conclut que, dans l'armée, les maladies dues à l'alcoolisme sont la plupart du temps sous la dépendance des mêmes facteurs sociaux, climato-météréologiques et régionaux que dans la population civile. Il lui a été impossible de découvrir une influence particulière dans le genre de vie assez spécial qui caractérise l'état militaire.

G. Fischer.

FACULTÉ DE PARIS

Médecine opératoire spéciale (*Chirurgie infantile et orthopédie*). — Le mercredi 26 Mai, à 1 h. 1/4, s'ouvrira à l'École pratique une série de travaux de médecine opératoire pratique sur la chirurgie infantile et l'orthopédie, sous la direction de M. Victor Veau, prosecteur.

1° Traitement des mastoïdites et de leurs complications intra-craniennes; 2° Bec-de-lièvre. Staphylorraphie; 3° Traitement opératoire et orthopédique du torticolis. Tubage. Trachéotomie; 4° Genu valgum. Trépanation dans les ostéomyélites; 5° Pieds bots congénital et acquis; 6° Exstrophie de la vessie. Epispadias. Hypospadias; 7° Hernie inguinale congénitale. Invagination intestinale. Circoncision; 8° Appendicite. Imperforation anale; 9° Traitement orthopédique de la coxalgie. Réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche; 10° Traitement orthopédique du mal vertébral sous-occipital, du mal de Pott dorso-lombaire, de la scoliose.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sur des cadavres d'adultes et de nouveau-nés.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis, les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs. S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

Travaux pratiques (*Séries supplémentaires de Juin 1902*). — Afin de permettre à certains étudiants de régulariser leur situation scolaire, des séries supplémentaires, pour les travaux pratiques mentionnés ci-après, seront formées en Juin 1902.

1re année. — Chimie biologique, histologie, physique et physiologie.

2e année. — Physique, histologie et physiologie.

3e année. — Parasitologie, anatomie pathologique et chimie pathologique.

Seront seuls inscrits dans ces séries supplémentaires, après autorisation du Doyen : 1° MM. les Étudiants n'ayant pas répondu à leur convocation pour une série régulière; 2° Ceux dont les notes d'assiduité et de travail ont été insuffisantes dans le cours de la série régulière.

Le montant des droits à acquitter est de 15 francs pour chaque série d'exercices.

MM. les Étudiants qui désirent être admis à accomplir des travaux pratiques, dans les séries supplémentaires de Juin 1902, devront en faire la demande écrite à M. le Doyen avant le 29 mai 1902, en indiquant la nature des travaux qu'ils désirent suivre.

Les élèves inscrits seront convoqués par lettre individuelle.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Montpellier. — Par décret, le doyen de la Faculté est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, le legs fait par Mme veuve A.-S.-E. Swiecicki, d'une somme de 20.000 fr., pour la fondation de prix annuels.

École de médecine de Clermont. — M. Dionis du Séjour, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé militaire. — Sont promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale, — MM. Caillette, Lorimy, Verdier, Torreille, Bosc, Guers, Lesavre, Lévy, Turbeaux, Imbert de la Touche, Petit, Sedillot, Ledoux, Bernard, Laporte, Combet, Galliard, Coulbault, Pruvost, Guillouet, Mathelin, Bels, Blanchard, Peringuey, Henneton, Robert, Ricateau, Foulquier, Epery, Madre, Simeray, Bacon, Fabre, Lestocquoy, Drochon, Riberolles, Ricoux, Hugues, Denis, Testelin, Mendiboure, Pons, Aussenac, Mengarduque, Pedrono, Lejeune, Aubert, Bordet, Darrigade, Domeck, Bertrand, Moiroud, Monvenoux, Long, Raymondon, Barbulée dit Bulot, Milsonneau, Forgeot, Trachet, Fabre, Savin, Saric, Jean, Mignot, Deseuche, Rollin, Guilain, Astier, Charon, Mermet, Ravaud, Maunier, Jaille, Boussumier, Beal, Joanny, Canac, Dourif, Mercier, Blond, Saubost, Savidan, Bourgin, Viard, Chauvin, Doyen, Michelot, Perrusset, Perret, Gauvry, Sarda, Foucher, Pigornet, Laherre, Vanhaëcke, Bonnet, Droubaix, Besson, Beaupère, Hommey, Durel, Thierry, Rey, Durantin, Coutance, Roland, Persillard, Cisterne, De Brinon, Grenier, Ythier, Cahn, Daspres, Mauzac, Wertheimer, Lora, Casiglia, Boudry, Pessez, Sourice, Chabannes, Tourdot, Jondeau, Wins, Dupont, Aujay de la Dure, Rivalier, Suirotes, Panel, Loisnel, Collette, Berard, Dubarry, Montillier, Paliard, Frecon, Nugon, Pottier, Waquez, Heurteau, Hue, Aussoleil, Ardouin, Ryckewaert, Hervé, Coudère, Dorte, Hacot, Ferrières, Beynes, Dauthuille, Chevillot, Monnier, Decressac, Pellisson, Desbrières, Lalitte, Garsonnin, Michel, Dacquet, Friot, Sollier, Roux, Lapeyre, Regnard, Soullier, Daniel, Dumont, Boulin, Stef, Dubost, Lacombe, Darnis, Fournioux, Boyals, Mally, Ribetou, Laskine, Barraud, Villebrun, Ducroquet, Chevalier, Coquereau, Rouairoux, Sudre, Grand, Mouret, Ballenghien, Nogué, Couturier, Vandaële, Defrance, Callegari, Jamin, Humbert, Bouron, Begouin, Penel, Houdeville, Wagner, Guédon, Brin, Loche, Charrière, Briton, Knoeri, Bon, Hervouet, Letienne, Pascal, Luton, Hamel, Garat, Foillard, Thomas, Ladevie, Manguis, Veslin, Bouju, Dupuy, Garnier, Bouju, Tellier, Grelet, Meinnier, Tézenas du Montcel, Merlin, Leroux, Gauja, Boullard, Maheu, Mesnil, Leray, Voirin, Saclier de Giverdey, Cestan, Sage, Roch, Gallois, Renault, Perrin, Perregaux, Gigon, Guérin, Baurand, Malherbe, Rovery, Ferrand, Gouget, Madon, Grandou, Pillon, Flandrin, Jaboulay, Chaillou, Gallois.

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Branzon-Bourgogne, médecin-major de 2e classe, est désigné pour servir à la Martinique.

Nécrologie. — M. Baudron, accoucheur des hôpitaux, a succombé hier vendredi, à midi.

Sympathies franco-russes. — M. le professeur Raymond a reçu le télégramme suivant :

Pétersbourg, 23 Mai.

« Aux jours de joie réciproque, les conférences scientifiques de la clinique des maladies mentales et nerveuses de Saint-Pétersbourg, en envoyant leur salut fraternel aux membres de la Société neurologique de Paris, expriment leurs meilleurs souhaits à tous les neurologistes et aliénistes français.

« Prof. Bechteref. »

A ce télégramme, M. le professeur Raymond a répondu :

« Professeur Bechteref,
Clinique des maladies mentales et nerveuses.
Saint-Pétersbourg.

« En ces jours inoubliables pour les patriotes, les neurologistes et aliénistes français vous remercient de vos aimables souhaits et vous adressent, ainsi qu'à tous leurs collègues russes, l'expression de leurs vives sympathies.

« Prof. Raymond. »

Étranger

Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Rome. — Le IVe Congrès international de gynécologie et d'obstétrique se tiendra à Rome, du 15 au 21 Septembre, sous le patronage du roi d'Italie et sous la présidence d'honneur du ministre de l'Instruction publique et de Guido Baccelli.

Président du Congrès : Professeur Ercole Pasquali (de Rome).

Président de la section d'obstétrique : Professeur Morisani (de Naples).

Président de la section de gynécologie : Professeur Mangiagalli (de Pavie).

Secrétaire général : Professeur Pestalozza (de Florence).

Membres du Comité d'organisation : Professeur Calderini (de Bologne); professeur Gazzoni (de Messine); professeur La Torre (de Rome); professeur Negri (de Venise); professeur Truzzi (de Padoue).

Secrétaires : Professeurs Caruso (de Naples); Regnoli (de Rome); Rossi Doria (de Rome).

Trésorier : M. Cesare Micheli, 127, via Rasello, Rome.

Rapports : 1° Les indications médicales à la provocation de l'accouchement, par MM. Barton Cook-Hirst (de Philadelphie); Hofmeier (de Wurtzbourg); Pinard (de Paris); Rein (de Pétersbourg); Schauta (de Vienne); Simpson (d'Edimbourg);

2° De l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale, par MM. Fehling (de Strasbourg); Léopold (de Dresde); Treub (d'Amsterdam); Tuffier (de Paris);

3° La tuberculose génitale, par MM. Martin (de Greifswald) et Veit (de Leyde);

4° La cure chirurgicale du cancer de l'utérus, par MM. Cullen (de Baltimore); Freund (de Berlin); Jonnesco (de Bucarest); Pozzi (de Paris); Wertheim (de Vienne).

Faculté de médecine de Greifswald. M. Fritz Moritz est nommé professeur ordinaire de médecine interne.

Faculté de médecine de Turin. — M. Arnaldo Fumagalli est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

CONCOURS

Médecins des hôpitaux. — Séance du 20 Mai. — Épreuve définitive. — Ont passé : MM. Michel, Labbé, Josué, Laffite, Gallois.

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux. — *Epreuve clinique.* Ont obtenu : MM. Didsbury, 13; Gellé, 13; Courtade, 18 1/2; Lombard, 20; Tissier, 14.

Sont admissibles dans l'ordre suivant : MM. Lombard, Courtade, Gellé, Tissier, Didsbury.

Dentiste adjoint des hôpitaux. — Séance du 21 Mai. — Épreuve théorique orale : *De l'arthrite alvéolaire infectieuse* : MM. Capdepont, 18; Lebedinsky, 15; Gires, 15; Robin, 19; Nogué, 18. — *Absent* : M. Page.

Prix Civiale. — Un concours est ouvert, en 1902, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine pour l'attribution du Prix biennal de 1.000 francs, fondé par feu M. Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au Secrétariat général de l'Administration (bureau du Service de santé) avant le 15 Décembre 1902 au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires qui auraient été déjà présentés pour le concours des prix de l'Internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Les élèves qui désireraient obtenir des renseignements sur les conditions du concours devront s'adresser au Secrétariat général (bureau du Service de santé).

RENSEIGNEMENTS

MM. Raussy, Bourguignon, Ferry et Français-Raymond, internes des hôpitaux, commenceront une conférence publique d'externat, le samedi 31 Mai, à 2 heures, dans la salle de consultation de médecine de l'hôpital des Enfants-Malades (rue de Sèvres, 149).

Le programme comprendra 12 conférences qui seront suivies d'une revision.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES | N° 43. — Mercredi, 28 Mai 1902. | 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 | TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

MÉDECINE PRATIQUE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

LES CONCOURS EN MÉDECINE

Je suis amené par une concordance particulière de faits à dire quelques mots aujourd'hui de la question des concours en médecine. Cette question n'intéresse pas seulement ceux qui prennent part aux concours ou qui se préparent à le faire; elle intéresse indistinctement tous les membres de la famille médicale. C'est par le concours que se recrute l'état-major de la médecine; il est de l'intérêt de tous que cet état-major soit, autant que possible, à l'abri de toute critique : dans l'esprit public, tout ce qui l'éclabousse rejaillit sur le corps médical entier.

Or, il ne faut pas se dissimuler que, depuis quelque temps, tant dans les milieux médicaux que dans les milieux extra-médicaux, les concours de médecine ont donné lieu à des polémiques qui n'étaient pas toujours à la louange de cette institution. Et il est regrettable que ces polémiques ne soient pas restées cantonnées au milieu qui les intéressait et se soient étendues au grand public par la voie de la presse quotidienne.

C'est ainsi que, il y a quelques jours, on voyait dans les journaux « Un scandale au concours de chirurgie », et qu'aujourd'hui les mêmes journaux nous annoncent « Un scandale au concours de médecine ». Et ce scandale apparaît d'autant plus grave qu'il serait provoqué par une plainte en règle portée au directeur général de l'Assistance publique par un des membres du jury.

Tout s'est arrangé pour le Concours de chirurgie qui maintenant est terminé et dont on ne parle plus; tout s'arrangera sans doute pour le concours de médecine, d'autant mieux que les accusations portées semblent manquer singulièrement de précision, visant en réalité plus le prin-

cipe des concours que des faits particuliers au concours actuel.

Le membre du jury qui s'est porté plaignant aurait paraît-il relevé des irrégularités de forme et une entente entre les juges. Les irrégularités sont du domaine de la juridiction spéciale du Conseil d'Etat, et je ne sache pas que jusqu'à ce jour un des candidats intéressés ait porté plainte; quant à l'entente entre les juges, il est bien difficile de la définir : les nominations sont faites par une majorité; généralement les majorités se composent de gens qui jugent de même et par conséquent s'entendent entre eux; je ne vois pas qu'il puisse en être autrement pour les nominations dans les Hôpitaux que pour toute autre nomination par votes.

*
* *

Justement, cette levée de boucliers contre les concours arrive au moment où les fêtes du Centenaire de l'Internat donnaient à l'institution des concours une consécration historique.

Le concours de l'Internat est le premier des concours de médecine, celui qui classe pour toujours dans l'état-major médical les concurrents heureux, — je ne parle pas du concours de l'Externat qui le précède et compte à peine, étant donné le grand nombre d'externes nommés. — Sans avoir été interne impossibilité absolue ou à peu près d'arriver aux hauts grades de la Médecine, à moins que l'on n'appartienne à la section que nous désignons sous le nom de sciences accessoires.

Mais, à part les maîtres qui appartiennent à ces sections, à part les hommes éminents qui, depuis quelques années sont sortis des Instituts Pasteur, on peut dire qu'à Paris, Hôpitaux, Faculté, Académies sont réservés aux médecins sortant de l'Internat; quelques places d'académiciens libres sont bien attribuées à des médecins qui ont fait leurs preuves en dehors des concours, mais il faut qu'elles aient été éclatantes; dans le corps des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, il n'est que deux chirurgiens qui n'aient pas été internes; à la Faculté, tous les professeurs et agrégés actuels de médecine, chirurgie et accouchements sont passés par l'Internat.

C'est là ce que montrait en termes éloquents le professeur Brouardel aux internes qui assistaient, dans la grande salle du Trocadéro, à la célébration du Centenaire de l'Internat. Après avoir fait l'éloge des grands médecins comme internes et savants, « vous êtes, leur disait-il, les héritiers des grands hommes dont j'ai évoqué les noms; vous ne laisserez pas à d'autres le soin de faire porter tous leurs fruits à leurs découvertes scientifiques. »

Mais, il ajoutait d'autre part : « Ne voyez pas dans les places de médecins des Hôpitaux, de professeurs de Faculté, l'unique couronnement de vos efforts. Actuellement l'encombrement est tel que vous n'arrivez à donner la mesure de votre valeur qu'à cinquante ans, à un âge où les initiatives hardies, où la puissance du travail sont déjà singulièrement atténuées. »

Et en manière de conclusion il terminait par ces conseils : « Ne vous confinez pas dans la voie étroite des concours, élargissez votre action, vivez dans votre temps, au grand bénéfice de la science et de la patrie. »

Ces paroles sortant de la bouche d'un homme de l'autorité du professeur Brouardel sont graves et dignes d'être méditées. Pour que M. Brouardel donne un tel conseil à cette jeunesse éminemment studieuse qui compte sur les concours pour faire une brillante carrière médicale, il faut qu'il soit possible bientôt d'entrer sans concours dans cet état-major jusqu'alors fermé; il faut que par une longue expérience M. Brouardel se soit bien convaincu que les concours sont plutôt nuisibles qu'utiles au développement de la science médicale, puisqu'il regarde comme étroite la voie par laquelle ils conduisent, puisqu'il invoque le bien de la science et de la patrie pour que cette voie enfin s'élargisse.

*
* *

En développant son idée, M. Brouardel a-t-il voulu détruire à tout jamais le mode de sélection par le concours? Je ne le crois pas; il a voulu plutôt condamner le concours tel qu'il existe aujourd'hui.

Le concours, en effet, étant donné les mœurs actuelles et ce qu'elles sont devenues par suite de l'âpreté de la lutte pour la vie, est peut-être encore le meilleur moyen de sélectionner une élite parmi des hommes ayant tous une valeur indiscutable, mais, à une condition, c'est qu'on le dépouillera des méthodes anciennes qu'il tient de la tradition, qu'on l'élargira, qu'on le modernisera.

Tels qu'ils existent aujourd'hui, les concours de médecine imposent à ceux qui les préparent, à part quelques esprits d'élite, une discipline qui empêche l'épanouissement des facultés intellectuelles, si ce n'est de la mémoire; il en résulte pour eux une certaine infériorité, marquante à l'heure actuelle où l'avenir est à ceux qui savent faire, jeunes, œuvre d'initiative. Rien d'étonnant alors, comme le disait M. Brouardel, que celui qui arrive par les concours ne puisse guère, avant cinquante ans, atteindre sa pleine efflorescence! Aurait-il même été parmi les favorisés, c'est jusqu'à trente-six ans qu'il lui a fallu se soumettre aux exercices fastidieux qui entrainent à la préparation des concours.

Rien n'est démonstratif comme les chiffres, et voici ceux que je viens de relever, relatifs à la nomination des médecins des hôpitaux de Paris depuis vingt ans.

Au cours des 20 dernières années 100 médecins des hôpitaux ont été nommés, de 1881 à 1901. Voici à quel âge ils sont arrivés : 4 à 41 ans; 3 à 39 ans; 13 à 38 ans; 12 à 37 ans; 14 à 36 ans; 12 à 35 ans; 13 à 34 ans; 10 à 33 ans; 13 à 32 ans; 1 à 31 ans; 2 à 30 ans; 2 à 29 ans; 1 à 28 ans.

5 seulement sont arrivés à 30 ans ou avant; ce sont des exceptions et voici leurs noms : Chauffard à 28 ans; Brocq et Barth à 29 ans; Letulle et Gilbert à 30 ans.

Dans les dix premières années, de 1881 à 1891, la moyenne d'arrivée a été 34 ans. Dans les dix dernières années, depuis 1891, la moyenne est montée à 36 ans.

Sur les 58 médecins nommés depuis 1891, les plus jeunes avaient 32 ans et il y en eut 5; 1 seul 31 ans; 1 seul à 33 ans; 8 à 34 ans; 8 à 35 ans; 12 à 36 ans; 8 à 37 ans; 11 à 38 ans; 2 à 39 ans; 2 à 41 ans.

Ces chiffres se passent de commentaires : il est pénible d'être obligé jusqu'à 41 ans de se livrer à des exercices de mémoire. Il est vrai que les candidats n'auraient qu'à renoncer plutôt au concours; mais il est pénible, parfois impossible, de se détourner à jamais d'une voie que l'on s'était tracée dès l'Internat; aussi bien vaut-il mieux, sinon ne pas s'y engager comme le conseille M. Brouardel, du moins ne s'y engager qu'à bon escient.

*
* *

En résumé, ce qui semble nécessaire, ce n'est peut-être pas de supprimer les concours, c'est plutôt d'en modifier les programmes et le fonctionnement.

Le concours de l'Internat n'a pas donné lieu, jusqu'à ce jour, à de sérieuses plaintes. Le concours du Clinicat n'existe pas, à proprement parler; c'est un choix direct avec le simulacre du concours. Les concours d'Adjuvat et de Prosectorat fonctionnent, je crois, à la satisfaction générale. Les concours des Hôpitaux demandent à être profondément modifiés; des réformes sont instamment réclamées par les candidats comme par les juges. Enfin, le concours de l'Agrégation est, en ce moment, l'objet d'une étude spéciale de la part du Conseil de la Faculté.

Quelles que soient les mesures adoptées, elles doivent avoir pour but, aussi bien dans les Hôpitaux qu'à la Faculté de médecine, de développer l'esprit d'initiative, et aussi de rajeunir les cadres. Ce n'est pas à partir de cinquante ans que le médecin chef de service, que le médecin professeur devraient être appelés à donner la mesure de leur valeur : à cet âge la période d'activité touche à sa fin, et l'expérience ne peut suffire à suppléer les forces défaillantes.

E. DE LAVARENNE.

LIVRES NOUVEAUX

M. Arthus. — *Éléments de physiologie*, 1 vol. in-16 diamant, de 874 pages (chez MASSON.)

Il s'agit là d'un livre merveilleux de concision et de clarté. Il renferme sous un petit volume toutes les notions précises acquises aujourd'hui par le physiologiste et présentées d'une manière tout à fait didactique. Il contient, comme le dit son auteur dans la préface, sous le plus petit volume, le plus grand nombre de faits, énoncés avec le plus petit nombre de mots possible, de manière à habituer l'étudiant à exprimer la vérité physiologique avec précision. Estimant qu'on ne doit aborder la physiologie qu'après avoir acquis les notions élémentaires de l'anatomie, de l'histologie, de la physique et de la chimie, l'auteur néglige de parler de celles-ci, se débarrassant ainsi du cortège des sciences annexes qui la dissimulent et l'étouffent. La technique physiologique, description d'appareils, procédés d'opération et d'expérimentation, est pareillement négligée, en vertu de ce principe qu'elle doit être apprise *de visu* dans un laboratoire. Une description écrite, si agrémentée de figures soit-elle, est toujours insuffisante; elle suffit à donner l'illusion de la connaissance et non de la réalité. Signalons encore l'absence totale de bibliographie, et la suppression aussi complète que possible des noms des physiologistes, et l'on comprendra l'esprit dans lequel est conçu ce livre, uniquement fait pour l'enseignement, uniquement fait pour les étudiants.

Nous avons ainsi surtout indiqué ce que le livre de M. Arthus ne contient pas. Cela nous montre du moins combien les faits physiologiques y sont accumulés. Grâce à cette élimination des mots et accessoires inutiles, ce petit volume renferme autant de choses, sinon davantage, que bien des gros traités de physiologie, et l'on est surpris à l'usage du nombre considérable de renseignements qu'on y trouve. Aussi dirons-nous, contrairement à l'auteur, que ce livre ne s'adresse pas seulement aux étudiants qui préparent leurs examens, mais encore aux médecins qui désirent s'éclairer d'une manière précise sur un point quelconque de la physiologie. Ce sera pour eux un mémorandum d'autant meilleur qu'il est au courant des acquisitions les plus récentes et que les questions les plus difficiles y sont présentées avec une simplicité séduisante. Il y a encore un éloge à faire de ce livre avant de terminer, c'est son homogénéité. Certains manuels, malgré leurs titres et malgré tout le désintéressement de leur auteur, sont absolument disproportionnés, certains chapitres particulièrement chers à l'auteur occupant une place demesurée par rapport à l'importance du sujet. Ici, chaque paragraphe possède la longueur qu'il mérite : le livre est écrit pour le lecteur et non pour l'auteur.

G. MILIAN.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire de médecine pratique. Dixième édition, revue, corrigée et augmentée, par M. E. MONIN, 1 vol. in-12 de 791 pages, broché, prix 5 francs. (*Société d'éditions scientifiques*, Paris.)

Eloges académiques, par M. JOSEPH BERTRAND. *Nouvelle série*, avec un éloge historique de M. Joseph Bertrand, par M. GASTON DARBOUX, 1 vol. in-16, broché, 3 fr. 50. (*Hachette et Cie*, Paris.)

Les courants de haute fréquence en dermatologie. Traitement des maladies cutanées et vénériennes, par M. H. LEBON. Un vol. in-8° de 60 pages, orné de nombreuses figures dans le texte, broché, 2 francs. (*Société d'éditions scientifiques et littéraires*, Paris.)

LE CENTENAIRE DE L'INTERNAT

1802 — 1902

La célébration du Centenaire de l'Interna en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris s'est faite avec une telle solennité, qu'elle a pris les proportions d'un véritable événement auquel les Pouvoirs publics ont tenu à prendre part.

Pendant toute la période préparatoire à cette célébration, La Presse Médicale *ayant tenu ses lecteurs au courant des travaux du Comité d'organisation du Centenaire, se doit à elle-même de montrer aujourd'hui quels beaux résultats ce Comité a obtenus.*

La direction scientifique de La Presse Médicale *a donc estimé qu'en raison de leur importance, les fêtes et cérémonies commémoratives qui viennent de se succéder méritaient dans les colonnes du journal une mention toute spéciale; et, en conséquence, elle a décidé d'en donner un compte rendu détaillé, convaincue que non seulement les internes et anciens internes, mais encore tous les membres de la famille médicale, prendraient grand intérêt à la lecture de ce qui a été fait et dit en l'honneur de l'Internat dans les journées des 24 et 25 Mai 1902.* E. L.

Le Centenaire de l'Internat a été célébré les 24 et 25 Mai avec tout l'éclat et toute la solennité désirables. Tous ceux qui ont assisté



Figure 1. — Avers de la médaille.

aux fêtes du Centenaire en emporteront un délicieux et un impérissable souvenir.

Samedi, à 2 heures, dans la grande salle des fêtes du Trocadéro, se tint la première des solennités, la partie officielle du programme. M. Waldeck-Rousseau avait accepté la présidence de cette solennité. A ses côtés, sur l'estrade, se trouvaient la plupart des professeurs de l'Ecole et un certain nombre de personnalités politiques. Le président de la République était représenté par un officier de sa maison militaire. La salle était remplie par les internes et les anciens internes venus avec leur famille ; on y remarquait des délégations de surveillantes et d'infirmières de nos hôpitaux.

M. Brouardel parle le premier ; s'adressant à M. Waldeck-Rousseau, il rappelle que c'est un médecin, Chaptal, ministre de l'Intérieur pendant le Consulat qui, en 1801, a placé sous la direction du ministère de l'Intérieur le service médical des hôpitaux de Paris. Il se fait l'interprète du président de la République qui l'a chargé « d'exprimer son vif regret de ne pouvoir assister à la célébration du Centenaire ». M. Brouardel retrace ensuite l'historique de l'Internat. Les origines sont modestes : « Le 4 ventôse an XI (25 Février 1802), les citoyens Gartaldy, Deschamps, Thauraux, Pelletan, Cullerier et Thouret rédigèrent deux articles de règlement sur le service de santé des hôpitaux de Paris ; ils créaient l'Externat et l'Internat; ils fixaient la durée des fonctions, leur nature, établissaient le recrutement par le concours. Depuis un siècle, ces deux articles de règlement n'ont subi aucun changement. L'Internat a montré que la confiance que ses fondateurs mettaient en lui était bien placée ; il a produit des cliniciens qui ont assuré dans le monde entier la réputation de l'Ecole de Médecine de Paris.

Nous pouvons nous enorgueillir de compter parmi nos ancêtres en médecine : Chomel, 1809; Cruveilhier, 1811 ; Rayer, 1813 ; Bouillaud, 1818 ; Grisolle, 1831 ; Tardieu, 1838 ; Potain, Charcot, Vulpian, 1848 ; en chirurgie : Marjolin, 1803 ; Lisfranc, 1809 ; Denonvilliers, 1830 ; Nélaton, 1831 ; Richet, 1839 ; Broca, 1844 ; en obstétrique : Baudelocque, Antoine Dubois, 1817 ; Tarnier, 1852. De l'Internat sont sortis des physiologistes comme Magendie, 1803 ; Claude Bernard, 1839 ; des hygiénistes comme Fauvel, 1835 ; des philosophes comme Littré, 1826.

« Messieurs, ajoute M. Brouardel, voilà vos ancêtres ; ceux-là ont été illustres, mais tous ont fait leur devoir, et ce ne sont pas toujours les plus modestes qui ont rendu le moins de services. Mes chers camarades, voilà le passé. Que sera l'avenir ? Administrativement l'Internat est resté immuable ; scientifiquement il a marché avec son temps. »

M. Brouardel termine en esquissant quelle doit être selon lui l'orientation nouvelle des jeunes générations médicales.

« Ne voyez pas dans les places de médecins des hôpitaux, de professeurs de Faculté l'unique couronnement de vos efforts. Actuellement, l'encombrement est tel que vous n'arrivez à donner la mesure de votre valeur qu'à cinquante ans, à un âge où les initiatives hardies, où la puissance de travail sont déjà singulièrement atténuées.

. . . .

« Ne vous confinez pas dans la voie étroite des concours, élargissez votre action, vivez votre temps, au grand bénéfice de la Science et de la Patrie. »

Après M. Brouardel, dont le beau discours recueille des salves d'applaudissements, M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, prend la parole ; il indique ce que l'Assistance publique a fait pour l'Internat depuis son origine, raconte les services que l'Internat a rendus en échange à l'Assistance publique et vient « joindre aux hommages publics les hommages non moins chaleureux des humbles, des deshérités, des souffrants au soulagement desquels l'Internat a consacré, pendant plus d'un siècle, sa grande et féconde existence ».

Aux hommages des pauvres de Paris, M. Debove ajoute les remerciements de la Faculté de Paris, à l'enseignement de laquelle les internes viennent collaborer « en initiant leurs camarades moins avancés dans leurs études aux difficultés de notre art ».

« Pour marquer les liens qui unissent l'Internat à la Faculté, il suffit de rappeler que, sur trente-six professeurs, trente et un ont été internes, et en vous adressant ces quelques mots comme doyen, je ne puis oublier, par expérience personnelle, la somme de travail nécessaire pour réussir dans ce concours, et quelle joie donne le succès ; elle est proportionnée à l'effort. Jusque-là, nous n'avions reçu que des encouragements ; le jour où nous sommes nommés, nous avons conquis un avantage réel. »

M. Debove termine en rappelant en quelques mots exquis les charmes de la vie de salle de garde. Il fait des vœux pour l'avenir de l'Internat resté jeune, quoique centenaire.

M. Hanrot (de Reims), parle au nom des internes de province ; il montre le rôle des Ecoles de province préparant les jeunes intelligences pour les grandes et hautes luttes des concours de Paris.

Les internes de l'étranger ont pour interprètes M. Ziembicki, professeur à Lemberg (Autriche).

Le discours de M. Ziembicki est extrêmement vibrant et chaleureux ; il rappelle l'oppression dont souffre la Pologne, sa patrie. 300 étudiants de race slave viennent d'être expulsés de toutes les Universités comme dangereux pour l'empire germanique. Il rappelle que c'est de France que se sont répandus les principes qui règlent aujourd'hui les droits de l'homme. Il montre les anciens internes de nationalité étrangère répandant au loin les idées de liberté et de progrès de la France hospitalière.

« Nous devons nous considérer, non seulement comme vos colons scientifiques jetés à travers le



Figure 2. — Revers de la médaille.

monde, non seulement comme les pionniers de votre génie national et de votre civilisation, sans manquer de chérir celle qui nous est propre ; mais encore, semblables à des sentinelles avancées, nous devons veiller à la sauvegarde de l'idée française qui, à tout prendre, n'est que celle de la vraie liberté.

« Messieurs, dans l'Internat, nous formons votre légion étrangère, et, en guise de drapeaux pris à l'ennemi, nous apportons aujourd'hui dans cette enceinte le butin scientifique de toute notre vie, les honneurs, les dignités de nos carrières. »

M. Durand-Fardel raconte comment fut organisé le Centenaire de l'Internat, quels obstacles de tout ordre il fallut surmonter, quels précieux concours on a pu réunir. Il nous expose ce qu'est l'Association amicale des internes et des anciens internes, quel fut son passé, quels sont ses projets d'avenir. Il termine ainsi son magistral exposé : « La

solidarité, Messieurs, quoi qu'en aient dit quelques esprits chagrins, existe parmi nous, et je n'en veux pour preuve que l'imposante majorité qui a répondu à notre appel; le Comité a le droit d'être fier d'avoir provoqué une semblable manifestation.

« L'Internat, après cent ans, est toujours vivant, toujours à la hauteur de sa tâche; des modifications de détail peuvent survenir dans son fonctionnement, mais il est douteux qu'on trouve mieux, pour le bien des malades et le bon renom de la clinique française, que ce corps d'élite dont la devise est : *Jeunesse, Travail, Dévouement.* »

Dévouement, désintéressement, haute culture scientifique, telles sont les vertus professionnelles que M. Waldeck-Rousseau, dans son allocution, reconnaît également au corps de l'Internat, « Ecole pratique des hautes études médicales qu'il importe de maintenir. » Entre le corps médical et le gouvernement, il existe une complète harmonie. Cette harmonie est discrète, car, pour le ministre de l'intérieur, le gouvernement central dans ses rapports avec la science doit garder la plus grande réserve. Le gouvernement doit se contenter de mettre au service de la science les moyens nouveaux d'investigation dont il dispose. « Ce serait une grande faute et un grand malheur que d'instituer une science officielle. »

M. Mourier lit la liste des distinctions honorifiques accordées par le gouvernement. M. G. Thibierge est nommé officier de l'instruction publique. Sont nommés officiers d'académie : MM. J. Paquy et Chaillous, et les internes Laignel-Lavastine et Le Lorier. Des médailles d'argent sont accordées à MM. Guinon (hôpital Trousseau), Villemin (Enfants-Malades).

Obtiennent des médailles de bronze, MM. Tollemer, chef de laboratoire, Hauser, Bisch, Nattan, Aguinet, Gasne, Bergeron, A. Delille, Bergouignan, Civatti, Aubertin, Courtellemont et Latron, internes.

*
* *

A huit heures, 650 convives se trouvaient réunis aux tables du Palais d'Orsay. Les internes et anciens internes étaient rangés par promotions heureuses de se retrouver, ce qui rendit le dîner particulièrement cordial et gai. Des toasts furent portés, d'une façon fort humoristique dit-on, par MM. Brouardel, Pamard (d'Avignon) et Reverdin de (Genève); le bruit empêcha la plupart des convives de les apprécier, comme il empêcha d'entendre ce qu'on a appelé l'*Incident du magnésium*.

Autour des tables, veillant au service, circule, affairé, l'éditeur Steinheil, collaborateur précieux du Comité.

Après dîner on se réunissait dans la salle des fêtes du palais d'Orsay où s'était transportée la *Boîte à Fursy*. Dans une atmosphère quelque peu fumeuse, et avec quelque bruit, on a applaudi MM. Chepfer, Mévisto aîné dans le *Macchabée* par notre collègue Mortagne, le *Centenaire, de Victor Hugo, Coquelin chez Guillaume II*, Jules Moy dans ses œuvres fantaisistes; Fursy, dans le *Petomane*, les *Statues de Paris* par Mortagne; Mlle Odette Dulac dans les *Circonscriptions* par Mortagne, l'*Infirmière* par Flœrsheim, la *Cuvette de la Pitié*, le *Souvenir* par Fauquez, etc.

Les vieux refrains de salle de garde ne furent pas oubliés et les plafonds dorés du palais d'Orsay retentirent de la chanson de Bicêtre, dont le refrain fut repris en chœur par jeunes et vieux internes. A minuit, pendant qu'un certain nombre de collègues s'installaient pour attendre le jour autour du tapis vert, se termina la première journée des fêtes du Centenaire. Elle se termina, comme tout se termine en France, par des chansons.

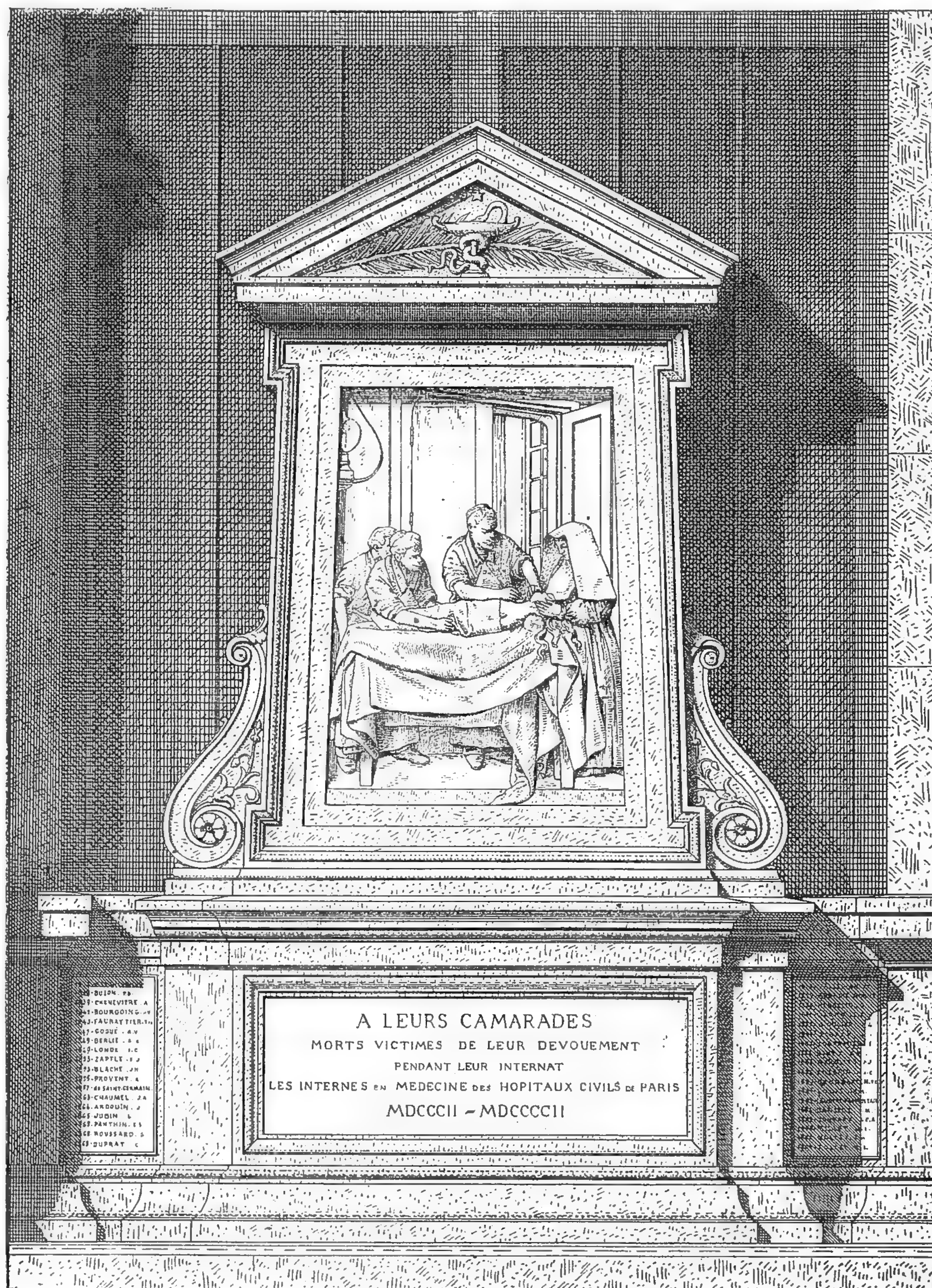


Figure 3. — Le Monument de l'Hôtel-Dieu.

*
* *

La journée de dimanche, sérieuse et recueillie, fut consacrée à la commémoration des morts.

A 11 heures, l'immense nef de Notre-Dame de Paris se remplissait entièrement d'internes et d'anciens internes venus pour assister au service solennel célébré à l'intention des internes morts au cours du siècle. Le service, présidé par Mgr Richard, cardinal-archevêque de Paris, fut empreint à la fois de la simplicité et de la grandeur qui caractérisent les grandes cérémonies de Notre-Dame.

A 2 heures, eut lieu l'inauguration du monument élevé à la mémoire des internes morts victimes de leur dévouement.

Ce monument, que nous reproduisons ici, se compose d'un stèle de marbre orné d'un groupe en haut-relief représentant l'opération de la trachéotomie.

De chaque côté sont incrits les noms des internes qui constituent la liste d'honneur de l'Internat.

M. Guyon énumère tous ceux qui ont succombé au champ d'honneur et dont on ne doit prononcer les noms qu'avec reconnaissance :

« En 1839, nous avons eu Bujon et Chenevière; en 1842, Bourgoing; en 1843, Fauraytier; en 1847, Gogué; en 1849, Berlié; en 1853, Zapfle et Blache; en 1855, Provent; en 1857, de Saint-Germain; en 1863, Chaumel; en 1864, Ardouin; en 1865, Jubin et Pauphin; en 1866, Boussard; en 1868, Duprat; en 1876, Vallérian; en 1879, Abadie; en 1880, Herbelin; en 1881, Jarry; en 1882, Schaeck et Courbatien; en 1884, Rivet; en 1885, Ayrolles; en 1886, Crespin; en 1887, Cour-

barieu; en 1891, Louis; en 1893, Préfontaine; en 1894, Danseux; en 1898, Toupart; en 1899, Millet; en 1900, Nollet; en 1902, Follet. »

Cette liste ne renferme pas tous les noms des victimes, un grand nombre n'ont pas été retrouvés; ils ont disparu dans l'incendie des Archives de l'Assistance publique; en outre, ne sont pas compris dans la liste tous ceux qui succombèrent aux atteintes du plus meurtrier de tous les fléaux modernes, la tuberculose, qui fait parmi le personnel des hôpitaux d'effrayantes hécatombes. Avec son éloquence académique et son impeccable correction, le professeur Guyon complimente chaudement le maître Denys Puech qui, gracieusement, a exécuté le chef-d'œuvre symbolisant le dévouement de l'Interne.

Il montre que l'Internat n'est pas uniquement une école de perfectionnement médical, mais qu'en lui se trouve une merveilleuse école de devoir :

« Comment pourrait-il en être autrement? Le milieu hospitalier, où règne sans interruption la souffrance, est un terrain où doit naître et grandir le dévouement. Il n'en est pas de plus favorable au développement de ce sentiment de solidarité qui, malgré tant d'apparences autorisant le doute, existe dans le cœur des hommes. Il y fait parfois de longs sommeils; que des circonstances favorables se présentent, il s'éveille et bientôt y domine. »

C'est également le dévouement que glorifie M. Mourier; il rappelle les cruels événements qui ont fourni à l'Internat, au siècle dernier, des occasions particulières de sacrifice : l'invasion de 1814, le typhus de 1813, les épidémies de choléra de 1832, 1849 et 1854, la guerre de 1870-71.

Au directeur de l'Assistance publique de Paris succède M. Escudier président du Conseil municipal, qui, au nom de la ville de Paris, vient saluer les morts glorieux de l'Internat.

« La population parisienne n'oubliera pas leurs noms, ils vivront dans sa mémoire; mais elle donnera ses plus chères pensées aux inconnus à qui s'adresse d'abord ce monument : internes morts dans l'accomplissement de leurs fonctions et dont les archives de l'Assistance publique, détruites en 1870, n'ont pu transmettre les noms; anciens internes succombant plus tard aux suites d'un travail excessif, d'un séjour prolongé dans un milieu saturé de germes morbides et de cette tristesse vague et profonde qu'imprime aux âmes sensibles le spectacle prématuré des maux de l'humanité.

« Les Parisiens ne se méprendront pas, d'ailleurs, sur le véritable caractère de cette cérémonie, où il s'agit autant d'honorer des faits exceptionnels que de reconnaître et d'exalter les rares qualités morales qu'exigent vos fonctions, messieurs, pour être dignement exercées.

« Il n'appartient, en effet, qu'à quelques-uns d'oser mettre au-dessus de la vie l'ivresse du dévouement. Mais il dépend de tous de donner un peu de soi aux pauvres gens que recueille l'hôpital.

« Il est bien de les soigner attentivement; il est louable et, dans certains cas, il est admirable de braver pour eux les malfaiteurs — microbes de la diphtérie, bacilles de la fièvre typhoïde et de la tuberculose — qui rôdent sans cesse, invisibles et patients, autour des lits et dans les salles. Mais il y a une forme encore plus touchante du dévouement aux malheureux, c'est la douceur et la bonté, une douceur voulue, une bonté intelligente et réfléchie. »

Pendant que dans la cour de l'Hôtel-Dieu étaient prononcés les discours devant une foule attentive, aux fenêtres, aux balustrades des promenoirs se penchaient les têtes curieuses des infirmières et les visages émaciés des convalescents avides de comprendre et de voir.

Au cours de la cérémonie on montrait les premiers exemplaires de la belle médaille que L. Bottée a gravée pour honorer le Centenaire de l'Internat de médecine et de chirurgie des hôpitaux civils de Paris.

Sur l'une des faces est un interne au travail; son front se penche sur le livre du maître, sa main inscrit des notes; sur la table, sont accumulés des livres, un crâne, un microscope. Au revers, un malade est apporté sur un brancard; l'interne pose sur ses genoux la tête alanguie du patient; la ville de Paris en long peplum flottant se penche vers le groupe et l'encourage; dans le fond se découvrent l'église Notre-Dame et l'Ecole de médecine.

*
* *

Nul poète ne fut plus que Molière cruel pour les médecins; à Molière cependant les médecins ne gardent nulle rancune, et c'est sous son égide que le comité du Centenaire semblait avoir placé le gala de dimanche à l'Opéra-Comique.

CENTENAIRE DE L'INTERNAT
1802 SOIRÉE du 25 MAI 1902 A L'OPÉRA-COMIQUE 1902



PROGRAMME

Figure 4.

La soirée s'ouvrait par *Bastien et Bastienne* dont la musique est de Mozart, mais cet opéra-comique a semblé dans la fête uniquement destiné à permettre aux retardataires de gagner leur place avant que commençât le *Médecin malgré lui*. De ce chef-d'œuvre mis en musique par Gounod, on ne donne que le second acte, mais le directeur de l'Opéra-Comique l'a mis en scène et la troupe l'a chanté d'une façon absolument remarquable; les applaudissements ne furent pas épargnés aux interprètes de Molière et de Gounod entraînés par le prestigieux artiste qu'est Fugère.

Sur la scène s'avancent alors M. Paul Mounet et Mme Segond-Weber, qui viennent dire les belles strophes d'Edmond Haraucourt consacrées à la gloire de l'Internat. De ces éloges la corporation médicale tout entière peut prendre sa part.

O Molière, ton âge est-il si loin du nôtre?
Il a suffi d'entrer d'un siècle dans un autre
Pour qu'hier devienne jadis,
Et dans le ciel, Monsieur Purgon se désespère
De voir comment ses fils ont renié leur père
Pour devenir tes petits-fils.

Tout croule! Diafoirus jure par Hippocrate
Que tout croule, et que la progéniture ingrate
A déshonoré ses berceaux;
Fleurant crie, et Thomas contemple d'un œil vide
Cette horde d'enfants gâtés qui dilapide
L'héritage auguste des sots!

Ceux qui pontifiaient sont morts. Quand les Augures
Rencontrent, dans les bois de Clamart, leurs figures,
Ils s'esclaffent à pleines dents :
Ils ont fait un grand feu des robes doctorales
Et lancé par-dessus le coq des cathédrales
Le bonnet pointu des pédants!

Bon Molière, regarde un peu ces jeunes hommes.
Et dis si les savants de l'époque où nous sommes
N'ont pas l'air d'être nés de toi?
Comme toi-même, ils sont les chercheurs de la vie
Qui font leur tâche, avec la palpitante envie
De vivre et de savoir pourquoi.

Sous le tablier blanc et la calotte noire,
Ils sont les ouvriers qui peinent, pour la gloire
De bien faire en faisant du bien :
Quand le pauvre a besoin d'un bras qui le soutienne,
Il trouve une pitié qui ressemble à la tienne,
Dans leur cœur qui ressemble au tien!

. . . .
. . . .

Ils sont ceux d'entre nous qui montrent le devoir
De se tourner vers les misères, et de voir
Les torturés de la Géhenne;
Ils sont les guérisseurs des humbles, et leurs mains
Expertes au plus pur de nos gestes humains
Mettent de l'amour sur la haine.

. . . .
. . . .
. . . .

« Aidons-nous, et peinons ensemble vers le mieux!
La haine a trop longtemps hurlé sur nos aïeux
Les noms d'esclaves et de maîtres!
O frères des deux lits, enfants du même toit,
Ecoutez-nous, car nous avons touché du doigt
La morne égalité des êtres!

« Apprenez-la! Le crime est de vous ignorer!
Penchez-vous l'un vers l'autre, afin de déchiffrer
Vos énigmes et vos algèbres!
Allez, et faites la lumière au lieu du bruit!
Hommes, il n'y a pas de beauté dans la nuit,
Ni de pitié dans les ténèbres!

« Connaître est le plus sûr commencement d'aimer.
Hommes, ouvrez votre âme au lieu de la fermer!
Nul de vous n'est digne d'envie.
Tends les bras, toi qui peux! Tends ton cœur, toi qui hais!
C'est par la charité qu'on ira vers la paix,
Et par l'amour qu'on fait la vie! »

Dits par des artistes tels que Paul Mounet et la vibrante et très admirable Mme Segond-Weber, les vers d'Haraucourt soulèvent le plus vif enthousiaste et sont salués par des salves répétées d'applaudissements. On sait que Paul Mounet est docteur en médecine, et, si les applaudissements allaient à l'artiste, ils s'adressaient aussi au confrère.

*
* *

Haraucourt avait évoqué Molière; c'est de Molière aussi que se sont sans doute inspirés les auteurs de la spirituelle revue F. S. A. Henri de Weindel et Emile Paquy, notre collègue.

La revue tout entière repose sur la farce aujourd'hui classique du *Cochon de Bicêtre*. Tous les étudiants en médecine connaissent l'histoire du cochon célèbre élevé à l'hospice de Bicêtre, et mangé à l'hôpital Beaujon après un dramatique enlèvement. Le premier acte de la revue nous montrait la salle de garde de Bicêtre et nous initiait aux incidents sou-

levés par l'élevage du précieux animal. Ce fut pour les auteurs l'occasion de nous retracer en un spirituel tableau la vie de la salle de garde, avec ses querelles intestines, son *chahut* et ses chansons; ce fut pour nous, auditeurs, l'occasion d'entendre chanter avec des voix plus justes et des mots moins crus l'antique refrain : *On ne peut pas... toujours*, etc., et le refrain moins ancien des *Trois orfèvres*.

A la fin de ce premier acte, on nous conte la disparition du cochon. L'économe de la salle de garde et la cuisinière sont chargés de le retrouver; ce sera le sujet des deux actes suivants. Au cours de leurs recherches, l'économe et la cuisinière sont à même d'étudier les exagérations de l'hygiène et assistent à une consultation donnée à Gallien par Laënnec, Baudelocque, Ricord, Bichat, sous la direction de Théophraste Renaudot, le premier en date des journalistes et le créateur des consultations.

Ces deux derniers actes fondus en un seul donnèrent lieu à un défilé de circonstance que termina un délicieux ballet réglé par Mariquita.

Pendant les entr'actes, les couloirs et les foyers de l'Opéra-Comique offraient un aspect inaccoutumé. Là se retrouvaient avec joie jeunes et anciens, illustres et modestes; tous renouaient gaiement et familièrement les liens de l'ancienne camaraderie de salle de garde.

Tout le monde était d'accord pour payer un juste tribut de remerciements et d'éloges aux artistes de la Comédie-Française et de l'Opéra-Comique, à Edmond Haraucourt, à Bellery-Desfontaines, qui avait dessiné le programme et les costumes de la soirée, et qu'on pourrait appeler l'interne en peinture des hôpitaux de Paris, aux auteurs de la *Revue*, au Comité d'organisation et à son sympatique secrétaire général, Raymond Durand-Fardel, à l'activité, à la persévérance et au dévouement duquel est dû en grande partie le succès du Centenaire.

Cordialité sincère, franche camaraderie, saine gaieté, telles sont les caractéristiques des fêtes du Centenaire de l'Internat. Elles ont prouvé que dans le cœur des médecins peuvent germer et fleurir les sentiments les plus nobles de solidarité et de confraternité.

P. Desfosses.

L'ŒDÈME SEGMENTAIRE

Par le Professeur **DEBOVE**

J'ai donné il y a quelques années le nom d'œdème segmentaire à une variété d'œdème qui a fait récemment l'objet de très intéressants travaux, au premier rang desquels il faut citer ceux de M. Meige[1], qui désigne la même maladie sous le nom de trophœdème; je préfère la dénomination que j'ai donnée, pour des raisons que je vous développerai ultérieurement.

Avant de vous parler de la malade que je vous présente, je vous rappellerai l'observation que j'ai publiée en 1897, dans le Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux. « Il s'agissait d'une malade, D..., âgée de vingt-deux ans. Elle avait eu une rougeole dans l'enfance. Neuf mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait éprouvé une sensation de lassitude, mais non une véritable douleur, dans les membres inférieurs, puis une tuméfaction qui aurait envahi successivement le mollet, la cuisse et la jambe droite.

« Il y a quatre mois, le membre inférieur gauche se tuméfia à son tour, mais son volume a toujours été inférieur à celui du membre droit. Il y a deux mois environ que les choses sont dans l'état actuel. Un peu avant cette époque, sous l'influence d'un repos d'un mois au lit, il y aurait eu amélioration de l'œdème.

Aujourd'hui nous constatons que l'œdème occupe les deux membres inférieurs, qu'il est plus marqué à droite, qu'il est considérable, qu'il est segmentaire.

« L'œdème est considérable; car la partie moyenne de la cuisse droite a 75 centimètres de circonférence, et le mollet 63 centimètres.



Figure 1.

« L'œdème est segmentaire, et c'est un caractère sur lequel nous voulons insister. Nous entendons par là que chaque segment du membre est affecté isolément; on ne voit pas cette tuméfaction en masse qui s'observe dans les œdèmes dépendant d'une lésion du cœur, des vaisseaux ou du rein. L'œdème de la cuisse n'envahit ni les organes sexuels, ni la fesse; il commence nettement au pli fessier. En bas, il s'arrête au creux poplité, ou, plus exactement, il est incomparablement moins accentué dans cette région. L'œdème de la jambe est nettement limité par le creux poplité et par l'articulation tibio-tarsienne. L'œdème du pied est limité à la face dorsale; la face plantaire et les orteils sont indemnes.

« La peau ne présente aucune altération spéciale; elle est lisse, fine, transparente, comme toute peau distendue par l'œdème; elle ne présente aucun trouble de calorification, ni de sensibilité. Piquée, elle laisse écouler une certaine quantité de sérosité. On n'aperçoit à sa surface aucun réseau indiquant une gêne de la circulation veineuse du lymphatique. Il n'y a point de tuméfaction ganglionnaire.

« La motilité est intacte, et ce n'est pas sans étonnement qu'on voit marcher avec agilité une malade atteinte d'une pareille déformation. Ceci doit tenir en grande partie à ce que les jointures sont libres, c'est-à-dire qu'il n'y a pas ou peu de tuméfaction à leur niveau. »

Je vous présente maintenant une malade que nous avons depuis quelque temps dans notre service. Mais je dois vous prévenir qu'elle a déjà fait l'objet d'une note publiée par M. Vigouroux, dans la Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (Novembre-Décembre 1899).

Cette femme, G..., est âgée de vingt-cinq ans; voici ses antécédents familiaux : son père a soixante-cinq ans, sa mère cinquante-six ans; tous deux sont en bonne santé. Elle a sept frères et une sœur bien portants, à l'exception d'un frère qui serait tuberculeux. Personne dans sa famille n'a une affection comparable à la sienne.

Vers l'âge de huit ans, elle a eu la rougeole; elle a fréquemment des angines. Elle a été réglée à treize ans. Peu de temps avant, elle reconnut qu'elle ne pouvait plus boutonner le haut de sa bottine du côté gauche et s'aperçut ainsi de l'augmentation du volume de sa jambe. La tuméfaction se fit progressivement; au bout de quatre mois, G... se mit au lit dans l'espoir de voir disparaître son œdème, mais inutilement.

Actuellement vous constatez une augmentation de volume considérable du membre inférieur gauche. Dans le tableau ci-joint, la première colonne représente les dimensions du membre sain; la seconde, les chiffres donnés par M. Vigouroux; la troisième, les chiffres trouvés par nous-même il y a quelques jours.

	MEMBRE SAIN	MEMBRE MALADE	
	—	1899	1902
Circonférence au niveau des malléoles.	27 cent.	40 cent.	33 cent.
Circonférence au niveau des mollets. .	39 —	52 —	46 —
Circonférence au niveau du genou. . .	39 —	50 —	48 —
Circonférence au niveau de la cuisse au-dessous de la rotule	50 —	60 —	60 —
Circonférence au niveau de la cuisse.	54 —	66 —	66 —

En somme, nos chiffres sont peu différents de ceux donnés par M. Vigouroux, et il semble bien que la maladie soit stationnaire depuis plusieurs années.

L'augmentation de volume du membre n'est pas uniforme, les orteils ne sont pas œdématiés. Le pied est gonflé à sa partie dorsale; il est séparé de la jambe par un sillon allant d'une malléole à l'autre, au niveau duquel se trouvent plusieurs plis cutanés assez prononcés. La jambe a conservé sa forme générale. Au niveau du genou, l'articulation a gardé son modelé.

En avant, l'œdème s'arrête très nettement au pli de l'aine; en arrière, au contraire, la fesse est manifestement plus grosse que celle du côté opposé, et l'œdème paraît remonter jusqu'au niveau de la crête iliaque.

En examinant les régions atteintes, on voit qu'il s'agit d'un œdème lisse; la peau n'est pas modifiée dans sa coloration. La pression du doigt ne détermine pas la formation d'un godet; c'est à peine si une pression intense et prolongée de la partie inférieure de la jambe donne lieu à une empreinte aussitôt effacée.

1. *Clinique de l'hôpital Beaujon.* — Leçon recueillie par M. Sainton, chef de clinique adjoint.

2. Meige. — *Iconographie de la Salpêtrière*, 1899, Décembre.

1. Cette photographie est due à l'habileté de M. Duplay, externe du service.

La peau est mobile sur les parties profondes; la sensibilité est normale dans tous ses modes. Les réflexes rotuliens sont conservés. La motilité est intacte; la malade était domestique soignait et promenait deux enfants sans aucune fatigue.

* * *

Voilà donc deux types de la maladie à laquelle j'ai cru devoir donner le nom d'œdème segmentaire. Il diffère du groupe d'ailleurs très complexe des éléphantiasis (filariose, lèpre, streptococcie, varices lymphatiques) par l'absence de toute pachydermie.

Il s'écarte des œdèmes dus aux maladies du cœur et du rein par la disposition segmentaire ; c'est-à-dire que les différents segments du membre inférieur, pied, jambe, cuisse, paraissent être le siège d'un œdème distinct de celui des segments voisins. C'est un des caractères les plus frappants de l'affection que nous décrivons et à qui nous avons donné le nom d'œdème segmentaire. Cette dénomination a deux avantages : le premier d'indiquer un aspect caractéristique, le second de ne rien préjuger de la nature du mal. Dans des travaux récents, M. Meige a proposé le nom de *trophœdème*, qui a été adopté par divers auteurs. Je ne le crois pas très bon pour les raisons suivantes. Je conçois un trouble trophique d'un organe, d'un tissu, je ne comprends pas un trouble trophique de l'œdème. Si l'on veut dire par là que l'œdème est le résultat d'un trouble trophique, nous ne savons pas de quels tissus il dépend, et d'ailleurs tous les œdèmes sont le résultat d'un trouble trophique. L'éléphantiasis n'est-il point un trouble de nutrition produit par des causes peu connues? Je sais bien que dans l'état actuel des choses, trouble trophique veut dire pour beaucoup trouble de la nutrition produit sous influence nerveuse. Mais tous les organes sont sous la dépendance du système nerveux qui règle leur nutrition; l'appareil nerveux intervient dans toute maladie, et la plupart des maladies infectieuses sont caractérisées par des manifestations nerveuses dues à l'action des toxines. On a été plus loin dans la voie que nous indiquons : on ne se contente pas de dire que l'œdème segmentaire est d'origine névropathique, on suppose qu'il est dû à une lésion ou à un trouble médullaire.

Remarquons que jusqu'ici il n'y a pas eu d'autopsie de la maladie que nous décrivons; toutes les lésions qu'on lui attribue sont donc hypothétiques ; mais encore faut-il qu'une hypothèse soit vraisemblable? Or, nous admettrions dans le cas particulier une lésion nerveuse qui ne s'accompagne d'aucun trouble de sécrétion, de circulation, d'aucun trouble de la sensibilité, ni de la motilité. J'insiste sur ce dernier caractère parce qu'il est essentiel et très facile à constater sur nos deux malades. A propos de la première, je disais : « Ce n'est pas sans étonnement qu'on voit marcher avec agilité une malade atteinte d'une pareille déformation. » Au sujet de la seconde, nous notons qu'elle soigne deux enfants sans aucune fatigue. M. Vigouroux dit en parlant de cette même malade : « Elle marche facilement et sans fatigue, elle danse, et, toutes les semaines, elle fait ses 22 kilomètres à pied pour venir à la ville et retourner chez elle. »

Je ne puis non plus considérer cette maladie comme une sorte de myxœdème local; en effet, rien dans l'aspect des autres parties du corps ne rappelle le myxœdème. Pour admettre une pareille hypothèse il faudrait avoir constaté anatomiquement une altération quelconque du corps thyroïde, ou bien démontrer une influence heureuse du traitement thyroïdien. Or, nous rappelons qu'aucune autopsie n'a été faite et que le traitement thyroïdien a échoué dans les cas où il a été essayé. Chez notre malade, il s'est montré impuissant.

En l'absence d'autopsie, nous ne pouvons faire que des inductions sur les lésions caractéristiques de l'affection; il semble qu'il y ait non seulement œdème, mais encore altération du tissu cellulo-adipeux sous-cutané; car on détermine difficilement la cupule caractéristique. Dans notre première observation, où la maladie remontait à une date récente, la peau paraissait plus fine, plus transparente, et donnait plus l'impression d'un vrai œdème que chez la seconde malade. Quand les sujets sont fatigués et sont restés longtemps debout, la pression du doigt provoque la formation du godet à la partie inférieure de la jambe ; il semble qu'à la lésion chronique s'ajoute un œdème transitoire.

* * *

Si nous résumons en terminant l'histoire clinique de nos deux malades, nous voyons que toutes deux sont des femmes; la maladie est en effet incomparablement plus fréquente dans le sexe féminin. Toutes deux sont jeunes, et c'est ordinairement après l'établissement de la puberté que la maladie apparaît. Chez la première le début a été plus rapide que chez la seconde, chez elle ; il était plus récent, et le caractère œdémateux était plus franc. Chez l'une, la maladie revêtait la forme monoplégique ; chez l'autre, la forme paraplégique. Dans cette dernière, les deux membres ne se prennent pas simultanément, et dans notre observation, l'œdème a commencé par le membre droit, et c'est cinq mois plus tard que son congénère fut atteint. Les deux malades ont eu dans leur enfance la rougeole, il s'est écoulé un temps trop considérable entre ces maladies infectieuses et le début de l'œdème pour qu'on puisse leur attribuer un rôle étiologique. Souvent l'affection que nous décrivons est héréditaire [1], familiale (obs. de Meige [2], Lannois, etc. [3]).

La seconde malade présente de l'œdème de la fesse, localisation qui n'existait pas au moment où l'observation fut publiée par M. Vigouroux; c'est le seul cas à notre connaissance où l'envahissement de la fesse ait été noté.

L'œdème segmentaire que nous décrivons ne menace nullement l'existence de nos malades ; à ce point de vue le pronostic serait bénin, s'il était possible d'appliquer cette épithète à une maladie incurable sur laquelle nos moyens thérapeutiques actuels n'ont aucune prise.

1. Les observations d'œdème, soit congénital, soit développé chez de jeunes enfants, ne nous ont pas paru se rapporter au type que nous décrivons.
2. *Loc. cit.*
3. LANNOIS. — *Iconographie de la Salpêtrière*, 1900, Septembre.

MÉDECINE PRATIQUE

LES INJECTIONS GAZEUZES DANS LE TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

M. Cordier, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, vient de faire connaître [1] une méthode fort curieuse de traitement de diverses névrites douloureuses (névralgies, sciatique, lumbago etc.) par les injections sous-cutanées d'air. Il s'est inspiré dans cette thérapeutique toute nouvelle des effets que donne l'élongation des nerfs dans les névralgies rebelles et particulièrement dans la sciatique. Il pensa qu'en distendant la peau de la région douloureuse par insufflation d'air, il déterminerait une élongation des fines ramifications nerveuses au point où elles pénètrent dans le derme après avoir cheminé dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les expériences qu'il fit sur des animaux, sur lui-même, puis sur des malades, lui ont montré que ces injections étaient inoffensives, indolores et donnaient dans bon nombre d'affections des résultats souvent heureux, quelquefois vraiment merveilleux.

Il y a donc tout intérêt à faire connaître et à vulgariser une thérapeutique qui se recommande à nous non seulement par la simplicité de sa technique, mais encore et surtout par son innocuité et son efficacité dans des affections où à bout de ressources le médecin est amené à penser à l'injection de morphine.

* * *

Pour insuffler de l'air sous la peau, on n'a pas besoin d'un outillage compliqué. Une aiguille tubulée comme pour toute injection hypodermique, une soufflerie semblable à celle de l'appareil Potain suffisent. On pourrait même au besoin se servir d'une poire en caoutchouc dont il est facile de mesurer la capacité pour calculer approximativement la quantité d'air qu'on veut injecter (un quart à un demi-litre). On n'a pas à s'occuper des microbes de l'air qui généralement n'en contient pas. A la rigueur il serait facile d'interposer, entre l'aiguille et la soufflerie un large tube en verre rempli de coton stérilisé et fermé à ses deux extrémités par des bouchons de caoutchouc percés chacun d'un orifice. Mais cette filtration qui stérilise l'air n'a qu'une importance secondaire, et M. Cordier nous dit l'avoir négligée plus d'une fois sans le moindre inconvénient. Les soins antiseptiques doivent surtout s'adresser à l'aiguille de l'appareil, à la peau du malade et aux doigts de l'opérateur.

La technique de l'insufflation est fort simple. On enfonce brusquement l'aiguille comme pour toute injection hypodermique. Après une courte attente permettant de s'assurer qu'aucune goutte de sang ne vient sourdre de la canule et que par conséquent l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau, on peut commencer l'insufflation.

La pression nécessaire pour faire pénétrer l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané est légère. Elle varie toutefois suivant les malades et suivant les régions. En règle générale, la pénétration d'air se fait d'autant plus facilement que le tissu adipeux est moins développé ; c'est dire que la pression nécessaire est moindre chez les obèses que chez les maigres, moindre dans la région thoracique que dans la région fessière, presque nulle pour la face dorsale des mains et des pieds.

Dès que l'insufflation commence, on voit la peau soulevée comme par un lipome, et la tumeur gazeuse s'étendre lentement de proche en proche; puis, lorsque le gaz rencontre une gaine vasculaire ou nerveuse, il s'échappe en fusées rapides et forme au loin des foyers rapides qui se réunissent peu à peu au foyer principal. La peau soulevée pâlit d'abord, puis bientôt se couvre d'une rougeur qui persiste pendant plusieurs heures. L'in-

1. CORDIER. — *Lyon médical*, 1892, n°s 13 et 13.

jection, comme nous l'avons dit, est indolore, et les malades n'accusent que des sensations de distension, de fourmillements, de picotements, d'engourdissement, sans se plaindre de douleur proprement dite.

Mais l'injection d'air ne constitue que le premier temps du traitement. Une fois l'aiguille retirée, on doit pratiquer un massage énergique, et ce deuxième temps de l'opération est des plus importants. Il faut, par des pressions alternatives, refouler le gaz, le ramener ensuite, le concentrer même avec les deux mains sur les points où il est nécessaire d'exercer une distension plus considérable. Ce massage, ces malaxations ont une action infiniment plus puissante que l'insufflation simple, car seuls ils permettent de réaliser l'élongation des rameaux nerveux qui est le but à atteindre.

Elles présentent encore d'autres avantages. Comme elles permettent ce déplacement de la tumeur gazeuse, l'injection peut se faire dans un point même éloigné de la région endolorie, dans un point où la peau est plus saine, plus facile à désinfecter, plus facile à protéger. Grâce encore à ce déplacement, on peut obtenir le même résultat en insufflant une moins grande quantité d'air, ce qui abrège la durée de la période de résorption, laquelle période dure généralement huit à quinze jours pendant lesquels la peau reste un peu sensible et est parfois le siège d'un prurit assez pénible.

* * *

Les injections sous-cutanées d'air amènent une guérison définitive quand ce n'est pas une amélioration considérable dans la plupart des manifestations douloureuses à forme névralgique. Les observations de M. Cordier sont à sur ce point fort instructives. On nous permettra d'en citer quelques-unes.

Chez un malade atteint d'un zona très étendu du bras droit et de la région scapulaire, les douleurs continuaient très violentes, alors que l'éruption avait disparu depuis trois semaines. Une seule injection de 50 centilitres d'air a suffi pour dissiper les souffrances. On avait déjà employé en vain : quinine, antipyrine, frictions et vésicatoires dont il existait des traces encore récentes.

Sur 25 cas de sciatique traités par les injections sous-cutanées, M. Cordier n'a noté que deux insuccès. Dans un grand nombre de cas, les malades arrivaient avec l'intention de rester à l'hôpital, tellement grandes étaient leurs souffrances. Dès la première injection, l'amélioration était parfois telle qu'ils rentraient dans leur famille pour revenir quelquefois à la réapparition des douleurs. La guérison complète exige en effet 4 ou 5 injections, faites à six ou sept jours d'intervalle chacune. Ajoutons à ce sujet que dans la sciatique, l'air doit être injecté dans trois points à la fois : la région lombaire, la face externe de la cuisse, la région externe et supérieure de la jambe. Dans chaque point on injecte 50 centilitres d'air, qu'on dirige vers les zones particulièrement douloureuses, et là, entre les deux mains, on refoule le gaz, on le comprime pour ainsi dire, on le malaxe, afin qu'il distende plus efficacement les fines ramifications nerveuses.

Ces injections réussissent encore dans la névralgie fémoro-cutanée qui complique parfois, chez la femme, les métrites et les annexites; chez l'homme, dans la blennorragie urétrale et l'épididymite blennorragique. Une injection de 25 centilitres faite dans la région externe de la cuisse procure presque toujours un soulagement immédiat et est plus efficace que les banales frictions calmantes et les vésicatoires.

Sans parler du lumbago (qui guérit parfois par une seule injection d'air faite dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans la masse des muscles sacro-lombaires) les insufflations gazeuses donnent encore des résultats remarquables dans les névrites diffuses consécutives aux traumatismes (contusions, luxations, fractures), s'accompagnant d'atrophie musculaire, et traitées souvent sans succès par les frictions, le massage, l'électricité, etc. Les choses se sont passées ainsi — pour prendre un exemple, — chez un homme qui avait une luxation scapulo-humérale réduite depuis deux mois, et ayant laissé, — comme séquelle, dans toute la région scapulaire, une douleur très vive qu'exaspérait le moindre mouvement. Une première injection a donné une très grande amélioration; une deuxième, puis une troisième, faites à intervalle de quinze jours, ont fait disparaître les souffrances qui rendaient les mouvements presque impossibles. Après deux mois, l'atrophie avait à peu près disparu, et le membre remplissait toutes ses fonctions.

Les résultats sont moins nets et plus incertains dans la névrite traumatique ascendante. Par contre, les injections sont très efficaces dans les manifestations douloureuses, articulaires ou tendineuses de la blennorragie où les atrophies musculaires et les ankyloses sont si fréquentes. Plusieurs cas de talalgie, d'arthrites du poignet ou du genou ont été guéris ou du moins considérablement améliorés de cette façon.

* * *

Nous avons dit que M. Cordier attribue les succès de sa méthode à l'élongation des fines ramifications nerveuses que produit la distension de la peau par l'air. Pour lui, l'injection gazeuse produit une sorte d'ébranlement, de commotion, des terminaisons nerveuses, dont l'action rappellerait l'action combinée de l'acupuncture, du massage, de la pression et de l'élongation. En tout cas il se refuse d'y voir l'effet d'une suggestion. « Quand une sciatique, rebelle à tout traitement, écrit-il, est améliorée par une première injection, améliorée davantage par une seconde, guérie enfin par une troisième ; quand une névrite traumatique que rien n'a pu modifier disparaît peu à peu, franchement modifiée après chaque séance, il faut bien admettre qu'un traitement capable de tels effets possède bien une action curative qui lui est propre. »

R. Romme.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

21 Mai 1902.

La réaction de la névroglie en présence du virus rabique chez le chien. — *MM. Anglade et Chocreaux* (d'Alençon). Les lésions cellulaires, pour être constantes dans la rage, n'offrent aucun caractère de spécificité.

Celles du tissu de soutien, sans être, non plus, spéciales à la rage, se distinguent par leur précocité et leur intensité. Elles sont un élément précieux de diagnostic histologique.

Les altérations des capillaires et celles de la névroglie sont contemporaines. A mesure que l'endothélium prolifère, le réseau névroglique péri-vasculaire s'infiltre de noyaux dont notre méthode de coloration spéciale, applicable aux animaux, ne permet pas de nier l'origine névroglique. Il s'y mêle des éléments figurés du sang, émigrés des vaisseaux; leur proportion est inférieure à celle des noyaux névrogliques. Les uns et les autres fusent à travers le parenchyme, vont entourer les cellules nerveuses, les enserrer, les pénétrer et probablement les irriter.

Comme la névroglie péri-vasculaire, avec même plus de sensibilité et d'activité, la névroglie épendymaire réagit, donne des noyaux et des fibres qui repoussent l'épithélium ou se dirigent vers les groupes cellulaires.

C'est, à un degré plus élevé, ce qui se voit dans l'état de mal épileptique ou éclamptique, dans quelques formes de tuberculose du système nerveux, dans la paralysie générale.

Il semble que le virus rabique n'ait besoin que de quelques jours pour provoquer des lésions et des désordres que d'autres infections mettent des années à réaliser.

Influence de l'excitation du sympathique cervical sur l'ensemble de la réfraction de l'œil. — *MM. E. Terrien et J. Camus.* Nous nous sommes servis, pour déterminer l'état de la réfraction de l'œil après la section et l'excitation du sympathique cervical, de la skiaskopie qui permet d'y arriver très simplement et très rapidement.

Les expériences ont porté sur le lapin, sur le chien, sur le chat et sur le singe.

En voici les conclusions : 1° l'excitation du sympathique cervical après section donne lieu dans tous les cas à une augmentation de la réfraction du côté correspondant. Cette augmentation est légère et varie de 1D à 2 D.50.

2° Ce phénomène ne coïncide pas exactement avec la dilatation de la pupille. Il commence un peu après la dilatation et cesse un peu avant que la pupille soit revenue à son état normal.

Sur la présence d'une substance pathogène dans l'urine des malades atteints d'orchite parasitaire. — *M. A. Dorland.* J'ai extrait des urines des malades atteints d'orchite ourlienne ou blennorragique, un produit nouveau de nature albuminoïde. L'injection de cette substance dans le testicule d'un chien provoque toujours, rapidement, l'apparition d'une orchite franche, évoluant vers la suppuration et laissant après elle une sclérose de la glande. Il résulte de ces expériences que, dans la production de ces orchites expérimentales, il n'y a lieu d'incriminer ni le traumatisme, ni l'infection, ni un élément normal de l'urine, et que ce pouvoir phlegmasique est bien une propriété de la toxine.

Le fer dans le sang des nouveau-nés. — *MM. Maurice Nicloux et Van Vyve.* Nous avons fait 108 analyses de sang chez le nouveau-né. La quantité de fer oscille chez les fœtus à terme autour de 0gr46 pour 1.000 grammes de sang ; chez le fœtus avant terme autour de 0,47 ; chez les nouveau-nés issus de mère albuminurique, la quantité de fer baisse et devient en moyenne 0,38 ; chez 3 fœtus morts et macérés, nous avons trouvé 0,21, 0,23, 0,25.

De l'azote dans le chimisme stomacal. — *M. Léon Meunier.* Il est important de doser l'azote dissous dans le suc gastrique, après repas d'épreuve d'Ewald.

Cette quantité d'azote soluble n'est nullement en rapport avec la quantité d'HCl. libre.

De l'examen de 32 cas de chimisme stomacal, je conclus qu'on peut rapidement calculer cet azote en multipliant par 2 le chiffre fourni par la différence entre les acidités du suc gastrique par la phtaléine du phénol et le diméthyl-amido-azo-benzol.

Substance active de la capsule surrénale. — *M. Prévost* communique un nouveau moyen de colorimétrie pour déceler une des substances actives contenues dans la capsule surrénale.

Réaction iodophile dans le diagnostic des épanchements séreux. — *MM. Sabrazès et Muratet* (de Bordeaux) envoient le résultat de leurs recherches sur la réaction iodophilique présentée par les cellules polynucléaires et certaines cellules endothéliales contenues dans les épanchements séreux.

A. Sicard.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

23 Mai 1902.

Kyste de la queue du sourcil. — *MM. H. Petit et Voisin* présentent un kyste dermoïde de la queue du sourcil; le contenu était huileux; la paroi avait la structure de la peau.

Sarcome du rein. — *M. V. Pauchet* (d'Amiens) envoie un volumineux sarcome du rein, enlevé par néphrectomie, et met en relief : 1° l'existence d'une hématurie initiale, unique; 2° la rapidité d'accroissement de la tumeur, qui a acquis en trois à quatre mois le volume actuel; 3° l'absence de tout phénomène de compression (varicocèle, etc); 4° la simplicité de l'intervention opératoire.

Syphilis cérébrale. — *M. Touche* rapporte deux cas de syphilis maligne avec artérite et thrombose du tronc basilaire et ramollissement consécutif de la protubérance.

Périnéphrite suppurée. — *MM. Mallet et Buvat* apportent le rein d'un malade mort à Sainte-Anne de périnéphrite suppurée consécutive à une pyélonéphrite.

Calculs urinaires. — *M. Le Filliatre* montre des calculs enlevés par la taille sus-pubienne; il y en avait un gros dans la vessie, un autre dans l'urètre.

Quatorze jours après l'opération, on vit sortir un troisième calcul qui devait s'être formé dans l'uretère.

M. Mauclaire se demande si le nouveau calcul expulsé en dernier lieu se trouvait préalablement dans l'uretère ou bien dans une poche diverticulaire de la vessie.

Pleurésie sarcomateuse; cytodiagnostic. — *MM. Labbé, Armand-Delille et Aguinet* communiquent un cas de pleurésie hémorragique dont ils ont pu diagnostiquer la nature néoplasique par la cytoscopie de l'épanchement, suivant la méthode de Widal et Ravaut. Les préparations montrent des éléments cellulaires qui peuvent être distingués des cellules endothéliales par leur volume plus considérable, par leur forme irrégulière, par les nombreuses vacuoles et les inclusions cellulaires que présente leur protoplasma, et surtout par les caractères du noyau, qui est toujours beaucoup plus gros que celui des endothéliums et pourvu d'un ou plusieurs gros nucléoles très distincts. La présence de glycogène dans quelques-unes de ces cellules est encore un indice en faveur de leur nature néoplasique et de l'activité de la prolifération cancéreuse.

Tubercule du cervelet. — *M. François-Dainville* apporte le cerveau d'un enfant qui avait présenté de l'épilepsie jacksonnienne gauche. Outre des lésions de méningite bacillaire qui paraissent localisées à la face externe de l'hémisphère droit, on trouve un gros tubercule dans l'épaisseur du cervelet.

Le cytodiagnostic du liquide recueilli par ponction lombaire avait révélé une lymphocytose abondante.

Chirurgie de la cavité pleurale. — *M. Robert Lœwy* a pratiqué, au laboratoire du professeur Lannelongue, des extirpations de poumons chez les animaux, qui vivent, et présente ces poumons.

Il insiste sur plusieurs points de sa technique expérimentale. La narcose doit être profonde; il saigne les animaux avant de les opérer. Il y a avantage, quelques minutes avant d'inciser largement la paroi costale, à remplir d'air la cavité pleurale à l'aide d'une canule recourbée et d'une poire à thermocautère.

On évite ainsi les réactions violentes, parfois mortelles, que détermine l'entrée brutale de l'air par une large ouverture.

Ces expériences semblent conduire à des applications chez l'homme.

Fracture comminutive de l'extrémité inférieure de l'humérus. — *M. P. Fredet* apporte une pièce de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, survenue avec complication de plaie chez un vieillard. Le malade a subi la résection de l'extrémité humérale, l'extraction des esquilles et la résection de l'olécrane. Il a bien guéri.

La lésion peut être schématisée de la façon suivante : un trait longitudinal, curviligne, a isolé la partie inférieure de l'humérus en passant par la gorge de la trochlée cubitale; puis la lèvre interne de celle-ci a été séparée de l'épitrochlée. La partie externe de l'humérus s'est rompue au-dessus du condyle et a largement déchiré les téguments externes du coude. Un trait vertical a passé par la gorge de la trochlée radiale, séparant un fragment médian, répondant à la lèvre externe de la trochlée cubitale et à la lèvre interne de la trochlée radiale. Ce dernier a été lui-même fissuré transversalement et partagé en un segment antérieur et un segment postérieur.

Fistule appendiculaire. — *M. Mauclaire* présente l'appendice d'un sujet qui eut, à l'âge de treize ans, une appendicite à la suite de laquelle il conserva, au niveau de la fosse iliaque droite, une fistulette stercorale.

L'intervention chirurgicale, pratiquée vingt-deux ans après cet incident pathologique, a montré que l'appendice était bien en cause, sa cavité formant le trajet de la fistule; le cæcum adhérait à la face profonde de la paroi abdominale. La résection de l'appendice a amené la guérison.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

23 Mai 1902.

Asphyxie locale des extrémités. Prurit et mélanodermie en plaques. Palpitations avec arythmie. — *M. Pierre Merklen*, à propos du malade présenté par M. Gouget dans la dernière séance, rapporte le cas d'une jeune femme âgée de vingt-neuf ans, prise, un an environ après une extirpation du col de l'utérus, d'asphyxie locale des extrémités, de crises de palpitations arythmiennes, de prurit suivi de plaques mélanodermiques du cou, des épaules et du ventre, enfin d'un état de profonde asthénie physique et morale. L'hyperchromie précédée de prurit rappelle ce qui se passe dans l'urticaire pigmentée, et, si cette interprétation est exacte, le syndrome pourrait trouver son explication dans une névrose cardiaque et vaso-motrice favorisée par l'hérédité (père autrefois atteint de palpitations nerveuses) et provoquée par l'intervention gynécologique. Il s'agit d'une névrose rebelle, justiciable de la cure de repos qui convient aux neurasthénies graves.

Erythème circiné avec tendance progressive, récidivant aux époques menstruelles chez une névropathe. — *M. Dufour* présente une femme de quarante-deux ans qui, depuis cinq mois, est atteinte, à chacune de ses règles, d'un érythème circiné. Une intoxication indéterminée évoluant sur un terrain nerveux est vraisemblablement la cause de cet érythème récidivant à époque fixe.

M. Danlos rappelle la fréquence relative des éruptions au moment des règles, plutôt un peu avant les règles.

M. Barié a observé un cas curieux de *chromidrose jaune cataméniale* alternant sur les deux mains chez une femme de vingt-quatre ans extrêmement nerveuse (*Annales de Dermatologie*, Décembre 1889).

M. Du Castel fait remarquer que chez la malade de M. Dufour, l'éruption rappelle absolument celle de l'antipyrine.

Syndrome oculo-pupillaire dans la tuberculose du sommet du poumon. — *M. A. Souques* a observé chez trois malades des troubles oculo-pupillaires consistant en myosis, diminution de la fente palpébrale et petitesse avec rétraction du globe de l'œil. Ces trois malades ne présentaient aucune des causes habituelles de ces troubles oculo-pupillaires. Ils étaient, par contre, atteints de tuberculose pulmonaire.

La coexistence de la tuberculose pulmonaire et du syndrome oculo-pupillaire précédent n'est pas due à une coïncidence fortuite. Il y a là une relation de causalité : la tuberculose pulmonaire est la cause première des troubles de l'œil et de la pupille.

Pour interpréter le mécanisme de ces troubles, il convient d'envisager les rapports anatomiques que le cul-de-sac supérieur de la plèvre affecte avec le premier ganglion thoracique et avec son ou ses vaisseaux communicants. Ces rapports sont immédiats. Or, c'est par les vaisseaux communicants du 1er nerf dorsal que passent les *filets irido-dilatateurs* du sympathique. L'expérimentation et l'observation anatomo-clinique ont prouvé que la destruction de ces filets est nécessaire et suffisante pour produire les troubles oculo-pupillaires ci-dessus mentionnés. Les *filets vaso-moteurs* du sympathique cervical naissant des 3e, 4e, 5e et 6e nerfs dorsaux, on conçoit que les filets irido-dilatateurs et les filets vaso-moteurs puissent être intéressés isolément, étant donné leur origine différente. C'est ce qui arrive dans les cas envisagés ici, où les filets irido-dilatateurs sont seuls détruits et où les troubles vaso-moteurs de la face doivent faire et font en réalité défaut.

Les rapports étroits du dôme pleural avec le ou les vaisseaux communicants du premier ganglion thoracique permettent de comprendre que, dans certains cas, ces vaisseaux puissent être atteints et détruits par les lésions de pachypleurite et les adhérences qui accompagnent habituellement la *tuberculose du sommet du poumon*. Dans les cas de ce genre la tuberculose pulmonaire s'accompagnera du syndrome oculo-pupillaire en question sur lequel l'attention méritait d'être attirée.

Dystrophie orchidienne et troubles osseux. — *M. Dalché* présente de nouveau le malade qui a fait l'objet de sa communication dans la séance du 7 Janvier 1901. Chez ce malade, une dystrophie orchidienne a été très améliorée par des préparations d'orchidine. Depuis, des troubles osseux se sont montrés : légère cyphose avec scoliose, augmentation du volume des pieds. Cette observation fournit une preuve nouvelle aux défenseurs de la théorie génitale de l'acromégalie : l'acromégalie serait en rapport avec les lésions des organes génitaux ou tout au moins avec des perturbations des fonctions génitales.

Traitement des épanchements pleuraux à répétition par les injections gazeuses. — *MM. Vaquez et Quiserne* proposent de provoquer la formation d'un pneumothorax artificiel capable de s'opposer à la reproduction incessante du liquide de certaines pleurésies chroniques. La guérison obtenue dans deux cas, relève d'un processus purement mécanique; il faut donc, à l'aide d'un dispositif spécial très simple, injecter des gaz non facilement résorbables, tels que l'air ou l'azote; leur action antiseptique est négligeable.

M. Merklen croit qu'il ne faut ponctionner les pleurésies tuberculeuses que contraint et forcé, car souvent, après les ponctions, la tuberculose subit une véritable poussée.

M. P. Teissier rappelle que les faits de M. Vaquez confirment la valeur du procédé de M. Potain pour le traitement du pyopneumothorax, procédé appliqué également au traitement de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

M. Galliard croit que le procédé de M. Vaquez rendra des services dans les vastes épanchements pleuraux anciens. Quant aux pleurésies tuberculeuses, il ne faut pas « les taquiner »; souvent, en effet, une poussée granulique succède aux ponctions répétées.

M. Barié est de l'avis de M. Galliard; la thoracentèse ne s'impose que dans les épanchements abondants, déplaçant les organes. L'épanchement moyen a une action favorable par l'immobilisation, la compression du poumon et la diminution de son activité fonctionnelle. (*Thèse* de Lanos. Sur l'influence de la pleurésie sur la marche de la tuberculose pulmonaire, Paris, 1795.)

Tachycardie paroxystique; insuffisance aortique, altération du nerf pneumogastrique gauche. — *M. E. Apert* apporte l'histoire clinique d'un homme atteint d'insuffisance aortique d'origine rhumatismale, et qui eut pendant plusieurs années des crises de tachycardie paroxystique. A l'autopsie, on trouva une adénite comprimant le nerf pneumogastrique gauche. Il est vraisemblable d'admettre entre les lésions du pneumogastrique et les crises de tachycardie une relation de cause à effet.

M. Vaquez fait remarquer que le malade de M. Apert avait eu un goitre, ce qui complique le problème, car les lésions du corps thyroïde influent sur le rythme cardiaque.

M. Pierre Merklen croit que l'adénite constatée par M. Apert était insuffisante pour comprimer le nerf pneumogastrique. Quant à la nature de la tachycardie paroxystique, elle se distingue nettement et à tous égards de la tachycardie basedowienne. Elle est due à une névrose comparable à l'asthme, à la migraine, avec laquelle d'ailleurs elle alterne quelquefois chez le même malade; c'est parfois une névrose familiale, comme l'a montré M. Faisans. Les cardiopathies valvulaires en favorisent l'apparition, de même qu'elles peuvent mettre en éveil, chez les sujets prédisposés, l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie. La coïncidence entre la tachycardie paroxystique et les affections valvulaires se retrouve à peu près dans le cinquième des cas.

E. de Massary.

ACADÉMIE DES SCIENCES

20 et 26 Mai 1902.

Le sarcocystis tenella, parasite de l'homme. — *M. Paul Vuillemin.* On sait que les sarcosporidies, fréquentes chez les animaux domestiques, herbivores ou omnivores, se rencontrent très rarement dans l'organisme humain. Cette circonstance donne un intérêt tout spécial à l'étude que vient de faire M. Paul Vuillemin, de préparations d'une sarcosporidie du genre *sarcocystis tenella*, genre que l'on rencontre fréquemment chez le mouton, et qui fut trouvée voici maintenant deux ans dans les muscles d'un tuberculeux mort à Nancy.

De son étude, M. Vuillemin a pu tirer les conclusions suivantes, d'ordre zoologique et d'ordre médical.

1° La membrane des *sarcocystis* se différencie en deux couches dans le sens de l'épaisseur. La couche externe se différencie en deux substances dans le sens de la surface : une substance fondamentale, achromatique, gonflable, compressible, pouvant disparaitre; une substance sensible à l'hématoxyline, disposée en prismes irréguliers, simulant un revêtement ciliaire quand l'autre est détruite;

2° Les cellules initiales uniformes se différencient en cellules fertiles et en cellules stériles;

3° Le genre *miescheria* est rayé de la liste des parasites de l'homme.

4° Le *sarcocystis tenella* se rencontre dans les muscles de l'homme. Trouvé deux fois en quelques années à Nancy, sans avoir été l'objet de recherches systématiques, il est probablement un parasite fréquent de notre espèce.

La vaccination contre les pasteurelloses. — *MM. Joseph et Marcel Lignières.* Les auteurs sont arrivés à cette conviction que les maladies désignées sous le nom commun de pasteurelloses (fièvre typhoïde du cheval, maladies des jeunes chiens, choléra des poules, septicémie hémorragique du mouton, du bœuf, du porc, etc.) peuvent être prévenues par une véritable vaccination.

Les vaccinations sont faites avec des cultures dont l'atténuation a été obtenue en maintenant à l'étuve, à 42°-43°, durant un temps convenable, des cultures virulentes entretenues sur gélose-agar par réensemencements tous les deux jours.

Le vaccin choisi de préférence par les auteurs du travail est obtenu à l'aide de six pasteurella types. Il est polyvalent, c'est-à-dire appliquable contre toutes les pasteurella indistinctement.

Les vaccinations doivent être faites huit à dix jours après la naissance des animaux. Il est bon de les renouveler chaque année. La mortalité chez les animaux vaccinés ne dépasse pas 12 à 15 pour 100; elle est de 50 pour 100 chez ceux qui n'ont pas été inoculés.

La reviviscence des larves du sciara medullaris. *M. Alfred Giard* a constaté expérimentalement que les larves du *sciara medullaris* étaient susceptibles de présenter des phénomènes de reviviscence analogues à ceux observés il y a longtemps chez les tardigrades. Ces larves de diptère, qui vivent à l'intérieur des tiges de seneçon, ont pu être soumises à une dessiccation intense, et conservées ainsi durant trois semaines. Remises à l'humidité, elles sont revenues à la vie.

Les conditions d'accroissement des animaux supérieurs. — *M. Houssay.* On sait depuis longtemps qu'il est possible de déterminer par le calcul la courbe d'accroissement d'un organisme protozoaire vivant en un milieu confiné. M. Houssay a imaginé de faire une recherche analogue à l'égard d'organismes de métazoaires. Ses expériences, qui ont été effectuées sur des poussins, lui ont donné des résultats en tous point comparables, et montré que les courbes de croissance en ce dernier cas se superposaient à celles des protozoaires.

Les principes accessoires des sécrétions microbiennes. — *MM. Charrin et Guillemonat* ont poursuivi une série d'expériences qui les ont amenés à expliquer d'intéressants phénomènes; ils ont vu par exemple que si des produits microbiens tuent immédiatement tandis que d'autres n'amènent la mort qu'après vingt ou trente heures, ces différences ne tiennent pas aux véritables toxines, aux substances qui caractérisent les sécrétions microbiennes, mais à des principes accessoires surajoutés. Ces principes jouissent cependant parfois d'importants attributs; ils peuvent en particulier resserrer les vaisseaux et s'opposer à la libre sortie des phagocytes et des humeurs bactéricides. D'autre part, comme ces produits, tels que ceux du bacille pyocyanique, sont dans certains cas volatils, ils sont aptes à agir à distance sans contact, par suite à abaisser la résistance des sujets qui n'ont pas touché le malade.

Ces mêmes expériences établissent que si nos propres cellules engendrent des pigments comme ceux de la bile, éminemment toxiques, les cellules microbiennes fabriquent des matières également pigmentaires qui peuvent être dépourvues de propriétés nuisibles, mais qui à la vérité ne vaccinent pas.

Ces mêmes recherches nous apprennent encore que non seulement un microbe dispose de plusieurs poisons pour produire la maladie, mais que pour réaliser une seule lésion, par exemple la dissolution des globules rouges, il sécrète quelquefois deux substances distinctes. Heureusement, et c'est là une démonstration faite par MM. Charrin et Guillemonat, parmi les diverses sécrétions d'un même agent pathogène, il en est qui sont antagonistes les unes des autres. C'est ainsi que l'action hémolytique des produits ammoniacaux du bacille pyocyanique se trouve atténuée, supprimée, si on ajoute à ces produits des portions variables de mucine retirée de la même culture.

La vie dans les atmosphères raréfiées. — *M. Tissot.* Les recherches de cet auteur, recherches qui complètent ses premières études sur les conditions de la vie chez les sujets accomplissant en ballon des ascensions dans les régions élevées de l'atmosphère, montrent que, dans les atmosphères raréfiées, l'on n'a point à craindre l'asphyxie par suite de la raréfaction de l'oxygène. Dans ces conditions, en effet, si le débit respiratoire est diminué, en revanche et par compensation les échanges respiratoires sont accrus.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

27 Mai 1902.

Le Président annonce la mort de M. Polaillon, membre de l'Académie de médecine, et de M. Kalindero (de Bucarest), membre correspondant de l'Académie.

Anévrisme de l'artère poplitée droite. — *M. Richelot* lit un rapport sur le travail de *M. Lop* (de Marseille) ayant trait à un cas d'anévrisme de l'artère poplitée guéri par résection; sera publié dans la *Presse Médicale*.

L'ophtalmie granuleuse dans les pays chauds. — *M. Chauvel* lit un rapport sur le travail de *M. Sagrandi* ayant trait à la pathologie de l'ophtalmie granuleuse.

L'auteur montre que l'irritation par le sable ou les poussières entre pour une faible part dans la pathogénie de la conjonctivite granuleuse, qui est, avant tout, une maladie infectieuse, contagieuse.

Résection du genou dans les tumeurs blanches. — *M. Lucas-Championnière* lit un rapport sur un travail de *M. Delagenière* (du Mans) au sujet du traitement des tumeurs blanches par la résection du genou. Ce traitement qui n'est pas encore assez employé, et qui est trop souvent négligé pour l'immobilisation prolongée, donne d'excellents résultats.

Les statistiques de M. Lucas-Championnière qui a pratiqué avec succès 113 résections, de Beckel et de M. Delagenière montrent l'efficacité et l'innocuité de cette opération si redoutée autrefois. M. Delagenière ajoute à la résection simple l'évidement de l'extrémité spongieuse du fémur afin d'enlever les foyers tuberculeux qui existent ordinairement dans la moelle des os.

M. Delorme a obtenu aussi de très bons résultats par la résection du genou dans les cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse; il admet aussi que le raccourcissement dû à la résection est très favorable au fonctionnement du membre.

Fièvre aphteuse chez l'enfant — *M. Josias* rapporte un cas de cette maladie caractérisée par des ulcérations dans la bouche, de la fièvre et un état général mauvais.

M. Josias émet le vœu qu'une loi interdise de mettre en vente le lait de vaches atteintes de fièvre aphteuse si ce lait n'a pas été bouilli ou pasteurisé à 85°. Ce vœu, appuyé par M. Nocard, est adopté par l'Académie.

Applications chirurgicales de l'endodiascopie buccale. — *MM. Rémy et Bouchacourt.* Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une fracture du maxillaire inférieur, présentait une suppuration indéfinie d'origine inconnue. Dans le but de rechercher les causes de cette suppuration, on essaya de faire la radiographie par les procédés ordinaires; l'insuccès fut complet, la superposition des deux côtés du maxillaire sur la plaque rendant l'image indéchiffrable.

On eut recours alors à l'*endodiascopie*, c'est-à-dire à l'examen à l'écran fluorescent de cette fracture, éclairée par un tube de Rœntgen spécial introduit dans la bouche, et excité par un courant unipolaire.

On reconnut ainsi facilement les caractères de la lésion, et notamment une vaste perte de substance, siégeant à la partie inférieure d'un trait de fracture dirigé presque verticalement, au devant de la canine droite.

Les auteurs présentent une endodiagraphie faite avec une pose de une minute, et qui rend compte de l'état de ce maxillaire.

M. Labbé.

ANALYSES

GYNÉCOLOGIE

Lichtenstern et Hermann. *Pathologie du ligament rond.* (*Monatschr. für Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XV, p. 414.) — En dehors des malformations congénitales, on a décrit l'atrophie des ligaments ronds en rapport avec celle des organes génitaux; leur hypertrophie physiologique pendant la grossesse, mais pathologique en cas de métrite, de myome; leurs tumeurs, telles le lipome, le fibrolipome, le fibrome, les kystes.

On n'avait signalé que 2 cas d'hématome: 1 cas de Gottschalk et l'autre de Schramm; les auteurs en rapportent un troisième.

Dans leur observation, il existait un foyer inflammatoire au niveau du ligament rond du côté droit, sans participation du reste de l'appareil génital, et par conséquent en dehors de toute infection puerpérale ou gonococcique. L'origine de ce foyer serait, pour ces auteurs, les varices du ligament rond développées au cours d'une grossesse antérieure et qui auraient été le siège de thrombose et de troubles circulatoires. Un traumatisme ignoré de la malade aurait été la cause directe de l'hématome.

Dans le cas de processus inflammatoire de la région inguinale, il faut donc savoir qu'il peut avoir son siège au niveau du ligament rond, et explorer ce dernier.

G. Keim.

PÉDIATRIE

G. Florange. *Des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde chez l'enfant* (*Thèse*, Paris, Mai 1902). — I. Les *manifestations osseuses* de la fièvre typhoïde se montrent surtout dans l'enfance et dans l'adolescence. Elles ne sont pas très fréquentes. Elles siègent de préférence aux membres inférieurs, à la diaphyse des os longs; cependant elles peuvent atteindre tous les os dans toute leur étendue. Elles sont dues à la présence constante du bacille d'Eberth dans la moelle osseuse. Ce bacille peut engendrer la suppuration à lui seul ou bien favoriser seulement, par l'irritation de voisinage qu'il provoque, l'arrivée d'autres agents pathogènes.

L'inflammation peut envahir l'os dans toute son étendue, mais elle prédomine le plus souvent dans la couche médullaire sous-périostée. Suivant son degré d'intensité et son mode d'évolution, elle revêt des formes cliniques variables:

1° Une forme subaiguë, rhumatoïde, diffuse, se terminant par résolution; les membres sont le siège de douleurs vagues, rhumatoïdes, coïncidant avec un accroissement rapide de la taille;

2° Une forme aiguë, localisée, avec douleurs plus vives, température élevée, se terminant par résolution ou par suppuration;

3° Une forme chronique, également localisée, sans fièvre, presque sans douleurs, se terminant de même par résolution, par suppuration, ou encore par exostose.

Ces formes cliniques se distinguent facilement, par leur caractères particuliers et par l'examen des commémoratifs, de la névrite, du rhumatisme, de l'ostéomyélite de croissance, de la tuberculose et de la syphilis. Pourtant le diagnostic de l'ostéomyélite chronique suppurée avec l'abcès froid peut être assez délicat, lorsque la lésion osseuse apparaît longtemps après la fièvre typhoïde.

Le pronostic est en général favorable; cependant l'ostéomyélite chronique est parfois longue et difficile à soigner.

Le traitement sera le plus souvent chirurgical: incision des abcès, grattage, trépanation de l'os, extirpation des exostoses douloureuses.

II. Les *manifestations articulaires* de la fièvre typhoïde sont plus rares et ont peu été étudiées jusqu'ici. Elles s'observent moins souvent chez l'enfant que chez l'adolescent. Elles peuvent intéresser toutes les articulations, mais elles affectionnent spécialement celles des membres inférieurs.

Leur pathogénie n'a pas encore été nettement établie par des examens bactériologiques probants. Cliniquement, on doit les considérer souvent comme d'origine éberthienne, par analogie avec les manifestations osseuses. Mais, le plus souvent, elles ne proviennent que d'une simple irritation de voisinage provoquée par les épiphyses enflammées; l'épanchement articulaire est stérile.

On peut distinguer trois formes cliniques de ces arthrites: 1° une polyarthrite séreuse et bénigne, — forme la plus fréquente — évoluant comme une attaque de rhumatisme articulaire aigu; 2° une monoarthrite grave, aboutissant souvent à l'ankylose et surtout à la luxation spontanée et pouvant simuler la coxalgie lorsqu'elle siège à la hanche; 3° une polyarthrite suppurée, rare, qui n'est que la manifestation d'une pyohémie presque fatale.

Le diagnostic de ces arthrites est facile, en général.

Le véritable traitement sera chirurgical: toute arthrite aiguë sera traitée par l'immobilisation, associée s'il est nécessaire à la compression et à la révulsion; si la suppuration survient on fera l'arthrotomie; les ankyloses ou luxations seront mobilisées ou réduites sous le chloroforme.

J. Dumont.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 4 Juin 1902, à 1 heure. — M. Denobili : Kystes hydatiques de l'orbite : MM. Tillaux, Terrier, Lejars, Legueu. — M. Bourg : Contribution à l'étude clinique de l'ostéosarcome de la clavicule : MM. Tillaux, Terrier, Lejars, Legueu. — M. Cesari : De l'acide picrique : MM. Tillaux, Terrier, Lejars, Legueu. — M. Géraud : Complications de l'anus contre nature : MM. Terrier, Tillaux, Lejars, Legueu. — M. Rousseau : Le régime alimentaire des tuberculeux : MM. Landouzy, Blanchard, Widal, Guiart. — M. Audain : Colique filarienne et varicocèle lymphatique ; MM. Blanchard, Landouzy, Widal, Guiart. —

Jeudi 5 Juin 1902, à 1 heure. — M. Janot : Contribution à l'étude de la myocardite rhumatismale aiguë ; MM. Debove, Brouardel, Dupré, Vaquez. — M. Bertrand : L'infantilisme dysthyroïdien ; MM. Brouardel, Debove, Dupré, Vaquez. — M. Stroheker : Les fibromes du ligament large ; MM. Guyon, Pozzi, Schwartz, Faure. — M. Fileux : Les tumeurs malignes primitives de la vulve ; MM. Pozzi, Guyon, Schwartz, Faure. — M. Lavie : Embryotomie rachidienne ; MM. Cornil, De Lapersonne, Bonnaire, Thiéry. — M. Assicot : Contribution à l'étude des colobomes du nerf optique ; MM. De Lapersonne, Cornil, Bonnaire, Thiéry. — M. Perrin : Des amputations partielles du pied ; MM. Le Dentu, Marion, Rémy, Rieffel. — M. Miquel : Les perforations graves de l'utérus au cours du curettage et de l'hystérométrie ; MM. Le Dentu, Marion, Rémy, Rieffel. — M. Gulbenkian : Hallucination du moignon ; MM. Raymond, Hutinel, Launois, Rénon. — M. Hecquet : Des accidents hépatiques dans la fièvre typhoïde ; MM. Hutinel, Raymond, Launois, Rénon.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 2 Juin 1902. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : Lannelongue, Reclus, Sebileau. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Delens, Broca (Aug.). — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Gaucher, Legry.

Mardi 3 Juin 1902. — 4e (1re série), Salle Vulpian : MM. Brouardel, Menetrier, Richaud. — 4e (2e série), Salle Richet : MM. Proust, Gilbert, Thoinot. — 5e Chirurgie (Première partie), Charité : MM. Guyon, Pozzi, Marion. — 5e, (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Cornil, Thiroloix, Jeanselme. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Dieulafoy, G. Ballet, Gouget.

Mercredi 4 Juin 1902. — 4e, Salle Broussais : MM. Pouchet, Wurtz, Bezançon.

Jeudi 5 Juin 1902. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Vulpian : MM. Budin, Poirier, Demelin. — 4e (1re série), Salle Velpeau : MM. Proust, Charrin, Chassevant. — 4e (2e série), Salle Béclard : MM. Pouchet, Achard, Thoinot. — 4e (3e série), Salle Richet : MM. Gilbert, Langlois, Richaud.

Vendredi 6 Juin 1902. — 4e, Salle Richet : MM. Pouchet, Thoinot, Teissier. — 5e, Chirurgie (Première partie), Necker : MM. Lannelongue, Reclus, Gosset. — 5e, Chirurgie (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Widal, Legry. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 7 Juin 1902. — 4e (1re série), Salle Charcot : MM. Pouchet, Vaquez, Gouget. — 4e (2e série), Salle Thouret : MM. Gilbert, G. Ballet, Desgrez. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Beaujon : MM. Méry, Charrin, Launois. — 5e (Deuxième partie) (2e série) : Beaujon : MM. Chantemesse, Achard, Thiroloix. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Potocki.

Clinique Baudelocque. — Les cours pratiquss suivants auront lieu, à la clinique Baudelocque, 125, boulevard Port-Royal, savoir :

Accouchements. — Premier cours : Cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires, par M. Couvelaire, chef de clinique, et M. Funck-Brentano, chef de laboratoire.

Ce cours commencera le lundi 7 Juillet 1902, à 9 heures du matin. Il sera complet en trente leçons et aura lieu tous les jours, à la même heure, à la clinique Baudelocque.

Deuxième cours : Cours pratique d'accouchements, avec manœuvres opératoires, par M. Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux et M. Paquy, ancien chef de clinique.

Ce cours commencera le lundi 8 Septembre 1902, à 9 heures du matin. Il sera complet en trente leçons et aura lieu tous les jours, à la même heure, à la clinique Baudelocque.

Gynécologie. — Cours clinique et pratique de gynécologie par M. Baudron, accoucheur des hôpitaux, assisté de M. Le Masson. Ce cours commencera le samedi 27 Septembre 1902, à 9 heures 1/2 du matin.

Il sera complet en 18 leçons et aura lieu tous les mardis, jeudis et samedis, à la même heure, à la clinique Baudelocque.

Les droits à verser sont de 50 francs pour chaque cours.

HOPITAUX ET HOSPICES

Assistants suppléants de consultation. — L'administration de l'Assistance publique a à pourvoir aux deux places d'assistants suppléants de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis.

Conformément au règlement, ces assistants doivent être choisis parmi les docteurs en médecine ayant fait quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris ; ils sont nommés par le directeur de l'Assistance publique sur une liste de présentation de trois candidats établie par les médecins de l'hôpital Saint-Louis.

MM. les docteurs en médecine réunissant les conditions sus-énoncées qui désireraient poser leur candidature en vue des places d'assistants suppléants de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis, sont invités à faire leur demande dans le plus bref délai possible, en l'appuyant des titres qu'ils pourraient avoir à produire.

Ces demandes seront reçues jusqu'au 10 Juin prochain. Elles devront être adressées à M. le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Une indemnité, calculée à raison de 10 francs par séance, est attribuée aux assistants de consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Hôpital Necker. — M. Nogués commencera le lundi 2 Juin un cours gratuit sur le diagnostic et le traitement des urétrites.

Ce cours, qui sera complet en six leçons, aura lieu les lundis et vendredis, à 11 heures, au musée de la clinique des voies urinaires, à l'hôpital Necker.

NOUVELLES

Paris et Départements

Médaille d'honneur des épidémies. — Des récompenses viennent d'être attribuées aux médecins et internes attachés au service sanitaire maritime du port de Marseille. MM. Gillet et Galetti reçoivent la médaille d'or des épidémies ; M. Pelissier, interne des hôpitaux, reçoit la médaille d'argent ; M. Martin, médecin sanitaire maritime, et M. Laybaud, interne des hôpitaux, reçoivent la médaille de bronze.

Corps de santé de la marine. — M. le médecin principal Nodier est désigné pour aller servir à la prévôté de Ruelle, en remplacement de M. Grisolle.

Les médecins à la Chambre. — La nouvelle Chambre comptera 53 médecins qui sont : MM. Herbet, Delarue, Gacon, Lachaud, Clament, Pourteyron, Borne, Isambard, David (Indre), Vazeille, Rey, Turigny, Defontaine, Barrois, Chambige, Dasque, de Lanessan, Simyan, Empereur, Chautemps, Delbet, Bourgeois (Vendée), Boutard, Sarrazin, Dron, Baudon, Dubois, Merlou, Thivrier, Marot, Michel, Sabaterie, Vacherie, Aubry, Clément, Rouby, Sireyjol, Dèche, Bichon, Cachet, Cazeneuve, Meslier, Loque, Dubuisson, Cazauvieihl, Vigné, Devins, Chapuis, Dubief, Levraud, Vaillant, Amodru, de Mahy.

La pharmacie a huit députés : MM. Astier, Bachimont, Chamerlat, Delmas, Morel, Villejean, Féron et Dussuel.

Étranger

Congrès de médecine de Madrid. — Dans le but d'assurer et de faciliter la participation des médecins français au Congrès de Madrid, une assemblée composée des délégués des Sociétés savantes et des Facultés de médecine françaises vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine de Paris.

Cette assemblée, après avoir désigné un certain nombre de rapporteurs scientifiques, a nommé un comité exécutif, dont le professeur Brouardel a accepté la présidence.

Ce comité exécutif s'occupera de toutes les questions concernant l'organisation du Congrès. Il servira d'intermédiaire entre le comité espagnol du Congrès international et les médecins français qui se rendront à Paris.

Ceux de nos compatriotes qui ont l'intention d'assister au Congrès de Madrid sont priés d'envoyer, dès maintenant, leur adhésion à M. Richardière, 18, rue de l'Université, à Paris, secrétaire général du comité exécutif, et aussi de lui envoyer les titres des communications qu'ils peuvent avoir l'intention de faire.

Le prix de la cotisation est fixé à 30 pesetas. Il sera versé à Madrid, entre les mains du trésorier du Congrès de médecine.

CONCOURS

Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Epreuve de médecine opératoire.* — Séance du 23 Mai. — Ont obtenu : MM. Lombard, 17 ; Didsbury, 12 ; Courtade, 16 ; Gellé, 18.

Épreuve orale. — Séance du 26 Mai 1902. — *La Phlébite.* — Ont obtenu : MM. Lombard, 18 ; Courtade, 15 ; Gellé, 16 ; Didsbury, 12.

Les questions restés dans l'urne, sont : *Signes du tabes. — Symptômes et diagnostic de l'anévrisme de la crosse de l'aorte.*

Dentiste des hôpitaux. — *Epreuve théorique orale de prothèse.* — Séance du 23 Mai. — Ont obtenu : MM. Robin, 17 ; Gires, 17 ; Lebedinsky, 17 ; Nogué, 18.

Prix Fillioux. — Ce concours, pour l'attribution de deux prix de 900 francs chacun, à décerner, l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille, sera ouvert le 8 Décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, du 1er au 15 Octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 15 Octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Le programme du concours comprend : 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique ;

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points ; pour l'épreuve clinique, 20 points.

Internat de Saint-Joseph. — Un concours pour cinq places d'internes titulaires et plusieurs places d'internes provisoires s'ouvrira à l'hôpital Saint-Joseph le lundi 30 Juin prochain.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans : ils reçoivent un traitement de 600 francs et une indemnité de logement de 500 fr.

Pour les inscriptions et tous renseignements s'adresser ou écrire avant le 15 Juin à M. l'administrateur délégué de l'hôpital, 7, rue Pierre-Larousse, Paris, XIVe arrondissement.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 44. — Samedi, 31 Mai 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

MÉDECINE PRATIQUE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLES

LA RÉFORME DE L'AGRÉGATION

LE CONCOURS

Une question intéressant au plus haut point l'enseignement de la Médecine est actuellement soumise aux délibérations du Conseil de la Faculté de médecine de Paris. Il s'agit de la réforme de l'agrégation, réforme totale, portant à la fois sur le recrutement des agrégés et sur le fonctionnement de l'agrégation.

Pour bien faire comprendre l'économie du projet en discussion, il est d'abord nécessaire de rappeler en quelques mots ce qu'est le régime actuel de l'agrégation à Paris.

* * *

Il y a quatre sections d'agrégés : 1° anatomie, physiologie et histoire naturelle; 2° physique, chimie, pharmacie et toxicologie; 3° médecine et médecine légale; 4° chirurgie et accouchements.

Les agrégés sont au nombre de 36; nommés pour neuf ans, ils sont renouvelables par tiers tous les trois ans.

Les agrégés ont des appointements fixes de 4.000 francs. Ils sont chargés de faire passer les examens, de faire des conférences sur certaines parties de l'enseignement; ils suppléent les professeurs en congé et peuvent être appelés à faire des cours complémentaires, auquel cas ils touchent une indemnité annuelle de 3.000 francs.

Les agrégés sont nommés au concours par un jury spécial pour chaque section. Le concours est commun à toutes les Facultés de médecine de France, mais chaque candidat se fait inscrire avant le concours pour la Faculté à laquelle il veut appartenir. Le jury est composé de 5 professeurs de la Faculté de Paris et de 4 professeurs des Facultés de province, désignés par le ministre de l'Instruction publique. Les épreuves consistent en *épreuves d'admissibilité* : 1° leçon orale publique de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation avec les seuls ouvrages désignés par le jury; 2° exposé public d'une demi-heure des

titres et travaux personnels; et *épreuves définitives*: 1° leçon orale publique d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre; 2° une leçon pratique sur malades, préparations ou expériences suivant les sections; 3° des exercices pratiques.

*
* *

Depuis quelques années surtout, cette organisation a été l'objet de critiques nombreuses, la plupart justifiées.

Les candidats se plaignaient des programmes du Concours qu'ils considéraient comme n'étant plus en rapport avec les tendances actuelles de la science médicale, comme nécessitant une préparation longue et fastidieuse, inutile en bien des points pour l'avenir. Les juges se plaignaient de la durée trop longue des concours, de la fatigue et de l'énervement fatal qui en résultaient, étant donné le nombre des candidats. Enfin, une fois nommé, après un énorme effort de travail, l'agrégé des Facultés de médecine se trouvait dans une situation unique dans l'Université: au bout de neuf ans il cessait toute fonction, rentrait dans le rang avec le simple titre d'agrégé libre; cette inexplicable exception, faite au préjudice de l'agrégation de médecine, était l'objet des réclamations continuelles de la part des intéressés.

Des réformes s'imposaient donc, et, dans les derniers temps de son décanat, le professeur Brouardel avait pris l'initiative de soumettre la question au Conseil de la Faculté qui avait de suite constitué une Commission d'études. Son successeur, le professeur Debove, le jour même où il se trouvait à la tête de la Faculté, prenait l'engagement de moderniser le concours de l'agrégation et de mettre son fonctionnement en rapport avec les exigences de plus en plus nombreuses de l'enseignement médical actuel.

Il est juste de dire qu'il trouva l'assentiment unanime de ses collègues de la Faculté et l'aide précieuse de son prédécesseur pour le seconder dans la lourde tâche qu'il s'était imposée.

Une Commission d'études fut donc désignée par le Conseil de la Faculté, composée de professeurs; elle s'est mise de suite à l'œuvre et a désigné pour son rapporteur le professeur de Lapersonne.

Je crois intéressant d'exposer aux lecteurs de *La Presse Médicale*, si nos renseignements sont exacts, les grandes lignes du projet et son adoption par cette Commission.

*
* *

D'abord, quelles seront les modifications apportées au Concours d'agrégation?

Le Concours de Paris ne portera plus que sur la Faculté de Paris; cette autonomie a été jugée nécessaire; le grand nombre des élèves, et par suite celui des examens à faire passer, la nécessité de multiples conférences, imposaient à la Faculté de Paris des conditions particulières.

Les Facultés de province pourront, d'ailleurs, s'inspirer des règlements qu'elle prépare, en y apportant les modifications imposées par leurs conditions spéciales.

Les quatre sections d'agrégation seront réduites à trois: 1° médecine; 2° chirurgie et accouchements; 3° sciences biologiques.

Chaque année un concours aura lieu. Il portera sur une section; un roulement s'établira ainsi de façon à ce que, tous les trois ans, il y ait un concours pour une même section.

Les juges de chaque concours ne seront autres que le Conseil de la Faculté de médecine, c'est-à-dire l'Assemblée de *tous* les professeurs se constituent en jury d'agrégation sous la présidence du doyen.

Les candidats n'auront plus à subir que deux épreuves: une épreuve d'admissibilité et une épreuve définitive.

L'*épreuve d'admissibilité* consistera en un exposé public des titres devant toute la Faculté assemblée. Après les épreuves, la section à laquelle correspond le concours, médecine par exemple, se réunit, nomme un rapporteur chargé de présenter à la Faculté tout entière les appréciations de la section. Le vote a lieu au scrutin secret. La liste d'admissibilité est dressée, comprenant un nombre de candidats double de celui des places à donner.

L'*épreuve définitive* consistera en une leçon orale de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation, dans une salle fermée, sans livres ni documents; trois sujets de leçons sont soumis au candidat qui choisit celui qu'il préfère et le traite en public. Après la leçon, même procédure que pour l'admissibilité: réunion de la section, exposé du rapporteur devant l'Assemblée générale des professeurs, vote définitif au scrutin secret.

*
* *

Que l'on compare ce règlement futur avec le règlement actuellement en vigueur, et l'on verra qu'il constitue un réel progrès, en même temps qu'il répond d'une façon presque parfaite aux desiderata formulés.

C'est d'abord la simplification et la durée moindre du concours: ce dont ne se plaindront ni juges ni candidats.

C'est ensuite la nature des épreuves. La grande importance donnée à l'exposé des titres est là pour montrer ce que l'on attend désormais de l'esprit d'initiative et du caractère de personnalité des candidats. Les épreuves orales sont réduites à une leçon de trois quarts d'heure; c'est suffisant pour donner aux juges le moyen d'apprécier les connaissances générales exigibles des candidats, et le choix entre trois sujets atténue singulièrement la prime trop élevée donnée jadis à la mémoire.

Je me permettrai cependant une légère critique à ce sujet. Il me semble que le dossier professionnel du candidat, antérieurement interne, chef de clinique ou de laboratoire, prosecteur, etc., appuyé d'un dossier scientifique formulé par l'exposé de titres, suffisaient pour apprécier les connaissances générales du candidat. Était-il admissible, c'est-à-dire jugé digne d'entrer dans le corps de l'agrégation, il eût été préférable de lui imposer comme seconde épreuve une épreuve pédagogique pure, en le mettant dans les conditions exactes où il se trouvera lorsqu'il sera appelé à enseigner: c'est-à-dire une leçon d'une heure sur un sujet déterminé s'adressant à des élèves arrivés à telle ou telle année de leurs études.

Mais ce n'est là qu'une question de détail et qui n'atténue en rien tout le bien que l'on peut dire des idées de simplification méthodique du concours et d'accession plus simple à l'agrégation qui animent le Conseil de la Faculté.

Dans cette voie la Commission ne pouvait guère aller plus loin, puisqu'elle a même supprimé les épreuves pratiques pour les sections de médecine et de chirurgie et accouchements, et qu'elle en fera sans doute de même pour la section des sciences biologiques.

*
* *

Telles sont les modifications que la Faculté se propose d'apporter aux règlements sur le concours d'agrégation. Bien étudiés, répondant à des désirs justifiés et à de légitimes besoins, il n'est pas douteux que les nouveaux règlements n'aient l'approbation complète de l'Université et du Ministère lorsqu'ils auront à les examiner.

La Commission chargée de les élaborer sera d'ailleurs sous peu en mesure de les soumettre à l'approbation du Conseil, et, les formalités administratives une fois remplies, il y a tout lieu de croire que nous les verrons bientôt appliquer et fonctionner à la satisfaction de tous.

Mais la Faculté de médecine ne sera pas saisie seulement du recrutement des agrégés; elle devra modifier aussi, comme je le disais au commencement de cet article, les fonctions de l'agrégé et sa situation comme membre du corps universitaire enseignant; et ce n'est pas l'une des moindres parties de sa tâche!

J'exposerai donc, dans un prochain numéro, les décisions importantes qu'elle devra prendre à ce sujet.

E. De Lavarenne.

BIBLIOGRAPHIE

Rapport sur les complications orbitaires et oculaires des sinusites, par M. le prof. F. de Lapersonne, de Paris, 1 broch. in-8° jésus de 68 pages. (*G. Steinheil*, éditeur, Paris.)

Diagnostic et traitement des maladies infectieuses, par M. J. Schmitt, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, 1 vol. in-16 de 495 pages, cartonné. (*Librairie J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Lettres du Dauphiné et de la Savoie, par M. Valentin Van Hassel (de Paturages), une broch. in-8° jésus de 137 pages avec figures dans le texte. (*A. Vaubert*, imprimeur, Grande-Rue, à Dour.)

Maladies nerveuses. Diagnostic. Traitement, par M. J. Vires, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, 1 vol. broché in-8° raisin de 613 pages. (*Coulet et fils*, éditeurs, 5, Grande-Rue, à Montpellier.)

Traité de médecine et de thérapeutique, par les prof. P. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et A. Gilbert, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. — Vient de paraître: tome IX. *Maladies du système nerveux*, 1 vol. gr. in-8° de 1004 pages, avec 173 figures: 12 francs. (*Librairie J.-B. Baillère et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Action des injections sous arachnoïdiennes de cocaïne sur la contractilité utérine, par M. J. Audebert, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse, 1 brochure in-8° raisin de 10 pages. (*Gimet-Pisseau*, 66, rue Gambetta, à Toulouse.)

Notes d'obstétrique clinique et expérimentale, par M. J. Audebert, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse, 1 broch. in-8° raisin de 24 pages. (*Gimet-Pisseau*, 66, rue Gambetta, à Toulouse.)

Contributiuni la Studiul Emostasei priu injectiuni sub-cutanate en ser gelatinos. Tesa pentru Doctorat in medicina si chirurgie de Paul Kimel, *Mosilor*, 300, à Bucarest.

La prostitution cloîtrée, étude de biologie sociale, par M. Louis Fiaux, ancien membre du Conseil municipal de Paris, 1 vol. in-12, 3 francs. (*Félix Alcan*, éditeur, Paris.)

Aliments, boissons et condiments, par M. F. Cayla, ex-chef de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux, 1 vol. in-8° raisin de 516 pages, avec figures dans le texte, broché, 5 francs. (*Vigot frères*, éditeurs, Paris.)

Alimentation et hygiène des enfants, par M. F. Cayla, ex-chef de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux, 1 vol. in-8° raisin de 246 pages, avec figures dans le texte, broché, 4 francs. (*Vigot frères*, éditeurs, Paris.)

L'Assistance des épileptiques; l'hospice Dessaignes, à Blois, par M. Georges Vernet. *Thèse*, Paris. (*C. Naud*, éditeur, 3, rue Racine, Paris.)

Du traitement chirurgical de l'ethmoïdite purulente, par M. J. Guisez, *Thèse*, Paris. (*C. Naud*, éditeur, 3, rue Racine, Paris.)

Traité de technique opératoire, par M. Ch. Monod, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, et J. Vanverts, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille, 2 forts volume gr. in-8°, avec de très nombreuses figures dans le texte, 35 francs. (*Masson et Cie*, éditeurs.) En souscription.

Le tome I, formant un volume de 960 pages, illustré de 932 figures, est actuellement en vente au prix de l'ouvrage complet. Le tome II sera remis gratuitement, à partir du 1er Octobre, aux souscripteurs de l'ouvrage.

Traitement de la fièvre puerpérale, par M. Maurice Rigal, de la Faculté de médecine de Paris, *Thèse*, 1902, 1 broch. de 75 p. (*Boyer*, éditeur, Paris.)

L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

L'annexion de l'Alsace-Lorraine à l'Allemagne entraîna l'organisation de deux Universités nouvelles. La France transporta à Nancy son corps enseignant de Strasbourg, et l'Allemagne fit de la capitale alsacienne un nouveau centre d'enseignement allemand. A Nancy, tout était à faire; à Strasbourg, l'Allemagne estima que tout était à refaire, et elle n'avait pas tort. Les membres du voyage aux Universités organisé l'an dernier par *La Presse Médicale* ont pu apprécier comment France et Allemagne ont rempli le programme à exécuter. Nancy et Strasbourg possèdent le même nombre d'étudiants et comptent comme professeurs des esprits scientifiques également distingués. Mais je n'étonnerai personne en disant que les professeurs allemands sont beaucoup plus favorisés que les professeurs français, et que l'installation des cliniques nancéennes est piteuse en regard de l'ampleur des Instituts strasbourgeois dont plusieurs soutiennent la comparaison avec les cliniques parisiennes de Broca, de Necker et de Saint-Antoine.

Grâce à l'amabilité de tous les professeurs de la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, nous avons pu visiter en détail les différents Instituts et en apprécier la parfaite organisation. Je dois au professeur Madelung les documents[1] qui servent de base à cet article et je tiens à le remercier particulièrement de sa courtoisie.

* * *

C'est au printemps de 1872 que fut décidée, par le gouvernement allemand, la reconstitution de l'Université de Strasbourg. Etant donné l'insuffisance des anciens bâtiments, on décida l'édification de tous les locaux nécessaires. Ledderhose, curateur de l'Université, donna ordre à l'architecte de l'Université, Metzenthin, d'établir un plan, et on choisit comme siège des différents Instituts les terrains avoisinant l'ancien hôpital civil.

Le 28 Mai 1875, la chancellerie de l'Empire décréta que seraient construits au nord de la ville, dans des terrains nouvellement englobés, les Instituts des sciences naturelles et le Palais de l'Université. Dans la convention du 2 Décembre de la même année entre la Ville et l'Empire, relative à l'agrandissement de la cité, on réserva pour la construction de l'Université un terrain de 15 hectares.

Entre temps, l'Etat avait garanti pour la construction des bâtiments au moins la moitié des sommes nécessaires. La loi du 25 Décembre 1874, qui fixait le budget de l'Alsace-Lorraine, prélevait sur la caisse de l'Empire, comme dépense extraordinaire, une somme de 4 millions et demi de marks destinés à l'Université de Strasbourg.

Une commission fut nommée pour la reconstitution de l'Université. Le curateur, le recteur, le Sénat de l'Université, les représentants des diverses Facultés nommèrent un architecte, M. Eggert, qui, dans l'hiver 1875-1876, élabora un projet de reconstruction. Ce projet, après avoir reçu l'approbation du chancelier de l'Empire, en 1876, fut présenté au printemps 1877 au Landesausschuss (Chambre des députés de l'Alsace-Lorraine).

Durant ces préliminaires, par suite d'une décision de la chancellerie de l'Empire, le siège de l'Institut d'anatomie normale et pathologique avait été fixé près de l'ancien hôpital, en 1874. De ce fait, le déplacement de l'hôpital, auquel on songeait, devenait difficile, et on décida alors que les Instituts de médecine proprement dits seraient également construits dans son voisinage.

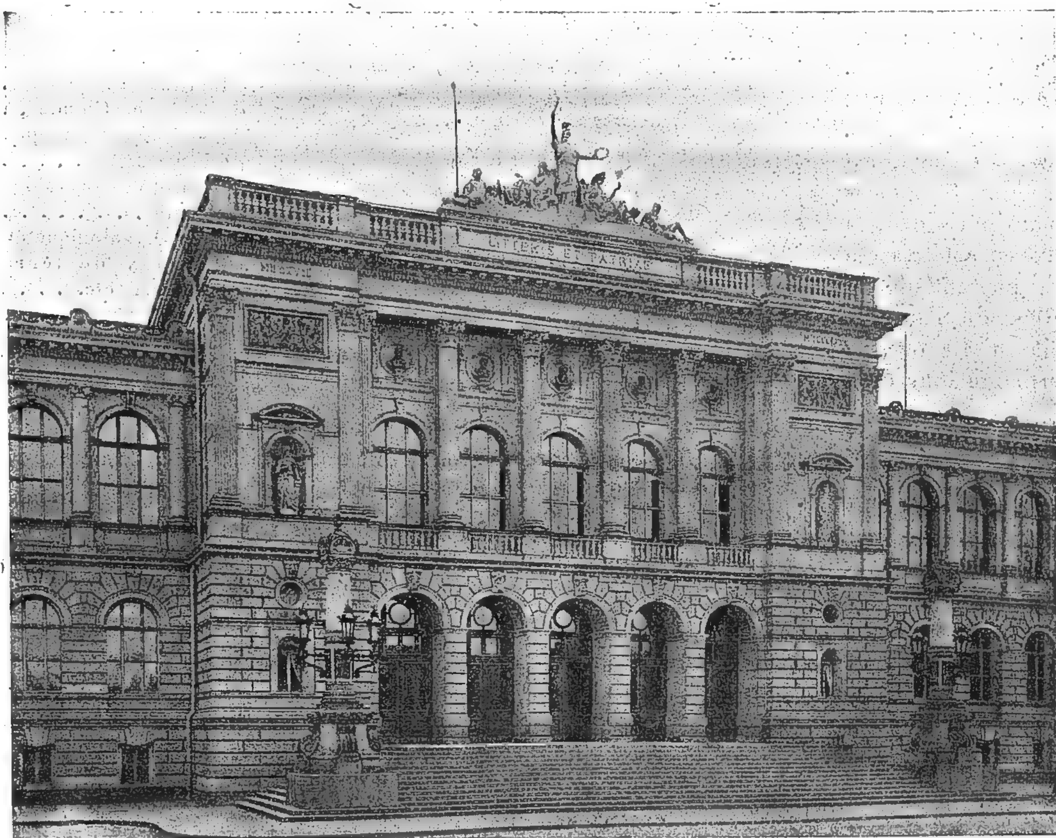


Figure 1. — Le Palais de l'Université.

C'est ainsi que la Faculté de médecine de Strasbourg se trouve avoir deux centres d'enseignement : l'un, le plus important, à l'entour de l'ancien hôpital civil (fig. 3); l'autre, au nord de la ville (fig. 2), sur des terrains nouvellement annexés à la cité, près du Palais même de l'Université (fig. 1).

* * *

Les différents Instituts ont été édifiés par l'architecte professeur Warth, auquel fut adjoint M. Eggert. Ces Instituts sont tous remarquables, mais je ne décrirai ici que l'Institut d'anatomie pathologique, l'Institut de chirurgie et l'Institut des maladies des femmes. L'Institut médical, à peine terminé, est des plus intéressants à visiter. Je ne saurais omettre, à ce propos, de faire remarquer que le professeur actuel s'intéresse tout spécialement, tant à l'édification qu'à l'aménagement de ses salles : de cette manière l'architecte ne se trouve pas privé, comme il l'est presque toujours à Paris, de conseils autorisés.

Institut d'anatomie et de pathologie. — Les bâtiments de l'Institut d'anatomie et de pathologie occupent l'intérieur de l'ancien bastion remontant aux fortifications élevées par Vauban. Ils comprennent un sous-sol dans lequel sont en particulier conservés les cadavres, un rez-de-chaussée (fig. 4) et un premier étage (fig. 5). Sans entrer dans le détail de la description, je mentionnerai comme étant particulièrement intéressants le musée et la salle de démonstrations d'autopsie.

Le musée, qui renferme nombre de pièces collectionnées par les anciens maîtres français de l'école de Strasbourg, et en particulier par Lobstein, a été, depuis l'ouverture du nouvel Institut, l'objet des soins du professeur von Recklinghausen. Il contient une collection de pièces extrêmement remarquables, parfaitement classées et fort bien conservées.

L'amphithéâtre de démonstrations d'autopsie est un modèle du genre. Les gradins présentent dans leur ensemble la forme d'un cercle presque fermé, qui n'est coupé qu'en un point, pour permettre de faire pénétrer le cadavre. La ligne de pente de ces gradins est presque verticale, et les élèves sont au maximum à 3^m,50 du centre de la table de dissection. On comprend que de cette manière il soit très facile de suivre la démonstration du professeur.

Institut des maladies des femmes. — Cet Institut est déjà ancien, étant un des premiers construits; les bâtiments qui le composent, tout en ne présentant pas les perfectionnements des constructions modernes, sont néanmoins des plus confortables et parfaitement tenus. Sur les plans ci-joints, on remarquera la subdivision en petites salles.

Il comprend un rez-de-chaussée, un premier et un second étage. Au rez-de-chaussée (fig. 6) sont les dépendances et des chambres pour femmes enceintes. Le premier étage (fig. 7) est affecté au service gynécologique; le second étage (fig. 8) au service obstétrical.

Institut de chirurgie. — La clinique chirurgicale comprend deux parties : 1° une ancienne, où sont les salles de malades, et qui ne présente, comme disposition particulière, que l'existence de terrasses, construite de 1878 à 1881, d'après les plans de l'architecte Eggert et sous sa direction ; 2° une nouvelle, très remarquable, constituée par le pavillon d'opérations.

La clinique comprend 68 lits d'hommes, 35 de femmes et 34 lits d'enfants, plus 16 lits de réserve. Les bâtiments sont à deux étages.

Le pavillon d'opérations comprend égale

1. S. Haussmann. — « Die Kaiser-Wilhelms-Universität Strassburg. Ihre Entwicklung und ihre Bauten ». (*Strassburg. i. Els.* Verlag von W. Heinrich. 1897).

ment deux étages. Il est de forme à peu près rectangulaire; son grand axe est dirigé exactement du nord au sud. Le rez-de-chaussée (fig. 9) communique avec le vestibule du bâtiment central des malades, par une porte à deux battants. A cette porte fait suite un corridor qui sert uniquement au passage des malades et du personnel médical et conduit à la salle d'opérations. Avant d'arriver à cette dernière, le corridor s'élargit d'abord du côté est pour former une salle d'attente pour les malades destinés à être présentés ou opérés dans la salle d'opération. A l'est et à l'ouest du corridor se trouvent : une petite salle d'opération, une salle pour la stérilisation des instruments, une salle d'anesthésie, enfin un débarras pour le matériel employé au nettoyage.

La salle d'opérations a une longueur et une largeur de 12 m. 48 et une hauteur de 7 m. 65. Sa plus grande partie, située au nord, est occupée par un amphithéâtre de 130 places entourant l'espace réservé aux opérations, la scène (Operationsbühne); celle-ci est éclairée par une large fenêtre qui, partant de la rangée supérieure des stalles de l'amphithéâtre, s'étend jusqu'au toit qu'elle occupe tout entier, donnant ainsi un large jour d'en haut.

La partie rectangulaire, située au devant de la « scène », est éclairée en outre latéralement à l'est et à l'ouest par de larges et hautes fenêtres descendant jusqu'au sol; elle sert à toutes les manipulations préliminaires de toute opération; c'est là que sont placées les tables avec les cuvettes pour le lavage des mains; c'est là enfin qu'on pratique les opérations nécessitant un éclairage horizontal.

Attenant à la salle d'opérations se trouvent une chambre noire, un débarras où sont rangés les tableaux noirs, les squelettes,

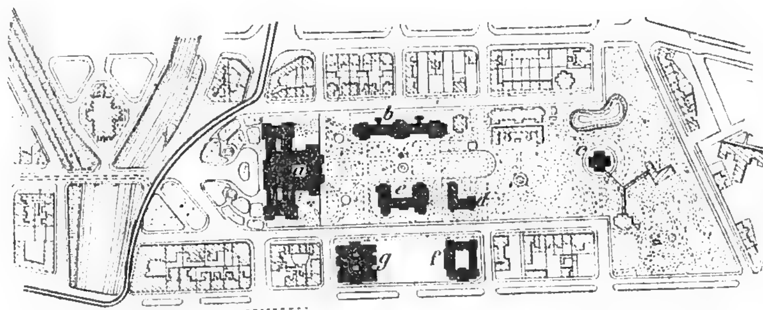


Figure 2. — Plan montrant l'emplacement du Palais de l'Université et des Instituts des sciences naturelles.

a, Palais de l'Université (*Collegienhaus*); *b*, Institut de chimie; *c*, Observatoire; *d*, Institut de botanique; *e*, Institut de physique; *f*, Institut de zoologie; *g*, Institut de géologie.

paravents, etc., une chambre pour les bandages.

Les étudiants pénètrent dans la salle d'opé-

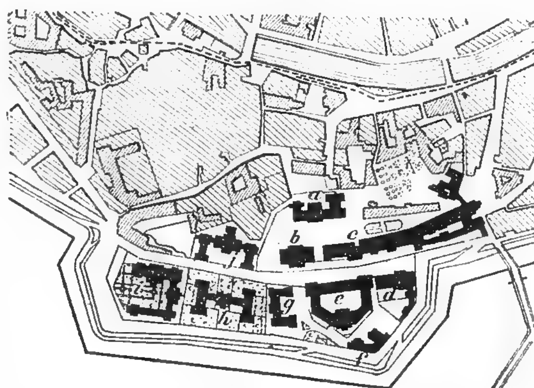


Fig. 3. — Plan montrant l'emplacement de l'Hôpital civil et des divers Instituts de médecine.

a, Clinique médicale; *b*, Institut d'ophtalmologie; *c*, Hôpital civil; *d*, Institut de physiologie; *e*, Institut d'anatomie; *f*, Institut de pharmacologie; *g*, Institut de physique et de chimie; *h*, Institut de psychiatrie; *i*, Institut de gynécologie; *j*, Institut de chirurgie.

rations, sans passer par les bâtiments de la clinique, grâce à une porte placée dans l'angle nord-est de la nouvelle construction. Dès l'entrée se trouvent un vestiaire, des lavabos, des w. c.

L'étage supérieur (fig. 10), dans tout l'espace qui n'est pas pris par la salle d'opérations, est occupé par la bibliothèque, par une salle destinée à la présentation de pièces anatomiques, et par d'autres salles où sont rangés les instruments, les appareils et bandages, les collections de préparations pathologiques.

Dans le sous-sol se trouvent, outre les salles de chauffe et la cave à charbon, des pièces pour la préparation et la stérilisation du matériel de pansement ainsi qu'une buanderie et une salle de rinçage et nettoyage.

La pièce du sous-sol destinée à la préparation du matériel de pansement communique par un ascenseur avec la salle de stérilisation des instruments; celle-ci communique elle-même, à l'aide d'un escalier tournant en fer, avec les salles renfermant les collections d'instruments et d'appareils.

Le chauffage de toute cette nouvelle aile est fait par la vapeur d'eau à basse pression; l'éclairage est électrique.

*
* *

Les sommes dépensées pour l'Université de Strasbourg ont été considérables puisque, sans comprendre les nouvelles sommes qui ont été ou seront nécessaires pour l'achèvement de la Clinique médicale et de l'Institut pharmaceutique, la somme totale atteint 14.500.000 marks, soit 18.125.000 francs. Cette somme a été répartie, pour la construction du Palais de l'Université et des différents Instituts, de la manière suivante :

1° Palais de l'Université et instituts avoisinants (fig. 2).

Aula (Palais de l'Université) . . .	2.381.242	marks.
Institut de Physique	593.541	—
— de Chimie	710.482	—
— de Botanique	544.847	—
Observatoire	579.470	—
Institut de minéralogie et de zoologie	714.254	—
Institut zoologique et Musée . . .	798.410	—
Travaux de terrassement, routes, etc.	1.718.720	—
Architectes, etc.	605.000	—
En tout	8.645.966	marks.

2° Instituts contigus a l'hôpital (fig. 2).

Institut d'anatomie	834.101	marks.
— de chimie physiologique.	312.701	—
— de physiologie	236.380	—
— de pharmacologie.	261.639	—
— de chirurgie	645.426	—
— de psychiatrie	559.952	—
— des maladies des femmes.	620.145	—
— d'ophtalmologie	315.000	—
— de médecine	800.000	—
Divers.	1.406.342	—
En tout.	5.691.693	marks.

Soit environ 14.500.000 marks.

*
* *

L'effort tenté par l'Allemagne pour faire de Strasbourg un centre universitaire de pre-

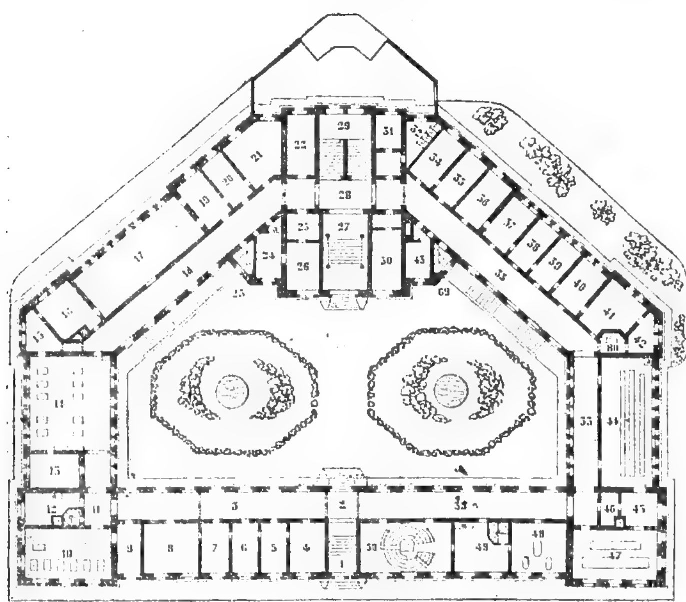


Figure 4. — Institut d'anatomie. Rez-de-chaussée.

1, entrée. — 2, vestibule. — 3, corridor. — 4, 5, salles de lecture. — 6, chambre du deuxième assistant. — 7, 8, cabinets du prosecteur. — 9, salle de préparation. — 10 à 15, salles de travaux anatomiques et dépendances. — 16, cabinet du premier assistant. — 17, laboratoire d'histologie. — 18, corridor. — 19, laboratoire de chimie. — 20, laboratoire de recherches. — 21, petit musée. — 22 à 30, pièces diverses et escaliers. — 31, 32, laboratoires de recherches. — 33, corridor. — 34, 35, laboratoires de recherches. — 36, 37, laboratoires du directeur de l'Institut. — 38, 39, 40, assistants. — 41, 42, préparations anatomiques. — 43, laboratoire isolé. — 44, salle de cours d'anatomie pathologique. — 45 à 47, laboratoires d'anatomie pathologique. — 48, 49, dépendances. — 50, amphithéâtre de dissection.

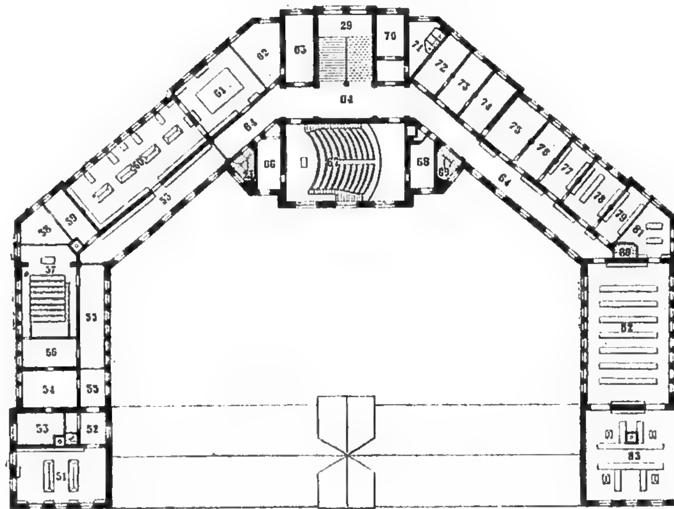


Figure 5. — Institut d'anatomie. Premier étage.

51, musée pour collections anthropologiques. — 52, escalier communiquant avec la salle de dissection du rez-de-chaussée. — 53, 54, laboratoires du directeur. — 55, corridor. — 56, bibliothèque. — 57, laboratoire de recherches. — 58, 59, matériel d'expériences. — 60, collections anthropologiques. — 62, garçon d'amphithéâtre. — 63, assistant. — 64, corridor. — 66, dépendances. — 67, grand amphithéâtre. — 68, dépendances. — 69, escalier. — 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, laboratoires de recherches. — 77, 78, 79, 81, 82, 83, musées.

mier ordre a été couronné de succès. Les étudiants trouvent là toutes facilités pour s'instruire.

Les différents Instituts sont très heureusement édifiés les uns auprès des autres (fig. 3). De cette manière, pas de perte de temps pour aller de l'un à l'autre.

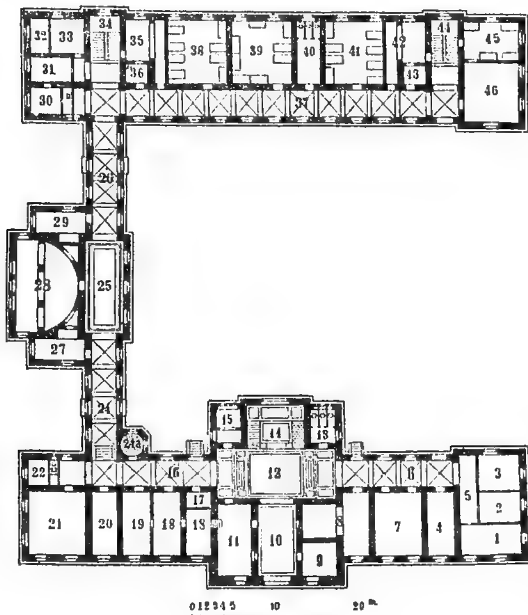


Figure 6. — Institut d'obstétrique et de gynécologie. Rez-de-chaussée.

1, 2, 3, 4, 7, chambres d'étudiants. — 5, 6, 12, 16, 25, 26, 35, 37, vestibules et corridors. — 8, 20, 28, 42, 44, calorifère et charbon. — 9, domestique. — 10, entrée. — 11, 18, 19, concierge. — 13, water-closet. — 14, escalier. — 15, salle de bains. — 17, ascenseur. — 24, escalier. — 34, escalier. — 21, 22, buanderie. — 27, water-closet. — 27, 29, lingerie. — 30, 31, salles de bains. — 32, 33, sages-femmes. — 40, water-closet. — 38, 39, 41, 45, femmes enceintes. — 46, salle de repos. — 43, cuisine.

En outre, les cours cliniques sont échelonnés aux différentes heures de la journée, comme partout en Allemagne. Je ne fais cette remarque banale que pour ne pas

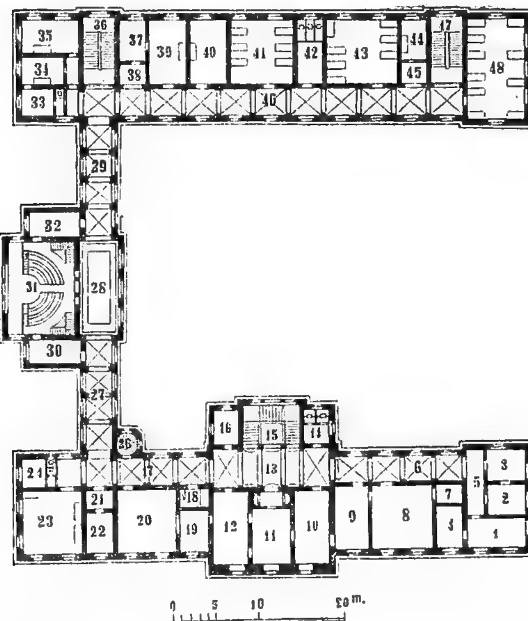


Figure 7. — Institut de gynécologie et d'obstétrique. Premier étage : service gynécologique.

1, 2, 3, 4 et 34, assistants. — 5, 6, 13, 17, 25, 26, 27, 28, 29, 34 et 46, corridors. — 7, chambre noire. — 8, salle d'examen. — 9, 10, salles d'attente. — 11, cabinet du chef. — 12, 19, 20, bibliothèque et laboratoire. — 14, 42, water-closet. — 15, escalier. — 21 et 38, 45, cuisine. — 22, 37, 44, gardes-malades. — 24, 33, salles de bains. — 23, chambre d'isolement. — 30, salle d'instruments. — 31, salle d'opérations et amphithéâtre. — 32, chambre de préparation des malades. — 34, 35, 39, 40, 41, 43, 48, chambres et salles pour 28 femmes. — 36, escalier. — 47, escalier.

laisser passer l'occasion de montrer combien est inférieure l'organisation de l'enseignement clinique à Paris où tous les cours se font à la même heure : ce doit être préférable pour les professeurs, et les élèves comptent pour si peu dans notre Faculté !

Dans tous les Instituts de Strasbourg, on se plaît à remarquer le nombre et le luxe des appareils, la richesse des musées, l'ampleur

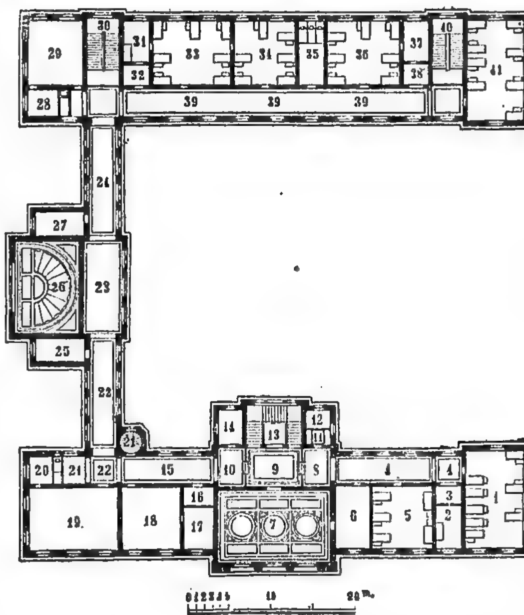


Figure 8. — Institut de gynécologie et d'obstétrique. Deuxième étage : service obstétrical.

1, 5, 33, 34, 36, 41, chambres pour 40 malades. — 2, 31, 32, gardes. — 7, salle de cours. — 4, 8, 9, 10, 15, 21, 22, 23, 24, 39, corridors. — 3, 32, 38, petite cuisine. — 16, ascenseur pour les accouchées. — 17 et 18, sage-femme en chef. — 19, 29, salles de travail. — 20 à 28, salles de bains. — 25, assistant. — 30, escalier. — 35, watercloset. — 11 et 12, water-closet. — 13, escalier. — 40, escalier.

des amphithéâtres. Le nouvel amphithéâtre de chirurgie, par exemple, est un des plus beaux d'Allemagne et supporte la comparaison avec ceux de Czerny à Heidelberg et de Trendelenburg à Leipzig.

Enfin, je voudrais faire remarquer de quels maîtres l'Allemagne a peuplé sa nouvelle Université ; dans la liste des professeurs qui ont passé par Strasbourg de 1875 à ce jour ou qui y sont encore, je relève les noms de

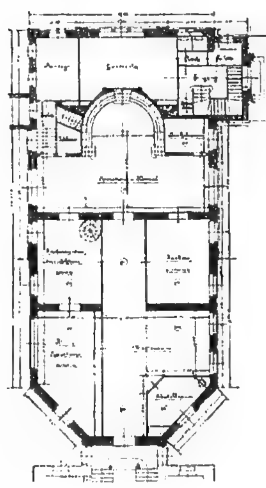


Figure 9.
Institut de chirurgie.
Pavillon d'opérations.
Rez-de-chaussée.

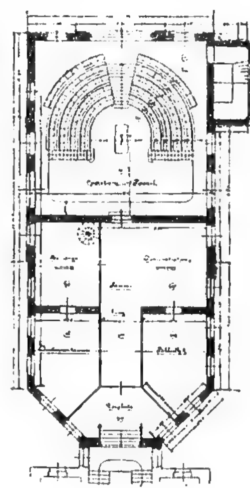


Figure 10.
Institut de chirurgie.
Pavillon d'opérations.
Premier étage.

Freund, Friedländer, Fürstner, Fehling, Gerhardt, Goltz, Gusserow, Kussmaul, Ledderhose, Leyden, Madelung, Naunyn, von Recklinghausen, Sonnenburg, Waldeyer, etc.

Et pour quelques-uns d'entre eux, l'Université a fait preuve d'une générosité bien inconnue chez nous. C'est ainsi que le célèbre professeur von Recklinghausen a un revenu assuré de 40.000 marks, soit 50.000 francs ; il lui est imposé, il est vrai, de ne pas faire de clientèle et de s'en tenir à l'anatomie. Mais, libre de son temps, ce savant a pu consacrer à la science tous les jours de sa vie et il a doté Strasbourg d'un musée anatomo-pathologique admirable que nous avons eu la bonne fortune de visiter sous sa haute et très aimable direction.

Pendant ce temps, Paris donne 15.000 fr. à son professeur d'anatomie et lui défend de faire des cours payants. On s'étonne ensuite qu'il n'y ait plus ici d'anatomistes purs !

L'étude de l'Université de Strasbourg, comme celle de toutes les Universités allemandes, montre à quels excellents résultats aboutissent l'*esprit d'organisation* et le mode de *nomination au choix* de tous les professeurs, extraordinaires (agrégés) et ordinaires. Et je me ressouviens, en pensant à notre vieux système, toujours debout, de cette phrase de Claude Bernard : « Nos désastres ont sans doute des causes très multiples, mais je suis convaincu que la fausse direction et l'insuffisance de l'instruction supérieure ont été une cause principale[1]. »

F. Jayle

LES ANGINES A BACILLES DE FRIEDLANDER

Par Charles NICOLLE et A. HEBERT
Médecins des hôpitaux de Rouen.

L'intéressante observation d'angine à bacilles de Friedlander publiée ici même par M. Descos nous fournit l'occasion d'attirer à nouveau l'attention des médecins sur cette variété si spéciale d'angine, dont, les premiers, nous avons démontré l'existence.

L'observation de M. Descos est absolument comparable à celles que nous avons publiées dans les *Annales de l'Institut Pasteur* et dans *La Presse Médicale*. Avec les cas relatés par MM. Billet et Mayer postérieurement à notre dernier article, elle porte à vingt-deux le nombre des observations d'angine à bacilles de Friedlander connues jusqu'à ce jour.

A ces observations, nous en ajouterons une nouvelle qu'il nous a été donné de recueillir dans le courant de l'année dernière et que nous croyons intéressant de résumer ici :

La fillette d'un de nos confrères, âgée d'une douzaine d'années, d'une bonne santé habituelle, se plaint, en rentrant de la pension, le 16 Mai 1901 au soir, d'un léger picotement à la gorge. Son père pratique immédiatement l'examen. Il est frappé de l'existence d'une plaque blanchâtre, d'aspect diphtérique, siégeant sur l'amygdale droite.

Dès le lendemain matin, il demande à l'un de nous de venir examiner sa fille. Nous constatons alors la présence sur l'amygdale d'une fausse membrane véritable, blanchâtre, ayant une hauteur de 6 à 7 millimètres sur 4 à 5 millimètres de large. Cette fausse membrane est assez cohérente; elle adhère intimement à la muqueuse sous-jacente, laquelle saigne lorsque nous parvenons à en détacher un fragment.

En dehors de la présence de cette fausse membrane et d'une très légère sensation de gêne pharyngée, il n'existe absolument aucun autre symptôme général ou local; pas de fièvre, pouls normal, aucune éruption, appétit excellent.

En présence de cet ensemble symptomatique, si semblable à celui que nous avons observé précédemment dans les cas d'angines à bacilles de Friedlander étudiés par nous, nous éliminons l'hypothèse de diphtérie et nous concluons à l'existence probable d'une angine due au pneumobacille.

1. E. De Lavarenne. — « Une lettre de Claude Bernard à Charles Robin. » *La Presse Médicale*, 1902, 19 Mars, n° 23.

L'examen direct des fausses membranes et leur culture sur sérum coagulé nous ont permis rapidement de confirmer ce diagnostic. L'étude ultérieure du bacille encapsulé isolé de ce cas nous a montré qu'il s'agissait bien du bacille de Friedlander.

Nous avons appris, plus tard, que la fausse membrane avait persisté chez l'enfant pendant quelques semaines sans s'étendre et sans s'accompagner d'aucun autre phénomène morbide. Au bout de ce temps, elle est disparue entièrement.

Cette observation, comme celle de M. Descos, présente bien les deux caractères que nous avons décrits comme si spéciaux à l'angine à bacilles de Friedlander : la *bénignité* et la *ténacité*.

Comme dans la plupart des cas antérieurement cités, l'analogie d'aspect de la fausse membrane avec les fausses membranes diphtériques a frappé et inquiété le médecin, malgré l'absence de tout symptôme général.

Cette analogie partielle de deux affections aussi différentes quant à leur pronostic est un point sur lequel il nous paraît utile d'insister encore une fois. Elle montre l'intérêt qu'il y a pour tout médecin à connaître la symptomatologie de l'angine à bacilles de Friedlander, malgré son peu de fréquence.

L'observation que nous venons de résumer porte au chiffre de onze le nombre des cas de cette affection qu'il nous a été donné d'observer à Rouen et dans la banlieue. C'est là, à peu près, moitié du chiffre total des cas actuellement connus. Il ne semble pas cependant qu'il s'agisse d'une affection particulière à notre région, car quelques observations en ont été recueillies à Paris, à Lyon, à Amiens, en Angleterre, en Suisse.

Nous pensons d'ailleurs que la rareté des angines à bacilles de Friedlander est plus apparente que réelle. L'absence de symptômes généraux, le peu d'importance des troubles fonctionnels font que cette affection passe souvent inaperçue du malade et du médecin.

* * *

Le bacille de Friedlander ne semble pas être, même à l'état saprophyte, un hôte fréquent de la gorge. Dans son article, M. Descos rappelle que Netter, sur 105 examens faits par lui, ne l'a rencontré que 9 fois. Nous-mêmes, sur un total de 3.670 examens d'exsudats pharyngés de toute provenance pratiqués jusqu'à ce jour dans notre laboratoire, nous n'avons trouvé que 24 fois ce microbe. Dans 11 cas, il nous a paru jouer tantôt le rôle capital, tantôt un rôle au moins important dans la production des fausses membranes; dans les autres cas, il est probable qu'il se rencontrait dans la gorge à l'état de saprophyte.

MÉDECINE PRATIQUE

HYGIÈNE DES CONSTIPÉS

Une nourriture mal choisie et des fautes contre l'hygiène générale sont souvent signalées dans l'étiologie de la « CONSTIPATION HABITUELLE », c'est-à-dire dans cette variété pathogénique qui relève d'un trouble de la motilité de l'intestin. Il est donc du devoir du médecin de recommander une hygiène spéciale, et cela dès le jeune âge, aux personnes prédisposées à ce genre d'affection.

Ce sont ces règles d'hygiène que nous nous efforcerons d'exposer pour chaque étape de la vie.

Chez le nourrisson.

Dès les premiers jours, certains enfants, nés de parents arthritiques ou eux-mêmes constipés, ont une tendance à présenter des selles qui, bien que de coloration ordinaire, sont plus épaisses, denses, quelquefois même argileuses ou terreuses.

Ce que nous devons, dans ce cas, surveiller avec soin, c'est la quantité et la qualité de la nourriture.

Si les repas trop fréquents ou trop abondants produisent plutôt, dans les premiers temps, de la diarrhée, ils occasionnent, à la longue, l'atonie intestinale, et la constipation qui en dépend.

Les repas trop espacés, ou pas assez abondants, ne procurent, au contraire, qu'un reliquat trop peu volumineux pour déterminer une contraction utile de la couche musculaire de l'intestin.

Chez l'enfant élevé au sein, la constipation semble, en certains cas, marcher parallèlement avec celle de la nourrice ; il en résulte donc l'obligation de surveiller le régime de cette dernière, qui trop souvent, sous le prétexte de se fortifier, abuse des boissons alcooliques et des viandes de boucherie. Il sera aussi nécessaire parfois d'analyser le lait de la nourrice, le déficit en graisse, en crème, en sucre de lait pouvant amener la constipation du nourrisson.

Chez les enfants élevés au biberon, la constipation est fréquente, dans les premiers jours de la vie, si l'on fait usage de lait de vache pur. Cela tient à ce que le caillot formé par la caséine est trop volumineux. Il est donc bon de faire usage des laits « maternisés », ou tout au moins de couper d'eau le lait ordinaire. Toutefois il faut avoir recours à une eau ne contenant ni sels de plomb ni sels de chaux : ces sels sont, en effet, une cause fréquente de constipation. Dans certains cas, on devra essayer les laits stérilisés, les laits de chèvre, d'ânesse, etc.

Les règles générales de l'hygiène seront respectées. On recommandera les bains fréquents, les longues promenades au grand air, etc.

Enfin, on mettra les parents en garde contre l'abus des purgatifs, laxatifs, suppositoires et lavements.

Dans la seconde enfance.

Le *sevrage* est particulièrement dangereux au point de vue gastro-intestinal, et ce n'est que progressivement que le nourrisson doit arriver à s'alimenter comme l'adolescent.

Pendant longtemps la nourriture doit être liquide, ou semi-liquide (lait, bouillies, œufs.) Les purées de légumes secs, puis de légumes verts (passées au tamis), entreront petit à petit dans l'alimentation. La viande (viandes blanches, cervelles, ris de veau) sera aussi donnée tout d'abord par intervalles et par petite quantité.

Les fruits ne seront tolérés que cuits, en compotes. Certains d'entre eux seront toujours prohibés chez les enfants sujets à la constipation (fraises, mûres, framboises, coings.)

La boisson sera rigoureusement réglée quant à la quantité. Le lait est la meilleure des boissons ; on interdira le vin pur, le vin de quinquina, les liqueurs alcooliques, le café, le thé.

A défaut de lait, on donnera de l'eau pure, ou de l'eau coupée de vin blanc.

Les heures de sommeil seront suffisantes, bien réglées et respectées. Enfin les exercices en plein air, l'aération des appartements s'imposeront.

Chez l'adolescent et l'adulte.

Dans la pluralité des cas, à ces deux périodes de la vie, il ne s'agit plus seulement de s'opposer à une tendance à la constipation. Cette dernière est établie souvent depuis longtemps, et ce n'est qu'après avoir commis toutes les erreurs d'une mauvaise hygiène et d'une thérapeutique défectueuse (usage immodéré des purgatifs, des lavements, etc.) que le malade se décide à venir demander conseil au praticien.

Tout d'abord, nous devons remarquer que l'hygiène variera dans ses détails suivant que nous nous trouverons en présence d'une constipation atonique ou spasmodique. Nous aurons donc à envisager ces deux cas.

Nous étudierons successivement le régime alimentaire, les exercices physiques, l'hydrothérapie, l'usage de certains vêtements.

Regime alimentaire. — DE LA FAÇON DE PRENDRE LES REPAS. — Les repas trop rapprochés, ou trop espacés, mais alors trop abondants, ont l'inconvénient de fatiguer le tube digestif; trois repas par jour sont largement suffisants.

Les repas seront pris lentement et posément; la mastication doit être aussi complète que possible, et l'on doit y rémédier, le cas échéant, par le port d'un ratelier ou l'usage d'un masticateur.

DE LA FAÇON D'EXONÉRER LE TUBE DIGESTIF. — On doit, autant que possible, exonérer le tube digestif en une seule fois, et cela journellement. On peut y arriver, si l'on a soin de se présenter régulièrement à heure fixe à la selle et de persévérer dans ses efforts un temps suffisamment long. Il est bon aussi, quelque temps avant ce moment, de fixer son esprit sur l'acte que l'on veut accomplir et de provoquer les réflexes intestinaux par des pressions sur l'abdomen, des inspirations profondes et des efforts.

Rien n'est plus mauvais que de remettre à plus tard la satisfaction des besoins naturels. Malheureusement cela a lieu trop souvent, et cela tient, en partie tout au moins, au dégoût que provoque le manque de propreté que l'on rencontre trop souvent dans les W. C.

Si la position assise est plus confortable, la position accroupie doit être cependant recommandée aux personnes atteintes de faiblesse de la paroi abdominale. Dans cette position, en effet, l'abdomen prend en partie point d'appui sur la face antérieure des cuisses, ce qui la soutient et rend plus efficace sa contraction. A certaines personnes, nous devons même recommander de ne se présenter à la selle que munies d'une ceinture abdominale ou d'un corset spécial.

DU CHOIX DES ALIMENTS. — *a*) *Chez les constipés atoniques.* — Les aliments et leur mode de préparation seront choisis judicieusement. Il faudra donner la préférence à ceux qui, soit par leur résidu (excitation mécanique de l'intestin), soit par leur composition (excitation chimique), provoquent ou augmentent le péristaltisme. On devra aussi se rappeler que la coprostase favorise l'absorption des toxines produites par la fermentation anormale de certains aliments; ceux-ci seront rigoureusement exclus.

Le régime végétarien, dans toute sa rigueur, remplit à lui seul toutes les indications, mais il faudra le mitiger, car il répond mal aux besoins de notre organisme, habitué à un régime plutôt carné.

Encore est-il impossible de poser des règles immuables, applicables à chaque cas en particulier. On doit prendre en considération la façon dont s'effectue la digestion stomacale, la valeur digestive des sécrétions du foie, du pancréas, des glandes de l'intestin grêle, le fonctionnement plus ou moins parfait du rein, les diathèses spéciales qui nécessitent à elles seules une diète particulière. Nous ne pouvons donc donner ici que des règles générales.

Les légumes verts seront donnés en abondance, sous forme de crudités, de potages, ou accommodés au gras. Si leur digestion est pénible, on ne les autorisera que cuits, réduits en purées ou même passés au tamis.

Les farines de seigle, de maïs, d'avoine sont particulièrement recommandables.

Les farineux (pommes de terre, marrons, châtaignes) peuvent être donnés sans inconvénient, mais aussi sans grand avantage, vu le peu de résidu que laisse leur digestion.

Toutes les viandes de boucherie ou de basse-cour peuvent être données, ainsi que les poissons de mer ou d'eau douce frais. Les viandes grasses, peu digestibles (viande de porc), certains poissons (anguille, saumon), seront prohibés.

Il en sera de même des viandes conservées, fumées, salées, faisandées, trop riches en toxines. Le maigre de jambon seul peut être toléré.

Les graisses sont favorables contre la constipation; on les prescrira sous forme d'assaisonnement pour les légumes. Lorsque leur digestion est difficile, on n'emploiera exclusivement que le beurre frais.

Le pain sera donné à discrétion s'il est rassis et bien cuit. Les pains dits intégraux ou complets, les pains de seigle et d'avoine sont souvent d'un usage favorable.

Les pâtisseries agissent dans la constipation par le sucre qu'elles contiennent; on pourra donc les recommander sous forme de tartes, de chaussons, de gâteaux secs ou à la crème. Tous les fruits, sauf les fraises, coings, framboises, mûres, sont autorisés soit crus, soit sous forme de compotes, de conserves, de confitures.

Comme boisson, on recommandera l'eau (non calcaire, exempte de sels de plomb) fraîche, pure ou coupée d'un peu de vin blanc. Les vins purs, les alcools, le thé, le café seront prohibés. Ces boissons sont riches en tanin et ont un effet dépressif sur le système nerveux.

b) Chez les constipés spasmodiques. — Chez ces malades, il faudra éviter autant que possible les aliments qui peuvent amener une trop grande excitation de la fibre musculaire. Toutes les viandes, à l'exception de celles qui sont grasses ou contiennent des toxines, seront autorisées. Les légumes et les fruits ne seront donnés que cuits, finement hachés, réduits en purée et passés au tamis. Les graisses, habituellement mal digérées, seront remplacées par la crème ou du beurre frais.

Tous les farineux et les farines alimentaires, surtout celles dites maltées, ainsi que les pâtes alimentaires, seront recommandés. Le pain ne sera employé que grillé; l'emploi des biscottes sera préférable. Comme pâtisserie, on ne tolérera que les gâteaux secs.

Les boissons chaudes semblent souvent donner de bons résultats, et il sera souvent avantageux de faire suivre le repas d'une infusion chaude de camomille, de tilleul ou de fleurs d'oranger.

Exercices physiques. — Les exercice physiques seront d'une grande utilité. Ils activent en effet la circulation, ce qui évite la stase sanguine dans l'intestin; puis, par les contractions qu'ils occasionnent du diaphragme et des muscles abdominaux, ils aident au cheminement des matières.

Ils seront faits de préférence en plein air. Tous sont bons : équitation, marche, chasse, bicyclette, jeux divers, etc. Quelques-uns d'entre eux seront plus particulièrement recommandés, en ce qu'ils nécessitent une contraction spéciale des muscles abdominaux : canotage, exercice du soldat sans arme, exercices d'assouplissement, escrime, boxe française. En aucun cas ils ne seront poussés jusqu'à la fatigue.

Hydrothérapie. — L'usage de l'eau *intus* et *extra* est des plus recommandable.

Les grands bains et les douches froides seront donnés dans la constipation atonique. L'eau tiède ou chaude semble convenir plus particulièrement dans les cas de spasme.

Comme application locale, nous signalerons les bains de pieds froids, les applications de compresses abdominales froides chez les constipés atones, chaudes chez les spasmodiques.

L'eau froide, bue le matin à jeun, ou mieux le petit lait pris dans les mêmes conditions, semble souvent procurer une selle. Dans les cas de spasme, les coliques sont cependant à craindre. Les lavements et les lavages intestinaux sont un moyen thérapeutique puissant qui ne saurait être laissé au contrôle du malade seul.

De l'usage de certains vêtements. — L'usage du corset a l'inconvénient d'amener des déplacements des organes abdominaux, et de remplacer le type respiratoire abdominal par le type thoracique. Le devoir du médecin est donc de conseiller à ses malades, non encore déformées, le port d'un corset présentant le minimum d'inconvénients. Il devra s'efforcer d'obtenir que le corset ne soit jamais qu'un appareil de soutien et non de compression; qu'il dessine la taille à son niveau normal, niveau variable, du reste, avec le type du thorax; que le tissu employé soit assez élastique et extensible pour ne pas entraver le jeu des fausses côtes pendant la respiration; que la constriction exercée plus particulièrement au niveau de la taille ne soit pas circulaire, mais qu'elle cesse complètement au niveau du creux épigastrique.

Chez les femmes déformées par le port antérieur d'un corset mal compris, ou atteintes de faiblesse, d'éventration abdominale, il faudra aussi que le corset couvre tout l'abdomen, descendant jusqu'aux contours osseux du bassin, et soit fortement comprimé au niveau de l'hypogastre. Un corset ainsi construit avec soin pourra remplacer le port des ceintures abdominales, souvent difficiles à faire accepter par les malades. Les exercices physiques, les efforts obligatoires pour exonérer le tube digestif, ne seront effectués que lorsque l'on sera muni de cet appareil « contentif ».

Chez le vieillard.

La constipation observée chez le vieillard dépend presque toujours de l'atonie intestinale. Aussi n'avons-nous qu'à rappeler les règles d'hygiène que nous avons données pour les adultes atones et qui sont, en tous points, applicables aux vieillards.

E. Froussard,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant à Plombières-les-Bains.

LA CHALEUR RADIANTE LUMINEUSE APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE

La chaleur se transmet soit par conductibilité, soit par rayonnement; jusqu'à présent on n'avait guère utilisé en thérapeutique que la transmission de la chaleur par conductibilité, depuis le simple cataplasme jusqu'aux étuves à air chaud les plus perfectionnées.

Cependant le soleil, source par excellence de chaleur radiante, recherché d'instinct par les animaux malades, a été utilisé aussi pour les applications thérapeutiques de la chaleur. Mais l'électricité peut fournir une source de chaleur radiante plus constante et plus maniable que le soleil; nous voulons parler de la lampe Dowsing, lampe à incandescence de forme spéciale dont le filament a été calculé de telle façon que la plus grande partie de l'énergie électrique soit transformée en radiations calorifiques, une faible partie en radiations lumineuses.

Cette lampe, placée en avant de réflecteurs de formes variées et disposés de façon particulière suivant la région à traiter, émet des radiations qui se réfléchissent, traversent les milieux diathermanes et ne se transforment en chaleur effective qu'en rencontrant certains corps dits athermanes, le corps humain par exemple.

Cette facilité de projeter sur un point déterminé du corps ces radiations à la fois lumineuses, calorifiques et chimiques, d'en régler l'intensité à l'aide d'un rhéostat, d'éliminer à l'aide d'écrans de verre diversement colorés, soit les rayons chimiques, soit les rayons calorifiques, fait de cet appareil la source idéale de chaleur et de lumière en thérapeutique.

De plus, la chaleur radiante diffusée dans un espace clos automatiquement ventilé permet aussi d'échauffer l'air contenu dans l'appareil. Ce procédé constitue alors l'étuve sèche qui peut atteindre des températures très élevées; c'est ainsi qu'en application générale la température de 150° C. est facilement supportée, qu'en application locale on peut dépasser sans aucun danger 200° C. Les appareils Dowsing offrent enfin l'avantage, étant donné l'absence de foyer de combustion, de ne donner naissance à aucun gaz délétère capable de vicier l'atmosphère.

Toutes les affections justiciables des bains d'air chaud, soit locaux, soit généraux, sont traitées avec grand avantage par la chaleur radiante lumineuse.

Le bain Dowsing peut être appliqué localement grâce à un dispositif spécial à chaque région. On l'utilise avec succès dans la *goutte aiguë* ou *chronique*, le *rhumatisme musculaire* ou *articulaire*, le *rhumatisme déformant*.

Ce traitement améliore rapidement les *arthrites blennorragiques*, *tuberculeuses* et la *synovite chronique*.

Dans les *entorses* et les *impotences* consécutives aux *luxations* et aux *fractures*, en dehors d'une action spéciale contre la raideur articulaire, l'atténuation immédiate des douleurs et leur disparition rapide permettent de provoquer, peu de temps après l'accident, des mouvements méthodiques destinés à rétablir la fonction.

C'est un traitement de choix dans la *phlébite*, même dans les cas où l'œdème est devenu chronique.

Enfin, sous forme de bains locaux d'air surchauffé, la chaleur radiante lumineuse provoque, mieux que tout autre traitement, la cicatrisation des *ulcère atoniques*.

Le *bain général*, grâce à son action excitante sur les fonctions de nutrition et sur les fonctions d'élimination de la peau et des poumons, grâce au pouvoir des rayons lumineux d'augmenter le nombre des globules rouges et leur pouvoir d'oxygénation, est utilisé avec succès dans les affections générales comme l'*obésité*, l'*anémie*, la *débilité générale* et la *diathèse arthritique*.

F. Allard.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

28 Mai 1902.

Présentation d'appareil pour l'anesthésie. — *M. de Crésantignes.* Je présente à la Société un appareil pour l'administration des anesthésiques volatilisables à basse température (bromure d'éthyle, chlorure d'éthyle, etc.). Il se compose d'un cornet destiné à couvrir hermétiquement la bouche et le nez du malade. Au fond de ce cornet vient s'aboucher le col d'une vessie qui recueille l'air expiré par le malade et le lui restitue en se dégonflant au moment où le malade inspire.

Par ce dispositif, on évite toute déperdition d'anesthésique et toute introduction d'air non saturé d'anesthésique. On arrive ainsi à la suppression complète de la période d'excitation qui met si souvent obstacle à l'anesthésie.

La rééducation motrice. — *M. Maurice Faure.* Il y a deux conditions à l'accomplissement d'une fonction motrice (marche, course, préhension, écriture) :

1° La conservation de l'appareil moteur (squelette, articulation, muscles);

2° L'intégrité du système nerveux, qui détient l'énergie, et la mémoire du mouvement.

La suppression de la fonction motrice (paralysie) ou la perturbation de cette fonction (parésie, incoordination, spasme) peuvent donc résulter, soit de l'altération de l'appareil moteur, soit de celle du système nerveux. Si l'altération réside dans l'appareil moteur (squelette et muscles), la réparation de la fonction est demandée aux appareils prothétiques, au massage, à l'électrothérapie et à la gymnastique. Le but poursuivi est alors de maintenir la mobilité, la contractilité dans les muscles malades, de compenser la destruction du squelette, d'apprendre à se servir de muscles voisins, d'appareils nouveaux, etc.

Si l'altération réside dans le système nerveux, c'est la mémoire, la coordination du mouvement, l'énergie motrice qui ont disparu, et ce sont elles qu'il faut rappeler. Pour cela, une éducation nouvelle spécialise de nouvelles régions du système nerveux, de la même manière qu'antérieurement une première éducation

avait consacré un centre nerveux à une fonction motrice déterminée.

En effet, tout acte moteur est appris (les sports, les exercices militaires ou gymnastiques par les adultes, la marche, la natation, l'écriture par les enfants). Tout acte moteur peut aussi être réappris, en principe, lorsque le centre nerveux qui s'y était spécialisé est détruit, parce qu'un centre nouveau se spécialise : c'est la rééducation motrice.

L'Ecole de la Salpêtrière s'est attachée à la poursuite des résultats thérapeutiques que l'on peut tirer de ces principes généraux, et la rééducation, appliquée aux hémiplégiques, aux paraplégiques, aux paralytiques flasques, aux incoordonnés, aux tiqueurs, et *surtout aux ataxiques*, a donné des résultats très remarquables. Ainsi, chez certains ataxiques, la restitution *ad integrum* des fonctions motrices a pu être rétablie après un traitement attentif et journalier prolongé durant quelques mois.

La rééducation a donc pour objet de rendre les fonctions motrices aux malades qui les ont perdues par le fait d'une lésion du système neuro-moteur, quand cette lésion n'a pas détruit de trop grands territoires, et qu'elle n'est pas le fait d'une maladie progressive compromettant, définitivement et de plus en plus, l'état général.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

28 Mai 1902.

Sur les moyens d'éviter les poussières. Le goudronnage des voies publiques. — *M. Guglieminetti.* En Amérique on adopte de plus en plus la pratique qui consiste à arroser les voies publiques avec de l'huile de pétrole. La dépense est de 8.000 litres, soit 400 francs par kilomètre, dans les pays où le pétrole est à bon marché.

L'huile doit être chauffée à l'ébullition pour mieux s'amalgamer avec les poussières.

On obtient ainsi une sorte de colmatage assez résistant, qui ne donne ni boue ni poussière, et est très apprécié par les cochers et les cyclistes.

Comme le pétrole est cher en France, j'ai pensé à utiliser le goudron chaud qui forme une sorte d'enduit très résistant. Depuis j'ai appris que des essais antérieurs avaient été tentés. C'est à Sainte-Fage-la-Grande que les premières recherches sur cette question ont été faites par M. Christophe, ingénieur d'une usine à gaz, qui a eu l'idée de goudronner la route devant l'usine.

Nous devons prochainement faire des essais avec de l'huile de goudron, qui peut-être pénétrera mieux; nous compléterons par des expériences avec le pétrole étranger et le pétrole français.

La réglementation du filtrage des eaux potables. — *M Chabanne.* En France, le filtrage au sable est libre; en Allemagne il est réglementé. Je crois qu'il y aurait intérêt à ce qu'en France il y ait une réglementation analogue à celle adoptée dans les autres pays. Je propose à l'approbation de la Société un projet de règlement composé de 17 articles qui correspondent aux articles du règlement allemand, un peu modifiés. Ces modifications m'ont paru nécessaires, parce que depuis 1893 (date du règlement allemand) l'expérience a montré qu'on pourrait apporter quelques perfectionnements aux règles adoptées par nos voisins.

Étude statistique sur la mortalité des enfants protégés par la loi. — *MM. Théophile Roussel et Bertillon.* En 1897, sur 1000 enfants protégés par la loi du 24 Décembre 1874, enfants observés du dixième au trois cent soixante-cinquième jour de la vie, on compte 203 décès.

La même année, la mortalité des enfants en général, observés pendant la même période de la vie, a été de 128 décès.

En 1898, les résultats ont été sensiblement analogues.

Il semble dons que la loi ait des effets médiocres.

Nous avons cherché à nous éclairer par une autre statistique, celle de la mortalité infantile dans les départements environnant Paris, c'est-à-dire ceux où l'industrie nourricière est le plus développée.

Les chiffrss sont les suivants :

De 1840 à 1849, sur 1.000 enfants de 0 à 1 an, 160 décès.

Les années suivantes, les chiffres varient de : 168, 178, 179. En 1870, 212; puis les années suivantes, 165. En 1878, la loi commence à être appliquée. La mortalité de 1879 à 1883 est de 167. De 1894 à 1898 elle tombe à 161. Actuellement, la décroissance de mortalité est sensible dans les départements environnant Paris.

Or c'est surtout au bénéfice des enfants en nourrice que cette mortalité s'améliore. Il semble donc que dans ces départements la loi Roussel ait de bons effets.

En résumé, la mortalité des enfants protégés par la loi de 1874 est encore supérieure actuellement de 60 pour 100 à celle des enfants en général. Il y a donc encore énormément à faire de ce côté. Cela ne veut pas dire que la loi n'ait pas eu de bons effets, mais nous ne pouvons les juger complètement parce que nous n'avons aucune statistique comparative.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

28 Mai 1902.

M. le Président annonce la mort de *M. Polaillon*, membre honoraire de la Société, décédé le 23 Mai, et, dans une courte allocution, prononce son éloge. La séance est ensuite levée en signe de deuil.

J. Dumont.

ANALYSES

BACTÉRIOLOGIE

A. Castellani. *L'agglutination dans l'infection mixte* (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrankh.*, 1902, 2 Mai, Vol. XL, p. 1). — Les faits que l'auteur a constatés dans ces recherches, faites avec le bacille typhique, le colibacille et le bacille pseudo-dysentérique, se réduisent à ceci :

En cas d'infection expérimentale mixte, le sérum des animaux agglutine tous les microorganismes qui ont servi à l'infection. Pour chacun de ces microorganismes l'agglutination se présente avec les mêmes caractères, quant à son début, son intensité et sa durée, que dans les cas où l'infection a été réalisée avec un seul microbe.

Lorsqu'au cours d'une infection expérimentale monomicrobienne on injecte à l'animal, soit au début, soit à la fin de l'infection, un autre microorganisme, le sérum devient agglutinant pour celui-ci, et cette agglutination a les mêmes caractères qu'en cas d'infection monomicrobienne. Mais si l'injection est faite *au cours* de la première infection, il arrive parfois que l'agglutination du second microorganisme se fait tardivement et se manifeste d'une façon peu énergique.

R. Romme.

Karl Vaerst. *Immunisation contre le charbon avec la pyocyanase* (*Centralblatt für Bakteriologie*, T. XXXI, n° 7, p. 293). — K. Vaerst a fait, en même temps qu'Emmerich et Lœw, dont nous avons analysé ici le travail, des recherches sur l'action immunisante de la pyocyanase contre le charbon.

La pyocyanase est obtenue en tuant par la chaleur à 58° des cultures en bouillon de bacille pyocyanique datant de six semaines, en les précipitant par le sulfate d'ammoniaque, et en réduisant en poudre le précipité, séparé autant que possible du sulfate qu'il retenait. Ce précipité, ou pyocyanase, est soluble dans l'eau chaude.

La pyocyanase n'a pas seulement pour action d'empêcher le développement du charbon, mais elle a aussi sur le microbe une action bactériolytique.

L'injection de pyocyanase, faite en même temps que celle de bactéridie charbonneuse à un animal, empêche le développement du charbon.

Les inoculations préventives, répétées, de solution aqueuse de pyocyanase à des lapins n'immunisent pas ces animaux contre l'inoculation ultérieure de bactéridie charbonneuse.

Le sérum d'animaux inoculés avec de la pyocyanase (protéidine immunisante du sérum), inoculé primitivement à des lapins, protège ceux-ci contre une dose mortelle de bactéridie.

L'extrait de rate (protéidine immunisante de la rate) des animaux traités par la pyocyanase, injecté dans les mêmes conditions à des lapins, ne les protège pas contre le charbon.

M. Labbé.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bossi. *Démonstration gynécologique de la noncontagion du cancer et ses conséquences* (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Février 1902, p. 174). — Les exemples de cancer observés simultanément chez deux individus cohabitant sont assez rares. Behla, Boas, Gueillot, Thorn, Duplay, Ciolfi, etc., ont cependant rapporté des exemples qui semblent montrer qu'il n'y a pas là une simple coïncidence. N'a-t-on pas admis que le chirurgien Emson s'était involontairement inoculé le cancer en opérant? Alibert serait mort rapidement d'un cancer après avoir essayé des inoculations cancéreuses sur lui-même; un chirurgien de Saint-Thomas Hospital serait mort d'un cancer de la langue après avoir goûté du suc cancéreux.

Bossi a fait une très large enquête auprès des chirurgiens italiens pour savoir s'ils avaient observé le cancer du pénis chez des maris dont les femmes avaient un cancer du col utérin. Il a poursuivi cette enquête en France auprès de Tillaux, Budin, Heurtaux, Pinard, Segond, Poulet, Le Dentu, Pozzi, Doléris, Richelot. De même en Allemagne il a consulté Léopold, Stumpf, Fehling, Werth, Winkel, Ehrendorfer, etc.

Partout la réponse fut la même : ce fut un véritable « plébiscite » contre la contagiosité du cancer utérin, avoue l'auteur.

Sans aucun doute, les ulcérations du col prédisposent au cancer. Il faut les traiter et suturer les déchirures du col. C'est là un traitement préventif du cancer pour lequel Bossi paraît avoir une bien grande confiance.

P. Mauclaire.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Tito Carbone. *Sur un nouveau mode d'immunité* (*Journ. de l'Ac. de méd. de Turin.* Février 1902). — L'impossibilité d'extraire des cultures du pneumocoque des toxines vraiment actives a déjà conduit l'auteur à attribuer une grande partie des phénomènes observés dans les septicémies expérimentales dues à ce microbe à des poisons secondaires résultant des désagrégations cellulaires de l'organisme en cause. Ses recherches l'ont amené à incriminer surtout à ce point de vue l'histone. Partant de ces données, il a fait à des lapins des injections d'histone extraite d'une macération des différents viscères du lapin. Ces injections ne sont pas indifférentes et amènent notamment un abaissement de poids qui, pour les animaux peu résistants, peut aboutir à la cachexie. Les animaux vigoureux les supportent bien. Consécutivement à ces injections on observe d'abord une exagération considérable de la sensibilité vis-à-vis du pneumocoque, suivie, après cinq ou six jours, d'une augmentation de la résistance qui est maxima vers le vingtième jour. A ce moment, les lapins traités sont réfractaires à des doses de pneumocoque dix fois supérieures à la dose mortelle pour les animaux témoins (jusqu'à 40 fois dans quelques expériences).

Ce résultat doit, selon toute vraisemblance, être attribué à l'apparition d'une substance capable de neutraliser l'action toxique de l'histone. Il s'agirait donc d'un mode nouveau d'immunité, ne dépendant pas de l'action directe des microbes ou de leurs produits.

P. Pagniez.

MÉDECINE

C. Jarvis. *Contribution à l'étude du rhumatisme pleural* (*Thèse*, Paris, 1902). — Ce travail comprend deux parties : la première, consacrée à l'étude étiologique et anatomo-clinique de la question, constitue une revue, aussi complète que possible, des divers travaux parus jusqu'ici sur le rhumatisme pleural. L'auteur est amené à ranger les localisations pleurales du rhumatisme sous trois grandes formes : 1° la pleurésie *aiguë avec épanchement* simulant la pleurotuberculose primitive (ancienne pleurésie *a frigore*); 2° l'*hydrothorax rhumatismal*, à début insidieux, à évolution latente, rappelant l'hydrothorax des cardiaques et des brightiques; 3° la *pleurite sèche*, primitive ou consécutive à l'une des formes précédentes.

En pratique, les formes cliniques sont loin d'être aussi nettement tranchées, et, pour peu que la crise polyarticulaire soit d'allures anormales, le diagnostic peut devenir difficile. D'où l'utilité d'avoir recours aux méthodes nouvelles pour l'exploration de la plèvre (recherche de la perméabilité pleurale, cytodiagnostic), qui, jointes à la bactériologie, sont à

même de donner de précieux renseignements. Il était intéressant de rechercher et d'exposer les résultats obtenus par ces méthodes dans la pleurésie rhumatismale : c'est l'objet de la deuxième partie de la thèse.

Dans toutes les observations, la perméabilité pleurale est restée normale, contrairement à ce qui se passe dans la pleurésie tuberculeuse où elle est très diminuée ou nulle. De plus, les cultures et inoculations au cobaye ont toujours été négatives en ce qui concerne le bacille de Koch ; dans un cas de Castaigne et Rathery, les cultures sur lait carbonaté ont révélé la présence de bâtonnets avec espaces clairs et de diplocoques isolés et en chaînettes, les préparations rappelant absolument les figures de Triboulet et Coyon. Le cytodiagnostic a constamment donné, comme formule, des leucocytes (lymphocytes et polynucléaires) et des cellules endothéliales isolées ou en placards. Or, d'après les recherches de MM. Widal et Ravaut, la présence de ces placards endothéliaux suffit pour affirmer que la pleurésie n'est pas tuberculeuse. Tous ces faits concourent donc à démontrer que la pleurésie rhumatismale n'a rien à voir avec une infection tuberculeuse.

Les éléments de la formule cytologique ont paru varier avec l'allure clinique de l'affection : dans les cas où la pleurésie est apparue concurremment avec la congestion pulmonaire, on a noté des cellules endothéliales en très grand nombre, avec des polynucléaires relativement peu abondants; au contraire, dans les cas où la pleurésie est apparue comme localisation unique ou primitive de l'infection rhumatismale, les polynucléaires occupaient presque exclusivement le champ de la préparation. Ces deux formules correspondraient à une pathogénie différente de la pleurésie : dans le premier cas, l'épanchement ne serait qu'une conséquence de l'hyperémie pulmonaire; dans le second, la plèvre serait touchée directement, pour son compte, au même titre que les articulations.

J. Dumont.

CHIRURGIE

P. J. Cotton. ***Des fractures du coude chez l'enfant*** (*Annals of Surgery*, 1902, Janvier, Février et Mars). — Cette volumineuse monographie, qui contient trente-neuf observations très complètes, est destinée à modifier quelques-unes des notions classiques sur le sujet qu'elle traite. Et d'abord l'auteur démontre l'inexactitude de la classification de ces fractures telle qu'on l'adopte généralement; et qui ne correspond guère à la réalité des faits. En pratique, voici les formes que l'on rencontre le plus souvent : les fractures du condyle externe, les fractures sus-condyliennes, puis les séparations de l'épitrochlée et la séparation de la totalité de l'épiphyse; ces diverses fractures sont nommées ici par ordre décroissant de fréquence.

Chacune de ces formes a une physionomie clinique particulière. Les fractures du condyle donnent souvent lieu à la formation d'un cal saillant, en éperon, qu'il y ait ou non déplacement du condyle lui-même. Les fractures sus-condyliennes s'accompagnent fréquemment d'un déplacement du fragment inférieur en arrière; quant aux séparations de l'épitrochlée, elles donnent lieu à un déplacement en bas et en avant.

L'impotence fonctionnelle varie avec chacune des variétés de fracture. Dans les fractures du condyle externe, les mouvements sont rarement limités d'une façon considérable; on remarque alors que ce sont les mouvements d'extension qui sont le plus atteints. Dans les fractures sus-condyliennes et dans les séparations de l'épiphyse, on note une limitation des mouvements due en général au déplacement des fragments; d'ordinaire c'est la flexion qui est limitée du fait du déplacement du fragment inférieur en arrière. Enfin les séparations de l'épitrochlée peuvent déterminer une gène de la flexion par suite de l'abaissement et de la mobilité des insertions musculaires.

L'ankylose, ou tout au moins la limitation très marquée des mouvements, s'observe rarement chez l'enfant; dans ces cas, le massage, les mouvements provoqués restent sans effet; il faut agir directement sur la cause, qui est le plus souvent un déplacement des fragments ou une consolidation en position vicieuse. Il s'ensuit qu'au point de vue thérapeutique il faut attacher une grande importance à la position donnée au membre fracturé; c'est d'elle que dépendent une bonne réduction et une coaptation permanente des fragments. Lorsque ces deux résultats peuvent être atteints par l'immobilisation simple, on peut compter sur un excellent résultat tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue esthétique. Mais les manœuvres de réduction varient avec chaque variété de fracture, et l'auteur donne à ce sujet les indications les plus complètes, basées sur la clinique et sur l'expérimentation. Ces indications se résument ainsi :

1° Fractures du condyle externe : réduction par flexion et pronation avec pression latérale et pression pour corriger la rotation; contention par l'immobilisation du coude fléchi à angle aigu.

2° Fractures sus-condyliennes et décollements épiphysaires : réduction par traction et flexion, contention à angle droit au moyen d'une attelle solidement fixée à l'avant-bras pour prévenir les déplacements en arrière; puis, au bout de quelque temps, extension à 130° environ pour corriger le déplacement en dehors.

3° Quant aux fractures ou séparations de l'épitrochlée, la position en flexion à angle très aigu est celle qui relâche le mieux les muscles et qui, par suite, favorise le mieux la coaptation des fragments; mais il ne faut guère compter sur une consolidation osseuse, et, puisqu'il faut surtout éviter un raccourcissement musculaire, il semble que le massage et la mobilisation précoce soient ici particulièrement indiqués;

4° Enfin, dans les cas de fractures compliquées, ou lorsque la réduction est impossible par les moyens habituels, il faudra recourir au traitement sanglant.

C. Jarvis.

G. Célos. ***Sur le diagnostic d'urgence chez l'adulte, des maladies de l'abdomen qui se traduisent par le syndrome péritonéo-abdominal*** (*Thèse* Paris, 1902, Avril). — Malgré son titre, cette thèse de 480 pages n'est pas un simple manuel de diagnostic d'urgence des maladies de l'abdomen qui présentent des symptômes péritonéaux. Le sujet en est très vaste, et l'on peut considérer trois parties dans cet ouvrage.

L'auteur envisage d'abord le diagnostic d'urgence d'une manière générale et un peu schématique. Puis il étudie le diagnostic de diverses maladies, soit brièvement (hernies inguinales étranglées, perforation gastrique), soit plus longuement, en une suite de petites thèses (étranglement crural, appendicites, etc.); un chapitre est consacré aux hémorragies internes de diverses causes. Toutefois, les accidents péritonéaux consécutifs aux plaies perforantes de l'abdomen sont laissés de côté. L'auteur pense que, dans ces cas, l'intervention s'impose, et que le malade doit être vu par le chirurgien. C'est qu'il s'est placé surtout au point de vue de l'interne de garde qui doit, le plus souvent, se borner à faire un diagnostic et à poser une indication opératoire. Aussi la technique chirurgicale est-elle le plus souvent complètement laissée de côté. Au contraire, le traitement médical à instituer dans certains cas est indiqué, et, à ce sujet, une idée qui domine dans toute la thèse est le mauvais effet de l'opium dans les maladies abdominales.

L'auteur passe ensuite en revue les complications post-opératoires : hémorragie interne, péritonites, accidents dus aux ligatures d'épiploon, occlusions vraies. Mais, de ce moment, il ne s'en tient plus au diagnostic d'urgence dans ces cas; il émet des théories sur la paralysie des intestins, fait de la pathogénie, discute la question de résistance à l'infection, etc. Quelques paragraphes sont consacrés au circulus vitiosus, aux entérorragies après réduction des hernies, etc.

Dans tous ces chapitres, l'auteur rapporte des exemples cliniques le plus souvent inédits et choisis parmi les plus frappants. Il fait, à propos de chaque sujet, une bibliographie qui témoigne de recherches nombreuses, et place quelques anecdotes qu'il n'a point laissé perdre.

L'occlusion intestinale devait tenir une grande place dans un tel ouvrage. Aussi, bien que l'auteur déclare ne point vouloir en reprendre l'étude, il lui consacre la moitié de sa thèse. Après quelques exemples choisis, il aborde le sujet des paralysies aiguës intestinales, encore peu connues. De longs développés sont donnés à l'iléus paralytique et spasmodique. Cette étude d'ensemble, l'une des premières sur ce sujet, croyons-nous, est conçue dans un esprit différent du reste de l'ouvrage. C'est une autre Thèse dans laquelle l'auteur, laissant un peu de côté le diagnostic d'urgence, rapporte des faits, analyse des mémoires, discute la pathogénie et expose des idées sur la pathologie du système nerveux de l'intestin.

Un chapitre théorique expose ensuite la théorie paralytique de l'occlusion vraie. Dans certains cas, une disposition vicieuse de l'intestin ne causera d'occlusion que si celui-ci présente, un jour, des troubles paralytiques ou spasmodiques. Il n'y a occlusion vraie que grâce à cette circonstance d'une *disposition vicieuse antérieure*, et celle-ci explique beaucoup de choses obscures dans la genèse de certaines occlusions. La conclusion à tirer de cette théorie, c'est qu'il y a, à côté des occlusions mécaniques, des étranglements de cause paralytique qui sont secondairement mécaniques. C'est ce que l'auteur appelle « l'étranglement des parties situées en position vicieuse chez un sujet frappé d'iléus paralytique ». La thérapeutique de ces deux sortes d'occlusions devrait, théoriquement du moins, être différente, si on pouvait faire le diagnostic exact de leur cause, ce qui, malheureusement, est bien difficile.— Ainsi se termine ce chapitre dans lequel l'auteur a voulu éclairer quelques points obscurs de cette question si complexe de l'occlusion intestinale.

J. Dumont.

GYNÉCOLOGIE

Abuladse. ***Des opérations conservatrices pour fibromes de l'utérus interstitiels ou sous-muqueux, par la voie abdominale*** (*Monatschr. f. Geburts. u. Gynäk.*, 1902, Bd 15, p. 528). — Des diverses statistiques, avec procédés opératoires, que l'auteur cite et critique dans ce travail, il croit pouvoir conclure que, dans le cas de myomes interstitiels ou sous-muqueux qui ne peuvent être accessibles que par la voie abdominale, la méthode conservatrice est la méthode de choix.

La myomectomie conservatrice donne une mortalité plus faible que l'hystéromyomotomie. L'utérus conservé est apte à fonctionner normalement dans l'avenir.

Il faut limiter les indications de l'hystéromyomotomie, et avant de se décider à la pratiquer, il est à conseiller de chercher d'abord à énucléer la tumeur.

L'emploi de la myomectomie conservatrice est intimement lié à nos connaissances sur la pathogénie du myome de l'utérus.

Dans la myomectomie conservatrice, il paraît inutile à l'auteur d'appliquer prophylactiquement un lien élastique sur l'utérus.

G. Keim.

René Tesson. ***Le cancer primitif du corps utérin*** (*Thèse*, Paris, 1902). — La division des cancers de l'utérus en cancers du corps et en cancers du col est aujourd'hui établie, aussi bien au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique. Passant rapidement sur les conditions étiologiques, tout en montrant que le cancer du corps n'est pas rare avant la ménopause, contrairement à l'opinion ancienne, l'auteur fait une étude très consciencieuse et fort intéressante de cette affection au point de vue anatomo-pathologique.

Macroscopiquement il reconnaît les formes bourgeonnante, pédiculée, sessile, fongueuse, villeuse, et, à côté de ces formes végétantes, l'ulcéreuse, beaucoup plus rare.

Le cancer peut occuper un point quelconque de la cavité utérine. Il peut être caché dans une corne. Les localisations élevées semblent les plus fréquentes. La lésion peut évoluer sur place ou bien gagner de proche en proche dans la muqueuse. La greffe néoplasique peut se faire sur la paroi opposée au point de contact. L'infiltration de la couche musculaire est lente; la paroi peut subir une véritable hypertrophie de défense, ce qui explique l'augmentation de volume de l'organe, alors que la néoplasie intra-cavitaire est encore peu développée.

Cependant on peut observer l'infiltration cancéreuse jusqu'à la séreuse, et son bourgeonnement à la surface de l'organe, avec lésions péritonéales ou intestinales secondaires. Mais toujours, caractère important, la lésion évolue sur place sans envahir la base des ligaments larges, comme le fait le cancer du col. La cause doit en être dans la disposition des lymphatiques afférents groupés dans la partie inférieure des ailerons du ligament large. L'envahissement des ganglions hypogastriques inguinaux est lente. On a signalé des inoculations vaginales secondaires.

La coexistence de fibrome et de cancer utérin doit être connue : elle est loin d'être rare. Peut-être les altérations inflammatoires de la muqueuse, constantes dans les fibromes, préparent-elles le terrain à la dégénérescence cancéreuse.

Le cancer du corps est un épithélioma cylindrique, mais cette notion ne nous suffit plus, car, comme le dit Tesson « la caractéristique initiale de la dégénérescence maligne doit être cherchée bien moins dans la topographie des éléments cellulaires que dans les

modifications de leur structure intime ». Ces modifications consistent en hypertrophie et en déformation des cellules, mais surtout en déformation et en segmentation irrégulière des noyaux, si bien que certaines cellules renferment deux ou trois noyaux de dimensions inégales. Il y a aussi augmentation énorme de la substance chromatique intra-nucléaire.

Ces lésions doivent être considérées comme la manifestation caractéristique de la dégénérescence maligne. La cellule cancéreuse porte donc en elle-même des caractères distinctifs suffisants, et ces caractères se reconnaîtront sur des cellules isolées, et en particulier sur les produits du curettage. On comprendra toute l'importance de ce fait. Le diagnostic précoce du cancer du corps est impossible par les signes fonctionnels; l'examen extra- ou intra-utérin ne donne que des probabilités; l'étude histologique des débris curettés permettra d'affirmer la nature néoplasique de la lésion. Elle permettra aussi par conséquent une intervention vraiment curatrice qui ne peut être que l'hystérectomie abdominale. Cette opération seule met à l'abri des surprises (adhérences péritonéales ou intestinales). Elle sera complète, elle sera simple. Il faut, pour éviter la greffe secondaire, éviter d'ouvrir la cavité utérine. On repoussera donc l'hémisection ainsi que l'hystérectomie supra-vaginale, et on pourra, à l'exemple de Kelly, pratiquer la suture des lèvres du col afin d'empêcher l'issue de débris néoplasiques ou septiques.

P. Barbarin.

PÉDIATRIE

Emmett Holt. ***Note sur le traitement des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né par l'extrait de capsules surrénales*** (*Archives of Pediatrics*, Avril 1902). — Un nouveau-né, âgé de seize heures, pesant 9 livres, normal et bien constitué, venu au monde dans des conditions simples et régulières, se mit à vomir du sang.

Emmett Holt le vit huit heures après, et fit les constatations suivantes : l'enfant présentait sur le cou et sur la portion supérieure du thorax de petites taches pétéchiales; une large plaque hémorragique siégeait sur l'épaule gauche; la muqueuse buccale présentait de petites hémorragies punctiformes.

A des intervalles de quelques minutes, cet enfant rejetait des quantités de sang variant de quelques gouttes à la valeur d'une cuillerée à café. Plusieurs serviettes avaient ainsi été souillées en quelques heures. Le sang rejeté était d'une couleur brun foncé avec de petits grumeaux marc de café; il était mélangé avec du mucus. Les fosses nasales ne contenaient pas de sang et aucune hémorragie ne provenait de la bouche. Le méconium, rendu à trois ou quatre reprises, était plus foncé que normalement. D'ailleurs, l'état général était excellent.

Ce sang paraissait bien provenir de l'estomac.

On ordonna de l'extrait saccharolé de capsule surrénale à prendre, dissous dans de l'eau, un grain toutes les heures.

Douze heures après la première dose de ce médicament, les hémorragies avaient complètement cessé. L'enfant se mit alors à téter normalement; quarante-huit heures plus tard, il se portait à merveille. Le cinquième jour, les pétéchies cutanées et muqueuses avaient disparu. L'enfant absorba en tout douze grains d'extrait surrénal; la période hémorragique avait duré trente heures.

Trois mois après, cet enfant continuait à jouir d'une excellente santé.

Raoul Bayeux.

F. Cathelin. ***De l'innocuité des injections épidurales chez l'enfant*** (*Revue mens. des Maladies de l'Enfance*, Avril 1902). — Dans ce court mémoire Cathelin montre que la méthode épidurale, déjà si largement appliquée chez l'adulte, peut être employée également chez l'enfant sans crainte et sans danger.

L'auteur a traité jusqu'ici par les injections épidurales 11 enfants (4 garçons et 7 filles), dont l'âge variait de sept à quinze ans. Le nombre de ponctions pratiquées sur chaque petit malade a été de 1 à 9, atteignant pour eux tous le nombre de 51. Les injections habituelles étaient des injections de sérum physiologique (7 gr. 50 pour 1.000) à la dose de 5 à 15 centimètres cubes par injection, ou des injections de chlorhydrate de cocaïne en solution aqueuse à 0 gr. 5 pour 100. Or, jamais Cathelin n'a noté d'accident grave à la suite de ces injections, ni même les accidents bénins caractérisés par un peu de mal de tête et des nausées. Et cependant, l'un des petits malades avait reçu en un mois jusqu'à 19 centigrammes de cocaïne. Une seule fois sur 51, un enfant eut, le soir, un vomissement à la suite d'une injection de 10 centimètres cubes de sérum physiologique.

La technique de la ponction sacrée chez l'enfant ne présente d'ailleurs rien de particulier; c'est la même que pour l'adulte.

J. Dumont.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

G. Guillain. *La forme spasmodique de la syringomyélie* (*Thèse*, Paris, 1902). — Dans ce travail G. Guillain étudie la forme spasmodique de la syringomyélie, isolée en 1900 par M. Pierre Marie. Après cinq observations personnelles prises avec le plus grand soin, l'auteur décrit les symptômes caractéristiques de cette forme de l'affection :

Attitude. Les malades ont les bras appliqués le long du tronc, l'avant-bras plus ou moins fléchi sur le bras, les mains placées en avant du pubis. Les épaules sont surélevées, projetées en avant; la tête est inclinée en avant, enfoncée entre les épaules. Le bord externe du trapèze forme souvent un relief très apparent, les creux sus-claviculaires sont profonds. Quand on regarde les malades de dos, on voit qu'ils sont penchés en avant; aussi leur dos paraît-il arrondi, abstraction faite des déformations scoliotiques possibles. Ils ont l'apparence soudée des parkinsonniens.

Aspect de la main. Très important, car il peut à lui seul permettre d'affirmer le diagnostic. La main se place en flexion dorsale sur l'avant-bras, position dite « de prédicateur »; les derniers doigts se fléchissent dans la paume et peuvent arriver à un tel degré de contracture que les ongles ulcèrent les téguments et que l'attitude est indélébile. L'index et le pouce, au contraire, conservent une certaine motilité et rendent des services aux malades, qui usent de ces deux doigts à la manière d'une pince.

La *motilité* est altérée jusqu'à confiner les malades au lit, mais plus par la contracture que par l'atrophie musculaire.

Etat spasmodique caractérisé par exagération des réflexes des membres inférieurs, clonus du pied, extension des orteils au chatouillement de la plante.

Thorax en bateau.

Troubles vésicaux. Ils sont fréquents, mais souvent latents et demandent à être recherchés. Ainsi la rétention d'urine par trouble de la contractilité vésicale peut être fréquemment mise en évidence par le cathétérisme. Certains malades ont des douleurs, des hématuries, de la pollakiurie, une cystite avec exulcérations et ulcérations véritables; ces ulcérations sont d'origine trophique et peuvent amener la perforation de la vessie.

La forme spasmodique de la syringomyélie a une évolution lente. La mort survient, au bout de dix, vingt ou trente ans, par cachexie nerveuse ou urinaire, ou par une affection intercurrente.

Cet état spasmodique fait que la maladie doit être distinguée de la sclérose latérale amyotrophique, des compressions de la moelle, de certaines variétés de syphilis médullaire, de la maladie de Parkinson, de la spondylose rhizomélique.

L'anatomie pathologique justifie cette forme clinique car, dans deux autopsies de Guillain, il y avait une syringomyélie typique sans pachyméningite, avec, en plus, une dégénération très accentuée des zones pyramidales du cordon latéral à droite et à gauche, se poursuivant dans toute l'étendue de la moelle. Une dégénération du cordon latéral aussi prononcée ne se rencontre pas dans les cas habituels de syringomyélie.

La thèse de Guillain comporte une deuxième partie qui traite de la *névrite ascendante et du traumatisme dans l'étiologie de la syringomyélie.* L'auteur envisage ici la névrite ascendante non pas comme dégénération ascendante du nerf, mais comme infection à propagation nerveuse. Etant donné une inflammation périphérique, les microbes peuvent-ils, par la voie des nerfs, remonter vers la moelle et créer ainsi des lésions médullaires secondaires, tardives? En est-il de même des toxines? Le fait paraît démontré pour un certain nombre d'infections, la rage, le tétanos en particulier. Guillain rapporte un cas de syringomyélie qui paraît consécutif à un phlegmon de la main.

On trouve souvent un *traumatisme* dans les antécédents de la syringomyélie; et il y a certainement des syringomyélies traumatiques. Il ne faut pas désigner sous ce nom les syndromes cliniques qu'on voit survenir à la suite d'une hématomyélie et qui sont indéfiniment immobilisés, puisqu'ils relèvent d'un processus cicatriciel. Mais il y a des hématomyélies qui peuvent être le point de départ d'altérations névrogliques périjacentes et qui, par leur évolution progressive, amèneront le syndrome de la véritable syringomyélie.

G. Milian.

VÉNÉRÉOLOGIE

Ch. Nicolle (Rouen). ***Traitement de la syphilis par les injections intramusculaires d'hermophényl*** (*La Revue Médicale de Normandie*, 1902, 25 Avril, n° 8, p. 176). — Les composés mercuriels employés jusqu'à ce jour en injections sous-cutanées ou intramusculaires pour le traitement de la syphilis sont extrêmement nombreux. — Les préparations mercurielles *insolubles* sont d'un emploi très commode, puisqu'il suffit d'une injection répétée toutes les deux ou trois semaines pour assurer un traitement efficace; mais elles ont provoqué, dans les mains les plus expérimentées, des accidents souvent fâcheux, quelquefois graves. — Les composés *solubles* sont, en général, à l'abri de ces reproches; mais leur activité est souvent bien faible, et leur élimination des plus rapides, en sorte qu'il faut répéter les inoculations tous les jours, ce qui, dans une certaine clientèle, rend l'application du traitement difficile, quelquefois impossible. — Un produit mercuriel soluble, qui présenterait l'activité des composés insolubles sans en avoir les inconvénients, serait donc la préparation idéale : ce produit, M. Nicolle croit l'avoir trouvé dans l'*hermophényl.*

L'hermophényl est un composé organométallique (mercure, phénol, disulfonate de sodium) très soluble dans l'eau, qui contient 40 pour 100 de mercure. M. Nicolle a expérimenté ce produit chez 94 syphilitiques (49 femmes et 45 hommes) de son service de l'hospice général de Rouen, atteints des lésions les plus variées : accidents primitifs, secondaires ou tertiaires. Le nombre des injections qui ont été pratiquées est de 908. La solution employée était à 1 pour 100; la dose, 2 centimètres cubes (8 milligrammes de mercure métallique) à chaque séance. Au début, les injections étaient pratiquées d'une façon continue, sans intervalles de repos, à raison de deux par semaine. Plus tard, l'auteur reconnut qu'on pouvait, sans inconvénients, lorsque le traitement devait être prolongé plus de trois semaines, accorder aux malades, au bout de ce temps, une semaine de repos. Les injections furent toujours faites dsns la profondeur des muscles fessiers, au point de Galliot; les injections hypodermiques d'hermophényl, en effet, au dire de M. Nicolle, ne seraient pas exemptes d'inconvénients.

Quant aux résultats obtenus, on peut dire que, d'une façon générale, les injections intra-musculaires d'hermophényl se sont montrées des plus efficaces contre la syphilis à toutes ses périodes; il ne s'est montré insuffisant que dans un cas de chancre phagédénique particulièrement grave. Les rares et légers accidents observés relèvent moins du médicament employé que des fautes commises dans la technique des inoculations. Et cependant, le nombre des inoculations faites à chaque malade a été souvent élevé : 32 malades ont subi plus de 10 inoculations; 2 en ont subi de 20 à 30; enfin, dans 2 cas, le chiffre des piqûres a dépassé 30. Dans un seul cas on a observé une stomatite, d'ailleurs insignifiante, après la onzième inoculation. Les injections ont été suivies de la production d'une induration locale manifeste chez deux malades, sans qu'il en soit, d'ailleurs, résulté le moindre inconvénient.

Deux malades ont accusé, à la suite d'une injection, des irradiations douloureuses le long du sciatique; ces douleurs, qui n'ont duré que vingt-quatre heures, doivent être attribuées à ce fait que l'inoculation avait été faite trop profondément, et au voisinage immédiat du nerf sciatique. Enfin l'auteur attribue à une autre faute — l'injection dans une veine profonde — les symptômes généraux (vertiges, anorexie, nausées, vomissements, fièvre, éruption urticarienne généralisée) observés chez deux autres malades à la suite d'une piqûre.

Ajoutons, pour terminer, qu'une malade, enceinte de deux mois, a vu sa grossesse se poursuivre sans accident, et qu'une autre, atteinte de tuberculose pulmonaire déjà très avancée, n'a été nullement incommodée par le traitement.

J. Dumont.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la péritonite tuberculeuse par la ponction suivie de lavage à l'eau stérilisée.

Les bons résultats de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse à forme ascitique ont conduit M. Baylac, médecin des hôpitaux de Toulouse, à essayer, dans le traitement de cette affection, la ponction suivie de lavage à l'eau stérilisée chaude. Sur 10 cas traités de cette façon, il a obtenu 6 guérisons durables.

La technique de l'opération, telle que M. Baylac la décrit dans les *Archives médicales de Toulouse*, est assez simple.

Pour le lavage, on peut se servir de l'aspirateur Potain, ou bien d'un réservoir quelconque placé à une certaine hauteur et relié au trocart par un tube en caoutchouc.

L'eau employée est préalablement bouillie et stérilisée à l'autoclave à la pression de trois atmosphères. Au moment de l'opération, elle doit être portée et maintenue à la température de 43° à l'aide d'un bain-marie. Comme trocart, on se sert du gros trocart de l'appareil Potain.

Trocart, appareil et tubes en caoutchouc sont, comme l'eau, stérilisés à l'autoclave ; à défaut d'autoclave, on peut avoir recours à l'ébullition prolongée.

Avant de procéder à la ponction, il est indispensable de faire une désinfection rigoureuse de la paroi abdominale sur une assez vaste étendue.

La ponction est faite de préférence dans le flanc gauche, sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. On a soin de faire incliner la malade de ce côté, de façon à accumuler, en ce point, la plus grande quantité de liquide ascitique. Cette ponction ne provoque, en général, aucune douleur. Chez certains sujets pusillanimes, on peut la faire précéder d'une injection sous-cutanée de chlorhydrate de cocaïne, ou d'une pulvérisation de chlorure d'éthyle.

Après évacuation de l'ascite, on pratique le lavage du péritoine. On fait pénétrer dans l'abdomen 3 ou 4 litres d'eau qu'on laisse écouler ensuite. Puis on recommence le lavage. On peut employer de 12 et 15 litres de liquide, jusqu'à ce que celui-ci sorte complètement clair.

On procède alors au pansement, qui doit être fait d'une façon méthodique, pour éviter toute infection. On applique sur la plaie un tampon de coton imbibé de collodion iodoformé, puis le ventre est recouvert d'une épaisse couche d'ouate et soigneusement bandé. Le repos le plus absolu, l'immobilisation au lit sont recommandés au malade.

De la médication créosotée dans les maladies de l'appareil respiratoire autres que la tuberculose.

MM. Schoull et Remlinger ont démontré récemment l'efficacité de la créosote dans les affections des voies respiratoires autres que la tuberculose; les recherches de la bactériologie sont venues confirmer les assertions de la clinique.

Il est préférable de donner ce médicament, par la voie intestinale (lavements ou suppositoires). plutôt que par la voie cutanée ou stomacale, La dose varie de 5 à 10 gouttes par jour chez l'enfant, à 40 et 50 gouttes chez l'adulte; dans les cas graves, on peut administrer des doses massives (150 à 200 gouttes chez l'adulte).

La créosote possède une action quadruple : modificatrice des épithéliums, dynamogénique, bactéricide et antithermique. Au point de vue clinique, les effets de la créosote semblent se produire directement sur l'évolution de la maladie, les sécrétions, l'état général; et médiatement sur le pouls, la respiration et la toux.

Ce médicament possède une réelle efficacité dans la broncho-pneumonie ; il agit comme les autres balsamiques dans la bronchique chronique commune. Dans les œdèmes respiratoires des cardiaques, des brightiques, des artério-scléreux, la créosote, sans être défavorable, n'a pas d'action sensible. L'asthme symptomatique d'une inflammation bronchique est favorablement influencé, mais non l'asthme essentiel. La créosote possède une efficacité indéniable dans la pneumonie aiguë.

La bactériologie démontre que ce médicament, mis à part le bacille de Koch, possède des propriétés bactéricides autrement puissantes, vis-à-vis d'autres espèces microbiennes, vis-à-vis du pneumocoque et des bactéries de la suppuration. L'examen de l'expectoration pneumonique montre une diminution plus rapide des pneumocoques, grâce à la créosote, et une atténuation plus précoce de leur virulence.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le Conseil municipal de Bordeaux vient de voter une subvention de 2.000 francs pour le fonctionnement d'une chaire de pathologie et de clinique exotiques dont la création avait été reconnue nécessaire par le Conseil de l'Université de Bordeaux.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'honneur des épidémies en bronze ont été attribuées aux personnes suivantes : MM. Mathé et Hauser, internes à l'hospice de la Salpêtrière ; Bloch, Nattan, internes à l'hôpital Trousseau ; Mlle Pelletier, externe à l'hôpital Trousseau ; MM. Arnaud-Delille, Bergouignan, internes à l'hôpital des Enfants-Malades ; Baudrand, Calvé, Hazard, Civatte, Jousselin, externes à l'hôpital des Enfants-Malades; Latron, interne provisoire à l'hôpital Laënnec; Rigollot-Simonnet, externe à la Maison de santé; Aubertin, interne à l'hôpital d'Aubervilliers ; Chastenet de Géry, externe à l'Hôtel-Dieu.

Corps de santé militaire. — Sont promus : au grade de médecin principal de 2e classe, M. Hornus ; au grade de médecin-major de 1re classe, MM. Chêne, Vincent, Barreau; au grade de médecin-major de 2e classe, MM. Delahaye, Vigné, Job.

Ecole nationale supérieure d'agriculture coloniale. — M. Loir, ancien directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, est nommé professeur titulaire de la chaire d'hygiène coloniale à l'Ecole nationale supérieure d'Agriculture coloniale.

Congrès des médecins des Compagnies d'assurances. — Le troisième congrès international des médecins des Compagnies d'assurances aura lieu à Paris, au mois de Mai 1903.

Le comité d'organisation est définitivement constitué de la manière suivante :

Président : M. le professeur Brouardel.

Vice-présidents : M. le professeur Landouzy; MM. Peyrot, Lereboullet, Poels (de Bruxelles).

Secrétaire général : M. Armand Siredey.

Secrétaire général adjoint : M. Emery.

Trésorier : M. P. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Membres du Comité : MM. Brault; Boissier ; A. Chauffard ; Descoust; Duboys de Lavigerie ; Fassy, directeur de la Compagnie l' « Urbaine » ; Garrigues; Gouel; Grimprel, directeur de la Compagnie « La Nationale »; Guieysse, député, président de l'Institut des actuaires : Ed. Hirtz; de Kertanguy, directeur de la Compagnie « d'Assurances générales » ; Lacombe ; Matignon, directeur de la Compagnie « Le Phénix »; Mauriac; Perard, directeur de la Compagnie « La Confiance » ; le professeur Proust ; de Serbonnes, directeur de la Compagnie l' « Abeille »; Schwebisch ; J. Voisin; Weill Mantou.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. A. Siredey, 180, rue Taitbout, à Paris.

Nécrologie. — M. J. Falret, médecin honoraire de la Salpêtrière et médecin directeur de la maison de santé de Vanves vient de mourir.

Congrès de Montauban. — La Section d'électricité médicale de l'Association Française pour l'avancement des Sciences se réunira pour la quatrième fois au Congrès de Montauban, du 7 au 14 août prochain.

Les questions proposées cette année sont :

1° De la galvano-faradisation : étude physique, physiologique et thérapeutique;

2° Mode d'action des agents physiques, faisant partie du domaine de l'électricité médicale, dans le traitement des lupus ;

3° Comment doit-on appliquer le traitement électrique dans la maladie de Basedow, et quels résultats peut-on en attendre ?

Adresser les communications à présenter à la Section d'Électricité médicale à M. Bordier, 9, rue Grolée, à Lyon, ou à M. le Secrétaire de l'Association, 28, rue Serpente, Paris (VIe),

Le poids des conscrits. — Pour la première fois cette année, les conseils de revision en France doivent tenir compte du poids des conscrits.

Tout homme, qui, avec une taille de 1 m. 54, ne pèsera pas au minimum 50 kilogrammes, sera ajourné.

Le rapport du poids à la taille est du reste admis dans tous les conseils à l'étranger.

Étranger

Faculté de médecine de Giessen. — M. Johannes Pfannenstiel est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie.

La lutte contre la tuberculose. — La Compagnie générale d'allumettes de la République Argentine a mis en circulation une série de 3.500.000 boites d'allumettes portant imprimées des instructions contre la propagation de la tuberculose, en même temps que des portraits de médecins qui se sont spécialement occupés de cette maladie.

CONCOURS

Médecins des hôpitaux. — *Epreuves définitives.* — Séance du 23 Mai. — Ont passé : MM. Pissavy, Marie, Boix, de Grandmaison, de Massary, Sergent, Fournier.

Séance du 24. — *Deuxième épreuve d'admission.* — Ont passé : MM. Marie, de Massary, Michel.

Séance du 27. — Ont passé : MM. Philippe, Gallois, Marcel Labbé.

Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Ont obtenu : MM. Lombard, 25 ; Courtade, 27 ; Gellé, 20.

M. Lombard est nommé oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Ecoles de médecine navale. — Des concours pour sept emplois de professeurs dans les écoles de médecine navale seront ouverts dans les ports de Brest, de Toulon et de Rochefort, aux dates ci-après :

A Brest, le 15 juillet 1902. — Concours pour la chaire de séméiologie médicale et pour la chaire de chimie biologique à l'école annexe de Toulon.

A Toulon, le 22 septembre 1902. — Concours pour la chaire de chirurgie militaire, pour la chaire d'histologie et de physiologie et pour la chaire de physique biologique à l'école annexe de Toulon (rempl. de M. Sauvaire).

A Rochefort, le 20 Octobre 1902. — Concours pour la chaire d'anatomie et pour la chaire de physiologie, hygiène et médecine légale à l'école annexe de Rochefort.

Ecole de médecine de Marseille. — Le concours pour une place de chef des travaux anatomiques s'est terminé par la nomination de M. Acquaviva.

Ecole de médecine de Rouen. — Un concours s'ouvrira le 1er Décembre prochain devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 45. — Mercredi, 4 Juin 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLES

A L'HOPITAL FRANÇAIS DE SAINT-PÉTERSBOURG

Je reviens aujourd'hui sur l'hôpital français de Saint-Pétersbourg au sujet duquel j'ai déjà récemment formulé de sérieuses critiques; et cela à propos de faits qui m'ont paru du plus haut intérêt non seulement à notre point de vue spécialement médical, mais surtout au point de vue plus général des intérêts français à l'étranger.

La question est d'ailleurs toute d'actualité puisqu'il y a quelques jours à peine que le Président de la République, pendant son séjour à Saint-Pétersbourg, visitait l'hôpital français et posait la première pierre d'une annexe nouvelle, un dispensaire pour consultations.

J'ai tout lieu d'affirmer que les faits que je vais relater sont exacts, étant basés sur des documents que m'a fournis un de nos correspondants les plus dignes de foi, le Dr Marcou, ancien interne des hôpitaux de Paris, chargé de missions en Russie par le Gouvernement français, et habitant actuellement Saint-Pétersbourg.

* *
*

L'hôpital français de Saint-Pétersbourg a été construit par notre Gouvernement dans le but d'y soigner gratuitement les membres peu fortunés de la colonie française qui tomberaient malades.

La construction fut commencée lors du voyage en Russie du président Félix Faure qui posa solennellement la première pierre de l'hôpital. Grâce aux fonds alloués successivement, une clinique médico-chirurgicale de 25 lits, très bien installée, fut donc ouverte au courant de l'année dernière.

Mais, tous les fonds alloués par le Gouvernement français ayant été épuisés pour la construction de la Clinique, pour son aménagement et pour l'entretien coûteux des médecins russes qu'on y avait attachés, il ne restait plus, lorsque l'hôpital fut prêt à fonctionner, aucune disponibilité pour l'entretien des lits gratuits.

En présence de cet état de chosès et pour y parer la « Société de bienfaisance française » fit les efforts les plus pressants pour obtenir du Gouvernement français de nouveaux subsides. En attendant, et pour aider à l'entretien de quelques lits, on espérait que, grâce à sa grande clientèle, le médecin auquel on avait donné la direction de l'hôpital, M. Bertenson, pourrait envoyer à l'hôpital des malades russes payants, d'autant plus qu'il devait une certaine reconnaissance au Gouvernement français qui venait d'emblée de le nommer commandeur de la Légion d'honneur. Le résultat ne fut pas celui que l'on escomptait, et, pendant les sept premiers mois que fonctionna l'hôpital, il n'y eut en tout que 19 malades; sauf deux ou trois lits, tous les autres étaient vides.

Les subsides n'arrivant pas, la combinaison de malades payants ayant échoué, il en résulte que, à l'heure actuelle, il n'y a pas à l'hôpital dit français, de lit gratuit pour les Français. En réalité, cet hôpital français n'est pas autre chose qu'une maison de santé russe dirigée par un médecin russe, lequel n'est même pas docteur, assisté de médecins russes. Encore cette maison de santé court-elle gros risque de rester sans malades : ceux qui sont Russes n'ont guère de raison d'y entrer; quant aux Français qui ont les moyens de payer, devant débourser près de 200 francs par mois, ils préfèrent aller à l'une de ces luxueuses communautés religieuses où le prix est le même et où ils sont soignés par de véritables maîtres.

Il entre cependant quelques malades à l'hôpital, mais ce sont surtout des étrangers; il y a peu de Français. Le jour où le président Loubet fit sa visite officielle, on comptait, par extraordinaire, onze malades, mais quatre seulement étaient de nationalité française.

D'où cette conclusion qui ne manque pas d'originalité, pour ne pas dire plus, que l'hôpital français de Saint-Pétersbourg, fondé par dotation nationale pour soigner les malades français pauvres, sert avant tout au traitement de malades payants, Russes, Allemands, Anglais ou autres, appartenant à la clientèle privée du médecin directeur. Les quelques rares Français qui s'égarent à l'hôpital doivent, eux aussi, payer de leurs deniers, à moins que ce ne soit « la Société de secours mutuels parmi les Français » qui réponde pour eux.

*
* *

Cependant la « Société française de bienfaisance » s'inquiétait de cet état de choses. Elle sollicita donc de notre Gouvernement de nouveaux subsides pour l'entretien à l'hôpital de lits gratuits pour les Français nécessiteux tombant malades; lits absolument nécessaires, car les misères françaises sont loin d'être rares à Saint-Pétersbourg.

Les Français résidant dans la capitale russe sont au nombre de 2.000, sur lesquels 250 seulement font partie de la « Société de secours mutuels parmi les Français », et ont ainsi droit à l'assistance en cas de maladie; les 1.750 autres, les plus pauvres, les imprévoyants, se trouvent, lorsqu'ils tombent malades, privés de soins et dans un dénuement profond.

Il est, dans ces conditions, toute une catégorie de nos compatriotes particulièrement digne d'intérêt : ce sont les institutrices, dont il n'y a pas moins de 800 sur 2.000 Français. Vivant péniblement, elles rendent, par l'enseignement de la langue française, les plus grands services à notre influence toujours en lutte dans les classes élevées russes avec l'influence éducatrice allemande. A ces divers titres elles étaient naturellement désignées pour occuper les lits de l'hôpital français; il n'en est rien cependant.

Que les malheureuses tombent malades, — le tribut qu'elles payent à la fièvre typhoïde peu après leur arrivée à Saint-Pétersbourg est énorme, — et les voilà contraintes de se faire caser à grand'peine dans les salles encombrées des hôpitaux de la ville, alors qu'à côté il y a l'hôpital français qui reste vide.

C'est à cette lamentable situation que la « Société française de bienfaisance » voulait remédier, et elle croyait avoir atteint son but. Il n'en sera pas ainsi : les 100.000 francs que la France a envoyés en Russie pour l'hôpital français seront employés à un autre usage.

Le Directeur de l'hôpital français, M. Bertenson, a obtenu que cet argent soit employé à la construction d'un pavillon spécial pour la consultation externe, à la tête de laquelle il a, sans doute, quelques protégés à caser.

Et c'est ainsi que le président de la République française, posant l'autre jour la première pierre de ce nouvel édifice, consacrait officiellement, à la construction d'un dispensaire absolument inutile, l'emploi d'un argent destiné à secourir de malheureux compatriotes si dignes d'intérêt.

Je n'exagère rien en disant que cette consultation externe à l'hôpital français est absolument inutile.

Et d'abord, à ce dispensaire *français*, les consultations seront données par de jeunes médecins *russes*, peu familiarisés avec notre langue, nos mœurs et nos habitudes. Ensuite, l'hôpital français se trouve éloigné de plus de 5 kilomètres du centre d'habitation des Français; pour y arriver, il faut, pour une heure et demie environ en tramway, changer trois fois de voiture, et payer un franc.

Par contre, dans toute la ville, les hôpitaux russes offrent gratuitement à tout venant consultations de praticiens instruits et médicaments; dans les admirables dispensaires des communautés religieuses, comme dans les hôpitaux, des maîtres éminents donnent des consultations gratuites; les médicaments sont gratuitement distribués.

Dans ces conditions, croit-on qu'une pauvre institutrice, se sentant souffrante, ira perdre une demi-journée de travail, dépenser un ou deux francs, pour aller consulter de jeunes médecins peu expérimentés, comprenant péniblement le français, alors qu'à l'hôpital ou au dispensaire voisin son langage sera tout aussi bien compris, et que de plus on lui donnera gracieusement les médicaments ordonnés, sur les conseils d'un maître expérimenté?

Un dispensaire était donc loin d'être nécessaire; et cependant, ainsi que me l'écrit M. Marcou, « voilà où vont s'engouffrer encore cent mille francs de notre chère et généreuse France ». L'on pourrait ajouter que si les choses continuent à marcher de la sorte, de toutes ces dépenses faites pour l'hôpital dit français, aussi bien celles passées que celles à venir, aucune ne servira à un Français.

*
* *

Sans doute que, dans la masse énorme d'intérêts que nous avons à l'étranger, on considérera comme de bien peu d'importance les faits que je viens de signaler; ils n'en comportent pas moins un véritable enseignement.

Ils démontrent à l'évidence que la *légèreté* avec laquelle trop longtemps les intérêts français à l'étranger ont été soutenus est encore de tradition.

Le temps n'est pas loin où les représentants de la France à l'étranger, à moins de recommandations personnelles, considéraient ceux de nos nationaux qui venaient leur demander aide et protection comme des suspects qui ne s'expatriaient que parce qu'ils ne pouvaient plus rester dans leur mère-patrie. Il n'y a donc pas lieu d'être étonné qu'aujourd'hui encore l'on n'ait même pas songé à mettre un Français à la tête d'un hôpital français à Pétersbourg. Ce devait être, d'ailleurs, dans la tradition, car il semble bien que cette manière de faire n'est pas spéciale à la Russie.

Un de mes correspondants, M. Mignon (de Nice), m'écrivait ces jours-ci, après avoir lu mon premier article sur l'hôpital français de Saint-Pétersbourg, que, voyageant en Orient, « il constata avec regret qu'à l'hôpital français de Constantinople, ce furent des médecins grecs et arméniens qui le reçurent! » Il apprit, d'ailleurs, qu'un médecin français avait été évincé, mais que l'on attendait un jeune chirurgien lyonnais; à Smyrne et dans les petits hôpitaux des Echelles du Levant, subventionnés par la France, il ne rencontra que des médecins étrangers, même des allemands, pas un français. Au cours d'un autre voyage à Londres, il fut très aimablement reçu à l'hôpital français par le médecin résidant : c'était un Anglais!

Ces faits sont profondément attristants, parce qu'ils démontrent un manque absolu de méthode administrative et une indifférence coupable de la part de ceux qui ont charge de nos intérêts.

L'hôpital français en pays étranger doit être organisé comme un centre d'influence, un foyer de vulgarisation. En cela, d'ailleurs, comme en beaucoup de choses, hélas! les Allemands pourraient nous servir de modèle. On sait les efforts qu'ils font pour nous supplanter dans ces fameuses Echelles du Levant où si longtemps domina notre influence; ils y ont créé des hôpitaux et ils se sont bien gardés de mettre des médecins autres que des Allemands à leur tête. A Pétersbourg la colonie allemande, nombreuse et riche, a ses hôpitaux, et ce ne sont pas, comme à l'hôpital français, des Russes sans titres scientifiques qui dirigent, mais des médecins allemands soigneusement choisis, ayant la science et l'autorité de vrais maîtres. Ils ne sont pas là seulement pour soigner les malades, ils y sont autant et plus peut-être pour maintenir et étendre l'influence scientifique allemande que, malgré l'alliance, l'influence française ne sera pas de longtemps prête à combattre, surtout si l'on s'en tient aux déplorables traditions d'incompétence qui ont présidé à l'organisation de l'hôpital français.

E. De Lavarenne.

BIBLIOGRAPHIE

De l'emploi de la sonde à demeure après l'urétrotomie interne dans les cas d'infections anciennes et graves de l'appareil urinaire, par M. A. Thibaudeau, de la Faculté de médecine de Paris, *Thèse*. (*L. Boyer*, éditeur, Paris.)

Loi sur la protection de la santé publique (Loi du 15 Février 1902). Travaux législatifs, Guide pratique et Commentaire, par Paul Strauss, sénateur de la Seine, et Alfred Fillassier, docteur en droit, 1 vol. in-18 jésus, 318 pages; prix, broché, 6 francs. (*Jules Rousset*, éditeur, Paris.)

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 franc. (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

HERNIE INGUINALE ETRANGLÉE

CHEZ L'ENFANT

Par A. BROCA, agrégé.
Chirurgien de l'hôpital Tenon (Enfants malades).

Hier, pour la troisième fois depuis que je suis avec vous à cet hôpital, c'est-à-dire depuis deux mois, vous avez assisté à une opération de hernie étranglée chez un garçon de onze mois. C'est vous dire que la lésion n'est pas très rare, quoique, je l'ajoute tout de suite, vous ne deviez pas, en moyenne, compter sur une semblable fréquence. Ces trois faits portent en eux plus d'un enseignement d'ordre pratique, et le moment est venu, pour vous donner quelques notions utiles, de profiter d'une série que nous serons peut-être plusieurs mois à retrouver.

* *
*

L'enfant actuel, garçon de onze mois, a été apporté la nuit dernière dans notre service. Né de parents bien portants, sans hérédité herniaire, venu à terme, élevé au sein, il est affecté, depuis l'âge de trois mois, d'une hernie inguinale droite, grosse comme une noix, restée stationnaire et indolente jusqu'au 29 Juin 1901. Dans la nuit du 19 au 20 Juin, la tumeur grossi, jusqu'à acquérir, dit la mère, le volume d'une mandarine, et en même temps éclatèrent des accidents caractéristiques : la face devint pâle, le corps se couvrit de sueurs froides, tandis que survenaient des vomissements d'abord alimentaires, puis jaunes, d'aspect fécaloïde (n'oubliez pas qu'il s'agit d'un nourrisson, à selles jaunes).

Les choses en restèrent là dans les journées du 1er et du 2 Juillet, avec des vomissements qui paraissent avoir été plus rares, mais avec un état général toujours mauvais ; et c'est dans ces conditions que l'enfant fut présenté la nuit dernière à l'hôpital Tenon. M. Audard, interne du service, constata qu'avec ces symptômes existait dans l'aine droite une tumeur grosse comme un œuf de poule, irréductible, ayant tous les caractères d'une hernie étranglée. Il reçut dans notre crèche à la fois la mère et l'enfant, fit administrer du chloroforme au malade et se mit en devoir de l'opérer. Avant de prendre le bistouri, il exerça sur la tumeur quelques légères pressions, et tout de suite il la vit disparaître, en sorte qu'il ne jugea pas indiquée l'opération sanglante.

Il y a là un premier fait banal dans l'histoire de la hernie étranglée chez l'enfant : la facilité de la réduction sous le sommeil chloroformique. Les chirurgiens qui de parti pris ne font à peu près pas de taxis constatent parfois, chez l'enfant, que la hernie fuit pour ainsi dire assez souvent sous les pressions minimes qui résultent forcément de nos préparatifs d'antisepsie, quand nous brossons, quand nous frottons la peau de la région où nous nous proposons d'opérer. De cette constatation, incontestable, on a tiré des conclusions d'ordre pathogénique, sur lesquelles j'aurai à revenir tout à l'heure ; on en a aussi tiré, il y a quelques années surtout, des conclusions d'ordre pratique, aujourd'hui reconnues erronées.

S'il est certain, en effet, que, la plupart du temps, la hernie étranglée de l'enfant est facile à réduire, il ne s'ensuit pas que, comme nos prédécesseurs nous l'ont enseigné, — et c'était l'opinion de Holmes, de Saint-Germain, de Lannelongue, — cet étranglement soit toujours bénin, justiciable du seul taxis, sans jamais nécessiter la kélotomie. Dans un instant je vous dirai que des lésions locales graves peuvent résulter de la striction par l'agent de l'étranglement; mais même en mettant à part cette éventualité relativement rare, il peut se produire, avec une fréquence notable, un accident plus habituel chez l'enfant que chez l'adulte : la récidive de l'étranglement après réduction par le taxis. Et c'est précisément ce qui eut lieu dans le cas particulier.

Lorsque, hier matin, je passai dans la salle, la mère me dit que pendant la nuit l'enfant avait eu quelques hauts-de-cœur; et le matin, à 10 heures, aussitôt après avoir tété, il venait de vomir. Aussi examinai-je la région scrotale, et j'y vis une tumeur grosse comme un œuf de poule, distendant à la fois le canal inguinal et la poche scrotale à droite, avec une dépression assez large entre les deux. La partie scrotale était couverte par une peau d'aspect ecchymotique. A la palpation, on sentait une tumeur résistante, irréductible, certainement formée dans le scrotum par une accumulation de liquide assez tendu. Toute la tumeur était mate et irréductible.

Sans aucun doute, il s'agissait d'une hernie étranglée ; et avec le commémoratif de la réduction effectuée par M. Audard quelques heures auparavant, au milieu de la nuit, il ne pouvait être question d'une des lésions avec lesquelles peut être confondue la hernie étranglée de l'enfant, par exemple la torsion du testicule en ectopie. Au milieu de la tumeur, trop tendue pour permettre une palpation minutieuse, le testicule ne pouvait être senti, mais le volume de la masse, la rénitence, l'accumulation de liquide plaidaient hautement en faveur de l'étranglement herniaire.

D'ailleurs, chez les trois malades que vous avez eus sous les yeux, les signes locaux étaient ceux de la classique hernie étranglée, et cela, joint aux symptômes fonctionnels, nous a mis à l'abri de toute confusion. Mais, quelquefois, on observe une forme un peu spéciale qui prête à l'erreur : il y a, en effet, de très jeunes enfants chez lesquels l'étranglement herniaire s'accompagne d'une inflammation scrotale plus ou moins vive. La peau est rouge, œdématiée, infiltrée, et, dès lors, on peut croire à une simple lymphangite ou à l'inflammation d'une hydrocèle, d'un kyste du cordon; car il est bien connu que parfois ces inflammations retentissent un peu sur le péritoine voisin, causent de la constipation, des vomissements, provoquent, jusqu'à un certain point, l'altération des traits. La première fois que j'ai vu un cas de ce genre, j'y ai été pris d'autant plus facilement qu'au-dessus du scrotum enflammé existait une hernie sonore, réductible : car l'étranglement siégeait contre le testicule, sous forme d'un pincement latéral, dans un diaphragme funiculo-testiculaire, comme je vais vous l'expliquer tout à l'heure.

De cette erreur est résulté pour la kélotomie un retard de quarante huit heures qui n'a pas eu, heureusement, de conséquence mortelle. Mais depuis, instruit par ce fait, je suis entré en méfiance dès que j'ai constaté l'association d'accidents abdominaux avec des phénomènes phlegmasiques du côté des bourses, et, pour peu que les premiers fussent accentués, j'ai conclu à la hernie étranglée : ce en quoi l'événement m'a donné raison. Une fois encore, chez un garçon de seize jours, l'ensemble clinique me parut ambigu, car si une hernie semblait avoir pu être réduite trois jours auparavant, lorsque je fus consulté, l'aspect était celui d'un phlegmon inguino-scrotal ; le ventre était souple et indolent, l'enfant prenait le sein et ne vomissait pas, la constipation n'était pas complète. Malgré cela, je me méfiai, et, quoiqu'il n'y eût pas de signes indiquant une collection purulente, je fis ouvrir séance tenante ce phlegmon suspect par mon interne Courtillier, après lui avoir recommandé de se méfier d'un étranglement herniaire : il y avait étranglement de l'appendice iléo-cæcal à sa base, et nous avons compris, après cette constatation, pourquoi les symptômes d'occlusion avaient été assez incomplets pour nous dérouter.

Il y a encore un autre cas dans lequel une erreur est possible : lorsque la hernie s'accompagne d'ectopie. Il est possible, en effet, que la torsion du cordon spermatique, surtout lorsque la glande n'est pas bien descendue, provoque des accidents abdominaux réflexes fort analogues à ceux de l'étranglement; et chez la fille, on en a vu autant par torsion du pédicule ovarien. Ou même, sans torsion, un testicule ectopié s'enflamme quelquefois, avec des troubles semblables. Mais si ces observations, en somme rares, sont fort intéressantes pour le pathologiste, elles ne comportent pas un enseignement pratique fort important, car ces lésions testiculaires, capables de se compliquer d'une vraie péritonite, le canal vagino-péritonéal étant perméable, capables d'aboutir à la gangrène de l'organe, doivent être traitées par l'opération précoce. Dans tous les cas, il faut inciser, et inciser vite : la seule différence est dans la conduite que tient le chirurgien, — débridement ou castration, — selon la lésion qu'il met au jour. Il s'en tirera sans peine s'il est averti de la possibilité de ces erreurs.

Je ne vous en dirai pas davantage sur le diagnostic, qui, dans les cas que vous avez examinés, n'a pas été difficile à établir, car c'est d'indications opératoires que je veux vous parler aujourd'hui. Et pour en revenir à mon premier opéré, vous avez vu que je l'ai fait endormir, pour l'opérer, sans aucun essai de taxis. Il s'agissait d'une hernie funiculaire, dont le sac, très spacieux, descendait jusqu'au contact de la hernie vaginale, distendue par un peu de liquide clair. Dans la partie inférieure du sac herniaire était collectée une notable quantité de liquide sanguinolent; dans la partie supérieure, c'est-à-dire dans le canal inguinal et descendant un peu au-dessous de l'anneau inguinal externe, apparaissait l'intestin étranglé. Cet intestin était le cæcum avec l'appendice, et il ne put être réduit ni après section de l'aponévrose du grand oblique, ni après écartement des muscles petit oblique et transverse; l'étranglement avait pour siège évident l'anneau inférieur et interne que je débridai de dehors en dedans, sur mon index gauche introduit dans le collet.

Je désire vous faire bien remarquer ce fait : ni le chloroforme, ni la section de l'aponévrose du grand oblique n'ont permis à eux seuls la réduction; il a fallu débrider le col-

let. C'est ce que, pour mon compte personnel, j'ai toujours observé, dans des cas déjà assez nombreux, puisque, dès 1894, mon élève Tariel établissait sa thèse sur 10 observations de ma pratique.

De même, sur un relevé de 75 cas où la cause de l'étranglement est bien spécifiée, Petitjean a trouvé les chiffres suivants :

Collet du sac	56
Anneau interne.	3
Anneau externe.	15
Diaphragme funiculo-testiculaire.	1
	75

C'est-à-dire que l'agent de l'étranglement est le même chez l'enfant que pour la hernie inguinale congénitale de l'adulte, ainsi que je vais vous le dire. Cette notion n'a donc rien que de très naturel. Il est cependant utile de la mettre en relief, car, de ce que la plupart du temps la réduction s'obtient très facilement, sans kélotomie, dès que le sujet est endormi, on a voulu conclure que l'étranglement était dû à la contraction de la paroi musculaire et non à un collet du sac. C'est une opinion qui a eu ses jours de gloire, puis est tombée dans un oubli dont on a eu tort de vouloir la tirer.

Il y a quelques siècles, lorsque l'on eut décrit anatomiquement les anneaux fibreux du canal inguinal, et en particulier l'anneau externe de l'aponévrose d'insertion du grand oblique, on voulut attribuer tous les étranglements herniaires à cette striction par les *anneaux naturels*, et à cela on ajouta, pour expliquer ce que l'on appela alors les *étranglements spasmodiques*, l'action de la contraction musculaire.

Les constatations faites au cours des kélotomies ne tardèrent pas à donner un démenti à cette théorie, et l'on conclut vite que, les muscles et aponévroses une fois fendus et débridés, il fallait presque toujours inciser le sac lui-même, c'est-à-dire débrider un *colle* pour obtenir la réduction. Et, après bien des descriptions obscures, nous arrivâmes, il y a une vingtaine d'années, à comprendre exactement ce qui se passait au niveau de la région inguinale, la seule qui m'intéresse en ce moment. Dans cette région, mon ami Ramonède a bien fait voir, par sa remarquable thèse inaugurale, que le processus normal d'oblitérations du canal péritonéo-vaginal avait pour résultat de marquer sa trace par des cloisonnements incomplets sur la paroi du canal resté anormalement béant. De là, des brides des diaphragmes, des valvules pouvant occuper des points quelconques sur tout le trajet du cylindre séreux, mais ayant pourtant quelques sièges de prédilection : un peu au-dessus de la tête de l'épididyme, là où normalement doit se clore la tunique vaginale; au niveau de l'anneau inguinal externe; au niveau de l'anneau interne; et surtout enfin plus haut encore, au niveau de cette valvule rétro-inguinale qui marque dans le ventre l'entrée des poches pro-péritonéales. Le fait pratique à retenir était que, chez l'adulte, le collet étranglant pouvait siéger n'importe où entre l'anneau interne et le testicule, mais que, la plupart du temps, il fallait le chercher très haut, jusque dans le ventre, au niveau de la valvule rétro-inguinale.

Si cela fut admis chez l'adulte, ce fut contesté chez l'enfant. Par des arguments théoriques, il est vrai, et en raison de la facilité de réduction, vous ai-je déjà dit; en raison aussi de la souplesse de ce repli chez l'enfant en bas âge et du peu de tendance au sphacèle sur le contour de la partie intestinale serrée; tandis que, chez l'adulte, ces bords tranchants et durs provoquent très vite la perforation intestinale.

Arguments théoriques qui ne tiennent pas devant le fait que, toutes les fois que j'ai dû débrider, j'ai trouvé un collet du sac comme agent de l'étranglement; que presque toujours ce collet siégeait très haut, dans le ventre, sans qu'on pût souvent bien délimiter ce qui appartenait à l'anneau interne et au pli rétro-inguinal. Mais il peut occuper un point quelconque du canal : je l'ai vu à l'anneau externe et même tout près du testicule. Dans ce dernier cas, il en résulta une erreur de diagnostic qui faillit être très préjudiciable à l'enfant.

Il s'agit d'un enfant de dix-huit jours qui me fut apporté le 21 Janvier 1893 à l'hôpital Trousseau pour une tumeur scrotale droite, accompagnée de constipation et de vomissements, mais la région inguinale était souple, indolente, elle se tendait pendant les cris; au-dessous, le scrotum était dur, rouge, douloureux, d'aspect inflammatoire. Je crus donc devoir patienter en faisant appliquer sur la région enflammée des compresses humides; mais, le surlendemain, les symptômes fonctionnels s'étaient aggravés, en sorte que j'opérai. Et je trouvai que dans un diaphragme situé entre la tunique vaginale et le cordon, l'intestin grêle avait subi un pincement latéral. Si bien que, la région me paraissant suspecte, j'en fis le drainage, et que pendant quelques jours s'ouvrit, par un petit point de sphacèle intestinal, une fistule stercorale légère.

Retenez de ce fait que la réductibilité d'une hernie dans le canal inguinal n'est pas une preuve absolue qu'il n'y a pas un étranglement au-dessous de l'anneau externe; et dans cette variété spéciale d'étranglement funiculo-testiculaire, Trélat a insisté sur la valeur du signe suivant : quand on réduit la partie supérieure, sonore, de la tumeur, on constate que le testicule suit le mouvement d'ascension. J'avoue que je n'ai pas songé à faire cette recherche; et chez un enfant de dix-huit jours, dont le scrotum était fortement distendu, le signe n'était pas assez net pour sauter aux yeux tout d'abord.

Mais ce point de diagnostic spécial ne doit pas m'arrêter d'avantage : ce que je voulais vous faire bien comprendre, c'est que l'agent de l'étranglement est, quoi qu'on en ait dit, le même à tous les âges, qu'il est constitué par le collet, par un diaphragme du sac. Ce qui est exact, c'est que les brides et diaphragmes sont bien plus souples, bien moins tranchants que chez l'adulte, et de là résulte que l'étranglement chez l'enfant est moins grave. Non seulement il est plus facile à réduire sans kélotomie, je vous le répète, mais encore il n'est pas coutumier de ces sphacèles intestinaux rapides que nous observons trop souvent dans la hernie inguinale congénitale étranglée de l'adulte.

Je viens de vous citer un fait où au bout de trois jours il y avait un petit point de gangrène. J'en ai observé un autre où deux perforations existaient sur le contour de la portion serrée, au niveau de l'anneau inguinal interne ; et l'enfant guérit avec un anus contre nature. Mais ces deux cas sont les seuls de ce genre que j'aie constatés, et toutes les autres fois je suis arrivé avant la gangrène de l'anse étranglée. Chez l'enfant que j'ai opéré hier, l'étranglement datait de trois jours et demi, et pourtant l'anse étranglée était intacte. C'était il est vrai le gros intestin, dont la sensibilité à la striction est bien moindre que celle de l'intestin grêle.

Mais ne parlons pas aujourd'hui des particularités propres à la hernie du gros intestin, étranglée ou non. Ce qui, chez notre malade, mérite surtout de vous être signalé, c'est la récidive presque immédiate de l'étranglement après réduction par le taxis. Il y a là un fait qui est assez spécial à la hernie étranglée de l'enfant. A cet âge, lorsqu'une fois une hernie est étranglée, il est de règle que l'accident se reproduise plus ou moins vite, mais d'ordinaire à brève échéance. Sans qu'on sache pourquoi, certaines hernies sont constamment le siège d'étranglements légers dont la mère vient à bout par un simple taxis, mais qui recommencent à tout instant. De cela vous avez eu depuis quelques semaines plusieurs exemples sous les yeux. Le 17 Mai j'ai opéré un garçon de quatorze mois, qui depuis sept mois était atteint d'une hernie impossible à maintenir par un bandage : depuis un mois il ne se passait pas de semaine sans que la hernie ne descendît dans le scrotum, causant des coliques, des vomissements qui cédaient à la réduction facilement obtenue par la mère. Les accidents se produisirent de plus en plus intenses, le 11 Mai, puis le 13, puis enfin le 14 Mai, date à laquelle la mère dut se rendre à l'hôpital pour faire faire le taxis. Après quoi on me l'envoya pour que je fisse la cure radicale. Le 17 Mai, je réséquai un grand sac funiculaire, présentant encore une infiltration manifeste au niveau du collet et un pointillé hémorragique sur toute la surface ; le 26 Mai, l'enfant nous quittait complètement guéri.

Même récidive, mais cette fois avec insuccès du taxis, eut lieu chez un enfant qui me fut présenté pour la première fois le 29 Mai 1901. Les signes et symptômes étaient nettement ceux d'une hernie inguinale droite étranglée que je réduisis très facilement par le taxis sans chloroforme. Et j'en restai là pour deux motifs : d'abord, il s'agissait d'un enfant âgé seulement de sept mois et demi, et très chétif pour son âge ; en outre, la mère demeurait tout près de l'hôpital, de sorte qu'elle pouvait facilement venir nous trouver à la moindre alerte. Cela ne tarda pas, et le 5 Juin, au milieu de la nuit, mon interne Jouon dut pratiquer la kélotomie ; une anse d'intestin grêle était étranglée au niveau de l'anneau interne. L'enfant a été admis avec sa mère dans notre service de crèche, et il a fort bien guéri. C'était pourtant un nourrisson malingre, chez lequel des végétations adénoïdes, dont nous allons nous occuper sitôt le rétablissement complet, entravaient de façon notable la respiration et même l'alimentation.

C'est donc pour des motifs spéciaux que je n'ai pas pratiqué dès le premier jour la cure radicale, après que la réduction de l'étranglement eût été obtenue. Mais cette dernière conduite est celle qu'en principe on doit recommander, et c'est elle que vous m'avez vu suivre il y a quelques jours, le 22 Juin, chez un garçon de vingt-cinq mois dont vous avez

constaté hier la guérison par première intention.

Chez cet enfant, comme chez les deux précédents, la hernie a subi à plusieurs reprises, depuis six mois qu'elle est connue, des crises d'irréductibilité dont la mère venait assez aisément à bout, et que le port d'un bandage était incapable de prévenir. Le 21 Juin, à 11 heures du soir, débuta la crise actuelle, contre laquelle la mère resta impuissante, et le 22 au matin on m'apporta l'enfant. Je constatai une hernie irréductible, globuleuse, bien indépendante du testicule normalement situé au fond du scrotum, douloureuse à la pression au niveau du collet. Depuis deux heures du matin avaient débuté des vomissements alimentaires, au nombre de trois jusqu'à mon examen. Le ventre n'était pas ballonné, mais le facies était grippé, exprimait une vive souffrance.

Il est inutile, je crois, d'insister pour vous faire comprendre la nécessité, en pareil cas, d'une intervention immédiate. L'enfant fut donc endormi, et la pression exercée sur la région pendant le savonnage fut suffisante pour faire rentrer la hernie. Mais l'enfant avait vingt-cinq mois, âge auquel l'innocuité de la cure radicale est parfaite; aussi ai-je séance tenante opéré : il y avait un grand sac funiculaire, à paroi séreuse dépolie, à pointillé ecchymotique; le maximum de la rougeur et de l'infiltration siégeait au niveau de l'anneau interne, où le collet était nettement épaissi et induré. Le 29 Juin, je retirai les agrafes Michel qui m'avaient servi à faire la suture : la réunion était parfaite et dès le 30 l'enfant quittait l'hôpital, où je ne voulais pas le garder davantage parce qu'il avait un peu de bronchite. Il y a là une donnée dont vous devez tenir grand compte toutes les fois qu'est à pratiquer sur un enfant en bas âge une opération quelconque : le danger vient alors surtout de l'hospitalisation et non de l'opération elle-même, et il devient à peu près nul si, dans une salle bien aérée, on peut recevoir avec l'enfant la mère qui s'occupera constamment de lui, qu'elle l'allaite au sein ou au biberon.

Cette considération est utile à mettre en évidence dans le cas particulier, car ce n'est pas par hasard que nos trois derniers opérés de hernie étranglée ont été des enfants en bas âge, dont un de vingt-cinq mois, capable il est vrai de se passer de sa mère, et deux nourrissons de sept et de onze mois. Sans qu'on en puisse fournir l'explication, cette jeunesse est la règle; cela ressort très nettement des relevés de Marsh, de Ch. Féré; et en 1894, dans sa thèse, mon élève Tariel a réuni en tableaux 128 observations, parmi lesquelles 106 concernent des enfants au-dessous de deux ans. Si même on analyse de plus près, on constate que 78 d'entre eux sont âgés de moins d'un an.

C'est ce qui ressort avec netteté des relevés récents de Meyer, de Petitjean : sur 105 étranglements chez des enfants de douze mois au plus, Meyer en trouve 18 pendant le premier mois, 17 pendant le deuxième mois, 16 pendant le troisième; sur 120 cas chez des enfants de deux ans et au-dessous, Petitjean arrive au même résultat, et si nous divisons la période en semestres nous avons les chiffres suivants :

1er semestre.	60 cas.
2e —	22 —
3e —	23 —
4e —	16 —

Et il faut bien retenir qu'il n'y a pas d'âge, si jeune soit-il, où l'on ne puisse observer l'étranglement; j'ai opéré un garçon de dix-huit jours, et plusieurs cas analogues sont déjà publiés dans la littérature relativement ancienne; en particulier Woodburg a relaté en 1875 une kélotomie heureuse chez un enfant de deux jours, d'abord soumis sans succès à toutes les tentatives possibles de taxis.

Ce fait, que nous devons jusqu'à nouvel ordre nous borner à enregistrer, est également évident d'après mes observations personnelles; je n'en ai pas fait récemment le relevé, mais elles sont nombreuses : en deux ans, à l'hôpital Trousseau, de 1892 à 1894, j'ai pu en recueillir 10 qui ont servi de base à la thèse de Tariel, et depuis, en 1899, j'en ai communiqué 17 à Petitjean. De tous ces faits ressort la jeunesse habituelle du sujet.

La fréquence de l'étranglement est incomparablement plus grande chez le garçon que chez la fille. Mes observations personnelles publiées dans les thèses de Tariel et de Petitjean sont au nombre de 27 (10 dans la thèse de Tariel, 17 dans celle de Petitjean) et 26 concernent des garçons; la seule fille que j'aie observée, et dont j'ai communiqué l'histoire à Petitjean, a été opérée à l'hôpital Trousseau, en mon absence, par mon collègue et ami Walther. On dit, en général, que cette prédominance s'explique par la fréquence beaucoup plus grande de la hernie inguinale dans le sexe masculin, mais cela ne suffit certainement pas, car la proportion pour les hernies non étranglées me paraît être d'à peu près 1 pour 10, — je n'ai pas la prétention de donner un chiffre exact, — c'est-à-dire tout à fait hors de rapport avec ce que je viens de dire pour la hernie étranglée. Et ce n'est pas un hasard de série personnelle : sur 123 cas, par exemple, Tariel n'a que trois filles. Cela tient bien plutôt au mode de constitution anatomique du sac, car on sait que si on peut voir, dans le canal de Nuck, des valvules qui rappellent celles du canal péritonéo-vaginal normal, elles sont beaucoup moins fréquentes, beaucoup moins saillantes; or, comme je vais vous le dire, ces brides sont, chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte, la cause habituelle de la striction dans la hernie inguinale étranglée.

Jusqu'ici, il a été question de fréquence relative.

Quant à la fréquence absolue, vous voyez qu'elle n'est pas si faible qu'on a bien voulu le dire, que je l'ai cru pendant longtemps; mais je reconnais que la série actuelle de trois en deux mois est anormalement fournie.

On m'objectera probablement qu'un de ces enfants a été opéré par moi la réduction venant d'être obtenue; que chez un autre, si j'avais insisté sur le taxis, j'aurais probablement réussi; resterait donc un cas, celui de Jouon. Et dès lors on me dira que je multiplie les cas parce que, opérateur de parti pris, j'ignore ou je néglige les éléments de diagnostic entre l'étranglement vrai, rare, justiciable de la kélotomie, et l'engouement, banal, dont viennent à bout quelques pressions, ou même le simple poids d'un cataplasme. Or, mon opinion est que de l'engouement à l'étranglement avec sphacèle, il y a une différence de degré et non de nature.

Il était classique, il n'y a pas longtemps encore, d'établir, pour les hernies de l'adulte, un diagnostic différentiel entre l'étranglement et l'engouement; cela date de l'époque où l'on cherchait par tous les moyens à reculer une incision dont on connaissait les dangers et à se justifier ensuite de l'insuccès final en proclamant, au nom de l'autopsie, que la lésion, n'étant pas un étranglement, ne relevait pas de la kélotomie. Aujourd'hui, ces discussions ont vécu et l'engouement nous apparaît, dans l'immense majorité des cas, comme un étranglement léger, justiciable du taxis si l'on veut, mais mieux encore de la kélotomie.

C'est je crois exactement de la même manière qu'il faut poser la question chez l'enfant et non pas, quoique ce soit encore classique, en comparant le tableau de l'engouement à celui de l'étranglement. Une hernie devient irréductible; si elle est grosse, avec pédicule volumineux, si les troubles fonctionnels abdominaux et généraux sont légers, parents ou médecins temporisent parfois, et au bout d'un jour ou deux la réduction spontanée peut avoir lieu, si on n'a pas jugé à propos de la provoquer par une pression légère (je n'ose pas parler de taxis) ou tout simplement par le poids d'un cataplasme. De ce cas si bénin à la hernie sphacélée il n'y a qu'une question de degré, en passant comme échelons intermédiaires par ceux où la réduction a exigé un doux taxis sans ou avec chloroforme, par ceux où, après échec du taxis, on a profité de l'anesthésie pour pratiquer la kélotomie précoce. Chez les enfants qui servent de thème à cet entretien, vous vous souvenez qu'il y avait eu, avant le jour où je suis intervenu, des crises légères, plus ou moins fréquentes, auxquelles avait suffi la main de la mère. Allez-vous dire que ces premières atteintes étaient de l'engouement pour les opposer à l'étranglement final? Alors chez le nourrisson auquel Jouon a dû au milieu de la nuit débrider le collet après échec du taxis, j'avais huit jours auparavant, d'un coup de pouce à la volée, triomphé d'un engouement; et Audard avait réduit hier un engouement transformé quelques heures après en un étranglement qui a nécessité le bistouri? Non : la raison nous commande d'admettre que tout cela, c'est de l'étranglement à des degrés divers, que la lésion est la même, à l'étroitesse près.

Aussi n'est-ce pas, à mon sens, un problème de diagnostic qui se trouve ainsi soulevé, mais un problème de thérapeutique : quand devons-nous intervenir, et comment? Lorsque l'énoncé a été libellé de la sorte et lorsque nous avons pu affirmer, grâce à l'antisepsie, la bénignité absolue de la kélotomie chez l'adulte, à partir de ce moment l'engouement herniaire a pour ainsi dire disparu de la pathologie de l'adulte, car, en opérant de parti pris les prétendus engouements, on y a presque toujours trouvé une striction. Je crois fermement qu'à tous les âges il en est de même. Donc, là n'est pas la question, mais la voici : étant donné un enfant atteint d'étranglement, dans quelles conditions devons-nous l'opérer? La réponse n'est pas douteuse quand après la chloroformisation le taxis échoue, et elle ne l'était même pas il y a trente ans : les chirurgiens terrifiés, par la mortalité opératoire de l'époque, s'en tiraient en déclarant que le taxis n'échouait jamais, ce qui est aujourd'hui reconnu inexact. Mais voici un « engouement » vaincu par une légère pression, sans anesthésie; voici un

étranglement dont a eu raison le taxis avec chloroforme, faut-il faire la cure radicale? c'est-à-dire, étant donné une hernie étranglée, devons-nous de parti pris, comme chez l'adulte, recourir à la kélotomie? Deux arguments militent en faveur de cette pratique : la fréquence des récidives après un étranglement même léger; la solidité remarquable des résultats de la cure radicale chez l'enfant. Car, soit dit en passant, je n'admets pas, malgré Lucas-Championnière, qu'au point de vue des résultats définitifs il faille considérer l'opération comme moins sûre si la hernie a été opérée en état d'étranglement; cela n'est vrai que si on ne peut pas disséquer le sac et réunir parfaitement péritoine et paroi. Or, chez l'enfant comme chez l'adulte, cela ne m'est arrivé qu'en cas de hernie peu ou prou sphacélée, et dès lors cette argumentation n'a rien à voir avec la kélotomie précoce.

La seule chose dont nous devrions tenir compte, c'est donc la gravité possible imprimée à l'acte opératoire par le jeune âge du sujet, et ma conduite a toujours été d'opérer de parti pris, même quand la hernie rentre sous la brosse pendant la toilette de la peau, tout enfant chez lequel j'entreprendrais sans crainte la cure d'une hernie non étranglée, c'est-à-dire tout enfant bien portant à partir de quatorze ou quinze mois, une fois bien sevré. C'est pour cela qu'il y a quelques jours, chez un enfant de sept mois, j'ai réduit sans opérer, espérant gagner du temps : et très peu de temps après, une récidive nous a forcé la main. Et en cas de récidives fréquentes, même chez l'enfant très jeune, il y a indication opératoire, car ces crises répétées compromettent gravement la santé du nourrisson. Dans ces conditions, depuis longtemps déjà j'opère et j'ai d'excellents résultats. A l'hôpital Tenon j'interviendrai encore plus volontiers qu'à l'hôpital Trousseau, en raison de motifs qui tiennent exclusivement au mode d'hospitalisation.

La bénignité de l'opération en elle-même est parfaite, tout comme pour la cure radicale de la hernie non étranglée ; le pronostic dépend exclusivement du retard parfois apporté à la kélotomie. Les malades que vous avez sous les yeux justifient cette assertion. En effet, deux d'entre eux sont complètement guéris; le troisième n'est opéré que depuis vingt-quatre heures, en sorte qu'on ne peut affirmer quel sera le résultat; mais pouls, température, ventre, selles sont normaux, et d'après tout ce que j'ai observé jusqu'à présent, je crois déjà être sûr du résultat heureux. Cela vous prouve que, même chez l'enfant en bas âge, la kélotomie pour hernie étranglée est une excellente opération, efficace et bénigne. Le relevé de Tariel à cet égard est probant : sur 128 cas, le sac a été ouvert 90 fois, avec 74 guérisons; dans les 9 cas avec kélotomie que j'ai communiqués à l'auteur, le succès a été constant.

Je ne prétends certes pas avoir conservé depuis dix ans une série vierge. Mais la kélotomie n'est pas responsable des échecs : c'est le retard de l'opération qu'il faut incriminer, et l'âge ne modifie en rien les conclusions auxquelles sont arrivés les chirurgiens depuis que l'antisepsie leur a démontré l'innocuité parfaite de la kélotomie envisagée en soi. Car il faut bien remarquer que dans les tableaux de Tariel on trouve bon nombre d'opérations antérieures à l'emploi de l'antisepsie, et, parmi les décès de cette période, bon nombre sont dus à la septicémie, à la pyohémie, à l'érysipèle, à la péritonite; toutes causes annihilées par la chirurgie actuelle, et que je suis bien sûr de n'avoir jamais observées en ce qui me concerne personnellement. Opérés ou non opérés, nous voyons quelquefois succomber en quelques heures, dans le collapsus, certains enfants apportés trop tard au chirurgien, et il faut reconnaître que si, en général, l'étranglement est souvent moins grave chez l'enfant que dans la hernie inguinale congénitale de l'adulte, le collapsus paraît plus à craindre chez le sujet jeune ; la première observation de la thèse de Tariel en est un exemple. L'enfant était entré depuis vingt-quatre heures dans un service de médecine pour des accidents fébriles mal déterminés, avec diarrhée, lorsqu'il fut pris d'un étranglement auquel il succomba en moins de vingt-quatre heures, presque immédiatement après un taxis sans chloroforme qui avait été d'une facilité extrême; et à l'autopsie, je ne trouvai aucune lésion autre que la trace de l'étranglement d'une anse intestinale.

Ce qui est d'autant plus à craindre que l'enfant est plus jeune, c'est la pneumonie, c'est la diarrhée, et c'est pour cela que l'hospitalisation en salle commune aggrave considérablement le pronostic. L'un de mes opérés avait vingt-cinq mois, âge auquel on peut sans danger entreprendre de parti pris une cure radicale, et dès le huitième jour j'ai cru prudent, vous ai-je dit, de le rendre à sa mère, parce que, la plaie étant guérie, il souffrait d'une bronchite notable. Aussi, lorsque j'étais à l'ancien hôpital Trousseau, où je ne pouvais recevoir la mère avec l'enfant, avais-je comme règle de ne jamais garder à l'hôpital les nourrissons chez lesquels j'étais forcé, pour étranglement ou pour toute autre cause, d'opérer une hernie inguinale. Ici, j'ai pu recevoir à la crèche les deux mères avec leur nourrisson, et tout s'est passé avec une grande simplicité, car si les risques sont moindres à faire promener au dehors par tous les temps un nourrisson fraîchement opéré qu'à le garder, privé de sa mère, dans une salle d'hôpital, il vaut infiniment mieux qu'à l'hôpital il trouve à la fois le repos, la chaleur, une salle hygiénique et sa mère.

FIXATION DE LA SONDE A DEMEURE

Par J. ESCAT (de Marseille).
Chargé du cours des maladies des organes génito-urinaires à l'École de médecine.

Il est aussi nécessaire au praticien de savoir bien mettre une sonde à demeure que de savoir faire une délivrance ou un appareil plâtré.

Lorsque le cathétérisme évacuateur a paré à la première indication, il est souvent indispensable de maintenir le drainage continu de la vessie. La vie du malade peut dépendre de cette dernière mesure et de sa bonne application.

Qu'il soit urétrotomisé infecté, rétentionniste intoxiqué ou infecté, hématurique, cystalgique ou autre, le malade drainé doit avoir une sonde qui assure la chute de la tension urinaire, le repos absolu de la vessie, l'isolement de la muqueuse absorbante de l'urètre. Une sonde bien fixée et mise au point peut seule réaliser les avantages du drainage vésical; une sonde mal placée, mal fixée, devient le pire des corps étrangers, source de traumatisme constant, de douleur et d'infection, j'ajouterai de décisions chirurgicales déplacées.

* * *

Quel est le meilleur procédé de fixation de la sonde à demeure, le plus simple, le plus solide et le plus conforme aux exigences de l'antisepsie et des affections urinaires?

Je n'insisterai pas sur la fixation de la sonde par une bandelette de diachylon et deux fils; ce moyen peut suffire pour quelques heures, mais il n'est pas propre, il étrangle la verge, peut œdématier le gland et le prépuce; il comprime l'urètre autour de la sonde et fait refluer les sécrétions urétrales vers la vessie, il irrite souvent la peau et ne rachète pas par sa solidité, qui est faible, la difficulté de tenir la verge et la sonde propres. Je le signale pour le déconseiller.

Le procédé employé dans le service de mon maître, M. Guyon, est excellent; c'est avec ce procédé que j'ai appris à appliquer les bienfaits de la sonde à demeure. Il est connu de tous. Il consiste à fixer la sonde avec deux faisceaux de coton à repriser (très faciles à stériliser) que l'on dédouble à la base du gland pour entourer la verge. Les faisceaux de droite passant à gauche, et réciproquement, sont fixés ensuite à un faisceau de poils tordus et liés en papillote.

L'enveloppement de la verge avec un triangle de gaze aseptique, d'après l'ingénieux système de Duchatelet, complète la fixation et ajoute une certaine protection antiseptique.

J'ai pensé pouvoir faire mieux encore pour les raisons suivantes :

1° La facilité d'exécution de ce moyen d'attache si simple est réelle; toutefois, ceux qui n'ont pas l'habitude de l'appliquer souvent, l'utilisent mal dans bien des cas;

2° Les faisceaux de coton doivent être renouvelés fréquemment, ils se souillent au niveau du méat; toutes les sécrétions urétrales, très abondantes chez certains sujets, viennent imprégner les fils et la gaze. Cette dernière est traversée rapidement, malgré les changements quotidiens. Le renouvellement des fils exige un temps assez long; il est quelquefois désagréable au malade. Les toilettes de la verge ne peuvent se faire convenablement, les fils restant toujours souillés;

3° Si la mise au point est défectueuse, il faut parfois enlever les fils et revenir attacher la sonde plus en avant ou en arrière; le même inconvénient peut se présenter à la suite des changements de position du malade;

4° La solidité de ce mode d'attache est insuffisante pour permettre la déambulation; l'habileté de quelques malades peut atténuer ce défaut, mais, en général, ce système n'est utilisable que dans le décubitus.

* * *

J'ai cherché à éviter ces quelques inconvénients. Le petit appareil qui fait l'objet de cette note est simple, facile à exécuter, même par le malade ou un infirmier. Il est extrêmement solide et permet même la déambulation complète. Il peut être désinfecté avec une facilité extrême et se prête à toutes les toilettes antiseptiques de la verge sans être enlevé.

On peut ainsi le maintenir jusqu'à la fin du drainage, quelle que soit la durée de ce dernier. La sonde peut être détachée de l'appareil, changée ou désinfectée tous les jours, et la mise au point est assurée et rectifiée sans défaire l'appareil. Enfin j'ai ajouté un mode de pansement qui protège absolument la verge et consolide encore la sonde (bien que ce soit superflu).

J'ai complètement modifié ma manière de faire primitive exposée dans les *Annales des organes génitaux urinaires* de 1897 dans une « Note sur le drainage prolongé de la vessie » et à l'Association d'urologie (1899), comme étant trop compliquée. J'utilise pour les usages quotidiens, le procédé que je vous expose, depuis trois ans et dans les cas les plus divers. . . . .

Mon appareil est ainsi formée :

1° Un segment de tube en caoutchouc de 10 millimètres de diamètre et de 25 centimètres de longueur (tube en caoutchouc de la douche d'Esmarch). 2° Deux boutons de chemise, un long et un court.

En quelques coups de ciseaux vous allez fabriquer une muselière élastique (fig. 1) formée d'un

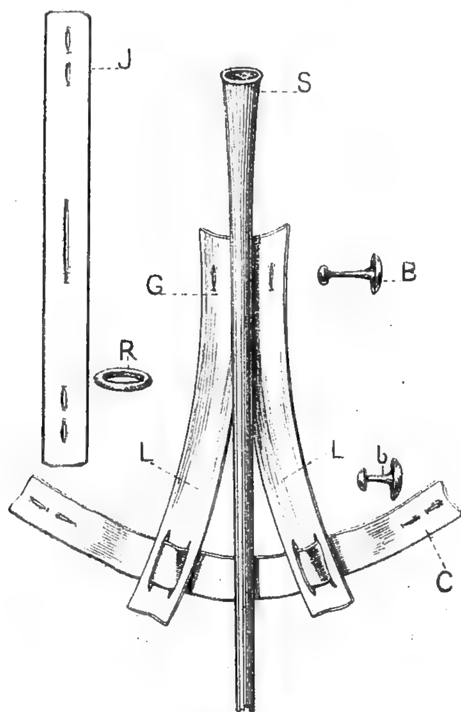


Figure 1. — Muselière élastique.

G, gouttière où la sonde est couchée et maintenue par le gros bouton B; L, bandelettes latérales; G, collier. On le ferme avec le petit bouton G; R, rondelette de caoutchouc destinée à former anneau fixateur et régulateur; J, jugulaire accessoire, utilisable pour quelques cas de déambulation.

collier C et de deux bandelettes latérales L qui fixeront la sonde S.

Le tube est coupé en deux segments, l'un de 10 centimètres, l'autre de 15; on garde une ron-

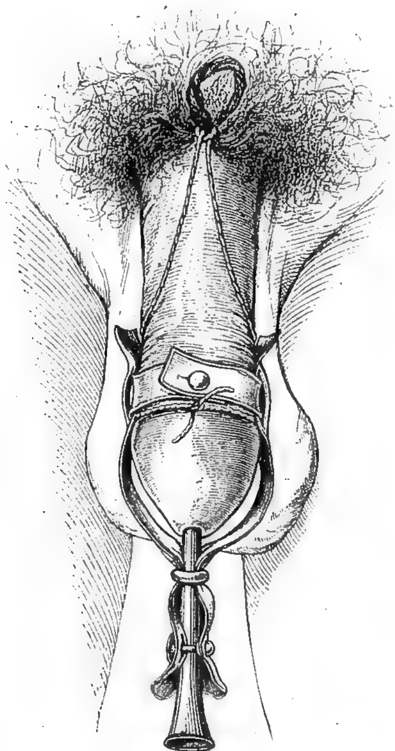


Figure 2. — Muselière élastique avec fil de sûreté.

delle de 5 millimètres d'épaisseur (R). Le segment de 10 centimètres est fendu (fig. 1) sur un de ses côtés complètement et incomplètement sur l'autre; on laisse 3 centimètres à un bout (G). Les faces convexes étant retournées en dedans, les 3 centimètres formeront une gouttière (G) où la sonde sera placée et maintenue par un bouton de chemise (B) (fig. 2 et 3). Les deux bandelettes flottantes sont fendues à leur extrémité pour engager le collier C.

Le segment de 15 centimètres est fendu en deux lanières (C J); C forme le collier que l'on ferme par le bouton court (F).

J forme une jugulaire fendue au milieu pour engager la sonde et les deux bandelettes. Le chef

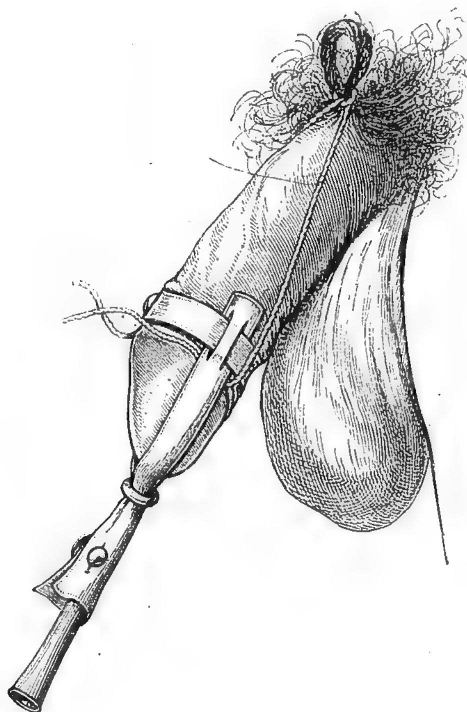


Figure 3. — Muselière élastique avec fil de sûreté.

supérieur est relié au bouton du collier, le chef inférieur est relié également au collier par un bouton supplémentaire placé au-dessous. Cette jugulaire n'est utile que pour la déambulation avec une sonde molle. Encore peut-on même s'en passer dans ce cas (fig. 4).

La rondelle R est placée sur la sonde et les bandelettes latérales à 1 ou 2 centimètres du méat; elle ajuste la muselière suivant les dimensions du gland.

Cet appareil est parfait quand la couronne du

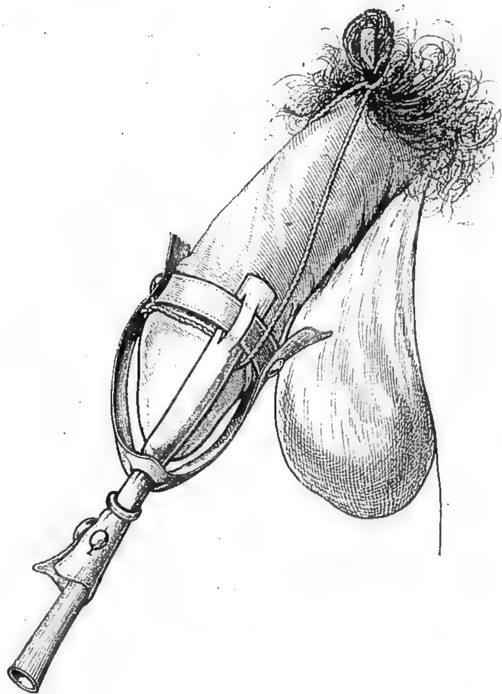


Figure 4.

Fixation de la sonde pour la déambulation. La muselière est complétée par une jugulaire antéro-postérieure.

gland est forte et non couverte par le prépuce. Dans le cas contraire, le collier, que l'on serre peu les premiers jours, tend à glisser en avant. Un moyen bien simple immobilise l'appareil d'une façon absolue. Un faisceau de fils de coton stérilisé est noué en son milieu à une papillotte de poils sur le milieu du pubis; les deux chefs descendent sur les côtés de la verge (fig. 2 et 3), passent sous les bandelettes latérales, et sont fixés par un nœud sur le dos de la verge en

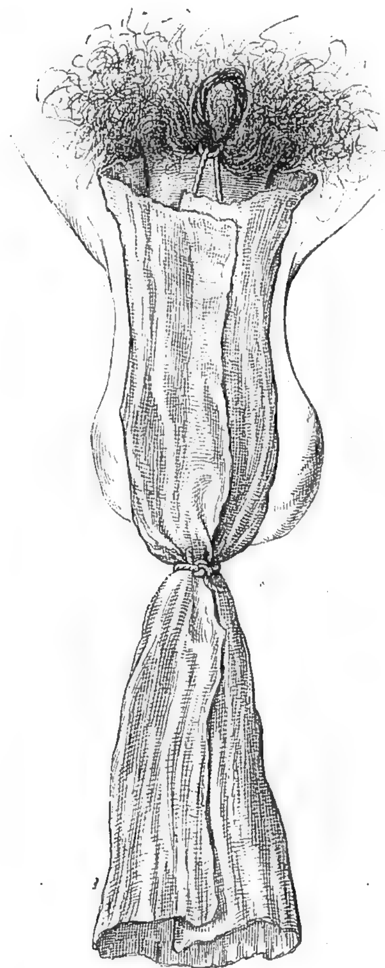


Figure 5.

Fourreau de gaze antiseptique roulé autour de la verge et de la sonde; un fil le serre au-devant du méat (1er temps).

arrière du gland (fig. 3). Ainsi disposé, ce nœud fixe sans serrer la verge. On est vraiment étonné de la solidarité de ces divers éléments,

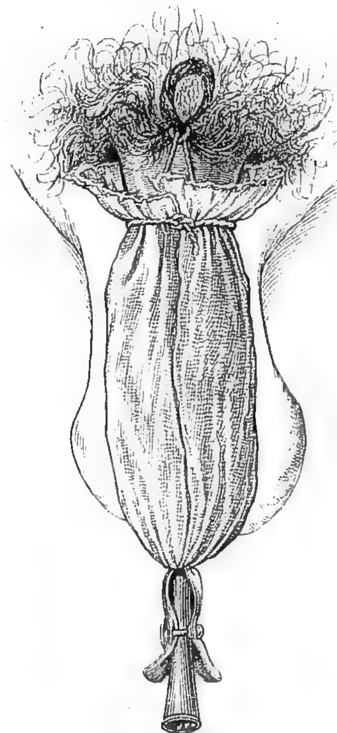


Figure 6.

Fourreau de gaze antiseptique retourné en doigt de gant et fixé à la base de la verge (2e temps). On peut réunir le fil qui fixe le fourreau à celui qui fixe la muselière.

qui donnent un appareil d'une solidité à toute épreuve. J'ajouterai qu'après quelques jours les malades s'habituent à serrer le collier et peuvent

se passer du fil de soutien. Lorsque les malades sont incommodés par les érections pénibles qui peuvent se produire avec la sonde à demeure, ils n'ont qu'à défaire le collier. Grâce au renversement des bandelettes, la face convexe du caoutchouc n'irrite pas la peau. La propreté et un peu de poudre d'amidon chez certaines personnes suffisent pour assurer une tolérance parfaite.

L'antisepsie de cette muselière est facile à réaliser tous les jours par l'ébullition ; la sonde peut être enlevée sans l'appareil et réciproquement. On peut faire des toilettes fréquentes, avec des

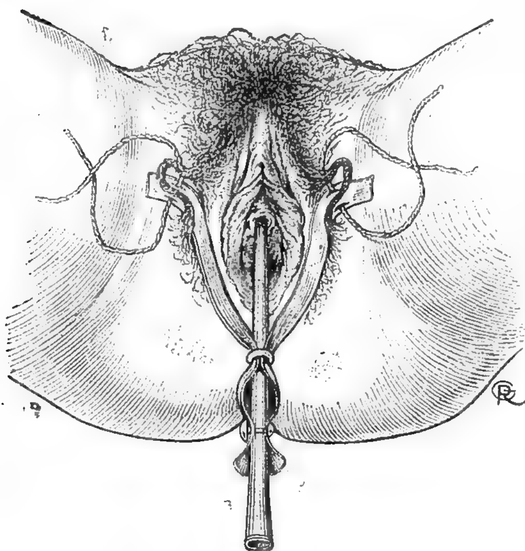


Figure 7.
Fixation de la sonde à demeure chez la femme.

boulettes de coton trempées dans l'eau boriquée. Si des soins fréquents ne peuvent assurer l'asepsie permanente du gland, on enroule une petite bande de coton boriqué autour de la sonde et de la verge, après avoir garni d'iodoforme l'espace situé entre les bandelettes au devant du méat, point où les sécrétions septiques de l'urètre viennent aboutir.

Enfin, si l'on désire un pansement complet, rien n'est plus facile que d'ajouter un fourreau de gaze antiseptique sur l'ensemble de l'appareil.

On enveloppe la verge et l'appareil avec trois tours de gaze boriquée ou phéniquée faible, on place un fil au milieu de cette gaine sans étrangler

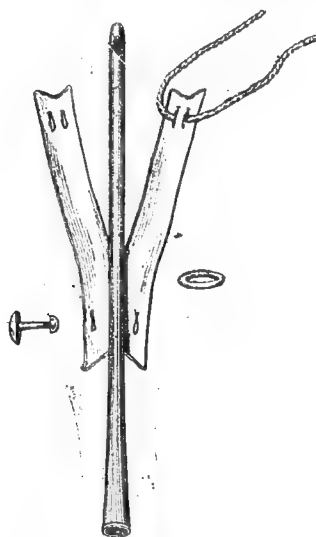


Figure 8. — Sonde à demeure pour femme.

la sonde (fig. 5). On retourne ensuite la gaze en doigt de gant vers la base de la verge ; un nouveau fil cercle la verge et la gaze à ce niveau ; on le relie ensuite à la papillote sus-pubienne.

La figure 6 montre le pansement achevé.

Chez la femme, tous les procédés de fixation employés sont défectueux ; chez elle la sonde de De Pezzer et de Malécot présente moins d'inconvénients que chez l'homme ; elle peut donc être employée plus souvent ; j'ai l'habitude de couper le capuchon de la sonde de Pezzer sur son grand diamètre, de façon à former un entonnoir ; une pince hémostatique ou à pansement aplatit et réunit les deux bords de l'entonnoir ; on tend légèrement la sonde et l'introduction s'effectue sans difficultés et sans douleur.

Lorsque je place une sonde chez la femme (fig. 7) je la fixe par un procédé analogue à celui employé chez l'homme ; l'appareil est encore plus vite exécuté ; on supprime le collier de la muselière élastique, les deux bandelettes sont fixées à deux faisceaux de poils des grandes lèvres. La sonde est ainsi très bien fixée.

Une femme qui a la sonde à demeure doit faire des injections antiseptiques deux fois par jour, et des toilettes fréquentes doivent maintenir la vulve absolument propre, car la brièveté de l'urètre chez la femme facilite singulièrement l'infection vulvo-vésicale. Deux bandes de coton boriqué sont croisées autour de la sonde, un bandage en T ou une garniture fendue maintient le tout.

* * *

Tel est le procédé que j'utilise depuis trois ans ; il me paraît simple et pratique. Avec ces quelques détails techniques et les figures ci-jointes, il sera facile de l'appliquer et de se rendre compte qu'il est d'une commodité parfaite et conforme à toutes les exigences de l'antisepsie et de la chirurgie urinaire.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

30 Mai 1902.

Pleurésie hémorragique ; cystodiagnostic. — *M. Milian* montre des préparations de cytodiagnostic d'épanchement pleural hémorragique dans un cas de pleurésie cancéreuse. Il y avait 55 pour 100 de polynucléaires, 45 pour 100 de lymphocytes, et quelques cellules endothéliales. On ne rencontrait pas de cellules glycogénées.

Coupes de cancer œsophagien. — *M. Robert Picqué* présente des coupes d'un cancer de l'œsophage communiqué dans une séance antérieure. Il s'agit d'un épithéliome lobulé à globes épidermiques.

Cancer de l'estomac. — *M. Roger Voisin* apporte une volumineuse tumeur de l'estomac, propagée aux tissus voisins, l'ensemble pesant 1.500 grammes. Il s'agit d'un carcinome, qui a envahi rapidement les ganglions, et a pénétré sous forme de bourgeons dans la veine porte.

Fractures expérimentales de l'astragale. — *M. Ombrédanne* presente 19 pièces de fractures expérimentales de l'astragale, et énumère les différentes variétés ainsi obtenues.

Syphilis de trois mois. Abondante lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. — *M. G. Milian*, chez un homme de soixante-trois ans, atteint de syphilis depuis trois mois seulement, a trouvé une abondante lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Ce malade avait eu, un mois auparavant, une céphalée à exacerbations vespérales qui avait duré un mois. Au moment de la ponction, le malade présentait seulement comme symptômes nerveux : un peu de myosis bilatéral, une pupille droite déformée, le réflexe lumineux diminué surtout à droite, les réflexes rotuliens un peu exagérés.

A remarquer ici la précocité des signes pupillaires, et la déformation dont MM. Joffroy et Schrameck d'une part, Babinski d'autre part, ont montré l'importance dans le diagnostic de la syphilis.

Induration du prépuce. — *MM. Verchère et A. Bernheim* apportent un prépuce enlevé chez un jeune homme de vingt-cinq ans qui, il y a trois mois, souffrant d'un phimosis, étira son prépuce et voulut le sectionner d'un coup de rasoir. La peau seule fut entamée ; la muqueuse résista, et la plaie mit deux mois et demi à se cicatriser. Il y a donc quinze jours que la cicatrice est complète.

A l'endroit de la section primitive on voit la peau fine et blanchâtre. L'extrémité distale du prépuce vient former une sorte de collerette, et le prépuce est le siège d'une induration très nette qui aurait peut-être disparu à la longue, mais aurait pu faire porter chez ce malade atteint de phimosis, le diagnostic de chancre induré.

Appendice gangréné et fibrome utérin. — *MM. Verchère et A. Bernheim* montrent un appendice iléo-cæcal gangréné que l'on aperçut en refoulant les anses intestinales pendant une laparotomie, dans une hystérectomie abdominale pour fibrome en train de subir la dégénérescence cancéreuse.

Cet appendice est même assez allongé, fortement violacé, noirâtre même par endroit. Il n'est pas perforé.

Il n'avait donné lieu à aucune réaction péritonéale, n'avait attiré l'attention par aucun symptôme.

La région périnéale. — *MM. Gosset et R. Proust* présentent un ensemble de pièces anatomiques destinées à étudier la *voie périnéale* en particulier dans la *prostatectomie*. Lorsqu'on pratique l'incision prérectale, dès que le raphé-ano-bulbaire est reconnu, à la façon de Dolbeau et de Reliquet, et quand il a été sectionné, la face postérieure du bulbe se dissèque facilement jusqu'à l'urètre membraneux, disaient les anciens, en réalité jusqu'à la solide union du rectum et du diaphragme uro-génital, grâce à une formation résistante interposée aux deux faisceaux antérieurs des releveurs, le raphé-prérectal des uns, le muscle recto-urétral des autres. C'est cette union qui fixe le coude rectal très en avant, et qui entraîne la direction très oblique du canal rectal. L'isolement de l'anus et sa rétropulsion ne font qu'exagérer cette obliquité et présentent la paroi rectale directement sous le bistouri. Dès que ce véritable ligament est sectionné, le rectum s'écarte, on est dans l'espace décollable interprostato-rectal ; on peut dire que c'est là *la clef* de l'espace décollable.

Sur les préparations présentées on voit que l'espace décollable inter-prostato-rectal est limité sur ces deux faces par un feuillet lisse : en avant l'aponévrose prostato-péritonéale fermant la loge prostatique, en arrière la musculeuse du rectum est également tapissée d'un feuillet lisse ; c'est entre ces deux feuillets qu'on doit passer ; lorsqu'on voit des fibres musculaires, c'est qu'on a dissocié dans l'épaisseur des tuniques rectales.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

30 Mai 1902.

Sinusite frontale au cours d'une rougeole. — *M. J. Belin* communique un cas de sinusite frontale survenue au cours d'une rougeole normale. Cette complication, assez rare dans la rougeole, se montre plus fréquemment dans la scarlatine et surtout dans la grippe. Elle s'est terminée par la guérison spontanée. Il est facile d'en comprendre la pathogénie ; le catarrhe oculo-nasal de la rougeole s'est directement propagé au sinus frontal.

Traitement de la chorée. — *M. Comby* a traité en huit ans 240 cas de chorée ; 90 cas étaient d'intensité faible et furent guéris simplement par le repos, le régime lacto-végétarien, et le drap mouillé.

Les 150 autres cas furent traités par divers agents médicamenteux : 70 cas par l'antipyrine prescrite à doses massives, non fractionnées (autant de fois 50 centigrammes que l'enfant compte d'années) ; 54 cas par l'arsenic, à doses très fortes, mais très fractionnées et très diluées ; enfin, 25 cas par le cacodyle, le salophène ou le chloral.

Le traitement arsenical paraît avoir une efficacité bien supérieure aux autres.

M. Méry croit également qu'il faut donner des doses élevées de médicaments (arsenic, tartre stibié, antipyrine), pour obtenir un résultat.

M. Moizard insiste sur la nécessité du repos au lit.

M. Triboulet rappelle que son père a obtenu des succès remarquables avec des doses formidables de tartre stibié.

Les indications du sérum de Trunecek chez les artérioscléreux. — *M. P. Merklen* a expérimenté le sérum de Trunecek chez les artérioscléreux. Ce sérum est évidemment impuissant contre les lésions séléreuses et athéromateuses des artères. Mais il paraît avoir une action réelle sur certains des troubles subjectifs qui en résultent. C'est un médicament tonique, surtout applicable à l'asthénie et à l'hyperexcitabilité qui, chez les artérioscléreux, dépendent de l'insuffisante irrigation et des altérations nutritives de certaines parties du système nerveux. C'est ainsi qu'il atténue les troubles moteurs, sensitifs et

psychiques liés à l'artériosclérose cérébrale, comme l'ont bien établi les faits publiés par Léopold Levi et d'autres observateurs.

Ces résultats sont comparables à ceux que produisait Brown-Séquard par les injections de liquide orchitique.

Les injections sous-cutanées du sérum de Trunecek atténuent ou suppriment la dyspnée d'effort et les crises d'asthme des artérioscléreux. Elles agissent sans doute sur l'asthénie et l'hyperexcitabilité des centres respiratoires, qui dans l'artériosclérose tiennent soit à l'ischémie artérielle et à la faiblesse cardiaque, soit à la toxémie rénale ou alimentaire, parfois à une prédisposition mise en éveil par la cachexie artérielle. Le sérum de Trunecek peut encore enrayer les crises anginiformes spontanées des artérioscléreux, mais il paraît être inefficace contre l'angor d'effort de la sténose coronarienne. En résumé, c'est un médicament qui peut rendre de réels services dans le traitement des miopragies de l'artériosclérose.

Mesure approximative des épanchements pleuraux. — *M. Ch. Achard.* M. Niclot a imaginé de mesurer le volume des épanchements pleuraux en injectant dans la plèvre une dose déterminée de bleu de méthylène et en évaluant par la chromométrie la dilution qu'il subit dans le liquide épanché.

Or, je crois qu'on peut simplifier cette évaluation et la rendre accessible à tout praticien, en se contentant d'une approximation à un demi-litre près, suffisante en pratique. On retire d'abord par ponction environ 25 centimètres cubes de liquide, et l'on injecte aussitôt le bleu dans la plèvre (25 milligrammes). En même temps on verse la même dose de bleu dans un litre d'eau pure, pour servir de solution titrée. Puis au bout de cinq minutes, après avoir fait prendre au malade diverses positions pour faciliter la diffusion du bleu dans l'épanchement, on fait une nouvelle ponction, évacuatrice ou non, qui donne issue à un liquide plus ou moins teinté de bleu, suivant la dilution qu'il a subie dans la plèvre.

Pour évaluer le degré de cette dilution, on prend deux verres pareils dans lesquels on met la même quantité d'eau (4 ou 5 cuillerées à soupe).

Dans l'un, qui servira d'étalon de comparaison, on met une cuillerée à café du litre précédemment préparé de solution bleue, et autant de liquide pleural de la première ponction.

Dans l'autre, on met une cuillerée à café d'eau pure et autant du liquide de la deuxième ponction. Tous deux contiennent donc autant de sérosité et autant d'eau; seule, la proportion de bleu peut différer. Si l'épanchement dépasse un litre, l'étalon a la teinte la plus foncée. On cherche alors l'égalité des teintes en ajoutant au verre le moins coloré une ou plusieurs cuillerées à café du liquide de la deuxième ponction et à l'étalon le même nombre de cuillerées à café du liquide de la première. Chacune de ces additions représenterait 1 litre de plus pour le volume de l'épanchement.

Enfin, quond on a dépassé la teinte de l'étalon, on peut pousser l'approximation au demi-litre en ajoutant à l'étalon une demi-cuillerée à café de la solution titrée : pour cela, il suffit de verser dans un autre vase parties égales de cette solution d'eau pure et de prendre une cuillerée à café du mélange.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

31 Mai 1902.

Identification de certains éléments constitutifs du thymus. — *MM. M. Letulle et Nattan-Larrier.* A l'état normal le thymus du lapin possède dans tous ses lobules une variété de cellules à proplasma homogène basophile, destinées par leur évolution organique à se transformer en myélocytes amphophiles.

La présence de ces myélocytes basophiles et amphophiles démontre que le thymus, pourvu d'un tissu myéloïde caractéristique, doit être rangé dans la série des organes myélogènes.

Sur la leucocytose de la cholémie expérimentale. — *MM. Gilbert et Herscher.* Les recherches entreprises jusqu'à ce jour sur les variations de nombre des leucocytes dans la cholémie, ont conduit les auteurs qui se sont occupés de cette question à considérer comme nulle l'action de la bile sur les globules blancs.

La leucocytose que l'on observe fréquemment dans les cas d'ictère a été mise sur le compte de causes diverses : tuméfaction, réactions variables des organes hématopoïétiques sous l'influence de la cause même de l'ictère, etc.

La bile est pourtant un liquide toxique et, *a priori*, on pouvait supposer qu'elle doit se comporter comme les autres poisons, c'est-à-dire produire une leucocytose plus ou moins marquée quand elle pénètre dans la circulation.

Pour trancher cette question, nous ne nous sommes pas adressés à l'examen des malades ictériques, chez qui des causes multiples interviennent pour modifier la composition du sang; nous avons eu recours à la méthode expérimentale.

Nous avons pu déterminer ainsi que non seulement la bile, mais encore ses deux principes constituants les plus importants, les pigments et les sels, produisent, par leur introduction dans la circulation, une augmentation du nombre des leucocytes.

Nous avons, en effet, pratiqué à des chiens des injections intra-veineuses de trois ordres :

1° Injection de bile totale;

2° Injection de sels biliaires;

3° Injection de pigments biliaires.

Et dans tous ces cas, nous avons constaté une leucocytose rapide, considérable et persistante.

Il s'agit, vraisemblablement là, d'un processus de défense de l'organisme contre l'empoisonnement biliaire.

Nous nous proposons d'en étudier ultérieurement le mécanisme.

Influence des bains salins sur la leucocytose. — *M. André Claisse.* Nous avons cherché si, à l'état normal, les bains chlorurés sodiques forts (bains salins de Biarritz) avaient une influence sur la leucocytose. D'une série d'examens pratiqués sur nous-même avant et après des bains de différents degrés de concentration, nous concluons que les bains abaissent considérablement le chiffre des leucocytes dans le sang. Cette diminution, comparable à celle que nous avons notée pour les injections sous-cutanées de sérum artificiel, est due, non à leur destruction, mais au contraire au réveil de leurs propriétés phagocytaires et à leur afflux aux régions malades; elle est l'indice d'une désintoxication du sang; ce serait surtout par ce mécanisme qu'agiraient les bains salins dans les infections chroniques.

Influence des courants continus sur l'intestin. — *MM. Laquerrière et Delherm.* Nous avons constaté que sous l'influence du courant continu, l'intestin grêle du chien, comme celui des petits herbivores, présente une dépression que nous avons décrite; mais nous avons remarqué que chez le chien, il se produisait en plus une élevure centrale occupant le fond de la dépression, élevure qui n'est pas due à une cautérisation électrolytique permettant aux fibres musculaires de faire hernie, et qui disparaît très rapidement sans laisser de trace.

Variations expérimentales du pouvoir digestif du suc pancréatique. — *MM. H. Stassano et F. Billon.* Nous avons remarqué que le pouvoir protéolytique du suc pancréatique diminue au cours de la sécrétion provoquée par les injections intra-veineuses de *sécrétine* chez les chiens à jeun munis d'une fistule temporaire. Cette diminution du pouvoir digestif est particulièrement sensible entre la première et la deuxième heures; le débit de la sécrétion se maintient au contraire constant pendant plusieurs heures, et l'aspect extérieur du liquide ne change pas.

Les variations de pouvoir digestif du suc pancréatique sont suivies à l'aide de la *tyrosinase*. Cette diastase, en oxydant la tyrosine, donne lentement une coloration brune dont l'intensité est proportionnelle à la quantité de tyrosine formée par la digestion trypsique.

Action favorable des nucléo-albumines intestinales sur la digestion pancréatique. — *MM. H. Stassano et F. Billon.* Nous avons extrait l'*entérokinase* de Pavlow en même temps que les nucléo-albumines de la muqueuse intestinale. Nous nous sommes servis de l'intestin de veau. Nous présentons un échantillon de ces nucléo-albumines qui se dissolvent rapidement et entièrement dans de l'eau légèrement alcaline, en lui conférant à un haut degré le pouvoir de favoriser la digestion pancréatique.

Absence de lipase dans le sang normal. — *MM. M. Doyon et A. Morel.* Nous avons démontré que le sérum ne contient pas de lipase. Ce ferment n'existe pas non plus dans le sang. Si on émulsionne de l'huile de pied de bœuf avec du carbonate de soude, et si on ajoute du sang, la réaction du liquide mis à l'étuve ne varie pas au tournesol lorsque toute cause de contamination microbienne a été évitée. L'alcalinité du mélange diminue sous l'influence des microbes par suite d'une altération du sang; il n'y a pas d'acides gras combinés au carbonate de soude.

A. Sicard.

ACADÉMIE DES SCIENCES

26 Mai et 2 Juin 1902.

Comparaison du moteur muscle avec les moteurs inanimés. — *M. A. Chauveau.* Des recherches nouvelles de cet auteur sur la dépense d'énergie imposée au muscle qui exécute du travail positif en se raccourcissant ont établi les propositions suivantes :

Dans les moteurs industriels, l'énergie disponible sur l'arbre animé d'un mouvement uniforme pour une production de travail mécanique positif, c'est-à-dire pour le soulèvement d'une charge, se dépense, comme l'énergie du muscle, dans l'accomplissement de trois positions distinctes qui peuvent être aisément dissociées :

a) L'annihilation de l'effet de la pesanteur sur la charge soulevée, autrement dit, la création de la force de tension qui fait équilibre à cette charge et la prépare ainsi au soulèvement.

b) La création même du travail mécanique, c'est-à-dire le soulèvement de la charge, ainsi neutralisée, à une hauteur plus ou moins considérable.

c) La création de la vitesse avec laquelle la charge effectue ce soulèvement.

Les deux dépenses *a* et *c*, incessamment créées, se résolvent incessamment en chaleur, qui se dissipe.

La dépense *b* est la seule dont la valeur énergétique soit conservée dans la force vive qui existe en puissance dans le travail mécanique effectué.

D'où il résulte que le rendement d'un moteur, muscle ou machine, en travail mécanique vrai, ne peut jamais représenter qu'une fraction, variable suivant les cas, parfois relativement minime, de l'énergie disponible totale qui a été consacrée par le moteur à l'exécution de ce travail mécanique.

Composition et dosage volumétrique du méthyl-arsinate de sodium. — *MM. Adrian et Trillat.* L'importance prise en ces derniers temps comme agent thérapeutique par le méthyl-arsinate de sodium ou arrhénal ont amené MM. Adrian et Trillat à déterminer avec précision la composition de ce corps et à rechercher le procédé le meilleur pour son dosage.

Leurs analyses établissent que la véritable formule de l'arrhénal est : $CH^3AsO(NaO)^2 + 6H^2O$.

Dans le dosage, les mêmes auteurs proposent une méthode volumétrique basée sur la précipitation du méthyl-arsinate sodique par une solution titrée d'azotate d'argent employée en excès, cet excès étant titré ensuite, après filtration, au moyen du sulfocyanate d'ammonium.

Action biochimique de l'extrait de rein lavé sur certains composés organiques. — *M. E. Gérard.* L'extrait aqueux de rein de cheval, privé de tout élément cellulaire, peut hydrater le glycogène, le gaïacol, l'acide oxalurique, la lactose et cette hydratation, constatée seulement dans les liquides non soumis à l'ébullition, paraît être le résultat d'une action diastasique.

Maladie des jeunes chiens. — *M. Phisalix.* L'autre année, cet auteur annonça la découverte d'un sérum efficace contre la maladie des chiens. Des applications nombreuses, s'élevant aujourd'hui à plus de 1.200, ont été faite de ce sérum, spécialement à des animaux de races sélectionnées chez lesquelles la maladie amène habituellement une mortalité variant de 25 à 80 pour 100. Les vaccinations ont abaissé cette mortalité à 2,8 pour 100.

Les parasites des chironomes. — *M. L. Léger.* Il y a quelques mois, M. P. Vignon signalait la présence d'un épithélium vibratile dans l'intestin des chironomes. Cette découverte provoqua une certaine sensation, les cils vibratiles étant jusqu'à présent totalement inconnus chez les insectes. Elle aurait même été accueillie avec doute si M. le professeur Yves Delage ne s'était porté garant de son exactitude avec autant d'énergie que s'il se fût agi de l'authenticité du suaire de Turin. Aujourd'hui, le professeur L. Léger, de Grenoble, vient de démontrer que les prétendus cils vibratiles des chironomes ne sont que des spirilles parasites fixés sur l'épithélium intestinal.

L'immunisation active des animaux contre les maladies infectieuses. — *M. Besredka.* On sait que pour réaliser l'immunisation des animaux contre les maladies infectieuses, l'on peut suivre diverses méthodes. Ainsi, en inoculant du sérum anti-pesteux, anti-typhique, anti-cholérique, on réalise une immunisation immédiate, mais de durée courte, variant entre deux et trois semaines en général.

Au contraire, si l'on injecte aux animaux des microbes tués, l'on obtient une immunisation beaucoup plus durable, mais cette immunisation n'est acquise qu'au prix d'une véritable maladie de l'animal traité.

Pour éviter ce dernier inconvénient, on a proposé de combiner les deux modes d'immunisation, de façon à avoir sans malaise une immunisation durable. Mais, dans ce cas, la difficulté est de doser convenablement le sérum, un excès de celui-ci empêchant l'immunisation prolongée de se produire et faisant retomber dans le premier cas.

Pour éviter cet inconvénient, M. Besredka emploie la quantité de sérum strictement nécessaire. A cet effet, il agite les corps microbiens avec le sérum, puis il effectue leur séparation de la masse de sérum en excès au moyen de la centrifugation.

On sait, en effet, depuis les travaux d'Ehrlich et de Morgenroth que, la substance active du sérum se fixe sur les corps microbiens. Ce sont donc ces corps microbiens ainsi traités que M. Besredka injecte. Il obtient ainsi une immunisation durable et sans provoquer aucune lésion chez les animaux traités.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

3 Juin 1902.

Les maladies produites par les trypanosomes. — *M. Laveran.* On a décrit chez les animaux un certain nombre d'affections causées par les trypanosomes. Ces parasites sont aussi capables de produire des maladies chez l'homme, de sorte que leur étude présente un intérêt considérable.

Les maladies produites par les protozoaires sont en général communes à un petit nombre d'espèces animales voisines.

Seul le nagana a été observé chez presque tous les mammifères. Le trypanosome qui le cause peut être inoculé sous la peau ou dans les veines; la période d'incubation et la gravité de l'infection varient avec le mode d'inoculation. La durée de la maladie produite par le trypanosome varie avec la nature des animaux chez qui elle se développe. Chronique chez les uns, elle est aiguë chez les autres.

Les symptômes les plus constants sont la fièvre, l'anémie, les œdèmes; la blépharoconjonctivite, la chute des poils, le coryza, les parésies du train postérieur s'observent chez certains animaux.

La manière dont les trypanosomes se multiplient dans le sang est très variable; chez le rat, au moment de la mort, le nombre des parasites égale celui des hématies.

La virulence des trypanosomes peut être atténuée par le passage d'une espèce animale à une autre. Le sang de certains animaux est plus favorable à la culture du parasite que le sang des autres. Cela tient peut-être à la température des animaux; la température élevée des oiseaux empêcherait le développement de la maladie.

On admet que la plupart des symptômes sont sous la dépendance d'une toxine sécrétée par les trypanosomes.

Origine phénicienne de la lèpre de Bretagne. — *M. Lannelongue* présente, au nom de *M. Royalski* (de Folkestone), une note démontrant que la lèpre qu'on appelait le mal de Saint-Lazare en Armorique était un reliquat du passage des Phéniciens atteints de ce mal, avant la conquête romaine.

M. Labbé.

ANALYSES

HISTOIRE DE LA MÉDECINE, GÉNÉRALITÉS

F. Prinring. *La mortalité par le cancer en Italie* (*Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege*, 1902, t. XXI, fascic. 2-3, p. 142). — A en croire les statistiques italiennes, le cancer fait moins de ravages en Italie que dans d'autres pays. Pour la période 1887-1899, la moyenne de la mortalité par le cancer était en Italie de 4,60 sur 10.000 habitants, tandis qu'en Saxe elle était de 9, en Bavière de 9,3, en Suisse de 12,7, à Salzbourg de 14,5, en Bohême de 8,8, en Hollande de 9, dans les villes françaises de 9,8, en Angleterre de 7,6. Toutefois cette mortalité est plus grande dans les villes (les capitales des provinces italiennes donnent 8,2 sur 10.000, la campagne 5,3); en outre, elle est en progression depuis 1887 (1887, 4,28; 1890, 4,30; 1895, 4,87; 1897, 5,09; 1898, 5,17; 1899, 5,19). Les femmes sont plus sujettes au cancer que les hommes : sur 10.000 femmes, Prinring compte, en 1895-1899, 5,87 cancéreuses. Sur 10.000 hommes, 4,23 seulement sont atteints de cancer. Les grossesses antérieures ne semblent jouer aucun rôle dans l'étiologie. Enfin relevons que c'est surtout la Toscane et la Lombardie, puis l'Emilie et le Piémont, qui fournissent le plus grand contingent des cancéreux; au contraire, dans les provinces situées au sud de la Toscane, le cancer est relativement rare.

V. Bugiel.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

T. Sollmann et E. Brown. — *Expériences sur les effets de l'injection d'ovoalbumine et d'autres protéides.* (*The Journal of experimental medicine*, 1902, 17 Mars, T. VI, n° 3.) — Bien que l'albuminurie qui succède aux injections de protéides, et en particulier d'ovo-albumine, fût déjà connue, les auteurs ont refait une série d'expériences sur ce sujet, afin de déterminer d'une façon précise les conditions de l'élimination de l'ovoalbumine.

L'ovoalbumine, dissoute dans l'eau distillée ou le sérum artificiel, était injectée directement dans les veines de chiens et de lapins, ou bien injectée dans le péritoine ou sous la peau. Les urines étaient collectées avec soin et l'albumine y était dosée exactement.

Les auteurs sont ainsi arrivés aux conclusions suivantes :

En aucun cas, l'ovoalbumine injectée n'est excrétée en totalité; la quantité retenue dans l'organisme varie de 23 à 100 pour 100.

La quantité retenue est d'autant plus forte que l'ovoalbumine a été injectée plus lentement, que l'excrétion a commencé plus longtemps après l'injection, et que la quantité injectée a été plus faible. Elle dépend, en outre, de conditions individuelles.

Les albumines excrétées coagulent à la même température que les albumines injectées. L'injection d'ovo-albumine ne produit pas de globulinurie. La proportion des protéides coagulant à basse température est moindre dans l'urine que dans la solution injectée; quand une solution a été chauffée à 73° avant l'injection, l'urine excrétée ne coagule pas au-dessous de cette température.

La durée de l'albuminurie qui succède à l'injection varie de un jour et demi à trois jours, et dépend du mode d'inoculation. L'excrétion commence très rapidement (sept minutes) après l'injection intraveineuse; 37 pour 100 de l'albumine injectée peuvent être éliminés en une heure; les trois quarts environ de l'albumine éliminée le sont dans les dix-sept premières heures; dans les quinze heures suivantes, l'élimination est à peu près complète, et des traces seulement sont excrétées après ce temps. Après l'injection hypodermique, l'élimination est plus lente et dure deux ou trois jours.

L'alcalialbumine, ainsi que les protéides musculaires (d'espèce étrangère), sont complètement retenus. Un mélange d'ovoalbumine et de carbonate de soude se comporte comme l'ovoalbumine seule.

Une petite quantité d'ovoalbumine, inférieure à 5 pour 100, est éliminée par les fèces sans être modifiée.

Une quantité variable est excrétée sous forme de protéide non coagulable; cette quantité est proportionnelle à celle des protéides coagulables de l'urine. Le reste de l'albumine se transforme en urée.

L'excrétion azotée totale est augmentée et dépasse la quantité d'azote introduite sous forme d'albumine. L'inanition paraît augmenter le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total urinaire.

Les effets de l'injection intraveineuse d'ovoalbumine sur la circulation et la respiration ne diffèrent pas de ceux que produit l'injection d'une quantité équivalente du dissolvant. L'albumine cause cependant une diurèse spécifique commençant cinquante minutes après l'injection intraveineuse et atteignant son maximum en deux heures environ; elle ne produit ni glucosurie ni hémoglobinurie.

L'injection d'ovoalbumine, d'ovosyntonine alcaline ou d'extraits de muscles cause chez les lapins une élévation de température de 1° à 2°, qui débute après une heure et atteint son maximum six à huit heures après, pour décroître ensuite rapidement.

La fièvre persiste rarement plusieurs jours; la réaction fébrile est plus marquée si l'injection a été faite dans les veines que sous la peau; elle est plus intense que celle produite par l'injection de sérum.

L'injection d'ovoalbumine ne cause que peu d'altérations histologiques. Les reins sont généralement congestionnés, surtout dans la région corticale.

Les cellules sont un peu troubles. Une néphrite peut s'ensuivre, mais elle est toujours légère et passagère.

L'injection d'extrait de muscle peut produire une néphrite parenchymateuse.

L'uréthane est mortelle pour les lapins à la dose de 0 gr. 75 à 1 gramme par kilogramme d'animal : elle produit un abaissement de température et une paralysie médullaire; 0 gr. 05 par kilogramme produisent déjà un abaissement de température de 2°3; à cette dose, l'uréthane produit des altérations histologiques, surtout une dégénérescence des cellules hépatiques qui est déjà très marquée quand la mort survient une heure et demie après l'injection.

Le chlorétone produit une congestion des viscères abdominaux.

M. Labbé.

MÉDECINE

Doane. *Sur un signe particulier dans la fièvre typhoïde* (*New-York med. Journ.*, 1902, 26 Avril, p. 717). — Trousseau, dans ses cliniques sur la dothiénentérie (« Clinique de l'Hôtel-Dieu », tome Ier), p. 170, insiste sur la valeur de la surdité comme signe pronostique dans la fièvre typhoïde; M. Doane a cherché de même à s'appuyer sur l'état de l'audition pour établir le pronostic de la fièvre typhoïde. Pour cet auteur, comme pour Trousseau, la surdité bilatérale chez les typhiques serait presque toujours un signe favorable, et les malades chez lesquels M. Doane avait observé une perte bilatérale de l'audition auraient presque toujours guéri. La surdité unilatérale pourrait au contraire être souvent considérée comme un indice précoce de la gravité de la fièvre typhoïde. Cette opinion diffère quelque peu de celle de Trousseau, qui ne réservait le pronostic dans les cas de surdité unilatérale que parce qu'il craignait l'apparition d'une otite moyenne.

L. Nattan-Larrier.

Pierre Seytre. *La fièvre des tuberculeux et son traitement* (Brochure chez Vigot frères, Paris). — L'auteur étudie la fièvre dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire. On admet généralement que l'élévation de la température est proportionnée à la marche des lésions. Débutant à la première période de la maladie, elle augmente dans la deuxième, pour enfin atteindre son fastigium à la troisième période. C'est ce que Bargewski a formulé sous forme de loi arithmétique, en prenant pour numérateur le chiffre indiquant la période de l'affection, et pour dénominateur le degré de la température observée. Par exemple, il admet la progression suivante :

$$\frac{1}{38} = \frac{2}{39} = \frac{3}{40}.$$

Seytre s'inscrit en faux contre ces vues trop exclusives; il a pu constater qu'on obtenait, suivant les malades, les rapports suivants :

$$\frac{1}{39} = \frac{2}{38} = \frac{3}{40} \text{ ou } \frac{1}{38} = \frac{2}{40} = \frac{3}{39},$$

ou enfin d'autres combinaisons différentes. Il en conclut que la fièvre des tuberculeux n'est pas toujours en rapport avec la période d'évolution de la maladie, ni avec la gravité, ni avec l'étendue des lésions. Elle n'est pas exclusivement le fait de la tuberculose et reconnaît une autre cause qui est le plus souvent une association microbienne.

Parmi les tuberculeux, on peut distinguer ceux à hautes températures et à grandes oscillations, et ceux à basses températures, à températures moyennes et à faibles oscillations.

Parmi toutes les causes qui peuvent modifier la marche de la température, l'auteur place en tête le rôle du pneumocoque, car il l'a constamment trouvé chez les tuberculeux à hautes températures, seul ou associé à d'autres espèces. Son action fébrigène, moins puissante que dans la pneumonie, se trouve tempérée par suite de la lutte qu'il doit soutenir contre les espèces associés qui lui disputent le terrain, mais elle est durable en général. Elle se manifeste pratiquement par de grandes oscillations qui pour-

raient être rapprochées de celles de la pneumonie aiguë.

Selon Seytre, la fièvre a un point d'origine, un foyer bien localisé, la lésion pulmonaire.

On ne saurait accepter sans réserves une telle interprétation, mais on ne peut qu'approuver complètement le rôle capital que l'auteur fait jouer au terrain organique. Ainsi qu'il le dit, « c'est de ce côté là que se trouvent toutes nos ressources et que se porteront toutes nos espérances »; aussi a-t-il raison d'insister sur l'importance prédominante du traitement modificateur du terrain malade.

BUSQUET.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de l'acné légère de la face.

Pour M. Leredde, qui s'occupe de cette question dans la *Gazette de hôpitaux*, des moyens très simples suffisent souvent pour améliorer l'acné légère de la face, celle qu'on observe chez les jeunes filles et chez les jeunes femmes.

L'eau chaude est souvent utile chez les acnéiques, peut-être parce qu'elle facilite le nettoyage des graisses accumulées à la surface de la peau, peut-être parce qu'elle excite une circulation souvent ralentie, peut-être pour les deux raisons. On lavera la figure le matin et le soir avec de l'ouate hydrophile et de l'eau aussi chaude qu'elle peut la supporter. Mais, presque toujours, il faut compliquer un peu plus le traitement local. On peut recommander les lotions boratées ou bicarbonatées sodiques chaudes (3 pour 100 en moyenne) répétées le matin et le soir, les lotions alcooliques additionnées d'acide salicylique (2-4 pour 100), de résorcine (2 pour 100), ou même de sublimé ou de cyanure de mercure.

Eau de Cologne ou alcool à 90°	1.000 grammes.
Sublimé	1 à 2 —

Après ces lotions, il sera utile de graisser très légèrement la peau avec une crème telle que la suivante :

Lanoline anhydre	10 grammes.
Eau	20 —
Eau de roses	5 —

On peut encore recommander les badigeonnages avec une solution d'ichtyol, aqueuse (5-10 pour 100) ou hydro-alcoolique; (ces badigeonnages devront être précédés d'un dégraissage superficiel par l'alcool.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 11 Juin 1902, à 1 heure. — M. HOVNANIAN : Rupture de l'artère méningée moyenne sans fracture du crâne; MM. Tillaux, Blanchard, Remy, Guiart. — M. MILLOT : De quelques modifications apportées à la cure radicale des hernies inguinales chez l'homme (procédé de Bassini-Ferrari); MM. Tillaux, Blanchard, Rémy, Guiart. — M. GAHINET : Des tumeurs botryomycosiques chez le cheval et chez l'homme; MM. Blanchard, Tillaux, Rémy, Guiard. — M. VEVE : Malformations et lésions dentaires chez les rachitiques; MM. Lannelongue, Richet, Retterer, Legueu. — M. RAISONNIER : La zomothérapie dans la tuberculose pulmonaire chez les enfants; MM. Richet, Lannelongue, Retterer, Legueu.

Jeudi 12 Juin 1902, à 1 heure. — M. CHEDEVERGNE De l'albuminurie symptomatique de l'infarctus rénal; MM. Debove, Cornil, Achard, Méry. — M. GIBOUX : La scarlatine à Paris, dans les trente-sept dernières années; MM. Cornil, Debove, Achard, Méry. — M. BESNIER : Etude médico-légale sur les sévices de l'enfance; MM. Brouardel, Menetrier, Thoinot, Thiroloix. — M. BAILLY-SALIN : Etat sanitaire de la ville de Sens, 1859-1875, 1887-1901; MM. Brouardel, Menetrier, Thoinot, Thiroloix. — M. VIGNAUD : Historique de la paralysie générale; MM. Raymond, Dieulafoy, Vaquez, Jeanselme. — M. CATHELIN : Les injections épidurales par ponction du canal sacré et leurs applications dans les maladies des voies urinaires; MM. Guyon, Le Dentu, Bonnaire, Faure. — M. GROSSE : Des indications de l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse, pendant le travail, dans les grossesses compliquées de fibromes; MM. Guyon, Le Dentu, Bonnaire, Faure. — M. STEINER : Tumeurs du foie opérées, n'ayant été reconnues syphilitiques qu'après l'intervention; MM. Dieulafoy, Raymond, Vaquez, Jeanselme. — M. DERVAUX : De la tuberculose génitale de la femme et de ses complications péritonéales, ascite tuberculeuse et péritonite enkystée; MM. Le Dentu, Guyon, Bonnaire, Faure.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 Juin 1902. — Dissection : MM. Poirier, Rieffel, Cunéo. — 1er, Oral, Nouveau régime : MM. Rémy, Sebileau, Gley. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime : MM. Tillaux, Lepage, Mauclaire. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Reclus, Legueu. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Lannelongue, Broca (Aug.), Delens. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Gaucher, Legry.

Mardi 10 Juin 1902. — 3e (Deuxième partie) Nouveau régime : MM. Cornil, Méry, Chassavent. — 1er Oral, Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Quénu, Thiéry, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Hutinel, Menetrier, Launois. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Dieulafoy, Rénon, Gouget. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Chantemesse, Vaquez, Achard. — 5e, Chirurgie (Première partie), Charité : MM. Guyon, Marion, Faure. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Proust, Dupré, Jeanselme. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Joffroy, Charrin, Thiroloix. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Mercredi 11 Juin 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Lejars, Cunéo, Rieffel. — 3e Oral (Première partie), (1re série), Nouveau régime : MM. Kirmisson, Poirier, Wallich. — 3e, Oral (Première partie) (2e série), Nouveau régime : MM. Pinard, Delens, Sébileau. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, MM. Fournier, Brissaud, Gaucher. — 5e Chirurgie (Première partie), Laënnec : MM. Reclus, Broca (Aug.), Walther, Widal.

Jeudi 12 Juin 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. Quénu, Tiéry, Rieffel. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Ecole pratique : MM. Chantemesse, Charrin, Hauriot. — 1er Oral, Salle Vulpian : MM. Schwartz, Poirier, Launois. — 2e, Salle Pasteur : MM. Gariel, Rémy, Langlois. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Thouret : MM. Hutinel, Wurtz, Teissier. — 3e (Première partie), Oral, Salle Richet : MM. Pozzi, De Lapersonne, Potocki. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Richaud.

Vendredi 13 Juin 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Brissaud, Blanchard, Legry. — 2e : MM. Richet, Retterer, Broca (André). — 4e Salle Thouret : MM. Pouchet, Thoinot, Wurtz. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Terrier, Delens, Gosset. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Kirmisson, Lejars, Mauclaire. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Teissier, Bezançon. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 14 Juin 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Gilbert, Guiart. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Pasteur : MM. Hutinel, Ballet, Renon. — 5e Chirurgie (Première partie), Beaujon : MM. De Lapersonne, Marion, Quenu. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Beaujon : MM. Proust, Menetrier, Jeanselme. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Beaujon : MM. Raymond, Vaquez, Dupré. — 5e Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Potocki.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Saint-Louis. — M. Morestin vient de reprendre ses conférences de clinique chirurgicale du mercredi. Ces conférences ont lieu à 10 h. 1/2, au service d'isolement. Elles sont suivies de la présentation de malades.

Hôpital Boucicaut (leçons théoriques et pratiques de gynécologie). — M. Doléris, chef de service, commencera un cours le vendredi 6 Juin, à 10 heures, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi suivants.

Les exercices pratiques auront lieu les mêmes jours, par séries.

Le cours comprendra 24 leçons.

On s'inscrit à l'hôpital Boucicaut.

Le nombre des inscriptions est fixé à quinze.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Nous apprenons avec plaisir que M. Durand-Fardel, qui prit une part si active à l'organisation des cérémonies commémoratives du Centenaire de l'Internat, est nommé chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

La médaille du Centenaire de l'Internat. — La frappe de la médaille du Centenaire est arrêtée parce que les coins sont cassés. La fracture de ces coins est difficile et longue à réparer; il faut pour y parvenir une somme de 750 francs et quelques semaines de patience. Un certain nombre de souscripteurs devront donc attendre.

Tout souscripteur peut *passer, mais non écrire*, à la librairie Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne, pour retirer sa médaille si elle est prête.

Les envois de la médaille aux souscripteurs ne se feront qu'avec l'envoi du livre du Centenaire, sans doute après les vacances.

Corps de santé militaire. — Le prix de chirurgie d'armée pour l'année 1901 a été décerné à M. Bassères, médecin-major de 2e classe. Le sujet était : *Du pansement immédiat des plaies par projectiles de guerre : pansement sec ou pansement humide.*

Corps de santé de la marine. — M. Bourru, directeur du service de santé de la marine est appelé à continuer ses services à Lorient, à partir du 15 Juin prochain, en remplacement de M. Talairach, nommé directeur de l'Ecole de Bordeaux.

Corps de santé des troupes coloniales. — Le tour de service colonial des officiers du corps de santé des troupes coloniales est établi comme suit à la date du 1er Juin : Médecin principal de 1re classe, M. Drevon; médecins-majors de 1re classe, MM. Le Guen, Fortoul, Clavel, Lemoine; médecins-majors de 2e classe : MM. Ouville, Bellard, Chabaneix, Vinas, Salzac, Tédeschi, Ortholan, Brossier, De Biran, Sadoul, Castueil, Ilbert, Conan; médecins aides-majors de 1re classe : MM. Sanquirico, Escande de Meissières, de la Barrière, Pellan, Couibier, Féray, Roubaud, Binard, Mathis.

CONCOURS

Médecins des hôpitaux. — *Epreuves définitives.* — Séance du 30 Mai. — Ont passé : MM. Sergent, Laffitte, de Grandmaison.

Séance du 1er Juin. — Ont passé : MM. Josué, Appert, Pissary.

Assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux. — Le jury pour le concours à deux places d'assistant titulaire et à deux places d'assistant adjoint d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux est composé comme suit : MM. Lermoyez, Sébileau, Danlos, Chaput, Lombard.

Adjuvat. — A la suite des opérations du concours de l'adjuvat, le jury a classé les candidats dans l'ordre suivant : MM. Tridon, 71; Chevassu, 71; Hallopeau, 71; Grégoire, 69; Bouchet, 68; Neveu, 65; Mercadé, 64; Gasne, 63; Lebreton, 62.

Sont nommés : MM. Chevassu, Hallopeau, Tridon, Grégoire et Bouchet.

Internat en pharmacie. — Le jury du concours des prix de l'internat en pharmacie est composé comme suit : MM. Bourquelot, François, Héret, Prunier, Bocquillon.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 46. — Samedi, 7 Juin 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

LIVRES NOUVEAUX

MÉDECINE PRATIQUE

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

LA RÉFORME DE L'AGRÉGATION

LES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Dans un précédent article j'ai montré quels progrès constituaient les heureuses modifications projetées à la Faculté de médecine relativement au concours d'agrégation. Il me reste à dire quelles modifications dans le fonctionnement de l'agrégation sont en ce moment à l'étude.

Sous le régime actuel les agrégés sont nommés pour neuf ans ; après ce laps de temps ils cessent toutes fonctions et n'appartiennent plus à la Faculté; ils peuvent cependant être rappelés à l'exercice en cas de besoin.

Cette situation exceptionnelle dans l'Université est absolument anormale.

Il est inadmissible, en effet, que celui qui, après un laborieux concours, a été nommé agrégé n'obtienne ainsi définitivement que la seule possession d'un titre, n'en n'ayant que temporairement le grade et la fonction.

Sans compter que la limitation à neuf ans de la durée du temps d'exercice est irrationnelle, en ce sens que l'agrégation étant la pépinière du professorat, aucune interruption ne devrait avoir lieu dans les fonctions de l'agrégé, depuis sa nomination jusqu'au jour où il est appelé à une chaire magistrale.

Tout le monde s'accorde pour juger que cet état anormal constitue une véritable injustice et qu'il y a lieu d'y remédier : tous les agrégés, tous les candidats à l'agrégation demandent donc la *pérennité* de l'agrégation.

Mais quels pouvaient être les voies et moyens pour effectuer cette réforme?

De grosses difficultés se présentaient pour changer du tout au tout le fonctionnement d'une institution qui n'avait guère été modifiée depuis son origine en 1823. Difficultés administratives relativement à la division et à la répartition du travail entre tous les agrégés; difficultés budgétaires, le ministère de l'Instruction publique ayant spécifié qu'une réforme n'était possible qu'autant qu'elle n'entraînerait aucun supplément de dépenses, les allocations attribuées à l'ancien régime de l'agrégation devant suffire pour le nouveau régime projeté.

* * *

Dans ces conditions, étant donné que l'on faisait table rase de l'institution actuelle de l'agrégation, la première préoccupation de la Commission de la Faculté chargée de préparer la réforme, devait être d'établir un budget qui obtînt l'approbation du Conseil supérieur de l'Université et celle du ministère, et ce n'était pas chose facile.

La Commission chargea de ce travail préparatoire et essentiel son rapporteur, le professeur de Lapersonne, auquel ses fonctions pendant neuf ans de doyen de la Faculté de médecine de Lille avaient donné une compétence spéciale. Malgré toutes les difficultés que présentait un semblable travail, il lui fut possible de constituer son budget de façon à ce que toutes les réformes demandées fussent applicables.

Voici, en conséquence, quel est le projet actuellement en discussion et qui ne peut, sauf quelques légères modifications, manquer d'aboutir.

* * *

Le nombre des agrégés serait le double de celui des professeurs. Comme il y a actuellement 36 professeurs, le cadre complet des agrégés serait de 72.

Je rappelle, à ce propos, quelles sont les chaires professorales formant les trois sections :

Section de médecine. — 17 chaires : pathologie générale; pathologie médicale, 2; anatomie pathologique; thérapeutique; hygiène; médecine légale; histoire de la médecine; pathologie expérimentale; clinique médicale, 4; clinique des maladies infantiles; clinique des maladies nerveuses; clinique des maladies mentales; clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Section de chirurgie et accouchement. — 12 chaires : pathologie chirurgicale; opérations et appareils; clinique chirurgicale, 4; clinique d'accouchements, 2; clinique ophtalmologique; clinique des maladies des voies urinaires; clinique gynécologique; clinique chirurgicale infantile.

Section des sciences biologiques. — 7 chaires : anatomie; histologie; physiologie; physique; chimie; histoire naturelle; pharmacologie.

Les fonctions des agrégés n'avaient pas besoin d'être définies à nouveau; elles l'ont été en termes parfaits par l'article 2 d'un arrêté du 30 Juillet 1886 qui dit que les agrégés participent aux examens, remplacent les professeurs et font des conférences pour compléter cet enseignement. Rien ne serait changé dans ces attributions.

Mais, en outre, pour mieux assurer l'enseignement des spécialités et pourvoir dans les meilleures conditions possibles au remplacement des professeurs chargés de chaires spéciales, l'on projette la création de places d'agrégés spécialisés; et spécialisés dès le concours : c'est-à-dire que les candidats à l'agrégation feraient leur épreuve orale sur un sujet afférent à la spécialité qu'ils auraient désignée. D'ores et déjà il est à peu près certain que les agrégations spécialisées suivantes seront établies : ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, dermatologie et syphiligraphie, médecine légale, hygiène, maladies nerveuses.

Cette création est absolument nécessaire pour assurer le recrutement des professeurs spéciaux. En veut-on un exemple typique? A l'heure actuelle, si le professeur d'ophtalmologie de la Faculté de Paris était dans la nécessité de cesser son service, aucun agrégé de la Faculté n'aurait la compétence nécessaire pour le remplacer. Pareil état de choses ne peut pas plus longtemps durer.

Une fois nommé, l'agrégé resterait en fonctions jusqu'à l'âge de soixante ans; à cet âge il serait admis à faire valoir ses droits à la retraite. Il a semblé que l'âge de la retraite de l'agrégé ne devait pas être le même que celui du professeur qui est de 70 ans.

Du jour de sa nomination comme *agrégé titulaire*, l'agrégé toucherait des appointements de 500 francs par an sur lesquels est pratiquée la retenue pour la caisse des retraites. C'est là, en somme, une simple formalité d'ordre administratif, car les véritables appointements des agrégés seront constitués par les indemnités attribuées pour examens et leçons qui s'élèveront à 30 francs par examen et à 50 francs par leçon. Ce paiement au prorata du travail effectué établit nettement le principe sur lequel sera basée dorénavant la rétribution des agrégés; aussi bien, les agrégés titulaires ayant 500 francs d'appointements fixes devront-ils gratuitement à la Faculté 16 examens par an.

* * *

Je viens de parler d'agrégés titulaires; ceci demande une explication.

Lors de chaque concours d'agrégation, le Ministre fixe le nombre de places à donner. Après le concours, les candidats reçus seraient nommés agrégés et en rempliraient dès lors toutes les fonctions. Au fur et à mesure des vacances se produisant dans le cadre fixe des agrégés, démission, retraite, nomination de professeur, les agrégés seraient, sur l'avis du conseil de la Faculté, nommés agrégés titulaires.

Je rappelle que d'après l'état de choses actuel, le chiffre total du cadre des agrégés serait de 72; mais il pourrait parfaitement ne pas être tenu au complet, un certain nombre de places étant laissées vacantes.

D'autre part, suivant les nécessités du service, le Ministre pourrait mettre au concours le nombre de places jugées nécessaires, sans se baser absolument sur l'état du cadre fixe de titulaires; car, avant tout, la réforme de l'agrégation tend à organiser le service des conférences aux étudiants, et celui des examens, de façon à ce qu'ils fonctionnent d'une façon régulière et répondent à un enseignement complet.

* * *

Pour que la réforme de l'agrégation se fasse sans déni de justice, il était nécessaire de régler la situation des anciens agrégés ayant terminé leur neuf ans d'exercice, les *agrégés libres*, âgés de moins de soixante ans, bien entendu.

Il a donc été décidé que le Conseil de la Faculté serait appelé à désigner ceux d'entre eux qui demanderaient à rentrer dans le cadre des agrégés titulaires, en tenant compte d'une part, du nombre de places vacantes, d'autre part, de l'âge, des titres et des aptitudes des postulants.

Cette mesure transitoire semble devoir donner toute satisfaction aux intéressés, en attribuant aux réformes projetées un effet rétroactif suffisant pour utiliser toutes les forces disponibles parmi les agrégés libres.

* * *

Ainsi préparée dans ses grandes lignes, la « Réforme de l'agrégation » peut, si elle est méthodiquement exécutée, avoir sur l'enseignement à la Faculté de Paris une influence des plus salutaires. Mais il ne faut pas se dissimuler que cette exécution sera une lourde tâche pour le doyen auquel en incombe toute la responsabilité; on ne saurait donc trop remercier le professeur Debove d'avoir bien voulu l'assumer.

En tout cas, on peut affirmer que la pérennité de l'agrégation, en d'autres termes la fonction maintenue permanente pendant toute la période d'activité physique et intellectuelle, outre qu'elle donne satisfaction aux intéressés, sera un fort stimulant au point de vue pédagogique pur: l'agrégé mettra son amour-propre à faire le mieux possible un cours dont il aura longtemps la responsabilité, et non plus d'une façon passagère.

En outre, la sélection se fera en quelque sorte d'elle-même parmi les agrégés, de ceux qui ayant le plus de succès dans leur enseignement, seront ainsi tout désignés pour le professorat, le jour où une chaire deviendrait vacante : le recrutement des professeurs y gagnera certainement.

Enfin, la nouvelle organisation permettra au doyen, de concert avec son Conseil de professeurs, d'organiser à la Faculté dé médecine une méthode pédagogique qui, à proprement parler, n'existe pas aujourd'hui, et dont l'urgence se fait de plus en plus sentir. Pour instituer cette méthode, en effet, une continuité d'action était nécessaire : elle n'était pas possible avec l'agrégation ancienne, temporaire; elle le devient avec l'agrégation nouvelle, durable.

Ainsi, peu à peu, chaque chaire magistrale deviendra bientôt, sans doute, un véritable centre d'action pédagogique; avec son personnel aussi instruit qu'expérimenté, avec son outillage perfectionné, le professeur ne sera plus seulement un homme de science répandant ses idées et ses doctrines, mais un vrai directeur d'études médicales.

Tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de notre Faculté de médecine, tous ceux qui sentent, sans être révolutionnaires, qu'une évolution progressive est aujourd'hui indispensable, doivent faire tous leurs efforts pour aider à une réforme dont les conséquences peuvent être si considérables.

E. De Lavarenne.

BIBLIOGRAPHIE

Des fractures de l'olécrane. Leur traitement par le cerclage, par M. L. Decq. *Thèse*, Paris, 1902. (*A. Maloine*, éditeur, Paris.)

Le massage pour tous, par M. de Frumerie, 1 vol. in-18 avec 24 figures, 1 franc. (*Vigot frères*, éditeurs, 23, Place de l'École-de-Médecine.)

Traité théorique et pratique du massage et de la gymnastique médicale suédoise. Leur emploi thérapeutique, par J.-E. Marfort, masseur gymnaste de l'Institut des demoiselles nobles. 2e édition, 1 vol. in-8°, avec 50 figures en simili-gravure, 4 francs. (*Vigot frères*, éditeurs, 23, Place de l'École-de-Médecine, Paris.)

Anatomie des centres nerveux, par J. Déjerine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, avec la collaboration de Mme Déjerine-Klumpke, docteur en médecine. Tome II, fascicule I : anatomie du cerveau (suite); anatomie du rhombencéphale; 1 vol. in-8° jésus de 730 pages, avec 465 figures dans le texte, dont 180 en couleurs; prix, broché, 32 francs. (*J. Rueff*, éditeur, Paris.)

Contribution à l'étude du rhumatisme pleural, par M. Charles Jarvis, ancien interne des hôpitaux, *Thèse*, Paris, 1902. (*C. Naud*, éditeur, Paris.)

PLAIE DU CŒUR
PAR BALLE DE REVOLVER

PAR

L. BÉRARD — Chirurgien des hôpitaux, Agrégé

Ch. VIANNAY — Interne des hôpitaux, Préparateur

à la Faculté de médecine de Lyon.

Les plaies du cœur ont passé longtemps pour immédiatement mortelles. Cette opinion, qui reposait bien plus sur des considérations théoriques que sur l'analyse des faits, fut bientôt reconnue trop exclusive. Galien l'avait remarqué déjà; et les observateurs qui le suivirent, Ollivier d'Angers, Sénac, Morgagni, Larrey, Jobert de Lamballe [1] confirmèrent que quelques plaies du cœur permettent une certaine survie.

On sait aujourd'hui que ces faits, considérés jadis comme des exceptions, constituent en réalité la *règle*. On en trouve un assez grand nombre dans les mémoires de Fischer [2], de Cestan [3], de Loison [4]. Tout récemment Mallausséna [5], dans une statistique portant sur 329 cas de plaies du cœur, a trouvé seulement 94 morts foudroyantes ou rapides (28 pour 100) et 235 survivances ou guérisons : soit environ 72 pour 100.

Mais la plupart de ces cas de survie concernent des plaies par instruments piquants, tranchants, dans lesquelles on est intervenu et on a tenté la suture pour parer au danger immédiat d'une hémorragie intra-péricardique.

Les plaies pénétrantes du cœur par coup de feu sont un peu moins fréquentes et sont moins souvent l'occasion d'interventions chirurgicales, car elles déterminent d'ordinaire la mort à court délai. C'est ce qui nous engage à relater un cas que nous avons eu récemment l'occasion d'observer, étant, l'un chirurgien, l'autre interne de garde à l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit d'un blessé atteint de plaie perforante des deux ventricules, par balle de revolver, qui survécut trois jours à sa blessure, et qui mourut avec un hémothorax modéré dû à une plaie concomitante du poumon sans épanchement sanguin notable dans le péricarde [6].

* * *

X..., vingt-huit ans, infirmier à la Charité, est apporté à l'Hôtel-Dieu, le 17 juillet 1901, à 10 h. 1/2 du soir. Il vient de se tirer, environ une demi-heure auparavant, un coup de revolver dans la poitrine.

On voit l'orifice d'entrée de la balle dans le 4ᵉ espace intercostal, immédiatement en dehors du bord droit du sternum. Cet orifice est régulièrement arrondi, ses bords sont noircis par la poudre; il a été produit par une balle de 6 millim. 1/2 (fig. 1, a).

Le blessé est dans un état extrêmement grave : il est sans connaissance, les globes oculaires convulsés en haut; ses extrémités sont glacées. La face, livide, légèrement cyanosée, est couverte d'une sueur froide. Sa respiration est rapide, très superficielle, son pouls incomptable.

Les bruits du cœur sont précipités et extrêmement sourds. De plus, on perçoit, toutes les deux ou trois systoles, un bruit systolique, à timbre hydro-aérique, sans que l'on ait jamais pu percevoir de véritable bruit de moulin. *Pas de modification sensible de la matité précordiale*; pas de matité pleurale, ni à droite, ni à gauche. Pas de traumatopnée.

Pendant que l'on nettoie les bords de la plaie, le blessé revient à lui et demande à boire. La plaie étant complètement désinfectée, il n'en sort que quelques gouttes de sang noir qui s'échappent en bavant; on applique un pansement antiseptique, on injecte coup sur coup au malade quatre seringues de Pravaz d'éther et on l'emporte dans un lit de la salle Président-Carnot,

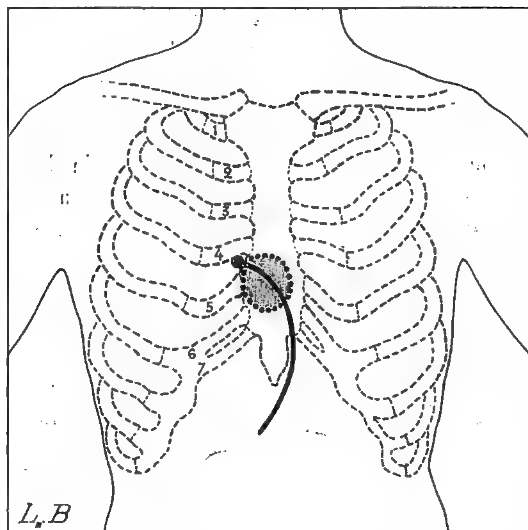


Figure 1.

Le tracé de l'incision des téguments est représenté par la ligne *ab* (trait plein) en parenthèse à concavité droite, partant du point d'entrée du projectile *a* pour s'arrêter à 5 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde. — Le cercle limité par des pointillés représente la portion du sternum qui a été trépanée au davier-gouge.

dépendant du service du professeur Pollosson.

A minuit, le chirurgien de garde, appelé, revoit le malade. Ce dernier a repris complètement connaissance. Sa respiration est toujours superficielle et rapide (30); on compte aisément son pouls (130) qui est très accéléré et dont la tension est encore faible.

Les bruits du cœur sont moins sourds; on n'entend plus aucun bruit anormal. L'aire de la matité précordiale est plutôt diminuée. Toujours pas de matité pleurale ni de signe d'épanchement; le murmure vésiculaire est faible, mais s'entend cependant des deux côtés jusqu'à la base. Lorsqu'on fait asseoir le blessé, il est pris d'une petite quinte de toux.

Sur la table de pansement, et tout étant préparé pour une intervention, on explore prudemment le trajet de la balle avec un stylet mousse. A 3 centimètres environ de la peau, on arrive sur un corps dur qui ne rend pas un son métallique, mais donne plutôt l'impression d'une esquille osseuse. Le malade tousse légèrement, surtout au moment où on l'assied pour l'ausculter, mais il n'a pas eu d'hémoptysie.

A cause de l'absence de tout signe d'hémorragie grave dans le péricarde et dans les plèvres, et étant donné d'autre part la légère amélioration présentée par le malade, l'intervention chirurgicale est différée.

Le 18, à 7 heures du matin, aucun symptôme nouveau n'est apparu. Toujours pas d'hémoptysie. La tension du pouls est un peu meilleure; les battements du cœur sont toujours rapides : 125. Mais le blessé est très agité; il se plaint de tension et de douleur au niveau de la région épigastrique qui est fortement tympanisée et en contracture, comme s'il y avait eu rupture dans le péritoine d'un des viscères sous-diaphragmatiques.

Aussi suppose-t-on que la balle, entrée au ras du bord supérieur du 5ᵉ cartilage costal droit, a pu perforer le diaphragme et la petite courbure de l'estomac.

Pour cette raison surtout, une intervention est décidée.

De façon à ne laisser échapper aucune des lésions thoraciques ou sous-phréniques, une incision, en parenthèse (]) à concavité droite, est menée en partant de l'orifice d'entrée de la balle, descend le long du bord gauche du sternum, puis parallèlement au rebord inférieur des fausses côtes du côté droit. Par cette incision, on pourra facilement, s'il le faut, détacher un volet sterno-costal droit ou gauche, suivant que l'un ou l'autre des culs-de-sac pleuraux antérieurs aura été intéressé, et explorer la petite courbure de l'estomac, en entrant dans la cavité péritonéale, vers la pointe de l'appendice xiphoïde (fig. 1, ab).

Après dissection, suivant une largeur de 3 ou 4 centimètres, des parties molles du lambeau, une trépanation au davier-gouge, de la largeur d'une pièce de 5 francs, est faite sur le sternum. Le cinquième cartilage droit est maintenu soulevé.

On arrive ainsi facilement sur l'angle de réflexion du cul-de-sac pleural droit qui apparaît indemne et qui est refoulé à droite. La face antérieure du péricarde apparaît alors, percée, près de la base, d'un orifice du diamètre du petit doigt, à bords contusionnés, ecchymotiques, *mais par où il ne s'écoule aucune goutte de sang*. Une sonde cannelée, introduite prudemment par cet orifice, butte contre la pointe du cœur, sans qu'on parvienne, en dirigeant son extrémité dans des sens divers, à la faire pénétrer dans la continuation du trajet du projectile, soit vers la plèvre gauche, soit à travers le diaphragme.

Il est donc impossible de reconnaître ainsi si la plèvre gauche est perforée, et si la traumatopnée, constatée depuis la découverte de l'orifice péricardique, provient de l'entrée et de la sortie de l'air dans le péricarde, ou dans la plèvre gauche, au cours des mouvements respiratoires. Le cul-de-sac antérieur de la plèvre gauche n'est ni ecchymotique, ni distendu par du sang.

Devant l'absence de tout épanchement sanguin dans le péricarde constatée de visu, *à travers l'orifice d'entrée du projectile* un peu agrandie au ciseau, on pense que le cœur n'a pas été perforé par la balle et que, dans tous les cas, il n'y a là aucune indication immédiate d'hémostase à remplir. Quant à la perforation de la plèvre gauche, si elle existe,

1. Jobert de Lamballe. — « Réflexions sur les plaies pénétrantes du cœur ». *Archives générales de médecine*, 1839.
2. Fischer. — *Arch. für klinische Chirurg.*, 1868, T. IX, p. 571.
3. Cestan. — « L'intervention chirurgicale dans les traumatismes du cœur et du péricarde ». *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1898, 27 Février, p. 193.
4. Loison. — « Des blessures du cœur et du péricarde, et de leur traitement ». *Rev. de chir.*, 1899.
5. Mallausséna. — « Etude médico-légale des blessures du cœur par instruments piquants-tranchants ». *Thèse*, Lyon, 1900.
6. Les pièces provenant de l'autopsie de ce malade, ont été présentées par l'un de nous à la Société de chirurgie de Lyon (séance du 25 Juillet 1901).

elle doit siéger en un point déclive et sans que le poumon ait été blessé, puisqu'à aucun moment il n'y a eu d'hémoptysie et que l'auscultation de la plèvre a été négative, aussi bien après la tentative de suicide que de suite après l'opération, c'est-à-dire au bout de neuf heures.

Pour toutes ces raisons, les manœuvres dans la région thoracique sont arrêtées là; des tampons de gaze iodoformée, étalés sur l'orifice péricardique, atténuent l'entrée et la sortie de l'air pendant les mouvements respiratoires. A travers les articulations chondro-sternales droites, 6e et 7e, facilement coupées au bistouri, et à travers les insertions du diaphragme, on descend dans la région épigastrique qui est incisée sur une hauteur de 6 à 8 centimètres. La face antérieure de l'estomac, après soulèvement du lobe gauche du foie, apparaît nette de tout épanchement hématique ou alimentaire. On ne constate rien d'anormal sous le petit épiploon. Le péritoine est refermé par un surjet au catgut, et toute la partie inférieure du lambeau est réunie par des points métalliques.

L'intervention, qui a duré vingt-cinq minutes, ne semble pas avoir déprimé beaucoup le malade dont l'état reste le même après qu'avant l'opération. Injections de sérum et piqûres d'éther. Dans la journée qui suit l'opération, le blessé est relativement calme. Sa respiration reste toujours rapide et superficielle; pouls : 130; température : 38°2.

Le 19, au matin, état stationnaire. Pouls : 128; respiration : 29; température : 38°. Le malade est un peu plus agité et trouve insupportable le décubitus dorsal prolongé; il se plaint d'une soif intense.

Le soir, l'agitation a augmenté, et la température s'élève à 39°2. Dyspnée de plus en plus intense, légère cyanose. Pas d'hémoptysie. Matité à la base gauche sans signe de grand épanchement.

Le 20, la température se maintient élevée; 39° le matin, 39°9 le soir. Les battements du cœur sont de plus en plus précipités; la dyspnée et la cyanose augmentent, en même temps que l'inquiétude et l'agitation du blessé.

Sur le soir, les symptômes de collapsus cardiaque s'accentuent, les extrémités se refroidissent progressivement, et, un peu avant minuit, le malade meurt.

— L'autopsie fut pratiquée le 22 Juillet :

Incision cruciale des parties molles présternales que l'on rabat en quatre lambeaux. Ablation du plastron sterno-costal que l'on détache de haut en bas.

Le plastron enlevé, on reconnaît le cul-de-sac pleural droit et le péricarde sur lequel on retrouve la trace du passage de la balle. On ouvre alors le péricarde largement.

Dans son intérieur, on trouve un peu de *sang, en partie coagulé* (*une cuillerée à soupe au maximum*), dissimulé derrière le cœur et appliqué contre la paroi postérieure du péricarde.

En explorant avec soin la surface du cœur qui semble d'abord indemne, on découvre deux orifices aux bords accolés, l'un d'entrée, l'autre de sortie, faits par *la balle qui a traversé l'organe de part en part.* Se réservant d'examiner ultérieurement le cœur en détail, on continue à suivre le trajet de la balle. Sur la paroi gauche du péricarde, se voit un autre orifice par lequel elle a passé pour aller ensuite perforer le lobe antéro-inférieur du poumon gauche.

Une partie du lobe inférieur de ce poumon est atélectasiée, et la plèvre correspondante contient environ un demi-litre de sang, en partie liquide, en partie coagulé. On enlève

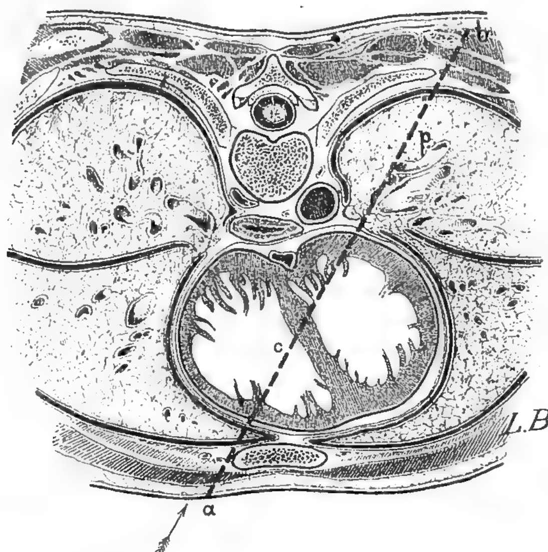


Figure 2. — Schéma du trajet de la balle.

Point d'entrée en *a* sur le bord droit du sternum. — Le projectile se perd en *b* dans les muscles des gouttières, après avoir perforé de part en part le cœur *c* et le lobe inférieur du poumon gauche *p*.

le poumon gauche; il ne contient pas la balle dont on voit l'orifice de sortie sur sa face externe. On vide la plèvre gauche, et, dans le sang épanché, au milieu des caillots que l'on triture, on cherche en vain le projectile. On éponge soigneusement la plèvre pariétale qui présente, sur une assez grande étendue, une teinte ecchymotique et qui est soulevée par des bulles d'emphysème crépitant sous le doigt. On explore le cul-de-sac costo-diaphragmatique, toujours sans rencontrer la balle. Le diaphragme est intact; aucune perforation sur sa face supérieure.

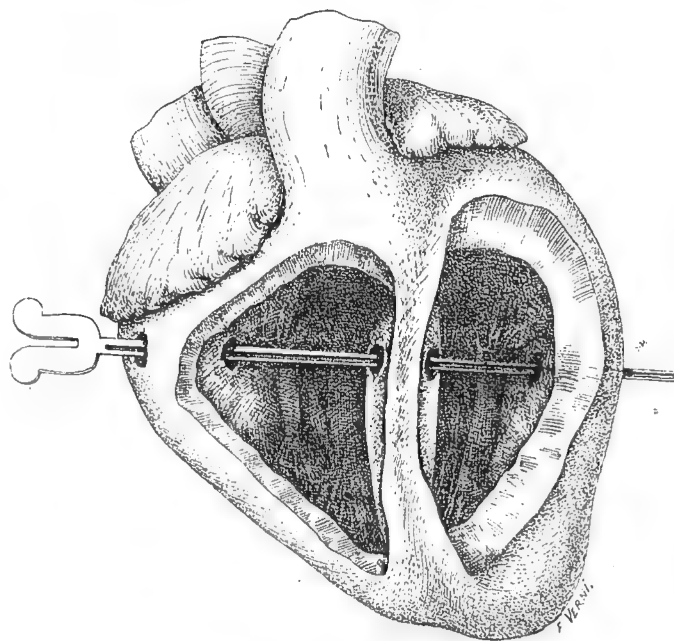


Figure 3.

La sonde cannelée passe à travers les orifices des deux ventricules et de la cloison interventriculaire.

Dans le 7e espace intercostal, immédiatement au-dessous du bord inférieur de la 7e côte, à 10 centimètres environ de la colonne vertébrale, on découvre l'orifice par lequel la balle est sortie de la cavité pleurale.

En regard de la perforation du 7e espace, il existait seulement, dans les plans sous cutanés, une tache ecchymotique et un espace décollé par les gaz et le sang. En aucun point de la région la peau n'était perforée : la balle a dû probablement contourner la face externe du thorax pour aller se loger dans la masse des muscles des gouttières vertébrales (fig. 2).

On explore alors soigneusement le diaphragme et l'abdomen : estomac, foie, arrière-cavité des épiploons, loge rénale gauche... Nulle part on ne trouve la moindre trace du passage de la balle, ni la plus petite tache ecchymotique.

Examen du cœur. — Ces constatations faites, on examine le cœur en détail. Le projectile l'a perforé de droite à gauche, d'avant en arrière et un peu de haut en bas. L'orifice d'entrée siège sur le bord droit du ventricule droit, près de sa base. La balle a traversé le ventricule droit, en rasant sa face postérieure, et sans léser aucun pilier; puis elle a perforé la cloison interventriculaire près de l'insertion de son bord postérieur, a traversé le ventricule gauche, toujours en respectant les piliers, puis est ressortie au niveau du bord gauche du cœur, à peu près à égale distance de la pointe et du sillon auriculo-ventriculaire gauche.

L'appareil valvulaire des deux cœurs, y compris les cordages et les piliers, est absolument intact.

La figure 3 représente le cœur, après ouverture des cavités ventriculaires, une sonde cannelée indiquant le chemin suivi par le projectile.

Les autres viscères étaient absolument normaux.

***

Cette observation est intéressante, surtout par *l'absence des signes classiques de la perforation du cœur et notamment par l'absence d'hémo-péricarde, malgré une plaie pénétrante des deux ventricules.* En outre, au point de vue thérapeutique, elle tend à montrer que certaines plaies du cœur sont en dehors des ressources de la chirurgie. Dans notre cas, en effet, même si l'on avait constaté la double plaie pénétrante du cœur au cours de l'intervention chirurgicale, on n'aurait eu aucune indication à remplir par la suture, puisque l'hémostase s'était faite spontanément.

1° *Absence de signes.* — La symptomatologie de cette double plaie pénétrante fut extrêmement pauvre. Il n'y eut ni hémorragie par la plaie, ni modification nette de la matité précordiale, ni souffle, ni bruits musicaux analogues à ceux entendus par Ferrus, Jobert, Laënnec. Tout se borna à une accélération et à un affaiblissement considérables des bruits du cœur, *sans arythmie.*

L'absence d'arythmie avait été notée déjà dans les plaies du cœur concurremment avec l'absence d'hémo-péricarde. Dans 5 cas, parmi ceux réunis par Fischer, le pouls était resté régulier jusqu'à la mort; or, dans aucun de ces cas, il n'y avait d'hémo-péricarde.

L'absence de souffle et de bruits anormaux s'explique par l'intégrité de l'appareil valvulaire des deux cœurs.

Enfin, l'absence du bruit de moulin, ou plutôt son inconstance, car, au début, on per-

çut nettement et à plusieurs reprises un léger bruit hydro-aérique, nous semble devoir être attribuée à l'insuffisance de l'épanchement sanguin. En effet, le bruit de moulin exige, pour se produire, qu'un épanchement d'air et de liquide se trouve en contact avec le cœur ; le battage des gaz et du liquide par les mouvements cardiaques produit le bruit caractéristique. Dans notre cas, l'élément gazeux était représenté par l'air, venu de la plèvre gauche dans le péricarde, à travers la plaie de la cloison pleuro-péricardique, mais l'élément liquide faisait défaut; ainsi que nous l'avons déjà dit, il n'y avait que quelques petits caillots sanguins appliqués contre la paroi postérieure du péricarde et contre le cœur lui-même.

Doit-on faire jouer un rôle, dans la production de la cyanose qu'a présentée notre malade, au mélange du sang des deux ventricules? Cette explication, rappelant la théorie de MM. Bard et Curtillet sur la maladie bleue tardive, ne nous paraît pas de mise ici, du moins à titre exclusif. L'accélération et l'affaiblissement des battements cardiaques, diminuant la circulation pulmonaire et, par conséquent, l'hématose, la plaie du poumon gauche et le léger hémothorax qui l'accompagna, nous rendent bien suffisamment compte de la cyanose et de la dyspnée du blessé. D'ailleurs, la perforation de la cloison interventriculaire n'a probablement pas été plus perméable au sang que les deux autres, et le mélange du sang des deux ventricules ne s'est pas forcément effectué.

L'absence d'augmentation de la matité précordiale s'explique très naturellement dans notre cas par l'absence d'hémo-péricarde. On sait d'ailleurs que, même dans le cas d'épanchement sanguin traumatique assez abondant dans le péricarde, la matité précordiale n'est pas beaucoup augmentée : la mort arrive par compression du cœur, bien avant que l'épanchement ait pu distendre le sac fibreux péricardique.

Chez notre blessé, il n'y a pas eu de compression du cœur, puisqu'il n'y avait pas d'hémopéricarde. C'est là une des circonstances qui ont favorisé la survie.

L'hémo-péricarde est, en effet, l'une des causes de mort rapide le plus habituelles dans les plaies pénétrantes du cœur. Comme l'ont démontré les expériences de François-Franck et Lagrolet, le sang épanché dans le péricarde comprime d'abord les oreillettes qui, moins charnues, moins puissantes par suite, cessent rapidement de battre; le sang n'afflue plus dans les ventricules, et la circulation s'arrête.

2° *Au point de vue thérapeutique*, ce cas comporte quelques enseignements.

Au début, il n'y a pas eu d'indication opératoire nette. On sait, en effet, que l'*indication* d'une intervention immédiate est presque toujours fournie par l'hémorragie externe ou surtout interne, et par les signes de compression du cœur qui en résultent. Or, notre blessé n'a jamais présenté aucun signe d'hémopéricarde, ni — au début du moins — aucun signe d'hémothorax. Si on l'a opéré le lendemain de la blessure, c'est à cause de la tension de la région épigastrique et des nausées dont il se plaignait, ces deux symptômes pouvant faire supposer que la balle avait perforé le diaphragme et lésé quelque viscère abdominal. L'état du pouls, petit et rapide, cadrait du reste assez bien avec cette hypothèse. Il nous semble que cette tension épigastrique doit être expliquée par l'excitation des nerfs intercostaux et pleuraux, dont quelques filets, antérieurs ou postérieurs, ont dû être atteints par la balle.

L'*incision* à laquelle on eut recours ne ressemble pas à celles qui ont été préconisées jusqu'ici pour la péricardotomie (Retter, Fontan, Terrier). C'est là un détail de peu d'importance, car chaque cas comporte son incision. Ici, il fallait pouvoir explorer à la fois le thorax et l'abdomen, puis, le cas échéant, être prêt à amorcer rapidement un large volet sterno-costal droit ou gauche, à la manière de Rœtter.

Le péricarde une fois découvert, on reconnut sa perforation, dont on se borna à écarter les bords, sans l'agrandir beaucoup. En effet, il n'y avait aucun signe d'hémorragie intra-péricardique : il ne s'écoulait pas une goutte de sang par la plaie de la séreuse ; on ne voyait pas de sang, directement ou par transparence, à l'intérieur du péricarde qui n'apparaissait pas distendu. Il était donc inutile, en ouvrant davantage la cavité séreuse, d'augmenter les chances de son infection. Fallait-il, au contraire, suturer la plaie du péricarde? Pas davantage. Cette suture était même nettement contre-indiquée, car, en cas d'hémorragie intra-péricardique ultérieure, elle aurait favorisé la compression du cœur. Il y avait, d'ailleurs, intérêt à laisser une voie perméable pour un drainage possible.

En somme, nous ne trouvâmes chez notre blessé aucune indication urgente à remplir du côté de la plaie du cœur.

Quant à la plaie perforante de la plèvre gauche, elle ne parut pas non plus réclamer d'intervention, puisque le poumon paraissait indemne, et puisqu'il n'y avait à ce moment aucun signe d'hémothorax.

L'épanchement du sang dans la plèvre se fit tardivement et avec une certaine lenteur.

On pourrait se demander si ce sang ne provenait pas du péricarde et n'avait pas passé dans la plèvre par la perforation de la cloison pleuro-péricardique. Mais si les choses s'étaient passées ainsi, on aurait dû trouver du sang en plus grande quantité et sous une certaine pression dans le péricarde. D'ailleurs, la plaie perforante du poumon gauche rend bien suffisamment compte de l'hémothorax, sans avoir besoin de recourir à une autre explication.

Au total, notre blessé a succombé à des lésions multiples. Sa situation a certainement été aggravée par l'hémothorax qui était en voie d'infection : la fièvre des deux derniers jours doit vraisemblablement être attribuée à un début de « *septicémie pleurale* », qui a hâté la terminaison fatale.

Est-ce à dire qu'il eût pu survivre à la plaie du cœur? C'est peu vraisemblable. L'hémorrhagie intrapéricardique avec compression du cœur n'est pas la cause exclusive de la mort en pareil cas. Il nous semble que l'on doive invoquer ici les troubles apportés dans l'innervation du cœur par les plaies des deux ventricules, et surtout par celles de la cloison interventriculaire au voisinage des ganglions régulateurs du rythme.

LES CHOCS ÉLECTRIQUES

Par **Louis TOLLEMER**

La question des chocs électriques est d'actualité : depuis la multiplication des conducteurs d'électricité dans nos rues, chacun est exposé à recevoir accidentellement une décharge électrique plus ou moins puissante. De fait, les accidents dus à l'électricité sont de plus en plus fréquents; outre les lignes à plots, dont les méfaits sont bien connus, les lignes à trolleys peuvent causer une légitime méfiance, car la rupture du fil conducteur est assez fréquente, et le contact accidentel avec ce fil tombé à terre, et dans lequel circule encore le courant, est considéré comme pouvant amener des désordres très graves dans l'organisme. Il y a donc intérêt à fixer les conditions qui favorisent ou provoquent ces accidents dus au choc électrique, et la façon dont on pourra les éviter.

* * *

Les effets qu'il est le plus utile d'étudier sont ceux d'un courant de 500 volts : en effet, un courant de cette intensité est absolument suffisant pour faire mouvoir des véhicules à traction électrique, et, au point de vue commercial, c'est celui qui semble donner les meilleurs rendements, tout au moins en Angleterre et en Amérique; c'est aussi le plus employé. Or, dans l'esprit du vulgaire, et même dans celui de gens du métier, le contact accidentel avec un fil dans lequel circule une puissance électrique de 500 volts est fatalement mortel. L'individu qui entre en contact avec le fil du trolley après sa rupture, celui qui, tombant dans la tranchée du Métropolitain, entre en contact avec le troisième rail conducteur d'électricité, doivent donc courir un grand danger, tout au moins d'après la théorie, et quelques cas malheureux peuvent servir à appuyer celle-ci.

Eh bien, si l'on expérimente délibérément l'effet produit par le passage de ce courant de 500 volts dans l'organisme, on s'aperçoit qu'il est facile de le rendre inoffensif dans certaines conditions comme l'a montré A.-P. Trotter dans un des derniers numéros de *The Lancet*.

La résistance du corps humain au passage d'un courant de cette intensité est considérable : elle varie évidemment avec l'intimité du contact, suivant que ce contact a lieu avec la peau nue ou recouverte de vêtements, que la peau est sèche ou humide, que les vêtements ou les souliers sont secs ou humides. Lorsque le courant va d'une main à l'autre et que les mains tiennent un morceau de fil de trolley *sec*, la résistance est d'environ 5.000 ohms; chez les individus à peau très sèche ou calleuse, cette résistance peut monter jusqu'à 14.000 ohms, d'après M. Trotter. D'un pied à l'autre, chaussés de bottines neuves et sans clous, la résistance est, au minimum, de 25.000 ohms; des bottines trouées et humides abaissent cette résistance à 13.000 ohms. Le courant traversant de la tête aux pieds un individu debout sur un rail et tenant avec les mains un fil de trolley où circule un courant de 500 volts n'est que de 30 à 35 milliampères.

Les effets du courant électrique varient, par conséquent, suivant la résistance plus ou moins grande opposée à son passage; c'est ainsi que le fils d'un ingénieur anglais, M. Trotter, âgé de sept ans et demi, a pu jouer sans inconvénient avec les fils d'un trolley, les pieds posés sur un rail; la différence de potentiel était de 500 volts entre le rail et les fils; les bottines de l'enfant étaient neuves.

L'intimité plus ou moins médiate du contact joue donc un grand rôle dans les effets désagréables ou nuisibles produits par le courant. Il faut aussi distinguer entre les effets de courts contacts accidentels avec les conducteurs électriques et les effets qui peuvent se produire si le sujet est enveloppé par les fils et ne peut se sous-

traire à l'action du courant. Si le contact est court, l'individu recevra un choc d'autant plus désagréable qu'il est plus inattendu, mais, d'une façon générale, il a beaucoup de chances de pouvoir se dégager sans conséquences sérieuses. Une personne tombant de la plate-forme d'une station du Métropolitain en travers des rails n'est pas nécessairement brûlée vive, ni foudroyée. Certes, cette chute peut être grave et même mortelle, comme l'a prouvé un accident arrivé à un employé du Métropolitain de Paris, mais, pour qu'il en soit ainsi, il faut que le sujet vienne en contact avec le rail conducteur et avec un autre rail par la peau nue ou par des habits fortement mouillés; il faut, de plus, que le contact soit assez prolongé. Le temps de contact nécessaire pour rendre l'accident mortel est impossible à déterminer, mais il est peu probable que l'action du courant s'exerce longtemps, à moins que l'individu n'ait été blessé dans sa chute assez grièvement pour ne pas pouvoir se relever. Cependant, la contraction musculaire peut être assez forte pour immobiliser le sujet électrisé; c'est ce qui arriva à un employé du Métropolitain de Londres : s'étant assis sur le rail conducteur d'électricité, il ferma le circuit en appuyant ses pieds sur le sol *mouillé* et ne put se relever; il cria et fut enlevé par ses camarades. Cet homme reprit son service quelques minutes après.

* * *

Ces observations, basées sur des faits accidentels ou voulus, sont encore appuyées par des expériences de laboratoire.

Devant la Société des ingénieurs électriciens de Londres M. Trotter a répété celles qu'il avait faites soit sur des tramways à trolley, soit dans le Métropolitain de Londres : il se tint debout sur un rail dans lequel passait un courant de 500 volts, s'y assit et s'y coucha, et le galvanomètre montra que le courant qui traversait son corps n'avait que quelques milliampères d'intensité. Il est impossible de mieux montrer l'importance des vêtements secs comme isolants et comme protection contre les courants électriques.

Les conséquences de ces constatations sont importantes. Tout d'abord, puisque le courant de 500 volts est suffisant comme force électro-motrice, tout au moins en ce qui concerne la traction, il est nécessaire de limiter à ce chiffre de 500 volts la force des courants qui servent à mouvoir les tramways dans l'intérieur des villes; en effet, on peut conclure de ce qui précède que ce courant ne sera dangereux que si un ensemble de conditions exceptionnelles se trouve réalisé. Certes ce sera toujours un acte un peu hasardé que de prendre dans les mains deux conducteurs ayant une différence potentielle de 500 volts; encore ce fait n'est pas aussi fatalement grave qu'on le pense en général, et, dans tous les cas, le contact accidentel et peu prolongé avec ces conducteurs donnera tout au plus un choc plus ou moins désagréable.

Dans la pratique on peut tirer quelques conclusions de tout ceci. Si le courant employé était toujours limité à 500 volts on n'aurait plus à craindre grand'chose en portant secours à un individu tombé dans la tranchée du Métropolitain ou renversé par le fil rompu d'un trolley et resté en contact avec ce fil. On sait qu'en ce qui concerne ce dernier accident les instructions affichées sur les poteaux des trolleys recommandent de ne pas même toucher l'individu en contact avec le fil rompu, tant que le courant passe, à moins d'avoir des gants de caoutchouc : ce que nous avons dit sur l'innocuité des contacts, *s'ils sont courts*, montre au contraire la nécessité de faire cesser le contact au plus tôt, ce qui est possible sans grand danger d'après ce que nous venons de dire. De même les voyageurs d'un tramway courent moins de dangers en restant à leur place, si le fil du trolley rompu vient à tomber sur la voiture qu'en se précipitant en bas pour échapper à un danger peu certain.

* * *

Il est intéressant d'étudier les conditions personnelles qui favorisent ou contrarient le passage du courant dans le corps et qui en conséquence influent, dans un sens ou dans l'autre, sur la gravité de l'accident dû à l'électricité.

Tous les animaux ne sont pas également sensibles au choc électrique; c'est ainsi que les accidents si nombreux arrivés à des chevaux dans Paris semblent indiquer une susceptibilité particulière à cet animal. Un courant qui ne donnerait à un homme qu'un choc désagréable foudroie un cheval; toutefois on ne peut en conclure que, *dans les mêmes conditions*, les effets du courant en question seraient aussi différents chez le cheval et chez l'homme ; en effet, chez l'animal, le fer constitue un excellent moyen de contact, et il est bien relié au corps par les clous : la résistance à l'entrée du courant est donc très petite. Néanmoins le cheval paraît réellement plus susceptible que l'homme.

Tous les hommes eux-mêmes ne sont pas également sensibles au choc électrique, et on peut aussi admettre, pour chaque individu, des variations de la susceptibilité électrique. Le meilleur champ d'expériences, en ce qui concerne ce sujet, est certainement l'observation quotidienne des accidents dus à l'électricité et arrivant aux ouvriers qui manipulent celle-ci ou travaillent dans son voisinage. C'est ce qu'a fait un ingénieur anglais, M. Aspinall, qui a exposé le résultat de ses observations à la Société des ingénieurs électriciens de Londres.

Les conditions qui influent sur la susceptibilité électrique de chaque individu sont multiples. L'influence des unes s'explique facilement si l'on tient compte de l'importance de l'intimité des contacts en ce qui concerne le passage du courant; celle des autres ne s'explique pas et se constate seulement. Les principales de ces conditions sont : l'état de moiteur de la peau, son épaisseur (les callosités), le chemin que suit l'électricité dans le corps, l'étendue du contact, son intimité et la nature du corps qui l'établit, le tempérament nerveux, l'état de santé ou de maladie, l'état d'ivresse ou de sobriété, l'état de sommeil ou de veille, etc.

L'état physiologique de l'individu au moment de l'accident a une grande importance dans les conséquences de celui-ci. C'est ainsi qu'un homme supporta sans être tué un choc de 2.000 volts ; il fut fortement brûlé aux points de contact (fesses et tête). Cet homme était dans un état de transpiration très intense et l'on peut admettre que sa chemise de flanelle imbibée de sueur dévia le courant. De même un individu ivre put supporter un choc de 2.000 volts, pour avoir saisi à pleines mains un câble conducteur : il eut les deux mains brûlées, mais ne perdit pas même connaissance. Faut-il attribuer à l'état d'ivresse l'heureuse issue de l'accident dans ce cas qui n'est pas unique ? Il ne faudrait cependant pas en prendre texte pour recommander l'usage de l'alcool aux ouvriers électriciens. L'état de veille ou de sommeil a aussi une grande influence dans les effets de l'électricité : l'homme endormi supporterait sans se réveiller un choc électrique qu'il ne pourrait supporter sans réagir vivement à l'état de veille. M. Aspinall l'a constaté sur lui-même et sur des ouvriers endormis que leurs camarades voulaient réveiller, en manière de plaisanterie, par des chocs électriques violents.

* * *

Lorsqu'un accident par l'électricité s'est produit quelle conduite faut-il tenir ? Il faut agir comme avec un individu ayant eu une syncope par accident de chloroformisation.

La méthode de D'Arsonval donne les meilleurs résultats pour ranimer, par la respiration artificielle, les individus en état de mort apparente à la suite d'un choc électrique. Il est bon d'insister sur la nécessité de prolonger fort longtemps les manœuvres respiratoires. Certes il est pénible, surtout pour quelqu'un qui n'est pas médecin, de pratiquer pendant un temps fort long la respiration artificielle, tout en se demandant si l'on ne prend pas une peine inutile et si l'on ne tente pas de ressusciter un cadavre; il le faut cependant, car nous n'avons pas de moyen simple et pratique de reconnaître si un individu est réellement mort.

* * *

La cause de la mort par choc électrique n'est pas encore bien établie, mais il semble que le cœur est, de tous les organes, le plus sensible à l'action de l'électricité ; le choc électrique paraît souvent causer la mort par arrêt du cœur, mais cet arrêt est-il la seule cause de la mort par l'accident électrique ? L'état des individus atteints est toujours très difficile à spécifier : d'Arsonval rapporte le cas d'un individu chez lequel la respiration artificielle ne fut commencée qu'une demi-heure après l'accident et qui fut rappelé à la vie. M. Aspinall cite celui d'un homme qui revint à lui-même en vingt-cinq minutes, sans avoir reçu aucun soin, après avoir été foudroyé par le courant. Chez un autre, que la respiration artificielle ranima après avoir été pratiquée pendant quarante-cinq minutes, on ne pouvait sentir les battements du cœur, et un miroir n'était pas terni par la respiration. Il est peu probable que le cœur humain puisse recommencer à battre après un arrêt de plus de trente secondes, et si la respiration est arrêtée il semble qu'on pourrait sentir les battements du cœur s'ils existent.

Il est permis de penser que les individus ayant reçu un fort choc électrique se divisent en deux catégories : ceux dont le cœur est irrémédiablement arrêté et ceux chez lesquels les mouvements du cœur et de la respiration persistent encore faiblement, mais assez pour que les patients puissent revenir à eux-mêmes, seuls ou avec l'aide de la respiration artificielle.

Le courant alternatif est-il plus dangereux que le courant continu, en ce qui concerne le choc électrique ? Il semble qu'il n'y ait rien de plus dangereux dans un système que dans l'autre; c'est une simple question de voltage et de conditions plus ou moins favorables; le courant continu fait toutefois des brûlures plus graves que le courant alternatif. Cependant on a une tendance à employer un voltage plus grand avec les courants alternatifs qu'avec les courants continus, ce qui tend à rendre les premiers plus dangereux, parce qu'ils sont plus forts.

* * *

En résumé, le danger que fait courir au public ou aux électriciens l'extension de l'emploi des courants électriques a été fortement exagéré ; il n'est pas, dans son ensemble, plus grand que celui que nous font courir bien d'autres conditions de la vie moderne, dont on parle moins, peut-être parce qu'on connaît mieux leur nature que celle de l'électricité.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DU CORYZA ATROPHIQUE OZÉNATEUX PAR LES INJECTIONS INTERSTITIELLES DE PARAFFINE

Le coryza atrophique ozénateux est, on le sait, une affection des plus rebelles, pénible pour le malade, et gênante pour son entourage en raison de l'odeur pénétrante caractéristique : c'est dire combien serait utile un traitement efficace contre cette affection redoutée, qui devient pour ceux qui en sont atteints une véritable infirmité.

L'idéal à rechercher dans le traitement du coryza atrophique ozénateux est la diminution permanente du calibre des fosses nasales et une

modification profonde de la sécrétion glandulaire.

En altérant ou en détruisant les glandes de la muqueuse, on évitera à la surface de la pituitaire la formation de ces perles graisseuses dont le dessèchement engendre les croûtes. D'autre part, l'absence de stagnation des matières croûteuses à la surface de la muqueuse, conséquence directe du rétrécissement de la fosse nasale, empêchera sûrement la production de l'odeur chez les ozéneux.

Jusqu'ici on parvenait à remplir cette double indication par un traitement long et méticuleux qui ne demandait pas moins de trois ou quatre ans d'application. Ce traitement consistait en irrigations nasales et rétro-nasales, en massages et en pulvérisations, à la surface de la muqueuse, d'une solution de nitrate d'argent de 5 à 20 pour 100, suivant les cas.

Les succès durables obtenus en prothèse par Gersuny et ses imitateurs, à l'aide d'injections interstitielles de vaseline, engendrèrent dans l'esprit de M. Moure l'idée d'appliquer au traitement du coryza atrophique la méthode d'Eckstein qui n'est qu'un perfectionnement de celle de Gersuny. Eckstein emploie, pour les injections, une paraffine fusible à 60° seulement. Cette paraffine a le grand avantage de se solidifier presque instantanément et, par conséquent, de ne pas fuser loin du point d'application, et ensuite de ne pas se résorber, tout en étant parfaitement tolérée par les tissus.

* * *

Voici les effets que j'ai obtenus par l'application de cette méthode.

J'ai fait, à la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de Bordeaux (service de M. E. Moure), chez dix malades atteints de coryza atrophique ozénateux très prononcé, des injections interstitielles de paraffine d'Eckstein, dans les cornets inférieurs. Chez tous ces malades, dont quelques-uns n'avaient subi aucun traitement antérieur, les fosses nasales étaient très élargies, l'atrophie des cornets très prononcée; c'étaient, en un mot, des cas extrêmement défavorables.

Au début j'injectai, au moyen d'une seringue graduée munie d'une longue aiguille (aiguille de Potain coudée près de son pavillon), 4 à 5 centimètres cubes de paraffine chauffée de 65 à 70°, et cela en une seule fois, dans la tête du cornet inférieur.

Quand l'injection réussissait, on voyait à vue d'œil se reconstituer la totalité du cornet qui s'hypertrophiait à volonté, sans la moindre douleur pour l'opéré, car la muqueuse était préalablement cocaïnée.

Après avoir observé par deux fois une phlébite de la veine faciale, sans conséquence d'ailleurs, j'ai cru pouvoir attribuer cet incident à une trop grande quantité de liquide injecté en un seul temps et au siège de mon injection.

Actuellement, je me borne à reconstituer, dans une première opération, la partie postérieure des deux cornets inférieurs en enfonçant l'aiguille aussi loin que possible à la face inférieure du cornet inférieur, et en employant 2 à 3 centimètres cubes seulement de paraffine. Quelques jours après j'agis de même sur la moitié antérieure des cornets, et ainsi, en deux temps, les cornets inférieurs ont acquis les dimensions que je désirais leur donner.

Depuis que j'emploie cet artifice, je n'ai plus eu à noter le moindre petit ennui consécutif à l'injection.

* * *

Ma première intervention datant seulement du 14 Février 1902, il serait téméraire, à l'heure actuelle, de porter un jugement définitif sur la méthode : nulle guérison du coryza atrophique ozénateux ne saurait être affirmée si elle n'a pas reçu la consécration du temps.

Néanmoins, ce que je puis dire d'ores et déjà, sans crainte de me tromper, c'est qu'aucune autre méthode ne donne des résultats aussi rapides, aussi radicaux d'emblée.

Les malades chez lesquels j'ai réussi à reconstituer les cornets paraissent tous guéris. Dès les premiers jours après les injections, abstention faite de tout autre traitement, inutile de l'ajouter, l'odeur disparaît complètement; les croûtes ne se reforment plus; quelques malades font de l'hydrorrhée passagère.

Les cornets restent volumineux et donnent l'illusion d'un léger coryza hypertrophique.

Les malades certifient qu'ils respirent mieux (le contraire seul est vrai, mais la sensation est différente); quelques-uns ne sont nullement incommodés les premiers jours; d'autres ont un léger œdème sous-palpébral qui disparaît rapidement, un peu de céphalalgie, et c'est tout.

Cette guérison apparente persistera-t-elle? l'avenir seul nous l'apprendra.

La difficulté du traitement réside dans la rapide solidification de la paraffine à l'extrémité de l'aiguille; aussi cette dernière doit-elle avoir une épaisseur assez grande pour ne pas se refroidir trop vite. Il faut, en outre, la passer à la flamme pour la porter à une température suffisante, et avoir soin de ne pas traverser de part en part la muqueuse, accident qui arrive assez fréquemment en raison du peu d'épaisseur de cette muqueuse et de la distance à laquelle on doit opérer.

Ces difficultés ne sont pas insurmontables, et il serait à désirer qu'un grand nombre d'ozéneux fussent, de tous côtés, soumis au traitement des injections interstitielles de paraffine.

Pour ma part, je vais continuer mes expériences et suivre mes opérés, me réservant de publier ultérieurement les résultats éloignés de cette méthode si pleine de promesses et qui est destinée, si elle réussit, à apporter un soulagement considérable à la classe nombreuse des ozénateux. Aussi ai-je tenu, dès maintenant à montrer ce qu'avaient d'encourageant les résultats déjà obtenus.

Brindel (de Bordeaux).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

3 Juin 1902.

Myopie à développement rapide d'origine probablement syphilitique. — *M. Sulzer.* Une malade qui ne s'était jamais plainte de troubles de la vision à distance eut, dans la première année d'une syphilis grave, une diminution de l'acuité visuelle. On constata alors une myopie de 10 dioptries. Malgré le traitement intensif prescrit à la malade, la myopie est restée la même.

Lymphome symétrique de la conjonctive. — *M. Valude* a observé et opéré un malade chez lequel on constatait une tuméfaction considérable de la conjonctive tarsienne supérieure, une adénopathie cervicale, une augmentation de volume des amygdales et d'un testicule. L'examen microscopique de la conjonctive excisée montra un lymphome pur. Le sang présentait une exagération du nombre des globules blancs.

Lésions des voies lacrymales chez un nouveau-né syphilitique atteint de dilatations variqueuses de tout le réseau veineux cranien. — *M. J. Chaillous* présente une enfant de huit mois chez laquelle on observe, avec d'autres stigmates de syphilis, une obstruction des voies lacrymales et une dilatation considérable de toutes les veines tégumentaires du crâne. La coexistence de ces deux symptômes plaide en faveur de l'hypothèse d'une même lésion des os de la face et de la base du crâne, lésion entravant le cours des larmes et mettant obstacle à la circulation veineuse du système de la jugulaire interne.

Sérothérapie dans les amblyopies toxiques. — *M. Antonelli.* Rapport sur un travail de *M. Golesceano.* Dans 14 cas d'amblyopie toxique, M. Golesceano a pu pratiquer des injections de sérum de Chéron (chlorure de sodium 2, phosphate de soude 4, sulfate de soude 8, acide phénique 1, eau 100) pendant un temps plus ou moins long, quatre fois par semaine, à raison de 20 centimètres cubes chaque fois. Les résultats ont été favorables.

M. Antonelli admet que cette sérothérapie peut agir sur l'état général et constituer un adjuvant précieux du traitement diététique. Il considère que les amblyopes en question ne sont pas seulement des intoxiqués par l'alcool et le tabac (le premier jouant le plus grand rôle), mais aussi des intoxiqués du ventre et des ralentis de la nutrition. Il a rencontré assez souvent chez eux des symptômes tabétiformes d'alcoolisme chronique (signes d'Argyll R., de Westphal, de Romberg).

A. Drualt.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

4 Juin 1902.

Sur le diagnostic précoce de l'appendicite gangreneuse. — *M. Quénu,* revenant sur les observations que MM. Walther et Mignon ont publiées à la suite de sa communication, s'attache à démontrer que ces observations ne peuvent servir à combattre les conclusions formulées par lui. Dans aucun de ces cas, en effet, les signes sur lesquels M. Quénu a attiré l'attention n'ont été recherchés tout au début de l'affection, c'est-à-dire au seul moment où ils sont bien nets et où ils acquièrent toute leur valeur. M. Quénu n'a, d'ailleurs, jamais prétendu que ces signes fussent constants : il a simplement voulu signaler leur existence et les indications importantes qu'on pouvait en tirer pour le pronostic et l'intervention opératoire.

M. Broca rapporte un cas d'appendicite gangreneuse à marche rapide, qu'il a observé tout récemment chez un enfant, et dans lequel, quarante-huit heures à peine après le début des accidents, la palpation du ventre n'éveillait qu'une vague douleur au niveau de la fosse iliaque droite. Et cependant, à l'opération, pratiquée d'urgence, on trouva, dans le haut du bassin, un abcès contenant l'appendice entièrement sphacélé.

A quoi *M. Quénu* répond : 1° qu'il n'a jamais dit que la douleur fût très intense; c'est sa zone de distribution qu'il importe d'étudier; 2° que, dans le cas de M. Broca comme dans les précédents, la recherche de cette douleur et de ses caractères a été faite trop tard; 3° enfin qu'il s'agissait là d'une gangrène manifestement secondaire; or, M. Quénu n'a eu en vue, dans sa communication, que les gangrènes primitives.

Anurie calculeuse opérée au douzième jour; guérison. — *M. Bazy* fait un rapport sur cette observation adressée à la Société par *M. Suarez de Mendoza* (de Madrid). Il s'agit d'une femme de cinquante ans ayant eu, depuis plusieurs années, des crises de coliques néphrétiques, sans cependant avoir jamais rendu de calculs ni de graviers, et qui fut prise, vers le commencement de Février, d'anurie complète, après avoir présenté pendant quelques jours une oligurie de plus en plus accentuée. L'état général resta bon pendant quelques jours; puis survinrent des symptômes d'urémie qui obligèrent M. Suarez de Mendoza à intervenir. Le rein droit étant augmenté de volume, il supposa qu'il était le siège d'une hydronéphrose par coudure ou calculs de l'uretère, et que, par conséquent, c'était lui qu'il fallait attaquer. L'incision du rein droit fit, en effet, découvrir un calcul obturant la partie supérieure de l'uretère. Ce calcul, gros comme la phalange du petit doigt, fut retiré facilement avec une pince. Après s'être assuré, par le cathétérisme rétrograde de l'uretère, que ce dernier était libre jusqu'à la vessie, M. Suarez de Mendoza se décida à suturer la plaie rénale sans drainage. Les jours suivants, la malade eut des émissions abondantes d'urine et la guérison survint sans complications.

M. Bazy, dans cette observation, attire l'attention sur les points suivants : 1° sur la lenteur de l'apparition de l'anurie, précédée d'une période d'oligurie; 2° sur le volume considérable du rein hydronéphrosé; 3° sur les caractères de l'anurie qui semblait plutôt réflexe des deux côtés et sur les bienfaits de la néphrotomie en pareil cas, bienfaits sur lesquels Pousson en particulier a attiré l'attention dans ces derniers temps; 4° sur les indications de la suture et du drainage du rein après la néphrolithotomie, la suture ne devant être faite qu'en l'absence de toute infection et quand l'uretère a été reconnu libre; 5° enfin sur le succès opératoire possible même après plusieurs jours d'anurie.

Eversion complète de la vessie à travers l'urètre. — *M. Picqué* relate l'observation d'une femme qu'il a opérée récemment pour une éversion complète de la vessie à travers l'urètre. Le diagnostic fut facile en raison de l'aspect tout à fait caractéristique de la tumeur vulvaire : coloration, surface tomenteuse, consistance molle, écoulement incessant d'urine par les orifices urétéraux visibles à la face inférieure de la tumeur, absence de méat. Cette tumeur était d'ailleurs irréductible. L'opération consista, après laparotomie médiane et réduction préalable de la vessie, à suturer le fond de celle-ci à la face antérieure de l'utérus, qui fut lui-même fixé à la paroi abdominale. Après fermeture du ventre, M. Picqué chercha à reconstituer un urètre normal en dédoublant le cylindre urétro-vaginal et en rétrécissant ensuite le méat par quelques points de suture. Cette opération ne fut suivie que d'un succès partiel, en ce sens que si la réduction de la vessie s'est maintenue, le malade souffre néanmoins d'une incontinence d'urine absolue.

M. Picqué profite de cette observation pour faire une étude complète de ces éversions totales de la vessie.

Ostéotomie trochantérienne oblique pour une ankylose vicieuse de la hanche consécutive à une coxalgie remontant à l'enfance. — *M. Berger* présente le jeune homme chez lequel il a pratiqué cette opération. Le raccourcissement du fémur était de 4 centimètres; grâce à l'ostéotomie et à l'application de l'appareil à traction continue de Hennequin, le fémur a pu être allongé de 4 centimètres, en sorte qu'actuellement le malade marche sans canne et sans boîterie. M. Berger profite de l'occasion pour faire ressortir les avantages des ciseaux ostéotomes à tranche ondulée d'Aubry qui coupent l'os sans risque d'échappement, en sorte que la section se fait toujours rigoureusement suivant le plan d'élection.

Incision postérieure et verticale dans la pleurotomie. — *M. Moty* présente un de ses opérés de pleurotomie chez lequel il a ouvert la plèvre par une incision postérieure et verticale, — légèrement oblique cependant en dehors, — incision qu'il recommande à ses collègues pour les avantages qu'elle offre : elle ménage les muscles de l'épaule, intéresse peu de vaisseaux importants et permet un drainage large et complet.

M. Kirmisson attire l'attention sur le danger qu'il y a, en opérant trop en arrière, d'ouvrir le péritoine.

M. Moty objecte que ce danger n'existe pas si l'on a soin de faire l'incision à 3 ou 4 travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses et à 2 ou 3 travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate.

Opération d'un kyste hydatique du foie; accidents post-opératoires d'intoxication hydatique. — *M. Lejars* présente un jeune homme qu'il a opéré le 12 Mai dernier d'un kyste hydatique du foie (le kyste fut incisé, puis, après extraction de la membrane mère, minutieusement asséché, et simplement suturé, sans capitonnage), et qui offrit dès le lendemain soir, mais surtout le surlendemain, des signes excessivement graves qui firent penser d'abord à une septicémie suraiguë et considérer le malade comme perdu. La face était pâle, les traits tirés, les extrémités froides, le pouls mauvais, à 130; à plusieurs reprises il y eut des vomissements verdâtres.

Cependant localement rien ne venait vérifier cette hypothèse; le ventre n'était pas ballonné et la plaie, qu'on rouvrit partiellement, ne donnait lieu à aucun suintement; en outre, la température était normale.

Dans ces conditions, M. Lejars resta dans l'expectative, et fort heureusement, car dès le troisième jour l'état du malade s'améliorait. La guérison survint ensuite rapidement; elle est aujourd'hui complète.

Comment expliquer les phénomènes présentés par ce malade? M. Lejars pense qu'il s'est agi là d'une intoxication hydatique, bien qu'il soit sûr qu'après l'incision du kyste il ne s'est pas écoulé plus de liquide dans le ventre de son opéré qu'à l'ordinaire, c'est-à-dire quand on a pris soin de bien préserver la cavité péritonéale à l'aide de compresses. Il faut donc admettre que le liquide, — d'ailleurs très clair et ne contenant pas de vésicules filles, — était d'une virulence considérable.

M. Quénu se demande s'il n'y a pas eu plutôt hémorragie dans l'intérieur du kyste, l'intoxication hydatique s'accompagnant généralement d'une élévation de température.

M. Bazy ajoute que dans l'intoxication hydatique on note également de l'urticaire.

M. Ricard a observé des accidents analogues à ceux relatés par M. Lejars dans un cas de kyste hydatique du foie qu'il s'était contenté d'inciser et de réduire sans suture. Dans deux autres cas, d'ailleurs, cette conduite avait été suivie d'un succès parfait.

M. Potherat, renouvelant les objections de MM. Bazy et Quénu, pense, avec ce dernier, qu'il s'agissait plutôt d'une hémorragie intrakystique.

M. Ricard fait remarquer que cette hypothèse ne s'applique certainement pas à son cas, car, dans ce cas, l'hémorragie n'aurait pu passer inaperçue.

M. Kirmisson attire l'attention sur le volume du foie de ce malade; n'existerait-il pas d'autres kystes?

M. Quénu, enfin, émet une seconde hypothèse, celle d'une infection biliaire du kyste par rupture des canalicules biliaires de la paroi.

M. Lejars répond qu'il a envisagé toutes ces hypothèses, mais que la seule qu'il ait cru devoir retenir est celle d'une intoxication hydatique. A M. Kirmisson il fait remarquer que son malade avait été soigné antérieurement dans un service de médecine pour une congestion hépatique, ce qui explique peut-être le volume encore considérable du foie. Mais il ne pense pas qu'il y ait d'autres kystes.

Volumineux adéno-fibrome du sein. — *M. Rochard* présente un adéno-fibrome du sein pesant 2.850 gr., qui s'était développé en trois ans, et qu'il a opéré récemment. Ce développement rapide lui avait même fait penser à un sarcome, d'autant plus qu'il existait une adénopathie axillaire.

M. Lejars a opéré il y a quelques années un adénofibrome du sein cinq à six fois plus volumineux que celui présenté par M. Rochard.

Séparation des urines avec l'appareil de Luys dans un cas de pyélonéphrite suppurée unilatérale. — *M. Potherat* présente plusieurs tubes contenant les urines d'un malade atteint de pyélonéphrite unilatérale consécutive à une cystite blennorragique. Le séparateur des urines de Luys a fourni dans ce cas des données reconnues exactes à l'opération.

J. Dumont.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

6 Juin 1902.

Mycosis fongoïde. Traitement du prurit par le sulfonal, du mycosis par le cacodylate de soude. — *M. Gastou.* Le malade que nous présentons est atteint de mycosis fongoïde depuis plusieurs années; il est actuellement couvert d'une éruption généralisée composée surtout de taches érythémateuses, disséminées ou confluentes, infiltrées dans le derme et présentant en de nombreux points un aspect eczématique. Ce malade souffre de violentes démangeaisons; nous serions heureux de connaître l'avis de la Société sur la thérapeutique à prescrire.

M. Hallopeau. Je me suis toujours bien trouvé dans ce cas, pour enlever le prurit, de pommades au sulfonal au 1/100. Une proportion plus forte de sulfonal appliquée sur une grande étendue du tégument serait dangereuse.

M. Gastou. J'ai traité le malade par des injections répétées de 5 centigrammes de cacodylate de soude, espérant améliorer par ce moyen l'état général.

M. Leredde. M. Brocq et moi avons eu de bons résultats en employant le cacodylate à des doses beaucoup plus élevées, de 30 et 40 centigrammes par jour. Dans un cas très grave où le malade avait maigri de 20 livres, il reprit assez rapidement 7 livres par l'influence de ce traitement.

M. Brocq. Le cas auquel fait allusion M. Leredde est en effet très remarquable par l'intensité des lésions, par l'état de déchéance générale et par la très notable amélioration consécutive à l'emploi du cacodylate. On peut dans des cas semblables faire une série de 12 à 15 injections et laisser ensuite reposer le malade deux semaines pour renouveler.

M. Hallopeau. Il faut, pour interpréter ces faits avec équité, se rappeler les phases de régression spontanée incontestable que l'on voit se produire au cours du mycosis.

M. Brocq. Ce cas n'est pas le seul où nous ayons vu survenir une amélioration notable par l'emploi du cacodylate, et il serait d'autant plus étonnant qu'il y eût seulement une coïncidence que nous avons pu voir alternativement les lésions mycosiques diminuer ou s'aggraver suivant que l'on employait ou que l'on suspendait la médication cacodylique.

M. Wickham. Dans un cas que nous observons il se produit une poussée tous les deux ou trois mois; le cacodylate en a raison d'une façon régulière.

Puissance épilatoire des rayons de Rœntgen. — *MM. Gastou et Vieira.* L'un de nous a étudié à la clinique de Schiff, à Vienne, l'action des rayons X. Nous avons depuis lors fait à l'hôpital Saint-Louis plusieurs essais de dépilation par ce procédé. Nous sommes arrivés à des résultats satisfaisants en faisant des séances de dix minutes avec une ampoule donnant 15 centimètres d'étincelle sous l'intensité de 5 ampères avec un débit de 25 volts. A la quinzième séance un érythème léger s'est manifesté et les cheveux ont commencé à tomber abondamment à partir de la vingt-quatrième séance et la déglabration a été obtenue assez rapidement. Nous croyons que l'on pourrait obtenir des résultats plus certains et plus rapides en se servant des moyens de régulation de l'ampoule que M. Béclère nous a fait connaître : osmo-régulateur, soupape de sûreté, spintermètre, photomètre, etc. Nous avons obtenu un très bon résultat sur un malade présentant une large plaque de teigne; cette plaque, après déglabration complète, est maintenant en pleine repousse.

M. Brocq. M. Bissérié expérimente actuellement dans mon service l'action épilatoire des rayons X. Comme M. Gastou, il a obtenu des dépilations avec repousse consécutive. Mais il est souvent nécessaire de dépiler définitivement et la technique qui permettrait d'obtenir à volonté, soit la déglabration temporaire, soit la déglabration définitive, est encore à trouver. Il serait fort regrettable de rendre à jamais alopécique un teigneux, il serait pénible de faire pour une hypertrichose des déglabrations temporaires.

M. Gastou. D'après ce que M. Vieira a pu observer à Vienne, la question d'intensité et de quantité d'ampérage et de voltage domine cette question. Schiff a toujours vu la déglabration être temporaire.

Influence des infections générales sur l'évolution de la syphilis. — *M. Gastou.* La malade que voici a fait, sous l'influence de la syphilis, une série de fausses couches et deux attaques de phlébite de la jambe gauche. A la suite d'une grippe survenue récemment elle a vu se développer aux membres supérieurs et inférieurs des macules ou des taches érythémateuses à centre pustuleux. Le traitement a amélioré ces lésions de pyodermite sans les guérir complètement. Il nous a paru intéressant de signaler ce fait dans lequel la grippe paraît avoir joué un rôle important en favorisant l'évolution de la pyococcie cutanée.

Acrodermatite pustuleuse continue traitée par l'eau oxygénée. — *M. Hallopeau.* Le début de cette affection remonte à plus de cinq ans. Elle avait été traitée jusqu'ici par les moyens les plus variés sans aucun résultat. Elle paraît actuellement complètement guérie par l'action d'un traitement local à l'eau oxygénée à 12 volumes coupée de deux tiers d'eau.

M. Brocq. La ténacité de ces acrodermatites est telle que nous ne saurions trop désirer d'avoir un moyen efficace à leur opposer. Aussi essayerons-nous l'effet de l'eau oxygénée chez une de nos malades dont l'affection a résisté jusqu'ici à tout traitement.

Lichen plan circinée. Pathogénie du lichen plan. — *MM. Hallopeau et Ribot.* On peut suivre sur les jambes de cette malade toute la série des éléments intermédiaires au lichen plan et au lichen circiné depuis la papule miliaire initiale jusqu'à la grande plaque circinée. Cette évolution est en faveur du parasitisme. Il existe chez cette malade de véritables papules mères et des papules filles disséminées autour d'elles et secondairement apparues.

M. Brocq. Il arrive souvent qu'après une première période où les lésions demeurent torpides et très localisées, s'étendant avec lenteur par leurs bords, il survient une poussée généralisée. Cette première période ne dure pas seulement de cinq à dix jours comme dans le pityriasis rosé de Gibert, elle peut se prolonger de un à deux ans. Il est assez fréquent de rencontrer cette évolution de dermatoses qui commencent par une plaque fixe et se généralisent ensuite; l'eczéma en est peut-être l'exemple. Le cas que vient de nous présenter M. Hallopeau soulève d'intéressants problèmes de pathogénie, et nous rappellerons que certains auteurs, parmi lesquels M. Jacquet, regardent le lichen plan comme une simple réaction de la peau au grattage, tandis que d'autres y voient une dermatose microbienne.

Pelade. Sa pathogénie. — *M. Jacquet.* Le malade que je présente à la Société est depuis un an atteint de névralgies faciales bilatérales avec prédominance du côté gauche. Malgré un traitement énergique il voit croître depuis sept mois et demi une plaque de

pelade qui n'a cessé de s'étendre que tout récemment. La thérapeutique locale que j'ai formulée est demeurée sans résultat, jusqu'au jour où je l'ai fait soigner par un stomatologue pour trois caries dont il souffrait. Après mise en bon état de la bouche, les névralgies ont cessé, et, douze jours après, le malade nous revenait avec une plaque de pelade en état de repousse dans toute son étendue.

M. Galippe. Les arguments physiologiques invoqués par M. Jacquet pour expliquer les rapports de la pelade et de la carie dentaire ne semblent pas être d'accord avec le fait que nous ne voyons jamais de pelades accompagner les lésions gingivales ou dentaires multiples qui réclament notre intervention. Je n'ai pas le souvenir d'en avoir constaté une seule fois la coexistence.

M. Sabouraud. Le malade présenté par M. Jacquet a trois petits centres peladiques en activité, et pourvus de cheveux peladiques caractéristiques.

M. du Castel. J'ai vu tout récemment une dame atteinte de deux petites plaques de pelade à la partie postérieure de la nuque. Cette dame avait subi les jours précédents une aurification et accusait le fauteuil du dentiste d'avoir été le véhicule du contage. Je me demande à l'heure actuelle si le fauteuil a fait tout le mal dont l'accuse la malade, ou si, la contagion devant être rejetée, il faut incriminer la dent malade et son oblitération.

M. Barthélemy. — Je crois qu'il est dangereux d'écarter l'idée de contagion; il faut, en pratique, être contagionniste, ne serait-ce que pour maintenir dans la boutique des coiffeurs une utile asepsie.

M. Brocq. La question est double et peut se résumir ainsi : Y a-t-il des pelades d'origine dentaire? y a-t-il des pelades contagieuses? A la première question je répondrai par le fait suivant qui, s'il n'est pas une preuve, est du moins une présomption en faveur de l'origine dentaire de quelques pelades. Il y a deux mois, M. Jacquet m'a donné l'occasion de suivre dans mon service une peladique atteinte de nombreuses lésions dentaires. Pendant trois à quatre semaines, les plaques alopéciques s'étendirent, jusqu'au jour ou l'un de mes internes, M. Monier, ayant soigné les dents, les plaques cessèrent de se produire. La contagion, au contraire, est souvent plus apparente que réelle. En voici une preuve : un homme vient à la consultation de l'hôpital Broca avec une plaque alopécique peladoïde; sa femme avait une plaque analogue.

Quelques élèves pensèrent qu'il s'agissait de pelade par contagion. Or, le mari n'avait pas la pelade, mais une pseudo-pelade. Quant à la femme, elle avait été atteinte avant son mariage.

M. Sabouraud. Nous connaissons des faits identiques. En particulier, l'observation d'un père et de son fils. Le fils avait en réalité une alopécie résultant d'une folliculite décalvante. Nous avons vu ce cas avec M. Jacquet.

M. Jacquet. M. Galippe ne verra la fréquente coïncidence de la pelade et des lésions dentaires que quand l'attention des malades, attirée sur ces relations, les incitera à les lui faire connaître, alors qu'ils les lui dissimulent aujourd'hui dans la pensée qu'il ne saurait être utile pour eux de les déceler. J'ai reçu déjà des lettres de plusieurs stomatologues et je suis convaincu que d'autres encore me signaleront la coexistence des deux ordres de lésions. Je ne saurais que me rallier à l'idée exprimée par M. Barthélemy au sujet des coiffeurs. Quant aux faits de contagion, il ne faut les accueillir que sous toutes réserves; nous pourrions en citer de nombreux où la contagion n'était qu'apparente et où un examen superficiel l'eût fait admettre facilement. Les petites plaques signalées par M. Sabouraud sont antérieures aux soins donnés à la dentition.

Traitement du lupus vulgaire. — *M. Danlos.* Les quelques malades que j'ai l'honneur de présenter sont la preuve évidente que la méthode de Finsen n'est pas la seule qui soit capable de donner des résultats définitifs. Voici une première malade améliorée, mais loin de la guérison, qui a subi 232 séances de photothérapie. Voici, au contraire, d'autres malades, traités par le procédé dit procédé des couples, dont la guérison s'est maintenue pendant deux ans et deux ans et demi et ne paraît pas devoir se démentir. Chez cette autre malade, la rugination profonde, sous le chloroforme, suivie de cautérisations au chlorure de zinc, a fourni une cicatrice irrégulière, mais la guérison est demeurée stable.

M. Leredde. Il faut considérer, chez ces divers malades, la variété du lupus et la durée du traitement antérieur aux applications photothérapiques. On s'aperçoit alors que, bien souvent, les modifications produites par la photothérapie, si lentes qu'elles soient, sont plus appréciables et plus durables que celles que l'on peut obtenir avec les autres méthodes. On ne peut d'ailleurs établir l'excellence d'une méthode sur quelques cas pris au hasard, et la méthode de Finsen a pour elle, au contraire, d'avoir été utilisée dans toutes les circonstances sur un total de 900 cas environ.

M. Chatin. La malade non guérie, qui a subi 232 séances de photothérapie, appartenait à l'une de ces variétés de lupus intractabilis pour lesquelles la plus grande prudence dans le mode d'application des agents thérapeutiques, quels qu'ils soient, est indispensable. Elle est d'ailleurs très améliorée.

M. Galezowsky. A propos des lésions d'infiltration lupique des paupières que présente cette malade, nous ferons remarquer qu'il y a grand intérêt à soigner dans ce cas la conjonctive et le canal lacrymal. L'examen chimique des larmes nous a convaincu de leur alcalinité anormale. Deux principes nous semblent régir la thérapeutique oculaire en de semblables cas : 1° déblayer les voies lacrymales; 2° combattre l'alcalinité des larmes par des modificateurs acides.

M. Brocq. La photothérapie nous paraît être un moyen excellent mais encore imprécis et destiné à subir de nombreux perfectionnements dans la technique d'application.

Teigne à petites spores et tricophytie cutanée. — *M. Danlos.* La rareté relative de la tricophytie cutanée dans les cas de teigne à petites spores nous incite à présenter cet enfant. Il en existe d'ailleurs dans le service quelques exemples.

M. Thibierge. Nous avons eu récemment à Broca un cas tout à fait identique.

Psoriasis consécutif à une émotion violente. — *M. Balzer.* Il s'agit d'un homme très nerveux qui eut de nombreuses crises pendant plusieurs années. Le 20 Mai il eut une émotion terrible en voyant sa fillette rouler sous les roues d'un tramway. Le 21 Mai il était atteint d'une éruption généralisée de psoriasis.

M. Brocq. Voici, en quelques mots, une observation analogue. Une femme, en rentrant chez elle dans la nuit, trouva son enfant étouffé sous sa nourrice qui s'était couchée sur lui en dormant. Quarante-huit heures après. elle présentait sur tout le corps une éruption caractéristique de psoriasis.

M. Barthélemy. Un fédéré, condamné à mort et gracié au moment où allait avoir lieu l'exécution, fut pris, quelques jours après, d'un psoriasis généralisé.

M. Gaucher. Tout le monde admettra, croyons-nous, que l'émotion n'est que l'occasion d'une éruption psoriasique sur un terrain prédisposé.

Psoriasis palmaire et plantaire. — *M. Milian.* La lésion initiale de cette affection est une papule plate cornée qui s'effrite et s'étend excentriquement jusqu'à former de vastes territoires desquamés policycliques à bords kératodermiques. Le malade n'est pas syphilitique, et la lésion a résisté à quatre injections d'huile grise. Il existe au devant des deux genoux quelques petits placards squameux, tout à fait justiciables du diagnostic de psoriasis.

Hérédo-syphilis et lésions de syphilis acquise coexistant chez un enfant. — *M. Baudouin.* L'enfant que nous présentons est atteint de bec-de-lièvre complet et il présente en ce moment des syphilides secondaires manifestes. Quelques jours de traitement l'ont notablement amélioré. Cet enfant présente des dents d'apparence nettement spécifique. Cette observation prouve que l'immunité n'existe pas chez les hérédo-syphilitiques. La syphilis des parents est prouvée dans ce cas par la poly-léthalité des enfants; sur dix, quatre sont morts en bas âge ou avant terme.

Alopécie peladiforme. Kératose pilaire. Syphilis. — *M. Gaucher.* Trois enfants hérédo-syphilitiques présentent, l'un une plaque de pelade ovalaire unilatérale, les deux autres ont de la kératose pilaire du cou qui offre la remarquable particularité d'évoluer parallèlement au traitement spécifique, diminuant pendant qu'on l'administre pour reparaître quand on l'interrompt. Quelle relation peut avoir cette kératose pilaire avec la syphilis? Est-ce une trophonévrose? Est-ce une lésion toxique?

M. Jacquet. Les alopécies et les dépilations diffuses sont des plus fréquentes chez les syphilitiques. Il nous paraît qu'il y aurait à rechercher dans le pharynx, les fosses nasales, et dans la bouche de ces malades des lésions qui peut-être éclaireraient la pathogénie de ces alopécies.

Papillome de la commissure buccale. — *M. Barbe.* Ces observations sont analogues au cas présenté par M. Balzer à la séance de la Société de dermatologie du 7 Mars 1901, sous le nom de pseudo-botryomycose. Dans la première observation il s'agissait d'un sujet de dix-sept ans, qui présentait depuis deux mois à la commissure buccale droite une petite tumeur arrondie, grosse comme un noyau de cerise, pédiculée, un peu molle et d'une coloration rouge violacé. De plus, le malade présentait quelques verrues à l'entrée de la narine gauche et à la région mentonnière. Cette tumeur fut enlevée et examinée par M. Lacapère qui fit le diagnostic histologique de papillome. Chez le deuxième malade existait une tumeur analogue, mais sans coexistence de verrue.

Durée de la vaginite blennorragique. — *M. Barthélemy.* En soignant avec la plus grande attention une vaginite blennorragique aiguë sans complication par des injections et des pansements quotidiens, nous ne pûmes la guérir qu'après trois mois de traitement attentif. Si nous rapportons ce fait, c'est qu'il précise la durée très incertaine de la vaginite blennorragique.

Urticaire bulleuse de la muqueuse buccale. — *M. Barthélemy.* Nous rapportons cette observation au nom de M. Spillmann, de Nancy. Sur la muqueuse buccale, la mortification occasionne la formation de bulles à contenu sanglant. Le malade souffre de fermentations stomacales anormales.

E. Lenglet.

ANALYSES

BACTÉRIOLOGIE

M. Belli. *Influence des basses températures obtenues avec l'air liquéfié sur la virulence des microbes pathogènes* (*Centralblatt f. Bakteriologie*, 26 Mars 1902, t. XXXI, n° 8, p. 355). — Les expériences de Belli, concordant avec celles de Macfadyen, aboutissent à cette conclusion que l'air liquéfié n'a d'influence sur la vitalité et la virulence des microbes pathogènes que par la basse température qu'il permet d'obtenir. Un refroidissement au-dessous de 200° n'a pas un véritable pouvoir antiseptique; il empêche, durant son action, le développement des germes, mais il ne les tue pas. Il ne peut donc servir à la désinfection.

M. Labbé.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Simon Flexner et Hideyo Noguchi. *Les propriétés hémolytiques, bactériolytiques et la toxicité du venin des serpents.* (*The Journal of experimental medicine*, 1902, 17 Mars, T. VI, n° 3, p. 277.) — Le sérum de serpent (crotalus adamonteus) desséché, puis dissous dans le sérum artificiel à des doses variant de 0,01 jusqu'à 10 pour 100, exerce un pouvoir agglutinant sur les hématies lavées et diluées dans le sérum artificiel du sang de divers animaux (chien, lapin, cobaye, mouton, cochon, grenouille, necturus); le pouvoir agglutinant est détruit par le chauffage du venin à 75°-80° durant trente minutes.

Ce venin exerce un pouvoir hémolytique considérable sur les globules rouges des animaux; le venin du cobra est plus actif que celui du crotale : le pouvoir hémolytique du venin de crotale ne disparaît qu'incomplètement après chauffage à 90°-96° durant une demi-heure; le pouvoir hémolytique du venin des cobra n'est que légèrement diminué par un chauffage à 100° pendant 50 minutes.

Les venins possèdent également un pouvoir agglutinant et dissolvant à l'égard des globules blancs.

L'agglutinine des globules rouges est identique à l'agglutinine des globules blancs; mais la cytolysine n'est pas la même pour les globules rouges et pour les globules blancs.

Les diverses variétés de globules blancs du lapin ne présentent pas la même susceptibilité à l'action des venins; ce sont les lymphocytes qui résistent le mieux.

Les venins ont un pouvoir toxique pour les cellules nerveuses; les substances qui agissent sur ces cellules sont distinctes de celles qui agissent sur les globules du sang.

Les venins, employés en quantité convenable, font disparaître les propriétés bactéricides du sérum

sanguin normal de diverses espèces animales; la perte du pouvoir bactéricide est due à la fixation par le venin de l'alexine ou cytase du sérum; les venins, par contre, n'ont aucune action sur les fixateurs ou substances sensibilisatrices du sérum.

Les antivenins neutralisent les venins et font disparaître à la fois leur pouvoir hémolytique et leur pouvoir antibactériolytique à l'égard du sérum.

M. Labbé.

CHIRURGIE

Lebasteur. ***Fistules abdominales hémorragiques.*** (*Thèse*, Paris, 1902, Mars). — Les fistules abdominales consécutives à la laparotomie reconnaissent presque toujours pour cause le drainage post-opératoire. La plus grande partie de ces fistules sont *purulentes*, livrant passage à une quantité plus ou moins grande de pus ou de sérosité louche. Mais il est une autre catégorie de fistules abdominales qui, par leurs caractères cliniques, leur évolution et le traitement qu'elles comportent, méritent qu'on les distingue des précédentes : ce sont les fistules qui donnent passage à un écoulement sanguin, et qui méritent, par ce fait, le nom d'*hémorragiques*. Il en existe deux variétés :

1° La première variété comprend les faits dans lesquels l'écoulement sanguin a son origine dans un ovaire ou dans un restant d'ovaire : ce sont les fistules abdominales hémorragiques *ovariques*;

2° Dans la seconde variété, beaucoup plus rare, le point de départ de l'hémorragie siège dans l'épiploon chroniquement enflammé et adhérent à l'orifice profond du trajet fistuleux. L'auteur propose d'appeler ces fistules, fistules hémorragiques *épiploïques*.

Le pronostic de ces deux variétés de fistules est différent, comme les causes qui les engendrent. Les hémorragies dues à la persistance d'un ovaire ou d'un fragment ovarique peuvent être très abondantes et compromettre la vie de la malade. Dans les fistules hémorragiques d'origine épiploïque, la gravité du pronostic provient secondairement de la nécessité qui se présente quelquefois d'interventions répétées.

Dans l'une et l'autre variétés, le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical : il faut aller à la recherche de la cause de l'hémorragie et la supprimer. Si l'hémorragie est d'origine ovarienne, il faut faire l'extirpation des annexes; si elle est d'origine épiploïque, la résection de la portion d'épiploon adhérente et enflammée.

J. Dumont.

OBSTÉTRIQUE

Mathes. ***Nouvelle observation de complications du travail de l'accouchement après vaginofixation de l'utérus.*** (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XV, p. 410.) — Il s'agit d'une malade, III-pare chez qui on avait pratiqué une vaginofixation en 1893 pour rétroflexion de l'utérus, avec adhérences suites de pelvipéritonite. Deux premiers accouchements normaux avant l'opération.

Dès les premières heures du travail, il y a une tension de la paroi antérieure du vagin, qui, à chaque contraction, est tirée en haut. Les culs-de-sac vaginaux antérieur et latéraux sont en dehors de la portée du doigt.

A la sixième heure du travail, introduction d'un ballon de Champetier dans le vagin. Les contractions persistent et sont plus rapprochées. A la vingtième heure, la tension du vagin est extrême, le col très élevé et à peine dilaté. On pratique l'opération césarienne suivie de l'hystérectomie totale. Enfant vivant.

L'hystérectomie avait été faite par crainte de rétention des lochies, à cause de la coudure du col et de son imperméabilité. C'est la coudure du col et du segment inférieur sur le corps qui, pour l'auteur, serait la cause des complications du travail et rendait nécessaire l'accouchement par la voie abdominale.

G. Keim.

GYNÉCOLOGIE

Pagès. ***Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du vagin*** (*Thèse*, Paris, 1902, Mai). — Les kystes du vagin constituent une affection plus fréquente qu'on ne croit habituellement; mais leur pathogénie est encore des plus obscures, si l'on en croit, du moins, la diversité des théories émises à ce sujet.

Dans ce travail consciencieux, basé sur 32 observations avec examen histologique de la tumeur kystique, et accompagné d'une bibliographie très complète de la question, l'auteur s'est efforcé de démontrer l'invraisemblance de ces différentes théories et l'analogie de structure et d'origine des kystes vaginaux.

Des multiples théories émises sur la pathogénie de ces kystes (on n'en compte pas moins de 12), 3 seulement méritent d'être retenues et discutées; ce sont celles de l'origine glandulaire, de la bourse séreuse, et de l'origine gartnérienne ou mullérienne :

1° *L'origine glandulaire* paraît devoir être écartée comme théorie pathogénique, de ce fait qu'il n'existe pas de glandes dans le vagin et qu'on n'a jamais vu de kystes communiquant avec lui par des canaux d'excrétion. Seuls les kystes de la portion vaginale du col utérin ou du vestibule du vagin pourraient relever de cette pathogénie.

2° La *théorie de la bourse séreuse*, basée sur ce fait que les kystes se voient le plus souvent chez des femmes ayant eu des enfants ou sur des filles publiques, a contre elle : les cas de kystes congénitaux, les cas de kystes chez les enfants et les vierges, enfin l'absence d'examen histologique probant.

3° La *théorie embryonnaire* seule répond à l'ensemble des cas observés. D'après cette théorie, la cause productrice des kystes du vagin résiderait dans la persistance de débris fœtaux des canaux de Wolff et de Müller. Pour M. Pagès, l'immense majorité des kystes du vagin relèverait de cette pathogénie. Son argumentation est, du reste, des plus simples : « Il existe, dit-il, des kystes du vagin dont l'origine embryonnaire est incontestable; or, ces kystes-là ne diffèrent aucunement, comme structure, du type général que revêtent les autres kystes du vagin; donc ceux-ci sont aussi fort vraisemblablement d'origine embryonnaire. »

J. Dumont.

DERMATOLOGIE

Léopold Baruchello. ***Les manifestations de la sepsis dans le psoriasis*** (*Centralblatt f. Bakteriologie*, 1902, 26 Mars, t. XXXI, n° 8, p. 337). — Déjà en 1896, Baruchello avait fait remarquer que le psoriasis peut se compliquer facilement d'infection. L'évolution clinique est alors modifiée, la maladie devient très grave, et prend les caractères de la dermatite desquamative maligne. Dans ces cas, la peau contient en très grande abondance des microbes de la suppuration, en particulier des staphylocoques dorés, dans les couches épidermiques, et de petits abcès dans le corps muqueux de Malpighi. Le traitement ordinaire par les agents irritants devient alors déplorable, et il faut, au contraire, faire l'antisepsie cutanée; ce n'est qu'après avoir guéri l'infection surajoutée qu'on doit songer à traiter le psoriasis.

L'auteur revient sur cette question à propos d'un nouveau cas de psoriasis qu'il a étudié cliniquement, histologiquement et bactériologiquement. L'éruption psoriasique était généralisée. Était-elle de nature syphilitique? on pourrait le croire d'après quelques mots de l'auteur dont l'observation manque de précision. Les squames, très abondantes, étaient formées de lamelles cornées laissant entre elles des espaces remplis de leucocytes en amas ou de véritables petits abcès. La peau contenait au début de très nombreux staphylocoques dorés; quand l'affection s'améliora sous l'influence du traitement, ces microbes disparurent et furent remplacés par des staphylocoques blancs de moins en moins abondants.

Baruchello considère qu'il s'agit ici d'un psoriasis infecté et aggravé; il critique l'opinion de Munro, de Sabouraud, Kapitowski qui considèrent l'hyperkératose avec formation d'abcès miliaires épidermiques comme la caractéristique histologique du psoriasis simple; suivant lui, ces auteurs prennent une complication de la maladie pour la maladie elle-même.

M. Labbé.

VOIES URINAIRES

ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

M. Lecomte. ***Contribution à l'étude des prostatites chroniques (prostatite latente)*** (*Thèse*, Paris 1902). — L'auteur passe en revue toutes les variétés de prostatites chroniques latentes d'origine non gonococciques.

A. — Dans un premier groupe il range les prostatites infectées caractérisées par l'existence de microbes variés (microcoques, staphylocoques, streptocoques, etc.) provenant soit de l'*urètre* soit de l'*intestin*, et par la présence de leucocytes nombreux et dégénérés dans le liquide prostatique.

1° Les prostatites consécutives à une *infection ascendante*, urétrale, peuvent se rencontrer :

a) Secondairement à une *urétrite blennorragique*.

b) Chez des *rétrécis* (lésions mécaniques et infections).

c) Dans l'*hypertrophie* de la prostate.

Il existe aussi des prostatites par *infection descendante* consécutives à des cystites, des pyélonéphrites;

2° Les prostatites consécutives à une *infection intestinale* peuvent se produire par la voie sanguine périprostatique (infection à court circuit) et s'accompagner de réflexes ano-prostatiques dus à la constipation.

B. — Dans un deuxième groupe prennent place les prostatites chroniques aseptiques, caractérisées surtout par une sécrétion exagérée de liquide prostatique peu modifié (pas de microbes, pas ou peu de leucocytes), c'est-à-dire par de l'*hypersécrétion glandulaire* qui s'accompagne bientôt de *dilatation des cavités glandulaires* avec *stagnation* des produits sécrétés. Celles-ci sont ordinairement dues à un fonctionnement exagéré de la glande (abus du coït, masturbation) : *prostatites d'ordre physiologique*.

Ces prostatiques aseptiques peuvent également être déterminées par des affections des voies urinaires (rétrécissements de l'urètre, étroitesse du méat, spasme urétral, hypertrophie de la prostate (ou avoir une *origine réflexe*) affections du rectum, constipation, neurasthénie).

Tandis que les premières (prostatites infectées) conduisent ordinairement et assez rapidement aux lésions caractéristiques de la prostatite chronique (modification des épithéliums glandulaires, sclérose périglandulaire partielle, puis diffuse); les secondes (prostatites aseptiques) persistent pendant longtemps à leur première phase, à savoir de simples troubles fonctionnels de la prostate, jusqu'au jour où elles finissent par s'infecter à leur tour.

Les *symptômes* sont très variables et ordinairement très peu marqués. Il faut chercher cette forme de prostatite pour la trouver. Les complications du côté de l'état général et du système nerveux (neurasthénie, impuissance) permettent parfois de la soupçonner; seuls l'exploration de la glande par le toucher rectal, l'examen microscopique, histologique et bactériologique des produits des sécrétions prostatiques, obtenus soit sous forme de gouttes au méat, soit sous forme de liquide trouble dans la dernière portion d'urines émises, permettront de fixer le diagnostic et de différencier la prostatite chronique simple et la spermatorrhée d'avec la prostatite tuberculeuse et l'hypertrophie de la prostate.

Ces prostatites, méconnues d'ordinaire, permettent sans doute d'expliquer un grand nombre de bactériuries d'origine vésicale.

Le *pronostic*, parfois sérieux, tire son importance de ce fait que cette forme de prostatite conduit d'une façon précoce à la variété d'hypertrophie de la prostate qu'on peut qualifier de glandulaire (prostatite sénile).

Le *traitement* visera, en même temps que la prostate elle-même, l'urètre, la vessie, les vésicules séminales, l'état général et l'hygiène.

M. Lecomte expose la technique du *massage de la prostate* qui constituera le traitement de choix auquel il conseille de joindre les suppositoires mercuriels. On pourra associer l'électrisation de la prostate, les instillations et lavages de l'urètre profond, sans négliger le traitement général.

D. Estrabaut.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

R. O. Neumann. ***Examen bactériologique des fosses nasales à l'état normal et dans les rhinites*** (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrankh.*, 1902, 2 Mai, vol. XL, p. 33). — L'auteur a fait l'examen bactériologique des sécrétions nasales chez 206 individus, les uns normaux, d'autres atteints de coryza aigu ou chronique. Les sécrétions du nez normal ont été examinées 111 fois; le nombre d'examens dans le coryza a été de 95.

Dix-neuf espèces microbiennes ont été trouvées dans les sécrétions nasales. Par ordre de fréquence, l'auteur cite : le bacille pseudo-diphtérique (dans 98 pour 100 des cas), le staphylocoque blanc (dans 86 à 90 pour 100 des cas); viennent ensuite le pneumocoque, le streptocoque, le pneumobacille, le bacille diphtérique, le colibacille, des levures, etc.

En cas de coryza, les espèces pathogènes, comme le pneumocoque, le pneumobacille, le streptocoque, le bacille diphtérique, sont plus nombreuses que les

bacilles qui se trouvent normalement dans les sécrétions nasales (bacille pseudo-diphtérique, staphylocoque).

Dans aucun cas le bacille pseudo-diphtérique ne s'est montré virulent pour les cobayes auxquels il a été injecté.

R. Romme.

PRATIQUE MÉDICALE

L'iodipine dans le traitement des convulsions chez les enfants.

Dans un cas de convulsions graves chez un petit enfant de six mois suspect d'hérédo-syphilis, M. Schuster (d'Aix-la-Chapelle) a obtenu un fort beau succès thérapeutique, en pratiquant, en même temps que les frictions mercurielles, des injections sous-cutanées d'une solution à 10 pour 100 d'iodipine. 15 injections d'un gramme chaque, faites dans l'espace de 9 jours, eurent raison des accès éclamptiques. L'enfant guérit parfaitement et depuis n'a pas eu de nouvelle crise. M. Schuster n'hésite pas à attribuer à l'iodipine ce résultat inespéré.

FACULTÉ DE PARIS

Faculté de médecine. — A la suite d'une enquête faite par le doyen de la Faculté de médecine, enquête qui a révélé des irrégularités commises par divers employés, le ministre de l'Instruction publique vient de relever de ses fonctions M. Puppin, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

M. Grisez, chef du troisième bureau de l'enseignement supérieur, est nommé secrétaire et a pris son service hier même à la Faculté de médecine de Paris.

Vacances de chaire. — La chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

Les chaires d'histoire naturelle des médicaments et de zoologie de l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole de pharmacie de Nancy. — La chaire de chimie de l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy est déclarée vacante.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur : au grade d'officier, M. le professeur Farabeuf; au grade de chevalier, M. Soula, professeur départemental d'agriculture de l'Ariège, à Foix.

Sont nommés officiers de l'Instruction publique : MM. Flœrsheim, Fraysse, médecins à Paris; Michalowicz, médecin à Parcay (Maine-et-Loire); Piazza, médecin à Chiavari (Corse); Brémaud, à Brest; Bertheux, Blin, Dayot, professeurs à l'Ecole de médecine de Rennes.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. Bègue, Blind, Bringeon, Cestan, Dicquemare, Lacaille, Lhuillier, Martigny, May, Chaillous, Paquy, Thibierge, médecins à Paris; Laignel-Lavastine, Le Lorier, internes des hôpitaux de Paris; Cavalié, médecin à Figeac (Lot); Antonini, médecin à Saint-Antonino (Corse); Bernard, Le Filiâtre, à Fresnes; Chambon, à Cabourg; Grassion, à Balleroy (Calvados); Leca, à Vico (Corse); Quintrie-Lamothe, à Bordeaux; Susini, à Caldarello (Corse); Algier, à Saint-Denis; Gasser, à Oran; Hussenet, à Saint-Maixent; Pungier, Valence, à Brest; Deverny, à Valenciennes; Guery, à Fresne (Nord); Bodin, Lautier, Le Moniet, à Rennes.

M. Baley, médecin à Châteaulin (Finistère), a été nommé chevalier du mérite agricole.

Des médailles des épidémies ont été attribuées comme suit :

Médailles d'argent : MM. Thierry, inspecteur général adjoint de l'assainissement et de la salubrité à Paris; Quintin, médecin à Carhaix; Le Coquel, médecin à Châteauneuf-du-Faou; Bozet, interne à l'hôpital d'Orléans.

Médaille de bronze : M. Hamon, médecin à Caen.

Corps de santé militaire. — Un nouveau décret présidentiel fixe les conditions nouvelles dans lesquelles les officiers du corps de santé peuvent être autorisés à remplir des fonctions civiles. En voici les dispositions principales.

Les officiers des corps de santé qui ont servi dans l'armée active pendant six ans au moins, à dater de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe, peuvent être autorisés par le Ministre de la Guerre à occuper, en temps de paix, certaines fonctions civiles pour lesquelles ils seraient agréés par l'autorité chargée d'en désigner les titulaires, savoir :

a) Les fonctions de professeur titulaire ou professeur agrégé, directeur de laboratoire ou chef des travaux, prosecteur ou chef de clinique dans les Facultés de médecine, les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les Ecoles supérieures de pharmacie.

b) Les fonctions de professeur titulaire ou de professeur suppléant dans les écoles de plein exercice ou préparatoires de médecine ou de pharmacie.

c) Les fonctions de professeur titulaire, de professeur suppléant ou de directeur de laboratoire dans les établissements d'enseignement supérieur, tels que l'Ecole pratique des hautes études, le Collège de France, le Muséum d'histoire naturelle, l'Ecole d'anthropologie.

d) Les fonctions de directeur, sous-directeur, directeur de laboratoires dans les Instituts Pasteurs et dans les établissements analogues qui seraient fondés sous le patronage de l'Etat.

Pour remplir une quelconque de ces fonctions, les intéressés devront obtenir l'autorisation du Ministre de la Guerre. Si celle-ci est accordée, ils seront mis hors cadre sans solde, pour une durée de six années, pour être ensuite réintégrés dans un emploi de leur grade, à moins qu'ils ne donnent alors leur démission du grade qui leur a été conféré dans l'armée active.

Les officiers du corps de santé placés ainsi hors cadre conservent tous leurs droits à l'avancement dans l'armée au tour d'ancienneté, le temps passé dans la position hors cadre étant déduit de leur ancienneté.

En cas de guerre, les officiers hors cadres sont remis immédiatement à la disposition du Ministre de la Guerre.

Nominations. — Par décision préfectorale, MM. A. Legras et Paul Boncour ont été nommés médecins de l'école Théophile-Roussel, en vue de l'examen physiologique et biologique des enfants.

Association des anciens internes et internes en exercice. — MM. Joffroy, Pierre Marie, Montprofit (d'Angers) et Delherm (interne en exercice) ont été nommés membres du Comité.

Étranger

Congrès des chirurgiens-dentistes. — Du 4 au 9 Août aura lieu à Odessa le Congrès des chirurgiens-dentistes russes. Au cours de ce Congrès seront désignés les représentants de la Russie à la Fédération dentaire internationale.

La lutte contre l'alcoolisme. — Une mention a été déposée au grand Conseil de Berne par une trentaine de députés — la plupart Jurassiens — invitant le Conseil exécutif à voir s'il ne conviendrait pas de présenter une loi contre l'ivrognerie.

D'après cette loi, les individus qui, par suite d'ivrognerie, se nuisent à eux-mêmes ou nuisent à leur entourage et sont ainsi la cause de leur ruine matérielle et morale, pourraient être internés administrativement dans un asile de buveurs.

Préaux sur les toits des maisons. — A la « Société américaine de pédiatrie », M. P. Northrup a proposé d'établir sur les toits des maisons dans les grandes villes des préaux pour les enfants. Il connaît plusieurs tentatives de ce genre à New-York qui toutes ont été couronnées de succès. Il y a une construction analogue en fer, bois et verre sur une maison de la Madison avenue, qui est très appropriée au but cherché. L'air est pur, la lumière abondante, la sécurité plus grande que dans les rues ; en un mot, une telle construction rendrait de grands services.

CONCOURS

Clinicat. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le jeudi 26 Juin, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu pour le clinicat médical : à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de quatre chefs de clinique adjoints ;

Pour le clinicat des maladies des voies urinaires : à la nomination d'un chef de clinique adjoint ;

Pour le clinicat obstétrical : à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints ;

Pour le clinicat chirurgical infantile : à la nomination d'un chef de clinique titulaire ;

Pour le clinicat médical des maladies infantiles : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 19 Juin 1902.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français.

Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Adjuvat. — A la suite du concours d'adjuvat, en dehors des cinq titulaires, ont été nommés aides d'anatomie provisoire, MM. Neveu et Mercadet.

RENSEIGNEMENTS

Villes d'eaux. — *Billets d'aller et retour collectifs.* — Il est délivré, du 15 Mai au 15 Septembre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins quatre personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, valables trente-trois jours, pour les stations thermales suivantes : Aix-en-Provence, Aix-les-Bains (Aix-les-Bains, Marlioz), Baume-les-Dames (Guillon), Besançon, Bourbon-Lancy, Carpentras (Montbrun), Cette (Balaruc), Chambéry (Challes), Charbonnières, Clermont-Ferrand (Royat), Coudes (Saint-Nectaire), Digne, Divonne-les-Bains, Euzet-les-Bains, Evian-les-Bains (Amphion), Genève (Champel), Grenoble (Uriage), Groisy-le-Plot-la-Caille, la Bastide-Saint-Laurent-les-Bains, le Fayet-Saint-Gervais, Lépin-lac-d'Aiguebelette (la Bauche), Lons-le-Saunier, Manosque (Gréoulx), Menthon (lac d'Annecy), Montélimar (Bondonneau), Montpellier (Palavas), Montrond (Montrond-Geyser), Moulins (Bourbon-l'Archambault), Moutiers-Salins (Salins, Brides), Pontcharra-sur-Bréda (Allevard), Pougues-les-Eaux, Rémilly (Saint-Honoré-les-Bains), Riom (Châtelguyon, Châteauneuf), Roanne (Saint-Alban), Sail-sous-Couzan, Saint-Georges-de-Commiers (la Motte-les-Bains), Saint-Julien-de-Cassagnas (les Fumades), Saint-Martin-Sail-les-Bains, Salins (Jura), Santenay, Sarrians-Montmirail, Sauve (Fonsanges-les-Bains), Thonon-les-Bains, Vals-les-Bains, Labégude, Vandenesse-Saint-Honoré-les-Bains, Vichy (Vichy-Cusset), Villefort (Bagnols). Le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires (pour les trois premières personnes) le prix d'un billet simple pour la quatrième personne, la moitié de ce prix pour la cinquième et chacune des suivantes. Arrêts facultatifs. Faire la demande de billet quatre jours au moins à l'avance à la gare où le voyage doit être commencé.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

MÉDECINE PRATIQUE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

LES RÉFORMES DU CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX

Le mode de nomination des médecins des hôpitaux est, depuis quelques années surtout, l'objet de nombreuses controverses; différentes modifications ont déjà été apportées dans les règlements du concours. Ces modifications, dont on espérait grand bien, ont supporté l'épreuve de trois concours, et il semble bien qu'elles n'aient satisfait personne, ni juges, ni candidats. Les candidats n'ont encore rien dit; mais les juges, prenant leurs intérêts en mains, ont déjà protesté publiquement; l'année dernière, le jury a fait une démarche auprès du Directeur de l'Assistance publique pour l'informer des très

grosses défectuosités du système, et nous savons que cette année encore, le jury n'attend que la clôture du concours pour faire une démarche analogue, qui sera certainement décisive.

On peut donc, d'ores et déjà, considérer comme ouverte la question des changements à apporter au concours et rechercher théoriquement et pratiquement la meilleure solution à intervenir. Beaucoup ont été déjà proposées : nous allons les discuter successivement.

La première solution proposée, la plus simpliste, consisterait à supprimer le concours : à l'appui de cette réforme, on fait valoir l'exemple des pays étrangers, la Chine et la France étant seules restées fidèles aux mandarinats de concours. Le concours serait alors remplacé par une sorte d'élection. Par exemple, la nomination, par l'Assistance, serait faite sur une liste de présentation dressée par les médecins des hôpitaux, ou sur une double liste, l'une des médecins des hôpitaux, l'autre du Conseil de surveillance. On reconnaît là le système employé pour le personnel enseignant des Facultés, pour l'École polytechnique, pour le Muséum, pour le Conservatoire des Arts et Métiers, etc. Il y a évidemment d'excellents arguments à faire valoir, en faveur de cette réforme; mais nous ne les détaillerons pas, pour la seule raison qu'il faut aboutir rapidement, et que ni l'Assistance publique d'une part, ni la majorité des médecins des hôpitaux de l'autre, ne semblent disposés à en admettre le principe : l'Assistance publique, parce que la nomination au concours la couvre mieux que tout autre système dans les questions, d'ordre judiciaire ou autre, où le personnel médical des hôpitaux engage sa propre responsabilité; les médecins des hôpitaux, parce qu'ils ont peur de l'inconnu, et que personne ne sait au juste quels seraient les résultats d'une semblable réforme.

Quelles que soient les préférences d'un grand nombre, mieux vaut donc chercher un résultat qui ne rencontre pas d'opposition et qui soit immédiatement réalisable.

*
* *

Le principe du concours restant admis, de très nombreux systèmes ont été mis en avant : on a proposé d'augmenter le nombre des juges, de le diminuer, de faire un vote anonyme ou, au contraire, de faire lire par les juges les copies rendues anonymes, etc. Nous croyons que toutes ces panacées seraient inefficaces, et que le principe du concours doit être modifié plus rationnellement.

En effet, à quoi ont servi les modifications essayées depuis trois ans? On a augmenté le nombre des juges : mais comme il n'y avait plus qu'un concours par an, on est arrivé à ce résultat que pour éviter une majorité de quatre juges pour trois ou quatre places, on a eu, deux fois, une majorité de six juges pour six places. On n'a conservé qu'un concours par an pour diminuer le temps perdu par les candidats : mais comme tous les candidats font l'épreuve dite « du malade », ce concours unique dure plus longtemps que les deux concours de jadis. On a substitué à la discussion ouverte un vote anonyme contre lequel tout le monde, *sans exception*, proteste : car il est peu dans les habitudes françaises de ne pas prendre la responsabilité de ses actes. Nous avons donc eu la preuve que toute modification de détail peut aller, suivant les circonstances, exactement à l'encontre du but poursuivi, et ceci doit nous engager à éviter d'autres petites modifications partielles, dont on ne peut prévoir la conséquence, et qui ne changent rien au fond. Par exemple, c'est ainsi que d'après les on-dit, la copie anonyme, lue par les juges, serait bien vue en haut lieu : Théoriquement, la solution est parfaite; mais pratiquement, et pour qui sait les intimes relations entre maîtres et élèves, les idées des uns sur une question reflétant les idées des autres, l'anonymat est impossible. Il est non moins impossible de demander à un médecin des hôpitaux, toujours très occupé, de lire seul, consciencieusement, 70 à 80 copies; cela ne se peut qu'avec des examinateurs professionnels.

*
* *

Négligeant les questions de détails, voyons donc les méthodes rationnelles qui pourraient servir de guide dans l'élaboration d'un projet de réforme :

On demande à un candidat trois sortes de qualités : des connaissances théoriques, des connaissances pratiques, des travaux personnels.

1° Les connaissances théoriques sont indispensables, et personne ne songe à le contester, l'on doit d'abord être au courant de ce qui a été fait, avant de songer à faire par soi-même. Ces connaissances théoriques doivent s'acquérir le plus tôt possible, dès la sortie de l'internat : elles nécessitent un effort de mémoire considérable, très pénible à partir d'un certain âge; elle exigent une dépense de temps peu compatible avec les travaux personnels, la lutte pour la vie et la création d'une famille. Par conséquent, les connaissances théoriques doivent être acquises dès les premières années du concours : Elles seront d'autant moins utiles et d'autant plus pénibles à acquérir que l'on vieillira dans la présentation au concours et que l'on aura étudié de préférence quelques sujets spéciaux au lieu de disséminer son attention sur toute la pathologie.

2° Les connaissances pratiques se développent au contraire au fur et à mesure que l'on a plus d'expérience et plus de maturité, que l'on a vu plus de malades, en ville ou à l'hôpital; il en est de même des travaux personnels que l'on ne peut exiger des débutants, et qui sont d'autant plus importants que le candidat est plus mûr.

Donc, parmi les conditions exigées, les unes conviennent aux premières années de concours, et sont inutiles et mêmes nocives par la suite; les autres sont d'autant plus rationnelles à exiger que le candidat est plus mûr. La preuve de ces deux faits est que le plus souvent, dans les concours actuels, les meilleures épreuves théoriques sont celles des jeunes candidats, ceux qui ne concourent pas pour être nommés; les épreuves pratiques et les titres personnels sont au contraire, favorables aux candidats déjà mûrs.

La conséquence logique de cet exposé peut se formuler ainsi : faire subir les épreuves théoriques, indispensables, dans les premières années de concours, puis en débarrasser les concurrents : faire porter, au contraire, les épreuves définitives sur les connaissances pratiques qu'ils auront eu le temps d'acquérir et qui n'exigent pas un entraînement spécial, et sur les travaux personnels qu'ils auront eu le temps d'entreprendre; on ne verrait plus ainsi, comme on l'a vu cette année encore, un candidat renoncer au concours après dix ans, malgré les travaux personnels les plus brillants et les qualités du vrai clinicien, par dégoût des noms à rapprendre et des questions à refaire.

*
* *

En d'autres termes, le concours se composerait de deux épreuves, l'une d'admissibilité, l'autre d'admission : la première théorique, l'autre pratique et sur titres.

1° L'*épreuve d'admissibilité* comprendrait toutes les épreuves théoriques (copie, leçon orale, etc.); elle serait acquise, soit d'une façon définitive, soit à terme, pendant une période correspondant au temps moyen de réceptivité (huit ans environ) si l'on veut éviter l'obstruction; au delà de ce délai le candidat serait, non pas évincé par la limite d'âge, mais obligé de recommencer l'épreuve d'admissibilité. La limitation du nombre des places d'admissible est d'ailleurs une question à discuter, de même que celle de la dualité des deux jurys.

2° L'*épreuve d'admission*, passée par tous les admissibles, ceux de l'année et ceux des années précédentes, comporterait des épreuves pratiques (malades, consultation, etc.) et un exposé de travaux personnels.

Les candidats seraient, ainsi, obligés d'apprendre la théorie; mais après avoir fait la preuve qu'ils la savent, ils en seraient dispensés, et pourraient, en attendant leur tour d'admission, parfois si long à venir, faire autre chose et quelque chose de plus utile que de « préparer le concours ».

Ainsi tomberaient la plupart des attaques dirigées contre le système du concours, et son influence émasculante, attaques malheureusement trop justifiées.

*
* *

Ce système aurait, de plus, l'avantage de diminuer la longueur du concours : nous rappelerons, en effet, que le concours actuel en est à son quatrième mois et que, ouvert le 25 Février, il n'est pas encore terminé, ce qui représente, pour les juges et pour les candidats, une perte de temps inappréciable.

On diminuerait, par là-même, les frais excessifs qui en résultent; en effet, tel qu'il existe actuellement, avec son grand nombre de juges et sa durée indéfinie, le concours revient, paraît-il, à 6 ou 7000 francs, ce qui représente, dans le budget de l'Assistance publique, environ *deux mille trois cents journées de malades*. S'il y avait plus de six places, et par, conséquent, deux concours, ce qui sera probablement le cas l'année prochaine, on retrancherait, sans aucune utilité, plus de quatre mille journées d'hôpital ou de subventions journalières à domicile. Cela seul suffirait à condamner le système actuel et à préconiser un concours simple et rapide.

*
* *

Nous terminerons par une considération d'un tout autre ordre : il est curieux (et consolant à la fois) de remarquer que, malgré l'absurdité des modes de concours employés, les choix auxquels ils aboutissent sont bons et ratifiés par l'opinion publique. Cela tient, avant tout, à ce que tous les candidats, sans exception, sont aptes à faire d'excellents médecins des hôpitaux, et à ce que la sélection s'est faite spontanément, en dehors de tout concours.

Dès lors, et puisqu'on doit faire un choix entre candidats de valeur sensiblement égale, le meilleur système n'est-il pas le plus simple, le plus rapide et le moins coûteux?

P. Carnot.

LIVRES NOUVEAUX

Urechia. — *Nouveaux éléments d'hygiène* (1 volume de 430 pages et nombreuses figures, Socecu, édit. Bucarest).

C'est un hygiéniste distingué qui a conçu et écrit ce beau livre. Les « Éléments d'hygiène » constituent plus qu'une vulgarisation strictement scientifique des notions pastoriennes : c'est un effort personnel à rendre l'hygiène attrayante et à la portée des jeunes générations auxquelles ce remarquable volume est surtout destiné. Les maladies infectieuses forment plusieurs chapitres; elles sont lumineusement étudiées et aboutissent à une série de conclusions dont le moindre mérite est d'être claires, précises, pratiques. Il faut lire l'exposé des causes de la tuberculose pulmonaire et des multiples méthodes de défense contre cette endémie meurtrière. La conviction ardente de l'auteur se retrouve dans l'étude de la prophylaxie des maladies contagieuses, si heureusement dénommées maladies évitables, dans la démonstration de l'extrême utilité des injections curatives et prophylactiques du sérum antidiphtérique, et dans celle des dangers mortels des eaux souillées, de l'alimentation viciée et de l'alcoolisme. Toutes ces notions bienfaisantes sont creusées à la lumière des besoins, des mœurs et de la vie des habitants du pays qui est celui de M. Urechia. L'hygiène, malgré ses lois générales, reste et restera une science locale, devant tenir compte de l'existence physique et morale de la nation qu'il s'agit de défendre contre la maladie et la mort. A ce point de vue, le « Traité d'hygiène » de M. Urechia peut être considéré comme un modèle à imiter, sinon à atteindre.

Critzman.

LES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS D'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

(Éther, Chloroforme, Chloréthyle, Cocaïne locale et lombaire)

Par **CHAPUT**
Chirurgien de l'hôpital Broussais.

Il y a peu d'années, vers 1890, à l'exception de M. Reclus qui venait d'inaugurer brillamment sa méthode d'anesthésie locale à la cocaïne, les chirurgiens de Paris employaient le chloroforme comme unique procédé d'anesthésie. Quelques années après, en *1894*, à la suite de ma publication sur l'éther, cet anesthésique se posait parmi nous en rival redoutable du chloroforme. A la même époque, le chloréthyle employé localement restreignait le champ de l'anesthésie générale, mais dans une faible mesure. C'est également vers 1895 que la méthode de Reclus commença à entrer dans la pratique courante pour les petites interventions.

En 1899, Tuffier nous fit connaître la rachicocaïnisation, et la même année Soulier, Hacker nous apportaient le chloréthyle comme un anesthésique général de premier ordre.

Depuis quelques années, la cocaïnisation locale fait des progrès croissants, et se pose avec la cocaïne lombaire en rivale résolue de l'anesthésie générale, laquelle n'est plus exclusivement représentée par le chloroforme, mais aussi par l'éther et le chloréthyle.

Pour mesurer le terrain perdu par l'anesthésie générale, j'ai relevé toutes mes opérations depuis le 1er Avril 1901 jusqu'au 1er Mai 1902.

Sur 466 anesthésies chirurgicales, je compte 337 anesthésies locales ou lombaires et 129 anesthésies générales. C'est dire que je n'ai employé l'anesthésie générale que dans 27 pour 100 des cas; je pourrais dire 25 pour 100 seulement, car beaucoup des anesthésies générales que j'ai faites auraient pu être avantageusement remplacées par la cocaïne locale ou lombaire.

Les 337 anesthésies locales se subdivisent en 248 anesthésies lombaires, et 89 cocaïnes locales.

Les 129 anesthésies générales sont composées de *103* anesthésies mixtes par l'éther ou le chloréthyle au début, suivis du chloroforme, et 25 anesthésies par l'éther. Ces chiffres ne donnent pas l'expression exacte de ma pratique, beaucoup d'opérations au chloroforme ayant été faites en mon absence par mes internes, par le chirurgien de garde ou par mon collègue Beurnier qui m'a remplacé.

J'ajouterai que pendant l'hiver mon service est très mal chauffé, les malades y contractent des congestions pulmonaires qui me forcent à employer le chloroforme plus souvent que je ne voudrais, car avec l'éther les congestions pulmonaires sont plus fréquentes qu'avec le chloroforme.

Enfin, je n'emploie le chloréthyle que depuis peu de temps, et je suis persuadé qu'il supprimera à l'avenir le chloroforme pour toutes les opérations courtes pour lesquelles le chloroforme ou l'éther étaient employés autrefois.

J'administre le chloréthyle de la façon suivante : une compresse pliée en quatre doubles carrée, de 10 à 12 centimètres de côté est épinglée sur un carré de taffetas gommé de mêmes dimensions. On la place dans le creux de la main gauche, tandis qu'avec la droite on projette un fort jet de chloréthyle avec un ou deux tubes de Kélène.

Quand il s'est formé sur la compresse une tache de la largeur de la paume, on l'applique hermétiquement sur le nez et la bouche du patient; après quelques inspirations, celui-ci s'endort en trente à quarante secondes. L'anesthésie ne persiste que quelques minutes, de telle sorte qu'il faut ou renouveler la dose de chloréthyle ou passer à l'éther, ou au chloroforme. Le chloréthyle est très bénin, mais il ne peut servir pour les opérations un peu longues, car le malade se réveille et se rendort sans cesse, de telle sorte que l'anesthésie prolongée serait par trop tumultueuse.

Le chloréthyle s'emploie donc soit pour commencer l'anesthésie générale, soit pour les opérations très courtes.

L'éther me paraît le meilleur agent pour l'anesthésie générale; il reconnaît cependant plusieurs contre-indications : on ne peut l'utiliser chez les malades qui ont dépassé soixante ans, ni chez les obèses, les emphysémateux, les asthmatiques, les tousseurs, les enrhumés, à cause des congestions pulmonaires très graves qu'il détermine. On ne peut l'employer dans les opérations sur la face, ni sur les malades trachéotomisés. Il est contre-indiqué pour la chirurgie cérébrale. Chez certains malades il provoque une agitation violente, une sorte de délire furieux qui peut rendre l'anesthésie impossible. D'autres deviennent bleuâtres, asphyxiques; d'autres ont des mucosités abondantes dans les bronches; d'autres enfin présentent des syncopes d'intoxication. Je dirai aussi que le malade qui a déjà passé sous le masque à éther trouve le procédé si désagréable qu'il se refuse à récidiver.

A part ces exceptions, l'éther est un excellent anesthésique, et il me paraît bien préférable au chloroforme, quoiqu'il soit bien loin d'être aussi bénin que le disent nos collègues lyonnais.

J'ai remarqué qu'il y a entre l'éther et le chloroforme un antagonisme absolu : l'éther dilate la pupille, le chloroforme la rétrécit; l'éther congestionne la face, augmente le nombre et la force des battements du cœur, le chloroforme pâlit la face, ralentit et affaiblit les pulsations cardiaques. Le premier fait sécréter les bronches, l'autre les sèche; bien plus, les malades qui supportent mal l'éther supportent bien le chloroforme, et *vice versa*, de telle sorte qu'on peut dire que les deux produits sont l'antidote l'un de l'autre.

Dans ma pratique actuelle, le chloroforme n'est plus que le paria de l'anesthésie; il bénéficie seulement des cas qui ne peuvent s'accommoder de la cocaïne locale ou lombaire du chloréthyle pulvérisé ou inhalé, ou enfin de l'éther. L'anesthésie générale est indiquée chez les malades qui redoutent d'assister à leur opération; mais ceux-ci se raréfient de jour en jour à mesure qu'ils apprennent à mieux connaître les dangers de cette méthode.

L'anesthésie générale est indiquée actuellement pour les laparotomies profondes, et encore il n'est nullement prouvé que les perfectionnements de la cocaïne lombaire ne chasseront pas définitivement le chloroforme de la région abdominale. Il est indiqué aussi pour les grosses tumeurs du sein, du cou, pour les opérations sur les grosses branches du trijumeau et pour les grandes opérations sur le cerveau, en attendant le jour prochain où la cocaïne lombaire attaquera résolument les tumeurs du sein, et la cocaïne locale, les larges trépanations.

C'est que, en effet, l'anesthésie générale, surtout celle par le chloroforme, est beaucoup plus grave que les statistiques ne l'indiquent. D'après mon expérience personnelle, qui vient confirmer la récente statistique de Terrier, la mortalité du chloroforme est d'environ 2 pour 1000. Elle augmente considérablement chez les malades âgés, cardiaques, athéromateux, infectés, cachectiques, épuisés, chez les grands nerveux qui ont une peur épouvantable du sommeil chloroformique. Si l'on ajoute à ces inconvénients les vomissements souvent tenaces, les congestions pulmonaires et rénales, les chances de paralysies, d'apoplexie, de lésion post-anesthésique, on admettra avec nous que l'anesthésie générale est extrêmement redoutable et que le mieux est de s'en passer le plus qu'on peut.

L'anesthésie locale remédie à merveille aux inconvénients de l'anesthésie générale. Je rappellerai seulement pour mémoire l'emploi du chloréthyle pulvérisé, qui n'est malheureusement applicable que pour des opérations insignifiantes.

La cocaïne locale, introduite en chirurgie générale par Reclus, en 1889, est susceptible d'applications extrêmement étendues.

Reclus ne l'appliqua d'abord qu'à des opérations très simples; peu à peu, il agrandit le champ de ses recherches et arriva à faire des amputations des bras et même des laparotomies.

Je partage, et au delà, l'opinion de Reclus; j'ai appliqué la cocaïne à toutes les interventions qu'il a osées, je l'ai même employée dans des cas où il ne s'en est jamais servi. Les chirurgiens français n'ont suivi qu'à regret la voie tracée par leur collègue, n'admettant la cocaïne locale que pour les petites opérations.

Je voudrais, en leur communiquant le résultat de ma pratique, les inviter à user plus largement d'une méthode précieuse entre toutes. C'est qu'en effet la cocaïne locale est d'une bénignité absolue, complète. Elle ne fait courir *aucun risque* dans le sens absolu du mot, si l'on s'en tient aux règles posées par Reclus.

Sur plusieurs milliers d'opérations, notre collègue n'a pas eu un cas de mort; j'en dirai autant de ma pratique personnelle, bien qu'elle se limite à quelques centaines de cas.

J'ai pratiqué dans ces dernières années toute une série d'opérations importantes avec la cocaïne locale sans un insuccès.

Cette année même, j'ai exécuté une fois la suture périostique de la rotule et une autre fois la suture des seuls ailerons.

En 1900, à la Pitié, j'ai fait deux fois sur des femmes âgées l'ovariotomie pour des kystes de l'ovaire. Les opérations se sont passées très simplement et sans douleur; j'ai constaté avec satisfaction que ces malades, loin de ressentir des phénomènes de shock, comme après le chloroforme, paraissaient absolument dans leur état normal, comme si elles n'avaient pas été opérées; elles purent déjeuner presque aussitôt après l'opération.

J'ai opéré en 1898, à Tenon, une femme

qui présentait une énorme tumeur abdominale; elle était atteinte d'une congestion pulmonaire grave avec dyspnée effrayante, considérablement aggravée par le volume de la tumeur et qui contre-indiquait formellement l'anesthésie générale. Je fis à la cocaïne locale une incision de plus de 20 centimètres et j'arrivai sur un énorme fibrome utérin, kystique, suppuré, contenant 10 litres de liquide; je réséquai une grande partie du kyste et marsupialisai le reste; la malade guérit sans complications. Certainement, elle a dû la vie à la cocaïne locale.

En 1901, j'ai pratiqué deux fois avec facilité et succès la gastro-entérostomie à la cocaïne locale; une fois chez un homme très affaibli (atteint de néoplasme pylorique) qui m'avait été adressé par mon collègue et ami M. Œttinger. J'ai anesthésié séparément la peau, le tissu sous-cutané, la ligne blanche; la recherche de l'anse grêle et les sutures ont été exécutées sans anesthésie, les viscères étant normalement insensibles aux piqûres et aux manipulations modérées. Dans le second cas, il s'agissait d'un malade de mon collègue et ami, M. Ménard, de Berck.

Le 30 Avril dernier. avec le concours de notre collègue Bœckel et du professeur Weiss (de Nancy), j'ai fait à la cocaïne locale une entéro-anastomose iléo-colique gauche avec isolement du gros intestin, pour un anus contre nature du cæcum; l'opération a duré une heure et quart, le malade l'a merveilleusement supportée et est actuellement guéri de sa lésion.

J'ai fait aussi cette année (1901) l'ablation de tout le sein avec curage de l'aisselle pour un volumineux cancer. Je dus employer ici, comme l'a fait quelquefois Reclus, 20 seringues de solution. L'anesthésie fut satisfaisante, mais la malade présenta quelques vomissements pendant l'opération. La guérison eut lieu sans complications. Je dois dire que l'opération ainsi conduite est assez difficile, mais cependant encore très faisable; pour les grosses tumeurs du sein, la cocaïne locale n'est pas la méthode de choix, elle n'est qu'un procédé d'urgence nécessité par les contre-indications de l'anesthésie générale.

Ces jours derniers, j'ai reçu dans mon service un homme de soixante ans, atteint d'un volumineux cancer du maxillaire supérieur; cet homme était obèse, artérioscléreux, diabétique et albuminurique. Mon premier mouvement fut de lui refuser l'opération en raison de la gravité que comportent en pareil cas le traumatisme et l'anesthésie générale. Je considère en effet que cette anesthésie provoque, chez de tels sujets, des congestions pulmonaires redoutables; en outre, elle prédispose aux infections septiques en altérant les reins et le foie qui servent à l'élimination des toxines et des microbes.

Je réfléchis ensuite que je pourrais l'opérer avec moins de risques grâce à la cocaïne locale, et je pratiquai l'opération.

Je fis des injections sur le trajet de l'incision cutanée classique; j'en fis d'autres sur le plancher de l'orbite; d'autres entre la joue et le maxillaire, j'injectai encore une demi-seringue vers l'orifice inférieur du canal palatin postérieur.

Je pus alors exécuter l'opération avec une très grande facilité sans que le malade ait éprouvé de douleurs; il est maintenant complètement guéri.

Comme on le voit par ces exemples, il est possible d'exécuter à la cocaïne locale des opérations même compliquées; qu'on ne se méprenne pas sur mes intentions; je n'entends pas dire qu'il vaut mieux exécuter ces opérations à la cocaïne que sous chloroforme; je veux simplement faire remarquer que lorsque l'anesthésie générale est dangereuses ou contre-indiquée, certaines opérations complexes sont encore possibles à la cocaïne locale.

Passons maintenant en revue les opérations justiciables de la cocaïne locale; nous les diviserons en trois catégories : 1° opérations pour lesquelles la cocaïne locale est préférable à l'anesthésie générale; 2° opérations pour lesquelles la cocaïne locale peut rivaliser avec l'anesthésie générale; 3° opérations pour lesquelles la cocaïne n'est indiquée qu'à titre exceptionnel. Nous ajouterons dans une 4e catégorie les opérations où la cocaïne est contre-indiquée.

1° *La cocaïne locale est préférable à l'anesthésie générale* pour les petites opérations telles que ablations de petites tumeurs, amputations des doigts et des orteils, sections tendineuses, sutures de rotule ou d'olécrane, phimosis, hydrocèle, castration, urétrotomie interne; chez la femme, curage, colporraphie; à la région anale, dilatation, fistules, hémorroïdes; ajoutons l'opération de l'empyème et les opérations sur le nez.

2° *La cocaïne peut rivaliser avec l'anesthésie générale* pour les cures radicales de hernies, anus iliaques, gastrostomies, incisions de kystes ou d'abcès du foie, colpotomies. Trépanation mastoïdienne et cranienne limitée, résection des maxillaires.

3° *La cocaïne peut être employée exceptionnellement* pour certaines laparotomies moyennement difficiles comme les kystes de l'ovaire, la gastro-entérostomie pour le cancer du sein, la résection des maxillaires, l'amputation de l'avant-bras et du bras, l'opération d'Estlander.

4° *La cocaïne locale est contre-indiquée* pour les laparotomies difficiles, pour les amputations et résections des membres inférieurs, pour les amputations de l'épaule, pour les tumeurs qui dépassent le volume d'une orange, pour les opérations compliquées telles que les résections des grosses branches du trijumeau, l'ablation des grosses tumeurs de la langue, du corps thyroïde, etc.

La cocaïne reçoit des indications et contre-indications spéciales de l'état d'esprit des malades et de l'état général. Un malade qui redoute énormément l'anesthésie générale doit être opéré à la cocaïne quand c'est possible; celui qui redoute d'assister à son opération est justiciable de la seule anesthésie générale. La cocaïne locale est naturellement contre-indiquée chez les enfants.

Les albuminuriques, cardiaques, rénaux, hépatiques, cachectiques réclament l'anesthésie locale et contre-indiquent l'anesthésie générale.

Nous sommes conduits tout naturellement à nous demander quelles sont la valeur et les indications de la *rachicocaïnisation*.

Pour moi, la *rachicocaïnisation* est parfaite pour toutes les opérations sur les membres inférieurs, les organes génito-urinaires de l'homme et de la femme, pour celles sur l'anus et le rectum et aussi pour les hernies. Je n'emploie plus jamais sur ces régions ni l'anesthésie locale, ni l'anesthésie générale.

Pour l'abdomen, ces avantages sont discutables; les laparotomies superficielles (anus artificiel, gastrostomie, incisions de kystes et d'abcès du foie) sont pratiquées très aisément avec la rachicocaïnisation. J'ai pratiqué avec facilité par la méthode de Tuffier plusieurs gastro-entérostomies, une pylorectomie et une résection du cæcum; mais je dois dire que les laparotomies profondes sont souvent difficiles avec la rachicocaïne à cause de l'émotion des malades, de l'absence de résolution des muscles droits et aussi parce que l'anesthésie ne remonte pas toujours suffisamment haut. Pour toutes ces raisons, je pense que la cocaïne lombaire n'est applicable aux laparotomies profondes que lorsque l'anesthésie générale est impossible ou contre-indiquée.

L'anesthésie lombaire me paraît beaucoup moins dangereuse que l'anesthésie générale chez les diathésiques énumérés plus haut.

La méthode de Tuffier peut encore, lorsqu'il y a contre-indication à l'anesthésie générale, nous permettre de nous attaquer aux opérations sur le thorax et sur le sein, qui échappent à la cocaïne locale, telles que l'Estlander et l'ablation des cancers du sein.

J'ai fait avec succès toutes ces opérations avec la rachicocaïnisation.

J'ai renoncé à la rachicocaïnisation pour les opérations sur le membre supérieur et la tête sans avoir eu d'accidents qui m'en aient détourné, mais simplement parce que les doses de cocaïne nécessaires en pareille circonstance sont assez élevées et aussi parce que l'anesthésie générale est beaucoup plus régulière et plus agréable pour l'opéré.

J'ai pratiqué, jusqu'à ce jour plus de 260 rachicocaïnisations sans aucun accident. Ces anesthésies sont devenues particulièrement bénignes depuis que j'emploie, comme Guinard, la solution au 1/10 que je dilue dans le liquide céphalo-rachidien.

Les mauvaises anesthésies fournies par la rachicocaïnisation résultent d'une technique défectueuse : dose insuffisante, quantité de liquide anesthésique trop faible (il est indispensable de brasser la cocaïne avec le liquide céphalo-rachidien), aiguille trop volumineuse, injection n'ayant pas pénétré. Je suis arrivé peu à peu à éliminer ces causes d'erreur.

* * *

En résumé, *la cocaïnisation locale* paraît être avec le chloréthyle en inhalations, le procédé de choix pour les petites opérations.

Elle est indiquée, lorsqu'elle est possible, chez les malades qui redoutent l'anesthésie générale et chez les diathésiques.

Elle est applicable aux laparotomies superficielles et aux hernies et à un grand nombre d'opérations importantes. Elle est contre-indiquée chez les enfants, chez les émotifs, et pour les laparotomies compliquées.

La *rachicocaïnisation* est la méthode de choix pour toutes les opérations sur les membres inférieurs, l'anus et le rectum, les organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. Elle est applicable aux laparotomies superficielles et aux hernies. Elle est indiquée pour les opérations sur le thorax et les laparotomies difficiles quand l'anesthésie générale est dangereuse.

L'*anesthésie générale* est seule possible pour les enfants, les émotifs, et pour les opérations compliquées (supra-pelviennes).

Elle est la méthode de choix pour les opé-

rations moyennes et grosses de la zone suprapelvienne, chez les individus bien portants.

Elle est contre-indiquée chez les peureux et dans les mauvais états généraux.

L'éther est le meilleur anesthésique général, il est malheureusement contre-indiqué chez les vieillards, les obèses, les tousseurs, pour la face et le crâne ; il est souvent mal supporté ; les malades qui en ont goûté n'en veulent plus.

Le chloroforme est la méthode d'exception ; il ne bénéficie que des cas qui échappent aux autres méthodes.

Le chloroforme est l'antidote de l'éther, et réciproquement.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES ATROPHIES MUSCULAIRES RÉFLEXES D'ORIGINE ARTICULAIRE

Nous nous proposons d'étudier ici le traitement qu'il convient d'appliquer dans les atrophies réflexes d'origine articulaire, atrophies qui ont pour cause, soit une lésion traumatique (contusion, entorse, luxation, fracture para-articulaire, hydarthrose), soit une lésion inflammatoire de la jointure (arthrites diverses, rhumatismales, blennorragiques, bacillaires, goutteuses, etc.).

Rappelons que cette variété d'amyotrophie, l'atrophie réflexe, offre parmi ses caractères principaux celui de se limiter à un très petit nombre de muscles, et de s'attaquer avec une certaine prédilection au groupe des extenseurs de l'article.

Dans ces cas de traumatisme ou d'inflammation de la jointure, l'affection articulaire est à peu près seule à retenir l'attention, et l'amyotrophie, si même elle ne passe pas totalement inaperçue, n'est d'ordinaire regardée que comme une complication banale et de peu d'importance. Aussi les préoccupations thérapeutiques visent-elles avant tout la lésion articulaire et négligent-elles le plus souvent l'atrophie musculaire.

D'autres fois on s'abstient de parti pris de traiter cette atrophie dans la crainte de provoquer par une mobilisation prématurée de l'article l'aggravation ou le retour des phénomènes douloureux ou inflammatoires. Ne sera-t-il pas, du reste, toujours temps de faire « un peu de massage et d'électricité », et ces moyens ne feront-ils pas disparaître rapidement l'atrophie ?

Il est certain qu'il y a des malades chez lesquels l'atrophie peu marquée n'entraîne qu'un léger degré de parésie qui cède spontanément ou qu'un petit nombre de séances de massage ou d'électricité suffit à dissiper.

Mais ce sont là des cas heureux. A côté d'eux, il est des malades qui, une fois guéris de la lésion articulaire, gardent dans la fonction motrice du membre une gêne plus ou moins considérable pouvant aller jusqu'à l'impotence.

Peut-on, en pareil cas, se contenter de prescrire « un peu de massage ou d'électricité » ? En fait, cette formule, très courante, est un peu trop concise, et elle n'est guère acceptable si l'on considère, d'une part, que l'atrophie réflexe n'a aucune tendance à la régression spontanée, et, d'autre part, que mal soignés, ou peu soignés, les malades restent exposés à traîner pendant des mois et des années une amyotrophie rebelle, véritables infirmes, d'autant plus à plaindre que leur amyotrophie est parfois née d'une lésion articulaire insignifiante, une contusion par exemple.

L'atrophie réflexe doit, par conséquent, être envisagée comme une complication suffisamment sérieuse pour nécessiter une thérapeutique sévère et rationnelle.

Mais quelle doit être cette thérapeutique ? Le massage, proclament les uns ; l'électricité, affirment les autres, sans pouvoir la plupart du temps défendre leurs préférences à l'aide d'arguments réellement fondés.

Le massage et l'électricité sont sans doute l'un et l'autre, d'excellents moyens, et il est certain que le massage réussira parfois là où l'électricité aura échoué, et réciproquement. Mais, ni le massage, ni l'électricité ne peuvent prétendre à s'exclure mutuellement et à vouloir être chacun le traitement unique et spécifique des atrophies musculaires. L'un et l'autre sont utiles, l'un et l'autre ont leurs indications.

Dans presque tous les cas on pourra adopter la ligne de conduite suivante qui, serrant de près la physiologie pathologique, semble d'une façon générale donner les meilleurs résultats.

Deux cas sont à considérer :

1° *L'atrophie musculaire n'existe pas encore ou est à peine marquée ;*

2° *L'atrophie musculaire est constituée.*

* * *

L'atrophie musculaire n'existe pas encore ou est à peine marquée. — Si l'atrophie musculaire n'existe pas encore, il y a intérêt à chercher à la prévenir. Son apparition est en effet très probable à la suite de toute lésion articulaire, et il est certainement plus facile d'empêcher sa venue que de l'enrayer une fois qu'elle s'est installée. Si l'atrophie est déjà en voie d'évolution, mais encore peu accentuée, il faut s'efforcer d'entraver son développement.

On enseigne dans les classiques que le traitement des atrophies musculaires met souvent aux prises avec ce dilemme : ou l'inactivité musculaire favorise l'atrophie, ou bien l'électricité et le massage risquent de réveiller la douleur ou l'arthrite. Hier encore on eût hésité à masser au voisinage d'une articulation traumatisée ou d'une synoviale enflammée. Mais à présent il ne subsiste plus rien des anciens préjugés, et ce que l'on eût redouté autrefois s'impose aujourd'hui. Le symptôme douleur n'a-t-il pas cessé d'être une contre-indication à la mobilisation des jointures, ainsi que le montrent les succès obtenus chaque jour par la massothérapie dans le traitement de l'entorse et des fractures juxta-articulaires. Et le même sort ne semble-t-il pas réservé au symptôme inflammation, depuis qu'Alb. Mathieu et Delherm ont établi que l'électrisation, loin de les aggraver, comme on pouvait le supposer, améliore les arthrites blennorragiques ?

Rien ne paraît donc s'opposer dans le traitement préventif de l'amyotrophie à une intervention précoce. Par conséquent dès le lendemain de l'accident, dès le stade initial de l'arthrite, on pourra s'attaquer au groupe musculaire périarticulaire.

En règle générale, c'est au *massage* qu'il faudra avoir recours.

Il est important que ce massage soit fait d'une façon méthodique, suivant les principes et la technique classiques, par des mains exercées, et non par des employés, des domestiques incapables de mesurer et de saisir la portée de leur intervention.

Institué de bonne heure, le massage des muscles sera presque toujours capable à lui seul de prévenir l'atrophie ou d'en arrêter les progrès.

Sans insister ici sur le *modus faciendi*, nous nous contenterons de donner cette indication : on commencera par des pressions lentes et douces, faites sans brutalité, dont on pourra de jour en jour augmenter l'énergie si l'état local et la sensibilité du malade le permettent.

En favorisant les échanges, en activant la circulation, en aidant à la résorption des œdèmes, le massage améliorera la nutrition du muscle, dont la vitalité compromise par l'immobilisation pourra être ainsi sauvegardée. Lorsque l'atrophie musculaire relèvera d'une entorse ou d'une hydarthrose, et que l'on se sera déjà adressé au massage pour combattre la douleur et l'inflammation articulaire, il sera indiqué, pour se mettre à l'abri d'une atrophie consécutive, de comprendre le muscle dans les manœuvres du massage.

Si l'on est en présence d'une arthrite, on pratiquera exclusivement le massage musculaire en évitant de mobiliser l'article.

Dans les cas où l'électrisation serait déjà utilisée comme traitement de l'affection articulaire (hydarthrose, arthrite blennorragique), le massage ne s'imposera plus d'une façon aussi ferme ; néanmoins on aura raison d'y avoir recours, mais seulement à titre d'adjuvant du traitement électrique.

Il n'y a qu'une seule contre-indication à l'emploi du massage : c'est la présence de pus dans l'articulation.

Une autre contre-indication, pour certains auteurs, serait fournie par la tuberculose articulaire. Mais cette opinion ne paraît pas absolument justifiée, car, à la condition d'éviter avec soin tout déplacement de l'article et de se confiner dans des manœuvres de douceur, des pressions très modérées, il n'est jamais nuisible de masser prudemment des muscles au voisinage d'une tumeur blanche. Le massage permet du reste de rendre un peu de souplesse à ces muscles, qui, dans la tuberculose articulaire, offrent souvent un certain degré de contracture, et de diminuer du même coup la douleur qu'entraîne cet état.

* * *

L'atrophie musculaire est constituée. — Ici, l'indication première est encore de commencer le traitement aussitôt que possible. En général, on se trouve en présence d'une lésion articulaire éteinte, ou à sa période de déclin. Le plus souvent, il s'agit de malades déjà convalescents chez lesquels on a négligé d'enrayer l'atrophie, et qui, au moment de vouloir reprendre leurs occupations, s'aperçoivent de l'affaiblissement de leur membre et de l'amaigrissement musculaire.

Le degré d'atrophie n'est pas toujours en rapport avec l'importance de la parésie, et il n'est pas rare d'observer des cas où à une atrophie profonde correspond une paralysie à peine marquée et inversement.

Si l'on ouvre le traité de Norström, on y lit que cet auteur « a fait de l'électrothérapie dans les atrophies musculaires, et qu'il n'a pas eu à s'en louer ». « C'est parfois, dit-il, un utile adjuvant, mais j'attribue toujours la plus grande part de succès au massage. Avec lui seul, j'ai guéri très vite des cas dans lesquels l'électricité ne m'avait presque rien donné. »

Contrairement à l'avis de Norström, nous pensons que dans les cas d'atrophie constituée, le massage n'a plus la même efficacité que dans les amyotrophies en voie d'évolution. Il ne serait pas exact de nier son utilité car il peut encore amener quelques bons résultats, mais, d'une façon générale, *l'électrisation* procure des effets plus sûrs. L'électricité offre cet avantage qu'en sollicitant la contraction musculaire, elle s'adresse directement à la fonction primordiale de la fibre musculaire. Les mouvements que de la sorte on imprime au muscle constituent une gymnastique passive d'autant plus appropriée qu'elle permet d'exercer isolément le muscle altéré, et cela sans nécessiter la mobilisation de la jointure.

Au point de vue de la nutrition du muscle, l'électricité agit dans le même sens que le massage. Le travail fourni par la contraction musculaire détermine en effet une augmentation circulatoire qui entretient et stimule l'activité des échanges [1].

Cliniquement, du reste, l'électrisation bien

1. Cette remarque s'applique au courant faradique et aux secousses de fermeture du galvanique. Quant au courant galvanique continu, il entraîne déjà à lui seul, par son action interpolaire, des effets modificateurs importants.

conduite vient presque toujours à bout de la parésie et de l'atrophie, et se montre, par conséquent, un précieux agent de régénération musculaire.

Toutes les modalités de courants électriques paraissent avoir fourni de bons résultats, car tous mettent en jeu la contractilité musculaire et activent la nutrition. On pourra ainsi utiliser soit le courant galvanique continu, le pôle négatif sur les muscles paralysés, le positif sur la moelle à la région dorsale ou lombaire, — soit le courant galvanique avec choc de fermeture, — soit le courant induit permanent appliqué au moyen du pinceau faradique, — soit le courant faradique à interruptions espacées, — soit le courant faradique à interruptions rapides rythmiquement interrompu, — soit les applications galvaniques suivies d'excitations faradiques, — soit le courant galvanique combiné au courant faradique (courant de Watteville), — soit encore les alternatives voltiennes.

Dans cette nombreuse variété de courants on n'aura qu'à choisir. On se gardera cependant d'employer des appareils défectueux, tels que ces petites boîtes minuscules qu'on trouve dans le commerce et qui ne sont guère capables de fournir une excitation utile.

Autant que possible le médecin devra faire l'application lui-même; il ne devra en charger le malade ou une personne de son entourage qu'en cas d'empêchement sérieux et après s'être assuré qu'elle pourra être correctement faite.

Le praticien qui disposera d'une bobine faradique de bonne construction aura là un appareil qui suffira presque toujours. S'il a également une bonne batterie galvanique d'une vingtaine d'éléments pourvue d'un galvanomètre apériodique et d'un interrupteur, il possédera là un excellent instrument pour les applications de courant continu. Un spécialiste aura à sa disposition un jeu de clefs ou encore la roue de Truchot qui lui permettra de faire des alternatives voltiennes.

A notre avis, *le courant faradique rythmé reste le moyen le plus simple*, celui dont l'application est *la plus facile, à la portée de tous*, et qui est *appeté à réussir dans la plupart des cas*.

Nous supposons la bobine faradique reliée à la source d'électricité (une batterie de une, deux ou trois piles Leclanché, par exemple). Le trembleur sera réglé de façon à produire des interruptions à intervalles très rapprochés. Le marteau de Neef des vulgaires bobines de Rumkorff remplit très bien ce but. La bobine secondaire (bobine induite) devra être de préférence celle à gros fil. A ses bornes on attachera les fils conducteurs. Ceux-ci porteront à leur extrémité opposée les électrodes. L'une de celles-ci (une plaque d'étain recouverte de feutre et de peau de chamois), bien imbibée d'eau tiède, sera appliquée sur la peau de la région dorsale où on pourra la fixer au moyen d'une ceinture; l'autre électrode, en forme de tampon, également recouverte de peau de chamois, sera placée sur le muscle à électriser, et de préférence sur son point moteur. Un vulgaire bouton de sonnette placé sur le trajet du circuit inducteur pourra faire office d'interrupteur général.

Tout étant bien disposé pour l'application, on enfoncera doucement la bobine induite sur l'inductrice jusqu'à ce que l'intensité du courant obtenu produise une contraction du muscle. Celle-ci n'a pas besoin d'être violente; il suffit qu'elle soit nette. En pressant à intervalles réguliers sur le bouton, on fermera et on ouvrira alternativement le courant. C'est là ce qu'on appelle le faradique rythmé, ou rythmiquement interrompu.

Sur le muscle ces variations se traduisent tour à tour par des périodes de contraction et de repos. Il faut que la durée de la période de repos soit suffisante pour que le muscle puisse revenir à l'état de relâchement complet. L'inobservation de ce principe peut amener des résultats fâcheux, car les excitations trop rapprochées, par la fatigue qu'elles engendrent, ne peuvent qu'accroître l'amyotrophie.

On conseille habituellement des séances de cinq ou dix minutes. C'est, en effet, là une bonne moyenne pour les premières applications; mais dans la suite, lorsque le muscle aura recouvré une partie de son énergie, il y aura intérêt à prolonger la durée de chaque séance jusqu'à vingt ou trente minutes, et même à faire deux applications dans la même journée, si cela est possible, sans toutefois pousser jusqu'à la fatigue.

Lorsque les phénomènes articulaires seront encore en évolution, ou éteints seulement depuis peu, il sera préférable de ne pas avoir recours d'emblée au courant faradique rythmé, mais d'utiliser pour commencer le courant faradique à intermittences espacées qui retentit plus faiblement sur l'articulation et permet ainsi de graduer plus facilement l'action musculaire [1].

Si l'on peut se contenter de la faradisation rythmée dans la plupart des cas, il n'est pas inutile cependant de varier de temps à autre la nature de l'excitation, et, si l'on dispose de l'instrumentation nécessaire, on pourra avantageusement alterner avec des secousses de courant continu ou des étincelles de la machine statique. L'étincelle statique d'après certains auteurs donnerait parfois des résultats remarquables dans les formes un peu rebelles, mais rien ne nous autorise à lui attribuer une efficacité supérieure à la faradisation.

Un petit nombre de séances suffit parfois pour ramener entièrement la fonction contractile et dissiper l'atrophie.

Plus souvent les progrès seront lents, et des cas non absolument rebelles ne cèdent guère qu'après plusieurs mois de traitement. Cette question de la durée intéresse au plus haut point les malades, et d'ordinaire leur première préoccupation est de s'enquérir du nombre de séances probable. On n'oubliera pas alors qu'il est possible de les renseigner d'une façon approximative en recherchant les réactions électriques des muscles atteints. Cette recherche est, du reste, rendue assez facile par la possibilité de comparer les réactions des muscles du côté malade avec celles du côté sain. En général, lorsqu'on constate une légère diminution à l'excitation faradique (c'est-à-dire lorsqu'il faut un courant plus intense du côté malade que du côté sain pour produire une contraction faible, mais évidente, du muscle [contraction minima]) et une conservation de l'excitation galvanique ou une légère diminution, on peut espérer une guérison en quinze jours ou trois semaines. Mais s'il existe une diminution marquée de l'excitabilité faradique en même temps qu'une diminution de l'excitabilité galvanique [2] il serait imprudent de promettre la guérison avant deux ou trois mois.

Dans les cas où l'excitabilité du muscle se montrerait extrêmement diminuée pour les deux courants, galvanique et faradique, il y aurait lieu de prévoir une durée encore plus longue, sans cependant que ces données aient une valeur absolue.

* * *

L'électricité bien conduite constitue la base du traitement de l'atrophie constituée, mais il est incontestable que le massage, de même que l'hydrothérapie sous forme de douches locales, simples, sulfureuses, ou écossaises, lui apporteront un concours des plus précieux. Est-il besoin d'ajouter que la régression de l'atrophie et de la parésie est étroitement liée à l'extinction des phénomènes articulaires, et que toute lésion non complètement guérie sera un obstacle à la réparation musculaire?

Lorsque la parésie tendra nettement à disparaître lorsque l'atrophie sera franchement entrée en voie de régression, et, d'autre part, que l'immobilité articulaire ne sera pas exigée, il sera indiqué de commencer l'*exercice musculaire*. Sans recourir à des manœuvres de mobilisation passive, l'on devra immédiatement s'adresser aux *mouvements actifs*, c'est-à-dire aux mouvements volontaires. Mais cette gymnastique ne devra pas être quelconque : la forme, la durée, l'étendue des mouvements doivent être réglementés.

Prenons comme exemple l'atrophie du triceps crural. Ce n'est pas faire de la kinesithérapie que de dire au malade : « Et maintenant vous allez pouvoir essayer de marcher. » On n'obtiendra en effet par ce moyen qu'une démarche dans laquelle le muscle triceps ne fonctionnera que fort peu ou même pas du tout, le malade utilisant inconsciemment les autres muscles de son membre.

La canne est également à déconseiller, car l'appui artificiel qu'elle fournit ne peut donner au muscle qu'une mauvaise habitude. Sans doute elle compensera l'insuffisance de la force musculaire, mais elle restera impuissante à la corriger.

Seuls les mouvements méthodiques répondant exactement à la fonction du muscle ont un effet utile. Voici comment l'on devra exercer le muscle triceps : on commencera par des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le bassin, mouvements qui seront d'abord très simples, décomposés même, exécutés sur le bord du lit et avec le poids du membre comme unique résistance. Plus tard on fera exécuter ces mêmes mouvements en imposant au malade un certain effort que l'on pourra graduer progressivement, soit au moyen de poids, soit plus simplement en s'opposant avec la main au mouvement commandé. Plus tard, quand ces mouvements se feront aisément, sans gêne appréciable, le malade devra les répéter debout, appuyé sur le dossier d'une chaise, le poids du corps portant tout entier sur l'autre membre. On lui fera élever la cuisse, puis la jambe à la hauteur du bassin (marquer le pas, extension complète de la jambe). Les jours suivants, il sera à même de faire quelques pas dans sa chambre, et on terminera cette série d'exercices en lui faisant gravir un escalier.

Et ce n'est que lorsque tous ces mouvements seront exécutés sans hésitation, que l'on ne surprendra aucune trace de faiblesse, de boiterie ou de balayage, qu'on pourra considérer le malade comme définitivement guéri. Il est absolument indispensable de pousser cette gymnastique, cette éducation musculaire jusqu'à la perfection, car, si l'on veut se contenter d'à peu près, on expose le malade à une claudication de durée interminable, ou bien à une rechute. Il suffit, en effet, que le ligament actif représenté par le muscle n'ait pas recouvré sa puissance première pour que l'équilibre de la musculature périarticulaire soit rendu instable, et qu'il puisse en résulter, soit des déplacements osseux, luxations en miniature, soit de petits froissements de la synoviale, capables de rappeler les accidents d'antan (Bazy).

* * *

Nous terminerons cette étude par l'exposé de quelques cas particuliers se rapportant à la localisation de l'atrophie, à sa cause, à l'âge du malade, etc.

a) Après le triceps crural, *le deltoïde* est l'un des muscles le plus souvent touchés par la paralysie réflexe [1]. Celle-ci s'y développe même avec une intensité et une rapidité que l'on n'observe

1. On obtient cette forme de courant en substituant au trembleur de Neef un interrupteur lent, le pendule de l'appareil à chariot de Tripier par exemple. Le courant faradique à interruptions lentes produit des contractions isolées des muscles, et ceux-ci se décontractent complètement et reviennent à l'état de repos dans l'intervalle de deux excitations. Avec des intermittences fréquentes, au contraire, les contractions se fusionnent et les muscles sont mis en état de contraction tétanique.

2. La diminution de l'excitabilité est quelquefois plus marquée pour le courant galvanique que pour le courant faradique.

1. Les muscles sus et sous-épineux participent assez souvent à la paralysie réflexe.

guère en d'autres régions. Or, comme elle est très fréquente dans les arthrites scapulaires, les luxations, voire même de minimes contusions de l'épaule, il y aura toujours intérêt, en pareil cas, à se préoccuper de l'existence postérieure d'une paralysie, et de chercher à la prévenir. A plus forte raison devra-t-on y songer lorsqu'on aura posé un appareil contentif, ou exécuté des manœuvres de réduction.

On sait que la paralysie et l'atrophie du deltoïde peuvent avoir pour cause, non plus le processus réflexe, mais la névrite du circonflexe, névrite qui s'observe dans des circonstances analogues (traumatismes, arthrites). Dans la névrite non traumatique du circonflexe, la paralysie du muscle précède en général l'atrophie, et celle-ci ne s'installe que lentement et non brusquement comme dans la myopathie réflexe. (Dans la névrite traumatique cependant, son apparition est plus rapide.) On y observe d'ordinaire des troubles de la sensibilité cutanée, et, chose plus importante, l'examen électro-diagnostique y révèle assez souvent les signes de la réaction de dégénérescence. Au point de vue thérapeutique l'établissement d'un diagnostic précis est ici nécessaire, non seulement parce que le traitement comporte en général une plus longue durée, mais aussi parce que la faradisation cesse d'être le traitement convenable, attendu que le deltoïde atteint de réaction de dégénérescence ne répond plus, ou répond mal, à l'excitation faradique.

b) On n'oubliera pas qu'à la suite de certains traumatismes du pied, ou d'arthrites médiotarsiennes, la voûte plantaire s'affaisse en raison de la *paralysie et de l'atrophie du long péronier latéral*. Nous la signalons ici parce que c'est une des variétés d'atrophies réflexes qui, bien que fréquente, est très souvent méconnue.

Il faut savoir que la paralysie réflexe de ce muscle n'est curable qu'autant que l'affection articulaire aura disparu et qu'une chaussure convenable maintiendra la voûte plantaire dans sa forme normale.

c) D'après une récente communication d'Alb. Mathieu et Delherm, l'évolution de l'*arthrite blennorragique* se trouve très favorablement modifiée par les courants continus de haute intensité. L'action de l'électricité, s'exerçant simultanément sur la musculature, semble diminuer les chances d'atrophie et en prévenir le développement.

d) L'atrophie musculaire qui accompagne en général les arthrites douloureuses, et en particulier les localisations articulaires de la *tuberculose*, procède assez souvent avec un certain degré de contracture. Souvent même la contracture ne se limite pas aux extenseurs et atteint le groupe antagoniste.

Au début, si l'on veut chercher à prévenir l'atrophie, le massage rendra des services, à la condition qu'il soit prudent, léger, limité à l'effleurage, et qu'on évite avec soin toute attrition, toute mobilisation de la jointure malade. Ajoutons cependant que l'application d'un appareil contentif rend assez difficiles ces manœuvres de massage.

En présence d'une amyotrophie constituée dépendant d'une arthrite bacillaire éteinte, il y aura lieu, au début, d'avoir recours aux courants galvaniques prolongés et de faible intensité. Plus tard, on pourra recourir à la faradisation rythmée légère, ou, mieux, à la faradisation à interruptions lentes, mais qu'on suspendra s'il y avait tendance au retour de la contracture.

Toute tentative de mobilisation devra scrupuleusement être rejetée, même longtemps après qu'on aura constaté la guérison absolue de la jointure malade.

e) Dans toutes les amyotrophies où le facteur inactivité fonctionnelle vient s'ajouter au facteur réflexe, comme cela a lieu tout particulièrement dans l'*ankylose*, le massage devra être combiné à l'électrisation dans une proportion sensiblement égale.

f) *Chez les enfants*, l'atrophie musculaire réflexe n'est pas moins fréquente que chez l'adulte. On la rencontre assez souvent après les fractures. Elle est de règle au cours de l'évolution et à la suite des lésions articulaires de la coxalgie, de la tumeur blanche du genou particulièrement. Fréquemment elle passe inaperçue parce qu'elle est facilement masquée par un certain degré d'adipose. Le traitement à mettre en œuvre sera de même ordre que celui qui convient aux atrophies de l'adulte. L'amyotrophie réflexe chez l'enfant est en général beaucoup plus facilement curable que chez l'adulte; elle demande cependant une surveillance toute spéciale parce qu'elle peut, si le traitement est incomplet ou défectueux, persister pendant un temps suffisamment long pour que l'atrophie musculaire entraîne par elle-même des troubles de développement dans les os sur lesquels s'insèrent les muscles.

Chez les vieillards, enfin, la ténacité de l'atrophie réflexe finit bien souvent par décourager les malades. On n'oubliera pas que chez eux une grande patience est nécessaire pour aboutir à un résultat favorable.

* * *

Nous résumerons cet exposé du traitement des atrophies réflexes de la façon suivante :

1° Il ne faut jamais négliger le traitement d'une atrophie réflexe d'origine articulaire;

2° Lorsque l'atrophie est encore peu marquée ou qu'on veut chercher à la prévenir, c'est au massage qu'il faut avoir recours;

3° Lorsque l'atrophie musculaire est constituée, c'est en premier lieu à l'électricité sous forme de courants faradiques rythmés qu'on devra s'adresser, traitement qu'on complétera par une gymnastique active; méthodiquement dirigée, du groupe musculaire lésé.

A. Zimmern.

A PROPOS

DU TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

PAR LES INJECTIONS D'AIR

Notre article sur les injections sous-cutanées d'air, d'après la méthode de M. Cordier (de Lyon), nous a valu une lettre de M. Joly, vétérinaire en 1er, chef de clinique à l'École de cavalerie de Saumur, relative à une communication qu'il a faite en Décembre dernier à la Société centrale de médecine vétérinaire. Cette communication était relative à « l'insufflation de l'air filtré dans les tissus péritendineux »; elle montre quelles ressources la thérapeutique chirurgicale peut espérer d'un procédé si simple que celui de l'insufflation d'air.

Nous croyons intéressant de la publier, à la demande de M. Joly.

. . . .

« Dans le but de nous conserver les mérites de la découverte d'une méthode chirurgicale nouvelle, nous avons l'honneur de publier le manuel opératoire que nous utilisons en public depuis six mois dans le traitement des lésions péritendineuses, généralement appelées « efforts de tendons ».

« Pendant longtemps nous avons essayé, d'abord sans grand succès, des traitements variés contre les « efforts de tendons »; nous cherchions particulièrement à combattre l'induration des tissus péritendineux, induration qui s'effectue rapidement et enveloppe un ou plusieurs tendons, brides ou ligaments d'une gangue inélastique. Dans ce but, nous avons actuellement recours aux insufflations d'air filtré dans le tissu conjonctif péritendineux.

« *Manuel opératoire*. — Un lien de caoutchouc entoure l'avant-bras du cheval couché, au-dessus du genou; le membre est désentravé et maintenu fixe par l'avant-bras et le sabot, sans aucune pression cutanée intermédiaire.

« L'insufflation est faite au moyen des instruments de l'aspirateur Potain. Le tube latéral de la pompe à air est recouvert de plusieurs couches de gaze iodoformée destinées à filtrer l'air qui sera aspiré; le tube central est muni d'un tube en caoutchouc de 50 centimètres de longueur, terminé par la plus fine des aiguilles de l'appareil. Celle-ci, aseptisée comme les mains de l'opérateur, est plongée, à travers la peau désinfectée, dans le tissu conjonctif sous-cutané de la ligne médiane de la région postérieure et moyenne des tendons. L'aide pousse lentement le piston de la pompe, insuffle un peu d'air et permet facilement l'introduction de l'aiguille sur un quart de sa longueur parallèlement au perforé; lentement alors, l'aide introduit dans les tissus péritendineux sains, œdématiés ou indurés, de l'air aspiré à travers les couches filtrantes de gaze iodoformée.

« Quand l'opérateur estime que tous les tissus conjonctifs ou fibro-conjonctifs malades sont bien pénétrés par l'air insufflé et qu'il aura, pendant les jours suivants, une réserve suffisante de gaz pour entretenir l'assouplissement de ces régions, il retire l'aiguille et applique sur l'ouverture un peu de coton collodioné. Ordinairement, il est utile d'introduire le contenu de six ou huit pompes Potain. Immédiatement le caoutchouc sus-carpien est enlevé, le cheval relevé, conduit en boxe et laissé en liberté muni d'un collier à chapelet; l'air insufflé se répand sous la peau de l'avant-bras, et la gêne de la marche est presque nulle.

« Les suites de l'opération sont régulièrement favorables; chaque matin l'air des régions environnantes est ramené vers les régions malades, et la crépitation gazeuse disparaît après un temps variable (deux à huit jours); mais le son mat de la douche frappant la région montre que le tissu conjonctif reste emphysémateux après la disparition de la crépitation manuelle.

« Des massages, des douches, de l'antifébrine à l'intérieur sont les seuls soins complémentaires à prescrire.

« Quinze jours après l'opération, les tissus malades ont acquis une souplesse variable avec leur état primitif, mais comparativement toujours très accentuée; tous les autres symptômes inflammatoires (chaleur, tumeur, douleur) ont généralement disparu avec la boiterie. Trois semaines après l'insufflation, l'opéré peut reprendre son service.

« Nous avons déjà opéré par ce procédé de nombreux « claqués » de diverses sortes, pour la première ou la dixième fois, devant de nombreux vétérinaires; ils estiment que le procédé apporte une amélioration dans le traitement des « efforts de tendons ».

« Nous ne pensons pas avoir de précurseur dans l'une ou l'autre médecine pour l'institution de cette nouvelle méthode chirurgicale que nous croyons appelée à une grande extension. »

. . . .

* * *

A propos de la dernière phrase de cette note, il ne nous appartient pas de juger la question de priorité. Nous nous contenterons de faire remarquer qu'en l'espèce il s'agit de deux affections distinctes, traitées, l'une par M. Joly en pathologie vétérinaire, l'autre par M. Cordier en pathologie humaine; et que si M. Joly emploie ses insufflations depuis six mois, M. Cordier pratique les injections sous-cutanées d'air depuis plusieurs années.

R. Romme.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

6 Juin 1902.

Etat des capillicules biliaires intra-trabéculaires dans les lésions du foie. — *MM. Letulle et Nattan-Larrier* ont étudié les capillicules biliaires dans les diverses lésions du foie. Il est généralement facile de mettre en valeur ces capillicules intra-trabéculaires par une technique appropriée. On se rend compte ainsi de l'existence d'ectasies de ces capillicules dans les cirrhoses du foie (cirrhose de Laënnec, cirrhose biliaire, rétention biliaire). L'ectasie des capillicules se retrouve aussi bien dans la travée hépatique que dans la travée isolée sous forme de pseudo-canalicule.

Cancer de la langue avec généralisation au poumon. — *MM. Maubert et Pagniez* ont observé, chez une femme de vingt-trois ans, une tumeur ulcérée, d'apparence gangreneuse, qui avait détruit toute la portion antérieure gauche de la langue, et qui était un épithéliome lingual. Le cancer se généralisa aux deux poumons.

Digestion intracellulaire des spermatozoïdes dans un cas d'hydrocèle. — *MM. F. Widal et P. Ravaut.* Dans une précédente communication (Société de biologie, 22 Décembre 1900), nous avons montré les applications cliniques de l'étude cytologique des liquides épanchés dans la vaginale.

Dans un cas récent nous avons pu constater l'activité avec laquelle certains éléments cellulaires contenus dans ces liquides s'emploient pour digérer et faire disparaître des éléments étrangers ayant fait irruption accidentellement dans la vaginale. Il s'agissait d'une hydrocèle banale dite essentielle, ne contenant au point de vue cytologique que des cellules endothéliales isolées pour la plupart ; en examinant de plus près on constatait que presque tous ces éléments contenaient dans l'intérieur de leur protoplasma, au centre d'un espace clair, de petits corps ovoïdes se colorant par les réactifs nucléaires ; quelques-uns d'entre eux étaient terminés par un filament très grêle assez long pour sortir de la cellule qui le renfermait et se colorant en rouge par l'éosine. Certaines cellules étaient littéralement bourrées de ces éléments et en contenaient jusqu'à 8 ou 10 tassés dans leur protoplasma.

Il s'agissait sans aucun doute de spermatozoïdes phagocytés par les cellules contenues dans l'épanchement. Il est très probable que lors de la dernière ponction faite au malade dix jours auparavant, l'on dut avec le trocart blesser les voies spermatiques en un point de leur trajet et donner ainsi issue à des spermatozoïdes. Nous n'avons pu examiner à nouveau ce liquide, mais il est à supposer que les spermatozoïdes ont disparu rapidement, car sur les préparations l'on peut constater que beaucoup d'entre eux sont très altérés et en train de disparaître.

De plus nous avons également recherché si, du fait de cette résorption des spermatozoïdes, le sérum du malade avait acquis des propriétés nouvelles. Pour cela nous avons mis en présence, à doses variées, le sérum de ce malade et des spermatozoïdes d'autres individus, et dans aucun cas nous n'avons observé d'immobilisation ou d'agglutination de ces derniers éléments. Peut-être le sérum du malade eût-il agi sur ses propres spermatozoïdes ; nous n'avons pas pu faire cette dernière expérience.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est la constatation de cette macrophagie intense exercée par des éléments dérivant très probablement de l'endothélium de la vaginale vis-à-vis de spermatozoïdes introduits fortuitement dans un épanchement vaginal.

Le glycogène dans le testicule. — *MM. Lœper et Esmonet* montrent des coupes de testicule chez l'homme et chez le chien. Le glycogène y existe à l'état constant, mais il disparaît très vite après la mort. Dans les lésions bacillaires, les tubercules granuliques sont très glycogénés. Expérimentalement, l'injection de cultures bacillaires dans l'artère spermatique amène une disparition partielle du glycogène ; l'injection de toxines entraîne une disparition complète. La ligature de l'artère spermatique amène la disparition totale, effet que ne produit pas la ligature du canal déférent.

La glycogenèse testiculaire ne semble pas en rapport avec l'activité de l'organe.

M. Brault rappelle que la glycogenèse est constante dans les lésions tuberculeuses à évolution rapide.

Sarcome du rein. — *M. Petit* présente une tumeur rénale, du volume des deux poings, enlevée chez un enfant de vingt mois. Il s'agit d'un sarcome.

Xanthochromie du liquide céphalo-rachidien au cours d'une méningite à pneumocoques. — *MM. G. Milian et Chiray* rapportent une observation de méningite à pneumocoques dans laquelle le liquide céphalo-rachidien était jaune verdâtre. Ceci prouve une fois de plus que la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien n'est nullement pathognomonique de l'hémorragie intra-arachnoïdienne, et que la couleur sanglante conserve au contraire toute sa valeur pour le diagnostic de cette hémorragie. La couleur jaune verdâtre se comprend ici fort bien, car, outre les leucocytes extravasés dans le liquide céphalo-rachidien, il y avait aussi quelques globules rouges, indice d'une diapédèse intense et par suite d'une exsudation de sérum qui, chez cette femme, était hyperchromique.

Chondro-sarcome de la première phalange du pouce. — *M. P. Fredet* apporte un pouce dont la première phalange est atteinte de chondro-sarcome. La déformation du doigt est absolument caractéristique. La radiographie ne permet plus de reconnaître que quelques traces de tissu osseux entre le métacarpien et la seconde phalange.

Fracture bimalléolaire par adduction, compliquée de plaie, avec luxation du pied en dedans et issue à l'extérieur des os de la jambe. — *M. P. Fredet* a désinfecté le foyer de cette fracture sous le chloroforme, puis il a fixé le pied à angle droit, sur la jambe, au moyen d'une arthrodèse. Il montre les photographies et les radiographies du membre après guérison. Cette guérison s'est effectuée sans incident et la malade peut aujourd'hui marcher facilement.

Pneumonie caséeuse. — *M. Grenet* présente le poumon droit d'un homme de vingt-six ans, mort en cinq semaines de broncho-pneumonie caséeuse ayant donné lieu au début à des signes d'épanchement pleural. A l'autopsie, on constata une volumineuse caverne occupant le lobe inférieur du poumon droit ; au devant d'elle et au même niveau, se trouve une caverne plus petite. Les lésions du sommet sont peu avancées.

Tuberculose de la protubérance ; paralysie faciale. — *M. F. Terrien* communique un cas de paralysie faciale périphérique droite chez un enfant de sept mois, coïncidant avec une paralysie du nerf moteur oculaire externe. La paralysie faciale était complète : toute la moitié droite des muscles de la face, innervés par le facial, était intéressée, y compris l'orbiculaire, et on nota la réaction de dégénérescence.

L'enfant ayant succombé, on trouva à l'autopsie une méningite tuberculeuse, et, en outre, un noyau tuberculeux dans la couche optique du côté droit, de la grosseur d'un pois, et un autre noyau plus volumineux, mesurant 7 à 8 millimètres de diamètre et siégeant au niveau du plancher du 4e ventricule à droite. Il faisait en arrière dans le ventricule une saillie de 3 à 4 millimètres, et dépassait en avant les limites du noyau commun d'origine du moteur oculaire externe et du facial. Le noyau d'origine du glosso-pharyngien était aussi intéressé et noyé dans la néoplasie.

Hypertrophie et sclérose cardiaque dans le rein polykystique. — *M. Ch. Aubertin* montre des coupes de cœur provenant d'un cas de rein polykystique de l'adulte. On y voit une sclérose intense analogue à celle qu'on voit d'ordinaire dans la néphrite interstitielle. Or, il n'y avait pas ici de néphrite interstitielle, pas d'athérome, pas d'artériosclérose dans aucun organe. L'auteur en conclut que dans la néphrite interstitielle vulgaire, la sclérose cardiaque doit être attribuée non à l'artériosclérose généralisée, mais à l'imperméabilité rénale qui existait à un haut degré dans ce cas de dégénérescence kystique des deux reins.

Ostéosarcome du radius ; radiographie. — *MM. Maubert et Infroy* présentent l'épreuve radiographique d'un ostéosarcome de l'extrémité inférieure du radius ; cette épreuve permit de faire un diagnostic précoce, en l'absence presque complète de signes fonctionnels et physiques. Le diagnostic clinique était si difficile que la malade, n'ayant pas voulu se faire opérer, alla dans un autre hôpital où on la soigna pendant longtemps pour une ostéo-arthrite tuberculeuse.

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

6 Juin 1902.

Maladie de Raynaud, de nature hystérique, guérie par suggestion indirecte. — *M. A. Souques.* Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans qui, depuis une quinzaine d'années, présentait tous les jours et souvent plusieurs fois par jour des crises d'asphyxie locale des extrémités, localisées habituellement à la main gauche, quelquefois aux deux mains. Provoquées par le contact de l'air ou de l'eau froide, plus fréquentes en hiver qu'en été, ces crises vaso-motrices s'accompagnaient d'anesthésie et de douleurs très vives. Pendant les paroxysmes qui duraient une heure, la température locale s'abaissait de 5° C. Puis la coloration violacée, la douleur et l'hypothermie s'atténuaient parallèlement et disparaissaient progressivement.

Ces troubles vaso-moteurs étaient survenus pour la première fois vers l'âge de douze ans, à la suite de plaies tenaces des deux mains. D'abord quotidiens, ils se répétaient depuis un certain temps, plusieurs fois dans la même journée.

L'examen de cet homme ayant révélé, dans son passé et dans son état actuel, des stigmates manifestes d'hystérie, l'auteur eut recours à la suggestion indirecte. On fit prendre au malade une pilule soi-disant fulminante, contenant en réalité du bleu de méthylène ; on lui affirma avec conviction qu'il serait guéri si ses urines devenaient bleues, parce que la couleur bleue de la main serait passée dans l'urine. Les urines devinrent bleues, et l'asphyxie locale, ainsi que tous les symptômes concomitants, disparut rapidement. Depuis quelques jours la guérison se maintient chez ce sujet qui, depuis trois mois, avait huit crises par jour.

Cette observation présente un intérêt à la fois théorique et pratique. Jointe à quelques faits analogues, elle montre, en effet, qu'il existe une forme hystérique de la maladie de Raynaud — forme qui ne semble pas se compliquer de gangrène — et qu'il importe de la savoir dépister parce qu'elle est curable par essence.

Traitement de la chorée. — *M. Sevestre* a obtenu de très heureux résultats par l'emploi de l'antipyrine à doses croissantes, et par l'emploi également du cacodylate de soude et de l'arrhénal.

M. Variot croit que l'arrhénal est supérieur au cacodylate de soude.

A propos du sérum de Trunecek. — *M. Léopold-Lévi* reprendra ce sujet dans un article qui paraîtra prochainement dans le journal.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

7 Juin 1902.

La sécrétion physiologique du pancréas ne possède pas d'action digestive propre vis-à-vis de l'albumine. — *MM. Delezenne et Frouin.* Nous avons constaté que le suc pancréatique des animaux porteurs d'une fistule permanente établie par le procédé d'Heidenhain-Pawloff, et recueilli par cathétérisme du canal de Wirsung ne possède aucune action digestive propre sur l'albumine.

Quelles que soient les conditions de régime auxquelles sont soumis les animaux, le résultat est toujours le même.

Nous avons observé qu'il suffit au contraire de recueillir le suc, comme le fait Pawloff, c'est-à-dire en circonscrivant, au moyen d'un entonnoir, l'orifice du canal et le lambeau de muqueuse intestinale qui le supporte, pour obtenir chez les mêmes animaux des sucs pancréatiques possédant toujours une action protéolytique très manifeste et doués parfois d'une activité telle (sucs d'animaux soumis au régime carné) que l'addition de suc intestinal n'augmente plus leur pouvoir protéolytique vis-à-vis l'albumine.

Nous concluons que l'activité des sucs pancréatiques obtenus par ce procédé est due à l'adjonction de l'entérokinase sécrétée par le fragment de muqueuse intestinale qui entoure l'orifice du canal.

Dans les conditions physiologiques, la sécrétion pancréatique est donc totalement dépourvue d'action protéolytique vis-à-vis de l'albumine. Une revision complète des travaux de l'école de Pawloff sur la sécrétion pancréatique et ses adaptations est nécessaire tant au point de vue des faits que des conclusions qu'on en a tirées.

Sur l'action protéolytique des sucs pancréatiques de fistule temporaire. — *M. Delezenne.* On sait

depuis longtemps que le suc pancréatique de fistule temporaire recueilli chez des animaux en pleine digestion ne possède qu'une action protéolytique des plus faibles vis-à-vis de l'albumine.

J'ai constaté que l'injection intra-veineuse de sécrétine donne chez les animaux en digestion comme chez les animaux à jeun des sucs pancréatiques inactifs ou très faiblement actifs.

J'ai observé, d'autre part, que les sucs qui présentent une certaine activité contiennent toujours des leucocytes. Ces éléments, dont l'existence dans le suc pancréatique avait déjà été constatée par Kühne, passent sans doute dans cette sécrétion sous l'influence du traumatisme nécessité par l'opération, car on ne les retrouve pas dans les sucs de fistules permanentes recueillis par cathétérisme du canal de Wirsung. Il est donc vraisemblable que c'est à la présence des leucocytes qu'il faut attribuer la faible activité de certains sucs de fistules temporaires.

Mouvements des lymphocytes. — *M. Jolly.* J'ai constaté que les lymphocytes n'étaient pas dénués de mouvements. Ces mouvements ne sont perceptibles que sur un certain nombre de cellules examinées dans le sang normal, dans le sang de la lymphocythémie et dans la lymphe du canal thoracique. Ils sont en général peu étendus, mais suffisent probablement quelquefois à assurer la diapédèse.

Étant donné la différence d'activité entre les cellules polynucléaires et les cellules lymphocytaires, il est évident que la diapédèse de celles-ci doit être moins accusée que la diapédèse de celles-là.

Sur les nerfs trophiques de la cornée. — *MM. E. Berger et Robert Lœwy.* Nous exposons le parcours des fibres trophiques de la cornée. Pour nous, ces fibres quittent en grande partie le trijumeau avant le ganglion de Gasser. Elles vont au plexus carotidien et de là, par l'opthalmique, au lacrymal et au sus-trochléaire. La coïncidence si fréquente des troubles vaso-moteurs dans le cas de kératite neuro-paralytique est due à ce qu'un processus quelconque lèse en même temps les fibres du trijumeau, les fibres trophiques et les filets du plexus sympathique carotidien.

Action de quelques venins sur les glucosides. — *M. L. Launoy.* Les venins de cobra, de scorpion, de scolopendre, l'extrait de glandes parotides de la couleuvre n'exercent aucune action sur les glucosides : amygdaline, salicine, arbutine, coniférine, digitaline.

Le venin de cobra pur cristallisé dissous dans l'eau distillée donne avec une solution d'émulsine un précipité immédiat; ce précipité ne se produit pas avec le venin filtré à la bougie; il y a lieu de penser que l'on a affaire ici à un phénomène d'ordre physique, dû à l'état de contact, car le pouvoir diastasique de l'émulsine en présence de venin est seulement retardé, mais non détruit. Les meilleures conditions pour la formation du précipité répondent au mélange de solutions isotoniques.

A. Sicard.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

9 Juin 1902.

Meurtre ou légitime défense ? — *M. J. Bogdan* (de Jassy). Deux jeunes gens ayant eu une altercation dans une gare de chemin de fer, l'un d'eux, M. P..., tira plusieurs coups de revolver sur son adversaire, M. J... Celui-ci riposta, et, finalement, M. P... fut tué. La question était de savoir si M. J... était ou non en cas de légitime défense, car on prétendait que M. P... avait été blessé par une première balle, et que son adversaire l'avait lâchement achevé par une seconde balle, alors qu'il n'était plus en état de tirer sur M. J... A l'autopsie de M. P..., on trouva une première balle dans l'abdomen, qui était allée perforer le rein droit. La plaie du rein était presque cicatrisée au moment de la mort. Une seconde balle avait perforé la joue droite, la branche montante du maxillaire et, finalement, s'était fixée dans les muscles prévertébraux. Le cadavre présentait, en outre, les lésions suivantes :

Ramollissement des corps opto-striés du côté droit;
Broncho-pneumonie bilatérale ;
Syphilis cutanée.

Le juge posait aux experts les questions suivantes :

1° Quelle est la cause immédiate de la mort de M. P... ?

2° M. P... a-t-il reçu les deux coups de feu étant debout, en présence de son adversaire ? ou bien était-il déjà tombé quand il a reçu le second coup de feu ?

3° Les deux balles qui ont frappé M. P... provenaient-elles de la même arme ?

A la première question, nous avons pu répondre : 1° M. P... a succombé à une pneumonie lobulaire double ; ses blessures n'ont pas été la cause immédiate de sa mort.

Cette réponse était basée sur le peu de lésions produites par les projectiles et sur la gravité des accidents pulmonaires observés dès le lendemain de l'entrée à l'hôpital.

Quant au foyer de ramollissement, il avait donné lieu à une hémiplégie la veille de la mort. M. Bogdan attribue cet accident à la syphilis.

A la deuxième question, M. Bogdan répondit que les deux projectiles ont dû atteindre M. P... pendant qu'il était debout, car les deux plaies étaient du même côté, et leur direction montrait que M. P... devait être debout lorsqu'il a été atteint.

Quant à savoir si les deux balles provenaient de la même arme, M. Bogdan s'est récusé, car l'un des projectiles était trop déformé pour qu'on pût apprécier son calibre.

M. Bize.

ACADÉMIE DES SCIENCES

2 et 9 Juin 1902.

La dissociation des éléments constitutifs de la dépense énergétique des moteurs employés à une production de travail positif. — *M. A. Chauveau.* Continuant ses recherches sur la comparaison du moteur muscle avec les moteurs inanimés, M. Chauveau établit que dans les deux ordres de moteurs l'énergie dépensée pendant la période d'activité se répartit entre plusieurs fonctions, toutes également nécessaires à la production du travail positif résultant du soulèvement des charges. Chaque part de la dépense appartenant respectivement à chacune de ces fonctions peut être aisément isolée, ce qui permet de se rendre compte des lois qui règlent le rendement vrai de la dépense énergétique totale en travail mécanique.

Existence du tissu osseux chez des poissons de l'époque palœozoïque. — *M. Léon Vaillant.* — En examinant des coupes faites dans une roche du silurien inférieur renfermant de nombreuses écailles de poissons ganoïdes, M. Léon Vaillant a pu reconnaître d'une façon certaine l'existence d'ostéoplates et de leurs canaux. C'est la démonstration que, chez ces animaux anciens, le tissu conjonctif a évolué jusqu'à l'état osseux parfait.

Sur un sérum polyvalent contre les pasteurelloses. — *M. Lignières de Spitz.* Les chevaux, les bœufs, les moutons, les chiens sont souvent frappés par des maladies causées par des microbes très voisins les uns des autres, que M. Vignières a rapprochés sous le nom de pasteurella.

Pour obtenir un sérum efficace à la fois contre toutes ces affections, M. Lignières cultive séparément les pasteurella bovine, ovine et chevaline, et il en fait jusqu'à 500 cultures successives sur gélose. Elles sont alors assez modifiées pour pouvoir être injectées simultanément à dose ménagée à des chevaux qui, après un certain nombre d'inoculations, donnent alors un sérum efficace contre les pasteurella.

Une présure végétale. — *M. Maurice Javillier.* Cet auteur a trouvé dans le suc d'ivraie une véritable présure qui coagule la caséine comme la présure de l'estomac du veau.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

11 Juin 1902.

Prophylaxie de l'alcoolisme. — *M. Laborde* lit au nom de la Commission de l'alcoolisme un rapport sur une question posée par la Chambre des députés, qui avait demandé à l'Académie de dresser la liste des boissons dangereuses. Il passe en revue la composition des apéritifs, montre la toxicité des essences, et prouve que la législation actuelle est suffisamment armée pour en interdire l'usage. La toxicité de l'essence d'absinthe est bien connue. L'essence d'anisette même est extrêmement toxique, l'inhalation même en est dangereuse; la chartreuse, le vulnéraire, le genièvre contiennent un certain nombre d'essences et de substances toxiques.

Élection de deux correspondants nationaux (2e division). — Les candidats présentés étaient en première ligne : M. Fochier (de Lyon); en deuxième ligne, M. Mouchet (de Sens); en troisième ligne, M. Fontan (de Toulouse); en quatrième ligne, M. Rouvier (de Beyrouth); en cinquième ligne, M. Jeannel (de Toulouse); en sixième ligne, M. Malherbe (de Nantes).

M. Fochier a été élu par 78 suffrages contre 4 à M. Mouchet, 4 à M. Malherbe, et 2 à M. Jeannel.

M. Mouchet a été élu par 60 suffrages contre 1 à M. Fontan, 5 à M. Jeannel, 1 à M. Rouvier, 4 à M. Malherbe.

M. Labbé.

ANALYSES

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Ruffer et Crendiropoulo. *Sur la présence et la formation des agglutinines dans le sang* (*British medical journal*, 1902, 5 Avril, n° 2153, p. 821). — Les recherches expérimentales des auteurs leur ont permis de déduire les conclusions suivantes : tout d'abord les cultures d'un microbe, débarrassées des microbes eux-mêmes par filtration, dialyse ou centrifugation, ont un pouvoir agglutinant, faible, mais constant, à l'égard du microbe. L'âge de la culture et sa constitution influent d'une façon marquée sur la quantité des agglutinines.

Les globules rouges ne contiennent pas trace d'agglutinines, que les animaux soient immunisés ou non.

D'autre part, les leucocytes polynucléaires des animaux non immunisés possèdent toujours un pouvoir agglutinant plus grand que celui du sérum. On est donc amené à les considérer comme les agents principaux de la production ou tout au moins du transport des agglutinines.

Chez les animaux immunisés, les agglutinines spécifiques apparaissent dans les polynucléaires, et il est probable dès lors que c'est au sein même de ces leucocytes que les agglutinines se forment. La quantité des agglutinines commence à augmenter de trente à quarante-huit heures après l'injection et continue à augmenter jusqu'au dixième jour environ. Elles passent ensuite dans le sérum dont le pouvoir agglutinant augmente en conséquence.

La formation des agglutinines spécifiques dans les polynucléaires et dans le sérum durant les trois ou quatre jours qui suivent l'inoculation d'un microbe déterminé s'accompagne d'une augmentation des agglutinines des autres microbes. Cette dernière augmentation est de courte durée et s'arrête brusquement, tandis que l'augmentation persiste pendant une période bien plus longue.

C. Jarvis.

N. Stewart. *Action de la saponine sur les globules sanguins et les globules de pus* (*The Journal of experimental medicine*, 1902, 17 Mars, T. VI, n° 3, p. 257). — L'auteur a déjà établi que la saponine augmente la conductibilité électrique du sang. Cette augmentation est aussi marquée dans le sang qui a été fixé par le formol que dans le sang frais.

Elle est due à l'augmentation de la conductibilité électrique des globules qui deviennent plus perméables aux ions, et non à une augmentation de la conductibilité du sérum due à la libération des électrolithes des globules. L'augmentation de la perméabilité des globules aux ions est produite sans doute par une action dissolvante de la saponine sur certains constituants de l'enveloppe ou du stroma des globules.

L'augmentation de la perméabilité électrique du sang sous l'action de la saponine se manifeste avant la dissolution de l'hémoglobine dans le sérum.

Les globules de pus, comme les globules rouges du sang, sont moins bons conducteurs pour l'électricité que le sérum dans lequel ils sont en suspension. La saponine augmente aussi leur conductibilité, probablement par une action analogue à celle qu'elle exerce sur le sang; la fixation par le formol n'empêche pas l'action de la saponine.

M. Labbé.

MÉDECINE

Schittenhelm. *Contribution à l'étude de l'ostéoarthropathie hypertrophiante de Marie* (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1902, n° 12, p. 254). — L'auteur rapporte l'histoire d'un jeune ouvrier de vingt ans qui offrait le type bien connu de la « maladie de Marie »;

à la vérité il n'existait pas de déformation du maxillaire supérieur ni de scoliose portant sur le segment supérieur de la colonne vertébrale, mais les autres symptômes étaient absolument caractéristiques : « main élargie en spatule, doigts renflés en baguettes de tambour et légèrement recourbés en griffe, arthropathies des genoux et des articulations des pieds, des mains et des doigts, élargissement et épaississement des poignets et des cous-de-pied, etc. »

La radiographie permit à Schittenhelm de se convaincre que, dans les régions épaissies, les parties molles entraient pour la plus large part dans cette hypertrophie, mais que les lésions vraiment caractéristiques de la maladie de Marie se rencontraient surtout du côté des os : les processus morbides dont le périoste est le siège apparaissaient très nettement au niveau des phalanges, du métacarpe et du métatarse, moins au niveau du cubitus, du péroné, du tibia.

Mais le plus grand intérêt de ce cas réside dans ce fait, qu'on n'avait jamais signalé jusqu'alors, que, grâce à la radiographie, Schittenhelm a pu constater une rétrogression dans la marche des processus hypertrophiques : des radiographies successives prises à des époques de plus en plus éloignées lui ont permis de se convaincre, à n'en pas douter, que le diamètre des parties molles diminuait d'une façon notable et que cette diminution se manifestait également, quoique d'une manière bien moins accentuée, sur le diamètre des os.

J. Dumont.

Louis-Gustave Decq. *Des fractures de l'olécrâne, leur traitement par le cerclage* (*Thèse*, Paris, 1902). — Après avoir résumé rapidement nos connaissances actuelles sur l'étiologie des fractures de l'olécrane, montré que ces fractures sont presque toujours directes, la contraction musculaire du triceps n'étant qu'accessoire, l'auteur insiste sur l'anatomie pathologique : le trait de cassure est d'ordinaire transverse. Il siège le plus souvent à la partie moyenne de l'apophyse. Le déplacement est peu marqué parce que, ici comme à la rotule, le revêtement fibreux de l'olécrane subsiste partiellement et limite l'écartement. Mais la présence de ce surtout aponévrotique explique pourquoi la consolidation est difficile : au niveau de la fracture viennent s'interposer des débris fibreux qui empêchent la formation du cal osseux. Il faut signaler aussi, comme obstacle à la guérison rapide, la présence d'un épanchement intra-articulaire d'ordinaire important.

Ces dispositions expliquent comment le traitement non opératoire, par simple immobilisation, pourra donner des insuccès. La seule méthode sûre consiste à inciser les téguments par une incision curviligne ou longitudinale, à réséquer les parties fibreuses interposées entre les os, à nettoyer l'articulation remplie de caillots. Pour la réunion des fragments, deux méthodes s'offrent au chirurgien : la suture osseuse, repoussée par le professeur Berger parce qu'elle n'est pas rapide, parce que les fils métalliques, par leur face profonde, font presque toujours saillie dans la cavité articulaire; le cerclage, opération simple, qui a l'avantage de s'adresser aussi bien aux fractures transversales qu'aux fractures comminutives, et qui permet la mobilisation rapide de l'article, diminuant d'autant les chances d'ankylose.

P. Barbarin.

M. Wassermann. *Valeur diagnostique de la leucocytose dans l'appendicite* (*München. med. Wochenschr.*, 1902, n°s 17 et 18, p. 694 et 751). — L'auteur publie dans ce travail une dizaine d'observations d'appendicite avec examen hématologique, prises à la clinique du professeur Angerer. L'étude de ces observations, au point de vue de la leucocytose, est destinée à montrer le parti qu'on peut tirer de l'examen du sang en ce qui concerne les indications de l'intervention.

Ainsi, dans tous les cas qui se sont terminés par la guérison sans intervention chirurgicale, l'examen du sang a montré l'absence de toute hyperleucocytose, — celle-ci, comme on sait, étant l'indice d'une suppuration, — ou bien l'existence d'une leucocytose minime, avec une augmentation n'atteignant pas 25.000 leucocytes. Inversement, dans d'autres cas où les symptômes cliniques étaient peu accentués et ne permettaient nullement de conclure à l'existence d'une suppuration, une hyperleucocytose indiquait la formation d'un abcès, et l'intervention confirmait régulièrement l'existence d'une suppuration généralement fort grave. Il s'ensuit que la constatation de la présence ou de l'absence d'une leucocytose est un symptôme plus sûr que la plupart d'autres symptômes cliniques et peut décider, à lui seul, de l'opportunité de l'intervention dans chaque cas.

R. Romme.

OBSTÉTRIQUE

G. Méheut. *Contribution à l'étude des fibromes gravidiques; rareté des indications de l'intervention au cours de la grossesse.* (*Thèse*, Paris, 1902, Février.) — M. Méheut défend cette thèse, à peu près universellement admise aujourd'hui, que, dans les grossesses compliquées de fibromes, aucune intervention n'est légitime avant le terme si elle n'est commandée par des accidents menaçant directement la vie de la femme.

Ces accidents sont rares. Ce sont, le plus souvent, des compressions progressives, exceptionnellement des hémorragies à répétition, beaucoup plus exceptionnellement encore des accidents septiques dus à la suppuration ou au sphacèle du néoplasme, ou encore des accidents brusques de torsion.

Quant aux accidents hypothétiques, c'est-à-dire qui *pourraient* se produire au moment de l'accouchement ou pendant les suites de couches du fait de l'existence d'un ou de plusieurs fibromes, M. Méheut n'admet pas qu'ils doivent entrer en ligne de compte dans le pronostic, non plus que parmi les indications opératoires. Il faut se souvenir, en effet, que rarement, au cours du travail, la vie de la femme et de l'enfant se trouve menacée par la complication apportée par le fibrome. De même, les suites de couches ne sont d'ordinaire pas plus troublées que celles des grossesses sans fibromes.

L'intervention reconnue nécessaire, quelle sera-t-elle? Conservatrice ou radicale? Conservatrice, évidemment, toutes les fois qu'il sera possible; mais il ne faudra pas oublier qu'on n'est jamais absolument certain, dans ce cas, de ne pas provoquer une interruption de la grossesse dans un temps plus ou moins rapproché.

J. Dumont.

GYNÉCOLOGIE

A. Maubert. *Des blessures de l'uretère dans les interventions par voie abdominale sur l'utérus et les annexes* (*Thèse*, Paris, 1902, Mai). — Les blessures de l'uretère sont, — autant qu'on peut s'en fier aux statistiques, — assez rares dans les interventions abdominales sur l'utérus et les annexes: l'auteur n'en a trouvé que 61 cas dans la littérature.

Les causes de ces blessures sont variables. Ce sont : l'inclusion de l'uretère dans une masse néoplasique qu'on extirpe; la situation anormale de l'uretère, congénitale ou acquise (refoulement par une tumeur); la modification des rapports de distance entre l'utérus et l'uretère, par altération néoplasique du col utérin; enfin les adhérences anormales de l'uretère.

Le siège de la blessure est variable : dans le cancer et les fibromes, c'est le segment vaginal de l'uretère qui est généralement lésé; dans les tumeurs intra-ligamentaires, le segment moyen; dans les tumeurs de l'ovaire, le segment pariétal.

La nature de la blessure est variable : déchirure ou section, ligature, résection. Tantôt on la constate au cours de l'opération : l'uretère a été pris pour un vaisseau et, après la section, on le reconnaît à l'absence d'hémorragie, aux grandes dimensions de l'orifice de section, à l'écoulement d'urine, enfin au cathétérisme possible des deux bouts. Tantôt la lésion de l'uretère n'est reconnue qu'après l'opération. Le tableau clinique varie alors suivant les cas. Lorsqu'il s'agit d'une ligature d'*un* uretère, les symptômes qui en résultent sont mal connus; mais il est un fait certain, c'est que cette ligature est parfaitement compatible avec la vie. La ligature des *deux uretères* comporte naturellement un pronostic fatal; un symptôme capital, au milieu d'autres très variables, domine toute la scène : c'est l'anurie. La section d'un uretère est très grave, car la présence de l'urine favorise l'infection péritonéale; dans les cas de guérison opératoire, il y a formation d'une fistule, le plus souvent abdominale, parfois vaginale. Ces fistules de l'uretère comportent un pronostic sérieux, car elles entraînent presque toujours l'infection urinaire ascendante.

Les blessures de l'uretère doivent être traitées, aussitôt qu'elles sont constatées, par des méthodes conservatrices. Les méthodes de choix sont : l'anastomose urétéro-urétérale et l'urétéro-cysto-néostomie. La première devra être employée de préférence quand la blessure aura été constatée pendant l'opération : on aura recours soit à l'urétérorraphie bout à bout, après invagination du bout supérieur dans l'inférieur élargi par une entaille longitudinale, soit au procédé de Van Hook (invagination du bout supérieur dans l'inférieur par une boutonnière latérale faite sur ce dernier).

L'urétéro-cysto-néostomie ou transplantation de l'uretère en un point anormal de la vessie, est la méthode de choix dans les cas de fistule. On emploiera de préférence le procédé de Bazy (intra-péritonéal) qui a donné de très beaux résultats. La présence d'accidents infectieux du côté du rein n'est pas une contre-indication.

Les deux méthodes précédentes pourront être employées dans l'immense majorité des cas : ce n'est que dans les cas de résection très étendue ou de néphrite très grave qu'on devra employer, comme suprême ressource, la néphrectomie. La néphrectomie, dans l'état actuel de la question, doit être préférée à l'abouchement de l'uretère dans le rectum, car les résultats cliniques de l'anastomose urétéro-intestinale sont des moins encourageants.

J. Dumont.

VOIES URINAIRES
ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

O. Sachs. *Recherches expérimentales sur les antiseptiques urinaires* (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1902, n° 17, p. 442). — Ces recherches ont consisté à donner à des individus bien portants et à des individus atteints d'une infection rénale ou vésicale des substances passant pour être des antiseptiques urinaires, et à étudier ensuite les propriétés bactéricides de l'urine recueillie après l'administration du médicament. L'étude des faits consignés par l'auteur dans son travail aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les urines des individus auxquels on donne des antiseptiques s'éliminant par les reins acquièrent des propriétés bactéricides ou, du moins, le pouvoir de retarder le développement des bactéries;

2° Parmi ces substances, la plus active est l'urotropine; vient ensuite l'acide salicylique, qui présente toutefois l'inconvénient de n'agir qu'à dose relativement élevée. L'essence de santal, le bleu de méthyle, le salol, le baume de Copahu, le camphre, l'essence de térébenthine sont moins actifs et retardent seulement le développement des bactéries. Le chlorate de potasse, l'acide borique sont dépourvus de toute action antiseptique.

R. Romme.

OPHTALMOLOGIE

L. Sabot. *Contribution à l'étude des ophtalmoplégies d'origine nucléaire* (*Thèse*, Paris, 1902). — M. Sabot a observé deux cas d'ophtalmoplégies nucléaires. A propos de ces deux cas, il passe en revue les différentes affections, les différents syndromes où l'ophtalmoplégie apparaît plus ou moins fréquente. Elle peut aussi exister seule, « à titre de maladie systématique du névraxe, polioencéphalite supérieure ». L'auteur conclut en disant : « L'ophtalmoplégie est produite par une lésion banale (hémorragie, ramollissement, tumeur) dont le siège se trouve dans les noyaux moteurs. » Il ne nous montre pas assez que cette lésion « banale » doit avoir une cause, et que la cause d'une lésion est toujours plus importante à connaître que sa localisation.

J. Chaillous.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE

Simart. *Contribution à l'étude de la mort subite par rétrécissement et oblitération des coronaires cardiaques* (*Thèse*, Paris, 1902). — On sait combien la question de la mort subite par suite des lésions cardio-vasculaires a suscité de travaux intéressants et de discussions suivies devant les sociétés savantes. Tout récemment encore, dans une importante communication, M. le médecin inspecteur Kelsch reprenait la question devant de l'Académie de médecine et apportait un contingent considérable d'observations.

Dans sa thèse, Simart fait une revue complète des cas, publiés en France et à l'étranger, de mort subite par lésion des coronaires, et y ajoute une observation personnelle. Des faits antérieurement connus, il ne retient que ceux dans lesquels la mort est survenue au cours d'une santé en apparence bonne ou seulement après un léger malaise.

Il est de notion récente que les altérations des artères coronaires peuvent provoquer la mort subite, en tant que lésions isolées ou tout au moins sans lésions marquées de l'aorte ou du myocarde, et sans être accompagnées d'accès d'angine de poitrine.

A l'autopsie, on constate alors régulièrement, soit un rétrécissement, soit une oblitération des coronaires. C'est ce qui résulte des observations de Karl Huber, de Key Aberg, de Vibert, de Claisse, de Toinot, de celle que publie Simart.

Selon ce dernier auteur, l'occlusion d'une coronaire par sténose ou thrombose n'est pas fatalement suivie de mort immédiate; la survie peut être constatée. Dans ce cas, on doit admettre que les lésions se développent lentement; il s'établit une sorte d'accommodation compensatrice du muscle cardiaque, due le plus souvent à une circulation supplémentaire. Pour une somme de travail donnée, la nutrition du cœur est suffisante; mais si cette somme se trouve dépassée par un surmenage fonctionnel imprévu, l'irrigation sanguine, suffisante jusque-là, ne le sera plus, et le résultat de cette ischémie sera l'arrêt du cœur. Ainsi, par exemple, certains malades meurent après avoir gravi un escalier.

Les accès d'angine de poitrine font généralement défaut; de même souvent les lésions aortiques sont peu avancées et le myocarde est sain.

Ce qui se dégage de la lecture des faits cliniques précédents, c'est la fréquence extrême des lésions d'athérome des artères coronaires.

BUSQUET.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 18 Juin 1902, à 1 heure. — M. FILDERMAN : Le bain chaud : contribution à l'étude de sa physiologie thérapeutique; MM. Fournier, Joffroy, Gaucher, Bezançon. — M. CORMAS : Etude anatomo-pathologique et pathogénique sur le syndrome pellagreux; MM. Joffroy, Fournier, Gaucher, Bezançon. — Mlle MAKAROFF : Quelques considérations sur la métrite blennorragique et son traitement par les injections intra-utérines d'acide picrique; MM. Tillaux, Richet, Legueu, Desgrez. — M. THOMAS : Contribution à l'étude des tumeurs tuberculeuses primitives des fosses nasales; MM. Tillaux, Richet, Legueu, Desgrez. — M. MENDELSSOHN : Recherches sur la thermotaxie des organismes unicellulaires; MM. Richet, Tillaux, Legueu, Desgrez. — M. TESSIER : Torsion du pédicule des tumeurs kystiques des annexes pendant la puerpéralité; MM. Pinard, Kirmisson, Wallich, Rieffel. — M. BLANCARD : Sur le rôle de l'amnios dans les malformations congénitales; MM. Kirmisson, Pinard, Wallich, Rieffel. — M. MONDIN : Opération de Bottini : ses indications thérapeutiques dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate; MM. Terrier, Landouzy, Delens, Wurtz. — M. COINTEPAS : Etude sur les kystes sébacés et leur traitement (méthode de Vidal-Sergent); MM. Landouzy, Terrier, Delens, Wurtz.

Jeudi 19 Juin 1902, à 1 heure. — M. MIRVEAUX : Conséquences de la responsabilité médicale, au point de vue des réformes qu'elles appellent dans notre organisation judiciaire actuelle : MM. Brouardel, Gariel, Wurtz, Broca (André). — M. WAHLEN : Essai expérimental sur le mécanisme physique de l'oscillation thermique fébrile; MM. Gariel, Brouardel, Wurtz, Broca (André). — M. LEYNIA DE LA JARRIGE : Traitement des malformations nasales par la méthode Gernusy-Eckstein; MM. Berger, Pozzi, Faure, Marion. — M. DUMOND : Des déviations utérines consécutives à l'infection puerpérale; MM. Pozzi, Berger, Faure, Marion. — M. MILLIET : De la valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les hémorragies du névraxe; MM. Gilbert, Charrin, Menetrier, Achard. — M. MOUSSAULT : De la douleur à type hyperchlorhydrique dans le cancer de l'estomac; MM. Gilbert, Charrin, Menetrier, Achard.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 Juin 1902. — 2e, Chirurgien-dentiste, Salle Thouret : MM. Sebileau, Gaucher, Richaud. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Delens, Poirier, Lepage. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Corvisart : MM. Lannelongue, Wallich, Cunéo. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Walther, Gosset. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Mauclaire, Legueu. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Tessier, Legry.

Mardi 17 Juin 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Joffroy, Gouget, Guiart. — 1er Oral, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Poirier, Retterer, Gley. — 2e, Chirurgien-dentiste, Salle Béclard : MM. Quénu, Thiéry, Launois. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Le Dentu, Marion, Faure. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. Berger, Pozzi, Schwartz. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Chantemesse, Charrin, Achard. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Mercredi 18 Juin 1902. — 1er, Salle Richet : MM. Poirier, Gley, Cunéo. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Broussais : MM. Sébileau, Lepage, Gosset. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Charcot : MM. Lejars, Mauclaire, Potocki. — 5e, Chirurgie (Première partie), Laënnec : MM. Lannelongue, Reclus, Broca (Aug.). — 5e (Deuxième partie), Laënnec : MM. Hayem, Widal, Legry.

Jeudi 19 Juin 1902. — 3e (Deuxième partie), Ecole pratique : MM. Cornil, Hanriot, Jeanselme. — 1er Oral, Nouveau régime, Salle Vulpian : Schwartz, Rieffel, Launois. — 2e, Chirurgien-dentiste, Salle Béclard : MM. Retterer, Gley, Langlois. — 3e, Oral (Première partie) (1re série), Nouveau régime, Salle Corvisart : MM. Le Dentu, Thiéry, Bonnaire. — 3e, Oral (Première partie), Nouveau régime, Salle Richet : MM. Guyon, Pozzi, Demelin. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Thouret : MM. Dieulafoy, Méry, Rénon.

Vendredi 20 Juin 1902. — 4e, Salle Richet : MM. Pouchet, Teissier, Thoinot. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Reclus, Lejars, Gosset. — 5e, Chirurgie (Première partie (2e série), Necker : MM. Kirmisson, Delens, Mauclaire. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Landouzy, Widal, Legry. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 21 Juin 1902. — 3e (Deuxième partie), Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Blanchard, Vaquez. — 2e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Broussais : MM. Schwartz, Poirier, Launois. — 2e, Chirurgien-dentiste, Salle Velpeau : MM. Quénu, Retterer, Gley. — 5e, Chirurgie (Première partie), Beaujon : MM. Berger, Thiéry, Broca (Aug.). — 5e (Deuxième partie), Beaujon : MM. Raymond, Achard, Rénon. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Le Dantec, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, chargé d'un cours complémentaire de pathologie exotique, est nommé professeur de pathologie exotique à ladite faculté. (Fondation de l'Université de Bordeaux.)

Ecole de médecine d'Amiens. — A la suite d'un concours, et par arrêté du 27 Mai, M. Bernard Jean est nommé pour une période de neuf ans suppléant des chaires de pathologie interne et clinique médicale.

HOPITAUX ET HOSPICES

La réorganisation des cadres du personnel hospitalier. — M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique à Paris, vient d'adresser un mémoire au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, au sujet de la réorganisation des cadres du personnel secondaire des hôpitaux et hospices. Voici les grandes lignes de son projet :

1° Distinction du personnel soignant et du personnel servant ;

2° Suppression, dans la mesure du possible, pour le traitement des malades, du personnel masculin ;

3° Création, sur un modèle nouveau, d'une unique école d'infirmières (en vue de l'amélioration de l'instruction personnelle) ;

4° Relèvement du taux des traitements et des indemnités représentatives des allocations en nature (en vue de l'amélioration du recrutement);

5° Unification des grades ;

6° Suppression du repos en nature et relèvement de taux des pensions en argent.

La laïcisation des hôpitaux. — Au cours de la séance du 9 Juin, le Conseil municipal de Paris a examiné une proposition de M. Navarre relative à la laïcisation de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Saint-Louis.

Après une longue discussion, le Conseil a adopté la proposition suivante de M. Gabriel Bertrou : « Aucune laïcisation ne pourra être prononcée dans les hôpitaux de Paris qu'après un referendum. »

Asile de Vaucluse. — M. Pichon, conseiller de préfecture de la Seine, est nommé directeur de l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise).

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé de la marine. — M. Roux, médecin principal, est désigné pour aller servir à l'hôpital français de Smyrne en remplacement de M. Rit.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont désignés pour servir : au Tonkin, M. Duville, médecin-major de 2e classe ; au corps d'occupation de Chine, M. Bellard, médecin-major de 2e classe; au Tchad, M. Allain, médecin-major de 2e classe ; à Madagascar, M. Escande de Messières, médecin aide-major de 1re classe ; en Afrique occidentale française, MM. de la Barrière, médecin aide-major de 1re classe, et Sanquirico, médecin aide-major de 1re classe auxiliaire ; en France : MM. Pascalis, médecin major de 1re classe ; Ollivier, médecin-major de 2e classe; Lelorre, Salomon Blin, médecins aides-majors de 1re classe; Philippe, médecin aide-major de 1re classe auxiliaire.

Le tableau d'avancement pour 1902 est réglé comme suit. Sont inscrits : pour le grade de médecin principal de 1re classe, MM. les médecins principaux de 2e classe : Clarac, Lidin, Hénaff, Vaysse; pour le grade de médecin principal de 2e classe, MM. les médecins-majors de 1re classe : Preux, Collomb, Merveilleux, Brou-Duclaux, Simon, André dit Duvignaud, Gouzien, Laurent; pour le grade de médecin-major de 1re classe, MM. les médecins-majors de 2e classe : Gouzien, Tréguier, Castagné, Daliot, Thomas, Durand, Leclerc, Vergoz, Duville, Faraut, Guerchet, Brossier, Delay, Martine, Vinas, Ilbert, Suard, Grognier, Pierre, Layet, Carrière, Salanoue-Ipin, Bousquet, Vivien, Texier, Rimbert, Sévère, Coppin, Depied, Berthier.

Pour le grade de médecin-major de 2e classe, MM. les médecins aides-majors de 1re classe : Condé, Rey, Battarel, Rapuc, Reboul, Ascornet, Mesny, Arnould, Mesny, Binard, Ruelle, Abbatucci, Contaut, Marchand, L'Herminier, Micholet, Bouet, Marotte, De la Barrière, Roquemaure, Dourne, Rul.

Nomination. — M. Le Coin, médecin de l'Assistance médicale dans le 6e arrondissement, est réinvesti dans ses fonctions pour une période de trois années, à partir du 1er Janvier 1902, date de l'expiration du temps pour lequel il avait été institué.

CONCOURS

Internat de Brévannes et d'Hendaye. — Le jury du concours pour les places d'internes à Brévannes et à Hendaye est composé de MM. Brühl, Parmentier, Mauclaire.

Hospices civils de Grenoble. — Le concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une place de chirurgien adjoint des hospices de Grenoble vient de se terminer par la nomination de M. Termier.

Le concours ouvert également à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une place de médecin titulaire des hospices de Grenoble s'est terminé par la nomination de M. Gauthier.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 48. — Samedi, 14 Juin 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

ARTICLES

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

LES MÉDECINS DES ASILES D'ALIÉNÉS

Par un arrêté récent du ministre de l'intérieur, certaines modifications viennent d'être apportées au régime des médecins des asiles publics d'aliénés.

La nouvelle réglementation est importante à faire connaître aux étudiants qui auraient l'intention de se diriger vers cette branche de la carrière médicale administrative.

* * *

Les médecins des asiles sont de véritables fonctionnaires, dépendant du ministère de l'intérieur, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques.

Ils débutent par le grade de *médecins adjoints*. Il y a trois classes de ce grade : la deuxième classe avec 2.500 francs d'appointements par an; la première classe avec 3.000; la classe exceptionnelle avec 4.000 francs.

Choisis au concours, les médecins adjoints sont nommés, suivant leur ordre de classement, au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produisent dans les asiles d'aliénés. Leur avancement est réglé de façon à ce qu'ils puissent être promus d'une classe à l'autre après deux ans au minimum dans la classe précédente.

Ils peuvent arriver ainsi *médecins en chef* ou *médecins directeurs*, dont les fonctions diffèrent, mais ayant les mêmes appointements. Il existe, pour l'un et l'autre de ces grades, quatre classes avec 5.000, 6.000, 7.000 et 8.000 francs d'appointements. L'avancement de classe se fait, au minimum, après trois ans de stage dans la classe inférieure.

Un des grands avantages de la carrière des médecins d'asiles est dans la gratuité du logement, du chauffage et de l'éclairage qui leur est accordée.

Un calcul simple permet de dire qu'un médecin nommé à vingt-huit ans peut, après vingt ans de services, arriver à être logé, chauffé, éclairé, avec 8.000 francs d'appointements.

*
* *

On sait que la France est divisée, au point de vue de l'administration du service des aliénés, en un certain nombre de régions.

Dorénavant, le recrutement des médecins d'asiles se fera par la voie d'un seul concours pour toute la France.

Le concours se tiendra à Paris.

Le nombre des places mises au concours est fixé à 10 par concours; jamais, d'ailleurs, ce chiffre ne pourra être dépassé.

*
* *

Le jury sera composé : du *président*, inspecteur général des services administratifs; de six *membres*, dont trois professeurs, agrégés ou chargés de cours de maladies mentales des Facultés ou Ecoles de médecine, et trois directeurs médecins ou médecins en chef d'asile public d'aliénés ou de la maison nationale de Charenton; plus un juré *suppléant*, pris parmi les médecins directeurs et les médecins en chef. Ce juré suppléant remplacera le premier membre absent; si d'autres absences se produisaient, les opérations du jury continueront néanmoins.

Le jury est désigné par le ministre sur la proposition du Comité des inspecteurs généraux des services administratifs. Les professeurs, agrégés et chargés de cours doivent appartenir à des Facultés ou Ecoles différentes; les médecins en chef et médecins directeurs seront choisis dans des établissements différents et situés hors du ressort des Facultés ayant fourni les professeurs, agrégés et chargés de cours.

*
* *

Les épreuves seront au nombre de cinq.

Les *épreuves d'admissibilité* : 1° une épreuve sur titres, à laquelle 10 points sont attribués; 2° une question écrite après trois heures de préparation, portant sur l'anatomie et la physiologie, 30 points; 3° une question écrite après deux heures de préparation sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, 10 points.

La nomination se fait après les *épreuves définitives* : 1° une question orale de quinze minutes, après vingt minutes de préparation, sur la médecine et la chirurgie générale, 20 points; 2° une épreuve clinique sur deux malades aliénés, dont l'un sera examiné spécialement au point de vue médico-légal; trente minutes d'examen, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition, 30 points. Cette épreuve ne pourra être soutenue par un candidat dans l'asile auquel il appartient ou aura appartenu depuis moins de trois ans.

Étant donné qu'en ce moment une certaine agitation se fait autour des concours de médecine dont on demande la simplification, nous nous permettrons de faire remarquer que le concours des médecins d'asiles, ainsi organisé, ne marque pas un progrès, étant absolument conçu suivant les anciennes traditions; l'exposé de titres, par exemple, qui devrait faire la base du choix, n'est coté que 10 points; en revanche, une cote élevée est accordée aux épreuves de mémoire.

*
* *

Pour être admis à ce concours, les conditions suivantes sont exigées : être Français, docteur en médecine, âgé de moins de trente-deux ans, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée, avoir fait un stage d'au moins un an dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chef de cliniques ou interne des hôpitaux nommé au concours.

La demande d'admission au concours, accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de service, d'une note résumant ses titres et travaux scientifiques, d'un certificat de stage et de service militaire, devra être adressée au premier bureau de la direction de l'Hygiène et de l'Assistance publiques au ministère de l'intérieur.

Par un arrêté du 7 Mars 1900, le chef de clinique de pathologie mentale de la Faculté de Paris pouvait être nommé médecin adjoint sans passer par le concours; il n'en sera plus ainsi; désormais il sera soumis aux mêmes conditions que les autres candidats.

*
* *

L'arrêté du ministre de l'intérieur établissant les dispositions nouvelles du concours de médecins adjoints des asiles d'aliénés sera exécutoire dès cette année.

Le premier concours est fixé au lundi 10 Novembre 1902; les candidats peuvent se faire inscrire jusqu'au jeudi 9 Octobre au plus tard.

Aujourd'hui, avec l'encombrement de la carrière médicale et les difficultés pour se faire une place dans un poste médical, la situation de médecin des asiles ne manquera pas de tenter nombre de jeunes gens qui trouveront là une position stable et un avenir assuré.

E. De Lavarenne.

A PROPOS DES COURS DE PERFECTIONNEMENT

L'institution d'un enseignement médical payant complétant l'enseignement d'Etat, dit gratuit, commence à se fonder en province. A Paris, M. De Lavarenne a montré tout récemment dans ce journal comment se développent les Cours de perfectionnement et comment vont s'établir les Cours de vacances. En province, où la routine est encore plus puissante qu'à Paris, il est réconfortant de signaler quelques esprits novateurs essayant de sortir de l'ornière où elle s'est enlisée la pédagogie médicale française. Pour lutter contre l'Allemagne toute-puissante, il faut partout, sur le sol de France, détruire l'enseignement purement dogmatique jusque dans ses racines, et favoriser tous les enseignements pratiques, dont les meilleurs seront toujours et fatalement les cours de perfectionnement et de vacances, payés directement par les élèves. En ces temps, où fléchit l'influence française, il faut que des couches jeunes surgissent des forces capables de la relever, de la maintenir, de la développer au delà de ses anciennes limites. Faire des cours de perfectionnement, établir des cours de vacances, c'est contribuer à l'expansion de cette influence.

Tous les amis de la France attendent depuis longtemps ces institutions, et, à l'appui de ce dire, parmi beaucoup de lettres que j'ai reçues à ce sujet, je citerai un extrait de celle que m'adressait dernièrement M. Vic, de San Sebastian :

« Élève de Paris et fixé en Espagne depuis huit ans, je vais tous les ans me retremper aux sources de la vraie lumière. Si les cours de vacances s'ouvraient, je m'inscrirais volontiers...

« Vous ne sauriez croire combien cette bonne idée fera de bien à l'influence française, car, ici, tout est allemand, surtout en médecine, étant donné les facilités qu'on offre à Berlin et ailleurs en Allemagne aux médecins étrangers. »

Et il s'agit de l'Espagne, d'une nation latine! Que l'on veuille bien songer que notre routine et notre pédagogie scholastique nous ont fait perdre pour longtemps toute l'Amérique du Nord, une république qui nous doit la vie par Lafayette et Rochambeau.

*
* *

Pour le progrès de ces idées, je n'ai point voulu laisser passer, comme nouvelle banale, l'annonce suivante d'un cours de perfectionnement institué à Montpellier par MM. Imbert et Jeanbrau :

Faculté de médecine de Montpellier. — MM. Léon Imbert et Jeanbrau, agrégés, ont commencé un cours libre et payant de chirurgie expérimentale. Le programme comporte des opérations sur le cadavre et sur les animaux.

1° *Opérations sur le cadavre.*

A. Sutures cutanées. Sutures des tendons.
B. Sutures osseuses; pleurotomie et résections costales.
C. Cystoscopie.
D. Manœuvres de la lithotritie.

2° *Opérations sur les animaux.*

A. Taille hypogastrique; sutures vésicales.
B. Hémostase rénale; *a*) sutures du rein; *b*) ligature du pédicule.
C. Sutures intestinales.
D. Anus contre nature.
E. Trépanation.
F. Hémostase hépatique.
G. Trachéotomie.

Le cours a lieu tous les jours et dure deux semaines environ. Le nombre des élèves est limité pour chaque série.

Chaque élève pratique lui-même l'opération enseignée. La rétribution demandée à chaque élève est fixée à 10 francs; elle est destinée uniquement à couvrir les frais du cours.

Bien des médecins étrangers, de passage à Paris, pourraient gagner Montpellier pour y profiter de ce cours. Ils en tireraient un grand bénéfice et seraient reçus à bras ouverts par les professeurs de l'antique École qui sut jadis gouverner le monde médical.

F. Jayle.

LIVRES NOUVEAUX

F. Terrien. — *Chirurgie de l'œil et de ses annexes* 1 vol. in-8° de 450 pages, avec 311 figures (Steinheil, éditeur, Paris, 1902).

Ce bel ouvrage est le premier volume paru d'un « Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale » publié sous la direction de MM. Berger et Hartmann.

C'est surtout un traité de médecine opératoire oculaire. Les différentes régions de l'œil et de ses annexes y sont prises successivement, et, pour chacune d'elles, les opérations essentielles (iridectomie, extraction de la cataracte, etc.) sont décrites d'une façon très détaillée, les opérations plus rares ou n'ayant qu'un intérêt historique étant traitées ensuite plus brièvement. De nombreuses figures mettent en évidence les points qui ne pourraient être précisés que par de longues descriptions (position des mains et des instruments, tracé des incisions).

Néanmoins, à côté de la technique opératoire, sont indiqués les principaux points de l'anatomie chirurgicale de l'œil, les indications des opérations décrites, les soins à donner aux opérés, les complications qui peuvent survenir, etc. A la fin de chaque chapitre, quelques pages sont consacrées au traitement non opératoire concernant la même région.

L'abondance des figures et la façon très claire et très précise avec laquelle sont présentés les opérations et les procédés opératoires en font un guide aussi indiqué pour celui qui veut entreprendre l'étude de la chirurgie oculaire que pour l'opérateur qui a besoin de retrouver la technique d'un procédé.

A. Drualt.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 franc. (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Loi sur la protection de la santé publique (Loi du 15 Février 1902). Travaux législatifs, Guide pratique et Commentaire, par Paul Strauss, sénateur de la Seine, et Alfred Fillassier, docteur en droit, 1 vol. in-18 jésus, 318 pages; prix, broché, 6 francs. (*Jules Rousset*, éditeur, Paris.)

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

DE LA PELADE

THÉORIE DENTAIRE DE L. JACQUET

Par F. TRÉMOLIÈRES
Interne des Hôpitaux.

La « question de la pelade » est à l'ordre du jour. Les dermatologistes la discutent passionnément, les Sociétés savantes l'ont fréquemment abordée dans leurs récentes séances, et M. du Castel rédige le rapport qu'il doit déposer prochainement au nom de la Commission académique. Récemment, d'ailleurs, M. de Lavarenne, dans un article très documenté, a montré ici-même quel était l'état de la question.

La lutte est engagée entre contagionnistes et non contagionnistes. Elle n'offre pas seulement un intérêt scientifique, elle présente aussi une importance sociale. De la doctrine qui prévaudra dépendra, en effet, le maintien ou l'abandon des mesures d'hygiène publique, si rigoureuses, inspirées par la théorie parasitaire. Celle-ci compte encore comme défenseurs la plupart des dermatologistes français; ils ont pour adversaires les partisans de la théorie trophonévrotique, naguère presque tous étrangers; mais ces derniers ont vu leurs rangs s'accroître de *quelques dissidents français, chaque jour plus nombreux*, que les observations de contagion et d'épidémie, pas plus que les recherches bactériologiques et expérimentales, n'ont pu convaincre de la nature parasitaire de l'alopécie peladique.

L'honneur d'avoir déterminé en France cette réaction contre les idées si fortement enracinées de parasitisme et de contagion, revient en grande partie à M. Jacquet qui, par une série de recherches, a donné à la théorie dystrophique, jusqu'à lui fort vague, une base clinique et anatomo-physiologique *positive*. Avant d'étudier la théorie dentaire, dernière partie de son œuvre, il est donc utile tout d'abord d'exposer en une vue d'ensemble l'orientation de ses idées.

Primitivement imbu de la théorie classique, M. Jacquet vit bientôt ses convictions se modifier « sous la poussée lente des faits ».

Le caractère spécieux des observations de contamination peladique, qu'une analyse minutieuse démontrait le plus souvent erronées, mirent en éveil son sens critique; les conclusions expérimentales des bactériologistes, augmentèrent encore ses doutes. Un examen attentif des cas de pelade qu'il rencontrait lui fit remarquer, à nombreuses reprises, d'une part l'absence de tout élément possible de contagion, et, d'autre part, la coïncidence, chez le même sujet, de l'alopécie en aire avec des troubles généraux et locaux multiples et laissés imprécis. Il constata l'aspect banal, de la plaque glabre, et certains caractères lui en firent soupçonner la nutrition défectueuse. Il avait choisi sa propre pelade comme terrain d'expérimentation : il tenta l'auto-inoculation avec une surabondance de conditions favorables; il ne réussit point à se réinfecter, et cet échec l'impressionna.

Cependant ce n'est qu'après de nombreuses et minutieuses observations, de patientes et curieuses recherches, d'enquêtes habilement conduites, que toutes ces remarques, solidement justifiées, se synthétisèrent en doctrine.

Se dégageant de la simple étude de la lésion locale, M. Jacquet montra[1] d'abord que la pelade n'est pas une maladie spécifique, mais simplement « un symptôme, parfois négligeable, parfois prédominant, d'un ensemble morbide à la fois très complexe et très banal, précédant la dépilation, l'accompagnant et lui survivant ». Il mit en évidence les divers troubles, mal définis parce que mal recherchés, qui constituent cet ensemble morbide, point de départ de la dermatose; il décrivit l'hypotonie cutanée, et la rattacha à l'hypotonie vasculaire généralisée dont le peladique présente les symptômes variés : phlébectasies, ptoses viscérales et cutanées; il révéla l' « agénésie pilaire » comme cause prédisposante, créant une vulnérabilité native du système pileux.

Enfin, comme élément de l'atmosphère peladique traduisant l'altération de l'état général et réalisant une sorte d'auto-intoxication, M. Jacquet établit avec M. Portes la viciation de l'élimination urinaire des peladiques, dont l'hyperchlorurie, l'hypophosphaturie, l'hyposulfaturie sont les éléments essentiels[2].

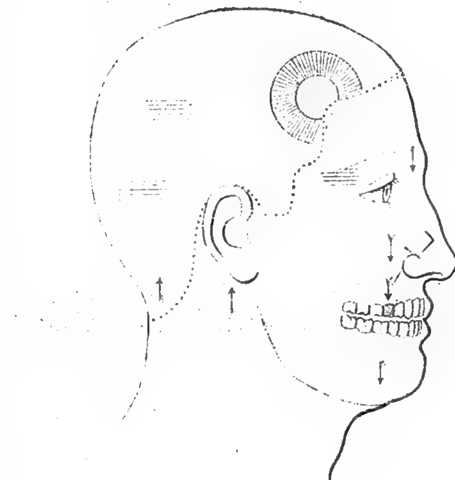


Figure 1[3].

Cet exposé de faits, nécessaire pour situer la question, ne doit pas nous arrêter plus longtemps; les lecteurs de ce journal les trouveront analysés dans le travail de M. de Lavarenne[4].

* * *

Ces faits étant établis, restait à montrer comment de cet humus pré-péladique naît l'alopécie locale; restait à chercher quel facteur dérive, sur un point donné, l'influence morbide pré-établie et provoque l'apparition de l'aire dénudée?

Il est un fait évident, et cependant resté longtemps inaperçu, savoir la fréquente coïncidence des lésions dentaires et de la pelade. M. Jacquet la remarqua, l'étudia, établit les rapports qui lient ces deux phénomènes. Précisant sa théorie, il vient de mettre en lumière le rôle étiologique capital des altérations des dents dans un mémoire où la « pelade d'origine dentaire » est observée et décrite avec une précision quasi-mathématique[1].

Suivant pas à pas les faits, M. Jacquet montre les connexions chronologiques et topographiques des lésions dentaires et de la pelade; découvre et étudie l'ensemble morbide dont l'alopécie n'est qu'un des éléments; démontre la relation de cause à effet qui lie ce syndrome à l'irritation dentaire et décrit les voies de conduction nerveuse par l'intermédiaire desquelles cette relation s'établit; enfin, dans une expérience des plus concluantes, il montre que la suppression de cette irritation fait tomber l'ensemble morbide qu'elle a suscité.

Et d'abord, critérium *chronologique*, la pelade succède souvent à des troubles subjectifs dans la zone du trijumeau, troubles nettement déclarés et bien définis, qui se résument à trois variétés : fluxion non douloureuse, fluxion douloureuse, plus fréquente, et névralgie simple, plus souvent observée encore. Tel malade, porteur d'une pelade de barbe à *gauche*, accuse de violentes névralgies dentaires *gauches* survenues *trois mois* auparavant; tel autre, atteint d'une pelade en aires *disséminées*, s'est plaint, lors de son apparition, de très vives douleurs dentaires *bilatérales;* tel autre enfin, qui présentait des névralgies exclusivement localisées du côté *droit* de la tête et de la face, ainsi qu'une crise douloureuse de la deuxième prémolaire *droite*, a vu débuter *trois semaines* après la crise névralgique un disque du golfe fronto-temporal *droit* (fig. 1).

On pourrait multiplier ces exemples où la relation chronologique entre les symptômes douloureux et le trouble pilaire s'est nettement manifestée; parfois les deux facteurs étaient simultanés; le plus souvent la dépilation suivait la névralgie à un intervalle variant de *trois semaines à trois mois*. M. Jacquet a relevé, sur 200 observations, 27 cas où ce rapport s'établit avec évidence; mais que de cas où les troubles sensitifs sont restés ignorés, soit par leur faible intensité, soit par le manque d'observation ou le peu de mémoire du malade, soit surtout par l'absence d'examen du médecin!

Peut-être a-t-on déjà remarqué, dans les exemples précédemment cités, *l'homolatéralité* des lésions peladiques et des altérations dentaires. La preuve *topographique* vient, en effet, renforcer la valeur du critérium chronologique : fluxion pré-péladique *à droite*, pelade de la nuque *à droite*, un mois et demi plus tard; névralgie de la première molaire inférieure *droite*, avulsion, disque peladique pariétal *droit;* névralgies faciales *gauches*,

---

1. L. JACQUET. — « Sur la nature et le traitement de la pelade ». *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1900, Mai, Juin, Août, Septembre.

2. L. JACQUET ET PORTES. — « La viciation hémo-urinaire dans la pelade ». *Annales de dermat. et de syphiligr.*, avril 1901.

3. Légende explicative des figures :

Dent en évolution.	+	Érythrose	>
Dent cariée.		Gingivite	
		Dentier.	
Dent névralgiée. .			
Point névralgique.		Dépilation diffuse.	
Hyperhesthésie . .		Hyperthermie. . .	$\theta +$
Fluxion.	<	Hypothermie . . .	$\theta -$

4. E. DE LAVARENNE. — « La question de la pelade. Contagionnistes et non contagionnistes. Les travaux de Sabouraud. Les travaux de Jacquet. Commissions académiques ». *La Presse Médicale*, 1902, 19 Février, n° 15.

1. L. JACQUET. — « Nature et traitement de la pelade. La pelade d'origine dentaire ». *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1902, Février-Mars.

avulsion de la deuxième grosse molaire inférieure *gauche*, pelade sus-auriculaire *gauche*. Il y a là, c'est évident, non une simple coïncidence, mais bien un rapport précis, rigoureux, entre ces divers phénomènes, et conjugaison entre l'élément névralgique et l'élément peladique. La preuve en est que, dans les cas où la crise douloureuse fut double, la pelade fut double aussi, et que, dans

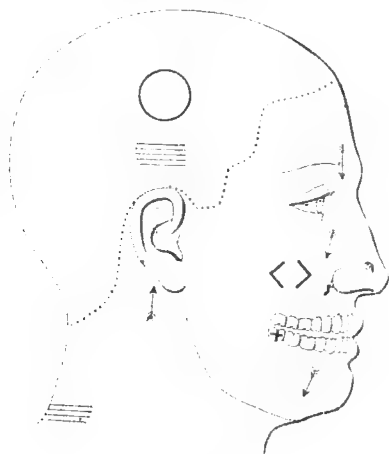


Figure 2.

d'autres cas, chaque reprise des névralgies fut suivie d'une récidive de pelade.

Mais il faut serrer les faits de plus près. Les douleurs névralgiques sont des phénomènes grossiers, à la mesure de la faculté d'observation des malades; il appartient au clinicien d'examiner plus attentivement les différents symptômes. On découvre alors toute une série de phénomènes vaso-moteurs, thermiques, fluxionnaires, trophiques, etc., plus ou moins accentués, plus ou moins fréquents, qui forment comme un fond sur lequel ressort l'élément sensitif. L'on peut noter, parmi ces réactions morbides associées, un coryza fluxionnaire, proche de l'œdème, parfois unilatéral, l'épistaxis ou plutôt l'hémi-épistaxis. Mais il en est, toujours localisés du côté peladique, de plus fréquents et de plus durables : c'est l'*érythrose*, l'accentuation du teint physiologique des téguments faciaux, prédominante ou limitée à la pommette ou à l'oreille; l'*hypertermie* lui est le plus souvent associée, mais peut être remplacée par de l'*hyperthermie*; c'est encore un *empâtement* diffus et sensible de la joue; enfin, des *adénopathies*, spécialement des adénopathies sous-maxillaires, liées souvent à l'hypertrophie *amygdalienne* et parfois à de véritables *angines*.

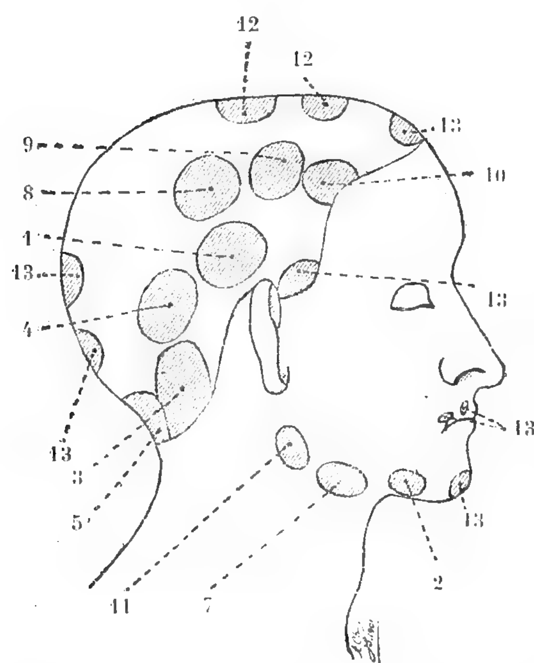


Figure 5. — Disques rangés par ordre d'importance numérique.

1, sus-auriculaire; 2, latéro-mentonnier; 3, rétro-mastoïdien; 4, sus-mastoïdien; 5, nuchal; 7, sus-hyoïdien; 8, médio-pariétal; 9, rétro-frontal; 10, latéro-frontal; 11, angulo-maxillaire; 12, 12, sincipitaux; 13, 13, 13, 13, 13, 13, médio-mentonniers; labiaux; lambdoïdes; médio-frontaux; occipital; zygomatique.

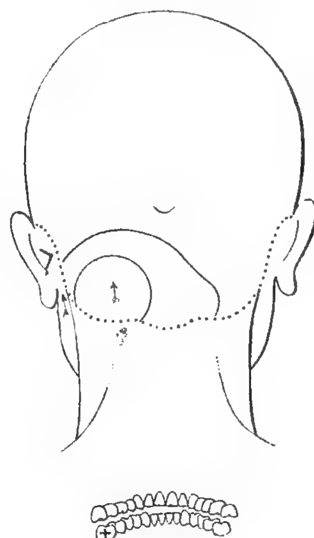


Figure 3.

Cependant le nerf ne manifeste pas toujours spontanément sa souffrance; il faut parfois l'interroger. On réveille alors, par la pression aux points d'émergence des principales branches du trijumeau (points sus-orbitaire, sous-orbitaire, mentonnier, sous-auriculaire), des sensations douloureuses aiguës survivant à la névralgie, qui peut du reste n'avoir jamais paru. Cette névralgie latente est *homolatérale* à la pelade, *bilatérale* quand les disques sont bilatéraux. Le point sus-occipital, qui correspond au point où le tronc du nerf d'Arnold croise l'angle formé par le grand droit et le grand oblique de la nuque, est particulièrement fréquent et douloureux.



Figure 6.

L'hyperesthésie peut aussi atteindre les muscles, obéissant aux mêmes lois localisatrices que celle des troncs nerveux.

Névralgies spontanées, fluxions névralgiques, épistaxis, coryza, érythrose, hyper- ou hypothermie faciale, adénopathies, tuméfactions amygdaliennes, hyperesthésie latente des nerfs et des muscles constituent autant de « souffrances simultanées, de phénomènes symphatiques », et forment une sorte de syndrome semblant relever *a priori* d'une cause unique. Brown-Séquard a montré que « l'irritation expérimentale de certains points du système nerveux modifie l'équilibre sensitif de l'organisme en son entier ». Ces symptômes associés trahissent la réaction propre de chaque tissu sous l'influence d'une excitation partie d'un point donné.

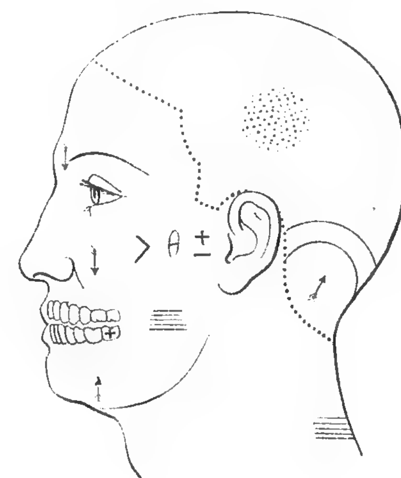


Figure 4.

* * *

Cet ensemble réactionnel se manifestant dans la sphère d'innervation du trijumeau, c'est dans le territoire de ce nerf qu'il nous faut chercher l'épine irritative qui le provoque. Ni l'œil, ni les fosses nasales ne paraissent devoir être mis en cause. Au contraire, l'appareil dentaire, par l'évolution successive des deux dentitions, les lésions fréquentes dont les dents, si riches en terminaisons nerveuses, peuvent être affectées, semble bien être le point de départ de l'excitation pathologique.

L'examen stomatologique, qui doit toujours être systématiquement pratiqué dans les cas de pelade, nous montre le bien-fondé de cette hypothèse. Dans nombre de cas on peut relever, coïncidant avec la pelade et le syndrome complexe qui souvent l'accompagne, une irritation dentaire; tantôt ce sont de simples odontalgies ou des altérations de la dent ou de la gencive : périostite, abcès gingival, carie douloureuse, etc.; beaucoup de malades portent des dentiers plus ou moins complets; tantôt, il s'agit d'une évolution dentaire. Ainsi, le syndrome se précise dans son point de départ; c'est un

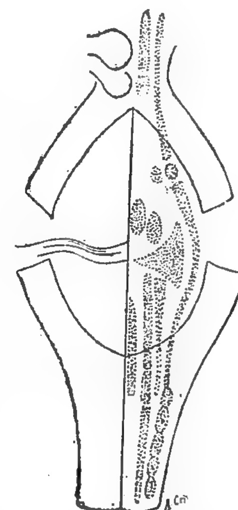


Figure 7. — Montrant la topographie des noyaux des nerfs craniens sur le plancher du quatrième ventricule. Sur la droite du dessin se voit : *en bas*, la racine descendante du trijumeau, en continuité avec la colonne grise, origine des nerfs rachidiens; *en haut*, la racine ascendante du trijumeau en contiguïté avec les noyaux d'origine du moteur oculaire commun et du pathétique. Cette contiguïté nous explique l'existence si fréquente, chez les peladiques, de troubles moteurs oculaires (imité de Poirier et Charpy).

syndrome réflexe *odontopathique* ou *néo-dentaire*, selon que la lésion ou l'évolution d'une dent est en cause.

Ce syndrome à point de départ gingivo-dentaire étant admis, on ne jugera pas nécessaire, sans doute, qu'un ordre chronologique invariable existe entre ces différents facteurs; et de même qu'il existe, à côté des zosters *post-névralgiques*, des zosters *pré-* et même *anévralgiques*, de même il peut exister, à côté de la pelade *post-névralgique*, de beaucoup la plus fréquente, des pelades ou l'élément douloureux *suit* la plaque alopécique, et même manque totalement. L'association des trois éléments : pelade unilatérale ou symétrique, hyperesthésie latente, simple ou double, lésion ou éruption dentaire homo- ou bilatérale, semble suffire à caractériser l'étiologie dentaire.

La fréquence de la pelade aux différents âges vérifie de tous points la théorie dentaire. La dentition de lait évolue de quatre à huit mois après la naissance jusqu'à la fin de la troisième année; la dentition permanente évolue de cinq à six ans à quatorze ans, d'une part, et, d'autre part, de vingt à trente pour les dents de sagesse souvent désordonnées dans leur apparition. Sur 273 cas de pelade, 185 cas se sont manifestés dans les vingt-cinq années correspondant aux périodes d'éruption des dents, tandis qu'à *l'entr'acte dentaire*, entre quinze et dix-neuf ans, correspond un *entr'acte peladique*. Se reportant à une statistique de Dauzats[1] faite en dehors de toute préoccupation tendancieuse, M. Jacquet y trouve des chiffres entièrement superposables aux siens.

Une preuve plus convaincante encore de l'origine dentaire de la pelade est fournie par une observation qui possède toute la valeur d'une véritable expérience.

Il s'agit d'une jeune fille qui présentait, en même temps qu'une pelade nuchale *gauche*, un syndrome néo-dentaire *gauche* typique (fig. 3 et 4). M. Jacquet *annonce* à la Société de Dermatologie que le débridement galvano-caustique va faire disparaître à la fois pelade et troubles réactionnels concomitants. Un renforcement violent de tous les phénomènes suit l'intervention; mais, bientôt, tout se calme, tout s'apaise, le syndrome s'atténue et disparaît dans le même temps, assez court, que guérit la dermatose. Cette aggravation éphémère, non prévue, loin d'infirmer la théorie, lui fournit un nouvel appui : la pelade résultant en ce cas d'une irritation gingivo-dentaire, quoi de plus naturel que cette extension de la plaque après l'excitation vigoureuse portée sur la gencive par le galvano-cautère?

* * *

Ainsi contrôlées par l'expérimentation, les données cliniques reçoivent une nouvelle vérification de l'anatomie qui leur fournit un véritable substratum.

Nous avons étudié le point de départ de l'excitation peladogène; envisageons maintenant son point d'arrivée.

En colligeant un grand nombre d'observations, on peut remarquer que la pelade siège de préférence à la région *maxillaire*, et au segment qui s'étend de la nuque au territoire sus-auriculaire (fig. 5). Toute la région *nucho-mastoïdo-maxillaire* est donc par excellence une « zone *peladophore* ». Quels troncs nerveux la commandent? Une expérience de Krause prouve que le trijumeau ne fournit pas à la zone maxillaire; celle-ci dépend de la branche transverse du plexus cervical superficiel. La région sus-auriculaire, ainsi qu'une partie de la nuque, sont innervées par sa branche mastoïdienne. Or, l'étude des figures classiques et les résultats fournis par la dissection montrent que ces régions présentent précisément une réelle pauvreté de filets nerveux, une innervation *minima* (fig. 6).

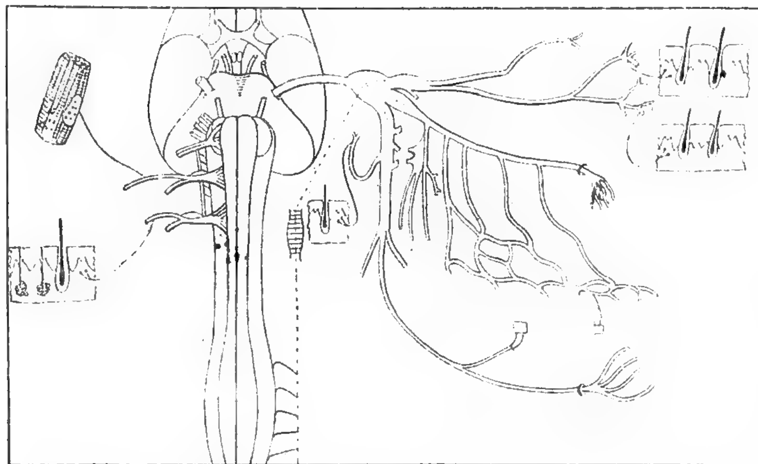


Figure 8. — Cette figure permet de suivre la marche centripète de l'irritation gingivo-dentaire, partie des extrémités du trijumeau, gagnant le ganglion de Gasser, d'où elle peut impressionner des branches à fonctions tropho-pilaire (nerfs fronto-palpébraux, nerf auriculo-temporal); puis, parvenant au bulbe, où, par la voie que montre la figure 7, elle arrive à la substance grise d'origine des premières paires cervicales.

La figure 8 permet aussi de se rendre compte d'un certain nombre des synergies morbides pré- ou méta-peladiques (innervation connexe de la pituitaire, de la face, de la tête, grand sympathique, substance cérébrale, nerfs craniens, etc.).

Reste la partie moyenne de la nuque. Elle aussi possède une innervation minima; les nerfs craniens ne lui donnent aucun rameau; les premières paires cervicales seules s'y distribuent. Mais, en dépit de la loi de Meyer, la *première*, qui innerve les muscles sous-jacents, ne donne aucun filet à la peau de la région; la *deuxième* ne fournit rien encore à la nuque, mais seulement à la région occipitale supérieure et au vertex; il faut arriver à la *troisième* paire pour trouver quelques filets destinés à la région cervicale postérieure. Or, comme tout territoire cutané reçoit, ainsi que l'a formulé Sherrington, des filets de *trois* racines consécutives, la zone nuchale est donc aussi en déficit nerveux.



Figure 9.

On voit, en somme, que les régions maxillaire et nucho sus-auriculaires sont toutes deux sous la *même* influence nerveuse, bien que les traités classiques, par une division artificielle, les décrivent d'une façon tout à fait indépendante. On voit, d'autre part, qu'elles présentent, l'une et l'autre, une circulation nerveuse relativement pauvre (fig. 6)

Il nous faut décrire maintenant le trajet qui réunit le point de départ dentaire, riche en nerfs, au point d'arrivée trophique, d'innervation *minima*. Ce trajet est fort direct. L'incitation peladogène passe des plexus dentaires supérieur et inférieur au ganglion de Gasser, et, par lui, gagne le noyau bulbaire. Puis elle suit la longue racine inférieure du trijumeau qui vient à la hauteur de la première paire cervicale se joindre avec la colonne grise origine des racines sensitives (fig. 7).

Ainsi tous les éléments du problème nous sont connus : le point de départ dentaire de l'irritation, sa voie de conduction, son lieu d'arrivée; et M. Jacquet est en droit de conclure que « la pelade est un trouble trophique dont l'une des conditions pathogéniques fréquentes consiste en une incitation partie du trijumeau buccal et réfléchie au point d'innervation cutanée minima en correspondance anatomique avec le point irritatif. »

Une dernière inconnue se pose : le mode intime de la répercussion nerveuse. Y a-t-il inhibition initiale, ou bien, au contraire, épuisement secondaire après excitation? C'est là un problème dont, entre autres auteurs, Max Joseph et Mibelli nous font entrevoir la solution, en provoquant, dans leurs expériences de sections radiculaires et tronculaires, une inhibition massive déterminant une dépilation périphérique.

Il ne manquait plus à la doctrine névro-trophique qu'un critérium *thérapeutique*. Cette dernière preuve existe. La fréquence de la pelade aux périodes d'évolution des dents, l'entr'acte dentaire, la réapparition de la dermatose à chaque nouvel accident dans la zone du trijumeau, sont autant d'arguments qui viennent à l'appui de la thèse. L'intervention médicale a pu réaliser de véritables expériences très concluantes : l'ablation ou l'oblitération d'une dent malade, la mise à nu d'une molaire ont été suivies rapidement de la repousse sur les aires glabres. Nous avons, chemin faisant, signalé cette saisissante expérience où la pelade et le syndrome réflexe gravitant autour d'une irritation néo-dentaire, leur disparition fut *prévue*, ANNONCÉE, et s'effectua dans le délai nécessaire à la pousse normale des cheveux épilés.

* * *

Mais la pelade n'est pas toujours d'origine dentaire. Très souvent il existe, à côté des lésions dentaires évidentes, d'autres altérations somatiques variables et multiples qui semblent jouer aussi leur rôle étiologique; elles peuvent même exister seules. Ces sollicitations morbides, dont souvent aucune n'est en relief évident, s'additionnent en général

1. DAUZATS. — « Recherches sur la contagiosité de la pelade ». *Thèse*, Paris, 1901.

pour constituer une somme ou « *sommation peladogène* [1] » dont la dépilation n'est qu'une résultante. Elles se combinent sous de nombreux aspects, une ou plusieurs conditions d'ordre général pouvant s'associer à une ou plusieurs conditions d'ordre local.

Un surmenage intense favorise l'éclosion de la pelade en un point que détermine, sur un côté de la tête, une altération d'une dent de ce côté. Des névralgies faciales *gauches*, l'éruption d'une dent de sagesse *gauche* et la tuberculose du sommet *gauche*, ce facteur étant à la fois d'ordre local et général, provoquent l'apparition d'un disque peladique *gauche* (fig. 9). Enfin une pelade de nuque à *gauche* suit de près un traumatisme du conduit externe et du tympan *gauches* chez un sujet qui, peu de temps après, voit apparaître un nouveau disque à *droite* où existent déjà des caries douloureuses du maxillaire supérieur. La pelade peut encore survenir chez des individus atteints de lésions dentaires, après une brûlure, et du même côté qu'elle, après une otite, une pleurésie, une pneumonie, une orchite douloureuse, une gastralgie.

Les troubles organiques qui servent de *primum movens* à la pelade sont donc multiples, bien que les irritations dentaires soient parmi eux les plus fréquents.

* * *

Tous les faits que nous venons d'exposer montrent qu'il y a dans la théorie de l'origine dentaire de la pelade toute une série d'inductions scientifiques parties d'une observation riche et minutieuse. Un cas de pelade, plus encore qu'aucun autre cas pathologique, exige une enquête approfondie. Il faut avoir vu M. Jacquet pratiquer un examen clinique pour comprendre tout ce que le médecin doit déployer de patience et de sagacité pour prévenir les erreurs, les oublis de ses malades. Il doit, sur un même point, multiplier les questions, sous des formes différentes ; il doit solliciter la mémoire et ne la violenter jamais. Ne se bornant pas aux phénomènes évidents, il dépiste les symptômes à l'allure modeste, parfois de grande importance diagnostique ; et leur recherche réclame une éducation toute spéciale.

L'interrogatoire ainsi mené avec souplesse, ténacité et minutie, établit une observation exacte et complète, « simple procès-verbal de constat ». C'est alors que, sortant de son rôle impartialement enregistreur, le clinicien peut de la comparaison des faits nombreux dégager leurs rapports réciproques et en rechercher les lois. Nul doute qu'avec une telle méthode on n'arrive à de rigoureux et indiscutables résultats. Aussi bien M. L. Jacquet peut-il dire avec Montaigne, auquel il a emprunté cette jolie phrase, en manière d'épigraphe à son mémoire : « Ma conscience ne falsifie pas un iota; mon inscience, je ne sçay. »

1. L. Jacquet. — « Les sommations peladogènes ». *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1902, 7 Mars.

LE DIVISEUR VÉSICAL GRADUÉ

Par **Fernand CATHELIN**
Ancien interne de la clinique des voies urinaires à l'hôpital Necker.

L'idée de cloisonner intérieurement la vessie pour la récolte séparée des urines revient tout entière à Alfred Neumann (de Guben).

L'instrument dont il se servait ne pouvait d'ailleurs être appliqué que chez la femme, après introduction du *doigt dans le vagin*, et dans certaines conditions qui restreignaient beaucoup l'extension de la méthode; ce « séparateur des urines » comme l'appelait son auteur, était une sonde à double courant avec cloison *droite* mobile.

M. Luys, qui eut le grand mérite de mettre la question à l'ordre du jour en France, fit construire l'an dernier un autre instrument que nous n'avons pas à apprécier ici.

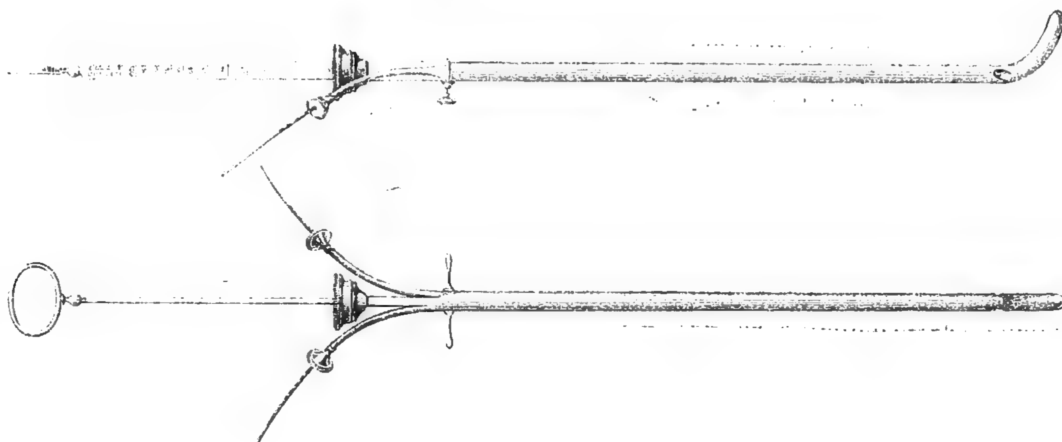
Dans la séance du mardi 20 Mai 1902, notre maître, M. le professeur Guyon, nous faisait le grand honneur de présenter à l'Académie de médecine [1] un appareil basé sur un principe nouveau, à savoir le glissement dans l'intérieur de la vessie d'une *cloison souple, extensible et développable à volonté*.

Nous lui avons donné, et pour cause, le nom de *diviseur vésical gradué*. M. Collin en a été l'habile constructeur.

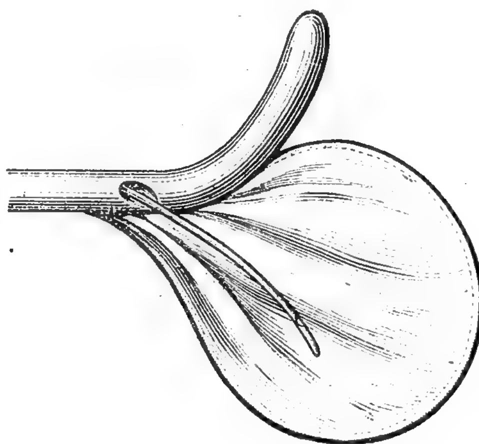
Conditions requises pour tout appareil à cloisonnement endo-vésical:

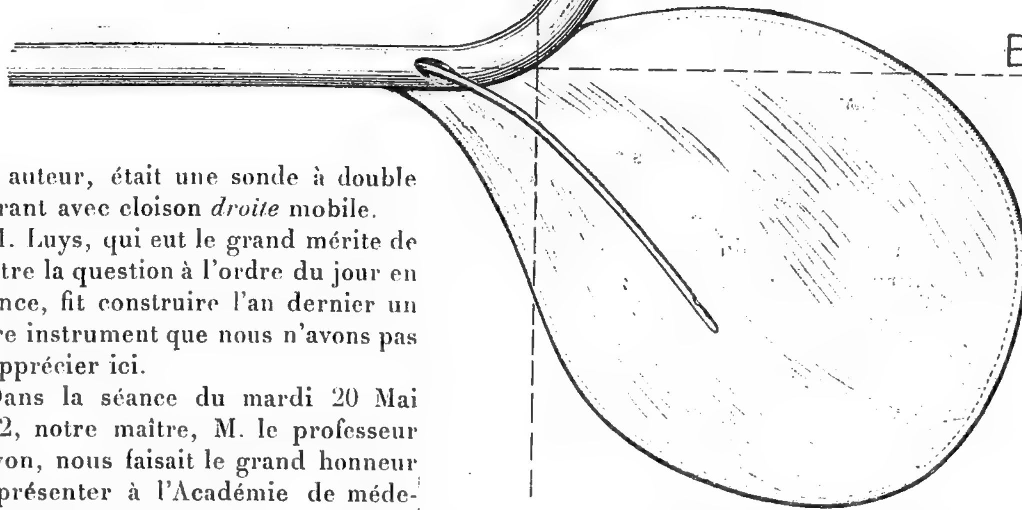
a) Tout appareil destiné à cloisonner intérieurement la vessie doit être *physiologique*, c'est-à-dire qu'il ne doit pas mettre cet organe en tension. Il y a longtemps que M. Guyon a établi d'une façon formelle la loi de la *dissociation de la sensibilité vésicale au contact* et à *la tension*; c'est un des principes fondamentaux de la chirurgie urinaire, et tout instrument qui déterminerait en même temps un contact brutal et une trop grande mise en tension serait par là même un instrument à abandonner. Une vessie sensible ne tolère qu'un contact délicat et mesuré ; or la plupart des vessies soumises à notre examen étant des vessies malades, il importe de ne les traumatiser qu'au minimum en appuyant sur elles le moins possible; c'est ce qui fait que la méthode de Harris ou méthode du cloisonnement exovésical, avec l'instrument de Downes modifié par Nicolich, ne sera jamais une méthode d'avenir : l'application de l'appareil est très douloureuse, autant par la pression qu'exerce la branche rectale que par la dépression déterminée par les sondes latérales mobiles.

b) En second lieu, toutes les vessies n'ayant pas la même capacité et les vessies que nous explorons étant en général de petite contenance, il importe d'avoir un appareil *gradué*, c'est-à-dire pouvant être appliqué



Figures 1 et 2. — L'instrument vu de profil et de face.





Figures 3 et 4. — La membrane développée correspond à une vessie de 40 grammes et de 300 grammes. La ligne A indique le col; il y a donc une partie de la membrane et les yeux dans l'urètre postérieur. La ligne B répond à l'horizontale du tube.

1. Un pli cacheté avait été déposé au secrétariat de l'Académie des Sciences le 5 Avril 1902. — Voir également Legueu. *Société de Chirurgie*, 21 Mai 1902.

dans toutes les vessies indistinctement; on conçoit qu'un appareil à *courbure uniforme* ne s'adapte pas aux irrégularités d'un organe entouré d'autres qui le déforment, et l'on conçoit également qu'un appareil de *dimension uniforme* ne puisse convenir à la fois à une vessie de 10 gr. et à une autre de 300 gr. *Le principe de la graduation est donc intangible.*

En résumé, instrument gradué, ne mettant pas l'organe en tension et ne déterminant qu'un contact prudent, tel est le problème à résoudre.

* * *

Description de l'appareil. — Notre diviseur vésical gradué se compose d'un tube cylindrique répondant au n° 25 de la filière Charrière, et dont le bec cannelé est celui d'un lithotriteur n° 2 (fig. 1 et 2).

Ce tube commun en renferme trois autres :

a) Un tube médian aplati latéralement dans lequel se meut à frottement doux un mandrin gradué, la *tige porte-membrane*, à l'extrémité vésicale de laquelle est fixé, par un mécanisme automatique, un ressort métallique recourbé sur lui-même, et qui peut sortir du tube en se développant sous forme de large raquette. Il est entouré d'une membrane simple de caoutchouc tendue dans son plan et fixée en position de détente maxima du ressort, lequel agit par son élasticité propre, sans tendre à proprement parler la membrane qu'il ne fait que déplisser, sans effort. Cette membrane est l'âme de l'appareil, et son ressort a une trempe spéciale.

Il suffit de retirer le mandrin pour plisser la membrane, aplatir le ressort et faire rentrer le tout à la manière d'un éventail (fig. 3).

La membrane est maintenue *verticale* dans la vessie, grâce à l'inclinaison et à la cannelure du bec dont la courbure permet d'accrocher le pubis avec facilité, et par conséquent de se repérer facilement au col. En outre, le tube médian est fendu à son extrémité vésicale de telle façon que la membrane, au lieu de se déplisser suivant l'horizontale du tube, se développe dans l'angle dièdre inférieur en *cloisonnant en même temps le col et la fin de l'urètre postérieur* (fig. 4); c'est à cette disposition que nous devons d'avoir réussi une division dans un cas de cystocèle.

Enfin, le mandrin, qu'on fait glisser comme le piston d'une seringue, est gradué sur une de ses faces. Nous avons établi par le calcul, d'une façon très rigoureuse, cette graduation, une fois pour toutes. Les chiffres marqués correspondent exactement aux capacités vésicales de 10 à 300 grammes.

b) Deux tubes latéraux laissent passer des sondes à index dorés qui sortent par deux yeux obliques disposés latéralement à l'extrémité du tube commun et de chaque côté de la rainure. *Ces yeux sont dans l'urètre et non dans la vessie.* Les index sont placés de centimètre en centimètre.

c) Accessoires : des ailettes permettent d'actionner facilement la tige porte-membrane, et une vis de serrage permet d'arrêter quand on veut le jeu du piston.

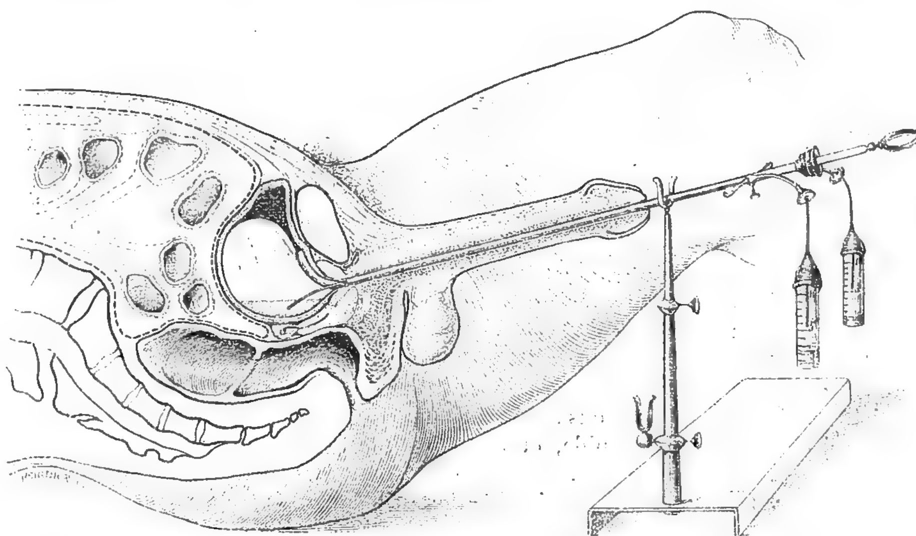


Figure 5. — L'instrument en place dans la vessie (Vue latérale).

Des presse-étoupes, placés aux extrémités des trois tubes assurent l'étanchéité de ce côté.

Une tige-support avec lyre mobile se visse sur le couvercle de la boîte et permet ainsi de fixer l'instrument en place, bien médian, à la hauteur voulue; deux tubes-éprouvettes gradués, suspendus aux deux sondes, reçoivent les urines séparément.

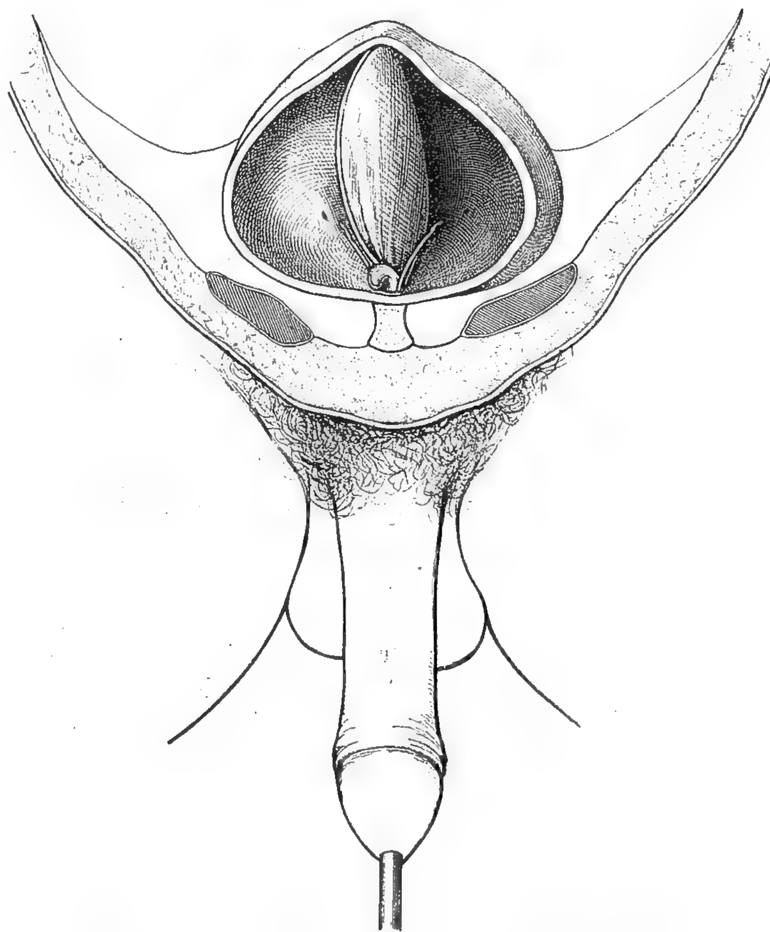


Figure 6. — La membrane dans la vessie (vue supéro-latérale).

En résumé, une fois l'appareil en place, tout marche automatiquement, il n'y a pas à s'en occuper.

Technique. — Elle est simple, mais délicate.

1° Après stérilisation du tube et de la membrane dans l'eau bouillante, le malade étant couché dans le *décubitus horizontal*, jambes fléchies à 45° (fig. 5), on lave la vessie jusqu'à ce que le liquide ressorte clair, on prend sa *capacité exacte* en la remplissant lentement d'eau jusqu'à ce que le besoin d'uriner apparaisse, puis on laisse *20 grammes d'eau* en moyenne pour faire siphon, ce qui évite de pratiquer l'aspiration.

2° On introduit l'instrument, bien huilé, avec sa membrane rentrée, comme un explorateur ou un lithotriteur; une fois dans la vessie, on pousse les deux sondes de 3 ou 4 centimètres, suivant la capacité obtenue : le siphon s'établit et l'eau coule aussitôt.

On repère alors le col en attirant doucement à soi l'instrument jusqu'à ce qu'on éprouve une résistance correspondant à l'accrochement du pubis par le bec.

3° L'instrument est maintenu en position *presque horizontale, légèrement oblique*; on actionne la tige porte-membrane en lisant la graduation, et l'on s'arrête exactement au chiffre correspondant à la capacité vésicale déjà connue. *Il y a alors prise d'engainement de la membrane par la vessie.* L'appareil qu'on fixe est alors en place (fig. 6).

4° On laisse l'eau s'écouler d'abord, en recueillant dans un vase gradué les 20 grammes qu'on y a injectés, puis on attend d'avoir une quantité d'urine suffisante ; dix à vingt minutes suffisent.

5° On enlève ensuite l'instrument *en retirant d'abord les sondes*, puis la membrane et l'appareil lui-même, d'après les règles ordinaires.

Résultats. — Nous avons fait jusqu'ici 22 divisions vésicales chez l'homme et chez la femme *sans insuccès. Aucun* de nos malades n'a souffert, même légèrement, et nous avons appliqué notre appareil dans des vessies *très douloureuses,* de 40, 50 et 60 grammes de capacité ; une application de trois quarts d'heure, dans une vessie de 30 grammes, a été bien supportée, de sorte que, dès maintenant, nous pouvons affirmer que cet appareil est applicable :

1° Dans les vessies de très faible capacité ; 2° dans les vessies douloureuses *qui, jusqu'ici, échappaient à tout appareil et à toute exploration.*

Nous l'avons de même essayé avec succès dans un cas de cystocèle et chez un prostatique de soixante-dix ans dont la glande avait les dimensions d'une petite orange.

Enfin, nous l'avons appliqué en présence d'un grand nombre de collègues, de médecins de province et étrangers, dans des cas où la preuve de l'*étanchéité parfaite* ne pouvait faire de doute pour personne, en particulier dans trois cas de néphrectomie totale (hommes et femmes) où le tube correspondant au rein enlevé ne reçut aucune goutte d'urine.

Nous nous réservons de publier plus tard les observations détaillées de ces malades et de continuer, sur les conseils de notre maître, M. le professeur Guyon, nos études sur les divisions de vessies dans les *néphrites médicales*, pour juger du pouvoir fonctionnel de chaque rein séparément.

***

En résumé, bien que la clinique reste toujours souveraine en matière de diagnostic rénal, elle trouvera, dans la division de la vessie avec un appareil approprié, un secours utile dans les cas où elle doit s'avouer impuissante.

Au lieu de nous donner, comme avec le bleu, un résultat global, elle nous renseignera sur l'uni- ou la bilatéralité des lésions, et deviendra ainsi, grâce à sa facilité d'exécution, et surtout à son innocuité complète, un auxiliaire précieux et un mode de contrôle.

Elle n'est pas destinée à se substituer au cathétérisme de l'uretère, qui aura toujours ses indications; mais, par une alliance heureuse dont les termes du contrat restent à bien définir, cathétérisme uretéral et division vésicale se complèteront mutuellement pour le plus grand bien de la science et des malades.

LA QUESTION DU LAIT

Par **H. LABBÉ**

Actuellement toutes les questions touchant à l'hygiène et à l'alimentation sont portées et discutées devant le grand public. Les résultats intéressants qu'on obtient ainsi sont manifestes pour ce que l'on a appelé la « campagne du lait ». Tout d'abord, un concours ouvert aux inventeurs, doté de prix honorables, est institué à l'effet de découvrir une méthode pratique, un appareil commode et précis permettant, entre des mains inexpérimentées, une appréciation rapide du lait. La fondation d'une ligue entre les consommateurs leur donne, par le jeu des forces groupées, les ressources nécessaires à l'établissement d'un service gratuit de recherche, d'examen et de répression de la fraude alimentaire.

Voilà des résultats qui ne sont pas négligeables; malheureusement, le point de vue auquel on a réduit la question, dans une pareille campagne, est des plus restreints. Le lait de vache est un mélange des plus complexes. Suivant les analyses moyennes admises, 100 parties de lait contiennent environ 87 parties d'eau, 3,3 parties de matières protéiques désignées sous le nom de caséine, 5,5 parties de substances hydrocarbonées (sucre de lait), 0,6 parties de sels minéraux divers (phosphates, chlorures, etc.), et 3,7 parties de matières grasses). Or c'est la proportion de ces dernières qui a retenu pour elle tout l'intérêt. La plus ou moins grande richesse d'un lait en matières grasses modifie effectivement son aspect à l'œil nu. Cela donne un sens aux termes divers et fréquemment employés de « lait riche, lait crémeux », etc. L'opacité du lait, sa consistance dépendent uniquement de la quantité de matières grasses émulsionnées dans le produit. Tout le reste y est dissous, c'est-à-dire invisible, et quiconque n'est pas chimiste en négligera le rôle.

Il y aurait lieu de faire sur ce point l'éducation sommaire du public, et de le convaincre que la pureté intégrale constitue la forme parfaite de tout produit alimentaire. Celui-ci étant toujours un produit complexe, tout élément a sa part dans l'utilité du tout. Dans le cas d'une matière naturelle modifiée, comme l'est si souvent le lait dans la pratique, il faut aussi envisager l'importance relative des divers éléments qui concourent à sa composition.

Le rôle essentiel joué par les matières protéiques dans l'alimentation est connu; elles sont indispensables à la nutrition humaine. Les hydrocarbonés sont nos fournisseurs d'énergie musculaire. Les sels minéraux, phosphates ou chlorures, servent à la reconstitution de la cellule, à la composition des divers sérums de l'organisme et à l'édification du système osseux. La matière grasse joue un rôle moins bien élucidé jusqu'à présent. Son mécanisme d'assimilation ne s'est éclairci qu'en ces dernières années. Ingérée en excès, elle passe partiellement inaltérée dans l'organisme. La crème est, à vrai dire, une matière organoleptiquement fort agréable. Mais du lait auquel on a enlevé une minime partie de sa matière grasse[1], ne devient pas, de ce seul chef, un mauvais lait. Cette opération ne diminue pas beaucoup sa puissance alimentaire.

Dans l'état actuel des choses, cette petite portion de matières grasses soustraite au consommateur lui est rendue sous forme d'un beurre, matière savoureuse et sapide, et qui constitue l'aliment gras par excellence.

Cette soustraction légale fait le lait moins cher et le beurre aussi. Si on la supprime, le règne de la margarine reviendra. Le prix du beurre, au reste, ne s'élèvera pas seul, sa qualité s'abaissera. On retournera aux vieilles méthodes de fabrication qui donnent un haut rendement, mais un beurre rance, mal élaité, et suintant un liquide aigre et fermenté. Espérons que nous sera évité ce danger, conséquence d'un point de vue trop exclusif.

Il est cependant bien d'autres questions d'un haut intérêt posées par la science actuelle au sujet du lait et de sa valeur alimentaire.

Rappelons tout d'abord que des savants ont démontré que le lait de vache pur était loin de constituer la nourriture idéale du nourrisson, et que le lait de sa mère, non seulement « appartient », mais « convient seul à l'enfant ».

Si, pour un motif quelconque, on ne peut donner à ce dernier le produit maternel, on lui doit un lait s'en rapprochant le plus possible par sa composition.

Le lait de femme contient 1,80 à 2 pour 100 de caséine. Le lait de vache renferme parfois jusqu'à 4,5 pour 100 des mêmes matières protéiques. Sous l'influence des ferments digestifs et de l'acidité de l'estomac, le lait ingéré par l'enfant se caille, et d'épaisses masses de caséine englobant la matière grasse forment un coagulum compact qui offre peu de prise à ses sucs diastasiques. Le résultat est une nutrition défectueuse.

Quant au sucre de lait, ce n'est plus en excès, mais au contraire en trop petite quantité qu'il se trouve dans le lait de vache. Les autres laits (d'ânesse et surtout de chèvre), quoique se rapprochant davantage du lait de femme, en diffèrent encore notablement.

Tous ces faits constituaient des raisons suffisantes pour renverser le dogme de l'intangibilité du lait pur de vaches. Et c'est ainsi que des savants comme Gœrtner, Escherich, A.-B. Marfan, Heubner, Hoffman, Soxhlet ont posé le problème de la maternisation du lait.

La solution la plus simple et souvent la meilleure, d'après A.-B. Marfan, consiste, dans l'économie domestique, à couper le lait, avec de l'eau bouillie sucrée à 10 pour 100, soit de moitié ou du tiers suivant les époques. On voit ainsi que le médecin n'hésite pas à faire tomber la teneur du lait en matières grasses à 18 ou 24 grammes.

Dans la pratique industrielle, on modifie, par soustraction des substances en excès et par addition des autres, la composition du lait de vache pour la rendre chimiquement identique à celle du lait de femme.

1. La limite de la teneur en graisse admise par le laboratoire municipal étant 32 grammes par litre, on voit que l'écrémage industriel pratiqué en vue de la fabrication du beurre ne peut excéder 0 gr. 5 pour 100 au maximum, soit 10 à 12 pour 100 du poids de crème.

Le problème, déjà très difficile, s'est compliqué par la remarque que laits maternisés et naturels, chimiquement identiques, ne présentent pas même valeur nutritive. De là l'intéressante idée, actuellement soumise au contrôle de l'expérience, que le lait de femme contient en lui-même des ferments auto-digesteurs susceptibles de favoriser son assimilation. Il est bien probable que le lait de vache contient aussi les siens.

Si ces faits se confirment, la stérilisation et peut-être la pasteurisation du lait seront condamnées.

Dans l'état actuel, ces deux mesures prophylactiques, si leur légitimité n'est pas acquise, restent d'utiles et même d'indispensables précautions.

La valeur alimentaire, relative ou absolue, des divers principes immédiats du lait reste la question la moins avancée. La chimie est loin d'avoir fourni toutes les données nécessaires à la solution du problème physiologique, et l'on ne prévoit pas qu'elle le puisse faire à brève échéance.

Remarquons, pour terminer, qu'il est un point de la question du lait sur lequel il y a un accord unanime : la fraude par mouillage.

Au point de vue commercial, c'est le vol vulgaire à faux poids. Mais par la mauvaise qualité de l'eau employée, le lait mouillé peut devenir le propagateur des germes des maladies les plus graves. C'est une arme de mort contre le consommateur. A ce point de vue, on ne saurait trop louer et encourager le zèle des ligues et la vigilance des pouvoirs publics.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

11 Juin 1902.

L'ulmarène. — *MM. Bardet et Chevalier.* Ce nom désigne un éther salicylique presque inodore, destiné à remplacer en thérapeutique les salicylates de méthyle, d'éthyle, d'amyle, dont l'odeur est si désagréable. Il se présente sous forme d'un liquide lourd, réfringent, légèrement jaune-rosé, dont l'odeur très faible rappelle un peu celle du salol. Il paraît être appelé à remplacer le salicylate de méthyle dans toutes ses applications, étant donné son odeur faible, sa toxicité moindre, son action thérapeutique équivalente.

Antisepsie interne et fièvre typhoïde. — *M. Pellot.* Je crois intéressant de rapporter quatre faits de fièvre typhoïde dans lesquelles le début s'est effectué soit pendant le traitement mercuriel, soit quelques semaines après la cessation de ce traitement.

La gravité de ces cas me paraît incontestable, puisque la mortalité a été de 2 pour 4, soit 50 pour 100, alors que pendant la période correspondante elle était chez mes autres typhiques, hospitalisés dans les mêmes salles, de 6 à 8 pour 100.

Nous croyons donc pouvoir légitimement conclure, avec M. Robin, que le mercure ne paraît avoir aucune action antiseptique dans l'organisme contre le bacille d'Eberth.

Un cas grave de fièvre typhoïde chez un syphilitique. — *M. Vialaneix* (de Lunéville) rapporte l'observation d'un syphilitique qui, au cours du traitement, contracta la fièvre typhoïde et mourut rapidement.. Cette nouvelle observation concorde donc avec celles de M. Robin.

Contribution à l'étude du traitement des coliques hépatiques à répétition. — *M. Barbary* présente à la Société les observations de six malades traités avec succès par la méthode M. Chauffard (salicylate de soude, benzoate de soude, huile de Harlem).

Albuminurie d'origine rhino-pharyngienne guérie en trois jours par le siphon de Weber. — *M. P. Gallois.* En 1897, je signalais les lésions chroniques du rhino-pharynx comme une des causes possibles de néphrite. L'hypothèse qui me paraissait la plus vraisemblable était celle d'une infection à porte d'entrée rhino-pharyngienne. Le muco-pus sécrété

dans le cavum me semblait constituer une réserve microbienne toujours prête à infecter l'organisme à la première occasion favorable : grippe, rougeole, scarlatine, etc.

De nouveaux faits, que je soumets à la Société, sont venus confirmer mes convictions. Lors donc que l'on se trouvera en présence d'une néphrite inexpliquée, il faut s'enquérir de l'état du rhino-pharynx. A ce sujet je ne saurais trop attirer l'attention sur la présence du muco-pus dans le pharynx, que beaucoup de médecins considèrent comme un symptôme banal, sans importance, et que je conseille, au contraire, de traiter énergiquement par les méthodes antiseptiques (siphon de Weber, etc.).

Des cacodylates dans le traitement des anémies, et en particulier de la cachexie palustre. — *M. A. Billet.* Nous avons essayé le cacodylate de soude et de fer dans cent cas d'anémies diverses (suite de tuberculose, broncho-pneumonie, rhumatisme articulaire, fièvre typhoïde, scarlatine, paludisme). Les résultats de nos recherches ont été les suivants :

Il semble que la durée nécessaire pour amener une augmentation à peu près stable des globules soit de trois à quatre jours.

De cette constatation résulte une donnée pratique assez importante, à savoir qu'il n'est pas indispensable de pratiquer des injections journalières. Il semble indiqué, au contraire, de ne répéter ces injections que tous les trois ou quatre jours, afin de permettre à l'hématopoièse de se rétablir d'une façon régulière et continue.

En tout cas, dès que le chiffre physiologique des globules est atteint, il ne peut plus être dépassé. Nous l'avons constaté maintes fois.

Il semble donc également indiqué de cesser les injections dès que le chiffre normal des globules est atteint.

Le taux de l'hémoglobine subit, lui aussi, un accroissement qui paraît être plus constant que celui des globules, en ce sens qu'il ne subit pas de courbe ascendante, puis descendante, mais, au contraire, une courbe régulièrement ascendante.

Nous avons eu l'occasion de revoir quelques-uns de nos malades au bout d'un temps assez long; or, dans tous ces cas, nous avons pu constater que le nombre des globules et le taux de l'hémoglobine avaient peu varié. La médication cacodylique semble donc bien être la médication de choix et d'action à longue et durable portée.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

11 Juin 1902.

Etranglement intra-sacculaire, par bride, de l'intestin hernié. — *M. Rochard* fait un court rapport sur cette observation adressée à la Société par *M. de Rouville* (de Montpellier). Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans, porteur d'une très vieille hernie inguinale, qui fut pris brusquement de symptômes d'étranglement herniaire. Un médecin appelé put réduire la hernie par le taxis; néanmoins les accidents persistèrent, et, lorsque M. de Rouville vit le malade, il était dans un état lamentable. La kélotomie, pratiquée d'urgence, montra qu'il ne s'agissait pas d'une réduction en masse, car le sac et l'anneau herniaires étaient libres. Agrandissant alors son incision pour aller à la recherche de l'intestin, M. de Rouville trouva ce dernier complètement étranglé en un de ses points par une bride circulaire étroite en forme de bague. Section de la bride, qui fut suivie immédiatement du rétablissement du cours des matières, et suture du ventre : à ce moment même, le malade, qui, nous l'avons dit, était au plus mal déjà avant l'opération, succomba. L'autopsie ne révéla rien de particulier.

Comment expliquer la formation de cette bride péri-intestinale bizarre? M. de Rouville pense qu'elle est la conséquence d'adhérences circulaires premières de l'intestin au pourtour du sac herniaire, adhérences que le taxis a ensuite détachées et réduites en masse dans le ventre, en même temps que l'intestin qu'elles ont continué à étrangler. Cette explication est sans doute spécieuse, mais il faut bien l'accepter en l'absence de toute autre.

Sur l'intoxication hydatique suraiguë. — *M. Delbet* a observé un cas d'intoxication hydatique suraiguë à la suite d'une intervention sur un kyste hydatique du foie (traité par le capitonnage), cas qui est absolument superposable à celui rapporté par M. Lejars. Dans ce cas de M. Delbet, le diagnostic d'intoxication put être confirmé, cinq jours après l'opération, grâce à des circonstances particulières : la malade, — une vieille femme atteinte de bronchite chronique, — ayant, dans une violente quinte de toux, fait éclater sa suture abdominale, on put se convaincre, au cours de la deuxième intervention nécessitée par cet accident, qu'il n'existait aucune trace d'épanchement ni d'inflammation au voisinage de la poche kystique et que, d'autre part, celle-ci était complètement flasque. De ce fait même, il fallait éliminer, comme causes des accidents graves observés dès le soir de la première opération, et l'hémorragie et la péritonite, et conclure à une intoxication hydatique suraiguë.

M. Tuffier a également observé des accidents graves d'intoxication hydatique, dans 2 cas de kystes hydatiques du foie opérés l'un par la simple incision suivie de suture, l'autre par la marsupialisation. Ce dernier est surtout intéressant, car la suppression du pansement suffit à prouver que les accidents n'étaient nullement dus à une hémorragie intra-kystique. Dans les 2 cas la guérison survint d'ailleurs rapidement.

Sur l'inversion totale de la vessie. — *M. Guinard*, revenant sur la communication de M. Picqué, fait remarquer que le cas rapporté par ce dernier n'est nullement comparable aux inversions partielles ou totales de la vessie habituellement observées. En effet, dans le cas en question, il n'existait plus ni urètre, ni col de la vessie, toute cette région ayant été extirpée, quelques mois auparavant, par M. Guinard lui-même pour un cancer étendu de l'urètre : dans ces conditions l'inversion vésicale n'a rien d'étonnant.

M. Bazy fait remarquer que l'inversion partielle ou totale de la vessie ne succède pas fatalement à l'extirpation totale de l'urètre et du col. Dans deux observations de ce genre qu'il a pratiquées, il n'a observé à la suite que de l'incontinence, sans la moindre inversion vésicale.

Perforations intestinales dans la fièvre typhoïde; suture; guérison. — *M. Bazy* rapporte, au nom de *M. Chevalier*, deux observations de perforations intestinales au cours d'une fièvre typhoïde, qui furent traitées avec succès par l'intervention chirurgicale.

Dans le premier cas, la perforation était survenue au vingt-septième jour de la fièvre typhoïde et fut diagnostiquée huit heures après le début des accidents; dans le second cas, la perforation s'était faite vers le vingtième jour et elle fut diagnostiquée dix heures et demie après. Dans les deux cas, l'opération pratiquée sur-le-champ montra que la perforation siégeait sur l'intestin grêle à 15 centimètres du cœcum et avait la dimension d'une grosse tête d'épingle. Suture à deux plans; drainage; guérison.

La perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde, ajoute M. Bazy, a pour corollaire obligé l'intervention chirurgicale. Cette intervention exige, pour être suivie de succès, que le diagnostic de la perforation soit porté d'une façon précoce ; on l'établira sur la soudaineté et l'intensité de la douleur, sur l'élévation de la température, enfin sur la défense de la paroi musculaire.

Kyste hydatique du rein traité par la résection ; guérison. — *M. Terrier* communique une observation de kyste hydatique du pôle inférieur du rein qu'il a traité par la résection.

La tumeur, grosse comme une tête de fœtus, occupait l'hypocondre droit ; mais ses caractères étaient plutôt ceux d'une tumeur du foie que d'une tumeur du rein; il n'existait d'ailleurs pas le moindre trouble urinaire. Aussi le diagnostic de kyste hydatique du foie fut-il porté, et l'intervention décidée par la voie abdominale. Ce n'est qu'au cours de cette intervention qu'on s'aperçut qu'il s'agissait d'un kyste rénal, adhérent au pôle inférieur et situé sous la capsule propre de l'organe. Après avoir ponctionné ce kyste, M. Terrier en tenta l'extirpation, mais, ne trouvant pas de plan de clivage entre la paroi kystique et le parenchyme rénal, il fut obligé de réséquer une partie de la glande. Hémorragie minime, grâce à la compression temporaire du pédicule rénal, et facilement arrêtée ensuite par quelques points de suture au catgut ; guérison. La séparation vésicale des urines, pratiquée quelque temps après avec l'appareil de Luys, a montré que le rein opéré fonctionnait parfaitement, mais ne produisait qu'une quantité d'urine moitié moindre que le rein opposé.

M. Terrier ajoute que s'il n'a pas eu recours dans ce cas à la méthode de Delbet, c'est qu'il lui avait paru plus simple et plus logique de chercher à extirper le kyste, ce que les difficultés de l'opération n'ont pas confirmé. Il attire l'attention sur les précautions à prendre au cours de la ponction, de l'incision ou de l'extirpation des kystes hydatiques abdominaux afin d'éviter toute inoculation du péritoine ; dans ce but l'attouchement des parois kystiques avec une solution de sublimé lui paraît absolument nécessaire.

M. Bazy, en cherchant à décortiquer un kyste hydatique du rein qu'il avait d'ailleurs pris, lui aussi, pour un kyste du foie, a été également obligé de faire une résection partielle du rein. Son malade a parfaitement guéri.

M. Ricard a opéré, il y a huit jours, un kyste hydatique du pôle inférieur du rein par l'incision suivie de l'extraction de la membrane hydatique et de la réduction sans suture de la poche après simple badigeonnage au formol. Il estime, en effet, qu'il est absolument inutile de chercher à extraire la capsule externe, fibreuse, des kystes hydatiques, cette membrane n'étant qu'un produit de réaction inflammatoire, incapable, par conséquent, d'occasionner la moindre récidive. Dans ce cas encore, la tumeur rénale avait été diagnostiquée kyste du foie.

M. Legueu, qui a opéré jadis par le procédé de Delbet un kyste du rein ouvert dans le bassinet, déclare qu'il a revu récemment son malade et que celui-ci se porte parfaitement bien.

M. Potherat rappelle un signe qui permet, dit-il, le plus souvent de distinguer les kystes du rein de ceux du foie : c'est la présence, dans ce dernier cas, de sels biliaires dans l'urine.

M. Routier a trouvé ce signe en défaut dans 2 cas.

M. Terrier pense qu'on pourrait peut-être rechercher les sels biliaires dans le sang où on les trouve parfois alors qu'il n'y en a pas trace dans les urines.

Amputation spontanée de l'utérus, consécutive à une torsion complète par fibrome. — *M. Ricard* présente cette curieuse pièce, enlevée par laparotomie. L'utérus était complètement séparé du col au niveau de l'insertion vaginale, et il n'y tenait plus que par un mince cordon formé par les seuls feuillets séreux tordus sur eux-mêmes. Le fibrome qui avait occasionné cette torsion siégeait sur la face postérieure du corps; les trompes s'étaient complètement enroulées autour de ce dernier. La femme a parfaitement guéri.

Grosse prostate et calculs vésicaux enlevés par la voie périnéale. — *M. Legueu* présente ces pièces. Les calculs sont au nombre de 80, et quelques-uns présentent plusieurs centimètres de diamètre. La prostate pèse 225 grammes; son lobe gauche, pesant 125 grammes, a pu être enlevé en une seule fois; mais le droit, pesant 100 grammes, a dû être extirpé en trois fragments. M. Legueu a fait cette prostatectomie pour supprimer toute cause de récidive calculeuse et de rétention ultérieure. Le malade, opéré depuis vingt-quatre heures seulement, va bien.

Appendicite et annexite. — *M. Guinard* présente un appendice qu'il a enlevé par hasard à l'occasion d'une laparotomie pour annexite. Cet appendice présente des signes d'inflammation chronique ancienne, tandis que la salpingite semble relativement récente. Ce fait, joint aux troubles digestifs présentés par le malade dès son plus jeune âge, fait penser que l'appendicite est fort probablement antérieure à l'annexite; il montre, en tout cas, une fois de plus, qu'il ne faut jamais ouvrir un ventre sans profiter de l'occasion pour vérifier l'état de l'appendice.

M. Walther a rencontré souvent des appendices enflammés au cours de laparotomies pour annexites. Il pense, comme M. Guinard, que, le plus souvent, l'appendicite a précédé l'annexite et reste sans relation avec elle; dans certains cas cependant l'inflammation annexielle semble bien être primitive et s'être propagée directement à l'appendice.

Luxation totale du métatarse en dehors. — *M. Michaux* présente une très belle radiographie de cette lésion.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius; résultats de l'application de l'appareil Hennequin. — *M. Walther* présente des radiographies qui montrent, l'une une fracture de l'extrémité inférieure du radius avec un déplacement considérable des fragments, l'autre cette même fracture après l'application de l'appareil de Hennequin; la réduction est absolument parfaite.

J. Dumont.

ANALYSES

MÉDECINE

J.-A. Voorthuis. *Etude sur la pleurésie interlobaire* (*Brochure*, Amsterdam, 1902). — Etude claire, précise et complète, ainsi peut être qualifié en quelques mots le travail de M. Voorthuis.

Après quelques mots d'*historique*, l'auteur accorde un assez long développement à l'anatomie topographique des scissures interlobaires, dont la connaissance est très utile pour le diagnostic, mais à laquelle il ne faudrait cependant pas accorder l'importance que lui a attribuée Rochard, attendu que le fait même de l'existence d'un abcès interlobaire peut modifier considérablement les rapports normaux de ces scissures.

Passant à l'*étiologie* de ces abcès, Voorthuis pense, avec Dieulafoy, qu'ils sont le plus souvent primaires et dus à une infection directe par le pneumocoque; cependant les abcès secondaires, métapneumoniques ou consécutifs à un processus tuberculeux, peuvent également se rencontrer.

Les *symptômes* sont toujours difficiles à interpréter. Si les petits abcès interlobaires passent souvent inaperçus, ceux qui sont un peu volumineux se manifestent par une dyspnée très prononcée et hors de proportion avec les signes objectifs; on sait, au contraire, que certains exsudats, parfois considérables, de la grande séreuse, peuvent être très bien supportés. A côté de la dyspnée, on note une toux sèche, tenace, coqueluchoïde. Dans les abcès volumineux, s'étendant jusqu'au médiastin ou jusqu'au diaphragme, on peut voir survenir des signes d'irritation ou de paralysie du nerf récurrent, de compression de l'œsophage (dysphagie) ou de la trachée (cornage, tirage), d'irritation ou de paralysie du nerf phrénique, enfin des symptômes de pleurésie diaphragmatique. Cependant jamais un épanchement interlobaire n'amène le refoulement du diaphragme et, partant, du foie; par contre, à gauche, il peut produire un déplacement notable du cœur. Signalons enfin, dans certains cas, un état général grave dû à la pyohémie.

Les abcès interlobaires ont une grande tendance à s'évacuer par les bronches. La vomique est souvent annoncée par une odeur particulière, fade, de l'haleine, et par une expectoration plus ou moins abondante et fétide. Lorsque l'abcès s'est vidé, on trouve parfois dans le pus expectoré des fibres élastiques provenant du parenchyme pulmonaire. Les hémoptysies par érosion des vaisseaux ne sont pas rares. On a signalé des cas de mort par asphyxie au moment de l'évacuation de l'abcès; dans d'autres cas, au contraire, la guérison s'est faite à plus ou moins longue échéance. Mais, le plus souvent, il subsiste dans le poumon une cavité purulente, communiquant par un trajet fistuleux avec les bronches et entretenant une toux et une expectoration continues. Le trajet peut s'oblitérer temporairement et faire croire à une guérison, jusqu'à ce qu'une nouvelle vomique vienne témoigner de la persistance du foyer purulent.

Le *diagnostic* des épanchements interlobaires est généralement très difficile, car, si les symptômes fonctionnels n'ont rien de caractéristique, les signes physiques ne nous renseignent pas davantage sur la nature exacte de l'affection. Dans aucun cas, l'auteur n'a trouvé cette « matité suspendue » à laquelle Dieulafoy attache tant d'importance. Quant à la ponction exploratrice, qui n'est pas toujours sans dangers, elle est fort incertaine. En somme, on n'arrivera au diagnostic qu'en éliminant l'une après l'autre les affections qui, par leur symptomatologie, peuvent prêter à confusion avec la pleurésie interlobaire. On reconnaîtra la bronchite fétide à ce qu'elle est toujours double; la pneumonie croupale, à la marche de la fièvre, à la couleur des crachats, aux râles crépitants, à la respiration bronchique, etc., etc.; la pleurésie générale, à la configuration de sa matité, à l'abolition des vibrations thoraciques, à l'égophonie, etc. L'étiologie nous donnera parfois le droit d'éliminer l'abcès et la gangrène du poumon qui toujours succèdent à une affection antérieure de l'organe. Les bronchiectasies ne se développent que peu à peu et toujours très lentement. Enfin, en cas de vomique, la quantité généralement modérée du pus expectoré permettra d'écarter l'idée d'un grand empyème.

Le traitement curatif ne peut guère être que chirurgical; il n'est d'ailleurs qu'à peine esquissé dans le mémoire de M. Voorhuits, qui se termine par trois observations d'abcès interlobaire : l'un guéri spontanément; l'autre, traité chirurgicalement par M. Tuffier, et également suivi de guérison complète; le troisième, encore en voie d'évolution, chez une femme enceinte qu'il est impossible de songer à opérer pour le moment.

J. Dumont.

CHIRURGIE

Degorce. *Indications et résultats de la gastro-entérostomie dans la gastrosuccorrhée* (*Thèse*, Paris, 1902). — On sait que l'on a étudié sous le nom de maladie de Reichmann, ou gastrosuccorrhée, une affection caractérisée par la présence dans l'estomac, à jeun, d'une quantité plus ou moins grande de suc gastrique (200 à 250 centimètres cubes et plus) mélangé ou non à des matières alimentaires. En réalité, c'est là plutôt un syndrome qu'une entité morbide véritable, syndrome qui répond à des altérations fonctionnelles ou organiques encore incomplètement élucidées malgré les nombreuses théories émises sur sa pathogénie.

La gastrosuccorrhée semble presque toujours liée soit à une sténose complète ou incomplète du pylore ou de la région juxta-pylorique (Hayem), soit à un spasme de l'orifice pylorique (Robin). Dans la plupart des cas, le malade est porteur d'un ulcus siégeant dans le voisinage du pylore (Soupault).

Linossier a ramené les formes cliniques à quatre types principaux :

1° Gastrosuccorrhée primitive sans sténose pylorique (forme dont l'existence, niée par certains auteurs, a été défendue par Debove);

2° Gastrosuccorrhée primitive avec sténose pylorique spasmodique consécutive;

3° Gastrosuccorrhée primitive avec ulcère et sténose pylorique consécutive;

4° Gastrosuccorrhée par rétention consécutive à une sténose pylorique.

Quoi qu'il en soit de la valeur pratique de ces divisions un peu théoriques, il n'en demeure pas moins certain que le syndrome pylorique, si bien étudié par Soupault, indique soit un trouble fonctionnel du pylore (spasme), soit une lésion de cet orifice (ulcère ou sténose). Il est caractérisé par des douleurs plus ou moins vives apparaissant à l'occasion de la digestion et un certain temps (2 à 4 heures) après l'ingestion des aliments. Elles s'accompagnent fréquemment de vomissements.

Degorce réserve le nom de gastrosuccorrhée aux affections dépendant d'un rétrécissement organique peu serré du pylore, ou d'un simple spasme de cet orifice.

Quand le traitement médical, le plus souvent impuissant, a été tenté, l'auteur conseille, à l'exemple de Soupault, de pratiquer la gastro-entérostomie. Mais cette intervention n'est justifiée que s'il existe les signes de pylorisme que nous avons énumérés; elle est contre-indiquée quand ils font défaut, même s'il y a hyperchlorhydrie. Cette opération est d'une gravité très atténuée si elle est exécutée par un chirurgien expérimenté. Elle entraîne la cessation des douleurs, l'amélioration rapide de l'état général, la récupération progressive du poids du corps constaté antérieurement à la maladie.

Busquet.

PÉDIATRIE

L. Delherm. *Action de l'ozone dans la coqueluche* (*Archives de Médecine des Enfants*, 1902, Mai, n° 5, p. 257). — L. Delherm a traité 28 coquelucheux par des inhalations d'ozone. Il s'est servi, pour ces inhalations, de l'appareil de Labbé. L'ozone a une action antispasmodique manifeste; sans action aux périodes catarrhales de la coqueluche, il est très efficace à la période des quintes dont il abaisse rapidement le nombre.

L'enfant doit faire trois à quatre inhalations par vingt-quatre heures; chaque inhalation doit avoir une durée de dix minutes.

Le traitement doit être continué pendant une quinzaine de jours.

P. Desfosses.

VOIES URINAIRES

ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

R. Le Fur. *Des ulcérations vésicales et de l'ulcère simple de la vessie* (*Thèse*, Paris, 1901). — L'auteur a pensé qu'il convenait de refaire la synthèse de la question des ulcérations vésicales et d'en entreprendre l'étude approfondie au point de vue clinique et expérimental. Il s'est ainsi rendu compte que tout un groupe d'ulcérations vésicales était méconnu ou ignoré par la plupart des auteurs : à savoir *les ulcérations simples et trophiques de la vessie*. Dans sa thèse il a mentionné des résultats de 63 expériences personnelles, et il a analysé plus de 640 observations, dont 22 inédites et 6 personnelles; en outre, il s'est livré à l'examen de plus de 100 pièces anatomo-pathologiques du musée de l'hôpital Necker.

En dehors des ulcérations vésicales symptomatiques d'une lésion primitive de la paroi ou consécutives à une cystite ancienne (calcul, néoplasme, etc.), il existe des *ulcérations simples* essentielles.

Ces ulcérations, absolument comparables aux ulcérations gastriques, peuvent revêtir *deux types* : soit le type chronique de l'ulcère simple, solitaire de la vessie, soit le type aigu de l'ulcération simple aiguë, perforante d'emblée :

1° L'*ulcère simple chronique* (ulcère vésical) apparaît ordinairement dans une vessie non atteinte de cystite antérieurement; il peut être latent, se révélant seulement par des douleurs et des hématuries; il persiste longtemps à l'état de *lésion purement locale;* ce n'est que longtemps après son apparition qu'il se complique de cystite et de pyélo-néphrite. Il est *souvent confondu avec la tuberculose vésicale*. Le pronostic, bénin au début, peut s'assombrir par l'apparition de *complications*, telles que la cystite diffuse, et surtout la tuberculose et le cancer qui peuvent se greffer sur une ulcération primitive simple;

2° L'*ulcération simple aiguë* de la vessie revêt le plus souvent l'*aspect gangreneux* et le *type perforant d'emblée* : évoluant parfois, comme dans l'estomac, avec une grande rapidité, elle reste souvent méconnue jusqu'au jour où elle manifeste sa présence par une des deux complications : *hémorragie* ou *perforation*. La perforation peut ne pas s'accompagner de péritonite, malgré l'épanchement d'urine dans la cavité péritonéale. Les ulcérations simples aiguës perforantes ont souvent dû être *confondues avec des ruptures spontanées de la vessie*. Le *pronostic* des ulcérations aiguës perforantes est toujours très grave.

Aux deux groupes précédents d'ulcérations simples de la vessie, il convient d'ajouter l'*ulcération simple trophique*; celle-ci peut d'ailleurs revêtir les caractères de l'ulcère chronique ou de l'ulcération aiguë perforante; elle relève le plus souvent d'une affection du système nerveux.

La *pathogénie* de ces ulcérations simples de la vessie est très complexe; il faut savoir être éclectique, et tout en admettant les *lésions vasculaires* embolie et thrombose, il faut faire une place beaucoup plus grande aux lésions *trophiques* et surtout aux *lésions infectieuses* de *nécrose hémorragique*.

L'expérimentation permet d'obtenir des ulcérations absolument semblables à celles observées en clinique. Sur 63 expériences que l'auteur a entreprises, en se servant, soit de cultures microbiennes (colibacille, bacille pyocanique, bacille lactique, streptocoque, etc.), soit de substances toxiques (sublimé, acide arsénieux, tartre stibié, cantharide, etc.), il a obtenu 7 ulcérations aiguës perforantes simples ou gangreneuses, 28 ulcérations simples superficielles, à caractère hémorragique ou sphacélique avec fausses membranes, 2 érosions hémorragiques, 1 ulcère à bords indurés et épaissis. Enfin, presque toujours, il a constaté des lésions hémorragiques de la muqueuse ou de la paroi vésicale au niveau desquelles souvent le microscope révéla une ulcération qui avait passé inaperçue à l'œil nu.

Le *diagnostic* des ulcérations vésicales a fait un grand pas depuis l'emploi de la méthode cystoscopique; il ne faudra jamais négliger ce moyen d'exploration directe, qui bien souvent révélera une ulcération, alors qu'aucun autre procédé clinique n'aurait permis de la soupçonner. Pour établir la nature de l'ulcération, l'on devra successivement faire appel à l'examen clinique, l'examen histologique et l'examen bactériologique des urines.

Le *traitement* variera suivant les cas : deux symptômes commanderont ordinairement l'intervention : la douleur ou l'hémorragie. Dans le *cas d'ulcère chronique*, après avoir employé les moyens habituels (instillations, lavages), après avoir tenté quelques essais de thérapeutique intra-vésicale, il faudra recourir à la taille hypogastrique; l'on pratiquera alors suivant les cas, soit le curettage, soit la cautérisation, soit la résection large de l'ulcération avec suture de la muqueuse vésicale et suture primitive de la vessie.

Dans le cas d'*ulcération simple aiguë perforante*, on devra intervenir dès que le diagnostic sera posé; au début, on pourra recourir à la taille hypogas-

trique, suivie de suture de la perforation et de drainage de la vessie ; plus tard, au moment des accidents péritonéaux, il faudra d'emblée faire la laparotomie, porter immédiatement ses recherches du côté de la face postéro-supérieure ou péritonéale de la vessie, siège habituel des perforations de cette nature, pratiquer la suture de la perforation après résection de ses bords.

P. Desfosses.

FACULTÉ DE PARIS

La chaire d'anatomie. — L'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine, statuant sur la demande de M. Tillaux, a décidé par 18 voix contre 14, de lui attribuer, par permutation, la chaire qu'occupait M. Farabeuf.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Bergonié, professeur de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé professeur de physique biologique et électricité médicale à ladite Faculté.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hospice de la Salpêtrière. — Le professeur Déjerine a repris ses conférences sur les maladies du système nerveux, le mercredi matin à 8 h. 1/2.

Internes en pharmacie. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du concours de cette année, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements hospitaliers pour l'année 1902-1903, savoir : pour MM. les internes de deuxième, troisième et quatrième années, le mardi 24 Juin, à 2 heures; pour MM. les internes de première année, le vendredi 27 Juin, à 2 heures.

MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé militaire. — Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de 1re classe de réserve : MM. Blaise, Laurens, Bachelet, médecins principaux de 1re classe de l'armée active retraités.

Au grade de médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale : MM. Juloux, Cordier, Lartigue, Vaugy, médecins-majors de 1re classe de l'armée active retraités.

Au grade de médecin-major de 2e classe de réserve : MM. Lefort, Sexe, Paul, médecins-majors de 2e classe de l'armée active dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale : MM. Blanc, Poujol, médecins-majors de 2e classe de l'armée active dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve : MM. Brengues, Rozières, Lafoy, Couvreur, Raoux, Allanic, Adam de Beaumais, Condomines, Tapie, Cotsaftis, Germain de Saligny, Sée, Mainguy, Carrez, Gros, Vallet, Fanier, Dupuy, Champ, Ferraud, Ettighoffer, Mailland-Gonod, Mage, Aymé, Durbecé, Isambert, Lagriffe, Vidal, Mathé, Volpelière, Picot, Gigaud-Lafond, Perier, Serre, Paulouch, Degardin, Croixmarie, Lorgnier, Begot, Ricoulleau, Kaeppelin, Van Remoortere, Ermenge, Guibal, Hervy, Collon, Toussaint, Bousseau, Bruneau, Limasset, Lambert, Valentin, Vrasse, De Brianson, De la Colombe de la Volpilière, Lelong, Arnoux, Grandjean, Jeantelet, Vitaut, Comte, Calvet, Merklem, Levet, Ledoux, Grillot, Lacroix, Florence, Desvignes, Renaud, Fiocre, Dumon, Blavot, Cruchet, Merle, Nilus, Larrodé, Dupinet, Bertignon, Bire, Bassal, Fieux, Delor, Perrin, Brunier, Vassor, Dubarry, Boyer, Ozanon, Joret, Coste, Aujaleu, Hugues, Marlière, Blaufus, Fleury, Delaire, Castelain, Dubert, Papillon, Bertin, Louis, Nicollet, Bertrand, Marcailhou d'Aymeric, Long, Darmezin, Aillet, Lussac, Martin, Janin, Delacourt, Dubois, Daguzan, Devèze, Geiger, Lalande, Podevin, Hartemann, Thibaudet, Durieux, Lefebvre, Marsoo, Limon, Delahousse, Pasturel, Martin, Bichat, Bachelet, Lhospitalier, Séran, Pellet.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale : MM. Portier, Bert, Trabarel, Dupuy.

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Chabaneix, médecin-major de 2e classe, a été mis à la disposition de M. le général commandant le corps d'occupation de Chine pour servir à l'hôpital de Tien-Tsin, en remplacement de M. Plomb.

M. Combier, médecin aide-major de 1re classe a été désigné pour servir en Crète, en remplacement de M. Battarel.

Nominations. — MM. Daumas et Boniface ont été nommés médecins des ateliers départementaux d'assistance par le travail.

Société d'hypnologie et de psychologie. — *La onzième séance annuelle* de la Société d'hypnologie et de psychologie aura lieu le mardi 17 Juin 1902, à 4 heures précises, au palais des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. Albert Robin, membre de l'Académie de médecine.

Les auteurs sont invités à adresser, dès à présent, les titres de leurs communications à M. Bérillon, secrétaire général, 14, rue Taibout.

Ordre du jour : 1° Compte rendu de la situation morale et financière de la Société; 2° Allocution de M. Jules Voisin, président de la Société ; 3° Allocution de M. Albert Robin, membre de l'Académie de médecine ; 4° Communications et lectures. — Présentation de malades ; 5° Vote sur l'admission de nouveaux membres.

Communications déjà inscrites. — MM. Jules Voisin : Incontinence d'urine et hystérie. — Bérillon : Présentation d'un appareil vibrateur destiné à favoriser l'hypnose. — Paul Magnin : Contractures et hyperexcitabilité neuro-musculaire chez les hystériques hypnotisables. — Paul Farez : Un cas de pseudo-coxalgie suggérée par le milieu familial. — Aragon : Une théorie pathogénique du doute. — Félix Regnault : Les caractères chez les monstres doubles. — Paul Joire (de Lille) : Considérations sur l'hystérie. — Damoglou (de Constantinople) : Hyperacuité visuelle, olfactive et impassibilité à la douleur chez les nègres soudanais. — Ch. Haeberlin (de Hambourg) : Action vaso-motrice de la suggestion. — Stembo (de Vilna) : Un cas de paraplégie guéri par la suggestion. — Bellemanière : Diverses formes de l'attention chez l'enfant. — Paul Tesdorpf (de Munich) : Corrélation des troubles somatiques et psychiques de l'hystérie. — Lépinay : L'hypnotisme chez le cheval. — Délius (de Hanovre) : Note sur l'apparition des symptômes de l'hystérie. — Caustier : Sur la méthode en psychologie zoologique. — Bérillon : Recherches sur la tension artérielle chez les hypnotisés. — Le Menant des Chesnais : Un cas d'hystéro-épilepsie datant de trois ans, guéri en une seule séance.

Voyages d'études médicales. — Le voyage d'études médicales de 1902 aura lieu du 7 au 16 Septembre inclus. Il comprendra les stations des Vosges et de l'Est, visitées dans l'ordre suivant : Vittel, Contréxeville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon d'Alsace, Salins et Besançon.

Ce voyage de 1902 — comme celui de 1899 aux stations du Centre et de l'Auvergne, celui de 1900 aux stations du Sud-Ouest et celui de 1901 aux stations du Dauphiné et de la Savoie — est placé sous la direction scientifique de M. Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, à la première station, Vittel.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au départ de la dernière station, Besançon, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Vittel à Besançon, prix à forfait : 200 francs, pour tous les frais : chemins de fer, voiture, hôtel nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser à M. Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 Août 1902, terme de rigueur.

La peste à Dunkerque. — Un télégramme de Dunkerque en date du 11 juin annonce que deux cas de peste bubonique viennent d'être constatés à bord du steamer *City-of-Perth*, arrivé de l'Inde avec un chargement de coton.

Deux matelots indiens atteints ont succombé.

Le service sanitaire a demandé télégraphiquement des instructions à Paris.

Le steamer demeure sur rade.

Dunkerque, 12 Juin. — Deux nouveaux cas de peste bubonique sont signalés à bord du vapeur *City-of-Perth*, arrivé de l'Inde, et qui est à l'ancre sur rade.

M. Deckmyn est à bord, et a vacciné l'équipage, environ 70 hommes, presque tous Indiens.

Des provisions et du charbon sont envoyés à bord par des canotiers qui sont ensuite désinfectés. Les provisions sont transbordées par des paniers qui restent sur le navire contaminé.

Le *City-of-Perth* ira à Mindin, ilôt près de Saint-Nazaire-en-Loire, où sont désinfectés les navires contaminés.

CONCOURS

Médecins des hôpitaux. — *Épreuves définitives.* — Séance du 6 Juin. — Ont passé : MM. Fournier, Apert, Labbé, Michel, De Grandmaison.

Séance du 10 Juin. — Ont passé : MM. Josué, Carnot, Bergé, Auclair.

Assistants d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux. — Le concours pour la désignation des deux assistants et d'un assistant adjoint d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux vient de terminer par les nominations ex-æquo de MM. Bourgeois et Caboche, comme assistants titulaires, et de M. Guiset comme assistant adjoint.

Prosectorat. — Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Ch. Lenormant et Schwartz.

École de médecine de Grenoble. — Un concours s'ouvrira le 18 Décembre prochain, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à la dite école.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 49. — Mercredi, 18 Juin 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

HOPITAUX DE PARIS

A PROPOS DES CONCOURS

Les concours de médecine et de chirurgie de 1902 ont été marqués par des incidents qui démontrent, à l'évidence, que des réformes s'imposent dans le mode de recrutement du personnel médical des hôpitaux de Paris.

C'est là une grosse question, car, étant donné la valeur scientifique et l'autorité professionnelle exigées des chefs de service, leur mode de recrutement devrait être absolument indiscutable et indiscuté. Il n'en est pas ainsi cependant, et le procédé de sélection par les concours est, depuis quelques années surtout, l'objet de nombreuses critiques.

De ces critiques, il en est assurément beaucoup de justifiées, mais il en est aussi qui sont exagérées; de plus, comme l'opinion publique en a été récemment saisie par la grande presse, il m'a semblé qu'une mise au point de la question ne serait pas inutile dans ce journal. Je tenterai donc de la faire en m'inspirant des idées que m'ont pu suggérer ceux qui sont intéressés aux réformes demandées.

*
* *

Tout d'abord, je crois pouvoir affirmer que les critiques formulées contre les concours des hôpitaux s'adressent beaucoup moins au principe du concours qu'à ses applications.

La grande majorité des intéressés, juges et candidats, estime que, avec les mœurs françaises, le meilleur moyen de sélection que l'on puisse employer pour constituer l'état-major médical est encore le concours, si l'on veut s'écarter le moins possible de la stricte justice. Ce n'est pas seulement l'avis des Français, c'est aussi celui de quelques Allemands auxquels nous l'avons entendu exprimer : notre système, dans son essence, une fois modifié *profondément* dans son application, serait préférable au *choix*, en usage chez eux, et qui, après avoir donné d'excellents résultats, entraînerait aujourd'hui un certain nombre d'abus.

Aussi bien, le concours en lui-même est-il peu discuté. D'ailleurs, par quoi le remplacer, si ce n'est par le choix? Or, justement, ce que l'on reproche le plus aux concours, c'est de n'être qu'un choix dégénéré; quels reproches alors ne ferait-on pas au choix pur et simple, dont la formule autoritaire répugne singulièrement aux tendances libérales de notre esprit.

Et puis, cette accusation contre les concours actuels, de n'être autre chose qu'un choix déguisé, demande à être précisée et expliquée. Elle est grave et de grosse importance puisqu'on a pu dire que, à l'heure actuelle, suivant la composition du jury, on pourrait, avant le concours, prévoir exactement les candidats qui seraient nommés, quelle que soit la valeur de leurs épreuves. S'il en était ainsi d'une façon absolue, ce serait évidemment scandaleux, et c'est l'opinion qui a cours dans les milieux extra-médicaux s'intéressant aux choses de la médecine; mais, avant de crier au scandale, une connaissance exacte des faits est nécessaire.

Et d'abord, à peu d'exceptions près, les candidats qui se présentent aux concours des hôpitaux sont des plus distingués parmi leurs contemporains de l'internat ; ils forment déjà, du fait qu'ils se présentent au concours, une élite dans laquelle on n'a que l'embarras du choix.

Ces conditions étant, pour arriver aux hôpitaux, plusieurs concours sont nécessaires ; et les candidats eux-mêmes ne comptent jamais sur le succès dès un premier concours, alors même qu'ils auraient fait les meilleures épreuves. C'est qu'ils ont, devant eux, des anciens qui, eux aussi, n'ont pas été nommés avec d'excellentes épreuves, qui, par conséquent, ont des droits acquis dont un jury consciencieux doit savoir tenir compte. En réalité, pour être vraiment équitable, le jugement d'un concours se faisant dans les conditions actuelles ne doit pas être exclusivement basé sur les épreuves présentes ; il doit tenir compte, en outre, de tout un passé.

Est-ce à dire que, en se basant sur ce raisonnement, des injustices n'aient jamais été commises ? Assurément non ; les juges sont avant tout des hommes, et la justice absolue n'est pas de ce monde. Mais, en fait, la plupart du temps, les injustices commises ont pu être bientôt réparées, et il est peu d'exemples de sujets méritants qui aient été systématiquement éliminés.

Ce qui est plus fréquent, c'est de voir des candidats renoncer aux concours, alors qu'ils ont en main tous les éléments scientifiques nécessaires pour arriver; et cela, parce qu'ils ne peuvent matériellement pas attendre pendant six à huit ans, et plus, leur nomination de médecins des hôpitaux.

Avant tout il faut vivre, et il est indispensable de faire en même temps la clientèle nécessaire à assurer l'existence et préparer le concours suivant les programmes actuels.

Aussi bien la nécessité de concourir un nombre de fois impossible à limiter d'avance, avant de prétendre à la nomination, la nécessité qui en résulte de se consacrer pendant des années à une préparation obsédante, fastidieuse et en plus d'un point inutile, constituent-elles les vices principaux du procédé des concours actuellement en vigueur. Sur ce point tout le monde est d'accord pour demander une réforme radicale.

Cette réforme devrait tendre à une simplification du concours.

Le concours devrait nécessiter pour les candidats une préparation moins longue d'abord, moins systématique ensuite, laissant plus de place à l'originalité des idées; les épreuves devraient être moins aléatoires, plus probantes de la valeur réelle des candidats, demandant plus au jugement qu'à la mémoire. Les opérations du jury devraient être facilitées et d'une moindre durée.

C'est absolument le contraire de ce qui existe aujourd'hui ; et il n'est que temps d'y remédier.

*
* *

En envisageant d'abord le côté matériel même du concours, il apparaît de toute nécessité de simplifier les opérations du jury de façon tout au moins à en abréger la durée.

Le dernier concours de médecine est la condamnation du régime actuel : il n'a pas duré moins de quatre mois et demi. Et vraiment on se demande dans quel état d'esprit pouvaient bien être les juges après avoir entendu lire soixante-six fois la même copie.

Il est de toute évidence qu'il y a là pour le jury une source de fatigue et d'énervement qui, au bout d'un certain temps, ne peut lui laisser toute liberté d'action. Et l'on ne doit plus s'étonner alors que des faits comme ceux que nous avons eu à signaler puissent survenir : démissions plus ou moins bruyantes, protestations rendues publiques qui sont d'un effet déplorable et dénotent un état d'esprit peu compatible avec les fonctions de juge.

Le propre d'un jury est de tenir ses délibérations secrètes et de ne rien laisser percer qui puisse en faire pressentir le résultat. Nous sommes loin de ces principes avec les concours de médecine; le grand public sait trop qu'on les enfreint parfois, et il en résulte, à propos de ce que l'on pourrait appeler la moralité de nos concours, un courant d'idées qui, il faut bien l'avouer, est loin de nous être favorable.

En se plaçant au point de vue du fonctionnement même du concours, au point de vue de la forme, une modification radicale s'impose donc. Mais elle doit cadrer avec les réformes portant sur le fond même du concours : elles feront l'objet d'un prochain article.

E. De Lavarenne.

LIVRES NOUVEAUX

A. Prévost. — *L'École de santé de Paris* (1794-1809). Bibliothèque historique de la France médicale, Paris, 1901.

Les études historiques ont toujours un très grand attrait, et les érudits témoignent une franche reconnaissance à tous ceux qui leur facilitent leurs recherches par la publication de documents intéressants. Aussi M. Prévost mérite-t-il l'approbation de tous les amis de l'histoire médicale pour la récente monographie qu'il vient de nous donner.

L'École de santé de Paris, fondée par la Révolution, présente une physionomie toute particulière avec ses « élèves de la Patrie », salariés par la Nation pour apprendre la médecine et la chirurgie d'armée. Les professeurs y déploient un zèle inconnu des générations précédentes, et aux élèves de l'État viennent bientôt s'ajouter, en foule, des élèves libres français et étrangers : « Que quelques législateurs, disait Thouret en l'an VI, veuillent bien se transporter à l'École à l'heure des leçons; ils verront, à plusieurs d'entre elles au moins, l'amphithéâtre tellement plein, les corridors, les escaliers, toutes les avenues obstruées à un tel point que le professeur est obligé de fendre la foule pour arriver à sa place, tandis qu'un grand nombre d'élèves, faute d'espace sur les bancs, restent debout, pressés aux portes, ou sont contraints de s'entasser par terre. »

L'École de santé est l'origine de la Faculté actuelle, et l'étude de M. Prévost renferme tous les documents concernant le corps professoral, la fondation des places de chefs des travaux anatomiques, de prosecteurs, d'aides d'anatomie, etc.

Pour l'exécution de cet important travail, l'auteur s'est servi des procès-verbaux des assemblées des professeurs, des dispositions réglementaires publiées dans les Bulletins de l'Instruction publique, et de différents documents renfermés dans les Archives de la Faculté de médecine.

La lecture de ce travail, si bien documenté, est à recommander à tous ceux qui s'intéressent à l'origine et au développement des institutions médicales.

F. Jayle.

BIBLIOGRAPHIE

Alimentation et hygiène des enfants, par M. F. Cayla, ex-chef de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux, 1 vol. in-8° raisin de 246 pages, avec figures dans le texte, broché, 4 francs. (*Vigot frères*, éditeurs, Paris.)

L'Assistance des épileptiques; l'hospice Dessaignes, à Blois, par M. Georges Vernet. *Thèse*, Paris. (*C. Naud*, éditeur, 3, rue Racine, Paris.)

Du traitement chirurgical de l'ethmoïdite purulente, par M. J. Guisez, *Thèse*, Paris. (*C. Naud*, éditeur, 3, rue Racine, Paris.)

Traité de technique opératoire, par M. Ch. Monod, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, et J. Vanverts, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille, 2 forts volume gr. in-8°, avec de très nombreuses figures dans le texte, 35 francs. (*Masson et Cie*, éditeurs.) En souscription.

Le tome I, formant un volume de 960 pages, illustré de 932 figures, est actuellement en vente au prix de l'ouvrage complet. Le tome II sera remis gratuitement, à partir du 1er Octobre, aux souscripteurs de l'ouvrage.

Traitement de la fièvre puerpérale, par M. Maurice Rigal, de la Faculté de médecine de Paris, *Thèse*, 1902, 1 broch. de 75 p. (*Boyer*, éditeur, Paris.)

Rapport sur les complications orbitaires et oculaires des sinusites, par M. le prof. F. de Lapersonne, de Paris, 1 broch. in-8° jésus de 68 pages. (*G. Steinheil*, éditeur, Paris.)

Diagnostic et traitement des maladies infectieuses, par M. J. Schmitt, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, 1 vol. in-16 de 495 pages, cartonné. (*Librairie J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Lettres du Dauphiné et de la Savoie, par M. Valentin Van Hassel (de Paturages), une broch. in-8° jésus de 137 pages avec figures dans le texte. (*A. Vaubert*, imprimeur, Grande-Rue, à Dour.)

A PROPOS

DU SÉRUM DE TRUNECEK

Résultats éloignés.
Lavements. — Poudre minérale.

Par **LÉOPOLD-LÉVI**
Ancien interne lauréat des hôpitaux.

L'intéressante communication de M. Merklen[1], si précise et si mesurée, faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 30 Mai, m'amène à exposer certaines des recherches cliniques que j'ai poursuivies à propos du sérum de Trunecek.

Les lecteurs de *La Presse Médicale* se souviennent des articles que j'ai publiés dans ce journal, en Janvier dernier.

Il m'a paru intéressant de leur présenter la suite de mes observations.

*
* *

Voyons d'abord quelques résultats qu'il est déjà permis de qualifier de *résultats éloignés*.

Un premier cas concerne un malade de soixante-dix ans, dont le traitement me fut confié par mon maître, M. Mathieu.

Il était atteint d'une céphalée continue depuis trois ans environ. Jamais depuis ce temps il n'était resté deux jours sans souffrir de la tête. En même temps il se plaignait de bourdonnements dans les deux oreilles, qui ne le quittaient ni jour ni nuit, affectant la forme de battements et de bruits de la mer. Ils avaient débuté un an et demi auparavant, au niveau de l'oreille gauche, pour gagner ensuite l'oreille droite. — Depuis trois à quatre mois, il s'apercevait de dureté de l'oreille à gauche. En outre existait un état d'insomnie marquée : il dormait deux heures par nuit, d'une façon entrecoupée, et était réveillé par les bourdonnements. Le malade accusait enfin une sensation d'engourdissement au niveau du dos et de la plante des pieds.

A la suite de trente-huit piqûres de sérum de Trunecek, trente de suite, de 2 à 5 centimètres cubes, puis deux par semaine, sans modification du régime, ni adjonction d'aucun autre médicament, l'amélioration était complète. La céphalée avait disparu, l'insomnie avait fait place au sommeil. Il n'y avait plus trace de bourdonnements d'oreille. L'acuité auditive était meilleure, ainsi que l'état général. Le malade était tout joyeux et se sentait rajeuni.

Fait sur lequel j'appelle l'attention : le traitement s'est terminé le 27 Décembre 1901. Plus de cinq mois après, l'amélioration persiste pleine et entière.

C'est là, je l'avoue, un des cas les plus satisfaisants que j'ai rencontrés dans cet ordre d'idées.

J'ajoute que chez lui l'effet favorable a commencé à se faire sentir dès la première injection, qu'il s'est accru progressivement, sauf après une période d'une semaine, pendant laquelle, sans que le malade fût prévenu, j'avais substitué des injections de sérum de Hayem à la dose de 2 centimètres cubes à celles du sérum de Trunecek.

1. MERKLEN. — « Indications du sérum de Trunecek, chez les artérioscléreux ». *Soc. méd. des hôp.*, séance du 30 Mai 1902, p. 516.

*
* *

Un autre exemple m'est fourni par l'observation d'une infirmière du service de M. Mathieu, âgée de quarante ans.

J'ai déjà fait allusion à elle antérieurement[1]. Elle a été soumise au traitement pour des bourdonnements d'oreille remontant à un an, existant des deux côtés après avoir commencé par l'oreille droite, et ressemblant à des tintements de clochettes, et pour de la dureté d'oreille. Son sommeil était agité. Elle se réveillait à diverses reprises. Elle éprouvait depuis deux ou trois ans de la dyspnée ascensionnelle accompagnée de battements de cœur et accusait depuis quelques années des élancements sous la plante du pied.

Le traitement s'acheva le 27 Janvier 1902.

Tous les phénomènes morbides avaient disparu. L'acuité auditive seule ne s'était pas modifiée. Le mieux a persisté sans changement depuis cette époque.

*
* *

Autre fait : Un homme de quarante-cinq ans, depuis une année perd ses forces, maigrit ; depuis six mois il se plaint de maux de tête, de bourdonnements d'oreille, de sifflements, de vertiges, et éprouve un peu de surdité de l'oreille gauche. Il marche difficilement ; ses jambes sont faibles, et parfois fléchissent sous lui. Il ressent des fourmillements à leur niveau. Il a perdu un peu la mémoire, et, quand il parle, « cela lui résonne dans la tête ». En plus, existent des troubles dyspeptiques. Le malade a eu la syphilis, a fait des excès dans sa jeunesse, il se surmène.

C'est un arthritique à cheveux blancs depuis l'âge de vingt-six ans. Les artères sont dures, le pouls tendu, le deuxième bruit claque à l'aorte.

Tel était, avant le traitement, l'état du malade que me confia M. Mathieu. J'ai déjà conté son histoire ici même[2], et étudié, à propos de ce cas, les rapports de l'artériosclérose et de la neurasthénie ; et dans l'espèce, je concluais que des symptômes analogues à certains de ceux qu'on donne comme stigmates de la neurasthénie pouvaient caractériser l'état de miopragie, à déterminations multiples, que crée une circulation défectueuse.

Le malade, pendant la durée du traitement, qui consista en sept injections représentant 24 centimètres cubes de sérum de Trunecek, vit tous ses malaises s'atténuer progressivement et disparaître complètement. Il ne ressent plus ni céphalée, ni fatigue, ni bourdonnements ; la marche est assurée, la mémoire revenue, l'ouïe s'améliore.

Or, le traitement s'acheva dans les premiers jours de Janvier. Depuis ce temps, l'état du malade est resté bon.

*
* *

J'ai eu l'occasion de revoir Marie D... qui figure comme observation III de mon premier travail sur le traitement de l'artériosclérose cérébrale[3]. Elle ne ressentait plus

1. LÉOPOLD-LÉVI. — « Le Sérum de Trunecek ». *La Presse Médicale*, 1902, 15 Janvier, p. 52.
2. LÉOPOLD-LÉVI. — *Loc. cit.*, p. 64.
3. LÉOPOLD-LÉVI. — « Traitement de l'artériosclérose cérébrale par le sérum inorganique ». *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1901, 6 Octobre, p. 952.

les symptômes : fourmillements et douleurs dans les membres supérieur et inférieur gauches, parésie de la main gauche, troubles de la mémoire, bourdonnements d'oreille, etc., pour lesquels je l'avais mise en traitement au mois d'Août dernier, et qui avaient cédé à l'injection de 50 centimètres cubes de sérum de Trunecek.

*
* *

Je ne citerai pas d'autres exemples.

Les résultats ne sont pas, à la vérité, très anciens. Ils varient entre cinq et dix mois. Mais le mémoire de Trunecek remonte en Avril 1901, et mes recherches en Août de la même année.

Bien que l'amélioration soit loin de persister dans tous les cas, il n'y en a pas moins lieu de retenir que l'effet de la médication par les injections de sérum de Trunecek n'est pas exclusivement transitoire, qu'il peut persister. Il ne s'agit donc pas là purement et simplement d'une excitation passagère qui aurait vite épuisé son effet.

*
* *

J'aborde maintenant un autre ordre de problèmes.

Le sérum agit-il seulement par injections hypodermiques ? Il en serait ainsi, si l'action médicamenteuse était subordonnée à la mise en jeu des terminaisons sensitives de la peau.

Déjà les expériences que j'ai entreprises avec M. Bonnier[1] et avec M. Pierre Teissier[2] montraient que les résultats obtenus par les lavements étaient du même ordre et sensiblement les mêmes que par les injections.

Mais les faits cliniques nous intéressent davantage. Les cas où j'ai utilisé les lavements, à l'exclusion de tout autre mode d'emploi du médicament, sont peu nombreux.

Conformément à une technique indiquée antérieurement, je fais d'habitude dix injections. Si alors je n'ai pas obtenu le résultat désiré, mais si l'amélioration progressive fournit une indication à poursuivre le traitement, je le continue sous forme de lavements.

Tous les malades traités par les *lavements* seuls n'ont pas été améliorés. Quelques faits que je vais citer déposent en faveur de cette méthode.

L'infirmière de M. Mathieu, dont j'ai parlé, a été soignée exclusivement par des lavements à la dose de 5 à 40 centimètres cubes. Elle a pris trente lavements représentant 745 centimètres cubes de sérum et a tiré de cette médication des avantages qui persistent encore actuellement.

Un pharmacien de Cannes, artérioscléreux de longue date, ressentait vers fin Décembre des battements artériels visibles au niveau des artères superficielles, de l'oppression, de l'angoisse cardiaque. Sa tension artérielle, mesurée au sphygmomanomètre de Potain, était de 21 centimètres. Après quinze jours de traitement, consistant en 150 centimètres cubes de sérum pris en lavements, il éprouvait une amélioration notable de ses phéno-

1. LÉOPOLD-LÉVI et P. BONNIER. — « Réactions immédiates de l'appareil de l'ouïe, etc. ». *Comptes rendus des séances de la Soc. de biol.*, 1901, 14 Décembre.
2. PIERRE TEISSIER et LÉOPOLD-LÉVI. — « Modifications de la pression artérielle sous l'influence des solutions salines concentrées ». *Comptes rendus des séances de la Soc. de biol.*, 1902, 11 Janvier.

mènes morbides. La tension était abaissée à 18 centimètres. Il a passé un meilleur hiver que les précédents.

Un confrère qui s'est soumis à trois cures de lavements de sérum, sur les conseils de M. Mathieu et sur les miens, a noté une amélioration générale de sa santé, de ses forces, et n'a eu qu'à se louer du traitement au point de vue de ses fonctions cérébrales et rénales. Il n'a plus de céphalée ni d'amnésie; dyspnée et battements cardiaques se sont heureusement modifiés.

Pour ces lavements, je précise à nouveau le mode d'emploi.

Le sérum de Trunecek est donné pur, sans mélange d'eau, à l'aide d'une seringue en caoutchouc de 30 centimètres cubes. On commence par la dose de 5 centimètres cubes. et on augmente de 5 centimètres cubes tous les deux jours pour arriver à 30 ou 40 centimètres cubes.

Les lavements sont, en général, bien supportés. Très rarement, ils donnent lieu à quelques coliques. Dans ce dernier cas, il faut redescendre à la dose précédente qui a été bien supportée.

Le pharmacien de Cannes dont j'ai parlé mettait 10 centimètres cubes de sérum dans 80 centimètres cubes d'eau distillée. Le confrère a dilué 15 à 35 centimètres cubes dans un peu d'eau chaude. Cette pratique est peut-être utilisable. Je crois qu'il y a néanmoins intérêt à faire pénétrer dans l'intestin le sérum aussi concentré que possible.

* * *

Mais injections et lavements constituent, en somme, des méthodes d'exception.

Les lavements répugnent à nombre de malades et ne sont pas toujours absorbés.

Les injections ont quelques inconvénients : elles nécessitent l'emploi de solutions stérilisées avec soin, l'intervention du médecin sont parfois douloureuses, quand on les porte à la dose de 5 centimètres cubes. Le sérum de Trunecek est, en outre, un liquide concentré, irritant, produisant facilement des indurations chroniques, parfois même des accidents plus sérieux. Chez une malade qui avait très bien supporté un grand nombre d'injections, l'une d'elles fut le point de départ, peut-être à l'occasion d'une grippe légère, d'un véritable phlegmon localisé. Mais il y eut cette particularité qu'après l'incision du phlegmon, pratiquée par M. Poirier, toute une série d'injections antérieures devinrent alors le siège d'inflammations purulentes et nécessitèrent trois mouchetures successives.

Pour ces raisons, j'ai pensé qu'il y avait intérêt à étudier l'emploi d'un médicament ingéré par la voie buccale. Ce sont les résultats obtenus par ce procédé que je vais exposer actuellement.

J'indiquerai tout d'abord ma technique. Trunecek avait établi sa formule, je l'ai dit ici sur des chiffres de Hoppe-Seyler[1].

En vertu d'idées théoriques dont j'ai déjà démontré l'inexactitude, et aussi pour avoir un mélange soluble, il avait supprimé les phosphates de chaux et de magnésie qui font partie des sels du sérum, et ajouté le sulfate de potasse qu'on trouve, non dans le sérum, mais dans le caillot humain, et qui existe aussi dans le sérum du bœuf.

Je suis revenu à la formule intégrale du chimiste, en arrondissant à peine les chiffres, pour les rendre plus faciles à retenir.

Je formule ainsi la *poudre minérale* :

Chlorure de sodium. . . .	10 grammes.
Sulfate de soude	1 —
Phosphate de chaux . . . } Phosphate de magnésie . }	ââ 0 gr. 75
Carbonate de soude	0 — 40
Phosphate de soude	0 — 30

A diviser en treize cachets, contenant sensiblement 1 gramme du mélange.

Chaque cachet correspond au moins à 15 centimètres cubes du sérum liquide, et à la teneur en sels de plus de 150 centimètres cubes de sérum du sang.

Ces cachets se prennent à jeun avec une cuillerée à soupe d'eau, une heure avant l'ingestion du premier déjeuner. Je pense qu'il convient d'introduire dans l'estomac les sels en solution concentrée.

Parfois, j'en fais ingérer deux, le premier à 6 heures du matin, le second à 11 heures, le malade ayant fait son premier repas à 7 heures.

Peut-être est-il possible de dépasser ces doses. Inversement, dans certains cas, y aurait-il intérêt à les diminuer, à user, par exemple, des cachets de 0 gr. 50.

Le médicament est bien supporté. Très rarement, le malade accusait après l'ingestion du cachet une sensation de lourdeur passagère. Deux fois, un même sujet a eu de la diarrhée. Quelques gouttes de laudanum prises en même temps que la poudre ont suffi pour obvier à ce petit inconvénient[1].

Peut-être conviendra-t-il de faire prendre, dans quelques circonstances, le médicament dans une cuillerée à soupe de solution iodurée, de combiner son emploi à celui de la trinitrine ou d'autres substances du même genre. Je n'insiste pas actuellement sur ces associations.

* * *

Les malades dont je vais parler tout d'abord ont été soumis à l'emploi de la poudre minérale, sans avoir absorbé les sels du sérum sous une autre forme. Ils présentaient pour la plupart des troubles du système nerveux, oreille y compris, et ont été observés presque exclusivement à la Consultation des maladies nerveuses de la Polyclinique H. de Rothschild.

Il s'agit d'abord d'un homme de quarante-neuf ans, qui a été pris, il y a cinq ans, d'une paraplégie incomplète des membres inférieurs, avec prédominance à droite, et troubles peu accentués de la vessie (sous forme de mictions impérieuses). Il était boulanger et a suspendu son travail en Décembre 1897. Néanmoins, chaque année, il a pu se livrer à des occupations pendant trois mois de l'été. C'est un homme qui était sujet aux maux de tête depuis son enfance, dont les cheveux ont commencé à blanchir à l'âge de dix-neuf ans, à tomber à l'âge de vingt-sept ans, qui est variqueux. Il n'a jamais contracté la syphilis.

Il a été soumis antérieurement à un traitement par la strychnine, dont il a pris 100 granules, et a absorbé de l'iodure de potassium pendant trois mois.

A mon premier examen, je constate l'exagération des réflexes rotuliens des deux côtés, surtout à droite, de la trépidation épileptoïde. Le mouvement de flexion de la cuisse est le plus difficilement exécuté. La démarche est légèrement spasmodique; il boite surtout avec la pointe du pied droit. Il marche à peine un quart d'heure, et encore difficilement, en se servant d'une canne, monte avec peine les escaliers, obligé de se tenir à la rampe avec les deux mains.

La main droite est devenue aussi moins habile et moins forte. Depuis deux ans il ne peut plus écrire. Le réflexe radial est exagéré de ce côté.

Il accuse en outre de la lourdeur de tête et de la tendance aux vertiges.

Je le soumets au traitement par la poudre minérale le 29 Mars, à la dose d'un cachet par jour pendant quinze jours, puis de deux cachets, ce qui fait en tout cent vingt cachets, et je le vois toutes les semaines.

L'amélioration est progressive. Un seul temps d'arrêt est marqué pendant la seconde semaine, ce qui tient à ce que le malade, constipé habituellement, n'avait pas eu recours pendant cette semaine-là aux laxatifs qu'il emploie d'habitude; ses progrès reprirent dès qu'il surveilla à nouveau ses garde-robes.

Je note qu'il descend mieux les escaliers, qu'il peut monter deux marches à la fois, qu'il perd moins l'équilibre, qu'il est plus solide sur ses jambes, qu'il fléchit mieux la cuisse. Il arrive à marcher pendant une heure sans canne, sans éprouver de fatigue. Il se met facilement en équilibre sur une chaise sans se tenir, monte sans grand effort sur la chaise et en descend sans peine. Sa tête est moins lourde.

Pour prendre un exemple des progrès accomplis : le 10 Mai, il peut élever le pied à 50 centimètres du sol, et tenir, à bras droit tendu, une chaise en paille pendant 23 secondes. Le 17 Mai, il élève le pied à 95 centimètres, et maintient la chaise pendant 43 secondes. Le 24 Mai, il la maintient 1 min. 1/2, et le 31 Mai 1 min. 50. Il peut de nouveau écrire de la main droite.

L'aspect est meilleur. Il compte reprendre définitivement son travail.

* * *

De ce fait, je rapproche un exemple d'hémiplégie spasmodique incomplète fourni par une malade de soixante ans, prise de paralysie droite avec ictus le 1er Août 1901. Elle eut une aphasie passagère, fut paralysée de la face et des membres supérieur et inférieur.

Lorsque je l'examine, le 5 Avril 1902, il existe encore des troubles de la parole. Les réflexes tendineux des membres supérieur et inférieur droits sont exagérés. La trépidation épileptoïde est manifeste. Il existe de la flexion combinée de la main et du tronc. Le gros orteil est en extension continue.

La main et le pied paralysés sont toujours froids.

Au bout d'une semaine de traitement par la poudre minérale, à la dose d'un cachet par jour, les troubles de parole s'atténuent, la malade marche plus longtemps. Quinze jours après, elle se tourne sans chanceler. Elle est plus solide, descend mieux son premier étage (auparavant elle le descendait à reculons), dort mieux.

1. Hoppe-Seyler. — *Allgemeine Biologie*, Berlin, 1877, p. 433, et *Medicine chemische Unterschungen*, 1866, Heft 4, p. 55.

1. Un confrère tout récemment a vomi ses cachets.

Les progrès ne sont pas aussi sensibles pour le membre supérieur.

*
* *

Un autre cas concerne un malade de cinquante-sept ans, artérioscléreux avec hypertrophie cardiaque, pouls tendu, qui a présenté des phénomènes diffus de claudication cérébrale.

Quand je l'ai vu, dans les premiers jours de Mai, le diagnostic se posait avec la paralysie générale progressive. Il se plaignait de céphalée violente, très ancienne, il avait complètement perdu la mémoire, il lui était impossible de se diriger dans la rue. Quand il marchait dans son appartement, il se cognait contre les murs, comme s'il avait perdu la vision périphérique. Il ne savait plus mettre son pantalon, il pleurait, il pissait dans l'appartement.

Le 17 Avril, jour où les phénomènes avaient été très marqués, il n'avait pu regagner sa demeure. Sa femme l'avait trouvé assis sur un banc, place de la République. Déjà, huit jours auparavant, elle l'avait rencontré assis sur une chaise, rue Popincourt.

Je constatai de la parésie des membres supérieurs, de la faiblesse des membres inférieurs. Les réflexes patellaires sont forts. Pas de signe d'Argyll. Le malade n'a pas eu la syphilis. Il est alcoolique. Il lui arrivait parfois de passer la nuit à boire, à jouer et de ne pas rentrer au domicile conjugal. Une fois même, il lui est arrivé de s'absenter pendant dix jours. Il y a six ans, il a été pris dans un cyclone à Paris, et avait ressenti une très vive frayeur.

Jamais il n'avait présenté de phénomènes cérébraux analogues à ceux pour lesquels je l'ai soigné. Ceux-ci offraient d'ailleurs un caractère alarmant. Ils allaient en s'accentuant chaque jour, d'après le dire de la femme du malade.

Je l'ai soumis à la poudre minérale. Il s'est abstenu en même temps de boire du vin, se contentant d'eau ou de lait à ses repas. Il a absorbé quarante cachets. L'amélioration a été progressive. La mémoire est revenue. La vue est devenue, à nouveau, normale. Il marche bien, n'a plus de faiblesse dans les membres. La céphalée, qui depuis dix ans est pour ainsi dire continue, a presque complètement disparu. Il a repris ses occupations le lundi 26 Mai.

*
* *

Entre autres symptômes améliorés chez lui, j'insiste sur le phénomène céphalée.

Car je puis rapprocher l'observation suivante qui concerne, il est vrai une malade très nerveuse.

Il s'agit d'une femme migraineuse dès son enfance, qui depuis trois ans a des céphalées opiniâtres sous forme de douleurs dans la région occipitale.

Elle accuse en outre des troubles nerveux de l'estomac, faim capricieuse, faim nauséeuse, n'éprouve pas la sensation de satiété. Elle est nerveuse; il lui est même arrivé de perdre connaissance.

Elle a de la fatigue matutinale, des douleurs, et elle éprouve fréquemment la sensation de refroidissement ou de chaleur des extrémités. Elle avait été soumise à diverses médications, particulièrement toniques, sans résultat.

Sous l'influence du traitement par la poudre minérale, la céphalée diminue considérablement, disparait certains jours. Quand elle revient, de temps en temps, elle est supportable et ne ressemble pas à celle qu'elle éprouvait auparavant. Les migraines se sont espacées et sont devenues moins violentes. A la suite d'une émotion, une période de céphalée a fait à nouveau son apparition, mais elle a été encore calmée par l'ingestion de la poudre. J'ajoute que la malade a été soumise au traitement par le valérianate d'ammoniaque.

*
* *

Deux autres malades ont été, l'une guérie de bourdonnements d'oreille, l'autre améliorée de bourdonnements d'oreille en même temps que de diminution de l'acuité auditive par l'ingestion de poudre minérale.

Le premier de ces cas est relatif à une femme de cinquante-trois ans, que j'avais soignée autrefois pour un diabète léger s'accompagnant d'eczéma de la vulve, prise il y a quatre mois environ de bourdonnements d'oreille. Elle consulte successivement M. Saint-Hilaire, qui la traite par la poiré de Politzer, et M. Baratoux qui pendant six semaines lui fait deux fois par semaine des séances d'électrisation. Ces confrères ne lui donnent pas, du reste, grand espoir sur l'avenir de ses bourdonnements. Elle accuse, en outre, de violents maux de tête et un mauvais sommeil. Elle a presque en permanence de la congestion du visage.

Je la soumets aux cachets de poudre minérale. Elle en prend un par jour, à 6 heures du matin, pendant une semaine. La tête va alors un peu mieux. Son sommeil est meilleur. Les bourdonnements diminuent d'intensité depuis le moment de l'absorption du cachet jusqu'à 11 heures. Je prescris alors un second cachet à 11 heures du matin. Après la prise de douze nouveaux cachets, l'amélioration s'accentue. La malade continue à prendre deux cachets par jour. Avant la fin de la troisième semaine, les bourdonnements ont complètement disparu. Le sommeil est meilleur. La céphalée n'existe pour ainsi dire plus. Le visage est moins congestionné.

La guérison s'est maintenue depuis un mois.

*
* *

L'autre malade éprouve depuis trois ans dans l'oreille gauche des bourdonnements qui ont augmenté peu à peu, comparés par la malade à des bruits de machine à vapeur, et se plaint d'une diminution de l'acuité auditive. Elle est nerveuse, surtout depuis six mois.

M. Bonnier a noté une rétraction du tympan à gauche.

Le traitement est commencé le 29 Mars. Les bourdonnements diminuent progressivement. La malade est parfois plusieurs jours sans en ressentir. Lorsqu'ils reviennent, ils sont moins forts. L'acuité auditive a beaucoup gagné.

*
* *

En résumé, en ce qui concerne les troubles du système nerveux et de l'oreille, la poudre minérale donne des résultats absolument comparables à ceux que j'avais obtenus par les injections de sérum concentré[1] : amélioration d'hémiplégie incomplète, de miopragie cérébrale, de céphalée, de bourdonnements d'oreille, de diminution de l'ouïe, de vertiges; j'ajoute ici paraplégie incomplète.

*
* *

L'effet de la poudre minérale se fera encore sentir, je pense, dans les autres cas où les injections sont efficaces. Je puis, à l'appui de cette proposition, fournir l'observation suivante :

C..., employé d'octroi, âgé de quarante ans, ayant présenté en Corse, de dix-neuf à vingt et un ans, des accès de fièvre paludéenne, à type tierce, et fait des excès de tabac, est atteint d'insuffisance aortique. Il se plaint de toute une série de troubles fonctionnels; il éprouve des battements de cœur, surtout la nuit, avec battements dans les oreilles, il ressent de la dyspnée ascensionnelle, a des crises de suffocation nocturne, s'accompagnant parfois d'angoisse et d'irradiation douloureuse dans le bras gauche. Il ne peut se coucher sur le côté, a dû s'interdire les rapports sexuels, à cause des douleurs violentes qu'il ressent à la suite.

Malgré l'ingestion de 6 grammes de bromure de potassium par jour, tous ces phénomènes persistent.

Il a eu, dans un espace de temps relativement court, de quarante-cinq à quarante-sept crises nocturnes. Le 1er Avril, entre autres, il s'est réveillé vers deux heures du matin, en proie à une crise très pénible.

Je le soumets au traitement par la poudre minérale à la date du 5 Avril. Dès le quatrième jour, il est calmé. Il n'a plus de crise depuis le 11 Avril. Le 15 Avril, il monte bien ses cinq étages. Il peut se coucher sur le côté droit, et a repris ses rapports sexuels. Le 30, il me dit qu'il monte ses cinq étages sans s'arrêter. Il dort très bien sur n'importe quel côté, n'a plus ni battements de cœur, ni battements au niveau de l'oreille, fait parfaitement son service, et dit ne s'être pas si bien porté depuis longtemps. Le 2 Juin, il m'écrit que sa santé est bonne. Il monte cinq et six étages sans peine, peut se reposer indifféremment sur l'un ou l'autre côté. Il éprouve seulement parfois (ce sont ses termes), quelques petits battements, de courte durée, qu'il attribue aux fatigues du service de nuit.

*
* *

La conclusion générale est donc que : injections, lavements, poudre minérale trouvent leur emploi dans des cas analogues.

Ont-ils exactement la même valeur thérapeutique? Avec les injections, le liquide pénètre nécessairement dans l'organisme. Les lavements et les cachets permettent l'administration de quantités plus considérables de substance minérale.

Dans trois cas, la poudre fut employée après un autre mode d'introduction du médicament. Deux des malades furent soumis aux trois formes médicamenteuses.

*
* *

Une femme de soixante-six ans me fut

1. *Loc. cit.*
Il ne s'agit donc pas, dans ces cas, de se demander si la poudre est absorbé. J'avais cependant abordé la question directement. Dans 15 cas, j'ai ajouté 0,05 centigrammes de bleu de méthylène aux cachets. Sauf un cas où le bleu ne passa qu'au bout d'une heure et demie, dans tous les autres bleu ou chromogène de bleu ont apparu dans l'urine, au bout d'une heure. Le bleu ayant été absorbé, on peut admettre que les différents sels l'ont été également.

confiée par M. Mathieu vers le 20 Janvier pour des vertiges, des étourdissements, des maux de tête légers, de l'insomnie, de la peine à monter les escaliers. M. Mathieu la soignait pour son estomac, son intestin, son foie. Les vertiges survenaient quand la malade, assise, se levait. Lorsqu'elle allait dans sa cuisine, elle était obligée de fermer les yeux : tout tournait. Le même phénomène se reproduisait trois à quatre fois par jour. Dans la rue, une ou deux fois, elle dut se retenir à un mur pour ne pas tomber. Elle marchait de travers.

Elle a eu d'abord deux injections de sérum par semaine, puis quinze de suite. Son régime alimentaire n'a point été modifié. Elle n'a point pris d'autre médicament. Les différents phénomènes : étourdissements, vertiges, maux de tête, dyspnée ascensionnelle, se sont modifiés. Le sommeil est resté court et léger, mais, depuis quatre ans et demi, la malade gardait son mari paralysé et avait pris l'habitude de peu dormir. Elle a pris alors des cachets de poudre minérale, au nombre de quarante, qui ont continué l'amélioration. Elle a cessé dans le courant de Mars, époque à laquelle elle a été prise d'une crise de coliques hépatiques.

Depuis plus d'un mois, elle n'a plus un seul vertige. A l'en croire, les cachets lui ont fait plus de bien que les piqûres.

* * *

Un autre cas est relatif à une claudication cérébrale intermittente datant de trois ans, se traduisant par de l'épilepsie jacksonienne sensitivo-motrice, des fourmillements dans le pouce, l'index et le médius droits et des mouvements de contraction du côté droit de la face, parfois de l'embarras de la parole, tous symptômes formant crise d'une durée habituelle d'une demi-minute environ.

Le malade, âgé de cinquante-quatre ans, est, en outre, sujet à des vertiges, de la céphalée, de la fatigue, de l'insomnie.

Vingt piqûres (69 centimètres cubes de sérum) produisent une amélioration; puis 30 lavements de 5 à 20 centimètres cubes continuent l'effet des injections. Le malade est ensuite très satisfait des cachets de poudre à la dose de 1 à 2 grammes.

Il a repris le 13 Mars son métier de conducteur d'omnibus qu'il avait abandonné le 18 Décembre précédent. Il n'éprouve plus aucun des malaises antérieurs et se trouve beaucoup mieux que l'année précédente à la même époque.

En somme, chez lui, la médication sous ses trois formes a produit de bons résultats.

* * *

Par contre, un autre sujet a surtout tiré bénéfice des injections.

C'est un homme de quarante-trois ans, syphilitique depuis l'âge de vingt et un ans, qui présente une paraplégie spasmodique incomplète des membres inférieurs, avec troubles de la vessie et du rectum. Il a, en outre, successivement éprouvé des phénomènes de surdité avec bourdonnements de l'oreille droite, une paralysie oculaire, puis des troubles nerveux transitoires : une aphasie passagère, il y a cinq ans, des attaques apoplectiformes et épileptiformes. Il y a un an, après dîner, il a été pris d'un grand vertige qui a duré deux à trois heures, à la suite duquel la marche est devenue cérébelleuse. Les troubles de la parole s'accentuent, la force diminue dans les membres inférieurs et supérieurs. L'intelligence s'obscurcit. Tous ces phénomènes sont variables d'un jour à l'autre. Ils augmentent, en particulier, lorsqu'il est constipé.

Le traitement antisyphilitique employé à diverses reprises et sous toutes formes : frictions, injections, n'a pas semblé enrayer la maladie et ne lui réussit pas.

Un certain nombre d'injections de sérum de Trunecek sont pratiquées au mois de Février. Elles sont bien supportées, même à la dose de 6 centimètres cubes. A la suite de chaque injection, on note une amélioration : réveil de l'intelligence, augmentation des forces dans les membres supérieurs et inférieurs, amélioration de la parole. La démarche ne se modifie pas.

Le malade est soumis successivement aux lavements, qu'il a de la peine à garder, et aux cachets à la dose d'un par jour. Les cachets ne produisent pas un effet comparable aux piqûres.

A la suite d'une attaque épileptiforme, le malade est soumis aux frictions mercurielles. La semaine suivante, il se trouve affaissé, ne quitte son lit qu'avec peine. Sur sa demande et celle de sa famille, on le remet aux piqûres de sérum.

* * *

Tels sont les faits que je voulais exposer. Je crois avoir montré la possibilité de la persistance d'amélioration à la suite des injections de sérum.

Les malades dont j'ai rapporté les observations témoignent d'autre part des effets obtenus par les lavements et la poudre minérale.

MÉDECINE PRATIQUE

LE MORCELLEMENT DES AMYGDALES PALATINES

Pour supprimer en totalité ou en partie une amygdale palatine malade, il existe plusieurs procédés, dont les principaux sont *l'amygdalotomie, l'anse galvanique, le morcellement.*

L'une ou l'autre des deux premières méthodes constitue évidemment le moyen le plus radical, le plus rapide et le plus propre pour détruire une amygdale gênante, mais il n'est pas toujours possible, ni d'ailleurs utile, d'avoir recours à elles.

L'ablation à l'anse ou à l'amygdalotome suppose que la glande est pédiculée ou tout au moins qu'elle offre un relief suffisant pour permettre à l'instrument de la saisir à sa base.

Or, il arrive souvent que cette émergence est insuffisante, soit parce que l'amygdale sessile est multilobée, aplatie et large, soit parce qu'elle est dérobée à la vue, enveloppée par les piliers auxquels elle adhère plus ou moins intimement, — *enchatonnée* — comme on dit.

Dans ces deux cas, et aussi en cas d'ablations partielles de la glande, l'amygdalotomie ou la section galvanique ne sauraient être employées; c'est alors qu'on a recours au morcellement.

Il existe un autre procédé, très connu, il est vrai, mais très défectueux à mon avis, dont je tiens à parler ici pour le répudier et concourir, s'il est possible, à son bannissement de la thérapeutique spéciale : c'est l'*ignipuncture*.

Ce procédé est répandu non parce qu'il est bon, mais parce qu'il est séduisant; il plaît aux malades pusillanimes et aux enfants, qui sont tranquilles lorsqu'ils ne voient pas introduire d'instruments tranchants ni volumineux dans leur bouche et qu'ils ne saignent pas. De plus, l'application de ce procédé est facile et à la portée de tous; il est bien peu de médecins, spécialistes ou non, qui ne possèdent dans leur arsenal un galvano ou un thermo-cautère.

L'ignipuncture, qui donne, d'une manière générale, des résultats satisfaisants en oto-rhino-laryngologie, présente ici les plus sérieux inconvénients; tout d'abord on n'atteint pas le plus souvent le but cherché, à savoir la mise à découvert des foyers cryptiques plus ou moins profonds et plus ou moins infectés; au contraire, on enferme ordinairement le loup dans la bergerie en provoquant, par la cicatrisation de la brûlure, l'occlusion de l'orifice lacunaire : c'est sceller l'entrée d'une mine au lieu de la faire sauter. De plus, c'est un procédé long, qui oblige à traiter les malades parfois pendant plusieurs mois pour arriver souvent, non pas à la guérison, mais à la production d'accidents fonctionnels sérieux résultant, soit de la transmission de la réaction inflammatoire du côté des oreilles, soit des cicatrisations vicieuses consécutives.

Le morcellement reste donc, suivant nous, le procédé de choix toutes les fois qu'il n'est pas opportun d'employer l'anse ou l'amygdalotome.

C'est Ruault qui nous fit connaître, en 1892, ce procédé décrit en détail dans la thèse de Malley, et qui dota l'arsenal laryngologique d'un morceleur emporte-pièce simple et robuste devenu classique. C'est une pince dont les branches sont coudées à angle obtus, et dont les mors circulaires — l'un mâle, l'autre femelle — pénètrent l'un dans l'autre à frottement doux parfait, de manière à écraser et à emboutir les tissus ainsi que les vaisseaux intercurrents, en vue d'éviter les hémorragies consécutives.

Des modifications nombreuses et variées ont été apportées à cet instrument, sans changer son principe, par Vacher (d'Orléans), Raoult (de Nancy), Escat (de Toulouse), etc.

Tous les modèles présentés ont les mêmes avantages, avec quelques perfectionnements, mais conservent également, à notre avis, certains inconvénients, savoir :

1° S'ils ne sont pas en parfait état, c'est-à-dire s'il existe le plus léger manque de coaptation entre les deux parties de l'emporte-pièce, les tissus saisis ne sont plus nettement tranchés et l'on se trouve obligé d'exercer, sur les filaments récalcitrants, des tiraillements inélégants et douloureux; de là, nécessité de faire repasser fréquemment l'instrument et sa mise hors d'usage à brève échéance, les repassages répétés ayant pour effet d'augmenter de plus en plus l'espace existant entre les mors;

2° Le non-affleurement des deux mors sur un même plan rend difficile la prise d'un fragment peu saillant;

3° Dès qu'on a fait une prise, il est impossible de faire machine en arrière si l'on s'est aperçu qu'elle était défectueuse, et la partie saisie est, sinon tranchée du coup, du moins fortement endommagée;

4° Enfin, il y a danger de pincer les parties voisines et en particulier les piliers, lorsqu'on doit pratiquer le morcellement un peu profond d'une amygdale enchatonnée.

En Mai 1901, Vacher, d'Orléans, présenta à la Société française d'otologie, de rhinologie et de laryngologie une pince non plus à emporte-pièce, mais dont les mors en forme de curette hémisphérique à bords tranchants pouvaient racler, en épousant leur forme, les parois de la loge amygdalienne.

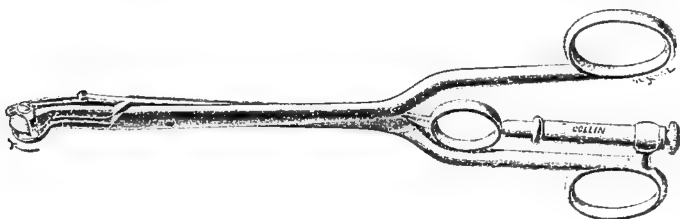
Cet instrument est parfait pour le morcellement des amygdales des petits enfants, chez lesquels les fragments saisis, de consistance molle, se laissent facilement arracher lorsqu'ils n'ont pas été tranchés par simple pression des mors : c'est

d'ailleurs exclusivement pour cet usage que l'auteur a présenté son instrument.

Mais, il n'en est plus de même chez l'adulte où les fragments sont le plus souvent durs et fibreux et dont l'arrachement nécessite les tiraillements désagréables dont nous avons parlé.

En vue de simplifier l'arsenal laryngologique déjà si compliqué, il nous a paru intéressant d'étudier un morceleur[1] applicable à tous les cas, et capable, en évitant les divers inconvénients signalés, de saisir, à l'aide d'une seule main et dans n'importe quelle position, des fragments de l'une ou l'autre amygdale, enchatonnée ou non, molle ou fibreuse, et permettant : 1° de lâcher prise, le cas échéant, sans dommage pour les parties saisies par erreur; 2° d'écraser entre ses mors en forme de curette, mais à bords non tranchants, et de faire une section nette, sans aucune traction, des parties écrasées.

Cet instrument se compose de deux parties :



Une pince dont les mors, de dimensions assez restreintes (12 millimètres de diamètre), sont en forme de calotte sphérique aplatie, et un petit couteau mobile dont la partie utile se meut circulairement et tangentiellement à la circonférence de jonction des deux mors. Ce couteau est mis en mouvement au moyen d'un système de levier commandé par une tige doublement articulée et terminée en bas par un anneau à portée du doigt, de façon à permettre l'usage de l'instrument à l'aide d'une seule main.

Des deux branches de la pince, l'une est simple et porte la patte d'articulation de Collin; la seconde présente à sa partie supérieure une rainure longitudinale dans laquelle est logée et glisse la tige droite rigide. En haut, cette pièce est articulée avec une autre petite tige intermédiaire entre celle-ci et un court bras de levier situé dans le même plan horizontal que les tiges précédentes, dont le point d'appui est au sommet de la calotte du mors de la branche correspondante, et qui sert à faire mouvoir, par suite d'une traction de haut en bas exercée sur l'anneau, le couteau recourbé perpendiculairement au plan précédent. L'anneau digital porte inférieurement, en prolongement de la direction de la tige, un petit goujon pénétrant au sommet d'une cloche allongée, coiffant un ressort à boudin, ces deux parties étant logées et pouvant glisser dans une douille fixée à la partie inférieure et interne de la branche de la pince. Une vis munie d'une broche qui sert de directrice au ressort à boudin s'adapte à la partie inférieure de la douille et maintient tout le système.

A 9 centimètres au-dessus de leur extrémité inférieure, les deux branches sont écartées en forme de fourche et encadrent l'anneau de la tirette sans gêner ses mouvements.

Chaque traction de l'anneau de haut en bas correspond à la course complète, en demi-cercle, du couteau, et, grâce au ressort à boudin, tout revient de soi-même en la position première quand on cesse la traction.

Les mors ne sont pas tranchants, mais légèrement dentés, de façon à maintenir solidement entre eux les fragments saisis sans les couper; de plus ils ne pincent que dans leur portion supéro-externe qui correspond exactement à la ligne de tangence parcourue par le couteau.

Pour démonter l'instrument, séparer les deux branches comme dans une pince ordinaire à articulation de Collin, dévisser la vis inférieure, la retirer de la douille ainsi que le ressort à boudin et sa coiffe; sortir la tige de sa rainure, l'anneau étant au bas de sa course, en soulevant de haut en bas cet anneau et en le portant de dehors en dedans, sans rien forcer; repousser le couteau au début de sa course, et désarticuler la petite tige d'avec le bras de levier.

Pour remonter l'instrument, suivre exactement la marche inverse.

Quel que soit le côté à opérer, voici la position de la main droite : la première phalange du pouce entrée obliquement de dedans en dehors et de bas en haut dans l'anneau supérieur; l'annulaire en demi-flexion dans l'anneau inférieur qu'il soutient avec l'aide du médius également fléchi, dont la première articulation est appuyée contre la partie antérieure de ce dernier anneau et sous la tige inférieure de la fourche. L'index est allongé le long de la branche inférieure de l'instrument et non introduit dans l'anneau médian.

Après ouverture suffisante des mors, saisir les fragments à morceler et les serrer suffisamment pour les maintenir, mais pas assez pour les écraser; les attirer légèrement en dedans afin de permettre de juger de la qualité de la prise; serrer alors si la prise est bonne, introduire dans l'anneau médian la première phalange de l'index qui glisse tout naturellement d'elle-même dans cette position, puis tirer l'anneau pour sectionner du coup le fragment.

Pour l'amygdale gauche, dont le morcellement est toujours un peu plus difficile, quel que soit l'instrument employé, il suffit de recommander au patient de tourner la tête d'un certain angle du côté gauche pour faciliter la prise.

La dimension restreinte donnée avec intention aux mors permet d'utiliser cet instrument dans tous les cas, chez les enfants aussi bien que chez les adultes.

Le morcellement n'est nullement douloureux, surtout si l'on a soin de ne pas effectuer de trop grosses prises à la fois : le but visé et facile à atteindre avec l'habitude est d'arriver à n'introduire la tête de l'instrument que dans la partie sur laquelle glisse le couteau.

Point n'est besoin d'ailleurs de faire de grosses prises; il est préférable de les faire plus nombreuses dans la même séance.

Une seule séance chez l'enfant, deux ou trois séances chez l'adulte, séparées chacune par un intervalle de dix jours, suffiront, en général, au morcellement complet d'une paire d'amygdales palatines.

Il ne faut pas ignorer que, par le fait de la cicatrisation, l'amygdale entamée diminuera d'un volume de beaucoup supérieur à celui du total des fragments enlevés.

Afin d'éviter tout danger d'hémorragie, on aura soin d'opérer le malade à froid, c'est-à-dire en dehors de toute poussée inflammatoire du côté de la bouche et du pharynx et du nez.

Toute douleur sera évitée au moyen d'un badigeonnage préalable à la solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième. Ce badigeonnage sera suivi d'un autre à la solution d'adrénaline au millième, qui évitera les petites hémorragies gênantes pour la vue pouvant se produire au cours de l'opération.

Trois minutes après le premier badigeonnage, on commencera le morcellement en le faisant précéder, s'il y a lieu, d'un débridement destiné à libérer l'amygdale de ses adhérences et pratiqué au moyen des faulx de Ruault, crochets de différentes tailles coudés sur leur champ et à tranchant interne.

La séance sera immédiatement suivie d'un gargarisme avec de l'eau oxygénée à 12 volumes, coupée par moitié d'eau bouillie froide.

Le soir même le malade prendra une nourriture fluide et glacée, le lendemain, cette même nourriture froide; puis il reviendra graduellement à ses habitudes.

Pendant les cinq ou six jours qui suivront l'intervention, il se gargarisera le matin, le soir et après chaque repas avec la préparation suivante froide :

Résorcine	10 grammes.
Glycérine neutre	āā 30 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.	
Eau bouillie	q. s. p. 500 c. c.

Georges Mahu.

Assistant-suppléant d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Saint-Antoine.

1. Communication faite à la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, 6 Mai 1902.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

15 Mai 1902.

Sur un cas d'endothéliome épithélioïde du noyau rouge. — *MM. Raymond et R. Cestan* apportent une observation, très minutieusement étudiée, démontrant que l'incoordination motrice, les troubles de la parole et l'asynergie cérébelleuse peuvent être provoqués par une lésion du pédoncule cérébelleux supérieur, interrompu au niveau du noyau rouge; en vertu de l'entrecroisement de ce pédoncule cérébelleux au-dessous de ce noyau, les troubles moteurs siègent du côté opposé à la lésion; de plus cette observation démontre que le noyau rouge n'est pas le seul centre producteur du tonus musculaire.

Hémiparesthésie subjective chez un hémiplégique. — *MM. Pierre Marie et Georges Guillain* présentent un malade chez qui, abstraction faite de quelques phénomènes vaso-moteurs enregistrés par la méthode graphique, il existe une véritable hémiplégie sensitive subjective, mais sans trouble de la sensibilité objective. Ces sensations douloureuses des hémiplégiques, généralisées et persistantes, reconnaissent une origine centrale; il est toutefois impossible aujourd'hui de déterminer la localisation de ces paresthésies et de ces algies.

Nature syphilitique du tabes. — *M. Leredde.* La nature syphilitique du tabes, comme de la paralysie générale, peut être démontrée d'une manière mathématique, non par l'étude anatomique, mais par les effets positifs, fréquemment observés, du traitement mercuriel. Ces effets ne peuvent s'expliquer par des coïncidences. *a*) Leur fréquence est considérable; *b*) on les observe surtout dans les cas de tabes franc à évolution progressive et rapide; l'existence de tabes frustes ne peut donc suffire à faire comprendre les rémissions et les guérisons du tabes consécutives au traitement mercuriel; *c*) les effets utiles du mercure sont d'autant plus marqués que la dose de mercure employée est plus élevée.

Les insuccès thérapeutiques s'expliquent facilement. Parmi leurs causes il faut faire figurer souvent un traitement trop peu énergique. La guérison des accidents rebelles de la syphilis dépend de la dose de mercure introduite dans l'organisme et non de la nature du sel. Il y a lieu d'élever au maximum les doses de mercure sous forme de sels solubles (benzoate et biiodure, six à huit centigrammes; cyanure et sublimé, trois à quatre centigrammes par jour) ou insolubles (calomel, quinze à vingt centigrammes par semaine, par piqûres de dix centigrammes de plus en plus rapprochées).

M. Babinski. La question du traitement mercuriel dans le tabes a été maintes fois discutée, et récemment encore elle a fait l'objet d'une discussion à la Société de neurologie. Je suis de ceux qui sont persuadés que le mercure peut exercer sur cette affection une action favorable, qu'il peut en arrêter l'évolution dans une certaine mesure, mais qu'il faut pour cela faire durer longtemps le traitement, administrer de fortes doses et employer de préférence le calomel en injections.

Tout ce que vient de dire à ce sujet M. Leredde n'est donc pas nouveau. Ce qui serait nouveau, ce serait de pouvoir obtenir, comme l'admet M. Leredde, de véritables guérisons, c'est-à-dire un retour à l'état normal chez des malades ayant présenté des signes caractéristiques du tabes; mais à l'appui de son opinion, il n'apporte aucun fait probant.

Le liquide céphalo-rachidien au cours de l'hydrargyrisme chronique. Présence du mercure. — *MM. Raymond et Sicard.* Chez un malade soumis par son métier à une intoxication chronique par le mercure, après de longues années, nous avons pratiqué la ponction lombaire. L'examen du liquide céphalo-rachidien nous a permis de déceler, outre une lymphocytose discrète, la présence de très minimes quantités de mercure. Ces faits permettent de supposer que la pathogénie des accidents nerveux hydrargyriques est plutôt sous la dépendance de troubles organiques que de troubles fonctionnels, dynamiques, hystériques.

De l'équilibre volitionnel statique et de l'équilibre volitionnel cinétique, asynergie et catalepsie. — *M. J. Babinski.* L'équilibre volitionnel, c'est-à-dire l'équilibre dont la réalisation nécessite l'intervention d'un acte de la volonté et que la volition peut rompre, doit être envisagé sous deux faces, suivant que le corps est au repos, ou qu'il est en mouvement; dans le premier cas il est statique; il est cinétique dans le second.

Ces deux modes de l'équilibre volitionnel pourraient même être considérés comme deux fonctions distinctes.

Dans l'ataxie tabétique ces deux modes de l'équilibre sont troublés, mais la perturbation de l'équilibre statique est plus manifeste au début que celle de l'équilibre cinétique.

Dans l'asynergie cérébelleuse, au contraire, l'équilibre statique peut être conservé, alors que l'équilibre cinétique est profondément troublé. Bien plus, la faculté de maintenir les muscles dans la fixité peut être plus grande qu'à l'état normal, de telle sorte que l'affaiblissement de la fonction de l'équilibre cinétique coïncide avec l'exaltation de la fonction de l'équilibre statique et que l'asynergie s'associe à la catalepsie.

Mes observations tendent à montrer que la catalepsie, de même que l'asynergie, peut dépendre d'une lésion cérébelleuse.

Sur la valeur séméiologique des perturbations du vertige voltaïque. — *M. J. Babinski.* A l'état normal, quand on applique aux tempes et aux apophyses mastoïdes les deux électrodes d'un appareil voltaïque on provoque chez le sujet en expérience, avec un courant de un ou de quelques milliampères, une sensation de vertige et une inclination de la tête du côté du pôle positif. C'est là le vertige voltaïque normal, qu'on pourrait appeler « bilatéral ».

J'ai montré, il y a plus d'un an, et mes observations ont été confirmées par MM. Gellé, Napieralski, Escat, Cros, qu'une lésion unilatérale de l'oreille provoque ordinairement une modification du vertige voltaïque qui consiste en ce que l'inclination, au lieu de s'opérer du côté du pôle positif, c'est-à-dire tantôt à droite, tantôt à gauche, suivant le sens du courant, ne se produit que du côté malade, ou prédomine de ce côté, quel que soit le sens du courant. La dénomination « vertige voltaïque unilatéral » pourrait s'appliquer à ce mode de perturbation.

Dans certains cas de lésions auriculaires le vertige est irrégulier; il est bilatéral à certains moments, unilatéral à d'autres. Mais il existe encore une autre sorte de perturbation du vertige voltaïque qu'il est utile de connaître; on l'observe dans des cas de lésion des deux oreilles avec surdité complète; un courant même intense, de 15 à 20 milliampères, ne provoque ni sensation de vertige, ni inclination à gauche ou à droite de la tête qui reste immobile ou bien se porte en arrière. Ce caractère permet de distinguer de la surdité hystérique, où le vertige est normal, la surdité organique liée à des lésions de l'oreille interne; il peut être le seul signe objectif permettant d'établir le diagnostic et mérite par conséquent d'être connu aussi bien des auristes que des neurologistes.

La syringomyélie traumatique. — *M. Georges Guillain.* Nous avons observé quatre syringomyéliques chez lesquels l'affection paraît consécutive à un traumatisme sur la colonne vertébrale (chute dans un escalier, coups sur la nuque, etc.). En parcourant les observations publiées nous en avons trouvé un assez grand nombre où un traumatisme existe parmi les antécédents des malades. Aussi est-il impossible d'admettre une simple coïncidence. Le traumatisme peut créer ou une hématomyélie ou des nécroses, des déchirures médullaires, une véritable myélite traumatique. Qu'il s'agisse de lésions parenchymateuses ou interstitielles traumatiques, qu'il s'agisse d'hématomyélie, la névraglie pourra proliférer plus tard. La paroi des kystes dus à une hématomyélie, la névroglie périjacente à cette paroi pourront être le point de départ du processus de gliose. Les altérations du canal central qui existent dans les cas de traumatisme médullaire ou d'hématomyélie, pourront aussi être le point de départ d'altérations névrogliques périjacentes.

On peut se demander aussi, si certaines syringomyélies débutant plus ou moins tard dans l'enfance, l'adolescence où l'âge adulte n'ont pas leur origine première dans un traumatisme obstétrical.

Pour refuser toute action effective à un traumatisme sur la genèse de la syringomyélie, on aurait tort d'objecter l'espace de temps souvent long entre le moment de ce traumatisme et le début apparent des manifestations de la gliose.

On connaît bien en pathologie viscérale les actions à longue échéance des agents physiques et chimiques. Pour prendre un exemple en pathologie médullaire, nous connaissons chez les malades atteints de paralysie infantile les reprises tardives de l'affection.

Parmi les multiples causes de la syringomyélie, le traumatisme doit être pris en considération dans un grand nombre de cas.

Otorragie hystérique chez l'homme. — *MM. A. Souques et Mariette.* Il s'agit d'un homme de quarante et un ans qui, il y a cinq ans, à la suite d'un coup de foudre, présenta une hémiplégie gauche hystérique. Depuis se sont développés chez lui une série d'accidents hystériques tels que crises convulsives, automatisme ambulatoire, polyurie paroxystique. Durant ce laps de temps sont survenues chez lui des otorragies peu abondantes, courtes, qui se sont reproduites cinq ou six fois par l'oreille gauche.

L'examen otoscopique, pratiqué après une de ces hémorragies auriculaires, montre que, du côté gauche, l'oreille moyenne est saine, le tympan non perforé, et que le conduit auditif externe n'offre aucune espèce d'érosion. La région prétympanique est très congestionnée, particulièrement au niveau des parois postérieure et inférieure du conduit osseux; en ce dernier point, il existe un véritable bourrelet très rouge. Le moindre attouchement du conduit auditif détermine une congestion intense du tympan tout entier et des parois du conduit. Dans l'oreille droite, le tympan est intact et le frottement y provoque une rougeur moins prononcée que dans l'oreille gauche.

Il n'existe ni douleurs ni bourdonnements d'oreille. L'acuité de l'ouïe est diminuée du côté gauche. Il y a, du reste, hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche du corps, avec polyurie abondante et dermographisme. Il n'y a aucun signe d'hémophilie.

Toutes les observations d'otorragie hystérique publiées jusqu'ici concernent la femme, et presque toutes (30 sur 37) sont complémentaires ou supplémentaires des règles.

Le mécanisme de ces otorragies a été assimilé à un pur phénomène d'hématidrose, les glandes cérumeneuses étant comparables aux glandes sudoripares. Il n'est pas démontré qu'il soit univoque et que l'hémorragie, dans certains cas, ne soit la conséquence d'une rupture des capillaires de la paroi du conduit proprement dite, par le fait d'une congestion vaso-motrice extrême.

Recherches urologiques sur la démence précoce à forme catatonique. — *MM. Maurice Dide et Louis Chenais* démontrent que, dans la démence précoce à forme catatonique, la quantité d'urine est diminuée, la densité est augmentée, l'urée est diminuée, les phosphates sont variables, les chlorures sont augmentés.

Nouvelle méthode de mensuration cérébrale. — *MM. Dide et Chenais* ont démontré, par une nouvelle méthode de mensuration cérébrale, que, dans la démence, il existait une atrophie relative du lobe pariétal par rapport au lobe frontal.

Un cas de sclérose en plaques. — *M. Gilbert Ballet* communique un cas de sclérose en plaques dans lequel les symptômes furent transitoires et récidivants.

Un cas d'association hystéro-organique. — *MM. Crouzon et Dobrovici* présentent un malade atteint de tabes chez qui ont évolué des accidents hystériques : hémispasme glosso-labié et hémiplégie.

Paralysie amyotrophique du membre supérieur droit. — *M. H. Lamy* présente un jeune homme de vingt-deux ans atteint depuis quatre ans d'une atrophie considérable du membre supérieur droit. Il est difficile d'expliquer cette atrophie : myopathie, névrite radiculaire, ou lésion centrale de la moelle cervico-dorsale?

Recherche du réflexe lumineux à l'aide de radiations diverses. — *M. Maurice Dupont* présente trois appareils permettant d'explorer le réflexe lumineux à l'aide de radiations diverses.

Cécité avec conservation de la vision centrale. Autopsie. — *MM. Touche et Cruchaudeau* rapportent un cas dans lequel la disparition du champ visuel, à l'exception de la vision centrale, semble reconnaître comme cause, non pas une lésion de l'encéphale, mais une compression bilatérale des sympathiques.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

13 Juin 1902.

Kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu. — *M. Mouchotte* présente un kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu, enlevé par M. J.-L. Faure. La malade, actuellement complètement guérie, avait commencé à souffrir il y a cinq ou six mois; mais les phénomènes aigus symptomatiques de la torsion n'étaient apparus que quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, au moment d'une période menstruelle.

Le kyste, qui remontait à l'ombilic, était rempli de sang; le pédicule était tordu d'un tour de dehors en dedans.

Kyste dermoïde de l'ovaire droit à pédicule tordu. — *M. Mouchotte* apporte un kyste dermoïde de l'ovaire droit à pédicule tordu, enlevé par M. Faure. La malade avait souffert de son kyste plusieurs fois, à des époques très éloignées. Certaines positions étaient impossibles, le décubitus latéral gauche par exemple. Les accidents de torsion apparurent deux mois avant l'entrée à l'hôpital. La plupart des mouvements brusques devinrent très douloureux. Le kyste, très tendu, dévié à droite, remontant à l'ombilic, était immobilisé par des adhérences récentes. Son pédicule était tordu de dehors en dedans. La malade est complètement guérie.

Kyste parovarien droit à pédicule tordu. — *M. Mouchotte* montre encore un kyste parovarien droit à pédicule tordu opéré avec succès par M. Faure. Il y a un an, la femme s'aperçut, deux jours avant le début des règles, qu'elle avait une grosseur dans le côté droit du ventre. Cette grosseur était sensible à la palpation. Depuis cette époque les règles diminuèrent d'intensité et de durée. Peu à peu la tuméfaction grossit, l'augmentation de volume se manifestant surtout au moment des périodes menstruelles. Cette tumeur, juxta et rétro-utérine, fluctuante, fut diagnostiquée kyste parovarique droit. L'opération confirma le diagnostic. Le kyste avait soulevé le feuillet antérieur du ligament large droit, s'était pédiculisé, avait basculé par-dessus l'aileron tubo-utérin en tordant son pédicule d'un tour et s'était prolabé dans le cavum rétro-utérin.

Lymphangite aiguë pulmonaire et lésions périlymphangitiques alvéolaires au cours de la tuberculose pulmonaire. — *M. Letulle* montre des coupes de poumon et de plèvre qui prouvent que lors de pleurésie aiguë, au cours de la tuberculose pulmonaire, on peut observer, sur les coupes du poumon, des traînées de lymphangite aiguë sous-pleurale et péri-lobulaire. Les alvéoles qui bordent les lymphatiques enflammés sont atteints alors de pneumonie fibrineuse aiguë non bacillaire.

Tumeur du mésentère. — *M. Péraire* apporte un lipome arborescent du mésentère, ayant donné lieu à des phénomènes de compression intestinale et vésicale. La tumeur a le volume du poing; elle contenait un liquide huileux. Une fistule a persisté après l'ablation.

Pyosalpinx. — *M. Lavenant* montre des pièces de salpingite opérée par M. Potherat; il n'y avait pas d'adhérences péritonéales, malgré l'ancienneté des lésions (trois ans); l'une des trompes était considérablement dilatée par un pus abondant dont l'examen a révélé la présence du gonocoque.

Sarcome du brachial antérieur. — *M. Paul Bouchet* présente un sarcome du brachial antérieur, globo-cellulaire, à petites cellules.

M. Schwartz, dans le service duquel était le malade, avait pensé à une adénite bacillaire du ganglion épitrochléen.

L'examen histologique de M. Cornil fit faire le diagnostic.

La récidive rapide, trois mois après l'extirpation, le confirma.

On pratiqua l'amputation du bras. La pièce a été extrêmement bien conservée, grâce à une congélation de — 20°. Le cas particulier est intéressant parce

que, contrairement à la normale, on avait pensé à de la tuberculose.

Lympho-sarcome de l'intestin chez le cheval. — *M. G. Petit* (d'Alfort) présente un cas exceptionnel de lympho-sarcomatose intestinale observé chez une jument âgée. Il existe sur l'intestin de nombreuses tumeurs de volume variable, ressemblant à des macarons. La particularité la plus curieuse consiste en une énorme dilatation de l'intestin grêle néoplasique, au niveau de laquelle la paroi possède 10 centimètres d'épaisseur. L'étude histologique démontre qu'il s'agit d'un lympho-sarcome.

M. Petit montre également des tumeurs cancéreuses du foie, des reins et de l'oviducte recueillies chez une poule.

Fracture de jambe; amputation. — *M. Morestin* montre les pièces d'un cas de fracture compliquée de l'extrémité inférieure de la jambe, avec fragment intra-articulaire dans la tibio-tarsienne. Le traitement conservateur étant ici dangereux pour la vie du malade, il a dû faire l'amputation de la jambe.

Fracture d'un rachis tuberculeux. — *M. Morestin* communique un cas de fracture de la colonne cervicale chez un malade qui offre des lésions tuberculeuses indéniables. Après une chute dans un escalier, il avait présenté de la paraplégie, des troubles des sphincters et un point très douloureux au niveau de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre cervicale.

A l'autopsie, diastasis entre la 4e et 5e cervicales, deux abcès ossifluents, nécrose des apophyses articulaires, foyer caséeux à la face externe de la dure-mère. Pas de lésions des ligaments jaunes à la dissection de la pièce.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

13 Juin 1902.

Exostoses multiples ayant suppuré, — syndrome syringomyélique (main de Morvan, thermo-anesthésie), — chez un homme de trente et un ans, hystérique et tuberculeux. — *MM. P.-E. Launoy et Pierre Roy* montrent un malade qui présente un grand nombre d'exostoses disséminées sur toutes les pièces du squelette et très visibles sur les épreuves radiographiques. Il ne s'agit pas là d'exostoses ostéogéniques, car elles ne sont ni tout à fait symétriques, ni exactement juxta-épiphysaires; de plus, elles n'ont été reconnues qu'à un âge déjà avancé (vingt-trois ans) et, caractère différentiel très important, elles ont suppuré il y a huit ans et ont nécessité un grand nombre d'interventions chirurgicales aux membres inférieurs.

Mais ce qui rend particulièrement difficile l'interprétation pathogénique de ces exostoses multiples, ce sont les amputations spontanées de l'index et du médius de la main gauche qui sont apparues il y a six mois et qui reproduisent actuellement le type de la main qu'on observe dans les panaris analgésiques de Morvan. La constatation d'une thermo-anesthésie totale et complète dans toute la moitié gauche du corps vient encore renforcer l'hypothèse de syringomyélie. Mais, bien que dans certaines observations la thermo-anesthésie syringomyélique ait été exactement limitée à une moitié du corps (Dejerine et Sottas, Hauser, etc.), bien que certains auteurs aient observé des exostoses dans la syringomyélie (Dejerine), et bien que, d'après Tordeur, les exostoses multiples soient sous la dépendance de lésions des cornes antérieures de la moelle, il semble plus vraisemblable de mettre cette hémianesthésie totale et complète, sensitivo-sensorielle, comprenant la face, s'arrêtant régulièrement sur la ligne médiane et sans topographie radiculaire ou segmentaire, sur le compte de l'hystérie dont le malade présente d'indéniables stigmates (abolition des réflexes pharyngien, cornéen, nasal du côté gauche, diminution de l'acuité auditive et rétrécissement concentrique du champ visuel du même côté, zones hystérogènes, hémiplégie hystérique gauche, il y a huit ans).

Heyman, Brun, Pommeau ont noté la présence d'antécédents tuberculeux héréditaires et personnels chez les sujets porteurs d'exostoses multiples. Ce malade a perdu sa mère et un frère morts de tuberculose; lui-même présente une infiltration bacillaire de tout le poumon gauche, et peut-être la tuberculose n'a-t-elle pas été sans influence sur la tendance suppurative de plusieurs de ces exostoses, si différente de l'évolution des exostoses ostéogéniques.

Un cas d'achondroplasie. — *MM. Méry et Raoul Labbé* présentent un enfant de douze ans atteint d'achondroplasie. L'examen radiographique montre que les cartilages épiphysaires sont conservés, mais diminués d'épaisseur.

Le traitement thyroïdien, à la dose de 15 à 30 centigrammes d'extrait, a été donné depuis Juillet 1901 jusqu'à maintenant. Pendant ce laps de temps l'enfant a grandi de 4 centimètres.

M. Comby rapporte l'observation d'un enfant de cinq ans chez qui l'achondroplasie ne fut en rien modifiée par le traitement thyroïdien.

M. Pierre Marie fait remarquer que l'enfant présenté par M. Méry a quelques stigmates de rachitisme; rachitisme et achondroplasie n'ont cependant aucun rapport.

M. Joffroy croit que le traitement thyroïdien ne peut produire de résultat que lorsqu'il est poussé au point de donner de la tachycardie.

Relations existant entre les troubles pupillaires, la syphilis, le tabes et la paralysie générale. — *M. H. Dufour* a recherché sur près de 1.100 malades, adultes ou vieillards, atteints d'affections variées, graves ou légères, syphilitiques ou non, les relations existant entre la syphilis, le tabes, la paralysie générale et les troubles pupillaires.

Sur ce chiffre 80 hommes et 19 femmes étaient des syphilitiques avérés. L'inégalité pupillaire observée à l'état isolé est souvent indépendante de la syphilis ou des maladies nerveuses; elle n'a donc qu'une valeur médiocre. L'irrégularité pupillaire a dans la grande majorité des cas, mais non dans tous, une importance considérable pour retrouver dans le passé des malades une infection syphilitique, ou pour déceler l'évolution de maladies dites parasyphilitiques. Le signe d'Argyll-Robertson a toujours été rencontré chez des syphilitiques, des paralytiques généraux ou des tabétiques. Sur un ensemble de 80 syphilitiques hommes, il y en a un quart environ dont le système nerveux ou pupillaire est adultéré par la syphilis ou par la parasyphilis. Ces recherches confirment l'opinion de M. Babinski sur les rapports existant entre la syphilis et le signe d'Argyll-Robertson et les recherches de MM. Joffroy et Schrameck sur les déformations pupillaires dans le tabes, la paralysie générale, la syphilis.

M. Widal a observé deux malades ne présentant que le signe d'Argyll-Robertson et chez lesquels le cytodiagnostic a permis de trouver une lymphocytose très abondante.

M. Pierre Marie croit que le signe d'Argyll-Robertson est la conséquence d'une lésion des cordons postérieurs. Cette lésion est le plus souvent sous la dépendance de la syphilis, mais d'autres infections peuvent la produire.

L'hépatite graisseuse latente des alcooliques. — *MM. A. Gilbert et P. Lereboullet* montrent que parmi les multiples conséquences de l'action de l'alcoolisme chronique sur le foie il en est une, particulièrement fréquente, qui, compatible avec une santé en apparence satisfaisante, est communément méconnue. Elle mérite d'être décrite sous le nom d'hépatite graisseuse latente. Les sujets qui en sont atteints sont des alcooliques avérés, et ne présentent toutefois pas le plus souvent de signes fonctionnels apparents d'une altération hépatique; ils semblent objectivement dans un état de santé parfait. Mais lorsque survient une maladie intercurrente, pneumonie ou érysipèle, lorsqu'ils subissent un traumatisme accidentel ou chirurgical, ces malades sont pris souvent subitement d'accidents graves et souvent mortels qui sont sous la dépendance de l'altération hépatique antérieure.

C'est ainsi que la pneumonie a, chez eux, les caractères attribués classiquement à la pneumonie des buveurs. Elle s'accompagne d'une hypertrophie notable du foie: le delirium tremens y fait rarement défaut, quoique souvent à peine ébauché; la mort y est presque constante. A l'autopsie, on ne trouve souvent qu'une pneumonie peu étendue, insuffisante à elle seule à expliquer la mort. En revanche le foie est dans ces cas le siège d'altérations profondes pour lesquelles le nom d'hépatite graisseuse est justifié; il se distingue à l'œil nu par son hypertrophie et son aspect jaunâtre, au microscope par la transformation graisseuse des cellules hépatiques, plus ou moins complète suivant les cas, mais ne s'accompagnant pas, en général, de cirrhose marquée. Ces lésions du foie sont évidentes et certainement antérieures à la pneumonie. L'absence de lésions importantes des autres viscères montre bien leur importance. C'est à elles qu'est due l'allure si souvent mortelle de la pneumonie des buveurs.

Lorsque la pneumonie guérit, elle est, chez ces malades, riche en complications diverses, et s'accompagne d'altérations persistantes et prolongées du chimisme hépatique.

Si, d'ailleurs, on fait l'examen systématique d'alcooliques en état de santé apparente, on retrouve facilement chez certains d'entre eux des signes permettant de présumer l'existence de cette hépatite graisseuse latente. Leur foie est hypertrophié et ne paraît pas augmenté de consistance. Ils ont en outre de l'insuffisance hépatique décelée par l'examen méthodique des urines et se traduisant notamment par l'hypoazoturie et la glycosurie digestive. L'affection du foie existe donc, mais l'insuffisance hépatique qu'elle entraîne reste latente jusqu'au jour où, du fait d'une maladie intercurrente, elle provoque des accidents graves et souvent mortels.

Il s'agit donc d'un type assez bien spécifié par ses lésions anatomiques et son allure clinique pour être isolé et décrit à côté des cirrhoses alcooliques hypertrophiques ou atrophiques, de la cirrhose hypertrophique diffuse, de la cirrhose pigmentaire d'origine alcoolique, des cirrhoses hypertrophiques graisseuses. Beaucoup plus fréquente que ces diverses affections, l'hépatite graisseuse latente des alcooliques est très importante à connaître, car si les malades ne meurent pas de leur maladie du foie, du moins meurent-ils à cause de leur maladie du foie.

La fréquence de cette affection est telle qu'elle ne pouvait pas avoir passé inaperçue. Et l'on peut en trouver la mention, soit dans les travaux consacrés à l'action de l'alcoolisme sur le foie (notamment dans ceux de Lancereaux), soit dans ceux qui étudient les caractères et le pronostic de la pneumonie des buveurs. Mais sa description n'a jamais été qu'ébauchée et elle n'a pas, dans les descriptions classiques, la place qu'elle mérite, étant la plus fréquente des manifestations de l'alcoolisme sur le foie. Aussi était-il important de la séparer des cirrhoses communes et d'en préciser les symptômes, le pronostic et les lésions.

Zona métamérique. Infection par le leptothrix. — *MM. Follet et Sacquépée* apportent une observation de zona à distribution métamérique. L'examen bactériologique prouva que le leptothrix était l'agent de l'infection.

Gangrène symétrique des extrémités au cours de la fièvre typhoïde. — *M. Belin* communique deux observations de typhiques chez qui se montrèrent des gangrènes symétriques des extrémités.

Abcès du cerveau. Sinusites frontales et ethmoïdales d'origine grippale. — *M. Belin* apporte l'observation d'un malade atteint de grippe chez qui survinrent des complications de sinusites frontales et ethmoïdales et consécutivement d'abcès du cerveau.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

14 Juin 1902.

Du microbisme normal des voies biliaires extra-hépatiques. — *MM. Gilbert et Lippmann.* Nous avons étudié le microbisme des voies biliaires du chien, les prises de bile étant faites en différents points: vésicule, canal cholédoque, tiers supérieur et tiers moyen. Le liquide, recueilli avec toutes les précautions aseptiques, était ensemencé sur milieux aérobies et anaérobies (méthode de Veillon et Zuber). Les cultures aérobies se montrèrent presque dans tous les cas stériles, alors que les ensemencements en milieux spéciaux anaérobies donnèrent des résultats positifs constants.

Si donc nos recherches concordent jusqu'à un certain point avec les travaux antérieurs, en ce qui concerne l'étude bactériologique aérobie des voies biliaires, par contre, dès que l'on fait entrer en ligne de compte les germes anaérobies, nos résultats se trouvent en opposition absolue avec les idées en cours actuellement sur la stérilité normale des voies biliaires extra-hépatiques supérieures. Ces dernières se sont trouvées constamment habitées par des germes anaérobies divers. C'est donc dans la recherche systématique de ces derniers, totalement négligée dans les observations antérieures, qu'il fait trouver l'explication de cette contradiction plus apparente que réelle.

Étant donné le rôle considérable joué par les microbes dans les affections des voies biliaires, on conçoit toute l'importance des conclusions qui ressortent de ces travaux.

Recherches sur la leucocytose qualitative dans les angines non diphtériques. — *M. L. Lortat-*

Jacob. Après avoir examiné le sang de dix-sept enfants atteints d'angine non diphtérique, je crois pouvoir envisager deux ordres de faits :

1° Les angines non diphtériques ayant évolué sans sérum.

Les unes, angines herpétiques franches, ont montré au début une augmentation considérable des polynucléaires neutrophiles, avec une diminution simultanée des lymphocytes, dans les proportions de 89,66 p. 100 de polynucléaires et 2,66 pour 100 de lymphocytes (enfants de douze ans).

Dans ces angines, les mononucléaires étaient encore proportionnellement plus diminués.

Avec la disparition des vésicules d'herpès, les polynucléaires baissent brusquement; et les lymphocytes remontent, mais d'une façon peu considérable. A cette époque apparaît l'éosinophilie, 5 pour 100. Les mononucléaires augmentent rapidement.

Les autres angines pseudo-membraneuses, sans bacilles de Lœffler, ont une réaction polynucléaire beaucoup plus lente à s'établir que dans les angines herpétiques; en même temps, le taux des lymphocytes est diminué et reste longtemps stationnaire. Ce sont les mononucléaires qui paraissent subir les plus fortes oscillations décroissantes après la période de déchet.

2° Dans le deuxième ordre de faits, il s'agit d'angines de même sorte, mais ayant évolué avec l'action du sérum de Roux fait préventivement.

Dans ces conditions, les résultats se sont montrés sensiblement différents touchant la lymphocytose, et l'auteur conclut :

1° En comparant ces deux séries entre elles, on constate, dans la série des angines non diphtériques traitées par le sérum de Roux, une augmentation des lymphocytes relativement beaucoup plus élevée et durable que dans les angines sans sérum.

2° Cette lymphocytose débute dans les cinquante à soixante heures qui suivent l'injection de sérum, un peu avant l'apparition appréciable de la tuméfaction ganglionnaire, le plus souvent locale, indolore, parfois peu accusée, mais toujours constante, qui existe vers le quatrième ou cinquième jour après l'injection,

3° Cette réaction lymphocytaire associée à la réaction ganglionnaire démontre la part qui revient au sérum dans l'activité du ganglion, en dehors de son action spécifique. Il s'agit là d'une réaction défensive.

4° Enfin, en faisant l'examen du sang en séries, on peut, au moment de la période d'augment de la courbe lymphocytaire, assister à une chute brusque et à une élévation des polynucléaires neutrophiles; cet incident précède l'érythème et permet d'en faire le diagnostic, chez l'enfant, avant ses déterminations cutanées.

Recherches sur l'occlusion des paupières pendant la veille et le sommeil dans la paralysie faciale. — *MM. N. Vaschide et Cl. Vurpas*. Nous avons étudié comparativement pendant le sommeil et pendant la veille deux sujets atteints de paralysie faciale. Sur le premier, alors que pendant la veille l'occlusion volontaire des paupières ne faisait que s'esquisser et était loin d'être complète (8 millimètres environ d'écartement entre les paupières), elle était totale ou à peu près pendant le sommeil (1 à 2 millimètres d'écartement à peine).

Sur le second, à l'état de veille, l'occlusion volontaire n'arrivait pas à diminuer l'écartement entre les deux paupières en deçà de 7 millimètres; pendant le sommeil, l'écartement palpébral était de 5 millimètres normalement et tombait parfois à 3 ou 4 millimètres.

De l'étude de ces cas, il semble résulter que l'orbiculaire des paupières, innervé par le facial, est paralysé. A l'état de veille, sa tonicité n'est pas capable de provoquer l'occlusion des paupières. Au contraire, pendant le sommeil l'hypotonicité du releveur de la paupière est telle que l'orbiculaire, sous l'influence de suppléances nerveuses, soit anatomiques, soit simplement fonctionnelles, devient capable de provoquer l'occlusion des paupières; et si l'occlusion n'est pas complète, l'écartement palpébral est notablement diminué.

Bactériologie des abcès hépatiques dysentériques. — *M. Lesage*. Au cours de recherches bactériologiques faites sur des abcès du foie chez des malades atteints de dysenterie, j'ai constaté, dans le sang de ces malades et dans le pus de ces abcès, un germe particulier que je range dans le groupe des pasteurella. Mes résultats se sont montrés concordants pour tous les cas examinés.

A. Sicard.

ACADÉMIE DES SCIENCES

9 et 16 Juin 1902.

Les leucomaïnes diabétogènes. — *MM. R. Lépine et Boulud*. Ces auteurs ont étudié comment se comporte, quand il est injecté sous la peau d'un animal, l'extrait alcoolique de divers animaux sains ou à des états pathologiques variés. Voici les principaux faits qu'ils ont constatés :

L'extrait alcoolique de chien sain injecté au cobaye ne détermine pas de glycosurie, ce qui a lieu, au contraire, et à dose plus faible, quand l'extrait a été recueilli environ une heure après une asphyxie, à moins que l'on n'ait auparavant faradisé les nerfs du pancréas de l'animal ayant fourni l'extrait.

L'extrait de sang de chien recueilli quelques heures après l'ablation du pancréas est fortement diabétogène, à moins que l'on n'ait, après l'ablation de la glande, électrisé le bout central du sciatique.

L'extrait de sang de l'homme pneumonique est diabétogène, celui de l'urémique ne l'étant pas.

Enfin, de façon générale, la substance diabétogène cristallisable est localisée dans le sérum à l'exclusion des globules rouges.

La lipase du sang. — *M. Hanriot*. En réponse à des expériences par lesquelles MM. Doyon et Morel pensaient établir la non existence affirmée par lui de la lipase dans le sang, M. Hanriot montre que ces expériences de ses contradicteurs confirment en réalité ses assertions, puisqu'elles établissent sans réplique, ainsi qu'il l'avait annoncé, que 12 pour 100 des graisses du sang, 42 pour 100 des graisses du sérum sont dédoublées, ce qui ne saurait justement se produire sans l'action du ferment.

Sur une différence qualitative entre les effets excito-moteurs des courants induits de fermeture et d'ouverture. — *Mlle J. Ioteyko*. Contrairement à l'opinion exprimée naguère par Tiegel, les effets moteurs des courants de fermeture et d'ouverture, a reconnu Mlle Ioteyko, ne sont pas caractérisés par une différence quantitative, entre les effets des deux ondes, mais il existe entre les effets excito-moteurs des deux ondes, une différence qualitative à côté d'une différence quantitative. C'est par un examen portant sur plusieurs centaines de préparations névro-musculaires de grenouille, tant à l'état frais qu'à l'état de fatigue ou dans l'anesthésie locale, que l'auteur du travail a vérifié ses constatations.

La morphologie interne des thylacoplettus. — *M. Coutières*. Cet auteur a observé que ce rhizencéphale, parasite des alphéidés, se fixe précisément à l'endroit même ou il doit vivre, soit sur l'abdomen du crustacé qui lui sert d'hôte, et qui ne présente pas en réalité les migrations que l'on a cru voir chez la sacculine.

Sur l'existence de l'arsenic dans l'organisme. — *M. Gabriel Bertrand*. Avant les recherches, datant de 1899 et de 1900, de M. Armand Gautier, l'on admettait unanimement dans la science que l'arsenic ne se rencontre point normalement dans les tissus des êtres vivants. Cette opinion est du reste encore aujourd'hui soutenue par certains savants. Divers auteurs allemands, parmi lesquels Holmeizer et Czerny, en particulier ont en effet en ces temps derniers contesté la découverte de M. Gautier.

C'est là une circonstance qui donne un intérêt particulier à la communication que vient d'adresser M. Gabriel Bertrand. Celui-ci s'est occupé de contrôler et de vérifier toutes les recherches de M. Gautier sur la présence de l'arsenic dans les tissus.

Pour effectuer ses analyses, M. Bertrand recourt à la méthode classique de Marsch, mais après en avoir perfectionné la technique et l'avoir rendue si sensible qu'il lui est possible, avec elle, de déceler jusqu'au demi-millième de milligramme d'arsenic. De plus, M. Bertrand a reconnu la nécessité de purifier l'acide azotique du commerce, qui renferme toujours de l'arsenic en quantités appréciables.

Ces points établis, M. Bertrand s'est procuré des organes épidermiques, de la glande thyroïde d'un jeune veau d'un mois n'ayant jamais été soumis à aucune médication arsenicale et né d'une génisse n'ayant elle-même jamais reçu d'arsenic, et, dans ces organes, il a parfaitement trouvé, de façon constante, ainsi que M. Gautier l'a affirmé naguère, de l'arsenic. Ayant eu occasion d'examiner des glandes thyroïdes de phoque, M. Bertrand a vu encore qu'elles contenaient de l'arsenic.

La conclusion de ces recherches est donc que l'arsenic existe bien normalement et de façon constante dans les organes épidermiques et dans la glande thyroïde, comme l'a naguère affirmé M. Gautier. Si les auteurs allemands qui ont contesté ses résultats n'en ont point constaté la présence, c'est, en réalité, qu'ils ont négligé de prendre les précautions nécessaires dans ces recherches infiniment délicates.

Reproduction de fresques peintes de l'époque paléolithique sur les parois de la grotte de Font-de-Gaume. — *MM. Capetan et Breuil*. Ces auteurs ont présenté à l'Académie des reproductions grandeur naturelle et en couleur, exécutées d'après nature, de six des fresques peintes sur les parois de cette grotte obscure par des habitants de la fin de l'époque paléolithique. Ces figures, au nombre de 80, se rapportent surtout à des bisons; quelques-unes sont gravées, mais la plupart sont peintes à fresque à l'ocre rouge et noire. Elles sont fréquemment recouvertes d'un enduit stalagmitique qui marque leur très haute antiquité. Ces fresques sont les premières qui aient été peintes en Gaule. Leur antiquité paraît remonter à environ dix mille ans.

Action hémolytique du venin de cobra. — *M. Calmette*. Les globules du sang, centrifugés et lavés par de l'eau physiologique, ne sont plus dissous par le venin de cobra; pour que leur dissolution ait lieu, il faut une addition d'une certaine quantité de sérum. On pensait tout d'abord que c'est à l'alexine contenue dans le sérum qu'est due cette action. En chauffant le sérum à une température où l'alexine est détruite, M. Calmette a montré qu'il n'en est point ainsi et que l'agent dissolvant des globules est un autre principe contenu dans le sérum.

M. Calmette a encore reconnu que les globules rouges lavés sont susceptibles de fixer le venin de cobra, si bien alors que l'addition d'une petite quantité de sérum provoque leur dissolution immédiate.

Chez les animaux immunisés, les globules rouges lavés peuvent encore être dissous par le venin en présence du sérum. C'est donc que les globules rouges n'ont pas de résistance particulière. S'ils ne sont pas dissous chez les animaux immunisés, c'est grâce à la présence d'une substance spéciale dans le sérum de ces animaux.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

17 Juin 1902.

L'éducation physiologique du sourd-muet. — *M. Dussaud* présente un certain nombre d'enfants sourd-muets de naissance à qui il est arrivé à rendre l'usage de la parole grâce à une méthode physiologique basée sur les principes suivants : agir sur l'enfant à la période où normalement le langage commence à se développer; faire des exercices auriculaires qui s'adressent plus ou moins à la fonction auditive elle-même dont l'intervention primordiale est nécessaire à l'acquisition et au fonctionnement de la parole; usage d'appareils de renforcement du son (amplificateur audiométrique de Dussaud, phonographe haut parleur ou stentor); utilisation au début des sons musicaux avant les sons parlés.

La piroplasmose canine. — *MM. Nocard et Motas*. Le Piroplasma bigeminum, variété de trypanosome parasite des globules rouges, produit chez le chien une infection particulière analogue à la fièvre du Texas, pouvant se communiquer aux bovidés, aux chèvres, aux moutons, etc.

Le parasite est ordinairement piriforme, quelquefois sphérique, et contenu à l'intérieur des globules rouges.

Il existe une forme aiguë de la maladie se caractérisant chez le chien par de la fièvre, de l'inappétence, de la tristesse; l'anémie se produit rapidement, il survient de l'albuminurie et surtout de l'hémoglobinurie. Si l'animal ne succombe pas très rapidement, l'urine devient ictérique. La destruction globulaire est considérable; de 7 millions, chiffre ordinaire chez le chien sain, le nombre des hématies tombe à 2 millions et au-dessous; les globules blancs augmentent, au contraire, de nombre.

Dans les formes lentes il se produit surtout de l'anémie profonde, de la faiblesse musculaire, un peu d'hémoglobinurie ou d'ictère; l'anémie est toujours très marquée.

La maladie peut se transmettre facilement au chien au moyen d'inoculation, par du sang; un jeune chien peut être tué par une goutte de sang; il en faut un centimètre cube pour un chien plus âgé.

Tous les animaux ne meurent pas; ceux qui guérissent ont une immunité solide. La guérison se fait au moyen d'une leucocytose abondante; on voit des

mononucléaires en grand nombre qui englobent un à deux globules rouges chargés de parasites.

Si on inocule à un chien du sérum d'un chien guéri, en même temps que du virus, il n'éprouve rien, mais si on le réinocule quelques jours après avec du virus, il succombe; le sérum n'agit que sur le parasite; il est microbicide.

Le sérum de chiens guéris, inoculé aux chiens neufs, peut retarder ou même empêcher la mort de ceux-ci, après inoculation de virus, surtout si on a augmenté la force du sérum au moyen d'inoculations successives de sang virulent pratiquées chez des animaux guéris du nagana. Mais cette immunisation déterminée ainsi au moyen de l inoculation de sérum d'animaux immunisés est de courte durée : douze à quinze jours.

On peut par des inoculations virulentes encore plus fréquentes aux animaux fournisseurs de sérum la renforcer au point de vue de sa force et de sa durée. Ainsi préparé, le sérum peut même avoir une action curatrice lorsqu'on l'injecte quarante-deux heures après l'inoculation de sang virulent qui tue les témoins en cinq jours.

Dans la forme aiguë aucune médication n'a pu sauver les animaux; dans la forme lente, l'arrhénal, à la dose de 2 à 3 milligrammes par kilogramme d'animal a semblé hâter la guérison.

M. Labbé.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 25 Juin 1902, à 1 heure. — M. Brugnot : Abolitionnisme et réglementarisme; MM. Fournier, Brissaud, Broca (André), Rieffel. — M. Legrand : Une esquisse du conflit entre la cellule et le milieu; MM. Brissaud, Fournier, Broca (André), Rieffel. — M. Brecy : Les troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie d'origine cérébrale; MM. Brissaud, Fournier, Broca (André), Rieffel. — M. Bredier : Contribution à l'étude de certaines formes de pyélonéphrites au cours de la grossesse (pyélonéphrites latentes); MM. Pinard, Landouzy, Gley, Wallich. — M. Chapelle : Etude chimique, physiologique et clinique sur l'hédonal; MM. Landouzy, Pinard, Gley, Wallich. — M. Reman : Des adhérences gastro-pancréatiques; MM. Tillaux, Walther, Mauclaire, Gosset. — M. Jouglard : De la phlébite des membres inférieurs dans l'appendicite, du membre inférieur gauche en particulier; MM. Tillaux, Walther, Mauclaire, Gosset. — M. Dussauze : Contribution à l'étude du traitement des septicémies gazeuses par l'eau oxygénée; MM. Tillaux, Walther, Mauclaire, Gosset.

Jeudi 26 Juin 1902, à 1 heure. — M. Lemaitre : Essai sur les causes morales des maladies; MM. Debove, Gilbert, Achard, Teissier. — Mlle Humbert : Contribution à l'étude des accidents saturnins chez les électriciens; MM. Debove, Gilbert, Achard, Teissier. — M. C[illegible]abet : De la médication arsénio-phosphorée organique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique; MM. Gilbert, Debove, Achard, Teissier. — M. Lansezeur : Etude démographique et sanitaire de la ville de Rennes, 1832 à 1900; MM. Brouardel, Pozzi, Thoinot, Faure. — M. Vignon : Contribution à l'étude des intoxications alimentaires produites par les poissons; MM. Brouardel, Pozzi, Thoinot, Faure. — M. Inglessi : L'hystérectomie vaginale sans pinces; MM. Pozzi, Brouardel, Thoinot, Faure. — Mlle Drzewina : Contribution à l'étude des pseudo-contractures dans les atrophies musculaires progressives; MM. Raymond, Wurtz, Rénon, Thiroloix. — M. Jamet : Des hallucinations dans la paralysie générale : MM. Raymond, Wurtz, Rénon, Thiroloix. — M. Bendelac : Des tares observées chez les rejetons des mères tuberculeuses; MM. Hutinel, Budin, Charrin, Gley. — M. Tregouet : De l'allaitement pendant les suites de couches pathologiques et dans quelques autres états infectieux; MM. Budin, Hutinel, Charrin, Gley. — M. Van Vyve : Le fer dans le sang des nouveau-nés; MM. Budin, Hutinel, Charrin, Gley.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 Juin 1902. — 1er, Oral, Salle Richet : MM. Sebileau, Cunéo, Rieffel. — 2e, Nouveau régime, Salle Corvisart : MM. Richet (Ch.), Retterer, Broca (André). — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Broca (Aug.), Walther. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Lannelongue, Reclus, Mauclaire. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Teissier, Legry.

Mardi 24 Juin 1902. — 2e (Deuxième partie), Ancien régime, Salle Richet : MM. Rémy, Langlois, Broca (André). — 5e (Deuxième partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Gilbert, Vaquez, Gouget. — 5e, (Deuxième partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Dieulafoy, Rénon, Thiroloix. — 5e Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Guyon, Thiéry, Faure. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. Berger, de Lapersonne, Marion. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Joffroy, Hutinel, Méry.

Mercredi 25 Juin 1902. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Broussais : MM. Blanchard, Desgrez, Legry. — 4e Ancien régime, Salle Richet : MM. Hayem, Pouchet, Wurtz. — 5e, Chirurgie (Première partie) Laënnec : MM. Delens, Reclus, Legueu. — 5e (Deuxième partie), Laënnec : MM. Joffroy, Dejérine, Widal. — 3e, Officiat définitif, Laënnec : MM. Lejars, Potocki, Bezançon.

Jeudi 26 Juin 1902. — 2e, Nouveau régime, Salle Corvisart : MM. Gariel, Langlois, Broca (André). — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Béclard : MM. Le Dentu, Thiéry, Bonnaire.

Vendredi 27 Juin 1902. — 4e Ancien régime, Salle Thouret : MM. Pouchet, Wurtz, Thoinot. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Lannelongue, Mauclaire, Legueu. — 5e, Chirurgie (Première partie), (2e série), Necker : MM. Terrier, Broca (Aug.), Gosset. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Gaucher, Widal. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 28 Juin 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Méry, Guiart. — 1er, Oral, Nouveau régime, Salle Broussais : MM. Schwartz, Poirier, Retterer. — 3e (Deuxième partie), Oral, Ancien régime, Salle Richet : MM. Hutinel, Thiroloix, Rénon. — 5e, Chirurgie (Première partie), Beaujon : MM. de Lapersonne, Faure, Marion. — 5e (Deuxième partie), Beaujon : MM. Joffroy, Achard, Widal. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Potocki.

COLLÈGE DE FRANCE

Conférences d'histologie. — M. J. Jolly commencera le mardi 7 Octobre 1902 au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe, rue des Écoles) une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, les méthodes d'examen et les maladies du sang. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures, et dureront un mois.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. Portier, à Paris, est nommé chevalier du Mérite agricole.

La lutte contre la tuberculose. — L'association dite « Œuvre des sanatoriums populaires de Paris » vient d'être reconnue comme établissement d'utilité publique.

Congrès d'hydrologie, de climatologie et de zoologie de Grenoble — Voici le programme complet des travaux de ce congrès qui s'ouvrira le 29 Septembre prochain.

A. *Hydrologie scientifique.* — 1. Des procédés pratiques d'analyse microbiologique applicables aux eaux minérales; des conséquences à en tirer au point de vue de l'exploitation. Rapporteur : M. Bordas. — 2. De l'importance de l'analyse chimique des eaux minérales, complète, au point de vue des matières minérales et organiques, pour éclairer la médecine thermale. Rapporteur : M. Garrigou. — 3. Quelles doivent être les mesures légales à prendre pour sauvegarder l'exploitation des eaux thermales et minérales? Rapporteurs : MM. Bouloumie et Desbleumortiers.

B. *Hydrologie clinique.* — 4. Du traitement hydro-minéral de la phtisie pulmonaire. Rapporteurs : MM. Leudet et Schleummer. — 5. Du traitement hydro-minéral comparatif des maladies de la peau. Rapporteurs : MM. Veyrières et Leredde. — 6. Du traitement hydro-minéral des maladies de l'estomac. Rapporteurs : MM. Albert Robin et Félix Bernard. — 7. De l'action préventive des cures hydro-minérales chez l'enfant dans les états constitutionnels. Rapporteurs : MM. Carron de la Carrière, Ray et Durand-Fardel.

C. *Climatologie.* — 8. Variation des échanges respiratoires sous l'influence de l'altitude, de la chaleur et du froid. Rapporteurs : MM. Albert Robin et Maurice Binet. — 9. Conditions météorologiques nécessaires à l'installation d'un sanatorium. Rapporteurs : MM. Berlioz et L. Leriche. — 10. des sanatoriums ouverts ou fermés. Rapporteurs : MM. Cazaux et Sersiron.

D. *Géologie.* — Les eaux minérales bien captées subissent-elles des variations suivant les saisons et quelles variations? Rapporteur : M. Labat. — 12. Relations des principales sources thermales du Dauphiné avec la nature géologique du sol; leur origine. Rapporteur : M. Kilian. — 13. Statistique des sources minérales de la Savoie et du Dauphiné. Rapporteur : M. Primat — 14. Etude géologique de la source thermale de l'Echaillon (Maurienne). Rapporteur : M. Kilian.

Toutes les communications, demandes d'adhésion, de renseignements, etc., doivent être adressées à M. Fernand Berlioz, secrétaire général, à l'Ecole de médecine de Grenoble (Isère, France).

Le prix de la cotisation est de 20 francs; les membres souscripteurs recevront gratuitement les rapports et comptes rendus du Congrès.

Les membres du Congrès qui désirent faire des communications sont priés d'en faire connaître le titre au secrétaire général, avant le 1er avril 1902.

Les membres qui désireront profiter de la réduction de 50 pour 100 accordée par les compagnies de chemins de fer devront envoyer leur cotisation avant le 10 Septembre, dernier terme de rigueur.

Les femmes des congressistes auront droit à la réduction en payant la cotisation de membre honoraire qui est de 10 francs.

Des excursions seront organisées pour visiter les stations thermales de la région; le programme en sera dressé ultérieurement.

Victimes des accidents du travail et honoraires des médecins et chirurgiens des hôpitaux. — En vue de l'établissement d'un rapport synthétique sur la question des honoraires des médecins et chirurgiens des hôpitaux pour soins ou opérations aux victimes des accidents du travail hospitalisés dans les établissements publics, nous prions nos confrères qui auraient des documents sur cette question (décisions administratives, arrêts de justice de paix) de bien vouloir les adresser à M. H. Reynès, chirurgien des hôpitaux de Marseille, 43, boulevard du Muy.

En Octobre prochain, à l'occasion du XVe Congrès de chirurgie, cette question sera reprise à Paris dans une réunion spéciale convoquée par M. Bousquet, de Clermont-Ferrand.

CONCOURS

Médecins des hôpitaux. — Le concours pour la désignation de six médecins des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Marie, Auclair, Labbé, Fournier, Apert et Berger.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 50. — Samedi, 21 Juin 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLES

LES HOPITAUX DE PARIS

LA RÉFORME DES CONCOURS DES HOPITAUX

Dans un article paru dans le dernier numéro de *La Presse Médicale*, j'ai présenté quelques considérations d'ordre général militant en faveur d'une réforme radicale des concours des hôpitaux. Ces considérations en appelaient d'autres complémentaires, d'ordre plus spécial, relatives aux épreuves des concours et à la nomination des chefs de service; elles font l'objet de cet article.

* * *

On sait que le recrutement des chefs de service des hôpitaux se fait actuellement par cinq concours : médecine, chirurgie, accouchement, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie. Primitivement et longtemps, il n'y eut que deux concours, un de Médecine, un de Chirurgie; en 1882 fut institué le concours d'Accouchements ; en 1900, le concours d'Ophtalmologie ; en 1902, le concours d'Oto-rhino-laryngologie.

Sans entrer dans une critique détaillée des programmes de chaque concours, on peut dire que le nombre des épreuves est trop élevé ; que, par leur caractère surtout didactique, peu en rapport avec l'orientation actuelle de la science et de l'art médical, ces épreuves ne permettent pas de juger de la valeur réelle des candidats; on leur reproche, à juste titre, de faire une trop large part à la mémoire et, par contre, une part trop réduite à l'esprit critique et à l'originalité.

C'est que les concours des hôpitaux datent d'un temps où la théorie et la tradition dominaient encore en médecine, et que, depuis leur origine, aucune réforme ne les a dégagés de leur empreinte originelle. Si, à diverses époques, certaines modifications ont été apportées, elles visaient bien plus la forme que le fond ; faites d'ailleurs avec peu de méthode, elles ont amené entre les concours de Médecine, de Chirurgie, d'Accouchements des différences de procédure qui ne devraient rationnellement pas exister.

Des changements répétés sont donc survenus ; c'est ainsi qu'il y a trois ans, les médecins ont adopté un règlement qui devait faire merveille, et mettre le jury à l'abri de toute critique ; depuis lors, les concours ont prouvé, à l'évidence, que le nouveau procédé ne valait pas l'ancien ; il est déjà condamné d'un consentement général.

Aussi bien n'est-ce pas une simple réforme de procédure qui est aujourd'hui reconnue nécessaire, c'est une réforme portant sur les principes mêmes du concours.

Tout le monde est d'accord, juges et candidats, pour demander une simplification du concours : d'abord un nombre moindre d'épreuves ; ensuite des épreuves plus démonstratives de la valeur réelle des candidats et les mettant à l'abri de toute surprise. Les candidats demandent que des mesures soient prises pour qu'ils puissent arriver plus rapidement aux hôpitaux.

* * *

Il est évident que la durée des concours, en général, doit être abrégée. Cela n'est possible qu'en diminuant le nombre des épreuves. Il faut donc conserver celles-là seules qui sont réellement probantes de la valeur des candidats.

Quelles seront ces épreuves? C'est là une grosse question, et qui, pour être résolue à la satisfaction de tous, demande au préalable une critique serrée des épreuves actuelles. Je n'ai pas à la faire ici, mais je crois devoir mettre en lumière quelques faits, tirés d'ailleurs des derniers concours de chirurgie et de médecine, et qui me semblent des plus démonstratifs de l'inutilité et de l'inanité de certaines épreuves.

Le concours de chirurgie, par exemple, comporte une épreuve de médecine opératoire, deux opérations dont une ligature d'artère. Cette ligature est de première importance, elle peut même constituer parfois la vraie « pierre de touche » du jury, puisqu'au dernier concours de chirurgie elle a entraîné la chute de deux candidats qui, par leurs titres, leurs concours précédents et les épreuves du concours actuel étaient désignés pour être nommés chirurgiens des hôpitaux. En conséquence un chirurgien qui, par accident, le jour de son épreuve, fait incorrectement une ligature d'artère, n'est pas jugé digne et capable de prendre la direction d'un service de chirurgie.

C'est sans doute que cette opération est si courante dans la pratique chirurgicale qu'il est absolument nécessaire de la faire exécuter par le candidat pour juger ainsi de sa valeur opératoire. Or, j'ai eu à ce propos la curiosité d'interroger un de mes amis, chirurgien distingué, qui depuis plus de quinze ans, comme externe, interne, chef de clinique, etc., a journellement suivi les services les plus actifs de chirurgie des hôpitaux de Paris. Eh bien, il a vu faire trois ligatures d'artère, pas une de plus, en quinze ans : deux ligatures de la linguale pour cancer, où l'artère ne fut pas trouvée et une de la fémorale dans le triangle de Scarpa et dans ce cas il y avait une anomalie, si bien que la fémorale profonde fut liée au lieu de la superficielle : l'hémorrhagie ne fut pas arrêtée. Le fait se passe de commentaires.

Cette épreuve de la ligature d'artère qui, pouvait avoir sa raison d'être dans l'ancienne chirurgie, n'est plus guère probante aujourd'hui. Elle est cependant toujours considérée comme de haute importance puisqu'elle vient de faire échouer deux candidats de mérite ; il sera sans doute difficile de la supprimer, car elle est en quelque sorte de tradition, et, en France, on sait ce qu'est la puissance de l'habitude. En voici un exemple :

Lorsqu'en 1882 fut créé le concours d'accouchement, comme auparavant, les accoucheurs des hôpitaux se recrutaient parmi les chirurgiens, on s'inspira naturellement, pour déterminer le programme du nouveau concours, du programme de chirurgie. La fameuse ligature d'artère ne fut pas oubliée. Or, je me demande ce que peut bien avoir de démonstratif sur la valeur d'un accoucheur le fait qu'il fera plus ou moins brillamment sur un cadavre la ligature de l'humérale, par exemple, opération qu'il ne sera jamais appelé à pratiquer au cours de sa vie professionnelle.

Au concours de médecine, l'épreuve de diagnostic a une influence indiscutable, car le nombre des candidats est grand qui ont été *coulés* par une erreur de diagnostic. Or, souvent on apprenait, par la suite, que le candidat avait bien reconnu la nature de la maladie, et que c'était le jury qui avait fait erreur ; le candidat n'en était pas moins éliminé et renvoyé à un autre concours.

Il est juste d'ajouter que parfois, l'erreur a été reconnue pendant la durée des épreuves, assez à temps pour pouvoir être réparée. Le cas s'est présenté au dernier concours où heureusement le candidat n'avait pas été éliminé, et était admissible ayant simplement eu une note inférieure. Il a été nommé, et ce n'est que justice, mais ce n'est là qu'une exception.

On pourrait facilement multiplier les exemples où les candidats ont été moins favorisés du sort ; c'est inutile car la cause est entendue : il faut moderniser les épreuves des concours des hôpitaux. Et d'ailleurs en faveur de cette réforme le courant s'accentue chaque jour, analogue à celui qui se dessine en faveur d'une réforme du concours d'agrégation.

Pour les hôpitaux comme pour la Faculté, les titres scientifiques, les travaux personnels doivent avant tout déterminer le choix des candidats ; la seule différence qu'il puisse y avoir entre les deux concours porte sur l'épreuve que l'on pourrait appeler épreuve professionnelle, relative à la capacité pédagogique de l'agrégé, à la capacité professionnelle pratique du chef de service des hôpitaux.

A ce propos j'entendais l'autre jour le professeur Landouzy exprimer des idées qui sont dignes de la plus grande attention et qui pourraient servir de base à une étude méthodique de la réforme !

Le concours se réduirait à deux épreuves : une épreuve de titres et une épreuve pratique.

Le jury se composerait de vingt et un membres, désignés naturellement par la Société médicale des hôpitaux pour la médecine, par la Société des chirurgiens pour la chirurgie ; un jury moins nombreux serait formé pour les accoucheurs et autres spécialités, étant donné le moins grand nombre de places mises au concours.

Les candidats exposeraient publiquement leurs titres, leurs travaux scientifiques, et, après cette épreuve, seraient ou non déclarés admissibles.

Les admissibles auraient ensuite à subir une épreuve simple, réellement pratique, permettant de faire valoir leur sens clinique, leur connaissance du pronostic et leur savoir thérapeutique, car il ne faut pas oublier que le chef de service des hôpitaux est appelé avant tout à soigner des malades. Cette épreuve serait dégagée de tout rigorisme étroit ; elle se ferait librement en se rapprochant le plus possible de la pratique.

Y a-t-il, en effet, quelque chose de plus irrationnel que d'imposer, comme maintenant, un temps donné, le même pour l'examen de tous les malades indistinctement, alors qu'il en est dont l'examen complet demande quinze minutes et d'autres une demi-heure et plus. Il ne peut plus en être ainsi, et le candidat doit prendre le temps qu'il juge nécessaire pour l'examen complet de son malade. M. Landouzy va même plus loin, il donnerait volontiers au candidat le diagnostic posé par le jury, car on peut être un excellent médecin, plein de sens et de jugement, et faire une erreur de diagnostic.

Il est certain que pour la préparation d'un concours ainsi simplifié les candidats n'auraient qu'à se laisser aller à un travail librement consenti de leur part, en vue de développer leur acquit scientifique et de se constituer ainsi des titres. Ils n'auraient plus à se livrer à ces exercices fastidieux de mémoire, utiles peut-être à façonner l'esprit dans le jeune âge, mais le figeant en un moule étroit lorsqu'il sont trop longtemps pratiqués. Ils auraient alors plus le temps de travailler dans la voie qu'ils préfèrent et le feraient avec d'autant plus d'ardeur qu'ils auraient plus de plaisir à le faire.

Il ne faut pas se dissimuler qu'aujourd'hui les candidats perdent un temps précieux à rabâcher — qu'on me pardonne le mot — des *questions* qu'ils ont eues à traiter sous une forme schématique imposée depuis la préparation du concours de l'Internat par le travail des conférences. N'emploieront-ils pas mieux ce temps à des travaux personnels ou encore à l'examen plus fréquent des malades ? C'est qu'il faut bien dire que ce côté théorique, didactique des concours, si développé, n'a pas été sans porter atteinte au côté clinique qui, en somme, est le principal dans un concours appelé à désigner des praticiens plus que des savants :

* * *

Les considérations précédentes s'adressent à tous les concours, aussi bien à celui de médecine qu'à ceux de chirurgie, d'accouchements ou de spécialités.

Il est à souhaiter que les réformes tant souhaitées se fassent dans le sens que nous avons indiqué et suivant les idées formulées par M. Landouzy. Ainsi conçues, ces réformes semblent devoir donner satisfaction à tous. Elles rendront plus utile à la science la préparation au concours ; elles permettront le recrutement d'un corps médical plus jeune et d'une éducation professionnelle plus complète.

E. De Lavarenne.

CONGRÈS DE ROME

Le Congrès de Rome se tiendra du 15 au 21 Septembre.

Les médecins qui désirent en faire partie sont priés d'envoyer avant le 30 Juin leur adhésion et le titre de leurs communications, soit à M. le Professeur Pestalozza, via Alfani 60, à Florence, soit à M. Jayle, 232, boulevard Saint-Germain.

Le montant de la souscription, qui est de 25 francs, peut être remis en même temps que l'adhésion ou peut être adressé à M. Micheli, via Rasella, 127, à Rome, trésorier du Congrès.

Les dames des congressistes sont admises moyennant une cotisation de 10 francs.

La Presse Médicale organise à propos de ce Congrès un voyage aux Universités italiennes dont le prix sera d'environ 450 francs, tout compris. Le programme sera prochainement publié.

F. J.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine et de thérapeutique, par les prof. P. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et A. Gilbert, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. — Vient de paraître : tome IX. *Maladies du système nerveux*, 1 vol. gr. in-8° de 1004 pages, avec 173 figures : 12 francs. (*Librairie J.-B. Baillère et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

LA MÉNINGITE SÉREUSE

D'ORIGINE OTITIQUE

PAR

P. LECÈNE
Interne des hôpit. de Paris.
Aide d'anat. à la Faculté.

H. BOURGEOIS
Interne des hôpit. de Paris.

Au cours d'une otite moyenne suppurée, un malade présente des phénomènes cérébraux graves qui font croire soit à un abcès intracranien, soit à une méningite suppurée : on trépane la mastoïde, on ouvre la fosse cérébrale et l'on ponctionne le cerveau sans trouver d'abcès; cependant, au cours de cette exploration, on ouvre le ventricule latéral d'où s'échappe du liquide céphalo-rachidien clair sous pression; dès la fin de l'opération l'état du malade s'améliore et quelques jours après il peut être considéré comme guéri.

Quel nom donner à cette complication d'une otite suppurée, caractérisée anatomiquement par l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, cliniquement par des phénomènes d'irritation cérébrale, et qui guérit par une intervention simplement décompressive? Nous croyons qu'on peut lui donner le nom de *méningite séreuse*. Ce mot n'est pas nouveau puisque nous le voyons employé par Cassels (*British medical Journal*, Janvier 1874 et surtout depuis par de nombreux auteurs allemands (Bœnninghaus, Hammerschlag, H. Levi), à la suite de Quincke. Nous ajouterons, dès maintenant, que ceux-ci ont appliqué ce terme à des hydrocéphalies de causes diverses; ici, au contraire, nous nous en tiendrons strictement à l'étude de la méningite séreuse d'origine otitique.

D'après les observations que nous avons recueillies et d'après celle qui nous est personnelle (V. *Revue de chirurgie*, Janvier 1902, p. 80), on peut distinguer, dans cette maladie, des cas à évolution rapide, d'autres à évolution lente, pouvant durer plusieurs mois.

Pour donner une idée précise de ces deux formes, nous rapportons ici notre observation personnelle où la maladie évolua en quelques heures, nous citerons ensuite l'observation publiée récemment par A. Broca et Laurens (*Ann. des mal. oreilles*, Janvier 1902), où les accidents eurent, au contraire, une marche chronique.

* * *

Observation personnelle. — Le nommé X..., âgé de dix-huit ans, a été soigné pendant trois mois pour une fièvre typhoïde fort grave; il présente dans sa convalescence une double otite moyenne suppurée. Brusquement, le 28 Août 1901, quinze jours après le début de son otite, le malade est pris, en se couchant, d'une vive céphalée; le lendemain matin, atteinte brusque de convulsions généralisées sans cri initial; pupilles dilatées, face vultueuse, respiration stertoreuse très ralentie (dix par minute), pouls petit et rapide (130), température, 38°7; toutes les cinq minutes le malade est secoué par une crise de convulsions toniques, puis cloniques, qui commencent par la face, et se généralisent ensuite aux membres supérieurs, puis inférieurs. Ces convulsions durent environ deux minutes, puis un abattement profond leur succède. A ces moments, la respiration se ralentit encore. Puis, brusquement, l'attaque recommence, débutant toujours par la face; il n'y a pas prédominance nette des convulsions à droite plutôt qu'à gauche.

A 9 h. 1/2 (soit trois heures et demie après le début des accidents) nous pratiquons, sans aucune anesthésie, la double opération suivante : du côté droit, nous ouvrons l'antre, pas de pus, pas d'ostéite; nous faisons ensuite sauter le plafond de l'antre et l'écaille du temporal; la dure-mère, très congestionnée, est tendue et ne bat pas. Nous l'incisons, le cerveau bombe immédiatement; sa pie-mère est œdémateuse, parcourue par de gros vaisseaux turgescents. Comme nous pensons que peut-être il y a un abcès du cerveau, nous enfonçons dans le lobe temporo-sphénoïdal un trocart à hydrocèle dans quatre directions : en avant, en arrière, en haut, puis directement en dedans; pas une goutte de pus ne sort, mais, au moment où nous retirons l'aiguille du trocart dans la dernière ponction, faite directement en dedans, un flot de liquide céphalo-rachidien absolument clair s'échappe sous pression. Il en sort environ 20 à 30 grammes.

L'otite était bilatérale, nous pratiquons de l'autre côté la même opération; pensant trouver un abcès cérébral. Ouverture de l'antre, contenant une goutte de pus; ouverture de l'étage moyen du crâne; incision de la dure-mère. La Pie-mère œdémateuse congestionnée. On ponctionne également dans quatre directions, et il s'échappe, comme du côté opposé, environ 15 grammes de liquide céphalo-rachidien clair. Alors seulement, phénomène vraiment curieux et d'une valeur presque expérimentale, les convulsions, qui depuis le début de l'opération n'avaient cessé de secouer le malade toutes les cinq minutes environ, cessent pour ne plus reparaître. Le soir : température, 36°4; pouls, 120. Respiration toujours lente. (Il n'y a plus eu de convulsions depuis la fin de l'opération.)

Le lendemain, température, 36°5; pouls, 110°. Le malade gémit continuellement, la respiration est toujours lente; cependant le malade parle; on change le pansement, qui est trempé de sérosité. Le surlendemain, température, 37°; pouls, 100; à partir de ce jour amélioration progressive; le quatrième jour après l'opération, le malade lit son journal. Cependant, le 3 Septembre, soit six jours après l'opération, brusque attaque de convulsions toniques et cloniques, débutant par la face, se généralisant ensuite aux membres, prédominantes à droite; pas de perte de connaissance; cette attaque dure une heure environ. Le malade reste prostré pendant toute la journée.

A partir de ce jour, la guérison s'accentue chaque jour. Le malade, revu le 10 Novembre 1901, est parfaitement bien portant, sauf un peu de surdité de l'oreille droite.

Observation de A. Broca et Laurens. — Enfant de treize ans, atteint d'otorrhée droite que l'on commence à traiter en Février 1893. En Février 1898, l'otorrhée a continué malgré le traitement. M. Lermoyez, consulté, reconnaît un cholestéatome et le soigne pendant un an. Evidement pétro-mastoïdien par M. Laurens le 5 Mars 1899. Suites immédiates normales. Quelques semaines après l'opération, sensation de poids sur la tête; à partir du mois d'Août 1899, et jusqu'en Décembre, apparaissent une série de symptômes cérébraux; tout d'abord, dans les premiers jours du mois d'Août, l'enfant ressent un jour subitement une faiblesse dans la jambe gauche qui se dérobe et provoque une première chute; pendant Août et Septembre, l'enfant souffre parfois de la tête en une zone bien circonscrite sur le vertex. Au commencement d'Octobre, seconde chute par faiblesse subite de la jambe gauche; la céphalée augmente, il interrompt ses études; à la fin d'Octobre, il tombe de nouveau et perd connaissance. Pendant le mois de Novembre, les troubles cérébraux s'affermissent et se précipitent; la céphalée augmente de fréquence et d'intensité, rarement nocturne, intermittente. Les chutes deviennent presque quotidiennes; elles apparaissent subitement, sans prodromes. Le jeune malade ressent subitement une faiblesse dans la jambe gauche qui fléchit; immédiatement il tombe à terre, sans perte de connaissance.

Presque tous les jours apparaissent des poussées fébriles, une congestion vaso-motrice de la face avec refroidissement des extrémités, des frissons, surtout après les repas, avec claquement des dents. Les vertiges sont fréquents et se produisent dans la position assise ou couchée. Enfin, le malade se plaint de troubles de la vue dans l'œil gauche.

MM. Ballet et Dejerine concluent à la possibilité d'une collection purulente intra-cranienne, mais ne peuvent la localiser.

M. Parinaud constate une stase papillaire droite. On constate ensuite une parésie permanente du membre supérieur gauche, perte de la mémoire, hésitation et embarras de la parole, parfois un peu d'aphasie; de la fatigue, des moments d'hébétude. Cet état persiste et s'aggrave jusqu'au 12 Décembre, moment de la seconde intervention par M. Broca. Dans les quinze derniers jours, la température a oscillé entre 38° et 39°, le pouls étant de 60 à 70.

Opération par M. Broca : mise à nu de la dure-mère par le plafond de l'antre. Elle apparaît normale d'aspect, animée de battements; néanmoins, incision de l'écorce cérébrale, tout à fait saine d'apparence; ponction au bistouri et à la sonde cannelée; à l'une des ponctions, un jet insolite de liquide céphalo-rachidien fait issue le long de la sonde cannelée, probablement enfoncée dans le ventricule latéral. Dès le lendemain matin, le malade était considérablement amélioré; le fait le plus remarquable fut la chute de la température.

Il y eut encore, le 13 et le 14, des oscillations de 37 à 38; mais, à partir du 15, le thermomètre descendit à 37, pour y rester définitivement. Guérison progressive de la parésie. L'enfant a été revu en Juillet 1901 : état général parfait, disparition de la céphalée, mais la sensation de pesanteur au niveau du vertex persiste comme avant l'opération. La parésie du bras gauche persiste encore. En Novembre 1901, le malade est aussi vigoureux que possible; la main gauche est encore un peu faible; plus de céphalée.

* * *

Outre ces deux observations, dont la seconde nous était inconnue lors de notre travail de la *Revue de Chirurgie*, nous avons pu en recueillir sept autres dans la littérature anglaise et allemande contemporaine. Nous les résumons ici :

Observation I[1]. — Enfant, douze ans. Double otorrhée, au cours de laquelle apparaissent des maux de tête violents, des vomissements, du double strabisme ; puis cécité, paralysie faciale, aphasie ; amélioration de six jours, puis céphalée violente, délire furieux, mort, après des paroxysmes convulsifs très violents. La durée totale de la maladie fut de deux mois et demi. L'autopsie montra, en l'absence de toute lésion, une congestion généralisée de la pie-mère avec, à la base de l'encéphale, plus de 6 onces de liquide clair ; la dure-mère au niveau de la face supérieure du rocher est épaisse et vasculaire ; il y a, de plus, une double mastoïdite suppurée.

Observation II[2]. — Enfant, dix ans ; otorrhée gauche ; fièvre, pouls rapide ; hémiplégie droite et aphasie ; crises de spasmes toniques du pouce ; demi-coma, double stase papillaire. Diagnostic : abcès cérébral. Trépanation sur la zone rolandique : pas d'abcès ; la ponction du ventricule latéral fait sourdre six drachmes de liquide absolument clair sous pression. Guérison complète.

Observation III[3]. — H..., vingt ans. Céphalée intense ; vomissements ; convulsions dites hystéro-épileptiques. Double stase papillaire ; pas de fièvre ; pouls, 72. Ecoulement otorrhéique gauche datant de six semaines ; diagnostic d'abcès du cerveau. Trépanation de l'étage moyen ; ponction blanche dans le cerveau ; il s'échappe une grande quantité de liquide céphalo-rachidien clair du ventricule latéral. Disparition des attaques convulsives et de la stase papillaire dès le surlendemain. Guérison absolue en un mois, qui a persisté.

Observation IV[4]. — Enfant, onze ans. A subi une opération de Stacke pour une otite chronique. Deux mois après, céphalée, vomissements ; deux jours après, coma complet, attaques convulsives débutant par la face, se généralisant aux membres supérieurs, puis inférieurs ; pas de fièvre ; pouls, 120. Intervention *in extremis*. Trépanation par le toit de l'antre et de la caisse : dure-mère saine, tendue. On l'incise : il s'écoule du liquide clair sous pression ; cerveau œdémateux et congestionné ; on l'incise : pas de pus ; amélioration immédiate. Guérison deux mois après.

Observation V[5]. — Enfant, douze ans ; otorrhée, céphalée, vertiges, vomissements, hypothermie ; pouls ralenti, 58. Diagnostic : complications intra-craniennes, sans préciser. Cholestéatome, abcès sous-dural ; dure-mère incisée : cerveau congestionné, il s'écoule une grande quantité de liquide céphalo-rachidien sous pression. Le lendemain, ni douleurs, ni vomissements ; amélioration progressive. Guérison au bout de un mois.

Observation VI[6]. — Enfant de treize ans ; otorrhée ; depuis quinze jours, céphalée, fièvre, vertige, stase papillaire, pouls 54. On fait le diagnostic de cholestéatome avec complications intra-craniennes. Comme l'état s'aggrave et que la partie semble perdue, on se décide à intervenir ; trépanation de la mastoïde ; cholestéatome ; mise à nu de la dure-mère cérébelleuse : une grande quantité de liquide clair s'échappe sous pression ; mise à nu de la dure-mère cérébrale au niveau du toit de l'antre : du liquide clair s'échappe sous pression ; amélioration considérable ; quinze jours après, cependant, réapparition de la stase papillaire ; le liquide céphalo-rachidien coule toujours en grande quantité. Deux mois après, guérison complète.

Observation VII[1]. — Enfant de quatorze ans ; souffre depuis sept ans d'otorrhée droite ; céphalée, prostration, hyperesthésie et hyperalgésie de tout le corps ; stase papillaire double ; le troisième jour, pouls, 52. Somnolence. Trépanation de la mastoïde : pas de pus ; mise à nu du sinus qui n'est pas thrombosé ; la dure-mère cérébrale est tendue ; ponction du ventricule latéral : il s'écoule un jet de liquide céphalo-rachidien clair, environ 26 grammes. Amélioration immédiate ; pouls se relève à 80 ; le malade reprend ses sens. Cinq jours après, récidive, céphalée, vomissements, pouls ralenti, raideur de la nuque, coma ; deuxième opération : dure-mère ne bat pas ; ponction du lobe temporal, frontal et occipital, sans résultat ; une ponction ventriculaire donne 40 grammes de liquide clair sous pression. Amélioration, puis, quelques jours après, retour des accidents ; nouvelle ponction ventriculaire ; et cette fois guérison définitive. Le malade est revu deux ans après.

* * *

Toutes ces observations sont absolument superposables quant à leur étiologie (otite moyenne suppurée), quant à leur substratum anatomique (hypertension du liquide céphalo-rachidien), quant à leurs symptômes qui sont ceux de l'augmentation de pression intra-cranienne. Ce sont là, pour nous, les caractères essentiels de la méningite séreuse d'origine otitique.

Etiologie. — L'otite moyenne suppurée était chronique dans tous les cas, sauf dans celui de Byron Bramwell et dans le nôtre, où il s'agissait d'otite moyenne suppurée aiguë. L'âge des malades varie entre dix et vingt ans, avec une prédominance nette pour la seconde enfance, de dix à quatorze ans. Cependant le fait que cette méningite séreuse se voit en dehors de la première enfance la différencie nettement des accidents d'hydrocéphalie aiguë idiopathique connue des pédiatres et que les Allemands rangent cependant sous la rubrique « meningitis serosa ».

Anatomie pathologique. — Le caractère anatomique essentiel est l'augmentation de quantité de liquide céphalo-rachidien. Celui-ci est toujours clair, d'apparence absolument normale. Malheureusement, dans aucun des cas que nous avons rapportés ici, l'examen histologique ou bactériologique du liquide n'a été pratiqué.

Les méninges ne présentent pas de lésions bien marquées ; la dure-mère a été notée congestionnée dans notre cas ; Cassels l'a trouvé adhérente au rocher.

La pie-mère est presque toujours très vascularisée et œdémateuse. Cependant, dans le cas de Broca et Laurens, la dure-mère était normale d'aspect, et l'écorce cérébrale tout à fait saine d'apparence et partout souple. La coexistence de l'œdème sous pie-mérien avec une hydrocéphalie ventriculaire a été constatée dans notre cas personnel et dans celui de Byron Bramwell ; dans le cas de Broca et Laurens, il n'y avait que l'hydrocéphalie ventriculaire, ainsi que dans celui de Mayo Robson ; chez les opérés de Joel, Schmiegelow, Kretschmann et dans l'autopsie de Cassels, on ne parle que de l'augmentation du liquide dans les espaces sous-arachnoïdiens. Mais comme dans ceux de ces cas, qui furent opérés, on n'a pas ponctionné le ventricule latéral, il n'est pas possible de conclure si oui ou non il n'y avait pas d'hydrocéphalie ventriculaire.

Symptômes. — Le début est toujours brusque, annoncé *par une céphalée* qui devient rapidement très intense ; puis apparaissent souvent des vomissements, des convulsions, de la torpeur progressive aboutissant au coma.

Troubles de sensibilité. — La céphalée est toujours très intense ; elle ne manque jamais, tant que le malade n'est pas dans le coma. Elle n'est pas continue, particulièrement dans les cas de longue durée ; elle est nettement paroxystique.

Stase papillaire. — L'examen de l'œil doit être fait systématiquement.

En effet, dans tous les cas où le fond de l'œil fut examiné (4 fois sur 9), on a trouvé de la stase papillaire.

Fièvre. Vomissements et pouls. — Des vomissements ont été notés 4 fois sur 9. La fièvre, généralement observée (6 fois sur 9), n'est jamais très élevée (entre 38 et 39°). Le pouls est tantôt franchement ralenti (4 cas), tantôt rapide et petit (5 cas). La *respiration* est en général ralentie, et, dans notre cas personnel, elle resta pendant trois jours lente et superficielle.

Etat général. — Depuis la torpeur avec hébétude jusqu'au coma complet, on a observé tous les intermédiaires ; mais le demi-coma ou le coma complet sont les plus fréquemment notés (6 fois sur 9). Une seule fois du *délire furieux* fut observé (Cassels).

Convulsions. — Les *convulsions épileptiformes* généralisées, débutant par la face et se généralisant sans prédominance nette pour un côté, sans cri initial, avec ou sans perte de connaissance, sont notées dans 4 cas ; elles sont subintrantes et leur répétition, jointe au coma profond dans lequel est plongé le malade, décident le chirurgien à intervenir.

Elles disparaissent immédiatement après l'intervention et peuvent réapparaître dans le cours de la convalescence (cas personnel). Dans un seul cas (Mayo Robson)) il y avait des convulsions localisées au niveau du pouce. *Des troubles paralytiques* ont été plus rarement signalés (hémiplégie dans le cas de M. Robson ; parésie de la jambe et du bras gauche dans le cas de Broca). *L'aphasie* n'a été notée que dans un seul cas (Cassels).

La ponction lombaire dans la méningite séreuse ne peut donner de renseignements que sur l'hypertension intracranienne (le liquide sortant en jet), et sur l'absence de méningite suppurée (le liquide étant clair). L'avenir nous apprendra ce que peut donner l'examen cytologique du liquide dans ce cas.

Évolution. Marche. — Dans les cas opérés, la guérison commence immédiatement après

1. Cassels. — *Brit. med. Journ.*, 1874, Janvier.
2. Mayo Robson. — *Brit. med. Journ.*, 1890, 6 Décembre.
3. Byron Bramwell. — *Edimb. med. Journ.*, 1894, p. 1085.
4. Joël. — *Deut. med. Woch.*, 1895, 21 Février, p. 125.
5. Schmiegelow. — *Zeitschr. für Ohrenheilk.*, 1896, p. 135.
6. Kretschmann. — *Münch. mde. Woch.*, 1896, p. 303.

1. Beck. — *Mittheil. aus den Grenzgebiet. der Medicin und Chir.*, Bd I, p. 248.

l'intervention, quelquefois interrompue momentanément par une attaque épileptiforme (cas personnel), quelquefois (cas de Beck) par des accidents répétés si graves qu'une réopération fut jugée deux fois nécessaire. Il est évident que, dans ce cas, il s'agissait d'une réaugmentation de la pression intracranienne.

Dans le seul cas non opéré (Cassels) que nous connaissions, il y eut une terminaison mortelle au bout de deux mois et demi ; par conséquent le pronostic, en l'absence d'intervention, paraît fatal.

Il nous semble que l'on peut diviser l'évolution de la méningite séreuse en deux formes : 1° cas à marche rapide ; 2° cas à marche lente.

Dans les premiers cas, qui sont d'ailleurs en grande majorité, il y a rapidement des accidents si graves que l'intervention est jugée d'emblée nécessaire, et souvent les chirurgiens ont opéré sans diagnostic précis parce qu'ils jugeaient l'état du malade désespéré. Dans les autres cas, et, à ce point de vue, celui de Broca et Laurens est tout à fait typique, la marche de l'affection est lente, entrecoupée d'accalmies, et longtemps on hésite avant d'opérer.

Diagnostic. — Jusqu'ici, jamais on n'a posé le diagnostic de méningite séreuse avant l'opération. Toujours on a cru avoir affaire à un abcès cérébral ou cérébelleux possibles ; en effet, on peut, à la rigueur, éliminer la méningite suppurée diffuse par la ponction lombaire qui ramène du pus ou du moins un liquide louche, et d'autre part par la température plus élevée. Dans la forme de « méningite auriculaire subaiguë » que Broca et Maubrac ont décrite, le diagnostic devient presque impossible, car la ponction lombaire peut donner du liquide céphalo-rachidien normal. Le diagnostic d'avec l'abcès cérébral ou cérébelleux est impossible, sauf peut-être lorsqu'on observe, comme dans notre cas, un début très brusque avec symptômes rapidement alarmants. D'ailleurs, l'abcès s'accompagne souvent d'un degré variable de méningite séreuse, auquel il emprunte une partie de sa symptomatologie (hypertension intracranienne, ponction lombaire donnant du liquide clair sous pression). Enfin, l'abcès extradural, et même de simples mastoïdites suppurées, sans lésions intracraniennes, peuvent s'accompagner de symptômes d'excitation cérébrale curables par une opération portant simplement sur l'os, sans ouverture de la dure-mère. Comment différencier ces accidents de ceux de la méningite séreuse que nous avons décrits ? La chose nous paraît impossible, car il est très probable qu'il s'agit dans les deux cas « d'œdème, de congestion autour d'une oreille moyenne infectée se vidant mal » comme dit A. Broca.

Il n'y a donc là qu'une question de degré : entre cet œdème périotique et la méningite séreuse il n'y a pas pour nous de différence essentielle.

Pathogénie. — La connaissance de ces accidents, leur curabilité par un traitement indirect, nous portent à croire que la méningite séreuse n'agit que mécaniquement, par l'hypertension intracranienne qu'elle produit.

Evidemment on ne pourra affirmer que la méningite séreuse n'est qu'une localisation de l'infection sur les méninges, atténuée ou prise à son début, que lorsque des examens bactériologiques du liquide retiré au cours de l'intervention, auront montré qu'il est stérile. A ce point de vue, notre observation est malheureusement incomplète et dorénavant l'attention des chirurgiens étant attirée sur cette question, nous espérons que le fait sera éclairci.

Ainsi comprise, la notion de méningite séreuse n'est pas une notion nouvelle ; elle est même connue depuis longtemps ; mais on ne s'était pas habitué à la considérer isolée ; or elle peut à elle seule engendrer des symptômes graves, parfois rapidement mortels ou, au contraire, de longue durée, curables par le traitement dirigé spécialement contre elle (ponction du ventricule latéral). On ne devra pas oublier que la méningite séreuse ne cesse pas immédiatement après la ponction, que les accidents peuvent reparaître dans les jours qui suivent et on devra tenir compte dans l'interprétation des symptômes qu'on observe parfois après l'évacuation d'un abcès cérébral.

Traitement. — Dans certains cas, il suffit pour mettre fin aux accidents de méningite séreuse d'ouvrir la dure-mère ; dans d'autres cas, au contraire (Mayo Robson, cas personnel, Broca et Laurens) la ponction du ventricule latéral fut pratiquée. Nous croyons que si l'on voulait traiter systématiquement une méningite séreuse isolée, c'est à ce dernier mode de traitement qu'il faudrait avoir recours.

RECHERCHE DU BACILLE D'ÉBERTH

DANS LE SANG DES TYPHIQUES

De sa valeur diagnostique.

Par **BUSQUET**
Médecin-major de 2e classe.
Chef du laboratoire de bactériologie
de l'hôpital du Dey (Alger).

Le clinicien se trouve parfois fort embarrassé pour se prononcer sur la nature de certains états typhoïdes, à type aberrant et à forme mal définie, que leurs manifestations symptomatiques permettraient de rattacher indifféremment à un certain nombre d'affections très diverses : fièvre typhoïde, granulie, malaria, grippe, etc. En dépit des armes que la bactériologie et la médecine expérimentale ont mises au service de la clinique, le diagnostic demeure incertain, à une période de l'évolution morbide où le médecin doit sans tarder faire appel aux ressources d'une thérapeutique précise et à l'heure où s'imposent déjà le plus souvent des mesures prophylactiques.

Depuis quelques années, on a cru trouver dans l'assistance des procédés cliniques de laboratoire un moyen de sortir d'embarras, et il est inutile d'insister sur les grands services que rendent chaque jour à la médecine pratique la séro-réaction de Widal et l'examen des urines (diazo-réaction, etc.) Mais les mêmes causes anormales qui font dévier la maladie du type général schématisé par les nosographes et qui proviennent vraisemblablement d'un mode réactionnel spécial à l'organisme infecté, agissent aussi sur les réactions expérimentales faites à l'aide de produits organiques issus du malade et influencés par une idiosyncrasie particulière. Il en résulte, le plus souvent, que, dans les états atypiques, les signes cliniques de laboratoire sont inconstants ou font défaut, si bien que, manquant d'un critérium positif, le diagnostic demeure imprécisé.

On a cherché à compenser l'insuffisance de nos moyens par le nombre des méthodes, et l'on s'ingénie chaque jour à enrichir l'arsenal du clinicien d'armes nouvelles[1]. C'est ainsi qu'on a proposé successivement, comme réaction spécifique de l'infection éberthienne, la séro-réaction de Widal, la diazo-réaction, l'uro-diagnostic, l'examen du sang frais, la recherche du bacille dans les taches rosées, dans les matières fécales, dans la rate, enfin dans le sang.

1. Masbrenier. — *Thèse*, Paris, 1900.

Cette dernière méthode nous a rendu de si réels services dans des circonstances difficiles, et alors que nous n'avions trouvé aucun renseignement auprès des autres procédés énumérés plus haut, que nous croyons utile de faire appel du jugement trop exclusif qui l'a frappée dès son apparition.

* * *

L'idée de rechercher le bacille d'Eberth dans le sang des typhiques n'est pas neuve. Elle a, il y a longtemps déjà, appelé l'attention des premiers observateurs qui tentèrent l'étude bactériologique de la fièvre typhoïde (Gaffky, Fraenkel et Simmond, Rutimeyer, Chantemesse et Widal, Vaquez, Neuhaus, Jaksch, Klein, etc.). Malheureusement, l'emploi de procédés défectueux les conduisit à des échecs répétés et il en résulta cette conclusion, généralement adoptée en France et à l'étranger, que le bacille d'Eberth n'existe pas dans la circulation générale de l'infecté ou que, s'il y apparaît, ce n'est que temporairement, *exceptionnellement*.

Les recherches de Wyssokowitsch vinrent bientôt, d'ailleurs, fournir à cette conception une base scientifique et l'asseoir définitivement dans l'opinion générale. (Or, il semblerait résulter actuellement des travaux de Laschtschenko que les affirmations du précédent auteur sont tout au moins prématurées et que, s'il n'a pas rencontré le bacille typhique après l'avoir injecté dans les veines du lapin, cela tient à ce que le sang de cet animal est, à un très fort degré, bactéricide pour ce microbe.).

Les citations suivantes, empruntées à nos meilleurs ouvrages de pathologie médicale et de bactériologie, témoignent de l'unanimité des auteurs sur ce sujet.

« Sur le vivant, la présence du bacille typhique n'est constatée qu'*exceptionnellement* dans le sang de la circulation générale[1]. »

Le bacille de la fièvre typhoïde « qui se rencontre *d'une façon tout à fait exceptionnelle* dans le sang de la circulation générale[2]... »

« La recherche (du bacille d'Eberth) dans le sang a donné *des résultats constamment négatifs*... que le sang ait été obtenu par piqûre du doigt ou par ponction d'une veine[3]. »

« Il paraît (le bacille) ne se trouver que rarement et alors *temporairement* ou *accidentellement* dans le sang. Les *ensemencements même d'une goutte de sang sont presque toujours négatifs*, et ceci aussi bien sur le vivant qu'à l'autopsie[4]. »

« *Jamais le bacille d'Eberth n'existe dans le sang du vivant, pas plus que dans le sang du cadavre*[5]. »

Il nous semble inutile de multiplier des citations qui toutes sont le reflet d'une pensée commune, à savoir que le sang du typhique ne contient pas le bacille d'Eberth ou ne le renferme que dans des cas exceptionnels (opinion récemment défendue en Allemagne par Scholz et Krause).

En effet, tout d'abord, les faits publiés dans lesquels on avait pu retirer ce microbe du sang de la circulation générale furent extrêmement rares. Mais, depuis 1895, à mesure que la technique se perfectionnait et que le problème était mieux étudié, des observations de plus en plus nombreuses vinrent démontrer que le bacille

1. Chantemesse. — « Traité de médecine de Bouchard et Brissaud », 2e édit., p. 22.
2. Roger. — « Les maladies infectieuses », 1902, p. 678.
3. Legry. — « Manuel de médecine de Debove et Achard », T. VIII, p. 364.
4. Macé. — « Traité de bactériologie ».
5. Thoinot et Masselin. — « Précis de microbie », 1902, 4e édit., p. 334.

d'Eberth pouvait être isolé du sang de la circulation générale plus fréquemment qu'on ne l'avait supposé. Enfin, en Mai 1901, complétant ce que ces données avaient d'insuffisant, nous affirmions que non seulement le bacille typhique existe *parfois* dans le sang, mais encore qu'il s'y trouve *constamment, au moins pendant la période d'infection ou d'état de la fièvre typhoïde.*

Il serait fort instructif de grouper toutes ces publications dans une revue complète; malheureusement, les ressources bibliographiques dont nous disposons à Alger ne nous permettant pas d'entreprendre ce travail, nous nous en tiendrons aux quelques exemples qui sont venus à notre connaissance et que nous avons résumés dans le tableau ci-joint.

ANNÉE	NOMS D'AUTEURS	NOMBRE TOTAL des cas examinés.	NOMBRE des succès obtenus.	LIEU DE PRÉLÈVEMENT du sang.	PÉRIODE de la maladie.
1885	Fraenkel et Simmonds[1]	6	1	»	»
1889	Ebermaïer	1	1	Sang du périoste.	»
1894	Ettlinger	10	1	Piqûre du doigt et ponction. Veine avant-bras.	»
1895	Teissier	1	1	Veine superficielle avant-bras.	15e jour.
1895	Thiemich	1	1	»	»
1896	Stern	2	2	»	»
1897	Sabrazès et Hugon	1	1	»	»
1897	Block	1	1	Veine avant-bras.	»
1897	Kühman	41	11	Veine avant-bras.	»
1897	Ferré et Antony	2	2	»	»
1899	De Grandmaison et Cartier	2	2	»	»
1900	Castellani	»	4	»	»
1900	Schottmüller	50	40	»	»
1900	Auerbach et Unger	10	7	»	»
1901	Cole	15	11	Veine avant-bras.	6e au 27e jour, 2e jour dans rechute.
1901	Hewlet	»	»	»	»
1901	Courmont	»	»	Veine avant-bras.	Avant le 5e jour jusqu'à la fin du 3e septénaire.
1901 et 1902	Busquet	43	43	Veine avant-bras.	1er, 2e, 3e septénaires.

Une conséquence toute logique de ces recherches fut que l'on se demanda si l'on ne se trouvait pas en possession d'un moyen de diagnostic excellent et pouvant, soit suppléer la séro-réaction de Widal et compléter ses indications, soit la remplacer au besoin. Un certain nombre de travaux se rapportent immédiatement à la vérification de cette hypothèse.

Castellani relate que, dans quatre cas, il put isoler le bacille d'Eberth par la mise en culture du sang de typhiques, à un moment où la séro-réaction de Widal était négative. De même Osler dans un cas.

Cole, six fois, a pu isoler le bacille avant que la séro-réaction ne devînt positive à 1/50. Les résultats les plus précoces furent obtenus par lui au sixième jour, même au deuxième jour (dans une rechute). Mais cet auteur déclare que la présence du bacille dans le sang est très inconstante, car on peut le déceler pendant l'évolution de formes très bénignes, alors qu'elle peut faire défaut dans des formes graves.

J. Courmont a trouvé *constamment* le bacille d'Eberth dans le sang où il séjourne depuis les premiers jours de l'invasion (avant le cinquième jour) jusqu'à la fin du troisième septénaire. Il constate, comme Castellani et Cole, que la séro-réaction peut n'être positive que tardivement, alors que le bacille existe déjà dans le sang dès le cinquième jour.

Dans nos recherches personnelles, 8 fois sur 43, le bacille fut extrait du sang avant que la séro-réaction ne fournît un résultat positif. Nous avons pu l'isoler 22 fois pendant le premier septénaire, (du quatrième au septième jour), 16 fois pendant le deuxième septénaire, 5 fois pendant le troisième septénaire.

On doit donc considérer comme démontrée cette proposition que par la culture on peut constamment retirer du sang du malade atteint de fièvre typhoïde l'agent pathogène de cette affection, cela dans certains cas dès le début de la période d'invasion et avant que le sérum ne soit pourvu de ses propriétés agglutinantes. Mais il faut bien remarquer que dans le plus grand nombre des observations la séro-réaction existe déjà au moment où il est possible de mettre en évidence la présence du bacille (33 fois sur 43 dans nos recherches). En outre, quoique rejetant cette opinion de Cole que le bacille peut ne pas se trouver dans le sang des typhiques gravement atteints (où nous l'avons d'ailleurs pour notre part toujours rencontré), nous devons reconnaître cependant que, dans le quart des cas, le résultat de nos tentatives de culture a été négatif à la première série d'ensemencements, et que plusieurs fois il nous a fallu recommencer 2, 3 et même 4 séries d'épreuves pour obtenir un succès. Nos 43 examens se classent ainsi à ce point de vue :

1 fois	résultat positif à la	4e	prise de sang;
2 fois	—	3e	—
7 fois	—	2e	—
33 fois	—	1re	—

En d'autres termes, la mise en évidence du bacille d'Eberth par la culture du sang du typhique, qu'il est parfois fort aisé d'obtenir dans un temps très court (vingt-quatre heures), peut nécessiter *en certains cas* de longues et minutieuses recherches. Si nous ajoutons qu'elle demande une installation bactériologique assez complète et des notions de technique microbiologique qu'ignorent le plus grand nombre des praticiens, nous serons amené à reconnaître qu'au point de vue de la pratique médicale journalière, il est impossible de recommander ce procédé d'investigation clinique pour remplacer celui si simple et si rapide que Widal nous a indiqué sous le nom de séro-réaction.

Mais il nous paraît indiscutable que, dans certaines circonstances, notamment dans les grands hôpitaux pourvus d'un laboratoire des cliniques, il peut être d'un immense secours pour le diagnostic dans les cas douteux où la séro-réaction est retardée pour une raison quelconque. C'est alors, en effet, qu'il faut avoir recours à cette méthode excellente en elle-même; mais on doit se garder soigneusement des déductions généralisatrices qui ne conduiraient qu'à des mécomptes.

* * *

Le procédé permettant d'isoler le bacille d'Eberth du sang du malade varie suivant les auteurs :

1° Les uns, comme Cole, admettant que les résultats positifs les plus nombreux sont obtenus avec des quantités élevées de sang, puisent, dans une veine du pli du coude, 3, 5, 10, 15 et 20 centimètres cubes de sang, et l'ensemencent en totalité dans une quantité de bouillon différente suivant les expérimentateurs.

Kühnau ensemence 10 centimètres cubes de sang dans 50 centimètres cubes de bouillon. Sur 41 examens il obtint ainsi 11 succès.

Hewlett verse 5 centimètres cubes de sang dans 3 flacons de bouillon; il indique d'une façon précise « qu'il faut prendre une assez grande quantité de sang, et le diluer suffisamment pour que ses propriétés bactéricides n'empêchent pas la culture ».

J. Courmont recueille 3 centimètres cubes de sang et les met en culture dans un litre de bouillon;

2° Nous avons pu constater qu'en ensemençant de *très petites quantités de sang*, et *en multipliant les ensemencements*, nous obtenions des résultats bien supérieurs à ceux que nous avions enregistrés tout d'abord avec des doses massives de sang (de 2 à 4 centimètres cubes) mélangées à 50 et 100 centimètres cubes de bouillon. Lors de nos premières recherches (1898) nous n'avions observé que 3 succès sur 8 cas, en opérant ainsi; depuis 1899 nous n'avons compté que des succès (43 succès sur 43 recherches) en utilisant la technique indiquée ci-après. Celle-ci, qui peut sembler à première vue assez compliquée, est en réalité très simple et d'exécution facile. Elle nous a permis, non seulement de signaler la *constance* de la présence du bacille d'Eberth dans le sang de la circulation générale, mais aussi *d'isoler des espèces associées à ce bacille*, espèces dont le rôle a une importance des plus grandes. Nous pensons, en effet, que *c'est dans ces associations symbiotiques qu'il faut chercher souvent les causes qui modifient et altèrent si profondément l'évolution et le type clinique de la fièvre typhoïde.* Elles peuvent influencer non seulement le pronostic immédiat, mais encore les séquelles plus ou moins éloignées, en causant dans certains organes des désordres graves et parfois indélébiles, ainsi que nous en fournirons prochainement la démonstration.

Nous avons en effet trouvé sur 43 cas observés : 29 fois le bacille d'Eberth seul; 3 fois le pneumocoque et le bacille d'Eberth (pneumo-typhoïdes); 5 fois le streptocoque et le bacille d'Eberth (fièvres typhoïdes graves d'emblée, à évolution sévère et prolongée, avec complications viscérales nombreuses); 1 fois le streptocoque et le bacille d'Eberth (fièvre typhoïde à forme bilieuse); 4 fois le staphylocoque doré et le bacille d'Eberth (fièvres typhoïdes de moyenne gravité, mais de longue durée); 1 fois un diplocoque indéterminé et le bacille d'Eberth (fièvre typhoïde à forme irrégulière).

Le procédé qui nous semble le plus digne d'être recommandé, parce qu'il nous a fourni les meilleurs résultats, est le suivant :

Le sang est puisé dans une veine du pli du coude à l'aide d'une seringue stérilisée et munie

1. Ebermaïer. — *Deut. Arch. für klin. med.*, 1889. — Ettlinger. *Thèse*, Paris, 1894. — Teissier. *Arch. de méd. expér.*, 1895, Juillet. — Thiemich. *Deut. med. Woch.*, 1895, et Baumgarten's. *Jahr.*, 1894, Vol. X. — Sabrazès et Hugon. *Soc. méd. des hôp.*, 1897, Janvier. — Block. *Johns Hopkins Hosp. reports*, 1897, Juin. — Kuhman. *Zeitschr. f. Hyg.*, 1897. — Ferré et Antony. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1897, Juillet. — De Grandmaison et Cartier. *Soc. de biol.*, 1899, 28 Janvier et 4 Novembre. — Castellani. *Riforma medica*, Palerme, 1900. — Stern. *Centr. für inn. med.*, 1896. — Schottmuller. *Deut. med. Woch.*, 1900, Août. — Auerback et Unger. — *Deut. med. Woch.*, 1900, Décembre. — Cole. *Johns Hopkins Hosp. reports*, 1901, Juillet. — Hewlet. *Med. record*, 1901, 30 Novembre. — Courmont. *Soc. méd. des hôp.*, 1901, 27 Décembre. — Busquet. *Académie de médecine*, 1902, Janvier; *La Presse Médicale*, 1902, Janvier; *Revue de médecine*, 1902, Février.

d'une aiguille en platine iridié. (Celle-ci est flambée à la lampe à alcool au moment d'opérer, et enfoncée rouge à travers les tissus, afin d'éviter les souillures banales de la peau). La quantité de sang peut être assez minime, 1 centilitre; cependant nous en recueillons généralement de 1 à 5 centimètres cubes, afin d'avoir en réserve une certaine quantité de sérum pouvant ultérieurement servir à des essais d'agglutination.

L'aiguille est enlevée, et le sang est aspiré dans une pipette stérilisée, puis réparti, à raison d'une ou deux gouttes par récipient, dans des ballons contenant 250 centimètres cubes de bouillon. Le nombre des ballons ensemencés est en moyenne de 20 à 30; ils sont ensuite placés à l'étuve à 37°.

Le plus souvent (dans les 3/4 des cas) on peut voir, déjà après vingt-quatre heures, le milieu de culture se troubler dans un ou plusieurs ballons. Cependant il peut arriver aussi que le résultat soit complètement négatif (dans 1/4 des cas). Il faut alors faire une autre prise de sang et recommencer une nouvelle série d'ensemencements. Plusieurs fois, il nous a fallu répéter 2, 3 et 4 fois les diverses opérations pour obtenir une culture du bacille d'Eberth (10 cas sur 43).

Fréquemment le bacille n'a pas sa forme typique normale. Il évolue dans les premières cultures sous l'aspect d'un diplobacille plus ou moins court, ressemblant à la forme des bouillons phéniqués décrite en 1890 par M. Vincent (du Val-de-Grâce). Il n'en diffère que par une mobilité un peu plus accusée, mais qui est loin d'égaler celle de l'Eberth typique (fait déjà signalé en 1895 par Teissier pour un bacille retiré du sang d'un typhique au quinzième jour de la maladie). Cependant, par report sur un nouveau bouillon, il récupère de suite sa forme et ses caractères spécifiques.

Cole, dans un remarquable travail, part d'un principe autre que celui qui a guidé ces recherches, car il admet que de grandes quantités de sang sont nécessaires. Il a pu cependant faire des constatations identiques aux nôtres sur certains points.

Il puise dans une veine de l'avant-bras 8 à 10 centimètres cubes de sang. Il le répartit dans des flacons d'Erlenmeyer contenant chacun 150 centimètres cubes de bouillon. Il emploie un à six flacons pour chaque cas, de façon que la dilution du sang soit de 1/75 à 1/150. Si le milieu se trouble il fait des plaques d'agar. Ainsi que nous l'avons signalé en mai 1901, il remarque « qu'ordinairement, dans le bouillon, le microorganisme est quelquefois agglutiné et qu'il est moins mobile (at least sluggishly motile) ».

* * *

De l'exposé qui précède il résulte que si la recherche du bacille d'Eberth dans le sang de la circulation générale ne peut constituer une méthode dont l'emploi puisse être adopté dans la pratique courante, du moins elle est susceptible, dans la pratique hospitalière, d'aider à asseoir le diagnostic, et, par suite, elle est d'une utilité incontestable.

De plus, en décelant l'association de certains microbes pathogènes avec le bacille d'Eberth, elle éclaire d'un jour nouveau la pathogénie et l'évolution de certaines formes de la fièvre typhoïde, et permet d'expliquer des anomalies cliniques jusqu'alors indéchiffrables.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

9 Juin 1902.

Hématome du cordon. — *M. Couvelaire.* Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, primipare, arrivée à terme et en travail, chez laquelle la période d'expulsion dura quatre heures.

On fit une application de forceps en OP; il y avait un circulaire assez serré autour du cou; cependant on put le faire passer par-dessus la tête.

Après la naissance de cet enfant, qui pesait 3.880 grammes, on constata que le cordon, long de 67 centimètres, présentait un hématome, remontant sur une longueur de 10 centimètres à partir de l'ombilic.

Une coupe microscopique montra le lieu de la rupture : c'était une déchirure longitudinale de la veine ombilicale, dont la tunique interne était recroquevillée et rétractée.

On s'est donc trouvé en présence d'une déchirure traumatique d'un vaisseau isolé, qui a donné naissance à une infiltration sanguine du cordon au lieu d'élection.

Il y a lieu de noter que le traumatisme a été très léger.

Dystocie par rigidité syphilitique du col, opération de Porro. Mort de l'enfant et de la mère. — *M. Rudaux.* Une femme infectée depuis trois jours, à terme et en travail, arrive à l'hôpital Beaujon, son col présentant une dilatation de 2 francs, qui ne progresse pas, malgré des contractions utérines fréquentes et très douloureuses.

On reconnaît alors l'existence de plaques muqueuses sur les petites lèvres; le col forme un canal à paroi rigide.

T = 39°5; P = 128; écoulement verdâtre, fétide.

Après une tentative infructueuse de dilatation manuelle, on fait l'opération césarienne, puis le Porro.

L'enfant est extrait vivant, mais meurt bientôt; on ne trouve rien dans son sang.

A l'autopsie de la mère, on trouve du staphylocoque pur.

Rapport sur une pièce de M. Rudaux, ayant trait à un enfant qui a vécu deux mois et demi, ayant plusieurs malformations faciales et craniennes. — *M. Kirmisson* semble conclure de l'existence d'un sillon oblique de haut en bas, et d'arrière en avant, à l'existence d'une cause mécanique de compression par les membranes ou par la paroi utérine.

Kyste de la gouttière laryngo-épiglottique. — *MM. Porak et Theuveny.* Il s'agit d'un enfant né à terme, étonné, pesant 2.900 grammes, qui est mort au bout de six heures, ayant présenté une cyanose persistante, avec respiration difficile, mais pas de bruit laryngé ni trachéal.

A l'autopsie, on constata dans la gouttière laryngo-épiglottique l'existence d'un kyste tendu qui obstruait l'orifice du larynx; sur ce kyste passait le nerf laryngé supérieur.

Deux cas de cyanose d'origine cardio-vasculaire. — *M. Porak.* Dans le premier cas, il y avait persistance de la perméabilité du canal artériel, dans lequel on pouvait introduire une grosse sonde cannelée, avec dilatation ampullaire de l'artère pulmonaire.

Les bruits du cœur avaient été soufflants.

Dans le second cas, il s'agissait d'un débile, pesant 1.900 grammes, dont le ventricule droit ne présentait aucune cavité; l'aorte n'avait que deux valvules sigmoïdes.

Hydronéphrose congénitale par obstruction de l'uretère droit. — *M. Porak.* Cette constatation fut faite chez un débile mort d'entérite.

L'uretère droit était dilaté en haut, très rétréci en bas.

Rétrécissement multiple de l'intestin grêle. — *M. Porak.* Il s'agit d'un nouveau-né, dont le placenta était œdématié, avec plaques blanchâtres, et qui présenta lui-même de l'œdème, avec points hémorragiques abdominaux.

Cet enfant n'eut pas de selles; on observa bientôt des vomissements, qui devinrent rapidement fécaloïdes; l'état général était très mauvais.

A l'autopsie, on constata des adhérences intestinales multiples et trois rétrécissements; le mésentère était épaissi et contenait de nombreux ganglions.

Présentation d'une pièce de luxation congénitale simple de la hanche, accompagnée d'arrêt de développement. — *M. Potocki* présente une pièce qui rappelle celle qui a été présentée antérieurement par M. Lepage.

D'un côté, il y a une cavité cotyloïde très petite, dans laquelle ne peut entrer la tête fémorale; la capsule articulaire, très peu développée est très distendue; le col fémoral est presque absent.

Cholécystotomie pratiquée chez une femme venant d'accoucher à huit mois et demi. — *M. Potocki.* Il s'agit d'une femme, dont le travail fut marqué par des douleurs très vives dans l'hypocondre et le flanc droits.

On pensa d'abord à une colique hépatique, puis à une péritonite.

Comme on sentit bientôt une tumeur dans le flanc droit, indépendante de l'utérus, que cette région était seule douloureuse, et qu'il y avait une constipation marquée, on pensa ensuite à une appendicite ou à une annexite.

Après l'accouchement, la tumeur ayant remonté, on fit le diagnostic de cholécystite, et on fit la laparotomie dix heures après la délivrance.

On trouva une vésicule biliaire contenant des calculs.

Les suites opératoires furent très simples, sauf qu'il persista une fistule muco-purulente de la vésicule.

Il y a lieu de noter que les lochies et la régression utérine furent absolument normales, malgré cette intervention précoce.

M. Pinard considère qu'il est nécessaire d'ouvrir un nouveau chapitre obstétrical : c'est celui de la cholécystite dans ses rapports avec la puerpéralité.

Il en a observé personnellement un cas, qui fut opéré le dixième jour.

Péritonite consécutive à des tentatives d'avortement. — *M. Varnier* rapporte l'observation d'une femme qui avouait des tentatives personnelles d'avortement, faites avec une sonde en gomme munie d'un mandrin en fil de fer.

Cette femme se serait introduite cette sonde à trois reprises différentes dans la cavité utérine, étant en attitude accroupie.

La laparotomie montra l'existence d'une plaque vineuse dans le haut de la face antérieure de l'utérus qui était entouré par un liquide louche de péritonite septique.

L'hystérectomie sus-vaginale ayant été faite, on constata que la pièce était un type achevé d'enchatonnement dans une délivrance abortive, le placenta étant resté dans une arrière-cavité qui ne communiquait avec le reste de l'utérus que par un canal filiforme.

M. Varnier pense que cette femme a fort bien pu s'introduire elle-même cette sonde dans la cavité utérine, des recherches expérimentales ayant établi que 75 pour 100 des femmes peuvent repérer leur col par le toucher.

L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

17 Juin 1902.

Causes de mort dans la diphtérie. — *MM. Barbier et Alquier* étudient les causes de mort dans la diphtérie d'après les 45 autopsies d'enfants ayant succombé aux différents stades de la maladie.

La cause la plus fréquente est la thrombose cardiaque qui a existé dans 50 pour 100 de cas; presque toujours le thrombus occupe le cœur droit. L'examen bactériologique du caillot fait dans 12 cas a donné dans 4 cas un résultat négatif; le bacille diphtérique a été trouvé 4 fois, le streptocoque seul 2 fois, le staphylocoque seul 1 fois, le streptocoque et le bacille de la diphtérie 1 fois.

La thrombose cardiaque semble particulièrement fréquente dans les diphtéries graves, associées ou non. Elle apparaît pendant la convalescence, c'est-à-dire neuf à quinze jours après la disparition des fausses membranes. La mort est brusque, parfois précédée de pâleur de la face, de cyanose, d'agitation, d'angoisse.

Un autre point qui ressort des autopsies de MM. Barbier et Alquier, c'est la fréquence de la tuberculose latente. Sur 45 autopsies, on a trouvé dans 18, soit dans 40 pour 100 de cas, des lésions tuberculeuses. Dans 25 pour 100 de cas il existait des poussées tuberculeuses récentes, développées sous la diphtérie. Mais si la tuberculose s'aggrave sous l'influence de la diphtérie, elle ne cause pas de thromboses cardiaques, car celles-ci ne coexistaient avec la tuberculose que dans 4 cas.

Lésions bulbaires dans l'intoxication diphtérique. — *M. Rocaz* (de Bordeaux) a eu l'occasion d'examiner les lésions bulbaires chez deux enfants ayant succombé avec des symptômes bulbaires : vomissement, pâleur de la face, petitesse du pouls, etc. Les lésions des cellules nerveuses étaient constituées par de la chromophilie, de la chromatolyse, un état granuleux témoignant ainsi de la dégénérescence et de la destruction des cellules nerveuses. Ces lésions étaient

particulièrement accentuées au niveau du noyau des pneumogastriques. Elles seraient, d'après M. Rocaz, sous la dépendance de la toxine diphtérique.

Paralysies métadiphtériques dues à des embolies multiples. — *M. Breton* envoie l'observation d'un enfant qui pendant la convalescence de diphtérie, a présenté une hémiplégie. Le membre inférieur paralysé devint le siège de plaques livides qui se sont sphacélées et ont suppuré. Il s'agit probablement d'une thombrose cardiaque avec plaie d'embolies. L'hémiplégie persiste.

Cyanose congénitale sans bruit anormal. — *M. Variot* a observé un enfant de seize mois qui présente tous les symptômes de la cyanose congénitale, mais chez lequel l'auscultation ne permet de percevoir le moindre souffle. C'est la troisième fois que M. Variot observe un cas de ce genre. Dans les deux premiers cas, l'autopsie a montré l'existence d'une perforation interventriculaire et d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire. Les parois des deux ventricules avaient la même épaisseur.

Quant à expliquer l'absence du souffle, M. Marey, auquel M. Variot a soumis ce cas, estime qu'il faut attribuer ce phénomène à l'égalité de pression dans les deux ventricules.

M. Marfan n'est satisfait qu'à moitié par l'explication de M. Marey. L'égalité de pression dans les ventricules explique l'absence de la cyanose, — puisqu'il n'y a pas de mélange de deux sangs, — et l'absence du souffle au niveau de la cloison. Mais le rétrécissement pulmonaire aurait dû produire un souffle propre. Du reste, M. Marfan a observé un cas de cyanose congénitale où le souffle n'a paru qu'au bout de quinze ans, deux avant la mort de l'enfant.

Déplacement du cœur. — *M. Moizard* montre un enfant qui, consécutivement à une pleurésie purulente avec vomique survenant encore de temps en temps, présente son cœur fixé à droite. Cet enfant présente des doigts typiques en baguettes de tambour. La radiographie a montré que l'épaississement des phalanges s'est fait aux dépens des parties molles et que les os sont intacts.

M. Marfan profite de cette présentation pour rectifier une erreur.

Il y a quatre ans, il a publié l'observation d'un enfant qui présentait des doigts en baguettes de tambour, et qu'il croyait atteint de pyélo-néphrite. L'opération faite à quelque temps de là a montré l'existence d'une tuberculose rénale, et, deux ans après, l'enfant succombait à la tuberculose pulmonaire. C'est donc la confirmation de la règle, à savoir que le doigt hippocratique ne s'observe que dans les affections de l'appareil respiratoire.

Emphysème sous-cutané au cours de la bronchopneumonie. — *M. Aubertin* lit une observation d'emphysème sous-cutané localisé au cou et au tronc, survenu au cours d'une broncho-pneumonie postrubéolique. L'enfant a guéri.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

18 Juin 1902.

Perforations typhiques opérées et guéries. — *M. Ricard* rapporte 2 cas de perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde, qui furent traitées chirurgicalement et suivies de guérison. L'un de ces cas appartient à M. Hagopoff (de Constantinople); la perforation était survenue au vingtième jour, avait le volume d'une lentille et siégeait à environ 20 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Suture, guérison.

Le second cas appartient à M. Ricard : sur une anse grêle il existait une surface érodée de la dimension d'une pièce de 50 centimes, encerclée d'un bourrelet épais de fausses membranes et dont le fond, comblé de bourgeons charnus, indiquait une ulcération déjà en voie d'oblitération. Dans ce cas encore la suture fut suivie de guérison.

Sur l'inversion de la vessie. — *M. Picqué*, répondant aux objections faites dans la précédente séance par M. Guinard, déclare que la pathogénie de l'inversion vésicale n'est pas aussi facile à interpréter que le pense son collègue. On ne saurait admettre, en tout cas, qu'elle soit la conséquence fatale de la résection de l'urètre chez la femme, car il a, pour ma part, pratiqué plusieurs fois cette opération, et, comme M. Bazy, il n'a jamais observé d'inversion vésicale.

Sur les kystes hydatiques du rein. — *M. Gérard Marchant*, pour faire suite à la récente communication de M. Terrier, rapporte une observation de kyste hydatique du rein qu'il a opéré ces jours derniers. La tumeur, rénitente, fluctuante, siégeait dans le flanc gauche; comme il n'y avait ni ballottement rénal, ni sonorité en avant de la tumeur, ni troubles urinaires, que, d'autre part, la tumeur pouvait se réduire sous la cage thoracique, M. Gérard Marchant pensa plutôt à l'existence d'un kyste de la rate. Mais l'opération montra qu'il s'agissait bien d'un kyste hydatique du rein implanté sur le pôle supérieur de l'organe. Ponction, qui donna issue à environ un litre de liquide eau de roche, extraction de la membrane germinative, assèchement de l'adventice, suture avec capitonnage, fermeture du ventre. Actuellement, le malade, opéré seulement depuis deux jours, va aussi bien que possible.

Du rôle de l'angle colique gauche dans les occlusions intestinales. Importance des petites brides précoliques. — *M. Quénu.* A la suite de l'observation de rétrécissement de l'angle gauche du côlon transverse rapportée à la Société dans la séance du 22 Avril dernier par M. le professeur Terrier, M. Quénu s'est livré à des recherches sur la pathogénie de ces rétrécissements, et c'est le résultat de ses recherches anatomo-pathologiques et cliniques qui fait l'objet du très long mémoire dont il donne aujourd'hui lecture. Nous n'en retiendrons que les conclusions.

Pour M. Quénu les accidents, aigus ou chroniques, d'occlusion au niveau de l'angle colique gauche sont attribuables non à l'obstacle, problématique et nullement démontré, constitué par l'existence même de cet angle, mais à la gêne apportée à la circulation intra-intestinale du gros intestin par une péritonite ancienne ayant modifié, d'une part la musculature intestinale, ayant amené, d'autre part, la formation d'agglutinements d'anses ou de larges brides, ou enfin de petites brides minuscules, de « ficelles précoliques », suffisantes pour entraver ses fonctions et entraîner des rétentions temporaires de gaz et de matières. L'observation rapportée par M. Legueu à la suite de celle de M. Terrier et une autre que relate tout au long M. Quénu montrent d'ailleurs que ces petites brides anciennes environnant le côlon transverse sont susceptibles, dans certaines conditions, de créer tout à coup une occlusion complète.

Les conséquences thérapeutiques qui découlent de ces faits sont des plus simples : dans les cas d'occlusion de ce genre il faudra chercher avant tout à libérer l'intestin de ces petites brides précoliques. Dans le cas où on n'y parviendrait pas suffisamment, il faudrait recourir à l'ingénieux procédé de M. Terrier : anastomoser latéralement le côlon transverse au côlon descendant.

De l'interposition musculaire dans le traitement des ankyloses osseuses. — *M. Nélaton.* Le traitement des ankyloses des jointures est parfois fort difficile, et le rétablissement des fonctions de l'articulation n'est pas toujours obtenu par l'ostéotomie ou par une résection. Une méthode qui paraît des plus efficaces en pareil cas, c'est celle qui consiste à interposer une bandelette musculaire entre les extrémités osseuses préalablement sectionnées. M. Nélaton y a eu recours avec succès dans deux cas d'ankylose de la hanche consécutive au rhumatisme articulaire, l'une unilatérale chez une jeune femme de trente-trois ans, l'autre bilatérale chez un jeune garçon de vingt ans.

Dans les deux cas, la bandelette musculaire interposée, large comme deux doigts et longue de 12 centimètres, fut taillée aux dépens du muscle tenseur du fascia lata. Dans le second cas, le résultat final a été gâté par un accident opératoire causé par un appareil extenseur mal appliqué.

A l'objection qu'on pourrait faire que l'ostéotomie seule, avec excision d'une large bande osseuse au niveau de la réunion du fémur avec le bassin, eût suffi sans doute à assurer le même résultat, M. Nélaton répond par les observations de différents cas où il a pratiqué cette ostéotomie avec excision osseuse large, et où néanmoins l'ankylose s'est reproduite après quelques semaines ou quelques mois.

Dans les deux cas précités, au contraire, et qui remontent, le premier à deux ans déjà, et le second à plus de six mois, la mobilité de la jointure n'a pas diminué.

M. Nélaton pense donc que l'interposition musculaire est le moyen le plus puissant que nous ayons à notre disposition pour combattre l'ankylose osseuse d'une jointure.

Coxa vara de l'adolescence. — *M. Kirmisson* fait un rapport sur une observation adressée à la Société par *M. Coville* (d'Orléans). Cette observation est celle d'un garçon de seize ans atteint de coxa vara dont le début remontait à un traumatisme survenu vers l'âge de douze ans. A cette époque l'enfant fit une chute de voiture : il se releva néanmoins sans mal apparent et continua à se bien porter, mais peu à peu il se mit à boiter et sa claudication s'accentua progressivement jusqu'à ce jour. Lorsque M. Coville vit ce malade, il n'eut pas de peine à constater l'existence d'une coxa vara; la description qu'il fait des symptômes de la maladie, les photographies et radiographies jointes à son observation ne laissent aucun doute sur l'exactitude du diagnostic. Mais quelle est la cause de la malformation? M. Coville, se fondant sur l'existence de l'ankylose, pense qu'il y a eu arthrite de la hanche, arthrite ayant évolué d'une façon lente et insidieuse. M. Kirmisson, au contraire, s'appuyant sur l'examen attentif de la radiographie, pense qu'il y a eu décollement épiphysaire et, pour lui, il n'est pas douteux que ce décollement de l'extrémité supérieure du fémur et la consolidation vicieuse consécutive soient l'origine de la déformation constatée.

Il en est du reste de cette déformation comme de toutes les autres difformités; elle peut être primitive ou secondaire, symptomatique d'une autre lésion.

Pour ce qui est du traitement de cette affection, il n'en est qu'un d'applicable : puisqu'il y a ankylose de l'articulation coxo-fémorale, c'est l'ostéotomie sous-trochantérienne qui s'impose, suivie de l'application méthodique de l'extension continue.

Perforation du vagin et du cul-de-sac de Douglas dans une tentative d'avortement; laparotomie, drainage, guérison. — *M. Weiss* (de Nancy) rapporte l'histoire d'une jeune femme qui, dans une tentative maladroite d'avortement au troisième mois de sa grossesse, eut le cul-de-sac vaginal postérieur perforé par une sonde de Doléris; une certaine quantité de la liqueur de Van Swieten qui circulait dans cette sonde pénétra dans le cul-de-sac de Douglas. Ces lésions ne furent d'ailleurs reconnues que quarante-huit heures après, au moment de la laparotomie nécessitée par la péritonite commençante. L'utérus était indemne; M. Weiss se contenta de drainer largement par l'hypogastre et par le vagin. La malade guérit, après avoir fait, le lendemain de l'opération, une fausse couche qui, en exacerbant la péritonite, faillit compromettre gravement sa vie.

Aussi M. Weiss se demande si, en pareil cas, il ne vaudrait pas mieux interrompre de parti pris la grossesse, en donnant alors la préférence au curage digital qui constitue un traumatisme infiniment moins grave que l'hystérectomie abdominale.

Excision de la muqueuse rectale pour hémorroïdes. — *M. Delorme* présente un malade chez lequel il a pratiqué cette opération il y a huit mois. Le résultat s'est maintenu excellent : la cicatrice n'est pas sensible, la défécation est facile, comme à l'état normal, les gaz sont retenus. C'est donc là une opération excellente quand on la pratique avec les précautions nécessaires.

Prostate hypertrophiée et calculs vésicaux enlevés par voie périnéale. — *M. Bazy* présente ces pièces qu'il a enlevées chez un homme de soixante ans. Le lobe droit de la prostate a été enlevé d'un seul bloc; le gauche, très friable, a dû être enlevé par fragments. Les calculs, au nombre de six, ont des dimensions allant de celles d'une noisette à celles d'un marron. Les indications opératoires étaient, chez ce malade, des hémorragies abondantes survenant sans cause connue, l'existence et la facilité de récidive des calculs, et enfin les douleurs causées par le cathétérisme.

J. Dumont.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

T. Houg. *Étude ergographique sur la douleur musculaire* (*American Journal of Physiology*, 1902, t. VII, p. 76). — En faisant travailler un muscle déterminé avec un ergographe analogue, mais non identique, à celui de Mosso, Houg provoque dans le muscle sain surmené des impressions douloureuses qui doivent être classées dans deux groupes très différents. Dans certains cas, la douleur musculaire se produit pendant le travail même, persiste quelques heures

après, pour disparaître ensuite complètement; dans d'autres cas, l'endolorissement du muscle ne se produit que longtemps après l'effort accompli, apparaissant huit à dix heures environ après, pour n'atteindre son maximum que vingt-quatre heures après, et tout travail du muscle réveille la douleur pendant plusieurs jours.

Les deux types sont d'ailleurs provoqués par des travaux de genre différents. La première se produit presque exclusivement avec les contractions tétaniques, la seconde avec les contractions rythmées, même quand ce rythme est tel que la courbe ergographique ne permet pas de déceler un symptôme de fatigue dans le muscle, par exemple quand on travaille avec le rythme suivant :

$$\frac{\text{Temps de travail}}{\text{Temps de repos}} = \frac{1 \text{ sec.}}{9 \text{ sec.}}$$

Il n'y a donc pas indépendance complète entre le second type douloureux et l'intensité de la fatigue, mais, par contre, ce type apparaît surtout quand les contractions rythmées sont très énergiques.

Des symptômes différents doivent provenir de causes différentes. Houg attribue le premier type lié à la fatigue, à la formation dans le muscle tétanisé de substances toxiques s'accumulant dans le sarcolemme et dans la lymphe interstitielle. La douleur résultant soit de l'action directe de ces substances sur les terminaisons sensitives, soit de l'action indirecte, mécanique, de ces mêmes substances, déterminant un gonflement de la fibre musculaire et, par suite, une de ces mêmes plaques sensitives.

Quant au second type, il aurait pour cause la rupture de quelques fibrilles musculaires, suivie de formation d'adhérences, puis de ruptures nouvelles de ces adhérences, si le muscle travaille de nouveau.

Ces altérations et tentatives de réparation expliqueraient pourquoi les impressions douloureuses se manifestent longtemps après le travail.

Reste un autre fait : la douleur du second type éclate surtout quand le muscle n'a pas été entraîné à un travail déterminé depuis longtemps; elle est très rare avec les muscles bien entraînés. Houg admet que, dans le premier cas, il y a défaut de coordination dans les incitations motrices envoyées aux différentes fibres musculaires qui forment le muscle, d'où travail très inégal et ruptures nombreuses, tandis que, par l'entraînement, la coordination nerveuse et parfaite, toutes les fibrilles se contractant simultanément, les ruptures sont forcément très rares.

Ce travail, très intéressant, permet de comprendre comment les sujets entraînés ne présentent pas les courbatures douloureuses des sujets dont l'innervation musculaire n'a pas été éduquée préalablement. Il montre également que dans les expériences poursuivies sur la fatigue musculaire, il faut rejeter toutes celles où on note ultérieurement des douleurs musculaires, indice d'altérations du tissu étudié.

J.-P. Langlois.

MÉDECINE

Boyé. ***Un cas d'hyperthermie post-mortem avec refroidissement cadavérique très lent dans un accès pernicieux*** (*Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, 1902, n° 2, p. 221). — Un homme de vingt-six ans, atteint depuis une dizaine de jours d'accès de fièvre palustre, meurt subitement. Quatre heures après la mort, la température, prise entre la face interne de la cuisse et le scrotum, était de 41°9; quatre heures trente après la mort, la température rectale était de 41°6; elle était encore de 38°8 sept heures trente après la mort. La température de l'air ambiant était de 26°.

P. Desfosses.

G. Mac Kean Harrison. ***Deux cas d'obstruction intestinale aiguë traités par l'ingestion de mercure métallique*** (*British Medical Journal*, 1902, 26 Avril, n° 2.156, p. 1.023). — L'auteur rapporte deux cas d'obstruction intestinale aiguë, nettement caractérisée, qu'il a traités par l'ingestion de mercure métallique administré en une seule fois à la dose de 250 grammes. Les résultats de ce traitement ont été vraiment inespérés.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de soixante ans, chez qui les accidents duraient depuis huit jours. Quelques heures après l'ingestion du mercure, on nota une amélioration très nette de l'état général; et, vingt-quatre heures après, le malade avait une selle abondante. Dès lors la guérison fut rapide. Les choses se passèrent d'une façon semblable chez le deuxième malade, un vieillard de quatre-vingts ans, avec cette différence cependant que les symptômes étaient plus alarmants et que l'effet fut plus rapide, la première selle se produisant quelques heures après l'ingestion du mercure.

Dans aucun cas, on n'a noté le moindre symptôme d'intoxication mercurielle ni la plus petite douleur. Le mercure a été éliminé par la voie rectale, neuf à dix jours après l'ingestion. Il semble donc qu'il y ait là une précieuse ressource thérapeutique dans les cas d'occlusion intestinale où les moyens ordinaires ont échoué et où l'opération est refusée ou contre-indiquée.

C. Jarvis.

CHIRURGIE

Barth. ***Hernie appendiculaire étranglée dans l'anneau crural*** (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1902. Bd LXIII, Hft. 1 et 2). — Il s'agit d'une femme de quatre-vingt ans qui, voulant soulever un lourd fardeau, ressentit une brusque et violente douleur dans l'aine droite; puis survinrent des nausées et des vomissements en même temps qu'une suppression complète des gaz et des matières par l'anus. Ce n'est que huit jours plus tard que cette femme se décida à aller voir un médecin; celui-ci n'eut pas de peine à reconnaître l'existence d'une hernie crurale étranglée.

L'opération montra que l'organe hernié n'était autre que l'appendice cœcal, recourbé en fer à cheval et étranglé vers sa partie moyenne, tandis que ses deux extrémités étaient parfaitement libres. Cet appendice était long de 16 centimètres et il présentait à son extrémité terminale une perforation de la dimension d'une petite tête d'épingle. Résection de l'appendice et drainage, suites opératoires simples, guérison parfaite. La malade mourut plusieurs semaines après de sa belle mort.

L'auteur pense que, dans ce cas, il s'est agi d'une hernie de force avec étranglement immédiat de l'appendice et que la perforation de cet organe n'est que la conséquence des troubles circulatoires occasionnés par l'étranglement.

J. Dumont.

OBSTÉTRIQUE

C. Sauvage. ***De l'anatomie pathologique et du traitement des ruptures utérines pendant le travail*** (*Thèse*, Paris, 1902, n° 305). — Ce travail, consacré à l'étude des lésions et du traitement des ruptures utérines pendant l'accouchement, permet de dégager les conclusions suivantes :

1° La déchirure de la paroi utérine ne représente ordinairement qu'une partie des lésions. L'abondance et l'étendue de l'infiltration sanguine dans le péritoine, les irradiations des déchirures péritonéales, l'épanchement de sang, de liquide amniotique dans le péritoine, les déchirures des vaisseaux des ligaments larges, la possibilité d'une rupture de la vessie doivent faire envisager les ruptures utérines survenant pendant le travail comme des lésions très étendues auxquelles il faut un traitement large. A des lésions nerveuses, que nous ne pouvons que soupçonner, revient sans doute un rôle important dans l'allure symptomatique et la terminaison de l'accouchement.

La fréquence des déchirures incomplètes à celle des déchirures complètes est dans la proportion de 1 à 2. Les principaux types de ruptures sont, par ordre de fréquence : la rupture verticale d'un bord utérin, beaucoup plus souvent le gauche, incomplète et intraligamentaire, ou complète, et ordinairement alors reportée un peu en avant ou un peu en arrière du pédicule vasculaire de l'utérus; — la rupture transversale ou oblique, complète ou souvent incomplète, de la paroi utérine antérieure; — la rupture transversale ou oblique complète, très rarement incomplète de la paroi utérine postérieure; — la rupture constituée par deux segments se réunissant ou se croisant suivant une incidence variable; l'arrachement du corps auquel reste appendue une collerette du segment inférieur. La rupture est, dans la grande majorité des cas, localisée dans le segment inférieur; plus rarement elle se prolonge dans le corps de l'utérus ou dans le vagin. Celui-ci peut présenter une déchirure indépendante.

2° La méthode d'extraction du fœtus est uniquement subordonnée au diagnostic de l'existence de la rupture. Quand cette dernière peut être affirmée, l'extraction par les voies naturelles n'est indiquée que dans les cas où la présentation céphalique est engagée dans le bassin et en l'absence de dystocie relevant du bassin.

En dehors de ces cas, l'extraction par les voies naturelles ne peut être qu'une méthode de nécessité pour affirmer le diagnostic.

La laparotomie doit être pratiquée dans tous les cas où le diagnostic de rupture est posé.

L'hystérectomie supra-vaginale, avec ou sans fixation rétro-pariétale et extériorisation du moignon, et toujours associée au drainage, est la méthode de choix. L'hystérectomie abdominale totale n'est indiquée que dans les cas de délabrements du col trop étendus pour qu'on puisse les réparer rapidement et sûrement, et quand l'état de la femme le permet. La méthode de Porro trouve des indications en pratique.

Le traitement des ruptures sous-péritonéales est le même que celui des ruptures complètes.

A. Schwab.

GYNÉCOLOGIE

P. Rosenstein. ***Cathéter double pour pratiquer, sans danger de cystite, le cathétérisme vésical chez la femme*** (*Centralbl. f. Gynäk.*, 1902, 31 Mai, n° 22, p. 569). — L'instrument imaginé par l'auteur a pour but de prévenir ces cystites, parfois si tenaces, qui succèdent trop souvent encore, malgré toutes les précautions d'antisepsie, aux cathétérismes répétés de la vessie après les opérations gynécologiques.

Partant de ce principe qu'en pareil cas l'infection vésicale est causée par les microbes pathogènes blottis dans les cryptes de l'urètre de la femme, microbes qui se trouvent entraînés dans la vessie par le bec de la sonde, Rosentein a construit un cathéter spécial formé de deux tubes métalliques glissant à frottement doux l'un dans l'autre. Le tube extérieur, renflé cylindriquement à l'une de ses extrémités sur une longueur de 3 centimètres, s'introduit par cette extrémité, et sur toute cette longueur, dans l'urètre : une collerette d'arrêt l'empêche de pénétrer plus avant, en sorte que jamais son extrémité, qui présente d'ailleurs un large orifice, ne peut atteindre la cavité vésicale. Une fois le tube extérieur fixé dans cette position, on y introduit, par son extrémité restée libre, le tube intérieur ou cathéter proprement dit, qui ne diffère d'un cathéter ordinaire qu'en ce qu'il est absolument rectiligne. On comprend facilement qu'étant ainsi isolé, par le renflement cylindrique du tube extérieur, de toute la paroi urétrale, ce cathéter est toujours parfaitement aseptique au moment de sa pénétration dans la cavité vésicale.

M. Rosentein a employé son instrument un grand nombre de fois déjà dans le service du professeur Winter, sans jamais avoir observé à la suite le moindre symptôme d'irritation vésicale. Ajoutons que ce nouveau cathéter, très simple, est facile à nettoyer et à stériliser, et que son prix est modeste.

J. Dumont.

PÉDIATRIE

Ch. Rocaz et G. Delmas. ***Traitement de la coqueluche par les bains d'air comprimé*** (*Archives de médecine des enfants*, 1902, Mai, n° 5, p. 281). — Rocaz et Delmas ont traité une cinquantaine de coquelucheux par les bains d'air comprimé.

Les enfants étaient placés avec leurs parents dans deux grandes cloches, réservoirs métalliques hermétiques éclairés par plusieurs hublots de verre épais. Dans ces cloches on comprimait de l'air soigneusement filtré. La pression de l'air variait de 10 à 40 centimètres de mercure. La compression se faisait lentement, une minute par centimètre de mercure; la période de pression stable variait entre une demi-heure et une heure; la période de décompression était d'une durée double de la durée de la période de compression.

Cette méthode thérapeutique a, pour Rocaz et Delmas, l'avantage de diminuer l'intensité, la durée et la fréquence des quintes, d'abréger la durée totale de la coqueluche, de modifier avantageusement le catarrhe bronchique, d'améliorer l'état général du petit malade.

P. Desfosses.

VÉNÉRÉOLOGIE

A. Etesse. ***Contribution à l'étude de la blennorragie para-urétrale chez la femme*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Il existe, de chaque côté et un peu au-dessous du segment vulvaire de l'urètre, des petites glandes, les *glandes de Skene* (prostates femelles de de Graaf et Astruc), dont les orifices s'ouvrent à gauche et à droite, à environ 3 ou 5 millimètres du bord libre du méat urinaire. Or l'infection blennorragique de ces

glandes est fréquente, presque aussi fréquente que celle des glandes de Bartholin.

Cette infection peut être primitive ou consécutive à une urétrite; on peut même la retrouver trois ou quatre ans après la guérison de cette urétrite. La para-urétrite primitive doit être très rare; dans ce cas, il faut admettre, en effet, qu'au moment du coït infectant, le pus blennorragique a été porté directement et uniquement sur l'orifice des glandes de Skene. On comprend fort bien, au contraire, que le plus souvent l'infection de ces glandes se fasse par le pus qui, dans les cas d'urétrite, souille constamment le pourtour du méat.

Quoi qu'il en soit, il faut savoir que cette affection existe, qu'elle est le plus souvent chronique, rarement aiguë, et qu'elle ne donne lieu à aucun symptôme subjectif; le médecin ne devra donc pas s'attendre à ce que la malade attire son attention sur ce point, mais il faudra qu'il y songe lui-même, et qu'il aille à sa recherche. En effet, le gonocoque, une fois retiré dans ces repaires, y devient la cause de réinfections incessantes pour l'urètre ou le vagin, comme aussi l'occasion de nombreuses chaudes-pisses masculines.

Le médecin qui n'aura pas dépisté cette affection s'exposera donc, d'un côté à bien des mécomptes thérapeutiques, et d'autre part à donner des certificats d'intégrité à des femmes bel et bien responsables de l'inoculation dont on les accusait. Enfin, au point de vue médico-légal, l'importance de la recherche de la para-urétrite se conçoit également et sans plus d'explication.

Le seul traitement efficace consiste dans la destruction de la glande, l'usage des topiques n'ayant jamais donné que des résultats incertains. On y procédera très facilement à l'aide du galvano-cautère qui peut être aujourd'hui dans toutes les mains.

J. Dumont.

VOIES URINAIRES

ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

M. Munch. ***Considérations expérimentales et cliniques sur certaines fonctions attribuées au rein*** (*Thèse*, Paris, 1902). — L'auteur passe en revue les travaux récents qui ont été consacrés à l'étude du *diabète rénal*. Il fait cependant observer que, dans les cas expérimentaux qui ont été étudiés, il s'agit bien plutôt de glycosurie d'origine rénale que de diabète à proprement parler.

Il examine d'abord la *glycosurie phlorizique* qui paraît ressortir à un mécanisme particulier. Les deux théories que l'on peut invoquer à l'heure actuelle pour expliquer l'action de la phlorizine font intervenir le rein. Il s'agit là d'une glycosurie réellement d'origine rénale. Valéry Delamare a confirmé les résultats obtenus par Levene, qui sembleraient démontrer que les reins fabriquent, en totalité ou en partie, le sucre sécrété dans la glycosurie phlorizique.

Dans la glycosurie que l'on observe à la suite de l'intoxication par la caratharidine, il paraît y avoir augmentation de la perméabilité rénale. Il s'agit également d'une glycosurie d'origine rénale. Il en est de même après l'administration de diurétiques (théobromine).

D'après les résultats de la pathologie expérimentale, il semblerait légitime d'admettre l'existence d'une glycosurie d'origine rénale. Par contre, de l'analyse de toutes les observations publiées sous l'étiquette de diabète rénal (15), M. Munch conclut que tous les faits rangés sous la rubrique de *diabète rénal* sont contestables et qne la preuve de la réalité du diabète rénal reste encore à faire.

A défaut de diabète rénal il me paraît cependant possible d'admettre l'existence, dans le *diabète sucré*, d'un véritable *élément rénal*.

D. Estrabaut.

OPHTALMOLOGIE

R. Guillemet. ***Sur certaines formes de tumeurs malignes des paupières*** (*Thèse*, 1902, Paris). — Ce qu'il faut surtout retenir du travail de M. Guillemet, c'est la difficulté qu'on rencontre parfois dans le diagnostic de certaines tumeurs malignes des paupières et du chalazion. La lecture des observations, dont plusieurs sont inédites, montre que la tumeur maligne a presque toujours été diagnostiquée chalazion et traitée comme tel. L'examen histologique est parfois insuffisant pour différencier le chalazion de la tumeur maligne, et, d'après l'auteur, il y a lieu de se demander si la néoplasie inflammatoire ne peut pas se transformer en sarcome. Les interventions limitées sont insuffisantes dans les cas de ces tumeurs malignes des paupières. Le traitement doit consister « dans une ablation précoce et large ». L'incision palpébrale en V ou en U est fatalement suivie de récidive.

J. Chaillous.

A. Monthus. ***Contribution à l'étude des rétinites albuminuriques*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Malgré sa fréquence, la rétinite albuminurique présente encore de nombreuses obscurités, non seulement dans son mécanisme, mais encore dans la nature des lésions qui la produisent et ses rapports avec les différents états du rein.

L'auteur a observé un certain nombre de cas de rétinite albuminurique guérie et a pu faire l'examen histologique de plusieurs yeux présentant les principaux types de rétinite albuminurique.

Cette affection peut guérir non seulement dans les formes de néphrite aiguë passagère (grossesse, scarlatine, etc.), mais aussi, quoique rarement, dans les néphrites chroniques.

Souvent on considère qu'elle se produit par le fait des altérations vasculaires; or ces altérations vasculaires sont irrégulières, et elles ne se trouvent plus sur les vaisseaux centraux du nerf optique qui sont pourtant la continuation de ceux de la rétine. Les premiers phénomènes sont des exsudats séreux et albumineux dans la couche intergranuleuse, entraînant de l'œdème des fibres nerveuses accompagné ou non d'hémorragies. L'examen ophtalmoscopique est d'accord avec cette constatation, en montrant dans certains cas qu'une rétinite albuminurique peut commencer par de minuscules points blancs sans que l'examen le plus attentif à l'image droite permette encore de constater des altérations dans les vaisseaux de la rétine. Ces différents faits montrent que les lésions vasculaires ne sont pas la cause de la rétinite, mais sont secondaires, pouvant d'ailleurs se montrer, avec une intensité variable, à une époque plus ou moins rapprochée du début de la rétinite.

La dégénérescence graisseuse n'est jamais très prononcée et elle ne se rencontre que dans les altérations très anciennes.

A. Druault.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

F. König. ***Sur la réparation des pertes de substance de l'aile du nez*** (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1902, n° 7, p. 137). — Pour réparer une perte de substance de l'aile du nez consécutive à l'extirpation d'un lupus, et qui atteignait 1 cent. 5 de longueur sur 1 centimètre de hauteur, König eut l'idée d'y transplanter un lambeau de mêmes dimensions taillé aux dépens de la partie postéro-supérieure du pavillon de l'oreille. Le résultat fut parfait : seule une petite bande du lambeau, large à peine d'un millimètre, se nécrosa; le reste se greffa parfaitement et bientôt ne se distingua, plus ni par sa coloration ni par la moindre différence de niveau, de la partie avoisinante de l'aile du nez. La perte de substance de l'oreille avait été facilement réparée par une simple suture.

König recommande beaucoup ce procédé d'autoplastie qui lui semble des plus rationnels, la portion disparue de l'aile du nez étant ainsi remplacée par une « pièce » qui a absolument la même structure anatomique qu'elle.

J. Dumont.

C. Watson. ***Sur le traitement de la surdité due aux maladies de l'oreille moyenne*** (*British medical Journal*, 1902, 22 Mars, n° 2151, p. 699). — Depuis neuf mois l'auteur a fait l'essai d'un nouveau traitement basé sur l'emploi d'une substance extraite de la moelle osseuse, et qui se prépare de la façon suivante. On a soin de choisir des os d'animaux sains; on détache les épiphyses et on débarrasse la diaphyse de sa moelle au moyen de l'éther. On évapore ensuite cette solution éthérée, et le résidu est additionné de 1 pour 100 de chlorétone aux fins de conservation. On obtient ainsi un corps gras, de couleur blanc-jaunâtre, d'odeur rappelant le chloroforme et l'éther.

L'emploi de cette substance repose sur l'hypothèse suivante : la moelle osseuse donne lieu à une sécrétion interne très importante qui empêche l'action pathogène des microbes qui, normalement, vivent en saprophytes dans les divers tissus; si cette sécrétion interne devient insuffisante ou nulle, l'action des microbes se manifeste, et cette action porte souvent sur l'oreille moyenne.

Voici comment procède Watson. Il commence par instiller dans l'oreille 1 cent. cube 1/2 d'un mélange à parties égales d'alcool et de glycérine, puis il instille dix gouttes du corps gras (qu'il nomme *myélocène*). Il répète ces applications tous les soirs pendant une semaine. Au bout de ce temps, si l'amélioration est manifeste, il continue encore quelques jours; s'il n'y a aucune modification, il est inutile de poursuivre le traitement.

L'auteur a ainsi traité 20 cas de surdité dus à un état pathologique de l'oreille moyenne; 4 de ces cas étaient mixtes; dans un autre il s'agissait d'une ancienne suppuration; enfin dans 15 cas il s'agissait d'une arthrite sèche des osselets. De ces 15 derniers cas, 11 subirent une amélioration très marquée; deux fois on nota de l'amélioration dans une oreille seulement; il y eut 2 insuccès complets. Des cas mixtes, 3 furent améliorés; il en fut de même du cas suppuré. Ajoutons que le traitement par la moelle osseuse a pour Watson une portée générale; il traite actuellement par cette méthode plusieurs cas de psoriasis et de rhumatisme chronique.

C. Jarvis.

PRATIQUE MÉDICALE

Règles pour l'allaitement des nourrissons.

Notre excellent confrère M. Hubert a composé un petit formulaire destiné aux mères qui fréquentent le dispensaire qu'il dirige. Nous ne croyons pas inutile de le reproduire ici.

Allaitement par la mère. — Le lait d'une mère bien portante est le meilleur aliment pour un nourrisson. L'enfant ne doit téter que toutes les trois heures et une seule fois la nuit (soit sept fois en vingt-quatre heures).

A partir du sixième mois, il doit téter six fois par jour et pas du tout la nuit. Si la mère n'a que peu de lait, il convient d'ajouter aux tétées un ou plusieurs biberons suivant le cas. A défaut de la mère, on prendra une nourrice.

Allaitement au biberon. — L'enfant allaité au biberon recevra du lait de vache, et ce dernier (à moins qu'il ne soit trait depuis deux à trois heures au plus) devra être bouilli ou stérilisé.

Pendant les cinq premiers mois, le lait de vache ne sera pas donné pur, mais coupé d'une certaine quantité d'eau (voir le tableau ci-dessous). Cette eau sera bouillie et sucrée à raison de 10 grammes de sucre pour 100 grammes d'eau. On peut employer pour cet usage du sucre ordinaire. Le sucre de lait, trouvé dans les pharmacies est pourtant préférable. A partir du sixième mois, le lait de vache est donné pur et légèrement sucré.

Le biberon doit se composer d'une petite fiole en verre gradué, permettant de mesurer les quantités de lait. Il sera muni d'une courte tétine en caoutchouc en forme de doigt de gant : l'un et l'autre doivent être nettoyés à l'eau bouillante après chaque tétée.

Pendant les cinq premiers mois, on donne le biberon toutes les trois heures pendant le jour et une seule fois la nuit (soit sept fois en vingt-quatre heures). A partir du sixième mois, on ne donne plus le biberon pendant la nuit, soit six fois en vingt-quatre heures.

On doit mettre dans chaque biberon :

AGE de l'enfant.	QUANTITÉ DE LAIT bouilli ou stérilisé.	QUANTITÉ d'eau bouillie, sucrée.	NOMBRE de biberons en 24 h.
1er mois . .	60 à 90 gr.	30 à 45 gr.	7
2e et 3e m. .	90 à 120 gr.	45 à 60 gr.	7
4e et 5e m. .	120 à 175 gr.	40 à 50 gr.	7
6e au 9e m. .	160 à 175 gr. pur et légèrement sucré	non coupé.	6

Ne jamais utiliser pour l'enfant le lait qui a pu rester dans un biberon.

Préparation au sevrage. — Jusqu'au dixième mois, l'enfant ne doit rien prendre autre chose que du lait; s'il est bien portant à ce moment et a commencé ses dents, on remplace une tétée ou un biberon par une soupe au lait avec un peu de

pain, de sucre et de sel, le tout bien cuit, ou par une bouillie de farine de froment séchée au four, avec un peu de sucre et de sel.

De douze à quinze mois on donnera cinq repas (deux bouillies ou soupes et trois tétées).

Après avoir pris les bouillies, l'enfant doit rester quatre heures avant de prendre le sein ou le biberon.

Sevrage. — Au quinzième mois, on sèvre un enfant bien portant. On lui donne alors quatre repas par jour (deux grands et deux petits).

Exemple : 1er, 8 heures du matin. Bouillie ou soupe au lait; 2e midi. Soupe ou potage au bouillon gras, la moitié d'un œuf, un peu de pain, un demi-verre d'eau bouillie; 3e, 4 heures, 200 à 250 grammes de lait; 4e, 7 h. 1/2. Bouillie ou soupe au lait. On augmentera ensuite progressivement suivant l'âge.

Un enfant ne doit jamais prendre de viande avant deux ans et jamais d'eau rougie avant cinq à six ans.

Le café, le thé et les alcools sont rigoureusement interdits.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

EXAMENS DE DOCTORAT

La série suivante d'examens, qui a été annoncée comme devant avoir lieu le mardi 24 Juin, a été reportée au jeudi 26 Juin.

2e, Nouveau régime, salle Corvisart : MM. Gariel, Langlois, Broca (André). — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, salle Richet : MM. Le Dentu, Thiéry, Bonnaire. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, salle Dubois : MM. Dieulafoy, Menetrier, Dupré.

Cours pratique de diagnostic. — Pendant la période des vacances, aura lieu au laboratoire de pathologie et de thérapeutique générales, sous la direction de M. le professeur Bouchard, un cours pratique de diagnostic médical, dans lequel seront passées en revue les méthodes de laboratoire utiles à connaître pour le clinicien.

Ce cours aura pour objet la *séméiologie urinaire* dans les différentes maladies, l'*examen physique et chimique des urines*, l'*hématologie* et le *cytodiagnostic*, la *bactériologie dans ses applications à la clinique*.

Le cours comprendra vingt leçons, chacune d'elles comportant une conférence théorique, suivie des manipulations pratiques correspondantes. Elles seront faites, pour la partie chimique, par M. Desgrez, agrégé à la Faculté, chef du laboratoire; pour la partie médicale, par M. Claude, médecin des hôpitaux, préparateur du laboratoire; pour la partie bactériologique et hématologique, par M. Balthazard, interne des hôpitaux, préparateur adjoint.

Les conférences commenceront le 20 Juillet 1902 et auront lieu tous les jours à 1 h. 1/2, excepté les dimanches et jeudis.

Le montant des droits à verser pour chaque cours est de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les Bulletins de versement, relatifs aux cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

La loi sur les accidents du travail. — M. Rémy, agrégé, commencera une série de six conférences, sur les applications médicales de la loi française sur les accidents du travail, le vendredi 27 Juin, à 8 h. 1/2 du soir, amphithéâtre Cruveilhier, École pratique de médecine, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

École de médecine de Marseille. — La chaire de pathologie externe et médecine opératoire est supprimée et remplacée par deux chaires, une chaire de pathologie externe et une chaire de médecine opératoire.

M. Cousin est nommé professeur de médecine opératoire.

M. Delanglade, suppléant, est nommé professeur de pathologie externe.

M. Oddo, suppléant, est nommé professeur de pathologie interne et pathologie générale.

HOPITAUX ET HOSPICES

Prix de journée des « accidentés » hospitalisés. La question de la détermination du prix de journée applicable aux victimes des accidents du travail hospitalisés dans les établissements publics d'assistance vient d'être réglée de la façon suivante par le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Pour les malades hospitalisés à la suite d'accidents du travail régis par la loi de 1898, les hôpitaux percevront, dans leurs recettes générales, pour frais de traitement :

1° Un prix de journée d'entretien, arrêté annuellement par le préfet à raison de la dépense réelle, et excluant les frais médicaux et pharmaceutiques;

2° Les frais médicaux et pharmaceutiques, au tarif fixé par le règlement départemental sur l'assistance médicale gratuite, ou, à défaut, par les usages locaux.

Les remèdes dangereux. — Pour éviter des accidents possibles, le directeur de l'Assistance publique, à Paris, vient de décider que, désormais, toutes les substances toxiques conservées dans les hôpitaux seraient enfermées dans des récipients spéciaux, impossibles à confondre avec les récipients ordinaires contenant les substances non toxiques.

Les récipients nouveaux vont être expérimentés à l'hôpital Lariboisière. Ce sont des flacons en verre pour les quantités de 15 grammes à un litre, et des brocs ou cruches pour les quantités de plusieurs litres. La nouvelle forme adoptée est triangulaire, cette forme pouvant être distinguée à première vue de la forme ordinaire qui est cylindrique.

Les flacons triangulaires à toxiques seront en verre jaune; ils auront deux de leurs faces relevées d'aspérités sensibles au toucher, en sorte qu'aussi bien à la vue qu'au toucher la confusion sera absolument impossible de nuit aussi bien que de jour. Les brocs seront également de forme triangulaire.

L'expérience, suivant les résultats obtenus, pourra être ensuite étendue à d'autres établissements et finalement généralisée.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé de la Marine. — La liste d'embarquement des officiers du corps de santé vient d'être arrêtée comme suit : médecins en chef de 1re classe, MM. Balbaud, Abelin; médecins en chef de 2e classe : MM. Kermorvant, Duval; médecins principaux : MM. Drago, Le Franc, Millon, Aubert, Mercié, Alix, Kergrohen, Geay de Couvalette, Machenaud, Gayet, Magnon-Pujo, Pungier, Guédic, Debienne, Foucaud; médecins de 1re classe : MM. Gibrat, Vallot, Hennequin, Duranton, Préboist, Taddéi dit Torella, Rousseau, Laurent, Mourron, Étourneau, Porre, Ruban, Meslet, Viancin, Chabanne.

Association des étudiants en médecine. — A la suite d'un meeting tenu à la salle de la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain, des étudiants en médecine ont décidé la fondation d'une association corporative dans le but d'établir entre ses membres des liens de solidarité, de rechercher et de mettre en œuvre les moyens utiles au développement moral de la profession.

Une commission de 20 membres dont la présidence a été attribuée à M. Wicart, interne, a été chargée d'élaborer les statuts; elle rendra compte de son mandat dans une réunion générale qui aura lieu très prochainement.

Les adhésions sont reçues provisoirement, 85, boulevard Saint-Michel.

La lutte contre la tuberculose. — Comme sanction à une importante discussion sur la question de la lutte contre la tuberculose dans l'usine et l'atelier, l'Association des industriels de France contre les accidents du travail vient de voter les conclusions suivantes :

1° Appelle la sérieuse attention des industriels sur la nécessité de combattre énergiquement la propagation de la tuberculose parmi leur personnel d'ouvriers et d'employés;

2° Les engage à substituer, toutes les fois qu'il sera possible, le nettoyage humide des ateliers au nettoyage à sec, et, dans tous les cas, à faire effectuer autant que possible le balayage le soir, après le départ des ouvriers, plutôt que le matin avant leur entrée;

3° Les engage aussi à éviter, dans toute la mesure possible, l'action nocive des poussières professionnelles, soit en aspirant ces poussières pour les recueillir ou les détruire, soit en faisant usage de masques-respirateurs lorsque ce dernier moyen sera seul possible;

4° Leur conseille de faire, dans leurs ateliers et bureaux, l'usage de crachoirs, en recommandant au personnel de se servir de ces appareils et de ne pas cracher sur le sol;

5° Leur conseille de faire à cet égard l'éducation du personnel en lui expliquant, par des avis affichés et des instructions verbales, l'intérêt considérable qui existe, pour les ouvriers et leurs familles, à ce que cette précaution hygiénique soit observée;

6° Leur conseille, enfin, d'appeler l'attention de leur personnel sur les dangers de l'alcoolisme et sur sa corrélation avec la tuberculose.

Une intervention rare. — M. Rollet, professeur d'ophtalmologie, médecin des hôpitaux de Lyon, vient de faire subir l'opération de la cataracte à un loup calabrais d'une ménagerie.

L'opération n'alla pas sans difficultés, car l'animal, devenu féroce depuis qu'il est atteint d'une cécité, ne pouvait être approché par les employés de la ménagerie.

CONCOURS

Société d'hygiène de l'enfance. — Cette Société met au concours la question suivante pour 1902 : *Petit manuel d'hygiène à l'usage des élèves des écoles primaires.*

Les mémoires devront être inédits et écrits en français, allemand, anglais, italien ou espagnol.

Ils porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Aucun mémoire ne sera rendu. Même non primés, ils deviendront la propriété de la Société et par conséquent ne pourront être publiés par leurs auteurs.

Le concours sera clos le 31 Décembre 1902. Adresser les mémoires, avant cette date, à M. Chassaing, président de la Société d'hygiène de l'enfance, 8, rue Saint-Antoine, à Paris.

Les prix seront décernés dans les premiers mois de 1903.

Nota. — La Société d'hygiène de l'enfance n'acceptera et ne récompensera en dehors du sujet du concours aucun autre mémoire, même traitant de l'hygiène de l'enfance.

Les conditions du concours sont formelles. Aucun mémoire autre que ceux qui traiteront la question posée n'y sera admis.

Tout auteur qui se sera fait connaître sera exclu du concours.

Les personnes qui ont des communications à faire sur l'hygiène matérielle ou morale de l'enfance peuvent les adresser à la Société, qui les recevra avec reconnaissance. Elles pourront, si leurs travaux sont jugés sérieux et utiles, en être récompensées par l'insertion dans le Bulletin et par le titre de membre correspondant.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 51. — Mercredi, 25 Juin 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :

Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VI°.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

LES HOPITAUX DE PARIS

LE PERSONNEL MÉDICAL ET LES CONCOURS.

L'une des raisons le plus fréquemment invoquées pour justifier une réforme radicale des concours des hôpitaux est la nécessité imposée aux candidats de préparer ces concours pendant nombre d'années qu'ils pourraient bien plus utilement employer pour eux-mêmes et pour la science.

Afin de déterminer exactement la valeur de cette critique, il est nécessaire de bien poser d'abord la question, en montrant ce qu'est, actuellement, le personnel médical des hôpitaux de Paris. Il est d'ailleurs facile de le faire, en se documentant à l'aide du *Bulletin officiel*, publié par l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris : le dernier paru donne l'*Etat du personnel médical des hôpitaux et hospices* au 1er Janvier 1902.

* * *

Le personnel médical des hôpitaux comprend

239 docteurs, soit 141 médecins, 75 chirurgiens, 19 accoucheurs, 2 ophtalmologistes, 2 oto-rhino-laryngologistes.

De ce nombre, 212 sont en exercice et 27 sont honoraires. On sait, en effet, que les médecins à soixante-cinq ans, les chirurgiens à soixante-deux ans quittent l'activité pour devenir médecins et chirurgiens honoraires, n'ayant plus d'autres fonctions que de participer aux jurys des concours : sur les 27 honoraires on compte 17 médecins et 10 chirurgiens ; les accoucheurs des hôpitaux ayant été créés il y a vingt ans seulement, il n'existe pas parmi eux d'honoraires ; a plus forte raison parmi les spécialistes, de création toute récente.

Les membres du personnel médical en exercice sont, après concours, nommés médecins, chirurgiens, accoucheurs, spécialistes des hôpitaux ; ils font les suppléances, certaines consultations, participent aux concours de l'externat, de l'internat. Après un temps variable suivant les vacances produites par décès ou passage à l'honorariat, ils sont nommés *chefs de service* ; ils choisissent alors par rang d'ancienneté les services hospitaliers dont ils auront la direction et participent aux concours de l'externat, de l'internat des hôpitaux.

A l'heure actuelle, sur les 212 membres du personnel médical en exercice, on compte : 124 médecins dont 97 chefs de service et 27 médecins des hôpitaux ; 65 chirurgiens dont 44 chefs de service et 21 chirurgiens des hôpitaux ; 19 accoucheurs, dont 12 chefs de service et 7 accoucheurs des hôpitaux ; 2 ophtalmologistes, 1 chef de service, 1 ophtalmologiste des hôpitaux ; 2 oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux. Je ne tiens pas compte des nouvellement promus au cours de ces derniers mois : 6 médecins, 2 chirurgiens, 1 oto-rhino-laryngologiste.

Ce personnel constitue, pour une large part, l'élite de la médecine française ; c'est parmi ses membres surtout que se trouvent les praticiens ayant la plus haute notoriété professionnelle. Cette autorité était parfaitement justifiée, en raison des garanties exigées de ceux qui sont admis dans le corps médical des hôpitaux ; elle l'est encore ; mais il est à craindre qu'elle ne s'affaiblisse si les garanties exigées continuent d'être appréciées par des concours de formule vieillie, par un critérium insuffisant à l'heure actuelle.

Déjà la question se pose pour nombre de jeunes docteurs au sortir de l'Internat, et malgré tout ce que peut avoir de séduisant le titre de chef de service des hôpitaux, de savoir si le temps et le travail spécial nécessaires pour acquérir ce titre ne pourraient pas être, pour leur avenir, plus utilement employés par eux. A notre époque de vie intensive, où plus que jamais le temps est précieux, ils s'aperçoivent bientôt que beaucoup de ce temps passé à la préparation des concours est sans grande utilité ; et c'est ainsi que l'on voit de plus en plus fréquemment des sujets distingués, dignes en tous points de figurer dans le personnel des hôpitaux, arriver par des travaux indépendants à une situation très enviable à un âge où la plupart de leurs contemporains sont encore assujettis au travail d'écolier que nécessitent les concours.

C'est que l'on arrive de moins en moins jeune aux hôpitaux ; je suis presque tenté de dire de plus en plus âgé, car la plupart des candidats n'arrivent que passé l'âge moyen de la vie, et même ne sont pas rares ceux qui frisent et dépassent la quarantaine.

***

Rien n'est plus démonstratif que les chiffres ; en voici quelques-uns qui, au point de vue du temps des concours, ne manquent pas d'intérêt et sont des plus probants.

Je laisse de côté les *spécialistes* ; ils sont peu nombreux et de date récente. A part un ophtalmologiste nommé l'an dernier à trente-quatre ans, les autres ont choisi les spécialités par permutation de médecine et de chirurgie ; ils se trouvent donc compris dans les statistiques suivantes :

Pendant ces trente dernières années, de 1871 à 1901, les *médecins* sont arrivés en moyenne à trente-cinq ans, Mais, si l'on divise cette période de trente ans en trois périodes de dix ans, on voit que la moyenne a été exactement de trente-cinq ans de 1871 à 1881 ; elle est descendue de quelques mois, à trente-quatre ans et quatre mois, de 1881 à 1891 ; par contre, elle s'est élevée à trente-six ans de 1891 à 1901. Ce qui revient à dire que, depuis dix ans, les médecins arrivent deux ans plus tard que précédemment.

D'une façon générale, les *chirurgiens* arrivent aux hôpitaux un peu plus jeunes que les médecins. Cependant, de même qu'en médecine, depuis quelques années, le temps des concours tend à augmenter : c'est ainsi que, de 1871 à 1881, l'âge moyen était trente-deux ans : de 1881 à 1891, il passe à trente-trois ans, de 1891 à 1901, il s'élève de quelques mois, à trente-trois ans et quatre mois.

La même constatation peut se faire pour les *accoucheurs* ; ils arrivent maintenant plus âgés qu'au début de cette spécialité. Le premier concours d'accouchement date de 1882 ; depuis lors, jusqu'en 1891, la moyenne d'âge d'arrivée fut trente-quatre ans et huit mois ; de 1891 à 1901, elle est passée à trente-cinq ans et quatre mois.

Tout docteur qui veut arriver aux hôpitaux doit donc savoir qu'il aura à concourir, en moyenne, jusqu'à trente-quatre ans, s'il se destine à la chirurgie, passé trente-cinq ans s'il est accoucheur, trente-six ans s'il est médecin. Ce sont là des situations anormales, étant donné surtout que les candidats ont fait déjà leur preuve avant le concours pendant leur internat, et que, s'ils se présentent aux hôpitaux, c'est que leurs maîtres ont reconnu en eux des qualités suffisantes pour viser les hauts grades de la carrière médicale. En réalité, un premier travail de sélection s'est fait ainsi, de lui-même, avant les concours.

Mais, ce n'est pas tout ; une fois nommé aux hôpitaux, l'heureux élu doit encore longtemps attendre avant d'être mis en état de faire œuvre absolument indépendante et d'initiative personnelle.

Il y a trente ans, médecins et chirurgiens, une fois reçus, restaient environ trois ans faisant fonctions de suppléant, du Bureau central, comme on disait alors. Aujourd'hui ce n'est plus trois ans qu'il faut attendre pour être placé à la tête d'un service, c'est au moins cinq à six ans quand on est médecin.

Le stage est plus long pour les chirurgiens : nous sommes en 1902, et un chirurgien nommé des hôpitaux en 1894, il y a huit ans, n'est pas encore chef de service. Quant aux accoucheurs, ils sont encore moins favorisés, car les places étant limitées et occupées par des chefs de service jeunes, il n'y a guère de vacances en expectative ; le premier accoucheur des hôpitaux qui passera chef de service est nommé déjà depuis huit ans.

Ces conditions étant, un médecin ne peut guère compter être chef de service avant quarante et un ans, un accoucheur avant quarante-trois ans. Il est bien entendu que ce n'est là qu'une moyenne, car il y a un certain nombre de médecins, chirurgiens, accoucheurs qui sont arrivés à trente-deux ou trente-trois ans ; il en est même qui ont été nommés à vingt-huit, vingt-neuf et trente ans ; mais, on les compte ; en trente ans il n'y en a eu que cinq. Par contre, il en est qui arrivent à quarante ans et même plus ; ceux-là ne sont chefs de service qu'à quarante-six ans, à un âge où dans toutes autres carrières libérales la situation est depuis longtemps faite et assise, à valeur égale à celle du personnel médical des Hôpitaux.

***

Il est de toute évidence que le fâcheux état de choses que je viens d'exposer mathématiquement, chiffres officiels en mains, ne peut se prolonger plus longtemps sans que le prestige dont si longtemps et à juste titre a joui le corps médical des Hôpitaux, n'en soit atténué d'une façon inquiétante.

C'est un argument de plus en faveur d'une réforme radicale à apporter au mode actuel des concours. Il y va de l'intérêt des candidats ; il y va de l'intérêt de l'Administration de l'Assistance publique ; il y va de l'intérêt de la Science médicale française à la gloire de laquelle, depuis un siècle, le corps médical des Hôpitaux a pris une si large part.

E. De Lavarenne.

LIVRES NOUVEAUX

Hamilton et Félix Regnault. — *Les gardes-malades. Congréganistes, mercenaires, professionnelles, amateurs* (Paris, Vigot, frères, éditeurs).

La garde-malade ! Toute personne qui, par profession ou par affiliation aux œuvres d'assistance ou de charité, a vu de près, ne serait-ce qu'une fois, un malade pauvre, tous ceux que la maladie a frôlés de son aile douloureuse connaissent la garde-malade ; tous soupçonnent ou savent le rôle considérable, en bien comme en mal qu'elle est appelée à jouer à l'hôpital, dans la famille, à l'ambulance.

La garde-malade est une des chevilles ouvrières de la vie sociale ; comme telle, elle appartient à l'observation du médecin aussi bien qu'aux méditations du philosophe, de l'économiste et du philanthrope.

L'humanité étant fatalement la victime de la maladie et se condamnant à lutter contre elle, par qui, comment et dans quelles conditions les sociétés modernes prépareront-elles et perfectionneront-elles leurs gardes-malades, cet aide indispensable du médecin ? telle est la question fondamentale, dont personne aujourd'hui n'a plus le droit de se désintéresser.

Dans leur livre, MM. Hamilton et Regnault abordent résolument le problème, avec toute l'ardeur combative de la jeunesse, ce qu'on ne saurait leur reprocher, et avec, en plus, une connaissance très documentée de l'organisation actuelle des gardes-malades à l'étranger.

Ils montrent qu'en matière d'assistance aux malades, notre pays est, comme sur bien d'autres points, fort en retard sur ses voisins. Tandis que nous perdons encore notre temps à discuter pour savoir si la garde-malade, la « sœur », suivant l'expression générique si touchante qui a cours parmi toutes les nations d'Europe et d'Amérique, sera ou non confessionnelle, si son instruction sera encore ou ne sera plus théorique, les autres pays ont depuis longtemps tranchi ces étapes : à l'imitation de l'Angleterre, ils ont créé un corps admirable de sœurs fonctionnant en temps de paix comme en temps de guerre, partout où le malade appelle à son aide.

Les fonctions et le métier, nobles entre tous, de garde-malade, pour lesquels la femme est instinctivement si bien douée, ne s'improvisent pas. C'est au travail manuel, à une technique impeccable obtenue seulement par la pratique hospitalière que doivent surtout, sinon uniquement, tendre l'instruction et l'éducation professionnelles, sous la seule garantie d'une haute moralité individuelle.

Il faut que la « sœur moderne » trouve dans l'exercice de ses fonctions non seulement la satisfaction supérieure du devoir social accompli et bien rempli, mais encore la sécurité de son existence, pour le présent et pour l'avenir.

Ainsi compris, le rôle de la garde-malade dans l'assistance aux déshérités de la fortune, dans la lutte contre la maladie, dans la propagation des notions d'hygiène et de prophylaxie, prend une ampleur incomparable et devient un exemple de haute moralité sociale. Les exemples tirés par Hamilton et Regnault des nations modernes ont la valeur d'une démonstration décisive ; ils méritent d'être étudiés avec sollicitude par tous ceux qui, médecins, sociologues ou moralistes, ne veulent pas demeurer plus longtemps les yeux obstinément clos : signe non équivoque qu'un Monde nouveau s'éveille, apportant dans son ombre la solution de problèmes qui, depuis tant de siècles, déchiraient l'âme encore fruste de la douloureuse Humanité.

Maurice Letulle.

LA POSITION DÉCLIVE

Par F. JAYLE
Chef de clinique gynécologique à l'hôpital Broca.

L'ignorance du passé permet en médecine un assez grand nombre de découvertes. Ainsi Laënnec est devenu le père d'une cirrhose dont Erasistrate montrait les lésions à ses élèves trois siècles avant notre ère[1]; ainsi Trendelenburg a donné son nom à une position figurée et décrite dès le moyen âge par tous les classiques, qui avaient eux-mêmes copié les médecins grecs et arabes.



Figure 1.
L'opération de la hernie. (Roland, XIIIe siècle.)

La position dorso-sacrée déclive a été appliquée par les anciens à la cure de la hernie, que des chirurgiens de notre temps pratiquent souvent, bien à tort, en position étendue. J'ai trouvé quelques textes qui ne laissent aucun doute sur le but cherché dans l'emploi de la déclivité par les chirurgiens italiens du XIIIe et du XIVe siècle : Roger, Roland, Brunus, etc., tous imitateurs serviles d'Albucasis, s'il faut en croire un historien anonyme : « Roger puisa tous les préceptes qui forment ses écrits dans les ouvrages d'Albucasis, comme dans une source obscure où il croyait sans doute qu'on ne découvrirait pas ses larcins. Ce copiste, qui eut quelques succès, inspira le même goût à Jamérius et à Rolland, qui à leur tour l'habillèrent à leur façon. Brunus ne se distingua d'eux qu'en dépouillant un plus grand nombre de livres[2]. »

Roger, de Parme ou de Salerne, qui passe pour avoir vécu au commencement du XIIIe siècle, écrit :

« In primis sic patiens collocetur in bancho, caput et humeros habens depressos, ut tota intestina descendant ad pectus. Coxas vero et crura teneat elevata[3]. »

Roland, de Parme, qui vivait à la fin du XIIIe siècle et au commencement du XIVe siècle, emploie les mêmes termes et accompagne son texte d'une très originale figure (fig. 1), publiée tout récemment dans un grand atlas édité à Turin, par Piero Giacosa[1] :

« In primis patiens collocetur in banco caput et humeros habens depressos : ut tota intestina descendant ad pectus. Coxas autem teneat elevatas[2]. »

Brunus, au XIVe siècle, donne les mêmes indications, et précise la déclivité :

« Deinde resupinetur infirmus super dorsum suum in scano vel tabula; cujus una extremitas sit altior altera quantitate unius cubitis vel circiter : ita ut coxæ ejus sint elevatæ; et caput ejus inferius sit depressum[3]. »

Théodoric, qui aurait été l'élève de Brunus, et qui, après avoir été chapelain à Valence, fut évêque de Cervie en Romagne, se sert des mêmes expressions :

« Deinde resupinetur infirmus super dorsum suum in scamno sive tabula; cujus una extremitatum sit altior altera, quantitate unius cubiti vel circa id : ut coxæ ejus sint elevatæ ; et caput inferius sit depressum[4]. »

Guy de Chauliac, dont la *Grande chirurgie* a été, dit Nicaise[5], du XIVe au XVIIIe siècle, « le code officiel de l'enseignement de cette partie de la médecine », recommande la même position, qu'il fait d'ailleurs remonter à Albucasis.

« Ut ponitur ab Albu et Hali, Rogerio et a suis magistris et a suo sectatore lamerio et Bruno et Theodorico et ipsum Guillemus acceptat; et fit quod inversato patiente supra discù aut supra banchum[6]. »

Il est intéressant de trouver toutes ces descriptions, réunies comme pour mieux en montrer le caractère classique, dans l'« Ars chirurgica » (1546) qui donne en un seul volume les œuvres de Guy de Chauliac, de Brunus, de Théodoric, de Roland, etc[7].

Ambroise Paré (1517-1590)[8], au chapitre de la « Curation des hargnes », recommande pour « réduire l'intestin tombé en la bourse » de placer le malade « sur un lit ou sur une table, la teste en bas, les fesses en haut ».



Figure 2.
L'opération de la hernie (Scultet, vers 1630).

Pierre Franco[1], dans son petit Traité des Hernies (1556), indique qu'il utilise la position déclive qu'il appelle « à la renverse », ainsi d'ailleurs que Scultet.

« ..... Il faut qu'a ieun il soit couché à la renverse dessus une table ou chose semblable, ayant la teste un peu basse. »

Au siècle suivant, Scultet (1595-1645) donne de la position déclive une intéressante figure (fig. 2) qu'a fait connaître P. Desfosses[2].



Figure 3.
L'opération de la taille sus-pubienne.
(Trendelenburg, 1885).

A la figure est jointe l'explication suivante :

« La figure montre l'appareil nécessaire pour l'opération, l'hernie intestinale et la manière de couper. Pour ce qui regarde l'appareil, il requiert une cuve, remplie d'eau moderemment chaude, dans laquelle se doit asseoir le patiant avant qu'il se sousmette à cette opération chirurgicale. Deux palettes, dont l'une contient le médicament adstringent, et l'autre l'eau salée. La compresse, en quatre doubles, exprimée dans ladite eau. Le plumaceau rond, fait de lin peigné, troué dans son milieu, exprimé dans l'eau et imbu de l'adstringent. La tante de chanvre, des petits bourdons faits de poil de lièvre, et couverts du médicament, et les instruments, savoir : l'éguille, le scapel, l'arrêt et les ciseaux propres. La manière d'opérer consiste premièrement en la situation du patiant, et secondement en l'opération mesme du chirurgien. Premièrement, après avoir imploré le secours du ciel, le patiant, suffisamment échauffé dans le bain, sera placé à la renverse sur une longue ais, couverte d'un linge en quatre doubles, et fermement appuyé sur la table et sur un banc, en sorte que les pieds soient en haut et la teste en bas.

« Cette situation aide beaucoup la réduction de l'intestin tombé, et empesche mesme qu'étant remis il ne retombe si facilement[1]. »

1. Armand Delpeuch. — « L'alcoolisme avant l'alcool ». *La Presse Médicale*, 1898, 3 Décembre, n° 99.

2. Histoire de l'origine et des progrès de la chirurgie en France. MDCCXLIX, T. Ier, p. 43, Paris, chez Nyon fils, quai des Augustins, à l'Occasion.

3. Rogerii medici celeberrimi Chirurgia *in* Ars chirurgica MDXLVI, p. 375.

1. Piero Giacosa. — *Magistri Salernitati nondum editi.* Torino, 1901.

2. Libellus de chirurgia editus sive compilatus a magistro Rolando *in* Ars chirurgica, MDXLVI, p. 193.

3. Chirurgia magna Bruni Longoburgensis, *in* Ars chirurgica, MDXLVI, p. 127.

4. Chirurgia edita et compilata ab excell. domino fratre Theodorico episcopo Cerviensi ordinis prædicatorum, *in* Ars chirurgica, MDXLVI, p. 169.

5. E. Nicaise. — « La grande chirurgie de Guy de Chauliac ». dédicace, p. 1, Paris, 1890.

6. Chirurgia Guidonis de Cauliaco, MDXXXVII, p. 249.

7. Ars chirurgica *Guidonis Cauliaci Medici, Bruni preterea, Theodorici, Rolandi, Lanfranci et Bertapaliæ.* Venetiis MDXLVI.

8. Ambroise Paré. — « Les Œuvres ». A Lyon, chez Pierre Valfray, rue Mercière, à la Couronne d'Or, 1685, livre VIII, chap. x, p. 188.

1. Petit traité contenant une des parties principales de chirurgie, laquelle les chirurgiens hernières exercent, ainsi qu'il est montré en la page suivante. Fait par Pierre Franco, chirurgien de Lausanne; édit. MDLVI, réimprimée par la *Revue de chirurgie* en 1884; p. 17.

2. P. Desfosses. — « Un mot d'historique à propos de la position déclive ». *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1899, 10 Août, n° 4, p. 737.

3. Arcenal de chirurgie, de Jean Scultet, médecin et

* * *

Ces quelques citations que de plus longues recherches permettraient sans aucun doute d'augmenter, le dessin de Roland et celui de Scultet prouvent que nos pères ont eu cette idée très primitive de placer le malade en position déclive pour refouler l'intestin vers le diaphragme.

Mais comme il arrive souvent, même de nos jours, les meilleurs principes ne sont pas constamment suivis, et le XIXe siècle ignorait totalement l'antique « position à la renverse », lorsque la renaissance de la chirurgie opératoire, sous le souffle puissant des découvertes pastoriennes, imposa fatalement aux chirurgiens l'idée oubliée de mettre le malade tête en bas pour mieux pratiquer des interventions ou des examens sur le pelvis.

En 1880, Freund[1] y a recours pour poser quelques diagnostics difficiles, mais en utilisant un dispositif peu fait pour encourager les cliniciens :

« On étend un matelas sur le parquet et on y couche la malade que l'on a chloroformée profondément dans son lit. Pendant qu'un aide continue l'anesthésie, deux autres, saisissant sous le jarret chacun une jambe de la malade, la soulèvent de manière que la tête et les épaules reposent seules sur le matelas. On pratique alors, suivant le mode habituel, le toucher vaginal ou rectal, en recourant au besoin, pour fixer l'utérus, à la pince tire-balle de Hégar. » Lentz[2], qui a fait cette description de la technique de son maître Freund, relate trois observations, dont deux ont trait à des tumeurs compliquées d'ascite, dans lesquelles la « suspension », pour prendre son expression, permit de faire ou de compléter un diagnostic difficile.



Figure 5.
La position du spéculum combinée à la position déclive. (Jayle, 1897.)

chirurgien de la république d'Wlmes, ouvrage posthume, également utile et nécessaire à ceux qui professent la médecine et la chirurgie. Mis en français, par messire François Deboze, docteur en médecine et chirurgien juré à Lyon. A Lyon, chez Antoine Cellier fils, rue Mercière, à l'enseigne de la Constance, MDCLXXV (1675), p. 195, table 41 (n° 5.283 du catalogue de la Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris).

1. Freund in Nicolaus Lentz. — « Beitrag zur gynäkologischen Untersuchung. Die Untersuchung in Suspension ». *Inaug. diss.*, Strassburg, 1880.

2. N. Lentz. — *Loc. cit.*, p. 21.

En 1885, Trendelenburg[1] décrit, sous la plume de Willy Meyer, tous les avantages

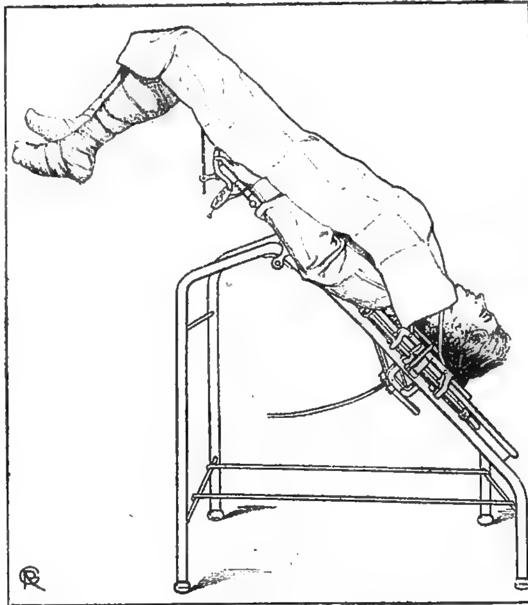


Figure 4.
La position déclive des modernes (55 degrés).

qu'il retire de la position déclive dans les opérations pratiquées sur la vessie : « Après l'ouverture de la vessie, on fait pivoter le malade sur la table d'opération, de manière à ce que la tête occupe le plan où étaient les pieds : ainsi la tête est basse et repose sur le plan de la table, le bassin est haut, sur le rebord élevé où se trouvait précédemment la tête. Un infirmier tournant le dos à la table d'opération tient sur ses deux épaules (fig. 3) les membres inférieurs du malade écartés et fléchis au niveau du genou. Les intestins, suivant la loi de la pesanteur, tombent vers le diaphragme, la vessie s'entr'ouvre (ainsi que cela se passe pour le vagin dans la position de Sims) et non seulement permet l'examen visuel complet de sa cavité, mais facilite encore l'introduction des instruments nécessaires aux diverses explorations. Le trigone de Lieutaud, siège de prédilection des tumeurs vésicales, devient tout particulièrement accessible à la vue et aux instruments. La lumière tombe directement sur la partie inféro-postérieure de la vessie et éclaire ainsi parfaitement l'orifice interne de l'urètre et l'embouchure des uretères.

On peut ainsi pratiquer un examen qui serait impossible dans la position dorsale habituelle. Le sang tend à s'accumuler dans les parties plus voisines du diaphragme, laissant ainsi le champ opératoire en partie libre, ce qui n'est pas un point négligeable.

Dans cette position à bassin élevé, aucun inconvénient ne résulte des mouvements respiratoires qui ne sont appréciables que jusqu'au milieu de la distance séparant l'ombilic de la symphyse.

1. Willy Meyer. — « Ueber die Nachbehandlung des hoch Steinschnittes sowie über Verwendbarkeit desselben zur Operation von Blasenscheidenfisteln. Le traitement post-opératoire de la taille haute, ainsi que son application dans les opérations des fistules vésico-vaginales ». *Archiv für klinisch Chirurgie*, 1885, Bd XXXI, p. 495.

Le meilleur nom à donner à cette position est celui de « Beckenhochlagerung » (position élevée du bassin).

En 1888, Mendès de Léon[1] recommande la position déclive non seulement au cours des laparotomies pour lésions utéro-annexielles, mais encore pour les examens cliniques, « en particulier dans les cas où, par suite d'un fort tympanisme, les organes du petit bassin sont si difficiles à sentir. Il convient de considérer que cette position ne gêne en rien l'emploi d'un anesthésique. »

Relativement au dispositif à employer, Mendès de Léon propose le suivant si on ne dispose pas d'aides. « Il suffit pour un examen de poser le bassin sur un plan incliné, les cuisses étant en haut; on peut utiliser une chaise longue en plaçant la malade de manière que le bassin se trouve à la place où d'ordinaire on met la tête, les jambes fléchies étant posées sur la crête du dossier, de manière à prendre un point d'appui[1]. »

V. Stroynowski[2], en 1891, recommande dans un très court article la position de Trendelenburg dans le cas de tumeurs abdominales pelviennes, mais sans insister sur les moyens d'obtenir cette position.

O. Beuttner[3], en 1897, préconise à son tour la position déclive dans le massage gynécologique et, en 1898, publie un nouvel article[4], avec vingt observations, dans lequel il conseille vivement de pratiquer l'examen gynécologique dans cette même situation déclive. Il « emploie le « plint » décrit par Thure-Brandt, avec une modification cependant; celle-ci consiste en ce que la partie de la planche oblique située entre les cuisses puisse s'enlever, de telle sorte que pendant

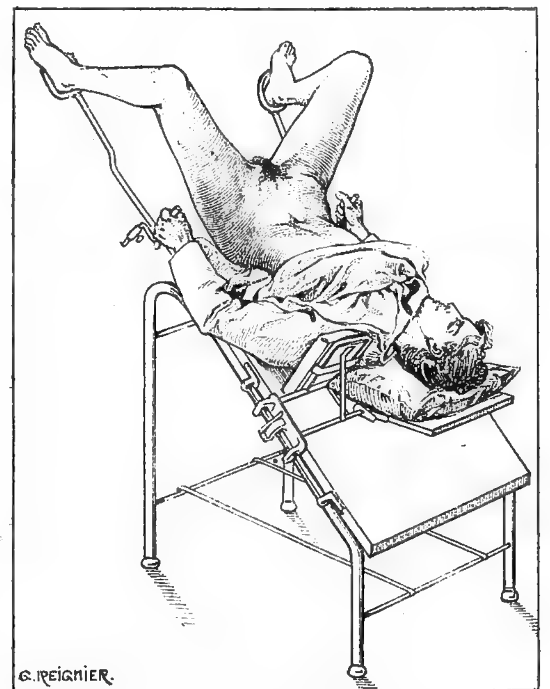


Figure 6.
La dépression du ventre dans la position du spéculum combinée à la position déclive.

l'exploration le coude ait la possibilité de se

1. Mendès de Léon. — « Ein neues Untersuchungsverfahren ». *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 21.

2. J. V. Stroynowski. — « Die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung betreffs gynäkologischer Untersuchung ». *Centr. f. Gyn.*, 1891, 10 Janvier, n° 2, p. 33.

3. O. Beuttner. — « Ueber gynäkologische Massage in Beckenhochlagerung ». *Centr. f. Gyn.*, 1897, Mai, n° 19, p. 545.

4. O. Beuttner. — « Du massage et du diagnostic gynécologique dans la position déclive, avec recherches critiques ». *Revue médicale de la Suisse romande*, 1898, 20 Avril, n° 4, p. 199.

lever et de s'abaisser à volonté. Au domicile des malades, on utilise une planche à repasser placée de manière qu'une extrémité repose sur le cadre au pied du lit et l'autre dans le lit même. »

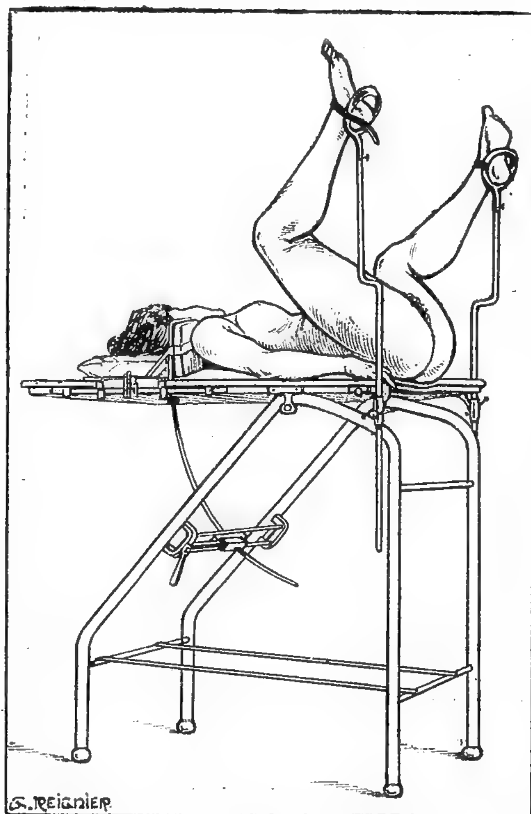


Figure 7. — La position de la taille.

* * *

Tous les auteurs qui ont eu recours à la position déclive, de Roger de Parme à Beuttner, ont toujours, pour obtenir cette position, suspendu les malades *par les jambes*.

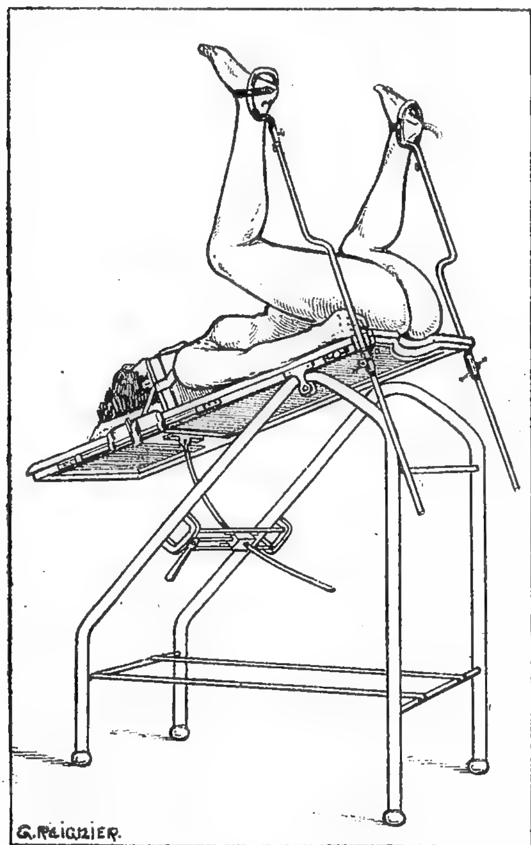


Figure 8.
La position de la taille combinée à la position semi-déclive.

C'est ainsi que je procédais moi-même depuis quelques années, lorsque j'eus en 1897 l'idée de laisser les jambes libres et de tenir les malades uniquement *par les épaules*. Quelques rares constructeurs américains, m'a-t-on dit, ont eu, de leur côté, l'idée de mettre sur des tables opératoires des croissants pour mieux tenir les malades et décharger un peu les cuisses; mais ces arrêts étaient seulement un accessoire et ne paraissent pas avoir servi à libérer les cuisses qui étaient d'ailleurs toujours attachées. Or, ce qui est caractéristique de cette nouvelle variété de position déclive, c'est justement la liberté des cuisses (fig. 5 et 6). En 1898[1], j'ai publié un premier article sur ce sujet; j'y suis revenu en 1899[2], en 1900[3], en 1901[4].

Le malade étant retenu par les épaules et uniquement par les épaules, on peut combiner à la position déclive la position ordinaire du spéculum et la position de la taille. On peut même exagérer cette dernière et obtenir la « position périnéale inversée » préconisée par Proust[5] pour la prostatectomie.

Pratiquement, rien n'est plus simple à obtenir que ces diverses variétés de position déclive. J'ai fait construire une table qui permet d'examiner ou d'opérer une malade, sans la déranger depuis l'horizontale jusqu'à une inclinaison de 55°.

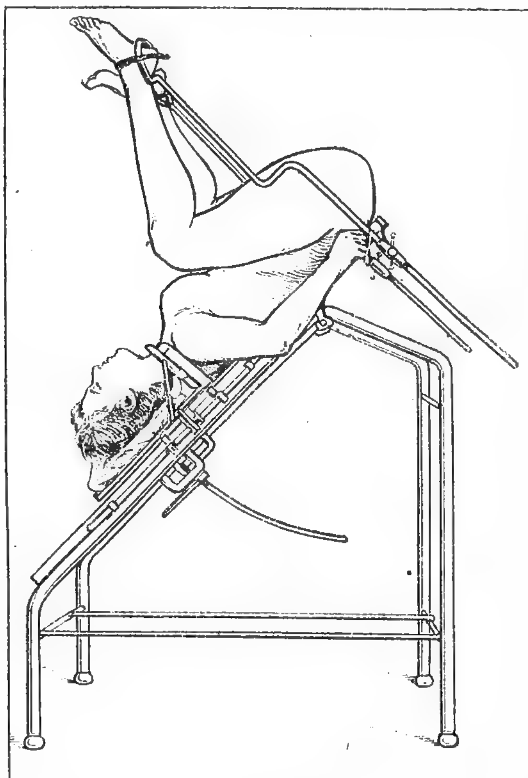


Figure 9.
La position de la taille combinée à la position déclive.

Dans la position du spéculum ou de la taille combinée à la position déclive, l'accès du bassin est facilité par suite du refoulement du paquet intestinal vers le diaphragme; la palpation des organes pelviens et l'examen direct du vagin, du col utérin, de la vessie, du rectum est rendu beaucoup plus aisé. Les opérations vaginales sont très simplifiées, et quelques unes d'entre elles, telle que la cure de la fistule vésico-vaginale, rendues infiniment plus faciles. Au cours des colpotomies et des hystérectomies, on peut, si l'on est bien éclairé, inspecter en partie le petit bassin.

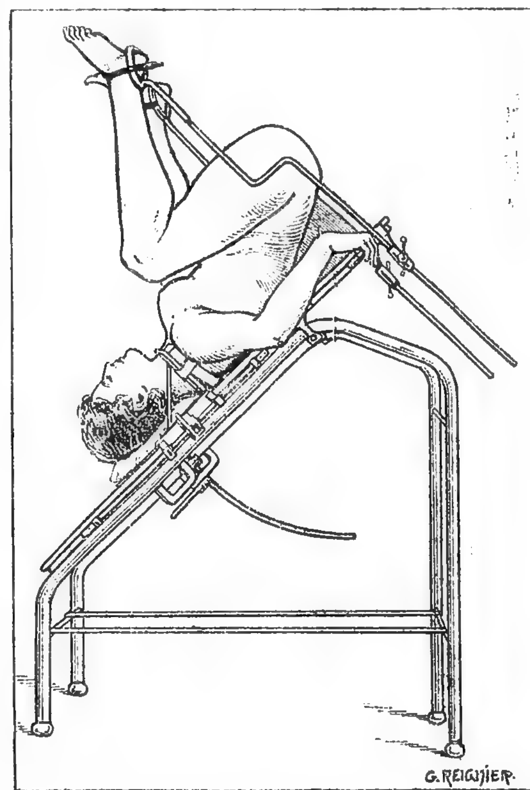


Figure 10.
La position périnéale inversée (Proust, 1901).
Le bassin est soulevé sur la table.

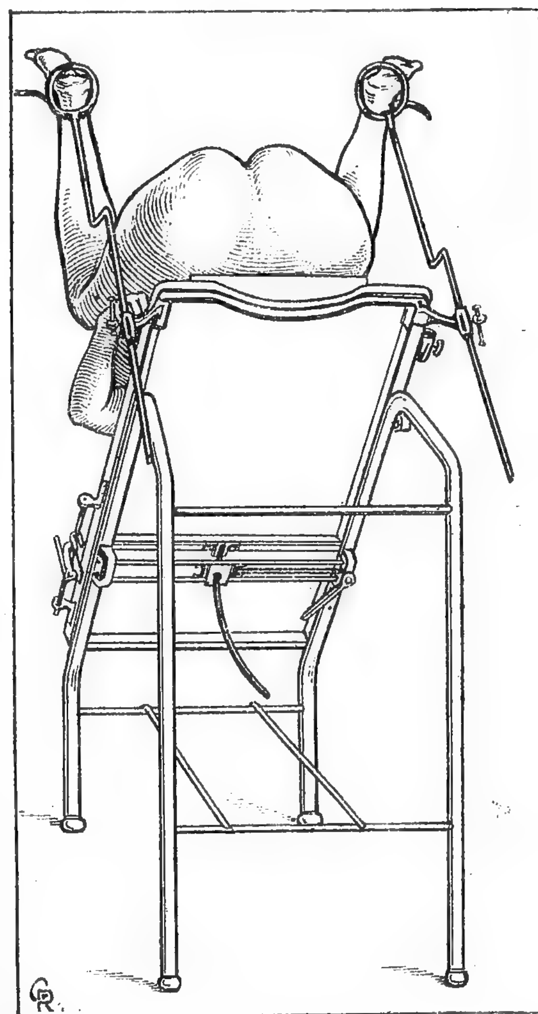


Figure 11.
Vue de la région sacrée et du périnée dans la position périnéale inversée; l'anus regarde en haut.

1. F. Jayle. — « L'examen gynécologique en position déclive ». *La Presse Médicale*, 1898, 22 Juin, p. 336.
2. F. Jayle. — « Nouvelle table gynécologique ». *La Presse Médicale*, 1899, 15 Février, n° 13, p. 79, et *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1899, 10 Avril, n° 2, p. 314.
3. F. Jayle. — « Sur une nouvelle position gynécologique ». *La Presse Médicale*, 1900, 5 Septembre, p. 162. Communication au Congrès international de médecine, Paris, 1900, section de gynécologie, in *Comptes-rendus*, section de gynécologie, p. 99.
4. F. Jayle. — Communication à la *British medical Association*, 1901, session de Cheltenham, in *British medical Journal*, 1901.
5. R. Proust. — « La prostatectomie et la position périnéale inversée ». *La Presse Médicale*, 1901, 30 Octobre, n° 87, p. 244.

* *

Cet aperçu historique sur la position déclive donne à penser que l'homme réalise presque fatalement une idée, s'il en éprouve le besoin. Les anciens, qui ne faisaient pas de gynécologie opératoire, pour beaucoup de raisons, parmi lesquelles le meilleur état de santé des femmes et leur peu de valeur sociale, n'eurent pas à développer l'usage de la position déclive. Cela a permis à notre temps de la réinventer et de la perfectionner. Mais on ne peut et on ne doit oublier qu'elle fut classique à l'École de Salerne, et qu'elle est recommandée par la *Grande chirurgie* de Guy de Chauliac, le « code officiel » de la chirurgie en France, PENDANT PRÈS DE CINQ SIÈCLES! N'est-ce pas le cas de répéter avec Armand Delpeuch [1] : « De toutes les sciences, la médecine est celle où le défaut d'archives bien ordonnées, où le manque d'une histoire bien faite est le plus sensible et le plus à regretter. Aucune n'est plus oublieuse de son passé ni plus injustement. »

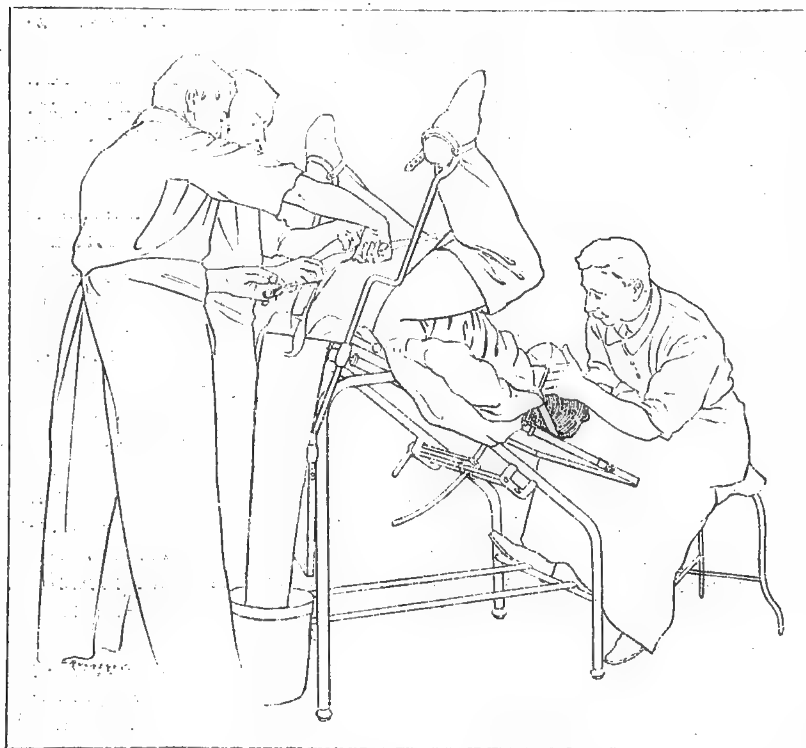


Figure 12.
Une opération vaginale dans la position de la taille combinée à la position déclive; une valve à poids déprime le périnée.

MALADIES DE LA NUTRITION

RÉFUTATION

DE LA THÉORIE DE L'HYPOACIDITÉ

Par Odilon MARTIN (de Vichy)
Ancien chef de clinique.
Membre correspondant de la Société de Thérapeutique.

Dans ces derniers temps a été émise une théorie assez inattendue, la *théorie de l'hypoacidité*, qui semblait devoir renverser nos conceptions actuelles sur la pathogénie et la thérapeutique des maladies de la nutrition.

Voici quelle en était la genèse : M. Joulie [2], pharmacien honoraire des hôpitaux de Paris, se basant sur une importante série de dosages de l'acidité urinaire par le *sucrate de chaux*, présentait les conclusions suivantes : *a*) la réaction de l'urine du matin est *constante* chez un même individu ; — *b*) elle est le critérium de la réaction des humeurs ; — *c*) enfin (et ce fait n'est que la conséquence des deux autres), dans les maladies de la nutrition, il existe dans la plupart des cas, non une « dyscrasie acide », mais au contraire une *hypoacidité du sang et des humeurs*, que nous révélera l'hypoacidité urinaire.

On pourrait difficilement opérer une révolution plus radicale dans la pathologie de la nutrition. La théorie nouvelle assignait aux troubles des échanges nutritifs une pathogénie en conflit absolu avec celle que Bouchard avait fait connaître; et la thérapeutique, opérant une volte-face complète, devait être orientée dans une voie diamétralement opposée à celle qu'on lui avait tracée. Au lieu d'avoir dans le sang et dans les humeurs, un excès d'acides anormalement formés et accumulés à la faveur de l'insuffisance des oxydations, c'était, au contraire, une *hyperalcalinisation organique* qu'il fallait accuser; et au lieu de prescrire un traitement alcalin destiné à activer les combustions et à entraîner les acides aux émonctoires, on devrait, désormais, instituer une *médication acide*, sous forme d'acide phosphorique.

Cette théorie fut défendue avec talent par Cautru, Bardet, Martinet, etc... ; cependant, notre distingué chimiste de Vichy, Gautrelet, n'hésita pas à déclarer *inacceptables* les données chimiques sur lesquelles on s'appuyait : objection des plus sérieuses puisqu'elles constituaient la clef de voûte de tout le système.

Mais ce n'était pas la seule critique que l'on pouvait formuler. En soumettant la théorie de l'hypoacidité à un examen rigoureux et approfondi, nous avons relevé un certain nombre de faits, tous concluants, tous bien coordonnés, et formellement incompatibles avec elle. Et ces faits, rapprochés les uns des autres, établissent surabondamment que *la théorie de l'hypoacidité des humeurs chez les bradytrophiques n'est absolument pas l'expression de la réalité.*

C'est à cette réfutation systématique que nous consacrons le présent travail.

* *

Sans qu'il soit nécessaire d'aller plus loin, on pourrait *a priori* mettre en relief tout ce qu'il y a de paradoxal dans cette théorie.

Une longue expérience clinique — à laquelle le laboratoire a, d'une façon incessante, apporté sa sanction, — a établi que, chez les hyperacides, la médication alcaline se montre utile *en solubilisant les acides et en permettant, par son intervention, leur élimination plus abondante.*

En d'autres termes, les acides sont entraînés aux urines *à la faveur d'une certaine quantité d'alcalins*, — auxquels ils seront ou ne seront pas combinés, peu importe, — mais qui du moins, *passeront dans l'urine en même temps qu'eux.*

Ces alcalins influent nécessairement sur la réaction de l'urine, et avec plus d'intensité que les acides puisqu'il sont plus solubles : à une élimination d'acides plus considérable ne doit donc pas correspondre mathématiquement une acidité plus élevée de l'urine.

Or, physiologiquement, c'est-à-dire en dehors de toute intervention médicamenteuse, le mécanisme éliminateur reste le même, avec cette seule différence que, aucun alcalin ne venant solliciter la décharge acide, celle-ci doit être faible : *mais pour hyperacidifier l'urine, il faudrait que les acides accumulés dans les humeurs soient éliminés en simple dissolution, et non combinés aux bases alcalines ; ce qui est impossible.*

Cette seule remarque pourrait suffire à disloquer le système de l'hypoacidité, dont elle démontre l'erreur originelle ; mais nous ne voudrions pas nous en tenir là.

Elargissant notre examen critique, nous avons suivi la théorie à toutes ses étapes et dans toutes ses conséquences : nous montrerons ainsi que dans toute son évolution, et jusque dans ses ultimes conclusions thérapeutiques, elle est côtoyée par une série d'objections irréfutables.

Nous établirons successivement : l'instabilité de la réaction urinaire ; — les contradictions profondes qui surgissent de l'expérimentation chimique ; — puis, serrant de plus près la discussion, nous montrerons que le phosphate acide de soude ne mérite absolument pas la valeur pathognomonique dont M. Joulie l'a investi ; — nous montrerons encore d'une façon plus complète le manque de corrélation entre la réaction urinaire et les éliminations acides.

Nous terminerons enfin en exposant les *indications de l'acide phosphorique* ; mais au lieu de les baser sur un dosage de laboratoire, ce sera exclusivement à une *analyse clinique rigoureuse* que nous le demanderons.

* *

Et d'abord, la réaction de l'urine est-elle quelque chose de fixe, de stable ? Demeure-t-elle à peu près *identique* pour un même sujet lorsque les conditions d'hygiène, d'alimentation, etc..., restent sensiblement les mêmes ?

Il n'en est rien.

En suivant la technique de M. Joulie, et en opérant sur des échantillons d'urine de même provenance, recueillis quotidiennement au même moment de la journée, divers observateurs — parmi lesquels Gautrelet, dont l'opinion est déjà connue, Vires et de Girard, etc..., — ont été conduits à des conclusions très différentes.

En particulier, notre excellent ami Vires, à sa clinique de l'Hôpital Général de Montpellier, a recherché la réaction urinaire d'un grand nombre de malades. Des dosages multipliés ont été pratiqués par M. de Girard, agrégé de chimie, dont la compétence est trop connue pour que nous insistions. Eh bien, il a été *complètement impossible* à ces expérimentateurs de *démêler une régularité quelconque*, même approximative, dans la réaction urinaire des sujets mis en observation.

Les facteurs qui interviennent alors pour modifier la réaction sont trop nombreux et trop insaisissables pour qu'on puisse faire leur part et dégager des lois régissant la réaction de l'urine. Si l'on peut mesurer le degré de concentration et l'exprimer par un coefficient, peut-on évaluer de même l'influence de l'*alimentation*, par exemple, laquelle varie toujours en quantité et en qualité, aussi uniforme que paraisse le régime ? Comment évaluerait-on l'influence de la *digestion*, qui fait varier, nécessairement, la réaction urinaire, suivant qu'elle est accélérée ou ralentie, suivant qu'elle est plus ou moins complète... ; — de l'*absorption*, de l'*assimilation*, etc. ? Autant d'influences, autant de causes d'erreurs.

Les observations de Vires et de Girard ont d'autant plus de valeur que c'est bien dans un hôpital général que sont réalisées les conditions de vie et d'hygiène les plus *uniformes* ; en outre, un certain nombre des sujets examinés étaient précisément atteints de maladies de la nutrition.

Personnellement, nous avons pu constater maintes fois, à Vichy, ce manque absolu de fixité dans la réaction urinaire. Et même dans certains

1. ARMAND DELPEUCH. — « La goutte et le rhumatisme ». Paris, 1909, préface, page VI.
2. Cf. JOULIE. — « Urologie pratique et thérapeutique nouvelle ». 1 vol. in-8°, Paris, 1901.

cas, le fait était particulièrement remarquable : nous observions, en effet, que *la même quantité d'eau minérale pouvait* — soit chez le même malade, soit chez des malades différents, mais du même type clinique, et toutes conditions de régime ou d'hygiène restant identiques — *rendre les urines alcalines ou, au contraire, respecter complètement l'acidité préalable.*

* * *

La théorie de l'hypoacidité a encore contre elle les contradictions flagrantes qui ont surgi dès qu'on a voulu la transporter dans la clinique avec toutes les conséquences qu'elle comporte.

En voici un exemple. Se basant sur la constatation de l'hypoacidité urinaire, M. Cautru a traité des *hyperchlorhydriques* par l'acide phosphorique ; et, d'après les résultats observés, il conseille l'*usage systématique de cette médication* qu'il juge valable [1].

Mais, d'un autre côté, M. Martinet rapporte [2] plusieurs observations d'hyperchlorhydrie où le traitement acide a aggravé manifestement le trouble pathologique, et il conclut fermement à la *contre-indication de l'acide phosphorique* chez ces malades.

La contradiction n'est pas discutable ; et ce n'est pas là un fait isolé : par divers côtés, les applications cliniques ont ainsi démenti les prévisions de la théorie.

N'est-ce pas suffisamment caractéristique pour faire rejeter, non le médicament, mais les *indications* qui lui ont été attribuées ?

On remarquera, d'ailleurs, que nous admettons sans difficulté la possibilité d'obtenir par la médication acide, *dans certains cas déterminés*, une amélioration plus ou moins accentuée ; et nous nous préoccuperons, plus loin, de rechercher le cadre qui convient à ces indications particulières. Mais où nous protestons instamment, c'est lorsque l'on veut *généraliser* ce procédé thérapeutique et l'ériger en *méthode systématique* : ceci — les faits cliniques en témoignent — ne peut être accepté.

* * *

Nous nous proposons d'établir maintenant qu'il n'existe aucune relation de cause à effet entre la réaction des humeurs et la réaction urinaire. Et nous croyons qu'il serait utile de rappeler ici, en nous inspirant des beaux travaux de Bouchard [3], la part considérable qui revient aux *acides* dans la pathogénie des maladies par ralentissement de la nutrition. La place dont nous disposons ici nous oblige à écourter cette partie de notre travail : on en trouvera le détail dans le *Nouveau Montpellier Médical* [4] ; on pourra encore, outre le magnifique ouvrage de Bouchard, consulter l'excellent article de M. Pascault, dans le *Journal des Praticiens* [5].

Nous nous bornerons à rappeler que, parmi les innombrables acides dont la formation et la présence dans l'organisme ont été maintes fois constatées au cours des maladies de la nutrition, les plus importants sont :

Pour l'assimilation, des *acides gras* (acides *stéarique, oléique, palmitique*), qui par leurs transformations ultérieures aboutiront aux acides *caproïque, valérique, formique, oxalique...* ; ces acides proviennent surtout des graisses, mais également des albuminoïdes ;

Des acides *lactique, oxalique, acétique, butyrique, valérique, crotonique...*, acides de fermentation formés indifféremment par les hydrates de carbone ou par les albuminoïdes ;

Des *acides amidés* (acides *amido-capronique*, ou leucine, *amido-succinique, para-oxyphényl-amido-proprionique*, ou tyrosine, etc...).

1. Cf. *Journal des Praticiens*, 1900, p. 641 et sqq.
2. *La Presse Médicale*, 1902, n° 3.
3. Cf. Bouchard. — « Leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition ».
4. Odilon Martin. — « Maladies de la nutrition ». In *Nouveau Montpellier Médical*, 1902, n°s 10 et 11.
5. *Journal des Praticiens*, 1901, p. 469 et suiv.

Pour la désassimilation, des acides *urique, oxalurique, hippurique, oxalique, phénique, taurylique, damalurique, kynurique...* ; des *acides sulfo-conjugés* : indican (ou acide *indoxyl-sulfurique*), acides *phénol-sulfurique, crésol-sulfurique, sulfo-pyrocatéchique...* ; des acides *crotonique, oxybutyrique...*

Tous ces acides sont des composés *toxiques et difficilement éliminables* [1] : c'est donc bien une véritable *intoxication acide* qui se manifeste au cours des bradytrophies.

Rappelons encore que dans la *goutte*, l'*uricémie*, la *gravelle rouge*, c'est l'*acide urique* qui domine, et on le trouve alors, dans le sang, en très grande quantité, à l'état de quadriurate ou de biurate : c'est sous cette dernière forme qu'il se dépose dans les jointures ;

Pour le *rhumatisme articulaire*, on a émis, non sans vraisemblance, l'hypothèse de l'existence, dans l'organisme, d'*acides gras* en abondance ;

Dans l'*obésité*, la *neurasthénie*, la *lithiase rénale*, c'est l'*acide oxalique* surtout [2] qui encombre l'organisme ;

Dans les *auto-intoxications d'origine intestinale*, et dans quelques autres états morbides, on trouve de l'*acide oxybutyrique* en excès : dans ces mêmes cas (surtout si les fermentations sont abondantes), et encore dans l'*insuffisance hépatique*, les tissus sont imprégnés d'acide *indoxyl-sulfurique*, et on observe alors de l'indicanurie ;

Dans le *diabète*, enfin, outre la glycose, qui est bien manifestement formée à la faveur du ralentissement de la nutrition, on peut voir apparaître dans l'urine, même en dehors de tout symptôme de coma, de l'*acide crotonique* [3], produit de décomposition de l'acide β-oxybutyrique ; et l'*acide oxybutyrique* lui-même a pu être extrait de l'urine à la dose de 5 à 6 grammes.

Pendant le coma, le chiffre de ces acides s'élève considérablement : et Magnus Levy a reconnu [4] que pour les cas de coma non mortels, la guérison, provoquée par un traitement alcalin intensif, survenait à la faveur d'une *décharge urinaire considérable d'acide oxybutyrique.*

Mais il y a plus ; Roques, Devic et Hugounenq [5] ont pu, par titration directe, se convaincre que l'*alcalinité du sang dans le coma diabétique est notablement inférieure à la normale* ; et Magnus Lévy qui a, lui aussi, constaté expérimentalement cette hypo-alcalinité hématique, a reconnu qu'elle était nettement en rapport avec la gravité de la maladie, *le maximum d'hypo-alcalinité étant réalisé pendant le coma.*

On voit que la théorie de la *dyscrasie acide* est bien loin d'être une hypothèse : bien au contraire, elle repose sur une foule de faits expérimentaux ou cliniques, tous maintes fois vérifiés, tous nettements démonstratifs.

Objectera-t-on que ces acides ne font que passer dans l'organisme, sans créer une modification permanente ? L'argument serait sans valeur ; en effet, lors même que ces acides s'élimineraient intégralement, il n'en reste pas moins vrai qu'ils auraient séjourné dans l'organisme plus que normalement, et, au moment de l'élimination, ils seraient remplacés par une nouvelle quantité d'acides d'origine digestive : ainsi, l'imprégnation de l'organisme par ces acides n'en serait pas moins permanente.

Mais d'ailleurs, l'élimination de ces produits nocifs est toujours insuffisante, et leur stagnation dans le sang, les humeurs et les tissus est inévitable. Ce sont surtout les déchets azotés qui s'accumulent ainsi.

Ceux-ci, en effet, ont peu de tendance à s'éliminer, et on le comprend sans peine si l'on considère leur *faible solubilité*, qui, pour l'acide urique, par exemple, est de 1 pour 15.000. Ou bien, s'ils sont rejetés au dehors, c'est *par débâcle* [1], surtout *à l'état de sels neutres plus solubles que les sels acides*, et par conséquent, en faisant éprouver à l'organisme une certaine *déperdition alcaline.*

1. Voir encore pour plus de détails, Charrin. « Poisons de l'organisme » (volumes de l'Encyclopédie Léauté), et spécialement « Poisons de l'urine », p. 40.
2. Cf. Lecœur. — *Journal des Praticiens*, 1900, p. 300.
3. Stadelmann. — *Deut. Arch. f. klin. Med.*, XXXVII, 6.
4. Magnus Lévy. — *Arch. f. exp. Path.*, XLIII, 2-3-4.
5. Roques, Devic et Hugounenq. — *Rev. de méd.*, 1892, Décembre.

Ce dernier point, sur lequel nous reviendrons dans un instant en appuyant sa démonstration sur des preuves nouvelles, demande à être souligné. Il confirme l'argument fondamental et *a priori* par lequel nous ouvrions ce débat : en effet, il établit d'une façon précise ce fait important, que *les décharges d'acides accumulés dans l'organisme ne se font pas à l'état d'acides (ou sels acides) solubles et susceptibles d'augmenter l'acidité urinaire.* Et ainsi, tandis que les partisans de l'hypoacidité adoptent la réaction de l'urine comme le critérium de la réaction humorale, il se trouve, en réalité, que les décharges d'acides non seulement ne doivent pas augmenter l'acidité urinaire, mais encore *ne sont possibles qu'au détriment de l'alcalinité organique.*

Ceci démontre bien, d'une façon évidente, qu'il ne peut exister, entre la réaction du sang et des humeurs et la réaction urinaire, *aucune relation de cause à effet.*

Un autre fait, qui s'harmonise singulièrement avec l'opinion que nous défendons, est le suivant :

On sait, d'après Gautrelet, que le sang est de composition acide, — son acidité étant due au phosphate acide, — mais *avec une réaction alcaline.* Or, jamais on n'a cru devoir prendre en considération, du moins pour en tirer des déductions cliniques, cette *acidité de composition*, soit, en d'autres termes, l'état chimique de ce qu'on peut appeler le « substratum » hématique ; par contre, on ne peut nier qu'au point de vue vital la réaction du liquide sanguin est d'une haute importance, à tel point que, si cette réaction cessait d'être alcaline, la vie ne serait plus possible. Tout l'intérêt se concentre donc sur cette alcalinité.

Il semble dès lors irrationnel d'attribuer au phosphate acide éliminé en plus ou moins grande quantité une valeur aussi décisive pour l'appréciation de la réaction des humeurs. La *composition* du sang — que caractérise le phosphate acide — étant *indépendante de sa réaction*, — qui est alcaline, — il n'est pas permis d'envisager les variations de l'élimination du *phosphate acide* comme le corollaire de modifications éprouvées par l'alcalinité humorale.

* * *

Le terrain étant ainsi déblayé, nous pouvons maintenant consolider notre argumentation en mettant en lumière quelques faits rigoureusement inconciliables avec l'hypothèse d'un parallélisme entre la réaction urinaire et la réaction humorale. Bien plus, l'interprétation minutieuse de ces faits doit nous faire entrevoir que *les éliminations d'acides tendent à exagérer l'hypoalcalisation organique créée par le trouble nutritif*, et que, si elles influencent l'acidité urinaire, ce sera pour la diminuer.

Il a été établi que *les phosphates tribasiques cèdent à l'acide urique un équivalent de base et lui permettent ainsi de former un urate plus soluble, tandis qu'ils se transforment eux-mêmes en phosphate neutre.*

S'appuyant sur ces données, on pourrait faire ressortir que les phosphates favorisent l'élimination de l'acide urique, — et, certainement aussi, de divers autres acides, — et conclure de là à l'indication de l'acide phosphorique.

Ce serait donner aux faits une interprétation absolument vicieuse. L'élément utile, dans ces circonstances, a été, non pas le radical acide,

1. Cf. Huchard. — *Journal des Praticiens*, 1900, p. 422.

mais la base. Les phosphates n'ont fait qu'emprunter cette base à l'organisme, au sang, pour en rétrocéder ensuite une petite partie aux acides insolubles. *C'est, en définitive, l'alcalinité hématique qui fait les frais de cette réaction*, et celle-ci, en dernière analyse, est conforme aux actes physiologiques que détermine directement, avec beaucoup plus d'ampleur et sans usure de l'organisme, l'administration des alcalins.

On est donc, encore et toujours, dès que l'on veut aller au fond des choses, amené à reconnaître finalement la légitimité du traitement alcalin pour entraîner les acides hors de l'organisme.

D'un autre côté, « *les phosphates acides, en présence des urates basiques, prennent un équivalent de base à ces urates et forment des urates acides*, lesquels sont très peu solubles. Ces phosphates acides peuvent même prendre aux urates basiques *deux équivalents* de base et provoquer la précipitation de l'acide urique mis en liberté [1] ».

Tout ceci n'arrivera évidemment pas si l'on a soin de fournir à l'organisme un *excès d'alcalins*; voilà donc un excellent argument à l'appui de notre thèse.

Et ceci : Walter [2], faisant ingérer des acides étendus à des animaux, a trouvé que les carnivores résistaient longtemps à l'intoxication en fournissant une quantité d'ammoniaque — un alcali — suffisante pour *neutraliser le poison*; divers auteurs, notamment Coranda [3] et Gumlich [4] chez l'homme, confirment ces observations.

Et ainsi, une augmentation excessive de l'azote ammoniacal par les urines « est le témoin ordinaire de l'intoxication acide, et, pour beaucoup d'auteurs, ces deux termes deviennent synonymes, la constatation de celle-là suffisant à affirmer celle-ci [5] ».

Il nous paraît superflu de commenter ces observations, au travers desquelles on lit l'intervention nécessaire des bases alcalines pour rendre possible l'élimination des acides; retenons, en outre, qu'elles nous montrent ces éliminations rehaussant la richesse de l'urine en alcalis.

Enfin, un dernier fait. Sous l'influence du traitement systématique par l'acide phosphorique, M. Cautru [6] a vu survenir, chez des malades dont l'urine du matin avait été hypoacide, des accidents divers (poussées de rhumatisme ou de goutte), incontestablement dus à une *hyperacidité organique* créée de toutes pièces par la médication instituée : *et cependant, durant ces périodes d'hyperacidité organique, les urines étaient restées hypoacides*.

Voilà donc cette fois un fait clinique, un fait d'observation rigoureuse, et plus encore d'*expérimentation*, où la réaction de l'urine restait sans aucune corrélation avec la réaction des humeurs et du sang.

* * *

Nous voici au terme de notre démonstration. Nous avons surabondamment établi l'invraisemblance de la théorie de M. Joulie, la légitimité de la théorie de l'hyperacidité et la nécessité du traitement alcalin. Toutefois, ceci ne veut pas dire que la médication acide doit être rayée de la thérapeutique.

Que l'acide phosphorique soit utile, nous ne le contestons certainement pas, — encore qu'il puisse être *dangereux*, (surtout si l'usage en est trop *prolongé*), de par son action stéatosante vis-à-vis du foie.

Nous sommes donc loin de proscrire la médication acide; mais, nous ne saurions trop le répéter, *ce sont les indications qui lui ont été assignées et surtout le point de départ d'où l'on fait dériver ces indications, que nous déclarons non-recevables*.

Il nous semble que dans les maladies par ralentissement de la nutrition et dans les dypepsies [1], les seules conditions sur lesquelles on puisse faire fonds pour *déclarer opportune* la médication acide sont :

a) *Les cas d'asthénie nerveuse prononcée avec hypotonus*, où l'acide phosphorique se montre très utile comme médicament *nervin* et *hypertonique*. (Les glycérophosphates *acides* semblent présenter de plus grands avantages).

b) *Les états de déchéance avancée de la nutrition générale avec insuffisance hépatique et rénale définitives*, où, devant l'impossibilité d'accélérer des échanges nutritifs, désormais hors de notre atteinte, on devra se borner à stimuler le malade. (On se défiera ici de l'action stéatosante exercée sur le foie).

c) *Les cas de fermentations gastriques très abondantes*, où le traitement alcalin, quelles que soient les précautions prises, paraîtra favoriser ces fermentations.

Là se borneront les indications de l'acide phosphorique. On voit qu'au lieu de les baser sur un dosage de laboratoire, nous leur conservons comme critérium l'*analyse clinique*.

Mais on doit bien se pénétrer de l'idée, qu'il est illusoire de vouloir établir une relation mathématique entre l'imprégnation acide des humeurs d'une part, et, d'autre part, l'évaluation de l'acidité et de la phosphatie urinaires, cette dernière notion n'ayant *aucune autorité pour exprimer autre chose que la teneur en phosphate acide dissous, et, éventuellement, en CO^2 dissous*. Elle ne fournit aucun renseignement sur la quotité des acides et sels précipités, comme les urates, les oxalates, les acides sulfo-conjugués, etc..., tous produits qui devraient cependant, beaucoup plus légitimement que le phosphate acide, entrer en ligne de compte.

L'insuffisance des oxydations et la stagnation dans l'organisme des déchets incomplètement comburés restent la seule conception nosologique rationnelle sur laquelle nous soyons légitimement en droit d'édifier la pathogénie et la thérapeutique des maladies de la nutrition, car, malgré les louables efforts de Glénard, rien ne peut nous autoriser à ériger l' « hépatisme » en doctrine de Pathologie générale, et à voir, dans les modifications anatomiques du foie, que cet auteur a eu le mérite de signaler, autre chose que la *résultante* matérielle d'un trouble morbide préexistant [2].

La conclusion de tout ceci? — C'est que la théorie de l'hypoacidité repose seulement sur quelques faits de détail, mais en tant que système, n'est rigoureusement pas soutenable. Hâtivement édifiée, immodérée dans ses conclusions, trop empressée à généraliser, elle a eu le grand tort de vouloir occuper dans la nosologie une place hors de proportion avec les faits d'observation qui furent son point de départ.

Rien ne justifie, en effet, l'importance qu'on avait attribuée à ces faits; et, après les avoir soumis à une critique rigoureuse, on peut affirmer : d'une part, qu'ils ont seulement la valeur de *détails*, et sont *parfaitement compatibles avec les doctrines de Pathologie générale professées par Bouchard*; — d'autre part, *qu'ils laissent à la médication alcaline toute sa valeur et toutes ses indications, d'autant plus qu'ils s'harmonisent entièrement avec le processus thérapeutique*.

Ainsi donc, tout en admettant avec Joulie, Bardet, Martinet..., qu'il est des cas où le traitement alcalin est inutile, où il est même nuisible, nous ne pouvons voir, dans l'évaluation de l'acidité urinaire, l'expression de l'état chimique des humeurs et de l'organisme entier. Ces états organiques sont trop complexes pour qu'on puisse finalement les ramener à une oscillation dans le taux du phosphate acide : *aussi ne peut-on conserver à ces variations quantitatives de la réaction urinaire ou des chiffres des phosphates la haute valeur diagnostique qui leur avait été attribuée, ni se baser sur ce simple dosage pour dresser la frontière infranchissable qui doit délimiter les indications et les contre-indications de la médication alcaline*.

1. Bouchard. — *Loc. cit.*, p. 238.
2. Walther. — *Arch. f. exp. Path.*, VII, p. 148; voir aussi Terrien. *Bull. méd.*, 1900, 22 Décembre.
3. Coranda. — *Arch. f. exp. Path.*, XII, p. 76.
4. Gumlich. — *Zeit. f. phys. Chem.*, XVI, p. 10.
5. Terrien. — *Loc. cit.*
6. Cautru. — *Loc. cit.*

1. Je n'ai pas à m'occuper ici des indications du traitement acide en dehors de ces états.
2. Voir à ce sujet Gilbert. — *Soc. méd. des hôp.*, 1900, 16 Novembre.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

20 Juin 1902.

Hydrosalpinx double. — *MM. da Silva et Descomps* présentent une pièce d'hydrosalpinx enlevée par M. Marion. La trompe gauche forme une poche du volume des deux poings, et la trompe droite une poche du volume d'une tête de fœtus. Les ovaires, trouvés sains, ont été laissés en place au cours de l'opération.

On avait fait le diagnostic de tumeur kystique annexielle. On ne notait que quelques troubles de compression vésicale et rectale, et quelques métrorragies survenant depuis trois ans, une fois par an et pendant un mois.

Hémopneumothorax traumatique. — *MM. Laurens et Darcanne* montrent les pièces d'un malade qui a succombé dans le service de M. Pierre Delbet à la suite d'une chute qui avait entraîné une fracture multiple de côtes. Il s'était produit un pneumothorax total, accompagné d'emphysème sous-cutané. Du sang s'était épanché dans la plèvre et, quarante-huit heures après l'accident, ne fut pas trouvé coagulé.

Abcès aréolaire du foie. — *M. Beauvy* apporte une pièce d'abcès aréolaire limité du foie, survenu au cours d'une cirrhose encore légère, et paraissant consécutif à une angiocholite localisée.

Hématome du grand droit. — *M. E. Lefas* communique un cas d'hématome du grand droit de l'abdomen au cours d'une cirrhose atrophique compliquée d'ictère grave. On ne constate aucune lésion de la fibre musculaire, mais une dégénérescence graisseuse de l'endothélium des capillaires intramusculaires; cette lésion a été la cause vraisemblable de l'hématome.

M. Cornil dit qu'une partie de la graisse est dans les vaisseaux et représente la graisse de décomposition des leucocytes morts.

Les pseudo-canalicules biliaires dans les cirrhoses. — *MM. Letulle et Nattan-Larrier* poursuivent l'étude des pseudo-canalicules biliaires dans les cirrhoses hépatiques. Après action de l'alun de fer, les pseudo-canalicules biliaires logés au milieu des travées scléreuses du foie, dans les cirrhoses hépatiques, se montrent munis à leur centre d'un *capillicule* facile à reconnaître.

Ces capillicules, qui ne contiennent pas de bile à l'ordinaire, ont toujours des dimensions appréciables; souvent même ils sont dilatés. Dans ce dernier cas, il semble qu'il y ait eu stase biliaire malgré la continuité du capillicule avec les canaux biliaires extralobulaires.

Les capillicules ectasiés montrent souvent des dilatations pariétales ampullaires dont un certain nombre ne paraissent pas s'insinuer dans les interstices inter-épithéliaux.

Tous les capillicules sont régulièrement dépourvus d'un revêtement endothélial. Leur cavité, vide à l'ordinaire, contient parfois des éléments lymphoïdes munis de prolongements nucléaires allongés.

M. Cornil, à propos de ces faits, apportera dans la prochaine séance des préparations de petits calculs biliaires produits dans les foies en rétention.

Anomalie de l'appendice. — *MM. du Pasquier et Roger Voisin* ont trouvé, à l'autopsie d'un enfant de dix-neuf mois, mort de broncho-pneumonie rubéolique, une disposition anatomique spéciale de l'appendice iléo-cæcal.

L'appendice, après un trajet libre de 4 centimètres, abordant alors le bord du psoas droit, présentait une gaine que lui formait le péritoine, gaine de 2 à 3 centimètres de long; puis, complètement extra-péritonéal à son extrémité, il cheminait dans la fosse

iliaque, gagnant l'orifice inguinal interne, en rapport intime avec les éléments du cordon. Il avait une longueur totale de 9 centimètres.

Le testicule droit était en ectopie à l'orifice inguinal externe, et, dans les 2 centimètres séparant l'extrémité de l'appendice du testicule, on n'a pas trouvé de cavité; il y avait seulement du tissu fibreux, reste du canal vagino-péritonéal, des nerfs et les éléments du cordon.

Un stylet introduit dans la vaginale ne remonte pas dans le canal.

Tuberculose mammaire chez l'homme. — *M. Morestin* communique un cas de tuberculose mammaire observé chez un homme de quarante ans qui accusait une augmentation de volume du sein depuis quelques mois. La tumeur se présentait comme une hypertrophie unilatérale de la glande, et s'accompagnait de l'hypertrophie d'un ganglion de l'aisselle.

M. Letulle rappelle que chez les tuberculeux on observe parfois des mammites chroniques scléreuses hypertrophiques non tuberculeuses au point de vue des lésions.

Tumeurs de l'amnios chez la vache. — *M. Petit* (d'Alfort) montre l'amnios d'une vache, où l'on voit une quantité innombrable de petites saillies blanchâtres qui, au microscope, sont des papillomes.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

20 Juin 1902.

Crises chloruriques. — *MM. Ch. Achard et Ch. Laubry.* L'hypochlorurie des maladies aiguës n'est pas due au manque de chlorures provenant d'une alimentation insuffisante, mais à leur rétention dans l'organisme; en effet, l'introduction supplémentaire de chlorures dans le tube digestif ou sous la peau ne modifie point l'hypochlorurie, et, lorsque le malade guérit, les décharges critiques de chlorures surviennent aussi bien chez les sujets non alimentés.

La rétention des chlorures n'est pas d'emblée à son maximum; elle peut mettre plusieurs jours à s'établir. Elle atteint parfois un très haut degré, et l'excrétion chlorurée peut tomber au-dessous de 1 gramme par jour et même à 0 gr. 25.

La rétention des chlorures cesse de façons diverses. Parfois l'ascension des chlorures urinaires est brusque et définitive. Ou bien l'ascension n'est que transitoire et figure sur la courbe une pointe aiguë, précédant de quelques jours le relèvement définitif. Plusieurs décharges peuvent se suivre. Dans d'autres cas, dans des pleurésies, dans des pneumonies à défervescence traînante, la courbe ne s'élève que lentement et graduellement.

Lorsque la convalescence est traversée par des rechutes ou des complications, la crise chlorurique manque ou est incomplète.

Dans la pneumonie, la crise chlorurique peut être aussi brusque que la crise thermique, mais elle suit celle-ci de quelques jours. Dans la fièvre typhoïde, les décharges chloruriques se font suivant des types variés; c'est le plus souvent dans les premiers jours de la convalescence qu'elles ont lieu, quelquefois dès la période de déclin, quelquefois enfin tardivement, à une période avancée de la convalescence.

Quant aux autres crises urinaires, elles ne sont généralement pas parallèles à la crise chlorurique. Les variations des phosphates et des sulfates n'ont pas la même signification clinique. Le volume de l'urine peut être accru sans que les chlorures montent, s'il y a des décharges d'urée, de phosphates. De sorte que l'hyperchlorurie a plus de valeur, en tant que signe de bon augure, que la polyurie, et que la courbe des chlorures fournit sur la marche de la maladie des renseignements plus utiles que celle des urines.

Dosage approximatif des chlorures urinaires. — *MM. Ch. Achard et L. Thomas.* Pour interpréter, en clinique, les courbes des chlorures urinaires, il n'est pas besoin de dosages précis. On peut réaliser un dosage commode et suffisamment approximatif avec une technique comparable à celle du dosage de l'albumine par le tube d'Esbach.

Le procédé usuel, pour le dosage des chlorures, consiste à faire agir sur une quantité fixe d'urine, additionnée d'un peu de chromate de potasse, une quantité variable de solution titrée de nitrate d'argent. Le procédé approximatif, au contraire, fait agir une quantité variable d'urine sur une quantité fixe de nitrate additionnée d'un peu de chromate de potasse : la teinte brune du chromate d'argent ainsi formé vire au jaune quand il y a assez d'urine pour décomposer tout ce chromate. La teneur de cette urine en chlorure est indiquée par la graduation du tube, qui va de 15 grammes à 2 gr. 50.

Pour faire le dosage, verser dans le tube, jusqu'à une marque correspondant à 5 centimètres cubes, la solution de nitrate d'argent (à 29,075 pour 1.000), et ajouter trois ou quatre gouttes de solution de chromate de potasse (à 1 pour 5). Puis verser l'urine pure par petites quantités, en s'arrêtant à chaque trait de la graduation, pour agiter et observer si la teinte rouge brun vire au jaune. Lorsque ce virage s'est produit, lire le degré atteint sur l'échelle : le taux des chlorures lui est au moins égal.

Comme la graduation est d'autant plus exacte qu'il y a moins de chlorures, si le chiffre de ces chlorures est supérieur à 5, il est bon de recommencer un second essai avec de l'urine diluée. Au-dessus de 15 grammes, faire la dilution à 1 pour 6; au-dessus de 10 grammes, à 1 pour 4; au-dessus de 5 grammes, à 1 pour 2. Multiplier le chiffre trouvé par 6 avec la dilution à 1 pour 6, par 4 avec celle à 1 pour 4, par 2 avec celle à 1 pour 2.

Hémorragies dans deux cas d'hystéro-traumatisme. — *M. Raymond Bernard* apporte deux observations d'hystéro-traumatisme chez des soldats; des hémorragies multiples constituaient les symptômes les plus alarmants.

Attaques épileptiformes dans l'hémorragie cérébrale ancienne. — *M. Touche* communique trois observations d'hémorragie cérébrale ancienne ayant déterminé des attaques épileptiformes.

Syndrome de Raynaud Tétanie. Sclérodermie. — *MM. Follet et Sacquépée* envoient l'observation d'une jeune fille de vingt-trois ans ayant eu le syndrome de Raynaud, de la tétanie et de la sclérodermie.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

21 Juin 1902.

Régénération de la capsule du rein après décapsulation de l'organe. — *MM. Albarran et Léon Bernard.* Nous avons pratiqué l'ablation de la capsule fibreuse du rein chez des lapins. Nous avons observé la régénération rapide de cette capsule. Quinze jours après l'opération, elle est déjà achevée; deux mois, et six mois après, la néoformation est complète et atteint une plus grande épaisseur que celle de la capsule normale du rein; le rein, revêtu de sa nouvelle capsule, est plongé dans une gangue fibro-adipeuse, qui le fait adhérer à la paroi. Son parenchyme ne présente au microscope que des lésions légères et parcellaires des tubes les plus superficiels.

Il semble donc, d'après ces expériences, que les effets décongestionnants de la décapsulation du rein, que quelques auteurs ont proposé d'utiliser dans le traitement de certaines affections du rein, ne peuvent être qu'éphémères, puisque cette opération est suivie de la régénération rapide d'une enveloppe fibreuse plutôt plus forte qu'avant.

Rapidité de la circulation capillaire de la peau dans divers cas pathologiques. — *MM. Hallion et Laignel-Lavastine.* — Nous avons recherché chez des sujets sains et surtout chez des malades la rapidité avec laquelle s'efface la *tache blanche* provoquée sur la peau, non point par un frottement, action essentiellement excitante (acné de Vulpian, Marey, Pétrowsky), mais par une simple compression passagère, agent d'anémie essentiellement mécanique. Cherchant à apprécier ainsi la rapidité de la circulation capillaire, pour nous placer dans des conditions comparables, nous explorions toujours les sujets couchés. La température ambiante était au voisinage de 17°, l'observateur appuyant avec la pulpe du pouce sur la face dorsale du premier espace interosseux du sujet pendant trois secondes, et cela avec une force un peu plus que suffisante pour anémier la peau.

Parmi les faits cliniques jusqu'à présent notés, citons l'allongement de la durée de la tache chez les sujets âgés, les artério-scléreux, dans le syndrome de Raynaud, dans l'asthénie maligne; le raccourcissement de la durée de la tache dans les états fébriles, la pneumonie, la fièvre typhoïde, tant qu'il n'y a pas asthénie cardiaque, dans le syndrome de Basedow, l'érythromélalgie. Parallèlement à ces recherches, nous avons exploré le pouls total des doigts à l'aide du pléthysmographe digital de Hallion-Comte.

En résumé, nos résultats se sérient d'une façon très conforme aux prévisions théoriques si l'on considère la rapidité de disparition de la tache exsangue comme un indice fidèle de l'activité de la circulation capillaire.

Le procédé est très simple; il fournit, croyons-nous, des données intéressantes; il peut intervenir utilement dans les recherches expérimentales et cliniques réalisées chez l'homme.

Sur la technique des cultures en tubes de sable. — *MM. P. Carnot et M. Garnier.* Nous préconisons, pour différencier, séparer et sélectionner les microorganismes mobiles, un procédé de culture en tubes de sable. Les microorganismes se développent d'un côté de la couche de sable, et les plus mobiles, passant à travers une épaisseur de 10 à 20 centimètres de sable, se propagent dans l'autre branche d'un tube en U où on les recueille.

On peut ainsi mesurer comparativement la vitesse de différents microbes. Les plus mobiles sont le vibrion cholérique, le bacille typhique, la psittacose et certaines espèces de coli. Les bacilles peu mobiles passent beaucoup plus lentement. D'autres ne passent pas du tout : pneumocoque, charbon. On peut isoler, par ce moyen, les espèces les plus mobiles. On peut enfin constituer par sélection des races très mobiles qui ont de ce fait quelques caractères particuliers.

Analyse du mode d'action des lécithines sur l'organisme. — *MM. A. Desgrez et Aly Zaky.* Nos recherches antérieures ayant démontré que la lécithine présente une action analogue à celle de l'acide glycérophosphorique, augmentée toutefois d'une influence, en quelque sorte spécifique, sur la rétention du phosphore, nous avons pensé que cette dernière propriété était due à la présence d'une base organique dans la molécule lécithique. Les conclusions que nous présentons aujourd'hui ont pleinement justifié cette façon de voir. Elles résultent d'expériences faites avec les deux bases le plus généralement engagées dans les lécithines : la choline et la bétaïne.

Sur le passage de l'alcool dans le liquide amniotique. — *M. M. Nicloux.* L'alcool passe dans le liquide amniotique, comme je l'ai montré antérieurement. Grâce à mon procédé de dosage très sensible de petites quantités d'alcool, j'ai pu doser ce toxique dans le sang maternel fœtal et le liquide amniotique. De ces expériences, je crois pouvoir éliminer l'hypothèse du passage par l'intermédiaire du rein du fœtus.

Sur la fonction adipogénique du foie. — *M[lle] Deflandre.* J'ai étudié la fonction adipogénique du foie et sa signification physiologique dans la série animale. Chez les mollusques en particulier, le foie présente une quantité considérable de graisses, en petites gouttelettes qui sont surtout situées à la base des cellules des acini glandulaires. Cette graisse n'apparaît qu'à une certaine époque de l'année et disparaît ensuite.

Par la pilocarpine, on augmente la sécrétion de graisse et on retrouve des granulations graisseuses dans les vaisseaux. Ces réserves adipeuses ne semblent pas en rapport avec la température, elles semblent en rapport avec l'alimentation. Mais la graisse disparaît néanmoins au moment où l'animal se suralimente.

L'époque d'apparition, au moment du frai, semble donner à ces réserves la signification principale, sinon exclusive, d'une accumulation de graisses et de lécithines en rapport avec l'élaboration des œufs.

Identité de nature des lymphocytes immobiles et mobiles du canal thoracique à l'état normal. — *M. E. Maurel.* M. Jolly s'est demandé si les leucocytes mobiles et immobiles constituent des espèces différentes, ou bien s'ils ne représentent que des périodes successives du même élément. Je rappelle qu'après avoir pris de la lymphe dans le canal thoracique, je l'ai mise sous cellule, et, grâce au procédé de l'immersion, j'ai pu l'observer pendant trente-six heures environ. Or, j'ai constaté, par des examens fréquents faits pendant ces trente-six heures, qu'au début la plupart des lymphocytes étaient sans mouvement, et qu'au contraire presque tous étaient mobiles à la fin de l'expérience.

Il faut donc admettre que ce sont les lymphocytes immobiles qui sont devenus mobiles, et que ces derniers ne représentent qu'une période plus avancée de l'évolution du même élément.

Variations de viscosité et variations de quantité des albuminoïdes du plasma sanguin. — *M. A. Mayer.* La viscosité du plasma sanguin est variable. Cette variation n'est parallèle ni aux variations de densité, ni aux variations de quantité des albuminoïdes du fibrinogène du plasma. Il existe dans le plasma, à côté des variations de quantité, des variations de qualité, d'état, des matières albuminoïdes.

Applications du diviseur vésical gradué. — *M. Cathelin* étudie chez l'homme à l'aide du diviseur vésical gradué la sécrétion physiologique et pathologique de chaque rein, et se propose de continuer ces recherches au point de vue de l'élimination séparée du bleu.

Influence du tabac sur l'association des idées. — *M. Claparède* note la rapidité plus grande de l'association des idées sous l'influence du tabac. Cette période d'excitation est suivie d'une période de dépression.

Disparition des éthers dans le sang. — *MM. Doyon et Morel* communiquent leurs recherches sur le mode d'action de l'oxygène, vis-à-vis de la transformation des graisses du sang.

A. Sicard.

ACADÉMIE DES SCIENCES

16 et 23 Juin 1902.

La localisation de l'arsenic dans les organes ectodermiques des animaux. — *M. Armand Gautier.* On se rappelle les communications, datant de 1899, de M. Armand Gautier sur l'existence normale de l'arsenic dans certains organes des animaux.

Un certain nombre d'auteurs allemands ayant voulu répéter les expériences de M. Gautier ne réussirent point à retrouver l'arsenic et en conclurent que celui-ci n'existait pas dans les conditions annoncées.

En réalité, la cause de ce résultat négatif tient à un défaut de technique opératoire ; quand on prend toutes les précautions minutieuses indiquées par M. Gautier, surtout quand on a soin d'éviter scrupuleusement toute pénétration d'oxygène à l'intérieur de l'appareil de Marsh, on retrouve l'arsenic de façon constante et dans les proportions indiquées.

Le mode de multiplication des trypanosomes des poissons. — *MM. A. Laveran et F. Mesnil.* D'après ces auteurs, les trypanosomes des poissons se multiplient par division binaire égale ou subégale. Ces trypanosomes sont facilement inoculables à un poisson de même espèce. Il semble aussi que les trypanosomes des poissons ne sont pas pathogènes ou ne le sont qu'à un très faible degré.

De la production de glycose par les muscles. — *MM. Cadéac et Maignon.* On sait que chez l'animal vivant il existe du sucre dans les muscles écrasés ou enserrés dans une ligature. Aux fins de déterminer l'origine de ce sucre les deux auteurs ont entrepris une série de recherches dont se dégagent les suivantes conclusions :

1° Les muscles, comme le foie, produisent toujours du sucre après la mort ;

2° Les muscles plongés dans l'huile à la température de 37° en produisent, à température égale, plus que les muscles exposés à l'air ;

3° Les muscles qu'on entoure de glace élaborent le minimum de sucre ;

4° Les muscles écrasés ou comprimés élaborent le maximum de sucre ; la quantité de sucre dépasse celle des muscles plongés dans l'huile ;

5° Cette fonction du muscle est indépendante de toute putréfaction.

La contracture permanente chez le pigeon. — *M. Louis Boutan.* On sait que lorsqu'on pratique chez un pigeon ou tout autre oiseau une section sur les canaux semi-circulaires on observe parfois, quelque temps après l'opération, un phénomène particulier qui a été nommé par M. Laboule « contracture permanente » et qui consiste dans le renversement et l'entraînement de la tête du côté lésé.

D'après M. Boutan, la lésion des canaux semi-circulaires, contrairement à l'opinion communément admise, ne constitue pas la cause réelle et originelle du phénomène ; celui-ci, en réalité, dépend d'une irritation des enveloppes de l'encéphale.

Mesure de la sensibilité musculaire. — *MM. Toulouse et Vaschide.* Les auteurs mesurent l'acuité de la sensibilité musculaire par le plus petit rapport entre les poids de deux sceaux en cuivre, de volume et de formes semblables, dont l'un, l'étalon, conserve un poids constant, et dont l'autre reçoit des plateaux tarés élevant son poids progressivement, lesquels sceaux, après avoir été, sans secousse appréciable, alternativement et à deux secondes d'intervalles, suspendus à un segment de membre immobile et maintenus durant cinq secondes, sont différenciés. La présentation de l'étalon, pour chaque série, provoque une expérience de contrôle et mesure la suggestibilité.

Variations de l'état de réfraction de l'œil humain suivant l'éclairage. — *M. Charpentier.* Voici environ sept années, cet auteur remarqua que sa myopie, qui atteint huit dioptries et n'a point varié depuis son enfance, augmentait notablement au crépuscule et pendant la nuit.

En 1895, pendant les clairs de lune, il lui fallait une correction supplémentaire de deux dioptries pour percevoir avec une égale netteté les étoiles et les objets ambiants. Aux fins de trouver l'explication de ce phénomène, M. Charpentier s'est livré, par des méthodes diverses, à toute une série de recherches. Celles-ci lui ont montré que la réfraction de ses yeux est dans une certaine mesure fonction de l'éclairage, si bien que leur puissance réfringente s'accroît quand l'éclairage diminue.

M. Charpentier avait d'abord attribué ce résultat à une dilatation de la pupille qui met à découvert l'aberration sphérique positive dans son œil.

En réalité, ce phénomène entre bien en jeu, mais il n'est point seul. On s'en assure aisément en rendant la pupille constante, soit au moyen d'un diaphragme, soit mieux encore à l'aide de l'atropine.

En réalité, le phénomène observé est surtout dû à un déplacement rétinien.

Étude sur la composition comparée du lait de brebis et du lait de vache. — *MM. Trillat et Forestier.* Ces auteurs ont examiné spécialement les laits de brebis produits dans la région de Bazac, laits servant à la préparation des fromages de Roquefort.

De leur examen, il ressort que le lait de brebis se caractérise par l'abondance de son extrait qui atteint par litre 200 grammes et plus, alors qu'il ne dépasse guère 165 grammes pour le lait de vache.

Dans cet extrait, la proportion de matière grasse est très élevée, de 70 à 80 grammes au lieu de 45 à 50 pour le lait de vache.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

24 Juin 1902.

Commission pour le choix des médicaments. — Sur une demande du ministre de l'Intérieur priant l'Académie de lui prêter son concours pour dresser la liste des médicaments qui peuvent être prescrits dans les infirmeries des maisons centrales et les pénitenciers agricoles, une commission composée de MM. Kelsch, Chauvel, du Castel, Champetier de Ribes, Josias et Bourquelot est nommée par l'Académie.

Un cas de mycétome à grains noirs. — *M. Laveran* a examiné les pièces du cas de mycétome du pied de Madura. Cette maladie présente deux variétés : à grains pâles et à grains noirs. Dans le cas recueilli par M. Bouffard, il s'agit d'un Soudanais de vingt-deux ans atteint de mycétome du pied gauche ; la tumeur faisait saillie sous la plante du pied, et plusieurs fistules donnaient issue à du pus mêlé de grains noirs ayant l'aspect de truffes ; le malade succomba après quelques mois.

Les grains noirs du pied de Madura ont été souvent examinés. Les uns ont vu en les dissociant des filaments mycéliens ; Le Dantec considère que l'agent pathogène est une bactérie ; Vincent a décrit sous le nom de streptothrix madura l'agent du mycétome à grains pâles.

En réalité l'étude des grains est très difficile à cause des infections secondaires par des bactéries. Dans le cas de Bouffard, M. Laveran a vu sur des coupes de tissu non infecté un épais feutrage de filaments mycéliens, longs, ramifiés, cloisonnés, larges de 3 à 4 μ., végétant dans le tissu conjonctif. Lorsque les tumeurs suppurent, des amas mycéliens infiltrés dans les tissus altérés se détachent et forment les grains noirs. Il ne s'agit pas d'un actinomyces, mais probablement d'un streptothrix voisin du streptothrix maduræ de Vincent.

Rapport sur l'assistance publique à Madagascar. — *M. Kermorgant* lit un rapport adressé par le général Galliéni sur l'hygiène et l'administration sanitaire à Madagascar.

Les tractions de la langue dans les accidents chloroformiques. — *M. Laborde* rapporte une observation de M. Paul Delbet ayant trait à des accidents syncopaux survenus au cours d'une anesthésie chloroformique ; la respiration artificielle n'ayant pas suffi à rappeler la malade à la vie, les tractions rythmées de la langue ont permis le rétablissement de la respiration et de la circulation.

Tracteur mécanique pour les tractions rythmées de la langue. — *M. Laborde* présente un appareil automatique destiné à exécuter mécaniquement et régulièrement les tractions rythmées de la langue.

L'éducation physiologique des sourds-muets. — Par suite d'une erreur de composition, la communication sur la pédagogie physiologique des sourds-muets (séance du 17 juin) a été attribuée à M. Dussaud, qui n'intervient que pour la partie instrumentale de cette éducation dont les principes et la technique sont dus à M. Laborde.

M. Labbé.

ANALYSES

OPHTALMOLOGIE

M. Jacqueau (de Lyon). *Les amblyopies d'origine hépatique* (Cong. franç. d'ophtalmologie, 5 mai 1902). — Dans les cas d'insuffisance hépatique, on peut observer : 1° Les héméralopies qui sont les plus fréquentes et que l'on peut même considérer presque à coup sûr comme la signature d'une insuffisance fonctionnelle de la cellule hépatique ; 2° Les amblyopies proprement dites, dont quelques-unes, par l'apparition d'un scotome peuvent simuler l'amblyopie alcoolique. Elles s'accompagnent parfois de symptômes secondaires tels que la parésie du muscle ciliaire. Enfin elles peuvent par étapes progressives aller jusqu'à l'amaurose. Ces troubles sont de même ordre, il n'y a entre eux qu'une différence de degré. Leur pronostic est celui de la maladie hépatique.

A. Druault.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE

A. Delhommeau. *Etude médico-légale des lésions valvulaires aortiques consécutives aux contusions du thorax* (*Thèse*, Paris, 1902.). — Les contusions violentes de la cage thoracique, en augmentant la pression sanguine supportée par les valvules, sont capables de produire sur un cœur sain, et à plus forte raison sur un cœur malade, des ruptures, déchirures et hématomes des valvules sigmoïdes aortiques. Potain et Barié expliquent ainsi le mécanisme suivant lequel se produisent ces lésions : « Pendant l'effort, la poitrine est remplie d'air, le thorax est immobilisé et la tension intra-aortique très considérable ; d'où, pendant chaque diastole du cœur, les valvules aortiques ont à supporter une pression extrême. Un choc violent porté alors sur le thorax ne fait qu'élever brusquement et d'une façon considérable la pression que supportent les sigmoïdes pendant le retour du sang vers la cavité ventriculaire. On comprend que ces voiles, moins résistants que ceux des orifices auriculo-ventriculaires, violentés ainsi d'une façon soudaine, puissent dans certains cas se rompre plus ou moins complètement. »

Les lésions peuvent siéger sur les trois valvules, mais la plus fréquemment atteinte est la valvule postérieure ou médiane.

Les signes physiques et fonctionnels sont, d'une manière générale, les mêmes que ceux des lésions spontanées, avec cette différence toutefois, que les souffles sont plus intenses, et que les bruits morbides ont une tonalité spéciale qui paraît due au flottement dans le courant sanguin de lambeaux valvulaires rompus. La douleur vive précordiale est constante après le traumatisme.

La marche de l'insuffisance traumatique est rapide. Le pronostic en est plus grave que celui des lésions spontanées, parce que le cœur, surpris par le traumatisme, n'a pas le temps d'effectuer son travail de compensation. Les longues survies et la guérison, quoique exceptionnelles, sont possibles.

Le médecin légiste doit parfaitement connaître ces lésions valvulaires aortiques consécutives aux contusions des parois thoraciques, car elles ne sont pas rares, surtout chez les ouvriers.

J. Dumont.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 2 Juillet 1902, à 1 heure. — CARDOT : Etude clinique sur l'ostéomyélite à l'extrémité supérieure du fémur; MM. Lannelongue, Tillaux, Legueu, Rieffel. — M. DEBUSSCHERE : De la fracture transversale sus-malléolaire du tibia : MM. Tillaux, Lannelongue, Legueu, Rieffel. — M. DETHAN : Contribution à l'étude de l'ostéosarcome du radius ; MM. Tillaux, Lannelongue, Legueu, Rieffel. — M. GUY : Pseudo-kystes traumatiques de l'arrière-cavité des épiploons d'origine pancréatique ; MM. Tillaux, Lannelongue, Legueu, Rieffel.

Jeudi 3 Juillet 1902, à 1 heure. — M. MOUSSON-LANAUZE : A propos de la loi sur les accidents du travail. Le médecin et l'incapacité permanente partielle : MM. Brouardel, Proust, Vaquez, Thoinot. — M. PELLISSIER : La peste au Frioul. Lazaret de Marseille en 1901-1902 ; MM. Proust, Brouardel, Vaquez, Thoinot. — M. MORTIER : Etude sur les calculs de l'urètre pré-membraneux ; MM. Guyon, Berger, Poirier, Faure. — M. BLANQUINQUE : Essai sur le choix de l'intervention dans le traitement des abcès chauds de la prostate ; MM. Berger, Guyon, Poirier, Faure. — M. MONTIER : Contribution au diagnostic de la forme pulmonaire de la fièvre typhoïde ; MM. Dieulafoy, Chantemesse, Méry, Jeanselme. — M. DUPE : De l'alimentation des diabétiques : MM. Chantemesse, Dieulafoy, Méry, Jeanselme. — M. GUEGUEN : De la ponction lombaire dans les traumatismes ; MM. Le Dentu, De Lapersonne, Schwartz, Rieffel. — M. LOGEZ : Le lymphangisme congénital et la macrocheilie ; MM. Le Dentu, De Lapersonne, Schwartz, Rieffel. — M. PASQUEREAU : Contribution à l'étude de la kératite bulbeuse et de ses variétés : MM. De Lapersonne, Le Dentu, Schwartz, Rieffel. — M. LABORIE : Contribution à l'étude de la lèpre oculaire : MM. De Lapersonne, Le Dentu, Schwartz, Rieffel. — M. MAMLOCK : Examen cytologique des urines chez les cardiaques : MM. Hutinel, Gilbert, Teissier, Chassevant. — M. GLATARD : La diphtérie nasale : MM. Hutinel, Gilbert, Teissier, Chassevant. — M. HERVIAULT : Erythèmes causés par les lavements boriqués dans la fièvre typhoïde : MM. Gilbert, Hutinel, Teissier, Chassevant. — M. JULLEMIER : Contribution à l'étude du rhumatisme scarlatineux chez l'enfant : MM. Gilbert, Hutinel, Teissier, Chassevant. — M. LABAT : Les cystites dans la fièvre typhoïde et en particulier les cystites à bacilles d'Eberth; MM. Raymond, Budin, Rénon, Gouget. — M. BLANCHET : Contribution à l'étude de la syphilis chez les nouveau-nés : MM. Budin, Raymond, Rénon, Gouget.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 30 Juillet 1902. — 1er, Salle Corvisart : MM. Remy, Poirier, Cunéo. — 3e Oral (Deuxième partie), Nouveau régime, Salle Richet : MM. Hayem, Dejérine, Legry. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Reclus, Legueu. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Lannelongue, Broca (Aug.), Walther. — 5e, (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Gaucher, Bezançon. — 5e Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Mardi 1er Juillet 1902. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Cornil, Thiroloix, Dupré. — 3e (Deuxième partie), Oral, Ancien régime, Salle Velpeau : MM. Chantemesse, Charrin, Achard. — 4e, Ancien régime, Salle Thouret : MM. Proust, Gilbert, Thoinot. — 5e Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Guyon, Schwartz, Thiéry. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. Le Dentu, Pozzi, Marion. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Dieulafoy, Rénon, Gouget. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Mercredi 2 Juillet 1902. — Sages-femmes, 1re classe, Salle Pasteur : MM. Retterer, Lepage, Potocki. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, Salle Béclard : MM. Reclus, Poirier, Wallich. — 4e, Salle Richet : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série). Laënnec : MM. Lejars, Sebileau, Gosset. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Laënnec : MM. Kirmisson, Delens, Mauclaire.

Jeudi 3 Juillet 1902. — Sages-femmes, 2e classe, Salle Corvisart : MM. Rémy, Bonnaire, Demelin. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, Salle Richet : MM. Pozzi, Thiéry, Potocki.

Vendredi 4 Juillet 1902. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Brissaud, Gaucher, Teissier. — 4e, Salle Pasteur : MM. Pouchet, Thoinot, Wurtz. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Terrier, Delens, Broca (Aug.). — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Kirmisson, Walther, Gosset. — (Deuxième partie), Necker : MM. Landouzy, Widal, Bezançon. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 5 Juillet 1902. — 3e (Deuxième partie), (1re série), Nouveau régime, Salle Richet : MM. Gilbert, Thiroloix, Méry. — 3e, Oral (Deuxième partie) (2e série), Nouveau régime, Salle Corvisart : MM. Hutinel, Menetrier, Rénon. — 5e, Chirurgie (Première partie), Beaujon : MM. Le Dentu, de Lapersonne, Faure. — 5e (Deuxième partie), Beaujon : MM. Chantemesse, Achard, Dupré. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Potocki.

HOPITAUX ET HOSPICES

Salle d'opérations pour maladies des voies urinaires à Necker. — M. Mourier et le conseil de surveillance de l'Assistance publique ont décidé la construction, à l'hôpital Necker, d'un nouveau pavillon, qu'on élèvera aux lieu et place d'une petite bâtisse actuellement sans utilité. Ce pavillon de chirurgie, réservé spécialement aux malades des voies urinaires, n'aura qu'un rez-de-chaussée et un étage ; on le construira économiquement en briques et en fer, mais on le dotera, bien entendu, de l'électricité, du chauffage à air chaud, etc. Il coûtera 49.000 francs environ, qu'on se propose de demander — avec l'autorisation de l'État — aux fonds du pari mutuel.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. Bouchard, médecin-major de 1re classe territorial, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Centenaire de l'Internat. — La souscription pour le livre du Centenaire et la médaille commémorative reste ouverte chez le trésorier du Comité, M. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne, jusqu'au 15 Juillet. Passé cette date, il ne pourra plus être accepté aucune souscription.

Le Comité rappelle que le chiffre minimum de la souscription est de 25 francs pour les anciens internes et de 15 francs pour les internes en exercice, et que la souscription est exclusivement réservée aux internes en exercice, aux anciens internes et aux familles des collègues décédés.

Cours pratique de vacances (Histologie pathologique appliquée. Cytodiagnostic. Tumeurs. Hémodiagnostic). — Programme du cours en 10 leçons : 1° Inflammation en général (aiguë, chronique). Tumeurs en général, évolution, glycogenèse; 2° cytodiagnostic des épanchements de la plèvre, de la vaginale, du péritoine; 3° liquide céphalo-rachidien et ponction lombaire (méningites aiguës, syphilis et affections chroniques du système nerveux, hémorragies rachidiennes, etc.); 4° cytodiagnostic des urines, des kystes de l'ovaire et parovariens, du cordon, hydatiques; 5° kystes, papillomes, adénomes, épithéliomas; 6° myxomes, fibromes, lipomes, chondromes, ostéomes, myomes, névromes; 7° sarcomes, lymphadénomes; 8° hématologie clinique; 9° hémodiagnostic des suppurations, des tumeurs et des kystes; 10° étude clinique de la coagulabilité du sang, du sérum et du caillot.

M. Milian fera ce cours les lundi, mercredi et vendredi à 2 h. 1/4, du 4 Août prochain au 25 Août.

Ce cours sera, avant tout, pratique. Chaque leçon sera suivie de manipulations et d'exercices de diagnostic.

De nombreuses préparations, coupes et tumeurs seront, en outre, à la disposition des élèves.

Le prix d'inscription est de 80 francs. Se faire inscrire chez M. Milian, 11, rue de Naples, les mardi, jeudi et samedi, de 4 à 6 heures.

L'inoculation de la tuberculose à l'homme. — Au dernier Congrès de la tuberculose à Londres, le professeur Koch ayant affirmé que la tuberculose des bovidés n'était pas transmissible à l'homme, une vive discussion fut soulevée à ce sujet. Un médecin de Paris, M. Garnault, voulant prouver, *en expérimentant sur lui-même*, que le professeur Koch se trompe, vient, aux abattoirs de la Villette, de s'inoculer lui-même des produits tuberculeux provenant de ganglions d'une vache tuberculeuse.

Le balayage à sec des voies publiques. — Dans sa dernière séance, sur l'initiative de M. Poirier de Narçay, le Conseil municipal de Paris s'est occupé de la question du balayage à sec des voies publiques.

M. Poirier de Narçay ayant fait remarquer au Conseil qu'il y avait des inconvénients graves dans les errements suivis, puisque les poussières soulevées par le balayage à sec peuvent être et sont une occasion de transport de poussières et de germes pathogènes ou non, plusieurs de ses collègues ont réclamé pour que le balayage des rues et trottoirs soit précédé d'un arrosage.

Finalement la question a été renvoyée à l'attention de l'Administration.

Étranger

La maladie du roi d'Angleterre. — Une crise d'appendicite nécessitant une opération, vient, parait-il, d'obliger à reculer *sine die* la cérémonie du couronnement du roi d'Angleterre.

Congrès d'Helsingfors. — Un Congrès des naturalistes et médecins du Nord aura lieu à Helsingfors (Finlande) du 7 au 12 Juillet prochain. Il comprendra trois assemblées générales et des séances de sections. Celles-ci sont au nombre de onze.

Les demandes d'admission doivent être adressées avant le 1er Juillet au secrétaire général, M. F. Elfving, professeur à l'Université. Elles seront accompagnées du montant de la cotisation, fixé à 17 fr. 50.

L'égalité dans l'hygiène. — Le code hollandais, qui prescrit l'apposition d'une affiche sur les murs de toute habitation où a été constaté un cas de maladie contagieuse, a été scrupuleusement obéi dans le cas de la reine Wilhelmine.

C'est ainsi qu'à Loo le papier indiquant le cas de fièvre typhoïde a été collé sur les murs du palais, du côté de la loge du concierge. Il s'y trouve encore et ne sera enlevé qu'après que les appartements auront été désinfectés.

CONCOURS

Internats de Brévannes et d'Hendaye. — Le concours pour la nomination aux places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes et au sanatorium d'Hendaye vient de se terminer :

Sont nommés à partir du 1er Juillet :

A Brévannes : MM. Le Jemtel, Giroux et Hendelsmann. *A Hendaye* : MM. Castex et Rauzy.

Les empoisonnements par les poissons salés. — En vue de combattre la très grande fréquence des cas d'empoisonnement par les toxines des poissons, l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg vient d'instituer un concours international pour l'élaboration des mesures contre ces accidents, provoqués surtout par la consommation de poissons crus salés. Les prix seront de 5.000, de 1.500 et 1.000 roubles. Les mémoires peuvent être écrits en français, allemand, anglais, latin ou russe. Ils doivent être présentés au ministère de l'agriculture au plus tard le 1er Octobre 1903.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 52. — Samedi, 28 Juin 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

AVIS

Nous rappelons à nos lecteurs qu'à partir de cette année, pour faciliter les recherches, il n'y aura qu'une table des matières qui comprendra à la fois les tomes I et II. Cette table sera publiée à la fin de l'année et terminera le tome II.

Ce numéro termine le tome I (1er *Janvier 30 Juin*).

SOMMAIRE

L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TANANARIVE

L'Angleterre et la Hollande, vieilles puissances coloniales, ont depuis longtemps déjà inauguré un enseignement supérieur à l'usage des indigènes de leurs possessions respectives.

Elles ont surtout fait de sérieux efforts, couronnés de succès, pour créer un cadre de praticiens indigènes qui puissent suppléer au nombre fatalement restreint de leurs médecins européens.

Nous avons, à notre tour, depuis peu de temps, suivi l'exemple qui nous était ainsi donné, et, de toutes nos colonies, c'est à Madagascar que revient l'honneur d'avoir fait le premier pas dans cette voie.

Le général Galliéni créa, voici déjà deux ans, une école de médecine à Tananarive, et l'œuvre, bien vivante, commence à rendre des services.

***

Nous aimons beaucoup, dans nos colonies — et Madagascar n'est pas exempte de ce travers, — mettre partout de belles étiquettes derrière lesquelles il n'y a rien parfois; c'est donc un grand plaisir pour le voyageur d'avoir à constater que l'étiquette « École de médecine malgache » ne ment pas.

L'École se trouve provisoirement installée dans la ville haute, derrière l'ancien palais de la Reine, transformé depuis en Musée et en École normale.

Elle occupe divers bâtiments étagés à flanc de colline, et des fenêtres desquelles on peut jouir d'un superbe coup d'œil, s'étendant à gauche depuis le fort Duchesne jusqu'à l'Ikopa qui coule vers la droite.

Il faut bien convenir que le caractère provisoire de l'installation est fort apparent, mais il est aussi visible qu'on a tiré le meilleur parti possible de ressources forcément très limitées.

Le tracé des rues de Tananarive n'est, malgré tout ce qu'on a déjà fait, pas entièrement achevé. Le dédale de passages étroits, de murs écroulés, de broussailles et de roches dans lesquelles on se perdait jadis est, chaque jour, percé de véritables rues nouvelles. Une de ces voies donne accès à l'hôpital indigène dans lequel on a très judicieusement placé l'École de médecine.

Elle est logée, ainsi que l'hôpital, dans de simples habitations particulières, aménagées pour leur nouvelle destination et complétées depuis peu par la construction de deux bâtiments plus conformes aux besoins de l'hygiène hospitalière.

Le visiteur, pour y pénétrer, traverse d'abord une première bâtisse contenant des bureaux qu'une cour, ombragée de superbes lilas du Japon et d'eucalyptus, sépare d'un grand bâtiment à deux étages où se trouve installée l'École proprement dite.

Un peu à droite et en contrebas, se trouve le service de M. Jourdran, directeur de l'École, d'où part une voie carrossable qui descend aux autres bâtiments de l'hôpital. On trouve d'abord, voisinant ensemble, le service de M. Fontoynon et la salle d'opérations chirurgicales, octogone, vitrée, entouré d'une large vérandah, où se tiennent les élèves qui, grâce à cette disposition particulière, peuvent voir très bien sans gêner les opérations et surtout, sans accroître les chances d'infection de l'opéré.

Tout à côté, sont achevées depuis peu les nouvelles salles de médecine et de chirurgie, bâties en tenant compte des ressources locales, dans un style tout à fait moderne.

Enfin, tout en bas, et suffisamment isolée des autres services, se trouve la Maternité.

* * *

Pour en revenir à l'École, elle comprend, outre son directeur, le très aimable et distingué M. Jourdran, plusieurs professeurs tant civils que militaires, aidés de deux assistants malgaches, pourvus du titre de médecin de nos Facultés.

La durée des études est fixée à cinq ans, et les matières du programme, comme la division de celui-ci, sont absolument les mêmes que dans les établissements similaires de la métropole.

L'école est déjà riche d'une belle collection d'instruments et d'un embryon de bibliothèque. Elle suit de près les derniers progrès de la science et l'on y peut même admirer, en passant, une salle d'examen radiographique.

Les cadavres, pour les études anatomiques, ne manquent pas, et l'hôpital, qui compte dans tous ses services plus de deux cents lits, permet facilement, ce qui est idéal, de joindre la clinique à la théorie.

On a donc pu réunir, dans un court espace de temps, les plus sérieux éléments de travail.

Les résultats obtenus sont, du reste, assez encourageants, et le chiffre des élèves atteignit le respectable total de 80 dès la rentrée dernière, qui eut lieu au milieu de Janvier.

La plupart de ces jeunes gens viennent de Tananarive ou des environs immédiats. Ils savent que leurs études les élèveront au-dessus de leur condition actuelle et, qu'avec sa sanction honorifique, leur diplôme leur procurera de plus le moyen de gagner largement leur vie, car, malgré son esprit d'imitation, le Malgache n'a pas encore tous nos besoins.

C'est pour ces motifs que le recrutement des élèves se fait avec une aussi remarquable facilité. Du reste, le Hova témoigna toujours d'une tendance à remplir les fonctions officielles au moins égale à celle de ses conquérants, et l'on pouvait dès l'abord, pronostiquer le succès pour cette fondation d'Etat dont le plus grand nombre des élèves sera employé par l'Etat.

Mais si la quantité ne laisse rien à désirer, peut-être n'en est-il pas de même de la qualité, malgré l'ambition des programmes.

Certes le Hova est loin d'être un inférieur; la forte part de sang malais qui coule dans ses veines garantirait, à défaut d'autre chose, qu'il est malléable et perfectible.

Mais il ne faut pas oublier non plus que, il n'y a pas encore un siècle, le roi d'Imerne régnait sur une tribu sauvage et que son palais n'était qu'une paillotte. Les progrès, depuis lors, ont été rapides, mais aussi superficiels. Ce peuple, encore barbare hier, ne peut donc évoluer qu'avec une certaine lenteur, et ses futurs médecins eux-mêmes, malgré la bonne volonté comme la science de leurs maîtres, ne donneront, on peut le croire, aucun démenti formel aux lois générales de l'évolution. Or, la caractéristique du Hova, race de beaucoup la plus intelligente de l'île, consiste en un remarquable talent, non pas d'assimilation, mais d'imitation, et ceci n'est pas cela.

L'école de Tananarive peut citer avec orgueil que trois de ses élèves furent admis de suite aux examens de Montpellier. D'autre part, un journaliste parisien, — on sait ce que vaut la copie, — remarquait récemment qu'un jeune docteur malgache avait en cinq ans, à Paris, conquis un diplôme que beaucoup de nos compatriotes n'obtiennent qu'en six années. Il croyait de là pouvoir tirer certaines conclusions plus flatteuses que justes pour le nouveau récipiendaire.

On doit souvent, chez nous, mettre au point même les mieux intentionnés, mais ceci ne doit pas étonner chez les petits-fils de ceux qui publièrent la Déclaration des droits de l'homme.

Comme celle toute nouvelle d'Hanoï, et à un degré moindre peut-être, l'Ecole de Tananarive ne peut espérer fournir que des aides à nos cadres médicaux. Son rôle est suffisamment beau et utile comme cela. Chacun le sait; il est bon toutefois de le redire.

Cette réserve faite, on doit louer sans partage le dévouement des maîtres, ainsi que l'initiative du général Galliéni qui veut instituer, à la suite de cette école, toute une organisation d'hôpitaux et de cliniques pour relever le niveau hygiénique, singulièrement bas, de nos nouveaux sujets.

L. d'Anfreville.

LIVRES NOUVEAUX

Broca (A.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des Hôpitaux. — *Leçons cliniques de chirurgie infantile*. (Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1902.)

M. A. Broca a réuni en un volume 35 conférences faites par lui sur différents sujets de pathologie infantile. Ces leçons sont intéressantes surtout au point de vue de la pratique.

Après avoir décrit, dans la première conférence, la façon d'examiner un enfant au point de vue chirurgical, l'auteur aborde, dans la deuxième et dans la troisième leçon, l'hémarthrose du genou et les arthrites aiguës traumatiques du genou; il enseigne que, dans l'hémarthrose simple, on peut se contenter de faire l'immobilisation du genou suivie de massage, et que, dans les infections aiguës de l'articulation, il faut recourir à l'arthrotomie par deux incisions latérales et très postérieures.

Une grande partie du livre est consacrée à la question des fractures du coude: M. A. Broca en étudie avec soin les diverses variétés et apporte à l'appui de ses observations cliniques de belles épreuves radiographiques.

La quatorzième leçon relate des cas intéressants d'exostoses de croissance; dans un de ces cas, une exostose de l'épine de l'omoplate causait un torticolis par irritation musculaire.

Plusieurs conférences sont consacrées à l'ostéomyélite et aux nécroses de la mâchoire inférieure, nécroses si fréquentes et si ennuyeuses à traiter. M. A. Broca conseille d'avoir toujours recours à la voie buccale pour extirper les séquestres par ostéite d'origine dentaire.

Les mastoïdites et les infections d'origine otique jouent un rôle important dans la pathologie de l'enfant; l'auteur en rapporte plusieurs observations et discute à leur propos la nature des interventions à effectuer.

Dans les leçons suivantes, M. A. Broca envisage différentes questions de pathologie : le mal de Pott cervical et son diagnostic avec les arthrites non tuberculeuses de la colonne vertébrale, les paralysies radiculaires, obstétricales, du plexus brachial, les anévrismes cirsoïdes et anévrismes artérioso-veineux du cuir chevelu, un cas de tumeur gazeuse du cou, l'empyème de nécessité, la péritonite à pneumocoques, la lymphangite gangreneuse du scrotum, les kystes hydatiques du foie, la néphrectomie pour tuberculose rénale fistuleuse, le prolapsus de l'urètre chez les petites filles, la rétention menstruelle par cloisonnement du vagin.

Trois leçons sont consacrées à la question toujours pendante de l'appendicite, de ses complications et de son traitement. Tout le monde a encore présentes à la mémoire les mémorables discussions à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie entre *radicaux* et *temporisateurs*, entre *interventionnistes à chaud* et *interventionnistes à froid*. M. Broca fut pendant plusieurs années *radical* : de 1892 à 1895 inclusivement, il a presque toujours opéré les enfants quelques heures, sinon tout de suite, après leur admission à l'hôpital. A partir du 1er Janvier 1896, sous l'influence de M. Jalaguier, il devint de plus en plus temporisateur, *opportuniste* et nos résultats sont beaucoup meilleurs. D.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies nerveuses. Diagnostic. Traitement, par M. J. Vires, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, 1 vol. broché in-8° raisin de 613 pages. (*Coulet et fils*, éditeurs, 5, Grande-Rue, à Montpellier.)

Action des injections sous arachnoïdiennes de cocaïne sur la contractilité utérine, par M. J. Audebert, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse, 1 brochure in-8° raisin de 10 pages. (*Gimet-Pisseau*, 66, rue Gambetta, à Toulouse.)

Notes d'obstétrique clinique et expérimentale, par M. J. Audebert, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse, 1 broch. in-8° raisin de 24 pages. (*Gimet-Pisseau*, 66, rue Gambetta, à Toulouse.)

Contributiuni la Studiul Emostasei priu injectiuni sub-cutanate en ser gelatinos. Tesa pentru Doctorat in medicina si chirurgie de Paul Kimel, *Mosilor*, 300, à Bucarest.

La prostitution cloîtrée, étude de biologie sociale, par M. Louis Fiaux, ancien membre du Conseil municipal de Paris, 1 vol. in-12, 3 francs. (*Félix Alcan*, éditeur, Paris.)

Aliments, boissons et condiments, par M. F. Cayla, ex-chef de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux, 1 vol. in-8° raisin de 516 pages, avec figures dans le texte, broché, 5 francs. (*Vigot frères*, éditeurs, Paris.)

De l'emploi de la sonde à demeure après l'urétrotomie interne dans les cas d'infections anciennes et graves de l'appareil urinaire, par M. A. Thibaudeau, de la Faculté de médecine de Paris, *Thèse*, Paris (*L. Boyer*, éditeur, Paris.)

Alimentation et hygiène des enfants, par M. F. Cayla, ex-chef de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux, 1 vol. in-8° raisin de 246 pages, avec figures dans le texte, broché, 4 francs. (*Vigot frères*, éditeurs, Paris.)

L'Assistance des épileptiques; l'hospice Dessaignes, à Blois, par M. Georges Vernet. *Thèse*, Paris. (*C. Naud*, éditeur, 3, rue Racine, Paris.)

Du traitement chirurgical de l'ethmoïdite purulente, par M. J. Guisez, *Thèse*, Paris. (*C. Naud*, éditeur, 3, rue Racine, Paris.)

Traité de technique opératoire, par M. Ch. Monod, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, et J. Vanverts, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille, 2 forts volume gr. in-8°, avec de très nombreuses figures dans le texte, 35 francs. (*Masson et Cie*, éditeurs.) En souscription.

Le tome I, formant un volume de 960 pages, illustré de 932 figures, est actuellement en vente au prix de l'ouvrage complet. Le tome II sera remis gratuitement, à partir du 1er Octobre, aux souscripteurs de l'ouvrage.

LA CURE DE DIURÈSE

DANS LES INFECTIONS BILIAIRES CHRONIQUES

Par J. COTTET
Ancien interne des hopitaux de Paris.

Dans ces derniers temps, M. le professeur Gilbert a, avec son élève P. Lereboullet, décrit, sous le nom de *cholémie simple familiale*, un état pathologique spécial, dont le caractère fondamental est la présence des pigments biliaires dans le sérum sanguin, et dont les manifestations cliniques sont aussi nombreuses que variées. Selon eux, cet état pathologique est dû à l'existence d'une angiocholite chronique légère et se rattache par une série de transitions à des affections plus accusées des voies biliaires (ictères splénomégaliques, lithiase biliaire, cirrhose biliaire, etc.). Ces affections constituent ainsi, avec la cholémie simple familiale, un groupement naturel qu'ils ont désigné sous le nom de *famille biliaire*. Aux diverses affections qui composent cette famille, et qui ne se développent que chez des sujets prédisposés à l'infection des voies biliaires (diathèse biliaire), convient un ensemble de règles thérapeutiques communes.

Il nous a été donné d'observer à Evian, où ils étaient venus faire une cure hydro-minérale, un certain nombre de malades atteints de ces diverses affections, et notamment de cholémie familiale. Les résultats de la cure ont été assez favorables pour qu'il nous parût intéressant de montrer, à l'occasion de ces faits, par quelles considérations de physiologie pathologique se justifie, chez ces malades, l'indication d'obtenir la dépuration de l'économie par une cure, qu'on pourrait nommer *cure de diurèse*.

***

Mais, auparavant, nous devons, aussi brièvement que possible, rappeler les grands traits cliniques de la cholémie familiale, traits qui se retrouvent d'ailleurs, mais à un degré plus marqué, dans les autres affections formant la famille biliaire. Il nous suffit pour cela de suivre la description, qui en a été donnée dans les communications de MM. Gilbert et Lereboullet[1], et qui a été récemment reprise dans la remarquable thèse de Lereboullet[2] sur les cirrhoses biliaires.

Le terme même de *cholémie familiale* indique les deux caractères les plus constants de cette affection. Avant tout, elle est héréditaire et familiale : l'interrogatoire et l'examen des divers membres de la famille du malade permettent de retrouver chez eux, soit les symptômes de la cholémie, soit divers accidents traduisant la prédisposition de ces sujets à l'infection biliaire (ictère catarrhal, ictère émotif, ictère des nouveau-nés, lithiase biliaire, cirrhoses biliaires).

La présence des pigments biliaires dans le sérum sanguin est un autre caractère fondamental. C'est elle qui a permis à MM. Gilbert et Lereboullet de faire leur description clinique et de fixer les traits de ce nouveau type pathologique. C'est d'elle que découlent directement certains symptômes, mais il n'est pas indispensable de la rechercher toujours pour que le diagnostic puisse être porté, et nombreux sont les signes qui, en dehors de l'examen du sérum sanguin, décèlent la cholémie familiale.

L'aspect des téguments et du facies est souvent suffisamment significatif. La teinte jaunâtre de la peau, tantôt générale, tantôt partielle (*ictère palmo-plantaire*), d'autres fois le teint mat rappelant celui des créoles et des orientaux, les pigmentations diverses (grains de beauté, taches de rousseur, pigmentations péri-oculaires, masque biliaire, mélanodermies diverses provoquées) sont autant de signes révélateurs, auxquels il faut ajouter le xanthélasma.

Outre ces signes objectifs, le malade accuse souvent un prurit, plus ou moins intense, et qui peut s'accompagner d'urticaire. La peau trahit encore son irritabilité par sa tendance au phénomène dit de *la chair de poule*.

Les troubles dyspeptiques sont fréquents dans la cholémie familiale : la gastrite hyperpeptique en est le type habituel.

On observe aussi des symptômes nerveux qui font de ces malades soit des hystériques, soit des neurasthéniques, mais des neurasthéniques un peu spéciaux, ayant une tendance particulière aux idées noires, à la mélancolie.

D'autres fois, il y a des hémorragies de sièges divers, revêtant surtout le type des épistaxis de croissance, métrorragies, gingivorragies, etc. D'autres fois encore, ce sont des douleurs articulaires, plus ou moins marquées, comme on en observe chez les arthritiques.

Il est enfin des cas où il y a des troubles rénaux, avec albuminurie intermittente ou continue, qui représentent le type rénal de la cholémie familiale.

Ainsi se constituent, suivant la prédominance de tel ou tel groupe de symptômes, diverses formes cliniques : *forme neurasthénique*, *forme dyspeptique*, *forme hémorragique*, *forme rénale*.

En général, l'examen objectif du foie et de la rate ne fournit pas de renseignements nouveaux, car ces organes conservent le plus souvent leurs dimensions normales.

Habituellement l'examen des urines ne révèle pas non plus de cholurie cliniquement appréciable, et c'est sur ce caractère négatif qu'était basé le terme primitivement proposé par MM. Gilbert et Lereboullet d'*ictère acholurique simple*. L'examen des urines permet aussi de reconnaître l'état du chimisme hépatique, qui est tantôt normal, tantôt modifié, dans le sens soit d'un hypofonctionnement, soit d'un hyperfonctionnement du foie. Ce dernier cas est le plus fréquent, et c'est un point à retenir au point de vue du traitement. Enfin, dans les formes rénales de la cholémie familiale, l'examen des urines révèle l'existence d'une albuminurie continue ou intermittente.

Tous ces symptômes de la cholémie familiale sont importants par eux-mêmes et par les lésions qu'ils traduisent. Par eux-mêmes, ces troubles dyspeptiques, neurasthéniques, etc., peuvent être assez marqués pour faire des sujets qui en sont atteints de véritables malades. En outre, il faut bien savoir que l'angiocholite chronique légère, à laquelle ils sont liés, peut aboutir à d'autres formes plus graves de l'infection biliaire chronique.

***

Dans leurs travaux sur les diverses variétés d'infections biliaires chroniques, MM. Gilbert et Lereboullet ont insisté sur l'importance de l'angiocholite profonde intra-hépatique. Cette angiocholite tend souvent à devenir oblitérante. Il en résulte une diminution de la perméabilité des voies biliaires, qui permet de comprendre le mécanisme du passage dans le sang des pigments biliaires, passage qui peut encore être favorisé par un autre facteur, par l'hypercholie.

En outre, et c'est un point invoqué dès 1899 par MM. Gilbert et Castaigne pour expliquer l'acholurie de certains ictères, on conçoit que les reins puissent jouer un certain rôle dans la production de la cholémie, en empêchant l'élimination par l'urine des pigments biliaires. C'est là un facteur pathogénique dont il faut certainement tenir compte dans les formes rénales[1].

A côté de la cholémie, il faut faire intervenir deux autres facteurs : la toxi-infection, dont l'infection biliaire est le foyer, et les troubles apportés au fonctionnement de la cellule hépatique. C'est à ces divers éléments : cholémie, toxi-infection et troubles de la cellule hépatique que doit s'adresser le traitement.

***

Nous ne voulons discuter ici les indications thérapeutiques qu'au point de vue spécial que nous nous sommes assigné, et nous voulons simplement montrer comment la *cure de diurèse* complète l'ensemble des règles diététiques, qui forment la base du traitement.

Le régime lacté, avec emploi du *lait écrémé*, comme le préconise le professeur Gilbert, a, dans la cholémie familiale et les infections biliaires qui en dérivent, des bons effets incontestés. Sous son influence, il y a un éclaircissement parallèle du sérum sanguin et des téguments. Par suite de l'élimination urinaire plus active, les phénomènes toxi-infectieux s'amendent; enfin, lorsqu'il y a des troubles du chimisme hépatique, le fonctionnement du foie tend à se régulariser.

Cette efficacité du régime lacté met en lumière l'importance de la diurèse comme élément thérapeutique.

On sait que la fonction rénale est la clef du pronostic dans les toxi-infections en général. Dans la cholémie familiale, il y a donc une indication fondamentale de faire un lavage intensif de l'économie, afin de la débarrasser, d'une part, des pigments biliaires qui l'imprègnent, et, d'autre part, des produits toxiques dont le foie est le point de départ. Mais il ne faut pas que le lavage, pour intense qu'il soit, puisse exercer une action irritante et nocive sur les organes mêmes que traverse le courant de ce lavage, c'est-à-dire sur le tube digestif, le foie et les reins.

Cette indication nous paraît réalisée, dans les meilleures conditions, par l'emploi des

1. Gilbert et P. Lereboullet. — « Des ictères acholuriques simples ». *Soc. méd. des hôp.*, 1900, 2 Novembre. — « Cholémie simple familiale ». *Semaine médicale*, 1901, 24 Juillet. — « Forme rénale de l'ictère acholurique ». *Soc. méd. des hôp.*, 1901, 27 Juin.

2. P. Lereboullet. — « Les cirrhoses biliaires ». *Thèse*, Paris, 1902, Masson.

1. MM. Gilbert et Herscher ont montré récemment (*Soc. de biol.*, 1902, 12 Avril), la possibilité d'une cholémie d'origine rénale, par rétention des pigments biliaires dans les cas de néphrite interstitielle.

eaux minérales, qui doivent à leurs propriétés physico-chimiques spéciales et à leur faible minéralisation de pouvoir être ingérées en quantité suffisante pour provoquer, sans fatigue, une diurèse abondante.

La faible minéralisation même de l'eau employée représente une condition très favorable pour le but thérapeutique que nous nous proposons d'atteindre. A ce propos, sans contester la grande utilité des alcalins dans nombre de cas, nous devons observer qu'on ne doit les prescrire qu'avec une judicieuse prudence dans la cholémie familiale et les infections biliaires chroniques. Dans ces affections, la médication alcaline peut être contre-indiquée tant par l'état de l'estomac que par celui du foie. Nous savons, en effet, la grande fréquence de la gastrite hyperpeptique chez les malades qui nous occupent. Or l'usage intempestif des alcalins expose à augmenter leur hypersécrétion gastrique et, partant, leurs troubles digestifs. D'autre part, il ne faut pas oublier que les alcalins sont un excitant de la cellule hépatique. Cette action, précieuse dans beaucoup de cas, peut avoir des inconvénients dans certaines infections biliaires chroniques, lorsqu'il y a hyperfonctionnement du foie ou que l'angiocholite chronique tend à devenir oblitérante. Il est aisé, en effet, de comprendre que, suivant la façon de réagir de la cellule hépatique dans les infections biliaires et suivant les modifications de la perméabilité des voies d'excrétion de la bile, la médication alcaline donne tantôt des résultats excellents, tantôt des effets défavorables.

* * *

Pour produire tous les bons effets qu'on peut en attendre, la cure hydro-minérale doit être conduite suivant certaines règles générales. L'objectif à viser, c'est d'obtenir une abondante diurèse, sans, d'autre part, provoquer de désordres dans l'organisme. Il faut donc entraîner les malades à boire des doses progressivement croissantes, en surveillant l'état de leurs voies digestives, l'état de leur pression artérielle et la façon dont se fait l'élimination rénale. D'une façon générale, l'eau doit être prise le matin à jeun ; la quantité ingérée est variable suivant la manière de réagir de chaque sujet. Nous avons vu des malades supporter très facilement, après un entraînement suffisant, des doses de 2 litres 1/2 à 3 litres, ingérées dans la matinée. Chez ces malades, nous avons presque toujours été frappés par la rapidité de l'élimination rénale, qui permet habituellement d'obtenir, deux heures environ après la dernière prise d'eau, une quantité d'urine égale à la quantité d'eau absorbée. Cependant, au début de la cure, et pour des raisons diverses qu'il est difficile de déterminer, il arrive parfois que la diurèse se produit mal et ne s'établit qu'au bout de quelques jours. Nos malades, qui, avant de venir à Evian, avaient pour la plupart été soumis pendant quelque temps au régime lacté exclusif, ont suivi pendant leur cure un régime mixte lacto-végétarien avec addition d'œufs et de viande blanche. C'est, en effet, l'un des avantages de la cure hydro-minérale, et non des moindres, de compléter et, dans une certaine mesure, de suppléer la médication par le lait chez les malades qui supportent mal le régime lacté exclusif.

Il est presque superflu d'ajouter qu'il est utile chez certains malades, surtout dans les formes neurasthéniques, d'ajouter à la cure par ingestion d'eau un traitement externe hydrothéraphique, qui varie suivant les indications.

* * *

Les bons effets de ce traitement se sont manifestés, chez nos malades, tant au point de vue des troubles directement liés à l'état du foie qu'au point de vue des symptômes secondaires de la cholémie.

Sous l'influence du lavage du sang, la cholémie diminue, et cette diminution se caractérise d'une part par l'éclaircissement du teint, et d'autre part par la décoloration du sérum sanguin. Habituellement les fonctions hépatiques sont favorablement modifiées. Chez des malades présentant une augmentation de volume du foie, nous avons vu cet organe diminuer et se décongestionner.

On peut ici se demander si, en dehors de l'action générale du lavage, l'eau a une action élective sur le foie. Y a-t-il désinfection des canaux biliaires par écoulement d'une bile rendue plus abondante, et surtout plus fluide, par le passage dans le foie d'une grande quantité d'eau? Ou l'action sur le foie se réduit-elle à un simple lavage de cet organe par un courant d'eau qui le traverse rapidement de la veine porte aux veines sus-hépatiques? C'est ce que l'état actuel de nos observations ne nous permet pas de résoudre. Nous devons dire toutefois que la production fréquente de coliques hépatiques au cours de la cure nous semble plaider en faveur d'une chasse biliaire plus active. Il faut aussi tenir compte de l'action que le lavage exerce sur le parenchyme hépatique en entraînant les produits toxiques qui l'encombrent.

L'influence sur l'état général se traduit par l'amélioration des troubles dyspeptiques et des symptômes neurasthéniques. Il faut noter, d'ailleurs, que, malgré cette amélioration de l'état général, il se produit souvent pendant la cure un amaigrissement qui ne dépasse guère 2 à 3 kilogrammes, et qui est d'ailleurs momentané.

Dans les formes rénales de la cholémie, nous avons vu l'albuminurie disparaître et le rein reprendre son fonctionnement normal.

Parmi les observations que nous pourrions citer, il en est une que nous voulons rappeler ici, parce qu'elle résume les différents effets de la cure d'une façon d'autant plus typique que l'état du malade rendait ses symptômes plus accusés. Il s'agit d'un malade, atteint de cirrhose hypertrophique biliaire, que nous avons traité pendant deux saisons à Evian, et dont l'observation se trouve très complètement étudiée dans la thèse de Lereboullet (obs. 2). Sous l'influence de la cure, nous avons, chez ce malade, constaté les faits suivants : l'ictère, très marqué, s'est beaucoup atténué ; la fièvre, qui était presque quotidienne, a à peu près disparu ; le foie et la rate, l'un et l'autre très augmentés dans leurs dimensions, ont diminué notablement de volume ; la glycosurie alimentaire, qui existait avant la cure, n'a pas pu être décelée après la cure ; enfin, malgré l'amaigrissement que nous avons signalé, il y eut une remarquable amélioration de l'état général avec retour des forces.

Nous ne nous dissimulons pas que ces quelques réflexions sont incomplètes et trop générales. Aussi ne les présentons-nous que comme pierre d'attente pour des recherches que nous nous proposons de poursuivre et de préciser. Mais nous tenions dès maintenant à montrer quelles ressources peut offrir dans le traitement des infections biliaires chroniques la thérapeutique véritablement physiologique, réalisée par une cure hydro-minérale dont les indications sont plus spécialement connues pour le traitement de l'uricémie et des affections des voies urinaires.

LES NOUVEAUX PAVILLONS DE LA MATERNITÉ

Aujourd'hui, centième anniversaire de la fondation de l'Ecole d'accouchement, a lieu, à 2 heures, par M. Mourier, directeur de l'Administration de l'Assistance publique, l'inauguration des nouveaux pavillons de la Maternité. Ainsi, progressivement, se complète à Paris l'édification, sur les terrains de l'Assistance publique, de toute une série de constructions neuves et bien ordonnancées pour les services d'accouchements. C'est tout à l'honneur de l'Administration que de s'être enrichie, depuis un quart de siècle, de la Clinique Tarnier, de la Clinique Baudelocque, de la Maternité de Beaujon, de la Maternité de Saint-Antoine, de la nouvelle Maternité de Port-Royal. Dans tous ces services-modèles, dont le développement s'est accentué sous la direction et l'impulsion de M. Peyron, le corps des accoucheurs de Paris peut se plaire à étendre et à compléter le parfait système d'enseignement qu'il a si heureusement organisé. Et, dans ces temps de natalité ralentie, ce nous est une consolation que de posséder à Paris le plus bel ensemble de Maternités qui soit au monde, et de voir créé par les Tarnier, les Pinard et les Budin le meilleur enseignement obstétrical dont puisse se parer une Université d'Europe.

* * *

La Maternité de Port-Royal doit être complètement transformée. Le projet complet, décidé par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique et le Conseil municipal, comprend :

1° La démolition de deux bâtiments relativement récents, occupés actuellement par un service d'isolement et les dortoirs du personnel.

2° La construction, sur la rue du Faubourg-Saint-Jacques, d'un bâtiment pour la cuisine générale, la lingerie et leurs dépendances.

3° L'aménagement, dans les vieux bâtiments qui entourent la cour de l'ancien cloître, des logements des femmes enceintes, de l'infirmerie et de l'école des élèves sages-femmes.

4° La construction d'un nouveau *Service d'accouchement*, qu'on inaugure aujourd'hui, 28 Juin 1902.

Ce nouveau service comprend trois bâtiments bien distincts, réunis par une galerie unique qui les coupe par leur milieu.

Le premier bâtiment, dit bâtiment d'entrée, comprend : AU REZ-DE-CHAUSSÉE, à *droite*, le service de propreté pour les femmes entran-

tes, avec une chambre de secours pour les accouchements urgents; *à gauche*, les cabinets des médecins, une salle d'examen et l'escalier qui dessert, au premier étage, le logement de la surveillante de service, et, au deuxième étage, les logements des aides sages-femmes, au nombre de six.

Un escalier spécial ouvre directement à l'extérieur pour l'appartement de la sage-femme en chef, au premier étage.

Chaque aide sage-femme disposera d'une grande chambre et d'un cabinet de toilette, avec cuisine, office, salle à manger et salon de réunion communs.

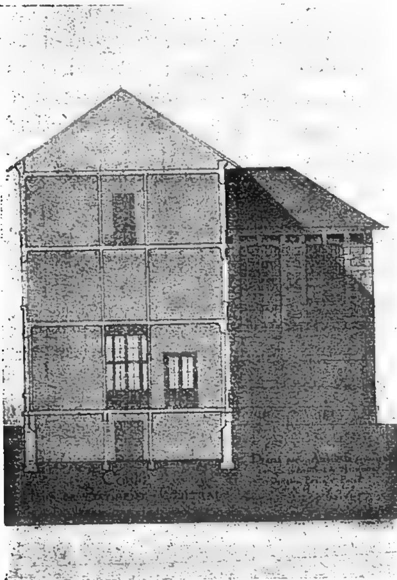


Figure 2. Coupe du bâtiment central.

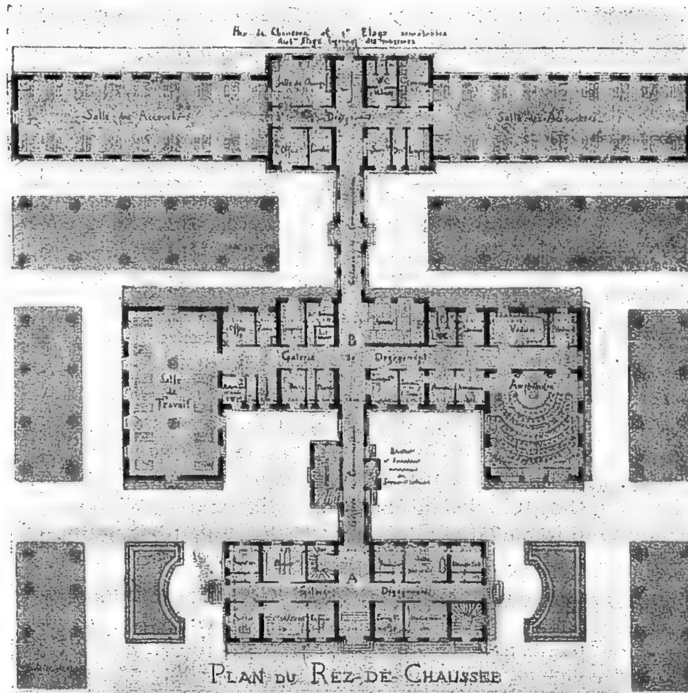


Figure 1. — Plan du rez-de-chaussée.

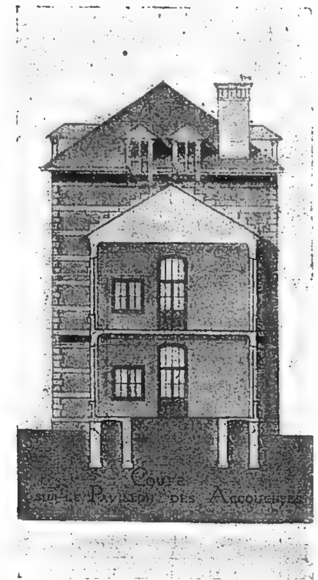


Figure 3. — Coupe du pavillon des accouchements.

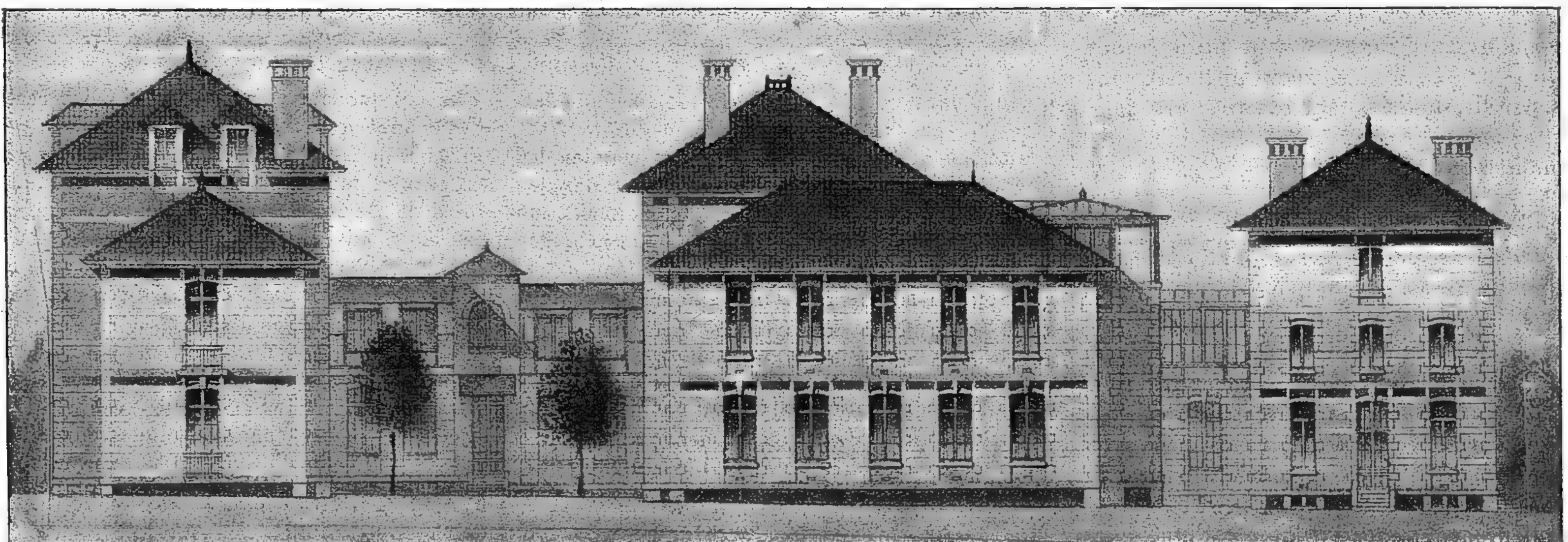


Figure 4. — Vue latérale des façades.

Le deuxième bâtiment comprend : AU REZ-DE-CHAUSSÉE :

1° en entrant à gauche, la *salle d'accouchement* (salle Lachapelle) pour dix lits, accompagnée de six annexes : salle de stérilisation, chambre d'isolée, office, vidoir, trémie pour le linge sale, salle de bains; water-closets. Près de cette salle, un escalier conduit au sous-sol où est aménagé un service de garde pour douze élèves, avec cuisine, office, réfectoire, lavabo.

Chaque lit de la salle d'accouchement dispose d'un cube de 84 mètres.

Chaque chambre d'isolée contient un cube de 45 mètres.

2° à droite : l'*amphithéâtre de cours et d'opération* avec salle d'anesthésie, salle d'appareils, salle de matériel scolaire, chambre d'isolement, vestiaire et water-closets pour les élèves.

Cet amphithéâtre est disposé heureusement comme ceux construits récemment à l'hôpital Broca (service de gynécologie de M. Pozzi) et à Lariboisière (service dit des voies urinaires de M. Hartmann), avec gradins en ciment armé pouvant se laver à grande eau, en pente assez raide pour que chaque élève sage-femme puisse voir de sa place le sujet (malade ou mannequin) sans être gênée par les têtes de celles placées en avant et au-dessous d'elle. Il contient 105 sièges isolés. Le cube d'air par élève est de 10 mètres cubes. Les élèves peuvent y accéder de l'intérieur du service ou directement de l'extérieur par deux escaliers en ciment armé.

AU PREMIER ÉTAGE : *à gauche*, est une grande *salle* pour 16 lits de *femmes* dites *suspectes*, accompagnée d'une salle de change, de trois chambres d'isolement, d'un office, d'un vidoir-trémie, d'une petite lingerie, de water-closets, etc.; *à droite* se trouve un service spécial pour sept femmes désirant *garder le secret*, avec ses annexes.

On accède à cet étage par un escalier et un ascenseur qui descend d'autre part jusqu'au sous-sol.

AU DEUXIÈME ÉTAGE : le *service de l'isolement* en son entier, avec neuf chambres, salle de change, salle d'opération spéciale et office, lingerie, water-closets. On y accède du rez-de-chaussée par un ascenseur et un escalier spéciaux ouvrant sur la galerie comprise entre le bâtiment d'entrée et le bâtiment central en question.

AU TROISIÈME ÉTAGE : cinq grandes chambres pour les nourrices et infirmières de ce service spécial d'isolement.

Le troisième bâtiment comprend à rez-de-chaussée et au premier étage, à droite et à gauche, une salle pour dix-huit lits d'accouchées ; soit en tout quatre salles, accompagnées d'une salle de change, d'un office, d'un lavabo avec

change des nourrices, d'un cabinet de surveillance, de water-closets, etc.

Chaque salle d'accouchées de dix-huit lits mesure 27 m. 50 de long, 8 m. 40 de large, 4 m. 60 de hauteur, donnant un cube de 63 mètres cubes par *lit et berceau*.

Le deuxième étage et le troisième étage de ce bâtiment contiennent seize boxes et huit chambres pour le logement d'une partie des infirmières du service, avec salle de réunion et water-closets.

Chaque infirmière dispose d'un cube de plus de 31 mètres.

Tous ces étages sont desservis par un escalier spécial.

Partout l'installation a été faite selon les règles modernes de l'hygiène hospitalière : les lavabos sont toujours à *eau chaude* et à *eau froide* ; les revêtements sont en faïence où cela était nécessaire, mais sans prodigalité.

Dans la salle d'accouchement et la salle d'opérations, *l'eau est stérilisée*. L'eau stérilisée est fabriquée par une chaudière spéciale à haute pression, placée en dehors des bâtiments.

Tous les sols sont carrelés, en grès céramique.

Le chauffage est à vapeur à basse pression.

L'éclairage est à l'électricité.

Les bâtiments occupent une surface de 1.800 mètres carrés.

L'aspect des façades des bâtiments et des galeries à l'extérieur est rendu très gai par le mélange heureux des divers matériaux employés : soubassement en meulière; angles et entourage des portes et croisées, en pierre; remplissage des murs en brique grise de laitiers; couronnement et allèges des fenêtres en brique chamois; bandeaux décoratifs en brique rouge; couverture en tuiles avec avant-toits peints en vert, ainsi que les portes et croisées. Les portes supérieures des galeries, très ouvertes, sont en pans de bois et brique d'un heureux effet.

La *dépense* sera de onze cent mille francs environ pour 114 lits, soit neuf mille six cent francs par lit, mais il faut comprendre dans ce chiffre les logements du personnel, la salle d'accouchement, l'amphithéâtre, etc.

*
* *

En *choisissant* pour l'édification de ces nouveaux pavillons M. Rochet, un de ses architectes les plus compétents, l'Administration de l'Assistance publique a sagement agi. Comme je l'ai souvent répété, la construction des hôpitaux ne saurait se réclamer des vues de l'esprit, mais des données de l'expérience et il faut prendre le mot expérience dans le sens restreint des constructions hospitalières. Le meilleur architecte est donc le plus *spécialisé*.

M. le professeur Budin a donné lui-même les indications nécessaires à l'établissement des plans des nouvelles constructions et s'est constamment intéressé à leur édification. M. Porak, chargé du service, s'est occupé de l'ameublement.

Ainsi est résultée entre le médecin et l'architecte une entente féconde que l'administration aurait intérêt à adopter pour la construction des hôpitaux nouveaux, comme elle le fait pour l'édification de simples services. Cette idée de collaboration quotidienne entre médecins et architectes également *compétents* est trop logique pour qu'en ce pays de France elle ne soit pas tôt ou tard réalisée.

F. Jayle.

MÉDECINE PRATIQUE

PRINCIPALES ALTÉRATIONS DES VIANDES

Si les viandes insalubres préoccupent l'hygiéniste et le législateur depuis les temps historiques les plus reculés, les progrès importants réalisés dans l'étude et la recherche des altérations des viandes datent surtout de l'époque pastorienne. Au cours de ces vingt-cinq dernières années, les phénomènes de nutrition et les troubles consécutifs aux intoxications alimentaires, qui sont, sinon exclusivement, du moins essentiellement, d'ordre chimique, sont étudiés par la méthode expérimentale, et le contrôle des viandes, débarrassé du vocabulaire et des idées vaguement scientifiques à lui légué par l'empirisme de la période initiale, tente avec succès l'interprétation rationnelle des faits observés. Malgré de nombreuses difficultés dues à l'obscurité qui règne encore sur certains points de la chimie biologique du muscle, la pathogénie des intoxications alimentaires s'enrichit d'importantes découvertes qui font bien augurer de l'avenir.

Malheureusement, l'inspection des viandes, rudimentaire dans nombre de villes, n'existe même pas dans les campagnes. Il serait temps d'agir en vue de son organisation et de sa généralisation. La Belgique et l'Allemagne nous ont devancé dans cette voie. La réforme est urgente. Si la surveillance générale n'était pas organisée au jour peut-être très proche de la suppression des octrois, ces utiles auxiliaires du contrôle des viandes, les cités risqueraient fort d'être inondées par les vaches étiques, les porcs ladres, les animaux tuberculeux, etc., abattus clandestinement et métamorphosés en saucissons et pâtés sous l'œil paternel des municipalités qui n'osent ou ne veulent intervenir.

Les bénéfices que les populations rurales et urbaines retireraient d'une réforme d'autant plus désirable qu'elle est relativement facile, sont importants et nombreux. On en peut juger par ce qui s'est produit chez les Allemands du Nord qui, depuis un temps assez long déjà, ont organisé un contrôle sévère des viandes : les cas d'infections du consommateur par les maladies transmissibles des animaux à l'homme (trichinose, teniasis, charbon intestinal, cysticercose de l'œil) sont devenus moins fréquents, et les intoxications alimentaires (botulisme vrai, intoxications à formes botuliniques) ont diminué de fréquence.

La réforme demandée par tous les hygiénistes qui se sont occupés de l'insalubrité des viandes s'imposera le jour où le peuple, mieux instruit, et les pouvoirs publics, mieux éclairés, auront compris tous les avantages de services d'inspection bien organisés et de laboratoires de recherche et de contrôle bien agencés et savamment dirigés.

*
* *

S'il est difficile parfois d'établir avec netteté les causes de l'insalubrité de telle ou telle viande, c'est que nos connaissances sur ce point laissent beaucoup à désirer. C'est ainsi que la chair de veau âgé de un à quelques jours, d'un usage commun en Suède (Kjerrulf), paraît bien plus dangereuse par les altérations *post mortem* qu'elle subit, que par elle-même, lorsqu'elle provient de sujets sains tout au moins. On raconte qu'il est en Extrême-Orient des millions d'hommes qui se délectent de poisson avarié, et néanmoins on sait très bien qu'il est certaines avaries qui sont le point de départ d'intoxications graves.

Les altérations des viandes peuvent être rangées sous quatre chefs principaux, savoir : 1° les altérations dues aux parasites animaux ; 2° les altérations dues aux parasites végétaux ; 3° les altérations pathologiques non parasitaires ; 4° enfin les altérations *post mortem* ou cadavériques.

Altérations dues à des parasites animaux. — Elles sont nombreuses. Il suffit de les indiquer. Toutes sont signalées dans les ouvrages et les cours de parasitologie.

Les cercoïdes du Bothriocéphale large, signalés jusque dans le caviar, ont été trouvés parfois en grande abondance dans les viscères de certains poissons (lotte, brochet, perche). Schrœder, de Dorpat, trouve 45 pour 100 des perches contaminées. Laeslin prétend que 10 à 20 pour 100 des habitants de la région des lacs de Genève, Bienne, Neufchâtel, Morat, hébergent le Bothriocéphale.

Les cysticercus bovis (muscles du bœuf) et cellulosæ (muscles du porc), sont encore fréquents. Ce qui frappe, dans l'histoire du Teniasis chez l'homme, c'est la fréquence du Tenia inerme, tant en France qu'à l'étranger.

LOCALITÉS	AUTEURS	TENIA SOLIUM	TENIA SAGINATA	BOTHRIOCEPHALUS LATUS
France	Bérenger-Feraud	0	112	»
Suisse.	Laeslin.	1	9	»
— (Bâle).	Roth.	0	41	»
Italie	»	Très peu.	Beaucoup.	»
Autriche (Vienne).	—	—	—	»
Allemagne (Tubingue)	Vierordt.	2	9	»
— —	Mangold.	6	120	2
— (Holstein).	—	Très peu.	Beaucoup.	»
Danemark.	Krabbe.	77	279	30
Amérique du Nord	Stiles.	0	297	»

Avant que Hertwig n'eût enseigné la recherche des cysticerques du bœuf, les constatations étaient rares (4 en 5 ans à Berlin). Depuis 1888, Hertwig en trouve plusieurs centaines par an aux abattoirs de Berlin, Bascou, Moulé en signalent des cas isolés en France, et Morot montre qu'avec de la persévérance on décèle assez souvent la présence de « grains de ladre » dans les muscles du bœuf (plus de 50 cas à Troyes).

L'échinococcose du foie chez l'homme, capable de présenter des formes secondaires graves (von Alexinsky, Dévé, Perroncito) par suite de la greffe des germes échinococciques, mis en liberté par la rupture d'un kyste hydatique primitif, serait très rare, si des règlements bien compris et surtout bien observés interdisaient aux chiens l'entrée des abattoirs, des tueries, en un mot des lieux où peuvent exister des échinocoques. L'infection de l'homme est d'autant plus fréquente, qu'il y a davantage vie en promiscuité avec le chien, comme cela se passe en Islande, aux Indes, dans le Nord de l'Afrique, etc.

Le danger que présentent les viandes trichinées est fonction du nombre des trichines, de leur vitalité et du mode de consommation de la viande. Ingérées, les trichines musculaires se développent dans le tube digestif de l'homme, deviennent bientôt adultes ; mâles et femelles s'accouplent, et les femelles fécondées pondent des milliers d'embryons qui envahissent en peu de temps le sys-

tème musculaire. Rare en France (une seule épidémie en 1878), fréquente en Amérique, la trichine diminue en Allemagne.

Altérations dues à des parasites végétaux. — Elles sont trop nombreuses pour qu'une description, même sommaire, en soit tentée ici. Des livres spéciaux, très bien faits d'ailleurs, traitent ces questions avec détails (*Les maladies microbiennes des animaux*, Nocard et Leclainche). Ils seront toujours consultés avec profit.

De toutes les viandes présentant des altérations microbiennes, les viandes charbonneuse, morveuse, septicémique, tuberculeuse, colibacillaire, sont celles qui offrent le plus de danger pour le consommateur.

Les accidents de charbon intestinal chez l'homme sont dus à l'usage de viande et surtout de foie charbonneux crus ou mal cuits (Leube et Müller Œmler, Tavel). Sur 90 cas de charbon constatés en Allemagne, en 1887, 12 cas sont dus à l'ingestion de viande infectée (Nocard et Leclainche). La pustule maligne, si fréquente autrefois sur les ouvriers exposés au contact quasi permanent des viandes infectées (bouchers, équarrisseurs, forts de la halle), devient assez rare. Les causes de cette diminution de la fréquence de la pustule maligne sont à rechercher dans l'usage des vaccinations et dans l'institution plus répandue des cimetières d'animaux, clos d'équarrissage et services d'inspection des viandes. Les recherches de Pasteur établissent que l'animal charbonneux se laisse rapidement envahir par le vibrion septique, et il est à noter que la viande est très facilement putrescible, ce qui augmente d'autant le danger pour le consommateur.

Le vibrion septique donne aux viandes un pouvoir nocif parfois très considérable. Les jeunes chiens sont particulièrement sensibles à l'ingestion de telles viandes (Nocard). Comme les viandes provenant d'animaux atteints de charbon bactérien, les muscles d'animaux septicémiques s'altèrent vite. D'ailleurs les travaux de Kerry et ceux de Bienstock précisent le mode de fermentation que subissent les musclee infectés, et montrent, une fois de plus, l'étroite parenté du Bacterium Chauvœi et du Vibrion septique.

Les viandes des bovidés tuberculeux, sacrifiés même en cours de maladie avancée, sont rarement dangereuses. Le muscle des vaches saisies pour tuberculose généralisée et maigreur, n'est qu'exceptionnellement virulent (Nocard). Par contre les viscères tuberculeux, les reins notamment (Moulé), les hachis et saucissons de provenance suspecte fabriqués avec des viandes qui échappent au contrôle, les pâtés de volailles tuberculeuses, la viande de porcs tuberculeux, peuvent être virulents et constituer un grave danger.

Les accidents imputables à la viande de veau malade ou trop jeune sont nombreux. Sur 30 intoxications citées par Vallin, 14 sont dans ce cas. C'est qu'en effet beaucoup de veaux abattus *in extremis* sont atteints d'omphalo-phlébite, d'entérite, de septicémie, le plus souvent de nature colibacillaire. On sait aujourd'hui que les colibacilles et paracolibacilles infectent facilement les animaux de boucherie (veau, vache, porc), voire même les oiseaux de basse-cour (Lignieres, Martel). Il y a lieu de les craindre : l'exemple de la maladie des perruches (Nocard), si meurtrière pour l'homme, démontre l'extrême virulence qu'ils acquièrent en passant des sauropsidés aux mammifères.

Altérations pathologiques non parasitaires. — Elles sont trop nombreuses pour qu'on puisse les décrire ici. On peut les classer sous divers chefs et décrire les viandes saigneuses, hydrohémiques, anémiques, leucémiques, étiques, cachectiques, fatiguées, urémiques, urineuses, ictériques, strychninées, empoisonnées (par P, $CHCl^3$, $C^6H^5.OH$, etc., par une alimentation anormale), météorisées, asphyxiées (par strangulation, fulguration, électrisation...), meurtries (par traumatismes), mélaniques, etc.

C'est à dessein qu'il n'est pas fait mention des viandes dites fiévreuses. Sous ce nom, on pourrait croire qu'il convient de ne désigner que les viandes provenant d'animaux sacrifiés au cours d'une maladie aiguë, au moment où l'hyperthermie, et l'accélération des grandes fonctions dénotent l'existence de la fièvre. Jusqu'ici les auteurs ont appelé viandes fiévreuses les viandes qui présentent certaines altérations pathologiques assez mal définies, auxquelles se surajoutent des altérations d'ordre purement cadavérique. Il est certain que la décoloration du muscle, les différences de ton qui existent entre la zone centrale des muscles fraîchement incisés et leur partie périphérique, voire même l'odeur spéciale, dite « de fièvre », dégagée par les muscles cruraux internes au moment de la coupe, ne sont le plus souvent que des signes de putréfaction commençante, greffée sur des modifications moins nettes, imputables à l'état fébrile (Martel). D'ailleurs on cesse de considérer comme caractère propre aux viandes fiévreuses, chez les bovidés, les tons gris terreux présentés par la zone corticale de certains muscles de l'épaule et de la cuisse (Villain). Et ceux-là même qui acceptent encore, telle qu'elle est décrite, l'ancienne catégorie des viandes fiévreuses, avouent que les lésions dues à la fièvre sont peu accusées chez l'animal récemment saigné, et qu'il importe d'attendre plusieurs heures, voire même une journée, avant de porter un jugement définitif (Pautet). Ils omettent toutefois de faire observer que les décompositions cadavériques, qui ont tant de prise sur toutes ou presque toutes les viandes provenant d'animaux atteints de maladies aiguës (les muscles des animaux péripneumoniques semblent faire exception), sont la cause unique de l'accentuation des caractères extérieurs. Chez les animaux sacrifiés en cours de fièvre, la décoloration des muscles cruraux n'apparaît que deux ou trois heures après la saignée, les exsudats intermusculaires et la lividité des grandes séreuses ne sont réalisés qu'après huit à douze heures (Jouet).

Opérations post mortem. — Les muscles sains ne renferment généralement pas de microbes (Vaillard, Gaertner et Förster, Basenau). D'ailleurs les microbes qui peuvent arriver dans le tissu musculaire, par la voie veineuse, sont rapidement détruits (Nocard). Des travaux du laboratoire de Nocard établissent que pendant la vie des sujets sains les bactéries de l'intestin peuvent passer dans le chyle au moment de la digestion (Porcher et Desoubry). A la suite de la stagnation des matières fécales dans l'intestin, les microbes du tube digestif franchissent la paroi intestinale et infectent le sang (Posnen, Lewin, Faltus). En règle générale, le suc musculaire ne cultive pas, même quand il est récolté six jours après l'abatage (Presuhn). De dix « filets » en voie de putréfaction un seul donne des cultures avec la pulpe centrale des muscles (Portet). Les viandes mal préparées, les viscères enlevés sans précaution, les muscles d'animaux non vidés aussitôt après la mort (Chillés), les viandes foraines suspectes, les viandes insalubres diverses ayant subi de multiples manipulations et emballées dans de mauvaises conditions renferment souvent des microbes (Moulé).

L'invasion des muscles des animaux sacrifiés en cours de maladie grave se fait non seulement après la mort, mais encore pendant l'agonie. Prévue par Proust, cette invasion est démontrée par Van Harrevelt. Elle est facile au cours des infections graves et surtout au cours des maladies du tube digestif, lorsque la barrière défensive opposée aux microbes par la muqueuse de l'intestin est devenue insuffisante. Elle se fait de proche en proche après la mort, elle a lieu par voie sanguine pendant l'agonie; aussi, tandis que les muscles ilio-spinaux s'altèrent lentement, les psoas, les cruraux internes et les abdominaux sont plus rapidement septiques chez les animaux sacrifiés *in extremis*.

La saignée incomplète ou insignifiante, c'est la porte ouverte au coli-bacille et le point de départ des intoxications alimentaires (Gærtner à Frankenhausen, Pœls, Basenau à Amsterdam, Gluckmann à Saint-Gall....).

Ce qui fait le véritable danger des viandes de fœtus, des viandes d'animaux trop jeunes, c'est leur facile invasion par des bactéries, les unes simples saprophytes, les autres pathogènes. Aux abattoirs de Rotterdam, sur 10 veaux très jeunes n'ayant pas encore bu de lait et sacrifiés d'urgence (les nuchterkalf ou veaux à jeun), on trouve cinq fois du coli virulent. Sur 4 veaux morts dans les bouveries de l'abattoir, 2 sont infectés par le coli ; 2 bovidés adultes, sur 18, sacrifiés *in extremis* fournissent une viande riche en coli très virulent (Van Harrevelt). Le coli est trouvé aussi dans les viandes saigneuses saisies à Toulouse (Portet).

Il semble que la grande altérabilité des viandes fœtales et des viandes de veau soit liée à la présence d'une certaine quantité de glycogène dans les muscles. En effet, cette matière hydrocarbonée est vite consommée par de nombreux microbes (bacilles du charbon, bactéries banales...). La viande de chevel toujours riche en glycogène, le foie de veau, les pâtés dont la teneur en matières hydrocarbonées (glycogène, fécule ajoutée...) est toujours considérable, s'avarient facilement et dégagent une odeur aigrelette spéciale.

Les produits manipulés de la charcuterie sont aussi facilement envahis par les microbes saprophytes et par des bactéries pathogènes. Des faits relevés par Karlinsky montrent que cinq échantillons de viande séchées ou « suche mieso » qui avaient déterminé des accidents étaient envahis par le coli. Gaafky et Paak, van Ermenghen signalent des faits semblables (intoxications par les saucissons crus). Les saucisses de l'intoxication d'Anvers contenaient aussi du coli (Dineur). Les boudins, produits très altérables, surtout quand ils sont de fabrication défectueuse, sont incriminés lors des épidémies de Posen (Gunther) et de Sirault (Hermann). Dans les deux cas, on isole du coli. D'un pâté de foie de veau insuffisamment cuit et ayant occasionné des malaises sur les membres d'une famille, on isole encore une espèce para colibacillaire (Martel).

D'autres microbes indéterminés sont trouvés dans les saucissons en putréfaction qui, ingérés, avaient occasionné des accidents : une *bactérie* très abondante est isolée, elle donne une forte odeur de putréfaction (Doyen). Des saucisses qni avaient empoisonné plusieurs soldats, Nauwerk isole un microbe qui paraît être le *termo*. Les saucisses de l'intoxication de Chemnitz renfermaient du *Proteus mirabilis* (Johne).

Les viandes conservées dans les chambres de réfrigération n'échappent pas aux contaminations de surface. Glage isole 7 espèces microbiennes, aucune n'est pathogène. Les viandes congelées et ensuite dégelées pour être remises à la chambre frigorifique, sont envahies de préférence par les champignons, dont beaucoup d'espèces s'accommodent bien des températures basses. Mais on ne relève rien d'alarmant du côté de ces altérations. Aucune des espèces saprophytes décrites n'est nocive.

En rapprochant les observations d'intoxication des expériences de Portet sur les viandes hydroémiques, saigneuses, fiévreuses, étiques et cachectiques, on s'explique la pathogénie d'une partie des intoxications alimentaires : les viandes qui présentent des altérations pathologiques non parasitaires sont surtout dangereuses par les altérations cadavériques qu'elles subissent.

L'altération la plus grave qui puisse atteindre les viandes, est sans contredit celle qui est due aux bacilles du botulisme étudiés par Van Ermenghem, lors de l'épidémie d'Ellezelles, en Hainaut (1895). Le *Bacillus botulinus* sécrète une toxine dont l'activité est comparable à celle du tétanos ou à celle de la diphtérie. Incapable de vivre en parasite sur l'homme, mais très apte à

proliférer dans sa vie saprophytique sur les viandes mal conservées, le Bacillus botulinus est un être anaérobie ; il a été retrouvé par Römer au cours d'une intoxication par l'usage du jambon. Il habite de préférence les jambons, les pâtés de gibier, les conserves, etc.; il élabore sa toxine peu à peu et imprègne le substratum inerte sur lequel il a vécu en saprophyte. Les faits relatés par van Ermenghem sont très instructifs : le jambon toxique qui renfermait le Bacillus botulinus, provenait d'un animal sain en apparence et dont une partie de la chair fraîche avait été utilisée pour la consommation : il avait été mis dans la saumure, et bien qu'un peu décoloré et rance il ne semblait pas putréfié. Il ne fut d'ailleurs possible d'y déceler que peu de ptomaïnes. Par contre, les extraits aqueux de ce jambon étaient des plus toxiques pour les animaux d'expérience. (L'intoxication naturelle et expérimentale s'accompagne de symptômes neuro-musculaires d'origine centrale : mydriase, parésies partielles, atonies, dysphagie, etc...). Un second jambon provenant du même animal, bien que fortement avarié, avait été consommé sans qu'aucun accident fut survenu. D'ailleurs, des faits semblables de variations brusques de la nocivité, dans le temps, ont été déjà consignés au cours des épidémies d'intoxications (Brouardel) et sont bien connus des paysans du nord de la France.

* * *

Pour être rigoureux, le contrôle des viandes doit comprendre non seulement un examen macroscopique et microscopique, mais encore une analyse microbiologique s'il y a lieu, et une analyse chimique dans certains cas.

L'importance des renseignements fournis par l'analyse chimique s'accroît de jour en jour[1]. Il faut signaler entre autres importants travaux, ceux de Bienstock, qui isole le *Bacillus putrificus*, étudie les effets du *Clostridium fœtidum*, rappelle les recherches de Nencki sur le microbe du charbon symptomatique, celles de Kerry sur le vibrion septique, et envisage un grand nombre de microbes au point de vue du rôle qu'ils peuvent jouer dans les fermentations des viandes.

Les putréfactions de viandes commencent à être mieux connues. Trillat montre que l'odeur « de relent » dégagée par les viandes en voie de putréfaction est due aux merceptans faciles à capter par les aldéhydes formique et acétique avec lesquelles ils donnent des composés incolores et dosables. On conçoit même l'utilisation de cette propriété pour supprimer les odeurs désagréables et malsaines, dont souffre le personnel qui pendant l'été opère aux Halles centrales. Le dosage de l'azote contenu dans les viandes donne d'utiles indications sur le degré de la putréfaction, malgré la grande variété des phénomènes de ce genre. Le rapport entre le poids d'azote total et le poids d'ammoniaque est un précieux indicateur. La teneur en ammoniaque est de 10 pour 100 de l'azote total dans les produits frais ; elle est de 14 et 16 pour 100 pour les viandes qui ont trois ou quatre jours de conservation (Mai).

Le jour où la chimie aura pris véritablement possession de ce vaste champ de recherches qu'est le contrôle des viandes, un grand pas aura été fait pour le plus grand bien de tous.

* * *

La prophylaxie des intoxications par les viandes est sous la dépendance d'une série de pratiques qu'il convient de bien connaître, mais qu'on ne peut que signaler ici. L'influence des habitudes culinaires sur la fréquence et la gravité des intoxications est nettement établie. Les grandes épidémies de botulisme sont surtout l'apanage des pays d'outre-Rhin, où les saucisses, les jambons et les hachis de viande crue sont en honneur et constituent une « Delikatesse ». La trichinose est fréquente en Saxe; les intoxications par le « Wurtsgift » étaient surtout graves dans le pays de Bade et dans le Wurtemberg, c'est à-dire dans des contrées où l'on mange beaucoup de viandes crues ou insuffisamment cuites. Des instructions populaires sur les avantages de la cuisson complète des viandes auraient aussi leur utilité en France (Nocard).

Des réformes sont à introduire dans le mode d'abatage des animaux de boucherie et la préparation des viandes. L'abatage aseptique est possible. Il donne d'excellents résultats.

Le contrôle sévère et général des abattoirs, tueries particulières et clos d'équarrissage est absolument indispensable. Les analyses de contrôle doivent surtout porter sur les viandes d'animaux abattus *in extremis* et sur les viandes d'animaux atteints d'affections colibacillaires.

L'installation de chambres de réfrigération et d'appareils pour la stérilisation devraient être de règle dans les abattoirs.

Enfin, la surveillance des procédés de conservation des viandes doit constituer l'un des plus graves soucis de l'hygiéniste. L'interdiction des antiseptiques, tels que les borates, acide borique, benzoates, acide benzoïque, formol, sulfites, bisulfites, fluorures, etc., devrait être de tous les pays. Ces antiseptiques masquent souvent des phénomènes d'altérations microbiennes et sont d'autre part souvent dangereux par eux-mêmes.

H. Martel,
Docteur ès sciences.

1. La place manque pour rappeler tous les travaux de chimie relatifs à cette question. Les moyens d'analyse seront étudiés à part.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

25 Juin 1902.

Rapport sur la non-assimilation aux accidents du travail de l'intoxication saturnine. — *M. Porré* dans ce rapport établit qu'au point de vue juridique l'assimilation est impossible. Le législateur entend par « accident » un fait soudain, immédiat, conséquence directe du travail qu'exécute au moment même l'ouvrier. La preuve en est que la déclaration doit être faite dans les quarante-huit heures. L'intoxication saturnine ne remplit pas ces conditions.

D'ailleurs l'application de la loi serait impossible, car l'intoxication aurait pu être acquise progressivement chez des patrons différents, et il serait injuste d'en rendre un seul responsable.

Les conclusions de ce rapport sont l'occasion d'une discussion au cours de laquelle apparaissent nettement les divergences qui séparent l'élément médical et l'élément industriel de cette Société.

M. Letulle établit que l'intoxication saturnine peut être rapide et brusque et rentre parfois dans la catégorie des accidents.

M. Berthod propose le vœu suivant :

Le législateur est invité à établir vis-à-vis des maladies professionnelles et du saturnisme des peintres en particulier, des mesures analogues à celles qui sont appliquées actuellement envers les accidents du travail.

Cette proposition, mise aux voix, n'est pas adoptée.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

25 Juin 1902.

Une observation de migraine traitée par l'arrhénal. — *M. E. Chaumier* (de Tours). Fils et frère de migraineux, migraineux moi-même, j'ai usé et abusé de tous les médicaments préconisés contre la migraine.

Sur le conseil d'un parent médecin, j'ai eu recours à l'arrhénal.

C'est vers la fin de Mars que le traitement fut commencé. Bientôt les accès devinrent de plus en plus rares : j'espère que les accès, s'ils ne disparaissent pas complètement, iront s'éloignant et me laisseront un grand nombre de jours en bonne santé

Je souffrais, en outre, de douleurs d'épaule qui n'ont pas encore disparu, mais elles semblent s'atténuer. Ce qu'il y a de remarquable chez moi, à la suite du traitement par l'arrhénal, c'est que non seulement mes migraines se sont éloignées, mais dès les premiers jours je me suis senti revivre. La neurasthénie avait disparu, je pouvais travailler et le travail ne me fatiguait pas.

Sur les résultats thérapeutiques de l'arrhénal dans le paludisme. — *M. Guérin* confirme dans cette note les résultats obtenus par MM. A. Gautier et Billet.

L'hypnopyrine, nouveau médicament analgésique, hypnotique et antithermique. — *MM. Bolognesi et Charpentier.* L'hypnopyrine est un dérivé chloré de la quinine se présentant sous forme de longues aiguilles prismatiques d'un blanc nacré, de saveur amère et d'odeur légèrement chlorée.

Soluble dans huit fois son poids d'eau froide, très soluble dans l'eau bouillante et l'alcool, elle est insoluble dans l'éther et le chloroforme. Les acides minéraux la dissolvent facilement sans donner de coloration même à l'ébullition; les alcools la décomposent.

Au point de vue thérapeutique, l'hypnopyrine est à la fois analgésique, hypnotique et antithermique, amenant la sédation de la douleur et l'hypnose sans produire des sueurs profuses ni de collapsus comme les analgésiques de la série aromatique. Comme elle est faiblement antithermique, puisqu'elle n'abaisse la température que d'un demi à un degré à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, elle a l'avantage de ne pas entraver les oxydations, la fièvre étant, comme on sait, une des meilleures défenses de l'organisme.

Elle a produit d'excellents résultats dans les pyrexies infectieuses comme la grippe, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, les angines, les fièvres pernicieuses à caractère hyperesthésique.

Dans les céphalées, les névralgies, les rhumatismes, etc.

Inoffensive pour l'estomac, elle produit un effet tonique et apéritif comme la quinine sans irriter le tube digestif.

On l'administre sous forme de cachets de 25 à 50 centigrammes, de pilules de 10 à 20 centigrammes, de suppositoires, la dose des vingt-quatre heures étant de 1 à 2 grammes pour l'adulte.

L'hypnopyrine est d'une innocuité absolue.

Traitement de la maladie d'Addison par les injections d'extrait de capsules surrénales. — *M. Hirtz* rapporte les observations de deux malades guéris par l'injection d'extrait de capsules surrénales. Chez l'un de ces malades, les lésions tuberculeuses pulmonaires concomitantes ont été rapidement améliorées. En présence de ces résultats M. Hirtz a appliqué le même traitement à d'autres tuberculeux qui paraissent s'en bien trouver. Ces nouvelles observations seront publiées ultérieurement.

Traitement de la syphilis par les injections mercurielles. — *M. Jullien.* La méthode des injections mérite d'être préférée à toute autre, et le terme de méthode d'exception dont on s'est servi si longtemps pour la disqualifier, convient, bien au contraire, aux moyens anciens, jadis classiques.

Les injections solubles conviennent surtout aux syphilis moyennes Le biiodure en solution huileuse est relativement peu actif et assez mal toléré. Les injections massives de sérum bichloruré introduisant d'un seul coup 5 centigrammes de bichlorure sont dangereuses et exposent à l'intoxication.

Le calomel agit avec une rapidité remarquable, il est souverain contre les vieilles lésions rebelles. Le salicylate et l'huile grise en sont d'excellents succédanés.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

25 Juin 1902.

Sur la coxa vara. — *M. Broca*, à propos du cas de coxa vara rapporté dans la précédente séance par M. Kirmisson et observé par M. Coville (d'Orléans), pense, lui aussi, que ce cas est d'origine traumatique et dû probablement à un décollement épiphysaire. Il discute le qualificatif « essentielle » appliqué par M. Kirmisson à la coxa vara des adolescents, car ce terme implique l'absence de toute lésion pathologique antécédente; or, à l'origine de presque tous les cas connus, on trouve le rachitisme ou un traumatisme. Le terme de *coxa vara essentielle* conviendrait

plutôt à la coxa vara reconnaissant pour cause une malformation congénitale du col du fémur, ainsi que M. Broca en a observé plusieurs exemples.

M. Kirmisson répond que sous le nom de coxa vara essentielle ou, si l'on veut, *primitive*, il a voulu simplement désigner les cas de coxa vara dans lesquels l'affaissement du col fémoral constitue l'unique lésion et dont la cause nous reste inconnue. Le rachitisme et le traumatisme sont loin, en effet, d'expliquer tous les cas de coxa vara des adolescents, alors que le premier peut être, au contraire, invoqué le plus souvent dans la pathogénie de cette affection chez les jeunes enfants. M. Kirmisson en a observé un nouvel exemple depuis la dernière séance de la Société : il s'agit d'un cas de coxa vara manifestement consécutif à un genu valgum double.

M. Berger partage l'avis de M. Kirmisson : il importe de distinguer la coxa vara secondaire, consécutive, par exemple, au rachitisme, de la coxa vara primitive ou essentielle qui doit être considérée comme une maladie par surcharge (Belastungsdeformität). Celle-ci est très rare, alors que la première est relativement fréquente. M. Berger n'a jamais observé qu'un cas de coxa vara de l'adolescence : il était d'origine traumatique; le malade a été amélioré notablement par l'extension continue prolongée.

Sur le traitement des ankyloses osseuses par l'interposition musculaire. — *M. Quénu*, dans un cas d'ankylose du coude consécutive à une fracture, a eu la même idée que M. Nélaton, savoir d'interposer entre les extrémités osseuses, largement réséquées, un matelas de tissus empruntés au voisinage de l'articulation, dans le but d'empêcher la réankylose. Dans le cas particulier, c'est le ligament antérieur de l'articulation du coude, détaché des fibres du brachial antérieur, qui servit à recouvrir la tranche de section de l'humérus. Le résultat fut excellent; actuellement, la malade, une jeune femme, a recouvré tous les mouvements de son coude; l'extension et la flexion de l'avant-bras se font parfaitement.

M. Routier cite deux exemples où, malgré une résection très large, presque excessive, pour ankylose articulaire, la réankylose n'a pas tardé à se produire; dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une ankylose double des hanches d'origine rhumatismale; dans l'autre, d'une ankylose du coude dont l'étiologie est incertaine.

M. Pierre Delbet communique également une observation de résection du coude pour ankylose consécutive à une arthrite blennorragique, et où la réankylose se fit, bien que les extrémités osseuses eussent été largement réséquées. Toutes les maladies ankylosantes des jointures ne se ressemblent pas, en effet, à ce point de vue : la plus ankylosante est certes le rhumatisme blennorragique : il expose, pour ainsi dire fatalement, à la récidive après la résection. Au contraire, après les résections pour tuberculose articulaire, on a plutôt des chances d'avoir une articulation ballante. M. Delbet pense que l'interpositon musculaire préconisée par M. Nélaton est un excellent procédé, et il se propose d'y recourir à l'occasion.

M. Lucas-Championnière estime qu'il ne faudrait pas généraliser la méthode de M. Nélaton. A la hanche, où il y a intérêt à enlever le moins possible d'os, elle pourra sans doute trouver son application. Mais elle paraît superflue pour les ankyloses du coude, par exemple, où il est possible d'éviter la réankylose par une résection très large suivie d'une mobilisation très précoce, dès le deuxième ou troisième jour ; il n'y a pas d'inconvénient, en effet, au coude, à faire de ces résections que M. Routier qualifiait tout à l'heure d'excessives.

M. Quénu n'est pas de l'avis de M. Lucas-Championnière : dans deux cas d'ankylose du coude où il fit des résections très larges suivies de mobilisation très précoces, la réankylose ne tarda pas à se reproduire. Aussi estime-t-il que la méthode de M. Nélaton a une portée générale et est applicable à toutes les ankyloses d'origine traumatique ou inflammatoire ; il faut en excepter, en effet, comme l'a fait tout à l'heure M. Delbet, les ankyloses par tumeurs blanches contre lesquelles la résection simple suffit.

M. Tuffier rappelle le procédé qu'il a employé pour prévenir, dans certains cas, la réankylose après la résection pour ankylose articulaire. Dans les articulations simples, comme celle de l'épaule et de la hanche, par exemple, M. Tuffier, au lieu de supprimer la tête de l'humérus ou du fémur, la sectionne au ras de la couche cartilagineuse, puis, après résection plus ou moins étendue de l'épiphyse de l'os, réapplique cette tête et la fixe par un point au catgut sur la tranche de section de la diaphyse, de sorte que, l'opération terminée, les extrémités osseuses articulaires se trouvent comme auparavant en contact par des surfaces cartilagineuses. Chez trois sujets qu'il a opérés par ce procédé et dont l'un a été présenté l'an dernier à la Société, l'ankylose ne s'est pas reproduite.

M. Poirier objecte à M. Tuffier que son procédé n'est applicable que si le revêtement cartilagineux des extrémités osseuses est conservé ; or, ce revêtement se trouve toujours détruit dans les ankyloses articulaires.

M. Tuffier fait remarquer que s'il y a des ankyloses dans lesquelles les surfaces articulaires sont détruites, il en est d'autres où ces surfaces sont à peu près intactes, les lésions portant surtout sur les parties molles périphériques de la jointure.

M. Kirmisson appuie l'opinion de M. Tuffier, et, pour sa part, il cherche autant que possible, chez les enfants, à ne faire qu'une hémirésection, ménageant le cartilage de l'une des surfaces articulaires.

M. Berger craint bien que, dans l'ankylose consécutive à l'arthrite blennorragique, l'interposition musculaire préconisée par M. Nélaton ne suffise pas à prévenir la réankylose, car, dans ce cas, la raideur est plutôt due à ces lésions périphériques dont parlait tout à l'heure M. Tuffier.

Sur les occlusions intestinales par petites brides péricoliques. — *M. Walther* a constaté les brides signalées par M. Quénu dans plusieurs cas d'épiploïte chronique consécutive à l'appendicite. Elles étaient, en particulier, très nettes chez une femme qu'il a opérée et qui présentait autour de la partie moyenne du côlon transverse quatre petites brides enserrant l'intestin, et qu'il suffit de sectionner pour faire disparaître complètement les troubles dyspeptiques dont souffrait la malade. Dans d'autres cas, ces brides péricoliques semblent liées à de la colite chronique.

Il ne semble pas, toutefois, que ce soit à l'existence de pareilles brides qu'il faille attribuer les accidents présentés par la malade de M. Terrier, car ce dernier n'a rien vu de pareil.

M. Terrier déclare ne pas pouvoir discuter la pathogénie du cas d'occlusion qu'il a rapporté, attendu qu'il lui a été impossible d'explorer sérieusement la région de l'angle colique gauche, tant cet angle était haut situé sous le diaphragme. Tout ce qu'il peut dire, c'est qu'en amont de cet angle l'intestin était dilaté, qu'en aval il était affaissé, que, par conséquent, l'angle colique devait être le siège de l'occlusion. Dans l'impossibilité où il était de s'attaquer à cet angle, il a fait un « chemin de traverse » entre les côlons transverse et descendant; sa malade a guéri ; il ne peut en dire ni en souhaiter davantage.

M. Quénu ne voit pas pourquoi M. Walther conteste l'existence de brides péricoliques dans le cas de M. Terrier, puisque l'angle colique est resté inexploré. Cette existence est rendue probable par ce fait que cette femme avait un passé intestinal très net : M. Terrier n'a-t-il pas dit qu'elle avait souffert longtemps d'entérite pseudo-membraneuse?

Fistule congénitale du cou opérée et guérie. — *M. Jalaguier* présente un jeune garçon dont il avait déjà entretenu la Société dans la séance du 16 Avril dernier et qui était atteint de fistule congénitale du cou s'étendant de la région de l'os hyoïde à la partie supérieure du pilier postérieur du voile du palais. Ce malade a été opéré par M. Jalaguier quelques jours après. L'opération a été relativement facile et aujourd'hui la guérison est parfaite.

Arthrite suppurée du pouce consécutive à un traumatisme ; résection suivie d'un résultat excellent. — *M. Pierre Delbet* présente un homme qui, à la suite d'une chute, s'était fait à la fois une luxation et une fracture compliquée de la dernière articulation du pouce. Ce traumatisme eut pour résultat une arthrite purulente et le doigt du blessé, lorsque M. Delbet le vit, semblait irrémédiablement perdu. Il tenta néanmoins la résection des extrémités articulaires. Or le résultat dépassa son attente. Actuellement, tant au point de vue esthétique qu'au point de vue fonctionnel, le pouce de son opéré est dans un état qu'on peut qualifier d'excellent.

Séparation vésicale des urines avec le séparateur de G. Luys. — *M. Bazy* présente le résultat de la séparation des urines obtenu avec le séparateur vésical de Luys dans un cas d'hydronéphrose infectée traitée par la néphrotomie, dans lequel il devenait nécessaire, quelques semaines après l'opération, de savoir si le rein opéré déversait une certaine quantité d'urine dans la vessie ou si toute l'urine secrétée continuait toujours à s'écouler par le drain lombaire. L'instrument a parfaitement fonctionné et démontré que du côté opéré il ne s'écoulait qu'une quantité infime, presque nulle, d'urine dans la vessie.

Calcul vésical développé autour d'une épingle à cheveux chez une femme ; extraction par la taille ; guérison. — *M. Maunoury* (de Chartres). Chez une femme atteinte de calcul vésical, M. Maunoury s'aperçut, au cours de la lithotritie qu'il avait entreprise, que le broiement complet était impossible à cause de la présence d'un corps étranger ayant servi probablement de centre de cristallisation au calcul. La radiographie lui montra que ce corps étranger était une épingle à cheveux. Renonçant alors au broiement et à l'extraction par les voies naturelles, M. Maunoury fit la taille hypogastrique. La malade a parfaitement guéri. Le calcul présenté à la Société est à demi broyé, laissant voir une partie du corps étranger ; son volume actuel est encore celui d'une noix.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche; opération : guérison. — *M. Potherat* présente un kyste dermoïde du plancher de la bouche qu'il a pu extraire très facilement par la voie buccale.

J. Dumont

ANALYSES

MÉDECINE

J. Marshall Day. *Le diagnostic de la scarlatine* (*The Dublin Journal of Medical Science*, 1902, Mars, 3e série, n° 363). — Le diagnostic de la scarlatine est actuellement beaucoup plus difficile à établir qu'autrefois, lorsque cette affection se présentait sous des formes plus graves et mieux déterminées. L'auteur signale et analyse quelques-uns des symptômes qui peuvent servir de points de repère au diagnostic, notamment les vomissements, le mal de gorge, l'élévation de la température, la fréquence du pouls et la pigmentation.

En premier lieu, on note presque toujours des vomissements, ou tout au moins une sensation nauséeuse. Ce symptôme existait dans plus de 90 pour 100 des cas admis au Cork-Street Fever Hospital. Il ne faut cependant pas y attacher trop d'importance chez les jeunes enfants qui sont sujets à des accès de vomissements dus à des causes variées.

Les enfants se plaignent si peu souvent de mal à la gorge que ce symptôme peut passer inaperçu, à moins que l'on ne prenne l'habitude d'examiner le pharynx de tous les petits malades. Il se peut que, même dans des cas graves, le patient avale très bien, alors que, d'autres fois un léger mal de gorge s'accompagne de dysphagie. Pour examiner le pharynx, il faut placer l'enfant en face d'une bonne lumière non artificielle, qui permettra de voir, s'il s'agit de scarlatine, le piqueté rouge du pharynx, des amygdales et du palais. La pigmentation n'est pas aussi distincte aux joues que dans la rougeole. Dans les cas de moyenne gravité, il existe un œdème particulier d'une couleur jaunâtre qui apparaît le second jour. L'auteur pense toutefois que l'éruption du palais peut être diagnostiquée dans les cas de scarlatine sans éruption.

Au début, la température varie de 38° à 40°. Elle tombe le matin pour remonter le soir, mais moins haut, et elle redevient normale le huitième ou le neuvième jour. Dans les cas légers, la température peut devenir normale le troisième jour.

Le pouls est plus caractéristique que la température, car même dans les cas légers, il dépasse 120 ; il peut atteindre 140 à 160, et même après que la température est redevenue normale, le pouls reste plus élevé.

L'éruption, dans la scarlatine, ne siège jamais au bout du nez ni autour des lèvres. Elle se montre généralement avant le troisième jour. Une fois seulement l'auteur a remarqué que l'éruption apparaissait après le troisième jour : c'était chez un enfant souffrant de convulsions, qui cessèrent dès que l'éruption se produisit. L'exanthème est très variable. Dans les cas très légers, on peut voir une pigmentation des amygdales et du palais, ainsi que sur le corps, principalement aux endroits où la peau est tendre ; parfois aussi elle siège sur la face dorsale des mains, sur le côté des doigts, à la face dorsale des pieds.

La transpiration est rare, mais on peut la constater chez les sujets rhumatisants. L'érythème que l'on voit dans ces cas est passager et ne présente pas une apparence punctiforme ; il est généralement plus intense au niveau de la poitrine.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un cas douteux de scarlatine, voici comment l'auteur conseille de procéder : le patient a-t-il déjà eu la scarlatine? Si la réponse est affirmative, on peut rejeter le diagnostic de scarlatine, bien qu'il puisse y avoir une seconde attaque de scarlatine sans éruption. On recherche alors l'éruption sur le palais, les plis articulaires, la face dorsale des mains, les plis des doigts; enfin on examine la langue. La coexistence de ces divers signes avec des vomissements ou des nausées suffit pour que le diagnostic de scarlatine soit posé et que l'on isole le malade.

A propos de cette question si importante de l'isolement, on se rappellera que dans les cas légers de scarlatine il n'y a guère de desquamation bien nette que trois semaines après l'apparition de l'éruption. Plus le cas est léger, plus la desquamation se fait attendre. Et la règle est si variable à ce point de vue, que la desquamation peut commencer dès le 6e jour ou ne se montrer que du 18e au 21e jour.

Arsène Mesnard.

CHIRURGIE

G. Crile. ***Recherches expérimentales et cliniques sur l'oblitération temporaire des artères carotides*** (*Annals of Surgery*, 1902, Avril, n° 112, p. 441). — Un des inconvénients les plus sérieux, en même temps qu'un des dangers les plus redoutables des opérations sur la tête et le cou réside dans les hémorragies considérables auxquelles elles donnent lieu. Si l'on peut lier sans trop de risques les carotides externes, il n'en est plus de même des carotides primitives ni des carotides internes. Aussi, l'auteur a-t-il eu l'idée de recourir à la compression temporaire de ces artères, au moyen d'une petite pince dont les branches sont entourées d'un manchon de caoutchouc pour éviter la blessure des tuniques artérielles, et dont la pression est réglée à volonté au moyen d'une vis. Après avoir étudié sur des animaux l'effet de ces pinces, l'auteur les a utilisées dans un certain nombre d'opérations, et il résume ses observations dans 18 cas. Les deux carotides primitives furent comprimées dans 10 cas, une seule des carotides primitives dans 5 cas, une seule des carotides externes dans 3 cas. L'âge des malades variait de sept mois à soixante-neuf ans.

Dans aucun cas l'oblitération n'a causé la mort. Dans tous les cas la circulation reprit dès qu'on eut enlevé les clamps; il n'y eut pas de lésion artérielle au point d'application. On n'a jamais noté de troubles cérébraux, mais la compression des deux carotides primitives a déterminé quelquefois des troubles respiratoires, qui ont d'ailleurs toujours disparu dès qu'on eut diminué la pression sur l'une de ces deux artères.

Le champ opératoire étant à peu près privé de sang, l'opération y gagne en rapidité, et les voies aériennes risquent moins d'être envahies par le liquide sanguin.

Quant à l'inhibition directe ou réflexe du cœur par excitation mécanique du pneumogastrique, on peut l'éviter par une injection préalable d'atropine ou de cocaïne.

L'application des pinces peut se faire rapidement avant l'opération, au moyen d'une petite incision.

Les avantages de l'oblitération temporaire des carotides font de ce procédé une méthode de choix pour les opérations sur la tête et le cou, opérations dont il est appelé à étendre le domaine.

C. Jarvis.

OBSTÉTRIQUE

A.-W. Lemarchand. ***Un cas de placenta prævia*** (*The Lancet*, 1902, 26 Août, p. 1176). — Les cas de placenta prævia où l'insertion du placenta est centrale sont rares. Dans cette observation, il est intéressant de noter que la femme n'était qu'à sa troisième grossesse, et que, grâce aux contractions utérines et à la perte modérée de sang, il n'y eut pas lieu d'intervenir dans l'accouchement.

Femme de trente ans, au sixième mois de sa troisième grossesse. Le 21 Décembre 1901, elle est prise d'hémorragie, et, pendant les deux mois suivants, elle perd chaque jour un peu de sang. Pas de douleurs. Le 19 Mars 1902, à 5 heures du soir, la malade est prise de douleurs, et le toucher vaginal fait sentir une dilatation de la taille d'une pièce de 2 francs : présentation du sommet. Le doigt, sent en avant de la tête, une sorte de coussin d'où part un cordon vasculaire qui fait penser qu'il s'agit du placenta. L'accouchement progressa normalement, la tête paraissant simplement recouverte de membranes très épaisses, mais à travers lesquelles on pouvait percevoir les sutures du crâne : à 6 h. 45, l'œuf fut expulsé en entier et l'on vit que le placenta recouvrait la tête et les épaules du fœtus, le sommet du vertex correspondant au centre du placenta. Le placenta était mince et très large. L'enfant ne put être ranimé : les ongles venaient presque à l'extrémité des doigts et il était assez gras. Il y avait environ une pinte et demi (850 centimètres cubes environ) de liquide amniotique.

L. Tollemer.

PÉDIATRIE

Em. Cayre. ***Les appareils dans la coxalgie*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Aujourd'hui, le chirurgien ne doit pas se contenter de guérir les plaies inflammatoires de la coxalgie, en négligeant la persistance des attitudes vicieuses : il doit rendre au malade un membre qui, au point de vue fonctionnel, se rapproche le plus possible de celui du côté sain. Et cette deuxième indication du traitement est justiciable des moyens que nous employons pour subvenir à la première.

L'auteur passe en revue les différents appareils qui réalisent l'immobilisation. Il considère que les planches capitonnées et le système de traction de M. Lannelongue sont des moyens très imparfaits. L'appareil silicaté présente un inconvénient grave : la lenteur de sa dessiccation, et c'est pour cette raison qu'il a dû céder le pas à l'appareil plâtré. Mais l'appareil plâtré, pour qu'il ne soit pas défectueux, doit s'appliquer exactement à la configuration normale du bassin et du tronc. Calot a donné des règles spéciales pour la construction d'un appareil irréprochable, et l'auteur les expose.

Dans les trois catégories de malades : coxalgie sans attitude vicieuse, coxalgie avec attitude vicieuse réductible, coxalgie avec attitude vicieuse et ankylose, la position à donner au malade sera à peu près identique. Le membre sera toujours placé en hyperextension, abduction à 25° et rotation indifférente.

Cette attitude, qu'il sera très aisé d'obtenir dans le premier cas, ne deviendra possible dans les deux autres qu'après une intervention faite sous chloroforme avant la mise de l'appareil.

Pour corriger l'adduction, on portera la jambe malade en dehors, en ayant soin de repousser de bas en haut la jambe saine, ce qui rendra impossible l'abaissement de l'épine iliaque du côté sain et l'ascension de l'épine du côté malade. Pour détruire l'ensellure, la manœuvre consiste à amener d'abord le bassin sur le rebord de la table d'opération. Un aide saisit l'ischion du côté malade avec une main et l'attire vers lui, tandis que son autre main repousse l'épine iliaque antéro-supérieure, cherchant ainsi à produire un mouvement de rotation autour d'un axe transversal qui passerait par la cavité cotyloïde. Cette saisie de l'ischion est commode chez l'enfant.

Ensuite on applique l'appareil fait de bandes plâtrées. Mais, alors que beaucoup de chirurgiens considèrent leur tâche comme terminée lorsqu'ils ont roulé leur dernière bande, Calot veille à ce que l'appareil se modèle bien sur les points d'appui des régions articulaires, et, pour atteindre ce but, il déprime l'appareil plâtré au niveau des quatre points suivants : 1° au-dessus des crêtes iliaques ; 2° au-dessus du grand trochanter ; 3° au-dessus des condyles fémoraux ; 3° au-dessous de l'ischion.

L'appareil ainsi construit a rendu à l'auteur les malades tels qu'il les lui avait confiés, garantie qu'il n'avait jamais obtenue avec les autres appareils en usage. Lorsque tous les phénomènes douloureux sont disparus, la maladie peut être considérée comme guérie. Mais le malade ne doit marcher que soutenu par un tuteur. L'appareil silicaté pourra être employé dans ce cas; la déviation, qui naguère se reproduisait en effet instantanément, demande maintenant des mois avant d'être sensible. Deux substances sont encore utilisées : le celluloïde et le cuir; on ne les applique pas sur le malade lui-même, mais bien sur un moulage obtenu au préalable. Le meilleur procédé d'emploi du celluloïde consiste à imbiber trois à cinq jerseys de colle de celluloïde; on obtient ainsi des appareils légers et d'une rigidité absolue.

Ch. Villandre.

OPHTALMOLOGIE

Monzon. ***Etude sur les kystes de l'iris*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Les kystes de l'iris sont relativement très fréquents. Il en existe de six sortes :

1° Des kystes développés entre les deux feuillets pigmentés de l'épithélium. Leur siège de prédilection est au niveau de l'angle cilio-irien.

2° Des kystes perlés constitués par des couches plus ou moins concentriques de cellules épithéliales. Ils sont dus à des traumatismes ayant entraîné l'inclusion d'éléments épithéliaux venus de l'extérieur.

3° Des kystes dermoïdes. On n'en connaît que deux exemples.

4° Des kystes résultant de modifications congénitales du bord pupillaire, mais non dermoïdes.

5° Des kystes séreux ayant une origine traumatique ou spontanée, et dus à la fermeture des cryptes à la face antérieure de l'iris.

6° Des kystes à entozoaires. Ce sont presque toujours des cysticerques. On y a rencontré aussi des filaires.

Les kystes de l'iris ont une marche très lente; néanmoins ils peuvent entraîner des complications inflammatoires ou glaucomateuses ; on doit les enlever dès qu'ils sont reconnus.

A. Druault.

MATIÈRE MÉDICALE, PHARMACODYNAMIE

Combemale et Huriez (de Lille). ***Quelques observations cliniques sur la valeur thérapeutique de l'héroïne*** (*L'Écho médical du Nord*, 1902, 27 Avril, n° 17, p. 193). — L'héroïne, ou diacétylmorphine, est un dérivé de la morphine qui résulte de la substitution du groupement acétyl à l'hydrogène des deux oxhydriles de la morphine. Cette substance, connue seulement depuis quelques années (1898), a donné lieu, dans ces derniers temps, à une série de travaux importants, français et étrangers, qui ont montré qu'elle pouvait remplacer avec le plus grand avantage la morphine dans tous les cas où celle-ci est indiquée. En effet, la merveilleuse instantanéité d'action de la morphine mise à part, toutes les autres qualités de l'héroïne en font un analgésique supérieur à la morphine : durée et intensité d'action plus grandes, moindres doses pour un effet supérieur, absence d'accoutumance, nul trouble du côté du tube digestif (perte d'appétit, constipation), pas d'excitation psychique à la suite de l'injection, pas d'obnubilation ou de dépression au réveil; toutes ces raisons font que l'héroïne est de plus en plus préférée à la morphine.

Dans le mémoire qu'ils viennent de publier, MM. Combemale et Huriez ont cherché à vérifier ces propriétés de l'héroïne, en étudiant tout particulièrement son action antidyspnéique et calmante et son action analgésique.

1° *L'héroïne antidyspnéique et calmante.* Les 24 observations rapportées par les auteurs, à ce point de vue, résument presque toutes les causes organiques de toux et de dyspnée : bronchite aiguë, bronchite chronique avec emphysème, adhérences pleurales, tuberculose au début, congestion pérituberculeuse, broncho-pneumonie tuberculeuse, phtisie à la dernière période, phtisie laryngée, cardiopathies avec asystolie, tumeur du médiastin. Chez tous ces malades, très rapidement la toux diminua d'intensité et de fréquence, la respiration se fit beaucoup plus rapidement, et, par suite de cette sédation de la toux et de la dyspnée, le sommeil revint, plus ou moins complet. Les tuberculeux, qui se plaignaient de transpirer beaucoup la nuit, virent en outre leurs sueurs diminuer considérablement ou même disparaître. Pour arriver à ces résultats, la dose quotidienne d'un centigramme de chlorhydrate d'héroïne, administrée en deux fois par la voie hypodermique (2 seringues de Pravaz d'une solution aqueuse à 1 pour 200), a presque toujours suffi. A certains malades l'héroïne a été donnée jusqu'à 100 fois et plus sans le moindre inconvénient.

2° *L'héroïne analgésique.* L'action analgésique de l'héroïne est confirmée par 13 observations. Les douleurs les plus diverses ont été calmées, aussi bien celles du carcinome stomacal, de la colique saturnine, de l'orchite, que celles de la sciatique, de la colique appendiculaire, de la sclérose en plaques et que les douleurs fulgurantes ou les crises gastriques du tabes. L'intensité de cette action analgésique est remarquable, puisque 1/2 centigramme a presque toujours suffi pour calmer lors d'une première injection. La rapidité de l'action n'est pas moins à retenir, comme aussi la durée pendant laquelle la souffrance est suspendue.

En résumé, qu'on emploie l'héroïne contre la toux et la dyspnée ou contre la douleur, on peut conclure, avec MM. Combemale et Huriez, qu'elle constitue un médicament d'une grande valeur par la sûreté, l'intensité, la rapidité et la durée de son action.

J. Dumont.

PRATIQUE MÉDICALE

L'acide picrique dans le traitement de la blennorragie.

L'acide picrique produit sur les muqueuses les mêmes effets que sur la peau, savoir une dessiccation suivie d'une régénération épithéliale. Il était donc naturel qu'on songeât à l'employer dans les altérations aiguës ou chroniques des muqueuses accessibles à un traitement externe.

C'est ainsi que M. H. de Brun, reprenant les tentatives de Chéron, a réussi à utiliser l'acide picrique dans le traitement de l'urétrite blennorragique.

M. de Brun emploie une solution aqueuse d'acide picrique dont le titre varie de 1 pour 200 à 1 pour 100. Les injections sont faites à canal fermé et restent trois minutes en contact avec la muqueuse urétrale. Elles sont répétées deux à trois fois par jour quand elles sont bien supportées, et une fois seulement lorsqu'elles sont douloureuses, ce qui est fort rare. Le plus souvent, en quatre ou cinq jours, la guérison radicale est obtenue dans les blennorragies aiguës. Des guérisons aussi rapides et définitives ont été également réalisées dans des blennorragies chroniques qui avaient résisté à tous les traitements. Il est bon d'ajouter que ces résultats ne comptent que pour les urétrites antérieures, c'est-à-dire pour celles dans lesquelles l'injection peut atteindre le siège du mal. Dans l'urétrite postérieure, il serait sans doute indiqué de recourir aux instillations; mais M. de Brun n'a pas eu jusqu'ici l'occasion d'en faire et ne peut par conséquent donner à ce sujet aucun renseignement.

Un des premiers effets de l'injection d'acide picrique est de modifier la nature de l'écoulement. De vert ou jaune qu'il était, cet écoulement, dès les premières injections, devient presque clair; il perd sa purulence et son opacité. Quelquefois, il est vrai, il devient plus abondant, pour diminuer et disparaître dès que les injections ont été suspendues. Quant à l'effet du traitement sur les gonocoques, il est remarquable : ceux-ci, comme les leucocytes, du reste, diminuent rapidement de nombre, pendant que les cellules épithéliales deviennent plus abondantes dans la préparation, indice certain d'un énergique effet curatif.

M. de Brun déclare, pour terminer, qu'il n'a jamais obtenu jusqu'à présent par aucun autre procédé, dans le traitement de l'urétrite antérieure aiguë ou chronique, les succès qu'il doit à l'acide picrique.

FACULTÉ DE PARIS

Chaire d'anatomie. — Le Conseil de l'Université a refusé la permutation de M. Tillaux à la chaire d'anatomie qui avait été votée précédemment par le Conseil de la Faculté de médecine.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole de médecine d'Angers. — M. le ministre de l'Instruction publique a désigné : M. Pouchet, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de de Paris, pour présider les jurys d'examens de doctorat, d'officiat de santé et de sages-femmes de 2e classe; M. Guignard, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour présider les jurys d'examens de pharmaciens et herboristes de 2e classe et les examens de validation de stage; M. Moreau, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Rennes, pour présider le jury d'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Dionis du Séjour, suppléant, est chargé du cours de pathologie externe et de médecine opératoire pendant la durée du congé accordé à M. Bide (jusqu'à la fin de la présente année scolaire).

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. Lebail, chirurgien de l'hôpital du Mans, est nommé chevalier de l'ordre de la Légion d honneur.

Une lettre de félicitations, pour acte de courage et de dévouement, a été décernée à M. Gouriou, étudiant en médecine à Brest.

Service de santé de la marine. — M. le directeur du service de santé Bourru, appelé à continuer ses services au port de Lorient, comme directeur du service de santé de ce port, est maintenu à l'école principale du service de santé à Bordeaux jusqu'à la fin de l'année scolaire.

M. le directeur du service de santé Talairach prendra les fonctions de directeur de ladite école le 1er Août prochain.

— Liste d'embarquement des officiers du corps de santé à la date du 24 Juin.

Médecins en chef de 1re classe : MM. Balbaud, Abelin ;

Médecins en chef de 2e classe : MM. Kermorvant, Duval;

Médecins principaux : MM. Draga, Le Franc, Millou, Aubert, Mercié, Alix, Kergrohen, Geay de Couvalette, Machenaud, Gayet, Magnon-Pujo, Pungier, Quédec, Deblenne, Foucaud.

Médecins de 1re classe : MM. Bertrand, Gibrat, Vallot, Hennequin, Duranton, Préboist, Taddéi dit Torella, Rousseau, Laurent, Mourron, Etourneau, Porre, Ruban, Meslet, Viancin, Chabanne.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Clarac;

Au grade de médecin principal de 2e classe, MM. les médecins-majors de 1re classe : Preux, Collomb ;

Au grade de médecin-major de 1re classe, MM. les médecins-majors de 2e classe : Tréguier, Gouzien, Castagné, Daliot, de Biran, Thomas, Durand, Leclerc, Pons, Vergoz, Flandrin, Duville ;

Au grade de medecin-major de 2e classe, MM. les médecins aides-majors de 1re classe : Rey, Condé, Battarel, Arnould, Rapuc, Mesny, Damian, Reboul, Nouaille-Degorce, Pellan, Ascornet, Binard, Erdinger, Mesny.

— Sont désignés pour servir : à Madagascar, MM. les médecins-majors de 2e classe Vinas, Lairac, Tédeschi, Ortholan; en France, MM. Martel, Ascornet, médecins-majors de 2e classe; Rogé, Ledoux, Lherminier, médecins aides-majors de 1re classe.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. — Le 12e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes se tiendra du vendredi 1er au jeudi 7 Août à Grenoble. Nous publierons dans notre prochain numéro le programme complet des séances et l'emploi du temps.

Pour tous les renseignements les intéressant, les congressistes peuvent s'adresser à M. J. Bonnet, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère), secrétaire général.

Création d'une école de santé coloniale. — L'administration municipale de Marseille vient d'entrer en négociations avec le ministère de la guerre pour demander à ce département la création dans cette ville d'une école de santé coloniale. La municipalité a offert de mettre à la disposition du ministre l'aile gauche du château du Pharo et une partie des locaux qui environnent cette construction.

L'école, ainsi aménagée, pourrait recevoir une centaine d'élèves.

L'administration municipale s'engage à prendre à sa charge le coût des travaux d'installation nécessaires, qui s'élèverait à 150.000 francs environ, en y comprenant la construction d'un nouveau pavillon et la réfection des salles d'étude et l'amphithéâtre.

Hôpitaux de Reims. — Le conseil municipal de Reims ayant voté, il y a quelque temps, la *laïcisation des hôpitaux*, et ayant rejeté, le 21 Novembre, les demandes en autorisation des congrégations non autorisées, les sœurs de l'hôpital général ont quitté leur établissement.

L'Institut antirabique de Bordeaux. — Le nombre des personnes traitées pendant la première année du fonctionnement (du 19 Mai 1900 au 18 Mai 1901) a été de 100; la mortalité est de 0.

A signaler une innovation importante : les chiens mordeurs, les chiens suspects sont amenés par la police dans les chenils de l'Institut antirabique, où ls sont mis en surveillance pendant le laps de temps voulu.

Société de médecine de Toulouse. — La Société de médecine de Toulouse vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'exercice 1902-1903. Sont nommés : MM. Jeannel, président; Labat, vice-président; Saint-Ange, secrétaire général; Rispal, secrétaire annuel; Candelon, archiviste; Parant, trésorier.

Étranger

Nomination. — Le professeur Loukianov, directeur de l'Institut de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg, vient d'être nommé sous-secrétaire d'État au ministère de l'instruction publique.

CONCOURS

Médecins et pharmaciens stagiaires des troupes coloniales. — Un concours s'ouvrira à Paris le 1er Décembre prochain pour l'admission à l'emploi de médecin et de pharmacien stagiaires des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions suivantes : 1° Etre nés ou naturalisés Français; 2° avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er Janvier de l'année du concours ; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies. Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe au moins ; 4° souscrire un engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir seront les suivantes :

Pour les docteurs en médecine : 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° examen clinique de deux malades atteints, l'un, d'une affection médicale ; l'autre, d'une affection chirurgicale ; 3° épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° interrogation sur l'hygiène.

Pour les pharmaciens de 1re classe : 1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ; 2° interrogation sur la physique, la chimie ; 3° interrogation sur l'histoire naturelle et la pharmacie ; 4° préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés) ; 5° épreuve de chimie analytique. Recherches des acides et des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous.

Les candidats devront fournir : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme ou à défaut un certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe ; 3° un certificat d'aptitude physique ; 4° un certificat délivré par le bureau de recrutement indiquant leur situation au point de vue du service militaire ; 5° une note indiquant le domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de stagiaire.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

LA PRESSE MÉDICALE

Journal Bi-Hebdomadaire

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS

Paris et Départements. Un an.	10	francs.
Union postale. —	15	—

LES ABONNEMENTS PARTENT DU COMMENCEMENT DE CHAQUE MOIS

Prix du Numéro : 10 centimes.

LA

PRESSE MÉDICALE

Journal Bi-Hebdomadaire

DIXIÈME ANNÉE

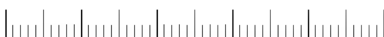
1902

Deuxième Semestre

PARIS

C. NAUD, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3



Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 53. — Mercredi, 2 Juillet 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Année 1902 — Tome deuxième.

AVIS

Nous rappelons à nos lecteurs qu'à partir de cette année, pour faciliter les recherches, il n'y aura qu'une table des matières qui comprendra à la fois les tomes I et II. Cette table sera publiée à la fin de l'année et terminera le tome II.

Ce numéro commence le tome II (1er Juillet 31 Décembre).

Le titre et la couverture du tome I (dixième année) seront encartés dans le numéro du Samedi 5 Juillet.

SOMMAIRE

L'OCTROI ET LES LABORATOIRES

En sa qualité d'administration fiscale, l'octroi est fort peu populaire. Ce n'est point sans raison qu'il en est de la sorte. Très justement, en effet, l'on reproche à ses agents de ne pas apporter dans l'accomplissement de leurs missions fatalement toujours quelque peu vexatoires tous les tempéraments compatibles. Et, de fait, sans aucune utilité pour personne, à tout instant, les « gabelous » se trouvent exercer, sous l'obligation qui leur en est faite par des règlements maladroits, des actions réellement dommageables.

N'est-ce pas ainsi, en particulier, que certains des agissements de l'octroi se trouvent à l'occasion menacer de façon très sérieuse l'hygiène et la santé publiques ? J'en prend pour preuve, ce qui se passe lorsque l'on adresse de province à un chimiste parisien, pour être analysé, un produit quelconque, une bonbonne d'eau, par exemple.

En dépit de la déclaration indiquant la nature précise de l'envoi, et même si cette déclaration mentionne que le liquide expédié est suspect et peut contenir des bacilles pathogènes, l'octroi n'hésite pas. De parti pris, à seule fin de s'assurer que le contenu de la bouteille est vraiment bien de l'eau et non un produit soumis aux droits, les préposés vérificateurs rompent les scels clôturant les échantillons et prélèvent pour une dégustation leur part du breuvage.

Tant pis pour le chimiste destinataire s'il ne peut, plus tard, certifier l'authenticité de son analyse, et tant pis aussi si un malheureux employé contracte la fièvre typhoïde pour avoir avalé une gorgée d'une eau souillée par des bacilles.

Ainsi en ont décidé les grands chefs de l'octroi.

Du moins, est-ce la conclusion logique ressortant d'une réponse adressée récemment par M. le directeur de l'octroi de Paris à un chimiste parisien qui lui demandait, autant pour sa garantie personnelle que dans l'intérêt de l'hygiène générale, de ne faire opérer ses prélèvements qu'en présence du destinataire.

Voici, au surplus, ce qu'écrivait notre chimiste.

Monsieur le directeur de l'octroi,

Je m'empresse de vous informer que je viens de recevoir une bonbonne d'eau qui m'a été expédiée cachetée et m'est arrivée décachetée, par vos employés, m'a-t-on dit. Comme cette eau m'est adressée pour la recherche du bacille de la fièvre typhoïde, je crains que l'un de vos employés n'en ait goûté pour en déterminer la nature. N'en connaissant pas encore la composition, je ne puis vous dire si elle est contaminée ou non et si son usage peut être dangereux.

Voici plusieurs fois que pareil fait se produit. Il me semble que lorsque pareil cas se présente et qu'un produit quelconque est envoyé à un laboratoire pour analyse, l'ouverture du colis devrait être faite en présence du destinataire, soit chez lui, soit à la gare réceptrice, tant pour la sécurité de l'analyse qui nous est confiée que pour les suites pouvant surveuir de l'ingestion d'un liquide toxique.

A une requête aussi légitime, l'administration de l'octroi a répondu sans tenir aucun compte du dommage réel que sans raison valable elle fait subir au destinataire de l'envoi, ni des conséquences graves que ses agissements peuvent avoir pour la santé publique.

Monsieur,

Par lettre de ce présent mois, vous exprimez le regret que les bouteilles contenant les échantillons d'eau à vous adressés pour expertise soient décachetées et ouvertes en gare, avant introduction dans Paris, pour permettre la vérification, par le service d'octroi, de la nature du liquide présenté; j'ai l'honneur de vous faire connaître que l'administration ne peut dispenser exceptionnellement de la vérification d'octroi les échantillons d'eau destinés à être analysés qu'autant qu'elle a été prévenue d'avance de leur envoi comme de leur arrivée à tel jour, par telle gare, et à la condition, en outre, que lesdits échantillons soient présentés : 1° avec une pièce authentique établissant par quel service public et à quelle fin ils ont été prélevés; 2° à destination d'un laboratoire ou établissement scientifique public. De plus les colis doivent être escortés jusqu'à destination par un employé d'octroi chargé de faire viser, par le chimiste réceptionnaire, un certificat de décharge. Si le laboratoire dans lequel l'expertise doit être effectuée ne relève ni de l'État ni de la Ville, les frais d'escorte sont à la charge de cet établissement.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée,

Le Directeur de l'octroi,
Président du Conseil d'administration.

Une pareille réponse, assurément, confond le bon sens! Il est légitime, l'octroi existant, que l'on s'oppose aux fraudes. Mais n'est-il pas évident qu'il n'y a aucune nécessité pour cela d'exercer une véritable malfaisance vis-à-vis des gens ne fraudant pas et ne songeant pas à frauder.

Or, en l'espèce, que réclame le chimiste? Est-ce, comme l'insinue dans sa réponse le directeur de l'octroi de Paris, de soustraire les envois qui lui sont faits au contrôle habituel? Nullement! Ce qu'il requiert, ce n'est pas de ne pas acquitter à l'octroi son dû; ce n'est pas non plus de se soustraire à son contrôle, si ennuyeux, si vexatoire même celui-ci puisse-t-il être occasionnellement; c'est simplement, et cela autant dans l'intérêt général que dans le sien propre, que la vérification nécessaire soit seulement faite en sa présence et en tel lieu que l'on voudra.

Rien de plus modéré, en vérité, qu'une telle prétention. La réforme qu'elle sollicite, en effet, est particulièrement simple et il est si aisé de l'accomplir que l'on ne comprendrait guère, surtout quand l'on considère les graves conséquences que peut entraîner le maintien des errements actuels, qu'il n'y soit pas fait droit à bref délai.

Il est des règlements surannés que l'on ne saurait maintenir sous peine de forfaire à toute logique?

G. Vitoux.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la syphilis par les injections de cacodylate iodo-hydrargyrique.

Il y a longtemps qu'on a préconisé l'association de l'arsenic au mercure dans le traitement de la syphilis. On avait remarqué, en effet, que, grâce à cette association, certaines cures pénibles, traînantes, étaient rapidement menées à bien; le mercure, mal supporté jusque-là, était dès lors bien toléré, même à des doses considérables, et les lésions disparaissaient avec une rapidité surprenante. Les médecins de la Bourboule ont souvent l'occasion d'observer des cas de ce genre.

Comment agit l'arsenic dans ces cas? A-t-il une action spécifique analogue à celle du mercure? Ou n'a-t-il d'action que sur le terrain, favorisant l'absorption du mercure ou, plus simplement, tonifiant l'organisme en exaltant ses moyens naturels de défense?

Cette dernière hypothèse paraît la plus vraisemblable; c'est du moins ce qui semble ressortir des recherches auxquelles se sont livrés MM. Civatte et Fraisse expérimentant sur des malades du service de M. Brocq à l'hôpital Broca.

* * *

Parmi les nombreuses préparations arsenicales et mercurielles qui s'offraient à eux pour ces expériences, MM. Civatte et Fraisse choisirent d'abord le cacodylate de mercure. Cette préparation offrait plusieurs avantages : 1° elle renferme l'arsenic sous sa forme la plus usitée aujourd'hui et peut-être la plus active, l'acide cacodylique; 2° elle contient à la fois les deux médicaments à associer; 3° enfin, le mercure de ce sel est engagé dans une molécule organique : or, comme on tend de plus en plus à admettre aujourd'hui que les matières minérales des tissus y sont à l'état de combinaisons organiques, il est logique de chercher à y introduire les médicaments sous une forme analogue. Malheureusement le cacodylate de mercure est un sel acide qui précipite les matières albuminoïdes du sang et risque par conséquent de provoquer des embolies par précipitation; il est de plus assez toxique.

M. Fraisse eut alors l'idée de neutraliser ce sel par de la soude après l'avoir mélangé à l'iodure de sodium pour éviter un précipité d'oxyde de mercure. L'iodure de sodium, en présence du cacodylate d'hydrargyre, donne du biiodure d'hydrargyre qui se dissout dans un excès de réactif. C'est une solution parfaitement limpide, très stable, susceptible d'être stérilisée à l'autoclave à 120° sans s'altérer, et qui ne se décompose pas non plus à la lumière. Un centimètre cube de cette liqueur contient : 4 milligr. 7 de biiodure d'hydrargyre, 4 milligr. 7 d'iodure de sodium et 3 centigrammes environ de cacodylate de soude.

La voie buccale déterminant parfois des symptômes d'intolérance gastrique, tous les essais furent faits par la voie hypodermique.

Les traitements furent toujours et tous commencés par la dose de 1 centimètre cube de la solution de cacodylate iodo-hydrargyrique, dose correspondant, comme on l'a vu, à 3 centigrammes de cacodylate et à près de 5 milligrammes de biiodure. Dans quelques cas, MM. Civatte et Fraisse s'en sont tenus à cette dose, puis, après quelques insuccès, ils l'ont élevée à 2 centimètres cubes, c'est-à-dire à environ 1 centigramme de biiodure. Toujours cette dose a été parfaitement tolérée, et depuis lors elle a été administrée systématiquement à tous les malades, bien que la dose de 1 centimètre cube de liqueur ait paru souvent suffisante, même dans les cas rebelles. Les auteurs pensent qu'on pourrait, d'ailleurs, sans inconvénient, dépasser la dose de 2 centimètres cubes chez les hommes vigoureux.

Les injections ont toujours été faites dans la région classique des injections mercurielles.

Les essais ont porté sur 60 malades des deux sexes représentant toutes les formes de la syphilis, depuis les plus banales jusqu'aux plus malignes, mais de préférence celles qui avaient déjà résisté à des médications énergiques par la liqueur de van Swieten, les frictions mercurielles, les injections d'huile bi-iodurée ou de calomel. Et voici les résultats qui ont été obtenus :

D'abord sur 60 cas 10 sont restés rebelles au traitement; ces insuccès se rapportent à : 3 syphilides acnéiques, 1 syphilis maligne précoce, 1 syphilis serpigineuse tertiaire, 2 cas hybrides, 3 cas de parasyphilis. Les auteurs ajoutent qu'il est permis de supposer que les traitements ordinaires n'auraient pas été plus efficaces dans tous ces cas. Pour les 3 derniers en particulier, l'échec n'a rien d'étonnant en raison de la date éloignée de la syphilis.

Ces réserves faites, les succès n'ont pas manqué : 1° La série des syphilis tertiaires a donné, sur 15 cas, 14 guérisons *rapides* sans intervention de l'iodure de potassium; 2° Des syphilides à type banal, des syphilides acnéiques et des syphilides malignes précoces, rebelles à tous les traitements, ont cédé rapidement aux injections de cacodylate iodo-hydrargyrique; 3° Dans les cas hybrides on relève également des succès incontestables : 5 guérisons sur 6 cas; 4° Enfin, sur un point, les résultats sont constants : toutes les fois qu'il s'agissait d'un malade neurasthénique, ou seulement affaibli, déprimé, amaigri, le cacodylate a eu une action immédiate remarquable. Il est vrai que les résultats obtenus n'ont pas toujours été de longue durée; mais c'est là un fait commun à tous les sels mercuriels, et, dans la majeure partie des cas l'état général des malades a été remonté d'une façon incontestable.

L'étude des observations démontre d'ailleurs la parfaite tolérance de l'organisme pour le composé en question. On relève cependant, comme accidents véritables : 1 cas de pigmentation arsenicale, 1 cas de diarrhée passagère, 2 cas de stomatite, 1 cas d'hémopthysie. Ajoutons aussi que les sujets excitables non déprimés réagissent avec violence à l'emploi du cacodylate iodo-hydrargyrique qui détermine souvent chez eux de l'agitation et de l'insomnie.

* * *

De ce qui précède on peut, semble-t-il, tirer les conclusions suivantes :

L'arsenic paraît devoir être associé au mercure dans le traitement de la syphilis : 1° lorsque le malade est déprimé, neurasthénique, amaigri; 2° lorsqu'une dermatose est associée à la syphilis; 3° enfin, dans les cas rebelles, tenaces, les formes acnéiques, les syphilis malignes précoces contre lesquelles les autres méthodes auraient échoué.

Un excellent mode d'association des deux médicaments semble constitué par le cacodylate iodo-hydrargyrique, mélange de biiodure d'hydrargyre, d'iodure de sodium et de cacodylate de soude. Ce mélange présente, en effet, les avantages suivants : 1° il est soluble et facilement absorbé par le tissu cellulaire sous-cutané; 2° il cause moins de douleur que les autres préparations mercurielles; 3° il simplifie le traitement en faisant absorber en une fois le médicament.

J. Dumont.

ACCOUCHEMENT FORCÉ
ET ACCOUCHEMENT CHIRURGICAL

Par M. THOYER-ROZAT

Il existe un certain nombre de cas où, vers la fin de la grossesse ou au début du travail, en présence d'un danger imminent qui menace la vie de la mère ou du fœtus, l'accoucheur se trouve amené à évacuer rapidement l'utérus : c'est un placenta prævia hémorragique; ce sont des accès d'éclampsie ou d'urémie, ou de cyanose chez une cardiopathe; c'est l'état de souffrance menaçant du fœtus dont le cordon est procident et comprimé ou qui asphyxie pour toute autre raison; c'est une présentation de l'épaule avec membranes rompues, ou la lenteur excessive du travail faisant craindre l'épuisement et l'infection de la mère, ou encore l'infection amniotique succédant à une rupture prématurée des membranes.

Dans tous ces cas, on obtient les meilleurs résultats de l'accouchement rapide, extemporané. Les faits anciens d'A. Paré, Guillemeau, Louise Bourgeois, Mauriceau, etc., étaient déjà encourageants; les observations récentes de Tarnier, Bonnaire, Fournier, Demelin, Dubrisay, Lop, les travaux de Maridort, Mortagne, Felice, et d'autres, sont tout à fait concluants et rallient à la méthode des accoucheurs de plus en plus nombreux.

Si les résultats obtenus aujourd'hui sont incomparablement supérieurs à ceux qu'on avait autrefois, cela tient à deux causes : au perfectionnement du manuel opératoire d'une part; d'autre part aux conditions d'asepsie dans lesquelles on opère maintenant, et qui permettent d'éviter presque sûrement les complications infectieuses qu'on provoquait autrefois si facilement par toute intervention, surtout chez les éclamptiques, les hémorragiques, les femmes épuisées par un long travail, etc.

*
* *

En quoi a été amélioré l'ancien manuel opératoire de l'accouchement extemporané?

Cet accouchement se fait en deux temps répondant aux deux temps du travail spontané :

Dans un premier on ouvre artificiellement, on dilate le col et le segment inférieur de l'utérus.

Dans le second, par l'orifice ainsi artificiellement élargi, on extrait le fœtus.

Jadis la grande indication reposait sur l'hémorragie profuse liée au placenta prœvia. On avait peur du sang, et pour en finir au plus vite, on forçait le col avec la main disposée en cône, brusquement et sans ménagements, pour arracher placenta et fœtus.

L'effet accoutumé de cette pratique était l'éclatement du col utérin, la strangulation du fœtus extrait à travers un orifice insuffisamment ouvert, et, la suite trop commune, l'infection puerpérale. Accouchement forcé et brutalité étaient alors termes équivalents dans l'esprit des accoucheurs. Aussi l'accouchement forcé avait-il une réputation si néfaste qu'à l'heure présente encore les accoucheurs allemands, lorsqu'ils ont à mentionner ce mode d'intervention, croient devoir lui laisser la dénomination française.

On ne doit donc pas s'étonner que pendant un siècle et demi, jusqu'à ces dernières années, l'ouverture extemporannée du col utérin préalable à l'extirpation de l'œuf ait été mise à l'index.

Ce n'est pas cependant la méthode qui était mauvaise, mais seulement le procédé mis autrefois en œuvre pour l'appliquer. L'instauration de l'antisepsie, la connaissance plus approfondie de l'anatomie et de la physiologie du col utérin ont permis de substituer aux procédés anciens, aveugles et périlleux, diverses techniques raisonnées et prudentes avec lesquelles le danger n'est plus en raison directe de la célérité d'action.

Nous rappellerons seulement ici les principaux procédés d'ouverture du col aujourd'hui en usage. Ce sont :

Les incisions sur le col; incision latérale unique ou double, mais très étendue (Dührssen); incisions multiples et peu profondes (P. Dubois, Depaul, Cazeaux, de Vitanza); dangereuses les unes et les autres par les prolongements que le fœtus en passant peut leur faire pousser vers le segment inférieur et le corps même de l'utérus.

Les dilatateurs métalliques : le dilatateur de Tarnier qui agit très bien comme excitant des contractions utérines, mais à peine comme divulseur du col, et dont l'action, en tout cas, n'est qu'accélératrice et non extemporanément dilatatrice; le dilatateur de Bossi qui, lui, est un divulseur, mais qui agit trop violemment, trop brusquement, et auquel on a adressé le juste reproche de provoquer des déchirures dont on ne peut pas limiter l'étendue à volonté.

Les ballons de Barnes, Braun, Champetier de Ribes, etc., qui sont passibles de nombreux reproches : les petits ne donnant qu'une dilatation insuffisante, les gros déplaçant la présentation, favorisant les procidences, étouffant le fœtus par compression du placenta quand il est inséré bas, laissant le col revenir en partie sur lui-même sitôt qu'ils l'ont traversé, déterminant souvent au-dessus d'eux la rétraction de l'anneau de Bandl avec les difficultés souvent insurmontables qu'elle entraîne!...

Enfin, laissant de côté le matériel instrumental, on est revenu à l'ancienne intervention, la dilatation à la main, mais en lui donnant une technique méthodique de laquelle la violence est soigneusement exclue. Ainsi est né le procédé de dilatation bimanuelle appliqué par Bonnaire depuis 1890, et dont cet auteur a donné la description dans ce journal en 1897[1].

Rappelons brièvement la technique de ce procédé :

La femme anesthésiée profondément et mise en position obstétricale, on présente à l'orifice du col fermé la pulpe de l'index droit, et on imprime au doigt un mouvement de vrille; il cède bientôt, et on aborde l'orifice interne qui cède bientôt de même.

On déprime alors avec l'extrémité digitale tout le pourtour du col, en faisant un véritable massage excentrique. L'index droit est bientôt à l'aise et on peut introduire à côté de lui l'index gauche; on place les deux index dos à dos. Pendant tout ce premier temps un aide maintient solidement le fond de l'utérus pour faciliter aux doigts l'accès permanent de l'orifice interne du col. Les deux index vont dès lors jouer le rôle d'une pince dont le pivot serait au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes adossées l'une à l'autre et dont on écartera les mors par la contraction des fléchisseurs des doigts.

Le col comprimé en des points diamétralement opposés prend la forme d'une boutonnière à laquelle on donne du reste différentes directions en déplaçant les doigts sur tout le pourtour du col; tous les points du col se trouvent ainsi être successivement déprimés et massés. Petit à petit, l'orifice s'élargit; le médius droit est introduit à côté de l'index droit, puis le médius gauche à côté de l'index gauche, puis successivement tous les doigts moins les pouces. Les deux mains adossées par leurs faces dorsales agissent excentriquement sur le col suivant les divers diamètres du bassin et amènent alors progressivement, mais rapidement, la complète dilatation.

La manœuvre s'effectue donc sans brusquerie, avec un effort soutenu sans doute, mais modéré et toujours conscient. La dilatation ainsi obtenue est complète dans un laps de temps variable, mais que nous n'avons jamais vu pour notre part excéder vingt minutes; et on peut alors sans crainte procéder à l'extraction du fœtus que l'on amènera rapidement et sans difficulté, soit par la version, soit par le forceps ou l'expression utérine.

*
* *

L'accoucheur est donc désormais en mesure, lorsqu'un danger menace la mère ou le fœtus, d'évacuer rapidement l'utérus et cela en ne faisant courir à l'une et à l'autre qu'un minimum de risques.

Néanmoins, pour réduits qu'ils sont, ces risques : lésions du col (pour la mère), incarcération de la tête dernière (pour le fœtus) ne doivent pas moins être toujours présents à l'esprit de l'accoucheur.

Aussi est-ce une loi de conscience et de sagesse de ne les affronter que lorsque, de par les conditions cliniques, les deux ou l'une des deux existences qu'il s'agit de sauvegarder sont indubitablement et grièvement menacées.

Nous ne saurions donc nous associer à la pratique audacieuse qu'en ces temps derniers ont préconisée MM. Rocheblave et Damas (de Valence) sous le nom d'accouchement chirurgical. Non contents de corriger la nature par l'intervention de l'art lorsqu'elle fait dévier l'accouchement de ses allures physiologiques, de l'aider lorsque ses efforts sont insuffisants, ils la supplantent hardiment et complètement, et cela en dehors de toute difficulté imminente ou seulement probable, par simples raisons de convenance et de commodité pour la parturiente et l'accoucheur. Ces auteurs « considèrent l'action obstétricale « non plus comme devant se borner à sur- « veiller et guider au besoin un phénomène « physiologique, mais comme une interven- « tion systématique et continue à indications « précises, à manuel opératoire bien défini, « qu'on peut provoquer et diriger à sa guise. « Puisque, ajoutent-ils, dans les cas patho- « logiques où se trouvent réunies les condi- « tions les plus défavorables, l'accouchement

1. Bonnaire. — « Placenta prævia hémorragique et accouchement méthodiquement rapide ». *La Presse Médicale*, 1897, 14 Août, n° 67, p. 85.

« chirurgical donne des résultats sûrs et rapides, pourquoi ne conviendrait-il pas d'en « étendre le bénéfice? N'y aurait-il pas lieu « d'intervenir uniquement pour diminuer, « chez les primipares, la trop grande durée « de l'accouchement?... Nous nous demandons « s'il ne serait pas possible d'accoucher ainsi, « à jour et à heure fixés, une femme soustraite par l'éloignement par exemple à toute « surveillance médicale, afin de lui permettre « de recevoir les soins que pourraient nécessiter des complications éventuelles... La « patience, dit-on, est le premier devoir de « l'accoucheur, c'est peut-être un axiome : « il faudrait nous le démontrer. Nous pensons avoir mieux à faire à notre époque « qu'à nous agenouiller devant un phénomène, fût-il d'ordre physiologique. Nous « aussi nous sommes patients, mais notre « patience ne consiste pas à nous croiser les « bras et à attendre ».

Dans l'accouchement chirurgical tel que le comprennent les auteurs que nous venons de citer, tout est à critiquer.

La dénomination d'abord. Toute manœuvre obstétricale, ne serait-ce que la simple défense du périnée dans le travail le plus eutocique, n'est-elle pas un acte chirurgical? Qu'indique donc de particulier cette épithète, puisque tout accouchement assisté est chirurgical par un de ses temps?

D'autre part, la technique est loin d'être à l'abri des reproches. L'accouchement « chirurgical » en effet comprend bien un premier temps qui repose sur la dilatation bimanuelle, mais il n'arrive pas dans ce premier temps à la dilatation artificielle complète : celle-ci en effet n'est poussée que juste assez pour livrer passage aux deux branches du forceps. Dans un second temps on effectue l'ouverture complémentaire et totale du col à l'aide de la tête fœtale entraînée par le forceps. On tire d'une main, et de l'index de la main restée libre on vérifie à chaque instant les progrès de la dilatation effectuée par le forceps. Agir ainsi, c'est méconnaître ce fait que le forceps, agent merveilleux de traction, est un agent déplorable de dilatation : il ne dilate pas, il déchire l'orifice trop étroit qu'on voudrait lui faire traverser; il dilacère ou arrache ses bords. Paul Dubois avait appris à ses dépens et enseignait à juste titre que l'application de forceps faite à travers un col insuffisamment dilaté est une opération détestable qui doit être irrévocablement abandonnée : des faits nombreux prouvent qu'elle a causé des désastres.

M. le professeur Budin, MM. Dubrisay et Schwab, à la Société d'obstétrique de Paris, l'ont rappelé à MM. Rocheblave et Damas, et leur ont exprimé leurs craintes de les voir produire des arrachements du col, des déchirures utérines avec leurs si graves conséquences s'ils persistent à vouloir faire du forceps un agent de dilatation.

Enfin, si la technique est mauvaise, l'indication est pire.

En employant un procédé rationnel d'accouchement rapide, en effectuant par la manœuvre bimanuelle la dilatation complète du col et en procédant alors seulement à l'extraction du fœtus par la version, le forceps ou l'expression suivant les cas, a-t-on le droit de provoquer ainsi et de brusquer tout accouchement en dehors d'indications précises d'urgence et pour de simples raisons de convenance personnelle? Assurément non.

Et si je pense la chose illicite, ce n'est nullement par question de sentimentalisme, ou par respect d'habitudes séculaires, ou par déférence pour l'opinion de maîtres qui en ont jugé ainsi, mais parce qu'il me paraît tout à fait coupable d'exposer de propos délibéré les femmes qui se confient à nous à des risques quelconques, si minimes soient-ils, pour des raisons qui n'ont rien à voir avec l'intérêt de leur santé ou de celle de leur enfant, si ce n'est de les compromettre, et qui par conséquent sont d'ordre absolument extra-médical.

Jadis, Capuron qualifiait l'accouchement prématuré provoqué, pratiqué pour sauver la mère ou l'enfant, « d'attentat commis envers les lois divines et humaines »; Gardien, MMmes Lachapelle et Boivin le proscrivaient avec la même énergie; Orfila et de Kergaradec parlant au nom de l'Académie interrogée par Costa sur cette question, la repoussaient comme « inconvenante » (1817). Toutes les préventions contre l'accouchement prématuré pratiqué dans ces conditions ont été heureusement dissipées par Stolz, Dubois, Tarnier, Budin, etc., mais toutes ces sévérités nous paraissent s'appliquer à l'accouchement « chirurgical » pratiqué comme on l'a conseillé, sans indications ni mesure.

* * *

Si la conduite proposée et suivie par MM. Rocheblave et Damas a été accueillie très défavorablement par la Société d'obstétrique de Paris devant laquelle elle était exposée, elle n'a donné lieu, en somme, qu'à des protestations toutes platoniques. A l'étranger on a été plus loin.

Un auteur espagnol, M. Miguel Orellano, a repris pour son compte la proposition de MM. Rocheblave et Damas, et publié l'année dernière dans les nos 1, 3 et 5 de la *Revue de Valence* (Espagne), un mémoire sur la provocation de l'accouchement, dont voici les conclusions[1] :

« L'accouchement peut être provoqué avec « sécurité et sans dangers pour la mère et « l'enfant en combinant les stimulants du « système nerveux et l'ergot de seigle. »

« ... Ce procédé permet de fixer sûrement « le jour, et approximativement l'heure du « début de l'accouchement. Si on y ajoute « la chloroformisation avec intervention, on « peut préciser à peu près l'heure à laquelle « tout sera terminé, etc... »

Le ministère de l'Intérieur ayant eu connaissance de ce mémoire, consulta le Collège des médecins de Valence, la Société de gynécologie de cette ville, et, par l'intermédiaire de la Direction générale de santé, fit publier le véritable réquisitoire suivant :

..... Attendu que dans un mémoire intitulé : « Contribution à l'étude de l'application de l'anesthésie chloroformique à l'accouchement normal, et note sur un nouveau procédé pour provoquer l'accouchement », M. Miguel Orellano expose, défend et cherche à propager l'emploi d'interventions extraordinaires dans le cas de grossesse et d'accouchement normaux, à savoir : la provocation de l'accouchement avant son terme naturel chez des femmes parfaitement conformées, dont la grossesse est tout à fait normale et l'état général excellent; l'emploi habituel du chloroforme donné jusqu'à la période de résolution chirurgicale; l'emploi de moyens violents pour précipiter les différents temps de l'accouchement lorsque la malade est ainsi profondément endormie parce qu'il ne faut la laisser que le moins de temps possible dans cet état de sommeil profond : dilatation rapide du col soit avec le dilatateur Tarnier, soit avec les doigts dès qu'ont commencé les contractions, puis aussitôt que possible application de forceps sur la tête au détroit supérieur, et extraction rapide;

..... Attendu qu'il résulte de la lecture des observations de M. Miguel Orellano que l'accouchement a été pratiqué par lui chez ses clientes après avoir convenu à l'avance avec elles de la date fixée pour des raisons de pures convenances personnelles;

..... Attendu que ce nouveau procédé, s'il est sans danger, pourra par malheur être fréquemment employé dans un but criminel pour provoquer des avortements et tuer le produit de conception;

..... Attendu que les femmes ne pouvant fixer exactement la date du début de leurs grossesses, il est difficile au médecin de provoquer l'accouchement sans s'exposer à enlever à l'enfant une partie de son séjour dans le sein maternel, ce qui le met dans de mauvaises conditions de résistance et de vie;

..... Attendu que ce procédé suppose l'innocuité absolue du chloroforme, de la provocation violente de l'accouchement, de la dilatation forcée du col, de l'application du forceps, etc;

..... Qu'il ne tient aucun compte de la nature qui prépare pourtant pour mener à bien l'accouchement des moyens ordinairement plus puissants et plus efficaces que toutes les ressources de l'art;

..... Considérant que le Collège médical de Valence et la Société gynécologique espagnole d'accord avec les principes généralement admis en obstétrique, déclarent qu'on ne peut considérer comme admissible :

1° D'abréger une grossesse normale sans indications dystociques ou médicales générales qui le justifient;

2° De forcer la dilatation du col quand tout indique qu'elle pourra se produire physiologiquement;

3° D'appliquer le forceps quand l'enfant se présente par le sommet dans un bassin normal;

4° D'affronter les risques de la chloroformisation profonde, de l'infection, et de divers traumatismes quand tout se présente normalement;

..... Considérant que l'État, en confiant la vie et l'honneur des citoyens aux médecins, a le droit de compter qu'ils accompliront leur mission avec la plus grande prudence et qu'ils ne feront courir aucun risque par leur témérité à ceux qui se confieront à eux;

..... La Direction générale de Santé tient à bien établir les points suivants :

I. — Elle reconnaît les grands efforts pour le progrès qu'a faits M. Miguel Orellano, la parfaite bonne foi avec laquelle il a agi, et son désir de faire avancer la science obstétricale. Elle s'abstient de juger l'exactitude et le mérite de ses procédés et de ses doctrines scientifiques.

1. Nous devons à l'obligeance de M. Bar la communication de ce document qu'il a bien voulu mettre à la disposition de *La Presse Médicale*.

II. — Elle considère comme absolument blâmables toute médication et toute pratique (quelles qu'elles soient, et quel qu'en soit l'auteur) qui, sans indications médicales suffisantes, et sans consultation préalable avec des maîtres en la spécialité (là où cela est possible), seraient appliquées dans le but d'interrompre la grossesse dans les conditions normales, même une heure avant son terme naturel. Toute femme enceinte en état physiologique doit être absolument respectée.

III. — Elle considère comme blâmable aussi celui qui pratique des opérations violentes chez la femme quand la marche de l'accouchement est normale.

IV. — *Elle décide que si on provoque l'accouchement (la grossesse étant normale), ou si on pratique des manœuvres non nécessaires au cours d'un travail physiologique, on doit en répondre devant les tribunaux, qui auront à établir les responsabilités, surtout si ces interventions inutiles ont entraîné des accidents pour la mère ou l'enfant.*

*
* *

Au temps présent, où l'initiative privée en France se ligue pour lutter contre la dépopulation, et pour défendre la vie humaine, il n'était pas sans intérêt de montrer qu'à l'Étranger les pouvoirs publics n'hésitent pas à intervenir officiellement dans le même but, spécialement dans le cas dont nous traitons.

Est-ce à dire que l'interruption opératoire de la grossesse, non basée sur des indications médicales, soit licite en France? L'article 317 du Code pénal nous répond à ce sujet. « Quiconque par aliments, breuvages, médicaments, violences ou par tout autre moyen aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion. La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi. Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps dans le cas où l'avortement aurait eu lieu ».

Malheureusement et heureusement, cet article du Code pénal est chaque jour violé impunément.

Malheureusement, parce que les mains criminelles qui interrompent trop souvent le cours de la grossesse pendant ses premiers mois semblent trouver dans la facilité avec laquelle elles échappent aux poursuites des Tribunaux un encouragement à continuer leur œuvre de mort.

Heureusement, parce que l'accouchement prématuré artificiel, voire même dans certains cas nettement indiqués l'avortement provoqué, permettent de sauver bien des vies humaines.

Qu'on n'oublie pas néanmoins que si la loi sommeille et que si les tribunaux ne songent pas à intervenir chaque fois que sur l'indication pressante et indiscutable d'évacuer l'utérus, l'accoucheur interrompt la grossesse, cette loi ne connaissait pas quand elle est née, et pour cause, l'accouchement artificiel avant terme. Elle n'établit donc pas de départ entre les manœuvres criminelles et l'intervention raisonnée de l'art. En l'espèce heureusement les tribunaux distinguent entre la lettre et l'esprit. Il n'en demeure pas moins que si, la pratique de l'accouchement « chirurgical » prenant de l'extension, quelque accident grave engageait de ce fait la responsabilité du médecin devant les tribunaux, malgré toute sa probité professionnelle et ses convictions scientifiques, celui-ci pourrait éprouver de sérieux désagréments de son intervention.

Aussi conclurons-nous en disant que l'accouchement « chirurgical » de MM. Rocheblave et Damas doit être considéré comme comportant un pronostic réservé pour la femme, pour l'enfant, et pour... l'accoucheur.

MÉDECINE PRATIQUE

DU MASSAGE ET DE LA MOBILISATION DANS LES PHLÉBITES

La phlébite est considérée à juste titre comme une affection grave, non pas tant à cause de l'embolie, complication heureusement rare, mais à cause de l'impotence prolongée qui en résulte, impotence dont la durée varie de quelques semaines à quelques mois, et même deux ou trois années. Et cette infirmité est d'autant plus pénible qu'en dehors des états cachectiques la phlébite frappe des sujets jeunes, ayant besoin et voulant jouir de leur activité.

A regarder de près, l'impotence fonctionnelle n'est plus le résultat direct d'une phlébite qui n'est plus en évolution; elle tient à des troubles de circulation, à des lésions articulaires et surtout péri-articulaires, à des dégénérescences musculaires. Ces lésions secondaires sont-elles dues à l'immobilisation prolongée, seulement? Ou bien, des lésions nerveuses préexistant, l'immobilisation prolongée permet-elle à ces lésions de se développer au maximum? Il est permis de le croire, puisque Vaquez[1], Dagron ayant mobilisé en temps utile les membres atteints de phlébite, ont empêché ces complications fâcheuses de se produire.

Pourtant, bien que Vaquez ait ainsi terminé sa communication à la Société médicale des hôpitaux : « Je n'ai pas perdu un malade d'embolie, je n'en ai pas conservé un seul infirme pour de longs mois ou pour toujours », malgré celà, disje, la mobilisation dans les phlébites n'est pas encore entrée dans la pratique médicale. On a peur de l'embolie, on en a peur pendant des semaines et des mois, et sans rechercher si cette crainte est justifiée, et dans quelle mesure, on tient le malade immobilisé.

Nous voudrions démontrer à nos lecteurs que leur conduite actuelle est mauvaise. Elle est analogue à celle d'un chirurgien pusillanime qui, pour favoriser la consolidation d'une fracture du péroné et dans la crainte injustifiée d'une rupture du cal, maintiendrait la jambe dans un appareil plâtré pendant trois mois; d'où, pour le malade, toute une série de lésions musculaires et péri-articulaires faisant croire parfois à une ankylose.

L'embolie est une complication redoutable; elle est rare, heureusement, mais le médecin doit y penser toujours et prendre ses précautions en conséquence, c'est-à-dire immobiliser complètement la malade pendant un temps donné. Une fois ce temps passé, si nos craintes ne sont plus justifiées, nous sommes coupables de faire de nos malades de véritables infirmes.

Le massage et la mobilisation étant le seul traitement à opposer aux complications, causes de l'impotence, on doit les pratiquer si celà est permis et dès que celà est permis, et puisque seule la perspective d'une embolie possible s'y oppose, les questions : peut-on mobiliser une phlébite? quand peut-on commencer? se ramènent à celle-ci : au bout de combien de temps l'embolie n'est-elle plus à craindre?

*
* *

La réponse nous est donnée par l'histoire anatomique du caillot phlébitique.

Les germes infectieux se sont déposés en un point de la paroi-veineuse; immédiatement, l'endothélium se desquame et les cellules fixes de la couche sous-jacente habituellement aplaties, se gonflent et se multiplient : il se forme un bourgeon endophlébitique qui provoque à sa surface la précipitation de la fibrine, la coagulation du sang circulant. A ce moment, décrit par Vaquez sous la dénomination de phase préoblitérante, la circulation n'est pas arrêtée dans le vaisseau, elle est seulement ralentie; et comme, d'autre part, le caillot est très friable, peu organisé, la désagrégation produit les petites embolies. Ces embolies fragmentaires sont les causes probables des malaises, douleurs thoraciques, points de coté passagers qu'on peut observer à la suite de couches difficiles et sans autres suites; ce sont les causes certaines des petits infarctus dont la production précède de peu l'apparition des phénomènes classiques de la phlegmatia.

L'oblitération est effectuée. Qu'elle occupe un petit segment ou un segment très important de la vessie, peu importe : on constate que le caillot est formé de la juxtaposition de deux sortes de coagula : le coagulum primitif et le coagulum secondaire. Le premier, montrant sur une coupe des alternances de zones rouges et blanches, est de suite *très adhérent* à la paroi veineuse, ce qu'expliquent les modifications de cette paroi, la formation de bourgeons conjonctivo-vasculaires en connexion intime avec le caillot. Il ne nous inquiète pas; nous ne nous en occupons plus.

Le caillot secondaire, dit encore caillot prolongé, nous intéresse au contraire au maximum. Rouge, homogène, il constitue la masse principale de la coagulation totale; il se termine par une extrémité libre, flottant dans la lumière du vaisseau, et, tout à fait au début, il n'adhère pas à la paroi. C'est lui qui fournit la matière des embolies massives.

S'il en était toujours ainsi, il ne nous serait même pas permis de penser à mobiliser nos malades; heureusement, la présence de ce caillot, corps étranger, au contact de l'endothélium, détermine une réaction dont les phénomènes constituent un processus d'organisation étudié et décrit par Cornil et Marie. Un premier temps est caractérisé par la formation de néo-vaisseaux. Les cellules de l'endothélium, normalement plates et minces, se gonflent; le corps cellulaire et le noyau s'écartent du point de fixation en ne gardant que deux ou trois points de contact, puis un seul; puis les cellules se redressent et on peut avoir alors sous le microscope l'image d'un revêtement cylindrique. Ces cellules se glissent le long des fibres de fibrine et les fixent à la paroi; de celles-ci en partent d'autres, allongées, parallèles qui délimitent des capillaires, d'abord vides, puis communiquant avec les vaso-vasorum.

Au sixième jour de la phlébite, d'après les auteurs que nous avons cités, le caillot prolongé est complètement fixé et parcouru par des néo-capillaires reliés au néo-vaisseaux des tuniques moyenne et externe.

Plus tard, dans un deuxième temps, il se forme une véritable cicatrice. Le calibre des néo-vaisseaux disparaît; leur paroi s'hypertrophie; tout autour, se fait une réaction conjonctive intense. Les mêmes phénomènes se produisent et dans le caillot et dans la paroi. Tous deux forment un cordon fibreux. Mais ceci se produit tardivement; c'est le dernier terme de l'évolution. Il nous suffit de savoir que, *étant donné un point d'endophlébite,*

1. Nous tenons à remercier M. Vaquez, dont nous avons mis à contribution les intéressantes études sur les lésions vasculaires, et qui a bien voulu nous faire part de ses observations personnelles.

très rapidement, le caillot prolongé le seul dangereux, est solidement fixé à la paroi.

* * *

Adhérence précoce du caillot à la paroi, production d'embolies tardives, voilà deux notions qui sembleraient contradictoires si nous ne savions que, très souvent, ce que nous appelons une phlébite est l'ensemble des manifestations dues à des poussées infectieuses successives en des points différents du réseau veineux. Quelquefois, et cela se produit quand le premier caillot s'est formé à la racine du membre, dans la veine fémorale, la localisation initiale reste unique. Le plus souvent, la formation d'un premier thrombus est suivie de la formation de un, deux, trois autres, et alors, si une embolie se produit vingt ou trente jours après le début de l'affection, nous devons en rendre responsable, non le premier caillot, mais un troisième ou quatrième encore à la période de formation ou à la période de non adhérence.

Cela est tellement vrai que, malgré le rapport établi entre la précocité des embolies et leur bénignité, leur apparition tardive et leur gravité, on voit des embolies fragmentaires tardives et des embolies précoces massives.

Etant donnée la rapidité de formation des néo-vaisseaux, on pourrait presque dire qu'une phlébite n'est déjà plus dangereuse quand le diagnostic s'impose; si nous attendons un temps donné avant de commencer la mobilisation, c'est moins pour augmenter la solidité d'adhérence du caillot à la paroi que pour avoir la certitude qu'une nouvelle poussée phlébitique n'est pas en évolution. Cette certitude acquise, nous mobiliserons en toute tranquillité.

* * *

Beaucoup de médecins admettent qu'après un certain temps il n'est plus nécessaire d'avoir recours à une immobilisation rigoureuse ; mais ils nous font d'autres objections. « Vous ne vous contentez pas de ne plus immobiliser, nous disent-ils ; vous mobilisez effectivement, vous faites du massage. Ces manœuvres ne peuvent-elles être causes d'une embolie, soit en détachant violemment un caillot qui ne demandait qu'à rester adhérent, soit en favorisant la production de nouvelles localisations ? »

Nous répondrons d'abord que le massage, tel que nous le pratiquons, est incapable de détacher violemment un caillot adhérent. Il ne faut pas se représenter le massage comme un ensemble de manœuvres brutales. A considérer tous les cas justiciables de cette méthode, il est rare d'être obligé de recourir à des manipulations violentes; mais, dans la phlébite, il ne peut même en être question; le massage, comme on le verra plus loin, doit être très doux.

En second lieu, massage dans la phlébite ne veut pas dire massage de la phlébite. La lésion veineuse évolue naturellement vers la guérison, nous voulons combattre les lésions secondaires. Non seulement nous ne manipulons pas la veine ou les veines, mais encore nous avons bien soin d'éviter de les toucher.

Enfin, quand nous exposerons le mode de traitement, on verra que, pendant toute une première période, les mouvements que l'expérience nous a montrés être efficaces sont incapables de déterminer la rupture du caillot.

Nous ne croyons pas davantage favoriser la production de nouvelles poussées infectieuses, et voici pourquoi : Dans un travail fort intéressant, Vaquez, énonce la loi suivante: « Toute altération de la membrane interne des vaisseaux n'est pas *ipso facto* suivie de la formation d'un thrombus fibrineux, bien que ce soit le fait le plus fréquent; la coagulation née dans ces conditions suit la fortune de la lésion vasculaire, et il n'y a de coagulation persistante que quand il y a altération persistante de la paroi ». Or, il n'y a altération persistante que si, en ce point de la paroi veineuse, la pullulation microbienne se fait sans encombre, et, d'autre part, c'est une loi biologique bien établie que l'activité phagocytaire est en raison directe du bon état de la circulation. Avec le massage et la mobilisation, nous favorisons la bonne circulation du membre. Par conséquent, loin d'aider à la production de nouvelles phlébites, nous ne sommes pas éloignés de penser qu'au contraire nous diminuons les chances de nouvelle production.

Que si ces arguments théoriques n'entraînent pas la conviction, si nos affirmations semblent téméraires, nous répondrons par les faits.

Vaquez, Dagron, et nous-même, soit à Beaujon, dans le service de M. Tuffier, soit au dehors, n'avons JAMAIS eu d'accident, en opérant sous certaines conditions.

* * *

Il nous faut maintenant déterminer ces conditions, et d'abord le moment où nous pouvons commencer la mobilisation.

Si nous voulons formmler une règle générale, nous ne devons pas prendre comme point de repère la date du début de la phlébite. En effet, supposons que nous fixions le début de la mobilisation au trentième jour après la formation du thrombus. Si ce thrombus reste unique, il est adhérent au sixième jour ; nous attendrons trop longtemps. Si, au contraire, après celui-ci, il s'en forme un, deux, cinq autres, en mobilisant au trentième jour, il est possible que le dernier caillot ne soit pas encore adhérent d'une façon suffisante.

Nous formulerons donc autrement, et pour être tout à fait tranquilles, doublons le temps indiqué par Cornil et Marie.

Etant donnée une poussée phlébitique (que ce soit la première constatée ou la dixième d'une série, peu importe), si, *après douze jours*, nous avons la certitude qu'une nouvelle localisation ne s'est pas produite, nous pouvons mobiliser en toute sécurité.

La clinique nous fournit les moyens d'avoir cette certitude. En dehors des variations de la douleur et de l'œdème, sujettes à caution et difficiles à apprécier, il est un témoin infaillible : c'est la température. Une infection veineuse ne se produit jamais sans s'accompagner d'une ascension thermique. Nous n'employons pas l'expression : poussée fébrile, et à dessein. Habituellement, pendant la phase préoblitérante, la température s'élève un, deux, ou trois soirs à 39°, 38°5, 38° ; mais, il est des cas — et il est pour nous de la plus haute importance d'avoir cette notion — où une poussée phlébitique ne se traduit que par 37°8, 37°6. Nous devons donc être très méfiants et exiger que la température de nos malades soit prise rigoureusement, rectale ou vaginale, et puisque le thermomètre nous indiquera de façon précise s'il se passe quoique ce soit d'anormal, nous pouvons reprendre en d'autres termes la règle formulée plus haut et dire : *On peut, c'est-à-dire on doit mobiliser une phlébite, quand, pendant douze jours, l'hypothermie a été absolue.*

Enfin, et bien que les poussées successives se produisent à intervalles assez rapprochés, pour nous mettre complètement à l'abri d'un accident dû à une poussée tardive, nous conseillons, pendant le traitement, de continuer à prendre soigneusement la température des malades, prêts à cesser si la courbe subit une modification inquiétante.

* * *

Nous avons eu surtout en vue, dans tout ce qui précède, la phlegmatia des accouchées. C'est, en effet, le cas le plus fréquent. Les conclusions restent entières, quel que soit le type de phlébite que noue ayons à soigner : phlébites de la grippe, de la convalescence de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, de la tuberculose, et phlébites des chlorotiques, que Hirtz nous a démontrées n'être le plus souvent que des infections bacillaires chez des tuberculeux au début.

* * *

Il ne nous reste plus qu'à donner les indications nécessaires au traitement.

Pendant la période de fièvre et les douze jours qui suivront la chute de la température, l'immobilisation absolue est de rigueur. Le membre atteint sera mis dans une gouttière et, si les deux jambes sont prises, il faut avoir recours à la gouttière de Bonnet.

Après ce temps, on commence la mobilisation. Le massage au début a moins d'importance, à notre avis, que la mobilisation, laquelle s'adressera aux articulations des orteils, du pied et à la tibio-tarsienne. Pendant quatre jours, on ne fera que des mouvements passifs. On demande au malade de ne chercher ni à s'aider, ni à résister, et lentement, sans à-coup, on produit dans les articulations ci-dessus désignées des mouvements restant en deçà des limites physiologiques. Après quatre jours, le malade peut lui-même faire ces mouvements et exercer ses muscles de la jambe. Le massage consiste alors, et exclusivement, en effleurage très léger du pied, de la jambe et de la région externe de la cuisse.

Pendant la première semaine, on se contente de cela. Dès le début de la deuxième, on ajoute des mouvements du genou et le massage des masses musculaires. Ce massage doit être très doux. Il est inutile de faire du pétrissage énergique ; qu'on se contente d'un effleurage soutenu en ayant bien soin de respecter les veines. On évitera donc de manipuler la région de la saphène externe, l'interstice des jumeaux, le creux poplité, le canal de Hunter et le triangle de Scarpa.

Enfin, après quinze jours, on fera des mouvements de la hanche. Le malade pourra s'asseoir dans son lit, on le mettra debout, et vers le vingtième jour il pourra faire quelques pas. Nous recommandons aux malades de s'appuyer au bras d'un aide plutôt que d'avoir recours à des béquilles ou à des cannes, qui favorisent des attitudes vicieuses. Il ne faut pas non plus s'effrayer de l'œdème qui se produit aux premiers jours de marche; cet œdème, toujours considérable, disparaîtra progressivement. Il est inutile et nuisible de comprimer la jambe dans un bas élastique ou avec des bandes : il vaut mieux laisser aux muscles toute leur liberté d'action; avec un jeu musculaire normal, la circulation se rétablira plus vite et, en voulant l'accélérer par des moyens artificiels, on retarderait le retour complet à la fonction.

* * *

Une grande partie de cet article a été consacrée à l'étude anatomique de la phlébite. C'est que notre but a été, moins de donner la technique du traitement que d'en préciser les indications et d'en démontrer l'innocuité. Nous voudrions avoir convaincu nos lecteurs que le massage dans la phlébite est non pas un traitement tardif et facultatif, mais le traitement de choix, parce que nécessaire, et, aux conditions exposées, inoffensif.

M. Marchais.

Ancien interne des hôpitaux.

1. Vaquez. — « Des coagulations sanguines intra-vasculaires ». 1896.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

27 Juin 1902.

Cancer du corps de l'utérus. — *M. Bouglé* présente un utérus diagnostiqué cancéreux deux ans auparavant et traité par l'intervention chirurgicale; mais en raison des adhérences, la laparotomie dut n'être qu'exploratrice. Aujourd'hui les adhérences

ayant disparu, l'utérus étant devenu mobile, l'ablation en a été possible.

M. Cornil a fait des coupes de l'organe. Le cancer a envahi tout le corps utérin, mais a respecté le col. Il s'agit d'un épithéliome à cellules cylindriques; ces cellules tapissent l'intérieur de cavités irrégulières. Dans la couche musculaire, le stroma du cancer est formé par le muscle utérin lui-même.

Les épithéliomes du corps, rares, sont moins malins que ceux du col : les lymphatiques sont pris plus tardivement et il ne se produit pas d'infection microbienne secondaire.

Suites d'ablation de goitre. — *M. Morestin* montre le corps thyroïde d'une femme opérée deux ans auparavant d'un goitre. Les organes ont repris leur aspect normal. On trouve seulement du tissu fibreux au point où s'était développé le kyste. Le corps thyroïde présente un lobe supérieur aberrant.

Ostéome musculaire. — *M. Morestin* communique un ostéome du moyen adducteur, sans rapport avec le fémur.

Epithéliome du frein de la verge. — *M. Morestin* apporte une tumeur ulcérée du frein de la verge, reposant sur une base dure. Il s'agit d'un épithéliome à globes épidermiques.

Sarcome du cervelet. — *M. Morestin* montre un noyau sarcomateux développé dans le cervelet secondairement à un sarcome primitif du sein.

Cancer de l'intestin chez un malade antérieurement pylorectomisé pour cancer gastrique. — *M. Chartier* communique des pièces de pylorectomie pratiquée trois ans avant pour cancer de l'estomac. La cicatrice de l'estomac est parfaite. La mort a été amenée par une récidive portant sur le gros intestin et l'intestin grêle, avec maximum au niveau de la valvule iléo-cæcale.

M. Letulle dit qu'il peut s'agir d'une greffe secondaire ou de cancer multiple du tube digestif. La dernière éventualité est très rare ; la première peut faire supposer un envahissement par la voie péritonéale.

M. Brault fait remarquer qu'ici il sera facile d'établir si les tumeurs sont d'origine multiple. Il en est de même pour la voie péritonéale ou muqueuse du processus.

La difficulté n'existe qu'au cas où la tumeur est ulcérée.

Rupture du cœur. — *M. Peyre* apporte deux cas de rupture de la paroi du ventricule gauche. Il montre également une pièce d'athérome aortique.

Tuberculose rénale. — *M. Pater* présente un cas de tuberculose rénale qui s'était traduit au début par de la polyurie et de l'albuminurie. La polyurie avait disparu dans la dernière période de la maladie.

Etat du sang dans l'hémarthrose. — *MM. Tuffier et Milian* apportent une éprouvette de sang non coagulé et non coagulable provenant d'une hémarthrose datant de vingt-quatre heures.

Technique de la cytoscopie des urines en pathologie rénale. — *M. Milian* dépose un petit mémoire sur cette question.

La spermatorrhée physiologique. — *MM. Milian et Mamlock* en étudiant les éléments cellulaires de l'urine, ont trouvé fréquemment des spermatozoïdes. Cherchant les conditions qui président à l'apparition de ces éléments, ils ont constaté qu'ils existaient surtout chez les jeunes sujets depuis longtemps continents. Chez un jeune homme de vingt-cinq ans, dépourvu de toute tare pathologique, les spermatozoïdes reparaissaient dans l'urine cinq ou six jours après le coït.

Le testicule fabrique donc sans cesse des spermatozoïdes dont l'excès s'échappe par les voies naturelles, et l'on s'explique dès lors que la continence n'entraîne pas l'atrophie du testicule. Les spermatozoïdes ainsi expulsés sont vivants. Ils doivent remonter jusque dans la vessie car ils sont aussi abondants dans l'urine du dernier jet que dans celle du premier.

Tumeur de la paroi abdominale postérieure. — *MM. Péraire et Lefas* montrent une tumeur de la paroi abdominale postérieure du volume d'un poing d'enfant développée dans la masse musculaire sacro-lombaire.

Les coupes montrent qu'il s'agit d'un fibrome jeune à noyaux nombreux un peu allongés ; les faisceaux fibrillaires sont entrecroisés dans des angles variables il existe très peu de vaisseaux et quelques capillaires embryonnaires.

Calculs rénaux chez le cheval. — *M. Petit* (d'Alfort) présente deux volumineux calculs provenant d'un rein de cheval et pesant respectivement 45 grammes et 25 grammes. Le plus gros, très irrégulier, est parsemé à sa surface de petites paillettes brillantes.

Adénopathie tuberculeuse mésentérique chez le chien. — *M. Petit* apporte une pièce d'adénopathie mésentérique tuberculeuse du chien, avec lymphangiectasie considérable des chylifères, sans lésion de la muqueuse intestinale. Englobé par l'énorme masse des ganglions conglomérés, l'intestin est fortement rétréci : il est dilaté en amont de l'étranglement.

Tubercule latent du cervelet. — *M. François-Dainville* présente un tubercule du cervelet demeuré latent pendant la vie et ayant été le point de départ d'une granulie. De la grosseur d'une noix aplatie, la tumeur occupait la face inférieure du lobe droit du cervelet et adhérait aux méninges. Sur la coupe, elle paraît rayonner autour d'un centre artériel. Au microscope, on trouve de l'infiltration embryonnaire, avec une zone caséeuse.

Splénomégalie leucémique chez le porc. — *MM. Ramond et Segall* apportent la rate d'un porc leucémique. Cette rate, extrêmement hypertrophiée, mesure 80 centimètres de longueur. Les coupes dénotent de la sclérose avec nodules médullaires formés de lymphocytes, d'éosinophiles et de cellules à noyaux bourgeonnants. Les éosinophiles forment des groupes de 13 à 14. On en trouve aussi à l'état isolé.

Les canalicules dans la rétention biliaire. — *M. Cornil* montre des coupes du foie dans un cas de rétention de la bile. On voit de petits calculs biliaires d'un vert très intense dans les canalicules intratrabéculaires. Quel que soit le mode de préparation, la même couleur verdâtre persiste, malgré la diversité des réactifs, ce qui permet de dire qu'il ne s'agit pas de bile, mais de calculs. Sur une coupe permettant de voir la travée en long, on voit les canalicules biliaires formant une sorte de canal central de la travée, rectiligne, avec des expansions entre les cellules, le tout comme injecté de matière calculeuse.

Ces canaux biliaires capillaires n'ont pas de relation avec le système sanguin, avec les capillaires qui longent les faces de la travée.

Sur une coupe prenant la travée perpendiculairement on voit une partie centrale d'où partent des rayons dont chacun répond à l'intervalle de deux cellules hépatiques.

Ces petits calculs microscopiques peuvent occuper tout un lobule du foie. Ils sont plus ou moins volumineux et peuvent atteindre 8 et 10 μ de largeur. Il en est par contre d'extrêmement grêles.

On trouve quelquefois aussi de ces petits calculs dans le centre des canaux extralobulaires.

Lymphangiectasie filarienne. — *M. Bouglé* présente un cas de lymphangiectasie inguinale chez un Mauricien. La tumeur fut d'abord prise par une hernie inguinale ; elle avait été précédée de fièvre à type intermittent ; elle s'accompagna de crises douloureuses simulant la colique néphrétique. L'examen du sang a montré la présence de filaires. La consistance de la tumeur était celle d'un varicocèle. L'opération a montré une grosse masse blanchâtre, dont la section a donné un liquide transparent.

M. Cornil a fait des coupes de cette tumeur. Au niveau des portions dures, on trouve des cavités les unes remplies de globules blancs, les autres vides, bordées par un tissu fibreux dense et tapissées d'un endothélium. Ce sont des cavités creusées dans un tissu fibreux ; c'est un lymphangiome caverneux formé par dilatation des espaces interfasciculaires du tissu conjonctif.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

27 Juin 1902.

Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante. — *MM. Thoinot et Delamarre* présentent un malade atteint d'une ostéo-arthropathie hypertrophiante absolument analogue à celle dite pneumque. Cependant l'auscultation, la percussion du thorax ne révèlent rien d'anormal; seule, la radioscopie permit de déceler au milieu du poumon droit une masse opaque, qui est probablement un kyste hydatique.

M. Béclère montre les radiographies de ce malade et conclut que dans certains cas, très rares, les méthodes d'investigation classiques sont en défaut, tandis que seul l'examen radioscopique vient démontrer l'existence d'une lésion profonde.

Les rapports de la scarlatine et de la tuberculose. — *M. Simonin*, après avoir rappelé les idées anciennes de Rilliet et Barthez sur l'antagonisme de la scarlatine et de la tuberculose, apporte une série d'observations cliniques recueillies chez des adultes. Elles montrent nettement les relations variées qui peuvent exister entre les deux infections et se résument dans les conclusions suivantes :

1° Chez l'adulte, la scarlatine et la tuberculose ne constituent pas des maladies antagonistes : elles sont capables de se succéder ou de s'associer sous des modes variés;

2° La scarlatine, survenant chez un tuberculeux en évolution, peut garder elle-même un caractère bénin, tout en provoquant de nouvelles granulations, en poussées plus ou moins graves, étendues ou durables;

3° La scarlatine, évoluant chez un tuberculeux, peut revêtir d'emblée le caractère malin. Celui-ci paraît résulter dans certains cas, où la tuberculose est ancienne, et parfois même absolument assoupie et latente, de modifications profondes du foie altéré de longue date, dans son parenchyme ou ses vaisseaux, par l'imprégnation tuberculineuse.

La dégénérescence graisseuse des cellules trabéculaires, l'artérite chronique des rameaux de l'artère hépatique, la sclérose secondaire des parois des veines, des conduits biliaires et de la capsule de Glisson sont les lésions qu'on rencontre en pareille occurrence. Le virus scarlatineux provoque aisément, chez de pareils sujets, l'insuffisance aiguë des fonctions antitoxiques du foie, et la mort rapide par une véritable intoxication.

M. Joffroy a observé un cas qui présente avec ceux de M. Simonin de grandes analogies : un adulte, alcoolique et tuberculeux, mourut en quelques jours d'une varioloïde.

Névrite périphérique chez un scarlatineux. — *MM. Méry et J. Hallé.* Les auteurs rapportent l'observation d'un enfant qu'ils ont suivi dans le service de la clinique à l'hôpital des Enfants et qui, au déclin d'une scarlatine à marche rapide, fut atteint de deux poussées de rhumatisme scarlatin avec gonflement des poignets et des chevilles. Les arthralgies avec gonflement ne donnèrent aucune atrophie appréciable au niveau des membres inférieurs; à l'avant-bras, au contraire, et aux deux membres supérieurs, se montra une atrophie considérable, prédominant au groupe des extenseurs, avec paralysie complète donnant le tableau de la paralysie radiale. La marche de l'affection et l'examen électrique pratiqué par M. Larat permirent d'affirmer la présence d'une névrite périphérique.

L'existence de la réaction de dégénérescence, la prédominance de la paralysie sur l'amyotrophie, montrent qu'il ne peut s'agir d'une atrophie d'origine articulaire.

Les observations de névrite périphérique au cours de la scarlatine sont exceptionnelles : on en cite à peine quelques cas; ceux de Thomas et de Sano sont les plus démonstratifs. Le pseudo-tabes scarlatineux peut quelquefois s'observer, mais, généralement, les complications nerveuses de la scarlatine ne sont ni spinales, ni périphériques, mais cérébrales.

Sur un syndrome simulant le rétrécissement de l'œsophage et dû à la rétraction atrophique de l'estomac. — *M. Soupault* a observé quatre malades qui, après avoir souffert pendant une période de temps assez variable de symptômes gastriques mal caractérisés, présentèrent des troubles de la déglutition aboutissant rapidement à une dysphagie très marquée; cette dysphagie entraîna de la dénutrition; bref, le tableau morbide rappela à s'y méprendre celui des rétrécissements de l'œsophage. Cependant, le cathétérisme démontra que l'œsophage était perméable. Ces quatre malades moururent; une même lésion anatomique fut trouvée à l'autopsie : une réduction extrêmement marquée de la capacité gastrique due à la rétraction et à l'épaississement des parois du viscère; l'estomac apparaissait comme un moignon épais inextensible et incontractile, avec un orifice pylorique rigide, plutôt rétréci, tandis que le cardia se trouvait béant, facilement perméable et se continuait avec l'œsophage largement ouvert et de dimensions normales. Dans trois cas, il s'agissait de cancer infiltré ; dans le dernier cas, de sclérose cicatricielle due à l'ingestion d'un liquide caustique.

M. Mathieu insiste sur la fréquence des spasmes de l'œsophage accompagnant les lésions gastriques.

M. Béclère fait remarquer que par la radioscopie on peut suivre un cachet de bismuth cheminant dans l'œsophage, ce qui donne des renseignements précieux pour le diagnostic des affections de ce conduit.

M. Bruhl a observé un cas analogue à ceux de M. Soupault.

M. Lion a rencontré le syndrome de rétrécissement de l'œsophage chez des hyperpeptiques, même en dehors d'une lésion organique.

M. Moutard-Martin pense que ce syndrome est exceptionnel.

Sarcome de l'abdomen. — *M. Lenoble* envoie l'observation d'un cas de sarcome de l'abdomen développé aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané.

F. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

28 Juin 1902.

Origine rénale de l'urobiline. — *MM. Gilbert et Herscher.* Nous avons observé que l'urobilinurie ne s'accompagne pas toujours d'urobilinémie, et qu'au contraire la présence d'urobiline dans le sérum est une rareté, même lorsque l'urine renferme une quantité considérable de cette substance. Dans les cas d'urobilinurie sans urobilinémie, le sang contient toujours des pigments biliaires, en plus ou moins grande abondance.

Seule l'hypothèse de la transformation en urobiline par le rein des pigments biliaires apportés à cet organe par le sang permet de comprendre ces faits.

Cette transformation peut être considérée comme un véritable processus de défense de l'organisme, les pigments biliaires, produits toxiques et peu diffusibles, étant convertis en urobiline, substance très diffusible et par suite facilement éliminable.

Conséquence de la cholémie, l'urobilinurie est indépendante de l'état fonctionnel du foie, et elle peut s'observer dans des cas où les fonctions de cet organe sont normales ou même exaltées, mais cette coïncidence est purement fortuite.

La valeur séméiologique de l'urobilinurie est tout autre que celle qu'on attribue habituellement à ce symptôme.

Dans la très grande majorité des cas, l'urobilinurie ne signifie nullement insuffisance hépatique; elle doit être considérée comme un des symptômes révélateurs les plus importants de la cholémie.

Rôle des leucocytes dans l'absorption de l'iode. — *MM. Marcel Labbé et L. Lortat-Jacob.* Nous avons recherché le rôle des leucocytes dans l'absorption de l'iode et des composés iodés, et, par des expériences *in vivo* et *in vitro*, nous avons démontré que les leucocytes, après l'injection intrapéritonéale d'une solution de Gram, manifestaient la coloration iodée sous forme d'un croissant jaune brun, dans le protoplasma des leucocytes, à leur périphérie. Cette absorption peut être suivie sous le microscope. En peu de temps cette coloration fait place à un aspect grenu, rocailleux du protoplasma.

D'ailleurs, par le sublimé, nous avons obtenu deux sortes de précipités avec la liqueur de Gram dans les leucocytes. L'un rouge brun, l'autre rouge brillant. Dans quelques cas, au bout d'un certain temps, le précipité s'accumule à la surface et à la périphérie des leucocytes, comme s'ils avaient abandonné l'iode qu'ils contenaient dans leur intérieur. Enfin, avec l'empois d'amidon filtré et débarrassé des grains, nous avons obtenu dans quelques leucocytes la réaction de l'iodure d'amidon. Il faut pour cette technique exposer les lames aux vapeurs ou à des traces d'acide acétique. Pour nettes et démonstratives que soient ces réactions, elles demandent à être suivies de très près, parce qu'elles sont variables et fugaces, dénotant ainsi les transformations imposées par les leucocytes à l'iode métallique et aux composés iodés. Ce sont ces transformations que nous nous proposons de rechercher ultérieurement.

Mode de cicatrisation de la capsule du cristallin après les plaies de cette membrane. — *M. F. Terrier.* J'ai montré précédemment que la cicatrice de la capsule du cristallin après l'opération de cataracte était purement épithéliale. De même, après les plaies superficielles de la capsule, la réparation se fait aux dépens de l'épithélium sous-capsulaire.

J'ai réussi dans quelques cas, par une incision très superficielle à obtenir une plaie linéaire de la capsule sans cataracte traumatique consécutive ni phénomènes réactionnels. Dans ces conditions, on voit que la séparation ici encore est purement épithéliale.

Les expériences ont porté sur le chien et l'auteur a choisi des animaux très jeunes, de quatre à huit mois.

En résumé, que la plaie capsulaire soit ou non accompagnée de cataracte traumatique, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de phénomènes réactionnels, la cicatrisation est purement épithéliale et se fait aux dépens de l'épithélium sous-capsulaire qui prolifère et dans lequel on retrouve toujours quelques amas pigmentaires.

Action du sérum sanguin sur les infusoires. — *M. Ledoux-Lebard.* Les infusoires sont un réactif biologique très sensible qui permet d'étudier les propriétés des substances toxiques pour leur organisme.

Les sérums dilués de diverses espèces animales produisent l'immobilisation et l'agglutination des paramécies, variété d'infusoires.

Les sérums des diverses espèces animales diffèrent beaucoup l'un de l'autre par leur toxicité à l'égard des paramécies. Le chauffage à 55°-60° supprime ou, pour certains sérums, diminue seulement le pouvoir toxique.

Hyperglobulie expérimentale. — *MM. Lefas et Bender.* Nous avons réalisé chez le chien adulte l'hyperglobulie rouge, sans lésions leucocytaires ni leucémie, par l'injection intra-splénique de cultures de tuberculose humaine atténuées. L'hyperglobulie est apparue au bout d'un mois et demi après l'injection.

Les animaux sont encore vivants et bien portants.

Action du chloroforme sur la sécrétion pancréatique. — *M. Camus.* La sécrétion pancréatique déterminée expérimentalement par l'injection de sécrétine dans les veines de l'animal est arrêtée par le sommeil anesthésique au chloroforme.

Ce fait intéressant n'est pas dû uniquement aux modifications de pression comme j'ai pu m'en assurer, mais il semble que les circulations locales jouent un rôle dans ce phénomène.

Actinotoxine. — *M. Richet* montre l'action toxique que produit chez le chien l'injection à doses variables d'une toxine retirée de certaines actinies (anémones de mer). L'injection intra-veineuse de deux dixièmes de milligramme de cette toxine détermine des effets urticariants et sternutatoires très intenses.

Splénectomie et sécrétion pancréatique. — *M. Frouin* communique le résultat de ses expériences sur la sécrétion pancréatique après splénectomie. Il n'a jamais obtenu chez les animaux de modification de cette sécrétion ni après l'ablation de la rate, ni après la gastrectomie totale.

A. Sicard.

RÉUNION BIOLOGIQUE DE MARSEILLE[1]

27 Mai 1902.

De la séro-réaction tuberculeuse. — *M. Hawthorn.* Chez 31 sujets, classés par la clinique comme suspects ou non, la tuberculose, latente ou au début, a été décelée par une séro-réaction positive, puis confirmée par les expériences de contrôle dans tous les cas sans exception.

Chez 7 autres sujets, classés comme suspects, la réaction a été négative six fois, positive une fois. Ces six résultats négatifs ont été vérifiés et justifiés par les expériences de contrôle. Le septième seul n'a pu être contrôlé et a paru en contradiction avec l'évolution du malade.

Dans 7 cas de tuberculose en pleine évolution et même avancée, mais impossible à diagnostiquer par les seuls moyens cliniques, la séro-réaction fut positive six fois, négative une fois. Dans les 7 cas, l'existence de la tuberculose fut constatée ultérieurement; le résultat négatif se rapportait à un sujet absolument cachectisé qui mourut peu de jours après.

Enfin, dans 12 cas de tuberculose cliniquement avérée avant le séro-diagnostic, les résultats ont été positifs dix fois, négatifs ou douteux deux fois. Dans ces deux derniers cas il s'agissait encore d'individus très gravement atteints.

Au total, sur 57 cas, trois résultats négatifs sont imputables au mauvais état général des sujets en expérience; un seul paraît être vraiment en défaut, en apparence tout au moins.

Au cours de ces expériences, M. Hawthorn a observé que les épanchements tuberculeux présentent *généralement*, mais non sans exception, un pouvoir agglutinant inférieur à celui du sérum sanguin du même sujet étudié à la même époque. Dans les cas de méningite tuberculeuse, il est particulièrement faible.

Pour répondre à certaines objections, l'auteur a recherché le pouvoir agglutinant des individus normaux: il est généralement nul; en tout cas, il ne se manifeste jamais au-dessus de 1 pour 5 et seulement dans un laps de temps de vingt à vingt-quatre heures au minimum. Il n'est donc pas comparable à celui du sérum des tuberculeux.

Chez des sujets normaux dont le pouvoir agglutinant était nul, la créosote, le gaïacol, l'eucalyptol et le cacodylate de soude, administrés aux doses thérapeutiques ordinaires, par la voie buccale ou sous-cutanée, ne provoquent nullement son apparition, même après usage prolongé pendant quinze jours ou davantage. On peut donc faire la séro-réaction d'un tuberculeux sans que son traitement puisse constituer une cause d'erreur.

Par contre, le sublimé, en injections hypodermiques, a provoqué deux fois sur deux cas la production d'un pouvoir agglutinant de 1 pour 10 en six heures. Aussi, l'auteur a-t-il mis à l'étude l'influence des mercuriaux sur la séro-réaction tuberculeuse, et fera-t-il connaître ultérieurement les résultats de ces recherches.

Sur le pouvoir hémolytique « in vitro » du bacille pesteux. — *MM. A. Raybaud et J. Pellissier.* Les recherches de Bordet, d'Ehrlich et Morgenroth, de Madsen, de Bulloch et Hunter de Weingeroff, de Neisser et Wechsberg, de Lubeneau, de E. et P. Lévy, etc., ont appelé l'attention sur l'action hémolytique des cultures bactériennes. Ayant eu l'occasion de constater une diminution considérable du nombre des globules rouges dans le sang de malades atteints de peste, ils ont recherché si le bacille de Yersin possédait *in vitro* un pouvoir hémolytique notable.

Leurs recherches ont porté sur des cultures de peste datant de un à quinze jours. Ils ont employé des cultures de deux provenances distinctes, les unes retirées des organes d'un rat pesteux pris à bord du *Laos* pendant la quarantaine faite par ce navire au Frioul en 1901, les autres isolées du pus d'un bubon d'un des pestiférés soignés à la même époque au Lazaret de Ratoneau. Ces cultures étaient virulentes lors de leur isolement; mais depuis qu'elles sont conservées au laboratoire elles ont perdu toute virulence. Les auteurs ont ainsi constaté que ces cultures ne possédaient qu'un pouvoir hémolytique très faible et variable suivant la provenance des cultures. Avec les bacilles provenant des organes du rat, ils n'ont constaté une légère coloration rosée que dans les bouillons ensemencés depuis neuf et dix jours. Avec les bacilles provenant du pus du bubon humain, cette coloration existait dans les bouillons ensemencés depuis six jours jusqu'à treize jours avec maximum au dixième jour.

Il semble donc :

Que les cultures en bouillon du bacille de la peste ne contiennent qu'une très faible quantité d'hémolysine;

Que cette substance est produite en quantité variable suivant la provenance des cultures;

Que c'est au dixième jour de développement de la culture qu'il en existe le plus.

Peut-être le degré de virulence des bacilles est-il en rapport avec la production de cette pesto-lysine.

Remarques sur les formes tératologiques des cellules séminales. — *M. P. Stephan* étudie l'*indétermination élémentaire*, sorte d'indiscipline de certaines cellules génitales interstitielles de Scyllinna.

Note sur le mode de perforation des cliones. — *M. J. Cotte* communique le résultat de ses recherches sur le mode de perforation qu'emploie le « cliona vastifica » pour pénétrer à travers les lames des coquillages marins.

A Sicard.

ACADÉMIE DES SCIENCES

23 et 30 Juin 1902.

Emploi des sciagrammes orthogonaux du thorax pour la localisation des anomalies et pour la mensuration des organes. — *M. H. Guilleminot.* L'auteur utilise un appareil consistant en une série de réglettes terminées par des index opaques et coulis-

1. La première séance de la Réunion biologique de Marseille s'est tenue le 27 Mai 1902. Les comptes rendus en sont insérés dans le Bulletin correspondant de la Société de biologie de Paris. La « Réunion biologique de Marseille » a été, en effet, déclarée filiale de la « Société biologique de Paris », au même titre que la « Réunion biologique de Bordeaux ».

sant horizontalement. Quand les index ont été placés au niveau du contour d'ombre éclairé normalement, les réglettes graduées donnent immédiatement les distances à l'axe sternal.

La sécrétion physiologique du pancréas ne possède pas d'action digestive propre vis-à-vis de l'albumine. — *MM. C. Delezenne et C. Frouin.* Par de nouvelles expériences fort habilement conduites, les deux auteurs établissent que le suc pancréatique de fistule permanente ne possède pas d'action digestive propre vis-à-vis de l'albumine, et que les résultats positifs obtenus par Pavloff et ses élèves doivent être rapportés à l'intervention du suc intestinal sécrété par le fragment de muqueuse supportant l'orifice du canal de Wirsung. Elles montrent, d'autre part, que, contrairement à ce que pense Pavloff, le ferment de l'albumine n'est pas éliminé, tantôt sous forme de zymogène et tantôt sous forme de trypsine active, mais que, dans les conditions physiologiques, ce ferment ne peut agir en aucun cas sans le concours de l'entérokinase.

L'appendicite et ses causes. — *M. Lannelongue.* D'après cet auteur, contrairement à ce que l'on a souvent répété, l'appendicite n'est point une maladie nouvelle. Déjà on peut constater son existence chez les Egyptiens du temps de la XIe dynastie, soit il y a 5.000 ans, et il y a un siècle on en a fait connaître de nombreux cas.

Seulement, dans l'ignorance où l'on était de sa nature précise, on la confondait avec la péritonite surtout, la typhlite, les phlegmons iliaques, l'indigestion, les maladies du foie, des reins, des ovaires.

Le progrès de nos connaissances a fait restituer à l'appendicite ce qui doit lui revenir, principalement de la part de la péritonite.

Ainsi, à l'hôpital Trousseau, de 1885 à 1889, alors qu'on ne connaissait pas l'appendicite, l'on a trouvé 470 cas de péritonite. De 1895 à 1899, alors que l'appendicite bat son plein, l'on a relevé dans le même hôpital 443 cas d'appendicite, soit un chiffre à peu équivalent.

On le voit donc, chez les enfants pauvres, pas plus que chez les riches, l'appendicite n'est pas plus fréquente que jadis où elle constituait presque toutes les péritonites.

Cela s'accorde, du reste, avec cette circonstance que chez ces enfants la nourriture n'est guère différente d'autrefois.

En somme, l'appendicite est une maladie microbienne. Elle présente deux phases : une localisée à la paroi, inaperçue souvent, prise pour une indigestion, un embarras gastrique, de la diarrhée simple qui guérit seule fréquemment; une autre ou la maladie gagne le péritoine et, se compliquant de péritonite localisée avec ou sans abcès est curable par une opération, ou de péritonite généralisée, et est habituellement mortelle.

Toutes les causes susceptibles d'altérer ou d'oblitérer l'appendice, jouent un rôle dans la production de l'appendicite en irritant l'organe, en le congestionnant, en modifiant ses sécrétions, en facilitant enfin l'introduction des organismes pathogènes dans ses lymphatiques ou dans ses parois.

Ces microbes agissent avec d'autant plus d'intensité et de gravité qu'ils sont plus virulents. Les corps étrangers, la cavité close, la grippe exaltent leur virulence.

Comme l'a dit Metchnikoff, les vers de l'intestin, le trichocéphale en particulier, peuvent jouer un rôle actif dans la production de l'appendicite.

Sur 128 cas où ils ont été recherchés par M. Guilliard, ces vers ont été trouvés dans la proportion de 35 pour 100.

Tant que les phénomènes de l'appendicite n'ont pas atteint le péritoine, les purgatifs doux peuvent être donnés s'il y a une indication tirée de l'état des voies digestives. L'expérience, au contraire, apprend que ce moyen aggrave singulièrement la maladie si l'appendicite aiguë se complique de péritonite même limitée.

Application de l'air chaud pour le chauffage des liquides pulvérisés non volatils. — *M. Jules Glover.* M. le professeur d'Arsonval présente, au nom de cet auteur, une série d'appareils pour l'application d'une méthode nouvelle de traitement de plusieurs affections des voies respiratoires et des premières voies digestives : nez, pharynx, larynx, trachée.

La méthode repose sur un principe physique nouveau consistant à pulvériser directement dans les voies aériennes et digestives supérieures, à l'aide de pulvérisateurs à air chaud, appelés calorisateurs, des liquides médicamenteux non volatils, renfermés dans des ampoules de verre stérilisées et exactement titrées.

Sur les principes actifs du venin de crapaud. — *MM. Phisalix et Bertrand.* Ces auteurs, poursuivant leurs recherches commencées en 1893 sur le venin du crapaud, ont réussi à isoler du liquide crémeux contenu dans les pustules cutanées de cet animal, deux substances actives qui diffèrent par leurs propriétés physiologiques et leurs caractères chimiques. La première, la plus active, est celle dont l'action se porte spécialement sur le cœur qu'elle ralentit et arrête en systole.

C'est une digitaline animale, et le nom de *Bufotaline* qui lui a été donné rappelle cette action spécifique connue depuis longtemps.

C'est une substance soluble dans l'alcool, dans le chloroforme, peu soluble dans l'eau et dont la solution est neutre au tournesol.

La seconde substance, mélangée dans le venin à la précédente, en diffère en ce qu'elle ne touche pas le cœur et frappe surtout le système nerveux. Elle produit chez la grenouille un affaiblissement progressif de l'appareil moteur qui aboutit à une paralysie complète. A ce moment, le cœur bat encore comme chez les grenouilles curarisées. Cette substance est soluble dans l'alcool, insoluble dans le chloroforme, et se dissout en toute proportion dans l'eau.

C'est à cette substance que MM. Phisalix et Bertrand donnent le nom de *Bufoténine*.

La disparition du flou des images radiographiques. *MM. Imfroid et Gay.* On sait que les images radiographiques obtenues avec une machine statique comme source productrice d'électricité sont incomparablement plus nettes que celles produites en faisant usage d une bobine d'induction.

D'après les recherches des deux auteurs, la raison de cette différence, tout à l'avantage des radiographies faites en employant une machine statique, tient à ce que, dans le cas de la bobine, le champ magnétique de celle-ci, en déviant, comme le fait tout champ magnétique le faisceau de rayons cathodiques, amène des déplacements continus des foyers de production des rayons X à l'intérieur de l'ampoule de Crookes.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

1er Juillet 1902.

Sur les effets de la section du sympathique chez l'homme. — *MM. Jonnesco et Floresco* (de Bucharest). Leurs examens ont porté sur huit opérés examinés depuis six jours jusqu'à six ans après l'opération. On note la chute de la paupière supérieure, une congestion conjonctivale qui a pu durer jusqu'à trois ans.

On n'a pas vu de troubles trophiques. Les travaux des auteurs tendent à démontrer l'innocuité de la résection, et son utilité dans le goitre exophtalmique.

Sur la diphtérie à Rouen. — *M. Brunon* (de Rouen). Le nombre des cas de diphtérie est revenu, en 1897 et 1898, au niveau d'il y a dix ans. Partout la mortalité diphtérique s'était élevée entre 1889 et 1895. Actuellement, il y a une nouvelle période d'ascension. C'est en 1895 que le nombre des cas de diphtérie a été le plus nombreux, alors que le sérum était employé. L'action du sérum est, en effet, purement individuelle. Avant 1895, le chiffre des guérisons oscillait entre 34 pour 100 et 58 pour 100. En 1895, il a oscillé entre 58 et 87 pour 100. Ces chiffres montrent l'efficacité du sérum. A Rouen, le tubage a maintenant presque complètement remplacé la trachéotomie, grâce à l'emploi du sérum.

Épidémies de peste et de fièvre jaune. — *M. Proust.* Les pratiques religieuses des musulmans peuvent avoir une influence sur les épidémies de peste. Dans l'Inde les cadavres sont brûlés. Chez les Parsis les cadavres déposés dans la tour du silence sont exposés en proie à des vautours. M. Haffkine dit que les vautours sont réfractaires à la peste, mais peut-être le bacille se trouve-t-il dans les selles. Les autorités publiques semblent actuellement découragées devant la peste et ne prennent pas des mesures très effectives.

Sur la prohibition des essences. — *M. Vallin.* Nous croyons que l'Académie ne doit pas rester inactive dans la lutte contre l'alcoolisme, mais elle doit mettre une certaine mesure à ses restrictions. L'Académie pourrait peut-être indiquer le titre maximum des liqueurs admises. Je crois que les termes du rapport de M. Laborde doivent être précisés dans ce sens.

M. Laborde. Je suis heureux d'avoir attiré l'attention sur la nocivité des liqueurs même jugées inoffensives, de celles que j'ai appelées liqueurs familiales. Mais je ne consens à faire un amendement à mes conclusions et à limiter la prohibition seulement à l'absinthe, le vermouth, le bitter.

M. Pouchet. Il est impossible de faire, comme le voudrait M. Vallin, un départ entre des substances toutes également dangereuses.

M. Gautier. Il est impossible de prohiber des substances qui sont mal définies, comme le bitter, le vermouth, et qui pourraient reparaître sous un autre nom. Le vermouth est d'ailleurs moins nocif.

Sur les mesures à prendre contre les maladies à trypanosome. — *MM. Laveran et Nocard.* C'est surtout sur une épizootie de l'île Maurice que nous désirons appeler l'attention. M. Texon a constaté l'existence de trypanosome. Cette épidémie menace Madagascar et d'autres colonies comme la Réunion, où on a observé un cas chez une vache.

Il importe que le diagnostic soit vite porté pour abattre les animaux malades et protéger les autres contre les piqûres des mouches.

Rapports. — *M. François-Franck* lit un rapport sur les travaux du prix Meynot.

M. Laborde lit un rapport sur un travail de M. Courtade relatif à un petit appareil destiné à étudier la perméabilité des fosses nasales. Cet instrument sera utile en physiologie et en clinique. Car il est de la plus haute importance de s'assurer que les fosses nasales sont perméables, leur imperméabilité étant la cause d'une série d'accidents.

M. Labbé.

ANALYSES

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

Patton et Gulland. *La rate et l'hématopoïèse* (*Journ. of Physiology*, 1902, T. XXVIII, p. 83). — Le rôle de la rate dans la formation des globules rouges chez l'adulte est toujours discuté. Les auteurs anglais ont repris tous les procédés utilisés :

1° Numération des globules rouges et blancs dans le sang afférent et le sang efférent. Le nombre des globules rouges n'est pas modifié; celui des leucocytes est plutôt diminué dans le sang de la veine splénique, sans que le rapport entre les différentes espèces de globules blancs soit modifié.

2° Effets de l'extirpation de la rate sur les éléments figurés. Modification nulle, peut-être une légère augmentation des cellules éosinophiles. Après une forte hémorragie ou une hématolyse énergique par absorption d'acide pyrogallique, le retour du sang à sa composition normale est *au moins* aussi rapide chez l'animal splénectomisé (lapin ou chien) que chez l'animal normal : résultats en contradiction avec ceux de Laudenbach.

3° L'injection d'extrait splénique à des lapins alimentés avec du riz pour les rendre anémiques (vingt jours de ce régime font tomber le nombre des hématies de 6 à 5 millions, la quantité d'hémoglobine de 65 à 50, hématomètre d'Oliver) ne provoque aucune augmentation nouvelle, alors que l'extrait de moelle osseuse a des effets hématopoïétiques très nets. Conclusion : le rôle hématopoïétique de la rate est nul.

J.-P. Langlois.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Embley. *Les causes de la mort subite dans la chloroformisation* (*Proceedings of the physiological Society*, 1902, Janv., in *Journ. of Physiology*, T. XXVIII, fasc. 1 et 2, p. 1, 1902). — Pendant que l'Académie de médecine reprenait sa discussion quinquennale sur les accidents dus au chloroforme, Embley, de l'Université de Melbourne, poursuivait des expériences sur 184 chiens.

Dans une première série de recherches, le cœur était séparé de toutes ses connexions nerveuses suivant la méthode de Heving. Et, dans ces conditions, il suffisait de faire respirer un air chargé de 0,8 pour 100 de vapeurs de chloroforme pour amener en seize minutes une chute complète de la pression; avec 1,2 pour 100, la chute arrivait en neuf minutes, et avec 2 pour 100 en une minute. La chute se faisait graduellement, la rapidité étant fonction de la quan-

tité de chloroforme mélangé. Ce corps exerce donc une action paralysante directe sur le cœur.

Dans les autres expériences, de beaucoup les plus nombreuses, l'auteur opère sur des chiens morphinés. Quand le gaz dépasse 2 pour 100, le cœur se ralentit peu à peu; avec 2,5 pour 100, on observe souvent un arrêt brusque du cœur, mais il repart ensuite; avec 3 pour 100, l'arrêt peut être définitif, même avec la respiration artificielle prolongée.

Le ralentissement ou l'arrêt cardiaque a lieu par l'excitation des pneumogastriques, car il ne se produit pas quand les vagues sont coupés ou paralysés par l'atropine. Au moment même de l'arrêt, il suffit de sectionner les vagues pour voir le cœur repartir. Sur un animal chloroformé, l'excitation du bout périphérique du vague provoque une syncope mortelle si la pression carotidienne est inférieure à 40 millimètres de Hg.

L'arrêt respiratoire est intimement lié à la chute de pression vasculaire, tant que la pression se maintient, et il est impossible de provoquer la syncope respiratoire. En résumé, chez le chien, l'inhibition par le pneumogastrique est le facteur essentiel de la mort subite sous le chloroforme.

J.-P. LANGLOIS.

MÉDECINE

A. Prochaska. *Quatre cas de septicémie à pneumocoques* (*Deut. med. Wochenschr.*, 1902, n° 21, p. 372). — Les cas de septicémie à pneumocoques que l'auteur a observés à la clinique du professeur Eichhorst (de Zurich) ont présenté les particularités suivantes :

Dans le premier cas, un homme de vingt-trois ans est pris, au deuxième jour d'une bronchite fébrile, de néphrite aiguë avec hématurie. L'examen bactériologique de l'urine montre la présence des pneumocoques, qu'on trouve également dans les crachats ainsi que dans le sang pris dans une veine du pli du coude. Malgré la présence de pneumocoques dans le sang, les symptômes disparaissent rapidement et le malade quitte l'hôpital complètement guéri dix jours après son entrée.

Dans les 2e et 3e observations, il s'agit de deux hommes, âgés respectivement de vingt-deux et de trente-cinq ans, dont l'affection débute par une bronchite légère, mais qui s'accompagne de frissons et de fièvre élevée. La bronchite disparaît rapidement, mais, après quelques jours de convalescence, frissons et fièvre reparaissent et reviennent à plusieurs reprises, d'une façon irrégulière, après des périodes de calme. On pense à une fièvre intermittente, et, au cours d'un des accès, on examine le sang au point de vue de la présence des hématozoaires, mais à la place de ceux-ci on trouve des pneumocoques qui existaient également dans les crachats.

Le 4e cas est celui d'un homme de trente-six ans qui, pendant la convalescence d'une bronchite fébrile ayant duré trois semaines, est pris de fièvre, de cyanose, de collapsus et meurt trois jours après son entrée à l'hôpital. L'examen bactériologique, fait pendant la vie, avait montré la présence du pneumocoque dans les crachats et le sang. A l'autopsie, on trouva, comme seule lésion, une très légère endocardite végétante de la mitrale, tout à fait à son début.

Ces observations confirment le fait constaté à la clinique du professeur Eichhorst, à savoir le passage très fréquent du pneumocoque dans le sang au cours des pneumonies et autres affections aiguës de l'appareil respiratoire. Pour l'auteur, la porte d'entrée de ces septicémies pneumococciques serait la muqueuse respiratoire, à moins qu'on n'accepte l'idée d'une infection latente. Il se demande même si bon nombre de cas de grippe de l'influenza (sans examen bactériologique) ne rentrent pas dans cette catégorie des septicémies à pneumocoques.

R. ROMME.

GYNÉCOLOGIE

L. Loubet. *Énucléation par voie abdominale des fibromes utérins* (*Thèse*, Paris, 1902). — L'énucléation des fibromes de l'utérus, avec conservation de l'organe, peut être considérée comme une méthode thérapeutique rationnelle et efficace, pour les raisons suivantes :

1° Cette méthode s'applique à des tumeurs bénignes, non susceptibles de dégénérer en tumeurs malignes;

2° L'énucléation des fibromes atteint son but thérapeutique en faisant cesser les troubles qui relèvent de ces tumeurs. La conservation de l'utérus et des annexes permet la possibilité de grossesses ultérieures ; elle assure en tout cas la persistance de la menstruation;

3° Cette méthode, d'une exécution facile, comporte une mortalité qui n'est pas supérieure à la mortalité fournie par les différents procédés d'hystérectomie. La statistique de M. Tuffier sur laquelle s'appuie cette thèse qui comprend 34 cas, comporte une mortalité de 2,94 pour 100.

Disons quelques mots de la *technique opératoire* :

1° *Préparation de la malade.* Il est nécessaire de pratiquer la veille de l'opération une large dilatation de l'utérus et de faire un curettage de la cavité utérine.

2° *Instrumentation.* Il faut ajouter à l'instrumentation d'une laparotomie ordinaire une *spatule*, un *crochet spécial* et une *aiguille ronde*.

3° L'*opération* comprend cinq temps principaux : *a*) La *laparotomie*. *b*) L'*incision de l'utérus* qui doit être *rigoureusement médiane*, pratiquée sur la *ligne avasculaire* : à cette condition, l'hystérotomie ne s'accompagne jamais d'hémorragie; on ne fait jamais d'hémostase préalable. *c*) L'*énucléation du fibrome*, qui est facilitée par l'emploi des crochets et de la spatule. *d*) La *suture de l'utérus* qui doit comprendre deux plans : plan musculaire et plan séreux. *e*) Enfin la *suture de la paroi abdominale*.

Des fibromes multiples peuvent être énucléés par une seule incision médiane. Quand le fibrome laisse, après son ablation, une grande cavité, M. Tuffier ne résèque pas la paroi de la poche; il se contente de passer quelques points en capiton pour oblitérer la cavité. Si la cavité utérine a été ouverte, un drainage doit être établi, et maintenu vingt-quatre heures, de la cavité fibromateuse jusqu'au vagin, à travers la cavité utérine.

Le danger d'hémorragie primitive ou secondaire n'est pas à redouter si on se conforme aux principes de technique opératoire énoncés plus haut. La cessation des accidents après l'opération prouve qu'il est possible de ne pas laisser de fibromes : les statistiques établissent la rareté de la récidive.

— La conservation de l'utérus trouve une *indication* indiscutable dans le cas de fibrome unique chez une femme jeune.

Elle est très souvent indiquée et réalisable même chez des femmes au voisinage de la ménopause, et dans les cas de fibromes multiples.

Les seules *vraies contre-indications* à cette méthode sont : la multiplicité trop grande des tumeurs ou leur volume trop considérable; l'absence de capsule nette, qui rend l'énucléation impossible; la suppuration des fibromes, qui est d'ailleurs rare; l'existence de lésions annexielles.

Les indications de l'énucléation et de la chirurgie conservatrice pourront devenir plus fréquentes quand les fibromes seront opérés de bonne heure, dès leurs premières manifestations.

J. DUMONT.

PÉDIATRIE

P. Bachmann. *Du chondrome de la main chez les enfants* (*Thèse*, Paris, 1902, Mai). — A l'occasion de 2 cas personnels pris dans le service de M. Phocas (de Lille), et de 2 autres inédits appartenant à MM. Broca et Lecène, l'auteur essaie de nous donner une vue d'ensemble sur ce que nous savons actuellement du chondrome le plus fréquemment observé, celui des os de la main chez les jeunes sujets. Ce travail est accompagné de plusieurs photographies et radiographies, ces dernières malheureusement trop mal reproduites pour que nous puissions en parler avec tout l'intérêt qui s'y attache.

Le chondrome des os de la main est le plus fréquent de tous les chondromes. Il s'observe le plus souvent dans le jeune âge et peut débuter dans la première enfance; quelquefois il est congénital.

Il reconnaît fort probablement comme origine un trouble dans l'évolution du squelette, résultant soit de la non-ossification de certaines parties du cartilage primitif, soit de la production anormale de cartilage aux dépens de la moelle osseuse ou du tissu conjonctif du périoste. Mais quelle est la cause première, le *primum moveus* de ces troubles de développement. Est-elle locale? générale (dyscrasie)? Comme cause locale on a invoqué le traumatisme, et, effectivement, son action paraît indiscutable dans nombre de cas. Mais dans un nombre non moins grand d'observations, en raison de la multiplicité des tumeurs et de l'absence de tout traumatisme, on est bien obligé de songer à une cause générale tenant à la constitution même du sujet. C'est ainsi qu'on a fait intervenir le rachitisme, la syphilis, la tuberculose, les infections, mais sans preuves convaincantes. En réalité, la pathogénie du chondrome est encore à trouver.

Le chondrome est d'ailleurs une affection bénigne dans la grande majorité des cas. Toutefois, lorsqu'on est en présence de tumeurs multiples, quand, sous l'influence de causes banales, ou sans causes, de nouvelles tumeurs apparaissent et que l'affection manifeste une tendance à se généraliser dans le squelette, quand l'accroissement des tumeurs est rapide, le pronostic de l'affection doit être considéré comme grave.

Le traitement sera exclusivement chirurgical; il comprendra, suivant les cas : l'ablation simple des tumeurs, ou l'ablation suivie de curettage ou d'évidement, ou enfin l'amputation ou la désarticulation du membre atteint. Bien que l'ablation simple ait donné de très bons résultats, les caractères physiques de la tumeur et l'état de l'os sur lequel elle s'est développée rendront bien souvent l'amputation nécessaire.

J. DUMONT.

OPHTALMOLOGIE

Trousseau. *La cécité en France* (*Rapport au Congrès de la Société française d'ophtalmologie*, 1902, 6 Mai, Paris). — Nous connaissons le nombre des aveugles en France par les deux statistiques de 1876 et de 1883, faites par les soins du ministère de l'Intérieur. La première donne un total de 28.500 aveugles et la seconde un total de 32.000. La différence est due à ce que la seconde statistique a été faite avec plus de soin, en s'aidant des documents fournis par la première. Elle est elle-même inférieure à la réalité, car la plupart des aveugles non assistés y échappent.

Le sexe masculin fournit un plus grand nombre d'aveugles : 18.500 contre 13.500 appartenant au sexe féminin.

Telle qu'elle est, la statistique de 1883 donne une proportion de 8 aveugles pour 10.000 habitants, chiffre supérieur à celui qui existe en Danemark, en Suède, en Autriche, en Hollande.

En France, la proportion des aveugles est plus grande dans une partie de la Bretagne et de la Normandie, dans les départements du Midi (le sud-ouest excepté), et surtout en Corse. Dans ce dernier département, elle atteint la proportion de 23 aveugles pour 10.000 habitants.

De nombreuses maladies de l'œil peuvent produire la cécité, mais quelques-unes agissent avec une fréquence toute particulière. Il faut citer d'abord le glaucome (19 pour 100 des cas de cécité) dont la forme chronique simple est de beaucoup le plus souvent en jeu. Avec une fréquence à peu près égale, vient l'atrophie du nerf optique (19 pour 100), presque toujours due au tabes et par conséquent à la syphilis. Puis viennent les iridochoroïdites (13 pour 100) dont un certain nombre sont dues aussi à la syphilis; la conjonctivite purulente (9 pour 100), encore très fréquente à Paris; les kératites (8 pour 100), la myopie (8 pour 100), les traumatismes et l'ophtalmie sympathique (6 pour 100), les maladies congénitales (6 pour 100).

En considérant l'âge, la vue est surtout menacée chez les enfants par l'ophtalmie purulente, chez les adultes par l'atrophie tabétique, chez les vieillards par le glaucome.

Plus d'un tiers des cas de cécité pourraient être prévus ou empêchés : quelques maladies oculaires congénitales pourraient être évitées en prévenant les parents de l'hérédité de leurs tares. La conjonctivite purulente des nouveau-nés pourrait presque toujours être évitée ou guérie. La propagation de la conjonctivite granuleuse dans les agglomérations peut être prévenue par l'isolement des individus atteints. L'extension de la myopie peut être empêchée en partie par une hygiène appropriée; la recherche des cas de diminution de la vision chez les écoliers pourrait être faite par les maîtres qui enverraient ces cas à l'oculiste. Bien des traumatismes professionnels seraient évités par l'emploi obligatoire de lunettes chez les ouvriers qui y sont le plus exposés. Enfin la prophylaxie de la syphilis a une importance particulière pour la prévention de la cécité.

D'une façon générale, il y a plus d'aveugles là où des soins compétents font défaut, et, dans cet ordre d'idées, il y aurait lieu d'exiger un stage obligatoire dans un service d'ophtalmologie pour tous les étudiants et peut-être de prendre, pour l'exercice de la spécialité ophtalmologique, quelques mesures de garantie qui permettraient l'affirmation de la compétence.

A. DRUAULT.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 9 Juillet 1902, à 1 heure. — M. Dufour la Bastide : L'intoxication saturnine chez l'enfant; MM. Gautier, Blanchard, Hanriot, Achard. — M. Aroussohn : Contribution à l'étude du ferment glycolytique du sang; MM. Gautier, Blanchard, Hanriot, Achard. — M. Bossuat : Les helminthes dans le foie; MM. Blanchard, Gautier, Hanriot, Achard. — Mlle Volovatz : Ladrerie ou cysticercose chez l'homme; MM. Blanchard, Gautier, Hanriot, Achard. — M. Malsang : Des otorragies consécutives aux traumatismes de la tête indépendantes des fractures de la base du crâne; MM. Tillaux, Terrier, Broca (Aug.), Legueu. — M. Sevin : Fractures des phalanges et vérification au moyen de la radiographie, MM. Tillaux, Terrier, Broca (Aug.), Legueu. — M. Fouchard : Des arrachements du cuir chevelu (étude critique de 46 observations); MM. Tillaux, Terrier, Broca (Aug.), Legueu. — M. Kermarrec : Contribution à l'étude des greffes de l'ovaire (greffes péritonéales et intraorganiques); MM. Terrier, Tillaux, Broca (Aug.), Legueu. — M. Janvier : Ulcérations et gangrènes provoquées de la peau chez les hystériques; MM. Joffroy, Brissaud, Reclus, Gaucher. — M. Kendirdjy : L'anesthésie chirurgicale par la cocaïne. Rachicocaïnisation et cocaïne localisée; MM. Brissaud, Joffroy, Reclus, Gaucher. — M. Vangeon : Contribution à l'étude du cacodylate de fer dans le traitement des anémies en général et en particulier de la chlorose; MM. Brissaud, Joffroy, Reclus, Gaucher. — M. Baty : Étude sur la calorimétrie clinique; MM. Brissaud, Joffroy, Reclus, Gaucher. — M. Prunet : Les paralysies radiales d'origine centrale; MM. Brissaud, Joffroy, Reclus, Gaucher. — M. Pozerski : De l'action favorisante du suc intestinal sur l'analyse du suc pancréatique et de la salive; MM. Ch. Richet, Kirmisson, Rémy, Walther. — M. Germond : Contribution à l'étude des fistules congénitales du cou; MM. Kirmisson, Ch. Richet, Rémy, Walther.

Jeudi 10 Juillet 1902, à 1 heure. — M. Bouzitat : Les injections intra-veineuses de sels mercuriels dans la syphilis; MM. Debove, Dieulafoy, Achard, Jeanselme. — M. Roux : De l'étiologie de l'asthme; MM. Debove, Dieulafoy, Achard, Jeanselme. — M. Herr : Elephantiasis nostras du membre inférieur; variété infectieuse; MM. Dieulafoy, Debove, Achard, Jeanselme. — M. Bremont : De la néphrite chez les chercheurs d'or à la Guyane française. — M. Barthez : De la résection dans l'ostéomyélie; MM. Guyon; Le Dentu, Faure, Marion. — M. Palmieri : Contribution à l'étude de l'électromélie; MM. Le Dentu, Guyon, Faure, Marion. — M. Chiron du Brossay : Traitement des kératites par l'huile iodée; MM. Raymond, Chantemesse, Widal, Méry. — M. Mathieu : Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien; MM. Raymond, Chantemesse, Widal, Méry. — M. Poirier : Contribution à l'étude des troubles trophiques du tabes; sur une forme particulière du visage observée chez les tabétiques; MM. Raymond, Chantemesse, Widal, Méry. — Mlle Horowitz : Contribution à l'étude des moyens de défense de l'organisme contre l'invasion microbienne; recherches sur l'oviducte de la poule et le blanc d'œuf; MM. Chantemesse, Raymond, Widal, Méry. — M. Jossand : Contribution à l'étude du gros rein polykystique de l'adulte; MM. Hutinel, Gilbert, Thiroloix, Vaquez. — M. Le Houx : Étude sur la maladie de Roger; MM. Hutinel, Gilbert, Thiroloix, Vaquez. — M. Leport : Étude critique sur l'opération de Talma comme traitement de l'ascite; MM. Gilbert, Hutinel, Thiroloix, Vaquez. — Mme Stepanoff : Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux; MM. Budin, Pozzi, Thiéry, Demelin. — M. Briens : Quelques considérations sur les causes invoquées pour supprimer l'allaitement au sein; MM. Budin, Pozzi, Thiéry, Demelin. — M. Lemasson : Du traitement palliatif des cancers inopérables du col de l'utérus; MM. Pozzi, Budin, Thiéry, Demelin.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 7 Juillet 1902. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Gaucher, Bezançon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Teissier, Legry. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Mardi 8 Juillet 1902. — 5e, Chirurgie (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Dieulafoy, Raymond, Dupré. — 5e, Chirurgie (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Joffroy, Hutinel, Méry. — 4e, MM. Brouardel, Proust, Thoinot.

Mercredi 9 Juillet 1902. — Sages-femmes, 1re classe, salle Nélaton : MM. Sébilleau, Lepage, Potocki. — 3e (Deuxième partie). Oral, Nouveau régime, salle Charcot : MM. Hayem, Legry, Besançon. — 4e, salle Thouret : MM. Landouzy, Wurtz, Widal. — Sages-femmes, 1re classe, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Wallich.

Jeudi 10 Juillet 1902. — 3e (Première partie), Oral, Nouveau régime, salle Richet : MM. de Lapersonne, Berger, Bonnaire.

Vendredi 11 Juillet 1902. — 3e (Première partie), Oral, Ancien régime, salle Corvisart : MM. Lannelongue, Mauclaire, Wallich. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Gaucher, Teissier.

Samedi 12 Juillet 1902. — Sages-femmes, 2e classe, salle Richet : MM. Rémy, Demelin, Potocki. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, salle Corvisart : MM. Cornil, Rénon, Gouget. — 5e (Deuxième partie), Beaujon : MM. Hutinel, Chantemesse, Achard. — Sages-femmes, 2e classe, Clinique Tarnier : MM. Budin, Ribemont-Dessaignes, Bonnaire.

Clinique chirurgicale de la Charité. — Un cours pratique de chirurgie (*fractures et luxations indispensables à connaître*) sera fait à la clinique chirurgicale de la Charité (service de M. le professeur Tillaux) par M. Wiart, chef de clinique.

Chaque leçon sera suivie d'exercices pratiques (confection par les élèves d'appareils plâtrés, silicatés, etc.).

Le cours comprendra douze leçons. Il commencera le lundi 21 Juillet 1902, à 2 heures, et se continuera les jours suivants à la même heure.

Les droits à verser sont de 50 francs.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu), *service de M. le professeur de Lapersonne.* — MM. Scrini, chef de clinique adjoint, et Monthus, chef de laboratoire, commenceront des *Conférences pratiques sur les maladies des yeux*, avec examen de malades et travaux de laboratoire, le lundi 28 Juillet 1902, à 2 heures (salle des consultations de la clinique ophtalmologique).

Ces conférences auront lieu les lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 2 heures.

Ce cours sera complet en vingt conférences.

Les droits à verser sont de 50 francs.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Lille. — La chaire de pharmacie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

NOUVELLES

Paris et Départements

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. — Voici le programme de l'emploi du temps du douzième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes qui doit se tenir à Grenoble du 1er au 7 Août prochain.

Vendredi 1er Août, à 9 heures, séance solennelle d'ouverture du Congrès à l'Hôtel de Ville; à 10 h. 1/2, visite du Musée-Bibliothèque; à 2 heures, séance à l'École de Médecine et installation du Bureau.

Discussion de la 1re question du programme : Des états anxieux dans les maladies mentales. Rapporteur : M. Lalanne, de Bordeaux.

A 8 heures, réception à l'Hôtel de Ville.

Samedi 2 : à 9 heures, séance à l'École de Médecine.

Discussion de la 2e question : Les tics en général. Rapporteur : M. Noguès, de Toulouse.

A 2 heures, continuation de la discussion; communications diverses; désignation du siège du prochain Congrès et élection du président.

Le soir, banquet du Congrès par souscription.

Dimanche 3 : Excursion à La Mure. Retour en voiture par les lacs de Laffrey.

Lundi 4 : Visite de l'Asile de Saint-Robert; à 8 h. 1/2, visite de la ferme; à 10 heures, visite de l'Asile. Déjeuner offert par le Conseil général; à 2 heures, séance à l'Asile; Communication diverses.

Mardi 5 : à 9 heures, séance à l'Ecole de Médecine.

Discussion de la 3e question : Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal. Rapporteur : M. Ernest Dupré, de Paris.

Mercredi 6 : Départ de Grenoble en chemin de fer pour la Grande-Chartreuse, par Voiron et Saint-Laurent-du-Pont. Visite de la fabrique de liqueurs à Fourvoirie. Déjeuner à Saint-Pierre-de-Chartreuse; à 2 heures, départ pour le Couvent. Visite du Couvent et séances; communications diverses. (Les dames ne sont pas admises à l'intérieur du monastère.) Excursion très facile et facultative à Notre-Dame-de-Casalibus et chapelle de Saint-Bruno. Retour et coucher à Saint-Pierre-de-Chartreuse.

Jeudi 7 : Excursions au choix : 1° Ascension au Grand-Som (2,033 mètres d'altitude). Se munir de bonnes chaussures ferrées; 2° excursion facile au habert de Malamille. Vu les nombreux sous-bois et lointains, MM. les amateurs photographes feront bien de se munir de plaques orthochromatiques. Déjeuner général à Saint-Pierre-de-Chartreuse. Fin du Congrès. Retour en voiture à Grenoble par le Sappey. (Si un certain nombre de congressistes le désirent, une excursion aura lieu le vendredi 8, à Bourg-d'Oisans, point de départ de nombreuses excursions dans la haute montagne.)

Observations : I. Les membres du Congrès sont priés de faire connaître immédiatement au secrétaire général s'ils ont l'intention de prendre part à la réception de l'Hôtel de Ville, à l'excursion à La Mure, aux banquets du Congrès et de l'Asile, à l'excursion à la Chartreuse et à l'ascension du Grand-Som.

II. MM. les adhérents qui désireront profiter des réductions accordées par les Compagnies de chemins de fer sont invités à adresser directement, avant le 6 Juillet, à M. le docteur Régis, président du Congrès (154, rue Saint-Sernin, à Bordeaux, Gironde), l'indication : 1° de leur nom et adresse, lisiblement écrits; 2° de leur gare de départ et, si le voyage exige un trajet sur plusieurs réseaux, de la gare de départ sur chaque réseaux. Chaque Compagnie délivrera un coupon spécial pour la partie du trajet qui la concerne; 3° de la classe en laquelle ils désirent effectuer le voyage.

Le retour doit être effectué par la même voie que l'aller. Les dames n'ont pas droit à la réduction.

III. MM. Les adhérents sont priés d'envoyer au secrétaire général les titres des communications qu'ils se proposent de faire.

IV. Nous prions MM. les congressistes qui ne nous ont pas encore envoyé leurs cotisations de vouloir bien nous les adresser au plus tôt, afin d'éviter des frais de recouvrement.

V. Le secrétaire général se met à la disposition de MM. les congressistes pour les renseignements dont ils auraient besoin.

CONCOURS

Ecoles de médecine navale. — Les jurys des concours qui auront lieu à Brest le 15 Juillet prochain pour deux emplois de professeur dans les écoles annexes de médecine navale sont composés comme suit :

Concours de séméiologie médicale : MM. l'inspecteur général du service de santé, président; Duval, médecin en chef de 2e classe, et Piton, médecin principal, membres.

Concours de chimie biologique : MM. l'inspecteur général du service de santé, président; Coutance, pharmacien en chef, et Rouhaud, pharmacien principal, membres.

Concours national d'ambulances. — Au cours de sa dernière séance, le Conseil général de la Seine, sur la proposition de M. Patenne, a voté une subvention de 300 francs pour achat de médailles qui seront distribuées comme récompenses au concours national d'ambulances organisé par la municipalité de Saint-Denis, concours qui aura lieu le 13 Juillet prochain.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES   *Tome II. N° 54. — Samedi, 5 Juillet 1902.*   10 FRANCS par an

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63   TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :

Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé. Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laënnec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé. Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé. Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé. Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD, Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

LES SYNDICATS MÉDICAUX DEVANT LES TRIBUNAUX

Jusqu'à ce jour on avait pu croire, et l'on avait même soutenu, que les engagements que peuvent prendre vis-à-vis les uns des autres les membres d'un syndicat médical, — comme, d'ailleurs, de toute autre association syndicale, — étaient, en cas de manquement de la part d'un adhérent, dépourvus de sanction pénale.

Or, il vient d'être tout récemment jugé que non seulement les engagements pris personnellement par les médecins syndiqués, mais encore les décisions arrêtées dans les réunions de syndicats, constituent pour chaque membre des obligations soumises aux règles de droit commun, et que, par suite, ceux qui les violent sont passibles de dommages-intérêts, outre les sanctions morales prévues par les statuts.

Il y a quelques années, — exactement le 2 Juillet 1899, — plusieurs médecins exerçant à Bourgoin (Isère) s'étaient réunis pour discuter l'attitude à prendre vis-à-vis des Compagnies d'assurances contre les accidents, afin de retirer de la loi du 9 Avril 1898, qui venait d'entrer en vigueur, tous les avantages qu'ils espéraient pouvoir légitimement en obtenir.

Il fut décidé que les contrats existants seraient dénoncés et qu'il ne serait pas passé de contrat individuel nouveau; en outre, un tarif fut arrêté.

Mais l'un des membres de l'association professionnelle ainsi formée, M. C..., n'a point par la suite respecté ses engagements, et a continué ses anciens rapports avec les Compagnies d'assurances, en soignant les blessés à un tarif inférieur à celui du syndicat.

M. C... fut assigné par ses confrères en répa-

ration du préjudice causé par lui au syndicat, en consentant à soigner les victimes d'accidents du travail au taux de 10 francs par blessé au lieu de celui de 15 francs fixé par l'association dont il faisait partie, et cela pour le compte des Compagnies et malgré ses engagements formels.

Un jugement du tribunal civil de Bourgoin, en date du 21 Juin 1901, a accueilli la demande ainsi formée par les médecins syndiqués contre M. C..., qui fut déclaré avoir contrevenu aux engagements pris par lui et condamné à payer des dommages-intérêts.

Appel ayant été interjeté par M. C..., la cour de Grenoble, dans son audience du 6 Mai 1902, a confirmé le jugement du tribunal de Bourgoin, et a rendu un arrêt qui consacre les décisions suivantes :

« Sous l'empire de la loi du 21 Mars 1884, les statuts des syndicats professionnels et les délibérations régulièrement prises, en tant qu'elles ont pour objet la défense des intérêts professionnels des membres qui le composent, obligent tous les membres d'un syndicat au même titre que toute autre convention valable.

« La loi de 1884 n'a dérogé, en cette matière, aux règles du droit commun qui régissent les contrats et obligations, qu'en permettant aux syndiqués de se dégager des liens du syndicat à tous moments, en donnant leur démission.

« Tant qu'il fait partie de l'association, le syndiqué qui ne s'est pas conformé aux statuts et aux délibérations du syndicat, et qui lui a ainsi causé un préjudice, est passible de dommages-intérêts envers ledit syndicat, personnalité civile, par application soit des articles 1142 et suivants du Code civil, soit de l'article 1382, le cas échéant.

« Toutefois, les membres d'un syndicat professionnel (en l'espèce d'un *syndicat médical*), qui informent par lettre l'administration de plusieurs hospices qu'ils ont résolu de cesser toutes relations avec un membre exclu, et de lui refuser leur concours, le cas échéant, adressent, en réalité, à ladite administration, une mise en demeure d'avoir à supprimer le tour de service du membre ainsi mis à l'index et de le congédier, sous peine de voir suspendu ou compromis le service médical desdits hospices.

« Une pareille démarche est abusive et constitue de la part de ses auteurs non la défense légitime d'un intérêt professionnel, mais un acte de vexation et de vengeance. »

P.-Arsène Mesnard.

PRATIQUE MÉDICALE

Instructions pour l'emploi de la tuberculine (d'après Nocard, d'Alfort).

Le médecin praticien est souvent consulté par les familles sur la question de la tuberculose des vaches laitière ; il doit de toute nécessité connaître comment on décèle la tuberculose chez les animaux par l'emploi de la tuberculine. L'Institut Pasteur de Paris fournit de la tuberculine à tous les vétérinaires qui en font la demande.

Voici les instructions nécessaires pour l'emploi de cette substance.

La tuberculine est une substance spécifique, extraite des cultures du bacille de Koch, et qui, injectée aux animaux tuberculeux, provoque chez eux une élévation de température révélatrice de la maladie.

La tuberculine est expédiée, soit concentrée (*tuberculine brute*), soit à l'état de dilution toute préparée pour l'injection (*tuberculine diluée*). La tuberculine *diluée*, conservée au frais et à l'obscurité, garde toute son activité pendant plusieurs mois. La tuberculine brute se conserve, dans les mêmes conditions, pendant plus d'un an ; pour l'emploi, il suffit de la diluer dans de l'eau phéniquée à 5 pour 1000, dans la proportion de une partie de tuberculine brute pour neuf parties d'eau phéniquée.

L'injection de la tuberculine doit être faite d'un seul coup, en arrière de l'épaule, dans le tissu cellulaire, après avoir tondu et lavé la peau avec une solution phéniquée, crésylée ou lysolée, on injectera de 1 à 4 centimètres cubes de tuberculine diluée. Pour les taureaux ou les bœufs de grande taille : 4 centimètres cubes ; pour les vaches de grande taille : 3 c. c. 1/2 ; pour les vaches de taille moyenne : 3 centimètres cubes ; pour les génisses et les taurillons de un à deux ans : 2 centimètres cubes ; pour les veaux : 1 centimètre cube.

Une fois l'injection faite on observera la température. Il est bon de prendre la température matin et soir pendant deux ou trois jours avant l'injection ; la moyenne de ces températures constitue la *température initiale* du sujet ; à la rigueur on peut se contenter de prendre la température le jour même de l'injection. On doit la prendre ensuite quatre fois : douze heures, quinze heures, dix-huit heures et vingt et une heures après l'injection.

La *réaction diagnostique* est mesurée par la différence qui existe entre la température *initiale* et la température la *plus haute* qui ait été observée après l'injection ; si cette différence atteint ou dépasse 1°5, l'animal est certainement tuberculeux.

Quand l'hyperthermie dépasse 0°8, l'animal doit être considéré comme suspect, isolé des animaux sains, et soumis à une nouvelle épreuve après un délai d'un mois.

On peut encore conclure à la tuberculose, même si l'hyperthermie est inférieure à 1°5, quand, à deux reprises successives, la température s'est maintenue à 40° ou au-dessus pour les adultes, à 40°5 ou au-dessus pour les jeunes.

Pratiquement, il convient de faire l'injection vers six heures du soir ; on a toute la journée du lendemain pour prendre les températures, à 6 heures, à 9 heures, à midi, à 3 heures.

Il peut arriver qu'au moment de pratiquer l'injection l'animal soit fiévreux ; il faut ajourner l'opération quand la température initiale atteint 39°3 pour les adultes, ou 39°8 pour les jeunes.

Il serait imprudent de soumettre à l'épreuve de la tuberculine des animaux au pâturage ; les variations atmosphériques (soleil, pluie, vent, brouillards) provoquent souvent de grandes oscillations de la température des animaux qui y sont exposés ; les indications thermométriques pourraient en être faussées. Il faut donc rentrer les animaux à l'étable, au moins vingt-quatre heures avant de pratiquer l'injection.

Enfin, il ne faut pas oublier que chez les vaches très tuberculeuses, *phtisiques*, l'injection de tuberculine peut ne provoquer aucune élévation de la température ; mais chez ces vaches, il n'est pas besoin de tuberculine pour faire le diagnostic ; les signes cliniques y suffisent amplement.

Il n'y a aucun inconvénient à tuberculiniser une vache prête à vêler. Après le vêlage il faut attendre que l'animal n'ait plus de fièvre.

On peut livrer à la consommation, sans aucun danger pour la santé publique, le lait des vaches laitières, le jour de l'opération et les jours qui suivent.

LIVRES NOUVEAUX

Thoinot et Masselin. — *Précis de microbie* (1 vol., chez Masson, 4e édition, 1902).

Le précis de microbie de MM. Thoinot et Masselin a été profondément remanié dans la quatrième édition que les auteurs soumettent au jugement du public médical. *La partie technique*, en particulier, a pris une extension considérable sous la direction autorisée de M. Binot, le distingué chef de laboratoire de l'Institut Pasteur. Illustrée de nombreuses figures, elle offre un exposé complet des notions pratiques qui s'apprennent et s'utilisent dans le laboratoire et sont l'écho fidèle des si savantes conférences faites dans le laboratoire de M. Roux.

Dans *la deuxième partie, étude des microbes pathogènes* qui déterminent les maladies transmissibles de l'homme et des animaux, de nombreux chapitres ont été ajoutés sous l'inspiration de MM. Nocard, Leclainche, Roux et avec la collaboration de M. Binot. Un tel patronage et la compétence bien connue des auteurs affirment à cet excellent ouvrage un succès certain et mérité.

A lire, parmi les chapitres nouveaux remaniés profondément, ceux sur la lynphangite ulcéreuse du cheval ; les septicémies hémorragiques (pasteurelloses), la peste, les trypanosomes, les levures pathogènes.

Busquet.

Enriquez et Sicard. — *Les oxydations de l'organisme* (1 vol., des *Actualités médicales*, 1902, J. Baillière, éditeur, Paris).

L'étude des ferments solubles, bien qu'abordée il y a déjà un demi-siècle, est restée longtemps stationnaire, alors que celle des ferments organisés, des microbes, a subi sous l'influence de Pasteur l'essor que l'on connaît. Mais, par un de ces retours dont l'histoire scientifique offre plus d'un exemple, ces recherches sur le mécanisme pathogénique des agents microbiens, en nous faisant connaître les toxines et leurs propriétés, nous ont montré les analogies remarquables qui existaient entre les produits de sécrétions microbiennes et les diastases, et, de ce fait, les biologistes ont été ramenés de nouveau à l'étude attentive des ferments solubles.

D'autre part, les travaux réalisés par Metchnikoff et ses élèves sur les cytotoxines ont ouvert aux médecins une voie nouvelle qui permet de concevoir les plus belles espérances dans le domaine thérapeutique. De plus en plus l'orientation scientifique est dirigée vers l'étude des sécrétions cellulaires et des ferments solubles.

Parmi ces ferments solubles, il est un groupe, de découverte toute récente, dont l'importance est majeure : ce sont les ferments oxydants, ou *oxydases*.

Et le grand intérêt qui s'attache à rechercher la part de ces oxydases dans les phénomènes complexes de la vie normale de la cellule autorise également à penser qu'un grand nombre d'états pathologiques répondent eux aussi à des modifications ou à des perversions de ces ferments oxydants. On comprend, dans ces conditions, combien leur connaissance importe au médecin. C'est donc faire œuvre d'actualité médicale au premier chef que de réunir les connaissances acquises à ce sujet comme le font avec l'autorité que leur donnent leurs nombreuses recherches personnelles MM. Enriquez et Sicard.

L. R.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de la fièvre puerpérale, par M. Maurice Rigal, de la Faculté de médecine de Paris, *Thèse*, 1902, 1 broch. de 75 p. (*Boyer*, éditeur, Paris.)

Rapport sur les complications orbitaires et oculaires des sinusites, par M. le prof. F. de Lapersonne, de Paris, 1 broch. in-8° jésus de 68 pages. (*G. Steinheil*, éditeur, Paris.)

Diagnostic et traitement des maladies infectieuses, par M. J. Schmitt, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, 1 vol. in-16 de 495 pages, cartonné. (*Librairie J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Lettres du Dauphiné et de la Savoie, par M. Valentin Van Hassel (de Paturages), une broch. in-8° jésus de 137 pages avec figures dans le texte. (*A. Vaubert*, imprimeur, Grande-Rue, à Dour.)

Petit **Larive et Fleury**. Dictionnaire français encyclopédique à l'usage des adultes et des gens du monde, contenant 73.000 mots, 1.345 figures dans le texte, 83 tableaux d'art, 112 cartes. Cartonnage élégant, tranches rouges (5 francs, *Chamerot*, éditeur, Paris).

Les phénomènes électriques chez les êtres vivants, par M. Mendelssohn, un fascicule in-8° écu de 99 pages. Collection « *Scientia* », série biologique, n° 13, cartonné. 2 francs (*C. Naud*, éditeur, Paris).

Hygiène des constipés, par M. Froussard, 1 brochure in-12 de 32 pages, 1902, 1 franc (*A. Coccoz*, éditeur, Paris).

NÉPHRITE SYPHILITIQUE SECONDAIRE
SURAIGUË
TERMINÉE PAR LA MORT
MALGRÉ LE TRAITEMENT MERCURIEL

Par A. CHAUFFARD et F.-X. GOURAUD

Si pendant longtemps on a hésité dans l'interprétation des néphrites aiguës graves qui peuvent survenir pendant la période secondaire de la syphilis, si l'on s'est demandé quelle part respective il faut faire, dans la pathogénie de cette néphropathie, au traitement mercuriel et à l'infection spécifique elle-même, il semble bien qu'aujourd'hui la cause soit entendue et la question définitivement jugée : c'est la syphilis seule et sa virulence propre que tendent à incriminer toutes les observations contemporaines.

Rien cependant n'est souvent plus délicat que de reconnaître et d'affirmer en clinique l'origine secondaire d'une néphrite aiguë, et ce diagnostic, toujours « instinctif plutôt que basé sur des preuves matérielles », suivant l'expression très juste de Mauriac, ne repose en somme que sur les données suivantes : survenance de la néphrite en pleine syphilis secondaire, caractères un peu spéciaux de l'albuminurie, action curative du régime lacté insuffisante ou nulle, guérison rapide, au contraire, et complète par la médication spécifique et surtout hydrargyrique.

Mais que l'un de ces termes vienne à manquer, que notamment l'action du traitement spécifique échoue, et la situation devient alors aussi embarrassante que critique, puisqu'elle se double d'une question thérapeutique grave : la continuation ou la cessation du traitement mercuriel.

C'est cette difficulté d'interprétation et de conduite qu'a soulevée pour nous l'histoire clinique d'un malade que nous venons d'observer, et qui, malheureusement, est mort de sa néphrite. Nous croyons utile de rapporter en détail son observation, ainsi que les résultats de l'autopsie, d'autant que l'on ne compte encore que six autopsies probantes de néphrite syphilitique secondaire, dont deux appartiennent à Brault, deux à Barder, la cinquième à Etienne, et la dernière à Bœderlin[1].

*
* *

OBSERVATION. — L..., âgé de quarante-sept ans, boucher, entre le 12 Février 1902, au n° 3 de la salle Woillez pour des accidents de néphrite aiguë.

Il n'y a rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires, mais ses antécédents personnels sont plus chargés. Il a eu la rougeole à six ans, la scarlatine à sept ans sans qu'on puisse savoir s'il a présenté à ce moment des accidents de néphrite; à vingt et un ans fièvre typhoïde légère qui dure un mois. Enfin, il y a un an, syphilis qui rapidement se montre assez maligne : le chancre est suivi de près de roséole et d'abondantes plaques muqueuses à la bouche et à l'anus. Comme traitement il prend du protoiodure et de l'iodure de potassium pendant six mois.

Le traitement n'empêche pas d'ailleurs l'éclosion de céphalées terribles avec vertiges, pour lesquelles il va consulter à Saint-Louis. Là on lui ordonne des frictions à l'onguent gris qu'il exécute pendant quarante jours de suite : si l'on en croit le malade, il devait employer environ trois grammes d'onguent par jour. Il fut d'ailleurs soulagé sans être complètement guéri, et ne présenta pas le plus léger signe d'intoxication hydrargyrique.

Huit jours après la cessation de ce traitement intensif se manifestent les premiers accidents du côté du rein. A cette époque, c'est-à-dire quinze jours avant son entrée à l'hôpital, L... ressent sans aucune cause appréciable de violentes douleurs lombaires : en même temps les jambes, les bourses, les mains présentent un œdème considérable, plus accentué d'ailleurs le soir que le matin.

Le malade est obligé d'interrompre son travail et s'aperçoit quelques jours après que ses urines deviennent plus rares et de plus en plus rouges. Il est pris d'une grande fatigue qui le force à rester couché. Il se met au lait et ne tarde pas à entrer à l'hôpital dans un état d'anurie presque complet, puisqu'il arrive à midi n'ayant pas uriné depuis la veille à la même heure.

A l'examen, on se trouve en présence d'un malade pâle, au visage légèrement bouffi, mais ayant en même temps un facies presque cachectique et les yeux notablement excavés. Il n'est d'ailleurs nullement dyspnéique et répond bien aux questions qu'on lui pose. L'œdème est surtout marqué aux jambes et au scrotum, mais envahit aussi la partie inférieure de la paroi abdominale, les mains et un peu le visage; c'est un œdème blanc, mou, typique.

Le malade a encore un peu mal dans les reins; mais la palpation de la région n'est pas douloureuse et ne permet de sentir aucun des deux reins.

Les mictions sont très espacées, et un peu douloureuses : l'urine est foncée, sans être rouge : l'acide azotique y détermine la précipitation immédiate de flocons épais, blancs, d'une albumine très rétractile, qui forme des petites traînées blanchâtres au milieu de l'urine. Le malade dit d'ailleurs à ce moment qu'on lui avait déjà trouvé de l'albumine à Saint-Louis.

Cette néphrite est bien tolérée : pas de bruit de galop : la tension artérielle = 16; le pouls est bon et régulier à 88. Pas de troubles oculaires. Le malade a seulement quelques sensations de doigt mort et des bourdonnements dans les oreilles.

Pas de troubles gastro-intestinaux; aucun phénomène, aucune sensation spéciale du côté de la bouche ou des gencives.

Aux poumons on constate des signes certains de collection liquide à la base droite, collection peu importante d'ailleurs, qui ne remonte guère à plus de quatre travers de doigt.

Il n'y a pas de fièvre, et le malade se plaint seulement d'une faiblesse intense et d'une courbature généralisée.

Malgré le traitement intensif que vient de suivre le malade, on conclut à une néphrite syphilitique suraiguë et particulièrement grave.

On laisse pourtant trois jours le malade en observation sans autre traitement que des ventouses scarifiées lombaires et le régime lacté. L'état général change peu; l'examen des urines est plus satisfaisant.

Le 15, on fait la première piqûre d'huile biiodurée à la dose de 4 milligrammes de biiodure d'hydrargyre par jour. Les piqûres sont ainsi faites journellement jusqu'au 23 Février. Les urines continuent à être un peu meilleures; mais l'état général ne change pas. Le malade ne dort pas, est toujours fatigué; l'œdème augmente un peu. La plèvre gauche se prend à son tour : une ponction exploratrice ramène un liquide d'aspect très spécial ; il est vaguement bleuté, et se rapproche beaucoup comme aspect du liquide céphalorachidien ; on n'y trouve pas trace de fibrine. $\Delta = 0,63$. Cytologie : quelques rares lymphocytes, un assez grand nombre de cellules endothéliales, la plupart isolées, quelques-unes en placard.

Le 24, on remplace le biiodure par du cyanure de mercure à la dose de 5 milligrammes. Le malade est de plus en plus fatigué. Il commence à avoir la diarrhée. Le 25, la diarrhée s'accompagne de vomissements verdâtres; les traits tirés, les yeux profonds, excavés, complètent le syndrome abdominal. La palpation du ventre est d'ailleurs un peu douloureuse.

Tous ces phénomènes ne font que s'accentuer les jours suivants : les vomissements verdâtres, légèrement porracés, deviennent de plus en plus fréquents, si bien que le malade ne veut plus rien boire; il prend à peine 300 grammes de lait par jour. La diarrhée, d'abord un peu sanguinolente, puis verdâtre, souille continuellement le malade.

Il est d'ailleurs de plus en plus abattu; il n'a plus la force de se remuer dans son lit; il est dans un état de subcoma, de somnolence presque continuelle.

Le 8 Mars, l'état général est de plus en plus mauvais : les traits se sont encore creusés; la bouche est sèche, les lèvres un peu fuligineuses : le pouls à 96, assez mou et dépressible. Tension artérielle = 13. Le malade n'urine plus du tout.

L'état ne fait qu'empirer les jours suivants : la respiration devient embarrassée, et le malade meurt dans le marasme et le coma le 12 Mars, à 11 h. 1/2 du matin, après quatre jours d'anurie. Dans les dernières heures avant sa mort il a présenté des sueurs d'urée sur le front, le nez et les joues.

Examen des fonctions urinaires. — Nous avons préféré mettre à part les nombreuses recherches auxquelles a donné lieu l'examen détaillé des fonctions urinaires. Presque toutes ont été faites une série de fois : nous allons les exposer séparément.

Examen des matériaux de l'urine. Dosage de l'urée. — Inférieure ou égale à 10 grammes les deux premiers jours, l'urée a ensuite monté à peu près régulièrement, pour atteindre 29 grammes le 25 Février. Puis il y a eu une chute brusque à 10, 8, 6 grammes et 2 grammes enfin, le 7 Mars, le dernier jour où le malade ait uriné.

Densité de l'urine. — A l'entrée, la densité était de 1040 : elle a ensuite un peu baissé pendant que l'urine augmentait, est montée de nouveau jusqu'à 1043 le 23. La chute a commencé le 24 (D = 1028), pour continuer jusqu'à la fin, le 7 Mars D = 1015.

Examen cryoscopique. — La méthode Bernard n'a été faite qu'une fois, le 21 Février.

$$\frac{\Delta \text{ sérum}}{\Delta \text{ urine}} = \frac{0,60}{1,14} = 0,36.$$

1. G. DELAMARE. — « La syphilis rénale ». Revue générale. *Gazette des hôpitaux*, 1900, 12 Mai.

Pour ce qui est de la méthode Claude et Balthazard, les courbes de l'élaboration moléculaire totale, de l'élaboration moléculaire utile, ont été tout à fait parallèles à celles de la densité et de l'urée : légère amélioration jusqu'au 23, chute brusque et continue de ce jour jusqu'à la fin. D'ailleurs l'élimination est toujours restée très au-dessous de la normale, puisque pour $\frac{\Delta \cdot V}{p}$ le maximum a été 1900 et le minimum 270.

Quant au rapport $\frac{\Delta}{\delta}$, après avoir été égal à 1,01, il a augmenté à partir du 24, pour atteindre 1,41 le dernier jour. Ce qui semblerait témoigner qu'au début l'insuffisance vasculaire était prédominante, mais que l'insuffisance des fonctions épithéliales a été croissant à partir du 24. Cette intervention de l'insuffisance épithéliale concorderait assez bien d'ailleurs avec la chute de l'urée et des autres principes de l'urine qu'on observe à cette même date.

Epreuve du bleu de méthylène. — Elle a été faite le 28 Février ; elle a dénoté, au contraire de ce qu'on pouvait attendre, une imperméabilité très prononcée, puisque le bleu n'a commencé à passer qu'au bout de cinq heures, n'a pas eu de maximum bien net, et que l'élimination a duré cinq jours.

Etude de l'albuminurie. — L'albumine s'est montrée au début en quantité considérable : 55 grammes par litre, le premier jour. Elle était formée presque uniquement de sérine : le deuxième jour, sur 52 gr. 60 par jour, il y avait 50 gr. 50 de sérine et seulement 2 gr. 10 de globuline ; il n'y avait ni albumoses, ni peptone ; c'est tout au plus si, après précipitation par la chaleur et l'acide acétique, on obtint un très léger biuret.

Cette albumine présentait toutes les réactions de la sérine. Elle nous a donné une *acéto-gélification* très nette ; il faut noter pourtant que l'urine prenait bien en gelée, mais devenait moins transparente, moins translucide que dans un cas antérieur que nous avons observé, ce qui est probablement en rapport avec la qualité différente des albumines.

A ne considérer que l'albumine par litre, on lui trouve une évolution parallèle aux autres principes urinaires : elle était environ de 51 gr. 68 le 23, mais tombait à 26 gr. 08 le 24 et était à 13 grammes le dernier jour.

On trouve là une nouvelle preuve de la dissociation des actes morbides du rein ; dans le cas présent, l'étude de l'albuminurie a été d'une valeur nulle pour suivre l'évolution des lésions, et pour apprécier le fonctionnement du parenchyme rénal.

Autopsie. — Faite le 12 Mars, à 11 heures, vingt-quatre heures après la mort.

Les deux reins sont très fortement augmentés de volume, mous, pâles, présentant absolument le type du gros rein blanc mou. Le droit pèse 320 grammes, il a 14 centimètres de hauteur, 7 1/2 de largeur, 6 d'épaisseur ; le gauche pèse 270 grammes, a 13 centimètres de haut, 7 de large, 4 1/2 d'épaisseur. A la coupe, on trouve la substance corticale fortement épaissie ; tout le tissu rénal a un aspect homogène, gris pâle ; on distingue mal l'une de l'autre la substance corticale et la substance médullaire.

Pour l'examen histologique, des petits fragments de reins ont été prélevés deux heures après la mort et durcis par la méthode de Van Gehuchten. Les lésions sont très profondes et frappent le parenchyme dans la totalité de ses éléments constituants.

Les tubes contournés sont le plus touchés, il n'en est pas un qui soit sain ; tantôt l'épithélium a disparu à peu près complètement, et on ne trouve plus contre la basale qu'un noyau mal coloré avec quelques fragments de protoplasma ; souvent, dans ces cas, les débris cellulaires encombrent la lumière du tube ; tantôt on aperçoit un épithélium formé de cellules plates, ayant à peine l'épaisseur du noyau, mais à limites cellulaires nettes, et qui forment au tube un revêtement continu ; ces figures peuvent à bon droit être considérées comme un épithélium néoformé, un épithélium reviviscent. Toutes les lumières tubulaires sont fortement élargies et presque toutes remplies d'un coagulum protéique, homogène, coloré en rose par l'éosine, ne contenant pas de graisse, et qui paraît être dû à l'accumulation de l'urine pendant les derniers jours d'anurie, urine dont l'albumine s'est coagulée.

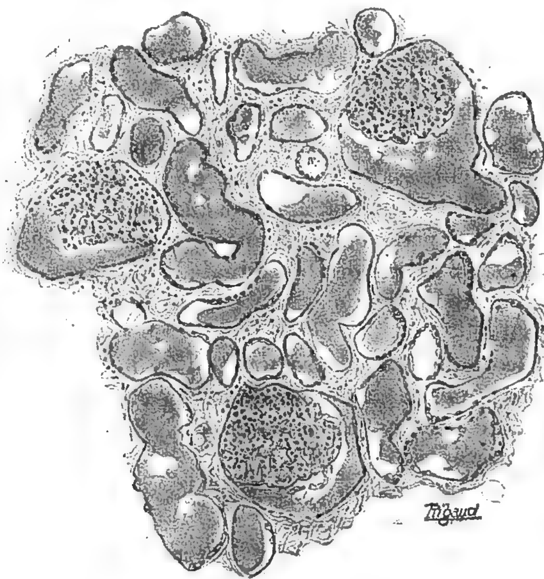


Figure 1.

Les glomérules ne sont pas congestionnés, le bouquet vasculaire est refoulé par le même exsudat protéique qui, dans certains cas, remplit la moitié de la capsule de Bowman ; il présente en outre un aspect un peu plus clair, plus vacuolaire que normalement ; mais il n'y a pas d'endo-capsulite.

Les artères présentent un léger degré d'endartérite et de péri-artérite. Enfin, on constate un œdème congestif intertubulaire intense, œdème lâche, parsemé de nombreuses cellules embryonnaires ; celles-ci infiltrent en totalité le rein, mais ne forment nulle part d'îlots infectieux.

La recherche de la réaction amyloïde est partout négative.

Le foie est un peu gros, mou, légèrement pâle ; le microscope y montre une légère stéatose périlobulaire, et un début de cirrhose périportale.

Les poumons sont très fortement congestionnés, splénisés même, fermes, résistants, ne crépitant plus ; à la coupe il ne s'écoule pas de suc œdémateux. Au microscope, on trouve une congestion intense et les alvéoles bourrées de leucocytes.

Le cœur est mou ; le ventricule gauche est peut-être légèrement hypertrophié ; rien aux orifices.

L'intestin présente trois zones de congestion : au niveau du duodénum, du tiers inférieur de l'iléon, et des côlons ascendant et transverse ; à ces niveaux, on trouve la muqueuse fortement congestionnée ; les vaisseaux sont injectés, mais nulle part on ne trouve d'ulcérations. L'examen histologique montre la simple congestion, sans lésions de la muqueuse, ni plaques nécrotiques.

* * *

Avant d'aborder la discussion pathogénique de cette néphrite, il nous faut d'abord chercher comment celle-ci s'est comportée au point de vue purement objectif, dans ses déterminations cliniques aussi bien que dans les lésions macroscopiques et histologiques constatées. Nous verrons quels arguments peut fournir, pour ou contre l'origine syphilitique de la néphropathie, cette double enquête.

Cliniquement, quelques particularités très frappantes doivent être signalées.

L'énormité tout d'abord de l'albuminurie : 55 grammes par litre quand le malade est entré à l'hôpital ; cela seul constitue presque une présomption en faveur de la syphilis, puisque l'on sait, par des exemples classiques, que les albuminuries les plus massives ont été observées dans les néphrites secondaires aiguës de l'adulte. Il en va tout autrement pour les néphrites mercurielles, et, par exemple, dans un cas typique de néphrite suraiguë par ingestion de sublimé relatée par l'un de nous[1], l'urine n'était que très faiblement albumineuse.

D'autre part, nous avons constaté très nettement ce que, à propos d'un autre cas de nature très différente nous avons qualifié d'*acéto-gélification*[2]. Dans ce premier cas il s'agissait d'une globulinurie massive (49 grammes par litre) ; cette fois, au contraire, la sérinurie était absolument prédominante. La question de *quantité* du précipité albumineux semble donc être la cause principale de cette apparence si spéciale donnée par la réaction chaleur et acide acétique à dose relativement élevée. Chez notre syphilitique cependant, si la gélification était aussi nette que dans le premier cas, le précipité était moins transparent, moins ambré, et peut-être un peu moins compact.

Si maintenant de l'albuminurie nous passons à l'étude biologique des autres fonctions rénales, nous arrivons à un résultat objectif très net et pleinement confirmatif des données fournies par l'examen histologique du rein.

L'épreuve du bleu de méthylène a donné une réaction différente de celle que l'on aurait pu *a priori* supposer. La glaucurie n'a commencé, en effet, qu'au bout de cinq heures, et s'est prolongée pendant cinq jours, alors que le malade était à ce moment en période d'albuminurie massive (30 grammes par litre). *Cette dissociation d'élimination* est inusitée, puisque nous sommes habitués à voir les néphrites parenchymateuses à grande albuminurie s'accompagner d'une glaucurie précoce, massive et de courte durée.

Du reste, les autres méthodes d'investigation biologique confirment dans notre cas le médiocre degré de la perméabilité rénale. L'élimination moléculaire, étudiée par la méthode

1. A. Chauffard. — *Bulletin médical*, 1899, 8 Février
2. A. Chauffard et F. X. Gouraud. — *La Presse Médicale*, 1901, 24 Juillet.

Claude et Balthazard, faible dès le début ($\frac{\Delta V}{P} = 1400$ le 17 Février), est tombée ensuite rapidement encore plus bas ($\frac{\Delta V}{P} = 300$ le 7 Mars veille de l'anurie terminale). Les courbes d'urée et de densité ont subi une évolution parallèle et en deux périodes, tombant à des chiffres très bas (6 grammes d'urée le 7 Mars). En somme, l'imperméabilité rénale s'est aggravée de jour en jour pour faire place enfin à l'anurie terminale.

De cette évolution l'examen histologique rend pleinement compte, puisqu'il nous montre une obstruction presque totale des cavités glomérulaires et tubulaires, encombrée, scomme nous l'avons déjà dit plus haut, par un exsudat homogène, amorphe, compact, vraisemblablement de nature protéique; que de plus les épithéliums tubulaires étaient ou complètements détruits par une sorte de nécrose de coagulation, ou en de rares points aplatis, lamellaires, et paraissant dus à une régénération récente. Nous pouvons donc, d'après tout ce qui précède, donner une conclusion ferme en ce qui concerne l'évolution physiologique et lésionnelle de cette néphrite suraiguë. En va-t-il de même au point de vue de sa pathogénie, et pouvons nous affirmer l'origine syphilitique?

* * *

A coup sûr, l'époque récente et la virulence forte de la syphilis de notre malade, l'énormité de l'albuminurie, l'absence de toute stomatite, aussi bien que des lésions intestinales habituelles de l'intoxication hydrargyrique, dictent plutôt un diagnostic de néphrite syphilitique que de néphrite mercurielle; et c'est pour cela que le traitement spécifique a été institué. Mais ce traitement a échoué et cet insuccès est chose troublante. Peut-on admettre qu'une néphrite syphilitique secondaire résiste au traitement hydrargyrique et ne s'en aggrave pas moins pour aboutir à la mort?

Il semble bien que cela soit très possible, et un certain nombre d'observations publiées en font foi. Par exemple, dans un des cas relatés par M. Ferras[1], une néphrite secondaire à grande albuminurie, non modifiée par le régime lacté, continue à s'aggraver une fois le traitement spécifique institué, et se termine par la mort en trois semaines. Le traitement mercuriel, institué au cours de la néphrite, n'avait amené aucune rétrocession des accidents. Si donc l'action curatrice du traitement hydrargyrique constitue la meilleure preuve clinique de la nature syphilitique d'une néphrite, son insuccès ne paraît pas une raison valable pour exclure cette pathogénie. A un degré suffisant de virulence, la lésion glomérulaire et épithéliale peut atteindre une telle intensité qu'elle entraîne la mort par ses conséquences directes. Le traitement spécifique n'a plus de prise sur des lésions nécrotiques d'emblée, et celles-ci, par leur généralisation et leur nocivité immédiates, ne laissent pas à la régénération glandulaire le temps de se produire.

Sur un autre terrain organique, un exemple analogue pourrait être cité, et des observations, nombreuses depuis quelques années, nous ont appris à connaître l'*ictère grave secondaire* de la syphilis. Là aussi, la nécrose cellulaire est d'emblée si diffuse, et si grave qu'elle tue en peu de jours le malade, sans que le traitement spécifique ait le temps ou la possibilité d'enrayer et de guérir les accidents.

On peut donc mourir de syphilis rénale secondaire *même traitée;* ce n'est là qu'une question de virulence. Une infection qui, comme la syphilis, semble la plus directement accessible à une médication spécifique, peut quand elle atteint au plus haut degré de sa nocivité, frapper d'emblée des coups irréparables. A cet égard peu de poisons rénaux peuvent lui être comparés.

1. J. Ferras. — « Recherches sur la nutrition chez les syphilitiques par l'analyse chimique des urines ». *Thèse*, Paris, 1901, p. 12.

LES NOUVEAUX PAVILLONS DE COCHIN

La reconstruction des hôpitaux Ricord et Cochin réunis en un seul hôpital a été décidée en 1899 par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique et le Conseil municipal. Mais l'argent manque pour faire face aux dépenses qu'entraînera l'édification de tout cet ensemble de constructions hospitalières, et l'on a dû se contenter momentanément d'élever deux pavillons, les pavillons Claude-Bernard et Potain, destinés sans doute à provoquer par contraste la chute des vieilles et peu salubres bâtisses qui les entourent.

Le pavillon Claude-Bernard, inauguré avant-hier par M. Mourier est construit dans sa forme et ses dispositions définitives. Il est destiné à recevoir 64 lits formant un service de médecine générale pour hommes.

Elevé sur sous-sol, il se compose uniquement d'un rez-de-chaussée et occupe une surface de 1.010 mètres carrés. Il comprend :

1° Un bâtiment central formant entrée et renfermant les dépendances générales du service : cabinet du médecin chef de service, chambre d'examen bactériologique, bureau de la surveillante, lingerie, vestiaire des élèves, vestiaire des malades, office, réfectoire formant salle de réunion;

2° Quatre bâtiments formant salles de malades, placées deux aux extrémités du bâtiment central et deux en retour (ces dernières figurées ci-dessous). Ces salles portent les noms de Dujardin-Baumetz, Hanot, Chauffard, Strauss, tous maîtres d'hier, dont on est presque ému de retrouver la pieuse évocation.

Chaque salle de malades, disposée pour recevoir 14 lits et une baignoire mobile, a comme dépendances spéciales : des lavabos, des water-closets avec vidoir et deux chambres d'isolement.

Deux salles de bains à deux places chacune sont disposées à proximité des deux salles de malades qu'elles sont destinées à desservir.

Les bâtiments formant salles de malades, complètement détachés à leur partie supérieure du pavillon central, peuvent être ventilés de bout en bout au moyen de grands

Figure 1. — Plan du pavillon de 64 lits (à droite et à gauche du bâtiment central sont deux autres salles de 14 lits non figurées).

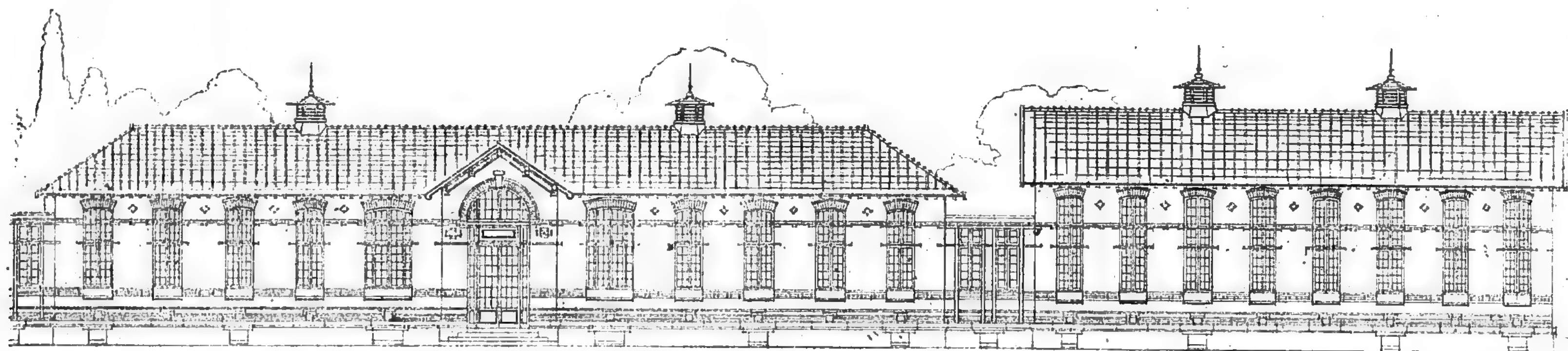


Figure 2. — Façade du bâtiment central et d'une salle de malades.

châssis disposés dans les murs pignons : ils sont voûtés en forme ogivale, selon le système Tollet, cette disposition permettant d'augmenter le cube d'air d'un cinquième sans augmentation des dimensions générales extérieures.

Chaque salle de malades présente : 1° une surface générale intérieure de 140 mètres carrés; soit 10 mètres carrés par malade;

2° Un cube total intérieur de 815^{m3}97, soit 58 mètres cubes par malade.

Le pavillon Potain, destiné à être ultérieurement prolongé et surélevé d'un étage, est disposé actuellement pour recevoir 19 lits formant un service de médecine générale pour femmes.

Elevé sur sous-sol, il comprend seulement un rez-de-chaussée, composé de :

1° Une entrée, deux chambres d'isolement, une salle de bains à une place, des lavabos, des water-closets avec vidoir, un office et un débarras;

2° Une salle de malades de 17 lits avec un bureau pour la surveillante.

La construction devant être surélevée, la voûte ogivale n'a pu être admise, et la section rectangulaire a dû être adoptée.

Le pavillon occupe une surface totale de 287^{m2}71.

La salle de malades présente une surface intérieure de 187 mètres carrés, soit 10^{m2}70 pour chaque malade, déduction faite de l'espace occupé par le bureau de la surveillante; elle offre un cube intérieur total de 852^{m3}72, soit pour chaque malade un cube de 47^{m3}30.

Les sous-sols des deux pavillons réunis par une galerie souterraine renferment : 1° les deux chaufferies destinées à alimenter les appareils de chauffage et les services d'eau chaude; 2° de vastes magasins à usage des services généraux de l'établissement.

Tous les bâtiments, élevés sur soubassements en meulière couronnés par des bandeaux en pierre, sont construits en briques blanches, avec bandeaux et arcs en briques rouges, les couvertures en tuiles avec avant-toits.

Tous les sols sont carrelés en grès cérame; les cloisons et revêtements des water-closets sont en lave émaillée enchâssée dans des bâtis en fer.

Le chauffage est à vapeur à basse pression.

L'éclairage est à l'électricité, avec service de secours restreint au gaz.

Tous les lavabos sont alimentés en eau chaude et froide.

La dépense sera d'environ 500.000 francs par 84 lits, soit 5.950 francs par lit, y compris les frais de jardinage, l'aménagement des abords, les consolidations souterraines qui, à elles-seules, par suite de l'existence d'anciennes carrières dans le sous-sol, ont entraîné une dépense importante s'élevant environ au douzième de la dépense totale.

L'édification des pavillons Claude-Bernard et Potain a pu être réalisée grâce à une subvention du Pari mutuel.

Les travaux de construction et d'aménagement des pavillons ont été exécutés sous la surveillance et la direction de M. Paul-Louis Renaud, architecte de l'administration de l'Assistance publique, assisté de M. Élie Leroy, architecte inspecteur des travaux.

Les travaux techniques (chauffage à vapeur, service d'eau chaude et électricité) ont été exécutés sous la direction de M. Desbrochers

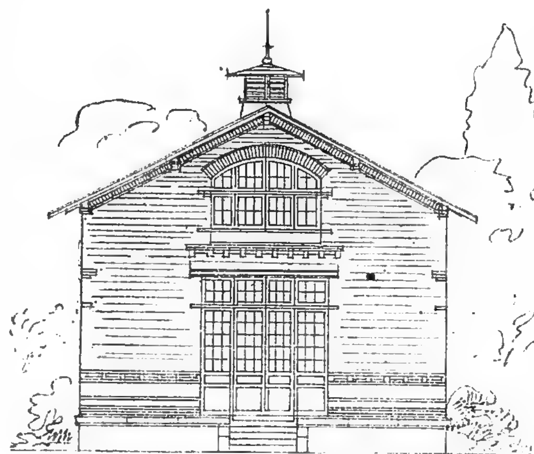


Figure 3. — Pignon d'une salle de malades.

des Loges, ingénieur de l'Administration de l'Assistance publique.

* * *

Je ne formulerai aucune critique à l'endroit des deux nouveaux pavillons de Cochin-Ricord, pas plus que je n'en ai fait à propos des nouveaux pavillons de la Maternité. Toutes ces constructions font honneur à leurs architectes : elles répondent à toutes les données de l'hygiène moderne.

M. P. Renaud a tracé les plans, et, au cours de la construction et de l'aménagement, a eu l'heureuse fortune de recevoir les précieux conseils du chef de service actuel, M. Chauffard. Il lui revient le mérite d'avoir ainsi édifié, à un prix très modéré, un service qui, au point de vue du confort des malades, l'emporte aujourd'hui sur tous les services de médecine de Paris.

Ce n'est point à dire que les nouveaux bâtiments de la Maternité et de Cochin soient sans défauts. Sans relever les désiderata, je voudrais une fois de plus faire remarquer qu'il est commode, mais profondément injuste, d'en rendre les architectes responsables. Ils sont obligés de compter avec les crédits; ainsi, M. P. Renaud était très limité et n'a pu édifier le *pavillon des laboratoires*, pavillon nécessaire, indispensable à tout service de médecine. De plus, de par l'usage, les architectes ne sont pas assez secondés par les médecins.

Depuis dix ans je m'intéresse aux constructions hospitalières et connais les principales d'Europe. Les meilleures sont le résultat de la *collaboration quotidienne*, du tracé des plans à l'ouverture des services, d'un médecin et d'un architecte, tous deux de *compétence spéciale*. A celui-là d'indiquer les données du problème, d'émettre des idées, de provoquer des installations nouvelles, à celui-ci d'en discuter et d'en assurer la réalisation. Seul le médecin connaît les besoins des services, seul il a le droit d'imprimer une orientation neuve à la conception de leur organisation, seul il prévoit les avantages des dispositions spéciales pour le meilleur fonctionnement de l'établissement hospitalier. A lui il appartient d'être l'âme de la direction, et il doit trouver dans l'architecte le collaborateur précieux qui permet la réalisation d'un heureux concept. Pour tenir son rôle, il lui faut connaître les principaux et les plus récents hôpitaux de l'Europe et avoir toujours pour but de *faire mieux*.

L'architecte, obligé, en quelque sorte, de s'en tenir aux données établies, peu enclin à étudier sur place les cliniques étrangères, ne saurait que bien exceptionnellement édifier des constructions vraiment originales.

L'administration de l'Assistance publique, en confiant presque exclusivement à ses architectes, même les plus compétents, l'édification de ses nouveaux services, ne saurait donc prétendre à des bâtiments d'une disposition neuve ou d'un aménagement parfait. Elle s'enrichit de belles constructions telles que le pavillon Claude-Bernard, mais elle n'aboutit pas à satisfaire les esprits curieux, instruits et avides de nouveautés.

F. Jayle.

LE LAVEMENT ÉLECTRIQUE

Son histoire. Sa valeur. Sa technique.

Par **A. ZIMMERN**

I. Définition. — Le lavement électrique est un procédé d'électrisation de l'intestin au moyen duquel on cherche à renforcer ou à réveiller les contractions péristaltiques en vue de rétablir le cours des matières interrompu, et qui consiste essentiellement à utiliser une masse d'eau comme rhéophore intestinal.

Bien que n'ayant encore qu'une quinzaine d'années d'existence, ce procédé tient actuelle-

ment une place relativement importante dans le traitement de l'occlusion intestinale.

* * *

II. Son histoire. — Les premières tentatives d'application de l'électricité à la cure de l'iléus datent du commencement du siècle passé. C'est Baillie, médecin de Londres, écrit Ballouhey [1], qui, le premier, eut recours à l'électrisation pour un cas d'iléus, et qui, à cet effet, s'adressa au « choc de l'électricité statique. »

En 1826, Leroy d'Etiolles présenta à l'Académie de médecine un mémoire sur l'application du *galvanisme* au traitement de l'étranglement interne. L'expérimentation physiologique avait montré à cet auteur que l'on pouvait exciter l'intestin soit sur toute sa longueur, en faisant passer un courant galvanique de la bouche à l'orifice anal, soit localement, sur des portions d'intestin *étranglées*, en condensant le courant au moyen d'aiguilles à acupuncture. Il en tira ces conclusions : 1° qu'on peut utiliser le galvanisme comme purgatif; 2° qu'on doit l'employer dans les formes d'*invagination par engouement*. Toutefois Leroy d'Etiolles ne trouva pas dans la mise en pratique du procédé la confirmation de ses prévisions.

Après la découverte de l'induction par Faraday (1832), Becquerel eut l'idée d'essayer les courants induits pour combattre des constipations opiniâtres. Reprenant la technique de Leroy d'Etiolles, il appliqua une électrode à la bouche, l'autre dans le rectum, et les relia aux bornes d'un appareil faradique; mais aucun des 15 cas qu'il soumit à ce traitement ne lui valut un succès.

« Je puis parler avec certitude de ces expériences que j'ai faites avec beaucoup de soin, écrit Becquerel, et je n'ai renoncé à de nouvelles tentatives qu'après m'être bien convaincu de la complète impuissance de l'électricité en pareil cas [2]. »

Becquerel eut encore recours à la faradisation dans un cas d'étranglement interne, mais sans meilleur résultat.

C'est à Duchenne (de Boulogne) qu'il faut remonter pour trouver l'histoire du *premier cas d'iléus guéri* par l'électricité.

Trois fois Duchenne eut l'occasion d'intervenir pour des étranglements. (Une électrode olivaire était introduite dans le rectum, une plaque humide mise au contact de la paroi abdominale. Faradisation énergique avec intermittences éloignées les unes des autres d'une seconde.)

Dans un de ces trois cas le succès a été aussi complet que possible et a sauvé le malade d'une opération sanglante [3]. Dans un autre, l'électricité n'a produit qu'un soulagement passager; enfin, dans un troisième, elle n'a eu aucun résultat.

Néanmoins Duchenne se déclare convaincu des bons effets que l'on peut attendre de l'électrisation en pareille circonstance. « De tous les moyens qui ont été employés pour dégager l'intestin obstrué, et l'on sait combien ils sont nombreux, je ne crois pas qu'il y en ait un plus efficace que l'excitation électrique dirigée sur les muscles abdominaux et sur le tube digestif. »

Par la suite, plusieurs tentatives faites avec le courant faradique vinrent confirmer l'opinion de Duchenne, et certaines eurent même quelque retentissement. C'est ainsi que Tripier (1863), Morétin (1864), Macario (1871), puis Bucquoy (1878) appelèrent chacun l'attention sur les conséquences favorables de la faradisation recto-abdominale.

Bucquoy rapporte trois observations d'invagination chez des enfants de sept mois, trois ans et quatorze ans, chez lesquels l'électrisation, fort bien supportée du reste par tous, même par le plus jeune d'entre eux, détermina, au bout d'un petit nombre de séances, la réduction complète de l'intestin. Tout en attribuant une certaine part de succès à ce que l'intervention suffisamment précoce lui avait permis de devancer l'éclosion des complications inflammatoires, Bucquoy se déclare pénétré de la valeur thérapeutique du courant faradique dans l'invagination.

Vers la même époque (1877-1878), Henrot (de Reims) fournit également quelques arguments en faveur de la faradisation recto-abdominale moins dangereuse, selon lui, que la galvanisation, eu égard à l'absence de toute action caustique.

Le courant galvanique cependant n'avait pas été abandonné, et l'on trouve par-ci par-là, dans l'histoire de l'occlusion, quelques observations éparses et isolées.

Christison [1] nous rapporte celle d'une de ses malades auquel il appliqua le galvanisme en dirigeant le courant d'abord de la bouche au rectum, ensuite à travers l'abdomen d'avant en arrière et de gauche à droite. La débâcle eut lieu au bout d'une heure. Mais la séance provoqua une réaction douloureuse intense, et les souffrances du malade, nous dit l'auteur, furent telles qu'il supplia qu'on lui laissât un jour de repos, aimant mieux recevoir un coup de fusil que de se soumettre à une nouvelle électrisation.

L'observation de Stokes (1864) présente quelque intérêt. Il s'agissait d'un malade atteint d'obstruction intestinale contre laquelle on avait déjà essayé la galvanisation labile de l'abdomen. Ce moyen, et d'autres non électriques, ayant échoué, et « des matières stercorales n'ayant pas cessé depuis plus de trois jours d'être rejetées par la bouche », Stokes proposa, comme dernière ressource, l'application directe de l'excitation galvanique à la muqueuse de l'intestin : « Le malade fut placé sur les mains et les genoux; et, dans cette posture, les fesses étant bien relevées et la tête basse, un long tube fut introduit dans le but d'administrer un grand lavement purgatif avant de procéder à l'application du galvanisme. Le tube buta contre des matières fécales, mais, lorsqu'on retira la seringue, rien ne s'écoula, ni gaz ni liquide. Sans déplacer le tube, le malade fut couché sur le côté, et une éponge, en rapport avec le pôle négatif d'une batterie électrique étant appliquée à la marge de l'anus, l'autre éponge correspondant au pôle positif fut rapidement promenée sur toute la surface extérieure des parois abdominales. Un jet de liquide ne tarda pas à jaillir par la sonde. Ensuite le tube fut retiré et l'éponge anale introduite à une profondeur de deux ou trois pouces dans le rectum au moyen du conducteur métallique auquel elle était reliée, tandis que l'autre éponge était portée comme précédemment à plusieurs reprises sur la surface extérieure de l'abdomen. Trois grands bassins furent remplis [2] ».

Cette association thérapeutique du lavement purgatif et de la galvanisation est assez originale, et, si elle n'avait pas été pour ainsi dire fortuite, ce serait peut-être à Stokes qu'il faudrait attribuer la première application de lavement électrique.

La préoccupation de localiser le plus intimement possible l'excitation électrique sur l'intestin se révèle dans la proposition, bizarre toutefois, de l'auteur allemand Clemens [3] : « Il faut, dit-il, — et j'ai guéri ainsi un cas d'invagination, — donner au malade une ou deux cuillerées à soupe de mercure métallique, puis faire passer un courant continu à travers l'abdomen, le pôle négatif étant appliqué au point supposé de l'obstruction. L'action du courant se montre ainsi bien plus énergique au niveau du point où le mercure est arrêté. »

Ajoutons que Clemens prétendait avoir, depuis 1848, employé maintes fois avec succès l'électricité statique, le courant galvanique et le faradique dans divers cas de constipation opiniâtre [1].

Citons encore Wharton [2] qui utilisa le courant galvanique avec renversements de polarité. (Un pôle dans le rectum, l'autre dans la région cæcale; courant de 14 éléments avec fréquentes inversions pendant dix minutes.)

Il faut cependant arriver jusqu'à Boudet de Pâris pour trouver le problème de l'électrisation immédiate de l'intestin résolu d'une façon réellement méthodique.

Dans le but d'amener l'excitation sur une grande surface de cet organe, et d'éviter en même temps la production d'escarres au niveau du rectum, Boudet de Pâris imagina de substituer une électrode liquide à l'excitateur métallique que jusqu'alors on appliquait sur la muqueuse anale, et il injecta dans l'intestin une *colonne d'eau salée destinée à porter le courant* directement au contact de la muqueuse. Ce procédé nouveau d'électrisation, il l'appela *lavement électrique*.

A Boudet de Pâris revient encore le mérite d'avoir su nettement déterminer le parti que l'on pouvait tirer de cette nouvelle méthode dans le traitement de l'occlusion intestinale.

Depuis lors, le lavement électrique s'est introduit dans la pratique courante, détrônant les autres procédés électriques employés avant lui; et actuellement, c'est presque toujours à l'électrisation suivant les règles édictées par Boudet que l'on s'adresse, lorsqu'on se propose de désobstruer l'intestin.

* * *

III. Sa valeur. — Au Congrès de Copenhague, en 1884, Boudet publie 76 cas sur lesquels il n'a eu que 17 insuccès [3].

En 1888 son élève, Larat, présente à l'Académie de médecine un important mémoire rappelant les bons résultats obtenus par son maître, auxquels il ajoute sa statistique personnelle.

Sur 24 cas, Larat compte 10 guérisons complètes et 6 demi-succès. Six fois, en effet, le cours des matières put être rétabli, mais la mort survint au bout d'un temps variable, soit par épuisement du malade, l'électricité ayant été appliquée trop tardivement, soit par péritonite, soit plus souvent en raison des progrès d'une lésion organique, cause des accidents. Six fois l'électricité ne put vaincre l'obstacle, l'occlusion ayant été déterminée par une hernie méconnue ou un néoplasme. Dans un cas enfin le lavement dut être interrompu en raison de l'indocilité du malade et dans un autre, l'intolérance du rectum empêcha de poursuivre l'application.

Récemment, Larat a publié une statistique d'ensemble [4].

« Boudet de Paris, dans une statistique qui repose sur 150 cas, compte 70 pour 100 de succès opératoires. En ce qui me concerne, j'ai appliqué actuellement le lavement électrique *282 fois*, et sur ces 282 cas, j'ai obtenu la libération de l'intestin *121 fois*. La proportion de mes succès est donc inférieure à celle qu'a notée Boudet de Pâris, mais reste néanmoins satisfaisante. »

Toutefois quelques auteurs ont cru devoir émettre certaines réserves sur la valeur des chiffres publiés par Boudet et Larat. C'est ainsi

1. Ballouhey. — *Thèse*, Paris, 1880.
2. Becquerel. — « Traité des applications de l'électricité à la thérapeutique ». Paris, 1860, p. 295.
3. « En 1851, j'ai appliqué ce procédé à un cas d'étranglement interne qui avait résisté pendant trois jours à tous les moyens employés en pareil cas. (L'observation de ce fait que j'avais recueillie avec quelques détails a été égarée.) Le malade se nommait Gondret, passementier en or, rue Saint-Denis, 393. C'est par les conseils de M. Chomel que la faradisation intestinale fut pratiquée comme moyen extrême. Ce beau résultat obtenu par la faradisation localisée a été tellement immédiat qu'il me parait difficile de le contester, et quand les médecins et les chirurgiens consultants arrivèrent pour opérer le malade, dans le cas où les accidents dus à l'étranglement auraient persisté, le malade était guéri » (Duchenne (de Boulogne), p. 928).

1. Christison. — *Monthly Journal*, 1854.
2. Stokes. — *Bull. de thérap.*, Mai 1865.
3. Clemens. — *Deutsche Klinik*, 1867.

1. Clemens. — *Allg. med. Central Zeitg.*, 1887, p. 1165.
2. Wharton. — *Bull. de thérap.*, 1877.
3. Boudet. — Compte rendu du Congrès international de Copenhague, 1884. Section de médecine, 124-133.
4. Larat. — « Traité pratique d'électricité médicale », Paris, 1900.

que Le Fort, argumentant la communication de ce dernier, lui reproche d'avoir réuni sous le même chef des cas de constipation opiniâtre, d'obstruction intestinale par arrêt de contractilité ou accumulation de matières, accident dont on vient facilement à bout, avec de véritables obstructions intestinales par rétrécissement, invagination, brides, etc.

« Le chiffre même des observations le prouve, dit Le Fort, car, pour trouver dans ma pratique 24 cas cas d'étranglement, il me faudrait réunir des faits embrassant bon nombre d'années. »

De même, Comte regarde les résultats obtenus par Boudet et Larat comme trop brillants pour ne pas être entachés de quelque cause d'erreur, et il se déclare convaincu qu'une proportion des cas traités par ces auteurs ne doivent relever que de l'obstruction fécale simple, du rétrécissement ou de la paralysie intestinale[1]. Mais ces objections ne paraissent pas fondées, car Boudet et Larat indiquent très nettement que leurs observations ont trait à l'occlusion et à l'obstruction intestinale quelle qu'en soit la cause.

En dehors des statistiques de Boudet et de Larat, on trouve encore dans la littérature spéciale un certain nombre de faits relatifs à la valeur thérapeutique du lavement électrique. Nous mentionnerons, entre autres, la communication de Schwartz à la Société de chirurgie. « Chez 7 malades sur 15, les lavements électriques m'ont donné un résultat excellent »[2]; les observations de Monod[3], le travail de Voizot[4] et cette intéressante observation de Routier[5] :

« Il s'agissait, dit Routier, d'un interne des hôpitaux, malade depuis trois jours, qui m'envoya chercher pour lui ouvrir le ventre. Notre jeune collègue avait été pris brusquement de douleurs abdominales dans la région du cæcum au lendemain d'un dîner chez son chef de service.

« Je ne voulus rien entreprendre sans avoir, au préalable, essayé du lavement électrique, ce dont voulut bien se charger notre confrère Larat.

« Dès la première séance, A... rendit des gaz, et bientôt survint la débâcle. Il s'agissait d'une obstruction causée par un amas de matières fécales, occasionnée sans doute par des os de mauviettes mal mastiqués et dont les extrémités pointues avaient irrité non seulement la muqueuse intestinale, mais probablement aussi la séreuse. »

Qu'il nous soit permis enfin de rappeler au signataire de l'une des meilleures monographies de l'occlusion que l'un des siens doit au lavement électrique d'avoir pu échapper aux aléas de la laparotomie.

Aujourd'hui, le lavement électrique a conquis droit de cité dans la thérapeutique de l'occlusion, et on le trouve indiqué à son rang dans la plupart des ouvrages et des traités classiques. C'est ainsi que dans le TRAITÉ DE MÉDECINE, tout en accordant sa confiance à la laparotomie, Courtois-Suffit estime que « parmi les moyens médicaux, un dernier procédé reste qui est presque toujours le meilleur : l'électricité ».

Jalaguier, dans le TRAITÉ DE CHIRURGIE, s'exprime d'une façon analogue : « Je ne méconnais pas les résultats du traitement opiacé, mais je lui préfère de beaucoup, pour ma part, l'électrisation suivant la méthode de Boudet de Pâris. »

Sur ce point médecins et chirurgiens sont unanimes, et la supériorité de l'électrisation sur la plupart des moyens médicaux en usage (purgatifs, opium, entéroclyse), est généralement admise sans conteste. Mais l'accord est loin d'être aussi parfait lorsqu'on cherche à déterminer le rôle qu'il convient de réserver au lavement par rapport à l'intervention chirurgicale. Les divergences d'opinions proviennent, ici surtout, de ce que certains auteurs ont cru devoir mettre en balance deux moyens de traitement que, pourtant, rien ne permet de comparer.

« On ne peut pas établir de parallèle entre le lavement électrique, la laparotomie et l'entérotomie », disait Le Fort. Et il ajoutait : « Il faut toujours essayer l'électrisation, parce que le diagnostic est toujours difficile, et qu'il serait déplorable d'ouvrir le ventre pour une simple obstruction intestinale. Mais il ne faut pas trop insister, trop compter sur ce moyen, toujours impuissant dans l'étranglement interne. »

Quoi qu'il en soit, la méthode de Boudet de Pâris a ses adeptes et ses détracteurs. D'un côté, ceux qui, à l'exemple de Le Fort, recommandent d'interroger le lavement aussi souvent que possible; de l'autre, ceux que ne saurait effrayer l'imposante léthalité de la laparotomie dans l'occlusion, et qui, se refusant à courir les chances d'un succès éventuel par l'électricité, préféreront affronter d'emblée l'intervention chirurgicale. Les principaux arguments que font valoir ces derniers sont la crainte de perdre un temps précieux, l'incertitude des résultats.

Mais jugée d'une façon aussi absolue, la méthode de Boudet de Pâris se trouve détournée de son véritable caractère, car, en fait, et nous ne saurions trop insister ce point, *elle ne prétend à être qu'une simple épreuve thérapeutique*, nullement infaillible, mais assez souvent palliative et parfois curative. Et l'on ne saurait véritablement priver, de parti pris, un malade d'une ressource qui, bien des fois, a fait ses preuves, en rendant inutiles des interventions regardées auparavant comme indispensables.

* * *

IV. Manuel opératoire. — Les intruments nécessaires à l'application d'un lavement électrique sont :

1° Un *irrigateur* ou un *bock* avec son tube de caoutchouc (contenance 2 à 3 litres);

2° Une bonne *batterie* galvanique capable de donner une intensité d'au moins 40 milliampères. Les batteries de 30, 32 et 40 éléments que l'on trouve chez les constructeurs (chlorure de zinc ou sulfate de mercure) répondent à ce but;

3° Deux fils conducteurs assez longs pour pouvoir facilement relier la batterie au malade;

4° Une ou deux *plaques abdominales* en cuivre ou en étain recouvertes de feutre et de peau de chamois, ou plus simplement de plusieurs épaisseurs de coton hydrophile enveloppées d'une fine mousseline;

5° Une *électrode rectale de Boudet de Pâris*. Celle-ci est constituée par un tube métallique creux, très légèrement flexible, long de 20 à 25 centimètres, recouvert extérieurement d'une gaine isolante (caoutchouc durci ou ébonite) destinée à protéger la muqueuse intestinale contre toute action caustique. Cette gaine doit dépasser de un centimètre environ l'embouchure intrarectale du tube métallique, afin de ne se trouver en aucun point au contact ou même à proximité de la muqueuse. L'autre extrémité du tube est reliée à l'irrigateur par un tuyau de caoutchouc muni d'un robinet et porte une borne pour l'insertion du fil conducteur.

Il existe plusieurs modèles de sonde rectale, mais qui ne diffèrent que par leur bout intestinal. Les unes, en effet, ont leur lumière directement à l'extrémité du tube, les autres sur un côté; d'autres enfin présentent une partie terminale renflée, criblée d'orifices multiples. Ce dernier modèle est quelquefois désigné sous le nom de sonde de Krouse.

Le malade sera couché sur un lit, à plat, sans oreiller, le bassin légèrement surélevé au moyen d'alèzes pliées en quatre. L'irrigateur sera suspendu à la tête du lit à une hauteur de 50 ou 60 centimètres au-dessus de son plan. L'opérateur aura à sa portée la batterie et la sonde rectale, celle-ci préalablement aseptisée.

L'irrigateur ayant été rempli d'eau bouillie tiède saturée de sel marin, ou d'eau de Vichy, on commencera par introduire la sonde dans le rectum le plus profondément possible, tout en ayant soin d'en suivre les courbures avec précaution. Notons qu'on éprouve parfois une certaine difficulté à franchir l'ampoule rectale lorsque celle-ci est anormalement dilatée et que l'instrument s'y égare ou qu'une coudure de l'intestin déterminée par la compression de la masse intestinale distendue par les gaz s'oppose à sa pénétration.

La sonde une fois bien introduite sera maintenue d'une main; de l'autre on tournera le robinet de l'irrigateur, mais en réglant son ouverture de façon que l'eau n'arrive que *très lentement* dans le canal intestinal. Un écoulement trop rapide peut en effet irriter l'ampoule rectale qui repousse alors la sonde et expulse le liquide.

Lorsqu'on aura fait passer un quart de litre ou un demi-litre environ, on placera sur le ventre la ou les électrodes abdominales. Si l'on n'emploie qu'une seule plaque, celle-ci doit avoir une surface minima de 9 sur 12, soit au moins 100 centimètres carrés, et on aura soin de la placer bien au milieu de l'abdomen. Au cas où l'on se servirait de deux électrodes abdominales, celles-ci devront être appliquées latéralement de chaque côté de la ligne médiane.

Tel est le premier temps de l'opération.

Le second temps consiste à établir le courant. Pour cela le pôle positif sera relié à la sonde rectale et le pôle négatif à la plaque abdominale.

Au moyen de la manette du collecteur on élèvera l'intensité électrique progressivement jusqu'à 10, 20, 30, 40 et 50 milliampères. Pendant toute la séance le robinet de l'irrigateur devra rester entr'ouvert de manière que le liquide puisse s'écouler lentement. Le courant galvanique appliqué d'une façon continue suffit parfois à provoquer le besoin de défécation (surtout dans les obstructions stercorales), mais il est toujours préférable d'avoir recours aux variations brusques d'intensité que l'on obtient, soit au moyen de renversements, soit au moyen d'interruptions. Chaque électricien a ici sa technique personnelle. La plupart renversent le courant au bout de cinq minutes, de façon que l'électrode rectale, positive auparavant, devienne négative. Pour opérer ce renversement on pousse la manette du collecteur en arrière jusqu'à ce que le galvanomètre marque 0, puis, intervertissant les fils, on ramène doucement le courant à son intensité première. Cela fait, il ne reste plus alors qu'à interrompre le courant de temps à autre, toutes les quinze secondes par exemple. Chaque interruption se traduira visiblement par une contraction des muscles abdominaux.

Un autre procédé consiste à remplacer les interruptions par des renversements que l'on peut faire toutes les trois ou quatre minutes.

La durée moyenne du lavement est de un quart d'heure ou vingt minutes; vingt-cinq minutes est une limite qu'il ne faut pas dépasser.

C'est parfois pendant l'application elle-même que le malade commence à ressentir le besoin de défécation; celui-ci devient alors de plus en plus pressant : il résulte des contractions abdominales et intestinales que produit l'électrisation. Le malade devra tout d'abord résister à ce besoin, et ce n'est qu'au moment où il ne pourra plus s'en rendre maître qu'on interrompera le courant, que l'on retirera la sonde, et qu'on l'engagera à faire tous ses efforts pour expulser les matières. Plus souvent les contractions intestinales utiles ne surviennent qu'à la fin de la séance, c'est-à-dire au bout d'un quart d'heure ou vingt minutes. D'autres fois le besoin d'expulsion n'apparaît qu'au bout de plusieurs heures. Enfin, dans les cas où le lavement doit rester inefficace, il ne se produit aucun besoin et souvent même aucune colique.

L'*épreuve* du lavement sera *positive* lorsqu'on aura obtenu de suite, ou peu de temps après, soit une débâcle, soit seulement quelques gaz.

1. COMTE. — *Semaine médicale*, 1895, p. 109.
2. *Bull. de la Soc. de thérap.*, 1897. Discussion sur le traitement de l'occlusion intestinale.
3. MONOD. — *Ann. de la polyclin. de Bordeaux*, 1898.
4. VOIZOT. — *Thèse*, Paris, 1890.
5. ROUTIER. — *Semaine médicale*, 14 Mai 1890.

Il ne faut cependant pas trop compter sur la débâcle dès la première séance. Deux ou trois lavements sont souvent nécessaires. D'ordinaire, le premier aboutit seulement à la restitution de l'eau légèrement teintée ou mélangée de matières en bouillie ou à l'émission de quelques gaz. Ce dernier signe a toutefois une certaine importance, car il permet d'affirmer que l'intestin est redevenu perméable et de présumer qu'une nouvelle électrisation provoquera une expulsion fécale abondante. Mais il ne faut pas prendre pour des gaz venus du bout supérieur de l'intestin l'air qui aurait été introduit en même temps que le lavement. Deux signes sont nécessaires pour affirmer que les gaz rendus ont franchi l'obstacle : d'abord une *certaine abondance*, ensuite une *fétidité* appréciable.

De toute façon, lorsqu'on aura obtenu, après une première séance, soit quelques gaz, soit quelques matières en purée, il sera indiqué de recourir à une nouvelle application.

L'épreuve du lavement ne devra comporter, en règle générale, que deux séances dans les cas aigus, trois dans les formes chroniques. Dans les cas aigus cependant, on sera parfois obligé de s'en tenir à une seule séance, lorsque cette séance n'ayant rien donné, l'extrême gravité de l'état général commandera une intervention rapide.

On laissera entre deux séances consécutives un intervalle de repos de 7 à 8 heures environ[1], on ne sera autorisé à le réduire que si le temps pressait absolument. On voit ainsi que *trois applications demandent à peine vingt-quatre heures*. En vingt-quatre heures au plus, le lavement doit donc avoir donné une réponse décisive.

Lorsque l'épreuve aura été favorable, lorsqu'on aura obtenu une évacuation abondante, on devra parfaire l'action de l'électricité avec des lavements simples ou huileux ou mieux encore avec de grandes irrigations intestinales (entéroclyse). Quant aux purgatifs, ils seront rigoureusement proscrits.

On pourra également chercher à modifier l'état général en combinant des injections sous-cutanées de sérum avec une boisson légèrement alcoolisée. Dans certains cas de stercorémie profonde, les lavages d'estomac rendront quelques services. Enfin, dans les formes d'obstruction par paralysie de l'intestin, l'électrisation, continuée à raison d'une séance par jour, permettra de restituer en peu de temps leur énergie aux fibres musculaires.

Le lavement électrique tel que nous venons de le décrire constitue la méthode classique habituelle. Le courant faradique, cependant, a conservé quelques partisans qui lui accordent une efficacité équivalente. Mais, bien que nous soyons encore assez peu éclairés sur le mécanisme intime de la contraction intestinale sous l'influence des divers courants, il paraît aujourd'hui à peu près certain que le courant galvanique agit sur l'intestin d'une façon plus énergique et plus persistante que le faradique. Duchenne, et avant lui Leroy d'Etiolles, avaient déjà noté ce fait que les muscles lisses de l'intestin répondaient mal aux excitations faradiques. Erb, dans son Traité[2], émet une opinion absolument opposée, et conclut à la supériorité du faradique pour produire les contractions péristaltiques de l'intestin. Ce jugement est cependant en contradiction avec les données de la physiologie. Il résulte en effet des expériences de Schillbach sur le lapin qu'avec un courant d'intensité moyenne on observe des mouvements péristaltiques plus étendus avec le courant galvanique qu'avec le courant faradique. De plus, cet auteur a encore démontré que le duodénum, le jéjunum et l'iléon répondent mieux à l'excitation que le gros intestin, et que l'excitabilité de l'intestin diminue à mesure qu'on s'éloigne du pylore. Le pôle positif serait également, d'après Schillbach, beaucoup plus actif que le négatif. Delherm et Laquerrière, qui ont tout récemment renouvelé ces expériences, sont arrivés à des conclusions analogues[1].

Leubuscher[2] a également attiré l'attention sur les avantages de la galvanisation. « Chez l'homme sain, dit cet auteur, un courant galvanique d'intensité moyenne a pu produire, après un quart d'heure d'électrisation, une évacuation beaucoup plus rapide que la faradisation. Les fèces, plus liquides, témoignent également d'une augmentation de la sécrétion glandulaire. » Un autre point, qui paraît à peu près démontré, c'est que l'intestin, soumis pendant un certain temps à l'action du courant galvanique permanent, gagne en excitabilité. Il se produirait là comme une sorte d'emmagasinement de l'énergie, et l'intestin, ainsi préparé, répondrait d'autant mieux par la suite aux excitations intermittentes.

« D'après Erb et Remak, écrivait Boudet, ce sont les courants continus qui pourront le mieux rétablir la tonicité des muscles lisses paralysés et déterminer leurs premières contractions péristaltiques. Il ne s'agira plus alors que d'entretenir et de renforcer ces contractions, et, pour cela, c'est encore aux courants continus que nous aurons recours, mais en espaçant leur action. Suivant Boudet, ce sont les excitations lentes et espacées qui impressionnent le plus énergiquement la contractilité intestinale.

Ajoutons enfin que la réaction de l'intestin à l'excitation paraît se poursuivre au delà du terme de l'application électrique. Ce fait se trouve suffisamment démontré par l'intensité et la fréquence des coliques qui succèdent parfois plusieurs heures durant à l'électrisation, et qui, dans les cas heureux, aboutissent à la débâcle.

1. Lorsqu'on est obligé de renouveler les séances on a pu quelquefois suivre le déplacement du bouchon stercoral, et Voizot cite une observation où le malade éprouva très nettement la sensation que le bol fécal descendait (obs. XXVIII, in *Thèse*, Voizot).

2. Erb. — « Traité d'électrothérapie », p. 119.

1. *Société française d'électrothérapie*, 1901, Octobre.

2. Leubuscher. — *Centr. f. klin. Med.*, 1887.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

19 Juin 1902.

Néphrite et éclampsie. — *M. Porak.* L'éclampsie peut être due à une lésion rénale ancienne, auquel cas la thérapeutique est bien difficile. Les pièces que je présente proviennent d'une femme qui est morte d'éclampsie, malgré le traitement que j'emploie habituellement, et qui me donne de meilleurs résultats que tous ceux que je connais.

En dehors des lésions hépatiques et rénales, j'ai trouvé, à l'autopsie de cette femme, de l'œdème pulmonaire. J'ai donné du sérum en injection intraveineuse pour forcer la diurèse; or, cette femme n'a pas uriné.

En sorte que je me demande si le sérum, employé à dose massive, n'a pas provoqué la mort de cette femme dont les reins étaient malades.

M. Boissard. Quant à moi, je ne fais d'injections de sérum à dose massive que chez les femmes qui urinent bien.

M. Bar. J'ai renoncé, pour ma part, pour des raisons théoriques, aux injections de sérum, mais je fais boire beaucoup mes éclamptiques (150 grammes d'eau toutes les deux heures).

Je ne crois pas que l'oligurie soit un bon élément de pronostic. On doit se baser surtout sur la qualité de l'urine : la méthémoglobinurie est toujours un symptôme redoutable, car elle accuse une forte destruction de globules rouges pendant l'accès.

Présentation d'un enfant atteint de déformations multiples des membres. — *M. Chavane.* La mère de cet enfant a présenté, pendant sa grossesse, des troubles articulaires avec œdème localisé surtout au niveau des articulations.

J'ai extrait cet enfant, qui se présentait en OIDP, à l'aide d'une application de forceps.

Les déformations qu'il présente sur les membres sont multiples : avant-bras en pronation forcée, subluxation du poignet, rétraction des muscles de l'éminence thénar, rétraction du grand pectoral, subluxation de la hanche, torsion légère du fémur, et enfin pied bot. Je crois pouvoir attribuer cet état à une affection congénitale d'origine médullaire, telle que la sclérose des faisceaux antéro-latéraux.

Il y a lieu de se demander quels rapports existent entre la maladie de la mère pendant sa grossesse et ces malformations infantiles.

Présentation d'un enfant porteur d'un hématolymphangiome kystique congénital du cou. — *MM. Bonnaire et Bosc.* Pendant l'accouchement, on avait cru tout d'abord à des circulaires très serrés. Ce qu'il y a de particulier dans cette tumeur, c'est qu'au début elle était transparente; dans les jours qui suivirent, la tension augmenta, en même temps que la tumeur devenait opaque.

Nous pensons opérer prochainement cette tumeur, dont l'opacité assombrit évidemment le pronostic.

Extirpation d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu chez une femme enceinte; continuation de la grossesse. — *M. Bar.* Je suis intervenu d'urgence, en présence de la soudaineté et de la gravité des accidents.

J'ai trouvé un kyste de l'ovaire dont le pédicule était tordu; il y avait en outre un thrombus.

Sur la paroi du kyste, était une plaque en voie de sphacèle.

Le pédicule contenait des vaisseaux très volumineux.

M. Macé rapporte un fait analogue; le kyste dont le pédicule s'était tordu avait le volume d'une orange.

Stercorémie et grossesse. — *M. Budin.* Il s'agit d'une primipare de trente-deux ans, cypho-scoliotique, qui est entrée dans mon service en présentant des symptômes extrêmement graves.

Cette femme, qui souffrait de fatigue mal déterminée et de céphalée depuis une dizaine de jours, avait été prise d'une dyspnée intense.

Quand je la vis, elle était très cyanotique; son ventre était tendu, luisant, vernissé, impalpable l'auscultation fut négative.

On pensa à de l'hydramnios à marche rapide, ou à un encombrement fécal; mais ce dernier diagnostic était contraire aux affirmations de la femme, qui assurait aller à la selle tous les jours.

Les événements ultérieurs montrèrent qu'il s'agissait bien d'encombrement fécal, une forte débâcle intestinale ayant amené une amélioration rapide; le ventre devint souple, et on entendit les bruits du cœur fœtal.

Recherches radiographiques sur la symphysiolaxie du pubis du cobaye pendant la gestation. — *M. Chambrelent* (de Bordeaux). Les radiographies que je présente établissent d'une façon indiscutable que le ramollissement qu'on avait déjà constaté au niveau de la symphyse pubienne des cobayes pleines est un phénomène de la gestation et non de la parturition.

Celle-ci est d'ailleurs impossible, s'il n'y a pas écartement du pubis au moment du passage du fœtus.

J'insiste sur ce fait que cet écartement du pubis est un phénomène bien plus physiologique que mécanique, puisqu'il est déjà très prononcé avant tout début de travail.

L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

1er Juillet 1902.

Colobome du nerf optique. — *M. Valude* a observé un malade atteint de colobome du nerf optique gauche. Dans ce cas, il existe à la partie supérieure de la papille une large tache blanche nacrée ayant environ les dimensions d'une papille. A la partie supérieure interne de la papille, on observe une excavation taillée à pic de 2 millimètres de profondeur. Il n'existe chez ce malade aucune autre anomalie, aucune autre affection congénitale.

Subluxation du cristallin et ophtalmie sympathique. — *M. Wuillomenet* présente un malade qui eut à la suite d'un traumatisme une subluxation du cristallin de l'œil gauche. Deux ans après, et consécutivement à un traumatisme du même œil, le malade eut une irido-choroïdite de l'œil droit, que le traitement mercuriel améliora beaucoup.

Cette irido-choroïdite vient de faire une poussée, tout récemment, et sans cause apparente.

Paralysie traumatique des deux obliques supérieurs. — *M. Demicheri.* Après une chute d'un lieu

élevé, une jeune fille resta trois jours dans le coma. Elle eut dans la suite de la diplopie. Cette diplopie n'existe que dans le champ inférieur de la vision, avec une différence de hauteur des deux images; d'après l'auteur, il pourrait s'agir d'une lésion des deux nerfs de la 4e paire, au niveau de leur entrecroisement.

Hérédo-syphilis oculaire avec lésion des membranes profondes. — *M. Caudron.* Rapport sur un travail de M. Seudral. Une enfant eut à sept ans une kératite interstitielle et d'autres accidents d'origine hérédo-syphilitique. Plus tard, à ces lésions cornéennes s'ajoutèrent des lésions de chorio-rétinite. Après un traitement intensif par les frictions mercurielles et les injections de cyanure d'hydrargyre, l'état da la malade fut très amélioré.

Du traitement mercuriel hypodermique dans les affections oculaires spécifiques congénitales des enfants du premier âge. — *M. Dreyer-Dufer.* Rapport sur un travail de M. Girault.

L'auteur a observé des résultats excellents consécutifs au traitement mercuriel hypodermique, chez les nouveau-nés hérédo-spécifiques.

A. Druault.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

2 Juillet 1902.

Hydrométrie par atrésie sénile du col utérin. *M. Chaput* fait un court rapport sur cette observation adressée à la Société par M. Fontoynont (de Tananarive). Il s'agit d'une femme de cinquante ans, chez laquelle la ménopause était survenue cinq ans auparavant, et qui, dans ces derniers temps, avait vu son ventre augmenter de volume et devenir douloureux; de plus, et à plusieurs reprises, elle avait remarqué l'écoulement d'un liquide aqueux par le vagin. A l'examen, M. Fontoynont constata que l'utérus était volumineux, remontant au-dessus du pubis; le col, complètement atrésié, n'admettait pas la plus petite sonde. Pensant à une hydrométrie, M. Fontoynont fit une ponction de l'utérus à travers le col: cette ponction donna effectivement issue à environ un litre de liquide jaune-verdâtre clair. La récidive ne tarda d'ailleurs pas à se faire; cette fois, on pratiqua à la suite de la ponction un drainage de la cavité utérine à l'aide de mèches, prolongé pendant quinze jours. Depuis, la malade est restée guérie. M. Chaput craint cependant que cette guérison ne soit pas définitive; dans ces cas, d'ailleurs rares, d'atrésie du col utérin sur toute sa longueur, on n'a guère de chance de succès qu'en pratiquant l'amputation totale du col.

Absence du vagin avec présence de l'hymen; hématométrie. — *M. Chaput* lit une deuxième observation de M. Fontoynont concernant une jeune femme de dix-sept ans, mariée, réglée depuis un an, mais dont les règles avaient brusquement cessé au bout de six mois, en même temps que le ventre augmentait de volume et devenait douloureux. Cette femme se plaint, en outre, que les rapports conjugaux sont difficiles, l'introduction étant tout à fait insuffisante M. Fontoynont constata, en effet, qu'il n'existait, au niveau de la vulve, qu'une dépression de 35 millimètres environ, fermée dans la profondeur par une membrane obturatrice qui s'appliquait étroitement sur le col utérin. Cette membrane était reliée au méat urinaire par une bride de même nature, ce qui fait supposer qu'il s'agissait là de la membrane hymen refoulée peu à peu à cette profondeur par les tentatives répétées du coït, créant ainsi un vagin artificiel, le véritable vagin faisant complètement défaut. L'utérus remontait jusqu'à l'ombilic. M. Fontoynont, pensant à une hématométrie, incisa la membrane obturatrice; cette incision donna effectivement issue à une grande quantité d'un liquide couleur goudron. Curettage de l'utérus, drainage, guérison. A noter cependant, quelques jours après l'opération, l'apparition d'une tumeur annexielle qu'il fallut ponctionner. C'était un hydrosalpinx, occasionné probablement par la torsion d'une des trompes par suite de la diminution rapide du volume de l'utérus.

Fracture du bassin et rupture de la vessie. — *M. Walther* fait un rapport sur cette observation adressée à la Société par *M. Souligoux*. Il s'agissait d'un homme tombé sous les roues d'une voiture. L'impossibilité de la miction, l'urine sanguinolente retirée par le cathétérisme, la tuméfaction des régions hypogastrique et iliaque, la crépitation provoquée par la compression latérale du bassin ne laissaient point de doute sur l'existence d'une fracture du bassin avec rupture de la vessie. L'intervention s'imposait. M. Souligoux fit une incision sous-ombilicale, ouvrit un large épanchement prévésical formé de sang mélangé d'urine, et qui s'étendait jusque dans la fosse iliaque, constata l'existence d'une disjonction pubienne de plus de 3 centimètres et d'une rupture latérale, extra-péritonéale, de la vessie, longue de 5 centimètres. Après nettoyage du foyer, M. Souligoux pratiqua la suture de la vessie et du pubis, puis, ayant assuré un large drainage hypogastrique, il mit une sonde à demeure dans la vessie. La guérison se fit sans incidents: les fils furent enlevés au douzième jour, le drainage hypogastrique au vingtième, la sonde à demeure au bout d'un mois. La radiographie révéla l'existence d'un trait vertical de fracture siégeant au niveau de la cavité cotyloïde.

Rétrécissements blennorragiques de la portion membraneuse de l'urètre. — *M. Bazy* lit en son nom et au nom de *M. Decloux* une note tendant à démontrer la possibilité des rétrécissements blennorragiques de l'urètre membraneux. Les auteurs s'appuient pour cela sur deux observations dont l'une accompagnée d'un examen histologique très complet. La possibilité de l'envahissement de l'urètre membraneuse par la sténose s'explique par ce fait que le processus inflammatoire localisé d'abord dans l'urètre spongieux et au niveau de la muqueuse, gagne peu à peu les tissus profonds qu'il frappe de sclérose, laquelle gagne par continuité les couches conjonctives des régions voisines. Aussi, à proprement parler, les rétrécissements de l'urètre membraneux ne sont-ils que des rétrécissements secondaires produits par l'extension des rétrécissements de la portion bulbaire.

Traitement de l'ectopie testiculaire par la section de tous les vaisseaux du cordon. — *M. Mignon* présente trois jeunes soldats qu'il a opérés de cette façon. Le procédé est basé sur ce fait que, dans l'ectopie testiculaire, l'organe est surtout retenu par son pédicule vasculaire. En sectionnant tous les éléments de ce pédicule on parvient facilement à faire descendre le testicule dans les bourses; il est inutile de pratiquer l'orchidopexie. L'artère déférentielle, ménagée avec le cordon, suffit à assurer la nutrition du testicule. Chez trois malades opérés par M. Mignon, et qui le sont respectivement depuis un an, six mois et trois mois, les testicules ont conservé leur fermeté et leur volume, et, si leur puissance fonctionnelle est très discutable, leur vitalité ne semble du moins nullement compromise.

M. Lucas-Championnière, tout en félicitant M. Mignon des résultats qu'il a obtenus, pense cependant qu'il ne faudrait pas considérer ces résultats comme définitifs; il y a trop peu de temps écoulé depuis l'opération. C'est après plusieurs années seulement qu'on pourra juger de la valeur du procédé employé. M. Lucas-Championnière cite un cas où, après onze ans, il a dû réséquer un testicule qui était remonté contre l'anneau inguinal qu'il comprimait, causant des douleurs insupportables. La section de tous les vaisseaux du cordon n'est d'ailleurs pas si inoffensive que le pense M. Mignon, et M. Lucas-Championnière a vu plusieurs fois survenir à la suite de cette opération des nécroses du testicule. Enfin, il est des cas où même cette opération ne permet pas d'abaisser le testicule et où il faut recourir à l'extirpation de l'organe.

M. Bazy a traité, il y a six ans, une ectopie testiculaire par la section de tous les tissus retenant le testicule, sauf, bien entendu, le cordon. Or, il a revu ce malade il y a huit jours: le testicule était resté dans le scrotum; il était volumineux, de consistance ferme, et le sujet, dont l'autre testicule était resté en ectopie abdominale, avait eu, paraît-il, l'occasion de donner des preuves de virilité.

M. Sebileau est très catégorique sur le sort réservé aux testicules des opérés de M. Mignon. Ces testicules sont fatalement voués à l'atrophie, si l'on en juge d'après ce qui se passe chez les animaux bistournés, c'est-à-dire chez lesquels on a pratiqué la torsion des éléments du cordon: l'oblitération des vaisseaux amène infailliblement, non pas de suite, mais après quelques mois ou quelques années, la fonte complète des testicules. M. Mignon prétend que l'artère déférentielle suffit à assurer la nutrition de l'organe; mais cette artère ne se rend nullement au testicule. Il suffit d'ailleurs de palper les testicules des opérés de M. Mignon pour se convaincre que deux de ces testicules sont déjà en voie d'atrophie manifeste.

M. Broca pense qu'il ne faut pas de parti pris sectionner tous les éléments vasculaires du cordon; il ne faut le faire que si cela est absolument nécessaire pour amener la descente du testicule. Dans ce cas, d'ailleurs, on coupe ce qu'on peut, et l'artère spermatique peut parfaitement échapper aux ciseaux du chirurgien: c'est ce qui explique la vitalité relativement satisfaisante que conservent même après des mois et des années certains de ces testicules.

M. Kirmisson fait les mêmes réserves que MM. Sebileau et Broca; il serait très mauvais d'ériger en méthode générale le procédé préconisé par M. Mignon. Il ne faut pas de parti pris chercher à faire la section de tous les vaisseaux du testicule ectopié, car cet organe n'est pas toujours dégénéré fonctionnellement, comme le prétendent la plupart des auteurs, et le chirurgien peut prétendre, en conservant à ce testicule tous ses éléments nutritifs, restituer à son opéré un organe excellent, tant au point de vue de la forme que de la fonction.

M. Routier pense également qu'il faut conserver le plus possible des vaisseaux du cordon et ne les sectionner qu'en cas d'absolue nécessité. Cette section peut d'ailleurs entraîner la nécrose du testicule, ainsi qu'il en a observé un cas.

Extraction d'un projectile logé dans la fesse; utilité de l'appareil de Contremoulins. — *M. Routier* présente un gardien de la paix qui avait reçu en 1894, il y a donc huit ans, une balle dans la fesse gauche. Le projectile n'avait pas été extrait et il traduisait sa présence par des abcès à répétition s'ouvrant en général au pourtour de l'anus et laissant à la suite des fistules plus ou moins tenaces. M. Routier fit radiographier cet homme par M. Contremoulins qui localisa la balle en avant du petit trochanter droit. Elle était très profondément située, et, sans le secours du compas de M. Contremoulins, il eût certainement été impossible de la mettre à jour. Grâce au contraire, à ce merveilleux appareil, l'extraction put se faire avec une précision quasi mathématique.

M. Tuffier cite un autre fait de la précision remarquable et de la grande utilité de l'appareil de Contremoulins. Il s'agit d'une jeune femme qui, ayant reçu une balle de revolver dans la poitrine, avait ensuite subi sans résultat trois tentatives d'extraction. M. Contremoulins, à l'aide de son compas, localisa la balle immédiatement en arrière du 7e cartilage costal gauche, en avant du péricarde, et permit à M. Tuffier de l'extraire sans le moindre tâtonnement.

M. Demoulin rappelle un malade qu'il a présenté à la Société au commencement de cette année et chez lequel il avait pu, grâce à l'appareil de Contremoulins, extraire facilement une balle profondément située dans l'aisselle.

Traumatisme grave du pied; nécrose et ablation de la malléole externe et de l'astragale; reconstitution d'une malléole aux dépens de l'épiphyse tibiale. — *M. Demoulins* présente un homme qui, dans une chute du haut des fortifications, se fit des lésions graves du pied gauche. Il existait, en effet, une large plaie au niveau de la malléole externe, plaie qui entraîna la nécrose de cette malléole et celle de l'astragale et obligea M. Demoulins à faire l'ablation de ces parties osseuses. Il appliqua ensuite un appareil plâtré qu'il laissa deux mois en place, espérant ainsi obtenir une ankylose qui permît la marche. Mais, l'appareil enlevé, il put constater l'existence d'un pied ballant qui rendait la station debout impossible. M. Demoulins se résolut alors à refaire une malléole externe en taillant une mortaise dans l'épiphyse inférieure du tibia. Cette opération a été suivie de succès et actuellement le malade marche d'une façon très satisfaisante. La radiographie montre que la malléole externe est refaite et qu'elle a de bonnes dimensions.

Cancer étendu de l'épiglotte, de la base de la langue et du pharynx enlevé par la voie sous-hyoïdienne. — *M. Sébileau* présente un malade chez lequel il a enlevé par une pharyngotomie sous-hyoïdienne une masse néoplasique ayant envahi l'épiglotte, une partie de la base de la langue et une grande partie du pharynx. Aujourd'hui la plaie est cicatrisée, sauf en un point où il existe un orifice arrondi par lequel le malade s'introduit lui-même une sonde œsophagienne destinée à son alimentation. La déglutition est, en effet, sinon impossible, du moins très défectueuse, les aliments introduits dans la bouche passant en grande partie dans le larynx.

Résection large de la muqueuse rectale pour prolapsus. — *M. Delorme* présente un jeune soldat chez lequel il a pratiqué, il y a deux mois et demi, la résection large — plus de 12 centimètres — de la muqueuse rectale pour un prolapsus datant de plusieurs années. Le résultat obtenu est parfait: le sphincter est absolument continent et la cicatrice invisible.

J. Dumont.

ANALYSES

CHIRURGIE

Schaeffer. *Valeur de l'alcool pour la désinfection des mains* (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1902, nos 9 et 10, p. 185 et 219). — Les nombreuses et minutieuses recherches faites dans ces derniers temps sur le meilleur mode de désinfection des mains conduisent toutes à cette conclusion que la désinfection absolue, au sens bactériologique du mot, est impossible à réaliser, mais que cependant on peut arriver à approcher de très près cette asepsie idéale. Dans des recherches très précises, Schaeffer passe successivement en revue les différents procédés de désinfection des mains qui ont été tour à tour préconisés comme les meilleurs; après les avoir tous soumis au contrôle bactériologique, il déclare que c'est encore le simple lavage à l'eau chaude et à l'alcool, suivant le procédé d'Ahlfeld (?), qui donne les résultats les plus parfaits. Voici la technique qu'il conseille :

Lavage et brossage énergique des mains pendant cinq minutes avec un savon mou et dans de l'eau aussi chaude que possible, toilette des ongles, séchage avec une compresse stérile chaude vigoureusement promenée sur l'épiderme, lavage et brossage pendant trois à cinq minutes dans de l'alcool fort, enfin rinçage dans un liquide aseptique (eau stérilisée ou mieux solution aqueuse de sublimé à 1 pour 100).

J. Dumont.

OPHTALMOLOGIE

Bourdeaux. *De la dionine et de ses effets sur l'œil* (*Thèse*, Paris, 1902). — Par de nombreuses expériences sur l'animal et par le traitement de 53 malades, l'auteur a pu étudier les différents modes d'action de la dionine sur l'œil normal et pathologique. Il s'est servi de la dionine en poudre et de solutions à 5 et à 1 pour 100.

Sur l'œil sain, la dionine en poudre, et même la solution à 5 pour 100, produisent un œdème conjonctival qui débute au bout de quelques minutes et peut durer jusqu'à vingt-quatre heures. Il est accompagné de vaso-dilatation et d'injection, d'excitation glandulaire et de larmoiement. Sa durée et son intensité sont très variables suivant les sujets. Chez des cardiaques non compensés, cet œdème est beaucoup plus marqué. Sur l'œil malade, la même réaction se produit, mais généralement avec beaucoup plus d'intensité. S'il est fait plusieurs applications consécutives de dionine sur le même œil, la réaction diminue rapidement d'intensité. On peut la relever par des compresses ou des pulvérisations chaudes. Elle cesse presque complètement par un repos de huit jours.

Sur l'œil sain et surtout sur l'œil malade, la dionine, même en solution à 1 pour 100, a une action analgésiante qui dure trois ou quatre heures, alors qu'on l'estime généralement plus longue. L'accoutumance à l'action analgésiante est plus lente que l'accoutumance à la réaction œdémateuse.

L'auteur a démontré que la dionine agit sur l'osmose oculaire en injectant de la fluorescéine à des chiens et en appliquant la dionine seulement sur un œil. Généralement la coloration verte de la chambre antérieure était plus marquée et plus durable dans l'œil ayant reçu la dionine.

Elle n'a pas *in vitro* de pouvoir antiseptique appréciable; *in vivo* elle a un rôle antiseptique indirect par les phénomènes réactionnels, surtout par le larmoiement, qu'elle provoque.

En thérapeutique oculaire, elle peut être utilisée dans plusieurs catégories d'affections :

a) Elle semble accélérer la guérison des kératites parenchymateuses; elle active très nettement l'éclaircissement de la cornée dans les cas de pannus trachomateux quand l'affection conjonctivale est guérie.

b) Dans les affections phlycténulaires et les ulcérations, quelle qu'en soit la nature, elle fait cesser la douleur et la photophobie. Elle a une action moins marquée sur la marche du processus.

c) Dans les affections du tractus uvéal et dans le glaucome, outre l'effet analgésique, elle parait avoir une certaine influence sur l'évolution de la maladie. Elle ne dispense pas des médicaments habituels, atropine dans le premier cas, myotiques dans le second, mais elle parait favoriser leur action.

Dans le premier de ces trois groupes, l'action est due surtout à la réaction dioninique; aussi faut-il employer la solution à 5 pour 100 pour commencer. Dans les deux autres une solution à 1 pour 100 suffit le plus souvent.

A. Drault.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

École de médecine d'Angers. — Le Conseil municipal d'Angers vient de décider la création d'une chaire de clinique ophtalmologique.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé de la marine. — La liste d'embarquement du corps de santé est arrêtée comme suit à la date du 1er Juillet : MM. Balbaud, Abelin, médecins en chef de 1re classe; MM. Kermorvant, Duval, médecins en chef de 2e classe; MM. Drago, Le Franc, Millou, Aubert, Mercié, Alix (P.-M.), Kergrohen, Geay de Couvalette, Machenaud, Gayet, Magnon-Pujo, Pungier, Quédec, Deblenne, Foucaud, médecins principaux; MM. Bertrand, Gibrat, Vallot, Hennequin, Duranton, Préboist, Taddéi dit Torella, Rousseau, Laurent, Mourron, Etourneau, Porre, Ruban, Meslet, Viancin, Chabanne, médecins de 1re classe.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont désignés pour servir à la Guyane, MM. les médecins-majors de 2e classe Sadoul, Castueil, Ascornet, et M. Roubaud, médecin aide-major de 1re classe.

— Tour de service colonial des officiers du corps de santé des troupes coloniales :

M. Henry, médecin principal de 2e classe; MM. Clavel, Fortoul, Le Guen, Vergoz, Le Moine, médecins-majors de 1re classe; MM. Maurras, Lafaurie, Suard, Morel, Brossier, Gautier, Depied, Lesueur-Florent, Binard, Ilbert, Conan, Mille, Audibert, Bailly, Bourdon, Hutre, Layet, médecins-majors de 2e classe; MM. Aubert, Féray, Jacob, Mathis, Portes, Camus, médecins aides-majors de 1re classe.

La lutte contre la tuberculose. — Le Président de la République vient de recevoir M. le professeur Brouardel, qui est venu l'entretenir du développement croissant de l'Œuvre générale des dispensaires antituberculeux et des cures d'air populaires, de Paris et de la province.

Cette œuvre vient d'installer à Paris la seconde série de ses établissements philanthropiques.

Sont actuellement ouverts, les dispensaires antituberculeux de Saint-Lazare (IXe), 28, rue Saint-Lazare; de Montmartre (XVIIIe), 115, rue Marcadet; de Vaugirard (XVe), 196, rue Lecourbe; de Plaisance (XIVe), 10, rue Schomer; des Gobelins (XIIIe), 10, rue Fontaine-à-Mulard; de Ménilmontant (XXe), 5 bis, rue de Lesseps; des Buttes-Chaumont (XIXe), 91, rue Manin; des Batignolles (XVIIe), 19, rue des Apennins.

L'Œuvre va compléter le réseau des dispensaires parisiens et créer en province de nouveaux établissements dans les trois zones principalement décimées par la tuberculose : le Nord, l'Ouest et la vallée du Rhône. Les autres régions de la France seront pourvues avant un an de dispensaires antituberculeux sur le même modèle.

Étranger.

Une nouvelle université allemande. — Il est question de transformer en université l'institut de Senckenberg, à Francfort-sur-Mein. On ajouterait aux facultés de médecine et de sciences naturelles des chaires d'histoire, de philosophie, de langue et de littérature allemandes.

Congrès international pour la protection de l'enfance. — Ce congrès, qui cette année se tiendra à Londres, à Guildhall, du 15 au 18 Juillet, comprendra une section médicale, une section législative et une troisième section où l'on s'occupera des questions philanthropiques et de celles se rapportant à l'éducation. Les présidents des deux premières sections sont : Sir James Crichton-Browne et Lord Cross. Le secrétaire du Congrès est M. W. Gibson-Lewis, 8, Wells Street, Gray's Inn Road, W.-C. Londres.

La mortalité des officiers allemands. — La Compagnie militaire d'assurances sur la vie à laquelle sont assurés tous les officiers de terre et de mer vient de publier un tableau intéressant sur la mortalité dans l'armée allemande.

En 1901, l'âge moyen des décès a été de quarante-six ans et demi. Sur 297 décès d'officiers, il y en a eu 42 par suite de mort violente; 29 se sont suicidés; 4 ont été assassinés; 9 sont morts d'accident; la plupart des autres décès sont dus à des maladies nerveuses ou à la tuberculose.

Prudence judicieuse. — Les médecins et chirurgiens d'Anderson, dans l'Indiana, se sont entendus pour refuser toute aide chirurgicale, à moins d'avoir obtenu du malade ou de sa famille une lettre par laquelle ceux-ci s'interdisent le droit de poursuivre judiciairement le praticien en cas de résultat défavorable de l'intervention.

CONCOURS

Faculté de médecine de Montpellier. — Deux concours s'ouvriront, le 16 Janvier 1903, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier : pour : 1° un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales; 2° un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Hospices civils de Toulouse. — Le concours d'externat en médecine s'est terminé par le classement suivant : MM. Durand, Rancoub, Augé, Cayrel, Lacoste, Chalot, Chapelle, Lafon (J.-J.-E.), Clermont, Gadrat, Fabre, Vayssière, Massonié, Jardel, Chopin, Adoué, Larrieu, Sainte-Colombe, Lévêque et Jarrou.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 55. — Mercredi, 9 Juillet 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :

Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD, Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

MÉDECINE PRATIQUE

CHRONIQUE

PRATIQUE MÉDICALE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

DEUXIÈME VOYAGE

AUX

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Paris — Gênes — Pise — Florence.

Rome — Turin — Paris.

Un plein succès couronna la première tentative de voyage aux Universités étrangères dont l'organisation me fut confiée l'an dernier par le Comité de direction de *La Presse Médicale*. Nombre de villes de province se trouvèrent représentées, et les Parisiens se virent fort agréablement doublés de confrères de Dijon, de Lille, de Rouen, d'Orléans, du Mont-Dore, de Seurre, de Bernot, etc.; l'étranger lui-même se trouva représenté par M. Vieira, de Rio-de-Janeiro.

Partout les réceptions furent franchement cordiales; à Liège, à Bonn et à Heidelberg, elles prirent les proportions d'un petit événement dont parlèrent les gazettes locales. Et ce fut réconfortant de pouvoir montrer à nos confrères d'Outre-Rhin qui applaudissaient fort à l'idée et à la réalisation de ce voyage qu' « une fois de plus la France faisait preuve d'une heureuse initiative ».

Au retour d'Allemagne, la moitié des membres de l'excursion s'inscrivirent pour le voyage projeté cette année, en Mai; par suite de circonstances spéciales, la date de Mai a été ajournée en Septembre, et le voyage coïncidera avec le Congrès de Rome.

Le programme suivant est provisoirement arrêté et, à moins de conditions particulières, sera exécuté au prix de 450 francs environ. Les dames seront admises.

Programme.

9 Septembre. — Départ de Paris à 2 heures soir.

10 Septembre. — Arrivée à Gênes à midi. Séjour.

11 Septembre. — Départ de Gênes à midi. Arrivée à Florence à 7 h. 19.

12 et 13 Septembre. — Séjour à Florence.

14 Septembre. — Départ de Florence à 8 h. 47. Arrivée à Pise à 11 h. 6. Visite de Pise. Arrivée à Rome à 11 h. 43 du soir.

15 au 21 Septembre. — Séjour à Rome.

22 Septembre. — Arrivée à Turin à 11 h. 35 soir.

23 et 24 Septembre. — Séjour à Turin et départ pour Paris.

Puissent nos confrères venir en nombre à ce voyage pour leur plus grand intérêt et le bon renom de la science française en Italie.

F. Jayle.

PRATIQUE MÉDICALE

Hygiène des enfants d'arthritiques.

D'après J. Comby, qui a étudié dans les Archives de médecine des enfants la question de l'arthritisme chez les enfants, la prophylaxie de l'arthritisme doit être entreprise dès les premières années de la vie.

L'enfant de souche arthritique sera autant que possible élevé comme un fils de paysan, au grand air, à la campagne. Il se livrera sans contrainte aux jeux du dehors, à la promenade, à la course, à tous les exercices physiques qui accélèrent la nutrition et assurent la combustion et l'élimination des matériaux usés de l'organisme.

Il est rare qu'on puisse obtenir ce retour complet à la nature, sauf pour les premières années de la vie; mais on doit se rapprocher le plus possible de cette hygiène idéale; pour cela on assurera aux jeunes citadins, aux écoliers, aux collégiens des vacances suffisamment longues pour combattre avec chance de succès les conséquences fâcheuses de la vie scolaire.

L'alimentation doit être surveillée et réglée dès la naissance. L'enfant sera nourri au sein jusqu'à dix-huit mois ou deux ans; il ne prendra pas, avant dix ou douze mois, d'autres aliments que le lait.

Avant l'âge de trois ans, on ne donnera ni viande, ni vin, ni autres boissons fermentées.

Après trois ans, on pourra donner les viandes blanches, mais non les viandes noires (gibier de poil) ou rouges, la charcuterie, les mets faisandés, etc.

L'enfant sera surtout un végétarien et un buveur d'eau; son régime comprendra : comme boisson, le lait ou l'eau; trois repas par jour, composés de : pain et farineux, soupes et potages, œufs et laitages, légumes secs et légumes verts, pâtes alimentaires (nouilles, macaroni), poissons frais et viandes blanches, fruits cuits, etc. On prendra garde aux mets épicés.

Les fonctions intestinales seront surveillées de très près; on combattra la constipation par le régime des légumes verts et des fruits cuits, par le pain d'épice, les suppositoires glycérinés, les petits lavements de glycérine, le massage, etc. On ne négligera pas les fonctions de la peau : les affusions froides et douches, les bains tièdes, le drap mouillé, les frictions sèches et alcooliques, la gymnastique suédoise, le massage seront prescrits suivant les indications et les conditions d'existence de l'enfant.

Le bromhydrate d'hyoscine dans le traitement des tremblements.

L'hyoscine a été surtout considérée comme un sédatif du système nerveux, utilisable principalement dans la manie et le délire alcoolique. A. Robin l'a employée chez cinq malades atteints de tremblements divers : tremblement sénile, maladie de Parkinson, chorée. Dans quatre de ces 5 cas il a obtenu une amélioration très sensible par l'emploi du bromhydrate d'hyoscine en injections sous-cutanées, à des doses variant de 0 gr. 0,0001 à 0 gr. 0,0005 par jour.

Le traitement des ulcères variqueux par l'incision circonférentielle de la jambe.

L'incision circonférentielle de jambe, faite suivant la méthode de Moreschi ou suivant la modification de Mariani, par la section de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, peut, suivant Ch. Durand, qui l'a étudiée dans sa thèse, donner d'excellents résultats.

Lorsque cette incision circonférentielle de jambe est faite haut (jarretière), elle modifie les conditions de circulation et d'innervation de tout le segment de membre sous-jacent et, par conséquent, influe sur la totalité des lésions, quels qu'en soient le nombre et l'étendue. La section des nerfs saphènes, interne et externe, ne présente aucun inconvénient : le maintien de la sensibilité est assuré par les nerfs perforants.

On sectionne toutes les veines, empêchant la colonne sanguine de peser de tout son poids sur les capillaires de la jambe si la saphène est insuffisante.

On transforme, comme le fait la seule résection de la saphène interne, des varices à grande tension en varices à faible tension, c'est-à-dire des varices mal tolérées en varices bien tolérées. On réalise une névrotomie des filets nerveux se rendant à l'ulcère, ce qui supprime les douleurs quand elles existent.

LIVRES NOUVEAUX

L.-R. Regnier. — *Radiothérapie et photothérapie* (1 vol. des *Actualités médicales*. J. Baillière, éditeur, Paris).

L'auteur a condensé et résumé dans ce petit volume les travaux parus pendant ces dernières années sur ces acquisitions si récentes de la thérapeutique, la photothérapie et la radiothérapie.

Afin de permettre au lecteur de tirer de la lecture des diverses théories énoncées à leur sujet tout le profit désirable en vue de l'application de ces méthodes au traitement des malades, M. Regnier expose d'abord les grandes lois physiques qui les régissent, en quelques pages, aussi clairement écrites que précises et complètes en leurs détails. Il étudie la lumière, les théories à l'aide desquelles Newton, Huyghens, Faraday, Maxwell ont cru pouvoir en expliquer la nature; il passe en revue successivement les diverses radiations, leur action physiologique et leurs applications thérapeutiques.

L'héliothérapie, l'électrothérapie ont suscité de nombreuses recherches, ainsi qu'en témoigne le nombre des appareils inventés pour leur application pratique, et dont l'auteur nous fait connaître les principales caractéristiques.

De même pour les appareils à rayons X, qui, ayant été étudiés dans un précédent volume, sont cités plutôt pour mémoire.

Les indications thérapeutiques de la photothérapie et de la radiothérapie sont exposées en quelques pages substantielles qui résument fort bien l'état de la question à ce jour.

L'auteur conclut avec raison qu'il reste encore beaucoup à faire; du moins, les efforts qui ont abouti à doter la science de ces méthodes nouvelles n'ont pas été stériles et promettent pour l'avenir plus d'une découverte féconde en résultats pratiques pour le soulagement et la guérison des malades.

Busquet.

BIBLIOGRAPHIE

Les Maladies du Cuir chevelu, prophylaxie et traitement, par M. Gastou, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, 1 vol. in-16 de 96 pages, une figure, cartonné « *Actualités médicales* », 1 fr. 50 (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Lavage de l'intestin, par M. Froussard, 1 brochure in-12 de 50 pages, 1902, 1 fr. 25 (*A. Coccoz*, éditeur, Paris).

Les Difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence, par M. E. Kirmisson, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Trousseau, membre de la Société de chirurgie. 1 vol. gr. in-8°, avec 430 figures dans le texte, 15 francs (*Masson et Cie*, éditeurs).

Recherches bactériologiques sur les gangrènes gazeuses aiguës, par M. G. Legros, ancien interne des hôpitaux de Paris, *Thèse*, Paris 1902. (*C. Naud*, éditeur, Paris.)

Mode de fonctionnement économique de l'organisme, par M. Imbert, un fascicule in-8° écu, de 97 p. Collection « *Scientia* », série biologique n° 14, cartonné, 2 francs (*C. Naud*, éditeur, Paris).

ATTENDRE POUR OPÉRER

QUE L'APPENDICITE SOIT "REFROIDIE"

C'EST EXPOSER LE MALADE A LA MORT

Par le Professeur G. **DIEULAFOY**

La communication que j'ai l'honneur de faire aujourd'hui à l'Académie a surtout pour but de mettre en évidence le rôle de l'*intoxication* dans les accidents mortels de l'appendicite. Voici les faits :

Le lundi matin, 2 Juin, M. Marion suppléant du professeur Duplay à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, nous demandait de venir voir, salle Saint-Landry n° 31, un garçon de vingt trois ans, entré la veille à l'hôpital. Ce jeune homme nous raconte que sa maladie a débuté d'une façon inopinée dans la nuit du jeudi au vendredi, alors que la veille, il était, comme toujours en parfaite santé. Le jeudi il avait travaillé comme d'habitude, il avait dîné de bon appétit et il s'était couché sans éprouver le moindre malaise. Vers 2 heures du matin il est réveillé par des douleurs sous-ombilicales, d'abord peu vives, puis plus intenses.

Le vendredi matin, malgré ses douleurs, cet homme se lève et se rend à son travail, mais il ne peut déjeuner, il rentre chez lui et il se couche. Dans la soirée apparaissent quelques frissons. La nuit du vendredi au samedi est fort pénible, mais il n'y a ni nausées ni vomissements.

Le samedi matin, 31 Mai (deuxième jour de la maladie) les douleurs abdominales sont très vives. Le malade dit avoir eu la fièvre toute la journée. Deux lavements amènent une évacuation ; le lait tiède est bien toléré. Un medecin vient dans la journée et parle d'appendicite.

Le dimanche, 1er Juin (troisième jour de la maladie) le jeune homme est amené à l'Hôtel-Dieu. Le ventre est à peine ballonné et douloureux à la région sous-ombilicale. Il n'y a pas de vomissements, la miction est facile. Le pouls est à 96 ; température du matin, 38°5; température du soir, 39°6. On applique sur le ventre une vessie de glace.

Le lundi matin, à 10 heures (quatrième jour de la maladie), je suis appelé auprès du patient. Le pouls est à 88, et la température, qui, la veille au soir, avoisinait 40°, est actuellement tombée à 37°. Malgré cette amélioratton apparente, j'ai mauvaise impression, le visage est altéré, pâle et terreux ; les traits sont tirés, les ailes du nez sont animées de battements. Le malade a rendu des gaz et des urines; il a eu quelques hoquets, mais pas de vomissements. Le ventre a son aspect presque normal, il n'est ni météorisé, ni excavé; la région sous-ombilicale est un peu tendue et sensible à la pression. La palpation permet de localiser nettement le maximum de la douleur à la région cæco-appendiculaire.

C'est là, dans les parages de l'appendice, que dominent la douleur, l'hyperesthésie et la tension musculaire. On ne trouve de matité nulle part.

Nous avons affaire à une appendicite aiguë, qui est au quatrième jour de son évolution, mais, à coup sûr, la péritonite ne joue pas un rôle dominant dans l'histoire de cette appendicite. Ces formes là sont suspectes de gangrène et d'intoxication parfois terribles. Je fais analyser les urines, et l'analyse nous donne la confirmation de la toxicité de cette appendicite. Les reins et le foie sont adultérés par les toxines appendiculaires, car les urines contiennent une assez forte proportion d'albumine, des cylindres granuleux, des leucocytes et des pigments biliaires.

Séance tenante, l'opération est pratiquée par M. Fredet. L'incision des parois ne dénote aucune trace d'œdème. Le péritoine n'est pas adhérent. L'ouverture de la cavité péritonéale donne issue à une petite quantité de liquide louche sans odeur. Aucune adhérence entre les anses intestinales, peu d'exsudat à leur surface. En arrière du cæcum existe une petite collection purulente fétide. L'appendice est logé dans cet abcès; il adhère légèrement à la paroi postérieure du cæcum ; on le décolle sans peine. La portion initiale de l'appendice attenant au cæcum ne paraît pas altérée, mais le reste de l'appendice est entièrement gangréné sans perforation apparente. La plaie est laissée ouverte ; on établit un drainage avec trois gros drains entourés de gaze.

Mardi 3 Juin. La nuit a été agitée; la température est à 37°6.

Mercredi 4 Juin. Le malade a eu dans la nuit quelques vomissements muqueux. Je redoute les hématémèses qui accompagnent si souvent les formes toxiques de l'appendicite. Un lavement d'eau salée provoque une débâcle.

Jeudi 5 Juin. L'état paraît plus satisfaisant, et cependant le visage conserve son aspect terreux.

Vendredi 6 Juin. La situation s'aggrave : le malade est abattu, les extrémités sont couvertes de sueurs froides, le pouls est petit et accéléré, les vomissements muqueux se sont reproduits. L'analyse des urines démontre la présence de pigment rouge brun qui a remplacé les pigments biliaires vrais. La nuit suivante surviennent de nombreuses hématémèses (vomito negro appendiculaire), et le malade succombe après avoir eu une série de vomissements noirs.

A l'autopsie, faite par un de mes chefs de laboratoire, M. Nattan-Larrier, on trouve un léger exsudat fibrineux sur quelques anses intestinales, pas de liquide péritonéal, pas de collutions purulentes, si ce n'est une cuillerée de pus bien lié dans le petit bassin.

Les deux poumons sont fortement congestionnés, surtout aux bases, sans trace de broncho-pneumonie. L'estomac est vide ; toute la muqueuse au niveau de la grande courbure est couverte de suggillations hémorragiques ; on dirait par places des taches de purpura ; les fins vaisseaux sont distendus en réseaux ; on ne trouve pas d'ulcérations.

Le cœur et la rate sont sains. Le foie et les reins ont une apparence normale, mais l'examen histologique y dénote des lésions extrêmement accentuées. C'est M. Letulle qui a bien voulu se charger de cet examen. Vu l'importance du sujet, il me paraît utile de publier *in extenso* la note qui m'a été remise par notre savant collègue.

Les fragments du rein pris vingt-cinq heures après la mort, passés pendant vingt-quatre heures dans le formol à 1 pour 100, puis durcis dans l'alcool à 90°, ont été coupés après inclusion au collodion ; les coupes ont été colorées à l'hématéine-éosine, à la thionine, et au bleu polychrome combiné au Kernschwarz.

Leur examen donne les résultats suivants :

a) A un faible grossissement, les coupes montrent une nécrose étendue à un très grand nombre de tubes contournés, et à quelques branches larges des anses de Henle, alors que les glomérules et les tubes droits ainsi que les pyramides ont manifestement échappé à ce processus de mortification suraiguë.

b) En étudiant d'une manière plus précise la topographie des zones nécrobiotiques, on note tout d'abord l'intégrité parfaite d'un grand nombre de tubes contournés logés sous la capsule d'enveloppe, en pleine substance rénale ; le contraste entre les tubes morts en plein parenchyme et ceux encore vivants dans la substance corticale est des plus remarquables et permet d'éliminer l'hypothèse d'une lésion cadavérique. D'ailleurs l'examen des lésions vues à un plus fort grossissement confirme cette première donnée.

1° Il est facile de reconnaître que tous les épithéliums de la coupe d'un tube contourné donné ne sont pas nécrosés, et que quelques cellules possèdent encore leurs noyaux plus ou moins vivement colorés en un violet lilas par l'hématéine.

2° Les épithéliums des tubes malades, loin d'être affaissés, sont souvent saillants, bombants dans la cavité tubulaire ; ils sont très granuleux, et il est à noter que, même dans les régions nécrobiotiques, les éléments sont en voie de desquammation, que leur noyau soit encore ou non colorable.

3° Les éléments du tissu cellulaire interstitiel et les capillaires sanguins sont pourvus de leurs noyaux et ne paraissent pas le siège de lésion notable.

Les glomérules volumineux gorgés de sang montrent leur cavité rarement occupée par de la sérosité rosée ; l'endothélium de la capsule est proliféré sur un grand nombre de points. Les éléments interstitiels des anses glomérulaires ne sont pas proliférés, les vaisseaux sanguins de la substance corticale, et en particulier ceux de la portion glomérulaire sont dilatés, sans réaction hyperdiapéditique périvasculaire, il n'y a aucune trace d'exsudat séreux ou fibrineux interstitiel. Quant au tissu de la pyramide, on y rencontre quelques anses de Henle en partie nécrosées. Il n'y a aucune lésion inflammatoire dans les tubes collecteurs dont les épithéliums ont tous conservé leurs noyaux.

Les fragments fixés à l'acide osmique après l'action du formol montrent une dégénérescence granulo-graisseuse limitée exactement aux épithéliums de quelques tubes contournés. Cette lésion aiguë récente se caractérise par la desquammation de la cellule rénale et l'accumulation de granulations fines et noirâtres dans le protoplasma. Ces granulations sont disséminées dans toute l'épaisseur de la cellule et ne s'accumulent pas seulement à sa base. Les techniques appropriées permettent de dire que les épithéliums frappés de dégénérescence granulo-graisseuse conservent encore, pour un certain nombre d'entre eux, la colorabilité de leurs noyaux.

Après coloration à la thionine, les cellules épithéliales nécrosées présentent deux types assez différents, qui ne paraissent pas les deux stades d'une même lésion et ne coexistent jamais dans la même portion tubulaire.

a) Le premier type correspond assez bien à la lésion décrite sous le nom de nécrose de

coagulation; le protoplasme de la cellule est coloré en un bleu grisâtre, il est à peu près homogène et translucide, le bloc protoplasmique est sillonné de grosses stries à bords mal délimités, le noyau n'est plus colorable.

b) Le deuxième type d'altération est plus discret que le précédent; il est caractérisé par la fragmentation granuleuse de la totalité des protoplasmes épithéliaux sur la coupe d'un tube contourné donné; cette sorte de désagrégation fait disparaître toute forme et tout contour épithélial. Les granulations qui occupent le bloc protoplasmique ainsi mortifié ont des dimensions variables, en général pourtant assez considérables, les plus grosses mesurent de 2 à 5 μ. Toutes ces granulations sont colorées en violet pâle par la thionine, elles sont arrondies, translucides et toujours distinctes les unes des autres. Il n'y a pas trace de formation de cylindre dans les tubes à leur niveau. Il est difficile de savoir si toutes les boules graisseuses que fit reconnaître l'acide osmique coincident ou non avec ces masses hyalines. Il est à noter que sur un grand nombre de points la portion de tube atteinte de ce type de dégénérescence correspond à l'origine même du tube urinifère. Quelques tubes contournés ainsi altérés arrivent même jusqu'au contact de la capsule de Bowmann. Dans les cellules atteintes de ce type de dégénérescence, les noyaux sont le plus souvent réfractaires à la coloration, quelques-uns se colorent d'une manière diffuse ou sont en chromatolyse.

En résumé, l'ensemble de ces lésions permet de conclure qu'il s'agit d'une *néphrite suraiguë dégénérative toute récente dont la cause échappant à l'examen microscopique paraît relever uniquement d'une substance toxique éliminée par l'appareil sécréteur du rein.*

Passons à l'examen histologique du foie également fait par M. Letulle : les coupes du foie faites sur des fragments traités par l'acide osmique après fixation par le formol à 10 pour 100 montrent l'accumulation de très fines granulations graisseuses à l'intérieur des cellules hépatiques surtout dans la région avoisinant le centre du lobule. Mais le reste des trabécules n'est pas indemne de graisse. Un détail est intéressant à noter : il existe une accumulation notable de graisse dans les cellules endothéliales qui revêtent bon nombre de trabécules, et à l'intérieur des vaisseaux capillaires on rencontre un grand nombre de leucocytes chargés de granulations graisseuses. Sur les coupes colorées à l'hématoxyline-éosine, l'aspect lobulé du foie est assez remarquable. Cette disposition tient en partie à un certain degré de condensation du tissu conjonctif péri-portal et à quelques îlots d'atrophie trabéculaire avec pigmentation des cellules groupées autour de certaines veines sus-hépatiques de moyen volume. Il n'y a aucune altération nécrobiotique des cellules hépatiques.

En résumé, nous constatons au foie des lésions de dégénérescence granulo-graisseuse des cellules hépatiques centro-lobulaires, lésions d'intoxication suraiguë.

Il est donc permis de dire que chez le malade dont je viens de rapporter l'observation, l'appendicite a été un agent d'intoxication au moins autant qu'un agent d'infection; elle a intoxiqué sa victime au moins autant qu'elle l'a infectée

Les lésions dues à l'infection appendiculaire n'ont déterminé qu'une péritonite assez légère avec abcès rétro-cæcal, tandis que les lésions dues aux toxines appendiculaires ont déterminé, pendant la vie, des symptômes d'intoxication et à l'examen anatomique des altérations suraiguës.

Jusqu'à ces dernières années, les lésions infectieuses de l'appendicite avaient seules attiré l'attention.

Péritonites généralisées et circonscrites, abcès à distance, infection presque toujours mortelle du foie (foie appendiculaire), infection terrible de la plèvre (pleurésie appendiculaire), empyème sous-phrénique appendiculaire, péricardite purulente appendiculaire, collections cérébrales appendiculaires, autant ces complications redoutables, que l'appendicite enfante pendant sa phase active, *avant d'être « refroidie »*, toutes ces complications, dis-je, sont le fait de l'exaltation de virulence appendiculaire et des infections qui en sont la conséquence.

Mais il est un autre facteur, terrible lui aussi, avec lequel on n'avait pas compté : c'est la toxicité élaborée en foyer appendiculaire, c'est la toxine de ce bouillon de culture, avec toutes les complications qui en sont la conséquence.

Si je ne me trompe, c'est à cette tribune de l'Académie que la notion de la *toxicité appendiculaire* a été pour la première fois bien établie[1]. Je ne reviens pas sur les expériences que j'ai faites avec un de mes chefs de laboratoire, M. Caussade, et que j'ai rapportées ici. Je ne rappelle que pour mémoire les symptômes d'intoxication appendiculaire, l'albuminurie, l'urobilinurie, la teinte subictérique ou ictérique des téguments, les hématémèses petites ou grandes, etc., mais il me paraissait utile d'insister sur certaines lésions dues à l'intoxication appendiculaire et ces lésions, je viens de vous les rapporter en détail.

Les études cliniques, expérimentales, et anatomo-pathologiques relatives à la toxicité appendiculaire, nous apprennent que l'appendicite est au moins aussi redoutable par son poison que par ses microbes. C'est là une notion dont il faut se bien pénétrer quand on veut formuler le traitement rationnel de l'appendicite et ne pas s'en rapporter à des formules qui ont l'air de dire quelque chose alors qu'elles ne disent rien. Je vais essayer de le démontrer.

Depuis quelque temps deux formules malheureuses ont la prétention de résumer le traitement chirurgical de l'appendicite. Deux camps se sont formés. A l'un de ces camps appartiennent les partisans de l'opération à froid, ceux qui n'opèrent que lorsque l'appendicite « s'est refroidie ». A l'autre camp appartiennent les partisans de l'opération à chaud, ceux qui opèrent l'appendicite pendant sa période aiguë et fébrile, afin de supprimer à temps les causes de danger et de mort. Le classement s'est fait de telle sorte que la note dominante actuelle tient dans ces deux formules : opérer à froid et opérer à chaud. Il y a des opérateurs à froid et des opérateurs à chaud; on demande des médecins consultants pour froid et pour chaud. Je n'exagère pas.

1. Dieulafoy. — « Toxicité de l'appendicite ». Communication à l'Académie de médecine, 1898, et *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899, 2e volume, p. 334.

Étudions sérieusement la question; elle en vaut la peine, car l'appendicite est là, menaçante, elle nous guette, et c'est d'elle que Malherbe aurait pu dire :

Et la garde qui veille aux barrières du Louvre
N'en défend point nos rois.

En nous disant qu'il vaut mieux opérer à froid, ou qu'il vaut mieux opérer à chaud (ce qui est diamétralement opposé), évidemment quelqu'un se trompe.

Les partisans de l'opération à froid publient des statistiques qui ont pour elles les apparences. Les opérations à froid, nous dit-on, donnent des résultats admirables, tandis que les opérations à chaud comptent bon nombre d'insuccès.

Expliquons-nous là-dessus. On nous vante les beaux résultats de l'opération faite à froid et on dresse des statistiques dont les chiffres comparés aux résultats de l'opération faite à chaud frappent au premier abord l'imagination des médecins et des familles. Mais ce n'est là qu'un trompe-l'œil, car ces statistiques, malgré leur sincérité, sont en réalité mal interprétées. Plaçons la question sur son véritable terrain et voyons ce qu'il faut penser des résultats basés sur les préceptes d'après lesquels l'opération, au cas d'appendicite aiguë, doit être différée jusqu'à ce que l'appendicite soit refroidie.

D'abord les succès de l'opération faite à froid n'ont rien qui doive nous surprendre, c'est le contraire qui nous surprendrait. Opérer à froid, c'est opérer un malade déjà guéri ou presque guéri; la phase aiguë et redoutable de l'appendicite est passée, l'économie plus ou moins infectée et intoxiquée est sortie victorieuse de la lutte, et c'est quand la bataille est finie, c'est quand le péril est conjuré que l'opération à froid vient enlever les reliquats de la bataille. Gardons-nous d'attribuer à cette intervention tardive les honneurs de la guérison; l'opérateur à froid éteint un foyer qui ne brûle plus; il fait œuvre utile néanmoins et il sauvegarde l'avenir, mais ne donnons pas aux statistiques que comportent ces cas une importance qu'elles n'ont pas.

Elles doivent être d'autant plus modestes, ces statistiques, qu'il importe avant tout de savoir le nombre des victimes qui ont succombé à l'appendicite aiguë « chaude », avant d'avoir atteint la phase bienheureuse d'appendicite refroidie où l'on devait les opérer et les guérir.

Car enfin, en attendant ce refroidissement, bon nombre de malades atteints d'appendicite aiguë succombent en pleine phase « chaude »; rappelez-vous à ce sujet la belle communication de notre collègue M. Chauvel. Ces malades, dont l'appendicite ne se refroidit pas assez vite, au gré des prévisions, succombent infectés et intoxiqués; ils succombent avec l'appendice gangrené; ils succombent avec du pus plein le péritoine, plein le foie, plein la plèvre, sans compter le reste; ils succombent intoxiqués, *nous le savons maintenant*, la toxine appendiculaire provoquant à l'estomac, au foie, aux reins, des lésions suraiguës qui autrefois n'avaient pas été soupçonnées.

Et en face de pareilles éventualités, avec de tels désastres en perspective, on attendrait pour intervenir que l'appendicite voulût bien se refroidir! J'avoue que je ne comprends

pas. J'ai été depuis quelques années mêlé de très près à cette question médico-chirurgicale de l'appendicite, j'en ai vu un nombre très grand, et je déclare qu'en face des catastrophes dont j'ai été le témoin, ou le confident, je ne consentirai jamais à souscrire à l'échéance véreuse de l'appendicite refroidie.

Par contre, la seule notion vraie, rationnelle, étayée sur l'expérience, celle qui donne toute sécurité et qui met à l'abri de toute éventualité, c'est la notion de l'opération à chaud, *pratiquée à temps*, c'est-à-dire avant que le foyer appendiculaire ait eu le temps de lancer de tous côtés agents toxiques et infectieux.

Je sais bien que dans certaines statistiques d'opérations faites à chaud, on fait ressortir les insuccès de quelques-unes de ces opérations, mais ici encore, malgré leur sincérité, il s'agit de statistiques mal interprétées. Dans ces statistiques d'opérations à chaud, on englobe, sans distinction, des opérations pratiquées à n'importe quel moment de la phase dite chaude. Or, toute la question est là. Si l'opération est pratiquée un peu tardivement, alors que le malade est déjà irrémédiablement infecté et intoxiqué, on a des insuccès et on met à tort tous ces insuccès sur le compte de l'opération à chaud. Rien ne sert d'opérer, il faut opérer à temps. A ce sujet voici ce que j'ai constaté :

Les appendicites aiguës, même graves et à marche rapide, que j'ai fait opérer ou qui ont été opérées pas plus tard que le second jour, *ont toutes guéri*.

Presque toutes les appendicites que j'ai fait opérer ou qui ont été opérées au troisième jour ont guéri ; néanmoins quelques-unes ont laissé l'opéré pendant quelques jours entre la vie et la mort.

Pour ce qui est des appendicites aiguës opérées le quatrième jour, et à plus forte raison les jours suivants, je ne réponds de rien ; on a des succès très nombreux, mais les insuccès dépendent de l'infection et de l'intoxication qui ont eu le temps d'agir avant l'opération. On a opéré trop tard.

Tout ceci prouve que nous devons tous, médecins et chirurgiens, nous évertuer à faire un bon diagnostic et une bonne séméiologie. Les malades ou les parents nous racontent parfois que le début du mal date de la veille, ou de l'avant-veille, parce qu'ils font coïncider le début de ce mal avec la grande vivacité des douleurs.

Or, par un examen attentif et méthodique nous rectifions l'erreur, nous arrivons à savoir que telle appendicite qu'on nous présente comme étant au second jour est en réalité au troisième ou au quatrième; telle autre appendicite qu'on nous présente comme étant au troisième jour est en réalité au cinquième ou au sixième. Ces détails ont une extrême importance ; tout a de l'importance dans une maladie où il suffit de vingt-quatre heures, et même de douze heures, pour changer la face des événements.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DU FURONCLE

La connaissance de la pathogénie est la base nécessaire de toute thérapeutique scientifique. Le traitement rationnel du furoncle ne put être appliqué qu'à partir du jour où Pasteur (1880) démontra que le furoncle est l'infection aiguë d'un appareil pilo-sébacé par le staphylococcus pyogenes aureus.

Cette idée pathogénique qui nous paraît aujourd'hui si lumineuse et si simple ne fut pas admise sans lutte; des discussions mémorables eurent lieu à l'Académie de médecine sur la nature parasitaire du furoncle; pour expliquer les clous si fréquents chez les jeunes recrues, le professeur Hardy incriminait le frottement seul : « Je ne puis croire, disait-il, que les microbes aillent se loger dans les gros pantalons des soldats. » Cette assertion fait aujourd'hui sourire. Cependant tout n'était pas erreur dans les idées des anciens cliniciens : ils avaient su voir l'importance de la question du terrain.

Quand ils faisaient remarquer le rôle de la prédisposition individuelle, ils émettaient une idée qui aujourd'hui encore nous paraît juste. Il y a longtemps qu'on a montré la relation qui existe entre l'anthraco-furonculose et la glycosurie. Il paraît certain que la multiplication des furoncles à la surface du corps humain se produit sous la double influence de la pullulation microbienne et d'une modification humorale. Tous les dermatologistes établissent une différence entre le *furoncle accidentel* et le *furoncle habituel*, *constitutionnel*.

* * *

Cette considération de deux facteurs étiologiques guidera la thérapeutique du furoncle. Le furoncle accidentel est justiciable du *traitement local*, le furoncle habituel est justiciable à la fois du traitement local et du *traitement général*; on doit considérer le *traitement du furoncle*, le *traitement de la furonculose*.

I. Traitement local.

Tout le monde connait l'évolution clinique du du furoncle. A l'avant-bras, à la nuque, par exemple, on voit apparaître une petite saillie acuminée, rouge, ordinairement centrée d'un poil. D'abord simplement prurigineuse cette saillie ne tarde pas à devenir très douloureuse. Elle progresse, augmente de volume, s'élève, sa pointe devient violacée et offre bientôt une pustulette d'un blanc jaunâtre. Le furoncle présente à ce moment la forme d'une montagne volcanique. La pustulette se rompt, le centre de la montagne se ramollit, s'ulcère franchement; au fond du *cratère* on voit une masse jaunâtre, le *bourbillon*, qui n'est autre chose que l'appareil pilo-sébacé mortifié. A partir de l'élimination de l'escarre, les signes fonctionnels s'amendent, la douleur s'atténue, la montagne s'affaisse, tout ne tarde pas à rentrer dans l'ordre. En général il faut cinq à six jours pour que le furoncle arrive à son maximum.

Dans cette période de croissance, le médecin, s'il est appelé à temps, pourra très souvent faire avorter le furoncle.

Boinet, en 1865, affirmait les propriétés abortives des *applications de teinture d'iode* caustique sur les inflammations furonculeuses récentes. Ce fait est actuellement hors de conteste ; la teinture d'iode employée à temps arrête vraiment les processus furonculeux.

Tout furoncle isolé, au début de son évolution, devra être énergiquement badigeonné de teinture d'iode; pour cela il suffit de mettre un peu d'ouate hydrophile à l'extrémité d'une pince, de la tremper dans la teinture d'iode et de l'appliquer pendant quelques instants, quelques secondes ou même une minute, sur la surface du bouton naissant. Cette cautérisation sera renouvelée le lendemain. Le furoncle isolé ainsi traité dès le début rétrocède presque à coup sûr. Quand le sommet du furoncle est déjà formé par une petite collection purulente, il faut, avant d'appliquer la teinture d'iode, ouvrir au moyen d'une aiguille flambée cette aréole jaunâtre pour rendre plus sûre la pénétration du médicament ; sous l'influence de l'iode, le pus se concrète, et plus tard, quand l'épiderme se détache, on trouve, adhérente à la face profonde, une petite masse caséiforme, bourbillon rudimentaire dont l'enlèvement laisse à la surface une dépression peu durable

Cet effet abortif peut être obtenu également par l'emploi *de l'alcool à 90°* ; en recouvrant le furoncle de compresses de gaze imbibée d'alcool on voit souvent disparaître l'éruption.

Si le furoncle n'avorte pas, que les douleurs augmentent, le patient réclamera bientôt un pansement qui le soulage d'une façon plus efficace.

Verneuil recommandait les *pulvérisations d'eau phéniquée à 2 pour 100;* ces pulvérisations devaient être quotidiennes et d'une durée moyenne de deux heures réparties en deux, trois ou quatre séances, au choix des patients. Après avoir protégé le corps du malade avec des tissus imperméables en ne laissant à découvert que la région irritée, on place le pulvérisateur à 30 ou 40 centimètres et on dirige le jet de vapeur sur le furoncle : les vapeurs doivent être tièdes.

Les *bains locaux prolongés*, lorsqu'ils sont compatibles avec le siège du mal (furoncle du bras, de la jambe), constituent un excellent moyen de calmer la douleur ; il paraît inutile d'adjoindre des substances antiseptiques; l'eau bouillie tiède est suffisante. Malheureusement l'action sédative du bain local cesse dès que cesse l'immersion; dès que le patient sort son bras ou sa jambe de la baignoire, les douleurs reprennent immédiatement leur intensité habituelle.

Aussi de tout temps a-t-on cherché un topique capable d'atténuer *in situ* les phénomènes douloureux. Nos pères n'auraient pas cru possible de se passer de la farine de lin ou de la fécule de pomme de terre; le cataplasme soulage le malade, ce fait ne paraît pas niable; mais d'autre part le cataplasme en se desséchant irrite la peau sur ses bords et donne naissance parfois à de nouveaux clous.

On a remplacé les cataplasmes par les *compresses chaudes;* des compresses de tarlatane bouillies sont arrosées de solution faible de sublimé ; 0,50 pour 1.000 ; on les applique sur le furoncle et on les recouvre d'un imperméable (taffetas gommé, taffetas chiffon, gutta-percha laminé, baudruche Thompson, etc.). Par-dessus le taffetas on place de l'ouate ordinaire. Le tout est maintenu par une bande souple exerçant une très légère compression. Ces compresses seront changées cinq à six fois dans les vingt-quatre heures, de manière à maintenir la région douloureuse dans une atmosphère tiède permanente.

On trouve depuis quelques années dans le commerce, et on emploie dans les ambulances des armées de terre et de mer une pièce de pansement très utile pour la pratique urbaine courante, c'est le ouataplasme, composé d'une lame de gaze stérilisée surmontée d'une couche d'ouate et imprégnées d'un mucilage émollient et imputrescible. Le ouataplasme est présenté sous forme d'une feuille rectangulaire dans laquelle on peut tailler un morceau de la dimension voulue. Pour s'en servir, on place le morceau de ouataplasme, la gaze en dessous, dans un récipient quelconque (assiette par exemple), on verse de l'eau bouillie et, dès que la ouate est imbibée, ce qui ne demande que quelques secondes, on jette l'excédent d'eau et on presse légèrement le pansement pour en exprimer l'eau en excès. Ceci fait, le ouataplasme est appliqué la face mousseline directement contre la peau et on le maintient en place à l'aide de la baudruche Thompson qui vient se coller à la peau sur le pourtour du pansement. On le laisse en [place douze ou même vingt-quatre heures. On peut, comme pour les compresses, l'imbiber d'une solution médicamenteuse. C'est un topique excellent plus facile à manier que les compresses d'eau bouillie.

Le ouataplasme peut être imprégné également d'alcool et être utilisé à la période de formation du furoncle comme agent abortif.

Quand le furoncle est arrivé à la période de maturité, le meilleur traitement est l'*intervention chirurgicale*. Certains chirurgiens conseillent l'emploi du thermocautère. L'incision au bistouri me semble préférable; cette incision sera profonde, on ne craindra pas de dépasser quelque peu les limites du mal. Quand le furoncle a des dimensions considérables, il ne faut pas hésiter à croiser la première incision d'une seconde incision libératrice. Après l'incision, l'issue du bourbillon est d'ordinaire facile; il est inutile de chercher à la rendre plus rapide en pressant sur le furoncle, manœuvre qui occasionnerait d'inutiles douleurs. La plaie laissée par l'incision sera pansée comme une plaie ordinaire avec un pansement absorbant à la gaze. Dès le jour même de l'incision, la douleur disparaît; la cicatrisation ne tarde pas à se faire.

Cette incision chirurgicale sera précoce quand le furoncle siège à la face, à la lèvre supérieure; on évitera ainsi les complications phlébitiques qui peuvent survenir et gagner les sinus craniens. L'apparition de traînées de lymphangite au pourtour d'un furoncle est également, quel que soit le siège du mal, une indication de l'intervention d'urgence.

II. Traitement général.

Doit-on soumettre le furonculeux à un régime alimentaire sévère, duquel sera banni tout stimulant? doit-on lui interdire le gibier, les crustacés, la charcuterie, les truffes, les épices, le café, le thé, les vins généreux? La sobriété est chose excellente, et le médecin sera bien inspiré quand il pourra la faire observer. Toute exagération de sévérité semble cependant inutile.

Il est classique de purger le furonculeux. L'administration d'un purgatif salin ne saurait en tout cas lui nuire; elle lui est très souvent utile.

Beaucoup de médications ont été successivement employées contre le furoncle. Hardy avait recours aux *préparations goudronnées*, aux *alcalins*, à l'*arsenic*. Gingeot, qui naguère a consacré plusieurs articles au traitement rationnel de l'affection furonculeuse, vantait beaucoup la *médication sulfurée*. Le Gendre préconisait l'*antisepsie intestinale* au moyen du naphtol B et du salicylate de bismuth.

Aujourd'hui, on a recours à la *levure de bière* qui semble être du reste une très ancienne médication. « Nous serions tentés de dire que la levure de bière fraîche est, pour la furonculose, un spécifique au même titre que le mercure pour la syphilis et que la quinine pour l'impaludisme. » (L. Brocq.)

Brocq, dans un article paru en 1899 dans *La Presse Médicale*, recommandait la levure de bière fraîche. La levure livrée par les brasseurs se présente sous l'aspect d'une sorte de crème couleur marron clair. Laissée au repos dans un vase cette crème se divise en trois couches : Brocq conseille de mélanger les trois couches en les agitant, de prélever une cuillerée à café bien pleine de ce mélange et de la délayer dans un verre à bordeaux d'eau ordinaire ou d'eau minérale alcaline. Cette dose sera prise trois fois par jour, au commencement de chaque repas. La dose pourra du reste être augmentée; le malade pourra sans danger prendre par jour jusqu'à six et même dix cuillerées à café. En cette question il faudra surtout tenir compte de la tolérance stomacale individuelle.

Les effets de l'absorption de la levure de bière sont réellement remarquables; la plupart des sujets voient, d'ordinaire, leurs accidents disparaître: le furoncle s'affaisse et se réduit à un petit noyau induré. La levure de bière aurait un effet préventif; elle empêcherait, souvent, la production de nouveaux furoncles.

Les effets de la levure de bière ne sont pas toujours constants; quelques malades sont très heureusement influencés par ce traitement, d'autres n'en tirent aucun bénéfice appréciable; chez quelques-uns l'absorption de la levure détermine des troubles stomacaux et intestinaux, des renvois acides, de la diarrhée. Ces phénomènes d'intolérance paraissent en rapport avec la diversité des races de levure employées, ils sont d'ordinaire plus prononcés quand on emploie de la levure prise chez le boulanger ou chez le pâtissier. Couturieux a expérimenté différentes levures; après de nombreux essais, il a réussi à obtenir un produit très stable, une levure basse d'où il a extrait un principe sec facile à conserver, la levurine brute. Cette levurine se prend aux mêmes doses que la levure de bière fraîche à la dose de 2 à 4 cuillerées à café par jour.

Pour rendre l'absorption de la levure plus rapide et pour administrer la levure dans les cas où une intolérance spéciale de l'estomac rend difficile la médication par la voie buccale, on a fabriqué de la levurine injectable; c'est un liquide jaune ambré parfaitement aseptique, qui se vend en ampoule de 5 centimètres cubes; on l'emploiera à la dose d'une ampoule par jour à injecter en une seule fois; l'injection sera faite, avec toutes les précautions d'usage, profondément dans la fesse, l'injection sera poussée lentement. La levurine injectable paraît jouir des mêmes propriétés que la levurine brute; elle présenterait une action beaucoup plus rapide.

III. Traitement préventif.

Le médecin ne ferait qu'une œuvre incomplète si dans le traitement du furoncle il ne s'occupait pas de prévenir le retour de l'infection. Toutes les fois que la furonculose est liée à la glycosurie, à une maladie constitutionnelle, le traitement médical s'impose. On le complétera heureusement par le traitement dermatologique; les bains savonneux, les lotions alcooliques, les soins minutieux de la peau empêcheront souvent le retour du furoncle.

P. Desfosses.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

5 Juin 1902.

Surdité verbale pure, troubles de l'équilibre et de la vue. — *MM. Déjerine et André Thomas* présentent un enfant atteint de surdité verbale pure, de troubles de l'équilibre et de la vue. La cause de ces différents symptômes est très difficile à élucider. S'agit-il de plusieurs lésions cérébrales, ou de phénomènes purement fonctionnels, hystériques?

Facies de sphinx dans les myopathies. — *MM. Gilbert Ballet et Delherm* attirent l'attention sur un facies spécial présenté par deux malades atteints de myopathies; ce facies est dû à un élargissement de la base du cou.

Examen histologique d'un cas de névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance. — *MM. Déjerine et Thomas* présentent un certain nombre de coupes de moelle, de nerf, de racines, de ganglions rachidiens, qui donnent une idée générale du processus histologique dans ce cas de névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance.

Atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne. — *M. Henri Meunier* rapporte un cas d'atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne, compliqué de contractures intermittentes et passagères.

Deux cas de paralysie radiculaire du plexus brachial compliqués d'hématomyélie. — *MM. Déjerine et Egger* apportent deux observations de paralysie radiculaire du plexus brachial très comparables l'une à l'autre; dans les deux cas il y a un foyer d'anesthésie absolue autour duquel se groupent des zones d'hypoesthésie occupant des régions situées en dessus et en dessous des zones de distribution des racines sur lesquelles a porté le traumatisme; ces zones d'hypoesthésie se présentent sous la forme de dissociation syringomyélique. Les zones d'anesthésie sont produites par l'arrachement des racines. Les zones d'hypoesthésie sont la conséquence d'une hématomyélie produite précisément par l'arrachement de ces racines.

Hémiplégie infantile avec athétose. Autopsie. — *M. Touche* présente les pièces anatomiques d'un cas d'hémiplégie infantile avec athétose.

Doigt à ressort. — *M. Brissaud* présente un homme de vingt-cinq ans, grand névropathe, ayant le syndrome caractéristique du doigt à ressort.

Marteau à percussion automatique et graduée. — *M. Maurice Dupont* présente un appareil destiné à la recherche et à la mesure des réflexes tendineux.

Oblitération complète d'une branche de la sylvienne. Rétablissement de la circulation par des anastomoses. — *M. P. Pagniez* apporte un cas d'oblitération complète de la branche supérieure de bifurcation de la sylvienne; la circulation s'était rétablie par voie rétrograde au moyen d'anastomoses entre les rameaux méningés et la cérébrale antérieure.

Syndrome d'Adams Stokes. Thrombose des petits vaisseaux intra-bulbaires. — *M. Halipré* envoie une observation d'une femme de soixante-cinq ans atteinte du syndrome d'Adams Stokes avec crises syncopales. Une participation du facial inférieur constituait une forte présomption en faveur d'une localisation bulbaire des lésions. L'examen histologique vérifia ce diagnostic en montrant, au niveau de la région rétro-olivaire, et en particulier sur les coupes correspondant à la région moyenne des olives, une série de vaisseaux thrombosés.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

3 Juillet 1902.

Accouchement dans un utérus didelphe. — *M. Bar.* J'ai observé récemment un cas d'utérus didelphe, qui a été amené dans mon service parce que l'accouchement ne se faisait pas.

Le toucher me permit de reconnaître qu'il y avait deux hymens et deux vagins spacieux, parfaitement indépendants.

Je terminai l'accouchement par une application de forceps qui rompit le tiers inférieur de la cloison bi-vaginale en produisant une hémorragie assez abondante. Le palper et le toucher permirent alors de reconnaître qu'il y avait également deux utérus; l'un, à droite, qui avait été gravide; l'autre, à gauche, qui était vide et à orifice interne fermé.

Au point de vue de la menstruation et de la grossesse, cette femme n'a rien présenté de particulier.

Depuis huit jours qu'elle est accouchée, il n'y a pas eu d'élimination de la caduque venant du petit utérus.

Je n'ai trouvé qu'une particularité chez cette femme, c'est son type brachycéphale très net : alors que son diamètre bi-pariétal mesure 15 centimètres, son diamètre occipito-frontal est de 17 cent. 5.

M. Reynès (de Montpellier). L'observation envoyée par l'auteur est à peu près analogue à la précédente.

Il s'agit d'une femme éclamptique chez laquelle on arriva, par le vagin, sur une masse dure, coiffée par la paroi vaginale. On crut tout d'abord à un fibrome enclavé.

En réalité, c'était une tête sur laquelle on put arriver directement par le deuxième vagin.

On fit une application de forceps qui rompit la cloison.

Le palper permettait de sentir un sillon de séparation très net entre l'utérus droit gravide et l'utérus gauche vide.

Cette femme ayant présenté une température de 38°, on lui fit ultérieurement des injections intra utérines.

Dans ce cas, comme dans celui de M. Bar, le diagnostic d'utérus didelphe ne fut porté qu'à la fin de l'accouchement, rien d'anormal n'étant survenu, ni pendant les rapports sexuels, ni pendant la gestation.

M. Bonnaire. J'ai observé un fait de même nature il y a deux mois. Le diagnostic porté au début fut : fibrome pédiculé ramolli, l'utérus vide étant latérolobé.

Cette femme accoucha à huit mois, et, fait curieux, alors que le fœtus sortit par le vagin droit (côté gravide), le placenta fut expulsé par le vagin gauche (côté vide).

Ce fait fut expliqué par la présence d'une déchi-

rure de la cloison bi-vaginale dans sa partie supérieure.

Dans les douze heures qui suivirent, la caduque inhabitée fut expulsée. Mais il survint ceci de particulier que l'utérus vide présenta des signes manifestes d'infection : douleur, écoulement lochial, fièvre, à tel point que je fis un curettage et un écouvillonnage, et que je me demandais si je n'allais pas faire l'hystérectomie, qui n'aurait évidemment porté que sur l'utérus infecté.

Je signale ce fait que cette femme est accouchée deux fois de suite à huit mois, en sorte qu'il y a lieu de se demander si la mauvaise répartition de la musculature utérine, conséquence de la malformation, n'est pas une cause d'accouchement prématuré.

Rupture du cordon ombilical dans l'accouchement debout. — *M. Maygrier.* Il s'agit d'une femme qui est accouchée debout sur le seuil de l'hôpital, et qui a eu à la suite une rupture du cordon ombilical au niveau de l'insertion placentaire, l'amnios presque entier ayant été entraîné par le cordon.

Je me suis rendu compte que, dans les cas de ce genre, la rupture du cordon se fait souvent, non quand l'enfant est expulsé, car alors la femme s'accroupit instinctivement, mais quand elle se relève, l'enfant étant à terre.

Dans ce cas particulier, la femme était syphilitique, et l'enfant, né mort, avait une grosse rate (20 grammes), et ni voûte palatine, ni voile du palais.

M. Bouchacourt fait remarquer que ce mécanisme de rupture du cordon ombilical s'observe fréquemment chez les grandes femelles domestiques. Les auteurs d'obstétrique vétérinaire, et entre autres Rainard, ont en effet noté que la vache vêlait souvent couchée, mais qu'elle se relevait immédiatement après le part.

C'est sous l'influence de cette traction brusque et violente, correspondant à l'effort de relèvement soudain de la mère, que le cordon se rompt par arrachement.

Présentation d'un enfant chez lequel l'insufflation de l'arbre pulmonaire a amené une insufflation du scrotum. *M. Maygrier.* L'autopsie a donné l'explication de ce fait véritablement extraordinaire d'apparition d'air dans la tunique vaginale à la suite de tentatives d'insufflation pulmonaire faites dans les conditions ordinaires.

Il y avait déchirure dans l'arbre trachéal et du côté de la plèvre pariétale qui était décollée.

L'air a passé dans le tissu cellulaire sous-pleural, puis dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, sans doute par une hernie diaphragmatique qui existait.

Il y avait de l'air autour du rein, dans le petit bassin, le long du psoas, et dans la tunique vaginale.

Infiltration purulente du col dans l'infection puerpérale. — *M. Cheron.* Il s'agit d'une femme qui est accouchée en ville chez une sage-femme et qui n'avait reçu aucun soin, alors que les membranes étaient rompues depuis huit jours. Cette femme est arrivée à la clinique très infectée, avec de l'ictère, une grosse rate, des frissons, température élevée, etc.

Elle est morte au bout de quelques jours, malgré le traitement habituel : curage digital, écouvillonnage, injections utérines, sérum, etc. J'avais été frappé, au cours de mes différents examens, par la rétraction du corps de l'utérus, alors que le col était gros et œdémateux.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une infiltration purulente du col, alors que le corps utérin paraît normal et ne contient aucun débris.

Dans le ligament large, il y avait de gros paquets veineux.

Ce fait de localisation du pus dans l'épaisseur du col n'est pas favorable aux tendances chirurgicales actuelles.

Il est certain que si on avait fait l'hystérectomie en laissant le col, l'intervention eût été tout à fait irrationnelle.

Dans les cas de ce genre, en faisant simplement l'ablation totale du col, on ferait, au contraire, une opération radicale. Malheureusement, ces faits paraissent être d'un diagnostic difficile, surtout en raison de leur rareté. L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

4 Juillet 1902.

Oblitération athéromateuse du tronc brachiocéphalique et de la sous-clavière gauche. — *M. Cottu* présente une aorte athéromateuse, véritablement pavée, avec oblitération complète, par une masse du volume d'un gros pois, de l'origine du tronc brachiocéphalique artériel et de l'artère sous-clavière gauche. Malgré ces lésions oblitérantes, il n'y avait, à part l'absence de pouls, aucun trouble notable du côté du cerveau ou du côté des membres supérieurs.

Appendicite. — *MM. Cottu et Deglos* apportent les pièces d'un cas d'appendicite à forme ambulatoire, terminé par la mort. On note une double perforation, l'une appendiculaire, l'autre cæcale, la seconde faisant face à la première, l'appendice étant relié au cæcum par des adhérences pseudo-membraneuses.

Luxation de l'astragale. — *M. Soubeyran* (de Montpellier) envoie l'épreuve radiographique d'un cas de luxation de l'astragale en dehors et en avant, pour lequel on fut amené à pratiquer l'astragalectomie.

Tumeur de l'ovaire. — *M. Soubeyran* communique une observation qu'il intitule · endothéliome de l'ovaire.

M. Cornil fait remarquer que l'endothéliome de l'ovaire n'a jamais été observé jusqu'ici. Aussi, privé de l'examen histologique des coupes, n'est-on pas à même, dans le cas actuel, de se prononcer sur la nature de la tumeur.

Cancer du pénis. — *M. Soubeyran* présente un épithéliome du pénis développé aux dépens de la muqueuse urétrale.

Lymphangiectasie de la paroi abdominale. — *MM. Tuffier et Milian* montrent une tumeur du volume du poing qui siégeait à la paroi abdominale d'une femme enceinte et s'était développée au cours de la grossesse. La peau n'était pas altérée au niveau de la tumeur, mais au-dessous d'elle, dans le tissu cellulaire, existaient une multitude de cavités à parois lisses remplies de lymphe.

Au microscope, ces cavités apparaissent tapissées d'un endothélium porté par le tissu adipeux lui-même ou doublé de tissu fibreux en petite quantité.

Fibrome utérin pédiculé remplissant la cavité vaginale. — *MM. Raymond Petit et Weinberg* apportent un utérus fibromateux enlevé par la voie abdominale et qui donnait lieu à d'abondantes hémorragies chez une femme de vingt-huit ans. L'un des fibromes pédiculés formait un polype dans la cavité vaginale et y avait pris un énorme développement. Son volume atteint celui d'une grosse tête de fœtus. Il distendait et remplissait le vagin au point de rendre le toucher vaginal impossible. On ne pouvait introduire dans le vagin qu'une sonde de Nélaton n° 12. En écartant les grandes lèvres, on apercevait immédiatement la tumeur.

Les fibromes utérins pédiculés dans la cavité vaginale et atteignant un tel volume sont rares.

La malade a guéri sans accidents à la suite de l'intervention.

Epithéliome branchial du cou. — *MM. Fredet et Chevassu* présentent un épithéliome branchial du cou. La tumeur s'était développée en quatre mois. Elle formait une masse du volume d'un œuf de poule, occupant la région sterno-mastoïdienne supérieure; elle était dure et paraissait relativement mobile. L'examen des cavités buccale, pharyngienne et laryngée resta négatif.

M. Frédet pratique l'extirpation le 11 Mai 1901 : Adhérences intimes à tous les tissus environnants. Résection de la carotide primitive et de la jugulaire interne. Réunion par première intention; pas de troubles cérébraux. Mais, deux mois après, apparaissait une récidive.

La tumeur est formée par des noyaux d'épithéliome pavimenteux, sans globes cornés, plongés dans des travées de tissu pileux dense. Il ne s'agit pas d'une tumeur mixte. C'est le type le plus commun des tumeurs d'origine branchiale.

Anévrisme sacciforme de l'origine de l'aorte faisant saillie dans l'infundibulum pulmonaire et l'oreillette droite. — *MM Jean Heitz et P. Armand-Delille* apportent un anévrisme du volume d'un œuf de poule, développé aux dépens du sinus de Valsalva droit, dont la poche fait saillie principalement dans l'infundibulum pulmonaire, avec un prolongement arrondi, presque pédiculé, entre les valvules sigmoïdes, et accessoirement dans l'oreillette droite.

La malade, tabétique depuis trente ans, est morte sans rupture de la poche, par asystolie avec œdème généralisé.

Lésions caséeuses massives du foie chez un sujet atteint de myélite syphilitique diffuse et mort de tuberculose pulmonaire. — *M. Armand-Delille* présente des coupes de méningo-myélite syphilitique diffuse, et des coupes de gommes du foie trouvées à l'autopsie du malade, mort de tuberculose pulmonaire.

Ces gommes paraissent de nature syphilitique, bien qu'elles présentent des cellules géantes absolument semblables à celles de tubercules fibreux du péricarde, constatés chez le même sujet, mais qui, elles, contiennent des bacilles de Koch.

Cancer massif primitif du poumon avec lésions multiples. — *M. Beaufumé* montre les pièces d'un malade, ancien syphilitique avec glossite tertiaire, soigné dans le service de M. Oulmont, et présentant un gros foie semblant donner une matité de 28 centimètres sur la ligne mamelonnaire droite. Vu les caractères du foie, l'évolution rapide en trois mois, la cachexie, la dyspnée, la constatation d'un épanchement pleural hémorragique droit, on porta le diagnostic de cancer massif du foie, avec propagation à la plèvre et au poumon.

L'autopsie montra un gros foie seulement congestionné, pesant 2.400 grammes, un épanchement pleural hémorragique droit, un cancer massif primitif du lobe inférieur du poumon droit avec envahissement du diaphagme et du péricarde, un épanchement péricardique séreux de 200 grammes environ, deux volumineux paquets ganglionnaires cancéreux du médiastin, un rétrécissement très marqué de la veine cave inférieure, une thrombose de la grande azygos, et enfin un anévrisme du volume de deux poings de l'aorte thoracique descendante ayant usé quatre corps vertébraux, avec intégrité des disques intervertébraux.

Pièce de pyonéphrose et présentation de tubes après application du diviseur vésical gradué. — *M. Cathelin,* faisant avec l'appareil *ad hoc* la division vésicale chez un malade à urines purulentes, obtint à gauche 25 centimètres cubes d'urine absolument claire et 3 centimètres cubes d'urine trouble, purulente avec grumeaux.

La néphrectomie, pratiquée par M. Legueu, a montré un rein droit gros avec poches purulentes.

Actuellement les urines du malade sont claires.

Péritonite tuberculeuse; formations kystiques. — *M. S. Mercadi* présente des pièces de péritonite tuberculeuse latente avec formations kystiques sacculaires développées consécutivement à des adhérences fibreuses anciennes.

Arthropathie tabétique. — *M. Mousseaux* apporte une pièce d'arthropathie tabétique avec liquide séreux dans la cavité articulaire.

M. Cornil fait remarquer que cette arthropathie n'est pas semblable aux pièces classiques : il n'y a pas d'érosions ni d'augmentation de volume de l'os ; ce sont des végétations et des irrégularités du cartilage et de la synoviale. Ces lésions rappellent plutôt l'arthrite sèche.

Fibromyome utérin. — *M. Vitry* apporte une tumeur enlevée par M. Lejars et diagnostiquée fibrome utérin ramolli.

A l'opération, on a trouvé une tumeur dont le tissu se continue avec celui de la face postérieure du col utérin. Il s'agit d'un fibromyome à développement surtout abdominal et ayant évolué sans troubles fonctionnels.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

4 Juillet 1902.

Déformation congénitale des quatre membres allongement et amincissement des os). — *MM. Méry et Babonneix* présentent une petite malade atteinte de déformation des membres (allongement et amincissement des os des membres), déjà montrée à la Société en 1895 par M. Marfan. Depuis cette époque les déformations ont persisté avec apparition d'une cypho-scoliose très marquée et récemment de gonflement de l'extrémité supérieure des cubitus et des humérus. Des radiographies ont été faites qui accentuent d'une façon très nette les caractères cliniques; en outre, il semble que les cartilages de conjugaison soient plus apparents qu'à l'état normal. Cette affection semble être l'opposé de l'achondroplasie; peut-être pourrait-on proposer le nom d'hyperchondroplasie. Au point de vue étiologique il est possible de rapprocher ce fait de certains cas de syphilis héréditaire; le traitement n'a cependant rien donné.

Mélanodermie biliaire à type addisonien, avec splénomégalie. — *MM. Ch. Gandy et F.-X. Gouraud*

présentent un malade atteint d'une mélanodermie généralisée qui rappelle tout à fait celle de la maladie d'Addison. Une asthénie marquée, des vomissements, des douleurs abdominales, des signes d'induration des deux sommets paraissent compléter le type clinique.

Mais il est porteur d'une splénomégalie considérable datant de trois ans, accompagnée de crises douloureuses très intenses. Il a eu à plusieurs reprises des poussées d'ictère avec tuméfaction du foie, dont la première remonte à six ans. Enfin le sérum et les urines ont les réactions des pigments biliaires. Il s'agit donc bien d'un exemple intéressant de mélanodermie d'origine biliaire.

Un cas d'infantilisme. — *M. Danlos* présente un jeune homme de dix-sept ans dont le poids est de 30 kilogrammes et la taille de 1 m. 25; c'est donc un infantile; l'arrêt de développement a porté surtout sur les organes génitaux, de plus il y a manifestement aplasie artérielle et néphrite épithéliale; mais cette dernière lésion peut être rattachée à la profession du sujet qui manie du sulfure de carbone. Il est intéressant de noter le caractère familial de ce cas, car le sujet a trois frères nains.

Enfin, l'état du cœur paraît contre-indiquer l'administration des préparations thyroïdiennes.

M. Achard fait remarquer que le sulfure de carbone agit surtout sur le système nerveux et non sur les reins.

M. Chauffard a observé un cas d'infantilisme avec aplasie artérielle; ce sujet mourut d'accidents urémiques.

M. Widal pense que le traitement thyroïdien n'aurait aucun effet favorable, car l'infantilisme du type Lorrain est absolument indépendant du myxœdème.

Traitement de la syphilis par les injections intraveineuses de cyanure de mercure. — *M. Jules Renault* appelle l'attention de la Société sur la grande valeur des injections intra-veineuses de cyanure de mercure dans le traitement de la syphilis.

Ces injections, que l'on fait dans une veine du pli du coude avec une solution de cyanure de mercure au centième (dose moyenne : 1 centimètre cube par jour ou tous les deux jours), ont l'avantage, si elles sont bien faites, d'être complètement indolores et de ne pas déterminer de nodosités.

Elles ont une action plus rapide et plus sûre que les autres méthodes de traitement. Elles sont indiquées dans les cas de syphilis grave, dans les cas surtout de syphilis du système nerveux.

Sur les 14 malades ainsi traités, 3 étaient atteints de syphilis secondaire dont 2 avec céphalée intense, 3 de gommes de la langue ou du voile du palais ou de la peau, 2 de syphilis médullaire, 4 de céphalée tertiaire violente ou rebelle, 1 d'épilepsie jacksonienne. Tous ces malades guérirent très rapidement. Il est surtout intéressant de remarquer l'action rapide de l'injection intra-veineuse de cyanure de mercure sur la céphalée, qu'elle soit secondaire ou tertiaire : la douleur disparaît ordinairement après la première injection, toujours après la seconde.

Les crises d'épilepsie jacksonienne cessèrent de même après la première injection et ne se reproduisirent plus.

M. Alexandre Renault fait plusieurs objections à cette médication : 1° elle est difficile à exécuter, particulièrement chez les sujets gras; 2° elle est dangereuse, car Dinkler a obtenu expérimentalement des embolies; 3° elle est inefficace, car, par suite de l'élimination rapide du mercure, les récidives sont possibles.

M. Jules Renault réfute ces objections; la méthode est facile à employer; les cas de Dinkler concernent des animaux dont les plaies avaient été infectées; enfin l'élimination rapide n'est pas prouvée, tandis que l'absorption instantanée est certaine.

Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours des poussées congestives de la paralysie générale. — *MM. Widal et Lemierre* ont recherché si, au cours des poussées congestives avec ictus apoplectiforme survenant chez les paralytiques généraux, la formule cytologique ne pouvait pas subir de variations. De fait chez deux malades atteints de paralysie générale dont le liquide céphalo-rachidien était lymphocytique, une polynucléose remplaça la lymphocytose au moment de l'ictus. Au cours de la méningo-myélite syphilitique, on constate parfois également de telles poussées de polynucléose céphalo-rachidienne (Sicard et Monod).

Ces faits sont intéressants au point de vue de l'interprétation de la cytologie des humeurs pathologiques. Ils montrent comment les poussées congestives se traduisent cytologiquement par une poussée de polynucléose dans ces humeurs. Les polynucléaires, dans le liquide céphalo-rachidien, viennent par diapédèse des vaisseaux sanguins et traduisent donc un état de congestion vasculaire. Les lymphocytes, provenant de la gaine péri-vasculaire, n'ont rien à faire avec la congestion vasculaire et traduisent un état d'irritation méningée.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

5 Juillet 1902.

Note sur les différences de volume des lobules hépatiques humains. — *MM. Brissaud et Dopter.* Frappés des différences notables qui existent entre le volume des lobules de divers foies pathologiques, nous nous sommes demandés si ces aspects variables étaient dus au processus morbide en cause, ou bien lui préexistaient.

Nous avons alors examiné quinze foies presque normaux chez des hommes du même âge (vingt-deux à vingt-quatre ans), en ayant soin de suivre une technique identique concernant la région du prélèvement, la fixation des pièces, etc. Dans ces conditions nous avons pu observer les faits suivants :

Tout d'abord, chaque foie isolé présente une lobulisation différente dans les lobes droit, gauche et de Spiegel. Puis en comparant tous les foies entre eux, les lobules du lobe droit sont en général les plus volumineux; ceux du lobe gauche plus petits que ceux du lobe de Spiegel. Enfin, entre les mêmes lobes des différents foies, les différences sont très marquées. Ainsi le lobe droit d'un foie contient huit lobules, celui d'un autre en contient dix-sept dans une même surface déterminée.

Ces faits sont importants : il existe des foies granuleux à grosses, d'autres à petites granulations. La variabilité dans le nombre et le volume des lobules régit sans doute le nombre et le volume des granulations. Puis, au point de vue de l'évolution des cirrhoses, on peut concevoir qu'à égalité de processus cirrhogène, un lobule volumineux résistera plus longtemps à l'envahissement de la gangue scléreuse qu'un lobule de dimensions restreintes. Là réside peut-être la raison de la rapidité des phénomènes d'insuffisance hépatique dans les foies à petites granulations, fait autrefois signalé par Sabourin.

Examen cytologique, cryoscopique et de perméabilité du liquide céphalo-rachidien au cours des méningites. — *M. Léri.* J'ai examiné au point de vue cytologique, cryoscopique et de perméabilité deux cas de méningites cérébro-spinales, et cinq de méningites tuberculeuses. La formule leucocytaire est très variable dans le cours d'une même méningite; cependant la lymphocytose n'est jamais survenue pendant les huit mois qu'à duré une méningite cérébro-spinale; elle ne semble guère survenir qu'à l'approche de la guérison (cas de Labbé et Castaigne, Sicard et Brécy, etc.) et dénoter plutôt la perte de virulence du microbe que la chronicité de l'affection; la recherche répétée de la formule leucocytaire paraît donc pouvoir être un bon élément de pronostic autant que de diagnostic. Il en est de même de la recherche répétée du point cryoscopique dont l'écartement ou le rapprochement du zéro paraît être en rapport avec l'évolution prochaine, favorable ou défavorable, de la maladie.

La perméabilité méningée a été recherchée une fois avec l'iodure de potassium seul, une fois avec l'iodure, le bleu et le salicylate qui ont donné des résultats concordants, cinq fois avec le bleu de méthylène : elle a toujours fait défaut; aussi, si l'existence de la perméabilité peut être parfois un signe de la nature tuberculeuse d'une méningite, son absence ne peut en tout cas être aucunement opposée à l'idée de tuberculose; l'autopsie a été faite dans tous les cas de méningites tuberculeuses.

Sur le mode de réaction des méninges aux bacilles pseudo-tuberculeux. — *M. Armand-Delille.* J'ai obtenu chez le chien, par l'introduction sous-arachnoïdienne d'un des bacilles pseudo-tuberculeux de Moeller (bacille de la Phléole), des réactions plastiques en nodules constitués par des éléments mononucléaires et lymphocytiques, très analogues à celles que produisent le bacille tuberculeux ou ses poisons locaux seuls (éthéro- et chloroformo-bacilline). Mais dans ce cas, le bacille de la Phléole doit être rapidement phagocyté, car on ne le retrouve plus dans les coupes quinze jours après l'injection; les ensemencements décèlent seuls sa présence par l'apparition de quelques colonies sur les milieux appropriés.

La réaction méningée paraît donc être provoquée non par la prolifération du bacille, mais par son enduit cireux.

Sur l'hypertrophie simple du foie dans l'anémie pernicieuse progressive. — *MM. A. Gilbert et M. Garnier.* Nous rapportons ici un nouveau cas d'anémie pernicieuse dans lequel le foie était augmenté de volume sans être le siège d'altérations microscopiques profondes; il s'agit ici, comme dans les observations que nous avons relatées antérieurement, d'une hypertrophie simple du foie, d'une *hyperhépatie* organique. Il convient de signaler l'existence d'une infiltration ferrugineuse sous forme de fines granulations, limitée à la périphérie du lobule et ne paraissant entraver aucunement le fonctionnement des cellules dans le noyau resté sain, et aussi de minuscules foyers de nécrose, visibles seulement à un examen attentif, et analogues à ceux que les auteurs ont signalés dans l'anémie expérimentale. Mais l'immense majorité des cellules est saine, et la notion de ces fines altérations histologiques d'ailleurs très limitées, ne doit pas faire perdre de vue que l'hypertrophie du parenchyme constitue l'altération principale du foie dans certains cas d'anémie pernicieuse progressive.

De l'emploi des tubes de sable comme méthode générale d'étude des microorganismes mobiles. — *MM. P. Carnot et M. Garnier.* A l'aide de la technique de culture en tubes de sable que nous avons décrite, nous avons étudié différents points relatifs à la mobilité des microbes. Il semble, en effet, que les microbes mobiles franchissent une certaine épaisseur de sable, et que le temps de passage soit proportionnel à leur mobilité; le vibrion cholérique, le bacille d'Eberth, le bacille de la psittacose, le colibacille, le pyocyanique, le proteus, le subtilis traversent le sable; le streptocoque le traverse très lentement; on sait d'autre part que ses chaînettes sont douées d'une certaine mobilité; le bacille du charbon, le pneumocoque, le staphylocoque doré, au contraire, n'arrivent pas à franchir une couche de sable de quelques centimètres d'épaisseur. Il ne semble donc pas que l'ensemencement successif du milieu par contiguïté soit suffisant pour expliquer le phénomène; l'adhérence moléculaire, variable peut-être pour les différents microbes, joue sans doute un rôle qu'il est encore difficile de déterminer, mais la mobilité paraît être le facteur principal.

La rapidité avec laquelle se fait le passage est variable suivant les espèces; c'est l'espèce la plus mobile que l'on recueille la première de l'autre côté de la couche de sable: il y a donc dans cette technique une méthode d'isolement pour les microbes mobiles.

Par des cultures successives on arrive à sélectionner des races de plus en plus mobiles; le temps que met le microbe à franchir une hauteur de sable de 1 centimètre diminue; il peut tomber pour certaines espèces de plus de deux heures à moins de trois quarts d'heure; il atteint ainsi un minimum qu'on ne peut plus lui faire dépasser.

Action de la choline. — *M. Desgrez.* M. Zaky et moi avions remarqué que les lécithines, surtout les bases qui entrent dans leur constitution, exerçaient une influence favorisante sur les sécrétions salivaire et rénale. En rapprochant la constitution de ces substances de celle la pilocarpine, qui renferme, comme elles, un groupement de triméthylamine, j'ai pensé que la chilone, par exemple, devait exercer une action favorisante très marquée sur les principales sécrétions. Les résultats que j'ai obtenus sur le lapin et le chien avec le concours de M. Camus, établissent nettement que la choline provoque une sécrétion très notable des glandes salivaires, pancréatique et rénale. Elle accroît de même la sécrétion biliaire d'une façon constante et très marquée. Indépendamment de cette action spéciale dont je donne d'ailleurs les mesures, je déduis de mes expériences cette notion particulière que c'est au groupement triméthylamine, commun à la choline et à la pilocarpine, que ces substances doivent leur action favorisante sur les sécrétions glandulaires.

Leucocytokinase pancréatique. — *M. Delezenne* expose et discute les théories relatives à la kinase pancréatique, c'est-à-dire à la diastase nécessaire à l'activité protéolytique du suc pancréatique. Cette kinase est avant tout d'origine leucocytaire.

M. Gley. Les expériences que nous avons faites, M. Camus et moi, n'autorisent peut-être pas des conclusions aussi fermes. L'addition a du suc pancréatique des cellules blanches de la lymphe puisées

dans la citerne de Pecquet, lavées et préparées suivant la méthode ordinaire, n'a pas renforcé l'activité albuminolytique du suc pancréatique.

M. Delezenne. Le mélange de lymphe et de suc pancréatique ne réalise pas les meilleures conditions d'expérience. D'autres faits de laboratoire m'autorisent à maintenir comme réelle l'origine leucocytaire de la kinase pancréatique.

A. Sicard.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

7 Juillet 1902.

Sur les accidents du travail. Conséquences lointaines d'un traumatisme de l'œil. — *M. Kopff*. Les traumatismes de l'œil peuvent avoir comme conséquence éloignée le kératome, affection grave au point de vue fonctionnel et que l'on n'arrive à corriger que d'une façon très insuffisante. L'étiologie du kératome est encore indécise. On n'avait pas encore incriminé le traumatisme. Tout récemment, un médecin belge, M. Lantsheere a communiqué à la Société belge d'ophtalmologie l'observation d'un mécanicien qui, à la suite d'un tramatisme accompagné de plaie d'un œil, fut atteint de névrose traumatique, puis de kératome binoculaire.

Personnellement, je viens d'observer le développement d'un kératome monoculaire consécutif à un traumatisme. Le fait me paraît intéressant parce que j'ai pu observer le malade avant et après l'accident ; je l'ai suivi régulièrement, j'ai assisté au développement progressif du kératome qui s'est localisé au seul œil blessé.

Sur un cas d'intoxication par des chaussures noircies à l'aniline. — *M. Thoinot*. Le sieur V... ayant été intoxiqué par des chaussures jaunes teintes en noir par une couleur à base d'aniline attaqua le cordonnier qui avait teint les chaussures.

Les experts furent chargés de répondre aux questions suivantes :

1° Les teintures noires à base d'aniline peuvent-elles causer des accidents ? 2° la teinture utilisée dans le cas particulier peut-elle être la cause de l'intoxication éprouvée par le sieur V... ?

La réponse à la première question est facile, les travaux antérieurs ne laissent aucun doute à cet égard.

Quant au cas particulier, l'expérimentation a démontré la toxicité de la teinture employée.

Notre réponse a donc été la suivante :

1° La teinture est à base d'aniline ;

2° Elle s'est montrée toxique pour les animaux en expérience ;

3° Les accidents éprouvés par le sieur V... ont été passagers et ne paraissent pas devoir laisser de traces.

La maison G..., qui avait mis dans la circulation la teinture incriminée a été condamnée, en vertu de l'article 320 du code pénal, à cinquante francs d'amende, et à l'insertion du jugement.

Discussion du mémoire de M. Georges Brouardel sur la loi des accidents du travail. Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

M. Bize.

ACADÉMIE DES SCIENCES

30 Juin et 7 Juillet 1902.

Sur le dosage de la lécithine dans le lait. — *MM. F. Bordas et Sig. de Raczkowski*. Pour échapper aux causes d'erreur que présentent les méthodes d'analyse communément employées, les deux auteurs en préconisent une autre consistant essentiellement à extraire la graisse phosphorée du lait sans entraîner de notables proportions de beurre, à former avec cette graisse une combinaison saline de laquelle on sépare les acides gras, puis à oxyder complètement l'acide phosphorique ainsi séparé et enfin à doser cet acide phosphorique résultat de l'oxydation.

Élection d'un membre titulaire. — *M. Bouvier*, professeur d'entomologie au Muséum d'histoire naturelle, a été élu membre titulaire en remplacement de M. Filhol, décédé.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

8 Juillet 1902.

Sur le champignon du mycétome à grains noirs. — *M. Raphaël Blanchard*. Dans la séance du 24 Juin, M. Laveran a décrit un champignon, agent pathogène du mycétome à grains noirs ou pied de Madura. Cette affection parasitaire est due à un champignon du groupe des mucédinées. Ce fait est maintenant bien établi par les recherches de M. Brundt, confirmées par M. Laveran.

M. Laveran. Au milieu de tous les microorganismes des grains noirs il est difficile de dire quel est l'agent pathogène. J'ai eu l'occasion de voir une tumeur n'ayant pas encore donné lieu à des grains noirs, qui n'était pas encore infectée par des microbes, et j'ai pu ainsi démontrer l'influence du champignon comme produisant les grains noirs. Je ne prétends pas avoir été le premier à décrire ce parasite, mais j'ai eu la bonne fortune dans mon cas de le trouver isolé.

Sur la peste en Egypte et en Italie. — *M. Proust*. Presque tous les malades en Egypte étaient atteints d'adénite crurale ; les autres adénites étaient rares, ainsi que la pneumonie pesteuse.

Dix-sept cas de peste ont été observés à Naples. Sur ces 17, 15 ont affecté la forme bubonique, 1 la forme bubono-pneumonique, 1 la forme septicémique. Huit cas ont été suivis de mort. Les mesures prises par le gouvernement italien ont beaucoup contribué à l'extinction de la peste ; les mesures de désinfection et d'isolement ont été, en effet, très rigoureuses. L'immunisation anti-pesteuse a donné de bons résultats. Il n'y a eu, à la suite de ces injections, que la réaction ordinaire ; l'immunisation était faite avec le sérum d'Yersin, le vaccin d'Haffkine ou les deux méthodes simultanément. A Naples comme ailleurs, le rôle des rats a semblé très important. Naples, d'ailleurs, au moment où a sévi la peste, était dans une situation sanitaire des plus défectueuses, et, malgré cela, l'épidémie a été assez bénigne, ce qui est de nature à nous rassurer en Europe sans qu'il faille cependant se relâcher dans les mesures prophylactiques.

Sur les accidents toxiques de l'appendicite. — *M. Dieulafoy* (voir plus haut, page 652).

Rapport. — M. Hutinel présente à l'Académie un travail de M. Cerf (d'Angers), sur le traitement thyroïdien dans l'épilepsie. L'auteur prétend en avoir eu de bons résultats.

M. Labbé.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

Vernon. *La diastase pancréatique* (*Journ. of Physiology*, 1902, p. 137 et 156). — Dans un premier mémoire, Vernon s'attache à démontrer que le ferment diastasique du pancréas est précédé d'un zymogène existant dans les extraits de pancréas de la plupart des animaux et de l'homme. Déjà en 1874, Liveridge avait émis cette opinion, mais les expériences démonstratives manquaient. Les extraits glycérinés de pancréas, loin de perdre leur activité diastasique avec le temps, présentent une augmentation graduelle pendant plusieurs mois, en se plaçant nécessairement dans les conditions d'aseptie rigoureuses ; cette activité peut être décuplée dans quelques cas. Le zymogène est insoluble dans tous les dissolvants ordinaires, car les liqueurs filtrées n'ont jamais décelé une augmentation d'activité, alors que les produits restés sur le filtre, remis en milieu favorable, présentaient cette augmentation.

Les diastases sont caractérisées par leur propriété d'attaquer les amylacées, de les transformer par des dédoublements hydrolysants successifs jusqu'au stade maltose. Mais les différentes diastases ne paraissent pas procéder suivant le même mécanisme, et ces différences d'action conduisent à admettre la non-identité, non seulement entre la diastase de malt d'origine végétale et les diastases animales de la glande salivaire et du pancréas, mais en outre les diastases pancréatiques d'espèces animales diverses différeraient encore entre elles. Vernon s'appuie, pour établir cette distinction, sur les différences de réactions colorées que donnent les solutions d'amidon iodurées traitées par ces diastases. En prenant des solutions pancréatiques, toutes capables d'amener en dix minutes une solution donnée d'amidon au point achromique, c'est-à-dire à la transformation totale de l'amidon, on voit que le stade de coloration violette est atteint au bout de deux minutes trente secondes avec les extraits pancréatiques de chien et de cochon, au bout de une minute dix secondes avec ceux de mouton et de bœuf ; et le stade rouge brun sept minutes pour les premiers, quatre minutes quinze pour les secondes. L'extrait pancréatique humain donne des chiffres intermédiaires.

J.-P. Langlois.

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

W. Huger. *L'albuminurie cyclique* (*Bulletin of the Johns Hopkins hospital*, 1902, Avril, p. 75). — L'auteur, au cours d'une revue générale très complète, rapporte deux nouveaux cas d'albuminurie cyclique : dans ces deux cas, chaque fois qu'apparaissait l'albuminurie, les urines contenaient des cylindres en quantité proportionnelle à la quantité d'albumine. On trouvait surtout dans les urines des deux malades des cylindres hyalins courts, mais on y rencontrait également des cylindres granuleux et épithéliaux. L'auteur en conclut que, dans ces deux cas, l'albuminurie devait avoir pour substratum une néphrite, et il croit que l'examen attentif des sédiments urinaires, ainsi que la centrifugation, permettraient de reconnaître que bon nombre d'albuminuries cycliques ont la même origine.

L. Nattan-Larrier.

MÉDECINE

Léonard G. Guthrie. *Hématurie héréditaire et familiale « idiopathique » ou congénitale* (*The Lancet*, 1902, 3 Mai, p. 1243). — L'hématurie idiopathique n'est pas décrite dans les Traités. Guthrie l'étudie d'après douze cas qu'il a pu observer. Sur ces douze personnes, huit sont frères et sœurs ou cousins germains : leurs mères sont sœurs et ont deux frères atteints de la même maladie. Cette affection est donc familiale et héréditaire, quoique jusqu'ici elle n'ait pas franchi la seconde génération Sept des malades sont des femmes et cinq des hommes. Dans ces cas l'hématurie ne s'est transmise que par hérédité maternelle, quoiqu'il soit probable que le père puisse également la transmettre ; elle a toujours paru soit dès la naissance, soit peu de temps après la naissance.

Les caractères principaux de l'hématurie idiopathique sont les suivants : 1° Elle est héréditaire, familiale et congénitale. — 2° l'hématurie peut persister pendant des années, mais avec une intensité variable. Quelquefois elle peut disparaître pour quelque temps, mais elle revient alors avec une intensité plus grande ; elle présente souvent des paroxysmes. La couleur de l'urine peut varier depuis des teintes très faibles, presque normales, jusqu'au rouge vif, cette coloration étant due à l'oxyhémoglobine. On trouve toujours des globules rouges et des cylindres hématiques. — 3° Les paroxysmes hématuriques sont accompagnés d'une fièvre légère, avec malaise général, céphalée, vomissements et douleurs légères dans les reins et les membres. Ces paroxysmes ne présentent aucune périodicité ; ils durent plusieurs jours ; paraissant parfois sans cause, ils semblent assez souvent dus à à un écart de régime, à l'action du froid, à une bronchite, à une amygdalite, à un mal de dents, etc. Ils se produisent aussi bien le jour que la nuit et la position ne les influence pas. Les grandes chaleurs ou les grands froids en favorisent la production. Ils sont surtout fréquents dans les dix premières années de la vie. — 4° L'hématurie idiopathique n'est associée à aucune autre maladie ; les sujets se portent bien, ils sont quelquefois un peu anémiés après les paroxysmes. — 5° La quantité d'urée est normale ; l'hématurie n'est pas due à l'acide urique, ni aux oxalates. — 6° La densité urinaire est normale (1.015 à 1.030) ; la quantité d'urine est normale. Elle renferme toujours de l'albumine qui est quelquefois en plus grande quantité que ne le ferait croire la quantité de sang. — 7° Aucun malade n'est hémophilique.

Après avoir rapporté trois observations de cette maladie, l'auteur rappelle quelques observations analogues de divers auteurs. Il discute l'étiologie de l'hématurie familiale congénitale, étiologie dont l'essence reste inconnue.

L. Tollemer.

OBSTÉTRIQUE

W. Stroganov. *Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'éclampsie* (*Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, t. XIII, fasc. 6, pp. 608-614). — D'après l'auteur, l'éclampsie est une maladie

nfectieuse aiguë, occasionnée par un agent qui a pénétré dans l'organisme par les poumons. Le germe infectieux possède une virulence faible, mais trouve chez certaines femmes, pendant la grossesse, le travail et les suites de couches, un terrain favorable à son développement. Cet agent peut se transmettre au fœtus, et cela sans distinction de sexe. Sa vitalité est considérable et il conserve sa virulence dans les hôpitaux jusqu'à trois semaines. La période d'incubation de l'éclampsie est relativement courte et ne dure le plus souvent que cinq à vingt heures.

Étant donné sa contagiosité, cette maladie s'observe le plus souvent dans les Maternités, et là elle peut s'attaquer même à des femmes parfaitement saines. Les primipares, les femmes à grossesse gémellaire et celles atteintes d'affections rénales y sont particulièrement disposées.

Stroganov rejette la théorie de l'auto-intoxication. Il croit que la fréquence plus grande de l'éclampsie au cours des dernières années serait due à l'augmentation de la population et à l'encombrement des Maternités. Masson croit que l'affection septique peut amener l'éclampsie. Stroganov nie ce fait, se basant sur ce qu'avant l'introduction de l'antisepsie l'éclampsie était plus rare, malgré la fréquence excessive des cas de septicémie puerpérale, et que, dans une septicémie très prononcée, l'éclampsie est exceptionnelle. L'auteur insiste sur les points suivants :

1° L'éclampsie est une maladie générale et non pas locale;

2° Elle est indubitablement une maladie aiguë, caractérisée par un début brusque, une évolution courte, une terminaison rapide;

3° L'éclampsie est une maladie fébrile;

4° Les femmes qui ont supporté une attaque d'éclampsie pendant la grossesse accouchent généralement sans complication;

5° L'intensité de l'éclampsie est variable suivant le génie épidémique, légère au cours d'une année, grave au cours d'une autre;

6° La fréquence plus grande de l'éclampsie est due à l'encombrement;

7° Le nombre de cas autochtones d'éclampsie dans les Maternités est plus élevé que celui des cas venus du dehors;

8° On trouve une preuve de plus à l'appui de la théorie infectieuse de l'éclampsie dans le nombre considérable de nouveau-nés atteints de cette affection;

9° L'évolution clinique de l'éclampsie est absolument celle d'une maladie infectieuse.

Chacune de ces assertions de l'auteur s'appuie sur de nombreuses données statistiques.

Stroganov conclut que la théorie de l'auto-infection qui règne depuis si longtemps n'a pas, jusqu'à présent, donné de résultats quelconques au point de vue de la prophylaxie et du traitement de la maladie. Il en est tout autrement de la théorie infectieuse.

Dès que l'auteur l'a reconnu, il a institué une thérapeutique appropriée qui lui a fourni des résultats surprenants!

D'abord, sur 45 cas, il n'a pas eu un seul cas de mort. Dans 108 nouveaux cas, les résultats ont été aussi favorables.

L'étude bactériologique de l'éclampsie, entreprise par l'auteur, n'est pas encore terminée.

R. Le Fur.

L. Brauer. ***Hémoglobinurie pendant la grossesse*** (*Munchen. med. Wochenschr.*, 1902, n° 20, p. 825). — L'intérêt de cette observation, qui se rapporte à une femme de trente-six ans, réside dans ce fait qu'à chaque grossesse, — il y en eut six, — il survenait, au dernier mois, une hémoglobinurie qui était accompagnée d'ictère et de démangeaisons et amenait un état de faiblesse extrême. Sur les six enfants, deux sont nés à sept mois.

La malade n'était ni syphilitique, ni paludéenne, et aucune cause étiologique pouvant expliquer l'hémoglobinurie n'a pu être découverte. L'auteur se demande donc s'il ne faut pas faire intervenir la formation des produits toxiques résultant des échanges nutritifs et agissant à la façon d'un poison sur les hématies.

En tout cas, l'auteur n'a pas trouvé dans la littérature de cas analogue.

R. Romme.

GYNÉCOLOGIE

O. Reverly Campbell. ***Myomectomie : sa place dans le traitement du fibromyome de l'utérus*** (*Annals of Gynecology and Pediatry*, 1902, Février, Vol. XV, n° 2, p. 74). — O. Campbell vient de publier un plaidoyer en faveur de la myomectomie appliquée aux traitements des fibromes utérins. Sous ce terme de myomectomie, il entend, comme tout le monde, l'ablation d'une ou plusieurs tumeurs fibreuses avec conservation de la matrice. Cette opération ne lui paraît pas applicable dans tous les cas de fibromes de l'utérus, mais seulement dans un certain nombre de cas bien choisis. Elle ne saurait remplacer l'hystérectomie totale, mais, en tant que mesure conservatrice, elle doit être choisie de préférence à tout autre procédé lorsqu'elle est possible.

O. Campbell prétend que si l'on faisait de bonne heure le diagnostic de fibrome, on augmenterait considérablement le pourcentage des cas dans lesquels la myomectomie est applicable.

P. Desfosses.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté

THÈSES DE DOCTORAT

Mardi 15 Juillet 1902, à 1 heure. — M. Labussière : Étude médico-légale de la survie; MM. Brouardel, Raymond, Thoinot, Achard. — M. Levy : L'enseignement de l'hygiène individuelle dans les écoles; MM. Brouardel, Raymond, Thoinot, Achard. — M. Demange : Du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les méningites et dans les pseudo-méningites de l'enfance; MM. Raymond, Brouardel, Thoinot, Achard. — M. Moreau : Contribution à l'étude du délire alcoolique (hallucination de l'eau); MM. Raymond, Brouardel, Thoinot, Achard. — M. Pamard : Contribution à l'étude du drainage dans la laparotomie; MM. Guyon, Pozzi, Faure, Marion. — M. Pfister : Péri-urétrite primitive sténosante et son traitement; MM. Guyon, Pozzi, Faure, Marion. — M. Dieu : Étude sur les angiocholécystites non suppurées. Leur traitement chirurgical; MM. Pozzi, Guyon, Faure, Marion. — M. Pedarré : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la perforation intestinale survenant au cours de la fièvre typhoïde; MM. Le Dentu, De Lapersonne, Broca (André), Rieffel. — M. Lecq : De l'hystéropexie vaginale; MM. Le Dentu, De Lapersonne, Broca (André), Rieffel. — M. Houdart : Étude sur le strabisme vertical d'origine fonctionnelle; MM. De Lapersonne, Le Dentu, Broca (André), Rieffel. — M. Pissot : Décollement traumatique de l'extrémité inférieure du fémur; MM. Berger, Budin, Thiéry, Demelin. — M. Le Roy : De la progression des gros calculs biliaires, et de leur expulsion dans le tube digestif par les voies normales et anormales; MM. Berger, Budin, Thiéry, Demelin. — M. Deloret : Contribution à l'étude des lymphangiectasies dermiques, varices lymphatiques de la peau et des muqueuses; MM. Berger, Budin, Thiéry, Demelin. — M. Gabail : Étiologie infectieuse des hydrocéphalies congénitales; MM. Budin, Berger, Thiéry, Demelin. — M. Gobinet : Le chlorure de calcium dans les hémorragies; MM. Gilbert, Chassevant, Thiroloix, Vaquez. — M. Lardier : De la levure de bière et de son emploi dans le traitement de certaines affections pulmonaires du vieillard; MM. Gilbert, Chassevant, Thiroloix, Vaquez. — M. Chamaillard : Maladie de Basedow; MM. Gilbert, Chassevant, Thiroloix, Vaquez. — M. Brunschwig : Contribution à l'urologie clinique infantile. Le ferment amylolytique de l'urine; MM. Hutinel, Menetrier, Gouget, Jeanselme. M. Sigogne : Contribution à l'étude de la néphrite au cours ou dans la convalescence des angines aiguës non spécifiques; MM. Hutinel, Menetrier, Gouget, Jeanselme. — M. Besse : Influence de l'éruption dentaire sur la croissance chez les nourrissons; MM. Hutinel, Menetrier, Gouget, Jeanselme. — M. Antoine : Du processus gangreneux dans les angines de la scarlatine; MM. Hutinel, Menetrier, Gouget, Jeanselme.

Mercredi 16 Juillet 1902, à 1 heure. — M. Perdu : La scoliose : sa théorie, son traitement; MM. Lannelongue, Terrier, Gaucher, Broca (Aug.). — M. Rebeyrolle : Contribution à l'étude de la syphilis osseuse héréditaire tardive dans ses manifestations épiphysaires et articulaires; MM. Lannelongue, Terrier, Gaucher, Broca (Aug.). — M. Leroy : De la gastro-entérostomie dans les affections non cancéreuses de l'estomac; MM. Terrier, Lannelongue, Gaucher, Broca (Aug.). — M. Vacquerie : Contribution à l'étude des complications nerveuses tardives des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus; MM. Terrier, Lannelongue, Gaucher, Broca (Aug.). — M. Le Gargan : Contribution à l'étude du chlorure d'éthyle comme anesthésique général; MM. Joffroy, Rémy, Legueu, Legry. — M. Cayla : De l'hémiplégie dans le tabes; MM. Joffroy, Rémy, Legueu, Legry. — M. Rinckenbach : Contribution à l'étude du suicide chez les aliénés pendant leur internement; MM. Joffroy, Rémy, Legueu, Legry. — M. Guiard : Les alcooliques récidivistes. Étude clinique et médico-légale; MM. Joffroy, Rémy, Legueu, Legry. — M. Vaias : La médication par le méthylarsinate de soude ou arrhénal; MM. Gautier, Gariel, Hanriot, Broca (André). — M. Monneyrat : De la médication arsenicale; MM. Gautier, Gariel Hanriot, Broca (André). — M. Benech : Hygiène dans le transport des voyageurs par chemins de fer; MM. Gariel, Gautier, Hanriot, Broca (André). — M. Turcan : Contribution à l'étude de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle; MM. Tillaux, Walther, Mauclaire, Gosset. — M. Marcland : Contribution à l'étude anatomique et anatomo-pathologique de l'appendice et des appendicites; MM. Tillaux, Walther, Mauclaire, Gosset. — M. Jouglard : De la phlébite des membres inférieurs dans l'appencite, du membre inférieur gauche en particulier; MM. Tillaux, Walther, Mauclaire, Gosset. — M. Dauban : Contribution à l'étude de l'air sec surchauffé en dermatologie; MM. Fournier, Landouzy, Widal, Tessier. — M. Benoist : Signification pronostique des adénopathies dans la syphilis secondaire; MM. Landouzy, Fournier, Widal, Teissier. — M. Coursault : Des déterminations pulmonaires et rénales; MM. Landouzy, Fournier, Widal, Tessîer. — M. Poussardin : De la cure de repos dans la tuberculose; MM. Landouzy, Fournier, Widal, Teissier. — M. de Fromond de Bonaille : Des effets de la dépression barométrique sur la composition du sang; MM. Brissaud, Wurtz, Bezançon, Desgrez. — M. Laboulais : Étude de la stase le matin à jeun dans les différentes affections de l'estomac; MM. Brissaud, Wurtz, Bezançon, Desgrez. — M. Lemercier : Maladies chroniques réalisant le syndrome de Pierre Marie (Ostéo-arthropathie hypertrophiante); MM. Brissaud, Wurtz, Bezançon, Desgrez.

Jeudi 17 Juillet 1902, à 1 heure. — M. Goyard : Valeur clinique des adénopathies externes à distance dans les néoplasmes de l'estomac; MM. Debove, Dieulafoy, Achard, Rénon. — M. Cauderay : Contribution à l'étude des abcès sous-phréniques; MM. Debove, Dieulafoy, Achard, Renon. — M. Duprat : Le képhir : sa valeur thérapeutique, son emploi chez les enfants; MM. Dieulafoy, Debove, Achard, Rénon. — M. Durandard : Contribution à l'étude des artérites syphilitiques des membres; MM. Dieulafoy, Debove, Achard, Rénon. — M. Sesboué : Études des mesures sanitaires résultant de l'application de la loi du 15 Février 1902; MM. Brouardel, Raymond, Vaquez, Desgrez. — M. Millant : Castration criminelle et maniaque (étude historique et médico-légale) : MM. Brouardel, Raymond, Vaquez, Desgrez. — M. Casse : Zona de la troisième branche du trijumeau; MM. Raymond, Brouardel, Vaquez, Desgrez. — M. Esmenard : Contribution à l'étude du phénomène des orteils dans l'épilepsie; MM. Raymond, Brouardel, Vaquez, Desgrez. — M. Audebert-Lasrochas : Contribution à l'étude de la parokératose; MM. Cornil, Chantemesse, Bonnaire, Méry. — M. Hazard : Rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement, en dehors de celle qui est occasionnée par les tumeurs; MM. Cornil, Chantemesse, Bonnaire, Méry. — M. Rouet : Traitement des pleurésies à répétition par l'injection gazeuse intra-pleurale; MM. Chantemesse, Cornil, Bonnaire, Méry. — M. Beauperthuy : Rapports de la syphilis avec certaines dermatoses; MM. Le Dentu, De Lapersonne, Thiéry, Jeanselme. — M. Quiserne : Les polyglobulies; MM. Le Dentu, De Lapersonne, Thiéry, Jeanselme. — M. Pelicier : De la transpiration opératoire du testicule (Méthode et procédés de Lenguet); MM. Le Dentu, De Lapersonne, Thiéry, Jeanselme. — M. Jaume : De la dacryocystite aiguë primitive; MM. De Lapersonne, Le Dentu, Thiéry, Jeanselme. — M. Coutard : Lésions extra-péritonéales de la vessie et du rectum dans les fractures du bassin; MM. Berger, Budin, Faure, Demelin. — M. Blouet : Contribution à l'étude des « polypes saignants de la cloison nasale »; MM. Berger, Budin, Faure, Demelin. — M. Scemama : Des thernies inguino-superficielles; MM. Berger, Budin, Faure, Demelin. — M. Cistrier : Contribution à l'étude des plaies de la région vulvaire lors de l'accouchement chez les primipares; MM. Budin, Berger, Faure, Demelin. — M. Pommeret : La fièvre aphteuse : sa nature, ses formes cliniques; MM. Hutinel, Pozzi, Wurtz, Marion. — M. Boulade : La coqueluche aux Enfants Malades en 1901 (étude sta-

tistique et clinique); MM. Hutinel, Pozzi, Wurtz, Marion. — M. Borne : Vaccinations et revaccinations obligatoires; MM. Pozzi, Hutinel, Wurtz, Marion. — M. Kerambrun : Contribution à l'étude des kystes appendiculaires et para-cæcaux ; MM. Pozzi, Hutinel, Wurtz, Marion. — M. Hibert : De l'emploi des éthers salicyliques dans le traitement du rhumatisme; MM. Pouchet, Gilbert, Chassevant, Richaud. — M. Robelin : Modifications organiques des rejetons des mères tuberculeuses (Mécanismes de ces modifications); MM. Gilbert, Pouchet, Chassevant, Richaud. — M. Pimpot : Contribution à l'étude de la gélatine comme hémostatique (Administration par voie buccale); MM. Gilbert, Pouchet, Chassevant, Richaud. — M. Herscher : Origine rénale de l'urobiline; MM. Gilbert, Pouchet, Chassevant, Richaud.

Vendredi 18 Juillet 1902, à 1 heure. — M. Maze : De la méthode du dédoublement dans le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales ; MM. Lannelongue, Terrier, Lejars, Broca (Aug.). — M. Kresser : Les limites ultimes de l'opérabilité en chirurgie d'urgence; MM. Lannelongue, Terrier, Lejars, Broca (Aug.). — M. Mazet : Diagnostic et traitement des prostatites mixtes; MM. Terrier, Lannelongue, Lejars, Broca (Aug.). — M. Yaich : De la cholédocotomie sans sutures ; MM. Terrier, Lannelongue, Lejars, Broca (Aug.). — M. Blandin : Epilepsie traumatique consécutive aux plaies du crâne produites par les armes à feu ; MM. Pinard, Kirmisson, Walther, Lepage. — M. Setbon : La perforation intestinale dans la fièvre typhoïde des enfants ; MM. Kirmisson, Pinard, Walther, Lepage. — M. Lefizelier : Des fractures de l'extrémité inférieure du radius chez l'enfant; MM. Kirmisson, Pinard, Walther, Lepage. — M. Gontier : Traitement des phlegmasies mammaires par réfrigération ; MM. Tillaux, Reclus, Sebileau, Rieffel. — M. Micaud dit Dalban : De l'influence des dispositions anatomiques dans la marche des abcès dentaires ; MM. Tillaux, Reclus, Sebileau, Rieffel. — M. Caradjas : L'urétrostomie périnéale ; MM. Tillaux, Reclus, Sebileau, Rieffel. — M. Menard : Des variétés anatomiques de l'appendice cæcal et leur influence sur la pathologie de l'appendicite ; MM. Tillaux, Reclus, Sebileau, Rieffel. — M. Beauchef : Le massage dans la thérapeutique cutanée. Son action physiologique, ses indications et son emploi; MM. Joffroy, Brissaud, Gaucher, Widal. — M. Potel : L'amnésie continue associée aux polynévrites ; MM. Joffroy, Brissaud, Gaucher, Widal. — M. Lebailly : Contribution à l'étude du bubon scarlatineux ; MM. Brissaud, Joffroy, Gaucher, Widal. — M. Lagardère : La sciatique dans le diabète; MM. Brissaud, Joffroy, Gaucher, Widal. — M. Lecocoxier : Contribution à l'étude du traitement du rhumatisme noueux; MM. Landouzy, Dejerine, Bezançon, Richaud. — M. Clesinger : Etude sur les eaux minérales de Bezançon-la-Mouillère, le Salies franc-comtois; MM. Landouzy, Dejerine, Bezançon, Richaud. — M. Gaillard : De la polyarthrite aiguë tuberculeuse à allures cliniques rhumatismales; MM. Landouzy, Dejerine, Bezançon, Richaud. — M. Lebreton : De l'actinomycose dans le département de la Seine; MM. Landouzy, Dejerine, Bezançon, Richaud. — M. Fargues : Contribution à l'étude de la topographie des troubles sensitifs dans la syringomyélie; MM. Dejerine, Landouzy, Bezançon, Richaud. — M. Langeron : Le genre aleurites (euphorbiacées) ; systématique, anatomie, pharmacologie; MM. Blanchard, Rémy, Teissier, Guiart. — Mlle Fédoroff : L'anémie bothriocéphalique; MM. Blanchard, Remy, Teissier, Guiart. — M. Jourdanne : Des névralgies d'origine paludéenne; MM. Blanchard, Rémy, Teissier, Guiart. — Mlle Szczawinska : Sérums cytotoxiques ; MM. Blanchard, Rémy, Teissier, Guiart.

Samedi 19 Juillet 1902, à 1 heure. — M. Bazerolle : Le vin; MM. Brouardel, Raymond, Dupré, Richaud. — M. Chavastelon : De la nature tuberculeuse des pleurésies séro-fibrineuses d'origine traumatique. Application de ces faits à la loi du 9 Avril 1898; MM. Brouardel, Raymond, Dupré, Richaud. — M. Berrier : Contribution à l'étude de la coexistence de l'ulcère et du cancer de l'estomac et des perforations de l'estomac au cours du cancer; MM. Raymond, Brouardel, Dupré, Richaud. — Mlle Liberman : Psychose polynévritique de Korsakoff; MM. Raymond, Brouardel, Dupré, Richaud. — M. Marcotte : Contribution à l'étude du sang dans le cancer (sa valeur diagnostique); MM. Le Dentu, de Lapersonne, Thiéry, Broca (André). — M. Got : Contribution à l'étude des inflexions de l'épiphyse supérieure du tibia sur la diaphyse; MM. Le Dentu, de Lapersonne, Thiéry, Broca (André). — M. Hideux : Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique; MM. Le Dentu, de Lapersonne, Thiéry, Broca (André). — M. Fortin : Des plaies de la cornée, causes de la myopie; MM. de Lapersonne, Le Dentu, Thiéry, Broca (André). — M. Faidherbe : La mécanothérapie et les blessés du travail; MM. Berger, Budin, Rémy, Demelin. — M. Cabon : Etude sur les accidents paralytiques; MM. Berger, Budin, Rémy, Demelin. — M. Bonnel : Contribution à l'étude de la tuberculose osseuse juxta-articulaire; MM. Berger, Budin, Rémy, Demelin. — M. Cattier : Contribution à l'étude de l'eau oxygénée, ses applications en obstétrique; MM. Budin, Berger, Rémy, Demelin. — M. Cabèche : Etude clinique de l'achondroplasie; MM. Hutinel, Gilbert, Chassevant, Méry. — M. Gennet : Etude comparée des réactions de Hay et de Solkowski dans l'urine; MM. Hutinel, Gilbert, Chassevant, Méry. — M. Duperrier : Essai sur la gangrène pulmonaire; MM. Gilbert, Hutinel, Chassevant, Méry. — M. Solacolu : Etude clinique sur un sel soluble de théobromine (l'agurine); MM. Gilbert, Hutinel, Chassevant, Méry.

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 15 Juillet 1902. — 5e (Deuxième partie (1re série), Charité : MM. Cornil, Chantemesse, Dupré. — 5e (Deuxième partie (2e série), Charité : MM. Dieulafoy, Charrin, Rénon.

Samedi 19 Juillet 1902. — 5e (Deuxième partie), Beaujon : MM. Proust, Joffroy, Achard.

La chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Dans sa dernière séance, le conseil de la Faculté a procédé à la désignation du successeur de M. le professeur Fournier à la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. M. Gaucher a été désigné par 17 voix contre 16 à M. Hallopeau.

Cours pratique de diagnostic par les méthodes de laboratoire (séméiologie urinaire, urologie, hématologie, bactériologie clinique). — Pendant la période des vacances, aura lieu au laboratoire de pathologie et de thérapeutique générales, sous la direction de M. le professeur Bouchard, un cours pratique de diagnostic médical, dans lequel seront passées en revue les méthodes de laboratoire utiles à connaître pour le clinicien.

Ce cours aura pour objet la séméiologie dans les différentes maladies, l'examen physique et chimique des urines, l'hématologie et le cytodiagnostic, la bactériologie dans ses applications à la clinique.

Le cours comprendra vingt leçons, chacune d'elles comportant une conférence théorique, suivie des manipulations pratiques correspondantes. Elles seront faites, pour la partie chimique, par M. Desgrez, agrégé à la Faculté, chef du laboratoire; pour la partie médicale, par M. Claude, médecin des hôpitaux, préparateur du laboratoire; pour la partie bactériologique et hématologique, par M. Balthazard, interne des hôpitaux, préparateur adjoint.

Les conférences commenceront le 20 Juillet 1902 et auront lieu tous les jours à 1 h. 1/2, excepté les dimanches et jeudis.

Le montant des droits à verser pour chaque cours est de 50 francs.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé de la marine. — M. Bertrand, médecin de 1re classe, est désigné pour embarquer sur le *Vautour* (station de Constantinople).

La commission du règlement sanitaire. — La loi sur la protection de la santé publique promulguée le 9 Février dernier est exécutoire un an après sa promulgation. Une commission dite « du règlement sanitaire » a été constituée à Paris. Le préfet de la Seine en a présidé avant-hier la première réunion.

Les autorités municipales du département de la Seine et l'administration préfectorale doivent prévoir avec détail et précision les conditions à exiger des particuliers, tant pour éviter la propagation des maladies transmissibles que pour assurer la salubrité de leurs immeubles. Les principes mêmes de la salubrité du domaine public devront être définis et fixés d'après les données de l'expérience et les indications de la science moderne.

C'est dans ce but qu'a été constituée la commission du règlement sanitaire.

Le règlement qu'elle aura à élaborer comprendra, aux termes de la loi elle-même, trois divisions principales :

1° La salubrité des habitations et des voies privées;

2° L'hygiène du domaine public, voies publiques, eaux, égouts, enlèvements des matières usées de toutes sortes, l'hygiène des agglomérations et collectivités ;

3° La prophylaxie des maladies épidémiques et transmissibles.

La contagion tuberculeuse. — M. Garnault fera vendredi prochain 11 Juillet, à 9 heures du soir, au Trocadéro, une conférence sur la tuberculose bovine.

Colonies françaises.

Statistique de l'Institut antirabique de Tunis. — L'Institut antirabique de Tunis a été ouvert le 15 Juin 1894; il a été créé pour éviter aux personnes mordues sur le territoire de la régence les inconvénients et les retards d'un voyage en France. 827 personnes ont été soignées à l'Institut du 15 Juin 1894 au 15 Juin 1901. Il y a eu 287 Français, dont 88 soldats; 101 Italiens; 30 Maltais; 218 Arabes (hommes), 42 Arabes (femmes); 1 Grec; 6 Espagnols. Les animaux mordeurs ont été : chiens, 762; chats, 39; chacals, 2; ânes, 2; chevaux, 2; mulet, 1; hommes, 19. Sur les 827 personnes traitées, la mortalité a été de 0,36 pour 100, c'est-à-dire à peu près le chiffre de la mortalité donnée par presque toutes les statistiques des différents instituts Pasteur.

M. A. Loir, qui rapporte ces résultats, insiste sur la nécessité de l'application à la Tunisie de la loi française qui veut que tout chien mordu ou simplement roulé par un chien enragé soit immédiatement abattu.

Étranger.

L'histoire de la médecine. — MM. Max Neuburger, Robert et le chevalier de Töply ont pris l'initiative de fonder à Vienne un club d'histoire de la médecine.

La lutte contre l'alcoolisme. — Le neuvième Congrès international contre l'alcoolisme se tiendra à Brême, du 14 au 19 Avril 1903.

La maladie du sommeil. — La Société royale de Londres vient d'envoyer dans l'Uganda une mission scientifique chargée d'étudier la maladie du sommeil.

Cette mission est composée de MM. G.-C. Low et C. Christy, qui étudieront la partie parasitologique, et de M. Castelani, qui se chargera des études bactériologiques.

CONCOURS

Hôpitaux de Bordeaux. — Le jury pour le concours de la médaille d'or de l'Internat, qui doit avoir lieu prochainement, est composé de la façon suivante :

Juges titulaires : MM. Picot, Rondot, Courtin, Denucé, Hirigoyen, Lagrange, Sabrazès.

Juges suppléants : MM. Pitres, Arnozan, Lefour, Lannelongue, Piéchaud, Badal, Verger.

Un concours pour 9 places d'internes titulaires s'ouvrira, le lundi 6 Octobre 1902, à l'hôpital Saint-André, à 8 heures du matin.

Un concours pour 54 places d'externes titulaires s'ouvrira, le mardi 7 Octobre 1902, à l'hôpital Saint-André, à 4 heures du soir.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

— MARETHEUX imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 56. — Samedi, 12 Juillet 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

Vacances 1902. — *Cours de technique clinique de l'hôpital Laënnec pendant le mois de Septembre.* (*Voir page* 671.)

SOMMAIRE

VOYAGES D'ÉTUDES

AUX EAUX MINÉRALES

— *1902* —

Stations des Vosges et de l'Est.

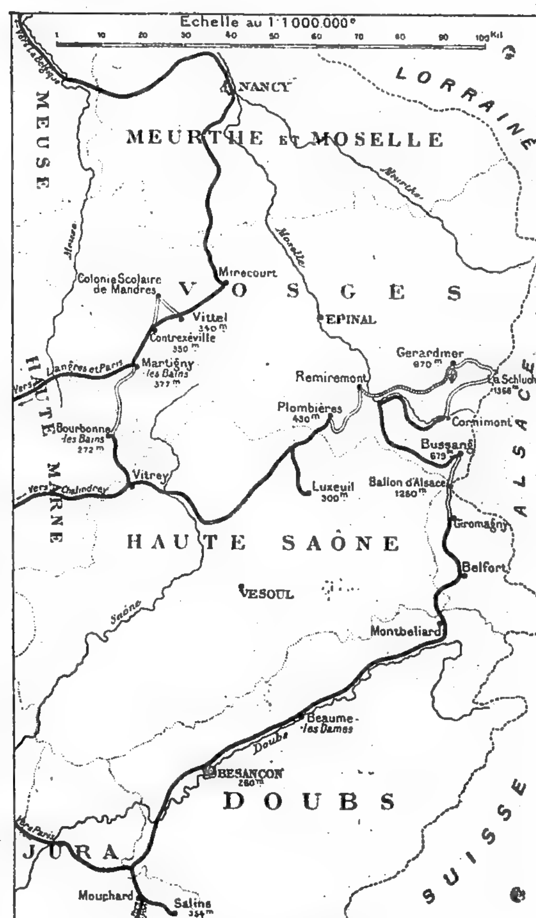
Pour les choses de la médecine, nous avons trop souvent à nous inspirer des exemples d'Outre-Rhin. Ce n'est pas que la science médicale allemande soit essentiellement supérieure à la science médicale française, mais elle est mise en œuvre d'une façon plus rationnelle et toujours en vue de la prééminence de l'Allemagne.

Une organisation méthodique et réfléchie préside, jusque dans les plus petits détails, à cette mise en œuvre; ce sont les effets puissants de cette organisation qui nous incitent souvent à la prendre pour modèle. Relativement à l'enseignement médical, par exemple, et à l'enseignement des spécialités en particulier, nous n'avons fait que suivre l'Allemagne dans la voie qu'elle avait ouverte.

Par contre, nous sommes forcés de constater que rarement les Allemands nous imitent. Raison de plus, quand ils le font, pour ne pas manquer de le signaler. Or, le cas s'est présenté, il y a peu de temps, à propos d'enseignement thérapeutique : nous avons pu voir les Allemands organiser des voyages d'études aux stations balnéaires et climatériques, en important chez eux l'œuvre d'éducation médicale créée en France par le docteur Carron de la Carrière sous la haute direction du professeur Landouzy.

* * *

L'année dernière, à la fin de Septembre et après le Congrès des naturalistes allemands à Hambourg, a eu lieu, sous la direction des profes-



seurs Leyden et Liebreich, à l'instar du V. E. M.

français, le premier voyage allemand, au cours duquel furent visités les bains de mer et stations climatériques de l'Allemagne du Nord.

L'idée et l'organisation de ce voyage étaient dues à M. Gilbert (de Baden-Baden) qui s'était pleinement documenté à ce sujet, en France, lors de son séjour à Paris pour le Congrès international de 1900. Il trouva, de suite, avec l'encouragement de l'État, l'appui de tous les professeurs de Clinique des Universités allemandes et autrichiennes, Leyden en tête, qui s'exprimait ainsi dans l'exposé officiel du but des voyages aux eaux minérales.

« L'impulsion, dit-il, nous est venue de France; nous avons suivi l'exemple de M. Carron de la Carrière qui, le premier, a organisé ces voyages d'études médicales. Il est parti de cette idée, éminemment juste, que les médecins praticiens n'ont pas, en général, de connaissances suffisantes des eaux minérales et des stations climatériques, et que, dans leur intérêt et dans celui des stations, il y aurait tout avantage si l'on pouvait leur faciliter l'étude sur place des eaux, des établissements, du climat, de la localité. M. Carron de la Carrière a démontré à l'évidence qu'il est nécessaire d'avoir sur chaque station des notions précises pour en faire une juste application.

« Nous pensons faire œuvre utile en organisant ces voyages en Allemagne, et nous y sommes déterminés par les mêmes motifs que les médecins français: la médecine hydrothermale est trop peu connue des médecins praticiens; l'enseignement universitaire, forcément théorique, sera toujours insuffisant sur ce point; les cures d'eaux sont, à notre époque, un besoin beaucoup plus général qu'autrefois; ces voyages seront un complément des cours de perfectionnement dont le succès est considérable et qui n'existent pas en France. »

* * *

J'ai tenu à reproduire intégralement les paroles de Leyden; venant du plus grand médecin de l'Allemagne elles ont une haute portée et nous prouvent que le temps n'est plus où il était de bon ton de traiter légèrement des eaux minérales, comme le rappelait le professeur Landouzy dans son cours magistral de la Faculté consacré à l'étude de nos grandes stations françaises. C'est que les cures thermales n'ont pas été inventées seulement pour les gens qui s'ennuient chez eux et qui demandent à leur médecin prétexte à voyager, ou encore pour les femmes qui veulent se distraire loin de leurs maris, comme spirituellement l'écrivait Voltaire. De plus en plus, il apparaît que les eaux minérales sont un des agents de traitement les plus puissants que nous ayons; le besoin s'en généralise de plus en plus et nous sommes heureux d'entendre le proclamer les maîtres les plus autorisés de la Thérapeutique comme Landouzy en France, Leyden en Allemagne.

Et ce n'est pas un appui moral seulement que ces grands médecins prétendent donner à la médication par les eaux minérales; ils se souviennent qu'ils sont professeurs, que l'enseignement de cette branche de la thérapeutique ne pourra jamais être que froid et incomplet dans les Universités, et n'hésitent pas à se mettre résolument en campagne en allant porter sur place, dans les stations mêmes, la bonne parole aux médecins désireux de s'instruire pratiquement. Il y a là un enseignement de haute utilité, complémentaire de l'enseignement universitaire, et tous ceux qui s'intéressent à la médecine doivent remercier le professeur Landouzy d'avoir le premier su le créer, donnant ainsi la plus haute sanction à l'œuvre entreprise par M. Carron de la Carrière.

Les compte-rendus du voyage aux stations du Centre de la France, que compléteront incessamment les compte rendus des voyages aux Pyrénées, en Dauphiné et en Savoie, permettent de juger de la valeur et de la portée de l'enseignement donné ces années dernières.

Cette année encore le professeur Landouzy fera dans chacune des stations de l'Est, des conférences pratiques analogues à celles qui ont tant contribué au succès des voyages précédents.

* * *

Le voyage de 1902, pour moins long que les trois voyages de 1899, 1900 et 1901, n'en sera ni moins intéressant, ni moins instructif.

Intéressant, il le sera par la beauté du pays parcouru, les sites des Vosges ne le cédant en rien à ceux de l'Auvergne, des Pyrénées et du Dauphiné. Instructif, il le sera aussi, puisqu'il a pour objet la visite de tout un groupe de stations dont l'importance est considérable en thérapeutique hydro-minérale.

C'est le lundi 8 Septembre que les voyageurs se trouveront réunis à Vittel, dans cette station où, mieux que partout ailleurs peut-être, l'on peut suivre ce qu'a été, au cours de ces quarante dernières années, l'évolution d'une ville thermale. Le jour même, on visitera la colonie scolaire de Mandres, fondée par la ville de Paris, où elle envoie se retremper dans ce vif climat vosgien les petits Parisiens anémiés; puis on gagnera Contréxeville.

Le mardi 9, visite de Contréxeville, l'une de nos plus anciennes et plus réputées stations, spécialisée dès le XVIIIe siècle.

Le mercredi 10 est réservé à Bourbonne avec ses eaux chlorurées sodiques si précieuses par leur thermalité, et à Luxeuil dont les sources salines et ferrugineuses reprennent justement la réputation justifiée qu'elles eurent naguère.

Le jeudi 11, visite de Plombières, la plus ancienne peut-être de nos stations françaises, puisque, sans interruption, elle a été fréquentée depuis les Romains. C'est par Plombières que Montaigne commença son fameux et long voyage aux eaux minérales qu'il entreprenait pour se débarrasser de la pierre qui l'obsédait.

Le vendredi 12 est consacré à une excursion en voiture par Remiremont, jusqu'à Gérardmer, centre de villégiature hygiénique, centre d'hydrothérapie, en plein climat vosgien.

Le samedi 13, aura lieu le passage de la Schlutch, à 1.368 mètres d'altitude, d'où l'on découvre le panorama merveilleux des plaines d'Alsace. De là on se rendra à Bussang, type d'eaux ferrugineuses.

Le dimanche 14, excursion au ballon d'Alsace, passage à Belfort d'où l'on arrivera à Besançon pour se rendre le lundi 15 à Salins, station si puissante grâce à ses eaux chlorurées sodiques et à son climat estival tempéré.

Le mardi 16, le voyage se terminera à la Mouillère où, après la visite de l'établissement, les voyageurs se sépareront.

* * *

Tel sera le voyage aux stations thermales de Septembre 1902. Nul doute qu'il n'ait le même succès que ses aînés de 1899, 1900, 1901.

Le rapide aperçu que je viens de donner de l'itinéraire suivi montre d'ailleurs amplement que cette année, comme les années précédentes, l'agréable et le pittoresque ne le céderont en rien au sérieux et à l'utile.

E. De Lavarenne.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de l'endométrite blennorragique par les injections intra-utérines picriquées.

Les heureux résultats obtenus par M. H. de Brun avec l'acide picrique dans le traitement de l'urétrite blennorragique de l'homme, résultats que nous avons signalés récemment, ont suggéré à M. Siredey l'idée d'appliquer l'acide picrique en injections intra-utérines dans le traitement des endométrites blennorragiques.

L'instrument dont se sert M. Siredey pour faire ces injections est la seringue de Braun, de 4 centimètres de capacité. La canule adaptée à cette seringue a les diamètres et la courbure d'un hystéromètre ordinaire.

L'acide picrique en paillettes est employé en solution saturée (à 12 pour 1.000 environ) préparée à chaud. On sépare l'excès d'acide par décantation. On obtient ainsi une solution jaune doré que l'on peut laisser refroidir dans un vase obturé d'ouate; la solution reste de la sorte parfaitement aseptique.

Le manuel opératoire est le suivant : la malade est placée dans la position habituelle de l'examen au spéculum, et on lui fait au préalable une injection vaginale prolongée avec de l'eau stérilisée. Puis on place le spéculum et on procède au nettoyage minutieux de la cavité cervicale à l'aide d'un écouvillon d'ouate imbibé d'éther iodoformé.

Ces préliminaires étant terminés, on charge la seringue de la solution picriquée, on adapte la canule, et, après l'avoir amorcée, on introduit cette dernière très doucement dans la cavité du col. On sent qu'on traverse l'orifice interne à un léger ressaut qu'on perçoit (certaines malades accusent d'ailleurs à ce moment une légère douleur), et on continue à pousser la canule jusqu'à ce qu'elle touche le fond de l'utérus. On la retire alors de quelques millimètres et, en appuyant légèrement sur le piston, on injecte dans la cavité utérine la moitié de la contenance de la seringue, soit 2 centimètres cubes de liquide. Ceci fait, la canule est retirée de la cavité utérine et on pratique un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée en recommandant à la malade de l'enlever le lendemain. L'opération est en somme très simple, facile à exécuter, et très peu ou point douloureuse; aussi les femmes s'y prêtent-elles volontiers.

Les injections intra-utérines sont pratiquées par M. Siredey deux fois par semaine, et même seulement une fois par semaine chez certaines malades qui ne peuvent venir plus souvent à la consultation. Mais cet auteur déclare qu'il y aurait certainement avantage à les rapprocher, lorsque les circonstances ne s'y opposeront pas. Comme complément du traitement, il recommande aux malades de faire chaque jour une injection vaginale de quatre à cinq litres d'une solution permanganatée à 0 gr. 50 pour 1.000, chaude.

Le nombre des observations de M. Siredey n'est peut-être pas encore assez grand pour tirer des conclusions formelles sur la valeur du traitement qu'il préconise. Néanmoins, ces observations sont déjà suffisantes pour lui permettre d'affirmer la réalité des faits suivants :

L'injection intra-utérine d'acide picrique a une action analgésiante manifeste : dans tous les cas on a noté la disparition rapide de la douleur et de la sensation de pesanteur dans le bas-ventre;

Elle a une action modificatrice sur l'état inflammatoire de la muqueuse utérine : les sécrétions purulentes ou muco-purulentes ont toujours perdu rapidement leur aspect opaque pour devenir franchement muqueuses;

Les gonocoques disparaissent des sécrétions, et cela d'autant plus vite que les injections sont pratiquées plus près du début de l'affection.

Ajoutons enfin que les injections ne sont nullement caustiques, et que jamais on n'a observé le moindre signe de sténose des orifices interne ou externe de la matrice.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de bactériologie. (Parasitologie. Urologie. Anatomie pathologique) (3e examen de doctorat, 2e année), par MM Petit et G. Borne 1 vol. in-12 de 235 pages, avec 47 figures dans le texte; broché, 3 francs. (*C. Naud*, éditeur, Paris.)

LA SAIGNÉE

PAR

P. DESFOSSES et A. MARTINET



Figure 1.
Extraite d'un ancien calendrier médical.

La saignée, jadis véritable panacée, tomba à un moment dans un tel discrédit, que récemment encore, des médecins, et des plus éminents, pouvaient se vanter de ne l'avoir jamais pratiquée; elle semble aujourd'hui reprendre dans la Thérapeutique la place méritée qui lui appartient. Ce n'est là qu'un cas particulier de cette loi générale qui veut qu'une idée, qu'une méthode oscille entre les deux pôles extrêmes de l'engouement sans mesure et du dénigrement systématique avant de se fixer dans une moyenne d'application rationnelle, expression de la vérité.

En ces années dernières, des esprits divers, partis de points différents, tels que Landouzy, Hayem, Huchard, Robin en France, Baginsky en Allemagne, Maragliano en Italie, Lauder-Brunton en Angleterre, ont plaidé avec chaleur la réhabilitation de la phlébotomie de nos pères. Le moment nous paraît donc opportun, après avoir retracé en un aperçu historique ce que fut la saignée, d'en décrire la technique moderne, d'en montrer l'action physiologique pour en dégager les indications thérapeutiques.

HISTORIQUE

La saignée est un moyen thérapeutique probablement aussi ancien que la Médecine, aussi vieux que l'Humanité elle-même.

Henry Meige en a très joliment conté les lointaines origines dans un article sur « La saignée en images », qu'il a publié l'an dernier dans la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* : « Il était une fois un roi de Carie, lequel avait une fille qu'il adorait. Celle-ci étant montée un jour sur la terrasse



Figure 2. — *La saignée*, d'après Avicenne.
(Bibliotheca universitaria di Bologna. Cod. 2197).

de son palais se pencha si fort qu'elle en tomba. De cette chute, elle allait mourir, et les meilleurs médecins du pays désespéraient de la sauver. Or, un pâtre, ayant appris la triste nouvelle, fit savoir au roi qu'il venait de recueillir, à la suite d'un récent naufrage, un jeune étranger se disant expert en l'art de guérir tous les maux. « Qu'il vienne ! dit le père, et, s'il sauve ma fille, je lui donnerai la récompense qu'il me demandera. »

« Le jeune étranger fut donc conduit devant la moribonde ; là, s'armant d'un couteau, il la saigna aux deux bras. Et soudain la princesse, reprenant connaissance, fut guérie comme par enchantement.

« Fidèle à sa promesse, le roi de Carie pria le jeune étranger de désigner lui-même le montant de ses honoraires. Celui-ci se contenta de la princesse pour femme et de la Chersonèse pour dot.

« L'heureux confrère qui pratiquait d'aussi lucratives saignées s'appelait Podalyre. Il appartenait à une célèbre famille médicale ; son père avait nom Esculape, dieu de la médecine ».

La saignée fut pratiquée couramment pendant toute l'Antiquité. Hippocrate, Celse,

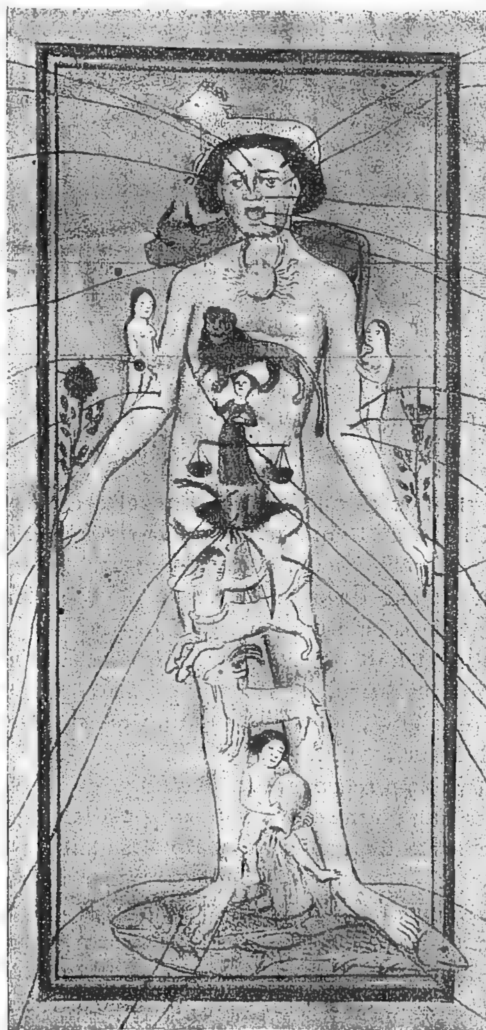


Figure 3. — *La saignée et les signes du Zodiaque.*

D'après une miniature du XVe siècle, illustrant un manuscrit de Henri de Mondeville. (Cliché obligeamment prêté par la *Revue médicale de Normandie.*)
La figure montre quelles sont les régions du corps que gouvernent les divers signes du Zodiaque; elle indique également, par des lignes, quelles sont les veines que l'on saigne habituellement.

Galien savaient l'utiliser, et l'usage en était si familier que l'ouverture des veines dans un bain chaud fut peut être le moyen de suicide le plus employé des Romains ; ce fut, en tout cas, le plus élégant, celui que Pétrone choisit.

De même au Moyen âge et dans les temps qui suivirent, la saignée semble avoir été si usuelle qu'on la pratiquait parfois dans un but symbolique, en signe de confiance, d'amitié, comme témoignage d'affection, pour mêler son sang à celui d'un frère d'armes, d'un ami, d'une maîtresse, pour sceller un traité : Duguesclin et Olivier de Clisson se firent saigner ensemble lorsqu'ils conclurent le pacte de Pontoise.

La saignée devint d'un usage si courant, que le saigneur fut un spécialiste; le médecin ne saignait guère, il déléguait ses pouvoirs au chirurgien, au barbier, au mire.

Marie de France consacre à un « Mire qui seina uns home » un de ses plus intéressants fabliaux.

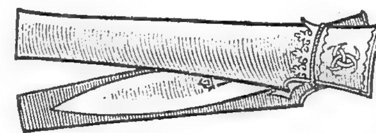


Figure 4. — Lancette d'Ambroise Paré.

H. de Mondeville veut que le saigneur soit jeune et d'un visage riant et agréable.

Dans le chœur de la cathédrale de Rouen, les stalles des chanoines portent des sculptures représentant les divers corps de métiers rouennais les plus usuels; une de ces stalles est consacrée au saigneur.

Pour pratiquer la saignée, il fallait tenir compte des quartiers de la lune, des signes du zodiaque, des saisons (V. fig. 1 et fig. 3).

Le Piémontais Léonardo Botalli, médecin de Charles IX et de Henri III, mit surtout en honneur la fréquente saignée.

Tout bon sens, tout jugement disparaissent devant cette manie véritable. Il n'était pas même besoin d'être malade pour être impitoyablement saigné. Dans les couvents, la saignée était pratiquée périodiquement sur tout le personnel, trois ou cinq fois suivant les ordres.

L'archevêque Eudes Rigault permet la saignée aux couvents de femme du diocèse de Rouen et leur conseille même d'avoir une « Saigneresse ».

Ambroise Paré saigna vingt-sept fois en quatre jours un jeune homme de vingt-huit ans. Le Moyne raconte qu'il tira en quinze mois à une jeune fille 1.200 palettes, soit 225 livres de sang; Bouchard saigna Louis XIII 47 fois dans une année; Marshall Hall rapporte l'observation d'un individu fort et bien portant auquel on soutira en cinq jours, à l'occasion d'une fracture des côtes, 3.150 centimètres cubes de sang, et qui mourut le sixième, pendant que les médecins discutaient l'opportunité... d'une nouvelle saignée.

Le XVIIe et le XVIIIe siècle surtout marquèrent l'apogée de la phlébotomie. Saignée et



Figure 5. — *La recherche de la veine.*
Stalle de la cathédrale de Rouen (XVe siècle).
(Cliché de P. Derocque. — *Revue médicale de Normandie,* Juin 1902.)

purgation étaient les deux pierres angulaires de l'édifice thérapeutique.

Dans les vitrines du Musée rétrospectif de médecine et de chirurgie, à l'Exposition universelle de 1900, étaient rangées des lancettes d'une variété extrême. Certains des étuis à lancettes étaient de purs chefs-d'œuvre d'élé-

gance et de finesse. Les lancettes, avec leurs lames minces et souples, leurs valves de corne plus transparentes que l'écaille, donnaient une sensation d'art délicat : lames à grain d'orge, à grain d'avoine, en langue de serpent, manche de corne, d'écaille, de nacre, la multiplicité était extrême. Le désir de raffiner et de créer sans cesse du nouveau avait produit des lancettes automatiques à déclenchement qui, mues par un ressort, devaient faire pénétrer la lame dans la veine en évitant au praticien de ce temps le minime effort nécessaire pour ponctionner une veine (fig. 10).

Si l'on veut d'ailleurs juger de la vogue de la saignée à cette époque, il n'y a qu'à regarder le délicieux motif de céramique de la collection Hamonic dont nous reproduisons un dessin. Une jeune femme à demi nue est étendue sur un large fauteuil ; son bras gauche est supporté par un chirurgien ailé qui tient de sa main droite la lancette avec laquelle il va piquer la veine, tandis que sa main gauche immobilise les téguments du coude ; un amour infirmier tient le plat à saigner ; au côté opposé, un petit chien paraît s'intéresser vivement à l'opération que sa maîtresse va subir. Le groupe, charmant, en porcelaine blanche, représente la saignée dans ses moindres détails et indique que cette opération était alors tellement de mode qu'un artiste ne craignait point de l'idéaliser (fig. 9).

MANUEL OPÉRATOIRE

Objets nécessaires. — La saignée n'exige qu'un matériel instrumental peu compliqué. Il faut : une lancette ou un bistouri, un vase pour recevoir le sang, des bandes, des matériaux de pansement, des alèzes, etc.

Instruments. — Pour pratiquer la saignée on se servait, on se sert encore de lancettes.



Figure 6. — *Saignée de la ranine.* (D'après Piacentino, 1613).
Le patient serre lui-même son cou avec un gros foulard ; Le chirurgien s'apprête à ponctionner la veine.

La *lancette* est une lame très aiguë et tranchante sur les côtés.

« Les lancettes ont deux parties, la lame et la châsse. La châsse ou le manche est composé de deux petites lames d'écailles assez minces, qui servent à conserver la lame. On distingue trois parties dans la lame : la pointe, le milieu et le talon.

Il y a trois espèces de lancettes. La première est appelée à grain d'orge ; la lame de celle-ci ne commence à perdre sa largeur que vers la pointe. La seconde est à grain d'avoine ; la pointe de celle-ci est plus allongée. La troisième espèce s'appelle lancette à pyramide ou à langue de serpent ; elle a une

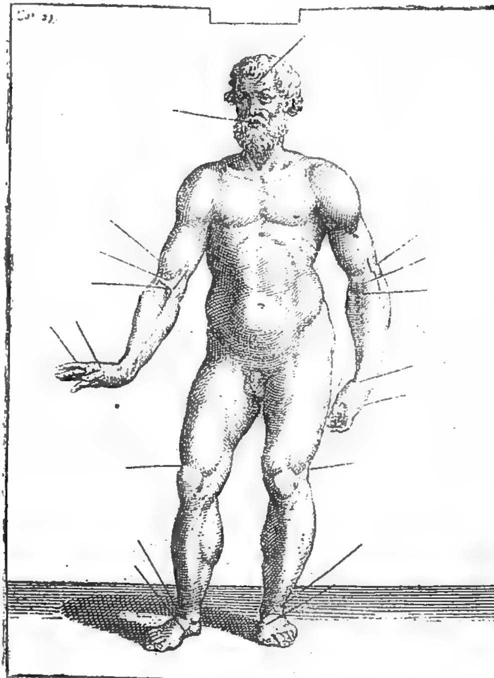


Figure 7. — (D'après Piacentino, 1613.)
Les flèches indiquent les différents points où la saignée doit être pratiquée.

pointe fort allongée, très fine et très aiguë, qui représente une pyramide. » (Lafaye. *Principes de Chirurgie*, Paris, 1750.)

A défaut de lancettes, on peut parfaitement se servir d'un *bistouri* ordinaire.

Il sera bon de se munir de quelques *pinces à forcipressure*, de *ciseaux* qui devront être, au préalable, stérilisés comme la lancette et le bistouri.

Vase pour recevoir le sang. — Le vase classique pour recevoir le sang est la *palette*, une sorte de casserole plate en étain, assez grande pour recevoir 500 grammes de sang et graduée par des lignes circulaires permettant d'apprécier la quantité de sang épanché au dehors (fig. 11).

Bande à ligature. — Une bande à ligature excellente sera obtenue en coupant un morceau de bande de toile ou de gaze d'une longueur de 1 m. 50.

Matériaux de pansement. — Les matériaux de pansement consisteront en quelques compresses de gaze stérilisée, de l'ouate hydrophile, une bande souple. On se munira d'eau stérilisée, de savon, d'alcool, pour le nettoyage des téguments du malade et des mains de l'opérateur.

Alèzes. — Des alèzes ou des serviettes seront requises pour garantir le lit ou les vêtements du malade contre l'inondation sanguine possible.

Choix de la veine. — La saignée peut être pratiquée sur n'importe quelle veine du corps, pourvu que cette veine soit assez volumineuse pour donner issue à une quantité notable de sang.

Généralement, on choisit une *veine du pli du coude*. Les veines de cette région sont, en effet, superficielles, facilement dilatables sous l'influence de la contraction des muscles de l'avant-bras et en raison de la compression circulaire exercée au niveau du bras. La peau de la région est fine, et sa transparence laisse facilement apercevoir les veines qu'elle recouvre.

Les veines qu'on peut ouvrir sont en très grand nombre. Les Anciens en comptaient cinq à la tête. La première est la frontale ou *préparate* ; Hippocrate recommande l'ouverture de cette veine dans les douleurs de la partie postérieure de la tête. La deuxième est la *temporale* ; les Anciens faisaient l'ouverture de cette veine dans les douleurs vives et chroniques de la tête. La troisième est l'*angulaire* ; elle est située dans le grand angle ou angle interne de l'œil ; on l'ouvrait pour guérir les ophtalmies. La quatrième est la *nasale* ; on en faisait autrefois l'ouverture dans les maladies de la peau du visage, comme dans la couperose. La dernière est la *ranule* ou *ranine* ; l'esquinancie exigeait sa saignée.

A la main, on saignait la *salvatelle* ou la céphalique du pouce ; au pied on saignait la *saphène interne* ou, à son défaut, la *saphène externe*.

Soins préliminaires. — Au moment de saigner un malade, il faut s'assurer que sa digestion est terminée ; on le fait asseoir ou coucher, le dos et la tête reposant sur des oreillers.

Pour rendre les veines saillantes et forcer le sang à en jaillir au moment de l'ouverture, il faut arrêter la circulation veineuse au-dessus du lieu de la piqûre, tout en permettant au sang artériel d'arriver à l'avant-bras. Dans ce but, on applique, à deux ou trois travers de doigt du point que l'on va saigner, un bandage circulaire ; ce bandage était fait autrefois avec une bande de laine rouge qui servait pour toutes les saignées ; on se sert actuellement d'une bande quelconque assez longue



Figure 8. — *Saignée de la saphène interne.* (D'après Piacentino, 1613).
Le médecin, coiffé d'un bonnet carré, tient ses gants de la main droite, et de son index droit, il donne ses ordres au chirurgien inciseur.

pour faire trois fois et demie environ le tour du bras.

Le chirurgien, saisissant cette bande entre ses mains écartées, applique à plat la partie moyenne sur le tiers inférieur du bras au

niveau du biceps; en exerçant une légère pression sur les téguments, il va croiser les deux extrémités de la bande en arrière du bras, les ramène en avant et les fixe au côté externe du bras par un nœud simple, en rosette, dont l'anse est en haut et dont les extrémités, dirigées en bas, permettent à une simple traction de relâcher la bande.

La striction doit être assez forte pour arrêter le sang veineux et faire gonfler les veines; elle ne doit pas être exagérée au point d'arrêter la circulation et de faire manquer le pouls au poignet.

Technique. — Supposons qu'il s'agisse d'une saignée sur le bras gauche. Le chirurgien se place de la façon qui lui est le plus commode, du côté interne ou du côté externe du bras; il maintient le bras du malade dans l'extension, il reconnaît la veine, fait sur le vaisseau des frictions de bas en haut pour faire remonter le sang.

De la main gauche il saisit le membre dans le point correspondant aux veines du pli du bras, de manière à tendre la peau du coude et à maintenir, à l'aide du pouce, le sang dans la veine qui doit être saignée. De la main droite il saisit le *talon de la lancette* entre le pouce et l'index fléchis, la lame de la lancette faisant un angle droit ou un peu obtus avec la châsse; les autres doigts prennent un point d'appui sur le membre; à ce moment la pointe de la lancette est enfoncée doucement jusqu'au vaisseau, *mouvement de ponction*; si l'ouverture n'est pas assez grande, la lancette est relevée et retirée en coupant, *mouvement d'élévation*.



Figure 9. — *Le dieu Hymen pratiquant une saignée ; l'Amour recueille le sang.* Groupe en porcelaine blanche. (Collection Hamonic.)

Quand la veine est superficielle et qu'on utilise la lancette à grain d'orge, la ponction suffit.

Faut-il ouvrir les veines en travers, en long ou obliquement? La question n'a pas grande importance; l'incision plus ou moins oblique est la plus simple et la meilleure.

De la veine ouverte le sang jaillit en arcade dans le bassin disposé à cet effet. Le sang est d'abord lancé avec force, mais bientôt le jet diminue au fur et à mesure que les veines se vident. On place alors un objet quelconque, une bande roulée, par exemple, dans la main du malade, et on lui recommande de la serrer par saccades. Cette manœuvre favorise la sortie du sang. Quand on juge la quantité suffisante, on place une compresse stérilisée sur la plaie et on la maintient avec le pouce gauche pendant qu'un aide dénoue la bande qui suspendait la circulation veineuse; on ajoute d'autres compresses, une couche d'ouate hydrophile autour du bras, on ploie l'avant-bras à angle droit sur le bras, et on termine le pansement par des tours de bande légèrement compressifs.

La *quantité de sang à retirer* varie, selon les cas, de 60 grammes à 1.000 grammes, qui est le maximum qu'on puisse tirer sans danger.

On peut pratiquer la saignée d'une façon peut-être un peu plus lente mais certainement plus sûre en se servant du *bistouri*.

Ce second mode opératoire comprend deux temps : 1° incision de la peau et mise à nu de la veine; 2° ouverture de la veine.

Après avoir, au besoin, anesthésié la région

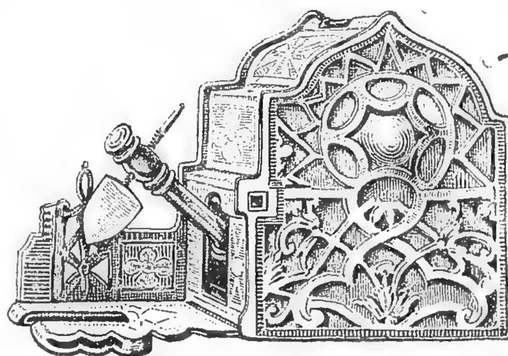


Figure 10. — Lancette automatique. Commencement du XVIIIe siècle. (Collection Tuffier.)

par l'injection de quelques gouttes de cocaïne ou une pulvérisation au chlorure d'éthyle, on incise la peau parallèlement à la veine. La peau étant incisée, et la veine découverte de quelques coups de sonde cannelée, on libère et on isole le vaisseau. La veine dénudée, sera incisée directement sous les yeux.

Cette technique est à recommander quand on veut faire suivre la saignée d'une injection intra-veineuse de solution saline. Dans ce cas, on n'aurait, après la saignée, qu'à introduire dans la veine une aiguille reliée par un tube de caoutchouc à un bock rempli de solution saline physiologique.

Difficultés. — Les difficultés de la saignée varient suivant les cas.

Chez les adultes et les personnes âgées dont le tissu cellulaire superficiel n'est pas chargé de graisse, les veines sont très apparentes, très faciles à inciser; chez les femmes et chez tous les individus dont l'embonpoint est considérable, il est quelquefois impossible d'apercevoir le trajet d'une veine. On prescrit au malade de rouler et de compresser dans sa main un objet arrondi pour que la contraction musculaire fasse refluer le sang des veines profondes dans les veines superficielles, et on maintient la ligature appliquée longtemps, une demi-heure, une heure. On a conseillé de faire plonger le bras dans de l'eau chaude (ce qui a l'inconvénient de faire rougir la peau, rougeur qui masquera les vaisseaux), de pratiquer des frictions sur la face antérieure de l'avant-bras. On essaiera également de constater par le toucher la présence des veines. Si ces moyens échouent, on cherchera une veine superficielle ailleurs qu'au pli du coude.

Incidents. — Certain incidents peuvent survenir au cours de la saignée.

Saignée blanche. — Quelquefois la veine n'est pas atteinte, l'instrument mal dirigé n'a pas ouvert la veine; la saignée est dite « blanche »; il faut alors inciser de nouveau le vaisseau ou choisir une autre veine.

Écoulement peu abondant. — Dans certains cas, au moment de l'incision, il y a un écoulement de sang, et cet écoulement s'arrête. Le peu d'abondance de l'écoulement peut tenir à diverses causes : soit à ce que le bandage circulaire placé au-dessus de la saignée n'exerce pas une compression assez forte : il faut resserrer le bandage; — soit à ce que la bande comprime l'artère; il faut alors desserrer la bande; — soit à ce que la plaie de la veine est trop étroite : il faut alors l'agrandir; — soit à ce que de petits lobules de graisse se sont interposés entre les lèvres de la plaie et font obstacle à l'écoulement du sang : il faut enlever ces bourrelets graisseux avec une pince; — soit à ce que le parallélisme de la plaie de la peau et de la plaie de la veine est détruit : il faut alors, avec le pouce, attirer la peau en divers sens jusqu'à ce que le parallélisme soit rétabli.

* * *

Accidents. — Deux sortes d'accidents

peuvent survenir au cours ou après une saignée : des accidents locaux, des accidents généraux; les uns et les autres ont perdu beaucoup de leur gravité, le médecin quelque peu au courant des choses de la chirurgie ne saurait à notre époque s'en émouvoir beaucoup.

ACCIDENTS GÉNÉRAUX. — Les accidents généraux sont la syncope et les vomissements.

Vomissements. — Les vomissements ne surviennent guère que chez les personnes pusillanimes; ils sont sans importance.

Syncope. — La syncope peut reconnaître deux causes principales : 1° au début de la saignée, c'est l'émotion, la vue du sang qui font pâlir la face du malade et peuvent lui faire perdre connaissance; cet accident ne doit pas inquiéter; on mettra le patient dans le décubitus horizontal, on continuera la saignée, et, quand on aura obtenu la quantité de sang qu'on voulait tirer, on s'occupera de ranimer le patient par des flagellations d'eau froide ou les excitants usuels; 2° au cours de la saignée, la syncope peut survenir par suite de l'issue d'une quantité de sang trop considérable; il faut alors arrêter l'hémorragie en plaçant sur la veine une pince à forcipressure et ranimer le malade; au besoin, on pourrait dans ce cas se servir de la veine pour faire une injection intra-veineuse de solutions salines.

ACCIDENTS LOCAUX. — Les accidents locaux sont le thrombus, la piqûre d'un nerf, la blessure de l'artère humérale et les infections.

Thrombus. — Le thrombus est une infiltration sanguine du tissu conjonctif résultant d'un épanchement de sang par défaut de parallélisme entre l'ouverture de la veine et la plaie des téguments. Si ce thrombus gêne l'écoulement du sang, il faut placer une pince à forcipressure sur la veine et ouvrir mieux une autre veine. L'infiltration sanguine disparaîtra d'elle-même les jours suivants.

Piqûre d'un nerf. — La piqûre d'un nerf est un petit accident qui cause une douleur très vive au moment de l'opération, douleur qui peut persister après l'opération; cette douleur sera calmée par une injection souscutanée de morphine.

Les Anciens attachaient une grande importance à la *piqûre du tendon* ou de l'aponévrose brachiale. Cet accident ne mériterait pas l'attention.

Blessure de l'artère humérale. — La blessure de l'artère humérale survenait autrefois quand les saignées étaient confiées à des aides sans aucune expérience; actuellement, cette faute ne paraît plus commune. Si par hasard cet accident survenait, au moment où le bistouri atteindrait l'artère, un jet de sang rouge rutilant s'élancerait par saccade, contrastant avec la couleur noirâtre du sang veineux habituel. Sans s'émouvoir, le chirurgien n'aurait alors qu'à laisser couler la quantité de sang qu'il désire soustraire à la circulation, puis il appliquerait sur le vaisseau saignant une pince à forcipressure qu'il remplacerait par une ligature. Cet accident n'aurait pas de suite fâcheuse.

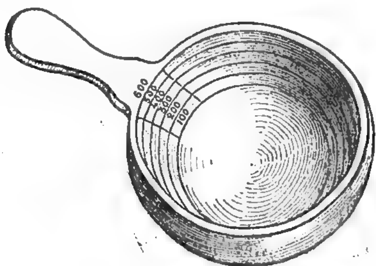


Figure 11.
Une palette des hôpitaux de Paris.

Infections. — La phlébite, la lymphangite, les accidents inflammatoires étaient autrefois fréquents après les saignées. « A la suite de saignée, disaient encore en 1870 Sédillot et Legouest, la phlébite ou l'inflammation des veines fait périr un assez grand nombre de malades. » De nos jours ces accidents n'existent plus, l'asepsie les a supprimés.

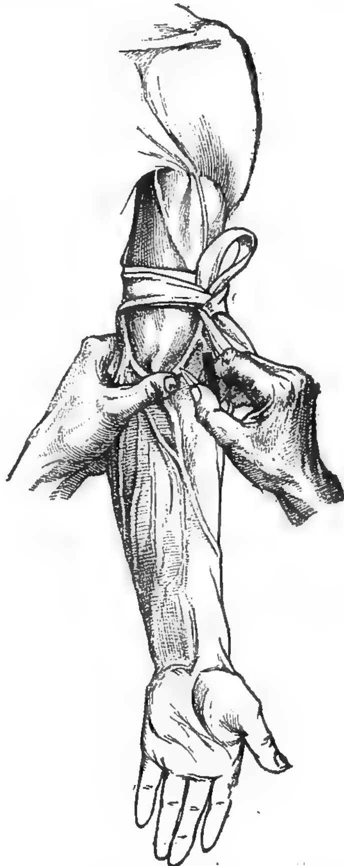


Figure 12. — *La saignée classique.*
Le pouce gauche du chirurgien immobilise la veine médiane céphalique que la lancette tenue entre le pouce et l'index droits va ponctionner.

ACTION PHYSIOLOGIQUE

L'action physiologique de la saignée est loin d'être rigoureusement connue; il est cependant un certain nombre de faits assez solidement établis pour servir de base à une application thérapeutique rationnelle.

1° *La soustraction à l'organisme de quelques centaines de grammes de sang abaisse de façon au moins temporaire la tension artérielle.* Le fait est incontestable et incontesté; il avait frappé les anciens auteurs, qui trouvaient la principale indication de la saignée dans le pouls vibrant, tendu, dans la pléthore sanguine, l'hypertension artérielle.

2° La saignée soustrait à l'organisme, et d'une façon rapide, une quantité déterminée de sang, et peut, par conséquent, en cas de rétention dans l'organisme de toxines microbiennes ou organiques, soit du fait d'une maladie infectieuse soit du fait d'une insuffisance de l'élimination rénale, réaliser une *élimination rapide d'un principe toxique nocif.* Le fait est unanimement admis; il a été nettement établi par Landouzy.

3° Tout en ne niant pas d'une façon formelle le mécanisme précédent, A. Robin propose de cette action antitoxique de la saignée l'explication suivante : la saignée aiderait l'organisme à se débarrasser des toxines en les oxydant, et en les transformant par cette oxydation en produits peu toxiques, très solubles, facilement éliminables. Les phénomènes produits par la saignée ne seraient donc autre chose que le résultat de la *suractivité des phénomènes de la nutrition élémentaire.*

4° Il faut rapprocher de cette action stimulative de la nutrition élémentaire, l'hypothèse si suggestive de Lander Brunton, relative à la *saignée considérée comme une forme de la sérothérapie.* « Je suis tenté de croire, « écrit-il, que la soustraction de sang, par « les sangsues, par scarification ou par phlébotomie, constitue jusqu'à un certain point « une forme de sérothérapie; je crois qu'à la « suite de la saignée, il se produit une transsudation plus abondante des sucs, des « tissus vers les vaisseaux sanguins. Nous « modifions donc ainsi la constitution du « liquide en circulation, et nous pratiquons « par conséquent de cette manière une sorte « de sérothérapie ou d'organothérapie. Nous « ne prenons pas un petit fragment d'organe « ou de tissu comme nous le faisons lorsque « nous traitons le myxœdème par l'administration du tissu ou suc thyroïdien, mais « nous empruntons aux diverses glandes et « tissus de l'organisme malade une partie de « leur suc que nous déversons dans les vaisseaux sanguins partiellement vidés. En « déversant ainsi dans le sang le suc des « organes, nous modifions la composition du « liquide en circulation et nous appliquons « en réalité une médication sérothérapique ». Nous sortons ici du fait pour entrer évidemment dans l'hypothèse, mais cette hypothèse est éminemment suggestive, et nous estimons avec cet auteur que l'étude de cette question mérite d'être reprise à ce point de vue.

Tout ce qu'on sait de formel, c'est que les modifications du sérum sanguin consécutives à la saignée sont profondes, sans que leur nature ait pu être déterminée d'une façon précise. La dilution du sang, en d'autres termes la proportion relative du sérum et des éléments solides, augmente : preuve évidente qu'il se fait un échange actif entre le sang et les tissus de l'organisme. La quantité de peptones augmente, celle des gaz diminue.



Figure 13.
Saignée de la saphène interne.

* * *

On a reproché à la saignée de provoquer une diminution des globules rouges, une augmen-

tation des leucocytes. En fait, la résistance de l'homme et des animaux supérieurs aux soustractions sanguines est considérable dans tous les cas où il n'existe pas une cause pathologique de déglobulisation ou une entrave à la rénovation du sang. Sauf aux âges extrêmes de la vie une saignée d'une certaine importance, 300 à 500 centimètres cubes, est toujours facilement supportée, même dans les cas (urémie ou éclampsie) où l'anémie est sensible, et la régénération des éléments sanguins s'opère avec une très grande rapidité. En fait, l'action anémiante d'une saignée moyenne est minime, tout à fait temporaire.

Les vétérinaires, qui pratiquent fréquemment la saignée chez les chevaux, soit dans un but thérapeutique, soit dans un but scientifique (récolte du sérum), ont toujours constaté la reproduction rapide du sang après la saignée et l'absence d'anémie consécutive.

On a reproché aussi à la saignée d'accroître la consommation de l'albumine, d'amener un certain degré de dégénérescence des tissus. Le fait est vrai dans une certaine mesure, mais ne devient nocif que par l'abus de la saignée; et ces reproches ne sont tout à fait exacts que pour la soustraction de quantités considérables de sang, ils ne peuvent s'appliquer à toute phlébotomie ne dépassant pas chez l'homme 1 pour 10 de la masse totale du sang. Nous avons vu au contraire que ces faits étaient le point de départ d'indications précises (stimulation des oxydations de Robin) ou d'hypothèses suggestives (saignée considérée comme un procédé de sérothérapie de Lander Brunton).

On lui a reproché enfin d'abaisser la tension artérielle. Le fait est indiscutable, mais c'est là justement le facteur le plus puissant et le plus rapide de la « médication hypotensive ».

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Les notions physiologiques précédentes et l'empirisme clinique ont amené les auteurs modernes à admettre à la saignée deux indications primordiales :

1° La *pléthore sanguine*, dans laquelle la saignée agit à titre d'*agent de déplétion* ;

2° La *toxémie*, dans laquelle la saignée agit comme *agent de dépuration*.

L'accord est fait sur ces points, et la saignée est, dans ces cas, admise par tous, à titre d'agent accidentel vraiment héroïque.

Des travaux ultérieurs nous diront si à côté de ces indications, à l'heure actuelle indiscutées, il n'en existe pas d'autres ; si, en particulier, le fait que la saignée détermine la suractivité des phénomènes de nutrition élémentaire n'amène pas son indication dans les affections où la nutrition est en déchéance, quand cette déchéance ne sera pas la conséquence d'une dénutrition exagérée, mais dépendra d'une insuffisance des actes nutritifs si, d'autre part, la saignée est susceptible d'agir comme *procédé sérothérapique*.

Ce sont des points trop obscurs encore pour être traités ici; ils soulèvent la question de la *saignée répétée* considérée comme mode de traitement et non plus comme agent thérapeutique accidentel. La saignée répétée est aujourd'hui à peu près universellement condamnée, d'autres disent définitivement; mais y a-t-il quelque chose de définitif en thérapeutique? A ce propos, il est intéressant de rappeler ici, sans y insister autrement, la communication de Krönig, à la Société de médecine interne de Berlin, le 19 Mai 1898 : Krönig aurait guéri rapidement par trois saignées espacées, une chlorose grave, rebelle à tous autres traitements et présentant de l'atrophie des hématies avec nécrose de coagulation !

* * *

La saignée agent de déplétion. — A nous en tenir aux indications précises susénoncées, il est établi que la saignée est indiquée d'une façon générale quand la compensation cardiaque est insuffisante, que le cœur droit est distendu et défaillant : *la saignée est le plus puissant agent de soulagement du cœur.*

A ce titre elle est indiquée en certains cas de *maladies du cœur*, dans l'*insuffisance mitrale* non compliquée, en particulier *à la période d'asystolie* avec distension du cœur droit, congestion pulmonaire et hémoptysies. Une saignée de 200 à 500 grammes soulagera énormément le malade ; et après cette opération, des drogues comme la digitale et les diurétiques, qui ont antérieurement échoué, compléteront la cure. Hayem, au XIII[e] Congrès international de médecine, donnait comme une de ses indications les troubles mécaniques de la circulation par maladies du cœur et des gros vaisseaux, l'hypertension artérielle en particulier.

D'une façon générale, dans les *asystolies cardiectasiques*, suivant la remarque de Huchard, une saignée générale faite à propos joue absolument le rôle de la digitale, et elle agit comme elle, comme toni-cardiaque et diurétique; à ce titre il la recommande d'une façon particulière dans certains cas d'*adipose cardiaque*.

D'autre part, en favorisant la circulation veineuse et la petite circulation, la saignée rend les plus grands services dans les cas de *stase* et de *congestion passive* chez les malades dont le ventricule droit se vide difficilement : l'action déplétive est ici évidente et immédiate.

Au cours de la grossesse, la saignée est particulièrement indiquée pour certains *accidents gravido-cardiaques* qu'il faut bien connaître.

Chez les femmes enceintes cardiaques, atteintes spécialement d'affections mitrales et surtout de rétrécissement, l'équilibre de la petite circulation peut se trouver brusquement rompu. La dégénérescence gravidique du myocarde, chez les cardiaques, entraîne une dilatation aiguë du cœur droit, en même temps qu'une congestion pulmonaire globale et subite. En quelques instants, la femme enceinte ou récemment accouchée peut succomber avec des accidents pulmonaires d'asystolie aiguë. Pareils accidents pneumo-cardiaques peuvent s'observer avec un point de départ pulmonaire chez des femmes enceintes dont le jeu thoracique est troublé par cyphose ou scoliose très accusées; ces accidents sont occasionnés par le refoulement du diaphragme par le globe utérin. Contre ces états qui peuvent entraîner la mort en quelques heures, M. Bonnaire considère que la saignée *copieuse* est le traitement seul actif, héroïque, car il ne faut pas compter sur l'action de la caféine non plus que sur celle de la digitale, étant donné le manque de réaction du muscle cardiaque.

* * *

L'action déplétive de la saignée est des plus évidentes dans l'*œdème aigu du poumon* et dans certains cas de *bronchite capillaire* avec signes de dilatation du cœur droit. C'est peut-être même dans ces cas que la saignée donne les résultats les plus décisifs. Rien n'est plus impressionnant que de voir de malheureux malades assis, sans parole, le regard angoissé, la face et le corps couverts de sueurs, la respiration haletante, les jugulaires distendues, les deux poumons pleins de râles fins et crépitants, le pouls petit, en imminence de mort, libérés et sauvés par une saignée de 4 à 500 grammes.

Certaines *congestions actives de l'appareil respiratoire*, la *pneumonie* entre autres, retireront un égal bénéfice d'une saignée opportune.

La question de la saignée dans la pneumonie a été l'objet de vives controverses; les grands noms de Broussais et de Bouillaud y sont intimement liés. Elle semble aujourd'hui tranchée négativement quant à l'emploi systématique de la saignée dans la pneumonie, positivement quant à son opportunité dans les formes œdémateuse et congestive, quand une grande partie du poumon est engorgée et qu'il y a des symptômes de cyanose et de paralysie du cœur.

La saignée, suivant la remarque de Hanot, ne s'applique pas à la maladie même, mais à certains éléments de la maladie, et ces éléments pour lui sont « l'oppression extrême avec cyanose, la dilatation des veines du cou, l'expectoration sanguinolente ou séreuse abondante, les étourdissements, la paralysie passagère, le délire, le coma ». Pour Jaccoud, ce sont « la dyspnée intense, les troubles mécaniques graves de la circulation pulmonaire, les phénomènes de stase encéphalique ». Pour Landouzy, la saignée est une des meilleures manières de secourir le pneumonique ; aucun procédé ne la vaut pour amener le désengouement du cœur, la décongestion du poumon, la déplétion de la circulation générale, la dépuration brusque. La saignée devient ainsi une médication de symptôme et non une médication de maladie.

Dans la *pleurésie diaphragmatique*, dans la *péricardite*, la saignée pourra être utile s'il y a orthopnée, irrégularité du pouls, distension des jugulaires et anémie artérielle.

De même dans certains troubles dus à l'hypertension artérielle, dans l'*anévrisme thoracique* et les *douleurs du médiastin*, la saignée est utile en ce qu'elle diminue la tension artérielle si pénible, soulage le cœur et souligne l'action de l'iodure de potassium.

Au contraire, les résultats ont été nuls dans les congestions chroniques de la tuberculose et de la syphilis.

Au même titre déplétif, mais en ayant moins en vue le soulagement du cœur et la déplétion de la petite circulation que celle de la déplétion générale, la saignée a été employée de façon traditionnelle dans des congestions du système nerveux, en particulier dans les *congestions cérébrales* et les *hémorragies au début* chez les malades ayant de l'hypertension artérielle.

L'application de sangsues aux mastoïdes dans ces cas est classique; si l'émission sanguine semble indiquée, la phlébotomie nous paraît supérieure. D'ailleurs, la saignée doit alors être réservée aux cas où il y a eréthisme circulatoire intense, turgescence générale, pouls vibrant. Chez les chevaux, la congestion de la moelle, aussi fréquente que la congestion cérébrale chez l'homme, cède presque toujours à une saignée de 2 litres (Trasbot).

Il est d'ailleurs bien évident que cette saignée ne s'adresse nullement à la lésion cérébrale localisée, si elle existe, mais à l'état du cerveau tout entier, à la pléthore céphalique sanguine ou lymphatique qui crée l'apoplexie, et qu'une épistaxis ou une hémorragie hémorroïdaire peut parfois conjurer.

*
* *

La saignée agent de dépuration. — La saignée dans l'*urémie*, si efficace en bien des cas, est le type des saignées dépuratives, antitoxiques, par opposition aux saignées déplétives, toni-cardiaques envisagées précédemment.

Suivant la remarque si autorisée de Renaut, de Lyon, qui a étudié d'une façon spéciale le mécanisme de l'action de la saignée dans l'urémie, « il est inutile de chercher une explication bien adéquate des bons effets de la saignée. L'action en est extrêmement complexe et encore très obscure ».

Trois facteurs au moins entrent très probablement en jeu :

1° *La soustraction très rapide de l'économie d'une quantité appréciable de toxines*, et avec une déperdition de liquide vraiment minime. Dans son livre sur « les Sérothérapies » Landouzy l'a nettement déterminée. « La dépuration de 50 grammes de matières extractives, dit-il, ne coûte à notre organisme que 30 grammes par la saignée, 250 grammes par les sécrétions alvines, 1.500 grammes par les urines, tandis que la même dépuration par la peau exige 100 litres de sueur ! » Landouzy, les *Sérothérapies, p. 455*.

2° *La décongestion du rein* est le facteur fondamental pour Renaud, qui considère l'œdème aigu congestif rénal comme la cause anatomique provocatrice de l'urémie. La saignée générale y contribuerait en modifiant le régime circulatoire du moment: la saignée locale (ventouses scarifiées sur le triangle de J.-C. Petit) agirait directement sur la congestion rénale et ferait cesser « la sorte d'étranglement dont les parties actives du parenchyme rénal sont le siège ».

3° Enfin l'*élévation du coefficient d'oxydation* consécutif à la saignée, signalée par A. Robin, est d'autant plus probable comme facteur antitoxique que la baisse de ce coefficient est un des meilleurs indices de l'urémie imminente ou actuelle.

Quel que soit le mécanisme intime de cette action, son efficacité clinique est indéniable dans les *accidents urémiques aigus* qui sont sous la dépendance de phénomènes congestifs, accidents convulsifs ou comateux de de la *néphrite scarlatineuse*, des *néphrites aiguës primitives*, des *poussées aiguës au cours du mal de Bright*. Mais la pratique, conformément à la théorie, trouve la saignée inefficace dans les accidents chroniques ou progressifs, non congestifs, du mal de Bright.

Dans l'*éclampsie puerpérale*, la saignée copieuse est indiquée pour extraire de l'organisme une certaine quantité de toxines. Dans ce cas, après l'émission sanguine, il pourra être utile d'injecter une quantité de sérum artificiel égale à celle du sang extrait; c'est un complément de l'action antitoxique.

Cette pratique, excellente dans l'éclampsie puerpérale, peut se généraliser. Toutes les fois qu'il s'agit de saigner un malade pour l'aider à éliminer une partie des éléments toxiques contenus dans son sang, il est essentiel de retirer des quantités de sang assez considérables, de 500 à 1.000 grammes. Puis on combattra les oscillations de la pression vasculaire en pratiquant des injections sous-cutanées, voire intra-veineuses, de sérum artificiel, et l'on réalisera ainsi un véritable lavage du sang.

*
* *

Telle est la saignée, opération facile et sans danger en des mains exercées, moyen thérapeutique souvent utile, parfois héroïque.

La saignée telle que la pratique le médecin du xxe siècle est bien peu différente sans doute de la saignée que faisaient les vieux thérapeutes hellènes. La science moderne doit la conserver pieusement, comme elle conserve nombre de pratiques léguées par nos ancêtres : la Science ne saurait se passer de la Tradition.

L'ANATOMIE DES CENTRES NERVEUX

Par J. et A. DÉJERINE

L'œuvre des Déjerine, comme s'appellera l'œuvre à laquelle M. le professeur J. Déjerine et Mme Déjerine-Klumpke auront le plus travaillé et réfléchi, l'*Anatomie des centres nerveux*, sera bientôt complètement terminée. Des trois parties de ce grand ouvrage, aussi grand par son objet que par l'immense labeur qu'il a coûté aux savants auteurs, la dernière, le fascicule 2 du tome second, reste seule à paraître [1].

La pièce maîtresse de l'œuvre, l'Anatomie du cerveau, est achevée.

Rappelons brièvement la méthode et le but de ce livre. Car, encore que les auteurs soient avant tout anatomistes et qu'ils demeurent constamment fidèles à l'étude analytique et synthétique de la structure et de la texture du névraxe, ils ne laissent pas de dégager eux-mêmes le sens profond de cette puissante et forte architecture de l'édifice : le système nerveux apparaît ici essentiellement comme un appareil de perfectionnement, dont toutes les fonctions, du plus simple réflexe aux plus hautes opérations de l'entendement humain, ne sont toujours que des « productions et des manifestations de l'activité des différentes parties de ce système ».

Fondée désormais sur ces larges assises, inébranlables comme toute vérité d'observation scientifique, l'étude des fonctions du myélencéphale dans la série organique ne consistera plus en une suite d'hypothèses et d'imaginations subjectives, à la manière de celles des psychologues qui, sans avoir aujourd'hui l'excuse de nos anciens, continuent à ignorer l'anatomie ; elle s'inspirera uniquement des données objectives, vérifiées et vérifiables, sur les connexions et l'enchaînement hiérarchique des mécanismes de la moelle, du rhombencéphale et des cerveaux moyen, intermédiaire et antérieur, non pas sans doute pour comprendre la nature des phénomènes, ce qui demeure aussi inaccessible en biologie qu'en physique ou en chimie, mais pour en noter les manifestations constantes, déterminées, et essayer d'en dégager des lois, ce qui est toute la science.

L'étude analytique et synthétique du système nerveux n'a été abordée ici par les Déjerine qu'après une exposition magistrale de l'embryologie, de l'histogénie et de l'histologie de ce système. La morphologie, la structure et la texture du névraxe forment la matière de chapitres différents de la première partie de l'œuvre; la deuxième est consacrée au cerveau ; la troisième au cervelet, à l'isthme de l'encéphale et à la moelle épinière.

Les deux méthodes suivies par les auteurs sont fondées, la première sur la méthode de Stilling, sur l'étude des coupes sériées, macroscopiques et microscopiques ; la seconde sur l'étude des dégénérescences secondaires : elle relève de l'anatomie pathologique. Outre l'anatomie pathologique, l'anatomie de développement, la myélogenèse de Flechsig, l'anatomie comparée des parties homologues du système nerveux central dans la série des vertébrés, la pathologie expérimentale, l'embryologie et la tératologie sont constamment invoquées comme méthodes de contrôle et confèrent à ce grand traité d'anatomie normale et pathologique la très haute valeur d'un livre d'anatomie philosophique, sans que les auteurs se soient jamais écartés des méthodes les plus sévères et les plus techniques de l'observation purement scientifique.

Cette méthode est, on le conçoit, plus féconde que toute autre non seulement pour faire de véritables découvertes, mais pour redresser nombre de préjugés qui ont cours communément dans la science et se répètent indéfiniment dans les livres. Ainsi, à propos des connexions diverses, courtes et longues reliant la corticalité cérébrale aux masses grises du névraxe, aux radiations thalamiques en particulier, les auteurs de cette œuvre font remarquer que ces radiations, divisées en faisceaux ou *pédoncules antérieur, moyen, postérieur et inférieur* de la couche optique ne forment point, au vrai, quatre faisceaux distincts, délimités, et que cette division, pour commode qu'elle soit, est toute théorique, ne répond pas à la réalité ; ces radiations sont en effet mélangées, dans le centre ovale et la capsule interne, aux autres fibres de projection corticales et aux fibres corticipètes que le thalamus envoie aux différents territoires corticaux du cerveau. Ce qui est vrai, c'est qu'à chacun de ces territoires corticaux correspond une région déterminée de la couche optique, de ses noyaux intrinsèques et extrinsèques, des faisceaux cortico-thalamiques et des faisceaux thalamo-corticaux.

Mais c'est dans la partie consacrée à l'origine corticale et au trajet capsulaire de la

1. Le tome premier comprend : *Méthodes générales d'étude. Embryogenie. Histogenèse et histologie. Anatomie du cerveau*. Le tome second dont nous présentons ici le premier fascicule comprend : *Anatomie du cerveau* (suite). *Anatomie du rhombencephale*, 1 vol. gr. in-8° jésus avec 465 figures dans le texte, dont 180 en couleurs. Le fascicule 2 comprendra : *Texture du rhombencephale* (suite). *Anatomie de la moelle épinière*, Paris, J. Rueff, éditeur, 1901.

voie pédonculaire des fibres longues de projection cortico-protubérantielles, cortico-bulbaires et cortico-médullaires que se trouvent exposées, au point de vue des faits et des doctrines, quelques-unes des plus belles découvertes de Dejerine.

Dejerine a en effet démontré, dès 1893, que le pied du pédoncule cérébral ne contient pas de fibres d'origine caudée ou lenticulaire; que toutes ses fibres descendent directement, sans interruption aucune au niveau des ganglions centraux, dans le pied du pédoncule cérébral ; il a encore démontré, contrairement à ce qu'on croyait, que les secteurs antérieur et postérieur des hémisphères, c'est-à-dire les deux tiers antérieurs du lobe frontal et le lobe occipital, y compris le pli courbe, n'envoient de fibres ni dans le pied du pédoncule cérébral ni dans l'étage antérieur de la protubérance ; que les fibres de la voie pédonculaire proviennent du secteur moyen des hémisphères et que le pied du pédoncule se divise en cinq parties :

Le *faisceau interne*, le cinquième interne du pied, reçoit ses fibres de l'opercule rolandique (Op. R.) et de la partie adjacente de l'opercule frontal (Op. F_3), zone motrice facio-pharyngo-laryngée ; — ce faisceau passe par la partie postérieure du segment antérieur de la capsule interne, par le faisceau géniculé et par la partie antérieure du segment postérieur; il s'épuise dans le *locus niger* et dans l'étage antérieur de la protubérance ; un très petit nombre de fibres descendent dans la pyramide bulbaire pour participer, après entrecroisement, à la constitution des faisceaux pyramidaux de la moelle. Or ce faisceau, ce n'est pas seulement le faisceau fronto-protubérantiel, c'était le faisceau psychique ou intellectuel du professeur Brissaud. On le voit, *ce faisceau ne reçoit pas de fibres de la partie antérieure du lobe frontal*. Les neurones d'origine corticale sont les protoneurones moteurs des neurones bulbaires d'une partie des nerfs moteurs craniens particulièrement en rapport avec les fonctions différenciées de l'appareil phono-moteur du langage.

Les fibres du *faisceau moyen* du pied du pédoncule cérébral, les trois cinquièmes moyens, descendent des cinq sixièmes supérieurs des circonvolutions rolandiques FA et PA et des pieds d'insertion de F_1 et F_2, P_1 et P_2, ainsi que du lobule paracentral. Les fibres de la partie moyenne de la zone rolandique (zone corticale du *membre supérieur*) forment les deuxième et troisième cinquièmes internes du pied du pédoncule cérébral et passent par la partie moyenne du segment postérieur de la capsule interne. Les fibres de la partie supérieure de la zone rolandique et du lobule paracentral (zone corticale du *membre inférieur*) passent par la partie inférieure de ce segment (*Cip.*) : ces faisceaux descendent dans la protubérance où ils abandonnent de nombreuses fibres aux noyaux pontiques, puis dans les pyramides bulbaires et les vaisseaux pyramidaux directs, croisés et homolatéraux de la moelle épinière.

Enfin, le *faisceau externe*, cinquième externe du pied du pédoncule cérébral, ou faisceau de Türck, a pour origine la partie moyenne du lobe temporal, de T_2 et T_3 surtout (dans les lésions de T_1 c'est surtout le corps genouillé interne qui dégénère); ses fibres passent par le segment inférieur de la couronne rayonnante, le segment sous-lenticulaire, et pénètrent presque en entier dans les noyaux pontiques sans descendre dans la pyramide bulbaire; ce faisceau est donc bien dénommé faisceau temporo-protubérantiel. C'a été le *faisceau sensitif* de Charcot, de Ballet, de Brissaud. Il est, au contraire, démontré expérimentalement, aussi bien que cliniquement, que ce faisceau ne possède point de fonctions sensitives et qu'il est formé exclusivement de neurones de projection du lobe temporal. La zone sensitive n'est pas moins absente du lobe occipital que du lobe pariétal.

« Rien ne démontre, écrit Dejerine, que la zone sensitivo-corticale s'étende plus loin en arrière que la zone motrice. » Il n'est pas prouvé que les troubles du sens musculaire puissent s'observer à l'état isolé dans les lésions de la partie antérieure du lobe pariétal sans troubles moteurs correspondants, partant, d'origine rolandique.

La zone rolandique est sensitivo-motrice; il n'existe point, dans l'écorce cérébrale, de localisations séparées pour les centres moteurs et sensitifs, comme l'enseignent encore nombre d'auteurs, surtout en Angleterre et en Amérique. Mêmes errements au sujet des cas de trouble du prétendu sens stéréognostique qui relèveraient d'une lésion du lobe pariétal et en particulier du gyrus supramarginalis. Dans le plus grand nombre de ces cas, le PA participait à la lésion (la partie postéro-inférieure de cette circonvolution est irriguée par la même branche artérielle que le gyrus supramarginalis). Enfin, touchant le rôle attribué à cette dernière circonvolution dans la perception des impressions sensitives, les Dejerine disent expressément ceci : « Dans aucun des nombreux cas d'aphasie sensorielle dont nous avons pratiqué l'autopsie, nous n'avons constaté de troubles de la sensibilité, bien que cette région, ainsi que le pli courbe, du reste, fussent lésés dans la plupart des cas. » Le prétendu sens stéréognostique n'est qu'une perception stéréognostique, un complexus de divers modes de la sensibilité générale, de la sensibilité superficielle (tactile, douloureuse, thermique) et de la sensibilité profonde (articulaire, musculaire), celle-ci nous donnant surtout la notion de la forme de l'objet par la palpation.

Dejerine soumet à une critique aussi rigoureuse l'ancienne doctrine du *carrefour sensitif*, localisé par Charcot dans la partie postérieure du segment postérieur de la capsule interne. Le célèbre neurologiste protestait, on le sait, que la couche optique n'avait rien à faire dans la conduction de la sensibilité. Luys, au contraire, soutenait que le thalamus, dernière station des fibres conductrices de la sensibilité générale et des sens spéciaux, était un véritable *sensorium commune*.

Or, la couche optique est bien, en effet, en rapport avec tous les systèmes sensitivo-sensoriels : avec la sensibilité générale par le ruban de Reil médian qui s'arborise, ainsi que le pédoncule cérébelleux supérieur, dans le centre médian de Luys et le noyau externe; avec la bandelette optique, dont la plupart des fibres se terminent dans le corps genouillé externe et dans le pulvinar; avec le neurone auditif cortical par l'intermédiaire du corps genouillé interne; avec le rhinencéphale par le faisceau de Vicq d'Azyr, le tænia semicircularis et le ganglion de l'habenula.

Il est exact qu'une lésion de la partie postérieure du segment postérieur de la capsule interne se traduit, dans certains cas, par une hémianesthésie sensitive de la moitié opposée du corps. Mais, au vrai, cette hémianesthésie capsulaire dérive bien d'une lésion du thalamus dans la région du ruban de Reil médian. Dejerine cite des observations, suivies d'autopsies, de lésions du segment postérieur de *Cip*, avec intégrité du thalamus, dans lesquelles les malades étaient de simples hémiplégiques non anesthésiques. « Donc, pour qu'une hémianesthésie accompagnée d'hémiplégie existe dans une altération de la partie postérieure du segment postérieur de la capsule interne, *il faut que la couche optique participe à la lésion capsulaire* » dans la région postérieure et inférieure du noyau externe du thalamus, bref, dans la région du ruban de Reil médian. C'est que le faisceau sensitif s'arborise dans le thalamus, dans le centre médian de Luys et dans le noyau externe; il n'existe pas de faisceau sensitif dans la partie postérieure de *Cip*.

Les cas d'anesthésie sensitivo-sensorielle rapportés autrefois à l'appui de l'existence du carrefour sensitif relevaient, non de lésions organiques, mais de l'hystérie : « Une lésion du tiers postérieur du segment postérieur de la capsule interne ne produit jamais d'amblyopie ni de rétrécissement du champ visuel du côté opposé. » Une lésion de la région thalamique qui, en détruisant le segment rétro-lenticulaire de la capsule interne, sectionne en même temps à ce niveau le faisceau visuel, déterminera la production, non d'une amblyopie croisée, mais d'une hémianopsie homonyme latérale. Il en est de même pour les autres sens spéciaux, audition, odorat, goût. Un trouble de l'audition sera déterminé par une lésion du segment sous-lenticulaire de la capsule interne ; cette lésion ne déterminera d'ailleurs pas de trouble unilatéral persistant, le centre auditif étant bilatéral. Les fibres olfactives venues de la corne d'Ammon ne passent pas par la capsule interne; pour qu'une anosmie unilatérale se produise, anosmie passagère puisque le centre olfactif est bilatéral, il faudra que le pilier postérieur du trigone soit intéressé. « En résumé, concluent les Dejerine, la doctrine du carrefour sensitif n'est plus conforme aux données actuelles, *pas plus pour la sensibilité générale que pour la sensibilité spéciale*. Il n'y a pas de faisceau sensitif venant du pied du pédoncule et passant directement dans la capsule interne, de même qu'il n'y a pas dans la partie postérieure du segment postérieur de cette dernière, de faisceau compact formé uniquement de fibres à fonctions sensitives. Ces dernières, *une fois issues du thalamus*, se mélangent intimement, dans ce segment postérieur de la capsule interne, avec les fibres motrices, pour aller s'arboriser dans les territoires corticaux — zone sensitivo-motrice — d'où émanent ees dernières. »

On a vu que les neurone[illegible]rtico-bulbaires, ou proto-neurones mote[illegible]es neurones des noyaux moteurs craniens, tirent leur origine de l'opercule rolandique et de la région adjacente de F_3. Une lésion bilatérale de cette région déterminera une paralysie pseudobulbaire d'origine corticale, une paralysie de la face et du voile du palais, de la langue, du pharynx, du larynx, des masticateurs, en

même temps qu'une démarche spéciale du malade, à petits pas, comme à tâtons dans l'obscurité, bien caractérisée par Dejerine. Quant aux neurones cortico-médullaires, ou faisceaux pyramidaux, la dégénérescence des fibres des trois-cinquièmes moyens du pied du pédoncule cérébral détermine une atrophie complète de la pyramide bulbaire.

Dans certaines hémiplégies cérébrales enfantines, Dejerine a observé des cas d'hypertrophie compensatrice de la voie pyramidale, en particulier de la pyramide bulbaire du côté sain.

Les chapitres, fort étendus, consacrés à l'étude des coupes sériées des cerveaux des cas de dégénérescence secondaire, donnent à ce livre des Dejerine tout l'intérêt des observations cliniques et anatomo-pathologiques suivies et fixées directement par des procédés de technique plus délicats et plus précis que ceux de la photographie. Dans le cas Pichepin, par exemple, où il s'agit d'une hémiplégie cérébrale enfantine, datant de l'âge de sept ans, chez un sujet mort à quatre-vingt quatre ans, un ramollissement de la partie moyenne des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes droites avait déterminé, sans participation des noyaux gris centraux, une atrophie des circonvolutions des régions pariéto-occipito-temporales, une dégénérescence de la pyramide antérieure du bulbe avec hémiatrophie en masse de la moitié droite du bulbe et une atrophie indirecte du ruban de Reil médian. Cette constatation fournit aux auteurs l'occasion d'écrire des pages bien remarquables sur la nature et le marche des *atrophies indirectes* des neurones de deuxième et de troisième ordre dans ce genre de lésions.

Une lésion corticale de déficit détermine la dégénérescence, non seulement de toutes les fibres qui y prennent leur origine, des fibres corticifuges, — fibres cortico-thalamiques et sous-thalamiques, cortico-protubérantielles et médullaires, ainsi que des fibres commissurales et des fibres d'association longues et courtes : — cette dégénération, d'abord wallérienne ou cellulifuge des fibres corticifuges, s'accompagnera d'une dégénérescence des fibres corticipètes s'arborisant dans le point lésé, d'une dégénérescence rétrograde, pouvant retentir indirectement, sous forme d'atrophie, sur les centres infracorticaux d'un même système de la moitié homonyme d'un tronc encéphalique et de la moitié croisée de la moelle épinière. Mais tout faisceau sectionné dégénère dans les deux sens, très rapidement dans le sens cellulifuge, plus lentement dans le sens cellulipète. Soit une lésion protubérantielle ayant sectionné la voie pédonculaire et le ruban de Reil médian. Les lésions très récentes seront d'abord une dégénérescence exclusivement descendante de la voie pédonculaire et exclusivement ascendante du ruban de Reil médian. Mais les deux sortes de faisceaux ainsi atteints ne laisseront pas de présenter le phénomène de la dégénération rétrograde; on constatera donc plus tard :

1° Une dégénérescence ascendante de la voie pédonculaire remontant dans le pied du pédoncule et dans le segment postérieur de la capsule interne; 2° une dégénérescence descendante du ruban de Riel médian. Comme, du manteau cérébral au *filum terminale*, les fibres longues de projections n'existent nulle part à l'état isolé, mais s'entre-croisent, dès le centre ovale, avec d'autres systèmes de fibres de provenance fort variée, le champ de dégénérescence croîtra toujours, des lésions corticales aux lésions sous-corticales, capsulaires, pédonculaires, protubérantielles, bulbaires, médullaires.

Dans les cas d'agénésie du manteau cérébral, où Dejerine a vu confirmés les résultats obtenus par l'étude des dégénérescences secondaires, dans le cas de Longery en particulier — hydrocéphale mort à l'âge de deux mois et demi, dont le pallium n'était guère plus développé que celui des poissons ou des batraciens —, on a pu constater, grâce à l'absence complète de fibres descendantes dans la capsule interne, de fibres commissurales (agénésie du corps calleux) et d'association, le trajet, si difficile à suivre, des *fibres thalamo-corticales*; il existait de nombreuses fibres myélénisées, provenant toutes du thalamus, dans des segments antérieur et postérieur de la capsule interne, fibres se dirigeant vers une écorce qui n'existait pas et représentant le système de fibres thalamo-corticales. Ces fibres sont ascendantes; le thalamus n'envoie donc pas plus que le corps strié de fibres descendantes dans la capsule interne; des fibres pédonculaires sont donc, encore une fois, exclusivement formées de fibres descendantes issues de l'écorce télencéphalique.

Ce n'est pas le seul point de doctrine capital qui ressort de ce cas d'agénésie du manteau cérébral, où le pallium était en grande partie réduit à une mince membrane transparente tapissée par la pie-mère : le rhinencéphale, ainsi que le trigone cérébral, était presque normal; l'écorce de la circonvolution de l'hippocampe, celle de la partie postérieure de la première circonvolution limbique, de la corne d'Ammon et de la circonvolution godronnée étaient bien développées; les fibres de l'écorce du rhinencéphale se rendaient dans le trigone cérébral, mais elles n'étaient pas encore myélénisées. Quelle plus admirable confirmation de la doctrine qui établit la dualité d'origine anatomique, et partant fonctionnelle, du rhinencéphale et du manteau cérébral, et l'indépendance, si longtemps continuée au cours des âges paléontologiques, et toujours maintenue, de ces deux grands empires du cerveau antérieur!

Inutile de faire remarquer que le ruban de Reil médian, dans le cas de Longery, était bien développé et qu'on le pouvait suivre dans son trajet bulbaire, protubérantiel, pédonculaire, jusque dans la région du centre médian de Luys et du noyau externe de la couche optique. De même, le cervelet et les pédicules cérébelleux étaient normaux. Je ne sais rien de plus instructif pour l'intelligence scientifique de la structure et des fonctions du système nerveux que l'existence, chaque jour mieux connue, de ces provinces distinctes, indépendantes, des différents systèmes du myélencéphale, et dont la centralisation croissante du névraxe a laissé subsister des preuves si sensibles d'autonomie primitive. Le système nerveux apparaît ainsi, dans son ensemble, comme une construction composite, d'âge et de structure très divers, où certaines parties, telles la glande pinéale, en ruine chez les oiseaux et les mammifères, sont encore debout chez certains reptiles; bref, où l'on peut parler d'évolution et d'involution, et par conséquent d'une histoire des organes et des systèmes, bien loin que le névraxe soit une création de toutes pièces et dont les parties soient contemporaines.

Signalons encore les très belles pages qui traitent, dans ce fascicule, des localisations cérébrales, des localisations sous-corticales et capsulaires. L'étude des localisations du langage, qui doit tant à Dejerine, a été encore une fois reproduite et précisée dans ses grandes lignes. La division des aphasies en deux grandes classes, aphasies par lésions corticales de la zone du langage, aphasies pures ou sous-corticales, est classique. Chacun des trois centres de la *zone du langage* tire sa spécialisation de sa localisation fonctionnelle dans l'écorce télencéphalique : le centre des images motrices d'articulation (pied de F_3) est immédiatement accolé à l'opercule rolandique — région des centres moteurs de la face, du larynx, du pharynx et de la langue — « c'est-à-dire aux centres des muscles dont les mouvements assurent le mécanisme moteur matériel de l'articulation des sons. Le centre des images auditives des mots occupe la partie postérieure de la sphère de l'audition générale (T_1); le centre des images visuelles des lettres et des mots (région du pli courbe) est en connexions intimes, par de nombreuses fibres d'association, avec la face interne du lobe occipital, zone de la vision générale. Ces trois centres sont intimement unis entre eux par des fibres d'association courtes, moyennes et longues, en particulier par le faisceau longitudinal supérieur ou arqué et par le faisceau longitudinal inférieur, et forment un tout complexe, indissolublement uni ». Il en résulte que toute lésion d'un point quelconque de la zone du langage entraîne une altération dans *tous* les modes du langage, avec prédominance des troubles sur le mode correspondant au centre d'images directement atteint par la lésion.

Les centres de la zone du langage présentent d'ailleurs une ancienne hiérarchie qui assure une résistance plus grande aux images auditives qu'à celles de l'articulation, et, partant, à celles des images visuelles des mots et de leur reproduction graphique; « aussi voit-on l'agraphie exister dans toutes les formes d'aphasie relevant de lésions siégeant dans la zone du langage ». Le vieux *langage intérieur* est toujours constitué par l'union des images auditives et des images motrices d'articulation. Si les trois centres du langage sont intacts et que la lésion siège en dehors de la zone du langage, sur les faisceaux d'association reliant le pied de F_3 à OpR (*aphasie motrice sous-corticale*), le pli courbe gauche à la zone visuelle générale (*cécité verbale pure*), sur le centre commun de l'audition ou la masse blanche du lobe temporal (*surdité verbale pure*), le langage intérieur demeure intact : « ces malades pensent avec leurs images du langage comme à l'état normal, tandis que l'aphasique moteur ou sensoriel par lésion de la zone du langage pense avec des idées et non avec des images de mots ».

Le rhinencéphale, les corps striés, les couches optiques, les nerfs olfactif et optique et les zones corticales de l'olfaction et de la vision sont naturellement autant de chapitres définitifs, oserais-je dire, si une telle expression pouvait être employée pour caractériser les œuvres de la science.

La troisième partie de l'œuvre des Déjerine renferme en outre quatre chapitres sur la

morphologie interne et externe du rhombencéphale, sur la structure et la texture du cervélet, dont les coupes microscopiques sériées donnent au lecteur la plus exacte description de cette région du névraxe.

Je ne suis point porté, en général, à exagérer l'étendue et la solidité des connaissances humaines, en quelque domaine que ce soit de l'observation ou de l'expérimentation scientifique. Il me semble pourtant que, grâce surtout à des livres tels que l'*Anatomie des centres nerveux*, de M. le professeur J. Dejerine et de Mme Dejerine-Klumpke, l'homme connaît aujourd'hui l'origine et le développement de son système nerveux, de son cerveau en particulier, dans la série presque entière des vertébrés.

Jules Soury.
Directeur d'études à l'Étude pratique des Hautes-Études à la Sorbonne.

FACULTÉ DE PARIS

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — Cours pratique, démonstratif, de technique clinique pendant les vacances, sous la direction de M. le professeur Landouzy.

Ce cours commencera au laboratoire de la clinique médicale de Laënnec (rue de Sèvres), le mercredi matin, 17 Septembre, finira le lundi soir 29 Septembre et comprendra deux séances quotidiennes : le matin, de 9 h. 1/2 à midi; le soir, de 2 h. 1/2 à 5 heures; il sera fait par MM. G. Brouardel, O. Josué, Marcel Labbé et Léon Bernard, chefs de clinique et chefs de laboratoire.

Programme du cours :

Mercredi 17 Septembre. — Matin. Les fonctions hépatiques à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du foie. — Après-midi. Technique bactérioscopique générale appliquée à la clinique.

Jeudi 18 Septembre. — Matin. Les fonctions rénales à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du rein. — Après-midi. Diagnostic bactérioscopique des angines.

Vendredi 19 Septembre. — Matin. Analyse chimique des urines. Examen de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène. — Après-midi. Les séro-diagnostics.

Samedi 20 Septembre. — Matin. Détermination de la toxicité des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Examen des sérosités pathologiques : les cyto-diagnostics.

Dimanche 21 Septembre. — Matin. Cryoscopie des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien.

Lundi 22 Septembre. — Matin. Examen cytoscopique des urines. — Après-midi. Les fonctions du sang. Numération des globules du sang.

Mardi 23 Septembre. — Matin. Les fonctions motrices du système nerveux à l'état normal et pathologique. Examen clinique de la motricité. — Après-midi. Les fonctions sensitives du système nerveux à l'état normal et pathologique. Réflexes; leur recherche; leur séméiotique; troubles trophiques.

Mercredi 24 Septembre. — Matin. Examen bactérioscopique des urines et des pus génito urinaires. — Après-midi. Les globules du sang normal. Préparation de sang sec.

Jeudi 25 Septembre. — Matin. Examen des crachats. — Après-midi. L'hémoglobine du sang normal et pathologique. Activité de réduction de l'hémoglobine.

Vendredi 26 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du poumon : pneumographie; cyrtométrie; spirométrie. — Après-midi. La coagulation du sang; enseignements cliniques fournis par l'étude du réseau fibrineux et du sérum.

Samedi 27 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du cœur et des vaisseaux : cardiographie; sphygmographie; sphygmomanométrie; valeur séméiologique de la tension vasculaire; pression artérielle. — Après-midi. Les leucocytes dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des leucocytoses.

Dimanche 28 Septembre. — Matin. Radioscopie médicale. Radiographie. — Après-midi. Les hématies dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des états anémiques.

Lundi 29 Septembre. — Matin. Diagnostic de la tuberculose par les procédés récents. — Après-midi. Examen bactérioscopique du sang et des sérosités.

Le montant des droits à verser est de 100 francs, pour les treize jours de cours.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les Étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, sont délivrés, dès à présent jusqu'au 8 Septembre 1902, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Montpellier. — La chaire d'hygiène de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé des troupes coloniales. — *M. Vincent*, médecin principal de 1re classe, est promu au grade de médecin inspecteur des troupes coloniales.

Congrès de chirurgie. — Le 15e Congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le Lundi 20 Octobre 1902, sous la présidence de M. Jacques Reverdin, professeur à l'Université de Genève, associé étranger de la Société de Chirurgie.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Chirurgie du cœur et du péricarde; rapporteurs : MM. Terrier et Reymond, de Paris.

2° Traitement du tétanos; rapporteur : M. Vallas, de Lyon.

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 Août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Piqué, Secrétaire général, 81, rue Saint-Lazare, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

La lutte contre la tuberculose. — Dans son avant-dernière séance, la Chambre des députés, sur la proposition de M. Étienne, a adopté un projet de résolution autorisant l'Œuvre générale des dispensaires antituberculeux et des cures d'air populaires de Paris et de la province, à émettre une loterie au capital de 3 millions.

Le Centenaire de Bichat. — La Société française d'Histoire de la médecine va célébrer le 22 Juillet prochain le Centenaire de la mort de Bichat survenue le 3 Thermidor an X. Cette manifestation, à laquelle la Faculté de médecine sera officiellement représentée et à laquelle seront conviées les principales sociétés savantes, comprendra le mardi 22 Juillet :

1° *A 10 heures du matin.* — Une visite au Père-Lachaise. M. le professeur Blanchard prendra la parole.

2° *A 4 heures.* — L'apposition d'une plaque sur la maison où est mort Bichat, 14, rue Chanoinesse;

3° *A 5 heures.* — Une séance solennelle à la Faculté, où prendront la parole M. le professeur Tillaux, au nom de la Faculté, M. Albert Prieur, secrétaire général, au nom de la Société.

Une médaille commémorative à l'effigie de Bichat sera frappée et délivrée aux souscripteurs, au prix de 5 francs la médaille en bronze et de 10 francs la médaille en argent.

CONCOURS

Externat. — L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 15 Mai 1903 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 20 Octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce Concours seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 1er Septembre jusqu'au mardi 30 du même mois inclusivement.

Pour les places d'élève, les Français et les étrangers, de l'un et l'autre sexe, sont admis à concourir en satisfaisant aux conditions exigées.

Tout étudiant qui justifie de quatre inscriptions au moins, prises dans l'une des Facultés de médecine françaises de l'Etat, peut se présenter au Concours pour les places d'élève externe.

Il doit produire : 1° Un certificat de ses inscriptions; 2° Son acte de naissance; 3° Un certificat de revaccination dûment légalisé et portant une date récente; 4° Un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le Maire de la commune où il est domicilié.

Les élèves externes sont nommés pour trois ans. Ceux qui ont accompli leur temps d'externat et qui n'ont pas été reçus internes peuvent se présenter de nouveau au Concours pour les places d'externe. Ne peuvent plus toutefois prendre part au Concours les élèves externes qui auront été déjà admis à accomplir une deuxième période d'exercice.

Les candidats qui désirent prendre part au Concours devront se présenter au Secrétariat général de l'Administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces. Les Candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne sera point accueillie.

Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont appelés à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du Concours.

Par exception également, les externes de troisième année, qui se sont fait inscrire pour concourir de nouveau, ne sont appelés à subir les épreuves que dans les dernières séances consacrées à chacune d'elles.

Nota. — Les extraits de naissance venant des départements et les certificats délivrés par des médecins ou fonctionnaires étrangers à l'Administration de l'Assistance publique devront être légalisés.

Faculté de médecine de Nancy. — Les concours pour les prix auront lieu aux dates ci-après : Prix de physiologie, le mardi 16 Juillet; prix de médecine, le jeudi 17 Juillet; prix de chirurgie, le samedi 19 Juillet; prix Bénit, dit de l'Internat, le mardi 22 Juillet.

Faculté de médecine de Lille. — Des concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Lille, le mardi 15 Juillet pour un emploi de prosecteur, et le lundi 21 Juillet, pour un emploi de chef de clinique médicale.

RENSEIGNEMENTS

Elève de l'Ecole de santé militaire de Lyon, désirerait faire remplacement en Août et en Septembre. S'adresser *P. M.*, n° 782.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 57. — Mercredi, 16 Juillet 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

LE CERCLE DE L'INTERNAT

Les fêtes du Centenaire devaient avoir pour dernière consécration la fondation d'une œuvre durable et utile au corps de l'Internat tout entier. Le Comité de l'Association, réuni dans sa dernière séance chez le professeur Guyon, a fondé cette œuvre en votant la création d'un cercle et la création d'un Bulletin trimestriel.

Le *Cercle de l'Internat* est une institution désirée depuis plus longtemps qu'on ne pense. En expliquant son vote d'approbation, le professeur Joffroy rappelait au Comité qu'au sortir de son internat, vers 1873, il avait essayé avec quelques collègues de fonder ce cercle. Le local fut même choisi, le bail discuté, mais, au moment psychologique des signatures, la crainte d'un échec arrêta la réalisation du projet. Beaucoup plus tard, vers 1892, l'idée fut reprise à la salle de garde de Saint-Louis où venait le regretté Feulard, mais elle n'aboutit pas davantage. Cependant elle gagna de plus en plus des partisans et, à l'occasion du Centenaire, il fut facile de lui attirer la sympathie de tous.

Le point capital, la fondation, est donc acquis : Le Cercle existe, mais il faut qu'il dure. Pour lui assurer longue vie, le Comité a décidé de lui donner tout d'abord des débuts modestes : le local sera bien placé, mais petit, très petit. A chacun de nous il appartiendra par la parole et par l'argent d'augmenter les ressources d'entretien et partant d'élargir le local de début.

Pour l'aménagement on peut hardiment réclamer l'obole de tous; les privilégiés de la fortune la donneront forte et compenseront les absences de souscription de la part des collègues surchargés de toutes parts.

Pour l'entretien, on pourra demander une subvention à l'Administration de l'Assistance publique et au Conseil municipal. Aux fêtes du Centenaire, le Directeur de l'Administration et le Président du Conseil ont couvert de fleurs le corps des internes; ils ne sauraient aujourd'hui refuser la sanction de leurs éloges : une subvention annuelle au Cercle de l'Internat. Cette subvention serait le prix du loyer. Ainsi serait d'ailleurs obtenue la meilleure solution à propos du choix du local. Il faut en effet rappeler que, sous la direction de M. Peyron, notre collègue M. Lepage fit tous ses efforts pour obtenir de l'Administration un local quelconque pour l'établissement d'une Bibliothèque ou d'un Cercle de l'Internat. Dans les hôpitaux on ne trouva rien et, au siège central, pour diverses raisons, on ne put rien accorder. Mais la bonne volonté était manifeste de la part de l'Administration; elle ne saurait avoir disparu. Il sera donc facile à l'Assistance Publique d'accorder une subvention équivalente à la valeur du local qui aurait été concédé si les circonstances l'avaient permis.

Pour les frais de bureau, la Caisse de l'Association devra suffire. Mais les anciens internes riches ou sans postérité pourront dès ce jour combler le Cercle de leurs largesses et, en ne l'oubliant pas plus tard dans leur testament, ils feront œuvre infiniment plus utile qu'en fondant des prix à une académie quelconque.

* * *

L'ouverture du Cercle se double de la création d'un Bulletin du Comité de l'Association. Ce me fut une idée chère que d'établir une publication périodique et régulière, donnant les comptes rendus des séances du Comité et permettant la publication de rapports ou de questions intéressant le corps de l'Internat. Placé sous le contrôle du Comité, le Bulletin ne dégénérera jamais en feuille de polémique, ce qui ne saurait être son caractère; il sera un indice de vie de l'association et rendra à tous les collègues des services appréciables en les mettant au courant de nombre de faits que ne sauraient relater les périodiques ordinaires.

* * *

Par la création d'un Cercle, par la fondation d'un Bulletin, le Comité montre qu'il entend imprimer une marche progressiste à l'Association, tout en sauvegardant les intérêts de la Caisse de secours.

Mais pour que l'œuvre soit pleinement florissante, il faut que les jeunes s'enrôlent tous. C'est le *devoir* de tout interne de faire partie de l'Association, s'il veut avoir le *droit* de bénéficier de la protection de tous ses collègues.

F. JAYLE.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la syphilis par les injections de biiodure de mercure.

MM. Barthélemy, Lévy-Bing et Lafay ont présenté dernièrement à la Société de Dermatologie les résultats obtenus dans le traitement de la syphilis par une série de 1.050 injections intra-musculaire de biiodure d'Hg.

Ils ont employé le biiodure en *solution huileuse* à 0,015 milligrammes par centimètre cube. On arrive à ce titre en dissolvant le sel de mercure dans un mélange à parties égales d'huile de noix et d'huile de ricin, préalablement lavé à l'alcool et stérilisé.

Ils ont traité avec cette solution 25 malades qui ont reçu 620 injections, soit à peu près 24 injections par malade.

Ces malades, atteintes d'accidents syphilitiques les plus variés, ont toutes guéri.

Ils ont également employé le biiodure d'Hg en *solution aqueuse*. Par suite de l'insuffisante solubilité dans l'eau du biiodure d'Hg, on additionne ce sel d'un poids égal d'iodure de sodium desséché et purifié, et on injecte dès alors un iodure double de mercure et de sodium. On peut en outre y ajouter du chlorure de sodium dans la proportion de 0,75 pour 100, de façon à obtenir une solution *isotonique*.

Ils ont traité par ces solutions aqueuses à 0 gr. 010, 0 gr. 015 et 0 gr. 020 milligrammes de biiodure par centimètre cube 17 syphilitiques auxquelles ils ont fait 430 injections, soit en moyenne 25 par malade. Ces malades ont également bien et rapidement guéri.

La technique employée a été celle de toutes les injections mercurielles intra-musculaires.

La solution huileuse doit être employée à la dose de 0 gr. 015 (15 milligrammes) par centimètre cube, dose moyenne chez des femmes d'un poids moyen de 50 kilogrammes, et donnée en séries de 20 à 25 piqûres. Cette solution est quelquefois douloureuse, pendant trois à quatre heures en moyenne, et laisse parfois une petite nodosité. Elle est douée d'une action curative très énergique.

La solution aqueuse est employée à la dose courante de 0,015 et 0,020 (20 milligrammes) par centimètre cube pendant une série de vingt à vingt-cinq jours. Elle est absolument indolore, ne donne jamais de nodosités et expose bien moins que la précédente à la stomatite. Elle est d'une préparation beaucoup plus facile.

On est arrivé à injecter des doses journalières de 0,05 (5 centigrammes) de biiodure de Hg par centimètre cube sans aucun inconvénient dans des cas graves.

Il semble donc, que parmi les injections solubles, celles au biiodure soient recommandables et par leur efficacité et par leurs moindres inconvénients.

LIVRES NOUVEAUX

Just Navarre. — *Nos défenses naturelles; applications à l'hygiène des pays chauds* (Brochure, Lyon, 1901).

L'ouvrage que publie aujourd'hui M. Just Navarre est la série des leçons qu'il a faites à l'enseignement colonial de la Chambre de commerce de Lyon en 1900-1901.

La compétence bien connue de l'auteur en ce qui touche les questions d'hygiène coloniale et de prophylaxie s'affirme pour ainsi dire à chaque page en cette excellente brochure.

En 10 chapitres il passe en revue les grandes lois de la pathologie générale et de l'hygiène, et cela dans un style clair, précis et fort élégant. Au courant des acquisitions les plus récentes de la science, l'auteur, dans des résumés très complets, initie ses auditeurs au mécanisme de l'attaque de l'organisme et de ses modes de défense.

Il étudie d'abord la contagion et ses agents, ainsi que les propriétés vitales de ceux-ci. Il passe rapidement en revue les microbes des milieux extérieurs, puis ceux du corps humain. L'importance capitale du rôle joué par le terrain organique est très nettement mise en évidence. M. Just Navarre nous le montre se défendant contre l'invasion microbienne sur tous les points de l'économie (peau, voie digestives, foie, voies respiratoires, glandes diverses, sang, système nerveux). Il analyse, chemin faisant, les modes réactionnels propres à chaque organe ou à chaque tissu et, dans des aperçus synthétiques, il groupe les grandes lois générales qui président à ces diverses défenses. Il termine enfin par l'étude des agents atmosphériques qui assistent indirectement l'individu dans sa lutte défensive en agissant sur les germes dont ils diminuent ou détruisent la vitalité ou la virulence.

BUSQUET.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude des fibromes gravidiques, par M. G. MÉHEUT, de l'Université de Paris, ancien interne des hôpitaux, *Thèse*, Paris, 1902. (*Vigot frères*, éditeurs, Paris.)

Les Difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence, par M. E. KIRMISSON, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Trousseau, membre de la Société de chirurgie. 1 vol. gr. in-8°, avec 430 figures dans le texte, 15 francs (*Masson et Cie*, éditeurs).

Lavage de l'intestin, par M. FROUSSARD, 1 brochure in-12 de 50 pages, 1902, 1 fr. 25 (*A. Coccoz*, éditeur, Paris).

Recherches bactériologiques sur les gangrènes gazeuses aiguës, par M. G. LEGROS, ancien interne des hôpitaux de Paris, *Thèse*, Paris 1902. (*C. Naud*, éditeur, Paris.)

Les Maladies du Cuir chevelu, prophylaxie et traitement, par M. GASTOU, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, 1 vol. in-16 de 96 pages, une figure, cartonné « *Actualités médicales* », 1 fr. 50 (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris).

LE GÉLO-DIAGNOSTIC

DE LA FIÈVRE TYPHOIDE, DU CHOLÉRA
DE LA DYSENTERIE
ET DES EAUX QUI TRANSMETTENT CES MALADIES

Par le Professeur CHANTEMESSE

Au mois de Juin 1901, j'ai fait connaître à l'Académie une méthode qui permettait de découvrir rapidement et de caractériser le microbe de la fièvre typhoïde dans l'eau et dans les matières fécales des malades. Cette méthode s'appuyait sur deux observations que j'avais signalées il y a quelques années avec M. Widal : la résistance relative du bacille typhique à l'acide phénique et l'absence de fermentation de la lactose par ce microbe, alors que le colibacille fait, au contraire, activement fermenter ce sucre.

La méthode que j'ai fait connaître en Juin 1901 a pour objet : 1° de provoquer une pullulation des bacilles typhiques contenus dans les matières suspectes; 2° d'obtenir sur gélose des colonies très superficielles; 3° de rendre par l'acide phénique cette gélose impropre à cultiver beaucoup de microbes, excepté le bacille typhique et le colibacille; 4° de faciliter la différenciation de ces deux germes par la culture dans un milieu additionné de lactose et de toursenol, où les colonies de colibacille prennent une teinte rouge et celles de bacille typhique une teinte bleue; 4° enfin de parfaire le diagnostic par l'agglutination avec un sérum agglutinant antityphoïde.

Quelques mois après ma publication, deux savants allemands, MM. Drygalski et Conradi, qui, sans doute, ne connaissaient pas mon travail, car ils n'en ont pas fait mention, ont publié un mémoire sur la découverte du microbe d'Eberth dans les matières fécales des typhiques. Ils ont cherché comme moi à obtenir des cultures très superficielles, sur gélose antiseptique, additionnée de lactose et de teinture de toursenol, et à parfaire le diagnostic par la méthode de l'agglutination. La seule différence essentielle dans leur méthode et celle que j'ai fait connaître consiste dans ce fait qu'ils n'ont pas soin de provoquer avant l'examen la pullulation du bacille d'Eberth, et qu'au lieu de se servir d'acide phénique, ils incorporent à leur gélose ou autre antiseptique le krystal violet B de Höchst. Cette substitution ne présente aucun avantage; elle offre, en revanche l'inconvénient d'ajouter au milieu une teinte violette immuable qui ne passe ni au rouge par le colibacille, ni au bleu par le bacille typhique, et qui, par conséquent, retarde le moment de la différenciation visible à l'œil nu.

La méthode que je préconise est simple et n'exige pas, pour être mise en pratique, des connaissances bactériologiques très étendues.

A. — Matières fécales.

1° *Fièvre typhoïde*. — Une petite quantité de matières fécales aussi fraîches que possible est ensemencée dans un tube large, contenant environ 10 centimètres cubes d'eau peptone neutre à 3 pour 100 (peptone Defresne). Après un séjour de six à sept heures à l'étuve à 37°, le bouillon trouble est filtré à travers un filtre de papier; le liquide qui passe est additionné de deux à trois gouttes de sérum agglutinant antityphoïde fort. Au bout d'un quart d'heure, le tube est porté dans la turbine à centrifugation pendant quatre ou cinq minutes. Il se dépose un petit culot formé en majeure partie de bacilles typhiques agglutinés. On décante avec précaution le liquide en ne laissant que le culot, et ce dernier est alors délayé dans quelques gouttes de bouillon stérile. Cette dilution sert en partie à ensemencer un nouveau tube d'eau peptone qui servira à répéter les manœuvres précédentes si besoin est. La plus grande partie de la dilution est jetée sur un petit papier filtre plat se posant sur d'autres papiers filtres. Les microbes quelconques isolés et n'ayant pas subi l'influence du sérum agglutinant sont entraînés dans la profondeur par le courant de filtration. Les paquets de bacilles typhiques agglutinés restent, au contraire, sur la surface du filtre. Alors, avec un bouchon de carafe en verre dont une extrémité est plate, on tamponne ce filtre énergiquement et on porte aussitôt ce tampon de verre, sans le recharger, sur plusieurs plaques de gélose phéniquée, lactosée et tournesolée, contenues dans des plaques de Petri. Cette gélose neutralisée est préparée de la manière suivante : eau peptone (Defresne) 3 pour 100, gélose 2 pour 100, lactose 2 pour 100. Quand cette gélose est liquéfiée, et avant d'être versée dans les plaques de Petri, on ajoute pour une quantité de 10 centimètres cubes de gélose quatre gouttes d'une solution aqueuse d'acide phénique cristallisée à 3 p. 100 et 1 centimètre cube de teinture de toursenol sensible. Sur trois ou quatre plaques de Petri renfermant cette gélose phéniquée lactosée et tournesolée devenue solide, on promène ou plutôt on essuie la surface plane du bouchon de verre qui par tamponnement a relevé les paquets d'agglutination répandus sur le filtre de papier. On porte les plaques à l'étuve une douzaine d'heures et on voit alors, développées sur la surface de cette gélose, des colonies dont beaucoup sont formées de bacilles typhiques isolés ou en amas. Les colonies typhiques se reconnaissent au bout de douze heures à leur petitesse, à leur aspect bleu nacré. On recueille avec un mince fil de platine ces fines colonies et on les ensemence dans un tube d'eau peptone contenant un peu de sérum agglutinant. Quelques heures plus tard le bouillon est clair et les colonies typhiques développées sont rassemblées au fond du tube par le fait de l'agglutination. Tout tube qui est troublé uniformément n'est pas ensemencé avec du bacille typhique ou du moins ne contient pas une culture pure de bacilles typhique. Dans le cas où cette première recherche a été infructueuse, on doit la recommencer avec le nouveau tube qui a été ensemencé avec le petit culot recueilli après passage à l'appareil centrifuge.

Dans tous les cas de fièvre typhoïde avérés, j'ai trouvé dans les matières fécales des bacilles typhiques, même à une période où le séro-diagnostic était encore négatif.

2° *Choléra*. — La même méthode peut être employée pour trouver des vibrions cholériques dans les garde-robes des malades. La seule modification consiste à se servir pour l'agglutination non plus du sérum antityphoïde, mais de sérum agglutinant, anticholérique. Il est inutile ici d'employer la gélose phéniquée lactosée; on essuiera le bouchon de verre sur deux plaques de gélatine ordinaire où le vibrion cholérique donne des colonies si particulières.

3° *Dysenterie*. — Le bacille de la dysenterie épidémique de Chantemesse et Widal, qui est agglutiné comme l'a montré Shiga par le sérum des malades atteints de dysenterie ou par le sérum d'animaux immunisés par ce microbe, sera recherché par la même méthode. Là encore on modifiera la méthode en employant du sérum antidysentérique et on fera la culture sur plaques de gélatine où l'on verra des colonies se développer, empruntant quelques-uns des caractères du colibacille, mais ayant cette particularité de donner des colonies dont nous avons fait connaître ailleurs les caractères et d'être agglutinées par le sérum antidysentérique.

B. — Eau potable.

La même méthode peut être employée avec beaucoup d'avantages à la recherche dans l'eau potable des microbes de la fièvre typhoïde, du choléra et de la dysenterie. Il suffit pour cela d'ajouter à un litre d'eau suspecte préalablement filtrée à travers un papier filtre 30 grammes de peptone (Dufresne) neutralisée, de laisser le liquide à 24° pendant une vingtaine d'heures, de le filtrer à nouveau s'il y a des grumeaux, de l'additionner de sérum antityphoïde, anticholérique ou antidysentérique suivant la recherche que l'on se propose, de laisser le dépôt se faire pendant deux heures, de décanter avec précaution, et de suivre en un mot la ligne de conduite usitée pour l'examen des matières fécales.

Le médecin qui voudra se livrer à la recherche dans les matières fécales ou dans l'eau des bacilles de la fièvre typhoïde, du choléra ou de la dysenterie devra s'exercer à pratiquer d'abord cette recherche sur des matières ou de l'eau infectées expérimentalement. Il pourra se convaincre très vite de la sûreté et de la facilité de la méthode que je viens de faire connaître.

1. Cette communication a été lue, par M. Chantemesse, à l'Académie de médecine, dans la séance du 20 Mai dernier.

MÉDECINE PRATIQUE

LAVAGE DU COLON
INTRUMENTATION — TECHNIQUE
ACCIDENTS

Depuis quelques années, le lavage du côlon est d'un usage journalier dans la thérapeutique des différentes affections de cette partie du tube digestif. Nous étudierons ici successivement son instrumentation, sa technique et ses accidents.

***

Instruments. — Nous nous occuperons séparément du récipient destiné à contenir l'eau et à assurer la pression nécessaire pour en favoriser l'écoulement, puis de la canule qui doit porter plus ou moins loin le liquide dans l'intestin.

Le meilleur des récipients est le simple bock à injection, d'une capacité de 2 litres au moins (pour l'adulte), muni à son extrémité inférieure d'un tube en caoutchouc de 1 m. 50 à 2 mètres. La mise en pression se fait tout simplement en élevant plus ou moins le récipient au-dessus du malade. Un robinet ou une pince à tube permet d'arrêter l'arrivée du liquide. Un simple enton-

noir peut, à la rigueur, suffire; mais il y a cependant intérêt à connaître, à chaque instant, la quantité d'eau qui s'est écoulée. On trouve actuellement dans le commerce des bocks en métal, munis extérieurement d'un niveau d'eau avec flotteur et d'un thermomètre. On peut ainsi vérifier à chaque minute la quantité de liquide qui s'est écoulée, ainsi que sa température.

La canule employée doit remplir différents desiderata. Elle doit être assez longue pour dépasser l'ampoule rectale, de façon à ce que l'arrivée du liquide ne mette pas en jeu la sensibilité de cette partie du tube digestif. Elle doit être assez rigide pour pénétrer facilement sans se courber, assez molle pour épouser les différentes courbures de l'intestin, et à parois lisses pour ne pas causer de traumatisme du côté de la muqueuse.

La canule rectale en caoutchouc rouge, longue de 25 à 35 centimètres, répond aux conditions de rigidité et de souplesse désirées. Pour les enfants, on peut se servir de la sonde urétrale de Nélaton, de calibre approprié à l'âge.

Technique. — Avant de décrire les différents temps du lavage du côlon, nous devons nous occuper de la mise en pression, du calorique, de la quantité, de la nature du liquide à injecter, ainsi que de la position à donner au malade.

Mise en pression. — La mise en pression se fait, avons-nous dit, en élevant plus ou moins le bock au-dessus du patient. Il faut se rappeler qu'une élévation de 30 centimètres correspond à une pression d'environ 30 grammes par centimètre carré d'intestin. C'est là une pression plus que suffisante dans la pluralité des cas. Elle a été souvent dépassée, mais les différents accidents causés par le lavage du côlon semblent toujours être dus à un excès de pression.

Température. — La température du liquide varie nécessairement avec les indications spéciales. Ordinairement on a recours à des lavages froids (12° à 16°), chauds (30° à 40°) ou très chauds (au-dessus de 40°); ces derniers semblent augmenter la contractilité des fibres musculaires lisses de l'intestin, tandis que les lavages frais ou froids paraissent avoir une action inverse.

Quantité de liquide. — La quantité d'eau varie non seulement avec l'âge, mais aussi avec l'état pathologique de l'intestin. Chez les enfants, on emploiera des quantités variant entre 200 centilitres et 1 litre.

Chez l'adulte, 2 litres semblent suffisants pour remplir le gros intestin. Quelquefois, cependant, cette quantité ne peut être employée sans provoquer de violentes douleurs. C'est au médecin à diminuer la quantité de liquide, en raison de la susceptibilité particulière de l'intestin. Aucune règle fixe ne peut être posée à cet égard.

Nature du liquide. — Le lavage du côlon peut être pratiqué avec de l'eau simple, préalablement bouillie. Le liquide employé peut également tenir en dissolution certains médicaments. Ces *lavages médicamenteux* peuvent être, suivant l'action du médicament employé, *purgatifs*, *astringents*, *émollients*, *calmants*, *modificateurs*, *antiseptiques*.

De même certaines eaux minérales naturelles sont souvent employées avec succès.

Position à donner au malade. — Le lavage du côlon doit se pratiquer dans le décubitus dorsal, et légèrement latéral droit, le tronc étant un peu soulevé par un coussin posé sous les épaules.

Cette position a l'avantage de mettre le cæcum en situation déclive, ce qui assure la pénétration du liquide jusque dans sa cavité, en même temps que les gaz tendent d'eux-mêmes à gagner les parties supérieures du côlon (côlon descendant, rectum). On pratiquera donc les lavages sur une chaise longue ou sur un lit ordinaire recouvert d'une toile cirée pour en préserver la literie.

Temps du lavage du côlon. — Le lavage du côlon comprend trois temps.

Premier temps : *Introduction de la canule.* — Ce premier temps est très simple et peut être effectué par le malade lui-même.

On a soin d'oindre la canule d'un corps gras. Il est également de bonne pratique de déposer un peu de vaseline au niveau de l'anus. On présente ensuite l'extrémité de la canule à l'entrée de l'ouverture anale, en la tenant entre les trois premiers doigts de la main droite comme un crayon. L'instrument doit être dirigé tout d'abord de bas en haut et d'arrière en avant suivant une ligne droite allant du fondement à l'ombilic. Pendant qu'on effectue l'acte de l'effort (que l'on pousse comme pour aller à la selle), on introduit *lentement*, *progressivement* la canule dans le canal anal. Lorsqu'on a ainsi pénétré de 4 à 5 centimètres, on redresse l'instrument et l'on continue à le pousser suivant une ligne droite parallèle à l'axe du corps. Il est bon d'imprimer un petit mouvement de rotation à la canule pour favoriser son cheminement à travers les flexuosités de l'intestin sans qu'elle se recourbe.

Deuxième temps : *Ajustage de la canule au tuyau d'arrivée du liquide.* — Un ajutage spécial approprié à la canule d'une part, au tube d'arrivée de l'eau d'autre part, permet le raccord rapide de l'une et de l'autre pièce de l'instrumentation.

Troisième temps : *Arrivée de l'eau dans l'intestin.* — L'ouverture du robinet marque le début du troisième temps.

Il importe que le robinet soit à portée de la main de l'opérateur ou du patient, de façon à pouvoir arrêter instantanément l'arrivée de l'eau. Il faut l'ouvrir lentement et progressivement de façon à diminuer le débit. La trop grande quantité d'eau faisant irruption dans l'intestin provoquerait rapidement le besoin d'expulsion. Un écoulement minime facilite du reste la répartition des gaz.

Des difficultés survenant au cours du lavage du côlon. — Malgré une technique irréprochable il se peut que l'introduction de la canule soit impossible. Cela peut tenir, soit à un obstacle mécanique, soit à un spasme du rectum.

L'obstacle mécanique siégeant au niveau de l'anus peut être dû, soit à un paquet d'hémorroïdes congestionnées, soit à une fissure, ou encore à une irritabilité particulière de la muqueuse anale. Dans ces différents cas, l'anesthésie locale, assurée systématiquement par la cocaïne, permet la pénétration de la canule sans provoquer de spasme.

Il se peut que certaines tumeurs du petit bassin, ou simplement un organe anormalement déplacé, ou hypertrophié (Tumeurs, rétroversion, rétroflexion de l'utérus, hypertrophie de la prostate, etc.), viennent comprimer le rectum contre le plan osseux formé par le sacrum.

Dans ces conditions, la canule vient butter contre cet organe, se replie, si l'on y met de l'insistance, ou en tout cas, refuse d'avancer. Il faut alors, par des tentatives répétées avec douceur, en tâchant de modifier la direction de la canule par des mouvements de rotation, essayer de la maintenir contre la paroi postérieure du rectum, ce qui lui permettra de franchir l'obstacle.

Dans les cas de rétroversion ou de rétroflexion de l'utérus, on peut aussi remettre et maintenir momentanément en place l'organe par un doigt introduit dans le vagin.

Il faut également tenir compte de l'obstacle mécanique qui peut résulter d'une simple accumulation de matières fécales. Un lavement ordinaire donné avant l'introduction de la longue canule, ou une purgation administrée la veille suffiront le plus souvent pour vider le rectum.

Lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement spasmodique, une pression lente et continue exercée par la sonde elle-même ou par une petite quantité de liquide sous faible pression est la plupart du temps suffisante pour vaincre le spasme.

Lorsque la canule a pénétré entièrement dans le côlon, il se peut que l'écoulement du liquide ne se fasse pas régulièrement. Cela tient souvent à ce que l'œil de la canule est bouché, soit par un replis de la muqueuse, soit par l'agglomération de matières fécales. Il suffit alors de déplacer légèrement la canule pour voir le liquide s'écouler à nouveau. Il est cependant quelquefois nécessaire d'élever un peu le bock, mais seulement d'une façon temporaire.

Parfois l'arrêt dans l'écoulement du liquide coïncide avec une douleur plus ou moins violente. Il s'agit alors d'un spasme d'une durée plus ou moins longue, mais qui la plupart du temps cesse si l'on a soin de fermer pendant quelques instants le robinet d'arrivée.

Accidents. — *Douleurs.* — Le lavage intestinal est habituellement indolore, ou tout ou moins les quelques coliques qu'il peut occasionner ne durent pas. Dans certains cas cependant, chez certains sujets, il provoque une véritable crise d'entéralgie, pouvant amener des sueurs froides, la pâleur du visage, quelquefois même la syncope. La crise d'entéralgie peut durer plusieurs jours. Dans ces derniers cas, le mieux est de s'abstenir ou tout au moins de modifier sa technique en variant la quantité, la pression ou le calorique.

Hémorragies. — Des hémorragies plus ou moins considérables peuvent suivre un lavage intestinal, sans qu'on soit en droit d'incriminer des hémorroïdes. Les lavages trop chauds, pratiqués avec une grande pression, semblent plus particulièrement occasionner cet accident.

Accidents infectieux. — (Fièvres, auto-intoxication). — Il peut arriver qu'à la suite d'un lavage, on observe de la fièvre avec tous les signes d'une infection gastro-intestinale, ce qui peut, dans certains cas, en imposer pour une dothiénentérie. Cet accident est dû à l'auto-intoxication par résorption des toxines contenues dans les matières fécales. Le ramollissement de ces dernières par l'eau du lavage favorise en effet cette absorption. D'où la recommandation de vider complètement l'intestin dans la même séance.

Perforation. — C'est un accident extrêmement rare, qui n'a été observé que dans les lavages faits à haute pression, chez des individus porteurs d'ulcérations simples ou gangreneuses de l'intestin.

M. Froussard

Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin-consultant à Plombières-les-Bains.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

3 Juillet 1902.

Action dépilante des rayons X. — *M. Gastou.* Dans la dernière séance, M. Brocq a fait remarquer que les conditions d'application de la radiothérapie, quand il s'agit d'obtenir la dépilation, n'étaient en rien précisées. Il nous semble que son emploi est subordonné à la connaissance exacte de la longueur de l'étincelle équivalente et du pouvoir pénétrant des rayons. Il est facile de mesurer l'étincelle avec le spindermètre, et de calculer la pénétration du rayon avec le radiochronomètre. Les rayons les plus pénétrants nous ont paru les plus favorables à la dépilation, parce qu'ils n'agissent pas en surface d'une façon violente comme le font les rayons peu pénétrants, qui peuvent causer des brûlures et des escarres. Nous avons essayé d'appliquer cette mesure à la thérapeutique du lupus, car il nous semble que l'on peut tirer de cette variable action d'utiles effets.

M. Barthélemy. La longueur d'étincelle n'est qu'une partie du problème. Il y a surtout ce que les Allemands ont appelé avec raison une question de tube. Les tubes de même étincelle, de même résistance, donnent des résultats différents de l'un à l'autre.

M. Bissérié. Cette qualité particulière à chaque ampoule est, en effet, de grosse importance; il y faut

ajouter la notion, inappréciable avant l'expérience, de la susceptibilité propre au sujet. Les différentes régions du corps paraissent aussi être douées d'une résistance variable. Le cuir chevelu est particulièrement sensible.

M. Gastou. Ces différents points sont étudiés dans le mémoire que nous remettons à la Société.

M. Oudin. Le point capital dans toutes ces applications est la question de temps; en agissant pendant un temps court l'action reste toujours superficielle, non dangereuse. Il en est de même quand on substitue à l'action des rayons X l'action de substances radioactives.

M. Brocq. J'avais dans la dernière séance demandé que l'on précisât les conditions multiples qui permettent d'obtenir à volonté la dépilation temporaire et la dépilation définitive. Ce qui vient d'être dit n'est que l'indication générale des conditions qui doivent être remplies, mais on n'y saurait trouver un guide sûr et définitif pour opérer la dépilation par la radiothérapie.

M. Bissérié. Quand on a obtenu la chute des cheveux, il faut faire encore six à sept séances pour obtenir une dépilation persistante.

Traitement de la syphilis par les sels mercuriels en injections hypodermiques. — *M. Barthélemy.* D'après nos dernières observations qui portent sur 2.875 injections, les doses de sels mercuriels que l'on doit employer quand on fait des injections solubles sont très supérieures à celles qui ont été utilisées jusqu'ici. C'est ainsi que pour le biiodure, il nous a paru qu'il fallait aller jusqu'à 15 milligrammes; jusqu'à 2 centigrammes pour la cyanure. Bien souvent le traitement de la syphilis fait avec des doses inférieures n'est qu'un leurre, et l'on n'arrive pas avec les doses ordinaires à prévenir l'éclosion dse accidents tertiaires. Le meilleur des sels en injection soluble nous a paru être le biiodure. Les effets des injections solubles sont moins rapides et moins durables que ceux des injections insolubles.

Accidents radiographiques. — *MM. Hallopeau et Gadaud.* Il s'agit d'un malade qui depuis deux ans fait couramment de la radiographie. Il est atteint d'une sclérose des plus prononcées des deux mains avec gêne considérable des mouvements, de nombreuses dilatations vasculaires et de dystrophies unguéales. Ce fait montre avec évidence l'influence sclérogène des rayons X.

Action thérapeutique du radium sur le lupus. — *M. Danlos.* Voici une série de malades traités par la radiothérapie au moyen du radium. Nous avons agi chez toutes avec une plaque radiante dont l'activité est mesurée par le chiffre 19.000, méthode Curie. L'action a été prolongée pendant vingt-quatre à trente-six heures.

La première malade a subi depuis deux ans des applications photothérapiques qui ont amené pour une si longue durée du traitement une transformation peu appréciable. Dans les deux points où nous avons appliqué le radium nous avons obtenu une cicatrice blanche, lisse, sans tubercules, qui tranche sur le reste de la face.

Les autres malades offrent des résultats analogues.

Les cicatrices sont ici plus belles, plus lisses, plus blanches que celles que l'on obtient par les autres méthodes; on peut s'en assurer en examinant ces deux autres malades traités l'un par le grattage, l'autre par la méthode des couples.

Sept à huit heures après l'application de la plaque radiante, l'épiderme se plisse et se décolle, souvent sans qu'il se forme de phlyctène. L'exulcération très superficielle qui en résulte se cicatrise lentement.

M. Brocq. Les résultats obtenus par M. Danlos sont très appréciables et très encourageants. Ils sont comparables aux résultats de la photothérapie et à ceux que fournissent les scarifications. Ces cicatrices paraissent être du meilleur aloi, et nous ne saurions que demander à M. Danlos de continuer ses essais et de préciser les conditions du traitement.

Résultats du traitement du lupus verruqueux par le radium. — *MM. Hallopeau et Gadaud.* Ce traitement dont on doit l'inauguration à M. Danlos peut amener des améliorations considérables et provoquer des altérations secondaires. Chez le malade que voici, les saillies verruqueuses ont entièrement disparu pour faire place à une cicatrice remarquablement lisse et régulière; mais en même temps les applications trop prolongées ont amené la production de deux ulcérations atones qui persistent depuis cinq ou six mois. Il semble que la sclérose ait gagné sous l'influence de cette thérapeutique; depuis qu'il y a été soumis le malade ne peut mouvoir ses phalanges. Comme les rayons de Röntgen, les radiations du radium auraient donc une action sclérogène.

M. Oudin. Il y a sans doute une grande différence de qualité entre la radiation du radium et les rayons X. Il serait utile de préciser cette différence.

Talalgie double blennorragique. — *M. Bonnet.* Ce cas est au seul point de vue clinique absolument banal. Nous ne l'avons présenté que parce que la radiographie nous a permis d'étudier l'état anatomique des os. Le malade fut pris rapidement de polyarthrite des petites articulations, et plus tard apparut la talalgie qui persista seule pendant plusieurs mois. Le malade avait aux deux talons deux points si douloureux qu'il était contraint de garder le repos au lit le plus absolu. La radiographie a montré que le calcanéum au niveau de la tubérosité interne, au point ou s'insère l'aponévrose plantaire présente un crochet osseux inséré dans l'aponévrose. Ce crochet siège au point maximum de la douleur. La radiographie faite deux mois après montra que l'exostose était fixée dans sa forme et dans son volume, bien que les douleurs eussent cessé.

M. Jacquet. Cette observation est intéressante en ce qu'elle justifie la loi générale qui veut, comme nous l'avons dit, que les exostoses se produisent aux points d'activité osseuse maxima. Elle est en outre la première où cette localisation ait été observée.

Pelade, lésion dentaire du côté droit. Hyperesthésie généralisée et lésions pulmonaires anciennes du côté gauche. — *M. Jacquet.* Le petit malade que voici est une exception à la règle que nous avons tenté d'établir, qu'il se produit du côté des altérations dentaires des phénomènes de la pelade en même temps que des phénomènes sensitifs. Chez lui les phénomènes sensitifs se passent dans le côté opposé du corps. Il est atteint de pelade du côté droit en même temps qu'il est en voie d'évolution dentaire de ce même côté; c'est le côté gauche du corps qui est hyperesthésié dans ses masses musculaires comme dans ses nerfs sensitifs. La raison de cette dissociation est peut-être que cet enfant a eu des affections pulmonaires du côté gauche, et que souvent ces affections sont comme Weil, Jeanselme et nous l'avons dit, l'occasion d'hyperesthésie du même côté.

M. du Castel. Nous avons eu l'occasion de voir récemment une malade et son fils qui ont eu la pelade à six années de distance et qui, tous deux paraissent justifier la théorie de Jacquet, car ils ont des altérations dentaires; la mère a de plus des points d'hyperesthésie faciale. Le fils, à l'époque où il eut sa pelade, avait des brosses qui servaient en commun à ses frères et sœurs. Aucun d'eux ne prit la pelade.

M. Moty. Les sujets nerveux comme celui que présente M. Jacquet ont souvent un rétrécissement du champ visuel.

Sur le bacille de Ducray. — *M. Queyrat.* A propos de quelques chancres nous avons fait sur le bacille de Ducray des constatations qu'il nous paraît important de rapporter. Nous avons pu constater que la forme en chaînette décrite par les auteurs comme caractéristique n'existe pas toujours dans le pus, et que le microbe s'y réunit sous forme de cocci en amas disséminés çà et là. Il nous a semblé aussi que ces cocci étaient des dérivés de la forme bacillaire et des figures de désagrégation, car on les trouve fréquemment inclus dans les leucocytes. Enfin nous avons vu que le bacille pouvait se colorer très facilement par l'emploi d'une solution ainsi composée : Eau, 20 centimètres cubes; Ziehl, dix gouttes; bleu de méthylène en solution alcoolique saturée, sept gouttes.

M. Sabouraud. La forme du bacille est absolument indispensable pour le reconnaître à coup sûr. Il peut très bien se faire que cette apparence de cocci ne soit due qu'à des associations secondaires de microbes banals. On sait d'ailleurs depuis longtemps que cette forme de cocci est plus particulière au pus, que la forme en chaînettes se trouve plus souvent dans les tissus. Quant aux colorants, le bacille les prend assez facilement, et ce n'est pas là une difficulté sérieuse dans son étude.

M Lenglet. Il faudrait préparer le sujet pour en discuter utilement. Voici ce que je puis avancer d'après mes recherches anciennes publiées dans les *Annales de dermatologie.* La forme coccique se trouve dans le pus, parfois à l'exclusion de toute autre. Ce n'est pas une forme coccique vraie, mais plutôt cocco-bacillaire. Elle y forme des amas souvent très nombreux qu'il est impossible de reconnaître pour du bacille de Ducray si l'œil n'est pas particulièrement habitué à cet aspect. Cette forme coccique est bien du bacille de ; Ducrayelle donne des cultures qui reproduisent le chancre mou et l'on peut constater dans ces nouveaux chancres, tantôt la forme cocco-bacillaire isolée, tantôt la forme streptobacillaires en chaînettes. La culture elle-même reproduit le plus souvent la forme en longues chaînettes, parfois aussi des formes isolées, analogues à celles du pus, mais beaucoup plus rarement et moins parfaitement.

La disposition cocco-bacillaire n'est pas sous la dépendance de phénomènes de désagrégation, elle est due d'après mes recherches à l'existence ou à l'absence de la zone glaireuse qui entoure le microbe et qui semble se produire par l'effet du milieu dans lequel il végète. Cette zone glaireuse quand elle existe, ce qui est le cas ordinaire des cultures, maintient les bacilles disposés bout à bout, et comme enveloppés dans une gaine commune. Quand elle est à peine développée ou quand elle manque, ce qui est le cas ordinaire dans le pus, le bacille demeure en courtes chaînettes ou complètement isolé, et prend dans ce cas l'aspect cocco-bacillaire.

Enfin, la virulence du bacille ne paraît pas en rapport avec la disposition qu'il affecte : certains pus à bacille de Ducrey décelable par la culture ne sont pas auto-inoculables, et l'inoculation faite avec la culture obtenue d'eux reproduit cependant le chancre mou, soit que la virulence se soit artificiellement exaltée, soit que la grande quantité de bacilles inoculée à la fois favorise la vie du bacille et permette la prise du chancre.

Nous pouvons donc conclure que l'on peut se trouver en présence d'un chancre mou alors même qu'on ne trouve dans le pus aucune chaînette, alors même que l'inoculation de ce pus ne prend pas. Il est d'ailleurs rare que ces deux conditions soient réalisées en même temps.

M. Sabouraud. Il n'en est pas moins vrai que la forme en chaînettes seule permet le diagnostic.

M. Lenglet. Ceci est vrai avec cette restriction qu'un œil exercé peut reconnaître les cocco-bacilles de Ducrey dans leur disposition en amas, mais il faut, je le répète, une très grande habitude. J'ajouterai qu'en ce qui concerne la coloration, on obtient d'excellents résultats par un procédé un peu long, il est vrai, mais extrêmement simple. Il suffit de laisser séjourner pendant quelques heures les lames dans une solution de Ziehl extrêmement diluée : quelques gouttes, 20 à 40 pour 100 centimètres cubes. Il ne faut pas laver les lames à l'alcool dans les traitements ultérieurs.

M. Jullien. Ce que vient de dire M. Lenglet sur la non-inoculabilité du pus de certaines chancrelles contenant du bacille de Ducrey nous avait également frappé, et il y a là un phénomène qui a attiré l'attention de quelques autres observateurs.

Alopécie congénitale. — *M. G. Baudouin.* Nous avons cru intéressant et utile de présenter ce malade à la Société. Il est alopécique depuis son enfance. On remarque seulement l'existence de quelques groupes de longs poils disséminés çà et là sur la tête. La peau de l'ensemble du cuir chevelu rappelle l'aspect de la peau des pelades généralisées. Les orifices sébacéopilaires n'y sont plus marqués que par une série de points à peine distincts. On remarque par contre un développement de poils abondants dans la région des favoris, et les duvets croissent abondamment sur le visage. Je n'ai pas pu trouver de stigmates de syphilis héréditaire.

M. Jacquet. On a en examinant le crâne de cet enfant l'illusion que les veines creusent des gouttières dans l'os. Le toucher confirme cette apparence, mais quand on vient à déplacer la peau et avec elle les veines, la rigole apparente se déplace avec elles. Il n'y a pas de malformations dentaires.

M. Lenglet. Il est intéressant de savoir si cette alopécie est consécutive à la chute du lanugo ou si elle n'a été précédée d'aucune poussée lanugineuse. S'il y a du lanugo, on peut affirmer l'existence d'un bulbe suffisamment développé, mais dont l'évolution est définitivement ou temporairement assoupie. S'il n'y a pas eu de lanugo, il est possible que l'on se trouve en présence d'un cas analogues à celui d'une observation de Ziegler où les follicules sébacéopilaires étaient imperforés, les sébacées rudimentaires et où les papilles elles-mêmes et les gaines du poil étaient réduites à des formations kystiques ne contenant aucune trace de poils. Ce sont là, dans les alopécies congénitales deux variétés fort différentes, au moins au point de vue clinique.

M. Sabouraud. Cet enfant a eu du lanugo et l'alopécie est consécutive à la chute de ces poils primitifs.

Glossite exfoliatrice marginée. — *M. De Beurmann.* Cette affection était dans le cas que nous rapportons à la Société, remarquable par la rapidité de son évolution et par sa persistance. Le caractère aberrant était ici un des symptômes dominants.

M. Darier. J'ai plusieurs fois recueilli à l'autopsie des langues atteintes de cette lésion. Voilà ce que j'y ai constaté. L'exfoliation de l'épiderme peut se faire jusqu'à la rangée de cellules basales ou jusqu'à la deuxième et troisième rangées du corps muqueux. Il y a donc de ce fait irritation, infection possible et dilatation des vaisseaux. Dans la bordure blanche j'ai noté des altérations vésiculeuses très marquées des cellules, avec une abondante migration leucocytaire intra-épithéliale, mais cette migration peut être le fait de l'infection secondaire. La lésion principale est en somme l'altération des cellules des couches de Malpighi. La rapide progression des lésions, la reprise des zones déjà atteintes font penser à une action parasitaire, mais aucune preuve n'en est encore possible.

M. Jullien. J'ai trouvé cette affection assez fréquemment chez des syphilitiques dont l'état gastrique était défectueux. Il me semble que l'on ne doit pas confondre la glossite exfoliente des enfants et celle de l'adulte. La glossite des enfants est encore plus rapide dans son évolution.

M. Brocq. Nous ferons remarquer que M. Besnier a souvent insisté sur les relations de la glossite exfoliatrice avec la séborrhée. Depuis longtemps j'ai donné à cette maladie le nom de desquamation aberrante en aires de la langue, regardant l'aberrance comme l'un des caractères primordiaux, la longue durée, la ténacité étant un autre caractère de haute importance. Enfin, il ne faut pas confondre avec la desquamation aberrante une foule d'états lisses de la langue avec bordure blanche qui sont trop souvent confondus avec elle par les observateurs.

Adrénaline adjuvant de la photothérapie. — *M. de Beurmann.* La nécessité de rendre exsangue les régions sur lesquelles on pratique la photothérapie nous a fait essayer d'employer à cet effet l'adrénaline en applications locales. Les résultats ont été très favorables et nous nous proposons de continuer ces recherches.

Lupus érythémateux à localisation anormale. — *M. du Castel.* Ce malade est intéressant surtout parce que son lupus a commencé symétriquement de chaque côté au-dessous de l'oreille et s'est étendu progressivement en suivant la direction de la mâchoire inférieure.

Topique nouveau contre le prurigo de Hébra. — *M. de Beurmann.* Le malade que voici a été traité pendant de longues années sans succès. Nous avons dû une rapide amélioration de ses lésions à l'emploi du topique suivant dont la formule nous a été aimablement donnée par un confrère en retraite de la marine :

Camphre	12	parties.
Goudron	15	—
Soufre	8	—
Huile de chaulmogra	3	—
Vaseline	62	—

M. Brocq. Dans ce topique l'huile de chaulmogra est la seule substance qui n'ait pas été jusqu'ici employée contre le prurigo. Il faut se défier beaucoup des heureuses coïncidences. L'huile de foie de morue, le soufre, le naphtol peuvent seuls ou associés donner d'excellents résultats, mais ce sont des résultats temporaires, le plus souvent de nouvelles poussées se produisent et les topiques qui paraissaient le mieux agir ont un effet déplorable.

E. Lenglet.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

3 Juillet 1902.

Traitement de la paralysie générale. — *M. Lemoine* envoie un travail basé sur douze observations, travail qui montre que la guérison de la paralysie générale peut s'obtenir par le traitement antisyphilitique.

M. Raymond cite une observation recueillie par un médecin suisse où la guérison fut obtenue par le traitement mercuriel combiné avec le traitement thyroïdien.

Syndrome du cône terminal. — *MM. Raymond et Cestan* apportent les coupes histologiques d'un homme ayant présenté le syndrome du cône terminal. Cet homme était tombé en 1895 d'une hauteur de 10 mètres et avait été atteint consécutivement de troubles sphinctériens, de troubles de l'éjaculation, d'anesthésie des muqueuses urétrale et rectale, d'anesthésie cutanée de la région périnéo-anale. Il est mort en 1900 sans que son état se soit modifié. A l'autopsie on trouva un foyer de sclérose névroglique ayant détruit les 5e et 4e segments sacrés. Les myélites traumatiques du cône terminal reconnaissent un mécanisme particulier : dans le cas actuel, absence d'hématomyélie ou d'attention directe de la moelle par une fracture de la colonne vertébrale, mais myélite par contre-coup et élongation des racines sacrées inférieures. Enfin l'examen histologique démontra que cette gliose post-traumatique ne peut être assimilée à la gliose syringomyélique.

Trophonévrose hémiatrophique totale et familiale. — *MM. Raymond et Sicard* présentent deux malades — le frère et la sœur — atteints de trophonévrose hemiatrophique distribuée sous forme hémiplégique.

Le processus atrophique a débuté chez eux sensiblement par le membre inférieur gauche et s'est étendu chez l'un de ces malades en l'espace de quatorze années à l'hémiabdomen, l'hémithorax, le membre supérieur et la face du même côté. Il s'agit donc d'un type nouveau de trophonévrose : le type hémiplégique, et d'une notion nouvelle, la notion familiale.

Hémihypertrophie congénitale du côté gauche du corps. — *M. Gilbert Ballet* présente un malade atteint d'*hémihypertrophie congénitale du côté gauche du corps*. La face est plutôt moins développée à gauche qu'à droite; par contre, le membre supérieur gauche est plus long que le droit, la mamelle gauche notablement plus développée que celle du côté opposé, mais c'est surtout au membre inférieur qu'on constate cette hypertrophie ; la cuisse et la jambe gauches sont plus longues que celles de droite, ce qui occasionne une attitude vicieuse quand le malade est debout (inclinage du bassin à droite, scoliose compensatrice à gauche). La circonférence de la cuisse et de la jambe dépasse aussi celle des segments correspondants du côté opposé.

Au niveau du membre inférieur gauche on constate un développement énorme des veines, avec ulcères variqueux et troubles trophiques secondaires, de plus, sur la moitié gauche du thorax existe une tache næviforme très étendue.

Le malade est un bégayeur et il a de l'incontinence nocturne d'urines.

Il existe dans la science un certain nombre de cas analogues (Trelat et Monod, Finlayson, S. Adams, etc.) de cette hémihypertrophie du corps avec développement anormal (cirsoïde) des veines et des capillaires. Il s'agit là d'une malformation congénitale.

Déformation thoracique dite en entonnoir. — *MM. Klippel et Lefas* présentent deux malades qui offrent des exemples très nets de déformation thoracique dite en entonnoir.

Œdème hystérique. — *M. Dufour* présente une jeune fille atteinte d'un œdème segmentaire du membre supérieur gauche, œdème ayant les caractères cliniques de l'œdème névropathique; cette jeune fille a de plus des stigmates hystériques.

Tachycardie d'origine indéterminée. — *MM. Vaquez et Laubry* présentent un malade âgé de vingt-neuf ans, chez qui on constata il y a un an et demi, à l'occasion d'une crise prolongé de vomissements, une tachycardie allant jusqu'à 200 pulsations par minutes. Cette tachycardie ne s'accompagnait d'aucun trouble fonctionnel, le malade continuant à exercer sans fatigue la profession pénible de porteur aux halles.

Dans ces derniers temps il eut quelque crises d'asystolie avec dilatation des cavités droites et souffle tricuspidien, mais elles étaient toujours de courte durée, disparaissant au bout de un ou deux jours sous l'influence du repos. Sauf un léger tremblement, le malade ne présente aucun trouble nerveux, et dans ses antécédents on ne note qu'une tare alcoolique non douteuse.

Le diagnostic de tachycardie primitive avec dilatation cardiaque secondaire ne semble pas discutable ; l'étiologie l'est davantage. Les auteurs invoquent un trouble dans l'innervation du pneumogastrique, d'origine éthylique, analogue à ceux décrits au cours de certaines infections comme la grippe. Ils reconnaissent toutefois qu'on peut soulever d'autres hypothèses, celle d'une maladie de Basedow fruste, par exemple, et demandent d'ailleurs sur ce cas qui se rattache à la question si obscure des tachycardies primitives l'avis de la Société.

M. Dejerine ne connaît pas de névrite du pneumogastrique, d'origine alcoolique, sans manifestations névritiques généralisées.

M. Babinski croit que le tremblemant serait en faveur d'une maladie de Basedow fruste.

Paralysie radiculaire traumatique du plexus brachial avec atrophies osseuses et troubles de la pression artérielle dans le membre paralysé. — *MM. Georges Guillain et Crouzon* présentent un malade de soixante-dix ans atteint d'une paralysie radiculaire du plexus brachial survenue à l'âge de quatorze mois par une traction sur le bras. La paralysie radiculaire a été primitivement totale et s'est localisée dans la suite sur le groupe radiculaire supérieur. On constate chez ce malade une atrophie osseuse très apparente de l'omoplate, de l'humérus, des os de l'avant-bras et de la main ; de plus de l'hémi-atrophie faciale. Aucun trouble de la sensibilité. La pression artérielle sur le membre paralysé est inférieure à 3 centimètres de mercure à la pression artérielle sur le membre sain.

Les auteurs insistent sur l'absence des troubles de la sensibilité dans cette paralysie radiculaire, qui s'explique par l'adultération moins facile des racines postérieures dans les tractions sur le plexus.

L'hypotension artérielle du côté paralysé trouve son explication dans un trouble de l'innervation sympathique vasculaire.

Quant à l'atrophie osseuse, rarement signalée dans les paralysies radiculaires, elle est sous la dépendance ou bien des filets nourriciers des os dans leur trajet radiculaire, ou bien d'une adultération de la moelle elle-même. L'expérimentation, d'ailleurs, prouve que les tractions sur le plexus amènent des lésions radiculaires et médullaires. L'on s'explique ainsi les analogies cliniques qui existent entre la paralysie infantile et les paralysies radiculaires, la topographie des troubles moteurs dans la paralysie infantile affectant d'ailleurs une topographie radiculaire.

Dégénérescence d'un faisceau pyramidal ; hypertrophie compensatrice du faisceau pyramidal du côté opposé, et particulièrement du faisceau direct. — *M. et Mme Déjerine* apportent l'observation d'un malade atteint d'une monoplégie brachiale gauche avec atrophie considérable du membre. L'autopsie démontra que, consécutivement à la lésion cérébrale, cause première des accidents, existait une dégénérescence complète du faisceau pyramidal correspondant. Le faisceau pyramidal opposé était, au contraire, hypertrophié, le nombre de ses fibres était augmenté, et cette hypertrophie portait principalement sur le faisceau homo-latéral. Ce fait explique l'intégrité relative du membre inférieur dans l'hémiplégie.

Action des sérums toxiques sur l'écorce cérébrale du cobaye. — *M. Dopter.* Des injections de 2 à 4 gouttes de sérums toxiques divers (diabétiques, addisoniens, urémiques, cancéreux, etc.) ont été pratiquées après trépanation cranienne dans la cavité arachnoïdienne du cobaye.

Des témoins ont reçu dans des conditions identiques une même quantité d'eau physiologique, de sérum normal, sans que des lésions se manifestent. Au contraire, les injections des sérums toxiques ont été suivies d'altérations variables en intensité, suivant les cas. Les dernières ont porté sur l'écorce cérébrale et atteint surtout les grandes cellules pyramidales et les petites cellules névrogliques. Les préparations colorées par la méthode de Nissl montrent les aspects suivants : Au début, le corps cellulaire se gonfle, devient hydropique, puis c'est la chromatolyse qui commence. Elle peut être totale d'emblée; le plus souvent, elle est partielle. Des vacuoles sont parfois perceptibles. Les prolongements cellulaires gonflés, irréguliers, sont parfois chromophiles, le cylindre-axe peut ne plus être perceptible. Le noyau présente le plus souvent le phénomène connu sous le nom d'homogénéisation ; il est rarement excentrique. Les petites cellules de la névroglie se multiplient, deviennent abondantes et pénètrent souvent dans les cellules pyramidales où un halo clair les sépare de la masse protoplasmique. Toutes ces lésions sont obtenues indifféremment avec tel ou tel sérum; il n'existe pas de spécificité bien définie. Ces altérations, si marquées qu'elles soient, ne semblent pas de nature, pour la plupart d'entre elles, à être irrémédiables ; et de fait, les cerveaux d'animaux ayant été sacrifiés plus ou moins longtemps après l'injection montrent successivement des cellules en voie de régénération ou en restauration complètes.

Quelques cellules seulement, gravement atteintes,

sont vouées à une destruction certaine. Ces expériences et les altérations qu'elles provoquent semblent de nature à éclairer la pathogénie, non seulement des paralysies centrales survenant aux cours des états toxiques, mais aussi de leur caractère habituellement transitoire. L'encéphalite aiguë, non suppurée, est justiciable encore d'une même interprétation.

Syndrome occipital bilatéral. — *M. Maurice Dide* rapporte une observation où des lésions du lobe lingual des deux côtés ont amené une perte du sens de l'orientation, de l'amnésie continue, de la cécité verbale pure et un rétrécissement très marqué du champ visuel. Ces signes devront donc faire songer désormais au diagnostic de lésions occipitales doubles.

Une perte du sens stéréognostique à droite est liée à une lésion de la couche optique gauche.

Reproduction expérimentale de la méningite et de la paraplégie pottiques, au moyen de poisons tuberculeux. — *M. P. Armand-Delille* présente des coupes de méningites spinales provoquées chez des chiens par l'introduction épidurale ou sous-arachnoïdienne de poisons à action locale du bacille tuberculeux (poison caséifiant : éthéro-bacilline, et poison sclérosant : chloroformo-bacilline d'Auclair).

L'aspect des lésions est particulièrement intéressant à cause de l'épaisseur considérable de la gaîne de tissu pathologique qui entoure la moelle; quant à l'évolution clinique, elle est caractérisée par l'apparition, trois semaines après l'inoculation, de paraplégie avec troubles sphinctériens et amyotrophie, qui reproduisent trait pour trait la paraplégie du mal de Pott ou de la pachyméningite tuberculeuse primitive.

Paralysie générale à marche rapide avec crises d'angoisse. — *M. Paul Londe* apporte l'observation d'un malade de quarante ans, chez lequel le début apparent de la paralysie générale a été une crise d'angoisse précordiale et tachycardie à 140. C'était un syphilitique tabétique. Les crises d'angoisse avec idées délirantes variables hypocondriaques, de persécution, de culpabilité, de négation, de ruine allèrent en se rapprochant jusqu'à constituer un état anxieux permanent. Le diagnostic de paralysie générale fut confirmé par l'apparition du signe d'Argyll, les troubles de la parole et la déchéance intellectuelle. La mort survint trois mois après le début apparent de la paralysie générale.

L'angoisse en séméiologie générale. — *M. Paul Londe.* L'angoisse d'origine organique ou somatique a pour cause des maladies nerveuses (lésions de la région bulbaire ou basilaire surtout), des maladies thoraciques cardio-aortiques ou pleuro-pulmonaires, des affections abdominales, des auto-intoxications (urémie) et intoxications, des infections (rage). On a eu le tort de rattacher à l'angine de poitrine des variétés d'angoisse dont l'origine n'était ni cardiaque, ni aortique, ni thoracique.

La dyspnée avec angoisse (orthopnée) a une valeur séméiologique tout autre que la dyspnée sans angoisse. Il y a lieu d'insister sur les manifestations frustes et larvées de l'angoisse. L'angoisse est une réaction de défense corticale causée par un trouble bulbaire.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

9 Juillet 1902.

Sur le traitement de l'ectopie testiculaire. — L'opération pratiquée par M. Mignon chez ses trois malades et que nous avons relatée dans le compte-rendu de la précédente séance a donné lieu aujourd'hui encore a une discussion à laquelle ont pris part *MM. Lucas-Championnière, Pierre Delbet, Quénu, Félizet, Moty* et *Delorme.* Pas plus que ceux qui les ont précédés, ces orateurs ne se sont montrés partisans de la section complète des vaisseaux du cordon pour favoriser l'abaissement du testicule. Sans doute cet organe n'a plus aucune valeur au point de vue de la reproduction — et encore M. Lucas-Championnière fait-il certaines réserves à ce sujet, — mais le testicule n'est pas qu'un générateur de spermatozoïdes. Sans parler de sa fonction de sécrétion interne, il est le point de départ des réflexes qui donnent lieu à l'érection. Qu'advient-il alors de ces différents rôles dévolus au testicule si on coupe à la fois tous les vaisseaux et tous les nerfs qui lui permettent de les remplir ? Mieux vaut alors réséquer franchement le testicule que de laisser dans les bourses un organe complètement atrophié et inutile.

C'est d'ailleurs la conduite que préconise systématiquement M. Félizet chez l'adulte où, dit-il, la glande, complètement dégénérée, n'a plus aucune valeur et ne mérite pas d'être conservée. Chez l'enfant, au contraire, l'atrophie primitive du testicule ectopié est rare : il faut donc le conserver. Cependant l'opération de la descente du testicule ne s'impose que lorsque l'ectopie s'accompagne d'accidents douloureux. Il faut alors ménager avec le plus grand soin tous les éléments de cordon, vaisseaux et nerfs. Ne peut-on le faire, il vaut mieux pratiquer la castration.

Sur l'hématométrie par absence du vagin. — *M. Picqué,* à propos de l'observation relatée par M. Chaput dans la dernière séance, relate un fait à peu près analogue, mais dans lequel cependant c'est la partie inférieure du vagin qui manquait, la partie supérieure étant présente. La rétention des règles avait accumulé dans l'utérus plus d'un litre de sang qu'on retira par une ponction faite après incision périnéale préalable. Cependant M. Picqué se demande si, dans ce cas, comme d'ailleurs dans celui de M. Chaput, il ne s'agissait pas plutôt d'hématocolpos par rétention dans une cavité vaginale existante, et passée inaperçue dans le cas de M. Chaput, que d'une hématométrie vraie.

Fistule ombilico-vésicale; résection sous-péritonéale de l'ouraque et d'une poche urineuse accessoire; guérison. — *M. Victor Pauchet* (d'Amiens) relate l'observation d'un enfant de cinq ans qui présentait depuis sa naissance une petite fistule ombilicale d'où s'écoulait par intermittences, tous les quatre ou cinq jours, avec accompagnement de douleurs abdominales plus ou moins vives, une certaine quantité d'urine qu'on pouvait évaluer en moyenne à près de 100 grammes. M. Pauchet diagnostiqua une fistule vésicale par persistance de l'ouraque et il pratiqua l'intervention suivante :

Incision médiane longue, de façon à aviver les muscles droits sur une grande étendue et à lier l'ouraque très bas; en arrière de l'ombilic fistuleux se trouve une poche à paroi épaisse et tout à fait semblable à une veine rétractée : la muqueuse qui la tapisse est épaisse et sillonnée de plis profonds dans le sens axial. A cette poche fait suite l'ouraque sous forme d'un cordon plat et mince, long de 3 centimètres, large de 2 ou 3 millimètres et aboutissant au sommet de la vessie. Le canal est lié au ras de cette dernière, puis sectionné; le moignon est enfoncé sous une suture en bourse. Pas de sonde à demeure. Guérison en dix jours.

La résection de l'ouraque a déjà été faite par M. Henri Delagenière et par M. Monod, mais ces auteurs ont pratiqué l'ouverture du péritoine. Or il est préférable de ne pas inciser la séreuse, car la plaie ombilicale est difficile à désinfecter et la suture peut céder.

Les agrafes de Michel en chirurgie abdominale. — *M. Chaput.* Ainsi que l'ont démontré différents expérimentateurs, les corps étrangers abandonnés dans le péritoine s'éliminent dans les organes voisins : intestin, vagin, vessie. C'est ce fait qui a conduit M. Chaput à employer les agrafes métalliques pour la chirurgie abdominale. Cependant, dit-il, si on peut utiliser les agrafes pour les sutures de l'estomac ou de l'intestin, il ne faut pas le faire sur la vessie ou au voisinage de ce réservoir, car l'élimination vésicale des agrafes peut devenir l'origine de calculs.

M. Chaput a employé les agrafes de Michel : une fois pour un pédicule saignant de myomectomie; une fois pour fermer le moignon de l'appendice; deux fois pour suturer le péritoine pelvien après l'hystérectomie abdominale; deux fois pour hémostasier des surfaces intestinales saignantes; enfin dans quatre opérations sur le tube digestif (trois gastro-entérostomies et une antéro-anastomose). Sauf un, tous ses malades ont guéri.

Les agrafes rondes sont préférables dans l'espèce aux agrafes plates. Elles sont très bien tolérées par le péritoine pendant un temps indéterminé. Leur élimination par l'intestin ou le vagin a lieu plus ou moins rapidement et cela sans accidents.

Les agrafes, ajoute M. Chaput, sont préférables aux sutures pour plusieurs raisons : 1° on les applique avec une rapidité dix fois plus grande que les sutures avec fils; 2° elles sont faciles à placer même dans les endroits inaccessibles pour les aiguilles; 3° étant lisses et métalliques, elles ne s'infectent pas comme les fils; 4° elles entrent à frottement dur dans les tissus et ne laissent pas autour d'elles un pertuis qui sert de voie à l'infection, à l'inverse des fils qu'on place dans des trous beaucoup plus larges qu'eux-mêmes.

Fracture de cuisse vicieusement consolidée; résection du cal; suture osseuse; guérison. — *M. Routier* présente un malade qui s'était fait une fracture de cuisse en Octobre 1899, laquelle fracture avait été suivie d'une consolidation vicieuse avec fragments en baïonnette et raccourcissement de 11 centimètres du membre correspondant. Deux ans après, en Octobre 1901, M. Routier, appelé à soigner ce malade, pratiqua la résection du cal suivie de la suture au fil d'argent des deux fragments osseux. Après un certain nombre de vicissitudes, la consolidation finit par se faire en bonne situation. Aujourd'hui, le malade marche avec 1 centimètre seulement de raccourcissement. M. Routier présente également deux radiographies faites, l'une avant, l'autre après l'opération.

Appareils amovo-inamovibles en celluloïde pour la coxalgie. — *M. Jalaguier* présente trois jeunes coxalgiques à différentes périodes d'évolution ou de traitement de la maladie, et qui sont munis d'appareils spéciaux en celluloïde imaginés et fabriqués par M. Ducroquet. Ces appareils ont le double avantage d'être parfaitement supportés par les enfants à cause de leur légèreté et de permettre au chirurgien de surveiller l'évolution de l'affection et l'application du traitement.

L'incision postérieure verticale dans l'opération de l'empyème. — *M. Moty* présente un jeune soldat chez lequel il a pratiqué cette incision; c'est le septième qu'il opère de cette façon; il se déclare très satisfait des résultats obtenus.

Fracture du cubitus et luxation en avant, récidivante, de l'extrémité supérieure du radius; suture du cubitus; résection de la cupule radiale; guérison. — *M. Delorme* présente les radiographies d'un militaire qui, à la suite d'une chute de cheval, s'était fait une fracture du cubitus et une luxation en avant de l'extrémité supérieure du radius. M. Delorme fit la suture des fragments du cubitus; puis, pour maintenir en place la tête radiale qui s'était reluxée après une première réduction, il essaya de la fixer par une anse métallique à l'extrémité supérieure du cubitus. Mais cette dernière opération échoua; au bout d'un mois, quand on enleva l'appareil, la luxation radiale se reproduisit. M. Delorme n'eut plus d'autre ressource que de réséquer la tête radiale; cette deuxième intervention fut suivie d'un succès complet.

Avantages du diviseur vésical de Cathelin. — *M. Legueu* présente deux tubes contenant les urines recueillies à l'aide du diviseur vésical de Cathelin chez une malade néphrotomisée. Le fait intéressant de cette observation consiste non pas tant dans l'exactitude de la séparation de l'urine des deux reins que dans la facilité avec laquelle l'instrument de Cathelin a été supporté, pendant plus de douze minutes, par une vessie excessivement irritable et dont la contenance n'atteignait pas 18 grammes.

M. Delbet a vu une de ses malades supporter l'appareil de Cathelin pendant plus d'une heure sans en ressentir le moindre inconvénient.

M. Poirier n'a employé jusqu'ici que le séparateur des urines de G. Luys; or, cet appareil a été bien toléré et a fourni des indications très exactes.

M. Tuffier n'a également utilisé que l'appareil de Luys; il n'a qu'à se féliciter des résultats qu'il lui a donnés.

M. Legueu déclare qu'il n'a pas voulu discuter la valeur respective des instruments de Cathelin et de Luys au point de vue de l'exactitude des résultats obtenus, mais qu'il a seulement tenu à attirer l'attention sur une qualité toute particulière de l'instrument de Cathelin : savoir la grande facilité avec laquelle il est supporté par les vessies les plus irritables.

Corps étranger de l'œsophage; œsophagotomie externe; guérison. — *M. Poirier* présente la radiographie du thorax et de la région cervicale d'une fillette de trois mois qui avait dégluti une pièce de cinq centimes. Ce corps étranger resta pendant deux mois dans l'œsophage sans qu'on y soupçonnât sa présence; ce n'est que devant l'amaigrissement progressif de la petite malade, causé par les difficultés de la déglutition, qu'un médecin eut l'idée de recourir à la radiographie. Celle-ci décela la présence de la pièce de monnaie dans l'œsophage, au niveau de la deuxième vertèbre dorsale; elle était placée dans le plan frontal. Des tentatives d'extraction avec le panier de Graef étant restées sans résultat, M. Poirier pratiqua

l'œsophagotomie externe. L'extraction de la pièce de monnaie se fit aisément et la malade guérit.

Epithélioma du col utérin au début avec adénite paracervicale bilatérale. — *M. Poirier* présente un utérus qu'il a enlevé le matin même par la voie abdominale par un cancer du col au début. Le diagnostic microscopique avait été fait après biopsie. Ce qui fait l'intérêt de cette pièce, c'est la découverte, au cours de l'opération, de deux petits ganglions dégénérés situés dans les ligaments larges de chaque côté des artères utérines. M. Poirier avait nié autrefois l'existence de ces ganglions décrits pour la première fois par M. Lucas-Championnière. Depuis, grâce à la méthode de Gerota, il a pu constater leur présence environ une fois sur trois dans les recherches cadavériques. En tout cas ce fait prouve une fois de plus les avantages de la voie abdominale dans l'extirpation du cancer utérin ; en opérant par la voie vaginale ces ganglions eussent certainement passés inaperçus.

Résultats anatomiques de l'énucléation des fibromes utérins ; présentation d'un utérus opéré quatre mois auparavant. — *M. Tuffier* présente l'utérus d'une femme chez laquelle il a pratiqué récemment l'hystérectomie abdominale pour cancer du col; or, cette femme avait déjà été opérée par lui quatre mois auparavant pour un volumineux fibrome utérin pesant 1 kilogramme, et qui fut énucléé par voie abdominale. M. Tuffier montre sur la pièce la cicatrice résultant de cette première intervention; cette cicatrice est si petite qu'il serait à peu près impossible à un observateur non prévenu de retrouver la place ou siégeait le volumineux fibrome enlevé.

M. Segond a possédé une pièce tout à fait semblable à celle de M. Tuffier ; seulement, dans son cas, la myomectomie avait été faite par la voie vaginale, voie à laquelle M. Segond a toujours recours quand la chose est possible.

J. Dumont.

ACADÉMIE DES SCIENCES

7 et 15 Juillet 1902.

Traitement local des localisations du rhumatisme. — *M. Ch. Bouchard.* On sait que quand il s'agit de traiter certaines affections des centres nerveux on obtient des effets utiles très énergiques en portant directement le médicament soit dans la cavité arachnoïdienne, soit même dans le tissu de l'encéphale. Les résultats heureux de ces pratiques ont conduit M. Bouchard à rechercher si le traitement local des manifestations locales du rhumatisme ne pourrait pas de la même façon exercer une action bienfaisante. Ses essais ont été poursuivis d'abord avec la solution aqueuse de salicylate de soude à 3 pour 100, puis avec celle à 5 pour 100.

Les injections faites en un seul point comportent des quantités de solution variant entre 1 et 2 centimètres cubes de la solution de salicylate.

Sous l'influence de ces injections pratiquées toujours et exclusivement dans le tissu cellulaire, soit en plein foyer morbide ou dans le plus proche voisinage de la partie lésée si celle-ci comporte une séreuse articulaire ou un tissu nerveux, dans la majorité des cas, l'on voit les foyers morbides être arrêtés et comme détruits par une seule injection, et les foyers successifs peuvent être successivement annihilés. On obtient ainsi le plus souvent d'emblée la guérison si le rhumatisme n'est pas en période envahissante. Si l'on a affaire au contraire à un rhumatisme en phase de généralisation, les injections ne modifient pas l'état général, n'influent pas sur le cours de la maladie qui continue son évolution et ne font que refréner les localisations. En somme, le propre et l'avantage de la méthode nouvelle préconisée par M. Bouchard est de verser le médicament dans le point seulement où il est utile, à la dose où il est utile, et d'épargner le reste de l'économie.

De l'influence de la choline sur les sécrétions glandulaires. — *M. A. Desgrez.* Les expériences de cet auteur établissent que bien qu'elle constitue un produit avancé du dédoublement des albumines, la choline n'est pas inutile à l'organisme qui la produit ou la reçoit. Non seulement elle exerce une action favorable sur les échanges nutritifs et contribue, en particulier, à la rétention du phosphore, mais encore elle agit par son groupement triméthylamine pour provoquer à la façon de la pilocarpine une action favorisante marquée sur les sécrétions externes.

L'autorégulation par l'acide carbonique du fonctionnement énergitique des organismes. — *M. Raphaël Dubois.* Des recherches de cet auteur, il ressort essentiellement que l'acide carbonique produit la fatigue, même en présence de réserves énergétiques abondantes, et qu'il est le plus général et le plus important autorégulateur des divers phénomènes bioénergétiques : travail, biothermogenèse, bioélectrogenèse, biophotogenèse, et principalement de tous ceux dans lesquels l'oxygène intervient.

L'acide carbonique, en somme, est le contrepoids de l'oxygène qui provoque sa formation dans le bioproteon. Dans les organismes, il empêche les dégagements exagérés de potentiel et ne doit donc pas être considéré, comme on le fait à l'ordinaire, comme un simple déchet inutile, sinon nuisible.

La température et le développement parthénogénétique. — *M. Viguier.* Des recherches poursuivies par cet auteur montrent que la parthénogenèse chez les espèces où elle se montre est favorablement influencée par une température élevée. Quand la température reste froide, les larves se développent peu ou pas, et leur évolution parthénogénétique ne se poursuit pas.

La cause des colorations changeantes des téguments. — *M. H. Mandoul.* Tout le monde connaît les superbes couleurs irisées de certaines coquilles, des écailles de poissons, des ailes des insectes, des ailes de certains oiseaux, etc. Or, jusqu'ici l'on n'était point fixé de façon certaine sur le mécanisme de la production de ces colorations changeantes des téguments de ces animaux. Des recherches nouvelles ont montré à M. Mandoul qu'elles doivent être rattachées à des phénomènes d'interférence par les lames minces.

Sur la transmission expérimentale des tares morbides acquises. — *MM. Charin, G. Delamarre et Moussu.* Par de nombreuses expériences, ces trois auteurs ont pu démontrer que le caractère morbide acquis par la mère se transmet à l'enfant. Ainsi, une femelle pleine dont le foie est mécaniquement délabré engendre des rejetons qui, tous, mais à des degrés divers, présentent des altérations hépatiques. De même lorsque le rein a été détérioré chez une génératrice, il est plus ou moins malade chez les descendants.

Ce sont des poisons solubles contenus dans le viscère malade et livrés par lui à la circulation qui vont, après avoir franchi le placenta, adultérer l'organe fœtal correspondant. Ces résultats permettent de comprendre pourquoi, dans telle famille, le foie est débile, pourquoi dans telle autre cette débilité porte sur le rein ou le système nerveux.

La résistance électrique des sérums. — *MM. Lesage et Dongier.* Ces auteurs ont reconnu qu'au cours de certaines affections la résistance électrique du sérum sanguin, chez l'homme, peut s'accroître jusqu'à 10 pour 100 et au delà de sa valeur normale. Dans l'urémie, dans la fièvre typhoïde, elle varie ainsi de 101 ohms, résistance normale, à 118 ohms. La résistance est maxima au moment de la convalescence. Certaines maladies, telles que l'albuminurie, la rougeole, la scarlatine, etc., ne font pas varier cette résistance électrique.

Sur la répartition des culicides en Algérie. — *M. Soudier.* Cet auteur a constaté que dans tous les pays à malaria de l'Algérie on rencontre des moustiques du genre anopheles.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

16 Juillet 1902.

Sur l'appendicite. — *M. Lucas-Championnière.* Je veux apporter quelques faits à l'appui de ce qu'a soutenu dans la dernière séance M. Dieulafoy.

Je crois que c'est une erreur de croire qu'il y a danger plus grand à intervenir dans l'appendicite aiguë que de la laisser se refroidir. En effet, ici comme pour un phlegmon l'incision enraye l'évolution. Une fois le diagnostic d'appendicite établi il y a intérêt à intervenir tout de suite.

Aujourd'hui il nous est impossible d'établir la gravité d'un cas d'appendicite aiguë; aussi l'intervention s'impose-t-elle. Dans un cas qui paraissait très bénin j'ai trouvé un appendice libre sans lésion péri-appendiculaire mais gangrené presque jusqu'à la séreuse. Dans un autre cas j'ai assisté après l'opération à la continuation de phénomènes toxiques avec vomissements noirs, et cependant l'évolution ne paraissait pas très aiguë.

Ce qui tue les malades dans l'intervention à chaud, ce n'est pas la diffusion opératoire c'est l'intoxication qui précédait. Ce contraste entre la gravité de l'intoxication et le peu de gravité apparente des symptômes se voit aussi dans les infections puerpérales. Le diagnostic d'appendicite posé, l'opération doit être faite. Mais souvent le diagnostic est difficile avec d'autres infections, telles que fièvre typhoïde entérocolite.

Les chirurgiens d'enfants sont devenus plus disposés à la temporisation, peut-être à cause de la plus grande diffusion de l'infection chez l'enfant. Mais, au moins chez l'adulte, je répète que, le diagnostic d'appendicite aiguë posé, il faut aussitôt décider l'intervention.

M. Reclus. Je trouve que la division des opérateurs en opérateurs à froid et à chaud est fausse. Les opérateurs dits « à froid » opèrent souvent à chaud. D'autre part, ce qui pousse à opérer à froid, ce n'est pas tant la crainte de la diffusion de la péritonite par l'opération que l'impossibilité de faire à ce moment une opération complète avec ablation de l'appendice, et si on veut enlever l'appendice dans ces conditions, on risque alors de diffuser l'infection.

Si on n'enlève pas l'appendice, des récidives sont à craindre dans ces opérations à chaud à cause de la nécessité du drainage; on court aussi les risques d'une éventration. En résumé, il faut opérer à chaud certains cas, à froid d'autres. Mais ce qui fait l'hésitation entre les deux écoles, c'est l'existence de cas qui paraissent évoluer vers le refroidissement, et où la mort survient rapidement. D'autre part, un malade se laisse difficilement opérer à froid quand il se croit guéri.

M. Dieulafoy. Il y a quelques années, l'appendicite était la péritonite par perforation. Puis on s'aperçut qu'il se faisait des péritonites sans perforation, ce qui fut démontré par les coupes histologiques et bactériologiques. Dans une troisième phase, on a reconnu que l'appendicite semait l'infection dans tout l'organisme. Dans une quatrième phase, on reconnut que l'intoxication était encore plus grave que l'infection. C'est l'intoxication et non la péritonite qui tuait le malade dont j'ai parlé dans la dernière séance. Il faut enlever le foyer toxi-appendiculaire dans les premières heures de sa formation. Il y a là une toxicité énorme; le commencement de la sagesse est de ne pas se laisser hypnotiser seulement par la péritonite, mais d'enlever le foyer toxi-infectieux appendiculaire à ses débuts.

Sur le rhumatisme tuberculeux abarticulaire. — *M. Poncet.* Mon attention a été appelée sur les localisations de ce rhumatisme tuberculeux sur les parties périarticulaires ou sur les viscères. Au moment de l'expérimentation de la tuberculine de Koch j'ai vu survenir des arthropathies de cette nature. Les lésions périarticulaires sont souvent très mobiles, fugaces. Parmi les lésions abarticulaires viscérales il faut citer les lésions cardiaques. Il y a encore là une analogie avec les rapports du rhumatisme ordinaire et des lésions cardiaques. Les lésions méningées comptent aussi parmi les localisations viscérales, et ces méningites sont quelquefois curables. On peut voir des dermatoses diverses, de l'érythème noueux, des névralgies, polynévrites.

Ces lésions sont dues à la tuberculine de Koch et à d'autres toxines.

Rapport. — *M. Hervieu* présente à l'Académie son rapport officiel sur les vaccinations pratiquées en France et dans les colonies françaises par les médecins et les sages-femmes en 1901.

M. Hervieu appelle l'attention sur ce fait considérable que la vaccine obligatoire suffira, aussitôt qu'on aura pris les mesures qu'exige son application, pour triompher de la variole en France, tandis que nos colonies resteront aux prises avec la variolisation. A ce propos, M. Hervieu rend compte des efforts multipliés tentés par les médecins militaires pour substituer le bienfait de la vaccine au fléau de la variolisation.

M. Labbé.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

Doyon et A. Morel. *La lipase existe-t-elle dans le sérum normal?* (*Lyon Médical*, 1902, 18 Mai, n° 20, p. 743). — Hanriot prétend qu'il existe dans le sérum des vertébrés un ferment soluble, « la lipase », qui saponifie les éthers à acide organique. Récemment, Arthus mit en doute l'existence du ferment; il

constata qu'en opérant d'une façon rigoureusement aseptique le sérum est sans action sur l'alexine. MM. Doyon et Morel, reprenant cette étude, concluent de leurs expériences que le sérum normal est sans action sur les graisses surajoutées. Ces expériences concordent avec d'autres résultats déjà obtenus par eux, qui démontrent que les éthers existant normalement dans le sérum aseptique restent sans modification appréciable dans le liquide, même à l'étuve. Dans une prochaine note ils se proposent d'établir que, pas plus que le sérum, le sang total ne saponifie les graisses surajoutées.

A. Coyon.

J. Bernheim-Karrer. *Recherches sur le fibrine-ferment du lait* (*Centralblatt f. Bakteriologie*, 1902, 5 Avril, t. XXXI, n° 9, p. 388). — Moro et Hambürger ont démontré l'existence d'un ferment de la fibrine dans le lait de femme; ce lait fait, en effet, coaguler la sérosité d'hydrocèle qui contient, comme on sait, de la matière fibrinogène et ne contient pas de fibrin-ferment. Bernheim-Karrer a constaté la même propriété du lait de femme : si à 20 gouttes de sérosité d'hydrocèle on ajoute une goutte de lait de femme, il se fait aussitôt un coagulum abondant. Le lait de vache possède aussi la même propriété ; mais la coagulation est plus tardive et le coagulum moins abondant. Le fibrine-ferment du lait de femme n'est pas identique à celui de lait de vache, car le sérum des animaux inoculés avec le lait de femme empêche l'action du fibrin-ferment du lait de femme et n'empêche pas l'action du fibrin-ferment du lait de vache, et inversement.

M. Labbé.

MÉDECINE

K. Barth. *Un cas de méningite tuberculeuse guéri* (*München. med. Wochenschr.*, 1902, n° 21, p. 877). — Cette observation a trait à une fillette âgée de deux ans et neuf mois qui, au neuvième jour de sa rougeole, quand elle était déjà en pleine convalescence, est prise de fièvre avec céphalalgie et vomissements. Un traitement symptomatique laisse intacts tous ces symptômes et, lorsque, huit jours plus tard, M. Barth voit la malade, il trouve le syndrome complet de la méningite tuberculeuse : céphalalgie, photophobie, signe de Kernig, raideur de la nuque, constipation, convulsions. Rien du côté d'autres organes ; l'urine ne renferme ni sucre ni albumine, et la recherche de la diazoréaction reste négative.

Les jours suivants, l'état reste le même; une semaines on fait la ponction lombaire, et dans le liquide centrifugé on constate la *présence des bacilles tuberculeux*.

Cette ponction améliore la situation. La fièvre tombe, la respiration, qui avait le type de Cheyne-Stokes, se régularise, les convulsions ne se reproduisent pas et l'enfant entre en convalescence. Celle-ci fut très longue et l'enfant ne fut complètement guérie qu'au bout d'un an.

R. Romme.

Alexander Foulerton. *Sur un cas de gastrite pneumococcique avec infection généralisée* (*The Lancet*, 1902, 12 Avril, p. 1027). — Homme de vingt-six ans, entré à l'hôpital le 27 Décembre. Quinze jours avant son admission, il eut une angine et resta malade depuis. Hémorragies nasales répétées depuis trois jours. La veille de son entrée, il rendit par le nez une grande quantité de matières noirâtres qui sentaient fort mauvais ; il était très anémié et avait les lèvres enflées ; de nombreuses hémorragies pétéchiales se voyaient sur les joues et dans le dos. Langue sèche et chargée, odeur fétide de l'haleine. Pouls fréquent, petit et mou. Le 28, le malade est dans le même état. Le 29, il est inquiet, et sa respiration s'accélère ; la température tombe graduellement, et il meurt, le 30, avec une dyspnée très forte. Pendant toute la maladie, le malade n'a pas vomi, ni souffert de l'estomac.

A l'autopsie, on trouva une profonde ulcération déchiquetée de l'amygdale droite et un gros caillot sanguin dans la partie supérieure du pharynx. Œsophage normal. L'estomac contenait un peu de matière noirâtre à odeur de fromage très fétide. La muqueuse était entièrement recouverte par une membrane exsudative résistante ; cette membrane était presque noire et très adhérente vers le cardia. Elle était grisâtre et moins adhérente du côté du pylore où elle se détachait par places de la muqueuse qui présentait de nombreuses pétéchies. Cette membrane se terminait nettement au cardia et au pylore. L'aspect de l'estomac peut être comparé à celui qu'il a dans un cas d'empoisonnement par un acide minéral. Ses parois ne paraissaient que peu épaisses. La séreuse était congestionnée et le péritoine renfermait quelques onces de liquide trouble. Petites hémorragies sur les plèvres, l'épicarde, le foie et les reins. Le poumon droit présentait, près de sa surface, une hémorragie interstitielle de la taille d'une pièce de un franc.

Le sang de la veine fémorale et celui d'une hémorragie cutanée donnèrent des cultures pures de pneumocoque. Les cultures de la membrane stomacale donnèrent du bacillus mesentericus vulgatus et du pneumocoque. Les coupes montrèrent ces mêmes microbes. Le pneumocoque était peu virulent : une culture de quarante-huit heures injectée dans le péritoine de lapins ne les tua pas.

L'examen histologique de l'estomac montra qu'au-dessous de la membrane fibrineuse la couche glandulaire avait subi une nécrose très étendue qui l'avait détruite en certains points. La muqueuse présentait aussi de nombreuses hémorragies interstitielles. Du pigment sanguin infiltrait çà et là la couche musculaire de l'estomac, couche très peu altérée. Il est à remarquer l'absence presque totale de réaction inflammatoire des parois de l'estomac.

Cette intéressante observation est à rapprocher du cas de gastrite ulcéreuse pneumococcique rapporté par le professeur Dieulafoy, et elle représenterait, d'après Foulerton, le premier stade de cette lésion. Il est bon d'insister sur l'absence totale de symptômes gastriques dans ce cas. L'étude des infections des muqueuses dues au pneumocoque montre que ce microbe produit parfois sur ces membranes une lésion analogue à celle de la pneumonie, toutes proportions gardées : même exsudation fibrineuse, même tendance aux extravasations sanguines.

L. Tollemer.

CHIRURGIE

M. Boutier. *Sur la valeur de la ponction lombaire dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des fractures de la base du crâne* (*Thèse*, Paris, 1902). — Les fractures de la base du crâne échappant à l'examen direct, ne sont *immédiatement évidentes* en clinique que dans les circonstances, relativement rares, où il y a écoulement de matière cérébrale par le nez ou par l'oreille. En dehors de ces cas, la fracture ne se révèle que *plus ou moins tardivement*, par un ensemble de symptômes qui exigent, pour se manifester, quelques heures, et même plusieurs jours, et qui sont *successifs* ; c'est ainsi que l'écoulement de liquide céphalo-rachidien suit l'otorragie ou l'épistaxis ; c'est le cas encore de l'ecchymose sous-conjonctivale qui ne se révèle que trente-six ou quarante-huit heures après le traumatisme; la paralysie faciale peut, elle-même, être tardive. Aussi le diagnostic de fracture du crâne ne devient-il certain que par l'association de ces symptômes et leur apparition successive.

La ponction lombaire est-elle capable, ainsi que certains chirurgiens l'ont affirmé dans ces derniers temps, de permettre, en décelant la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien, le diagnostic *précoce et certain* d'une fracture du crâne ? A cette question on est malheureusement obligé de répondre par la négative, ce signe, pas plus que les autres symptômes habituels, n'ayant de valeur *absolue*, car :

1° Il peut y avoir fracture sans que le liquide céphalo-rachidien soit coloré (Rendu) ;

2° Le liquide céphalo-rachidien peut présenter une teinte hémorragique sans qu'il y ait fracture, et même en dehors de tout traumatisme (contusion cérébrale : Rochard ; hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire : Tuffier, Bard ; méningite cérébro-spinale : Bard, Widal).

L'épanchement de sang dans le liquide céphalo-rachidien ne peut donc constituer à lui seul un signe pathognomonique des fractures du crâne ; par contre, associé à d'autres symptômes, il acquiert une grande valeur et permet de fixer le diagnostic dans les cas assez fréquents où ce dernier reste hésitant ; c'est ainsi que la ponction se trouvera surtout indiquée chez les blessés qui ont perdu connaissance ou qui délirent, et pour lesquels on manque de tout commémoratif.

La ponction lombaire ne saurait d'ailleurs être un moyen de diagnostic *précoce* au sens rigoureux du mot. En effet, les hémorragies méningées étant, en général, minimes dans les fractures du crâne, le liquide céphalo-rachidien peut ne pas présenter d'emblée la teinte sanglante et ne devenir hémorragique que douze ou vingt-quatre heures plus tard. Faite trop tôt après le traumatisme, la ponction lombaire peut n'amener qu'un liquide faiblement jaunâtre, et cette coloration est parfois si peu accentuée qu'il faut beaucoup d'attention pour la distinguer. Elle suffirait cependant, d'après M. Tuffier, à indiquer une hémorragie intra-cranienne et une hémorragie lente ; elle serait due, en effet, à la présence d'un pigment spécial du sang, le séro-chrome de Gilbert, plus facilement et plus rapidement diffusible que les globules rouges ; ceux-ci n'apparaissent que plus tard dans le liquide céphalo-rachidien, ainsi qu'on peut s'en convaincre par des ponctions successives. M. Tuffier pense même qu'il y a peut-être là un moyen de diagnostic différentiel entre les épanchements sus- et sous-dure-mérien, ceux-ci devant s'accompagner d'une coloration rouge d'emblée du liquide céphalo-rachidien.

Au point de vue du *pronostic*, la ponction lombaire ne semble pas non plus devoir être appelée à rendre de grands services dans les cas de fracture du crâne ; les observations démontrent, en effet, qu'il n'y a aucune relation entre la gravité des lésions causées par le traumatisme et l'intensité de la coloration du liquide céphalo-rachidien. Cependant, ici encore, la ponction lombaire peut rendre des services, en ce sens que, complétée par l'examen microscopique et les cultures du liquide obtenu, elle permettra de reconnaître si le foyer de la fracture est infecté ou non.

Enfin, la valeur *thérapeutique* de la ponction lombaire dans les fractures du crâne est assez difficile à établir (il est bien entendu qu'il ne peut s'agir que du traitement *palliatif*). Si, en effet, les cas sont nombreux dans lesquels la ponction a été suivie d'une amélioration rapide dans l'état des malades (guérison de la céphalée souvent atroce, cessation du coma), il en existe d'autres où la ponction n'a été suivie d'aucun effet ; comme, d'autre part, il est assez fréquent d'observer à la suite des traumatismes craniens, des améliorations rapides sans qu'il ait été pratiqué de ponction, on est en droit de se demander si, dans les cas heureux passés à son actif, la ponction lombaire n'a pas parfois bénéficié de guérisons toutes fortuites. Il ne s'ensuit pas, cependant, qu'il faille négliger ce moyen thérapeutique ; au contraire, il mérite d'être expérimenté davantage, afin de chercher à en préciser l'action et les indications.

J. Dumont.

OBSTÉTRIQUE

J. de Felice. *Contribution à l'étude de l'accouchement rapide dans l'éclampsie* (*Thèse*, Paris, 1902, n° 298). — Ce travail très consciencieux, surtout quant à l'historique du sujet et à la bibliographie étrangère, met au point la question, si controversée encore, du traitement obstétrical de l'éclampsie.

En grande majorité les accoucheurs français restent partisans, actuellement encore, de la méthode d'expectation préconisée en 1897, devant le Congrès de Genève, par Charpentier. Pour cet auteur, le traitement de l'éclampsie doit être surtout médical ; il faut abandonner le travail de l'accouchement à la nature, et procéder seulement à l'extraction de l'enfant dès qu'elle devient possible sans violence. Pour rejeter toute intervention obstétricale active, et surtout la provocation de l'accouchement, Charpentier s'appuyait sur les raisons suivantes : les accès persistent très souvent après l'accouchement ou apparaissent seulement dans le post-partum ; toute excitation portée sur l'utérus dispose aux convulsions ; le travail provoqué exige trop de temps.

Les partisans de la provocation de l'accouchement mettent en avant, par contre, pour légitimer l'intervention, les arguments suivants : la grossesse est la cause première de l'éclampsie ; l'accouchement entraîne le plus souvent une sédation des accidents convulsifs ; la vie du fœtus est très menacée du fait de l'éclampsie ; pour sauver l'enfant, mieux vaut l'extraire au plus tôt de l'utérus. La méthode ancienne, lente, de la provocation de l'accouchement, n'est d'ailleurs, plus appliquée aujourd'hui par les partisans de l'intervention ; ils adoptent soit la méthode de Dührssen (grandes incisions du col), soit la méthode de M. Bonnaire (accouchement méthodiquement rapide).

Les statistiques allemandes, portant sur un grand nombre de cas et rapportées par M. de Felice, montrent les avantages de l'accouchement rapide dans l'éclampsie :

Avec le traitement médical seul, la mortalité maternelle est de 30,7 pour 100, la mortalité fœtale de 60 à 65 pour 100 ; avec le traitement par l'accou-

chement rapide, la mortalité maternelle tombe à 15,4 pour 100 (et même 7 pour 100 dans la statistique de Ferri, de Milan), et la mortalité fœtale à 44,5 pour 100.

A Paris, M. Bonnaire s'est fait le défenseur de cette pratique thérapeutique. Ses observations de la Maternité de Lariboisière ont fourni le point de départ de ce travail.

Quelles sont les indications précises de l'accouchement rapide dans l'éclampsie? Elles sont évidemment difficiles à poser nettement. L'intervention obstétricale, en tout cas, doit tout d'abord céder le pas au traitement médical classique, lequel doit être institué en premier lieu. Dans nombre de cas, ce traitement médical seul peut amener la guérison de la malade, soit que la grossesse continue, soit que le travail s'installe et s'achève spontanément. Mais, dans nombre de cas aussi, il reste insuffisant : les accès convulsifs se répètent, l'intoxication est très profonde, l'enfant commence à souffrir. La mère et l'enfant sont compromis. L'accoucheur doit-il se croiser les bras? Il semble que non; dans l'intérêt des deux existences, maternelle et fœtale, il peut être indiqué de faire l'évacuation rapide de l'utérus.

L'accouchement rapide, pour répondre à ces desiderata, sera donc surtout indiqué dans les conditions suivantes : quand la grossesse sera arrivée à terme ou près du terme (l'enfant étant bien viable); quand les bruits du cœur fœtal commencent à se modifier et indiquent une souffrance du fœtus; quand le travail a débuté et que le col est effacé, ce qui facilite l'accouchement rapide.

Cet accouchement rapide est contre-indiqué, au contraire, chez la femme éclamptique, lorsque la grossesse est loin du terme, alors que l'enfant n'est pas viable ou que l'on peut espérer le voir échapper au danger de la toxémie maternelle et de la naissance prématurée. Il vaut mieux s'abstenir aussi dans les cas où l'on prévoit des difficultés très grandes pour l'accouchement rapide : primipare âgée, à parties molles résistantes; col long, fermé ou rigide; viciation pelvienne. Il faut s'abstenir encore quand l'enfant est mort.

En tout cas, l'accouchement rapide étant décidé, il faut toujours donner la préférence aux méthodes de douceur, donnant un minimum de traumatisme, offrant le moins de danger possible pour la femme. Il faut donc rejeter les grandes incisions du col, ou méthode de Dührssen, qui sont dangereuses, de même que la dilatation instrumentale. Le mieux est d'avoir recours à la dilatation bimanuelle du col (procédé de Bonnaire), faite sous le chloroforme anesthésique.

A. Schwab.

PÉDIATRIE

P. Krautwig. ***La mortalité infantile à Cologne*** (*Centralbl. f. allg. Gesundheitspflege*, 1902, T. XXI, fasc. 2-3, p. 97). — La mortalité infantile atteint à Cologne des chiffres très considérables : dans la période de 1891-1897, sur 86.178 nouveau-nés, 20.617 moururent avant la fin de la première année. Les causes sont à peu près celles qui provoquent la même mortalité ailleurs : misère sociale, mauvaise hygiène. Pour remédier au mal, Krautwig propose une série de réformes sociales et hygiéniques (secours aux filles-mères, solution de la question du lait, etc.) qui sont d'urgence aussi dans d'autres pays et dont la nécessité a été démontrée plus d'une fois par les collaborateurs de *La Presse médicale*.

V. Bugiel.

VÉNÉRÉOLOGIE

Leredde. ***Progrès à réaliser dans le traitement mercuriel des accidents graves de la syphilis*** (*La Semaine Médicale*, 1902, 22 Avril, n° 17, p. 137). — Dans ce travail, l'auteur développe les deux conclusions suivantes : *a*) chez les malades atteints d'accidents syphilitiques graves, le traitement ne doit être fait que sous forme d'injections; *b*) il y a lieu, chez ces malades, d'élever considérablement les doses de mercure introduites dans l'organisme.

1° La première proposition se démontre de la manière suivante : il est impossible de savoir, chez les malades traités par voie gastrique ou par les frictions, quelle est exactement la dose de mercure introduite dans l'organisme. Or, cette dose est l'élément fondamental du résultat thérapeutique. Toutes les fois qu'on voudra obtenir l'effet thérapeutique maximum, sans avoir d'effets toxiques, on ne pourra se servir que d'injections;

2° M. Leredde croit que la différence d'action entre les divers sels mercuriels est due simplement à la quantité de mercure différente qu'ils contiennent. Le calomel contient 84 pour 100 de mercure, le cyanure 75, le sublimé 73, le benzoate 45 et le biiodure 44. La nature du sel n'a aucune autre importance.

L'effet héroïque du calomel, dans certaines lésions syphilitiques, est dû à ce que, aux doses actuelles, on introduit sous cette forme plus de mercure dans l'organisme que sous n'importe quelle autre. L'injection de calomel est suivie de phénomènes généraux indiquant une intoxication, et il est probable que, dans les trois premiers jours, les trois quarts du calomel introduit dans l'organisme sont résorbés, soit 6 centigrammes de mercure métallique.

On peut établir la loi suivante : un accident syphilitique non curable par une quantité de mercure A est curable par une quantité $A + a$, a étant quelconque.

Déjà plusieurs auteurs ont employé les injections mercurielles à doses très élevées, par exemple le calomel à la dose de 20 centigrammes par semaine, le benzoate aux doses de 5 à 8 centigrammes par jour (A. Robin, Lemoine), le biiodure aux doses de 6 centigrammes (Lépine), le cyanure, sel fort, aux doses de 3 centigrammes (Leredde). Il n'y a pas lieu de craindre la stomatite lorsque le traitement préventif en est bien fait.

Ce traitement intensif devra être employé : *a*) dans les accidents d'origine syphilitique incertaine où le mercure est employé comme moyen de diagnostic; *b*) quand il est démontré que les doses habituelles ne sont pas curatives, exemple : accidents rebelles de la peau et de la langue; *c*) enfin, d'emblée, dans les lésions du système nerveux où il faut ne pas perdre de temps, dans les lésions parasyphilitiques de Fournier (tabes et paralysie générale) que Leredde considère, contrairement à celui-ci, comme d'origine et de nature syphilitiques et curables par le traitement quand il est fait d'assez bonne heure et à doses suffisantes. On emploiera les sels forts (cyanure ou sublimé) aux doses de 3 à 4 centigrammes, les sels faibles (benzoate et biiodure) aux doses de 6 à 8, le calomel aux doses de 0,15 à 0,20 par semaine, toutes ces doses étant calculées pour l'homme adulte, vigoureux et sain.

V. Griffon.

VOIES URINAIRES

ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

P. Guyot. ***Des fistules urétro-rectales et de leur traitement en particulier*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Après un rapide exposé de l'historique, de l'étiologie et de l'anatomie pathologique, l'auteur aborde le traitement prophylactique d'abord, puis le traitement proprement dit.

Avec Ziembicki, il divise les fistules urétro-rectales en trois classes :

1° Fistules inopérables consécutives aux néoplasmes (cancer de la prostate, du rectum, cavernes étendues tuberculeuses de la prostate, etc.), contre lesquelles on ne pourra user que de moyens palliatifs;

2° Fistules dont le trait caractéristique est de suppurer encore quand on est appelé à les traiter, et qui ont comme origine les processus inflammatoires ou traumatiques divers qui peuvent s'être produits dans la région : abcès de la prostate, phlegmons urineux, infiltration d'urine, abcès stercoraux ou hémorroïdaires, plaies par armes à feu, blessures accidentelles des opérations de la taille, corps étrangers;

3° Fistules caractérisées par l'absence de toute suppuration et par le fait d'une perte de substance bien définie avec orifices et trajets cicatriciels.

Contre les fistules récentes (2e classe), celles qui suppurent encore, on devra employer la *sonde à demeure* et le cathétérisme intermittent seuls, ou mieux associés aux cautérisations ignées avec le galvanocautère.

Mais il convient de ne pas s'attarder trop à ces moyens, et, si les tissus paraissent s'indurer rapidement, de s'adresser aux méthodes opératoires (troisième classe des fistules).

La méthode autoplastique est à rejeter à cause des difficultés dues au peu d'espace dont on dispose dans le rectum, et on doit donner la préférence aux méthodes sanglantes.

On fera la séparation, après incision transversale prérectale légèrement courbe sur les côtés ou avec incisions latérales postérieures, des orifices fistuleux, après résection des tissus indurés et des callosités. Les orifices pourront être suturés isolément après avivement large de leurs bords. La plaie périnéale sera laissée béante pour servir de large voie de dérivation, et bourrée à la gaze iodoformée.

Pour les fistules qui auront résisté à ces traitements, pour celles dont la suppuration est tarie et où il y a perte de substance bien définie avec orifices et trajets cicatriciels, il faut s'adresser aux méthodes qui détruisent le parallélisme des orifices. De ce nombre, le procédé de Ziembicki satisfait à toutes les conditions et offre de grands avantages.

Il comprend :

Premier temps : incision du coccyx à l'anus et de l'anus au raphé périnéal; incision circulaire circonscrivant l'anus, de façon à mobiliser, en allant vers la profondeur, la portion extra-péritonéale du rectum. Décollement du rectum de la prostate, poursuivi jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal. — La mobilisation du rectum dans tous les sens étant assurée, on pratique (*deuxième temps*) l'avivement et la suture au catgut de chaque orifice fistuleux séparément. — Dans un *troisième temps*, on imprime au rectum mobilisé un mouvement de rotation sur son axe longitudinal, de façon à mettre en contact avec la ligne de suture de l'urètre, non pas la ligne de suture de l'orifice rectal, mais la paroi saine de l'intestin. Suture du rectum dans sa nouvelle position. Tamponnement, drainage et sonde à demeure.

M. Guyot propose d'appliquer au traitement des fistules urétro-rectales le procédé préconisé par M. Segond pour la cure des fistules recto-vaginales.

Ce procédé comprend : 1° dilatation de l'anus; 2° libération par dissection du cylindre muqueux intra-anal; 3° dédoublement de la paroi recto-urétrale avec mobilisation, abaissement et résection du segment rectal situé au-dessous de la fistule; 4° suture du rectum à l'anus; 5° pansement; tube dans le rectum et sonde à demeure.

Cette opération présente une modification très importante : la suppression complète de l'un des orifices fistuleux. Elle est plus complète que le procédé de Ziembicki et paraît à l'auteur être plus commode que la mobilisation et la torsion du rectum.

Quoi qu'il en soit, ce procédé mérite d'être essayé.

D. Estrabaut.

A. Cahn. ***Suppuration péri-rénale consécutive à la furonculose*** (*München. med. Wochenschr.*, 1902, n° 19, p. 777). — L'auteur publie dans ce travail trois observations d'abcès péri-néphrétiques consécutifs à la furonculose. Dans tous ces cas la suppuration péri-rénale n'est survenue que plusieurs mois après la guérison du furoncle, et le diagnostic exact n'a été fait qu'à l'apparition des symptômes indiquant l'existence d'une lésion rénale ou péri-rénale. Mais avant que l'attention ne fût attirée du côté des reins, la symptomatologie était celle d'une infection générale : fièvre irrégulière, transpiration, abattement, etc., qui disparaissaient après l'ouverture de la collection péri-rénale. Dans un cas, examiné bactériologiquement, le pus de l'abcès renfermait des streptocoques.

L'auteur pense que la connaissance des rapports qui existent entre la furonculose et la suppuration péri-rénale permettra, dans un certain nombre de cas, d'établir le diagnostic précoce des abcès péri-néphrétiques dits spontanés au moment où les symptômes locaux (tuméfaction de la région lombaire, rougeur, douleurs, etc.) font encore défaut.

R. Romme.

OPHTALMOLOGIE

F. Suker. ***Relations de la chlorose avec les yeux*** (*Medicine*, 1902, May). — Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

L'atrophie optique, la papillorétinite et les taches pseudo-albuminuriques peuvent avoir et ont la chlorose comme cause. Une double atrophie optique associée avec la chlorose peut simuler une tumeur du cerveau à un degré marqué. Les maux de tête dus à un vice de réfraction et à de l'asthénopie sont d'un type plus sévère et souvent aggravés par la chlorose. Les pulsations artérielles de la rétine indiquent la gravité de la maladie ; il en est de même des pulsations veineuses. Les lésions du fond de l'œil dans la chlorose sont le résultat d'une autotoxémie. Le pronostic, dans presque tous les cas, est favorable, étant donné la sévérité de la lésion sanguine, excepté pourtant dans l'atrophie optique. Les foyers de dégénérescence graisseuse dans la rétine méritent une attention spéciale pour ne pas être confondus avec des taches albuminuriques.

Langevin.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Lundi 21 Juillet 1902, à 1 heure. — M. GUICHARD : De la ténotomie du tendon d'Achille; MM. Tillaux, Lejars, Broca (Aug.), Mauclaire. — M. GALLONY : Contribution à l'étude des luxations du semilunaire. MM. Tillaux, Lejars, Broca (Aug.), Mauclaire. — M. DENNECE : Du rôle de l'insuffisance musculaire dans la pathogénie des éventrations; MM. Tillaux, Lejars, Broca (Aug.), Mauclaire. — M. VINCELET : Contribution à l'étude de la maladie d'Addison; MM. Brissaud, Blanchard, Gaucher, Wallich. — M. BOYER : Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie; MM. Brissaud, Blanchard, Gaucher, Wallich. — M. RANAIVO : Pratiques et croyances des Malgaches relatives aux accouchements; MM. Blanchard, Brissaud, Gaucher, Wallich. — M. COCHET : Etude sur Tissot; MM. Blanchard, Brissaud, Gaucher, Wallich.

Mardi 22 Juillet 1902, à 1 heure. — M. LEGROS : Monographie des streptocoques et des agents des septicémies métadiphtériques, particulièrement des diplocoques; MM. Debove, Gilbert, Achard, Chassevant. — M. CAMUSET : Contribution à l'étude de l'artérite dite spontanée. — M. DE MORAES MIRANDA : Contribution à l'étude de l'acétopyrine et de ses applications thérapeutiques; MM. Debove, Gilbert, Achard, Chassevant. — M. SOUHAUT : Etude sur le refroidissement de l'artère pulmonaire dans ses rapports avec la tuberculose du poumon; MM. Gilbert, Debove, Achard, Chassevant. — M. CHAUMIER : La variole, maladie professionnelle évitable. Etude d'hygiène sociale; MM. Brouardel, Raymond, Méry, Dupré. — M. GENGLAIRE : Contribution à l'étude clinique de l'aspirine; MM. Brouardel, Raymond, Méry, Dupré. — M. GAUSSIN : Recherches sur l'air confiné; MM. Brouardel, Raymond, Méry, Dupré. — M. BARACOFF : Du rôle des troubles de la nutrition dans la pathogénie; MM. Raymond, Brouardel, Méry, Dupré. — M. MONTIER : Contribution au diagnostic de la forme pulmonaire de la fièvre typhoïde; MM. Dieulafoy, Joffroy, Thoinot, Rénon. — M. LE PRIEUR : Sur les aphasies sensorielles; la cécité et la surdité verbales pures; MM. Joffroy, Dieulafoy, Thoinot, Rénon. — M. CHENAIS : Recherches sur les symptômes physiques de la démence précoce à forme catatonique; MM. Joffroy, Dieulafoy, Thoinot, Rénon. — M. MEDICI : L'assistance familiale des aliénés. Colonie de la Seine; MM. Joffroy, Dieulafoy, Thoinot, Rénon.

Mercredi 23 Juillet 1902, à 1 heure. — M. PEYRE : Contribution à l'étude clinique de l'arythmie chez le vieillard; MM. Landouzy, Teissier, Cunéo, Richaud. — M. GENEVRIER : L'iode en solution dans un carbure d'hydrogène (métall.-iode); MM. Landouzy, Teissier, Cunéo, Richaud. — M. ROUBAUD : Contribution à l'étude anatomique des lymphatiques du larynx; MM. Landouzy, Teissier, Cunéo, Richaud. — M. FRENZEL : Mortalité par tuberculose pulmonaire à Saint-Pétersbourg et à Paris (1880-1899); MM. Landouzy, Teissier, Cunéo, Richaud.

Jeudi 24 Juillet 1902, à 1 heure. — M. BERIGAUD : Cure hygio-diététique associée à la cure d'altitude dans le traitement de la tuberculose pulmonaire; MM. Brouardel, Wurtz, Méry, Guiart. — M. KHAYATT : Prophylaxie de la peste par la destruction des insectes et des rongeurs; MM. Brouardel, Wurtz, Méry, Guiart. — M. TANQUEREL DES PLANCHES : Contribution à l'étude des intoxications professionnelles (cuprisme, zincisme, hydro-agirisme); MM. Brouardel, Wurtz, Méry, Guiart. — M. LELIÈVRE : Variole et grossesse. Leur influence réciproque chez la mère et l'enfant. Vaccine chez la femme enceinte et le nouveau-né; MM. Brouardel, Wurtz, Méry, Guiart. — M. DELACOUR : Notes sur quelques agents de la médication substitutive fractionnée dans le traitement de l'eczéma; MM. Raymond, Menetrier, Thiéry, Jeanselme. — M. MOUSSEAUX : Etude anatomique et clinique des localisations cancéreuses sur les racines rachidiennes et sur le système nerveux périphérique; MM. Raymond, Menetrier, Thiéry, Jeanselme. — M. LENGLET : Vue d'ensemble sur les dermatoses congénitales, et en particulier sur les érythrodermies congénitales ichthyosiformes avec hyperépidermotrophie de Vidal-Brocq; MM. Raymond, Menetrier, Thiéry, Jeanselme. — M. GUEGUEN : De la ponction lombaire dans les traumatismes; MM. Le Dentu, Berger, Chassevant, Faure. — M. GRAILLOT : Contribution à l'étude de la gastrostomie par le procédé de Fontau; MM. Berger, Le Dentu, Chassevant, Faure. — M. LAGARDE : Contribution à l'étude des injections de paraffine dans leurs applications générales en chirurgie; MM. Berger, Le Dentu, Chassevant, Faure. — M. BELETRE : La ponction lombaire chez les syphilitiques; MM. Chantemesse, Widal, Thiroloix, Vaquez. — M. PICAROUGNE : Etude de l'embolie et de l'infarctus pulmonaire au cours de la fièvre typhoïde; MM. Chantemesse, Widal, Thiroloix, Vaquez. — Mlle MAJERCZAC : De la lymphadénie chez les syphilitiques; MM. Gilbert, Teissier, Gouget, Rénon. — M. CARLET : Les pleurésies biliaires; MM. Gilbert, Teissier, Gouget, Rénon. — M. MICHEL : Contribution à l'étude des mélanodermies. Mélanodermies biliaires; MM. Gilbert, Teissier, Gouget, Rénon. — M. BACHMANN : Le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total dans quelques maladies infectieuses; MM. Gilbert, Teissier, Gouget, Rénon.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Sont nommés ou promus sur la proposition du ministre de la guerre, dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Linon, Ferrandi, Fournier, Greloux, Salvetat, Primet, Duchêne, Kaufmann, Vigenaud, Demmler, Dumas.

Au grade de chevalier : MM. d'Audibert, Caille du Bourguet, Bénac, Bernardy, Bernhard, Castel, Chameroy, Dupeyrem, Ferraton, Koker, Lanel, Lévy, Malgat, Mary, Morin, Pélix, Pelletier, Pesme, Privat, Spire, Talayrach, Tisserand, Treillet, Weiss, Barbot, Renaud, Crossouard, Pinard, Pineau, Touin, Barot, Lespinasse.

Sur la proposition du ministre des colonies, M. Mas est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Service de santé de la marine. — Par décision ministérielle le prix de M. Blache a été décerné à M. le médecin principal Le Dentu, professeur à l'École du service de santé de la marine, à Bordeaux, pour ses travaux originaux sur la pathologie exotique.

Le Centenaire du conseil d'hygiène. — Au cours de sa dernière séance, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a célébré le Centenaire de sa fondation.

A cette occasion, M. Lépine a remis deux médailles d'or à MM. Proust et Schlœsing et les palmes académiques à M. Lancereaux.

Étranger.

Four crématoire en Angleterre. — Le premier four crématoire municipal en Angleterre vient d'être inauguré à Hull. La construction coûte 63.000 francs et les frais de crémation ne seront pas plus élevés que ceux d'un enterrement ordinaire.

Les lunettes dans l'armée anglaise. — Le ministre de la guerre anglais a autorisé, depuis le 1er Mars, les officiers et les soldats qui en auraient besoin à porter des lunettes, non seulement en dehors du service, mais encore pendant le service. C'est surtout la guerre sud-africaine qui a montré la nécessité de cette tolérance.

Le droit à l'autopsie. — Mme Annie Botsford a intenté un procès pour offense à ses sentiments d'épouse à l'administration du Presbyterian Hospital de New-York, en réclamant 125.000 francs de dommages et intérêts. Il s'agit d'une autopsie qu'on a faite dans cet hôpital sur le corps de son mari, soigné, puis décédé dans cet établissement. La cour supérieure a accordé à la plaignante 2.500 francs, mais l'administration hospitalière se propose d'aller en appel pour faire trancher cette question d'autopsies en principe.

CONCOURS

Société de médecine de Toulouse. — *Programme des prix pour 1903.* PRIX J. NAUDIN. — *Tumeurs malignes d'origine congénitale.*

Valeur du prix : 500 francs.

PRIX DE Mme GAUSSAIL. — *Etude botanique, chimique et pharmacologique de l'ergot de seigle.*

Valeur du prix : 600 francs.

PRIX COUSERAN : Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Société *sur la pharmacie ou les sciences accessoires.* Les auteurs doivent être français et étudiants en pharmacie, et avoir quatre années de stage officinal, dont deux au moins dans la même officine.

Valeur du prix : 500 francs.

Programme des prix pour 1904 : PRIX DE Mme GAUSSAIL. — *Malformation congénitale des organes génito-urinaires et de l'anus au point de vue chirurgical.*

Valeur du prix : 600 francs.

Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner chaque année quatre médailles d'encouragement : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient pas été imprimés ou communiqués à quelque autre Société savante.

Les Mémoires écrits *lisiblement*, en français, sont seuls admis à concourir; ils devront être adressés *franco* à M. le secrétaire général, au siège de la Société (Hôtel d'Assézat-Clémence-Isaure, à Toulouse), *avant le 1er Janvier* de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Les Mémoires manuscrits sur sujets divers, destinés au concours des *médailles d'encouragement*, devront parvenir *franco* à M. le secrétaire général *avant le 1er Mars* de chaque année.

La séance publique annuelle, dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours, a lieu du 1er au 15 Mai.

RENSEIGNEMENTS

Externe en chirurgie, Hôtel-Dieu, demande remplaçant mois d'Août. S'adresser *P. M.*, n° 783.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

CHRONIQUE

PRATIQUE MÉDICALE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

LA SCARLATINE A BUDAPEST

M. J. Grosz, médecin de l'hôpital Adèle-Brody, à Budapest, a publié dernièrement, dans les *Archiv für Kinderheilkunde*, sa statistique de scarlatine depuis trois ans. Avec les restrictions d'usage (enfants arrivés moribonds à l'hôpital) elle donne une mortalité globale de 11,8 pour 100. A cette occasion, M. Grosz nous fait connaître le traitement type auquel sont soumis les scarlatineux de son service. Tout en étant purement

symptomatique, ce traitement n'en présente pas moins quelques particularités qu'il nous semble intéressant de signaler ici.

* * *

En principe, M. Grosz n'est pas partisan des médicaments pour combattre la *fièvre*. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, lorsque la température dépasse 39°5, qu'il a recours tantôt à l'antipyrine, tantôt à la quinine, et encore le fait-il à la condition formelle qu'il n'existe aucun symptôme d'asthénie cardiaque, laquelle asthénie est presque la règle chez les enfants chez lesquels les phénomènes d'intoxication générale sont accentués. Dans ces cas, la première indication est de relever l'action défaillante du cœur par les injections sous-cutanées de *camphre*, par le *natro-salicylate de caféine*, par l'*alcool*, etc.

Ce sont les *enveloppements froids* qui, comme moyen d'antipyrèse, ont la préférence de M. Grosz, en raison de leur action sur la température qu'ils abaissent de 1 à 2°, en raison de leur action sur l'état général qu'ils modifient dans un sens favorable. Il les préfère même aux bains, dont la mise en œuvre est assez compliquée, même dans un hôpital.

Les enveloppements sont faits trois ou quatre fois par jour. Un drap, trempé dans de l'eau à la température de la chambre et exprimé ensuite, est étendu sur le lit. On couche l'enfant sur le drap dont on l'enveloppe, et on le frotte vigoureusement jusqu'à ce qu'il se réchauffe. Ce résultat étant obtenu, on le laisse dans le drap mouillé par-dessus lequel on met une couverture de laine. Au bout de dix minutes, on fait une seconde application de drap mouillé. Dans l'intervalle entre deux enveloppements, chacun à deux applications de drap mouillé, on prend la température et on contrôle l'état du cœur. Le nombre des enveloppements et la continuation de l'hydrothérapie sont réglés d'après les résultats fournis par cet examen.

L'*angine*, si fréquente dans la scarlatine, est traitée par M. Grosz par l'antisepsie de la gorge, du pharynx et du nez. Si l'enfant est grand, il se gargarise et se rince la bouche, toutes les heures ou toutes les deux heures, avec une solution d'*acide borique* ou de *chlorate de potasse* à 1 pour 100. Si l'enfant est trop petit pour se gargariser, ou encore dans les cas où les sécrétions du naso-pharynx sont très abondantes, on fait plusieurs fois par jour, avec la même solution, des lavages du pharynx et du nez. Ces lavages sont faits très doucement, de façon à ne pas traumatiser la muqueuse malade. On les cesse aussitôt que sous l'influence du traitement, les sécrétions se tarissent. Chez tous les enfants, M. Grosz emploie, suivant l'intensité de l'adénopathie, soit des compresses froides, soit des compresses de glace autour du cou.

Le traitement de l'*albuminurie*, quand elle existe, est purement diététique au début. Les enfants sont mis au lait et aux laitages. S'ils ne supportent pas le lait, on leur donne du képhir, du café de malt ou de glands doux, des œufs. Chez les enfants chez lesquels, avec une diurèse abondante, l'urine renferme une grande quantité d'albumine et du sang, M. Grosz a essayé systématiquement le *perchlorure de fer* et l'*ergotine*, mais il a, au bout de quelques temps, abandonné ces médicaments dont l'action sur l'albuminurie a toujours été nulle. Par contre, dans les albuminuries qui durent longtemps et qui amènent un état d'anémie inquiétant, M. Grosz a obtenu de très bons résultats par l'emploi du *tannate de quinine*, et en donnant à ces malades, en même temps que le lait, des œufs, des viandes blanches et des légumes d'une digestion facile.

En cas de *néphrite* accompagnée de fièvre, de diminution de la quantité des urines, d'albuminurie et d'œdèmes avec pouls accéléré et facilement compressible, la *digitale*, associée à l'*acétate de potasse* ou à la *diurétine*, rend de grands services : la diurèse augmente, le rein se décongestionne, les œdèmes diminuent et le cœur se régularise. Lorsque ce résultat a été obtenu et que la fièvre est tombée, on laisse de côté la digitale et on institue le traitement par les *bains chauds* à 30° qu'on élève progressivement à 32°. En sortant du bain, les enfants sont enveloppés dans des couvertures de laine où ils restent pendant une ou deux heures. Ces bains agissent d'une façon remarquable sur les œdèmes. Ils sont pourtant contre-indiqués en cas de fièvre élevée, de bronchite étendue et de faiblesse cardiaque. Dans tous ces cas, les bains chauds sont avantageusement remplacés par des enveloppements froids.

Pour ce qui est de l'emploi des bains chauds dans l'*urémie*, M. Grosz suit les règles établies par Filatow : on met l'enfant au bain; mais si, après le premier bain, on ne constate aucune amélioration, on cesse la balnéation. Le traitement de l'urémie devient alors purement symptomatique : *vessie de glace* contre la céphalalgie, *inhalations de chloroforme* ou *lavements de chloral* en cas de convulsions, injections sous-cutanées de *camphre* contre la faiblesse cardiaque, etc.

Dans le service de M. Grosz, les scarlatineux gardent le lit pendant trois semaines, même dans les cas où la scarlatine est très légère, et, pendant la convalescence, sont nourris de lait, de laitages et reçoivent une fois par jour un plat de viande (veau, poulet). Pour accélérer la desquamation, on donne tous les jours ou tous les deux jours un bain tiède. On commence la balnéation dès que la fièvre est tombée.

R. Romme.

PRATIQUE MÉDICALE

Bains chlorurés sodiques et leucocytose.

D'après A. Claisse, les bains chlorurés sodiques forts, dont les prototypes sont les eaux pyrénéennes de Biarritz et de Salies de Béarn, déterminent dans le sang une diminution du nombre des leucocytes; cette diminution indique une désintoxication du sang; elle correspond à un afflux leucocytaire aux régions malades. Cette action est comparable à celle des injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'eau salée à 7 pour 1.000.

Ces bains réussiront donc à merveille dans les tuberculoses locales chez l'enfant et chez l'adulte, dans les affections gynécologiques, endométrites et annexites, enfin, d'une façon générale, dans toutes les maladies d'origine microbienne.

La dionine dans le traitement du zona ophtalmique.

Contre les douleurs qui tourmentent si violemment les malades atteints de zona ophtalmique, la principale, sinon l'unique ressource du médecin consistait jusqu'ici dans l'emploi des injections sous-cutanées de morphine. L'antipyrine, en effet, la quinine, les hypnotiques et les sédatifs, les pilules d'opium et l'aconitine ont bien quelque utilité, mais, le plus souvent, il faut le dire, leur action est absolument insuffisante. Les injections de morphine, au contraire, jouissent d'un pouvoir analgésiant incontestable ; malheureusement la durée de cette analgésie est souvent très courte, et, d'autre part, la répétition des injections expose le malade à tous les dangers de la morphinomanie. Il est, d'ailleurs, des sujets qui refusent la morphine.

Aussi M. A. Terson (de Paris) a-t-il eu l'idée de remplacer la morphine par la dionine dans le traitement des douleurs du zona ophtalmique. Les *injections de dionine* n'auraient, d'après lui, aucun des inconvénients de la morphine, et leur pouvoir analgésiant et somnifère serait souvent plus prolongé que celui de l'injection de morphine. Dans les quelques cas qu'il a eu l'occasion de traiter de cette façon, une seule injection de 1 centigramme de dionine (en solution aqueuse à 2 pour 100), pratiquée au niveau de la tempe du côté malade, a suffi à ramener, sans aucun ennui ni inconvénient apparent, le calme souhaité. La dose peut être répétée tous les jours, et même elle peut être élevée jusqu'à 2 centigr. 5 sans danger.

M. Terson combine à ces injections l'emploi d'une *pommade à la dionine*, qu'il applique sur les ulcérations cutanées et qu'il formule de la façon suivante :

Dionine	0 gr. 50
Lanoline Liebreich.	15 gr.
Huile de vaseline.	5 gr.

Cette pommade, à la fois hydrophile (lanoline) et analgésiante (dionine), appliquée trois à quatre fois par jour sur l'éruption, se mélange intimement aux tissus ulcérés et procure un certain soulagement au malade, tout en empêchant une escarre trop sèche et trop abondante.

Le carbonate de lithine contre les taches d'acide picrique.

Un des gros inconvénients de l'emploi en thérapeutique de l'acide picrique réside dans la coloration jaune intense que cette substance donne aux mains du chirurgien; d'après Sabatier, on enlève très facilement la coloration jaune des téguments en les plongeant dans une solution à 10 pour 100 de carbonate de lithine ou de benzoate de lithine.

LIVRES NOUVEAUX

Jules Denis. — *Le tabac; moyens de combattre le tabagisme; action des particuliers et action de l'État* (1 brochure in-8 de 119 pages, avec figures et graphiques, Genève, librairie Stapelmohr, et Paris, chez Octave Doin).

Depuis infiniment de temps quantité d'hygiénistes se sont élevés contre l'usage qui est fait du tabac.

Si la plante à Nicot a trouvé des enthousiastes pour célébrer ses mérites, elle a, en effet, rencontré non moins de détracteurs, si bien qu'à l'heure présente la littérature pour ou contre son emploi remplirait une vaste bibliothèque.

En tel état de choses, il fallait s'y attendre, la brochure *antitabagique* de M. Jules Denis n'apporte aucun élément nouveau à la discussion. Pour combattre l'usage du tabac, c'est toujours en effet aux traditionnels arguments d'ordre moral, d'ordre économique et d'ordre hygiénique que son auteur recourt. Il n'empêche pourtant que ce petit livre, écrit surtout dans un but de vulgarisation, est susceptible de rendre des services, et, qu'à ce titre, sa lecture peut être recommandée aux gens du monde et aux jeunes gens.

G. Vitoux.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'intubation du larynx dans les sténoses laryngées aiguës et chroniques de l'enfant et de l'adulte, par M. A. Bonain, chirurgien adjoint de l'hôpital civil de Brest, chargé du service des maladies du nez, des oreilles et du larynx, 1 vol. in-16 de la *Collection médicale*, avec 46 figures, cartonné à l'anglaise, 4 fr. (*Félix Alcan*, éditeur, Paris.)

Précis de pathologie interne, par MM. G.-M. Debove, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et A Sallard, 1 vol. in-8° couronne de 675 pages. (*J. Rueff*, éditeur, Paris.)

La débilité de l'enfance. Ses causes. Le remède. Étude d'hygiène de l'enfance, par M. Léon Leriche, 1 broc. de 23 pages. (*A. Maloine*, éditeur, Paris.)

Les tics et leur traitement, par H. Meige et E. Feindel. Préface de M. le professeur Brissaud, 1 vol. in-8° de 636 pages, 6 fr. (*Masson et Cie*, éditeurs, Paris.)

XAVIER BICHAT

11 Novembre 1771 — 22 Juillet 1802.

SA VIE — SON ŒUVRE
SON INFLUENCE SUR LES SCIENCES BIOLOGIQUES

Par **Pierre-Émile LAUNOIS**
Professeur agrégé à la Faculté
Médecin de l'hôpital Tenon.

« Il est aisé, dans les sciences, de compter les hommes qui n'ont pensé d'après personne : leur génie fraye la route des découvertes, la foule les suit. Bichat a joui de cet heureux privilège. L'anatomie et la physiologie le compteront toujours au nombre des hommes dont les travaux furent les plus féconds en résultats utiles, et l'histoire lui assignera une des premières places dans cette époque brillante de la médecine qui jeta un si vif éclat sur la fin du XVIIIe siècle. »

L. Pinel. *Notice historique sur Bichat.* Octobre 1821.

Comme Bordeu, Xavier Bichat était fils de médecin. Né à Thoirette en Bresse (département du Jura), le 11 Novembre 1771, il fut élevé à Poncin en Bugey. Familiarisé de bonne heure avec les choses de la médecine, il dut apprendre à lire dans Sydenham et Hunter. Ayant quitté en 1788 le collège de Nantua où il avait fait ses études classiques, il alla suivre le cours de philosophie au séminaire de Saint-Yrénée, à Lyon.



Cliché Léon Marès.

Ce portrait de Bichat est la reproduction de celui de l'édition de 1821 de l'*Anatomie générale*. Il a été composé d'après le tableau des derniers moments de Bichat, et d'après le masque en plâtre moulé sur son visage après sa mort.

« Après y avoir soutenu des exercices publics sur la physique et les mathématiques avec la plus grande distinction », il suivit les cours d'anatomie et fréquenta l'hôpital. « A cette « époque, l'anatomie n'était guère cultivée « que comme introduction nécessaire aux « études chirurgicales; on s'occupait peu de « médecine proprement dite, et les noms de « J.-L. Petit, de Lapeyronie, de Morand, de « frère Côme retentissaient plus souvent dans « les écoles que ceux des Sydenham, des « Boerhave, des Stoll » (Buisson)[1]. Les circonstances dans lesquelles on vivait à cette époque étaient d'ailleurs beaucoup plus favorables à la chirurgie qu'à la médecine. « Dé« chirée au dedans par l'anarchie révolution« naire, la France ne se soutenait plus que « par les étonnantes conquêtes qu'elle faisait « au dehors. Sa vie était tout entière dans « les armées, et, sur toutes les frontières, une « foule de guerriers, achetant leur victoire « au prix de leur sang, réclamaient sans cesse « des secours que la chirurgie seule pouvait « leur donner. »

Entraîné par l'impulsion générale, Bichat étudia tout d'abord l'anatomie et apprit les principes de la chirurgie; il devint l'élève de Marc-Antoine Petit, « chirurgien, médecin et poète le tout ensemble, consolant le soir, d'une voix que son harmonie faisait écouter, les douleurs que ses bistouris avaient causées le matin » (I. Bourdon)[2].

Obligé, après le siège de Lyon, de quitter un pays « où la jeunesse était un crime digne de mort », il vint chercher à Paris, pourtant bien tourmenté, une tranquillité relative et les moyens de s'instruire (1793). Il se mêla aux nombreux élèves qui fréquentaient l'Hôtel-Dieu, alors Hospice de l'Humanité, et se pressaient autour de l'illustre Desault, alors à l'apogée du talent et de la renommée. Une circonstance toute fortuite attira l'attention du grand maître sur le modeste élève.

« C'était un usage établi dans l'école de Desault que certains élèves choisis se chargeassent, chacun à son tour, de recueillir la leçon et de la rédiger en forme d'extrait. On lisait cet extrait le lendemain après la leçon du jour, en présence du chirurgien en second qui, à cette époque, était Manoury. Un jour où Desault avait disserté longtemps sur la fracture de la clavicule et avait démontré l'utilité de son bandage en l'appliquant en même temps sur un malade, l'élève qui devait recueillir ces détails était absent. Bichat s'offrit pour le remplacer. La lecture de son extrait causa la plus vive sensation. La pureté de son style, la précision et la netteté de ses idées, l'exactitude scrupuleuse de son résumé annonçaient plutôt un professeur qu'un élève. Il fut écouté avec un silence extraordinaire et sortit comblé d'éloges, couvert d'applaudissement réitérés. A peine Desault eut-il appris de la bouche de Manoury cette anecdote qu'il fût impatient de connaître Bichat; dès les premiers entretiens, il jugea avec tant de sagacité ce qu'il pouvait devenir un jour qu'il ne balança pas à lui offrir sa maison et à le traiter comme son fils, le destinant dès lors à lui succéder dans sa réputation. »

Ainsi encouragé, Bichat se livra au travail avec une ardeur infatigable; ses occupations bientôt se multiplièrent au point de lui laisser à peine chaque jour quelques moments de repos. « Outre le service de chirurgien externe qu'il faisait à l'hôpital, il était chargé de visiter tous les jours au dehors une partie des malades de Desault, de l'accompagner partout pour le seconder dans ses opérations, de répondre par écrit à un grand nombre de consultations envoyées des départements; et, lorsque la journée avait été consumée à des travaux semblables, une partie de la nuit se passait encore à aider le maître dans ses recherches sur divers points de chirurgie. » Les quelques moments de liberté qui lui restaient, il les employait soit à disséquer, soit à s'exercer aux opérations, soit encore à discuter avec ses amis des problèmes de médecine.

La mort presque subite de Desault, survenue le 1er Juin 1795, affligea beaucoup Bichat, sans toutefois le déconcerter. Il rendit un hommage pieux et digne de lui à son maître dans le IVe volume du *Journal de chirurgie*, poursuivit et termina la publication de ses œuvres.

C'est en 1797 que Bichat commença son premier cours public d'anatomie. « Il se contenta d'un local étroit et peu commode, ne supposant pas qu'un grand nombre d'élèves dût le suivre. Il n'établit pas de laboratoire et se borna à de simples démonstrations.



Statue de Bichat, par David d'Angers.

Mais déjà il y mêlait des dissertations physiologiques assez étendues; il multipliait ses expériences sur les animaux vivants, dans la vue de vérifier les faits connus et de déterminer exactement le point d'où il devait partir pour découvrir des faits nouveaux. »

Aux leçons d'anatomie succédèrent des leçons de médecine opératoire; il étonna ses auditeurs aussi bien par son érudition que par son habileté manuelle.

Une hémoptysie abondante l'obligea à se reposer pendant quelques mois et fit craindre aussi pour ses jours.

A peine guéri, il se remet à l'œuvre et ouvre un amphithéâtre d'anatomie qui est fréquenté par quatre-vingts élèves. Il reprend et multiplie ses dissections et ses vivisections, et accumule les documents qui vont lui servir à révolutionner l'anatomie, la physiologie et la médecine.

1. J. L. Buisson. — « Précis historique sur Bichat », 1830, p. 1.
2. Isid. Bourdon. — « Illustres médecins et naturalistes des temps modernes », 1844, p. 312.

Il découvre les synoviales, les rapproche des autres membranes de glissement qu'on connaissait déjà, et, se fondant sur leurs communs caractères de structure et leurs communes fonctions, il publie son *Traité des membranes*.

Dans une série de leçons publiques de physiologie, il expose les caractères qui distinguent les différentes fonctions de l'organisme; il sépare nettement celles qui servent aux relations extérieures de celles qui concourent à la conservation de l'individu; il établit enfin la *doctrine des deux vies*, la vie animale et la vie organique. Les documents qu'il a rassemblés lui permettent bientôt (1799) de faire connaître ses *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*. L'ouvrage qui les contient se divise en deux parties : la première est l'exposition générale de ses vues physiologiques; la seconde se compose d'une série d'expériences destinées à montrer les rapports qui existent entre les trois principaux organes de la vie, le cerveau, le cœur et le poumon.

Généralisant la méthode qui l'avait guidé dans l'étude des membranes séreuses, Bichat rapproche les uns des autres les caractères propres à chacun des tissus de l'organisme, note les différences essentielles de forme, d'organisation, de propriétés qui les séparent et les résume dans son *Anatomie générale*. L'apparition de ce livre eut un immense retentissement; on ne savait ce qu'il fallait le plus admirer ou de l'exactitude des descriptions ou de l'ingéniosité des conceptions nouvelles qui en découlaient.

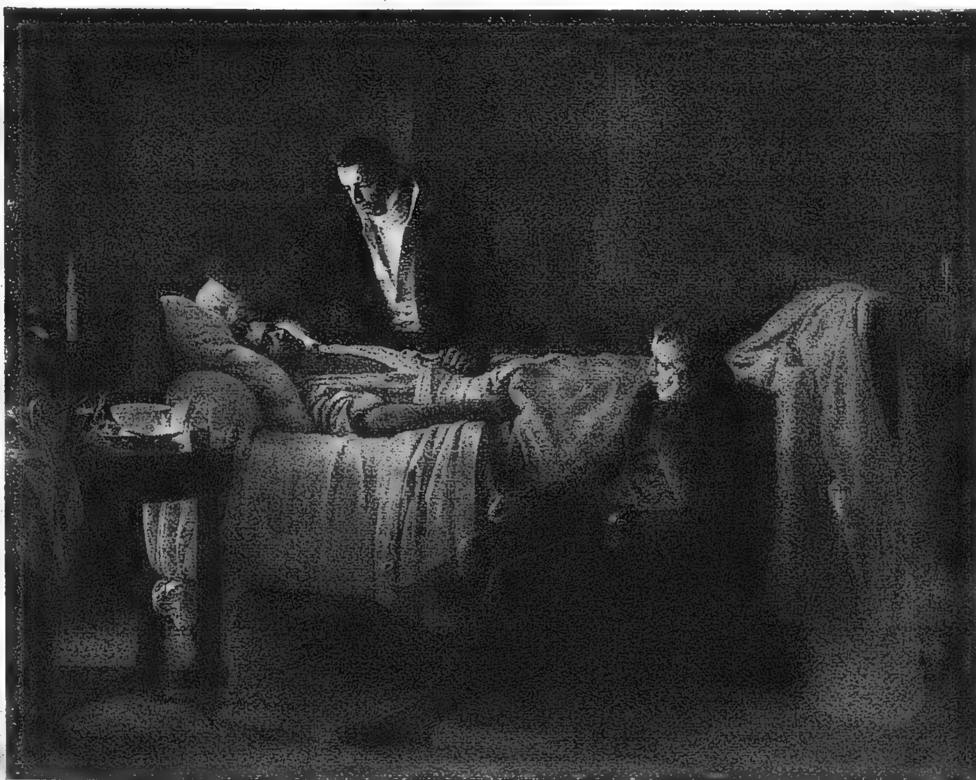
L'étude des tissus généraux qui entrent dans la constitution de tous les organes entraînait celle des tissus qui constituent tel ou tel organe en particulier. Bichat les décrivit dans son *Anatomie descriptive*; il en publia les deux premiers volumes, laissant le troisième inachevé.

La même idée qui avait dirigé Bichat dans l'*Anatomie générale* le guida dans ses recherches sur l'*Anatomie pathologique*; connaissant les organes normaux, il en entreprit l'étude à l'état de maladie et devint bientôt l'égal de l'illustre Morgagni.

Frappé depuis longtemps de l'incertitude qui régnait dans l'application des moyens de guérir, il forma le projet de donner à la *matière médicale* des bases solides et fixes. La mort devait l'empêcher de couronner son œuvre.

Quoique ne possédant pas, dit-on, de diplômes, Bichat fut nommé médecin de l'Hôtel-Dieu. Il trouva dans cet hôpital toutes les ressources nécessaires pour entretenir son infatigable activité; il lui arriva d'ouvrir plus de six cents cadavres en quelques mois. Entraîné par son ardeur, Bichat ne savait pas se ménager et demeurait sourd aux conseils de ses amis.

« Occupé le 19 Messidor à examiner les progrès de la putréfaction de morceaux de peau humaine, une odeur infecte, s'élevant du vase où il les faisait macérer, éloigna de lui ses élèves, compagnons ordinaires de ses travaux. Il eut seul la témérité de poursuivre des recherches dans un endroit bas et humide. En sortant de son laboratoire, il fit une chûte et perdit connaissance pendant quelques instants. Revenu chez lui avec peine, il passa la nuit assez paisiblement; mais le lendemain un violent mal de tête se déclara; il voulut cependant visiter ses malades comme à l'ordinaire. L'extrême fatigue qu'il en ressentit provoqua une syncope qui l'obligea à se mettre au lit. Il fut calmé tout d'abord par l'application de sangsues sur la tête, mais bientôt apparurent des symptômes gastriques qui acquirent rapidement la plus grande intensité. » Soigné par Corvisart et par Lepreux, premier médecin de l'Hôtel-Dieu, il trouvait constamment à son chevet ses deux élèves chéris, Roux et Esparron, et Mme Desault. « Je fus témoin, écrit Husson[1], des soins vraiment maternels que lui prodiguait l'estimable veuve de son maître, j'ai vu sa tendre sollicitude, et, deux jours avant sa mort, cette femme respectable, ranimée par l'apparence de quelques symptômes rassurants, s'applaudissait des lueurs trompeuses d'une convalescence prochaine. Son espoir s'évanouit dans la même journée. » Bichat s'éteignit dans ses bras le 3 Thermidor de l'an X (22 Juillet 1802); il n'avait pas encore fini sa trente et unième année.



BICHAT MOURANT
Assisté par les docteurs Esparron et Roux.
Peint par Hersant.
Légué à l'École de médecine de Paris par Pierre Petroz.
Reproduit avec l'autorisation de Monsieur le Doyen de la Faculté.

Le soir même de sa mort, Corvisart écrivait au Premier Consul : « *Bichat vient de mourir. Il est tombé sur un champ de bataille qui exige aussi du courage et compte plus d'une victime. Personne, en si peu de temps, n'a fait tant de choses et aussi bien* ».

Hallé[1], prononçant son éloge à l'École de Médecine quelques mois plus tard, disait de lui :

« Il n'a fait que passer au milieu de nous, cet homme qui, dès son entrée dans la carrière, marchait de front avec ceux qui s'y étaient illustrés depuis longtemps. Qu'est-il besoin de vous le nommer, vous dont il fut l'ami, le camarade et le maître...; vous qui vous emparâtes de ses restes inanimés et changeâtes ses obsèques en un triomphe; vous qui couvrîtes son cercueil de larmes et de fleurs! vous nous direz comment il developpait dans vos âmes l'enthousiasme de la science; vous nous apprendrez comment les froids débris de l'homme semblaient s'animer sous ses mains pour vous révéler les secrets de la nature. L'Europe ne croira pas que ce soit avant trente ans que, se saisissant en maître des idées que quelques hommes de génie n'avaient encore qu'effleurées, Bichat ait pu jeter les fondements d'une nouvelle anatomie et d'une physiologie nouvelle. Le dernier élève qu'enfanta l'école fameuse de Leyde, le célèbre Sandifort, l'a dit à l'un de vous (Bichat vivait alors et cette prédiction ne devait pas être accomplie) : *dans six ans votre Bichat aura passé notre Boerhave*. Ainsi parlent les étrangers. Mais nous, nous dirons que Bichat fut aussi le meilleur des hommes, que jamais la médisance ne se plaça sur ses lèvres, qu'aucun laurier ne fût flétri par ses mains, et que, modeste sans effort, il ne parla jamais que de ce qui lui restait à faire. »

La vie de Bichat ne fut pas longue, mais pendant dix ans son labeur fut immense, ainsi qu'en témoignent ses nombreux manuscrits conservés précieusement dans la Bibliothèque de la Faculté de Médecine.

Pour apprécier son œuvre, pour comprendre l'influence qu'elle eut sur l'*origine et l'évolution des sciences biologiques*, il faut l'étudier au triple point de vue de l'anatomie, de la physiologie, de la médecine.

Désireux de rappeler surtout ce que l'*histologie* moderne doit à Bichat, nous résumerons ses recherches d'*anatomie générale*; elles nous permettront de comprendre comment se sont peu à peu formées nos connaissances actuelles sur la structure intime des tissus et des organes dont l'assemblage cons-

[1] Husson. — Notice-historique sur la vie et les travaux de Marie-François-Xavier Bichat, lue à la Société Médicale d'Emulation le 10 Fructidor an X.

1. Hallé. — « Eloge de Bichat », Séance publique de l'Ecole de médecine, 15 brumaire, an XI.

titue l'économie de l'homme et de l'animal.

Dans une science, quelle qu'elle soit, pour arriver à établir des lois générales, il faut avant tout posséder une méthode aussi précise que variée.

Quelle était la technique de Bichat? Il a pris soin de nous l'indiquer dans la préface de l'*Anatomie générale* : « Expériences sur les animaux vivants, essais avec divers réactifs sur les tissus organisés, dissections, ouvertures cadavériques, observation de l'homme en santé et en maladie, voilà les sources où j'ai puisé; ce sont celles de la nature. Je n'ai point négligé non plus celles des auteurs, de ceux surtout pour qui la science de l'économie animale a été une science de faits et d'expériences. »

Pour étudier les tissus et en connaître les propriétés, il recourait donc à certains réactifs qui n'étaient, selon son dire, « qu'un supplément à l'insuffisance du scalpel ». Il les soumettait successivement à la dessiccation, à la putréfaction, à la macération, à l'ébullition, à la coction; il faisait agir sur eux les acides et les alcalis. Il ne se méprenait pas sur la portée des résultats que devaient lui fournir de semblables moyens de recherches. Il savait en particulier que s'ils lui permettaient d'établir certains de leurs caractères distinctifs, ils ne le renseignaient en aucune façon sur leurs éléments formateurs.

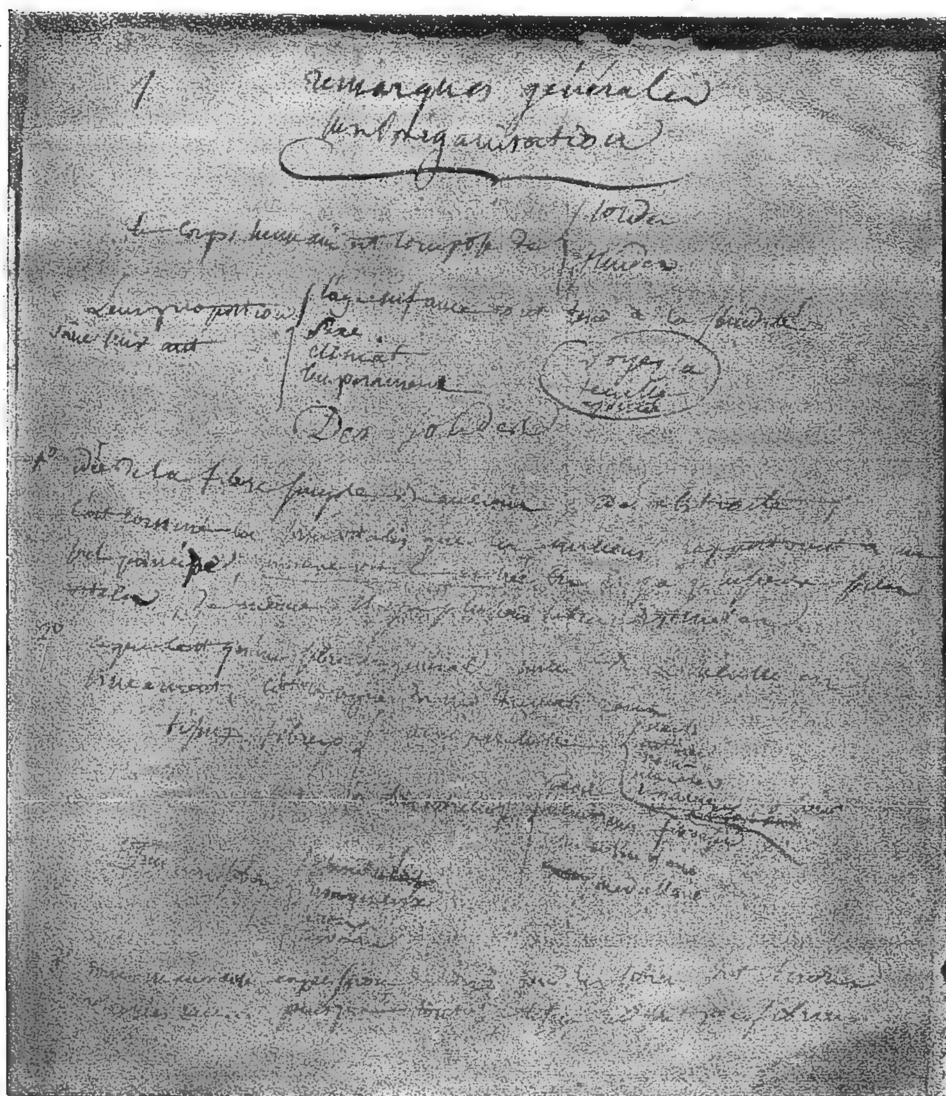
Pour acquérir cette notion, Bichat aurait pu recourir au microscope dont il connaissait l'usage. Il n'ignorait pas qu'à l'aide de cet instrument on peut observer les choses les plus petites et se rendre compte jusqu'à un certain point de leurs propriétés. « Jetez les yeux, écrit-il, sur ce qui vous entoure, portez-les sur les objets les plus éloignés; qu'aidés du télescope ils parcourent les corps qui nagent dans l'espace, ou, qu'armés du microscope, ils pénètrent dans le monde de ceux que leur petitesse semblait devoir nous dérober toujours, partout vous trouverez mises en action, d'une part les propriétés physiques, de l'autre les propriétés vitales; partout vous verrez les corps inertes graviter les uns vers les autres et s'attirer, les corps vivants graviter aussi, mais de plus sentir et éprouver un mouvement qu'ils ne doivent qu'à eux ». Le microscope avait été d'ailleurs inventé depuis longtemps par Zaccharias Jansen. En Hollande, vers la fin du XVIe siècle, Leeuwenhoek, Harstoeker, Swammerdam, Ruysch avaient, grâce aux instruments grossissants qu'ils fabriquaient souvent eux-mêmes, fait des découvertes étonnantes. Malpighi, en Italie, avait observé la circulation capillaire dans le poumon de la grenouille. Les savants anglais, membres de l'Académie Royale, possédaient des microscopes et savaient s'en servir. De même, en Allemagne, au XVIIIe siècle, Ledermuller et Gleichen avaient entrepris une série d'observations microscopiques.

Bichat, sans qu'on en puisse trouver la raison dans ses écrits, méprisa complètement ce moyen de recherches. On a supposé qu'il n'accordait que peu de confiance aux résultats qu'avaient publiés ceux qui se servaient de verres grossissants, résultats bien extravagants parfois d'ailleurs.

Quoi qu'il en soit, avec le seul secours d'une technique aussi simple que variée, il put arriver à connaître les propriétés organiques et vitales des tissus animaux et établir les lois qui devaient servir de base à l'*anatomie générale* d'abord, à la *médecine* ensuite.

Avant Bichat, les anciens anatomistes, désireux de connaître les différentes parties constituantes de l'organisme de l'homme ou de l'animal, s'étaient attachés à en décrire aussi minutieusement que possible les caractères macroscopiques et les rapports. Quelques-uns avaient cherché à pénétrer la structure des organes : Malpighi, par exemple, voyait partout des glandes; pour Ruysch, au contraire, tout était formé par des vaisseaux. Si certains avaient noté dans les différentes parties du corps des analogies de disposition ou de structure, aucun ne s'était élevé jusqu'aux considérations générales qui devaient élargir les idées et les descriptions.

Fallope[1] avait timidement tenté une classification des tissus; il les divisait tantôt, d'après leur origine, en parties qui procèdent du sang ou qui tirent leur source de la semence; tantôt, d'après leur température, en froids et chauds; tantôt enfin, d'après leur consistance, en humides et secs. Une classi-



1 Remarques générales sur l'organisation.

Le corps humain se compose de { solides. fluides.

Leur proportion varie suivant { l'âge = enfance, tout tend à la fluidité. sexe. climat. tempérament.

Des solides.

1° idée de la fibre simple des anciens : idée abstraite; c'est comme les forces vitales que les anciens rapportaient à un seul principe, *principe vital*, *archée*. Or il y a plusieurs forces vitales, de même il y a plusieurs fibres distinctes;

2° ce que c'est qu'une fibre en général : suite de mollécules en linéament, c'est la ligne des mathématiciens.

Tissus fibreux {
- à fibres parallèles { nerfs. artères. veines. muscles. ligaments. absorbants. aponévr.
- à fibres entrecroisées { peau. membranes fibreuses. tissu cellulaire. — médullaire.

Tissus non fibreux. { glanduleux. muqueux. séreux. cerveau.

3° une mauvaise expression de dire que les fibres sont tendues, rétractées, etc..... puisque tous les tissus ne sont pas fibreux.

Page manuscrite extraite des papiers scientifiques de Bichat. — 9 volumes ou cartons. — Ils ont été achetés 2.000 francs par la Faculté de médecine, du frère de Bichat, dans le mois de Juillet 1882.

1. FALLOPE. — « Lectiones de partibus similaribus humani corporis ex diversis exemplaribus », Nuremberg, 1775.

fication aussi rudimentaire ne pouvait servir de base à une étude d'ensemble.

Les physiologistes, et parmi eux Haller, subdivisaient les parties et tissus constituants du corps d'après leur sensibilité, leur irritabilité et aussi d'après la façon dont ils réagissaient en présence des agents du monde extérieur. Mais, à cette époque, la physiologie était encore bien rudimentaire.

Pinel[1], ayant rassemblé certaines données fournies par l'anatomie pathologique, avait été frappé par l'analogie des lésions qui s'observaient dans les membranes de différents organes. « Qu'importe, disait-il, que l'arachnoïde, la plèvre, le péritoine résident dans des régions différentes du corps, puisque ces membranes ont des conformités générales dans leur structure? N'éprouvent-elles pas des lésions analogues dans l'état de phlegmasie, et ne doivent-elles pas être réunies dans le même ordre, en formant seulement des genres différents? »

Cette façon nouvelle d'envisager les maladies, en se basant sur les modifications anatomiques qu'elles produisent dans l'économie, frappa Bichat, comme il l'a proclamé lui-même. Elle fut pour lui l'occasion de rechercher les analogies qui existent dans les organes et tissus non pas seulement chez l'homme malade mais encore chez l'homme sain. Ayant multiplié ses recherches avec une activité incroyable, il fut bientôt amené à classer les parties constituantes de l'organisme en 21 tissus :

1° le cellulaire; 2° le nerveux de la vie animale; 3° le nerveux de la vie organique; 4° l'artériel; 5° le veineux; 6° celui des exhalants; 7° celui des absorbants et de leurs glandes; 8° l'osseux; 9° le médullaire; 10° le cartilagineux; 11° le fibreux; 12° le fibro-cartilagineux; 13° le musculaire de la vie animale; 14° le musculaire de la vie organique; 15° le muqueux; 16° le séreux; 17° le synovial; 18° le glanduleux; 19° le dermoïde; 20° l'épidermoïde; 21° le pileux.

« De même que la chimie a ses corps simples qui forment, par les combinaisons diverses dont ils sont susceptibles, les corps composés, de même l'anatomie a ses tissus simples qui, par leur combinaison quatre à quatre, six à six, huit à huit, forment les organes. »

Bichat décrit chacune de ces parties d'après ses caractères physiques et chimiques, ses propriétés vitales et ses modifications pathologiques. « Si, en tête de tous les chapitres de son livre, il se sert du mot *système*, on trouve presque toujours dans le courant du texte le mot *tissu* qu'il employait comme synonyme de moindre importance » (Mathias Duval)[2].

La classification nouvelle de Bichat, servant de base non seulement à l'anatomie, mais encore à la physiologie et à la pathologie, eut un immense retentissement et fut généralement acceptée. Grâce à son génie la lumière se faisait brillante là où régnait l'ombre. « En France, écrit Henle[3], où Bichat propagea lui-même sa doctrine par l'enseignement, et où sa mort, suite d'excès de tous genres, causa une émotion générale, ses opinions ne tardèrent pas à jeter de profondes racines. Elles furent connues en Allemagne par la traduction que Plaff publia de l'*Anatomie générale*; mais elles ne commencèrent à y vivre que quand Walther les eût animées en quelque sorte de l'esprit de la philosophie qui régnait alors dans les contrées d'Outre-Rhin. » Elles servirent de base aux recherches qui furent entreprises de tous côtés.

On s'aperçut bientôt que parmi les vingt et un tissus élémentaires qu'avait décrits Bichat, il n'y en avait que fort peu qui soient simples et homogènes. On reconnut aussi que nombre d'entre eux, tels que les artères, les veines, les lymphatiques, les séreuses, les muqueuses, étaient formés de parties douées d'une structure différentes et de propriétés vitales également différente. Enfin, si des tissus de même nature se trouvaient répartis dans deux ou trois classes distinctes, d'autres, tels que le cristallin, la cornée, les ligaments jaunes, ne figuraient pas dans la nomenclature. Richerand ajouta à la liste le tissu érectile; Cloquet, le tissu élastique.

Peu à peu la classification de Bichat se trouva démembrée, et la tendance commune fut de la simplifier. C'est ainsi que Meckel chercha à diviser les tissus en généraux et simples; Rudolphi, R. Wagner, en simples et composés; E. H. Weber, en simples, complexes et composés. Mais toutes ces tentatives demeurèrent infructueuses, car ce n'étaient ni les apparences extérieures, ni les réactions chimiques, ni même les fonctions physiologiques, qui pouvaient permettre d'établir une classification précise des tissus. Celle-ci ne devait être possible que si elle était basée sur la connaissance des parties constituantes de chacun de ces tissus, de ce que nous appelons aujourd'hui *les éléments anatomiques*. Le microscope seul était capable de distinguer ces parties constituantes, de suivre leurs transformations et de distinguer leurs modes variés d'intrication.

Cherchant à résoudre, à l'aide du microscope, les tissus animaux en leurs éléments constituants, Treviranus (1816) y distingue une matière homogène ou amorphe, des cylindres ou fibres, des globules; il leur donne le nom de parties élémentaires.

Krauss, Lauth, Jordan recherchent ces éléments dans le tissu conjonctif dont Bichat a démontré la grande abondance dans l'organisme.

Raspail[1] étudie la constitution et le mode de formation des molécules ou atomes organiques. Pour lui, chaque molécule se compose d'une enveloppe vésiculaire perméable à certains gaz et à certains liquides, susceptible de se développer et de croître et d'un liquide qui continue à s'organiser dans son sein. La vésicule est un organe doué de la faculté de se reproduire à l'infini et adaptant à son type le liquide qui la remplit et qui l'anime.

Dutrochet[2], étudiant parallèlement la structure des tissus animaux et des tissus végétaux, admet une homologie complète entre leurs éléments formateurs. Les éléments qui composent par leur agglomération la plupart des organes des animaux sont, pour lui, de petites vésicules membraneuses contenant un liquide.

En 1831, Robert Brown découvre le noyau dans les cellules épidermiques des asclépiadées et des orchidées. A vrai dire, ce corps avait déjà été aperçu par d'autres observateurs : Leeuwenhoek l'avait vu et représenté dans les globules sanguins de la grenouille, Fontana (1781) dans les cellules épithéliales de l'anguille, Carolina (1787) dans les œufs des poissons.

Grâce aux travaux des botanistes, grâce surtout à ceux de Schleiden, la connaissance des tissus végétaux est bientôt assez avancée. Ils sont formés par des cellules plus ou moins modifiées. Chaque cellule possède trois parties fondamentales, une membrane, un contenu ou corps cellulaire pouvant renfermer un suc cellulaire, et enfin un noyau renfermant souvent un nucléole.

C'est en 1839 que l'anatomiste et physiologiste Th. Schwann applique véritablement aux tissus animaux la théorie que Schleiden avait formulée pour les tissus végétaux. Il reconnaît que l'embryon est d'abord tout entier formé par des cellules semblables; que ces cellules, primitivement sphériques, s'aplatissent, s'allongent, se ramifient, se transforment pour constituer les différents éléments qui entrent dans la constitution des tissus de l'animal adulte. Dans un court mémoire, « *Recherches sur l'analogie de structure entre les animaux et les plantes* », il fonde la *théorie cellulaire* qui devait être si féconde en déductions scientifiques et philosophiques.

Avec la théorie cellulaire commence une seconde étape dans l'évolution de nos connaissances; avec elle naît aussi l'*histologie* proprement dite. Une véritable révolution s'est faite dans le domaine des sciences biologiques; mais elle n'a été possible que grâce aux conceptions géniales de Bichat qui a ouvert et montré la route à suivre. Si ses œuvres imprimèrent aux recherches une profonde et puissante impulsion elles témoignent aussi de sa grande supériorité sur les biologistes de son temps et sur tous les penseurs qui, depuis Aristote, avaient fait porter leurs efforts vers la solution de ces importants problèmes de structure et de fonction.

19 Juillet 1902.



1. Pinel. — « Nosographie philosophique », 6e édition, Paris, 1818. Introduction, p. 17. La première édition parut en 1798.

2. Mathias-Duval. — « Préface du Manuel d'anatomie microscopique de P. E. Launois », 1901, p. xi.

3. Henle. — Histoire de l'histologie *in* « Traité d'anatomie générale traduit par Jourdan », 1843, T. I, p. 121.

1. Raspail. — Nouveau système de chimie organique. Paris 1838.

2. Dutrochet. — Mémoires pour servir à l'histoire anatomique des végétaux et des animaux.

CONGRÈS AMERICAIN

DES SCIENCES MÉDICALES

Le Congrès annuel de l'Association médicale américaine ouvert à Saratoga-Spring le mardi 10 Juin 1902, sous la présidence du Dr John A. Wyette, s'est terminé le 13 Juin; dès le début de ses réunions, le Congrès, après avoir étudié un certain nombre de questions d'ordre purement privé, s'est divisé en huit sections sous la présidence des Drs Frank, A. Jones de Forest-Vrillars, Arthur O. Reynolds, Richard, Dewey, Frank, B. Wynn, Georges Butler H. M. Mac Clanaham, J. W. Cokenower

La **Section d'hygiène** a eu d'abord à traiter de questions locales dont l'analyse ne saurait nous retenir; signalons pourtant le rapport du Dr H. O. Marcy sur les résultats obtenus par le drainage de la vallée de Mexico et la communication du même auteur sur la question de la fabrication du sérum antitoxique par les particuliers; mais il importe d'attirer tout particulièrement l'attention sur la communication du Dr *S. A. Knopff* sur les résultats de *la lutte antituberculeuse aux États-Unis*. A la suite d'une enquête, il a pu établir que la déclaration de la tuberculose était devenue obligatoire dans 3 États et 4 villes; qu'elle était facultative dans 4 États et dans 5 villes; la question est en discussion encore dans un État; 2 États ont adopté des lois coercitives pour la question des crachats, 5 États et 13 villes ont établi des règlements locaux sur ce point; 22 États ont organisé par des circulaires et des inspections méthodiques la lutte contre la tuberculose; dans 5 États il existe des prisons spéciales pour les condamnés tuberculeux; dans un État, une colonie pénitentiaire agricole pour tuberculeux; 3 villes ont établi des sanatorium pour tuberculeux indigents, mais New-York seul a un dispensaire spécial; 11 États entretiennent 41 asiles pour malades payants ou indigents, 5 ont organisé des sociétés pour la prophylaxie de la tuberculose, 20 États et 12 villes possèdent des lois contre la tuberculose bovine, mais 20 états n'ont pris aucune mesure contre la tuberculose humaine ou animale, tandis que par contre 10 États ont commencé la construction de sanatorium publics.

A côté de la communication de Knopff sont venus se grouper quelques rapports sur les résultats obtenus dans les divers sanatoriums des États-Unis; à Fort-Bayard sous la direction du Dr D. H. Appel, à Fort-Stanton sous la direction du Dr P. M. Parrington.

L'étude de l'identité entre le bacille de la tuberculose bovine et celui de la tuberculose humaine a amené un rapport du Dr Salmon, directeur de l'Agriculture pour Washington; ses recherches poursuivies au cours de l'année dernière le conduisent à affirmer que le bacille tuberculeux humain est susceptible de produire la tuberculose et d'entraîner la mort chez les bovidés; réciproquement suivant le Dr Salmon, et contrairement à l'opinion de Koch, le bacille des bovidés est capable de provoquer la tuberculose chez l'homme. A la suite d'une communication analogue sur l'ensemble des travaux expérimentaux entrepris sur la question (Revue générale de M. Dinwiddie) le Congrès, sur la demande du Dr Knopff, a voté la résolution suivante : « Le gouvernement des États-Unis réunira une commission destinée à l'étude de la tuberculose et en particulier à l'étude des moyens de prévenir la diffusion de la maladie dans l'espèce animale et chez l'homme. »

En dehors de ces questions d'hygiène la tuberculose a fait l'objet de plusieurs communications. La tuberculose du myocarde est étudiée en une revue de J. M. Anders qui classe à nouveau les cas rassemblés dans les diverses publications anatomiques. La péritonite tuberculeuse a été particulièrement envisagée au point de vue des interventions opératoires. Le Dr Miles F. Porter avait insisté à propos d'un cas personnel sur l'hypothèse de l'action curative de la lumière au cours de la laparotomie, et suggéré même l'emploi des rayons de Finsen ou des rayons X comme méthode curative. Le Dr Rotch, de Boston, publie une statistique portant sur les formes de la péritonite tuberculeuse sur l'enfant; à ses yeux les cas qui sont surtout susceptibles d'être améliorés par la laparotomie sont les cas de granulie péritonéale avec ascite abondante; les autres cas ne comportent pas l'intervention.

Dans sa communication le Dr *Crozier Griffith* a insisté sur le polymorphisme que peut présenter la *méningite cérébro-spinale*; au cours d'une même épidémie, dans une première famille, il observa deux enfants dont l'un guérit rapidement, mais conserva une surdité complète d'origine centrale, tandis que l'autre mourut après une méningite cérébro-spinale prolongée; dans une deuxième famille trois cas se produisent : un enfant en bas âge meurt avec des convulsions au bout de vingt-quatre heures, un deuxième enfant présente une méningite subaiguë à rechutes, un troisième, enfin, a une forme ambulatoire de méningite cérébro-spinale caractérisée surtout par la raideur de la nuque; dans une troisième épidémie l'auteur a observé dans un même groupement familial des cas de pneumonie et des cas de méningite alternant tour à tour. A propos de cette communication le Dr Abt, de Chicago appelle l'attention sur l'augmentation du nombre des cas de surdimutité à la suite des épidémies de méningite cérébro-spinale. Le Dr Rotch présente une série de remarques sur les difficultés du diagnostic; il a observé des cas où les symptômes cérébro-spinaux étaient des plus atténués il a vu des malades qui ne présentaient aucune rigidité musculaire; la ponction lombaire est l'élément principal du diagnosic, mais elle ne possède toute sa valeur que si elle est faite dès les premiers jours de la maladie; il n'est pas rare de voir coïncider la fièvre typhoïde et la méningite cérébro-spinale; il ne faut donc pas s'en tenir au séro-diagnostic de Widal pour porter un diagnostic définitif lorsqu'il existe d'autre part des symptômes cérébraux. Le Dr Rotch remarque la gravité du diagnostic dans les formes subaiguës et il a le plus souvent vu se produire des troubles mentaux graves comme conséquence des méningites prolongées.

.˙.

La **Section de chirurgie**, au cours de sa discussion, a abordé deux questions principales; l'une, traitée par le président même de la section, le Dr *Forest-Villars*, se rapporte à la chirurgie pulmonaire; l'autre, par le Dr *Harry M. Sherman*, est la question de la suture des plaies du cœur.

Le Dr Forest-Villars, dans son discours d'ouverture, étudie l'*intervention chirurgicale dans les cas de tuberculose pulmonaire*, il conclut ainsi à la suite d'une étude où la technique opératoire est étudiée avec le plus grand soin : la pneumotomie est une opération praticable même dans les cas de cavernes du sommet, et elle peut rendre des services au début de la période des cavernes, mais il est des plus difficile de la faire accepter des malades; dans les cas avancés, lorsque l'infection streptococcique est venue se joindre à l'infection tuberculeuse et lorsque les cavernes pulmonaires sont multiples, l'opération ne peut plus être curative, c'est un procédé palliatif contre la toux, les hémoptysies et l'infection; dans les cas de caverne des lobes inférieurs, qu'elles succèdent ou non à une pneumonie, qu'elles soient tuberculeuses ou non, l'incision et le drainage doivent toujours être pratiqués; la pneumomectomie dans l'état actuel de la chirurgie n'est pas applicable à la tuberculose; lorsque, ajoute l'auteur, les techniques opératoires seront insuffisamment perfectionnées, il faudra pratiquer l'ablation des foyers tuberculeux pulmonaires comme on supprime actuellement les foyers tuberculeux articulaires.

Le premier progrès à accomplir est de fixer une méthode définitive pour produire les adhérences pleurales au niveau du foyer sur lequel on doit intervenir.

La discussion a amené une série de réponses parmi lesquelles nous détacherons celles du Dr Witacre qui croit à l'inutilité du drainage externe des cavernes, à l'impossibilité d'obtenir l'oblitération des cavités pulmonaires, aux avantages que le traitement médical possède sur le traitement chirurgical; c'est sur ce terrain, et particulièrement sur la question de l'importance des adhérences pleurales, que la discussion s'est poursuivie, avec l'intervention des Drs Mayo, Gibbons et Oliver.

A côté de cette question, il convient de placer la communication du Dr Floyd W. Mackay sur l'intervention dans les abcès pulmonaires consécutifs à la pneumonie lobaire. A propos de deux cas qui lui sont personnels, il étudie 73 cas rapportés dans la littérature médicale; les indications au traitement, le procédé opératoire sont étudiés avec le plus grand soin.

La suture des plaies du cœur a fait l'objet d'une étude d'ensemble du Dr Harry M. Sherman, de San Francisco. Dans cette revue générale, l'analyse de tous les cas publiés est faite avec un soin extrême; l'auteur y joint la relation d'une étude expérimentale personnelle; la méthode pour maintenir le cœur, le mode de suture ont été étudiés sur le chien; le manuel opératoire par rapport à la plèvre, le drainage sont examinés tour à tour; pourtant l'étude expérimentale se termine par quelques conclusions peu encourageantes : l'auteur ne croit pas que les interventions sur le cœur soient aisées ou même possibles chez l'homme avec les techniques actuelles; il croit qu'il faudra modifier les procédés de suture et de drainage, et, quant à son étude expérimentale, il la termine en remarquant que presque jamais il n'obtint la longue survie qui lui était nécessaire, que presque toujours il eut, quelque précaution qu'il prît, des accidents d'infection; mais néanmoins, dans les quelques cas où l'animal survécut assez longtemps, la plaie se cicatrisa et aucune hémorragie n'entraîna jamais la mort.

.˙.

Les questions de **Pathologie générale** ont été l'objet de plusieurs communications. *L'étiologie des néphrites chroniques, la classification des néphrites* ont été reprises dans deux rapports, l'un du Dr *Eliott*, de Chicago, l'autre du Dr *James B. Herriot* Le premier de ces auteurs insiste particulièrement sur le rôle des auto-intoxications dans la production des lésions rénales; dans le deuxième rapport, l'effort principal porte sur la distinction des néphrites interstitielles, parenchymateuses ou mixtes, sur les rapports de l'artério-sclérose et de la néphrite chronique. Dans une étude sur le diagnostic de la néphrite chronique, le Dr O.-J. Kelly étudie les diverses albuminuries, il insiste sur l'importance des éléments figurés, tels que les cylindres, sur l'importance des albuminuries dites fonctionnelles, sur la fréquence des néphrites qui ne s'annoncent d'abord que par une albuminurie intermittente; les véritables indices de la néphrite chronique sont constitués à ses yeux par l'apparition des troubles cardio-vasculaires, élévation de la pression sanguine, hypertrophie du cœur gauche, etc. Le Dr Vaugers-Bishop insiste comme symptôme prémonitoire de la néphrite chronique sur le spasme des vaisseaux périphériques, en particulier au niveau de l'encéphale, étourdissements, troubles moteurs légers, aphasie transitoire. La communication de M. David Riesman vient compléter celle-ci; il étudie l'aphasie urémique et tire de son étude clinique les conclusions suivantes : l'aphasie peut se présenter dans l'urémie comme seul symptôme, elle s'associe fréquemment à une hémiplégie droite; elle peut précéder les convulsions urémiques ou le coma; l'aphasie urémique est habituellement du type moteur; mais elle peut être du type sensoriel avec cécité ou surdité verbale, elle peut être associée avec l'agraphie sans qu'il existe de troubles de la motilité; l'aphasie urémique est fréquente chez les enfants, particulièrement dans la néphrite scarlatineuse; elle est généralement transitoire et disparaît complètement, mais est sujette à récidive; lorsqu'il existe une aphasie avec hémiplégie, c'est l'aphasie en général qui disparaît la première.

.˙.

Dans la **Section de physiologie et de pathologie**, le Dr *Crofton* a essayé de préciser les méthodes que l'on pouvait employer pour distinguer les *tumeurs d'origine surrénale d'avec celles d'origine rénale*; suivant lui, l'extrait frais de capsule surrénale possède l'action suivante : injecté chez le chien et le lapin, il provoque la glycosurie, il possède le pouvoir de transformer l'amidon en glucose, mais perd cette propriété par l'ébullition; l'auteur a donc recherché s'il trouvait ces mêmes propriétés dans l'extrait de tumeurs surrénales. A la suite de cette étude, M. Crofton a cru pouvoir conclure que les tumeurs de la surrénale possédaient les mêmes réactions que la glande elle-même.

Le Dr *H. Stern* a étudié les *Rapports entre la glycosurie et la maladie de Basedow*; la glycosurie, dit-il, peut se présenter sous forme de glycosurie alimentaire, sous forme de glycosurie spontanée transitoire, ou sous forme de diabète véritable. Sur 10 cas de maladies de Basedow, la glycosurie alimentaire se présente une fois; l'auteur a également observé des cas de glycosurie transitoire, et il a recueilli, tant dans la pratique que dans la littérature, 24 cas d'association entre le diabète et la maladie de Basedow; toutes les modalités se sont présentées; le diabète a précédé, accompagné ou suivi l'apparition de la maladie; il n'a jamais été modifié par la médication thyroïdienne.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

11 Juillet 1902.

Utérus fibromateux et kystique. — *M. Delaunay* présente un cas de cavité kystique, à paroi lisse, à contenu liquide sous tension, observée dans la paroi postérieure d'un utérus fibromateux au cours d'une opération.

M. Poncet a eu l'occasion de faire une constatation analogue; il s'agissait d'une sorte d'hygroma interfibromateux.

M. Cornil dit qu'il est indispensable de faire des coupes de la paroi pour se prononcer.

Tumeur libre dans le bassin. — *M. Delaunay* apporte une tumeur qui a la structure d'un myome et qui se trouvait dans le bassin, adhérente aux organes voisins et à la fosse iliaque droite, mais sans connexion avec l'appareil génital. Il s'agit sans doute d'une tumeur à pédicule tordu et séparée depuis quatre ans de l'organe auquel elle était primitivement rattachée.

Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. — *M. Lance* communique un cas d'étranglement de presque toute la masse de l'intestin grêle par un long diverticule de Meckel enroulé autour d'elle, et adhérent au mésentère par son extrémité.

Fibrome à pédicule tordu. — *MM. Wiart et Daré* présentent un fibrome de la trompe gauche, à pédicule tordu; à la surface de la tumeur on voit de petits kystes.

M. Cornil a étudié une pièce analogue; les kystes étaient formés par une dégénérescence du tissu musculaire.

Lésions du système nerveux central dans l'état de mal épileptique. — *M. L. Marchand* présente des préparations provenant de cinq sujets morts en état de mal. Ces sujets ne présentaient aucun affaiblissement intellectuel. Les principales lésions sont les suivantes: méninges fortement congestionnées, cellules pyramidales en état de chromatolyse, disposition des prolongements protoplasmiques. La névroglie et les fibres à myéline paraissent normales. Dans certains cas, on trouve, en outre, une légère diapédèse et un envahissement des cellules pyramidales par des globules blancs. Dans certaines coupes, on trouve des extravasions sanguines avec disparition partielle des éléments nerveux.

Dans le cervelet, le bulbe et la moelle, on note, outre une congestion intense, une altération très avancée des cellules nerveuses.

Monoplégie crurale et épilepsie généralisée provoquées par un kyste du lobule paracentral. — *MM. L. Marchand et Ch. Leuridan* rapportent l'histoire d'une jeune fille qui présente des attaques d'épilepsie à quatorze ans et meurt en état de mal à vingt et un ans. Les mouvements convulsifs débutaient par la jambe droite pour se généraliser ensuite. Dans l'intervalle des accès, parésie du membre inférieur droit. Quelque temps avant la mort, la malade présenta de la contraction faciale à droite. A l'autopsie, kyste du lobule paracentral gauche. Ce cas montre que les troubles moteurs déterminés par une tumeur cérébrale peuvent être des symptômes trompeurs; la contraction faciale de la malade laissait supposer une lésion plus étendue de la région motrice. Il prouve encore que l'épilepsie généralisée peut être provoquée par une lésion relativement petite d'un hémisphère.

Envahissement de troncs nerveux dans le cancer. — *M. Monsseaux* montre des préparations d'un cancer de la base du crâne, secondaire à un cancer du sein, et atteignant de nombreux troncs nerveux. Dans le facial et le spinal, les éléments cancéreux ont envahi le tissu conjonctif interfasciculaire, la gaine lamelleuse, le tissu intrafasciculaire; ils semblent même avoir pénétré dans l'intérieur de la gaine de Schwann. Les gaines de myéline sont très altérées, la plupart des cylindraxes ont disparu. Au-dessous, on note de la dégénérescence wallérienne.

Dans le ganglion géniculé, on note une hyperplasie conjonctive; quelques cellules néoplasiques ont pénétré dans son intérieur, mais respectent les cellules nerveuses.

Epithéliome branchial intra-parotidien. — *MM. Fredet et Chevassu* pensent que la grande majorité des cancers de la parotide sont des épithéliomas branchiaux intra-parotidiens. Ils apportent, à l'appui de leur opinion, un cancer de la parotide enlevé chirurgicalement. La tumeur est entourée par la parotide en haut, en avant et en dedans, et lui est intimement unie. Il s'agit, à la coupe, d'un épithélioma pavimenteux lobulé corné. L'étude des zones de transition montre, non pas une transformation de l'épithélium glandulaire parotidien en épithélioma pavimenteux corné, transformation inadmissible, d'ailleurs, *a priori*, mais une dissociation des acini parotidiens par la tumeur envahissante.

Cancer primitif du corps thyroïde. — *M. Monsseaux* apporte un cancer thyroïdien développé chez une malade atteinte d'un goitre ancien, et qui amena la mort par asphyxie. La trachée est complètement aplatie. Les coupes montrent un carcinome alvéolaire ayant envahi la totalité du corps thyroïde, et nulle part on ne peut retrouver de vésicules saines. Pas de généralisation dans les autres organes.

M. Poncet a observé un grand nombre de goitres cancéreux. Le cancer thyroïdien ne se développe, en général, que sur des corps thyroïdes préalablement goitreux. La mort par cancer thyroïdien est fréquente dans les pays à goitre. Bien qu'étudié depuis peu, le cancer thyroïdien est, en réalité, des plus communs.

M. Cornil fait remarquer qu'ici l'épithéliome est intra-alvéolaire. Or, il a publié un cas d'épithéliome à cellules cylindriques développé dans les petits alvéoles.

Hématome rétro-péritonéal. — *MM. Mauclaire et Desarnaux* présentent un cas d'hématome rétropéritonéal qui formait une tumeur kystique dans la région sus-ombilicale. A l'opération, on trouva un épanchement sanguin dans l'arrière-cavité des épiploons, repoussant en avant le grand épiploon. On a fait un drainage de la cavité, après effondrement de l'épiploon gastro-colique, mais il est difficile de se rendre compte du point de départ de la lésion.

Anomalie du cœur. — *M. Bourlot* montre un cœur de nouveau-né mort au bout de trois jours avec cyanose. L'organe est hypertrophié; l'orifice de l'artère pulmonaire manque; le trou de Botal persiste, de même que le canal artériel et la communication interventriculaire.

Ostéosarcome. — *M. Capette* présente un ostéosarcome de la tête du péroné, ayant intéressé le nerf tibio-péronier et s'étant accompagné de douleurs intolérables.

Kyste hydatique du péritoine. — *M. Capette* apporte un kyste hydatique du péritoine à pédicule tordu. La réaction péritonéale avait simulé la péritonite.

Amputation inter-scapulo-thoracique. — *M. Morestin* a pratiqué l'amputation du bras au niveau de l'espace inter-scapulo-thoracique pour des lésions récidivantes et étendues de l'humérus.

Hématome pulsatile à la suite de plaie du crâne par balle. — *M. Morestin* montre des balles extraites de la région temporale d'un malade qui ne présentait aucun signe de lésion des centres nerveux, mais offrait une voussure pulsatile de la région blessée, sans souffle.

L'intervention chirurgicale permit de trouver d'abord deux balles au milieu d'un hématome, puis une troisième à cheval sur le crâne, avec perforation. La trépanation montra alors une poche sus-duremérienne, et permit de conclure à un hématome en bissac.

Elections. — Au cours de la séance, MM. Alexandre, Bender, Armand-Delisle et François Dainville ont été nommés membres adjoints de la Société anatomique.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

11 Juillet 1902.

Déformation hippocratique des extrémités digitales avec prédominance à droite. — *M. Béclère* présente un malade atteint d'une déformation hippocratique des extrémités digitales avec prédominance à droite; la radioscopie démontre l'existence d'une ectasie notable de la crosse aortique et du tronc brachio-céphalique artériel qui comprime le tronc veineux brachio-céphalique droit; ce trouble apporté à la circulation veineuse paraît être la cause des déformations digitales.

Angine pré-péladique; éruption de la dent de sagesse inférieure gauche; syndrome néo-dentaire gauche et pelade péri-auriculaire gauche. — *M. L. Jacquet.* J'ai prouvé par une série de faits que, dans certaines conditions, l'éruption dentaire, et en particulier celle de la dent de sagesse, provoque un ensemble réactionnel sensitif, vaso-moteur, thermique, trophique, dont la pelade est un des éléments. C'est ce que j'ai nommé syndrome néo-dentaire. L'identité morphologique et évolutive est parfois telle, dans les cas de ce genre, que, chez le jeune homme que je vous présente, au seul aperçu de sa pelade j'ai annoncé à mes élèves que l'une des dents de sagesse évoluait de ce côté et que nous allions trouver, plus ou moins au complet, le syndrome néo-dentaire.

En effet, vous pourrez constater chez ce malade:

1° Une énorme zone péladique péri-auriculaire et nuchale gauche;

2° Une très nette hyperthermie faciale gauche;

3° Une névralgie faciale latente gauche et une hyperesthésie névro-musculaire systématisée à tout le côté gauche;

4° L'éruption de la troisième molaire inférieure gauche, dont une cuspide a perforé la gencive, et dont la pression est fort douloureuse.

La première manifestation du syndrome a été une angine fébrile, avec douleur de déglutition à gauche, comme le malade nous l'a déclaré de lui-même.

Je peux maintenant affirmer que l'angine néo-dentaire est fréquente; que son substratum initial et essentiel est un trouble fonctionnel ou une lésion du plan musculeux du pharynx, et que consécutivement peut survenir la rougeur de la muqueuse avec ou sans accidents infectieux secondaires.

Les angines diphtériques malignes en 1901 et 1902. — *M. Marfan.* L'épidémie de diphtérie qui sévit à Paris depuis la fin de 1900 a été remarquable par la fréquence des formes malignes de l'angine et les caractères particuliers qu'ont revêtus ces formes. Cependant, grâce au sérum, la mortalité n'a que très faiblement augmenté.

Les caractères de ces angines malignes ont été les suivants: à l'entrée du malade, on constate sur la gorge des fausses membranes étendues, confluentes, épaisses, grisâtres ou brunâtres, parfois fétides, avec tuméfaction et rougeur des parties sous-jacentes et périphériques; du coryza avec jetage et hémorragie; une adénopathie considérable avec œdème périganglionnaire; une température peu élevée, parfois normale; un pouls faible; une dépression nerveuse profonde; le refus de manger et de boire; une pâleur livide; une albuminurie presque constante, mais très variable dans son degré. Au lieu que, dans les formes communes, le sérum a une action curatrice qui s'exerce rapidement et avec une précision quasi mathématique, dans ces formes malignes ce remède agit lentement, n'empêche pas toujours les accidents mortels de se produire; ceux-ci surviennent souvent tardivement, et alors qu'on pourrait croire la partie gagnée.

C'est cette évolution lente qui a été la plus frappante et la plus spéciale. En effet, si l'on excepte la forme avec extension aux voies respiratoires et la forme hémorragique avec ecchymoses, qui, malgré le sérum à haute dose, tuent le plus souvent dès les premiers jours, et qui sont, d'ailleurs, assez rares, la marche ordinaire de ces angines diphtériques malignes a été celle-ci: sous l'influence du sérum, même à doses élevées, la gorge se déterge lentement; elle apparaît souvent ulcérée et saignante au moment de la chute des fausses membranes. Cependant, dans le plus grand nombre des cas, du quatrième au sixième jour, le pharynx est à peu près nettoyé et l'adénopathie a beaucoup diminué. Alors à la phase angineuse succède une phase cachectisante, caractérisée par une série de symptômes qui se suivent dans un ordre régulier et dont l'enchaînement est tout à fait remarquable: 1° pâleur livide, apathie, immobilité, pouls faible, souvent paralysie du voile du palais; 2° augmentation de la matité hépatique; 3° augmentation de la matité transversale du cœur, pouls impossible à compter; 4° vomissements annonçant l'imminence de la mort, laquelle survient par syncope, ou avec de l'angoisse, de l'agitation, de la cyanose. Cependant, la mort est loin d'être fatale; la guérison survient dans la moitié des cas; on peut l'espérer tant que le cœur n'est pas nettement dilaté, surtout tant qu'il n'y a pas une augmentation notable de la matité hépatique. Elle se produit, en général, aux environs du dixième jour; dans un cas elle est survenue le trentième jour. Toute cette seconde phase se déroule à peu près sans fièvre.

Les lésions constatées à l'autopsie sont toujours les mêmes; elles sont seulement plus accusées dans les formes prolongées que dans les formes rapides, où le temps fait défaut pour qu'elles puissent atteindre un haut degré. Les plus constantes sont la myocardite, surtout accusée à la pointe, l'endocardite apexienne et les thromboses cardiaques dans le cœur droit ou le cœur gauche, également à prédominance apexienne, pouvant déterminer des embolies cérébrales, spléniques, mésentériques, pulmonaires; les altérations du foie, qui est gros, parsemé de larges taches blanches; la néphrite dégénérative ou hyperémique; la congestion du poumon et de la pie-mère, de l'encéphale et du bulbe.

Dans tous ces cas, on trouve dans la gorge et dans le sang un diplocoque spécial, étudié par MM. Deguy et Legros. C'est un microbe très virulent, qui semble bien distinct des streptocoques communs; il est voi-

sin de certains diplo-streptocoques décrits dans la scarlatine par divers auteurs; mais il s'en distingue par quelques caractères (mobilité, défaut d'action sur le lait, affinité pour les globules rouges).

Il est donc très probable que les formes malignes de l'angine diphtérique observées dans l'épidémie actuelle sont dues à une association microbienne présentant quelques caractères particuliers, et que les accidents que nous avons décrits sont, pour une part au moins, liés à une septicémie diplococcique métadiphtérique, remarquable par l'apyrexie, l'hémolyse, les formations de thromboses cardiaques, les dégénérescences viscérales. On s'explique ainsi l'action incomplète du sérum dans ces formes malignes. Cependant, il faut le dire bien haut, ces accidents tardifs sont d'autant plus fréquents que le sérum a été employé plus tardivement. Lorsqu'on traite une diphtérie par le sérum, il ne faut donc pas se préoccuper seulement de la dose et de la répétition des injections; l'élément de succès peut-être le plus important est la date de la première injection.

Intoxication saturnine par grattage des moules à glace artificielle. — *MM. Louis Rénon et E. Géraudel.* Nous avons observé chez un ouvrier employé au nettoyage par grattage de la surface externe des moules ou « cellules » servant à la fabrication de la glace artificielle une intoxication saturnine typique, caractérisée par une colique de plomb et le liseré de Burton. Les accidents débutèrent douze jours après le commencement du travail, qui dégageait une grande quantité de poussières; sur huit camarades de notre malade, employés au même ouvrage, sept furent atteints de la même façon et dans le même temps.

M. Géry fut chargé de faire une analyse très soigneuse des poussières dégagées par ce grattage, poussières se réunissant sous forme d'une poudre brune et lourde. On constata la présence unique du plomb et du fer dans la constitution de ces poussières.

Il y a dans ce travail une cause grave et rapide d'intoxication saturnine sur laquelle nous croyons devoir attirer l'attention.

Les pleurésies biliaires. — *MM. A. Gilbert et P. Lereboullet* apportent une nouvelle contribution à l'étude de ces pleurésies, dont ils ont déjà publié plusieurs observations en Novembre dernier. Ils montrent qu'elles constituent un groupe important de pleurésies non tuberculeuses et s'observent avec une relative fréquence dans la plupart des infections biliaires aiguës et chroniques.

On les rencontre notamment dans les angiocholécystites aiguës catarrhales, et les auteurs en publient une observation où la pleurésie séreuse survint au cours même d'un ictère catarrhal, et deux autres où elle apparut alors que l'ictère semblait guéri. On peut donc décrire des *pleurésies para-ictériques* et des *pleurésies méta-ictériques*; la notion étiologique, le siège fréquent à droite, le caractère bilieux de l'épanchement, les résultats négatifs de l'inoculation au cobaye permettent de les différencier assez facilement des pleurésies tuberculeuses.

On peut également observer des pleurésies, avec ou sans effraction du diaphragme, au cours des angiocholécystites aiguës suppuratives; elles sont alors le plus souvent suppurées, et leur gravité s'explique par la gravité de l'infection biliaire causale.

Enfin les angiocholites chroniques elles-mêmes peuvent s'accompagner de pleurésie; c'est ainsi que MM. Gilbert et P. Lereboullet ont noté l'existence de pleurésie sèche dans certains cas de cholémie familiale, d'ictère splénomégalique, de cirrhose biliaire. Dans l'angiocholécystite lithogène, la pleurésie peut également survenir, mais si la pleurésie apparaissant au cours de la colique hépatique peut être de même nature que l'infection biliaire causale, elle peut aussi être tuberculeuse et avoir simplement été provoquée par la colique hépatique, comme dans un cas rapporté par MM. Gilbert et Lereboullet.

Ces pleurésies, de gravité différente suivant l'infection biliaire causale, semblent résulter non d'une propagation par voie sanguine, mais plutôt d'une propagation plus directe à travers les voies lymphatiques du diaphragme, ainsi que l'ont montré, dès leur première communication, MM. Gilbert et P. Lereboullet. Il convient, quelle que soit leur pathogénie, de faire une place importante à ces pleurésies parmi les complications à distance des infections biliaires aiguës ou chroniques.

Infections secondaires au cours des méningites cérébro-spinales. — *M. Sacquépée.* Dans les méningites cérébro-spinales à méningocoques, le liquide céphalo-rachidien renferme généralement, pendant les premiers jours, le méningocoque à l'état de pureté. Ultérieurement peuvent intervenir différents microbes d'infection secondaire, en particulier le bacterium coli et un staphylo-bacille prenant le gram. En pareil cas, l'évolution clinique comprend deux périodes distinctes : réaction méningée brutale durant quelques jours, suivie d'une profonde accalmie; reprise des accidents méningés persistants, accompagnés d'intoxication générale. La première phase peut être dite méningococcique; la seconde, phase d'infection secondaire.

M. Simonin. Les observations de M. Sacquépée confirment les considérations que j'ai eu l'honneur de présenter l'année dernière sur le même sujet.

La méningite cérébro-spinale, quel que soit l'agent microbien initial qui la provoque, peut se compliquer, d'une façon plus ou moins précoce, de l'intervention d'un ou de plusieurs microbes associés ou secondaires. Il semble même que ce soit le cas le plus fréquent dans les formes dites prolongées ou à rechutes; les cas foudroyants ou frustes relèveraient plutôt d'un agent d'infection unique à virulence variable.

La ponction lombaire répétée permet de vérifier ces faits qui sont l'application d'une loi commune à toutes les maladies infectieuses. Celles-ci doivent le plus souvent leur durée ou leur gravité clinique à l'entrée en scène de germes qui sont les hôtes habituels des premières voies, ou du tractus intestinal.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

12 Juillet 1902.

Toxicité intra-cérébrale, pour le cobaye tuberculeux, du liquide céphalo-rachidien, dans la méningite tuberculeuse. — *M. P. Armand-Delille.* J'ai injecté à des cobayes tuberculeux et sains, par la méthode intra-cérébrale de Roux et Borrel, une quantité constante (1/2 centimètre cube) de liquide céphalo-rachidien centrifugé et aseptique, provenant de différents cas de méningite tuberculeuse. Dans 4 cas sur 6, j'ai obtenu la mort du cobaye en moins de dix-huit heures, tandis que les cobayes neufs ont survécu une ou plusieurs semaines.

Je pense donc qu'il existe dans ces cas des toxines tuberculineuses dans le liquide céphalo-rachidien.

Du mode d'action sur les méninges des poisons locaux du bacille tuberculeux. — *M. P. Armand-Delille.* J'ai contrôlé les expériences faites avec l'éthéro- et le chloroformo-bacilline, par l'injection intra-arachnoïdienne de substances séreuses du bacille tuberculeux, séparées par le xylol et dissoutes dans la graisse humaine. J'ai obtenu une méningite plastique à nodules fibro-caséeux caractéristiques.

Les substances cireuses du bacille tuberculeux sont donc bien la cause de la réaction anatomique qui caractérise le tubercule.

Développement des papilles gustatives chez le fœtus humain. — *M. L. Marchand.* Chez l'embryon de six semaines, l'épithélium lingual et le derme ont encore une surface plane. Seules les papilles caliciformes forment relief. A quatre mois, le derme est pénétré par les vaisseaux et forme des élévations papillaires. L'épithélium commence à jouer son rôle d'aplanissement. Au cinquième mois, certaines cellules de la couche génératrice se différencient pour donner naissance aux bourgeons gustatifs. Les nerfs gustatifs qui commandent la différenciation sont arrivés au contact de l'épithélium. Au septième mois, il existe une distinction très nette entre les cellules de soutien et les cellules gustatives. Celles-ci ont un noyau arrondi, se colorant faiblement; les cellules de soutien ont un noyau allongé, se colorant fortement. Le sillon qui doit entourer les papilles caliciformes se forme par une sorte de clivage. Les cellules d'un bourgeon en voie de formation ne se soudent pas aux cellules du corps de Malpighi; le bourgeon gustatif est un organe spécial évoluant au milieu de l'épithélium lingual. A la naissance, les bourgeons du goût sont prêts à fonctionner.

Sur l'origine embryonnaire, l'évolution et le rôle de la sécrétion chimique du testicule. — *M. Loisel.* La sécrétion chimique qui constitue la sécrétion interne du testicule précède, dans l'autogenèse, la sécrétion morphologique du testicule. Chez l'embryon, cette sécrétion chimique se fait par tous les éléments de la glande présexuelle, surtout par ceux appelés ovules primordiaux. Dans le testicule adulte, elle se fait concurremment dans les cellules germinatives, dans les cellules de Sertoli et dans les cellules interstitielles qui, toutes, dérivent d'une forme embryonnaire commune.

Sur les fonctions du corps de Wolff chez l'embryon. — *M. Loisel.* Comme la glande génitale embryonnaire, le corps de Wolff élabore et accumule des substances graisseuses dans l'intérieur de ses cellules. Il joue donc le rôle d'un organe élaborateur en même temps que celui d'un organe épurateur.

Du caractère de la sécrétion pancréatique provoquée par la « sécrétine ». Note de *MM. H. Stassano et F. Billon.* — Dans une note antérieure, *MM. Stassano et F. Billon* ont signalé que la teneur en ferment digestif du suc pancréatique diminue graduellement au cours de la sécrétion provoquée par les injections d'extrait acide bouilli de muqueuse duodéno-jéjunale. De nouvelles observations et de récentes publications les engagent à revenir sur ce phénomène pour en préciser le caractère.

D'après MM. Stassano et Billon, celui-ci a nettement le caractère de l'épuisement de la réserve en ferment du parenchyme glandulaire par le flux liquide qui traverse le pancréas, se déversant sans cesse des vaisseaux sanguins dans le canal de Wirsung, sous l'action de la « sécrétien ».

Lorsque le pancréas se trouve plus chargé en ferment, comme il arrive au moment de la digestion, cet épuisement devient particulièrement sensible. On peut le suivre en essayant le pouvoir digestif des différents échantillons de suc prélevés successivement pendant sept ou huit heures, soit en les faisant agir sur l'albumine coagulée sans le concours d' « entérokinase », soit avec le concours favorisant de ce principe du suc entérique.

A. SICARD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

16 Juillet 1902.

A propos du traitement de l'ectopie testiculaire. — *M. Carlier* (de Lille) démontre, avec planche à l'appui, que, chez l'homme, il existe au niveau de la queue de l'épididyme une anastomose à plein canal entre l'artère spermatique et les artères funiculaire et déférentielle et que, par conséquent, on peut sectionner les artères funiculaire et spermatique sans danger de nécrose ou d'atrophie pour le testicule. Cependant, comme cette anastomose manque environ 10 fois sur 100, il ne faut pas s'étonner si dans un certain nombre de cas on observe l'élimination ou l'atrophie précoce de la glande. Il ne faut donc pas hésiter, dans les interventions pour ectopie testiculaire, à sectionner hardiment tous les vaisseaux qui retiennent le testicule, si cela est nécessaire pour obtenir la descente de ce dernier.

M. Mignon répond en quelques mots aux différentes critiques qu'a soulevées sa communication. Il déclare qu'il n'a pas été bien compris de la plupart de ses collègues : il n'a jamais voulu dire qu'il fallait systématiquement couper tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent, pour obtenir la descente du testicule, mais il a seulement voulu prouver que cette opération pouvait être effectuée sans danger dans le cas où il était nécessaire d'y recourir. En fait, les trois testicules qu'il a ainsi abaissés chez ses trois opérés ne sont pas en aussi mauvais état qu'on a bien voulu le dire : ils sont volumineux, assez fermes, et ont conservé leur sensibilité spéciale, ce qui indique bien que leurs nerfs n'ont pas été sectionnés et que le réflexe qui provoque l'érection ne court pas le danger d'être aboli, comme le craignait M. Quénu.

Ces testicules s'atrophieront-ils ultérieurement ? Il est impossible de répondre à cette question. En tout cas, si l'atrophie survenait, M. Mignon ne la considérerait pas comme secondaire à l'intervention, mais plutôt comme le résultat de l'évolution progressive de cette atrophie primitive dont sont entachés, ainsi que l'ont montré MM. Félizet et Branca, tous ou presque tous les testicules ectopiés.

Sur l'emploi des agrafes métalliques en chirurgie abdominale. — *M. Chaput* annonce d'une part que la malade récemment opérée, chez laquelle il avait fait une gastroentérectomie en se servant pour les sutures des agrafes métalliques de Michel, a succombé à une infection péritonéale consécutive à la désunion de ces sutures. Cet accident n'est pas attribuable aux agrafes elles-mêmes, mais aux tiraillements exagérés qu'il avait fallu exercer sur l'estomac et sur l'intestin pour arriver à les rapprocher.

D'autre part, M. Chaput présente la radiographie du bassin d'une femme qu'il a opérée de myomectomie abdominale il y a dix-huit mois et chez laquelle il avait employé 12 agrafes métalliques pour assurer l'hémostase de l'utérus. Cette radiographie montre qu'actuellement il n'existe plus que 4 ou 5 agrafes ; les autres ont dû s'éliminer par l'intestin.

M. Poirier pense qu'il est plus naturel d'admettre que l'élimination s'est faite par le vagin.

M. Quénu ne discute pas la voie par laquelle l'élimination des agrafes s'est faite : c'est cette élimination elle-même qu'il considère comme un vice de la méthode, comme un pas en arrière fait à une époque où, par tous les moyens possibles, on cherche précisément à s'opposer à cette élimination des agents d'hémostase ou de suture abandonnés au sein des tissus.

Calcul de la vessie; cystostomie sus-pubienne; suture; guérson. — *M. Potherat* fait un très court rapport sur cette observation adressée à la Société par *M. Matsoukis* (de Constantinople) et qui n'offre d'ailleurs d'intérêt que par les circonstances au milieu desquelles elle fut effectuée : sans aides et presque sans instruments, et dans les conditions d'asepsie les plus défavorables. Le malade, un jeune homme de vingt-six ans, a parfaitement guéri après avoir présenté toutefois des accidents assez sérieux d'infection du côté de la plaie. Le calcul, formé d'oxalate, avait le volume d'une noix verte.

Contribution au traitement chirurgical de l'appendicite. — *M. Poirier* relate une observation d'appendicite opérée par M. Gilis (de Montpellier) et qui est intéressante par ce fait qu'elle montre à quelles nécessités peut se trouver exposé l'opéré lorsque l'intervention n'a pas été radicale.

Il s'agit d'un homme de vingt ans qui, depuis trois jours, présentait tous les symptômes d'une appendicite. M. Gilis, ayant jugé l'opération immédiate nécessaire, fit la laparotomie, rechercha l'appendice, le trouva en arrière du cæcum, au milieu d'une collection de pus fétide, mais, jugeant ensuite que les manœuvres nécessitées par sa résection pouvaient, par la rupture d'adhérences encore peu solides, amener une infection généralisée de la cavité péritonéale, il ne crut pas prudent de procéder à cette résection et se contenta de drainer l'abcès périappendiculaire. Cette opération fut suivie de la disparition immédiate de tous les symptômes, mais aussi de l'apparition d'une fistule stercorale qui persista pendant trois mois. A cette époque survinrent de nouveau des frissons, de la température, des douleurs et des vomissements, indices d'une nouvelle collection qu'il fallut encore évacuer. Deuxième accalmie, suivie, au bout de deux mois, d'une deuxième récidive ; cette fois, l'abcès s'ouvrit spontanément. Quatre mois après, troisième récidive, encore suivie d'ouverture spontanée de l'abcès. Cette fois, M. Gilis jugea nécessaire de procéder à l'ablation de l'appendicite. L'opération eut lieu un mois après la dernière récidive et fut suivie de l'apparition d'une fistule stercorale. La guérison définitive ne se fit que six mois après. Il s'était écoulé dix-huit mois depuis la première intervention. Cette observation montre, dit M. Poirier, que non seulement il faut opérer l'appendicite dès ses débuts, mais encore qu'il faut en faire l'ablation dès la première intervention. Cette ablation est possible dans l'immense majorité des cas, même lorsqu'il existe un foyer périappendiculaire. En procédant avec quelque prudence, M. Gilis, — ce dernier l'avoue lui-même, — aurait fort probablement pu, dans le cas que nous venons de rapporter, extirper l'appendice sans risquer d'infecter la grande séreuse.

Résultats éloignés de l'extirpation du rectum cancéreux par la voie abdomino-périnéale chez la femme. — *M. Quénu* a pratiqué sept fois cette opération qui lui a donné une mort et six guérisons opératoires : c'est donc une opération relativement bénigne.

Des six malades qui ont guéri, l'une a présenté une récidive presque immédiate; cette malade avait d'ailleurs été opérée en deux temps, par une technique toute différente de celle qu'emploie habituellement M. Quénu.

Sur les cinq autres opérées, deux le sont depuis quatre ans : leur état de santé est superbe, elles ne souffrent nullement, l'anus artificiel fonctionne très bien et il n'y a pas le moindre signe de récidive.

Une femme, opérée il y a trois ans et dix mois, a succombé, il y a six mois, à une hémorragie cérébrale n'ayant aucun rapport avec l'affection primitive. L'autopsie a d'ailleurs démontré l'intégrité absolue du petit bassin et l'absence de toute récidive ganglionnaire ou autre.

Une malade opérée depuis trois ans est toujours en bon état de santé; elle n'a aucun symptôme de récidive; cependant la bouche iliaque ne fonctionne pas toujours très bien et la malade accuse à ce moment quelques douleurs.

La cinquième opérée enfin ne l'est que depuis dix-huit mois ; examinée récemment, elle n'offre pas de signes de récidive; toutefois certaines douleurs vésicales dont elle se plaint imposent quelques réserves quant au pronostic.

En somme, ce sont là des résultats encourageants au point de vue des tentatives à venir, d'autant plus que ces malades ont été opérées dans de mauvaises conditions, et ayant des lésions très étendues. Ces résultats seront encore meilleurs lorsque les médecins se décideront à pratiquer systématiquement le toucher rectal ou au moins vaginal chez les malades qui présenteront des troubles intestinaux pouvant faire soupçonner, même de loin, le cancer rectal. Les malades, envoyées plus tôt au chirurgien, auront ainsi des chances plus grandes d'être débarrassées radicalement de leur néoplasme.

Sur la gastrostomie. — *M. Schwartz*, après avoir toujours été très satisfait des résultats obtenus dans la gastrostomie faite par le procédé le plus simple, déclare que cependant ce procédé a un inconvénient : c'est que la toute petite boutonnière pratiquée à l'estomac a assez souvent une tendance à se rétrécir et même à s'oblitérer, ce qui peut nécessiter une ou plusieurs nouvelles interventions. Il est vrai que, dans la plupart des cas, il est facile de combattre cette tendance au rétrécissement et à l'oblitération de la fistule gastrique par la dilatation progressive à l'aide de bougies; le danger n'en subsiste pas moins pour les malades négligents ou qui n'ont pas l'occasion de revoir souvent leur médecin.

Aussi M. Schwartz a-t-il pensé que, dans les cas où il était nécessaire d'établir une fistule gastrique définitive, il y aurait peut-être avantage à recourir au procédé récemment préconisé par M. Souligoux et qui consiste, rappelons-le, à n'établir la fistule qu'après avoir fait subir au cône d'estomac sur lequel elle doit porter une double torsion sur son axe; cette torsion est ensuite rendue permanente par quelques points de suture. Les fistules ainsi obtenues auraient le double avantage d'être parfaitement continentes et irrétrécissables.

Or, M. Schwartz a eu l'occasion d'appliquer le procédé dans deux cas : son premier malade est mort au dix-septième jour avec une désunion complète de la plaie ; le deuxième, qu'il avait fait opérer par M. Souligoux lui-même, a guéri. Ce dernier malade, que M. Schwartz présente à la Société, a paraît-il une fistule absolument continente ; néanmoins une zone érythémateuse assez large qui entoure la fistule nous laisse supposer que cette continence n'est peut-être pas très parfaite. Quoi qu'il en soit, le procédé de M. Souligoux a pour M. Schwartz un gros inconvénient : c'est la difficulté qu'on éprouve à trouver et à ouvrir la muqueuse après la torsion du cône gastrique et à pénétrer dans l'estomac. M. Schwartz a vu M. Souligoux lui-même tâtonner assez longtemps avant d'y parvenir. Cet inconvénient est sérieux ; il suffit à contre-indiquer le procédé dans les cas où il faut aller vite, c'est-à-dire chez les sujets très cachectiques. Dans ces cas, le meilleur procédé reste donc le procédé le plus simple, qui est également le plus rapide.

M. Guinard a pratiqué six fois l'opération de Souligoux, et jamais il n'a éprouvé de difficulté pour pénétrer dans l'estomac. Cela tient, pense-t-il, à ce fait qu'il a bien soin de saisir toute l'épaisseur de la paroi gastrique, séreuse, musculeuse et muqueuse, avant de procéder à la torsion. Il faut savoir, en effet, que la muqueuse, en raison de sa grande mobilité, échappe facilement à la pince et par là même au bistouri, et on conçoit alors que sa recherche devienne difficile au fond du cône séro-musculeux ouvert par ce dernier. Les résultats obtenus par M. Guinard dans ces 6 cas ne sont d'ailleurs pas brillants : 4 morts opératoires et 2 guérisons seulement. Chez les 2 survivants, la continence de la bouche est absolument parfaite.

M. Monod déclare qu'il reste fidèle au procédé le plus simple : gastropexie et petite boutonnière gastrique haut placée, qui lui a toujours donné d'excellents résultats. Il n'a observé le rétrécissement de la bouche que dans un seul cas. C'est là un petit inconvénient à côté du gros inconvénient de l'incontinence qui succède presque toujours à l'emploi des autres procédés de gastrostomie. Et puis, comme l'a dit M. Schwartz, ce procédé a pour lui l'avantage indiscutable de la rapidité.

M. Reynier appuie les remarques de M. Guinard sur la facilité de l'opération de Souligoux quand on a bien saisi toute l'épaisseur de la paroi gastrique avant de la tordre et de l'ouvrir.

M. Poirier, au contraire, partage les idées de M. Schwartz. Il rappelle qu'au moment où M. Reynier fit son rapport sur le procédé de M. Souligoux, il formula les mêmes critiques, savoir : difficulté de saisir et d'ouvrir la muqueuse, nécessité de faire une grande incision pour permettre le passage de la sonde, enfin sécurité non plus grande au point de vue de l'incontinence ultérieure.

Résultats éloignés de la tarsectomie dite « économique » dans le traitement du pied bot. — *M. Jalaguier* présente trois petits malades qu'il a opérés de pied bot, il y a respectivement sept, cinq et deux ans, en pratiquant chez eux la tarsectomie partielle, dite économique. Chez le premier de ces malades, il a enlevé, après ténotomie du tendon d'Achille, la tête de l'astragale et la grande apophyse calcanéenne ; ce malade marche bien et sans béquille. Chez le deuxième, il avait pratiqué la même opération, mais, le résultat ayant été moins bon que dans le premier cas, il dut faire l'extirpation totale de l'astragale dix-huit mois plus tard; ce malade a encore un peu de raideur dans la marche. Enfin, chez une petite fille, atteinte de pied bot double avec torsion du tibia, M. Jalaguier a dû pratiquer de chaque côté la tarsectomie suivie d'une ostéotomie du tibia dans le but d'amener la détorsion de cet os; le résultat est très bon.

Kyste hydatique du rein opéré et guéri. — *M. Gérard Marchant* présente la malade dont il a entretenu la Société dans l'une de ses dernières séances, au cours de la discussion qui a suivi la communication de M. Terrier sur un cas de kyste hydatique du rein traité par la résection. Chez sa malade, M. Gérard Marchant s'était contenté de traiter le kyste par l'ouverture simple suivie de capitonnage; puis, le rein étant en outre ectopié, il avait complété cette opération par une néphropexie. Aujourd'hui la malade, opérée depuis un mois, peut être considérée comme guérie.

Autoplastie du nez pour ulcération de nature inconnue. — *M. Nélaton* présente une jeune fille qui lui avait été adressée pour une ulcération du nez ayant détruit complètement l'extrémité de l'organe et la sous-cloison; cette ulcération, survenue pendant que l'enfant était en nourrice, ne s'explique par aucune des causes connues, syphilis ou tuberculose. M. Nélaton y a remédié par une autoplastie faite suivant la méthode italienne, en empruntant un lambeau à la peau du bras. Le résultat est très satisfaisant. C'est la deuxième fois que M. Nélaton a l'occasion de faire la même opération pour une ulcération de ce genre.

J. Dumont.

ANALYSES

MÉDECINE

J. Mac Farland. *Tétanos et vaccination, étude analytique de 95 cas* (*New-York med. Journ.*, 1902, 3 Mai, p. 791). — Dans cette étude analytique, l'auteur rapporte 95 nouveaux cas de tétanos vaccinal, qui viennent se joindre aux 14 observations publiées antérieurement. Parmi ces 95 cas, 61 se terminèrent par la mort et 24 par la guérison. 25 adultes et 44 enfants furent atteints de tétanos. Ces cas furent tous observés en Amérique, mais surtout dans les États-Unis de l'Est et au Canada. Ils furent répartis dans la période qui s'étend de 1854 à 1902. Mais tandis que, jusqu'en 1901, le nombre des cas variait chaque année de 1 à 3, il monta brusquement en 1901 à 45, pour retomber à 5 en 1902. Une enquête plus approfondie montra que la majorité des cas s'étaient produits en Novembre 1901, et on put démontrer que, sur 40 cas, 30 avaient succédé à l'emploi d'une même pulpe vaccinale, 10 à l'emploi de six pulpes différentes. Dans le premier groupe de faits 17 fois l'inoculation avait été faite avec une pulpe glycérinée; mais dans l'autre groupe de faits, le mode de préparation du vaccin ne sembla exercer aucune action sensible.

L'auteur estime que, tandis que l'on admet en général que le tétanos vaccinal est dû à une infection secondaire, il faut penser que l'épidémie américaine

de 1901 a été due à l'impureté de la pulpe. Si l'on admet cette conclusion, on peut voir que la période d'incubation du tétanos fut toujours longue, et fut en moyenne de vingt-deux jours. L'épidémie la plus intéressante fut celle qui survint dans un des asiles d'aliénés de Philadelphie. On avait pratiqué 4.500 vaccinations, et bientôt 5 cas de tétanos se produisirent qui amenèrent 5 décès; on pratiqua l'excision des pustules vaccinales des autres aliénés, on appliqua des pansements antiseptiques, mais 11 nouveaux cas de tétanos se produisirent néanmoins; il s'agissait pourtant de cas moins graves que dans la première série, et tous les malades guérirent après avoir été traités par des injections abondantes de sérum.

NATTAN-LARRIER.

CHIRURGIE

Goullioud (de Lyon). *Cancer du cœcum et cancer de l'S iliaque; six cas d'entérectomie* (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1902, Janvier-Février, p. 109). — A l'occasion de six observations personnelles d'entérectomie pour cancer du cœcum et de l'S iliaque, qu'il rapporte *in extenso* dans son mémoire, M. Goullioud étudie les particularités cliniques et anatomo-pathologiques qui distinguent le cancer cœcal du cancer sigmoïde, puis il discute sommairement un facteur nouveau de leur étiologie, leur médecine opératoire et les résultats de leur thérapeutique chirurgicale.

Ce qui caractérise le cancer du cœcum, c'est son *développement progressif sans symptômes d'obstruction aiguë*, l'ampoule cœcale étant naturellement large et très lente à se rétrécir par l'effet de l'infiltration néoplasique des parois. En outre, dans le cœcum, les matières séjournent volontiers; aussi s'explique-t-on facilement que la stagnation de liquides et de matières putrilagineuses, particulièrement putrides et irritantes dans les cas de cancer, finisse par amener une *diarrhée* persistante et que leur résorption contribue à provoquer cette *cachexie* rapide et profonde qu'on note dans tous les cas. Ajoutons encore, comme caractéristiques du cancer cœcal, des *troubles dyspeptiques* prononcés, qui ont été expliqués par des tiraillements des plexus abdominaux. Enfin, le plus souvent, la *tumeur* cœcale est décelable par l'exploration du ventre.

Dans les cas de cancer de l'S iliaque, les malades, au lieu de diarrhée, accusent une *constipation* ancienne, qui devient de plus en plus pénible et à laquelle succèdent tout à coup des accidents d'*obstruction* plus ou moins aiguë. La *tumeur* est plus *difficile à percevoir* parce qu'elle est souvent cachée dans l'excavation et surtout parce que le ventre est météorisé. La *cachexie* est beaucoup moins frappante que chez les cancéreux du cœcum. Ici encore l'anatomie pathologique donne l'explication de cette évolution clinique. L'S iliaque est normalement rétractée, moniliforme; le cancer y est rapidement sténosant; d'ailleurs, c'est le cancer annulaire, squirrheux qu'on rencontre le plus souvent. D'autre part, les matières ont une consistance différente et facilement forment bouchon au niveau du point sténosé.

Au cours de ses opérations pour sténoses cancéreuses du tube digestif, M. Goullioud a été frappé de la *fréquence des corps étrangers*, spécialement des noyaux de fruits retenus au-dessus du rétrécissement, et il se demande s'il n'y a pas une relation de cause à effet entre ces corps étrangers et le cancer, le passage réitéré des premiers étant bien capable de créer, sur les points où les frottements sont plus intenses, des érosions et des cicatrices où se greffera ensuite le cancer. Cette hypothèse concorde avec les données classiques de l'étiologie du cancer que nous voyons se développer plus volontiers sur les tissus traumatisés, cicatriciels ou chroniquement enflammés.

En ce qui concerne la *médecine opératoire* du cancer du gros intestin et spécialement du cœcum et de l'S iliaque, M. Goullioud insiste sur la nécessité de faire de très larges résections intestinales, non seulement dans le but de dépasser les limites du mal, mais aussi pour pouvoir tailler un large lambeau triangulaire dans le mésentère ou le méso-côlon, et enlever ainsi les ganglions de première ligne.

Il recommande surtout de faire *précéder* l'entérectomie d'une entéro-anastomose latérale, placée très loin de la tumeur. Par cette manière de faire, on est sûr de pratiquer l'entéro-anastomose avec des mains aseptiques et, d'autre part, si, au cours de l'opération, on est obligé de s'arrêter, on est certain au moins d'avoir assuré au malade le bénéfice du rétablissement de la circulation intestinale.

Si nous passons aux *résultats opératoires*, nous voyons que, à part sa première entérectomie faite en pleine occlusion, M. Goullioud a guéri ses cinq autres opérés; la gravité opératoire est donc bien réduite actuellement. Quant aux résultats éloignés, on note : une malade bien portante après trois ans, un bien portant après un an; les autres ont été vus sans récidive onze, sept et six mois après l'opération.

Il faut dire que les conditions anatomiques sont favorables à l'exérèse large du cancer du gros intestin. Ce sont : sa mobilité due au méso, son développement initial sur la muqueuse, qui fait que pendant longtemps le néoplasme est comme encapsulé par les couches musculaire, séreuse ou celluleuse de l'intestin; la nature même du cancer, souvent squirrheux; la précocité des troubles qui attirent l'attention du malade; enfin la facilité de tailler largement dans l'intestin et le mésentère, et d'enlever une première assise de ganglions.

J. DUMONT.

OBSTÉTRIQUE

Kucklenbreuch. *Rupture spontanée de l'utérus* (*Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, t. XIII, f. 5, pp. 614-617). — Les ruptures spontanées de l'utérus sont excessivement rares, de sorte que chaque nouveau cas mérite d'être enregistré. C'est à cet effet que nous résumons ici les deux observations de Kucklenbreuch.

1° V-pare de trente-huit ans, entre à l'hôpital en travail. Présentation du sommet en gauche antérieure. Contractions très fortes et douloureuses. Trois heures après son entrée à l'hôpital, douleurs excessives à la région ombilicale, suivies de pâleur, de collapsus, de sensation de contractions utérines.

A l'examen : parties fœtales sensibles sous la peau. Au toucher : déchirure du cul-de-sac vaginal droit, tête fœtale mobile, procidence du cordon. Version podalique, extraction d'un fœtus de 4.000 gr. récemment succombé. Délivrance artificielle. Tamponnement à la gaze iodoformée, compression de l'abdomen à l'aide des bandes, vessie de glace. A l'intérieur, glace et cognac. Guérison. Sept semaines après l'accident, la cicatrice du cul-de-sac était nettement perceptible.

2° V-pare de trente-neuf ans. Accouchements antérieurs normaux, enfants très gros, tous vivants. Entrée à l'hôpital pour contractions faibles. Deux heures plus tard, douleur violente au dos et aux reins, contractions subintrantes. Brusquement les contractions ont cessé, la malade est devenue très pâle et faible. Quatre injections d'éther et injection de sérum physiologique. Préparation à l'opération césarienne, car il était évident qu'on était en présence d'une rupture spontanée de l'utérus. L'orifice utérin n'admettait que deux doigts; on ne sentait pas la partie qui se présentait. Au palper : tête élevée à droite, tension excessive des parois abdominales; une autre partie fœtale dure, ronde, dans l'hypocondre gauche.

Un troisième pôle est perçu un peu à droite de l'ombilic. Les bruits fœtaux ne sont plus perçus. La malade avait syncope sur syncope et succomba avant qu'on eût le temps d'intervenir. Laparotomie cinq minutes après la mort. Les deux poches fœtales étaient intactes dans la cavité péritonéale. A travers les membranes on voyait deux gros fœtus, l'un en présentation du sommet, l'autre en présentation du siège. Malgré l'extraction rapide on ne pouvait pas les ranimer. En comptant le poids des enfants, des placentas et du liquide amniotique, on peut dire que la malade portait dans son abdomen au moins 10 kilogrammes.

R. LE FUR.

E. Bouchet. *Contribution à l'étude clinique des accidents dus à la constipation pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches* (*Thèse*, Paris, 1902, Mai). — La constipation est un accident qui s'observe assez fréquemment chez la femme enceinte ou chez la femme récemment accouchée, et qui peut donner lieu à des complications d'autant plus graves qu'on en méconnaît assez souvent la nature.

Pendant la grossesse, la rétention fécale peut être cause de vomissements incoercibles, d'hémorragies, d'avortement, d'accouchement prématuré; dans quelques cas, elle en aurait imposé pour une grossesse ectopique.

Au moment du travail, elle peut constituer un obstacle à l'engagement de la présentation; mais surtout, l'accouchement terminé, elle peut occasionner l'inertie utérine, d'où des hémorragies qui nécessitent la délivrance artificielle. Le rectum, bourré de matières fécales, agit ici comme la vessie distendue par l'urine, en s'opposant mécaniquement à la régression de l'utérus. Cette inertie utérine se trouve signalée 5 fois parmi les 30 observations de stercorémie recueillies par M. Bouchet.

Pendant les suites de couches, la constipation peut donner lieu à des accidents qui, par leur gravité, donnent le change et font penser à de l'infection utérine ou à une infection du côté des glandes mammaires : ce sont des élévations de température jusqu'à 38°-39° avec frissons, maux de tête, anorexie, soif vive, langue saburrale, haleine fétide, ventre ballonné et douloureux, surtout au niveau des fosses iliaques, état général mauvais. Ces accidents peuvent apparaître le jour même de l'accouchement, le lendemain, ou les jours suivants.

On comprend donc qu'il soit très important pour le médecin d'avoir toujours présents à la mémoire ces faits dont la connaissance permettra d'éviter des erreurs de diagnostic regrettables et d'instituer un traitement approprié qui amènera rapidement la disparition des accidents.

J. DUMONT.

FACULTÉ DE PARIS

Cours de vacances (**du 1er Août au 31 Octobre 1902**). *Conférences et démonstrations pratiques d'histologie pathologique.* Laboratoire d'anatomie pathologique. Professeur : M. Cornil.

Août. — M. René Marie : Cœur, vaisseaux, reins, mardi, jeudi et samedi, à 1 h. 1/2.

M. Milian. — Appareil respiratoire, lundi, mercredi et vendredi, à 1 h. 1/2.

Septembre. — M. René Marie : Cœur, vaisseaux, reins, du 1er au 15 Septembre, lundi, mercredi et vendredi, à 1 h. 1/2.

M. Dominici : Hématologie, du 15 Septembre au 30 Octobre, lundi, mercredi et vendredi, à 1 h. 1/2.

M. Riche : Système nerveux, du 1er au 30 Septembre, mardi, jeudi et samedi, à 1 h. 1/2.

Octobre. — M. Milian : La peau, du 1er au 8 Octobre, inclusivement, lundi, mercredi et vendredi, à 1 h. 1/2.

M. Brault : Les tumeurs, du 10 au 31 Octobre, lundi, mercredi et vendredi, à 1 h. 1/2.

M. Letulle : Tube digestif et ses annexes, du 4 au 31 Octobre, mardi, jeudi et samedi, à 1 h. 1/2.

— Le montant des droits à acquitter pour l'ensemble des exercices est de 150 francs.

Des certificats d'assiduité pourront être délivrés aux auditeurs qui en feront la demande.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

CONCOURS

École de médecine de Tours. — Des concours s'ouvriront le 19 Janvier prochain devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris pour l'emploi de Suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, et devant l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Paris pour l'emploi de Suppléant de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

CLIN & CIE

MÉTHARSINATE CLIN

(Méthylarsinate disodique chimiquement pur)

Globules de **Métharsinate Clin** dosés à 0 gr. 01 par Globule.

Gouttes de **Métharsinate Clin** dosées à 0 gr. 01 par 5 Gouttes.

Tubes de **Métharsinate Clin** pour INJECTIONS HYPODERMIQUES dosés à 0 gr. 05 par centimètre cube.

DOSE MOYENNE PAR JOUR : **Cinq centigrammes.**

Indications thérapeutiques de la Médication Cacodylique en général. 876

LÉCITHINE CLIN

Phosphore à l'état de Combinaison organisée naturelle.

Pilules Clin 0 gr. 05 de *LÉCITHINE* par Pilule.

Granulé Clin D'une administration facile, convient aux Enfants. 0 gr. 10 de *LÉCITHINE* par cuillerée à café.

Solution Clin pour **INJECTIONS HYPODERMIQUES** titrée à 0 gr. 05 de *LÉCITHINE* par cent. cube.

INDICATIONS :

NEURASTHÉNIE — FAIBLESSE GÉNÉRALE — SURMENAGE — RACHITISME — DIABÈTE 878

NÉOQUININE FALIÈRES

Glycérophosphate de Quinine pur cristallisé.

La NÉOQUININE FALIÈRES est le véritable Sel de Quinine à employer en thérapeutique.

Cachets Falières 0 gr. 25 de *NÉOQUININE* par Cachet.

Pilules Falières 0 gr. 10 de *NÉOQUININE* par Pilule.

Suppositoires Falières pour les **Enfants.** 0 gr. 15 de *NÉOQUININE* par Suppositoire.

Ampoules Falières pour Injections hypodermiques. 0 gr. 50 de *NÉOQUININE* par cent. cube.

INDICATIONS : FIÈVRES — MALARIA — NÉVRALGIES — INFLUENZA 877

CAPSULES et DRAGÉES de Bromure de Camphre du Docteur CLIN

Les Capsules du Dr CLIN renferment 0.20 centigr. } **Bromure de Camphre pur.**
Les Dragées du Dr CLIN renferment 0.10 centigr.

INDICATIONS : **Épilepsie, Hystérie, Chorée, Insomnie, Palpitations de cœur, Érections douloureuses, Spermatorrhée, Éréthisme du Système nerveux.**

DOSES : De deux à cinq Capsules; de quatre à dix Dragées. 879

CLIN & Cie — F. COMAR & FILS & Cie, 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS 875

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCO-PULMONAIRES
SCROFULES, RACHITISME

Chaque cuillerée dans 1/2 verre d'eau sucrée.

SOLUTION PAUTAUBERGE

(AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ)

Par cuillerée à potage, 10 centigr. de Créosote et 50 centigr., de Phosphate de Chaux.

Bien tolérée et complètement absorbée, elle constitue le meilleur moyen d'administrer la Créosote et le Phosphate de Chaux et d'en retirer le maximum d'effet.

L. PAUTAUBERGE, 9bis, Rue Lacuée, PARIS ET PHARMACIES.

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

entièrement soluble dans le *Chloroforme*. Les **Granules** et la **Solution de Digitaline** d'HOMOLLE & QUEVENNE sont préparés exclusivement avec la *Digitaline Chloroformique*.

Anémie, Chloro-Anémie, Lymphatisme, Névroses du Cœur, Troubles de la circulation, Affections Scrofuleuses et Cutanées, traités avec succès par le Corps Médical par les

GRANULES ANTIMONIO-FERREUX du Dr PAPILLAUD

***Médication ferro-arsenicale** (arséniate d'antimoine, 0.001 m/m par Granule et Fer)*

Présence simultanée du **Fer, Arsenic** et **Antimoine** à l'état de sel le plus assimilable. — Dose : 2 à 8 granules par jour.

Dépôt Génal : Phie **GIGON**, 7, rue Coq-Héron, PARIS et tes Phies. – Envoi de flacons d'essai à MM. les Docteurs.

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS

VIN ECALLE KOLA-COCA et VIN TANNIQUE

d'un degré alcoolique très faible.

0.60 0.60 *par verre à madère*

Dose 1 verre à madère avant ou après chaque repas, 1 verre à liqueur aux enfants.

Le plus efficace, le plus agréable et le moins irritant des toniques et des stimulants. Ne produit aucune sensation de brûlure sur les estomacs les plus délicats et facilite la digestion.

Phie 38 r. du Bac, Paris. Prix : 4 fr. 50

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Préparé à l'aide de macérés de **VIANDE CRUE** hachée, il trouve dans la *zomothérapie* une nouvelle raison de son efficacité : Prescrit aux *Phtisiques, Anémiques*, etc... dont il réveille l'appétit et rétablit les forces.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. Paris, 20, Place des Vosges et Pharmacies.

1/4 M Colchicine
0.20 Salicylate de Méthyle naturel.

Le Calmant LE PLUS Rapide LE plus Sûr
SANS RÉPERCUSSION NI ACCUMULATION

CAPSULES DE

COLCHI-SAL DE MIDY

BÉTUL-OL, *Liniment Salicylé*

DES Douleurs DE LA Goutte ET DES Rhumatismes

1 à 2 Capsules toutes les 2 heures. MAXIMUM 16

Granules de Catillon

à 1 Milligr. d'Extrait Titré de

STROPHANTUS

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide,** *relèvent le* **cœur affaibli,** *dissipent*

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.

Effet immédiat, usage continu sans intolérance, pas de vasoconstriction.

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, HERPÉTISME, GOITRE

Tablettes de Catillon à 0gr.25 de corps

THYROÏDE

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les Vrais Granules de CATILLON, Paris, 3, Boulev. St-Martin. — **Titré, Stérilisé, Efficacité certaine. FL. 3 fr**

— ur 1 rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 59. — Mercredi, 23 Juillet 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

LETTRE DE LONDRES

À *LA PRESSE MÉDICALE*

Londres, 13/VII 1902.

Bien que vivement discutées, les questions qui préoccupent en ce moment le monde médical en Angleterre n'offrent guère l'attrait de la nouveauté.

C'est d'abord la tuberculose pulmonaire qui nous a valu, la semaine passée, quelques travaux originaux.

Le professeur Byrom Bramwell, d'Edimbourg, a fait sur ce sujet (causes et prophylaxie de la tuberculose) une série de conférences pleines d'intérêt dont deux ont déjà paru dans *The Lancet* (numéros des 5 et 12 Juillet). Je me borne à vous les signaler aujourd'hui, attendant que l'auteur nous ait fait connaître ses conclusions pour vous en donner un compte rendu définitif.

Quelques publications de moindre importance sur la méthode de Landerer (injections intra-veineuses d'hétol ou cinnamylate de soude) attestent que les Anglais n'ont pas négligé l'étude de cet agent thérapeutique. Malheureusement, les résultats (n'intéressant, il est vrai, qu'un petit nombre de malades) sont fort peu concluants, et les auteurs britanniques se montrent beaucoup moins optimistes que le médecin de Stuttgart.

La variole continue à faire couler beaucoup d'encre. Actuellement l'épidémie de Londres est en décroissance nette, puisqu'on ne signale plus qu'une dizaine de cas par jour, et le nombre des victimes a été minime si l'on fait la comparaison avec les fléaux du même genre au XVIIIe siècle.

Mais, au lendemain du centenaire de la grande découverte (que d'autres peuples ont si bien su mettre à profit), on comprend que les médecins anglais soient profondément vexés d'avoir à enregistrer dans la patrie même de Jenner une des épidémies les plus tenaces qu'on ait vues depuis 1875.

Aussi, à la demande de nombreux praticiens, le *British Medical Journal* réédite le 5 Juillet dernier un numéro publié en 1896 à l'occasion du jubilé de Jenner et consacré tout entier à la vaccination. Après avoir mis en relief la vie de l'illustre médecin, si considéré dans l'Europe entière, et dont Napoléon disait (à propos d'une pétition relative à quelque prisonnier anglais) : « Jenner! nous ne pouvons rien refuser à cet homme-là », l'auteur montre la diffusion rapide de la nouvelle méthode au début du XIXe siècle, et passe en revue tout ce qui a trait à la variole (épidémiologie, statistique, bactériologie, prophylaxie, législation, etc.). Il réclame énergiquement la vaccination et la revaccination obligatoires et s'élève contre la « conscience clause », disposition maladroite qui, sous prétexte de sauvegarder la liberté individuelle, transforme une question d'hygiène pure en une question de droit politique, et rend toute obligation illusoire dans le cas trop fréquent où un père estime que sa conscience lui défend de faire vacciner son enfant.

Il règne, en effet, dans le peuple un préjugé très répandu, suivant lequel l'inoculation, tout en préservant contre la variole, affaiblit l'individu et le prédispose au cancer et à la tuberculose pour l'avenir.

De là vint l'opposition qui fit voter la « conscience clause ».

Les médecins voudraient, en outre, confier l'application de la loi aux représentants directs de l'autorité et non plus aux « Boards of Guardians », sortes de conseils de l'Assistance publique, qui partagent les préjugés populaires à tel point que l'un d'eux, en province, a choisi comme vaccinateur officiel un adversaire convaincu de la vaccination.

Je doute qu'une loi, même plus sévère, donne de meilleurs résultats tant que l'opinion publique n'aura pas été convertie à la parfaite innocuité de la vaccine.

Le Parlement s'est occupé tout récemment de la loi sur les sages-femmes; le bill en question, qui sera certainement voté, déclare qu'à partir de 1910, personne ne pourra plus exercer cette profession dans le Royaume-Uni sans être muni d'un diplôme d'État témoignant de connaissances suffisantes.

En terminant, quelques mots sur l'appendicite qui, depuis l'opération d'Edouard VII, est de plus en plus à l'ordre du jour. On se livre ici, entre médecins et chirurgiens, à des polémiques mesquines sur l'indication qu'il y avait à opérer en pareil cas.

Prévoyant sans doute ces commentaires, et déjà certain qu'il aurait à intervenir chirurgicalement chez son illustre malade, Treves a exposé d'une façon magistrale (fin Juin), devant la Société des chirurgiens de l'ouest de Londres, son credo en matière d'appendicite. Il opère le moins possible « à chaud »; tout au plus incise-t-il s'il y a indication formelle. Sinon il enlève l'appendice « à froid », et il n'a perdu que 2 malades sur plus de 1.000 appendicectomies, résultat vraiment imposant et de nature à inspirer toute confiance!

C'est dire que Treves était bien ici le chirurgien le mieux qualifié pour traiter le roi. Le titre de baron, qui vient de lui être conféré, ne fait que consacrer, pour le grand public, sa réputation déjà universelle dans le monde médical. L'opération d'Edouard VII (incision iliaque) a été longue, l'abcès étant très profond, difficile à atteindre et à drainer. Mais la cicatrisation suit son cours normal, et, malgré les bruits singuliers qui ont couru ces derniers temps, les journaux officiels déclarent que le roi est hors de danger et ajoutent : « Le roi n'a pas de cancer (*sic*). »

Nous ne pouvons que nous féliciter de ce nouveau succès de la chirurgie appendiculaire.

Souhaitons que les brillantes fêtes attendues si impatiemment par un peuple entier puissent être célébrées au mois d'Août prochain sans nouveau contre-temps de cette nature.

C.

PRATIQUE MÉDICALE

Précaution à prendre dans l'anesthésie générale.

Quand on administre le chloroforme ou l'éther pour l'anesthésie générale, il faut avoir soin de protéger les yeux du patient. Le chloroforme pur en application sur les muqueuses se comporte comme un acide et brûle. Poncet (*Echo médical de Lyon*, 15 Juin 1902) a vu un de ses infirmiers qui avait reçu dans l'œil une goutte de chloroforme présenter une kérato-conjonctivite aiguë; la membrane de Bowmann fut complètement détruite, comme si elle avait été en contact avec une goutte d'acide sulfurique. Des faits de ce genre ne sont pas absolument exceptionnels. L'éther est moins dangereux, mais son contact avec la conjonctive et la cornée n'est pas sans inconvénient.

Traitement de la blennorragie par l'hermophényl.

M. Boudin a communiqué récemment à la Société des sciences médicales de Lyon les excellents résultats qu'il a obtenus à l'aide de l'hermophényl dans le traitement de l'urétrite blennorragique.

M. Boudin emploie l'hermophényl en solution aqueuse à 1 pour 250 (la solution à 1 pour 200 est déjà trop forte, car elle occasionne quelquefois des sensations de brûlure dans le canal, ce qui ne se produit jamais avec la solution à 1 pour 250). Le malade fait lui-même ses injections urétrales qui doivent être au nombre de six par jour.

Dès les premières injections, les douleurs mictionnelles s'atténuent; souvent elles cessent au bout de vingt-quatre heures; les malades ressentent seulement une sensation de démangeaison dans le canal. Il en est de même pour l'écoulement qui se tarit également très vite, surtout si le malade a le soin de prendre encore une injection dans le courant de la nuit.

Lorsque la période inflammatoire est passée, c'est-à-dire au bout de six à huit jours, le malade commence à prendre du santal. On fait alors diminuer peu à peu le nombre des injections. A ce moment, le canal est humide, mais ne sécrète plus de pus.

Le traitement semble plus actif lorsque le malade n'a encore pris aucun médicament. Une rechute de chaudepisse est moins facilement guérie qu'une blennorragie qui n'a pas encore été traitée.

En somme, d'après M. Boudin, avec l'hermophényl, on peut guérir une chaudepisse en huit ou quinze jours.

LIVRES NOUVEAUX

Nicolle, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, et **Remlinger**, directeur de l'Institut impérial de bactériologie de Constantinople. — *Traité de technique bactériologique.* Un fort volume de 1034 pages avec 211 figures dans le texte. Préface de M. Roux (de l'Institut Pasteur). Prix : 10 francs (chez Doin.)

Le livre de MM. Nicolle et Remlinger est une scrupuleuse mise au point de la « technique microbiologique », si profondément modifiée depuis quelques années par l'importance croissante, d'une part, des parasites animaux, des microbes anaérobies, des germes dits « invisibles », de l'autre des toxines, des diastases, des agglutinines, des cytotoxines, de la phagocytose, etc.

La première partie du livre est consacrée à la « technique générale ». Les chapitres sur les milieux nutritifs et les inoculations expérimentales y ont reçu de grands développements. Les colorations sont plus sommairement traitées. Les auteurs n'ont retenu qu'un petit nombre de procédés, qu'ils estiment devoir suffire à tous les desiderata. Des chapitres très originaux ont trait à l'installation d'un laboratoire de bactériologie, aux laboratoires improvisés; à l'élevage, à la nourriture, aux maladies des animaux de laboratoire. Il y a là un grand nombre de notions qu'on trouverait ailleurs très difficilement.

Plus originale encore est la deuxième partie où sont étudiés au point de vue technique les fermentations, les diastases, les échanges nutritifs; la production de matière colorante et de lumière, l'action des causes nuisibles sur les microbes; la production expérimentale des formes involutives, de l'asporogénie, de la perte des cils; puis les toxines solubles, les poisons du corps des microbes, la préparation des vaccins; la morphologie et la numération des leucocytes; le cyto-diagnostic; les substances bactéricides et agglutinantes; la phagocytose; la préparation des sérums; les cytotoxines, etc. Jusqu'ici les notions concernant ces questions étaient éparses dans un grand nombre de communications et de mémoires; mais elles n'avaient encore été réunies dans aucun livre.

La troisième partie comprend l'étude des maladies microbiennes en particulier. Les auteurs envisagent successivement les maladies communes à l'homme et aux animaux; les maladies propres à l'homme, et les maladies propres aux animaux. Les chapitres : tuberculose, fièvre typhoïde, choléra, peste, paludisme, pour ne parler que de ceux-là, contiennent un grand nombre de données nouvelles fort intéressantes. Sous le titre d' « affections dues aux bacilles encapsulés » les auteurs étudient dans un même chapitre le bacille de Friedlander, le bacille du rhinosclérome, le bacille de l'ozène, le bacille aerogenes, qui leur paraissent très voisins. De même le choléra des poules, la septicémie des lapins, la maladie des jeunes chiens, la fièvre typhoïde du cheval, la pneumonie des chèvres la pneumonie contagieuse du porc sont décrits sous la rubrique générique de « Pasteurelloses » en conformité des travaux récents de Toni et Trévisan, de Lignières, etc. Signalons encore les chapitres : Streptothrix, botryomycose, bacille fluorescent, fièvre de Malte, farcin de bœuf, péripneumonie, fièvre aphteuse, horse-sikness qui ont reçu des développements auxquels les traités parus jusqu'à ce jour ne nous avaient pas habitués.

La dernière partie est consacrée aux applications de la bactériologie à l'hygiène, et comprend l'analyse de l'eau, de l'air, du sol, l'étude bactériologique des aliments d'origine animale et d'origine végétale (viandes fraîches et conservées, lait, beurre, fromage, etc.). Le livre est heureusement terminé par un formulaire principalement consacré aux « solutions colorantes » et aux « milieux nutritifs ». Notons encore qu'un addendum résume les principaux travaux parus pendant l'impression du volume et témoigne de la conscience apportée par les auteurs à l'accomplissement de leur tâche.

G. Fischer.

De la prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie simple de la prostate, par M. Jean Petit. *Thèse*, Paris, 1902. (*Stenheil*, éditeur, Paris.)

LE MICROBE DE LA DYSENTERIE ÉPIDÉMIQUE

Par le Professeur A. CHANTEMESSE

En Avril 1888, M. le professeur Cornil présenta à l'Académie en mon nom et au nom de M. Widal une communication qui avait pour titre : Le microbe de la dysenterie épidémique.

*
* *

Dans ce travail nous faisions connaître la découverte du bacille de la dysenterie, les caractères bactériologiques de ce germe, tels que la technique de cette époque permettait de les signaler, son rôle pathogène, sa présence en culture pure dans les ganglions mésentériques des malades qui succombaient à une attaque aiguë de dysenterie et *son absence complète dans les garde-robes des individus sains n'ayant jamais souffert de dysenterie*. Nous avions fait cette constatation parce que nous avions pu pratiquer très peu de temps après la mort, et dans des conditions exceptionnellement favorables, l'autopsie d'un homme qui avait contracté cette maladie au Tonkin, et qui était venu mourir à Alger sous le coup d'une rechute aiguë de dysenterie.

Notre travail fut immédiatement critiqué. Tout d'abord, dans cette séance même de l'Académie, MM. Leroy de Méricourt et Rochard émirent l'opinion que la dysenterie était une maladie en rapport trop évident avec les variations atmosphériques pour qu'on puisse la rattacher à la présence d'un germe étroitement spécifique. En d'autres milieux on objecta que la cause de la dysenterie était certainement une amibe entrevue par Koch, décrite par Kartulis. On n'attacha pas d'importance à l'affirmation donnée par nous que *notre microbe ne se rencontrait pas chez l'individu sain, et que nous l'avions recueilli dans les ganglions mésentériques d'un homme emporté par une attaque violente de dysenterie;* et on en conclut que nous avions observé simplement un colibacille ordinaire. C'était d'ailleurs cette même objection qu'on nous avait faite lors de nos premières recherches sur le bacille typhique.

Le temps a passé. En 1893 Kruse et Pasquale étudièrent en Allemagne une épidémie de dysenterie dans laquelle ils trouvèrent des amibes et le bacille que nous avions signalé. Deux ans plus tard, dans les *Annales d'hygiène expérimentale italiennes*, Celli publia un très remarquable travail sur le bacille de la dysenterie; il confirma la spécificité de ce microbe par l'étude de la toxine dysentérique qu'il avait pu en extraire, et il eut la grande loyauté scientifique de reconnaître que son bacille dysentérique était le même que celui décrit par nous. Les caractères principaux de la toxine dysentérique trouvés par Celli ont été confirmés ultérieurement par Roger. En 1898, le Japonais Shiga publia (*Centralbl. f. Bakter.*) la relation de ses longues et consciencieuses recherches sur le bacille trouvé dans 62 cas de dysenterie observés au Japon. Si l'on veut bien se reporter à la description minutieuse de Shiga, on verra que les caractères de son bacille dysentérique sont exactement les mêmes que ceux que nous avons fait connaître; rien n'est changé à notre description et les altérations pathologiques que le bacille de la dysenterie provoque chez le cobaye au Japon sont absolument les mêmes que celles décrites à Paris dix ans auparavant. Seulement, si rien n'a été modifié de notre description ancienne, il y a eu des additions provoquées par les progrès qu'avait subis la technique bactériologique en dix ans.

C'est ainsi que Shiga étudie, ce que nous n'avions pas fait, la puissance fermentative de ce bacille sur les sucres, qu'il signale son défaut de production d'indol, et surtout, point important, le caractère que possède ce microbe d'être agglutiné par le sérum des dysentériques, alors que ce même sérum est impuissant à agglutiner le coli-bacille ordinaire ou le bacille typhique. Nous n'avions pas recherché ce caractère en 1888 parce qu'à ce moment la technique bactériologique n'était pas encore enrichie de cette méthode de la séro-réaction. Après le travail de Shiga, les recherches confirmatives se sont multipliées. L'invasion des Philippines par les Américains a été l'occasion de nombreuses et de meurtrières épidémies de dysenterie. Les savants américains Flexner et Strong, Vedder et Duval, l'Allemand Kruse, les Français Roger, Moreul et Rieux, en Bretagne, en Algérie, en Chine, ont constaté la présence du même bacille dysentérique dans les garde-robes fraîches des malades, surtout dans les raclages de la muqueuse du gros intestin et dans les ganglions du mésentère.

A la fin de son travail, Shiga avoue qu'il ne trouve aucune différence entre son bacille dysentérique et celui qui avait été décrit par Celli, sauf que Celli n'avait pas recherché à ce moment la réaction agglutinative du sérum. Or, le bacille dysentérique de Celli n'est pas autre chose que le nôtre.

*
* *

Je serai bref sur les caractères bactériologiques du bacille de la dysenterie. Renvoyant à ce que nous avons dit en 1888, je me contenterai de mettre en relief ici quelques points principaux.

Envisagé au point de vue de son action sur les milieux de culture des laboratoires, on peut dire, sans trop forcer les termes, que le bacille de la dysenterie tient le milieu entre le coli-bacille et le bacille typhique. Peu mobile, bien qu'il ait des cils (coloration par la méthode de Van Ermenghen), il fait fermenter les sucres un peu plus que le bacille typhique et moins que le coli-bacille. C'est pour cela que, d'ordinaire, il coagule lentement le lait. Ensemencé dans le bouillon de viande, sans peptone additionné de gélose et de 1 pour 100 de glucose, il ne donne pas en vingt-quatre heures de bulles de gaz, contrairement au coli-bacille, — ce qui constitue un procédé de diagnostic, — et il ne donne pas non plus d'indol dans le bouillon peptone (réaction de Legal-Weyl). Sur pomme de terre il fournit une culture peu luxuriante, tirant sur le jaune et un peu sèche.

Nous avions en 1888 opposé ce caractère à celui de la culture du coli-bacille sur le même milieu qui est plus abondante, plus succulente et plus brunâtre. Sa forme est bacillaire, sa longueur atteint 1 à 3 μ et ses extrémités sont arrondies; il n'a aucune tendance à se mettre en groupes; il se présente ordinairement isolé ou quelquefois par paires. Il ne prend pas le gram. Il subit facilement des actes d'involution; dans la culture très jeune, son diamètre transversal est un peu plus grand, ce qui lui donne l'apparence légèrement ventrue qui nous avait frappés en 1888. Dans la gélose et la gélatine il pousse avec plus de lenteur que le coli-bacille et ce caractère a été mis à profit par Vedder et Duval pour l'isolement du microbe. Sur plaques de gélose ou de gélatine, on distingue dans les colonies les deux cercles dont nous avons parlé. Le bacille dysentérique est pathogène pour un grand nombre d'espèces animales; chez le cobaye, suivant la dose et la virulence, les lésions vont d'une simple gangrène locale à une septicémie généralisée. Le mode de réaction organique est le plus souvent séro-fibrineux.

Quand on étudie les échantillons de bacilles dysentériques venus de divers points : Tonkin, Allemagne, Italie, Égypte, Japon, Philippines, Indes occidentales, États-Unis, France, Chine, Algérie. (M. Moreul, de Landerneau, a bien voulu me faire parvenir des microbes de ces dernières provenances) on constate dans le développement des colonies, dans leur puissance fermentative des sucres quelques légères différences qui disparaissent lorsqu'on poursuit des cultures successives. Ces variations n'ont aucune importance et l'espèce microbienne reste unique.

Le bacille dysentérique est beaucoup plus sensible à l'acide phénique que le coli-bacille. A ce point de vue, il se rapproche du bacille typhique. Aussi est-il facile de lui appliquer pour le séparer du colibacille la méthode que j'ai fait connaître pour la séparation du colibacille et du bacille d'Eberth, et qui est fondée sur l'addition au milieu de culture (bouillon de viande sans peptone, glucose 1 p. 100 et gélose) d'une certaine quantité d'acide phénique. Si, dans un tube de bouillon gélosé glucosé, on verse 5 à 6 gouttes d'une solution d'acide phénique à 5 pour 100, et qu'après l'avoir ensemencé avec une dilution de matières fécales de dysentériques on verse le milieu de culture dans des plaques de Petri, on constate qu'après douze heures d'étuve l'immense majorité des colonies de coli-bacilles est devenue visible à l'œil nu. Ces colonies sont pointées à l'encre, les plaques remises à l'étuve, et, vers la quinzième heure, et plus tard encore, on voit apparaître de nouvelles et fines colonies sur la gélose. Ces colonies dont l'apparition a été retardée par l'acide phénique sont presque toutes constituées par des bacilles dysentériques. On s'en assure en les ensemençant dans du bouillon additionné de sérum antidysentérique ou elles poussent agglutinées. On peut aussi les ensemencer dans du bouillon gélosé glucosé — sans peptone — où elles se développent sans former de gaz en vingt-quatre heures, tandis que les colonies de colibacilles ensemencées dans les mêmes conditions donnent naissance à des bulles gazeuses qui dissocient le milieu.

Quelques auteurs américains proposent de donner le nom de Shiga au bacille que nous avons signalé en 1888. Quand Talamon a fait connaître le pneumocoque, sa description a été moins complète que plus tard celle de Fränkel; quand Eberth a signalé la présence du bacille typhique dans la rate il n'avait pas fait de cultures, et les particularités de son microbe ont été plus tard fixées par Gaffky. S'ensuit-il qu'on ait dénié à Ta-

lamon et à Eberth la priorité de leur constatation ?

En 1874 Armauer Hansen signala la présence d'un bacille dans les simples dissociations des tubercules lépreux. Il ne fit même pas de colorations, et c'est dix ans plus tard que Neisser fit connaître d'une manière détaillée et précise les caractères de ce microbe. Qui donc, cependant, attribue à Neisser la découverte du bacille de la lèpre?

* * *

Les travaux de ces dernières années ont profondément bouleversé nos connaissances au sujet de la dysenterie. Les termes de dysenterie *catarrhale*, *épidémique* et *diphtérique* n'ont pas de signification précise. Le catarrhe du gros intestin est une lésion anatomique qui peut se présenter dans la dysenterie et dans beaucoup d'autres maladies intestinales ; de même les circonscriptions géographiques ne déterminent par le caractère étiologique des dysenteries. La lumière ne peut être apportée que par une classification qui tienne compte de l'agent microbien causal, et alors on voit que les dysenteries épidémiques ou sporadiques, qui éclatent dans une région ou dans une autre, sont provoquées par la culture intestinale de deux espèces microbiennes, absolument différentes, une amibe et un bacille.

1° *Dysenterie amibienne.* — Observée par Kartulis en Egypte. En 1890, Osler signala la présence d'amibes dans un abcès du foie survenu chez un jeune docteur atteint de dysenterie à Panama ; Councilman et Lafleur en Amérique, Marchoux au Sénégal ont publié des travaux classiques sur cette forme de dysenterie. Elle se développe d'une manière plutôt sporadique qu'épidémique ; elle frappe surtout les hommes à l'âge adulte. Parfois, elle peut emporter le malade en peu de semaines ; d'ordinaire elle a une marche chronique, peu fébrile. Les patients présentent des selles fréquentes contenant des mucosités, du sang, du pus, des amibes. La maladie dure des mois et des années avec des périodes de constipation et de diarrhée; elle peut guérir ou se terminer par épuisement, par perforation intestinale, et surtout par abcès du foie. Cette variété de dysenterie a donc une faible tendance à l'expansion épidémique ; elle affecte d'ordinaire une allure chronique. *Le sang de tels malades n'agglutine pas le bacille dysentérique* (Osler).

2° *Dysenterie bacillaire.* — Celle-ci est surtout épidémique, infectieuse; elle peut tuer rapidement par son propre virus, ou très souvent, évoluant d'une manière chronique, elle amène des ulcérations et des épaississements considérables des parois du gros intestin.

Indépendamment de son allure épidémique, cette variété peut frapper par cas isolés, ou encore se montrer à titre de complication dans diverses maladies chroniques. Elle est causée par la multiplication dans la cavité intestinale, dans les parois du gros intestin, dans les ganglions du mésentère, dans la rate et souvent dans d'autres parenchymes, d'un bacille spécial qui est agglutiné par le sang des malades atteints de dysenterie depuis un certain nombre de jours.

Les caractères dont je viens de parler suffisent pour donner une preuve saisissante de la spécificité de ce microbe. Il a été fourni récemment des preuves plus décisives tirées de l'expérimentation sur l'homme. Flexner rapporte qu'un individu ayant avalé par mégarde des bacilles dysentériques a eu une attaque de dysenterie bien caractérisée. Strong annonce qu'il a fait manger à un prisonnier philippin une culture de dysenterie et que cet homme a eu une dysenterie typique avec présence de bacilles caractéristiques dans les garde-robes.

* * *

Notre communication de 1888 à l'Académie se terminait par la phrase suivante : « La présence du bacille que nous décrivons dans les parois intestinales, les ganglions mésentériques et les organes profonds d'un homme ayant succombé à une poussée aiguë de dysenterie, sa constatation dans les selles de cinq dysentériques, son absence dans les garde-robes de l'homme sain, les lésions qu'il fait naître dans l'intestin et les viscères du cobaye plaident en faveur de sa spécificité. »

Depuis quatorze ans des recherches de contrôle multiples ont été pratiquées dans le monde entier, Allemagne (Kruse) ; Italie et Egypte (Celli); Japon (Shiga); Philippines (Flexner, Strong); Indes-Occidentales, États-Unis (Vedder et Duval); Chine, Algérie, France (Arnaud, Roger, Moreul et Rieux). *Des hommes soumis à l'ingestion de cette espèce microbienne ont pris la dysenterie* parfaitement caractérisée.

Je puis donc présenter aujourd'hui à l'Académie non plus seulement un plaidoyer, mais une certitude en faveur de la spécificité du bacille qui provoque la dysenterie épidémique, maladie dont le rôle sur la mortalité des diverses populations du globe est plus considérable, suivant l'opinion du professeur Colin, que celui de la peste, de la fièvre jaune et du choléra.

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

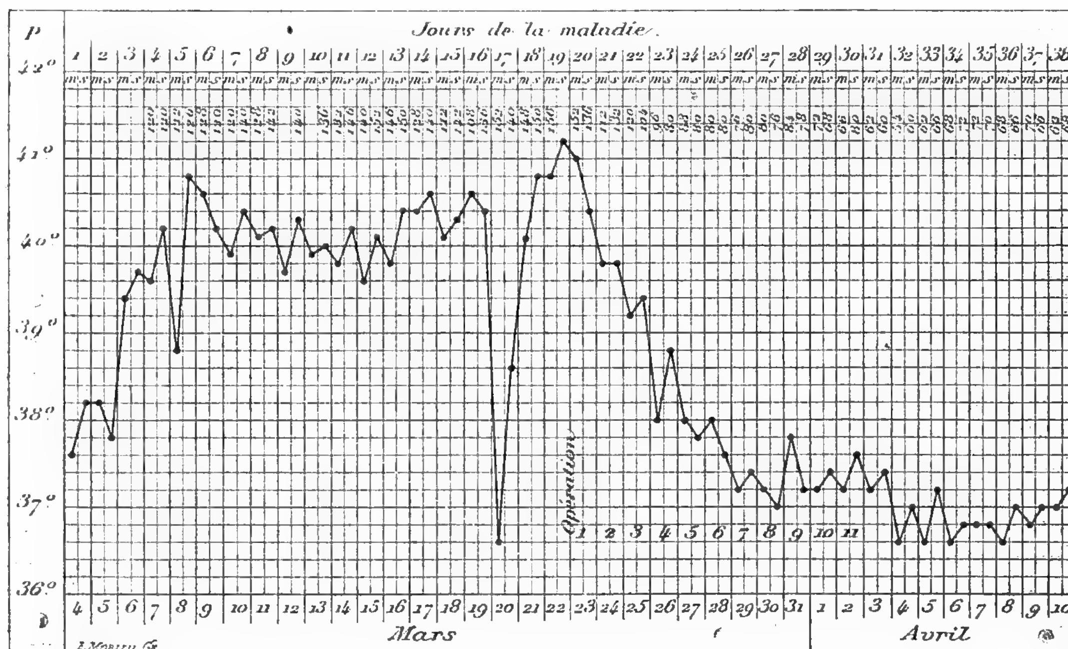
Par J.-S. DAURIAC
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

J'avais pensé, voilà plusieurs années, en réfléchissant aux conditions de distribution des lésions sur elles par le moyen d'une intervention chirurgicale.

J'ai eu tout récemment l'occasion d'appliquer les idées que je m'étais faites sur cette matière en réalisant une opération qui a été suivie de succès.

Il s'agissait d'un jeune sujet de dix-sept ans, chez lequel la dothiénenthérie évolua de la façon la plus grave. La fièvre prit tout d'abord une allure violente, et le pouls présenta très vite une rapidité inquiétante, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'inspection de la courbe annexée au présent travail. Le ventre était très ballonné, les selles fréquentes et fétides, la langue sèche et comme rôtie, l'amaigrissement profond. Le sujet s'alimentait pourtant suffisamment, puisqu'il absorbait de deux à trois litres de lait par jour. Le dix-septième jour au matin, la température, qui la veille atteignait 40°2, avec un pouls de 136, tomba à 36°6, avec un pouls de 152. Dans la journée, le malade rendit par l'intestin du sang presque pur, et le soir même la température remonta pour atteindre 41°2 le dix-neuvième jour au soir avec 156 pulsations. Le sujet était d'une faiblesse extrême et me semblait perdu. Je m'en ouvris à la famille, et le père, à qui m'attachent des liens de vive amitié, me pria de mettre à exécution l'idée d'intervention dont je lui avais autrefois parlé. Je refusai d'abord, mais, devant une insistance qui redoubla, je me décidai à exécuter l'opération que j'avais imaginée et que je n'aurais pas tentée dans un autre milieu.

Au vingtième jour, la température étant de 41° et le pouls de 152, je pratiquai dans le flanc gauche, à trois travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une incision légèrement curviligne de la longueur de l'index, jusqu'au péritoine inclusivement. Cette ouverture du ventre fut faite très rapidement, et sans douleur, à la cocaïne. L'incision du péritoine fut juste suffisante pour me permettre de saisir une anse de l'intestin grêle que j'attirai au dehors, en ayant soin de choisir un point de l'intestin suffisamment éloigné de la valvule iléo-cæcale, pour qu'il ne fût pas le siège d'ulcérations, et pas trop élevé sur le jéjunum pour que la nutrition du malade pût être compromise. Je fus guidé dans cette recherche par l'aspect ecchymotique que présentait par places la surface extérieure de l'intestin grêle, au fur et à mesure que je me rapprochais du cæcum. M'étant suffisamment éloigné des points présentant cette apparence, je fixai au péritoine et aux couches profondes de mon incision une rondelle du bord convexe de l'intestin grêle, du diamètre d'une pièce de un franc, par des points séparés au catgut, puis j'ouvris l'ampoule intestinale ainsi fixée, j'en éversai les bords et je les réunis à la peau, exécutant en somme une entérostomie clas-



sique. La plaie fut minutieusement refermée et protégée tout autour de la bouche intestinale au moyen de coton stérilisé recouvert d'une épaisse couche de collodion iodoformé.

L'entérostomie exécutée, le bord mésentérique de l'anse fixée venait s'appliquer presque contre l'ouverture de l'anus artificiel, à la façon d'un clapet, obturant en quelque sorte cet anus, sans qu'il y ait eu à aucun moment formation d'éperon. Il sortit dans la journée une forte proportion de matières par cet anus. Elles provenaient du bout supérieur, car il n'y avait aucune trace de sang. L'évacuation du segment inférieur de l'intestin continua à se faire pendant deux jours, et de plus en plus faiblement, par les voies naturelles. Le rectum chassa en abondance des matières mœlaniques extrêmement fétides.

Je pris soin, dès le premier jour, d'introduire par l'anus artificiel une petite sonde n° 20 de Nélaton, en caoutchouc souple, que je fis pénétrer dans le bout inférieur de l'intestin, la dirigeant vers le cæcum. Par l'intermédiaire de cette sonde, je fis couler chaque jour, lentement et sous pression faible, un litre, puis deux litres d'eau ayant bouilli, salée à 7 pour 1000. Cette eau était rendue en 15 à 20 minutes par les voies naturelles. Au bout de deux jours, l'eau des lavages ressortait à peine souillée par le rectum.

Dans le même temps, les matières que le bout supérieur de l'intestin amenait à l'anus artificiel sortaient par cet orifice de plus en plus consistantes, à tel point que je fus obligé d'avoir recours à des lavages pour les délayer et faciliter leur sortie.

L'examen de la feuille de température montre la descente rapide de la courbe dès le soir de l'intervention. Le troisième jour elle touchait 38°, et le sixième 37°.

En présence de cette amélioration, je n'hésitai pas à alimenter mon malade, timidement d'abord, plus franchement ensuite. Je donnai surtout, dès le début, des potages au vermicelle très épais, puis des nouilles et du macaroni fin cuits à l'eau. Le septième jour après l'opération, le sujet absorbait un œuf, puis une côtelette d'agneau.

A aucun moment la température ne remonta, et à la convalescence assez courte succéda une guérison définitive.

On sait que, dans la fièvre typhoïde, les ulcérations des plaques de Peyer et des follicules clos siègent surtout dans la partie terminale de l'intestin grêle, où elles sont souvent confluentes, près de la valvule. Les ulcérations peuvent occuper tout le tractus du tube digestif, y compris l'estomac et l'œsophage, mais à titre tout à fait isolé et exceptionnel. La distribution particulière de ces lésions m'a amené à penser, voilà plus de trois ans, qu'il pourrait être avantageux d'éviter le passage des matières fécales sur ce territoire ulcéré. Le repos accordé à cette partie d'intestin malade devait être favorable, *a priori*, à la cicatrisation rapide des ulcérations, puisqu'on leur évitait, en dérivant le cours des matières, l'irritation mécanique due au passage du flux intestinal, la fermentation des produits intestinaux à leur contact, et la pénétration par les surfaces à vif de produits septiques. D'autre part, je ne faisais qu'appliquer un principe général de médecine et de chirurgie, en mettant au repos un organe malade.

En outre de ces avantages, l'établissement de l'anus permet le lavage direct de l'intestin malade et facilite la réalisation de son aseptie. De plus on peut alimenter les malades sans trop d'appréhension, d'une façon précoce. L'assimilation se fera complètement à la condition que l'anus ne soit pas trop haut.

Je me demande s'il ne serait pas légitime de proposer l'opération que j'ai imaginée dès les premiers jours de l'établissement du diagnostic de la fièvre typhoïde. Ce serait peut-être le moyen d'atténuer tous les accidents et d'enrayer l'infection.

L'entérostomie, telle que je l'ai exécutée, est une opération peu grave et très simple, autrement anodine que celle qui consiste à ouvrir le ventre pour aller refermer les perforations intestinales consécutives aux ulcérations, et dont tous les chirurgiens admettent avec raison la légitimité. L'anus sans éperon, dont elle nécessite l'établissement, est très facile à réduire par l'excellent procédé d'abrasion de M. Chaput. Je le répète, on n'a pas à réduire d'éperon. Chez mon malade, la fermeture de l'anus a été faite trente-six jours après son établissement, de la façon la plus simple. Je regrette de ne l'avoir pas faite plus tôt.

VARIATION DES RACES ET DES ESPÈCES

L'adaptation aux milieux était pour Lamark et pour Darwin la cause principale de la variation des races et des espèces. Les plantes, les animaux sont soumis à l'action des milieux extérieurs; ils s'adaptent à ces milieux, se modifient quand changent les milieux. Seuls prospèrent les êtres forts, les êtres qui ont pu s'adapter; les autres meurent, c'est la *sélection naturelle*. Les caractères acquis se transmettent par l'*hérédité*, d'où formation d'une variété, d'une race, d'une espèce suivant que les modifications acquises ont été plus ou moins profondes.

Cette hypothèse sur le mécanisme de la variation des races et des espèces échappe à la vérification expérimentale. Armand Gautier[1] par ses recherches sur les végétaux a transporté la question de la variation des races et des espèces sur le terrain vraiment scientifique; il s'est adressé à la méthode expérimentale.

*
* *

Ses études sur les matières colorantes des vins lui avaient montré que cette matière colorante, l'œnocyanine de Mülder, l'œnoline de Glénard, ne constitue pas comme on le croyait une seule et même substance pour tous les cépages à vins rouges, mais que chaque cépage possède une matière colorante définie, spécifique, matière qui lui est propre et qu'on peut distinguer à la fois par ses caractères chimiques et par sa composition centésimale. Semblables remarques ont été faites pour les catéchines : chaque acacia, acacia catéchu, acacia farnesiana, acacia arabica, produit sa catéchine spéciale. Le pinus maritima des Landes donne une térébenthine $C^{10}H^{16}$ déviant à gauche le plan de lumière polarisé, le pinus australis de la Caroline fournit une essence de même composition $C^{10}H^{16}$, mais qui dévie à droite. Matières colorantes, catéchines, essences... varient donc en même temps que varient les formes extérieures des plantes. Si ces produits cellulaires varient c'est que la constitution des cellules a également varié. *Les modifications d'où résulte la formation des races sont très profondes; elles ne frappent pas seulement les parties extérieures et apparentes de la plante; elles atteignent jusqu'aux molécules constitutives des cellules.*

Tel est le premier point établi par Gautier.

*
* *

Pour étudier le mécanisme des variations des races, il faudra donc étudier le mécanisme des modifications du protoplasma cellulaire, étudier les différences de réactions mutuelles des diverses molécules albuminoïdes qui constituent l'organisme cellulaire, car il est évident que les modifications des formes extérieures de la plante sont consécutives à des modifications dans l'architecture des cellules. *Quelles sont les influences capables de modifier les réactions chimiques des albuminoïdes cellulaires?* Là est le nœud de la question.

*
* *

Dans la menthe poivrée on voit parfois la forme de l'inflorescence se modifier; certains rameaux prennent la disposition des sommités fleuries d'un genre voisin, le basilic; les rameaux dits basiliqués produisent dès lors une essence dextrogyre d'odeur particulière et non plus l'essence de menthe levogyre que fournit le reste de la plante. Or, Charabot et Ebray ont établi, en 1898, que cette variation de la menthe poivrée est due à la piqûre d'un insecte : le rameau piqué par l'insecte varie dans son inflorescence; les rameaux indemnes de toute piqûre restent normaux. M. Molliard avait vu sur un pied de Scabiosa columbaria les étamines se changer en pétales; il reconnut que les racines de cette plante étaient envahies par de très nombreuses galles d'Heterodera radicicola; comme contrôle, des pieds normaux de scabiosa columbaria furent repiqués sur le terrain envahi par l'Heterodera précédent, et ces pieds présentèrent dès la floraison, la monstruosité observée.

Le produit spécifique, le plasma, la substance injectée par une piqûre d'insecte peuvent donc déterminer sur la plante une variation, et cette variation peut se transmettre par hérédité.

De même la plante peut varier sous l'influence de produits cellulaires d'une autre plante, sous l'influence de la greffe.

Que l'on greffe le piment conique sur la tomate rouge, on obtient ainsi des piments aplatis ayant tout à fait l'aspect de la tomate. L'action de la greffe, de la fusion cellulaire des deux plantes a donc déterminé une monstruosité dans les fruits. Que l'on greffe un rameau d'alliaire officinale sur le chou vert, on voit le rameau d'alliaire se développer normalement, mais, si on sème les graines provenant de ce rameau, on remarque que les alliaires nouveaux ont des feuilles en rosettes plus nombreuses, l'odeur d'ail est moins forte que dans les plantes normales, les racines sont plus développées, plus épaisses, se rapprochent surtout de celles du chou. Après un nouveau semis les différences s'accentueront; la seconde génération présentera un aspect trapu, des feuilles vertes très rapprochées, des inflorescences serrées, une odeur faible d'ail et de chou; cet alliaire greffé sur chou aura donné naissance à une variété bien distincte résultant de l'action primitive du plasma végétal du chou porte-greffe sur le griffon d'alliaire. *Les plasmas du porte-greffe ont donc une influence sur le greffon.* Le greffon peut avoir une influence sur le porte-greffe. Gautier cite à ce propos le cas d'un néflier greffé sur l'aubépine; toute la partie de l'arbre sortie du greffon est bien un néflier normal, mais, un peu au-dessous de la greffe, le porte-greffe, c'est-à-dire l'épine blanche, a donné naissance à une branche de néflier qui diffère de la partie greffée en ce qu'elle est épineuse et qu'au lieu de porter des fleurs solitaires celles-ci au nombre de douze et semblables à celles du néflier sont réunies en corymbe comme les fleurs de l'épine blanche; les caractères de cette branche sont donc intermédiaires à ceux des deux générateurs. Sur une autre branche anormale poussée sur la précédente, les feuilles sont plus grandes que celles de l'aubépine, lobées, mais à lobes moins prononcés que dans les feuilles d'aubépine; les fleurs sont celles de l'aubépine, mais de couleur rose; les fruits, de la forme de ceux de l'aubépine, sont bruns et velus comme ceux de la nèfle.

Tout le monde sait d'autre part qu'on obtient des races nouvelles en accouplant deux variétés distinctes (métissage) en deux espèces plus ou moins rapprochées (hybridation). Chez les végétaux, que l'on pollinise une variété ou une espèce par le pollen d'une autre, en recueillant les grains qui en résultent, en les semant et en choisissant les pieds qui ont varié dans le sens désiré, on

1. A. GAUTIER. — « Les mécanismes moléculaires de la variation des races et des espèces. » *Revue générale des sciences pures et appliquées*, 1901, 15 Décembre, p. 1046.

pourra reproduire ensuite indéfiniment par greffe une race nouvelle. La fécondation, qu'est-elle, sinon la fusion de deux cellules, la coalescence de deux plasmas.

Tous ces faits en apparence disparates sont de même ordre; *on peut faire varier une espèce végétale, créer une race nouvelle, en faisant agir sur ce végétal le protoplasma d'une autre cellule végétale*, voire même le produit cellulaire d'une espèce animale.

Non seulement le pollen, la cellule reproductrice, mais le tissu cellulaire végétatif d'une race végétale suffit pour hybrider par contact les tissus d'une race végétale distincte; la piqûre d'un insecte suffit pour modifier une espèce végétale. Chez les animaux, des faits analogues se produisent; un microbe c'est-à-dire un végétal, en alliant son plasma au plasma de l'animal, modifie non seulement l'animal lui-même, mais la descendance de cet animal. L'influence du bacille de la tuberculose sur les cellules du corps humain modifie la descendance de l'homme; l'agent encore inconnu de la syphilis donne naissance à des monstruosités transmissibles par l'hérédité.

***

Les êtres vivants ne sont donc pas indépendants les uns des autres. Des êtres inférieurs comme les microbes, les protozoaires, peuvent allier leurs plasmas cellulaires aux plasmas, aux cellules, des animaux supérieurs et de cette alliance, de ce mariage des plasmas, résulte chez l'être envahi des modifications parfois transmissibles par l'hérédité. Animaux et végétaux réagissent les uns sur les autres; tout se tient; l'Univers tout entier est soumis aux mêmes lois.

P. Desfosses.

MÉDECINE PRATIQUE

ACTIONS THÉRAPEUTIQUES CONTRE-INDICATIONS ET INDICATIONS DU LAVAGE DU COLON

Le lavage du côlon agit sur cette portion du tube digestif par des actions mécaniques, physiques et médicamenteuses.

Nous laisserons de côté ces dernières actions, trop variables avec la nature des médicaments employés pour le lavage.

***

Actions mécaniques. — Elles s'exercent sur le contenu et sur les parois de l'intestin.

a) *Sur le contenu.* — Le liquide injecté dans la lumière du côlon ramollit les matières fécales qui y sont contenues; il en favorise ainsi le cheminement, et, le plus souvent, les entraîne avec lui lors de son évacuation.

L'asepsie du côlon est, du même coup, assurée par l'entraînement mécanique des nombreux microbes saprophytes et pathogènes, hôtes habituels de la cavité intestinale.

b) *Sur la paroi.* — L'introduction d'une certaine quantité de liquide dans la cavité du gros intestin amène une exagération de ses mouvements péristaltiques. Ce résultat est obtenu par l'excitation mécanique de la muqueuse et par l'élongation de la fibre lisse de la couche musculeuse de l'intestin.

Cette élongation est obtenue par la masse d'eau employée sous pression. *Mais il faut se rappeler que la dilatation, souvent répétée, retardera chaque fois le moment de contraction de la tunique musculaire de l'intestin.*

L'usage journalier d'une trop grande quantité d'eau et d'une pression exagérée amènera donc la coprostase par atonie intestinale.

Actions physiques. — L'action physique du lavage du côlon dépend uniquement de la température du liquide employé. Le calorique exerce particulièrement son action sur la musculeuse et sur les vaisseaux de l'intestin.

a) *Sur la musculeuse.* — Les fibres musculaires lisses, dites thermosystaltiques, sont très excitables par les variations de température, lorsque celles-ci sont rapides et s'éloignent assez de la température ordinaire de l'intestin.

La grande chaleur semble amener une contraction violente de l'intestin, tandis que le froid paraît, au contraire, avoir une action inverse. La température de 37° à 40° semble n'avoir aucune action sur la contraction intestinale.

b) *Sur les vaisseaux de l'intestin.* — Le grand développement du réseau vasculaire de l'intestin, ainsi que l'antagonisme physiologique qui existe entre la circulation générale et la circulation dans la veine porte, nous expliquent les effets puissants que le calorique peut produire par son action sur les nombreuses veines de l'intestin.

Cette action est à la fois locale et générale. L'anémie qui suit le lavage froid semble agir sur les mouvements péristaltiques de l'intestin en les arrêtant, en même temps qu'elle active la circulation intra-hépatique et augmente la tension dans la circulation générale.

De là son action cholagique et diurétique utilisée dans les affections hépatiques et infectieuses.

Le chaud amène, naturellement, une action inverse, provoquant une congestion plus ou moins intense de la muqueuse. L'hémorragie peut, quelquefois, s'ensuivre.

Les lavages intestinaux semblent aussi amener des modifications dans la sécrétion intestinale. Cette action semble surtout provoquée par les changements survenant dans la circulation et par l'excitation mécanique des terminaisons nerveuses.

Contre-indications. — Les contre-indications peuvent être d'ordre général ou local.

Dans quelques cas, la trop grande nervosité du patient est un obstacle au lavage du côlon. Les réflexes nerveux ayant pour point de départ la muqueuse intestinale sont souvent intenses et peuvent amener des palpitations, des sueurs froides, des lypothimies, voire même des syncopes.

De même, il faudra agir avec la plus grande prudence dans les cas d'artériosclérose généralisée ou de cardiopathie. Les changements de tension amenés dans la circulation générale par la dilatation ou le rétrécissement des nombreux vaisseaux du côlon sont à craindre dans ces cas-là.

Il faudra aussi se montrer très réservé et même s'abstenir en présence d'ulcérations du tube digestif, dont il est toujours difficile de déterminer la profondeur; l'on s'exposerait ainsi à une perforation.

La trop grande susceptibilité du tube digestif se traduisant par des douleurs violentes, des coliques persistant plusieurs heures, quelquefois plusieurs jours après le lavage, est de même une contre-indication tant que l'on n'aura pas calmé cette susceptibilité particulière par les différents moyens que nous offre la thérapeutique.

Indications générales. — On doit avoir recours aux lavages du côlon chaque fois qu'il y aura intérêt à obtenir les effets suivants :

1° *Sur l'intestin.* — Exonération de son contenu; antisepsie intestinale; diminution des auto-intoxications; modification de la tonicité et de la contractilité de la fibre musculaire lisse; modification de la circulation intestinale.

2° *Sur l'organisme en général.* — Modification sur la circulation dans le domaine des veines caves.

Indications particulières. — *Constipation.* — Le lavage du côlon n'est guère employé que dans la *constipation chronique*, qu'elle soit *symptomatique* (par obstacle mécanique : rétrécissement, compression par tumeur voisine) ou qu'elle soit *habituelle* (par modification de la contraction musculaire de l'intestin).

Dans la constipation symptomatique, le lavage du côlon permettra de ramollir les matières agglomérées et durcies en amont de l'obstacle. Ce dernier pourra être ainsi franchi par ces matières entraînées par l'eau du lavage. Il y aura intérêt, souvent, à ne pas mettre en jeu une contraction exagérée du tube digestif. Dans ce cas, on emploiera de l'eau chaude ou seulement tiède et en quantité juste suffisante pour ne pas dilater l'intestin. Dans ce genre de constipation, le lavage du côlon ne saurait être utilisé que comme moyen palliatif.

Dans la *constipation habituelle*, il doit être considéré comme un moyen curatif. Dans la constipation par *atonie*, on aura recours à des lavages très chauds, peu abondants. On obtiendra ainsi la contraction de l'intestin à l'aide du calorique seul sans augmenter sa dilatation. Il sera bon, de temps en temps, de suspendre cette pratique, de peur d'habituer trop l'intestin à ne se contracter que sous l'influence du calorique.

Dans la constipation par *spasme*, on s'efforcera de diminuer la trop grande contractilité du tube digestif par des lavages tièdes, de quantité croissante avec la tolérance du tube digestif. Dans l'*entéro-colite muco-membraneuse*, la technique du lavage variera avec le genre de constipation existant, et la nervosité du malade.

Diarrhées. — A) *Diarrhées nerveuses.* — La pathogénie étant la même que pour la constipation spasmodique, les indications à remplir et le procédé employé seront les mêmes que pour cette dernière affection.

B) *Diarrhées infectieuses* (spécifiques ou banales : fièvre typhoïdes, dysenterie sporadique, choléra, choléra nostras; diarrhée verte).

Dans ces cas, les lavages froids ou tièdes permettront d'assurer l'antisepsie mécanique du tube digestif et l'élimination des toxines par les urines, en même temps qu'ils pallieront la spoliation de l'eau de l'organisme.

Obstruction intestinale par volvulus ou intussusception. — Plusieurs tentatives de lavage suivies de succès ont été faites dans ces cas par les médecins américains.

Affections hépatiques. — Les propriétés cholagogues et diurétiques des lavages *froids* du côlon ont été et sont d'un usage fréquent dans les cas d'ictère par rétention ou d'ictère infectieux.

M. Froussard
Médecin consultant à Plombières-les-Bains.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

18 Juillet 1902.

Myélite antérieure aiguë et traumatisme. — *M. Ferrier* présente un soldat atteint de paralysie spinale antérieure aiguë survenue trois jours après un traumatisme. Le membre supérieur gauche est resté paralysé et atrophié.

Hémichorée dans le cours d'une néphrite chronique. — *M. Le Gendre* apporte l'observation d'un malade de soixante ans atteint d'hémichorée depuis trois semaines. Est-ce un hystérique? Il n'a aucun stigmate hystérique certain; il serait donc atteint d'une hystérie monosymptomatique. Mais, d'autre part, cet homme est albuminurique. Faut-il établir un rapport entre sa néphrite et son hémichorée?

Pouls lent permanent. Ischemie bulbaire par oblitération athéromateuse des artères bulbaires au niveau de leur origine. — *MM. Widal et Lemierre* apportent l'observation d'un homme de soixante-dix-huit ans, arythmique depuis trente-cinq ans, et atteint de pouls lent permanent depuis le mois d'Avril dernier, après une grippe.

A l'autopsie, on trouva un état athéromateux très marqué des artères de la base de l'hexagone de Willis, de ses branches, du tronc basilaire et des artères vertébrales. Les petites branches du tronc basilaire allant au bulbe étaient intactes, souples et perméables, mais un examen attentif montra qu'au

niveau du tronc basilaire elles avaient leurs orifices extrêmement rétrécis par des plaques athéromateuses. Ce fait prouve que les artères bulbaires peuvent subir à leur origine une oblitération qui crée le pouls lent permanent avec syncope par ischémie bulbaire, comme l'oblitération des coronaires à leur origine dans l'aorte peut créer l'angine de poitrine par ischémie cardiaque.

M. Siredey pense que certains cas de pouls lent permanent relèvent d'une intoxication urémique et cite deux observations probantes.

M. Chauffard insiste sur le rôle de la grippe dans la genèse du pouls lent permanent du malade de M. Widal, et rappelle que certaines formes de la grippe produisent de la bradycardie.

M. du Castel croit que l'athérome des artères cérébrales est susceptible de créer également le pouls lent permanent.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

19 Juillet 1902.

De la valeur pronostique de la polyglobulie dans la cyanose chronique. — *MM. Vaquez et Quiserne.* Depuis que l'un de nous a, en 1892, attiré l'attention sur la polyglobulie dans la cyanose chronique, la constatation de ce phénomène est devenue de notion courante. Mais si le fait est fréquent, il n'est cependant pas constant. De même que la polyglobulie peut exister sans cyanose (témoin la polyglobulie des altitudes), de même la cyanose peut exister, bien que plus rarement, sans polyglobulie.

Il nous a été donné d'examiner des cas où une lésion congénitale du cœur, avec cyanose légère à vrai dire, ne s'accompagnait pas d'augmentation du nombre des globules.

Tel un enfant qui présenta un chiffre égal de globules (de 4 à 5.000.000) pendant plusieurs années sans trouble apparent de la santé. De même des adultes également peu gênés par leur lésion n'avaient qu'une polyglobulie peu marquée ne dépassant pas 5.500.000 à 6.000.000 de globules.

Par contre, dans d'autres cas, et ceux-ci sont les plus habituels, à partir du moment où les signes fonctionnels commencent à apparaître, la polyglobulie augmente progressivement pour atteindre en plusieurs mois ou en deux ou trois ans le chiffre de 8 à 9.000.000.

Lorsque la polyglobulie présente ce caractère d'être progressivement croissante, ce dont on se rend compte en faisant des examens à plusieurs semaines de distance, on peut être assuré de la gravité du pronostic.

Des altérations globulaires au cours de l'ictère. — *M. Vaquez.* Il est généralement admis que les globules rouges ne présentent aucune altération notable du fait de la présence des pigments biliaires dans le sang.

Les recherches que nous avons faites avec M. Ribierre nous ont montré, au contraire, une modification très importante qui consiste dans l'augmentation parfois considérable du volume des hématies!

Cette modification est constante et précise.

Elle se produit presque en même temps que l'ictère, disparaît avec lui, mais seulement lorsqu'il n'y a plus de pigment dans le sérum. Les globules rouges qui, normalement et en moyenne, mesurent 7 µ 5, atteignent les dimensions de 8 µ 2, 8 µ 5, 9 µ et même plus. Certains, vraiment gigantesques vont jusqu'à 12 µ.

Cette augmentation est surtout manifeste dans les ictères prolongés ou ceux à forme grave. Elle est d'ordre physique car elle se produit, *in vitro*, sur des globules normaux, mis en présence de sérum ictérique et est due, probablement, à la pénétration de certaines substances encore indéterminées dans le stroma globulaire. Cette augmentation du volume des globules doit, à notre avis, favoriser, dans certains cas la plasmolyse et peut-être expliquer en certains nombre d'accidents que l'on voit survenir au cours de divers ictères.

Sur l'évolution et le rôle phagocytaire de la cellule endothéliale dans les épanchements des séreuses. — *MM. Widal, Ravaut et Dopter.* On sait la valeur qu'il faut attribuer à la présence, dans les épanchements des séreuses, des cellules endothéliales soudées en placards ou deux à deux, ainsi que des leucocytes qui les accompagnent, pour en tirer les conclusions sur la nature d'un épanchement.

Les cellules desquamées sous forme de placards ne restent pas toujours dans cet état; il n'y a guère que dans les pleurésies aseptiques des cardiaques ou des brightiques qu'elles restent soudées pendant toute la durée de l'épanchement; au contraire, dans la pleurésie septique dont la pneumococcique est le type, au fur et à mesure que les polynucléaires deviennent plus nombreux, elles finissent par disparaître; même enfin, dans les pleuro-tuberculoses primitives, pendant les trois ou quatre premiers jours, on peut retrouver des cellules endothéliales soudées.

Lorsque ces éléments sont isolés, il est presque impossible de les différencier des gros mononucléaires; d'autant plus qu'on les voit accomplir des fonctions spéciales à ces derniers; ils jouent, en effet, un rôle phagocytaire des plus accusés, et, au début des pleurésies, pneumococciques, rhumatismales, etc., il est très fréquent de les voir bourrés de polynucléaires dégénérés, de quelques rares lymphocytes et globules rouges. Cette action phagocytaire peut encore s'exercer dans les hydrocèles sur les spermatozoïdes introduits fortuitement dans le liquide exsudé.

Il semble bien avéré que la cellule endothéliale, qui, à l'origine, n'est qu'une cellule conjonctive, se différencie ultérieurement quand elle est appelée à de nouvelles fonctions. Pour servir de revêtement aux membranes séreuses, et remplir là divers rôles physiologiques, notamment le rôle de glissement, elle s'aplatit et se soude aux cellules voisines. Elle conserve cette forme tant que la séreuse reste saine. Mais sous les influences pathologiques variées, elle se modifie: dans les épanchements aseptiques, elle subit mécaniquement une desquamation qui l'entraîne dans le liquide exsudé, elle reste accolée à plusieurs de ses congénères; là, elle ne réagit pas, elle est inerte; elle ne dégénère complètement qu'après avoir persisté longtemps dans cet état passif survienne un état inflammatoire de la séreuse, la cellule endothéliale joue un rôle très actif; pour opérer la défense contre l'infection, elle se desquame, s'isole, devient sphérique, prend l'aspect des gros mononucléaires dont elle arrive à partager les fonctions macrophagiques, et retourne ainsi probablement à son origine.

En un mot, les diverses modifications morphologiques que la cellule endothéliale peut présenter au cours de son évolution s'exécutent pour lui permettre de faire face aux divers rôles éventuels qu'elle peut être appelée à remplir, et, par là même, de s'adapter aux fonctions nouvelles qui, à l'occasion, peuvent lui incomber.

Des moyens de défense de l'organisme dans la cholémie. — *MM. Gilbert et Herscher.* L'organisme fait usage pour se défendre contre l'empoisonnement biliaire de deux ordres de moyens: il lutte soit à l'aide des cellules fixes constitutives de ses tissus, soit à l'aide de ses éléments mobiles.

Ces derniers, c'est-à-dire les leucocytes, subissent, en effet, dans la cholémie, une augmentation de nombre très rapide, abondante et persistante.

Quant aux éléments fixes, ils interviennent suivant deux modes: en éliminant et en modifiant les poisons biliaires.

Le revêtement cutané contribue à l'élimination du fait de sa desquamation, mais ce sont surtout les glandes qui agissent dans ce sens.

Le rein débarrasse l'organisme à la fois des pigments et des sels, et son rôle paraît prédominant; mais d'autres glandes (mammaires, sudorales, salivaires, etc.) se comportent d'une manière analogue, au moins en ce qui concerne les pigments.

Les modifications des éléments biliaires se produisent principalement dans le rein qui transforme les pigments biliaires en urobiline, facilement éliminable, et dans la peau qui les convertit en mélanine et retient cette dernière substance dans l'intérieur des cellules du corps muqueux.

A côté de ces processus bien démontrés, l'organisme emploie vraissemblablement d'autres moyens pour lutter contre l'empoisonnement biliaire.

Il reste encore à déterminer le rôle des divers tissus interstitiels et de certaines glandes réputées actuellement indifférentes.

Rôle des anaérobies dans les cholécystites. — *MM. A. Gilbert et A. Lippmann.* Nous avons continué nos recherches sur le microbisme des voies biliaires. L'étude du contenu intra-vésiculaire de l'homme à l'état pathologique nous a montré que, dans cinq cas de cholécystite calculeuse, le liquide vésiculaire, suppuré ou non, s'est constamment montré fertile. Mais alors que trois fois les germes aérobies faisaient défaut, les cultures anaérobies fournirent toujours des résultats positifs. Quand il existait des microbes aérobies, ceux-ci appartenaient à l'espèce colibacillaire, si bien qu'à ne considérer que la recherche exclusive des aérobies, le colibacille demeurerait comme dans les travaux antérieurs le « grand envahisseur des voies biliaires ». Or, sans l'étude des anaérobies, trois fois sur cinq le contenu vésiculaire eût été déclaré stérile; on voit donc quelle importance il faut attribuer à ces germes anaérobies aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état normal.

Ainsi, à l'hypothèse d'une infection ascendante des voies biliaires par des germes venus de l'intestin, précédant la réalisation de l'état pathologique, il est préférable de substituer celle d'une action pathogène des germes autochtones. De cavitaire et physiologique l'infection anaérobie deviendrait pariétale et pathologique.

Néanmoins, il faudrait tenir compte des cas toujours possibles où les germes intestinaux interviendraient dans le processus pathologique, soit primitivement, soit plutôt secondairement en venant renforcer l'action pathogène des hôtes normaux anaérobies des voies biliaires.

Passage des bacilles tuberculeux après ingestion dans les chylifères et le canal thoracique. — *MM. Joseph Nicolas et A. Descos* (de Lyon) ont constaté qu'en faisant ingérer à des chiens des bacilles de Koch en suspension dans une soupe grasse, on pouvait dans certains cas les retrouver, soit par la coloration, soit par l'inoculation, et constater que ces bacilles avaient passé dans le chyle et la lymphe du canal thoracique. On voit toute l'importance de ces résultats, même inconstants, dans le mécanisme possible de la tuberculisation d'origine alimentaire.

Sur la bactériolyse « in vitro ». — *M. Levaditi* (de Bucarest), étudiant la bactériolyse « in vitro », conclut au non-parallélisme entre le pouvoir sensibilisateur et le pouvoir empêchant d'un sérum bactéricide.

A. Sicard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

22 Juillet 1902.

La peste à bord des navires et les épidémies de fièvre jaune. — *M. Proust.* Je désire présenter quelques observations sur les épidémies navales. Dans ces épidémies, le rôle des rats comme agents vecteurs de la peste s'est affirmé plus nettement que jamais. Le décret en vigueur ne prévoit, à bord des bâtiments, que la peste humaine. Or, Il importe de considérer comme infectés au même titre les navires porteurs de rats pesteux. Il y aurait lieu de réformer les règlements à ce point de vue. Il importe enfin de surveiller l'état sanitaire des rats. La sulfuration diminue beaucoup le nombre des rats, mais quelques-uns de ces animaux se réfugient dans des parties où ne pénètre pas l'acide sulfureux.

Pour ce qui est de la fièvre jaune, il y a 85,75 p. 100 des individus piqués par des moustiques contaminés qui contractent la fièvre jaune; au contraire, les individus qui ont eu des contacts avec des individus atteints de fièvre jaune ou avec les objets souillés par eux n'ont pas contracté la maladie. Mais il est possible que la contagion puisse se faire autrement que par les moustiques.

M. Laveran. On a pu débarrasser la Havane de la fièvre jaune grâce à la lutte contre les moustiques et l'isolement des malades. Il y aurait lieu de combattre les moustiques qui sont à bord des navires en les désinfectant par l'acide sulfureux avant le déchargement.

M. Proust. Nous le faisons autant que possible, mais certaines marchandises peuvent être ainsi altérées.

M. Roux. Je voudrais ajouter quelques renseignements. M. Riss, de la Mission américaine, a pris du sang, a filtré le sérum par une bougie de Berkefeld, les individus injectés ont contracté la fièvre jaune; il s'agit donc d'un microbe analogue à d'autres virus, tellement petit qu'il échappe au microscope. Il en est ainsi pour la fièvre aphteuse, la clavelée.

Le microbe de la dysenterie épidémique. — *M. Chantemesse.* Au Japon, Shiga a étudié le bacille de la dysenterie décrit il y a dix ans dans un travail fait par nous en collaboration avec MM. Cornil et Widal. Le bacille de la dysenterie est, par ses caractères intermédiaires, entre le colibacille et le bacille typhique. Il ne donne pas de gaz en milieu lacté, ne donne pas d'indol, ne prend pas le Gram. Il est pa-

thogène pour beaucoup d'espèces animales. Il est sensible à l'acide phénique et on peut se servir de ce fait pour le distinguer du colibacille. A côté de la dysenterie ambienne il y a donc une dysenterie bacillaire. Il y a une certitude que ce microbe est spécifique ; les travaux faits dans toutes les contrées du monde depuis 1889, époque où il a été décrit par nous, l'ont nettement établi. (Voir p. 699.)

Élections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux et deux correspondants étrangers.

Les candidats nationaux étaient en première ligne : MM. Denigès (de Bordeaux), en deuxième Massol (de Montpellier), en troisième Carles (de Bordeaux), Jolyet (de Bordeaux), Lajoux (de Reims), Lescœur (de Lille). M. Denigès ayant obtenu 38 voix sur 58 votants, et M. Carles 36 voix sur 53 votants sont élus.

Les candidats étrangers étaient en première ligne : MM. Kossel (de Heidelberg), en deuxième Guareschi (de Turin), en troisième Horbaczewsky (de Prague), Machado (de Lisbonne), Piutti (de Naples), Willstätter (de Munich). M. Kossel ayant obtenu 47 voix sur 63 votants est élu correspondant étranger, ainsi que M. Guareschi ayant obtenu 42 voix sur 59 votants.

M. Labbé.

ANALYSES

BACTÉRIOLOGIE

A. Billet. ***Un cas de typhus récurrent à Constantine*** (*Arch. de méd. et de pharm. militaires*, 1902, XXXIX, p. 128). — Depuis l'année 1866, époque où Arnould en a constaté une épidémie aux environs de Constantine, le typhus récurrent n'avait pas été signalé en Algérie. M. Billet en relate une observation qui aurait passé complètement inaperçue si l'examen du sang n'avait pas révélé la présence des spirilles spécifiques d'Obermeier. On sait que le typhus récurrent accompagne d'ordinaire le typhus exanthématique. Ce dernier est encore très fréquent parmi la population indigène d'Algérie. Il y a donc lieu de penser qu'un certain nombre de cas de typhus récurrent échappent journellement à la sagacité des praticiens. L'auteur insiste à ce propos sur l'absolue nécessité d'examiner le sang au point de vue microscopique pour établir le diagnostic des pyrexies si complexes des pays chauds.

J. Dumont.

A Billet. ***Contribution à l'étude du paludisme et de son hématozoaire en Algérie*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1902, Mars, p. 185). — L'auteur démontre, d'après un total de 400 observations prises dans son service de l'hôpital militaire de Constantine, que le paludisme présente, *chez un même individu*, deux ordres de manifestations, deux étapes successives, caractérisées chacune par une forme parasitaire spéciale :

1° *Le paludisme primaire* ou premier échelon de l'infection palustre. C'est le paludisme dit de première invasion, qui se contracte, en Algérie du moins, du mois de Juillet au mois de Novembre. Excessivement capricieux dans sa modalité clinique, son type fébrile est souvent mal défini, tantôt nettement intermittent, tantôt régulier ou fruste, affectant parfois des allures pernicieuses, dont on a multiplié les formes à plaisir, tantôt enfin subcontinu ou même continu à rémissions fugaces (fièvre rémittente de quelques auteurs). La forme parasitaire qu'on y rencontre est, au contraire, essentiellement constante. C'est la forme petite, annulaire, peu ou pas pigmentée et qui aboutit invariablement à la forme sexuée de l'hématozoaire de Laveran, la forme en *croissant*.

Le paludisme primaire ainsi défini correspond trait pour trait à cette forme de malaria dont la plupart des auteurs italiens, anglais et allemands veulent faire une entité particulière et distincte, sous des noms divers : fièvre estivo-automnale, fièvre tierce maligne, fièvre tropicale, etc.

2° Le *paludisme secondaire* qui survient généralement pendant l'hiver ou le printemps suivant. C'est le second échelon de l'infection palustre. La forme clinique, cette fois, est caractérisée par des accès de fièvre nettement intermittente, soit de type tierce, soit de type quarte (avec leurs variétés : double tierce (ou quotidienne), double quarte, etc.), et les trois stades classiques : frissons, chaleur et sueurs. La forme parasitaire est également constante, mais distincte de celle du paludisme primaire. C'est la forme amiboïde, grande, fortement pigmentée, aboutissant, par segmentation, à la *rosace* qui caractérise le mode de multiplication endogène ou asexuée de l'hématozoaire.

Le parasite adulte de la tierce diffère notablement de celui de la quarte. Aussi l'auteur incline-t-il à penser qu'il existe en résumé deux sortes de paludisme : le paludisme dont le type définitif est le type tierce, et celui dont le type définitif est le type quarte, ayant chacun un double cycle évolutif clinique : l'un primaire, l'autre secondaire.

J. Dumont.

MÉDECINE

C. Seemann. ***Présence des bacilles typhiques dans les taches rosées des typhiques*** (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1902, n° 22, p. 580). — Il y a trois ans, Neufeld a fait connaître un procédé qui permet de constater la présence des bacilles typhiques dans le sang pris par piqûre au niveau des taches rosées.

Ce procédé consiste à mettre sur la tache une goutte de bouillon de culture, à piquer à travers la goutte de bouillon et à ensemencer le mélange de sang et de bouillon, le rôle de celui-ci consistant à diminuer, par dilution du milieu, le pouvoir bactéricide du sang.

En procédant de cette façon, Neufeld est parvenu à trouver le bacille typhique treize fois sur quatorze. Sa technique, employée par Curschmann, Scholz et Krause a donné les mêmes résultats et la même proportion de succès.

M. Seemann nous fait connaître les résultats que la technique de Neufeld lui a donnés chez trente-quatre typhiques chez lesquels le diagnostic a été établi après la séro-séaction (1,50) positive de Widal. Sur ces trente-quatre typhiques, il trouva chez trente-deux des bacilles typhiques au niveau des taches rosées lenticulaires.

Comme le procédé est relativement simple, M. Seemann estime qu'il pourrait servir au diagnostic précoce de la fièvre typhoïde.

R. Romme.

CHIRURGIE

A. W. Mayo Robson. ***Observations d'une série de fractures des cartilages semi-lunaires du genou*** (*British medical Journal*, 1902, 12 Avril, n° 2154). — Robson publie le résultat de trente-trois opérations pratiquées par lui sur le genou ; dans 21 cas, il s'agissait d'une fracture des cartilages semi-lunaires ; quatre fois ces cartilages étaient simplement mobiles ; enfin dans 8 cas il s'agissait de corps étrangers articulaires. L'auteur cherche à démontrer qu'un grand nombre de soi-disant luxations internes du genou ne sont autre chose que des cas de fracture des cartilages semi-lunaires ; le plus souvent on les voit se produire à la suite d'un violent effort ou d'un traumatisme quelconque, quelquefois cependant ces lésions se produisent à l'occasion d'une simple extension de la jambe, consécutive à une flexion forcée.

Dans les cas récents, il faut réduire la fracture du cartilage tout comme s'il s'agissait d'un os ; la jointure sera ensuite immobilisée pendant six semaines. Que si, après ce traitement, le genou est faible, s'il y a une tendance à la récidive, il faudra recourir sans hésiter à l'opération qui se fera de la façon suivante : une incision oblique est menée du bord inféro-interne de la rotule, en bas et en arrière ; on ouvre ainsi la jointure sans intéresser le ligament rotulien ni le ligament latéral interne. On fléchit alors le genou et on met en évidence les cartilages. S'il s'agit d'une fracture, on libère et on enlève le fragment ; s'il y a simple détachement du cartilage, on le suture soit au ligament latéral interne, soit au plateau tibial. Il n'est pas bon et il est inutile d'introduire ses doigts dans la cavité articulaire et de l'irriguer. Il n'y a aucun inconvénient à exciser du cartilage, et le fonctionnement de la jointure est aussi parfait après l'opération qu'avant l'accident.

C. Jarvis.

OBSTÉTRIQUE

Zangemeister. ***Sur l'albuminurie pendant le travail*** (*Arch. f. Gynack.*, 1902, T. 66, p. 413). — D'un long travail sur l'albuminurie pendant la grossesse et l'accouchement, l'auteur tire les conclusions suivantes :

La diurèse devient plus intense vers la fin de la grossesse ; elle s'accroît progressivement jusqu'au moment de l'accouchement. Pendant le travail, la diurèse diminue ; elle tombe jusqu'au tiers de la valeur qu'elle avait à la fin de la grossesse. Dans le post-partum, la diurèse augmente d'abord ; puis elle revient petit à petit à la normale.

Sur 100 femmes enceintes dont on examine une seule fois les urines dans les trois derniers mois de la grossesse, on trouve 10 cas d'albuminurie. Sur 100 femmes enceintes, on observe en moyenne 40 fois une albuminurie plus ou moins passagère.

Sur 100 femmes gravides, 4 à 5 présentent des cylindres dans les urines. L'albuminurie s'observe aussi bien chez les multipares que chez les primipares ; ces dernières prédominent cependant.

La fréquence de l'albuminurie et de la présence des cylindres urinaires augmente beaucoup dans les deux dernières semaines de la grossesse.

Une albuminurie légère à la fin de la grossesse n'est pas pathologique ; la présence de cylindres indique une lésion rénale appréciable. Pendant le travail, l'urine contient souvent des cellules troubles à noyaux provenant des reins. Ces cellules augmentent pendant le travail. On observe fréquemment des globules blancs en petite quantité, parfois quelques globules rouges. On observe des cylindres dans l'urine, pendant le travail, aussi souvent chez les primipares que chez les multipares ; leur quantité est en général plus grande chez les I-pares.

Albuminurie et richesse en cylindres marchent en quelque sorte parallèlement. L'albuminurie de la grossesse diffère dans son allure de l'albuminurie du travail. L'augmentation de l'albumine pendant le travail tient à l'augmentation de pression sanguine dans les reins pendant les contractions.

A. Schwab.

R. Lavie. ***De l'embryotomie rachidienne dans ses rapports avec l'incarcération fœtale*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Lorsqu'on se trouve en présence d'une présentation de l'épaule *irréductible*, c'est-à-dire lorsqu'est passé le moment opportun de faire la version (liquide amniotique écoulé depuis un temps plus ou moins long ; utérus rétracté sur le fœtus ; enfant mort ou très fortement compromis), l'indication consiste à pratiquer l'embryotomie.

Or, cliniquement, cette embryotomie est fort variable comme technique opératoire, comme difficultés d'exécution, et comme dangers qu'elle comporte pour la mère, suivant la façon dont l'utérus s'est rétracté sur le fœtus. Le mérite de M. Lavie est d'avoir appelé dans son travail, inspiré par son maître M. Bonnaire, l'attention sur ce point spécial et capital en pratique de la dystocie de la présentation de l'épaule.

Lorsque l'utérus, plus ou moins vide d'eau, se rétracte sur le fœtus en présentation de l'épaule, le maximum de la rétraction siège d'ordinaire au niveau de l'anneau de Bandl. L'utérus alors est divisé en deux loges séparées par l'anneau de Bandl rétracté. Or, le fœtus peut être incarcéré dans la loge supérieure (corps de l'utérus) en totalité ou en très grande partie, ou être incarcéré dans la loge inférieure (segment inférieur). Dans le premier cas, on a affaire à l'incarcération fœtale *sus-annulaire* ; dans le second, à l'incarcération *sous-annulaire* (M. Bonnaire).

Dans l'incarcération sus-annulaire, le fœtus se trouve dans la partie épaisse de l'utérus, au-dessus de l'anneau de Bandl ; l'utérus rétracté ne se contracte plus ; la femme souffre de façon continue ; l'utérus globuleux ne permet pas le palper ; au toucher, on sent le segment inférieur flasque pendre dans le vagin.

Dans la variété sous-annulaire, le fœtus en totalité ou en grande partie a été chassé dans le segment inférieur dilaté au maximum par le corps de l'utérus qui continue de se contracter ; l'utérus a la forme d'un sablier ; l'anneau de Bandl remonte vers l'ombilic, et si on n'intervient pas le segment inférieur ne tardera pas à éclater.

Que devient l'embryotomie dans ces deux variétés de cas bien distinctes ?

a) Dans l'*incarcération sous-annulaire*, l'embryotomie est facile comme technique opératoire et comme exécution. Le fœtus est très accessible. Mais on opère dans un segment inférieur distendu et aminci au maximum qui ne demande qu'à se rupturer. Donc opération facile pour l'accoucheur, pleine de dangers pour la mère. Le procédé opératoire le plus simple sera le meilleur ; on doit donc conseiller les ciseaux de Dubois, l'embryotome de Tarnier, l'embryotome de Ribemont ou de Thomas. Il faut absolument rejeter la décollation avec le crochet de Braun.

b) Dans l'*incarcération sus-annulaire*, les difficultés de l'embryotomie sont extrêmes, étant données la rétraction de l'anneau de Bandl, la rétraction du corps utérin, la situation élevée d'un fœtus replié sur lui-même. Les dangers cependant sont relativement minimes pour la mère, l'opération se passant dans un corps utérin épais.

Il ne peut être question en général d'une opération bien réglée.

Il faut d'abord essayer de vaincre le spasme utérin par l'emploi du chloroforme à la dose chirurgicale. Puis, il faut dilater l'anneau rétracté, soit au moyen de ballons, soit avec la main, en introduisant un doigt après l'autre.

On ne peut faire souvent l'embryotomie qu'à bout de doigts; donc opérer avec lenteur et prudence. Lorsqu'on arrive sur le cou, la section doit porter là. Sinon, il faut sectionner où l'on peut. Comme instruments, les ciseaux de Dubois, ou mieux l'embryotome de Tarnier. Il peut être parfois utile de sectionner au préalable le bras ou la jambe faisant procidence à travers l'anneau de Bandl et gênant l'embryotomie.

Si la section du cou est impossible, faire la section du thorax suivie de l'éviscération. Une fois l'éviscération faite, il faut extraire le fœtus, soit par la version forcée, soit par l'évolution forcée, soit par la spondylotomie avec section complète du fœtus.

Une grande et dernière difficulté provient souvent de la rétention de la tête dernière, après la décollation. S'il est impossible de l'extraire avec la main prenant point d'appui sur le maxillaire inférieur, il faut s'aider de l'expression utérine ou faire la perforation suivie de l'expression, ou appliquer un cranioclaste.

A. Schwab.

GYNÉCOLOGIE

Ed. Braye. ***Contribution à l'étude de la tuberculose de l'utérus*** (*Thèse*, Paris, 1902, Mai). — La tuberculose de l'utérus est relativement rare. L'infection de l'organe peut se faire par trois voies : la voie sanguine, la voie lymphatique, la voie génitale. Par la voie sanguine, la tuberculose utérine est toujours secondaire à un foyer tuberculeux situé autre part, ayant fait effraction dans un vaisseau et ayant donné lieu à une sorte de septicémie bacillaire. A côté de cette infection sanguine, il y a l'infection lymphatique, si fréquente que nous n'avons pas à y insister : dans ces cas la tuberculose de l'utérus est toujours secondaire à un foyer plus ou moins contigu (trompes, ovaires, péritoine, intestin grêle, rectum, etc.). Enfin, l'infection utérine peut se faire *primitivement* par la voie vaginale; dans ces cas on admet qu'elle a lieu à la suite des rapports sexuels, par un sperme bacillifère.

Mais comment expliquer alors que la tuberculose primitive soit si rare, puisqu'elle ne compte que pour 18,5 pour 100 dans le nombre total des lésions tuberculeuses de l'utérus? Car les occasions de coït infectant doivent être des plus fréquentes. L'auteur admet que l'utérus est défendu contre le bacille de la tuberculose par le spasme du vagin (!?), la sécrétion acide du vagin, les bacilles vaginaux et leurs produits, la leucocytose (phagocytose), le mucus bactéricide du col, etc.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, la tuberculose peut se présenter sous quatre formes au niveau du corps et au niveau uu col : 1° forme granulique; 2° forme ulcéreuse; 3° forme végétante; 4° forme néoplasique indurée.

Les *symptômes* de la tuberculose de l'utérus sont extrêmement vagues. Quand ils existent, — ce qui n'est pas toujours le cas, — ils reproduisent les symptômes habituels de la métrite banale : douleurs dans le ventre, leucorrhée abondante et ordinairement rebelle, avec un liquide muqueux épais, opaque, caillebotté, caséeux; peu de métrorragies; le tout accompagné parfois d'une gêne dans la miction et dans la défécation; il y a fréquemment de l'aménorrhée et presque toujours de la stérilité. L'utérus est plus ou moins volumineux; mais, lorsqu'il n'existe pas de lésions de la surface du col, la maladie est ordinairement méconnue. Cependant les malades sont plus affaiblies que dans une métrite simple; il y a de l'amaigrissement assez notable et rapide, des sueurs, de la fièvre.

Le *diagnostic* s'appuiera sur les données précédentes et aussi sur ce fait que le mal a débuté chez une femme n'ayant pas le plus souvent d'antécédents génitaux, c'est-à-dire, ni après une couche ou une fausse couche, ni après une blennorragie. Il s'aidera d'ailleurs d'un des multiples moyens dont nous disposons actuellement pour dépister la tuberculose : étude histologique des produits obtenus par le grattage des végétations du col ou le curettage de la muqueuse utérine; inoculation du produit dans le péritoine des cobayes, culture du produit dans le sang gélosé glycériné, séro-diagnostic, etc.

Le *traitement* sera à la fois général et local. Le traitement local consistera, dit l'auteur, en cautérisations à la teinture d'iode, au chlorure de zinc, au naphtol camphré, au fer rouge; l'hystérectomie vaginale même pourra être indiquée s'il y a des phénomènes de péritonite tuberculeuse; elle sera contre-indiquée si les poumons sont trop profondément atteints. Il nous semble que les indications de l'hystérectomie dans la tuberculose utérine sont beaucoup plus générales que ne le pense l'auteur et qu'elles auraient gagné à être développées beaucoup plus longuement.

J. Dumont.

P. Dumond. ***Des déviations utérines consécutives à l'infection puerpérale*** (*Thèse*, Paris, 1902, Juin). — Les déviations de l'utérus sont extrêmement fréquentes : on peut dire sans exagération qu'un quart des femmes atteintes d'affections génitales ont des positions vicieuses de l'utérus. Quant à leur cause, tous les auteurs sont d'accord pour la placer dans les métrites consécutives à l'accouchement ou à l'avortement, métrites qui sont occasionnées par la rétention et l'infection de débris placentaires ou membraneux. Le mécanisme de la déviation utérine s'explique par l'obstacle qu'apporte l'infection de ces débris placentaires ou membraneux à l'involution de la paroi utérine sur laquelle ils sont insérés.

Les antédéviations sont les plus fréquentes de ces positions vicieuses, le placenta s'insérant, dans plus de la moitié des cas, sur la face postérieure de l'utérus.

Le curettage est le seul traitement des métrites et des déviations qu'elles entraînent; fait à temps, lorsque l'utérus, n'est pas immobilisé dans sa position vicieuse par des adhérences ou des lésions annexielles, il guérit dans la majorité des cas les deux affections.

J. Dumont.

PÉDIATRIE

Léon Dunème. ***Sur la durée de l'allaitement exclusif au sein chez les mères-nourrices de la classe ouvrière de Paris.*** (*Thèse*, Paris, 1902.) — L. Dunème a eu l'occasion de suivre régulièrement les consultations du Dispensaire pour enfants malades du VIIe arrondissement dirigé par Bresset.

Il a pu constater que, chez les femmes qui nourrissent, la durée de l'allaitement exclusif au sein n'est malheureusement pas suffisamment longue. Dans plus d'un tiers des cas, chez les femmes de la classe ouvrière, la sécrétion lactée devient insuffisante avant l'apparition des premières dents de l'enfant, c'est-à-dire du quatrième au sixième mois. On peut cependant éviter le sevrage prématuré et l'allaitement au biberon en suppléant à l'insuffisance relative de l'allaitement au sein par l'institution de l'allaitement mixte avec le lait stérilisé.

C'est par les consultations de nourrissons, dans lesquelles les mères sont conseillées et dirigées, les enfants pesés et examinés à époques fixes, qu'il est possible de prolonger l'allaitement maternel ou, à son défaut l'allaitement mixte jusqu'à ses limites normales (un an et plus). Favoriser l'allaitement mixte à défaut d'allaitement absolu au sein est un des rôles des *Gouttes de lait*.

P. Desfosses.

Cucherousset. ***De la fièvre typhoïde chez l'enfant*** (*Thèse*, Paris, 1902). — L'auteur individualise parmi les formes de la fièvre typhoïde chez l'enfant une forme *cérébro-spinale* qui emprunte son type caractéristique à la prédominance des symptômes spinaux, lors de la première période de l'affection : rigidité, rachialgie, contractures, signe de Körnig. Cette forme, qui ne serait pas rare au cours des épidémies de méningite cérébro-spinale, semble due à l'action élective de la toxine typhique sur l'axe cérébro-spinal. Anatomiquement, cependant, on ne trouve que peu ou pas de lésions, un peu de congestion et d'œdème, quelques points hémorragiques. Presque toujours le liquide céphalo-rachidien demeure limpide. Aussi le diagnostic différentiel avec la méningite se fera-t-il en rapprochant les résultats de la séro-réaction et de la ponction lombaire. De pronostic toujours grave, cette forme est justiciable du même traitement que les formes classiques, avec cette restriction qu'il vaut mieux remplacer les bains froids par des bains tièdes ou même chauds.

Cyrille Jeannin.

L. Baumel. ***Guérison de la coqueluche par les pulvérisations phéniquées à 25 pour 1000*** (*Archives de médecine des enfants*, 1902, Mai, n° 5, p. 25). — L. Baumel emploie avec avantage contre la coqueluche les pulvérisations phéniquées. Ces pulvérisations sont faites à une distance de 1 mètre à 1^m^,50 de la tête de la malade, avec une solution à 25 pour 1000. Ces pulvérisations sont faites trois fois par jour, le matin, à midi et le soir.

P. Desfosses.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

A. E. Partemer. ***De l'érotomanie au point de vue médico-légal*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Selon la définition de M. Garnier, qui est l'inspirateur de cette thèse, l'érotomanie doit être considérée comme « une forme toute psychique de l'amour morbide, dans laquelle la perversion génésique, de nature irrésistiblement obsédante, pousse irrésistiblement à la recherche de l'objet aimé, suscite des illusions délirantes en rapport avec le roman pathologique, et se dégage de tout appétit charnel ».

Comme toutes les anomalies sexuelles, l'érotomanie est spéciale aux dégénérés. Il est, en effet, facile de retrouver chez les érotomanes les stigmates psychiques et même quelques-uns des stigmates physiques de la dégénérescence mentale. Elle apparaît de préférence à l'âge adulte, après la puberté; alors survient le choc émotionnel d'où naît l'amour obsédant et platonique, qui va toujours vers un être supérieur, sensé, princesse, homme d'État, etc., ou exceptionnel, prêtre, astiste, etc., car il entre toujours une part de mégalomanie dans les aspirations des malades.

Les caractères de l'affection sont ceux des obsessions en général : conscience, impulsivité, irrésistibilité. Dominés par leur idée fixe, les malades peuvent ou bien se croire persécutés, ou bien devenir persécuteurs de l'objet aimé, et il n'est pas rare qu'ils soient entraînés, soit au suicide par désespoir, soit à l'homicide par jalousie ou par vengeance, soit au vol, etc.

L'évolution est chronique et progressive; la terminaison fréquente est la démence.

Au point de vue médico-légal l'érotomane ne doit pas être rendu responsable de ses actes. Il doit sortir indemne des mains de la justice. Mais comme il est appelé fatalement à devenir dangereux, soit pour lui-même, soit pour les autres, on doit l'interner définitivement. Comme, en outre, l'érotomane appartient à la catégorie des « fous lucides », son caractère d'aliéné peut passer inaperçu aux yeux des magistrats, d'où la nécessité d'un examen médical de l'état mental du prévenu au début de l'instruction de toute affaire passionnelle.

P. Hartenberg.

VOIES URINAIRES
ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

A. Thibaudeau. ***De l'emploi de la sonde à demeure après l'urétrotomie interne dans les cas d'infections anciennes et graves de l'appareil urinaire*** (*Thèse*, Paris, 1902, Avril). — Inspiré par son maître, M. le professeur Guyon, l'auteur se propose dans ce travail de démontrer que la sonde à demeure toujours nécessaire après l'urétrotomie interne, même en l'absence d'infection grave, devient une nécessité encore plus grande lorsque les malades sont gravement atteints; il veut surtout insister sur les règles d'application de la sonde à demeure après l'urétrotomie interne chez les rétrécis anciennement infectés.

Dans une première série d'observations, il s'agit de malades non encore gravement atteints, chez lesquels l'urétrotomie interne a donné les suites opératoires les plus simples, avec application de la sonde pendant deux, trois ou quatre jours.

La deuxième série d'observations comprend des rétrécis anciennement et chroniquement infectés, avec lésions urinaires diverses : cystites, abcès urineux, hypertrophie prostatique; ces observations permettent à l'auteur de démontrer les bienfaits de la sonde à demeure; il montre par des courbes typiques que dans maintes circonstances le retrait de la sonde à demeure a amené un accès de fièvre urétrale, qui a cédé à une nouvelle application. Il importe donc en pareil cas de ne pas trop hâter l'enlèvement de la sonde; comme l'enseigne Guyon, « la sonde ne doit

être enlevée que quand l'abaissement de température post-opératoire est *sincère* ; il faut, que pour cette sincérité ait de la valeur, que la température descende au-dessous de 37° et s'y maintienne ».

Il va de soi que la mise à demeure de la sonde doit répondre aux conditions si bien précisées par Guyon (voyez *Thèse* Langlois, Paris, 1900).

L'auteur termine par des considérations générales sur la genèse de l'infection urinaire, sur l'utilité du drainage urétro-vésical, et termine en disant qu' « on doit considérer comme une règle absolue de mettre la sonde à demeure après l'urétrotomie ».

J'ai tenu à résumer fidèlement ce travail; mais il me sera permis de rappeler que dans un mémoire dont Thibaudeau combat les conclusions, j'ai, avec réserve et modestie, soutenu au dernier Congrès d'urologie (25 Octobre 1901) que dans bien des cas on pouvait sans inconvénients supprimer la sonde à demeure après l'urétrotomie interne; il ne convient pas d'insister ici sur ce nouveau procédé; mais aux huit succès rapportés en Octobre 1901, je peux ajouter quatre nouveaux cas, sans aucune espèce d'accident.

HENRY REYNÈS.

F. Cathelin. ***Les injections épidurales par ponction du canal sacré et leurs applications dans les maladies des voies urinaires*** (*Thèse*, Paris, 1902, Juin). — Dans ce remarquable travail, où l'auteur traite un sujet qui lui est personnel, on trouvera des idées neuves sur la méthode épidurale et sur le mécanisme de ces injections.

Dans un premier chapitre, l'auteur retrace rapidement l'*historique des injections vertébrales;* puis il s'étend plus longuement sur l'*historique de la méthode épidurale* elle-même.

Le deuxième chapitre est consacré à la critique de la *méthode arachnoïdienne*, tant au point de vue de ses effets analgésiques que de son pouvoir d'absorption médicamenteuse. L'auteur en décrit les avantages et ses inconvénients et termine par la détermination des divers équivalents de la cocaïne injectée directement au niveau du bulbe du chien. Il réprouve les tentatives d'injections médicamenteuses dans le sac dural et en montre toute la gravité.

Dans le troisième chapitre, l'auteur refait toute l'*anatomie du canal sacré*, en regrettant la pénurie générale de renseignements à ce sujet; il décrit minutieusement la *membrane obturatrice postéro-inférieure*, membrane dépressible sur laquelle « on joue comme sur une fontanelle ». Il reprend ensuite l'anatomie du contenu du canal, celle de l'espace épidural, du canal sacré chez l'enfant, ainsi que chez les principales espèces animales.

Le quatrième chapitre, très important, est consacré à la *physiologie expérimentale.* L'auteur y étudie la supériorité des ponctions sur les méthodes sanglantes dans les études expérimentales d'injections vertébrales et donne une technique de la ponction sacrée chez l'animal en en montrant tous les avantages pratiques. Il résume ses premières expériences, décisives, où il obtint une analgésie complète après injection épidurale de cocaïne chez le chien, et d'autres où il injecta différentes substances dans le canal vertébral. Il montre ensuite successivement les indications et le mode d'action des substances médicamenteuses en général et des substances anesthésiques en particulier, puis, après avoir indiqué la vitesse d'absorption et le mode d'élimination des médicaments, donne une évaluation très originale de la surface d'absorption des réseaux veineux épiduraux.

Le chapitre suivant est consacré à la *technique de la ponction du canal sacré chez l'homme*, avec son instrumentation, les différentes substances anesthésiantes et médicamenteuses injectées par cette voie, la position du malade et surtout le manuel opératoire avec *les deux temps de la ponction* et *la manœuvre du bras de levier externe.* L'auteur n'injecte jamais de la cocaïne, mais seulement du sérum artificiel (7 gr. 50 p. 100) à la dose de 10 à 20 centimètres cubes.

Viennent ensuite les *avantages, inconvénients et contre-indications de la méthode épidurale*, la preuve de son innocuité, même chez l'enfant, la grande tolérance de l'espace épidural et les accidents, d'ailleurs légers, pouvant résulter d'une mauvaise technique.

Dans le dernier paragraphe de la première partie, l'auteur résume les *applications* déjà nombreuses *de la méthode épidurale en médecine.* Il rappelle toutes les observations publiées par les auteurs et les succès obtenus en médecine générale, dans le mal de Pott, les myélites syphilitiques et surtout dans les crises douloureuses des organes thoraco-abdominaux et des membres inférieurs en particulier, dans la sciatique, le lumbago, les crises tabétiques, le zona, les coliques saturnines.

— Mais le côté le plus important et très original de cette monographie a trait à *l'application* par l'auteur *de la méthode épidurale à certaines affections réputées incurables des voies urinaires.* Après avoir rappelé que les urétro-cystites douloureuses n'étaient que peu calmées par l'injection épidurale, il résume une centaine d'observations personnelles recueillies toutes dans le service de son maître, le Prof. Guyon, à l'hôpital Necker, et où il obtint de remarquables succès dans les incontinences d'urine, en particulier dans la forme nocturne infantile, dans la pollakiurie psychopathique et les envies impérieuses, dans les incontinences par insuffisance urétrale, dans les pollutions nocturnes, l'impuissance, et surtout dans cette classe de faux urinaires ou névropathes urinaires avec lesquels jusqu'ici toute thérapeutique, même bien conduite, devait désarmer.

Dans le dernier chapitre de son travail, l'auteur étudie pour la première fois *le mode d'action des injections épidurales*; il montre d'abord qu'il ne faut pas injecter de la cocaïne, mais bien du sérum artificiel, la cocaïne n'agissant nullement en tant qu'anesthésique; il montre ensuite qu'il faut employer des doses assez élevées, jusqu'à 30 centimètres cubes, et que l'injection épidurale doit être assimilée à un *traumatisme vertébral*, à un *choc* sur les racines nerveuses, les phénomènes observés étant d'ordre *inhibitoire*, et ceux observés en particulier sur la vessie relevant de la *dynamogénie.*

Il reprend l'anatomie et la physiologie des organes traumatisés, c'est-à-dire des *centres médullaires du cône* (centres ano-spinal, génito-spinal, vésico-spinal de l'érection) et termine enfin par une théorie bien séduisante du mécanisme intime de la vibration nerveuse basé sur la charge électrique des atomes des corps. Il montre toute l'importance pour l'avenir des solutions médicamenteuses injectées par voie épidurale.

J. DUMONT.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

A. Bronner. ***Note sur un cas d'hémorragie intralaryngée presque mortelle due à des papillomes du larynx*** (*The Lancet*, 1902, 20 Avril, p. 1176). — Homme de quarante-huit ans, vigoureux, atteint depuis deux ans (Juin 1896) de papillomes des cordes vocales qui furent opérés à différentes reprises. Le 18 Décembre 1897, en courant, le malade fut pris de toux et commença à cracher du sang, et il eut une syncope au bout d'un quart d'heure. A l'examen, il présentait une respiration rapide, avec toux et expectoration de mousse sanglante et de petits caillots parfois ramifiés. Pouls, 125. Légère matité à la base du poumon gauche, ronchus et râles sonores aux deux bases. Guérison en deux jours, mais le malade cracha un peu de sang pendant trois ou quatre semaines. En Juin 1898, l'examen laryngoscopique montrait encore de petites hémorragies se produisant dans les papillomes. Les pulvérisations au formol firent disparaître les tumeurs et les hémorragies.

L. TOLLEMER.

Radzich. ***Emploi d'extrait de capsules surrénales (adrenaline) en oto-rhino-laryngologie*** (*Meditzin. Obozr.*, 1902, T. LVII, n° 4, p. 311). — L'auteur a préparé lui-même cet extrait de capsules surrénales de bœuf. Il s'en est servi surtout dans des rhinites aiguës ou chroniques, la tonsillite lacunaire, la pharyngite, et après l'ablation de polypes. Il a constaté que cet extrait est doué de propriétés vaso-constrictives puissantes; aussi est-il particulièrement utile dans les épistaxis, dans les interventions locales, et dans tous les cas où il s'agit de diminuer l'hyperémie ou la tuméfaction des muqueuses naso-pharyngées. Son emploi est également indiqué dans le cathétérisme oto-rhinologique qu'il rend facile. Enfin il agit aussi comme un anesthésique local et, à ce titre il peut remplacer utilement la cocaïne.

S. BROÏDO.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Bie. ***L'état actuel de la photothérapie*** (*Rapport présenté au Congrès de Wiesbaden*, 1902, 15-18 Avril). — Bie, de Copenhague, rend compte d'abord des propriétés de la lumière au point de vue physiologique :

1° Les rayons chimiques peuvent, à l'exclusion des rayons rouges, jaunes et verts, produire des irritations du tégument.

2° Les rayons ultra-violets amènent une vaso-dilatation des vaisseaux cutanés capable de persister cinq à six mois.

3° Les rayons chimiques ont une action excitante sur les organismes inférieurs, et il est probable qu'ils agissent de même sur l'homme. D'après certains auteurs les rayons violets ont une influence sédative dans les névroses, les rayons rouges une action inverse. Cette propriété a du reste été utilisée pour combattre des accès d'éréthisme nerveux.

4° Les rayons rouges ont un pouvoir de pénétration très considérable. Les rayons bleus et violets, au contraire, ne peuvent pénétrer dans la profondeur des tissus que lorsque ceux-ci sont vides de sang. Les rayons ultra-violets ne dépassent pas les couches superficielles de la peau.

5° L'action bactéricide de la lumière appartient presque exclusivement aux rayons chimiques. Il en résulte qu'on ne peut guérir par la photothérapie que des maladies du tégument, et il est impossible, par conséquent, de détruire par la lumière le bacille de la tuberculose dans le larynx ou le poumon, ainsi que l'ont prétendue certains médecins américains.

Bie passe ensuite en revue les applications thérapeutiques de la lumière.

Le traitement de la variole par les rayons rouges repose sur ce principe. que l'absence de l'action excitante produite par les rayons chimiques évite la suppuration et la fièvre secondaire, par conséquent les cicatrices.

Le traitement par les rayons rouges a donné de bons résultats à Chelinière dans la rougeole et à Krukenberg dans l'érysipèle.

Le bain de lumière de Kellog ne doit être considéré que comme un moyen capable de produire la sudation, mais cependant comme le plus parfait de ces moyens.

La photothérapie future se bornera sans doute à l'héliothérapie ou aux bains de lumière par lampes à arc de .50-200 ampères sans effets diaphorétiques.

La seule application locale de la lumière dont on connaisse nettement les effets est la photothérapie des maladies de peau par les rayons chimiques concentrés (finsenthérapie). Les résultats esthétiques si parfaits qu'on en obtient sont dus à ce que le traitement n'est pas brutal. On ne détruit rien et les cicatrices sont blanches et lisses.

En raison de l'innocuité de l'action de la lumière, on peut dépasser les limites du mal et gagner les régions saines, ce qui peut diminuer les chances de récidives.

Sur 640 malades, 1,7 pour 100 ont dû renoncer au traitement pour cause d'insuccès; 85 pour 100 eurent un résultat tout à fait favorable; enfin chez 15 pour 100 d'entre eux l'amélioration est douteuse.

Dans le lupus érythémateux, les résultats se sont montrés incertains; dans l'alopécie areata, dans les nævi vasculaires, l'acné vulgaire, l'acné rosacé et l'épithélioma on n'a guère eu que des succès, et cela d'autant plus qu'il s'est presque toujours agi de cas rebelles à d'autres moyens thérapeutiques.

Dans la discussion qui fait suite à ce rapport de Bie, Jahsch insiste sur les propriétés sédatives de la lumière bleue; il assure que l'éclairage au moyen de verres de lampe au cobalt, qu'il emploie dans les chambres des malades, donne des résultats très manifestes.

— Rumpf croit que les malades porteurs d'une affection cutanée s'accommodent bien plus facilement de la lumière fournie par la lampe à arc que les sujets sains.

Il a traité ainsi, avec ou sans l'interposition d'un verre bleu, des cas d'érysipèle et de névralgies qui ont parfaitement guéri.

— D'après Hahn, de Hambourg, l'indication primordiale de la finsenthérapie est le lupus, mais il n'est pas possible d'éviter la récidive.

Ce n'est pas une action bactéricide qui se produit, mais une inflammation, une irritation.

Selon lui, la lampe de Beng, avec électrode de fer, qui peut donner une grande quantité de rayons ultra-violets, peut être substituée aux électrodes en charbon.

— Marcuse estime que le bain de lampe à incandescence n'est qu'une variété de la thermothérapie du bain de vapeur. Par ce moyen on peut agir indirectement sur le cœur. Ce moyen cependant ne lui a pas réussi dans le traitement de l'obésité.

Quant au bain de lumière à arc, il n'aurait d'efficacité que dans les névroses; l'application locale serait sans utilité.

A. ZIMMERN.

FACULTÉ DE PARIS

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — *Cours de technique chirurgicale appliquée.* — M. Marion, agrégé, commencera ce cours (amphithéâtre Chomel) le lundi 4 Août 1902, à 9 h. 1/2. Les opérations seront décrites avant d'être pratiquées; des explications seront en outre données au cours de l'opération.

Les lundis et vendredis, à 9 h. 1/2, opérations de chirurgie générale.

Le mercredi, à 9 heures, opérations de chirurgie gynécologique.

COURS DE VACANCES.

Clinique des maladies des enfants (Professeur : M. Grancher). — Des conférences de clinique infantile seront faites pendant les vacances à l'hôpital des Enfants-Malades, par MM. H. Méry, agrégé, chargé du cours de clinique des maladies infantiles, E.-C. Aviragnet, P. Boulloche, médecins des hôpitaux, anciens chefs de clinique infantile de la Faculté, Hallé et Guillemot, chefs de clinique infantile de la Faculté.

Le cours commencera le 16 Août et durera jusqu'au 1er Octobre.

COURS DE PERFECTIONNEMENT

Gynécologie (Clinique gynécologique. Hôpital Broca). Service de M. le professeur Pozzi. — *Cours théorique et pratique* (Juillet et Août). — M. Beaussenat, chef adjoint de la clinique gynécologique, commencera ce cours le 28 Juillet, à 2 heures (amphithéâtre de la clinique de l'hôpital Broca), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

Ce cours comprendra toute la gynécologie et sera complet en 18 leçons.

Les élèves y seront exercés à l'examen clinique des malades.

Cours d'anatomie pathologique et de bactériologie (Septembre). — M. Bender, préparateur, commencera ce cours le vendredi 5 Septembre, à 2 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Ce cours comprendra 12 leçons.

Les élèves y seront exercés au maniement du microscope, à l'examen des coupes histologiques et aux recherches microbiennes.

Electrothérapie (Octobre). — M. Zimmern, aide-préparateur, commencera ce cours le vendredi 3 Octobre, à 2 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Ce cours comprendra 10 leçons.

Le montant des droits à verser pour chaque cours est de 50 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les docteurs français et étrangers, s'inscrivant pour le premier de ces cours, devront être immatriculés. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs aux cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

École du service de santé militaire. — Liste par ordre alphabétique des candidats admis à subir les épreuves orales d'admissibilité du concours d'admission à l'École du service de santé militaire. (*Journal Officiel* du 22 Juillet 1902). — MM. Alison, Antoine, Armengaud, Arnal, Arnaud, Auvert, Bahier, Baron, Basso, Batier, Belle, Bertaux, Bertein, Besse, Billet, Bonnotte, Bordes, Bories, Bourgeot, Bourland, Bovier-Lapierre, Briend, Brochet, Burgard, Camus, Carel, Cassan, Castay, Cayrel, Cazes.

Chabbert, Chailly, Cheynel, Chollet, Ciot, Corbel, Costa, Coudray, Cruzel, Cugno, Decour, Delahousse, Delater, Delaunay, Desbœufs, Dubs, Duchêne-Marullaz, Dudon, Dumont, Dupau, Dupuy, Etienney, Faivre, Famechon, Fayet, Ferras (A.), Ferras (H.), Feuillé, Flèche, Floquet, Fontanel, Gaillaud, Gand, Garcin, Gillouin, Griscelli, Guglielmi, Guichard, Guillot, Haettiger, Hérisson.

Herpin, Herrmann, Heyraud Homolle, Hourtoulle, Hudellet, Jacques, Jagues, Jaubert, Jeandidier, Jeandin, Julien, Jund, Labastie, Lacoste, Lacrotte, Laforge, Lancelot, Larrazet, Lassaygues, Laurent, Lefébure, Lemosy-d'Orel, Létang, Leuc, Levêque, Liebault, Mallié, Mangenot, Manificat, Marchal, Marchand, Marnata, Marini, Martin, Massie, Mazet, Mazot, Médan, Mercier, Meyer, Minel, Minouflet, Monziols, Mossier, Mouchard Moutet, Mulot, Née, Nirod.

Pagès, Pagnier, Paloque, Péré, Perret, Perrier, Perrignon de Troyes, Petit (G.), Petit (M.), Pichet, Pigache, Pineau, Piollenc, Planques, Playoust, Pochoy, Pons, Rebaud, Rigaux, Ruchaud, Saffores, Saiget, Saury, Sauveplane, Seron, Servières, Solle, Sorlat, Tardieu, Tertois, Thellier, Théron, Thurel, Timbal, Toinou, Torresse Truchetet, Trucy, Ufferte, Vendeuvre, Vialle, Vidal, Villeneuve, Vincent (L.), Vincent (M.), Worms.

Les candidats auront à se rendre à la date fixée pour les épreuves orales dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

NOUVELLES

Paris et Départements

Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie (sixième session, Grenoble, 1902). — Ce Congrès s'ouvrira le 29 Septembre 1902, sous la présidence de M. Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, président de l'Association générale des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France, et durera huit à neuf jours.

Les rapports sur les questions qui ont été posées seront distribués aux membres adhérents dès le 1er Septembre. Les compagnies de chemins de fer français ont accordé une réduction de 50 pour 100 sur leurs tarifs.

Pendant la session, des excursions seront organisées pour visiter Uriage, Allevard, La Mothe et des stations climatériques de montagne.

La session se terminera par une excursion à la Grande-Chartreuse, à Aix-les-Bains, Salins, Moutiers, Brides.

Le prix de la cotisation est de 20 francs.

Les membres qui désirent faire des communications sont priés d'en donner le titre avant le 1er *Août*.

Pour les adhésions, s'adresser au professeur Fernand Berlioz, *secrétaire général*, à l'Ecole de médecine.

Une exposition sera annexée au Congrès.

Les exposants doivent s'adresser à M. Girard, 10, rue Rossini, à Paris, qui en est l'organisateur.

Institut Pasteur. — Le *cours et les manipulations au service d'analyses et de chimie appliquée à l'hygiène* (3e année) commenceront en Novembre prochain. Ce cours s'adresse spécialement aux pharmaciens, médecins et chimistes industriels. S'adresser pour tous renseignements à l'Institut Pasteur, 26, rue Dutot.

RENSEIGNEMENTS

Jeune docteur, demande remplacement mois d'Août. S'adresser *P. M.*, n° 786.

Docteur, trois ans externe à Paris, ayant déjà exercé, ferait remplacement. S'adresser *P. M.*, n° 784.

Etudiant en médecine, n'ayant plus que sa thèse à passer, demande remplacement médecine, Août et Septembre. S'adresser *P. M.*, n° 785.

Externe en chirurgie, Hôtel-Dieu, demande remplaçant mois d'Août, 30 francs. S'adresser *P. M.*, n° 783.

Externe des hôpitaux, ayant passé ses troisièmes, désirerait faire un remplacement dans la première quinzaine d'Août. S'adresser *P. M.*, n° 787.

Externe dans un bon service de chirurgie à Cochin demande remplaçant pour le mois d'Août. On offre 50 francs. S'adresser *P. M.*, n° 788.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

Bains de mer de la Méditerranée. — Billets d'aller et retour valables trente-trois jours. — 1° *Billets individuels* : Il est délivré, du 1er Juin au 15 Septembre de chaque année, des billets d'aller et retour de bains de mer de 1re, 2e et 3e classes, à prix réduits, pour les stations balnéaires suivantes :

Agay, Aigues-Mortes, Antibes, Bandol, Beaulieu, Cannes, Golfe-Juan-Vallauris, Hyères, La Ciotat, La Seyne-Tamaris-sur-Mer, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Montpellier, Nice, Ollioules-Sanary, Saint-Raphaël-Valescure, Toulon et Villefranche-sur-Mer.

Ces billets sont émis dans toutes les gares du réseau P.-L.-M. et doivent comporter un parcours minimum de 300 kilomètres aller et retour.

2° *Billets collectifs pour familles* : Il est également délivré, du 15 Mai au 1er Octobre de chaque année, aux familles d'au moins deux personnes, des billets d'aller et retour collectifs de bains de mer de 1re, 2e et 3e classes, à prix très réduits, pour les stations balnéaires citées plus haut, ainsi que pour Cette et Juan-les-Pins. Ces billets, émis dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., doivent comporter un parcours simple minimum de 150 kilomètres.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de deux billets simples (pour la première personne) le prix d'un billet simple pour la deuxième personne, la moitié de ce prix pour la troisième et chacune des suivantes.

Arrêts facultatifs. Faire la demande de billets quatre jours au moins avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé.

Voyages circulaires à itinéraires facultatifs et à coupons combinables sur le réseau P.-L.-M. — Il est délivré toute l'année, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des carnets individuels ou de famille pour effectuer sur ce réseau, en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraire tracé par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les billets de famille, 50 pour 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de trente jours jusqu'à 1.500 kilomètres; quarante-cinq jours de 1.501 à 3.000 kilomètres; soixante jours pour plus de 3.000 kilomètres. Faculté de prolongation, à deux reprises, de quinze, vingt-trois ou trente jours, suivant le cas, moyennant le paiement d'un supplément égal au 10 pour 100 du prix total du carnet pour chaque prolongation. Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur la carte qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., bureaux de ville et agences de la Compagnie, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte cinq jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à deux jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

N. B. — Les carnets délivrés aux conditions de ce tarif sont constitués par une série de coupons reproduisant complètement l'itinéraire demandé par les voyageurs, chacun des coupons servant de billet pour le parcours correspondant. Cette mesure dispense les voyageurs de passer au guichet avant le départ et leur permet de sortir de la gare sans autre formalité que la remise à la sortie du coupon correspondant au parcours effectué.

Billets de vacances à prix réduits. — La Compagnie P.-L.-M. émet, du 15 Juillet au 15 Septembre, des billets d'aller et retour collectifs de vacances de 1re, 2e et 3e classes, au départ de Paris pour toutes les gares situées sur son réseau. Ces billets sont délivrés aux familles d'au moins trois personnes effectuant un parcours simple minimum de 500 kilomètres ou payant pour ce parcours. Le prix s'obtient en ajoutant aux prix de quatre billets simples (pour les deux premières personnes), le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Ces billets sont valables jusqu'au 1er Novembre.

Il peut être délivré à un ou plusieurs des voyageurs compris dans un billet collectif de vacances et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément à moitié du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille entre Paris et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

Ces voyages isolés pourront être faits dans des voitures de la classe du billet collectif ou d'une classe inférieure.

Arrêts facultatifs. — Faire la demande des billets quatre jours au moins à l'avance à la gare de Paris P.-L.-M.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES | Tome II. N° 60. — Samedi, 26 Juillet 1902. | 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 | TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :

Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé. Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laënnec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé. Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé. Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris, VI°.

Vacances 1902. — *Cours de technique clinique de l'hôpital Laënnec pendant le mois de Septembre.* (*Voir page* 719.)

SOMMAIRE

Pathologie générale et expérimentale. Les Processus généraux. I. *Histoire naturelle de la maladie. Hérédité. Atrophies. Dégénérescences. Concrétions. Gangrènes*, par MM. A. Chantemesse, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine, et W.-W. Podwyssotsky, doyen de la Faculté impériale de médecine d'Odessa, professeur de pathologie générale à la même Faculté. 1 vol. in-8 jésus de 444 pages, avec 55 figures en noir et 107 en couleurs dessinées par M. A. Karmanski. Prix : broché, 22 francs (*C. Naud, éditeur*, 3, rue Racine, Paris).

LE CENTENAIRE DE BICHAT

Il faut savoir gré à la Société française d'Histoire de la Médecine d'avoir rappelé à nos souvenirs la grande figure de Bichat dont *La Presse Médicale* a tenu à honorer la mémoire en publiant dans son numéro du 19 Juillet l'article si bien documenté de Launois[1]. Le Centenaire de ce génie n'a pas passé inaperçu et a été célébré, sinon avec pompe, du moins avec dignité et sincérité.

La cérémonie a commencé mardi dernier 22 juillet à 10 heures par une visite au Père-Lachaise, à la tombe de Bichat, simple stèle que surmonte une urne et qu'entoure une plate-bande fleurie. La famille était représentée par deux petits-neveux de Bichat, MM. Addet de Rozeville et Alfred Estibal. Dans l'assistance on remarquait MM. Blanchard, Brissaud, du Castel, Gilbert-Ballet, de l'Académie de Médecine, Legendre, Gley et Guiard, de la Société de Biologie, Verneau, président de la Société d'anthropologie, Albert Prieur, secrétaire de la Société française d'Histoire de la Médecine, Gory, inspecteur de l'Assistance publique, délégué par M. Mourier.

Dans l'après midi, le nombre des médecins et chirurgiens avait sensiblement augmenté à la réunion tenue devant la maison mortuaire de Bichat, 14 rue Chanoinesse. Il s'agissait d'apposer sur le mur de cette maison une simple planche provisoire sur laquelle avait été peinte l'inscription suivante :

« Bichat est mort dans cette maison le 3 ther-

1. Launois. — « Xavier Bichat : sa vie, son œuvre, son influence sur les sciences biologiques ». *La Presse Médicale*, 1902, n° 58, 19 Juillet, p. 685.

midor an X. — Cent ans après, la Société française d'Histoire de la Médecine fit apposer cette plaque en signe de pieux hommage. »

Cette planche a été posée en attendant qu'une plaque de marbre, gravée en lettres d'or, vienne la remplacer définitivement.

La cérémonie terminée, tous les assistants se sont dirigés vers la Faculté de Médecine où des discours ont été prononcés par MM. Tillaux, au nom de la Faculté; Maurice Quentin, au nom du Conseil municipal; Albert Prieur, au nom de la Société française d'Histoire de la Médecine; Poirier, au nom de la Société de Chirurgie; enfin par M. Gley, au nom de la Société de Biologie. Nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'intéressant discours de M. Gley:

Messieurs,

Puisque la Société de Biologie fut fondée « pour l'étude de la science des êtres organisés » et comme, parmi les sociétés françaises, elle représente, d'un consentement unanime, cette science avec quelque autorité, il convenait qu'elle s'associât aux hommages rendus à Bichat, en cette centennale commémoration de sa courte et glorieuse existence. Qu'il soit donc permis à son Secrétaire-général de dire, en son nom, les principales raisons de l'admiration persistante des biologistes pour le créateur de l'anatomie générale et pour l'auteur des *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*.

La critique scientifique ne diffère pas autant qu'on le croit de la critique philosophique ou littéraire. On a souvent remarqué que les raisons de l'admiration des hommes pour les grandes œuvres des poètes ou des métaphysiciens changent avec les époques, du moins en partie. Aussi la critique a-t-elle toujours quelque chose à en dire. Et c'est pour cela aussi que l'admiration ne s'épuise jamais. Nous voyons aujourd'hui dans Molière, a-t-on dit, des choses auxquelles Molière n'a jamais songé. Et la pensée de Descartes ou de Spinoza a reçu des commentateurs qui se sont succédé des développements inattendus. Il n'en va pas autrement pour les grands travaux scientifiques, à condition qu'ils contiennent, eux aussi, une part de vérité générale. Chaque époque peut alors les interpréter à la lumière de ses propres connaissances et en renouveler ainsi en quelque mesure la signification. Ce ne sont donc pas seulement, selon la parole du poète anglais, les choses de beauté qui sont des joies pour toujours : la beauté de la forme n'est pas tout, et les choses de vérité sont l'enchantement éternel de l'intelligence.

* * *

Jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, l'anatomie était une sorte d'inventaire confus des notions accumulées sans ordre sur la forme des organes. Bichat débrouilla ce chaos en montrant que le corps de l'homme se compose de « tissus simples qui, par leurs combinaisons, forment les organes » ; ces tissus sont des éléments organisés comparables aux corps simples de la chimie et doivent être étudiés comme les chimistes étudient ceux-ci : il en faut faire l'analyse, il en faut déterminer toutes les propriétés. Ainsi se trouva fondée l'histologie ou science des tissus, que les perfectionnements successifs du microscope, tout le long du XIXe siècle, devaient amener à un si haut degré de développement.

L'histologie ainsi comprise s'appelle quelquefois anatomie microscopique. C'est avec raison. L'anatomie générale est tout autre chose. C'est sur une autre conception de Bichat qu'elle repose, sur la considération des systèmes organiques. Un organe, d'après Bichat, n'est point formé d'un seul tissu, mais habituellement de plusieurs. Par comparaison, on reconnaîtra les caractères communs d'un même tissu observé dans les divers organes où on le rencontre, on rapprochera tous ces caractères et ainsi l'on distinguera des systèmes organiques. Une telle étude comparative doit conduire à la connaissance des lois qui régissent l'assemblage des dispositions morphologiques particulières et leur ordonnance en des déterminations structurales qui constituent les organes et les appareils. Dès lors, l anatomie générale était créée.

Sans doute Bichat n'a ni développé, ni même peut-être compris cette partie de son œuvre comme il a fait la science des tissus. C'est beaucoup déjà qu'il en ait eu l'idée. N'oublions pas, d'ailleurs, ce qu'a dit de ces « systèmes organiques » un des hommes qui ont le plus contribué à l'édification définitive de l'anatomie générale. « Dans l'exposé qu'il nous a laissé des systèmes organiques, a écrit Ranvier, Bichat s'est élevé à une hauteur de vues que nous ne saurions trop admirer. Sa description des systèmes cellulaire, séreux et lymphatique et de leurs rapports est tellement précise que les histologistes modernes ne sont arrivés que peu à peu à en reconnaître l'exactitude, et cependant ils étaient servis dans leurs recherches par de puissants microscopes. » Et Ranvier ajoute, pour répondre peut-être à un reproche que l'on a quelquefois adressé à Bichat : « En France, à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, les microscopes étaient très défectueux; c'étaient, passez-moi l'expression, des microscopes à puces... Bichat a eu mille fois raison de ne pas vouloir se servir d'instruments aussi imparfaits. »

* * *

Le fondateur de l'histologie, le créateur de l'anatomie générale fut aussi un des instaurateurs de la physiologie moderne. C'est qu'il ne séparait point la notion de fonction de la notion de forme, plus biologiste ainsi donc que la plupart des savants du XIXe siècle, et précurseur en cela des histo-physiologistes contemporains.

On pourrait aisément dresser la liste des données physiologiques qui résultent des découvertes ou des travaux de Bichat : l'influence du sang rouge sur la vie du cerveau, l'action du sang noir sur les diverses fonctions, fondement de nos connaissances sur l'asphyxie, l'indépendance fonctionnelle du cerveau et du cœur, le système nerveux sympathique considéré comme le système nerveux de la vie organique, l'action des nerfs vagues sur le poumon, etc., etc. Une de ses plus belles expériences sur l'asphyxie, d'une simplicité qui n'a d'égale que sa force démonstrative, a mérité d'être conservée dans la science sous son nom, et l'on dira longtemps encore : *l'expérience de Bichat*. Mais c'est surtout par les idées générales qu'il a émises que Bichat a servi la physiologie.

Le grand obstacle qui s'opposa, jusqu'au début du XIXe siècle, au développement de la physiologie, ce fut la stérile doctrine de la force vitale, cause immatérielle, insaisissable par conséquent, des phénomènes vitaux qui ne pouvaient être, dès lors, objet de science. Assurément, en dépit du vitalisme, Spallanzani, Hales, Haller et quelques autres, *dii minores*, s'étaient livrés à l'expérimentation sur les êtres vivants et avaient fait d'intéressantes, parfois même d'importantes découvertes. Je ne parle pas de Lavoisier, que son éducation de chimiste soustrayait sans doute à la servitude du mystère de la vie, que son génie, d'ailleurs, débarrassait de toutes les entraves. Il n'en est pas moins vrai que l'expérimentation méthodique, la seule féconde, paraissait impossible, appliquée aux animaux.

On connaît le début si souvent cité de l'*Anatomie générale* : « Il y a dans la nature deux classes d'êtres, deux classes de propriétés, deux classes de sciences. Les êtres sont organiques ou inorganiques, les propriétés sont vitales ou non vitales, les sciences sont physiques ou physiologiques » (p. 1). Et l'on connaît aussi les premières lignes des *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* : « La vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort. » Bichat soutenait donc, comme le grand animiste Stahl, que les forces mécaniques et chimiques sont en opposition avec les forces qui régissent les phénomènes vitaux; mais il n'imagina pas, comme Stahl, une force vitale agissant avec intelligence dans cette lutte contre le monde extérieur, pour la conservation de l'organisme, et ne pouvant être distinguée par conséquent de « l'âme raisonnable ». Il n'accepta même pas la conception de l'École de Montpellier, d'un principe vital différant à la fois de l'âme et des forces physico-chimiques. Mais il comprit qu'on ne saurait chercher la cause des phénomènes qui se passent dans la matière vivante ailleurs que dans les propriétés de cette matière même. Alors il s'attacha à découvrir et à classer ces propriétés. « Est-il besoin, dit-il, de savoir ce que sont la lumière, l'oxigène, le calorique, etc., pour en étudier les phénomènes? De même, ne peut-on, sans connaître le principe de la vie, analyser les propriétés des organes qu'elle anime? » De là tout l'effort de Bichat pour rattacher les phénomènes vitaux à des propriétés particulières de la matière dans laquelle ils s'accomplissent. A la vérité, cette œuvre fut moins explicative que descriptive et les propriétés vitales de Bichat sont un nom plutôt qu'une raison des phénomènes.

Mais il est permis de supposer que le progrès de sa pensée fut arrêté par l'idée, qui lui restait de la doctrine vitaliste, de l'antagonisme essentiel entre la vie et les forces physiques. Il exagérait l'instabilité des forces vitales en l'opposant à l'invariabilité des lois qui président aux forces physiques. Il écrit par exemple : « On calcule le retour d'une comète, les résistances d'un fluide parcourant un canal inerte, la vitesse d'un projectile, etc.; mais calculer avec Borelli la force d'un muscle, avec Keil la vitesse du sang, avec Jurine, Lavoisier, etc., la quantité d'air entrant dans le poumon, c'est bâtir sur un sable mouvant un édifice solide par lui-même, mais qui tombe bientôt faute de base assurée. » Et plus loin : « Dire que la physiologie est la physique des animaux, c'est en donner une idée extrêmement inexacte; j'aimerais autant dire que l'astronomie est la physiologie des astres. » Et encore : « C'est peu connaître les fonctions animales que de vouloir les soumettre au moindre calcul, parce que leur instabilité est extrême. Les phénomènes restent toujours les mêmes, et c'est ce qui nous importe; mais leurs variations, en plus ou en moins, sont sans nombre. » On multiplierait aisément ces citations.

Ainsi Bichat n'a pas vu toute la portée de la révolution qu'il préparait dans l'investigation physiologique. Il n'importe. Toujours est-il que, grâce à l'analyse qu'il a faite des propriétés vitales, celles-ci ont cessé de paraître inaccessibles à la recherche scientifique. Désormais cette recherche va diminuer de jour en jour le nombre des phénomènes qu'on appelle vitaux; les actions accomplies dans les corps vivants seront peu à peu ramenées à des phénomènes physiques ou chimiques; le fonctionnement des corps organisés deviendra de plus en plus intelligible. Telle est l'œuvre à laquelle, sous l'impulsion de Claude Bernard surtout et de Berthelot, qui en eurent la claire compréhension, et sous le persévérant labeur de Liebig et de ses continuateurs de l'École allemande de chimie physiologique, s'appliquera la physiologie du XIXe siècle. Cette œuvre, c'est le travail analytique de Bichat qui l'a préparée.

A côté de cette idée maîtresse de la physiologie de Bichat, la distinction et l'analyse des propriétés vitales, se placent d'autres idées qui s'emparèrent aussi puissamment des esprits. C'est d'abord la théorie de la division de la vie en animale et organique, et de l'indépendance relative de ces deux vies, conception qui a si longtemps dominé toute la physiologie et qui subsiste encore en partie. C'est celle de la distinction des deux sensibilités, animale et organique, dont la nature pourtant est la même, la différence n'étant que dans le mode, déterminée seulement par des différences d'excitabilité des organes. Et c'est aussi la loi du double mouvement de la vie organique, de composition et de décomposition de l'être vivant, idée que Claude Bernard développera plus tard avec tant de profondeur, et qui de nos jours est devenue la théorie des processus anaboliques et cataboliques des physiologistes allemands et anglais. Et c'est la loi de la distribution inégale des forces dans les différentes parties de l'organisme, diminuées dans une partie quand elles sont accrues par ailleurs. Et c'est celle de la perte successive des diverses fonctions amenant la mort totale, la mort de l'individu.

* * *

Quel magnifique ensemble d'idées fécondes! Le jeune homme qui les conçut ne fit que passer, comme a dit Hallé au lendemain de sa mort, mais elles, les filles immortelles de son génie, elles restèrent. Elles se répandirent partout, à l'étranger comme en France. Elles vivent encore, plus ou moins modifiées comme tout ce qui vit, mais reconnaissables toujours.

C'est un jeu facile de l'esprit que de supposer les événements qui se seraient présentés dans une vie que la nature indifférente a brusquement interrompue, et que l'on se plaît à prolonger jusqu'à ses limites normales. N'éprouverait-on pas cependant une haute émotion à imaginer la Société de Biologie, qui fut fondée en 1848, ouvrant ses séances sous les auspices de Bichat, âgé de soixante-dix-sept ans, et écoutant avec une ardente attention les communications de Claude Bernard?

22 Juillet 1902.

Jeunes mères et nouveau-nés, par Mme Jeanne Nicolas-Jouanne, sage-femme de 1re classe, 1 broc. in-8° carré de 67 pages. (*Imprimerie Jouanne*, 122, avenue de la Reine, à Boulogne, Seine.)

DES FRACTURES SPONTANÉES

CHEZ LES SYRINGOMYÉLIQUES[1]

PAR

Louis RÉNON, Agrégé
Médecin des Hôpitaux.

Jean HEITZ
Interne des Hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer, au cours de l'été 1901, un cas de fracture spontanée chez une vieille femme syringomyélique, dans le service de M. le Pr Déjerine, à la Salpêtrière. Nous avons suivi de près le processus de la consolidation, simultanément par l'examen clinique et par une série d'épreuves radiographiques que nous devons à l'obligeance de M. Infroit, chef du laboratoire de radiographie de la Salpêtrière.

Il s'agit d'une femme de soixante-six ans, hospitalisée depuis treize ans, et dont voici l'histoire rapidement résumée. Sans antécédents pathologiques héréditaires, la malade a eu pendant sa jeunesse cinq enfants, dont deux sont encore vivants. Elle n'est pas hystérique, n'a pas d'habitudes alcooliques, et ne présente aucune trace d'infection syphilitique. En 1884, à l'âge de quarante-neuf ans, à la suite de métrorragies abondantes, elle remarqua pour la première fois une certaine faiblesse dans les mouvements des mains, faiblesse qui lui rendit bientôt difficile les ouvrages un peu délicats. La marche devint bientôt pénible, et, au bout d'une année, elle était forcée de rester couchée ou assise dans un fauteuil. Elle n'avait pas de douleurs. Les doigts s'immobilisèrent progressivement en flexion dans la paume de la main, d'abord à droite, puis des deux côtés.

En 1888, à son entrée à la Salpêtrière, l'état de la malade était le suivant, d'après l'observation prise à cette époque. La musculature de l'avant-bras était notablement atrophiée, mais cette atrophie était masquée par l'adipose sous-cutanée. Toutes les articulations étaient libres, les doigts fléchis et maintenus tels par des rétractions tendineuses. Il n'existait ni contractures, ni troubles trophiques de la peau ou des ongles. Tous ces symptômes étaient plus accusés à droite. La marche était absolument impossible, et la malade éprouvait une grande difficulté à élever les membres inférieurs au-dessus du plan du lit.

Au mois de Juin 1901, époque où la malade se fracture l'humérus, nous la trouvons dans l'état décrit ci-dessous :

Du côté des membres supérieurs : impotence totale, atrophie musculaire masquée par l'adipose, pas de contractures, rétractions tendineuses maintenant les deux mains fermées; les réflexes sont abolis.

Aux membres inférieurs : impotence moins marquée, prédominant aux fléchisseurs. Les réflexes sont très faibles, et l'atrophie peu considérable.

La malade ne peut rester assise sans appui. Elle est ordinairement enfoncée dans un grand fauteuil, calée de tous côtés avec des oreillers. La cause de cette attitude tient à une cypho-scoliose extrêmement accusée qui s'est développée progressivement depuis l'entrée à l'hospice. Cette scoliose, maxima à la région dorsale supérieure, est à concavité droite. De ce fait, la tête est fortement inclinée à droite, avec légère rotation à gauche, et, par suite de la cyphose cervicale, elle est sensiblement penchée en avant. Le thorax, de son côté, est extrêmement déformé, et la respiration un peu gênée.

Du côté des yeux, on note un léger nystagmus; les pupilles sont égales, la gauche réagit faiblement à la lumière. A droite, il existe de la névrite optique ancienne, signalée déjà en 1890, et actuellement arrivée à la période de cécité presque totale.

Les *troubles de la sensibilité* sont très accusés, et, contrairement à l'atrophie musculaire qui a toujours été plus marquée à droite, les anesthésies prédominent à gauche.

Il y a anesthésie douloureuse sur tout le côté gauche, au-dessous de la quatrième paire cervicale, légèrement plus marquée sur le bord externe du bras que sur le bord interne. A droite, l'anesthésie à la douleur est légère, et se trouve seulement dans la zone radiculaire externe.

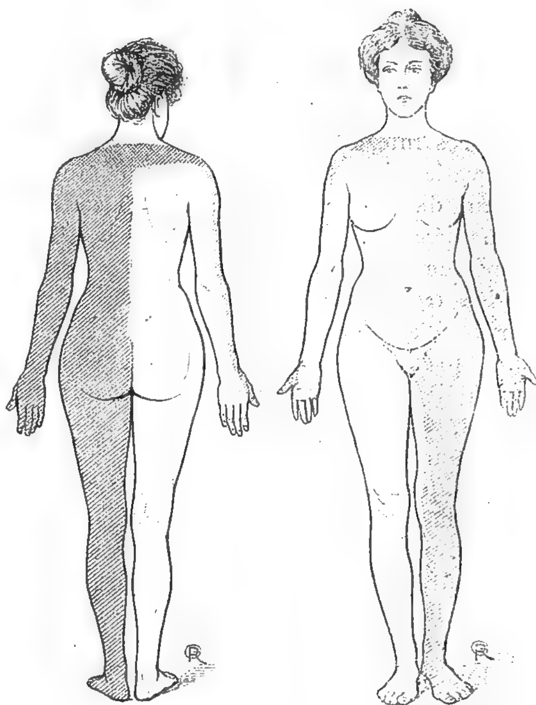


Figure 1.

L'anesthésie thermique occupe exactement le même territoire. A la face postérieure du membre inférieur gauche, elle n'existe que pour le chaud, le froid continuant à être senti.

Enfin, il existe une collerette d'anesthésie tactile, superposée aux deux anesthésies précédentes, des deux côtés, à la hauteur des 3e, 4e, 5e paires cervicales, formant un cercle complet autour du cou.

Les nerfs du bras gauche sont indolores à la pression dans les gouttières de torsion et épitrochléenne, tandis qu'à droite ils ont conservé leur sensibilité.

Il n'y a pas de troubles des sphincters. L'état général est bon, l'appétit est conservé. L'élimination quotidienne d'urée varie de 8 à 10 grammes; il n'y a ni glycosurie ni albuminurie. Le pouls est régulier, battant à 80 par minute.

Le 6 Juin 1901, cette malade se fracturait l'humérus gauche dans les conditions suivantes :

Deux infirmières s'occupaient à l'asseoir dans son lit pour le déjeuner, et, tandis que l'une la soutenait par derrière, la seconde, répétant une manœuvre devenue familière depuis des années, placée au pied du lit, la maintenait en avant par les deux poignets. La malade se souvient fort bien avoir entendu un craquement à ce moment, mais, ne ressentant aucune douleur, elle crut que sa camisole se déchirait, et c'est le lendemain seulement, en la changeant de linge, qu'on aperçut une vaste ecchymose du bras gauche. Lorsque nous l'avons examinée, vingt-quatre heures après la fracture, le bras était presque doublé de volume, complètement ecchymotique. Il y avait un œdème dur, non dépressible au doigt, qui dépassait le coude en bas. La mobilité anormale était absolue, le bras se pliant en deux à sa partie moyenne, et, dans ces mouvements, on sentait et on entendait une crépitation voilée. D'autre part, la malade sentait bien l'impression des doigts sur la peau, les mouvements que l'on faisait exécuter à son bras, mais la douleur était absolument nulle, tant au repos que pendant l'examen. Elle ne souffrait même pas de la grosse distension du membre et de l'attrition très considérable des parties molles. L'indolence, tel a été le fait dominant de toute cette période.

Sur une radiographie faite le jour même, on voit, au milieu d'une zone globuleuse sombre qui correspond à l'hématome, un trait de fracture oblique en bas et en dedans, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Le fragment supérieur se termine par un V ouvert en bas. Le fragment inférieur, taillé en pointe, présente à la fois du chevauchement et du déplacement autour de son axe. Il est remonté de plusieurs centimètres, en se plaçant en arrière et en dehors. Sa pointe vient en effet soulever la peau de la face externe du bras, où on la sent fort bien. Ce déplacement si considérable s'explique par l'atrophie presque complète du manchon musculaire (triceps, brachial antérieur), qui, dans les fractures ordinaires de la diaphyse humérale, le plus souvent situées au même niveau, maintient les fragments en position. Sur la radiographie, les muscles sont absents. Seul, le triceps laisse une ombre un peu nette, et c'est à son action qu'il faut attribuer l'ascension du fragment inférieur. Une épaisse couche de graisse, réticulum à grosses mailles, occupe presque toute l'épaisseur du membre. Les os ont subi quelques modifications sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Le traitement appliqué a été le plus simple possible. En présence du peu de vitalité des tissus et de la trop grande facilité avec laquelle, sous un appareil plâtré, des troubles trophiques de la peau auraient pu se produire, nous avons immobilisé le bras dans une écharpe de Mayor, bien poudrée d'amidon, que l'on enlevait tous les deux ou trois jours. Au bout d'une huitaine de jours, il se produisit une éruption bulleuse sur le bord postérieur de l'avant-bras, avec érythème de la peau, mais ces accidents légers rétrocédèrent rapidement.

L'appareil fut enlevé définitivement à la fin d'Août, c'est-à-dire près de deux mois après l'accident. A ce moment, la consolidation semblait suffisante. Le chevauchement était toujours très marqué (raccourcissement de 3 cent. 1/2 de l'acromion à l'olécrane, comparé au bras droit) et la pointe du fragment inférieur faisait toujours saillie sous la peau. A un examen minutieux, il est aisé de constater encore une certaine mobilité des

1. *Hospice de la Salpêtrière.* — Travail du service du professeur Déjerine.

fragments, mobilité qui n'est pas apparente, puisque la malade ne se sert pas de son bras.

* * *

Les observations de syringomyélie dans lesquelles sont signalées des fractures spontanées ne sont pas très nombreuses dans la littérature médicale. Nous avons été surpris de n'en trouver qu'un nombre restreint, et cet accident est certainement beaucoup plus rare que l'arthropathie. Il semblerait que les altérations trophiques des os ont plus de tendance à se localiser sur les épiphyses que sur la diaphyse, et, parmi les observations que nous avons pu recueillir, plusieurs concernent des fractures juxta-épiphysaires, ou des fractures situées dans le voisinage d'arthropathies. Dans l'excellente thèse de Bouglé[1], consacrée aux fractures spontanées en général, nous trouvons relatées les observations de Steudner[2], de Sokolov[3], Schultze[4], celle classique, de Roth[5], et un cas de fracture de phalange dans la maladie de Morvan dû à Chipault[6].

Nous avons pu retrouver dans la littérature allemande les observations de Bernhardt[7], Læhr[8], Oppenheim[9], Kofend[10], Remak[11], celle très complète, de Max Gnesda[12], un cas de fracture du pouce rapporté par Gessler[13], et, en France, une observation rétrospective de Marinesco[14]. Cela fait en tout treize cas antérieurs au nôtre, chiffre certainement très faible. Ce nombre comprend dix observations d'hommes et trois seulement de femmes, proportion inverse de celle constatée dans le tabes.

Rien n'est si variable que l'époque de la fracture chez un syringomyélique. Quelquefois, comme dans notre cas, ce sont de vieilles syringomyélies, avec amyotrophies très accusées, troubles trophiques intenses, scoliose extrême (Kofend, Oppenheim), avec arthropathies (Steudner, Sokolow). Mais, plus souvent peut-être, la fracture survient comme symptôme initial, quelques mois ou quelques années avant que le diagnostic ait pu être fait (Schultze, Læhr, Remak, Marinesco), ou alors qu'il n'existait encore qu'un peu de faiblesse des mains (Bernhardt), des panaris ou de l'exagération des réflexes, des troubles de sensibilité dissociée (Guesda).

Ces fractures siègent presque toujours aux membres supérieurs, contrairement à celles du tabes qui affectionnent les membres inférieurs. Dans deux cas seulement, nous les trouvons, soit au fémur (Oppenheim), soit aux deux os de la jambe (Gnesda). Dans tous les autres cas, elles s'échelonnent le long du squelette du membre supérieur, à la clavicule, à l'humérus (trois fois), au radius (deux fois), au cubitus (trois fois), aux deux os de l'avant-bras (deux fois), enfin aux métacarpiens (Schultze) et dans deux observations, aux phalanges. Plusieurs de ces fractures se sont trouvées réunies chez un même sujet. Leur siège n'est pas localisé au hasard. Contrairement aux fractures des tabétiques, les multiples fractures souvent symétriques (aux deux humérus, Kofend).

D'une façon régulière, la fracture siège dans une région où la peau présentait antérieurement des troubles marqués de thermo-analgésie. Même lorsque la fracture était le premier symptôme apparent, on a trouvé ces troubles dissociés, qui existaient à l'état latent.

La localisation habituelle de ces troubles de de sensibilité aux membres supérieurs explique la fréquence des fractures des os de ces mêmes membres. Deux observations font exception. Le malade de Guesda s'était fracturé la jambe droite ; avec des troubles anesthésiques dissociés très avancés du bras droit, il présentait des troubles légers de la jambe plus marqués à la douleur qu'à la chaleur. Dans l'observation d'Oppenheim, décrivant une fracture du fémur, on trouve notée une thermo-anesthésie du bras du même côté, mais le texte est muet sur l'état de la sensibilité des membres inférieurs. Dans toutes les autres observations, la thermo-analgésie cutanée au niveau de la fracture était indiquée d'une façon formelle. Chez notre malade, il est à noter que la fracture s'est produite à gauche, où les troubles anesthésiques étaient plus marqués, alors que l'amyotrophie avait toujours prédominé à droite. J.-B. Charcot[1] avait déjà fait remarquer, il y a quelques années, la coexistence constante de cette thermo-analgésie avec les arthropathies syringomyéliques, ainsi que la localisation de celles-ci aux membres supérieurs dans la majorité des cas.

Ce fait, nettement établi, éclaire singulièrement la pathogénie des troubles osseux de la syringomyélie, tant de la diaphyse que des épiphyses. Schultze avait émis l'hypothèse que les fractures étaient sous la dépendance de contractions musculaires démesurées, l'analgésie ne permettant pas aux malades d'éviter les mouvements traumatiques. Mais, dans beaucoup d'observations, les muscles de ces membres sont trop atrophiés pour être capables d'une contraction bien violente ; ainsi, Bernhardt raconte que son malade, sentant son bras droit trop faible, le protégeait à tout moment par la main gauche, précisément au moment où se produisit la fracture du cubitus droit. Si cette théorie a quelque apparence de fondement dans le tabes, en raison des troubles de la coordination et de la perte du sens musculaire, elle est bien difficile à admettre dans la syringomyélie où ces troubles manquent totalement.

Il est beaucoup plus vraisemblable d'attribuer une même origine aux troubles trophiques et aux troubles objectifs de la sensibilité, si l'on considère leurs étroites relations (Marinesco)[2] ; tous deux doivent certainement être sous la dépendance de la lésion de la substance grise périépendymaire.

* * *

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'examen histologique d'os de syringomyélique (os fracturé ou os normal). C'est une lacune regrettable qui reste à combler.

Mais il est possible de se rendre compte de l'état des os sur les radiographies qui ont été publiées. Celle qui accompagne le travail de Marinesco date des premiers essais effectués en France ; le malade a manifestement bougé, et, si l'apparence générale est satisfaisante, les détails sont flous. Il en est de même de celle de Guesda, dont la reproduction est assez défectueuse. Sur les différents clichés que M. Infroit a obtenus chez notre malade, on note un état très spécial du squelette du bras fracturé. L'humérus est extrêmement aminci. Il en est de même des os de l'avant-bras. Ces os ont l'aspect atrophiés de ceux de la paralysie infantile, ils sont beaucoup plus atrophiés que dans les hémiplégies. De plus, ils se laissent traverser facilement par les rayons X ; leur ombre est moins opaque qu'habituellement. Elle tranche peu de nuance avec celle des parties molles, ce qui indique une certaine déminéralisation. La couche compacte de la diaphyse est extrêmement mince, réduite à une simple ligne noire, et le canal central est élargi. Ce détail est surtout apparent au tranchant des fragments. Les épiphyses, claires, sont formées d'un réticulum extrêmement léger de travées osseuses raréfiées. En résumé, ces os semblent atteints d'ostéite raréfiante à point de départ central, mais en l'absence d'examens microscopiques il est prudent de faire quelques réserves.

* * *

Au point de vue clinique, les fractures des syringomyéliques ressemblent beaucoup à celles des tabétiques. Nous retrouvons à peu près les mêmes causes occasionnelles. La fracture est rarement tout à fait spontanée. On relève presque toujours une légère violence, une contraction musculaire de moyenne intensité. La malade de Kofend, blanchisseuse, s'est fracturé successivement les deux humérus en portant sa lessive ; le boulanger de Schultze, à trois reprises différentes, s'est fait des fractures en pétrissant son pain. C'est en travaillant la terre que les malades de Laehr, de Marinesco, ont brisé leur avant-bras. Le paysan de Roth soulevait un charriot qui allait tomber, effort déjà un peu sérieux. Chez notre malade, la même traction sur les poignets se renouvelait journellement depuis des années. Dans les fractures du membre inférieur, on relève les étiologies habituelles des fractures tabétiques. On se fracture la cuisse en mettant sa chaussure (Oppenheim) ; le blessé de Gnesda se promenait tranquillement sur le trottoir, lorsqu'il dut se retenir au mur pour ne pas tomber. L'indolence complète est la règle dans toutes les observations. Cette indolence est manifeste, tant au moment même de l'accident que dans les manœuvres de mobilisation, pendant l'examen et le traitement. Le plus souvent, le malade se souvient d'avoir entendu un craquement, mais, ne ressentant aucune impression douloureuse, il n'y prête pas attention ; certains ont pu continuer leur travail (Schultze, Roth). Quelquefois, une crampe, un élancement, une faiblesse inexplicable du membre sont le seul avertissement. Ordinairement, c'est le gonflement qui attire l'attention, et c'est lui qui oblige les malades à arrêter leur travail.

1. Bouglé. — *Thèse*, Paris, 1896.
2. Steudner. — *Beiträge zur Pathol. der Lepra mutilans*, Erlangen, 1867.
3. Sokolov. — *Deut. Zeit. f. Chir.*, Février, Bd XXXIV.
4. Schultze. — *Virchow's Archiv*, 1885.
5. Roth. — *Archives de neurologie*, 1888, n° 46 (obs. X).
6. Chipault. — *Soc. anat.*, 1890.
7. Bernhardt. — *Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 4.
8. Læhr. — *Charite-Annalen*, 1895.
9. Oppenheim. — *Berl. klin. Woch.*, 1892, p. 1059.
10. Kofend. — *Wien. klin. Woch.*, 1898, n° 13.
11. Remak. — *Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 3.
12. Gnesda. — *Mittheil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir.*, Iéna, 1897, p. 275.
13. Gessler. — *Med. Korrespondenz bl. des Würtemb. aerz. Landesv.*, 1893, n° 1.
14. Marinesco. — « La main succulente ». *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1897, p. 86.

1. J.-B. Charcot. — *Revue de neurologie*, 1894, 15 Mai.
2. Marinesco. — *Archives physiol.*, 1893.

Egger[1] a attiré récemment l'attention sur la fréquence du retard de la sensibilité douloureuse dans les affections de la substance grise, et il a vu une syringomyélique, qui s'était brûlée sans s'en apercevoir, ressentir très vivement, trois heures plus tard, la douleur de cette brûlure. Nous n'avons observé aucun fait de cette nature dans les cas que nous rapportons ici, mais peut-être pourrait-on le rencontrer, si on le recherchait, dans des cas où la sensibilité profonde serait moins atteinte. Cette altération de la sensibilité profonde est telle que, le plus souvent, les malades ne souffrent pas de la tension considérable produite par l'épanchement sanguin. Rappelons à ce propos que, dans les interventions sur les arthropathies (Chipault), l'anesthésie des tissus profonds est si grande qu'il a toujours été inutile de recourir au chloroforme.

Le gonflement, nous l'avons dit, est ordinairement énorme, plus considérable même que pour les fractures ordinaires. Il s'accompagne d'une circulation veineuse périphérique exagérée (Laehr, Roth), d'une ecchymose très étendue et souvent précoce. Par exception, dans une fracture de l'olécrâne, au voisinage d'une grosse arthropathie, Sokolov a noté l'absence presque complète de l'épanchement sanguin.

L'impotence fonctionnelle est faible, lorsque que les muscles ne sont pas trop atrophiés. On a vu des fracturés de l'humérus ne pas arrêter le travail pendant les premières heures, et le malade de Gnesda, malgré une fracture des deux os de la jambe, soulevait hors du plan du lit son membre blessé, sans s'aider de ses mains.

La crépitation est souvent voilée par l'œdème et n'a pas la franchise et la sécheresse ordinaires. Cette particularité se retrouve dans l'observation de Sokolov, malgré l'absence de l'épanchement.

Dans ces conditions, lorsque le siège de la fracture ne se prête pas facilement à la recherche de la mobilité anormale, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une fracture de l'avant-bras, le gonflement gêne l'exploration, la recherche de la douleur localisée ne donne rien, et il n'est pas étonnant que bon nombre de ces fractures, restées inaperçues, se trahissent plus tard par des cals exubérants dont le diagnostic rétrospectif est souvent difficile (observation de Marinesco).

Il faut placer dans une classe un peu spéciale les fractures de phalanges. Chipault a vu une fracture de la première phalange du médius survenir un an après un panaris analgésique du même doigt, fracture qui fut indolore et presque sans traumatisme causal. Gessler, chez un homme de soixante-trois ans, ayant eu une série de panaris accompagnés d'éliminations d'esquilles et de phalanges entières vit une fracture spontanée du pouce, indolore, qui se cicatrisa sans suppuration, mais avec ankylose des articulations voisines.

Un détail de l'observation de Schultze : la fracture des quatrième et cinquième métacarpiens, (survenue après deux fractures de membres) esquisse une transition entre les fractures de phalanges et celles que nous avons étudiées tout d'abord. Les unes comme les autres, du même type, ont une étiologie et une séméiologie identiques.

1. Egger. — *Soc. de biol.*, 1901, 15 Juin.

Elles se distinguent des fractures de phalanges survenues après nécrose de l'os dépériosté, au cours des panaris analgésiques de la maladie de Morvan, et dont le point de départ est sans doute l'invasion microbienne pénétrant à travers un tégument dystrophié.

Il faut absolument rapprocher des fractures de phalanges de la maladie de Morvan les fractures du malade de Steudner, diagnostiqué lépreux, en 1867, et chez lequel l'autopsie fit découvrir une syringomyélie allant du bulbe au renflement lombaire. A la suite de panaris avec élimination des phalanges, se développa un phlegmon du poignet, suivi d'un autre de l'avant-bras, au fond duquel on trouva le cubitus dénudé de son périoste; quelques esquilles furent évacuées, et peu à peu le cubitus se fracturait dans la plaie. Le tout se termina par une arthrite suppurée du coude, avec nécrose

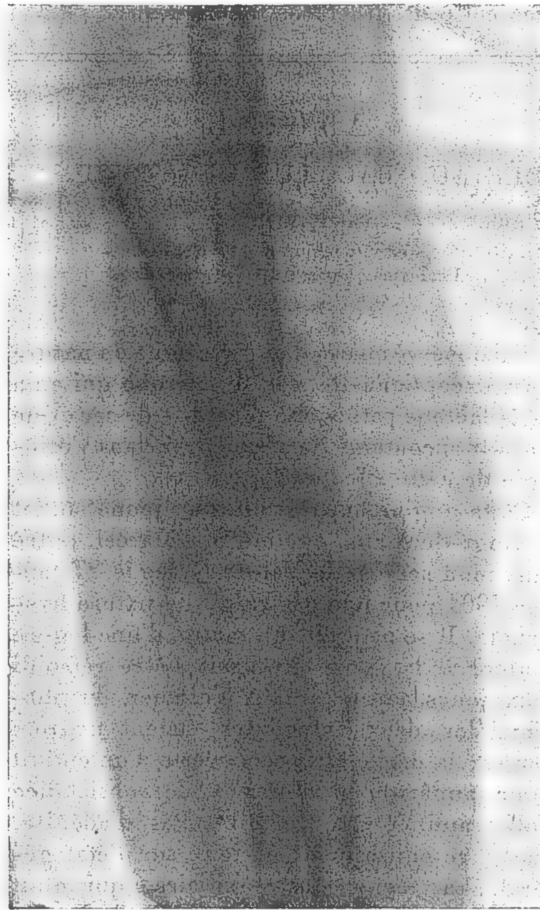


Figure 2.

des os, fracture du col radial, élimination de cette tête radiale, et le malade finit par mourir de pyohémie.

* * *

Quelle est l'évolution de la fracture spontanée des syringomyéliques, et comment se fait sa consolidation ?

Nous n'avons pas trouvé rapportée de fracture syringomyélique dont le foyer ait suppuré. Cet accident est, on le sait, fréquent dans les fractures des tabétiques (quatre cas dans la thèse de Bouglé); leur siège aux membres inférieurs explique la perforation de la peau par le fragment supérieur du tibia et l'infection consécutive; une de nos tabétiques de la Salpêtrière avait ainsi infecté sa fracture et dut subir consécutivement l'amputation du membre.

Mais si la perforation de la peau est rarement à craindre aux membres supérieurs, il ne faut pas oublier qu'il existe un bon nombre d'observations d'arthropathies syringomyéliques suppurées, et que, quoique non encore signalée, la suppuration d'une fracture syringomyélique même fermée reste toujours possible.

Sokolov, pour une fracture de l'olécrâne, a dû pratiquer la résection du coude, gravement atteint d'arthropathie.

Mais dans la majorité des cas, la consolidation se produit. Elle s'effectue par un cal toujours exubérant, et souvent long à se calcifier entièrement.

Le boulanger de Schultze guérit de sa première fracture (humérus droit) en bonne position, au bout de sept semaines; à l'autopsie, trois ans plus tard, on constata que l'os était solide, compact, sans porose ni malacie, et que le cal était développé normalement. Par contre, le cal du radius gauche (fracturé un an plus tard) qui avait semblé parfait au bout de trois semaines, était faible et peu résistant.

Le cal du fémur, dans le cas d'Oppenhein, était normal à l'autopsie sept ans plus tard, mais nous ne connaissons pas la durée de la période de consolidation.

Le malade de Gnesda, soigné à la clinique chirurgicale d'Iéna, a été suivi de très près; il entra le 9 Octobre 1896, immédiatement après l'accident. Le membre fut sorti de l'appareil plâtré le 1er Novembre ; il y avait déjà un cal bien formé, mais il restait une légère mobilité des fragments laquelle disparaissait huit jours plus tard. Le 13 Décembre, il marchait avec un appareil. Le 1er Mars seulement, au bout de cinq mois, la consolidation pouvait être considérée comme complète, ce qui marque un retard très appréciable dans la consolidation. Une radiographie jointe à ce travail montre un cal assez volumineux, qui remplit partiellement l'espace interosseux. Le cal est exubérant, surtout à la partie interne et antérieure du tibia. On peut à peine reconnaître la ligne de fracture, et l'os paraît solide. Du côté du péroné, il y a déplacement du fragment inférieur, très saillant en dehors, et réuni à l'autre fragment par un pont osseux peu résistant.

Bernhardt et Sacher nous disent que la fracture guérit facilement sans appareil plâtré, mais ces renseignements manquent de précision.

Le malade de Marinesco a été radiographié quarante-neuf ans après sa fracture. En 1848, pendant qu'il travaillait la terre, il avait vu brusquement, et sans douleur, apparaître à son avant-bras une tuméfaction qui disparut au bout de trois à quatre semaines. Peu après, il fut très étonné de sentir sur le bord interne de cet avant-bras une tumeur dure et arrondie qui, depuis, est restée dans le même état. Cette tumeur fait corps avec l'os sur le bord interne du cubitus, à son tiers supérieur. Sur la radiographie, on voit parfaitement à ce niveau le changement de densité de la substance osseuse et la modification brusque de l'axe de l'os. Il s'agit d'un gros cal, exubérant, arrondi régulièrement en dehors, et envoyant des ostéophytes irréguliers dans l'espace interosseux, stigmate indélébile de la fracture autrefois passée inaperçue.

On serait tenté d'expliquer d'une manière analogue les exostoses de la diaphyse que nous trouvons signalées dans les observations d'Hoffmann[1] (exostose de la face postérieure

1. Hoffmann. — *Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk.*, Leipzig, 1892.

de l'humérus au tiers inférieur), de Graf[1] (très grosse exostose du cubitus à 3 centimètres au-dessous d'une arthropathie du coude), de J. M. Charcot[2] (deux productions osseuses, l'une dans le tendon, l'autre dans le muscle du triceps). On pourrait en effet rapprocher cette dernière observation de celle de Dreschfeld (*in* thèse Bouglé), où une fracture extracapsulaire du fémur consolidée s'était accompagnée de dépôts osseux dans l'épaisseur du muscle couturier, sans doute au voisinage des lambeaux périostiques déplacés.

Ce qui frappe le plus dans toutes ces observations, c'est, avec le retard de la consolidation du cal (dans tous les cas où la chose a été vérifiée de près), son extrême irrégularité qui semble dépasser celle déjà connue du cal des tabétiques (Kredel).

Dans une bonne étude du cal tabétique, Bouglé a montré que ce cal difforme, exubérant, quelquefois précoce, représente la virole externe, sous-périostée, du travail de réparation. Dans les cals qu'il a disséqués sous cette virole, il a trouvé les surfaces fracturées quelquefois unies par un cal solide, ordinairement juxtaposées et à peine réunies, même souvent lisses régulières, au contact, sans adhérence l'une avec l'autre.

Le cal interfragmentaire, le cal utile, souvent peu développé, pouvait même faire défaut.

Dans un cas de tabes très ancien il n'y avait pas de cal interfragmentaire; la virole externe elle-même n'était formée que de tissu fibro-cartilagineux, qui avait disparu par la macération de l'os. En résumé, dans la majorité des cas de fractures tabétiques, le cal est plus exubérant qu'utile, et, malgré son apparence solide, il est souvent incomplètement développé.

Dans la syringomyélie, le cal est irrégulier, exubérant par places, atrophié dans d'autres. Nous pouvons supposer, sans l'affirmer, puisque les examens microscopiques font défaut, que la virole interne n'est pas toujours solide, et même qu'elle peut manquer dans les syringomyélies avancées comme dans le cas rapporté ici. Il existe en effet sur la radiographie reproduite ci-contre, et qui a été faite un an après la fracture, une vaste virole externe, assez peu dense, sans doute encore *fibro-cartilagineuse* par places. La pointe du fragment inférieur, qui sort en haut et en dehors de cette gangue, semble en voie d'atrophie. Sur le bord interne de l'os, à l'union des deux fragments, on voit sur l'épreuve radiographique, et on sent très bien par la palpation, une exostose située juste au-dessus de l'épitrochlée, et à peu près du même volume qu'elle. Cette exostose, qui n'existait pas sur la première radiographie faite au moment de l'accident, s'est développée peu à peu. Tout ce travail n'empêche pas la consolidation d'être très imparfaite, car, un peu après la fracture, les deux fragments restent mobiles l'un sur l'autre.

Enfin, dans deux autres cas, il n'y a eu aucune tendance à la formation du cal. Le paysan de Proth avait une fracture non consolidée huit mois après l'accident. La malade de Kolend a été examinée plus de vingt ans après la fracture des deux humérus : la diaphyse manquait des deux côtés, depuis le coude jusqu'à l'insertion du grand pectoral et du grand dorsal, et la radiographie confirmait les résultats de l'exploration clinique. Il s'agissait, il est vrai, d'une syringomyélie très avancée, mais les fractures dataient des débuts de l'affection, et elles ne s'étaient point consolidées; les extrémités fragmentaires restées libres s'étaient progressivement résorbées.

On voit que si, dans la majorité des cas, le pronostic des fractures syringomyéliques est bénin, surtout dans les fractures du début de la maladie, il peut arriver, même dans ces cas, mais surtout chez les syringomyéliques très anciens, que les fragments ne puissent faire les frais du cal. Il reste une pseudarthrose plus ou moins complète.

Sur ce dernier point, comme sur plusieurs autres indiqués dans ce travail, les fractures syringomyéliques confondent leur histoire avec celle des fractures tabétiques.

1. Graf. — *Beiträge zur klin. Chir.*, 1893, p. 517.
2. J. M. Charcot. — *Progrès médical*, 1893.

ANGINE
DUE AU "BACILLUS MEGATERIUM"

Par H. VINCENT
Médecin-major de 1re classe.
Professeur agrégé du Val-de-Grâce.

J'ai observé un cas d'angine aiguë de nature assez exceptionnelle, car le microbe qui en a été le facteur pathogène n'est pas de ceux que l'on est accoutumé de rencontrer dans l'étiologie de cette affection.

Cette angine apparut chez un jeune soldat de vingt-deux ans, nommé S... Marcel, entré dans mon service du Val-de-Grâce le 27 Janvier 1901 pour une gastralgie de nature hystérique. Il se plaignit, un matin, d'une légère douleur à la gorge et disait s'être refroidi deux jours auparavant. A l'examen du pharynx, les deux amygdales étaient un peu rouges; la droite était recouverte d'un enduit blanc jaunâtre peu adhérent, de consistance molle, aminci par endroits. Pas d'adénite. Aucun retentissement sérieux sur l'état général. La température axillaire, qui était de 37°4 le premier jour, descendit, le lendemain, à la normale. L'enduit amygdalien était beaucoup diminué et disparut au bout de trois jours sous l'influence de gargarismes phéniqués. L'affection fut donc bénigne.

L'exsudat pharyngé fut examiné au microscope. Il se montra constitué presque exclusivement par de gros bâtonnets, à extrémités arrondies, réunis parfois bout à bout. Ces bacilles se coloraient par la méthode de Gram. Quelques-uns d'entre eux prenaient mal la coloration par la thionine ou le liquide de Ziehl dilué. A côté des bacilles fortement teintés, on en voyait qui étaient demeurés pâles, déformés, à bords irréguliers ou échancrés, à protoplasma vacuolaire ou inégalement renflé, présentant, en un mot, l'aspect dégénéré des formes d'involution.

Outre ces bacilles, on apercevait quelques microcoques et des éléments cellulaires assez nombreux, composés de leucocytes polynucléaires et de grosses cellules uninucléées dont quelques-unes avaient englobé des bacilles.

L'ensemencement de cet exsudat sur la gélose, le sérum et la gélatine donna lieu à d'innombrables colonies appartenant presque exclusivement au gros bacille précédent. Les cultures fournirent encore quelques rares colonies du staphylocoque et du streptocoque. Pas de bacille de Löffler.

Le bacille, isolé facilement à l'état de pureté et ensemencé dans les divers milieux, présenta tous les caractères morphologiques et les réactions de culture du *Bacillus megaterium*. Ce bacille mesurait environ 10 μ à 15 μ de longueur; il était large, trapu, et formait de courtes chaînettes. Extrait de culture récente, notamment en bouillon, il était faiblement mobile. Dans les divers milieux, et en particulier sur la pomme de terre, le bacille se divisait, après quelques jours, en courts segments pourvus chacun d'une spore.

Dans le bouillon, il formait, à la surface, un voile assez épais, bordé d'une collerette blanche adhérente au tube; sur la gélatine, tache rapide et liquéfiante; sur l'agar, culture blanche, opaque. Couche gris jaunâtre sur la pomme de terre.

Ce bacille se multipliait également bien à la température du laboratoire et à celle de l'étuve (37°).

Le microbe a été inoculé à divers animaux. A la dose de 2 centimètres cubes injectés dans le péritoine du cobaye, la culture en bouillon amène un peu de fièvre, de la dyspnée et un abattement assez marqué. Mais l'animal s'est rétabli après quelques jours. Les essais d'inoculation à la surface des muqueuses de divers animaux sont restées sans résultat, même lorsqu'on associait au Bacillus megaterium le staphylocoque et le streptocoque isolés dans les cultures primitives de l'angine.

* * *

Ce cas d'angine à Bacillus megaterium est le seul que j'aie observé, jusqu'ici, parmi les nombreux cas d'angine, à étiologie diverse, qu'il m'a été donné d'examiner. Je n'ai point davantage trouvé mention de faits analogues dans la littérature médicale. Mais M. Thiry, sous-directeur de l'Institut sérothérapique de l'Université de Nancy, m'a rapporté un fait que je tiens à reproduire ici et qui peut, dans une certaine mesure, être rapproché du précédent. A l'autopsie d'un supplicié faite aussitôt après la mort, il constata sur les amygdales un enduit blanchâtre formé par le Bacillus megaterium à l'état pur.

A côté des agents habituels de l'angine vulgaire il y a donc lieu de placer, quoique à titre exceptionnel, une bactérie regardée jusqu'ici comme inerte et rangée parmi les saprophytes purs. Le Bacillus megaterium, si répandu dans le tube digestif et les matières fécales, dans le sol et dans l'air (Macé), les matières organiques en putréfaction, est donc susceptible de se reproduire, chez le vivant, dans certaines circonstances indéterminées[1]. Il n'y a peut-être point lieu de regarder ce fait comme tout à fait exceptionnel. D'autres bactéries, regardées longtemps comme inoffensives ou capables, tout au plus, de développer une maladie expérimentale, peuvent cependant jouer un rôle pathogène chez l'homme : tels le Bacterium coli, le vibrion septique de Pasteur, le *Proteus vulgaris* (Charrin, Lannelongue et Achard, Wyss).

1. Peut-être le staphylocoque et le streptocoque ont-ils, dans notre cas, favorisé l'infection amygdalienne par le Bacillus megaterium; ces microcoques étaient cependant très rares dans l'exsudat.

C'est qu'en effet, les limites qui séparent le groupe des bactéries pathogènes de celui des microbes indifférents sont, parfois, assez indistinctes. La virulence, seul attribut qui les différencie, est une fonction contingente dont les agents infectieux peuvent se dépouiller et que les saprophytes peuvent, par contre, revêtir dans certaines conditions expérimentales. Les recherches de Charrin et de Nittis [1], ainsi que les nôtres [2], ont démontré ce dernier point.

Or, parmi les microbes saprophytes dont l'adaptation à la vie pathogène, sur le milieu vivant, a pu être ainsi réalisée dans le laboratoire, se trouve précisément le Bacillus megaterium. Dans des expériences faites il y a quelques années, j'ai pu transformer un Bacillus megaterium retiré du sol et absolument inoffensif en un microbe doué d'une virulence considérable, et susceptible de tuer la souris en quelques heures à la dose minime de deux gouttes; à l'autopsie, on trouvait des lésions de pleurésie et de péricardite hémorragiques. Le lapin succombait en douze heures, à la suite d'un véritable état septicémique, lorsqu'on lui injectait dans les veines 1/2 centimètre cube du même microbe, etc. Le sang des animaux survivant à l'inoculation de faibles doses de culture présentait la réaction spécifique d'agglutination à l'égard du Bacillus megaterium. Les animaux ont pu également être immunisés contre cette infection expérimentale si grave [3].

Nous venons de montrer que le même microbe a pu naturellement s'ensemencer et se multiplier chez l'homme, déterminant chez lui une infection locale. Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que l'expérimentation avait, dans une certaine mesure, devancé et réalisé des résultats de l'observation clinique.

1. Charrin et de Nittis. — « Un Bacillus subtilis pathogène ». *Soc. de biol.*, 1897, 17 Juillet.
2. H. Vincent. — « Sur les aptitudes pathogènes des microbes saprophytes ». *Annales de l'Institut Pasteur*, 1898, 25 Décembre.
3. H. Vincent. — *Loc. cit.*

MÉDECINE PRATIQUE

LES INJECTIONS MERCURIELLES SOLUBLES A DOSES MASSIVES

Le but de ce travail est d'établir l'innocuité et l'avantage des injections massives de sels de mercure solubles.

La première idée nous en a été donnée par la thèse de Dieupart qui nous a fait connaître le sérum au bichlorure de mercure de Chéron et la manière dont son auteur l'employait.

Le fait d'injecter 20 centimètres cubes en une fois de cette solution, c'est-à-dire 5 centigrammes de sublimé nous a paru téméraire tout d'abord et ce n'est que par doses progressives que nous en vînmes à adopter la pratique de l'auteur.

Après nous être assurés personnellement de l'innocuité de pareilles doses, nous fîmes un essai du même genre avec l'huile biodurée mercurielle (formule de Panas) qui renferme 4 milligrammes de biiodure par centimètre cube. Peu à peu nous arrivâmes à donner en une fois la dose d'une semaine, c'est-à-dire 7 *centimètres cubes*, et nous pûmes sans inconvénient porter cette dose à *10 centimètres cubes* par semaine.

***

Les avantages et les inconvénients des injections solubles et insolubles ont été longuement comparés et discutés; il n'est pas inutile de les rappeler brièvement.

Aux *injections insolubles* on reconnaît le mérite : 1° d'une plus grande efficacité; 2° d'une pratique plus commode puisqu'elles n'assujettissent le patient qu'à une seule visite par semaine à son médecin.

On leur reproche : 1° d'être plus douloureuse que les injections solubles; 2° d'agir plus aveuglément puisqu'on ne sait pas exactement quelle quantité est absorbée ni en combien de temps elle peut l'être; 3° de causer plus fréquemment des abcès même avec toutes les précautions antiseptiques; 4° d'avoir causé des accidents toxiques et en certains cas (calomel) des embolies.

Les *injections solubles sont en général* : 1° moins douloureuses; 2° causent moins fréquemment des accidents toxiques, et très rarement en particulier la stomatite.

On leur reproche d'avoir pour inconvénient d'être pratiquées tous les jours ou tous les deux jours, ce qui multiplie les frais médicaux, et attire l'attention du public sur un malade tenant à dissimuler son état; à la longue elles finissent par cribler d'indurations les parties qui sont le siège des piqûres, à cause de leur multiplicité.

Les injections massives de sels solubles suppriment les reproches ci-dessus. De plus nous allons démontrer qu'elles n'ont pas d'effets nuisibles et que leur efficacité est au moins égale à celle qu'aurait la même quantité de médicament actif introduit quotidiennement ou tous les deux jours sous la peau.

***

Une première question se pose, c'est de savoir comment dans ces conditions s'élimine le mercure introduit dans l'organisme.

Des recherches faites dans l'urine de nos malades par M. Cochinal, pharmacien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, il résulte que le mercure se montre dans l'urine le jour même de la première injection. Il y persiste, quoiqu'en diminuant vers le cinquième jour, jusqu'à l'injection suivante. Après une série de quatre à huit injections le mercure apparaît en quantité notable dans l'urine jusqu'après la troisième semaine qui suit la dernière injection; dans un cas même il existait encore vingt-six jours après la dernière injection.

L'élimination du mercure introduit sous la forme soluble dans l'organisme se fait donc progressivement, tout comme celui des injections insolubles.

***

Actuellement nous avons fait 115 injections d'huile biiodurée à doses massives variant de 6 à 10 centimètres cubes à 25 malades.

Nous n'avons eu d'accidents qu'une fois. La malade supporta bien les deux premières injections, puis les trois suivantes causèrent des malaises et de la diarrhée qui nous décidèrent à faire deux fois par semaine des injections de 3 centimètres, cinq chaque fois. Celles-ci furent bien supportées.

Dans un autre cas, après l'injection, le malade fut pris de toux convulsive que nous attribuâmes à la pénétration d'une petite quantité d'huile dans une veine ayant déterminé de l'embolie pulmonaire. Cet accident dura quelques minutes. Dans ce cas cependant, comme dans tous les autres, nous avions fait pénétrer l'aiguille isolément dans le muscle, puis nous avions attendu pour voir s'il ne se produirait pas d'écoulement sanguin. Le fait ne s'était pas produit. Quand il a lieu nous sortons l'aiguille et l'enfonçons ailleurs.

C'est généralement dans la région du point de Galliot 5 centimètres au-dessus et 5 centimètres en arrière du grand trochanter que nous faisons l'injection.

Pas une fois nous n'avons eu d'abcès.

Ces injections sont un peu plus douloureuses que lorsqu'elles ne sont faites qu'avec 1 ou 2 centimètres cubes, mais elles sont en général très bien supportées.

Il est bon pour éviter la douleur de les pousser lentement. Elles nous ont paru sensiblement moins douloureuses que celles que nous avons faites avec le sérum de Chéron.

Elles déterminent parfois, mais assez rarement des indurations.

Dans aucun cas elles n'ont déterminé de stomatite. Un de nos malades atteint de syphilis extrêmement maligne, présentant de la stomatite mercurielle due aux médicaments pris par la bouche, a été soumis à ces injections : la stomatite sous l'influence de la thérapeutique ordinaire de cette affection a guéri pendant le traitement.

Le premier symptôme d'intoxication mercurielle pour les injections solubles est, ainsi que Jullien l'a signalé, la diarrhée.

***

L'*effet thérapeutique* de ces injections massives est incontestable. Il est certainement toujours égal à celui de l'huile biiodurée injectée par doses fractionnées et répétées; dans plusieurs cas il nous a paru supérieur et comparable comme intensité aux injections de calomel.

Nous avons eu à soigner une femme atteinte de psoriasis palmaire depuis quinze ans. La syphilis remontait à dix-huit ans. Depuis le début de sa syphilis elle s'était toujours traitée; depuis six mois en particulier, elle prenait par jour 2 centigrammes de sublimé en pilules et 3 à 4 grammes d'iodure, sauf un arrêt de deux mois environ dans cette période de traitement. Le psoriasis avait diminué, mais existait encore sous forme de placards isolés assez nombreux. De plus toute la peau de la main avait une coloration rouge.

Six injections de 7 centimètres cubes chacune d'huile biiodurée faites du 18 Janvier au 22 Février 1901 la guérirent complètement. Elle était guérie le 22 Février et, depuis, la guérison s'est maintenue sans traitement.

Un autre malade, que nous avions traité à plusieurs reprises par des injections de calomel pour des plaques de leucoplasie qui disparaissaient pour revenir ensuite, vient nous prier le 21 Février 1901 de le soumettre à un traitement intensif, ayant l'intention de se marier prochainement. Il avait à ce moment de la leucoplasie des deux joues, deux plaques grandes comme une pièce de 50 centimes environ sur chacune. Quatre injections de 8 centimètres cubes chaque faites le 21 Février, le 28 Février, le 7 Mars et le 15 Mars l'en débarrassèrent complètement en moins d'un mois.

Nous avons observés aussi plusieurs cas de syphilides (roséole ou syphilis papulo-squamoroses) sur lesquelles l'ingestion de pilules mercurielles paraissait sans action et qui guérirent rapidement par ces injections.

Nous avons traité et guéri en un mois par cinq injections un périonyxis syphilitique. Les deux premières injections furent faites avec de l'huile biiodurée (7 centimètres cubes), les deux suivantes avec du calomel (5 centigrammes) et la dernière avec de l'huile biiodurée (8 centimètres cubes). L'action thérapeutique des deux sortes d'injections fut sensiblement la même.

Nous pourrions citer d'autres exemples analogues, ce serait sans grand intérêt.

***

Il faut reconnaître que l'huile biiodurée pas plus qu'aucun autre sel de mercure ne nous a paru réussir *également bien* dans tous les cas; aussi croyons-nous qu'en général il y a lieu, lorsque l'amélioration d'un processus syphilitique n'est pas rapide malgré un traitement énergique, de modifier ce traitement quel qu'il soit. C'est ainsi que, dans notre pratique, suivant le cas nous employons le sérum de Chéron, le ca-

lomel ou l'huile biiodurée. C'est pourtant à celle-ci que nous donnons la préférence, parce qu'elle nous a paru présenter le maximum d'avantages avec le minimum d'inconvénients.

Il est bon d'ailleurs de rappeler que certaines malades ont une sensibilité différente à l'égard des diverses injections. Tel malade se plaint des injections d'huile biiodurée et de sérum de Chéron, tandis qu'il déclare les injections de calomel indolores et *vice versa*. Il est vrai que les injections de calomel sont certainement bien moins douloureuses quand on a la précaution de les faire avec une grande lenteur, en deux minutes par exemple.

Malgré la prédilection de M. Gaucher pour le benzoate de mercure, nous ne nous sommes pas servis de cette substance. Nous ne doutons pas cependant qu'on ne puisse l'injecter aussi à hautes doses. Mais il y a à l'emploi de ce sel des objections d'une certaine importance en raison des difficultés de préparation.

M. Gaucher donne actuellement la formule suivante à laquelle il voit l'avantage d'être un sérum mercuriel :

Benzoate de mercure	1 gr.
Chlorure de sodium chimiquement pur	0 gr. 75
Eau stérilisée	100 gr.

L'addition de chlorure de sodium transforme une partie du benzoate de mercure en chlorure double de mercure et de sodium, aussi nous paraît-il préférable d'avoir recours au sérum de Chéron, dosable et dont voici la formule :

Bichlorure de mercure	0 gr. 50
Chlorure de sodium pur	2 gr.
Acide phénique neigeux	2 gr.
Eau distillée stérilisée	200 gr.

Ajouter l'acide phénique quand le sublimé et le chlorure de sodium ont été dissous dans l'eau bouillante.

* * *

Pour conclure, nous pensons qu'il n'y a aucun inconvénient à injecter les solutions solubles de mercure à même dose que les injections insolubles. L'élimination des unes et des autres se fait sensiblement de la même manière. Injectées de la sorte, leur action paraît être également efficace.

La preuve de ce que nous avançons est faite pour l'huile au biiodure de mercure (formule Panas) et le sérum bichloruré de Chéron. Le professeur Lemoine (de Lille) disait récemment au Congrès de Toulouse avoir injecté 4 à 5 centigrammes de benzoate de mercure par jour dans le traitement du tabes et de la paralysie générale et avoir guéri ainsi trois cas de paralysie générale précoce. Un de ses élèves injecta à un seul malade 8 centigrammes de benzoate de mercure par jour pendant cinquante-quatre jours, et cela sans accident.

Il est vraisemblable que les autres sels solubles de mercure injectés dans les mêmes conditions donneraient les mêmes résultats.

Les injections de sels solubles à doses massives nous paraissent donc avoir tous les avantages des sels insolubles, tout en conservant leurs qualités particulières.

Il n'en faut pas conclure que les sels insolubles doivent être détrônés de la place importante qu'ils occupent dans la thérapeutique, mais seulement qu'ils pourront être remplacés plus souvent, suivant les convenances particulières du médecin et du malade, par des sels solubles.

Jaulin
Médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

18 Juillet 1902.

Tumeurs de l'aisselle. — *M. Morestin* présente des tumeurs de diverses natures, lipomes, fibromes, extraites sans cicatrice visible.

Tumeur de la lèvre inférieure. — *M. Morestin*, à propos d'une tumeur de la lèvre inférieure, décrit un procédé d'ablation permettant d'enlever en même temps les ganglions et les lymphatiques.

Arthropathie tabétique. — *M. Morestin* apporte une pièce d'arthropathie tabétique du cou-de-pied. Une fracture avait détaché la malléole interne et une partie du plateau tibial ; de même la malléole externe s'était fracturée, sans douleur, avec large ecchymose. La suppuration de l'article, survenue six mois après, nécessita l'amputation.

L'articulation offre les lésions de l'arthropathie tabétique, avec des végétations fongueuses qui rappellent celles qu'on voit dans la tuberculose.

Mélano-sarcome. — *MM. Lacapère et Babonneix* présentent les pièces provenant d'un malade mort de mélano-sarcome généralisée dans le service de M. Gaucher. Il existe entre les deux poumons une tumeur volumineuse, arrondie, étendue d'une plèvre médiastine à l'autre et englobant tous les organes du médiastin : aorte, trachée, bronches, pneumogastrique, etc. Tous les organes, foie, cœur, poumons, reins, cerveau, contiennent de très nombreux noyaux mélaniques. Sur des coupes, on peut voir : 1° que toutes les tumeurs ne sont pas infiltrées de pigments, mais que certaines parties d'entre elles sont constituées par du sarcome pur ; 2° que le pigment est surtout réparti à la périphérie et à l'intérieur des vaisseaux. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est le nombre extraordinaire — 500 ou 600 — de noyaux mélaniques ; c'est aussi la présence, dans les noyaux, de zones blanches, non pigmentées.

Tumeur cérébrale ; paralysie générale. — *MM. Mallet et Buvat* apportent le cerveau d'un malade mort à Sainte-Anne dans le service de M. Vallon, pièce offrant à la fois des lésions macroscopiques évidentes de paralysie générale et une tumeur du volume d'un petit œuf de poule occupant l'épaisseur de l'hémisphère cérébral droit, au niveau des circonvolutions pariétales supérieure et inférieure et de la pariétale ascendante. Cliniquement, cette tumeur était demeurée silencieuse ; le malade paraissait un paralytique général ordinaire.

Poche kystique du petit bassin. — *M. Cornil* a fait des coupes de la paroi de la poche remplie de liquide, située en arrière de la vessie, et apportée à la dernière séance par M. Delaunay. La paroi était épaisse et fibreuse. On a pris un segment de cette paroi comprenant toute son épaisseur, de façon à voir comment était constituée la membrane interne de la cavité. Or, sur ces coupes, on ne voit pas d'épithélium ni de couche quelconque se distinguant de la paroi. Cette dernière est formée uniquement de tissu fibreux, sans faisceaux musculaires.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

23 Juillet 1902.

Kyste hydatique du rein, néphrectomie, guérison. — *M. Terrier* rapporte, au nom de *M. Pluyette* (de Marseille), l'observation d'une femme de quarante-six ans qui présentait une volumineuse tumeur du flanc droit, tumeur fluctuante, régulière, lisse, dont la nature exacte ne put être diagnostiquée avant l'intervention : on hésita entre une hydronéphrose, un kyste hydatique du rein et un kyste du foie. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du rein développé aux dépens du pôle inférieur de l'organe et qui, ponctionné, donna issue à près de 5 litres de liquide « eau de roche ». Devant l'impossibilité de décortiquer ce kyste pour en faire la résection, et le capitonnage étant également inapplicable en raison de l'épaisseur des parois de la poche, M. Pluyette se vit dans la nécessité de pratiquer la néphrectomie. Cette opération fut complétée par une cholécystotomie idéale rendue nécessaire par la découverte d'une vésicule biliaire distendue par de nombreux calculs. 140 calculs furent extraits, la vésicule suturée et le ventre fermé. Suites opératoires sans incident. Guérison parfaite.

Deux observations d'occlusion intestinale par calcul biliaire. — *M. Rochard* fait un rapport sur ces deux observations qui ont été adressées à la Société par *M. Lévêque* (de Saint-Germain).

La première concerne une femme de soixante-dix-neuf ans, sans passé hépatique aucun, qui fut prise brusquement de tous les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë et qui n'entra à l'hôpital que le septième jour après le début des accidents. Un lavement électrique n'ayant produit aucun effet, M. Lévêque résolut de pratiquer immédiatement un anus contre nature. Dans son esprit il s'agissait d'une occlusion par néoplasme. Or la laparotomie fit découvrir presque immédiatement un volumineux calcul intestinal qui fut extrait par une simple incision pratiquée à son niveau : suture de l'intestin ; guérison sans complication.

L'histoire clinique de la seconde malade — car il s'agit encore d'une femme ayant dépassé la soixantaine — est absolument calquée sur la précédente. La malade fut vue par M. Lévêque trois jours après le début des accidents. Cette fois, ce dernier, instruit par le premier cas, pensa à une occlusion par calcul et fit une laparotomie latérale, mais il ne trouva pas de suite le siège de l'obstacle. Ce n'est qu'après avoir dévidé une grande partie de l'intestin grêle distendu qu'il tomba sur une anse fortement adhérente dans le fond du petit bassin et dans laquelle la palpation lui permit de découvrir un volumineux calcul. Dans l'impossibilité où il était de libérer cette anse, M. Lévêque se décida à faire cheminer le calcul jusqu'au niveau de la plaie abdominale, lui faisant parcourir ainsi dans l'intestin un trajet de plus de 15 centimètres ; le calcul fut ensuite extrait par entérotomie, l'intestin suturé, puis le ventre refermé. La malade mourut au bout de trente-six heures sans reprendre connaissance. L'autopsie démontra l'existence d'une péritonite diffuse certainement causée par de multiples perforations gangreneuses disséminées sur toute la longueur de la portion d'intestin où l'on avait fait cheminer le calcul. Ce dernier, comme d'ailleurs celui de la première observation, avait une forme cylindro-conique, en obus, et atteignait à peu près le volume d'un œuf de poule.

M. Rochard fait suivre la lecture de ces observations de quelques considérations cliniques et opératoires sur l'occlusion intestinale par calcul biliaire. Il fait remarquer que, dans ces cas, il s'agit le plus souvent de femmes, et de femmes âgées, sans passé hépatique net, que l'occlusion est très rarement aiguë comme dans les observations précédentes, mais le plus souvent subaiguë ou même chronique, que les douleurs sont généralement nulles, le météorisme modéré, toutes conditions qui rendent le diagnostic difficile et font penser le plus souvent au cancer. Le seul traitement consiste évidemment dans l'entérotomie. Il faut bien se garder, dans le cas d'anse adhérente, de faire cheminer le calcul comme l'a fait M. Lévêque, car alors on s'exposerait au même désastre ; il vaut mieux, en pareil cas, chercher à libérer l'anse, ou, si la chose est impossible, faire l'entérotomie à distance et aller par cette incision broyer le calcul avec une pince.

M. Routier a observé et opéré un cas d'occlusion intestinale subaiguë par calcul biliaire chez une femme âgée, obèse, sans antécédents biliaires, et chez laquelle il était également intervenu sans diagnostic précis. Dans ce cas, ce qui a surtout frappé M. Routier, c'est la rétraction extrême de la paroi intestinale sur le calcul, rétraction telle qu'il eût été absolument impossible de mobiliser ce dernier sans provoquer une déchirure de l'intestin. La malade succomba au bout de quelques jours à une bronchopneumonie.

M. Reynier a observé et opéré un cas absolument semblable à celui de M. Routier. Sa malade mourut au quatrième jour de péritonite, due certainement à l'altération des parois intestinales rétractées autour du calcul.

M. Terrier rapporte un cas d'occlusion subaiguë chez un homme ; ce malade guérit. M. Terrier pense qu'il ne faut pas hésiter à faire la résection de toute la portion d'intestin occupée par le calcul si cette portion est suspecte d'altération.

M. Tuffier, dans un cas analogue à la deuxième observation de M. Lévêque, a trouvé le calcul fortement enclavé dans une anse grêle adhérente au fond du petit bassin. Il s'est bien gardé de faire cheminer le calcul, car il n'aurait pu le faire sans risquer de déchirer l'intestin, tant la rétraction de sa paroi était extrême ; mais ayant libéré, avec beaucoup de peine d'ailleurs, l'anse adhérente, il parvint à l'amener au regard de la plaie abdominale et à extraire le calcul par l'entérotomie. Son opérée succomba néanmoins à une péritonite causée par la gangrène de l'anse qui contenait le calcul. Aussi, aujourd'hui, si pareil cas se présentait de nouveau à lui, M. Tuffier n'hésiterait-il pas à faire l'entérectomie.

M. Routier qui a, lui aussi, opéré une femme au sixième jour d'une occlusion par calcul biliaire, femme qui succomba d'ailleurs le lendemain, insiste

particulièrement sur la latence des troubles hépatiques chez ces malades. Et pourtant, dans le cas qu'il vient de rapporter, la vésicule adhérait largement à l'intestin et présentait une perforation large comme une pièce de 2 francs.

Tumeur de la portion inférieure de l'uretère, reconnue par la cystoscopie et enlevée par la taille hypogastrique. — *M. Albarran* rapporte l'observation d'une jeune femme de trente-six ans, qui, depuis deux ans, présentait des hématuries devenues, dans ces derniers temps, de plus en plus fréquentes. Grâce à la cystoscopie, M. Albarran put déceler la présence d'une petite tumeur papillomateuse, grisâtre, obturant l'orifice de l'uretère gauche, et qui s'implantait par un mince pédicule sur la paroi inférieure de ce conduit. Trompé par une induration perçue par le toucher au fond du cul-de-sac vaginal gauche, et croyant à une infiltration néoplasique de la portion inférieure de l'uretère, M. Albarran fit d'abord une laparotomie transpéritonéale dans le but de réséquer toute la portion malade du canal; mais, ayant reconnu à ce moment que l'induration correspondait à une salpingo-ovarite, il s'empressa, après toutefois avoir enlevé les annexes malades, de refermer le péritoine et de recourir à la taille vésicale. Une simple incision de la paroi supérieure de l'embouchure urétérale lui permit alors d'extirper facilement la tumeur implantée sur la paroi inférieure du conduit. Suture de l'uretère, puis de la vessie; guérison sans complications, absence de récidive depuis quatre mois.

La tumeur, examinée au microscope, se montra être un adénome; sur les coupes, on voit très nettement les tubes épithéliaux disséminés au milieu d'un stroma formé de tissu conjonctif embryonnaire.

Ces tumeurs de l'uretère sont rares : M. Albarran n'en connaît que 3 cas dans la science. Le diagnostic de leur siège est difficile : ce n'est que la cystoscopie qui permettra de le préciser. Le traitement qui s'impose est l'extirpation; la technique opératoire variera suivant le siège, la dimension, l'unicité ou la multiplicité des tumeurs, suivant aussi que l'uretère, la vessie ou le rein seront plus ou moins envahis. Dans le cas présent, on ne pouvait adopter de meilleure conduite que celle suivie par M. Albarran.

Cancer de l'estomac avec hyperchlorhydrie. — *M. Walther* présente un malade qu'il a opéré de gastro-entérostomie pour une sténose cancéreuse du pylore, dont les premiers symptômes remontaient à quinze mois. Comme la palpation la plus minutieuse ne révélait aucune trace de tumeur et que, d'autre part, l'analyse du suc gastrique indiquait une hyperchlorhydrie manifeste, M. Walther pensa qu'il s'agissait d'une sténose bénigne. Or, à l'opération, il trouva une tumeur pylorique volumineuse, d'aspect manifestement cancéreux, et accompagnée d'une adénopathie caractéristique.

Cette observation montre donc qu'il ne faut pas toujours se fier aux résultats de l'analyse chimique du suc gastrique pour le diagnostic des affections malignes de l'estomac.

M. Ricard s'étonne que M. Walther n'ait pas enlevé l'un des ganglions pour en faire l'examen microscopique.

M. Tuffier estime qu'il eût été plus simple de pratiquer l'examen hématologique avant l'intervention; dans tous les cas de cancer de l'estomac où la clinique et la chimie avaient été impuissantes à préciser le diagnostic, M. Tuffier a toujours trouvé dans l'examen du sang la solution du problème.

M. Hartmann a observé plusieurs cas de cancer avec hyperchlorhydrie du suc gastrique. Ce signe n'a donc pas la valeur qu'on lui a attribuée. M. Hartmann aurait plus de confiance dans l'examen hématologique.

M. Ricard a eu recours, à plusieurs reprises, à cet examen; il déclare que ses résultats ne sont pas toujours très concluants.

Sarcome du rein chez une enfant de vingt et un mois; néphrectomie transpéritonéale, guérison. — *M. Jalaguier* présente une fillette de vingt et un mois qu'il a opérée il y a six mois d'un volumineux sarcome du rein droit. La tumeur s'était développée, paraît-il, en un mois; grosse comme les deux poings, elle était régulière, lisse, mobile et fluctuante. M. Jalaguier diagnostiqua une tumeur maligne du rein et sa première idée fut de s'abstenir de toute intervention; mais, comme la petite malade avait en outre de la fièvre et des urines purulentes, il pensa qu'il pouvait également s'agir d'une hydronéphrose infectée, et il opéra. La laparotomie lui révéla l'existence d'une tumeur absolument molle dont la ponction resta négative et qu'il extirpa d'ailleurs facilement. Cette tumeur pesait 800 grammes. L'examen histologique montra que c'était un sarco-adéno-rhabdomyome, c'est-à-dire un néoplasme probablement développé aux dépens des débris du corps de Wolff.

L'enfant guérit parfaitement et actuellement sa santé est des plus florissantes; il n'y a pas le moindre symptôme de récidive.

M. Berger a observé, il y a quelques années, chez un enfant âgé de moins de six mois, une tumeur du rein droit du volume des deux poings; pensant à une tumeur maligne, il s'est abstenu de toute intervention. L'enfant a dû succomber trois ou quatre mois plus tard.

M. Albarran a opéré pour des tumeurs de ce genre des enfants très jeunes, dont certains avaient moins de six mois. La récidive survient plus ou moins rapidement dans la plupart des cas; mais il existe un certain nombre de faits incontestables où la guérison s'est maintenue au delà de cinq ans. La guérison est donc possible et c'est ce qui justifie l'intervention opératoire.

Il est intéressant de noter qu'il s'agit rarement de sarcomes purs, mais le plus souvent de tumeurs mixtes; on a observé ces tumeurs de plus en plus fréquemment depuis qu'on a appris à les mieux étudier.

M. Broca a enlevé quelques tumeurs du rein chez les enfants; l'un des petits malades a guéri de son opération, mais a succombé six mois plus tard à une récidive. Cette récidive est pour ainsi dire fatale et contre-indique toute intervention.

M. Albarran n'est pas de cet avis. Il répète que le sarcome du rein ne récidive pas fatalement après ablation et que, par suite, l'intervention est non seulement légitime, mais encore obligatoire.

Fracture du radius vicieusement consolidée. Ostéotomie du radius et du cubitus. Bon résultat. — *M. Chaput.* Il s'agit d'une malade de quarante ans qui fut soignée il y a deux ans par un chirurgien des plus distingués qui malgré un traitement des plus corrects ne put obtenir la réduction. La fracture était en effet très oblique.

M. Chaput est intervenu pour des douleurs locales et pour la mauvaise attitude. L'ostéotomie du radius n'a pas permis de redresser la main, mais la section supplémentaire du cubitus a rendu le redressement possible. Le résultat obtenu est bon, mais pas absolument parfait.

M. Chaput déclare que s'il avait à réopérer cette malade il lui ferait l'ostéotomie du radius et la résection de la tête cubitale.

Il croit encore que la réduction primitive de la fracture était absolument impossible à obtenir et qu'on ne pouvait la réaliser qu'en enlevant la tête du cubitus; c'est ce qu'il ferait en présence d'un cas semblable.

Prostatectomie périnéale. — *M. Bazy* présente une prostate qu'il a enlevée il y a cinq jours chez un homme de soixante-cinq ans qui depuis un an ne pouvait plus uriner que par la sonde. La vessie infectée, contenait un calcul enclavé en arrière du col. Ce sont toutes ces raisons qui ont conduit M. Bazy à pratiquer l'ablation de la prostate. Le malade va bien.

Grossesse compliquée de fibrome enclavé dans le bassin; intervention au début du travail; opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale; guérison. — *M. Ricard* présente les pièces enlevées au cours de cette double opération pratiquée dans la même séance. L'opération césarienne fut faite par M. Tissier, l'ablation du fibrome et de l'utérus par M. Ricard. La mère et l'enfant se portent bien. L'opération date de quatre jours.

J. Dumont.

ANALYSES

MÉDECINE

R. Tourlet. *Contribution à l'étude de la linite plastique* (*Thèse*, Paris, Mai 1902). — Parmi les nombreuses observations publiées sous le nom de *linite plastique*, il en est un certain nombre qui ne sont autre chose que des cancers de l'estomac. Le terme de linite plastique doit être réservé pour désigner une affection spéciale de l'estomac caractérisée principalement par l'hypertrophie diffuse du tissu conjonctif sous-muqueux.

Il existe deux formes bien distinctes de la maladie : l'une généralisée à tout l'estomac, souvent accompagnée de lésions péritonéales décrites par Hanot et Gombault sous le nom de « rétro-péritonite calleuse » et dont l'évolution semble assez rapide; l'autre, absolument spéciale, dans laquelle la lésion siège au pylore à l'exclusion du reste de l'estomac. Cette dernière forme a une évolution lente et se comporte comme une tumeur bénigne du pylore n'occasionnant de troubles que par la sténose de cet orifice.

La pathogénie de cette affection n'est pas encore élucidée; l'auteur admet comme le plus vraisemblable la théorie de Bouveret qui considère cette sclérose hypertrophique sous-muqueuse comme étant de nature inflammatoire et la compare à l'œdème chronique et induré du tissu cellulaire sous-cutané. En fait, l'alcoolisme, la gastrite chronique, le traumatisme ont été invoqués comme causes efficiente de la linite plastique.

Le traitement, qui ne pourra qu'être médical à la première période, celle où les symptômes sont ceux d'une gastrite chronique, sera exclusivement chirurgical lorsqu'on se trouvera en présence d'une hypertrophie localisée au pylore et occasionnant le rétrécissement de cet orifice.

Deux opérations pourront alors être pratiquées : la pylorectomie ou la gastro-entérostomie. Le choix entre les deux dépendra de l'état des lésions. Existe-t-il des lésions entre le pylore et les organes voisins, ou un envahissement plus ou moins étendu de l'estomac? la gastro-entérostomie seule sera applicable. Le pylore est-il au contraire seul envahi et libre de toute adhérence? on devra recourir à la pylorectomie si l'état du malade le permet.

J. Dumont.

CHIRURGIE

E. Rollet. *Valeur diagnostique de l'ecchymose sous-conjonctivo-palpébrale dans les fractures de la base du crâne* (*Lyon médical*, 1902, 27 Avril, n° 17, p. 625). — L'ecchymose sous-conjonctivo-palpébrale apparaissant à la suite d'un traumatisme, et réunissant les conditions suivantes : être tardive dans son apparition (quarante-huit heures à trois jours), progresser de la paroi osseuse vers le tégument, être nettement sous-conjonctivale avant d'être palpébrale inférieure, a été considérée comme un signe indiscutable de fracture de la base du crâne et plus spécialement de l'orbite; cette dernière est soit indépendante soit irradiée de la voûte cranienne ou de l'étage moyen.

D'après M. Rollet, il n'en est pas toujours ainsi, et cet auteur relate un certain nombre de faits en opposition avec la théorie admise.

Dans une première série d'observations de fractures de la base du crâne et de l'orbite, l'ecchymose sous-conjonctivo-palpébrale a manqué.

Dans une deuxième série plus importante, l'ecchymose sous-conjonctivo-palpébrale est apparue avec tous ses caractères, sans qu'il y eût de fracture du crâne ou de l'orbite. Dans ces cas l'ecchymose est due à du sang épanché venu des vaisseaux de l'orbite, ainsi que Rollet père l'avait déjà signalé en 1848; un contre-coup qui produit dans la cavité cranienne intacte une commotion, une hémorragie cérébrale peut aussi produire dans la cavité orbitaire une commotion, une hémorragie des parties molles par rupture des vaisseaux de l'orbite, et sans que les os soient nécessairement lésés.

A. Coyon.

PÉDIATRIE

Durando Durante. *Virulence de la flore bactérienne intestinale et toxicité fécale dans les entérites infantiles* (*La Pediatria*, 1902, Avril, n° 4). — D. Durante entreprit à la clinique du professeur Fede une série de recherches expérimentales à l'occasion d'une épidémie d'entérite infantile ayant sévi à Naples. Voici les quelques conclusions que l'auteur tire sous toute réserve de ses expériences. Il n'existe pas de formule bactérienne spéciale en rapport avec chacune des formes de la gastro-entérite infantile, mais on trouve dans tous ces cas les hôtes habituels de l'intestin avec prédominance du colibacille. On peut dire d'une façon toute générale qu'une flore réduite à une seule espèce bactérienne indique que cette espèce a pris le pas sur les autres réglant dans une certaine limite la marche de la maladie; ou bien encore que cette espèce a trouvé du fait de cette maladie des conditions de vitalité particulièrement favorables; il lui a donc été possible d'exalter son

action pathogène. Le monomicrobisme irait donc toujours avec un certain degré de gravité de l'infection.

Il n'existe pas de rapport constant entre l'intensité de l'affection et la virulence de la flore bactérienne, celle-ci pouvant dans certains cas être égale ou même inférieure à ce que l'on observe dans les conditions normales. Toutefois, on voit cette virulence suivre les oscillations que l'on note en clinique, fait que l'on met surtout en relief quand on expérimente sur les cultures impures obtenues directement des fèces, ce qui prouve bien qu'en grande partie le degré de virulence est attribuable aux symbioses microbiennes. C'est là une constatation qui vient confirmer les résultats déjà obtenus par Nobécourt. Il faut, en particulier, tenir grand compte de la symbiose strepto-colibacillaire. La toxicité fécale, ou plus exactement la quantité de toxine éliminée avec les fèces, ne peut servir de base à un pronostic quelconque, car elle montre seulement la quantité de substances toxiques éliminées, mais non pas la quantité élaborée dans le tube gastro-intestinal, quantité qui se trouve modifiée par des phénomènes d'absorption et de transformation. De même, il n'y a pas de rapport constant entre la virulence bactérienne et la toxicité fécale. Une faible toxicité prouve souvent qu'une partie des toxines a été détruite par les moyens ordinaires de défense de l'organisme; aussi faudra-t-il tenir grand compte de l'intégrité de ces moyens de défense depuis l'endothélium intestinal lui-même jusqu'au foie dont le rôle capital en l'espèce n'est plus à établir.

Cyrille Jeannin.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

E. Barrel. *De l'hémiatrophie faciale dans ses rapports avec les lésions du ganglion cervical inférieur* (*Thèse*, Lyon, 1902). — Depuis les premières observations de Romberg (1846), qui considérait l'hémiatrophie faciale comme exceptionnelle, les cas de cette singulière affection se sont multipliés.

On l'a étudiée au point de vue clinique, au point de vue de ses relations et de ses associations avec d'autres maladies, enfin au point de vue pathogénique. Les physiologistes eux-mêmes ont cherché à élucider expérimentalement quelques-uns des points obscurs du problème pathogénique.

Cliniquement, annoncée ou non par des douleurs névralgiques, on voit apparaître une tache, une plaque sur un des côtés de la face; puis, là où la plaque du début s'est montrée, on assiste bientôt à l'amincissement et à l'induration du derme, prélude de l'atrophie qui va se généraliser. Il survient en outre, plus ou moins rapidement, de la rétraction du globe oculaire et des modifications pupillaires (myosis). L'évolution de l'hémiatrophie faciale se fait lentement, progressivement, avec des périodes de rémission variable.

Quand on recherche les causes de ce syndrome, on ne trouve aucune *étiologie* bien nette. Le traumatisme, les infections, les intoxications banales ont été successivement invoqués.

Enfin, *pathogéniquement*, excessive obscurité: on a incriminé tour à tour la lésion du trijumeau, du ganglion de Gasser, du facial, du sympathique.

Et pourtant, au milieu de ces discordances sinon cliniques, du moins étiologiques et pathogéniques, M. Jacquet d'abord, puis M. Bouveyron (de Lyon), ont isolé le syndrome d'hémiatrophie faciale au cours de la tuberculose pulmonaire. M. Jacquet a fait plus encore: il a démontré, à l'aide de faits anatomo-pathologiques concluants, que l'hémiatrophie faciale était le résultat de la lésion du sympathique cervical, notamment au niveau de son ganglion inférieur, du ganglion de Neubauer.

De la concomitance de l'hémiatrophie faciale avec des lésions pleuro-pulmonaires du sommet correspondant, du synchronisme de début de ces deux ordres de phénomènes, de la nature essentiellement sympathique des troubles vaso-moteurs, on peut conclure, en effet, que la lésion du ganglion cervical inférieur peut seule expliquer les phénomènes observés.

Cette pathogénie n'est pas une simple hypothèse: « elle est devenue, ajoute l'auteur, grâce à M. Jacquet, un fait anatomo-pathologique ». L'observation suivante de M. Jacquet, consignée à la fin de cette thèse, en fait foi.

Chez un malade de son service atteint d'hémiatrophie faciale gauche avec érythème et télangiectasie gauches, M. Jacquet annonça la destruction du ganglion cervical inférieur droit et des premiers ganglions thoraciques droits par une symphyse pleurale ancienne de nature tuberculeuse, et la lésion moindre des ganglions nerveux gauches par des lésions analogues, mais atténuées et récentes. Or, l'autopsie vérifia de façon complète ces prévisions. Les ganglions droits avaient disparu, englobés dans une énorme coque fibreuse.

Deux observations de M. Bouveyron, consignées également dans cette étude, viennent encore démontrer cliniquement les rapports de cette hémiatrophie faciale avec la tuberculose pulmonaire, par l'intermédiaire du symphatique.

A ces observations viennent s'en ajouter deux autres de Seeligmuller, intéressantes pour la théorie que l'auteur défend.

Quelques pages sont ensuite consacrées à la relation des expériences anciennes de Vulpian, de Dupuy, et de celles plus récentes d'Angelucci, de Morat et Doyon, de Floresco. Toutes concordent à montrer le rôle que joue le sympathique cervical dans ces phénomènes trophiques. L'expérimentation vient ainsi à l'appui des données de la clinique. Enfin, quelques photographies illustrent les pages de ce mémoire et montrent, mieux que ne sauraient le faire les meilleures descriptions, l'aspect typique des malades. Elles complètent d'une façon attrayante ce travail très consciencieux dont il faut savoir doublement gré à l'auteur: par l'art dont il a su grouper ces observations originales en une étude d'ensemble, et par l'impartialité avec laquelle il établit, au point de vue historique, la priorité qui revient à M. Jacquet dans la connaissance de ces faits nouveaux.

A. Sicard.

W. C. Spiller. *Importance du réflexe lacrymal pour le diagnostic étiologique des anesthésies faciales* (*Philadelphia medical Journal*, 1902, 17 Mai, n° 227, p. 892). — L'étude des réflexes a une importance capitale quand il s'agit de faire le départ entre les troubles nerveux de nature hystérique et ceux qui reconnaissent pour cause une lésion organique. Or, jusqu'ici, les cliniciens paraissent avoir négligé presque complètement le réflexe lacrymal déjà signalé par Pitres et par Gilles de la Tourette. Pratiquement, le meilleur moyen de le provoquer consiste à chatouiller la muqueuse nasale.

Dans l'hémianesthésie faciale de nature hystérique, on voit que le réflexe est conservé; et du côté où l'on a porté l'irritation de la muqueuse nasale, on voit se produire des larmes en abondance, quel que soit le côté en expérience.

Il n'en est plus de même lorsqu'il y a une lésion du trijumeau. L'auteur a eu l'occasion de rechercher le réflexe lacrymal chez deux malades qui avaient subi l'extirpation du ganglion de Gasser. Dans ces deux cas le réflexe était presque entièrement aboli, du moins lorsque l'irritation portait sur le côté opéré; quand on provoquait la sécrétion des larmes du côté sain, on voyait rapidement la conjonctive de l'œil opposé se congestionner et les larmes apparaître, mais en abondance beaucoup moindre que du côté sain.

Ces faits sont de nature à attirer l'attention des cliniciens sur la valeur que peut avoir le réflexe lacrymal pour le diagnostic étiologique des hémianesthésies faciales.

C. Jarvis.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

Wyatt Wingrave. *Rashs dus à l'ablation des amygdales* (*The Journal of Laryngology, Rhinology and Otology*, 1901, Octobre). — Si les rashs qui suivent les opérations sont connus, il n'en est pas de même de ceux qui suivent l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes. En sept années, l'auteur en releva 34 cas; bien que le pourcentage soit faible, ce nombre pourrait être plus élevé si l'on recherchait avec soin ces rashs post-opératoires. Sur ces 34 cas, il y avait une scarlatine et une diphtérie.

Caractères de l'éruption: elle apparaît généralement le second ou le troisième jour, au plus tard le sixième, soit sous forme de papules, de roséole ou d'érythème. Le siège le plus fréquent est le cou, la poitrine ou l'abdomen; quelquefois la face et les extrémités sont atteintes.

La durée de l'affection est de deux à trois jours, allant exceptionnellement jusqu'à cinq.

Légère réaction générale, presque pas de fièvre. Il est bon d'être prévenu de l'existence de cette complication bénigne. A propos de l'étiologie de ce rash, on peut dire que l'opération a été pratiquée au début d'une maladie non diagnostiquée, ou bien qu'elle a été pratiquée sur des amygdales inflammées, conduite cependant approuvée par quelques-uns. On peut aussi songer à une éruption médicamenteuse. L'examen du sang montre une abondante leucocytose dont la durée dépasse rarement le dixième jour. Ce rash n'est pas essentiellement spécifique; son pronostic est bénin.

G. Didsbury.

PHYSIQUE, CHIMIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALES

J. Amann (de Lausanne). *La dépression de la constante capillaire des urines* (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1902, n° 5, p. 425). — M. Amann préconise un nouveau procédé, basé sur la détermination de la constante capillaire de l'urine, qui serait propre à renseigner sur la formation de substances anormales dans l'urine. (C'est ce but, qu'à notre avis, M. Desgrez s'était proposé dans la recherche du carbone urinaire total.) L'étude des propriétés capillaires de l'urine, ou autrement dit l'étude de sa tension superficielle, toutes deux fonctions l'une de l'autre, est basée sur le nombre de gouttes tombant librement d'un compte-goutte, en tenant compte de la vitesse d'écoulement et de la température.

M. Amann, pour obvier aux inconvénients, a construit un appareil spécial, le *Stalagmomètre*, dans lequel il fait intervenir la résistance due à la viscosité du liquide comme régulateur de l'écoulement. Le principe de l'appareil est un tube capillaire à canal très mince, à paroi épaisse, à longueur variable, telle que la vitesse d'écoulement soit sensiblement égale pour les différents liquides; on opère à une température constante et à l'abri de toute action perturbatrice.

Disons de suite que les sels inorganiques: chlorure de sodium, phosphates, sulfates, augmentent la tension superficielle. Au contraire, les substances organiques diminuent cette tension, et d'autant plus que leur complexité moléculaire est plus élevée: urée, créatinine, acide urique, hippurique, pigment (mais il importe de remarquer que l'urée qui représente le déchet azoté normal et parfaitement élaboré de la nutrition a une cohésion moléculaire négative relativement très faible), les acides et oxyacides de la série grasse, acide lactique, diacétique, acétone, les oxyacides aromatiques et les acides sulfoconjugués des phénols.

L'urine ordinaire contenant ces deux sortes de produits, la diminution de tension produite par les corps organiques est supérieure à l'augmentation de tension des sels inorganiques. Donc la tension supérieure de l'urine est moindre que celle de l'eau pour une urine normale; et la tension pour une urine sera d'autant plus abaissée qu'elle renfermera plus de substances extractives (créatinine, acide urique, hippurique, etc.).

Notons, entre parenthèse, que l'albumine, avec l'énormité de sa molécule, et le sucre, malgré son poids moléculaire relativement élevé, n'influent presque pas pour la pratique sur la tension superficielle.

Comme nous le disions plus haut, pour simplifier, on cherche, au lieu de la tension superficielle, la constante capillaire égale à celle de l'eau multipliée par le rapport du nombre de gouttes au volume constant pour l'eau et le liquide étudié, ce qui revient à déterminer N le nombre de gouttes du liquide au volume constant, le nombre de gouttes n pour l'eau étant une constante de l'appareil. On simplifie encore, en recherchant non pas cette constante capillaire relative, mais en tenant simplement compte de la dépression Δ de cette constante capillaire relative.

Soit $n = 196$ le nombre de gouttes d'eau, et $N = 228$ celui des gouttes de l'urine nécessaires pour remplir le même petit flacon jusqu'au trait de jauge; la constante serait, en considérant la constante de l'eau égale à 100;

$$\frac{196}{222} \times 100 = 86 \text{ pour } 100,$$

et la dépression correspondante $\Delta = 14$.

A l'état de santé on trouve à peu près 10 pour 100 (8 à 12) pour Δ.

Nous savons que Δ, la dépression, peut être rapportée au poids des matières extractives E; l'analyse ou le calcul approximatif au moyen de la densité peut le faire connaître; normalement il est de 5 pour 100. Appelons dépression spécifique le rapport de Δ à $E = \frac{\Delta}{E}$; nous voyons qu'il est égal à 2 à l'état normal. M. Amann montre, d'après une série

d'observations, qu'il augmente dans certains états pathologiques : diabète, néphrites, entérites, hépatisme, qu'il est au contraire peu élevé pour les urines des anémiques.

Ainsi, dans un diabète où il existe 50 gr. 60 de sucre par litre, le poids des substances extractives E = 3,39, la dépression Δ = 9, la dépression spécique Δ/E = 2,66. Dans un diabète, une semaine avant la mort dans le coma, E = 19,53, Δ = 24, Δ/E = 5,04. Au cours d'une néphrite chronique chez une jeune fille avec traces d'albumine, E = 4,05, Δ = 8,5, Δ/E = 2,06, tandis que dans une néphrite infectieuse *post partum*, six jours avant la mort, albumine 5 gr. 68, E = 1,90, Δ = 12, Δ/E = 6,32.

A. Coyon.

PRATIQUE MÉDICALE

La santonine contre les douleurs fulgurantes du tabes.

D'après M. Combemale, professeur à la Faculté de Lille, la santonine serait un moyen efficace pour calmer rapidement les douleurs fulgurantes des tabétiques et enrayer l'évolution d'une série d'accès. Elle réussit dans la moitié des cas environ.

La dose est de 10 à 15 centigrammes par jour qu'on prescrit sous forme de quatre pilules prises par deux en six heures d'intervalle dans la journée. Mais l'atténuation des douleurs s'obtient aussi avec des doses moindres, de 5 à 10 centigrammes par jour; seulement elles doivent être répétées plusieurs jours, et alors des crises gastriques peuvent en être la conséquence.

Lorsque le malade est soumis à ce traitement, il faut veiller à l'apparition de la xanthopsie qui est le premier indice de l'intoxication, et suspendre immédiatement l'emploi de la santonine.

Borate de soude et cocaïne.

L'association du borate de soude et des sels de cocaïne en solution aqueuse donne lieu à un précipité constitué par la base cocaïne, cette dernière étant dégagée de sa combinaison par l'alcalinité du borate de soude.

La glycérine mélangée au liquide empêche la précipitation de la cocaïne, et de ce fait conserve à la préparation ses propriétés actives. Il est donc indispensable, quand on formule, d'adjoindre au borate de soude et à la cocaïne une certaine quantité de glycérine; voici quelques exemples de formules.

Gargarisme :

Borate de soude . . . . 10 grammes.
Chl. de cocaïne. . . . . 0 gr. 25
Alc. de racines d'aconit . . . 3 grammes.
Glycérine. . . . . 50 —
Eau bouillie q. s. pour 300 centimètres cubes.

Lotion contre acné, démangeaisons, herpès :

Borate de soude . . . . 5 grammes.
Hydrate de chloral. . . . . . 2 gr. 50
Eau de laurier-cerise . . . . 10 grammes.
Glycérine. . . . . 20 —
Eau distillée q. s. pour 250 centimètres cubes.

Dentifrice antiseptique :

Borate de soude . . . . 5 grammes.
Glycérine. . . . . 25 —
Phénosalyl . . . . 2 gr. 50
Eau de menthe. . . . . 25 grammes.
Eau bouillie q. s. pour un demi-litre.

CONGRÈS DE ROME

Le Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique se tiendra, à Rome, du 15 au 21 Septembre.

La cotisation est fixée à 25 francs.

Les dames et les membres de la famille des médecins sont admis à bénéficier des avantages du Congrès, moyennant une cotisation de 10 francs. Il faut s'adresser à M. Micheli, viâ Rasella, 127, Rome.

La réduction sur les voies ferrées est fixée à 50 pour 100 sur le territoire italien. Pour obtenir cette réduction, il faut écrire à M. Micheli, 125, viâ Rasella, Rome.

Le programme des fêtes sera publié sous peu de jours. Il est question d'un voyage en Sicile, mais à la date d'aujourd'hui, rien n'est encore décidé.

La Presse Médicale organise à cette occasion un voyage dont le prix sera d'environ 450 francs, frais de voyage et de séjour compris.

F. Jayle.

FACULTÉ DE PARIS

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — Cours pratique, démonstratif, de technique clinique pendant les vacances, sous la direction de M. le professeur Landouzy.

Ce cours commencera au laboratoire de la clinique médicale de Laënnec (rue de Sèvres), le mercredi matin, 17 Septembre, finira le lundi soir 29 Septembre et comprendra deux séances quotidiennes : le matin, de 9 h. 1/2 à midi; le soir, de 2 h. 1/2 à 5 heures; il sera fait par MM. G. Brouardel, O. Josué, Marcel Labbé et Léon Bernard, chefs de clinique et chefs de laboratoire.

PROGRAMME DU COURS :

Mercredi 17 Septembre. — Matin. Les fonctions hépatiques à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du foie. — Après-midi. Technique bactérioscopique générale appliquée à la clinique.

Jeudi 18 Septembre. — Matin. Les fonctions rénales à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du rein. — Après-midi. Diagnostic bactérioscopique des angines.

Vendredi 19 Septembre. — Matin. Analyse chimique des urines. Examen de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène. — Après-midi. Les séro-diagnostics.

Samedi 20 Septembre. — Matin. Détermination de la toxicité des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Examen des sérosités pathologiques : les cyto-diagnostics.

Dimanche 21 Septembre. — Matin. Cryoscopie des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien.

Lundi 22 Septembre. — Matin. Examen cytoscopique des urines. — Après-midi. Les fonctions du sang. Numération des globules du sang.

Mardi 23 Septembre. — Matin. Les fonctions motrices du système nerveux à l'état normal et pathologique. Examen clinique de la motricité. — Après-midi. Les fonctions sensitives du système nerveux à l'état normal et pathologique. Réflexes; leur recherche; leur séméiotique; troubles trophiques.

Mercredi 24 Septembre. — Matin. Examen bactérioscopique des urines et des pus génito-urinaires. — Après-midi. Les globules du sang normal. Préparation de sang sec.

Jeudi 25 Septembre. — Matin. Examen des crachats. — Après-midi. L'hémoglobine du sang normal et pathologique. Activité de réduction de l'hémoglobine.

Vendredi 26 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du poumon : pneumographie; cyrtométrie; spirométrie. — Après-midi. La coagulation du sang; enseignements cliniques fournis par l'étude du réseau fibrineux et du sérum.

Samedi 27 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du cœur et des vaisseaux : cardiographie; sphygmographie; sphygmonométrie; valeur séméiologique de la tension vasculaire; pression artérielle. — Après-midi. Les leucocytes dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des leucocytoses.

Dimanche 28 Septembre. — Matin. Radioscopie médicale. Radiographie. — Après-midi. Les hématies dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des états anémiques.

Lundi 29 Septembre. — Matin. Diagnostic de la tuberculose par les procédés récents. — Après-midi. Examen bactérioscopique du sang et des sérosités.

Le montant des droits à verser est de 100 francs, pour les treize jours de cours.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les Étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, sont délivrés, dès à présent jusqu'au 8 Septembre 1902, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

NOUVELLES

Paris et Départements

Association amicale des Internes et Anciens Internes en médecine et en chirurgie des Hôpitaux de Paris. — Le Comité de l'Association, assisté de MM. Gastou, Triboulet, Teissier, Lepage et Millet, s'est réuni le 1er Juillet sous la présidence de M. le professeur Guyon.

Il a été décidé :

1° De pourvoir l'Association d'un Conseil juridique;

2° D'organiser, dans le plus bref délai, l'office de l'Internat. Il a été entendu, toutefois, que cette organisation serait faite en ménageant les fonds de l'Association, dont le but principal restera toujours de venir en aide aux camarades malheureux ou à leur famille;

3° De créer un bulletin de l'Internat.

M. Lepage a fait part des démarches dont il s'était chargé pour faciliter l'affiliation des internes en exercice aux différentes sociétés d'assurance médicale.

Tous les internes et anciens internes qui désireraient adhérer à l'Association sont priés d'envoyer leur adhésion à M. Chaillous, 14, rue de Longchamps, Paris.

Inauguration de la colonie scolaire maritime du département de la Seine, à Mers (Somme). — Le samedi 12 Juillet 1902 a eu lieu en présence du président du conseil général, représenté par M. Mithouard, et de M. de Selves, préfet de la Seine, l'inauguration de la colonie scolaire maritime du département de la Seine, à Mers (Somme).

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 61. — Mercredi, 30 Juillet 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

HYGIÈNE PUBLIQUE ET INDUSTRIELLE

Réglementation de l'emploi de la céruse.

Cette question est une des plus graves qui, depuis longtemps, aient sollicité l'attention des hygiénistes et ému l'opinion publique; et, à ce point de vue, les maladies des peintres en bâtiment qui manipulent la céruse peuvent prendre place à côté des affections engendrées par l'intoxication phosphorée.

Dernièrement encore, le Comité consultatif d'hygiène publique de France, le Conseil général des bâtiments civils, la Commission d'hygiène industrielle du ministère du commerce, appelés à examiner la question, n'ont pas hésité à reconnaître la nocivité du blanc de céruse et la possibilité de lui substituer d'autres produits dans la plupart des travaux de la peinture en bâtiment.

Un projet primitif de règlement, élaboré par la Commission d'hygiène industrielle, concluait à l'interdiction absolue de l'emploi de la céruse dans les travaux de la peinture en bâtiment. Mais le Comité consultatif des arts et manufactures fut d'avis de modifier ce projet et d'édicter seulement un certain nombre de précautions à observer.

Le ministre du commerce, après un examen minutieux des avis émis par les Conseils saisis de la question, a pensé que, pour protéger efficacement les ouvriers peintres, il était nécessaire d'ajouter aux simples mesures de précaution édictées par le Comité consultatif des arts et manufactures des dispositions interdisant l'emploi de la céruse : *a*) dans tous les travaux d'impression, de rebouchage et d'enduisage; *b*) après un délai évalué d'après les nécessités industrielles, dans tous les travaux de peinture à l'intérieur des bâtiments.

Le projet de décret a été renvoyé, conformément à la loi, au Conseil d'État, lequel a présenté contre ses dispositions des objections d'ordre juridique. Il a été d'avis que leur introduction dans le règlement d'administration publique élaboré n'était aucunement autorisée par les termes de la

loi du 12 Juin 1893 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels.

C'est en raison de cet avis que le ministre n'a pas cru pouvoir maintenir l'interdiction d'employer la céruse dans certains travaux de la peinture en bâtiment, et que le décret suivant a été rendu :

« La céruse ne peut être employée qu'à l'état de pâte dans les ateliers de peinture en bâtiment.

« Il est interdit d'employer directement avec la main les produits à base de céruse dans les travaux de peinture en bâtiment.

« Le travail à sec au grattoir et le ponçage à sec des peintures au blanc de céruse sont interdits.

« Dans les travaux de grattage et de ponçage humides, et généralement dans tous les travaux de peinture à la céruse, les chefs d'industrie devront mettre à la disposition de leurs ouvriers des surtouts exclusivement affectés au travail, et en prescriront l'emploi. Ils assureront le bon entretien et le lavage fréquent de ces vêtements.

« Les objets nécessaires aux soins de propreté seront mis à la disposition des ouvriers sur le lieu même du travail.

« Les engins et outils seront tenus en bon état de propreté; leur nettoyage sera effectué sans grattage à sec.

« Les chefs d'industrie seront tenus d'afficher le texte du présent décret dans les locaux où se font le recrutement et la paye des ouvriers. »

Quant à l'interdiction écartée par le Conseil d'État, le ministre du commerce se réserve de présenter ultérieurement au Parlement un projet de loi visant ce point spécial.

P.-Arsène Mesnard.

L'HYGIÈNE CHEZ LES COIFFEURS

Il fut un temps où la profession de chirurgien et le métier de barbier se trouvaient réunis en une seule personne.

Notre époque n'a pas à regretter que les chirurgiens ne soient plus des barbiers; mais peut-être y aurait-il avantage à ce que barbiers et coiffeurs empruntent aux chirurgiens quelques-unes de ces pratiques de propreté et d'asepsie qui sont la force principale de la chirurgie moderne.

Il n'est pas douteux que beaucoup d'affections de la peau se transmettent par l'intermédiaire des rasoirs, des ciseaux, des brosses, voire même des mains des coiffeurs; beaucoup d'exemples de contagion de syphilis ont été publiés. Cette question a fait l'objet d'intéressants rapports; citons entre autres celui de Valin au Conseil d'Hygiène de la Seine en 1897. Cependant jusqu'ici bien peu d'établissements de nos villes entourent leurs clients de précautions suffisantes. On lit assez souvent sur les devantures des salons de coiffeurs les mots alléchants de *service antiseptique*, mais la réalité ne correspond pas toujours à l'étiquette, et en général les précautions prises n'ont guère de rigueur scientifique.

Nos confrères de l'armée savent imposer aux soldats perruquiers de chaque compagnie l'observation de prescriptions exactes. Malgré les progrès incontestables faits sur ce point, il serait à souhaiter que les mêmes précautions fussent prises dans la vie civile.

A ce propos, il est intéressant de mentionner une circulaire du Conseil d'hygiène de la province de Québec relatée dans l'*Union médicale du Canada*. Ce Conseil d'hygiène recommande aux coiffeurs les mesures suivantes :

I. *Engager les clients* à posséder leur *matériel particulier*, et l'exiger des clients que l'on sait malades. Il vaut mieux, dans l'intérêt même du coiffeur, aller au domicile des clients malades.

II. *Désinfection des rasoirs, peignes et tondeuses.* — Les plonger immédiatement après s'en être servi dans un vase émaillé ou en tôle galvanisée contenant, *ou* : 1° Une solution de carbonate de soude (1 pour 100) qui n'altère en rien le fil des rasoirs, *ou* : 2° De l'eau savonneuse. (Cette eau savonneuse préserve de la rouille les instruments en acier, pourvu qu'ils soient complètement recouverts par l'eau.

La solution de carbonate de soude ou l'eau savonneuse, suivant le cas, sera portée à l'ébullition pendant quinze minutes au moyen d'un bec de gaz ou d'une lampe à pétrole.

Ne pas oublier qu'en démontant les ciseaux et les tondeuses, on favorise leur désinfection et leur nettoyage. Il existe des ciseaux facilement démontables; quant aux tondeuses, il faut choisir les modèles les moins compliqués.

III. *Désinfection des brosses.* — Placer les brosses sur des grillages dans un petit meuble qui ferme hermétiquement, et dans lequel on tient constamment une soucoupe contenant de la *formaline* (une once pour chaque pied cube du meuble). Les brosses sont désinfectées au bout de deux heures d'exposition aux vapeurs de formaline; mais on peut les y laisser séjourner sans inconvénient tout le temps qu'elles ne sont pas en usage. Elles seront dégraissées à la fin de la journée avec du son, de la terre de pipe, etc.

IV. *Purification du blaireau.* — Le pinceau à barbe n'est pas nécessaire non plus, il peut être avantageusement remplacé par une boulette d'ouate, qui ne sert qu'à un client. Dans tous les cas, il ne faut jamais se servir du blaireau avant de plonger la partie poilue dans l'eau *bouillante* pendant quelques minutes.

V. *Purification des mains.* — Avant de passer d'un client à l'autre, le coiffeur doit se laver les mains *au savon et à la brosse*; on donnera la préférence au savon phéniqué.

VI. *La houpe à poudre* sera remplacée par une boulette d'ouate, ne servant qu'à un seul client, ou, mieux encore, par un pulvérisateur à sec.

VII. *Le morceau d'alun*, dont l'usage est assez répandu comme moyen d'étancher le sang, sera réduit en petits fragments, afin que chaque morceau ne serve qu'à un seul client. L'alun calciné, poudre que l'on applique avec une boulette d'ouate, qui est jetée immédiatement après, est préféré par le grand nombre.

VIII. *Linge.* — On ne se servira pour chaque client que de linge frais (serviettes, couvre-habits, etc.). Si l'on ne peut disposer d'un couvre-habit frais pour chaque client, se contenter d'une serviette; le client préférera risquer de voir ses propres cheveux tomber sur ses habits, que se voir passer autour du cou un couvre-habit qu'on n'a fait que secouer entre deux tailles de cheveux.

IX. *Nettoyage de la tête après la taille des cheveux.* — Si on ne lave pas la tête, se contenter du peigne pour le nettoyage à sec. L'usage d'une brosse rude pour nettoyer la racine des cheveux, et puis d'une brosse soyeuse pour l'époussetage subséquent de la tête, voire même du visage, est, pour le moins, désagréable à la plupart des clients.

X. Immédiatement après une taille de cheveux, *répandre sur le parquet* de la sciure de bois humide, puis relever le tout avec un balai mécanique, dont la boite sera vidée dans un seau couvert. Le contenu du seau sera jeté au feu tous les soirs.

XI. *Cuirs à repasser.* — Le seul moyen de les désinfecter serait de les exposer aux vapeurs de formaline : mais comme ceci n'est pas pratique, on devra éviter de les contaminer. Pour cela, il faudrait ne s'en servir que pour les rasoirs désinfectés, et se garder en conséquence d'interrompre une barbe pour passer sur le cuir le rasoir que l'on a « en main ».

XII. *La communauté du pot de vaseline* devra être également évitée. Il vaut mieux n'en pas faire usage, à moins que chaque client ait le sien, ou à moins que le coiffeur soit prêt à se servir d'une spatule pour sortir la vaseline du flacon et à ne pas appliquer directement sur ses mains contaminées la spatule pour y déposer la vaseline.

XIII. Enfin les *éponges* ne devraient pas avoir de place dans le salon d'un barbier-coiffeur. En effet, quoiqu'on puisse les désinfecter dans une solution de bichlorure de mercure (au 1 pour 1000), elles resteront toujours néanmoins suspectes et désagréables pour le client soigneux.

Le Conseil de l'Association des barbiers de la province de Québec a élaboré sur ces bases un projet de règlement qui devra être accepté par tous les membres de l'Association. Souhaitons que cet exemple soit imité, et que l'initiative du mouvement vienne des coiffeurs eux-mêmes. Quand certains établissements offriront des garanties sérieuses de propreté, nul doute qu'ils n'obtiennent un succès de bon aloi. Les médecins peuvent beaucoup dans cette voie en apportant leur appui moral aux coiffeurs soucieux du progrès, et en faisant d'autre part l'éducation du public sur les dangers de la contagion.

En matière d'hygiène, l'initiative privée est bien plus puissante que la force brutale d'une loi.

P. Desfosses.

PRATIQUE MÉDICALE

Le strophantus et le camphre dans la myocardite aiguë.

Pour M. Lemoine (de Lille) le médicament de choix, dans la myocardite aiguë, quand il s'agit de soutenir le cœur défaillant, serait le strophantus.

Il le prescrit de la façon suivante :

Extrait de strophantus.		1/2 milligr.
Extrait de chiendent .	Q. S. p.	1 pilule.
Sirop de gomme . . .		

Prendre deux pilules par jour; 1 le matin, 1 le soir.

Quelquefois on en fait prendre trois, rarement quatre, mais on ne dépasse jamais cette dose.

Si le mauvais état des voies digestives fait craindre l'accumulation des pilules, on prescrit la strophantine en potion;

Strophantine.	0 gr. 002.
Eau distillée.	200 grammes.

1 cuillerée à soupe le matin et 1 le soir.

Dans les cas graves, c'est-à-dire dans les cas de collapsus algide, le strophantus et la caféine ne donnent pas les résultats attendus, il faut leur associer les excitants diffusibles : injections sous-cutanées d'éther à la dose de 1 à 2 grammes par injection répétée à volonté, injections d'éther camphré à la dose :

Camphre		0 gr. 50
Ether	àà	4 grammes.
Eau distillée		

1 à 3 centimètres cubes par vingt-quatre heures.

On pourra encore ajouter les injections sous-cutanées de sulfate de spartéine.

Sulfate de spartéine	0 gr. 50.
Eau distillée	10 grammes.

1 à 4 centimètres cubes par vingt-quatre heures.

ou mieux les injections de sulfate de strychnine :

Sulfate de strychnine.	0 gr. 010.
Eau distillée	10 grammes.

1/2 à 1 centimètre cube par vingt-quatre heures.

BIBLIOGRAPHIE

Les dilatations de l'estomac, par M. M. Soupault, médecin des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné (*Actualités Médicales*), 1 fr. 50 (*Librairie J.-B. Baillière et Fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Du météorisme dans les affections chroniques de l'intestin. De la distension douloureuse. Du ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, par M. W. Chr. Mezger, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, 1 broch. in-8° jésus de 43 pages. (*A. Maloine*, éditeur, Paris.)

Dominique Larrey et les campagnes de la Révolution et de l'Empire, d'après des documents inédits, — journal de campagne, correspondance officielle et privée, notes, — par M. Paul Triaire, correspondant de l'Académie de médecine, lauréat de l'Académie française, 1 vol. in-8° jésus de 756 pages avec un portrait, broché, 7 fr. 50. (*A. Mame et fils*, éditeurs, Tours.)

Menton; analyse climatologique, par M. F. Chiais, 1 broc. in-8° couronne de 80 pages. (*Imprimerie coopérative mentonnaise*, rue Prato, à Menton.)

DES INDICATIONS
DANS LE TRAITEMENT DU STRABISME[1]

Par le Professeur F. DE LAPERSONNE

Dans le traitement du strabisme nous avons à tenir compte, plus que dans toute autre affection, d'indications thérapeutiques diverses. A chaque instant, en clientèle comme à l'hôpital, nous sommes interrogés par les parents, et aussi par les médecins, qui nous demandent quand et comment il faut opérer le strabisme.

Répondre à ces questions par des affirmations trop absolues entraînerait les plus graves inconvénients, et c'est précisément parce qu'on n'a pas, pendant longtemps, tenu suffisamment compte des indications, qu'on a jeté un certain discrédit sur l'opération du strabisme.

Laissant de côté le plus possible les questions théoriques qui sont encore si controversées, je voudrais m'en tenir au côté purement pratique et indiquer les règles principales qui nous permettent, dans la grande majorité des cas, de répondre en connaissance de cause aux questions qui nous seront posées.

Avant tout, il est nécessaire de bien limiter le sujet. En effet, d'après la définition généralement adoptée, il y a strabisme chaque fois que les lignes visuelles ne se croisent plus sur le point de fixation. Dans cette étude je laisserai de côté le strabisme paralytique, facile à reconnaître par la limitation des mouvements de l'un des deux yeux et par l'existence d'une diplopie en rapport avec la déviation. Je n'aurai en vue que le strabisme *concomitant* dans lequel les deux yeux se déplacent dans des proportions égales et *marchent ensemble*. La mesure des forces musculaires démontre en effet qu'il n'y a pas de diminution de l'action de l'un quelconque des muscles de l'œil, du moins au début, et le strabisme concomitant apparaît comme un trouble fonctionnel.

Suivant le sens de la déviation, le strabisme est interne ou convergent, externe ou divergent, supérieur ou sursumvergent, inférieur ou deorsumvergent.

Je n'étudierai que les deux premières variétés; les strabismes supérieur et inférieur sont beaucoup plus rares.

STRABISME CONVERGENT

Voyons tout d'abord le strabisme convergent. Avant de répondre aux questions qui nous sont posées sur l'utilité d'une opération, il faut faire une enquête complète sur les facteurs étiologiques et cliniques suivants :

I. L'âge auquel a commencé le strabisme ;
II. L'état de réfraction de chacun des deux yeux ;
III. Leur acuité visuelle ;
IV. Le degré du strabisme ;
V. Les antécédents héréditaires ou personnels, en particulier au point de vue de l'hérédité nerveuse.

* * *

I. *Age*. — Le plus grand nombre des strabismes concomitants internes débute vers l'âge de trois ou quatre ans, au moment où l'enfant commence à fixer les objets rapprochés et à fatiguer son accommodation. Il s'agit, en effet, le plus souvent de strabismes hypermétropiques et tout à l'heure, en étudiant la loi de Donders, nous verrons les relations entre l'état de réfraction et ce genre de déviation.

Il existe cependant un certain nombre de cas qui peuvent être constatés dès la naissance. C'est du reste une croyance populaire assez répandue que beaucoup d'enfants louchent en naissant. Si cette notion ne peut pas être généralisée, il n'en est pas moins vrai que le strabisme des nouveau-nés existe. Notre chef de clinique, M. Serini, a examiné, dans les cliniques d'accouchement des professeurs Pinard et Budin 300 enfants environ ; sur ce nombre, près de la moitié étaient atteints de strabisme interne à des degrés divers.

Ayant suivi la moitié de ces enfants jusqu'à trois ans, il a constaté qu'un tiers environ, soit 33 pour 100, gardaient un certain degré de strabisme.

Il a observé de plus que ces nouveau-nés étaient enfants de primipares, dont l'accouchement avait été assez laborieux. A cet égard, M. Panas s'est demandé si la pression du crâne au détroit supérieur ne favorisait pas la contusion du nerf moteur oculaire externe dans sa gaine, au moment de son passage au niveau de la crête du rocher, et s'il n'y avait pas là une cause de parésie plus ou moins persistante du droit externe avec déviation du globe en dedans.

Plus rarement on voit survenir le strabisme interne à l'âge de cinq ou six ans et même au delà. Mais alors le strabisme s'établit à l'occasion d'une maladie infectieuse, d'une fièvre éruptive, d'une affection convulsive, coqueluche, chorée. On le voit se produire aussi comme conséquence d'affections locales. Un enfant est atteint de cette forme de kératite ulcéreuse qui entraîne à un haut degré la photophobie, le larmoiement et le blépharospasme. Au bout de plusieurs semaines, lorsque vous êtes arrivés à vaincre ces symptômes, alors même qu'il n'existe pour ainsi dire plus de lésions cornéennes, vous êtes obligés de constater un strabisme interne permanent. Vous devez bien être prévenus de ces faits, et au besoin avertir la famille s'il y a prédisposition au strabisme car on vous accuserait d'avoir, par votre traitement, fait loucher l'enfant.

II. *Réfraction*. — Nous avons dit que dans la grande majorité des cas, il s'agissait d'yeux à réfraction hypermétropique. D'après la statistique de Donders, sur 100 cas de strabisme interne, 77 se rapportent à des hypermétropes. Suivant Stellwag von Carrion, la proportion est de 78 p. 100.

L'hypothèse de Donders est bien connue. Dans l'état normal, l'accommodation et la convergence sont deux fonctions s'exerçant dans des proportions identiques : à tel effort d'accommodation doit répondre tel degré de convergence. Mais chez les hypermétropes, il y a déséquilibre entre les deux fonctions. En effet, d'après la constitution même de l'œil hypermétrope, l'accommodation doit être mise en jeu dès l'infini et augmenter de plus en plus avec le rapprochement de l'objet. Elle commence donc alors que la convergence est nulle.

Si l'hypermétrope veut fixer un objet placé à 25 centimètres, par exemple, il est obligé de faire un effort considérable d'accommodation auquel répond un haut degré de convergence, comme si l'objet était à une très courte distance, qu'il est facile de calculer *en angles métriques*. Dans ces conditions, un œil étant dirigé vers l'objet situé à 25 centimètres, par suite du degré de convergence qui doit exister, l'autre œil viendra se placer en strabisme interne ; sa déviation sera représentée par la somme des angles métriques mesurant la convergence qui devrait se produire.

Il résulte de là que le strabisme convergent est *binoculaire* en ce sens que l'effort de convergence est reporté sur les deux yeux. Mais un œil étant obligé de se diriger vers le point de fixation, la déviation ne paraît exister que d'un seul côté.

Donders a de plus établi que le strabisme se produisait presque exclusivement dans les degrés moyens d'hypermétropie. Dans les degrés élevés, la dissociation est complète entre l'accommodation et la convergence et l'effort de convergence ne se produit pas.

Toutes les causes qui nécessitent un effort plus grand d'accommodation prédisposeront au strabisme. Javal a eu le grand mérite d'insister sur l'influence de l'astigmatisme. De même les maladies infectieuses, en particulier la diphtérie, entraînent des parésies de l'accommodation et, sous l'influence de l'effort, la déviation peut se produire.

Au début la déviation est *intermittente* à l'occasion de la fixation de près. Puis le strabisme devient *périodique*; chez les enfants nerveux, à la suite d'une colère, d'une fatigue quelconque, l'œil se dévie pendant plusieurs heures. Enfin le strabisme devient *permanent.*

Comme faits exceptionnels, nous devons signaler ici les strabismes internes chez les myopes. Nous aurons à y revenir à propos du strabisme divergent.

III. *Acuité visuelle.* — Deux conditions peuvent se produire.

a) L'acuité visuelle est égale des deux côtés, soit normale, soit diminuée d'une même quantité. Le strabisme est d'abord *alternant*, c'est-à-dire que c'est tantôt un œil, tantôt l'autre qui se dirige vers le point de fixation.

b) L'acuité visuelle est plus faible d'un côté que de l'autre. Le strabisme est alors *fixe* et c'est l'œil le plus faible qui est toujours dévié.

La diminution de l'acuité visuelle de cet œil peut tenir à diverses causes ; tout d'abord, il peut exister des lésions matérielles des milieux et membranes de l'œil : taies de la cornée, cataracte polaire, chorio-rétinite pigmentaire congénitale. D'après Jules Guérin, 22 p. 100 des yeux strabiques présenteraient des taies de la cornée ; il avait même établi toute une théorie sur ce fait d'observation.

Une raison peut-être plus fréquente de mauvaise vision est le haut degré d'amétropie et, en particulier, d'astigmatisme. Chez un de nos malades, l'œil strabique présentait un astigmatisme hypermétropique composé de $+ 6^D$ axe horizontal, $+ 1^D$ axe vertical.

En dehors de ces causes, faciles à reconnaître, de diminution de la vision, il existe une amblyopie par défaut d'usage (amblyopia ex anopsia) dont l'existence ne saurait être contestée. Cette amblyopie explique bien

1. *Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.* — Leçons recueillies par le Dr Serini, chef de clinique-adjoint.

l'absence de diplopie dans les cas de strabisme ordinaire. Avec Parinaud, on admet généralement qu'elle est due à une sorte de torpeur de la rétine tantôt généralisée, tantôt localisée, se manifestant dans ce dernier cas par un scotome central relatif, un rétrécissement concentrique, ou un rétrécissement hemianopsique du champ visuel. Cette amblyopie ne répond à aucune lésion matérielle définitive des éléments rétiniens, pas plus que des voies optiques, et la preuve, c'est que l'acuité visuelle de ces yeux remonte dans des proportions considérables lorsque, par un artifice, on les fait travailler.

IV. *Degré de strabisme.* — En vue de la correction de la difformité, il importe de connaître exactement la *déviation angulaire* de l'œil strabique. C'est donc en degrés d'angle que nous devons la mesurer et non au moyen des appareils divisés en millimètres, des strabomètres de divers modèles que l'on place sur la paupière inférieure. Le seul instrument qui puisse donner une appréciation exacte, c'est le périmètre.

Pour mesurer le strabisme, l'œil dévié doit être placé au centre de la demi-sphère engendrée par la rotation de l'arc périmétrique. On fait fixer au malade un objet lumineux placé dans le plan médian, à une distance d'au moins 4 ou 5 mètres, pour annihiler tout effort d'accommodation ou de convergence. L'observateur promène une bougie allumée le long de l'arc périmétrique et se place de telle sorte que son œil se trouve sur le prolongement d'une ligne formée par la bougie et le sommet de la cornée de l'œil dévié, au niveau duquel se forme l'image réfléchie de la bougie. Avec une exactitude suffisante, cette ligne représente l'axe visuel de l'œil strabique. Il suffit alors de lire le degré de l'arc périmétrique par lequel passe cette ligne pour dire que la déviation est de 25°, 30° ou 35°.

Il sera bon de répéter cette expérience à plusieurs reprises, car nous savons que chez certains strabiques la déviation est plus ou moins accusée suivant les moments.

Le périmètre nous renseigne aussi sur un facteur de la plus haute importance, je veux parler de la force musculaire des muscles droits internes et externes. La tête du malade étant bien immobilisée dans la position indiquée tout à l'heure, et l'œil sain étant bouché, on engage le malade à suivre la bougie le long de l'arc périmétrique en dedans, puis en dehors. On peut ainsi reconnaître la déviation maxima que produisent les muscles dans toutes les directions et constituer *le champ du regard*. En moyenne, la force musculaire du droit externe doit être représentée par une déviation de 40 à 45°, celle du droit interne par une déviation de 45° également; au-dessous de ce chiffre, la force musculaire serait diminuée; il est facile de comprendre toute l'importance de cette constatation pour le choix du procédé opératoire.

5° *Antécédents héréditaires et personnels.* — Il n'est pas douteux que dans la très grande majorité des cas il existe chez les strabiques une hérédité, et particulièrement une hérédité nerveuse très accusée. Pour ne prendre que les strabiques qui suivent, en ce moment, la clinique, chez un premier malade nous apprenons qu'il a un frère strabique et que son père a toujours louché. Un deuxième malade a un frère et une sœur strabiques. Pour un troisième, la dégénérescence nerveuse est encore plus nette : le père est mort alcoolique; lui-même a eu des attaques épileptiformes pendant lesquelles il écumait; il a été traité pour ces accidents nerveux à l'hôpital Trousseau. La mère du quatrième malade a eu des attaques de grande hystérie. Enfin ce jeune homme de dix-neuf ans, que vous avez vu tout à l'heure, a eu des accidents de chorée classique pendant plusieurs années.

L'incontinence nocturne d'urine est fréquemment signalée.

Il ne faudrait pas cependant aller jusqu'à dire que tous les strabiques sont des dégénérés nerveux, mais dans l'étiologie il faut tenir le plus grand compte du tempérament nerveux.

Si ces conditions étiologiques sont de la plus haute importance à connaître à l'origine du strabisme concomitant, il faut bien savoir qu'elles n'ont aucune action sur l'évolution du strabisme concomitant une fois constitué. L'amélioration de l'état nerveux ne peut, en aucune façon, influencer le degré de la déviation. Je ne parle pas, bien entendu, de cette forme toute particulière de strabisme hystérique produit par des spasmes musculaires, passagers, irréguliers, fugaces comme toutes les manifestations de la grande névrose. J'ai étudié ces cas, il y a quelques années, chez une jeune fille qui a facilement guéri de cette manifestation hystérique, et à laquelle on avait proposé une opération qui aurait eu, dans l'espèce, le plus mauvais résultat.

L'hérédité syphilitique peut-elle être une cause directe de strabisme? Le professeur Fournier est de cet avis, et, dans l'excellente thèse de E. Fournier sur les stigmates héréditaires de la syphilis, nous trouvons plusieurs observations intéressantes. Cependant, il y a lieu de se demander, en lisant ces observations, si la déviation strabique n'était pas due, dans bien des cas, à des troubles de réfraction, à des lésions matérielles, ou même à l'hérédité nerveuse à laquelle venait se surajouter l'infection hérédo-syphilitique.

De ce qui précède, il résulte nettement qu'à son origine le strabisme convergent est un trouble fonctionnel tenant moins à des altérations musculaires qu'à une incoordination de la convergence.

Pour Donders, Landolt et bien d'autres, cette incoordination a un point de départ périphérique, le défaut de réfraction, hypermétropie, astigmatisme, et les efforts d'accommodation qui en résultent.

Pour Parinaud, le strabisme est dû à un vice de développement des centres encéphaliques coordinateurs qui président au fonctionnement de la vision binoculaire.

Beaucoup plus tard, il se fait des rétractions secondaires portant sur le corps charnu du muscle ou sur le système des ailerons ligamenteux dépendant de la capsule de Tenon. Ces rétractions secondaires, dont l'existence n'est pas douteuse, pourront dans certaines circonstances nous amener à modifier les opérations chirurgicales.

*
* *

Voyons, maintenant que le cas de strabisme a été étudié tant au point de vue étiologique que symptomatique, quels conseils nous pourrons donner aux parents.

Traitement optique. — Supposons le cas le plus fréquent : on nous présente un enfant de quatre ou cinq ans qui a commencé à loucher depuis quelque temps. A part de très rares exceptions, nous devons déconseiller l'opération pour plusieurs raisons. Tout d'abord, par suite du développement de la tête, *la ligne de base*, c'est-à-dire la ligne fictive qui réunit les deux centres de rotation des globes, va se développer dans une grande proportion et modifier les conditions du strabisme. De plus, il peut s'établir petit à petit une sorte d'équilibre des forces musculaires qui permettra la correction du strabisme, surtout si on peut arriver à la correction de l'acuité visuelle et de l'amétropie.

En intervenant trop vite, on risque dans ces conditions de produire des effets déplorables. C'est ce qui est arrivé chez un enfant dont l'observation est relatée dans la thèse de notre interne Leroux et qui est revenu récemment à la consultation. Cet enfant, fils d'une mère hystérique et d'un père strabique, a commencé à loucher en dedans de l'œil gauche à quatre ans et demi. Il louchait tellement, dit la mère, que la prunelle était cachée dans le coin du nez. Un oculiste consulté alors fit une ténotomie du droit interne de l'œil gauche ; l'enfant avait cinq ans. Aussitôt après cette opération, l'œil s'est porté en dehors et surtout il a été atteint d'une diplopie extrêmement gênante pour laquelle, à l'âge de dix ans, les parents sont venus consulter à l'Hôtel-Dieu. On a été obligé, à ce moment, de pratiquer un avancement capsulaire du droit interne primitivement sectionné et une ténotomie du droit externe. Ces opérations, tout en produisant un excès de convergence, ont eu l'excellent résultat de faire disparaître la diplopie.

A défaut d'opération, on ne doit pas rester inactif. Tout d'abord il est nécessaire de mesurer exactement l'amétropie, hypermétropie et astigmatisme ; au besoin en paralysant l'accommodation avec l'atropine ou l'homatropine. Dès que l'enfant sait lire, ou du moins reconnaître les signes des tableaux typographiques, on prendra l'acuité visuelle de chacun des deux yeux. Si la vision est à peu près égale des deux côtés, c'est avant tout à l'usage des lunettes qu'il faut avoir recours.

Dans le choix des lunettes, on aura toujours en vue la correction complète de l'astigmatisme. Quant à l'hypermétropie, il ne me paraît pas absolument nécessaire de la corriger en totalité. C'est dire qu'avec une hypermétropie relative de 1,50 D à 2 D, je ne fais pas porter de verres pour la vision à distance, mais j'exige que les verres convexes soient employés chaque fois que l'enfant regarde de près, dans la maison, pendant les repas aussi bien que pendant la lecture et l'écriture. S'il y a association d'astigmatisme et d'hypermétropie, j'ai l'habitude de donner deux espèces de verres, les uns pour la distance, les autres pour le travail de près.

En ce qui concerne l'usage prolongé des mydriatiques pour corriger la totalité de l'amétropie, je n'en ai pas obtenu de très bons résultats et, sauf quelques exceptions, je n'emploie pas ce moyen toujours extrêmement gênant pour l'enfant. Pour être effi-

cace il doit être employé pendant des mois et même des années sans discontinuer.

Si, au contraire, la recherche de l'acuité visuelle révèle dès les premiers examens une diminution notable de la vision de l'œil strabique, sans lésion appréciable des milieux, il faut employer le plus tôt possible le bandeau occlusif appliqué sur l'œil sain ou *louchette imperforée*. Je me sers ordinairement d'un petit bandeau de forme ovalaire, garni de carton, en ayant soin d'appliquer directement sur les paupières une rondelle de gaze et de l'ouate, pour que l'enfant n'ait pas de tendance à regarder au-dessous de son bandeau. Au début la louchette sera difficilement supportée plus d'un quart d'heure, trois ou quatre fois par jour, mais bientôt il sera nécessaire de la faire porter du matin au soir. Inutile d'ajouter que l'amétropie de l'œil strabique devra être exactement corrigée. Grâce à cet excellent moyen, j'ai vu des acuités visuelles remonter très rapidement de 1/100 ou 1/50 à 1/4 et même 1/2; il est facile de comprendre toute l'importance de ce résultat au point de vue du rétablissement de la vision binoculaire.

Quant au stéréoscope, dont nous aurons à parler avec grand avantage comme traitement complémentaire après l'opération, il ne m'a jamais donné de bons résultats avant l'opération. Il faut d'ailleurs reconnaître que ce moyen ne peut produire de bons effets, s'adressant à des enfants jeunes, fixant mal leur attention ou ayant une intelligence peu développée.

Le traitement médical du strabisme, il ne faut pas se le dissimuler, demandera une très grande patience, beaucoup d'attention de la part des parents et du médecin. Il ne peut être guère tenté que chez les enfants qui appartiennent à des familles ayant une certaine situation sociale.

Un des plus grands partisans de ce traitement, M. Javal, a dit : « Le rétablissement de la vision binoculaire par les exercices exige en moyenne un temps à peu près égal à celui qui s'est écoulé depuis le début de la déviation. On peut espérer guérir à douze ans un enfant de huit ans qui louche depuis l'âge de quatre ans ».

Traitement chirurgical. — Lorsque le traitement médical a échoué vers l'âge de dix ou onze ans, ou s'il a donné un résultat incomplet, on devra arriver à l'opération. Cette date n'a, du reste, rien de fixe et on est parfaitement autorisé dans certains cas à la devancer si l'acuité visuelle de l'œil strabique est très mauvaise ou si aucun résultat ne peut être produit par les verres.

Les opérations destinées à faire disparaître le strabisme convergent diminuent l'action des muscles droits internes ou augmentent celle des droits externes. La ténotomie des droits internes répond à la première indication, l'avancement capsulaire ou musculaire des droits externes à la deuxième.

Quel que soit le genre d'opération choisi il ne faut pas oublier que dans la très grande majorité des cas, pour être efficace, l'intervention doit porter sur les deux yeux. Ainsi que l'a fort bien dit M. Panas, « à un déséquilibre bilatéral, il convient d'appliquer une action correctrice également bilatérale ».

C'est par l'association des divers procédés que l'on pourra obtenir les meilleurs résultats. En tenant le plus grand compte de tous les facteurs que nous avons passés en revue, voici quelques règles qui permettent de se guider dans le choix de l'opération.

A. Dans les degrés très faibles de strabisme ne dépassant pas 10°, lorsque tous les exercices ne sont pas parvenus à rétablir le parallélisme des axes visuels, une ténotomie simple, unilatérale peut suffire. Un des exemples les meilleurs que je puisse donner est celui d'une jeune fille de quatorze ans, astigmate et hypermétrope, avec une acuité visuelle à peu près égale des deux côtés, chez laquelle les exercices orthoptiques, conseillés et surveillés par M. Javal, avaient réduit la déviation de 25° à 8°. Mais ce léger degré de strabisme n'ayant pu disparaître après plusieurs années, il me suffit de faire une simple ténotomie pour arriver à une correction complète.

B. Au-dessus de 10°, il est indispensable de faire la ténotomie des deux droits internes. Le résultat est surtout merveilleux dans les cas de strabisme alternant où les ténotomies successives échouaient complètement. De plus, par cette double opération, on obtient sur les deux yeux une égalité d'effet, une même saillie des globes, le même enfoncement de la caroncule qui évitent l'inégalité disgracieuse produite par l'intervention unilatérale.

C. Au-dessus de 25°, à la ténotomie des deux droits internes il faut ajouter l'avancement capsulaire de l'un ou des deux droits externes, suivant le degré.

D. Enfin, au delà de 45° ou même au-dessous de ce chiffre, si l'examen du champ de regard indique une faiblesse marquée des droits externes, à la ténotomie des droits internes il faut associer l'avancement musculaire d'un ou des deux droits externes.

Nous avons appliqué récemment ces principes chez deux enfants de la même famille, le frère et la sœur, qui nous ont été adressés par notre excellent collègue M. Périer, médecin en chef de la Compagnie du Nord. Chez la fille, âgée de quatorze ans, ayant une déviation strabique de 35° de l'œil gauche avec un peu de diminution de l'acuité visuelle, nous avons fait une double ténotomie et l'avancement capsulaire du droit externe gauche. A la sortie de l'hôpital, il y avait une hypercorrection de 8°. Un mois après, la correction était parfaite à distance et la malade arrivait à fusionner les images des deux yeux au verre rouge et au stéréoscope.

Chez son frère, âgé de dix ans, présentant une déviation de 50° de l'œil droit, nous avons fait une double ténotomie avec un avancement musculaire du droit externe du côté droit, d'autant plus indiqué que l'excursion de cet œil en dehors n'était que de 30° alors qu'elle dépassait 40° pour l'œil gauche. Un mois après, la correction est parfaite dans la fixation rapprochée, mais il y a de nouveau une petite tendance au strabisme interne à peine mesurable au périmètre, dans la vision éloignée.

Nous supposons, bien entendu, que dans tous les cas l'opération est complète et donne le maximum de ce qu'elle peut produire.

Nous ne pouvons décrire ici les différentes interventions; cependant, sans entrer dans le détail du manuel opératoire, nous pouvons dire que, pour faire une ténotomie complète, il est indispensable de s'assurer non seulement que le muscle a été entièrement sectionné, mais encore que les ailerons ligamenteux, dépendances de la capsule de Tenon, sont bien compris dans la section.

L'avancement capsulaire de M. de Wecker a pour but non seulement de plisser le muscle dans sa gaine fibreuse, ce qui tend à le raccourcir, mais aussi de relâcher le prolongement orbitaire de la capsule de Tenon qui est un véritable tendon d'arrêt, ainsi que l'a bien indiqué Motais. Afin de bien exécuter cet avancement, j'ai l'habitude, après avoir ouvert la gaine musculaire, de charger le muscle sur le crochet à strabisme. Je suis certain dans ces conditions de bien avancer le muscle et sa capsule.

Pour l'avancement musculaire, après avoir chargé le muscle et passé le fil à une assez grande distance de l'insertion tendineuse, je sectionne le tendon au ras de son insertion scléroticale. On peut augmenter à volonté l'effet de l'opération en réséquant une petite portion du muscle en avant des fils. Ceux-ci sont alors passés sous la conjonctive au-dessus et au-dessous du diamètre vertical de la cornée. Les fils ne doivent être serrés qu'après la section du droit interne.

Ces manœuvres délicates sont toujours assez douloureuses; dans la très grande majorité des cas, opérant sur des enfants, je préfère employer le chloroforme que l'anesthésie locale par la cocaïne, soit en instillations, soit en injection sous-conjonctivale.

L'anesthésie locale ne supprime pas en particulier la douleur au moment de la traction sur le muscle, lorsqu'on le charge sur le crochet à strabisme. On s'expose donc à faire une opération hâtive et incomplète, ce qu'il faut éviter avant tout. Je me rappelle avoir opéré avec la cocaïne une jeune fille de dix-sept ans fort coquette et très désireuse de guérir. Je devais lui faire une double ténotomie des droits internes. Après la première section, malgré les injections de cocaïne, cette enfant fut tellement indocile que, pour pratiquer la seconde ténotomie, je dus donner immédiatement du chloroforme.

Une question se pose ici.

Lorsque nous devons pratiquer plusieurs opérations combinées, devons-nous nécessairement les pratiquer dans une seule séance ou pouvons-nous opérer en plusieurs temps et agir suivant le degré de correction que nous devons fournir?

L'expérience m'a prouvé, comme à M. Panas, qu'il faut agir dans la même séance.

Tout d'abord, il est difficile de faire accepter par les parents l'idée d'interventions multiples. On ne peut guère leur dire que par une première opération le strabisme ne sera pas corrigé, mais qu'il le sera probablement par une seconde ou par une troisième. Il ne faut pas croire d'ailleurs que la somme de deux opérations faites à quelque temps d'intervalle produise l'effet de deux opérations combinées. En réalité, une ténotomie simple ne donne presque pas de résultat, ainsi que nous l'avons vu plus haut; la raison en est que le strabisme est avant tout une altération fonctionnelle de la vision binoculaire, se répartissant par conséquent sur les deux yeux. La section d'un seul muscle ne va pas rompre l'équilibre de convergence établi depuis longtemps, équilibre auquel participent tous les autres muscles extrinsèques de l'œil, aussi bien le droit interne du côté opposé que les

deux droits externes et même les droits supérieurs et inférieurs des deux côtés.

Pour que le résultat voulu se produise il faut agir en même temps sur les deux muscles droits internes et, si le degré est un peu plus élevé, sur les droits externes. C'est par ce moyen seulement qu'on peut supprimer toute convergence des deux yeux.

Traitement post-opératoire. — Quelle que soit l'opération choisie, faite dans les meilleures conditions possibles, elle ne peut avoir la prétention de corriger le strabisme d'une façon *mathématique*. N'est-ce pas avec un seul et même moyen que nous cherchons à corriger des degrés de strabisme variant entre 15° et 25°? On a essayé de faire ce que l'on a appelé le dosage de la ténotomie, en sectionnant d'une façon plus ou moins complète le tendon et ses ailerons ligamenteux. En réalité, le meilleur dosage est, à mon avis, le traitement post-opératoire, auquel on doit attacher la plus haute importance.

Il faut continuer à voir fréquemment nos opérés pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois, car, suivant les modifications qui surviennent, nous verrons naître des indications nouvelles. Les parents de nos jeunes malades y consentent volontiers dans la plupart des cas. C'est ainsi que j'ai eu la bonne fortune de vous montrer les résultats de nos opérations faites depuis le commencement de l'année.

D'une façon générale, il faut s'appliquer à obtenir, par l'opération du strabisme interne, plutôt un léger degré de surcorrection ou de divergence. Les exercices que nous aurons à faire faire pour ramener les yeux en convergence seront bien plus faciles. Mais ce n'est pas immédiatement après l'opération qu'on peut en juger : nous savons tous que dans le sommeil chloroformique les yeux prennent les positions les plus diverses, tantôt convulsés en haut, tantôt en divergence complète. C'est seulement après vingt-quatre heures, au premier pansement, que nous pouvons connaître le résultat immédiat.

Je suppose qu'il existe un peu de divergence ne dépassant pas 10° ou 12°. On pourra enlever le bandeau d'un côté et faire regarder des objets rapprochés pour solliciter la convergence. Si un avancement capsulaire ou musculaire a été fait et si le strabisme divergent est considérable, on enlèvera les fils dès le troisième jour. Mais il ne faut le faire qu'à bon escient, car aussitôt après l'enlèvement des fils on pourrait voir se reproduire du strabisme interne. M. Abadie avait conseillé, dans le cas de surcorrection d'aller désunir, avec le crochet à strabisme une partie de la nouvelle insertion musculaire.

Il reste, au contraire, de la convergence : on maintiendra les fils le plus longtemps possible, pendant dix et quinze jours, s'ils sont aseptiques et s'ils ne coupent pas les tissus; on paralysera l'accommodation au moyen de l'atropine, et par cela même on diminuera la convergence; enfin on fera regarder les objets éloignés. Il faut reconnaître d'ailleurs que s'il reste un degré assez prononcé de convergence, il est fort difficile de le faire cesser, et on sera obligé le plus souvent de faire une retouche opératoire, soit par une nouvelle section d'un des muscles ténotomisés soit mieux encore par l'avancement capsulo-musculaire ou musculaire de celui des droits externes qui n'aura pas encore été avancé. Cette nouvelle intervention ne devra être faite que lorsque les exercices post-opératoires auront entièrement échoué, deux mois ou trois mois après la première opération.

Dans le traitement post-opératoire, nous devons employer avec beaucoup de patience les *exercices orthoptiques* en général et les exercices stéréoscopiques en particulier.

Ils ont en vue le rétablissement de la vision binoculaire et favorisent singulièrement la correction définitive. Pour les employer, la condition essentielle est que l'acuité visuelle de l'œil strabique soit bonne, ou du moins puisse être ramenée à un degré à peu près égal à la vision de l'autre œil, par la correction complète de l'amétropie.

Il est évident que si l'acuité visuelle est très mauvaise, en raison de lésions matérielles, l'opération ne peut avoir qu'un but esthétique. Encore faut-il éviter un effort trop grand d'accommodation du bon œil, car la convergence pourrait se produire d'une façon synergique.

Il est difficile de dire la limite inférieure de l'acuité visuelle au-dessous de laquelle il est inutile de rechercher le rétablissement de la vision binoculaire par les exercices post-opératoires. Cela dépend beaucoup de ce qu'on a pu obtenir avant l'intervention chirurgicale. Je pense cependant que sans lésions matérielles des milieux et des membranes de l'œil, on peut espérer un relèvement suffisant de l'acuité visuelle sur des yeux qui n'ont pas plus de 1/8 ou de 1/10.

Dans le traitement orthoptique, après comme avant l'opération, il est indispensable de corriger les défauts de réfraction. Cela fait, on commence par l'épreuve du verre rouge qui est à la portée de tous les malades. Elle consiste à placer un verre rouge devant l'œil bon et à faire regarder une bougie allumée à quelques mètres de distance. Grâce à cet artifice, la diplopie apparaît, alors même qu'elle n'existe pas habituellement.

Supposons qu'il y ait de la diplopie croisée; le verre rouge étant placé sur l'œil droit, la bougie rouge est vue à gauche : c'est qu'il existe un excès de divergence. Dans ces conditions, la bougie sera placée à 5 mètres et même au delà ; les deux images seront assez rapprochées l'une de l'autre jusqu'au moment où le malade pourra les réunir ou les fusionner. Rapprochons petit à petit la bougie à 4 mètres, à 3 mètres; grâce à un petit effort de convergence, il arrive encore à fusionner les images. Ces exercices répétés plusieurs fois par jour diminuent progressivement la surcorrection.

S'il y a convergence, au contraire, la diplopie est homonyme. La bougie sera placée à 1 mètre ou même à 0 m. 50 pour permettre la fusion des images. En éloignant la bougie, on arrivera petit à petit à obtenir un certain degré de divergence.

Les exercices stéréoscopiques donnent des résultats plus considérables encore, s'ils sont faits avec patience et intelligence par les malades. Ils ont été réglés avec une grande ingéniosité par M. Javal, qui a fait éditer des séries de cartons stéréoscopiques, représentant des figures d'abord très simples, à écartement variable et bien gradué, puis des caractères d'imprimerie plus ou moins compliqués qui doivent être exactement superposés dans le stéréoscope lorsque les malades arrivent à fusionner les images.

Grâce à ces exercices stéréoscopiques et à la correction de l'amétropie, nous voyons tous les jours, particulièrement dans les cas de strabisme alternant, se produire une correction complète, alors même que l'opération avait laissé un degré assez élevé de déviation.

STRABISME DIVERGENT

Les considérations dans lesquelles nous sommes entrés au sujet du strabisme interne nous permettent d'être beaucoup plus brefs pour la déviation en dehors.

Ici encore il est indispensable de faire l'enquête étiologique et clinique sur laquelle nous nous sommes appuyés tout à l'heure.

I. *Réfraction.* — Les renseignements sur la réfraction nous indiquent une très forte majorité de myopes, environ 66 0/0. Il s'agit le plus souvent de myopes de haut degré, ayant au moins 6 dioptries, qui sont obligés pour lire de regarder à courte distance et par conséquent de converger beaucoup. Nous apprendrons que très souvent le strabisme divergent a été précédé par une période au cours de laquelle le malade voyait double lorsqu'il regardait de près. C'est la période de l'asthénopie musculaire ou *strabisme latent des myopes*.

Cette fatigue des muscles adducteurs, qui précède pendant un temps plus ou moins long le strabisme divergent, a été attribuée à diverses causes. Græfe, Fuchs et d'autres auteurs pensent que l'œil devenant ellipsoïde dans la myopie, sa mobilité est moins grande et les droits internes sont obligés de faire un effort plus considérable pour faire converger les axes visuels sur le point de fixation. Landolt attribue une grande importance au rapprochement de la macula vers la papille, ce qui oblige l'œil à une rotation plus grande. Les mêmes difficultés peuvent provenir de l'écartement exagéré des centres de rotation des deux yeux ou de la divergence anormale des orbites (Emmert).

Notons d'ailleurs que pour Parinaud il n'y a pas dans cette période insuffisance des muscles droits externes, mais plutôt une insuffisance purement fonctionnelle de la convergence.

II. *Age.* — Poursuivant notre enquête, nous verrons que c'est vers l'âge de dix à quinze ans que le strabisme s'est établi, contrairement à ce que nous avons vu pour le strabisme interne. Souvent il s'agit de jeunes gens débilités par un travail excessif, par la croissance rapide, par des maladies infectieuses ou de mauvaises habitudes.

III. *Degré.* — Le degré sera d'abord très variable suivant les moments, pouvant aller de 10° à 25° et même plus. Puis l'œil dont l'acuité visuelle est la moins bonne se cantonnera dans l'angle externe; le strabisme divergent atteindra facilement 40° et même 45°.

La mesure du champ du regard démontre dans une période avancée une diminution très sensible de la force musculaire des droits internes. On ne saurait donc nier la *cause musculaire* de ce genre de strabisme. Par contre, on voit survenir quelquefois du stra-

bisme convergent chez les myopes. Faut-il admettre, comme le veulent Schweigger et Stilling, qu'il y ait un effort musculaire, mais en sens contraire, et qu'au lieu d'une faiblesse des droits internes, nous ayons une exagération de leur action par effort incessant des muscles de la convergence?

IV. *Strabisme divergent par amblyopie.* — Il faut reconnaître que la myopie n'est pas la seule cause du strabisme externe. Dans une statistique de Horner, 29 fois sur 100 cas de déviations en dehors, il s'agissait d'hypermétropes d'un degré élevé, dont la vision était mauvaise et qui présentaient une grande faiblesse de l'accommodation. Nous savons, d'autre part, que des yeux amblyopes depuis longtemps à la suite de traumatismes, de néoplasmes ou de toute autre cause matérielle, se placent en divergence; on ne saurait invoquer ici la fatigue musculaire produite par l'effort de convergence ou par l'augmentation de l'axe antéro-postérieur de l'œil.

C'est dans ces cas qu'on a fait intervenir la position de repos des yeux. Cette théorie a été défendue par Stilling et surtout par Stewens.

Pour maintenir le parallélisme entre les axes visuels dans la vision de loin, certains sujets sont obligés de faire un effort de convergence : à plus forte raison lorsque l'objet est placé à une courte distance. Sans cet effort constant les yeux seraient en divergence; c'est ce que l'on peut vérifier dans le sommeil naturel et mieux encore dans le sommeil chloroformique. On comprend dès lors que si un œil devient amblyope, il a une tendance naturelle à reprendre sa position de repos, par conséquent à se mettre en divergence. Beaucoup d'hypermétropes ont une disposition à la divergence, contrairement à ce que l'on pense généralement, c'est ce qui expliquerait chez certains d'entre eux la production du strabisme externe.

V. *Strabisme externe congénital.* — Enfin il existe quelquefois un strabisme externe dès la naissance ne pouvant s'expliquer ni par la myopie ni par l'état amblyopique de l'un des yeux. Nous en avons observé un cas tout récemment. Il s'agit d'une fille de vingt-sept ans, dont le strabisme existait au moment de la naissance, d'après les renseignements donnés par la famille. Elle a un frère strabique, deux frères ou sœurs morts à l'âge de quelques mois; le père et la mère étaient cousins germains. Il n'y a pas de nerveux ni d'alcooliques dans la famille. La malade s'est toujours bien portée et n'est pas nerveuse. L'examen de la réfraction nous indique une myopie légère de 2 dioptries avec un peu d'astigmatisme. L'acuité visuelle est à peu près égale des deux côtés. Le strabisme divergent de 45° est alternant et, fait très important à noter, le champ du regard est normal; il n'y a pas de faiblesse des adducteurs.

Pour expliquer cette variété de strabisme, il faut, à notre avis, admettre un défaut congénital plus ou moins accusé du pouvoir de convergence. Il y aurait dès la naissance quelque chose d'analogue à ce que Parinaud a décrit sous le nom de paralysie acquise de la convergence.

Traitement. — Le traitement *optique* est moins souvent indiqué que dans le strabisme interne. S'il s'agit de myopie de haut degré, les premiers symptômes d'asthénopie musculaire ou d'insuffisance de la convergence devront être enrayés par l'usage de verres concaves; non seulement il faudra faire porter les verres appropriés pour la distance, mais prescrire également des verres plus faibles pour la lecture et le travail de près. On paralyserait au besoin l'accommodation par l'atropine si on soupçonnait un spasme accommodatif. Il est bien entendu qu'il faudra corriger également la totalité de l'astigmatisme.

Quant aux prismes à base interne, ils ne m'ont donné de résultats appréciables que dans un très petit nombre de cas. Ils sont très lourds associés au verre concave, dès que la correction à obtenir dépasse 6°, même si on répartit la correction sur les deux yeux; ils produisent des irrisations sur les bords de l'objet examiné : enfin ils ne donnent une correction que pour une distance bien limitée.

Il faut donc recourir très vite au *traitement chirurgical.* Aussi bien que pour le strabisme interne, je pense que la correction opératoire doit porter sur les deux yeux simultanément. Dans la variété la plus commune, strabisme divergent myopique avec faiblesse des adducteurs, il est indispensable de faire l'avancement capsulaire des deux droits internes, si le strabisme ne dépasse pas 25° ou 30°; au delà, il faut recourir à l'avancement musculaire, des deux côtés, surtout si l'examen du champ du regard fait constater une diminution marquée de la force musculaire des adducteurs. La ténotomie des droits externes ne peut apporter à l'avancement des droits internes qu'une aide peu efficace. Sa valeur est beaucoup moindre que la ténotomie des droits internes dans le strabisme convergent.

RÉTRÉCISSEMENTS DU CHAMP VISUEL
CHEZ DES RACHITIQUES
ET VARIATIONS DE CES RÉTRÉCISSEMENTS

Par Charles VALENTINO

« Le champ visuel monoculaire est la portion de l'espace qui vient former son image sur l'une de nos rétines, dans une position déterminée de l'œil » [1].

L'observation des sujets normaux a montré que, chez eux, le champ visuel présente le plus généralement des dimensions assez constantes; de telle sorte qu'un schéma du champ visuel normal a pu être établi. De ce schéma, il ressort que le champ visuel n'est pas limité par une circonférence régulière, mais qu'il est moins étendu en dedans qu'en dehors, à cause de la proéminence du nez, moins étendu en haut qu'en bas, à cause de la saillie des arcades sourcilières.

On conçoit très bien, par conséquent, que pour un développement plus ou moins considérable du nez ou des arcades sourcillères, le champ visuel présente, dans son contour, suivant les individus, et en dehors de tout état morbide, des variations assez considérables. A la suite de très nombreuses observations, Snellen et Landolt ont pu établir un champ visuel minimum, au-dessous duquel il est convenu de considérer toute diminution comme pathologique. Nous en donnons le tracé, pour fixer les idées (fig. 1).

Avec raison, ces auteurs ajoutent : « Nous ne voulons pas prétendre que tout champ visuel qui a cette étendue soit absolument normal; au contraire, si notre champ visuel, par exemple, présentait un jour seulement ces limites, nous serions justement préoccupés de ce rétrécissement. » [1]

Il n'y a donc rien d'absolu.

Toutes ces réserves étant faites, le rétrécissement du champ visuel est un phénomène pathologique. Il a été signalé en cas d'altération des voies optiques, d'une part, que ces altérations siègent sur les voies centrales ou sur les voies périphériques, et, d'autre part, dans différentes névropathies, en dehors de toute altération optique.

Les rétrécissements par altération des voies optiques sont d'une pathogénie claire et sont purement du domaine ophtalmologique.

Les rétrécissements en dehors de toute altération optique sont plus complexes; ils sont notés dans l'hystérie, dans l'épilepsie (Ottolenghi 1891 [2]; Thomsen et Oppenheim 1894); dans la syringomyélie (Déjerine et Tuilant 1890 [3]; Schlesinger 1895); dans la maladie de Basedow (Kast et Wilbrand). Mais, alors que dans l'épilepsie, la syringomyélie et la maladie de Basedow, les observations de rétrécissements du champ visuel sont des plus rares, elles sont légion dans l'hystérie, à tel point que Charcot, d'autres encore et Gilles de la Tourette notamment [4] ont pu prétendre que dans tous les cas de rétrécissements signalés en dehors de l'hystérie, cette névrose a été méconnue. Les auteurs les plus récents, par des observations très étudiées, pensent avoir fait justice de cette assertion; mais il n'en demeure pas moins vrai que le rétrécissement du champ visuel constitue un des symptômes cardinaux de l'hystérie, qu'il en est un des principaux stigmates, un des stigmates les plus constants et les plus précoces. Il se présente toujours avec les mêmes caractères : *concen-*

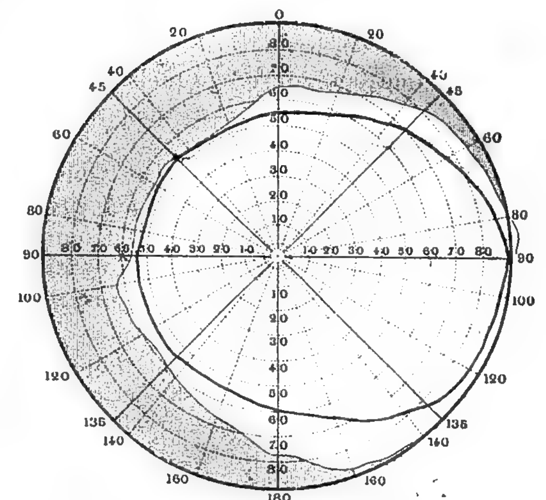


Figure 1. — Champ visuel normal minimum, d'après les chiffres de Swellen et Landolt.

1. Viault et Jolyet. — « Traité de physiologie humaine », p. 706.

1. Snellen et Landolt. — *In* « Traité d'opthalmologie de Wecker et Landolt ». T. I, p. 614.
2. Ottolenghi. — Recherches faites en 1891 à la clinique psychiatrique de Lombroso. Voir Lombroso. « Nouvelles recherches de psychiatrie et d'anthropologie criminelle », p. 90 et suivantes.
3. Dejerine. — *In* « Traité de pathologie générale de Bouchard ». T. V, p. 1.125 et suiv.
4. Gilles de la Tourette. — « Traité de l'hystérie ». T. I.

trique et éminemment *mobile* ; par cette mobilité, il semble suivre assez exactement les variations de la sensibilité en général, à tel point qu'on a pu dire : « Le rétrécissement du champ visuel peut être considéré comme l'emblème de la sensibilité hystérique en général [1] ».

*
* *

Les très nombreuses recherches entreprises sur les psychoses mettent en lumière et semblent établir d'une façon indiscutable que des liens étroits unissent l'hystérie et les intoxications (G, d'Abundo, de Catane [2] ; Régis, de Bordeaux, Boinet, de Marseille [3] etc... ;) soit qu'il s'agisse d'intoxications vraies (alcool plomb, etc...), de toxi-infections (fièvre typhoïde, impaludisme etc...) ou de dyscrasies. Mais l'intoxication ne suffit pas à engendrer l'hystérie de toutes pièces; il lui faut un terrain préparé : « les infections, les intoxications et les traumatismes sont susceptibles de provoquer l'hystérie chez des sujets à prédisposition plus ou moins évidente, mais non de la créer [4] ». Notons en effet, qu'on constate d'ordinaire, chez les hystériques, un terrain très spécial, un dossier d'antécédents pathologiques des mieux garnis.

En conséquence, il semble qu'on puisse à bon droit se demander si, dans des cas d'intoxication au cours desquels l'hystérie n'a pas de manifestation bruyante imposant le diagnostic, — faute, sans doute, d'un terrain suffisamment propre, — on ne trouverait pas, — *en les recherchant de parti pris* — certains des caractères les plus fidèles à la névrose, isolés et discrets, constituant en somme, par leur isolement et leur discrétion une sorte d'hystérie larvée, abortive.

De fait, le rétrécissement du champ visuel a été signalé en dehors de l'hystérie confirmée et en dehors de toute névrite toxique dans de nombreuses intoxications : par le plomb (Duplay 1834), par la quinine (Giacomini 1841), l'alcool (Parinaud), dans certains cas d'urémie (Albutt, Leber), dans des embarras gastriques (Galezowski 1876). Nous même l'avons constaté chez des rachitiques.

On sait que le rachitisme est une maladie du tout premier âge, qu'il attaque généralement, avec la plus grande acuité, les nourrissons. Il n'en est pas moins vrai qu'on peut trouver tardivement, à la puberté ou même quelquefois dans toute l'existence les traces non équivoques d'une diathèse mal éteinte, M. F. Regnault a constaté chez des individus atteints de rachitisme dans leur enfance, outre de multiples déformations squelettiques, une grande vulnérabilité des différents tissus (dents etc...). On comprend en effet très bien qu'une dyscrasie des premiers mois, survenant aux moments de la vie où tous les organes subissent le maximum de leur évolution, laisse après elle un trouble persistant dans le fonctionnement économique. C'est ce qui a fait dire à Comby que les rachitiques sont le plus souvent des dyspeptiques pendant toute leur existence. Chez tous ces sujets on n'a trouvé, somme toute, que peu de troubles nerveux : quelques spasmes (dyspnée-spasmes de la glotte-spasmus nutans); A. Lichtenstein signale un goût diminué, opinion contestée d'ailleurs par H. Buessen : rien relativement au champ visuel [1].

Nous avons pris comme sujets des enfants rachitiques de dix à treize ans, assez intelligents pour bien répondre aux questions posées [2].

Pour leur examen, nous avons utilisé le périmètre de Landolt revu par Parinaud.

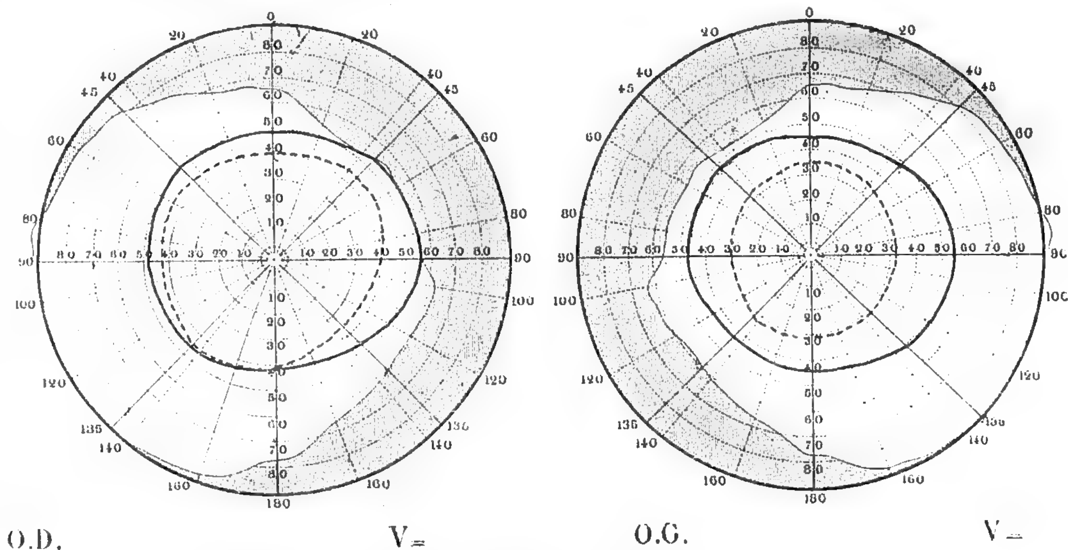


Figure 2. — Louis C... Champs visuels pris le 7 Mars 1901 tracé en pointillé et le 14 Mars 1901 (tracé en trait plein).

Nous n'avons établi le champ visuel que pour les sensations blanches, pensant que l'évaluation du champ visuel pour les sensations colorées, facilement erroné déjà chez les adultes (conditions d'éclairage, etc.) devenait impraticable chez des enfants, tant est irré-

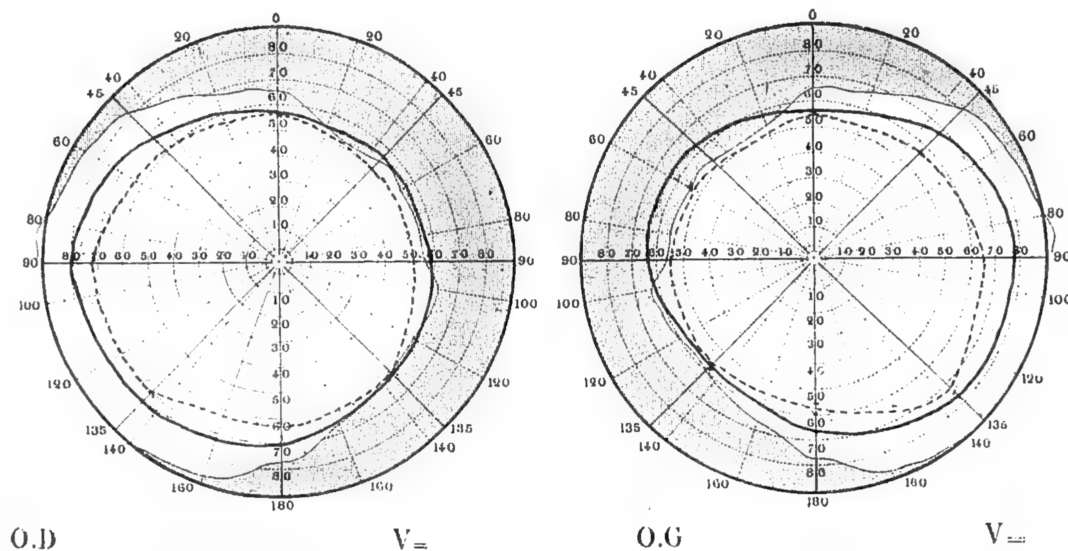


Figure 3. — Georges C... Champs visuels pris le 7 Février 1901 (tracé en pointillé et le 14 Fevrier 1901 (tracé en trait plein).

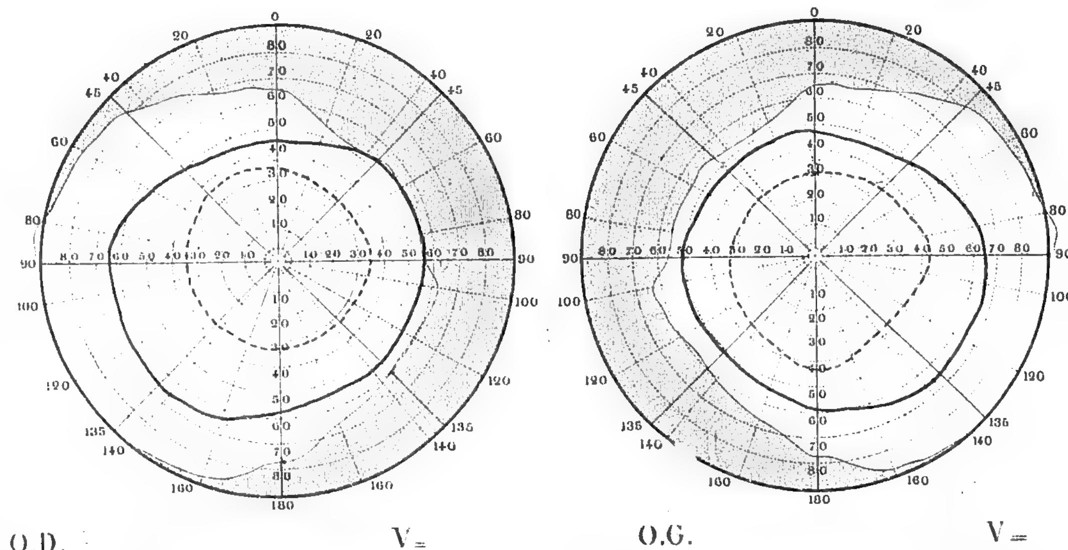


Figure 4. — Marthe G... Champs visuels pris le 7 Février 1901 (tracé en pointillé) et le 22 Février 1901 (tracé en trait plein).

1. Janet. — « Etat mental des hystériques », p. 78.
2. G. d'Abundo. — Voir *La Presse Médicale* du 3 Novembre 1900.
3. Boinet. — Voir notamment « Hystérie et paludisme » dans *La Presse Médicale* du 21 Décembre 1901.
4. Boinet. — *Loc. cit.*, p. 342.

1. A.-B. Marfan. — « Rachitisme » *in* « Traité de médecine de Brouardel, Gilbert et Girode ». T. III.
2. Ces enfants ont été empruntés en 1901 au service de M. Courtin, chirurgien de l'hôpital des Enfants, à Bordeaux.

gulièrement développée chez eux la notion des couleurs ; d'ailleurs, Landolt fait remarquer « que toutes les couleurs sont reconnues jusqu'aux dernières limites du champ visuel lorsqu'elles sont assez intenses, assez étendues, et qu'elles contrastent suffisamment avec le fond ou l'éclairage général [1] ».

Nous rapportons trois observations chez des rachitiques de treize, douze et dix ans ; le champ visuel était notablement rétréci.

*
* *

Observation I. — Georges C..., treize ans. Son père, marchand de papiers peints, est alcoolique ; sa mère, atteinte de phtisie pulmonaire, est morte à quarante ans.

Rachitique : la taille est au-dessous de la moyenne ; le facies est strumeux ; les pavillons des oreilles, déformés, présentent une moitié supérieure aplatie, sans aucune sinuosité et rejetée directement en dehors.

La voûte palatine est ogivale ; les dents, crénelées, sont irrégulièrement plantées.

Le thorax est aplati dans le sens antéropostérieur.

Les tibias sont déformés ; les articulations sont épaisses.

L'appétit laisse à désirer ; fréquentes diarrhées ; de temps en temps quelques cauchemars pendant la nuit.

Le 7 Février 1901 : examen du champ visuel ; il est rétréci (fig. 2, tracé pointillé).

Observation II. — Louis C..., dix ans, de parents inconnus.

Rachitique : petit et malingre ; la racine du nez est large ; la voûte palatine ogivale ; les dents crénelées et divergentes ; la poitrine présente quelques nodosités chondro-sternales ; le ventre est gros et étalé ; les tibias légèrement déformés ; les articulations épaisses.

Le 7 Mars 1901 : examen du champ visuel ; il est rétréci (fig. 3, tracé pointillé).

Observation III. — Marthe G..., douze ans, de parents inconnus.

Rachitique : cypho-scoliose, articulations épaisses, voûte palatine ogivale, dents crénelées et vicieusement implantées.

Le 7 Février 1901 : examen du champ visuel ; il est rétréci (fig. 4, tracé pointillé).

*
* *

Nous avons pensé que si ces rétrécissements du champ visuel étaient véritablement fonction de l'intoxication rachitique, la dépuration de l'organisme amènerait un agrandissement des champs visuels. A cet effet, nous avons institué chez nos sujets une évacuation intestinale aussi complète que possible (huile de ricin) et pratiqué, sitôt après cette évacuation, l'antisepsie des voies digestives (benzo-naphtol en plusieurs doses de 0 gr. 25, régulièrement espacées dans la journée).

Après deux jours d'antisepsie intestinale nous avons repris les champs visuels ; et dans les trois cas nous avons constaté un agrandissement des plus manifestes (voir les traits pleins des figures II, III et IV).

Il convient de rapprocher ces résultats de résultats analogues précédemment constatés dans des circonstances autres, mais comparables. Galezowski, qui signale le rétrécissement de champs visuels dans des embarras gastriques, les trouve agrandis à la suite de vomissements [1]. G. d'Abundo, relatant des troubles psychiques à la suite de toxhémie, ou, pour employer ses propres termes, relatant « un cas très grave de psychose infectieuse », constate une amélioration après le lavage du sang (saignée et hypodermoclyse).

La médication dépurative de l'organisme semble donc des plus recommandables ; elle ne fait, somme toute, qu'imiter nombre de processus naturels de défense contre l'empoisonnement (vomissements, diarrhées, débâcles urinaires, etc.). Et, si l'on considère que, d'une part, l'évacuation alvine a son retentissement sur toute l'économie, que, d'autre part, tous les empoisonnements empruntent la moitié au moins de leur gravité à l'auto-intoxication concomitante, il faut conclure que la purgation avec antisepsie intestinale consécutive est une excellente pratique ; qu'elle est préférable même, sauf les cas d'urgence extrême, à la saignée, qui constitue une spoliation par trop violente de l'individu ; notons, en effet, avec G. d'Abundo : « bien que la désinfection intestinale constitue encore un desideratum de la clinique, il existe toutefois des substances qui réduisent de beaucoup l'énorme quantité des germes, hôtes habituels de notre appareil digestif ».

Remarquons bien, en terminant, que les rétrécissements du champ visuel constatés par nous dans le rachitisme, sont parfaitement concentriques comme dans l'hystérie, mobiles comme dans l'hystérie, liés à une intoxication comme dans l'hystérie ; que les liens paraissent s'accuser de plus en plus qui unissent l'hystérie aux troubles toxiques, et d'autant mieux qu'on a pu guérir des idées fixes post-infectieuses par la suggestion [2]. Il faut noter cependant qu'ainsi employée la suggestion n'est qu'une médication symptomatique ; il paraît plus raisonnable, dans le traitement, de remonter à la source morbide pour l'attaquer elle-même, soit par l'antisepsie intestinale, soit par la saignée, soit par une médication spécifique s'il en existe [sulfate de quinine dans les hystéries consécutives à l'impaludisme (Boinet)] ; sans omettre jamais de soigner concurremment le *terrain* par des toniques appropriés (Boinet).

1. Wecker et Landolt. — « Traité d'opthalmologie », T. I. p. 470.

1. Galezowski. — *Union médicale*, 1876.

2. Voir Régis. — Congrès de Marseille 1899 et Congrès d'hypnologie 1900.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

21 et 28 Juillet 1902.

Variations de l'iode du sang. — *MM. E. Gley et P. Bourcet.* Ces auteurs ont constaté que la saignée, parmi les causes modificatrices de la teneur du sang en iode, exerce une influence notable. Après une saignée abondante, l'iode diminue rapidement et disparaît complètement au bout de quelques jours. Il semble que cette disparition soit due à l'action de la glande thyroïde, cette glande s'emparant des faibles quantités d'iode qu'une alimentation pauvre en ce corps fait passer dans le sang.

Les moustiques et la fièvre jaune à la Havane. — *M. André Poëy.* Dans sa note, cet auteur énonce un certain nombre de faits tendant à confirmer la théorie d'après laquelle la fièvre jaune serait transmise par l'intermédiaire d'une espèce spéciale de moustique, comme le paludisme et la filariose.

L'élaboration du zymogène dans les glandes gastriques de la vipère Berm. — *M. L. Launoy.* Des recherches de cet auteur, il ressort : 1° que la formation des grains de zymogène dans les cellules gastriques de la vipère est complètement indépendante de toute action réflexe ou mécanique et a lieu même lorsque le tube digestif a été laissé dans un état de repos absolu par privation prolongée d'aliments ; 2° que l'élaboration des grains de zymogène est endonucléaire ; 3° que la transformation du zymogène en ferment s'accomplit dans le cytoplasme, cette transformation étant seule fonction des actions réflexes, mécaniques, des excitants physiques ou chimiques agissant sur la cellule.

Production du sommeil et de l'anesthésie générale et locale par les courants électriques. — *M. Stephane Leduc.* Des recherches de cet auteur, il appert qu'avec des courants on peut instantanément, sans douleur apparente, réaliser l'inhibition complète des centres cérébraux, en laissant intacts les centres de la respiration et de la circulation. On obtient ainsi un sommeil tranquille et prolongé, et une anesthésie générale complète ; l'action somnifère se règle et se suspend aussi vite que l'on peut agir sur le courant électrique ; le sommeil n'est suivi d'aucune réaction consécutive.

En ce qui concerne l'anesthésie locale, M. Leduc a constaté que la cathode du même courant placée chez l'homme sur le trajet d'un nerf sensible ou mixte superficiel, sur le médian au poignet, par exemple, donne pour une certaine intensité, avec une forte sensation de fourmillement, non douloureuse, une anesthésie complète et absolue de la région innervée par le nerf.

Sur le rôle de la rate dans la fonction hématolytique. — *M. Louis Lapicque.* D'après cet auteur la suppression de la rate n'apporte que des changements peu considérables dans la fonction hématolytique.

Sur la présence de la lécithine dans les végétaux. *MM. Schlagdenhauffen et Reer.* Ces auteurs ont reconnu que chez les végétaux, dans les organes ou tissus contenant des corps gras libres ou combinés, on trouve de la lécithine.

Etude expérimentale sur la rondelle réimplantée après trépanation sur le chien. — *MM. V. Cornil et P. Coudray.* Jusqu'à ces dernières années, on a cru que la rondelle cranienne détachée par le trépan et réimplantée continuait à vivre. Il n'en est rien. A. Barth (de Marburg) a montré que les cellules osseuses des ostéoplastes de cette rondelle disparaissent au bout de quelques jours, et qu'un os nouveau envahit bientôt cette rondelle.

Le fait est exact, mais, contrairement à Barth qui admet un mécanisme particulier et exceptionnel pour expliquer la résorption de cette rondelle, MM. Cornil et Coudray estiment que cette résorption s'opère là, comme ailleurs, par les lacunes osseuses et les cellules géantes. En effet, ils ont rencontré d'une manière évidente des lacunes osseuses et des cellules géantes sur de nombreuses préparations, et à des périodes diverses de huit à vingt-six jours.

Dès le troisième jour, les ostéoplastes de la rondelle sont presque tous dépourvus de noyaux, et les cellules osseuses disparaissent dans les huit premiers jours. Les phénomènes de la réparation sont évidents le quatrième jour ; on note au contact de la dure-mère des cellules du tissu conjonctif néoformées. Au bout de sept jours existe sous le péricrâne de même qu'au contact de la dure-mère une couche fondamentale osseuse. Le huitième jour, le tissu conjonctif néoformé est très complet ; il envoie des bourgeons fibro-vasculaires sur les bords de l'os ancien et aussi sur les bords de la rondelle. Le processus d'envahissement du tissu conjonctif d'une part, d'ossification nouvelle de l'autre, se poursuit rapidement. Au vingtsixième jour cette ossification est très avancée, mais cependant au bout de trois mois on trouve encore une parcelle de la rondelle dont les bords sont festonnés de lacunes occupées par du tissu conjonctif. Enfin, après six mois, il ne reste plus rien de l'ancienne rondelle. L'os qui la remplace est beaucoup plus mince que l'os voisin. C'est un os tout à fait nouveau avec un système complet de vaisseaux.

Recherches expérimentales sur l'appendicite. — *M. Maumus.* Cet auteur poursuivant ses recherches sur la pathogénie de l'appendicite a imaginé de soumettre au contrôle de l'expérimentation les diverses théories formulées pour expliquer les causes de cette maladie. En attendant de pouvoir examiner le rôle des microbes et aussi celui de certains vers, il s'est proposé de déterminer une cavité close en ligaturant l'extrémité appendiculaire du cæcum chez le cercopi-

thèque à face bleue du Congo. La guérison est rapide. Plus tard, l'animal ayant été sacrifié, M. Maumus a pu étudier les différents procédés mis en œuvre par l'organisme pour assurer sa défense.

Il observe tout d'abord autour de l'organe une production de tissus de néoformation destinés à enkyster la péritonite. En outre, l'hypertrophie du tissu musculaire oppose une certaine résistance au passage des microbes. Mais le fait qui a tout spécialement retenu son attention est la présence dans la portion ligaturée d'une véritable légion de microphages et de macrophages accourus au secours de l'organe pour le débarrasser des bactéries pathogènes et des cellules qui pourraient leur avoir donné asile.

Origine parasitaire (Oospora) de certaines dégénérescences calcaires et de quelques dystrophies osseuses. — *MM. Charrin et G. Delamare.* On sait qu'on trouve parfois dans les organes ou les tumeurs des dépôts calcaires dont on ignore les causes. MM. Charrin et G. Delamare montrent que, parfois, ces dépôts sont l'œuvre d'un champignon (Oospora nouveau) qui transforme les éléments calcaires en carbonate de chaux. Ces expérimentateurs ont également reconnu que ce parasite peut engendrer des néoplasies inflammatoires ou suppurées, parfois même des altérations du squelette. Toutefois, le point intéressant de ces dernières recherches, c'est que ces altérations du squelette exigent, pour se développer, des modifications préalables du terrain et, dans le cas particulier, l'acidification de ce terrain. Ces recherches prouvent qu'à un moment donné de l'évolution d'une maladie, il est parfois difficile de savoir quelle est la vraie nature humorale, cellulaire ou parasitaire de celle-ci. On trouve bien le parasite dans les lésions osseuses, mais ce parasite n'aurait pu engendrer ces lésions si le terrain n'avait été préalablement modifié. Ainsi croît de jour en jour l'importance du terrain.

G. Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

29 Juillet 1902.

Sur l'agglutination du bacille typhique dans l'intestin du lapin. — *M. Landouzy* remet au nom de M. Busquet (médecin-major de 2e classe, chargé du laboratoire de bactériologie de l'hôpital du dey, à Alger) une note expérimentale intéressant la pathologie générale autant que l'histoire du bacille d'Eberth. Il s'agit de l'immobilisation rapide et de l'agglutination prompte du bacille d'Eberth introduit (0,20 à 0,30 centimètres cubes d'une culture en bouillon vieille de seize heures) en culture dans l'intestin grêle de lapins adultes, agglutination commençant dès la dixième minute pour former en une heure des amas denses.

Cette agglutination expliquerait la difficulté extrême qu'on a à produire le typhus chez le lapin, n'y réussissant, comme Remlinger, qu'alors qu'on emploie des cultures d'extrême virulence ou des doses énormes telles que la défense organique est débordée.

Cette réaction d'immobilisation et d'agglutination semble n'avoir rien à faire ni avec la bile, ni avec le suc intestinal, ni avec le sérum de l'animal; elle semble, d'après les expériences de M. Busquet, déterminée par l'intervention active et directe des cellules de l'intestin.

Sur les applications thérapeutiques de l'iode à l'état métalloïdique. — *M. Billet.* Ces applications sont très utiles dans le traitement des alopécies, du pityriasis versicolor, de la pelade, de l'acné, de la syphilis. M. Billet a trouvé un corps ne modifiant pas l'état de l'iode; c'est un éther de pétrole spécial composé de pentane et d'hexane.

Sur les plaies du cœur par balles, traitées par suture. — *M. Launay.* La guérison des plaies du cœur par armes blanches s'élève à 30 pour 100; celle des plaies par balles est plus problématique. L'observation de M. Launay est la seule qui ait été suivie de guérison réelle. Il a suturé les deux plaies ventriculaires.

Sur les moyens d'extraire les projectiles. — *MM. Rémy et Peugniez.* Nous avons continué la série de nos recherches sur les moyens d'extraire les projectiles.

Nous avons construit un extracteur à sonnette électrique qui permet de saisir les balles dans la masse cérébrale en y produisant le minimum de dégâts.

Nous avons constaté que l'appareil indicateur à rayons X de Rémy donnait une certitude de repérage absolue. Guidés par ses aiguilles indicatrices, nous avons osé aller à la découverte d'une balle logée contre la colonne cervicale en passant entre les branches du nerf facial et le canal de Sténon, à travers le masseter, l'os maxillaire, les muscles ptérygoïdiens et même la jugulaire.

Les méthodes radioscopiques de localisation sont préférables à l'emploi de la radiographie quand elles sont possibles. Dans deux cas la localisation avec l'appareil Rémy et l'extraction n'ont pas duré plus de dix minutes. Quand on a cru devoir s'affranchir de tout appareil, on a eu des insuccès.

Avec la radioscopie, les manœuvres de détermination sont si rapides que la chloroformisation suffit à donner l'immobilité complète et nécessaire.

Avec la radiographie, il est nécessaire d'user des moyens de contention et de repérage spéciaux.

Sur le traitement de la syphilis par l'hermo-phényl. — *M. Hallopeau.* Sur l'avis de M. Marey, nous avons expérimenté le nouveau produit mercuriel que MM. Lumière ont fait connaître sous le nom d'hermophényl : c'est le mercure phénol disulfonate de sodium. Ce produit est des plus originaux : bien que contenant 40 p. 100 de mercure, il ne présente pas les réactions usuelles de ce métal; il ne précipite pas les albuminoïdes, il ne précipite lui-même ni par la soude, ni par l'acide chlorhydrique, ni par le sulfhydrate d'ammoniaque ; on peut, sans l'altérer, le chauffer à 120 degrés; nous avons constaté qu'il ne s'amalgame pas; une feuille d'or laissée pendant vingt-quatre heures dans une solution de ce corps au vingtième est restée intacte. On pouvait craindre, en raison de la fixité de ses combinaisons, qu'il traversât l'organisme à l'état inerte, en s'éliminant tel quel par les urines; des expériences faites à cet égard par M. Boiteux ont établi au contraire qu'il s'élimine à l'état de sel soluble décelable par les procédés ordinaires. Nous l'avons employé chez nos syphilitiques en injections intra-musculaires, à l'intérieur et en applications locales; son principal avantage est d'être bien toléré par les muscles, par la muqueuse digestive et aussi par la peau si on le dilue dans 50 parties d'eau. Contrairement à MM. Reynès et Mournand, nous avons renoncé aux injections sous-cutanées que nous avons vues provoquer de vives douleurs. L'action thérapeutique de ce composé se manifeste rapidement si on l'emploie à des doses suffisantes, c'est-à-dire de 6 à 8 centigrammes au moins à l'intérieur, 4 centigrammes dans les muscles. M. Mournand a montré que ces doses peuvent être quadruplées.

Les injections intra-musculaires sont remarquablement bien supportées; elles contrastent à cet égard avec celles des autres sels solubles de mercure; elles ne déterminent aucune réaction locale appréciable et la douleur qu'elles provoquent est pour ainsi dire insignifiante. Administré par voie buccale, ce médicament ne donne lieu ni à des douleurs gastriques ni à de la diarrhée; il remplace à cet égard très avantageusement les autres préparations mercurielles et particulièrement les trop célèbres pilules de protoiodure ainsi que le sublimé. Cette innocuité remarquable permettra de revenir plus couramment à l'administration interne du médicament et à éviter ainsi l'intervention trop fréquente du médecin chargé de pratiquer les injections hypodermiques. Ce médicament peut encore être avec utilité appliqué localement en compresses imprégnées de sa solution au cinquantième sur les ulcérations syphilitiques de la peau ou de la muqueuse buccale ; le fait qu'il ne s'amalgame pas le rend à cet égard précieux pour les sujets porteurs de dents aurifiées ou de rateliers en or. A ces divers titres, ce médicament mérite d'entrer pour une large part dans la pratique courante et l'on doit savoir le plus grand gré à M. Lumière de l'en avoir dotée.

Sur la sérothérapie antistaphylococcique. — *M. Doyen.* J'ai eu de très bons résultats avec le sérum antistaphylococcique dans le furoncle, l'anthrax. Les douleurs diminuent, l'inflammation rétrocède, l'élimination du bourbillon se fait plus rapidement. Le cas le plus remarquable a été un cas de phlébite du sinus caverneux où la survie a été obtenue avec amaurose. Dans des diphtéries avec staphylocoques, dans l'ostéomyélite, nous avons eu de bons résultats. L'injection est faite à la dose de 5 à 10 centimètres cubes dans les lombes ou la fesse.

Rapport sur le prix Barbier. — *M. Josias* lit un rapport sur les ouvrages proposés au concours du prix Barbier.

Elections. — Les candidats à deux place de correspondants nationaux étaient en première ligne : M. Calmette (de Lille), en deuxième M. Tourneux (de Toulouse), en troisième M. Gilis (de Montpellier), en quatrième MM. Mireur (de Marseille), Perrin (de Marseille), Schmitt (de Nancy). MM. Calmette ayant obtenu 46 suffrages sur 51 votants et Perrin 32 voix sur 50 votants sont élus correspondants nationaux.

M. Labbé.

ANALYSES

OPHTALMOLOGIE

V. Morax. *Un cas de kératite filamenteuse. Traitement par la greffe conjonctivale* (*Communication au Congrès français d'ophtalmologie*, 1902, Mai, Paris). — Il s'agit d'une dame de cinquante ans, présentant des poussées continuelles de kératite filamenteuse sur la moitié supérieure de la cornée gauche et la partie correspondante du limbe. Après ablation des filaments, il s'écoulait quelques jours, huit à quinze au plus, avant la production de nouveaux filaments et des phénomènes d'irritation oculaire qui en accompagnaient la présence. Tous les traitements médicaux et chirurgicaux préconisés furent employés sans aucun résultat. Après huit mois d'essais infructueux, on pratiqua la greffe d'un pont conjonctival sur le tiers supérieur de la cornée après en avoir enlevé les couches superficielles au couteau de Graefe. L'adhérence se fit, et, depuis lors, il n'y eut plus ni récidive de filaments ni phénomènes irritatifs.

A. Druault.

Dupuy-Dutemps. *Deux cas de cécité complète sans lésions ophtalmoscopiques, consécutive à de très légers traumatismes de la région oculaire* (*Communication au Congrès français d'ophtalmologie*, 1902, Mai, Paris). — L'auteur donne les observations de deux ouvriers, l'un de trente-huit ans, l'autre de vingt-deux ans, qui, à la suite de traumatismes légers de la face (coup de chiffon, légère brûlure), sont devenus complètement aveugles. La simulation doit être éliminée, car il n'existe ni convergence, ni réflexe palpébral visuel. On ne peut retenir l'hypothèse d'une lésion des voies optiques antérieures en raison de l'absence de toute altération papillaire après des années d'observation et de la persistance des réflexes pupillaires. L'existence d'une lésion des voies optiques postérieures ou des centres corticaux ne peut être admise, car elle devrait alors s'être produite simultanément sur les deux côtés à la fois, et elle aurait produit d'autres symptômes. Le seul diagnostic qui puisse être admis est celui d'amaurose hystérique, malgré la longue durée de la cécité et l'absence de son seul élément de certitude : la guérison.

A. Druault.

M. J. Chaillous. *Des troubles pupillaires dans les cas de dilatation de l'aorte thoracique* (*Communication au Congrès français d'ophtalmologie*, 1902, Mai). — M. J. Chaillous admet comme M. Babinski que ces troubles ne sont pas dus à une irritation ou à une lésion du sympathique. Il donne deux observations d'anévrisme de l'aorte. Dans l'une, il existait en même temps une ophtalmoplégie interne double incomplète ; dans l'autre, le signe d'Argyll Robertson. Ces symptômes traduisent une affection du système nerveux central qui doit être rattachée à la syphilis comme l'anévrisme lui-même.

A. Druault.

E. Bellencontre. *L'huile hyperiodée en thérapeutique oculaire (iodipine, lipiodol)* (*Communication au Congrès français d'ophtalmologie*, 1902, Mai, Paris). — L'iodipine et le lipiodol sont des corps nouveaux, véritables combinaisons stables où l'iode est combiné aux acides gras des huiles dans des proportions élevées, 10 et 25 pour 100 pour l'iodipine, 40 et 90 pour le lipiodol. Ils peuvent être administrés à doses massives en injections hypodermiques, sans douleur, sans danger et sans iodisme. La quantité à injecter dépend de la teneur en iode, de l'âge et des cas. Pour le lipiodol cette quantité peut être de 1 gramme par jour pour les enfants de un à cinq ans, de 5 à 10 grammes par jour pour les adultes. Des instillations conjonctivales et des injections sous-conjonctivales peuvent se faire avec la solution à 10 pour 100. Ces préparations sont puissamment antiseptiques et n'ont pas besoin de stérilisation préalable ni de conservation en ampoule. Le tube digestif tolère bien l'huile hyperiodée; on peut la donner pure ou en émulsion. Son élimination est

lente; elle dure plusieurs semaines et même plusieurs mois.

Elle peut être employée dans la syphilis tertiaire, la syphilis héréditaire, la scrofule, le lymphatisme et l'arthritisme. Elle peut être mélangée à l'huile biiodurée pour le traitement mixte par les injections sous-cutanées. Les enfants bénéficient plus que les adultes de cette médication. L'auteur la recommande particulièrement chez l'enfant, dans la kératite interstitielle et dans les kératites scrofuleuses; chez l'adulte, dans les iritis graves et tardives de la période tertiaire.

A. Drualt.

L. Roche. *La péricystite lacrymale* (*Thèse*, Paris, 1902). — Avec M. Parinaud, M. Roche désigne sous le nom de *péricystite lacrymale* les accidents inflammatoires aigus ou chroniques qui se développent autour du sac lacrymal sous l'influence d'une affection antérieure du canal lacrymo-nasal. La péricystite est soit aiguë, soit chronique. Aiguë, elle peut être phlegmoneuse, érysipélateuse ou gangreneuse.

La forme *phlegmoneuse* débute par une infiltration inflammatoire des tissus; à l'infiltration fait suite l'abcès, à l'abcès la fistule borgne interne ou borgne externe.

Cette péricystite, souvent due au streptocoque à l'état de pureté, s'accompagne d'adénopathie périauriculaire. Dans la forme *érysipélateuse*, les phénomènes locaux sont moins accusés, il n'y a pas de suppuration. Si l'évolution est d'ordinaire bénigne, la récidive est fréquente. La forme *gangreneuse* a été observée par MM. Morax et Veillon. « Ce qui caractérise cette forme, d'après ces auteurs, c'est la fétidité du pus, la forme de la fistule faite à l'emporte-pièce, la gangrène des tissus infectés et surtout l'atteinte portée par l'infection à l'organisme tout entier ».

Chronique, la péricystite peut être soit à forme *enkystée*, soit à forme *périostique*.

Dans la péricystite enkystée, il se produit sans grande réaction locale ou générale un abcès circonscrit, situé au devant du sac.

Le plus souvent, les voies lacrymales sont perméables.

Dans la forme périostique, assez rare du reste, l'affection atteint le tissu cellulaire voisin du périoste et le périoste lui-même.

L'ostéite du maxillaire supérieur, consécutive à des infections dentaires, peut simuler une affection péri-lacrymale; la péricystite érysipélateuse est souvent prise pour un érysipèle de la face. L'exploration des voies lacrymales, l'étude des symptômes généraux toujours plus accentués dans le cas d'érysipèle faciliteront le diagnostic.

Le traitement de la lésion des voies lacrymales devra être aussi précoce que possible, et les complications péricystiques ne disparaîtront, leur retour ne sera prévenu que si l'on rend aux voies lacrymales leur perméabilité.

J. Chaillous.

R. Roemer. ***Bases expérimentales pour des expériences cliniques de sérothérapie de l'ulcère serpigineux de la cornée, et recherches sur l'immunité contre le pneumocoque*** (*Von Graefe's Archiv für Ophtalmologie*, 1900, Vol. LIII, p. 99). — L'infection peumococcique de la cornée dont le type clinique habituel est décrit sous le nom d'ulcère serpigineux ou de kératite serpigineux à hypopion, est une des plus graves de l'œil, car, même dans le cas où l'infection reste localisée à la cornée, la vision peut être irrémédiablement compromise par l'état cicatriciel qui succède à l'ulcération cornéenne. Bien que l'infection siège dans les couches superficielles, et que de ce fait elle se trouve en quelque sorte accessible aux moyens directs (cautérisation, antiseptiques), on ne réussit souvent à s'en rendre maître qu'à un moment où les lésions sont déjà très étendues. Tandis que, dans la pneumonie, l'infection pneumococcique tourne court après une évolution relativement rapide, il n'en est pas de même dans l'infection cornéenne; la durée de l'ulcère serpigineux peut dépasser quatre ou cinq semaines. Cette différence de vitalité du pneumocoque dans ces deux localisations a poussé Roemer à rechercher s'il ne serait pas possible d'obtenir artificiellement pour l'infection cornéenne ce qui se produit naturellement dans l'infection pulmonaire. Les nombreuses expériences sur l'animal ainsi que les faits cliniques qu'il relate donnent à son mémoire un intérêt considérable et permettent d'espérer la réalisation prochaine d'un progrès marqué dans la thérapeutique oculaire.

On sait que de nombreux auteurs ont obtenu des sérums antipneumococciques doués de propriétés préventives, voire même thérapeutiques, assez manifestes dans l'infection expérimentale du lapin ou de la souris. Parmi les résultats les plus récents, Mennes a obtenu un sérum de chèvre dont 2 centimètres cubes préservent le lapin contre une dose cent mille fois mortelle, et qui guérit l'infection mortelle même lorsqu'il est injecté quatre heures après l'infection.

Pane utilise l'âne et obtient un sérum qui est déjà entré dans la pratique en Italie. Roemer a fait préparer à Hoechst un sérum antipneumococcique; il ne fait pas connaître la technique suivie pour l'obtention de ce sérum.

Quoi qu'il en soit, ce qui fait au point de vue pratique l'intérêt de ces recherches, c'est qu'au lieu de suivre les effets du sérum dans une infection à évolution relativement bénigne comme la pneumonie, il en a étudié les résultats dans l'ulcère à pneumocoques de la cornée où les infections sont faciles à surveiller et présentent une netteté indiscutable.

L'infection pneumococcique expérimentale est une septicémie qui n'atteint son maximum d'intensité que quelques heures avant la mort. Il est évident que pour qu'un sérum protège l'organisme, il faut qu'il soit en mesure de s'opposer à la prolifération microbienne, condition analogue à celle qu'on observe dans la peste. Le sérum antipneumococcique de Hoechst, comme celui de Pane, manifeste des propriétés bactéricides que l'on peut mettre en évidence par des expériences *in vitro* ou *in vivo*, et qui tiennent à la présence simultanée de substances sensibilisatrices et d'alexines. Le sérum chauffé à 60° perd sa propriété bactéricide, qu'il récupère par contre lorsqu'on l'additionne de sérum neuf (c'est-à-dire de l'alexine que le chauffage avait détruite). Dans la pneumonie, le sérum renfermerait toujours des substances immunisantes (Roemer a examiné les propriétés du sérum dans 6 cas) que l'on met très nettement en évidence si l'on a soin d'ajouter au sérum de pneumonique un peu de sérum neuf. On peut fort bien admettre que c'est par la production de ces substances immunisantes et leur accumulation dans le sérum que se produit la guérison naturelle dans la pneumonie. Dès que leur abondance est suffisante, la crise se produit en conséquence de la bactériolyse. Dans l'infection pneumococcique de la cornée, au contraire, quelle qu'en soit la durée, le sérum ne renferme à aucun moment de substances immunisantes. Roemer pense que cela tient surtout au nombre relativement faible de microbes par comparaison à leur abondance dans le foyer pneumonique. Cette absence de substances immunisantes dans le sérum expliquerait la longue durée de l'infection cornéenne et l'absence de guérison naturelle. Il est démontré, en effet, par des expériences de Roemer qu'il n'y a pas de différence entre le pneumocoque qui produit la pneumonie et celui qui donne lieu à l'ulcère serpigineux. Le sérum d'un lapin immunisé avec du pneumocoque provenant d'une pneumonie protège la souris contre l'infection par le pneumocoque retiré d'un ulcère serpigineux. Roemer s'est demandé aussi si, en raison de sa circulation spéciale et purement lymphatique, la cornée ne présentait pas à l'égard des substances immunisantes des propriétés spéciales. Par l'inoculation du bacille du rouget dans la cornée du lapin, et l'injection du sérum bactéricide contre le rouget dans les veines ou sur la peau, il lui a été facile de démontrer que les anticorps exercent leur action protectrice ou bactériologique aussi bien sur la cornée que sur tout autre point du corps. Il était donc à prévoir que l'effet d'un sérum antipneumococcique se manifesterait très nettement dans l'infection cornéenne. L'inoculation du pneumocoque dans la cornée du lapin donne lieu à une kératite suppurative à évolution aiguë qui n'a pas de ressemblance clinique avec l'ulcère serpigineux de l'homme. Les lapins qui ont reçu préventivement sous la peau 4 centimètres cubes de sérum antipneumococcique ne présentent après l'inoculation cornéenne aucun trouble oculaire, alors que les témoins ont des symptômes internes et succombent à l'infection généralisée en quarante-huit heures.

Chez le singe, l'infection cornéenne pneumococcique se rapproche davantage de l'infection humaine. Dans deux expériences sur cet animal, l'injection préventive de sérum a donné un résultat très net, en ce sens que l'ulcération ne se produisit pas.

Enfin, dans 5 cas d'ulcères serpigineux à pneumocoques chez l'homme, Roemer a expérimenté l'injection sous-conjonctivale et sous-cutanée de sérum antipneumococcique de Pane ou de Hoechst. Il s'agissait de cas dont le début de l'infection remontait de trois à six jours et qui, à l'exception d'un seul, présentaient un hypopion plus ou moins accusé. Dans un des faits, l'injection de sérum a été faite uniquement sous la conjonctive; c'est celui qui semble le moins démonstratif. Dans les autres cas, Roemer injecte de 2 à 10 centimètres cubes de sérum sous la peau et en même temps une dose variable sous la conjonctive. Dans tous les cas, l'injection fut suivie d'une diminution ou même d'une disparition de l'hypopion dans les vingt-quatre heures et d'une guérison assez rapide. Pratiquement, beaucoup de points restent à préciser, car il ne semble pas encore que la fabrication du sérum antipneumococcique soit définitivement établie, mais il paraît évident d'après ces expériences que la question est en passe de recevoir une solution prochaine.

V. Morax.

FACULTÉ DE PARIS

Nomination de professeurs. — M. Gaucher, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique des malades cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

MM. Coutière et Perrot, agrégés, chargés de cours à l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, sont nommés professeurs de zoologie et d'histoire naturelle des médicaments à la dite école.

Laboratoire d'anatomie pathologique. — Des conférences et démonstrations pratiques d'histologie pathologique auront lieu pendant les vacances, du 1er Août au 31 Octobre, au laboratoire d'anatomie pathologique de M. Cornil.

Août. — M. René Marie : Cœur. Vaisseaux. Rein. Mardi, jeudi et samedi, à 1 h. 1/2. — M. Milian : Appareil respiratoire. Lundi, mercredi et vendredi à 1 h. 1/2.

Septembre. — M. René Marie : Cœur. Vaisseaux. Rein. Du 1er au 15 Septembre, lundi, mercredi et vendredi, à 1 h. 1/2. — M. Dominici : Hématologie. Du 15 Septembre au 30 Octobre, lundi, mercredi et vendredi, à 1 h. 1/2. — M. Riche : Système nerveux. Du 1er au 30 Septembre, mardi, jeudi et samedi, à 1 h. 1/2.

Octobre. — M. Milian : La peau. Du 1er au 8 Octobre inclusivement, lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 1/2. — M. Brault : Les tumeurs. Du 10 au 31 Octobre, lundi, mercredi et vendredi, à 1 h. 1/2. — M. Letulle : Tube digestif et ses annexes. Du 4 au 31 Octobre, mardi, jeudi et samedi, à 1 h. 1/2.

L'ensemble du cours comprend sept sections. Le montant des droits à acquitter pour l'ensemble du cours est de 300 francs. — Le montant des droits pour trois sections, au choix des auditeurs, est de 50 francs.

Clinique chirurgicale de la Pitié. — Pendant la période des vacances, M. Gosset, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié. Il commencera ce cours le mardi 5 Août, à 8 h. 1/2.

Opérations et leçons cliniques les mardis, jeudis et samedis, à 8 h. 1/2.

NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : sur la proposition du ministre de la guerre, MM. Roux, médecin à Saint-Jean-en-Royans (Drôme), et Sassi, médecin à Sospel (Alpes-Maritimes); sur la proposition du ministre du commerce, M. Hamonic, médecin à Paris.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Grande Librairie Médicale A. MALOINE

Téléphone 810-88 *23-25, rue de l'École-de-Médecine, PARIS (6e)* Adresse télégraphique : **Maloine-Paris.**

Expédition franco dans le monde entier. — Par poste recommandée, 5 0/0 en plus. — Toute commande doit être accompagnée du montant.

Tous les ouvrages annoncés sont garantis **complets et de la dernière édition.**
N.-B. Pour les ouvrages d'occasion l'expédition sera faite *franco* seulement pour les ouvrages n'ayant pas d'indication contraire.
Bien indiquer sur la commande **exemplaire d'occasion.**

DERNIÈRES NOUVEAUTÉS

TRAITÉ PRATIQUE
DE LA SYPHILIS

Par le **Dr Henri BERDAL**

Ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, de l'hôpital du Midi (hôpital Ricord) et de l'hôpital Saint-Louis, Ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, Ancien assistant-adjoint de consultation à l'hôpital Saint-Louis, Membre de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

Avec 58 similigravures et 18 planches dont 17 en couleurs.

Complément du *Traité pratique des maladies vénériennes syphilitiques* publié précédemment.

Avec une préface de M. le Dr TENNESON Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

In-8° de 1.000 p., 1902, **15 fr.**; net, **13 fr. 50**

DICTIONNAIRE
DES
TERMES TECHNIQUES DE MÉDECINE

Contenant les étymologies grecques et latines, les noms des maladies, des opérations chirurgicales et obstétricales, les symptômes cliniques, les lésions anatomiques, les termes de laboratoire, etc.

PAR LES

Drs M. GARNIER ET V. DELAMARE

Préface de **G.-H. ROGER**, *Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.*

Un volume in-18, reliure souple, **6 50**; net, **5 75**

Achard. Nouveaux procédés d'exploration. Leçons de pathologie générale professées à la Faculté de médecine, recueillies et rédigées par Sainton et Lœper. in-18, 1902, 8 fr. net. . . . . . 7 fr.
Arnould. Nouveaux éléments d'hygiène, 4e édit. entièrement refondue avec 238 fig., in-8° cart., 1902, 20 fr. net, 18 fr.
Aud'houi. Traité de thérapeutique et de matière médicale, 2e édit. revue et mise au courant des derniers progrès, 2 vol. in-8°, 1902, 25 fr., net. . . . . 22 fr. 50
Berdal (H.). Traité pratique des maladies vénériennes, in-8° 1897, avec fig. et pl., col., 10 fr. net . . . . 9 fr.
Bonain. Traité de l'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte, avec 46 fig., in-18, cart., 1902, 4 fr., net . . 3 fr. 50
Broca. Leçons cliniques de chirurgie infantile, avec fig. in-8°, 1902, 10 fr., net 9 fr.
Brouardel et Gilbert. T. X et dernier. Maladies des nerfs périphériques, névroses, maladies des muscles, in-8°, 1902, 12 fr., net. . . . . 10 fr. 50
Cornil et Ranvier. Manuel d'histologie pathologique. T. II, avec 202 grav. n. et col., in-8°, 1902, 25 fr. net 22 fr. 50. Les tomes I et II ensemble, 50 fr., net. 45 fr.
Chantemesse et Podwyssotsky. Les processus généraux. Histoire naturelle de la maladie — Hérédité — Atrophies — Dégénérescences — Concrétion — Gangrenes, avec 162 fig. n. et col., grand in-8°, 1901. 22 fr., net. . . . . . . 20 fr.
Chipault. L'état actuel de la chirurgie nerveuse. T. Ier : France, Algérie, Belgique, Pays-Bas, Suisse, Portugal, Espagne, in-8°, 1902. 25 fr., net . . . . 22 fr. 50
Chipault. Travaux de neurologie chirurgicale et orthopédique, 6e année, in-8°, 1902, avec 99 fig., et 18 pl., 16 fr., net. 14 fr. 50
Comby. Traité des maladies de l'enfance. 4e édit. revue et augmentée, in-8°, 1902, 25 fr., net . . . . 22 fr. 50
Debove et Sallard. Précis de pathologie interne, in-18 rel. souple, 1902, 12 fr., net . . . . 10 fr. 50
Debry. Le vétérinaire moderne ou traité simple et pratique de l'art vétérinaire mis à la portée de tous, in-8°, 1901. avec fig., 8 fr., net . . . . 7 fr.
Debussières. Tableaux synoptiques de médecine d'urgence à l'usage des étudiants et des praticiens, in-8°, 1902, 5 fr., net. . . . . 4 fr. 50
Delvaille et Breucq. La santé de l'écolier, Guide hygiénique de l'instituteur, in-18, 1902, 3 fr., net . . . . 2 fr. 75
Dominici. Le ganglion lymphatique, in-8°, 1902, 1 fr. 25. . . . . 1 fr. 10
Fournier. Traitement de la syphilis, 2e éd., revue et augmentée, in-8°, 1902, 20 fr., net. . . . . 18 fr.
Galliot. Dysenterie aiguë et chronique. Étiologie, bactériologie, anatomie pathologique, in-18, 1902, 2 fr. 50, net, 2 fr. 25
Garrigue. Maladies microbiennes. Guérison de la tuberculose. Loi de défense des organismes vivants. Mécanisme physico-chimique de la vie, in-18, 1902, avec fig., 4 fr., net. . . . . . 3 fr. 50
Gastou. Les maladies du cuir chevelu (prophylaxie, hygiène et traitement) avec photogr., in-16, cart., 1902, 1 fr. 50, net . . . . 1 fr. 35
Gauthier (de Charolles). Les médications thyroïdiennes. Préface de Fr. Franck, ouvrage récompensé par l'Académie de médecine, in-8°, 1902, 5 fr., net. 4 fr. 50
Gérard-Marchant. Chirurgie du gros intestin, du rectum et de l'anus, in-18, rel., avec 39 fig., 1902, 6 fr., net. 5 fr. 25
Haushalter, Etienne, Spillman et Thiry. Cliniques médicales iconographiques. 8 fasc. in-4°, contenant 62 pl., 1902, 60 fr., net . . . . 54 fr.
Jousset. Constitution de la thérapeutique, in-8°, 1902, 2 fr., net . . . . . 1 fr. 75
Jennings. La guérison de la morphinomanie sans souffrance. Traduit de l'anglais par A. Ball, in-18 cart., 1902, 4 fr., net, 3 fr. 50
Kirmisson. Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence, avec 430 fig., in-8°, 1902, 15 f., net. . . . . 13 fr. 50
Knopf. Les sanatoria, traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire, 1900, in-8°, cart., avec 92 fig., 22 fr., net 20 fr.
Labbé. Le sang (Physiologie générale), in-16, cart. avec fig., 1902, 1 fr. 50, net, 1 fr. 35
Legrand. Une esquisse du conflit entre la cellule et le milieu, in-8°, 1902, 3 fr. net. . . . . 2 fr. 75
Legueu. Leçons de clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu, 1901), in-8°, avec 73 fig., 12 fr., net. . . . . 10 fr. 50
Malapert. Le caractère, in-18, 1902, 4 fr., net . . . . 3 fr. 50
Meige et Feindel. Les tics et leur traitement, préf. du prof. Brissaud, in-8°, 1902, 6 fr., net . . . . 5 fr. 25
Metchnikoff. L'immunité dans les maladies infectieuses, in-8°, avec 45 fig., 1901, 12 fr., net. . . . . 10 fr. 50
Miquel et Cambier. Traité de bactériologie pure et appliquée à la médecine et à l'hygiène, avec 224 fig., n. et col., gr. in-8°, 1902, 45 fr. net. . . . . . 40 fr.
Monod et Vauverts. Traité de technique opératoire, 2 vol., in-8°, avec nombreuses figures, 1902.
En souscription 34 fr., net. . 31 fr.
Tome I seul paru. A l'apparition du tome II, le prix de l'ouvrage sera augmenté.
Nicolle et Remlinger. Traité de technique microbiologique à l'usage des médecins et des vétérinaires, préface du Dr Roux (de l'Institut), in-18, 1902, avec 211 fig., 10 fr., net. . . . . 9 fr.
Pérez (L.). Ozène (Rhino-sinusite atrophique fétide). Bactériologie, étiologie, prophylaxie, in-8°, 1901, avec 2 vol., 3 fr., net. . . . . 2 fr. 75
Petit et Borne. Manuel pratique de bactériologie, parasitologie, urologie, anatomie pathologique, avec fig., in-18, 1902, 3 fr., net . . . . 2 fr. 75
Pignet et Hue. Nouveau procédé rapide pour l'analyse chimique de l'eau, in-18, 1902, 1 fr. 50 net . . . . 1 fr. 35
Pitres et Régis. Les obsessions et les impulsions in-18, 1902, 4 fr. net . 3 fr. 50
Politzer et Bruhl. Atlas-manuel des maladies de l'oreille, édit. française par le Dr Laurens, in-18, rel. souple avec 39 pl. chrom. comprenant 240 fig. col. et 88 fig., 1902, 18 fr., net . . . . 16 fr.
Pratique dermatologique. Traité de dermatologie appliquée par MM. Besnier, Brocq, Jacquet. T. III, avec 212 fig., n. et 19 pl. col., 1902, 40 fr., net. . 36 fr.
Rabaud. Anatomie élémentaire du corps humain, 4 pl. coloriées, à feuillets découpés et superposés, avec 60 fig., in-4°, cart. toile, 1902, 6 fr. net . . . 5 fr. 25
Rabaud. Notions élémentaires sur l'anatomie, la physiologie et l'hygiène de la grossesse, avec 1 pl. col. à feuillets découpés et superposés, in-4°, cart., 1902, 3 fr. 50, net. . . . . 3 fr.
Raisonnier. La zomothérapie dans la tuberculose pulmonaire chez les enfants. Traitement par la viande crue, procédé de Richet et Héricourt, in-18, 1902, 2 fr., net. . . . . 1 fr. 75
Ranaivo. Pratiques et croyances des Malgaches relatives aux accouchements et à la médecine infantile. In-8° 1902, 2 fr. 50 net . . . . 2 fr. 25
Richer (Paul). L'art et la médecine, in-4°, avec 342 fig., 1902. 30 fr., net. . 27 fr.
Rouhet. L'entraînement complet de l'homme avec nombreuses gravures, in-8°, 1902, 18 fr., net. . . . . . 9 fr.
Sicard. Le liquide céphalo-rachidien, in-18, 1902, 2 fr. 50, net. . . . . 2 fr. 25
Soupault. Les dilatations de l'estomac, in-16., cart., avec fig., 1902, 1 fr. 50, net. . . . . 1 fr. 35
Terrien. Chirurgie de l'œil et de ses annexes, gr. in-8° avec 311 fig., 1902, 15 fr., net. . . . . 13 fr. 50
Van Lint. Qu'est-ce qui détermine le sexe? in-16 cart., 1902, 2 fr. net. . . 1 fr. 75

OUVRAGES D'OCCASION A PRIX RÉDUITS

Fournier. Leçons sur la syphilis vaccinale, recueillies par le Dr Portalier; in-8°, 1889, 6 fr., net . . . . 2 fr. 50
Annuaire médical et pharmaceutique de la Roumanie. Renseignements officiels, mémorial thérapeutique, etc., par le Dr Michel Kohos, in-12, cart., 1898, 3 fr. net . . . . 1 fr. 50
Association française pour l'avancement des sciences. Compte rendu de 1877 à 1900, 31 vol. cart., 475 fr., net. 100 fr.
PORT A LA CHARGE DU DESTINATAIRE.
Blocq et Londe. Anatomie pathologique de la moelle épinière, 45 pl. en héliogravure avec texte explicatif, in-4°, 1891, 48 fr., net . . . . 25 fr.
Bonamy, Broca, Beau et Hirschfeld. Anatomie descriptive et système nerveux, 5 atlas in-4°, avec 517 pl. coloriées et 1 vol. texte bel., rel., 1/2 chag., 450 fr., net . . . . 200 fr.
Bouchard. Traité de pathologie générale, 5 vol. grand in-8, 1895-1901, rel. 1/2 chagrin, reliure neuve, net. 95 fr.
PORT A LA CHARGE DU DESTINATAIRE.
Briand (J.) **et Chaudé** (E.). Manuel complet de médecine légale, contenant un traité élémentaire de chimie légale, par J. Bouis, 1879, 2 vol. gr. in-8°, avec 5 pl. et 37 fig., rel. 1/2 chag., 24 fr. net . . . . 18 fr.
Brouardel, Gilbert et Girode. Traité de médecine et de thérapeutique. L'ouvrage complet, 10 vol. in-8°, 1895-1902, avec nombreuses figures, 120 fr., net. 90 fr.
PORT A LA CHARGE DU DESTINATAIRE.
Capitan. Les maladies infectieuses, causes et traitement, in-18, cart., 1896, 4 fr., net . . . . 2 fr.
Charcot. Leçons du mardi à la Salpêtrière polyclinique, 1887-89, 2 vol. in-4° avec figures, 40 fr., net. . . . . 25 fr.
Charcot. Clinique des maladies du système nerveux publiée par G. Guinon, 2 vol. in-8, 1893, avec 79 fig., 38 tableaux et 5 pl., 24 fr. net. . . . . 15 fr.
Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux, recueillies et publiées par Bourneville. Troubles trophiques, paralysies agitantes, sclérose, hystérie, hystéro-épilepsie, chorées rythmique, hystérique. in-8°, 1892, avec fig., et pl. 15 fr., net. . . . . 5 fr.
Charcot. Maladie des vieillards, goutte, rhumatisme, in-8°, 1890, avec 19 fig., 12 fr., net . . . . 4 fr.
Comby (Dr Jules). Traité des maladies de l'enfance, gr. in-8°, 1902, 25 fr., net, 18 fr.
Comby. Les médicaments chez les enfants, in-8°, 1900, 18 fr. net. . . . . . 13 fr.
Congrès international de médecine. Paris, 1900. Comptes rendus publiés sous la direction de Chauffard, 17 vol. in-8°, net . . . . 50 fr.
PORT A LA CHARGE DU DESTINATAIRE.
Cullerier. Précis iconographique des maladies vénériennes, gr. in-8° de 700 p. avec 74 pl. col., 1886, rel. 80 fr. net. 50 fr.
Debove et Achard. Manuel de médecine publié sous la direction de MM. Debove, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Achard, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-8°, 1892 97.
L'ouvrage complet, 9 vol., reliure souple, tête dorée, 144 fr.. net . . . . . 90 fr.
PORT A LA CHARGE DU DESTINATAIRE.
Debove et Achard. Manuel de thérapeutique, 3 vol. in-8°, rel. 1900-1902, 57 fr., net. . . . . 45 fr.
Dechambre. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales 100 vol. gr. in-8°, 1865-1889, avec fig., relié 1/2 basane à nerfs, rel. neuve, 1.200 fr., net. 300 fr.
Le même broché net. . . . . 200 fr.
PORT A LA CHARGE DU DESTINATAIRE.
Delage (Yves). L'année biologique, 1re, 2e et 3e année, 96 fr., net . . . . 60 fr.
Delthil. Traité de la diphtérie, son traitement et sa prophylaxie par les hydrocarbures, in-8°, 1891, 8 fr., net. . 4 fr.
Dujardin-Beaumetz. Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, 4 vol., et supplément ensemble, 5 vol., in-4, rel., 1/2 chagrin, 150 fr., net. . . . . 80 fr.
Etude expérimentale et clinique sur la tuberculose publiée sous la direction du professeur Verneuil, par le Dr L. Petit, 2 vol., in-8°, 1887-90, 30 fr., net. 10 fr.
Hallopeau et Leredde. Traité pratique de dermatologie, avec 24 pl., en couleurs et 15 fig., in-8°, rel., toile 1900, 30 fr., net. . . . . 22 fr.
Hardy. Traité pratique et descriptif des maladies de la peau, 1886, fig., in-8°, cart., 18 fr., net. . . . . 8 fr.
Hayem. Revue des sciences médicales de l'origine, 1873-1892, 39 vol., avec les tables, 585 fr., net. . . . . . . 100 fr.
PORT A LA CHARGE DU DESTINATAIRE.
Jaccoud. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 40 vol., gr., in 8°, 1867-1890, avec fig., 400 fr., broc., net . . . . 60 fr.
Le même, bonne rel., bas. neuve, 100 fr.
PORT A LA CHARGE DU DESTINATAIRE.
Labadie-Lagrave. Urologie clinique et maladies des reins, in-8, 1888, avec 40 fig., 18 fr., net. . . . . 6 fr.
Labadie-Lagrave. Maladies du foie, in-8, 1890, avec fig., 18 fr., net. . . . . 6 fr.
Laveran (A.) **et Teissier.** Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales, 2 vol., in-8°, 1894, avec fig., rel., 1/2 chag., 22 fr., net . . . . . . 12 fr.
Le même rel., 1/2 basane net . 10 fr.
Le Dentu et Delbet. Traité de chirurgie clinique et opératoire, 10 vol., in-8°, 1896-1901, 125 fr., net. . . . . . 90 fr.
PORT A LA CHARGE DU DESTINATAIRE.
Le Gendre, Barette, Lepage. Antisepsie médicale, chirurgicale et obstétricale, 2 vol., in-8, 1889, 20 fr., net. . . 8 fr.
Leloir et Vidal. Symptomatologie et anatomie pathologique des maladies de la peau, in-8°, et atlas, in-4, de 54 pl., en coul., relié toile, 70 fr., net. . . 35 fr.
Marvaud. Les maladies du soldat, étude étiologique, épidémiologique, clinique et prophylactique, fort vol., in-8°, 1894, 20 fr., net. . . . . 10 fr.
Masse. Petit atlas complet d'anatomie descriptive, in-18, composé de 113 pl., vol., rel., 36 fr., net . . . . . . 25 fr.
Le musée de l'hôpital Saint-Louis. Iconographie des maladies cutanées et syphilitiques avec texte explicatif par Besnier, Fournier, Tenneson, Hallopeau, Du Castel, Feulard et Jacquet.
In-folio contenant 50 magnifiques planches en couleurs. Toile, tête dorée, 100 fr., net. . . . . 40 fr.
En fasc., net. . . . . 35 fr.
Nimier et Despagnet. Traité élémentaire d'ophtalmologie, gr., in-8°, 1894, cart., avec 432 fig., 20 fr., net. . . . . 12 fr.
Perier. Des stations médicales, dans les maladies des enfants, in-12, rel., 1895, 6 fr., net . . . . 2 fr.
Pratique dermatologique. Traité de dermatologie appliquée, par MM. Besnier, Brocq, Jacquet, 4 vol., in-4°, avec nombreuses fig., en couleurs, souscription à l'ouvrage complet 150 fr., net. 100 fr.
(Le tome 4 sera envoyé neuf aussitôt paru.) PORT A LA CHARGE DU DESTINATAIRE.
Ricord. Traité complet des maladies vénériennes. Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens. Recueil d'observations suivies de considérations pratiques sur les maladies qui ont été traitées dans cet hôpital, gr. in-4°, 1851, avec 66 pl., coloriées, rel., 1/2 chagr., 133 fr., net. . . . . 25 fr.
Traité de thérapeutique appliquée publié sous la direction de Albert Robin. L'ouvrage complet porte 20 fascicules, 139 fr., net . . . . 95 fr.
PORT A LA CHARGE DU DESTINATAIR.
Witkowski. Curiosités médicales littéraires sur les seins et l'allaitement, in-8°, 1898, avec fig., br., 10 fr., net. . 6 fr.

La Librairie MALOINE se charge de l'impression des brochures ou volumes à des prix très réduits.

DEMANDER LE TARIF

N. B. — On trouvera beaucoup d'autres ouvrages annoncés en consultant les nos 17, 25 et 41 de 1902.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 62. — Samedi, 2 Août 1902. — 10 FRANCS par an.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD, Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

MÉDECINS ET ÉCONOMIE POLITIQUE

La politique devrait être de nos jours entièrement dépendante des intérêts économique. A notre époque il importe peu à un peuple de conquérir de vastes territoires; mais il est essentiel pour lui d'ouvrir des débouchés à l'activité de ses nationaux, il est essentiel pour lui de conquérir à son commerce et à son industrie des marchés nouveaux. Le rôle principal du gouvernement devrait être de guider l'activité économique, de protéger les intérêts de la communauté.

Dans un État moderne, chacun doit contribuer à la prospérité nationale; suivant l'expression de V. Bérard : laboratoire, atelier ou bibliothèque, plume, microscope ou marteau, chacun à sa place et avec son outil, doit concourir à l'œuvre commune, au développement pacifique de toutes les richesses nationales. Les hommes des professions libérales ont leur rôle utilitaire de la même façon que l'agriculteur ou l'artisan. Dans la ruche chaque abeille a son rôle et sa tâche; de la ruche sont bannis impitoyablement les frelons; de la ruche devraient être bannis les oisifs, les parasites, les exploiteurs.

*
* *

Les médecins n'appartiennent pas à la catégorie des frelons : ils prodiguent à leurs concitoyens leur temps, leur activité, leur dévouement, ils ont su créer dans leur pays un mouvement d'affaires considérables; par leurs publications, leurs travaux scientifiques, leurs découvertes, ils ont donné l'essor à des industries dont profite le pays tout entier.

Parmi les industries qui gravitent autour de la médecine et de la chirurgie, citons en première ligne l'industrie des instruments de chirurgie qui compte 21 fabricants à Paris, 20 en province, et environ 400 commerçants; l'ensemble de ces maisons occupe 300 ouvriers et 200 employés à Paris, 200 ouvriers et 150 employés en province; la production annuelle atteint 6.000.000 de francs, dont 1.500.000 francs sont exportés à l'étranger.

Citons les instruments en gomme et en caoutchouc, de création essentiellement française, dont la fabrication emploie 150 ouvriers et produit pour 2.000.000 de francs.

Citons les bandages herniaires occupant 70 fabricants, employant 1.000 ouvriers et 200 ouvrières, produisant pour 1.500.000 francs d'appareils utilisés en France et dans l'Amérique du Sud.

Citons les appareils de prothèse et d'orthopédie produisant 6.000.000 de francs et occupant un millier d'ouvriers hommes et femmes.

Au total, la production annuelle des fabricants ressortissant à la chirurgie est d'environ 22.000.000 de francs, dont 3.000.000 sont pour l'exportation.

Les spécialités pharmaceutiques fournissent au commerce d'exportation un appoint considérable.

Voici, d'après le Tableau général du commerce et de la navigation, publié par la Direction générale des douanes, les chiffres de médicaments importés pour l'année 1898.

Mexique	261.262 kilos.
Colombie	130.614 —
Venezuela	19.739 —
Brésil	323.241 —
Uruguay	53.218 —
Argentine	187.936 —
Pérou	18.225 —
Chili	60.645 —

Il faudrait citer également le mouvement d'affaires dont la librairie médicale est le point de départ.

A l'heure actuelle, où trop de gens sont enclins à juger défavorablement les médecins, il a paru bon à la *Presse Médicale* de citer quelques chiffres pour montrer le rôle économique important de notre profession.

* *

Les médecins font beaucoup pour leur pays; ils pourraient faire encore davantage. La Faculté de médecine de Paris, dont l'enseignement dans le monde entier est si hautement apprécié, pourrait aussi contribuer à la prospérité nationale en attirant de plus en plus les étudiants étrangers à ses leçons. Tout étudiant qui a puisé aux Écoles françaises les enseignements de la science reste pour toujours le propagateur des idées, des méthodes, des produits français.

Nous voyons, par exemple, dans un journal brésilien des plus lus, la *Revista medica de S. Paulo*, deux excellents amis de la France, Victor Godinho et Oliveira Fausto, commencer depuis un an la publication en langue française d'une série de lettres destinées à faire connaître au Brésil ce qui se passe en France au point de vue médical.

En même temps, le même journal publie en français le compte rendu des sociétés parisiennes les plus importantes : Académie des sciences, Académie de médecine, Société de chirurgie, etc.

Partout, en Roumanie comme au Brésil, en Russie comme dans l'Amérique du Nord, les médecins instruits en France savent propager les idées françaises. Comme l'a dit si excellemment le professeur Liembicki, de Lemberg, ce sont des colons scientifiques jetés à travers le monde, ce sont les pionniers de notre génie national et de notre civilisation, et j'ajouterai : ce sont les propagateurs de nos industries.

P. Desfosses.

V. E. M.

Voyage de 1902 (stations des Vosges et de l'Est). — Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon d'Alsace, Salins, Besançon-Mouillère. Du 8 au 16 Septembre 1902.

Les *Voyages d'études médicales* sont organisés dans un but d'intérêt général : faciliter aux médecins français et étrangers la visite et la connaissance pratique de toutes les stations thermales et climatériques de France.

Ces stations, très nombreuses et très variées, ont été divisées en plusieurs groupes, d'après leur situation géographique.

Chaque année, au mois de Septembre, un voyage comprend toutes les stations situées dans la même région.

Le voyage d'études médicales de 1902 — comme celui de 1899 aux stations du Centre et de l'Auvergne, celui de 1900 aux stations du Sud-Ouest et celui, de 1901 aux stations du Dauphiné et de la Savoie — est placé sous la direction scientifique de M. Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydro-minérale, ses indications et ses applications.

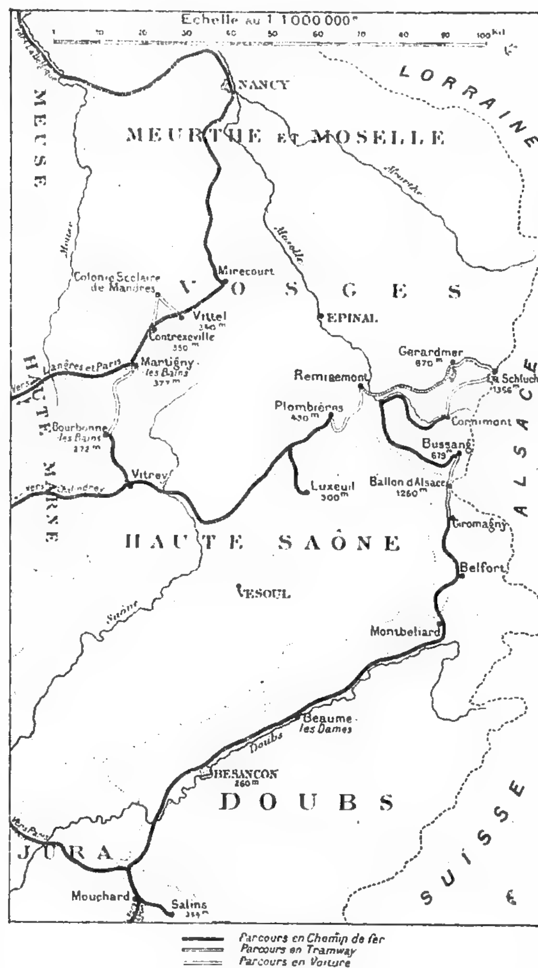
Sont seuls admis à ce voyage : les médecins français et étrangers et les étudiants en médecine; les femmes des médecins accompagnant leur mari.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser à M. Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe).

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 25 Août 1902, terme de rigueur.

Programme. — Dans la journée du dimanche 7 Septembre, concentration à Vittel de tous les adhérents à ce voyage.

Lundi 8 Septembre 1902. — A 8 heures, visite de Vittel. A midi, départ en voiture pour Mandres. Arrivée à Contrexéville vers trois heures. Visite de Contrexéville. Dîner et coucher, hôtel de l'Établissement.



Mardi 9. — Départ en chemin de fer à 8 h. 42 pour Martigny. Arrivée à 8 h. 54. Visite. Déjeuner. A 2 heures, départ en voitures pour Bourbonne. Arrivée vers 4 h. 1/2. Dîner. Coucher, hôtel de l'Établissement.

Mercredi 10. — Visite de Bourbonne. Déjeuner. Départ en chemin de fer à 1 heure pour Luxeuil. Arrivée vers quatre heures. Visite de la ville. Dîner. Coucher, grands hôtels de l'Établissement.

Jeudi 11. — A 8 heures, visite de l'Établissement. A 10 h. 30, départ en chemin de fer pour Plombières. Arrivée à 11 h. 30. Déjeuner. Visite de l'Établissement. Coucher, aux grands hôtels.

Vendredi 12. — A 7 h. 30 du matin, départ en voitures pour Remiremont par les Feuillées, la vallée des Roches. Arrivée à 11 h. 30. Déjeuner. A 2 heures, départ en tramway pour Gérardmer. Arrivée à la pointe du Lac vers 3 h. 1/4. A pied par la rive droite du Lac jusqu'à Gérardmer. Arrivée à la pointe du Lac vers 3 h. 1/4. A pied par la rive droite du Lac jusqu'à Gérardmer, ou continuation facultative par le tramway. Visite. Dîner. Coucher, hôtel de la Poste.

Samedi 13. — A 8 heures, départ en voiture pour La Schlucht. Arrivée à 10 h. 1/2. A midi, déjeuner. A 1 heure, départ en voitures pour Cornimont. Arrivée vers 3 h. 1/2. Départ en chemin de fer pour Bussang. Arrivée vers 6 h. 1/4. Visite. Dîner. Coucher, hôtel de l'Établissement.

Dimanche 14. — A 7 heures, départ en voitures pour le Ballon d'Alsace. Arrivée vers 11 heures. A midi, déjeuner. A 1 heure, départ en voitures pour Giromagny. Arrivée vers trois heures. Départ en chemin de fer pour Besançon par Belfort. Arrivée à Besançon vers 6 heures. Dîner. Coucher, hôtel de l'Établissement.

Lundi 15. — Départ en chemin de fer à 7 h. 1/2 pour Salins. Arrivée vers 9 h. 1/2. Visite. Déjeuner. Excursion. A 5 h. 1/4, départ pour Besançon, arrivée vers 6 h. 30. Dîner. Coucher.

Mardi 16. — Visite de l'établissement de la Mouillière. Déjeuner. Dislocation.

Conditions du voyage. — 1° Vittel est la première station prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément :

Pour arriver à la gare de Vittel (Compagnie de l'Est), les compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix à tous les médecins et étudiants en médecine, quel que soit le point de la France d'où ils partent. Pour recevoir, en temps voulu, ce billet de faveur, il est nécessaire d'indiquer très exactement, en s'inscrivant, la gare de départ, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français. Semblable réduction est accordée aux femmes de médecins par toutes les compagnies de chemin de fer, à l'exception de la compagnie du Midi.

Chaque voyageur peut arriver à Vittel, à son gré, dans la journée du 7 Septembre. Nous assurons le dîner et le coucher, à la condition d'être prévenus dix jours d'avance.

2° De Vittel à Besançon, les voyageurs visiteront en groupe les stations suivantes : Vittel, Mandres (colonie scolaire), Contrexéville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon d'Alsace, Salins, Besançon.

Prix à forfait : 200 francs par personne, payable en s'inscrivant. Ce prix comprend tous les frais du voyage, depuis le moment de l'arrivée à Vittel (dans la journée du dimanche 7 Septembre au gré de chacun), jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Besançon (le mardi 16 Septembre dans la soirée ou le mercredi matin 17 Septembre, au gré de chacun): trajets en chemin de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

3° Le mardi 16 Septembre, le dernier repas pris en commun sera le déjeuner à Besançon, à 11 heures environ. Après le déjeuner les voyageurs pourront, à leur gré, soit prendre à Besançon les trains pour leur résidence, soit rester à Besançon où nous assurons leur dîner, leur coucher et leur petit déjeuner le lendemain matin.

Pour retourner de Besançon (Compagnie P.-L.-M.) à son lieu de résidence, qui a été son point de départ, chaque médecin ou étudiant en médecine bénéficiera, comme à l'aller, en venant à Vittel, de la réduction de moitié prix sur les chemins de fer. Toutes les compagnies de chemins de fer — à l'exception de la compagnie du Midi — accordent la même réduction aux femmes des médecins.

En raison de la courte durée du voyage et des trajets importants en voiture, les voyageurs sont priés de réduire leurs bagages au strict nécessaire et de n'emporter qu'une valise d'un maniement facile. Ils devront veiller sur leurs bagages et en demeurent responsables pendant toute la durée du voyage.

Les compagnies de chemins de fer, en accordant d'une façon tout à fait exceptionnelle aux adhérents de ce voyage, la faveur de rejoindre isolément, avec des billets à demi-place, la première station de la tournée, Vittel, ont expressément spécifié qu'on s'y rendrait sans arrêt et par la voie la plus directe. Il en est de même pour le retour au lieu de résidence, en quittant la dernière station, Besançon.

Dans le cas où, pour un motif quelconque, le voyage n'aurait pas lieu, les personnes inscrites ne pourront prétendre qu'au remboursement des sommes versées.

Pour s'inscrire, envoyer : Son adhésion à M. Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe) : 1° son nom et son adresse lisiblement écrits; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français; 3° le jour de l'arrivée à Vittel;

Sa souscription, 200 francs, à M. le directeur du Crédit lyonnais, agence B., compte V. E. M., place de la Bourse, Paris.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 Août 1902, terme de rigueur.

LES RAVAGES DE LA VARIOLE

DANS L'INDO-CHINE FRANÇAISE

Par E. JEANSELME
Chargé de mission en Extrême-Orient.

En Extrême-Orient, il n'est pas de fléau plus meurtrier que la variole. Qui ne l'a vue s'abattre sur un territoire où la vaccine n'a pas pénétrée ne peut soupçonner le nombre incalculable de ses victimes. Aucune expression ne saurait rendre la puissance de ses coups [1].

Dans l'Indo-Chine française, et dans la province chinoise du Yunnam qui confine à nos possessions, j'estime que le QUART DE LA POPULATION INFANTILE SUCCOMBE A LA VARIOLE. Telle est la rançon prélevée par l'endémie. Mais, en temps de recrudescence épidémique, la mortalité devient encore plus considérable. En 1900, j'ai traversé des villages laotiens entièrement dépeuplés par la variole. A peine quelques vieillards, protégés par une atteinte antérieure dont ils portaient les marques, avaient survécu au fléau.

« C'est un fait connu, dit M. Simond, directeur de l'Institut Pasteur de Saïgon, que, dans les pays annamites, où la vaccination n'est pas régulièrement assurée, tous les enfants contractent la variole et qu'elle occasionne plus des deux tiers de la mortalité infantile... »; plus loin, il ajoute : « Nous avons vu, en 1888, des villages de la côte où, en période d'épidémie, on jetait par dizaines, chaque jour, les cadavres à la mer... » Il faut que ces races soient littéralement dominées par la terreur pour qu'elles consentent à une telle profanation, elles dont la religion fondamentale est le culte des morts !

D'après M. Nogué, au Cambodge, « il ne se passe pas d'années sans épidémie, et la porportion des enfants atteints est considérable : 90 pour 100 environ. La moyenne des décès serait de 60 à 70 pour 100 ».

* * *

Ce sont les *enfants de deux à cinq ans* qui sont le plus éprouvés par la variole. Aux yeux des Annamites et des Cambodgiens, c'est un mal en quelque sorte nécessaire, et l'enfant ne compte pas, comme membre de la famille, avant d'avoir payé son tribut à cette infection.

A cette prédilection de la variole pour le *jeune âge*, il y a deux causes principales à mon avis :

1° En Indo-Chine, les enfants ne sont pas vaccinés comme c'est la coutume en Occident. Ce sont donc des victimes en plein état de réceptivité offertes à l'endémie.

Les adultes, au contraire, ont à peu près tous eu la variole dans l'enfance [2]. Sans être immunisés d'une manière absolue, ils sont donc, par le fait d'une atteinte antérieure, plus réfractaires à la variole que les enfants ;

2° La variolisation est fort répandue en Indo-Chine. Elle contribue pour une large part à entretenir l'endémie. Au Laos, par exemple, on variolise communément les enfants à l'âge de douze à quatorze mois. On conçoit combien cette pratique aide à la dissémination de la maladie parmi des races qui, sans ignorer la contagion, méconnaissent les règles les plus élémentaires de la prophylaxie. Ce sont les médecins chinois qui ont vulgarisé la variolisation. Ils parcourent le pays, scarifiant le bras des enfants avec la pointe d'un couteau trempé dans du virus varioleux pris sur un sujet de choix. Ils obtiennent ainsi de larges pustules qui laissent des cicatrices de la taille d'une pièce de 1 franc. L'indigène paie volontiers une piastre (environ 2 fr. 50) par enfant inoculé.

Quant aux indigènes *adultes*, il est démontré que la variole spontanée ou inoculée, aussi bien que la vaccine, ne leur confère qu'une immunité *peu solide* et *fort courte*, comme en témoignent les récidives fréquentes de la variole et le succès des revaccinations. Ainsi s'explique qu'en temps d'épidémie, quand la puissance du virus est exaltée, presque tous les habitants, jeunes ou vieux, atteints ou non antérieurement, deviennent la proie de la variole, et qu'une population puisse être à peu près entièrement anéantie.

* * *

La mortalité est donc effroyable. La forme confluente enlève le plus grand nombre, et la forme hémorragique n'est pas rare. Encore n'est-ce pas tout. La variole mutile nombre d'indigènes auxquels elle laisse la vie sauve. De larges cicatrices kéloïdiennes ou rétractiles, des adénites suivies de suppurations intarissables, des arthrites terminées par ankylose, des amyotrophies, des néphrites chroniques, voilà les séquelles réservées aux malheureux qui survivent. Mais des suites de la variole, la plus redoutable entre toutes, c'est la *cécité*. Les aveugles abondent en Indo-Chine, et cette infirmité est pour une large part imputable à l'infection variolique.

* * *

La situation est grave. Elle exige une prompte et énergique intervention. Pour éteindre la variole ou tout au moins restreindre ses ravages, il n'est besoin que de *rendre la vaccination obligatoire et d'interdire la variolisation*.

Ces mesures, elles s'imposent au triple point de vue humanitaire, politique et économique :

Au point de vue humanitaire, car la France doit aide et assistance aux races qu'elle tient sous sa protection; elle a donc le devoir de les mettre à l'abri des maladies évitables; c'est une obligation morale à laquelle elle ne saurait se soustraire ;

Au point de vue politique, car l'extinction d'une maladie redoutée à l'égal de la peste et de la famine ne peut que grandir le prestige de l'Européen et lui donner un légitime ascendant sur l'indigène ;

Au point de vue économique, car tout ce qui limite le déchet humain, tout ce qui favorise le repeuplement des territoires dévastés par la variole, tout ce qui multiplie la main d'œuvre indigène vient en aide à nos colons et décuple leurs moyens d'action.

A défaut d'autres arguments, celui de notre propre intérêt est assez puissant, je pense, pour nous engager à entreprendre la lutte contre un élément de dépréciation qui amoindrit la valeur de notre domaine colonial.

Pour que la vaccination obligatoire soit pratiquement réalisable, il faut et il suffit :

Que l'indigène consente à se laisser vacciner ;

Que la lymphe vaccinale soit de bonne qualité et qu'elle soit produite en quantité convenable ;

Que les séances de vaccination s'effectuent régulièrement et qu'elles soient assez nombreuses pour ne pas exiger des populations un déplacement trop considérable.

* * *

Est-il bien difficile d'amener les indigènes à se laisser vacciner ? Assurément non. En voici la preuve :

« Les populations indo-chinoises connaissent l'efficacité de la vaccine, dit M. Simond, et s'empressent d'y recourir. »

« On peut dire qu'aujourd'hui le peuple cambodgien est acquis à la pratique de la vaccination », déclare de son côté M. Nogué.

Si l'indigène donne une piastre par enfant variolisé, dans un pays où la dépense journalière ne dépasse pas quelques sous, n'est-il pas logique d'admettre que la vaccination gratuite serait accueillie avec faveur ?

Il est donc établi que la population n'est pas hostile à la vaccination. Mais, dira-t-on, la lymphe vaccinale nous fait peut-être défaut ? En aucune manière.

* * *

Dès 1890, sur la proposition de M. G. Treille, le gouvernement français décidait la création d'un Institut vaccinal à Saïgon.

M. Calmette, auquel la direction de cet établissement fut confié, n'obtint tout d'abord que d'assez maigres résultats. Les vaches en Extrême-Orient sont moins vigoureuses qu'en Europe ; sur elles, l'éruption vaccinale se développe incomplètement; parfois même elle avorte. Mais, en 1892, M. Calmette essaya de vacciner de jeunes buffles ; il obtint de fort belles pustules dont le contenu, inoculé à l'homme, donna d'emblée 100 pour 100 de succès. Le moyen pratique de se procurer, en Indo-Chine, du vaccin abondant et d'excellente qualité était trouvé, et, depuis lors, le bufflon a été substitué à la génisse comme vaccinifère [1]. Sous l'habile direction de M. Simond, l'Institut de Saïgon a pris une rapide extension, et c'est aujourd'hui, de l'avis unanime, le plus bel établissement vaccinal de l'Extrême-Orient. M. Simond nous apprend que 327 bufflons ont été inoculés en 1898 et qu'ils ont fourni une quantité de lymphe suffisante pour 1.300.000 vaccinations. Cette lymphe, produite en quantité surabondante, est exportée en partie dans les pays voisins.

Les colonies anglaises et néerlandaises, le Siam, les Philippines, la côte de Chine nous demandent ce vaccin dont ils reconnaissent la vertu.

---

1. La variole inspire une telle crainte qu'elle a été déifiée. Sur la côte du Fokien, à Amoy, elle est adorée sous les traits d'un dieu et d'une déesse. Dans l'Inde, il existe aussi une déesse de la variole nommée Citalâ. Parmi les objets de son culte figure un chandelier à six branches dont on allume les bougies parfumées pendant les cérémonies faites en son honneur (musée Guimet, 2e salle, vitrine 10).

2. M. Simond a établi « que, dans les territoires du Tonkin où l'on n'avait pas pratiqué de vaccination, 95 pour 100 des adolescents examinés, entre quinze et vingt ans, portaient des stigmates de la variole ».

1. Le vaccin provenant de cet animal est très actif, — il a même produit de la vaccine généralisée sur quelques enfants ; — en outre, il résiste mieux aux températures élevées que le vaccin de la vache.

Mais pourquoi, dira-t-on, la variole continue-t-elle à exterminer les jeunes générations dans l'Indo-Chine française, puisque nous produisons du vaccin au delà de nos besoins?

Je répondrai : parce que cette arme prophylactique, faute d'être bien maniée, demeure inactive en nos mains. Les indigènes demandent à être préservés de la variole, cela est certain ; le vaccin ne laisse rien à désirer, je l'ai établi; mais nous ne savons pas le mettre à la portée des indigènes, et c'est ce qui fait échouer tous nos efforts.

Voyons donc comment fonctionne le service de la vaccine qui, en Indo-Chine, est exclusivement confié aux médecins des colonies. Je laisse la parole à M. Simond, directeur de l'Institut vaccinal, qui mieux que tout autre en a exposé récemment les défectuosités.

La Cochinchine (environ 2.000.000 d'habitants) est desservie par deux médecins vaccinateurs dont l'un est chargé de parcourir le territoire de l'Est et le second le territoire de l'Ouest. Grâce à la profusion des routes et des canaux et au bon vouloir des populations, ces deux médecins peuvent assurer le service vaccinal d'une manière satisfaisante. Ainsi, en 1898, ils ont pratiqué le chiffre énorme de 82.399 vaccinations et de 77.703 revaccinations.

Je me plais à reconnaître que les médecins des colonies ont su répandre la vaccination parmi les indigènes de la Cochinchine. Grâce à eux l'endémie, naguère terrible, a fait place aujourd'hui à de simples poussées épidémiques vite refrénées. Mais pour éviter le réveil toujours imminent de la variole, la lutte doit être continuée sans relâche, et sous aucun prétexte les tournées vaccinales ne doivent être suspendues. Or, c'est ce qui a eu lieu en 1898. Seule, la vaccine de l'Est, écrit M. Simond, a fonctionné toute l'année d'une manière normale. Le territoire de l'Ouest a été privé de son médecin vaccinateur à partir du mois d'Avril. Quelques tournées provisoires, effectuées en vue de parer à des épidémies menaçantes, ont très imparfaitement suppléé au service vaccinal régulier[1].

Au Cambodge, si l'on excepte Pnom Penh, la capitale, et ses environs immédiats, « le service vaccinal dans l'intérieur du pays n'est assuré que très irrégulièrement, par des tournées provisoires confiées au médecin en sous-ordre de l'hôpital de Pnom Penh quand il n'y a pas de malades ». Ainsi donc, la tâche écrasante de vacciner tout le royaume du Cambodge, où 1.500.000 habitants sont disséminés sur plus de 100.000 kilomètres carrés, incombe à un seul médecin; encore celui-ci, accaparé par des services multiples, ne peut il pratiquer la vaccination que par intermittence. Dans de telles conditions, on ne peut qu'admirer le zèle de ce médecin qui, en 1898, a fait 43.816 vaccinations, et 100.000, dit-on, l'année suivante. Quelle somme de labeur et d'énergie représentent ces chiffres! Mais combien sont insuffisants ces résultats dans un pays où la proportion des enfants atteints est estimée à 90 pour 100 et la moyenne des décès à 70 pour 100.

Sur la côte d'Annam, peuplée de 6 à 7 millions d'indigènes, la vaccine est pour ainsi dire inconnue en dehors des territoires avoisinants Huê et des trois ports principaux qui sont pourvus d'un médecin.

Au Tonkin, où la population est évaluée à 10 ou 12 millions, la vaccination dans les grandes villes du Delta est assez répandue ; mais dans l'intérieur du pays le service de la vaccine mobile est fort irrégulier. « En 1898, il n'a pas fonctionné, faute de personnel médical ».

Le Laos français, immense territoire dépeuplé par les guerres et la variole (1.000.000 d'habitants environ), est encore moins bien partagé. Il ne possède en tout que trois médecins qui font, de temps à autre, des tournées de vaccine, mais qui sont dans l'impossibilité absolue de suffire à la tâche. Souvent ils sont secondés par les fonctionnaires[1].

Mais, malgré ces louables efforts faits par des hommes de cœur et d'énergie, il faut reconnaître que « le nombre des vaccinations effectuées est encore extrêmement faible ».

* * *

En somme, dans notre grande colonie, en ce qui concerne le service de la vaccination, il n'existe aucune organisation d'ensemble, et les résultats obtenus jusqu'ici, la Cochinchine mise à part, sont notoirement insuffisants. Cela ne fait de doute pour personne, et récemment M. Simond a proposé un plan de réforme que je vais analyser brièvement. D'après ce projet, il suffirait d'étendre à toute l'Indo-Chine française l'organisation qui donne pleine satisfaction en Cochinchine. Le nombre des médecins vaccinateurs, qui est actuellement de trois, serait porté à huit, savoir :

Deux pour la Cochinchine, comme par le passé;

Deux pour l'Annam : l'un pour la région située au Nord de Huê, l'autre pour la région située au Sud;

Un pour le Cambodge : ce médecin vaccinateur, dit M. Simond, pourrait suffire à assurer la vaccine mobile « à condition qu'il soit pourvu, comme ceux de la Cochinchine, d'une chaloupe à vapeur, indispensable pour parcourir aux hautes eaux, pendant huit mois de l'année, les provinces les plus peuplées du pays » ;

Deux pour le Tonkin : l'un pour la région montagneuse, l'autre pour le Delta; ce dernier devrait avoir une chaloupe à vapeur à sa disposition;

Enfin un médecin vaccinateur suffirait à desservir le Laos; en raison des fatigues qu'entraînerait cette mission, la période coloniale du médecin, qui est réglementairement de deux ans, serait réduite à une seule tournée de vaccine durant quatorze mois.

En outre, les médecins du service général seraient chargés d'assurer la vaccination dans les régions limitrophes de leurs centres respectifs[2].

M. Simond estime à 158.000 francs le montant des dépenses qu'il faudrait consentir pour réaliser son projet de réforme et pour étendre le service de la vaccine à toute l'Indo-Chine[1]. Il évalue le chiffre des vaccinations annuelles qui seront opérées, si le système qu'il propose est adopté, à un minimum de 600.000 pour la vaccine mobile, et à 100.000 pour la vaccine des postes[2].

* * *

Au projet conçu par M. Simond, on peut, à mon avis, faire plusieurs objections sérieuses. Entre autres les suivantes :

Tout d'abord le mode de vaccination par les médecins européens, qui réussit en Cochinchine, donnerait-il nécessairement d'aussi bons résultats dans les autres parties de l'Indo-Chine? On peut en douter, car nombre de ces régions sont fort insalubres, et d'un accès difficile en raison de la configuration du sol. Et, d'ailleurs, parmi les races nouvellement conquises, il en est de peu malléables, celles du Haut-Tonkin, par exemple.

Je sais bien que les populations indo-chinoises ne nous sont pas systématiquement hostiles. Tous ceux qui ont vécu longtemps au milieu d'elles s'accordent à le reconnaître.

Mais pour que le blanc soit accueilli avec confiance par l'indigène, pour qu'il prenne sur lui un ascendant indiscutable, il faut que l'échange des idées soit possible. Or le médecin ne communique guère avec les habitants que par signes ou à l'aide d'un vocabulaire composé d'un petit nombre d'expressions informes. C'est là, sans nul doute, un des obstacles qui annihilent ses efforts ou tout au moins en restreignent la portée.

Réduit, en quelque sorte, à l'état d'aphasique, le vaccinateur qui ignore la langue du pays est à la merci de son interprète qui le trompe parfois, et qui rançonne souvent les indigènes.

Mais je suppose que le vaccinateur européen saura se concilier l'estime des populations. Le labeur qu'on lui impose n'est-il pas au-dessus de ses forces? Pour toute l'étendue du Laos, un seul vaccinateur est prévu. Or, cet unique vaccinateur, qu'exige-t-on de lui? Une campagne de quatorze mois dans des régions à peine explorées où il est bien difficile qu'il ne tombe pas malade sous l'action combinée de la fatigue, de l'impaludisme et du climat. Cette éventualité est donc à prévoir, et, si elle se réalise, le service de la vaccine sera suspendu pendant toute la durée de la période coloniale.

Qu'on ne vienne pas dire que le médecin malade sera suppléé. Il faudrait des mois pour que le remplaçant puisse rejoindre le centre du Laos, Vien Tian par exemple, en partant de Saïgon ou de Hanoï; et d'ailleurs le nombre des médecins des colonies est calculé si parci-

1. Il existe un service de vaccination pour les immigrants chinois et japonais, à leur arrivée à Saïgon. Le nombre des immigrants vaccinés, en 1898, s'est élevé à 21.508. C'est là une excellente mesure de protection qui devrait être étendue aux autres régions de notre empire indo-chinois.

1. Le colonel Tournier, résident supérieur du Laos, recommande à ses commissaires de pratiquer la vaccination, et lui-même, quand il est en tournée d'inspection, ne dédaigne pas de vacciner les villages par lesquels il passe. Dans le Bas-Laos, j'ai vu de très nombreux enfants de trois à huit ans qui avaient été vaccinés autrefois par ce haut fonctionnaire et qui portaient des cicatrices caractéristiques.

2. En principe, les médecins établis dans les divers postes de la Cochinchine doivent faire une séance de vaccinations chaque semaine dans le centre où ils résident; mais, en réalité, ces séances, pour divers motifs, sont tout à fait insuffisantes et presque illusoires.

1. Voici le détail des dépenses :

Solde et indemnité de huit médecins chargés de la vaccine mobile. . .	83.000 fr.
Personnel et entretien de quatre chaloupes à vapeur	33.000 —
Frais de transport par voie de terre.	20.000 —
Frais et indemnités pour le service de la vaccination dans les postes, par les médecins du service général. .	8.000 —
Frais de préparation du vaccin. . .	14.000 —
Total.	158.000 fr.

2. A raison de 700.000 vaccinations par an, il faudrait plus de vingt-huit ans pour vacciner chacun des habitants de l'Indo-Chine dont la population est évaluée en moyenne à 20 millions.

monieusement en Indo-Chine, en raison des nécessités budgétaires, qu'on ne peut remplir un vide imprévu sans dégarnir un autre service.

Telles qu'elles sont fixées par M. Simond, les circonscriptions vaccinales confiées à chaque médecin sont d'une telle étendue qu'il ne pourra visiter que les principales agglomérations. Les habitants des villages situés loin des grandes routes devront donc faire un trajet assez considérable pour rencontrer le vaccinateur; or c'est ce qu'il faut éviter à tout prix, si l'on veut que l'indigène vienne se faire vacciner de son plein gré.

Enfin, et c'est la plus grosse objection qu'on puisse adresser au projet Simond, qu'est-il besoin d'un médecin pour pratiquer la vaccination? Cette tâche, ingrate et fastidieuse, tout homme intelligent, quoiqu'il soit étranger à la médecine, ne peut-il pas la remplir? Sans doute, si la lymphe faisait défaut, s'il fallait vacciner de bras à bras, le choix du vaccinifère ne devrait être confié qu'à un médecin. Mais puisque nous regorgeons de vaccin animal, il n'est nullement nécessaire que le vaccinateur possède des connaissances médicales. Pour ces divers motifs, je pense que le système proposé par M. Simond serait difficilement applicable, entraînerait des mécomptes et des dépenses inutiles.

*
* *

Tandis que nous luttons péniblement contre la variole, les Hollandais et les Anglais, dans leurs colonies d'Extrême-Orient, ont su réaliser la vaccination obligatoire. Dans les Indes néerlandaises, l'introduction de la vaccine remonte à plus de quatre-vingts ans [1].

Les colonies anglaises ont pris également une grande avance sur nous. L'ordonnance qui rend la vaccination obligatoire dans les Établissements du Détroit est entrée en vigueur dès 1868. Le « vaccination Act », qui interdit l'inoculation variolique et enjoint aux parents de faire vacciner leurs enfants, est applicable à la plupart des municipalités et cantonnements de la Basse-Birmanie depuis 1880; ce même Act a été étendu à la Haute-Birmanie dès le lendemain de la conquête (1886).

Nos voisins sont donc parvenus, et cela sans grosses difficultés, sans frais trop considérables, à établir la vaccination gratuite et obligatoire dans leurs colonies. *Mais, qu'on le sache bien, s'ils réussissent à mettre leurs possessions à l'abri de la variole, c'est en employant, pour une bonne part, notre propre vaccin provenant de Saïgon.* Ainsi nous fabriquons une lymphe dont l'excellence est reconnue. Nous en exportons dans les colonies anglaises et néerlandaises qui savent l'utiliser, tandis que, dans le même temps, la variole fait rage et fauche d'innombrables victimes dans l'Indo-Chine française! N'est-ce pas là, je le demande, un résultat aussi surprenant qu'humiliant pour nous? Et cela ne doit-il pas, en bonne logique, nous engager à étudier de près un procédé de vaccination qui chez nos voisins a fait depuis longtemps ses preuves?

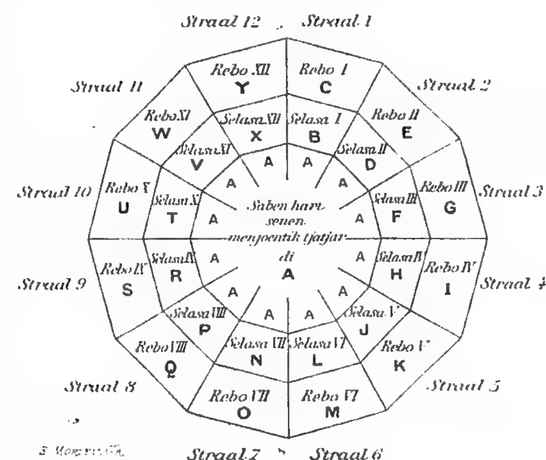
Ce système anglo-hollandais diffère radicalement du nôtre en ce qu'il substitue aux médecins européens de simples vaccinateurs indigènes.

De là découle toute l'économie de ce système.

Une longue expérience prouve que les populations acceptent le vaccinateur indigène sans protester. Et d'ailleurs, ce vaccinateur, pourquoi ne gagnerait-il pas la confiance des habitants, lui qui est de leur race, qui parle leur langue, qui connaît leurs us et coutumes et qui les respecte [1]?

La bonne entente ne cesserait d'exister que si l'indigène chargé du service vaccinal commettait des abus ou des actes de vénalité. Aussi les divers règlements anglais et hollandais concernant la matière ont-ils organisé un service de surveillance, de contrôle et d'inspection, destiné à prévenir ou à réprimer toute tentative de prévarication.

Les émoluments dont se contente un vaccinateur indigène sont minimes. Tandis qu'il en coûte au budget de l'Indo-Chine 10.000 francs, en moyenne, pour chaque médecin vaccinateur européen, sans compter les frais considérables de transport, la somme allouée à un vaccinateur indigène de Java est de 375 florins par an, soit moins de 1.000 francs.



Légende explicative.

Termes malais.
- *Senen* = Lundi.
  (Saben hari senen menjoentik tjatjar di A. — Chaque Lundi vaccination en A.
- *Selasa* = Mardi.
- *Rebo* = Mercredi.

Cette modicité des salaires permet, ce qui est capital, de créer de nombreux postes de vaccinateurs et de substituer la vaccine fixe, rayonnant autour d'un centre, résidence du vaccinateur indigène, aux tournées de la vaccine mobile. Cela permet au vaccin de venir au-devant des populations, de s'offrir à elles, de les solliciter pour ainsi dire.

*
* *

Le service de la vaccine rayonnante, tel qu'il fonctionne à Java, me paraît être le système qui réalise le mieux les desiderata. Le territoire de l'île a été divisé en un certain nombre de districts vaccinaux dont le rayon ne doit pas excéder 25 palen [1]. Chacun d'eux est subdivisé en trois cercles concentriques. Pour le cercle le plus interne, il n'y a qu'un seul lieu de vaccination, situé, autant que possible, au centre où le vaccinateur indigène doit établir sa résidence habituelle.

Quant aux cercles moyen et externe, ils comprennent plusieurs lieux de vaccination dont le nombre est proportionnel à la superficie de ces zones et à la densité de leur population. Comme, dans ces deux cercles extérieurs, les centres de vaccine sont en nombre égal et à peu près équidistants les uns des autres, il en résulte que ces centres sont situés deux à deux sur un même rayon.

A chacun d'eux ressortit un certain nombre de kompongs ou villages dont l'ensemble constitue un sous-district vaccinal. Leur étendue est calculée de telle sorte que la distance à parcourir pour les habitants les plus éloignés du lieu de rassemblement ne dépasse pas 5 palen.

Un coup d'œil jeté sur le schéma ci-joint, auquel les Hollandais donnent le nom caractéristique de Straalkaart, fait bien comprendre la distribution des sous-districts autour d'un centre commun et le mécanisme de la vaccine rayonnante.

Les trois premiers jours de chaque semaine, le praticien vaccine dans les trois sous-districts appartenant au même secteur; savoir, le lundi au centre du cercle intérieur, lieu de sa résidence, le mardi dans l'un des sous-districts du cercle moyen, et le mercredi dans l'un des sous-districts du cercle extérieur.

La semaine suivante, le vaccinateur passe dans le secteur adjacent. Poursuivant ainsi ses tournées dans un ordre déterminé, il visite successivement tous les secteurs de son district. Un cycle vaccinal complet exige donc autant de semaines qu'il y a de secteurs dans le district.

Le vaccinateur tient un journal de ses opérations. Chaque jeudi, après la fin de son excursion hebdomadaire, il indique au chef indigène le lieu de vaccination pour la semaine suivante, et les noms des kompongs qui doivent envoyer des enfants pour être vaccinés. Il joint à cet avis la liste nominative des enfants qui ont été vaccinés ou revaccinés, au même lieu, lors d'une tournée précédente, afin qu'il puisse vérifier si la vaccination a réussi ou non. Au jour dit, le vaccinateur procède de la manière suivante :

Il inscrit d'abord dans son journal le nom des enfants qui ne peuvent être vaccinés pour cause de maladie. Il fait ensuite venir les enfants vaccinés dans la tournée précédente pour les examiner et les revacciner, séance tenante, s'il y a lieu. Après quoi, il vaccine les enfants convoqués pour la première fois en les marquant nominativement sur son journal.

Tout enfant en bas âge, sans qu'il soit fixé de limites, doit être vacciné [2]. Il est fait quatre piqûres sur chaque bras avec un vaccino-style individuel chargé de lymphe [3].

1. Un règlement sur l'emploi du vaccin, qui date de l'année 1820, contient les dispositions suivantes :
Dans toutes les résidences, il y aura un chef de la vaccine, de préférence le médecin local (art. 3).
Ce médecin vaccinera chaque semaine, à jour fixe; dans le cas de non-réussite, les enfants devront être revaccinés (art. 4).

1. Le règlement sur la vaccine dans les Indes néerlandaises dit expressément qu'il ne faut nommer, autant que possible, comme vaccinateurs, que des individus originaires de la région, et en tout cas ne jamais faire choix d'une ersonne ignorant la langue du pays.

1. Le *paal* (au pluriel *palen*) est une mesure de distance en usage aux Indes-Néerlandaises. Il équivaut à 1507 mètres à Java, et à 1851 à Sumatra.
2. L'instruction sur la vaccination dit que l'âge le plus convenable est compris entre deux et cinq mois et une année.
3. Lors de mon passage, on apprenait aux vaccinateurs à faire, au lieu de piqûres, une scarification de 1 cent. 1/2 de longueur sur chaque côté. Ce procédé serait préférable au mode habituel de vaccination.

L'opération n'est considérée comme réussie que si l'on compte un total de trois pustules bien développées ou des cicatrices de vaccine suffisamment larges et bien visibles. La revaccination se fait entre sept et neuf ans.

Lorsque la variole est signalée dans une région, celui qui a dans ses attributions la surveillance du service vaccinal fait une enquête personnelle, et, s'il juge que la maladie a pris un caractère épidémique, il ordonne la revaccination en masse de tout le district ou du sous-district contaminé[1].

* * *

Parfait en théorie, le système actuellement en vigueur, à Java prête à la critique dans l'application.

Le parc vaccinogène créé à Weltwreden (près de Batavia) en 1890 ne peut produire de la lymphe que pour 300.000 vaccinations par an, ce qui ne permet pas de faire face aux besoins d'une population de plus de 25 millions d'habitants. Le vaccin animal, malgré les emprunts faits à Saïgon, ne peut être fourni en quantité suffisante aux vaccinateurs indigènes. Là est le point faible. En réalité, la plupart des vaccinations se font de bras à bras, ce qui ne laisse pas d'être dangereux dans un pays où la lèpre est fréquente et la syphilis fort répandue. Mais ces défectuosités ne doivent pas être imputées au système adopté, elles ne sont pas inhérentes à lui, et disparaîtront dans un avenir prochain[2].

La mode de vaccination que je viens d'exposer n'est appliqué dans toute sa rigueur qu'à Java et à Madoera, sa dépendance. Dans les « possessions extérieures », c'est-à-dire le reste des Indes néerlandaises, la vaccination *n'est pas obligatoire*. Toutefois les chefs indigènes de district et de village sont expressément invités à favoriser le but que poursuit le gouvernement en introduisant la pratique de la vaccination. L'opérateur doit invoquer leur assistance pour qu'ils amènent par persuasion leurs ressortissants à se laisser vacciner. Dans la crainte d'indisposer les indigènes, il est recommandé de ne pas obliger les parents à présenter leurs enfants, à fin de vaccination, à plus de 4 ou 5 palen.

Exception n'est faite à cette dernière stipulation que si le vaccin s'est éteint dans un district[3].

* * *

Dans les établissements du Détroit, colonie anglaise située dans la presqu'île de Malacca, le territoire est divisé, comme celui de Java, en aires de vaccination, pourvues chacune d'un « Public Vaccinator ».

Voici les dispositions essentielles de l'ordonnance de 1868 « to extend and make compulsory the practice of Vaccination ».

1° Tout enfant, âgé de moins de sept ans, qui entre dans la colonie, doit être vacciné dans les trois mois;

2° Tout enfant, né dans la colonie, doit être vacciné dans les trois mois qui suivent sa naissance.

Les parents ou, à leur défaut, le tuteur, sont tenus d'amener l'enfant au « Public Vaccinator » du district qui le vaccinera. Au jour correspondant de la semaine suivante, l'enfant doit être soumis à l'inspection du « Deputy Superintendent of Vaccination » qui délivrera un certificat de vaccine en cas de succès, et, dans le cas contraire, pourra faire immédiatement revacciner l'enfant.

Quand le Deputy Superintendent of Vaccination juge qu'un enfant n'est pas en état d'être vacciné, il délivre aux parents un certificat mentionnant cette particularité. Ce certificat est renouvelé de deux en deux mois jusqu'à ce que la vaccination puisse être pratiquée.

Quand un enfant a déjà eu la variole, ou quand il a été vacciné trois fois sans succès, le Deputy of Vaccination établit un certificat énonçant le cas.

3° Toute infraction à l'Ordonnance sur la vaccination entraîne une amende de 5 dollars, et, en cas de récidive, de 25 dollars;

4° Le médecin qui délivre un faux certificat de vaccine commet un délit et est poursuivi conformément à la loi;

5° La variolisation est interdite. La personne coupable de ce délit est condamnée à 100 dollars d'amende, ou à un emprisonnement n'excédant pas six mois, ou cumulativement à ces deux peines[1].

Dans une notable portion de l'empire anglo-indien (provinces du Nord-Ouest, Bengale, Assam, Birmanie), la vaccination gratuite et obligatoire est organisée, en principe, par un « Act » unique promulgué en 1880. En principe, car il ne devient exécutoire dans une circonscription territoriale qu'à la demande des populations intéressées. Entre autres dispositions contenues dans ce texte législatif, je signale les suivantes :

Tout corps municipal peut demander au gouvernement local l'extension de l'Act à la totalité ou à une partie d'une municipalité. Chaque habitant a six semaines pour présenter ses objections par écrit. Le gouvernement local, s'il le juge convenable, rend l'Act obligatoire par notification dans la *Gazette officielle*.

Dans ce cas, l'inoculation variolique est interdite, et le territoire est divisé en vaccination-circles qui sont pourvus chacun d'un centre de vaccine (public vaccine-station), de vaccinateurs et de superintendents of vaccination.

Tout garçon de moins de quatorze ans, toute fille de moins de huit ans, doit être vacciné[2].

Divers certificats établissent suivant les cas : 1° si l'enfant a été vacciné; 2° s'il l'a été avec succès; 3° s'il n'est pas en état d'être vacciné; 4° s'il est réfractaire à la vaccine.

Dans chaque circonscription territoriale, le corps municipal désigne la nature de la lymphe qui doit être utilisée. Cependant, si les parents expriment le désir que leur enfant soit vacciné avec de la lymphe humaine au lieu de lymphe animale, ou réciproquement, il est fait droit à leur demande.

Les infractions aux dispositions contenues dans l'Act de 1880 ont pour sanction deux peines qui peuvent être infligées ensemble ou séparément : un emprisonnement, dont la durée est de six mois au plus, et une amende dont le montant s'élève à 1.000 roupies au maximum.

Dans la Haute-Birmanie, dès les premiers temps de l'occupation anglaise, l'Act de vaccination a été appliqué partiellement; il a gagné peu à peu du terrain, et, depuis une dizaine d'années, il s'étend sur toute la vaste et fertile plaine de l'Irraouaddy[1].

Les missionnaires qui sont établis depuis longtemps dans la contrée se souviennent qu'autrefois la variole était commune et faisait beaucoup d'aveugles; aujourd'hui, grâce à l'extension rapide de la vaccination, le péril est conjuré et ce fléau a presque disparu[2].

* * *

Arrivé au terme de cette étude, il faut en dégager l'enseignement qu'elle contient. Tenter d'introduire dans notre colonie d'Indo-Chine, sans modifications ni retouches, le système qui fonctionne à Java, serait, je pense, aller au-devant d'un échec certain. Ce que les Hollandais implantés depuis longtemps dans l'Insulinde ont accompli, nous ne sommes pas en état de le faire en Indo-Chine où nous sommes de nouveaux venus.

C'est un point qu'il importe de bien établir. Trois siècles se sont écoulés depuis que la Compagnie des Indes Orientales a fondé ses premiers comptoirs à Java; et les fonctionnaires hollandais, qui sont passés maîtres dans l'art de la colonisation, ont à ce point modelé le peuple javanais qu'il est devenu l'instrument docile et, en quelque sorte, la chose du conquérant.

Quant à nous, débarqués il y a une quarantaine d'années tout au plus en Cochinchine, colonie longtemps jugée sans avenir, nous ne somme parvenus à souder les divers fragments de notre empire indo-chinois qu'au prix de luttes opiniâtres. L'œuvre de pacification est aujourd'hui achevée, mais l'unité administrative, tard venue, n'a pas encore réussi à effacer l'absence d'homogénéité et de plan d'ensemble dans les divers services, et dans l'organisation médicale en particulier[3].

---

1. La vaccination pratiquée dans les lieux de rassemblement fixés par l'autorité administrative est gratuite. Mais celle qui est opérée, sur demande, dans une habitation privée, peut donner lieu à une allocation raisonnable. Les certificats de vaccine sont délivrés sans frais.

2. Aux îles Hawaï ou Sandwich, la grande poussée épidémique de lèpre aurait suivi la diffusion de la vaccine. D'après Arning, alors que cette maladie était très rare avant la vaccination générale, pour laquelle on utilisa de la lymphe provenant en partie de lépreux, plus de 50 cas auraient existé un an plus tard.

3. En bien des points des « possessions extérieures », la vaccination obligatoire se pratique aussi rigoureusement qu'à Java; à Padang (côte orientale de Sumatra) et à Bandjermasin (Bornéo), par exemple.

1. L'art. 4 de l'Ordonnance dit que le public vaccinator, s'il le juge convenable, peut prendre sur un enfant de la lymphe pour pratiquer d'autres vaccinations. J'ignore si cette disposition est tombée en désuétude.

2. Cette stipulation n'oblige que l'enfant non immunisé, « unprotected », c'est-à-dire qui n'est pas protégé par une atteinte antérieure de variole naturelle ou inoculée, par une vaccination suivie de succès, ou qui n'a pas été reconnu réfractaire à la vaccination.

1. Voici comment procède le vaccinateur dans cette région : il visite tous les villages de son cercle, et le chef indigène lui fait apporter les enfants à vacciner. Huit ou quinze jours plus tard, il repasse pour constater les résultats.

2. L'Angleterre — il est piquant de le constater — a cru pouvoir se soustraire récemment à la vaccine obligatoire qu'elle impose à ses colonies. Le résultat ne s'est pas fait attendre, et l'apparition de la variole, sous forme épidémique, lui a démontré qu'elle faisait fausse route.

3. On pourrait objecter que la conquête de la Haute-Birmanie et celle du Tonkin datent de la même époque. Or, tandis que les Anglais ont su organiser, sans différer, le service médical et celui de la vaccine, dans leur nouvelle colonie, les services similaires en Annam et au Tonkin sont encore à l'état rudimentaire. Cela est exact, mais il ne faut pas opposer l'une à l'autre deux situations qui ne sont pas comparables. Les Anglais ont pénétré dans la Haute-Birmanie sans coup férir, appelés pour ainsi dire par le vœu de la population; et pour rendre la vaccine obligatoire, ils n'ont eu qu'à étendre l'Act de 1880 à leur nouvelle possession et à emprunter le personnel chargé de l'appliquer au cadre de l'Inde.

Mais si nous ne devons pas copier à la lettre le système hollandais, nous pouvons tout au moins nous en inspirer.

Parmi les réformes qui pourraient, dès à présent, être réalisées, je considère les suivantes comme les plus urgentes :

1° Substituer à la vaccine itinérante la vaccine rayonnant autour d'un centre;

2° Diviser le territoire de l'Indo-Chine en districts de vaccination;

3° Confier chacun de ces districts à un vaccinateur indigène qui, dans son ressort, suivra un itinéraire indiqué d'avance et tracé de manière à n'imposer aux habitants que le minimum de déplacement [1];

4° Amener les habitants à la vaccine par la persuasion, car nous ne pourrons pas, d'ici longtemps, les y obliger par contrainte;

5° N'admettre dans les écoles, les services administratifs, et, d'une manière générale, ne tolérer dans l'entourage des Européens que des sujets vaccinés;

6° Soumettre à de fréquentes revaccinations d'office les troupes indigènes, les miliciens, les agents de police, les prostituées et les prisonniers [2];

7° Vacciner tous les immigrants de couleur au moment de leur entrée sur le territoire de l'Indo-Chine;

8° Placer les vaccinateurs indigènes sous la surveillance et le contrôle des médecins des colonies qui feront des tournées inopinées d'inspection;

9° Réprimer sévèrement tout acte de vénalité de la part des vaccinateurs indigènes.

Tel me paraît être le minimum exigible pour le temps présent. Dans l'avenir, et par amendements successifs, la vaccination pourra être rendue obligatoire, d'abord dans certaines régions, puis sur toute l'étendue de la colonie. Ce but, vers lequel il faut tendre, ne pourra être atteint que le jour où l'état nominatif des habitants sera dressé. Cet état existe déjà pour la Cochinchine, et la vaccine obligatoire pourrait être, dès à présent, inaugurée dans cette portion, la plus riche et la plus fertile de notre empire indo-chinois.

***

Je crois avoir exposé, en toute impartialité, les éléments de la cause. Ma conclusion, qui sera celle du lecteur, si je me suis fait bien comprendre, est la suivante :

Extinction de la variole, — vaccination gratuite et obligatoire, — vaccinateurs indigènes, sont trois idées connexes et inséparables. Engageons la lutte contre le fléau avec des armes appropriées et la victoire est certaine.

1. Le premier soin de l'École de médecine indigène récemment fondée à Hanoï devrait être, à mon avis, de recruter et de former un corps de vaccinateurs. Plusieurs de ceux-ci devraient toujours être disponibles et prêts à être dirigés sans retard sur le lieu où éclate une épidémie variolique.

2. En visitant les prisons de l'Annam, j'ai vu plusieurs fois des détenus couverts de pustules varioliques, vivant au milieu des autres prisonniers indemnes.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT D'UN ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE POPLITÉE EXTIRPATION DU SAC

Le chef Djara, quartier-maître à bord du vapeur anglais *Mass*, fut amené à mon cabinet le 20 Septembre dernier pour être opéré, me disait-on, d'un abcès siégeant à la jambe droite. Le capitaine du navire, fort heureusement, n'avait pas voulu se charger de cette opération.

C'est avec peine que le malade gravit mes deux étages. Immédiatement allongé sur ma table d'opération, je procédai à l'examen du membre malade, et je constatai que le prétendu abcès n'était autre qu'un anévrisme du creux poplité droit, tumeur liquide animée de battements isochrones au pouls, expansion, thrill, souffle, le tout disparaissant par la compression de l'artère fémorale au sommet du triangle de Scarpa.

Il ne paraît pas y avoir de circulation veineuse supplémentaire, détail d'ailleurs difficile à apprécier chez un homme de couleur marron foncé.

L'impotence fonctionnelle est totale; aussi a-t-il fallu une dose d'énergie considérable à ce malade pour descendre de son bord et venir chez moi.

Cet homme parlant hindoustani, il m'est difficile de détailler son histoire. Cependant, possédant quelques mots de cette langue, et aidé par ma connaissance de l'anglais, je crois avoir établi la chronologie des accidents.

Le début semble s'être produit soudainement. Deux mois avant son arrivée à Marseille, au moment où il quittait la côte de Coromandel, le malade éprouva des douleurs très vives dans la jambe droite, douleurs qui s'exagéraient pendant la nuit, et surtout pendant la marche. Peu à peu ces douleurs devinrent constantes, à tel point que Djara ne pouvait se tenir dans sa couchette, et ce n'est qu'au prix des plus grands efforts qu'il arrivait à satisfaire ses besoins les plus urgents.

Peu de temps après le début des douleurs, apparut une petite tumeur au creux poplité droit. C'est alors que le malade fit appeler le capitaine du bord qui, croyant à un abcès, ordonna d'appliquer des cataplasmes de farine de lin, qui furent continués deux mois durant sans beaucoup de résultat. C'est dans cet état qu'il se présenta chez moi.

***

En quittant mon domicile, le malade fut transporté à l'infirmerie du Sailor-Home, où je le revis en consultation avec mon confrère et ami M. Acquaviva, chirurgien des hôpitaux.

Après examen, nous fûmes d'avis de tenter l'extirpation radicale de l'anévrisme, comme si l'on se trouvait en présence d'une tumeur solide, tous les autres procédés nous paraissant avoir donné jusqu'ici des résultats peu brillants.

L'opération décidée, et acceptée par le malade et le capitaine son tuteur, est pratiquée le 24 Septembre par M. Acquaviva, auquel M. Pujol et moi servons d'aides.

Application de la bande et du tube d'Esmarch, asepsie du champ opératoire.

Par une incision longue de 10 centimètres, au milieu du creux poplité, on incise la peau, qui offre une teinte blanchâtre à la suite des applications réitérées de cataplasmes. Le tissu cellulaire et l'aponévrose sont sectionnés à leur tour; on tombe alors sur le sac anévrismal qui est libéré des tissus circonvoisins. La veine poplitée et ses branches sont entièrement accolées à la poche. Après quelques essais pour séparer la veine du sac, on renonce à ce travail, car on craint d'ouvrir la veine.

Pour plus de sécurité, les deux vaisseaux poplités sont liés séparément au sommet de l'incision et sectionnés entre deux ligatures. La poche anévrismale est alors décollée de haut en bas d'avec les plans profonds, c'est-à-dire des ligaments postérieurs de l'articulation du genou. Les adhérences sont tellement intimes que le sac se déchire, et nous laissons momentanément sur place un petit lambeau dépendant de la partie postérieure de la poche.

Par une dissection minutieuse on coupe toutes les branches articulaires, et l'on arrive à dépasser les limites de l'anévrisme qui atteint presque le tronc tibio-péronier.

Après une ligature à la soie du bout inférieur comprenant l'artère et la veine, l'extirpation du sac est finie. Le segment artériel enlevé mesurait de 5 à 6 centimètres. L'artère poplitée, frappée d'artério-sclérose, craquait sous la ligature.

A l'intérieur du sac nous avons trouvé un caillot sanguin libre, gros comme un pois.

Du 24 au 27, le pied reste froid; les battements de la pédieuse ont disparu; la sensibilité est intacte; l'état général est satisfaisant. Une seule fois le thermomètre s'est élevé à 38°.

Le 28 au matin, nous constatons avec une réelle satisfaction que la température du pied s'est sensiblement élevée. En effet, le malade accuse une sensation de chaleur intense qu'il compare à une brûlure produite par des charbons ardents.

Cette élévation de température s'accentue, et, le 29 à midi, il n'existe plus de différence entre les deux membres. La température oscille entre 37° et 37°5, avec un pouls de 95 à 110.

Le membre inférieur droit est toujours le siège d'une hyperesthésie très marquée. A mesure que la circulation se rétablit, la fréquence du pouls diminue jusqu'à tomber à la normale.

Le 3 Octobre, premier pansement. Réunion *per primam*, excepté au milieu de l'incision, où les fils ont coupé la peau qui avait perdu de sa vitalité par la distension de la poche anévrismale et par les applications quotidiennes de cataplasmes très chauds.

La circulation est entièrement rétablie le 10 Octobre. La cicatrisation de la plaie est parfaite. Il existe toujours une hyperesthésie très accentuée, surtout au niveau de la pulpe des orteils.

Le 15 Octobre et jours suivants, la guérison s'effectuant normalement, nous permettons au malade de se lever dans sa chambre. Les mouvements de flexion, d'extension du membre inférieur droit sont possibles. Ils ne sont nullement douloureux.

Le 24 Octobre, le malade repart pour Bombay complètement guéri.

Cette observation est la confirmation de l'efficacité de l'extirpation totale des anévrismes poplités, ainsi que l'a déjà démontré le professeur agrégé Delbet dans un travail très documenté.

Nous nous permettrons de faire remarquer que cette intervention est la première en date qui ait été faite à Marseille, tant en ville que dans les hôpitaux, à notre connaissance du moins.

Notre cas, s'ajoutant à ceux de Delbet, démontre que l'extirpation doit être appliquée sans regrets si on la compare aux autres méthodes de traitement et à leurs résultats peu satisfaisants.

Acquaviva
Chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Lop
Chargé de cours à l'École de médecine.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

25 Juillet 1902.

Kyste parotidien. — *M. Morestin* présente une tumeur de la région parotidienne, à contenu liquide dans lequel on a pu mettre en évidence la présence du ferment amylolytique, ce qui permet de déduire la nature salivaire du kyste. La structure de la paroi, qui comprend un épithélium stratifié, semble indiquer une origine congénitale.

Grenouillette. — *M. Morestin* montre un autre kyste salivaire, du volume d'une noisette, sans connexion avec le canal de Wharton. L'examen de la paroi décèle des acini salivaires.

Pièce de prostatectomie. — *M. Paul Delbet* apporte une prostate hypertrophiée et infectée,

extirpée par la voie périnéale. La guérison s'est faite localement d'une façon rapide, mais la section du sphincter de l'urètre a entraîné de l'incontinence.

Contusion du rein. — *M. P. Delbet* a reproduit expérimentalement les lésions rénales et para-rénales que l'on observe assez fréquemment chez l'homme à la suite des contusions du rein.

Épithélioma du gland. — *M. Robert Picqué* apporte une tumeur du gland, développée chez un homme de cinquante-deux ans. Il s'agit d'un épithélioma ayant débuté par le gland, et non au niveau du sillon balano-préputial comme c'est la règle. L'adénopathie inguinale est volumineuse.

Cancer du péritoine. — *MM. Lortat-Jacob et Barthélemy* communiquent un cas de néoplasie primitive maligne du péritoine, avec ascite et pleurésie hémorragiques. L'examen histologique des coupes ne permet pas de porter d'une façon certaine le diagnostic de sarcome, car on rencontre dans la tumeur, à côté de formes cellulaires étoilées, des formations épithéliales d'aspect tubulé.

M. Milian fait remarquer que l'examen du sang pratiqué quelques jours avant la mort ne montrait pas d'anémie, puisqu'il y avait 5 millions d'hématies. C'est là un fait constant dans le sarcome alors que l'épithéliome, surtout à la période cachectique s'accompagne d'anémie.

Sarcome du péroné. — *M. H. Petit* apporte un volumineux sarcome développé en six mois aux dépens du péroné, ayant déjà envahi tous les muscles de la région antéro-externe de la jambe et même la peau.

Fibrome de la paroi abdominale. — *M. H. Caubet* présente un fibrome de la paroi abdominale qui s'est développé chez une femme de trente ans, au cours de sa troisième grossesse. La tumeur est ovoïde, grosse comme un œuf de poule; sa face antérieure était très adhérente au muscle petit oblique, sa face postérieure reposait sur la graisse sous-péritonale sans y adhérer; la tumeur semble donc développée aux dépens du muscle transverse et de son aponévrose. Des deux pôles de la tumeur partent deux pédicules : l'un interne, mince, long de 10 à 12 centimètres, qui, passant en avant de la vessie, allait s'insérer à la face postérieure du pubis; l'autre, court et épais, qui se fixait à la crête iliaque. Ces deux pédicules fibreux sont avasculaires et apparaissent nettement comme des prolongements de la capsule conjonctive qui enveloppe la tumeur et non comme une émanation de la tumeur elle-même.

La structure histologique de la tumeur est celle d'un fibrome pur.

Ouverture spontanée d'un kyste hydatique du foie dans la veine sus-hépatique gauche. — *MM. Gilbert et Lippmann* présentent l'observation d'un malade porteur à la fois d'une cirrhose biliaire et d'un kyste hydatique du foie. Quelques jours avant l'intervention chirurgicale, survint brusquement une syncope avec cyanose du visage et des extrémités, arrêt des battements du cœur, laquelle entraîna la mort en quelques instants.

L'autopsie confirma ce double diagnostic, en même temps qu'elle révéla à la face postérieure de la poche kystique une petite perforation faisant communiquer celle-ci avec la veine sus-hépatique gauche qui lui était intimement adhérente.

Dans les quelques recherches bibliographiques pratiquées à ce sujet, les présentateurs n'ont pu retrouver d'observation semblable. Dans les cinq cas publiés d'ouverture de kyste hydatique du foie dans le système veineux, en effet, la veine cave chaque fois était intéressée. C'est donc la première fois que se trouve signalée l'ouverture d'un kyste hydatique du foie dans la veine sus-hépatique.

Fracture spontanée du fémur par ostéomyélite à microbes strictement anaérobies. — *MM. Lippmann et Foisy* présentent une pièce provenant d'une amputation de cuisse pratiquée au cours d'une ostéomyélite aiguë.

Le fémur, entièrement fracturé, présente à sa face postérieure (diaphyse, tiers moyen) une nécrose ayant entièrement détruit le tissu compact et entraîné la production d'un vaste abcès fétide, avec décollement musculaire très étendu.

L'examen de la moelle osseuse et du pus intramédullaire n'a décelé la présence d'aucun germe aérobie. Les ensemencements en gélose profonde, par contre, montrent une *association de microbes strictement anaérobies* : le *Bacillus ramosus*, le *Bacillus serpens*, le *streptocoque anaérobie*.

Les auteurs insistent sur les trois points suivants :

1° La présence d'une ostéomyélite diaphysaire nécrosante chez un adulte;

2° L'infection exclusivement anaérobie;

3° La porte d'entrée probable de ces germes à la faveur d'une bronchite fétide présentée par le malade au cours d'une tuberculose pulmonaire.

Chondro-sarcome de la première phalange du pouce. — *M. P. Fredet* apporte les préparations histologiques d'un chondro-sarcome du pouce qu'il a présenté dans une des séances précédentes. Les coupes montrent une masse de cellules fusiformes, parsemée de nombreux myéloplaxes riches en noyaux, avec des îlots de cartilage hyalin, à la périphérie de la tumeur.

Hernie appendiculaire étranglée dans l'anneau crural. — *MM. Mauclaire et Dambrin* apportent un cas de hernie appendiculaire étranglée dans l'anneau crural. Il s'agit d'une femme de quarante-huit ans, qui, la veille de l'entrée à l'hôpital, avait éprouvé une douleur violente dans l'aine droite, avec des nausées. A l'examen, on trouve dans la région crurale droite une tumeur du volume d'une noix, très dure, non réductible, très douloureuse à la palpation. Pas de vomissements, mais état nauséeux. Pas de température, pouls à 100. Arrêt des matières fécales et des gaz. On porte le diagnostic de hernie crurale étranglée. L'opération pratiquée immédiatement démontre que l'organe hernié était l'appendice, long de 4 centimètres, étranglé vers sa base, renflé à son extrémité, de couleur violacée. Il existait dans le sac du liquide brunâtre, d'odeur fade. Résection de l'appendice et drainage; suites opératoires excellentes et guérison parfaite.

L'examen macroscopique de l'appendice et les préparations histologiques, démontrent qu'il s'agit d'un étranglement de l'appendice hernié.

Fracture bimalléolaire ouverte avec luxation complète du pied en dehors. — *M. Dambrin* présente les pièces d'une fracture bimalléolaire compliquée de plaie, avec luxation complète du pied en dehors. Malgré une désinfection soignée de la plaie articulaire, il s'est produit des accidents infectieux graves qui ont abouti à une amputation de cuisse.

M. Morestin fait remarquer qu'ici la fracture s'est faite par torsion. Pour désinfecter un pareil foyer, il eût fallu enlever l'astragale.

Vacances. — La Société entre en vacances. La prochaine séance aura lieu le vendredi 3 Octobre, à 3 h. 1/2.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

25 Juillet 1902.

Diabète azoturique ou vésanie de la faim. Boulimie carnée. — *MM. de Massary et Civatte* présentent une malade soignée depuis six ans pour un diabète azoturique. C'est une forte femme, obèse, puisque sa taille n'est que de 1m53 et que son poids atteint 94 kilogrammes. Elle a une polyphagie considérable : le quatrième degré, qui équivaut à 210 grammes d'aliments azotés, doit être augmenté par 1.000 grammes de viande crue et par 500 grammes environ de larcins commis, soit dans la salle, soit dans les cuisines. La polydipsie est peu marquée.

Parallèlement à ces troubles se remarquent des modifications dans l'excrétion rénale : polyurie faible, deux à trois litres; azoturie considérable 60 à 100 grammes dans les vingt-quatre heures; élimination exagérée d'acide phosphorique, 5 à 10 grammes et de chlorure, 16 à 20 grammes.

Il est singulier, cependant, que depuis six ans qu'évolue l'affection actuelle, l'obésité ait persisté, un des symptômes cardinaux du diabète azoturique étant précisément la déchéance organique.

De plus, des troubles mentaux très accusés dominent en quelque sorte la situation : la malade est obsédée par l'idée de manger de la viande; elle se précipitait chez les bouchers pour y dévorer à pleine bouche des viandes crues, fraîches ou même avariées. Par contre, les aliments féculents ou sucrés lui inspirent une véritable phobie.

Dans ces conditions, il est permis de se demander s'il s'agit bien d'un diabète azoturique ou d'une véritable vésanie de la faim, d'une sorte de boulimie portant exclusivement sur les aliments carnés.

La question est délicate; elle a d'ailleurs, outre sa portée théorique indéniable, une conséquence pratique immédiate : faut-il continuer à fournir à la malade des matériaux azotés, conduite rationnelle s'il s'agit d'un diabète azoturique, ou faut-il la traiter comme une maniaque, comme une morphinomane, par exemple, en lui diminuant son régime carné, objet de son appétence morbide?

M. Achard qui a soigné cette malade il y a cinq ans, pense également qu'elle n'est pas atteinte de diabète azoturique; le pouvoir glycolytique de ses tissus est d'ailleurs normal; c'est une simple mentale.

M. Dufour croit que l'on pourrait rapprocher les troubles mentaux de la malade de la *faim-valle* décrite par M. Féré.

M. de Massary fait remarquer que la *faim-valle*, équivalent épileptique, par conséquent accident paroxystique, est totalement différente de la vésanie continue de sa malade.

M. Moutard-Martin regrette que l'infidélité de la mémoire de la malade ne permette pas de préciser le début de son embonpoint par rapport au début de sa polyphagie.

Un cas de noma. — *M. Galliard et Mlle Francillon* rapportent l'observation d'une jeune fille de vingt ans atteinte de noma. Le traitement employé fut le suivant : lavage à l'eau phéniquée, application de cocaïne et thermocautérisation du centre et de la périphérie des escarres; puis les jours suivants, fréquentes irrigations boriquées, phéniquées et lavages à l'eau oxygénée; enfin les derniers jours on employa une solution de permanganate de potasse à 1 pour 2.000. L'état général, très mauvais, fut soutenu par des injections sous-cutanées de sérum.

Sous l'influence de ce traitement la malade a complètement guéri.

L'examen bactériologique fut fait complètement; il démontra la présence de nombreuses formes microbiennes; les recherches seront continuées en ce qui concerne les anaérobies.

Quant à l'examen du sang, il donna les résultats suivants : globules rouges 3.117.000, globules blancs 50.000. Ces globules blancs se répartissent ainsi : polynucléaires 90 pour 100, moyens mononucléaires 1/2 pour 100, gros mononucléaires 2,5 pour 100, lymphocytes 6 pour 100.

Le pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire. — *MM. Gilbert et P. Lereboullet* montrent la grande fréquence de la *dyspepsie hyperpeptique* chez les sujets atteints des affections qu'ils ont groupées sous le nom de *famille biliaire*. Les très nombreux faits qu'ils ont observés leur ont montré que les vives douleurs qui traduisent cette dyspepsie hyperpeptique, si elles surviennent tardivement après les repas, peuvent parfois se montrer beaucoup plus précoces. Ils établissent en outre l'existence chez ces sujets d'une *hypertension portale* qui peut amener la distension exagérée des veines stomacales et œsophagiennes, et entraîner leur rupture. De celle-ci résulte la production d'hématémèses abondantes et immédiates, avec ou sans melæna. Cette superposition des hématémèses et des douleurs constitue un syndrome qui rappelle de très près le tableau classique de l'ulcère de l'estomac. Aussi ce diagnostic avait-il été porté dans la plupart des cas dont MM. Gilbert et Lereboullet relatent l'observation. La confusion est d'autant plus facile que souvent l'affection des voies biliaires, s'il s'agit par exemple de *cholémie familiale*, peut être méconnue. Pourtant il n'y a pas ulcère au sens que l'on donne d'ordinaire à ce mot, mais *varice ulcérée* comme le prouvent les constatations cliniques et anatomiques, faites par MM. Gilbert et Lereboullet. Les douleurs, en effet, même si elles sont précoces, ne sont pas immédiates après les repas. Les hématémèses, si elles sont abondantes, sont constituées par du sang veineux rouge foncé, et non par du sang artériel. L'examen objectif peut révéler une hypertrophie hépatique ou surtout une hypertrophie splénique, susceptible de rétrocession au moment des hémorragies, et qui montre bien le rôle de l'hypertension portale dans la production de celles-ci. Enfin on peut relever divers autres symptômes révélateurs de la cholémie, soit chez le malade examiné, soit chez ses parents, et l'examen du sérum permet, joint à tous ces éléments, d'éviter de confondre avec l'ulcère stomacal vrai ce *pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire*, dont l'existence est loin d'être exceptionnelle comme le prouvent les observations recueillies par MM. Gilbert et Lereboullet, soit au cours de la cholémie familiale, soit au cours d'affections plus marquées des voies biliaires (splénomégalies méta-ictériques, cirrhoses biliaires, etc.).

Les flux bilieux dans la cholémie familiale. — *MM. Gilbert et P. Lereboullet* montrent que parmi les symptômes qui peuvent révéler la cholémie familiale, l'un des plus significatifs est l'existence de flux

bilieux. Ces flux bilieux peuvent survenir à l'état isolé, sans autres symptômes concomitants. Il s'agit ordinairement de vomissements de bile, parfois aussi de flux bilieux intestinaux. Ils apparaissent tantôt à dates irrégulières, tantôt périodiquement. Ils peuvent, lorsqu'il s'agit de vomissements bilieux, s'accompagner temporairement de décoloration des matières fécales. A côté des flux bilieux simples, on peut voir un autre type clinique, caractérisé par des migraines avec flux bilieux consécutifs, dont MM. Gilbert et Lereboullet rapportent plusieurs exemples. On peut voir aussi les flux bilieux coexister avec des douleurs abdominales plus ou moins violentes, hépatalgiques ou splénalgiques, et avec des phénomènes généraux qui peuvent être fort intenses. Ces derniers faits se rapprochent de ceux décrits sous le nom de « vomissements périodiques ou cycliques de l'enfance, » et dont l'étiologie est encore mal précisée. Dans tous les faits observés par MM. Gilbert et Lereboullet, il a été facile de mettre en évidence la cholémie familiale, d'une part par l'examen du sérum, d'autre part par les symptômes secondaires associés aux flux bilieux. Quel que soit le mécanisme des productions de ceux-ci, on ne peut donc nier la relation étiologique étroite qui les rattache à la cholémie familiale dont ils constituent un signe révélateur important.

Syndrome de Raynaud au cours d'une fièvre typhoïde. — *M. Follet* a observé un syndrome de Raynaud au cours d'une fièvre typhoïde à rechutes.

Le signe d'Argyll et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. — *MM. Widal et Lemierre.* On sait, depuis les travaux de M. Babinski, tout l'intérêt qui s'attache à l'étude du signe d'Argyll-Robertson observé à l'état de symptôme nerveux isolé, ou à peu près isolé. Aussitôt, après que le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien a été établi, MM. Babinski et Nagiotte ont rapporté que, dans quatre cas, où le signe d'Argyll était le seul présenté par les malades, ils avaient constaté une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Nous avons eu l'occasion d'examiner à ce point de vue le liquide céphalo-rachidien de six malades. Chez cinq d'entre eux le signe d'Argyll existait à l'état isolé. Chez le sixième, on constatait, en plus, l'abolition des réflexes rotuliens. Dans six cas, nous avons trouvé une lymphocytose nette du liquide céphalo-rachidien.

Chez deux de ces malades, on notait des antécédents certains de syphilis; chez un troisième, la syphilis pouvait être soupçonnée sans être affirmée; chez les trois autres on ne notait aucun antécédent spécifique. Le signe d'Argyll, comme l'a montré M. Babinsky, semble cependant tellement lié à la syphilis que nous avons tenu à considérer tous ces malades comme atteints de syphilis méconnue et que nous les avons soumis sans distinction au traitement spécifique intensif.

L'exploration méningée, en montrant la fréquence de la lymphocytose chez tous les sujets, prouve bien, grâce à ce symptôme anatomique, que le signe d'Argyll, même isolé, décèle une altération organique des centres nerveux venant irriter les méninges.

E. de Massary.

ANALYSES

BACTÉRIOLOGIE

G. Legros. ***Recherches bactériologiques sur les gangrènes gazeuses aiguës*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Ce travail est consacré à l'étude de la gangrène gazeuse aiguë chirurgicale, telle qu'on l'observe à la suite des broiements, des écrasements, des fractures compliquées des membres, des plaies par les gros projectiles de guerre, etc. Dès 1877, Pasteur avait décrit un agent pathogène anaérobie de ces gangrènes, le vibrion septique. Depuis, on a trouvé dans le plus grand nombre des cas le bacillus perfringens. Il est infiniment probable que d'autres microorganismes encore, récemment décrits ou encore inconnus, et produisant dans divers organes des processus fétides ou gangreneux, sont susceptibles de causer la gangrène aiguë gazeuse. Mais, en l'état actuel de nos connaissances, il paraît infiniment probable aussi que ces organismes doivent appartenir au groupe des anaérobies stricts. Jusqu'ici on n'est jamais parvenu à reproduire expérimentalement la gangrène avec des bactéries prises en dehors de ce groupe.

M. Legros, dans le travail que nous analysons, s'est efforcé d'établir que les aérobies peuvent jouer ce rôle qui semblait exclusivement dévolu aux anaérobies. Sa thèse contient quatre observations personnelles, dont l'une est un cas typique de gangrène gazeuse à perfringens. Chez les trois autres malades, l'agent pathogène aurait été aérobie ; deux fois il s'agissait d'un bacille dont l'auteur a fait une étude biologique des plus complètes, et qu'il appelle *bacille septique aérobie*; une fois enfin il met en cause un bacille aérobie différent. Ces faits offrent un très grand intérêt au point de vue théorique, et il est à souhaiter que les recherches sur la gangrène gazeuse se multiplient assez pour fixer définitivement les idées sur ce point contesté. Je dois remarquer pourtant que les investigations de M. Legros ne sont pas à l'abri de toute critique. La méthode employée par lui pour l'isolement des anaérobies — l'ensemencement dans l'eau peptonée glycosée sans exclusion de l'oxygène — n'est pas faite pour diminuer les causes d'erreur très nombreuses dans ces recherches délicates ; elle n'offre aux bactéries, avec une anaérobiose problématique, qu'un milieu nutritif des plus pauvres. L'auteur a renoncé — sans bonnes raisons — à la technique de Veillon, dont on ne semble pas encore généralement avoir compris le sens et l'utilité. Elle est cependant la seule qui réalise dans l'anaérobiose les avantages considérables obtenus pour les microbes aérobies par la méthode des plaques. L'isolement des anaérobies est une tâche trop compliquée pour qu'on puisse accepter sans réserves les résultats obtenus par la technique défectueuse de M. Legros. En pareil cas, même le succès apparent des inoculations aux animaux ne saurait prévaloir contre l'incertitude de la méthode d'isolement.

M. Legros termine sa thèse par un chapitre intéressant et moins discutable où il relate des expériences d'inoculation au cobaye d'eau vaseuse de la Seine, de terre de jardin, etc. Il a provoqué plusieurs fois de cette façon des gangrènes gazeuses dont l'agent pathogène se rapprochait jusqu'à l'identité du perfringens et du bacille d'Achalme.

Ed. Rist.

MÉDECINE

R. Peters. ***Etude clinique et pathogénique de la pseudo-méningite*** (*Arch. russes de path. et médec. clinique et de bactériol.*, 1902, Mars, p. 25, 2 courb. et 1 planche). — Le travail de l'auteur est basé sur l'observation de 17 cas de pseudo-méningite ou méningisme dont 7 chez des petits typhiques, 3 chez des enfants atteints d'influenza, 2 de choléra nostras, 1 de pneumonie, 1 de rubéole; 2 avaient des infections rénales : grippe et streptococcie, fièvre typhoïde et érysipèle ; enfin, dans un cas, le diagnostic n'a pu être établi avec certitude.

Sur ces 17 malades (10 garçons et 7 filles), 15 ont guéri, 1 a succombé et 1 est devenu idiot. Dans 4 cas la pseudo-méningite a été suivie de psychose aiguë, dans 3 elle était accompagnée d'aphasie et de parésie, et dans 2 autres de mouvements choréiformes qui ont complètement disparu au bout de huit jours.

On sait que, malgré le nombre assez considérable de travaux publiés sur cette question, les auteurs sont loin d'être d'accord sur la pathogénie de cette affection, mais tous cependant la considèrent comme un trouble fonctionnel. Tel n'est pas l'avis de M. Peters, ainsi que nous le verrons dans un instant.

Au point de vue pathogénique, on a tour à tour cherché à rattacher le méningisme à une hyperémie des vaisseaux cérébraux, à une excitation réflexe du cerveau, à une intoxication d'origine bactérienne, à une modification du coefficient osmotique des cellules nerveuses.

A côté de certains troubles qui, au premier abord, font penser à la méningite (céphalée, état comateux, vomissements, délire, convulsions, état des pupilles) d'autres symptômes caractéristiques de méningite font défaut : la température ne s'élève qu'après l'accès de délire; le pouls et la respiration ne sont pas modifiés, la ponction lombaire, faite dans un cas, a donné des résultats négatifs, les phénomènes bulbaires font défaut. D'autre part, il existe des troubles témoignant d'une lésion de l'écorce : idées fixes, délire des actes, aphasie motrice et paralysie de tous les membres, observés trois fois immédiatement après la pseudo-méningite, et ayant dans tous ces cas disparu assez rapidement.

Se basant sur ces faits cliniques d'une part, et d'autre part sur les données anatomo-pathologiques constatées à l'autopsie d'un enfant ayant succombé à la fièvre typhoïde accompagnée de pseudo-méningite, M. Peters conclut que cette dernière n'est pas un trouble fonctionnel, mais bien une *maladie organique* se traduisant surtout par l'*altération des parois vasculaires et des exsudats inflammatoires péri-vasculaires et péri-cellulaires.* Par analogie avec la méningite séreuse de Huguenin, il désigne cette affection sous le nom d'*encéphalite séreuse*, sorte d'œdème cérébral aigu, se distinguant par l'hyperleucocytose très grande, la prolifération des cellules endothéliales des capsules, la localisation prédominante dans la substance grise et la destruction des éléments nerveux.

Toutes ces lésions expliquent parfaitement les divers troubles qu'on observe chez les sujets atteints de méningisme. L'exsudat agit probablement non seulement mécaniquement, mais encore chimiquement par les toxines qu'il véhicule et qui sont la cause probable des désordres psychiques.

Quelle est l'origine de ces toxines ? Pour M. Peters elle est endogène, c'est-à-dire qu'il admet une sorte d'auto-intoxication par des produits azotés insuffisamment oxydés, analogue à celle qui a lieu dans les auto-intoxications chroniques, car :

1° La pseudo-méningite apparaît généralement à un moment où des antitoxines auraient dû déjà se former et neutraliser les toxines;

2° La pseudo-méningite atteint son acmé alors que tout indique la régression de l'action des toxines (état du foie et de la rate, courbe thermique);

3° Dans trois cas de récidive de la maladie infectieuse première, ces récidives ne s'accompagnaient pas de troubles nerveux;

4° Au moment de l'apparition des troubles nerveux, la température s'abaissait généralement;

5° Des troubles en tous points analogues peuvent s'observer dans des maladies indubitablement non microbiennes (par exemple gastro-entérites apyrétiques).

Cette auto-intoxication est due à l'insuffisance des émonctoires et des foyers de destruction des ptomaïnes et leucomaïnes, ces émonctoires et organes étant atteints dans leur nutrition. Que ce soit sous l'influence d'une maladie chronique, comme le veut la théorie classique des auto-intoxications, ou sous celle d'une infection aiguë, peu importe : le résultat sera le même, et même, *a priori*, il doit être plus marqué dans le second cas, puisque dans les maladies infectieuses aiguës se trouvent le plus souvent atteints tous les organes et appareils de « désintoxication ». Ainsi, par exemple, dans la fièvre typhoïde, les toxines bactériennes commencent par altérer les principaux éléments du sang; cette toxhémie provoque les troubles nerveux du début; consécutivement il survient de l'anoxémie, d'où diminution des processus d'oxydation et d'hydratation intracellulaires et rétention des produits d'oxydation incomplète des dérivés azotés. A toutes ces altérations vient bientôt se joindre l'insuffisance des organes spécialement préposés à la destruction et à l'élimination des toxines, insuffisance due à l'apport à ces organes d'un sang anoxémique. C'est à ce moment que se développe l'auto-intoxication intracellulaire où les toxines bactériennes n'ont rien à voir, et qui aboutit au méningisme.

Un fait observé par Peters chez certains malades parle en faveur de cette hypothèse : c'est l'arrêt de la *diminution du poids du corps* et même une certaine augmentation de celui-ci au moment de l'éclosion de la pseudo-méningite. Dans les deux cas où la pesée a pu être faite régulièrement tous les jours, ce fait intéressant a été très net.

N'ayant pu poursuivre cette étude sur des sujets atteints de pseudo-méningite, l'auteur a cherché à le faire dans des cas qui s'en rapprochent beaucoup et présentent beaucoup d'analogie, à savoir chez des sujets atteints de forme cérébrale de fièvre typhoïde.

Chez 49 des 107 typhiques examinés à ce point de vue et qui avaient la forme cérébrale de la fièvre typhoïde, l'auteur a trouvé chez 21 d'entre eux l'arrêt dans la diminution du poids coïncidant exactement avec l'apparition des troubles nerveux et disparaissant avec ces derniers.

Si le méningisme s'observe beaucoup plus rarement qu'il ne devrait l'être d'après cette pathogénie, c'est que généralement il a besoin, pour se développer, non seulement d'une auto-intoxication, mais encore d'une cause prédisposante antérieure; il faut, en d'autres termes, que le système nerveux soit devenu, pour une cause quelconque, le *locus minoris resistentiæ*. Et, en effet, dans tous les cas observés par l'auteur il y avait prédisposition héréditaire ou acquise à des troubles nerveux.

Toutes ces considérations n'ont pas seulement un

intérêt théorique : la thérapeutique en découle également. Puisque les troubles nerveux sont dus à la rétention des produits de dédoublement, il faut activer leur élimination ; le massage général énergique donne à ce point de vue d'excellents résultats. Les bains chauds doivent être administrés avec beaucoup de prudence et être suspendus dès qu'ils impressionnent péniblement les malades.

Pour neutraliser les toxines déjà accumulées, l'auteur a dans un cas d'infection mixte cherché à provoquer une hyperleucocytose par l'injection de térébenthine.

Le résultat a été très satisfaisant.

S. Brodo.

CHIRURGIE

M. Milliet. ***De la valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les hémorragies du névraxe.*** (*Thèse*, Paris, 1902, Juin). — Dans ce travail, inspiré par M. Milian, l'auteur s'est proposé de démontrer que la coloration hématique du liquide céphalo-rachidien retiré par la ponction lombaire a, pour le diagnostic des hémorragies du névraxe, quelle que soit leur cause (fractures ou plaies pénétrantes du crâne ou du rachis, contusion cérébrale, hémorragies ventriculaires, hémorragies méningées), toute la valeur que lui ont attribuée MM. Tuffier et Milian dans les différents mémoires ou communications qu'ils ont faits à ce sujet.

Cette valeur diagnostique de la coloration hématique du liquide céphalo-rachidien a, en effet, été contestée par différents auteurs, entre autres par M. Sicard qui, dans ce journal même et devant la Société de biologie, a déclaré que cette coloration était possible en dehors des hémorragies du névraxe ; il suffirait, d'après lui, de la piqûre accidentelle d'une veine extra- ou intra-rachidienne pour qu'une hémorragie un peu abondante se produisît, teintant plus ou moins fortement en rouge le liquide céphalo-rachidien. Pour M. Sicard, le seul signe certain d'une hémorragie du névraxe consisterait dans la teinte jaunâtre de ce liquide, teinte qu'il considéra d'abord comme un résultat de l'hémolyse des hématies.

M. Milliet démontre, en premier lieu, qu'il est possible de distinguer le sang provenant de la piqûre accidentelle d'une veine extra- ou intra-rachidienne au cours de la ponction des autres hémorragies du névraxe.

Les arguments qu'il invoque ont déjà été développés dans ce journal par MM. Tuffier et Milian ; rappelons-les brièvement :

1° Dans le cas d'une piqûre accidentelle d'une veine intra- ou extra-rachidienne, le sang peut s'écouler pur et abondant : dans ce cas l'origine de l'hémorragie ne fait pas l'ombre d'un doute ; s'il s'écoule mêlé de liquide céphalo-rachidien, il suffit d'imprimer à l'aiguille un léger déplacement en avant ou en arrière pour voir aussitôt le liquide céphalo-rachidien redevenir incolore.

2° Dans le cas d'une piqûre accidentelle d'une veine extra- ou intra-rachidienne, si l'on recueille le liquide céphalo-rachidien sanguinolent dans plusieurs tubes, on remarque que l'intensité de la coloration va graduellement décroissant, ce qui n'est pas le cas lorsque le sang a été brassé dans tout le liquide céphalo-rachidien ; la coloration a alors la même intensité dans tous les tubes.

3° Enfin, et surtout, le sang provenant directement d'un vaisseau ponctionné par l'aiguille se coagule au fond des tubes dans lesquels on le recueille. Au contraire, le sang qui a été brassé plus ou moins longtemps dans le liquide céphalo-rachidien ne se coagule pas ; les globules rouges forment, par le repos, un culot au fond du tube, mais ne donnent pas de caillot, et le liquide après agitation reprend sa couleur et son aspect primitifs.

M. Milliet étudie ensuite les variétés d'intensité que peut présenter la coloration hématique du liquide céphalo-rachidien. Dans certains cas, la coloration est extrêmement faible, jaunâtre ou rosée, couleur « chair » ; cette teinte répond aux petites hémorragies ou aux hémorragies anciennes ou encore aux hémorragies extra-dure-mériennes. Mais la teinte la plus communément observée est la teinte sanglante rouge-vif ; elle est signalée dans 20 observations sur 26 rapportées par M. Milliet. Elle est l'indice d'une hémorragie abondante. Elle s'atténue assez rapidement au fur et à mesure de la résorption des globules rouges, en sorte qu'au bout de quelques jours le liquide céphalo-rachidien peut ne plus être que faiblement coloré en jaune. La teinte jaune peut subsister même après la disparition complète des hématies ; elle est due alors soit à la persistance dans le liquide céphalo-rachidien du pigment normal du sérum sanguin, ou serochrome de Gilbert, soit beaucoup plus rarement, à l'hémolyse des hématies.

Cette *xanthochromie*, comme l'ont appelée MM. Tuffier et Milian, peut donc être le seul signe d'une hémorragie du névraxe ; mais il ne faudrait cependant pas lui accorder toute la valeur que lui attribue M. Sicard. On peut la retrouver, en effet, ailleurs que dans les hémorragies intra-rachidiennes, ainsi qu'en témoigne une observation de MM. Milian et Chiray récemment communiquée à la Société anatomique (7 Juin 1902). Cette observation a trait à un cas de pneumonie avec néphrite et méningite à pneumocoques dans lequel la ponction lombaire donna issue à un liquide céphalo-rachidien jaune verdâtre contenant, comme éléments figurés, des hématies et, en nombre à peu près égal, des leucocytes polynucléaires.

Conclusions : la coloration rouge, hématique, du liquide céphalo-rachidien, constatée en prenant les précautions indiquées tout à l'heure, est un signe certain d'hémorragie du névraxe ; la coloration jaunâtre, au contraire, n'a qu'une valeur relative.

J. Dumont.

PÉDIATRIE

L. Baumel. ***Guérison du prolapsus rectal par le traitement médical*** (*Archives de médecine des enfants*, 1902, Avril, n° 4, p. 216). — L. Baumel rappelle que le prolapsus rectal de l'enfant ne présente pas de gravité ; que la toux et la diarrhée chroniques sont ses causes les plus habituelles ; que l'intervention chirurgicale n'est que très exceptionnellement indiquée contre ce petit accident de l'enfance.

P. Desfosses.

L. D'Astros. ***L'épistaxis chez le nouveau-né.*** (*Archives de médecine des Enfants*, 1902, Avril, t. V, n° 4, p. 193.) — L'épistaxis est une manifestation symptomatique très fréquente, banale même dans la seconde enfance ; l'épistaxis est rare au-dessous de trois mois, et même de six mois.

L'épistaxis chez le nouveau-né est toujours sous la dépendance d'un état infectieux, soit hérédo-syphilis, soit infection septique, locale (nasale) ou générale (septicémie), et quelquefois sous la dépendance de ces deux infections associées. Les infections secondaires sont fréquentes au cours de l'hérédo-syphilis. Lorsqu'elle apparaît d'emblée, l'épistaxis du nouveau-né doit toujours attirer l'attention, faire rechercher une syphilis latente, ou faire craindre une infection septique à voie d'entrée nasale avec ses conséquences possibles, infection du cœcum, otites, infections bronchiques et broncho-pneumonies, septicémie, ostéomyélites.

C'est dire que l'épistaxis chez le nouveau-né comporte toujours un pronostic grave, non point par elle-même, puisqu'elle est habituellement peu abondante, mais en raison de l'état infectieux en activité ou en puissance dont elle est la manifestation.

P. Desfosses.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Blin. ***Cas de ptomaphagie observé chez un Hindou atteint de folie religieuse.*** (*Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1902, n° 2, p. 260.) — Blin rapporte l'observation d'un Hindou pour lequel il avait été chargé d'un rapport médico-légal. Cet Hindou, pour plaire à la déesse Kali, allait sur les bûchers dévorer les restes des cadavres épargnés par le feu. Il racontait ainsi l'acte pour lequel il avait été arrêté : « Poussé non par la faim, mais par Kali elle-même, je me rendis au lieu d'incinération voisin où brûlait un cadavre apporté là depuis deux ou trois heures. Après avoir écarté à l'aide d'un morceau de bois les cendres qui recouvraient le corps, j'en retirai la tête que le feu purificateur avait déjà détachée du tronc, puis, à l'aide du bâton dont j'étais armé, j'en brisai les os, je mangeai la cervelle qui était parfaitement cuite, ne m'arrêtant que pour invoquer la déesse que mon œuvre devait réjouir. Après quoi, tirant sur un bras auquel attenait encore une partie des chairs, je m'apprêtais à continuer mon festin quand le toti (gardien des bûchers), que je croyais parti, vint me frapper en me traitant de chacal enragé. » Cet Hindou était atteint de boulimie et présentait à certains moments des hallucinations.

Blin porta le diagnostic de folie religieuse à forme circulaire.

P. Desfosses.

R. Seyer. ***L'abolition du réflexe du tendon d'Achille dans le tabes*** (*Thèse de Paris*, 1902). — Lorsqu'on percute le tendon d'Achille d'un individu dont la jambe est en flexion à angle droit sur la cuisse, le pied ballant, on constate que le pied subit une secousse qui tend à le mettre en extension sur la jambe : c'est ce phénomène qui constitue le réflexe du tendon d'Achille, réflexe en tous points comparable et superposable aux autres réflexes tendineux.

Jusqu'à ces dernières années la recherche de ce réflexe n'était pas entrée dans les habitudes médicales, et son importance était méconnue. La plupart des classiques sont muets sur ce point et, dans leurs descriptions, seul le réflexe rotulien est étudié. C'est à M. Babinski que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur la valeur séméiologique de l'affaiblissement ou de l'abolition du tendon d'Achille, en particulier dans le tabes. D'après lui, non seulement la disparition du réflexe achilléen est très fréquente dans le tabes, mais cette disparition est très précoce et précède souvent celle du réflexe rotulien, en sorte qu'il y a là un signe très précieux pour le diagnostic du tabes au début.

C'est ce qui ressort avec évidence de la lecture des 19 observations que publie M. Seyer, et qui ont été prises pour la plupart dans les services de M. Raymond et de M. Babinski. On y voit que, dans plusieurs cas, c'est la constatation de l'abolition du réflexe achilléen qui a permis de poser le diagnostic de tabes. C'est ce qui est arrivé en particulier pour un cas dans lequel les médecins, qui avaient jusqu'alors examiné la malade, avaient posé le diagnostic de gastralgie hystérique, le réflexe rotulien étant conservé tandis que le réflexe achilléen, qu'on ne recherchait pas, avait disparu.

De ces faits il résulte que l'on doit examiner le réflexe achilléen chez tous les malades. Sa recherche doit entrer dans les habitudes médicales au même titre que la recherche du réflexe rotulien, et souvent les troubles qu'elle fera constater permettront d'affirmer l'existence de tabes restés sans cela ignorés.

J. Dumont.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

M. Bergouignan. ***Le traitement rénal des cardiopathies artérielles.*** (*Thèse*, Paris, Mai 1902.) — Après avoir noté la fréquence des cardiopathies artérielles ou cardiopathies secondaires à l'artério-sclérose, après avoir rappelé brièvement l'étiologie et la symptomatologie, M. Bergouignan, dans une remarquable étude nous en pose les règles thérapeutiques. Le traitement des cardiopathies artérielles doit être avant tout rénal : la maladie est au système artériel, le danger au rein. Dans toute leur évolution on voit les phénomènes d'ordre toxique prédominer, et l'intoxication est liée à l'insuffisance rénale précoce et constante ; insuffisance d'abord fonctionnelle, puis organique et irrémédiable. D'où la nécessité de diminuer d'une part la besogne éliminatrice du rein menacé dans son intégrité anatomique, d'autre part d'aider, de rendre plus efficace la fonction réduite de cet organe. C'est vers ce double but que le médecin doit tendre, et il l'atteindra par une surveillance sérieuse de l'alimentation, des fonctions de nutrition et par l'emploi judicieux des diurétiques.

Le traitement doit être appliqué dès la période de la présclérose caractérisée par la vaso-constriction et l'hypertension. A cette première phase et pendant la seconde il sera vasculaire. L'iodure à petite dose, la trinitrine à raison de dix gouttes par jour aideront à supprimer les obstacles périphériques, à distendre le frein vasculaire trop serré, à alléger le travail du cœur central ; en même temps la diurèse sera favorisée en réduisant les toxines alimentaires douées d'une action vaso-constrictive, le régime lacto-végétarien remplit ce double but. On pourra en outre recourir à la théobromine, aux purgatifs salins, au calomel à petites doses.

Ainsi institués et continués pendant des années, le régime alimentaire et la médication rénale font disparaître la majeure partie des symptômes et donnent une longue survie aux malades les plus atteints. Il est cependant quelques troubles parmi lesquels l'arythmie qui ne sont influencés par aucun traitement. L'arythmie est alors de nature myocardique et non d'ordre toxique, c'est une sorte de boiterie du cœur contre laquelle les médicaments cardiaques et même la digitale restent sans action.

La digitale est d'ailleurs absolument contre-indiquée contre les accidents de la première et de la seconde période, son administration est non seulement inutile mais même nuisible et dangereuse. Ce

n'est que lorsque la cardiopathie artérielle est entrée dans la troisième période de son évolution (période mitro-artérielle), qu'elle est devenue une maladie cardiaque que la digitale donnée sous forme de digitaline rend de réels services. Comme cardio-toxique on la prescrit à la dose de 1/10 de milligramme tous les jours pendant dix jours; contre les phénomènes d'asystolie par insuffisance du myocarde on la donne à dose massive de 1 milligramme en un seul jour. Quant au traitement hydro-minéral, il réclame seulement l'emploi des eaux diurétiques.

A. Coyon.

FACULTÉ DE PARIS

La chaire d'anatomie. — La chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Thérapeutique pratique. — Pendant la période de vacances aura lieu, au Laboratoire de thérapeutique, sous la direction de M. le professeur A. Gilbert, un cours de thérapeutique pratique.

Ce cours aura pour objet : l'art de prescrire, la préparation des principaux médicaments, les nouvelles médications.

Les conférences commenceront le 15 Septembre et auront lieu tous les jours à 4 heures.

Le cours comprendra 14 leçons.

Elles seront faites les lundi, mercredi et vendredi, par M. A. Chassevant, agrégé de la Faculté; les mardi, jeudi et samedi, par M. P. Carnot, chef du Laboratoire.

Programme du cours. — M. A. Chassevant, 7 leçons : 15, 17, 19, 22, 24, 26, 29 Septembre. — 1re et 2e leçons : Principaux médicaments; leurs divers modes de préparation : médicaments chimiques, galéniques, officinaux, magistraux. — 3e leçon : Comment composer une formule magistrale. Associations médicamenteuses. Incompatibilités. — 4e leçon : Posologie des divers principes actifs : doses thérapeutiques, doses toxiques. — 5e leçon : Modes et voies d'absorption des médicaments. Action dans l'organisme. Voies d'élimination. — 6e leçon : Nouvelles acquisitions de la matière médicale. — 7e leçon : Les régimes alimentaires. Ration d'entretien des malades.

M. P. Carnot, 6 leçons : 16, 18, 20, 23, 25, 27 Septembre. — 1re leçon : Les nouvelles médications anti-infectieuses spécifiques. — 2e leçon : Les nouvelles médications antiinfectieuses non spécifiques. — 3e leçon : Les nouvelles médications hypnotiques et analgésiques. — 4e leçon : Les nouvelles médications calmantes, dynamogéniques, antithermiques. — 5e leçon : Les nouvelles médications cardiovasculaires. — 6e leçon : Les nouvelles médications glandulaires.

La conférence du mardi 30 Septembre sera faite par M. le professeur A. Gilbert, qui traitera : l'Art de prescrire.

Le montant des droits à verser pour le cours est de 50 francs.

Laryngologie, rhinologie et otologie. — MM. Collinet, Rabé et Ball, assistants de M. Castex, commenceront, le mardi 2 Septembre 1902, à la Clinique d'oto-rhino-laryngologie (École pratique de la Faculté, 15, rue de l'École-de-Médecine, une série de leçons pratiques.

Ce cours aura lieu tous les jours (excepté le dimanche) à 3 heures. Il sera complet en un mois.

Les élèves inscrits seront exercés à l'examen et au traitement des malades de la Clinique.

Le droit à payer pour ce cours est de 50 francs.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Lille. — M. Gérard, agrégé, chargé de cours près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé professeur de pharmacie à la dite Faculté.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : Sur la proposition du ministre de l'intérieur : MM. Sébileau, du Castel, Cruet, Petit, Tissier, médecins à Paris; Marchand, médecin à Aulnay (Charente-Inférieure); Gagnard, à Castillon (Gironde); Paillard, à Varzy (Nièvre).

Sur la proposition du ministre de la marine : MM. Marchandon, Borius et Masurel; M. Infernet est promu officier.

— Est nommé officier de l'Instruction publique : M. Foubert, à Saint-Savinien (Charente-Inférieure).

Sont nommés officiers d'Académie : MM. Jobard, à Is-sur-Tille (Côte-d'Or); Papillaud, à Saujon (Charente-Inférieure); Rey, à Charenton (Seine).

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Combier, médecin aide-major de 1re classe, est désigné pour servir à la Côte-d'Ivoire.

École de médecine navale. — M. le pharmacien principal Robert, du port de Cherbourg, a été nommé, pour cinq ans, à l'emploi de professeur de chimie biologique à l'école annexe de médecine navale de Toulon.

Règlement du service de santé des hôpitaux. — Par un arrêté en date du 13 Juin 1902, pris après avis du Conseil de surveillance et approuvé par M. le Préfet de la Seine, les modifications suivantes, nécessitées par le report du 1er Mars au 1er Mai de la date annuelle de l'entrée en fonctions des internes en médecine, ont été introduites dans les articles ci-après du règlement général sur le service de santé des hôpitaux, savoir :

Art. 133. — Les élèves internes et externes en médecine qui obtiennent le titre de docteur sont tenus de quitter immédiatement le service.

Une exception est faite en faveur des internes de quatrième année qui ont la faculté de passer leur thèse dans les trois derniers mois de leur exercice.

Les élèves internes en médecine qui ont obtenu la médaille d'or ont également le droit de se faire recevoir docteurs pendant la durée de leur année supplémentaire sans être obligés de quitter leurs fonctions.

. . . .

Art. 181. — Un concours pour deux places au moins de médecin ou de chirurgien aura lieu régulièrement chaque année.

Le concours des médecins s'ouvrira le quatrième lundi du mois de Février et celui des chirurgiens le quatrième lundi du mois de Mars.

. . . .

Art. 226. — Au mois de Mars de chaque année, il est ouvert pour les prix à décerner aux internes en médecine qui terminent leur quatrième années d'exercice deux concours distincts portant : l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements.

Le concours de médecine s'ouvrira le deuxième lundi du mois de Mars; le concours de chirurgie et d'accouchement le deuxième jeudi de ce mois.

Les candidats ne peuvent se faire inscrire que pour l'un ou l'autre de ces deux concours.

. . . .

Art. 228. — Les épreuves des concours pour les prix à décerner aux élèves internes en médecine de quatrième année sont réglées ainsi qu'il suit :

1° Un mémoire, soit de médecine, soit de chirurgie ou d'accouchement, basé sur des observations recueillies dans les services pendant l'internat. Ce mémoire sera remis ouvert et devra être déposé au secrétariat de l'Administration, le 15 Janvier au plus tard;

2° Une épreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne ou, s'il s'agit du concours de chirurgie et d'accouchement, sur un sujet de pathologie externe. Il sera accordé à chaque élève quinze minutes pour développer la question après quinze minutes de réflexion;

3° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie, soit interne, soit externe, suivant la nature du concours, et pour laquelle il sera accordé trois heures.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour le mémoire, 30 points; pour l'épreuve théorique orale, 20 points; pour la composition écrite, 30 points.

Le mémoire est jugé au début du concours. A cet effet, le jury reçoit, dans les premiers jours du mois de Février, communication des mémoires déposés par les candidats. Il est réuni de nouveau deux jours au moins avant la date fixée pour l'ouverture du concours, afin de délibérer sur la valeur de ces mémoires; les points attribués sont communiqués aux candidats à l'ouverture de la première séance du concours.

. . . .

Art. 171. — Le jury de chaque concours est formé dès que la liste des candidats a été close.

Pour le concours des prix de l'internat en médecine et en chirurgie, le jury est formé dans la deuxième quinzaine de Janvier.

Association française d'urologie. — La sixième session de l'Association française d'urologie se tiendra à la Faculté de médecine, du 23 au 25 Octobre 1902, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : *Indications et résultats de la néphrectomie*, rapporteurs : MM. Forgue et Michon.

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général : M. E. Desnos, 31, rue de Rome.

CONCOURS

Prix de l'externat et concours de l'internat. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination aux places d'élèves internes en médecine vacantes le 1er Mai 1903, aura lieu le lundi 15 Décembre, à midi précis.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le lundi 3 Novembre jusqu'au samedi 29 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. — Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

Avis important. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur troisième année d'externat, ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions que s'ils se sont fait de nouveau recevoir externes.

Par application de cette disposition, les externes de troisième année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

École de médecine de Rennes. — Un concours s'ouvrira le 12 Février prochain devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Erratum. — Dans l'éloge de Bichat par M. Gley, que nous avons reproduit dans notre numéro du 26 Juillet dernier, p. 710, il y avait des indications bibliographiques qu'une erreur de mise en pages a fait disparaître. Nous avons demandé à M. Gley de vouloir bien réparer cette omission. Voici la note qu'il nous a envoyée :

Les deux citations de Ranvier sont extraites des *Leçons d'anatomie générale sur le système musculaire*, p. 4. Les citations de Bichat proviennent des *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, p. 80, 81, 84 et 257 (3e édit., Paris, an XIII, 1805). Enfin, le vers du poète anglais cité au début du discours (fin du 2e alinéa) est un vers des Keats.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 63. — Mercredi, 6 Août 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

LES CONCOURS

L'ESPRIT DE FONDATION
LES ÉPREUVES

La monarchie de Louis XVI avait laissé commettre tant d'exactions et de vilenies que le premier cri jeté à la face du Roi par la Révolution triomphante fut celui de : Justice. C'est au nom de la Justice que furent proclamés les *Droits de l'Homme*, et c'est aussi au nom de cette même Justice que, dans le tout petit monde de la médecine, furent institués les concours. Il faut, pour bien juger les actes de nos maîtres de la Révolution, s'imprégner des idées générales qui les dominaient et les conduisaient à des décisions qui étonnent nos esprits sceptiques.

Le 9 brumaire de l'an X, l'Ecole ouvrit le premier concours de prosectorat. Trois professeurs constituèrent le jury : Chaussier, Lallement, Duméril. Comme il arrive de nos jours, les jurés ne purent s'entendre, mais, à l'inverse des habitudes de notre temps, la majorité ne se crut pas le droit de l'emporter, comme le démontre le document authentique suivant :

« Les commissaires du concours qui a eu lieu pour les places de prosecteur, étant divisés d'opinion sur quelques points de l'examen, font chacun un rapport individuel. Le citoyen Chaussier propose pour les trois places de prosecteur vacantes les citoyens Joffryon, Hamel, Fleury. Le citoyen Lallement et le citoyen Duméril, dans leurs rapports respectifs, proposent les citoyens Joffryon, Fleury, Guersent. L'Ecole ne croit pas devoir prononcer entre les citoyens Guersent et Hamel et arrête que leurs compositions seront lues sans faire connaître les noms soussignés. La lecture en ayant été faite, sur 15 votants, le citoyen Hamel réunit 11 suffrages ; l'assemblée le nomma prosecteur. » Et voilà comment le *condidat de la minorité* des commissaires fut définitivement élu par l'appel à une juridiction supérieure.

C'est encore cette idée de justice que l'on trouve exprimée dans l'exposé de Chaussier présentant Dupuytren pour la place de chef des travaux anatomiques (19 ventôse, an IX). « Le citoyen Chaussier, au nom des professeurs d'anatomie, observe à l'assemblée qu'il est de sa *justice* d'appeler à cette place l'homme qui y a une aptitude marquée et qui a utilement servi dans l'Ecole depuis sa création. »

Par l'application des idées de justice et d'égalité, les concours, à leur naissance, ne purent encourir aucun reproche de favoritisme et d'irrégularité. Et pourtant, même entre les mains des révolutionnaires intègres, ils n'aboutissaient pas à des nominations que la postérité pût ratifier, tant il est vrai qu'il est de grandes qualités hu-

maines qui ne sauraient se laisser juger sur de banales épreuves de récitation. Je n'en veux pour preuve que le premier concours organisé par l'Ecole en l'an VII pour la nomination d'un chef des travaux pratiques : entre Duméril et Dupuytren, l'assemblée choisit Duméril.

Certes, l'idée de justice continue encore, quoique moins puissante, à soutenir les concours; mais il n'est pas téméraire d'ajouter que l'irresponsabilité qui est la conséquence de ce mode de nomination lui donne un avantage précieux dans une démocratie. Les gouvernements se reflètent dans les plus petites institutions; il serait aussi illogique et insoutenable de recourir en France au choix pur et simple que d'établir en Russie le système des concours. Et puis, comme le disait Thiers de la République, c'est encore le gouvernement qui nous divise le moins.

* * *

Les adversaires du concours, et, depuis mon article sur le concours de chirurgie, ils se sont révélés nombreux, ne s'attaquent pas à son principe d'être, qu'en pays démocratique il faut subir comme l'impôt, mais bien à son mode de fonctionnement. Parce que le système fut jadis adéquat aux besoins scientifiques, il n'est pas irraisonnable de soutenir que les progrès de la médecine commandent aujourd'hui une réforme radicale dans la nature des épreuves. La méthode d'observation étant adoptée par tous, j'ai pensé soutenir les idées émises par M. de Lavarenne, dans plusieurs numéros de ce journal, en narrant quelques faits que j'ai recueillis jadis dans le monde des concurrents.

Bien qu'elle n'eût pas été bien longue, la préparation de l'Internat ne m'avait laissé aucun goût pour le système des concours. Le hasard m'y avait paru jouer un grand rôle et la mémoire y compter pour une part injustifiée : j'avais décroché à un premier concours une brillante note avec une copie sur la muqueuse utérine, que je n'avais jamais vue, et je fus reçu au second après avoir vaguement disserté sur l'érythème noueux dont j'étais encore à examiner le premier cas.

Reçu interne, j'évitai donc les concours d'adjuvat et de prosectorat, et, suivant de très vieux errements hautement répudiés pour les *arrivistes* en chirurgie, je cherchai à soutenir mes connaissances chirurgicales par des études en anatomie pathologique, en médecine, en système nerveux, en dermatologie.

Mon internat fini, et ne sachant trop que faire, comme il arrive souvent en pareille occurrence, je me décidai à m'inscrire à une conférence que je suivis d'ailleurs avec une désespérante irrégularité. Dans la première séance à laquelle j'assistai, on donna comme question : *abcès des os*. Ce fut pour moi un étonnement profond que de voir se perdre presque toute une soirée pour tâcher de comprendre ce que cette question pouvait bien signifier : où commence l'abcès des os, où finit-il? est-ce l'abcès tuberculeux, est-ce l'abcès non tuberculeux? pour exister, lui faut-il, ou ne lui faut-il pas une coque? Cela me rappela les discussions du moyen-âge : Sous le signe du Capricorne, faut-il ou ne faut-il pas saigner la basilique? Certes, il s'en faut que toutes les questions fussent aussi oiseuses, mais il me resta cette impression que l'on perdait quelque temps précieux dans ces exercices préparatoires.

La question écrite n'ayant aucun attrait pour moi, je pensais trouver quelque compensation dans les épreuves cliniques. Ayant pendant cinq ans d'internat vécu constamment dans les salles de malades et m'étant plu à rédiger de longues observations, je comptais me tirer avec honneur de l'examen du malade. Ce fut encore une désillusion : les dix minutes d'examen, cinq minutes de réflexion, quinze minutes d'exposition, exigent du candidat une préparation toute spéciale. Pour bien « faire le malade », il faut disposer d'un ensemble de connaissances et compter avec une série de contingences dont la valeur scientifique reste discutable. Les quelques faits suivants serviront à la démonstration de cette assertion :

Un jour, un candidat, après avoir bien examiné son malade qui était un cas très simple, vint exposer son diagnostic; mais il se trompa sur la durée de son temps et termina en dix minutes au lieu de quinze; il en pâtit de quelques points en moins.

Un autre, déjà distingué par son mérite, eut affaire à une malade dont les circonvolutions offraient peu de frisures, et ce fut empoignant de voir ce candidat, près d'être nommé, aux prises avec une vieille femme stupide donnant des réponses inintelligibles : le candidat fit une mauvaise question, mais ne fut pas coulé, et ses concurrents se réjouirent de le voir finalement nommé.

Une autre fois, un candidat, également en passe d'être reçu, eut une malade atteinte de tumeur du sein; deux ans auparavant, il avait récolté, dans un cas analogue, une mauvaise note pour avoir fait un diagnostic et proposé un traitement très précis, mais en opposition avec l'avis du jury. Et ce fut intéressant de l'entendre, cette fois suprême, pérorer pendant quinze minutes sans se compromettre, proposant à la fois l'abstention et l'opération, laissant en fin de compte à chaque juge le soin de décider suivant son tempérament. Un avocat n'eût pas mieux plaidé la cause; sans avoir la grosse note, le candidat reçut le point qui lui permettait de se maintenir : tout ce qu'il désirait, étant déjà en tête.

En médecine, il n'est pas moins nécessaire de s'adonner à une préparation machinale qui n'a rien de scientifique. Sans vouloir multiplier les exemples, j'en citerai deux, l'un ayant trait à l'épreuve écrite, l'autre à l'épreuve orale.

Il y a quelques années, la question sortie fut : *Pleurésie putride*. Or, il se trouva qu'un candidat avait jeté, par ses propres et longues recherches, une telle lumière sur la pathogénie de la putridité de la pleurésie, que ses travaux devenaient un des points principaux de la question. Puisque le sort avait voulu que la *Pleurésie putride* sortît de l'urne, il eût été de TOUTE JUSTICE, pour employer l'expression du citoyen Chaussier, en l'an IX, que le candidat qui, à lui tout seul, avait fait plus avancer la question que tous les autres candidats et les juges réunis, reçût une note valant 100, ses concurrents évoluant entre 0 et 10. Il n'en fut pas et il ne pouvait en être ainsi. Le candidat lut une copie déplorable; il sait faire marcher la science, mais n'entend rien à la rédaction d'une question de concours.

En clinique, les épreuves donnent aussi des mécomptes. Le jury avait une fois choisi un malade atteint d'ictère; or, par suite d'un orage et de la chute du jour, il se trouva que le candidat dut examiner le malade à la lueur d'une bougie; il ne remarqua pas la teinte jaune qui l'eût assurément frappé en pleine lumière et commit une erreur de diagnostic. A un autre concours, le jury avait fait un diagnostic d'hépatite avec cirrhose; le candidat porta celui de cancer : le malade mourut pendant le concours et prouva au jury que le candidat avait raison.

* * *

Ces quelques exemples, pris parmi tant d'autres en chirurgie et en médecine, sont destinés à montrer que, pas plus à l'épreuve clinique qu'à l'épreuve écrite, le jugement des jurys ne peut se baser sur les connaissances scientifiques seules du candidat : toute une série de contingences entrent en ligne de compte et déterminent l'appréciation des juges.

Frappé de tous ces faits, j'en avais conclu à la nécessité d'une préparation méthodique et spéciale du concours des hôpitaux, parfaitement distincte des études scientifiques pures; je m'apprêtais à l'entreprendre, *quoad vitam*, lorsque d'heureuses circonstances me permirent d'éviter ce fastidieux travail de plusieurs années et de garder mon modernisme indemne de toute alliance.

F. JAYLE.

DEUXIÈME VOYAGE
AUX

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES
ET AU CONGRÈS DE ROME

9-23 Septembre 1902.

Paris — Gênes — Pise — Florence.
Rome — Turin — Paris.

Le second voyage de *La Presse Médicale* aux Universités étrangères aura lieu du 9 au 23 Septembre. Principalement organisé en vue du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Rome, il est exclusivement limité à la visite d'universités italiennes. Une semaine tout entière est consacrée à Rome.

A l'aller, on s'arrêtera à Gênes, à Pise et à Florence; deux jours particulièrement sont réservés pour la visite de cette dernière ville. Au retour, arrêt à Turin.

Peuvent faire partie du *Voyage de la Presse Médicale* les docteurs et étudiants français et étrangers et leurs femmes.

Les inscriptions sont reçues aux *Bureaux de la Presse Médicale* du 5 au 25 Août.

Le prix variera de 450 à 500 francs, suivant les réductions accordées par les compagnies de chemin de fer.

Les voyageurs sont défrayés de tous les frais de route et d'hôtel. Ils ne devront se munir que de bagages à la main; ils pourront, cependant, et à leurs frais, faire enregistrer des malles directement pour Rome.

Étant donné les fêtes du Congrès, dont le programme n'est d'ailleurs pas encore fixé, les hommes devront se munir d'un habit et les dames de toilettes. Mais ce n'est qu'à Rome que le costume de touriste pourrait être insuffisant. Dans toutes les autres villes visitées, aucune cérémonie n'aura lieu et c'est pourquoi une valise à la main est suffisante pour ces dernières. En expédiant directement une malle pour Rome, on obvie, sans aucun inconvénient, à l'encombrement de volumineux bagages.

Voici le programme auquel il ne peut être fait désormais que des modifications de détail :

Programme.

Mardi 9 Septembre 1902. — Départ de Paris à 2 heures de l'après midi. Diner au buffet de Dijon.

Mercredi 10 Septembre. — Arrivée à Turin à 8 h. 20 du matin. Petit déjeuner. Arrivée à Gênes à midi. Séjour. Diner. Coucher.

Jeudi 11 Septembre. — Départ de Gênes à midi 35, après le déjeuner. Arrivée à Pise à 5 h. 20, et à Florence à 7 h. 19. Dîner. Coucher.

Vendredi 12 et Samedi 13 Septembre. — Séjour à Florence.

Dimanche 14 Septembre. — Départ de Florence à 8 h. 47. Arrivée à Pise à 11 h. 6. Déjeuner. Visite. Départ à 5 h. 38. Diner dans le wagon-restaurant. Arrivée à Rome à 11 h. 43. Conduite à l'hôtel. Coucher.

Lundi 15 au Samedi 20 Septembre. — Séjour à Rome.

Dimanche 21 Septembre. — Départ de Rome à 8 h. 15 du matin. Déjeuner dans le wagon-restaurant. Dîner au buffet de Gênes à 7 heures. Départ à 8 heures. Arrivée à Turin à 11 h. 35. Coucher.

Lundi 22 Septembre. — Séjour à Turin. Petit déjeuner. Déjeuner et dîner à l'hôtel. Départ à 7 h. 20 du soir.

Mardi 23 Septembre. — Retour à Paris à 9 h. 41 du matin.

Le premier repas sera le dîner au buffet de Dijon le 9 Septembre, et le dernier le dîner à Turin le 22 Septembre 1902.

Puisse ce second voyage aux universités étrangères avoir le même succès que celui de l'an dernier, pour le plus grand profit de ceux qui l'exécuteront et pour le meilleur renom de notre pays.

F. JAYLE.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES SUR LA PERLÈCHE

PAR

Gustave BUREAU ET FORTINEAU

Médecin suppléant des hôpitaux de Nantes.

Ex-préparateur de bactériologie à l'École de médecine de Nantes.

Dans le service des petits teigneux de l'Hospice Saint-Jacques, dont l'un de nous est chargé, s'est déclarée dernièrement une épidémie de perlèche. Nous avons profité de l'occasion qui nous était offerte pour faire quelques recherches bactériologiques sur cette affection dont l'agent pathogène est encore fort discuté.

La *perlèche* ou *pourlèche*, ainsi appelée à cause de la sensation de cuisson qu'elle occasionne et qui oblige les enfants à se pourlécher les lèvres, est encore connue sous le nom de *bridou*, parce qu'elle bride les deux commissures labiales et gêne pour ouvrir la bouche.

Elle débute par une altération spéciale de l'épiderme des commissures, qui devient blanc et comme macéré; la lésion s'étend de là sur les deux lèvres, à une distance variable, mais dépassant rarement un centimètre. Bientôt la lésion progresse, et l'on voit survenir une fissure. Celle-ci est ordinairement unique, occupe le pli même de la commissure; quelquefois cependant il peut y avoir deux ou trois petites fissures secondaires. La lésion reste ordinairement localisée au voisinage des commissures; on a signalé cependant, coïncidant avec la perlèche, la stomatite diphtéroïde, l'impetigo de la figure. La durée de cette affection serait de quinze à trente jours (Lemaistre), de quatre à six semaines (P. Raymond); elle tend à guérir spontanément, mais les récidives sont fréquentes.

L'épidémie que nous venons d'observer ne nous a présenté rien de bien spécial à signaler au point de vue clinique. Sur 27 enfants qui se trouvaient à ce moment dans le service, 21 ont été atteints. Chez tous, la lésion a été bilatérale et est restée localisée au voisinage des commissures; dans deux cas seulement, nous avons noté un peu de gingivite, se traduisant par de la rougeur de la gencive inférieure.

Tous les auteurs sont d'accord sur la symptomatologie de la perlèche; mais il n'en est plus de même au sujet des microorganismes trouvés dans cette affection. J. Lemaistre[1], le premier, en 1886, a décrit un streptocoque, qu'il appelle *streptococcus plicatilis*, et qu'il regarde comme l'agent pathogène; il l'a rencontré dans tous les cas examinés, dans les seaux et dans l'eau des fontaines servant aux enfants. Raymond[2], de son côté, a trouvé le staphylococcus cereus albus; Guibert[3] et Henri Malherbe[4] dans un cas (examen de la salive), le staphylocoque blanc; Planche[5], le staphylocoque doré; enfin Eymeri[6], sur 50 cas examinés, a rencontré 18 fois le staphylocoque doré, l'albus 30 fois, et 2 fois un bacille court, mobile, se décolorant par le Gram. Ainsi, autant d'auteurs ayant pratiqué des examens bactériologiques de la perlèche, autant de microorganismes divers trouvés. Aussi Planche conclut-il, avec Raymond, qu'aucun de ces microorganismes n'est spécifique, et que l'affection peut être produite par tous les microbes contenus dans la bouche.

Frappés de ces résultats si divergents, nous nous sommes demandé si, en se servant des milieux spéciaux et des méthodes spéciales de culture préconisés récemment en bactériologie, principalement pour l'étude des lésions cutanées, nous n'obtiendrions pas des résultats plus précis. Sabouraud a, en effet, montré dernièrement[1] que le moyen le plus sûr pour déceler le streptocoque dans une lésion cutanée, était de faire la culture en bouillon-pipette; il semble ainsi avoir démontré que *l'impetigo contagiosa de Tilbury Fox*, attribué par les uns au streptocoque, par les autres au staphylocoque, est bien d'origine streptococcique. Le premier microorganisme décrit dans la perlèche étant un streptocoque, il était tout naturel d'employer dans nos recherches ce procédé de culture et la gélose au sang de Bezançon et Griffon, milieu très favorable au développement de certains microbes.

Nous avons ainsi soumis à l'examen bactériologique 15 cas de l'épidémie de perlèche que nous observions. Pour chaque enfant, nous avons pratiqué un ensemencement en bouillon-pipette et un ensemencement sur gélose-sang, en employant le procédé de dilution de Veillon. Cinq fois, en outre, nous avons fait une culture anaérobie, en tube de gélose profonde.

Voici les résultats que nous ont fournis les 15 cas examinés.

Observation I. — 1° Avec un fragment d'épiderme macéré, prélevé au niveau de la commissure labiale droite, nous faisons deux frottis : l'un est coloré au violet de gentiane, l'autre par la méthode de Gram. Dans les deux préparations, on voit des cocci prenant le Gram, quelques chaînettes de 4 à 5 éléments, et quelques bacilles.

2° Le 15 Juin, ensemencement d'un tube de gélose-sang avec un fragment d'épiderme prélevé au niveau de la commissure labiale droite. Après dix-sept heures d'étuve à 37°, abondantes colonies, présentant à l'œil nu et dans les préparations les caractères du *streptocoque;* quelques colonies de staphylocoque doré.

Une des colonies de streptocoque est ensemencée sur un tube de sérum. Le lendemain, aucun développement apparent; une autre colonie est alors ensemencée sur un tube de gélose. Le lendemain, sur le tube de sérum et sur le tube de gélose, colonies pures de streptocoque.

Un autre tube de gélose-sang est ensemencé le même jour avec une mince croûtelle siégeant près de la commissure. Au bout de dix-sept heures d'étuve : quelques colonies de *streptocoque*, de nombreuses colonies plissées, irrégulières, et d'autres arrondies et crémeuses formées par un gros bâtonnet.

3° Avec l'extrémité effilée d'une pipette Pasteur stérilisée, on aspire quelques gouttes de sérosité sous l'épiderme soulevé et macéré près de la commissure; puis la pipette est remplie avec du bouillon stérile. Après dix-sept heures d'étuve : flocons blancs déposés sur les parois du verre, à l'extrémité de la pipette; le bouillon n'est pas trouble. Les préparations faites avec ce bouillon montrent de nombreux *streptocoques* et quelques amas de staphylocoques. Un tube de gélose, ensemencé avec ce bouillon, donne des colonies de streptocoque et de staphylocoque doré. Une de ces colonies de streptocoque, ensemencée sur un tube de gélose, donne le lendemain une culture pure de streptocoque.

4° Un tube de gélose de Liborius est ensemencé avec un fil de platine, chargé d'un peu de sérosité suintant sous le soulèvement épidermique près de la commissure; après dix-sept heures d'étuve, nombreuses colonies de *streptocoque* dans la profondeur.

Observation II. — 1° Ensemencement d'un tube de gélose-sang avec une petite parcelle d'un soulèvement épidermique, situé sur la lèvre inférieure, à un centimètre environ de la commissure droite. Au bout de dix-sept heures d'étuve, quelques colonies de *streptocoque*. Le lendemain, se sont développées sur le tube : une sarcine jaune, une colonie rose, quelques colonies blanches d'un bacille trapu, et d'autres limitées par un bourrelet dans lesquelles on trouve un vibrion. Un tube de gélose, ensemencé avec une des colonies de streptocoque, donne le lendemain quelques colonies de streptocoque.

2° Avec un peu de sérosité du même soulèvement épidermique on fait une culture en bouillon-pipette. Après dix-sept heures d'étuve : flocons blancs à l'extrémité de la pipette; le bouillon n'est pas troublé. Dans les préparations : belles chaînettes de streptocoque; un tube de gélose ensemencé avec le bouillon donne le lendemain une *culture pure de streptocoque*.

3° On ensemence également un tube de gélose de Liborius. Au bout de dix-sept heures d'étuve : à peine quelques colonies naissantes. Le lendemain : nombreuses colonies de *streptocoque* et quelques colonies de staphylocoque doré.

Observation III. — 1° Ensemencement d'un tube de gélose-sang avec un fil de platine passé dans une fissure siégeant au niveau de la commissure. Au bout de vingt-quatre heures : colonies de *streptocoque* et de staphylocoque blanc, et des colonies blanches formées par un bacille ne prenant pas le Gram;

2° Une pipette-bouillon est ensemencée avec un peu de sérosité prélevée au niveau de la fissure. Le lendemain : dépôt floconneux sur les parois de la pipette. Un tube de gélose, ensemencé avec ce bouillon, donne du *streptocoque* et du staphylocoque doré;

3° Un tube de gélose profonde est ensemencé avec un fil de platine passé dans la fissure. Le lendemain : cultures grisâtres et quelques colonies de staphylocoque doré.

Pour tous les autres cas, nous avons procédé de la façon suivante : nous aspirions quelques gouttes de sérosité, en introduisant une pipette stérilisée sous l'épiderme macéré, et nous remplissions la pipette avec du bouillon stérile; avec un fil de platine, nous prélevions ensuite un peu de sérosité suintant au niveau du point où nous avions piqué avec la pipette, et nous ensemencions un tube de gélose-sang. L'examen des cultures était pratiqué le lendemain. Voici, succinctement, le résultat de ces examens :

Observation IV. — 1° Culture sur gélose-sang : *streptocoque*, staphylocoque doré et des colonies blanches, formées par un bacille pouvant être rapproché par sa forme et sa disposition du bacille de Lœffler;

2° Culture en bouillon-pipette : on retrouve les trois germes précédents.

Observation V. — 1° Culture sur gélose-sang : *streptocoque*, staphylocoque doré et cultures jaunes plissées;

2° Culture en bouillon-pipette : *streptocoque* et staphylocoque doré.

Observation VI. — 1° Culture sur gélose-sang : *streptocoque*, staphylocoque doré, et quelques colonies grises formées par de gros bacilles ne prenant pas le Gram;

2° Culture en bouillon-pipette : *culture pure de streptocoque.*

Observation VII. — 1° Culture sur gélose-sang : *streptocoque*, staphylocoque doré et une sarcine, formant des colonies arrondies, grises et visqueuses;

2° Culture en bouillon-pipette : *streptocoque* et staphylocoque doré.

Observation VIII. — 1° Culture sur gélose-sang : *culture pure de streptocoque;*

2° Culture en bouillon-pipette : *culture pure de streptocoque;*

3° Culture en gélose profonde : *streptocoque* en abondance et quelques colonies de staphylocoque doré.

1. J. Lemaistre. — « De la perlèche. Du streptococcus plicatilis ». Limoges, 1886.
2. P. Raymond. — *Bulletin de la Société de dermatologie*, 1893.
3. Guibert. — « La perlèche ». *Thèse*, Toulouse, 1896.
4. H. Malherbe. — *Gazette médicale de Nantes*, 1896.
5. Planche. — « La perlèche ». *Thèse*, Paris, 1897.
6. Eymeri. — XIIIe Congrès international de médecine, Paris, 1900. Section des maladies de l'enfance, p. 530.

1. Sabouraud. — « Étude clinique et bactériologique de l'impétigo ». *Annales de dermatologie*, 1900, p. 324.

OBSERVATION IX. — 1° Culture sur gélose-sang : *streptocoque,* staphylocoque blanc et quelques colonies grises, dans lesquelles on trouve des microcoques.

2° Culture en bouillon-pipette : *streptocoque* et colonies grises analogues aux précédentes.

OBSERVATION X. — 1° Culture sur gélose-sang : *streptocoque*, staphylocoque, et des colonies arrondies, lisses à leur centre, rayonnées à leur périphérie, et formées par une sarcine.

2° Culture en bouillon-pipette : *streptocoque* et staphylocoque doré.

OBSERVATION XI. — 1° Culture sur gélose-sang : *streptocoque* et des colonies formées par une sarcine identique à celle de l'observation X.

2° Culture en bouillon-pipette : *streptocoque*, staphylocoque doré, et la même sarcine.

OBSERVATION XII. — 1° Culture sur gélose-sang : *streptocoque*, une sarcine jaune et une sarcine blanche.

2° Culture en bouillon-pipette, même résultat.

OBSERVATION XIII. — 1° Culture sur gélose-sang : *streptocoque* et staphylocoque blanc.

2° Culture en bouillon-pipette : *culture pure de streptocoque.*

OBSERVATION XIV. — 1° Culture sur gélose-sang : *streptocoque* et une colonie grise constituée par des microcoques.

2° Culture en bouillon-pipette : *culture pure de streptocoque.*

3° Culture en gélose profonde : *streptocoque* et des colonies blanches et irrégulières.

OBSERVATION XV. — 1° Culture sur gélose-sang : *culture pure de streptocoque.*

2° Culture en bouillon-pipette : *streptocoque* et une sarcine décrite à l'observation X.

En résumé, sur les 15 cas de perlèche que nous avons soumis à l'examen bactériologique, dans tous nous avons pu déceler et isoler le streptocoque. Sur les 36 examens que nous avons pratiqués, nous trouvons constamment ce micro-organisme, sauf dans un tube de gélose profonde, et *huit fois* il fournit des cultures pures.

Les germes qui lui étaient le plus fréquemment associés sont :

Le staphylocoque doré, dix-sept fois; le staphylocoque blanc, trois fois;

Une sarcine à colonies lisses au centre et rayonnées à la périphérie; 3 fois.

Les autres germes ne se sont rencontrés qu'une ou deux fois.

Chez deux enfants, nous avons pratiqué l'examen de la salive.

SALIVE DE L'OBSERVATION VIII. — 1° Culture sur gélose-sang donne du *streptocoque*, du staphylocoque doré et une sarcine décrite à l'observation X.

2° Culture en bouillon-pipette : *streptocoque* et staphylocoque doré.

SALIVE DE L'OBSERVATION XV. — 1° Culture sur gélose-sang : *streptocoque* et colonies visqueuses.

2° Cultures en bouillon-pipette : *streptocoque* et staphylocoque doré.

Ainsi, chez les deux enfants que nous avons examinés à ce point de vue, nous avons pu déceler la présence de streptocoque dans la salive.

Nous avons voulu voir si nous le retrouverions également dans les gobelets dont se servaient ces enfants; nous avons pratiqué l'examen de deux gobelets, et, dans l'un d'eux, nous avons pu effectivement déceler la présence de ce microbe.

GOBELET I. — 1° Ensemencement d'un tube de gélose-sang avec des traces de bouillon stérile versé dans un gobelet ayant servi aux enfants atteints de perlèche; cet examen a été fait deux heures après l'emploi du gobelet. Nous avons eu soin de faire couler le bouillon sur les rebords du gobelet, de façon à lui faire laver les parties sur lesquelles viennent s'appuyer les lèvres de l'enfant. Nous obtenons sur ce tube : du *streptocoque* et des germes, présentant en culture et dans les préparations les caractères du colibacille.

2° Ensemencement en bouillon-pipette : même résultat.

GOBELET II. — Nous répétons les mêmes recherches pour le second gobelet, mais nous n'obtenons que le bacille trouvé dans le milieu ensemencé avec le gobelet n° 1. Ce bacille est ensemencé dans le lait, qu'il coagule.

Inoculations. — Avec le streptocoque isolé chez l'enfant de l'observation I, nous avons essayé de reproduire expérimentalement la maladie chez les animaux.

Nous scarifions le pourtour des commissures labiales et la vulve d'une femelle cobaye âgée de vingt jours; puis nous passons sur la scarification un fil de platine chargé de culture du streptocoque sur gélose de la veille.

Trois jours après, les scarifications des lèvres sont cicatrisées, celles de la vulve ne semblent pas modifiées. Au bout de cinq jours, l'animal succombe : les lésions de la vulve ne sont pas cicatrisées. Dans les préparations faites avec le raclage, on voit des bacilles et des diplocoques prenant le Gram.

A l'autopsie, on trouve seulement de la cystite, avec dépôt purulent dans la vessie, que l'examen et la culture montrent due au colibacille.

Une femelle lapin est inoculée à la vulve, après scarification avec une culture de streptocoques de vingt-quatre heures; trois jours après, les lésions sont cicatrisées.

En résumé, nos résultats ont été nuls et nous n'avons pu reproduire l'affection chez les animaux.

Nous avons alors recherché la virulence de ce streptocoque par son inoculation chez les animaux.

Un cobaye de vingt jours, frère du précédent, est inoculé sous la peau avec 2 centimètres cubes de culture de bouillon de deux jours : aucun résultat.

Une souris est inoculée sous la peau avec 1 centimètre cube de la même culture : pendant toute la journée, elle reste blottie dans un coin de la cage, le poil hérissé; le lendemain, elle est rétablie.

Un lapin est inoculé dans le péritoine avec 2 centimètres cubes d'une culture de vingt-quatre heures : l'animal ne réagit pas.

Pendant que nous pratiquons ces recherches sur cette épidémie de perlèche, nous avons eu la bonne fortune de rencontrer un autre enfant atteint de la même affection, mais n'ayant jamais été en contact avec les précédents. L'examen bactériologique, pratiqué suivant la même technique, nous a permis également dans ce cas de retrouver le streptocoque.

OBSERVATION XVI. — 1° Ensemencement sur gélose-sang d'un fragment d'épiderme macéré : *streptocoque* et staphylocoque doré :

2° Ensemencement d'un peu de sérosité sous-épidermique en bouillon-pipette : *streptocoque* et staphylocoque doré.

Nous avons alors essayé de faire récupérer à ce streptocoque sa virulence au moyen de l'inclusion en sac de collodion. Nous insérons dans le péritoine d'un cobaye un sac de collodion contenant un bouillon de culture de vingt-quatre heures. Huit jours après, on injecte sous la peau d'une souris un demi-centimètre cube de ce bouillon. La souris meurt en quarante-huit heures. On retrouve du streptocoque dans les préparations faites avec l'exsudat prélevé au niveau de la plaie, quelques staphylocoques et quelques bâtonnets prenant le Gram.

Rien dans le sang, ni dans les préparations, ni dans les cultures.

Un tube de gélose au sang, ensemencé avec le contenu du sac de collodion est demeuré stérile.

D'après ces résultats, il n'est pas douteux que, dans les cas de perlèche que nous venons d'observer, le streptocoque n'en fût l'agent pathogène, puisque nous avons retrouvé ce micro-organisme au niveau des lésions labiales dans les 16 cas examinés, et que nous avons pu le déceler dans la salive des deux enfants et même dans un des gobelets, dont ils se servaient. Peut-on conclure de là que ce soit l'agent spécifique de cette affection? J. Lemaistre est revenu tout récemment sur la spécificité de la perlèche; il ne peut croire que ce soient les microbes vulgaires de la bouche et de toutes les croûtes et suppurations de la face qui produisent la perlèche : il a toujours vu la perlèche venir de la perlèche, jamais de l'impétigo, et jamais il n'a vu l'impétigo produire la perlèche. D'autre part, certains dermatologistes semblent admettre aujourd'hui la nature streptococcique de la perlèche, puisque M. Besnier l'appelle « épidermo-dermite commissurale streptococcique » et que, pour Sabouraud, la perlèche impétigineuse chronique fournit des cultures streptococciques typiques analogues à celles de tout autre impétigo.

Mais alors comment expliquer les résultats si divergents obtenus par ceux qui ont fait des recherches bactériologiques sur cette affection? Il nous semble qu'ils pourraient peut-être recevoir la même explication que celle fournie par Sabouraud à l'occasion de la bactériologie de l'impétigo, c'est-à-dire que ces résultats dissemblables tiennent aux procédés différents d'examen. Sabouraud insiste, en effet, sur ce point que, pour déceler la présence du streptocoque dans une association microbienne, surtout dans les lésions cutanées, il faut employer la culture en milieux liquides. Or, J. Lemaistre, qui a trouvé un steptocoque dans la perlèche, se servait de la culture en bouillon; il ensemençait des ballons Pasteur contenant du bouillon stérile. Les autres expérimentateurs semblent surtout s'être servis de milieux solides : Raymond et Planche de la gélose, Guibert des plaques de gélatine. Nous avons bien obtenu directement des cultures de streptocoque sur les tubes de gélose au sang, mais c'est là un milieu spécial et, en outre, nous ensemencions non directement sur la gélose, mais en faisant une dilution dans l'eau de condensation du tube suivant le procédé de Veillon.

Aussi sans vouloir affirmer que la perlèche est toujours due au streptocoque, nous le croyons cependant bien volontiers; et, en tout cas, il nous semble nécessaire, dans les recherches futures, d'employer ces procédés spéciaux de culture. Il est fort probable qu'on arrivera ainsi à démontrer que le streptocoque, trouvé pour la première fois par Lemaistre, en 1886, dans la perlèche, en est bien l'agent pathogène.

Faut-il en faire un streptocoque spécial? Celui que nous avons isolé chez nos enfants ne nous a semblé ne se différencier en rien de tout autre streptocoque; il s'est montré sans virulence pour les animaux; cependant, dans le dernier cas, en employant le procédé de l'inclusion en sac de collodion, nous sommes arrivés à le rendre virulent pour la souris.

Nos tentatives pour reproduire l'affection chez les animaux sont restées sans succès; nous ne nous sommes pas crus autorisés à tenter l'expérience chez l'homme.

A PROPOS
DU SPOROZOAIRE DE LA VARIOLE

Par A. CLERC

Parmi les protozoaires susceptibles de déterminer des troubles graves dans l'organisme animal, les sporozoaires ont pris une importance qui croît de jour en jour. Après que Miescher eut décrit, en 1843, dans les muscles de la souris,

les formations tubulaires qui portent encore son nom, les travaux de Balbiani, Bütschli, Schneider, R. Blanchard, ceux plus récents de Léger, Thélohan, Labbé, permirent la détermination de nombreuses familles dont quelques-unes ont un habitat spécial. Certaines, comme les grégarines, sont parasites des invertébrés; les myxosporidies infestent surtout les poissons et les articulés; d'autres, au contraire, comme les coccidies, se rencontrent chez la plupart des vertébrés et chez quelques invertébrés [1].

La recherche des sporozoaires de l'homme devait attirer nécessairement les médecins; malheureusement, en dépit des travaux publiés, peu de points sont encore élucidés, et, à part quelques observations isolées et concernant les coccidies, il n'existe actuellement, en pathologie humaine, qu'un sporozoaire nettement étudié : c'est l'agent du paludisme, découvert par Laveran en 1881, et que les naturalistes classent dans le groupe des gymnosporidies (Labbé).

Cependant, depuis plusieurs années, différents auteurs tendent avec persistance à considérer les sporozoaires comme étant les agents pathogènes de tout un groupe de maladies : nous voulons parler de la variole, de la vaccine, et peut-être de la varicelle. La question, longtemps stationnaire, a récemment repris une marche rapidement progressive, et un article paru, le mois dernier, dans une revue allemande, nous a semblé présenter un intérêt suffisant pour que nous ayons cru pouvoir résumer ici la parasitologie de la variole et de la vaccine telle qu'elle est actuellement décrite par les divers auteurs, et montrer en quoi leurs travaux concordent et comment ils se complètent mutuellement.

Keber (1868), puis Renaut (1881), décrivirent, pour la première fois, l'un dans le vaccin, l'autre dans les pustules varioliques, des corpuscules spéciaux qu'ils considérèrent comme des parasites. Puis Van der Loëff (1886) découvrit de petites cellules amiboïdes, animées de mouvements propres, qu'il rencontrait dans le sang des varioleux fébriles et des génisses récemment vaccinées. En 1887, L. Pfeiffer donna la première description raisonnée du parasite qu'il rangea parmi les sporozoaires.

Guarnieri réalisa un progrès considérable, tant au point de vue morphologique qu'au point de vue expérimental. Il signala, au niveau des pustules vaccinales, de petits corps ronds, réfringents, se cantonnant dans l'intérieur des cellules et atteignant les dimensions de leur noyau. Le grand mérite de Guarnieri fut d'entrer, un des premiers, dans la voie expérimentale. Il inocula le vaccin dans la cornée d'un lapin, constata, au niveau des lésions produites, la multiplication des mêmes corpuscules intra-épithéliaux animés de mouvements amiboïdes et se reproduisant soit par division directe, soit par formation de kystes sporulés; l'auteur en conclut que ces corps étaient les agents de la vaccine, qu'ils appartenaient à la classe des sporozoaires, et leur donna le nom de *Cytoryctes vaccinæ*.

Cette opinion rencontra de nombreux contradicteurs et M. Salmon (1897) [2], auquel on doit une intéressante revue critique, en arrivait à voir dans les corpuscules de Guarnieri de simples débris leucocytaires.

La question restait indécise depuis plusieurs années, quand en 1901 MM. Roger et Weil [3] attirèrent de nouveau l'attention des médecins sur des formations semblables à celles décrites par Guarnieri. « Ces corps se distinguent des éléments qui les entourent par leur coloration intense, beaucoup plus foncée que celle des noyaux cellulaires. Ils sont teintés d'une façon brutale; arrondis ou ovalaires, ils mesurent en moyenne de 1 μ 50 à 3 μ. » On les rencontre dans les éléments éruptifs, même au stade papuleux; la transformation purulente se fait sous leur seule intervention. Ils existent dans le sang, surtout dans les cas de variole hémorragique; on les retrouve dans divers organes, spécialement dans la rate, dans la moelle osseuse. Ils existaient en nombre considérable dans le liquide amniotique d'une femme enceinte et semblaient animés de mouvements amiboïdes.

1. Pour la classification des sporozoaires, voir DELAGE et HÉROUARD. « Zoologie concrète. ». (Schleicher, Paris 1896, T. I.)

2. SALMON. — « Recherches sur l'infection dans la variole et la vaccine ». *Annales de l'Institut Pasteur*, 1897.

3. ROGER et WEIL. — « Recherches sur le parasite de la variole ». *La Presse Médicale*, 1900, 28 Novembre, n° 98.

Par inoculation au lapin du pus variolique, les mêmes auteurs déterminèrent une maladie rapidement mortelle et retrouvèrent les parasites dans le sang, les organes et les lésions locales. Ils poussèrent encore plus loin leurs investigations en essayant de cultiver le sporozoaire dans le sang de lapin défibriné. Si le développement des parasites n'était pas comparable à celui des bactéries, il semblait cependant réel. Leur virulence persistait après plusieurs réensemencements successifs, et même, dans les vieilles cultures, se voyaient des corpuscules réfringents non colorables, qui pouvaient être des spores. Ces expériences comportent de nombreuses difficultés, sur lesquelles les auteurs ont insisté, dans un second mémoire [1]. D'autres expériences sur le singe et les bovidés sont actuellement en cours et n'ont pas encore été publiées.

* * *

Presque en même temps que MM. Roger et Weil, Funck (de Bruxelles) aboutissait aux conclusions suivantes : Le parasite de la vaccine est un sporozoaire, qui se présente dans le vaccin frais sous trois formes : 1° forme réfringente libre, vert brillant, arrondie, de 2 à 10 μ de diamètre ; elle est animée, sur platine chauffante, de mouvements lents, mais bien caractérisés ; 2° cellules épidermiques infestées par le sporozoaire ; 3° kystes, d'aspect framboisé, véritables *morula*, ovalaires, bourrés de spores; leur diamètre atteint 25 μ.

Il s'agit donc bien d'un sporozoaire, et Funck (de Bruxelles) [2] lui donne le nom de *Sporidium vaccinale*. Il ne l'a pas cultivé, au vrai sens du mot, mais il a préparé une émulsion de kystes pêchés sous le microscope, au moyen d'une spatule, dans du vaccin stérile ayant séjourné vingt-quatre heures à l'étuve. Cette émulsion, opérée dans de l'eau ou dans du bouillon, a été inoculée au veau, chez lequel elle a déterminé des pustules caractéristiques suivies d'une immunisation complète.

La pustule variolique renferme, d'après Funck, un sporozoaire semblable dont l'étude permet d'identifier les deux infections.

Wassiliewski [3], dans un travail ultérieur, admet lui aussi la spécificité des corpuscules de Guarnieri. Ses recherches microscopiques, faites en série, lui ont montré que l'inoculation de lymphe vaccinale dans la cornée du lapin détermine l'apparition de nombreux corpuscules intra-cellulaires. Leur multiplication, qui est évidente, débute dès la troisième heure et diminue au bout de la septième ; puis ils disparaissent. Wassiliewski a réussi à infecter une série de cornées, en partant d'un même produit d'inoculation oculaire ; à la 46e génération, ces produits sont encore virulents ; inoculés à des enfants, ils ont produit six fois sur sept une ou plusieurs pustules caractéristiques.

1. ROGER et WEIL. — « Nouvelles recherches expérimentales sur la variole ». *La Presse Médicale*, 1901, 10 Juillet, n° 55.

2. FUNCK. — « L'agent étiologique de la vaccine et de la variole ». *Semaine médicale*, 1901, 20 Février, n° 8; *Centralblatt für Bakteriologie*, 1901, 5 Juillet.

3. WASSILIEWSKI. — *Zeitschr. f. Hyg.*, 1901, Vol. XXXVIII. — Consulter aussi un intéressant article de Romme. « Sur les corpuscules vaccinaux de Guarnieri ». *La Presse Médicale*, 1902, n° 36.

Les recherches récentes de M. Ishigami [1] (d'Osaka), poursuivies au laboratoire de Kitasato, rendent plus précis encore les faits acquis par ses devanciers et y ajoutent une donnée capitale : la culture du parasite en milieu spécial.

L'auteur, qui déclare s'être occupé de la question depuis 1893, a divisé son travail en plusieurs chapitres.

Le chapitre Ier est consacré aux moyens d'investigation. Si l'on veut rechercher le parasite dans les tissus, on inocule une génisse et, chaque jour après, on excise, au niveau d'une des scarifications, un fragment cutané que l'on débite en coupes. On peut employer aussi la lymphe vaccinale, la lymphe variolique, les croûtes desséchées ; mais il faut toujours plonger au préalable les pièces dans une solution phéniquée, afin d'éviter le développement ultérieur des bactéries. La chaleur est le meilleur fixateur des préparations sèches. L'hématoxyline ferrique est le meilleur colorant nucléaire ; l'éosine, la fuchsine, la thionine, le bleu de méthylène colorent les kystes parasitaires d'une manière intense.

Dans le chapitre II, Ishigami décrit minutieusement les lésions qui se développent au point d'inoculation. On constate l'apparition de nombreux corpuscules amiboïdes qui pénètrent dans les cellules épithéliales où ils peuvent se multiplier; ils s'entourent ensuite chacun d'une mince membrane ; la cellule épithéliale se gonfle, puis disparaît, en même temps que se forme une enveloppe commune, et le kyste parasitaire est constitué. On retrouve les corps amiboïdes dans le sang et dans les organes, mais ils sont alors extra-cellulaires.

Le chapitre III contient une description très précise de l'agent parasitaire. On peut lui décrire trois formes. Sous la forme amiboïde, il se présente comme un petit corps rond (2 à 5 μ), brillant, verdâtre, sans membrane d'enveloppe ni noyau, et pouvant, sur la platine chauffante, présenter des mouvements propres de translation. Au stade suivant, il acquiert un noyau colorable et un protoplasma séparable en endo- et ectoplasma, puis son contenu devient granuleux et on assiste au développement d'un kyste. Ces kystes (15 à 20 μ), généralement de forme ovale, contiennent de 20 à 40 petits corpuscules qui représent les sporozoïtes. Ces différents stades ne se succèdent pas nécessairement, et le sporozoaire peut ou bien se diviser directement, ou bien s'enkyster. Dans ce dernier cas, son noyau se divise d'abord, puis ensuite son protoplasma, et les sporozoïtes sont constitués. L'auteur n'a pu conclure fermement à la présence de spores proprement dites.

Le chapitre IV est le plus important, car il contient les détails relatifs à la culture du parasite; malheureusement ces détails pèchent par la brièveté, car l'auteur ne donne pas la composition de son milieu de culture. Il nous dit simplement que c'est un liquide dans les éléments duquel entrent des cellules épithéliales saines. On ensemence un tel liquide avec du vaccin frais, exempt de bactéries, et on le laisse dans l'étuve à 38°. Le sporozoaire se développe alors avec des caractères presque identiques à ceux précédemment décrits.

Toutefois sa multiplication est moins rapide que dans les tissus, et il lui faut de cinq à neuf jours pour arriver à la période kystique.

Ishigami ne s'est pas contenté de cultiver le parasite ; il a injecté les cultures à des génisses et il a constaté l'apparition de pustules suivie d'une immunisation complète contre toute vaccination ultérieure ; le contenu des pustules injecté à d'autres animaux a déterminé les mêmes lésions et la même immunisation; d'ailleurs l'examen microscopique des tissus a permis de déceler les

1. ISHIGAMI. — « Ueber die Kultur des Vaccine-resp. Variolaerregers ». *Centralblatt für Bakteriologie*, 1902, Bd XXXI, n° 15.

mêmes protozoaires. D'autres expériences ont précisé un fait d'une importance extrême. L'auteur a déterminé l'apparition de pustules immunisantes par l'injection de cultures varioliques; mais le contenu de ces pustules, injecté à l'homme, n'a plus présenté la même virulence: le virus variolique s'atténue donc après avoir passé dans l'organisme de la génisse. Ainsi la vaccine ne pourrait être qu'une variole atténuée. Pour plus de détails, nous renvoyons à l'article original, où les moindres particularités morphologiques se trouvent complètement traitées. On ne peut reprocher à l'auteur ni le manque de clarté, ni le manque de précision. Il est regrettable toutefois qu'Ishigami n'ait pas révélé la composition exacte de son milieu de culture: c'est supprimer par là tout moyen de contrôle, et les recherches expérimentales n'ont de valeur définitive qu'autant qu'elles peuvent être vérifiées. Espérons que l'auteur donnera ultérieurement des explications plus complètes sur la technique employée.

* * *

L'analyse des récents travaux sur le parasite de la variole montre donc une remarquable unanimité en ce qui concerne la nature de l'agent pathogène. Il s'agit d'un sporozoaire qui, par ses caractères, se rapprocherait du *Microsporidium Bombycis* (Ishigami).

On note la même concordance en ce qui concerne l'identification de la vaccine et de la variole, depuis si longtemps discutée, admise par Jenner, Pfeiffer, Eternod et Haccius, niée par Chauveau. Ishigami semble avoir démontré que la variole humaine, après passage sur les bovidés, a perdu son ancienne virulence pour l'homme.

Sans vouloir prendre parti dans la question, on ne peut s'empêcher d'être frappé d'une orientation aussi fixe chez des auteurs travaillant indépendamment les uns des autres; et il semble permis d'espérer que leur opinion pourra bientôt devenir celle de la majorité des savants, et que les bactériologistes obtiendront enfin des cultures varioliques d'une morphologie et d'une spécificité indiscutables.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

Douzième session. — Grenoble, 1er Août 1902.

Des états anxieux dans les maladies mentales. — M. GASTON LALANNE (de Bordeaux), **rapporteur.** Il est nécessaire de définir, dès le début, l'*anxiété*; or, on chercherait vainement dans la littérature une définition nette et précise de ce terme, et cela se comprend. La meilleure définition ne peut être qu'une étude clinique.

Il y a peu d'états aussi difficiles à dissimuler que l'anxiété. Aussi bien dans sa forme atténuée, l'inquiétude, que dans sa forme extrême, l'angoisse, l'anxiété est une émotion à l'expression de laquelle l'être tout entier participe. Le facies anxieux n'a donc pas besoin d'être dépeint. Mais il est indispensable de passer en revue les principaux troubles qui accompagnent l'anxiété; ces troubles sont, les uns physiques, les autres affectifs et intellectuels.

Ces troubles sont nombreux :

I. *Troubles de la sensibilité générale et spéciale.* — Etat de malaise très intense, qui entraîne de l'abattement et de la dépression.

Anesthésies, hyperesthésies, paresthésies. L'esprit ne perçoit pas, ou ne perçoit qu'en partie, ou perçoit mal les impressions agréables ou désagréables faites sur les nerfs pendant que l'attention est distraite et que l'esprit lui-même est sous l'influence d'une émotion puissante.

De même il peut y avoir dans le domaine des sens spéciaux des perversions considérables allant jusqu'à l'illusion et l'hallucination. C'est surtout du côté de la vue et de l'ouïe que les phénomènes sont le plus marqués.

II. *Troubles moteurs.* — Un des symptômes les plus importants est l'asthénie motrice, qui se traduit par de la faiblesse musculaire, du dérobement des jambes et de la lassitude généralisée. Mais ce n'est pas le seul; il y a encore le tremblement, l'incoordination des mouvements volontaires, à laquelle il faut rapprocher les troubles de l'élocution.

III. *Troubles vaso-moteurs.* — L'anxiété étant un phénomène émotif, il va de soi que les troubles circulatoires jouent un rôle considérable dans ses manifestations.

Il y a d'abord des phénomènes spasmodiques du muscle cardiaque, produisant d'abord l'accélération des battements du cœur, puis même des spasmes, si l'émotion est trop vive. La mort peut être la conséquence d'un spasme prolongé. Dans les gros vaisseaux, des phénomènes connexes se passent. Mais c'est surtout dans le système vaso-moteur que les troubles sont au maximum. Les plus appréciables sont la pâleur et la rougeur de la face, le refroidissement des extrémités, etc.; mais les nombreuses entreprises n'ont pas encore donné de résultats généraux.

IV. *Troubles respiratoires.* — Par la contracture des muscles respiratoires, le rythme de la respiration est modifié; inspiration saccadée, entrecoupée de soupirs, quelquefois même dyspnée.

V. *Troubles digestifs.* — L'appareil digestif est toujours plus ou moins troublé, mais suivant des modes différents, tantôt sous forme de constipation par paralysie ou rétraction des muscles gastro-intestinaux, tantôt sous forme de diarrhée par troubles sécrétoires.

VI. *Troubles sécrétoires.* — Ces troubles sont nombreux : polyurie, sialorrhée ou absence de sécrétion salivaire, sécheresse de la peau ou sueurs froides.

VII. *Troubles affectifs et intellectuels.* — Le phénomène affectif et intellectuel le plus remarquable est l'*attente anxieuse*, crainte permanente d'événements pénibles; et cette attente anxieuse est éminemment favorable à l'éclosion des obsessions et des phobies. Enfin les anxieux se plaignent généralement de sentir leur intelligence diminuée : défaut d'attention, perte de mémoire, jugement défectueux, effort intellectuel pénible. Les sentiments affectifs sont eux-mêmes diminués : les anxieux deviennent insensibles à tout, rien ne les émeut en dehors de leurs propres souffrances.

L'anxiété, l'angoisse, troublant les conditions organiques, affectives et intellectuelles, tendent donc à désorganiser la personnalité qui n'est qu'un complexus de ces trois ordres de phénomènes. Comme corollaire, il est facile de prouver que les états anxieux deviennent de plus en plus complexes à mesure que la personnalité est plus profondément altérée.

Ainsi comprise, l'anxiété peut se rencontrer dans des états fort différents. Il y a une *anxiété physiologique* qu'on rencontre chez des individus normaux, à l'état d'émotion passagère, et dont la violence est en rapport avec la cause qui la produit.

Il y a une *anxiété dans les maladies somatiques* : maladies infectieuses, états fébriles, intoxications, hémorragies diffuses, affections cardiaques, et particulièrement l'angine de poitrine. Enfin l'anxiété se rencontre comme symptôme prédominant dans les grandes névroses (hystérie, épilepsie, neurasthénie); elle constitue, pour ainsi dire, à elle seule, la névrose d'angoisse.

Cette *névrose anxieuse ou d'angoisse* fut d'abord confondue avec les formes anxieuses de la neurasthénie; ce n'est que dans ces dernières années qu'elle fut individualisée par les travaux de Kaan, Hecker, Freud. Cette névrose d'angoisse se caractérise par une *irritabilité générale* avec hyperesthésie auditive, par une *attente anxieuse* qui est le symptôme fondamental sur lequel se greffent des paroxysmes tels que les *crises d'angoisse* ou des équivalents des crises d'angoisse : crises de tachycardie, de dyspnée, de troubles sécrétoires, sueurs, diarrhée, des tremblements, des vertiges, etc. Sur ce fond d'anxiété chronique se développent les phobies, les obsessions.

La névrose d'angoisse reconnaît une étiologie complexe : causes d'ordre sexuel, surmenage, préoccupations épuisantes ou tares héréditaires.

Telle est la névrose d'angoisse. Faut-il la considérer comme une maladie spéciale? faut-il n'en faire qu'un syndrome, *syndrome d'angoisse* qui s'associe à diverses maladies? La question est encore discutée.

Il est certain que ce syndrome d'angoisse, avec ses éléments d'anxiété paroxystique, s'associe à diverses vésanies; ces vésanies présentent ainsi un ensemble de caractères communs permettant de les ranger dans la même catégorie des *psychopathies anxieuses*.

Ces psychopathies anxieuses sont nombreuses; ce sont :

1° La *mélancolie anxieuse transitoire*, forme de transition entre la mélancolie simple et la mélancolie anxieuse;

2° La *mélancolie anxieuse*;

3° Les *psychoses d'obsession progressive*, qui ne sont, en somme, que des transformations des obsessions en psychose. Il est vrai que la possibilité de cette transformation a été niée (Falret, Magnan, Legrain, etc.); mais la question est controversée, et plusieurs faits de Charpentier, Pitres, Régis, Séglas prouvent, au contraire, que l'obsession vraie peut verser dans l'aliénation mentale.

A côté de ces états, qui, à cause du rôle prédominant de l'angoisse, ont mérité le nom de psychoses d'angoisse, il est un certain nombre d'autres états dans lesquels l'anxiété intervient à titre de symptôme important. Ces états sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense, et on peut admettre que toute psychose débute par de l'anxiété. Le phénomène est parfois difficile à saisir; souvent le malade en reste simplement surpris et ne l'accuse pas.

Les formes mentales dans lesquelles l'angoisse se montre le plus souvent sont :

1° La *folie des dégénérés*;
2° La *manie*;
3° La *mélancolie*;
4° La *folie à double forme*;
5° La *mélancolie avec idées de persécution*;
6° Les *psychoses d'intoxication*;
7° Les *névroses* (épilepsie, hystérie);
8° La *paralysie générale*.

Tels sont les différents états dans lesquels se rencontre l'anxiété. Comment donc se forme cette anxiété? Sa pathogénie est encore enveloppée d'obscurité. Ce que l'on peut affirmer, c'est que l'anxiété se présente comme une émotion pathologique, si l'on admet, avec Féré, qu'une émotion peut être considérée comme morbide : 1° lorsque ses concomitants physiologiques se présentent avec une intensité extraordinaire; 2° lorsqu'elle se produit sans cause déterminante suffisante; 3° lorsque ses effets se prolongent outre mesure.

Mais quelle est l'origine réelle de cette émotion morbide? Faut-il la placer dans l'écorce grise du cerveau? Faut-il, en présence de la localisation marquée des phénomènes dans la région du cœur, placer dans cet organe la cause première de l'anxiété? Enfin faut-il localiser dans le domaine du grand sympathique tous les phénomènes observés dans l'anxiété? Autant de problèmes qu'il est difficile de résoudre.

Il est cependant certain que de la prédominance des cardio-vasculaires découlent des conséquences thérapeutiques importantes : pratiques journalières de l'hydrothérapie froide, exercices musculaires, médication vaso-motrice.

DISCUSSION.

M. Brissaud fait remarquer que, dès 1890, c'est-à-dire bien avant le travail de Freud, qui date de 1895, il a décrit dans une clinique, publiée dans la *Semaine Médicale*, une névrose d'angoisse particulière : l'anxiété paroxystique. Ce mot s'applique moins à la sensation physique de constriction thoracique ou d'étouffement qu'à l'état mental qui accompagne cette sensation. Il traduit le trouble, l'inquiétude, la terreur qu'inspirent les conséquences immédiates de cette oppression : c'est l'appréhension subite de l'asphyxie ou de la syncope; c'est la claire vision du danger suprême; c'est, suivant le langage de Sénèque, la méditation sur la mort.

Cette anxiété survient par crises, le plus souvent par paroxysmes nocturnes : le sujet se réveille brusquement, en proie à une *agitation intérieure indéfinissable*; et l'indéfinissable est précisément ce qu'il y a de plus caractéristique.

Cette névrose évolue progressivement. Les crises se font de plus en plus fréquentes et de plus en plus longues, la prédisposition pathologique à l'anxiété, qui ne s'annonçait d'abord que par des paroxysmes, devient avec le temps une prédisposition permanente et la mélancolie est constituée. C'est le propre d'un assez grand nombre de vésanies de prendre prétexte d'un trouble viscéral transitoire pour s'installer en permanence. Lorsque ce prétexte initial a été une névrose du pneumogastrique, on s'explique sans peine que le caractère fondamental de la mélancolie anxieuse soit la terreur de la mort.

Cette névrose frappe, en effet, le nerf pneumogastrique ; c'est le nerf vital par excellence, c'est aux irritations dont il est le siège qu'il faut rapporter l'anxiété indéfinissable du malade atteint d'un angor quel qu'il soit. Qu'elle intéresse les nerfs sensibles des bronches, ou ceux du larynx, ou encore ceux de l'estomac, cette irritation se répercute toujours au niveau du nœud vital et il en résulte tantôt l'anxiété de la cardialgie, tantôt l'anxiété de l'asthme, tantôt celle de l'ictus laryngé, tantôt celle de la crise gastrique du tabes. Il n'en est pas moins vrai que, dans un certain nombre de cas, ces manifestations extérieures du trouble d'innervation survenu dans le domaine du pneumogastrique font complètement défaut ; l'anxiété reste toute seule, phénomène exclusivement cérébral et sur l'intensité duquel le malade seul est en mesure de nous renseigner.

L'expérimentation elle-même vient nous démontrer l'origine même de la névrose : François Franck crée l'anxiété chez les animaux par pincement du pneumogastrique. L'anxiété étant, par définitition, un état d'esprit, il est assez difficile de l'apprécier à sa juste valeur chez des êtres dont nous ne comprenons pas le langage. Mais, grâce à certains signes, on peut affirmer qu'elle existe ; dès lors, on peut affirmer aussi qu'il a le sens de la vie (question stérile et trop longtemps discutée) puisqu'il sent venir la mort.

M. E. Dupré. L'intéressant rapport de M. Lalanne ne paraît pas suffisamment mettre en lumière le siège bulbaire du syndrome angoisse. Quelle que soit l'origine de l'incitation pathologique provocatrice de l'angoisse, que le point de départ en soit dans les viscères ou dans l'écorce cérébrale, que le processus se développe à la suite d'une affection organique du cœur, des poumons, de l'estomac, etc., ou à la suite d'une représentation mentale pénible, le bulbe est vraiment le lieu géométrique de rencontre des impressions morbides génératrices de l'angoisse. Comme l'a si bien exposé le professeur Brissaud, c'est au nœud vital, au foyer régulateur des fonctions essentielles de l'existence, que siège le processus pathologique de l'angoisse, essentiellement analogue chez tous les animaux. L'analyse étymologique du mot angoisse et de ses dérivés (αγχω, j'étouffe), en pénétrant le sens primitif du phénomène, en donne l'explication physiopathologique la plus profonde et la plus exacte. Le trépied vital de Bichat n'a-t-il pas comme lieu commun le point où convergent toutes les activités fonctionnelles émanées du cerveau par les fibres de projection, du cœur et du poumon par le vague et le sympathique ? c'est-à-dire le bulbe centre des émotions ?

Un point intéressant à signaler dans la séméiologie de l'angoisse est la grave signification pronostique de ce phénomène dans la paralysie générale, ainsi qu'en témoignent une récente observation de Londe et le cas d'une autre malade.

Au point de vue médico-légal, les observations de P. Garnier montrent la fréquence et le haut intérêt pratique des réactions criminelles impulsives au cours des états anxieux.

M. de Perry apporte une observation où les accidents s'enchaînèrent d'une façon pour ainsi dire fatale : intoxication morphinique pour échapper à une douleur, angoisse, fragmentation de la personnalité, suicide.

M. Arnaud pense que l'angoisse n'est pas exclusivement un phénomène de nature organique *périphérique*, dans lequel le cerveau n'a qu'un rôle passif. Les troubles de la volonté sont fréquents ; la volonté est lésée bien antérieurement à l'apparition des véritables crises d'angoisse. Quant à l'influence des troubles vaso-moteurs sur la production des émotions et de l'angoisse, elle est très contestable. Le système vaso-moteur entre lentement en contraction ; l'état émotionnel apparaît avant les modifications vaso-motrices, lesquelles, par conséquent, ne créent pas l'état émotionnel. On a donc trop diminué, dans l'émotion et l'angoisse, l'importance de l'intelligence et de la volonté.

M. Pailhas attire l'attention sur l'allure illogique, contradictoire, d'une catégorie de mélancoliques anxieux, dont l'anxiété est démentie, non par le langage, mais par une expression de physionomie et certaines manières qui indiquent que le malade n'est point profondément pénétré du bien fondé de ses craintes et de ses tourments. Ces malades, que l'on pourrait appeler des *anxieux sceptiques*, passent volontiers aux yeux de l'entourage pour comédiens. Leur intelligence n'adhère pas pleinement à leur angoisse et ils n'agissent point, du moins toujours, en convaincus.

M. Hartemberg sépare nettement la névrose d'angoisse de la neurasthénie avec anxiété et de l'hystérie. La névrose d'angoisse est caractérisée par les symptômes suivants :

Surexcitation nerveuse générale ; état d'angoisse chronique, ou attente anxieuse ; accès d'angoisse aiguë paroxystique avec dyspnée, palpitations, sueurs profuses ; équivalents de la crise d'angoisse et crises rudimentaires, tels que : troubles cardiaques, troubles respiratoires, troubles digestifs, etc. ; phobies et obsessions. De tous ces symptômes, le plus constant et le plus significatif est l'angoisse.

M. Giraud étudie les hallucinations dans les états anxieux des mélancoliques.

M. Gilbert Ballet se demande si la névrose d'angoisse constitue réellement une entité morbide bien différenciée. Comporte-t-elle même une étiologie spéciale ? Freud l'a rattachée à la privation des satisfactions génésiques, mais cette étiologie exclusive n'est pas prouvée. Il semble, au contraire, que ce soit surtout le traumatisme qui favorise l'apparition de la névrose d'angoisse, mais non sous une forme pure, car toujours des symptômes neurasthéniques s'y ajoutent ; le traumatisme crée, en somme, une forme spéciale de neurasthénie avec anxiété.

D'ailleurs, la névrose d'angoisse touche d'une part à la neurasthénie, d'autre part à la mélancolie anxieuse ; tel malade a de la névrose d'angoisse, qui n'est qu'un neurasthénique ; tel autre, au contraire, n'est cru atteint que d'une simple névrose d'angoisse, qui finit dans la mélancolie anxieuse.

M. Doutrebente déconseille formellement l'hydrothérapie froide dans le traitement des états anxieux, car l'hydrothérapie froide par elle-même est un agent provocateur d'angoisse.

M. Parant fait une classification nouvelle des états mentaux qui s'accompagnent d'anxiété : dans une première catégorie de faits il range les états anxieux sans cause apparente, dans une seconde catégorie les états anxieux par hallucination, et enfin dans une troisième catégorie les états anxieux par interprétation délirante. Ces différents états sont amendés par le traitement opiacé à hautes doses.

M. Régis réagit contre une opinion qui lui fut prêtée et qui est trop exclusive : il n'a jamais soutenu que l'émotion avait pour fondement des troubles vaso-moteurs ; ces derniers ne sont qu'un accompagnement de l'état émotif. Il considère l'angoisse et les phobies comme des maladies émotives, par opposition aux maladies intellectuelles.

Quant à la place que doit occuper en nosographie la névrose d'angoisse, elle est indécise : la névrose d'angoisse n'est qu'une transition entre la neurasthénie avec anxiété et la mélancolie anxieuse.

M. Briand insiste sur l'action favorable que possède le bromure de potassium sur les états anxieux.

(*A suivre.*) E. de Massary.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

20 Juillet 1902.

Virulence du liquide céphalo-rachidien au cours de la méningite tuberculeuse. — *MM. Widal et L. Le Sourd.* Nous avons inoculé dans le péritoine de cobayes le liquide céphalo-rachidien recueilli pendant la vie chez douze malades atteints de méningite tuberculeuse. Dans tous les cas, les animaux sacrifiés ont présenté des lésions tuberculeuses. Dans nos premières recherches, nous inoculions à chaque animal 10 à 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, mais nous avons vu ensuite que les animaux devenaient tuberculeux après inoculation de doses beaucoup moindres. Ainsi un de nos animaux ne reçut que 5 centimètres cubes, un autre 3 centimètres cubes, un autre 2 centimètres cubes, un autre enfin 1 centimètre cube, et tous présentèrent les lésions classiques de la tuberculose.

Les épanchements de nature tuberculeuse développés au sein des séreuses, tels que les épanchements de la plèvre, ne présentent pas toujours une virulence aussi intense et aussi constante. Nous nous sommes assurés que le liquide céphalo-rachidien des phtisiques non atteints de méningite tuberculeuse est dépourvu de virulence.

Avant de parler à l'avenir de prétendues méningites tuberculeuses terminées par la guérison, il faudra donc toujours éprouver le liquide céphalo-rachidien par inoculation au cobaye.

De la résistance du sang dans l'ictère. — *MM. Vaquez et Ribierre.* Au cours de l'ictère, les globules du sang acquièrent une résistance très marquée à l'action dissolvante de l'eau distillée. Les globules rouges, qui, normalement, s'hématolysent à 0,44 ou à 0,42 de chlorure de sodium (méthode d'Hamburger), voient, par le fait de la présence des pigments biliaires dans le sang, ce chiffre abaissé à 0,36, 0,30 pour 100.

La gravité et l'ancienneté de l'ictère paraissent accuser encore plus l'importance de l'écart avec l'état normal.

Ce phénomène a surpris les auteurs qui l'ont constaté ; certains l'ont expliqué en disant (Malassez, Chanel, etc.) que les globules les moins résistants disparaissant sous l'action hématolysante de la bile, les globules de plus forte résistance persistaient seuls et qu'il y avait de la sorte une augmentation plus apparente que réelle. Il n'en est rien, car les globules persistants présentent aussi une résistance supérieure à celle de tout autre sang. L'explication nous semble tout autre.

Les globules d'un sang normal mis pendant vingt heures au contact d'un sérum ictérique présentent également de ce fait une augmentation de leur résistance, liée à la présence même de ce sérum, car si, après le mélange indiqué, on reprend ces mêmes globules et qu'on les centrifuge après lavage avec une solution physiologique de NaCl, ils retrouvent leur résistance primitive.

D'autre part, le chauffage du sérum ictérique à 55° détruit sa propriété antihémolysante vis-à-vis d'un sang normal.

Par contre, les globules du sang ictérique, séparés de leur sérum et lavés, conservent leur même augmentation de résistance vis-à-vis des solutions salines diluées.

Il nous semble donc que ce phénomène de l'augmentation de la résistance du sang ictérique réside dans la formation d'une véritable antihémolysine, créée par vaccination naturelle, répartie dans le sérum et dans les globules, et capable de préserver également les globules d'un sang normal, sans qu'elle pénètre ces derniers.

Sa destruction par le chauffage à 55° plaide encore en faveur de sa réalité.

Résistance globulaire au cours d'un ictère acholurique. — *MM. Widal et Ravaut.* Nous avons observé une augmentation très nette de la résistance globulaire à une épreuve pratiquée suivant la technique si simple de M. Vaquez chez un homme de vingt-neuf ans atteint depuis de nombreuses années d'ictère acholurique. Les urines n'ont jamais présenté de pigments biliaires quel que soit le procédé employé ; par contre, on y décelait parfois de l'urobiline en abondance. La réaction de Gmelin ne donnait avec le sérum qu'une réaction douteuse. L'épreuve de la résistance globulaire décelait, au contraire, très facilement, et suivant une intensité que l'on pouvait mesurer, l'imprégnation du sérum par des substances venues de la bile.

Du rôle de la rate dans la production de la polyglobulie des altitudes. — *M. Quiserne.* Je relate le résultat d'expériences que j'ai faites à Briançon sur deux lapins privés de leur rate. Après neuf jours de séjour dans la montagne, j'ai constaté chez eux une augmentation du nombre des hématies égale à 1.600.000 hématies, tandis que, chez deux lapins sains de même sexe, de même âge et de même poids sensiblement égaux, l'augmentation dans les mêmes conditions atteignait le chiffre de plus de 2.000.000 de globules. Il y avait de plus chez les lapins splénectomisés une augmentation considérable du diamètre globulaire moyen qui mesurait chez un de 6 μ 74 à 7 μ,16.

Il semble donc que la rate joue un rôle important dans la production de la polyglobulie des altitudes puisqu'on a pu constater une diminution assez notable du chiffre des hématies et, en même temps, par un phénomène de compensation analogue à celui décrit par M. Vaquez dans la polyglobulie au cours de la cyanose chronique, une augmentation du diamètre globulaire.

L'urobilinurie dans la cholémie familiale. — *MM. Gilbert et P. Lereboullet.* Nous apportons des faits montrant la très grande fréquence de l'urobilinurie dans la cholémie familiale. Sur 50 cas, en effet, dont nous avons systématiquement examiné le sérum et les urines à ce point de vue, nous avons constaté 25 fois une urobilinurie notable, 20 fois des traces légères, 5 fois seulement une absence complète. L'existence de cette urobilinurie s'explique facilement par

la théorie de l'origine rénale de l'urobiline, récemment défendue par MM. Gilbert et Herscher. Si l'acholurie existe dans ces faits, ce n'est pas en raison de l'imperméabilité rénale souvent absente, ni à cause du faible degré de la cholémie, fréquemment assez marquée. C'est simplement que la totalité des pigments biliaires contenus dans le sérum est transformée au niveau du rein en urobiline. *Les sujets atteints de cholémie familiale sont donc bien acholuriques, mais en même temps urobilinuriques.* Il peut, par suite, être utile, lorsqu'on pense à la cholémie familiale, de rechercher dans les urines non les pigments biliaires vrais, absents dans la presque totalité des cas, mais l'urobiline, le plus souvent mise en évidence; sa présence doit être considérée comme révélatrice de la cholémie, au même titre que le teint cholémique, au même titre que les diverses pigmentations ailleurs étudiées par nous, et qui résultent de la transformation des pigments biliaires en mélanine au niveau de l'épiderme. Il convient donc, pour porter le diagnostic de cholémie familiale, de ne chercher ni l'ictère conjonctival, presque toujours absent, ni la cholurie, qui fait défaut dans presque tous les cas, et de considérer comme signes révélateurs et les diverses pigmentations cutanées, surajoutées ou non au teint cholémique, et l'urobilinurie si fréquente dans la cholémie familiale.

Urticaire et prurigo d'origine biliaire. — *MM. A. Gilbert et P. Lereboullet.* Nous pensons que, dans la pathogénie de l'urticaire et des diverses variétés de prurigo, il faut faire jouer un rôle beaucoup plus important qu'on ne l'a fait jusqu'ici à la cholémie.

Les très nombreux faits observés par nous nous ont montré que presque toujours l'urticaire est d'origine biliaire. Quelle que soit la cause alimentaire incriminée par les malades, on retrouve facilement chez ceux-ci les signes révélateurs de la cholémie, décelée en outre par l'examen du sérum. Si donc les causes ordinairement invoquées à l'origine de l'urticaire sont valables comme causes occasionnelles, c'est la cholémie qui nous semble la cause prédisposante la plus importante et, selon nous, nécessaire dans presque tous les cas.

Les prurigos prêtent aux mêmes remarques. Récemment, nous avons pu suivre deux cas de prurigo de Hébra dans lesquels nous avons pu facilement mettre en évidence le rôle de la cholémie décelée tant par les symptômes associés que par l'examen du sérum. Nous nous demandons donc s'il n'y a pas lieu d'invoquer une pathogénie biliaire pour tous les cas de prurigo dont l'étiologie est actuellement mal précisée. Ces constatations nous ont amenés à essayer dans ces cas de prurigo le traitement thyroïdien qui a, entre les mains de MM. Gilbert et Herscher, donné de bons résultats contre le prurit des ictériques.

Influence de la médication thyroïdienne sur le prurit des ictériques. — *MM. Gilbert et Herscher.* Nous avons constaté que l'ingestion de corps thyroïde fait disparaître ou tout au moins améliore notablement l'un des symptômes de l'ictère, et l'un des plus pénibles, à savoir : le prurit.

Nous avons noté aussi que, dans quelques cas, la réaction de Hay paraît modifiée par le traitement thyroïdien.

Les quelques recherches expérimentales que nous avons faites ont donné des résultats favorables à cette conception. Nous avons constaté que, du fait de l'association du corps thyroïde, les solutions de sels biliaires sont moins toxiques pour les lapins à qui on les injecte dans une veine de l'oreille.

Des variations de volume de la rate pendant la grossesse, étudiées par la phonendoscopie. — *MM. A. Bianchi et A. Léri.* Nous avons trouvé constamment, au moyen du phonendoscope, une augmentation très notable du volume de la rate au cours de la grossesse ; cette augmentation débute dès les premiers mois ; en prenant pour unité le volume de la rate d'une femme normale, on trouve pour celle d'une femme enceinte : à trois mois, 1,68 ; à huit mois, 1,88 ; à neuf mois, 2. Ce volume diminue brusquement au moment même de l'accouchement, non seulement jusqu'à la normale, mais même au-dessous ; cinq minutes après l'accouchement, le volume de la rate égale 0,80 ; il remonte les jours suivants à 0,90, puis 1. Chez une gémellaire, la rate, énorme pendant la grossesse (2,70), est devenue très petite aussitôt après (0,60). La rate des syphilitiques, normalement très volumineuse, ne diminue nullement dans les mêmes proportions après l'accouchement. La rétraction brusque au moment de l'accouchement prouve l'importance de la compression vasculaire et de la congestion dans l'hypertrophie de l'organe, mais la précocité de cette augmentation ne peut guère s'expliquer que par une modification sans doute en rapport avec l'accroissement de son importance fonctionnelle. Cette importance sur l'évolution du fœtus était à prévoir quand on sait le rôle hématopoiétique et martial de la rate et l'abondance relative du fer dans le sang du nouveau-né. MM. Charrin et Guillemonat ont déjà constaté l'augmentation du volume de la rate chez les femelles enceintes de certains animaux et la diminution simultanée du fer splénique, probablement au profit du fœtus. Nos constatations permettent de considérer l'hypertrophie splénique comme un signe de probabilité de la grossesse dès les premiers mois et la persistance de la splénomégalie comme un signe d'infection chronique, de syphilis en particulier, la rate des tuberculeuses étant petite.

Sur la digestibilité comparative du lait entier et du lait écrémé. — *MM. Gilbert et Chassevant.* Nous avons étudié expérimentalement la durée de la digestion stomacale du lait pur et écrémé. Nous avons constaté que :

1° Le lait écrémé bouilli séjourne dans l'estomac moins longtemps que le lait pur bouilli, contrairement à l'hypothèse de Marckevald et conformément aux observations de la clinique ;

2° Il faut plus de quatre heures et demie et moins de cinq heures pour que le *lait écrémé bouilli* soit expulsé de l'estomac, plus de six heures et demie et moins de sept heures pour le *lait pur bouilli*;

3° Ce sont les matières grasses qui séjournent le plus longuement dans l'estomac ; il en reste encore 4 pour 100 au bout de six heures et demie, alors que presque tout l'azote (99 pour 100) a disparu.

La graisse retarde la digestion de l'azote d'environ deux heures. Le lait cru séjourne plus longtemps dans l'estomac que le lait bouilli ; le képhir, et surtout le képhir maigre, se digèrent plus rapidement.

De l'influence des infections maternelles sur le développement des cataractes congénitales. — *MM. Nattan-Larrier et Monthus.* L'étiologie des cataractes congénitales est encore incertaine ; les quelques cas que nous rapportons ici semblent indiquer que les infections maternelles en peuvent constituer un des facteurs étiologiques les plus importants.

Au cours de recherches méthodiques entreprises sur la tuberculose, nous avons inoculé 18 femelles de cobayes dans les quatre dernières semaines de la gestation. Ces animaux, qui avaient reçu des bacilles provenant de culture virulente, moururent dans les délais normaux avec des lésions tuberculeuses typiques. Six des portées issues de ces femelles comportaient chacune trois petits atteints de cataracte congénitale. En dehors de ces 18 cas de cataracte congénitale, nous avons obtenu 6 autres cas de cataracte congénitale à la suite d'inoculation de culture virulente de streptocoque à la femelle pleine. Dans tous les cas, les recherches bactériologiques sur les organes du petit furent négatives, et il semble démontré que les lésions cristalliniennes doivent être rapportées à l'action des toxines maternelles sur les organes du fœtus.

Procédés faciles pour isoler l'entérocoque des selles normales. — *M. Thiercelin.* Pour isoler très facilement l'entérocoque des selles normales, on peut employer l'un des deux procédés suivants :

On filtre sur un double filtre de papier stérilisé le contenu d'un tube de bouillon dans lequel on a dilué une parcelle de matières fécales, puis on ensemence ce bouillon filtré à la surface de plusieurs tubes d'agar. Après vingt-quatre heures d'étuve, on obtient des cultures où domine l'entérocoque.

Le second procédé consiste à ensemencer les selles dans un tube de bouillon dans lequel on pratique le vide et qu'on place à l'étuve pendant vingt-quatre heures. Après ce temps, ce bouillon est ensemencé sur agar ; on obtient de cette façon encore de très nombreuses colonies d'entérocoques avec quelques colonies de bacterium coli.

Lésions radiculaires et ganglionnaires du tabes. — *MM. Thomas et Hauser.* La pathogénie du tabes n'a pu encore être entièrement élucidée. Les théories de Marie, de Nageotte, de de Massary ne sont applicables qu'à certains cas particuliers. Il nous semble que la lésion fondamentale du tabes doit être provisoirement considérée comme une névrite qui présente comme marque distinctive son élection pour les racines postérieures où elle n'a aucune tendance à la réparation.

M. Nageotte. MM. Thomas et Hauser décrivent comme constantes des lésions inflammatoires sur le trajet des racines chez les tabétiques. De la description qu'ils donnent, il résulte qu'ils se sont trouvés en face de la lésion décrite par moi sous le nom de névrite radiculaire transverse ; ils ne sont donc pas fondés à dire que la lésion que j'ai fait connaître « n'est nullement constante, bien que fréquente ».

Sur la leucolyse produite par l'hyperthermie expérimentale. — *M. H. Vincent.* Lorsqu'on fait des prises de sang chez les cobayes mis à l'étuve à une température de 41°, on constate que les globules rouges ne sont pas altérés. Au contraire, dès que la température des cobayes atteint 42°, le chiffre des leucocytes polynucléaires et des grands mononucléaires diminue progressivement en même temps qu'apparaissent, en proportion anormale, des cellules éosinophiles ou amphophiles. Seuls les petits leucocytes mononucléaires ne sont pas modifiés dans leur nombre. A la mort de l'animal, la numération dénote une diminution globale des leucocytes qui sont, en moyenne, deux fois moins nombreux qu'avant l'expérience. La perte de l'équilibre thermique a entraîné celle de l'équilibre leucocytaire.

Chez les animaux déjà malades (tuberculose), en état d'inanition ou intoxiqués par des toxines microbiennes ou des poisons méthémoglobinisants, la mort par la chaleur est plus rapide et la leucolyse plus intense.

L'examen microscopique du sang montre que la raréfaction des leucocytes est due à leur destruction. Celle-ci débute par le gonflement du plasma et du noyau des polynucléaires et des grands mononucléaires, et par leur difficulté de coloration ; plus tard, la cellule n'est plus qu'un amas vacuolaire informe, à peine teinté par la thionine ou le triacide.

Chez les animaux qui survivent lorsqu'on les retire assez tôt de l'étuve, le sang renferme, le lendemain, un assez grand nombre de macrocytes ; la présence des cadavres leucocytaires sollicite l'arrivée des grands macrophages dans le sang des animaux qui ont ainsi survécu.

La proportion anormale des cellules acidophiles est peut-être en rapport avec le rôle de défense que, d'après Ehrlich, ces cellules jouent dans l'intoxication. J'ai constaté, du reste, que l'injection à des cobayes âgés de quelques jours du sang des cobayes morts d'hyperthermie détermine la cachexie et la mort des jeunes cobayes, sans lésion ni infection. Le sang était donc toxique.

La leucolyse produite par l'hyperthermie pourrait être utilisée pour mettre en liberté dans le plasma sanguin les alexines et les anticorps leucocytaires chez les cobayes expérimentalement infectés et immunisés.

Cette leucolyse et la destruction de la leuconucléine expliquent peut-être la lenteur remarquable de la coagulation du sang qu'on observe, d'une manière constante, chez les animaux morts d'hyperthermie.

Présence de bactéries dans le sang et les viscères des animaux morts d'hyperthermie. — *M. H. Vincent.* Lorsqu'on ensemence le sang ou les viscères des animaux mis à l'étuve à 41° et morts d'hyperthermie expérimentale, on obtient fréquemment des cultures microbiennes (staphylocoque, bacterium coli, coccobacille, streptocoque, etc.). Afin d'éviter la cause d'erreur résultant de la présence de bactéries pendant la digestion, je me suis servi d'animaux à jeun depuis au moins douze heures. Les examens ont été faits soit immédiatement après la mort, soit chez les animaux sacrifiés à diverses périodes de leur hyperthermie.

Le foie est, de tous les viscères, celui qui renferme le plus souvent des bactéries. Le sang et les organes ne sont en général envahis que lorsque la température de l'animal atteint 42°.

Ces résultats sont à rapprocher de ceux que l'on obtient par la réfrigération intense ou le surmenage expérimental des animaux. (Bouchard, Charrin et Roger.)

Influence de la peptone sur l'intoxication par le sérum d'anguille. — *MM. Clerc et Lœper.* Les injections intraveineuses de peptone peuvent immuniser ultérieurement le lapin contre des doses relativement fortes de sérum d'anguille ; avec des doses massives de ce sérum, la survie est constante, mais seulement de quelques heures.

Le sérum d'anguille détermine en une heure une chute rapide du nombre des polynucléaires avec hypoleucocytose. Chez les animaux qui résistent, on note de la leucocytose avec polynucléose.

De la sécrétion interne du testicule chez l'adulte. — *M. G. Loisel* communique des recherches montrant que le testicule est un grand destructeur de graisse pendant sa période d'activité sexuelle.

Réflexe d'accommodation bi-auriculaire. — *M. Gellé* étudie la valeur séméiologique du réflexe d'accommodation bi-auriculaire.

Injections intraveineuses de glycogène animal chez le lapin. — *MM. P. Teissier et Aly Zaky.* Il résulte de plusieurs expériences que les injections intraveineuses de doses moyennes (glycogène extrait du foie de chien, du foie de cheval ou des moules) peuvent chez le lapin déterminer instantanément quelques troubles de la nutrition, et modifier notamment l'activité de la cellule hépatique. Ces troubles se traduisent par l'abaissement du rapport azoturique du taux de l'urée, la présence d'éléments biliaires, l'hypertrophie (le foie pouvant peser après lavage 120-140 grammes) et la congestion du foie. Il semble que le foie mis en présence de quantités anormales, sinon excessives, de glycogène animal fasse effort pour l'emmagasiner et le transformer et que cet excès de travail aboutisse rapidement mais progressivement à une déviation fonctionnelle de la cellule hépatique.

Sur l'intensité décroissante de l'élimination du mercure dans les différentes régions de l'intestin, à partir du duodénum. — *M. H. Stassano.* Dans une note de l'an dernier à l'Académie des sciences, M. Stassano a montré que l'élimination intestinale du mercure se fait par l'entremise des leucocytes. Il se réserve de revenir dans un travail d'ensemble sur cette participation des leucocytes, qui doit être considérée comme un cas particulier du mécanisme physiologique de l'épuration naturelle de l'économie. Cependant, la discussion ouverte devant la Société de biologie au sujet du concours des leucocytes dans la transformation du zymogène du pancréas en ferment protéolytique actif l'engage à consigner dès maintenant les faits suivants : l'intensité de l'élimination du mercure par l'intestin décroît graduellement à partir du duodénum jusqu'au gros intestin.

Le mercure, l'arsenic, la strychnine et la morphine, substances sur lesquelles se sont portées les observations de M. Stassano, introduites sous la peau ou directement dans les veines, se retrouvent dans l'*intestin à l'état de combinaison nucléinique.*

Sur l'augmentation dans la muqueuse intestinale du pouvoir favorisant de la digestion trypsique par l'afflux expérimental de leucocytes et par l'hyperémie physiologique de la digestion. — *MM. H. Stassano et F. Billon.* Les faits précédents, la constatation faite par M. Delezenne de la présence dans les leucocytes d'un principe analogue à l'entérokinase de Pavlow, et le fait que le pouvoir kinasique du suc entérique diminue aussi de haut en bas dans l'intestin, comme l'élimination du mercure par l'entremise des leucocytes, ont amené MM. Stassano et Billon à rechercher si, en provoquant un afflux de leucocytes dans la muqueuse intestinale, on ne parviendrait pas à augmenter le pouvoir favorisant de la digestion trypsique que cette muqueuse possède à l'état normal. Pour provoquer cet afflux de leucocytes ils ont employé le sublimé et le saccharate de fer en injections intraveineuses. Les résultats de l'expérience ont été positifs. MM. Stassano et Billon ont pu constater aussi que la proportion de la kinase entérique augmente pendant la digestion, c'est-à-dire au moment où la diapédèse des leucocytes se trouve naturellement exaltée.

MM. Stassano et Billon ont constaté, d'autre part, que l'action *in vitro* des leucocytes des exsudats sur la digestion trypsique est qualitativement comparable à celle de la kinase entérique.

A. Sicard.

ACADÉMIE DES SCIENCES

28 Juillet et 4 Août 1902.

La sécrétion interne du testicule chez l'embryon et chez l'adulte. — *M. Gustave Loizel.* Des recherches de cet auteur, il ressort que le testicule présente deux fonctions sécrétoires distinctes : *a*) une sécrétion chimique, qui est primordiale et se fait par le mode interne ; *b*) une sécrétion morphologique qui est secondaire et se fait par le mode externe.

Par sa sécrétion interne, le testicule est un grand destructeur de graisse. Ceci explique certains faits d'observations bien connus : maigreur plus grande chez le mâle que chez la femelle ; exagération de cette maigreur à l'époque de l'amour ; engraissement et inertie relative des mâles castrés.

Action des kinases microbiennes sur le pouvoir digestif du suc pancréatique vis-à-vis de l'albumine. — *M. C. Delezenne.* Il résulte des expériences de cet auteur que certains microorganismes sont capables de sécréter des diastases ayant les mêmes propriétés que l'entérokinase, diastases qui interviennent pour conférer un pouvoir protéolytique aux sucs pancréatiques primitivement inactifs et qu'on laisse se cultiver spontanément.

Étude comparée de l'hématolyse par les venins chez le chien et le lapin. — *M. C. Phisalix.* D'après cet auteur, le venin de vipère produit des effets inverses sur la coagulabilité du sang suivant qu'il est inoculé au chien ou au lapin, et cette différence tient à une variation physiologique de l'espèce. Chez le lapin, les globules rouges sont plus résistants que les globules blancs, et le sérum contient en excès une antihémolyse très active. Les globules rouges du chien sont moins résistants que les globules blancs et plus fragiles que ceux du lapin. Enfin, c'est à l'action oxydante de l'échidnase qu'est due la transformation de l'hémoglobine ou méthémoglobine.

Une nouvelle forme de sensibilité tactile. — *MM. N. Vaschide et P. Rousseau.* A la suite de diverses séries d'expérience, ayant porté sur dix sujets femmes et hommes âgés en moyenne de vingt-quatre à trente ans, MM. Vaschide et Rousseau ont constaté l'existence d'une sensibilité tactile spéciale intimement liée à l'existence du système pileux, sensibilité qu'ils ont baptisée pour cette raison du nom de sensibilité trichesthésique.

Cette sensibilité particulière est bien distincte de la sensibilité tactile régionale et parfois en rapport inverse relatif avec celle-ci. Cette sensibilité est du reste constante et se retrouve à peu près la même chez les mêmes sujets, à plusieurs mois d'intervalle. Les conditions météorologiques semblent l'influencer, en particulier l'état hygrométrique de l'atmosphère. Il semble donc ressortir de ces faits que l'on doit attribuer aux poils une innervation spéciale.

Variations de la composition du lait. — *MM. Bordas et Rachowski.* La richesse du lait en acide phosphorique et en lécithine varie avec le temps, ont reconnu ces auteurs. Ces deux produits si importants pour l'alimentation diminuent en effet progressivement avec l'âge du lait, c'est-à-dire au fur et à mesure que s'accroît la période de temps séparant de l'époque de la conception de l'animal producteur.

G. Vitoux.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

M. Simon. *Phénomènes histologiques de la sécrétion lactée* (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, n° 1, Janvier-Février 1902, p. 14). — Depuis la découverte de Kehrer, qui a montré que l'épithélium des acini de la glande mammaire n'a qu'une seule couche, la conception du mode de sécrétion de cette glande a été modifiée. On considérait autrefois que les cellules mêmes tombaient dans la lumière de l'acinus, après avoir subi la dégénérescence granulo-graisseuse. On sait aujourd'hui, surtout depuis les recherches de R. Heidenhain, que la partie périphérique de la cellule seule tombe, et que sa partie basale avec son noyau persiste.

Mais un certain nombre de points restent encore controversés, en particulier sur le mode de participation du plasma cellulaire et du noyau dans la sécrétion, et la manière dont se séparent et se reproduisent les cellules.

L'auteur étudie la glande mammaire du cobaye. Examinant la glande à différents intervalles après la tétée, il suit les trois stades successifs de sécrétion, d'excrétion et de réparation. Pendant le stade de sécrétion, la partie périphérique de la cellule contient des granulations graisseuses et fait une saillie bombée dans la lumière de l'acinus ; la partie basale, qui contient ordinairement deux noyaux, présente dans le protoplasma des filaments spéciaux prenant les couleurs basiques et représentant l'ergastoplasma. L'un des noyaux, celui qui est le plus éloigné de la basale, présente quelquefois des signes de nécrobiose. Au stade d'excrétion, la portion périphérique de la cellule se détache, entraînant avec elle quelques noyaux ; la portion basale reste avec les noyaux basaux ; les filaments ergastoplasmiques sont encore visibles, mais diminués de longueur. Enfin, pendant le stade de réparation, la portion alvéolaire de la cellule se reconstruit, les noyaux se divisent par amitose, les filaments basaux s'allongent, la graisse réapparaît dans le protoplasma de la portion alvéolaire.

L'auteur étudie la glande en régression, il analyse les phénomènes nucléaires et insiste en particulier sur la dégénérescence graisseuse du noyau même, vue déjà par quelques auteurs, mais niée par Michaëlis.

La glande mammaire fonctionne donc pendant la lactation comme une glande séreuse. Le noyau participe à la sécrétion, en modifiant sa structure intime, en se divisant par amitose et en dégénérant. Toutefois, ce dernier processus est peu important et paraît n'être qu'une manifestation de l'usure fonctionnelle. L'amitose, dans la glande mammaire, n'est nullement dégénérative, en ce sens qu'elle n'entraîne pas la mort de la cellule. Le cytoplasma élabore le produit de sécrétion par l'intermédiaire des filaments ergastoplasmiques situés à la région basale.

J. Jolly.

MÉDECINE

L. Souhaut. *Étude sur le rétrécissement de l'artère pulmonaire dans ses rapports avec la tuberculose du poumon* (*Thèse*, Paris, Juillet 1902). — Le rétrécissement de l'artère pulmonaire, congénital on acquis (à la suite d'endocardite aiguë, infectieuse ou acquise), se complique fréquemment de tuberculose pulmonaire.

Ce fait s'explique aisément, et l'on retrouve ici la loi générale qui régit le développement de la tuberculose, à savoir une déchéance organique générale d'une part, et, de l'autre, un lieu de moindre résistance pour l'organe qui va être particulièrement frappé. L'artère pulmonaire étant en effet le vaisseau de l'hématose, son rétrécissement entraîne forcément la diminution de l'oxygénation du sang : du même coup, le sujet porteur de cette lésion se trouve placé dans les conditions analogues à celles qui favorisent l'apparition de la tuberculose, c'est-à-dire raréfaction de l'air pur, atmosphère des grandes villes, des ateliers, etc.

De plus, les anatomistes ont démontré que l'artère pulmonaire n'était pas seulement le vaisseau de l'hématose, mais encore l'artère nourricière pour les bronchioles intralobulaires. Il en résulte donc une hypotrophie du tissu pulmonaire toutes les fois que le débit de l'artère pulmonaire devient insuffisant : le lieu de moindre résistance est ainsi créé.

Ces deux conditions étant remplies, on comprend avec quelle facilité des sujets porteurs de ces lésions deviendront la proie de la tuberculose, surtout si les facteurs ordinaires de cette dernière viennent s'y surajouter.

Cependant la tuberculose pulmonaire ne survient pas fatalement dans tous les cas de rétrécissement pulmonaire, et un nombre relativement grand des sujets meurent après un temps plus ou moins long de systolie ou d'une affection intercurrente quelconque.

J. Dumont.

CHIRURGIE

P. Pamard. *Contribution à l'étude du drainage dans la laparotomie* (*Thèse*, Paris, 1902). — La question du drainage en chirurgie est encore à l'étude. Les chirurgiens ne sont pas encore fixés sur ses indications précises et sur sa meilleure technique.

Pamard, dans sa thèse, publie la technique de drainage employée par Walther dans ses opérations abdominales, et expose les idées de ce maître.

Dans un premier chapitre, l'auteur étudie les conditions de résistance du péritoine et passe en revue les divers procédés de drainage. Il expose ensuite la technique employée par Walther qui repose sur l'emploi simultané de gaze (tente et mèches) et d'un drain.

Il se sert de gaze stérilisée (à l'autoclave), pliée comme les mèches ordinaires ou bien préparée d'avance à faire l'office de tente. Dans ce dernier cas, il prend un morceau de gaze carrée qu'il plie en plusieurs épaisseurs, de façon à obtenir les dimensions d'un mouchoir de poche ; cette gaze ainsi pliée est mise telle que à stériliser sans être chiffonnée comme les compresses ordinaires, de façon qu'au moment voulu elle soit prête à être employée.

Les drains sont de gros tubes en caoutchouc rouge faciles à stériliser.

Tente, mèches et drains sont utilisés de la façon suivante :

Soit une laparotomie pratiquée chez une femme atteinte de salpingite suppurée et chez laquelle on a pratiqué l'extirpation de la poche dans des condi-

tions rendues plus difficiles par la présence de nombreuses adhérences nécessitant une décortication laborieuse.

Lorsque la malade est encore dans la position déclive, l'intestin et les organes abdominaux refoulés en haut, on étale soigneusement la tente sur toute la surface du péritoine saignante ou suspecte d'infection; au centre de cette tente on place le drain et on maintient la gaze étalée au moyen de mèches de gaze qui font en même temps tamponnement.

1° Lorsque Walther draine pour une hémorragie en nappe, il bourre les mèches de façon à avoir un tamponnement serré.

2° Lorsqu'il draine pour une suppuration, il applique simplement les mèches pour maintenir la tente étalée sur les surfaces injectées, mais sans aucune compression.

Ceci fait, on termine la suture péritonéale, en ménageant à la partie inférieure l'orifice de sortie du drainage que l'on laisse suffisante pour que le drain ne soit pas comprimé et que la sortie des liquides puisse se faire librement. On termine ensuite les sutures de la paroi en ménageant toujours à la partie inférieure de la plaie l'orifice de sortie du drainage.

La plaie fermée et la paroi abdominale soigneusement nettoyée et séchée, on coupe le drain de façon à ce qu'il dépasse légèrement l'orifice abdominal et on étale la tente en collerette courte autour du drain; le superflu est coupé.

On applique ensuite une épaisse couche de compresses autour de l'orifice du drain, de façon à l'isoler le plus possible de la suture de la paroi, puis d'autres mèches recouvrent l'orifice et enfin le tout est recouvert d'une épaisse couche de ouate hydrophile stérilisée.

Le pansement est maintenu solidement par un bandage très serré.

Dans les suites opératoires, Pamard conseille d'enlever la tente le plus tôt possible et de surveiller le drain pour pouvoir rapidement le raccourcir et l'enlever.

Dans quels cas pratiquera-t-on le drainage?

Pour Pamard, le drainage est indispensable lorsqu'il existe dans la cavité péritonéale une surface susceptible de fournir des liquides dont la résorption serait nuisible.

Le drainage est prudent : lorsqu'on redoute, après la fermeture de la plaie, la continuation d'un suintement de sang; lorsqu'il y a eu suture d'un organe creux et que cette suture est douteuse; lorsqu'il existe de larges surfaces cruentées (décollement d'adhérences); enfin lorsqu'il y a crainte d'infection aides douteux, stérilisation imparfaite).

Il faut tenir compte également de la valeur de résistance du sujet (cachexie, obésité, etc.), de la gravité et de la durée de l'intervention.

P. Desfosses.

VOIES URINAIRES
ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Jean Petit. ***De la prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie simple de la prostate*** (*Thèse*, Paris, 1902). — J'ai lu attentivement la thèse de Delbet. Ce travail ne saurait passer inaperçu, tant à cause du soin donné par l'auteur à l'étude de cette question, qu'en raison du Maître qui l'a inspiré, M. Albarran.

La technique de M. Albarran est longuement exposée. Le caractéristique du procédé, c'est l'emploi d'une incision prérectale à concavité postérieure, le décollement du rectum, l'insertion de la capsule prostatique et le décollement du tissu glandulaire, l'incision médiaire postérieure de l'urètre suivant la technique de Gosset et Proust, enfin le morcellement méthodique de la prostate.

L'auteur n'a pas de peine à démontrer la légitimité de la prostatectomie : 1° parce que l'hypertrophie est une maladie à évolution fatale; 2° parce que, quelque soit l'opinion que l'on se fait sur le rôle de l'impuissance primitive de la vessie dans la rétention prostatique, la suppression d'un obstacle ainsi important que la glande hypertrophiée ne peut qu'améliorer la miction; 3° parce que les traitements proposés jusqu'à ce jour sont moins efficaces et plus dangereux que la prostatectomie périnéale.

Arrivons aux résultats tels qu'ils ressortent de la lecture des observations. Trente opérés, aucune mort : le résultat est brillant, mais j'estime qu'on ne peut tabler sur ces succès d'un habile opérateur. D'autres ont été moins heureux et l'opération doit être regardée comme sérieuse. Il y a eu 15 complications : 12 orchépididymites, 1 placé du rectum, 2 fistules. Ces complications disparaîtront avec les progrès de la technique, elles sont négligeables.

Au point *de vue urinaire* : 5 malades ont été opérés pour des *rétentions complètes récentes* : 4 malades suivis sont guéris, ils urinent seuls, avec force et n'ont pas de résidu. Trois néanmoins doivent se relever la nuit au moins deux fois.

Treize malades ont été opérés pour des *rétentions incomplètes chroniques* quasi complètes. Tous ont été améliorés, six conservent un résidu variant de 20 à 100 grammes (obs. V, VI, VIII, X, XI, XII). Six se lèvent encore une ou deux fois la nuit (obs. I, IV, VI, VIII, IX, X). Douze malades ont été opérés pour des *rétentions complètes chroniques*, six de ces malades se relèvent la nuit deux ou trois fois (obs. XX, XXII, XXIV, XXVII, XXIX). Deux conservent un résidu variant de 20 à 100 grammes (obs. XXII et XXIV). Trois ont de l'incontinence marquée et légère (obs. XXI, XXII et XXVIII). Toutefois sur ce dernier point des renseignements personnels que je me suis procurés m'ont appris que l'incontinence n'avait pas persisté.

Enfin la plupart des malades ont perdu l'érection et l'éjaculation.

Telles sont les ombres, je n'ai pas voulu les maquiller : mais à côté de ces légers inconvénients, il faut mettre en lumière les avantages, ils sont considérables : les malades urinent bien; grâce à l'amélioration ou à la meilleure utilisation de la contractilité vésicale le jet d'urine est projeté avec force; tous abandonnent la sonde. Or beaucoup de ces malades se sondaient 4 à 5 fois par jour depuis cinq ou dix ans, la plupart se relevaient 6 à 7 fois la nuit. De plus les urines s'éclaircissent, la cystite disparaît, la pyélonéphrite s'amendent, la défécation devient facile.

En résumé, sans replacer tout à fait le malade dans un état identique à la normale, la prostatectomie périnéale donne une guérison presque complète : par son action curative sur les accidents infectieux elle combat le grand danger de l'hypertrophie, et doit être considérée dès à présent comme le traitement de choix de cette affection.

Paul Delbet.

OPHTALMOLOGIE

P. Petit. ***Manifestations palpébrales et conjonctivales survenant au cours d'affections intracraniennes*** (*Communication au Congrès français d'Ophtalmologie*, Paris 1902, Mai). — L'auteur rapporte le cas d'un syphilitique ancien qui fut pris rapidement d'hémianopsie et d'hémiplégie droites. Quelques jours après survinrent de très vives douleurs au niveau de l'œil droit, avec inflammation conjonctivale et œdème des paupières. Tous ces symptômes disparurent au bout de quinze jours pour reparaître identiques à l'œil gauche. Finalement, le malade guérit complètement, sauf de son hémianopsie.

M. Petit incrimine la syphilis comme cause des accidents, mais, au point de vue de la localisation, sépare les lésions qui ont donné les symptômes inflammatoires oculaires de l'hémianopsie et de l'hémiplégie.

A. Druault.

Fage. ***Néphrite optique consécutive à la rougeole.*** (*Communic. au Cong. franç. d'ophtalmol.*, Paris, 1902, Mai). Une fillette de trois ans eut, sur le déclin d'une rougeole ordinaire, et sans autres complications, une double névrite optique modérée : papilles légèrement injectées, voilées à leur surface et sur leurs bords. Par la suite, les papilles se sont atrophiées, et aujourd'hui l'enfant ne paraît plus percevoir même la lumière.

Dans la rougeole on observe encore parfois une amaurose sans lésions ophtalmoscopiques. Il peut s'agir alors de troubles circulatoires ou toxiques du côté des lobes occipitaux ou de névrite rétrobulbaire.

A. Druault.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

Saint-Clair Thomson. ***Les principes du traitement de la tuberculose laryngée.*** (*The Journal of laryngology, rhinology and otology*, 1901, Octobre.) — Après un important article dans lequel l'auteur attire l'attention, entre autres choses, sur le grand nombre de tuberculeux atteints du larynx qui demandent des soins (75.000 en Angleterre), il pose les conclusions suivantes :

La pathologie et la clinique montrent que la majorité des foyers de début de tuberculose laryngée est au niveau de l'articulation crico-aryténoïde;

Beaucoup de cas se présentent à une période ou toute thérapeutique est inefficace;

Le principe de *primum non nocere* doit être toujours présent à l'esprit, car beaucoup de traitements sont nuisibles;

Tout enrouement persistant ou suspect doit être traité après un diagnostic des plus serrés;

Le diagnostic fait, le malade doit être soumis à la méthode moderne du sanatorium;

Le traitement variera suivant qu'on se trouvera en présence de lésions irritatives, catarrhales ou obstructives;

Le silence doit être prescrit, plus ou moins absolu, suivant l'état de l'articulation crico-aryténoïdienne;

Dans les cas où l'état général du malade ou l'extension de la maladie ne paraissent pas annoncer l'arrêt du processus, le traitement sera symptomatique, et, dans beaucoup de ces cas, le sanatorium ne sera pas indiqué.

G. Didsbury.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Mario Flamini. ***Contribution à l'étude de la production des laits médicamenteux. Le lait iodé*** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance* 1902, Mars, p. 97). — L'iode introduit dans l'organisme comme médicament, soit sous forme métallique, soit sous la forme d'iodure, etc., se retrouve très rapidement dans tous les produits sécrétés (salive, urine, bile).

Il est également démontré que l'iode introduit dans l'organisme passe dans le lait. On s'est demandé si ce lait, devenu ainsi véhicule de l'iode, ne pouvait être utilisé comme agent curatif; si, au lieu d'employer une solution quelconque, iodée ou iodurée, il ne serait pas préférable, surtout pour les nourrissons, d'adopter une combinaison pour ainsi dire naturelle du médicament : solution et combinaison s'accomplissant dans l'organisme animal. On obtiendrait de cette manière un lait médicamenteux, sans l'intervention d'aucun procédé chimique; ce lait serait élaboré dans l'organisme vivant, dans l'animal, d'où l'on n'aurait qu'à le traire.

Mario Flamini, d'après des expériences, croit qu'on peut obtenir des laits susceptibles d'être utilisés en thérapeutique. Pour l'obtention d'un lait médicamenteux on doit préférer comme moyen d'administration de l'iode à l'animal la voie hypodermique; on emploiera les injections de la solution huileuse d'iode métallique préférable à la solution iodo-iodurée aqueuse. Ces injections seront intramusculaires, elles seront ainsi beaucoup moins irritantes que les injections sous-cutanées. Il faut que ces injections intramusculaires successives soient faites de façon à saturer d'iode l'organisme de l'animal, car la quantité éliminée par le lait va dans ce cas en croissant.

L'iode, introduit dans l'organisme sous forme de solution huileuse et au moyen d'inoculations intramusculaires, s'élimine principalement par deux voies : le lait et les urines. Le pourcentage de l'iode dans le lait est d'environ la moitié de la quantité éliminée par les urines.

La quantité d'iode éliminée avec le lait augmente si l'on augmente la dose injectée. Elle augmente aussi en raison du degré de saturation de l'animal : d'où la nécessité de le saturer pour obtenir une quantité convenable d'iode dans le lait.

La quantité maxima d'iode relevée par Flamini dans le lait (0 gr. 12 par litre), obtenue avec des doses assez faibles, donne lieu de croire qu'en augmentant ces doses on peut obtenir dans le lait des quantités considérables, utilisables en thérapeutique spécialement pour les enfants.

L'intervalle à observer entre les injections chez les animaux peut parfaitement être réglé et, une fois fixé, il donne le moyen d'avoir, pendant une longue période, un pourcentage d'iode presque constant chaque jour.

L'iode dans le lait se retrouve en partie (plus de la moitié) dissous dans le sérum, et, pour le reste, en combinaison avec les matières albuminoïdes. Mais une partie de l'iode contenu dans le sérum y est lui-même en combinaison organique. D'où il suit que la masse de l'iode qui se trouve dans le lait total en combinaison organique est supérieure à la moitié de l'iode.

Si l'on ajoute au contraire directement l'iode au lait, cet iode se retrouve presque entièrement dans le sérum en combinaison organique.

L'administration prolongée de l'iode en solution huileuse et au moyen d'injections intramusculaires

ne produit aucune altération nuisible dans la composition du lait.

L'animal ainsi traité ne dépérit pas : il ne présente ni troubles généraux ni réaction locale, et supporte parfaitement le médicament introduit.

P. Desfosses.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante :

Paris, le 5 Août 1902.

Monsieur le Secrétaire général,

En réponse à une critique concernant ma thèse, (Recherches bactériologiques sur les gangrènes gazeuses aiguës) critique parue dans *La Presse Médicale* du 2 Août, voulez-vous me permettre de faire remarquer à mon ancien collègue, M. Rist :

— Qu'il est juge et partie dans la question des techniques anaérobies, et sévère pour Lister et Miquel qui ont imaginé l'isolement des germes par dilution dans les liquides : procédé d'isolement très rigoureux (Besson);

— Que l'isolement des espèces pathogènes par inoculations en série aux animaux est également un procédé de choix, que je n'ai pas inventé, je le regrette ;

— Que mes recherches ne comportent pas des cultures anaérobies sans exclusion de l'oxygène, ce qui serait d'une originalité excessive, mais bien des cultures en milieux d'où l'oxygène est *suffisamment* exclu, milieux favorables, puisqu'on y cultive des espèces que M. Rist considère lui-même comme anaérobies strictes ;

— Et qu'enfin, si vraiment, comme le dit M. Rist en d'excellents termes, « on ne semble pas avoir généralement compris le sens et l'utilité de la méthode de Veillon », cela vient peut-être simplement de ce qu'on l'a, depuis M. Rist, beaucoup employée.

Veuillez agréer, etc.

G. Legros.
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

FACULTÉ DE PARIS

Legs Marjolin. — Par testament en date du 1er Novembre 1894, M. Marjolin (René-Nicolas) a légué, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, une somme dont le revenu est de 5.161 francs.

Ce revenu sera « affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en « médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, « leur exactitude, et ayant recueilli avec soin des « observations dans leurs services. » (Extrait du testament.)

MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris qui désirent profiter du legs Marjolin devront déposer, au secrétariat de la Faculté, avant le 1er Août de chaque année, une demande (timbre de 0 fr. 60), adressée à M. le Doyen de la Faculté de médecine de Paris, et accompagnée des certificats de leurs chefs de service constatant qu'ils remplissent les conditions du legs. Ces certificats devront être revêtus du visa de MM. les Directeurs des établissements auxquels les élèves sont attachés en qualité d'interne ou d'externe.

Peuvent seuls bénéficier du legs les internes et externes français des hôpitaux de Paris qui prendraient régulièrement et trimestriellement leurs inscriptions, et qui seraient en cours régulier d'études. En conséquence, le legs Marjolin ne peut s'appliquer ni aux inscriptions cumulatives, ni aux inscriptions rétroactives. Il ne s'applique qu'aux inscriptions à prendre, et non aux inscriptions prises.

Le legs n'est attribué que pour une année scolaire; il est renouvelable pour les années suivantes.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Lyon. — Un cours élémentaire et pratique d'accouchements en 24 leçons sera professé à la Clinique obstétricale du 25 Août au 20 Septembre, par MM. Plauchu, chef de clinique obstétricale, et Voron, chef de clinique adjoint.

Les docteurs en médecine et les étudiants ayant pris 12 inscriptions dans une Faculté ou Ecole auront le droit de se faire inscrire pour suivre cet enseignement.

Le droit d'inscription est de 30 francs.

Les demandes d'inscription seront reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine les lundis, mercredis et vendredis, de 2 à 4 heures, du 1er au 20 Août. On peut se faire inscrire par correspondance.

Les docteurs ou étudiants inscrits seront divisés en séries pour suivre les accouchements et seront exercés aux manœuvres obstétricales.

Ecole supérieure de pharmacie de Nancy. — MM. Guérin, Grélot et Favrel, agrégés, sont nommés professeurs de toxicologie et analyse chimique, de pharmacie galénique et de chimie à l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'honneur des épidémies viennent d'être attribuées aux personnes ci-après désignées.

Médailles d'argent : MM. David, médecin à Nevers ; Gigon, médecin à Saint-Calais ; Villemin, Tullemer, médecins à Paris.

Médailles de bronze : MM. Buard, médecin à Bordeaux ; Le Noc, médecin au Faouet ; Cherière, médecin à Essonnes ; Aguinet, Bergeron, Gasne, internes des hôpitaux de Paris ; Bouchez, Courtellemont, Demarque, Dieuzaide, Grosset, Hélie, Landry, Petiteau, externes des hôpitaux de Paris.

— M. Lafont, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales à Mayotte est nommé chevalier du mérite agricole.

Un nouveau certificat de licence. — La Faculté des sciences de Paris est autorisée à délivrer un vingtième certificat d'études supérieures portant le titre de certificat d'histologie.

Institut Pasteur. — Les cours et les manipulations du service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène (3e année) commenceront en Novembre.

Service des remplacements. — Les internes des hôpitaux de Paris viennent de fonder un syndicat dont le Comité informe les collègues qu'ils peuvent s'adresser à lui pour les remplacements dont ils peuvent avoir besoin.

La Presse Médicale s'empresse d'informer ses lecteurs de cette utile création à laquelle elle souhaite bonne prospérité.

Pour le moment, on peut adresser les demandes de remplaçants à M. Lance, interne en médecine à l'hôpital Saint-Louis.

Étranger.

Le Congrès de Rome. — M. Amann, de Munich, adresse à tous les gynécologues la lettre suivante :

Très honoré collègue,

Je suis chargé, par le Comité d'organisation du IVe Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie à Rome (Septembre 1902), d'être rapporteur sur le sujet : *La tuberculose des organes génitaux de la femme.*

Je vous serais très reconnaissant si vous vouliez contribuer à la rédaction de ce rapport en me faisant parvenir des réponses circonstanciées sur les questions ci-dessous :

I. *Etiologie* :

1. Avez-vous connaissance de cas de tuberculose génitale primitive?

a) Chez des sujets avec des poumons sains;

b) Chez des sujets scrofuleux;

2. La porte d'entrée?

a) Cohabitation;

b) Examens (sages-femmes, médecins).

II. *Diagnostic* :

Avez-vous réussi à faire *cliniquement* le diagnostic de tuberculose génitale?

a) Grâce à quels signes (diagnostics différentiels)?

b) Ce diagnostic a-t-il pu être contrôlé, confirmé?

1. Par l'intervention?

2. Par l'autopsie?

3. Par la présence des bacilles tuberculeux?

4. Par l'examen histologique (cellules géantes, tubercules, caséification)?

5. Par des injections de tuberculine?

III. *Anatomie pathologique* :

1. Quels étaient les organes le plus souvent atteints?

2. Avez-vous observé une tuberculose de l'utérus?

3. Avez-vous observé l'envahissement par la tuberculose génitale du *péritoine*, et inversement?

4. Avez-vous observé une tuberculose miliaire généralisée à point de départ génital?

5. Examen histologique.

IV. *Traitement* :

A quel traitement donnez-vous la préférence?

V. Avez-vous publié, vous ou vos élèves, des travaux à ce sujet, et lesquels? (Pourrait-on peut-être me faire parvenir des tirés à part de ces travaux?)

Société belge de Chirurgie. — Le Congrès annuel de la *Société belge de chirurgie*, qui se tient régulièrement à Bruxelles, au mois de Juin, aura lieu cette année les *8, 9 et 10 Septembre.*

Cette réunion sera exclusivement consacrée à la discussion des trois questions suivantes :

1° Le traitement de l'appendicite. Rapporteurs : MM. A. Broca, de Paris ; A. Gallet, de Bruxelles ; C. Roux, de Lausanne, et Sonnenburg, de Berlin.

2° Le traitement des fractures des membres. Rapporteurs : MM. A. Depage, de Bruxelles; Rottschild, de Francfort, et Th. Tuffier, de Paris.

3° De l'asepsie opératoire, en tant que préparation des mains, de la région et du matériel de suture et de ligature. Rapporteur : M. Walravens, de Bruxelles.

La Société profitera de la présence à Bruxelles d'un grand nombre de chirurgiens étrangers, pour jeter les bases d'une *Société internationale de chirurgie*, conformément à une proposition de M. Ch. Willems.

Les chirurgiens qui n'ont pas encore répondu à l'invitation de la *Société belge de chirurgie* sont priés de le faire sans retard, et, en tout cas, avant le 15 Août.

Une bonne mesure. — Le Ministre des travaux publics en Prusse vient de prendre un arrêté faisant défense d'afficher dans les gares et dans les compartiments des wagons des réclames charlatanesques. Toutes les réclames de ce genre devront être supprimées d'ici peu.

CONCOURS

École de médecine de Marseille. — Le concours de clinicat chirurgical s'est terminé par la nomination de M. Rips, celui du clinicat médical par celle de M. Olmer et celle du clinicat obstétrical par la nomination de M. Dumon.

Hôpitaux de Lille. — Le Concours pour l'Internat et l'Externat des hôpitaux aura lieu le 3 Novembre au matin. Une affiche ultérieure annoncera le nombre des places vacantes.

Hospices de Nîmes. — Il sera ouvert, le mercredi 12 Novembre prochain, devant la Commission administrative des hospices, assistée de MM. les médecins et chirurgiens, un concours pour des places d'élèves internes à l'hôpital mixte.

Les candidats devront déposer, avant le 4 Novembre, au secrétariat des hospices, rue Ruffi, 11, leur demande accompagnée du bordereau de leurs inscriptions, d'un certificat de bonnes vie et mœurs délivré récemment par le maire de leur résidence et d'un certificat de régularité d'études et de bonne conduite émanant d'un doyen d'une Faculté ou du directeur d'une École de médecine, et contenant la mention des notes obtenues aux différents examens.

Ils devront avoir acquis au moins douze inscriptions de doctorat ancien régime, ou huit inscriptions nouveau régime.

RENSEIGNEMENTS

Interne désirerait remplacer médecin. Août ou Septembre. S'adresser *P. M.*, n° 794.

Poste à céder à Paris, fait 20.000 francs. Bon quartier et bonnes conditions. Départ, pressé. S'adresser *P. M.*, n° 795.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : G. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette



Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 64. — Samedi, 9 Août 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

LES MÉDECINS-DENTISTES

Les jeunes médecins se plaignent fort de la difficulté qu'ils éprouvent à trouver une situation en rapport avec leur mérite. Certes, l'encombrement est grand dans les villes, et les anciens ne tiennent pas à favoriser les nouveaux venus. Aussi, semble-t-il que le meilleur système de réussite consiste essentiellement à faire preuve de *connaissances autres que les classiques*.

De plus en plus, il faut faire preuve de savoir technique, et je dirai volontiers que le bon praticien doit agir plus de la main que de la tête. Les jeunes, pour se faire leur place, doivent être des hommes de métier : *acta, non verba*. Parmi les connaissances qu'ils doivent acquérir, il n'en est pas de plus utiles que l'art dentaire. La Faculté devrait avoir une chaire de maladies de la bouche et des dents qui serait autrement profitable que la chaire de médecine opératoire.

Cette chaire existera un jour, comme celle de la mécanothérapie, mais il faudra pour l'avoir tout autant de luttes que pour les chaires de gynécologie ou de chirurgie infantile dont la création a dû attendre jusqu'en 1901.

Pour l'instant, on ne peut qu'attirer l'attention des étudiants sur l'importance en clientèle de l'art dentaire, et c'est dans le but de leur faciliter l'étude de cet art que je donne les renseignements suivants qu'a bien voulu me fournir mon collègue et ami, M. Monier.

ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE

Avant la loi sur la médecine du 30 Novembre 1892, et les décrets complémentaires des 25 Juillet 30 Novembre 1893, la profession de dentiste était ouverte à tout venant.

Il faut maintenant pour l'exercer avoir obtenu, devant une Faculté de médecine française, soit le diplôme de chirurgien dentiste, soit celui de docteur en médecine.

1° **Diplôme de chirurgien dentiste.** — Les études pour l'obtention de ce grade doivent être faites dans l'une des deux écoles d'enseignement libre reconnues par l'État : l'*École dentaire de la rue de La Tour d'Auvergne* et l'*École odontotechnique de la rue de l'Abbaye*.

Conditions d'admission. — Le certificat d'études primaires supérieures suffit à l'admission.

La *durée* de la scolarité est de trois années ; l'école délivre 12 inscriptions de trois en trois mois.

A la fin de chaque année et à la fin de la troisième année les étudiants subissent à l'école un examen pour l'obtention du titre de Diplômé des écoles dentaires, titre qui n'a aucune valeur officielle ; l'*examen d'État* qui seul donne droit à la pratique est subi à la Faculté de médecine devant un jury composé de professeurs et de dentistes des hôpitaux, et porte sur le programme d'enseignement donné dans les écoles.

Les candidats ayant satisfait à cet examen reçoivent le diplôme de « chirurgien dentiste de la Faculté de Paris ».

2° **Docteurs en médecine.** — Tout docteur en médecine a le droit d'exercer l'art dentaire au même titre que les autres spécialités. Leur instruction spéciale n'est soumise à aucun contrôle officiel.

3° **Services dentaires des hôpitaux.** — Tous les hôpitaux de Paris possèdent un service dentaire où deux fois par semaine, au maximum, un dentiste est chargé de donner des soins aux malades qui se présentent.

L'enseignement dans ces services est subordonné au bon vouloir du chef de service.

L'insuffisance des locaux et du personnel, le nombre des malades rendent le service et l'enseignement très difficiles. Sauf à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, à Saint-Louis et à Saint-Antoine, où l'Administration a été quelque peu généreuse, les soins donnés, malgré la haute compétence des chefs de service, se résument encore trop souvent à l'extraction pure et simple.

Quand l'enseignement de l'art dentaire sera organisé sur d'autres bases, quand l'Assistance publique aura compris que les indigents ont droit aussi bien aux soins des dents qu'à ceux d'autres maladies, les matériaux d'études et les bonnes volontés ne manqueront pas dans les hôpitaux.

4° Dentistes des hôpitaux. — Jusqu'au mois de Mai 1902, la nomination des dentistes des hôpitaux était faite sans concours préalable par le directeur de l'Assistance publique.

Le premier concours pour cette place a eu lieu le 1er Mai 1902.

Voici les conditions requises des concurrents :

CONDITIONS DU CONCOURS

(Extrait du règlement général sur le service de santé des hôpitaux et hospices de Paris.)

Les candidats ayant la qualité de Français sont seuls admis à concourir.

Les candidats qui désirent se présenter au concours pour les places de dentiste adjoint des hôpitaux doivent justifier :

1° Qu'ils possèdent depuis trois ans révolus le titre de docteur en médecine, obtenu devant une Faculté de médecine française de l'État;

2° Qu'ils ont accompli un stage de deux ans dans un service dentaire hospitalier.

Néanmoins, le temps de doctorat et de stage est réduit à une année pour les candidats qui justifient de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris, en qualité d'élèves internes en médecine.

Transitoirement, pour le premier concours, le stage à exiger des candidats non anciens internes des hôpitaux sera réduit à une année.

Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au Secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture du registre ne peut être accueillie.

Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close.

Cinq jours après la clôture du registre d'inscription, chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'administration pour la composition du jury.

Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit, et cachetée, qu'ils remettent au directeur de l'administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations.

Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury ou entre les membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration.

Le jury des concours pour la nomination aux places de dentiste adjoint des hôpitaux se compose de cinq membres, savoir :

Trois membres, tirés au sort parmi les dentistes titulaires des hôpitaux;

Un médecin et un chirurgien, tirés au sort parmi les médecins et les chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice ou honoraires.

A titre de mesure transitoire et pour les deux premiers concours, le jury se compose de deux chirurgiens et d'un médecin chef de service, et de deux dentistes titulaires des hôpitaux.

Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante :

Épreuves d'admissibilité. — 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale, interne ou externe, pour laquelle il sera accordé deux heures;

2° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection médicale ou chirurgicale d'ordre général;

3° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection dentaire.

Il sera accordé au candidat, pour chacune de ces deux épreuves, vingt minutes pour l'examen du malade et la réflexion, et quinze minutes pour développer oralement devant le jury son opinion sur le malade.

Épreuves définitives. — 1° Une épreuve orale sur un sujet de pathologie ou de thérapeutique dentaire; il sera accordé au candidat dix minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon.

2° Une épreuve théorique orale de prothèse.

Pour cette épreuve le Jury pourra mettre à la disposition du candidat un moulage buccal sur lequel il lui demandera d'exposer théoriquement la construction et l'application d'un appareil. Dix minutes seront accordées au candidat pour faire sa leçon après dix minutes de réflexion.

3° Une consultation écrite sur un malade atteint d'une affection dentaire; il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen du malade, et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation; cette consultation sera lue immédiatement.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Épreuves d'admissibilité. — Pour la composition écrite : 30 points; pour chacune des deux épreuves cliniques, 20 points.

Épreuves définitives. — Pour la 1re épreuve théorique orale, 20 points; pour la 2e épreuve théorique orale de prothèse, 20 points; pour la consultation écrite, 30 points.

Dans tous les cas où un concours est prescrit par les dispositions du règlement, les épreuves auxquelles les concurrents sont soumis se divisent en deux séries toutes les fois que le nombre des candidats dépasse cinq pour une place, huit pour deux places, et dix pour trois places.

Les épreuves de la première série sont communes à tous les candidats.

Les épreuves de la seconde série sont subies seulement par les candidats qui ont été déclarés admissibles.

Pour déterminer les candidats admis à prendre part aux épreuves de la deuxième série, le Jury, deux jours après que les concurrents ont subi les épreuves de la première série, dresse, d'après le nombre des points obtenus, une liste de candidats composée de cinq, huit ou dix noms, selon que le concours a pour objet une, deux ou trois places.

Dans le cas où des candidats seraient classés *ex æquo* après le jugement sur les épreuves de la première série, le Jury se basera, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de fois où il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles, et enfin sur l'ancienneté de doctorat.

Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves de la première et de la deuxième série.

Fait à Paris, le 15 Janvier 1902.

Le Maître des requêtes au Conseil d'État,
Directeur de l'Administration générale
de l'Assistance publique à Paris,
Signé : CH. MOURIER.

Pour copie conforme :
Le Secrétaire général,
THILLOY.

TABLEAU DU PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT

	COURS THÉORIQUES	COURS PRATIQUES	
		CHIRURGIE (CLINIQUES)	PROTHÈSE (LABORATOIRE)
COURS DE PREMIÈRE ANNÉE	Physique, métallurgie et mécanique appliquées. Chimie appliquée. Anatomie descriptive. Physiologie. Histologie. Cours préparatoires sur les éléments d'anatomie, de pathologie, de thérapeutique dentaire, de dentisterie opératoire et d'antisepsie, premier trimestre.	Examen des malades. Assistance à la consultation. Extractions. Nettoyages. Traitement et obturation des caries des 1er, 2e et 3e degrés. Obturations et aurifications simples. Leçons cliniques et démonstrations pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse.	Série d'appareils, travail du caoutchouc, du celluloïd et du métal. Dents à pivot.
COURS DE DEUXIÈME ANNÉE	Anatomie descriptive. Histologie. Physiologie. Pathologie interne, générale, spéciale (affections de la bouche). Pathologie externe, générale, spéciale (affections de la bouche). Thérapeutique et matière médicale. Prothèse dentaire.	Examen des malades. Assistance à la consultation. Extractions avec anesthésie. Traitement des caries des 1er, 2e, 3e et 4e degrés. Obturations. Aurifications simples. Dents à pivot. Redressements. Leçons cliniques et démonstrations pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse. Dissection et histologie [1]. Leçons de clinique médicale et chirurgicale [2].	Dents à pivot. Série d'appareils, travail du métal combiné avec le caoutchouc ou le celluloïd. Série de redressements. Série de dentiers montés sur caoutchouc, celluloïd ou métal.
COURS DE TROISIÈME ANNÉE	Anatomie et physiologie spéciales : a) *Anatomie régionale et physiologie de la bouche et de ses annexes;* b) *Anatomie et physiologie dentaires* (humaines et comparées). Histologie. Pathologie interne, générale, spéciale (affections de la bouche). Pathologie externe, générale, spéciale (affections de la bouche). Pathologie dentaire. Bactériologie. Thérapeutique et matière médicale. Anesthésie. Thérapeutique spéciale : *Traitement, Manuel opératoire, Matière médicale appliquée.* Prothèse dentaire : a) *Prothèse proprement dite;* b) *Orthopédie dentaire, Restaurations buccales et faciales.* Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.	Examen des malades. Assistance à la consultation. Cours pratique d'anesthésie : *Extractions avec l'anesthésie locale et générale.* Traitement des caries des 3e et 4e degrés. Obturations. Aurifications. Démonstrations des diverses méthodes. Redressements. Traitement des différentes affections buccales du ressort de la chirurgie dentaire. Restaurations buccales et faciales. Couronnes, appareils dits à pont (Bridge-work). Leçons cliniques et démonstrations pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse. Dissection et bactériologie [1]. Leçons de clinique médicale et chirurgicale [2].	Couronnes. Appareils dits à pont (Bridge-work). Série d'appareils, travail pour gencives continues. Esthétique. Restaurations buccales ou faciales. Appareils pour fractures des maxillaires et de prothèse immédiate.

1. Des cours pratiques de dissection, d'histologie et de bactériologie ont lieu à l'Amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux.
2. Les leçons de clinique médicale et chirurgicale ont lieu dans les hôpitaux Boucicaut et Saint-Antoine.

PÉRITONITE PAR PERFORATION

DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE CHEZ L'ENFANT

Par H. MÉRY

Dans ma leçon du mardi 15 Avril, je vous ai présenté un enfant atteint de fièvre typhoïde arrivée au quinzième jour, chez lequel tout faisait présager une heureuse issue de la maladie, et cela, bien que le terrain sur lequel elle évoluât fût, à la vérité, peu résistant, car cet enfant avait été atteint par la plupart des maladies infectieuses de l'enfance : rougeole à deux reprises, diphtérie, scarlatine suivie de néphrite et de phlegmon du cou. Toutes ces infections avaient laissé des traces de leur passage et on ne sera point étonné qu'il ait été envoyé l'an dernier à Berck, pour anémie.

Il était tombé malade quinze jours avant son entrée à l'hôpital, et on avait d'abord pensé à la grippe, l'enfant présentant du coryza, de la toux et de la fièvre. Il est possible, d'ailleurs, que la grippe se soit associée aux débuts de l'affection actuelle, mais au bout de quelques jours, les symptômes de fièvre typhoïde devinrent évidents : diarrhée jaune très fétide, ballonnement du ventre, gargouillement dans la fosse iliaque droite, épistaxis, délire passager. C'est alors que, la maladie se prolongeant, le médecin habituel du petit malade le fit conduire à l'hôpital. Le diagnostic n'était point douteux. Aux signes précédents se joignait la constatation de taches rosées.

L'on se trouvait au quinzième jour d'une fièvre typhoïde paraissant des plus bénignes. La fièvre était modérée, ne dépassant pas 38°8 le jour de l'entrée. L'état général paraissait excellent. Tout semblait indiquer le pronostic le plus favorable, et je vous disais que nous n'avions point à faire appel à une thérapeutique bien active, mais qu'il fallait nous contenter de l'hygiène habituelle des typhiques à laquelle nous ajoutions simplement l'administration de sulfate de quinine, suivant la méthode préconisée par M. le professeur Grancher.

Les jours suivants, tout semblait confirmer notre pronostic favorable. L'apyrexie survenant le lendemain, persistait dans la journée du 17. Ce jour-là, la température, à 6 heures du soir, était de 37°4, et l'enfant s'était endormi d'une façon calme, quand il se réveilla brusquement à 8 heures du soir, se dressa sur son lit, se plaignant d'une douleur atroce dans le ventre, et cette douleur s'accompagna bientôt de vomissements de lait et de bile.

M. Babonneix, interne du service, appelé aussitôt, trouva l'enfant souffrant très vivement, avec le facies grippé, le pouls rapide, et pensa de suite qu'une perforation venait de se produire. Il fit appliquer de la glace sur le ventre et fit une injection de morphine.

Les vomissements se répétèrent au cours de la nuit, l'état ne s'améliora point, et le lendemain matin, je trouvais l'enfant extrêmement souffrant, la figure pâle, les yeux excavés, le nez effilé, accusant toujours des douleurs spontanées, vives, du côté de l'abdomen.

1. *Clinique de l'hôpital des Enfants-Malades.* — Leçon recueillie par M. J. Hallé.

La moindre tentative de percussion exaspérait la souffrance. Il y avait un état de défense musculaire très marqué de la paroi abdominale ; la douleur semblait généralisée. Elle était peut-être un peu plus violente du côté droit sans que, toutefois, une matité accusée existât de ce côté.

Le ventre était légèrement ballonné.

La matité hépatique était diminuée, mais pas disparue. Le pouls était rapide, à 150. Cependant, il était assez bien frappé, la température s'était élevée et avait atteint 38°6.

Il n'y avait pas de cyanose et les extrémités n'étaient pas froides.

Le diagnostic de perforation intestinale s'imposait, car l'enfant ne présentait avant ni du côté du myocarde ni du côté du foie, les altérations graves pouvant expliquer un état de collapsus.

La généralisation et l'intensité des phénomènes abdominaux ne me permettaient guère de penser à une appendicite typhique ou paratyphique.

Le diagnostic posé, se dressait la question d'intervention chirurgicale, et nous y songeâmes immédiatement, d'autant que, dans le cas particulier, diverses raisons semblaient parler en sa faveur :

L'état général favorable de l'enfant que l'infection typhique avait touché peu profondément et qui, la veille, était apyrétique; d'autre part, les caractères du pouls qui malgré sa fréquence n'était point petit et misérable, mais encore assez bien frappé.

C'était cependant une décision grave à prendre que d'intervenir, mais étant donné que le traitement médical seul paraissait condamné à un échec certain, on n'hésita pas à provoquer cette intervention. J'y fus encouragé par M. Chevallier, et M. Mauclaire voulut bien se charger de cette opération. Elle fut pratiquée le 18 Avril, à 4 h. 1/2 du soir, vingt et une heures après le début de la perforation.

Une laparotomie médiane permit de se rendre compte que la péritonite était déjà généralisée, et que le péritoine renfermait un pus abondant, des fausses membranes et des matières fécales. La perforation intestinale fut assez facile à retrouver; elle siégeait à 4 centimètres de la valvule iléo-cæcale sur l'intestin grêle, et ne présentait guère plus de largeur qu'une petite lentille. L'anse perforée est amenée au dehors et trois points de suture à la petite soie suffirent à réparer l'intestin. M. Mauclaire nettoya le péritoine par des tamponnements répétés avec de la gaze aseptique, et, suivant en cela un usage qui prévaut aujourd'hui parmi les chirurgiens, ne fit pas de grand lavage péritonéal. La plaie opératoire fut suturée en partie et le drainage assuré par deux contre-ouvertures latérales dans les flancs, dans lesquelles fut installé un drainage de Mickulicz. Après l'opération, qui fut d'assez courte durée, on fit à l'enfant une abondante injection de sérum.

Le lendemain matin, 19 Avril, la température loin de s'abaisser s'était élevée à 40°5; le pouls restait petit, filiforme, battant cent cinquante fois par minute; le malade avait vomi un peu le matin. On essaie dans la journée de lui faire prendre un peu de képhir; les injections de sérum sont continuées et dans les vingt-quatre heures, on arrive à lui faire 900 grammes de sérum en injection hypodermique.

Le 20, un mieux réel se produit; le matin le thermomètre ne marque plus que 38°, bien que le pouls reste aussi rapide; le soir, la température tombe à la normale. On continue le sérum à haute dose.

Le 21 Avril, on fait le premier pansement, on retire le Mickulicz médian; derrière la gaze, on constate la présence d'un peu de pus non fétide. Autour des drains existe un peu de sérosité. Le soir, l'état général n'est pas mauvais, cependant la température se relève à 38°5.

Le 22, on se reprend à espérer un peu, car le facies du petit malade est moins mauvais que les jours précédents, cependant on note 39° le matin et 39°6 le soir. On enlève les deux Mickulicz latéraux, mais cette ablation est laborieuse en raison de l'accolement des anses intestinales qui sont agglutinées entre elles. On continue le sérum.

Le 23, un symptôme de mauvais augure apparaît; il se produit une diarrhée profuse, et le lendemain le malade présente pour la première fois des signes morbides dans la poitrine, où l'on constate à la base du poumon droit des râles assez fins. On continue le képhir, le sérum dont on diminue la dose, et on prescrit au malade quelques gouttes d'élixir parégorique. Pansement.

Le 25 au matin, le thermomètre qui jusqu'à ce jour avait baissé le matin reste à 39°.

La diarrhée persiste, et l'état de la poitrine ne s'améliore pas.

Le lendemain, un nouveau symptôme apparaît : c'est l'essoufflement; dyspnée encore modérée, mais avec battement des ailes du nez. Dans le poumon droit on entend des râles muqueux, à gauche, des bouffées de râles crépitants fins. L'existence d'une complication pulmonaire devient certaine.

Dans le pansement, on constate que les sutures médianes ont sauté, et les lèvres de la plaies ont écartées maintenant de près de 3 centimètres.

On continue le sérum à la dose de 200 centimètres cubes par jour, et on prescrit des enveloppements frais du thorax en les renouvelant toutes les deux heures. Dans le dessein de relever un peu l'état du pouls, on fait une piqûre de strychnine.

Le 27, un fil d'argent est placé pour réunir la plaie. La température reste à 39°, l'état général de plus en plus mauvais; car, bien que le thermomètre baisse le 28 au matin, on voit se produire dans la journée des vomissements qui empêchent au malade de rien conserver. La mort survient le lendemain soir dans la nuit du 29 au 30 Avril, douze jours après l'opération.

L'autopsie fut pratiquée le 30 Avril.

L'ouverture de la cavité abdominale permit de constater les lésions suivantes :

Vous vous souvenez que lors de l'opération les lésions de péritonite étaient absolument généralisées.

A l'autopsie toute la partie sus-ombilicale du péritoine avait repris son aspect habituel; les anses intestinales y étaient pâles, sans aucun exsudat.

Les lésions péritonéales avaient au contraire persisté dans la région sus-ombilicale, et cela surtout du côté gauche, où les anses étaient recouvertes de pus sans adhérences solides.

Dans la fosse iliaque droite les lésions de péritonite étaient moins étendues, et les adhérences beaucoup plus solides.

Le petit bassin paraissait relativement indemne.

L'examen des anses intestinales montrait une vascularisation inflammatoire au niveau des régions où persistait de la péritonite. Cela surtout au niveau de l'iléon.

L'examen de la région où siégeait la perforation donna les résultats suivants : la perforation elle-même siégeant à 4 ou 5 centimètres de la valvule iléo-cæcale paraissait complètement obturée; elle s'est rouverte sous l'influence du courant d'eau introduit pour laver l'intestin.

Elle est de la grandeur d'un grain de millet, de 2 millimètres de diamètre. Elle siège au fond d'une ulcération transversale de 2 centimètres d'étendue, profonde et en voie de cicatrisation. On voit également un peu plus haut une ulcération transversale très profonde aussi, moins étendue. Entre la perforation et la valvule iléo-cæcale se trouve une plaque de Peyer présentant plusieurs ulcérations superficielles en voie de cicatrisation.

Dans le reste de l'iléon on ne voit aucune lésion.

Les poumons présentent des lésions considérables présentant de l'emphysème très prononcé dans leur partie antérieure et supérieure, et des noyaux de broncho-pneumonie surtout nombreux et volumineux au niveau des lobes inférieurs.

Les bronches sont un peu dilatées et à la pression laissent sourdre du pus en abondance.

Tout autour, le tissu pulmonaire est congestionné et par places augmenté de consistance, offrant nettement les caractères de l'hépatisation. Ces parties soumises à l'épreuve de l'eau plongent. Les lésions sont beaucoup plus marquées du côté gauche que du côté droit.

Les ganglions sont un peu tuméfiés, mais sans aucune lésion tuberculeuse.

Le cœur gauche est normal. Le myocarde ne paraît pas très pâle.

Le cœur droit est dilaté.

Le foie a sa consistance normale, ne se laisse pas dilacérer, n'est pas onctueux au toucher, il présente des plaques d'anémie très étendues.

La rate n'est pas très grosse, assez consistante et un peu congestionnée.

Les reins sont pâles.

En résumé, chez le petit malade, la mort résultait à la fois d'inflammation péritonéale et des complications broncho-pulmonaires.

Ce que nous devons retenir, c'est la survie opératoire. Elle fut de douze jours; un tel recul de la mort est déjà un encouragement. L'opération, nous l'avouons, a été pratiquée un peu tard et l'enfant aurait peut-être guéri après une opération plus hâtive, faite dès la cinquième ou sixième heure. Récemment M. Chevalier a eu dans le service de M. le professeur Chantemesse deux succès sur trois opérés, et certainement la précocité de l'intervention dans ces cas a été pour quelque chose dans le succès opératoire.

L'histoire clinique que je viens de vous rapporter nous est une bonne occasion d'étudier les perforations de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde de l'enfant, et comme nous n'avons trouvé réunis dans aucune publication les faits relatifs à cette complication de la fièvre typhoïde, nous pensons faire œuvre utile en vous résumant les principaux cas publiés

Vous savez que chez l'adulte les péritonites par perforation au cours de la fièvre typhoïde ne sont pas très rares. Murchison les a trouvées dans 3,04 pour 100 des cas; Griesinger 2,3 pour 100; Flint 2,7 pour 100. Les auteurs sont d'accord pour signaler ce fait qu'elles sont particulièrement communes dans certains pays, par exemple en Angleterre, et certaines statistiques anglaises portent que sur 5 cas mortels la perforation est constatée une fois environ.

Ce qui est plus important, c'est le moment d'apparition de la perforation. L'époque la plus commune est le troisième septénaire, ce qui s'explique par des raisons anatomo-pathologiques que je n'ai pas à vous rappeler, mais on peut voir la perforation se produire à un autre moment, et Fitz sur 193 cas note :

4	cas la	1re	semaine.
32	—	2e	—
48	—	3e	—
42	—	4e	—
27	—	5e	—
21	—	6e	—
5	—	7e	—

puis les cas deviennent de plus en plus rares.

Vous voyez d'après cette statistique que la perforation peut être précoce. Potain cite un cas dans la première semaine, Rilliet et Barthez le huitième jour. Chose curieuse, ces deux cas ont été observés chez des sujets qui venaient d'avoir la scarlatine, ce qui avait peut-être prédisposé les malades à cette complication. Retenez également les perforations tardives, celles qui surviennent au cours des rechutes, et pour lesquelles on invoque surtout les écarts de régime. Enfin, il est bon de rapporter l'opinon de Grisolle qui prétendait que les formes bénignes de dothiénentérie étaient plus souvent compliquées de perforation que les formes graves d'emblée.

Les causes de la perforation sont multiples. On a accusé l'hémorragie intestinale; mais d'autres auteurs n'ont pas noté cette coïncidence.

La constipation qui suit la fièvre typhoïde peut masquer des ulcérations profondes et graves; et dans ces cas l'administration des purgatifs trop énergiques a été incriminée. M. Vaquez considère que c'est là une des causes de perforation.

Les écarts de régime sont peut-être plus nuisibles, et à une époque où le régime alimentaire des typhiques est de nouveau discuté, nous ne craignons pas de dire que nous ne nous rallions pas à l'idée de M. Vaquez qui veut nourrir les typhiques avec des aliments solides. Si nous pensons qu'il faut nourrir les typhiques, nous croyons également que chez eux l'alimentation doit être exclusivement liquide.

* * *

Ce que nous venons de dire sur la fréquence et les causes des perforations typhiques s'applique à tous les âges, mais nous devons insister sur un point : c'est la fréquence assez grande de la perforation chez l'enfant. Cette notion n'étant pas très courante, et la plupart des articles récents sur cette question signalant même comme exceptionnelle cette complication, nous devons insister sur ce point que nous trouvons déjà bien indiqué dans l'excellente thèse de Mauger[1]. Sans rechercher les cas très anciennement signalés de Rilliet et Barthez, de Murchison, nous retrouvons dans la littérature de ces dernières années un assez grand nombre de cas, au moins une douzaine, pour ces six dernières années, et rien que pour les grands hôpitaux d'enfants de Paris, Guinon en rapporte 2 cas, Lejars, 1 cas, Brun, 1 cas, Comby, 1 cas, Variot et Morestin, 1 cas, Barbier et Herrenschmidt, 1 cas, Auvray, 1 cas; nous-même avons eu occasion d'en observer 2 cas antérieurs à celui que je viens de vous présenter actuellement, et nous avons pu retrouver l'existence d'autres faits qui n'ont pas été publiés[2].

La perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde de l'enfant se montre généralement chez les enfants déjà un peu âgés; sauf quelques cas tous se sont montrés au-dessus de dix ans. Le cas chez l'enfant le plus jeune est celui de Dawtray-Drewitt survenu chez un enfant de onze mois et que Marfan signale dans le traité des maladies de l'enfance. Puis viennent ceux de Gluge à six ans et demi, celui de Gundall à huit ans, de Guinion à neuf ans et demi.

Le moment de la perforation ne diffère guère de ce qu'il est chez l'adulte. A part le cas de Barthez, où la perforation eut lieu le huitième jour, celui de Morestin le dixième, c'est presque toujours au début de la troisième semaine que cet accident se produit. La date du quinzième ou seizième jour est assez commune (Auvray, Custing, Guinon, Pearson). Dans un des cas de Guinon, elle eut lieu le vingt et unième jour; seulement le quarante et unième jour dans un cas de Herbert. Dans un cas que j'ai eu occasion de suivre et dont l'observation est publiée dans la thèse de Chatard (Paris, 1899), la perforation eut lieu dans une rechute subintrante vers le quarantième jour de la maladie.

L'hémorragie intestinale nous paraît prédisposer aux perforations. Du moins, dans un des faits que j'ai observés, une hémorragie grave fut le début des accidents qui aboutirent à la perforation et à la mort.

Le siège de la perforation est d'ordinaire la dernière portion de l'intestin grêle, plus exactement les 60 derniers centimètres. Les perforations sont d'autant plus communes que l'on se rapproche de la valvule iléo-cæcale. Cependant, Legendre a rapporté un fait de perforation au niveau du duodénum. Les perforations siègent quelquefois sur le gros intestin, et particulièrement dans le cæcum.

* * *

Vous savez que l'on décrit sous le nom de colo-typhus les formes de fièvre typhoïde où les ulcérations spécifiques siègent sur le gros intestin. Pareil fait peut exister chez l'enfant. Dans le fait auquel j'ai déjà fait allusion à propos de la perforation dans une rechute, j'ai constaté à l'autopsie une perforation siégeant au niveau de l'S iliaque. Cette perte de substance, de 4 millimètres de diamètre environ, se trouvait au centre d'une ulcération verticale. Tout le gros intestin présentait des ulcérations, et on en trouvait jusque vers le rectum. Du reste, dans la dernière partie du

1. Mauger. — « La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes ». *Thèse* Paris, 1900.

2. Trois autres cas, observés à l'hopital Bretonneau en 1901, seront rapportés par M. Sethon dans sa thèse.

gros intestin, la perforation typhique peut se voir, et le professeur Hutinel en a rapporté un cas, au niveau du rectum.

Certaines dépendances du tube digestif peuvent être, comme l'intestin, le point de départ de la perforation; il suffit, pour cela, qu'elles participent au même processus ulcératif. Deux régions sont surtout importantes : l'appendice vermiforme et les diverticules de Meckel.

Je n'ai pas à vous rappeler, à propos des complications appendiculaires de la fièvre typhoïde, les travaux de M. le professeur Dieulafoy, mais je dois vous dire un mot des quelques cas où, chez l'enfant, on a trouvé des perforations typhiques au niveau de l'appendice. Il est d'abord des faits où l'appendicite est vraiment typhoïde. Tel est le cas de Murchison, déjà très ancien puisqu'il date de 1865. Dans ce cas, un enfant de treize ans mourut en pleine fièvre typhoïde de péritonite à la suite de deux petites perforations siégeant sur l'appendice, non loin de son extrémité. C'est également le cas d'un enfant dont M. Zuber rapporte l'observation. Quelquefois, l'appendicite typhique mériterait mieux, comme le veut M. Dieulafoy, le nom d'appendicite para-typhoïde, quand la perforation de l'appendicite survient tardivement à la maladie. M. Zuber a eu occasion d'en observer un cas dans le service de la clinique. Cet enfant, après une fièvre typhoïde sérieuse, mais qui avait évolué normalement, fut, après quelques jours d'apyrexie, le vingt-huitième jour de sa maladie, pris de fièvre, sans que rien d'abord attirât l'attention vers l'appendice ou même une perforation. Le malade mourut quelques jours après, et on trouva une perforation de l'appendice, cause de péritonite généralisée. Alexandroff (de Moscou) cite un cas du même genre, survenu quarante jours environ après le début de la fièvre typhoïde chez un enfant de neuf ans et demi.

Beaucoup plus rare, mais bien curieuse, est la perforation typhoïde d'un diverticule de Meckel. Heurtaux (de Nantes) en rapporte un fait chez un enfant de dix ans. Ce malade fut opéré à deux reprises pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Une première fois, on constata que la péritonite était due à la perforation d'un diverticule de Meckel; une seconde fois, quelques jours après, pour des phénomènes d'occlusion intestinale. Le petit malade guérit. Il est clair que de pareils cas sont tout à fait exceptionnels et le diagnostic précis impossible.

Un point qui mérite de nous arrêter un instant, c'est le nombre des perforations, car du nombre des perforations dépend souvent le succès opératoire. Keen, dans une statistique portant sur 167 cas, relève 138 fois une perforation unique; de sorte que l'on peut conclure que la perforation est généralement unique. Assurément une seconde et même une troisième perforation peuvent se produire, alors que la première a été opérée (cas de Morestin), mais ce sont des faits tout à fait isolés et qui ne doivent pas entrer en ligne de compte pour faire rejeter toute intervention chirurgicale.

Je n'ai pas à insister longuement sur les symptômes des péritonites par perforation au cours de la fièvre typhoïde. Ces symptômes, vous les avez constatés vous-mêmes chez le petit malade de notre service. Vous vous rappelez qu'il a été pris brusquement, réveillé en sursaut par une atroce douleur dans le ventre, qu'il s'est dressé le soir tout à coup sur son lit en se plaignant avec instance. Vous avez pu voir que, dès le lendemain matin, il était évident pour tous que le malade présentait une péritonite par perforation. On avait chez lui tout l'ensemble des signes abdominaux et généraux qui ne peuvent laisser de doute. Vous vous rappelez son facies grippé, son nez déjà effilé, ses yeux déjà renfoncés dans l'orbite et son air d'extrême souffrance et abattement. Du côté de l'abdomen, on constatait du tympanisme, de la défense à la palpation et une augmentation de la douleur spontanée au moindre attouchement du ventre; souvenez-vous que le petit malade vomissait et que son pouls était devenu rapide et faiblissait déjà. Chez cet enfant, la perforation s'était produite en pleine apyrexie; aussi avait-on vu la température s'élever dès les premiers accidents péritonéaux, mais il n'en est pas toujours ainsi. Vous savez que les auteurs insistent beaucoup, au cours de la fièvre typhoïde, sur la valeur de la chute brusque de la température. Cette chute indique presque toujours une complication, une hémorragie bientôt constatable, ou bien une perforation. Mais il n'en est pas de même dans tous les cas; quelquefois, la courbe thermique n'est pas modifiée par la présence de la perforation; dans quelques cas, au lieu d'hypothermie, on note de l'hyperthermie ou une élévation thermique modérée. Quand le malade est apyrétique, comme dans notre cas, l'élévation de la température est habituelle.

Les modifications du pouls apparaissent vite après une perforation; mais il est tant de causes qui peuvent influer sur le pouls d'un typhique que l'on peut difficilement ranger l'état du pouls parmi les signes de la perforation.

Dans ces derniers temps, quelques auteurs ont insisté sur la diminution brusque et même l'abolition des urines comme un symptôme de présomption de la perforation avec péritonite. La disparition de la matité hépatique serait également un symptôme certain de la péritonite par perforation avec épanchement.

Si vous me voyez vous signaler ces différents symptômes de la péritonite avec épanchement, c'est pour vous permettre de reconnaître cette complication, qui n'a pas toujours l'allure franche et classique que vous avez pu observer chez notre petit malade. Il est des cas où cette complication est absolument latente. Le malade, plongé dans la stupeur, n'accuse aucune douleur abdominale; le ventre ne se ballonne pas, sa palpation ne réveille aucune réaction de défense. L'aggravation de l'état général s'explique aussi bien dans ces cas par la marche de l'infection typhique que par l'existence d'une complication péritonéale.

Le diagnostic de la perforation intestinale n'est donc pas toujours d'un diagnostic très facile; et s'il est des cas comme celui de notre malade où il est évident, il en est d'autres qui laissent dans un doute souvent très préjudiciable au malade.

La perforation typhique est d'abord quelquefois méconnue, parce que la fièvre typhoïde est elle-même méconnue, et vous savez qu'il n'est pas exceptionnel de voir porter le diagnostic d'appendicite chez des sujets porteurs d'une fièvre typhoïde et faisant une perforation intestinale. On a opéré non seulement ainsi des typhiques comme atteints d'appendicite, mais également des occlusions intestinales qui n'étaient que des fièvres typhoïdes avec perforation.

D'autres erreurs de diagnostic ont été commises, et certaines complications abdominales de la fièvre typhoïde peuvent être prises pour des perforations intestinales. C'est ainsi que dans les observations de Le Gendre, de Parmentier et Fossard, des cholécystites suppurées ont été constatées à l'ouverture de l'abdomen alors qu'on croyait trouver une perforation intestinale. Dans certaines néphrites hémorragiques où la courbe de la température fait penser à l'existence d'une fièvre typhoïde à forme rénale, l'urémie détermine parfois comme je l'ai observé des perforations intestinales, qui donnent lieu à des accidents péritoneaux en tous points comparables à ceux de la péritonite par perforation.

Mais si l'erreur est possible dans les fièvres typhoïdes méconnues, elle existe aussi dans les fièvres typhoïdes diagnostiquées. On peut d'abord méconnaître l'existence de la perforation, et nous avons vu que, particulièrement dans les appendicites para-typhoïdes, le diagnostic était quelquefois très difficile, comme dans un des faits rapportés par Zuber. Dans ce cas rien n'indiquait le point de départ des accidents. Cependant d'une façon générale, on peut dire que l'appendicite donne lieu à des accidents plus locaux, plus circonscrits, avec maximum d'intensité du côté droit.

L'hypothermie brusque au cours de la fièvre typhoïde peut prêter à des erreurs. Elle peut indiquer une hémorragie, une perforation; quelquefois, c'est seulement le résultat du collapsus dans lequel tombe le malade. Mais l'hypothermie de l'hémorragie ne s'accompagne pas de phénomènes péritonéaux [1], et s'accompagne au contraire de pâleur, de défaillance et de signes d'hémorragie. Le collapsus simple manque habituellement à la fois, des signes d'hémorragie et de perforation, mais peut prêter à des erreurs comme dans un fait rapporté par Marcel Labbé.

Nous insisterons davantage sur un syndrome avec vomissements incoercibles sur lequel Roger a attiré l'attention. Cet auteur rapporte deux faits de fièvre typhoïde dans lesquels on vit survenir une hypothermie considérable, des vomissements incessants, de la diarrhée, du hoquet et de la douleur abdominale. Le pouls cependant resta bon et le ventre souple. L'autopsie montra dans les deux cas de la dégénérescence hépatique à un haut degré, et l'auteur rattache à cette lésion les phénomènes observés. Le syndrôme décrit par Roger, j'ai eu moi-même l'occasion d'en vérifier l'exactitude chez un petit malade de l'hôpital, quand je suppléai M. d'Heilly pendant les vacances. L'enfant présentait tous les signes d'une perforation, et je demandai l'avis d'un chirurgien. M. Villemin fut moins affirmatif que moi sur l'existence de la péritonite, malgré les douleurs abdominales intenses. L'enfant survécut quelques jours seulement. A l'autopsie on ne trouva pas trace de perforation, ni de péritonite; mais

1. Deux cas sont rapportés dans la thèse de Setbon.
Voir, à ce sujet, l'observation de Auvray. Société Anatomique, 18 Janvier 1901.

le foie était pâle et très altéré. Je pense que dans les faits de ce genre, la conservation de la souplesse abdominale doit empêcher le médecin de conclure trop vite en faveur de la perforation, et il devra se rappeler ces faits de dégénérescence hépatique décrits par Roger.

Les vomissements verts incoercibles, porracés, ne seront pas toujours suffisants pour faire admettre l'existence d'une perforation. Il est des formes de fièvre typhoïde commençant brusquement par des vomissements incessants. J'ai encore eu dernièrement l'occasion de voir un fait de ce genre. La persistance de la souplesse du ventre dans ces cas écartera de l'idée d'une perforation; ces vomissements, très violents d'abord, vont généralement en s'atténuant.

Dans le doute, on peut recourir à un examen hématologique qui peut faire pencher pour l'un ou l'autre diagnostic. On sait que dans la fièvre typhoïde, les leucocytes sont en nombre inférieur à la normale. Si donc, au cours d'une fièvre typhoïde, le nombre des globules blancs passe rapidement de 5 à 6.000, par exemple, à 10.000 et plus, il y a lieu de supposer une complication phlegmasique; de même l'augmentation du nombre des polynucléaires dans la proportion des différents globules blancs du sang indiquerait également une suppuration.

D'après tout ce que nous avons dit précédemment, on doit comprendre que la perforation de la fièvre typhoïde est toujours une complication des plus graves. La mort est presque fatale et dans un délai qui varie de quelques heures à quelques jours à peine, trois ou quatre en moyenne. La guérison spontanée existe cependant, et Gluge en rapporte un fait chez un enfant de six ans. Dans ce cas, la péritonite devint localisée, fit saillie au niveau de l'ombilic et guérit par ouverture spontanée; mais il ne faut pas dans la pratique compter sur une issue aussi favorable, ce qui m'amène à vous parler du traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde.

On peut dire, tout d'abord, que le traitement doit être prophylactique. J'ai insisté devant vous sur l'importance que les écarts de régime avaient dans la genèse des perforations, et je ne reviendrai pas sur la nécessité de surveiller l'alimentation des typhiques pendant et après la maladie.

Le traitement médical que l'on doit instituer dès qu'une perforation est diagnostiquée, et alors même qu'elle n'est pas encore certaine, consiste d'abord à arrêter la balnéation si le malade était traité par cette méthode. On recommande l'immobilité la plus grande au malade, et on applique sur le ventre une vessie de glace. On essaie souvent de donner un peu de morphine dans l'espoir d'immobiliser les anses intestinales, et l'on soutient les forces du malade par des injections de sérum et des piqûres de strychnine. Mais le devoir du médecin ne doit pas, aujourd'hui, se borner là, et il doit, aussitôt la perforation produite, discuter la question de l'intervention chirurgicale. Assurément, beaucoup des opérations tentées ont échoué, mais alors même que tous les faits malheureux n'aient pas été publiés, on arrive cependant à se rendre compte que les résultats obtenus par les chirurgiens sont très encourageants pour une affection qui, abandonnée à elle-même, amène presque fatalement la mort. Mauger, relevant les faits publiés, nous indique qu'il y a environ 23 pour 100 de guérison. Cette statistique est, assurément, un peu trop favorable, comme le fait remarquer Auvray; mais, pour nous cantonner aux opérations faites chez l'enfant, nous trouvons cependant que, sur 12 opérations, il y a eu 5 guérisons et 7 décès. Notre cas défavorable vient s'ajouter à cette liste.

Ces faits autorisent donc à opérer et à opérer surtout le plus tôt possible après le début des accidents. On a objecté, contre ces interventions hâtives le danger de faire quelquefois une opération inutile, car vous savez que le diagnostic précis et rapide est quelquefois très difficile. Nous croyons préférable d'intervenir, même sans la conviction absolue de la perforation. La laparotomie ne fait pas, par elle-même, courir grand risque au malade. Le fait rapporté par Marcel Labbé, où l'on ne trouva pas de péritonite, nous montre que le malade ne guérit pas moins bien de sa fièvre typhoïde.

Il n'y a pas lieu d'insister devant vous sur la manière de conduire l'opération. Cela est tout à fait du domaine de la chirurgie. Large ouverture abdominale, recherche et nature de la perforation, nettoyage du péritoine par des lavages ou des tamponnements, drainages multiples médians, latéraux, au besoin même lombaires, tels sont les temps principaux de l'intervention.

*
* *

Et maintenant, pour nous qui venons d'assister à un cas malheureux, qui regrettons d'avoir fait intervenir peut-être un peu tard malgré notre désir, quelle conclusion pratique devons-nous retirer de cet insuccès? La voici: Vous savez que, dans les hôpitaux d'enfants, aucune intervention, sauf la trachéotomie, n'est autorisée sans permission écrite et signée du père du malade. Cette mesure, très légitime du reste, est cependant quelquefois une cause de retard dans certaines opérations d'urgence, comme par exemple, dans les perforations typhiques. Aussi avons-nous décidé que, dorénavant, quand un typhique entrerait dans nos salles, nous demanderions aux parents l'autorisation de faire l'opération nécessaire dans le cas, rare, il est vrai, mais possible, d'une perforation intestinale. Par cette mesure, nous aurons peut-être le bonheur de sauver un jour quelque malade, en permettant une intervention chirurgicale beaucoup plus précoce.

MÉDECINE PRATIQUE

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU PYRAMIDON

Il y a quelques années (1896), M. W. Filehne, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Breslau, faisait connaître un médicament nouveau doué de propriétés analgésiques et antithermiques analogues à celles de l'antipyrine, et qui depuis lors a conquis une place importante dans la thérapeutique des affections caractérisées par l'élément douleur.

Il s'agissait du *pyramidon*, dérivé méthylé et amidé de l'antipyrine. En d'autres termes, l'antipyrine étant le phényldiméthylpyrazolone ($C^{11}H^{12}Az^{2}O$), le pyramidon devient le diméthylamidophényldiméthylpyrazolone ($C^{13}H^{17}Az^{3}O$).

Le pyramidon est une poudre blanche ou mieux blanc-jaunâtre, grenue et cristalline, sans saveur bien marquée, plutôt amère cependant. Le pyramidon reproduit, en les exaltant, les propriétés du corps dont il dérive. Il est plus efficace que l'antipyrine; son action est plus progressive et plus prolongée.

Il n'irrite pas l'estomac, et l'on n'observe pas, dans son usage, les mêmes inconvénients qu'avec l'antipyrine, entre autres les exanthèmes, les effets défavorables sur les reins, etc. Mais, chez les individus déprimés et chez les alcooliques délirants, il détermine parfois des phénomènes de collapsus assez inquiétants (Roger).

Il agit sur la pression sanguine en l'augmentant légèrement.

C'est un antipyrétique et un analgésique précieux, qui opère à des doses trois fois moindres que celles de l'antipyrine.

Le pyramidon agissant comme un médicament excitateur des échanges organiques, on s'abstiendra de l'employer dans les cas de glycosurie, d'azoturie, de phosphaturie. Par contre, il offre une grande supériorité sur l'antipyrine dans le traitement des maladies fébriles, spécialement dans la *dothiénentérie* et la *grippe*: il abaisse la température et atténue la céphalée, symptômes si pénibles dans ces affections. D'après M. Roger, il peut abréger la durée de l'*érysipèle*, quand on le donne à la fin de la période d'état.

On l'a prescrit avec succès dans les douleurs d'origine nerveuse: *névralgie ovarienne* très tenace, *névralgie axillaire* due à l'usage de la béquille, *névrites grippales, tic douloureux de la face, névralgie du trijumeau, sciatique, angine de poitrine*. Il agit aussi très bien dans la *migraine*, comme nous avons pu nous en convaincre dans nombre de cas, mais à la condition d'être pris, dès le début de l'accès, à la dose d'environ 0 gr. 40.

M. Le Gendre a utilisé le pyramidon chez un *tabétique* qui souffrait de douleurs fulgurantes intolérables. Ingéré à la dose de 0 gr. 70 à 0 gr. 80 trois ou quatre fois par jour, le médicament avait procuré un bien-être absolu pendant plusieurs semaines, et la période de douleurs fulgurantes avait cessé. Il est à remarquer que cette forte dose n'avait produit aucun accident ni inconvénient.

Entre les mains de MM. Robin et Bardet, le pyramidon a admirablement réussi dans un cas de *rhumatisme déformant* subaigu avec artériosclérose prononcée.

*
* *

Il était intéressant de voir quelle serait l'action du pyramidon chez les *tuberculeux fébricitants*. Mais si, comme nous l'avons dit, le pyramidon est un excellent antithermique dont l'effet dure, en général, plus longtemps que celui de l'antipyrine, il a l'inconvénient de provoquer, plus facilement même que cette dernière, des sueurs abondantes.

D'où l'idée de l'associer à l'*acide camphorique* ($C^{10}H^{16}O^{4}$), dont l'action antihydrotique est bien connue. On a ainsi obtenu le *camphorate acide* et le *camphorate neutre de pyramidon*, suivant que l'acide camphorique se combine avec une ou deux molécules de pyramidon.

Le camphorate de pyramidon se présente sous la forme d'une poudre amorphe blanchâtre, de saveur légèrement amère, relativement très soluble dans l'eau.

M. Bertherand a administré le camphorate de pyramidon chez vingt-quatre tuberculeux atteints de manifestations fébriles, aux diverses périodes de la maladie. Chez dix-sept d'entre eux, la fièvre est tombée sous l'influence de doses variant de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 données en deux fois. En outre, *les sueurs disparaissaient très rapidement*, même chez les sujets arrivés à une période avancée et après cessation de tout traitement. Nos propres expériences nous ont démontré que s'il se peut que la fièvre remonte, il est exceptionnel de voir les sueurs réapparaître. Voilà donc une indication très précieuse pour l'usage thérapeutique du camphorate de pyramidon.

Passons maintenant à la posologie et au mode d'administration du pyramidon.

Chez l'adulte, ce médicament peut être prescrit à la dose de 0 gr. 25 à 2 grammes *pro die*. La dose moyenne est de 0 gr. 30 à 0 gr. 75.

Quant au camphorate de pyramidon, la dose quotidienne moyenne est de 0 gr. 50 à 0 gr. 75.

Le mode d'administration qui convient le mieux au pyramidon et à son camphorate est la forme de *cachets*, dosés à 0 gr. 30, par exemple.

Comme la solubilité du médicament est assez grande, on peut aussi le prescrire sous forme de *potion* :

Pyramidon (ou camphorate de pyramidon).	3	grammes.
Eau distillée	120	—
Sirop de limons	30	—

Dans cette formule, très facile à retenir, et que nous recommandons, chaque cuillerée à soupe contient environ 0 gr. 30 du médicament.

P.-Arsène Mesnard.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

Douzième session. — Grenoble, 1er Août 1902[1].

Des tics en général. — M. NOGUÈS (de Toulouse), **rapporteur**. Les mouvements cloniques ditoniques si divers qui ont été désignés sous le nom de tics ne méritent pas tous cette appellation : il est donc nécessaire, indispensable, de s'entendre sur une terminologie précise. M. le professeur Brissaud, dans une leçon qui fait date dans l'histoire des tics, sépare nettement le tic des spasmes. Depuis, MM. Meige et Feindel ont précisé davantage ce terme et, sous l'inspiration de M. Brissaud, ont fait paraître une série d'études cliniques, pathogéniques et thérapeutiques, toutes développées dans un livre récent, véritable traité des tics : *Les tics et leur traitement.*

Il est impossible de donner, en quelques mots, une définition précise ; on ne peut que délimiter le tic.

La confusion la plus fréquente est celle qui assimile le *tic* au *spasme*. Et, cependant, la différence est grande ; le *spasme* est une réaction motrice résultant de l'irritation d'un point quelconque de l'axe réflexe spinal ou bulbo-spinal, l'irritation étant elle-même produite par une cause pathologique. Le *tic* est un mouvement involontaire reproduisant un acte fonctionnel, et qui, par cela même, a une origine corticale.

De même, il faut éliminer du cadre nosologique des tics les manifestations cloniques survenant à la suite des névralgies.

Le terme de *tic douloureux de la face* est vicieux ; il s'agit d'un spasme et non d'un tic, reconnaissant pour cause une irritation périphérique.

Il convient aussi de distraire des tics certains inconvénients, certains gestes fréquemment répétés, qui se différencient des tics, car ils n'en ont pas la spontanéité ; ce ne sont que des habitudes ; il suffit d'un effort de volonté, d'une attention quelque peu soutenue pour s'en débarrasser.

Enfin, le tic s'accompagne toujours de phénomènes mentaux, méconnus jusqu'en ces dernières années, mais bien étudiés depuis. Magnan et son école ont déterminé d'une façon précise le rôle des phénomènes psychiques dans la production des tics, et leur manière de voir a largement contribué à donner du tic une conception conforme aux résultats de l'observation. Elle a aussi ses dangers ; car, s'il est vrai qu'on ne puisse être tiqueur sans être peu ou prou dégénéré, la réciproque n'est pas exacte ; tous les dégénérés ne sont pas des tiqueurs.

Il est facile de comprendre maintenant pourquoi toutes les tentatives de définition du tic ont provoqué des critiques justifiées. Une définition doit être précise, brève, claire ; or, le syndrome tic, avec ses doubles manifestations somatiques et psychiques se prête mal à une définition toujours un peu arbitraire.

1. Voy. *La Presse Médicale*, 1902, n° 63, p. 750.

Au point de vue clinique, le tic a des caractères généraux d'une grande netteté.

En premier lieu, le tic est un mouvement *involontaire* que néanmoins la *volonté* peut modifier. En effet, le tic est un mouvement volontaire au début, qui peu à peu devient automatique, mais qui peut être suspendu par une inhibition. Il est vrai d'ajouter que cette action de la volonté est difficile à exercer, car c'est précisément le pouvoir inhibiteur de la volonté qui est diminué chez le tiqueur.

Un second caractère du tic est d'être *habituel*. Le rôle de l'habitude dans la production du tic est indiscutable. Le tic se différencie cependant des mouvements d'habitude, car un effort de l'attention atténue, supprime même le tic, tandis qu'inversement une simple mauvaise habitude motrice se manifeste de préférence quand l'attention est concentrée sur ce point.

Quelques auteurs ont dit que le tic est *conscient*. C'est une opinion controversée ; il semble que les divergences d'appréciation dépendent de l'instant où l'on considère le sujet. Avant comme après son geste intempestif le tiqueur est en mesure d'apprécier correctement son état, mais non pendant. En sorte qu'on peut dire de toute espèce de tic qu'il est alternativement conscient et inconscient.

Le tic, a-t-on dit encore, est un acte *coordonné*. C'est précisément dans cette coordination que l'on trouve l'un des caractères cliniques distinctifs entre les tics et les spasmes : le tic est coordonné, systématique, adapté à un but.

Les tics sont donc volontaires, habituels, alternativement conscients et inconscients, ils sont coordonnés, systématiques, mais ils ne sont pas que cela. Ils présentent d'autres caractères sur lesquels ont insisté particulièrement MM. Meige et Feindel.

Les tics, disent ces auteurs, peuventêtre considérés comme des *perturbations motrices d'actes fonctionnels*. Ces différentes fonctions placées sous la dépendance de la volonté peuvent être troublées, faussées par des tics : il y a des tics respiratoires, anomalies de la fonction de respiration ; il y a le tic de clignotement, perturbation de la fonction de nictitation, etc.

Les diverses parties du corps peuvent être le siège de tics : c'est dire que leur variété est infinie et qu'il est presque impossible de les tous signaler ; chaque malade pourrait en créer un chaque jour. Leur nombre est aussi illimité que les actes fonctionnels dont ils ne sont, comme disait Charcot, que la caricature. Il en est cependant qui par leur fréquence méritent une mention spéciale ; on peut les désigner par le territoire morphologique sur lequel ils sont localisés et aussi par l'acte fonctionnel dont ils sont une perturbation. Ce sont :

1° *Les tics de la face* : Tics des yeux, battement, clignotement ; ce sont les tics de nictitation. Tics de la bouche, succion, mimique. Tics du nez, reniflement. Tics des mâchoires, mordillage, mâchonnement.

2° *Les tics du cou* : Approbation, affirmation, hochement.

Le torticolis mental est un tic alternativement clonique et tonique, ou tonique d'une façon permanente que le malade peut corriger par un procédé de son choix.

3° *Les tics des membres supérieurs*, moins fréquents que les précédents.

4° *Les tics du tronc.*

5° *Les tics des membres inférieurs.*

Enfin les tics qui ne sont que des perturbations des fonctions organiques : déglutition, digestion, respiration.

Tous ces tics ont les caractères généraux étudiés plus haut ; ils s'accompagnent en plus de symptômes accessoires variables : troubles des réflexes, troubles vaso-moteurs ou sécrétoires, troubles de la sensibilité.

Mais ce qui domine la symptomatologie, c'est évidemment l'état mental des tiqueurs. N'est pas tiqueur qui veut.

Le tic, a dit Charcot, est une maladie qui n'est matérielle qu'en apparence ; c'est par un côté une maladie psychique, c'est un produit direct de la vésanie. Tout le monde est d'accord sur ce point ; mais les discussions commencent lorsqu'il s'agit de préciser cet état mental. La conception de Magnan sur la dégénérescence mentale semble trop compréhensive. Les tiqueurs ont souvent, à côté de certaines anomalies psychiques, des qualités intellectuelles de premier ordre. Ce sont des dégénérés supérieurs, soit ; ce sont plutôt des déséquilibrés. Ce qui frappe chez eux, c'est moins le développement insuffisant que le développement inégal des facultés. MM. Meige et Feindel ont ajouté une autre anomalie mentale, celle-là d'après eux caractéristique, pathognomonique de l'état mental du tiqueur : petits ou grands, les tiqueurs présentent l'état mental d'un âge inférieur à celui qu'ils ont en réalité ; les tiqueurs ont un état mental infantile. Assurément le tiqueur a certains des caractères de la psychicité de l'enfant, notamment l'émotivité, la versatilité, l'aboulie, l'impulsivité. Mais il n'a que ceux-là et non les autres. Peut-être est-il plus rationnel de penser que les tiqueurs sont des déséquilibrés obsédés, poussés par leur obsession même à faire non seulement juste le contraire de ce qu'on leur dit, mais aussi le contraire de ce à quoi ils pensent et de ce qu'ils voudraient faire ?

Il convient donc de ne pas trop insister sur l'infantilisme mental des tiqueurs et il suffit de dire, comme Charcot et M. Ballet, que la psychicité du tiqueur est celle du dégénéré à tous les degrés, mais surtout du dégénéré supérieur, du déséquilibré.

Les anomalies psychiques constituant ce déséquilibre mental qui est le propre du tiqueur sont nombreuses. Ce sont d'abord des troubles de la *volonté* ; celle-ci ne fonctionne pas normalement, elle peut être troublée de différentes façons : par excès, et on constate chez les tiqueurs des désirs soudains, des caprices impérieux ; par défaut, et alors ces mêmes désirs ne peuvent être refrénés, la variabilité des idées est excessive et la persévérance nulle. L'*affectivité* des tiqueurs n'est pas moins désordonnée ; ils ont des sympathies et antipathies excessives et irraisonnées ; ils ont parfois la crainte ou la répulsion de certaines personnes, véritables *phobies*, et inversement on observe chez eux des tendresses excessives, des *philies*, dont la *zoophilie* est une des plus caractéristiques. L'*émotivité* manque également d'équilibre et ceci rapproche encore singulièrement les tics des obsessions. Pour être dans le vrai, peut-être pourrait-on dire que les tiqueurs ne sont pas seulement des émotifs, mais que l'émotivité joue, plus encore que la volonté, un rôle important dans la genèse de leurs tics, absolument comme chez les obsédés dont le trouble mental est, d'après MM. Pitres et Régis, non pas une maladie de la *volonté*, mais une maladie de l'*émotivité* ?

Les tics n'ont d'ailleurs pas que des analogies avec les obsessions ; ils peuvent s'associer à elles. En effet : 1° il est fréquent de rencontrer dans une même famille le tic et l'obsession ; 2° le tic et l'obsession peuvent être associés chez le même individu ; et dans ce cas, ou l'obsession donne naissance au tic, ou le tic donne naissance à l'obsession.

Il convient d'ajouter que l'analogie entre le tic et l'obsession ne s'applique pas à toutes les obsessions indistinctement, mais seulement à certaines d'entre elles, les *obsessions impulsives*, c'est-à-dire les obsessions avec tendance motrice.

En résumé, le tic est constitué de deux éléments essentiels : le phénomène moteur et le trouble mental. Ceux-ci sont subordonnés l'un à l'autre, et leur association constitue vraiment le syndrome qui a été désigné sous le nom de tic. Le tic est un trouble psycho-moteur qui, par bien des côtés, peut être assimilé, comparé à une impulsion et plus spécialement à une obsession impulsive.

Il est donc légitime d'appliquer aux tics un double traitement : l'un s'adressant aux phénomènes moteurs et qu'on pourrait appeler objectif, l'autre ayant pour but de modifier l'état mental et tous les troubles qui en dépendent, celui-ci pouvant, par opposition, être désigné sous le nom de traitement subjectif ou psychique.

DISCUSSION

M. Henry Meige. Répondant à une critique de M. Noguès à propos de l'*infantilisme psychique* des tiqueurs M. Henri Meige fait remarquer qu'il n'a jamais songé « à ajouter une nouvelle anomalie mentale » à la liste déjà si longue de celles qu'on relève chez les tiqueurs ; il a seulement proposé une qualification qui est peut-être en même temps une explication.

Dans leur livre sur *les tics et leur traitement* MM. Henry Meige et E. Feindel ont dit : « Le trouble mental prédominant est une imperfection de la volonté. *La débilité, la versatilité de la volonté* sont les caractéristiques de l'état mental du tiqueur. Cette manière d'être témoigne de l'insuffisance et de l'irrégularité des interventions corticales. Comme elle appartient normalement à l'enfant, sa persistance, malgré les progrès de l'âge, est l'indice d'un *arrêt partiel du développement psychique* ; aussi l'état mental du ti-

queur peut-il être qualifié d'*infantile.* » Le mot *partiel* appliqué à l'arrêt du développement psychique des tiqueurs a son importance : il met en garde contre la tendance qu'on pourrait avoir à considérer l'arrêt de développement psychique comme complet, *total.* Les tiqueurs n'ont rien de commun avec les crétins myxœdémateux, ces infantiles superlatifs.

Chez les infantiles proprement dits, qu'ils soient myxœdémateux ou du type Lorain, on sait bien que l'infantilisme corporel, surtout l'infantilisme psychique, ne sont le plus souvent que *partiels*; l'infantilisme psychique peut ne porter que sur certaines facultés, la volonté par exemple, alors que d'autres, comme l'intelligence, peuvent se développer normalement et même acquérir un certain éclat.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître le déséquilibre mental des tiqueurs. Les auteurs y ont longuement insisté, avant même de parler d'infantilisme psychique.

Lorsqu'un tiqueur se montre exagérément léger, versatile, inattentif, s'il a les impatiences, les rires et les pleurs fugaces d'un enfant, et surtout s'il a toujours été ainsi, il est légitime de penser que chez cet adulte le développement psychique a subi un arrêt *partiel*, que son état mental a conservé une partie des attributs qui appartiennent à celui de l'enfant.

La constatation de l'état mental infantile des tiqueurs était utile à signaler; elle est de nature à confirmer ce fait insuffisamment reconnu, à savoir que la plupart des tics sont non pas des accidents commandés par des lésions acquises du système nerveux, mais bien qu'ils dépendent d'arrêts ou de retards dans le développement des centres ou des voies d'association corticales.

M. Grasset propose de nouveau d'appliquer à l'interprétation pathogénique des tics la théorie de son *polygone cortical.* A l'extrémité centrale de l'échelle physiologique est le système superieur ou cortical; les corps cellulaires de ces neurones forment la substance grise des circonvolutions cérébrales. En physiologie et en clinique, on est obligé de dédoubler ce dernier système de neurones supérieurs en deux groupes : le groupe des neurones de l'automatisme psychologique et le groupe des neurones de la cérébralité supérieure, volontaire et libre. Deux fonctions imposent ce dédoublement : la fonction psychique inférieure, qui n'est pas l'acte réflexe ordinaire, aboutit à des actes coordonnés, intelligents, conscients même à un certain point de vue; la fonction psychique supérieure, siège de l'intellectualité supérieure, de la personnalité pleine et vraie, de la conscience entière et morale, de la liberté et de la responsabilité.

Toutes les manifestations du psychisme inférieur sont spontanées (ce qui les distingue des actes réflexes) et ne sont pas libres (ce qui les distingue des actes psychiques supérieurs).

Les nombreux neurones qui président au psychisme inférieur sont dans l'écorce et y forment le *polygone cortical.* Au-dessus (physiologiquement) sont réunis les neurones du psychisme supérieur, dans le centre.

Appliquant ces données à la physiologie pathologique du tic, M. Grasset en décrit plusieurs variétés : l'une a son centre dans l'axe bulbo-médullaire, l'autre dans le polygone cortical, la troisième enfin dans le centre du psychisme supérieur. M. Grasset admet donc trois espèces de tics : le tic bulbo-médullaire, le tic polygonal, le tic psychique proprement dit.

M. Cruchet (de Bordeaux) part de cette idée, admise absolument par tous les auteurs, que les *tics* sont *systématisés*, c'est-à-dire des mouvements où il est toujours possible de reconnaître une systématisation fonctionnelle, des mouvements représentant, par conséquent, un acte physiologique déterminé.

Il pense que cet élément *moteur* est le seul indispensable pour qu'il y ait véritablement *tic*, l'élément *psychique* ou *mental* étant essentiellement contingent.

Il dit que ce tic, ainsi compris, peut être d'origine aussi bien *matérielle* que *fonctionnelle*; et que si un *spasme*, au sens que lui donne M. Brissaud, est *systématisé*, ce n'est plus un spasme, mais un vrai *tic*, au sens propre du mot.

Il admet ensuite qu'un tic est toujours *clonique*, et que, par conséquent, la forme *tonique* du tic n'existe pas; en particulier, le torticolis mental d'ordre tonique doit être éliminé, le torticolis clonique ou *tic rotatoire* étant seul un véritable tic.

« Si nous supposons, dit-il, un malade ayant une attitude en torticolis (tonique), dirons-nous qu'il a un tic? Point du tout. Nous dirons : il a un torticolis, et nous nous demanderons si ce torticolis est musculaire ou non musculaire (cicatriciel, névritique, osseux, etc.), — ou mental enfin. Et si nous pensons qu'il est mental, nous chercherons à savoir, en dernière analyse, s'il est d'origine hystérique, neurasthénique, si on doit le classer au nombre des signes de l'angoissé, de l'aboulique, de l'obsédé etc... Agissons-nous autrement en présence d'une hémiplégie? Ne se demande-t-on pas toujours, d'abord, si elle est d'origine matérielle ou fonctionnelle, pour en rechercher ensuite la variété spéciale?

L'auteur termine en proposant les conclusions suivantes.

1° Le tic est une variété dans le genre *convulsion.*

2° Il est essentiellement *clonique* et caractérisé par *un mouvement* ou *un groupe de mouvements* reproduisant *un acte physiologique déterminé.* — On peut le classer dans le groupe des convulsions cloniques *systématisées*, en opposition avec les convulsions cloniques *asystématisées*, dans lesquelles on rencontre la chorée, l'athétose, le tremblement, la myoclonie.

3° Il est d'ordre *matériel* ou *fonctionnel.*

4° Le *torticolis intermittent ou spasmodique* ne devrait plus s'appeler dorénavant que *tic rotatoire.*

5° Le seul nom de *torticolis mental* devrait être réservé à *toutes les attitudes en torticolis d'ordre mental.*

6° *Ce torticolis mental* et, d'une manière générale, *toutes les formes toniques ou simples attitudes d'ordre mental doivent être nettement différenciées du tic, avec lequel toutefois elles peuvent coexister.*

M. Pitres, faisant abstraction de toutes les idées théoriques, qui rendraient stériles la discussion, étudie les caractères étiologiques et cliniques des tics. Sur 70 observations il est facile de tirer des conclusions précises, tant sur la genèse que sur la symptomatologie des tics.

Et d'abord l'âge joue un grand rôle; il est certain que l'enfance est l'âge de prédilection pour l'éclosion des tics, mais il n'est pas vrai de dire que les tics ne puissent apparaître chez l'adulte et même chez le vieillard; M. Pitres en vit débuter même à soixante-dix ans.

L'hérédité ne semble pas avoir le rôle considérable que cliniquement on pouvait lui donner, car, sur 70 cas, 33 fois seulement on put relever des traces héréditaires; 11 fois l'hérédité fut similaire.

Enfin les tics reconnaissent comme cause déterminante soit des secousses morales, émotions vives, soit des excitations physiques : irritations périphériques de nature variée.

En clinique les tics se présentent tantôt sous la forme classique, habituelle, tantôt sous la forme outrée pourrait-on dire, tantôt sous la forme rudimentaire, comme par exemple chez les enfants. Mais, ce qui est plus intéressant à étudier, ce sont les agents modificateurs des tics; ils sont nombreux : l'attention suspend le tic; certaines occupations suspendent également le tic (action de jouer du piano); la position horizontale produit souvent la cessation des tics, etc.

Enfin il faut rapprocher des tics observés chez l'homme les tics des animaux : le cheval, le chien sont sujets à des tics; et chez eux le rôle de l'imitation dans la production du tic est facile à mettre en évidence.

Tels sont les différentes conditions étiologiques et cliniques des tics que 70 observations permettent de préciser. Peut-on en déduire des conclusions thérapeutiques? L'hypnotisme ne paraît pas applicable : les tiqueurs ne peuvent être endormis et la suggestion ne donne que des résultats temporaires et douteux.

Les traitements qui ont donné les meilleurs résultats sont ceux fondés sur la rééducation : la gymnastique respiratoire a sur les tics des effets comparables à ceux obtenus dans le traitement du bégaiement.

M. Pierret rappelle que dès 1885, il a publié des leçons sur les tics chez les aliénés; il étudie maintenant les analogies ou les différences qui existent entre les tics de l'homme dont la personnalité n'est pas atteinte, et les tics de l'hommn dont la personnalité a disparu; il insiste sur ce fait que chez les premiers il y a un état psychique, ou mieux un état psycho-sensoriel s'accompagnant de mimique concordante. On a dit que les tics survenaient chez les dégénérés. Pourquoi ne pas admettre qu'une cérébralité maladive, une lésion minime antérieure soit la cause de ces troubles moteurs? Une lésion minime faite, soit pendant la vie intra-utérine, soit pendant l'enfance, peut se manifester ultérieurement par des troubles nerveux; est-il nécessaire de les mettre sur le compte de la dégénérescence, de l'hystérie, etc.? Ces lésions minimes peuvent rester silencieuses; mais qu'il survienne une intoxication quelconque, elles manifestent leur existence par des réactions morbides; il se produit alors, sous l'influence de l'état toxique, une sorte de rappel. Ceci est prouvé par la pathologie vétérinaire : la maladie du jeune chien est une myélite avec encéphalite infectieuse; quand le chien guérit, il conserve des lésions minimes d'inflammation miliaire périvasculaire, se traduisant par de véritables tics, résidus de chorée; bien plus, quand le chien se fatigue, un véritable toxique se crée, sous l'influence duquel il se fait un rapport du chorée. Il se passe des phénomènes analogues chez les tiqueurs; aussi, est-il permis de supposer qu'ils ont, eux aussi, des lésions nerveuses minimes, silencieuses à l'état normal, et que des états toxiques variables peuvent déceler.

M. Ballet fait remarquer que le domaine du tic devient trop étendu; on y fait rentrer tous les mouvements répétés vicieusement, les spasmes, les mouvements anormaux des aliénés. Pour M. Ballet la caractéristique du tic est l'angoisse qu'éprouve le tiqueur lorsqu'il ne peut obéir à son obsession; il n'y a pas d'angoisse quand on ne peut exécuter un mouvement habituel; les aliénés ne sont pas angoissés quand il ne peuvent se livrer à leurs mouvements désordonnés.

M. Crocq pense que la différence entre le tic et le spasme est difficile à établir cliniquement; il faut quelquefois attendre, pour se former une opinion précise, la découverte d'une lésion anatomique; c'est dire que le diagnostic ne peut se faire.

M. Hartemberg établit différentes catégories de tiqueurs : les uns n'ont jamais pensé à supprimer leurs tics; les autres ont, au contraire, voulu s'en débarrasser, mais n'ont pu y parvenir, leur volonté étant instable, insuffisante; enfin, les derniers sont des anxieux, chez qui l'angoisse vient s'interposer quand ils veulent retenir leurs tics. La valeur pronostique de cette classification est grande, car on peut guérir par la rééducation les malades de la première catégorie; ceux des deux dernières sont presque incurables.

M. Joffroy étudie les relations du tic avec les sensations; les sensations normales ne sont pas les seules à créer des tics, les sensations morbides ont le même pouvoir; dans un cas, des hallucinations de l'odorat furent la cause première du tic de sputation.

M. Parant apporte l'observation d'un tiqueur dont l'affection a évolué suivant des phases se reproduisant périodiquement : tic, dépression mélancolique, guérison; puis rechute, réapparition des tics, de la mélancolie et nouvelle guérison.

M. Obrégia (de Bucarest) étudie plusieurs variétés de tics observés chez des paralytiques généraux.

M. Doutrebente, relevant une phrase du rapport de M. Noguès, dans laquelle il est dit que les tics sont symptomatiques de ce que Morel appelait la *folie héréditaire* et de cet état que M. Magnan a désigné sous le nom de *dégénérescence mentale*, montre que ces deux termes ne sont pas synonymes.

M. Rouby apporte l'observation d'un malade dont le tic reconnut comme cause déterminante une éruption vaccinale.

M. Boissier prouve par deux observations l'association possible des obsessions et des tics.

M. Briand apporte une observation où obsession et tic sont associés.

M. Bourneville insiste, à propos d'une observation, sur la symptomatologie des tics et sur les bons effets de la gymnastique respiratoire.

La correction des tics; le contrôle du miroir. — *M. Henry Meige* (de Paris). La majorité des tiqueurs sont capables d'exécuter convenablement un mouvement bien défini dans leur esprit et commandé par un ordre précis, comme : mettez le bout de votre index sur le bout de votre nez. Mais lorsqu'on leur dit de prendre telle ou telle attitude du corps ou des membres, dans un grand nombre de cas, on remarque qu'ils n'ont pas une notion exacte de leurs attitudes. Alors qu'ils croient se bien tenir, si l'on vient à placer devant eux un miroir, ils sont tout surpris de l'incorrection de leur position. Cependant, leurs actes moteurs volontaires sont corrects, et ils ne semblent avoir aucun trouble des sensibilités cutanée, musculaire, articulaire, osseuse. Mais ils n'ont pas une notion exacte de leurs attitudes segmentaires, ce qui tient, sans doute, à l'imperfection de l'appareil cortical chargé de recevoir et de coordonner les impressions venues de la périphérie. Ce fait clinique comporte un enseignement pratique : dans le traitement des tics, qu'il s'agisse de faire observer l'immobilité absolue, de faire exécuter des mouvements méthodiques ou des exercices respiratoires, en règle générale *le sujet sera placé devant un miroir.* Il faut qu'il puisse con-

trôler par le secours de la vue les incorrections de ses attitudes et de ses gestes. De la sorte, il fait beaucoup plus aisément les corrections nécessaires et prend peu à peu l'habitude de viser à la « suppression des actes automatiques inutiles », ce qui est, comme l'a dit M. Brissaud, la meilleure discipline motrice qu'on puisse appliquer aux tiqueurs.

Il faut aussi analyser leurs tics devant eux, et leur apprendre à reproduire volontairement et très lentement les mouvements élémentaires dont ils se composent. Le jour où un tiqueur est capable d'imiter à volonté son tic, il est aussi capable de l'enrayer volontairement. L'emploi du miroir paraît à tous égards recommandable. Les tiqueurs exerçant un contrôle insuffisant sur leurs actes moteurs, on ne saurait assez multiplier les moyens de perfectionner leur éducation en vue d'améliorer ce contrôle. Bien les instruire dans cette voie, c'est bien les soigner.

Il faut, par tous les moyens possibles, *apprendre aux tiqueurs à se guérir.*

(*A suivre.*) E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

21 Juillet 1902.

Disparition définitive d'un kyste pelvien après une simple ponction. — *M. Couvelaire.* Il s'agit d'une femme qui, lors de sa première grossesse, à l'âge de vingt-trois ans, présenta des phénomènes douloureux pelviens, et avorta à trois mois.

Une deuxième grossesse survenue l'année suivante fut normale jusqu'à huit mois et demi; à ce moment les membranes se rompirent prématurément.

Au bout de quatre jours de travail, cette femme entra à la Maternité, où on constata une présentation de l'épaule avec une tumeur liquide de l'excavation, et une dilatation de cinq francs.

Le kyste de l'ovaire fut ponctionné par M. Porak, qui retira 460 grammes de liquide clair comme de l'eau de roche.

L'accouchement se termina par l'expulsion d'un enfant mort.

Les suites de couches furent normales, et, quinze jours après l'accouchement, on ne put retrouver trace de la tumeur.

L'année suivante, cette femme redevint enceinte, et accoucha à terme d'un enfant vivant pesant 3.410 grammes, sans que l'examen le plus minutieux, pratiqué avant l'accouchement et après la délivrance, ait permis de rien relever d'anormal.

Ce kyste pelvien, très probablement para-ovarien, a donc définitivement disparu à la suite d'une simple ponction.

De la symphyséotomie dans les présentations persistantes du front. — *M. Pinard* insiste à nouveau sur les avantages de la symphyséotomie dans ces cas, surtout si on la compare aux résultats obtenus par la version et le forceps, aussi bien pour les mères que pour les enfants.

C'est sous la pression de M. Varnier qu'a été faite la première symphyséotomie dans ces conditions.

Il y a lieu de se demander aujourd'hui si on ne doit adopter ce mode d'intervention dans *toutes* les présentations persistantes du front.

M. Pinard admet que, quand l'enclavement existe, on doit toujours pratiquer la symphyséotomie; quand la tête est mobile, le forceps est préférable pour ramener la face en avant, la racine du nez sous le bord inférieur de la symphyse.

Pour dégager, on fera d'abord la flexion progressive; puis, quand l'occiput aura franchi la commissure postérieure, on achèvera le dégagement par déflexion.

M. Champetier de Ribes se range à l'avis de M. Pinard. Pour lui, la petite dystocie à laquelle donne lieu quelquefois la présentation du front ne se rencontre que chez les grandes multipares avec des positions postérieures; elle prolonge plus ou moins la durée de l'accouchement, qui peut cependant se terminer spontanément.

Un cas d'éclatement de la voûte cranienne pendant l'accouchement chez un fœtus achondroplasique. — *MM. Champetier et Daniel.* Il s'agit d'un fœtus achondroplasique qui s'est présenté par le siège, et chez lequel la voûte cranienne éclata brusquement, alors qu'on se préparait à faire l'extraction de la tête.

L'éclatement, produit sous l'influence de tractions modérées, fut suivi de la projection des hémisphères cérébraux sur le lit.

M. Pinard insiste sur l'intérêt médico-légal de ce fait.

Présentation de radiographies de ce fœtus achondroplasique. — *MM. Champetier et Daniel.* A l'occasion de ce cas, les auteurs présentent une étude d'ensemble de l'achondroplasie chez le fœtus.

Notice sur les dernières années et la mort de Levret. — *M. Varnier*, qui a pu retrouver le testament notarié de ce célèbre accoucheur, présente une étude sur la question.

L. BOUCHACOURT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

30 Juillet 1902.

Occlusion intestinale par calcul biliaire, entérotomie, guérison. — *M. Gérard Marchant*, pour faire suite aux cas présentés dans la séance précédente, rapporte l'observation d'une femme de soixante-seize ans qui, avec des accidents subaigus d'occlusion intestinale, présentait une tumeur très nette du flanc droit. La laparotomie montra que cette tumeur, très mobile, était formée par un corps dur contenu dans une anse grêle. Entérotomie, extraction d'un calcul biliaire ayant comme dimensions 5 centimètres sur 2. Guérison sans complications. Cette femme avait présenté quelques années auparavant un ictère qui avait duré assez longtemps.

Traumatisme cranien avec esquille osseuse ayant perforé le sinus longitudinal supérieur et pénétré dans le cerveau; extraction tardive; guérison. — *M. Picqué* rapporte, au nom de *M. Villemin*, l'observation d'un jeune garçon qui, à la suite d'un choc sur le sommet du crâne, n'avait pas tardé à présenter une hémi-paraplégie gauche qui alla s'accentuant de plus en plus. M. Villemin vit ce malade cinq mois après l'accident. Par la radiographie il put déceler l'existence d'une esquille osseuse implantée dans le cerveau au niveau du sinus longitudinal supérieur. La trépanation montra que cette esquille avait transfixé le canal veineux. Son extraction ne présenta d'ailleurs aucune difficulté, mais fut suivie d'une hémorragie assez forte. La guérison se fit sans complication, mais les fonctions du membre inférieur sont très lentes à se rétablir.

Spina bifida opéré et guéri; résultats éloignés. — *M. Picqué* fait un rapport sur un petit malade présenté il y a quelque temps à la Société par *M. Paul Delbet* et que ce dernier avait opéré d'un spina bifida lombaire. Ce spina bifida qui, au moment de la naissance, n'avait que le volume d'un petit pois, augmenta ensuite progressivement, malgré tous les bandages compressifs, et bientôt sa distension fut telle que sa rupture parut imminente et que M. Delbet se décida à en pratiquer la cure radicale. L'enfant guérit et est resté guéri. Quinze mois, en effet, après l'opération, M. Delbet le présentait à la Société sans récidive et sans le moindre symptôme d'hydrocéphalie secondaire.

M. Kirmisson demande si l'examen du sac a été fait, car il est impossible, en l'état actuel de nos connaissances, de se prononcer sur la nature d'un spina bifida sans faire cet examen histologique. Il est probable que, dans le cas de M. Paul Delbet, il s'agissait d'une simple méningocèle.

M. Picqué déclare que, dans ce cas, l'examen histologique n'a pas été pratiqué, mais qu'en effet la paroi du sac était très mince.

Anévrisme cirsoïde de la région pariétale du crâne; excision; guérison. — *M. Picqué* lit cette observation adressée à la Société par *M. Véron*, médecin militaire. L'anévrisme datait de quinze ans; l'extirpation s'est faite sans difficultés et la guérison s'est maintenue sans récidive.

Ligature de la veine axillaire sans œdème consécutif du bras. — *M. Demoulin* rapporte, au nom de *M. Méryel* (de Toulouse), une observation de ligature de la veine axillaire faite au cours de l'extirpation d'une récidive étendue de cancer du sein, laquelle ligature ne fut suivie d'aucun symptôme d'œdème du bras correspondant. Ce fait, qui étonne M. Méryel, s'expliquerait cependant facilement, au dire de M. Demoulin, par le développement de l'anastomose qui existe normalement entre l'extrémité supérieure de la veine céphalique et la veine vertébrale sous forme d'un lacis de petites veinules entourant la veine axillaire. La compression et l'envahissement progressifs de la veine axillaire par la récidive néoplasique auraient donné le temps à cette anastomose de se développer d'une façon suffisante pour lui permettre de remplacer, sans modifications de la circulation du bras, la veine axillaire définitivement oblitérée par la ligature.

Corps étranger de l'œsophage chez un enfant; œsophagotomie externe; guérison. — *M. Walther* rapporte, au nom de *M. Guilliet*, l'observation d'une fillette de vingt et un mois qui avait avalé un sou et qui, à la suite de cet accident, ne présenta que de légers symptômes de dysphagie. Le cathétérisme œsophagien ne donna aucun renseignement, mais la radiographie révéla la présence de la pièce de monnaie placée dans la portion cervicale de l'œsophage, suivant le plan frontal. Craignant que les manœuvres d'extraction par les voies naturelles n'amenassent une déchirure de l'œsophage, M. Guilliet se décida à pratiquer l'œsophagotomie externe. L'opération se fit sans difficultés; le sou fut extrait, la plaie simplement drainée, sans suture, et la malade guérit parfaitement.

L'intérêt de ce cas, ajoute M. Walther, réside surtout dans le jeune âge de l'enfant; mais on se demande pourquoi M. Guilliet a hésité à intervenir par les voies naturelles puisque l'accident ne datait que de quarante-huit heures, et que, par suite, il n'y avait pas à redouter d'ulcérations œsophagiennes.

Extirpation abdomino-périnéale du rectum cancéreux. — *M. Hartmann* lit un court rapport sur une malade présentée au cours de la session à la Société par *M. Riche*, et qui avait été opérée par ce dernier d'un cancer du rectum situé à 16 centimètres au-dessus de l'anus. L'opération avait été pratiquée par la voie abdomino-périnéale et 37 centimètres de rectum avaient été enlevés. La malade guérit, mais après avoir présenté une suppuration prolongée consécutive à une déchirure du rectum survenue au cours des manœuvres périnéales. M. Hartmann explique le pourquoi de cette déchirure qu'il attribue aux forts tractus membraneux qui relient la face antérieure du rectum à l'aponévrose périnéale moyenne.

Cuiller dans l'estomac; extraction; guérison. — *M. Cernay* (de Lyon) présente une cuiller, longue de 22 cent. 1/2, qu'il a extraite de l'estomac d'un homme où elle séjournait depuis dix ans. Depuis trois mois seulement le malade se plaignait de quelques douleurs gastriques. Des radiographies successives ayant montré, d'une part, que la cuiller était placée verticalement dans l'estomac, et, d'autre part, que cette cuiller était mobile, M. Cernay fit la gastrotomie. Le corps étranger fut extrait sans difficulté: la muqueuse gastrique, autant qu'on put le voir, ne présentait aucune lésion, et le malade guérit sans complication.

Rhinoplastie pour difformité du nez. — *M. Cernay* relate l'observation d'une femme de vingt ans qui présentait une disparition complète des cartilages médian et latéraux du nez. Pour remédier à cette difformité, M. Cernay remplaça les cartilages absents par un trépied métallique en platine iridié. Le résultat a été excellent au point de vue esthétique et, depuis trois ans, le trépied est parfaitement toléré.

Prolapsus rectal total; rectococcypexie et périnéorraphie; guérison. — *M. Gérard Marchant* présente une femme qu'il a opérée pour un prolapsus rectal total datant de quatre ans. Dans ce cas, et en raison du mauvais état du périnée, il a fait suivre la rectococcypexie de la suture des muscles releveurs de l'anus pratiquée à travers une incision périnéale. Cette incision fut ensuite suturée à la Heinecke-Mikulicz. Le résultat a été très bon: il n'existe plus qu'un léger prolapsus de la muqueuse; et quant au périnée, il est saillant, résistant et a une étendue de 1 cent. 1/2 environ.

MM. Hartmann, Delbet, Potherat ont fréquemment recours à la suture des muscles releveurs de l'anus contre certains prolapsus génitaux; ils sont d'accord pour vanter la solidité du périnée ainsi restauré.

Autoplasties de la main, de la lèvre, des narines. — *M. Jalaguier* présente successivement trois malades chez lesquels il a pratiqué respectivement: l'autoplastie de la paume de la main pour rétraction cicatricielle consécutive à une brûlure, l'autoplastie de la lèvre inférieure pour ectropion dû à la même cause, enfin l'autoplastie des narines oblitérées à la suite d'une ulcération survenue au cours d'une rougeole. Le résultat a été très satisfaisant dans les trois cas.

Blépharoplastie. — *M. Berger* présente un malade

chez lequel il a pratiqué une blépharoplastie par la méthode italienne, avec lambeau pris sur le bras. Résultat également très bon.

Sarcome du rein; néphrectomie; guérison. — *M. Picqué* présente cette pièce pour faire suite à la présentation de M. Jalaguier dans la précédente séance. Le malade a guéri.

Gros rein tuberculeux; néphrectomie; guérison. — *M. Carlier* (de Lille) présente cette pièce en faisant remarquer le bon résultat que lui a fourni dans ce cas le séparateur vésical des urines de Luys. En effet, le rein opposé étant également très gros on pouvait se demander s'il n'était pas lui aussi malade: l'instrument de Luys, en donnant de ce côté une urine absolument limpide et normale, a montré que ces craintes étaient vaines.

Calcul du rein droit; néphrolithotomie; guérison. — *M. Carlier* présente ce calcul qui donnait lieu à des hémorragies très abondantes et tenaces; ici encore l'instrument de Luys a permis de préciser le siège de l'hématurie.

Volumineux calcul vésical chez un enfant; taille sus-pubienne; guérison. — *M. Carlier* présente ce calcul qui est intéressant par son volume. La radiographie, dans ce cas, a donné une image étonnante de netteté du calcul; cela tient probablement au fait que le calcul, quoique formé d'urates, était entouré d'une gangue phosphatique, et on sait que les phosphates ne laissent pas passer les rayons X.

Prostatectomie périnéale; guérison. — *M. Hartmann* présente une grosse prostate enlevée par énucléation intra-glandulaire chez un malade atteint de retention d'urine avec fièvre. Ce malade est mort d'accidents cardiaques deux mois et demi après l'opération. L'autopsie a montré qu'il existait un élargissement très notable de l'urètre au niveau de la portion prostatique.

M. Legueu fait observer que cet élargissement est pour ainsi dire constant après la prostatectomie, aussi vaut-il mieux compléter l'opération par la résection d'une portion de la paroi urétrale.

Rétention d'urine complète probablement symptomatique d'une lésion médullaire. — *M. Toubert* présente un jeune soldat qui, sans passé urinaire, offre actuellement une rétention à peu près complète d'urine; il n'y a en général que deux mictions par vingt-quatre heures, pendant lesquelles le malade est obligé de prendre l'attitude de la défécation pour vider péniblement goutte à goutte l'urine contenue dans la vessie. En l'absence de toute lésion locale appréciable, M. Toubert pense qu'il s'agit là d'un faux urinaire et que la rétention est probablement sous la dépendance d'un état pathologique de la moelle.

Ce qui paraît justifier cette supposition, c'est que les réflexes, en particulier les réflexes tendineux (r. patellaire, r. du tendon d'Achille, r. des orteils), sont manifestement exagérés chez ce sujet; cependant il n'existe pas le moindre trouble de la motilité et de la sensibilité. En raison de certains antécédents personnels et familiaux du sujet, M. Toubert n'est pas éloigné de croire qu'il s'agit peut-être d'un mal de Pott au début.

M. Delbet n'appuierait pas précisément le diagnostic de mal de Pott, mais plus volontiers celui de tuberculose méningée.

M. Kirmisson déclare inacceptable le diagnostic de mal de Pott, car il n'existe aucune lésion de la colonne vertébrale qui possède d'ailleurs toute sa souplesse normale, sans la moindre douleur.

M. Monod se demande si l'on n'a pas affaire, dans ce cas, à un hystérique; mais *M. Toubert* affirme que ce malade ne présente aucun symptôme d'hystérie.

J. Dumont.

ANALYSES

HISTOIRE DE LA MÉDECINE, GÉNÉRALITÉS

Gustave Jamin. *Critique médicale de la loi sur les accidents du travail* (*Thèse*, Paris, 1902). — La loi du 9 Avril 1898, loi dont la mise en application remonte à Juillet 1899, a modifié de façon considérable les rapports entre ouvriers et patrons, en ce qui concerne les responsabilités encourues par ceux-ci vis-à-vis de ceux-là à l'occasion du travail.

Conçue et établie avec le souci manifeste de sauvegarder surtout les intérêts de l'employé, fût-ce au détriment de ceux de l'employeur, la rédaction de cette loi ne fut point faite avec toute la précision rigoureuse et nécessaire. Ainsi, appelée à trancher les différents pouvant survenir à propos des accidents du travail, la loi ne définit même pas ce qu'est exactement l'accident du travail. En telles conditions, on le conçoit sans peine, les interprétations les plus diverses ont beau jeu pour se formuler, et dans la pratique courante, conséquemment, l'on voit les tribunaux rendre à propos d'espèces semblables des jugements contraires.

Procéder à une étude critique de la nouvelle loi, notamment en ce qui concerne le rôle de toute première importance que celle-ci attribue au médecin, tel a été l'objet des plus intéressants et des plus utiles que s'est proposé M. Gustave Jamin dans son travail. Avec une compétence très réelle, cet auteur a donc examiné sous tous ses aspects les situations créées par la loi tant aux patrons qu'aux ouvriers; il montre exactement quelles conséquences sont appelées à découler de son application; il établit enfin avec précision quels sont les devoirs, les droits de chacun, en particulier des médecins, dont les certificats doivent former la base positive de toutes les procédures en demande d'indemnité. Mais, ce n'est point tout; étudiant la loi dans toutes ses dispositions, M. Jamin en discute les divers articles, montrant notamment ses points faibles, ceux qu'il importe au législateur de corriger aussi bien dans l'intérêt de l'ouvrier que dans celui du patron.

C'est que la loi d'Avril 1898 est loin d'être parfaite. Non seulement, comme nous le mentionnions tout à l'heure, elle permet souvent des interprétations contraires de la part du juge, mais elle se trouve encore permettre des anomalies vraiment fâcheuses. C'est ainsi que ses dispositions sont telles qu'à l'occasion un ouvrier peut se trouver avoir intérêt à être malade. Il est vrai, en échange, qu'elle menace d'amener de nombreux patrons à ne plus accepter dans leurs ateliers certaines catégories d'ouvriers, — les ouvriers âgés, les ouvriers pères de famille, etc., en particulier, — en raison des risques trop considérables qu'ils peuvent courir à les employer. Pour avoir voulu être trop favorable à l'ouvrier, en certaines circonstances, la loi se trouve donc lui être infiniment nuisible.

Eh bien, ce sont là les divers aspects étudiés avec soin par M. Jamin, qui note en particulier, au cours de son travail, comment il conviendrait, dans l'intérêt commun, d'amodier le texte existant, et qui spécifie en plus, avec tous les détails utiles, le rôle exact que le médecin a à remplir étant donné la loi actuelle, ainsi que celui qu'il devrait tenir si la loi était modifiée comme il conviendrait pour ne point présenter ces antinomies auxquelles je faisais tout à l'heure allusion.

G. Vitoux.

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

P. Ancel. *Étude sur le développement de l'aponévrose ombilico-prévésicale* (*Bibliographie anatomique*, fasc. 2, année 1902). — L'auteur, d'après l'étude de coupes de la paroi abdominale extérieure chez 64 fœtus et embryons humains, arrive aux conclusions suivantes :

1° Il n'y a pas, chez le fœtus, de lame conjonctive semblable à l'aponévrose ombilico-prévésicale (Delbet), ou fascia-prévésical (Charpy) de l'adulte;

2° Entre la gaine des muscles droits et la vessie, on trouve, chez le fœtus, un feuillet inconstant (feuillet rétro-musculaire) uni latéralement à cette gaine avec un tissu conjonctif sous-péritonéal pariétal, mais ne s'étendant pas de l'ombilic à l'aponévrose pelvienne;

3° Ce feuillet n'est pas formé par disparition des culs-de-sac péritonéaux et soudure des lames conjonctives sous-péritonéales, pariétales et viscérales.

J. Jolly

ANATOMIE
HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

V. Voltke. *Des modifications de la graisse dans l'empoisonnement par le phosphore* (*Thèse*, Moscou, 1901). — Pour arriver à établir l'origine de la graisse dans l'intoxication phosphorée, l'auteur a analysé la graisse sous-cutanée, épiploïque, hépatique, péricardiaque, périrénale et musculaire de chiens normaux et de chiens empoisonnés avec du phosphore. Ces recherches ont établi que dans les deux cas la composition de la graisse emmagasinée ne diffère presque pas de la graisse des parenchymes, et que, d'autre part, la graisse des animaux intoxiqués par le phosphore est analogue à la graisse normale. Dans ces expériences, l'alimentation était normale. Dans une autre série, destinée à contrôler les données relatives aux transformations de graisse, deux chiens ont été nourris pendant un certain temps avec de l'huile de lin et de la viande de cheval maigre; ensuite, l'un de ces chiens fut empoisonné par le phosphore, l'autre servant de témoin.

Chez le premier, la graisse du foie est restée normale, et seule la graisse emmagasinée s'est rapprochée par sa composition de celle de l'huile de lin, tandis que chez l'animal témoin la graisse du foie a également subi ce changement de composition.

Enfin, une troisième série d'expériences sur l'intoxication phosphorée était destinée à éliminer la possibilité de transport dans le foie de la graisse emmagasinée. Dans ce but, les animaux étaient soumis à un régime qui permettait un taux normal d'échanges azotés, mais fournissait un nombre insuffisant de calories. Ces expériences ont établi que la composition chimique de la graisse est influencée par l'état d'inanition, mais presque point par le phosphore.

S. Broïdo.

CHIRURGIE

Van Buren Knott. *Contribution à la chirurgie du spina bifida* (*Annals of Surgery*, n° 113, Mai 1902, p. 624). — D'une revue d'ensemble comprenant quatre cas personnels, l'auteur dégage les conclusions suivantes. Tout d'abord, malgré la mortalité opératoire considérable, il ne faut pas hésiter à faire appel à la thérapeutique chirurgicale. Trois variétés de spina bifida bénéficieront surtout de l'intervention opératoire: le méningocèle (hernie des méninges seules) le méningomyélocèle (hernie des méninges et de la moelle), le syringomyélocèle forme rare dans laquelle la cavité de la tumeur résulte de la dilatation du canal épendymaire. La présence de symptômes nerveux même étendus ne constitue pas une contre-indication à l'opération. L'asepsie la plus rigoureuse est indispensable; difficile à obtenir d'une façon parfaite, elle nécessite des soins méticuleux. Pour prévenir le suintement du liquide cérébro-spinal, il est bon de veiller à ne point faire coïncider les sutures des méninges avec les sutures des parties qui les recouvrent. Pour éviter un écoulement trop considérable du liquide au cours d'une longue opération on peut, suivant le conseil de Pearson, faire un tamponnement du canal rachidien avec de la gaze. Les réparations osseuses sont difficiles et souvent insuffisantes par les méthodes ostéoplastiques; mieux vaut combler les vides en utilisant les masses musculaires voisines. Il n'est pas nécessaire d'interdire à l'enfant le décubitus dorsal après l'opération. Enfin les enfants qui outre leur spina bifida présentent de l'hydrocéphalie ne doivent pas être opérés.

C. Jarvis.

J. Potarca. *Sur un nouveau procédé opératoire des hémorroïdes* (*Revue de chirurgie*, n° 510, 1902, Mai). — L'auteur décrit un procédé nouveau pour le traitement des hémorroïdes, qu'il a eu l'occasion d'appliquer plusieurs fois et dont les résultats ont été excellents. Ce procédé, imaginé par Vercesco, en 1872, est d'une exécution facile et plus rapide que celui de Whitehead. Il ne nécessite, outre un dilatateur à valves, analogue à celui de Nicaise, et d'autres instruments employés pour la diérèse, l'écartement et l'hémostase des tissus, qu'une instrumentation spéciale des plus simples: quelques épingles de Carlsbad ordinaires et un cylindre de liège. Ce cylindre de liège mesure 8 à 9 centimètres de longueur sur 3 centimètres à 3 cent. 1/2 de largeur; ses bords sont mousses et sa forme générale est celle d'un barrillet; plus volumineux au centre qu'à ses extrémités, il est traversé suivant son grand axe par un fil de cuivre gros de 2 millimètres, recourbé en anse à l'une de ses extrémités, servant de manche.

Le manuel opératoire est le suivant:

Après rachicocaïnisation ou anesthésie générale, le malade étant mis dans la position de la taille périnéale, on introduit le dilatateur dans l'anus, et on écarte ses valves; entre les valves on introduit le cylindre de liège, qui doit pénétrer presque entièrement dans le rectum, et on l'y maintient d'une main, tandis que de l'autre on retire doucement le dilatateur. On fiche alors une série d'épingles de Carlsbad au pourtour anal; ces épingles, enfoncées obliquement de dehors en dedans, à 1 centimètre l'une de

l'autre, doivent être placées au pourtour de l'orifice anal, à la limite de la muqueuse et de la peau, et pénètrent à la fois la marge muco-tégumentaire de l'anus et le cylindre de liège. On incise circulairement la marge de l'anus immédiatement derrière les épingles en tirant en même temps sur le cylindre de liège, pour bien tendre les téguments. Les téguments sont refoulés en arrière et le cylindre muqueux fixé au liège est attiré en avant. Après extirpation des vaisseaux malades, on laisse rentrer le cylindre muqueux et on place quelques points de suture sur les lèvres de la plaie muco-tégumentaire.

Si les lésions remontent haut, si les hémorroïdes s'accompagnent de prolapsus, on résèque la zone malade par une incision circulaire de la muqueuse, et on suture à la peau l'intestin.

G. Berruyer.

FACULTÉ DE PARIS

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — Cours pratique, démonstratif, de technique clinique pendant les vacances, sous la direction de M. le professeur Landouzy.

Ce cours commencera au laboratoire de la clinique médicale de Laënnec (rue de Sèvres), le mercredi matin, 17 Septembre, finira le lundi soir 29 Septembre et comprendra deux séances quotidiennes : le matin, de 9 h. 1/2 à midi: le soir, de 2 h. 1/2 à 5 heures; il sera fait par MM. G. Brouardel, O. Josué, Marcel Labbé et Léon Bernard, chefs de clinique et chefs de laboratoire.

PROGRAMME DU COURS :

Mercredi 17 Septembre. — Matin. Les fonctions hépatiques à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du foie. — Après-midi. Technique bactérioscopique générale appliquée à la clinique.

Jeudi 18 Septembre. — Matin. Les fonctions rénales à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du rein. — Après-midi. Diagnostic bactérioscopique des angines.

Vendredi 19 Septembre. — Matin. Analyse chimique des urines. Examen de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène. — Après-midi. Les séro-diagnostics.

Samedi 20 Septembre. — Matin. Détermination de la toxicité des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Examen des sérosités pathologiques : les cyto-diagnostics.

Dimanche 21 Septembre. — Matin. Cryoscopie des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien.

Lundi 22 Septembre. — Matin. Examen cytoscopique des urines. — Après-midi. Les fonctions du sang. Numération des globules du sang.

Mardi 23 Septembre. — Matin. Les fonctions motrices du système nerveux à l'état normal et pathologique. Examen clinique de la motricité. — Après-midi. Les fonctions sensitives du système nerveux à l'état normal et pathologique. Réflexes; leur recherche; leur séméiotique; troubles trophiques.

Mercredi 24 Septembre. — Matin. Examen bactérioscopique des urines et des pus génito-urinaires. — Après-midi. Les globules du sang normal. Préparation de sang sec.

Jeudi 25 Septembre. — Matin. Examen des crachats. — Après-midi. L'hémoglobine du sang normal et pathologique. Activité de réduction de l'hémoglobine.

Vendredi 26 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du poumon : pneumographie; cyrtométrie; spirométrie. — Après-midi. La coagulation du sang; enseignements cliniques fournis par l'étude du réseau fibrineux et du sérum.

Samedi 27 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du cœur et des vaisseaux : cardiographie; sphygmographie; sphygmomanométrie; valeur séméiologique de la tension vasculaire; pression artérielle. — Après-midi. Les leucocytes dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des leucocytoses.

Dimanche 28 Septembre. — Matin. Radioscopie médicale. Radiographie. — Après-midi. Les hématies dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des états anémiques.

Lundi 29 Septembre. — Matin. Diagnostic de la tuberculose par les procédés récents. — Après-midi. Examen bactérioscopique du sang et des sérosités.

Le montant des droits à verser est de 100 francs, pour les treize jours de cours.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les Étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, sont délivrés, dès à présent jusqu'au 8 Septembre 1902, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Clinique Baudelocque (accouchements et gynécologie). — Les cours pratiques suivants auront lieu, à la clinique Baudelocque, 125, boulevard Port-Royal, savoir :

1° Cours pratique d'accouchements, avec manœuvres opératoires, par M. Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, et M. Paquy, ancien chef de clinique. Ce cours commencera le lundi 8 Septembre, à 9 heures du matin. Il sera complet en trente leçons et aura lieu tous les jours, à la même heure, à la clinique Baudelocque.

2° Cours clinique et pratique de gynécologie par M. Potocki, agrégé, accoucheur des hôpitaux, assisté de M. Le Masson. Ce cours commencera le samedi 27 Septembre, à 9 h. 1/2 du matin. Il sera complet en dix-huit leçons et aura lieu tous les mardis, jeudis et samedis, à la même heure, à la clinique Baudelocque.

Les droits à verser sont de 50 francs pour chaque cours.

Diagnostic bactériologique. — Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le jeudi 2 Octobre, sous la direction de M. Fernand Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, et de M. Griffon, préparateur.

Des conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu à 1 h. 1/2, les mardis, jeudis et samedis.

Programme du cours. — 1re leçon : Technique de la coloration des microbes; méthode de Gram, — Technique de la culture des microbes et des inoculations.

2e leçon : Analyse bactériologique du pus : microbes pyogènes aérobies; staphylocoque.

3e leçon : Analyse bactériologique des crachats; pneumocoque, bacille de Pfeiffer, etc.

4e leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. — Tuberculose et pseudo-tuberculose.

5e leçon : Analyse bactériologique des angines non diphtériques; streptocoque, bacille fusiforme.

6e leçon : Diagnostic de la diphtérie.

7e leçon : Analyse bactériologique du sang et des sérosités pathologiques pleurales et cérébro-spinales. — Méningocoques.

8e leçon : Globules blancs et cytodiagnostic.

9e leçon : Sérodiagnostic. — Bacille typhique et colibacille.

10e leçon : Analyse bactériologique de la peste et du choléra.

11e leçon : Diagnostic des microbes anaérobies.

12e leçon : Diagnostic bactériologique des infections de l'appareil génito-urinaire; gonocoque, bacille du chancre mou.

13e leçon : Diagnostic bactériologique des lésions microbiennes et parasitaires de la peau.

Le droit à payer pour cette série d'exercices est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

Travaux de laboratoire. — MM. les étudiants pourront être admis, sur leur demande écrite et après autorisation du Doyen, à accomplir certains travaux de laboratoire, pendant le mois d'Octobre 1902.

1re année : Chimie biologique, histologie, physique, physiologie.

2e année : Histologie, physique, physiologie.

3e année : Anatomie pathologique, parasitologie, chimie pathologique, médecine opératoire.

Les demandes d'admission devront être adressées à M. le Doyen, du 15 au 27 Septembre, et indiquer la nature des travaux que l'étudiant désire accomplir.

Le montant des droits à acquitter est de 50 francs pour chaque série de travaux.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux étudiants admis.

MM. les étudiants qui auront participé aux travaux pourront obtenir des certificats d'assiduité.

COURS LIBRES

Psychiatrie comparée. — M. Roubinovitch, médecin adjoint de la Salpêtrière, ancien chef de clinique de la Faculté, fera, pendant les vacances 1902, un cours libre sur les « Éléments de psychiatrie internationale comparée ».

Ce cours, accompagné de projections, s'ouvrira à l'amphithéâtre Cruveilhier (école pratique de la Faculté, 15, rue de l'École-de-Médecine), le mardi 2 Septembre 1902, à 8 h. 1/2 du soir, et se continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Bordeaux. — Il vient d'être créé à cette Faculté un diplôme de chirurgien-dentiste à l'usage des étrangers.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Henrot est nommé préparateur de bactériologie. M. Morandeau est nommé préparateur d'histoire naturelle et de matière médicale.

M. Verger est nommé préparateur de physique et de pharmacie.

Ecole de pharmacie de Montpellier. — M. Massol vient d'être nommé directeur de l'Ecole de pharmacie de Montpellier.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. Neumann, médecin à Paris, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Corps de santé des troupes coloniales. — Le tour de service des officiers du corps de santé des troupes coloniales est arrêté comme suit :

Médecins principaux de 2e classe : MM. Henry, Drevon.

Médecins-majors de 1re classe : MM. Clavel, Fortoul, le Guen, Vergoz, Suard, Brossier, Ilbert, Le Moine.

Médecins-majors de 2e classe : MM. Lecomte, Jacob, Talayrach, Brau, Depied, Camus, Binard, Mathis, Cenan, Mille, Audibert, Reboul, Houillon, Pujol, Hutre.

Médecins aides-majors de 1re classe : MM. Thomas-Derevoge, Barot, Puysségur, Allard.

Prix de l'internat en pharmacie. — Les lauréats de cette année sont : pour la première division (internes de 3e et 4e années), MM. Sommelet et Laurent; pour la seconde division (internes de 1re et de 2e années), MM. André et Lacroix.

CONCOURS

École dentaire. — Deux concours seront prochainement ouverts à l'École dentaire de Paris pour un poste de chef de clinique d'anesthésie et pour un poste de chef de clinique de chirurgie dentaire.

Hôpitaux de Toulouse. — Le concours annuel d'internat en médecine s'ouvrira le jeudi 23 Octobre prochain pour 6 places d'interne titulaire et 3 de provisoire.

Le concours annuel d'internat en pharmacie, s'ouvrira le mercredi 29 Octobre prochain pour 3 places d'interne titulaire et 6 de provisoire.

Pour tous renseignements, s'adresser au bureau du Secrétariat à l'Hôtel-Dieu.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 65. — Mercredi, 13 Août 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

CHRONIQUE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLES

A PROPOS DES ARRACHEMENTS DU CUIR CHEVELU

L'étude des arrachements du cuir chevelu constitue un chapitre de pathologie qui, jusqu'ici, ne semble pas avoir arrêté d'une manière spéciale l'attention des cliniciens. Il y a à cela deux raisons : la première, c'est qu'étant exclusivement des accidents industriels, ils sont apparus, chronologiquement, avec le développement des usines qui ne se sont accrues et perfectionnées que dans le cours du dernier siècle, en multipliant les organes constitutifs de leurs machines : volants, rouages, axes et courroies de transmission. La seconde, c'est que ces blessures ont été considérées par l'ensemble des chirurgiens, à de rares exceptions près, comme des plaies banales des téguments craniens, présentant les mêmes symptômes, entraînant le même pronostic, exigeant le même traitement. Or, il n'en est rien, et les documents réunis par M. Fouchard dans sa Thèse de doctorat montrent que ces plaies se présentent avec des caractères particuliers qu'il est bon de connaître. Nous n'avons pourtant pas l'intention de présenter ici une étude plus ou moins complète du scalp : nous désirons seulement détacher et mettre en lumière quelques particularités qui concernent aussi bien la pathogénie que la symptomatologie et le traitement de ces plaies.

* * *

Les arrachements du cuir chevelu résultent d'une traction violente et brusque qui s'opère sur les téguments craniens par l'intermédiaire des cheveux formant corde, le reste du corps étant immobilisé soit par son propre poids, soit par un effort du sujet qui résiste instinctivement à cette traction.

Comment arrivent donc ces accidents ? Toujours de la même manière (34 fois sur 35). Par insouciance ou par étourderie, les ouvrières (car ce sont toujours des jeunes filles ou des femmes qui en sont les malheureuses victimes à cause de leurs longues chevelures) s'approchent trop près des machines en mouvement.

Les plus jeunes, que l'irréflexion naturelle de leur âge porte à s'amuser toujours, présentent leur chevelure aux peignes d'un métier. Le jeu est original.

Les grandes, que la coquetterie tourmente et préoccupe, ne veulent pas perdre de temps pour réparer le désordre de leur toilette : avant le départ, sans attendre l'arrêt des machines, elles enlèvent leurs résilles en cachette, dénouent leurs cheveux, les rabattent en avant pour les débar-

rasser, au peigne, des poussières et des débris qui voltigent dans l'atmosphère de l'atelier, les lissent, puis, d'un mouvement brusque et saccadé de la tête, les rejettent en arrière pour les tordre en chignon que, méchamment, sans égard à la beauté du geste, saisit la machine toujours en mouvement.

Les plus âgées, qui ne songent plus ni aux jeux, ni à la coquetterie, s'agitent autour des machines et vaquent à leurs occupations ordinaires : un désir d'aller au plus court pour se porter à un autre endroit, pour rendre service à une voisine, les fait passer sous des axes ou des courroies de transmission; un faux pas les rapproche trop près de volants, de roues et d'engrenages, etc., etc.; elles ne songent pas au danger à force de vivre en sa compagnie, et, au moment même où elles s'y attendent le moins, sans avoir le temps de pencher la tête ou de se retirer, leurs cheveux sont entraînés et enroulés par la force irrésistible des puissantes machines en mouvement.

Le mécanisme du scalp a été expérimentalement établi par M. Fouchard. Il résulte, en effet, de ses expériences faites sur le cadavre, que les arrachements du cuir chevelu se produisent par une traction brutale qui s'exerce obliquement d'avant en arrière. Dans ces conditions, les téguments se trouvent sectionnés par les arcades sourcilières osseuses tranchantes et la déchirure se poursuit vers la nuque. Ce mode de traction se trouve presque constamment réalisé dans les accidents lorsque l'ouvrière, saisie par les cheveux, veut se dérober en se baissant ou s'enfuir en s'éloignant de la machine.

* * *

Ce qui frappe dans la symptomatologie du scalp, c'est que la douleur primitive et l'hémorragie ne sont jamais bien accentuées.

En effet, contrairement à ce qu'on pourrait croire, toutes les observations signalent ce fait, à savoir que la douleur primitive n'est pas intense. Cette absence de douleur, cette étrange analgésie, qui contraste si singulièrement avec la gravité du traumatisme, dépend, d'après M. Fouchard, de l'extrême rapidité avec laquelle la section nerveuse est produite; le blessé éprouve subitement une sensation vague qu'il n'a pas le temps d'analyser tellement la rupture est instantanée, puis il ne ressent plus rien. Le fait semble donc, au premier abord, paradoxal; il n'en est que plus curieux à noter.

On peut en dire autant de l'absence d'hémorragie primitive, phénomène qui, à première vue, semble être en désaccord avec tout ce que nous savons sur les vaisseaux du cuir chevelu.

« L'adhérence des parois artérielles à la couche sous-cutanée (des téguments craniens), dit Tillaux dans son *Traité d'anatomie topographique*, empêche que les artères puissent se rétracter en aucun sens; aussi restent-elles béantes à la coupe. » La rétraction des artères et la diminution immédiate de leur calibre sont les phénomènes constants qui amènent l'hémostase spontanée. Comment peut-il donc arriver que, dans les plaies par arrachement du cuir chevelu, l'hémorragie ne se produise pas toujours? M. Fouchard croit que tout dépend de la modalité pathogénique de l'accident : une traction instantanée détermine une section nette des vaisseaux, et il y a, dans ce cas, écoulement sanguin abondant. Une traction non instantanée, quoique de très courte durée (c'est ce qui se présente le plus souvent dans le scalp), détermine une sorte de torsion ou un allongement des parois vasculaires qui, douées d'une inégale résistance, se rompent isolément. Les tuniques moyenne et interne, peu élastiques, se recroquevillent alors dans la lumière du vaisseau qu'elles oblitèrent, tandis que la tunique externe s'effile comme un tube à la lampe et ferme ainsi l'artère.

* * *

Dans le cas d'arrachement incomplet, alors qu'il existe encore un pédicule ou trait d'union entre la calotte déchirée et le reste des téguments, la ligne de conduite à suivre est des plus simples et s'impose pour ainsi dire d'elle-même à l'esprit des chirurgiens. Nettoyer soigneusement le lambeau, stimuler sa vitalité, le réappliquer sur le crâne dénudé et le fixer par une suture, telles sont les indications à remplir.

Mais la conduite reste-t-elle la même en cas d'arrachement complet du cuir chevelu? On a, en effet, fait la suture dans ces conditions, parce que c'est la première idée qui se présente à l'esprit. Malheureusement, cette pratique n'a jamais réussi, car la vie n'est plus possible pour le lambeau scalpé une fois qu'il est totalement séparé des téguments et des artères qui le nourrissaient, sans parler des contaminations profondes et des dilacérations multiples auxquelles il a été certainement exposé.

On comprend encore moins bien l'idée de réapplication du lambeau scalpé comme moyen naturel de protection pour la plaie sous-jacente. Les soins antiseptiques les plus minutieux, la désinfection la plus parfaite ne suffisent pas à mettre le lambeau détaché dans un état d'asepsie tel qu'il soit désormais à l'abri d'une suppuration ultérieure. On se heurte toujours à des difficultés impossibles à surmonter et à éviter : les unes tiennent à l'état même du lambeau qui, avant le scalp, pouvait porter avec lui des parasites et des microbes tout prêts à manifester leur virulence; les autres se rattachent aux conditions dans lesquelles s'est produit l'arrachement, aux contaminations auxquelles le lambeau déchiré a été exposé : graisse et cambouis des machines, poussières de l'atelier, détritus de toutes sortes, etc. Tout favorise la suppuration septique, et c'est une pratique qui doit être abandonnée.

La réapplication du lambeau scalpé étant absolument condamnée, le chirurgien reste en présence d'une vaste perte de substance qu'il s'agit de combler. Les divers procédés de greffe permettant seuls d'arriver à ce résultat, c'est à eux, et plus particulièrement à la méthode de Thiersch, qu'il faudra recourir.

Il importe donc de se mettre dans les meilleures conditions possibles pour la réussite de ces greffes. La première d'entre elles est la complète asepsie de la plaie : celle-ci doit être parfaitement et entièrement propre, dépourvue de toute partie sphacélée ou suppurée, de couleur rouge vif écarlate, couverte de petits bourgeons saignant difficilement. La préparation, la mise en état de la plaie demandent un temps variable, mais on y arrive par des pansements soignés. Un pansement qui a donné à M. Fochier des résultats excellents est l'application systématique, sur la plaie, de l'onguent Styrax, suivant la formule classique du Codex. Cette composition complexe d'aromatiques semble jouir de propriétés antiseptiques incontestables. Ce qui est certain, c'est que cet onguent est un merveilleux stimulant pour réveiller la vitalité compromise des éléments anatomiques. Employé sans aucune perte de temps, après les premiers lavages antiseptiques, il met rapidement la plaie dans les meilleures conditions pour recevoir les greffes dermo-épidermiques, conditions parfaites d'asepsie et suffisantes de vitalité.

En même temps, il sera fort utile de soutenir et de relever l'état général des blessées, ordinairement affaiblies et anémiées, par l'administration de toniques appropriés, et de les placer dans les conditions hygiéniques les meilleures. C'est le moyen de permettre à l'organisme de résister efficacement à l'envahissement des microbes et de leurs toxines, dont l'action serait désastreuse.

Ajoutons, avant de terminer, qu'au point de vue du pronostic, les arrachements du cuir chevelu sont moins graves qu'on ne l'aurait pensé, puisque, avec le traitement moderne, ils ne fournissent plus qu'une mortalité de 8,5 pour 100.

R. Romme.

LIVRES NOUVEAUX

L. Vallois. — *L'accouchement normal (grossesse, accouchement, suites de couches)*, Paris, 1902 (O. Doin, éditeur).

M. Vallois, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Montpellier, vient de publier un Manuel d'accouchements, avec préface du professeur Budin. Ce volume n'a trait — ainsi que son titre l'indique — qu'à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches *normales*. Il s'adresse donc essentiellement aux étudiants et aux sages-femmes, et constitue pour les praticiens un excellent *vade-mecum*.

Cet ouvrage contient plusieurs parties : la grossesse, l'accouchement simple, la conduite à tenir pendant l'accouchement, la délivrance normale, les grossesses et accouchements multiples, les suites de couches normales.

Le manuel de M. Vallois présente toutes les qualités de netteté, de style, de simplicité d'exposition qu'on est en droit de demander à ces sortes d'ouvrages. Il sera donc consulté avec fruit.

A. Schwab.

Henri Dominici. — *Le ganglion lymphatique*. 1 brochure de l'*Œuvre médico-chirurgical*, gr. in-8°, avec figures dans le texte (Masson et Cie, éditeurs, Paris).

L'étude anatomique et physiologique du système lympho-ganglionnaire a fait dans ces derniers temps des progrès remarquables. M. Dominici a su se spécialiser dans cette étude, et la série de travaux qu'il a publiée sur ce sujet a bien mis en lumière le rôle important de cet organe, peu connu jusqu'à ce jour. M. Critzmann a donc été bien inspiré de demander à M. Dominici une monographie clinique sur le ganglion lymphatique.

Dans différents chapitres l'auteur examine successivement la structure et le rôle hématopoïétique du ganglion, la genèse et les fonctions de ses éléments constitutifs, la présence et la nature des différents éléments lymphatiques qu'il contient. L'auteur passe ensuite à l'étude des ganglions au point de vue de l'anatomie et de la physiologie générales et fait ressortir son rôle si important dans la compréhension des processus infectieux. Ce travail est illustré de plusieurs figures qui facilitent singulièrement la description anatomique.

L. R.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de l'épithéliome malin du chorion et de ses rapports avec la môle hydatique, par M. Victor de Sénarclens, une broch. in-8° carré de 52 pages. (*Constant Pache-Varidel*, éditeur, 5, Escalier-du-Marché, à Lausanne.)

Applications thérapeutiques de l'eau oxygénée, par M. Prosper Malet, licencié en droit, 1 broc. in-8° jésus de 88 pages. (*V. Cadoret*, imprimeur, 17, rue Poquelin-Molière, à Bordeaux.)

Les gaietés de l'hôpital, supplément à la *Revue des Nouveautés médicales* publié à l'occasion du Centenaire de l'Internat, par MM. Robert et Tissot, 1 album de 64 pages avec nombreuses illustrations en noir et en couleur. (Rédaction et administration, 34, boulevard de Clichy, Paris.)

Les fibromes du ligament large. Étude anatomo-clinique, par M. Henri Strohlker. *Thèse*, Paris, 1902, (*C. Naud*, éditeur, Paris.)

Leçons de clinique chirurgicale, par M. Félix Legueu, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. gr. in-8° de 455 pages, avec 23 figures dans le texte, 12 fr. (*Félix Alcan*, éditeur, Paris.)

Guide pratique de législation médicale, par M. A. Casset, 1 vol. in-8 carré de 300 pages, broché, 5 fr., 1902. (Édité par le *Réveil Médical*, Faubourg Montmartre, 30, Paris.)

De l'hermophényl et de son emploi pour le traitement de la syphilis, par M. Auguste Mournaud, 1 broc. in-8° jésus de 224 pages. *Thèse*, Lyon, 1902. (*Imprimerie Waltener et Cie*, 3, rue Stella, Lyon.)

Les tumeurs malignes primitives des fosses nasales, par M. Paul Bourgeois, ancien interne des hôpitaux de Paris. *Thèse*, Paris 1902. (*A. Malverge*, éditeur, 171, rue Saint-Denis, Paris.)

TOXICITÉ

DE LA SUBSTANCE RÉNALE ET NÉPHROTOXINES

PAR

J. CASTAIGNE
Chef de laboratoire de la Faculté.

F. RATHERY
Interne des Hôpitaux.

L'étude des cytotoxines, de date encore récente, semble devoir être très féconde en résultats; aussi le nombre des expérimentateurs s'est-il très vite multiplié, et il existe à l'heure actuelle peu d'organes contre lesquels on n'ait pas essayé de produire une cytotoxine. Très rapidement les résultats ont abondé, mais aujourd'hui la période critique est ouverte et beaucoup de faits, qui paraissaient probants au début, sont mis maintenant en doute.

C'est ainsi, par exemple, que pour le sérum nevrotoxique, Enriquez et Sicard enregistrent des résultats négatifs, tandis que Delezenne montre la possibilité de produire ce sérum. De même pour le pancréas, où Carnot et Garnier déclarent que les résultats obtenus par eux « ne semblent pas absolument concluants ni comparables par leur netteté et leur spécificité à ceux obtenus par Bordet dans ses belles recherches sur le sang ». Pour le sérum hépatolytique, même incertitude, car, tandis que Delezenne le produit assez facilement, Schultze déclare n'avoir pas pu en obtenir.

Les résultats obtenus jusqu'à présent au sujet du *sérum néphrotoxique* sont tout aussi contradictoires. Lindemann[1], qui, le premier, a essayé d'en produire, dit avoir réussi à préparer un sérum très toxique pour le rein du lapin, en injectant une émulsion de reins de lapin à des cobayes. Ce sérum ainsi obtenu était d'une toxicité extrême pour le lapin, puisqu'il provoquait à des doses assez petites (1 cc. 25 à 2 cc. 6 par kilogrammes) non seulement une albuminurie considérable, mais encore la mort par urémie du troisième au cinquième jour après l'injection intraveineuse. Les reins de ces animaux qui ont ainsi succombé « présentent des lésions histologiques qui ressemblent beaucoup à celles que l'on trouve après l'empoisonnement par les poisons rénaux, nécrotisation et désintégration profonde de l'épithélium des canalicules contournés ».

Nefedieff[2] a repris les expériences précédentes en s'entourant, grâce à un appareil spécial, de toutes les précautions nécessaires pour que l'émulsion rénale qu'il injecte aux animaux soit stérile. Il a injecté successivement du rein de cobaye au lapin et du rein de lapin au cobaye. Il constate, à la suite de ces expériences, que le sérum des cobayes qui ont reçu des injections de reins de lapin est peu ou pas toxique pour le lapin. En revanche, d'après lui, le sérum des lapins auxquels on a injecté l'émulsion de reins de cobayes devient très toxique pour ces derniers, car une injection hypodermique de 10 centimètres cubes de sérum par kilogramme d'animal est mortelle pour un cobaye. En outre, ce sérum exerce un effet néphrotoxique réel, mais assez faible; dans les cas habituels, on constate « des modifications insignifiantes à l'examen histologique; une hyperémie des vaisseaux, des glomérules, et des capillaires intercanaliculaires; un gonflement des cellules du tissu conjonctif. Quant à l'épithélium propre des reins, il a l'aspect tout à fait normal, sauf un faible gonflement des cellules épithéliales de quelques tubes contournés ».

Dans les cas où le sérum néphrotoxique était plus actif, Nefedieff constate cependant des lésions de l'épithélium des tubes contournés: « les cellules épithéliales, dit-il, sont gonflées, et leur protoplasma se présente sous forme de gros granules; on rencontre aussi des cellules dont le protoplasma est soit complètement détruit soit parfaitement homogène ». En somme, conclut l'auteur, « les propriétés néphrotoxiques d'un sérum ainsi obtenu sont extrêmement faibles ».

Schultze[1] va encore plus loin dans ses conclusions, puisqu'il déclare qu'il n'a pas pu observer l'effet néphrotoxique du sérum des lapins auxquels il avait injecté une émulsion de reins de cobaye.

Ainsi donc trois expérimentateurs ont étudié d'une façon identique le sérum néphrotoxique et sont arrivés à des résultats tout à fait opposés, l'un disant que l'on obtient très facilement un sérum qui est fortement néphrotoxique, l'autre affirmant qu'en suivant la technique du premier auteur il n'a pas pu produire de sérum néphrotoxique, le troisième prétendant que le sérum ainsi produit est bien toxique pour le rein, mais d'une façon très minime.

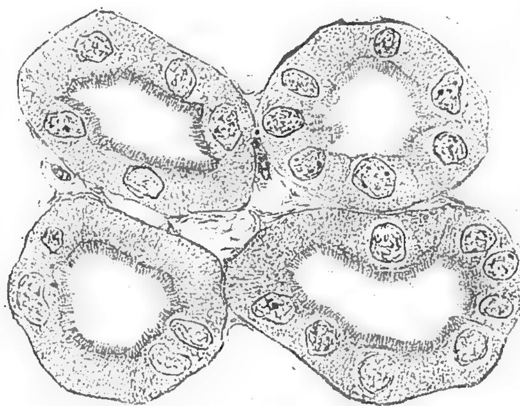


Figure 1. — Coupe de rein. Immersion 1/18 Verick. Rein de lapin normal.

La question était donc tout entière à reprendre, mais en s'entourant de précautions qui nous semblent absolument nécessaires et qu'il nous faut énoncer dès le début de cette étude.

Le manuel opératoire pour préparer et étudier un sérum cytotoxique semble, au premier abord, des plus simples : faire une émulsion de rein d'un animal d'une espèce A, l'injecter à un animal B dont on recueillera ensuite du sérum qui sera toxique pour l'espèce A; mais certaines fautes dans le manuel opératoire peuvent fausser grossièrement les résultats.

Tout d'abord, la préparation de l'extrait rénal doit se faire d'une façon rigoureusement aseptique, faute de quoi on infectera l'animal auquel on fera l'injection et l'on aura des lésions infectieuses du rein que l'on prendra pour des altérations dues à la néphrotoxine. On évitera cette première cause d'erreur, en se servant pour préparer l'émulsion rénale d'un système de presse stérilisable; pour notre part, nous avons employé l'appareil que Nefedieff a décrit dans les *Annales de l'Institut Pasteur*.

Enfin, précaution capitale, les reins dont on veut étudier les lésions devront être fixés avec le plus grand soin. Il est de notion classique que l'épithélium des tubes contournés est très délicat à fixer. Nous avons pu nous assurer que, dès les premières heures qui suivent la mort, cet épithélium dégénère, et aussi que la plupart des fixateurs usuels altèrent cet épithélium. Si donc on prélève, quelques heures après la mort, le rein de l'animal auquel on a injecté du sérum que l'on croit néphrotoxique, ou si l'on n'a pas recours à une fixation de choix, on risque de prendre pour des lésions dues au sérum, des altérations cadavériques ou causées par une mauvaise fixation. Pour nous mettre à l'abri de cette cause d'erreur, capitale dans cette étude, nous avons, d'une part, enlevé les reins, que nous voulions étudier, sur l'animal encore vivant, et, d'autre part, nous avons eu recours à une méthode de fixation dont nous avons éprouvé bien des fois la valeur sur des reins normaux et pathologiques. C'est la méthode de Van Gehuchten telle que l'a perfectionnée Sauer et telle que l'adopte et la conseille Renaut dans son « Traité d'histologie ». Cette méthode nous a donné avec des reins normaux des préparations toujours très nettes que nous reproduisons dans la fig. 1, afin qu'on puisse comparer l'aspect de l'épithélium à celui que l'on a après injection de substance rénale ou de sérum néphrotoxique.

Enfin, au point de vue des lésions rénales, il nous a semblé insuffisant d'étudier seulement les lésions produites par le sérum d'un animal ayant reçu une injection d'émulsion rénale; nous avons cru nécessaire d'étudier tout d'abord ce que devenaient les reins des animaux auxquels on avait injecté le tissu rénal, et nous avons pu ainsi nous assurer que cette émulsion est encore plus toxique pour le rein que le sérum néphrotoxique.

Nous envisagerons donc successivement, dans cette étude, les lésions rénales des animaux auxquels on injecte l'émulsion de reins, les lésions causées par les sérums néphrotoxiques.

La *toxicité du parenchyme rénal*[1] peut être étudiée soit en injectant à un animal l'émulsion rénale provenant d'un animal d'espèce différente, ou d'un animal de même espèce, soit encore en lui injectant l'émulsion d'un de ses propres reins enlevé préalablement par néphrectomie.

***

I. Injection d'émulsion rénale provenant d'un animal d'une autre espèce. — Elle constitue le premier temps de l'obtention du sérum néphrotoxique tel qu'il a été préparé dans les expériences de Lindemann et de Nefedieff; mais ces auteurs ne s'étaient pas préoccupés de savoir si les animaux qui recevaient ces injections présentaient ensuite des lésions rénales. Nefedieff cependant fait remarquer incidemment que « les lapins et les

1. Lindemann. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1900, Février.

2. Nefedieff. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1901, Janvier.

1. Schultze. — *Deut. med. Woch.*, 1900, n° 27.

1. Castaigne et Rathery. — « Lésions reins produites par l'injection d'émulsion et de sérum néphrotoxique ». *Soc. de biol.*, 1902, 17 Mai.

cobayes supportent mal ces injections; c'est pourquoi on est obligé de faire un nombre très limité d'injections et d'employer de très petites doses d'émulsion ».

Il était nécessaire de se rendre compte d'une façon plus précise de la toxicité du tissu rénal, et de savoir si cette toxicité générale s'accompagnait d'une action spéciale sur le rein.

Dans ce but, nous avons étudié sur des lapins l'action de l'injection d'émulsion de reins de cobayes.

L'injection sous-cutanée n'a été employée par nous que deux fois, parce qu'elle donne lieu à une irritation considérable, avec décollement très notable de la peau, toutes lésions pouvant influer sur la nutrition générale des animaux et sur les fonctions de leurs reins. Un de nos lapins, qui avait reçu en injection sous-cutanée une émulsion d'un rein de cobaye, le 8 Janvier 1902, pesait 2150 grammes avant l'opération; le 20 Janvier, il ne pesait plus que 1.860 grammes, et il mourait le 3 Février ne pesant plus que 900 grammes. A l'autopsie nous avons constaté un très large décollement de la peau, sans suppuration franche, tout autour du point où l'injection avait été faite.

Les injections péritonéales sont beaucoup mieux supportées au point de vue des réactions inflammatoires consécutives et de la possibilité de la résorption. Nous avons constaté en effet que, d'une part, l'émulsion est très vite résorbée et que, d'autre part, il n'existe jamais, lorsque la solution est bien aseptique, d'irritation péritonéale; c'était donc la méthode de choix pour étudier la toxicité du tissu rénal.

Nous avons pratiqué chez 7 lapins l'injection intrapéritonéale de reins de cobaye préalablement réduits à l'état pulpeux et mélangés à de la solution physiologique de sel marin.

La *toxicité du parenchyme rénal de cobaye* pour le lapin est rendue évidente par les faits suivants :

1° La dose de parenchyme rénal injecté ne doit pas être trop forte. Au début, nous injections deux reins, mais les animaux mouraient dans les vingt-quatre heures, après avoir présenté des flots d'albumine dans l'urine.

Nous dûmes donc nous contenter de l'injection d'un seul rein.

2° Les animaux supportent très mal ces injections, même à cette dose. Nos sept lapins ont tous présenté des accidents toxiques; ils sont tous morts, plus ou moins tardivement, il est vrai (vingt-quatre heures, trois jours, cinq jours, six jours, dix-huit jours, vingt jours); les uns périrent en proie à de violentes convulsions, les autres succombèrent à une adynamie progressive. Lorsque nous les voyons dans cet état, nous les sacrifions immédiatement sans attendre la mort, pour éviter les lésions rénales cadavériques.

3° Chez tous nos lapins, nous avons constaté une diminution très notable du poids; et chez ceux qui ont reçu plusieurs injections espacées dans un intervalle de sept à douze jours, la diminution de poids s'accusait de plus en plus, le plus souvent après chacune des injections. Ces diminutions de poids étaient notables, car on percevait des différences de 450 à 600 grammes en huit jours; en moyenne 50 grammes par jour.

4° L'albuminurie était constante; nous la recherchions chaque jour en portant à l'ébullition l'urine légèrement acidifiée. Dans les cas d'injections multiples, elle était visiblement plus marquée le jour de l'injection; et, lors d'injection massive, on constatait une grande quantité d'albumine.

5° L'examen anatomique du parenchyme rénal nous fait saisir la cause de ces troubles divers en nous montrant des lésions histologiques manifestes et constantes.

Nous étudierons ces altérations tout d'abord chez un lapin soumis à une seule injection de rein de cobaye, puis chez un second lapin qui a reçu trois injections successives.

Chez le premier (fig. 2), les lésions sont moins intenses, surtout moins étendues, mais on peut les schématiser plus facilement que chez le second Elles sont presque uniquement localisées aux cellules des tubes contournés; les cellules des tubes droits et les glomérules peuvent être considérés comme normaux.

Ces lésions ont comme caractère constant de siéger *par îlots*; des groupes de deux ou trois tubes, parfois plus, se présentent avec un protoplasma cellulaire notablement plus clair qu'à l'état normal et tranchant sur celui des tubes voisins qui apparaît bien coloré, compact, dense et grenu.

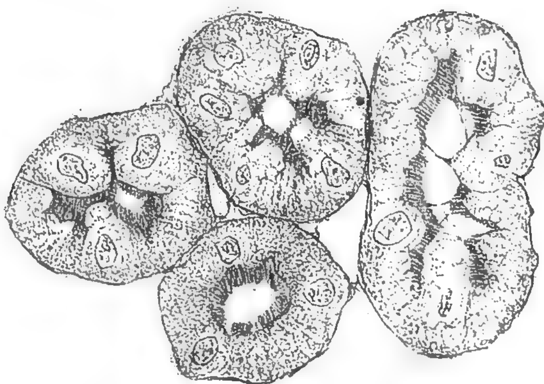


Figure 2. — Coupe du rein. Immersion 1/18 Verick.

Rein de lapin auquel on a injecté dans le péritoine un rein de cobaye pilé. Sacrifié vingt-quatre heures après l'opération.

C'est *autour du noyau*, le plus souvent, parfois immédiatement sous la bordure en brosse, que la lésion semble débuter; souvent, cette lésion n'existe que sur une ou deux cellules du tube. Elle consiste essentiellement en ce fait que les granulations se font plus rares, semblent se fondre, disparaître, ne laissant à leur place qu'un espace vide à peine comblé par un réseau extrêmement ténu.

L'aspect de ces tubes est alors caractéristique; chaque cellule constituante paraît divisée en deux portions : l'une interne, vivement colorée en rouge, c'est la bordure en brosse; l'autre externe, formée par la membrane basale à laquelle restent accolées quelques granulations, sous forme d'une bande mince à contours déchiquetés, présentant une épaisseur variable, suivant le degré de l'altération cellulaire, et se perdant insensiblement dans la zone incolore centrale, dépourvue de toute granulation. Dans cette zone existent des noyaux, soit très vivement colorés, ou, au contraire, à peine estompés, et pouvant même faire tout à fait défaut.

La bordure en brosse subsiste au niveau de tous les tubes, mais quelquefois, par suite du gonflement de la cellule, la lumière du tube est considérablement réduite, les bordures en brosse des différentes cellules du même tube finissent par se toucher, les striations deviennent moins nettes, et, finalement, la lumière centrale n'est plus représentée que par une ligne rouge très accusée, reste de cette bordure en brosse.

La coupe des artérioles nous montre quelques cellules endothéliales gonflées en forme de raquette formant hernie dans la lumière du vaisseau, la bouchant parfois presque complètement.

Chez le lapin qui a reçu trois injections de substance rénale de cobaye, les lésions sont plus accusées; elles sont encore *par îlots*, parcellaires, mais les îlots sont plus vastes, comprenant 7, 8, 10 tubes, et les tubes absolument normaux sont beaucoup moins nombreux.

Par contre, on trouve bien des tubes où le protoplasma granuleux a complètement disparu et où il ne reste plus de la cellule rénale que sa membrane basale, sa bordure en brosse, et un fin réseau protoplasmique les unissant, à peine parsemé de quelques rares granulations.

La résistance de la bordure en brosse nous a semblé digne de remarque. De toutes les parties constituantes de la cellule, elle est celle qui disparaît presque la dernière, et le protoplasma granuleux du corps cellulaire lui-même est bien plus fragile. De ce fait nous croyons devoir rapprocher cette autre constatation, à savoir que les lésions qu'on décrit sous le nom d'« abrasement cellulaire » ne sont en réalité, le plus ordinairement, que des altérations cadavériques ou des accidents de fixation, comme nous avons pu nous en convaincre à plusieurs reprises.

II. Injection a un animal de rein provenant d'un autre animal, mais de même espèce. — Nous n'avons pas pratiqué nous-mêmes ces expériences; Hulot et Ramond ont fait, durant quatre mois, des injections de rein de cobaye à un autre cobaye, à raison d'une injection d'un rein tous les quinze jours. Ils ont trouvé des lésions parcellaires qu'ils décrivent ainsi : « A côté d'îlots absolument sains, on observe quelques tubuli dont la lumière est grande, l'épithélium abrasé, se colorant mal et souvent réduit à un simple revêtement cubique. Pas de réaction glomérulaire ni conjonctive. »

III. Injection a un animal d'un de ses propres reins enlevé par néphrectomie. — Nous avons pratiqué sept fois cette opération chez des lapins; nous enlevions aseptiquement le rein, puis le broyions dans l'appareil de Nefedieff, toujours aseptiquement, et nous le réinjections dans la cavité péritonéale à l'état de pulpe, mélangé à du sérum physiologique. La toxicité de cette injection pour l'animal a été prouvée par les faits suivants :

1° Les lapins ont toujours mal supporté ces manœuvres et n'ont pas tardé à présenter des accidents toxiques. Sur les 7 opérés, trois sont morts dans la nuit même qui a suivi l'opération; un autre a succombé au bout de trois jours; les trois autres ont été sacrifiés après deux et cinq jours.

2° Il y eut toujours une diminution de poids très marquée après l'injection, et un des lapins maigrit de 350 grammes en deux jours, l'autre de 400 grammes en quatre jours.

3° L'albumine a toujours été constatée, et

on obtenait par la chaleur et l'acide acétique un nuage très épais; dans tous les cas, chez le lapin que nous ne sacrifiâmes qu'au bout de cinq jours, l'albumine persista intense jusqu'à la fin.

4° Les lésions histologiques des cellules (fig. 3) des tubes contournés sont très marquées, tandis que les glomérules et les tubes droits ont conservé leur structure normale.

Au niveau des tubes contournés, le parenchyme rénal présente les mêmes altérations que celles décrites plus haut. On peut cependant dire, d'une façon générale, que les lésions sont moins intenses. Les cellules sont gonflées, les granulations protoplasmiques se raréfient autour du noyau et sous la bordure en brosse; elle ne disparaissent cependant pas complètement comme dans les lésions décrites plus haut. La cellule est peut-être plus gonflée et la lumière du tube est beaucoup plus diminuée, ayant même dans certaines figures tendance à disparaître. Mais la bordure en brosse subsiste toujours, épousant la forme de la cellule lorsque celle-ci se gonfle et la limitant nettement d'une ligne rouge pour tout le segment qui fait hernie dans la lumière du tube.

Les différences histologiques entre les figures 2 et 3 sont du reste peu marquées, et l'on peut dire, en résumé, que l'animal, soumis aux injections de son parenchyme rénal propre, ou de celui provenant d'un animal d'une autre espèce, présente des lésions rénales qui se traduisent par des troubles graves conduisant souvent à la mort, de l'albuminurie, et enfin des modifications histologiques du parenchyme de l'organe.

Et si l'on oppose les résultats obtenus par la néphrectomie unilatérale simples à ceux que l'on constate après néphrectomie suivie d'injection de substance rénale, on se rend bien compte que tous les accidents obtenus sont dus non pas à la néphrectomie, mais à la toxicité de la substance rénale.

*
* *

L'*Étude des sérums néphrotoxiques* constitue le complément nécessaire de ces recherches.

Nous avons envisagé deux sortes de sérum néphrotoxique :

Celui obtenu par l'injection de parenchyme rénal d'un lapin à ce même lapin, *sérum autonéphrotoxique*;

Celui résultant de l'injection de rein de cobaye à un lapin, *sérum hétéronéphrotoxique*.

I. Sérum autonéphrotoxique. — Nous avons produit deux fois ce sérum en opérant de la façon suivante : Dans le premier cas, après avoir pratiqué sur un lapin la néphrectomie et l'injection immédiate dans sa cavité péritonéale de son rein réduit à l'état de pulpe, nous prélevions chez cet animal, le lendemain de l'opération, puis le surlendemain, puis cinq jours après, 10 centimètres cubes de sang par ponction du cœur faite aseptiquement.

Nous recueillions ce sang dans un vase stérile, puis, le lendemain ou le surlendemain, nous injections dans la veine de l'oreille d'un autre lapin 3 centimètres cubes, puis 4 cc. 5, puis 5 centimètres cubes de ce sérum.

Notre second lapin a reçu le sérum d'un lapin préparé de la façon précédente (néphrectomie, injection intrapéritonéale de son rein), mais ici l'injection fut faite sous la peau, et le lapin ne reçut que 2 cc. 25 en une seule fois. Nous avons laissé le lapin vivre soixante-trois jours et nous l'avons sacrifié à ce moment.

L'étude du premier lapin est la plus instructive; voilà les renseignements qu'elle a pu nous fournir :

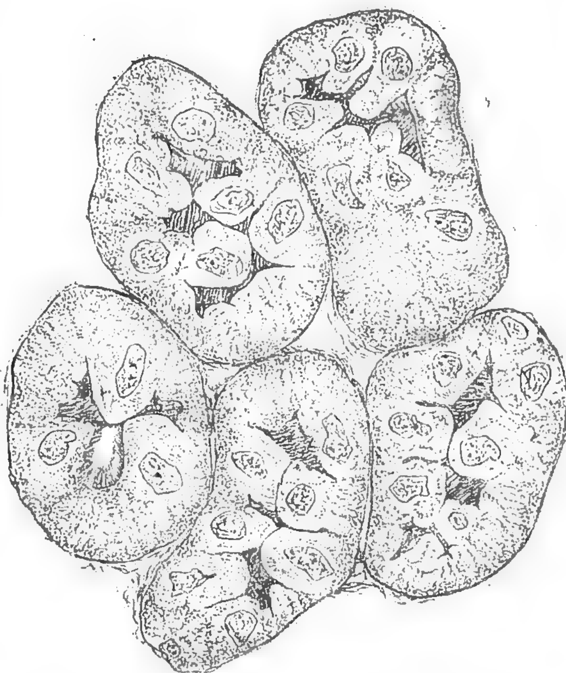


Figure 3. — Coupe de rein. Immersion 1/18 Verick.
Rein de lapin auquel on a fait la néphrectomie d'abord, puis l'injection immédiate de son rein pilé dans le péritoine. Sacrifié cinq jours après l'opération.

1° A partir de la première injection, l'urine fut constamment albumineuse ; l'albumine augmentait dans des proportions notables après chaque injection de sérum auto-néphrotoxique;

2° L'animal subit un amaigrissement marqué; il diminua de 400 grammes en sept jours, époque où on le sacrifia (deux jours après la dernière injection).

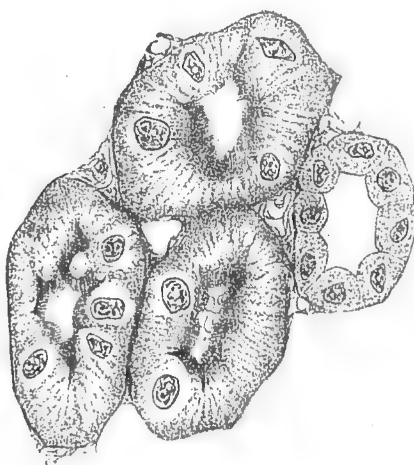


Figure 4. — Coupe de rein. Immersion 1/18 Verick.
Rein de lapin auquel on a injecté successivement, par trois fois, dans la veine de l'oreille, à trois jours d'intervalle, puis à deux jours, 3 centimètres cubes, puis 4 c. c. 5, puis 5 centimètres cubes de sérum d'un lapin auquel on avait pratiqué la néphrectomie, puis l'injection immédiate de son rein pilé dans le péritoine. Sacrifié sept jours après la première injection.

La toxicité de se sérum pour le lapin se révèle donc par l'albuminurie, par la diminution de poids. Elle se fonde enfin sur des lésions histologiques manifestes au niveau du rein.

3° Ces lésions sont très nettes (fig. 4), et si elles sont moins marquées que dans les cas décrits plus hauts, résultant de l'injection directe du parenchyme rénal, elles présentent toutefois le même type d'altérations cellulaires.

C'est au niveau des tubes contournés que celles-ci semblent se cantonner; les tubes droits et les glomérules peuvent être considérés comme sains.

Il existe un gonflement très notable de l'endothélium vasculaire des artérioles; la lumière du vaisseau est en partie comblée par des cellules gonflées, retenues au reste de la paroi par un mince pédicule.

Les tubes contournés se présentent avec des lésions parenchymateuses notables.

La plupart de ceux-ci ont conservé leur lumière centrale, la bordure en brosse existe très nettement au niveau de tous les tubes.

Par îlots encore, comme précédemment, au niveau d'une ou de plusieurs cellules d'un tube, ou bien encore au niveau de toutes les cellules composant ce tube, on voit la cytolyse protoplasmique débuter autour du noyau. Une zone claire dénuée de toute granulation, allant peu à peu en s'élargissant, forme au noyau une véritable auréole.

La lésion gagne bientôt tout le pourtour de la bordure en brosse; les granulations s'y font plus rares, puis disparaissent presque complètement.

Au niveau de quelques tubes seulement, la lésion est plus avancée. Les granulations n'existent plus et la lumière du tube a disparu ; il ne subsiste que la bordure en brosse sous forme d'une ligne épaisse rouge où l'on n'arrive plus à distinguer de stries; cette bande rouge se présente avec des aspects étoilés ou plus ou moins arborescents.

Cette transformation complète de l'aspect cellulaire et de la bordure en brosse peut s'expliquer de la façon suivante : la bordure en brosse repoussée par les corps cellulaires qui viennent faire hernie dans la lumière du tube, épouse la portion de la cellule qui vient saillir ainsi, et bientôt le gonflement de cette dernière augmentant, la bordure en brosse d'une cellule se fusionne avec celle des cellules voisines, d'où formation d'un véritable feston irrégulier, étoilé, arborescent.

Les noyaux se colorent moins bien, les granulations ont presque toujours disparu, sauf près de la membrane basale du tube où elles persistent sous forme d'une large bande. Dans les points dénués de granulations, il existe un très fin réseau.

Ces lésions du second type sont bien moins marquées et surtout bien moins généralisées que dans nos figures 2 et 3. Ce qu'on retrouve assez fréquemment, c'est, au niveau d'un tube, le gonflement d'une seule des cellules, repoussant la bordure en brosse, faisant hernie dans la lumière et présentant une raréfaction notable des granulations protoplasmiques contrastant avec l'aspect des cellules avoisinantes ; le noyau de cette cellule devient plus pâle et se déforme.

Le deuxième lapin fut sacrifié très tardivement et n'avait reçu qu'une dose faible de sérum.

Tué le soixante-troisième jour après l'injection, alors qu'il avait augmenté de poids, nous fûmes très étonnés de retrouver encore

de l'albuminurie, légère il est vrai. Nous comptions ne constater que très peu de lésions histologiques au niveau du rein; cependant nous notâmes des altérations manifestes.

Il existe une légère hyperplasie, en îlots, du tissu cellulaire péritubulaire.

Les glomérules et les tubes droits sont normaux; on retrouve de l'endo- et de la périvascularite au niveau des artérioles.

Les tubes contournés présentent des lésions variables. Elles se retrouvent par îlots, et sont à des degrés différents.

Au niveau de quelques tubes existe de la cytolyse protoplasmique périnucléaire; la bordure en brosse est toujours bien visible. Les lésions du protoplasma sont plus diffuses dans d'autres tubes; celui-ci semble formé de mailles très fines entre lesquelles existent des granulations plus ou moins rares suivant les cas, mais plus clairsemées que normalement.

Enfin, certains tubes sont beaucoup plus atteints. La bordure en brosse ne figure plus que sous la forme d'une mince bande rouge festonnée; les granulations ont presque complètement disparu, elles sont même absentes près de la membrane basale, et le corps cellulaire en entier n'est plus représenté que par un réseau très fin, à mailles très lâches, limité d'un côté par la membrane basale, de l'autre par la bordure en brosse.

Les lésions du rein causées par le sérum autonéphrotoxique, persistent donc encore après plus de deux mois; elles semblent se restreindre, il est vrai, mais en se limitant elles deviennent plus profondes, plus complètes.

II. Sérum hétéro-néphrotoxique. — Nefedieff a consigné ses expériences dans les *Annales de l'Institut Pasteur*. Nous avons tâché de nous rapprocher le plus possible de sa technique en ce qui concerne l'obtention du sérum et l'injection de ce sérum aux animaux, mais nous avons cherché à y ajouter une technique histologique aussi parfaite que possible.

Nefedieff a montré qu'à la suite de l'injection à un cobaye de sérum de lapin soumis préalablement à des injections répétées de parenchyme rénal de cobaye, le sérum de ce cobaye acquiert des propriétés hémolytiques et néphrotoxiques. « Les propriétés néphrotoxiques, dit-il, sont très faibles, car les modifications anatomo-pathologiques des reins sont insignifiantes. »

A l'encontre de Nefedieff, nous avons trouvé que ce sérum était manifestement néphrotoxique et nous avons toujours constaté, au niveau des reins, des altérations cellulaires analogues à celles que nous avons décrites au niveau du rein à la suite de l'injection intra-péritonéale du parenchyme rénal du cobaye.

Nous avons opéré de la façon suivante: Nos lapins reçurent trois injections de rein de cobaye à des intervalles variant de sept à douze jours. L'animal étant encore vivant, on lui retira aseptiquement, par ponction du cœur, 20 à 25 centimètres cubes de sang. Ce prélèvement fut fait chez deux lapins ainsi préparés. Chez le premier, le sang fut recueilli vingt-quatre heures après la dernière injection du rein (le sérum servit à injecter trois cobayes à doses différentes). Chez le deuxième, la prise fut faite quatre jours après la dernière injection; le sérum fut injecté à un seul cobaye et à forte dose.

Le sang était recueilli aseptiquement dans des tubes stérilisés. Le lendemain, on prélevait le sérum et on injectait sous la peau de cobayes des quantités de sérum déterminées de la façon suivante: 10 centimètres cubes par kilogramme d'animal à 3 cobayes; 5 centimètres cubes par kilogramme d'animal à 1 cobaye.

De ces quatre animaux, l'un mourut dans la nuit, l'autre sept jours après; ces deux animaux avaient reçu de fortes injections. Le troisième cobaye, traité par des doses élevées, présentait dès le lendemain et le surlendemain des urines albumineuses; il fut sacrifié quarante-huit heures après; il avait maigri de 19 grammes.

Le quatrième, traité par une faible dose de sérum, ne présenta pas d'albumine; il fut sacrifié quatorze jours après l'injection; on notait chez lui une diminution de poids qui commença dès le lendemain de l'injection et se maintint par la suite, puisque quatorze jours après celle-ci, le cobaye avait maigri de 96 grammes.

La toxicité du sérum hétéronéphrotoxique nous semble donc prouvée:

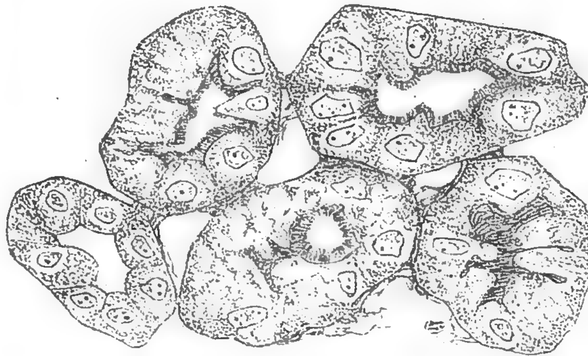


Figure 5. — Coupe du rein. Immersion 1/18 Verick.
Rein de cobaye auquel on a injecté sous la peau 3 c. c. 1/2 de sérum d'un lapin auquel on avait fait successivement, à dix jours d'intervalle d'abord, puis à sept jours ensuite, des injections intra-péritonéales de rein de cobaye. Sacrifié deux jours après l'injection.

1° Par la mort de deux des animaux;

2° Par l'albumine;

3° Par la diminution constante du poids;

4° Par les lésions histologiques, que nous pûmes constater.

Etudions d'abord deux des cobayes ayant reçu une forte injection (fig. 5); le troisième étant mort dans la nuit ne pourra nous donner aucun renseignement histologique la prise des pièces ayant été trop tardive.

Les lésions sont aussi marquées au bout de vingt-quatre heures qu'au bout de deux jours; on note cependant au bout de vingt-quatre heures de la réplétion vasculaire qui disparaît après quarante-huit heures.

Les glomérules sont à peu près sains; toutefois on note à l'intérieur de la capsule de Bowmann un léger exsudat et quelques cellules gonflées à la périphérie. Les cellules des tubes droits sont boursouflées; il existe même de la cytolyse protoplasmique périnucléaire.

Les tubes contournés sont certainement les plus lésés. Les altérations sont en tous points semblables à celles que nous avons décrites plus haut (fig. 4), mais elles sont moins marquées que celles que l'on retrouve à la suite d'injection directe de substance rénale (fig. 2 et 3). Elles sont toujours disposées en îlots.

Une série de tubes ont conservé leur lumière; la bordure en brosse persiste très nette partout. On constate simplement de la cytolyse protoplasmique périnucléaire; les noyaux sont mal colorés.

La majorité des tubes présentent des cellules boursouflées; les bordures en brosse, repoussées par les corps cellulaires, se fusionnent et dessinent les formes en étoile et arborescentes que nous avons déjà décrites; les granulations se raréfient non seulement autour des noyaux, mais encore dans tout le reste de la cellule, et ne persistent que près de la membrane basale.

On constate enfin un boursouflement souvent très marqué de l'endothélium vasculaire.

Le quatrième cobaye, traité par des injections faibles et sacrifié plus tardivement, présentait au niveau de son rein des lésions assez spéciales. On est frappé de l'existence, par places, d'une hyperplasie très nette du tissu cellulaire péritubulaire; celui-ci est formé de fibrilles assez ténues à mailles lâches renfermant des cellules à leur intérieur.

Quelques glomérules sont devenus peu perméables à la suite du développement du tissu périvasculaire. Certains présentent des capillaires très dilatés, remplis de globules; d'autres sont ratatinés, comme revenus sur eux-mêmes, et densifiés. Par endroit existe de l'exsudat dans la capsule de Bowmann.

Les cellules des tubes droits sont très gonflées, volumineuses.

Il existe de l'endartérite.

Les tubes contournés sont lésés; le protoplasma revêt un aspect finement vacuolaire; par places ces vacuoles sont considérables, occupant une grande partie du corps cellulaire; en d'autres points il existe de véritables placards intra-cellulaires dénués de toute granulation. La bordure en brosse subsiste dans tous les tubes; mais en bien des points les cellules sont gonflées, et la lumière centrale n'est plus représentée que par la ligne festonnée de cette bordure.

Les noyaux ont disparu au niveau des tubes les plus lésés.

*
* *

De nos expériences il nous est donc permis de conclure à l'existence de lésions constantes, reproduisant souvent un type déterminé et toujours le même, à la suite d'injections soit de parenchyme rénal, soit de sérum néphrotoxique.

Il nous semble donc ainsi avoir démontré:

1° La toxicité du parenchyme rénal pour l'animal à qui il appartenait ou l'animal d'une autre espèce;

2° La réalité de l'existence d'une néphrotoxine dans le sérum d'un animal soumis à des injections de substance rénale.

Mais ce qui ressort avec évidence de nos constatations, c'est que les lésions produites sur les reins par le sérum néphrotoxique sont absolument de même ordre, mais de moindre intensité, que les lésions engendrées par les injections intra-péritonéales de substance rénale. La substance toxique pour le rein semble donc être la même dans les deux cas. Elle est

1. Castaigne et Rathery. — « Lésions expérimentales de l'épithélium des tubes contournés ». *Soc. de biol.*, 1902, 17 Mai.

formée par les cellules épithéliales des tubes contournés qui constituent pour les cellules nobles du rein un poison électif. Il n'est donc pas nécessaire d'invoquer pour la production du sérum néphrotoxique de mécanisme autre que le passage dans le sang des produits de destruction des cellules des tubes contournés, et il serait intéressant de rechercher pour les autres sérums cyto-toxiques si le mécanisme de production n'est pas le même. Il y a là une question théorique très importante qui, à notre connaissance, n'avait pas été envisagée. De plus, au point de vue pratique, la question des cyto-toxines ainsi envisagée confine de bien près à l'organothérapie. On est en droit de se demander, du moment que l'injection d'un tissu organique constitue un poison électif pour cet organe, comment il peut se faire que, en thérapeutique, on puisse faire appel à l'organothérapie. Il nous semble qu'il y a là une question de doses; la substance rénale, qui est toxique à forte dose, pourrait être excitante, au contraire, à doses faibles. Nous touchons-là à une série de considérations et de travaux que nous avons envisagés d'une façon connexe avec les précédents, mais que nous ne pouvons qu'énoncer ici. Leur description ultérieure sera le complément nécessaire de cette étude sur la toxicité de la substance rénale et sur les néphro-toxines.

L'INTOXICATION SATURNINE

CHEZ L'ENFANT

Par R. ROMME

A plusieurs reprises, à la Société médicale des hôpitaux, M. Variot a attiré l'attention sur les conditions particulières dans lesquelles peut se produire l'intoxication saturnine chez l'enfant. Ses deux observations de gobelet et de trompette plombifères eurent même les honneurs de la grande presse et piquèrent vivement la curiosité du public. Est-il téméraire de penser qu'elles furent aussi instructives pour bon nombre de praticiens? Il suffit de lire la thèse toute récente de M. Dufour-Labastide pour voir jusqu'à quel point l'étiologie de l'intoxication saturnine est complexe et difficile à dépister chez l'enfant. Les faits que nous allons citer à l'appui de cette opinion le prouvent surabondamment.

* * *

L'intoxication saturnine acquise chez l'enfant peut être professionnelle ou accidentelle. L'étiologie de la première est la même que chez l'adulte et nous n'avons pas à nous en occuper.

Parmi les causes accidentelles de l'intoxication viennent en premier lieu les *aliments*, et, chez le nourrisson, le *lait*.

Le cas s'est présenté, de nourrices s'intoxiquant par l'abus de topiques divers : *fards* sur le visage, *cosmétiques* à la litharge et *teintures* pour les cheveux, et communiquant par le lait le poison à leur nourrisson. Balland a fait à ce sujet des expériences particulièrement intéressantes. Il intoxiqua une chienne le jour de sa mise à bas; pendant trente-six jours les petits ne furent nourris que par le lait de la mère. Bientôt ceux-ci, venus au monde bien conformés et vigoureux, présentèrent les symptômes d'une anémie qui ne fit qu'augmenter jusqu'au jour où on cessa l'intoxication maternelle. Les petits restèrent très longtemps chétifs et atteints d'anémie assez rebelle; quelques-uns même présentèrent des symptômes nets d'intoxication consistant en paraplégie. On retrouva du plomb dans les muscles et les viscères des petits.

Le lait peut aussi emprunter le poison aux *préparations plombiques appliquées sur les mamelons de la nourrice*. Bouchut a rapporté le cas d'un empoisonnement causé par une solution concentrée d'acétate de plomb, mise sur les gerçures du sein de la nourrice. Récemment encore, M. Roussel a insisté sur la difficulté du diagnostic étiologique des coliques, avec constipation et vomissements, chez le nouveau-né, lorsque ces coliques ont été provoquées par l'usage d'un cosmétique très employé pour les crevasses du sein et composé d'un alliage de plomb et d'étain.

Enfin, les *biberons* peuvent causer des accidents par leurs bouts en plomb (Flemming) ou en caoutchouc vulcanisé plombifère; Eulenberg fit examiner plusieurs de ces derniers provenant d'une fabrique de Berlin : ils contenaient des traces d'oxyde de zinc, 25 pour 100 de craie et 13 1/2 pour 100 de carbonate de plomb.

L'*eau*, les *vins*, les *cidres* et *bières*, les *eaux* dites *de Seltz*, le *vinaigre*, le *rhum* et les *eaux-de-vie*, l'*eau de fleurs d'oranger*, les *sirops* peuvent contenir du plomb : des fabricants se servent de litharge pour frelater ou adoucir certains de ces liquides; le plomb peut provenir aussi du récipient où le liquide a séjourné. Un des cas les plus intéressants est celui de M. Variot dont nous venons de parler. Il a, comme étiologie, un *gobelet* d'étain plombifère dans lequel on laissait séjourner du lait pendant toute la journée; l'enfant y avait bu en outre de la tisane chaude et de l'eau rougie. Les gobelets de ce genre doivent être d'un usage assez courant pour les enfants, en raison de leur solidité. M. Variot eut l'idée de faire analyser par le laboratoire municipal une des timbales que l'Assistance publique donne aux enfants de nos hôpitaux. Elle était plombifère et contenait 12 pour 100 de plomb.

Du reste, les aliments solides peuvent, comme les boissons, s'imprégner de plomb au contact de leurs divers récipients, qu'ils soient conservés dans des vases soudés, contenus dans des poteries vernies au plomb ou émaillées, ou cuits dans des rôtissoires émaillées, et surtout dans des casseroles étamées.

Parmi les aliments d'usage journalier qui peuvent causer des intoxications, il faut citer : le *pain*, soit parce que la farine a été additionnée de céruse ou mélangée avec des parcelles de plomb provenant des meules, soit parce qu'il a été cuit avec des bois peints à la céruse; le *sucre* qui a été fabriqué par le procédé de Scoffern ou coulé dans des formes peintes intérieurement à la céruse; et le *beurre* adouci à la céruse ou coloré avec le chromate de plomb.

Le chromate de plomb a été l'origine de nombre d'intoxications chez l'enfant, parce qu'il sert à colorer les *bonbons* et les *gâteaux*.

Les *papiers* qui servent à envelopper les bonbons de tous genres et le chocolat sont souvent peints avec des préparations saturnines qui leur donnent une couleur vive et agréable. C'est du chromate de plomb, du carbonate de plomb ou du jaune de Naples qu'on se sert pour colorer ces papiers ou papillotes.

Dans une seconde classe de causes d'intoxication, on peut faire entrer les *surfaces*, les *tissus* et les *topiques* plombifères. L'absorption ne se fait plus toujours par les voies digestives, comme pour les aliments, mais aussi par les voies respiratoires et la surface tégumentaire, et quelquefois uniquement par elles, comme dans les cas suivants.

Parmi les causes générales de cette catégorie, il faut citer l'*habitation d'appartements* fraîchement peints à la céruse, le *chauffage* avec de vieilles boiseries peintes ou avec de la braise en provenant; les *tissus*, *lainages* et *soies* chargés de plomb; les *chaussures* à cuir intérieur blanchi au plomb (le cas est assez commun, d'après M. Gautier).

Quelquefois, comme dans le cas rapporté par M. Variot, l'intoxication a dû se faire surtout par les voies digestives. L'enfant en question jouait l'été sur une *terrasse recouverte de lames de plomb*, exposée au soleil; s'il pleuvait après une journée très chaude, le plomb se recouvrait d'un dépôt blanc grisâtre pulvérulent, probablement de carbonate de plomb, qui s'enlevait facilement au moindre frottement, et que l'enfant faisait certainement pénétrer dans son tube digestif, en portant les doigts à la bouche.

Il faut noter, dans cette observation, l'influence que paraît avoir exercée la chaleur solaire sur l'éclosion des accidents. La même action lui a été attribuée par des médecins allemands et suisses dans l'intoxication dont ils ont observé les premiers symptômes chez des enfants charriés dans des *voitures d'osier* protégées contre les intempéries par une *capote* qui se replie, *faite en toile vernie* blanche, grise ou verte. Un fragment d'une de ces toiles, pesant 10 grammes, donna à l'analyse un grain de plomb de 4 gr. 27.

La même remarque s'applique aux *toiles cirées blanches* imitant le linge damassé dont on recouvre les tables à manger, et qui peuvent contenir, d'après M. Gautier, 330 grammes de plomb par mètre carré.

Une cause avérée d'intoxication pour l'enfant est l'usage de *jouets* colorés au plomb (que ce soit à la céruse, à la mine orange, au minium ou au chromate de plomb) souvent peints par un simple encollage et non vernis: tous sont dangereux, puisque l'enfant a la malheureuse habitude de tout porter à sa bouche; mais l'intoxication n'est-elle pas presque fatale lorsqu'il s'agit de *soldats de plomb*, ou d'une *trompette* dont l'embouchure peut contenir jusqu'à 88 pour 100 de plomb, comme dans l'observation de M. Variot?

Les boîtes de couleurs avec lesquelles jouent les enfants contiennent souvent des matières toxiques. Les couleurs jaunes sont faites avec du chromate de plomb (jaune de chrome); les vertes avec un mélange de cyanure de fer et de chromate de plomb; les rouges avec de l'oxyde rouge de plomb (minium); les blanches avec du carbonate de plomb (céruse); les autres couleurs sont obtenues par des mélanges. Au lieu de tremper leurs pinceaux dans l'eau pour délayer les couleurs, les enfants malheureusement trouvent plus expéditif et plus commode de les mouiller dans leur bouche.

Les cartes de visite glacées au moyen d'une préparation contenant de la céruse, avec lesquelles jouent les enfants, et dont ils peuvent mâcher et avaler des fragments, ont déterminé à plusieurs reprises des phénomènes d'intoxication. La même remarque s'applique aux *pains à cacheter*, colorés au minium ou au jaune de chrome.

Dans une dernière catégorie on peut ranger les substances plombifères employées dans un but *thérapeutique*. Citons seulement, comme ayant produit des phénomènes d'intoxication chez des enfants : la *céruse* employée à saupoudrer des excoriations aux cuisses (Chaussier); l'*acétate de plomb* employé soit en solution pour une coupure (Chapin), soit en collyre pour une conjonctivite granuleuse chronique; *l'eau de Goulard* mise en grande quantité sur la poitrine de la nourrice (Lœwy); et les solutions plombifères employées contre les gerçures du sein, que nous avons déjà signalées.

Pour terminer, il nous reste encore à citer un cas très curieux rapporté par M. Dufour-Labastide. Il s'agit de *grains de plomb* qu'un enfant reçut dans un accident de chasse et qui, laissés dans la plaie, furent l'origine de l'intoxication.

* * *

Les cas que nous avons cités ne sont pas seulement intéressants au point de vue anecdotique. Ils sont vraiment instructifs en ce sens qu'ils nous montrent toute la sagacité dont le médecin doit parfois faire preuve pour reconnaître une intoxication saturnine que rien de prime abord ne faisait soupçonner.

R. ROMME.

CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

Douzième session. — Grenoble, 1er Août 1902[1].

Les autoaccusateurs au point de vue médico-légal. — M. ERNEST DUPRÉ (de Paris), **rapporteur.** L'histoire des autoaccusateurs est actuellement assez riche en document, d'ordre clinique et médico-légal, pour se prêter à une étude d'ensemble, d'un haut intérêt théorique et pratique pour le psychologue, le médecin et le magistrat.

Au début de cette étude s'impose une définition claire et précise du terme « autoaccusateur ». Dans le langage de la psychiatrie clinique, le terme autoaccusateur s'applique non seulement au sujet qui avoue avoir commis un crime déterminé dont il relate, avec des détails circonstanciés, le lieu, l'heure et l'exécution, mais encore au malade qui porte sur lui-même un jugement défavorable, qui se déprécie, parle de sa déchéance physique et morale et exprime des idées générales d'incapacité, d'indignité, de culpabilité et de remords. Dans le langage de la psychiatrie médico-légale, le terme « autoaccusateur » a une signification beaucoup plus étroite : il s'applique seulement au sujet qui, délirant ou lucide, sincère ou menteur, halluciné ou raisonnant, mû par un sentiment pathologique ou par un mobile intéressé, s'accuse dans un acte, provoqué ou spontané, direct ou indirect, verbal ou écrit, d'autodénonciation vis-à-vis des autorités administratives ou judiciaires. Cette distinction entre les deux acceptions, médicale et juridique, du vocable autoaccusateur, sur laquelle a judicieusement insisté Régis, établit nettement les rapports réciproques des deux domaines, clinique et médico-légal, de l'autoaccusation. L'histoire psychopathologique de l'autoaccusation comprend en effet toutes les modalités du délire de culpabilité des mélancoliques, toutes les variétés des idées délirantes, obsédantes, ou simplement vaniteuses, impulsives, d'autoaccusation des dégénérés, tous les romans hallucinatoires et oniriques de criminalité imaginaire des alcooliques et des hystériques, toutes les conceptions épisodiques de même nature des déments; tandis que l'histoire médico-légale des autoaccusateurs étudie, parmi tous ces différents types, ceux qui, franchissant les limites du délire platonique de culpabilité, ou même n'ayant jamais été délirants, passent à l'acte de l'autodénonciation, en se déclarant les auteurs de délits ou de crimes dont ils doivent rendre compte à la justice. En médecine légale, « autoaccusation » est donc synonyme d' « autodénonciation ».

L'autoaccusation chez les mélancoliques procède directement des malaises cénesthésiques, de l'inhibition psychique et de la douleur morale qui constituent le substratum pathogénique du délire mélancolique. Ce délire, qui affecte d'abord la forme d'idées de culpabilité générale, diffuse, peut, en vertu de processus automatiques, d'inférence logique et de déduction raisonnante, évoluer vers un délire de culpabilité précise, qui s'affirme nettement devant la conscience, dans la représentation claire d'une faute déterminée. Les éléments qui déterminent ainsi avec précision le crime commis sont empruntés, soit à l'interprétation morbide de coïncidences extérieures, soit au souvenir et au grossissement hypertrophique de mêmes peccatilles passées, soit à la culture d'une idée fixe post-onirique, soit à l'attribution personnelle, directe ou indirecte, de malheurs, de catastrophes ou de crimes, dont le mélancolique assume la responsabilité. Lorsque, par un mécanisme variable, a pris corps dans l'espace et dans le temps, et s'est précisée dans son objet l'idée d'une culpabilité déterminée, *le mélancolique, de coupable, devient accusateur*. La plupart des mélancoliques autoaccusateurs, ne dépassant pas ce stade d'évolution délirante, restent ainsi platoniques dans leurs idées d'autoaccusation. Quelques-uns d'entre eux vont plus loin et de l'idée passent à l'acte. *D'autoaccusateurs platoniques, ils deviennent autodénonciateurs* et entrent ainsi, par une intervention active auprès des autorités, de plain pied dans le domaine médico-légal du délire mélancolique d'autoaccusation. Cette évolution logique du mélancolique, de la culpabilité diffuse à la culpabilité précise ou autoaccusation, et de l'idée platonique d'autoaccusation à l'acte de l'autodénonciation, rappelle de loin l'évolution médico-légale du persécuté, qui passe ainsi de l'inquiétude vague à la persécution précise, et de l'idée inoffensive de persécution passive à l'acte justicier de la défense ou de la vengeance.

Dans les deux cas, le passage de l'aliéné du domaine clinique au domaine médico-légal du délire est marqué par l'acte social, qui apparaît comme le produit logique de la croyance du malade.

Cette évolution du délire mélancolique d'auto-accusation vers sa phase médico-légale peut se résumer par les termes de la filiation chronologique suivante :

1° État mélancolique;

2° Délire de culpabilité diffuse;

3° Autoaccusation précise, mais passive et platonique;

4° Autodénonciation active.

Presque tous les mélancoliques réalisent le deuxième état; beaucoup atteignent le troisième; une infime minorité seulement arrivent jusqu'au quatrième terme. *Ceux-là seulement sont les autoaccusateurs mélancoliques médico-légaux.*

Presque tous ces malades sont des femmes, et la plupart s'accusent de crimes, surtout d'infanticides.

L'autoaccusation, chez les dégénérés, est extrêmement fréquente ; on la rencontre dans la débilité et dans la déséquilibration mentales, au cours des obsessions, enfin dans les différentes variétés de paranoïas dégénératives.

Les dégénérés inférieurs, débiles et déséquilibrés, constituent dans la foule hétérogène des autoaccusateurs une catégorie bien spéciale, riche en types très divers et très curieux. Chacun d'eux, dans le roman criminel dont il s'improvise le héros, joue le rôle d'un personnage parfois troublant pour le magistrat instructeur, souvent énigmatique pour le psychologue, toujours intéressant pour le médecin.

A l'inverse des autoaccusateurs mélancoliques, qui sont délirants, sincères, anxieux et repentants, les autoaccusateurs dégénérés sont presque toujours lucides, conscients, menteurs, indifférents ou glorieux. A l'inverse des mélancoliques qui ont tous, dans l'uniformité de leur délire, un air de famille, les dégénérés sont tous différents les uns des autres, et offrent, dans leur autoaccusation, la physionomie clinique la plus variable et la plus individuelle; l'histoire de chacun d'eux est un roman toujours nouveau.

Parmi ces dégénérés autoaccusateurs on peut distinguer plusieurs types :

Les débiles intellectuels simples, se dénonçant sous la simple incitation d'une suggestion impulsive, à la suite d'une lecture, d'une conversation, d'un rêve : c'est l'autoaccusation par réflexe psychique élémentaire, sans racines ou relations associatives dans la mentalité, sans préparation comme sans portée.

Les débiles intellectuels vaniteux, se dénonçant par besoin de mensonge et surtout par appétit de gloriole, par vanité, par désir de se mettre en scène, de faire parler d'eux. Chez ces malades, le roman de l'autoaccusation est un peu plus solide et plus vraisemblable que chez les débiles précédents.

Les débiles moraux, égoïstes, mystificateurs et pervertis instinctifs, mettent au service de leurs mauvais appétits l'acte prémédité de l'autodénonciation mensongère et consciente : c'est ici un calcul intéressé, joint à l'appétit du mensonge et à l'imbécillité morale, qui échafaude un roman criminel imaginaire, dont l'autoaccusateur veut paraître le héros intéressant, pour en devenir indirectement le bénéficiaire intéressé.

Les obsédés peuvent présenter des idées obsédantes d'autoaccusation consécutives elles-mêmes à des obsessions-impulsions criminelles. Le malade, douteux et anxieux, se demande s'il a réellement commis le crime dont il a cultivé l'idée, et arrive à se croire réellement coupable.

Les dégénérés paranoïaques qui formulent des idées d'autoaccusation sont les autoaccusateurs systématiques primitifs (Séglas) et les persécutés autoaccusateurs étudiés surtout par Ballet, Leglas, Lalanne, chez qui s'associent les deux délires de persécution et d'autoaccusation : en pareil cas, les états de mélancolie, d'hypochondrie et d'obsession orientent et compliquent le processus psychopatique en cause. Ces autoaccusateurs délirants peuvent intéresser le médecin légiste par leurs tentatives de suicide et leurs tendances aux automutilations et à la poursuite obstinée de l'intervention chirurgicale. En dehors de ces épisodes, ces dégénérés délirants autoaccusateurs n'ont pas d'intérêt médico-légal.

Chez tous les dégénérés autoaccusateurs, particulièrement chez certains persécutés autoaccusateurs alcooliques (Roubinowitch) et surtout chez les débiles et les déséquilibrés, les associations morbides les plus diverses (alcoolisme, hystérie, épilepsie, infections, surmenage, etc.) peuvent intervenir dans les moments étiologiques comme dans les modalités cliniques de l'autoaccusation. Le facteur étiologique le plus fréquemment surajouté est l'alcoolisme. L'appoint toxique pousse alors le débile à l'acte de l'autodénonciation, en excitant l'automatisme psychologique, en affaiblissant le pouvoir d'inhibition et en intervenant aussi, par l'intermédiaire du délire onirique, dans un procès morbide dont on entrevoit la complexité étiologique.

L'autoaccusation chez les alcooliques présente, à cause de sa fréquence, de son mécanisme pathogénique et de son évolution clinique le plus grand intérêt. On l'observe toujours chez les hommes adultes, intoxiqués d'assez longue date, sous l'influence d'un excès massif de boissons ou d'un surmenage récent, d'une infection ou d'une intoxication, éléments épisodiques surajoutés à l'alcoolisme chronique.

L'autoaccusation représente une des formes délirantes de l'ivresse psychique qu'on observe parmi les prédisposés, chez les individus imaginatifs (P. Garnier).

D'origine hallucinatoire, de nature onirique, le délire évolue autour d'une idée fixe qui survit au rêve morbide (Régis) et qui évolue pendant plusieurs heures ou quelques jours sur un fond d'amnésie, d'obnubilation et de confusion mentales, en imposant au malade la conviction qu'il vient de commettre un crime sanglant, sauvage, dont les éléments (victime, cadre de l'action), etc., sont empruntés à sa vie ordinaire (meurtre d'une parente), à ses lectures (crime de l'actualité), à ses préoccupations (assassinat politique).

Le drame onirique saisissant de vie hallucinatoire et souvent de tragique horreur, détermine chez le malade les réactions les plus intéressantes dans leur sincérité et leur mimique.

La survie de l'idée fixe de culpabilité est presque toujours éphémère, et le délire d'autoaccusation d'origine toxique s'efface en quelques jours, à travers des phases oscillantes et irrégulières de conviction délirante et de lucidité consciente, au terme desquelles le malade se ressaisit complètement.

L'autoaccusation des psychoses toxiques s'observe également chez les typhiques, dans les états d'inanition et dans certaines crises oniriques d'étiologie imprécise, mais certainement de nature toxique.

L'intérêt médico-légal de l'autointoxication d'origine toxique se tire de la fréquence de ces situations pathologiques où se pose le problème de la mesure à prendre vis-à-vis de l'autoaccusateur. Celui-ci, délirant transitoire, ne doit presque jamais être interné à l'asile : une courte période de mise en observation suffira le plus souvent pour juger cette crise psychopathique temporaire et curable, permettre la mise en liberté de l'autoaccusateur et épargner au malade les fâcheuses conséquences de l'internement.

L'autoaccusation chez les hystériques, extrêmement rare, relativement à l'hétéroaccusation, s'associe parfois à celle-ci dans un complexus d'autohétéroaccusation, visant des fautes d'ordre sexuel (attentats, adultères, etc.). Elle s'observe chez les femmes et peut entraîner de fâcheuses conséquences.

A propos de l'autoaccusation chez les hystériques, on doit, dans une histoire médico-légale des autoaccusateurs, accorder une mention rétrospective aux crimes imaginaires d'avortement, de viol, d'empoisonnement, de sodomie, d'inceste, d'adultère, etc., avoués spontanément et souvent sans l'intervention de la torture par les sorcières et leurs complices devant les tribunaux des grands procès de sorcellerie des XVe, XVIe, XVIIe siècles. Ces malheureuses et irresponsables victimes d'une époque ignorante et d'une procédure barbare, atteintes d'hystérie, de débilité mentale et des diverses formes démonopathiques du délire de possession, représentent une innombrable théorie d'autoaccusateurs, dont l'histoire médico-légale n'est qu'un long et instructif martyrologe.

L'autoaccusation chez les épileptiques peut dériver des tentatives d'explications faites par le malade au sortir de son accès, pour justifier le crime qu'il vient de commettre dans l'inconscience de son délire.

L'autoaccusation épisodique chez certains déments n'a pas d'histoire médico-légale.

La situation créée vis-à-vis de lui-même et des autorités par l'autoaccusateur, au moment et par le fait de son aveu, varie beaucoup suivant le contenu de l'autoaccusation. A ce propos, la division très

1. Voy. *La Presse Médicale*, 1902, n° 63, p. 750, et n° 64, p. 763.

claire et très simple, proposée par Régis, des différentes situations médico-légales créées par les autoaccusateurs est un modèle de sériation pratique des faits, classés d'après leur importance judiciaire. Cette classification, qui embrasse sous ses quatre chefs toutes les éventualités possibles de l'autoaccusation, comprend les cas où un individu s'accuse :

1° D'un crime inexistant;

2° D'un crime réel, mais inimputable à l'autoaccusateur;

3° D'un crime réel et imputable à l'autoaccusateur;

4° D'un crime réellement commis par lui, mais grossi et aggravé par la déposition ou avoué sans sollicitation extérieure, sous des influences pathologiques, généralement d'ordre impulsif, parfois sous l'influence du remords.

Toute autoaccusation pose un double problème, l'un judiciaire, au magistrat instructeur, l'autre médical, à l'expert. Le premier problème : démonstration de la réalité ou de l'imputabilité du crime, se pose presque toujours avant le second : démonstration de l'état d'aliénation ou de non-aliénation de l'autoaccusateur.

Les conditions dans lesquelles se pose le problème judiciaire dépendent en partie du mode de l'autodénonciation, verbale ou écrite, adressée aux commissaires de police, aux gendarmes, au parquet, etc. Ces conditions imposent souvent aux magistrats instructeurs l'hypothèse de la folie chez l'autoaccusateur. Celui-ci, élargi ou dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt, à Paris, est soumis dans ce dernier cas à l'examen d'un aliéniste, devant lequel se pose alors le problème médical de l'autoaccusation.

Dans d'autres cas, une enquête est ouverte et avant l'intervention de l'expert, une instruction est commencée.

Cette enquête aboutit, suivant la conviction du juge d'instruction, à un non-lieu ou à une ordonnance de renvoi devant le tribunal compétent. L'expertise médico-légale peut ainsi intervenir aux trois phases de la procédure criminelle : celle de l'action de la police judiciaire, celle de l'enquête du juge d'instruction et, enfin, celle des opérations du tribunal. En l'absence d'expertise médico-légale, le problème de l'autoaccusation reste dans le domaine judiciaire et peut comporter alors, suivant les différentes législations, des solutions juridiques intéressantes à considérer.

L'étendue de cette question comprend l'examen de la valeur probante et de l'évolution juridique et historique de l'aveu (système des preuves légales, des preuves morales d'intime conviction); l'examen des conséquences des autoaccusations postérieures aux arrêts judiciaires; l'interprétation de la loi du 9 Juin 1895, relative à l'introduction du fait nouveau, en matière de revision; la notion de l'impossibilité de cette revision contre l'individu acquitté, au cas où celui-ci deviendrait autoaccusateur rétrospectif, ce déclarer coupable du crime dont il a été innocenté.

L'étude comparée des législations étrangères montre d'intéressantes différences entre le droit pénal et la procédure criminelle de certains pays (Angleterre, Allemagne, Espagne, etc.) et la loi française, relativement à la valeur probante de l'aveu.

La question de la pénalité que peut encourir, du fait de sa fausse déclaration aux autorités, l'autoaccusateur, mérite d'être discutée.

La nécessité de l'expertise médico-légale en présence d'un sujet qui se dénonce ressort de la nature très souvent pathologique de l'autoaccusation, même lucide et véridique.

Le problème qui se pose à l'expert est celui du diagnostic de l'état mental de l'autoaccusateur, lequel se déduit, non pas des données de l'enquête administrative et judiciaire, mais de l'examen complet de l'autoaccusateur et de l'autoaccusation : celle-ci étudiée dans son contenu, son éclosion étiologique, son mécanisme pathogénique, son aspect clinique, son allure évolutive, ses concomitants psychiques et somatiques, etc.

C'est à l'aide de tous ces éléments que l'expert déterminera le type pathologique de l'autoaccusateur. La réalité même des crimes révélés par l'autoaccusateur ne va pas contre la possibilité de la nature morbide de l'autoaccusation (Régis).

De l'étude critique et comparée des observations, ressortent quelques conclusions statistiques intéressantes.

Les autoaccusateurs se recrutent, par ordre de fréquence, d'abord chez les alcooliques, ensuite chez les dégénérés; bien au-dessous de ces deux catégories psychiatriques, figurent les états mélancoliques, l'hystérie et, enfin, les états démentiels. L'association de ces différents processus concourt souvent à l'étiologie de l'autoaccusation.

Environ les deux tiers des autoaccusations portent sur des crimes inexistants, dont une courte enquête préliminaire démontre la nature imaginaire. Le dernier tiers se partage entre des crimes réels, mais le plus souvent impossibles à imputer à leurs prétendus auteurs. Une dernière catégorie de faits, sur laquelle a insisté Régis, vise les crimes réellement commis et avoués par les coupables, sous des influences ou dans des dispositions d'ordre pathologique.

L'étude des faits d'autoaccusation démontre que ceux-ci ont pu et peuvent encore entraîner de regrettables conséquences pratiques et judiciaires (condamnations injustes, longues préventions pendant de loborieuses enquêtes, action en justice inutile, etc.). Dans des cas exceptionnels, une autoaccusation légitime, commise sous l'influence du remords, peut provoquer, par la revision du procès, la réparation d'une erreur judiciaire.

Si rares que soient, en fait, ces fâcheuses exceptions, elles suffisent à justifier, aux yeux du médecin et du magistrat, l'étude clinique et médico-légale des autoaccusateurs.

DISCUSSION

M. Régis fait une différence fondamentale entre les autodénonciateurs qui agissent, les uns sous l'influence du délire onirique, les autres sous l'influence de leurs obsessions; les premiers sont réellement convaincus; il persiste un doute dans les affirmations des seconds; ces derniers ne doivent pas être confondus avec les mélancoliques anxieux, qui par le développement normal de leurs idées de culpabilité arrivent quelquefois à l'autoaccusation; cette évolution de la mélancolie est rare. Enfin il existe des impulsifs qui, incapables de résister à leurs impulsions, préfèrent s'accuser euxmêmes pour se mettre ainsi dans l'impossibilité de commettre leurs actes.

MM. Giraud, Legrain, Rey, Vallon, Obrégia, Doutrebente communiquent des observations nouvelles d'autodénonciateurs.

(*A suivre.*) E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

4 et 11 Août 1902.

Sur le sérum antiparamécique. — *M. Ledoux-Lebard.* Cet auteur s'est efforcé d'augmenter le pouvoir toxique des sérums de lapin et cobaye pour les paramécies, au moyen d'injections de ces organismes. En utilisant des cultures pures de *Paramœcium caudatum*, il a obtenu, après cinq ou six injections sous la peau, un sérum doué de propriétés toxiques plus actives. Ce sérum antiparamécique ainsi obtenu possède une spécificité remarquable. Très actif vis-à-vis de *Paramœcium caudatum*, il est incomparablement moins vis-à-vis de *Paramœcium aurelia*. Cette toxicité persiste après le chauffage du sérum.

Action de la fermentation alcoolique sur le bacille typhique et sur le « Bacterium coli commune ». — *MM. F. Boddu et F. Tailheret.* Les recherches de ces savants établissent un point intéressant en matière d'hygiène, à savoir que la fermentation alcoolique par les levures n'a pas en elle-même d'action destructive sur le bacille d'Eberth et sur le *Bacterium coli commune*, mais que l'influence des moûts fermentés sur ces bactéries provient des produits complexes de la fermentation du moût sous la doub e action des levures et des bactéries qui s'y développent.

Sur l'hémoglobinurie d'origine musculaire. — *MM. Camus et Pagniez*, dans une note présentée par M. Bouchard, étudient l'hémoglobinurie provoquée par des injections de suc musculaire préparé à froid. Dans les cas d'hémoglobinurie ayant une semblable origine, le plasma sanguin ne renferme jamais d'hémoglobine, au contraire de ce qui a lieu quand l'hémoglobinurie a une autre cause déterminante.

G. VITOUX.

ANALYSES

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Y.-A. Chestopal. *Pathogénie de l'asthme bronchique* (*Thèse*, Moscou, 1902). — L'auteur a cherché à trouver l'explication de la pathogénie des accès d'asthme en reproduisant ces accès artificiellement chez des chiens.

Se basant sur 108 expériences, M. Chestopal arrive à porter les conclusions suivantes :

La contraction des muscles bronchiques, provoquée par l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique, n'exerce pas une influence notable sur le type de la respiration. Ni l'expérimentation, ni l'observation clinique ne justifient la théorie du spasme bronchique comme cause de l'accès d'asthme. Il en est de même de la théorie de la contraction spasmodique du diaphragme et des autres muscles inspirateurs; celle de la parésie des pneumogastriques n'est pas confirmée par les expériences, et la théorie du spasme des vaisseaux pulmonaires ne paraît pas suffisamment scientifique. Quant aux cristaux Charcot-Leyden, aux cellules éosinophiles et aux spirales de Curschmann, ils n'ont rien de particulier dans l'asthme. Par contre, l'auteur est arrivé à provoquer un accès asthmatique en provoquant, par inhalation de vapeurs d'ammoniaque, un gonflement et la sécrétion de la muqueuse des petites bronches. Aussi, M. Chestopal pense-t-il que l'asthme bronchique est dû à la tuméfaction de la muqueuse des petites bronches, tuméfaction d'origine nerveuse (très probablement une angionévrose).

Partant de cette hypothèse, l'auteur propose de créer un nouveau groupe névrologique : celui des angionévroses de la muqueuse des voies respiratoires, comprenant les affections qui s'accompagnent de gonflement névropathique de la muqueuse de ces voies, de la pituitaire, du larynx (faux croup), de la trachée, des ramifications bronchiques (asthme nerveux).

S. BROÏDO.

OBSTÉTRIQUE

Cyrille Jeannin. *Etiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides* (*Thèse*, Paris, Mai 1902). — Jusqu'à ces dernières années, la fièvre puerpérale fut considérée comme une maladie à formes cliniques multiples, mais relevant toujours, du moins dans ses manifestations graves, d'un même germe ; et, en 1889, dans sa thèse inaugurale, M. Widal fit connaître que ce germe n'était autre que le streptocoque de l'érysipèle. Toutefois, près des formes sérieuses, on reconnaissait l'existence d'infections beaucoup plus légères caractérisées essentiellement par la fétidité de l'écoulement lochial, fétidité que l'on se plut à considérer comme un indice de la bénignité des cas. Puis, dans ces derniers temps, les recherches bactériologiques s'étant faites chaque jour plus nombreuses, cette conception cessa de satisfaire les esprits. Aussi, voit-on au Congrès international de 1900 les rapporteurs à la Section d'obstétrique parler d'infections, non plus à streptocoques, mais à staphylocoques, à bacterium coli, etc., etc.

L'auteur du présent travail reprend complètement la question; mais, le sujet étant trop vaste, il se borne à l'étude des seules infections putrides. Au cours des années 1900 et 1901, il entreprend à la Maternité de la Charité et à celle de Lariboisière une série de recherches bactériologiques et cliniques portant sur une centaine de cas. Voici les principales conclusions de ce travail :

Les infections putrides forment parmi les infections puerpérales un groupe bien défini cliniquement, mais qu'il est plus difficile d'individualiser au point de vue bactériologique ; elle ne répondent pas uniquement, en effet, aux germes dits de la putréfaction, mais elles peuvent être causées par les microbes aérobies appelés microbes habituels de la suppuration. Dans la très grande majorité des cas, ce sont des infections *polymicrobiennes* et *mixtes*, c'est-à-dire aéro-anaérobies. Il est tout à fait exceptionnel de rencontrer une infection monomicrobienne ; cependant, l'auteur en a observé quelques-unes dues uniquement au bacterium coli, ou encore au bacillus perfringens. Les germes anaérobies rencontrés dans ces infections sont les mêmes que ceux qui ont été observés dans toutes les suppurations putrides et lésions gangreneuses, telles que : otites, gangrène du poumon, abcès appendiculaire, etc. Parmi les espèces les plus fréquentes, il faut citer : le bacillus perfringens, le ba-

cillus ramosus, le micrococcus fœtidus, le b. radiiformis, le b. thetaider, le staphylococcus parvulus et les divers streptocoques anaérobies. Sans qu'il soit encore possible de déterminer le rôle de chacun de ces germes, il semble cependant que le bacillus ramosus soit le microbe le plus constant dans les processus gangreneux, tandis que le b. perfringens se présente comme l'agent essentiel des septicémies gazeuses. D'accord avec M. Roger, l'auteur croit pouvoir assimiler ce dernier germe au bacillus aerogenes capsulatus de Welch et Nuttal, qui ne serait autre, lui-même, que le bacillus emphysematosæ de Fränkel. Le rôle de ce germe est extrêmement étendu; il tient sous sa dépendance un très grand nombre des infections que l'on rapportait, il y a quelques années, au vibrion septique. On avait prêté, alors que la technique des anaérobies était très insuffisante, une importance très exagérée au bacillus septicus de Pasteur; sans nier la possibilité, pour ce germe, de donner naissance à des infections putrides, l'auteur dit ne l'avoir jamais rencontré.

Les anaérobies ne sont pas les seuls à incriminer dans l'étiologie des infections putrides. Celles-ci peuvent, en effet, quoique plus rarement, relever des aérobies. Tous les microbes peuvent posséder des propriétés nécrosantes, certains d'entre eux sont même capables de donner naissance à des septicémies gazeuses, et, parmi ces derniers, le bacterium coli occupe la première place. Du reste, dans la majorité des cas, on trouve à la fois des germes aérobies et anaérobies. On peut être alors en présence de trois processus différents : ou bien les deux groupes de microbes sont venus simultanément infecter les voies génitales; ou bien les germes aérobies y ont pénétré les premiers, épuisant l'oxygène des tissus pour préparer le terrain à leurs successeurs; ou, enfin, les anaérobies ouvrent l'attaque, les aérobies n'arrivant qu'ultérieurement pour donner à l'infection un caractère particulièrement grave. Quoi qu'il en soit, cette synthèse a pour conséquence d'augmenter la virulence des germes en action : c'est ainsi que le micrococcus fœtidus, par exemple, ne détermine de gangrène qu'associé au staphylocoque doré; de même un streptocoque peu virulent devient très dangereux du fait de son union avec les germes de la putréfaction.

Au point de vue clinique, l'auteur reconnaît cinq groupes d'infections putrides : l'infection amniotique, les rétentions placentaires *post-abortum*, les infections putrides *post-partum*, la septicémie gazeuse, la gangrène utérine.

Les conditions étiologiques de l'infection amniotique, telles que : rupture des membranes, mort du fœtus, longueur du travail, sont actuellement parfaitement connues; aussi l'auteur se borne-t-il à les mentionner pour n'insister que sur un point : les rapports de cette infection avec l'intégrité des membranes de l'œuf. C'est là un phénomène qui, recherché systématiquement, est loin d'avoir la rareté qu'on a coutume de lui prêter. Possible dans un œuf sain, ce phénomène prend surtout naissance à la faveur des lésions histologiques telles qu'on en observe en cas de macération du fœtus.

Les rétentions placentaires *post-abortum* offrent un excellent milieu de culture pour le germe de toute espèce. Aussi les infections qui en résultent sont-elles essentiellement polymicrobiennes et mixtes, aéro-anaérobies. Quant aux infections putrides *post-partum* elles peuvent présenter tous les degrés, depuis la simple endométrite jusqu'à la septicémie généralisée, ou la pyohémie avec métastases. Contrairement à ce que l'on avait dit, tous les germes sont capables de franchir la caduque utérine, et l'auteur a pu saisir le phénomène sur le fait dans deux cas : sur des utérus enlevés par hystérectomie, les bactéries anaérobies se rencontraient dans toute l'épaisseur du parenchyme et jusque sous la séreuse péritonéale. De même ces germes envahissent le sang pendant les périodes ultimes de l'infection et se retrouvent au niveau des foyers métastatiques lointains.

Les septicémies gazeuses relèvent principalement du bacillus perfringens soit seul, soit associé au micrococcus fœtidus, au b. thetaider, ainsi qu'aux divers aérobies et anaérobies. C'est dire que ces agents tiennent sous leur dépendance la physométrie, l'emphysème utérin, ainsi que certaines septicémies généralisées au cours desquelles il se produit un développement de gaz dans le sang ainsi que dans le parenchyme hépatique. Quant à la gangrène utérine, elle peut prendre naissance de deux façons : soit par nécrobiose, et elle est alors la conséquence des embolies microbiennes formées par le streptocoque ou par tout autre germe dans les vaisseaux de l'utérus; soit par sphacèle provenant alors de l'action continue des bactéries de la putréfaction qui, de la surface de l'endométre, gagnent peu à peu, en les attaquant, les couches profondes.

La dernière partie de cette thèse est consacrée à l'étude pathogénique de ces infections putrides; l'auteur reconnaît trois modes de développement, l'infection pouvant être hétérogène, autogène, ou d'origine mixte.

L'infection hétérogène, indiscutable et indiscutée, n'est peut-être pas très fréquente en l'espèce, car les microbes anaérobies résistant très peu de temps à l'air disparaissent très vite des mains et des objets de pansement.

Par contre, l'origine autogène possède un rôle des plus importants. Il n'est plus possible en effet de diviser les germes en saprophytes et pathogènes, puisque les premiers peuvent s'élever au rang de seconds dans des circonstances données. Aussi y a-t-il identité entre la flore vaginale et celle des infections putrides.

Les conditions qui permettent l'éclosion d'une telle infection sont multiples : elles tiennent au terrain, quand il y a grève des moyens de défense; elles tiennent aux germes, qui peuvent trouver *in situ* la possibilité de vivre et d'exalter leur virulance. Enfin l'auteur donne le nom d'« origine mixte » à un processus qui paraît répondre à un grand nombre de cas cliniques. Il s'agit d'une auto-infection, en ce sens que les accidents nécessitent, pour prendre naissance, la présence dans les voies génitales de germes capables de devenir pathogènes: mais ce processus participe également de l'hétéro-infection, car la maladie n'éclate que lors de l'apport d'un germe venu de l'intérieur. Ces faits constituent une preuve de plus en faveur du rôle capital que jouent en pathologie les symbioses microbiennes.

Sans entreprendre une étude thérapeutique, l'auteur en jette toutefois les bases. Il insiste sur ce point que l'existence d'une infection autogène ou mixte rend insuffisante l'asepsie de l'opération et des objets de pansement; il faut y joindre, de toute nécessité, la désinfection des voies génitales.

J. Dumont.

GYNÉCOLOGIE

F. Moebius. ***Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine avec fœtus vivant et viable*** (*Monatsch. f. Geb. u. Gynäk.*, 1902, B. XV, Heft 4 p. 642). — L'auteur, dans son travail, n'a en vue que le traitement de la grossesse extra-utérine après le cinquième mois. Il publie deux observations personnelles de cette variété de grossesse ectopique dans lesquelles on est intervenu, et résume un travail publié par Sittner dans le tome 64 des *Archiv f. Gynäk.*, comprenant 126 cas recueillis dans la littérature médicale.

Dans nombre de cas, on trouve dans les antécédents une affection légère des annexes. Dans 18,9 pour 100 seulement des faits, il s'agit de femmes primipares. Le plus souvent il s'est écoulé un long temps entre la dernière grossesse et la grossesse ectopique (plus de deux ans dans 78 pour 100 des cas).

D'après la statistique de Sittner, la mortalité opératoire dans la grossesse ectopique après le cinquième mois est de 16,1 pour 100; elle n'est donc guère supérieure à la mortalité dans les laparotomies en général. Pour intervenir, il y a donc intérêt à permettre au fœtus d'être aussi viable que possible. Il est indiqué cependant de ne pas laisser la grossesse aller à terme, car à ce moment il peut survenir des accidents subits et graves. Le moment le plus opportun pour opérer en cas de vie du fœtus se trouve entre la trente-quatrième et la trente-sixième semaine, à condition de surveiller de très près l'évolution de la grossesse ectopique. Au point de vue opératoire, le développement du kyste fœtal dans le ligament large est plus mauvais que le siège du kyste dans la cavité abdominale. L'extirpation du kyste fœtal n'a été possible que 14 fois sur 30, quand le kyste siégeait dans le ligament large.

Pour éviter les hémorragies abondantes, il est indiqué de faire la ligature préalable de l'artère utéro-ovarienne et de l'utérine. En règle générale, la meilleure méthode consiste dans la marsupialisation du sac, avec tamponnement de la poche, sans faire l'extraction du placenta (Pinard et Segond). Cette méthode est surtout applicable aux cas où le kyste a un siège intra-ligamentaire.

Sittner est plutôt partisan de l'extraction du kyste fœtal. Une observation de Moebius offre un intérêt particulier : dans ce cas, le corps jaune de la grossesse siégeait sur l'ovaire gauche, alors que l'œuf était développé dans la trompe droite.

A. Schwab.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

J. Sailer. ***Unilatéralité du signe de Kernig comme symptôme de maladie cérébrale en foyer*** (*American Journal of the medical sciences*, 1902 Mai). — L'auteur rapporte deux observations dans lesquelles on ne constata le signe de Kernig que d'un seul côté.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme qui se présenta avec les signes d'une méningite tuberculeuse et chez lequel on reconnut à l'autopsie une endocardite végétante du cœur gauche. Il présentait au milieu de la circonvolution pariétale ascendante un foyer hémorragique qui s'étendait à travers le centre ovale jusqu'à la capsule interne qui n'était cependant pas détruite.

Le second malade présentait un ensemble de symptômes déterminés par une lésion siégeant à la partie la plus élevée de la moelle du côté droit et envahissant le noyau du moteur oculaire externe gauche.

Dans les deux cas on n'observait le signe de Kernig que du côté gauche. L'auteur pense que ce n'est pas une lésion des méninges, mais une atteinte de la substance nerveuse sous-jacente qui détermine l'apparition du signe de Kernig, et il ajoute qu'en fait, tous les cas de leptoméningite sont associés à une encéphalite plus ou moins intense.

Il est impossible de dire si le signe est fréquent ou non dans les lésions encéphaliques qui frappent le faisceau pyramidal; mais la première observation prouve qu'on peut l'observer, et la deuxième le confirme, quoique le diagnostic n'ait pas été vérifié par l'autopsie. L'auteur conclut :

1° Le signe de Kernig peut s'observer comme symptôme d'une encéphalite en foyer et dans ce cas on le constate du côté opposé à la lésion;

2° On peut observer également un spasme tonique des muscles fléchisseurs du bras, distinct cependant du signe de Kernig dans son mécanisme;

3° L'explication du signe de Kernig la plus plausible est qu'il est dû à une lésion irritative du faisceau pyramidal diminuant mais ne détruisant pas son activité fonctionnelle.

A l'appui de cette communication M. Clark rapporte trois cas de méningite, tous confirmés par l'autopsie, dans lesquels le signe de Kernig fut toujours absent.

Salva Mercadé.

Ingelrans et Brassart. ***Syringomyélie post-traumatique*** (*Écho médical du Nord*, 1902, Juin). — Les auteurs, à l'occasion d'un cas de syringomyélie survenue après un traumatisme, font un exposé rapide de l'état de la question au point de vue de l'étiologie de cette affection médullaire. Cet aperçu peut se résumer en deux grandes lignes.

1° *Névrite ascendante* avec phase radiculaire et phase médullaire (production de cavité).

2° Traumatisme notable en un point quelconque.

Voici du reste l'histoire résumée du malade observé par MM. Ingelrans et Brassart.

Trois mois environ après une chute, débute une atrophie musculaire progressive qui gagne les avant-bras après avoir atteint les mains.

Le côté gauche a été pris le premier et paraît un peu plus touché. Cette amyotrophie s'accompagne d'une dissociation syringomyélique topographiée en veste. A gauche, rétrécissement de la fente palpébrale, exophtalmie, myosis, léger degré d'hémiatrophie faciale. Exagération des réflexes rotuliens, rétrécissement du champ visuel. Hyperhydrose généralisée. Trémulation fibrillaire dans les muscles atrophiés. Eruption eczémateuse bilatérale recouvrant les régions amyotrophiques.

En outre du rôle du traumatisme initial les médecins de Lille attirent l'attention sur ce fait que les *altérations du sympathique* sont *unilatérales*, alors que la syringomyélie est *bilatérale*, ce qui laisserait supposer que la cavité médullaire n'atteint pas encore les origines du sympathique à droite.

D. Estrabaut.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Stahl. ***Étude clinique et thérapeutique du méthyl-arsinate de soude*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Les observations publiées, quoiqu'un peu incomplètes et insuffisamment démonstratives quant à l'action curative du méthyl-arsinate dans la tuberculose en parti-

culier, mettent pourtant en évidence quelques faits intéressants.

1° Des doses un peu élevées (0 gr. 05 à 0 gr. 12) peuvent, chez les tuberculeux fébricitants, donner lieu à des exacerbations fébriles avec poussées congestives, amaigrissement, aggravation de l'état général et local. La diarrhée peut aussi en être la conséquence.

2° La dose moyenne est de 0 gr. 015 à 0 gr. 04, cette dernière pouvant être considérée comme dose maxima dans la plupart des cas, le paludisme excepté.

3° Les méthyl-arsinates présentent sensiblement les propriétés des cacodylates, avec atténuation des inconvénients, au point de vue digestif en particulier.

4° Il est digne de remarque que dans un certain nombre de cas, l'arrhénal s'est montré actif, alors que l'action du cacodylate de soude paraissait épuisée du fait de l'accoutumance. A. Martinet.

ÉPIDÉMIOLOGIE, MÉDECINE PUBLIQUE, HYGIÈNE

A. Chaumier. ***La variole, maladie professionnelle évitable. Etude d'hygiène sociale*** (*Thèse*, Paris, 1902, Juillet). — Certaines professions sont la cause de maladies chez les individus qui les exercent. De ce nombre est la variole, dont sont particulièrement atteints les blanchisseurs, chiffonniers, ouvriers de papeterie, couturières, domestiques, en général tous ceux qui, par leur métier, sont obligés de manier les vêtements et linges sales.

La variole pouvant être ainsi la conséquence de l'exercice de ces professions doit, de ce fait, être assimilée aux accidents causés par le travail. En effet, qu'est-ce l' « accident du travail », sinon toute atteinte à la vie survenant à l'occasion du travail, et mettant l'ouvrier dans l'impossibilité de continuer son travail?

Mais, en attendant que les *maladies* professionnelles prennent place dans la loi à côté des *accidents* professionnels, une mesure s'impose : c'est la revaccination répétée des sujets exposés par leur profession à être contaminés. La durée de l'immunité antivariolique communiquée par la vaccine étant restreinte, ainsi qu'en témoignent les statistiques, il importe que ces sujets soient revaccinés au minimum tous les cinq ans, même les sujets atteints par la variole, celle-ci pouvant récidiver.

La revaccination ne peut se faire qu'avec du vaccin doué d'une très grande virulence prouvée cliniquement (100/100 sur des sujets vierges), c'est-à-dire avec du vaccin conservé (pulpe glycérinée). La vaccination avec du vaccin frais ou encore la vaccination de Jenner, de génisse à bras, c'est-à-dire avec de la lymphe venant d'être recueillie, procédé qui est encore appliqué à Paris, doit être absolument rejeté.

J. Dumont.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de l'athrepsie par la lécithine.

M. A. Narbel (de Lausanne), a essayé la lécithine, dans le service du professeur Combe, sur un certain nombre d'enfants atteints d'athrepsie si intense que leur état paraissait désespéré. Il donne les résultats de ce traitement dans le numéro de juillet des *Archives de Médecine des Enfants*.

Sous l'influence de ce traitement il a vu : une amélioration notable du fonctionnement du tube digestif — en effet, dès le commencement du traitement, les selles diminuent de nombre, augment de consistance, en un mot deviennent normales — une amélioration considérable de l'état général; enfin, une rapide augmentation de poids coïncidant avec une augmentation de l'appétit, c'est-à-dire avec une meilleure assimilation.

M. Narbel employait la lécithine en injections dans les muscles de la cuisse, à la dose de 1 centimètre cube tous les deux jours.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé de la marine. — Sont nommés, au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer, MM. Grisolle, Infernet, médecins principaux en retraite.

Congrès français de médecine interne (session de Paris, 1904). — Dans sa session de Toulouse (Avril 1902), le Congrès de médecine a décidé qu'à l'avenir les sessions se tiendraient alternativement à Paris et en province et seraient présidées par un président local.

M. le professeur Jaccoud, qui avait été désigné à Toulouse pour présider la session qui aura lieu à Paris en 1904, ayant décliné l'offre qui lui était faite, le Comité permanent du Congrès a procédé à l'élection d'un nouveau président.

Le bureau est définitivement constitué de la façon suivante :

Président : M. Cornil; *vice-présidents* : MM. Henrot (de Reims) et Brissaud; *trésorier* : M. Pierre Merklen; *secrétaire général* : M. Gilbert Ballet; *secrétaire général adjoint* : M. Enriquez.

Congrès international d'Otologie de Bordeaux. — Nous rappelons que le Congrès international d'Otologie se tiendra à Bordeaux en 1904 et non en 1902, époque primitivement fixée.

La date de ce Congrès a été reculée à cause de la réunion de Madrid qui aura lieu en Août prochain.

Société de l'Internat de Bordeaux. — La Commission, élue à l'unanimité des membres présents, à la fin du récent banquet annuel des internes et anciens internes des hôpitaux, pour s'occuper de la création d'une Société de l'Internat, s'est réunie dernièrement chez M. Guément, son président. Après avoir adopté les principes de la future Association, elle a nommé une sous-commission, composée de MM. Courtin, Micheleau et Cruchet, qui doit en étudier et régler les détails; ceux-ci feront l'objet d'un rapport qui sera soumis à la prochaine réunion de la Commission.

Un arrêté de salubrité. — Notre confrère M. Augagneur, maire de Lyon, a déjà débarrassé les urinoirs des affiches où s'étalaient les promesses les plus belles et aussi les plus trompeuses sur la guérison des maladies vénériennes. Il continue cette œuvre d'assainissement dont on ne saurait trop le féliciter par la prise de l'arrêté suivant :

« Vu la loi du 5 Avril 1884 ;

« Considérant que certains écussons, enseignes, affiches, attributs, etc., en saillie sur le domaine public, et par suite ne pouvant exister qu'avec l'autorisation et l'autorité municipale, servent à des industries s'exerçant en violation de la loi, ou constituant de véritables entreprises d'escroquerie ;

« Considérant que la commune ne peut, sans être taxée d'immoralité, tolérer ces installations et encore moins en tirer un revenu par la perception de droits de voirie.

« Arrête :

Article unique. — Sont retirées toutes autorisations déjà accordées ; seront refusées toutes autorisations pour l'avenir, d'établir, en saillie sur la voie publique, les écussons, enseignes, affiches, attributs, etc., à l'usage des rhabilleurs, rhabilleurs-masseurs, magnétiseurs, somnambules, cartomanciennes, chiromanciennes, etc. »

Étranger.

Congrès de l'association ophtalmologique italienne. — Ce Congrès se tiendra à Florence du 12 au 16 Octobre prochain.

Les médecins désireux d'assister à ce Congrès doivent adresser leur adhésion et les titres de leurs communications à la commission d'organisation du Congrès, clinique oculistique, via Bonifazio Lupi, à Florence.

Les adhérents auront droit à des réductions sur les chemins de fer et bateaux italiens.

Faculté de médecine de Bahia. — M. Anisto Circundes de Carvalho, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique médicale.

M. Aurelio Rodriguas Vianna, professeur suppléant, est nommé professeur de pathologie interne.

Faculté de médecine de Bâle. — M. Wilhem His (de Dresde), ancien professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Leipzig, est nommé professeur ordinaire de clinique médicale.

Faculté de médecine de Barcelone. — M. Antonio Gonzalez Prats est nommé professeur de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Berlin. — M. Paul F. Richter est nommé privat-docent de médecine interne.

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. Bendix est nommé privat-docent de médecine interne.

Université de Vienne. — M. Gussenbauer, professeur de pathologie chirurgicale à l'Université de Vienne, vient d'être nommé recteur magnifique pour l'année 1902-1903.

Création d'un Institut d'hygiène navale et tropicale. — La ville de Hambourg vient d'être dotée d'un Institut d'hygiène navale et tropicale ayant à sa tête un médecin chef aidé par : 1° un assistant clinique et un médecin volontaire; 2° un assistant médical pour les recherches non cliniques; 3° un assistant chimiste pour les examens pharmaceutiques et de chimie appliquée à l'hygiène.

La ville de Hambourg devra avoir dans cet Institut dix à douze tables de travail, dont cinq entretenues par l'Empire.

Le corset en Roumanie. — Le ministre de l'instruction publique de Bucarest vient d'interdire le port du corset aux jeunes filles des écoles de Roumanie.

Une cause de dépopulation dans l'Oubangui. — Elle est signalée par M. Huot (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, 1901, p. 492) dans les termes suivants :

« Dès que les jeunes filles atteignent l'âge nubile, elles doivent abandonner leur famille et regagner la zeriba du Sultan, à qui elles appartiennent désormais, et qui en dispose à son gré : il garde pour lui et ses fils les plus avenantes et distribue les autres à ses chefs favoris. Quant aux bazinguères et autres petites gens, il leur est dès lors interdit de prendre femme. Et ce n'est pas la moindre cause de dépopulation. Il est vrai que les Sultans donnent généreusement à chacun de leurs bazinguères un tout jeune esclave, qui vit dans la même case que son maître, ne le quitte à aucune heure du jour... ou de la nuit. »

Les médecins à Trébizonde. — En vertu d'un ordre des autorités de Trébizonde les médecins établis dans ce vilayet sont désormais tenus d'écrire leurs ordonnances à l'encre. Les recettes écrites au crayon ne doivent pas être acceptées par les pharmaciens.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 66. — Samedi, 16 Août 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

CHRONIQUE

LIVRES NOUVEAUX

ANALYSES

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLES

A PROPOS DE L'HOPITAL FRANÇAIS DE SAINT-PÉTERSBOURG

Les articles que j'ai publiés au sujet de l'hôpital français de Saint-Pétersbourg et de son organisation ont eu leur écho auprès de nos représentants dans la capitale russe. Le président de la Société française de bienfaisance de Saint-Pétersbourg, administrateur de l'hôpital, m'a adressé à ce propos un certain nombre d'explications dont je me fais un devoir d'exposer la substance.

Nos lecteurs voudront bien se rappeler les deux chroniques que j'ai publiées dans les numéros du 14 Mai et du 4 Juin de *La Presse Médicale*, pour comprendre la portée des observations que je vais résumer.

* * *

J'avais expliqué le regret qu'alors que deux médecins français résidaient actuellement à Saint-Pétersbourg, on n'eût pas songé à mettre l'un d'eux à la tête du service médical de l'hôpital.

Il m'est répondu : 1° que s'il est vrai qu'il y a aujourd'hui deux médecins français à Saint-Pétersbourg, il n'en était pas ainsi lors de l'organisation de l'hôpital ; que, d'ailleurs, les médecins français ne peuvent être autorisés à exercer qu'après s'être soumis aux examens exigés par le gouvernement russe.

2° L'architecte auquel a été confiée la construction de l'hôpital, le comte Suzor, est bien de nationalité russe, mais sa famille est d'origine française ; et il est bon de faire savoir qu'il n'a voulu accepter aucun honoraire ;

3° En ce qui concerne le matériel de construction, les aménagements et diverses fournitures, on s'est adressé sur place pour le gros œuvre dans un but économique. Les instruments de chirurgie ont été achetés à la maison Colin-Charrière, à la demande et sur le choix du professeur Lannelongue. J'avais signalé le fait.

4° Le personnel médical a fait l'objet d'une rectification que je reproduirai *in extenso*.

J'avais dit que le chef de service était M. Bertenson, vratch-médecin, médecin à la mode, à grande clientèle. Voici les titres du médecin en chef auquel « l'hôpital français ne peut être que reconnaissant de lui procurer une clientèle payante qui lui permet de subsister et de se développer, et qui étend au loin son bon renom. »

Médecin consultant honoraire de la Société de bienfaisance française depuis vingt-cinq ans ; médecin honoraire de S. M. l'Empereur de Russie ; membre du Comité scientifique des mines pour

les questions d'hygiène ; membre permanent du Conseil supérieur de médecine de Russie ; ancien médecin consultant de l'hôpital militaire Nicolas à Saint-Pétersbourg (1.500 lits) ; ancien professeur pendant vingt-deux ans de diagnostic et de clinique interne à l'Ecole des aides-médecins, placée sous le patronage de l'Impératrice ; membre de plusieurs sociétés savantes russes et étrangères, au nombre desquelles : la Société thérapeutique de Paris, la Société d'hygiène de Paris, la Société d'hydrologie médicale de Paris ; M. Berthenson est l'auteur de plusieurs travaux publiés dans la *Gazette des Eaux*, les *Archives de médecine expérimentale* de Charcot, la *Revue d'hygiène* et la *Revue des Deux Mondes*. Enfin, délégué du gouvernement russe à plusieurs Congrès internationaux, il a été élu président honoraire du Congrès d'hygiène de Budapesth en 1895, du Congrès d'hydrologie de Clermont-Ferrand en 1896, du Congrès pour l'étude de la tuberculose à Berlin en 1899, du Congrès d'hygiène de Paris en 1900.

Suit un éloge et l'énoncé des titres des médecins traitants et résidants dont nous n'avons d'ailleurs jamais contesté la valeur, mais à la place desquels assurément nous eussions préféré voir des médecins français.

* * *

Tels sont les points principaux de notre article sur lesquels porte la note explicative qui nous est adressée par l'administrateur de l'hôpital français.

Avec nous, notre honorable et dévoué compatriote reconnaît qu'il y aurait beaucoup de réflexions à faire sur la situation privilégiée qu'occupe jusqu'à ce jour la science allemande en Russie. « Il y aurait une œuvre à tenter pour des médecins français, dit-il, qui essaieraient résolument de réagir contre ce qu'ils attribuent peut-être trop exclusivement à la routine et aux préjugés. »

Certes, je ne contredirai pas à cette manière de voir. Je vais même plus loin. Des incidents comme celui de l'hôpital français à Saint-Pétersbourg, pour lequel on fut dans l'impossibilité de désigner un médecin français, indiquent à nos représentants à l'étranger des devoirs nouveaux à remplir vis-à-vis de nos nationaux. Dans l'avenir il serait nécessaire que, en temps voulu, avis soit donné officiellement des situations que pourraient se faire des Français à l'étranger, dans quelque pays que ce soit, mais avant tout dans les pays amis et alliés.

E. De Lavarenne.

DEUXIÈME VOYAGE

AUX

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

ET AU CONGRÈS DE ROME

9-23 Septembre 1902.

Paris — Gênes — Pise — Florence.

Rome — Turin — Paris.

Le second voyage de *La Presse Médicale* aux Universités étrangères aura lieu du 9 au 23 Septembre. Principalement organisé en vue du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Rome, il est exclusivement limité à la visite d'universités italiennes. Une semaine tout entière est consacrée à Rome.

A l'aller, on s'arrêtera à Gênes, à Pise et à Florence ; deux jours particulièrement sont réservés pour la visite de cette dernière ville. Au retour, arrêt à Turin.

Peuvent faire partie du *Voyage de la Presse Médicale* les docteurs et étudiants français et étrangers et leurs femmes.

Les inscriptions sont reçues aux *Bureaux de la Presse Médicale* du 5 au 25 Août.

Le prix variera de 450 à 500 francs, suivant les réductions accordées par les compagnies de chemin de fer.

Les voyageurs sont défrayés de tous les frais de route et d'hôtel. Ils ne devront se munir que de bagages à la main ; ils pourront, cependant, et à leurs frais, faire enregistrer des malles directement pour Rome.

Étant donné les fêtes du Congrès, dont le programme n'est d'ailleurs pas encore fixé, les hommes devront se munir d'un habit et les dames de toilettes. Mais ce n'est qu'à Rome que le costume de touriste pourrait être insuffisant. Dans toutes les autres villes visitées, aucune cérémonie n'aura lieu et c'est pourquoi une valise à la main est suffisante pour ces dernières. En expédiant directement une malle pour Rome, on obvie, sans aucun inconvénient, à l'encombrement de volumineux bagages.

Voici le programme auquel il ne peut être fait désormais que des modifications de détail :

Programme.

Mardi 9 Septembre 1902. — Départ de Paris à 2 heures de l'après midi. Dîner au buffet de Dijon.

Mercredi 10 Septembre. — Arrivée à Turin à 8 h. 20 du matin. Petit déjeuner. Arrivée à Gênes à midi. Séjour. Dîner. Coucher.

Jeudi 11 Septembre. — Départ de Gênes à midi 35, après le déjeuner. Arrivée à Pise à 5 h. 20, et à Florence à 7 h. 19. Dîner. Coucher.

Vendredi 12 et Samedi 13 Septembre. — Séjour à Florence.

Dimanche 14 Septembre. — Départ de Florence à 8 h. 47. Arrivée à Pise à 11 h. 6. Déjeuner. Visite. Départ à 5 h. 38. Dîner dans le wagon-restaurant. Arrivée à Rome à 11 h. 43. Conduite à l'hôtel. Coucher.

Lundi 15 au Samedi 20 Septembre. — Séjour à Rome.

Dimanche 21 Septembre. — Départ de Rome à 8 h. 15 du matin. Déjeuner dans le wagon-restaurant. Dîner au buffet de Gênes à 7 heures. Départ à 8 heures. Arrivée à Turin à 11 h. 35. Coucher.

Lundi 22 Septembre. — Séjour à Turin. Petit déjeuner. Déjeuner et dîner à l'hôtel. Départ à 7 h. 20 du soir.

Mardi 23 Septembre. — Retour à Paris à 9 h. 41 du matin.

Le premier repas sera le dîner au buffet de Dijon le 9 Septembre, et le dernier le dîner à Turin le 22 Septembre 1902.

Puisse ce second voyage aux universités étrangères avoir le même succès que celui de l'an dernier, pour le plus grand profit de ceux qui l'exécuteront et pour le meilleur renom de notre pays.

F. Jayle.

V. E. M.

Voyage de 1902 (stations des Vosges et de l'Est). — Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon d'Alsace, Salins, Besançon-Mouillère. Du 8 au 16 Septembre 1902.

Les *Voyages d'études médicales* sont organisés dans un but d'intérêt général : faciliter aux médecins français et étrangers la visite et la connaissance pratique de toutes les stations thermales et climatériques de France.

Ces stations, très nombreuses et très variées, ont été divisées en plusieurs groupes, d'après leur situation géographique.

Chaque année, au mois de Septembre, un voyage comprend toutes les stations situées dans la même région.

Le voyage d'études médicales de 1902 — comme celui de 1899 aux stations du Centre et de l'Auvergne, celui de 1900 aux stations du Sud-Ouest et celui, de 1901 aux stations du Dauphiné et de la Savoie — est placé sous la direction scientifique de M. Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydro-minérale, ses indications et ses applications.

Sont seuls admis à ce voyage : les médecins français et étrangers et les étudiants en médecine ; les femmes des médecins accompagnant leur mari.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser à M. Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe).

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 25 Août 1902, terme de rigueur.

Pour s'inscrire, envoyer : Son adhésion à M. Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe) : 1° son nom et son adresse lisiblement écrits ; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français ; 3° le jour de l'arrivée à Vittel ;

Sa souscription, 200 francs, à M. le directeur du Crédit lyonnais, agence B., compte V. E. M., place de la Bourse, Paris.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 Août 1902, terme de rigueur.

LIVRES NOUVEAUX

Gérard Marchant. — *Chirurgie du gros intestin.* « Bibliothèque de chirurgie contemporaine », Paris, 1902 (O. Doin, éditeur).

La chirurgie intestinale a pris beaucoup d'extension durant ces dernières années ; une grande partie des affections intestinales sont passées du domaine médical dans le domaine chirurgical. M. Gérard Marchant se rend utile aux praticiens en publiant une étude complète des affections chirurgicales du gros intestin.

La première partie de son travail comprend : l'invagination et le volvulus du gros intestin, les rétrécissements et les tumeurs inflammatoires du gros intestin, la tuberculose iléo-cæcale, le cancer du gros intestin, les symptômes, l'évolution, le diagnostic des tumeurs et rétrécissements du gros intestin.

La deuxième partie est consacrée à l'anus et au rectum, vices de conformation de l'anus et du rectum, corps étrangers, ruptures, plaies du rectum, rectites aiguës et rectites chroniques, blennorragie ano-rectale, syphilis, tuberculose ano-rectale, phlegmons péri-rectaux et fistules anales.

Le livre de Gérard Marchant, très clair, très concis, nous donne un excellent exposé de la chirurgie du gros intestin. On aurait aimé à y trouver des figures plus nombreuses ; l'enseignement par l'image devient de nos jours indispensable.

L. R.

BIBLIOGRAPHIE

L'État actuel de la chirurgie nerveuse, par A. Chipault. T. Ier, 1 vol. in-8 jésus de 892 pages, avec 230 figures dans le texte, broché, 25 fr., 1902. (*J. Rueff*, éditeur, Paris.)

Traité de technique microbiologique à l'usage des médecins et des vétérinaires, par MM. M. Nicolle, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, et P. Remlinger, directeur de l'Institut impérial de bactériologie de Constantinople, médecin-major hors cadres, avec une préface de M. Roux, membre de l'Institut, sous-directeur de l'Institut Pasteur, 1 vol. in-8 jésus de 1050 pages, avec 211 figures dans le texte, 1902. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

« Bibliothèque de chirurgie contemporaine ». **Chirurgie du gros intestin, du rectum et de l'anus**, par M. Gérard Marchant, chirurgien de l'hôpital Boucicaut, 1 vol. in-18 colomb., cart. toile, de 450 pages, avec 39 figures dans le texte, 6 fr., 1902. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

Causes de notre dépopulation. Relèvement de notre natalité. Secours à la vieillesse, par M. E. Maurel, médecin principal de réserve de la marine, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse, in-8° de 112 pages, 2 fr. 50, 1902. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

Manuel de diagnostic médical et d'exploration clinique, par MM. O. Seifert, professeur à Wurzbourg, et E. Muller, professeur à Marbourg. Traduit sur la dixième édition allemande, par M. L. Marchand, 1 vol. in-8° de 324 pages avec 87 figures dont 1 planche, 6 fr., 1902. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

LOCALISATIONS RARES

DE LA MALADIE DE RAYNAUD

Par MM. DECLOUX
RIBADEAU-DUMAS et SABARÉANU

Parmi les localisations de la maladie de Raynaud, celles qui atteignent la face sont particulièrement rares. Dans son mémoire de



Figure 1.

1862, Maurice Raynaud signale lui-même le caractère exceptionnel que présentent de semblables dispositions.

Récemment nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Lariboisière, dans les services de nos maîtres, MM. Duguet et Brault, deux faits à peu près analogues, superposables en partie, et se complétant l'un et l'autre. Chez le premier malade, l'affection se loca-



Figure 3.

lisait uniquement à la face, chez l'autre elle atteignait de plus les extrémités digitales.

Bien que des descriptions antérieures aient été faites de cas analogues, leur petit nombre nous a engagé à les relever, et à y joindre la description des deux faits nouveaux qu'il nous fut donné d'observer.

Notre premier malade est un peintre en bâtiments, âgé de quarante et un ans. Dans son passé, nous relevons, en 1884, une attaque de coliques de plomb : ayant toujours exercé cette profession, il n'a cependant jamais manifesté d'autres signes dépendant de cette intoxication professionnelle. Il n'est pas éthylique.

C'est à l'hiver de 1891 qu'il fait remonter le début des accidents analogues à celui qui l'a amené à l'hôpital. A cette époque il aurait eu, dit-il, les oreilles gelées. En Juillet 1892, les mêmes accidents se reproduisent, mais par contre les conditions climatériques différentes permettent de rejeter l'interprétation pathogénique que le malade attribue comme cause de sa première localisation auriculaire. La figure à ce moment n'est pas épargnée, elle est couverte de petits boutons présentant rapidement à leur sommet une croûtelle noirâtre. Ceux-ci laissent plus tard une petite dépression blanchâtre cicatricielle; au niveau de la mastoïde on en constate des vestiges bien nets. Un médecin anglais, que le malade avait consulté à cette époque, aurait, sur la vue de cette éruption, prononcé le mot « small pox ». En 1892 il est pris d'une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu qui le tient deux mois au lit.

Depuis dix ans, « au moment où commencent les chaleurs » il est atteint régulièrement de ces « gelures d'oreilles ». Elles surviennent spontanément, durent trois et quatre mois, et disparaissent ensuite avec ou sans éliminations de croûtes.

Le 27 Mars 1902 au soir, le malade ressent des cuissons assez vives aux oreilles, le lendemain les mêmes sensations se manifestent au niveau du nez.

En deux jours naissent de grandes plaques violettes qui se détachent sur le teint clair de la face et se localisent uniquement au nez et aux oreilles.

L'oreille gauche est tuméfiée au niveau de l'ourlet. Sur cette tuméfaction érythémateuse s'étalent des taches noirâtres qui s'étendent de la gouttière de l'hélix à la convexité de la conque, où elles s'arrêtent près du sillon rétro-auriculaire. A la périphérie de la plaque, on voit des phlyctènes. Quelques-unes ont subi une demi-dessiccation et laissent une petite ulcération cratériforme bordée de croûtelles jaunes. D'autres ont conflué sur le bord de l'ourlet et ont déterminé une ulcération à contour policyclique qui vient limiter nettement la zone cyanosée.

L'oreille droite présente des lésions superposables à celles de l'oreille gauche; mais celles-ci sont plus étendues. A droite comme à gauche, on sent dans la gouttière parotidienne quelques ganglions tuméfiés. Enfin, sur les mastoïdes des deux côtés et un peu au-dessous, s'étalent des séries de petites cicatrices agminées, blanches, souples, non déprimées, qui sont les restes de l'éruption que le malade avait eue autrefois.

Le nez présente une grande escharre noirâtre qui s'étend sur la partie médiane des os propres du nez, jusqu'à la sous-cloison. Sur les faces latérales, elle atteint presque les sillons naso-jugaux. Elle est limitée par une série de phlyctènes dont la rupture détermine un sillon bordé par une zone érythémateuse (fig. 1 et 2).

Les endroits malades sont actuellement indolores. Sur toute la face, la sensibilité est conservée sauf à leur niveau où superficiellement elle a disparu.

L'examen des organes donne peu de résultats : c'est à peine si aux gencives existe une légère sertissure bleuâtre. Le cœur paraît fonctionner normalement. Les urines présentent quelques traces de séro-albumine, d'urobiline. Elles contiennent 16 gr. 40 d'urée par litre; leur densité atteint 1018 à + 15°. Le système nerveux semble intact.



Figure 2.

Les jours suivants, le malade éprouve des démangeaisons assez vives à la face; le dimanche apparaissent sur les joues, sur le front, de petites papules érythémateuses couronnées bientôt d'une croûte noirâtre, qui ne sont autres que des points de sphacèle localisé.

Peu à peu les plaques de gangrène se sont momifiées. Bientôt elles se détachent,



Figure 4.

laissant après elles un état de la peau qui rappelle la sclérodermie. Aux joues, les escharres punctiformes sont tombées. A leur place persiste une petite cicatrice déprimée. L'albuminurie du début a complètement disparu, la perméabilité rénale au bleu de méthylène est normale. Nous pensons donc que

l'albuminurie signalée est indépendante d'un mal de Bright.

Dans notre deuxième observation, les escharres siègent à la fois au nez et aux membres.

La femme Ch..., chiffonnière, âgée de soixante-cinq ans, est entrée salle Aran, le 18 Novembre 1901. Elle ne présente aucun antécédent personnel à signaler. Depuis la mort de son mari elle est tombée dans la misère. Elle boit beaucoup et d'après son dire mange « ce qu'elle peut et quand elle peut ». Elle tousse et a maigri depuis un an. Le début de sa maladie actuelle semble remonter à la veille de son entrée à l'hôpital. Voici les lésions que l'on peut constater à ce moment.

Sur la moitié inférieure du nez on trouve une coloration noire violacée qui entoure les deux ailes et s'arrête immédiatement au pourtour des narines. Les deux joues dans la partie la plus saillante offrent la même coloration sur une surface de l'étendue environ d'une pièce de cinq francs. Sur ce fond se détachent trois petits noyaux durs, intradermiques et très noirs; les taches sont limitées par un bord très net; leur pourtour présente à la périphérie une zone rougeâtre qui se confond insensiblement avec la peau saine. Dans ces régions, la malade ne se plaint que d'une sensation d'engourdissement.

Les membres supérieurs et inférieurs sont atteints de lésions identiques. Sur la moitié inférieure de l'avant-bras et sur la face dorsale de la main gauche existe un œdème dur très douloureux. Le pouce et l'index de la main droite sont pâles et le long du bord droit de l'ongle du pouce s'étend une tache bleue violacée.

Aux membres inférieurs, on constate l'existence d'un œdème également dur et très douloureux à la pression ; la pulpe du petit orteil du pied gauche présente une plaque noirâtre tranchant sur le fond livide de l'orteil. En ces différentes régions, la malade éprouve des fourmillements et des élancements douloureux qui l'empêchent de dormir. Signalons de plus aux membres inférieurs l'existence de varicosités superficielles.

L'auscultation du poumon permet d'entendre des râles de bronchite généralisée et un souffle caverneux aux deux sommets. Le cœur est normal, le pouls est régulier; les pulsations de la radiale et de la pédieuse existent. Rien dans les urines. La malade se plaint d'insomnie, de rêves professionnels. Les réflexes sont conservés. L'amaigrissement est considérable depuis quelque temps.

Le 28 Mai, les taches des joues, après avoir diminué progressivement de diamètre, ont complètement disparu. Au niveau du nez, l'aile droite s'est dégagée, tandis qu'à gauche on trouve une escharre sèche, qui tend à s'éliminer, entraînant avec elle une petite portion du bord libre de la narine gauche. Même escharre dure et sèche au niveau du pouce droit et du petit orteil du pied gauche. L'œdème des membres a disparu.

Le 16 Juin, l'escharre du nez est tombée. La cicatrisation s'opère lentement et s'accompagne d'une rétraction progressive de la peau. Au pouce, l'élimination est plus lente ; l'ongle a subi un arrêt d'accroissement depuis le début de la maladie. Au petit orteil, l'escharre a entraîné avec elle la chute de l'ongle. Les signes stéthoscopiques permettent d'affirmer la nature tuberculeuse des lésions pulmonaires.

Les deux faits que nous signalons, et dont nous pouvons présenter les photographies, grâce à l'obligeance de M. Vaillant, chef du laboratoire de radiographie à l'hôpital Lariboisière, sont deux cas typiques de l'affection décrite par Maurice Raynaud en 1862. Ils se complètent l'un et l'autre et montrent la diversité des localisations de cette affection. Dans le premier cas, le siège uniquement nasal et auriculaire présente une rareté manifeste. Maurice Raynaud dit lui-même qu'il n'a vu « qu'une seule fois de petites cicatrices à la pointe du nez ». Après lui, Fischer[1], Grasset[2], puis Bigy[3], Clifford[4], Urbantschich[5], Péroni[6], et enfin Lockwood[7] ont publié des observations de la même localisation. Dans le deuxième, les extrémités des membres sont atteintes. C'est le siège habituel; la coïncidence de l'escharre du nez rapproche notre observation d'une analogue publiée récemment par d'Astros. Remarquons aussi chez notre premier malade, l'apparition au front et sur les joues de petites papules se recouvrant rapidement d'une plaque de sphacèle; ces éléments représentent des lésions élémentaires de la gangrène cutanée.

On sait que pour Ehlers, de Copenhague, l'ergotisme serait le facteur étiologique presque exclusif de la maladie de Raynaud. L'interrogatoire de nos deux malades ne nous a pas permis de retrouver chez eux la preuve d'une intoxication alimentaire semblable. Par contre, chez l'un comme chez l'autre, nous relevons une cause certaine d'intoxication.

Le premier est un saturnin ; l'existence de colique de plomb antérieure, la présence d'un liseré gingival, permettent d'affirmer une fois de plus l'influence de cet empoisonnement dans l'étiologie de la maladie de Raynaud. Le mécanisme en est sujet à discussion; qu'il nous suffise de rappeler les expériences d'Hitzig prouvant l'influence du plomb sur la contraction des petits vaisseaux et des capillaires. D'autres phénomènes spasmodiques ne se montrent-ils pas, d'ailleurs, au cours de la même intoxication, et la colique de plomb elle-même n'est-elle pas vraisemblablement due à un spasme des fibres musculaires lisses de l'intestin et de tout le système musculaire lisse des organes abdominaux, les artérioles particulièrement? Gilbert[8], dans une thèse récente, ayant relevé la fréquence des troubles rénaux et de l'asphyxie locale des extrémités, pense trouver dans la néphrite la condition étiologique nécessaire pour la rétention dans l'organisme d'un poison vaso-constricteur, susceptible d'expliquer le spasme des vaisseaux cutanés. Chez notre malade, il n'y avait pas de néphrite véritable; la sérinurie qu'il présentait a rapidement disparu; l'épreuve du bleu de méthylène a montré une élimination normale.

Chez la seconde malade, nous constatons des signes certains de tuberculose. Or, on sait que d'autres manifestations tuberculeuses, le lupus érythémateux en particulier, s'accompagnent volontiers de cyanose locale. C'est là une première condition étiologique.

Mais, de plus, cette femme est aussi soumise à l'influence d'une intoxication analogue par ses effets à celle que nous relevons chez notre précédent sujet, c'est une éthylique renforcée.

Nos deux malades sont donc tous deux des intoxiqués; mais ce n'est là qu'une cause prédisposante à la réalisation du syndrome de Maurice Raynaud, la cause occasionnelle nous est inconnue; tout au plus pouvons-nous signaler à titre de coïncidence le froid rigoureux que l'on subissait à l'époque du début de leurs accidents.

1. Fischer. — *Revue des sciences médicales*, 6, p. 418.
2. Grasset. — *Montpellier médical*, Juin, 1878.
3. Bigg — *Lancet*, 1870.
4. Clifford. — *Brit. med. Journ.*, 1887, T. I.
5. Urbantschich. — *Wien. klin. Woch.*, 1890, n° 23.
6. Peroni. — *Arch. ital. di otol.*, 2, 1894.
7. Cité par Achard. — « Traité de médecine ».
8. Gilbert. — *Thèse*, Paris, 1899.

LES SELLES DES TUBERCULEUX
NE SONT
PAS MOINS DANGEREUSES QUE LEURS CRACHATS

PAR

ANGLADE et **CHOCREAUX**
Médecin en chef — Médecin adjoint
de l'Asile public d'aliénés d'Alençon.

Cette proposition s'appuie sur des constatations bactériologiques et des vérifications expérimentales que nous voulons mettre sous les yeux de ceux — et ils sont nombreux — que préoccupe le problème de la prophylaxie de la tuberculose.

Au premier abord, on pourra être surpris de voir des aliénistes intervenir dans le débat pour y parler d'autre chose que de la tuberculose du système nerveux, en général, ou bien de la tuberculose des aliénés en particulier. Pour notre excuse et aussi pour la clarté des faits, il nous sera permis d'expliquer comment des constatations faites chez les aliénés tuberculeux nous ont conduit à formuler une règle de prophylaxie de la tuberculose.

On sait que le chiffre de la mortalité tuberculeuse est très élevé dans les asiles d'aliénés. « La population annuelle étant de 57.424 aliénés, il y a 672,6 décès par tuberculose, soit 117,11 sur 10.000 malades. La mortalité annuelle par tuberculose en France étant de 43,8, les aliénés paient un tribut presque trois fois plus considérable que les autres habitants[1]. » Et ces chiffres sont probablement au-dessous de la vérité; car les autopsies soigneusement faites permettent souvent de découvrir chez les aliénés, des tuberculoses viscérales insoupçonnées.

Quoi qu'il en soit, il importe de connaître la raison de cette élévation de la mortalité par tuberculose chez les aliénés.

Sans doute on peut admettre qu'ils y sont prédisposés ou qu'ils acquièrent cette prédisposition; encore faut-il, qu'en outre, ils rencontrent le germe spécial qui la développera, le bacille de Koch.

La Commission de la tuberculose a pensé que, dans les asiles d'aliénés comme ailleurs, ce bacille est véhiculé par les crachats, que ceux-ci constituent le danger, que c'est eux qu'il faut recueillir et soigneusement désinfecter. La circulaire ministérielle du 15 Juin 1901 a prescrit des mesures dans ce sens.

Mais les aliénés tuberculeux qui crachent, sont l'exception. L'un de nous a fait remarquer dans un travail spécial[2] que ce mode de

1. Brouardel. — « Rapport à la Commission de la tuberculose ». Masson, édit., p. 395.
2. Anglade. — « La propagation de la tuberculose par les bacilles contenus dans les selles. Prépondérance de ce mode de propagation dans les asiles d'aliénés ». *Annales méd.-psych.*, 1902, Janvier-Février.

propagation ne peut être considéré comme le plus important dans un hôpital d'aliénés.

I. La fréquence du bacille dans les selles. — C'est par les selles que les aliénés éliminent les bacilles de Koch ; que ces bacilles viennent du poumon, traversant le tube digestif tout entier, ou qu'ils arrivent directement de l'intestin ulcéré, la tuberculose intestinale — les autopsies le prouvent — est particulièrement fréquente chez les aliénés. Rarement, mais quelquefois primitive, elle succède habituellement à la tuberculose pulmonaire, qu'elle relègue presque toujours au second plan. Dans les ulcérations intestinales le microscope montre le bacille de Koch plus actif que dans tout autre foyer tuberculeux.

Ces faits, nous les avons déjà signalés[1]. Et l'observation, chaque jour, est venue les confirmer en les complétant.

Dans les trois premiers mois de cette année, il y a eu, dans notre service, 7 malades atteints de tuberculose : 6 aliénés et 1 religieuse infirmière.

Leurs crachats et leurs selles ont été scrupuleusement surveillés. Un seul aliéné a craché et par intermittence. Les autres, déments ou délirants, déglutissaient leurs expectorations. *Dans les selles de tous, le bacille de Koch, souvent recherché, a été toujours rencontré.*

En sorte que nous sommes en droit d'affirmer, en nous basant sur des recherches très nombreuses, que la présence du bacille de Koch est constante dans les selles des tuberculeux aliénés. Si bien que chez nos malades dont on ne peut saisir l'expectoration, et dont l'auscultation n'est pas toujours aisée, nous avons pris l'habitude de faire le diagnostic de la tuberculose par l'examen de leurs déjections.

Le fait de rencontrer des bacilles dans les selles de tuberculeux qui déglutissent leurs crachats ou dont l'intestin est ulcéré, s'il a été incontestablement mal observé et méconnu par les hygiénistes, n'a pourtant rien d'anormal. Il est un peu plus extraordinaire de rencontrer presque toujours, sinon toujours, des bacilles de Koch dans les selles des tuberculeux non aliénés, de ceux qui crachent[2] et ne font pas de la tuberculose intestinale, tout au moins par ulcérations.

Le fait est néanmoins certain. Il mérite de retenir l'attention. A dessein nous avons négligé de parler du septième de nos tuberculeux : une religieuse. Son observation a été notre premier pas dans la voie des comparaisons avec ce qui se passe chez les tuberculeux ordinaires. Dans les selles de cette malade qui crachait, n'avait point de diarrhée, ni aucun signe d'ulcération intestinale, la recherche du bacille de Koch, commencée en pleine évolution de la maladie, plusieurs fois renouvelée, a toujours donné un résultat positif. Un examen des crachats, fait parallèlement à celui des selles, nous a donné l'impression, sinon la preuve, qu'il s'éliminait dans le même temps plus de bacilles par la voie intestinale que par la voie buccale.

Cette constatation demandait à être contrôlée par des recherches dans un autre milieu. Elles nous ont été facilitées par la complaisance de nos aimables confrères, MM. Chambay et Becquembois, médecins de l'hôpital d'Alençon.

A la vérité, ces recherches ont porté sur un nombre de cas relativement faible. On nous accordera pourtant que les conditions dans lesquelles elles ont été pratiquées leur donnent quelque valeur.

Dans un service de médecine, le médecin nous désigne cinq malades suspects ou convaincus de tuberculose. Les selles sont recueillies et examinées séance tenante. Dans quatre cas, la présence du bacille de Koch y est constatée. Dans le cinquième, l'examen donne un résultat négatif, mais l'inoculation au cobaye d'un centimètre cube de matières très diluées, pratiquée le 29 Mars 1902, a déja provoqué, à la date du 10 Avril, une induration fortement suspecte des ganglions inguinaux[1].

En sorte que presque tous, et probablement tous les tuberculeux atteints de tuberculose à différents degrés, hospitalisés dans un service, pris au hasard, avaient en même temps des bacilles dans leurs selles. Ils en avaient aussi, sauf un, dans leurs crachats.

Il serait difficile d'admettre qu'il n'y ait là qu'une coïncidence de bacilles traversant accidentellement les voies digestives. Il faut, croyons-nous, envisager le fait, non comme un accident, mais comme une règle dont on pourra mieux compter les exceptions, en opérant sur un plus grand nombre de sujets.

Dès à présent, nous considérons comme démontré : que les aliénés tuberculeux évacuent des bacilles de Koch à peu près exclusivement par les selles; que le même fait se produit chez les enfants incapables de cracher[2]; que, parmi les tuberculeux qui ne sont ni des déments, ni des enfants, et qui savent cracher, un grand nombre, sinon tous, évacuent, avec leurs déjections, des bacilles, soit parce qu'ils les avalent, soit parcequ'ils se cultivent dans les ulcérations intestinales.

II. La virulence du bacille dans les selles. — Il ne nous a pas suffi de constater la présence du bacille de Koch dans les selles des tuberculeux de toutes les catégories ; nous avons tenu à mesurer sa virulence.

En inoculant au cobaye 1/2 centimètre cube de matière fécale tuberculeuse, même très diluée, on s'expose à voir l'animal succomber, en moins de quarante-huit heures, à la septicémie. Le fait s'est souvent produit au cours de nos expériences. En exagérant la dilution, on arrive néanmoins à éviter la mort immédiate. En ce cas, toujours les animaux inoculés sous la peau, avec 1/2 centimètre cube d'eau, seulement mise en contact avec de la matière fécale d'un tuberculeux, sacrifiés du vingtième au trentième jour après l'inoculation, ont été reconnus tuberculeux après vérification microscopique de leurs organes.

Donc, toutes les fois que la matière fécale d'un tuberculeux ne tue pas le cobaye en quarante-huit heures, elle le tuberculise.

Cela résulte rigoureusement de nos expériences. Si nous nous en étions tenus là, on aurait pu nous objecter que les bacilles reconnus virulents, provenaient peut-être des portions inférieures du tube digestif ulcéré, et que nos expériences prouvent seulement la virulence de ces bacilles, à l'exclusion de ceux qui, ayant parcouru le tube tout entier, doivent être tués par les sucs gastrique, hépatique, pancréatique ou intestinal. Une expérience va vous prouver, entre autres choses, que ceux-là même sont virulents.

La matière fécale bacillifère d'un tuberculeux, qui ne semble pas avoir des ulcérations intestinales, est étalée sur un linge et mise à sécher du 22 Février au 15 Mars.

Pendant ce temps, la malade dont elle provenait succombe; l'autopsie prouve que son intestin est indemne d'ulcérations. La poussière de cette matière fécale soumise à la dessication pendant vingt et un jours, est secouée sur une grande quantité d'eau, dont 1/2 centimètre cube injecté sous la peau d'un cobaye le tuberculise profondément en moins de vingt-cinq jours.

Donc, les bacilles qui ont parcouru l'appareil digestif tout entier sont virulents à leur sortie, et le demeurent au sein des matières fécales desséchées pendant au moins vingt et un jours. Voilà les faits. Quiconque voudra bien s'en donner la peine les pourra aisément vérifier.

III. Recherche du bacille. — Il y a lieu de s'étonner que la recherche du bacille de Koch dans les selles des tuberculeux n'ait été « qu'exceptionnellement »[1] utilisée comme moyen d'investigation et de diagnostic. C'est, pour les cliniciens, se priver d'un renseignement très utile en présence de ces tuberculoses intestinales, infantiles, etc., dont la reconnaissance est parfois délicate ; c'est, pour les hygiénistes, s'exposer à méconnaître un des modes les plus importants d'élimination et de propagation du bacille de la tuberculose. On se demande aussi pourquoi cette recherche est considérée comme « difficile »[2] par quelques-uns, « peu pratique »[3] par quelques-autres? Pour vaincre toutes les hésitations à cet égard, il suffira de rappeler la technique que nous avons exposée ailleurs[4]. Étaler sur une lame une parcelle de matière fécale diluée ; sécher à l'air libre : fixer en lavant au chloroforme ; Ziehl à chaud jusqu'à dégagement de vapeurs ; décolorer par l'alcool chlorhydrique ; laver; bleu de méthylène; laver; éclaircir à l'alcool-xylol.

La récolte sur lames peut se faire promptement auprès du malade et la coloration est simple.

Il est bien entendu que l'inoculation au cobaye est, ici encore, le plus précieux des moyens de contrôle.

IV. Les conséquences. — S'il est vrai que le bacille de Kock s'élimine exclusivement par les selles chez la plupart des aliénés et chez les enfants tuberculeux ; à la fois par les expectorations et par les déjections chez les autres; s'il est vrai, d'autre part, que le bacille, véhiculé par les selles garde sa virulence, il est évident que les tuberculeux de toutes les catégories ne sont pas, somme toute, moins dangereux par leurs selles que

1. Anglade. — *Loc. cit.*, et *Soc. de biol.*, 1901, 9 Juillet.

2. Anglade. — « Le bacille de Koch dans les selles des tuberculeux ». Communication à la *Soc. de biol.*, 1901, 9 Juillet.

1. Le cobaye a été ultérieurement reconnu tuberculeux.

2. Solles. — C. R. du Congrès de la tuberculose, 1891.

1. Dieulafoy. — « Pathologie interne », 1900, T. III, p. 368.

2. Legendre. — *In* « Pathologie générale de Bouchard et Roger ». T. IV, p. 692.

3. Courtois-Suffit. — *In* « Traité de médecine ». T. III, p. 466.

4. Anglade. — *Annales méd.-psych.*, 1902, Janvier-Février.

par leurs crachats. C'est la conclusion à laquelle nous arrivons logiquement.

Il y aurait d'autres enseignements à puiser dans les faits que nous venons d'exposer.

Ils nous montrent, et nous l'avons fait remarquer chemin faisant, que le bacille peut traverser le tube digestif sans y rien perdre de sa virulence. Promené dans l'intestin des sujets sains, il peut, chez l'adulte, comme chez l'enfant, profiter du plus léger entre-baillement d'une porte dans l'épithélium intestinal, et cela arrive. Nous avons récemment rencontré de la tuberculose exclusivement mésentérique chez un aliéné qui avait l'habitude de déglutir des fragments de granit. C'est eux qui vraisemblablement ont ouvert la porte au bacille accidentellement introduit dans l'intestin. Il n'est pas bien certain d'ailleurs que le milieu intestinal soit un ennemi pour le bacille de Koch. On a dit que l'intestin est le « paradis »[1] des microbes; mais le bacille de Koch en serait exclu surtout parce qu'il lui faut séjourner dans un milieu pour y coloniser. Nous ne prétendons aucunement affirmer que le bacille de Koch colonise dans l'intestin en dehors des ulcérations intestinales. Dans les selles de quelques tuberculeux ordinairement constipés, on rencontre pourtant des amas de bacilles courts et fins qui rappellent les cultures. Nous nous bornons à signaler cette constatation sans en exagérer l'importance.

Laissant de côté les considérations étrangères au but spécial de cet article, arrivons aux conséquences prophylactiques de la constatation de bacilles virulents dans les selles des tuberculeux.

Les hygiénistes ont déclaré et font chaque jour une guerre acharnée aux crachats des phtisiques. Il n'est pas question de modérer cette ardeur louable et de tous points légitime. Nous voulons seulement dire que le bacille de Koch trouve dans les selles, aussi bien que dans les crachats, un moyen de se propager.

Et il est incontestable que ce moyen lui réussit. Les selles des tuberculeux ne sont ni surveillées ni désinfectées, même dans les milieux où l'on se préoccupe le plus d'assurer la prophylaxie de la tuberculose. Est-il besoin d'énumérer les diverses manières dont un tuberculeux peut disséminer les bacilles contenus dans ses selles? Tous les malades, sans exception, risquent de souiller leur literie, les objets de toilette, leurs mains, etc., et quelques-uns comme les enfants, les aliénés, etc., souillent tout et à tout moment. La matière fécale desséchée devient une poussière virulente. L'eau contaminée garde sa virulence; nous l'avons constaté après d'autres expérimentateurs (Galtier)[2]. Il serait superflu d'insister sur des dangers qui sont évidents avec cette circonstance aggravante qu'ils sont particulièrement difficiles à éviter.

Dans notre service, nous avons assisté à des faits indubitables de contamination par des selles dont cependant nous connaissions la virulence et dont nous avions prescrit la surveillance et la désinfection. Est-ce à dire que ces dangers ne puissent être conjurés? Non, sans doute. La mesure vraiment efficace sera, dans les milieux hospitaliers surtout, l'isolement des tuberculeux, la surveillance et la désinfection rigoureuse de toutes leurs excrétions, y compris les déjections intestinales. Mais à tous et partout, il faudra inspirer, en même temps que la crainte des crachats, la crainte des matières fécales des tuberculeux.

1. Roger. — « Les maladies infectieuses », 1902, p. 91.
2. Galtier. — « Dangers des matières tuberculeuses qui ont subi le contact de l'eau ». *C. R. Académie des sciences*, 1887.

L'ALCOOL
ET LA
RÉSISTANCE DE L'ORGANISME AUX MALADIES

Par Marcel LABBÉ
Médecin des Hôpitaux,
Chef de laboratoire de la Faculté.

Autrefois les médecins ordonnaient volontiers l'alcool à titre de stimulant dans les grandes maladies chez les adultes et même chez les enfants. Certains praticiens américains étaient même allés jusqu'à préconiser l'alcoolisation intensive avec de hautes doses de vin de Champagne et de liqueurs pour lutter contre les infections, contre la septicémie puerpérale en particulier.

Nous sommes loin aujourd'hui de ces excès. Si l'on fait encore un certain usage d'alcool dans les maladies, ainsi que le prouve le chiffre de la consommation annuelle dans les hôpitaux, cet usage tend à diminuer de plus en plus. Après avoir été fort à la mode, l'alcool ne l'est plus guère dans le monde médical qui, connaissant très bien ses dangers, se méfie de lui à juste titre.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que, outre les effets fâcheux de l'alcoolisme chronique qui crée des affections gastriques, hépatiques, nerveuses, etc., les individus s'adonnant à cette intoxication subissent une véritable déchéance organique qui les rend moins résistants à toutes les causes de maladie et fait que la tuberculose est plus fréquente et plus rapide, que la pneumonie, l'érysipèle, toutes les grandes pyrexies sont plus graves, que les traumatismes [1] ont des conséquences plus sérieuses chez eux que chez les sujets sains.

Cette question a été jugée par l'observation clinique. Mais on peut se demander si l'alcool, dangereux comme aliment ordinaire, n'est pas utile comme médicament; si, donné à dose maniable, non toxique, au cours d'une maladie, il n'augmente pas la résistance de l'organisme en stimulant d'une façon passagère le cœur, la respiration, le système nerveux et les organes qui participent à la défense contre l'infection. A cette question, l'observation médicale répond en affirmant l'utilité de l'alcool qui semble vraiment utile, à titre de stimulant passager dans les grandes maladies,

C'est à quoi M. Jaquet (de Bâle)[2] avait conclu dans un rapport sur ce sujet; or, le rapport de M. Jaquet a été vivement critiqué par M. Forel et par M. Frich (de Zurich). C'est qu'il y a, en effet, des médecins qui poussent l'anti-alcoolisme jusqu'à l'alcoolophobie. Kassowitz[1] est de ceux-là; il soutient aussi que l'alcool n'a aucune valeur nutritive, que son emploi n'est nullement autorisé dans le traitement des maladies, et il ne donne jamais d'alcool à ses malades.

1. S. Maussire. — « Alcool et traumatisme ». *Thèse*, Paris, 1901.
2. Jaquet. — « Sur l'action pharmacologique et la valeur thérapeutique de l'alcool ». Réunion annuelle de l'Association centrale des médecins suisses, 1896, Novembre; analysé in *La Presse Médicale*, 1897, 23 Janvier.

Devant ces contradictions, il était nécessaire de soumettre la question au contrôle de l'expérimentation. Quelques bactériologistes ont cherché à la résoudre en établissant d'une façon précise les réactions défensives provoquées par l'introduction de l'alcool dans l'économie, et la résistance qu'opposent aux infections et intoxications les sujets soumis d'une façon habituelle ou d'une façon passagère à l'action de l'alcool.

Peu d'auteurs ont étudié l'action de l'alcool sur le sang et la leucocytose.

T. Laitinien conclut de ses recherches sur ce sujet que l'alcool diminue l'alcalinité du sang, abaisse son pouvoir bactéricide, diminue le nombre des globules blancs, mais ne possède aucune action sur le nombre des globules rouges et sur leur richesse en hémoglobine.

Kiparsky[2] a montré que l'alcoolisme aigu ou chronique diminue la leucocytose et que la réparation des plaies se fait moins vite chez les intoxiqués à cause de l'apport insuffisant des leucocytes au niveau des foyers morbides.

L'effet des injections d'alcool à dose toxique (produisant l'ivresse) dans le péritoine des lapins est très variable. Sur les six expériences que nous avons faites en collaboration avec M. de Lavarenne, nous avons vu l'injection de 1 centimètre cube produire: trois fois une diminution du nombre des leucocytes durant toute la période d'ivresse, le chiffre des leucocytes tendant à remonter quand l'ivresse se dissipait; deux fois une augmentation du nombre des leucocytes progressive, et persistant même après la disparition des phénomènes d'intoxication aiguë; une fois des résultats discordants; chez le même lapin, suivant les jours, l'alcool produisait tantôt une hypo, tantôt une hyperleucocytose.

Devant l'inconstance des résultats obtenus, qui ne semblaient obéir à aucune règle, nous n'avons pas cru devoir multiplier les expériences.

Doyen[3] a étudié le premier, au point de vue expérimental, la résistance des alcooliques aux injections. Après avoir fait ingérer de l'alcool à des cobayes, il leur faisait avaler des cultures de bacille cholérique et constatait leur moindre résistance à l'infection; il l'attribuait à tort à la neutralisation du suc gastrique, car l'injection de bicarbonate de soude qui neutralise aussi le suc gastrique ne diminue pas la résistance des animaux.

Les expériences de Thomas[4] prouvent d'ailleurs que l'alcool agit sur la résistance générale de l'économie indépendamment de son action sur le suc gastrique. Il diminue les échanges, l'activité cellulaire et le pouvoir bactéricide du sang. Thomas a injecté des cultures de choléra dans le sang de lapins, les uns sains, les autres intoxiqués au préa-

1. Kassowitz. — *Deut. med. Woch.*, 1900, 9, 16 et 23 Août.
2. Kiparsky. — Analysé in *La Presse Médicale*, 1898, 20 Juillet.
3. Doyen. — *Arch. de physiologie*, 1885.
4. Thomas. — *Arch. f. experim. Pathol. und Pharmac.*, 1893, Bd XXXII.

lable par l'alcool; il a vu que les lapins alcooliques mouraient, tandis que les lapins non alcoolisés résistaient ou du moins ne mouraient que plus tardivement.

D'après les recherches de Valagussa et Rancelletti, les animaux alcoolisés sont moins résistants à la toxine diphtérique.

Déléarde[1] chercha s'il était possible d'immuniser des animaux contre la rage, le tétanos et le charbon, en même temps qu'on les alcoolisait. Il vit que si on commence par alcooliser les animaux, on peut ensuite les immuniser, à condition de cesser l'alcoolisation lorsqu'on commence l'immunisation. Mais si l'animal continue à recevoir de l'alcool, on n'obtient qu'à grand peine l'immunisation contre le tétanos, et on ne peut l'obtenir contre la rage et le charbon. Si l'animal, d'abord immunisé, est ensuite alcoolisé, on voit que l'immunité antirabique persiste, tandis que l'immunité antitétanique diminue. L'auteur en conclut qu'il est dangereux d'administrer l'alcool à trop haute dose dans les maladies infectieuses.

Abbott[2] a constaté que la résistance à l'infection streptococcique, staphylococcique et colibacillaire était abaissée par l'alcoolisme.

Taav Laitinien[3] est arrivé aussi, à la suite d'expériences très nombreuses entreprises sur diverses espèces animales, à l'aide du charbon, de la tuberculose et de la toxine diphtérique, à conclure que l'alcool ingéré à doses fortes, ou à doses faibles et répétées, avant ou après l'infection, diminue la résistance de l'organisme contre l'infection, en raison directe de la quantité de toxique absorbé; l'alcool prédispose à l'infection par les lésions qu'il produit dans les viscères, en particulier dans les organes préposés à la défense de l'organisme et dans les émonctoires, par la diminution de l'alcalinité et du pouvoir bactéricide du sang.

Taav Laitinien[3] montre par ses expériences que la tuberculose évolue plus rapidement chez les animaux alcoolisés.

Tandis que les animaux témoins meurent en trente-quatre jours, les animaux alcoolisés et infectés de tuberculose meurent en vingt-sept jours; dans une deuxième série d'expériences la durée de l'évolution de la tuberculose a été de vingt-deux jours chez les témoins, de vingt jours chez les alcoolisés.

* * *

Cette conclusion expérimentale concorde avec l'observation de tous les auteurs qui, après M. Lancereaux, ont montré la prédisposition des alcooliques à contracter la tuberculose, et la gravité de l'infection chez ces malades. Les études de M. Aubry sur l'alcoolisme en Basse-Bretagne ont bien mis en relief le rapport qui existe entre l'alcoolisme et la phtisie.

J. Goldberg[4] a repris ces expériences en étudiant l'influence de l'alcool sur la résistance des pigeons à l'infection charbonneuse. Il a vu que l'alcool donné à dose toxique après l'infection abaisse la résistance naturelle des animaux et rend les pigeons plus sensibles au charbon.

Les pigeons, naturellement réfractaires à la bactéridie charbonneuse, succombent à l'inoculation d'une dose non mortelle quand on leur injecte ensuite des doses moyennes ou fortes d'alcool (2 à 3 centimètres cubes d'alcool à 40 p. 100), doses qui sont capables à elles seules de provoquer une forte intoxication, mais non d'amener la mort.

L'alcoolisation antérieure à l'infection produit le même effet. L'intoxication alcoolique chronique prolongée des pigeons, les rend aussi moins résistants et ils succombent quand on vient ensuite à leur injecter des bactéridies charbonneuses.

L'expérimentation n'est pas favorable à l'emploi de l'alcool même à petites doses dans la thérapeutique de l'infection.

Les petites doses d'alcool (environ 1 centimètre cube deux fois par jour), données d'une façon répétée, à des pigeons infectés avec des doses mortelles de charbon, ne sauvent pas les animaux de la mort, et ne prolongent que rarement leur existence ; si on compare leur survie à celle des animaux de contrôle, on voit que presque tous les animaux meurent en même temps.

Les expériences que nous avons faites en collaboratton avec M. de Lavarenne, dans le but d'étudier l'action de l'alcool sur l'évolution des infections et intoxications aiguës, nous ont donné des résultats peu concluants. L'alcool à dose toxique mais non mortelle injecté sous la peau ou dans le péritoine n'a semblé ni accélérer ni retarder la marche des infections et des intoxications.

Ainsi les cobayes inoculés avec des cultures de charbon dans le tissu cellulaire sous-cutané, puis soumis à des injections répétées de un demi et de un centimètre cube d'alcool dans le péritoine, sont morts dans le même laps de temps que les cobayes témoins inoculés seulement avec la bactéridie.

Les cobayes inoculés avec de la toxine diphtérique après injection de un demi-centimètre cube d'alcool dans le péritoine sont morts en deux jours, comme les cobayes témoins.

Un seul auteur est arrivé à des conclusions paradoxales sur les rapports de l'alcoolisme et de la résistance à la maladie. Mircoli[1] pense que l'alcoolisation est utile aux tuberculeux et augmente la résistance des individus indemnes au développement de la tuberculose. Le sérum des alcooliques exerce, vis-à-vis de la tuberculine de Maragliano, un rôle antitoxique beaucoup plus marqué que le sérum des sujets bien portants. Ainsi l'alcool posséderait une action prophylactique et curative à l'égard de la tuberculose.

Malheureusement les expériences de Mircoli constituent un mode d'observation très détourné; la tuberculine de Maragliano ne représente qu'une partie des toxines tuberculeuses et rien ne dit que ce qui est vrai pour cette tuberculine spéciale soit vrai aussi pour le bacille de Koch et l'ensemble des poisons qu'il sécrète.

Des travaux que nous venons de passer en revue résultent les deux conclusions suivantes :

1° Un premier point est bien établi : l'alcoolisme chronique diminue la résistance de l'organisme animal à l'infection; l'alcoolisme aigu aggrave les infections et accélère leur évolution fatale. Ce résultat expérimental concorde avec l'observation clinique, il montre la gravité des infections chez les anciens alcooliques et les dangers de la thérapeutique par l'alcool à haute dose.

2° Le deuxième point reste douteux. L'alcool à petites doses, à titre d'excitant, dans le traitement des infections, ne paraît avoir expérimentalement aucune influence sur leur évolution. Il ne paraît agir ni heureusement, ni défavorablement. Les bienfaits de l'alcool à doses médicamenteuse sont donc incertains; peut-être, ainsi que le soutenait Frich (de Zurich), n'agit-il qu'en paralysant les centres nerveux des malades, en diminuant leurs souffrances et en les plongeant dans un état d'euphorie qui les fait paraître mieux qu'ils ne sont en réalité. A ce titre, la médication alcoolique ne serait, comme les médications opiacée, bromurée, chloralée, etc., qu'une thérapeutique de narcose.

Cela n'impliquerait pas d'ailleurs que l'alcool à doses faibles doive être absolument rejeté de la thérapeutique des infections; il aurait encore son rôle, au même titre que les autres narcotiques. Mais les expériences sur ce sujet sont insuffisantes pour former l'opinion et ne peuvent prévaloir contre l'observation journalière qui montre l'utilité de l'alcool pour donner à certains moments un coup de fouet à l'organisme débilité et pour lui permettre de soutenir avec avantage la lutte contre la maladie. L'expérimentation est presque impossible avec de pareils sujets; l'organisme des animaux n'est pas identique à celui de l'homme; les infections qu'on provoque chez eux ne peuvent être comparées à celles de l'homme, et la clinique est encore préférable à l'expérimentation pour juger cette question.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

G. Swiecinsky. *Cavum Meckeli. Etude d'anatomie humaine et comparée.* — Ce travail est une étude très documentée sur la cavité de Meckel et le ganglion du trijumeau, au point de vue de leur structure et de l'aspect qu'ils revêtent chez l'homme et chez quelques animaux : le chien, le chat, le porc, etc.

Dans un premier chapitre, l'auteur rappelle la disposition et la structure de la dure-mère, dont les deux feuillets fibreux et périostique, très distincts en certaines régions, au point de vue macroscopique, se confondent microscopiquement sans démarcation précise. Chez certains animaux, les invaginations de la dure-mère : faux du cerveau, tente du cervelet, faux du cervelet et tente de l'hypophyse, contiennent des éléments périostiques; chez le chien et le chat, notamment, la tente du cervelet est constamment ossifiée. Le cavum de Meckel n'est autre chose qu'une invagination de la dure-mère au niveau du ganglion de Gasser.

La dépression osseuse logeant le ganglion du trijumeau, à bords peu développés chez l'homme, est, au contraire, profonde chez le porc, le mouton; à bords très élevés chez le lapin, le chien, le chat, les oiseaux. Tandis que chez l'homme, la dépression du trijumeau et le trijumeau lui-même sont nettement endocraniens, chez les animaux la dépression du ganglion tend à devenir exocranienne (mouton, porc) et l'auteur pense, sans avoir pu le constater au cours de ses recherches, que chez quelques espèces d'ani-

1. Déléarde. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1897.
2. Abbott. — *Journal of experimental medicine*, 1896, Juillet.
3. Taav Laitinien. — *Zeitschr. f. Hyg. und Infectionskrankheiten*, 1900, Bd XXXIV, Heft 2.
4. J. Goldberg. — « Influence de l'alcool sur l'immunité naturelle des pigeons pour la bactéridie charbonneuse et sur l'évolution de l'infection charbonneuse ». *Centralblatt für Bakteriologie*, 1901, 26 Novembre, T. XXX, n° 19, p. 731.

1. Mircoli. — *Münch. med. Wochenschr.*, 1902, 4 Mars, p. 353.

maux, la dépression du trijumeau doit devenir une cavité isolée de la cavité cranienne.

Quant à l'impression du ganglion de Gasser, elle se trouve, chez l'homme, presque exclusivement située sur la face antéro-supérieure du sommet du rocher; chez les animaux, on la rencontre ou bien sur la grande aile du sphénoïde, (oiseaux), ou bien empiétant sur la face antérieure du sommet du rocher.

Le trou déchiré antérieur existe chez tous les animaux examinés, sauf chez les oiseaux, à cause de la synostose des os de la base du crâne. Chez le porc, une épine du sphénoïde, unie par un tractus fibreux au bord antérieur de l'apophyse mastoïde, le divise en deux parties : une partie externe qui correspond au nerf maxillaire inférieur, et une partie interne qui répond au sinus caverneux et à la carotide.

Le cavum de Meckel varie de forme avec les animaux. Il se présente sous l'aspect d'un canal chez le mouton et le porc; chez le chien, le chat, les oiseaux, il revêt, comme chez l'homme, la forme d'une ampoule élargie de haut en bas. Les parois de la cavité sont formées par un dédoublement de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne, précédé par une invagination de la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure, de sorte que chaque paroi de la cavité est constituée par deux feuillets.

Le ganglion du trijumeau et les nerfs qui en émergent occupent plus de la moitié du cavum Meckeli, dont le reste est libre et tapissé par un endothélium et communique avec l'arachnoïde.

Le dernier chapitre de cette étude est consacré à la description du ganglion du trijumeau. Chez l'homme, il a la forme d'un croissant et présente une face supéro-externe et une face inféro-interne. Cette forme se retrouve chez le chien, le lapin, le chat, les oiseaux; chez le porc, le ganglion est cylindrique; chez le mouton, il est cylindrique et légèrement aplati.

Chez l'homme, le chien, le chat, la poule, la dinde, chaque nerf émergent possède un orifice spécial.

Chez le lapin, le mouton, le porc, un seul orifice est commun aux nerfs ophalmique et maxillaire supérieur.

Chez l'oie, les nerfs maxillaires supérieur et inférieur ont un orifice commun.

Enfin, chez les oiseaux, le nerf ophtalmique est situé dans un conduit osseux spécial creusé dans la paroi qui sépare la dépression du trijumeau du sinus caverneux.

G. Berruyer.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

P. Malsang. ***Des otorragies consécutives aux traumatismes de la tête, indépendantes des fractures de la base du crâne*** (*Thèse*, Paris, 1902, Juillet). — L'otorragie est un symptôme fréquent et important dans les traumatismes de la tête. Elle peut être due à une lésion du conduit auditif osseux par enfoncement du condyle du maxillaire dans une chute sur le menton ; à une fracture de l'apophyse mastoïde ; à une rupture indirecte du tympan ; enfin à une fracture du rocher.

Faire le diagnostic du siège d'une otorragie consécutive à un traumatisme de la tête, c'est donc établir le pronostic de ce traumatisme ; aussi ne nous semble-t-il pas inutile de rappeler aux praticiens les signes par lesquels se distinguent ces différentes variétés d'otorragie.

1° La *lésion du conduit auditif externe* est caractérisée par la douleur au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, la difficulté des mouvements de cette articulation, la déformation préauriculaire, la chute ou la plaie du menton, l'intégrité de la membrane du tympan et de l'ouïe.

2° La *fracture de la mastoïde*, du reste très rare, se reconnaît surtout aux symptômes locaux du côté de l'apophyse : douleur, affaissement osseux, crépitation.

3° La *rupture du tympan* et la *fracture du rocher* ont un certain nombre de symptômes communs. Ce sont : l'état de commotion cérébrale, l'écoulement de sang et de sérosité par l'oreille, la paralysie faciale, l'altération ou la perte de l'ouïe. Or, il est toujours possible, en étudiant attentivement chacun de ces signes, d'établir le diagnostic différentiel entre la simple rupture du tympan et la fracture du rocher. La commotion cérébrale, qui peut être intense dans les deux cas, est cependant en général beaucoup plus intense et durable dans la fracture du crâne.

L'écoulement de sang, généralement assez abondant, et le plus souvent intermittent dans la fracture du crâne, est d'ordinaire peu abondant, continu, et de courte durée dans la déchirure du tympan. Un écoulement de sérosité qui se manifeste immédiatement après le traumatisme doit faire penser à l'issue de liquide céphalo-rachidien, surtout si cet écoulement augmente quand le malade fait effort ou lève la tête. On reconnaîtra d'ailleurs le liquide céphalo-rachidien à sa grande teneur en chlorure de sodium et à l'absence d'albumine. Au contraire, un écoulement qui ne s'installe que quelque temps après l'accident, qui n'est pas influencé par l'effort ni par la position du malade, qui contient des globules blancs, beaucoup d'albumine et pas de chlorure de sodium, doit faire penser à une otite séreuse consécutive à la rupture du tympan.

La paralysie faciale qui survient immédiatement après un traumatisme de la tête, surtout si elle est totale, est caractéristique d'une fracture du rocher. Dans la rupture du tympan, la paralysie faciale, lorsqu'elle survient, est toujours tardive, réparable et due à une otite secondaire.

Enfin, dans la fracture du rocher, l'ouïe peut être détruite totalement, d'une façon immédiate. Dans la rupture du tympan, au contraire, les troubles de l'ouïe consistent simplement dans un affaiblissement qui peut cependant aboutir à la disparition absolue, mais au bout de plusieurs jours seulement.

Si nous ajoutons que les fractures du crâne s'accompagnent très souvent d'écoulement de matière cérébrale, d'ecchymoses occipitale, pharyngienne, mastoïdienne, sous-conjonctivo-palpébrale, de paralysie de l'olfactif, de l'optique, des nerfs moteurs de l'œil, nous voyons qu'en somme il est, dans la très grande majorité des cas, non seulement possible, mais facile de distinguer la fracture du rocher de la simple rupture du tympan et, par conséquent, d'établir le pronostic de la lésion.

J. Dumont.

MÉDECINE

Carrière. ***Sur quelques cas d'angines à tétragènes*** (*Revue de médecine*, 10 Juin 1902, p. 509). — MM. Dieulafoy et Apert ont rapporté des cas d'angines à tétragènes secondaires à une autre localisation tétragénique déjà existante; mais à côté de ces cas il faut faire une place aux angines à tétragènes primitives dont M. Odilon Martin a déjà publié un exemple. M. Carrière vient d'en observer 7 nouveaux cas, d'après lesquels il décrit les caractères de cette variété d'angine. Toutes ces observations se rapportent à des enfants de trois à douze ans; elles ont été recueillies en automne, la maladie ayant affecté les allures d'une petite épidémie de quartier. L'étiologie s'explique par la fréquence de la présence du tétragène dans la cavité bucco-vaso-pharyngée; sur 100 cas, l'auteur l'a trouvé 10 fois dans le mucus nasal, 10 fois dans le pharynx, 12 fois sur les amygdales et 14 fois dans la bouche. Le tétragène retiré de la gorge des malades s'est montré virulent pour le cobaye à la dose de 1 à 5 centimètres cubes; les toxines des cultures en bouillon se sont montrées peu actives.

Cliniquement, l'angine à tétragène semble revêtir deux types principaux : le type érythémato-pultacé et le type diphtéroïde-pultacé. Dans le premier cas, l'angine débute brusquement par de la dysphagie, des troubles gastriques, de la fièvre; il y a une vive rougeur de la gorge avec tuméfaction des amygdales; bientôt apparaissent de petits îlots pultacés; les ganglions sous-maxillaires sont engagés et douloureux. Le troisième jour, la fièvre tombe, la rougeur de la gorge disparaît; mais on trouve sur les amygdales et dans le pharynx des traînés de pus qui persistent pendant trente-six à quarante-huit heures. Il ne reste bientôt que de l'adénopathie sous maxillaire qui dure une vingtaine de jours, l'hypertrophie des amygdales, la tachycardie et l'anémie.

Quand l'angine revêt le type diphtéroïde et pultacé, le début est brusque, accompagné de frissons, et la fièvre dépasse bientôt 39°; la gorge est d'un rouge vif; elle est tapissée de fausses membranes blanchâtres, résistantes, difficiles à détacher et localisées aux amygdales. Ces fausses membranes sont formées d'une couche superficielle composée de granulations très fines et de tétragènes, et d'une couche profonde formée de filaments de fibrine renfermant dans leurs mailles des cellules épithéliales nécrosées, des leucocytes polynucléaires et des tétragènes. Après douze à vingt-quatre heures, les fausses membranes se ramollissent, subissent la désintégration purulente, et, au bout de trois jours, il ne reste plus qu'une rougeur diffuse du pharynx. En même temps la fièvre tombe, l'appétit revient; et bientôt seules persistent l'adénopathie, l'hypertrophie des amygdales, la tachycardie et l'anémie.

Le sang présente au début une destruction globulaire intense; la leucocytose n'apparaît que le deuxième ou le troisième jour; elle est polynucléaire, neutrophile, puis éosinophile; elle dure deux à trois jours après la chute thermique. Les urines ne renferment jamais d'albumine.

Le traitement mis en œuvre, et qui a toujours parfaitement réussi, est le suivant : désinfection du nez avec l'huile mentholée au cinquantième, lavage de la gorge avec une solution de carbonate de soude au centième, et badigeonnage à l'eau oxygénée à dix volumes.

M. Garnier.

F. O. Huber. ***L'agglutination du pneumocoque*** (*Centralblatt für innere Medicin*, 1902, 26 Avril). — L'auteur a étudié à la clinique du professeur von Leyden l'agglutination du pneumocoque et le sérodiagnostic des affections causées par ce microbe. Les résultats qu'il apporte sont conformes à ceux publiés par Bezançon et Griffon. Pour avoir une agglutination, il faut cultiver le pneumocoque dans le sérum de pneumonique ; la culture prend alors un aspect tout différent de celle qu'on obtient en sérum normal : le sérum au lieu de devenir trouble reste complètement clair, tandis qu'au fond du tube se dépose un amas de pneumocoques agglutinés. En examinant ce dépôt après coloration, on voit qu'il est formé d'un amas épais de pneumocoques, qui, d'après l'auteur, ont gardé une capsule très manifeste ; cette opinion est contraire à celle de Griffon qui trouve que le pneumocoque perd sa capsule dans l'agglutination. Huber insiste au contraire sur la capsule, et prétend que l'on a l'impression que les cocci sont retenus par la réunion de leurs capsules.

Le pouvoir agglutinant atteint son maximum au moment de la crise; après la crise il baisse rapidement, et, dix jours après, il est devenu très faible. L'addition au sérum d'une faible quantité de bouillon (1 pour 2 ou 1 pour 4) fait disparaître l'agglutination; cependant le sérum d'un cheval immunisé supporte de fortes dilutions, surtout si on les fait avec du sérum de cheval normal.

L'auteur s'est assuré que le sérum de malades souffrant d'infections diverses autres que celles à pneumocoques n'était pas agglutinant; il a eu au contraire des résultats positifs dans 10 cas de pneumonie. Comme Griffon, il a vu que le sérum agglutine toujours plus fortement le pneumocoque pris sur le malade lui-même que celui venant d'un autre cas.

M. Garnier.

CHIRURGIE

Ch. Sabatié. ***Les ulcères de la région pylorique. Formes cliniques. Traitement*** (*Thèse*, Paris, 1902). — La chirurgie, étendant de jour en jour son action sur l'estomac, vient apporter de précieux documents à l'étude de l'ulcère pylorique, en décelant — à côté de la sténose cicatricielle classique et bien connue — la présence de cette lésion dans des cas à symptomatologie fruste.

Ces formes frustes de l'ulcère du pylore ont été longtemps méconnues et classées dans le groupe confus des dyspepsies.

Le diagnostic repose sur la constatation d'un certain nombre de symptômes dont le groupement constitue le *syndrome pylorique* de Soupault, syndrome caractéristique d'un obstacle pylorique léger, dû le plus souvent à un ulcère, soit en évolution, soit ayant laissé une sténose légère.

Le principal élément de ce syndrome est la douleur survenant deux ou trois heures après le repas, augmentant progressivement d'intensité et, après une durée variable, se terminant soit par le vomissement, soit par l'ingestion du repas suivant.

A la douleur s'ajoutent, mais d'une manière inconstante, les vomissements et la dilatation de l'estomac, peu marquée en général.

Ce syndrome pylorique se présente en clinique dans trois conditions :

1° Syndrome pylorique avec gastro-succorrhée. L'étude clinique et anatomique de Reichmann permet de conclure qu'elle est due à un ulcère de la région pylorique déterminant un spasme du sphincter;

2° Syndrome pylorique avec hyperchlorhydrie, sans stase;

3° Syndrome pylorique sans hyperchlorhydrie : forme très rare, dans le cas d'ulcère pylorique, et qui doit faire rechercher l'une des autres causes susceptibles de donner lieu au syndrome pylorique : le can-

cer et la sténose d'origine biliaire. Les formes latentes de l'ulcère du pylore sont très rares.

Le traitement des formes frustes doit être d'abord médical. Après échec il faudra avoir recours à la gastro-entérostomie qui donne dans ces cas les mêmes résultats merveilleux que dans les sténoses à grande stase. Elle devra être pratiquée quand, après un traitement médical bien appliqué pendant un mois, les douleurs persistent aussi intenses, les vomissements sont aussi abondants et aussi fréquents, le poids n'augmente pas, etc.

Mais pour espérer un beau résultat de par la gastro-entérostomie, il faut surtout que le malade présente le syndrome pylorique, en l'absence duquel l'intervention serait très probablement inutile (Soupault).

GEORGES LABEY.

OBSTÉTRIQUE

M. Henkel. *Des hémorragies « post-partum » et de leur traitement* (in *Zeitschft f. Geb. u. Gynäk*, 1902, T. XLVII, Heft 2, p. 197). — M. Henkel, assistant à la clinique du professeur Olshausen, consacre son travail à la pathogénie et au traitement de certaines variétés d'hémorragies du *post-partum*. Ces hémorragies reconnaissent deux grandes causes : l'inertie utérine et les déchirures du col.

a) Dans l'inertie utérine, le traitement appliqué à la clinique d'Olshausen est le traitement classique (injections chaudes, massages, tamponnements utérins). Mais, dans certains cas, ce traitement échoue, soit que le sang ait perdu sa tendance à se coaguler (hémophilie, femme déjà anémiée), soit que le placenta ait été inséré sur le segment inférieur, et que l'hémorragie provienne de cette partie peu contractile de l'utérus.

Dans ces hémorragies ayant leur source dans le segment inférieur voici comment procède l'auteur : on fait un tamponnement serré du segment inférieur, puis on luxe par en haut l'utérus dans son entier, en dehors du bassin, en le pliant en forte antéflexion. Cela fait, on applique un bandage abdominal serré, de telle sorte que le segment inférieur soit comprimé entre le corps de l'utérus par en haut, et la colonne vertébrale par en bas (sacrum ou colonne lombaire).

Dans certaines conditions, alors qu'on peut prévoir une hémorragie *post-partum* (hydramnios, grossesse gémellaire, inertie habituelle, etc.), Olshausen donne, comme préventif, un peu d'ergotine pendant la période d'expulsion du fœtus.

b) L'auteur insiste beaucoup sur les déchirures du col, comme cause d'hémorragies.

Contre ces hémorragies, le tamponnement peut être très utile. Mais lorsque la déchirure est grande et que l'hémorragie est intense, l'auteur adopte une méthode spéciale : il place une pince de Museux de chaque côté sur le bord interne du ligament large pour pincer l'artère utérine ou une de ses branches. Il laisse ces pinces en place de douze à vingt-quatre heures. Il n'a jamais observé de lésions sérieuses du côté de l'uretère ou de la vessie. La pince de Museux est préférable à la pince-clamp ordinaire qui pourrait produire de la nécrose par compression. L'auteur préfère aussi ne pas suturer les lèvres de la déchirure du col.

A. SCHAWB.

G. Riether. *Les fractures de la clavicule des nouveau-nés dans les accouchements normaux* (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 1902, nº 24, p. 619). — L'auteur a observé dans l'espace d'un an, à l'hôpital des Enfants assistés de Vienne, 65 cas de fractures de la clavicule chez des nouveau-nés. Ces enfants venaient des trois cliniques d'accouchement de Vienne, et l'enquête à laquelle il s'est livré a permis d'établir que, dans ces cas, il s'agissait d'accouchements normaux, spontanés, n'ayant nécessité aucune intervention obstétricale, si ce n'est le dégagement des épaules après la sortie de la tête. C'est donc ce dégagement que l'auteur incrimine en tant que cause de la fracture. Le fait a du reste été constaté directement par les directeurs de ces trois cliniques d'accouchement, une fois que leur attention a été attirée sur ce mécanisme. En second lieu, l'étude des observations a montré que presque toujours c'est la clavicule correspondante à l'épaule engagée contre le pubis qui se fracture. En tout cas, ce qui est établi c'est que ces fractures sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'admet.

Le plus souvent la fracture occupe le corps de la clavicule. Elle est transversale ou oblique, et les symptômes qu'on observe varient suivant qu'il existe ou non un déplacement des fragments.

Dans le premier cas, on peut trouver de la crépitation, de la mobilité anormale, un abaissement de l'épaule qui s'est portée en même temps en avant, et une immobilisation relative du membre qui est collé contre le tronc. Dans le second cas on trouve encore le membre collé contre le tronc, mais l'existence de la fracture ne se révèle qu'au bout de quelques jours au moment de l'apparition du cal.

Le pronostic de ces fractures est favorable, et au bout de quinze jours le cal est généralement déjà solide. Le traitement consiste à immobiliser simplement le membre dans la position classique soit au moyen des bandelettes, soit en utilisant la chemisette de l'enfant.

R. ROMME.

GYNÉCOLOGIE

Muret. *De la grossesse interstitielle* (*Revue de gynécol. et de chir. abdom.* t. VI, Janvier-Février 1902, p. 35). — A l'occasion d'un cas personnel opéré et guéri — il s'agissait d'une grossesse interstitielle de quatre mois développée dans la corne utérine gauche, contenant un fœtus vivant, et s'accompagnant d'un épanchement péritonéal enkysté dû à de petites ruptures successives du sac fœtal — M. Muret étudie quelques points concernant le diagnostic et le traitement de cette variété très rare de la grossesse ectopique (Rooswinkel n'a pu en rassembler dans la littérature, jusqu'en 1897, que 17 cas avérés).

— Le *diagnostic* de la grossesse interstitielle, ou tubo-utérine, est toujours très difficile [à faire. Ces difficultés tiennent au fait même du siège de la grossesse, développée dans le segment de la trompe qui parcourt l'utérus au niveau de l'une des cornes de cet organe. La saillie formée par le développement de l'œuf ne devient évidemment accessible au palper bimanuel que lorsqu'elle a atteint un certain volume, et alors la tumeur n'a rien de caractéristique par elle-même : elle peut être prise pour un fibrome situé au niveau d'une des cornes de l'utérus, pour un épaississement inflammatoire de la trompe à son extrémité utérine, pour une grossesse tubaire, pour une grossesse développée dans une des cavités d'un utérus bicorne ou biloculaire, ou même pour une grossesse simple, normale.

Le diagnostic différentiel avec le fibrome et la salpingite est possible et même facile dans la plupart des cas, en s'en rapportant aux anamnestiques, et en recherchant les signes habituels de la grossesse. Mais ce qu'il est plus important de déterminer, ce sont les caractères qui distinguent la grossesse interstitielle des autres variétés de grossesse.

1º Le meilleur signe caractéristique de la grossesse interstitielle, vis-à-vis de la grossesse tubaire proprement dite, réside dans le lieu d'insertion du ligament rond, qui se trouve en dehors du sac de la grossesse interstitielle et en dedans de celui de la grossesse tubaire. Malheureusement ce signe, qui a une très grande importance sur la table d'opération et au cours d'une autopsie, est souvent difficile à constater par l'exploration bimanuelle. — Un autre signe différentiel important entre la grossesse interstitielle et la grossesse tubaire consiste dans les contractions que l'on perçoit au niveau du sac fœtal, contractions qui ne peuvent se produire que dans les cas où le sac fœtal est entouré de substance contractile utérine. Les contractions observées par certains auteurs au niveau des sacs tubaires gravides sont, en effet, fort contestables, et Martin en a même nié l'existence.

2º Le diagnostic différentiel de la grossesse interstitielle avec la grossesse dans un utérus double peut être très difficile lorsque le vagin et le col sont simples, lorsque la bifidité n'est pas très marquée, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'un utérus cordiforme ou arqué. En effet, dans ces conditions, on constate, comme dans la grossesse interstitielle, le développement asymétrique de la partie supérieure de l'utérus, et la formation d'une tuméfaction plus ou moins latérale qui s'accole largement à ce que l'on peut prendre à l'examen bimanuel pour l'utérus ou une partie de celui-ci ; le ligament rond se trouve en dehors du sac, et les annexes ont leur point d'insertion plus haut du côté de la grossesse que de l'autre, comme cela existe fréquemment dans la grossesse interstitielle. — Lorsque la bifidité est plus accentuée, et notamment dans les cas où il s'agit d'une grossesse développée dans la corne rudimentaire d'un utérus double, les choses sont plus simples, car l'insertion du sac fœtal, ou plutôt de la corne utérine qui le contient, est située alors au niveau de l'orifice interne, au niveau du col, et le sac n'est pas, en général, uni très intimement à l'utérus, mais bien pédiculé.

3º Enfin, on a confondu plus d'une fois la grossesse utérine simple avec la grossesse interstitielle. Cette erreur peut arriver lorsqu'il y a un développement irrégulier et asymétrique de l'utérus au cours de la grossesse, ou lorsqu'une partie de l'utérus est fixée par des adhérences et que la grossesse est développée dans une sorte de diverticule utérin. Enfin, il faut rappeler les cas d'allongement hypertrophique du col avec latéroversion du corps de l'utérus gravide dans lesquels le col peut être aisément pris pour le corps de l'utérus, et le corps lui-même pour un sac de grossesse interstitielle.

— En ce qui concerne le *traitement* de la grossesse interstitielle, il ressort de la lecture des faits que les quelques auteurs qui en ont observé des cas dans la première moitié de la grossesse ont eu recours, la plupart, à la laparotomie suivie de l'hystérectomie partielle ou totale. Potherat a dû un succès à l'extirpation totale par la voie vaginale, et Picqué en a tiré la conclusion que la grossesse tubo-utérine est justiciable de l'intervention par le vagin ; mais, comme le fait très justement remarquer Segond, pour employer de propos délibéré la voie vaginale, il faudrait pouvoir poser le diagnostic ferme de grossesse interstitielle, ce qui, le plus souvent, n'est possible qu'après laparotomie. C'est donc là l'opération qui s'imposera dans l'immense majorité des cas.

Cependant il existe aussi quelques observations d'intervention conservatrice au cours des premiers mois de la grossesse interstitielle : c'est ainsi qu'Engström a incisé le sac fœtal très mince d'une grossesse interstitielle, qu'il en a sorti un fœtus mort de 9 centimètres de longueur, avec le placenta et les membranes, et qu'il a refermé le sac et l'incision utérine après avoir établi une communication entre la cavité fœtale, et la cavité utérine. Sa malade guérit. Tytler et Blaud Sutton ont publié des cas analogues. Mais les cas justiciables de cette intervention sont évidemment tout à fait exceptionnels.

Enfin, il convient de citer le mode de traitement indiqué par Kelly et Webster et qui consiste, soit dans l'ouverture intra-utérine du sac, soit dans l'incision, faite également depuis la cavité utérine, du septum qui existe entre celle-ci et le sac fœtal. Cette intervention ne saurait évidemment s'appliquer, elle aussi, qu'à un nombre très restreint de cas, à savoir ceux où il n'y a pas de rupture, et où la grossesse interstitielle a une tendance marquée à se développer du côté de la cavité utérine ; encore faut-il admettre que le septum ne doit pas être trop épais, si l'on ne veut pas courir le risque d'une hémorragie grave.

J. DUMONT.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

B. Panitch. *Contribution à l'étude de l'hémiplégie précoce de la méningite tuberculeuse* (*Thèse*, Paris, 1902). — L'hémiplégie survenant au début, comme première manifestation évidente de la méningite tuberculeuse, l'hémiplégie précoce, en un mot, peut revêtir tous les aspects.

Lorsque cette hémiplégie se manifeste brusquement, elle simule l'hémorragie cérébrale, et le ramollissement par embolie. Elle peut être prise également pour une hémiplégie hystérique. Lorsque, au contraire, elle apparaît sourdement, et s'installe petit à petit, elle prête à confusion avec l'hémiplégie lente de certaines tumeurs cérébrales et le ramollissement par artérite et thrombose.

Cliniquement, le diagnostic pathogénique ne peut guère se faire par l'étude seule du symptôme, mais bien par l'étude des autres manifestations de localisation méningée : paralysies, contracture survenant du côté opposé, crises épileptiformes partielles ou généralisées, phénomènes pupillaires, amaurose et inégalité, et surtout le signe de Kernig.

Les seuls procédés sûrs pour établir ce diagnostic pathogénique sont les procédés dits « de laboratoire ». Parmi ceux-ci une place à part doit être réservée à l'examen physico-chimique du liquide céphalo rachidien (dosages, cryoscopie, bactériologie, chromo- et cytodiagnostic).

A. SICARD.

C.-P. Janvier. *Ulcérations et gangrènes provoquées de la peau chez les hystériques* (*Thèse*, Paris Juillet 1902). — A côté des cas de gangrène spontanée d'origine hystérique, aujourd'hui incontestés, et qui sont le terme ultime des troubles dépendant de la diathèse vaso-motrice, il y a des faits de gangrène provoquée par les hystériques sur leur propre personne. Ces faits sont peu nombreux dans la littérature médicale et M. Janvier n'en cite que 7 observa-

tions authentiques. Cependant ils sont intéressants à connaître, d'une part parce qu'ils empêcheront le médecin prévenu de les prendre pour des cas de gangrène spontanée, d'autre part, parce qu'ils font connaître un des côtés du caractère des hystériques.

Ces malades ont, en effet, souvent été accusés de simuler de nombreux accidents, tels que plaies, hémorragies, vomissements, sans parler d'autres cas plus extraordinaires encore, dans le but de se rendre intéressants ou de ne pas travailler. Or, en réalité, il n'y a pas là de simulation de la part de ces malades, et ces actes relèvent d'un état mental particulier que nous nous expliquons facilement depuis que M. Joffroy a montré que l'hystérie se développait toujours sur un terrain tout préparé, celui de la dégénérescence mentale.

L'affaiblissement de la volonté est un des caractères principaux de l'état mental des hystériques : c'est l'aboulie, qui empêche l'hystérique de résister à une impulsion, de chasser une obsession. On sait, d'autre part, qu'un signe aussi important de la grande névrose est la suggestibilité. Ceci posé, on comprend qu'une pensée qui a frappé la malade puisse devenir bientôt idée-fixe et se transformer ensuite en réalité. Chez la malade dont M. Janvier nous rapporte l'histoire dans sa thèse, nous assistons pour ainsi dire à la genèse de l'idée fixe. Cette malade s'était brûlée une première fois accidentellement en renversant par mégarde sur sa main un flacon d'acide sulfurique. Dès lors est née chez elle, par auto-suggestion, l'idée fixe, l'obsession à laquelle elle n'a pu résister à cause de l'affaiblissement de sa volonté, de se brûler de nouveau. Une malade de M. Joffroy s'était un jour fait des ecchymoses en se heurtant pendant une crise aux objets qui l'entouraient. Comme, à ce propos, M. Joffroy signalait à ses élèves les cas d'ecchymoses spontanées qu'on voit quelquefois chez les hystériques, à partir de ce jour la malade présenta de nombreuses ecchymoses siégeant toutes sur la moitié gauche du corps ; cette localisation éveilla l'attention, et la malade finit par avouer qu'elle les provoquait en se frappant avec la main droite.

Ces deux exemples montrent donc que la suggestibilité, l'aboulie, la sub-conscience sont les éléments nécessaires et suffisants pour expliquer les auto-mutilations observées chez les hystériques.

J. Dumont.

VÉNÉRÉOLOGIE

F. Antony. ***Traitement des formes graves de la syphilis nerveuse par les injections de biiodure de mercure chloruré*** (*Arch. de méd. et de l'arm. milit.*, 1902, Juin, p. 469). — Les observations démontrent que la syphilis du système nerveux, n'est que faiblement influencée par le traitement ordinaire, consistant en frictions ou ingestion de préparations hydrargyriques, alors même que ces prescriptions sont ordonnées concurremment avec les iodures alcalins à haute dose. Le traitement mercuriel s'impose donc d'une façon impérieuse, lorsque se déclarant des accidents nerveux, surtout des accidents graves (accès épileptiformes, ictère apoplectique, hémiplégie associée à de l'aphasie, troubles neurasthéniques ou vésaniques, phénomènes ataxiques, neurasthéniques ou spasmodiques).

Pour obtenir des effets bons et durables de ces injections, il faut les commencer au premier indice d'atteinte du système nerveux, et les continuer pendant de longs mois, jusqu'à complète disparition des symptômes spécifiques.

L'auteur emploie les sels de mercure solubles, de préférence aux sels insolubles, susceptibles de causer des accidents. La formule qu'il préconise est la suivante :

Biiodure de mercure.	50 centigr.
Iodure de potassium.	60 —
Phosphate de soude.	1 gramme.
Eau distillée ou même sérum artificiel	q. s. p. 50 c. c.

Un centimètre cube de cette solution renferme 1 centigramme de biiodure de mercure.

Cette solution, limpide et incolore au moment de sa préparation, se conserve très bien sans altération.

Suivant les besoins, elle peut être diluée au tiers, demi ou deux tiers avec du sérum artificiel, sans que cette addition modifie ses propriétés physiques. En remplaçant dans la formule primitive l'eau distillée par du sérum, et l'iodure de potassium par l'iodure de sodium, on obtient une solution moins douloureuse en injection.

L'auteur n'est pas partisan des injections intramusculaires, qui peuvent amener des accidents de névrite; il préconise les injections sous-cutanées dans la région fessière.

G. Fischer.

OPHTALMOLOGIE

A. Terson. ***Kératites neuro-paralytiques chez l'enfant*** (*Communication au Congrès français d'Ophtalmologie*, Paris 1902, Mai). — L'auteur rapporte deux cas de kératite ulcéreuse grave liée à une insensibilité de la cornée (bilatérale dans un cas). Ces cas, très rares chez l'enfant, doivent être traités d'emblée par la tarsorraphie partielle. Dans les kératites primitives graves de l'enfant, il est donc nécessaire de rechercher le degré de sensibilité de la cornée et de pratiquer la tarsorraphie partielle si la cornée est anesthésiée.

A. Druault.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

H. Bourgeois. ***Contribution à l'étude des abcès otitiques du cervelet*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Cette thèse est une revue générale complète de la question. Dans l'histoire des abcès encéphaliques, un certain nombre de faits sont communs à tous ces abcès, quel que soit leur siège; l'auteur s'est particulièrement attaché à traiter ce qui a plus spécialement rapport aux abcès du cervelet, à savoir les voies de l'infection, le diagnostic, le traitement.

Il distingue à l'infection trois étapes : osseuse, méningée, cérébelleuse. Pour gagner la dure-mère cérébelleuse, l'infection otitique ou bien suit la voie vasculaire (veines et lymphatiques), ou bien gagne de proche en proche en créant des lésions d'ostéite, ou bien enfin suit les orifices naturels (méat interne, aqueduc du vestibule). Le point faible de cette fosse cérébelleuse est, par excellence, la partie la plus externe de la face postérieure de la pyramide rocheuse contiguë à l'antre mastoïdien, en avant de la gouttière sinusale, et cette gouttière sinusale elle-même. La dure-mère, par sa face externe, peut baigner dans le pus d'un abcès extra-dural, être fongueuse, perforée; par sa face interne elle adhère au cervelet en un point correspondant au siège de l'abcès. Parfois aussi elle est saine en apparence. L'abcès siège en général dans la substance blanche; la pénétration se fait soit par la gaine lymphatique des vaisseaux, soit par les vaisseaux eux-mêmes thrombosés, d'où un infarctus qui suppure.

Après un chapitre consacré à l'évolution de la maladie, les symptômes des abcès cérébraux en général, puis ceux des abcès cérébelleux sont étudiés successivement et la description de chacun d'eux est suivie d'une discussion de sa valeur séméiologique. Il peut arriver qu'un otorrhéique se présente avec des phénomènes généraux assez graves et des phénomènes cérébelleux assez nets pour que d'emblée on porte le diagnostic d'abcès cérébelleux. Mais souvent ce diagnostic précis est impossible. L'auteur expose les éléments de diagnostic du syndrome cérébelleux par abcès avec les autres lésions du cervelet, avec le syndrome vestibulaire.

Des phénomènes cérébraux graves peuvent être dus à la rétention du pus dans la mastoïde, à un abcès extra-dural; c'est par l'évolution de la maladie, après une opération complète sur la mastoïde, que la question pourra être jugée. On fera facilement le diagnostic avec la phlébite du sinus, la méningite suppurée. Le diagnostic pourra au contraire être impossible avec une méningite séreuse, une méningite suppurée subaiguë. S'il y a doute, plutôt que de s'abstenir, il vaudra mieux explorer le cerveau et le cervelet, et l'exploration du cerveau pourra même être curatrice, par décompression, s'il s'agit de méningite séreuse.

Avec l'abcès cérébral le diagnostic se fera d'après les signes cérébelleux, s'ils existent, d'après le siège des lésions mastoïdiennes.

On doit toujours commencer par ouvrir largement la mastoïde et, simplement en suivant les lésions, on pourra être amené à ouvrir un abcès cérébral ou cérébelleux dont, *a priori*, il était impossible de préciser la localisation.

Pour le traitement, après avoir passé en revue les divers procédés opératoires, l'auteur conclut ainsi : « Ouvrir complètement la mastoïde en mettant à nu « le sinus en arrière. Explorer soigneusement la pa- « roi postérieure de l'antre en avant du sinus, siège « ordinaire des abcès extra-duraux de la fosse céré- « belleuse. Pour aborder le cervelet, se guider sur « les lésions si on trouve une fistule, une lésion extra- « durale conduisant dans la fosse cérébelleuse; sinon « tracer une incision des parties molles perpendicu- « laire à l'incision mastoïdienne et aborder le cerve- « let soit en agrandissant la brèche osseuse, soit en « creusant à la fraise un ou deux trous que l'on « agrandira ensuite à la pince-gouge. »

G. Mahu.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la balanite.

Lorsque le malade peut décalotter, M. Leredde conseille, dans les cas simples, de laver à fond la face interne du prépuce et le gland à l'eau bouillie, ou à l'eau additionnée de sublimé à 1 pour 10.000, de permanganate de potasse à 1 pour 2.000, d'eau oxygénée à 1 p. 20. Le nettoyage *complètement fait*, on *sèche*, on poudre au talc ou à l'oxyde de zinc ou avec :

Dermatol	2 grammes.
Oxyde de zinc	10 —

et on entoure le gland d'un peu de coton hydrophile ou de gaze aseptique. Puis on fait recalotter le malade; si c'est impossible, on entoure le gland de gaze sèche.

Les pansements sont recommencés plusieurs fois par jour dans les cas sérieux.

Si le malade ne peut décalotter, il est indispensable de faire des lavages fréquents au moyen d'une grosse seringue armée d'un tuyau fin de caoutchouc qu'on glisse entre le prépuce et le gland. Le lavage est fait assez longtemps pour que le liquide qui sort de l'orifice glando-préputial n'entraîne plus de pus. Les lavages se font à l'eau, étendue de 1 pour 10 ou 1 pour 20 d'eau blanche, ou à l'eau additionnée de 1 pour 1.000 ou 1 p. 2.000 de permanganate de potasse. Peu à peu on cherchera à faire décalotter le malade.

Si l'inflammation balanique est très intense et qu'on craigne la gangrène, on fera, deux fois par jour, des injections avec la solution suivante :

Acide phénique.	1 gramme.
Alcool.	10 —

suivies d'injections avec :

Résorcine.	3 grammes.
Eau	100 —

Si l'état s'aggrave malgré ce traitement, il sera nécessaire d'inciser.

Traitement du sycosis à la période initiale.

A la période initiale et lors des poussées aiguës du sycosis (infection staphylococcique des follicules pileux de la barbe et de la moustache), il faut, suivant M. Leredde, commencer le traitement par l'application de pansements demi-humides, de ouataplasmes, de pulvérisations, de lotions émollientes ou astringentes. L'emploi de poudres est nuisible, d'après son expérience, quand il y a des pustules en activité. Bien entendu, les surfaces seront au préalable débarrassées des croûtes. On coupera les poils courts aux ciseaux. L'épilation n'est indiquée qu'une fois la période inflammatoire aiguë passée et lorsqu'il existe des lésions déjà profondes tendant à devenir chroniques, ainsi qu'à la périphérie des lésions pour éviter leur extension graduelle ; faite trop tôt, au niveau des lésions, elle peut provoquer des réactions locales ; par contre on peut la pratiquer de bonne heure à la périphérie.

Les pustules peuvent être ouvertes à l'aide d'un scarificateur ; on fait ensuite des pulvérisations; enfin on peut sécher au coton et toucher le fond des pustules avec de l'alcool boriqué à saturation. On peut, d'autre part, essayer des lotions tièdes, des badigeonnages, soit avec de l'eau d'Alibour à 1 pour 10, soit avec une solution

aqueuse d'ichtyol à 2 pour 100, soit avec une solution de résorcine dans l'eau à 2 pour 100.

Le plus tôt possible, et dès que l'état inflammatoire est un peu calmé et reste stationnaire, on appliquera des pâtes molles, par exemple du type suivant :

Huile d'olives	10 grammes.
Eau distillée	20 —
Terre fossile	5 —
Adeps lanæ	5 —
Oxyde de zinc	5 —

Plus tard on passe aux pâtes plus absorbantes, celles de Lassar ou de Besnier, couvertes de poudre.

Traitement de la chlorose compliquée de phlébite.

Chez un enfant atteint de chlorose compliquée de phlébite, M. Carrier (de Lille) employa avec succès un traitement qui peut être considéré comme un traitement type pour les cas de ce genre.

Pour traiter la phlébite, pour prévenir le départ des embolies, il condamna son malade au repos, et immobilisa le membre atteint dans une gouttière, après l'avoir enveloppé d'ouate. Cette immobilisation fut prolongée pendant trente jours. Il exerça ensuite une légère compression.

Pour activer si possible la résolution il appliqua sur le trajet de la veine enflammée le liniment suivant :

Huile de jusquiame ou baume tranquille.	
Chloroforme	aa 10 gr.
Laudanum de Rousseau	

Contre la chlorose il utilisa l'immobilisation au lit, et institua une alimentation aussi riche que possible et au goût de l'enfant, sans régime fixe.

En outre, M. Carrier eut soin d'administrer du fer suivant une formule qui lui est propre et qui donne de très bons résultats :

Protoxalate de fer	0,15 centigr.
Carbonate de manganèse	0,25 —
Poudre de gentiane	0,25 —
Poudre de rhubarbe	0,20 —

En 1 cachet — f. s. a. n° 30 — deux fois par jour avant les repas.

Pour favoriser l'absorption du fer, l'enfant prenait après chaque repas une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Acide chlorhydrique officinal	3 gr.
Eau distillée	300 —

L'hypnopyrine.

L'hypnopyrine est un dérivé chloré de la quinine se présentant sous forme de longues aiguilles prismatiques d'un blanc nacré, de saveur amère et d'odeur légèrement chlorée ; soluble dans huit fois son poids, très soluble dans l'eau bouillante et l'alcool, elle est insoluble dans l'éther et le chloroforme. Les acides minéraux la dissolvent facilement sans donner de coloration même à l'ébullition ; les alcalis la décomposent.

Au point de vue thérapeutique, l'hypnopyrine a été étudiée par Bolognesi et Charpentier ; ces auteurs ont vu que cette substance est à la fois analgésique, hypnotique et antithermique, amenant la sédation de la douleur et l'hypnose sans produire de sueurs profuses ni de collapsus comme les analgésiques de la série aromatique.

Comme elle est faiblement antithermique, puisqu'elle n'abaisse la température que de 1/2 à 1 degré, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme, elle a l'avantage de ne pas ralentir les oxydations, la fièvre étant, comme l'on sait, une des meilleures défenses de l'organisme.

L'hypnopyrine a donné d'excellents résultats dans les pyrexies infectieuses comme la grippe, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, les angines, les fièvres pernicieuses à caractère hyperesthésique ; dans les céphalagies, les névralgies, les rhumatismes, etc. Inoffensive pour l'estomac, elle produit un effet tonique et apéritif, comme la quinine, sans irriter le tube digestif. On l'administre sous forme de cachets de 25 à 50 centigrammes, de pilules de 0,10 à 0,20 centigrammes, de suppositoires, la dose des vingt-quatre heures étant de 1 à 2 grammes pour l'adulte.

L'alcool acide dans le traitement des plaies.

En s'appuyant sur des expériences faites à la clinique chirurgicale de Naples, M. Gaetano recommande l'*alcool acide* dans le traitement des plaies destinées à être réunies par première intention. L'alcool acide en question est de l'alcool à 70° additionné de 20 gouttes d'acide acétique pour 100 grammes d'alcool.

Pour obtenir la réunion de la plaie par première intention, sa suture est faite au catgut ayant séjourné dans l'alcool acide. Après la suture, la plaie est lavée avec ce même liquide dans lequel on trempe les compresses de tarlatane destinées à être appliquées sur la plaie et par-dessus lesquelles on met un pansement ordinaire. Le pansement est changé tous les deux jours, en ayant soin de laver chaque fois la plaie avec de l'alcool acide. Au bout de six jours on enlève le catgut et on continue à panser la plaie avec des compresses de tarlatane imbibées d'alcool acide.

L'arrhénal contre le paludisme.

M. Guérin, médecin en chef des troupes coloniales au Tonkin, a démontré que l'arrhénal est vraiment souverain contre la fièvre malarienne.

Il cite plusieurs faits :

Un jeune impaludé a vu, dans les trois jours qui ont suivi l'ingestion de 15 centigrammes d'arrhénal, ses accès disparaître ; et les hématozoaires, qui étaient nombreux au début de l'affection, ne pouvaient plus être trouvés après le traitement.

Un vieux paludéen, récemment opéré d'un abcès du foie, vit l'appétit augmenter par l'emploi de l'arrhénal ; et, la phagocytose devenant plus active, on vit l'élimination du pus et des tissus sphacélés se faire très rapidement, la guérison s'annonçant prochaine.

Un malade atteint de phagédénisme grave, avec fièvre intermittente, n'a commencé à s'améliorer que depuis le traitement par l'arrhénal.

FACULTÉ DE PARIS

École supérieure de pharmacie de Paris. — M. Coutière, agrégé, chargé de cours, est nommé professeur de *zoologie*.

M. Emile Perrot, agrégé, chargé de cours, est nommé professeur de *matière médicale*.

NOUVELLES

Paris et Départements

L'hygiène et les postes de police à Paris. — Le préfet de la Seine, conformément à une délibération du Conseil municipal, a fait visiter récemment tous les postes de police de la ville de Paris par les délégués de la Commission des logements insalubres, à l'effet de rechercher les améliorations à apporter dans chacun d'eux. Le dossier contenant les rapports ainsi établis a été transmis par le préfet de police au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. M. Le Roy des Barres, après entente avec M. Bunel, architecte de la préfecture de police, a donné lecture au Conseil d'hygiène d'un rapport très étendu, dans lequel il indique les principales défectuosités des postes actuels et les améliorations nécessaires au point de vue de l'hygiène tant des agents qui occupent ces postes que des personnes qui y sont détenues passagèrement. Le Conseil d'hygiène a décidé que ce document serait imprimé et distribué en épreuves pour être discuté dans une prochaine séance.

Le costume médical. — En France, à l'encontre de ce que l'on pense communément, les médecins peuvent officiellement revêtir un costume spécial.

Le décret du 20 brumaire an XII, décret non abrogé, fixe en effet par le suivant article 2, qui règle encore les conditions dans lesquelles il peut être revêtu, les attributs de l'uniforme médical :

« Article 2. — Les simples docteurs en médecine, lorsqu'ils seront invités à quelque cérémonie publique et lorsqu'ils prêteront serment, feront ou affirmeront quelque rapport devant les tribunaux, pourront porter le costume qui suit :

« Robe noire d'étamine, avec dos et devant de soie cramoisie, bordée d'hermine, habit noir à la française, cravate de batiste tombante, toque en soie cramoisie avec galon d'or. »

Étranger.

Création d'un institut bactériologique à Namur. — La création d'un institut bactériologique provincial, à Namur, est une chose définitivement arrêtée. Un subside de 20.000 francs a été voté, à la session extraordinaire du 21 Février, pour être affecté aux installations de cet établissement.

Les plans du laboratoire de bactériologie ont été dressés par M. Boveroulle, architecte provincial ; le laboratoire sera construit rue de la Chapelle, dans une propriété de la province, à côté de l'institut Marie-Henriette.

Toutes les installations seront terminées pour 1903.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

INVITATION DES CONGRESSISTES DE ROME

AU JUBILÉ DU PROFESSEUR PORRO

La mort du professeur Porro a coupé court à la cérémonie du 30e anniversaire de professorat de l'illustre maître italien, qui devait avoir lieu à Salsomaggiore, son lieu de résidence favorite. Mais le comité d'organisation a décidé de trans-

former cette fête projetée en une cérémonie commémorative ou « Jubilé » à laquelle tous les congressistes sont invités dans les très gracieuses conditions suivantes :

La date du « Jubilé du professeur Porro » est fixée au 11 septembre. La cérémonie comportera l'inauguration d'un monument, d'une salle dans le Sanatorium de la ville, d'un asile de bienfaisance pour l'éducation des enfants pauvres.

Les congressistes qui se rendent à Rome passent soit par la voie Gênes-Pise, soit par la voie du Gothard-Milan-Parme. Les premiers devront s'arrêter à Spezia, les seconds à Borgosandonnino. Dans ces deux stations, les congressistes présenteront, au guichet de la gare, leur carte et recevront, *à titre gratuit*, un billet pour Salsomaggiore.

A leur arrivée à Salsomaggiore, ils trouveront un délégué du Comité d'organisation, porteur d'un insigne, qui les dirigera vers un hôtel où ils seront reçus toujours *à titre gratuit*.

Le départ pour Rome aura lieu soit le soir même à onze heures, soit le lendemain matin à neuf heures au choix des congressistes. Ce dernier départ est à conseiller, pour éviter la fatigue d'une nuit de voyage.

Tels sont les renseignements qu'a bien voulu me donner à Paris le très aimable délégué du Comité d'organisation, M. le Professeur Cecchereili, de Parme.

Il est inutile d'ajouter que plusieurs excursions et un grand spectacle le soir seront organisés.

Cette gracieuse invitation montre tout l'empressement que les congressistes italiens veulent mettre à recevoir les Français. A une telle marque de sympathie, nous devons répondre par une acceptation chaleureuse et cordiale.

* * *

Pour mémoire, voici le programme du Voyage de *La Presse Médicale* qui comprendra naturellement l'arrêt à Salsomaggiore.

Programme.

Lundi 8 Septembre 1902. — Départ de Paris à 2 heures de l'après midi. Dîner au buffet de Dijon.

Mardi 9 Septembre. — Arrivée à Turin à 8 h. 20 du matin. Petit déjeuner. Arrivée à Gênes à midi. Séjour. Dîner. Coucher.

Mercredi 10 Septembre. — Départ de Gênes à midi 35, arrivée à Spezia à 3 h. 8, à Salsomaggiore vers 8 h. soir.

Jeudi 11 Septembre. — Séjour à Salsomaggiore.

Vendredi 12. — Départ pour Florence et arrivée dans cette ville.

Samedi 13 et Dimanche 14 Septembre. — Séjour à Florence.

Lundi 15 Septembre. — Départ de Florence à 8 h. 47. Arrivée à Pise à 11 h. 6. Déjeuner. Visite. Départ à 5 h. 38. Dîner dans le wagon-restaurant. Arrivée à Rome à 11 h. 43. Conduite à l'hôtel. Coucher.

Mardi 16 au Dimanche 21 Septembre. — Séjour à Rome.

Lundi 22 Septembre. — Départ de Rome à 8 h. 15 du matin. Déjeuner dans le wagon-restaurant. Dîner au buffet de Gênes à 7 heures. Départ à 8 heures. Arrivée à Turin à 11 h. 35. Coucher.

Mardi 23 Septembre. — Séjour à Turin. Petit déjeuner. Déjeuner et dîner à l'hôtel. Départ à 7 h. 20 du soir.

Mercredi 24 Septembre. — Retour à Paris à 9 h. 41 du matin.

Le premier repas sera le dîner au buffet de Dijon le 9 Septembre, et le dernier le dîner à Turin le 22 Septembre 1902.

F. Jayle.

LIVRES NOUVEAUX

Apostoli. — *Travaux d'électrothérapie gynécologique*, publiés par Alb. Laquerrière avec la collaboration de L. Delherm (J.-B. Baillière, 1902).

En 1894, Apostoli publiait dans ses travaux d'électrothérapie gynécologique la plupart des recherches faites à l'étranger sur ce qu'on a appelé la méthode d'Apostoli, et l'intérêt qui s'attache à cette publication réside non seulement dans la multiplicité des documents qu'elle contient, mais aussi dans les notes ajoutées par le médecin français pour faciliter la compréhension des travaux étrangers ou pour les commenter.

A l'exemple du premier volume, le tome II des travaux d'électrothérapie gynécologique contient *in extenso* un grand nombre de travaux d'électrologie que, dans les dernières années de sa vie, Apostoli avait réunis, étudiés et analysés. La mort ne lui permit pas de mener à bonne fin ce travail.

Un de ses élèves, Laquerrière, s'est donné la tâche d'édifier l'ouvrage tel qu'Apostoli l'avait conçu, en utilisant les documents légués par lui.

Le livre s'ouvre par une biographie d'Apostoli. Puis on feuillette la traduction des principaux travaux allemands parmi lesquels ceux de Broese et de Schaeffer sur le traitement des myomes par l'électricité, le manuel opératoire, les indications et contre-indications adoptées par ces auteurs, avec, à l'appui, de nombreuses observations.

Plus loin, c'est le compte rendu des discussions de la Société de gynécologie de Berlin (1891-1892) sur le traitement des myomes, les remarquables travaux de Prochownick et Spaeth sur l'action anatomo-physiologique du courant continu appliqué à l'utérus, la traduction de l'article de Schaeffer, du « Handbuch der Gynecologie », le manuel classique allemand du gynécologue; et, enfin, plusieurs travaux sur les autres applications de l'électricité aux affections du système génital complètent l'ouvrage.

Il faut encore signaler le travail de Simon Fredericq sur la chimie caustique en gynécologie, dont les expériences scientifiquement conduites ont, au point de vue de la méthode, une valeur considérable.

Toujours intéressantes sont les notes que l'on trouve au bas des pages, notes qui commentent ou critiquent l'opinion de l'auteur, et dont beaucoup sont de la main d'Apostoli lui-même. Chacune d'elles constitue un véritable enseignement. Le gynécologue trouvera dans cet ouvrage tous les éléments nécessaires pour se former une opinion sur le rôle de l'électricité appliquée à la gynécologie, et mieux peut-être que dans aucun manuel il apprendra à connaître et à apprécier à sa juste valeur cette branche de l'électricité médicale.

A. Zimmern.

A. Chipault. — *L'état actuel de la chirurgie nerveuse*. Paris, 1902. (J. Rueff, éditeur.)

Chipault, qui est devenu un maître dans le domaine de la chirurgie nerveuse, s'est proposé de réunir en un recueil l'amas formidable de documents publiés sur ce sujet dans tous les pays du monde.

Il s'est adressé dans chaque pays à l'un des maîtres les plus éminents de la chirurgie de cette contrée; il a pu ainsi après trois ans d'efforts mener à bien l'œuvre gigantesque qu'il avait entreprise.

Le premier volume vient de paraître ; il s'ouvre par une préface de Laborde qui expose éloquemment les rapports de la physiologie expérimentale avec la chirurgie du système nerveux.

L. Capitan, professeur d'anthropologie nous raconte les curieuses coutumes de chirurgie nerveuse chez les peuples sauvages.

A. Londe expose en quelques pages fort claires les données pratiques d'application des sciences photographiques et radiographiques à la chirurgie nerveuse.

Le professeur Nimier indique les lésions du système nerveux produites par les projectiles de guerre modernes.

Vient ensuite l'exposé de l'état actuel de la chirurgie nerveuse dans huit contrées d'Europe et d'Afrique.

Pour la France c'est Chipault; pour l'Algérie, Vincent; pour la Tunisie, Braquehaye; pour la Belgique, J. Crocq et D. de Buck; pour la Hollande, Winkler et J. Rotgans; pour la Suisse Th. Kocher et de Quervain; pour le Portugal, A. de Oliveira Feijao; pour l'Espagne, don Federico Rubio y Gali et Otero Acidevo.

Ces divers exposés sont bourrés de faits du plus haut intérêt et sont illustrés par de nombreuses gravures et reproductions photographiques ; les indications bibliographiques sont données d'une façon extrêmement précise. Le premier volume de l'Encyclopédie de Chipault réunit un ensemble de documents qu'on ne trouvera nulle part ailleurs ; c'est un livre indispensable aux chirurgiens.

D.

BIBLIOGRAPHIE

L'accouchement normal, grossesse, accouchement, suites de couches, par M. Léon Vallois, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de médecine de Montpellier, avec une préface du professeur P. Budin, 1 vol. in-18 de 460 pages, avec 59 figures 5 fr., 1901. (*Octave Doin*, place de l'Odéon, Paris.)

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — Cours pratique, démonstratif, de technique clinique pendant les vacances, sous la direction de M. le professeur Landouzy.

Ce cours commencera au laboratoire de la clinique médicale de Laënnec (rue de Sèvres), le mercredi matin, 17 Septembre, finira le lundi soir 29 Septembre et comprendra deux séances quotidiennes : le matin, de 9 h. 1/2 à midi; le soir, de 2 h. 1/2 à 5 heures; il sera fait par MM. G. Brouardel, O. Josué, Marcel Labbé et Léon Bernard, chefs de clinique et chefs de laboratoire.

PROGRAMME DU COURS :

Mercredi 17 Septembre. — Matin. Les fonctions hépatiques à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du foie. — Après-midi. Technique bactérioscopique générale appliquée à la clinique.

Jeudi 18 Septembre. — Matin. Les fonctions rénales à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du rein. — Après-midi. Diagnostic bactérioscopique des angines.

Vendredi 19 Septembre. — Matin. Analyse chimique des urines. Examen de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène. — Après-midi. Les séro-diagnostics.

Samedi 20 Septembre. — Matin. Détermination de la toxicité des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Examen des sérosités pathologiques : les cyto-diagnostics.

Dimanche 21 Septembre. — Matin. Cryoscopie des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien.

Lundi 22 Septembre. — Matin. Examen cytoscopique des urines. — Après-midi. Les fonctions du sang. Numération des globules du sang.

Mardi 23 Septembre. — Matin. Les fonctions motrices du système nerveux à l'état normal et pathologique. Examen clinique de la motricité. — Après-midi. Les fonctions sensitives du système nerveux à l'état normal et pathologique. Réflexes; leur recherche; leur séméiotique; troubles trophiques.

Mercredi 24 Septembre. — Matin. Examen bactérioscopique des urines et des pus génito-urinaires. — Après-midi. Les globules du sang normal. Préparation de sang sec.

Jeudi 25 Septembre. — Matin. Examen des crachats. — Après-midi. L'hémoglobine du sang normal et pathologique. Activité de réduction de l'hémoglobine.

Vendredi 26 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du poumon : pneumographie; cyrtométrie; spirométrie. — Après-midi. La coagulation du sang; enseignements cliniques fournis par l'étude du réseau fibrineux et du sérum.

Samedi 27 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du cœur et des vaisseaux : cardiographie; sphygmographie; sphygmomanométrie; valeur séméiologique de la tension vasculaire; pression artérielle. — Après-midi. Les leucocytes dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des leucocytoses.

Dimanche 28 Septembre. — Matin. Radioscopie médicale. Radiographie. — Après-midi. Les hématies dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des états anémiques.

Lundi 29 Septembre. — Matin. Diagnostic de la tuberculose par les procédés récents. — Après-midi. Examen bactérioscopique du sang et des sérosités.

Le montant des droits à verser est de 100 francs, pour les treize jours de cours.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les Étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, sont délivrés, dès à présent jusqu'au 8 Septembre 1902, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

L'OBSTÉTRIQUE
ET
LA MORALE CHRÉTIENNE

RÉPONSE A M. THOYER-ROZAT

Par MM. **MOUREAU** et **LAVRAND**

Dans *La Presse Médicale* du 21 Mai dernier, M. Thoyer-Rozat incriminait le chapitre intitulé : l'*Obstétrique et la Morale* de notre récent ouvrage : le *Médecin chrétien*, où nous avons établi qu'il n'est jamais permis au médecin de sacrifier le fœtus, quand même il n'y aurait pas d'autre moyen de sauver la mère. Cette doctrine nous a paru se déduire rigoureusement des principes même de la morale, comme des décisions de l'Eglise; elle serait, au contraire, d'après M. Thoyer-Rozat, justiciable de la science, ou du moins d'une science mieux informée que la nôtre, et condamnée par elle ; bien plus, nous aurions donné une interprétation erronée des décrets de Rome. Avec plus de fondement, croyons-nous, nous reprocherons à M. Thoyer-Rozat d'avoir méconnu les notions les plus élémentaires de la morale, le texte même de notre livre, et surtout le sens des décrets qu'il a prétendu expliquer.

* * *

Nous avons dit que la morale seule est compétente pour juger si le fœticide est permis ou non. M. Thoyer pense que ce problème est également scientifique; il lui paraît impossible de séparer, pour le résoudre, la morale de la science. Pourtant, si nous interrogeons la science, que nous apprendra-t-elle ? sinon que dans tels ou tels cas le sacrifice du fœtus est le seul moyen, présentement connu, de sauver la mère. Sûrement, la science ne dit rien autre chose, et en quoi cela avance-t-il la réponse à la question : le fœticide est-il permis ou non? Si M. Thoyer soutient que la morale doit se conformer aux indications de la science, c'est donc que sa morale, à lui, se réduirait à ceci : tout ce qui est scientifique est permis au médecin. M. Thoyer exprime, il est vrai, le désir de voir la morale guidant la science dans les grandes lignes de ses principes généraux. A la bonne heure ; nous aurons alors une bonne morale, bien large, d'autant mieux respectée du médecin qu'il pourra y évoluer en tous sens sans craindre jamais de s'y heurter du coude. Mais à ce propos, puisque M. Thoyer admet des principes généraux de morale directeurs de la science, quels sont ces principes et que fait-il de leurs conclusions?

Nous avons longuement expliqué pourquoi le fœticide thérapeutique ne peut être assimilé au point de vue moral à l'homicide permis par autorité publique pas plus qu'au cas d'injuste agression. Plutôt que de réfuter nos raisons, M. Thoyer aime mieux nous prêter, très faussement, d'avoir dit que « dans le cas de vomissements graves ou d'éclampsie, l'injuste agresseur serait bien plutôt la mère, dont la maladie fait obstacle à la vie du fœtus ! » Le point d'exclamation dont M. Thoyer fait suivre cette observation est un procédé typographique intéressant, mais qui ne dispense pas de l'exactitude. En effet, après avoir montré que le fœtus ne commet aucune injuste agression vis-à-vis de sa mère, nous ajoutions : « Et certes, s'il fallait voir ici un injuste agresseur, ce serait bien plutôt la mère, dont la maladie ou la conformation vicieuse font souvent obstacle à la vie du fœtus. » Notre texte ne s'applique donc nullement aux cas où la présence du fœtus serait la cause de la maladie de la mère. Ce n'est pas que nous admettions que le fœtus soit alors un injuste agresseur de sa mère, mais il est visible que, dans le cas présent, nous ne regardons plus la mère comme faisant empêchement à la vie du fœtus. Une critique plus réfléchie ne nous aurait pas prêté un pareil non sens.

M. Thoyer ne se trompe pas moins lorsqu'il dit que nous avons voulu montrer que nos conclusions étaient d'accord avec la science. Nous avons simplement remarqué, (p. 208 et suiv.) que, grâce aux progrès réalisés par la science médicale, une certaine école était revenue à des théories et à des pratiques conservatrices de la vie du fœtus dont autrefois on se préoccupait fort peu, et nous avons formulé l'espérance que d'autres découvertes achèveraient de réconcilier sur toute la ligne les pratiques obstétricales avec les exigences de la morale. Pour établir ce point, il nous suffisait de citer certaines circonstances où le fœticide thérapeutique, autrefois exclusivement indiqué, ne l'était plus avec la même unanimité. Incomplets au point de vue scientifique, nous l'avons donc été très volontairement et très logiquement. M. Thoyer n'eût pas manqué de voir les choses sous le même angle que nous s'il n'avait négligé de se placer à notre point de vue.

Au sujet de l'embryotomie pratiquée sur le fœtus vivant dans le cas de rétrécissement pelvien, nous avons conclu qu'elle serait inexcusable, même au point de vue médical, puisqu'elle sacrifie tous les enfants, sans sauver pour cela plus de mères. Là-dessus, M. Thoyer nous prend en flagrant délit d'erreur, attendu que l'embryotomie donnerait dans ces circonstances 0 pour 100 de mortalité maternelle et non pas seulement 7 ou 12 pour 100 comme la césarienne et la symphyséotomie. Or, dit notre contradicteur, 7 ou 12 existences pour 100, cela doit constituer une différence pour des moralistes comme pour des médecins. Admettons le 0 pour 100 de M. Thoyer; il n'en sera pas moins vrai que sur 200 existences l'embryotomie n'en sauvera que 100, tandis que la césarienne et la symphyséotomie en assureront 180 ; ne voilà-t-il pas une différence sérieuse, aussi bien pour les médecins que pour les moralistes?

* * *

M. Thoyer veut bien reconnaître que le caractère religieux de l'un des auteurs du *Médecin chrétien* donne à ce livre un caractère presque officiel. En fait, il n'en est rien, mais cette erreur eût été profitable à notre honorable critique s'il en avait conclu que l'auteur susdit avait peut-être quelque compétence professionnelle et ne s'était pas aventuré à la légère dans l'interprétation qu'il a donnée des décrets de l'Eglise. Cette simple réflexion eût inspiré à M. Thoyer une prudente réserve, d'autant plus nécessaire qu'en matière de morale, aussi bien qu'en fait de médecine, l'improvisation est souvent périlleuse.

Nous demanderons d'abord à M. Thoyer ce qu'il penserait de nous s'il nous arrivait de rejeter une doctrine médicale admise sans conteste par tous les maîtres de cette science? Or, notre interprétation des décrets en question est celle de tous les moralistes catholiques. Leur autorité dans cette matière ne serait-elle donc pas égale à celle des médecins dans la leur?

Évidemment, aucune interprétation n'est recevable contre la teneur expresse du texte dont elle prétend donner le sens, mais encore faut-il, avant d'accuser l'interprète, s'être assuré qu'il a mal compris la langue de son texte. La morale, en effet, tout comme la médecine, a son langage technique, et, faute de le connaître, on risque d'en dénaturer le sens. Ainsi, par exemple, le décret de 1895 déclare, en s'appuyant sur les décrets précédents, qu'il n'est pas permis, en sûreté de conscience, de pratiquer l'avortement. Selon M. Thoyer, cela signifie qu'on ne peut pas, en toute certitude d'être dans le vrai, pratiquer l'avortement, mais cela ne veut pas dire que l'avortement soit formellement interdit. Visiblement, M. Thoyer ignore que, dans le langage théologique, une doctrine que l'on ne peut pas pratiquer en sûreté de conscience est une doctrine qui ne repose sur aucune base sérieuse au regard de la loi morale. Au contraire, une doctrine qui aurait pour elle des raisons valables, quand même elle serait combattue par des motifs de force égale, n'en serait pas moins appelée pratiquement sûre. De cette notion, courante en théologie, il suit qu'une doctrine morale qui ne peut être pratiquée en sûreté de conscience est une doctrine fausse; ainsi, dans l'enseignement, elle doit être donnée comme telle, et, dans la pratique, il faut la considérer comme interdite.

Au reste, déjà en 1884, en décidant qu'il n'est pas permis d'enseigner en sûreté de doctrine que la craniotomie est licite, Rome avertissait qu'elle ne rendait ce jugement qu'après un long et mûr examen de la question, et après avoir pesé tout ce que les savants catholiques avaient écrit sur ce sujet. Si M. Thoyer avait tenu compte de cet avertissement, cité par nous, il aurait vu que les juges de Rome entendaient se prononcer sur le débat pendant à cette époque entre savants catholiques; il aurait compris que le verdict qui donnait raison aux uns contre les autres ne laissait pas la question en suspens. De fait, après la réponse de Rome, toute discussion entre théologiens a immédiatement pris fin.

Depuis cette époque, Rome a constamment persisté dans sa première déclaration. En 1889, elle spécifiait que la règle édictée relativement à la craniotomie s'étendait à toutes opérations directement fœticides; et, conséquemment, en 1895, puis en 1898, elle affirmait que l'avortement thérapeutique lui-même ne peut être pratiqué en sûreté de conscience.

M. Thoyer nous objecte qu'en ce qui concerne la laparotomie dans le cas de grossesse ectopique, Rome a permis de la pratiquer « en cas de nécessité et sous la condition de pourvoir, autant que possible, sérieusement et par tous moyens opportuns, à la vie du fœtus et à celle de la mère ». Or, dit M. Thoyer, « qui met en doute la nécessité d'opérer une femme atteinte de grossesse extra-utérine pendant les premiers mois »? Nous recon-

naissons volontiers que la réponse romaine, prise à part, pourrait être plus explicite; néanmoins, il est hors de doute qu'elle ne déroge point à la défense tant de fois réitérée du fœticide thérapeutique. La clause : sous la condition de pourvoir, etc., a exactement le même sens que dans la réponse, rendue le même jour que la précédente, au sujet de l'accouchement artificiel prématuré, et ce sens est le suivant : « pourvu que l'opération ait lieu en un temps et d'une façon qui, communément, sauvegardent la vie du fœtus ». La laparotomie reste interdite dans tous les cas où il serait impossible de pourvoir, avec quelques chances de succès, à la vie tant de la mère que du fœtus. En un mot, cette réponse n'est qu'une application du principe auquel Rome n'a cessé de se tenir, de l'interdiction absolue du fœticide thérapeutique.

* * *

Mais à quoi bon répondre plus longuement? M. Thoyer s'est utilement ménagé une porte de sortie en déniant aux décrets des Congrégations romaines toute force obligatoire. Il n'y a pas à regimber contre « cet argument irréfutable : la Sacrée Congrégation peut formuler des vœux, émettre des avis, donner des conseils, rendre même des décrets, mais les uns et les autres n'obligent pas en conscience; seule une Bulle promulguée par le Pape, chef de l'Église, peut avoir force de loi; seules ses décisions peuvent constituer une réelle obligation ». Pour énoncer si magistralement cet argument « irréfutable », il faut que M. Thoyer ait de bonnes preuves; où les a-t-il puisées? Serait-ce dans les bulles des Papes qui ont conféré aux Congrégations les pouvoirs dont elles jouissent? Serait-ce dans cette lettre où Pie IX déclarait que tous les catholiques éclairés sont tenus, en conscience, de se soumettre aux décisions doctrinales des Congrégations romaines? Nous l'ignorons et nous ne concevons pas non plus qu'il confonde les décisions dont nous parlons avec les dogmes de l'Église. La Congrégation du Saint-Office, en particulier, a reçu des Papes, entre autres attributions, la charge d'appliquer aux questions qui lui sont soumises les principes de la foi et de la morale chrétienne. Ses décisions ne sont pas infaillibles, mais la science profonde des juges du Saint Office, assistés de leurs consulteurs, et la maturité reconnue de leurs délibérations, offrent les plus hautes garanties que l'on puisse souhaiter. D'autre part, le mandat officiel dont ils sont investis par le Pape donne à leurs décrets une force obligatoire à laquelle nul catholique ne peut se soustraire. Voilà ce que M. Thoyer aurait dû savoir avant de nous taxer trop légèrement d'erreur.

Est-ce à dire que nous nous érigions en juges de ceux qui penseraient autrement que nous? Nullement, mais nous avons voulu rechercher et exposer autant qu'il est en nous les solutions données par les moralistes catholiques, ou même, officiellement, par l'Église, aux différents cas de déontologie médicale. Toute notre ambition est d'avoir été exacts et fidèles dans l'accomplissement de cette tâche; aussi remercions-nous M. Thoyer de nous avoir aidé à démontrer que nous n'y avons point failli.

MÉDECINE PRATIQUE

LE KÉPHIR DE LAIT DE CHÈVRE

La valeur alimentaire et thérapeutique du képhir est aujourd'hui à peu près unanimement reconnue. La bibliographie médicale est déjà abondante à ce sujet, qu'il est inutile de discuter ici, et chacun est à même de l'étudier très complètement. Le document le plus récent est la thèse que vient de soutenir mon ami Duprat (17 Juillet 1902 : le képhir, sa valeur thérapeutique, son emploi chez les enfants). Le côté clinique de la question y est très démonstratif.

Mais, si la plupart des médecins ont eu l'occasion de l'expérimenter ou d'en constater l'emploi à Paris et dans les grands centres, il n'en est pas de même quand la distance ou la situation trop modeste des malades ne permet pas un envoi quotidien.

La production du képhir à domicile est, en effet, laborieuse. Quelques familles, il est vrai, présentent des connaissances techniques déjà amorcées ou développées, ou bien une habileté et une docilité suffisantes. Mais le plus grand nombre refusent de poursuivre les expériences commencées. Les échecs, les pertes du début, le mauvais goût qui en résulte découragent vite les élèves d'occasion, et souvent aussi leur médecin.

C'est pour lutter contre ce pessimisme que je publie ces quelques remarques de pratique personnelle.

Le lait cru, surtout s'il vient d'être trait, est d'un emploi plus facile que le lait bouilli ou stérilisé. Ce fait, que j'ai constaté plusieurs fois, doit être connu de beaucoup de praticiens. La consistance crémeuse du képhir est plus homogène, la caséine coagulée se divise mieux et forme moins facilement les caillots plus ou moins gros si désagréables pour les malades; la séparation du sérum est plus rare, à condition, bien entendu, que la température soit convenable. Le goût est préférable.

Mais encore a-t-on quelques échecs, et surtout doit-on surveiller et agiter souvent, au moins cinq à six fois par jour.

De plus, la question du lait de vache cru est encore loin d'être résolue, et, sans l'aborder ici, nous devons prudemment conseiller l'ébullition.

Mais il existe un lait bien préférable pour sa valeur alimentaire, et qui peut et doit être employé cru.

En effet une campagne de juste réhabilitation a été récemment entreprise en faveur du lait de chèvre. Maintenu en illégitime suspicion par les médecins, il a été peu à peu abandonné par les familles, et, aujourd'hui, on le trouve moins répandu, même dans les campagnes, où jadis chaque famille pauvre élevait sa chèvre.

N'en refaisons pas le procès. Ce sujet a été traité ici même par M. Desfosses (*Presse Méd.*, 11 Sept. 1901) à propos de l'établissement du Val-Girard fondé par M. Barbellion.

Dans deux cas où le képhir industriel de Paris m'avait donné de très bons résultats, je dus chercher à y suppléer, faute de ressources des malades. Il s'agissait de deux jeunes femmes tuberculeuses. L'une ayant du temps libre et étant encore capable de travailler, je lui fis faire du képhir de lait de vache. En la voyant, après maint essai, réussir mieux encore avec le lait cru, je songeai à lui faire utiliser le lait de chèvre.

Après avoir constaté chez ma malade les grands avantages de la substitution, j'en fis aussitôt profiter l'autre, qui continue actuellement l'expérience.

L'idée ne m'appartient pas. Des essais ont été faits avec tous les laits (Carrion). La fabrication du képhir de chèvre a même été industrialisée par M. Roussel, à Paris, sous le nom de Keïfir caprin. Je me suis placé exclusivement au point de vue des familles éloignées de Paris ou à ressources pécuniaires insuffisantes.

Le fait le plus immédiatement remarqué est la plus grande facilité de fabrication. Il n'y a pour ainsi dire pas d'échec. On ne peut, évidemment, confier au premier venu une opération de laboratoire. Mais, après un très court apprentissage, toute personne intelligente peut y parvenir.

Le képhir de chèvre est un peu différent de celui de vache. Il est plus liquide, il n'arrive presque jamais à la consistance crémeuse; il est beaucoup plus homogène; il ne contient aucun caillot apparent et le sérum ne se sépare pas, même quand on oublie de le remuer.

En effet, le lait de vache contient 33 à 35 pour 1.000 de caséine, et le lait de chèvre 22 à 28 suivant l'âge de la lactation et la race. Cette moindre proportion, avantage au point de vue de l'analogie avec le lait de femme, facilite la transformation képhirique. D'abord, la coagulation est plus finement divisée, ce qui explique la consistance plus liquide et plus homogène ; puis, la proportion de gazéine peptonisée est plus élevée, chose importante au point de vue thérapeutique.

On pourrait objecter que la proportion de sucre (49) est moins élevée que dans le lait de vache (55) et s'éloigne davantage encore de celui de femme (63). Mais, d'une part, on sucre toujours le képhir pour le donner aux enfants, à cause du goût (Hayem, Carrion, etc.), et les adultes, ayant d'autres aliments, peuvent se passer de cette addition. D'autre part, il en résulte que l'alcool, produit par la fermentation, est moins abondant, ce qui est précieux, car le képhir est ainsi plus rarement contre-indiqué.

Il est plus gazeux, malgré cette moindre proportion de sucre. La pression dans une bouteille fermée est plus forte. Avec les appareils à soupape, on peut vider entièrement la bouteille sans la déboucher; ce n'est peut-être qu'une apparence due à la fluidité.

En résumé, le lait de chèvre fermente plus facilement et plus régulièrement que le lait de vache. M. Roussel considère ce lait comme convenant beaucoup mieux au développement des ferments.

Enfin, le képhir de chèvre est plus agréable à boire. Il est plus doux, moins lactique, peut-être presque jamais butyrique. Plus gazeux, au moins en apparence, il a une saveur plus fraîche parce que moins aigre. Il pourrait donc encore mieux calmer les vomissements et être toléré dans les gastralgies. Après l'ingestion, il laisse un arrière-goût de fromage à la crème, et non plus celui du petit-lait tourné, ce dont il faut prévenir les malades habitués au képhir de vache.

L'effort de volonté du début est donc moindre de la part du patient pour arriver à l'accoutumance. Ce point me semble *très important*. Les premiers jours du traitement sont, en effet, seuls pénibles, et certains malades refusent de continuer le régime, qui auraient fort bien pu le tolérer s'ils avaient fait cet effort.

L'odeur caprine ne disparaît pas. Il est donc nécessaire de choisir l'animal, tout comme pour boire le lait naturel. Il est très facile, suivant Crépin (*Bulletin de la Société nationale d'acclimatation*) et Barbellion, de trouver des chèvres sans odeur.

Chaque animal ne fournit pas du lait en toute saison, mais quand on en a plusieurs dans une même localité, il suffit de sélectionner les époques des portées.

La fabrication sera naturellement plus réussie par les personnes déjà dressées, mais encore une fois l'apprentissage est très facile.

Le matériel peut être simple. La première des deux malades citées a employé d'abord une caisse de bois doublée de couvertures de laine. La caisse, ouverte le jour dans la cuisine à l'endroit le plus favorable pour faire parvenir la température à 18 ou 19°, était fermée ensuite et ne se refroidissait pas d'une façon sensible jusqu'au lendemain matin, même en hiver.

J'y ai substitué une couveuse de Tarnier à

l'étage inférieur de laquelle un ouvrier plombier a disposé un thermosiphon très simple, chauffé par une petite lampe à essence. Chacun peut modifier à son gré le moyen, pourvu que le but soit atteint.

Chaque matin, une bouteille est remplie de lait additionné d'une petite quantité de képhir à point ou de ferment, puis toutes les bouteilles sont un peu agitées, ou plutôt balancées; on fait une nouvelle agitation à midi et le soir, en même temps que le réglage de la lampe, et c'est tout.

Pour introduire le ferment, on sait que le procédé le plus simple et le plus économique consiste à ajouter au lait une petite proportion de képhir prêt à être bu, 1/5 par exemple, ou même moins en prolongeant légèrement le séjour. Mais, après une série de ces transvasements, on aurait une augmentation de la fermentation lactique et même la mucification (Carrion et Hallion). Le mieux est de se servir d'abord du ferment préparé en poudre (képhirogène de Carrion, pulvo-képhir de Salmon) puis de faire une série de cinq ou six transvasements.

La première bouteille étant moins agréable, on peut la faire plus petite et s'en servir uniquement au transvasement. La dépense de ferment est ainsi très réduite.

La durée de la fermentation est un peu plus longue que pour le lait de vache. Entre 18° et 20° elle atteint 3 jours et demi ou 4 jours, suivant le goût des malades, pour avoir le képhir dit n° 2.

On reconnaît le point optimum à l'aspect de la partie du liquide qui coule le long des parois du verre. Au début, pour s'habituer à juger, on peut laisser échapper un peu de gaz par le clapet du bouchon. La décompression partielle produit un dégagement gazeux dans la masse du liquide qui devient mousseux et permet d'apprécier la consistance du képhir. Mais bientôt on n'a plus besoin de cet expédient.

* * *

Nous pouvons résumer ainsi les avantages du képhir de chèvre fait à domicile :

1° Plus grande facilité de fabrication ;

2° Moindre perte de temps et de matière, et prix abordable à toutes les bourses ;

3° Aspect et goût plus agréables, d'où moindre répugnance au début ;

4° Inutilité de l'ébullition et de la stérilisation.

J. Dupaigne.

LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE SELS MERCURIELS DANS LA SYPHILIS

C'est au professeur italien Baccelli que nous devons le premier travail paru sur les injections intra-veineuses de sels mercuriels dans le traitement de la syphilis, et la première observation de malade guéri par cette méthode. « Le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo «, *Gazzetta degli Ospitali*, 27 Juillet 1893.

Cependant, dès 1890, en France, M. Abadie avait déjà recours à ces mêmes injections, dans les cas de syphilis oculaire grave. Depuis, la méthode a été employée par nombre de syphiligraphes et jugée devant plusieurs Congrès ou sociétés savantes.

Nous empruntons à la récente Thèse de M. Bouzitat sur ce sujet (Paris, Juillet 1902) les quelques notes suivantes concernant la technique, les avantages et inconvénients, les indications et contre-indications, enfin les résultats des injections intra-veineuses de sels mercuriels dans la syphilis.

* * *

Technique. — La meilleure seringue à injection est la seringue toute en verre de Luer avec aiguille en platine iridié. Le sel de mercure à injecter doit être évidemment soluble : la plupart des auteurs emploient le sublimé en solution à 1 pour 1000 dans l'eau distillée; cependant quelques-uns, dont M. Abadie, lui préfèrent le cyanure de mercure en solution à 1 pour 100, et Stoukowenkoff a vanté les bons effets du benzoate de mercure.

En principe, toutes les veines du bras, de l'avant-bras, du dos de la main, de la jambe, etc., sont aptes à recevoir l'injection, cependant la majorité des auteurs préconisent les veines du pli du coude, à cause de leur plus grande fixité. Après compression du bras à l'aide d'une bande élastique, de façon à faire saillir les branches de l'M brachial et à les rendre ainsi perceptibles sinon à la vue du moins au toucher, et après asepsie minutieuse de la région, l'opérateur, immobilisant avec le pouce gauche la veine qu'il a choisie, pendant que les quatre autres doigts embrassent fortement la partie postérieure du bras, pique vivement cette veine en inclinant l'aiguille de 45° environ : si la piqûre est faite trop verticalement, on risque de traverser la veine de part en part; si elle est faite trop horizontalement, on peut glisser sur la paroi antérieure du vaisseau sans y pénétrer. L'aiguille a-t-elle pénétré dans la veine, on voit le sang envahir peu à peu la seringue en refoulant le piston; dans le cas contraire, il faut recommencer la piqûre.

Avant de faire l'injection, il importe, cela va de soi, d'enlever la bande élastique qui gêne la circulation veineuse. L'injection faite et l'aiguille retirée, il suffit d'appliquer pendant quelques minutes au point piqué un tampon d'ouate; au bout de ce temps, le sang ne perle plus, tout est fini.

Les suites de l'injection sont ordinairement nulles : quand on a procédé aseptiquement, il ne se produit aucune réaction inflammatoire cutanée, sous-cutanée ou veineuse, et le lendemain on peut recommencer au même endroit. Lorsque l'injection a été mal faite et qu'une partie du liquide a passé dans les tissus périveineux, il se produit au point piqué une légère induration, mais qui n'offre d'ailleurs aucun inconvénient.

La dose et la répétition des injections varient suivant la gravité des cas et la réaction des malades. Dans ses recherches, M. Bouzitat a employé ordinairement 1 centimètre cube de la solution de cyanure de mercure à 1 pour 100, répété tous les deux jours pour les cas ordinaires. Quand tout danger de récidive est écarté, on peut mettre entre les piqûres un intervalle un peu plus long, deux ou trois jours par exemple. Dans les cas pressants, au contraire (céphalée, gomme cérébrale, myélite, etc...), on peut en faire tous les jours. Il faut aussi observer les réactions que peuvent présenter les malades (diarrhée, salivation), et espacer les injections, ou même les supprimer momentanément si ces symptômes viennent à se manifester. Le sublimé étant deux fois plus riche en mercure métallique que le cyanure ne sera guère employé qu'à la dose de 5 milligrammes par jour.

* * *

Avantages et inconvénients. — Les avantages des injections intra-veineuses de sels mercuriels sur les autres méthodes de traitement de la syphilis sont nombreux. Ils peuvent se résumer de la façon suivante : 1° La technique de ces injections est simple; — 2° elles sont complètement indolores; — 3° elles ne laissent pas à leur suite la moindre nodosité; — 4° elles ont une action plus rapide que les autres modes d'administration du mercure, ce dernier étant, en effet, versé directement dans le milieu sanguin; — 5° elles ont aussi une action plus sûre : bien des cas leur ont cédé qui avaient résisté aux autres médications; — 6° elles nécessitent une dose de mercure moindre que celles des traitements ordinaires pour obtenir un effet supérieur; — 7° avec elles les accidents d'hydrargyrisme sont moins à craindre, le mercure s'éliminant beaucoup plus facilement et rapidement de l'organisme qu'à la suite des autres modes d'administration; — 8° il est possible de doser exactement la quantité de mercure injectée, et par là même de diriger le traitement avec beaucoup plus de sûreté; — 9° enfin les injections peuvent être répétées plus souvent que les injections hypodermiques et intramusculaires, et par là même on peut obtenir le maximum d'effet du traitement mercuriel dans les cas où il importe d'agir vite et énergiquement.

Les inconvénients — dangers de thrombose ou d'embolie — qu'on a reprochés aux injections intra-veineuses de sels mercuriels, et tout particulièrement de sublimé, sont purement théoriques. Jamais, en effet, ces accidents n'ont été signalés par les expérimentateurs ou les cliniciens lorsque l'injection avait été faite avec toutes les précautions d'antisepsie voulue. On a dit que le sublimé, coagulant le sang *in vitro*, devait se comporter de la même façon dans la circulation; mais on peut répondre que la quantité de sublimé injectée est tellement faible en comparaison de la masse du sang qu'il ne semble guère possible que la coagulation, et partant l'embolie par précipitation, puissent se produire. Les faits confirment d'ailleurs cette hypothèse.

Il ne reste donc à retenir que les petits accidents locaux, induration douloureuse, phlegmon, abcès, provenant d'une injection mal faite, et ceux inhérents à tout traitement mercuriel mal supporté, — stomatite, diarrhée, etc., — lesquels, ainsi que nous l'avons vu plus haut, sont ici des plus rares.

* * *

Indications et contre-indications; résultats. — On peut dire que le traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses ne reconnaît pas de contre-indications essentielles, sauf, bien entendu, les cas, d'ailleurs tout à fait exceptionnels, où il est impossible de faire la piqûre veineuse, parce que les veines ne sont pas visibles ou perceptibles au toucher (femmes, sujets obèses).

Lorsqu'elles sont possibles, les injections intra-veineuses réussissent dans toutes les formes et à toutes les périodes de la syphilis. Chopping (*The Lancet*, 18 Février 1899, p. 432) a publié un tableau très détaillé de 84 cas de syphilis traités par les injections de cyanure de mercure et dont la plupart étaient des accidents primaires et secondaires. Cependant, il faut, en général, à ces périodes, réserver les injections intra-veineuses aux cas particulièrement graves et qui demandent dès le début une médication énergique : chancres phagédéniques, syphilis ulcéreuses graves, syphilis précoces du système nerveux. Mais c'est dans la syphilis tertiaire que ces injections trouvent leur véritable indication : elles se montrent là incomparablement supérieures aux autres méthodes. M. Abadie a obtenu, grâce à elles, de très beaux succès dans la syphilis oculaire. La céphalée syphilitique et la syphilis du système nerveux paraissent céder plus rapidement que les autres accidents aux injections intra-veineuses. Baccelli, Bruni, Bouzitat en citent des exemples remarquables. Enfin, certains faits portent à croire que l'avenir étendra encore davantage le champ d'application des injections intra-veineuses et qu'elles pourront peut-être donner des succès dans la paralysie générale, le tabes, l'anévrisme aortique, dans ces affections, dites parasyphilitiques, qui ne le sont probablement, comme le fait remarquer M. Abadie, que vis-à-vis de certains traitements, et non pas vis-à-vis de certains autres.

J. Dumont.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

Douzième session. — Grenoble, 1er Août 1902[1].

Communications diverses.

I. — Anatomie pathologique.

Sarcomes et sarcomatoses du système nerveux. (Classification, étude clinique et anatomie pathologique, coupes et dessins histologiques). — *MM. Philippe, Cestan et Oberthür* ont pu recueillir dans le service de M. le professeur Raymond 15 observations avec autopsies se rapportant à la plupart des variétés de sarcomes. Suivant l'exemple donné par Westphal, Schesinger, Bruns, ils proposent, à la place de la classification purement histologique adoptée par les auteurs français, une classification qui a l'avantage d'être basée à la fois sur les caractères cliniques et sur les lésions anatomiques de ces tumeurs. Cette classification distingue : 1° les *sarcomes solitaires* (sarcomes solitaires des méninges, sarcomes solitaires des centres nerveux; 2° les *sarcomes multiples*, les *sarcomatoses*, tumeurs dont la puissance de généralisation est très grande au point d'envahir dans certains cas, la totalité du système nerveux central et périphérique à la façon d'une véritable maladie néoplasique. Dans ce groupe, très important en pathologie nerveuse, les deux formes qui méritent d'être individualisées sont, d'une part la *méningite sarcomateuse*, d'autre part la *neurofibromatose*.

Il convient d'opposer la structure histologique et l'évolution du sarcome solitaire des méninges à celles du sarcome solitaire des centres nerveux. Pour le premier : structure essentiellement fibro-plastique; évolution lente; destruction modérée et toute locale du tissu nerveux; tumeur non envahissante avec tendance marquée à l'enkystement, peut-être même à la curabilité spontanée par suite des progrès de la dégénérescence acidophile avec transformation calcaire. Pour le second : structure embryonnaire, tissu très végétant, avec cellules polymorphes et myéloplaxes; évolution rapide; tumeur vite envahissante, toujours extensive jusqu'à amener la destruction de la presque totalité d'un hémisphère cérébral ou d'un cervelet, comme dans les cas publiés.

Quant aux *sarcomes multiples* ou *sarcomatoses*, ils se présentent sous deux formes : la *forme méningitique*, qui peut simuler toutes les méningites, et la forme de *neuro-fibro-sarcomatose*. Cette dernière, la plus intéressante à étudier, est caractérisée surtout par l'existence de noyaux sarcomateux dans tout le système nerveux central ou périphérique et par l'évolution fibreuse des noyaux sarcomateux; elle affecte des relations étroites avec la maladie de Recklinghausen. Le développement du tissu néoplasique se fait aux dépens de tous les éléments mésodermiques (périnèvre, endonèvre, gaine de Henle, gaine de Schwann, tissu conjonctif ordinaire, gaine périvasculaire ou périthélium, endothélium vasculaire).

L'histogenèse des noyaux fibromateux de la maladie de Recklinghausen est similaire; dans la fibromatose multiple, les noyaux rappellent plutôt le tissu conjonctif adulte, tandis que dans la neuro-fibro-sarcomatose ils correspondent aux phases cellulaires de ce même tissu conjonctif; dans les deux cas ce sont des néoplasmes mésodermiques.

Contribution à l'étude des gliomes des centres nerveux. — *M. Z. Oberthür* a examiné à la Clinique Charcot 7 cas de gliome des centres nerveux. En rapprochant ces cas des cas de glioses développées autour d'autres productions, des cas d'encéphalites scléreuses, et en faisant appel à des techniques variées, M. Oberthür décrit certaines particularités de ces tumeurs. Une question des plus discutées jusqu'ici a été la participation des différents tissus à ces tumeurs. Y a-t-il véritablement un glio-sarcome? Il semble à M. Oberthür que l'alliance des deux tissus mésodermique et ectodermique est exceptionnelle. De même la participation aux gliomes des cellules nerveuses est discutable; certaines formes cellulaires ont pu en imposer pour de véritables cellules nerveuses, dans les variétés de gliomes décrites sous le nom de neurogliomes ganglionnaires (Klebs) ou de gliomes neuroformatifs (Renaut); mais ces formes cellulaires, se rencontrant dans de nombreux cas deglioses, n'ont aucune parenté d'origine avec les cellules nerveuses : ce sont de pures modifications névrogliques liées à des processus d'inflammation chronique banale.

Contribution à l'étude des localisations cancéreuses sur le système nerveux périphérique. — *MM. Oberthür et Mousseaux* ont étudié les localisations cancéreuses sur les nerfs périphériques, sur les racines rachidiennes, sur la colonne vertébrale, sur les plexus rachidiens, sur les nerfs craniens. Les lésions observées sont tantôt des névrites et des polynévrites toxiques ou autotoxiques, tantôt des lésions dues à la compression et à l'envahissement. Les altérations du système sympathique sont encore peu connues.

Etude histologique de l'écorce cérébrale dans 18 cas de méningite. — *MM. Maurice Faure et Laignel-Lavastine* ont recherché dans le laboratoire de M. Ballet les altérations corticales de 13 cas de méningite tuberculeuse, 2 à pneumocoques, 1 à entérocoques et 1 à bacille d'Eberth. Ces lésions, ni constantes ni régulières, siègent en général au voisinage des foyers méningés et sont d'autant plus accentuées que l'évolution a été plus longue.

A. *Lésions interstitielles.* — L'écorce, abaissée ou refoulée, à vaisseaux très dilatés, est infiltrée de cellules rondes qui pénètrent à une plus ou moins grande distance des vaisseaux.

B. *Lésions cellulaires.* — Les cellules nerveuses, devenues globuleuses, ont leurs grains chromophiles diminués de volume et comme effrités. Le noyau est un peu coloré, les prolongements pâles, les bords échancrés (neuronophagie). Ces lésions étaient très accentuées dans 4 cas, légères dans 8, à peu près nulles dans 6. Dans ces derniers cas, la méningite n'avait été que l'épilogue rapide d'une tuberculose pulmonaire chronique à la 3e période. Au contraire, dans les 4 cas où les lésions furent très accentuées, il y avait eu méningite tuberculeuse à évolution clinique classique.

Du processus histologique de l'atrophie musculaire. — *M. G. Durante.* L'auteur élimine les atrophies dégénératives, qui sont des dégénérescences toxiques analogues à celles des autres organes, pour n'étudier que l'atrophie simple telle qu'elle s'observe dans les affections des nerfs, des centres et dans la myopathie progressive.

Dans la fibre musculaire, il faut distinguer la fibrille striée ou myoplasma, portion différenciée et fonctionnelle, et le protoplasma non différencié, ou sarcoplasma, régissant la nutrition, la défense et la dégénération de l'élément.

Comme dans toute cellule, *dans la fibre striée considérée à l'état normal et à l'état pathologique, il y a inversion dans l'importance réciproque de la portion différenciée et de la portion non différenciée.* Le sarcoplasma, très réduit à l'état normal; réagit sous l'influence du moindre état pathologique et prolifère.

Le processus conduisant à l'atrophie simple peut être divisé en trois périodes :

1° Le début, caractérisé par ce que G. Durante a appelé la *régression plasmodiale*, est constitué par l'hyperplasie locale ou diffuse du sarcoplasma avec prolifération des noyaux. Localisée, elle forme des taches claires ou grenues, des amas protoplasmiques, des bourgeons superficiels chargés de noyaux qui peuvent s'isoler dans le tissu conjonctif voisin. Généralisée, elle rend les fibres volumineuses et leur donne un aspect trouble, finement grenu, qui n'est pas de la dégénérescence, mais ce que l'auteur distingue sous le nom de *tuméfaction trouble*.

Telle est la cause de la formation des *fibres hypertrophiées* qui marquent la première phase inconstante de l'atrophie.

Au niveau des amas de sarcoplasma, ou au milieu de fibres hypertrophiées, se produisent des fentes qui entraînent des *divisions longitudinales* simples ou multiples.

Sur les coupes transversales, les petits îlots de *fibres grêles en jeu de patience* paraissent le résultat de la division répétée d'une seule grosse fibre.

Cette division longitudinale peut donner naissance à des fibres très grêles, mais ne saurait, à elle seule, entraîner l'atrophie du muscle, puisque la diminution de volume des éléments est proportionnelle à leur augmentation de nombre.

2° Soit à la surface de fibres encore bien striées, soit dans l'intérieur de fibres en tuméfaction trouble, le protoplasma jusque-là, à l'état de plasmode indivis, s'individualise en cellules distinctes qui tombent dans le tissu interstitiel ou restent dans la gaine. C'est la *régression cellulaire* véritable retour à l'état embryonnaire. Les fibres les plus grêles, produites par voie de division, s'étranglent entre les noyaux ou se séparent de même en une chaîne de cellules fusiformes.

3° *Métamorphoses.* La biologie cellulaire nous enseigne que le *milieu crée la fonction*; *que le milieu et la fonction déterminent la morphologie cellulaire.* La fibre striée est revenue à l'état plus indifférent de cellules musculaires embryonnaires. Ces cellules, disséminées dans le tissu conjonctif, sont plus capables de s'adapter aux conditions nouvelles qui leur sont imposées. Elles se transforment peu à peu et prennent l'*apparence* d'éléments conjonctifs ou se chargent d'une gouttelette de graisse et se métamorphosent en pseudo-cellules adipeuses. La *métamorphose conjonctive* explique l'augmentation apparente du tissu interstitiel et de ses noyaux indépendamment de toute sclérose; la *métamorphose adipeuse* fait comprendre l'origine de l'infiltration graisseuse, toujours plus ou moins marquée dans les amyotrophies.

C'est par ces métamorphoses que disparaissent ou tout au moins cessent d'être reconnaissables les éléments musculaires dans les amyotrophies.

L'atrophie musculaire est donc l'aboutissant non pas d'une résorption moléculaire, mais d'un processus complexe qui débute par une véritable *anarchie intra-cellulaire* : par suite d'un trouble dans l'harmonie qui doit régner entre les différentes parties constituant les fibres striées, le sarcoplasma s'hyperplasie, prend le dessus et se transforme en cellules musculaires distinctes ayant des caractères embryonnaires. Secondairement ces cellules se métamorphosent et perdent leurs caractères propres pour prendre l'aspect conjonctif ou adipeux.

Les *dégénérescences* diverses que l'on rencontre dans quelques fibres relèvent de complications secondaires. Elles sont la signature d'accidents toxiques (maladies infectieuses, cachexie, troubles digestifs, intoxications diverses) qui viennent se surajouter au processus amyotrophique.

Toutes les amyotrophies relèvent histologiquement de ce même processus, et ne diffèrent que par la distribution des lésions et par la rapidité de leur évolution.

Sur l'innervation des vaisseaux de la pie-mère et de l'écorce cérébrale. — *M. Obregia* (Bucarest) n'a pas trouvé de plexus nerveux ni de cellules nerveuses dans les parois des artérioles et des veinules de la pie-mère détachée; mais sur des coupes portant sur la pie-mère et l'écorce sous-jacente, on voit que les cellules de Ramon, situées dans la couche moléculaire, immédiatement sous la pie-mère, donnent de très nombreux filets à cette méninge et aux vaisseaux qui la parcourent.

II. — Neurologie.

Sur le signe pupillaire d'Argyll-Robertson. — *MM. Cestan et Dupuy-Dutemps.* Depuis trois ans, les auteurs ont recherché la réaction de la pupille à la lumière chez tous les malades ayant fréquenté la clinique Charcot. Ils conseillent l'instillation de cocaïne pour l'examen des pupilles étroites. Ils n'ont jamais pu trouver le réflexe paradoxal de la pupille. Dans le tabes, lorsque le signe d'Argyll était unilatéral, ils ont toujours trouvé exacte la règle de Babinski, disparition pour l'œil malade de ses deux réflexes pupillaires à la lumière direct et consensuel, conservation pour l'œil sain de ses deux réflexes. Ils n'ont jamais trouvé le signe au cours de la sclérose en plaques (35 cas), de la polynévrite (30 cas), de l'atrophie musculaire Claude-Marie (6 cas), de la syringomyélie (8 cas), de la maladie de Friedreich (10 cas), de diverses vésanies autres que la paralysie générale. Au contraire, ils ont pu le constater soit à l'état isolé (5 cas), soit en association avec d'autres maladies nerveuses (13 cas) (hémiplégie, myélite, etc.). Mais ces derniers malades, qui n'étaient *cliniquement* ni des tabétiques, ni des paralytiques généraux, étaient tous *syphilitiques*. Peut-être existe-t-il des cas de névrite interstitielle hypertrophique et de syringomyélie avec signe d'Argyll sans syphilis. Mais, en pratique, selon la règle posée par M. Babinski, la présence du signe d'Argyll doit faire soupçonner la syphilis. Cependant, jusqu'à la démonstration histologique du mécanisme du signe d'Argyll, les auteurs pensent qu'il faudrait plutôt admettre que le signe d'Argyll dénonce un tabes ou une paralysie générale initiaux soit à l'état isolé, soit en association avec d'autres maladies nerveuses syphilitiques.

Le mécanisme des réflexes et du tonus musculaire. — *M. Crocq* (de Bruxelles). D'après la théorie

1. Voy. *La Presse Médicale*, 1902, n° 63, p. 750; n° 64, p. 763; et n° 65, p. 776.

que j'ai développée au Congrès de Limoges, *chez l'homme*, le *tonus musculaire est exclusivement cortical*, tandis que les réflexes se font par les trois étages : *médullaire* pour les *réflexes rapides de défense*, *basilaire* pour les *réflexes tendineux*, *cortical* pour les *réflexes cutanés*.

M. le professeur Grasset, confondant les manifestations du tonus et des réflexes, admet que toutes peuvent se faire indistinctement par les trois étages cérébro-spinaux. Cette manière de voir, soutenable pour les réflexes cités plus haut, est, à mon avis, erronée en ce qui concerne le tonus. Les faits sur lesquels s'appuient M. Grasset sont peu convaincants, tandis que ceux qui militent en faveur de la théorie corticale sont irréfutables et nombreux.

M. Mendelssohn invoque la *loi de diffusion des réflexes* pour soutenir que ceux-ci peuvent se produire indifféremment par tous les étages cérébro-spinaux. Je réponds à cela qu'il est une loi plus importante encore qui domine toute la physiologie nerveuse comparée : c'est que, à mesure que l'on s'élève dans l'échelle animale, les fonctions nerveuses remontent graduellement vers l'encéphale et se localisent davantage. La loi de diffusion des réflexes concerne les animaux inférieurs ; l'expérimentation prouve qu'elle n'est pas exacte chez le singe ; la clinique démontre qu'elle est absolument fausse chez l'homme.

M. Brissaud objecte que les lésions destructives de la *totalité* des fibres pyramidales dans la capsule interne peuvent produire des hémiplégies *spasmodiques*. Le mot de spasmodique ne peut évidemment ici indiquer que l'*hypertonie* car, tous, nous sommes d'accord pour admettre l'hyperréflectivité tendineuse dans les lésions de la capsule interne. Je réclame la preuve du fait que la section de *toutes* les fibres cervico-spinales pourrait provoquer l'*hypertonie* ; les recherches nécropsiques sont insuffisantes à nous renseigner à ce sujet, nos procédés actuels ne suffisant pas à déterminer si *toutes* les fibres sont sectionnées, pas même lorsqu'il y a dégénérescence secondaire des processus pyramidaux qui peuvent contenir un certain nombre de cylindraxes intacts.

M. Brissaud conteste le fait qu'une section médullaire *complète* abolit définitivement *chez l'homme*, le tonus et les réflexes (sauf les défensifs), dans le tronçon inférieur. Il pense que tout dépend de la nature de la lésion : si celle-ci est brusque, il y a flaccidité complète et définitive; si elle est lente, il peut y avoir spasmodicité.

Pour établir ce fait, M. Brissaud rapporte le cas de M[lle] Z... chez laquelle une section *complète* de la moelle cervico-dorsale, par coup de revolver, abolit pendant de longues semaines et jusqu'à la mort, le tonus et les réflexes. Il donne ensuite l'observation d'un malade atteint d'une paraplégie spasmodique chez lequel il diagnostiqua une lésion *équivalente à une section*. Or, chez ce patient, la sensibilité au contact a persisté jusqu'à la mort. A l'examen microscopique on trouve une compression médullaire avec sclérose interne du ruban étroit qui représentait la moelle et dans lequel on apercevait cependant encore quelques fibres nerveuses.

Ni cliniquement, ni anatomiquement la section n'était complète. MM. Raymond et Cestan, dans une étude très impartiale, publient deux cas de compression médullaire avec paraplégie spasmodique et anesthésie complète. Cliniquement, ces cas répondent à une section complète de la moelle ; anatomiquement on constate la persistance d'un certain nombre de cylindraxes. La section était donc incomplète.

M. Launois rapporte une observation analogue à celle de Brissaud ; il s'agit d'une paraplégie spasmodique qu'il considère comme due à une section médullaire alors que la sensibilité au contact à persisté jusqu'à la mort. La lésion était donc incomplète.

M. de Buck s'appuie sur les arguments invoqués par MM. Brissaud, Raymond et Cestan pour admettre que les réflexes parcourent la voie intra-pyramidale ou rubro-spinale. J'ai répondu à ces objections ; j'ajouterai que la très intéressante observation de MM. Raymond et Cestan, parue dans le dernier numéro des *Archives de neurologie*, prouve nettement que la distinction des noyaux rouges n'abolit pas les réflexes tendineux.

M. Van Gehuchten me reproche d'avoir cherché à prouver expérimentalement l'importance de la circulation aortique sur la nutrition de la moelle lombaire. D'après lui, ce fait serait depuis longtemps établi. Pour motiver mes recherches, je n'ai qu'à faire remarquer que, actuellement encore et malgré mes expériences, MM. Jendrassik, Brissaud et Mendelsohn pensent que cette circulation se fait en grande partie par les artères spinales antérieures.

Mon savant compatriote m'objecte encore que la seule voie anatomique descendante reliant les ganglions basilaires à la moelle est, dans l'état actuel de la science, la voie rubro-spinale. Il me reproche de supposer une voie reliant les corps opto-striés aux cornes médullaires alors que la voie rubro-spinale est connue. Je commencerai par dire que l'observation si démonstrative de MM. Raymond et Cestan prouve que la voie rubro-spinale n'est pas celle des réflexes et que, par conséquent, j'ai bien fait de ne pas admettre la théorie de Van Gehuchten qui se trouve aujourd'hui renversée. J'ajouterai que nos connaissances anatomiques concernant les voies centrifuges des corps opto-striés sont presque nulles et, dans tous les cas, très confuses. Il suffit, pour s'en rendre compte, de parcourir le remarquable ouvrage de Dejerine. Dans ces conditions, m'inspirant des données concernant la physiologie comparée du système nerveux dans l'échelle animale, données qui, de l'avis des plus savants physiologistes, accordent aux corps opto-striés un rôle important dans les fonctions motrices, je ne crois pas faire une erreur anatomique en supposant l'existence de fibres descendantes reliant les corps opto-striés aux cornes antérieures de la moelle.

Sur le symptôme catatonique. — ***M. Crocq*** (de Bruxelles). La catatonie, dont l'autonomie est, depuis longtemps, contestée en France, est encore considérée, en Allemagne et en Belgique, comme une entité morbide bien définie. Des discussions interminables surgissent constamment à ce sujet; la cause en est dans le fait que les auteurs adoptent des définitions différentes, les uns admettant la manière de voir de Kahlbaum, d'autres celle de Krœpelin, d'autres encore celle de Sommer. Les définitions modernes prouvent combien les partisans convaincus de l'autonomie de la catatonie ont restreint le cadre de leur entité morbide, dont il ne reste finalement que les phénomènes moteurs. Ces phénomènes constituent, non pas une maladie, pas même un syndrome, mais seulement un symptôme susceptible de se montrer au cours d'affections mentales diverses. Voici les photographies d'un cas typique de catatonie chez une hystérique; l'examen de l'urine a démontré une perturbation profonde de la nutrition générale caractérisée par la diminution de la quantité des urines, hyperchlorurie considérable, hypophosphaturie et diminution de la quantité d'urée.

La question est de savoir si la catatonie est, selon l'opinion de Régis, due aux troubles nutritifs, ou si les troubles nutritifs sont la conséquence de la stupeur. La catatonie s'accompagne d'hypothermie, de cyanose des extrémités, d'abaissement des fonctions circulatoires et respiratoires; ces troubles généraux et trophiques sont plutôt la conséquence que la cause de la catatonie; peut-être en est-il de même des troubles urinaires.

Les origines du tabes. — ***M. Maurice Faure.*** Il n'est pas contestable qu'à l'origine de la majorité des cas de tabes on relève la syphilis, mais il n'est pas contestable non plus que les cas où il est impossible d'admettre la syphilis sans baser le diagnostic sur une pétition de principe ne sont pas exceptionnels.

Si quelques auteurs ont, surtout dans de récentes publications, cité des faits d'amélioration, voire de guérison de tabes confirmé, par le traitement hydrargyrique à haute dose (Congrès de Toulouse, Avril 1902), il paraît certain que, dans la grande majorité des cas, le traitement hydrargyrique à doses moyennes n'agit point sur le tabes ou même l'aggrave (Soc. de Neurologie de Paris, Mars-Avril 1902). De sorte que, pour admettre et concilier, en les traduisant sous une forme paradoxale, les deux opinions les plus formellement exprimées aujourd'hui en cette matière, il faudrait dire qu'une petite dose de mercure aggrave le tabes, mais qu'une forte dose le guérit.

Il est des cas de tabes qui semblent n'être que l'expression locale d'une dégénérescence générale sénile (polysclérose), et où l'action d'une cause unique et spécifique se confond dans l'ensemble des actions causales de la sénilité.

Il est aussi des cas où d'autres infections que la syphilis semblent avoir agi et avoir, à elles seules, engendré le syndrome tabétique : ainsi la tuberculose, la malaria, l'alcoolisme, etc.

Enfin, des infections, si fréquentes chez les tabétiques qu'on peut les admettre comme *de règle*, semblent jouer aussi un rôle pathogénique actif, même chez les tabétiques syphilitiques, et peut-être surtout chez eux, car souvent chaque accident tabétique a accompagné ou suivi l'apparition d'une de ces infec tions, alors que, pendant la période où la syphili était seule, aucun accident tabétique n'était appar Ce sont surtout la grippe ou influenza, les infection rhumatismales, la blennorragie. Il semble que la sy philis crée, dans ces cas, un lieu de moindre rési tance où l'infection secondaire s'installe, évolue forme la lésion tabétique.

Les origines infectieuses ou toxiques du tab semblent donc trop complexes pour que sa path génie puisse être résolue à l'aide d'une seule notion la notion de spécificité syphilitique.

Quant à la question du terrain, elle paraît aus d'une importance capitale, et, quand on observe u grand nombre de tabétiques rassemblés, on ne pe qu'être frappé de la similitude de leur caractère, leurs mœurs et de leur constitution physique mentale.

Dans des travaux en préparation, l'auteur repre dra isolément chacune de ces propositions, cherche à les justifier. L'intérêt prochain de cette questi est d'arriver à établir la proportionnalité de chacu des variétés pathogéniques du tabes, et de les diff rencier, afin de leur appliquer des traitements vari et convenables, pour chaque groupe de cas, au li de mercurialiser systématiquement et intensiveme tous les tabétiques, ou de n'en mercurialiser aucu suivant que l'une ou l'autre idée théorique nous guid ou que l'une ou l'autre influence nous a entraîné.

Le massage chez les tabétiques. — ***MM. Mauri Faure et G. Constensoux.*** La massothérapie e très généralement employée et très mal compri dans le traitement du tabes.

A titre de stimulant de la circulation et de l'inne vation un massage modéré et méthodique peut sa doute aider au maintien de la nutrition générale par conséquent empêcher ou atténuer l'amaigriss ment ou l'atrophie musculaire chez les tabétiqu comme chez d'autres malades, mais à la conditi que ce massage tiendra compte des réactions propr au tabétique, lequel ne saurait être massé comme athlète ni même comme un homme bien portant. pétrissage, le tapotement vigoureux ou même simpl ment les séances trop longues ou le massage tr étendu augmentent la fatigue habituelle du malad son impotence musculaire et son incoordination.

Dans le même ordre d'idées, certaines manœuvr qu'avec plus ou moins de raison on ajoute d'ordinai à la pratique du massage et qui ont leur raison d'êt chez les hommes sains dont on veut développer l forces et la souplesse doivent être absolument pro crites chez le tabétique; tels sont : les mouvemen passifs exécutés avec plus ou moins de force et q exagèrent les saccades et la brusquerie habituell aux gestes des ataxiques, — les exercices d'assoupli sement qui ne font qu'augmenter la laxité ligame teuse et musculaire qui est précisément un des sti mates les plus gênants de l'ataxie, — enfin tous l exercices de force au cours desquels le tabétiq dont la sensibilité profonde est troublée ou abol contusionne ses nerfs, arrache ses ligaments et d chire ses muscles, sans même s'en apercevoir.

C'est à titre de stimulant de la sensibilité cutan (en frictions, effleurage, percussion légère) à titre stimulant de la sensibilité profonde et surtout de nutrition musculaire (frictions douces, mobilisati prudente) que le massage sera utile aux tabétiqu Il leur servira aussi contre les paralysies, les atr phies, les fractures et les entorses qui survienn quelquefois au cours du tabes, mais, à titre de co plications exceptionnelles, et qu'il faut soigner p les procédés usuels.

Enfin il ne faut pas confondre le massage avec mécanothérapie et la rééducation qui en sont des m thodes bien différentes dans leurs principes et leu applications. Le massage n'a point à connaître machines et d'appareils destinés à produire des mo vements passifs, lesquels sont du ressort de la m canothérapie, n'ont que peu d'emploi chez le ta tique et peuvent même être dangereux.

Il n'a pas à connaître davantage des mouvemen volontaires, qui, employés sans méthode, ne donn que des résultats insignifiants et qui, lorsqu'ils s méthodiques et coordonnés, sont du ressort de rééducation. Cette technique vise d'ailleurs la cure l'incoordination, de l'impotence motrice, du relâch ment musculaire sur lesquels le massage n'a aucu prise, et qu'il ne doit point chercher à atteindre, il ne peut que les augmenter s'il est mal compris mal pratiqué.

Extension persistante du gros orteil. — ***M. Pa has*** (d'Allès) a observé, chez quatre malades, bru

quement ou progressivement atteints d'accidents hémiplégiques graves et d'origine organique, *une extension prolongée ou même persistante du gros orteil.*

Dans tous ces cas, ce phénomène était associé au signe de Babinski dont il ne paraissait être qu'une sorte d'amplification.

L'auteur pense que cet accident de contracture ainsi localisée du gros orteil plaide en faveur de la signification hypertonique du signe de Babinski.

Dans deux des cas cités (hémiplégie, suite d'ictère), le signe de Babinski tout comme l'extension persistante de l'orteil prédominaient du côté non ou moins paralysé.

Écartement involontaire du petit doigt de la main. — **M. Pailhas** signale, sous la désignation *d'écartement involontaire du petit doigt de la main*, un symptôme constaté par lui dans diverses affections de l'axe cérébro-spinal (paralysie générale, démences sénile, alcoolique, etc.).

La corrélation constante de ce signe avec des troubles du langage articulé lui a paru en relation avec des lésions associées des centres des langages articulé et graphique.

Observations de deux frères atteints de paralysie générale appartenant à une famille de dégénérés. — **MM. Joffroy et Rabaud** ont observés deux frères atteints de paralysie générale; le diagnostic fut confirmé par l'autopsie; mais ce qui fait l'intérêt de ces observations, c'est que les deux frères avaient une lourde hérédité, mais furent soumis à des influences dissemblables. L'auteur responsable du mauvais état cérébral de la famille entière fut le grand'père maternel, alcoolique et mort aliéné; son influence s'est fait sentir immédiatement sur sa fille, épileptique, morte démente à quarante-huit ans; cette dernière eut treize enfants dont plusieurs devinrent aliénés, parmi lesquels furent les deux paralytiques généraux observés. Cette lourde hérédité créa le terrain, ou mieux créa en quelque sorte une maladie virtuelle, qui ne fut révélée que par des causes secondes différentes chez les deux malades : le premier fut syphilitique et alcoolique, le second paludéen.

Ceci prouve que des facteurs différents peuvent, sur des sujets prédisposés, produire des résultats semblables. La méningo-encéphalite diffuse est provoquée avant tout par la nature du terrain cérébral et ensuite par un facteur externe, et non pas seulement par la seule influence de ce facteur.

Un cas de paralysie générale précoce hérédo-syphilitique chez une débile. — **MM. E. Dupré et Pagniez** apportent l'observation d'une femme de vingt-trois ans qui a succombé en trois ans à une paralysie générale à forme démentielle simple non délirante; l'hérédo-syphilis en était la cause.

Fausse grossesse dans la paralysie générale. — **MM. E. Dupré et Pagniez.** Les cas de délire de grossesse chez les paralytiques généraux, femmes et hommes, ne sont pas rares. Les cas de fausse grossesse sont, chez les hystériques, très fréquents; mais il n'existait pas encore de cas de fausse grossesse chez des paralytiques générales non hystériques. Les auteurs en relatent un cas représentant une combinaison intéressante de fausse grossesse somatique et de délire démentiel de grossesse au cours de la paralysie générale.

De l'utilité de la ponction lombaire pour le diagnostic de la paralysie générale. — **MM. A. Joffroy et E. Mercier.** Dans un grand nombre de cas, le diagnostic de la paralysie générale, impossible par les anciens moyens d'investigation, peut être fait grâce à la ponction lombaire, car, dans les conditions où se pose habituellement ce problème clinique, la constatation de nombreux éléments blancs dans le liquide céphalo-rachidien permet d'affirmer la paralysie générale, tandis que leur absence permet de rejeter ce diagnostic.

A l'appui de cette affirmation, les auteurs apportent leur statistique personnelle et des exemples empruntés aux leçons cliniques faites à l'Asile Sainte-Anne pendant l'année scolaire 1901-1902.

La statistique comprend 120 ponctions lombaires faites chez 91 malades différents, la plupart avec numération des éléments blancs.

Il a été fait 70 ponctions chez 48 paralytiques généraux. Le nombre des éléments était généralement compris entre 10 et 100 par millimètre cube.

Dans 4 ponctions faites sur 3 paralytiques, on a trouvé un nombre d'éléments comparable à celui qu'on trouve chez les sujets sains. Mais les auteurs montrent que ces trois malades n'étaient pas dans les conditions d'évolution que rencontre le clinicien dans le cas où le diagnostic est difficile. Ils pensent qu'au début de la paralysie générale, l'augmentation du nombre des éléments est un symptôme constant.

Ils ont trouvé encore un nombre élevé d'éléments dans 4 cas de tabes avec troubles mentaux, et dans un cas d'excitation maniaque associé à une méningomyélite syphilitique dont les symptômes disparurent en même temps que l'excitation sous l'influence du traitement spécifique.

Chez 18 vésaniques appartenant aux diverses variétés de psychoses, chez 1 épileptique, dans 1 cas de crises épileptiformes liées à l'albuminurie, 2 cas de ramollissement cérébral et 1 cas d'hydrocéphalie, le nombre des éléments n'était pas augmenté.

Il n'était pas augmenté non plus chez 14 alcooliques auxquels furent faites 17 ponctions, et qui comprenaient 8 cas d'alcoolisme subaigu, 4 d'alcoolisme chronique et 2 de psychose polynévritique de Korsakoff.

La ponction lombaire permet de distinguer la paralysie générale des diverses formes de l'alcoolisme, et surtout de ces accès d'alcoolisme subaigu qui éclatent dans le cours de l'alcoolisme chronique. A diverses reprises, les auteurs se sont trouvés en face de malades présentant, avec un délire plus ou moins analogue au délire alcoolique, de la confusion, de l'amnésie, des troubles de la parole et parfois de l'inégalité pupillaire. Suivant que la ponction faite à l'entrée dans le service leur révélait un nombre anormal d'éléments blancs ou une quantité normale, ils faisaient dans des cas par ailleurs tout à fait semblables, tantôt le diagnostic de paralysie générale, tantôt celui d'alcoolisme, et l'évolution ultérieure de la maladie leur a toujours donné raison.

Or, avant l'emploi de la ponction lombaire, le diagnostic immédiat était impossible dans ces cas.

La ponction lombaire permet aussi de distinguer la paralysie générale au début d'une psychose, et en particulier d'un accès curable de manie ou de mélancolie, alors que le diagnostic sans son aide serait tout à fait impossible.

Les auteurs citent l'exemple de deux hommes arrivés à l'âge moyen de la vie, qui tous deux furent atteints d'un accès d'excitation maniaque sous l'influence duquel ils commirent des incorrections très comparables. A l'examen tous deux présentaient de l'excitation sans affaiblissement intellectuel, sans troubles de la mémoire. La parole était normale, comme l'écriture; chez tous deux il y avait une légère inégalité pupillaire, avec un réflexe lumineux normal.

Il eût été impossible de différencier ces deux malades sans la ponction lombaire qui révéla un nombre anormal d'éléments chez l'un, un nombre normal chez l'autre. Le premier était un paralytique général; le second, au contraire, devait être regardé comme curable.

La présence des éléments blancs chez un aphasique permet d'attribuer l'aphasie à la paralysie générale dans certains cas où, sans la ponction lombaire, le diagnostic avec le ramollissement cérébral serait très difficile.

Mais il y a des cas très rares où la ponction lombaire ne peut servir au diagnostic de la paralysie générale. Ce sont ceux où il existe une autre affection capable d'expliquer la présence des éléments blancs. Par exemple, lorsqu'un tabétique présente des troubles mentaux, on doit se demander s'il s'agit de troubles passagers, ou si l'on doit incriminer des lésions cérébrales de paralysie générale. Ici la ponction lombaire est impuissante, puisque le tabes suffit à expliquer la présence des éléments blancs.

En somme, d'après cette communication, la présence de nombreux éléments blancs dans le liquide céphalo-rachidien est le plus constant et le plus précoce des signes physiques de la paralysie générale, et sa découverte a fait faire un progrès considérable à la question du diagnostic de cette affection.

M. Joffroy attire l'attention sur les quatre ponctions négatives faites chez des paralytiques généraux. Elles ont porté sur trois malades. L'un de ces malades est entré à la clinique il y a sept ans avec tous les signes de la paralysie générale, puis après une période d'amélioration son état est resté stationnaire. Deux ponctions faites à six mois de distance dans le cours de la septième année de la maladie n'ont pas révélé d'éléments. Il ne faudrait pas en conclure que dans ces paralysies générales prolongées l'absence des éléments reste constante une fois établie, car chez un autre malade dont l'état reste stationnaire depuis treize ans, une première ponction fut négative, mais une deuxième, faite six mois après, révéla de nombreux éléments.

Enfin une quatrième ponction négative montre qu'on peut rencontrer cette absence des éléments dans des cas récents à évolution rapide.

Ainsi, pas plus qu'aucun autre symptôme de la paralysie générale, la présence des éléments n'a une valeur absolue pour le diagnostic de cette affection.

MM. A. Marie et Duflos ont soumis périodiquement certains paralytiques généraux à la ponction lombaire et ont remarqué que le nombre des lymphocytes ne semble pas progresser en raison directe des symptômes cliniques tant physiques que psychiques : chez quelques paralytiques généraux tout au début de leur maladie, dont le diagnostic même était encore très hésitant, il existait une lymphocytose excessive; chez d'autres, malades depuis longtemps, déprimés et cachectiques, le nombre des lymphocytes était au contraire minime; l'abondance des leucocytes dans le liquide céphalo-rachidien semble donc plus grande au début de l'affection qu'à la fin; elle est plus grande également dans les phases de poussées aiguës. Ces résultats prouvent que la ponction lombaire ne peut renseigner sur l'action plus ou moins grande du traitement spécifique sur l'évolution de la paralysie générale.

L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et ses lésions initiales. — **MM. P. Kéraval et G. Raviart** ont fait l'examen de la papille et du fond de l'œil de 51 paralytiques généraux : 42 présentaient des lésions du fond de l'œil; seuls ceux qui étaient en rémission n'en présentaient pas. Chez 7 paralytiques arrivés à une phase avancée de leur maladie, 5 avaient de l'atrophie blanche papillaire, 1 de l'atrophie grise, 1 de la sclérochoroïdite postérieure bilatérale sans myopie; chez 13 la papille était pâle, comme lavée; chez 22 un segment de la papille avait un aspect flou avec bords indécis (ces deux derniers aspects sont des états préliminaires de l'atrophie papillaire). Chez les 9 paralytiques en rémission ou atteints d'une forme à évolution longue, il a été impossible de trouver aucune lésion ophtalmoscopique.

Deux examens histologiques furent pratiqués. La rétine présentait des altérations de la couche des cellules nerveuses, altérations semblables à celles qui frappent les cellules nerveuses de l'écorce. La papille avait ses fibres nerveuses atrophiées, et était en plus envahie par des éléments proliférés des tissus conjonctif et névroglique; l'artère et la veine étaient épaissies. Le nerf optique était atteint de névrite interstitielle.

L'activité locale de la circulation cutanée de la main dans l'hémiplégie organique et le syndrome de Raynaud. — **M. Laignel-Lavastine** a montré avec M. Hallion que le temps que met à disparaître la tache blanche produite sur la peau par une compression légère varie avec l'activité de la circulation locale. Chez les hémiplégiques organiques et les malades atteints de syndrome de Raynaud, la tache blanche subit des modifications de même sens que celles du pouls capillaire; chez les hémiplégiques, elle est plus courte que du côté sain au lendemain de l'ictus; elle devient plus longue quand l'hémiplégie date de quelque temps; dans le syndrome de Raynaud, la tache, très longue au niveau des parties malades, se raccourcit à peine par l'immersion des mains dans l'eau chaude, alors qu'au niveau des parties saines elle devient immédiate.

La gymnastique respiratoire dans six nouveaux cas de tics. — **MM. Pitres et Cruchet** rapportent six nouveaux cas de tics qui ont été traités par la gymnastique respiratoire, effectuée selon leur procédé habituel.

La guérison est survenue rapidement dans quatre cas, entre trois et six semaines; dans un autre, elle n'a été complète qu'après dix-huit mois de soins assidus; enfin, dans le dernier cas, le résultat a été nul jusqu'à aujourd'hui.

Étude chimique de la substance nerveuse. — **M. Labatut** (de Grenoble) a constitué par synthèse quatre composés ammonio-glycériques qu'il a retrouvés par l'analyse immédiate dans la substance nerveuse. D'après leur étude physiologique, ces composés doivent constituer des aliments azotés du système nerveux.

(*A suivre.*) E. de Massary.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

11 et 18 Août 1902.

Existence d'une kinase dans le venin des serpents. — *M. C. Delezenne.* A la suite de recherches expérimentales, M. Delezenne a constaté que le venin des serpents renferme une diastase ayant les mêmes propriétés que l'entérokinase, la kinase leucocytaire ou les kinases microbiennes.

Toxine tétanique; observations de la résistance électrique et de l'indice de réfraction. — *MM. Dongier et Lesage.* Ces auteurs ont observé que la présence de la toxine tétanique dans un bouillon de culture abaisse sa résistivité. Quant à l'indice de réfraction du liquide, il n'est pas modifié.

Action de l'acide carbonique sur la fonction musculaire. — *M. Lhotack.* Si l'on vient à plonger un muscle dans une atmosphère d'acide carbonique, a reconnu cet auteur, on constate que ses fonctions subissent un ralentissement, mais ne sont point anéanties. Le muscle garde son potentiel et reprend toute sa puissance quand il est soustrait à l'influence de l'anhydride carbonique.

L'écrémage du lait et l'alimentation. — *MM. Bordas et Razowki.* Ces auteurs ont constaté que la crème du lait renferme la meilleure partie de la lécithine contenue dans cet aliment.

Il s'ensuit que la pratique de l'écrémage est déplorable, surtout quand il s'agit de lait destiné à l'alimentation des jeunes enfants.

La traite artificielle des vaches. — *MM. Bordas et Razowki.* On sait que depuis plusieurs années déjà, l'on fait usage dans certaines grandes exploitations laitières de machines à traire les vaches. D'après MM. Bordas et Razowki, ces appareils sont avantageux en ce sens qu'ils permettent d'éviter, en supprimant l'intervention du personnel employé autrement à traire directement les pis des animaux, des contaminations microbiennes. En revanche, par exemple, ils exposent à d'autres contaminations du lait par suite de l'altération du liquide restant dans les diverses parties de l'appareil après chaque opération. La conclusion de ces remarques est que le trayage mécanique des vaches nécessite des précautions minutieuses pour le nettoyage et la stérilisation de la machine.

G. Vitoux.

ANALYSES

MÉDECINE

P. M. Neviadowsky. *Cas de guérison spontanée d'une pyélonéphrite caséeuse (caséo-néphrose)* (*Meditz. Oboz.*, 1902, f. 5, p. 409). — L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas analogue à celui publié en 1901 par Rank dans les *Virchows Archiv*, cas très intéressant et qui soulève la question de la possibilité de la guérison spontanée de la tuberculose rénale.

Il s'agit d'une femme de cinquante et un ans, entrée dans un service de chirurgie pour une coxalgie tuberculeuse très probable, ayant débuté il y a neuf ans; cette femme a succombé le lendemain de son entrée.

A l'autopsie, l'auteur a constaté, en plus des cicatrices et des dépôts caséeux des poumons et des tubercules péritonéaux, les lésions rénales suivantes :

Le rein gauche était petit et lobulé (rappelant le rein embryonnaire); la capsule était très épaisse; le bassinet et la partie supérieure de l'uretère étaient dilatés et remplis de masses caséeuses. A la coupe, le rein se composait de cavités remplies de masses analogues et communiquant avec les cavités du bassinet. Dans le rein droit, augmenté de volume, il y avait un foyer caséeux.

A l'examen microscopique du rein droit on constatait les lésions caractéristiques d'atrophie par suite d'hydropyonéphrose consécutive à l'artériosclérose très prononcée. Dans les masses caséeuses on pouvait reconnaître la présence du bacille de Koch.

Le point de départ des lésions rénales semble être la tuberculose osseuse qui a débuté il y a neuf ans au niveau de l'articulation coxo-fémorale, avec lésion costo-vertébrale et abcès par migration. La lésion serait en tous points analogue à ce qu'on observe dans les poumons.

S. Broïdo.

Ausset. *Sur quatre cas d'infantilisme par hypothyroïdie secondaire* (*Echo médical du Nord*, 1902, 15 Juin). — Les quatre cas rapportés par le médecin de Lille viennent à l'appui de la théorie de l'unité dysthyroïdienne de l'infantilisme.

Le premier concerne un enfant de deux ans et deux mois, qui s'est développé physiquement et intellectuellement d'une façon normale jusqu'à l'âge de dix-sept mois où, à la suite d'une gastro-entérite grave, survient l'arrêt de développement. Il parait admissible de croire que les microbes ou poisons sécrétés au niveau du tube digestif sont allés agir sur la glande thyroïde. Le succès de la médication thyroïdienne (0 gr. 15 par jour de poudre de corps thyroïde, puis 0 gr. 30) obtenu chez ce petit malade prouve bien la nature de ces accidents consécutifs à des troubles gastro-intestinaux. M. Ausset se croit donc autorisé à dire que l'hypothyroïdie a créé un infantilisme secondaire.

Le second cas se rapporte à un enfant de deux ans et demi qui, se développant d'abord bien physiquement et intellectuellement, s'arrêta dans son développement sous l'influence du rachitisme et de la gastro-entérite chronique. C'est cette dernière qui, pour M. Ausset, a entraîné le trouble de la fonction thyroïdienne et l'infantilisme secondaire. Le traitement thyroïdien amena également une très grande amélioration.

Les deux autres enfants en cours de traitement présentent le même type d'infantilisme secondaire à la gastro-entérite chronique, au rachitisme.

M. Ausset en déduit l'importance qu'il y a à soigner, en même temps que le symptôme infantilisme d'origine thyroïdienne, la gastro-entérite, le rachitisme, l'état général.

On fera ainsi disparaître la vraie cause des accidents thyroïdiens et l'on obtiendra la guérison définitive de l'infantilisme.

D. Estrabaut.

Busing. *Elimination prolongée des bacilles typhiques par l'urine* (*Deut. med. Wochenschr.*, 1902, n° 25, p. 443). — Cas observé par l'auteur chez un sergent qui a contracté la fièvre typhoïde à Takou, pendant la dernière campagne de Chine. Il entra au lazaret le 10 octobre 1901 et fut envoyé en convalescence le 7 décembre. Trois semaines plus tard, il était embarqué pour l'Allemagne.

Or, l'examen des urines de ce malade a montré la présence des bacilles typhiques virulents jusqu'au 10 mai 1902. Cette bactériurie ne se manifestait par aucun symptôme clinique et le « malade » se considérait comme bien portant.

En publiant cette observation, l'auteur attire l'attention sur les dangers de dissémination de la fièvre typhoïde par des convalescents se trouvant dans ces conditions. Il estime donc qu'un typhique ne doit reprendre sa vie normale que lorsque l'examen des urines a permis de constater l'absence des bacilles typhiques.

R. Romme.

CHIRURGIE

R. Barthez. *De la résection dans l'ostéomyélite* (*Thèse*, Paris, 1902, Juillet). — L'intervention chirurgicale dans l'ostéomyélite doit varier avec la gravité des accidents et des lésions présentés par les malades. Rarement l'*incision simple*, avec débridement du périoste, se montre suffisante, même dans les cas les plus bénins, car, si elle permet l'évacuation de l'abcès sous-périosté, elle ne peut donner issue au pus intra-osseux, et les accidents continuent. Aussi la *trépanation* de l'os s'impose-t-elle presque toujours d'emblée : c'est là le traitement par excellence de l'ostéomyélite aiguë de moyenne gravité. Mais, dans les cas de grande malignité, il est souvent nécessaire de recourir à une opération plus radicale : résection ou amputation de l'os malade. Si la plus grande partie de l'os est atteinte, si le pus a détruit le périoste, décollé les muscles et mortifié les aponévroses, si la phlébite et l'infection purulente sont imminentes, la *désarticulation* ou l'*amputation* du membre sont indiquées. Quant à la *résection*, — résection sous-périostée, qui permettra la régénération de l'os enlevé, — voici comment M. Barthez formule ses indications :

Il commence par distinguer une résection *hâtive*, une résection *précoce* et une résection *tardive*, d'après le moment auquel le chirurgien sera appelé à intervenir par cette opération.

La résection hâtive est celle qui est appliquée dès le début des accidents, dans le cas où les symptômes généraux et locaux ont une allure telle que toute autre intervention opératoire — à part l'amputation — ne pourrait donner qu'une sécurité insuffisante pour la vie du malade. C'est ainsi que la résection hâtive est indiquée : dans les formes aiguës avec décollement total du périoste sur tout le pourtour de l'os; dans l'ostéomyélite des os du crâne; dans l'hyperostose, avec suppuration et nécrose, de l'ostéomyélite chronique d'emblée.

La résection précoce est celle à laquelle on a recours alors que le mal existe depuis un certain temps et a résisté aux moyens thérapeutiques ordinaires, trépanation, évidement. L'état général s'est peu amélioré, la suppuration continue, l'os est plus ou moins nécrosé, les forces du malade faiblissent : la résection précoce est alors indiquée, car, en enlevant la totalité des parties altérées, elle supprime du même coup la cause des accidents présents et à venir.

La résection tardive, enfin, a pour but d'enlever une portion d'os nécrosée, le plus souvent transformée en séquestre engainé par des lamelles osseuses périostiques de nouvelle formation. Ce séquestre entretient la présence de fistules intarissables et expose le malade à tous les inconvénients locaux que peut déterminer sa délimitation, sans compter les lésions viscérales qui peuvent se produire. Son extirpation s'impose donc, la régénération de l'os étant d'ailleurs assurée par l'irritation naturelle qu'a subie le périoste. — A côté des lésions osseuses, il est une autre catégorie de lésions dues à l'ostéomyélite qui sont justiciables de la résection; nous voulons parler de certaines *arthrites* qui compliquent assez souvent l'ostéomyélite. Ces arthrites peuvent, suivant leur mode de formation, se classer de la façon suivante : arthrite par décollement épiphysaire, arthrite par perforation diaphyso-épiphysaire, arthrite par ouverture d'un abcès sous-périostique dans la gaine synoviale, arthrite infectieuse ou de voisinage, arthrite par ostéomyélite des extrémités articulaires. Il est évident qu'à toutes ces variétés d'arthrites ne peut convenir un seul mode de traitement. La résection est, en général, indiquée quand on a affaire à une épiphysite aiguë, à un décollement épiphysaire ou à une perforation diaphyso-épiphysaire.

Dans ces cas, l'épiphyse est infiltrée de pus ou creusée par des clapiers, le cartilage articulaire est plus ou moins détruit, le cartilage de conjugaison est lui-même atteint : la trépanation et l'arthrotomie ne peuvent suffire pour détruire le foyer; il faut supprimer l'épiphyse dans sa totalité et prolonger, si nécessaire, la résection sur la diaphyse jusqu'au delà des limites du mal. Pour conclure à la résection, on se basera sur la rapidité du gonflement de l'articulation, sur la nature franchement purulente du liquide recueilli par l'arthrotomie, et surtout sur les caractères des lésions constatées au cours de cette opération.

La résection dans l'ostéomyélite a presque toujours comme conséquence une amélioration immédiate de l'état général : son *pronostic* général est donc bon. Mais, au point de vue local, ce pronostic est très variable et dépend de : l'âge du sujet, l'os réséqué, l'étendue de la résection, l'état du périoste, son activité, enfin l'intégrité des cartilages de conjugaison.

Certains résultats défectueux de la résection pour ostéomyélite peuvent d'ailleurs être avantageusement modifiés par un traitement opératoire ou orthopédique spécial : greffes périostiques, ostéo-périostiques ou osseuses, suture osseuse, appareils prothétiques.

J. Dumont.

OBSTÉTRIQUE

G. Greifé. *Grossesse extra-utérine ; extraction d'un fœtus vivant de huit mois* (*Meditz. Oboz.*, 1902, f. 5, p. 365). — Femme de trente-cinq ans, tertipare ; dernière grossesse il y a quinze ans. Au cours des deux premiers mois de la grossesse, la femme eut trois accès indiquant la production d'hémorragies internes. A partir du troisième mois, la grossesse évolua sans accidents. Le diagnostic ne présentait pas de difficulté. L'auteur a vu pour la première fois la femme vers le huitième mois de sa grossesse. L'état général étant satisfaisant, il fut décidé de surveiller la femme et d'intervenir le plus tard possible, celle-ci ayant exprimé le désir d'avoir un enfant vivant. Mais, au bout de quinze jours, survint un accès syncopal avec douleurs, algidité et sueurs ; la tête fœtale était descendue et comprimait le rectum. Dans la crainte d'accidents graves, on décida d'intervenir par la laparotomie.

Le sac fœtal se trouvait immédiatement derrière la paroi abdominale : il s'agissait d'une grossesse inter-

ligamentaire gauche, presque sans adhérences. Le placenta était à la partie supérieure du sac. Incision du sac à sa partie inférieure, extraction du fœtus, délivrance artificielle, marsupialisation du sac. Suites bonnes. L'enfant, de sexe masculin, né en état d'asphyxie, a été ranimé au bout de trente minutes; il pesait 2.250 grammes. Allaitement maternel. D'après les renseignements reçus quatorze mois plus tard, l'enfant se porte très bien.

S. Broïdo.

F. Ahlfeld. ***Contraction partielle de l'utérus gravide simulant un fibrome*** (*Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, 1902, T. 47, Heft 2, p. 239). — L'auteur a déjà appelé autrefois l'attention sur les contractions partielles de la paroi utérine pouvant simuler des myomes; mais ces contractions se voient en général sur des utérus gravides des premiers mois. Tout récemment il a pu observer un fait du même genre sur une femme arrivée au terme de la grossesse, et le diagnostic a pu être vérifié sur la table d'autopsie, la femme étant morte d'hémorragie par déchirure du col avec placenta prævia.

Il s'agit d'une femme de quarante et un ans, grande multipare. Cette femme entre à la clinique d'Ahlfeld vers la fin de sa grossesse : la paroi antérieure de l'utérus est extrêmement facile à palper, presque à voir, les parois abdominales étant très minces. Or on sent, sur la paroi antérieure de l'utérus, une tumeur longue de 8 centimètres, saillante de 2 à 3 centimètres au-dessus du niveau de la paroi utérine, de consistance ferme et dure. De temps en temps cette tumeur diminue d'étendue, mais reste toujours de consistance plus ferme que le reste de l'utérus. On pense d'abord à un myome de l'utérus; puis on hésite, en présence de la diminution intermittente de la tumeur.

La femme est morte d'hémorragie *post-partum*; à l'autopsie on put se convaincre qu'il n'y avait pas trace de myome. Au niveau de la tumeur observée cliniquement la paroi utérine était normale. Elle était donc due à une contraction partielle du muscle utérin.

A. Schwab.

C. Daniel. ***Du pouls et de la température pendant la puerpéralité*** (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1902, Mai). — Après une étude historique de la question, l'auteur étudie le pouls et la température : 1° pendant la puerpéralité physiologique; 2° pendant la puerpéralité pathologique.

1° De nombreuses observations avec tracés permettent de conclure que le pouls a une tendance à rester au-dessus de 75 pendant la grossesse; quant à la température axillaire, elle oscille entre 36°6 et 36°8.

Pendant le travail, le pouls s'accélère, la température monte et ces phénomènes peuvent persister pendant dix à douze heures après l'accouchement. La température moyenne oscille en général entre 37° et 37°5; elle dépasse rarement 38°. Le pouls s'accélère pendant les douleurs pour atteindre 83 au moment de l'accouchement et 100 ou 120 dans dans les heures suivantes; il se ralentit ensuite pour se maintenir entre 60 et 70 pendant les suites de couches : le ralentissement se manifeste de huit à quarante-huit heures après la délivrance.

En présence de ce ralentissement, on est en droit de porter un pronostic favorable. Par contre, chaque fois qu'il existe une élévation de température continue, surtout si cette élévation dépasse 38° et s'accompagne d'une accélération du pouls, on doit craindre la présence d'une complication.

2° Si la grossesse et la délivrance se compliquent d'hémorragies, la température ne subit aucune modification, mais le pouls dépasse de 10 à 12 pulsations; le chiffre, normal au moment de l'accouchement, atteint 100 à 120 au moment de la délivrance. Les jours suivants il oscille autour de 100 et redescend progressivement à la normale vers le septième ou huitième jour. Dans les cas de rupture prématurée des membranes, on voit souvent se produire une dissociation assez nette entre le pouls et la température; le pouls, normal le jour de la rupture des membranes, s'élève progressivement pour atteindre 90 et 100 au moment de l'accouchement; les jours suivants il se maintient autour de 80 ou 90 pendant six à dix jours.

Les affections du sein (crevasses, lymphangite, galactophorite) présentent des tracés typiques.

Enfin, dans les infections génitales (endométrite puerpérale, phlébite, infection généralisée), la courbe du pouls et de la température est caractéristique et permet de faire le diagnostic à la simple inspection de la feuille de température.

C. Jarvis.

GYNÉCOLOGIE

H. Inglessi. ***L'hystérectomie vaginale sans pinces*** (*Thèse*, Paris, 1902, Juin). — A l'heure actuelle, l'immense majorité des chirurgiens considère l'hystérectomie abdominale comme la méthode de choix dans les interventions radicales sur l'utérus. Grâce aux multiples perfectionnements de la technique, c'est aujourd'hui une opération le plus souvent simple, facile, bénigne, et qui donne des résultats excellents. Est-ce à dire cependant, comme le prétendent certains chirurgiens intransigeants, que la voie haute soit la seule à employer et que l'hystérectomie vaginale ait désormais vécu? L'auteur ne le pense pas, et il estime, au contraire, que, dans certains cas, la voie basse conserve tous ses droits, en particulier « lorsqu'on a affaire à des lésions bas situées et d'un abaissement facile, surtout chez une femme ayant des parois abdominales flasques et peu résistantes »; et ces cas sont relativement fréquents.

Mais alors à laquelle des deux techniques en honneur, pinces ou ligatures, conviendra-t-il de s'adresser de préférence. En France, et surtout à Paris, la plupart des chirurgiens sont restés fidèles à la technique de Richelot, mais à l'étranger, et particulièrement en Allemagne, la plupart des chirurgiens n'emploient que le procédé des ligatures.

Or, il faut bien savoir que les pinces, si elles ont l'incontestable avantage de simplifier l'opération, sont souvent, par contre, la source de nombreux inconvénients : escarres vaginales, hémorragies plus ou moins graves au moment de l'enlèvement des pinces, hémorragies par dérapage ou rupture d'une pince, sphacèle des tissus pincés, mais surtout douleurs parfois extraordinairement vives pendant toute la durée d'application des pinces, c'est-à-dire au moins pendant quarante-huit heures.

Les ligatures, au contraire, remplaçant les pinces, ont tous les avantages de ces dernières pour assurer l'hémostase immédiate, et suppriment les deux inconvénients principaux que nous venons de signaler : les douleurs et les hémorragies secondaires. Mais, pour cela, il importe que ces ligatures soient bien faites, suivant des règles commandées par l'anatomie de la région. Les ligatures en masse, en chaîne ou par étages, doivent être absolument rejetées, car elles n'offrent aucune sécurité; seule la ligature séparée des six pédicules vasculaires de l'utérus, trois de chaque côté (p. de l'a. utérine, de l'utéro-ovarienne, du ligament rond) permet d'assurer l'hémostase d'une façon certaine. Suit la technique que préconise l'auteur pour pratiquer successivement et méthodiquement cette sextuple ligature. Sans doute celle-ci prolonge la durée de l'opération de quelques minutes, mais ce léger inconvénient est largement compensé par la simplicité des suites opératoires, en particulier par la facilité du drainage vaginal et par l'absence de toute douleur.

On a beaucoup exagéré la difficulté, voire même l'impossibilité de l'application des ligatures : dans la très grande majorité des cas, le placement des fils est des plus simples, et il suffit d'avoir vu employer quelquefois ce procédé pour se rendre compte de l'exagération considérable de cet argument, et qu'en réalité, avec un peu d'habitude, la difficulté devient nulle.

Le travail de M. Inglessi s'appuie sur 23 observations inédites appartenant à M. Bouglé, dans lesquelles l'hystérectomie vaginale a été pratiquée pour des affections diverses, soit de l'utérus, soit des annexes, savoir : épithéliomes utérins, petits fibromes, salpingo-ovarites chroniques, enfin salpingo-ovarites suppurées. Une seule des opérées, épuisée par des hémorragies antérieures, succomba.

J. Dumont.

PÉDIATRIE

Perez-Avendano. ***De la descente du tube laryngé dans la trachée*** (*Archives de médecine des enfants*, 1902, Juin, n° 6, p. 354). — Le tube à intubation laryngée peut descendre dans la trachée :

1° Quand, par erreur, ou en présence d'un larynx disproportionné à l'âge de l'enfant, on choisit un tube trop petit;

2° Quand, en voulant faire le repêchage ou extraction du tube avec l'extracteur, la pression portée soit par le bout de l'index, soit par les pointes de l'instrument est trop considérable.

Pour prévenir ces accidents, on ne devra jamais employer un tube inférieur au calibre du larynx de l'enfant, mais, au contraire, le tube exactement correspondant. On ne tubera jamais sans fil. Si l'accident vient à se produire, quelle est la conduite à suivre? On tâchera de retenir le tube par la pression pendant la descente, voire même de renverser le malade, la tête en bas, en essayant de faire monter le tube afin de réussir l'énucléation.

L'échec de toutes ces tentatives autorise à procéder immédiatement à la trachéotomie pour extraire le tube par l'incision trachéale et sauver ainsi l'enfant d'une mort certaine.

P. Desfosses.

Carl Hochsinger. ***La myotonie des nourrissons et la tétanie*** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1902, Juin). — Hochsinger établit le diagnostic différentiel entre la myotonie des nourrissons et la tétanie des enfants.

Les contractures qui caractérisent la myotonie sont persistantes et durent des semaines entières; celles de la tétanie sont intermittentes, c'est-à-dire paroxysmales.

Les contractures myotoniques n'apparaissent pas brusquement comme celles de la tétanie, mais la raideur des muscles croît peu à peu, d'après l'intensité de la maladie intestinale ou générale.

Les contractures de la myotonie ne sont pas accompagnées d'une hyperexcitabilité mécanique ou galvanique des nerfs et des muscles. On n'a jamais observé dans la myotonie le phénomène du facial, c'est-à-dire la contraction subite qu'on obtient en frappant sur les branches du facial.

Le laryngospasme, ainsi que les spasmes toniques et intermittents de la respiration, qui accompagnent si souvent la tétanie, n'ont rien de commun avec la myotonie.

La myotonie s'observe généralement pendant les premières semaines de la vie, tandis que la tétanie infantile s'observe à une époque plus avancée de la vie et est en rapport avec l'apparition des symptômes rachitiques du côté du système osseux.

Les contractures de la myotonie des nouveau-nés paraissent indépendantes de la saison, bien qu'elles reviennent le plus souvent en été, en raison de la plus grande fréquence des affections intestinales graves pendant cette saison. La tétanie des enfants s'observe au contraire, à Vienne du moins, presque exclusivement pendant les derniers mois d'hiver et les premiers mois de printemps, et disparaît presque complètement en été.

La myotonie n'est jamais liée aux symptômes du rachitisme, tandis que la tétanie infantile, ainsi que les spasmes de la respiration, se développent principalement sur une base rachitique.

Les contractures de la vraie tétanie ont une tendance très accentuée à la rechute, laquelle tendance fait défaut dans la myotonie, qui disparaît avec la cause qui la provoque.

Le traitement par le phosphore, qui donne de bons résultats dans les affections neuro-musculaires d'origine rachitique, n'a aucun effet sur les spasmes de la myotonie.

P. Desfosses.

VOIES URINAIRES
ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Florence. ***Suppuration et fonte des testicules chez un calculeux*** (*Archives médicales de Toulouse*, 1902, Mai). — L'auteur relate l'observation d'un homme de trente-huit ans qui, après avoir ressenti pendant six ans des symptômes vésicaux (hématurie, douleur pendant la miction), vit apparaître brusquement, en Mai 1901, une vive douleur au niveau du testicule droit.

Un abcès fut ouvert et tarit au bout d'un mois environ.

En Septembre suivant, même apparition brusque d'une douleur aussi intense dans le testicule gauche. Nouvel abcès, incision, guérison au bout d'un mois.

Les phénomènes de cystite devenant plus intenses (pollakiurie, urines purulentes), le malade se décide à entrer le 16 Janvier 1902 dans le service de M. Audry, où l'on constate un calcul vésical qui fut enlevé par la cystostomie sus-pubienne.

Sur la face antérieure du scrotum on aperçoit deux cicatrices déprimées, non fistuleuses, et les bourses ne renferment plus que deux moignons du volume d'un haricot. Le malade explique, en effet, qu'après l'ouverture de la collection purulente, il avait vu, faisant issue de la plaie testiculaire, de petits filaments qui n'étaient autres que les canalicules séminifères qu'il enlevait lui-même avec les doigts. Il excisa même avec des ciseaux une « peau blanche » qui précéda la fin de la suppuration.

Lors du second abcès du testicule opposé, il procéda de même à l'ablation des canalicules séminifères.

M. Florence cite cette observation comme un exemple rare d'accidents testiculaires chez un calculeux.

D. Estradaut.

PRATIQUE MÉDICALE

L'huile d'olive dans le traitement de la colique saturnine.

L'observation que M. Duplant a communiquée à la Société des sciences médicales de Lyon montre une fois de plus l'efficacité de l'huile d'olive dans la colique saturnine.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui, depuis six jours, souffrait de coliques atroces que rien ne pouvait calmer; la constipation en particulier avait résisté à tous les moyens mis en œuvre.

Lorsque M. Duplant vit le malade, il le trouva en position genu-pectorale, poussant des gémissements incessants et vomissant constamment. La glace, la potion de Rivière, l'eau chloroformée furent sans effet. C'est alors que M. Duplant fit ingérer au malade de l'huile d'olive par quarts de verre. Le malade ne vomit pas une seule fois, et, deux heures après le début du traitement, il était soulagé. Dans la soirée il eut une selle; dans la nuit une reprise des douleurs fut rapidement calmée par une nouvelle prise d'huile. Depuis, le malade a repris ses occupations.

Le pessaire à air.

Le pessaire à air n'est pas d'invention récente; dans l'antiquité on connaissait le pessaire d'Apsyrte. Apsyrte, après avoir réduit la matrice chez le juments, insinuait dans le vagin une vessie vide; il la distendait au moyen d'un chalumeau dans lequel il soufflait, et, lorsqu'elle avait pris le volume nécessaire, il liait le col de la vessie et la retenait par un bandage.

V. E. M.

Voyage de 1902 (stations des Vosges et de l'Est). — Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon d'Alsace, Salins, Besançon-Mouillère. Du 8 au 16 Septembre 1902.

Les *Voyages d'études médicales* sont organisés dans un but d'intérêt général : faciliter aux médecins français et étrangers la visite et la connaissance pratique de toutes les stations thermales et climatériques de France.

Ces stations, très nombreuses et très variées, ont été divisées en plusieurs groupes, d'après leur situation géographique.

Chaque année, au mois de Septembre, un voyage comprend toutes les stations situées dans la même région.

Le voyage d'études médicales de 1902 — comme celui de 1899 aux stations du Centre et de l'Auvergne, celui de 1900 aux stations du Sud-Ouest et celui, de 1901 aux stations du Dauphiné et de la Savoie — est placé sous la direction scientifique de M. Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydro-minérale, ses indications et ses applications.

Sont seuls admis à ce voyage : les médecins français et étrangers et les étudiants en médecine; les femmes des médecins accompagnant leur mari.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser à M. Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe).

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 25 Août 1902, terme de rigueur.

Pour s'inscrire, envoyer : Son adhésion à M. Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe) : 1° son nom et son adresse lisiblement écrits; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français; 3° le jour de l'arrivée à Vittel;

Sa souscription, 200 francs, à M. le directeur du Crédit lyonnais, agence B., compte V. E. M., place de la Bourse, Paris.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 Août 1902, terme de rigueur.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. Estor, médecin-major de 2e classe, est nommé chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Corps de santé des troupes coloniales. — MM. Dufougeré et Peyrot, élèves de l'école principale du service de santé de la marine, sont nommés à l'emploi de médecin aide-major de 1re classe stagiaire des troupes coloniales.

Association française d'urologie. — La sixième session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, du *23 au 25 Octobre* 1902, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : *Indications et résultats de la néphrectomie.* Rapporteurs : MM. Forgue et Michon.

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général : M. E. Desnos, 31, rue de Rome.

La lutte contre les moustiques. — Voici les recommandations faites par le Conseil d'hygiène et de salubrité :

1° Surveiller les divers réseaux d'égouts, et spécialement les bouches d'égout sous trottoir, ainsi que les canalisations privées dont l'entretien laisse souvent à désirer; y éviter toute stagnation d'eau, inspecter chaque semaine leurs parois, et détruire tout amas d'insectes, soit par flambage à la torche, soit par badigeonnage à la chaux;

2° Maintenir en parfait état de propreté les abords des fosses et cabinets d'aisances; ne jamais y laisser le moindre essaim d'insectes, quels qu'ils soient;

3° Éviter toute stagnation d'eau, toute mare, etc., dans les jardins et cours. Cette prescription devra surtout être observée dans les agglomérations (hôpitaux, casernes, prisons, pensionnats, etc.). L'ordonnance du 25 Novembre 1853 (art. 5) sera partout rigoureusement appliquée;

4° Les fontaines, bassins, etc., des promenades publiques devront être vidés et nettoyés au moins une fois par semaine. Dans les pièces d'eau de grande surface, les lacs, etc., on devra entretenir de nombreux poissons;

5° Pour les bassins, tonneaux, etc., situés dans les propriétés privées et dans les quartiers infestés, on se trouvera bien de disposer à la surface de l'eau une couche de pétrole (un gramme environ de pétrole lampant par mètre carré); ou, s'il s'agit d'une pièce d'eau servant à la boisson, une couche d'huile alimentaire en même quantité;

6° Dans les quartiers infestés, l'usage du moustiquaire peut être utilement recommandé;

7° Sur les piqûres des moustiques, appliquer une goutte de teinture d'iode ou une goutte de solution de gaïacol au centième.

Étranger.

L'unification des formules des médicaments héroïques. — Le 15 Septembre prochain se réunira à Bruxelles une conférence internationale en vue d'arriver à une entente pour donner une composition uniforme aux médicaments héroïques en usage dans tous les pays.

L'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche-Hongrie, la Bulgarie, le Danemarck, l'Espagne, les États-Unis, la France, le Grand-Duché de Luxembourg, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, la Russie, la Serbie, la Suède-Norwège, la Suisse et la Turquie participeront à cette conférence.

La médecine et le socialisme d'État. — Les médecins hollandais travaillent à la constitution d'un fonds d'État destiné à fournir un traitement fixe à tous les médecins du pays, pour les débarrasser des soucis de trouver et de vivre par les honoraires de la clientèle privée. L'Association des médecins hollandais a proposé de prélever, au profit de cette caisse d'État, de 1 à 2 pour 100 des revenus de toutes les personnes qui gagnent plus de 500 florins par an.

Les secours médicaux apportés par ces médecins d'État seraient gratuits pour tout le monde, mais seules les classes aisées contribueraient à l'entretien de ces fonctionnaires de santé. Il y aurait un médecin d'État par 2.000 habitants, ce qui nécessiterait pour les cinq millions d'habitants que comptent les Pays-Bas, 2.500 médecins.

CONCOURS

Hôpitaux de Nîmes. — Concours, le 12 Novembre 1902, pour des places d'élève interne à l'hôpital mixte.

Hôpitaux d'Orléans. — Le 16 Décembre 1902, concours pour trois places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire.

Hôpitaux de Bordeaux. — La Commission administrative des hôpitaux de la ville de Bordeaux vient de décider la création de places d'internes en pharmacie dans les dits hôpitaux. Le premier concours s'ouvrira le 21 Octobre 1902, à l'hôpital Saint-André. Les internes seront nommés pour deux années.

Le prix du professeur Seegen. — Le professeur G. Seegen, connu par ses travaux sur les maladies de nutrition et sur la balnéologie, célébrait récemment le 80e anniversaire de sa naissance. A cette occasion il a fait don, à l'Académie des sciences de Vienne, d'une somme de 6.000 couronnes pour fonder un prix qui sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Démontrer si une partie de l'azote provenant de la destruction des albuminoïdes de l'organisme s'élimine à l'état gazeux par le poumon et par la peau.* Les travaux en langue allemande ou française doivent être adressés à l'Académie de Vienne, avant le 1er Février 1904.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 68. — Samedi, 23 Août 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

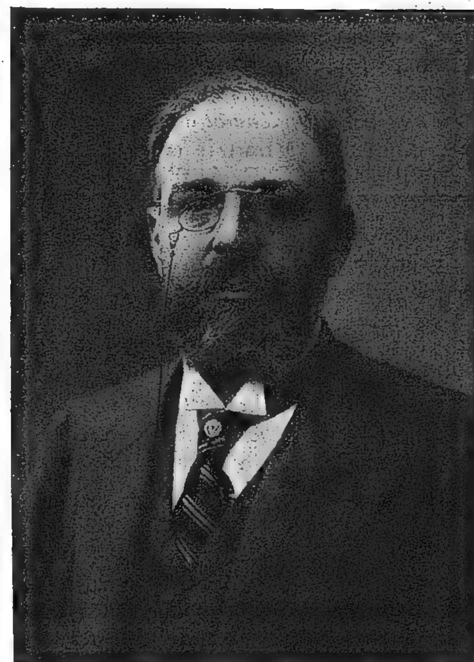
— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

CHARLES MOURIER

L'administration de l'Assistance publique à Paris, déjà si fortement éprouvée l'an passé par la mort de M. Napias, vient de faire une nouvelle et bien sensible perte en la personne de M. Mourier. Cet excellent administrateur avait été nommé directeur de l'Assistance publique le 23 Mai 1901, à l'âge de quarante-cinq ans. Ancien chef de



Cliché Nadar.

cabinet de M. Cazot en 1881, puis de M. Ferrouillat en 1889, tous deux ministres de la Justice, il s'était rangé politiquement dans le parti radical. En 1896, il fut nommé, comme représentant du Conseil d'État, membre du Conseil de

Surveillance de l'Assistance publique, et s'acquitta d'emblée avec zèle de ses nouvelles fonctions.

Lorsque survint la mort de M. Napias, il fut pressenti, voire même sollicité de prendre sa succession; après hésitation, il accepta cette charge très lourde, très absorbante, très décevante de Directeur de l'Assistance publique. Possesseur d'une très grosse fortune, et pour montrer son entier désintéressement, il ne voulut pas toucher les appointements, d'ailleurs bien maigres, de 15.000 francs, qui lui étaient alloués.

Avocat, auditeur, puis maître des requêtes au Conseil d'État, M. Mourier rachetait son manque de connaissances médicales par un remarquable esprit d'administration, par une ferme volonté de marcher dans la voie du progrès, par une parfaite droiture de jugement et une extrême indépendance.

Parmi les nombreux projets qu'il avait étudiés, deux lui tenaient particulièrement à cœur : la réforme du personnel hospitalier et la reconstruction de tous les anciens hôpitaux.

S'inspirant de l'admirable institution des *nurses* qu'il était allé étudier sur place, M. Mourier voulait établir dans l'organisation du personnel hospitalier les deux grandes réformes suivantes : substitution du personnel féminin au personnel masculin, séparation du personnel secondaire en deux catégories bien tranchées : d'une part, le personnel hospitalier proprement dit, exclusivement chargé des soins à donner aux malades et aux administrés; d'autre part, le personnel des services généraux et les agents chargés des besognes purement matérielles (nettoyage, salubrité, etc.).

Pour la construction des hôpitaux, M. Mourier voulait aussi rompre avec les errements du passé et s'entourer de médecins et d'architectes *compétents en matière d'hygiène et d'organisation hospitalière.* Soutenu par tout le corps médical, nul doute qu'il n'eût doté Paris d'hôpitaux-modèles supérieurs à tous ceux déjà construits en France et en Europe.

Ces grandes idées, dont la réalisation doit tant contribuer à l'amélioration nécessaire du peuple, magistralement mises en pleine discussion par M. Mourier, ne sauraient disparaître avec lui. Le corps médical ne cessera de les soutenir jusqu'à leur entière réalisation, et le Comité de direction scientifique de *La Presse Médicale*, en particulier, leur prêtera toujours son appui désintéressé.

Aujourd'hui, en ce jour de deuil, nous nous inclinons avec respect devant la grande figure de l'homme de bien que fut M. Mourier, et nous envoyons à sa famille, si cruellement attristée, l'expression de nos sentiments de profond regret et de bien sincère compassion.

F. JAYLE.

LE CONGRÈS DE ROME

Les congressistes peuvent bénéficier d'une réduction de 50 0/0 sur les chemins de fer français et italiens; pour obtenir cette réduction, ils devront transmettre leur nom à M. le Dr Jayle, 232, boulevard Saint-Germain, avant le 31 Août, et ils recevront un bon individuel.

La Société des Transports maritimes et des Messageries maritimes accordent une réduction de 30 0/0, et la compagnie Fraissinet une réduction de 50 0/0. Ces réductions seront accordées sur la présentation de la carte de congressiste.

Les professeurs Pinard et Pozzi sont délégués officiellement par le Gouvernement de la République.

Pour mémoire, voici le programme définitif, au prix de 470 francs, du *Voyage de La Presse Médicale.*

Tous les frais de route et d'hôtel sont compris. Chaque membre du voyage devra préalablement se munir d'une carte de congressiste.

Programme.

Lundi 8 Septembre 1902. — Départ de Paris à 2 heures de l'après midi. Dîner au buffet de Dijon.

Mardi 9 Septembre. — Arrivée à Turin à 8 h. 20 du matin. Petit déjeuner. Arrivée à Gênes à midi. Séjour. Dîner. Coucher.

Mercredi 10 Septembre. — Départ de Gênes à midi 35, arrivée à Spezia à 3 h. 8, départ à 3 h. 35. Arrivée à Parme à 7 h. 31 et vers 8 heures à Salsomaggiore.

Jeudi 11 Septembre. — Séjour à Salsomaggiore.

Vendredi 12. — Départ de Salsomaggiore vers 9 heures du matin et de Parme à 10 h. 20. Arrivée à Spezia à 2 h. 20 de l'après-midi, départ à 3 h. 08. Arrivée à Pise à 5 heures; départ à 5 h. 20. Arrivée à Florence à 7 h. 19. Dîner. Coucher.

Samedi 13 et Dimanche 14 Septembre. — Séjour à Florence.

Lundi 15 Septembre. — Départ de Florence à 8 h. 47. Arrivée à Pise à 11 h. 6. Déjeuner. Visite. Départ à 5 h. 38. Dîner dans le wagon-restaurant. Arrivée à Rome à 11 h. 43. Conduite à l'hôtel. Coucher.

Mardi 16 au Dimanche 21 Septembre. — Séjour à Rome.

Lundi 22 Septembre. — Départ de Rome à 8 h. 15 du matin. Déjeuner dans le wagon-restaurant. Dîner au buffet de Gênes à 7 heures. Départ à 8 heures. Arrivée à Turin à 11 h. 35. Coucher.

Mardi 23 Septembre. — Séjour à Turin. Petit déjeuner. Déjeuner et dîner à l'hôtel. Départ à 7 h. 20 du soir.

Mercredi 24 Septembre. — Retour à Paris à 9 h. 41 du matin.

Le premier repas sera le dîner au buffet de Dijon le 8 Septembre, et le dernier le dîner à Turin le 25 Septembre 1902.

F. JAYLE.

LIVRES NOUVEAUX

Jacobœus et Jacobson. — *Medicinsk Vejirser for Baderejsende.* (Guide médical pour les voyageurs aux stations balnéaires.) Copenhague, 1902, 268 pages.

Il y a cinq ans on ne connaissait en Danemark que deux stations françaises, Vichy et Aix-les-Bains.

Vichy nous était connu parce que son nom figure dans les Précis de thérapeutique des Allemands, qui sont presque les seuls consultés aux Facultés scandinaves (faute aux libraires français, qui se refusent à vendre leurs livres aux mêmes conditions que ceux des Allemands, et vendent au comptant sans vouloir reprendre les livres non vendus); Aix-les-Bains nous était connu de nom parce qu'un Danois illustre, Georges de Grèce, y fait sa cure régulièrement tous les ans.

Les Voyages d'Études Médicales (V. E. M.) organisés par le docteur Carron de la Carrière, sous la direction de notre éminent maître M. Landouzy, ont complètement changé cette situation; on commence maintenant à faire connaissance en Scandinavie avec les incomparables richesses de la France thermale et balnéaire.

A chaque voyage une quinzaine de Danois, accompagnés de quelques Norvégiens et Suédois, ont suivi avec le plus grand intérêt les magistrales conférences de M. Landouzy, et nos malades s'acheminent maintenant vers la *terra incognita*, que fut autrefois la France hydro-minérale.

Je me fais un véritable plaisir de signaler à mes collègues de France l'apparition chez nous d'un livre populaire, rédigé par des médecins des plus compétents, et destiné à guider le malade et son médecin dans le choix de chacune des stations balnéaires qui peuvent lui convenir.

Ce livre, très bien fait, traite la question de haut et très impartialement, donnant sur chaque station des renseignements très précieux, dont a besoin le public du Danemark et de la Norvège.

Certes, nous n'y trouvons pas encore absolument tous les renseignements que nous voudrions y voir; bien des stations ont été oubliées, et la France n'a pas encore dans ce Guide la place qui lui convient; l'Allemagne prédomine encore, mais une foule de stations françaises y sont citées. Il est certain que nous devons ce résultat aux V. E. M. et aux comptes rendus qu'en a donné, dans la *Semaine médicale danoise* (Ugeskrift for Lœger), mon ami M. Wandrupt. Le résultat sera meilleur encore, j'espère, quand dans un an ou deux j'arriverai à réaliser mon idée de consacrer tout un livre descriptif et critique aux stations françaises *seules*, ouvrage qui sera écrit en langue scandinave et distribué gratuitement aux médecins du Danemark, de la Norvège, de la Suède et de Finlande.

Dans le « Guide médical » que je présente aujourd'hui, au public les différents chapitres ont été traités par des savants de premier ordre :

Les maladies nerveuses, par le professeur Jacobsœn.

Les maladies de la poitrine, par M. Sophus Bang.

Les maladies du cœur et du foie ainsi que la corpulence, par M. Jacobœus.

Les maladies de l'estomac et de l'intestin, par M. C. Lorentzen.

Les néphrites, la goutte, la gravelle et les rhumatismes, par M. Levison.

Les affections gynécologiques, par le professeur Léopold Meyer.

Les maladies de la peau et la syphilis, par le professeur Haslund.

Les anémies, par le professeur Gram.

Le diabète, par M. Launitzen.

Les stations françaises suivantes sont mentionnées dans l'ouvrage cité :

Alger, Aix-les-Bains, Barèges, Bagnères-de-Bigorre, Biarritz, Bourbonne-les-Bains, La Bourboule, La Boisse près Chambéry, Brides, Cannes, Canigou, Contrexéville, Cauterets, Châtel-Guyon, Divonne, Eaux-Chaudes, Eaux-Bonnes, Évian, Forges-les-Eaux, Lamalou, Luchon, Menton, Néris, Nice, Plombières, Royat, Uriage, Vals, Vichy, Vittel, Villefranche.

Les lecteurs verront facilement par cette liste, qui devrait être bien plus complète, qu'il reste beaucoup à entreprendre encore en fait de propagande, mais la glace est rompue; nos confrères scandinaves commencent à s'habituer aux noms des stations françaises; nos malades, qui ne trouvent chez nous que deux ou trois eaux ferrugineuses avec une installation médiocre, ont jusqu'ici fréquenté les stations allemandes, mais mieux informés, bien renseignés, ils aimeront désormais à prendre le chemin de la France où les portent leurs sympathies.

Dr EHLERS (de Copenhague).

BIBLIOGRAPHIE

L'abolition du réflexe du tendon d'Achille dans le tabes, par M. RAYMOND LEYRE. *Thèse*, Paris, 1902. (*Vigot frères*, éditeurs, Paris.)

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par MM. J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule : 1 franc. (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Le liquide céphalo-rachidien. Ponction lombaire et cavité sous-arachnoïdienne, par M. J.-A. SICARD, chef de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière. Petit in-8, avec 13 figures. (Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.) Broché : 2 fr. 50. Cartonné : 3 francs. (*Masson et Cie* éditeurs, Paris).

Dysenterie aiguë et chronique (*Étiologie, Bactériologie, Anatomie pathologique*), par M. A. GALLIOT, médecin en chef de 1re classe de la marine, ancien professeur de clinique médicale à l'École des médecins stagiaires de la marine, médecin en chef résident à l'hôpital maritime Saint-Mandrier de Toulon. Petit in-8 avec 1 fig. (Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire). Broché : 2 fr. 50. Cartonné : 3 fr. (*Masson et Cie* éditeurs, Paris.)

Statistica sanitaria dell'armata per gli anni 1897-1898. Ministero della marina ; ufficio sanitario, (*Ludovici Cecchini*, éditeur à Rome.)

Contribution à l'étude de la narcose à l'éther, par M. E. CAMPICHE, *Thèse*, Lausanne, 1902. (*Eggimann et Cie*, libraires, Genève.)

La blennorragie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité, par M. FRUHINSHOLZ, chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy. Gr. in-8°, 180 pages, 4 francs. (*Baillière et fils*, éditeurs, Paris.)

Le caractère, par M. P. MALAPERT, 1 vol. in-18, de 300 pages, 4 francs. (Bibliothèque de psychologie expérimentale, *O. Doin*, éditeur, Paris.)

Études sur les eaux de Châtel-Guyon, par M. BARTOLI (*Imprimerie Tourangelle*, 20, rue de la Préfecture, Tours.)

L'ORTHOPÉDIE

Par P. VILLEMIN
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Dans l'histoire des sciences médicales, l'orthopédie a subi des vicissitudes multiples, tour à tour décriée ou portée aux nues, accaparée par des empiriques ou défendue par les plus hautes intelligences qui lui ont fait faire des pas de géant, accueillie dans ses méthodes avec un enthousiasme qui frisait le fanatisme ou envisagée avec le scepticisme le plus absolu, abandonnée aux fabricants d'appareils ou devenue l'objet des études favorites des plus grands savants du siècle dernier, d'abord exploitée par les médecins, puis devenue une branche confiée aux chirurgiens, après avoir passé par les mains des empiriques qui n'étaient ni l'un ni l'autre. Aujourd'hui elle a conquis sa place, son indépendance, son droit à l'existence; son domaine est reconnu par tous; sa voie est toute tracée dans l'avenir.

Elle a réussi à se dégager de l'empirisme aveugle et ignorant. Eclectique, elle a puisé dans toutes les branches médicales les principes scientifiques ou les méthodes thérapeutiques qu'elle a su adapter à son usage, approprier à ses besoins, modeler sur ses nécessités. Elle a mis à contribution l'anatomie qui lui a fourni les notions les plus rigoureusement exactes sur la conformation du squelette; la physiologie dont elle a appris le mécanisme parfois si complexe des organes du mouvement; l'anatomie pathologique, sujet d'études inépuisable qui, étant toujours présent à l'esprit de l'opérateur, rend seule possibles les progrès en thérapeutique; la pathologie générale qui, nouvellement enrichie de la microbiologie et aidée de la chimie biologique, de la physiologie pathologique, explique la genèse des difformités, des maladies articulaires, etc. Faut-il encore citer la thérapeutique médicale à laquelle l'orthopédie a constamment recours, l'hydrothérapie, l'électricité, le massage, facteurs indispensables du succès en maintes circonstances? Enfin la mécanique orthopédique, réduite d'importance, il est vrai, depuis que le chirurgien a pu réaliser lui-même, à l'aide des substances plastiques, la contention exacte des os et des jointures, fournit encore un contingent important d'appareils mieux étudiés, mieux surveillés dans leur application, plus conformes aux attitudes et aux mouvements physiologiques, souvent indispensables, et que rien ne peut suppléer.

Dans la pratique, l'orthopédie est quelque peu ingrate. Elle est toute de patience, de persévérance, d'attention constante; ses résultats thérapeutiques se font parfois désespérément attendre. Ses méthodes, un peu différentes de celles de la chirurgie générale, font qu'elle n'a pu bénéficier que dans une petite mesure de l'essor donné à celle-ci depuis l'ère antiseptique. Aux yeux du vulgaire, quel abîme entre le résultat brillant, rapide, avec la sensation de danger miraculeusement évité, d'une laparotomie, et l'amélioration aussi difficilement acquise que péniblement maintenue, à la suite de nombreux mois d'appareils, d'une affection chronique articulaire! Partout où intervient le couteau, l'ostéotome, le traitement, par les constatations immédiatement tangibles auquel il donne lieu, satisfait les plus exigeants. Mais dès que les moyens thérapeutiques sont obligés de se limiter aux appareils immobilisateurs prolongés, aux massages, à l'électrisation des muscles, le malade ou les parents impatients se lassent et abandonnent le traitement, si le chirurgien n'a pas su prendre sur eux un ascendant suffisant pour les empêcher de commettre cette faute.

La psychologie des parents est ainsi faite qu'ils ne comprennent point qu'une difformité remontant à plusieurs années ne puisse être redressée en quelques semaines. Ils sont rares les dévouements maternels qui, guidés par l'orthopédiste, arrivent, à force de persévérance, à l'aide de manœuvres de redressement intelligemment comprises et quotidiennement mises en pratique, à modifier, à modeler un squelette d'enfant au point de lui rendre son architecture normale.

*
* *

Nous venons précisément d'évoquer un élément de la question qui doit faire envisager sous un jour plus riant cette thérapeutique ardue. Les malades justiciables des moyens dont dispose l'orthopédie sont presque toujours des enfants dont le squelette, en voie d'évolution, se prête à des changements de forme d'autant plus marqués que le sujet est plus jeune; il faut avoir vu à quelques mois d'intervalle, au sortir des appareils redresseurs, les modifications profondes subies par certains massifs osseux, pour comprendre à quel point la plasticité du squelette infantile permet d'escompter des résultats inespérés. L'enfant a une puissance de réparation que ne possède point l'adulte; il se défend à merveille contre les infections chroniques; ses viscères, indemnes de toute tare, contribuent à le maintenir victorieux dans la lutte. Il supporte le décubitus au lit pendant des années sans paraître en souffrir; il tolère presque indéfiniment l'immobilisation du tronc ou d'un membre. Et si la cure de la difformité n'est pas menée à bien jusqu'au bout, ce n'est ordinairement pas la résistance du malade qui y met obstacle, mais la volonté mal éclairée des parents, ou encore, il faut bien l'avouer, l'indifférence du médecin.

En effet, l'orthopédiste devra éviter avec soin de tomber dans deux excès contraires. Tantôt le praticien sceptique conseillera le mépris de toute thérapeutique dont il redoutera les longueurs ou les difficultés; ou bien, confiant dans la renommée de tel ou tel gymnaste, de tel ou tel fabricant d'appareils, il remettra à des mains ignorantes le soin de traiter un malade dont il ne s'occupera plus. Tantôt enthousiasmé par un mode de traitement prôné dans un livre, vanté dans un article de journal ou présenté habilement dans un Congrès, il s'en fera l'apôtre, et, obéissant à un sentiment très humain, d'ailleurs, il verra à la suite de son emploi des améliorations là où elles n'existent pas.

Que de guérisons illusoires ont été ainsi montrées dans les Sociétés savantes, et qu'on n'a plus vu se produire entre d'autres mains! Que de succès rapides et prétendus définitifs qui, passés au crible de l'expérience et du temps, sont devenus des revers! C'est qu'en orthopédie, l'appréciation des résultats est difficile, les meilleurs appareils de mesure sont défectueux. En matière scientifique, nous ne pouvons plus nous contenter de l'affirmation d'un auteur basée sur son appréciation et ses souvenirs, si habituelle que soit la sûreté de son jugement, si prépondérante que soit sa situation professionnelle; nous voulons des preuves matérielles que chacun puisse contrôler à son tour. Or, dessins, tracés pris sur le sujet, photographies, moulages, radiographies, tous sont sujets à tromper l'observateur même de la meilleure foi du monde, à plus forte raison celui qui veut bien l'être.

Hippocrate pratiquait l'extension et la contre-extension combinées à la pression exercée sur les gibbosités; le redressement des bosses n'est donc pas une découverte de ces dernières années. Nous devons à Galien les noms de lordose, scoliose, cyphose. Ambroise Paré imagine une bottine, un corset pour le traitement du pied bot, des déviations de la colonne vertébrale, seules affections dont on s'occupait alors. Fabrice de Hilden fait une machine pour réduire le pied bot; Glisson (1660) invente l'appareil à suspension dont nous nous servons encore aujourd'hui; Nück fait fabriquer un collier ingénieux pour le traitement du torticolis; Minnius (1641) exécute la première ténotomie du sterno-mastoïdien. Il y avait donc des tentatives isolées, sans esprit de suite, ayant pour but la cure orthopédique des difformités; la chose existait à l'état rudimentaire; le mot fut créé par Audry, et toutes les notions éparses à cette époque furent réunies par lui en un ouvrage paru en 1741.

Survient alors une nouvelle période d'obscurité où l'on ne trouve à signaler que la machine à extension du rachis de Le Vacher (1768), le livre de Portal (1779) sur le traitement préventif des courbures de la colonne et des membres, le sabot de Venel qui fit grand bruit à cette époque (1780), ainsi que son lit à extension et l'établissement orthopédique qu'il fonda en Suisse.

Cependant, vers la fin du XVIII[e] siècle, en divers pays, certains praticiens se spécialisent volontiers dans l'exercice de l'orthopédie: Bruckner et Heine en Allemagne, Jakson et Sheldrake en Angleterre, Typhaine et Verdier en France; des établissements se fondent à Paris sous la direction de d'Ivernois et de Milly; à un moment donné, on en compta jusqu'à sept ou huit, non compris les pensionnats qui, tous, possédaient des lits orthopédiques où l'on clouait impitoyablement tous les enfants atteints de déviations vertébrales. Darwin, Humbert, Heine, Jalade-Lafond, Maisonabe, Pravaz, Jules Guérin, John Shaw, et combien d'autres, créent de nouveaux lits orthopédiques ou perfectionnent ceux qui existaient déjà.

Entre temps, Paletta avait fait paraître ses études anatomiques sur la luxation congénitale de la hanche et sur la maladie décrite par Percival Pott; Scarpa, son travail sur les pieds bots. Puis était née la ténotomie sous-cutanée; malgré ce qu'on en dit en Allemagne, c'est à Delpech que revient l'honneur de cette découverte. Se souvenant des faits de rupture du tendon d'Achille qu'il avait observés, il pensa qu'on pourrait imiter la nature en coupant le tendon dans son entier et en laissant subsister la peau qui le recouvre. Il proposa l'opération aux parents d'un enfant de neuf ans atteint d'un pied équin très accusé; tous les médecins consultés traitèrent le projet de folie; malgré cela, il fut mis à exécution (1816).

Le succès fut complet et persistait vingt ans après, ainsi que put le constater Bouvier. C'est seulement quinze ans plus tard (1831) que Stromeyer, imitant Delpech (jusqu'à mettre comme lui le pied en extension après ténotomie), renouvelle la tentative. Avant lui, d'ailleurs, Dupuytren (1822) avait imaginé la myotomie sous-cutanée. Elle subit le même sort que la ténotomie: déconsidérées en France, peut-être uniquement parce qu'elles avaient été imaginées par des Français, ces méthodes, une fois naturalisées en Allemagne, nous revinrent comme des nouveautés dont chacun s'empara. Dieffenbach, V. Duval, Bouvier (1836), et enfin Jules Guérin (1837), s'adonnèrent à la ténotomie sous-cutanée. Ce dernier même tomba dans une exagération facile à comprendre et à excuser : obtenir sans danger et presque sans douleur un redressement que les machines ne pouvaient opérer qu'à la longue et d'une manière très incomplète était un résultat vraiment trop beau pour ne pas entraîner l'esprit le plus pondéré à généraliser la méthode. Jules Guérin éleva le rôle de la rétraction musculaire primitive à la hauteur d'une doctrine complète, d'après laquelle toutes les déformations osseuses n'étaient qu'une conséquence de cette rétraction même; rien n'était donc plus logique que de sectionner la corde qui retenait les parties en situation anormale. J. Guérin alla jusqu'à pratiquer le même jour sur un même sujet la section sous-cutanée de quarante-deux muscles, tendons ou ligaments pour remédier à une difformité articulaire.

En 1830 l'Académie des sciences met au concours pour l'un des prix Montyon la question du traitement des difformités par la gymnastique et les appareils. Après trois concours infructueux, elle accorde le premier prix à J. Guérin et le second à Bouvier. C'est à dater de cette époque que Bouvier se consacre presque uniquement à l'orthopédie. Il publie en 1838 un mémoire sur le pied bot où il conseille de maintenir le membre en flexion après ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille. En 1839, réfutant les exagérations de J. Guérin, il établit que les déviations latérales du rachis sont dues à une déformation particulière des vertèbres et des ligaments intervertébraux, qu'il n'y a pas de contraction des muscles comme il y a contracture dans le pied bot, et que la ténotomie pas plus que la myotomie n'y est applicable.

En 1858, il combat à la Société de chirurgie cette idée que la maladie décrite par Pott n'est pas la même que celle qui produit les abcès par congestion, et conclut à l'impossibilité de scinder le mal de Pott en tuberculeux et non tuberculeux. Il démontre que la prétendue réduction des luxations congénitales selon la méthode de Pravaz n'est qu'une illusion, que cette réduction est impossible, moins à cause de la résistance des muscles et de l'effacement de la cavité cotyloïde qu'en raison de l'état physique de la capsule, trop rétrécie pour livrer passage à la tête fémorale, trop inextensible pour lui permettre de descendre dans sa cavité.

Le torticolis était le sujet favori de Bouvier; il insiste sur ce que les altérations osseuses y sont exceptionnelles. En 1858 paraissent ses remarquables leçons sur les affections de l'appareil locomoteur. Mais, pour lui, la ténotomie et les machines constituaient toutes les ressources du traitement orthopédique. Il était d'un grand scepticisme thérapeutique; l'expectation était une règle dont il se départait rarement; jamais il ne voulut employer le traitement si efficace de d'Ivernois et de Mellet, les manipulations et le massage dans les déviations de la taille et le pied bot. Ce simple aperçu suffit à démontrer que Bouvier fut le vrai fondateur de l'orthopédie.

Presque en même temps, Louvrier (1837) opère la rupture des ankyloses à l'aide de puissantes machines, et est imité par Dieffenbach et Bonnet (de Lyon). Ce dernier fait paraître (1841) son Traité des sections tendineuses et musculaires, son Traité des maladies des articulations. Pravaz publie ses intéressantes recherches sur la luxation congénitale du fémur (1847). Enfin, réagissant encore contre les excès de la ténotomie, Duchenne de Boulogne (1855) démontre que nombre de difformités articulaires ont pour cause la paralysie ou l'atrophie d'un groupe musculaire et qu'il faut intervenir alors, non par la section, mais par la faradisation, le massage, l'hydrothérapie, afin d'obtenir la régénération des muscles, seule capable de rétablir l'antagonisme nécessaire au fonctionnement normal de l'organe.

* * *

La chirurgie devenant plus entreprenante, après la section des parties molles vint celle des os. Dès 1815, Lemercier réséquait un cal vicieux; en 1826, Rhéa Barton (de Philadelphie) sectionnait le fémur pour une ankylose coxo-fémorale. Puis toute une série de chirurgiens français se succèdent qui perfectionnent les opérations osseuses : Clémot (de Rochefort) qui pratique l'excision cunéiforme du cal (1834), Velpeau qui propose la résection cunéiforme pour le traitement des difformités du pied, du genou, du coude (1839), Jobert de Lamballe qui fait la première ostéotomie pour courbure rachitique (1840), Malgaigne qui décrit le manuel opératoire de l'ostéotomie sous-cutanée et publie ses Leçons d'orthopédie. En 1845, Rizzoli avait inventé l'ostéoclaste et appliquait l'ostéotomie linéaire à la cure des contractures des mâchoires. En 1852, David Green avait imaginé les appareils à traction élastique et traitait par l'extension les affections de la hanche.

De tous côtés, dans tous les pays, l'orthopédie devient le sujet favori des études de praticiens éminents. L'école orthopédique américaine avec Bauer, Sayre, Taylor s'occupe activement des appareils orthopédiques; en Allemagne les Wildberger, Ross, Meyer, Berend, Bruns, Werner perfectionnent la médecine opératoire des difformités; en Angleterre, Bishop, Adams, Little, Chance, Bigg donnent le jour à d'importants travaux. Partout se fondent des Instituts orthopédiques (combien différents de ceux du commencement du siècle), ceux de Löwenstein à Berlin, de Zahn à Nüremberg, de Nussbaum à Münich, de Little à Londres.

Les orthopédistes, de plus en plus instruits, de plus en plus au courant des connaissances médicales générales, s'empressent de perfectionner et de rendre plus hardies les méthodes opératoires sous le couvert de l'antisepsie. Grâce à elle, la moelle osseuse, de tous les tissus le plus sujet à s'infecter, n'est plus l'origine de l'ostéomyélite traumatique, autrefois si commune et qui arrêtait l'essor de toutes les tentatives opératoires sur le squelette; aussi ces dernières se multiplient-elles à l'envi. L'ostéotomie ne s'attaque plus seulement aux cals vicieux, mais aux ankyloses de la hanche avec Volkmann, Sayre, Adams, aux courbures rachitiques avec Bœckel, Wahl, Lannelongue, au genu valgum avec Max Schede, Annandale, Riedinger, Ogston, Chiene, Macewen; les résections tarsiennes sont appliquées au pied bot par Little, Ried, Kocher, Bœckel, Paci, Lannelongue, Lucas-Championnière; les résections osseuses sont multipliées par Ollier; les interventions sanglantes sont tentées pour le traitement des luxations congénitales de la hanche par Margary, Hoffa; l'arthrodèse est créée par Albert, von Lesser, Wolff, Karewski, Petersen, Ogston.

Les opérations sur les parties molles subissent la même évolution. Les sections à ciel ouvert détrônent les sections sous-cutanées avec Volkmann, Lorenz; les sections ligamenteuses et tendineuses sont appliquées au traitement du pied bot par Phelps.

Ce qui n'empêche pas d'enregistrer des perfectionnements nouveaux à l'égard des autres procédés orthopédiques. C'est ainsi qu'à Lyon l'ostéoclasie, grâce à Delore, Robin, Vincent, Mollière, Poncet, acquiert une précision presque mathématique dans le traitement des déviations latérales du genou et des ankyloses. Le redressement forcé des articulations est apprécié à sa juste valeur. Les appareils plâtrés, le corset de Sayre sont vulgarisés dans le monde entier; les appareils à extension continue, à traction élastique sont adoptés dans tous les pays; les appareils orthopédiques atteignent un haut degré de perfectionnement mécanique.

Tous les adjuvants qui peuvent concourir à la guérison du malade sont mis en jeu, l'électricité, le massage, déjà ancien, la gymnastique orthopédique et la mécanothérapie, les nouveaux venus dans l'orthopédie.

* * *

Et maintenant, si nous voulons donner une idée de l'importance de l'orthopédie à notre époque dans les divers pays des deux mondes, il suffira de citer quelques noms pris au hasard; on verra, par le nombre des praticiens qui s'en occupent et par la notoriété qui s'attache à leurs noms, la part que prend l'orthopédie dans les préoccupations scientifiques du monde civilisé [1].

D'où vient donc qu'en France le nombre des chirurgiens s'occupant d'orthopédie pa-

1. Nous citerons donc, parmi beaucoup d'autres qu'il serait trop long d'énumérer : en Allemagne Wölff, Beely à Berlin; Stœffel à Wiesbaden; Roth à Stuttgard; Petersen à Kiel; Nebel à Franckfort; Landerer, Kölliker à Leipzig; Hoffa à Würzbourg; Hessing à Gönningen; en Amérique, Ketch, Myers, Bryant, Withmann, Schaffer, L. A. Sayre, R. H. Sayre, Phelps, Judson, Gibney à New-York où l'*American orthopedic association*, fondée en 1887, compte 85 membres; Bradfort, Lovett, Burrel, Braekett à Boston; Goodmann, Mittchell, Morton à Philadelphie; en Angleterre, Backer, Adams, Brodhurst, Chance, Fischer, Little, Owen, Walsham, Roth, Reeves, Parker, Lane, Hovard, Dent, Cripps, Balkwill à Londres; Wright, Lund à Manchester; Annandale à Edimbourg; Macewen à Glasgow; Omrsby à Dublin; Jones, Thomas à Liverpool; en Autriche, Lorenz, Albert à Vienne; Schwarz à Prague; Dollinger à Budapest; en Belgique, Charon à Bruxelles; Casse à Middelkerke; en Danemark, Panum, Ipsen, Bloch à Copenhague; en Italie, Ceccarelli à Rome; Pauzeri à Milan; Caselli, Motta à Gênes; d'Ambrosio à Naples; Bonadei à Crémone; Rota à Bergame; Oliva à Turin; en Suède, Zander, Murray, Wide à Stockholm; en Suisse, Luning, Schulthen à Zurich; Burkhard à Bâle; Reymond à Genève; Martin à Lausanne; en France, Lannelongue, Kirmisson, Redard à Paris; Piéchaud à Bordeaux; Ménard à Berck; Phocas à Lille; Frœlich à Nancy.

raisse au premier abord si restreint ? La cause de cette anomalie semble devoir être cherchée dans les habitudes françaises. Tous les chirurgiens font de l'orthopédie comme ils s'occupent tous de gynécologie ; l'orthopédie n'a pas encore conquis rang de spécialité à l'égal de l'ophtalmologie, de l'otologie et même de la chirurgie des voies urinaires. Il est certain que les chirurgiens des hôpitaux d'enfants consacrent une notable partie de leur temps à l'étude des difformités, mais sans que ce soit au détriment de la chirurgie abdominale ou des maladies congénitales, par exemple. Une autre raison doit être cherchée du côté des malades, dans la nature même du caractère français qui ne se plie pas aisément à une règle monotone pour peu qu'elle se prolonge longtemps. On peut voir, en parcourant le récent livre d'orthopédie de MM. Lüning et Schulthen, comment les malades confiés à leurs soins furent guéris de leur scoliose, par exemple, après deux ans ou deux ans et demi de traitement, par des exercices de gymnastique orthopédique répétés tous les jours ou même deux fois par jour. Quels sont les parents qui, en France, consentiraient à faire appliquer à leur enfant un traitement qui dérangerait à ce point leurs habitudes ? Quel est le chirurgien français qui saurait assez imposer confiance pour obtenir une pareille soumission ? Sauf dans les grands centres comme Paris, Bordeaux ou Nice, trouverait-on dans une ville de moyenne importance assez de malades pouvant consacrer tout leur temps à leur guérison pour éviter la ruine d'un institut de mécanothérapie sur le modèle de ceux de Zander et dans lequel le seul achat des appareils revient à 140.000 francs ?

En revanche, une ostéotomie qui, en six semaines, mettra sur pied et en attitude parfaite un adolescent atteint de genu valgum sera tout de suite acceptée. Mais l'ostéotomie, ce n'est point de l'orthopédie, c'est de la chirurgie ordinaire, et de même la ténotomie, la résection, etc., etc., et ce n'est pas au chirurgien spécialisé que sera demandée l'intervention.

L'orthopédie n'en reste pas moins une science éminemment française. Une branche de notre art qui a eu pour parrains Audry et Delpech, qui compta Bouvier, J. Guérin, Bonnet (de Lyon), Pravaz, Malgaigne pour faire ses premiers pas dans le monde, doit, à juste titre, être considérée comme originaire de notre pays. Depuis cette époque, elle a traversé bien des phases pleines de vicissitudes, elle s'est heurtée à bien des écueils, s'est lancée parfois dans des voies périlleuses, puis a fait retour en arrière. Mais l'observation clinique constante a fini par réglementer tous ces écarts, assagir les entreprises trop hardies, triompher des hésitations, et conduire avec assurance dans la voie du progrès.

***

A l'heure actuelle, des faits considérables sont acquis à la science ; un certain nombre de méthodes thérapeutiques semblent rallier tous les orthopédistes. Loin de nous la pensée que le dernier mot de cette science n'est plus à dire et que nous avons atteint l'apogée de son histoire ! Une pareille opinion ne fut et ne sera jamais vraie en ce qui concerne la science médicale. L'avenir nous réserve des découvertes dont la portée peut être incalculable. Mais aujourd'hui une sorte d'entente s'est faite sur un grand nombre de points autrefois mal établis, et, si nous jetons un coup d'œil rapide sur les principaux problèmes que pose le traitement des difformités, nous verrons que l'accord est bien près de se faire en ce qui concerne beaucoup d'entre eux.

Le traitement du torticolis musculaire est devenu aussi simple que sa pathogénie est restée obscure. Que la ténotomie soit sous-cutanée ou à ciel ouvert, elle est le seul remède que doit compléter une cure post-opératoire prolongée.

Le pied bot, si discuté jadis, est soumis aux règles les plus simples : s'en occuper dès la naissance, le traiter par les manipulations, les massages, les appareils ; plus tard y adjoindre la ténotomie, s'il y a lieu, en respectant le squelette du jeune enfant ; réserver les mutilations osseuses pour les cas invétérés de l'adolescent et de l'adulte.

La question d'âge prime également dans les déviations rachitiques des membres ; par l'hygiène et à l'aide de quelques appareils correcteurs, les membres des jeunes rachitiques se redressent avec facilité ; l'ostéotomie, l'ostéoclasie ne doivent intervenir que dans les cas où le rachitisme a terminé son évolution.

Le traitement du genu valgum des adolescents ne laisse plus subsister aucune hésitation : c'est l'ostéotomie surtout, l'ostéoclasie quelquefois, selon l'instrumentation dont dispose l'opérateur, qui lui conviennent.

En matière de tuberculose articulaire, les méthodes conservatrices ont rallié à peu près tout le monde. La résection, sur laquelle on avait tant fondé d'espoir au début, a dû être abandonnée sans retour chez l'enfant après les désastres qu'entraîna le peu de respect montré à l'égard des cartilages de conjugaison.

Les attitudes vicieuses dans les tumeurs blanches doivent être corrigées avec la plus grande prudence, pour ne rallumer que dans la plus petite mesure possible la tuberculose éteinte, et maintenues dans la situation la plus favorable à la fonction du membre malade.

Les ankyloses des grandes articulations sont soumises au brisement forcé ou à l'ostéotomie jusqu'à correction de l'attitude.

La paralysie infantile, une des plus désespérantes des affections de l'enfance, est encore à la période d'essai des transplantations tendineuses.

Le mal de Pott, après des tentatives malheureuses, n'échappe pas à la thérapeutique qui régit les arthrites fongueuses. Si l'on avait toujours présent à l'esprit que, malgré son appellation spéciale, passée dans les usages et qu'elle mérite, cette affection est en réalité une tumeur blanche vertébrale, on ne chercherait pas à lui appliquer un traitement différent de celui qui convient aux ostéoarthrites de même nature tuberculeuse, et l'on s'exposerait moins à de douloureux mécomptes.

La luxation congénitale de la hanche n'a pas encore, selon nous, sa véritable mise au point. La réfection de la cavité cotyloïde mal conformée reste toujours l'idéal à atteindre, mais les accidents d'infection et d'ankylose ont jeté le discrédit sur l'opération sanglante. Sa rivale, la réduction non sanglante, moins meurtrière, plus à la portée de tout le monde, plus facilement acceptée des familles, a réuni presque tous les suffrages ; la radiographie est venue concourir à sa défense. Nous ne pouvons croire que le différend soit tranché.

La scoliose reste le grand problème. Aucune méthode thérapeutique nettement définie n'a su s'imposer d'une manière formelle ; l'entente n'est pas encore faite. La question est si complexe, les cas cliniques sont si disparates, les résultats acquis si difficiles à contrôler, qu'il n'y a pas lieu de s'étonner de ces incertitudes.

L'OBSTÉTRIQUE ET LA MORALE CHRÉTIENNE

— Réponse de M. J. THOYER-ROZAT —

MM. Moureau et Lavrand m'ont fait, dans le précédent numéro de *La Presse Médicale*, l'honneur d'une réponse à mon article du 21 Mai dernier. Je demanderai à mon tour d'ajouter quelques mots.

M. Moureau me reproche de lui avoir prêté « très faussement » cette opinion que, dans certains cas où le fœticide thérapeutique peut être indiqué et où on a cru pouvoir arguer, pour l'excuser, de l'état de légitime défense où la mère se trouve vis-à-vis de son fœtus, « il faudrait bien plutôt voir un injuste agresseur dans la mère dont la maladie ou la conformation vicieuse font souvent obstacle à la vie du fœtus » ! Je prierai les lecteurs que cette polémique pourrait intéresser de se porter à la page 203 du livre de MM. Moureau et Lavrand. Ils y verront que la phrase que j'ai « prêtée » aux auteurs de ce livre s'y trouve bien avec le sens que je lui ai attribué.

Un coup d'œil jeté sur les pages suivantes les convaincra peut-être aussi que je n'ai pas eu tout à fait tort de dire que MM. Moureau et Lavrand, après avoir édicté au nom de la morale pure de draconiennes conclusions contre le fœticide thérapeutique, ont voulu les justifier en montrant qu'elles étaient d'accord avec la science ; et cette lecture montrera aussi l'exactitude des reproches que je me suis permis de faire à cet essai de justification scientifique.

A cet égard, puisque M. Moureau me demande ce que je penserais de lui s'il lui arrivait de « rejeter une doctrine médicale admise sans conteste par tous les maîtres de cette science », je lui ferai remarquer qu'il lui a précisément échappé une de ces erreurs reconnue telle par tous les maîtres de la science médicale, à propos de l'abstention opératoire dans le traitement de la grossesse extra-utérine diagnostiquée. Mais je me permettrai de lui faire observer aussi que je me suis contenté de relever cette erreur sans en tirer d'autres conclusions.

A propos de l'interprétation de deux des réponses de la congrégation du Saint-Office, M. Moureau me dit que j'ai méconnu la valeur des termes techniques de la langue théologique en croyant que la réponse : « tel enseignement ne peut être donné en sûreté de doctrine, tel acte ne peut être posé en sûreté de conscience », pouvait être interprétée avec le sens restrictif que lui donne la valeur de ces phrases en français. La haute compétence de M. Moureau dans l'interprétation de la langue ecclésiastique ne me permet pas, malgré les apparences, de douter du bien

fondé de son reproche : je m'incline donc. Mais je ne pense pas mériter le même reproche pour l'interprétation de la réponse faite au sujet de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine. Cette réponse est très nette; elle ne renferme pas de mots à double entente, elle s'explique d'elle-même : *En cas d'urgence on peut opérer*... Et l'urgence existe toujours (du moins pendant les premiers mois). Or, l'urgence étant admise comme raison suffisante pour légitimer l'intervention, je ne crois pas que la fin de la réponse : « pourvu que l'on pourvoie autant que possible, sérieusement et par tous les moyens indiqués en la circonstance, à la vie du fœtus et à celle de la mère », puisse être attribuée avec un sens prohibitif aux cas où tous les moyens possibles ne pourront rien pour la vie du fœtus, lequel, à l'époque où l'urgence de la laparotomie s'impose, n'est pas encore viable.

Au surplus, — et ceci laisse mes conclusions intactes, — sur cette si grave question de la légitimité dans certains cas du fœticide thérapeutique, le Pape, seul arbitre infaillible des discussions théologiques, ne s'est jamais prononcé; et qu'on ne dise pas que le Pape réserve ses décisions infaillibles pour les questions de dogme : il les a plusieurs fois données dans des questions de morale.

C'est en considération de cette réserve du Saint-Siège sur cette question que de nombreux médecins, — et non des moins catholiques, — ont bien voulu m'écrire à la suite de mon article sur l'Obstétrique et la Morale chrétienne qu'ils adoptaient pleinement cette conclusion : *dans les cas, — assurément et heureusement rares, — où le fœticide thérapeutique nous paraîtra scientifiquement indiqué, nous n'hésiterons pas, après nous être entourés de toutes les précautions d'usage, à y recourir et à rassurer la conscience de celles de nos clientes qui pourraient, pour des scrupules religieux, vouloir empêcher notre intervention. Nous estimons, pour la raison susdite, que sur cette question le doute persiste encore, et que de ce doute les intéressées dont la vie est en jeu ont le droit de bénéficier.*

Je remercie MM. Moureau et Lavrand de m'avoir procuré l'occasion de formuler à nouveau cette conclusion sur laquelle je continuerai à régler ma conduite malgré leur très brillante argumentation.

MÉDECINE PRATIQUE

DÉSINFECTION DES LIVRES PAR LES PULVÉRISATIONS DU FORMOL DU COMMERCE

A plusieurs reprises, la transmission des maladies infectieuses par les livres a été reconnue comme un fait certain. Yung a signalé ce danger dans le *Sanitary Record* de 1898 (page 562) ; son travail a été analysé dans la *Presse médicale* (1er Février 1899). Après lui, Knopf, de New-York, a insisté de son côté sur le danger de l'infection par les livres qui ont passé par les mains des tuberculeux (recherches publiées dans la *Presse médicale* du 24 février 1900). Vingt commis employés dans le bureau de santé de Lansing tombèrent tour à tour malades et moururent de tuberculose pulmonaire ; on examina bactériologiquement les livres le plus souvent employés et on les trouva remplis de bacilles de Koch. Une enquête démontra que l'infection des livres datait du temps où un des commis, phtisique, avait travaillé dans le bureau et avait la mauvaise habitude de tourner les pages des livres avec les doigts mouillés avec sa salive.

Knopf invoque une autre cause d'infection : c'est la toux et l'éternuement qui projettent des gouttelettes bacillifères. La désinfection des livres des bibliothèques a été le but qu'ont cherché à atteindre tous ceux qui se sont occupés de cette question.

Je ne passerai pas en revue tous les procédés de désinfection qui ont été proposés : les uns détériorent les livres, les autres ne sont pas d'un emploi pratique. Car il n'y a pas à dire : si l'on veut désinfecter les nombreux livres qui sortent et qui rentrent chaque jour dans une bibliothèque municipale, par exemple, il faut un moyen commode et peu dispendieux. Eh bien! la désinfection par l'aldéhyde formique remplit tous les desiderata. Inutile d'insister ici sur les propriétés antiseptiques de l'aldéhyde formique, mises en lumière par Trillat en 1888 et bien connues maintenant. Mais jusqu'à présent presque tous les auteurs, sauf M. de Rechter, de Bruxelles, avaient refusé à ce corps tout pouvoir de pénétration et n'en faisaient qu'un désinfectant de surface. Pour M. Knopf, la vapeur de formaldéhyde n'est effective que si chaque page est isolément exposée à cette vapeur ; pour cela, M. Knopf a même imaginé un petit appareil de fil de fer à l'aide duquel on peut désinfecter plusieurs pages à la fois. Ce procédé est inapplicable dans une bibliothèque où une centaine de livres sort et rentre chaque jour.

Pour ma part, je ne partage pas la manière de voir des auteurs sur le peu de pénétration de l'aldéhyde formique, mais, vu la très grande diffusibilité de ce corps, je crois, avec M. de Rechter, qu'il doit jouir d'une certaine intensité de pénétration. Pour m'assurer de ce fait, j'ai entrepris, avec l'aide de mon distingué confrère le Dr H. Bernard, les expériences suivantes :

J'ai pris un livre relié que j'ai maculé sur certaines pages avec des parcelles de crachats de phtisiques, crachats examinés préalablement au microscope. Le numéro de ces pages avait été noté avec soin. Puis ce livre a été suspendu dans une boîte en bois construite de façon à ne présenter aucune fissure; il a été accroché au-dessous du couvercle de la boîte par la reliure, celle-ci relevée vers le haut et les feuillets dirigés en bas. Cette suspension a été pratiquée à l'aide d'une pince à ressort. J'insiste tout particulièrement sur ce mode de suspension qui amène nécessairement l'écartement des feuillets du livre sous forme d'un éventail, ce qui doit faciliter la pénétration des vapeurs antiseptiques.

Le livre en question a été exposé pendant vingt-quatre heures aux vapeurs de formaline placée dans un godet; ce godet avait été mis au fond de la boîte. La quantité de formaline employée fut dans la proportion de 5 grammes par mètre cube, 5 grammes ayant été reconnus par Trillat suffisants pour désinfecter un espace de 1 mètre cube.

Au bout de vingt-quatre heures, le livre a été retiré et les pages notées d'avance ont été découpées en menus morceaux à l'aide de ciseaux. Ces morceaux ont été placés dans de l'eau stérilisée où ils ont macéré quelque temps. Enfin cette macération a été injectée le 27 Octobre 1900 à deux cobayes qui ont été isolés dans une cage spéciale. Deux mois après, c'est-à-dire à la fin de Décembre 1900, les cobayes ont été sacrifiés et reconnus tuberculeux[1]. Résultat nul.

La simple exposition du livre au-dessus de la formaline ayant été reconnue insuffisante, j'ai modifié le mode d'emploi de l'aldéhyde formique. Au lieu de laisser la solution de formaline s'évaporer lentement, j'ai pulvérisé cet antiseptique à l'aide du simple pulvérisateur de Richardson, dont j'ai introduit le bec à travers un orifice pratiqué à la partie inférieure de la boîte; j'ai pulvérisé la solution à la même dose que dans la première série d'expériences. Puis, après avoir bouché l'orifice, j'ai laissé le livre en contact avec les vapeurs d'aldéhyde formique pendant vingt-quatre heures. Le mode d'évaporation de l'antiseptique a été, dans ce dernier cas, brusque, instantané, bien différent de l'évaporation lente de l'expérience précédente.

Au bout de vingt-quatre heures, deux cobayes ont été injectés avec le produit de la macération de feuilles contaminées et notées avec soin. Ici l'utilité de la désinfection a été évidente, car les deux cobayes sacrifiés le 23 Février 1901, plus de trois mois après leur inoculation qui eut lieu le 14 Novembre 1900, furent reconnus tout à fait sains. Non contents de ces résultats, nous avons fait une troisième série d'expériences : deux autres cobayes, inoculés le 5 Mars 1901 dans les mêmes conditions, furent sacrifiés le 27 Juin et reconnus sains.

Cette désinfection des livres est facile. Si une boîte suffit pour quelque livres, une armoire[1] devient nécessaire dans une bibliothèque où une centaine de livres rentre chaque jour; mais là encore une armoire quelconque munie de tringles, auxquelles seraient suspendues des pinces, pourrait être employée. Pour cette armoire un pulvérisateur à main serait insuffisant et devrait être remplacé par un autoclave formogène fonctionnant en dehors de l'armoire, autoclave dont le tube de dégagement des vapeurs serait introduit dans un ou plusieurs orifices pratiqués dans la paroi de cette armoire.

*
* *

Conclusions : 1° La tuberculose peut se transmettre par les livres; à preuve la tuberculose expérimentale obtenue en inoculant à des cobayes la macération de pages de livres contaminés avec des crachats de phtisiques et insuffisamment désinfectées, comme dans la première série d'expériences; 2° la désinfection des livres contaminées peut être facilement réalisée à l'aide de pulvérisations de formol du commerce pratiquées avec un appareil tel que celui de Richardson, ou à l'aide de l'autoclave formogène dont le tube serait introduit dans un orifice pratiqué sur l'une des parois de la boîte ou de l'armoire où seraient suspendus les livres. Les animaux inoculés avec le produit de la macération des pages contaminées, puis désinfectées, ont été sacrifiés au bout de trois mois et ont été reconnus sains.

BARBE.

1. Granulations tuberculeuses des deux poumons et du foie qui est hypertrophié. Chancre tuberculeux. Rate infectieuse.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

Douzième session. — Grenoble, 1er Août 1902[2].

Communications diverses (*suite*).

II. — NEUROLOGIE (*suite*).

Lésions histologiques de l'écorce dans les atrophies du cervelet. — *MM. Lannois et Paviot* (de Lyon) ont observé trois cas d'atrophie du cervelet; l'une était due à une lepto-méningite, les deux autres étaient des hémiatrophies primitives. Dans ces trois cas les lésions étaient les mêmes.

Les cellules de Purkinje avaient disparu complètement; la couche des grains également; la couche moléculaire était diminuée de volume; mais c'était la

1. M. Gaston Ernest, architecte, a eu l'obligeance de nous faire un plan d'une armoire à désinfection.

2. Voy. *La Presse Médicale*, 1902, nº 63, p. 750; nº 64, p. 763 ; nº 65, p. 776, et nº 67, p. 798.

disparition des cellules de Purkinje et des grains qui était le phénomène primordial. Cette disparition rendait très visible une couche constituée par les grandes cellules étoilées de la couche des grains, cellules de relation ou du type II de Golgi. Il n'existait pas de différence, au point de vue histologique, entre les atrophies primitives et l'atrophie secondaire.

Sur les géants. — *M. Henry Meige* (de Paris). — Si l'on met à part les troubles du développement osseux dans le gigantisme et dans l'acromégalie, on doit convenir que l'identité des autres symptômes rapproche singulièrement les deux maladies l'une de l'autre.

Sans doute, il est des géants qui ne deviennent jamais acromégaliques, et des acromégaliques qui n'ont jamais été de haute stature. Mais les faits sont nombreux où l'on voit le géant devenir acromégalique.

D'après les statistiques de Sternberg la moitié environ des géants sont acromégaliques.

M. Henry Meige a soutenu avec M. Brissaud que le gigantisme et l'acromégalie ne sont que deux étapes successives du même trouble de développement; le gigantisme se manifeste pendant la période de la croissance et l'acromégalie quand cette période est terminée.

En effet, l'acromégalie succède souvent au gigantisme. Dans nombre d'observations, l'apparition des premiers symptômes d'acromégalie a été précédée par une période d'augmentation très rapide et parfois gigantesque de la stature. L'acromégalie n'apparaît que plus tard et, une fois qu'elle est constituée, il se peut qu'il ne reste plus d'apparence du gigantisme: la taille a été réduite par les déformations de la colonne vertébrale.

Si l'acromégalie succède souvent au gigantisme, l'inverse n'a jamais lieu : le gigantisme ne succède jamais à l'acromégalie.

Autre argument en faveur de la parenté et même de la similitude des deux affections : il existe un grand nombre d'observations d'acromégalie dans lesquelles on a relevé la grande taille des ascendants ou des collatéraux.

Enfin on a signalé des cas où, comme il arrive souvent pour le gigantisme, l'acromégalie serait héréditaire.

Si l'on se rappelle en outre que la grande majorité des géants présentent des troubles trophiques, qu'ils ont des accidents circulatoires, des imperfections physiques de toutes sortes, et fréquemment des désordres nerveux et mentaux, on conviendra que les tentatives comme il s'en est produit une récemment, ayant pour but de favoriser les mariages entre géants, ne sauraient trop être déconseillées.

Leurs conséquences iraient certainement à l'encontre du but proposé, car elles tendraient à perpétuer des monstruosités accompagnées d'infirmités peu enviables.

III. — Psychiatrie.

Traumatisme et folie. — *MM. Picqué et Marie* communiquent une série d'observations de traumatisme en rapport avec la folie; la folie traumatique est fréquente : il y a des psychoses aiguës immédiates consécutives au traumatisme; ces psychoses guérissent souvent, comme l'a signalé M. Dubuisson; des psychoses lointaines en rapport avec des traumatismes anciens; ces dernières sont au contraire graves. Les auteurs communiquent ensuite des observations de malades trépanés soit pour traumatisme, soit pour épilepsie essentielle.

M. Bourneville. Dans l'*idiotie*, la trépanation ou craniectomie repose sur une hypothèse erronée : la synostose prématurée des os du crâne; pour qui connaît les lésions de l'idiotie il n'y a pas lieu à craniectomie.

Dans l'*épilepsie* on a fait des trépanations et des craniectomies très nombreuses. L'*épilepsie dite idiopathique* n'a pas été améliorée; après une rémission attribuable à l'émission sanguine peut-être, les accès reparaissent, augmentent, le malade succombe. L'*épilepsie partielle* paraissait offrir plus de chances de guérison. L'espoir semble avoir été déçu si l'on en juge non pas d'après les faits publiés un peu hâtivement après l'opération, mais suivis pendant des années, jusqu'à la fin. Là aussi, après une rémission plus ou moins longue, on voit les accès réapparaître, augmenter; les convulsions se généralisent, et au bout d'un temps variable survient la déchéance physique et intellectuelle.

Dans l'épilepsie traumatique, c'est dès l'apparition des premiers accès qu'il semble y avoir des chances de guérison; plus on attend, plus les lésions irritatives s'accusent, moins il y a de chances.

Suites éloignées de la sympathectomie bilatérale et totale chez les épileptiques invétérés. — *M. Obrégia* (de Bucarest) a étudié les suites éloignées de la sympathectomie bilatérale et totale chez 17 épileptiques invétérés; chez 6 il n'y eut aucun résultat, chez 11 il n'y eut qu'une amélioration transitoire; tous ces malades supportèrent remarquablement la bromuration à la dose de 12 et 14 grammes par jour.

Le délire des négations de Cotard n'est-il qu'un syndrome? — *M. Castin*, dans une communication, tend à démontrer que le délire des négations de Cotard n'est pas seulement un syndrome mais une affection mentale distincte, avec une étiologie, une symptomatologie, une évolution, un pronostic et même une anatomie pathologique tout à fait spéciales. Cette affection serait secondaire à des accès successifs de mélancolie simple et anxieuse, ou bien à l'hypocondrie systématique, telle que l'a décrite M. Séglas.

Dans le chapitre des symptômes, l'auteur établit une filiation des idées de négation et « de leurs idées corollaires » et insiste tout particulièrement sur les signes physiques, sur l'anxiété, l'insomnie, la constipation, et les phénomènes d'opposition. L'attitude et l'expression d'horreur de ces malades seraient tout à fait caractéristiques.

Le pronostic est très sombre, comme il découle d'un tableau où l'auteur a recueilli les terminaisons relatées dans 32 cas dont 8 personnels : 12 fois cette affection se termina par la mort six mois au plus après l'internement du malade (7 fois par cachexie, et 5 fois par maladies intercurrentes). Après avoir établi les difficultés du diagnostic M. Castin discute la question au point de vue nosologique.

Transformation des obsessions en délire. — *M. Séglas* croit que les obsessions qui peuvent aboutir à des accidents vésaniques caractérisés, quelle qu'en soit la forme, sont principalement les obsessions dites intellectuelles, et en particulier les différents types décrits sous le nom générique de maladie du doute. On peut craindre l'évolution des obsessions vers le délire en se basant, non pas sur la forme de l'obsession, mais sur le complexus symptomatique et sur l'état mental sous-jacent. La fréquence, l'intensité des paroxysmes, la durée des troubles émotionnels concomitants doivent également entrer en ligne de compte. Toutes ces notions sont indispensables à connaître; ce sont elles qui expliquent la dissociation de la conscience personnelle, son obnubilation passagère ou son asservissement plus ou moins durable.

Rôle des intoxications dans la production des états anxieux. — *M. Roubinovitch* insiste sur le rôle des intoxications dans la production des états anxieux, et cite à l'appui de cette opinion quatre observations personnelles. Ces quatre faits établissent que chez les prédisposés aux troubles psychiques l'intoxication peut déterminer de véritables accidents mentaux. Cette notion a une grande importance pratique puisqu'elle permet d'instituer le traitement rationnel et curateur.

La cure de désinfection. — *M. Bonnet*, insistant sur le rôle pathogénique de l'auto-intoxication en pathologie mentale, montre quels bénéfices on peut tirer d'une cure de désinfection, et particulièrement du régime lacté, dans le traitement de ces affections.

Les alcooliques récidivistes. — *MM. Legrain et Guiard.* Les récidivistes se recrutent dans deux catégories d'alcooliques : 1° les buveurs simples, buveurs d'habitude, qui font un accès de délire sous une influence occasionnelle et qui récidivent parce qu'ils ne peuvent rester à l'asile un temps suffisant pour modifier leur état mental, pour perdre l'*habitude de boire*, et parce qu'ils retrouvent, à leur sortie, les mêmes causes provocatrices qui ont favorisé et développé leurs excès alcooliques, et qui agissent de nouveau; 2° les psychopathes avec appoint alcoolique qui délirent sous l'influence de doses souvent minimes d'alcool et qui présentent une tendance constante à la récidive par suite de leurs défectuosités mentales. Les causes sont les mêmes que pour la première catégorie, et ce sont de plus des récidivistes précoces et le plus souvent dangereux. Les alcooliques récidivistes sont au nombre de 25 pour 100 en moyenne dans le service d'alcooliques de Ville-Evrard, sur une population de 300 malades.

Pour lutter contre le récidivisme, il faut : 1° traiter le plus tôt possible les buveurs alors qu'il est encore possible de leur faire perdre leurs habitudes, en modifiant leur mentalité, et en soutenant leur volonté : c'est une œuvre morale et sociale; 2° proposer une loi spéciale permettant la séquestration *à temps* des buveurs d'habitude, de l'ivrogne, considéré comme un être dangereux et comme un malade (traitement obligatoire des ivrognes); 3° modifier la loi sur l'ivresse publique afin de pouvoir séquestrer à temps les délinquants récidivistes, et remplacer ainsi par un traitement forcé une pénalité intempestive; 4° construire un asile spécial pour alcooliques avec une législation appropriée; 5° favoriser la création de sociétés de tempérance, de patronages pour les buveurs, œuvre importante pour soutenir et parfaire la guérison de l'alcoolique commencée à l'asile.

Sur la toxicité urinaire dans quelques cas d'auto-accusation. — *M. Obrégia* étudia la toxicité urinaire d'un malade mélancolique auto-accusateur; cette toxicité urinaire fut diminuée pendant toute la durée de la crise. Par contre, un simulateur fut examiné : sa toxicité urinaire fut constamment normale.

L'anxiété impulsive au point de vue médico-légal. — *M. Garnier* insiste sur le rôle de l'anxiété dans la genèse du crime; quand il en est ainsi, l'acte criminel issu de l'anxiété morbide est, en bien des cas, accompli en dehors de l'influence de conceptions délirantes.

Bacillus fluorescens putridus et diarrhée verte chez les aliénés. — *MM. E. Bodin et M. Dide* (de Rennes) ont recueilli dans le service de M. Chardon 3 cas de diarrhée verte chez des aliénés, s'accompagnant de phénomènes généraux graves et dont deux se sont terminés par la mort; dans ces 3 cas, ils trouvèrent un bacille chromogène facile à cultiver, donnant sur beaucoup de milieux nutritifs, mais notamment sur le sérum d'ascite, un pigment vert fluorescent. Ce bacille, identique chez les trois malades doit être confondu avec le Bacillus fluorescens putridus découvert et décrit par Flugge dans les eaux corrompues, et dans les matières en voie de putréfaction; les faits cliniques et les recherches anatomo-pathologiques faites dans deux cas autorisent à affirmer que le Bacillus fluorescens putridus a joué un rôle important dans la genèse de ces diarrhées vertes, et dans les troubles dont elles se sont accompagnées.

Ces observations mettent donc en lumière un fait nouveau : c'est qu'un bacille chromogène, regardé jusqu'ici comme absolument inoffensif pour l'homme et pour les animaux, le Bacillus fluorescens putridus, peut en certaines circonstances devenir pathogène et prendre une part importante dans l'étiologie des diarrhées vertes.

L'action de ce bacille peut s'expliquer par cette particularité que les malades étaient des épileptiques ou des aliénés atteints de lésions ou de troubles graves du système nerveux central; or, l'influence du système nerveux sur l'état général de l'organisme ne saurait être contesté, et ses lésions placent ainsi les malades dans un état d'infériorité vitale et de moindre résistance manifestes.

L'expérimentation chez le cobaye a permis d'appuyer solidement cette manière de voir, car chez cet animal, dont l'immunité naturelle pour le Bacillus fluorescens putridus est très forte, les auteurs ont pu avec ce microbe déterminer une infection mortelle, en ayant soin, avant l'inoculation, de diminuer la résistance de l'animal par une injection de teinture d'opium qui paralyse momentanément l'action phagocytaire des cellules blanches.

E. de Massary.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

11 et 18 Août (*suite*).

Nouvelles contributions à la physiologie des leucocytes. — *MM. H. Stassano et F. Billon.* M. Giard communique une note de MM. Stassano et Billon, dans laquelle ces auteurs résument deux séries d'expériences et d'observations, la première relative à la participation des leucocytes au mécanisme physiologique de l'élimination par les voies digestives et par le tissu dermique; la seconde relative au concours des leucocytes dans l'apport à la muqueuse intestinale du principe favorisant sur la digestion trypsique contenu par ces cellules migratrices.

La conclusion de la note de MM. Stassano et Billon est la suivante : « L'augmentation du pouvoir favorisant de la muqueuse entérique sur la digestion tryp-

sique, observée par nous, soit pendant les périodes d'activité digestive chez l'organisme normal, soit à la suite d'injections de sels de mercure et de fer, doit être attribuée à l'accroissement de la diapédèse leucocytaire dont l'intestin est le siège d'une façon continue. La signification de cette diapédèse est pourtant double : c'est un mécanisme physiologique d'élimination, en même temps qu'un concours réel aux actes digestifs.

« On s'accordait à considérer les leucocytes comme offrant, parmi les nombreuses variétés de cellules des tissus, l'exemple le mieux caractérisé de la digestion primordiale, intracellulaire. Leur participation aux processus digestifs extracellulaires, que les observations de M. Delzenne et nos expériences ci-dessus viennent de mettre en lumière, constitue, sans aucun doute, un fait biologique d'une importance toute particulière ».

G. Vitoux.

ANALYSES

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Ph. Pagniez. ***Actions exercées sur les globules rouges par quelques liquides normaux et pathologiques de l'organisme*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Le sérum d'un *animal neuf* peut détruire *in vitro* et *in vivo* les *globules* d'un animal d'une autre espèce déterminée. C'est à une substance nommée *alexine* qu'est due cette destruction, qui devient impossible par le chauffage à 58°, car l'alexine est détruite à cette température.

L'*alexine* du sérum d'un *animal neuf* peut également immobiliser et faire subir la transformation granuleuse à certains *microbes* déterminés.

L'injection, à un animal d'une espèce, de sang provenant d'un animal d'une autre espèce, confère au sérum de l'animal injecté la propriété de l'espèce qui a fourni le sang.

Même phénomène se passe pour l'agglutination d'un microbe.

Cette *propriété acquise* résulte de la production, dans le sang de l'animal injecté, d'une substance dite *sensibilisatrice*.

Cette sensibilisatrice n'agit pas directement sur les globules ou les microbes, mais en favorisant l'action de l'alexine.

Ce qui le montre, c'est que du sérum d'un animal d'une espèce A, qui a été injecté avec le sang d'un animal d'une espèce B, ayant acquis par conséquent des propriétés hémolytiques vis-à-vis des globules de B, perd ses propriétés hémolytiques si on le chauffe une heure à 58°, mais les recouvre rapidement si on lui ajoute du sérum neuf d'un animal de la même espèce A que lui.

La *sensibilisatrice se fixe sur les globules rouges*, car des globules, traités par un sérum hémolytique chauffé à 58°, c'est-à-dire inactivés et restant par suite intacts malgré ce traitement, lavés ensuite à l'eau physiologique, sont immédiatement détruits si l'on ajoute un peu de sérum d'un animal neuf de l'espèce qui a fourni le sérum hémolytique.

En utilisant cette donnée, on fabrique des *globules sensibilisés* qui servent à l'expérimentation. Fait remarquable, les globules sensibilisés ne sont pas seulement détruits par le sérum neuf, c'est-à-dire par l'alexine des animaux de l'espèce qui a été injectée, mais encore par le sérum d'une multitude d'autres, l'homme en particulier, et même par le sérum de l'espèce animale qui a fourni les globules sensibilisés.

Ces données générales, qui sont l'œuvre entière de Bordet, ont servi à Pagniez pour l'étude des actions exercées sur les globules rouges par quelques liquides normaux et pathologiques de l'organisme.

Il étudie d'abord l'*action du sérum humain normal et des liquides de pleurésie et d'ascite sur les globules rouges du lapin*. Il montre que le *sérum* humain est hémolysant pour les globules du lapin; que cette action hémolysante, supprimée par la chaleur, est le résultat de l'action combinée de l'alexine et d'une sensibilisatrice paraissant exister en quantité proportionnelle, et que dès lors l'hémolyse doit avoir lieu jusqu'à épuisement de l'alexine. Cette alexine ne disparaît pas du sérum même au cours de maladies graves mortelles. Elle est susceptible de variations quantitatives limitées qui semblent pour une part individuelles, pour une autre part dépendantes de l'état de santé ou de maladie, sans qu'on puisse établir de relations nettes entre telle modification quantitative et tel ou tel groupe de maladies.

Les liquides de pleurésie et d'ascite sont doués de propriétés hémolysantes pour les globules du lapin; en raison de leurs caractères, elles doivent être aussi attribuées à la présence d'alexine en quantités variables. L'alexine est souvent en quantité moindre dans les liquides pathologiques que dans le sérum. Le liquide céphalo-rachidien serait dépourvu d'alexine.

Constatant au cours de ses recherches que l'addition d'un sérum chauffé au même sérum frais semblait diminuer l'action de celui-ci au lieu de l'augmenter, Pagniez en vint à penser qu'il existait dans le sérum humain des substances antihémolysantes à côté des substances hémolysantes. Il en a donné la démonstration.

Cette action antihémolysante paraît constante, mais très inégale suivant les individus. L'antihémolysine n'est pas l'alexine elle-même transformée par le chauffage, car un sérum contenant beaucoup d'alexine peut contenir très peu d'antihémolysine.

Pagniez étudie ensuite l'*action du sérum et de quelques liquides pathologiques sur les globules rouges de l'homme*. Contrairement à ce qu'on observe chez les animaux où il est impossible d'obtenir expérimentalement un sérum hémolytique pour les animaux de même espèce, c'est-à-dire isolysinant, il est possible chez l'homme de constater une action du sérum sur les globules d'un autre individu, quand on opère avec du sérum provenant de malades. L'action hémolysante est rare mais non l'action agglutinante.

Il faut distinguer, en effet, l'action hémolysante de l'action agglutinante, car hémolysine et agglutinine sont entièrement différentes, puisque le chauffage à 58° détruit l'alexine et respecte les agglutinines (Büchner-Bordet). Mais la question de l'agglutination est calquée sur celle de l'hémolyse, puisque les sérums peuvent être *doués* de propriétés agglutinantes naturelles et peuvent en *acquérir* de nouvelles vis-à-vis des éléments injectés.

Seulement, tandis que la destruction du globule ou du microbe se fait par l'intermédiaire d'une substance unique, l'alexine, aidée dans son rôle par des substances distinctes, les sensibilisatrices, l'agglutination du microbe, du globule est due à l'action de substances qui semblent complètement distinctes, des *agglutinines multiples*.

La propriété *agglutinante* du sérum humain peut s'observer dans beaucoup de maladies, mais n'est constante dans aucune; elle est surtout fréquente dans la tuberculose pulmonaire.

La propriété *hémolysante* est beaucoup plus exceptionnelle; elle doit être, en raison de ses caractères, attribuée à l'intervention de l'alexine vis-à-vis de laquelle le globule humain est donc perméable. Il ne paraît pas vraisemblable qu'on doive l'attribuer à une toxine cancéreuse, comme le veut M. Bard, dans le cas d'épanchements hémorragiques cancéreux, puisque ce fait n'est pas constant et que d'autre part le sérum des malades est lui-même hémolysant.

L'urine humaine normale acide est douée *in vitro* de propriétés globulicides vis-à-vis des hématies du lapin. Le chauffage préalable à 58° ne supprime pas cette action globulicide qui est cependant complètement distincte de toute modification isotonique et s'exerce par l'intermédiaire d'une ou plusieurs substances globulicides vraies.

En dehors de l'acidité qui semble jouer un rôle capital dans cette destruction, l'urine peut encore, à l'état pathologique être douée de propriétés hémolysantes vis-à-vis des hématies du lapin.

Les hématies de l'homme beaucoup plus résistantes que celles du lapin, peuvent *in vitro* laisser diffuser leur hémoglobine dans l'urine, lorsque celle-ci, ayant un point de congélation voisin de l'isotonie peut mettre en jeu son action globulicide vraie.

Cette hémolyse peut, dans quelques cas, s'observer *in vivo*, réalisant ainsi un type spécial d'hémoglobinurie : l'hémoglobinurie d'origine urinaire.

G. Milian.

MÉDECINE

G. Rosenthal. ***La broncho-pneumonie pseudo-lobaire continue*** (*Revue de médecine*, 1902, 10 Juin). — L'auteur décrit sous ce nom une forme de broncho-pneumonie bien spéciale due à l'entérocoque de Thiercelin. Cette affection débute par une phase de broncho-pneumonie bilatérale à foyers disséminés, puis se cantonne à un foyer comprenant un lobe ou une zone du poumon. L'évolution peut durer jusqu'à trois mois et demi. Dans deux cas, le coccobacille hémophile était associé à l'entérocoque; ces cas ont été particulièrement graves. Un cas s'est terminé par gangrène due à l'infection secondaire par des microbes anaérobies.

Etant donné la longue durée de l'affection, la cachexie progressive, on pourrait dans ces cas penser à la tuberculose, mais jamais ni l'examen ou l'inoculation des crachats, ni l'étude histologique ou bactériologique des lésions n'a montré de tubercules ou de bacilles de Koch. Il s'agit donc bien d'une forme particulière d'infection broncho-pulmonaire.

A. Sicard.

R. Schmidt. ***Symptomatologie et diagnostic de l'infarctus du rein*** (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1902, n° 25, p. 643). — L'observation que l'auteur publie a trait à un homme de quarante-cinq ans, ancien cardiaque atteint d'insuffisance et de rétrécissement urétral, qui succomba avec des symptômes d'insuffisance cardiaque après avoir présenté des symptômes de thrombose intra-cardiaque, une embolie de la sylvienne gauche et des deux artères rénales. L'autopsie confirma le diagnostic posé pendant la vie.

En analysant les symptômes que le malade a présentés du côté de l'appareil urinaire, l'auteur montre que :

1° L'embolie des artères rénales peut provoquer des troubles vésicaux aigus se manifestant par une rétention ou une incontinence de l'urine;

2° Il existe une polyurie qui peut tenir à l'hyperémie développée autour du foyer de nécrose ou bien être d'origine nerveuse et s'expliquer par une paralysie des vasomoteurs;

3° L'hématurie est rare; par contre, une albuminurie apparaissant brusquement et accompagnée de douleurs est fréquente; cette albuminurie disparaît rapidement;

4° En cas d'infarctus bilatéral, la douleur augmente quand le malade se couche sur le côté moins douloureux;

5° L'apparition des vomissements brusques chez un ancien cardiaque peut constituer le premier symptôme de l'infarctus rénal;

6° L'élévation de la température qu'on observe dans ces cas peut être attribuée à la résorption du tissu nécrosé.

R. Romme.

OBSTÉTRIQUE

F. Ahlfeld. ***Prophylaxie de la mastite puerpérale*** (*Zeitschft f. Geb. ü. Gynäk.*, 1902, t. XLVII, Heft 4, p. 236). — L'auteur avait observé autrefois à sa clinique de nombreux cas d'infection des seins, dans les suites de couches. Ces complications infectieuses ont diminué beaucoup depuis qu'il emploie le moyen prophylactique suivant :

Il fait pratiquer, dans les derniers temps de la grossesse, l'asepsie des mamelons, par des lavages à l'eau bouillie répétés tous les deux jours. En même temps on fait des attouchements au moyen d'un petit tampon d'ouate, avec la solution suivante :

Tannin	100 grammes.
Alcool à 96 pour 100. . .	1.000 grammes.

A. Schwab.

Wagner. ***Sur le traitement du cancer de l'utérus compliquant la grossesse*** (*Monatsschft. f. Geb. u. Gynäk.*, 1902, t. XV, Heft 6, p. 791). — L'auteur se montre partisan convaincu de l'intervention hâtive dans le cancer de l'utérus compliquant la grossesse. Selon lui, dès qu'on a posé, au cours de la grossesse, le diagnostic de cancer de l'utérus, il faut incontinent extirper l'utérus malade, quel que soit l'âge de la grossesse. Si cette dernière est arrivée près de son terme, il est même inutile d'attendre le début des contractions utérines.

La meilleure voie à suivre pour l'extirpation de l'organe, à quelque époque de la grossesse que ce soit, est la voie vaginale, sauf lorsqu'existent des contre-indications spéciales.

Du premier au quatrième mois de la grossesse, il faut pratiquer l'hystérectomie vaginale, sans évacuation préalable de l'utérus. Pendant les cinquième et sixième mois, il est bon d'évacuer au préalable le liquide amniotique pour amoindrir le volume de l'utérus.

Dès que le fœtus est viable, il faut faire la section césarienne vaginale. L'opération césarienne abdominale ou l'hystérectomie abdominale totale ont des indications spéciales.

A. Schwab.

V. Ouspensky. *Traitement chirurgical des ruptures utérines produites pendant l'accouchement.* (*Meditz. Oboz.* 1902, t. 5, p. 355.) — En Russie la fréquence des ruptures complètes par rapport aux ruptures incomplètes semble être de 4 contre 1. La laparotomie doit être immédiate autant que possible; il est préférable de ne pas extraire la poche par voie naturelle afin d'éviter une hémorragie peut-être très grave. L'hémorragie provenant le plus souvent non de la plaie utérine même, mais des artères du parametrium, la laparotomie doit être préférée à l'hystérectomie vaginale, car celle-la permet de se rendre compte *de visu* du siège exact des lésions, et, si la rupture est incomplète et de faible étendue, on peut suturer la plaie. Si cette suture est impossible, on pratiquera le Porro. Si, les vaisseaux du paramettrium sont déchirés il faut avant tout chercher ces lésions et lier les artères. Si, pour des raisons quelconques, on peut craindre la septicémie, il est préférable de recourir à la voie vaginale.

L'auteur rapporte cinq observations personnelles, toutes avec guérison :

I. La rupture était incomplète, mais assez étendue, l'opération a été faite presque *in extremis*.

Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

II. Multipare. Présentation de l'épaule; version; basiotripsie. Délivrance artificielle : le placenta était très adhérent. Pendant cette opération on sentit dans l'utérus les anses intestinales ; la rupture était donc complète. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

III. Multipare. Présentation du tronc. Extraction d'un fœtus mort. Délivrance artificielle à cause des adhérences anormales ; on constate alors la rupture utérine. La femme étant déjà infectée (39°2) avant l'opération, on pratique l'hystérectomie vaginale totale. Guérison.

IV. Multipare. Présentation du tronc. Pendant la version on constate la rupture utérine, portant sur le corps, depuis le fond jusqu'à l'orifice interne du col. Porro, après extraction du fœtus et du placenta. Guérison.

V. Multipare. Présentation de l'épaule. La femme est amenée avec le diagnostic de rupture utérine, confirmée à l'examen. Laparotomie. Extraction du fœtus et du placenta. On constate la déchirure complète du ligament large gauche, la vessie et le cul-de-sac antérieur sont complètement détachés du col utérin. Ligature des vaisseaux et hystérectomie abdominale totale. Guérison.

S. Broïdo.

F. Ahlfeld. *Rapport de fréquence entre les grossesses uni et bivitellines* (*Zeitschft f. Geb. u. Gynäk.*, 1902. t. XLVII, Heft 2, p. 230). — Dans un travail important paru récemment dans le même périodique, M. Weinberg avait montré en se basant sur de nombreuses statistiques que la fréquence des grossesses univitellines était à celle des grossesses bivitellines comme 21,2 à 78,8.

Ahlfeld, en s'adressant aux mêmes statistiques qu'il soumet à une critique serrée, trouve les chiffres suivants : pour les grossesses univitellines 16,9 pour 100; pour les grossesses bivitellines 83,1 pour 100.

Autrefois déjà Ahlfeld avait indiqué pour les grossesses univitellines une fréquence de 15, 5 pour 100.

A. Schwab.

GYNÉCOLOGIE

J. Maze. *La méthode de dédoublement dans le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales* (*Thèse*, Paris, 1902, Juillet). — La méthode de dédoublement due à Duboué (1864), reprise et développée plus tard par Ricard (1896) n'est guère appréciée des chirurgiens que depuis la publication des succès qu'elle a donnés entre les mains de ce dernier auteur. Un certain nombre de ces observations ont paru dans nos comptes rendus de la Société de chirurgie, M. Maze en rapporte quelques autres inédites prises dans le service de M. Ricard.

Rappelons, en quelques lignes, les temps principaux de ce procédé opératoire. La malade étant en position dorso-sacrée et anesthésiée, et après antisepsie minutieuse du vagin, on commence par chercher à abaisser le plus possible la fistule. En s'y prenant avec douceur, on arrive, dans la plupart des cas, à faire descendre la fistule jusqu'à la vulve. La fistule étant ensuite maintenue abaissée par des pinces à traction que tiennent deux aides latéraux, on amorce le dédoublement d'abord sur la lèvre supérieure de la perte de substance en incisant à la limite de la muqueuse vaginale.

Des deux côtés de la fistule l'incision ainsi commencée est prolongée sur une longueur d'autant plus grande que la perte de substance à combler est plus considérable. On dédouble alors la paroi vésico-vaginale dans toute l'étendue de l'incision ainsi faite. On ne s'arrête que lorsqu'on est maître d'un lambeau large et haut, facilement abaissable. La même manœuvre est répétée sur la lèvre inférieure de la fistule. On procède ensuite aux sutures qui sont faites avec des fils métalliques et à l'aide d'aiguilles courbes. Les fils sont passés à la base de chaque lambeau, de manière à traverser cette base au niveau du sommet de l'angle dièdre formé par l'incision des surfaces cruentées vaginale et vésicale. Quand les fils sont serrés, les deux lambeaux coaptés font un bourrelet saillant dans la cavité vaginale. Le vagin est alors tamponné à la gaze stérilisée et une sonde de Pezzer ou de Malécot est placée à demeure dans l'urètre. Cette sonde doit rester constamment ouverte à l'extérieur. Elle doit être changée tous les trois ou quatre jours, afin d'éviter l'infection vésicale, et n'être enlevée que quelques jours après l'ablation des fils. Ceux-ci sont enlevés du dixième au douzième jour. Il faut avoir soin de faire deux fois par jour des lavages de la vessie à l'eau stérilisée et exercer une surveillance attentive sur la perméabilité de la sonde. La position prise par la malade n'a pas l'importance qu'on lui a donnée.

Ce n'est que grâce à ces précautions post-opératoires qu'on peut compter sur un bon résultat par la méthode de dédoublement. Quant aux indications de cette méthode, on peut dire qu'elles s'étendent à tous les cas de fistules vésico-vaginales, quelles que soient l'ancienneté des lésions et leur étendue. La lecture des observations montre que cette méthode a donné des guérisons durables dans les circonstances en apparence les plus désespérées.

J. Dumont.

Th. Lecq. *De l'hystéropexie vaginale* (*Thèse*, Paris, 1902, Juillet). — Parmi les différents modes de traitement préconisés contre les rétrodéviations utérines, trois opérations surtout ont mérité la faveur des chirurgiens, ce sont : le raccourcissement extra-péritonéal (Alquié-Alexander-Adam) ou intra-péritonéal (Wylie-Dudley) des ligaments ronds, l'hystéropexie abdominale et l'hystéropexie vaginale.

L'auteur accorde ses préférences à cette dernière opération ; c'est, dit-il, une intervention bénigne qui ne laisse à sa suite aucune cicatrice visible, qui est efficace, l'utérus fixé par sa paroi antérieure à la paroi antérieure du vagin tenant fort bien dans cette position, enfin qui n'entraîne aucun inconvénient au point de vue d'une grossesse ultérieure, surtout si l'on prend la précaution de ne fixer que la partie moyenne de la paroi antérieure de l'utérus. Il est vrai que c'est une opération, sinon très difficile, du moins assez minutieuse ; il est vrai encore qu'elle n'est applicable que dans les cas de rétrodéviation non compliqués de lésions et d'adhérences annexielles accentuées, cas qui se rencontrent assez rarement ; mais, pour M. Lecq, ces inconvénients disparaissent devant cet argument que l'hystéropexie vaginale « sera préférée des malades à toute intervention analogue poursuivant le même but ».

L'hystéropexie vaginale a été également utilisée avec succès contre la cystocèle, ainsi qu'en témoignent trois observations de M. C. Fournier (d'Amiens) rapportés par M. Lecq dans sa thèse. Dans cette affection, la récidive est fréquente après la simple colporraphie antérieure. On comprend facilement, au contraire, qu'en rejetant la vessie au-dessus d'une suture utéro-vaginale, la récidive du prolapsus ne soit plus à redouter.

J. Dumont.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

J. Kaplan et A. Fedorov. *Maladie de Dercum* (*adipose douloureuse*) (*Meditzinskoïe Oboz.* 1902, n° 6, p. 471). — Le cas rapporté par les auteurs est d'autant plus intéressant à signaler qu'il n'existe actuellement qu'un petit nombre d'observations concernant la maladie de Dercum (les auteurs en ont recueilli en tout 33, dont 14 publiées en France), et que cette affection est encore peu étudiée.

Il s'agit d'une demoiselle de cinquante-six ans, dans la famille de laquelle on note : l'alcoolisme, une hémiplégie très probablement hystéro-traumatique, la sclérose en plaques, de l'arthritisme, un cas d'adipose morbide.

Parmi les antécédents personnels, il faut noter l'anémie dans le jeune âge, le nervosisme et l'hystéro-traumatisme, et, au moment de la ménopause, à quarante-trois ans, des palpitations, la sciatique, l'hyperesthésie rachidienne.

Depuis trois à quatre mois, la malade souffre de céphalées; la miction est devenue fréquente et abondante. Bientôt se sont montrées des douleurs abdominales spontanées et à la pression, l'augmentation du volume du ventre et des seins, de l'œdème de la face. En six mois, la malade a gagné 30 livres.

A l'examen, on est frappé du contraste entre l'amaigrissement des extrémités et la surcharge graisseuse des seins et du ventre; les replis naso-labiaux sont très épaissis. La palpation, même la plus légère de la paroi abdominale et des seins, provoque des douleurs intolérables. Il y a de la cypholordose.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, on a pu constater le développement de l'adipose aux membres supérieurs, à la partie supérieure du thorax et dans la région dorso-spinale ; on a, en outre, noté le prurit de la face et des organes génitaux; des troubles de la défécation et de la miction, avec sensation subjective de tuméfaction rectale; tremblement des membres, apathie générale, affaiblissement de la mémoire, douleurs spontanées dans les extrémités.

La malade a été soumise à la médication thyroïdienne et à la photothérapie, mais l'amélioration était peu sensible.

En ce qui concerne la pathogénie de cette maladie l'auteur rejette l'hypothèse d'une intoxication d'origine thyroïdienne, ainsi que celle d'une trophonévrose, et penche pour l'hypothèse « d'une maladie constitutionnelle générale, analogue à l'obésité, mais avec participation plus marquée du système nerveux ». L'adipose douloureuse aurait une cause d'ordre général, intéressant tout l'organisme, et notamment les échanges. L'adipose douloureuse serait à l'obésité ordinaire ce que serait la glycosurie au diabète insipide ou la maladie de Basedow au myxœdème.

S. Broïdo.

M. A. Bach. *Sur deux cas de méningo-encéphalite bulbaire subaiguë, suivis de guérison* (*Thèse*, Paris, 1902). — Malgré le nombre relativement considérable de travaux consacrés à la description des divers syndromes bulbo-protubérantiels et des causes qui peuvent les amener, il existe des faits cliniques que l'on peut difficilement faire rentrer dans un des cadres nosologiques actuellement établis. Les deux observations recueillies par M. Bach dans le service de M. le professeur Brissaud en sont la preuve.

Dans ces faits, certains symptômes, variables dans leur intensité et leur persistance (ophtalmoplégie, paralysie faciale inférieure et supérieure), semblent prouver que les noyaux bulbaires ont été touchés, tandis que d'autres symptômes montrent nettement l'atteinte de la méninge (raideur de la nuque, céphalée, ventre en bateau, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien). Ces deux cas ont eu une évolution subaiguë et relativement favorable qui plaide contre l'hypothèse d'une lésion progressivement destructive.

Il semble donc bien difficile d'expliquer tous les symptômes observés par un diagnostic exclusif, soit de méningite tuberculeuse ou cérébro-spinale, soit de polioencéphalite, soit de paralysie bulbaire asthénique. Il s'agit probablement d'une affection analogue au syndrome bulbaire d'Erb, mais où le principe pathogène inconnu aurait touché, non seulement la substance grise des noyaux, mais encore la méninge et la substance blanche avoisinante.

Il est difficile, étant donné le caractère exceptionnel de ces faits, de porter un pronostic.

Dans une observation, il semble bien qu'il y ait arrêt complet dans l'évolution ; dans la seconde, il est encore impossible d'affirmer qu'aucune rechute ne viendra compromettre la situation présente.

E. de Massary.

J. Chadzynski. *Des réflexes tendineux et cutanés et de leur dissociation dans les maladies du système nerveux* (*Thèse*, Paris, 1902). — Dans une étude des plus complètes, l'auteur présente un tableau d'ensemble des différents réflexes cutanés et tendineux étudiés chez l'homme au cours des maladies du système nerveux. Les conclusions de cette thèse sont basées sur un très grand nombre d'observations fidèlement contrôlées, qui ont permis à Chadzynski d'ajouter à son travail une partie vraiment originale. Il a recherché *parallèlement* les modifications des réflexes tendineux et cutanés au cours des certaines maladies du système nerveux.

Le parallélisme, dit-il, qui existe à l'état normal entre les réflexes tendineux et cutanés est souvent rompu à l'état pathologique, où l'on peut observer une exagération des réflexes tendineux avec abolition des réflexes cutanés, ou abolition des réflexes tendineux avec conservation des réflexes cutanés. Il existe donc des cas de dissociation entre les deux catégories de réflexes, qui prouve que leurs voies réflexes sont différentes, mais c'est une erreur de parler d'un antagonisme, qui implique l'idée de l'opposition entre deux phénomènes contraires, liés ensemble de telle sorte que l'augmentation de l'un entraine fatalement la diminution de l'autre et inversement.

Cette dissociation se trouve dans la sclérose en plaques (75 pour 100), dans la paraplégie spasmodique (70 pour 100), dans la syringomyélie (90 pour 100), dans le tabes (80 pour 100). Elle existe encore dans la compression médullaire, et au cours de l'hémiplégie organique.

A. Sicard.

G. Lagardère. *La sciatique dans le diabète* (*Thèse*, Paris, 1902). — La sciatique double des diabétiques a été fort bien étudiée et est bien connue; on comprend facilement sa cause, tandis que la sciatique développée sur un seul nerf surprend davantage et ne paraît pas avoir été bien mise en évidence dans les travaux publiés jusqu'ici sur ce sujet. Notre ami M. Lagardère a pu en observer quelques cas dans le service de M. Œttinger et en recueillir d'autres dans la littérature, et c'est ce qui lui a donné l'idée de reprendre dans sa thèse inaugurale ce point particulier du chapitre des névralgies diabétiques.

Nous résumons ci-dessous les conclusions de son travail :

La névralgie sciatique peut se développer dans le diabète sans l'intervention d'autres causes, et elle dépasse alors en douleurs les autres névralgies. La sciatique est très souvent symétrique, mais la névralgie unilatérale est tout aussi fréquente et doit faire songer au diabète. Elle est généralement tenace et l'intensité des douleurs n'est pas toujours parallèle à la teneur en sucre de l'urine. Elle peut s'associer à des névralgies localisées sur d'autres territoires nerveux (névralgie intercostale, brachiale, rénale, dentaire, frontale, migraine, angine de poitrine). Elle aboutit, dans les diabètes graves, à la névrite et aux troubles trophiques qui en sont la conséquence : dermatites, œdème, atrophie musculaire, ulcération, maux perforants.

La pathogénie de ces névralgies diabétiques doit être attribuée non seulement à l'action du sucre sur l'ensemble de l'organisme, mais à un trouble particulier de la nutrition des nerfs et à l'action de substances cliniques mal définies passant dans le sang (Auché).

Le seul traitement rationnel est le traitement dirigé contre le diabète avec les adjuvants nécessaires selon les cas (douches, massages, médication antinévralgique : antipyrine, quinine, salicylates, cocaïne en injection épidurale, etc.).

J. Dumont.

DERMATOLOGIE

R. Jamet. *Les pyémies bénignes à détermination cutanée* (pustules de Colles) (*Thèse*, Paris, 1902). — De même qu'on décrit des pyosepticémies à prédominance cardio-vasculaire, broncho-pulmonaires, urinaires, hépatiques, osseuses, articulaires, nerveuses, de même on décrit aussi des pyémies à détermination cutanée.

En 1822, Colles, le premier, décrivit une éruption pustuleuse survenant à la suite de piqûres ou coupures anatomiques, et, en 1848, Graves montra que ces pustules peuvent survenir aussi spontanément. On ne parlait pas alors de septicémie. C'est Jaccoud qui, en 1890, désigna ces déterminations cutanées sous le nom de *pustules de Colles*.

Jamet fait, dans sa thèse, l'histoire complète de cette forme de septicémie, rénovée par Roger qui pense que très souvent « ces pustules de Colles, dues au staphylocoque doré, représentent un processus éliminateur qui caractérise la fin d'une pyémie atténuée ». Budin, Marfan, Damourette ont montré des exemples du même mécanisme d'infection : la galactophorite dans les abcès des nourrissons; l'enfant a absorbé par le lait les microbes qui produisent une pyémie à détermination principale sur la peau.

La marche de la maladie est la suivante : après quelques jours, *véritable période d'invasion*, de malaises vagues, d'inappétence, de céphalée; le sujet est pris de frissons répétés, bientôt suivis d'ascension thermique pouvant atteindre 40°. Il y a en même temps une rachialgie très marquée tout à fait comparable à celle de la variole. Puis ces symptômes se calment; l'éruption va apparaître.

L'*éruption* se fait partout : sur les membres, le tronc, la face, sauf à la plante des pieds et à la paume des mains.

Le nombre des pustules est essentiellement variable, quelquefois très discret, en moyenne d'une soixantaine. Il est rare d'observer des éruptions confluentes. La pustule est d'abord superficielle, sous-épidermique, non enchâssée dans le derme (Roger); sa paroi semble extrêmement mince; sa forme est irrégulière et variable. Il est rare qu'elles soient très volumineuses et ne deviennent jamais des phlyctènes. Elles ne sont jamais ombiliquées. Elles contiennent un pus jaune franc, sans odeur, qui renferme des staphylocoques en mono et diplocoques. La peau environnante est presque toujours saine, sinon quelquefois présentant un petit cercle rouge ou rose inflammatoire. Les muqueuses présentent quelquefois un ou deux petits éléments.

Au bout de quelques jours — deux ou trois — arrive la *période de dessiccation*. La pustule se dessèche rapidement sans tendance à l'ulcération. Elle disparait sans laisser de cicatrice.

La durée peut être beaucoup plus longue quand l'éruption se fait en plusieurs fois.

Le diagnostic est généralement facile en tenant compte de l'absence d'ombilication et du contenu des pustules. Dans certains cas, pourtant, il sera difficile de différencier cette affection de la variole.

Les recherches hématologiques de Roger et Weill permettront à coup sûr la différenciation. La leucocytose variolique est une mononucléose qui se manifeste avec les premiers symptômes de cette infection et se manifeste jusqu'à une période assez avancée de la convalescence.

Dans la pyémie bénigne à détermination cutanée, la leucocytose est représentée, comme dans toutes les infections, par la polynucléose.

L'élément éruptif de la *varicelle* consiste en vésicules oblongues à liquide transparent. L'éruption se fait par poussées successives, et on trouve des éléments d'âge différent. La leucocytose varicelleuse est mononucléaire, contrairement à celle avec pustules de Colles.

Le *zona* développé sur un trajet nerveux se distingue aisément.

Les *syphilides cutanées* varioliformes se différencieront par le polymorphisme des éléments et l'anamnèse.

L'*impetigo contagieux* n'est pas toujours facile à distinguer. C'est une dermatose contagieuse et inoculable, caractérisée par la production de vésicules qui aboutissent rapidement à la formation de croûtes mellicériques, qui guérissent sans cicatrices et siègent de préférence à la face.

Le *traitement* de cette pyohémie bénigne, dont la tendance est de guérir spontanément, sera tonique (mets nourrissants et de digestion facile, préparations alcooliques) et local (bains tièdes, faiblement antiseptiques).

G. Milian.

VÉNÉRÉOLOGIE

G. Benoist. *Signification pronostique des adénopathies dans la syphilis secondaire* (*Thèse*, Paris, 1902, Juillet). — L'auteur publie un certain nombre d'observations de malades syphilitiques desquelles il croit pouvoir conclure que : dans les syphilis bénignes, la réaction ganglionnaire est ordinairement très appréciable; dans les syphilis graves, au contraire, les adénopathies manquent ou se manifestent d'une façon discrète.

Sans chercher à interpreter ces faits et trancher la question de savoir si le système ganglionnaire joue un rôle de protection ou non vis-à-vis de la syphilis, M. Benoist pense qu'ils doivent être retenus au point de vue clinique et peuvent servir d'indication non absolue, mais fort utile pour le pronostic de la maladie.

J. Dumont.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE, RADIOLOGIE

Laquerrière et Delherm. *Excitation faradique de l'intestin grêle* (*Bulletin de la Société française d'électrothérapie*, 1902, Janvier). — A la suite de Nysten, l'opinion générale des physiologistes est que les courants faradiques excitent facilement la contractilité de la fibre lisse intestinale. Becquerel, Erb ont trouvé que la faradisation provoquait des contractions et du péristaltisme plus facilement que le courant galvanique. Pour Onimus et Legros il y a resserrement annulaire au niveau des électrodes; des courants faibles stimulent les contractions, des courants forts les atténuent.

Les auteurs ont repris ces expériences en se servant non plus du petit appareil de laboratoire, mais de différents modèles du chariot de Tripier, et toujours seulement d'appareils donnant le courant induit seul.

Ils ont tout d'abord constaté que la grosseur du fil de la bobine induite avait une très grande importance au point de vue de l'excitation intestinale. Avec la bobine à fil fin les contractions au niveau des points de contact et les mouvements en dehors de ces points apparaissent plus rapidement et sont beaucoup plus intenses qu'avec une bobine à fil moyen, et avec cette dernière qu'avec une bobine à fil gros.

Au niveau des électrodes ils ont constaté une stricture qui ne présente pas de différence sensible à chacun des pôles. Contrairement à ce qu'on observe avec le courant continu il y a avec le faradique excitation manifeste des fibres longitudinales dans tout le circuit; cette excitation peut même provoquer de l'invagination de l'anse qui peut s'enfoncer parfois de un ou deux centimètres dans l'anse sous-jacente. Quand les électrodes sont assez rapprochées on observe avec les courants faibles une exagération du péristaltisme, avec des courants forts une contracture en masse de toute l'anse intestinale qui diminue de calibre.

A. Zimmern.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Dusolier. — *Anévrisme de l'aorte abdominale traité par le sérum gélatiné* (*Arch. de méd. et de phar. milit.*, 1902, Juin, p. 507). — Le malade de Dusolier avait été traité sans succès par l'iodure de potassium à l'intérieur. Trois injections de 150 ou 200 grammes de sérum gélatiné à 1 gramme ou 1 gr. 50 pour 100, pratiquées à une semaine d'intervalle, ont amené la disparition instantanée des phénomènes subjectifs et une amélioration très notable des phénomènes objectifs. Chaque injection — fait encore non signalé — a été suivie d'une réaction fébrile de plus en plus intense; ce phénomène était passager et nullement l'effet d'une infection opératoire. Trois injections ont suffi à déterminer une amélioration suffisante de la lésion. C'est donc un succès nouveau de cette méthode de Lancereaux qui est si controversée.

G. Fischer.

E. Weigert. *Les tuberculines; expérimentation, diagnostic, thérapeutique. Revue générale* (*Thèse*, Lyon, 1902). — Dans cette excellente revue générale, l'auteur a réuni et résumé tous les travaux parus sur la question des tuberculines et substances similaires, question encore relativement peu connue en France.

Il nous montre la genèse de la découverte de Koch, les travaux qui l'ont précédée, et ceux qui l'ont suivie. Avant 1890, quelques auteurs avaient proposé en thérapeutique des substances tirées du bacille tuberculeux ou de ses toxines. En 1890, Koch annonce qu'il a trouvé une substance capable de vacciner le cobaye contre la tuberculose et de guérir l'homme tuberculeux; c'est un extrait glycériné de cultures pures de bacilles tuberculeux.

En 1897, Koch lance une nouvelle tuberculine : T R, qui est une véritable émulsion bacillaire.

Après lui, d'autres substances similaires ont été proposées; les unes proviennent de l'épuration chimique de la tuberculine : tuberculine épurée de Koch, tuberculine de Hunter, tuberculocidine de Klebs, tuberculine de Denys (de Louvain); les autres sont obtenues par oxydation de la tuberculine : oxytuberculine de Hirschfelder; d'autres enfin sont employées pour la fabrication d'un sérum antituberculeux : tuberculine de Maragliano, tuberculines de Schweinitz et Dorset, tuberculine de Berhing, tuberculine d'Arloing. Tout récemment encore, Koch a présenté une nouvelle substance (émulsion extemporanée de préparations desséchées de bacilles tuberculeux) destinée à augmenter la puissance d'agglutination du sang des tuberculeux.

L'auteur indique pour chacune de ces substances leurs propriétés physiologiques, leur préparation, les doses et le mode d'emploi, la valeur thérapeutique et diagnostique. Enfin, une bibliographie très complète termine ce travail qui sera extrêmement

utile pour tous ceux qui voudront avoir une vue d'ensemble sur cette question encore si complexe des tuberculines.

S. Bonnamont.

PRATIQUE MÉDICALE

Les vaporisations de chlorure de méthyle dans le traitement du chancre mou.

Il résulte des faits observés par M. Brandweiler à la Clinique du professeur Neumann (de Vienne) que la congélation du chancre mou par les vaporisations de chlorure de méthyle ou d'éthyle donne des résultats très satisfaisants. On procède de la façon suivante :

Après avoir bien étalé la surface chancreuse, préalablement lavée au sublimé, on dirige sur elle, pendant trois à cinq minutes, un jet de chlorure, en ayant soin de tenir le flacon à une distance de 20 centimètres. Lorsque la congélation est complète et que la surface ulcérée est encore recouverte d'une couche neigeuse, on saupoudre le chancre avec de l'iodoforme et on applique pardessus un pansement ordinaire.

Ces vaporisations sont faites deux à trois fois par jour. Sous leur influence, le chancre, dans l'espace de quatre ou cinq jours, se déterge, change d'aspect et se transforme en une ulcération de bonne nature dont la cicatrisation se fait ultérieurement d'une façon normale. Ce résultat a été obtenu 33 fois sur 40 malades soumis à ce traitement.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Léger, Boussenot, Montel, Grossillez, Donnet, Margerie, Chagnolleau, Sorel, Lamoureux, Braud, Verdier, Jousset, Latour, Bougenault, médecins stagiaires.

Institut Pasteur. — Le cours et les manipulations au service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène (3e année) commenceront en Novembre. Ce cours s'adresse spécialement aux pharmaciens, médecins et chimistes industriels.

S'adresser pour renseignements, 26, rue Dutot.

Étranger.

XIVe Congrès international de médecine. — Les organisateurs du Congrès informent MM. les médecins qui ont l'intention d'assister au Congrès de Madrid que les compagnies suivantes ont accordé des réductions sur le prix des billets en faveur des membres du Congrès.

Chemins de fer du nord de l'Espagne et de Madrid à Zaragoza et Alicante : 50 pour 100.

Compagnie transatlantique (espagnole) : 33 p. 100.

Chemins de fer français (Est, Midi, Nord, Ouest, P.-L.M., État et Orléans : 50 pour 100.

Navigazione generale italiana, Compagnies de navigation « Puglia », « Napolitana » et « Siciliana » (nourriture exclue) : 50 pour 100.

On fera connaître les réponses des autres compagnies au fur et à mesure qu'elles parviendront au Comité exécutif du Congrès.

Les *Voyages pratiques*, 9, rue de Rome, Paris (agences et correspondants à Bordeaux, Bruxelles, Londres, Marseille, Naples, New-York, Strasbourg, Toulouse, Zurich, Milan, etc.), s'occupent gratuitement de tout ce qui concerne les voyageurs, renseignements pour l'obtention des billets, excursions, etc.

Le *service des logements* à Madrid est installé en permanence et c'est à lui directement qu'il faut s'adresser (Bureau des logements, Faculté de médecine, Madrid).

Tous ceux qui désireraient recevoir le programme préliminaire du Congrès pourront le demander soit au Comité national de leur pays, soit au Secrétariat général à Madrid.

On rappelle que toutes les communications qui devront figurer au programme définitif devront être annoncées au Secrétariat général avant le 1er Janvier 1903.

Plusieurs demandes sont parvenues au Comité exécutif au sujet de l'extension de l'article 2 du règlement qui parle de l'admission comme membres du Congrès de toutes les personnes étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique ; il va sans dire que cet article s'étend seulement aux professions et sciences ayant une certaine affinité avec la science médicale.

Les adhésions et cotisations (30 pesetas ou 23-25 francs, selon les oscillations du change) peuvent être adressées aux Comités nationaux, ou bien au Secrétariat général à Madrid.

La lutte contre la syphilis. — La deuxième conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes, placée, comme l'on sait, sous le patronage du gouvernement belge, se tiendra à Bruxelles, du 1er au 6 Septembre prochain.

Voici, à ce propos, quelques indications pratiques dont les membres de la conférence se rendant à Bruxelles pourront tirer profit.

31 Août. — Dimanche soir, à 8 h. 1/2 : Réunion (sans cérémonie) des membres de la conférence dans la grande salle des fêtes du Cercle artistique et littéraire (Waux-Hall, rue de la Loi).

1er Septembre. — Lundi matin à 9 h. 1/2 : Ouverture de la conférence, sous la présidence d'honneur de M. le baron van der Bruggen, ministre de l'Agriculture et de l'Hygiène, dans la grande salle du Palais des Académies, rue Ducale.

Le Secrétariat sera ouvert dès le samedi 30 Août (le matin, de 10 heures à midi ; l'après-midi, de 2 à 4 heures) au Palais des Académies, rue Ducale, où auront lieu les séances de la conférence.

Les membres y trouveront les lettres, instructions, documents, etc., qui leur sont destinés, ainsi qu'un livret renfermant des indications détaillées au sujet de l'ordre du jour des séances, des réceptions, etc. Ce livret tiendra lieu de carte de membre de la Conférence.

Hôtels. — Les propriétaires des hôtels désignés ci-dessous ont été avertis et tiendront des chambres à la disposition des membres de la Conférence :

Haut de la Ville. — Hôtel de Belle-vue, place Royale. — Hôtel de Flandre, place Royale. — Hôtel de l'Europe, place Royale. — Hôtel Mengelle, rue Royale. — Hôtel de France, rue Royale. — Hôtel Britannique, place du Trône.

Centre de la Ville. — Grand Hôtel, boulevard Anspach. — Hôtel Central, place de la Bourse. — Hôtel Métropole, boulevard Anspach. — Hôtel du Grand Miroir, rue de la Montagne. — Hôtel de l'Univers, rue Neuve. — Hôtel du Café des Boulevards, place Rogier. — Hôtel de la Poste, rue Fossé-aux-Loups.

Pour tous les renseignements, s'adresser à M. Dubois-Havenith, 19, rue du Gouvernement-Provisoire, Bruxelles.

Un triomphe du féminisme. — Mme A. Vassiliadès, docteur en médecine, a été nommée médecin de la prison des femmes d'Athènes.

C'est la première femme qui est nommée, en Grèce, à un emploi public.

V. E. M.

Voyage de 1902 (stations des Vosges et de l'Est). — Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon d'Alsace, Salins, Besançon-Mouillère. Du 8 au 16 Septembre 1902.

Les *Voyages d'études médicales* sont organisés dans un but d'intérêt général : faciliter aux médecins français et étrangers la visite et la connaissance pratique de toutes les stations thermales et climatériques de France.

Ces stations, très nombreuses et très variées, ont été divisées en plusieurs groupes, d'après leur situation géographique.

Chaque année, au mois de Septembre, un voyage comprend toutes les stations situées dans la même région.

Le voyage d'études médicales de 1902 — comme celui de 1899 aux stations du Centre et de l'Auvergne, celui de 1900 aux stations du Sud-Ouest et celui, de 1901 aux stations du Dauphiné et de la Savoie — est placé sous la direction scientifique de M. Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydro-minérale, ses indications et ses applications.

Sont seuls admis à ce voyage : les médecins français et étrangers et les étudiants en médecine ; les femmes des médecins accompagnant leur mari.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser à M. Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe).

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 25 Août 1902, terme de rigueur.

Pour s'inscrire, envoyer : Son adhésion à M. Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe) : 1° son nom et son adresse lisiblement écrits ; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français ; 3° le jour de l'arrivée à Vittel ;

Sa souscription, 200 francs, à M. le directeur du Crédit lyonnais, agence B., compte V. E. M., place de la Bourse, Paris.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 Août 1902, terme de rigueur.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro 10 CENTIMES — Tome II. N° 69. — Mercredi, 27 Août 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

LA « BRITISH MEDICAL ASSOCIATION »

Manchester, Août 1902.

La pluie tombe sur la ville noire, interminablement. Par moments, un pan de ciel terne s'anime du passage d'un train qui y plaque la tache blanche de sa vapeur. Passants, cycles, cabs, trams, cars se croisent dans une communauté de boue sombre qui s'étale gluante sur les pavés, s'accroche aux façades qu'elle endeuille et monte par les cheminées pour s'épanouir en fumée triomphante, très haut, flottant au vent comme le symbolique drapeau de la formidable industrie d'Angleterre. Cependant Manchester, la métropole du coton, garde correctement le calme qui convient à la respectabilité d'une cité britannique.

Au milieu de ce peuple qui passe, avare de son temps et de ses paroles, indifférent à tout ce qui n'est pas ou ne deviendra pas or, j'ai peine à croire que je sois venu de France jusqu'ici pour parler à ces gens-là du sinus maxillaire. Ne rêvé-je pas? car, entre moi et la réalité, s'interpose un voile fait de fumée et de pluie, de cette pluie qui tombe sur la ville noire, interminablement.

* * *

Au printemps dernier, une lettre m'arriva d'Angleterre. Elle m'annonçait que l'Association médicale britannique se réunirait en Juillet à Manchester; que la section de laryngologie avait mis à son ordre du jour le traitement des suppurations des sinus de la face, et que j'étais désigné pour « introduire la discussion » sur ce sujet.

J'eus quelque étonnement. Je savais bien qu'il existe une Association des médecins de France, où j'ai le tort de ne paraître que rarement; aussi, qu'avais-je à faire avec pareille assemblée de l'autre côté du détroit? Cependant, je pris mes informations; je fis le rapport demandé, je vins le lire, et, des quatre jours ici passés, j'emporte l'impression d'une organisation merveilleuse, dont l'exemple doit tout au moins donner à méditer aux médecins de France.

* * *

La « British medical Association » assemble tous les médecins du Royaume-Uni en un groupement à la fois déontologique et scientifique. Elle est la synthèse de nos assemblées professionnelles, de notre Congrès de médecine et de notre Association de chirurgie, de tous nos Congrès particularistes de spécialités. Depuis soixante-dix ans, elle se réunit chaque année dans une ville différente du royaume pendant les derniers jours de Juillet; à cette époque, sa session n'interrompt pas le temps du travail et ne coupe pas la saison du repos. L'après-midi, l'Association s'assemble en séance plénière, où sont débattus les intérêts professionnels. Le matin, elle se consacre aux discussions scientifiques, et,

dans ce but, elle se dissocie en dix-sept sections : 1° médecine; 2° chirurgie; 3° gynécologie et obstétrique; 4° médecine publique; 5° médecine psychologique; 6° anatomie et physiologie; 7° pathologie générale; 8° ophtalmologie; 9° pédiatrie; 10° laryngologie; 11° otologie; 12° dermatologie; 13° pharmacologie; 14° hygiène industrielle; 15° déontologie; 16° médecine militaire et navale; 17° maladies tropicales.

Simultanément et isolément, ces sections fonctionnent avec la même indépendance que nos divers Congrès français, si disséminés dans le temps et dans l'espace. Une telle solidarité matérielle est le meilleur lien qui puisse encore retenir en un faisceau serré les branches nées du vieux tronc médical, et qui, à mesure qu'elles grandissent et se multiplient, tendent inévitablement à diverger.

La « British medical Association » ne fait pas double emploi avec les sociétés savantes locales de Londres et d'Angleterre; celles-ci reçoivent surtout les communications isolées, la présentation des cas intéressants; la « British medical Association » se donne plutôt pour tâche de mettre au point les questions du jour, de provoquer des discussions générales en des controverses où, malgré son caractère éminemment national, elle convie cependant quelques étrangers. Et voici, dans ce but, comment elle procède. Autant que possible, les rapports les plus importants sont commandés en double à un médecin du Royaume-Uni et à un médecin « continental » parmi ceux qui se sont surtout occupés du sujet en cours; ainsi, des deux côtés du détroit s'établit une émulation féconde. Et, de cette façon, les médecins anglais, bornés ordinairement par l'horizon de leur langue, se mettent aisément au courant des travaux étrangers; leur esprit pratique leur épargne les lectures difficiles.

* * *

Par une rue enfumée, au-dessus de laquelle les trams ont tissé leur toile de trolleys, mon cab me mène à grande allure, longuement entre les maisons noires. Brusquement surgit de la brume une haute tour, et j'entre au Collège d'Owen, où se réunit la « British medical Association »; un de ces grands bâtiments modernes britanniques, fidèles observateurs de la tradition nationale du gothique perpendiculaire, et où les hautes baies ogivales vitrées mettent comme une solennité religieuse. En temps ordinaire, l'Université de Manchester y donne ses cours; mais aujourd'hui elle abandonne tout aux médecins, même sa garde d'honneur d'étudiants qui, sous leur robe noire et leur bonnet carré, guident les visiteurs de leur long bâton de bois blanc.

L'installation matérielle que la « British medical Association » y trouve est de tous points parfaite. Dix-sept amphithéâtres y abritent les dix-sept sections; à la plupart d'entre eux sont adjoints une chambre noire pour projections et une salle d'expositions où l'étalage des instruments et des appareils nouveaux n'est pas un des moindres attraits de la réunion. Salon de lecture, fumoirs élégamment meublés en « modern style » y accueillent confortablement les membres de l'Association et leurs femmes, mais avec cette soigneuse séparation des sexes qui, en Angleterre, se poursuit jusque sur les bancs des promenades publiques. Impossible de s'égarer dans ce dédale universitaire; le plan raisonné en est distribué chaque jour à tout entrant; sur tous les murs sont placardées des affiches indicatrices; on se croirait à une veille d'élections, en France.

En outre, chaque médecin est fourni, dès son arrivée, d'une profusion de documents utiles : guide de la ville de Manchester, guide des excursions aux environs, et, chose précieuse, liste des membres de l'Association présents avec leurs adresses momentanées; cette liste a été dressée et publiée dans la nuit même qui a suivi leur arrivée. En outre, chaque matin paraît le *Daily Journal of the British medical Association*, programme quotidien des travaux et des fêtes, et dont chaque exemplaire forme un volume de cent cinquante pages! Un tel ordre dans une telle activité étonne tous les invités étrangers; mais ce ne doit être qu'un jeu pour les Anglais d'organiser un Congrès, eux qui ont su organiser le monde.

* * *

C'est un événement national que la réunion annuelle de la « British medical Association ». Le *Graphic* publie en vedette le portrait de son Président qui cette année est M. Walter Whiteland, chirurgien consultant à l'Infirmerie royale de Manchester. Et c'est un honneur pour une ville anglaise que d'être choisie pour donner l'hospitalité à ses membres. Les cités britanniques postulent cette distinction. Le bureau de la « British medical Association » examine si elles remplissent les conditions voulues pour donner asile à un tel congrès, et celles qui sont élues prennent rang. On comprend l'émulation d'hospitalité qui s'établit entre elles. La milliardaire Manchester, qui cette année recevait l'Association, lui avait ménagé une réception digne de la réputation d'hospitalité du peuple anglais; les particuliers avaient rivalisé de courtoisie et de générosité avec la municipalité; de sorte que les luncheons intimes, les garden-parties, les matchs de criket alternaient avec les banquets de corps, avec les conversaziones officielles. La carte de membre du Congrès donnait entrée dans tous les clubs; toutes les usines de la région y compris la célèbre fonderie de canons d'Armstrong étaient ouvertes aux congressistes.

Pour les gens moins sérieux, onze excursions dans le nord de l'Angleterre avaient été organisées : dans chacune d'elles, un train spécial menait une bande médicale à une ville dont la municipalité la recevait officiellement, où conduisait à un château dont le lord avait préparé sous le prétexte d'un simple thé, une fête champêtre inoubliable. Et c'est ainsi que les médecins sont traités de l'autre côté du détroit.

Je conserverai longtemps le souvenir de la curieuse soirée d'inauguration à l'Owens-Collège : dans les splendides galeries d'histoire naturelle, les professeurs aux robes écarlates recevaient les « members with ladies »; c'était un contraste étrange que le défilé des décolletages entre les alignements des vitrines anatomiques; les épaules nues frôlaient les omoplates; les bras cerclés d'or se comparaient aux humérus articulés de cuivre : vraiment, on fêtait la science.

La Conversazione du Town-hall, qui clôtura le Congrès fut éblouissante. Sous son habit de velours noir paré du collier d'or, le lord-maire semblait présider une réception royale. Ce fut comme une reconstitution de notre célèbre fête du Luxembourg grossie à plusieurs diamètres : non pas une mais quatre salles de concerts simultanées; des buffets nombreux, et un vestiaire instantané.

Surtout les invités étrangers se rappelleront le colossal dîner statutaire; l'immense tente abritant sept cents couverts; chaque table méthodiquement affectée à une section, de sorte que les discussions commencées le matin entre spécialistes de toutes marques s'y pouvaient continuer d'une façon moins agressive pour aboutir à un accord final, scellé par le champagne extra-dry. Derrière le président un clairon sonnait aux toasts, et, de temps en temps, les rires cessaient, les conversations s'arrêtaient, tandis qu'en notes lentes et solennelles, l'hymne anglais montait et planait sur l'auditoire debout, pour rappeler à tous qu'au dessus de leur science et de leurs travaux il y a quelque chose de plus sacré qui est la patrie anglaise. Et si grande est l'émotion qui s'élève à ce moment que les étrangers eux-mêmes se recueillent instinctivement en attitude de respect.

* * *

Or, en discutant avec les membres de ma section, hôtes anglais et invités allemands, j'eus clairement cette sensation que, quoi qu'on en pense, la science a plusieurs patries, et qu'en argumentant sur des procédés opératoires ou des méthodes thérapeutiques, chacun luttait au fond pour la prééminence de son pays. J'en eus surtout la notion nette quand je vis mes auditeurs allemands charger en bloc contre les méthodes françaises dont je me faisais le défenseur; et, comme il y a trente ans aux plaines de l'est, aujourd'hui encore ils avaient l'avantage du nombre.

Il faut sortir de France pour faire presque partout cette dure constatation que la science médicale française compte peu à l'étranger, et que pour un de nous qu'on signale, dix noms germaniques sont cités. Et nous nous imaginons qu'il y a là contre nous un parti pris : Que non pas ! Mais la science s'exporte comme une marchandise; à chaque foire médicale les savants allemands arrivent ainsi que les commis voyageurs de leurs Universités; tandis que nous, tranquillement nous attendons dernière nos comptoirs qu'on se donne la peine de venir prendre livraison des produits de notre fabrication intellectuelle. Il n'est que temps de faire autrement; nous devons nous montrer sur tous les marchés internationaux de la médecine, offrir nos méthodes, faire l'article pour nos procédés et, sachant partiellement sacrifier nos vacances, nous rappeler que le voyage à un congrès doit être envisagé non comme une excursion de plaisir, mais comme un acte de devoir.

Il y avait tout au plus à Manchester trois ou quatre Français : Henri de Rothschild que le hasard me fit rencontrer entre deux tables; Comby, que jamais je ne pus arriver à rejoindre. Il y avait au contraire un groupe de maîtres allemands, et non des moindres : Liebreich, Baginsky, Kilian, Grunwald. Et tandis qu'épars au milieu de la foule anglaise, nous Français n'avions pour nous retrouver que la promiscuité des salles de lecture, eux s'assemblaient au cercle allemand, morceau de sol teuton planté au sein de la terre britannique. Je fus, en raison de vieilles amitiés personnelles, convié à ces repas arrosés de bière de Munich, avec, sur la cheminée, le buste du vieux Guillaume, image de la grandeur de l'empire : et voici ce que j'y entendis. Un professeur de Berlin se leva et dit : « Mes chers compatriotes, quand je reçus de la « British medical Association » l'invitation de venir à Manchester lire un rapport, mon premier mouvement fut de refuser cet embarassant honneur. Ma paresse me disait : ne trouble pas ton repos des vacances; reste donc avec tes enfants et jouis quelque temps du foyer familial, si peu souvent goûté du médecin. Mais une autre voix s'éleva plus impérieuse : travaille et pars, dit-elle, car tu es Allemand, et rien ne doit t'arrêter quand il s'agit de grandir ou d'étendre le renom de l'Allemagne. »

Et pendant qu'il parlait, je compris que l'idée de patrie est si haute qu'il faut le recul que donne le séjour à l'étranger pour en pouvoir admirer la grandeur.

* * *

Sur toutes les mers du globe, sans cesse nos vaisseaux de guerre naviguent pour montrer dans les eaux lointaines nos trois couleurs afin que nul ne les ignore ou ne les oublie. Comme eux, il nous faut, dans les congrès, sans relâche porter notre langue et nos idées, pour faire savoir aux savants étrangers qu'il y a et qu'il doit toujours y avoir une France. C'est ainsi que, médecins français, nous servirons notre pays.

Marcel Lermoyez.

Ecole de l'Ile de France à Liancourt (Oise). (*Imprimerie et librairie centrale des chemins de fer*, 20, rue Bergère, Paris.)

Nouveau procédé rapide pour l'analyse chimique de l'eau, par MM. Profuet et E. Hue, 1 brochure de 36 pages, 1 fr. 50. (*Maloine*, éditeur, Paris).

INSUFFISANCE HÉPATIQUE AIGUE

Par LAIGNEL-LAVASTINE
Interne des hôpitaux de Paris.

Dans le service de notre maître, M. André Petit, nous avons eu occasion d'observer chez six malades un syndrome survenant brusquement au cours d'infections graves, et caractérisé essentiellement par l'*apyrexie*, des *vomissements verts* et un *érythème*.

Le résumé de ces observations concernant cinq typhoïdiques et un pneumonique met en évidence les symptômes suivants dont la réunion donne à la maladie une allure spéciale : dans l'observation I : chute thermique, vomissements verts, hoquet, selles grises, érythème morbilliforme, congestion conjonctivale, hallucinations de la vue, délire de négation, idées de mort; dans l'observation II : chute thermique, vomissements verts, érythème morbilliforme et scarlatiniforme, congestion conjonctivale, urobilinurie, idées de mort; dans l'observation III : chute thermique, vomissements verts, hoquet, érythème morbillo-scarlatiniforme, congestion conjonctivale, urobilinurie, idées de mort; dans l'observation IV : douleur abdominale aiguë, chute thermique, vomissements verts, hoquet, érythème maculeux, diarrhée jaune pâle, mousseuse, subictère, urobilinurie, idées de mort; dans l'observation V : chute thermique, vomissements verts, hoquet, érythème diffus, diarrhée pâle, urobilinurie, agitation nocturne; dans l'observation VI : baisse thermique, nausées, diarrhée jaune pâle mousseuse, épistaxis, augmentation de volume du foie, douleur hépatique, urobilinurie, idées de mort. De cette énumération se dégage un syndrome caractérisé essentiellement par la *chute de la température, les vomissements verts* et l'*érythème*. Ce syndrome, très net dans les cinq premières observations, n'est qu'indiqué dans la sixième par un *abaissement de la température et des nausées*.

A ces trois symptômes cardinaux s'ajoutent des troubles moins spéciaux : 1° d'une part, l'*urobilinurie*, la *diarrhée pâle*, la *tuméfaction douloureuse du foie*, les *hémorragies des muqueuses*; et 2°, d'autre part, les *nausées*, le *hoquet*, le *délire*, les *hallucinations*, l'*agitation nocturne*, les *idées de mort*.

Ce dernier sous-groupe est trop banal dans la fièvre typhoïde pour prendre une valeur séméiologique. Néanmoins, nausées et hoquet ressortissent au mécanisme du vomissement, et partant peuvent être considérés comme ses homologues. Et, parmi les troubles mentaux, les idées de mort ont une bien grande fréquence pour ne pas attirer l'attention, surtout au point de vue pronostic.

Le premier sous-groupe ressortit évidemment à une insuffisance hépatique, mais il peut être produit par une insuffisance hépatique légère. Or, celle-ci est la règle dans la fièvre typhoïde. Il en résulte que ces symptômes n'ont qu'une valeur indicatrice secondaire. Reste donc à interpréter la valeur de la triade caractéristique.

D'abord, chacun des trois signes pris en particulier peut avoir des causes diverses, et par sa prédominance entraîner des erreurs de diagnostic.

1° La *chute brusque de la température* fait immédiatement songer, par un véritable réflexe, à la perforation ou à l'hémorragie intestinale. Il faut toujours penser à une troisième cause : l'insuffisance hépatique. Dans ce cas, le *pouls est parallèle à la température*, a la force, la régularité, la vitesse d'un pouls presque normal. C'est l'examen du pouls, plus que tout autre signe, qui, dans l'observation IV, permit d'éliminer la péritonite par perforation ;

2° Les *vomissements verts* aussi font penser à la péritonite. Après avoir éliminé les vomissements en rapport avec une grossesse, une péricardite, une méningite, une néphrite, l'ingestion de caféine, une intoxication médicamenteuse, il faut encore penser à l'insuffisance hépatique avant de les rapporter à la péritonite;

3° Enfin l'*érythème* est, des trois symptômes, celui qui jette dans le plus grand embarras. On songe à la rougeole, à la scarlatine, à la variole, à une streptococcie, une staphylococcie, une éruption médicamenteuse, par l'antipyrine, par exemple; on incrimine l'eau du bain, qui infecte secondairement les téguments susceptibles du typhoïdique.

De toutes ces causes, l'infection par l'eau du bain et l'intoxication par l'antipyrine sont

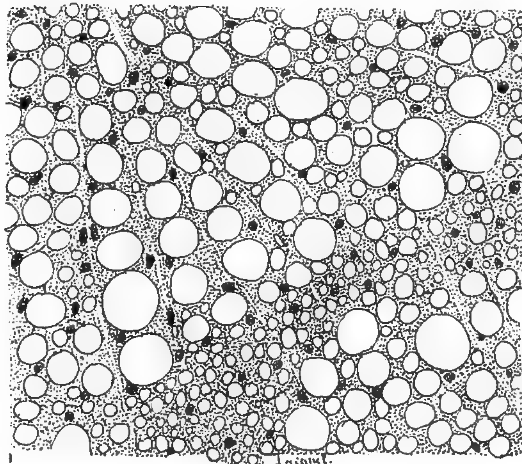


Figure 1. — Dégénérescence granulo-graisseuse du foie.

les deux plus fréquentes, mais grande nous paraît être aussi l'influence pathogénique de l'insuffisance hépatique. De nos malades, le premier seul prit de l'antipyrine, mais trois jours avant l'éruption. Quant à l'influence des bains, elle est certainement nulle dans l'observation V, la malade n'en ayant pas pris, et peu probable dans les observations II et III, les malades n'en ayant pris qu'un.

D'autre part, l'érythème avec ses macules, ses marbrures et ses plaques, avec ses petites vésicules aux régions soumises à des pressions, n'est pas, en ses différents points, semblable à lui-même, et se distingue facilement des fièvres éruptives.

Chacun de ces trois symptômes, chute de la température, vomissements, érythème, peut dépendre de causes variées.

Quand ils coexistent, est-on en droit de les ramener à un trouble fonctionnel unique? Cette question a été posée et résolue il y a deux ans par M. H. Roger qui, à propos de deux cas analogues aux nôtres, a rapporté le syndrome — chute de la température, vomissements bilieux, érythème — à l'insuffisance hépatique aiguë, s'appuyant sur l'examen nécropsique du foie qui lui montra une quantité de graisse quatre fois plus grande qu'à l'état normal, et sur l'expérimentation, qui lui permit de reproduire la chute de la température chez le lapin en injectant dans les voies biliaires une solution étendue d'acide acétique [1].

Dans nos observations, nous pensons pouvoir également rapporter le syndrome observé à l'insuffisance hépatique.

La *méthode anatomo-clinique* permet de constater l'altération du foie et du rein.

Un simple coup d'œil sur une préparation de *foie* vue au microscope rend inutile une longue description (voir fig. 1).

La *dégénérescence granulo-graisseuse* est telle que le tissu est transformé en une vraie *dentelle*. Les vacuoles tangentes les unes aux autres perforent à ce point le protoplasma que chaque cellule des travées hépatiques est réduite à deux ou trois petits triangles minuscules séparés les uns des autres.

Ce n'est pas là l'aspect ordinaire du foie des typhoïdiques. Nous avons comparé nos préparations actuelles avec d'autres préparations faites avec des foies de typhoïdiques morts aux vingtième, trentième et trente-huitième jours de fièvre continue. La dégénérescence granulo-graisseuse existait mais nettement localisée surtout dans les régions péri-lobulaires et n'envahissait jamais toute une travée.

L'examen microscopique du *rein* confirme l'examen macroscopique. Chez les uns (obs. V) l'altération des cellules de Heidenhain des tubes contournés est tellement intense qu'il est impossible au milieu d'un magma teinté en rose jaunâtre par l'hématoxyline-éosine, de distinguer les limites d'une cellule ou la silhouette d'un noyau.

Dans d'autres reins (obs. IV) l'altération est un peu moindre ; les cellules sont séparées les unes des autres, et, dans leur protoplasma pâle et granuleux un noyau est visible toutes les 10 cellules.

Dans tous les cas, le maximum des lésions est au niveau des tubes contournés.

Par contre, les tubes droits sont à peu près intacts.

Quelques glomérules sont légèrement enflammés.

Sous la capsule sont disséminés quelques îlots de cellules rondes.

En de rares endroits fait tache une petite infiltration sanguine. Nulle part ne se voit d'inflammation chronique.

En résumé, lésion maxima des tubes contournés, avec intégrité de la substance médullaire.

Ces altérations permettent-elles de faire de nos observations des fièvres typhoïdes à forme rénale ? Les vomissements, les érythèmes, les urines rares, foncées, albumineuses sont des symptômes qui permettent la discussion, car ils s'observent dans la forme rénale.

Mais, outre qu'il est impossible de séparer complètement les symptômes hépatiques des symptômes rénaux, parce que souvent les mêmes troubles dépendent d'une insuffisance simultanée des deux organes, nous pensons qu'ici nettement la prédominance revient aux altérations hépatiques.

Mieux que la méthode anatomo-clinique, la *méthode physio-pathologique* nous permet, en nous montrant associés à notre syndrome les signes secondaires de l'insuffisance hépatique, de le rapporter à cette insuffisance.

1. H. Roger. — « Fièvre typhoïde à forme hépatique ». *La Presse Médicale*, 1900, 28 Février.

Les analyses d'urine, la diminution de l'urée dans les urines, l'urobilinurie, l'albuminurie, la diminution de la bilirubine et de la biliverdine dans la bile, la stéarrhée, l'hypocholie, les hémorragies fréquentes, etc., rendent évidente chez le malade qui n'est pas mort et chez ceux dont l'autopsie n'a pas été faite l'insuffisance hépatique.

Cette insuffisance qui fut à grand fracas dans les cas de fièvre typhoïde fut plus modeste dans les cas de pneumonie; mais les nausées, les hémorragies, l'acholie, la stéarrhée, la baisse de température, la douleur et la tuméfaction du foie, tout en ne constituant qu'un syndrome fruste, n'en forment pas moins un syndrome évident d'insuffisance hépatique.

* * *

La fréquence de cette insuffisance hépatique aiguë rencontrée six fois en peu de temps doit-elle être rapportée au génie épidémique, à la médication ou au malade ?

Quoique l'épidémie actuelle soit grave, nous ne pensons pas que cette gravité suffise à elle seule à tout expliquer, car, à côté de formes sévères, on rencontre de nombreux cas bénins.

La thérapeutique très simple et classique (bain à 22° à partir de 39°, bouillon et lait, lavement froid à l'eau bouillie, sulfate de quinine 0,50 par jour, injections sous-cutanées de caféine quand le cœur faiblit) ne nous paraît pas pouvoir être incriminée.

Reste le malade. Notre première malade était blanchisseuse, avait eu la scarlatine et venait d'être opérée pour une salpingite double.

Notre deuxième était imprimeur.

Notre troisième était albuminurique.

Notre quatrième avait un passé alcoolique.

Notre cinquième était enceinte de quatre mois.

Seul, notre sixième malade n'avait pas de passé pathologique connu.

Chez les cinq premiers, on s'explique donc que les cellules hépatiques et rénales aient pu être lésées antérieurement, et, de ce fait, devenir insuffisantes au cours de l'infection, les altérations rénales contribuant, plus que toutes autres, aux altérations hépatiques.

Le diagnostic d'insuffisance hépatique posé, comment remédier à cette insuffisance?

Peut-être pourrait-on tenter, malgré l'incertitude de son mode d'action, l'opothérapie hépatique? La gravité de la situation permet pareille entreprise.

* * *

Voici maintenant nos observations très résumées.

Observation I. — Blanche V..., blanchisseuse, âgée de vingt et un ans, entre le 11 Octobre 1901 à l'hôpital de la Pitié, salle Trousseau, n° 12.

Antécédents personnels. — Scarlatine à quatre ans et demi. Hystérectomie abdominale totale il y a trois mois, pour salpingite double.

Début de la fièvre actuelle, le 4 Octobre.

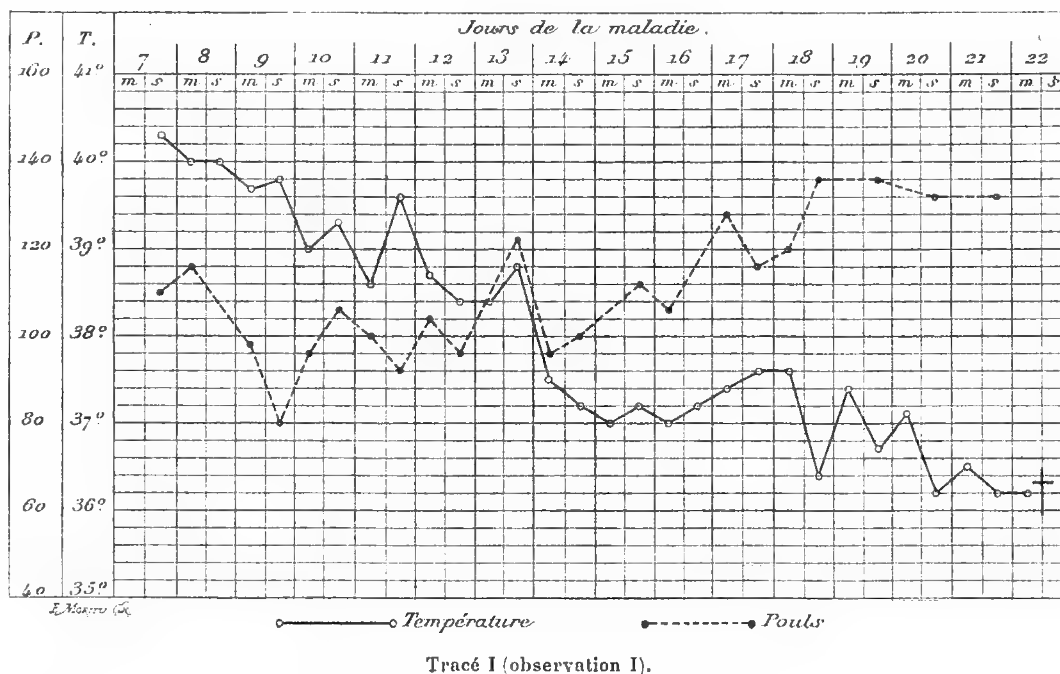
11 Octobre. Température : 40°. Pouls : 108, dicrote; rate de 10 centimètres; foie normal.

12 Octobre. Apparition de taches rosées lenticulaires sur la partie médiane de l'abdomen.

13-16 Octobre. Évolution ordinaire. Pas d'albumine.

Le 17 Octobre, apparaît une *éruption de macules de 5 à 6 millimètres de diamètre à bords déchiquetés*. Température matin : 38°4, soir : 38°8. Pouls : 100, 112. Agitation et cris.

Le 18 Octobre la malade est prise brusquement de *nausées* et de *vomissements alimentaires*, en même temps que la température, qui oscillait les jours précédents entre 40° et 38°4, tombe à 37°2 le matin, à 37°4 le soir, le pouls battant à 90 le matin, à 96 le soir. Les selles, rares (deux en vingt-quatre heures), sont verdâtres.



Tracé I (observation I).

Depuis lors, jusqu'à la mort survenue le 26 Octobre, *la température n'est jamais remontée au-dessus de* 37°6, se maintenant le plus souvent entre 36°2 et 37° (voir la courbe de l'observation I). *Les vomissements devenus bilieux* dès le 18 au soir, se sont répétés tous les jours, accompagnés de hoquet dans les deux derniers jours.

L'éruption maculeuse morbilliforme à maximum sur l'abdomen persista jusqu'à la mort. Elle s'accompagna, la veille de la mort, de larges marbrures rouges disséminées sur la peau, et de *congestion intense des conjonctives*.

Le selles devinrent de plus en plus diarrhéiques et pâles. Le 26, elles étaient grises.

L'état mental a subi parallèlement des changements importants.

A l'agitation du début accompagnée de cris perçants, fit place du 12 au 20 Octobre un état de subdélire tranquille.

Le 21, le délire dure toute la journée. Le matin, la malade a des *idées de négation et de mort*. Elle n'a plus qu'un doigt. Elle va mourir. Le soir elle a des hallucinations de la vue. Elle voit une petite fille qui veut la voler. Aussi, pour lui échapper, essaie-t-elle de se lever du lit.

Le 22, sa torpeur est telle que lorsqu'on lui ordonne d'ouvrir les yeux, elle prend un air extatique et reste dans la même position longtemps après qu'on ne s'occupe plus d'elle; quand elle ferme les yeux, ses paupières frémissent; elle ne vomit pas, mais crache constamment.

Du 22 au 26, le cœur faiblissant, abaissé, présente successivement un souffle systolique, un frottement péricardique, et, finalement, de l'embryocardie avec tachycardie. Hoquet. Urines foncées et albumineuses. Urobilinurie. Stupeur. Soubresauts de tendons.

Langue rôtie.

Séro-diagnostic positif.

Autopsie. — Le *foie*, de 1.470 grammes, est marbré de grandes plaques jaunâtres dont la superficie totale est au moins les cinq sixièmes de l'organe.

Les *reins*, pesant chacun 100 grammes, sont grisâtres.

Fausse membrane de péricardite sur la face antérieure du ventricule gauche. Pas d'ulcérations visibles des plaques de Peyer. Rate : 220 grammes.

Observation II. — André G..., âgé de dixneuf ans, imprimeur, entre le 14 Octobre 1901 à l'hôpital de la Pitié, salle Rayer, n° 33. Souffrant depuis quelque temps, il est malade depuis trois jours et se plaint de courbature et de mal de tête. Température : 38°6. Pouls à 110, dicrote. Verre de Gubler : urates, albumine, indican. Rate : 6 centimètres. Pharynx rouge, langue rouge sur les bords, constipation, céphalée frontale, vertiges. Jusqu'au 18, la maladie évolue normalement. La température est montée progressivement à 39°5. Le 18, apparaissent sur l'abdomen quelques taches roses lenticulaires très discrètes. En même temps surviennent des *vomissements* et la température *tombe de* 38°8 *à* 37°8, *puis* 37°, *en même temps que le pouls de* 110 *descend à* 100.

Le 21, existe une *éruption maculeuse généralisée morbilliforme* sur le thorax et l'abdomen, *scarlatiniforme* à la face interne des cuisses. Les vomissements, d'abord alimentaires, sont devenus bilieux.

Le 22, après une *nuit très agitée*, le malade, très fatigué, vomit constamment des matières verdâtres. Il a les *conjonctives très congestionnées*.

L'éruption cutanée a évolué. On voit au centre des macules une petite vésicule microscopique. Au niveau des fesses, on constate une ou deux vésicules un peu plus volumineuses et dont le liquide blanchâtre est déjà purulent. Urines albumineuses. *Urobilinurie.* Séro-diagnostic négatif.

Le malade, suffisamment conscient pour

comprendre la gravité de sa maladie *a peur de la mort* et veut absolument s'en aller de l'hôpital. Sa famille l'emmène dans un état désespéré.

Nous n'avons eu aucun renseignement sur la fin de la maladie.

Observation III. — Louise C..., infirmière, âgée de vingt ans, était souffrante depuis huit jours quand elle se couche le 29 Janvier au n° 34 de la salle Laënnec à l'hôpital de la Pitié.

Très effrayée de tomber malade, elle a le pressentiment qu'elle va avoir la fièvre typhoïde et qu'elle en mourra.

Quatre ans auparavant, au cours d'une grossesse, elle a été albuminurique.

Du 29 Janvier au 2 Février, la fièvre typhoïde évolue normalement. Température 39°-39°5. Pouls 110, dicrote. Apparition de taches rosées lenticulaires le 1er Février, taches larges et prédominant à la racine des cuisses.

Le 3 au matin, la malade n'est pas reconnaissable. Les *conjonctives congestionnées*, la face rouge, le torse couvert d'un *érythème en macules* sur la poitrine, l'abdomen et les membres, et en placards sur le dos, forment un ensemble qui donne aux externes l'impression d'une *rougeole*. Ils demandent si l'on va envoyer la malade à l'hôpital de la porte d'Aubervilliers.

La malade vomit depuis la veille au soir. Les vomissements sont *bilieux*.

La *température, qui, à la visite du matin, était de* 38°8 (*pouls* 110), est à la contre-visite de 37° (*pouls* 120). Du matin au soir, l'éruption s'est modifiée; elle a pâli, en même temps qu'au centre des taches rouges des jambes sont apparues de petites vésicules.

Jusqu'à la mort survenue le 6 Février, les vomissements n'ont pas cessé un instant, accompagnés de hoquet. L'éruption érythémateuse disparut presque complètement le 4; les vésicules se transformèrent en pustules, la température oscilla par soubresauts de 37° à 39° pour monter à 40°4 quelques heures avant la mort. Urines couleur bouillon de bœuf très albumineuses depuis le 4. Cylindres hyalins et granuleux. *Urobilinurie*. Séro-diagnostic positif.

L'autopsie n'a pas été faite.

Observation IV. — Eugénie L..., âgée de quarante-sept ans, entre le 10 Janvier 1902 salle Laënnec, n° 40, à l'hôpital de la Pitié.

Elle est souffrante depuis quinze jours et a l'aspect typhoïde.

Le 11, à la visite du matin, on constate sur l'abdomen des taches rosées lenticulaires. Température 39°, pouls 100.

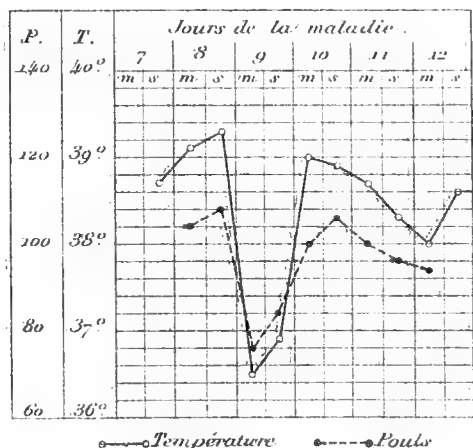
Un lavement donné à la malade est rendu sous forme d'eau sale à peine teintée.

A 3 heures de l'après-midi la malade est prise brusquement d'une douleur dans la moitié droite du ventre avec vomissements verts et jaunes. Température 39°3, pouls 106. Glace sur l'abdomen.

Pendant la nuit les vomissements continuent.

Le dimanche 12, au matin, en raison d'une *chute brusque de la température à* 36°5, des vomissements verts incoercibles et du hoquet, l'interne de garde est appelé avant la visite. Il incline fortement vers le diagnostic de *péritonite par perforation intestinale* et songe à l'opération.

A la visite, constatant d'une part les vomissements, le hoquet, l'hypothermie et la cyanose des extrémités, mais d'autre part 92 pulsations et 18 inspirations à la minute, un pouls petit mais égal, une respiration calme, un nez ni pincé, ni palpitant, une langue rouge mais humide, un abdomen non ballonné, une défense musculaire des parois peu sensible et les matités hépatique et splénique conservées, on se croit en droit d'éliminer l'hypothèse de perforation intestinale et partant le traitement chirurgical. A la contre-visite, la température est à 37°; le pouls, à 80, est moins faible; le hoquet et les vomissements ont cessé; il n'y a plus que des nausées; le ventre est encore douloureux et dur dans la moitié supérieure droite.



Tracé II (observation IV).

Le 13 Janvier, dixième jour de la maladie, la température est remontée à 39°, le pouls à 100. (Voir la courbe de l'observation IV.) La maladie, interrompue par cet épisode aigu, reprend sa marche.

Le 20 Janvier, nouvelle éruption de taches rosées lenticulaires. Température 39°6, pouls 120, dicrote.

Le 26, brusquement, le hoquet reparaît, extrêmement violent; température 38°, pouls 108.

Le 27, l'état s'aggrave : *hoquets, nausées, éruption de macules* de 1 centimètre de diamètre disséminées sur la face, le thorax, l'abdomen, les membres inférieurs et les faces dorsales des mains.

Le 28, même état. Température 38°. Le 29, la température tombe à 37°. Le hoquet dure toujours; on voit encore quelques taches sur l'abdomen.

Le 30, le hoquet disparaît; mais le 31 s'installent des *vomissements verts* qui vont dès lors se reproduire presque chaque jour. Température 37°4 le matin ; 40°2 le soir.

Pendant les vingt premiers jours de Février, la température oscille le plus généralement entre 36°8 et 38°4, avec quelquefois des hyperthermies brusques et momentanées (40°8 le 2 Février). Le cœur prend peu à peu le rythme fœtal. La malade dans un subdélire entrecoupé d'instants lucides, où paraît *la crainte de la mort*, se cachectise.

Dans la semaine qui précède la mort, survenue le 1er Mars, les vomissements bilieux reprennent. La peau est subictérique, mais du jaune sale indécis de l'*ictère métapigmentaire*. Cette peau, jaunâtre et sèche, garde longtemps l'empreinte des plis qu'on lui fait. Les conjonctives aussi sont jaunâtres. La *diarrhée, très fluide et mousseuse, est onctueuse et d'un jaune si pâle qu'elle tache à peine le linge*. Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

Urines albumineuses. *Urobilinurie* intense. Séro-diagnostic positif.

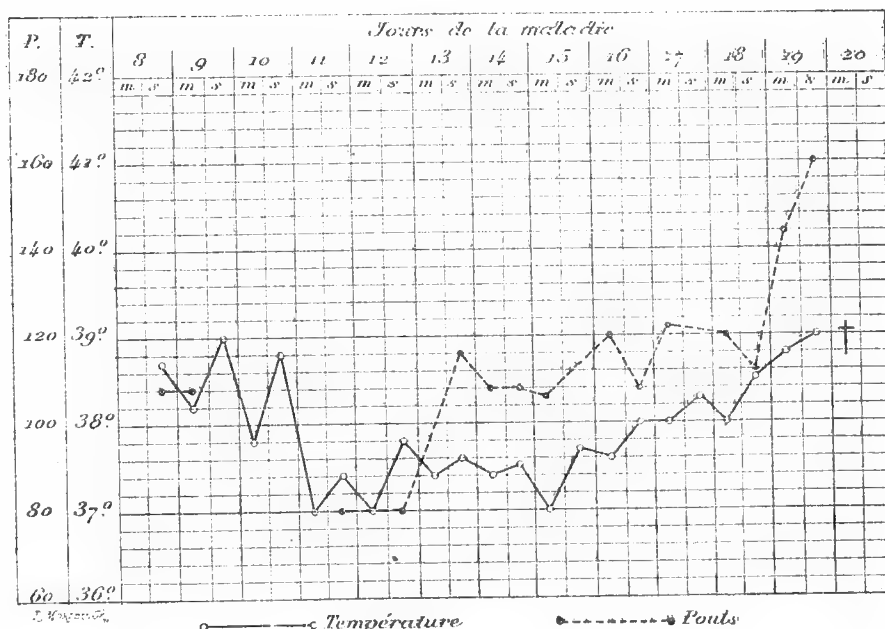
A *l'autopsie*, faite le 2 Mars, on trouve un péritoine absolument sain, un *foie* de 1.700 grammes *blanc jaunâtre*, totalement dégénéré, une vésicule biliaire remplie d'une bile couleur de suie ; des reins, pesant, le droit 150 grammes, le gauche 145 grammes, facilement décortiquables et présentant une substance corticale granuleuse et pâle ; une rate de 290 grammes; un cœur de 230 grammes, flasque, à valvules saines, et enfin un tube digestif présentant des ulcérations cicatrisées des plaques de Peyer au niveau de l'iléon, mais nulle part aucune trace de perforation.

Observation V. — Madame C..., cartonnière, âgée de vingt-trois ans, entre le 20 Février 1902, salle Laënnec, n° 33, à l'hôpital de la Pitié.

Elle est *enceinte* de quatre mois, et malade depuis huit jours.

Le lendemain de son entrée, 21 Février, apparition de *taches rosées lenticulaires* et tableau ordinaire de la fièvre typhoïde au neuvième jour.

Jusqu'au 23, évolution normale; température 38-39°.



Tracé III (observation V).

Le 23 Février, onzième jour de la maladie, la *température tombe brusquement à* 37°. (Voir la courbe de l'observation V). L'apyrexie, interrompue à peine pendant trois ou quatre heures chaque jour par une élévation de 8 à 10 dixièmes de degré va persister jusqu'au 1er Mars.

Le 24, apparaissent les *vomissements verts* qui vont durer sans interruption jusqu'à la

mort survenue le 4 Mars ; l'abdomen est douloureux dans la région épigastrique.

Le 27, aux vomissements verts et à l'apyrexie vient s'ajouter *l'éruption érythémateuse. Des taches rouges mal limitées marbrent l'abdomen et le thorax.*

Le manche du marteau percuteur promené sur la peau y détermine une raie rouge à bords diffus large de 2 à 3 centimètres.

Le 2, l'état mental jusqu'alors normal se modifie. A l'agitation extrême de la nuit succède une torpeur complète. En plus de l'éruption et des vomissements apparaît le *hoquet. La diarrhée*, très abondante, très liquide et très *pâle*, contient quelques points noirs ressemblant à du sang. Les gencives saignent ; les dents, la langue, les lèvres ont des fuliginosités. Le foie déborde les fausses côtes.

L'éruption érythémateuse est devenue *papulo-pustuleuse* en tous les points du tégument qui subissent une pression quelconque : aux fesses, aux genoux, aux mollets, à la face dorsale des avant-bras.

Bruit de galop ; pouls à 120. Tension artérielle 10 cm. 5.

Urines foncées ; albumine à flots, *urobiline* en très grande quantité ; urée : 10 grammes par litre.

Le 3, l'état est désespéré. Mort le 4 Mars au matin.

Séro-diagnostic positif.

Autopsie. — En plus des constatations banales (cœur de 300 grammes, à myocarde ferme, poumon droit de 600 grammes congestionné à la base, poumon gauche de 400 grammes également congestionné, cerveau de 1.300 grammes, thyroïde de 20 grammes, rate de 150 grammes, molle, avec un infarctus blanc, pancréas de 70 grammes, surrénale gauche de 10 grammes rouge à l'un de ses pôles, intestin grêle congestionné avec deux ulcérations cicatrisées dans le jéjunum et deux autres à la fin de l'iléon, gros intestin et estomac normaux, utérus contenant un fœtus de quatre mois), le foie, de 1.700 grammes et les reins, de chacun 160 grammes, attirent particulièrement l'attention.

Le *foie*, d'une coloration générale jaune clair, n'a pas partout exactement la même tonalité. La dégénérescence, totale dans tout le lobe gauche, a respecté dans le lobe droit quelques petits îlots jaune brunâtre, qui paraissent formés de tissu moins altéré. Au niveau de ces îlots et dans leur voisinage, on voit, à la surface du foie, de petites étoiles veineuses qui n'existent pas plus loin. La surface de section, jaune et lisse, laisse très facilement pénétrer la pulpe de l'index. Un papier appliqué sur la tranche hépatique montre, séchées, des taches de graisse. La vésicule biliaire, non distendue, contient une bile très fluide et vert sale.

Les *reins* sont très congestionnés, cyanotiques. Ils se décortiquent. Ils saignent à la coupe. Lavée à l'eau, la coupe longitudinale montre la substance corticale violet clair et granuleuse ; la substance médullaire est plus sombre.

Observation VI. — Marius J..., tailleur, âgé de vingt-six ans, entre le 20 Janvier 1902 salle Jenner, n° 40, à l'hôpital de la Pitié.

Il a été pris brusquement, deux jours auparavant, d'un frisson et d'un point de côté droit.

Jusqu'au 22, évolution ordinaire d'une *pneumonie du lobe inférieur droit.*

Le 23 Janvier, *sixième jour de la maladie*, la température, qui, les jours précédents, s'était graduellement abaissée de 39°7 à 39°1, s'abaisse à 38°4, en même temps que le pouls reste à 120 et que l'état général s'aggrave. Le malade, très pâle, a des *épistaxis* qui se renouvellent depuis la veille.

Nausées, selles liquides, mousseuses et complètement décolorées ; foie douloureux à la pression et débordant de deux travers de doigt les fausses côtes, alors qu'il ne les débordait pas le jour de l'entrée ; urines peu abondantes (500 cc.), albumineuses et *urobilinuriques* ; tous ces signes paraissent indiquer une atteinte hépatique.

Le lendemain 24, la température est remontée à 40°. L'état est extrêmement grave. Le malade *se sent mourir* et fait à l'infirmière ses dernières recommandations. Il tombe dans une torpeur subdélirante. Le cœur a le rythme fœtal. Le pouls, très mou, bat à 140. L'expectoration, rare et gluante, est rose saumon.

Le 26 Janvier débute la défervescence ; une transformation immédiate se produit.

Le malade, le 22 Février, sort guéri.

***

En plus des deux observations de H. Roger et des nôtres, peu de cas analogues ont été publiés dans les climats tempérés, car la forme hépatique, d'après Crespin, s'observe fréquemment dans les pays chauds.

En France, Guéneau de Mussy, dans le troisième volume de ses Cliniques consacré à la fièvre typhoïde, rapporte une observation de Leudet où la tuméfaction du foie coïncida, au douzième jour d'une fièvre typhoïde, avec une chute brusque de température de 39°9 à 35°5. Il insiste, après Hoffmann et Chedevergne, sur la fréquence et l'intensité de la stéatose hépatique, mais il n'individualise pas une forme hépatique de la maladie.

De même M. Legry, dans sa thèse (1890), rapporte deux observations, l'une d'éruption de taches bleuâtres ecchymotiques, l'autre de chute de la température, où l'on trouva à l'autopsie une dégénérescence granulo-graisseuse extrêmement marquée ; mais il ne range pas ces deux cas dans un groupe spécial.

La forme hépatique de la fièvre typhoïde est donc décrite et classée ; néanmoins, elle n'est pas encore classique. Aussi avons-nous cru utile de rapporter ces quelques observations où un syndrome peu connu, auquel on ne songe pas, a fait faire des erreurs de diagnostic aussi opposées que celles de rougeole et de péritonite par perforation [1]

LE TRAITEMENT ARRHÉNIQUE DES FIÈVRES PALUSTRES EN ALGÉRIE

Par A. COCHEZ
Professeur à l'École de médecine d'Alger.

Les retentissantes communications de M. le professeur A. Gautier sur l'arrhénal ainsi que les nombreuses applications thérapeutiques de ce nouveau médicament ont mis entre les mains des praticiens une nouvelle arme pour combattre un certain nombre d'affections. Au nombre des maladies considérées comme justiciables du traitement arrhénique se trouvait la fièvre paludéenne, et l'action thérapeutique n'avait pas seulement en vue l'anémie, la dépression amenées par les accès fébriles, mais encore l'accès lui-même que l'arrhénal, tout comme la quinine, était capable de conjurer [1]. Bref, le nouveau sel arsenical, loin d'agir uniquement comme simple reconstituant, avait encore une action antipériodique, antipyrétique, action identique, et même supérieure dans certains cas, à la quinine ! De pareils résultats, affirmés par M. Gautier, étaient basés sur les recherches de M. Billet (de Constantine) et confirmés par des médecins autorisés tels que MM. Bucquoy, de Lostalot, etc. ; aussi ne pouvaient-ils laisser indifférents les praticiens algériens, constamment appelés à soigner la fièvre paludéenne dont les manifestations si variées et les atteintes si imprévues et si répétées créent pour la thérapeutique des difficultés multiples. L'apparition d'un médicament donné comme succédané de la quinine, d'un médicament remarquable par son efficacité, son innocuité, son mode d'administration facile, devait provoquer un véritable engouement ; aussi l'arrhénal fut-il immédiatement prescrit dans toutes les manifestations de la malaria.

A la tête d'un important service de l'hôpital de Mustapha et, par conséquent, bien placé pour vérifier les assertions de M. Gautier, nous avons tenté d'appliquer aussi rigoureusement que possible le traitement par l'arrhénal contre les accès de fièvre paludéenne. Nous n'avons eu recours à la quinine qu'après avoir traité un certain nombre d'accès par le sel arsenical. Les deux médicaments, arrhénal et quinine, ont été donnés en injections hypodermiques. Les doses d'arrhénal ont varié de 0,05 centigrammes à 0,20 centigrammes *pro die.* Quant au moment de l'administration, nous avons varié l'expérience, donnant le médicament d'ordinaire le jour de l'apyrexie, parfois plusieurs heures avant l'accès. Dans tous les cas, la médication a été fréquemment interrompue et les doses ont été variées chez le même individu. La quinine, au contraire, a été invariablement administrée de la même façon : 1 gr. 50 de bichlorhydrate en injection au début d'un accès. Dans tous les cas, cette unique dose a suffi pour enrayer les accès suivants pendant un temps assez prolongé.

Nos résultats ont toujours été identiques et superposables, mais pour éviter les redites, nous ne donnerons que les cinq observations suivantes, dont la netteté et la précision rappellent de véritables faits expérimentaux.

***

Observation I (type rémittent). — Sim... Emilio, Italien, âgé de vingt-neuf ans, ferblantier, entre à l'hôpital de Mustapha, salle Trousseau, n° 6, le 11 Juin 1902. Prétend n'avoir jamais eu de fièvre paludéenne jusqu'ici, quoiqu'il ait beaucoup voyagé.

Vient du Camp-du-Maréchal (localité palustre) où la fièvre s'est déclarée il y a sept jours.

Début par céphalalgie, courbature, *pas de frisson*, diarrhée, sueurs, prostration, langue sèche.

[1] Travail remis à la *Presse médicale* en avril 1902.

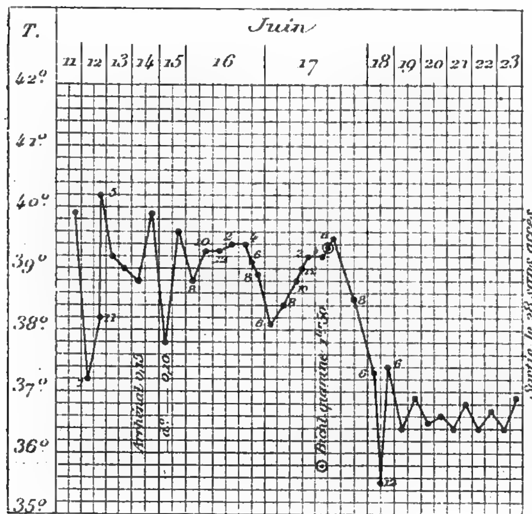
1. A. Gautier. — Communication à l'Académie de médecine, séance du 29 Avril dernier, et à l'Académie des sciences, séance du 28 Avril.

Le foie est gros, la rate déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

Urines non albumineuses.

Le diagnostic est hésitant : s'agit-il d'une fièvre typhoïde ou d'une fièvre paludéenne à type subcontinu ou rémittent comme on en observe dans les cas de fièvre de première invasion? L'analyse minutieuse des symptômes, la notion du séjour du malade en pays palustre, la constatation d'hématozoaires dans le sang font admettre la malaria.

On pratique deux injections d'arrhénal



Tracé I (observation I).

(0,15 et 0,10) en deux jours. L'état n'est pas modifié.

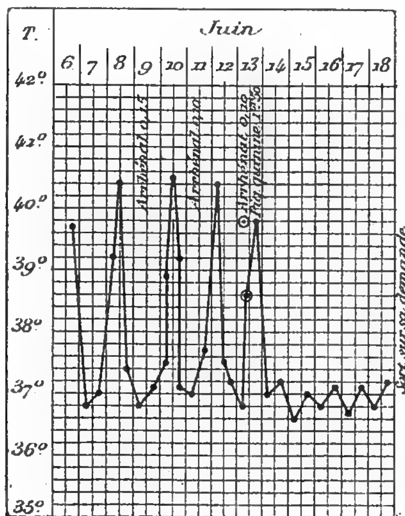
Au quinzième jour de la maladie, on injecte 1 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine à 5 heures du soir, alors que le thermomètre marque 39°2. Le lendemain matin, la température est à 37°3 et descend définitivement au-dessous de 37°, en même temps que les divers symptômes disparaissent rapidement.

Le malade sort guéri dix jours plus tard.

Il s'agit très probablement ici d'un cas de paludisme de première invasion, de paludisme primaire. Comme c'est l'ordinaire dans ces premières atteintes, la fièvre a revêtu le type subcontinu et la physionomie clinique ressemblait, à s'y méprendre, à la fièvre typhoïde. Deux doses d'arrhénal ne modifièrent nullement la fièvre, alors qu'une injection de quinine mit fin brusquement à la maladie.

***

Observation II (type tierce). — Per... Casimir, quarante ans, boulanger, entre à l'hô-



Tracé II (observation II).

pital de Mustapha, salle Trousseau, n° 2, le 6 Juin 1902. (Vient de Boghar.) Aurait eu les années précédentes la fièvre chaude sans frisson, durant deux ou trois jours.

Serait repris depuis la fin d'Avril. Il aurait eu un accès durant quarante-huit heures et aurait pris 2 gr. 50 de sulfate de quinine en deux jours. Apyrexie de quinze jours de durée Nouvel accès durant trois jours et disparaissant après la même dose de quinine. Reprise au début de Juin. Il entre à l'hôpital le 6 Juin à 3 heures du soir, en plein accès. Foie normal ; rate légèrement tuméfiée. Langue blanche et humide, anorexie.

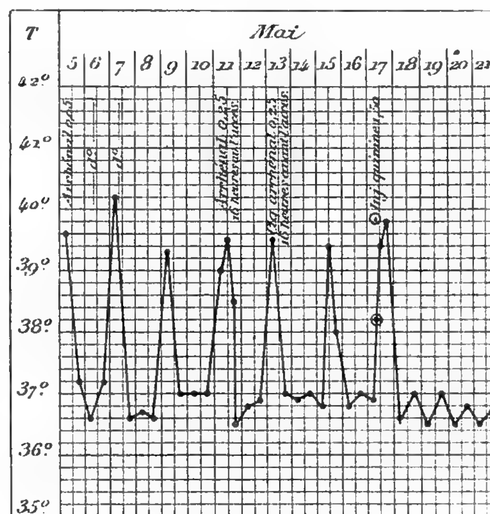
Les accès durent cinq à six heures, sont précédés de frissons et reviennent tous les deux jours.

L'arrhénal donné en injection le jour de de l'apyrexie (0,15 ; 0,10 ; 0,10) ne modifie en rien les accès. Une injection de bichlorhydrate de quinine pratiquée au début du cinquième accès supprime les accès suivants.

Dans ce cas, nous avons administré la quinine au commencement du cinquième accès, et nous avons obtenu une apyrexie définitive alors que les trois derniers accès avaient été attaqués vainement par l'arrhénal.

***

Observation III (type tierce). — Soul... (Marie), vingt-cinq ans, entre à l'hôpital de



Tracé III (observation III).

Mustapha, salle Andral, n° 12, le 14 Avril 1902.

Pas de maladie en dehors de la malaria.

Première atteinte en Août 1901, soignée par des cachets de quinine. La fièvre ne reparaît pas pendant cinq mois. Depuis le moment où les accès ont disparu, c'est-à-dire depuis un mois et demi, la malade a pris quatre ou cinq cachets de quinine

La fièvre aurait toujours affecté le type tierce qu'elle présente aujourd'hui. L'accès débute le matin par des frissons, puis survient la chaleur suivie de sueurs. Rate grosse.

Dès son entrée, et, bien qu'elle soit apyrétique, on lui fait chaque jour une injection de 5 centigrammes d'arrhénal. Malgré cette médication, les accès apparaissent quinze jours plus tard et se montrent régulièrement tous les deux jours. Le 11 et le 13 Mai, injection de 25 centigrammes d'arrhénal sans résultat. Le 17 Mai, injection de 1 gr. 50 de quinine suivie d'une apyrexie définitive. La malade sort le 23 Mai.

Chez cette malade, l'arrhénal fut administré systématiquement à la dose de 5 centigrammes *pro die* dès l'entrée à l'hôpital, et en pleine apyrexie. Ce qui n'empêcha pas la fièvre de reparaître après quinze jours de traitement. A la suite d'une suspension du médicament, des doses plus fortes furent prescrites, mais sans plus d'effet : la fièvre reparut régulièrement tous les deux jours avec la même intensité pour disparaître définitivement après le septième accès au début duquel une piqûre de quinine avait été faite.

***

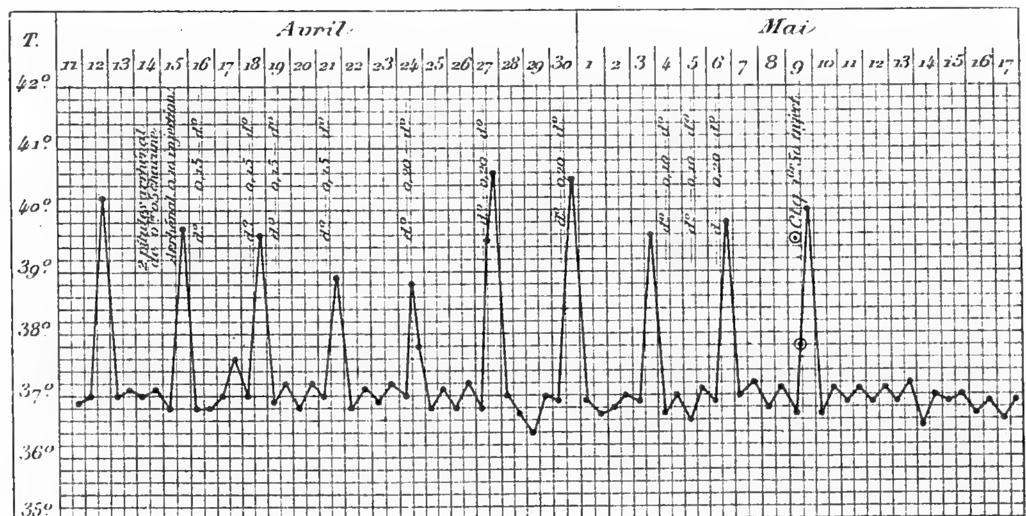
Observation IV (type quarte). — Mohamed ben Embarek, âgé de trente ans, né à Marakech (Maroc), journalier, entre à l'hôpital de Mustapha, salle Trousseau, n° 13, le 11 Avril 1902.

Il a des accès paludéens depuis plusieurs années et ces accès reviennent, depuis quelques mois, assez régulièrement tous les trois jours.

Foie et rate hypertrophiés.

La courbe montre qu'il s'agit d'une fièvre quarte.

L'arrhénal, donné la première fois en pilules, puis en injections hypodermiques, jusqu'à la dose de 20 centigrammes, ne modifie nullement l'évolution de la maladie. Les troisième, quatrième et cinquième accès paraissent moins intenses sur la courbe, mais cette apparence est due au moment de la prise de la température, moment ne correspondant pas au fastigium de l'accès.



Tracé IV (observation IV).

Par contre, une injection de bichlorhydrate de quinine, administrée au début du dixième accès, met fin à la fièvre, et le malade sort le 31 Mai, n'ayant pas eu d'accès depuis vingt-deux jours.

Chez ce Marocain, nous avons vu évoluer

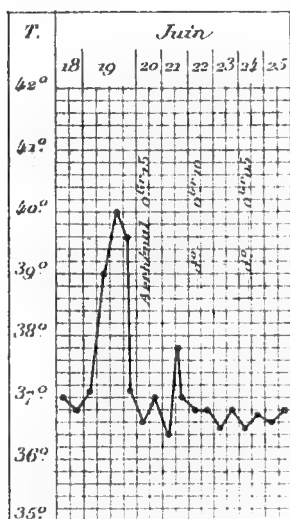
très régulièrement dix accès de fièvre, contre lesquels l'arrhénal a été administré de diverses façons : d'abord en ingestion la veille, en injection le jour de l'accès (10 centigrammes), puis à raison de 15 centigrammes l'avant-veille et le jour de l'accès. Plus tard, nous avons injecté 20 centigrammes le jour de la fièvre, puis 10 centigrammes les deux jours d'apyrexie, et 20 centigrammes le jour de l'accès. Mais quelle que fût la dose, le résultat fut invariablement négatif, et cette quarte ne céda qu'après une injection de quinine.

*
* *

Observation V (type irrégulier). — Fr... (Rosa), âgé de quarante-cinq ans, entre à l'hôpital de Mustapha, salle Andral, n° 14, le 18 Juin 1902.

Habite l'Algérie depuis vingt-deux ans.

En Septembre 1901, va séjourner pendant trois semaines à Maison-Carrée, localité où la malaria sévit endémiquement. A son retour, elle est prise d'accès de fièvre qui reviennent très irrégulièrement, mais environ toutes les trois semaines.



Tracé V (observation V).

Pendant son séjour à l'hôpital, elle n'a qu'un seul accès caractérisé; il est vrai qu'elle prend trois doses d'arrhénal (15, 10 et 5 centigrammes) à la suite de cet accès. Sans doute il est permis d'attribuer au médicament la cessation des accès, mais la malade prétend que sa fièvre, très irrégulière, disparaît parfois spontanément après un seul accès pour revenir plus tard.

Cette observation, nous en convenons, est loin d'être aussi probante que les autres, et les partisans de l'action antipyrétique de l'arrhénal pourraient la revendiquer en faveur de leur thèse. Nous avons tenu à la rapporter pour montrer, qu'à côté des types réguliers, on peut voir des types d'accès revenant sans aucune régularité et *susceptibles de donner le change lorsqu'il s'agit d'apprécier l'efficacité d'un médicament*.

*
* *

Il résulte donc de notre expérience personnelle que jamais, dans les cas que nous avons observés, l'arrhénal n'a empêché un accès de fièvre palustre, alors que la quinine, employée dans des conditions déterminées, a toujours mis fin aux accès. Sans doute, il ne s'agit pas de guérison définitive au sens absolu du mot, et nos injections ne mettent pas à l'abri des rechutes, mais un médicament, qui, après une seule dose, suspend les accès parfois définitivement, parfois pendant une ou plusieurs semaines, n'est pas un médicament banal, et nous croyons fort que son succédané n'est pas encore trouvé.

On nous a bien objecté que l'arrhénal dont nous nous servions provenait de la maison P... et ne valait pas celui de la maison A... Nous avons eu recours à l'arrhénal A..., et les résultats ont été identiques.

Nous croyons donc pouvoir conclure que le nouveau sel arsenical ne saurait encore détrôner la quinine qui reste le meilleur médicament à opposer aux accès de fièvre paludéenne.

L'ARRHÉNAL
DANS
LA GROSSESSE COMPLIQUÉE DE PALUDISME

Par M. FONTOYNONT
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Professeur à l'École de médecine de Tananarive

Les quatre observations qui suivent ont trait à quatre cas de fièvre paludéenne chez des femmes enceintes traitées à Tananarive par l'arrhénal.

Ces quatre femmes hovas, impaludées anciennement, mais, depuis plusieurs années, indemnes de tout accès rémittent ou intermittent, après avoir séjourné dans les rizières au moment de la moisson du riz, et avoir été fortement piquées par les moustiques dans les cases qu'elles habitaient à la campagne, à quelques lieues de Tananarive, toutes d'ailleurs dans des endroits différents, éprouvèrent pendant quelques jours des malaises accompagnés de douleurs hypogastriques et lombaires telles que toutes, se voyant menacées d'avorter ou d'accoucher avant terme, me firent appeler auprès d'elles. Presque aussitôt après commencèrent des accès paludéens francs ainsi que les ressentent généralement les indigènes, à l'inverse des Européens chez lesquels les accès rémittents sont la règle.

*
* *

Observation I. — Rasoarivelo, dix-huit ans, Hova. Primipare. Cette femme s'est impaludée il y a trois ans en descendant à Tamatave où elle allait s'embarquer pour faire un voyage en France. Elle a eu, à ce moment, des séries d'accès franchement intermittents pendant environ un mois. Dernièrement, à la suite d'un séjour dans les rizières au moment de la récolte du riz, après avoir été piquée par les moustiques, elles ressent toute une série de malaises, entre autres de violentes douleurs utérines avec contractions qui menacent de provoquer chez elle un accouchement avant terme.

Elle entre le 21 Mai pour ces douleurs à la maternité de l'Hôpital Indigène de Tananarive, et le 24 à 9 heures du matin est prise subitement d'un violent accès de fièvre à stades bien caractérisés (deux heures de frisson, deux heures de chaleur, deux heures et demie de sueurs). T. 39°4. Les douleurs lombaires et utérines s'exaspèrent. État saburral prononcé des voies digestives. Perte totale de l'appétit. Nausées. Hématozoaires nombreux de petite forme avec quelques croissants, dans le sang. Le jour même, sept centigrammes d'arrhénal.

Le lendemain 25 Mai, aucun accès. Les coliques utérines sont très diminuées. L'état saburral a disparu. La malade réclame à manger.

Le 26, nouvel accès à 8 h. 1/2 du matin. T. 40°. Les coliques sont revenues, fortes, mais espacées. Dix centigrammes d'arrhénal.

Le 27, troisième accès à 8 heures du matin. T. 39°8. Les coliques et les douleurs abdominales ont presque totalement cessé et ne se manifestent qu'au moment de l'accès. L'accès, d'ailleurs, est notablement plus court que le précédent et très différent comme durée du premier (une heure seulement de frisson, deux heures de chaleur, deux heures de sueur).

Le 28, quatrième accès à 5 heures du matin, très léger. T. 38°2. Les trois stades sont très atténués. Frissons légers seulement, une demi-heure de chaleur, sueurs très abondantes. 10 centigrammes d'arrhénal.

Le 29, cinquième accès. Peu de différence avec celui de la veille. 10 centigrammes d'arrhénal.

Le 30, sixième et dernier accès, 38°, accès à peine sensible.

Le 31, on ne trouve plus d'hématozoaires.

Le 2 Juin, accouchement d'un gros garçon.

Le 5 Juin, à 4 heures du matin, très léger accès. Frissons légers. T. 38°. Sueurs. N'ayant plus d'arrhénal, on fait dans l'après-midi une injection de 0,50 de chlorhydrate de quinine.

Le 6 Juin, nouvel accès à 4 heures du matin, un peu plus fort et plus long que celui de la veille. T. 38°6, nouvelle injection de quinine de même dose.

Le 7 Juin autre accès à 6 heures du matin, analogue à celui de la veille, troisième injection de quinine.

Le 8 Juin, il n'y a plus d'accès, et il n'y en a plus eu depuis.

Observation II. — Rajoelina, femme hova, vingt-deux ans, troisième grossesse.

A eu à différentes reprises des accès paludéens, mais depuis cinq ans n'en a eu aucun. Elle est enceinte de cinq mois et c'est la troisième grossesse. Les deux autres grossesses se sont bien passées et les enfants sont encore vivants.

Cette femme vient de séjourner une huitaine de jour au bord de rizières où elle avait accompagné son mari qui s'y était rendu pour surveiller la récolte du riz. Elle a été fréquemment piquée par les moustiques.

Depuis quelques jours elle a de violentes et fréquentes douleurs abdominales et lombaires. Elle craint un avortement et est revenue en toute hâte à Tananarive, où trois jours après, le 30 Mai, à quatre heures du soir, elle est prise subitement de grands frissons qui durent deux heures, puis de sensations de chaleur, enfin de transpirations profuses. La température est de 39° au moment de l'accès. Je la vois alors et lui ordonne de prendre dans la nuit vers 11 heures 10 centigrammes d'arrhénal. A l'examen du sang : hématozoaires nombreux de petite forme.

Le lendemain 31 Mai, nouvel accès, moins violent toutefois que la veille, un peu plus tard, à 5 heures du soir T. 38°8. Deux centigrammes d'arrhénal. Les douleurs abdominales ont cessé. Les hématozoaires sont en petit nombre,

Le 1er Juin, troisième et dernier accès à 7 heures du soir, à peine marqué T. 38°5 ; à partir de ce jour, état parfait. La malade a l'appétit très augmenté.

Observation III. — Razafy, vingt-cinq ans, troisième grossesse.

A eu à différentes reprises les années précédentes des accès paludéens. N'en a pas eu toutefois depuis plus d'un an. Elle vient de passer un mois dans un village situé près de rizières où elle était allée surveiller la récolte du riz. Piqûres très nombreuses de

moustiques. Sa grossesse date de sept mois.

Depuis huit jours elle éprouve des pesanteurs dans la région du bas-ventre, puis des douleurs utérines et lombaires qui deviennent chaque jour plus fréquentes. Elle rentre précipitamment à Tananarive, craignant d'accoucher prématurément.

Le soir même de son arrivée chez elle, à 5 heures, se déclare un accès paludéen franc typique avec tremblements pendant plus de deux heures. Chaleurs et sueurs extrêmement abondantes. La température aurait été de 39°2 (?).

Le lendemain je suis appelé auprès d'elle. Cette femme à 5 heures du soir a un deuxième accès qui d'après son dire serait plus violent que celui de la veille. La température atteint 39°6. Le tremblement dure plus de deux heures et les sueurs sont profuses. La langue est très chargée. Inappétence complète. Violentes douleurs et contractions utérines. Hématozoaires nombreux de petite forme. Croissants en assez grand nombre.

Elle prend dans la nuit 10 centigrammes d'arrhénal.

Le 24, troisième accès à 6 heures du soir un peu moins violent que celui de la veille. T. 39°5. L'appétit est en partie revenu. Les coliques sont très diminuées, 10 centigrammes d'arrhénal.

Le 25, quatrième accès à 6 heures du soir, analogue à celui de la veille, mais cependant un peu plus court. T. 39°3. L'appétit est revenu totalement. Les douleurs abdominales et lombaires ont cessé. Arrhénal, 10 centigrammes.

Le 26, cinquième accès à 6 heures du soir, très différent du premier comme intensité. La température atteint encore 39°, mais l'accès ne dure en tout que deux heures. L'état général est excellent. Les hématozoaires sont très peu nombreux. Arrhénal, 10 centigrammes.

Le 27, sixième accès à 6 heures du soir. Les frissons sont plus marqués que la veille, mais la durée totale de l'accès est très diminuée (une heure seulement). Arrhénal, 10 centigrammes.

Le 28, l'accès commence toujours à la même heure, 6 heures du soir, mais est à peine sensible et ne dure qu'un instant. T. 38°6. Arrhénal, 10 centigrammes.

Le 29, à 6 heures du soir, accès à peine dessiné; quelques petits frissons. T. 38°. Arrhénal, 10 centigrammes.

Le 30, il n'y a plus d'accès. De même le 1er et le 2 Juin.

Le 3 Juin à 8 heures du soir, grand frisson pendant environ une demi-heure. T. 39°8. C'est un nouvel accès qui reprend.

Le lendemain matin, la malade prend 10 centigrammes d'arrhénal.

Le 4 à 9 heures du soir, accès peu marqué, T. 38°2. Arrhénal, 10 centigrammes.

Le 5 à 11 heures du soir, nouvel et dernier accès à peine sensible. Dix centigrammes d'arrhénal.

Depuis ce jour santé parfaite. Les douleurs abdominales n'existent plus depuis le 25 Mai.

Observation IV. — Rasoa, vingt-deux ans, Hova, deuxième grossesse. Femme très impaludée; a eu il y a quelques années des accès paludéens très violents et souvent répétés. Depuis deux ans n'a plus que des accès larvés sous forme de névralgies diverses.

Elle vient de séjourner pendant quinze jours dans les rizières malgré sa grossesse datant de quatre mois, a été piquée par les moustiques toutes les nuits, et depuis une huitaine de jours se sent lasse avec de violentes douleurs utérines qui l'ont obligée à garder le repos pendant deux jours avant de se faire transporter à Tananarive. Le troisième jour après son arrivée, le 28 Mai, elle est prise à 3 heures du soir d'un très violent accès paludéen avec frissons, qui dure près de trois heures. Accès de forme algide, les stades de chaleur et de sueur arrivant péniblement et en partie avortés. T. 40°. État gastrique complet. Langue très sale. Diarrhée. Tranchées et contractions utérines fréquentes avec menaces d'avortement. Accès grave. Une fois l'accès terminé, administration de 10 centigrammes d'arrhénal.

Le 29, nouvel accès à 3 heures 1/2 du soir, encore très violent, mais cependant moins que la veille. La langue est moins chargée. La diarrhée a disparu. Il n'y a plus de contractions. T. 39°8. Hématozoaires très nombreux et de petite forme. 0 gr. 10 d'arrhénal.

Le 30, troisième accès à 4 heures du soir, encore assez violent, mais de durée très courte. Les hématozoaires sont beaucoup moins nombreux. T. 39°8. La langue est redevenue bonne. L'appétit réapparait.

Le 31, quatrième accès, mais moins violent, à 6 heures du soir, T. 39°6.

Le 1er Juin, cinquième accès à 8 heures du soir, très court, quoique la température monte encore à 39°2.

Le 2 Juin, sixième accès à peine marqué. T. 38°2; de même que le 3 Juin à 11 heures où a lieu le dernier accès. T. 37°8.

Depuis le 29 les contractions ont disparu et la grossesse suit son cours normal. Chaque jour il a été pris 0,10 centigrammes d'arrhénal. L'état général est excellent.

Chez ces quatre femmes les accès étaient graves, franchement paludéens, nettement intermittents à type quotidien. L'allure clinique en était telle que le diagnostic ne pouvait être hésitant un seul instant. D'ailleurs dans le sang de chacune existaient des hématozoaires. L'accouchement avant terme était presque fatal si les accès paludéens avaient persisté; fatal aussi au cas où la quinine eût été administrée à haute dose comme il l'aurait fallu dans des cas semblables; non pas que, à notre avis, la quinine doive provoquer fatalement le travail : il nous est arrivé, en effet, depuis plus de quatre ans que nous demeurons à Tananarive, de donner de la quinine même en grande quantité au moment d'accès de fièvre paludéenne, à des femmes enceintes; mais nous avons toujours remarqué que la quinine, sans effet fâcheux chez des femmes dont la grossesse avait été bonne et sans jamais la moindre menace d'avortement, provoquait au contraire des douleurs très rapides chez celles qui y sont prédisposées pour une raison quelconque. Dans les quatre cas présents nous nous trouvions précisément avoir affaire à des sujets présentant déjà de légères contractions utérines. Etant donné cet état inquiétant, nous songeâmes à essayer l'arrhénal dont la communication de M. le professeur Gautier à l'Académie de médecine nous avait appris l'efficacité en pareil cas.

En examinant chacune des courbes de température dans lesquelles la température maxima représente celle de l'accès toujours prise vers la fin du stade de froid, on peut remarquer que chaque jour la température a été faiblement mais graduellement descendante; que l'action de l'arrhénal a été très nette et en moins de huit jours a supprimé les accès. Deux fois cependant ils ont reparu, mais beaucoup plus faibles. Ces récidives ont été traitées, l'une avec l'arrhénal, l'autre avec la quinine. Deux prises d'arrhénal de 0 gr. 10 chacune ont agi efficacement. Il a fallu au contraire quatre injections de chlorhydrate de quinine de 0,50 chaque pour obtenir le même résultat.

Les accès ont été presque toujours reculés, et cela d'une manière régulière. De plus, ils ont eu toujours une durée et une intensité décroissantes, le stade de frissons se trouvant de moins en moins prolongé.

Jamais ces quatre malades n'ont ressenti, malgré des doses quotidiennes de 10 centigrammes de sel arsenical, la moindre colique utérine; bien mieux, ces coliques, qui existaient auparavant, ont disparu presque totalement dès la première administration d'arrhénal, preuve que ces menaces d'avortement étaient dues exclusivement au paludisme, et qu'en tout cas l'administration de l'arrhénal est anodine chez les femmes enceintes.

En résumé, il nous a semblé que l'arrhénal : 1° agit d'une manière différente de la quinine, en ce sens que son action est moins brusque;

2° Que son action, quoique généralement plus lente, est toutefois encore plus certaine;

3° Qu'il a une action toute particulière sur le tube digestif, faisant rapidement cesser tout état saburral et redonnant rapidement de l'appétit aux malades;

4° Qu'il doit être le médicament de choix dans les formes paludéennes chroniques ou dans les cas de paludisme qui résistent à la quinine, alors qu'au contraire, dans les cas d'accès pernicieux, où il est indispensable d'agir très rapidement, la quinine reprend tous ses droits;

5° Que chez les femmes enceintes le meilleur traitement de la fièvre paludéenne est l'arrhénal, car seul il peut éviter l'avortement ou l'accouchement avant terme toujours à craindre quand on administre les sels de quinine;

6° Enfin que l'arrhénal nous semble être le préventif indiqué pour les personnes exposées aux atteintes du paludisme, cela à cause de son action régularisatrice sur le tube digestif et ses annexes.

ANALYSES

HISTOIRE DE LA MÉDECINE, GÉNÉRALITÉS

Prinzing. *Le nombre de médecins en Allemagne et dans le reste de l'Europe* (*Centralblatt für allg. Gesundheitspflege*, t. XXI (1902), fasc. 5-6, p. 218). — D'après la statistique des dernières dix années, il y a, sur 10.000 habitants, 5,1 médecins en Allemagne, 4,1 en Autriche, 2,8 en Hongrie, 6,3 en Italie, 6,1 en Suisse, 3,9 en France, 7,1 en Espagne, 5,2 en Belgique, 6,1 en Angleterre, 7,7 en Écosse, 5,6 en Irlande, 6,4 au Danemark, 5,3 en Norvège, 2,7 en Suède, 2,7 en Russie d'Europe.

C'est donc l'Écosse qui détient, à cet égard, le record. Après elle viennent l'Espagne, le Danemark et l'Italie. Au contraire, la France occupe une des dernières places.

Pour les capitales, Paris est aussi le plus favorisé:

il ne compte que 9,7 médecins sur 10.000 habitants. Au contraire, Vienne en compte 13, Budapest 16,4, Bruxelles 14,7, Londres 12,8, Berlin 14,1, et Madrid 24,4.

V. Bugiel.

BACTÉRIOLOGIE

Deeleman et Varges. ***De la stérilisation et de la conservation des fils de soie*** (*Deutsch. Militärarzt-Zeitsch.*, 1902, Juin, p. 301). — Le côté intéressant de cet article réside dans une étude approfondie de l'influence, sur la résistance des fils de soie, des divers procédés de stérilisation. Ceux-ci ont tous été mis à l'épreuve par les auteurs, mais ils n'en retiennent que deux :

1° La soie est soumise à l'ébullition, puis immergée pendant quelques heures dans une solution de sublimé à 5 pour 100, renfermant 20 pour 100 de glycérine; elle est ensuite desséchée, puis conservée dans une enveloppe imperméable. Peu de temps avant de l'utiliser, on la passe dans une solution phéniquée à 3 pour 100, ou dans une solution de sublimé à 1 pour 1.000. C'est le procédé recommandé par le règlement allemand. La stérilisation dure environ trois heures et demie;

2° La soie est bouillie dans une solution de soude à 1 pour 100 pendant vingt-cinq minutes. Pour éliminer ensuite l'excès de soude, on fait macérer quelque peu dans de l'eau bouillie et stérile; les traces de graisse sont, par ce moyen, aussi écartées. La soie est ensuite plongée pendant quelque temps dans l'alcool absolu. L'opération dure environ une heure et demie, car on ne fait pas macérer dans le sublimé.

Ces deux procédés n'ont aucune influence néfaste sur la solidité de la soie, non plus que les solutions antiseptiques soient aqueuses ou alcooliques. Les auteurs ne purent découvrir dans la soie aucun microorganisme après une ébullition de cinq ou dix minutes. Cependant, ils employaient des solutions colorées afin de se rendre compte de leur degré de pénétration dans la soie, et ils durent prolonger l'ébullition durant vingt-cinq minutes pour que toutes les parties des rouleaux de soie fussent imprégnées. Après ce laps de temps la stérilisation est complète, et la macération dans le sublimé serait même inutile.

Les paquets de soie employés par les auteurs pesaient chacun 10 grammes.

G. Fischer.

MÉDECINE

Leusser. ***Le cœur mobile*** (*Munchen. med. Wochenschr.* 1902, n° 26, p. 1095). — Sous le titre de cœur mobile, de cardioptose, de mobilité anormale du cœur, quelques auteurs (Bamberger, Gerhardt, Cherchewsky, Pick, Hoffmann, Rummo) ont étudié un phénomène qui consiste dans le déplacement très accentué du cœur à gauche en cas de décubitus latéral gauche. Ce phénomène, qui s'observerait en dehors de toute affection du cœur et de ses enveloppes ainsi que des organes voisins est attribué soit à une faiblesse anormale des gros vaisseaux, soit à une laxité des organes suspenseurs du cœur, soit enfin, chez les obèses en traitement, à la fonte du tissu adipeux.

M. Leusser vient de reprendre l'étude de cette question, et, sur 400 individus qui sont venus se plaindre d'une lésion cardiaque il a trouvé six fois le déplacement du cœur à gauche se manifestant par un déplacement de la pointe à gauche sur une étendue de 3 centimètres quand l'individu était placé dans le décubitus latéral gauche.

Chez tous ces individus le cœur était normal. Les symptômes qu'ils accusaient consistaient en palpitations, dyspnée, vertiges, sensations douloureuses ou anomalies dans la région précordiales, irrégularités du pouls, irritabilité du cœur. Tous ces symptômes disparaissent très rapidement quand le malade reste pendant quelque temps couché sur le dos.

Ajoutons enfin que tous les malades de M. Leusser étaient manifestement neurasthéniques.

R. Romme.

OBSTÉTRIQUE

N. Petsalis. ***Sur les causes de la rétention des membranes*** (*Thèse d'agrégation à l'Université d'Athènes.* (En grec.) — L'auteur fait l'étude de la rétention des membranes, et seulement des membranes après l'avortement lent ou l'accouchement. Se basant sur plusieurs observations personnelles, relatées dans sa thèse, il admet qu'une des causes de cette rétention sont les adhérences cicatricielles qui se forment à la suite du décollement plus ou moins étendu des membranes pendant la grossesse. Ces décollements se produisent surtout en cas de métrites, endométrites, traumatismes, altérations pathologiques du chorion et ils s'annoncent par des hémorragies survenant le plus fréquemment entre le troisième et sixième mois. D'où la conclusion, d'un grand intérêt pratique, que toutes les fois qu'on observe des hémorragies qu'on ne peut pas attribuer ni à la dégénérescence kystique de l'œuf ni, comme le veut le professeur Pinard, à l'insertion vicieuse du placenta, on doit songer à un décollement des membranes; on peut donc s'attendre lors de la délivrance à la rétention partielle ou totale de celles-ci.

Mavrojannis.

PÉDIATRIE

M. Vieubled. ***Lait stérilisé et rachitisme*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Le lait maternel est, par excellence, l'aliment de l'enfant, mais on peut arriver à élever fort bien un enfant avec du lait stérilisé. Vieubled publie une cinquantaine d'observations où des enfants nourris avec du lait stérilisé n'ont présenté aucun stigmate de rachitisme et se sont développés normalement.

P. Desfosses.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

E. Delmas. ***La neurasthénie syndrome cérébelleux*** (*Thèse*, 1902, Lyon.) — L'expérimentation montre que le cervelet est un organe sthénique, tonique et statique. Or la neurasthénie est essentiellement une maladie du tonus. La clinique enseigne que les malades porteurs d'une lésion cérébelleuse présentent le tableau symptomatique de l'épuisement nerveux, douleur rétrooccipitale, asthénie musculaire, exagération des réflexes patellaires, vertiges de translation, asthénie psychique et dépression morale, souvent troubles oculaires, phénomènes de dénutrition.

D'autre part, on a trouvé (deux observations de l'auteur) une lésion cérébelleuse à l'autopsie des malades présentant absolument le syndrome neurasthénique.

On peut donc concevoir une théorie de la neurasthénie syndrome cérébelleux. Il n'y aurait de différence entre les deux manifestations morbides que ce fait : existence d'une altération organique dans les lésions cérébelleuses, trouble purement fonctionnel dans la neurasthénie.

Cette conception, émise depuis quelque temps déjà par M. le professeur Teissier est aussi logique que celle de l'hémianesthésie syndrome capsulaire; elle lui est entièrement superposable.

S. Bonnamour.

VÉNÉRÉOLOGIE

C. Vignolo-Lutati et P. Benassi. ***L'airol dans le traitement de l'urétrite blennorragique*** (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, t. XLIII (1902), p. 43). — MM. Legueu et Lévy, en France, M. Merlin, en Allemagne, ont préconisé l'emploi de l'airol dans la blennorragie urétrale aiguë. L'action de ce médicament doit être, d'après ces cliniciens, rapide et efficace.

Les deux médecins italiens atténuent quelque peu ces conclusions. Ils se sont servis de l'airol dans 17 cas d'urétrite blennorragique antérieure et dans 2 cas d'urétrite postérieure. Dans ce dernier groupe, échec complet. Pour le premier, ils distinguent deux sous-groupes : celui où la formule employée était due à MM. Legueu et Lévy (airol, 2 grammes; eau distillée, 5 grammes; glycérine, 15 grammes), et l'autre à la formule personnelle de MM. Vignolo et Benassi (airol, 25 grammes; glycérine, 100 grammes).

Cette dernière s'est montrée plus efficace, car, sur 7 cas, on obtint 6 fois la guérison après 6 à 18 injections. Une fois seulement on dut abandonner l'airol et se servir d'autres remèdes. Au deuxième sous-groupe (10 cas), on abandonna 4 fois l'airol, le gonocoque persistant après 50 injections. Trois fois il fallait 40 injections pour amener la disparition du gonocoque, 2 fois 20; une seule fois 6 injections suffirent.

Les auteurs concluent que l'airol, grâce à la rapidité de son action, sera tout de même à recommander dans le traitement de l'urétrite antérieure blennorragique. Seulement, si après quelques injections le nombre de gonocoques ne diminue pas, il vaut mieux cesser ce médicament, parce qu'il devient alors évident que, dans ce cas, il existe envers lui une espèce de non-réceptivité du côté malade.

V. Bugiel.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

Mac Naughton Jones. ***Perforation de la membrane tympanique suite de fulguration*** (*The Journal of laryngology, rhinology and otology*, 1902, Juillet). — Pendant un orage, un officier buvait dans un gobelet de fer. Il fut frappé par la foudre et resta deux heures paralysé à l'exception du bras gauche. Il fut soumis aux injections de strychnine. Il avait les cheveux de la tempe gauche brûlés, et également brûlés les poils du pubis. On constatait une brûlure à la peau de la poitrine à droite d'où partait comme une marque de fouet une raie large de 3 centimètres aboutissant au pénis et de là à la cuisse droite. Brûlures également aux deux épaules. L'audition de l'oreille gauche était considérablement diminuée, et des perforations tympaniques y furent remarquées peu de jours après.

A l'examen otoscopique, la membrane du tympan était entièrement injectée de sang rouge foncé avec deux perforations, une au quadrant postéro-supérieur, l'autre sous l'ombilic.

Montre entendue au contact, voix chuchotée à 1 centimètre; de plus, violent tintement et sensation presque douloureuse dans l'oreille.

Pas d'autres troubles nerveux. Traitement : cautérisation légère au nitrate d'argent et bourrage du conduit à la gaze antiseptique. Amélioration rapide. Trois mois après, la voix chuchotée était entendue à plus de 4 mètres.

C'est très probablement le seul exemple de perforation tympanique par fulguration.

G. Didsbury.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE, RADIOLOGIE

Laquerrière et Delherm. ***Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse par l'électrisation percutanée*** (*Bulletin officiel de la Société française d'électrothérapie*, 1902, Avril). — Le traitement électrique qui a été employé est la galvanisation à haute intensité, avec renversements, suivant le procédé indiqué par le professeur Doumer, avec quelques modifications de dispositif.

De leurs recherches sur des malades qui avaient été toujours soumis au préalable sans succès aux médications usuelles, entre autres huile de ricin et grands lavages, les auteurs concluent qu'il faut, en général, une douzaine de séances pour obtenir des selles régulières.

La constipation quantitative s'atténue en même temps que la constipation horaire et il en est de même de la constipation qualitative. Les crises diarrhéiques disparaissent quand la constipation horaire a été levée. La diminution des muco-membranes est souvent le premier signe de l'amélioration, elles disparaissent en tout cas presque complètement dès que les selles sont régularisées. Le poids des malades a augmenté durant le traitement (10 kilogrammes chez une malade).

Le nombre des séances doit être de quarante environ. On peut espérer alors conserver les résultats acquis. Plusieurs malades, dont le traitement est terminé depuis plusieurs mois, n'ont pas présenté de rechute.

Les auteurs, du reste, n'ont pas la prétention de guérir radicalement et définitivement l'entéro-colite, maladie liée si intimement à l'arthritisme et au nervosisme, et ils pensent qu'une surveillance ultérieure du malade s'impose durant longtemps après la guérison apparente.

A. Zimmern.

ÉPIDÉMIOLOGIE, MÉDECINE PUBLIQUE, HYGIÈNE

Krausz. ***Les livres et la transmission des maladies infectieuses*** (*Zeitschr. für Hygiene*, t. XXXVII, fascic. 2, p. 241). — On ne s'est pas suffisamment inquiété jusque-là de la possibilité de la transmission des maladies infectieuses par les livres. Pourtant on connaît déjà un nombre de cas où tantôt la scarlatine, tantôt la tuberculose ont été communiquées par l'intermédiaire des livres de lecture.

Krausz soumit à l'étude un grand nombre de livres classiques en usage, de même que des livres pris dans les cabinets de lecture. Il y découpait de petites bandes et les inoculait sous le péritoine de cochons

d'Inde ou bien les mettait dans le bouillon de culture.

Les cochons d'Inde moururent de la péritonite; dans le bouillon, des cultures se formèrent. L'inoculation de ces cultures produisit aussi la mort des animaux.

Au contraire, les découpures faites dans les livres neufs ou stérilisés pendant une heure à l'autoclave dans la vapeur circulante restèrent sans influence sur le péritoine des animaux et ne donnèrent naissance à aucune culture. L'auteur recommande donc cette forme de stérilisation (pendant 30-40 minutes) et réclame au nom de la santé publique l'obligation des propriétaires des cabinets de lecture de stériliser les livres.

V. Bugiel.

PRATIQUE MÉDICALE

Erection passive à la suite de l'opération de l'appendicite.

Denis, d'Alger, opéra, dix jours après l'apparition des premiers accidents, une appendicite suppurée chez un homme de vingt-cinq ans. Il trouva, en arrière du cæcum, un gros abcès à pus fétide. La température avant l'opération oscillait entre 39 et 40°; après l'opération, elle tomba à 37. L'état général devient rapidement bon; la cavité de la plaie se déterge bien, mais les pansements sont toujours douloureux et on constate un phénomène curieux : la verge, au lieu de tomber par son propre poids sur le scrotum, est en une sorte d'état d'érection; le malade étant couché, elle fait, avec la paroi abdominale, un angle de 45°; cet état d'érection resta persistant. Le 29 Août, dix jours après l'opération, le malade était sans fièvre, avait repris de l'appétit et de l'entrain. Il ressent tout à coup une vive douleur dans la région opérée; il sent quelque chose qui s'en détache et qui remonte vers le cœur. Le malade est pris de suffocation, d'angoisse, de pâleur, le cœur bat tumultueusement, et la mort survient en vingt-cinq minutes. L'autopsie n'a pas été faite.

Les cas d'embolie pulmonaire à la suite d'appendicite sont connus, quoique rares. Ce qui n'a pas été, que nous sachions, signalé, c'est l'état d'érection passive et continuelle de la verge indiquant évidemment une phlébite des veines en amont, veine hypogastrique ou rameau de l'hypogastrique.

FACULTÉ DE PARIS

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — Cours pratique, démonstratif, de technique clinique pendant les vacances, sous la direction de M. le professeur Landouzy.

Ce cours commencera au laboratoire de la clinique médicale de Laënnec (rue de Sèvres), le mercredi matin, 17 Septembre, finira le lundi soir 29 Septembre et comprendra deux séances quotidiennes : le matin, de 9 h. 1/2 à midi; le soir, de 2 h. 1/2 à 5 heures; il sera fait par MM. G. Brouardel, O. Josué, Marcel Labbé et Léon Bernard, chefs de clinique et chefs de laboratoire.

PROGRAMME DU COURS :

Mercredi 17 Septembre. — Matin. Les fonctions hépatiques à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du foie. — Après-midi. Technique bactérioscopique générale appliquée à la clinique.

Jeudi 18 Septembre. — Matin. Les fonctions rénales à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du rein. — Après-midi. Diagnostic bactérioscopique des angines.

Vendredi 19 Septembre. — Matin. Analyse chimique des urines. Examen de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène. — Après-midi. Les séro-diagnostics.

Samedi 20 Septembre. — Matin. Détermination de la toxicité des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Examen des sérosités pathologiques : les cyto-diagnostics.

Dimanche 21 Septembre. — Matin. Cryoscopie des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien.

Lundi 22 Septembre. — Matin. Examen cytoscopique des urines. — Après-midi. Les fonctions du sang. Numération des globules du sang.

Mardi 23 Septembre. — Matin. Les fonctions motrices du système nerveux à l'état normal et pathologique. Examen clinique de la motricité. — Après-midi. Les fonctions sensitives du système nerveux à l'état normal et pathologique. Réflexes; leur recherche; leur séméiotique; troubles trophiques.

Mercredi 24 Septembre. — Matin. Examen bactérioscopique des urines et des pus génito-urinaires. — Après-midi. Les globules du sang normal. Préparation de sang sec.

Jeudi 25 Septembre. — Matin. Examen des crachats. — Après-midi. L'hémoglobine du sang normal et pathologique. Activité de réduction de l'hémoglobine.

Vendredi 26 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du poumon : pneumographie; cyrtométrie; spirométrie. — Après-midi. La coagulation du sang; enseignements cliniques fournis par l'étude du réseau fibrineux et du sérum.

Samedi 27 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du cœur et des vaisseaux : cardiographie; sphygmographie; sphygmonométrie; valeur séméiologique de la tension vasculaire; pression artérielle. — Après-midi. Les leucocytes dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des leucocytoses.

Dimanche 28 Septembre. — Matin. Radioscopie médicale. Radiographie. — Après-midi. Les hématies dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des états anémiques.

Lundi 29 Septembre. — Matin. Diagnostic de la tuberculose par les procédés récents. — Après-midi. Examen bactérioscopique du sang et des sérosités.

Le montant des droits à verser est de 100 francs, pour les treize jours de cours.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les Étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, sont délivrés, dès à présent jusqu'au 8 Septembre 1902, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé militaire. — M. Roux, médecin-major de 2e classe, est désigné pour être employé aux troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont désignés pour servir : à Madagascar, MM. Talayrach, Lecomte, médecins-majors de 2e classe; au corps d'occupation de Chine, M. Jacob, médecin-major de 2e classe; au consulat de Hoï-How (Haïnan), M. Féray, médecin aide-major de 1re classe; en Indo-Chine : M. Flandrin, médecin-major de 1re classe, à Saïgon; MM. Burdin, médecin-major de 2e classe, Guittard, médecin aide-major de 1re classe, au service de la vaccine en Cochinchine; MM. Pélissier, Arnould, médecins-majors de 2e classe, aux 2eme et au 4e régiment de tirailleurs tonkinois; en France. MM. Brisemur, Kérandel, Bireaud, Régnier, Mul, Marmey, médecins aides-majors de 1re classe; Lairac, Kérest, Touin, médecins-majors de 2e classe.

École du service de santé militaire. — Par décision du ministre de la guerre, en date du 25 Août 1902, le prix du trousseau des élèves admis à l'école du service de santé militaire, en 1902, est fixé à 993 fr. 07.

Colonies françaises.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies (médaille d'argent) vient d'être attribuée à notre collaborateur M. Fontoynont, médecin municipal à Tananarive.

Étranger.

Faculté de médecine de Gratz. — M. Wilhelm Scholz est nommé privat-docent de médecine interne.

Faculté de médecine de Gênes. — M. Silvio Genta est nommé privat-docent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — Sont nommés privat-docenten : MM. R. H. Weber (*physiologie*) : Fridolin Marschall (*hygiène*).

Faculté de médecine de Lausanne. — M. A. Mermod (d'Yverdon) est nommé professeur extraordinaire d'otologie et de laryngologie.

Le cancer en Allemagne. — La commission allemande qui, sous la présidence de Leyden, a commencé une enquête en Octobre 1900 sur la fréquence du cancer, vient de publier un premier rapport établissant qu'il existe en Allemagne 4.130 hommes et 7.714 femmes soignés pour cette maladie. La proportion est de 245 par million d'habitants. Les malades âgés de plus de soixante-dix ans sont les plus nombreux. Le cancer des voies digestives représente 70 pour 100 de la totalité des cas.

La lutte contre les moustiques en Amérique. — A l'exemple du gouvernement de l'État de New-York qui a consacré une somme de 50.000 francs à l'organisation de la destruction systématique des moustiques, le Conseil législatif de l'État de New Jersey a voté une somme de 50.000 francs pour débarrasser la ville d'Élisabeth de ces fâcheux insectes.

CONCOURS

Ecole de médecine navale de Toulon. — Le concours pour l'emploi de professeur de séméiologie médicale à l'École annexe de médecine navale de Toulon aura lieu dans ce port à la date du 22 Septembre prochain.

Seront seuls admis à prendre part à ce concours les candidats réunissant les conditions exigées par l'article 6 de l'arrêté ministériel du 24 Juin 1886.

Hôpital de Mustapha. — Des concours pour six places d'internes en médecine et en chirurgie, pour quatre places d'externe en médecine et en chirurgie, et pour cinq places d'interne en pharmacie auront lieu les lundis 27 Octobre, 3 Novembre et 10 Novembre prochain à l'hôpital civil de Mustapha (Alger).

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro 10 CENTIMES — Tome II. N° 70. — Samedi, 30 Août 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
G. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

ARTICLES

MÉDECINE PRATIQUE

CHRONIQUE

LIVRES NOUVEAUX

ANALYSES

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLES

LE CONGRÈS DE ROME

15-21 Septembre 1901.

Les Congressistes ont droit à une concession de 50 pour 100 sur les Compagnies françaises et italiennes; toutefois, cette réduction n'est pas accordée en France aux invités aux Congrès (dames, membres des familles des congressistes).

Pour jouir de ces réductions de prix, il est nécessaire, en France, d'avoir un bon individuel. En Italie, il est délivré par le trésorier, M. Micheli, 127, via Rosella (Rome), une carte spéciale qui est envoyée à tous les Congressistes. Ces cartes spéciales ne comportent pas l'indication de la ville d'où l'on part ni de la route qu'on veut suivre, afin que les Congressistes puissent les choisir à leur gré. Il est absolument nécessaire, cependant, que chaque Congressiste écrive sur sa carte personnelle de chemin de fer, à l'endroit indiqué, les deux indications de route à suivre et de point de départ. Les réductions ne sont accordées sur les chemins de fer italiens qu'à la condition que la route à l'aller et au retour aura lieu sur la même ligne; on accorde la faculté de séjourner dans quatre des villes qui se trouvent sur la ligne même; la durée de validité est d'un mois à partir du 5 Septembre prochain. Au commencement du voyage de retour, le bille doit être timbré par le bureau de la gare de Rome sous peine de nullité.

Le Comité italien a en outre obtenu la réduction de 50 pour 100 pour le seul voyage de la frontière à Rome; de cette manière, on peut pour le retour prendre la route que l'on désire, à condition de payer le plein tarif. De même pour l'aller on peut prendre un billet ordinaire et se servir pour le retour du tarif réduit. Si à Rome les Congressistes ayant pris le billet aller et retour préfèrent revenir par un autre chemin, ils auront le droit d'être remboursés du prix déjà payé pour leur billet de retour à prix réduis.

Les Congressistes désireux d'avoir de véritables billets circulaires avec coupon d'hôtel et table d'hôte pourront s'adresser de la part du Comité à l'agence Chiari de G. Sommariva et Cie, corso Humberto I, n° 221, Rome.

Les Compagnies italiennes de navigation accordent une réduction de 50 pour 100 sur la présentation d'un bon délivré par M. Mutreli, via Rasella, n° 127, Rome.

Le montant de la cotisation peut être envoyé d'avance au secrétaire du Comité ou payé au siège du Congrès, au bureau de caisse qui y sera ouvert.

Pour assister aux séances du Congrès et pour être admis aux fêtes organisées par le Comité, il faudra retirer chez le secrétaire général le billet d'identité définitif qui sera délivré sur le reçu de la cotisation.

* * *

Les congressistes qui veulent participer au voyage de *La Presse Médicale* sont priés d'envoyer d'urgence la somme de 470 francs, montant de tous les frais de voyage et d'hôtel.

Le programme *définitif* du voyage, comprenant

l'arrivée à Rome le 14 Septembre au soir est le suivant :

Programme.

Lundi 8 Septembre 1902. — Départ de Paris à 2 heures de l'après midi. Dîner au buffet de Dijon.

Mardi 9 Septembre. — Arrivée à Turin à 8 h. 20 du matin. Petit déjeuner. Arrivée à Gênes à midi (grand hôtel de Gênes). Séjour. Dîner. Coucher.

Mercredi 10 Septembre. — Départ de Gênes à midi 35, arrivée à la Spezzia à 3 h. 8, départ à 3 h. 35. Arrivée à Parme à 7 h. 31 et vers 8 heures à Salsomaggiore. Dîner et coucher.

Jeudi 11 Septembre. — Cérémonie en l'honneur de Porro. Déjeuner. Départ à 5 heures de Parme. Dîner en route, en paquets. Arrivée à la Spezzia à 9 h. 42. Départ à 9 h. 50. Arrivée à Pise à 11 h. 40. Départ à 11 h. 55. Arrivée à Florence à 1 h. 40 du matin le vendredi 12.

Vendredi 12 et Samedi 13 Septembre. — Séjour à Florence (hôtel Helvetia).

Dimanche 14 Septembre. — Départ de Florence à 8 h. 47. Arrivée à Pise à 11 h. 6. Déjeuner (restaurant Neptune). Visite. Départ à 5 h. 38. Dîner dans le wagon-restaurant. Arrivée à Rome à 11 h. 43. Conduite à l'hôtel. Coucher.

Lundi 15 Septembre au Dimanche 21 Septembre. — Séjour à Rome (hôtel de l'Europe).

Dimanche 21 Septembre. — Départ de Rome à 8 h. 15 du matin. Déjeuner dans le wagon-restaurant. Dîner au buffet de Gênes à 7 heures. Départ à 8 heures. Arrivée à Turin à 11 h. 35. Coucher.

Lundi 22 Septembre. — Séjour à Turin (hôtel Métropole). Petit déjeuner. Déjeuner et dîner à l'hôtel. Départ à 7 h. 20 du soir.

Mardi 23 Septembre. — Retour à Paris à 9 h. 41 du matin.

Le premier repas sera le dîner au buffet de Dijon le 8 Septembre, et le dernier le dîner à Turin le 22 Septembre 1902.

F. Jayle.

LETTRE DE LONDRES

À *LA PRESSE MÉDICALE*

Londres, Août 1909.

Le LXXe Congrès de la « British medical Association » vient de se terminer avec un plein succès à Manchester, sous la présidence de M. Whitehead, président.

Voici, par section, les principaux travaux exposés, dont le compte rendu paraîtra *in extenso* dans les périodiques anglais d'Août et Septembre.

Section d'Hygiène publique (président, M. Niven). Cette section s'est occupée de diverses intoxications (plomb, mercure, arsenic) et du rôle de l'arsenic dans la fabrication de la bière. Elle a aussi consacré quelques instants à la législation actuellement en vigueur sur la variole, et a voté une adresse demandant que l'application de cette loi soit confiée aux autorités comtales et municipales, et non plus aux Comités de l'Assistance publique (*poor-law-infirmaries*).

Section de Psychiatrie (président, M. Mould). M. Sibbold, parlant du traitement général des aliénés, recommande de ne pas leur administrer trop de remèdes. L'essentiel est, pour lui, d'avoir sous la main un personnel d'infirmiers nombreux et bien dressé.

Section d'Anatomie (président, professeur Stirling). Les anatomistes ont discuté sur le développement de l'appareil uro-génital, et les pathologistes (professeur Sheridan-Delépine, président) sur la dégénérescence des nerfs.

Section d'Otologie (président. professeur Milligan. Le sujet était : Otite moyenne catarrhale non suppurée, et plusieurs rapports ont été faits, dont un par M. Lermoyez, de Paris.

Section de Dermatologie. Le professeur Brooke, s'appuyant sur quelques observations personnelles, déclare que le lupus et l'*ulcus rodens* (cancroïde) sont influencés d'une façon très favorable par les rayons X, mais qu'on a souvent des récidives à brève échéance.

Section de Pharmacologie (président, professeur Tirard). Le grand maître anglais Lander Brunton fait une conférence très écoutée sur ce sujet : Intolérances et idiosyncrasies.

Section des maladies tropicales. Sur le béribéri. La majorité des orateurs admet que, dans cette maladie, l'infection a lieu aussi bien par la peau que par l'air inspiré.

Section de Médecine interne. Je relève ici l'exposé du professeur Clifford Abbott sur la dilatation stomacale (par atonie gastrique). Traitement tonique; l'auteur insiste sur le massage et l'hydrothérapie.

Section d'Obstétrique et de Gynécologie (président, M. Lloyd Roberts). M. Galabin établit les indications respectives de l'embryotomie et de l'opération césarienne; il donne, autant que possible, la préférence à la seconde (opération césarienne), même dans l'intérêt de la mère.

M. Spencer Well communique 14 cas d'hystérectomie vaginale couronnés de succès (pour fibromes) et loue fort le procédé de Doyen, qu'il préfère de beaucoup à l'hystérectomie abdominale.

Section de Chirurgie (président, Henri Morris). M. Japp Sinclair lit un travail remarquable sur le cancer chez la femme, en particulier sur le carcinome du col de l'utérus. L'auteur déplore la banqueroute de l'hystérectomie vaginale aussi bien qu'abdominale, dont on s'était promis tant de succès contre ces tumeurs malignes. Nous sommes impuissants, dit-il, en face des récidives et des cas inopérables encore si nombreux. Sinclair exhorte la jeune génération à consacrer toutes ses forces à la recherche du vrai remède contre le cancer. . . . .

Pour terminer, je dois citer la belle conférence faite par sir Thomas Barlow, dans la section de médecine interne, sur la connaissance exacte de l'étiologie et de la pathologie comme condition *sine qua non* de tout progrès dans les sciences médicales.

Barlow passe en revue la diphtérie, le tétanos, la rage (dont nous ignorons encore l'agent), le rhumatisme et la fièvre paludéenne; enfin il arrive à la tuberculose, dont nous connaissons la cause depuis vingt ans, grâce à Koch, mais dont nous ignorons le remède. Il insiste sur l'hygiène et la prophylaxie, en attendant mieux, et termine, lui aussi, en recommandant aux jeunes de vouer toute leur attention à l'étude de la tuberculose du cancer et des maladies nerveuses encore imparfaitement connues.

Je vous ai déjà signalé les cinq grandes leçons faites à Édimbourg par Byrom Bramwell, sur les causes et la prophylaxie de la tuberculose (voir *Lancet*, numéros de Juillet et Août). L'auteur arrive aux conclusions suivantes : 1° déclaration obligatoire à l'autorité sanitaire de tous les cas de tuberculose; 2° hygiène et surveillance sévère des malades; 3° en cas de nécessité, isolement dans un sanatorium.

Plusieurs médecins professent ici des opinions tout aussi radicales; ainsi M. Robertson, qui a plaidé au Congrès de Manchester pour des mesures très énergiques, bien que la statistique soit assez favorable à l'Angleterre (la France et l'Allemagne perdent chacune annuellement 140.000 âmes, tandis que le Royaume-Uni n'a que 70.000 décès dus à la tuberculose pulmonaire).

La « croisade » contre la phtisie prend ici des proportions toujours plus grandes. On s'en occupe même en haut lieu. Le roi a ouvert dernièrement un concours sur ce sujet-ci : Quel doit être le traitement moderne de la tuberculose pulmonaire? C'est M. Arthur Latham (dont le travail vient de paraître dans *The Lancet*) qui a obtenu le premier prix, de 500 livres. Comme les précédents, cet auteur demande la déclaration obligatoire des cas de tuberculose; mais, étant donné les difficultés que susciterait une telle mesure (pertes d'emplois, gêne des familles, refus des intéressés de se laisser examiner et soigner, etc.), Latham propose et défend avec beaucoup de chaleur et d'éloquence la création de grands sanatoria nationaux pour les indigents.

Vous connaissez sans doute le cadeau princier offert dans ce but au roi par le riche banquier Cassell. De telles largesses ne sont pas rares en Angleterre. On donne beaucoup pour les hôpitaux quels qu'ils soient.

Le « Fonds du Couronnement », destiné à venir en aide aux hôpitaux, a déjà réuni près de 3 millions de francs entièrement souscrits par les particuliers. Le roi lui-même donne l'exemple; il vient d'offrir à la nation la splendide propriété de la reine Victoria à Osborne (île de Wight) pour en faire un « Convalescent Home ».

L'État ne faisant rien ici pour les hôpitaux, ceux-ci sont livrés à eux-mêmes et doivent souvent trouver des sommes énormes pour subvenir à leur entretien.

Eh bien, jusqu'à présent, les appels du Lord Maire ont toujours été entendus. La charité publique est inépuisable, et, quoi que l'on pense de cette organisation hospitalière anglaise sans concours de l'État, on ne peut que rendre hommage à la générosité toujours prête du grand public anglais. La classe riche consacre chaque année des millions à cette œuvre charitable, et cela sans se plaindre et sans qu'il se trouve personne, parmi les souscripteurs, pour proposer de passer cette lourde charge à l'État. Les médecins seuls désireraient qu'il en fût ainsi, mais cela pour d'autres raisons que je me réserve de vous soumettre dans une des lettres suivantes.

Dr Campiche.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude clinique de l'arythmie chez le vieillard, par M. Peyre, *Thèse*, Paris, 1902. (*Maloine*, éditeur, Paris).

Contributiuni la studiul cirosei cardio-tuberculoase la copie, par M. Dimitrie Jonescu, *Teza* Bucuresti, 1902. (*Eminescu*, bulevardul Elisabeta, 6, Bucuresti.)

Les embrasés, par M. Michel Corday, 1 volume de 278 pages, broché. 3 fr. 50. (Bibliothèque Charpentier, *Eugène Fasquelle*, éditeur, Paris.)

De la résection dans l'ostéomyélite, par M. Barthez, *Thèse*, Paris, 1902. (*Steinheil*, éditeur, Paris).

La diphtérie nasale, par M. Raymond Glatard, *Thèse*, Paris, 1902. (*G. Naud*, éditeur, Paris.)

Les obsessions et les impulsions, par MM. A. Pitres et E. Régis, 1 vol in-18 de 450 pages, 4 francs (Bibliothèque de psychologie expérimentale, *O. Doin*, éditeur, Paris.)

La mimique, par M. Edouard Cuyer, 1 vol. in-18, de 366 pages, avec 75 figures dans le texte. (Bibliothèque de psychologie expérimentale, *O. Doin*, éditeur, Paris.)

Manuel d'histologie pathologique, par les professeurs Cornil et Ranvier, publié avec la collaboration de MM. Brault et Letulle, 3e édition entièrement refondue. Tome deuxième, avec la collaboration de MM. G. Durante, J. Jolly, H. Dominici, A. Gombault et Cl. Philippe. 1 fort vol. gr. in-8°, avec 202 gravures en noir et en couleurs dans le texte, 25 francs (Paris, *Félix Alcan*, éditeur).

Spa. Passé, Présent, Avenir, par MM. V. Scheuer et Wybauw, une brochure in-8° jésus de 126 pages, avec tracés et diagrammes dans le texte (*Office de publicité*, 46, rue de la Madeleine, à Bruxelles).

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris, 30 fascicules gr. in-8° de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule : 1 fr. Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Diagnostic gynécologique; organes génitaux et mamelle, par M. Clado, chef des travaux de gynécologie à l'Hôtel-Dieu. 1 vol. in-8° de 821 pages, avec 109 figures dans le texte. Broché, 6 francs (*A. Maloine*, éditeur, Paris).

ÉTUDE GRAPHIQUE

DES MOUVEMENTS RESPIRATOIRES

Par M. LETULLE et M. POMPILIAN

L'étude graphique des mouvements respiratoires est fort utile en clinique; en l'absence de tout autre signe physique, sans rien connaître du malade, on peut d'après l'examen des tracés seuls obtenir des renseignements précis sur l'état de ses organes thoraciques et de son système nerveux.

La forme de la contraction musculaire dépend non seulement des conditions mécaniques dans lesquelles les muscles sont forcés d'accomplir leur effort, mais aussi de l'intensité de l'énergie nerveuse, et de la façon dont cette énergie a provoqué la contraction.

Les mouvements respiratoires ont été étudiés par Marey, MM. Gilbert et Roger, Hirtz et Brouardel. Mais les tracés de ces observateurs ne montrent pas avec la même netteté que les nôtres ce qu'une telle étude peut avoir d'utilité pratique.

Pneumographe de M. Pompilian. — Pour l'étude des mouvements respiratoires, il faut enregistrer ces mouvements. Le pneumographe est l'appareil qu'on emploie dans ce but. Il existe de nombreux types de pneumographe. Le plus parfait et le plus répandu est celui de Marey. Au cours de nos recherches, nous avons employé de préférence le pneumographe de M. Pompilian. Cet appareil, présentant un ressort réglable et un tambour à air dont on peut varier la sensibilité, est un instrument plus précis que les autres (fig. 1). La pièce principale est un levier à deux bras. A l'extrémité de l'un des bras du levier est attaché le ruban qui, à chaque inspiration, tire sur le levier et le déplace. A l'autre bras du levier est attaché un ressort à boudin qui ramène le levier à sa position primitive quand l'inspiration a cessé. Ce même bras de levier est relié à la membrane en caoutchouc d'un tambour à air. Les mouvements du levier provoquent des déformations de la membrane du tambour. Ces déformations sont transmises, comme dans tous les appareils à transmission, par l'intermédiaire d'une colonne contenue dans le tube de caoutchouc, à un tambour enregistreur de Marey[1]. La plume de ce tambour trace sur un cylindre en mouvement la courbe des mouvements respiratoires.

Forme des mouvements respiratoires à l'état normal. — Quand on étudie un tracé des mouvements respiratoires, ce qu'il faut regarder, surtout, c'est la *durée relative des diverses phases de la courbe.* La durée absolue de chaque phase et l'amplitude des courbes sont moins intéressantes. La première dépend du rythme des mouvements, la seconde, de l'amplification que l'appareil inscripteur imprime aux mouvements; il est certain que l'amplitude devient aussi un élément important de la courbe quand on s'est servi du même appareil et placé dans les mêmes conditions.

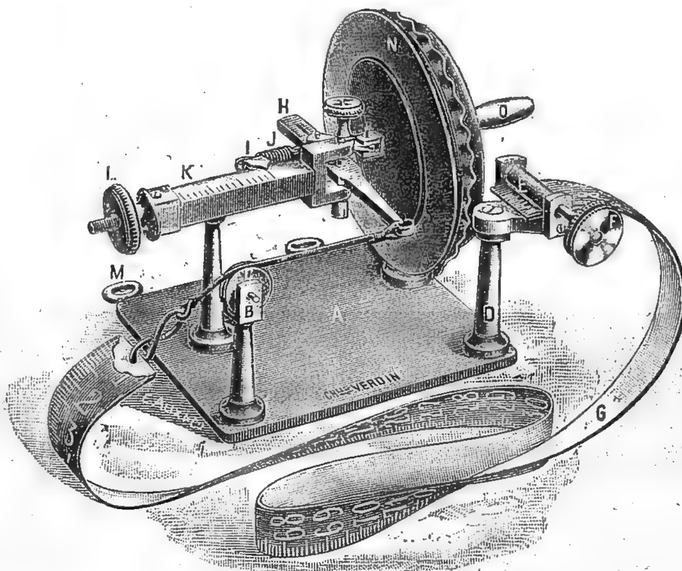


Figure 1. — *Pneumographe de Pompilian.*

On sait qu'à l'état normal, l'expiration comprend deux phases : la première d'expiration rapide, la seconde d'expiration lente, qui va doucement se confondre avec la période de repos, quand celle-ci existe. La durée de l'inspiration est à peu près égale à la durée de la phase rapide de l'expiration, de sorte que si l'on traçait une droite qui unirait le commencement de la ligne représentant, sur le tracé, l'inspiration à la fin de la ligne correspondant à l'expiration, on obtiendrait une figure qui ressemblerait à un *triangle isocèle.* Ce caractère est constant, quelle que soit la fréquence des respirations, comme on peut le constater sur les figures 2, 3 et 4.

Forme et rythme des mouvements respiratoires à l'état pathologique. — En général, la forme de triangle isocèle affectée par la courbe d'un mouvement respiratoire normal ne se retrouve plus dans les affections pulmonaires et dans quelques affections du système nerveux. Nous aurons l'occasion de publier des tracés montrant les altérations subies par cette courbe dans : 1° L'emphysème, la pleurésie avec épanchement et le pneumothorax; 2° la tuberculose pulmonaire; 3° quelques affections nerveuses.

La forme des mouvements respiratoires n'est pas le seul élément intéressant dans l'étude de la respiration. Le *rythme* des mouvements respiratoires, s'il ne donne aucun renseignement sur l'état des organes thoraciques, est, au contraire, extrêmement intéressant quand on veut connaître l'état du système nerveux. Nous rapporterons des tracés révélant la grande variété de rythmes que l'on peut rencontrer dans quelques affections nerveuses et dans la tuberculose pulmonaire en particulier.

Étude graphique des mouvements respiratoires dans l'emphysème, la pleurésie et le pneumothorax. — Dans l'*emphysème*, l'examen des tracés (fig. 5) montre que la durée de l'expiration est beaucoup plus grande que la durée de l'inspiration. La ligne qui représente l'expiration est très oblique, de sorte que si l'on réunissait le commencement de la

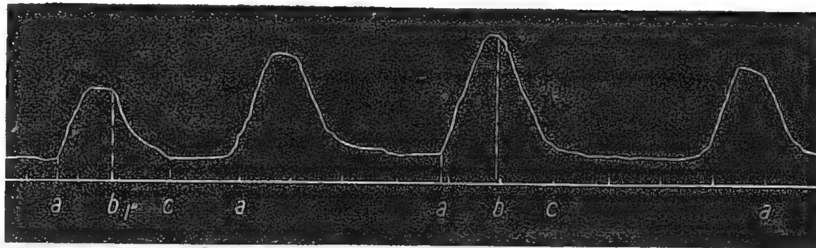


Figure 2. — *Respiration normale.*

La vitesse du cylindre enregistreur a été la même pour les figures 2, 3, 4, 5, 6 et 7. Une seconde est égale à 7 millimètres. Les petits traits de la ligne horizontale de chaque figure représentent les secondes. Les lignes ascendantes des courbes correspondent aux inspirations; les lignes descendantes représentent les expirations. Les petites irrégularités présentées par les courbes sont dues aux battements du cœur. La durée des diverses phases de la courbe s'estime en mesurant la distance qui sépare les pieds des perpendiculaires abaissées des points, où commence et où finit la ligne qui représente la phase considérée. La durée de l'inspiration (*ab*) est égale à la durée de l'expiration (*bc*). Aspect de triangle isocèle de la courbe d'un mouvement respiratoire.

1. Voici la description des pièces qui constituent le pneumographe de M. Pompilian.

Le levier (H) avec son support (K) est placé horizontalement sur une tige verticale qui est fixée sur une plaque métallique (A). Cette plaque (A) repose sur le sternum.

Le ressort (J) est accroché, d'une part, par une de ses extrémités au levier; d'autre part, par son autre extrémité, il est fixé au crochet (I) mobile le long de la tige (K). En tournant le bouton (L) d'une vis sans fin qui se trouve dans l'intérieur de la tige (K), on déplace le crochet (I) et l'on tire ainsi sur le ressort (J). Le crochet (I) présente un index qui, en se déplaçant sur la tige graduée, permet d'apprécier grossièrement les variations de longueur du ressort, et, par suite, sa force de traction sur le levier.

A l'extrémité antérieure du levier se trouve accroché un fil. Ce fil passe au-dessus d'une poulie (C) soutenue par le support (B) et allant s'accrocher à un ruban métrique (G). Ce ruban, après avoir fait le tour du thorax, est fixé dans la pince (E) à l'aide du bouton (F). Cette pince est fixée à l'extrémité supérieure du support (D).

On se rend compte facilement du fonctionnement de l'appareil. Pendant la dilatation du thorax, le fil tire sur le levier; celui-ci se déplace donc à chaque respiration. La résistance présentée par le ressort au déplacement est proportionnelle à la force de traction du ressort (J). La poulie placée sur le support (B) a pour but de forcer la traction exercée par le fil de se faire dans le plan du levier.

En face du bras de levier auquel est accroché le ressort, se trouve le tambour à air (N). La pièce qui unit le bras de levier à la membrane du tambour peut glisser dans une fente du levier. Le tambour à air (N) est mobile dans une fente de la plaque (A). En déplaçant plus ou moins le tambour et sa pièce d'attache au levier, on fait varier la tension de la membrane et la grandeur des déformations que le levier lui imprime. On varie ainsi la sensibilité de l'appareil et l'on choisit celle qui est la plus favorable. Le tube en caoutchouc qui établit la communication entre le tambour de l'appareil et le tambour inscripteur s'abouche à la tige creuse (O) du tambour (N).

La plaque (A) qui repose sur le sternum présente deux petits anneaux (M) auxquels on attache le ruban qui suspend l'appareil au cou (dans le cas où l'on prend le tracé des mouvements respiratoires d'une personne assise ou debout). Pour éviter une petite tendance au renversement, il faut que la plaque (A) soit plus grande qu'elle n'est représentée sur la figure; la ligne qui unit les supports (B) et (D) doit se trouver environ à la moitié de la plaque. C'est là un petit défaut de construction que présentait notre premier pneumographe qui a été dessiné.

Étant donné la position dans laquelle nous avons placé le tambour à air par rapport au levier, on observe à l'inspiration un enfoncement de la membrane du tambour de l'appareil et, par conséquent, un soulèvement de la membrane du tambour inscripteur. *L'inspiration se trouve donc représentée sur les tracés par une ligne ascendante, l'expiration par une ligne descendante.* C'est l'inverse de ce qu'on obtient avec la plupart des autres pneumographes. La représentation des mouvements respiratoires par des courbes dont la phase ascendante correspond à l'inspiration nous semble préférable parce qu'elle est plus conforme à l'idée que nous avons de la représentation graphique d'un mouvement en général. Or, on sait que la phase active d'un mouvement est toujours représentée par une ligne ascendante, tandis que la phase passive est représentée par une ligne descendante.

L'appareil doit être placé sur la région moyenne du thorax.

Ce pneumographe a été construit avec beaucoup de soin par M. Ch. Verdin.

ligne d'inspiration à la fin de la ligne d'expiration, on obtiendrait une figure qui ressemblerait à un *triangle rectangle*.

Dans l'emphysème, même dans le cas de

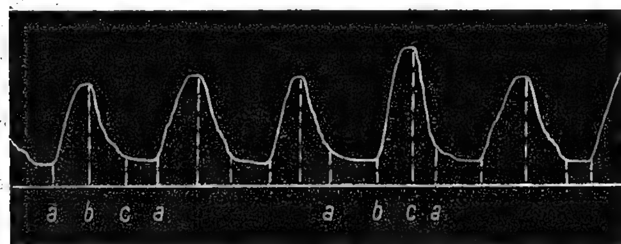


Figure 3. — *Respiration normale.*

Respiration plus fréquente que dans la figure précédente. La courbe qui correspond au premier groupe de lettres (*abca*) montre bien l'égalité de la phase d'inspiration (*ab*) et de la phase d'expiration rapide (*bc*). Les lettres du second groupe, par erreur, ont été mal placées.

respirations très lentes, par exemple 11 par minute, on n'observe pas de périodes de repos entre les mouvements respiratoires.

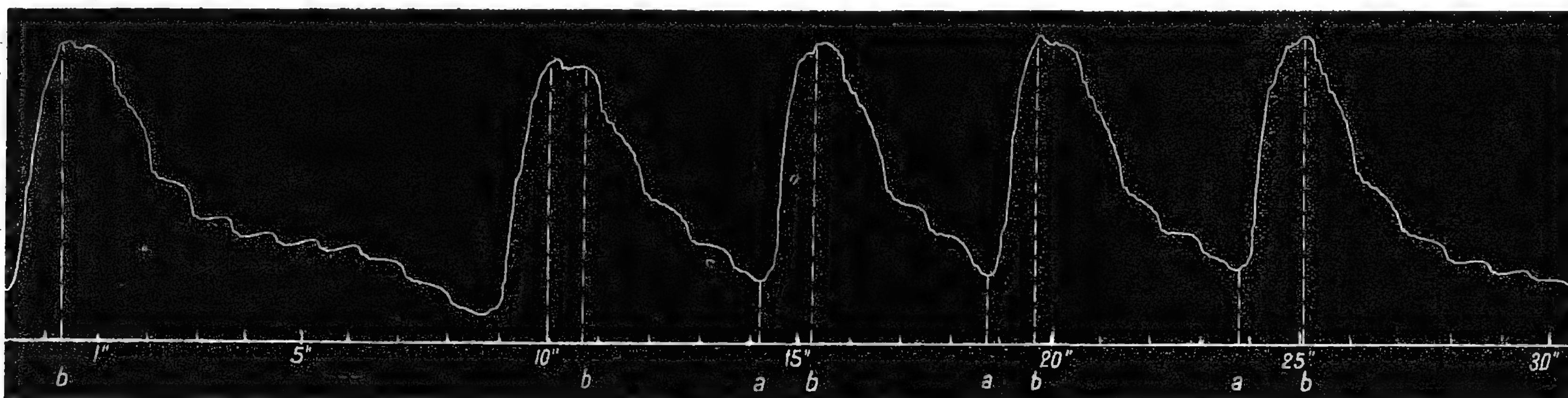


Figure 5. — *Emphysème.*

La durée de l'expiration (*ba*) est beaucoup plus grande que la durée de l'inspiration (*ab*). La ligne qui représente l'inspiration étant presque verticale, la courbe présente l'aspect d'un triangle rectangle. En comparant cette figure à la figure 2, on voit que dans l'emphysème les respirations sont très rares; pourtant il n'y a pas de périodes de repos entre les mouvements respiratoires.

Dans la *pleurésie* avec épanchement, l'examen des tracés (fig. 6) montre que l'inspiration est plus longue que l'expiration. Les lignes qui représentent l'inspiration et l'expiration étant très concaves, la courbe d'un mouvement respiratoire offre l'aspect d'un arc de cercle. C'est une *courbe en dôme*.

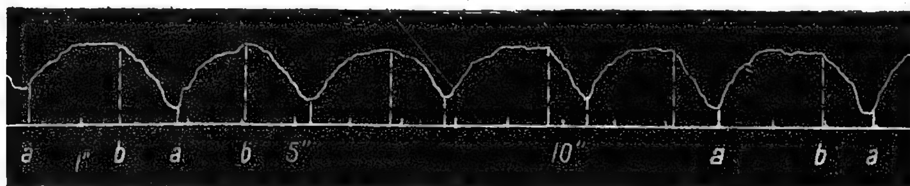


Figure 6. — *Pleurésie avec épanchement.*

L'inspiration (*ab*) est plus longue que l'expiration. Pas de périodes de repos. Courbes en forme de dôme.

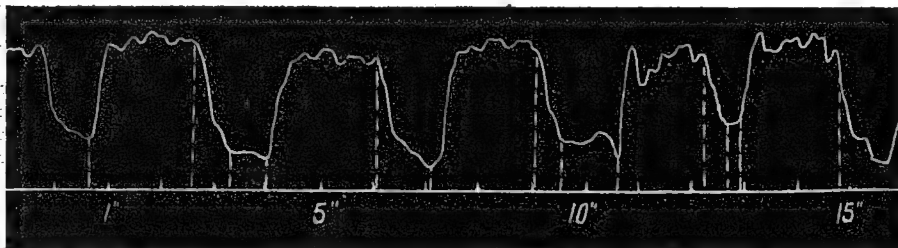


Figure 7. — *Pneumothorax.*

La durée de l'inspiration (lignes ascendantes) est beaucoup plus grande que la durée de l'expiration (lignes descendantes). Repos en inspiration. Le plateau de la courbe correspondant à ce repos présente des irrégularités dues aux battements du cœur. Aspect rectangulaire des courbes.

Dans le *pneumothorax*, de même que dans la pleurésie, l'inspiration est plus longue que l'expiration. Elle comprend deux phases : l'une, d'inspiration rapide, est représentée par une ligne presque verticale ; l'autre, très lente, est représentée par une ligne presque horizontale. L'expiration est composée aussi d'une phase rapide, représentée par une ligne presque verticale, et d'une phase lente de très courte durée. La courbe, dans son ensemble, présente un aspect *rectangulaire* (fig. 7).

Quand on prend le tracé des mouvements respiratoires des deux côtés du thorax, séparément, on voit que, dans la pleurésie et le pneumothorax, les mouvements du côté malade sont extrêmement faibles (fig. 8).

Ces diverses altérations subies par la forme des mouvements respiratoires sont dues aux résistances que l'air rencontre pour entrer ou pour sortir du poumon. Des expériences de Marey[1] sur les diverses influences qui modifient la forme des mouvements respiratoires nous aideront à comprendre le mécanisme des modifications de la courbe des mouvements respiratoires à l'état pathologique. En 1865, Marey, étudiant l'effet des résistances opposées aux mouvements de l'air sur la durée des diverses phases de la respiration, a constaté que les mouvements étaient d'autant plus lents et plus amples que les résistances n'existaient que pendant l'inspiration ou pendant l'expiration seulement; la phase au cours de laquelle les résistances s'opposaient au mouvement de l'air s'allongeait seule, l'autre restant normale.

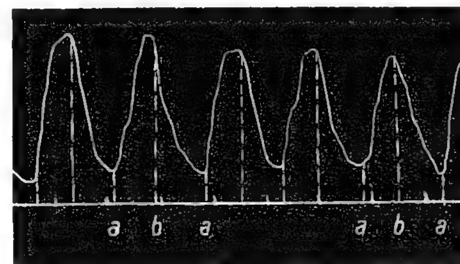


Figure 4. — *Respiration normale.*

Respiration très fréquente d'un malade atteint de fièvre typhoïde, sans lésion pulmonaire. L'égalité de la durée de l'inspiration (*ab*) et de la durée de l'expiration (*ba*) persiste malgré la fréquence des respirations; par conséquent, on observe encore l'aspect de triangle isocèle de la courbe. En comparant les figures 2, 3 et 4, on voit que quand les respirations sont fréquentes, la période de repos diminue beaucoup plus que les autres phases de la respiration. Quand les respirations sont très fréquentes, il n'y a plus de périodes de repos entre les mouvements respiratoires.

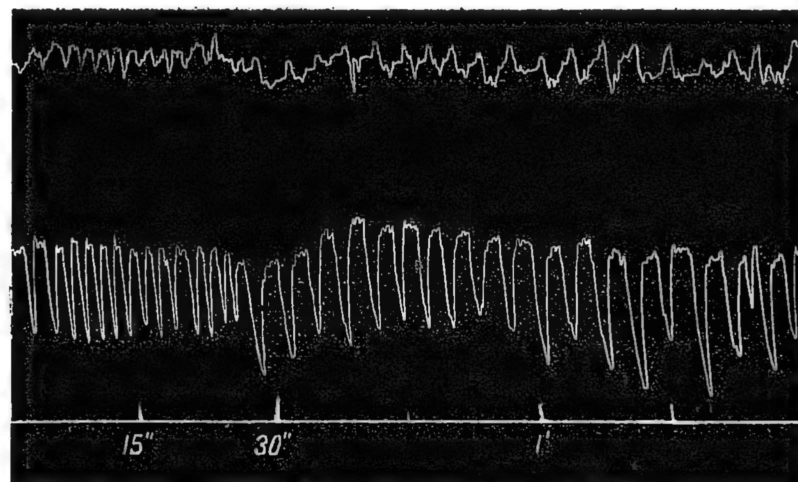


Figure 8. — *Pneumothorax.*

Le tracé supérieur représente les mouvements du côté malade; le tracé inférieur, les mouvements du côté sain. Ces tracés ont été recueillis simultanément avec le pneumographe à deux tambours de Verdin. Les battements du cœur ont complètement masqué la forme des courbes des mouvements du côté malade (côté gauche). La vitesse du cylindre enregistreur est moins grande que pour les tracés précédents. Une minute est égale à 7 centimètres.

Dans les expériences de Marey, la résistance était extérieure, l'air étant obligé de traverser des tubes étroits. Chez les malades, les résistances sont intérieures. Dans l'emphysème, à cause des lésions anatomiques, la force élastique du poumon est trop faible

1. Marey. — « Études physiologiques sur les caractères graphiques des battements du cœur et des mouvements respiratoires, et sur les diverses influences qui les modifient ». *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1865.

pour vaincre la résistance contenue dans le poumon. Or, on sait que l'effet de la diminution d'une force est le même que celui de l'augmentation des résistances, fait mécanique évident. Dans l'emphysème donc, les phénomènes se passent comme si la résistance de l'air contenu dans le poumon était plus grande que normalement; par conséquent, l'air ayant de la peine à sortir du poumon, l'expiration s'allonge.

Dans la pleurésie avec épanchement, la résistance est représentée par la masse liquide contenue dans la plèvre. L'air, pour pénétrer dans le poumon, doit refouler cette masse liquide qui représente une grande résistance ; par conséquent, l'inspiration doit s'allonger.

Au cours du pneumothorax, la masse gazeuse contenue dans la plèvre représente la résistance qui s'oppose à la facile pénétration de l'air dans le poumon. La masse gazeuse étant élastique, et par conséquent compressible, les conditions ne sont pas tout à fait les mêmes que dans la pleurésie avec épanchement; aussi, les courbes des mouvements respiratoires diffèrent dans ces deux cas.

DE LA

BRONCHO-PNEUMONIE GANGRÉNEUSE

DES PNEUMOKONIOSES

(**Étude clinique et bactériologique**)

Par **Georges ROSENTHAL**
Chef de clinique adjoint.[1]

La séparation établie par les auteurs classiques entre les affections pulmonaires d'origine microbienne et celles dues aux poussières semble moins absolue qu'autrefois.

Netter a montré (Soc. Biol. 1897) que la poussière était souvent chargée de microbes pathogènes ; d'après Claisse et Josué, l'inhalation expérimentale de poussières ne produit pas de véritables lésions anatomiques. Dans la thèse de Rajaonah (Paris 1898) nous avons admis que la poussière n'agit pas simplement comme un corps inerte.

Triboulet[2] soutient que les pneumokonioses ont dès le début une origine mixte résultant de l'union du processus mécanique des poussières et de l'infection.

En un mot, la part réservée aux microbes dans les manifestations cliniques des pneumokonioses augmente de jour en jour. Cependant la gangrène pulmonaire a été rarement signalée.

Comme nous venons d'en étudier un cas chez un tourneur en cuivre, nous croyons utile d'apporter cette contribution à l'étude des infections pulmonaires des pneumokonioses.

*
* *

Notre malade est un homme de cinquante ans, tourneur sur cuivre, entré le 9 Septembre 1901 salle Bazin, nº 4. Il a perdu ses parents dans un âge avancé, mais il est le seul survivant de onze enfants. Il a commencé à être tourneur sur cuivre à l'âge de douze ans — donc il exerce le métier depuis trente-huit années — et il est devenu tousseur à l'âge de trente ans ; depuis ce temps il tousse tous les hivers. Marié à trente et un ans, il a eu six enfants dont quatre sont bien portants. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, vers le 15 août, sans frissons, sans point de côté il a commencé à se sentir courbaturé.

En même temps il se met à souffrir de la tête ; il sue la nuit au point d'être obligé de se changer, est pris de dyspnée et rend au milieu de quintes de toux des crachats épais, visqueux, légèrement striés de sang, mais non fétides à ce qu'il dit. Comme les phénomènes s'aggravent, il entre à l'hôpital et le 10 Septembre nous l'examinons.

C'est un homme vigoureux, bien musclé, mais qui paraît plus abattu que ne comporte sa température (38°4). Pouls 110. Il est vrai qu'il est assez dyspnéique, et que les lèvres sont légèrement cyanosées.

En examinant son thorax, on est frappé par la déformation qu'il présente. Cette déformation survenue peu à peu vers trente-cinq ans serait due au tour : elle consiste dans une saillie convexe du thorax au niveau des régions mammaires, qui surplombe entre une dépression très accusée de la région des fausses côtes.

Pendant que l'on regarde le malade, il est secoué par des quintes de toux, et rend des crachats verdâtres, épais, sanguinolents très fétides. Placés dans un verre, ils prennent la disposition en trois couches caractéristiques. La palpation, la percussion et l'auscultation permettent de supposer que le malade présente :

1° Un foyer de gangrène pulmonaire dans le lobe supérieur du poumon droit (matité vibrations exagérées, souffle tubaire, râles sous-crépitants).

2° Des petits foyers de broncho-pneumonie disséminés dans les lobes moyen et inférieur du poumon droit.

3° De la congestion et de l'œdème du lobe inférieur du poumon gauche.

La langue était saburrale, l'appétit supprimé; il n'y avait ni sucre ni albumine dans les urines.

La rate était sensible à la percussion.

Le diagnostic de gangrène pulmonaire se confirma encore lorsque le souffle devint cavitaire le lendemain.

En même temps le malade s'affaiblissait considérablement ; l'état général, la diffusion des lésions contre-indiquaient absolument toute intervention.

Le pouls devenait misérable, la dyspnée augmentait, et c'est dans cet état grave, plus grave encore par les phénomènes généraux que par les symptômes pulmonaires, que la mort survint le 13 au matin.

La température s'était maintenue entre 38 et 39°. L'urine renfermait une grande quantité d'albumine.

L'autopsie pratiquée le 15 confirma les données de l'examen physique du malade. Disons simplement que le foie pesait 2 kil. 100 et paraissait atteint de dégénérescence graisseuse.

Dans le poumon et les ganglions médiastinaux, *pas trace de lésion tuberculeuse*, mais une infiltration anthracosique très prononcée. Le poumon gauche est très congestionné et les bronchioles sont remplies de pus. Au sommet du poumon droit, au milieu d'un tissu sphacélé existe une caverne de la grosseur d'une noix environ. Dans les lobes moyen et inférieur sont disséminés de petits nodules grisâtres de broncho-pneumonie. Le cœur est hypertrophié et pèse 540 grammes.

L'*examen bactériologique* nous arrêtera plus longtemps. Il a été fait aussi complètement que possible, suivant la technique suivante qui seule peut donner des résultats complets.

1° Examen sur lamelles des frottis du poumon. Coloration au Ziehl et par la méthode de Gram ;

2° Culture sur gélose-sang des microbes aérobies ;

3° Séparation, par le procédé de la boîte de Petri[1], des microbes anaérobies cultivés en tubes de gélose profonde (Liborius, Zuber-Veillon). Contrôle en bouillon sanglant anaérobie (tube d'Achalme) pour éviter de laisser passer une espèce anaérobie exigeant les milieux sanglants. Étude des anaérobies en tube de Liborius, Zuber-Veillon et en tubes d'Achalme.

Selon le conseil d'Achalme, qui a bien voulu vérifier et contrôler nos résultats, nous nous sommes surtout servis pour les cultures en milieux sanglants d'une solution d'hémoglobine du commerce à 1 pour 100, filtrée à l'aide de la trompe à eau dans l'appareil de Kitasato perfectionné par Martin. Ce procédé donne des résultats excellents et simplifie beaucoup la préparation de milieux sanglants indispensables en bactériologie.

Voici le résultat de l'examen.

Sur lamelles, par frottis du poumon, on peut reconnaître :

1° Un bacille assez long, plus large au milieu qu'aux extrémités amincies. Ce bacille prend inégalement la matière colorante, il garde le Gram. C'est de beaucoup la forme microbienne la plus répandue ;

2° Des coques isolés en diplocoques ou en amas, petits, mal colorés, qui ne prennent pas le Gram ;

3° Des coques isolés à grains de dimensions variables et de gros diplocoques prenant le Gram.

Les *cultures aérobies* (gélose-sang, gélose hémoglobine du sang et du commerce) ont donné en culture pure un microbe se présentant en diplocoques, ou en tétrades[2], formé de grains volumineux, souvent légèrement aplatis sur leurs faces parallèles, et prenant le Gram.

Bien que ce microbe ait présenté dans les cultures plus souvent des formes en diplocoques que des groupements par tétrade, nous le réunissons au tétragène, d'accord en ce point avec Achalme.

En effet, les cultures sur gélatine, gélose, pomme de terre, lait, bouillon agar-sérum, etc., ont reproduit les aspects de cette espèce microbienne ; et, sur les milieux sanglants, nous avons vu apparaître l'auréole caractéristique. Mais fait à noter, le microbe n'a reproduit de belles colonies qu'après plusieurs repiquages, comme si, ayant végété misérablement, il revenait peu à peu à son plein développement. Les cultures sur gélose, dans les premiers tubes, étaient petites, adhérentes à la gélose, au lieu d'être rondes, blanches et légèrement visqueuses.

---

1. Service et laboratoire de M. le professeur Hayem.
2. TRIBOULET. — Traité de Brouardel et Gilbert, article Scléroses du poumon ».

1. ROSENTHAL. — *Soc. de biol.*, 1901, 2 Novembre.
2. Voir dans ROGER. — Maladies infectieuses, la description du « Tétracoque ».

Les *cultures anaérobies* ont permis d'isoler deux espèces strictement anaérobies.

1° Le staphylococcus parvulus (Zuber-Veillon) déjà signalé par Guillemot dans la gangrène pulmonaire. Nous avons vérifié la description de ces auteurs, et noté qu'il coagule le lait où il se développe abondamment.

2° Le streptobacille fusiforme (espèce nouvelle) mérite une plus longue étude. Il se développe en quarante-huit heures à la température de l'étuve, en cinq à huit jours au-dessus de 24°; il ne liquéfie pas la gélatine, ne coagule pas le lait, trouble légèrement le bouillon qu'il acidifie légèrement, prend bien les matières colorantes, garde le Gram et se repique aisément tous les six à huit jours. Il est strictement anaérobie, puisqu'il ne peut se développer sous une pression de 5 centimètres cubes, et qu'il meurt en quelques heures quand il est laissé au contact de l'air.

Un séjour de vingt-quatre heures dans l'étuve à 50° le fait mourir, et les milieux peu nutritifs donnent un développement misérable. Mais son examen sur lamelles, et l'étude de la culture en gélose profonde révèlent des caractères du plus haut intérêt.

Si on l'examine sans coloration, on voit qu'il est animé d'un léger mouvement d'oscillation sur lui-même, par flexion se produisant alternativement sur les deux côtés.

Dans les cultures jeunes, ou en se servant de colorants légers (Ziehl dilué) ou rapidement enlevés par le lavage, il se présente sous la forme d'un bacille ayant de 2 à 3 μ 5 de long, renflé au centre; les extrémités sont effilées. Tout le microbe a pris assez bien la matière colorante, mais on voit dans la partie médiane se détacher une granulation plus ou moins grande et bien plus fortement colorée.

Cette opposition entre la granulation centrale et le reste du microbe est bien plus accentuée après la coloration par la méthode de Gram.

La granulation reste colorée, tandis que la partie périphérique est sensiblement éclaircie. On ne peut s'empêcher alors de comparer l'aspect obtenu à celui des globules blancs traités de la même manière. Il semble que le streptobacille fusiforme soit une cellule microbienne sans doute imparfaitement différenciée; la granulation représente le noyau, la partie décolorée est le protoplasma.

Dans le plus grand nombre des éléments, la granulation est centrale; mais on peut la voir tangente au bord de l'élément, ou rejetée vers l'une des extrémités qui alors s'arrondit.

Quelques microbes sont isolés, d'autres sont groupés en diplocoques, le plus grand nombre forment des chaînettes de 3 à 10 éléments, justifiant le nom que nous leur avons donné. Les plus belles formes s'observent dans les cultures sur milieux solides; dans les cultures sur milieux liquides le microbe est bien plus petit, si bien que ses chaînettes ont un aspect pseudo-streptococcique.

Dans les cultures ayant de six à dix jours ou en se servant de colorants intenses, la méthode de Gram ne permet plus la distinction entre la portion périphérique et la granulation. Celle-ci a envahi tout le corps du microbe, qui est devenu nettement gramien, c'est-à-dire qu'il résiste à la décoloration par l'alcool après l'action de l'eau iodo-iodurée.

A partir de ce moment apparaissent de nombreuses formes d'involution, formes en massue, en sablier, bâtonnets, courbes, formes renflées au centre, ressemblant au « toton » des enfants, etc. (fig. 2).

Dans les cultures de tout âge, on trouve accolées à quelques éléments microbiens, sur les parties latérales comme aux extrémités, des corpuscules arrondis, semblables aux corpuscules que nous avons décrits dans les cul-

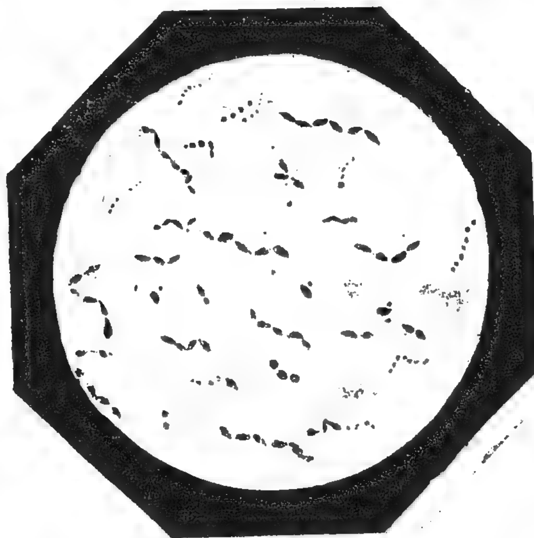


Figure 1.

tures de pneumocoque (*Thèse*, page 101). Thiercelin a étudié ces corpuscules dans les cultures de l'entérocoque :

Les cultures sur gélose profonde, où nous avons noté l'absence de production de gaz, ont attiré notre attention sur un caractère biologique très important. Il sera intéressant de voir si des descriptions ultérieures vérifient pour d'autres échantillons de ce microbe ce caractère si particulier. Le streptobacille fusiforme ne vit et ne se cultive abondamment que dans les tubes où végète, soit dans la même colonies (colonies mixtes vraies), soit dans les colonies voisines, un autre germe, quel que soit

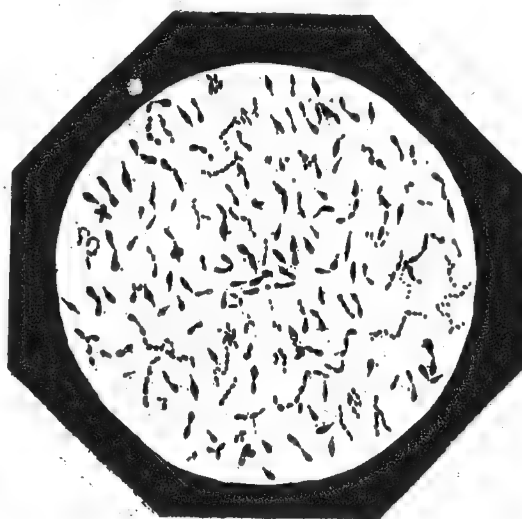


Figure 2.

du reste ce germe. Voici les faits qui nous permettent d'énoncer cette proposition.

Dans nos tubes initiaux, nous avons noté l'apparition de colonies assez grandes ayant de 1 à 2 millimètres de diamètre, sensiblement arrondies, mais à contour légèrement granuleux, formées tantôt d'une seule masse, tantôt de plusieurs grains; elles ressemblaient alors à une petite grappe très serrée.

Ces colonies prélevées, isolées et lavées dans une boîte de Pétri, étaient des colonies mixtes vraies, c'est-à-dire des colonies de streptobacille fusiforme associé au staphylococcus parvulus. La coloration par la méthode de Gram séparait facilement sur la lamelle le streptobacille gramien du staphylocoque agramien.

Les repiquages de cette colonie mixte vraie nous donnaient des tubes contenant des colonies en ménisque circonvexe du staphylococcus parvulus et des colonies arrondies présentant les caractères décrits plus haut du streptobacille fusiforme. Si on ensemençait plusieurs tubes avec la même prise, les derniers tubes restaient stériles.

En reprenant alors une colonie pure de streptobacille fusiforme, on constate que tous les repiquages restent stériles, sauf ceux faits dans des tubes où on ensemence également un autre germe. Du reste, nous avons pu obtenir des cultures mixtes avec le tétragène, le pneumocoque et le streptocoque. Il nous a semblé que les microbes acidifiants avaient une influence fâcheuse sur la vitalité de ce microbe.

Ce n'est que par exception que nous avons obtenu une culture pure. Dans quelques cas, la zone de l'anaérobiose du tube Zuber-Veillon était devenue absolument opaque; dans les autres, la gélose était criblée de petites colonies très fines disséminées dans toute la hauteur du tube; mais les réensemencements échouaient tous; le microbe isolé était mort rapidement.

Nous rapprochons ces faits bien curieux de l'anaérobisme extrême du microbe. Il ne s'agit pas là d'un caractère de pure microbiologie. La *symbiose satellitique* éclaire le mécanisme des infections : nous avons déjà montré à propos du *coccobacille hémophile* qu'il s'agissait d'un phénomène bien plus général que ne l'avait cru Granlerger. Le pneumocoque vit plus longtemps quand il est en symbiose avec le coccobacille hémophile; le streptocoque peut donner des colonies exubérantes staphylococciennes. Nobécourt a publié dans sa thèse des faits semblables. Le *streptobacille fusiforme* ne vit bien que par la symbiose satellique, et alors on se demande si l'exagération de la virulence n'est pas souvent une *exagération de la prolifération microbienne*, qui met l'organisme en état d'infériorité non par la valeur, mais par la multiplication excessive des ennemis [1].

Nous pouvons rapprocher le streptobacille fusiforme de l'espèce A. de Guillemot, et de l'espèce dénommée par Cottet espèce B. Leur description est trop incomplète pour qu'on puisse admettre ou rejeter l'identité.

Nous notons avec soin l'*absence* de toute lésion tuberculeuse.

Comment faut-il interpréter ce résultat de l'examen. Tout d'abord, l'absence de tout foyer extra-pulmonaire éloigne l'idée d'une gangrène par embolie. Notre malade a présenté une triple infection d'origine inhalatoire à tétragène, staphylococcus parvulus et streptobacille fusiforme, soit un microbe aérobie et deux anaérobies exclusifs. Ici donc, la conclusion est facile à tirer; notre cas obéit à la loi établie par Guillemot pour la gangrène pulmonaire, loi conforme à l'enseignement de Zuber et Veillon [2].

« La cause nécessaire de la gangrène pulmonaire, en général, nous paraît être le dé-

1. Voir ROGER. — « Maladies infectieuses. Mécanisme de l'infection ».

2. ZUBER et WEILLON. — *Archives de médecine* (exp. 98).

veloppement dans le tissu pulmonaire de microorganismes anaérobies stricts associés. » Cependant cette loi, vraie, en général, ne correspond pas à la totalité des faits, car plusieurs auteurs ont signalé des cas de gangrène sans anaérobie, et récemment Roger et Émile Weil ont publié dans *La Presse médicale* (1901, n° 76) un cas de gangrène de la paupière, dû à un microbe aérobie.

En outre, la présence d'anaérobie dans un foyer de broncho-pneumonie n'entraîne pas la fermentation gangreneuse ; et la première observation de notre thèse, étudiée avec Achalme, nous a montré, outre un *diplocoque non capsulé*, un bacille anaérobie que nous n'avons pas déterminé. Il n'en reste pas moins vrai que la proposition de Guillemot répond à la grande majorité des faits.

Malgré le petit nombre des cas de gangrène au cours des pneumokonioses, nous pouvons affirmer que le pronostic n'est pas fatal.

L'évolution peut aboutir à une caverne de guérison.

Pendant notre année d'internat chez M. le professeur Jaccoud, nous avons observé un malade dont l'observation est publiée dans la thèse de Rajaonah (Thèse, 1898, p. 67).

Dans ce cas la gangrène pulmonaire était survenue en 1894, soit quatre ans auparavant, après une période de surmenage et de misère. Le malade était à ce moment soumis à l'inhalation répétée de poussières de bois. Au moment où nous l'avons vu il venait consulter pour une crise de diabète hydrurique; l'examen systématique seul révéla la présence d'une caverne au sommet droit. L'expectoration n'était pas fétide. Sous l'influence du surmenage et de la misère, le malade avait pu contracter une inflammation gangreneuse du poumon.

Dans le premier cas, il n'en est pas de même : on ne peut invoquer l'embolie d'origine otique (Guillemot); l'intégrité de l'oreille moyenne et interne a été vérifiée. On ne peut invoquer la compression du pneumogastrique par les ganglions anthracosiques qui n'étaient pas très volumineux et ne pouvaient diminuer la nutrition des tissus (Meunier). Le malade n'était pas alcoolique.

Mais soumis à l'irritation des poussières de charbon, le tissu pulmonaire atteint dans sa vitalité a subi rapidement l'infection *conio microbienne*. Les microbes vulgaires ont pu l'envahir. Le gros diplocoque des crachats, forme saprophytique du tétragène ou du tétracoque (Roger), est venu végéter au sein des alvéoles. Alors la symbiose satellitique et l'altération des tissus ont permis le développement des anaérobies avec leur fermentation spéciale.

Ainsi la gangrène pulmonaire n'est que la phase ultime d'une évolution morbide; elle est, comme l'ictère grave dans la cirrhose, une sorte d'*asystolie infectieuse*. Le phénomène essentiel dans l'histoire de ce malade est l'influence mécanique des poussières, liée aux infections latentes. Elle est la cause primordiale de la mort, puisque seule elle a rendu possible l'infection, et nous montre, ici encore, que celle-ci est secondaire à des phénomènes physiques.

De telles considérations doivent évidemment nous conduire à continuer l'étude biologique des microbes, premier pas de la lutte contre les infections. Mais bien des maladies ne sont que secondairement microbiennes. Des modifications de l'hygiène, des réglementations du travail peuvent faire plus dans l'intérêt des malades que les progrès de la thérapeutique des infections; le devoir du bactériologue se double d'un devoir social.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE L'HÉMORRAGIE CHIRURGICALE DE L'AMYGDALE

Grâce aux perfectionnements récents apportés dans la technique laryngologique, l'ablation des amygdales un instant détrônée par l'ignipuncture est actuellement revenue à l'ordre du jour. A l'anse galvanique et au morcelleur de Ruault reviennent incontestablement tout l'honneur de cette réaction; avec ces instruments, en effet, on peut pratiquer une amygdalotomie avec une sécurité presque absolue ; je dis presque absolue, car Heryng a publié un cas d'hémorragie très grave consécutive à l'emploi de l'anse galvanique.

D'autre part, des confrères de grande expérience m'ont affirmé avoir eu avec la pince à morcellement des hémorragies assez inquiétantes.

Je viens enfin de communiquer moi-même à la Société française de laryngologie un accident semblable consécutif à l'emploi d'un morcelleur; il est vrai que le modèle employé accidentellement était défectueux et présentait un mors mâle tranchant.

Il est vraiment déplorable de voir certains fabricants s'obstiner à mettre en circulation des morcelleurs de ce modèle; nous associant aux protestations réitérées de M. Ruault, nous ne saurions trop les réprouver.

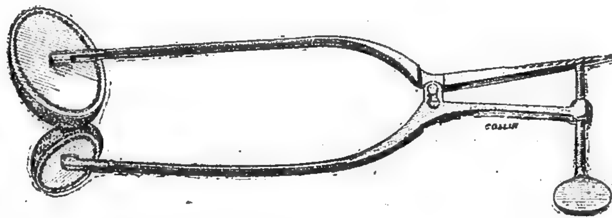


Figure 1. — Compresseur amygdalien de Ricord.

Le mors mâle d'une bonne pince doit, en effet, morceler *en emboutissant* et *non en tranchant*, sans quoi son usage expose à tous les dangers de l'amygdalotomie, du bistouri et des ciseaux, que la méthode de Ruault a précisément pour but d'éviter.

Enfin il faut dire que la discission des piliers parfois nécessaire comme premier temps du morcellement, dans certains cas d'enchatonnement des amygdales, peut être aussi suivie d'hémorragie, quand elle est pratiquée avec des crochets tranchants ou avec des ciseaux.

L'éventualité de l'hémorragie amygdalienne grave, en dépit de l'excessive rareté de l'accident, met donc tout opérateur dans l'obligation de s'armer contre elle.

Nous avons pensé qu'il serait d'actualité de rappeler les moyens auxquels on peut recourir en cette occurrence; nous aurons surtout en vue l'hémorragie immédiate se manifestant après l'opération ou quelques instants après; les moyens que nous allons indiquer sont toutefois applicables à l'hémorragie secondaire.

***

Le premier agent hémostatique à employer est l'eau froide en gargarisme, et encore mieux la glace pilée maintenue au fond de la gorge ; mais ce faible moyen n'arrête que des hémorragies peu graves.

Parmi les hémostatiques vantés, l'eau gélatineuse m'a paru peu efficace; le perchlorure de fer, très irritant, a l'inconvénient de réveiller ou d'augmenter les spasmes pharyngiens et de compromettre la réussite des interventions plus délicates qu'on peut être amené à tenter en cas d'insuccès.

On peut toutefois essayer comme hémostatique l'eau oxygénée à 10 ou 12 volumes, la solution d'antipyrine à 1/10, ou la ferropyrine à 20/100; mais quand il s'agit d'une hémorragie en jet, il ne faut guère compter sur ces agents.

On pourrait peut-être cependant essayer le chlorhydrate d'adrenaline dont le pouvoir vasoconstricteur est si puissant.

Il serait dans ce cas indispensable d'employer ce médicament en solution à 1/5000, et de prendre prudemment toutes les précautions nécessaires pour éviter qu'il ne soit dégluti; on ne devra l'appliquer qu'au moyen d'un tampon bien exprimé et maintenu sur le foyer hémorragique avec une pince.

Un moyen souvent efficace est la cautérisation avec la pointe du thermo-cautère ou mieux avec le bouton galvano-caustique chauffé au rouge sombre.

La cautérisation avec le nitrate d'argent solide a pu quelquefois arrêter le jet artériel comme dans l'épistaxis; ces deux derniers moyens ne doivent être appliqués que si on peut bien voir le jet artériel.

Si on peut l'apercevoir au milieu du foyer hémorragique, il faut tenter de saisir l'artère avec une pince à forcipressure ; ce moyen peut réussir si l'hémorragie part des bords des piliers, cas assez fréquent, mais il échoue, en général, s'il s'agit d'une artère ouverte au fond de la loge amygdalienne ; à ce niveau, en effet, l'artère sectionnée parallèlement à la paroi pharyngée devient insaisissable, ayant ses parois tendues par la tunique fibreuse du pharynx qu'elle traverse perpendiculairement.

La ligature du moignon tonsillaire conseillée par de nombreux auteurs est loin d'être pratique, en raison du peu de résistance du tissu amygdalien ; en outre dans la plupart des cas, ce moignon n'existe plus si l'énucléation de l'organe a été complète, et la loge amygdalienne est vide.

On doit alors recourir à la compression directe du foyer à l'aide d'un tampon d'ouate imbibé ou non d'un des hémostatiques que nous venons de recommander.

Le maintien du tampon est facilité par l'évidement de la loge amygdalienne; on peut le fixer directement avec l'index et le médius de la main droite en se plaçant sur le côté droit du patient, et inversement s'il s'agit de l'amygdale gauche, et on fait la compression pendant quelques minutes; on peut aussi maintenir le tampon avec une pince à forcipressure.

Ce moyen si simple compte de très nombreux succès.

Si la compression demande à être prolongée, on doit essayer d'appliquer le compresseur de Ricord (fig. 1). Cet instrument ne mérite certainement pas le discrédit dont on l'a frappé; il est réellement capable d'arrêter l'hémorragie; malheureusement son application est douloureuse ; aussi ne devra-t-on l'employer que lorsqu'il sera impossible de faire autrement.

Un procédé bien rationnel et qui semble compter des succès est le pincement des deux piliers avec une forte pince de Museux.

Nous indiquerons enfin comme moyen vraiment pratique la suture des piliers exécutée avec résultat par Baum, et à laquelle nous devons un succès personnel. Cette méthode vient d'être vantée par Heermann, d'Essen[1], qui la signale comme un procédé de pratique courante à l'hôpital de Cologne.

On utilise à cet effet une aiguille courbe ordinaire très forte, montée sur un porte-aiguille, et

1. HEERMAN. — « Zur Blutstillung nach Tonsillotomie ». *Arch. für Laryng.*, Bd XII, Heft 3.

pourvue d'un fort cordonnet de soie de 40 centimètres de longueur. On transfixe les deux piliers, de l'antérieur au postérieur, s'il s'agit de l'amygdale gauche ; du postérieur à l'antérieur, s'il s'agit de l'amygdale droite. Aux environs de la fossette sus-amygdalienne la transfixion des deux piliers peut être simultanée (fig. 2) en raison du peu de distance qui sépare ces deux replis ; elle peut toutefois être faite isolément pour chaque pilier.

En général, une suture ne suffit pas pour fermer la loge, il faut en pratiquer une deuxième à un centimètre ou deux au-dessous de la première.

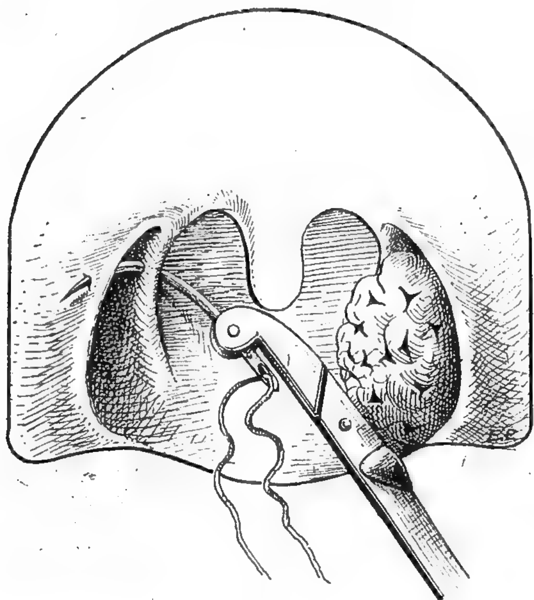


Figure 2.

Les chefs du cordon de soie étant croisés hors de la bouche, il est très facile avec les deux index de conduire la boucle jusqu'aux piliers.

La suture simple des deux piliers peut suffire pour arrêter l'hémorragie ; il en fut ainsi dans les cas rapportés par Heermann. Mais parfois la suture peut n'avoir pour effet que de transformer la gouttière amygdalienne en canal ; l'hémorragie continue alors derrière les sutures ; tel fut notre cas ; il faut alors faire glisser un tampon dans ce canal ; le tampon, formé d'ouate hydrophile, doit avoir les dimensions du petit doigt ; on peut l'imbiber d'un des hémostatiques recommandés plus haut.

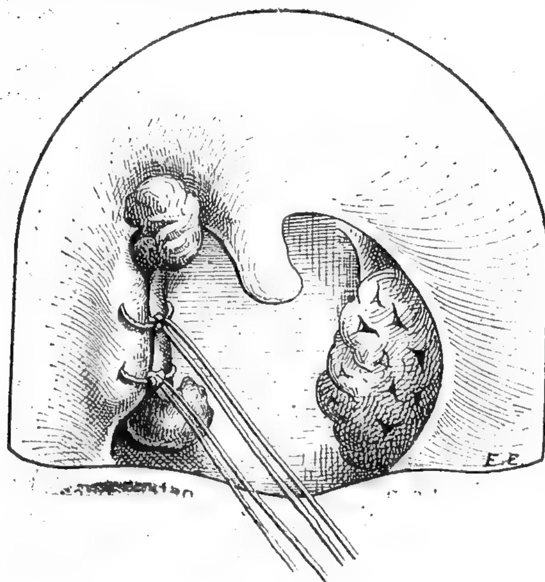


Figure 3.

A l'aide d'une pince courbe, on l'engage de haut en bas dans la fossette sus-amygdalienne, et on le tasse dans la loge jusqu'à ce qu'il ressorte au-dessous de la suture inférieure (fig. 3). Puis on exerce une traction sur le bout inférieur, de façon à augmenter l'engagement.

Heermann conseille de ne lever les points de suture qu'au bout de quatre jours ; ce délai nous paraît bien long en raison de la douleur et de la gêne considérable de la déglutition ; mais en combinant le tamponnement à la suture comme nous l'avons pratiqué, on peut, croyons-nous, lever le tampon au bout de vingt-quatre heures, les sutures ne devant être rompues que si l'ablation du tampon ne réveille pas l'hémorragie.

La suture des piliers, combinée au tamponnement, loin d'être une méthode théorique, constitue, à notre avis, un procédé très pratique qui mérite d'être vulgarisé.

Si enfin la suture des piliers reste sans résultat, il faut recourir, soit à la ligature de la carotide primitive, soit au tamponnement du pharynx.

La ligature de la carotide compte bien quelques succès, mais la lecture des faits publiés nous a démontré que la plupart de ses résultats étaient plutôt navrants.

Le tamponnement du pharynx, ressource ultime, ne pourrait être pratiqué, suivant Otto von Holst, qu'après trachéotomie.

A notre avis, il est préférable de procéder autrement ; nous conseillons :

1° D'assurer la fonction respiratoire non par la trachéotomie, mais par le tubage, soit en employant le tube laryngien de Doyen, prolongé jusqu'en dehors de la bouche par un tube de gomme à parois rigides, soit en utilisant dans un moment d'urgence une simple sonde en gomme taillée en biseau à son extrémité, et poussée dans le larynx.

2° D'assurer l'alimentation par une sonde en gomme introduite dans l'œsophage.

3° De tamponner en masse le pharynx avec de la gaze tassée autour des deux tubes.

* * *

Mieux vaut incontestablement prévenir l'hémorragie amygdalienne qu'avoir à l'arrêter ; aussi sera-t-il prudent dans la chirurgie du pharynx de recourir de préférence aux méthodes qui garantissent le mieux l'hémostase.

L'électro-amygdalotomie et le morcellement avec des pinces *non tranchantes*, conformes au modèle de Ruault, sont les procédés qui remplissent le mieux cette condition.

Mais, en dépit de la rareté de l'hémorragie, il est du devoir de tout praticien qui se livre à la chirurgie du pharynx de se tenir prêt à lutter contre ce grave accident ; il y parviendra sûrement en recourant aux divers moyens que nous venons de recommander.

E. Escat (de Toulouse).

DOSE EFFICACE MOYENNE JOURNALIÈRE DE QUELQUES INJECTIONS MERCURIELLES SOLUBLES

Le travail de M. Jaulin, de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, publié dans *La Presse Médicale* du 26 Juillet dernier, sous le titre : *Les injections mercurielles solubles à doses massives*, nous oblige à revenir encore sur la question des injections de biiodure, que nous avions cependant déjà longuement étudiée (voir nos communications de Mai et Juillet à la Société de dermatologie).

M. Jaulin se sert de l'huile, dite de Panas, renfermant 0 gr. 004 de biiodure de mercure par centimètre cube, mais la façon dont il l'emploie diffère totalement de la méthode classique des solutions solubles ; au lieu d'être quotidienne ou biquotidienne, son injection est hebdomadaire, et, au lieu d'un ou deux centimètres cubes, notre confrère injecte en une seule fois 6 à 10 centimètres cubes d'huile biiodurée, soit 0 gr. 024 à 0 gr. 040 de biiodure.

Telles sont les quantités de sel mercuriel considérées comme *doses massives* par M. Jaulin.

Que faut-il donc entendre par cette expression, beaucoup trop élastique à notre avis ? Sa « dose massive » est-elle simplement une grosse dose, la plus grosse que les praticiens soient d'avis d'injecter ? Mais, sur ce point, l'entente est difficile ; la dose maxima d'hier est insuffisante aujourd'hui, et tel syphiligraphe double hardiment la proportion de mercure que son confrère n'ose pas dépasser !

Vraisemblablement, M. Jaulin veut dire qu'il faut donner au malade, en une seule fois, et à titre de provision, *toute* la quantité de mercure *utilisable et nécessaire* pour un traitement moyen de huit jours.

Si telle est bien sa pensée, nous sommes autorisés, par une série de plus de 2.000 injections de biiodure, à considérer actuellement cette dose comme très insuffisante.

Nous avons, en effet, injecté journellement *à des femmes* 1 centimètre cube d'huile biiodurée à 0 gr. 015 de biiodure par centimètre cube, et cela pendant vingt, vingt-cinq, trente jours sans interruption et sans accident. En huit jours, le chiffre de biiodure se trouve ainsi porté à 0 gr. 120 ($0{,}015 \times 8$), tandis que la dose injectée par notre confrère pendant le même laps de temps n'a pas dépassé 0 gr. 040 ($0{,}004 \times 10$).

Chez l'homme, cette proportion de mercure peut être facilement doublée : un malade à syphilis maligne a parfaitement toléré 20 injections de la même huile biiodurée à 0 gr. 015, à raison de 2 centimètres cubes par jour, soit 0 gr. 240 en huit jours ($0{,}015 \times 2 \times 8$), c'est-à-dire six fois la quantité de M. Jaulin. Sa dose *massive maxima hebdomadaire* n'est donc pas très supérieure à notre dose *efficace moyenne journalière*. Cette dose est cliniquement intéressante à étudier, non pas seulement pour marquer la tolérance de l'organisme vis-à-vis du mercure, mais parce que c'est la quantité nécessaire pour lutter avantageusement contre l'infection syphilitique, soit pour des accidents tenaces du moment, soit surtout pour préserver contre le tertiarisme.

Nous ajoutions même que dans les cas graves, on pourrait recourir à des doses encore plus élevées ; nous avions, à l'appui de cette assertion, quelques observations, mais en nombre trop restreint pour être réellement démonstratives.

Depuis lors, ce qu'il était difficile d'obtenir avec l'huile, par suite de la limite de solubilité du biiodure, nous avons pu le réaliser très simplement en nous servant de biiodure en solution aqueuse, à l'état *d'iodure double de mercure et de sodium*.

Cette solution aqueuse est moins douloureuse que l'huile biiodurée et ne donne pas de précipité avec les albuminoïdes du sang ; elle peut contenir autant de biiodure qu'on le désire : 0 gr. 01, 0 gr. 02, 0 gr. 03, 0 gr. 04, etc. par centimètre cube. Nous avons même pu poursuivre une série ininterrompue de 20 piqûres quotidiennes à 0 gr. 05 par centimètre cube, soit 0 gr. 40 ($0{,}05 \times 8$) de biiodure par huit jours, c'est-à-dire 10 fois la dose de M. Jaulin.

Un de nos confrères est arrivé, sur lui-même, au chiffre journalier de 0 gr. 08 (en commençant à 0 gr. 02 et augmentant chaque jour), mais cette dose, deux fois atteinte, n'a jamais pu être prolongée ; il est survenu rapidement une intoxication qui, sans être dangereuse, a été très manifeste.

* * *

Quel avantage M. Jaulin trouve-t-il à recourir à l'ancienne formule classique à 0 gr. 004 par centimètre cube. L'abandon dans lequel la nouvelle école laisse cette préparation n'est pourtant que trop mérité : pour avoir la dose *efficace moyenne* de biiodure, dose que doit sans cesse rechercher le médecin, il faut, en effet, injecter tous les jours au moins 3 centimètres cubes de cette huile ! Or, les praticiens sont aujourd'hui d'accord pour injecter la dose efficace d'un sel mercuriel sous le plus faible volume possible d'excipient, surtout quand il s'agit d'un excipient *huileux*.

L'huile à 0 gr. 015 dont nous nous servons à Saint-Lazare, et même celle plus classique à

) gr. 01 est, d'après l'expérience d'une pratique éjà longue, bien supérieure à tous égards.

Quant à la conclusion formulée par M. Jaulin, à encore la plus grande réserve s'impose. « Nous pensons, dit-il, qu'il n'y a aucun inconvénient à injecter les solutions solubles de mercure A MÊME DOSE que les injections insolubles; l'*élimination* des unes et des autres se fait *sensiblement de la même manière...* » Ce terme « *à la même dose* » indique-t-il qu'on pourra injecter, par exemple, 0 gr. 05 de biiodure, de benzoate, de lactate, de cyanure, etc., tout comme on injecte 0 gr. 05 de calomel? Dans ce cas, l'opinion de notre confrère est soutenable, bien qu'elle soit fortement hasardée pour le cyanure; mais elle cesse d'être admissible quand on l'envisage au point de vue de la *teneur en mercure* des différents sels injectables. Ce n'est plus, en effet, d'après leurs poids évalués à la balance que les composés mercuriels sont thérapeutiquement comparables entre eux, mais bien d'après *leur pourcentage en mercure*. Or, le calomel (dont la dose efficace généralement admise est de 0 gr. 10), contient 84,9 pour 100 de mercure, soit 0 gr. 08 centigr. 49 par injection; la dose *correspondante vraie* de biiodure serait ainsi de 0 gr. 19 centigr. 28 par injection; de lactate, 0 gr. 16 centigr. 05; de cyanure, 0 gr. 10 centigr. 71, etc.

Est-ce là réellement la conclusion de M. Jaulin? Evidemment non, et, à l'heure actuelle, aucun syphiligraphe ne consentirait à tenter semblable expérience, car dans les injections de préparations solubles à un titre quelconque, il est impossible de limiter l'absorption qui, dans un certain nombre de cas imprévus, peut se faire tout d'un coup. Dans les injections insolubles, au contraire, l'absorption est continue, et ne peut physiologiquement atteindre une intensité capable de causer une intoxication. C'est là, en vérité, un des points essentiels de la méthode curative.

Le mode d'action des injections solubles ou insolubles est donc assez différent, tout au moins dans la *période du début*. L'observation clinique le prouve, du reste, tous les jours. Quand un spécialiste se trouve subitement en face d'un cas très grave, il ne se borne pas à faire une piqûre d'un sel insoluble et à attendre; il sait fort bien qu'il faut un certain temps pour que l'absorption s'effectue. Avec un calomel, par exemple, il fera une série de trois, quatre, cinq injections solubles dont l'absorption rapide assurera la thérapeutique d'urgence. Le biiodure aqueux est surtout recommandable en raison de son extrême diffusibilité.

On peut même, comme nous l'avons fait à Saint-Lazare, employer la préparation mixte que nous désignons sous le nom d'*huile grise biiodurée*, et qui contient 0 gr. 07 de mercure, à l'état d'huile grise, mélangés à 0 gr. 015 de biiodure, pour 1 centimètre cube d'huile. Après cette première injection, on continue les piqûres d'huile biiodurée seule pendant trois, quatre, cinq jours, ou même jusqu'à la prochaine injection d'huile grise. Les choses se passent de même avec le calomel.

Ce sont là, il faut l'avouer, des moyens plutôt exceptionnels, mais il est bon de les connaître quand il y a péril à retarder l'imprégnation mercurielle de l'organisme.

Ce que nous venons de dire pour le biiodure s'applique, de tous points, au *sérum de Chéron*; la dose, dite *massive*, de 0 gr. 05 de sublimé par semaine est loin de constituer la limite de tolérance. Ainsi nous avons pu injecter tous les jours, pendant vingt jours consécutifs, des solutions *isotoniques* (c'est-à-dire contenant 0 gr. 75 de chlorure de sodium pour 100 centimètres cubes de solution) de sublimé, à la dose de 0 gr. 02 de sel mercuriel pour un seul centimètre cube d'eau, soit 0 gr. 14 (0,02 × 7) de sublimé, au lieu de 0 gr. 05. Or, ces injections, qui ont été tolérées avec la plus grande facilité, étaient faites *chez des femmes* d'un poids moyen de 52 kilogrammes

En portant le titre de la solution à 0 gr. 03 par centimètre cube et par jour, on arrive très vite, chez la femme, à la limite de tolérance : les piqûres sont douloureuses, et la diarrhée survient généralement au bout de trois, quatre, cinq jours, quelquefois même plus tôt.

Mais cette dose, limite pour la femme, semble être la *dose efficace moyenne pour l'homme*; toutefois, nos observations sont encore trop peu nombreuses, et ne nous permettent pas, à l'heure actuelle, de porter une conclusion définitive.

BARTHÉLEMY, LAFAY et LÉVY-BING.

ANALYSES

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

A. Monéry. ***Contribution chimique à l'étude de la dégénérescence amyloïde*** (*Lyon médical*, n° 28, 1902, 13 Juillet, p. 33). — Reprenant les recherches d'Oddi, de Krawkow, M. Monéry vient confirmer les résultats de ces auteurs en nous montrant que, dans l'amyloïde, l'albumine, unie à l'acide chondroïtine sulfurique ou ses dérivés, est une nucléine.

Peut-être trouvera-t-on dans cette notion une contribution à l'étiologie de la dégénérescence amyloïde. On la voit se produire dans le cancer caractérisé par une hypernucléose et une destruction cellulaire intense, et surtout dans les suppurations anciennes. Dans ces cas, les globules blancs sont détruits en grand nombre et augmentent fortement la teneur en nucléines dans l'économie. Les nucléines abondent surtout dans les organes hématopoiétiques, et c'est là où l'on rencontre le plus fréquemment la dégénérescence amyloïde. L'organisme pourrait peut-être y retenir ces nucléines pour faire de l'amyloïde, en les combinant avec l'acide chondroïtine sulfurique ou ses dérivés.

A. COYON.

Veyrassat. ***De la résistance des hématies dans l'anémie pernicieuse et dans les cancers gastriques*** (*Lyon médical*, n° 25, 1902, 22 Juin, p. 930). — Les auteurs qui ont étudié la résistance des hématies sont à peu près tombés tous d'accord pour admettre que la résistance des globules rouges est diminuée dans le cancer en général et dans la maladie de Bienner.

Reprenant ces recherches chez des malades atteints du cancer de l'estomac et chez des malades atteints d'anémie pernicieuse, M. Veyrassat arrive à conclure que, *dans tout cancer de l'estomac, la résistance globulaire est normale ou augmentée, en tout cas jamais abaissée, tandis qu'au contraire, dans l'anémie pernicieuse, elle est considérablement diminuée*. On voit là toute l'importance que peut avoir cette conclusion pour le diagnostic souvent difficile des néoplasmes gastriques latents et de la maladie de Bienner.

Pour effectuer cette étude, l'auteur s'est servi du procédé de Chanel, facilement applicable en clinique, et consistant en l'emploi de trois solutions de sulfate de sodium de titres décroissants, dans lesquelles il a numéré les hématies à l'aide de l'appareil de Nachet et Hayem.

A. COYON.

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

R. Heinz (d'Erlangen). ***Fonction de la rate*** (*Arch. für path. Anat. und Phys. von Virchow*, 1902, 25 Juin, Band CLXVIII, Heft 3, p. 485). — L'auteur reprend la question si discutée du rôle de la rate dans l'hématopoïèse. Il utilise comme procédé d'expérimentation les destructions globulaires produites par certains poisons du sang tels que la phénylhydrazine ou l'hydroxylamine. Il étudie la manière dont se fait la réparation du sang chez le chien après des destructions globulaires massives obtenues par ce procédé et constate, en dressant des courbes de la production globulaire, que la réparation se fait identique et dans les mêmes délais chez le chien normal et chez le chien dératé. Il en tire cette première conclusion que, pour ce qui est de la formation des hématies, la rate est un organe superflu ou, tout au moins, qui peut être suppléé par un autre.

C'est dans l'étude histologique des rates des animaux expérimentés, que Heinz cherche la solution de la question du rôle de la rate dans la formation des hématies, rôle nié par certains auteurs (Neumann, Bizzozero, Ehrlich) accepté au contraire par d'autres (Löwit).

Les conclusions qu'il formule sont les suivantes :

La rate du chien n'est pas *normalement* un organe hématopoiétique. L'organe hématopoiétique par excellence du chien est la moelle osseuse.

Dans la moelle osseuse, et seulement en elle, nous trouvons normalement « un tissu d'érythroblastes ». La moelle osseuse peut revendiquer pour elle seule et complètement le titre d'organe hématopoiétique puisque la réparation du sang se fait exactement de la même façon chez l'animal dératé que chez l'animal sain. En général, la rate du chien, même après de très grandes pertes de sang, n'est pas intéressée à la formation des hématies.

Dans quelques cas pourtant, si la destruction des globules a été très rapide, la rate prend part aussi à la formation des érythrocytes. Cela est démontré par ce fait qu'on trouve alors dans la rate des îlots d'érythroblastes parmi lesquels de nombreuses cellules en division. Chez le même animal qui présentait des érythroblastes dans la rate, il y en avait aussi dans les ganglions, mais jamais en groupe circonscrit pareil à un tissu. L'apparition d'érythroblastes isolés y serait accidentelle, et consécutive à l'abondante production de cellules hématogènes dans la moelle et la rate. On trouve aussi dans les ganglions quelques rares cellules géantes.

La présence d'îlots de tissu myéloïde dans la rate peut s'expliquer de deux façons. Ou bien une embolie massive partie de la moelle osseuse et composée de cellules géantes, leucocytes, et d'érythroblastes, s'est arrêtée dans la rate, hypothèse hasardeuse, mais possible.

Ou bien, détachés isolément de la moelle osseuse, ces différents éléments retenus dans la rate, milieu favorable à leur existence, s'y sont développés et multipliés.

L'implantation des cellules hématogènes dans la rate a un intérêt général très grand. Neumann a insisté sur ce fait qu'on n'a jamais vu le érythrocytes dériver d'autre chose que des hématies nucléées et qu'on n'a jamais observé la transformation des globules blancs en globules rouges. Il a fait remarquer que cette dernière hypothèse est pourtant vraisemblable puisque dans les ossifications, bien qu'il ne circule pas d'hématies mêlées dans le sang, il se forme au sein de ce tissu osseux nouveau de la moelle osseuse avec ses différents éléments, cellules géantes comme érythroblastes.

Heinz croit avoir montré, par ses recherches, que les éléments de la moelle osseuse passent dans la circulation générale et peuvent pulluler en lieu approprié. Dans les régénérations intenses du sang, l'émigration est énorme; à l'état normal elle est très faible, mais n'est pas niable. Leur petit nombre, joint à ce fait qu'il est difficile de les reconnaître sans coloration préalable, et que les érythroblastes jeunes renferment très peu d'hémoglobine, expliquent très bien la difficulté qu'on a à les mettre en évidence.

Ce fait établi, l'exemple fourni par Neumann perdrait toute valeur et l'auteur croit pouvoir établir que : les érythrocytes dérivent uniquement des érythroblastes, c'est-à-dire d'éléments cellulaires caractéristiques, n'émanant jamais des leucocytes, et possédant chez les mammifères un noyau de structure particulière et un protoplasma clair, sans granulations, dépourvu de mouvements amiboïdes et toujours chargé d'hémoglobine.

On voit par l'analyse ci-dessus que Heinz dénie complètement à la rate normale le pouvoir de fabriquer des érythroblastes; il pense qu'à l'état pathologique elle est un milieu favorable à leur multiplication et que les îlots de tissu myéloïde qu'on y rencontre dérivent d'éléments initiaux venus par embolie de la moelle osseuse.

Heinz n'envisage donc pas l'hypothèse (qu'il semble ignorer) de la réviviscence du tissu myéloïde dans des organes qui en étaient pourvus à l'état fœtal (Dominici) et accepte en les modifiant légèrement les idées d'Ehrlich.

G. MILIAN.

BACTÉRIOLOGIE

Durando Durante. ***Sulla batteriologia del noma. (Sur la bactériologie du noma)*** (*La Pediatria*, 1902, Mai, n° 5). — A propos d'un cas fatal de noma observé chez un enfant de quatre ans en mauvais état physiologique, l'auteur reprend la question de

la bactériologie de cette affection. Sans parler de l'opinion de Froriep, qui la faisait dépendre de cellules géantes spéciales, non plus que de celle de Struch qui incriminait certains corps ronds, les opinions les plus diverses ont été émises. Certains, tels que Ranke, parlent de bacilles en chaînettes; Schimmelbuch croit trouver un bacille spécial; de même en est-il de Gravitz et de Rossi. Foote trouve des staphylocoques alliés aux streptocoques; ces mêmes germes sont retrouvés par Babès et Zambilovici, Kurt. Schmidt trouve une alliance de streptocoques et des bacilles de la bouche. Charrin pense qu'il s'agit de microbes divers agissant par leur association. C'est également l'opinion de Tramburti.

L'auteur fit porter ses recherches sur le sang recueilli au doigt et au niveau de la rate; toutes les cultures restèrent stériles. D'autre part, il examina à trois reprises différentes le liquide recueilli par grattage au niveau de la lésion gangreneuse. En dehors de quelques bacilles qui cultivèrent mal, il put isoler et étudier deux espèces, le staphylocoque doré et le *proteus vulgaris*. Il en conclut que le noma n'est point le produit de bacilles spécifiques, mais qu'il peut être causé par les habitants ordinaires de la bouche dans des conditions spéciales. Parmi ces dernières, il faut citer, tout d'abord, l'état de misère physiologique qui met l'enfant en *minoris resistensiæ*; puis l'alliance des germes. Isolément, en effet, chacun des deux microbes cités plus haut s'est montré incapable de donner naissance à des infections expérimentales graves; par leur association ils exaltent leur virulence. L'auteur termine en insistant sur la nécessité de la désinfection prophylactique de la cavité buccale chez les enfants malades.

La recherche des anaérobies n'a pas été faite.

Cyrille Jeannin.

MÉDECINE

S. Kimesco. ***Considérations sur les néphrites à longue échéance et les albuminuries prolongées*** (*Thèse*, Paris, 1902, Mars). — La présence de l'albumine dans les urines ne comporte pas forcément un pronostic fatal à brève échéance. M. Kimesco, dans un travail très documenté, se basant sur les nombreux cas d'albuminurie prolongée rapportés par les auteurs et sur ses recherches personnelles, montre qu'en dehors des albuminuries dites fonctionnelles qui, pendant une partie de leur évolution, ne s'accompagnent pas d'altération du rein, l'albuminurie rénale résultant d'une néphrite est compatible avec une longue survie, quelle que soit, d'ailleurs, la cause de la néphrite.

Cette évolution lente de certaines néphrites est due, soit à l'existence de lésions parcellaires du rein et à l'hypertrophie possible du tissu resté sain, soit à la suppléance exercée par les autres organes lors de la suppression fonctionnelle du rein, pour le maintien de la composition constante du sang.

En présence d'une altération du rein, en présence d'une albuminurie, les éléments pronostiques se baseront sur l'étude des signes permettant de se rendre compte de l'état du rein et de la façon dont ses fonctions s'accomplissent: analyse des urines, recherche de la toxicité urinaire, cryoscopie, exploration fonctionnelle du rein par le bleu de méthylène, par la phloridzine, et sur les signes fournis par la clinique qui, dans la diarrhée des rénaux, dans les sueurs et la sialorrhée des brightiques, fait voir le rôle des organes vicariants.

A. Coyon.

CHIRURGIE

C. Gulbenkian. ***Hallucination du moignon : pathogénie et traitement*** (*Thèse*, Paris, 1902). — On sait qu'à la suite des amputations les sujets éprouvent encore non seulement la sensation de l'existence du membre retranché, du « membre fantôme », mais ressentent encore des impressions diverses, telles que variations de volume, tonicité musculaire, mouvements exécutés, chaleur et froid, douleurs variées, dont l'explication est assez délicate.

Deux principales théories sont en présence pour expliquer ces phénomènes hallucinatoires des amputés. L'une admet que l'illusion est centrale, psychique, consistant en une extériorisation des images cérébrales conservées par la mémoire; pour l'autre, au contraire, l'illusion serait d'origine périphérique, et provoquée par l'irritation des nerfs du moignon.

En vérité, le phénomène est à la fois périphérique et central. L'excitation vient de la périphérie : mais c'est le cerveau qui transforme cette excitation en sensation, en représentation du membre fantôme. On démontre aisément l'origine périphérique de l'excitation, soit en réveillant la sensation du membre par la faradisation du moignon, soit en anesthésiant par la cocaïne les terminaisons nerveuses, comme dans l'expérience si élégante de M. Pitres.

Cette expérience de Pitres peut être de quelque utilité pour le diagnostic, pour s'assurer de la cause possible de l'irritation douloureuse du moignon : inclusion cicatricielle, ligature artérielle, névrome, névrite, anémie, hystérie.

L'anesthésie étant obtenue à l'extrémité du moignon, si la douleur était due à l'hypéresthésie cicatricielle excessive, cette douleur disparaîtra d'un seul coup, ainsi que la notion, comme dans le cas de Pitres.

Si cette notion persiste, cela prouve que la lésion a dépassé l'extrémité terminale des nerfs et atteint le tronc lui-même. Quant à savoir à quelle hauteur est arrivée la lésion, le problème est plus compliqué. Cependant, si le membre absent conserve toute sa netteté malgré l'injection de cocaïne, il y a grandes chance pour que la lésion siège à une certaine hauteur. Dans la plupart des cas, la douleur à la pression sur le trajet du cordon renseignera à ce sujet. Par le palper, on reconnait assez bien les névromes.

Les névrites se distingueront de la simple névralgie par l'état des réflexes, les troubles trophiques et circulatoires, même la réaction électrique de dégénérescence que l'auteur a tort de ne pas mentionner.

Le traitement est difficile et les résultats incertains; régimes, médicaments, anesthésiques locaux, révulsifs, compression, section nerveuse, élongation, extirpation, électrothérapie, etc., tous ces moyens ont été appliqués avec des succès variables.

P. Hartenberg.

R. Riegner. ***Du traitement chirurgical des processus ulcéreux des poumons*** (*Deut. med. Wochenschr.*, 1902, n° 29, p. 515). — L'auteur rapporte dans son travail 9 observations d'affections ulcéreuses diverses des poumons, et de l'étude de ces observations il conclut à la nécessité d'une intervention chirurgicale (pneumotomie) dans la gangrène aiguë et subaiguë des poumons. Dans la gangrène chronique, dans la dilatation des bronches et dans la tuberculose avec cavernes, la pneumotomie échoue généralement en raison de la multiplicité des foyers.

La partie originale du travail de M. Riegner est celle qui concerne les abcès du poumon.

Ces abcès peuvent se compliquer de gangrène, et alors la conduite à tenir, c'est-à-dire les indications opératoires sont les mêmes que dans la gangrène primitive. Mais généralement cette complication ne se produit pas, et les abcès simples, ceux qui s'observent notamment après la pneumonie, guérissent, d'après M. Riegner, spontanément et ne nécessitent par conséquent aucune intervention chirurgicale. La formation de ces abcès est généralement précédée d'une nécrose étendue du parenchyme pulmonaire comprenant un certain nombre de bronches; quand la suppuration s'établit, quand le pus est formé, il trouve une voie naturelle d'évacuation et est rejeté dans des efforts. L'abcès se vide ainsi peu à peu et sa cavité finit par se cicatriser.

Les abcès consécutifs aux pneumonies grippales présentent certaines particularités grâce auxquelles l'intervention n'est pas toujours indiquée. Ces abcès notamment sont multiples, peu volumineux au début; plus tard ils augmentent de volume et deviennent confluents en formant de grandes cavités remplies de pus qui se vide au dehors par les bronches. Mais dans les deux cas, qu'il s'agisse d'abcès consécutifs à la pneumonie franche ou d'abcès consécutifs à l'influenza, si le pus s'ouvre dans la plèvre, il faut intervenir. L'intervention est encore la règle dans les cas où l'ouverture de l'abcès dans les bronches se faisant attendre, on redoute une perforation de la plèvre.

M. Riegner insiste encore sur la nécessité d'avoir avant l'intervention un diagnostic exact du siège de l'abcès ou du foyer de gangrène, même en l'absence de phénomènes cavitaires. On y parvient en comparant les données de la percussion avec celles de la radiographie.

R. Romme.

PÉDIATRIE

Raisonier. ***La zomothérapie dans la tuberculose pulmonaire chez les enfants*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Constatant l'échec de toutes les méthodes en présence d'une tuberculose de haute virulence, l'auteur dit n'avoir obtenu des résultats au point de vue expérimental que grâce à la zomothérapie. Il ne s'agit pas là d'une simple suralimentation, mais d'une véritable médication qui est pratiquée en même temps que l'on alimente le sujet au moyen de purées de pois, de lentilles, pommes de terre et riz. Pour donner des résultats, le suc musculaire doit être absorbé par hautes doses, ainsi que l'établit l'expérimentation; ce mode de traitement doit être continué pendant longtemps, au moins six mois après la disparition des symptômes; il faut le reprendre à la moindre alarme. De même faudra-t-il en faire usage chez les sujets prédisposés à la tuberculose.

R. Jeannin-Precichewska.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Josserand. ***Réflexe rotulien latéralisé*** (*Lyon médical*, n° 23, 1902, 8 Juin, p. 853). Chez une malade atteinte de névrite des membres inférieurs, se traduisant par des fourmillements, des douleurs lancinantes, quelques troubles légers de la sensibilité, et une parésie complète des membres inférieurs portant à la jambe sur tous les muscles et principalement sur les extenseurs, à la cuisse sur les muscles postérieurs, les abducteurs et les adducteurs et prédominant sur le quadriceps fémoral qui est atrophié. Seul le tenseur du fascia lata se contracte vigoureusement, M. Josserand examinant les réflexes rotuliens constata le phénomène suivant : quand on percute le tendon, on voit que le pied, au lieu de partir en avant, selon l'habitude, part de côté, en dehors. Ce réflexe bizarre, en travers, ne se passe pas dans le pied; c'est la jambe qui est projetée en dehors, entraînant le pied avec elle. Et comme on ne peut admettre une mobilisation latérale de l'articulation fémoro-tibiale, il faut conclure que le mouvement est produit par la contraction d'un muscle dont l'insertion se fait en bas sur le tibia, en haut sur le bassin. Et ce muscle est le tenseur du fascia lata; ce qui fut démontré par plusieurs preuves.

Quant à expliquer comment l'excitation du tendon rotulien produit la contraction du tenseur du fascia lata, on ne peut faire à ce sujet que des hypothèses. Evidemment il faut admettre entre le réflexe rotulien et le réflexe tensorien des rapports de contiguïté. Mais où ont lieu ces rapports, sont-ils médullaires ou périphériques? L'auteur se demande en outre si on peut tirer de ce petit détail de séméiologie patellaire une conclusion relative au diagnostic et au pronostic de l'affection dont est porteur la malade.

Le phénomène démontre qu'il existe côte à côte des muscles atrophiés, inexcitables et d'autres en état d'hyperexcitabilité. De là des réactions réflexes tendineuses dissociées, altérées dont le réflexe rotulien latéralisé est un exemple. Cela cadre-t-il plutôt avec des lésions de névrite qu'avec l'existence d'une poliomyélite? L'avenir de la malade fixera peut-être à cet égard, mais si le diagnostic souvent difficile entre ces deux affections pouvait en être éclairé, ce petit signe mériterait d'être signalé.

A. Coyon.

Herzog. ***Un cas d'affection gonorrhéique de la moelle épinière*** (*Deut. med. Wochenschr.*, 1902, n° 29, p. 523). — L'observation de l'auteur a trait à une fille de vingt et un ans qui après le premier coït devient enceinte et présente dès le premier mois de sa grossesse des vomissements, des vertiges, une incertitude de la marche, une constipation opiniâtre et de l'incontinence de l'urine. Ces symptômes sont mis sur le compte de la grossesse, pendant laquelle ils persistent. Après l'accouchement qui se fait normalement, la situation s'aggrave. L'incertitude de la marche augmente, la malade accuse des fourmillements et des engourdissements dans les membres inférieurs dans lesquels il existe un certain degré de parésie; la paralysie du rectum et de la vessie s'accentue davantage.

On pense tout d'abord à une lésion syphilitique de la moelle épinière, mais le traitement spécifique ne donne aucun résultat. On examine alors le vagin et la vulve et on trouve les signes d'une urétrite ancienne, mais sans gonocoques dans les sécrétions purulentes.

Dans la suite, et sous l'influence d'un traitement approprié, les symptômes présentés par la malade ont fini par disparaître complètement.

L'auteur estime qu'il s'agissait dans ce cas d'une lésion gonorrhéique de la moelle épinière.

PRATIQUE MÉDICALE

Possibilité de transmission des maladies vénériennes par les sièges des latrines.

Notre confrère canadien, M. T. Brennan, nous conte, dans la *Revue médicale du Canada*, l'anecdote suivante :

« Un monsieur se présenta à mon cabinet de consultation pour une blennorragie aiguë datant de quatre jours, avec un écoulement très abondant. Souffrant de diarrhée depuis quelques jours, il avait quitté la salle d'attente une heure avant d'entrer à la consultation, et s'était servi d'une de mes garde-robes, à proximité. Lorsque je le vis, il y avait encore du pus dans l'urètre; j'en fis un frottis, et, immédiatement après le départ du patient, par mesure de prudence et un peu par curiosité scientifique, je m'en fus examiner le siège des latrines. Sur le bord antérieur et interne, je trouvai des taches de pus, déjà desséché. Je mouillai ces taches avec de l'eau distillée stérile et je fis un frottis avec les produits du grattage des taches.

Dans les deux frottis, je retrouvai des microbes répondant aux caractères microscopiques du gonocoque.

Mon malade avait donc la chaudepisse, et il avait évidemment contaminé le siège de mes latrines.

Si je n'eusse immédiatement fait soigneusement désinfecter ce siège, une autre personne aurait pu certainement être infectée, malgré que les taches fussent sèches, soit parce que le pus aurait été humecté par une gouttelette d'urine sur les parties génitales de la personne, soit parce que quelque poussière de ces taches se serait détachée et se serait fixée sur ses organes, car le pénis est très exposé à toucher cette partie du siège, et le poil du pubis, chez la femme, y vient souvent en contact.

Il y a donc, du côté des sièges des latrines, un réel danger, et M. Brennan insiste sur la nécessité qu'il y aurait de généraliser l'emploi des sièges de latrines qui n'ont pas de devant, qui sont en fer à cheval.

FACULTÉ DE PARIS

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — Cours pratique, démonstratif, de technique clinique pendant les vacances, sous la direction de M. le professeur Landouzy.

Ce cours commencera au laboratoire de la clinique médicale de Laënnec (rue de Sèvres), le mercredi matin, 17 Septembre, finira le lundi soir 29 Septembre et comprendra deux séances quotidiennes : le matin, de 9 h. 1/2 à midi; le soir, de 2 h. 1/2 à 5 heures; il sera fait par MM. G. Brouardel, O. Josué, Marcel Labbé et Léon Bernard, chefs de clinique et chefs de laboratoire.

PROGRAMME DU COURS :

Mercredi 17 Septembre. — Matin. Les fonctions hépatiques à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du foie. — Après-midi. Technique bactérioscopique générale appliquée à la clinique.

Jeudi 18 Septembre. — Matin. Les fonctions rénales à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du rein. — Après-midi. Diagnostic bactérioscopique des angines.

Vendredi 19 Septembre. — Matin. Analyse chimique des urines. Examen de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène. — Après-midi. Les séro-diagnostics.

Samedi 20 Septembre. — Matin. Détermination de la toxicité des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Examen des sérosités pathologiques : les cyto-diagnostics.

Dimanche 21 Septembre. — Matin. Cryoscopie des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien.

Lundi 22 Septembre. — Matin. Examen cytoscopique des urines. — Après-midi. Les fonctions du sang. Numération des globules du sang.

Mardi 23 Septembre. — Matin. Les fonctions motrices du système nerveux à l'état normal et pathologique. Examen clinique de la motricité. — Après-midi. Les fonctions sensitives du système nerveux à l'état normal et pathologique. Réflexes; leur recherche; leur séméiotique; troubles trophiques.

Mercredi 24 Septembre. — Matin. Examen bactérioscopique des urines et des pus génito-urinaires. — Après-midi. Les globules du sang normal. Préparation de sang sec.

Jeudi 25 Septembre. — Matin. Examen des crachats. — Après-midi. L'hémoglobine du sang normal et pathologique. Activité de réduction de l'hémoglobine.

Vendredi 26 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du poumon : pneumographie; cyrtométrie; spirométrie. — Après-midi. La coagulation du sang; enseignements cliniques fournis par l'étude du réseau fibrineux et du sérum.

Samedi 27 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du cœur et des vaisseaux : cardiographie; sphygmographie; sphygmonométrie; valeur séméiologique de la tension vasculaire; pression artérielle. — Après-midi. Les leucocytes dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des leucocytoses.

Dimanche 28 Septembre. — Matin. Radioscopie médicale. Radiographie. — Après-midi. Les hématies dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des états anémiques.

Lundi 29 Septembre. — Matin. Diagnostic de la tuberculose par les procédés récents. — Après-midi. Examen bactérioscopique du sang et des sérosités.

Le montant des droits à verser est de 100 francs, pour les treize jours de cours.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les Étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, sont délivrés, dès à présent jusqu'au 8 Septembre 1902, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Bordeaux. — MM. Cassaet et Denucé, agrégés libres sont rappelés à l'exercice pendant l'année scolaire 1902-1903.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Bertin-Sans, professeur d'hygiène, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Ecole de médecine de Limoges. — M. Gusse, professeur de physique, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Ecole de médecine de Tours. — M. Wolff, professeur de physique, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Barnsby, nommé directeur honoraire.

M. Pitard, docteur ès sciences, est chargé du cours d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Rennes. — M. Assicot est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Beaujon. — La clinique médicale à l'hôpital Beaujon va être dotée d'un amphithéâtre et d'un laboratoire. Deux crédits de 3.000 francs chacun viennent d'être ouverts en cette intention au budget de l'Administration générale de l'Assistance publique pour l'exercice 1902.

NOUVELLES

Paris et Départements

Le nouveau directeur de l'Assistance publique. — Par arrêté du ministre de l'intérieur en date du 27 août, M. Mesureur, ancien député de Paris, ancien ministre du commerce dans le cabinet Bourgeois (Novembre 1895 à Avril 1896), a été nommé directeur général de l'Assistance publique.

M. Mesureur est le dixième directeur de l'Assistance publique.

Corps de santé des troupes coloniales. — Les officiers du corps de santé dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

En Cochinchine : M. Henri, médecin principal de 2e classe, en remplacement de M. Hénail, rapatrié.

Au Soudan français : 2e régiment de tirailleurs sénégalais; MM. de Biran, médecin-major de 1re classe; Damiens, médecin-major de 2e classe. — Escadron de spahis soudanais : M. Peyrot, médecin aide-major de 1re classe stagiaire.

A Madagascar : M. Castueil, médecin-major de 2e classe.

A Anjouan (hors cadres) : M. Doreau, médecin aide-major de 1re classe.

A la Martinique : M. Dufougeré, médecin aide-major de 1re classe stagiaire.

A la Réunion : M. Teychené, pharmacien aide-major de 1re classe stagiaire.

En France : MM. Chagnolleau, Prouvost, médecins aides-majors de 1re classe.

Service de santé de la marine. — Liste par ordre alphabétique et par port, des candidats à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux, reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits.

1° *Médecine.* — Brest : MM. Bodet, Brochet, Daniel, Delahet, Dérémaux, De Schacken, Duhourcau, Duliscouët, Gouriou Guiselin, Kernéis, Laporte, Le Berre, Le Got, Levert, Quentel, Renault, Riou, Rivière, Robin, Salonne, Stéphant, Villeneuve, Zaepffel.

Rochefort : MM. Althabégoïty, Armengaud, Armstrong, Badin, Benjamin, Besse, Blanquier, Bonnefous, Bouchaud, Bouthillier, Chevillard, Cunaud, Dreneau, Ducellier, Fauré, François, Geoffroy, Gourgand, Guichard, Haettiger, Huet, Jambon, Lajus, Laurens, Lutaud, Marque, Merlet, Millon Pichon, Plazy, Popp, Potel, Roton, Salacroup, Sebilleau, Sibenaler, Stevenel, Vouters.

Toulon : MM. Audhuy, Beinet, Blain, Bouissière, Carle, Casabianca, Challier, Chamontin, Le Dentu, Lefebvre, Marnata, Martin, Pochoy, Cheynel, Espinasse, Gaillard, Gaubil, Hermann, Hudellet, Jaubert, Lautier, Récamier, Renoux, Sauvet, Torresse, Vidal.

2° *Pharmacie.* — Rochefort : MM. Breteau, Fœrster, Kuntzmann, Liabes, Nau, Renaud.

Toulon ; MM. Chaix, Clavatti, Colle, Lota, Micheli, Randier.

Un nouveau député médecin. — Au scrutin qui a eu lieu dernièrement dans l'arrondissement de Saint-Flour, par suite de l'invalidation de M. de Castellane, M. Hugon ancien député a été réélu.

CONCOURS

École du service de santé de Toulon. — Les jurys des concours qui auront lieu à Toulon le 22 Septembre prochain, pour les quatre emplois de professeur de l'école d'application et de l'école annexe de Toulon, seront composés comme suit :

Chaire de physique biologique : MM. l'Inspecteur général du service de santé, président; Sauvaire, pharmacien en chef de 1re classe, membre; Rouhaud, pharmacien principal, membre.

Chaire de chirurgie militaire et navale : MM. l'Inspecteur général du service de santé, président; Fontan, médecin en chef de 1re classe, membre; Planté, médecin principal, membre.

Chaire d'histologie et de physiologie : MM. l'Inspecteur général du service de santé, président; Fontan, médecin en chef de 1re classe, membre; Planté, médecin principal, membre.

Chaire de séméiologie médicale : MM. l'Inspecteur général du service de santé, président; Ségard, médecin en chef de 1re classe, membre; Planté, médecin principal, membre.

Les noms des officiers du corps de santé de la marine désireux de prendre part à ces concours devront être télégraphiés au ministère cinq jours avant la date d'ouverture des épreuves.

En l'absence de candidats, un avis négatif devra être adressé.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro 10 CENTIMES Tome II. N° 71. — Mercredi, 3 Septembre 1902. 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE PONDICHÉRY

La médecine coloniale traverse actuellement une phase de remaniement complet. L'ancienne organisation groupait dans un même cadre les médecins de toutes les colonies. Un médecin ne restait guère plus d'un an ou deux dans la même colonie ; il passait par exemple du Sénégal à Madagascar, de là en Océanie, puis en Indo-Chine, sans avoir le temps d'apprendre à connaître la langue, les mœurs, la pathologie des contrées qu'il traversait.

Depuis quelques années on a compris la nécessité de former dans les principales colonies un corps de médecins capables d'approfondir la pathologie de cette colonie, capables de diriger des établissements durables. On a d'abord créé des établissements pour la préparation des sérums et des vaccins, puis on songea à instruire des auxiliaires indigènes.

A Madagascar, Galliéni a fondé l'école de médecine de Tananarive ; en Indo-Chine, Doumer instituait dernièrement l'école de médecine de Hanoï. Ces établissements d'instruction sont appelés à rendre à la cause de la civilisation les services les plus signalés. Récemment encore, Jeanselme, dans son article sur les ravages de la variole dans l'Indo-Chine française (*Presse Médicale*, n° 62) montrait la nécessité de donner aux médecins européens des auxiliaires indigènes, de former des vaccinateurs indigènes. Il montrait l'Angleterre et la Hollande nous précédant dans cette voie.

* * *

L'idée des écoles de médecine indigène semble cependant une idée française, à preuve que depuis une quarantaine d'années il existe dans un petit coin de nos possessions exotiques une école de médecine. Notre confrère Bussière, du cadre colonial, nous donne des renseignements intéressants, dans les *Annales d'hygiène et de médecine*

coloniales, sur l'école de médecine de Pondichéry créée en 1863 sur la proposition du médecin principal Beaujean, par Bontemps, gouverneur de la colonie.

* * *

L'Ecole fournit actuellement des *médecins indigènes* ou officiers de santé, des *sages-femmes* et des *vaccinateurs*.

Les élèves en médecine, au nombre de 12 à 15, parcourent en une scolarité de cinq années un programme comprenant à peu près celui de l'ancien officiat de santé. Naturellement, les maladies tropicales, et en particulier celles spéciales à l'Inde, sont apprises avec soin. Il y a de fréquentes interrogations au cours de l'année scolaire, des examens de fin d'année et de fin d'étude. Le diplôme d'officier de santé confère le droit d'exercer sur le territoire français. De ces jeunes médecins indigènes, les uns concourent aux places qu'appointe le gouvernement de la colonie; d'autres s'installent à leur gré et s'adressent à la clientèle civile. Ces médecins indigènes sont des auxiliaires précieux pour assurer le service de quatre hôpitaux, deux prisons, une léproserie, un hospice de vieillards, l'inspection médicale des écoles et un service sanitaire avec ses règlements spéciaux contre la peste. Les officiers de santé indigènes dirigent, en outre, 13 dispensaires gratuits avec dépôt de médicaments : ces œuvres assistent plus de 30.000 malades par an, pour lesquels sont données environ 100.000 consultations, dont près de 40.000 avec pansements. Cette organisation ne grève le budget de la colonie que d'une dépense moyenne d'*un franc par malade*, personnel et remèdes compris!

Les élèves sages-femmes se recrutent moins facilement que les élèves médecins. Ces élèves étudient et font un service de garde pendant trois années, subissent des interrogations et des examens avant de pouvoir prétendre au diplôme qui leur confère le droit d'exercer la profession d'accoucheuse.

Les *vaccinateurs communaux* sont des fonctionnaires spéciaux auxiliaires de l'officier de santé dans les villages et aux dispensaires. Ils apprennent spécialement à vacciner, à soigner les maladies épidémiques et contagieuses, dont la fréquence en pays hindou est très grande. La durée des études est de deux années. Les sujets ne manquent pas, malgré la modicité de la solde qui ne dépasse guère 30 francs par mois.

* * *

Souhaitons que ces écoles de médecine se développent et se perfectionnent, qu'elles puissent bientôt servir à l'instruction non seulement des auxiliaires indigènes, mais aussi au perfectionnement des médecins coloniaux.

Bordeaux, Marseille se disputent la gloire de posséder une école d'application du service de santé colonial. De nos jours, où les moyens de communication sont si rapides et si sûrs, pourquoi les futurs médecins coloniaux n'iraient-ils pas perfectionner leur instruction dans les colonies elles-mêmes?

Pour qu'un médecin puisse se rendre utile dans une contrée, il faut, outre son instruction médicale générale, qu'il connaisse l'idiome, qu'il connaisse la pathologie du pays.

L'instruction médicale générale ne sera nulle part mieux donnée qu'en France, mais l'école de perfectionnement ne doit pas être en France, elle ne doit pas être unique; les ressources cliniques en maladies exotiques se trouveront beaucoup plus riches dans les colonies elles-mêmes. La pathologie du Congo diffère peut-être autant de la pathologie de l'Indo-Chine que le langage du Nègre est différent de celui de l'Annamite.

P. Desfosses.

DEUXIÈME VOYAGE
AUX
UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES
ET AU CONGRÈS DE ROME

9-23 Septembre 1902.

Paris — Gênes — Pise — Florence.
Rome — Turin — Paris.

Programme.

Lundi 8 Septembre 1902. — Départ de Paris à 2 heures de l'après midi. Diner au buffet de Dijon.

Mardi 9 Septembre. — Arrivée à Turin à 8 h. 20 du matin. Petit déjeuner. Arrivée à Gênes à midi (grand hôtel de Gênes). Séjour. Diner. Coucher.

Mercredi 10 Septembre. — Départ de Gênes à midi 35, arrivée à la Spezzia à 3 h. 8, départ à 3 h. 35. Arrivée à Parme à 7 h. 31 et vers 8 heures à Salsomaggiore. Diner et coucher.

Jeudi 11 Septembre. — Cérémonie en l'honneur de Porro. Déjeuner. Départ à 5 heures de Parme. Diner en route, en paquets. Arrivée à la Spezzia à 9 h. 42. Départ à 9 h. 50. Arrivée à Pise à 11 h. 40. Départ à 11 h. 55. Arrivée à Florence à 1 h. 40 du matin le vendredi 12.

Vendredi 12 et Samedi 13 Septembre. — Séjour à Florence (hôtel Helvetia).

Dimanche 14 Septembre. — Départ de Florence à 8 h. 47. Arrivée à Pise à 11 h. 6. Déjeuner (restaurant Neptune). Visite. Départ à 5 h. 38. Diner dans le wagon-restaurant. Arrivée à Rome à 11 h. 43. Conduite à l'hôtel. Coucher.

Lundi 15 Septembre au Dimanche 21 Septembre. — Séjour à Rome (hôtel de l'Europe).

Dimanche 21 Septembre. — Départ de Rome à 8 h. 15 du matin. Déjeuner dans le wagon-restaurant. Diner au buffet de Gênes à 7 heures. Départ à 8 heures. Arrivée à Turin à 11 h. 35. Coucher.

Lundi 22 Septembre. — Séjour à Turin (hôtel Métropole). Petit déjeuner. Déjeuner et diner à l'hôtel. Départ à 7 h. 20 du soir.

Mardi 23 Septembre. — Retour à Paris à 9 h. 41 du matin.

Le premier repas sera le diner au buffet de Dijon le 8 Septembre, et le dernier le diner à Turin le 22 Septembre 1902.

PRATIQUE MÉDICALE

Hygiène des mouches.

Tous les agents forestiers connaissent le rôle joué par les oiseaux pour l'ensemencement des arbres; le geai, par exemple, est un des plus infatigables semeurs de chênes. Les insectes volants semblent avoir dans la pathologie un rôle analogue à celui des oiseaux en arboriculture; ils transportent les germes. Le rôle du moustique comme agent vecteur du paludisme semble aujourd'hui bien établi. La mouche ordinaire, la mouche dite domestique, peut parfaitement servir de moyen de transport aux agents infectieux tels que celui de la tuberculose, de la variole, de la pustule maligne, etc. Comme il est à peu près impossible d'empêcher les mouches de venir se poser sur notre visage ou sur nos mains, *il faut empêcher les mouches de se contaminer*, il faut s'occuper de l'hygiène des mouches.

Notre confrère Brennan, dans la *Revue médicale du Canada*, étudie les moyens de se protéger contre les accidents que l'on pourrait rapporter à ces insectes. Pour empêcher les mouches de se contaminer, il faut *toujours de la propreté* en dedans et en dehors de la maison, autour des habitations. Il faut à tout seau, toute boîte, tout réceptacle à déchets, tout vase à excréments, tout crachoir, etc., un couvercle qui ferme assez bien pour empêcher l'arrivée des mouches. Tous ces récipients devront contenir des désinfectants, être vidés le plus souvent possible et être désinfectés régulièrement. Tout cadavre d'animal devra être enterré le plus tôt possible.

Il faut protéger les malades contre les mouches afin qu'elles ne s'infectent pas à cette source et ne transportent pas l'infection ailleurs. Tout malade, et spécialement celui atteint de maladie contagieuse, de fièvre typhoïde, de diphtérie, de scarlatine, de rougeole, de tuberculose, de cancer ulcéré, de plaies, d'ulcérations, de charbon, etc., sera protégé soigneusement contre les approches des mouches. Ses linges, son expectoration, son urine, ses selles, etc., auront une surveillance attentive.

En outre, il faut empêcher les mouches d'infecter des lieux ou des objets dont l'usage exposerait l'homme à se contaminer à son tour : aliments, plaies, vases à boire.

Dans l'une de nos dernières « Pratiques médicales » parue dans *La Presse Médicale* du 12 Juillet 1902, n° 56, p. 662, et concernant le Traitement de l'endométrite blennorragique par les injections intra-utérines picriquées, nous avons omis de citer le nom de Mlle A. Makaroff, auteur d'une récente *thèse* sur ce sujet et à laquelle nous avons emprunté la description de la technique opératoire de ces injections. Nous nous empressons de réparer cette omission et de signaler à nos lecteurs le consciencieux travail de Mlle Makaroff.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'urologie clinique infantile. Le ferment amylolytique de l'urine, par M. Ch. Brunschwig, *Thèse*, Paris, 1902 (*Jules Rousset*, éditeur à Paris).

De l'hermophényl et de son emploi pour le traitement de la syphilis par M. Auguste Mournaud, *Thèse*, Lyon 1902 (*Imprimerie Waltener et Cie*, 3, rue Stella, à Lyon).

Le anomalie del linguaggio e la lora educabilita, par N. R. d'Alfonso, une brochure in-12 de 46 pages. (*Societa editrice Dante Alighieri*, à Rome).

Monographies cliniques sur les questions nouvelles en médecine, en chirurgie, en biologie. Le ganglion lymphatique, par Henri Dominici (*Masson et Cie*, éditeurs à Paris).

Medical and surgical report of the Presbyterian hospital in the city of New-York, une brochure in-8° raisin de 278 pages (*Andrew J. Mc Cosh M. D.*, éditeurs, à New-York).

De la prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie simple de la prostate. Technique opératoire et résultats cliniques, par M. Jean Petit, avec préface de M. J. Albarran, *Thèse* Paris, 1902 (*G. Steinheil*, éditeur, Paris).

L'eau dans l'alimentation, par F. Malméjac, docteur en pharmacie, pharmacien de l'armée. Préface de M. F. Schlagdenhauffen, directeur honoraire de l'Ecole de pharmacie de Nancy. 1 vol in-8° de la Bibliothèque scientifique internationale, avec figures dans le texte, cartonné à l'anglaise 6 francs. (*Félix Alcan*, éditeur, Paris).

Bibliographie méthodique des livres de médecine, chirurgie, pharmacie, sciences, 1880-1902, comprenant les ouvrages nouveaux parus à ce jour. Pour recevoir cette bibliographie gratuitement et franco, il suffit d'en faire la demande à la *Librairie Maloine*, 23-25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

La guérison de la morphinomanie sans souffrance. (Traduction Albert Ball), par M. Oscar Jennings, 1 vol. in-8° de 230 pages, avec figures (*A. Maloine*, éditeur, Paris).

Nouveaux procédés d'Exploration. Leçons de pathologie générale professées à la Faculté de Médecine, par Ch. Achard, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon; recueillies et rédigées par P. Sainton, chef de clinique adjoint à la Faculté, et M. Lœper, interne-lauréat des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8° avec 91 figures dans le texte en noir et en couleurs. 8 francs. (*Masson et Cie* éditeurs).

Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des hôpitaux de Paris, 5e édition, par F. Roux-Lemanski, 1 vol. in-16 de 640 pages, cart. 4 francs. (*G. Steinheil*, éditeur, Paris.)

L'UROBILINURIE

Origine rénale de l'urobiline. — L'urobiline est un indice de cholémie.

PAR

A. GILBERT Professeur à la Faculté.

M. HERSCHER Ancien interne des hôpitaux.

Depuis la découverte par Jaffé, en 1867, de l'*urobiline* dans les urines pathologiques, un grand nombre d'auteurs ont étudié la nature de cette substance, son origine chimique, sa provenance dans l'organisme, et, par suite, la signification qu'il faut accorder à l'*urobilinurie*.

Sur tous ces points, les avis ont été très partagés; la source de l'urobiline, en particulier, a été l'objet de discussions nombreuses, et des théories variées ont été émises à ce sujet.

Les *théories hépatique*, *intestinale*, *sanguine*, *histogénique* sont ainsi nées.

Admissibles, peut-être, dans quelques cas, elles ne nous paraissent pas pouvoir expliquer la très grande majorité des faits d'urobilinurie, et nous avons été conduits à en édifier une nouvelle, celle de l'*origine rénale de l'urobiline*, qui seule rend compte de la plupart des cas d'urobilinurie.

Nous indiquerons, dans cet article, les raisons qui nous ont poussés à adopter cette manière de comprendre l'origine de l'urobiline; nous exposerons les faits cliniques, les données théoriques, les résultats expérimentaux qui nous ont servi de base, et nous indiquerons quelle valeur sémiologique possède, d'après cette nouvelle conception, le symptôme urobilinurie; mais, auparavant, pour rendre plus aisées l'exposition et la discussion de notre théorie, nous rappellerons rapidement les caractères assignés classiquement à l'urobiline, les principaux procédés de recherche de cette substance dans les urines et les théories admises pour expliquer son passage dans les urines pathologiques.

*
* *

Caractères de l'urobiline. — L'urobiline est une substance brun rouge, incristallisable, soluble dans l'eau et surtout dans l'eau additionnée d'une petite quantité d'acide ou dans l'eau légèrement alcaline, soluble dans l'éther, l'alcool, le chloroforme et l'alcool amylique. Elle est complètement insoluble dans l'eau additionnée de sulfate d'ammoniaque.

Douée d'un pouvoir colorant très faible, bien inférieur à celui des pigments biliaires, elle n'en communique pas moins une certaine coloration à ses solutions, coloration différente, d'ailleurs, suivant le liquide qui a servi de dissolvant.

C'est ainsi que les solutions chloroformiques sont rouges ou roses, tandis que les solutions aqueuses sont jaunes. En ajoutant de l'ammoniaque à une solution d'urobiline, on obtient une nuance rougeâtre avec fluorescence, si l'ammoniaque est en petite quantité; si, au contraire, celle-ci est abondante, la solution prend une teinte jaune clair.

En traitant l'urobiline, en solution alcoolique ou même en solution aqueuse, par de l'ammoniaque et du chlorure de zinc, il se produit une fluorescence caractéristique.

Les réactions spectrales de l'urobiline ont été rigoureusement déterminées. Pratiquement, il suffit de se rappeler qu'en solution acide elle présente une bande d'absorption à l'union du bleu et du vert, tandis que, si la solution est alcaline et a été traitée par le chlorure de zinc, la bande se trouve un peu reportée vers la gauche.

L'urobiline présente encore comme propriété d'être extrêmement diffusible, bien plus diffusible que les pigments biliaires, mais moins, toutefois, que son chromogène.

Malgré les avis très différents sur ce point, l'urobiline n'existe pas dans l'urine normale. Les résultats variables indiqués par les auteurs nous paraissent tenir aux procédés employés pour la rechercher.

L'urine normale renferme, en effet, une substance spéciale, *chromogène*, *urobiline réduite*, *urobilinogène*, qui, sous l'influence d'oxydations, se transforme en urobiline. Il suffira donc que l'urine normale ait été oxydée pour qu'on y rencontre de l'urobiline; mais, en ayant soin d'éviter cette oxydation, on ne trouvera d'urobiline que dans les urines pathologiques, et nous sommes entièrement de l'avis de M. Saillet lorsqu'il dit : « Toute urine fraîche qui, examinée au spectroscope, présente la raie de l'urobiline, est anormale. »

*
* *

Recherche de l'urobiline dans les urines. — Le simple examen objectif de l'urine peut permettre, bien souvent, de se faire une idée sur la présence de cette substance dans ce liquide.

Si, en effet, l'urine contenant de l'urobiline n'a pas une coloration spéciale, caractéristique, d'une part, elle offre pourtant, dans quelques cas, un certain degré de dichroïsme; d'autre part, les urines ayant l'aspect hémaphéique renferment, d'une manière presque constante, de l'urobiline; aussi peut-on fréquemment, à première vue, penser que de telles urines sont urobiliniques, mais seule une recherche plus approfondie permet d'être affirmatif.

En définitive, les procédés de caractérisation de l'urobiline dans les urines sont tous basés sur la recherche des deux propriétés les plus importantes de l'urobiline, à savoir : sa réaction spectrale et la fluorescence de ses solutions ammoniacales additionnées de chlorure de zinc, solutions présentant, elles aussi, un spectre particulier. Une troisième propriété de l'urobiline, sa très grande diffusibilité, est mise à profit dans les cas où l'on pratique l'examen spectroscopique sur une urine très colorée.

Nous n'étudierons pas les très nombreux procédés que l'on a proposés et nous indiquerons seulement trois techniques dont nous avons fait un usage courant, la première, purement spectroscopique, vulgarisée par le professeur Hayem, et les deux autres chimiques.

Quelques précautions doivent être prises lorsqu'on veut rechercher l'urobiline dans l'urine par l'examen spectroscopique. L'urine sera fraîche, si l'on veut différencier l'urobiline de son chromogène, et n'aura subi ni l'action prolongée de l'air, ni surtout celle de la lumière; l'urine trouble sera filtrée, et, si elle est alcaline, il sera bon de l'acidifier légèrement, le spectre des solutions acides d'urobiline étant plus facile à voir que celui des solutions alcalines.

L'examen peut être pratiqué à l'aide du grand spectroscope; mais, le plus souvent, le simple petit spectroscope à vision directe suffit pour les recherches cliniques.

Si l'urine renferme de l'urobiline, plusieurs cas peuvent se présenter.

Lorsqu'elle est peu colorée, on aperçoit tout le spectre et, à l'union du bleu et du vert, apparaît la bande caractéristique.

Quand elle est moyennement teintée, on observe un certain degré d'effacement de la partie droite du spectre, les rayons violets et indigo sont éteints, le bleu est moins éclatant qu'à l'état normal, mais on aperçoit quand même, très nettement, à l'union du bleu et du vert, la raie de l'urobiline.

Dans un troisième cas, enfin, l'urine est fortement colorée, elle contient des pigments biliaires ou bien elle est simplement plus foncée qu'à l'ordinaire; toute la partie droite du spectre est éteinte et il est impossible de distinguer la raie de l'urobiline. Il suffit alors, ainsi que l'a indiqué le professeur Hayem, de verser avec précaution à la surface de l'urine une faible quantité d'eau pour que l'urobiline, très diffusible, passe dans celle-ci.

En faisant porter l'examen spectroscopique en un point siégeant à l'union des deux liquides, urine et eau, on aperçoit facilement et distinctement la raie de l'urobiline. La diffusion n'est naturellement pas immédiate et, avant de conclure à l'absence d'urobiline dans une telle urine, il faut pratiquer des examens nombreux et répétés à intervalles rapprochés.

Le simple examen spectroscopique permet encore de reconnaître la présence du chromogène; il suffit d'oxyder cette substance par l'eau iodo-iodurée pour voir apparaître la raie du chromogène transformé en urobiline ou pour noter un accroissement de la raie déjà existante, si l'urine était urobilinique.

Le premier des procédés chimiques que nous avons employés a été indiqué par Riva.

On agite dans un verre une petite quantité d'urine avec une égale quantité d'alcool amylique; on laisse les deux liquides, de densité différente, se séparer; on décante l'alcool amylique qui surnage et on le verse dans un tube à essai; on ajoute quelques gouttes de chlorure de zinc ammoniacal et l'on agite; il se produit, quand l'urine renferme de l'urobiline, une magnifique fluorescence verte. Lorsqu'on examine au spectroscope le liquide fluorescent, on voit une raie, non plus à l'union du bleu et du vert, mais un peu plus à gauche.

La fluorescence est immédiate ou presque et nous pensons qu'il faut tenir compte seulement de cette fluorescence rapide. Avec presque toutes les urines, en effet, si l'on abandonne pendant un certain temps à l'air l'alcool amylique qui a servi à les traiter, on voit se produire une fluorescence légère qui nous paraît tenir à ce que l'alcool amylique a dissous le chromogène contenu dans l'urine, lequel s'est oxydé sous l'influence de la lumière et de l'air. La fluorescence tardive ainsi produite ne révèle, nous semble-t-il, que la présence du chromogène.

Nous avons encore employé fréquemment la méthode suivante qui donne des résultats à peu près aussi sensibles que la précédente. On ajoute à 50 centimètres cubes de l'urine à examiner 4 gouttes d'acide chlorhydrique

et 5 centimètres cubes de chloroforme. On agite modérément; on décante le chloroforme; on le recueille après filtration dans un tube sec. On l'additionne alors d'une quantité égale d'un réactif composé de: acétate de zinc, 10 centigrammes; alcool à 95°, 100 grammes. Si l'urine est urobilinique, il se produit une fluorescence caractéristique.

* * *

THÉORIES CLASSIQUES RELATIVES A L'ORIGINE DE L'UROBILINE. — Comment donc se forme l'urobiline dont on peut reconnaître la présence dans les urines pathologiques par l'un des procédés que nous venons d'indiquer.

Jusqu'à ce jour quatre théories ont été proposées: les *théories hépatique, hématique, intestinale* et *histogénique*.

Théorie hépatique. — La théorie de l'origine hépatique de l'urobiline, défendue par M. Hayem et par ses élèves, en particulier par M. Tissier, est basée sur la fréquence, dans les cas d'urobilinurie, des modifications suivantes de l'organisme: d'une part, présence simultanée d'urobiline dans les urines, dans le sérum et dans la bile; d'autre part, lésions du foie, représentées le plus souvent par une dégénérescence graisseuse ou atrophique des cellules hépatiques.

L'urobiline est fabriquée par le foie lui-même devenu insuffisant. L'hémoglobine se transforme plus facilement dans le foie en urobiline qu'en pigments biliaires; aussi, lorsque cet organe devient insuffisant, quand ses cellules sont en voie de dégénérescence ou d'atrophie, le pigment sanguin qui lui est apporté n'est-il plus transformé qu'en partie en bilirubine; le reste est converti en urobiline qui est, en quelque sorte, le pigment du foie dégénéré; cette urobiline, très diffusible, passe dans la circulation, sans que la bilirubine l'accompagne.

L'urobilinurie passagère s'explique non plus par une dégénérescence graisseuse ou atrophique du parenchyme hépatique, mais bien par une altération momentanée de la cellule du foie sous l'influence de substances toxiques ou d'organismes pathogènes.

L'altération permanente ou passagère de la cellule hépatique n'est d'ailleurs pas suffisante à expliquer l'intensité de l'urobilinurie; celle-ci est proportionnelle, non pas seulement à la lésion de la cellule du foie, mais aussi à l'activité de la destruction globulaire; une faible lésion hépatique peut entraîner une urobilinurie abondante, dans le cas de destruction globulaire intense, et, inversement, une lésion avancée de la cellule hépatique ne s'accompagne que d'une urobilinurie minime, dans les cas de destruction globulaire peu marquée.

Telle est la théorie de l'origine hépatique de l'urobiline, théorie la plus généralement admise, en France tout au moins, et qui fait de l'urobilinurie un symptôme de la plus haute importance pour juger de l'état de la cellule hépatique.

Nous verrons ultérieurement que, si elle est acceptable dans certains cas, elle est impuissante, de même d'ailleurs que les théories suivantes, à expliquer la très grande majorité des cas d'urobilinurie.

Théorie hématique. — La théorie de l'origine hématique de l'urobiline est basée sur ce fait que l'hémoglobine, ou plutôt un de ses dérivés, l'hématine, est capable de donner naissance à de l'urobiline par action du zinc et de l'acide chlorhydrique, et que l'hémoglobine, dissoute dans du sérum, se convertit spontanément, ainsi que l'a montré M. Winter, en urobiline.

D'après cette théorie, il se produit, dans certains cas pathologiques, une destruction considérable de globules rouges, l'hémoglobine est mise en liberté et se transforme en urobiline.

De fait, on observe fréquemment cette production d'urobiline dans des épanchements hémorragiques, ainsi que l'a montré M. Hayem.

Mais les expériences tentées pour expliquer la production de l'urobilinurie par destruction de l'hémoglobine n'ont donné que des résultats médiocres, et l'origine hématique de l'urobiline, pour admissible qu'elle soit théoriquement, n'est plus guère soutenue aujourd'hui.

Théorie intestinale. — La théorie intestinale de l'urobilinurie, fondée sur ce que, normalement, la bile déversée dans l'intestin est transformée, en grande partie, en urobiline dont on retrouve une quantité considérable dans les fèces, compte, au contraire, des défenseurs nombreux.

Mais cette théorie est diversement interprétée par les auteurs qui l'ont adoptée.

Pour les uns, il s'agit d'une *origine intestinale proprement dite*; l'urobiline se forme en grande quantité dans l'intestin et, comme elle est très diffusible, passe directement dans le plasma sanguin et dans l'urine.

Mais on ne comprend pas alors pourquoi l'urobilinurie est un phénomène pathologique et non pas un phénomène physiologique, et la théorie intestinale ne nous paraît guère admissible.

Plus satisfaisante est la *théorie hépato-intestinale* qui est soutenue par les autres auteurs et qui fait provenir l'urobiline de l'intestin, mais explique son passage dans l'urine par l'insuffisance hépatique absolue ou relative. A l'état normal, la bile arrivant dans l'intestin est transformée en hydrobilirubine, laquelle, très diffusible, est rapidement absorbée et rapportée au foie par la veine porte. Le foie, du fait de sa fonction bien connue d'organe d'arrêt, fixe l'urobiline pour la transformer ultérieurement.

Si la cellule hépatique, en raison d'une altération, devient insuffisante, l'urobiline n'est plus arrêtée, elle passe dans la circulation; l'urobilinémie, puis l'urobilinurie sont constituées.

Dans une deuxième hypothèse, le foie est suffisant, mais une trop grande quantité d'urobiline lui est apportée; il devient relativement insuffisant, une partie seulement de l'urobiline est fixée, le reste pénètre dans le sang, puis dans l'urine.

Somme toute, les deux théories hépatique et hépato-intestinale concèdent à l'urobilinurie la même valeur séméiologique; d'après elles deux, l'apparition de l'urobiline dans les urines indiquerait une insuffisance du foie, insuffisance réelle le plus souvent, insuffisance relative dans quelques cas.

Théorie histogénique. — La théorie histogénique, enfin, fait naître l'urobiline des pigments biliaires dans les tissus, sous l'influence de phénomènes de réduction que nous aurons à indiquer à propos de l'origine rénale de l'urobiline.

D'après cette manière de voir, soutenue principalement en France par MM. Kiener et Engel, les divers tissus de l'organisme jouiraient de propriétés réductrices, et les pigments qui viennent les imprégner dans les cas de cholémie seraient transformés, grâce à ce pouvoir réducteur, en urobiline.

On peut faire à cette théorie la même objection qu'aux précédentes, et, si quelquefois elle est acceptable, elle ne peut pas être soutenue dans la plupart des cas d'urobilinurie.

* * *

THÉORIE RÉNALE DE L'UROBILINURIE. — Dans toutes les théories précédentes, quelle que soit celle qu'on adopte, un fait est constant: pour que l'urobilinurie se manifeste, il faut qu'antérieurement l'urobilinémie se soit produite. Or, de l'examen de cas extrêmement nombreux, il résulte pour nous que l'urobilinurie sans urobilinémie est remarquablement fréquente.

Il est impossible d'expliquer ce phénomène par les théories classiques, et c'est pourquoi nous croyons qu'il faut en adopter une autre: la *théorie rénale*[1].

L'absence d'urobiline dans le sérum alors qu'il existe de l'urobilinurie n'est pas douteuse; nous pourrions citer plus de deux cents observations de ce genre, parmi lesquelles, une soixantaine ont trait à des cas d'urobilinurie extrême.

Notre conviction à cet égard est basée sur les résultats négatifs, au point de vue de l'urobiline, fournis par l'examen spectroscopique et par l'analyse chimique.

Nos examens de sérum ont porté sur des quantités variables de ce liquide prélevé tantôt par piqûre du doigt, tantôt par application de ventouses scarifiées, tantôt enfin par saignée, quand l'indication de cette opération se présentait. Nous avons aussi étudié un liquide équivalent au sérum, le liquide ascitique.

Nous avons examiné ces liquides au spectroscope sous des épaisseurs quelquefois très considérables, par exemple lorsque nous avions eu recours à une saignée ou bien lorsque nous avions pratiqué une paracentèse abdominale.

Nous placions alors ces liquides dans des éprouvettes d'un calibre de 8 à 10 centimètres; nous versions à leur surface une petite quantité d'eau iodée pour y faire diffuser l'urobiline, mais, même par des examens prolongés et répétés à maintes reprises, il nous fut impossible, dans les cas auxquels nous faisons allusion, de déceler la moindre trace d'urobiline, soit dans le sérum, soit dans le liquide ascitique.

Nous avons voulu contrôler par l'analyse chimique les résultats négatifs que nous avait donnés le spectroscope.

Nous avons employé diverses techniques, mais c'est surtout à la recherche de l'urobiline par le procédé de l'alcool amylique et du chlorure de zinc ammoniacal que nous avons eu recours.

Cette méthode nous avait donné des résultats si excellents pour la caractérisation de l'urobiline dans les urines que c'est à elle, dès le début, que nous avons donné la préférence.

1. GILBERT et HERSCHER. — « Origine rénale de l'urobiline ». *Bull. Soc. Biol.*, Juin 1902. — HERSCHER. Même sujet. *Th. doct.*, Paris, 1902.

Mais nous avons constaté qu'elle est d'une sensibilité un peu moins grande quand elle est appliquée au sérum.

Cela tient, nous semble-t-il, à ce que le sérum est un liquide albumineux, car nous avons noté la même diminution de sensibilité en recherchant de l'urobiline que nous avions dissoute dans de l'eau albumineuse.

D'une part, il se forme alors une émulsion que l'on ne détruit pas complètement par centrifugation; d'autre part, l'alcool précipite l'albumine qui probablement entraîne une certaine quantité d'urobiline.

La sensibilité de la réaction est donc un peu diminuée; toutefois, à condition d'agir sur de grandes quantités et de concentrer l'alcool qui a servi à l'extraction de l'urobiline, on obtient des résultats meilleurs que ceux fournis par le spectroscope.

Cette méthode est venue confirmer ce que nous avait indiqué l'examen spectroscopique : ni le sérum, ni le liquide ascitique ne renfermaient d'urobiline dans les cas en question.

A plusieurs reprises aussi, nous avons traité ces liquides par du chloroforme que nous avons décanté, concentré, puis additionné du réactif alcool-acétate de zinc, et nous avons encore, par cette méthode, noté l'absence d'urobiline.

Aussi nous croyons-nous en droit de conclure, de par l'examen spectroscopique et de par l'analyse chimique, à l'absence d'urobilinémie chez des malades présentant une urobilinurie extrêmement intense.

Par contre, dans tous les cas où nous avons constaté de l'urobilinurie sans urobilinémie, nous avons observé que le sérum contenait des pigments biliaires, en plus ou moins grande quantité; il avait alors une coloration plus accusée et plus verte qu'à l'ordinaire, et l'acide nitrique nitreux y faisait naître l'anneau bleu vert des pigments biliaires.

On était alors en présence du type suivant :

Sérum contenant des pigments biliaires, mais pas d'urobiline; urines renfermant de l'urobiline, soit seule, soit associée à des pigments biliaires.

Ce type nous a paru d'une fréquence extrême, s'observant, non pas dans tous les cas d'urobilinurie, mais, du moins, dans la grande majorité de ces cas.

Les théories classiques étant impuissantes à rendre compte de ce fait, comment peut-on l'expliquer?

Deux hypothèses se présentent à l'esprit :

Ou bien l'urobiline a pris naissance aux dépens des pigments biliaires au niveau du rein, ou bien elle s'est formée dans l'intérieur même de la vessie.

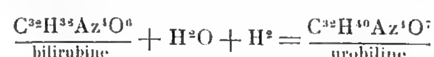
D'après cette dernière manière de voir, l'urine renfermerait du chromogène en assez grande quantité; celui-ci s'oxyderait dans la vessie, grâce à l'oxygène du sang contenu dans les parois de cet organe, et passerait à l'état d'urobiline. Cette théorie n'est pas soutenable; en effet, on a décelé la présence de l'urobiline dans l'urine recueillie par cathétérisme de l'uretère, et puis le simple raisonnement suffit à détruire une pareille supposition. Toute urine normale renferme une certaine quantité de chromogène; il suffirait donc que cette urine séjournât un temps plus ou moins long dans la vessie pour qu'on y trouvât ou non de l'urobiline. A des mictions rapprochées les unes des autres correspondraient des urines contenant seulement du chromogène; à des mictions éloignées répondraient, au contraire, des urines renfermant de l'urobiline. L'expérience est facile à faire et permet de constater l'absence de l'urobiline dans l'urine d'un individu sain, si retardées qu'aient pu être les mictions.

Reste l'hypothèse de la transformation des pigments biliaires en urobiline. Tout concorde, faits théoriques et expérimentation, pour établir qu'il ne s'agit pas là d'une simple hypothèse et que les choses se passent bien ainsi.

Les pigments biliaires sont, en effet, susceptibles de se transformer en urobiline par des phénomènes de réduction.

R. Maly, le premier, en traitant la *bilirubine* par l'amalgame de sodium, obtint un corps qui porte le nom d'*hydrobilirubine* et que, malgré d'assez vives discussions dans le détail desquelles il serait trop long d'entrer, on assimile à l'urobiline.

Cette transformation n'est d'ailleurs pas seulement le fait d'une réduction, il se produit encore un phénomène d'hydratation et l'ensemble de la réaction peut être représenté par la formule :



$$\underbrace{C^{32}H^{36}Az^{4}O^{6}}_{\text{bilirubine}} + H^{2}O + H^{2} = \underbrace{C^{32}H^{40}Az^{4}O^{7}}_{\text{urobiline}}$$

La bilirubine n'est pas le seul pigment biliaire capable de produire de l'urobiline; ses dérivés oxydés peuvent aussi, par réduction, engendrer ce corps.

Liebermann a montré, en effet, qu'en traitant la *cholételine* par l'amalgame de sodium, on revient à la bilirubine, et que l'action prolongée de cet amalgame sur la cholételine aboutit à la production d'urobiline.

La *biliverdine*, enfin, qui tient le milieu, au point de vue oxydation, entre la bilirubine et la cholételine, peut aussi être convertie en urobiline par action de l'amalgame de sodium.

Donc, par des phénomènes de réduction ou par l'association à ceux-ci de phénomènes d'hydratation, les pigments biliaires peuvent se transformer en urobiline.

Or, le rein possède un pouvoir réducteur et un pouvoir hydratant.

L'existence du premier est bien établie par les expériences d'Ehrlich que l'on peut répéter de la manière suivante :

On fait pénétrer dans le sang d'un animal, durant la vie, à l'état de sels de soude solubles, du bleu d'alizarine ou du bleu de céruléine, substances très colorées, mais aptes, en s'unissant à l'hydrogène, à donner des corps incolores.

La disparition de la couleur bleue permet de déterminer, à simple vue, le pouvoir réducteur, hydrogénant de chaque tissu.

Après cette injection, on ouvre l'animal et l'on constate que si le sérum et la lymphe sont bleus, certains tissus ne présentent aucune coloration.

La partie centrale des reins reste très bleue; l'écorce, au contraire, est complètement décolorée.

La portion centrale du rein, c'est-à-dire celle qui correspond, purement et simplement, aux voies d'excrétion de cet organe, ne possède donc pas de pouvoir réducteur; la région corticale, celle qui constitue, en quelque sorte, la partie noble de l'organe celle dans laquelle se produisent les phénomènes de sécrétion, jouit au contraire d'une puissance réductrice considérable.

MM. Abelous et Gérard, d'autre part, ont montré que le rein a un pouvoir hydratant qui paraît être le résultat d'une action diastasique.

Théoriquement donc, tout permet d'admettre la transformation possible en urobiline par le rein des pigments biliaires que le sang conduit à cet organe.

L'expérimentation, enfin, est venue nous convaincre du bien fondé de notre conception.

Plaçant des reins de lapins ou de chiens, préalablement lavés, puis broyés, dans une solution de bilirubine, nous avons abandonné le mélange à l'abri de l'air, de la lumière et de la putréfaction.

Après quarante-huit heures, nous avons filtré et nous avons traité le liquide filtré par l'alcool amylique; nous avons additionné celui-ci de chlorure de zinc ammoniacal et nous avons ainsi vu se manifester une fluorescence légère mais nette, avec spectre d'absorption de l'urobiline. Une même solution de biliburine abandonnée dans des conditions semblables n'avait subi aucune transformation en urobiline.

Pour toutes les raisons que nous venons de développer, raisons cliniques, théoriques et expérimentales, nous pensons donc que la théorie rénale est fondée sur des bases sérieuses et que, seule, elle permet d'expliquer les faits que nous avons observés.

L'objection la plus importante qui pourrait lui être faite est la suivante :

Dans des cas d'ictère intense, on constate de la bile dans l'urine, mais pas d'urobiline; cela est absolument certain, mais, tout d'abord, ce fait n'est pas constant et il nous paraît même plutôt rare. On peut, en outre, l'expliquer assez facilement.

Il est très permis de supposer, en effet, que le rein, recevant une trop grande quantité de pigments biliaires à éliminer, est, en quelque sorte, stupéfié et perd son pouvoir réducteur. Ce fait, incompréhensible si le corps humain pouvait être assimilé à une cornue de chimiste, est, au contraire, très admissible, si l'on se rappelle la fréquence des phénomènes d'arrêt qui viennent entraver les fonctions de l'organisme.

Ne se passerait-il pas au niveau du rein quelque chose de comparable à ce qui se produit dans l'estomac? Tant que les aliments arrivent à cet organe, en quantité moyenne, il suffit à sa tâche, et la digestion s'effectue normalement. Si, au contraire, il est surchargé de besogne, du fait d'un apport exagéré d'aliments, il cesse son travail de transformation; sa fonction digestive est suspendue momentanément et les aliments sont expulsés par vomissements ou même sont évacués dans les fèces sans aucune modification.

D'ailleurs, à la fin de tels ictères, quand la cholémie diminue, on voit réapparaître l'urobilinurie, seule ou associée à la cholurie, et puis Mya et Patella ont établi qu'au début de ces ictères, alors que la cholémie est encore peu marquée, on observe aussi de l'urobilinurie.

Ces alternatives d'urobilinurie, de cholurie et d'urobilinurie se comprennent bien par la théorie rénale; c'est même la seule qui per-

mette de les expliquer. On ne voit pas bien, en effet, le foie insuffisant au début et à la fin de la maladie, quand la lésion causale commence et quand elle est près de disparaître, devenir suffisant en pleine période d'état.

La bilirubinurie pure dans les ictères intenses ne détruit donc pas notre conception; bien au contraire, l'urobilinurie observée au début et à la fin de tels ictères ne trouve d'explication que dans la théorie rénale, et l'objection devient une preuve.

La théorie rénale étant admise, la transformation de l'urobiline par le rein des pigments biliaires contenus dans le sérum sanguin peut être considérée comme un véritable processus de défense de l'organisme : les pigments biliaires, produits toxiques et peu diffusibles, étant convertis en urobiline, substance très diffusible et par suite facilement éliminable.

D'après cette théorie, les divers états pathologiques s'accompagnant d'urobilinurie sans urobilinémie (et la plupart des cas d'urobilinurie rentrent dans cette catégorie) se conçoivent aisément.

Toujours il y a cholémie, mais, suivant son intensité, des symptômes divers sont observés.

Tout ou partie des pigments biliaires sont convertis en urobiline; les téguments sont modifiés ou non et l'on pourrait décrire de très nombreux types cliniques. Parmi ceux-ci les plus fréquents sont les suivants :

Lorsque, pour une raison ou pour une autre, la cholémie vient à se produire, légèrement marquée, les pigments biliaires qui ont pénétré dans la circulation arrivent au niveau du rein et sont totalement transformés par lui en urobiline.

Si les urines sont abondantes, elles conservent leur coloration ordinaire, le type *ictère acholurique* est constitué.

Si, au contraire, les urines sont rares, concentrées, elles présentent une teinte foncée, l'addition d'acide nitrique nitreux y fait naître une coloration brun acajou, on se trouve en présence du syndrome *ictère hémaphéique*[1].

A un degré plus marqué de cholémie, le rein devient incapable de transformer la totalité des pigments qui lui arrivent, et dans les urines on observe, outre de l'urobiline, des pigments biliaires; c'est l'*ictère biliphéique*.

Si, enfin, la cholémie devient extrême, le rein, en quelque sorte stupéfié, perd son pouvoir réducteur, ne transforme plus les pigments biliaires en urobiline, la cholurie est alors pure. Mais, dans ces cas, à la période initiale et à la période terminale, c'est-à-dire quand la cholémie est moins intense, on observe soit une association d'urobilinurie et de cholurie, soit, purement et simplement, de l'urobilinurie; c'est une autre variété de l'*ictère biliphéique*.

Telle est la manière dont nous concevons la théorie rénale.

Nous ne prétendons pas que l'urobiline reconnaisse toujours pour source le rein.

Nous considérons, au contraire, comme absolument certain que, dans quelques cas, dont nous pourrions citer des observations personnelles, l'urobilinémie existe, et qu'il faut alors admettre d'autres modes de production de l'urobiline. Les théories histogénique, sanguine, intestinale, et surtout la théorie hépatique du professeur Hayem reprennent alors tous leurs droits; mais, nous le répétons, ces cas nous paraissent relativement rares et nous pensons que, le plus souvent, l'urobilinurie reconnaît pour cause la cholémie, les pigments biliaires qui ont pénétré dans la circulation se transformant en urobiline au niveau du rein par des phénomènes de réduction.

* * *

Valeur sémiologique de l'urobilinurie. — Que devient alors la valeur sémiologique de l'urobilinurie? Aussi bien en France, où règne la théorie hépatique du professeur Hayem, qu'à l'étranger, où la théorie hépato-intestinale est généralement admise, l'urobilinurie est considérée comme un véritable signe d'insuffisance hépatique; l'urobiline est le pigment du foie malade.

Que l'urobilinurie ait cette signification dans quelques cas exceptionnels, lorsqu'elle s'accompagne d'urobilinémie, nous ne prétendons pas le contraire.

Mais, pour nous, l'urobilinurie étant, le plus souvent, la conséquence de la cholémie, il était permis de supposer, *a priori*, qu'elle devait être absolument indépendante de l'état fonctionnel du foie.

Nous avons voulu vérifier cette supposition; nous avons donc étudié le chimisme hépatique de divers malades présentant de l'urobilinurie, et nous avons constaté que ce symptôme peut s'observer, quel que soit l'état du foie.

C'est ainsi qu'on rencontre l'urobilinurie chez des malades dont les fonctions hépatiques sont normales ou même exaltées. Nous avons vu des individus cholémiques, éliminant des doses considérables d'urée, 35 à 40 grammes par jour, et fixant plus de 200 grammes de glycose, présenter une urobilinurie extrêmement marquée.

Fréquemment aussi, l'urobilinurie existe en même temps que l'insuffisance hépatique; cela n'a rien de surprenant, la cholémie étant souvent liée à une affection susceptible d'entraîner la déchéance fonctionnelle du foie; mais qu'il y ait entre l'urobilinurie et l'anhépatie fonctionnelle une relation de cause à effet, nous ne le pensons pas; c'est une simple coïncidence et voilà tout.

En réalité, l'urobiline étant presque toujours d'origine rénale, les théories anciennes disparaissent; l'urobilinurie n'a aucune valeur pour juger de l'état de la cellule hépatique, elle traduit seulement la présence des pigments biliaires dans le sang et doit, à ce titre, être considérée comme un des signes révélateurs les plus importants de la cholémie.

Elle s'associe quelquefois à la cholurie, mais elle peut être le seul symptôme urinaire de la cholémie, dans les cas d'ictère acholurique ou hémaphéique par exemple, et l'on conçoit qu'on ait pu décrire des *ictères urobiliniques*. On n'examinait pas le sérum, on se contentait de regarder la couleur de la peau et d'analyser les urines. Celles-ci contenaient beaucoup d'urobiline et l'on mettait sur son compte la coloration jaune des téguments. De tels ictères sont bien, en effet, des ictères *urobilinuriques* ou plutôt avec urobilinurie, mais ce ne sont pas des ictères *urobiliniques* puisque, comme on l'a déjà montré, il n'y a pas d'urobiline dans la peau et puisque, comme nous venons de le prouver, s'il existe des pigments biliaires dans le sérum, celui-ci ne contient pas d'urobiline.

La valeur sémiologique de l'urobilinurie est donc tout autre que celle qu'on attribue en général à ce symptôme, mais elle n'en est pas moins très considérable puisque, décelant la cholémie, l'urobilinurie permet de porter le diagnostic de cet état pathologique avant tout examen du sérum.

L'importance de l'urobilinurie sera donc d'autant plus grande que les symptômes de cholémie reconnaissables par tous, ictère et cholurie, seront moins marqués ou même manqueront totalement.

Aussi, est-ce surtout, ainsi que l'un de nous vient de l'indiquer avec Lereboullet[1], pour le diagnostic de la *cholémie simple familiale* que la constatation de l'urobilinurie a le plus d'importance.

Cette maladie ne s'accompagne, en effet, le plus souvent du moins, ni d'ictère au sens courant du mot, ni de cholurie.

Ce qu'on note, c'est, d'une part, du côté de la peau, un *ictère fruste* particulier, le teint bilieux ou cholémique, avec ou sans pigmentations mélaniques diverses, et c'est, d'autre part, du côté des urines, l'urobilinurie traduisant la cholémie et résultant de la transformation des pigments biliaires au niveau des reins.

C'est en recherchant, outre le teint bilieux, ces pigmentations substituées à l'ictère et cette urobilinurie substituée à la cholurie, que l'on peut, chez les sujets présentant les symptômes subjectifs de la cholémie familiale, et présentant des antécédents familiaux, porter, avant tout examen de sérum, le diagnostic de cette maladie si fréquente et si riche en conséquences diverses.

L'origine rénale de l'urobiline n'enlève donc rien, au contraire, à l'importance de l'urobilinurie; elle change seulement sa signification et fait comprendre la fréquence de l'urobilinurie, puisque celle-ci témoigne d'une modification de l'état du sérum extrêmement fréquente, plus fréquente que l'insuffisance hépatique elle-même.

* * *

Cette conception à laquelle nous sommes arrivés après avoir constaté, avec surprise, l'absence d'urobilinémie dans un cas d'urobilinurie extrême, et après nous être rendu compte que cet état, loin d'être exceptionnel, est, au contraire, presque constant, nous paraissait toute nouvelle.

Pourtant, en nous livrant à un travail bibliographique approfondi, nous avons constaté que Leube avait émis, en quelques lignes, l'hypothèse de l'origine rénale de l'urobiline; mais il se basait, pour arriver à cette pure hypothèse, sur un cas sujet à discussion : ayant injecté à un malade urobilinurique de la pilocarpine, il avait constaté dans la sueur de la bilirubine et pas d'urobiline, et il avait conclu de là à l'absence d'urobilinémie; M. Tissier, ayant répété la même expérience, observa, lui aussi, l'absence d'urobiline dans la sueur et pourtant le sérum du malade étudié par M. Tissier contenait de l'urobiline.

1. Nous montrerons en effet prochainement que l'ictère hémaphéique est un ictère léger, tirant son individualité de l'hypercoloration des urines, hypercoloration due à la concentration des urines et à l'abondance de l'urobiline.

1. Gilbert et Lereboullet. — « L'urobilinurie dans la cholémie familiale. *Bull. Soc. Biol.*, 1902, 26 Juillet.

L'hypothèse de Leube, d'ailleurs purement ébauchée, manquait donc de bases solides.

Divers auteurs italiens Patella, Giarré, Accorimboni et surtout Mya se sont fondés sur des arguments plus sérieux, mais leurs études, sans doute parce qu'incomplètes, inachevées, imparfaites, n'avaient pas eu de retentissement et avaient laissé entières, en France, la *théorie hépatique*, à l'étranger, la *théorie hépato-intestinale*, et l'urobilinurie était à peu près unanimement considérée comme établissant l'existence de l'insuffisance hépatique.

Or, nous n'avons pas renversé cette notion sur la valeur sémiologique de l'urobilinurie seulement en apportant la preuve décisive de l'origine rénale de l'urobiline, mais encore en étudiant le chimisme hépatique chez des malades présentant de l'urobilinurie, et en constatant que, s'ils peuvent être atteints d'insuffisance hépatique, ils peuvent aussi avoir un foie fonctionnant normalement ou même d'une manière exagérée.

Nous avons ainsi substitué à la notion précédente une notion nouvelle ; l'*urobilinurie ne signifie plus insuffisance hépatique, mais cholémie* ; sa valeur sémiologique n'est pas moindre, elle est autre.

C'est là ce qui fait tout l'intérêt de la théorie rénale, théorie si séduisante, si conforme à la réalité, si importante aussi, puisqu'elle change complètement la manière d'interpréter l'urobilinurie, faisant de ce symptôme le signe révélateur d'un des états les plus fréquents en clinique, à savoir la cholémie.

MÉDECINE PRATIQUE

DU MOMENT DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES ICTÈRES D'ORIGINE LITHIASIQUE

La nécessité de l'intervention chirurgicale dans certains cas de lithiase biliaire n'échappe à personne. Mais le moment où doit avoir lieu une intervention comportant avec elle toutes les chances de succès n'a pu être encore fixé, aucun signe ne permettant de décider que l'opération chirurgicale s'impose. Des discussions soulevées sur cette question à la Société de Chirurgie au cours de ces dernières années, aucune indication précise ne se dégage. Assigner arbitrairement comme limite de tolérance possible de l'ictère trois mois, six mois ou un an et, ce délai passé, intervenir quand même, ne peut être considéré comme une indication rationnelle. L'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire ne saurait constituer qu'un traitement d'exception subordonné à la valeur fonctionnelle de la cellule hépatique; aussi longtemps que le foie paraîtra susceptible de se défendre par ses propres moyens ou avec le secours des agents médicaux, tout acte opératoire est condamnable.

* * *

Schwartz, dans un traité récent sur la chirurgie du foie, écrit : « Lorsque l'obstruction calculeuse du cholédoque s'accompagne d'accidents sérieux d'amaigrissement, il ne faut pas attendre, et, du moment qu'il n'y a aucune contre-indication, il faut intervenir au bout de trois à quatre mois. »

Ces limites sont arbitraires; les réactions fonctionnelles seules peuvent nous servir de guide, et elles ne se présentent pas à échéances fixes. A quel moment faut-il intervenir? Poser l'indication équivaut à résoudre une question de pronostic. C'est ce que M. Mongour (de Bordeaux), auquel nous empruntons ces lignes, s'est efforcé de nous faire connaître dans un article du *Journal de Médecine de Bordeaux* (Avril 1902).

L'urologie, prise exclusivement comme base d'appréciation, est une méthode infidèle; l'excrétion urinaire, comme qualité et comme quantité, est surtout fonction de la perméabilité rénale constamment modifiée au cours des ictères. La diminution du taux de l'urée est sujette à caution; elle dépend plutôt de l'état de la nutrition générale des malades que de l'état fonctionnel du foie.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire a eu son heure de succès, mais, depuis les travaux de Colrat, on est autorisé à ne plus en tenir grand compte.

La recherche de l'élimination du bleu de méthylène n'est pas plus instructive; les intermittences observées chez le plus grand nombre des ictériques ne précisent pas le degré d'altération de la cellule hépatique, elles démontrent que l'épithélium rénal altéré fonctionne d'une manière intermittente.

Aussi, pour M. Mongour, doit-on tenir compte de deux autres symptômes. L'hypertrophie du foie est le symptôme capital de sa défense active au cours des cirrhoses consécutives à l'obstruction du cholédoque, et, lorsque la régression de l'organe coïncide avec les différents symptômes critiques bien étudiés : polyurie, azoturie, cette régression signifie guérison. Au contraire, lorsque la régression se manifeste isolément, elle signifie aggravation, mise en échec de la défense, et, dans ce cas, cette atrophie qui suit une marche lente est le signal d'un amoindrissement de la fonction, tel qu'un pronostic grave s'engage. L'obstacle cesse alors d'être toléré, et, à ce moment, le malade ne peut plus être abandonné à ses propres forces; l'intervention chirurgicale s'impose. D'où la nécessité de la percussion méthodique du foie, pratiquée journellement, qui est la meilleure méthode dont nous disposions pour fixer le début de l'intolérance hépatique et, par suite, le moment opportun de l'intervention chirurgicale; pour apprécier la signification de la régression du foie, il faut tenir compte, bien entendu, de la présence ou de l'absence des signes critiques.

Mais comme le chirurgien ne sera pas toujours en mesure de pouvoir apprécier les changements de volume du foie, il devra recourir à l'examen de la fonction biligénique par la recherche des pigments dans les urines et dans le sérum sanguin. Les ictères par obstruction calculeuse, non compliqués d'infection, représentent le type de l'orthopigmentation dans la phase de tolérance organique; la cellule continue sa sécrétion physiologique, malgré l'inversion du courant sécrétoire. Mais lorsque la rétention dans le foie des produits d'excrétion canaliculaire aura mis la cellule hépatique en péril, on verra se substituer aux pigments normaux des pigments anormaux, principalement l'urobiline et les pigments rouge brun; à l'orthopigmentation initiale succède une parapigmentation dont le pouvoir tinctorial est faible, l'ictère persistant quand même quelque temps encore, car les cellules mettent environ vingt jours à se débarrasser des pigments normaux qui les imprègnent. Il importe de pratiquer la recherche de ces pigments anormaux dans le sérum et dans les urines. Si le rein était un filtre parfait se laissant indifféremment traverser par les pigments biliaires normaux ou anormaux, on pourrait s'en tenir à l'analyse des urines, mais la valeur filtrante du rein est fonction de son intégrité anatomique; aussi il est impossible de formuler un pronostic valable sans rechercher les pigments dans les urines et dans le sérum. En pratique, M. Mongour procède de la manière suivante : quand les urines contiennent en abondance des pigments normaux, l'examen du sérum est inutile; dans le cas contraire, il fait une saignée de 10 à 20 grammes par ponction veineuse; le sang est recueilli dans des tubes à essai qui sont inclinés jusqu'à coagulation complète; le sérum se dépose en quelques heures, et on en dispose d'une quantité suffisante pour l'examen spectroscopique et chimique. Si le sérum recueilli ne contient que des pigments modifiés avec des traces de pigments normaux, la conclusion s'impose : la cellule hépatique est déviée de sa fonction normale, l'obstacle doit être levé.

Enfin M. Mongour ajoute que même l'infection survenant au cours de l'obstruction du cholédoque, et se caractérisant par ces deux grands symptômes, fièvre avec frisson et douleur du foie, n'implique pas l'intervention dans tous les cas. Nombre d'infections hépatiques primitives ou secondaires sont, en effet, susceptibles de se résoudre spontanément ou par les seuls effets du traitement médical; dans ces cas comme dans ceux où l'ictère entre en jeu, l'état de la cellule hépatique doit seul fixer l'indication opératoire, et il n'existe pas de méthode de recherches qui soit préférable à l'étude des variations de volume du foie et de la fonction biligénique.

A. Coyon.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

1er Septembre 1902.

L'action digestive des venins. — *M. Launoy.* Si l'on fait agir sur des substances albuminoïdes dissoutes en solution faiblement alcaline une solution de venin de cobra filtrée à la bougie, on remarque que la molécule albuminoïde est désintégrée jusqu'à la formation d'une protéose primaire à réaction biurétique.

D'autre part, si on fait agir simultanément des solutions de venin de cobra et de trypsine sur des substances albuminoïdes, on constate que le faible pouvoir zymotique du venin s'additionne au pouvoir du ferment protéolytique, sans que celui-ci, toutefois, paraisse notablement accéléré par la présence du venin.

Les venins de vipère, de vive, de scolopendre, de scorpion, de guêpe semblent agir de même façon. Aucun de ces venins ne protéolyse l'albumine coagulée, non plus que la fibrine.

Georges Vitoux.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

P. A. Bainbridge. *Sur la formation de la lymphe dans le foie* (*British medical Journal*, 1902, 14 Juin, n° 2163, p. 1469). — En 1899, Ascher montra que les injections intra-veineuses de fiel de bœuf, de sérum sanguin, d'autres substances encore, déterminaient une augmentation de la lymphe s'écoulant du canal thoracique. Il pensa que ces substances augmentaient l'activité fonctionnelle du foie, que la lymphe venait de cet organe et que sa formation résultait d'une augmentation de l'activité des cellules hépatiques.

Dans ses recherches, l'auteur a injecté dans les veines des animaux en expérience du taurocholate de soude, de l'hémoglobine pure et certains sels d'ammonium, et il a étudié l'effet de ces injections sur l'écoulement de la lymphe.

1° *Taurocholate de soude.* — Les injections lentes de cette substance en petite quantité déterminent invariablement une augmentation de lymphe. L'écoulement en est doublé ou triplé, commence de dix à vingt minutes après le début de l'injection, atteint son maximum en vingt ou trente minutes, et dure environ deux heures. La lymphe surajoutée provient entièrement du foie, puisque, si on lie les lymphatiques venant de cette glande, l'injection du sel n'amène aucune augmentation dans la quantité de lymphe.

La proportion des substances solides de la lymphe est un peu augmentée et l'on y trouve une petite quantité d'hémoglobine libre.

Les observations sur la pression sanguine mon-

trent qu'il n'y a aucune modification de la pression dans les artères ni dans la veine cave. On note une légère augmentation de la pression dans la veine porte.

Quand on récolte simultanément la lymphe et la bile, on voit que l'écoulement de ces deux liquides subit des modifications semblables et que l'augmentation de la bile se manifeste avant celle de la lymphe.

2° *Hémoglobine.* — Les injections d'hémoglobine en solution diluée donnent des résultats semblables à ceux que donne le sel biliaire, avec cette différence que la bile est plus concentrée.

3° *Sels d'ammonium* (*tartrate, carbonate et chlorure*). — On observe quelquefois une augmentation de la lymphe écoulée, mais le plus souvent le résultat est négatif; d'ailleurs les symptômes d'intoxication apparaissent trop vite pour qu'il soit possible d'obtenir des renseignements suffisants.

De cette série d'expériences Bainbridge conclut que l'injection des sels biliaires ne modifie pas la pression sanguine comme le font les substances de la catégorie des peptones ou des sucres. D'autre part, les sels biliaires augmentent l'activité fonctionnelle du foie et la production de la lymphe : il y a là une relation de cause à effet.

On peut supposer que cette suractivité détermine une mise en liberté dans les cellules hépatiques de produits cristalloïdes : ceux-ci pénètrent dans les espaces lymphatiques environnants — probablement par diffusion —, élèvent la pression osmotique de la lymphe et attirent l'eau du sang. Ainsi peut-on expliquer la surproduction de lymphe. Il est possible que les sels biliaires (ainsi que l'hémoglobine) excitent les capillaires biliaires à produire de la lymphe, comme le veut Heidenhain; mais les expériences actuelles, sans détruire cette hypothèse, ne lui donnent aucun appui.

C. Jarvis.

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

W. R. Steiner. ***Les thromboses veineuses péri-phériques dans la pneumonie*** (*Bulletin of the John Hopkins Hospital*, 1902, Juin, p. 130). — Après avoir relaté trois cas personnels de phlébites survenues au cours d'une pneumonie, l'auteur relève les diverses observations signalées dans les études antérieures.

De l'ensemble de ces recherches, il tire les conclusions suivantes : la phlébite est une complication rare de la pneumonie, car 38 cas seulement en ont été signalés. Vingt-sept fois la phlébite survint pendant la convalescence; une fois le jour de la crise, au moment même de la défervescence; quatre fois seulement, on observa la phlébite pendant la durée de la période fébrile. Les veines du membre inférieur sont le siège habituel de la phlébite pneumonique. Le plus souvent la thrombose atteint la veine fémorale gauche : ce vaisseau était seul atteint dans six cas; mais on a pu observer la phlébite pneumonique : sur la fémorale gauche et la saphène interne une fois; sur la saphène interne gauche deux fois; la veine iliaque externe, la fémorale et la saphène interne une fois; la fémorale droite deux fois; les deux fémorales et la saphène interne une fois; la saphène interne droite deux fois; la poplitée deux fois; les deux fémorales deux fois; l'iliaque primitive à la bifurcation une fois.

Sur 34 cas, vingt-cinq fois le malade guérit; parmi les neuf décès, cinq furent dus à une embolie.

L. Nattan-Larrier.

H. Chauveau. ***Étude cardiographique sur le mécanisme du bruit de galop*** (*Thèse*, Paris, 1902). — L'auteur étudie, dans un premier chapitre, la signification du cardiogramme normal, en s'appuyant sur des données physiologiques précises et bien établies, afin qu'aucune équivoque ne puisse subsister. La cardiographie est, en effet, une question si délicate, qu'en présence de tracés parfaits, identiques même, tous les observateurs ne sont pas d'accord : il ne suffit pas d'avoir de bons tracés, il faut encore savoir les lire.

Il résulte du travail, fort bien fait, de Chauveau que le choc de la pointe du cœur, ou plus exactement la pulsation cardiaque extérieure, est produite uniquement par la systole du ventricule, et jamais par celle de l'oreillette, à l'état physiologique du moins.

La diastole du ventricule est considérée à tort comme une période de pose, de repos absolu du cœur; cependant les tracés physiologiques nous montrent d'une façon évidente qu'il s'y produit des phénomènes actifs : contractions de l'oreillette et mouvements des muscles papillaires, assez forts dans certains cas pour se traduire extérieurement sur les cardiogrammes par des ondulations plus ou moins accentuées, et à l'auscultation par des bruits sourds bien distincts des claquements valvulaires.

Le bruit de galop est produit par l'exagération de ces phénomènes actifs qui, ordinairement trop peu sensibles pour être entendus, s'accentuent au point de devenir sonores; d'après l'auteur, il faut absolument rejeter la théorie qui attribue le galop à une distension brusque du ventricule sclérosé au moment de la diastole. Il ne croit pas pouvoir admettre davantage que le galop soit produit par une systole ventriculaire s'accomplissant en plusieurs temps.

L'exagération des mouvements des oreillettes et des muscles papillaires, cause du bruit de galop, peut, dans certains cas, être sous la dépendance d'une modification du myocarde, hypertrophie de l'oreillette ou du ventricule, mais le plus souvent est le résultat d'une action nerveuse, modifiant le rythme du cœur, le myocarde pouvant d'ailleurs être parfaitement sain.

En résumé, le bruit de galop n'est que l'exagération d'un phénomène normal, trop faible pour être entendu ordinairement, et s'accentuant sous l'influence d'une excitation quelconque des nerfs cardiaques.

G. Fischer.

O. E. Przewoski. ***Gastrite tuberculeuse*** (*Virchow's Arch. für path. Anat. und Phys.*, 1902, 15 Avril, p. 424). — L'auteur rapporte les observations de cinq autopsies de tuberculeux chez qui il a rencontré des ulcérations tuberculeuses de l'estomac. Ces faits sont rares et on ne connaît guère que les cas de Litten, Talamon-Balzer, Gilles-Sabourin, Cazin, Eppinger, Serafini, Barbacci, Letulle.

D'après ces cinq autopsies, Przewoski donne les caractères suivants des ulcérations tuberculeuses de l'estomac, en essayant de les distinguer des ulcères intestinaux : *a*) forme particulière de l'ulcération; *b*) lésion accentuée de la couche sous-muqueuse; *c*) intégrité de la muqueuse et de la séreuse; *d*) rareté des bacilles de Koch au fond comme sur les bords de l'ulcération.

La participation de la sous-muqueuse à l'inflammation se montre sous deux formes : *a*) lymphangite subaiguë non destructive; *b*) lymphangite ulcéreuse profonde.

La rareté des bacilles a été constatée aussi par O. Barbacci et Letulle. La raison de cette rareté tient sans doute à l'influence empêchante, mais non destructive, du suc gastrique.

Les ulcérations tuberculeuses siègent le plus souvent à la région pylorique, puis sur la paroi postérieure, sur la grande courbure, la petite courbure, et enfin la région cardiaque.

Quand les ulcérations tuberculeuses sont nombreuses dans l'estomac, elle ne viennent pas toutes de la surface vers la profondeur, mais certaines se développent de la profondeur vers la surface, aux dépens de la lymphangite sous-muqueuse émanée des ulcérations primitives.

On observe la tuberculose de l'estomac surtout dans les formes chroniques de la tuberculose pulmonaire, où des bacilles sont déglutis journellement et d'une manière prolongée. L'inflammation catarrhale préalable, si fréquente, est une cause prédisposante, car elle diminue le pouvoir antiseptique du suc gastrique; les érosions gastriques sont aussi un point d'appel à la culture du bacille.

La dyspepsie des phthisiques est rarement un signe d'érosion tuberculeuse de l'estomac.

G. Milian.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Disselhorst. ***Recherches sur l'identité de la tuberculose bovine et de la tuberculose humaine*** (*München med. Wochenschr.*, 1902, n° 27, p. 1139). — L'auteur rapporte dans ce travail une série d'expériences faites sur des veaux, des porcs et des moutons qui furent soumis à l'infection tuberculeuse par des bacilles de tuberculose humaine (crachats ou cultures) introduits soit dans le tube digestif, soit dans les poumons (inhalations), soit sous la peau, soit dans le péritoine, soit enfin directement dans les veines.

Ces expériences ont donné un résultat négatif: aucun des animaux mis en expérience ne devint tuberculeux. Les résultats furent, par contre, positifs chez les animaux témoins traités de la même façon par des produits ou des cultures de tuberculose bovine.

R. Romme.

MÉDECINE

T. Houston. ***L'œdème de l'anémie*** (*British medical Journal*, 14 Juin, n° 2163, 1902, p. 1467). — L'auteur a examiné le sang des malades dans un certain nombre de cas se décomposant ainsi : 4 cas d'œdème d'origine rénale, 10 cas de chlorose, 1 cas d'anémie splénique, 6 cas d'anémie pernicieuse et 1 cas d'hémorragie grave. De cette étude, il tire les conclusions suivantes :

L'absence de perte de poids dans les états anémiques, associée à ce fait que le malade paraît rarement émacié, est due surtout à ce qu'il y a une accumulation anormale de liquide dans le sang et dans les tissus. Si l'on pouvait faire abstraction de ce liquide, on trouverait probablement que dans ces cas comme dans les autres cas chroniques, il existe une perte de poids proportionnelle à la durée et à la gravité de la maladie.

Dans ces états anémiques, et surtout dans la chlorose, le premier pas vers la guérison n'est franchi qu'autant que le sang et les tissus se sont débarrassés de cet excès de liquide.

Au cours d'une anémie pernicieuse en traitement on peut voir se produire une augmentation du poids du malade ; cette augmentation est passible de deux interprétations : si elle ne s'accompagne pas d'une élévation du taux de l'hémoglobine, elle doit être considérée comme un signe fâcheux, car elle indique une dilution du liquide sanguin et le passage du sérum dans les tissus. Par contre, ce peut être un phénomène critique marquant la première étape vers la concentration du sang. Cliniquement, en effet, on voit cette augmentation rapide de l'œdème précéder soit une amélioration marquée, soit, au contraire, la mort.

L'œdème qu'on observe au cours des états anémiques semble résulter plutôt d'une pléthore hydrémique du sang et il diffère quelque peu, par son origine et par sa nature, de l'œdème brightique.

En observant avec grand soin les états anémiques sous le double contrôle de la pesée des malades et du dosage de l'hémoglobine, on arrive à des résultats des plus intéressants ; l'observation devra être particulièrement minutieuse lorsque survient une hémorragie (épistaxis ou autre), de l'œdème, de la diarrhée, des sueurs abondantes. L'auteur, se basant sur ses propres recherches, est arrivé à cette conviction que tous ces phénomènes résultent de la dilution du sang et qu'ils constituent, en somme, des moyens qu'emploie la nature pour lutter contre l'augmentation excessive du volume de ce liquide.

C. Jarvis.

R.-T. Cole. ***Les cultures du sang dans la pneumonie franche aiguë*** (*Bulletin of the John Hopkins Hospital*, 1902, Juin, p. 137). — Pendant l'année 1900-1901, l'auteur a méthodiquement, dans 30 cas d'affections pulmonaires à pneumocoque, pratiqué la recherche du pneumocoque dans le sang de ses malades. Dans 29 de ces cas il s'agissait d'une pneumonie franche aiguë; dans une trentième observation il existait une méningite et une arthrite à pneumocoque, et une bronchopneumonie s'était développée secondairement. Ces 30 cas furent pris au hasard parmi les 63 traités pendant l'année à la clinique. La mortalité fut de 43 pour 100. Les ensemencements furent toujours faits avec 8 ou 10 centimètres cubes de sang, mais le milieu fut plusieurs fois changé. Au début, on employa 8 à 10 tubes de bouillon; plus tard, le sang fut ensemencé dans plusieurs fioles d'Erlenmeyer qui contenaient chacune 150 centimètres cubes de bouillon, enfin on donna la préférence au lait additionné de teinture de tournesol en fiole d'Erlenmeyer. La détermination des germes fut faite par l'aspect des cultures et par les méthodes de coloration. Le pneumocoque fut trouvé dans le sang de 9 malades, soit dans 30 pour 100 des cas; ces 9 cas se terminèrent par la mort. Le moment où le pneumocoque a pu être décelé dans le sang a toujours été noté par l'auteur; dans 2 cas ce fut trois jours avant la mort, mais, le plus souvent, le pneumocoque ne fut trouvé que plus tardivement : ce fut, dans un cas extrême, sept heures seulement avant la mort. Treize de ces 30 cas de pneumonie furent suivis de mort, de telle sorte que, dans 4 cas mortels, le pneumocoque ne se trouva pas dans le sang; pourtant les cultures furent faites pour un de ces malades à trois reprises différentes, quatre, six et deux jours avant la mort; pour

un deuxième, quatre et deux jours avant le décès; pour un troisième on fit l'ensemencement trois jours, un jour et huit heures avant le décès; dans un dernier, vingt-quatre heures avant la mort.

L. Nattan-Larrier.

A. Janot. *Contribution à l'étude de la myocardite rhumatismale aiguë* (*Thèse*, Paris, 1902). — Cette étude est surtout intéressante par son côté anatomo-pathologique. Les lésions de cette affection siègent principalement dans le parenchyme myocardique; elles sont, en général, associées à des altérations de l'endocarde, et plus souvent encore du péricarde. Ces lésions sont analogues à celles que produisent les infections aiguës. Les fibres musculaires sont surtout intéressées. Leur continuité et leur striation sont altérées. Elles présentent, d'une façon très marquée, de la dégénérescence vacuolaire. Certains groupes de fibres paraissent plus souvent atteints.

Le tissu conjonctif est le siège de lésions beaucoup moins importantes. Les vaisseaux peuvent présenter des lésions de leur tunique musculaire.

Les signes de cette myocardite sont généralement peu marqués. Ce sont : l'augmentation parfois considérable et rapide de la matité cardiaque, la diminution de l'intensité du choc de la pointe; la constatation de souffles fonctionnels ou d'un bruit de galop. La dyspnée, la cyanose, la douleur sont les signes fonctionnels les plus importants.

La guérison est fréquente. L'issue fatale, quand elle survient, se produit subitement, ou par asystolie progressive.

Les lésions cardiaques associées peuvent quelquefois masquer cette myocardite.

Janot admet l'hypothèse d'une toxine microbienne rhumatismale, agissant directement sur la fibre cardiaque.

Le traitement consistera en stimulants généraux (sérum, quinine, etc...), en administration prudente de salicylate de soude, et un repos complet, longtemps continué pendant la convalescence. Les tonicardiaques seront administrés même avant l'apparition de tout accident aigu; l'administration de la digitale sera très surveillée.

G. Fischer.

CHIRURGIE

Rinne. *Du traitement opératoire de l'appendicite* (*Deut. med. Wochenschr.* 1902, n° 28, p. 497). — L'auteur, qui pendant de longues années était partisan du traitement médical de l'appendicite à sa première attaque, se rallie maintenant à l'opinion de ceux qui préconisent l'intervention précoce dans les cas graves. Pour lui, l'appendicite, au point de vue clinique et surtout en ce qui concerne l'intervention, se présente sous deux formes : 1° une forme légère, caractérisée par des douleurs suivies ou non de nausées et de vomissements, par une élévation modérée de la température, l'état général et le pouls restant bons; ces cas guérissent en quelques jours par le traitement médical et ont pour substratum anatomique l'appendicite simple sans suppuration, sans gangrène ni perforation; — 2° une forme grave où tous les symptômes sont accentués, l'état général mauvais; il existe des symptômes d'irritation péritonéale : ici l'intervention seule peut sauver le malade.

Les statistiques personnelles de l'auteur, établies suivant la classification ci-dessus, donnent les résultats suivants :

Sur 48 cas d'appendicite légère, l'opération a été faite, dans l'intervalle des attaques, 27 fois : tous les opérés ont guéri. Les 21 autres malades ne sont pas revenus à la clinique après la première attaque.

107 cas d'appendicite grave se décomposent de la façon suivante :

Dans 64 cas avec gangrène de l'appendice et abcès ou péritonite localisés, l'opération a été faite dès l'arrivée du malade : tous les opérés ont guéri.

Dans 43 cas avec péritonite généralisée, l'opération faite de bonne heure a donné 15 morts; dans ces 15 cas il s'agissait de péritonite septique aiguë.

Enfin dans 28 cas avec péritonite suppurée progressive, c'est-à-dire caractérisée par la formation de foyers de suppuration dans les divers points de la cavité abdominale, l'opération a fourni 18 guérisons et 10 morts. La mort était attribuable à la suppuration prolongée, à la thrombose, à la pyohémie, à l'asthénie cardiaque.

R. Romme.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Cl. Vurpas. *Contribution à l'étude des délires systématisés* (*Thèse*, Paris, 1902). — Les délires systématisés, plus particulièrement connus en Allemagne sous le nom de *paranoïas chroniques*, et qui évoluent chez les dégénérés, présentent ce caractère d'être la conséquence d'une analyse mentale puissante, mais qui manque de direction, de jalons, et de points de repère. Ce qui donne aux conceptions morbides leur caractère pathologique, c'est qu'elles n'ont pas la solidité au moins logique d'une construction mentale raisonnable. C'est une confusion de données disparates et multiples dont le sujet ne comprend et ne saisit ni le vrai sens, ni la valeur réelle. Il groupe les divers éléments de ses connaissances et de son expérience autour de son besoin délirant d'analyse.

Or, cette activité mentale, ce besoin d'analyse psychologique peuvent être dirigés soit intérieurement sur les multiples aspects du moi physique ou organique, soit extérieurement sur les nombreux faits sociologiques ou physiques du milieu environnant. D'où la classification, proposée par M. Vurpas et M. Vaschide son collaborateur, des paranoïas en quatre formes de délire :

a) Délire par *intraspection somatique*, quand l'analyse est dirigée sur l'état somatique du sujet;

b) Délire par *intraspection mentale*, quand l'analyse est dirigée sur l'état mental du sujet;

c) Délire par *extraspection*, quand l'intraspection fait place à une extraspection exagérée et que le sujet porte toute son attention sur les faits et gestes de son milieu social;

d) Délire *métaphysique*, quand le sujet se perd dans la recherche des raisons et des causes des phénomènes.

Quatre observations de malades servent d'exemple à chacune de ces formes de délire, dont la classification, pour intéressante qu'elle soit, paraîtra peut-être un peu artificielle.

P. Hartenberg.

DERMATOLOGIE

Léopold Chabert. *Contribution à l'étude du pemphigus aigu.* — A propos d'une observation inédite de pemphigus aigu émanée du service du professeur Fournier, M. Chabert réétudie cette affection peu connue et dont l'existence est même contestée par certains auteurs.

Le cas rapporté par M. Chabert est intéressant par sa rapide évolution. L'examen bactériologique a révélé des streptocoques dans le liquide des phlyctènes ou des vésicules même non suppurées.

L'examen du sang n'a pas révélé d'éosinophilie, mais de la polynucléose. L'analyse d'urines montrait un abaissement du chiffre des chlorures, une élévation du poids de la molécule élaborée moyenne, une légère albuminurie. A l'autopsie, il existait une cirrhose du foie. Il faut noter encore que les phyctènes ne renfermaient pas non plus d'éosinophiles.

M. Chabert pense que pemphigus aigu et pemphigus chronique sont entièrement différents, et qu'on ne peut appliquer à celui-ci les théories de la toxinémie ni de la trophonévrose invoquées pour la maladie de Duhring. Il s'agit pour lui d'une maladie infectieuse microbienne évoluant comme une septicémie.

Il y en a deux formes cliniques distinctes : l'une bénigne; l'autre maligne, avec fièvre, adynamie, bulles hémorragiques, presque fatalement mortelle.

La fièvre herpétique, l'érythème polymorphe bulleux, l'urticaire bulleuse, les syphilides bulleuses et les pemphigus de cause externe s'en différencient assez facilement.

Dans la forme légère, M. Chabert conseille l'occlusion ouatée, les poudres inertes. Dans la forme maligne, les pansements au liniment oléo-calcaire, les bains répétés et le sulfate de quinine.

G. Milian.

VÉNÉRÉOLOGIE

Steiner. *Tumeurs du foie opérées n'ayant été reconnues syphilitiques qu'après l'intervention* (*Thèse*, Paris, 1902). — Cette thèse rapporte les observations de gommes syphilitiques opérées en tant qu'erreur de diagnostic, à savoir les observations de Terrier et Auvray, Legueu, Tuffier, dont les examens histologiques ont été pratiqués par M. Maurice Letulle.

La syphilis est en effet capable de déterminer la formation de véritables tumeurs, source d'erreurs de diagnostic. Il est évident que, malgré le résultat satisfaisant obtenu dans quelques cas par l'intervention chirurgicale, il est de toute nécessité d'instituer le traitement spécifique intensif avant d'armer le chirurgien.

Le principal intérêt de cette thèse réside dans les examens histologiques de M. Letulle qui y sont rapportés intégralement, et dans les observations chirurgicales qui y sont consignées.

G. Milian.

Georges Bellan. *Angine pseudo-membraneuse secondaire de la syphilis* (*Thèse*, Paris, 1902). — L'auteur reprend l'étude et apporte une observation de cette forme d'angine syphilitique décrite si remarquablement en 1854 par Martellière, puis par le professeur Fournier, et, plus tard, par Mauriac, Barthélemy et Balzer, Legendre, Bourges et Hudelo, etc., et qui est capable de simuler en tous points la diphtérie.

Cette angine débute dans les deux ou trois premiers mois de l'infection syphilitique, quelquefois plus tard, presque toujours à l'occasion d'un refroidissement. La douleur à la déglutition est vive, souvent capable d'entraver l'alimentation; elle est presque toujours bilatérale et accompagnée, comme toute inflammation du pharynx nasal, d'un certain degré de surdité. La douleur, malgré sa violence, n'atteint pourtant pas celle du phlegmon de l'amygdale.

Le sujet présente une lassitude extrême, une grande courbature avec faiblesse générale, lourdeur de tête avec insomnie.

Cette angine, qui semble banale, résiste aux gargarismes une, deux et trois semaines, et cette longue durée de la dysphagie est un trait saillant de première importance.

L'examen de la gorge montre deux amygdales très tuméfiées, au point de venir au contact; l'isthme du gosier est rouge vermillon; l'haleine n'est pas fétide, la langue n'est pas saburrale, contrairement à ce qui se passe dans les angines ordinaires. Sur les amygdales, on découvre des plaques blanches, d'un blanc sale, grisâtres ou tirant sur le jaune et qui peuvent empiéter sur les piliers.

La confluence est parfois telle qu'on dirait une angine diphtérique.

Ces fausses membranes sont tantôt légèrement saillantes, tantôt enchatonnées, en tout cas adhérentes, plus adhérentes même que les fausses membranes diphtériques. Elles reposent sur une ulcération parfois assez profonde.

L'amygdale est toujours très indurée. L'adénopathie, presque toujours bilatérale, est très accusée et occupe les ganglions décrits par le professeur Fournier sous le nom de ganglions péripharyngés. Elle est dure, douloureuse, sans empâtement périganglionnaire. Les commissures labiales montrent presque constamment des plaques muqueuses dont la constatation aide singulièrement au diagnostic.

Le diagnostic de cette forme d'angine est souvent très difficile : angine pultacée, angine herpétique, diphtérie, angine pseudo-membraneuses, angine de Vincent s'en différencient parfois très difficilement. Le chancre de l'amygdale à moins qu'il ne soit unilatéral, est facilement confondu.

Le traitement consiste en lavages locaux, joints au traitement antisyphilitique ordinaire.

L. Milian.

Hemington Pegler. *Suspension fonctionnelle de la respiration nasale simulant une véritable obstruction nasale* (*The Journal of laryngology, rhinology and otology*, 1902, Juillet). — En plus de l'obstacle à la respiration nasale dû aux végétations adénoïdes et aux autres causes, on peut noter les rétrécissements du cavum produits par des empiètements osseux de la part du sphénoïde, de l'atlas, de l'axis, ou bien encore les obstacles purement fonctionnels. Il s'agit de deux femmes respectivement âgées de vingt-quatre et de trente ans qui, au premier abord, semblaient présenter le faciès adénoïde. Cependant à ce tableau adénoïdien manquait l'effilement du nez et le pincement des narines, ainsi que l'étroitesse de la mâchoire supérieure révélant la forme ogivale du palais et la saillie en avant des dents supérieures. La respiration était exclusivement buccale et l'élocution présentait les troubles de la rhinolalie fermée.

Ces malades devenaient absolument cyanosées quand on leur obturait la bouche avec la main, bien qu'il fût impossible de déceler par l'examen local

toute cause d'obstruction, soit post-nasale, soit intranasale.

La plus jeune des deux malades était venue consulter pour une aphonie hystérique, qui céda d'abord au traitement. Mais l'apparition graduelle de la respiration exclusivement buccale augmenta l'aphonie qui devint permanente en s'adjoignant un chuchotement nasonné. Il était juste de penser à un spasme fonctionnel du voile du palais, et l'expérience suivante en prouva la vérité au moins partielle.

Un large ruban fut passé en anse par le nez et par la bouche, et ses deux bouts furent liés au niveau de la lèvre supérieure; la bouche fut ensuite oblitérée avec la main. Alors, après une période d'étouffement, la malade respira par le nez, mais non d'une façon permanente. Il y avait chez cette malade un passé très chargé d'hérédité nerveuse (hystérie et épilepsie), elle présentait de l'hémianesthésie cutanée de la face et du tronc, de la perte du goût, de l'anesthésie pharyngée. Le voile du palais était parésié, à réaction électriques normales. Parésie bilatérale des adducteurs des cordes vocales. Quant à la cause de cette insuffisance nasale, on peut penser que les tenseurs et élévateurs du voile, et spécialement les piliers postérieurs, se mettaient à l'état de contracture d'une façon réflexe. Les deux malades faisaient entendre de certains craquements dans la gorge avant de se mettre à parler, comme pour permettre à l'air de passer à travers le nez; mais, à ce moment, un élément psychique intervenait aussi, car autrement pourquoi un instant appréciable se passerait-il entre l'élévation forcée du voile du palais et le passage de l'air à travers le naso-pharynx? Le cas de Lermoyez jette de la lumière sur ce point : chez une fille hystérique à suspension fonctionnelle de la respiration nasale (à laquelle on avait supprimé une obstruction nasale préexistante), on soupçonna le spasme du voile, mais, après vérification de l'état du voile et la fermeture de la bouche, la jeune fille refusa de respirer, et le diagnostic de spasme du voile fut abandonné. Les deux malades de Pegler avalaient leurs sécrétions nasales au lieu de les moucher, et avaient ainsi une haleine fétide et des troubles gastriques qui nécessitaient de fréquentes purgations. D'autres formes d'insuffisance nasale sont connues. Säuger et d'autres ont décrit un type attribuable à l'anesthésie des cavités du nez accompagnée de sécheresse de la muqueuse.

G. Didsbury.

Fitz Gerald Powell. ***Fibrome extrait de l'antre maxillaire gauche chez un jeune homme de dix-huit ans*** (*The Journal of Laryngology, Rhinology and Otlogy*, 1902, Juillet, p. 367). — Le malade se plaignait d'obstruction nasale. A la rhinoscopie postérieure (l'examen antérieur ne donnant rien), on pouvait voir un bourgeon remplissant la moitié supérieure de la choane gauche, et qui avait l'aspect d'une volumineuse queue de cornet. La section à l'anse froide et sous la cocaïne ayant échoué, le malade fut chloroformé et les tentatives d'extraction la tumeur par le cavum ayant échoué également, on reconnut, à l'aide du doigt, qu'une masse considérable et molle gisant dans l'antre maxillaire et faisant saillie dans le nez par une ouverture, siégeait au niveau du tiers postérieur de la paroi interne du sinus. Le doigt maintenant la tumeur en arrière, une longue curette fut introduite dans la narine et la tumeur fut désinsérée du plancher de l'orbite où elle adhérait, et extraite du nez avec une pince. C'était un fibrome dense du volume d'un petit rein. L'hémorragie qui était abondante pendant l'opération s'arrêta dès que la tumeur fut extraite. Les examens antérieurs ne donnaient aucune idée du volume de cette tumeur qui n'avait contracté que peu d'adhérences avec les parties voisines et qui paraissait bien, d'après la netteté de ses contours, avoir été extraite complètement.

Si l'auteur avait eu quelque donnée sur son volume, il n'aurait pas tenté de l'extraire par les voies naturelles, il aurait ouvert l'antre par sa face antérieure ou bien il aurait réséqué le maxillaire supérieur. Néanmoins, le résultat fut excellent.

G. Didsbury.

G. Thomas. ***Contribution à l'étude des tumeurs tuberculeuses primitives des fosses nasales*** (*Thèse*, Paris, 1902). — L'auteur étudie *la tuberculose nasale primitive, se présentant sous la forme d'une tumeur isolée, située sur la partie antérieure de la cloison cartilagineuse.* Cette affection est rare et a été observée pour la première fois par Schaeffer, en 1879. Les publications françaises et étrangères de ces vingt dernières années ne renferment que 38 observations de tumeurs tuberculeuses primitives des fosses nasales. Les 3 cas inédits publiés dans cette thèse portent le total à 41 observations.

Au point de vue étiologique, le sexe semble avoir une influence assez marquée sur le développement de ces tumeurs : sur 41 observations, il y a 33 femmes et 8 hommes, soit 1 homme pour 4 femmes. L'âge ne donne aucun renseignement : tous les âges sont représentés, depuis sept ans jusqu'à cinquante-sept ans. Il n'en est pas de même de l'influence du milieu, du terrain et surtout de l'hérédité : le malade, qui conserve ordinairement un bon état général a, le plus souvent, une hérédité très chargée au point de vue de la tuberculose pulmonaire ou méningée. Parmi les conditions étiologiques locales, il faut noter l'influence des traumatismes : fractures, irritations passagères, telles que lésions de grattage, cautérisations ou ablation de polypes; mais ce qu'il faut surtout incriminer, ce sont les inflammations chroniques des fosses nasales qui, par leur retentissement sur les divers points de la muqueuse, la transforment ou la détruisent et préparent ainsi un milieu de moindre résistance, excellent terrain d'évolution pour le bacille de Koch.

La rareté de cette forme de tuberculose s'explique par une immunité spéciale de la muqueuse nasale qui tient à deux ordres de faits :

1° La structure de la pituitaire;

2° Le pouvoir bactéricide du mucus nasal qui constitue un obstacle à l'envahissement des microorganismes, en empêchant leur séjour prolongé dans les fosses nasales (par le fait de se moucher et d'éternuer), et enfin en détruisant ou diminuant la virulence du bacille de Koch (Lermoyez et Wurtz).

L'examen histologique donne la structure du tissu tuberculeux. L'existence des bacilles est décelée au moyen de l'inoculation au cobaye.

Le développement de ces tumeurs coïncide toujours avec deux grands symptômes :

1° Des écoulements muqueux ou, plus rarement, purulents et des épistaxis;

2° De l'enchifrènement et de l'obstruction nasale.

A l'examen, on constate sur la partie antérieure de la cloison cartilagineuse une tumeur plus ou moins volumineuse, de couleur grisâtre, mamelonnée ou lisse, assez molle et friable, saignant sous le stylet, obstruant plus ou moins complètement l'orifice de la narine. Les cornets inférieur ou moyen, le plancher sont rarement le siège de la tumeur (5 fois sur 41 cas).

Le diagnostic différentiel doit être fait d'abord avec une forme spéciale et plus fréquente de la tuberculose nasale : la forme lupique. Le lupus du nez est généralement secondaire. Quand il est primitif, il ne se présente jamais à la muqueuse nasale, sous forme de tumeur isolée, mais, au contraire, comme une série de petites tumeurs, de couleur rougeâtre, violacée, particulière au lupus; c'est ce qui le fera reconnaître.

Les corps étrangers des fosses nasales, les rhinolithes, les hématomes, les abcès, le rhinosclérome, ont des caractères assez nets pour ne pas être confondus avec les tumeurs tuberculeuses. Il en est de même des polypes muqueux et hémorragiques de la cloison, du chancre intra-nasal et de la gomme.

Quant aux sarcome, fibrome et épithéliome, si le diagnostic est douteux, l'examen histologique permettra d'empêcher l'erreur.

L'évolution des tumeurs tuberculeuses intranasales est excessivement lente : plusieurs mois, une année et plus. L'état général est bon et reste bon très longtemps. La récidive est assez fréquente : 8 fois sur 41 cas. La perforation de la cloison a été assez souvent observée.

Le pronostic est en général bénin. Les complications sont rares : 2 cas de mort seulement. A cause de la proximité du poumon et des méninges, c'est surtout de ces côtés que se montrent ces complications.

Le traitement doit être, avant tout, chirurgical : ablation à l'anse galvano-caustique, curettage de tout le tissu tuberculeux, puis cautérisation à l'acide lactique pur. La vaso-constriction et l'hémostase peuvent être obtenues par l'association de l'adrénaline à la cocaïne. Le traitement général complétera la guérison.

G. Mahu.

Lambert Lack. ***Thyrotomie pour tuberculose du larynx*** (*The Journal of laryngology, rhinology and otology*, 1902, Juillet, p. 359). — C'est à la suite d'une erreur de diagnostic que la thyrotomie fut pratiquée pour une lésion ulcéreuse d'une corde vocale dont l'évolution durait depuis trois mois.

En effet, le malade était un homme vigoureux de soixante-six ans, n'ayant jamais été malade, n'ayant pas de signes pulmonaires ni de bacilles tuberculeux dans ses crachats.

La lésion paraissait être de l'épithélioma, quand une série de ganglions durs et adhérents furent sentis au cou, ce qui paraissait encore confirmer le diagnostic.

L'opération, immédiatement décidée, comprit la résection d'une partie du muscle sterno-cléido-mastoïdien, de l'accessoire du spinal et de la veine jugulaire interne, et des ganglions qui furent trouvés histologiquement tuberculeux.

Les suites de l'opération furent bonnes, mais le malade resta sans voix, la bande cicatricielle qui se forme habituellement à la place de la corde vocale réséquée ne s'étant pas produite.

Ce cas est remarquable pour les raisons suivantes :

L'erreur de diagnostic produite par l'âge et la vigueur du malade, l'absence de bacilles et de lésions pulmonaires;

Le bon résultat de l'opération dans ce cas bien net de tuberculose;

L'absence d'autres signes de tuberculose, longtemps après l'opération;

La persistance de l'aphonie, par la non-formation d'une corde vocale cicatricielle.

G. Didsbury.

R. H. Wood. ***Un cas d'abcès cérébral temporo-sphénoïdal, complication d'une otite moyenne suppurée. Opération. Guérison*** (*The Journal of laryngology, otology and rhinology*, 1902, Juillet). — Un employé de chemin de fer de trente-huit ans avait depuis quinze jours un abondant écoulement fétide qui cessa pour faire place à un violent mal de tête, ce qui le fit entrer à l'hôpital de Richmond où on pensa en premier lieu qu'on avait à faire à un typhique. Son aspect était le suivant : air hébété, pupilles dilatées (spécialement la droite) faiblement réagissante à la lumière, langue sale, respiration libre, éruption de sudamina, douleurs abdominales vives spécialement dans la fosse iliaque droite, souffle net systolique au foyer d'auscultation mitral et pouvant être suivi dans l'aisselle; la région postérieure du cou était très douloureuse au-dessous du crâne. Pas de paralysie. Incohérences dans les réponses, confusion des objets usuels, aussi bien dans leur nom que dans leur destination. Pouls faible, mais pas fréquent. Amaigrissement rapide, en dépit d'une nourriture liquide suffisante. Sensation de soif et de mal de tête fronto-occipital. L'examen ophtalmoscopique montra une double névrite optique.

L'urine ne présentait ni sucre ni albumine.

La température, prise toutes les quatre heures, s'élevait à plus de 40°C. vers midi, tandis que les températures du matin et du soir étaient voisines de la normale et même au-dessous. Le diagnostic de thrombose du sinus latéral fut posé au bout de quelques jours. Dans une première opération, l'antre mastoïdien fut ouvert; il sortit des débris cholestéomateux, des granulations et du pus. Le sinus fut ouvert et curetté, un abcès sous-dural fut ouvert; il en sortit quelques grammes de pus.

L'état mental du malade ne s'améliorant pas, on en conclut qu'il y avait un abcès intra-cérébral, les symptômes étant plutôt cérébraux que cérébelleux. Par la première plaie opératoire un trou fut pratiqué à la triphine, de façon à passer au-dessus du sinus latéral en prenant de grands soins de ne pas infecter cette plaie avec le pus qui coulait de l'antre mastoïdien. Une aiguille creuse fut plantée trois fois dans le cervelet sans résultats. Les ponctions de la dure-mère une fois obturées complètement avec de la teinture de benjoin, le lobe temporo-sphénoïdal fut sondé : l'aiguille ramena du pus. On ouvrit crucialement la dure-mère, et le cerveau fut incisé : il en sortit un flot de pus horriblement fétide contenant des fragments de matière cérébrale nécrosés. La cavité fut lavée et drainée.

Le malade se remit parfaitement; il avait oublié les deux opérations auxquelles cependant il avait consenti. Deux semaines après il reprenait son travail; pendant un an, il eut des bizarreries et des inégalités de caractère; au bout de ce temps il reprit pleinement possession de ses facultés.

G. Didsbury.

ÉPIDÉMIOLOGIE, MÉDECINE PUBLIQUE, HYGIÈNE

Jean Giboux. ***La scarlatine à Paris dans les trente-sept dernières années*** (Paris, 1902). — En s'appuyant sur les Bulletins de Statistique municipale

de 1865 à 1879, et l'Annuaire statistique de la ville de Paris de 1880 à 1901 inclus, M. Jean Giboux a fait une très intéressante étude de la scarlatine à Paris. Il ressort de ses recherches que, dans les trente-sept dernières années, la scarlatine a présenté à Paris trois grandes épidémies dont la dernière date de seize ans, et que la mortalité de cette affection a actuellement une tendance à baisser. C'est entre Juin et Août que le chiffre de la mortalité est le plus élevé, et, pour l'âge, de un à cinq ans.

Le sexe masculin est particulièrement frappé par cette affection.

La scarlatine sévit surtout à Paris dans les arrondissements périphériques, frappant un individu sur 727 habitants. Le XV[e] arrondissement est un de ceux où la mortalité totale a été le plus élevée; il en est de même de sa mortalité relative, qui atteint 1,149, alors qu'elle ne dépasse pas 0,664 dans le 1[er] arrondissement.

La mortalité relative de la scarlatine est d'environ 4 pour 100.

Les mesures prophylactiques (isolement, désinfection, etc.) diminueront certainement ce chiffre, et M. Jean Giboux espère beaucoup pour cela de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine (déclaration des maladies épidémiques), et surtout de la nouvelle loi sur la protection de la santé publique.

Le mémoire de M. Jean Giboux est très consciencieux et, malgré son petit volume, a dû coûter beaucoup de travail et de patience.

G. Milian.

FACULTÉ DE PARIS

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — Cours pratique, démonstratif, de technique clinique pendant les vacances, sous la direction de M. le professeur Landouzy.

Ce cours commencera au laboratoire de la clinique médicale de Laënnec (rue de Sèvres), le mercredi matin, 17 Septembre, finira le lundi soir 29 Septembre et comprendra deux séances quotidiennes : le matin, de 9 h. 1/2 à midi : le soir, de 2 h. 1/2 à 5 heures; il sera fait par MM. G. Brouardel, O. Josué, Marcel Labbé et Léon Bernard, chefs de clinique et chefs de laboratoire.

PROGRAMME DU COURS :

Mercredi 17 Septembre. — Matin. Les fonctions hépatiques à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du foie. — Après-midi. Technique bactérioscopique générale appliquée à la clinique.

Jeudi 18 Septembre. — Matin. Les fonctions rénales à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du rein. — Après-midi. Diagnostic bactérioscopique des angines.

Vendredi 19 Septembre. — Matin. Analyse chimique des urines. Examen de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène. — Après-midi. Les séro-diagnostics.

Samedi 20 Septembre. — Matin. Détermination de la toxicité des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Examen des sérosités pathologiques : les cyto-diagnostics.

Dimanche 21 Septembre. — Matin. Cryoscopie des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien.

Lundi 22 Septembre. — Matin. Examen cytoscopique des urines. — Après-midi. Les fonctions du sang. Numération des globules du sang.

Mardi 23 Septembre. — Matin. Les fonctions motrices du système nerveux à l'état normal et pathologique. Examen clinique de la motricité. — Après-midi. Les fonctions sensitives du système nerveux à l'état normal et pathologique. Réflexes; leur recherche; leur séméiotique; troubles trophiques.

Mercredi 24 Septembre. — Matin. Examen bactérioscopique des urines et des pus génito-urinaires. — Après-midi. Les globules du sang normal. Préparation de sang sec.

Jeudi 25 Septembre. — Matin. Examen des crachats. — Après-midi. L'hémoglobine du sang normal et pathologique. Activité de réduction de l'hémoglobine.

Vendredi 26 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du poumon : pneumographie; cyrtométrie; spirométrie. — Après-midi. La coagulation du sang; enseignements cliniques fournis par l'étude du réseau fibrineux et du sérum.

Samedi 27 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du cœur et des vaisseaux : cardiographie; sphygmographie; sphygmonométrie; valeur séméiologique de la tension vasculaire; pression artérielle. — Après-midi. Les leucocytes dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des leucocytoses.

Dimanche 28 Septembre. — Matin. Radioscopie médicale. Radiographie. — Après-midi. Les hématies dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des états anémiques.

Lundi 29 Septembre. — Matin. Diagnostic de la tuberculose par les procédés récents. — Après-midi. Examen bactérioscopique du sang et des sérosités.

Le montant des droits à verser est de 100 francs, pour les treize jours de cours.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les Étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, sont délivrés, dès à présent jusqu'au 8 Septembre 1902, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

HOPITAUX ET HOSPICES

Asiles publics d'aliénés. — M. Bonne, médecin adjoint à l'asile d'Auxerre est nommé à l'asile de Braqueville (Haute-Garonne).

M. Houeix de la Brousse est nommé médecin-adjoint du quartier des aliénés de l'hospice de Nantes.

M. Mignot, chef de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin-adjoint à l'asile d'aliénés d'Auxerre.

M. Ameline est nommé médecin adjoint à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés au grade de médecin inspecteur des troupes coloniales : MM. Kermorgant, médecin inspecteur de 1[re] classe des colonies, et Grail, médecin inspecteur de 2[e] classe des colonies.

— Le tour de service colonial des officiers de santé vient d'être arrêté comme suit :

Médecin principal de 2[e] classe : M. Drevon.

Médecins-majors de 1[re] classe : MM. Fortoul, Le Guen, Vergoz, Suard, Brossier, Ilbert, Le Moine.

Médecins-majors de 2[e] classe : MM. Lépinay, Hagen, Brau, Lesueur-Florent, Depied, Camus, Binard, Mathis, Conan, Mille, Audibert, Reboul, Houillon, Pujol, Bourdon, Hutre.

Médecins aides-major de 1[re] classe : MM. Cren, Thomas-Derevoge, Renault, Brisemur, Barot, Puysségur, Clavel, Bircaud, Nédélec.

Inspection des écoles. — M. Sangline, a été nommé médecin inspecteur des écoles au XIX[e] arrondissement (6[e] circonscription), en remplacement de M. Morin, démissionnaire.

M. Neubauer, médecin inspecteur des écoles de Gennevilliers, a été nommé médecin inspecteur des écoles d'Asnières, en remplacement de M. Penier, décédé.

Hygiène des ouvriers. — Par décret, l'article 4, paragraphe 1[er], du décret du 10 Mars 1894, sur l'hygiène et la salubrité est modifié ainsi qu'il suit : « Les cabinets d'aisance ne devront pas communiquer directement avec les locaux fermés où seront employés les ouvriers; ils seront éclairés et aménagés de manière à ne dégager aucune odeur. Le sol et les parois seront en matériaux imperméables, les peintures seront d'un ton clair. »

Colonies françaises.

La lutte contre l'alcoolisme. — Le gouverneur des établissements français de l'Océanie a, par un arrêté, soumis à l'autorisation administrative, tant à Tahiti qu'à Mooréa, l'ouverture des cafés, cabarets et débits de boissons à consommer sur place.

Cette mesure était excellente pour empêcher le développement de l'alcoolisme dans ces îles; mais comme elle comportait un certain nombre de pénalités, il fallait qu'elle fût sanctionnée par un décret. Cette sanction vient d'être accordée, et l'administration des établissements français de l'Océanie est ainsi correctement outillée pour entraver le développement de l'alcoolisme qui, dans ces îles, faisait de grands ravages.

Étranger.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. Saxer, privat-docent d'anatomie pathologique, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Modène. — M. Girolamo Gatti, privat-docent à la Faculté de médecine de Parme, est nommé privat-docent de pathologie chirurgicale.

Faculté de médecine de Moscou. — M. Maloutine est nommé privat-docent d'oto-rhino-laryngologie.

The American Congress of Tuberculosis. — Un Congrès international contre la tuberculose se tiendra à Saint-Louis en 1904. S'adresser pour les renseignements à M. George Brown, secrétaire, à Atlanta.

Le bureau du Congrès est composé comme suit : Président honoraire, M. Henry D. Holton, Brattleboro, Vt; président, M. Daniel Lewis, New-York, N. Y; premier vice-président, M. J. A. Egan, Illinois; deuxième vice-président, M. Frank Paschal, San Antonio, Texas; troisième vice-président, M. E.-J. Barrack, Toronto, Canada; quatrième vice-président, M. J. A. Watson, Concord, N. H; cinquième vice-président, M. Romola, Guatemala; secrétaire, M. George Brown, Atlanta, Ga; trésorier, M. P.-H. Bryce, Toronto (Canada).

CONCOURS

École du service de santé de Brest. — Un concours pour un emploi de prosecteur d'anatomie à l'école-annexe de Brest sera ouvert dans ce port le 27 Octobre prochain (remplacement de M. Boudou).

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro **10 CENTIMES** *Tome II. N° 72. — Samedi, 6 Septembre 1902.* **10 FRANCS** par an.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . **10** fr.
Union postale . . . . **15** fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS ET MÉDECINE LÉGALE

La neurasthénie et la séparation de corps.

Dans un ménage, lorsque l'un des conjoints, atteint de neurasthénie grave, se livre à l'égard de l'autre à des scènes de violence et à des brutalités, ce dernier peut-il faire prononcer la séparation de corps contre son conjoint ?

Une dame L..., mariée à un neurasthénique dont elle avait à subir les accès répétés de violence, les brutalités et les propos injurieux, avait demandé une séparation de corps que la Cour ne lui avait pas accordée.

Mme L... se pourvut en cassation contre l'arrêt rendu au profit de son mari, mais son pourvoi fut rejeté par la Cour suprême, qui statua en ces termes :

« Attendu que tout en constatant que L... s'est livré envers sa femme à des scènes de violence, à des brutalités d'ailleurs sans sérieuse gravité, et lui a adressé des propos injurieux, l'arrêt attaqué déclare, d'après les documents de la cause, les enquêtes, les témoignages et les certificats médicaux, que ces scènes injurieuses ou violentes doivent être attribuées uniquement à la nervosité maladive de L..., qui, dès l'année 1888, était en proie aux atteintes, chaque jour plus vives, d'une neurasthénie grave qui a fini par nécessiter son complet isolement d'abord, et ensuite son départ de Paris, en 1893, et les voyages auxquels il s'est livré consécutivement pendant de longs mois; qu'il n'y a pas lieu de regarder L... comme responsable de ses actes, imputables à la maladie dont il souffrait, et qu'il était incapable de réprimer;

« Attendu qu'en décidant, d'après ces circonstances, que les griefs allégués par la demanderesse n'étaient pas de nature à faire prononcer la séparation de corps contre son mari, la Cour de Paris a jugé dans les limites du pouvoir souverain d'appréciation qui lui appartient, et n'a pu violer l'article 231 du Code civil qui n'a point défini les excès, sévices ou injures graves, et s'en remet à cet égard à la sagesse des juges du fond; que l'arrêt n'a fait de même qu'une juste application de l'article 212 dudit Code, en considérant que l'obligation d'assistance imposée par cet article à chaque époux à l'égard de l'autre faisait à la demanderesse un devoir légal de subir et de tolérer, comme elle l'a fait longtemps du reste, la situation, si pénible qu'elle fût, dérivant de l'état de santé déplorable où se trouvait son mari;

« Par ces motifs, rejette. »

La neurasthénie, bien étudiée à l'heure actuelle et classée dans le cadre nosologique avec ses caractères et sa physionomie propres, évolue cependant dans des limites assez imprécises. Où commence et où finit au juste la vraie neurasthénie?

Aux termes du précédent jugement, et étant donné qu'il y a pour un époux un devoir légal à subir et à tolérer la situation, si pénible soit-elle, dérivant de l'état de santé *déplorable* de l'autre époux, certains (ou certaines) neurasthéniques pourraient avoir beau jeu...

P.-Arsène Mesnard.

PRATIQUE MÉDICALE

Ordonnance à faire au moment d'un accouchement.

Tout médecin appelé à faire ou à surveiller un accouchement, s'il ne veut pas être pris au dépourvu, doit *écrire* sur une ordonnance une liste des objets et substances nécessaires qu'il remettra à la garde ou aux parents de l'accouchée.

Objets nécessaires

1° *Bassin* plat ou mieux cuvette de bidet en faïence à fond plat;

2° *Injecteur* en métal émaillé pouvant se tenir à la main, s'accrocher au mur, se poser sur une table, d'une contenance de deux litres, avec deux *canules* en verre, droites, à bout olivaire, non percées à l'extrémité de l'olive, seulement sur les côtés. 1 m. 50 de tube caoutchouc;

3° *Deux toiles cirées* blanches très souples de 1 mètre sur 1 mètre pour garnir le lit;

4° *Bande de flanelle* de 1 m. 10 de long sur 0,60 de large;

5° *Ouate* ordinaire non glacée, 500 grammes.

6° *Épingles* anglaises en acier, grand modèle, une boîte;

7° *Grand bain de pieds* ou petite baignoire pour le bébé;

8° *Cruchon* pour servir de boule-chaufferette;

9° *Petit pinceau de blaireau*;

10° *Deux ou trois brosses à ongles* en chiendent, neuves.

Pharmacie

Reproduire sur chaque boîte ou fiole l'ordonnance la concernant.

Placer en évidence l'étiquette « poison » :

1° Bichlorure de mercure.	12 grammes.
Acide tartrique finement pulvérisé	15 —
Solution alcoolisée concentrée de bleu de méthyle	1 cc.

Mêler la masse au mortier et diviser en 50 paquets, 1 paquet pour 1 litre d'eau tiède bouillie.

2° Permanganate de potasse en poudre . . .	15 grammes.
3° Poudre de salol	25 —
4° Poudre d'acide borique.	300 —

En 15 paquets, 1 paquet pour 1 litre d'eau bouillie.

5° Paquets d'ouate hydrophile stérilisée de . .	125 grammes.

5 à 6 paquets.

6° Vaseline boriquée . . .	40 grammes.

En deux pots distincts.

7° Farine de moutarde . .	500 grammes.

Dès le début des douleurs le médecin devra donner les ordres suivants :

1° Administrer à la malade un lavement d'eau tiède;

2° Donner une injection de sublimé;

3° Faire chauffer de l'eau jusqu'à ébullition en abondance, et la laisser refroidir dans un vase ébouillanté recouvert d'une serviette;

4° Préparer le feu dans la chambre et dans la chambre voisine;

5° Débarrasser la chambre de tous les objets encombrants et fragiles, et des tapis, y apporter une table pour disposer les médicaments, une ou deux cuvettes, un seau de toilette, les brosses à ongles et le savon, plusieurs brocs remplis d'eau bouillie froide et chaude, le bassin et l'injecteur;

6° Apporter à proximité un gros paquet de serviettes et de draps;

7° Préparer le lit avec les garnitures imperméables;

8° Natter très serrés les cheveux de la malade;

9° S'assurer du bon fonctionnement des lampes;

10° Préparer le berceau.

LIVRES NOUVEAUX

Henri Meige et E. Feindel. — *Les tics et leur traitement*, préface de M. le professeur Brissaud, 1 vol. in-8° de 632 p., Paris, 1902 (chez Masson et Cie).

Ce livre est une étude détaillée des tics, phénomènes nerveux qui n'avaient été jusqu'à ce jour l'objet d'aucun travail d'ensemble.

Considérés comme sans importance et sans gravité, les tics semblaient peu dignes de figurer dans les cadres nosographiques. De plus, ils ont passé pour rebelles à toute thérapeutique, tant que le mécanisme de leur pathogénie est resté obscur. Les tics, en effet, ont été longtemps confondus avec d'autres troubles moteurs qui sont réellement réfractaires aux moyens médicaux.

Tels sont les *spasmes* ; ceux-ci sont causés par l'irritation d'un point d'un arc réflexe de centre bulbaire ou spinal sous l'influence d'une cause matérielle. Il n'y a rien de commun entre le spasme, simple réaction motrice sans systématisation, et le tic, acte psycho-moteur dans lequel le mouvement coordonné est sous la dépendance directe de phénomènes psychiques.

MM. Henry Meige et E. Feindel ont donc été amenés à faire un examen détaillé des troubles psychiques, constants chez les tiqueurs, et auxquels les troubles moteurs semblent intimement reliés. Ils ont analysé les relations qui unissent ces mouvements nerveux à la *volonté*, à l'*habitude*, à la *conscience*, et d'une façon générale les rapports qui existent entre les *idées* et les *actes moteurs* intempestifs. Ils ont montré l'étroite analogie des tics avec les *actes fonctionnels*.

De même que l'état mental des tiqueurs a des caractères particuliers (déséquilibration, infantilisme psychique), de même le phénomène moteur présente des caractères qui lui sont propres. La contraction musculaire est anormale ; c'est une *convulsion*, clonique ou tonique, variable dans sa forme, son intensité, sa fréquence et sa localisation.

Les auteurs ont passé en revue toutes les variétés de tics, en ajoutant aux faits épars dans la littérature médicale un nombre important d'observations personnelles très détaillées.

Un chapitre est consacré à l'étude de la *parenté morbide des tics* avec les névroses et les psychoses ; un autre, au diagnostic avec troubles moteurs qu'on observe dans les spasmes, les chorées, les myoclonies, l'athétose, les tremblements, les crampes professionnelles.

Un important chapitre est consacré au traitement. Les tics méritent toujours d'être attentivement surveillés, car ils peuvent se généraliser et devenir de lamentables infirmités. Il faut soigner les tics; un traitement méthodique parvient toujours à les atténuer, souvent à les guérir.

De tous les procédés thérapeutiques, celui qui a donné les meilleurs résultats, c'est la *discipline de l'immobilité et du mouvement*, préconisée par le professeur Brissaud. A l'inverse de la gymnastique ordinaire qui tend à créer l'automatisme des mouvements utiles, cette méthode vise à la suppression des actes automatiques inutiles par la rééducation progressivement réglée des actes moteurs. Ce traitement rationnel produit des effets correcteurs aussi bien dans le domaine mental que dans le domaine physique. Il parvient à rapprocher de la normale des sujets dont le déséquilibre moteur n'était que l'expression de l'imperfection psychique.

L'exposé du traitement, auquel les auteurs consacrent de longs développements, est la conclusion pratique de cet ouvrage, qui représente un nouveau et important chapitre de la neuro-psychiatrie.

E. de Massary.

Oscar Jennings. *La guérison de la morphinomanie sans souffrance.* (Traduction de M. A. Ball) 1 vol. in-16 de 231 pages, cartonné (A Maloine, éditeur, Paris).

L'auteur qui a déjà exposé son traitement dans une première édition (1890) et dans des publications éparses, relate de nouvelles observations des plus intéressantes.

Il insiste sur ces points:

1° Que le traitement ne consiste pas seulement en une *diminution lente*, la durée de progression n'étant qu'une des conditions et variant selon l'équation personnelle du patient.

2° Qu'en dehors d'une réduction suffisamment lente pour assurer avec les autres moyens, la suppression de toute souffrance, un des points importants est la substitution d'*injections rectales de morphine à doses progressivement croissantes* aux *injections hypodermiques décroissantes*.

Cette substitution serait toujours nécessaire lorsque le patient est descendu à 10 ou 12 centigrammes environ, chiffre auquel M. Jennings donne le nom de *coefficient vital de la morphine*.

3° Quelquels que soient les autres moyens de traitement employés découlant d'indications thérapeutiques particulières, M. Jennings emploie toujours sauf impossibilité pour le malade de supporter l'un ou l'autre de ces moyens, certaines médications pour prévenir l'état de besoin. Le *besoin de morphine* serait en effet, d'après l'expérience de l'auteur, augmenté par la défaillance du cœur, par l'hyperacidité stomacale et générale, et par la faiblesse irritable ou irritabilité nerveuse d'où l'emploi des *toniques du cœur* (digitale, spartéine, trinitrine, etc.) le *bicarbonate de soude* et le *bain d'air chaud*.

4° Qu'il est de la plus haute importance d'obtenir un régime extrêmement *sobre* et *non alcoolique*.

Les morphinomanes n'ayant pas l'habitude de l'obéissance passive, se trouvant être souvent des hystériques, la tâche du médecin sera grandement facilitée s'il réussit à gagner la confiance du malade. Les nombreux cas exposés avec tous leurs détails dans le cours de cet ouvrage démontrent qu'il est possible de guérir un morphinomane sans souffrances par la méthode lente de la douceur qui n'exige ni contrainte et encore moins la séquestration. Elle constitue une *rééducation de la volonté*, la meilleure garantie contre les rechutes.

On pourra du reste adjoindre plusieurs médicaments suivant les indications (dionine, sulfonal, trional, valérianate d'ammoniaque de Pierlot, etc.), les agents physiques, (galvanisation cérébrale, etc.)

La lecture de ce livre est des plus attrayantes. Il sort du cadre habituel de l'exposé un peu aride des observations cliniques. Celles-ci, présentées sous forme de lettres écrites par les malades eux-mêmes, n'en présentent que plus de valeur et d'enseignement.

D. Estrabaut.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'urologie clinique infantile. Le ferment amylolytique de l'urine, par M. Ch. Brunschwig, *Thèse*, Paris, 1902 (*Jules Rousset*, éditeur à Paris).

De l'hermophényl et de son emploi pour le traitement de la syphilis par M. Auguste Mournaud, *Thèse*, Lyon 1902 (*Imprimerie Waltener et Cie*, 3, rue Stella, à Lyon).

LA TUBERCULOSE TRAUMATIQUE
ET
LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par E. MOSNY
Médecin des Hôpitaux.

On ne conteste guère, à l'heure actuelle l'influence néfaste du traumatisme sur l'évolution des lésions tuberculeuses[1].

On la conteste d'autant moins qu'elle n'est qu'une manifestation spéciale d'une loi générale commune aux infections aiguës (fièvre typhoïde, pneumonie, érysipèle), aux infections chroniques ou prolongées (syphilis, paludisme), voire même aux intoxications aiguës ou chroniques, spontanées ou expérimentalement provoquées (plomb, alcool, etc...) et aux auto-intoxications (goutte).

Et pourtant l'observation clinique nous fait, en maintes circonstances, assister à la consolidation normale des fractures, à l'innocuité des traumatismes chez les tuberculeux. De même, l'expérimentation nous enseigne qu'il est assez malaisé de provoquer l'apparition de lésions tuberculeuses osseuses ou articulaires chez les animaux auxquels on fait subir les traumatismes les plus violents, avant ou après les avoir artificiellement rendus tuberculeux.

C'est donc que le traumatisme n'influe sur l'évolution des lésions tuberculeuses que dans certaines conditions, qui n'ont guère, jusqu'à présent, été suffisamment précisées, et dont il importe de mettre en évidence le rôle et l'importance. Tel sera le but de cette étude qui n'a pas seulement un intérêt purement théorique, encore que celui-ci ne soit pas négligeable : elle a une importance pratique considérable depuis le jour où l'application de la loi récente sur les accidents du travail nous met en demeure de nous prononcer sur les rapports du traumatisme et de la tuberculose, d'apprécier le préjudice porté aux tuberculeux par un traumatisme intercurrent.

* * *

Nous pourrions envisager les rapports du traumatisme et de la tuberculose en étudiant tour à tour l'influence du traumatisme chez les tuberculeux avérés, porteurs de lésions actives, en cours d'évolution, et chez ceux qui, offrant toutes les apparences extérieures de la santé, en dépit de l'existence de lésions tuberculeuses, voient inopinément survenir, à la suite d'un traumatisme, une tuberculose locale.

C'est, en effet, à ce point de vue que nous nous placerons lorsque nous chercherons à apprécier la gravité du préjudice causé aux tuberculeux par un traumatisme accidentel.

Mais ce serait, dès le début, de cette étude envisager la question à un point de vue trop spécial ; ce serait méconnaître l'importance prépondérante des lois générales qui régissent les rapports du traumatisme avec la tuberculose. Un traumatisme, si grave qu'il soit, peut, en effet, n'avoir pour un phtisique aucune conséquence fâcheuse : témoin la consolidation normale et rapide des fractures chez nombre de ces malades. Inversement, il n'est pas rare de voir une contusion légère provoquer chez un sujet vigoureux et sain en apparence l'éclosion d'une tuberculose locale capable d'évoluer rapidement, de se généraliser, et d'entraîner à brève échéance les pires conséquences.

C'est donc ailleurs que dans l'importance ou la gravité du traumatisme ou bien encore dans le degré ou l'étendue des lésions tuberculeuses, qu'il faut chercher la cause générale, essentielle, qui régit les conséquences du traumatisme sur l'évolution de la tuberculose.

Ces conditions capitales, et presque constantes, de l'éclosion des lésions tuberculeuses locales à la suite des traumatismes sont le siège même du traumatisme et l'existence préalable, au point contusionné, de lésions tuberculeuses latentes.

Si l'on admettait, en effet, que le traumatisme seul fût capable d'appeler au point contusionné les localisations bacillaires et d'y provoquer l'évolution des foyers ainsi créés, ne serait-il pas surprenant de voir, chez les phtisiques avérés, les traumatismes les plus graves n'entraîner à leur suite aucune détermination locale de l'infection tuberculeuse, les fractures se consolider normalement ; et ces faits s'observent couramment.

Aussi Verneuil et son élève Bouvier, tout en considérant le traumatisme comme une cause provocatrice des tuberculoses locales, estimaient-il qu'il fallait encore, pour que le traumatisme fût capable de jouer un tel rôle, que le tissu ou l'organe contusionné fussent en état d'opportunité morbide.

On aurait tort d'opposer à l'observation clinique les constatations expérimentales de Max Schüller dont les expériences ont été faites dans des conditions beaucoup trop sujettes à caution pour que nous soyons autorisés à tenir compte des résultats positifs qu'il a obtenus.

Nous devons, au contraire, constater que l'expérimentation, faite dans de bonnes conditions, confirme en tous points les données de la clinique et précise la nature de cette opportunité morbide que Verneuil et Bouvier avaient invoquée parce qu'ils jugeaient son intervention nécessaire.

MM. Lannelongue et Achard ont précisément démontré que le traumatisme ne faisait éclore de lésion tuberculeuse locale que quand l'inoculation virulente était faite en même temps que le traumatisme, et quand elle était pratiquée directement dans les vaisseaux sanguins. Ils en ont conclu que la condition essentielle des localisations tuberculeuses au point traumatisé était la présence du bacille dans le sang circulant.

« Chez les tuberculeux, ajoutaient-ils, le sang n'est presque jamais virulent ; le bacille ne pénètre dans la circulation qu'en quantité minime, à l'état isolé, pour ainsi dire, si bien que, lorsque survient le traumatisme, le foyer a toutes chances d'échapper à l'infection bacillaire... Chez l'homme tuberculeux, il faut autre chose qu'un traumatisme violent ; et, sans doute, l'intervention d'une cause agissant d'une façon plus prolongée est nécessaire pour déterminer la formation en un point localisé d'un foyer bacillaire d'origine sanguine. Parmi les influences s'exerçant avec continuité, l'une des principales paraît être l'activité nutritive des organes en voie de développement qui se circonscrit dans certaines régions de ces organes ».

En somme, cela revient à dire que le traumatisme, agissant à distance et plus ou moins loin du foyer tuberculeux originel, ne détermine l'éclosion d'une localisation tuberculeuse secondaire au point contusionné que lorsque cette lésion y préexistait à l'état latent.

Nous allons voir, en étudiant les conditions de la contamination tuberculeuse, la genèse de l'infection bacillaire et la formation des foyers métastatiques secondaires, que l'histoire clinique des tuberculoses locales confirme d'une façon éclatante cette conception générale des rapports du traumatisme et de la tuberculose.

* * *

Hormis quelques faits exceptionnels de tuberculose congénitale dont on peut, en pratique, ne pas tenir compte, les voies respiratoires et digestives sont à peu près les seules voies de pénétration du virus tuberculeux. La contamination par ingestion est elle-même si rare que l'on peut considérer l'inhalation comme le mode habituel, sinon absolument constant, de contamination tuberculeuse.

Parti d'un foyer originel, qui, par conséquent, est presque toujours un foyer pulmonaire, le virus tuberculeux se propage par les voies lymphatiques ou par les voies sanguines : c'est par les voies lymphatiques qu'il s'étend de proche en proche et envahit les régions avoisinant le foyer primordial. L'embolie vasculaire sanguine est la seule cause possible des localisations tuberculeuses secondaires écloses à distance et plus ou moins loin de ce foyer.

Cette pénétration du virus tuberculeux dans la circulation sanguine est toujours passagère ; et ce n'est guère que chez les tuberculeux dont les lésions sont en pleine activité d'évolution que l'on voit éclore les métastases lointaines.

Or, l'histoire clinique des tuberculoses locales nous apprend que, pour si nombreuses qu'en soient les manifestations possibles, leur siège habituel ne varie guère : il offre une constance qui implique l'invariabilité des conditions capables d'arrêter en certains points l'embolie bacillaire et d'y favoriser l'éclosion de nouveaux foyers.

Une vascularisation riche et une stase sanguine prolongée semblent être précisément les conditions essentielles de ces localisations tuberculeuses. Aussi les tuberculoses locales surviennent-elles presque toujours, chez l'enfant ou chez l'adolescent, au moment de la croissance, dans les épiphyses osseuses, au voisinage des articulations les plus surmenées de la hanche (coxalgie) ou du genou ; chez l'adulte ou chez les sujets âgés, dans les parties déclives de la région anale (fistule anale). On les voit encore apparaître là où une suractivité fonctionnelle permanente ou passagère, une congestion morbide habituelle ou simplement prolongée, semblent en provoquer l'appel et en favoriser la fixation : la fréquence de la tuberculose des glandes génitales, chez l'adolescent ou chez l'adulte, surtout à la suite des maladies vénériennes, la fréquence de la tuberculisation secondaire des orchites blennorragiques, du sac herniaire, les faits de tuberculisation secondaire des arthropathies tabétiques, la tuberculose du sein chez les nourrices en sont les meilleures preuves.

---

1. E. Mosny. — Le traumatisme, la tuberculose et la loi sur les accidents du travail (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, numéros de juillet et d'août 1902).

Aussi chacune des diverses manifestations locales de la tuberculose a-t-elle pour les différents âges de la vie, et pour certains sujets se trouvant dans des conditions déterminées, une prédilection qui, sans aller jusqu'à un exclusivisme que ne sauraient comporter les phénomènes biologiques, est pourtant si nettement marquée qu'elle démontre formellement l'importance capitale des conditions adjuvantes dont nous invoquons l'influence dans la fixation des lésions locales de l'infection tuberculeuse.

Là où s'est fixé l'embolus bacillaire se constitue une lésion dont l'avenir est des plus variables ; souvent elle progresse et se révèle cliniquement par les troubles fonctionnels inhérents à son siège. Parfois, au contraire, la lésion, à peine éclose, s'arrête, rétrocède et guérit sans que nul symptôme en ait jamais laissé soupçonner l'existence. D'autres fois encore, la lésion, sans aboutir à la guérison complète et définitive, s'atténue, s'éteint, demeure latente et méconnue, jusqu'au jour où une cause imprévue, une lésion inflammatoire banale, un traumatisme accidentel viennent soudain en réveiller l'activité et en révéler l'existence.

Telle est la genèse habituelle des tuberculoses locales d'origine traumatique.

Mais il est fort probable qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que le traumatisme, agent révélateur des lésions latentes, peut, en certains cas, déterminer à lui seul, chez un tuberculeux, l'appel à distance et la fixation au point contusionné d'une localisation bacillaire. Mais ce fait doit être rare, puisque la clinique nous enseigne qu'en général les fractures se consolident, chez les tuberculeux, sans appeler à leur suite la moindre localisation osseuse bacillaire. Cela est, en tout cas, fort douteux, et il semble que cet appel traumatique des métastases tuberculeuses éloignées ne puisse guère être admis que lorsqu'il s'agit d'un traumatisme grave compliqué de plaie, de fracture ou peut-être même de luxation, de lésions profondes des tissus contusionnés nécessitant une réparation longue et laborieuse et donnant ainsi à l'embolie bacillaire le temps de se produire et aux hasards de la circulation le temps de la porter et de la fixer dans les tissus contusionnés. Encore faudrait-il que le blessé fût un tuberculeux atteint de lésions bacillaires en pleine activité d'évolution. Peut-être est-ce là la véritable origine des métastases tuberculeuses qui apparaissent chez les phtisiques plus ou moins tardivement après l'intervention des traumatismes graves.

Mais il faut bien reconnaître qu'habituellement les choses se passent de tout autre façon : la tuberculose traumatique suit généralement de près le traumatisme incriminé. Ses localisations lointaines surviennent très fréquemment chez des sujets dont les lésions originelles, pulmonaires, sont peu profondes, peu étendues, peu actives, voire même complètement latentes, preuve incontestable de l'atténuation du virus et de l'immunité naturelle, relative, de ces sujets à l'égard de l'infection tuberculeuse, toutes conditions qui, par suite, ne comportent guère l'émission fréquente, habituelle, d'embolies bacillaires.

Mais il est fort probable que ces lésions originelles, dont l'évolution s'est arrêtée et qui, progressivement, sont devenues latentes, ont pu émettre, au début de la contamination, et au moment de leur activité, des embolies bacillaires qui se sont arrêtées et fixées là où les appelait une vascularisation particulièrement riche, là où les retenait une stase sanguine habituelle ou permanente, d'ordre physiologique ou d'ordre pathologique. Puis ces foyers métastatiques, subissant le sort du foyer originel d'où ils étaient issus, se sont, comme lui, arrêtés dans leurs progrès, sont, eux aussi, devenus latents, attendant, pour se révéler, qu'une cause fortuite, un traumatisme, par exemple, en vienne réveiller l'activité.

Le traumatisme n'est donc que la cause indirecte des localisations bacillaires lointaines qu'il fait éclore, mais son rôle provocateur n'en est pour cela ni moins efficace ni moins réel, puisque le foyer bacillaire, jusqu'alors demeuré latent, avait, sans son intervention, toutes chances de guérir, ou, ce qui équivaut presque à la guérison définitive, de demeurer infiniment latent.

* * *

Les *traumatismes thoraciques* ont, pour les tuberculeux, de tout autres conséquences que n'en ont les traumatismes qui portent à distance et plus ou moins loin du foyer bacillaire originel, parce qu'alors ils agissent toujours plus ou moins directement sur un foyer tuberculeux.

Aussi bien les traumatismes de la région thoracique exercent-ils presque constamment une influence profonde et rapide sur l'évolution des lésions pleuro-pulmonaires plus ou moins immédiatement voisines du point contusionné. Ils accélèrent toujours les progrès des lésions actives en cours d'évolution ; ils réveillent l'activité et révèlent la présence des lésions latentes.

Ainsi s'expliquent les *hémoptysies* soudaines et plus ou moins abondantes survenant parfois à l'occasion des contusions même légères du thorax ou de traumatismes plus graves, de fractures de côtes par exemple. Ainsi s'expliquent ces *pneumonies* et ces *broncho-pneumonies* aiguës dont l'évolution prolongée et les allures bâtardes doivent toujours faire suspecter la tuberculose et qui, en réalité, aboutissent si fréquemment à la consomption rapide et à la mort. Ainsi s'expliquent enfin ces *pleurésies séro-fibrineuses* dont le traumatisme paraissait être la seule cause plausible, et qui pourtant, presque toujours, disaient MM. Chauffard et Herbert, toujours pensaient MM. Barjon et Lesieur, et puis-je à mon tour affirmer, reconnaissent une origine tuberculeuse.

Quand le traumatisme intervient chez un phtisique porteur de lésions avancées, ou même simplement chez un tuberculeux avéré, il accélère l'évolution des lésions, hâte leur caséification, détermine une propagation à la plèvre, toutes manifestations évidentes de l'aggravation de lésions préexistantes, fréquemment annoncée par une hémoptysie précoce, soudaine, conséquence souvent immédiate de l'accident.

On ne saurait, en pareil cas, mettre en doute l'influence du traumatisme sur l'évolution des lésions bacillaires préexistantes : entre le traumatisme provocateur et l'aggravation des lésions tuberculeuses pleuro-pulmonaires qui s'ensuit, il ne saurait y avoir place pour une lésion purement inflammatoire.

Il n'en est plus du tout de même lorsqu'il s'agit d'un traumatisme qui, chez un sujet bien portant, offrant toutes les apparences extérieures de la santé, provoque inopinément et soudain une hémoptysie, une pneumonie caséeuse lobaire ou lobulaire, une pleurite ou une pleurésie séro-fibrineuse aigües. On avait pensé, jusqu'à ces dernières années, qu'il s'agissait là de pneumorragies simples par déchirures traumatiques du poumon, de pneumonies, de broncho-pneumonies ou de pleurésies aigües banales, simples, de nature purement inflammatoire, capables d'appeler à leur suite une greffe tuberculeuse et courant grands risques d'aboutir tôt ou tard à la caséification, à la consomption et à la mort.

On pensait, comme l'exprimait M. Jaccoud à propos de la phtisie traumatique, que l'inflammation simple du poumon, une pneumonie le plus souvent, servait d'intermédiaire entre le traumatisme et l'infection tuberculeuse. C'était là un vestige des idées qui naguère avaient cours en Allemagne sur la pneumonie caséeuse : c'était une manifestation de l'ancienne conception dualiste de la phtisie. Aussi Guder insistait-il sur la nécessité de soustraire à la contagion hospitalière de la tuberculose les blessés atteints d'un traumatisme thoracique.

Tout autres sont les idées actuelles. Si l'observation clinique a, depuis longtemps, fait justice de la tuberculisation *ab hemoptoe* jadis invoquée par Morton, elle fait également justice aujourd'hui, grâce à l'appoint du contrôle expérimental et grâce à la conquête de nouveaux procédés d'investigation médicale, des soi-disant lésions inflammatoires simples du poumon et de la plèvre qu'envahirait secondairement le virus tuberculeux. Les hépatisations simples, lobaires ou lobulaires, du poumon, les pleurésies séro-fibrineuses n'appellent pas plus à leur suite la greffe tuberculeuse que l'hémoptysie n'ouvre la porte à la phtisie.

Hémoptysies, pneumonies, broncho-pneumonies et pleurésies traumatiques aboutissant à la tuberculose chez des sujets qui jusqu'alors avaient toutes les apparences extérieures de la santé sont, d'emblée, des manifestations de l'infection bacillaire. Le traumatisme en révèle la présence parce qu'il réveille l'activité de lésions latentes.

La fréquence des lésions tuberculeuses latentes ne saurait être mise en doute depuis que Natalis Guyot, Brouardel, Letulle, Orth et Grawitz ont trouvé des lésions tuberculeuses extrêmement limitées, éteintes, cicatrisées, guéries, chez le tiers ou même les deux tiers des sujets morts à un âge très avancé, ou qui avaient accidentellement succombé à des maladies autres que la tuberculose. M. Lerefait, de Rouen, aurait même constamment trouvé ces lésions tuberculeuses dans plus de 300 autopsies pratiquées chez des vieillards. Et ces lésions sont bien réellement latentes puisque, pendant la vie, elles sont également méconnues des sujets qui les portent et des médecins qui les examinent.

Nul doute, enfin, que ces lésions latentes ne puissent, à tous moments, se réveiller, s'étendre et se généraliser, puisqu'on a trouvé des bacilles de la tuberculose vivants et virulents au sein de tubercules crétacés que l'on avait toutes raisons de croire définitivement guéris.

Ce sont ces lésions tuberculeuses latentes, méconnues, qu'une maladie intercurrente, une infection générale à déterminations pulmonaires, comme la fièvre typhoïde, une hépatisation pulmonaire lobaire ou lobulaire, simple ou grippale, peuvent réveiller soudain et faire inopinément éclore. Ces faits en ont longtemps imposé pour une tuberculisation secondaire de lésions pulmonaires inflammatoires simples ou spécifiques, mais non primitivement tuberculeuses. Au même titre que ces maladies intercurrentes à détermination pulmonaire, les traumatismes de la région thoracique peuvent, eux aussi, révéler la présence d'un foyer latent de tuberculose pulmonaire, lorsqu'ils en viennent réveiller l'activité.

Il est d'ailleurs aisé de se convaincre que toutes ces pneumonies traumatiques aboutissant à la phtisie sont bien réellement des manifestations d'une infection d'emblée, primordialement tuberculeuse : il suffit pour cela de lire les observations qu'en ont rapporté maints auteurs. Il est, en effet, bien difficile de reconnaître la pneumonie franche ou une broncho-pneumonie simple dans ces hépatisations lobaires ou lobulaires post-traumatiques bâtardes, prolongées, dont Lebert, Brehmer, Mendelssohn, Liebermeister, Jaccoud, R. Stern, Thomas Harris ont rapporté de si nombreux exemples : hépatisations aussi anormales par leurs symptômes que par leur évolution, et dont les allures sont, de toute évidence, celles de la pneumonie ou de la broncho-pneumonie caséeuse, de nature tuberculeuse. A défaut d'autres preuves, l'hémoptysie qui, si fréquemment, en marque le début n'est-elle pas un témoignage éclatant de leur nature bacillaire?

Quant à la pleurésie séro-fibrineuse d'origine traumatique, elle a, elle aussi, subi à son tour le sort de la pleurésie séreuse *a frigore*: ni le traumatisme, ni le froid ne sont à eux seuls capables de déterminer la pleurésie séro-fibrineuse; leur rôle se borne à faire éclore sous la forme de pleurésie une tuberculose latente. La pleurésie traumatique, comme celle *a frigore*, est une lésion de nature tuberculeuse, ainsi que l'ont prouvé les faits de Lustig, R. Stern, Chauffard, Herbert, Barjon et Lesieur, Chavastelon, et celui dont j'ai récemment relaté l'histoire. MM. Gilbert et Lereboullet ont même montré qu'une crise violente de coliques hépatiques, véritable traumatisme interne, pouvait avoir les mêmes conséquences que les contusions extérieures du thorax, et provoquer comme elles une pleurésie séro-fibrineuse dont il était aisé de démontrer la nature tuberculeuse.

On ne peut invoquer contre la nature d'emblée tuberculeuse de ces lésions, et en faveur de leur nature purement inflammatoire, la gravité du traumatisme qui les a provoquées et, en particulier, l'existence de fracture des côtes, conséquence si fréquente des contusions quelque peu violentes de la paroi thoracique.

L'observation clinique nous permet, en effet, d'affirmer que les fractures de côtes ne se compliquent de pleurésies séro-fibrineuses que lorsqu'elles réveillent une tuberculose latente du poumon et en permettent la propagation à la plèvre.

Il est, d'autre part, également certain que les contusions les plus légères comme les traumatismes les plus violents suffisent à cette tâche. Les unes comme les autres se montrent capables de réveiller les tuberculoses latentes, de conférer aux lésions éteintes une activité nouvelle capable d'en activer les progrès et d'en favoriser l'extension, au point de faire de ces sujets, auparavant bien portants parce qu'ils toléraient sans inconvénient des lésions très limitées et très bénignes, des tuberculeux voués aux progrès lents de la phtisie chronique, voire même à la pneumonie caséeuse et à la mort rapide; ou bien, dans d'autres cas, d'en faire des pleurétiques avec toutes les risques de consomption tuberculeuse ou de symphyse pleurale que comporte toute pleurésie séro-fibrineuse, manifestation pleurale de l'infection tuberculeuse.

*
* *

Nous voyons maintenant combien intimes sont les rapports qui unissent la tuberculose aux traumatismes, qui, selon les cas, l'aggravent ou bien la font éclore. Et nous pouvons désormais, connaissant les diverses modalités de ces rapports, apprécier à sa juste valeur le préjudice porté aux tuberculeux par un traumatisme accidentel. On comprend que cette appréciation ait, au point de vue pratique, une importance capitale depuis la promulgation de la loi du 9 Avril 1898 concernant les responsabilités relatives aux accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.

Or, si nous savons que le traumatisme simple, sans plaie extérieure, ne crée jamais la tuberculose, nous devons aussi reconnaître qu'il en accélère les progrès et en aggrave le pronostic lorsqu'elle était déjà en cours d'évolution; qu'il en réveille l'activité et en révèle l'existence lorsqu'elle préexistait, à l'état latent, chez le sujet traumatisé, à la condition toutefois que la contusion ait porté dans le voisinage immédiat de la lésion tuberculeuse préexistante, ce qui est toujours le cas des traumatismes de la région thoracique.

On peut évidemment objecter à cela que toute autre cause, plus banale encore qu'une contusion même légère, est capable d'entraîner les mêmes conséquences. Mais il n'en est pas moins certain que, sans l'intervention du traumatisme, une lésion tuberculeuse avérée est d'autant plus curable qu'elle est moins étendue et moins profonde, et qu'elle peut, dans un très grand nombre de cas, laisser au malade une survie plus ou moins longue, très souvent compatible avec l'exercice d'une profession peu fatigante, permettant à l'ouvrier de subvenir à son entretien et à celui de sa famille. Nous devons surtout reconnaître que, sans l'accident qui en a révélé l'existence, une tuberculose latente au point de pouvoir demeurer méconnue a toutes chances de guérir, ou bien, ce qui équivaut presque à la guérison absolue, de demeurer indéfiniment latente; l'existence fréquente de lésions tuberculeuses guéries chez les sujets morts à un âge avancé et de tout autre cause que de la tuberculose en est la preuve.

Il est donc évident que, si l'intervention d'un traumatisme chez un tuberculeux avéré est une cause constante d'aggravation de sa maladie, et par conséquent une cause de diminution, rarement passagère, plus souvent définitive, de sa capacité ouvrière, si elle est parfois même la cause de sa mort prématurée, il nous faut pourtant reconnaître que l'accident incriminé ne lui a généralement porté qu'un assez faible préjudice, puisqu'il s'agissait déjà d'un infirme, le plus souvent incapable de tout travail pénible, prolongé, puisque son existence même était déjà si gravement compromise.

Il en va tout autrement pour les tuberculoses latentes, réveillées et révélées par un traumatisme accidentel. Il ne s'agit plus, en effet, ici d'infirmes, mais bien de sujets présentant toutes les apparences et jouissant de tous les attributs de la santé, capables d'exercer une profession même pénible, en dépit de l'existence de lésions tuberculeuses, puisque ces lésions sont absolument latentes. Le traumatisme révélateur de pareilles lésions porte à l'individu qui le subit le préjudice le plus grave, puisque d'un sujet sinon sain, du moins bien portant et capable de travailler pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille, il fait irrévocablement un malade, un infirme, désormais et définitivement incapable de tout travail prolongé, parfois même voué à une mort plus ou moins rapide.

On doit bien encore, dans l'estimation du préjudice causé aux tuberculeux par un traumatisme accidentel, faire entrer en ligne de compte la localisation de la lésion tuberculeuse qui s'en est suivie. Les tumeurs blanches des diverses articulations, les ostéites bacillaires des diverses parties du squelette, la fistule anale, l'orchite tuberculeuse, la pleurésie séro-fibrineuse, la pneumonie caséeuse ne comportent en effet ni le même pronostic, ni, lorsque le malade survit, une diminution équivalente de la capacité ouvrière. Mais ce sont presque là des considérations secondaires : l'état de la santé du blessé, l'état de ses lésions tuberculeuses avant l'accident est la base d'appréciation la plus importante, la moins variable, du préjudice causé aux tuberculeux par les traumatismes dont ils sont victimes.

Or, en règle générale, si l'aggravation des tuberculoses avérées par un traumatisme intercurrent ne cause aux phtisiques qu'un préjudice souvent peu considérable, dont il est, en tout cas, fort difficile d'apprécier la valeur, en raison même de la gravité intrinsèque, constante, de toute lésion tuberculeuse avérée, en cours d'évolution, au contraire, le réveil et la révélation des tuberculoses latentes portent aux sujets qui en sont atteints le préjudice le plus grave.

J'estime même qu'un traumatisme révélateur d'une tuberculose latente porte à la victime un préjudice presque équivalent à celui qu'il aurait causé à un sujet sain en le rendant effectivement tuberculeux.

*
* *

Les tribunaux français n'ont été jusqu'à présent que rarement appelés à juger des procès intentés au sujet de manifestations post-traumatiques de la tuberculose, en application de la loi du 9 avril 1898. Pour si rares qu'elles soient à l'heure actuelle, ces actions judiciaires deviendront certainement légion. Il n'est donc pas sans intérêt d'étudier la jurisprudence établie par les tribunaux en pareille matière, et de suivre son évolution.

Voyons d'abord sur quelles bases s'engagent ces procès : un accident survenu dans le travail fait éclore, chez le blessé, une tuber-

culose latente, ou aggrave une tuberculose en cours d'évolution. La victime — ou ses ayants droit — intente, en application de la loi, une action au patron ou à la Compagnie d'assurances, qui, à leur tour, invoquent la nature tuberculeuse de la lésion post-traumatique pour refuser le paiement de la rente viagère qui leur est réclamée.

En général, les tribunaux accordent cette rente viagère, mais ils en réduisent le chiffre. Les bases de cette réduction sont parfaitement équitables, car les juges, dans leur appréciation, semblent bien en réalité tenir compte de l'état antérieur de la santé du blessé.

C'est ainsi que, récemment, la Cour d'appel de Rennes avait à juger le cas suivant :

Un ouvrier préalablement atteint de tuberculose pulmonaire fait, dans son travail, une chute qui détermine une fracture de côtes; cette fracture de côtes se complique de pleurésie elle-même assez rapidement suivie d'accidents aigus de tuberculose pulmonaire auxquels succombe le malade. La Cour de Rennes reconnaît bien que le décès doit être attribué à la tuberculose, mais elle admet aussi que l'accident en est la cause indirecte, et que si l'ouvrier n'avait pas été victime d'un accident du travail, il aurait pu sans doute, durant plusieurs années encore, vivre, travailler, et subvenir par son salaire à l'entretien des siens. Aussi la Cour se refuse-t-elle à attribuer à la Société qui employait la victime de l'accident une responsabilité complète, qu'elle juge excessive, et réduit-elle, proportionnellement au préjudice causé, la rente annuelle et viagère qu'elle accorde à sa veuve et l'indemnité qu'elle alloue à ses enfants.

L'appréciation du préjudice causé aux tuberculeux par un accident, beaucoup plus difficile à établir, au point de vue strictement scientifique, dans les cas où le traumatisme a simplement aggravé une tuberculose active, en cours d'évolution, que dans ceux où il a réveillé l'activité et révélé l'existence d'une tuberculose latente, semble, au contraire, avoir beaucoup moins embarrassé les tribunaux dans le premier cas que dans le second.

Dans ce second cas, en effet, patrons et compagnies d'assurances refusent d'accorder la rente viagère que leur réclame la victime ou ses ayants droit, en invoquant l'aggravation des conséquences de l'accident par les soi-disant antécédents tuberculeux, et le tempérament (?) du blessé.

On conçoit que la solution de la question ainsi posée ait fort embarrassé les tribunaux qui, pour faire droit à la demande du blessé qu'ils jugeaient équitable, ont d'abord fait abstraction de la nature de l'infirmité qui était la conséquence de l'accident, se sont refusé à faire état des prétendus antécédents tuberculeux du blessé invoqués par les défendeurs, et ont purement et simplement tenu compte, dans leur jugement, de l'infirmité définitive et de la diminution de la capacité ouvrière du blessé. Aussi voyons-nous les tribunaux admettre le principe de la rente viagère, mais la réduire et la fixer, selon les cas, au cinquième (tribunal civil de la Seine) ou aux deux tiers (tribunal civil de Lille) du salaire annuel de la victime.

La 7e Chambre de la Cour d'appel de Paris, présidée par M. Potier, a tout récemment rendu deux jugements où, pour la première fois, a été résolument abordée cette question du réveil des tuberculoses latentes par un traumatisme accidentel ; et elle l'a tranchée dans un sens absolument conforme aux données scientifiques actuelles.

Dans le premier de ces jugements, la cour insiste sur ce fait que l'appelant, homme d'une constitution robuste, jouissait, en apparence du moins, d'une excellente santé, et qu'il n'a pas cessé de travailler régulièrement pendant les deux mois qui ont précédé l'accident. Elle admet donc « comme certain, et non comme simplement probable, que le traumatisme a favorisé l'évolution de la phtisie dont il est atteint, et lui a imprimé le caractère de gravité qu'elle revêt actuellement ». Elle en conclut que « l'état dans lequel l'appelant se trouve actuellement doit être pour partie rattaché à l'accident dont il a été victime ».

Les considérants du deuxième jugement tout récemment rendu par la 7e Chambre de la Cour d'appel de Paris sont tout aussi précis et aussi formels. Ici encore, la Cour insiste sur ce fait que le blessé, avant l'accident, avait les apparences d'une constitution robuste, et travaillait régulièrement depuis plusieurs années comme homme de peine. Elle admet que le traumatisme dont cet ouvrier a été atteint à la partie droite du thorax a provoqué immédiatement des hémoptysies abondantes, « révélant ainsi, en en provoquant l'aggravation, des lésions tuberculeuses demeurées jusque-là latentes et dont l'évolution aurait pu être indéfiniment retardée et même ne jamais se produire ». Elle en conclut, d'accord avec les premiers juges, qu'il existe une relation directe de cause à effet entre l'accident dont l'ouvrier a été victime et la manifestation aiguë de phtisie pulmonaire à laquelle il a succombé.

* * *

On voit que la jurisprudence établie grâce aux considérants si explicites et si nets des jugements rendus par la 7e Chambre de la Cour d'appel de Paris est en complet accord avec les données scientifiques actuelles. Il semble, d'ailleurs, que cette jurisprudence soit également admise par les tribunaux des pays étrangers qui possèdent une loi sur les accidents du travail analogue à la loi française.

Les tribunaux n'en ont toutefois pas toujours jugé ainsi. Dans un travail sur la phtisie traumatique publié il y a seize ans, M. Jaccoud rappelait précisément ce fait qu'en Allemagne, Brehmer et Mendelssohn, appelés à faire un rapport sur un cas de phtisie traumatique, avaient conclu à la responsabilité des compagnies de chemins de fer au service desquelles les accidents s'étaient produits. Les tribunaux repoussèrent leurs conclusions ; « peut-être, ajoutait M. Jaccoud, en serait-il autrement aujourd'hui », et nous voyons que l'avenir a confirmé ses prévisions.

Pourtant, nous pouvons regretter l'insuffisance de l'estimation du préjudice causé aux sujets porteurs de lésions latentes de tuberculose par le traumatisme qui les réveille, puisque la rente viagère accordée en pareil cas aux victimes ou à leurs ayants droit est généralement fixée au cinquième de leur salaire annuel, ce qui n'équivaut certainement pas au préjudice qui leur est porté. Car, ainsi que je le disais dans le cours de cette étude, nos connaissances actuelles sur la tuberculose nous montrent qu'*un traumatisme révélateur d'une tuberculose latente porte à la victime un préjudice presque égal à celui qu'il aurait causé à un sujet sain en le rendant effectivement tuberculeux.*

MÉDECINE PRATIQUE

IMPORTANCE DE L'HYGIÈNE DANS LE TRAITEMENT DU GOITRE EXOPHTALMIQUE

La maladie de Basedow n'est plus considérée comme une affection définie, mais comme un syndrome, fruste ou complet, pouvant survenir à la suite de maladies très différentes. « Elle n'est pathognomonique, dit Brissaud [1], ni de la lésion définitive d'un centre bulbaire, ni d'un trouble persistant, purement dynamique, localisé au même centre, ni même d'une altération plus ou moins grossière de la glande thyroïde. Le syndrome de Basedow est indifféremment symptomatique de telle ou telle de ces affections primitives, si peu précises qu'elles soient, tout comme le syndrome comitial, typique ou atypique, appartient à l'urémie, aux infections microbiennes, aux intoxications alimentaires, aux irritations permanentes de l'écorce cérébrale, à certaines stimulations périphériques, voire même à de simples commotions psychiques. »

Contre ce syndrome nerveux, les médicaments les plus divers ont été tour à tour préconisés, et leur nombre est une preuve de leur égale inefficacité. La digitale, le strophantus, le fer, l'arsenic, les bromures, l'ergot de seigle, l'antipyrine, le sulfate de quinine, la strychnine, l'ipéca, etc., ont joui successivement d'une certaine faveur auprès des praticiens. Dans les cas suivis de quelques succès leur action n'a porté que sur un symptôme concomitant, sans entraver en rien la marche de l'affection.

Depuis un certain nombre d'années, la plupart des guérisons sont dues à l'emploi de l'électricité, principalement sous forme de courants faradiques, selon la méthode de Vigouroux [2] préconisée par Charcot. Nous avons nous-mêmes publié en 1899 une observation de goitre exophtalmique grave guéri par l'hydrothérapie et l'électricité [3].

Dans un nouveau cas, qui nous semble la raison d'être de cet article, nous avons obtenu un résultat également heureux par le seul traitement hygiénique. Il n'est donc pas inutile d'insister ici sur l'importance du régime dans la cure de ce syndrome.

Depuis longtemps, les auteurs, si divisés sur la question des médicaments, se montrent d'accord sur la nécessité de l'hygiène. Dès 1872, Sutton disait dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* : « Le traitement du goitre exophtalmique est très controversé; des moyens recommandés par les uns sont condamnés par d'autres; et puis souvent la maladie poursuit son cours en dépit de ce que l'on entreprend pour la combattre, ou bien s'arrête par suite de quelque circonstance à laquelle on ne songeait pas. Indiquons cependant ce que l'observation nous enseigne à cet égard. En tête se placent les *moyens hygiéniques*. Considérant le caractère névrosique de la maladie, le *séjour à la campagne* et tout *déplacement* pourraient être conseillés. L'*influence des causes morales* étant admise, il y aurait lieu d'agir dans une direction opposée à celle qui s'est exercée pour produire le mal. Parmi les modificateurs généraux, celui au sujet duquel on s'accorde le mieux, c'est l'*hydrothérapie*. »

M. Lefilliâtre vient de passer en revue dans sa

1. Brissaud. — « Congrès des médecins aliénistes et neurologistes ». Bordeaux, 1895.
2. Vigouroux. — *Progrès médical*, 1887.
3. Leroy et Veslin. — Syndrome goitre exophtalmique guéri par l'électricité ». *La Presse Médicale*, Juin 1899.

Thèse les différents traitements de la maladie de Basedow [1]. Nous rappellerons, d'après lui, les opinions des principaux auteurs qui, indépendamment d'une médication spéciale, mettent l'hygiène en première ligne.

Jaccoud enseigne « que les *cures au petit lait* et au raisin sont plus efficaces que toutes les préparations pharmaceutiques »; il reconnaît que le *séjour à la campagne*, la *tranquillité d'esprit*, l'*abstinence complète d'alcool, de café, de thé, de tabac*, etc., rendent des services.

D'après Friedreich, « il n'y a qu'un traitement tonique qui puisse donner un résultat avantageux ». Une *bonne hygiène*, la campagne, une *bonne alimentation*, l'abstinence de café, de spiritueux produisent les meilleurs résultats.

Beni Barde admet que l'hydrothérapie est le seul traitement efficace.

Dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Rendu regarde également le régime et l'hydrothérapie comme plus utiles que tous les médicaments qui ne s'attaquent qu'aux symptômes. « Il faut tenir compte, dit-il, de la cause intime, de l'origine de l'affection; il faut agir sur la santé du malade par une hygiène bien comprise et sur son sens moral par tous les moyens dont on dispose. Parmi les ressources que fournit l'hygiène, la plus puissante est l'*hydrothérapie*; l'eau froide est un révulsif, un décongestionnant, et, de plus, un sédatif de la circulation générale. » L'auteur y joint le *repos musculaire relatif*, la *vie régulière*, uniforme, sans écart de régime, l'*abstinence de thé, café, tabac, spiritueux*, la *tranquillité morale complète* et la distraction.

En 1885, Potain, qui préconise l'emploi des courants continus, conclut ainsi dans le *Journal des Praticiens* : « Le traitement est fondé surtout sur une *véritable hygiène morale*. »

Liégeois, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (1887), admet plusieurs traitements : hygiénique, symptomatique, pathogénique, étiologique, susceptibles, suivant les circonstances et les nécessités, d'être employés simultanément ou successivement. Le traitement hygiénique consiste à « soustraire le malade aux secousses émotives, à le faire vivre dans les conditions les plus absolues de calme moral, à lui *défendre le moindre écart de régime, tabac, café, spiritueux* ». Il recommande le tub à l'éponge ruisselante d'eau froide.

M. Vigouroux, qui s'est fait une spécialité du traitement des basedowiens dans son service d'électrothérapie à la Salpêtrière, n'a garde de négliger l'hygiène, et, dans une note communiquée à M. Le Filliâtre, il dit : « La faradisation n'est qu'une partie du traitement; il faut lui surajouter les bienfaits d'une hygiène appropriée. Dans la prescription du régime alimentaire, pas plus que dans la médication proprement dite, on ne doit perdre de vue la dualité de la maladie. En effet, il n'est pas exact de parler du traitement ou du régime de la maladie de Basedow : cette maladie se compose de deux éléments opposés et se présente, suivant les périodes, sous deux aspects. Pour préciser, nous voyons dans la maladie de Basedow :

« 1° Une diathèse prédisposante, l'arthritisme;

« 2° Une intoxication par le produit de la sécrétion thyroïdienne. Ces deux éléments sont alternativement prédominants, sans régularité toutefois.

« Or, qui dit arthritisme dit nutrition ralentie, avec toutes ses conséquences et entre autres l'insuffisance fonctionnelle du foie et du rein.

« Intoxication thyroïdienne signifie, au contraire, combustion organique et élimination des déchets exagérés.

« Il est donc indiqué, avant de formuler un régime (ou une médication), de déterminer par les symptômes et par l'examen urologique à laquelle de ces deux formes on a affaire. La nature des aliments mérite la plus grande attention. Ils doivent être choisis en vue d'obtenir, autant que possible, l'antisepsie intestinale et d'éviter la production de toxines alimentaires. A ces deux points de vue, le régime lacté (absolu ou mixte) présente de très grands avantages. Il était d'ailleurs déjà recommandé empiriquement en raison de son action réputée sédative sur le cœur. »

L'observation suivante, où le traitement, sauf une électrisation de cinq minutes, a été purement hygiénique, est une preuve de l'importance capitale du régime.

*
* *

Observation. — *Syndrome goitre exophtalmique survenu chez une femme de trente-six ans présentant un léger goitre depuis quinze ans. État mental névropathique. Hypertrophie du corps thyroïde, tachycardie, tremblement, légère exophtalmie, diminution de la résistance électrique. Guérison survenue en une année sous l'influence exclusive de l'hygiène.*

Mme C..., âgée de trente-six ans, est fille d'un père extrêmement nerveux, original, mort à quarante-six ans de pneumonie, et d'une mère jouissant encore d'une excellente santé.

Elle a deux sœurs mariées, bien portantes quoique nerveuses, et un frère qui s'est suicidé à vingt et un ans à la suite d'un accès délirant de mélancolie. La malade, née à terme, a parlé et marché de bonne heure.

Comme antécédents personnels, on note seulement la rougeole à treize ans et une pneumonie. Les règles apparurent à quatorze ans et demi et furent toujours régulières.

Mme C... se maria en 1882, à l'âge de vingt et un ans, et eut deux enfants, un garçon né en 1883, actuellement bien portant, et une fille, née en 1886, morte à treize mois par suite de convulsions.

Son état mental a toujours été celui d'une névropathe : émotive, impressionnable à l'excès, elle se met en colère « pour des riens », rit et pleure avec une égale facilité. Ses nuits sont mauvaises, agitées, entrecoupées de cauchemars. De plus, elle souffre depuis l'âge de quinze ans de violentes migraines, survenant environ chaque mois.

En 1884, quelques mois après la naissance de son garçon, Mme C... remarque que, son cou devenant plus gros, elle doit peu à peu agrandir le col de ses corsages. Cet accroissement de volume, complètement indolore, persiste quatorze années sans que la malade ressente aucun inconvénient et sans qu'elle croie utile de voir le médecin.

A la fin de 1898, le lobe gauche du corps thyroïde prend rapidement un développement plus considérable; légère hémoptysie à cette époque. Puis, les mois suivants, surviennent des maux de tête, des palpitations, des tremblements, des « élancements » douloureux dans le côté gauche du cou et le bras gauche. Mme C... s'inquiète, se décide alors à consulter, et voici le résultat de notre examen (Février 1899) :

Le cou mesure à la base 0,34 centimètres de circonférence dans sa partie la plus large. Cette augmentation de volume est due surtout à l'hypertrophie du lobe gauche du corps thyroïde qui forme une tumeur très appréciable à la vue. A la palpation, cette tumeur, dure « comme un caillou », non douloureuse, est le siège de battements violents isochrones avec le cœur.

L'auscultation au stéthoscope fait entendre une sorte de ronflement continu.

Les carotides sont bondissantes.

Le cœur ne présente aucun souffle; les bruits sont précipités, durs, réguliers. Tachycardie considérable, 115 pulsations à la minute.

Légère exophtalmie; regard fixe, yeux brillants; l'occlusion palpébrale est complète. Pas de signe de Grœfe. Il n'existe aucun trouble de la vue ni des réflexes pupillaires.

Résistance électrique très diminuée : environ 950 ohms. Tremblement menu de tout le membre supérieur.

La peau est moite sans élévation de la température. T. sous l'aisselle = 36°4.

La sensibilité dans ses divers modes est normale; pas de symptômes hystériques.

Il n'existe aucun trouble des fonctions digestives, sauf une constipation opiniâtre. Ni sucre, ni albumine dans l'urine.

L'appareil respiratoire ne présente rien de particulier.

La malade se plaint de ne pouvoir dormir, en raison des « coups » ressentis dans la tête et dans le cou, lorsqu'elle est couchée. Elle éprouve souvent des bouffées de chaleur montant au visage, des sueurs profuses qui la mouillent pendant des heures, des bourdonnements dans l'oreille gauche. La moindre chaleur l'incommode, elle ne peut supporter des vêtements épais et doit enlever ses couvertures pendant la nuit. De plus Mme C..., a maigri depuis quelques mois et se sent affaiblie.

En présence de ces faits, le diagnostic de goitre exophtalmique s'impose; nous conseillons des douches écossaises, de l'arséniate de soude et la faradisation de la tumeur. Puis, comme la malade observait mal la sobriété et avait une vie peu réglée, nous insistons tout spécialement sur l'importance de l'hygiène : abstinence absolue de café, de thé, de tout spiritueux; du lait comme unique boisson; régularité dans la manière de vivre, tranquillité morale, absence d'émotions, repos intellectuel et physique complet. Une première séance d'électricité est faite séance tenante et... nous ne revoyons plus la malade.

Vingt mois après, en Octobre 1900, nous sommes fort surpris de recevoir un jour la visite de Mme C..., toute fière de venir faire constater sa guérison. Elle raconte alors ce qui suit : Les mois de Mai et Avril 1899 se passèrent sans que la patiente ait pu suivre notre traitement, par suite de certaines considérations de famille. Son état s'aggravait; le cou, augmenté de volume, ne lui permettait pas de tourner la tête; la respiration devenait difficile. Elle ressentait des névralgies insupportables, « à en crier », dans le cou et dans le bras gauche. Le tremblement des mains avait gagné tout le corps au point de la « faire trembler comme une feuille ». Elle sursautait au moindre bruit et avait des moments de découragement, de désespoir avec crises de larmes.

Inquiète de son état, Mme C... va à Paris, au mois de Mai 1899, consulter un éminent chirurgien des hôpitaux qui propose une opération. La malade, très effrayée de ce conseil, revient à son domicile et se met à suivre strictement notre ordonnance en ce qui concerne l'hygiène. Elle quitte les relations mondaines, ordonne son existence avec une parfaite régularité (lever, coucher, repas), renonce aux spiritueux et à tout excitant, se met au lait, évite toute émotion, prend de l'exercice sans fatigue et suit un traitement hydrothérapique.

Sous l'influence exclusive de ce régime sévère, l'amélioration se produit dans l'ordre suivant :

En Août, disparaissent l'oppression, les bourdonnements d'oreille, les douleurs du cou et du bras, en même temps que la tumeur thyroïdienne se ramollit;

En Septembre, le tremblement cesse, le sommeil revient, les battements de cœur se ralentissent.

A la fin de l'année, la saillie des yeux s'efface, le goitre diminue de volume; l'état mental est bien meilleur; la malade se sent moins nerveuse, moins irritable;

Au mois de Février 1900, les palpitations ne sont plus appréciables; il persiste seulement, en plus de la tumeur, des bouffées de chaleur, des sueurs passagères. Ces symptômes s'amendent peu à peu et le goitre, dernier vestige du syndrome, finit lui-même par reprendre son volume antérieur aux accidents basedowiens de 1898.

Mme C... était guérie depuis sept mois lorsque

1. Le Filliatre. — « Des différents traitements de la maladie de Basedow ». *Thèse*, Paris, 1900.

nous l'avons examinée à nouveau en Octobre 1900. Elle ne présente ni tachycardie, ni exophtalmie, ni tremblement. La résistance électrique se rapproche de la normale. La santé est excellente, mais le goitre subsiste toujours, souple, asymétrique, l'hypertrophie portant surtout sur le lobe gauche du corps thyroïde (circonférence du cou : 31 centimètres).

* * *

En résumé, cette malade, atteinte d'un goitre depuis 1883, a présenté à la fin de 1898 le syndrome goitre exophtalmique caractérisé par une augmentation rapide du corps thyroïde, de la tachycardie, du tremblement, une légère exophtalmie, des sueurs profuses, de la thermophobie, de la diminution de la résistance électrique. L'affection augmente de gravité jusqu'au mois de Mai 1899. A cette époque, un sérieux traitement hygiénique, une règle de vie sévère, une sobriété parfaite, le régime lacté mixte, amène en deux mois une amélioration sensible et, en moins d'une année, une guérison parfaite, guérison qui s'est maintenue depuis dix-huit mois.

Il est possible qu'un traitement électrique eût hâté la convalescence, mais nous pensons que, même dans ce cas, le traitement hygiénique aurait tenu la première place. La guérison d'un cas grave de maladie de Basedow sous la seule influence du régime nous a semblé assez importante pour être relatée et nous permet d'insister d'une façon toute particulière sur l'action primordiale de l'hygiène dans le traitement de ce syndrome.

Raoul Leroy
Médecin-adjoint de l'asile des aliénés d'Évreux.

Lucien Veslin
Chirurgien en chef de l'hôpital d'Évreux.

ANALYSES

HISTOIRE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALITÉS

Glérant. *Pêcheurs de Terre-Neuve en 1901* (*Archives de médecine navale*, 1902, Février, n° 2, p. 81). — Le nombre des navires qui partirent de France en 1901 pour la pêche sur les bancs de Terre-Neuve fut de 222, montés par 6.343 hommes d'équipage. Glérant fait l'historique de cette campagne au point de vue médical. Il y a eu surtout la grippe, la fièvre typhoïde et les embarras gastriques fébriles, quelques cas de tuberculose ; l'alcoolisme aigu et chronique a nécessité plusieurs hospitalisations ; les panaris, les fractures, les contusions graves ont été fréquents. La mortalité des pêcheurs de Terre-Neuve est très considérable, étant donné surtout qu'il s'agit d'adultes vigoureux. A l'hôpital colonial de Saint-Pierre, il y a eu 12 décès ; à l'établissement médical de M. Gallas, à Saint-Pierre et Miquelon, 3 décès sont survenus sur le *French Shore* : sont décédés à bord des suites de maladies 14 marins et 21 sont disparus en mer ; une goëlette, le *George-Paul* a été perdue corps et bien.

La Société des œuvres de mer s'occupe de porter les secours médicaux aux pêcheurs de haute mer ; cette année, elle a remplacé son navire à voiles par un navire-hôpital à vapeur, le *Saint-François-d'Assise*, jaugeant 600 tonneaux, portant une étuve à désinfection. Le navire-hôpital a recueilli 21 hommes perdus en mer sur des doris en dérive ; il a communiqué avec 127 navires de pêche, dont 9 américains, portugais ou canadiens ; 79 malades, dont l'état nécessitait le retour à Saint-Pierre, ont été hospitalisés à bord, fournissant 530 journées d'hôpital ; 207, moins gravement atteints, ont été renvoyés à bord de leurs navires après avoir reçu les soins nécessaires.

Glérant, à la fin de son rapport, fait remarquer que, sur quelques navires, les conditions hygiéniques ont été améliorées, mais qu'il reste encore beaucoup à faire. Les capitaines des goëlettes ont le grand tort d'embarquer une quantité d'alcool beaucoup trop considérable. La quantité d'alcool importée depuis un an dans la colonie de Saint-Pierre et Miquelon est en augmentation considérable sur la quantité importée l'année précédente : alcools de toute sorte de France, 4.138 hectolitres au lieu de 1.995 hectolitres ; alcools de toute sorte des colonies, 698 hectolitres au lieu de 288 hectolitres ; alcools de toute sorte de l'étranger, 378 hectolitres au lieu de 729 hectolitres.

Cette augmentation de 2.171 hectolitres est due en grande partie évidemment à ce que les commerçants s'approvisionnaient en prévision de la nouvelle taxe de consommation sur les spiritueux, mais il n'en est pas moins vrai qu'il s'est constitué un approvisionnement d'alcool dangereux pour la santé des pêcheurs auxquels il est destiné ; il y aurait certainement des mesures à prendre pour diminuer la consommation de l'alcool et faciliter, au contraire, une bonne alimentation aux équipages.

P. Desfosses.

PARASITOLOGIE

Brunet. *Un parasite à éviter en Tunisie (Distoma hepaticum)* (*Archives de médecine navale*, 1902, Février, n° 2, p. 119). — La douve du foie, ver parasite habituel du mouton et accidentellement de l'homme, est extrêmement fréquent en Tunisie. Quand on examine les animaux d'abattoir, on trouve dans les canaux biliaires des moutons de la côte tunisienne des quantités extrêmement considérables de douves. Brunet attire l'attention des confrères de l'armée principalement pour éviter la contamination des hommes par ce parasite.

P. Desfosses.

CHIRURGIE

C. Dussauze. *Traitement des septicémies gazeuses par l'eau oxygénée* (*Thèse*, Paris, 1902, Juin). — La septicémie gazeuse est encore actuellement, avec le tétanos, la plus redoutable des complications septiques des plaies. Sans doute cette complication est infiniment plus rare qu'autrefois ; elle ne s'en présente pas moins assez souvent encore, surtout dans les services hospitaliers, et il n'est point de doute qu'en cas de guerre il faudrait compter avec elle dans les ambulances et dans les hôpitaux de campagne. Il n'en importe que plus de savoir que nous sommes aujourd'hui bien armés contre elle et par quels moyens très simples nous pouvons la combattre.

Le vibrion septique de Pasteur a été considéré longtemps comme le seul agent de la septicémie gazeuse, mais des observations récentes, déjà nombreuses, semblent prouver que cette affection peut être produite par d'autres variétés de microbes anaérobies. Legros et Lecène ont même rapporté un cas de gangrène gazeuse aiguë mortelle due à un microbe aérobie, mais ce fait unique appelle d'autres observations confirmatives. Ce qu'il faut retenir, c'est que la gangrène gazeuse se développe surtout, sinon exclusivement, dans les tissus qui ont subi une contusion violente ; celle-ci favorise l'inoculation microbienne non seulement en stupéfiant les tissus, mais aussi en y suspendant l'apport du sang et par conséquent celui de l'oxygène. Les plaies anfractueuses présentent une disposition qui agit de même en plaçant le bacille hors de l'influence de l'air et en lui permettant, par conséquent, de se développer ; mais même dans les vastes plaies largement exposées à l'air, si les muscles sont dilacérés, écrasés en partie, cela suffit — des observations le prouvent — pour constituer au bacille un abri suffisant pour se développer, étant donné qu'il est ensemencé sur de la matière morte, terrain de prédilection pour les microbes anaérobies.

La conclusion s'impose : en présence d'une plaie contuse grave, profonde, ou large, ou anfractueuse, compliquée ou non de fracture simple ou comminutive, il faut non seulement éliminer les parties mortifiées, drainer soigneusement et maintenir la plaie largement ouverte, mais encore mettre toutes les parties de cette plaie, même les recoins les plus reculés, en contact avec un agent chimique capable d'y dégager de l'oxygène, seul principe qui puisse gêner les anaérobies dans leur développement et empêcher leurs spores de germer.

La meilleure forme sous laquelle on puisse fournir l'oxygène aux tissus est représentée par l'eau oxygénée dont la puissance antiseptique vaut d'ailleurs non seulement contre les anaérobies, mais contre tous les autres microbes, les substances chimiques habituellement employées. On l'emploiera en lavages, pansements, injections sous-cutanées. Il faut avoir soin d'abord de pratiquer au bistouri, aux ciseaux ou au thermocautère de larges débridements des tissus ; puis, les plaies étant bien étalées, seront soumises à l'action de l'eau oxygénée soit par l'irrigation continue soit à l'aide de grands enveloppements humides renouvelés deux ou trois fois par jour. A chacun de ces pansements on devra avoir soin de bien séparer, en les soulevant, tous les coins et recoins de la plaie. On pourra adjoindre avec le plus grand bénéfice à ces pansements des injections sous-cutanées d'eau oxygénée faites en couronne dans le voisinage immédiat de la plaie.

Il est évident que le traitement par l'eau oxygénée ne peut s'appliquer qu'aux cas où l'on peut encore espérer conserver le membre blessé. Mais lorsque les délabrements sont tels qu'il vaut mieux amputer le membre, il faut recourir à cette amputation le plus tôt possible ; dans ces cas la plaie sera laissée largement ouverte, lavée et pansée encore à l'eau oxygénée. Grâce à ce pansement on pourra le plus souvent amputer bas avec l'espoir de réussir.

M. Dussauze rapporte dix observations qui démontrent victorieusement les bons effets de l'eau oxygénée dans le traitement de ces différents cas de septicémie gazeuse.

J. Dumont.

J. Niemack. *Polypes de l'intestin et carcinome* (*Annals of Surgery*, 1902, Juillet, n° 115, p. 104). — Les polypes de l'intestin sont loin d'être fréquents ; ils subissent parfois la dégénérescence cancéreuse, et, au point de vue étiologique, on accorde une large part à l'hérédité. Le cas suivant indiquerait plutôt une contagion ou peut-être une prédisposition familiale.

Le sujet de cette observation est une jeune fille de douze ans qui présentait des troubles abdominaux vagues. Le toucher rectal avait révélé la présence d'un grand nombre de polypes d'un volume variant de celui d'un pois à celui d'une noix ; certains d'entre eux présentaient un pédicule tellement mince qu'ils tombaient en donnant lieu à une petite hémorragie. A plusieurs reprises, on enleva une centaine de ces polypes avec l'anse du galvanocautère. La matité et la dureté de l'abdomen disparurent, mais après avoir enlevé les polypes situés à moins de 30 centimètres de l'anus, l'auteur s'aperçut qu'il en existait encore un grand nombre. La palpation de l'abdomen permettait de sentir des petites masses qui ressemblaient à des ganglions mésentériques hypertrophiés. L'urine était normale, les selles, dysentériformes et fétides, contenant souvent des polypes nécrosés. Le traitement resta sans effet et la malade mourut d'inanition.

L'autopsie montra que les ganglions mésentériques étaient hypertrophiés et on vit que la muqueuse du côlon et même de l'iléon était couverte de polypes. Quelques-uns étaient gros comme un pois et paraissaient incrustés dans la muqueuse ; d'autres avaient un pédicule mesurant jusqu'à 3 centimètres de longueur. Le plus volumineux de tous, qui avait la forme d'un choufleur siégeait dans l'iléon. Au microscope on fit le diagnostic d'adénome papillaire.

Quelques mois plus tard le père de la jeune fille commença à perdre du sang par le rectum : on fit bientôt le diagnostic d'adéno-carcinome et on fit une opération radicale.

Le malade guérit parfaitement. Or, dans le voisinage du carcinome existaient des polypes semblables à ceux de la jeune fille. Il semble donc qu'il y ait eu dégénérescence maligne de papillomes simples. L'affection avait débuté chez le père quelques mois après la mort de la fille, et peut-être faut-il voir là une relation de contage ou tout au moins une prédisposition familiale.

C. Jarvis.

OBSTÉTRIQUE

Mme S. Stepanoff. *Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux* (*Thèse*, Paris, 1902, Juillet). — Sous le nom de *thrombus puerpéral*, il ne faut pas entendre le thrombus infectieux, caillot résultant d'une endartérite ou d'une endophlébite et produisant l'oblitération d'un vaisseau, mais une infiltration ou une collection sanguine siégeant dans les mailles du tissu cellulaire qui entoure les organes génitaux externes de la femme et survenant soit au cours de la grossesse, soit pendant le travail, soit après l'accouchement.

Cet épanchement sanguin est le résultat soit de la rupture spontanée d'un vaisseau, le plus souvent variqueux, fortement distendu en amont d'un point comprimé par la présentation fœtale, soit de la déchirure de ce vaisseau au moment du travail de l'accouchement. Il a ordinairement son point de départ dans le tissu cellulaire péri-vaginal d'où il peut fuser soit par en bas, pour faire saillie vers la vulve (thrombus vulvaire, pédiculé ou non), soit par en haut. Dans ce dernier cas, le sang fuse habituellement dans la gaine des vaisseaux hypogastriques,

soit dans l'interstice cellulaire qui se trouve entre les deux feuillets du ligament large. Lorsque la quantité de sang épanché est grande, l'infiltration dépasse le détroit supérieur pour former une variété de thrombus : le *thrombus pelvi-abdominal*.

C'est cette variété que Mme Stepanoff étudie plus particulièrement dans sa thèse à l'occasion d'un cas inédit observé à la Maternité dans le service de M. Porak.

Le thrombus pelvi-abdominal est très difficile à reconnaître. Il n'y a pas ici de tuméfaction visible comme dans les thrombus vulvaires : c'est par la constatation, dans le pelvis, d'une tumeur latérale, jointe à l'absence de fièvre et aux signes généraux des grandes hémorragies, qu'on arrivera à porter le diagnostic.

Le pronostic de cette variété de thrombus puerpéral est, en général, très grave; il tire cette gravité de l'hémorragie et du danger d'infection. Celle-ci, en effet, est presque fatale quand le thrombus s'est ouvert, et les thrombus pelvi-abdominaux ont habituellement une paroi anfractueuse, ne permettant pas une évacuation parfaite de la poche.

Le traitement doit être à la fois général et local. Général, il doit avoir pour but de tonifier les malades affaiblies par l'hémorragie. Local, il doit se proposer, avant tout, de favoriser la résorption de l'épanchement lorsque ce dernier est encore fermé et ne constitue pas une cause de dystocie. Lorsque, au contraire, l'hémorragie est considérable et continue, que la tumeur fait dystocie, qu'elle menace de se rompre et, par conséquent, risque de s'infecter, le meilleur traitement consistera à l'ouvrir largement par une ou plusieurs larges incisions pratiquées par voie vaginale ou abdominale, selon les cas, puis à instituer un tamponnement antiseptique qui assurera à la fois l'hémostase et le drainage parfait de la poche.

J. Dumont.

GYNÉCOLOGIE

J. R. Kermarrec. ***Contribution à l'étude des greffes de l'ovaire (greffes péritonéales et intra-organiques)*** (*Thèse*, Paris, 1902, Juillet). —

La greffe ovarique consiste à transplanter des ovaires sains de femme au lieu et place d'ovaires malades préalablement enlevés ou à côté d'ovaires rudimentaires et reconnus insuffisants.

L'idée de ces greffes est toute récente (1895); elle est due à Chrobak, chirurgien allemand, qui chargea son assistant Knauer d'expérimenter sur l'animal pour savoir jusqu'à quel point elles étaient susceptibles de réussir. Presque en même temps, R. O. Morris — sans connaître les expériences de Knauer — publiait à New-York ses essais sur la transplantation des tissus ovariens chez la femme. Depuis, plusieurs chirurgiens ont suivi son exemple et la littérature médicale possède aujourd'hui plusieurs observations de greffes de l'ovaire chez la femme. Une intervention de ce genre pratiquée par H. Delagenière (du Mans) a donné à M. Kermarrec l'idée d'étudier cette intéressante question et d'en faire le sujet de sa thèse inaugurale.

Technique opératoire de la greffe ovarique. — Les chirurgiens qui se sont occupés de greffe ovarique ont jusqu'ici opéré à leur guise, et l'on peut dire qu'il y a à peu près autant de procédés opératoires que d'observations.

Au point de vue de l'origine des portions d'ovaire à transplanter, on doit d'abord distinguer les *hétérogreffes* et les *autogreffes*. Les premières sont assez rares, car on n'a pas toujours sous la main des ovaires ou des portions d'ovaires sains provenant d'un autre sujet: les deux seules observations existantes d'hétérogreffe appartiennent à Glass et à Morris. Toutes les autres observations publiées ont trait à des autogreffes.

Monprofit (d'Angers) a dégagé de tous les cas publiés une classification des moyens de transplantation de l'ovaire. Il distingue deux grandes méthodes de greffe : 1° La *greffe péritonéale*, pratiquée au niveau de l'utérus ou des ligaments du bassin ; 2° la *greffe intra-organique*, faite dans les trompes ou dans l'utérus.

La greffe péritonéale peut se faire : *a*) par la *voie abdominale*, *b*) par la *voie vaginale*. Il n'existe qu'une seule observation de greffe péritonéale faite par la voie abdominale : c'est celle de Morris qui greffa sur le péritoine de l'utérus d'une jeune femme de vingt ans un morceau d'ovaire provenant d'une autre femme. — Glass a pratiqué une greffe rétro-péritonéale par voie vaginale en incisant le vagin en arrière du col, en décollant ensuite le tissu conjonctif rétro-cervical et en cheminant ainsi, sans ouvrir le cul-de-sac péritonéal, aux côtés de l'utérus, jusqu'à la face profonde de la séreuse, vers l'endroit où l'ovaire se trouve normalement placé dans le ligament large. L'ovaire fut fixé au fond de ce tunnel au moyen de deux points de suture.

La greffe intra-organique comprend : *a*) la *greffe intra-utérine*. Une seule observation de Palmer-Dudley : Le fond de l'utérus fut incisé, puis dans la plaie on introduisit un fragment d'ovaire en forme de coin; le fond de l'utérus fut suturé par-dessus ; — *b*) la *greffe intra-salpingienne*. C'est cette méthode qui a été employée le plus grand nombre de fois (Franck, 3 fois ; Delagenière, 2 fois ; Morris, 1 fois). L'ovaire ou le fragment d'ovaire à greffer peut être implanté soit au niveau du pavillon de la trompe, soit dans l'intérieur même du conduit tubaire ; il faut seulement avoir soin d'enlever la muqueuse dans toute l'étendue de la région où doit se faire la greffe.

Résultats. — Toutes les interventions faites jusqu'ici pour remédier par la greffe à l'insuffisance ovarienne chez la femme ont donné des résultats très satisfaisants.

Chez les opérées qui auparavant avaient des règles irrégulières et douloureuses, les douleurs disparurent et la menstruation redevint régulière. Celles qui ressentaient les troubles d'une ménopause anticipée (perte de l'appétit sexuel, dépression mentale, douleurs pelviennes, vertiges, insomnies, etc.) s'en trouvèrent complètement guéries.

Enfin et surtout, sur 8 opérées, 4 devinrent enceintes. Une seule malheureusement put mener sa grossesse à terme (Franck); 2 autres avortèrent à trois mois, ayant des fœtus bien constitués; chez la quatrième, on soupçonna l'existence d'une grossesse extra-utérine.

Ces résultats sont, on le voit, des plus encourageants et incitent à de nouvelles recherches dans ce sens.

Indications de la greffe ovarique. — Les observations sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer des indications précises pour la greffe ovarique. Nous nous contenterons de résumer les causes qui ont poussé jusqu'ici les chirurgiens à intervenir par cette opération :

1° Les ovaires existaient, mais étaient rudimentaires ;

2° Les ovaires existaient, mais ils étaient malades en totalité ou en partie ;

3° Enfin les ovaires n'existaient plus, une opération antérieure les ayant supprimés.

J. Dumont.

V. de Senarclens. ***Contribution à l'étude de l'épithéliome malin du chorion*** (*Thèse*, Lausanne, 1902). — L'auteur rapporte deux observations personnelles de déciduome malin. Dans le premier cas — le plus intéressant — la tumeur utérine a suivi de très près (dix mois) l'expulsion d'une môle hydatiforme. Dès que le diagnostic de tumeur maligne fut posé par l'examen des débris retirés par la curette, on fit l'hystérectomie vaginale. Malgré cette intervention hâtive la malade succomba peu de mois après avec des métastases pelviennes et pulmonaires.

Il y a un rapport évident entre la môle hydatiforme et le développement de l'épithélioma du chorion. Quelques môles, d'ailleurs, ont d'emblée une structure maligne; toute môle devra donc être soumise à un examen microscopique pour déterminer sa nature bénigne ou maligne. Il est vrai de dire que le nombre de môles qui dégénèrent est beaucoup moins considérable qu'on ne l'admet généralement. Il est donc tout au moins exagéré de faire l'hystérectomie préventive, après l'expulsion d'une môle, de crainte de voir se développer un déciduome malin.

Mais il faudra surveiller de près toute femme ayant accouché d'une môle, de façon à intervenir au premier signe de tumeur maligne de l'utérus.

A. Schwab.

PÉDIATRIE

G. Mac-Kee. ***Le traitement des diarrhées infantiles estivales*** (*Philadelphia Medical Journal*, n° 237, 1902, 26 Juillet, p. 118). — L'auteur propose la classification suivante des diarrhées infantiles qu'on observe si fréquemment pendant la période des chaleurs : 1° La diarrhée dyspeptique due le plus souvent à la mauvaise nourriture ou à la nourriture imparfaitement digérée ; le rôle des microbes est ici des plus douteux. Cette forme revêt parfois les apparences d'une indigestion intestinale aiguë. 2° Les diarrhées infectieuses dues à divers microorganismes ; ces derniers sont presque invariablement ingérés avec les aliments et surtout avec le lait de vache; on peut distinguer les formes suivantes : la diarrhée de fermentation (infection gastro-intestinale atténuée), l'entérocolite aiguë ou chronique, enfin le choléra infantile.

Au point de vue de la thérapeutique de ces diarrhées la question du régime est d'importance capitale. Dans les cas où le nourrisson est élevé au biberon il faut supprimer le lait, sauf dans les cas de troubles très légers. S'il s'agit de diarrhée dyspeptique il est bon de donner du lait dilué ou encore du lait peptonisé. Que si le lait est la cause de l'infection, il va de soi qu'il faut le supprimer. On donnera pendant vingt-quatre heures simplement de l'eau bouillie sans nourriture; on peut ensuite donner de la décoction d'orge, sauf cependant dans les cas où la diarrhée est due à l'ingestion de matières sucrées. Le troisième jour on donnera du jus de viande ou du consommé et ce n'est que progressivement qu'on reprendra l'usage du lait.

Quant au traitement médical, il consistera le plus souvent en une purge qu'on administrera tout au début : on donnera la préférence à l'huile de ricin et au calomel. Quelquefois, cependant, c'est aux astringents qu'il faut avoir recours (sels de bismuth, nitrate d'argent). Le salol donne d'excellents résultats comme antiseptique intestinal; dans certains cas un opiacé est indiqué. Si des stimulants sont nécessaires, on donnera de l'atropine, de la strychnine et du cognac. Pour combattre la fièvre rien ne vaut les enveloppements humides.

On voit parfois apparaître comme complication de la pneumonie ou de la broncho-pneumonie qu'on soignera selon les règles habituelles.

C. Jarvis.

Gurney Taylor. ***Un cas d'emphysème sous-cutané consécutif à une ulcération de la trachée d'origine probablement diphtéritique*** (*Annals of gynecology and pediatry*, 1902, Mai, n° 5, p. 257). — Gurney Taylor, de Philadelphie, rapporte l'observation d'une petite fille de quatre ans qui présenta à la suite de phénomènes fébriles de l'emphysème sous-cutané à la partie antérieure du thorax. L'auteur regarde cet emphysème comme consécutif à une ulcération diphtéritique située profondément dans la trachée.

L'observation, malheureusement, est un peu sommaire.

P. Desfosses.

Laurent Six. ***Contribution à l'étude du lait maternisé*** (*Thèse*, Paris, 1902). — D'après Laurent, le lait de vache, d'une composition toute différente du lait de femme, ne peut être donné aux nourrissons qu'après avoir subi des modifications. Parmi les procédés de fabrication de laits artificiels, Laurent Six préconise le procédé de Gaertner. Voici comment ce procédé est appliqué : le lait de vache récemment trait est refroidi; il est coupé de moitié d'eau pour que la caséine soit amenée à un taux de 18 pour 100. Le mélange est ensuite placé dans une écrémeuse centrifuge qui doit séparer la caséine du petit-lait. La turbine de cette écrémeuse fait environ 7.000 tours à la minute; un mécanisme spécial permet de faire des prises différentes. Un des robinets aboutit au centre de l'écrémeuse et donne du lait gras; un autre aboutit à la périphérie et donne du lait maigre (caséine et petit-lait). On doit régler l'opération de façon à obtenir par le robinet central un lait aussi riche en matières grasses que le lait de femme, mais contenant moitié moins de caséine. La teneur en sucre est rétablie par l'adjonction d'une quantité de lactose variant entre 20 et 25 grammes par litre. Le lait ainsi obtenu est décanté dans des flacons de 150 à 500 grammes de capacité; ces flacons sont stérilisés à la température de 105° pendant vingt-sept minutes. L'avantage de la centrifugation est de débarrasser le lait, rapidement et aisément, de toutes les impuretés qu'il a pu recueillir au moment de la traite.

Ce lait se rapproche beaucoup par sa composition du lait de femme; il est très bien supporté par les enfants et peut convenir également aux adultes et aux vieillards auxquels le régime lacté a été prescrit.

P. Desfosses.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

L. Bacaresse. ***Considérations étiologiques sur le syndrome de Little*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Dans une série de chapitres relatant l'étiologie, la symptomatologie, la pathogénie du syndrome de Little, l'au-

teur discute à l'aide d'observations nouvelles les différentes théories qui ont vu le jour depuis Little.

La « maladie de Little », dit-il, n'est pas une entité morbide, mais un syndrome, c'est-à-dire une association de symptômes. On l'observe chez des enfants nés à la suite d'accouchement laborieux, chez des prématurés, quelquefois à la suite de maladie infectieuse de l'enfance.

Si l'on examine avec soin les antécédents héréditaires de ces malades, on s'aperçoit que le plus souvent ils sont de souche névropathique et ont été exposés à des toxiinfections, ou à une intoxication dans le sein maternel, à une tare héréditaire.

Le type de ces infections héréditaires est la syphilis, mais l'auteur note aussi la tuberculose, et il résume sa conclusion définitive dans la formule suivante : les lésions du syndrome de Little peuvent être *provoquées* par l'accouchement laborieux ou asphyxique, mais sont *produites* par des éléments de nature infectieuse ou toxique.

A. Sicard.

A. J. Levy. *Contribution à l'étude des diplégies faciales totales* (*Thèse*, Paris, 1902). — La diplégie faciale totale se prête facilement à une étude d'ensemble ; c'est un syndrome qui comporte différentes variétés d'un diagnostic souvent délicat. Il était intéressant de les grouper et de noter leurs points de rapprochement ou de divergence.

L'auteur classe les diplégies faciales en : supranucléaires, en nucléaires et en périphériques.

Les paralysies faciales supranucléaires sont le plus fréquemment d'ordre pseudo-bulbaire ; les nucléaires appartiennent à la sclérose latérale amyotrophique dans la majorité des cas ; les périphériques sont habituellement la conséquence d'une infection ou d'une intoxication générale.

La porte d'entrée de l'infection semble jouer un grand rôle sur la bilatéralité de l'affection, suivant qu'étant médiane, elle agit sur les extrémités du nerf (tétanos), ou bien, au contraire, agissant sur le trajet des branches du tronc nerveux, elle semble l'atteindre des deux côtés à la fois, comme dans les oreillons.

La diplégie d'origine infectieuse est d'un pronostic relativement bénin et guérit d'autant plus facilement qu'un traitement approprié est institué le plus tôt possible.

A. Sicard.

VOIES URINAIRES

ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

A. V. Frisch. *L'adrénaline dans la chirurgie des voies urinaires* (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1902, n° 31, p. 788). — L'auteur signale un certain nombre de cas destinés à montrer les services que peut rendre l'emploi de l'adrénaline dans la chirurgie des voies urinaires.

Dans les cas de cystoscopie où l'hématurie vésicale ne permet pas de se rendre compte de l'état de la vessie, l'injection intravésicale de 100 à 150 centimètres cubes d'une solution d'adrénaline au 10.000e arrête l'hémorragie au bout de trois ou quatre minutes. Il suffit alors de vider la vessie pour pratiquer la cystoscopie dans des conditions particulièrement favorables.

De même, dans l'ablation des tumeurs de la vessie par la voie sus-pubienne, il suffit de badigeonner la face interne de la vessie avec une solution d'adrénaline au 1000e pour pouvoir extirper le ou les néoplasmes au milieu d'un tissu anémié et sans perdre une seule goutte de sang. Cette pratique est particulièrement avantageuse en cas de papillomes multiples dont on ne risque plus de laisser en place quelques-uns.

Dans les rétrécissements dits infranchissables, il suffit de mettre quelques gouttes d'une solution d'adrénaline au 1000e à l'entrée de la stricture pour amener un dégonflement de la muqueuse permettant le passage relativement facile de la sonde. Il en est de même des cas de cathétérisme difficile dans l'hypertrophie de la prostate où l'instillation de quelques gouttes de solution d'adrénaline au 1000e facilite le passage de la sonde, lequel passage s'effectue sans provoquer d'hémorragie, même dans les prostates très vasculaires.

Enfin, chez les prostatiques pris, pour la première fois, d'une rétention complète de l'urine, l'instillation de quelques centimètres cubes d'une solution d'adrénaline au 1000e dans la portion prostatique de l'urètre permet aux malades d'émettre spontanément quelques gouttes d'urine et de vider ensuite plus complètement leur vessie, quand ces instillations sont répétées les jours suivants.

R. Romme.

OPHTALMOLOGIE

Chiron du Brossay. *Traitement des kératites interstitielles et strumeuses par l'huile iodée* (*Iodipin et Lipiodol*) (*Thèse*, Paris, Juillet 1902). — L'huile iodée n'est pas une création thérapeutique récente, et depuis longtemps on a recours à l'huile de foie de morue ou à ses succédanés. L'iodipin et le lipiodol sont toutes deux des huiles iodées préparées artificiellement, la première d'origine allemande, la seconde de fabrication française et un peu plus riche en iode que sa rivale. Toutes deux jouissent des mêmes propriétés thérapeutiques et se sont déjà acquis une large place dans la thérapeutique des lésions syphilitiques et parasyphilitiques. Mais la thérapeutique oculaire est aussi appelée à s'en servir utilement. Dans sa thèse, M. Chiron du Brossay étudie spécialement l'un des chapitres de cette thérapeutique oculaire, celui qui a trait aux kératites interstitielles et strumeuses. Il montre que l'huile iodée, sous forme d'iodipin ou de lipiodol, qu'elle soit administrée par la voie buccale ou sous forme d'injections hypodermiques, constitue un médicament de choix dans les affections graves de la cornée dépendant d'un tempérament affaibli par l'une des deux diathèses scrofule ou syphilis.

L'huile iodée peut être considérée comme un spécifique pour les *kératites interstitielles hérédo-syphilitiques*; employée seule et sans l'adjuvant d'un traitement local, elle suffit à guérir.

Sans avoir vis-à-vis des *kératites scrofuleuses* une action aussi spécifique, l'huile iodée est très efficace dans la grande majorité des cas, surtout si on l'associe au traitement local de la lésion cornéenne.

Doses médicamenteuses. Administrée par la voie buccale, l'huile iodée peut l'être en nature, en capsules ou en émulsion. En nature, on peut en ordonner trois à quatre cuillérées à café par jour. La dose de capsules ou d'émulsion variera évidemment avec le titre de ces dernières. En général, il faudra toujours donner une dose moindre de lipiodol que d'iodipin. Pour les enfants, doses moitié moindre que pour les adultes.

Les injections hypodermiques se feront de préférence dans la région fessière, tous les jours ou tous les deux jours seulement, suivant la susceptibilité du malade et l'intensité des lésions. Dose variable avec l'âge du malade : pour le lipiodol, de 1 à 10 centimètres cubes par jour ; pour l'iodipin, de 1 1/2 à 16 centimètres cubes par jour. — Ces injections constituent le mode d'administration de choix de l'huile iodée. Elles n'ont aucun inconvénient, à part les accidents d'iodisme qu'on a quelquefois observés et qu'il sera le plus souvent possible d'éviter en surveillant et en réglant soigneusement les doses administrées aux malades.

J. Dumont.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

Marfan et Delille. *Paralysie faciale congénitale du côté droit* (*La Parole*, n° 2, Février 1902). — Les paralysies faciales congénitales méritant ce nom débutent pendant la vie intra-utérine et ne doivent pas être confondues avec celles qui se produisent à la naissance et qui sont dues à un traumatisme pendant l'accouchement. On discute sur leur origine, mais, d'après les faits publiés, on est porté à penser que ces paralysies relèvent le plus souvent d'une atrophie primitive intra-utérine du mésocéphale. Il n'en est pas toujours ainsi, comme le prouve l'observation suivante : Fillette morte athrepsique à trois mois et demi et ayant présenté une paralysie faciale congénitale droite coïncidant avec une agénésie de l'oreille du même côté. A l'autopsie, on constate que le rocher est représenté par une masse osseuse dans laquelle on ne peut retrouver les organes qu'il renferme à l'état normal. Le tronc du facial n'existe pas dans son trajet extra et intrapétreux ; il existe, mais atrophié, dans son trajet intracranien ; le noyau d'origine est également atrophié.

Les auteurs pensent que dans ce cas, il est impossible d'admettre que l'atrophie des noyaux protubérantiels ait été primitive et la cause de l'agénésie du facial et des organes de l'ouïe. Ils sont d'avis que la lésion primitive a siégé au niveau du rocher et que l'atrophie n'a été que secondaire.

G. Mahu.

H. Royet (de Lyon). *Nécrose de l'apophyse mastoïde consécutive à une otite aiguë* (*La Parole*, n° 1, Janvier 1902). — A titre de curiosité clinique, l'auteur rapporte l'observation d'une mastoïdite aiguë ayant évolué d'une façon un peu exceptionnelle chez un malade qui avait refusé toute intervention. Sans avoir causé d'autre accident, elle s'est terminée par la formation d'un séquestre au niveau de la paroi postérieure du conduit auditif, entretenant un écoulement peu abondant mais très fétide. On fut obligé d'extraire ce séquestre par le conduit en plusieurs séances, le malade refusant de se prêter à toute autre intervention. L'écoulement cessa aussitôt après l'extraction mais apparut de nouveau un an plus tard à la suite d'un coryza, se compliquant alors de paralysie faciale.

L'auteur pense que malgré l'étroitesse de la lumière et les difficultés qu'il a rencontrées pour extraire le séquestre, l'opération a été complète, et il considère le second écoulement non comme une otite aiguë réchauffée, mais comme la localisation d'une maladie infectieuse sur un point faible.

G. Mahu.

PHYSIQUE, CHIMIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALES

A. Lasne-Desvareilles. *Helminthiase, symptomatologie* (*Thèse*, Paris, 1902). — Dans son travail, l'auteur s'est spécialement occupé de réunir le plus grand nombre d'observations possible de cas d'helminthiase provoquée soit par des animaux du groupe des cestoïdes, soit par des vers du groupe des nématodes, des insectes du groupe des diptères ou des représentants du groupe des myriapodes.

Cette accumulation importante de faits lui a permis de relever pour l'helminthiase des symptômes fort nombreux se manifestant avec une plus ou moins grande intensité, encore qu'il n'en soit pas de véritablement pathognomonique de l'affection, à l'exception cependant de la présence du parasite lui-même, de ses œufs ou de sa larve dans les déjections du malade.

En somme, conclut l'auteur du travail « l'helminthiase a des symptômes multiples, complexes, mais aucun d'eux ne permet d'affirmer l'existence des parasites dans le tube digestif de l'homme.

« L'examen des matières vomies ou des selles permet seul de poser le diagnostic ferme d'helminthiase. Si un premier examen microscopique est négatif, il faut procéder à un second examen, car les œufs ou les larves du parasite ont pu échapper à l'œil.

« Cet examen est d'autant plus important qu'il peut souvent éviter une intervention chirurgicale (obstruction intestinale, appendicite), le médecin pouvant alors, sûr de son diagnostic, débarrasser promptement son malade par l'administration d'un vermifuge, et ainsi éviter quelquefois un dénouement fatal. »

G. Vitoux.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

N. E. Norway. *Sur le traitement de la fièvre typhoïde* (*British medical Journal*, 1902, 12 Juillet). — Au cours de nombreuses autopsies de typhiques, l'auteur avait remarqué que jamais le contenu de l'estomac et de l'intestin ne paraissait digéré, et il semblait que les malades étaient morts d'inanition. Pour lui, l'amaigrissement est dû à ce que la nourriture assimilée ne compense pas la perte par élimination de l'urée et de l'acide carbonique; cette non-assimilation de la nourriture serait due au bacille d'Eberth. Il faut donc augmenter la résistance du malade en facilitant l'assimilation des aliments. Partant de ce principe Norway a appliqué la méthode de traitement suivante. Il prévient la constipation en donnant des doses faibles de calomel et il agit sur la température au moyen de la phénacétine. Si le cœur faiblit, il donne quelques gouttes de chloroforme dans une potion; si l'insomnie est le symptôme dominant, il a recours à de faibles doses de morphine.

Le tube digestif est traité de la façon suivante : toutes les heures on fait prendre au malade le mélange suivant : pepsine 2 grammes, acide chlorhydrique dilué 10 gouttes, glycérine 1 gramme, eau 15 grammes. Ce mélange est versé dans un verre d'eau que le malade boit en une ou deux fois. Les doses sont bientôt espacées de plus en plus.

Avec cette médication l'auteur a noté un abaissement de la température progressif, régulier et constant dès le deuxième jour du traitement; les malades

assimilent mieux et maigrissent moins. Enfin, sur 40 cas, pas un seul décès ne s'est produit.

C. Jarvis.

ÉPIDÉMIOLOGIE, MÉDECINE PUBLIQUE, HYGIÈNE

P. Krause. *Un cas d'inoculation de tuberculose bovine* (*Münch. med. Wochenschr.*, 1902, n° 25, p. 1035). — Cette observation, destinée à élucider les rapports entre la tuberculose humaine et la bovine, se rapporte à un garçon boucher occupé, dans un abattoir, à la manipulation des viandes malades. Un jour il se blesse au pouce et le lendemain, avant que la plaie ne soit cicatrisée, il est obligé de détacher les masses épiploïques d'une vache tuberculeuse qu'on venait de tuer. Au bout de quelques jours, le bras se tuméfie, et peu à peu se développe une lymphangite et une adénopathie axillaire. Les incisions n'amenant pas la guérison, on est obligé de procéder à l'extirpation du paquet ganglionnaire.

L'examen microscopique des ganglions caséeux a montré l'existence de tubercules avec cellules géantes. Dans quelques préparations on a trouvé des bacilles tuberculeux isolés, en très petit nombre.

R. Romme.

FACULTÉ DE PARIS

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — Cours pratique, démonstratif, de technique clinique pendant les vacances, sous la direction de M. le professeur Landouzy.

Ce cours commencera au laboratoire de la clinique médicale de Laënnec (rue de Sèvres), le mercredi matin, 17 Septembre, finira le lundi soir 29 Septembre et comprendra deux séances quotidiennes : le matin, de 9 h. 1/2 à midi; le soir, de 2 h. 1/2 à 5 heures; il sera fait par MM. G. Brouardel, O. Josué, Marcel Labbé et Léon Bernard, chefs de clinique et chefs de laboratoire.

PROGRAMME DU COURS :

Mercredi 17 Septembre. — Matin. Les fonctions hépatiques à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du foie. — Après-midi. Technique bactérioscopique générale appliquée à la clinique.

Jeudi 18 Septembre. — Matin. Les fonctions rénales à l'état normal et pathologique. Examen clinique de l'état fonctionnel du rein. — Après-midi. Diagnostic bactérioscopique des angines.

Vendredi 19 Septembre. — Matin. Analyse chimique des urines. Examen de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène. — Après-midi. Les séro-diagnostics.

Samedi 20 Septembre. — Matin. Détermination de la toxicité des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Examen des sérosités pathologiques : les cyto-diagnostics.

Dimanche 21 Septembre. — Matin. Cryoscopie des urines et des liquides de l'organisme. — Après-midi. Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien.

Lundi 22 Septembre. — Matin. Examen cytoscopique des urines. — Après-midi. Les fonctions du sang. Numération des globules du sang.

Mardi 23 Septembre. — Matin. Les fonctions motrices du système nerveux à l'état normal et pathologique. Examen clinique de la motricité. — Après-midi. Les fonctions sensitives du système nerveux à l'état normal et pathologique. Réflexes; leur recherche; leur séméiotique; troubles trophiques.

Mercredi 24 Septembre. — Matin. Examen bactérioscopique des urines et des pus génito-urinaires. — Après-midi. Les globules du sang normal. Préparation de sang sec.

Jeudi 25 Septembre. — Matin. Examen des crachats. — Après-midi. L'hémoglobine du sang normal et pathologique. Activité de réduction de l'hémoglobine.

Vendredi 26 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du poumon : pneumographie; cyrtométrie; spirométrie. — Après-midi. La coagulation du sang; enseignements cliniques fournis par l'étude du réseau fibrineux et du sérum.

Samedi 27 Septembre. — Matin. Méthodes physiques appliquées au diagnostic des affections du cœur et des vaisseaux : cardiographie; sphygmographie; sphygmomanométrie; valeur séméiologique de la tension vasculaire; pression artérielle. — Après-midi. Les leucocytes dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des leucocytoses.

Dimanche 28 Septembre. — Matin. Radioscopie médicale. Radiographie. — Après-midi. Les hématies dans le sang pathologique. Diagnostic et pronostic des états anémiques.

Lundi 29 Septembre. — Matin. Diagnostic de la tuberculose par les procédés récents. — Après-midi. Examen bactérioscopique du sang et des sérosités.

Le montant des droits à verser est de 100 francs, pour les treize jours de cours.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les Étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, sont délivrés, dès à présent jusqu'au 8 Septembre 1902, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 23 Septembre 1902 :

M. Billet, médecin principal de 1re classe, médecin chef de l'hôpital militaire de Marseille, est désigné pour l'état-major du gouvernement militaire et la place de Paris (médecin chef).

M. Fluteau, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie, est nommé adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

M. Duchêne, médecin principal de 1re classe à l'état-major du gouvernement militaire et place de Paris, est nommé directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie.

M. Petit, médecin-major de 1re classe, est désigné pour le 24e régiment d'artillerie.

M. Lapeyre, médecin-major de 1re classe, est désigné pour le 53e régiment d'infanterie.

M. Pech, médecin-major de 1re classe, est désigné pour le 12e régiment d'infanterie.

M. Tredos, médecin-major de 2e classe, est désigné pour le 128e régiment d'infanterie.

M. Jannot, médecin-major de 2e classe, est désigné pour le 10e régiment de cuirassiers.

M. Tricot, médecin-major de 2e classe, est désigné pour le 47e régiment d'infanterie.

M. de Viville, médecin-major de 2e classe, est désigné pour l'école d'application de cavalerie.

M. Castaing, médecin-major de 2e classe, est désigné pour le 115e régiment d'infanterie.

M. Chabrut, médecin-major de 2e classe, est désigné pour la légion de la garde républicaine.

M. Merciolle, médecin-major de 2e classe, est désigné pour le 119e régiment d'infanterie.

M. Levêque, médecin-major de 2e classe, est désigné pour le 30e bataillon de chasseurs à pied.

M. Ardoin, médecin aide-major de 1re classe, est désigné pour le 80e régiment d'infanterie.

M. Faideau, médecin aide-major de 1re classe, est désigné pour l'hôpital militaire de Briançon.

M. Navas, médecin aide-major de 1re classe, est désigné pour le 42e régiment d'infanterie.

M. Rigourd, médecin aide-major de 1re classe, est désigné pour le 128e régiment d'infanterie.

M. Hurel, médecin aide-major de 1re classe, est maintenu au 8e régiment de cuirassiers.

M. Legendre, médecin aide-major de 1re classe, est désigné pour le 3e régiment de tirailleurs algériens.

M. Antoine, médecin aide-major de 1re classe, est désigné pour le 4e régiment de dragons.

M. Guyard, médecin aide-major de 1re classe, est désigné pour le 4e régiment de zouaves.

Association des anciens internes et internes en exercice des hôpitaux de Paris. — Le Comité de l'Association dans sa dernière séance présidée par M. le professeur Guyon a pris les décisions suivantes :

1° Me Gatineau est nommé conseil judiciaire de l'Association.

2° L'Office de l'Internat sera ouvert à l'hôtel des Sociétés savantes, à partir du 15 Octobre prochain, les mardis, jeudis, samedis de 2 heures à 5 heures.

M. Millet, ancien interne, père de notre regretté collègue, a bien voulu offrir son temps et son dévouement à l'Association : il est nommé directeur de l'Office.

C'est à son domicile, 33, rue Davioud, Paris (XVIe), que doivent être adressées dorénavant toutes les communications concernant l'Office.

3° L'Office de l'Internat s'occupe dès maintenant de dresser, pour l'afficher ensuite, la liste des places d'interne vacantes ou promises par les chefs de service.

MM. les chefs de service sont donc priés d'envoyer le plus tôt possible leur liste personnelle à M. Millet à l'adresse ci-dessus indiquée.

Récompenses académiques. — L'Académie des beaux-arts a décerné le prix du baron de Jouest (2.000 fr.) à M. Paul Richer (de Paris) pour son ouvrage intitulé : *L'Art et la médecine.*

L'Académie des sciences morales et politiques a décerné le prix Carlier (1.000 fr.) à M. Legrain (de Ville-Evrard) et à Mme Legrain pour leur ouvrage intitulé : *La réforme du cabaret et les restaurants de tempérance.*

Les médecins aux conseils généraux. — Au cours de la dernière session des conseils généraux, un certain nombre de médecins ont été élus présidents de ces assemblées départementales. Ce sont : dans le Calvados, M. Turgis; dans la Charente-Inférieure, M. Combes, président du conseil des ministres; dans les Pyrénées-Orientales, M. Paul Pujade, élu à l'unanimité; en Seine-et-Marne, M. Delbet, député. En Seine-et-Oise, M. Amodru a été nommé vice-président.

CONCOURS

Hospices civils de Lyon. — Un concours pour la nomination de quatorze élèves internes et d'un certain nombre d'internes provisoires aura lieu le lundi 6 Octobre, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les candidats devront se faire inscrire avant le samedi 20 Septembre, à l'Administration centrale des hospices, en justifiant de huit inscriptions; de plus, les candidats devront avoir rempli pendant un an les fonctions d'externe des hôpitaux de Lyon ou d'externe des hôpitaux de Paris, ou d'interne dans un hôpital d'une autre ville, ces dernières fonctions ayant été conférées à la suite d'un concours.

La date du concours pour la nomination des élèves externes est fixée au 20 Octobre. Le nombre des élèves à nommer sera fixé au moment du concours.

Les candidats devront se faire inscrire avant le samedi 4 Octobre, à 4 heures, à l'Administration centrale, en déposant leur acte de naissance, un certificat de bonnes vie et mœurs, et en justifiant de quatre inscriptions pour le doctorat en médecine.

Le concours pour la nomination de neuf pharmaciens adjoints des hospices et d'un nombre encore indéterminé de suppléants aura lieu le jeudi 6 Novembre, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription sera clos le samedi 4 Octobre, à 4 heures. Les candidats devront présenter leur acte de naissance, un certificat de vaccination, justifier de quatre inscriptions de scolarité, de trois ans de stage effectif et du certificat de l'examen de validation; déposer la liste, signée par eux, de toutes les pharmacies dans lesquelles ils ont accompli leur stage, l'Administration se réservant de prendre des informations avant de dresser la liste définitive des candidats admis au concours.

RENSEIGNEMENTS

MM. **Chevassu, Dupuy, Heitz-Boyer, Lemierre, Louste, Pécharmant et Rostaine,** internes des hôpitaux, recommenceront les conférences d'internat le vendredi 12 Septembre et les continueront les vendredis suivants, 2 heures précises, amphithéâtre Cruveilhier (École pratique).

Sanatorium d'altitude (1.300 mètres) dans le Cantal, tout aménagé (23 lits), à vendre par suite du décès du fondateur. Parc de 10 hectares. Prix demandé 50.000 francs. S'adresser *P. M.*, n° 811.

Une seconde place d'interne est créée à l'hôpital Sadiki de Tunis (pour le 15 Octobre 1902). *Avantages matériels* : 100 francs par mois, logé, nourri, blanchi, voyage payé (en 2e classe). *Conditions* ; 12 inscriptions au moins, engagement d'un an, préférence accordée à externe des hôpitaux de Paris justifiant d'un stage chirurgical sérieux. S'adresser *P. M.*, n° 812.

L'Éditeur-Gérant : G. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro 10 CENTIMES Tome II. N° 73. — Mercredi, 10 Septembre 1902. 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé. Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé. Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé. Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

RUDOLPH VIRCHOW

Il n'y a point encore un an, à cette même place, lors de la célébration à Berlin de son jubilé scientifique, qui fut l'occasion d'une enthousiaste manifestation à laquelle prirent part les savants du monde entier, nous rappelions bien sommairement ce que fut l'œuvre de Virchow et quelle influence elle exerça sur le développement des idées médicales au cours du dernier siècle.

Aujourd'hui, au lendemain même de sa mort, il nous convient de noter ce que fut l'homme illustre que l'Allemagne, que la Science viennent de perdre.

Né en Poméranie, à Schivelbein, le 13 octobre 1821, Rudolph Virchow était fils d'un petit fermier.

A l'âge de vingt-deux ans, en 1843, il se faisait recevoir docteur en médecine et bientôt ensuite privat-docent; puis, en 1847, l'année même où il fondait en collaboration avec Reinhardt son célèbre recueil, les *Archives d'anatomie et de physiologie pathologiques*, les « Archives de Virchow » comme on les désigne plus communément, il devenait prosecteur à l'hôpital de la Charité à Berlin.

Dès ce moment, Virchow allait inaugurer cette



série d'admirables travaux qui, jusqu'aux découvertes de Pasteur devaient guider toutes les idées médicales.

Tout d'abord, dans un mémoire sur les *Bases de la médecine scientifique*, mémoire publié dans le premier volume de ses *Archives* et qui excita l'attention de tous les savants d'alors, il s'efforçait d'établir l'importance de l'étude de la cellule à l'état pathologique et il traçait le programme propre à assurer le développement du progrès de nos connaissances en médecine.

« Il ne faut pas, disait-il, se faire d'illusions sur l'état actuel de la science médicale... Nous reconnaîtrons bientôt que l'observation et l'expérimentation ont seules une valeur durable.

« La physiologie pathologique trouvera enfin sa place, non pas par l'effet d'un enthousiasme passager, mais grâce à des travaux d'un grand nombre de chercheurs zélés. On reconnaîtra qu'elle est la citadelle de la médecine scientifique dont les forts détachés sont l'anatomie pathologique et les recherches cliniques. »

Bientôt, cependant, Virchow, en posant les bases de la *Pathologie cellulaire*, allait compléter sa première œuvre, et sa conception nouvelle, à la fois capitale et judicieuse, consistant à considérer la cellule comme le substratum de la vie même apportait une véritable révolution des plus fécondes dans les idées générales qui dirigeaient alors médecins et biologistes.

Cependant, en même temps qu'il donnait ainsi à la science une orientation philosophique nouvelle, Virchow marquait encore son activité par de multiples et remarquables recherches. C'est ainsi qu'on lui doit des travaux de première importance sur la leucémie, sur l'embolisme et la thrombose, sur l'état puerpéral, sur les tumeurs, sur le typhus, sur les phlébites, les pneumonies, la syphilis, le crétinisme, sur la tuberculose, sur les épidémies et endémies, sur l'hygiène en général, etc., etc.

Archéologue, anthropologiste, Virchow, dont la puissance de travail était vraiment étonnante, fut encore un journaliste et un homme politique des plus actifs.

En 1848, ses sympathies non déguisées pour les révolutionnaires lui avaient valu d'être dépossédé de ses fonctions à l'hôpital de la Charité. Bientôt, cependant, sur les instances du corps médical berlinois, il se voyait réintégré en son poste. Mais ce fut pour peu de temps. Une chaire d'anatomie pathologique lui ayant été offerte à l'Université de Wurtzbourg, il s'y rendait et y demeurait près de sept ans, de 1849 à 1856, époque où il revint à Berlin, qu'il ne devait plus quitter, pour y professer l'anatomie pathologique.

Comme professeur, Virchow, dont l'enseignement était des plus brillants, aura exercé une influence considérable. A l'étranger aussi bien qu'en Allemagne, nombreux sont les maîtres actuels qui naguère ont suivi ses leçons. Démocrate convaincu, en politique, Virchow ne cessa de réclamer en faveur des idées libérales. En 1859, élu conseiller municipal de Berlin, il fit depuis partie de presque toutes les législatures du Landtag prussien depuis 1862 et du Reichstag depuis 1880. Représentant de la 1re circonscription de Berlin, il siégeait dans le groupe progressiste et souvent, en particulier quand il s'agissait de questions de politique coloniale, économique ou ecclésiasque, il montait à la tribune pour y défendre la cause de la liberté et du progrès.

Cependant, comme il faut toujours que la conduite des hommes soit un moment au moins en désaccord avec les théories qu'ils professent, le savant, le philosophe, qui en 1867, dans un rêve humanitaire, déposait à la Chambre de Prusse une proposition de désarmement vivement combattue par Bismarck, trois ans plus tard, au moment de nos désastres, en compagnie de l'historien Momsen et de du Bois-Raymond, s'exprimait publiquement contre la France en des termes passionnés.

Virchow, alors, avait perdu momentanément sous l'excitation des événements la notion véritable des choses. Plus tard, au reste, quand le temps eut calmé les passions, il s'en est expliqué loyalement, et c'est ainsi qu'il y a deux jours, alors qu'il rappelait à ses confrères de l'Académie des sciences ce que fut Virchow, M. Bouchard a rapporté que l'illustre savant, il y a quelques années, en présence d'une centaine de médecins français réunis à l'occasion d'un congrès, lui disait à ce sujet : « On a dit que j'avais exprimé à l'époque de la guerre de 1870 des sentiments hostiles à la France. Ces paroles, je doute les avoir dites. Mais, sait-on toujours ce que l'on a dit dans ces périodes de troubles ? Si je les ai donc prononcées, je les désavoue aujourd'hui. Je n'ai pas de sentiments d'hostilité pour la France, et j'honore et admire les savants français... »

Le professeur Virchow, dont la dernière visite à Paris eut lieu en 1900, où il présida le Congrès médical international tenu à l'occasion de l'Exposition, appartenait en qualité d'associé étranger à notre Académie des sciences ; il était commandeur de la Légion d'honneur.

GEORGES VITOUX.

LIVRES NOUVEAUX

F. Legueu. — *Leçons de clinique chirurgicale* (FÉLIX ALCAN, Paris, 1902).

M. Legueu a réuni en un volume les leçons de clinique chirurgicale qu'il a professées pendant l'année 1901 à l'Hôtel-Dieu, comme suppléant de M. le professeur Duplay.

Ces leçons, au nombre de trente, sont classées sous les rubriques suivantes : Pathogénie générale — Membres — Tête, cou, sein — Abdomen et hernies — Appareil génito-urinaire — Gynécologie.

Le chapitre consacré à la pathologie générale renferme trois leçons : la première a trait à la pratique de l'asepsie ; la seconde est une étude sur la rachicocaïnisation à propos de 200 cas recueillis par l'auteur ; la troisième a pour sujet le traitement des tuberculoses articulaires.

Le second chapitre du volume renferme cinq leçons sur la chirurgie des membres. C'est d'abord une étude sur les gangrènes sèches et la gangrène septique ; puis une leçon sur les indications thérapeutiques dans les luxations anciennes de l'épaule, au cours de laquelle l'auteur compare la valeur de l'arthrotomie et de la résection dont il fait ressortir les avantages ; une leçon sur une affection relativement rare et encore peu étudiée : la subluxation récidivante de la rotule ; les deux derniers paragraphes sont consacrés au traitement de l'équinisme paralytique et congénital et au traitement de l'ulcère variqueux.

Sous la rubrique : Tête, cou, sein, sont groupées quatre leçons portant : sur les plaies du crâne par arme à feu, l'opportunité de l'intervention immédiate, souvent nécessaire, toujours utile ; sur le traitement de l'ankylose de la mâchoire, sur un kyste du conduit thyréoglosse, sur le cancer étendu du sein, la nécessité des exérèses larges comprenant la peau, les muscles, les ganglions, l'utilité de l'autoplastie dont M. Legueu décrit un procédé personnel.

Dans le chapitre concernant l'abdomen, le lecteur trouvera une étude sur la récidive de la hernie inguinale, à propos de 27 cas observés, et une autre sur les éventrations. En troisième lieu, à propos d'une malade porteuse d'une salpingite et opérée à tort pour une appendicite, l'auteur rappelle la difficulté du diagnostic entre cette dernière affection et l'annexite, le kyste dermoïde tordu et la rupture d'une grossesse tubaire et discute la pathogénie de la propagation de l'inflammation de la trompe à l'appendice. Vient ensuite un paragraphe très intéressant sur la chirurgie de l'ulcère stomacal où sont passées en revue les interventions pour conséquence des ulcères (lésions du pylore, estomac biloculaire, adhérences périgastriques), les interventions pour complications des ulcères (perforations et hémorragies) et les interventions pour ulcères chroniques ou récidives. Une observation de cholécystite calculeuse aiguë traitée par la cholécystostomie d'urgence et le drainage vésiculaire et guérie termine ce chapitre.

Six leçons constituent le chapitre concernant l'appareil génito-urinaire : les deux premières traitent des lésions inflammatoires de l'épididyme et du testicule et particulièrement de la tuberculose génitale. La troisième a pour titre : kyste hydatique du rein ; les éléments du diagnostic et les méthodes de traitement sont exposés avec précision et clarté. La quatrième a trait à la tuberculose du rein ; l'auteur étudie les formes communes de la tuberculose rénale et les indications de la néphrectomie. L'hydronéphrose intermittente et son traitement, l'anurie dans le cancer de l'utérus font le sujet des deux derniers paragraphes.

M. Legueu a fait une assez large part à la gynécologie à laquelle il a consacré le dernier chapitre de son livre qui renferme sept leçons. Etudiant d'abord le traitement des salpingites, l'auteur distingue les salpingites aiguës et chroniques. Les salpingites aiguës post-abortives doivent être opérées immédiatement ; dans les salpingites blennorragiques aiguës, l'expectation est préférable. Pour les collections chroniques, il faut opérer s'il y a un mauvais état général, une collection volumineuse et des douleurs trop vives. Quant au choix de l'opération, tout dépend des différents cas ; la colpotomie n'est que partielle, l'hystérectomie vaginale est souvent insuffisante et quelquefois excessive ; la laparotomie avec l'hystérectomie abdominale constitue une opération radicale et complète ; l'auteur décrit sa technique personnelle de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale avec castration totale pour lésions bilatérales des annexes. Les deux leçons suivantes contiennent : l'une, l'exposé de la valeur comparative des hystérectomies pour cancer du col ; l'autre, le traitement jugé le meilleur par M. Legueu des prolapsus utérins graves : ablation partielle de l'utérus par la voie abdominale ; fixation du col utérin à l'angle inférieur de la plaie et colpopérinéorrhaphie. L'énucléation abdominale des myomes, ses avantages, ses indications et contre-indications, sa technique, le diagnostic et le traitement des tumeurs végétantes de l'ovaire et des grandes collections séreuses pelviennes constituent les dernières leçons.

M. Legueu fait suivre ces leçons de la statistique des opérations pratiquées par lui du 1er mars au 30 octobre 1901. Sur un total de 418 opérations, 140 sont du domaine de la gynécologie, dont 124 laparohystérectomies qui ont donné 4 morts, soit 3 pour 100.

Ces leçons, remarquables par l'esprit clinique qu'elles révèlent, par la clarté de l'exposition et la vivacité du style, sont d'une lecture très profitable. Elles sont accompagnées de photographies, de tracés de température, d'examens histologiques qui complètent et rendent plus instructive l'histoire des malades.

G. BERRUYER.

Albert Weil. — *Manuel d'électrothérapie et d'électrodiagnostic* (F. ALCAN, Paris, 1902).

Les modalités électriques sont les agents physiques dont les applications médicales sont le plus nombreuses et le plus efficaces. Le manuel de M. Weil a pour but de faire connaître au praticien la manière d'appliquer à l'organisme humain les nombreuses formes de l'énergie électrique et de montrer le bénéfice qu'on en peut retirer pour le diagnostic et la thérapeutique.

L'ouvrage est divisé en quatre parties. La première partie est consacrée à l'étude des moyens d'action de l'électrothérapie et des divers procédés d'application des modalités de l'énergie électrique. L'auteur décrit les instruments producteurs des courants galvaniques, faradiques, ondulatoires, les appareils producteurs d'ozone, de rayons X, de radiations caloriques et lumineuses, l'appareil de Lortet et Genoud pour la photothérapie.

La deuxième partie a trait aux effets de l'électricité sous ses différentes formes sur l'organisme : effets sur la nutrition, effets sensitifs, vaso-moteurs, musculaires, et, à propos de chacune des modalités de l'énergie électrique, l'auteur résume en quelques mots ses indications thérapeutiques.

Dans la troisième partie, l'auteur passe en revue les applications de l'électricité au diagnostic ; il étudie les divers symptômes donnés par l'exploration électrique, décrit la détermination des points moteurs, la technique des recherches de l'électro-diagnostic et son interprétation, les réactions utérines aux applications galvanique et faradique, les variations de la résistance électrique du corps humain dans divers états pathologiques.

Enfin, la quatrième partie est consacrée aux applications thérapeutiques de l'électricité. M. Weil passe successivement en revue les maladies de la nutrition, du système nerveux, du système musculaire et articulaire, des appareils digestif, respiratoire, circulatoire, lymphatique, génito-urinaire de l'homme, génital de la femme, les maladies de la peau, des organes, des sens et de la voix.

Le livre de M. Weil sera consulté avec avantage par tous, étudiants et praticiens.

G. BERRUYER.

De la prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie simple de la prostate. Technique opératoire et résultats cliniques, par M. Jean PETIT, avec préface de M. J. ALBARRAN, *Thèse* Paris, 1902 (*G. Steinheil*, éditeur, Paris).

LES LÉSIONS APPENDICULAIRES
DANS LES AUTOPSIES BANALES

PAR MM.

TUFFIER, Agrégé
Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

R. MARCLAND
Ex-Interne de l'hôpital de Brévannes (S.-et-O.)

L'autopsie soigneuse de la région appendiculaire, faite de parti pris sur tous les sujets passant par l'amphithéâtre, peut-elle contribuer à fixer la pathogénie ou la signification pronostique de l'appendicite commune ? Quelles sont les altérations morbides des appendices ainsi examinés ; quelle est leur fréquence et leur signification ?

* * *

Les lésions les plus apparentes sont les adhérences péri-appendiculaires. Des tractus fibreux, durs, résistants, irrégulièrement distribués, rattachent l'appendice aux organes voisins, cæcum, iléon, mésentère, péritoine iliaque. Souvent alors le méso-appendice a disparu. D'autres fois il subsiste, mais transformé ; des brides blanchâtres le plissent, l'épaississent et lui donnent un aspect cicatriciel. La répartition et l'aspect de ces adhérences anciennes sont extrêmement divers et variables. Elles sont le plus souvent très nettes.

En effet, le point délicat est de ne pas prendre pour un péritoine adultéré une séreuse simplement anormale. Or, il faut avoir examiné quelques fosses iliaques droites pour avoir une idée nette de l'infinie diversité des formes anatomiques qu'elle présente. Toutes ces anomalies ont été décrites par les anatomistes, et toutes sont fréquentes, plus fréquentes semble-t-il que le schéma classique exact. Quelques-unes sont peu connues, tel le ligament cæco-mésentérico-iliaque (fig. 4) que nous avons rencontré presque toujours lorsque l'appendice remonte à droite du cæcum[1], telles les nombreuses variétés des replis cæcaux supérieurs et inférieurs. Parfois plusieurs des anomalies décrites coexistent sur le même sujet, et le péritoine péri-appendiculaire présente alors une physionomie si inattendue qu'on se demande vraiment s'il est pathologique ou simplement anormal. L'aspect extérieur de la séreuse permet souvent de trancher la question.

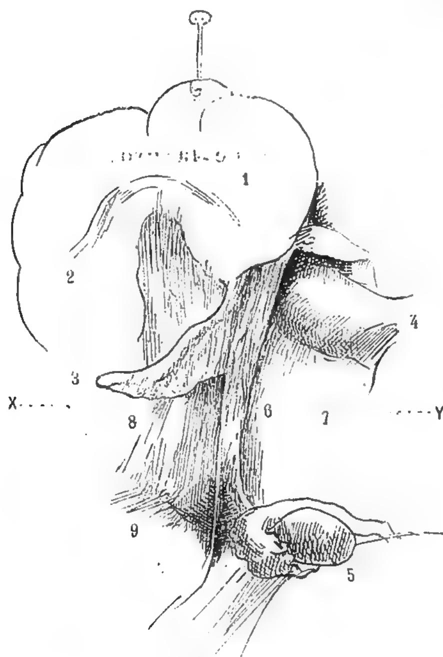


Figure 2 (obs. V).

Péritoine péri-appendiculaire anormal, mais ne semblant pas pathologique. Cæcum qu'on a fait basculer autour de la ligne xy, pour montrer sa face postérieure. — 1, cæcum ; 2, côlon ; 3, appendice ; 4, iléon ; 5, trompe et ovaire ; 6, repli cæco-mésentérico-iliaque ; 7, mésentère ; 8, introcôlon ; 9, fosse iliaque.

Même après avoir fait très large la part des anomalies congénitales, on constate, avec une fréquence très grande, les adhérences pathologiques. Sur 146 autopsies, MM. Tuffier et Jeanne ont trouvé 47 fois seulement le péritoine péri-appendiculaire sain. M. Byron Robinson[2] sur 418 autopsies constate dans 45 pour 100 des cas les mêmes adhérences péri-appendiculaires.

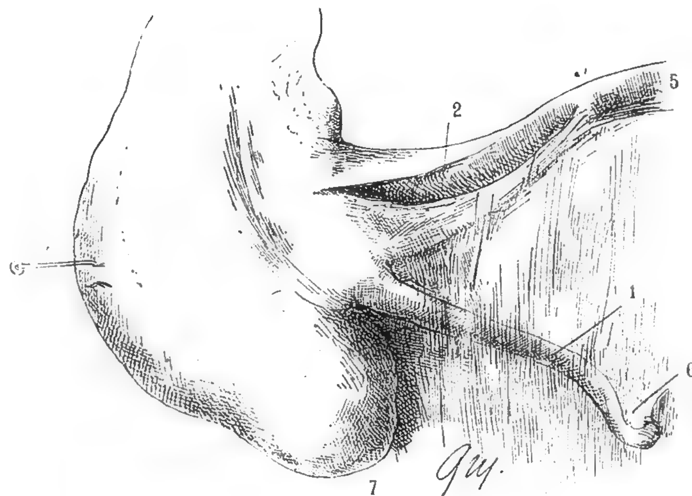


Figure 1 (obs. IV).
1, appendice inclus dans le mésentère ; 2, fossette anormale ; 5, iléon ; 6, méso-appendice rudimentaire ; 7, cæcum.

Evidemment, ces lésions sont dues très souvent à d'autres causes qu'à l'appendicite. Elles peuvent être expliquées par une péritonite généralisée aiguë, une péritonite tuberculeuse, etc., par une inflammation d'un organe voisin (tuberculose vésicale, cancer utérin, salpingite ancienne, abcès froid sous-péritonéal, etc.), par une surcharge graisseuse du péritoine, par des plaies viscérales, par une gêne de la circulation abdominale, (cirrhose), par une inflammation intestinale, de l'ascite, etc.

Dans 30 cas sur 146, MM. Tuffier et Jeanne attribuent les adhérences à l'appendice seul. Dans notre série de 60 autopsies nous avons 18 fois conclu à de la péri-appendicite, c'est-à-dire à des adhérences péri-appendiculaires d'origine appendiculaire, nettement pathologiques. Les figures 1, 2, 3, 5, reproductions de croquis pris à l'amphithéâtre, en montrent des exemples.

La fréquence des adhérences péri-appendiculaires est donc incontestable. Faut-il se hâter de conclure que, toutes, elles sont le stigmate d'une appendicite aiguë, chirurgicale, guérie spontanément ? Non certes, car le problème est plus complexe.

* * *

MM. Letulle et Weinberg ont, en effet, démontré que les altérations pathologiques de l'appendice sont fort diverses[1]. Ils ont constaté histologiquement l'existence des appendicites chroniques atrophiques, hypertrophiques et oblitérantes, et les considèrent comme très fréquentes. A côté de l'appendicite aiguë, chirurgicale, avec son tableau clinique banal, il y a donc certainement des appendicites chroniques très communes. Souvent cette inflammation chronique ne s'accompagne aucunement d'adhérences péritonéales, et ce n'est qu'au microscope que l'on peut constater son existence.

D'autre part, si l'on examine au microscope les appendices adhérents, on les trouve soit atteints d'inflammation chronique, leur cavité étant libre, soit oblitérés, présentant une plaque cicatricielle centrale de tissu conjonctif que l'on ne peut expliquer que comme consécutive à une inflammation très grave de la muqueuse appendiculaire.

On trouve donc à l'autopsie :

1° Des appendices adhérents et oblitérés complètement ou incomplètement ;

2° Des appendices adhérents et à cavité libre, mais atteints d'inflammation chronique ;

3° De très nombreux appendices ne présentant aucune lésion macroscopique, mais qui histologiquement paraissent chroniquement enflammés.

Sur une série de 60 autopsies, nous avons constaté 22 fois de la péri-appendicite ; 13 fois elle coexistait avec une oblitération partielle ou totale de la cavité appendiculaire ; 15 fois, alors qu'il n'y avait aucune lésion péritonéale, nous avons constaté l'oblitération de l'appendice ou des lésions d'endo-appendicite.

Ainsi donc, l'inflammation de l'appendice



Figure 3 (obs. L).

Endo- et péri-appendicite. — 1, cavité pelvienne ; 2, fosse iliaque ; 3, méso-appendice ; 4, épine iliaque antéro-supérieure ; 5, iléon attiré en haut et repli iléo-appendiculaire ; 6, appendice et adhérences ; 7, feuillet inférieur du mésentère terminal ; 8, cæcum ; 9, côlon ascendant ; 10, côlon transverse ; 11, repli iléo-côlique ; 12, repli cæcal supérieur ; 13, repli cæcal inférieur.

1. Tuffier et Jeanne. — *Revue de gynécologie*, 1899.
2. Byron Robinson. — *Ann. of Surg.*, 1901.

1. Letulle et Weinberg. — *Archives de médecine*, 1897. — Weinberg. *Thèse*, Paris, 1898.

paraît parfois amener l'oblitération de la cavité avec lésions péritonéales, parfois des lésions péritonéales sans oblitération, parfois des altérations purement microscopiques.

En ne considérant que les deux premières formes, nous voyons que, sur 100 autopsies quelconques, on trouve 50 appendices malades. Un certain nombre, 20 pour 100, entourés d'adhérences épaisses, solides, avec atrophie du cæcum (fig. 2), semblent avoir été en-

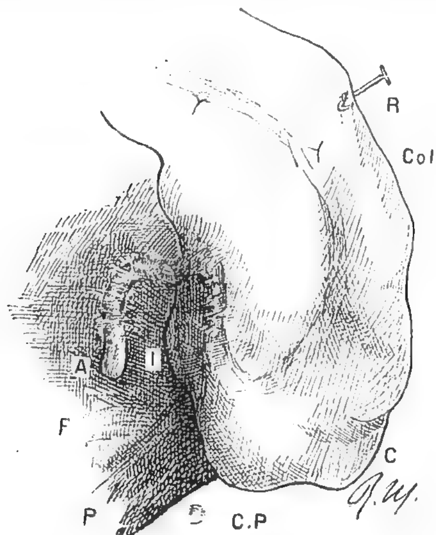


Figure 4 (obs. XLIII).

A, appendice; C, cæcum; Col. côlon ascendant; P, psoas. C. P, cavité pelvienne; F, fosse iliaque; I, point d'abouchement de l'iléon. Le cæcum montre sa face postérieure; il est renversé à gauche et tiré en haut par l'érigne R.

flammés très violemment. Peut-être s'agit-il ici d'une appendicite vraie, aiguë, chirurgicale, guérie spontanément.

Un certain nombre d'autres cas ne présentent que des lésions d'endo-appendicite; les appendices sont nettement et macroscopiquement altérés, quelquefois fonctionnellement supprimés par des oblitérations étendues.

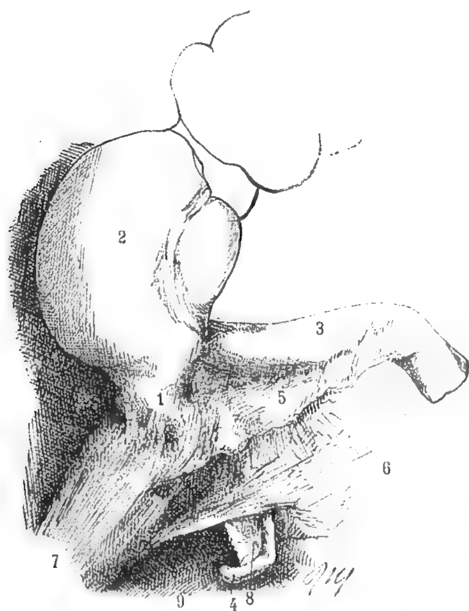


Figure 5 (obs. LVIII).

Pérityphlite et péri-appendicite ancienne. — 1, cæcum atrophié; 2, côlon ascendant; 3, iléon; 4, appendice; 5, repli iléo-appendiculaire; 6, mésentère; 7, psoas; 8, méso-appendice; 9, cavité pelvienne.

* * *

Entre ces deux classes extrêmes, il faut en faire une troisième qui comprend les cas où on ne constate macroscopiquement que de la péri-appendicite. Des appendices paraissant sains sont entourés d'adhérences pathologiques. Au microscope seulement on les trouve atteints d'appendicite chronique. La seule lésion constante est donc l'inflammation chronique, et c'est elle qui peut expliquer la genèse des lésions appendiculaires.

Il est en effet démontré que la péri-appendicite est toujours secondaire à l'endo-appendicite.

L'un de nous disait : « Nous pensons que cette péri-appendicite productrice d'adhérences persistantes est généralement secondaire à une inflammation de la muqueuse. Cette inflammation peut être grave, gangreneuse, ou bénigne, légère; elle peut se circonscrire et disparaître, ne laissant que peu ou point de traces de son passage sur cette muqueuse, et laissant au contraire sur le péritoine qui enveloppe l'organe des stigmates indélébiles. Les péri-appendicites relèvent de la lymphangite sous-séreuse dont le point de départ est la lésion muqueuse. »

Si nous rappelons que MM. Letulle et Weinberg ont toujours trouvé sur les appendices enflammés d'une façon aiguë « la préexistence des lésions chroniques aux manifestations récentes, cause de l'intervention opératoire », qu'ils affirment que « toute appendicite aiguë chirurgicalement constatée est toujours secondaire »; si nous rapprochons de ce fait que pour eux « l'appendicite aiguë, la plus minime, est toujours par le fait même de la contexture de l'organe, compliquée de péri-lymphangite centrifuge », il semble qu'il n'y ait qu'un pas à faire pour arriver à s'expliquer la genèse des altérations appendiculaires constatées dans les autopsies banales.

L'appendice est un organe presque toujours enflammé chroniquement. Il survient une poussée aiguë plus ou moins intense, accompagnée de péri-lymphangite, donc d'organisation défensive du péritoine.

Si la poussée aiguë est bénigne, les adhérences protègent suffisamment l'organe et peuvent disparaître ou laisser des cicatrices très légères. Mais ces inflammations peuvent se réitérer sur un organe aussi prédisposé, et les adhérences deviendront de plus en plus nombreuses. On comprend que l'on puisse constater à l'autopsie, soit une appendicite chronique simple sans lésions péritonéales nettes actuellement constatables, soit un appendice entouré d'un péritoine légèrement atteint : petites brides fibreuses sur le méso, en un point de l'organe, adhérences peu nombreuses; que dans d'autres cas au contraire on peut trouver de la péri-appendicite très nette, ou l'appendice enfoui sous les adhérences cicatricielles. Dans ces cas, il faut admettre, soit des formes inflammatoires aiguës répétées, soit une seule poussée, mais violente, d'appendicite chirurgicale guérie spontanément et dont nous constatons les cicatrices. Il semble malheureusement difficile de faire entre ces deux sortes d'adhérences un diagnostic nécropsique sérieux[1].

Les adhérences péri-appendiculaires et les lésions appendiculaires ne sont donc pas pour nous le résultat certain de l'inflammation aiguë chirurgicale cliniquement connue sous le nom d'appendicite. De ce que nous trouvons à l'autopsie nombre d'appendices anciennement malades et cicatrisés sur des sujets morts d'affections banales, nous ne croirons pas à un aussi grand nombre d'appendicites graves guéries, et nous ne conclurons pas à la bénignité des formes cliniques de l'appendicite.

La conclusion à tirer de nos examens c'est qu'il existe très fréquemment sur le cadavre des lésions appendiculaires qui n'ont pas été constatées sur le vivant, dont on ne semble pas connaître les symptômes. A côté de l'appendicite vraie chirurgicale, il doit certainement y avoir des formes très fréquentes d'appendicites plus ou moins graves dont on constate à l'autopsie seulement l'existence et la forme anatomo-pathologique.

Les études récentes semblent montrer que l'existence clinique de ces formes pathologiques peut être parfois cliniquement constatée[1].

1. R. Marcland. — *Thèse*, Paris, 1902.

1. Longuet. — *Semaine médicale*, 1902, Juin.

ÉTUDE HISTORIQUE

SUR L'EXPLORATION EXTERNE DU TUBE DIGESTIF

Par Léon **MAC-AULIFFE**

A côté du chimisme stomacal, une place est revendiquée par un nouveau procédé d'observation, l'*Exploration externe du tube digestif*, qui nous apporte un ensemble de données objectives, propres à élucider le problème clinique de la digestion humaine. La découverte de ce procédé est de date récente. Il nous a paru intéressant de rechercher les travaux qui l'ont précédée au cours du dernier siècle, et d'étudier à ce point de vue particulier, l'évolution des sciences médicales.

1° Le premier travail à notre connaissance est la thèse de Devergie[2], en 1823, intitulée *Essai sur l'exploration de l'abdomen, à l'aide de la vue et du toucher*. Devergie s'enquérait, par l'inspection, du volume, de la forme, de l'état de la peau de l'abdomen. La palpation lui permettait d'évaluer la température de la paroi abdominale ou de l'abdomen lui-même, sa rénitence, sa sensibilité, son élasticité; la percussion l'autorisait à déterminer le météorisme ou l'hydropisie[3]; il réservait l'auscultation à l'étude de la grossesse. Cette thèse indique en somme une bonne orientation, mais rien de plus. La physiologie du contenu abdominal reste obscure après comme avant.

En 1828, Piorry fit paraître son livre *De la percussion médiate*, dans lequel il laissait une large place à l'exploration abdominale. Pour rendre plus facile la percussion de l'appareil digestif qu'il pratiquait, comme l'on sait, avec le plessimètre, il recommandait de faire boire les malades, et leur donnait de grands lavements, ce qui permettait de mieux circonscrire les organes par des lignes. Il a donc l'incontestable mérite d'avoir montré le premier que l'on pouvait délimiter par la percussion les différents organes de l'abdomen.

Mais la nouvelle méthode ne s'imposa pas immédiatement à tous les esprits et jusqu'en 1866 Piorry et ses élèves durent publier pour la vulgariser un nombre d'ouvrages relative-

2. Devergie. — Paris, Didot, 1823, 28 Juin, n° 37, in-4°.

3. Devergie pratiquait la percussion « avec l'extrémité des doigts appliqués à plat sur les parois abdominales ».

ment considérable[1]. Il est curieux de remarquer, en passant, que déjà, dans un livre intitulé *Du procédé opératoire à suivre dans l'exploration des organes* paru en 1831, Piorry signale à l'attention des observateurs la différenciation des sons au niveau de certains segments du tube digestif. « On distingue dans l'abdomen, dit-il, un son tympanique très clair, propre aux organes les plus vastes tels que l'estomac et le cæcum, et celui dont est suivi la percussion des gros intestins et des intestins grêles, dont l'élasticité et la sonorité sont moins marquées.

Faisons observer ici que le degré de capacité de ces organes pleins de gaz influe seul sur l'acuité ou la gravité de la résonnance produite; que si les intestins grêles sont plus dilatés que le côlon transverse, ils donneront un son plus tympanique que celui-ci; mais presque toujours c'est le côlon qui est plus dilaté que le jéjunum et l'iléon, et qui donne plus de son[2]. » Piorry enseignait d'ailleurs à ses élèves de la Pitié la percussion abdominale; et dans un tableau sur le mode d'examen et l'interrogatoire des malades qui nous est parvenu et que possède la Bibliothèque nationale[3], on peut voir quelle importance il attribuait à ce mode d'exploration.

Mais la palpation et la percussion n'étaient pour lui que des moyens de discerner avant tout la nature liquide ou solide ou semi-solide du contenu; il ne pouvait être question pour Piorry de la membrane digestive, de son état physiologique, anatomique, fonctionnel. L'idée qu'il soit possible, par l'exploration abdominale, de pénétrer le mécanisme de la digestion ne ressort pas de ses travaux. Piorry était avant tout un pathologiste qui collectionnait ingénieusement des signes physiques de maladie. Son procédé, d'ailleurs, est tombé en désuétude après lui : il suffit pour s'en convaincre de parcourir les classiques (Voir Barth et Roger, etc.).

De 1832 à 1885, de nombreux ouvrages ont été publiés sur l'exploration abdominale, sans qu'il ait été fait mention de la possibilité d'une exploration externe du tube digestif et surtout sans qu'on se soit rendu compte des phénomènes digestifs évoluant en quelque sorte sous la main des observateurs.

La plupart de ces travaux ont été faits sous l'inspiration de Piorry et n'offrent guère d'intérêt aujourd'hui[4]. Il faut faire mention pourtant de la monographie de Ballard dans le *The London Medical Gazette* de 1851 intitulée : *Du diagnostic physique des maladies de l'abdomen.*

2° En 1885 parurent les premiers travaux de Glénard[1]. Cet auteur démontra que la palpation pouvait donner des renseignements sur le volume, la forme, la consistance de certains segments du tube digestif. Dès ses premiers travaux il a mis l'exploration méthodique de l'abdomen au service d'une nouvelle entité morbide, l'enteroptose qu'il définit à l'aide d'un certain nombre de signes anatomiques : boudin cæcal, corde colique transverse, cordon sigmoïdal hypostase abdominale, néphroptose hépatoptose, etc., etc., tous signes révélés par l'exploration abdominale. Mais, dans l'esprit de Glenard, ce mode d'exploration n'a de raison d'être et d'utilité qu'autant qu'il concourt uniquement à la recherche des signes de la maladie nouvelle. De plus, pendant ces dix dernières années, Glénard a insisté sur l'exploration de l'abdomen appliquée à la recherche des signes hépatiques : sensibilité, déformation du foie, etc. Ces signes lui ont permis d'édifier sa théorie de l'hépatisme, véritable tronc dont l'entéroptose n'est devenue qu'une simple branche. Il a créé enfin des divisions dans son procédé d'exploration : procédé « de glissement » pour l'intestin, procédé « du pincement ou néphroleptique » pour le rein, procédé « du pouce » pour le foie et la rate. On peut donc dire qu'il a eu le premier le mérite d'examiner l'abdomen de toute une catégorie nombreuse de malades chez lesquels les classiques incriminaient tout autre appareil organique que l'appareil digestif. Entre ses mains l'exploration de l'abdomen révèle des signes de sténose colique et de mobilité viscérale qu'il cherche à interpréter en créant un état dyscrasique par vice fonctionnel du foie, l'hépatisme. Cet hépatisme tient sous sa dépendance l'entéro-néphroptose, nouvelle entité morbide. Mais il ne faut rien voir de plus dans ses recherches. Pour Glénard, il convient de le répéter, l'exploration abdominale révèle une maladie, et, si cette maladie est absente, le procédé perd sa raison d'être. La fonction digestive n'est pas de son ressort.

Sigaud[2], de Lyon, le premier, substitue à l'exploration *abdominale* l'exploration *externe du tube digestif*, en même temps qu'il dresse toute une nomenclature de signes objectifs, qui, en se groupant d'une infinité de manières, viennent répondre aux formes diverses du péristaltisme gastro-intestinal. Il ne s'agit plus d'entités morbides, mais de physiologie digestive clinique.

Les travaux de cet auteur, poursuivis depuis près de quinze ans, avec la collaboration de Léon Vincent, sont consignés dans trois ouvrages auxquels nous renvoyons le lecteur[1].

* * *

Nous allons nous efforcer de passer succinctement en revue quelques-uns des principaux signes révélés par l'exploration externe du tube digestif :

1° *Inspection*. — L'inspection de l'abdomen doit être pratiquée chez le malade dans la position couchée et dans la station debout.

Elle permet de distinguer immédiatement deux catégories de sujets : « D'une part, ceux dont l'abdomen est proéminent et déborde notablement ses limites osseuses; d'autre part, ceux dont l'abdomen garde ses proportions normales. »

Si l'on étudie l'évolution des deux catégories de sujets, on constate que l'hypermégalie abdominale des premiers est suivie, tôt ou tard, par l'affaissement et la rétraction du ventre, tandis que le ventre de la deuxième catégorie « s'affaisse et se rétracte sans passer par la phase d'hypermégalie ». Il y a là, pour Sigaud, un mode réactionnel du tube digestif en face de la maladie, aboutissant, dans les deux cas, à l'atrophie et à l'inertie finales; mais, chez les premiers sujets, le tube digestif fournit une résistance active, compensatrice, avant d'arriver à la mort. Le processus hypermégalique, résultant de l'hypertrophie et de l'hyperplasie des éléments anatomiques, et révélé par l'inspection, est le signe extérieur de la compensation digestive. « Il mérite d'être recherché soigneusement à tous les âges de la vie et sous toutes ses formes. »

2° *Palpation*. — Sigaud préconise deux modes de palpation : la palpation superficielle et la palpation profonde.

La palpation superficielle permet d'apprécier deux sortes de ventres : les ventres élastiques, qui « résistent peu à la compression manuelle, mais, par contre, reprennent instantanément leur forme dès qu'on cesse de les comprimer »; les ventres rénitents, caractérisés « par la résistance qu'ils opposent aux efforts de compression faits par la main de l'observateur ».

La rénitence est le plus souvent l'apanage des ventres dont l'inspection nous a révélé l'augmentation de volume au cours de leur évolution. L'élasticité se rencontre le plus fréquemment chez les sujets dont l'appareil digestif arrive à l'inertie finale sans passer par la phase d'hypermégalie. Or, l'expérience des faits montre que « si la vitalité est intacte, l'élasticité est bonne; si la vitalité décroît, l'élasticité diminue. De telle sorte que, pour une main exercée, la sensation d'élasticité abdominale donne rapidement une mesure approximative du degré de vitalité actuelle du tube digestif ». La rénitence exprime simplement la puissance compensatrice, l'effort réactionnel dont l'appareil est capable contre la maladie. Or, certains ventres sont plus rénitents qu'élastiques, d'autres

---

1. Voyez QUESNE, interne de PIORRY. — « Propositions sur la percussion ». *Thèse*, Paris, 1829, n° 223, in-4°. — PIORRY. « Du procédé opératoire à suivre dans l'exploration des organes ». Paris, 1831, in-8°. — PIORRY. « Procédé opératoire de la percussion ». Paris, 1833. — PIORRY. « Traité de diagnostic èt de séméiologie. » Paris, 1837, T. II, in-8°. — PIORRY. « Traité de plessimétrisme et d'organographisme ». Paris, 1866, etc.

2. PIORRY. — « Du procéde opératoire, etc., ». Paris, 1831, p. 182.

3. Cf. Tableau indiquant la manière d'interroger et d'examiner les malades, Paris, 1832, in-8°, pièce Bibliothèque nationale, imprimés, Td 32, 23. Ce tableau a été reproduit par nos soins dans la *France médicale* du 25 Juin 1902, n° 12.

4. En 1830, avait paru une thèse de Mavré, mauvaise copie de la thèse de Devergie de 1823. Elle a pour titre : « Les signes physiques que peut fournir l'abdomen pour le diagnostic de ses maladies », 1830, 31 Août, Paris, n° 277. Voyez par ailleurs en dehors des ouvrages de Piorry déjà cités : — DE CLINCHAMPS. « Essai sur la percussion abdominale ». *Thèse*, Paris, 1835, 3 Décembre, in-4°. — MAYER. « De percussione abdominis ». Halae, 1838, in-8°, éd. Antoine, Bibliothèque nationale, imprimés Td 18, 14. — SABATIER. « Des applications de la percussion au diagnostic des maladies de l'abdomen ». *Thèse*, Paris, 1843, 17 Novembre, in-4°. — BENIT. « Du volume du ventre dans ses rapports avec la séméiologie et de la mensuration abdominale ». *Thèse*, Paris, 1843, 6 Décembre, in-4°. — CARBONEL. « De la percussion appliquée au diagnostic des maladies de l'abdomen ». *Thèse*, Paris, 1844, 16 Août, in-4°. — DELAIGUE. « Des applications de la percussion au diagnostic des maladies de l'abdomen ». *Thèse*, Paris, 1844, 28 Août, in-4°. — BALLARD. « On the physical diagnosis of diseases of the abdomen ». *The London medical gazette*, 1851, new series, Vol XIII, 101, 191, 271, 570, 705, 835, 882, 1012, 1094. — COUILLAULT. « De la symptomatologie organique générale de l'abdomen ». *Thèse*, Paris, 1855, 21 Novembre, in-4°. — SIEBERT. « Diagnostik der Krankheiten des Unterleibes », Erlangen, 1885, in-8°.

1. GLÉNARD. — « Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse. Détermination d'une espèce. De l'entéroptose ». *Lyon médical*, 1885, Mars-Avril. Voir aussi « Néphroptose et entéroptose ». *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1893, 22 Décembre.

2. SIGAUD. — Voyez « Exploration externe du tube digestif et indications du régime alimentaire ». *Lyon médical*, n°s du 6 et du 13 Octobre 1900 — VINCENT. « Exploration externe du tube digestif et nouvelle méthode d'observation clinique ». *La Presse Médicale*, 1902, 8 Mars, n° 20, etc., etc.

1. C. SIGAUD. — « Traité des troubles fonctionnels mécaniques de l'appareil digestif », 1894, Paris, Doin, in-8°. — L. VINCENT. « Traité de l'exploration manuelle des organes digestifs », 1898, Paris, Doin, in-8°. — C. SIGAUD. « Traité clinique de la digestion et du régime alimentaire », 1900, Paris, Doin, T. Ier, in-8°.

plus élastiques que rénitents. Pourquoi? Sigaud interprète ces divers signes et montre, en outre, que, contrairement à l'opinion courante, la paroi abdominale ne s'oppose pas à l'appréciation exacte des qualités physiques du tube digestif.

La palpation profonde permet de suivre d'une façon intime la phase digestive, c'est-à-dire « l'effort physiologique nécessaire pour venir à bout d'une quantité donnée d'aliments ».

Dans ce but, Sigaud recommande d'étudier à la fois l'estomac et le côlon, seuls segments du tube digestif saisissables à la palpation profonde.

Or, à l'état normal, pendant toute la durée de la phase digestive, aucun de ces segments ne fournit de signes objectifs. A l'état pathologique, au contraire, ces signes apparaissent.

Dès que l'aliment excite le tube digestif dans une mesure anormale (surcharge ou qualités nocives), celui-ci, un moment surpris, cède, puis se ressaisit, s'adapte, compense; enfin, épuisé, « il faiblit de nouveau et achève sa tâche dans l'irrégularité et le désordre ».

C'est, dit Sigaud, « au moment où l'adaptation cesse, où l'insuffisance fonctionnelle éclate, que le clinicien peut noter des signes objectifs au niveau de l'estomac et du côlon ». Rappelons qu'il est indispensable que l'examen soit long et minutieux, car les divers signes que fournit l'exploration sont d'une variabilité infinie. Et c'est en étudiant ainsi les différents états successifs d'un même segment qu'on peut apprécier sa vitalité.

La distension de l'estomac après l'effort de resserrement se manifeste, pour des raisons qu'il serait trop long de donner ici, par le bruit de clapotage « qu'on obtient en imprimant des secousses latérales au tronc du malade, à l'aide des deux mains enserrant, non pas les flancs, comme on a tendance à le faire, mais la base du thorax ». A un degré de plus vers l'inertie, on peut trouver un nouveau signe, la sensation de flot gastrique, « perçue par la main gauche, que le médecin tient appliquée sur l'épigastre pendant que, de la main droite, il imprime au tronc du malade des secousses latérales ». Le bruit de clapotage peut, d'ailleurs, coïncider avec le flot, puis, au dernier degré, tout près de l'inertie finale, celui-ci seul est senti.

La palpation profonde montre des phénomènes de même nature du côté du côlon. « Le cæcum se gonfle et forme l'ampoule cæcale, équivalent objectif de la distension gastrique; puis à mesure que l'éréthisme fonctionnel faiblit, les parois du cæcum s'affaiblissent, s'accolent à son contenu pour former le *boudin cæcal*.

« Le reste du côlon transverse et descendant se présente constamment sous la forme d'un cordon étroit, plus ou moins dur, plus ou moins tendu sur ses insertions et donnant le ressaut si on cherche à le mobiliser dans un sens normal à sa direction physiologique. »

3° *Percussion*. — La percussion est applicable à tous les cas, même aux gros ventres souvent si difficiles à palper. Elle donne toujours des indications précises et c'est le mode d'investigation qui exige l'expérience pratique la plus consommée.

Or les sons abdominaux peuvent se classer ainsi :

Le son simple ;
La résonance ;
Le tympanisme,

Le son simple répond au péristaltisme physiologique.

La résonance, caractérisée par la grande intensité du son, correspond à la distension du segment percuté. « Du fait de la distension, l'étendue des plages vibrantes s'est notablement accrue, entraînant une augmentation d'amplitude des vibrations, dont le nombre reste d'ailleurs le même dans l'unité de temps. »

Le tympanisme est caractérisé par un son de timbre nettement musical. Il correspond à la distension brusque, poussée à son maximum, du segment percuté, à « une sorte de tétanisation de la cavité tout entière qui reste figée dans sa forme pathologique ».

Or, tant que le péristaltisme est physiologique, la percussion donne un son simple; « les ondes de dilatation et de resserrement sont d'une faible amplitude et ne modifient guère que la hauteur du son ». Dès que « l'amplitude des ondes péristaltiques dépasse les limites physiologiques, la résonnance apparaît et vient objectiver l'onde de dilatation, avec des oscillations dans son intensité qui répondent aux oscillations elles-mêmes de cette onde de dilatation ». Si bien que, comme l'avait déjà constaté Piorry, la résonnance, qu'il confondait d'ailleurs avec le tympanisme, s'observe surtout au niveau des grands réservoirs du tube digestif (estomac et cæcum), à l'épigastre et dans la fosse iliaque droite, et n'apparaît que tardivement au niveau du grêle, dans la région sous-ombilicale et dans la fosse iliaque gauche (damier normal de Sigaud).

Quelquefois cependant le péristaltisme du grêle subit des oscillations de telle amplitude que la résonnance apparaît (asthénie digestive avancée; damier inverse de Sigaud).

La percussion est donc le meilleur moyen pour se rendre compte de l'état physiologique de la membrane digestive.

* * *

En résumé, si vieille que soit l'exploration abdominale, il semble bien que pendant longtemps les observateurs aient négligé les phénomènes digestifs évoluant sous leur main. Jusqu'à une époque récente, et l'on peut dire jusqu'aux travaux de Sigaud et de Vincent, qui dit abdomen dit une région où peuvent siéger tumeurs, abcès, gaz clos, matières fécales, fœtus, etc., etc.; qui dit digestion dit estomac. La vérité c'est que cette délimitation était trop absolue : l'intestin, non moins que l'estomac, est un organe essentiel de la digestion; il la conditionne, comme le fait l'estomac. L'examen de l'abdomen peut donc fournir au clinicien attentif des renseignements de premier ordre, qu'il ne saurait négliger sans grand inconvénient, lorsqu'il s'agit de résoudre le problème digestif.

MÉDECINE PRATIQUE

QUEL EST LE TRAITEMENT DE CHOIX DE L'APPENDICITE

Si de la discussion jaillissait toujours la lumière, celle qui éclaire la question du traitement de l'appendicite devrait être intense et partant l'accord parfait. Malheureusement il n'en est rien, ainsi qu'on peut s'en convaincre en se reportant aux dernières discussions de l'Académie et de la Société de chirurgie. Voilà donc les praticiens toujours aussi embarrassés qu'avant en présence d'un malade.

Faut-il temporiser d'une façon systématique, opérer d'une façon non moins systématique, ou bien obéir à des indications et se montrer opportuniste? Pour simplifier la question, je laisserai de côté l'opportunisme qui verse tantôt à gauche, tantôt à droite (*in medio stat virtus*) et j'envisagerai seulement les deux opinions extrêmes en montrant leurs avantages et leurs inconvénients.

* * *

I. Avantages de la temporisation systématique. — Les avantages de ce système sont fortement vantés par ses partisans qui comptent d'une manière générale tous les chirurgiens d'enfants. En réalité, ces avantages sont minimes. Ecoutons les temporisateurs : La temporisation systématique permet d'amener à résolution l'immense majorité des appendicites prises au début, et permet d'opérer à froid, c'est-à-dire de faire une opération facile, bénigne, parfaite dans ses résultats. Cette affirmation contient deux propositions qui sont inégalement démontrées. Il n'est pas contestable que l'appendicectomie à froid soit une opération facile (sauf les cas d'adhérences), bénigne (malgré quelques décès plus ou moins retentissants survenus entre les mains les plus expertes); mais, ce qui n'est pas démontré, c'est que l'immense majorité des appendicites puissent ainsi être refroidies à la volonté de l'opérateur. Et quand bien même cela serait, il ne faudrait pas que la temporisation systématique ait coûté la vie à quelques-uns des malades qui n'ont pas pu être amenés à résolution, et qu'aurait probablement pu sauver une opération rapide. Ceci nous amène à parler maintenant des dangers de la temporisation systématique.

* * *

II. Dangers de la temporisation systématique. — Ces dangers ont été merveilleusement exposés par Dieulafoy. En temporisant, on s'expose à voir les malades succomber à des accidents *septiques* ou *toxiques*. Les accidents septiques sont les uns locaux : péritonite généralisée, péritonite à foyers multiples; les autres à distance; abcès du foie, pleurésie. Vient-on à opérer dans ces conditions, la main forcée par les accidents, on voit les malades ne pouvoir faire les frais d'une suppuration prolongée et mourir de cachexie, de septicémie chronique. Les phénomènes toxiques dans l'appendicite sont peut-être plus à craindre encore, car l'empoisonnement de l'organisme marche avec une rapidité extrême; les malades meurent malgré des opérations précoces, ce qui prouve l'urgence extrême qu'il y a à débarrasser l'organisme du dangereux laboratoire où se fabriquent les toxines. Que les dangers d'une opération retardée aient été exagérés, je l'accorde, et encore! mais il n'en est pas moins vrai que toutes les complications précédentes s'observent et plaident en faveur d'une intervention rapide. N'est-ce point en chirurgie une règle générale que celle d'évacuer le pus où qu'il soit. Pourquoi se conduire différemment vis-à-vis de l'appendicite que vis-à-vis d'un phlegmon, d'une arthrite, etc. ?

Mais supposons que le malade ait guéri médicalement de son appendicite. Comment va-t-il accueillir l'opération dite à froid? Si c'est un enfant — à l'hôpital — vous l'opérerez à froid et vous le guérirez. Mais si c'est un adulte, voudra-t-il, le danger passé, se soumettre à une opération qui elle-même constitue un danger, bien que vous puissiez dire? C'est peu probable. Le meilleur avocat en faveur de l'opération, c'est la douleur; c'est à peu près le seul qu'écoute la majorité des malades. La douleur passée, la pusillanimité et l'insouciance reprennent le dessus. Il faut que le malade soit bien intelligent, qu'il ait une bien grande confiance dans son médecin, qu'il soit même bien hypnotisable pour qu'il se soumette à une opération sérieuse, après tout,

lorsqu'il n'aspire qu'à manger à sa faim et à reprendre ses affaires. D'ailleurs, que pouvons-nous répondre à ses questions ? Sommes-nous sûrs qu'il aura une nouvelle crise, et que celle-ci ne pourra pas être arrêtée par le traitement médical qui a si bien réussi la première fois ? Sans doute, quelques malades très confiants se laisseront persuader, mais à côté de cela, combien d'autres trop heureux d'avoir échappé à l'intervention attendront la nouvelle crise ! Ne consentiront guère à se laisser opérer que ceux qui continueront à souffrir de leur appendice.

En somme, le grand reproche que j'adresserai à la temporisation systématique, c'est de faire courir au malade des dangers non chimériques, et de tout faire pour lui éviter l'opération au moment où elle est utile, logique, pour la lui proposer ensuite lorsque le besoin de la pratiquer ne se fait plus sentir.

* * *

III. Y a-t-il donc de grands inconvénients à faire systématiquement des interventions précoces? — Par précoces, j'entends dès que le diagnostic est posé, ce qui permet, suivant les cas, d'opérer dès le premier ou le deuxième jour (rare), plus souvent au troisième, quatrième, cinquième. Je vais examiner les reproches adressés à l'opération systématique.

a) *Les erreurs de diagnostic.* — Reproche exact, mais peu grave. Il est fatal qu'opérant avant que tous les signes soient au grand complet, on se soit trompé parfois, de même qu'on se trompera encore. Mais outre que ces erreurs ne sont point fréquentes, elles n'ont jamais été préjudiciables aux malades. D'ailleurs l'erreur de diagnostic n'appartient pas en propre à l'opération à chaud et l'on a enlevé plus d'une fois à froid des appendices qui n'en pouvaient mais. C'est que le diagnostic rétrospectif est bien aléatoire lorsqu'on n'a pour le faire que les vagues renseignements fournis par le malade.

Mais, dira-t-on, l'erreur de l'un n'excuse pas l'erreur de l'autre. Concluons en disant qu'à l'avenir, mieux informés, il faudra nous montrer plus difficiles pour poser le diagnostic d'appendicite... mais n'en concluons pas qu'il faut renoncer à l'opération immédiate.

b) *Coup de fouet donné à la maladie par une opération intempestive.* — Crainte heureusement chimérique, en ce qui concerne l'appendicite vraie. Exacte pour ce qui est des péritonites généralisées diffuses « qui ressortissent aux pompes funèbres ». L'opération dans ces cas hâte de quelques heures la fin présumée du malade. Mais étant donné le diagnostic de péritonite généralisée, quel autre traitement que l'opération peut-on préconiser?

c) *Diffusion du pus et inoculation du péritoine.* — Encore une crainte chimérique que permet d'écarter l'expérience de tous les interventionnistes. D'abord on peut éviter, en protégeant le péritoine avec des compresses, l'irruption d'un flot de pus dans la grande séreuse. Mais même certains chirurgiens qui ne prennent pas cette précaution n'ont jamais observé la péritonite après l'évacuation des foyers péri-appendiculaires. Le pus tend toujours à se faire jour du côté où est la moindre tension, c'est-à-dire du côté de la plaie, et il suffit que celle-ci soit maintenue béante par des drains pour qu'il ne tende pas à s'infiltrer à travers les anses intestinales. Ainsi donc, loin de craindre d'inoculer la grande séreuse en rompant les adhérences, on devra rompre ces dernières de propos délibéré, pour évacuer toutes les collections péri-appendiculaires. Ces fameuses adhérences dites *protectrices* ne protègent en réalité que des collections secondaires qu'il importe d'ouvrir sous peine de faire une opération incomplète.

En effet, dans les appendicites de quatre à huit jours, j'ai trouvé fréquemment trois collections indépendantes les unes des autres et contenant parfois du pus de qualité différente. L'une est autour de l'appendice ordinairement gangrené l'autre remonte le long du côlon ascendant, la troisième descend dans le petit bassin. *Il faut aller systématiquement à la recherche de ces trois collections.* On commence par celle qui entoure l'appendice qu'on résèque. Après avoir bien asséché ce premier foyer avec des compresses stérilisées, après s'être lavé et essuyé les mains contaminées, on va à la recherche des deux autres collections et on les draine largement, le drain pelvien devant descendre jusqu'au fond du Douglas. L'incision de Roux me paraît la meilleure; sitôt l'abcès ouvert je fais coucher l'opéré sur le côté malade pour faciliter l'écoulement du pus, sans inoculer inutilement le reste du péritoine.

d) *Impossibilité d'enlever l'appendice.* — Encore une erreur que se charge de démontrer l'expérience journalière. Dans presque tous les cas il est possible d'enlever l'appendice sans faire de dégâts. Avant la formation du pus son ablation est un jeu; *c'est plus facile qu'à froid*, car il n'y a aucune adhérence. Lorsqu'il y a une collection purulente, c'est encore très facile si l'appendice est à sa place habituelle. On arrive rapidement sur lui en suivant le cæcum et l'intestin grêle. Il se laisse décoller avec facilité parce que les adhérences sont *glutineuses.* Presque toujours on résèque en même temps que lui un bout d'épiploon lardacé qui lui adhère. L'ablation peut être plus difficile si l'appendice est collé à la fosse iliaque, s'il plonge dans le bassin, ou remonte dans la région lombaire. Mais la difficulté n'est pas plus grande qu'à froid; elle est peut-être moindre si on se laisse guider par le toucher et si on ne s'obstine pas à vouloir voir ce que l'on fait. Je parle de la recherche, car une fois trouvé, l'appendice doit être lié à ciel ouvert ainsi que son méso. Une simple ligature au catgut suivie de la cautérisation de la muqueuse est largement suffisante dans ce milieu septique. J'ai renoncé à enfouir le moignon à cause de la fragilité du cæcum que déchirent l'aiguille et le fil destinés à l'enfouissement.

e) *Danger de rechercher l'appendice en milieu infecté.* — Encore une fois cette crainte est vaine. Au début, j'avais peur de déchirer le cæcum; si cet intestin n'est pas gangrené, on ne risquera pas de le perforer; si la gangrène existe, la perforation se serait produite toute seule. Quant au danger d'infecter le péritoine, je me suis déjà expliqué à son égard. Ainsi qu'on peut le voir, nous sommes loin de la timidité des opérateurs du début qui se contentaient d'ouvrir la première collection se présentant au doigt ou au bistouri, et qui même, lorsqu'ils ne trouvaient pas le pus du premier coup, se contentaient d'introduire dans la plaie une mèche destinée à appeler le pus, lequel ne manquait pas, disait-on, de prendre spontanément au bout de deux ou trois jours le chemin qu'on lui avait indiqué. A cette époque déjà lointaine, on se serait bien gardé de rechercher l'appendice.

f) *Constance des éventrations.* — Encore une chose dont on exagère la fréquence et l'importance. Sans doute, lorsqu'une plaie a été longtemps et largement drainée, une éventration est la règle, mais celle-ci est très variable comme importance. Souvent elle ne détermine presque aucune gêne fonctionnelle. En tout cas il est facile d'y remédier par le port d'une ceinture ou par une intervention sans danger. Enfin, plus l'intervention aura été précoce, moins la suppuration aura été abondante et prolongée, moins on aura besoin de laisser la plaie béante. Pour ma part je la réduis toujours au minimum. Si j'ai la chance d'opérer avant la formation du pus, je reconstitue soigneusement les trois étages de la paroi, ne laissant de passage qu'à un drain de la grosseur d'un gros crayon que j'enlève au bout de quarante-huit heures. Si la collection avait le volume d'un œuf ou d'une pomme, je laisse deux drains de la grosseur du doigt. On peut généralement les enlever au bout d'une dizaine de jours. Dans ce cas encore l'éventration est presque nulle. Lorsque les collections sont multiples, je draine aux deux angles de la plaie, un des drains allant dans le bassin, l'autre remontant vers le côlon, et je réunis le milieu de la plaie : deux gros catguts suffisent pour cela; il serait facile de les faire sauter, si les drains étaient étranglés. Grâce à ces précautions, les éventrations sont réduites à leur minimum et sont loin d'être constantes. Elles ne sont la règle que dans les grosses collections, c'est-à-dire dans les cas où tout le monde est bien forcé d'inciser, qu'on soit interventionniste ou pas, dans des cas où la temporisation ne saurait être opposée à l'opération systématique. De sorte que dans les appendicites rapprochées du début, les seules où les deux méthodes sont à mettre en balance, l'opération à *chaud* ne donne pas ou ne donne guère plus d'éventrations que l'opération faite à froid.

* * *

En résumé, je ne suis arrêté par aucun des reproches adressés à l'intervention systématique. Tout en reconnaissant qu'ils sont justifiés dans une certaine mesure, je trouve qu'on peut les atténuer à tel point que la somme de ces inconvénients n'égale pas le danger qu'il y a à laisser évoluer une appendicite.

Pour ma part je ne me suis jamais repenti d'avoir opéré trop tôt. Toutes les appendicites plus ou moins enkystées, opérées d'une façon précoce ont guéri dans de bonnes conditions [1]. Seules les péritonites diffuses d'origine plus ou moins appendiculaire sont mortes, non point de l'intervention, mais malgré l'intervention, souvent précoce. C'étaient de ces cas « qui ressortissent aux pompes funèbres », mais que nous ne pouvons nous dispenser d'opérer.

Si je n'ai jamais regretté d'avoir opéré trop tôt, j'ai regretté une fois d'avoir laissé *refroidir* à la fois l'appendicite et le malade. Il s'agissait d'une appendicite d'apparence très bénigne, car on sentait à peine un petit boudin gros comme le doigt dans la fosse iliaque; la température était tombée dès le premier jour à la normale. Tout allait très bien depuis trois jours et personne ne songeait à un dénouement fatal lorsque le samedi l'enfant éprouva une recrudescence de douleurs; la température s'éleva dans la soirée, le lendemain dimanche son état s'étant aggravé rapidement, le chirurgien de garde fut appelé et l'opération fut faite à 2 heures de l'après midi. Mon collègue Arrou trouva une péritonite généralisée avec foyer pelvien. M. Brun dans le service duquel la chose se passait m'apprit qu'il pratiquait toujours le toucher rectal et qu'il opérait d'urgence les appendicites à foyer pelvien, parce qu'on ne peut les surveiller. Le conseil est excellent, mais, outre que le toucher est souvent assez mal accueilli de certains malades qui « ne souffrent pas de cet endroit », est-on sûr de déceler par ce moyen une collection qui se cache? Je me méfie pour ma part des sensations que donnent la palpation et le toucher même pratiqués avec conviction, et en matière d'appendicite je conclus que ce qui me paraît plus sûr que toutes les informations de la clinique, c'est encore d'y aller voir et de ne se tenir pour satisfait que lorsqu'on a pu enlever le corps du délit.

* * *

De tout ce qui précède, il résulte qu'en *théorie* j'admets que le traitement le *plus sûr* de l'appendicite est une appendicectomie aussi précoce que possible. Est-ce à dire qu'en *pratique* j'ai toujours

1. Je dois cependant signaler un décès survenu chez un enfant opéré, très correctement d'ailleurs, par un de mes internes. Cet enfant succomba à des phénomènes hémiplégiques. A l'autopsie, le péritoine était hors de cause, et dans la capsule interne on trouva un foyer de ramollissement. Inutile de dire que ce cas ne prouve absolument rien contre l'opération précoce.

recours à l'opération? Non, il m'arrive et il m'arrivera encore, comme sans doute aux plus fervents interventionnistes, de temporiser dans un nombre de cas plus ou moins considérable : *diagnostic douteux*, appendicite très bénigne en voie de décroissance évidente, installation par trop défectueuse... C'est alors que je deviens opportuniste, cela prouve une fois de plus qu'en chirurgie il ne faut jamais dire toujours et jamais... Ce qui n'empêche pas qu'il est indispensable, pour la pratique, de poser des règles générales, quitte à établir des exceptions.

SAVARIAUD,

Chirurgien des hôpitaux de Paris.

CONGRÈS BELGE DE CHIRURGIE

Tenu à Bruxelles du 8 au 10 Septembre 1902.

RÉSUMÉ DES RAPPORTS

Le traitement des fractures des membres. — MM. Th. TUFFIER (de Paris), **et LOUBET** (de Marseille), **rapporteurs.** — La *radiographie* appliquée à l'anatomie pathologique des fractures et à la vérification de leur traitement, l'*asepsie* mise au service de leur thérapeutique, telles sont les deux raisons d'être du présent rapport.

Longtemps reléguées au second plan de la scène chirurgicale, alors que la thérapeutique des maladies des viscères occupait, et à juste titre, le premier rôle, les fractures semblent, sous les efforts combinés d'un petit nombre de chirurgiens, devoir sortir de la pénombre pour entrer à la pleine lumière des études scientifiques modernes. Ce n'est que justice, car ces lésions frappent des sujets en pleine santé, en pleine possession de leur valeur physique. Le perfectionnement de leur traitement sera plus profitable, au point de vue social, que les procédés opératoires les plus brillants dirigés contre le cancer, dont la récidive n'est jamais que retardée.

La réduction anatomique des fractures est beaucoup plus difficile à obtenir et plus rarement obtenue qu'on ne l'a écrit. Les signes classiques sur lesquels on s'appuyait pour admettre la coaptation sont toujours incertains, souvent trompeurs; ils doivent céder le pas à la *radiographie*, qui nous renseigne sur l'existence de la fracture, le nombre des fragments et leur situation respective. Ce mode d'investigation donne des résultats valables et légitimes, si on a soin de prendre deux épreuves de face et de profil, avant et après les tentatives de réduction, et si ces épreuves sont exécutées dans les mêmes conditions optiques. Une radiographie unique est à peu près dépourvue de valeur. De l'examen de ces épreuves, nous pouvons conclure que, pour les fractures avec un déplacement notable, l'irréductibilité est la règle et la réduction anatomique est la grande exception.

L'anesthésie du malade, la traction suffisante et l'immobilisation dans un appareil plâtré donnent des résultats imparfaits. L'extension continue, bien faite, donne des résultats meilleurs, mais la preuve et les limites de son efficacité n'ont pas été scientifiquement exposées.

Les réductions cliniques ainsi obtenues peuvent être suffisantes, et elles le sont dans le plus grand nombre des cas; elles corrigent les déviations suivant l'axe, suivant les directions, qui sont le plus importantes, mais elles sont impuissantes à assurer la coaptation suivant la longueur et l'épaisseur. Il est impossible de poser, à l'heure actuelle, des règles précises pour montrer où doit s'arrêter une réduction clinique. Nous croyons toutefois que la coaptation des surfaces fracturées est une garantie contre la formation d'un cal volumineux, exubérant, origine de troubles fonctionnels permanents et progressifs. C'est pourquoi, dans tous les cas où la radiographie nous montrera cette coaptation insuffisante, nous pensons qu'il faudra avoir recours à la réduction à ciel ouvert. Les fractures apophysaires (tubérosités de l'humérus, du fémur, du calcanéum), souvent méconnues, seront justiciables soit de l'immobilisation dans une position spéciale (le bras écarté à angle droit du tronc pour certaines fractures humérales), soit de la suture, soit de l'ablation des fragments, s'ils sont multiples, avec suture du cartilage à la nouvelle surface cruentée (procédé chondroplastique). Le résultat fonctionnel sera, sans contredit, meilleur que si on laisse se produire une consolidation vicieuse sur un cal volumineux.

Les fractures diaphysaires, réduites à ciel ouvert, seront soumises à une coaptation exacte, en sacrifiant le moins possible les esquilles nécessaires à la résistance de l'os; le maintien de la coaptation sera assuré par l'engrènement exact des surfaces fracturées, ce qui suffit parfois, ou par une suture de fil de bronze d'aluminium, en se rappelant que l'abandon des corps étrangers dans les plaies doit être réduit à son minimum. Ce sont surtout les fractures de jambe et certaines variétés moins nombreuses de fractures de la clavicule qui rentreront dans cette catégorie.

Les fractures épiphysaires, articulaires, accompagnées de grands déplacements radiographiquement constatés et non réductibles, doivent relever du seul traitement sanglant qui sera leur *traitement normal* et non *un ultimum refugium*, suivant l'expression de König. Pour la rotule, l'olécrâne, la démonstration est faite. Nous avons cherché à faire rentrer dans ce cadre la tête de l'humérus, les extrémités articulaires du coude, les condyles fémoraux. Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur, les fractures malléolaires échappent à l'intervention, et, pour certaines fractures graves de l'extrémité inférieure du radius, on tend à renoncer à toute réduction sanglante.

Pour toutes les fractures qui sont justiciables de la réduction à ciel ouvert, la précocité de l'intervention, la suture des surfaces fracturées et la reconstitution anatomique des extrémités articulaires aussi parfaite que possible nous éviteront seules les troubles fonctionnels graves qui mènent souvent l'articulation à l'ankylose ou le membre à l'impotence fonctionnelle.

M. A. HANNECART (de Bruxelles), **co-rapporteur.** — La question du traitement des fractures des membres a été, au cours de ces dernières années, le sujet de discussions souvent fort ardentes. On a opposé des procédés nouveaux aux méthodes plus anciennes, mais il est à craindre que les opinions souvent contradictoires des chirurgiens les plus éminents n'aient pour résultat de dérouter les praticiens en leur faisant perdre de vue qu'il n'existe qu'un mode de guérison de ces lésions : *c'est la formation d'une soudure solide entre les fragments placés en situation favorable pour obtenir la restitution ad integrum* quant à la forme et quant à la fonction.

Dans le traitement des fractures, nous avons à considérer : 1° les premiers soins à donner au moment de l'accident ; 2° le traitement de la fracture elle-même.

Premiers soins à donner au blessé. — Dès que le chirurgien est appelé auprès d'une fracture, au moment de l'accident, il doit improviser un appareil simple et suffisant pour immobiliser le membre : pour le membre supérieur, c'est l'écharpe ; pour le membre inférieur, la gouttière. Les règles ont été admirablement formulées par Malgaigne, et les chirurgiens modernes n'ont rien ajouté de nouveau à ces préceptes.

Traitement de la fracture proprement dite. — Le traitement de la fracture proprement dite comprend la réduction des fragments et le traitement des fragments coaptés. Pour la réduction des fragments, les manœuvres de réduction varient selon qu'il y a chevauchement ou écartement des os ; dans le premier cas, ces manœuvres consisteront en l'extension, la contre-extension, la coaptation ; dans le deuxième cas, c'est par des pressions convenablement dirigées que l'on peut rapprocher et coapter les fragments.

Le traitement des fragments coaptés comprend d'abord l'immobilisation, qui maintient la coaptation des fragments, puis les moyens adjuvants tels que le massage, l'électrisation, destinés à prévenir l'atrophie des muscles, les adhérences tendineuses, les raideurs et les ankyloses articulaires. Le danger de l'immobilisation est de compromettre la nutrition du membre, de favoriser les raideurs articulaires et tendineuses ; on ne devra donc pas la prolonger trop longtemps. Pour cette immobilisation, il faut toujours recourir aux procédés les plus simples. Nous sommes peu partisan de l'*extension continue*, parce qu'elle ne peut avoir d'action que pendant les premiers jours qui suivent l'accident, puisqu'un manchon fibreux se forme rapidement autour des fragments et que la contre-extension s'exerçant par le poids du corps il suffit que ce dernier se déplace pour faire dévier le fragment supérieur. Nous n'employons pas le *traitement ambulatoire*, parce que cette méthode nécessite des appareils compliqués ayant souvent provoqué des douleurs et des escarres.

Quant au traitement opératoire des fractures récentes, notre modeste pratique ne nous permet pas d'apporter de documents personnels, mais nous ne doutons pas qu'il puisse, dans nombre de circonstances, rendre les services les plus signalés.

Le traitement de l'appendicite. — M. A. BROCA (de Paris), **rapporteur.** Quand votre Comité m'a fait le grand honneur de me confier un rapport sur le traitement de l'appendicite, j'ai pensé qu'il me demandait un exposé de mon expérience propre plutôt qu'une revue générale, une œuvre de clinicien plutôt que de critique. Les amis personnels que je compte depuis d'assez longues années parmi vous connaissent ma manière actuelle de comprendre la question et savent que ma conduite d'aujourd'hui est bien différente de ma conduite d'autrefois.

Je vais donc avoir pour but principal, dans ce rapport, de vous montrer les raisons de mon évolution, et de comparer l'*opération d'urgence* à l'*opération différée*, au triple point de vue de la mortalité, de la cure définitive et de l'éventration.

L'examen de ma pratique offre peut-être quelque intérêt, car j'ai passé par deux méthodes opposées. Or, mes chiffres bruts sont les suivants : De 1892 à 1895 j'opérais presque toujours d'urgence, sauf les cas légers sans empâtement; or, en Juillet 1896, le relevé intégral de mes observations publié par Mlle Gordon donne un pourcentage de 33 pour 100 de décès, soit 26 sur 79, et, sur ce nombre, il y a 7 cas légers non opérés, tous guéris, 8 opérés à froid, tous guéris, et 64 opérés à chaud, dont 26 morts. De ces 26 décès, 23 portent sur des sujets que j'ai opérés sitôt qu'ils furent admis à l'hôpital; 2 n'ont rien à voir avec le retard; le dernier a eu lieu, je le reconnais, parce que l'opération a été trop différée.

De ces 23 décès après opération immédiate j'en retrancherai, si l'on veut, 8 relatifs à des sujets opérés en pleine péritonite aiguë et morts quelques heures après; il en reste 15 sur 53, ce qui constitue une proportion encore énorme.

J'ai fait, parallèlement à ce relevé, celui de mes observations hospitalières de 1896 à 1899 inclus. En 1896, année de transition, la mortalité tombe à 13,33 pour 100; en 1897, 1898, 1899, je ne compte plus que 10 morts sur 92, soit 10,86 pour 100. Depuis, la mortalité globale de mes appendicites n'est même plus de 10 pour 100.

On voit l'amélioration brutale de ma statistique depuis que de *radical* je suis devenu *temporisateur*.

La mortalité reste encore assez élevée, malgré ceux qui admettent, avec Dieulafoy, qu'on ne doit pas mourir d'appendicite, et je suis le premier à reconnaître que parmi les décès bon nombre eussent été évités si les malades eussent été bien soignés dès le début, au lieu d'être pendant quelques jours purgés et repurgés, et enfin adressés au chirurgien en pleine péritonite aiguë, avec météorisme considérable et pouls impalpable. Si je mets à part quelques appendicites mal refroidies, je puis dire que les malades opérés en pleine péritonite sont à peu près les seuls que perdent les temporisateurs : opération à froid, incision d'abcès sont presque invariablement heureuses. Pour l'opération à froid, en particulier, on joue la partie presque à coup sûr. Je dis *presque* à coup sûr, car nous ne sommes pas à l'abri de certaines surprises pénibles. Dans son remarquable rapport au Congrès international de 1900, mon ami Jalaguier a cité un décès dans le collapsus après une opération non septique, mais très laborieuse. De mon côté, j'ai été un jour témoin d'une hémorragie mortelle en douze heures qui s'est produite d'une façon assez bizarre : la ligature que je mets à la base de l'appendice avait glissé, et par la section appendiculaire s'était faite *dans l'intestin* une hémorragie mortelle. Les revers de ce genre sont absolument exceptionnels et impossibles à prévoir.

On peut faire des objections, à l'opposition, au parallèle que j'établis entre mes deux statistiques; c'est d'abord qu'en trois ans j'avais fait mon apprentissage, c'est qu'ensuite que, grâce aux efforts et à l'agitation des radicaux, les malades sont envoyés plutôt au chirurgien; or, quand il est arrivé à l'hôpital Trousseau, Kirmisson a poussé une pointe vers le radicalisme et, sur 28 cas, a eu, en 1898, 50 pour 100 de mortalité, tandis que, dans le même hôpital, je passais de 33 pour 100 à 10,86 pour 100. Kirmisson, d'ailleurs après cette tentative de radicalisme, est revenu rapidement à la temporisation.

J'accorderai cependant que l'amélioration graduelle de la statistique entre pour une certaine part dans la diminution des malades adressés au chirurgien alors que la péritonite diffuse s'est déjà déclarée; mais cette diminution tient aux efforts des opportunistes qui ont su convaincre les médecins de

la nécessité du traitement de l'appendicite par la glace et l'opium,

Pourquoi cette léthalité plus grande de l'opération immédiate? C'est qu'en allant de bonne heure à la recherche du pus on s'expose à rompre les adhérences protectrices qui tendent à enkyster le foyer et on inocule la grande séreuse; d'où une péritonite suraiguë qu'on croit volontiers antérieure à l'opération, mais qui en réalité lui est consécutive.

A supposer même que la mortalité fût la même dans les deux conditions, l'opération à froid conserverait encore un avantage marqué. Car, quand on opère à chaud au milieu du pus et des adhérences, on ne peut souvent pas chercher sans danger l'appendice et il en peut résulter, après cicatrisation, des rechutes ou des fistules capables d'exiger, au bout d'un temps variable, une opération secondaire. En outre, même quand on a réséqué primitivement l'appendice, on est forcé de drainer largement la plaie. De là des éventrations fréquentes qui ne s'obervent, au contraire, après l'opération à froid, que si, par accident exceptionnel, la plaie a suppuré dans la profondeur.

Toutes ces objections perdent, sinon toute, au moins une grande partie de leur valeur, si l'on opère dès le début de la crise, dans les douze ou vingt-quatre premières heures, alors qu'il n'y a pas encore de pus et à peine d'adhérences. Mais nous ne sommes pour ainsi dire jamais appelés dans de telles conditions. Le malade ou ses parents croient d'abord à une indigestion et perdent une journée avant de faire venir le médecin. Celui-ci attend avant de convoquer l'opérateur et perd aussi un temps précieux. Si on intervenait toujours dès la première douleur dans la région appendiculaire, on risquerait fort d'ouvrir des ventres pour des fièvres typhoïdes, des coliques de plomb, des douleurs hystériques. Cela a été fait, et même par des chirurgiens attentifs et soigneux.

En somme, pour moi, à part les abcès qu'il est nécessaire d'ouvrir toutes les fois qu'ils sont collectés, l'opération à froid me semble l'opération par excellence de l'appendicite. Pas de mortalité, pas d'éventration, pas de fistule, cessation des accidents actuels, sécurité pour l'avenir, tel est son bilan. Les revers sont imputables à des appendicites qu'on croyait refroidies et qui ne l'étaient pas. Aussi, quand il y a eu un gros empâtement, il faut attendre longtemps avant d'opérer.

(A suivre.) P. Desfosses.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

1er et 3 Septembre 1902.

Sur la difficulté d'isoler le bacterium coli normal dans la dysenterie coloniale. — *M. Lesage.* Au cours de la première et de la seconde période de la maladie, on trouve surtout le microbe à l'état de paracoli dans les matières fécales. On sait que le paracoli se caractérise par la perte de l'odeur et l'absence de pouvoir coagulant sur le lait, même après un long temps. Dans la troisième période, au contraire, on constate toujours le bacterium coli normal.

Dans les deux premières phases, le bacterium coli se trouve surtout à l'état de paracoli par suite de l'existence d'une pasteurellose. Quand la culture paracolienne, en effet, est débarrassée de cette pasteurellose, l'on voit l'odeur colienne réapparaître et le paracoli devenir le bacterium coli normal.

Traitement préventif de la clavelée; sérum anticlaveleux. — *M. P.-J. Bosc.* En inoculant à un animal réfractaire à la clavelée de hautes doses de sérum hyperpréventif de mouton et des quantités considérables de pulpe claveleuse, l'auteur obtient un sérum préventif très actif et en très grande abondance.

Georges Vitoux.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Gervais Cornil. *Etude sur le cancer du cœur* (*Thèse*, Paris, 1902, n° 282). — Le cancer du cœur peut affecter deux modalités distinctes, de fréquence inégale et de nature habituellement différente. Il peut être soit primitif soit secondaire.

Le cancer primitif du cœur, dont l'existence a été niée longtemps, est rare, et même très rare. L'auteur fait une revision de tous les cas publiés et en conserve une quinzaine d'authentiques. Douze fois seulement le siège exact du néoplasme est indiqué; on trouve le cœur droit atteint cinq fois; le cœur gauche quatre fois; le cœur entier trois fois. Microscopiquement, il s'agit toujours d'un même type histologique, le sarcome. Cliniquement, il peut s'accompagner d'embolies et de troubles de la circulation veineuse.

La fréquence du cancer secondaire est bien plus grande, puisqu'on en peut réunir 150 observations. Au point de vue de son mode d'apparition, on peut distinguer deux cas: ou bien le néoplasme du cœur est constitué par propagation directe, par envahissement de proche en proche d'un cancer primitif venu du médiastin, des bronches, des ganglions, de l'œsophage; ou bien il s'agit d'une généralisation, d'une greffe d'un fragment de tumeur venu d'un foyer primitif éloigné, par voie lymphatique ou par voie sanguine. En tout cas, le cancer secondaire du cœur reproduit toujours la structure histologique du noyau primitif; c'est le plus souvent un épithéliome, quelquefois un sarcome.

De nombreux documents cliniques et anatomo-pathologiques appuient les conclusions de ce travail, qui constitue une consciencieuse revue générale de la question.

V. Griffon.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Fritz Thellung. *Étude expérimentale sur l'agglutination du bacille tuberculeux et sur le traitement de la tuberculose par la nouvelle tuberculine de Koch* (*Centralblatt für Bakteriologie*, 1902, 5 Juin, t. XXXII, n° 1, p. 28). — Arloing et Courmont ont montré que le sérum des tuberculeux agglutinait les cultures homogènes de bacilles tuberculeux. Koch a démontré ensuite que le sérum des individus atteints de formes légères et curables de tuberculose avait des propriétés agglutinantes plus énergiques que celui des individus atteints de formes graves. Il en concluait que l'agglutination représente un processus de défense de l'organisme contre la tuberculose et qu'en augmentant le pouvoir agglutinant du sérum on influençait favorablement la lutte contre le bacille tuberculeux; c'est pourquoi il avait préconisé comme moyen de traitement l'injection d'émulsion de bacilles.

Fritz Thellung a repris expérimentalement cette étude en se servant de l'émulsion de bacilles tuberculeux broyés de Höchst. Au point de vue du diagnostic, les résultats ont été incertains. Le sérum des tuberculeux n'a agglutiné l'émulsion de Höchst que d'une façon inconstante à la dose de 1 : 5 ou de 1 : 10. Sur 10 phtisiques, 4 cas positifs, 6 négatifs.

Le sérum des animaux sains n'agglutine pas en général l'émulsion de bacilles; cependant, sur 15 cobayes, 2 avaient des propriétés agglutinantes.

Le sérum des animaux inoculés de tuberculose humaine ou bovine n'agglutine que d'une façon inconstante: sur 13 cobayes tuberculeux, 4 cas positifs seulement.

Le sérum des animaux inoculés avec des émulsions de bacille de Koch agglutine d'une façon presque constante l'émulsion de Höchst.

Les résultats obtenus avec l'émulsion de Arloing et Courmont sont différents. Certains sérums qui agglutinent l'émulsion de Koch n'agglutinent pas l'émulsion des auteurs français; déjà Rumpf et Guignard avaient noté ces dissidences.

En somme, la valeur diagnostique de l'agglutination du bacille tuberculeux paraît douteuse. Tandis que Arloing et Courmont, Bendix en font une réaction spécifique, Frankel, Beck et Rabinowitsch, R. Koch, Romberg, Garcia, Thellung, lui dénient la spécificité.

Au point de vue thérapeutique, l'émulsion de bacille de Koch s'est montrée complètement inefficace. Que les animaux, lapins et cobayes, fussent inoculés primitivement de tuberculose et soignés ensuite, ou traités préalablement par l'émulsion de bacilles, et inoculés ensuite, le résultat du traitement a été absolument négatif.

Deux cobayes inoculés seulement avec l'émulsion de bacilles tuberculeux broyés de Höchst sont morts de tuberculose; un cobaye inoculé avec la nouvelle tuberculine de Koch, préparée par Höchst, est devenu aussi tuberculeux.

Les deux préparations de Höchst contenaient donc des bacilles vivants, virulents pour le cobaye.

M. Labbé.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

E. Audard. *Laparocèle gauche congénitale due à un arrêt de développement partiel des muscles de la paroi abdominale* (*Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1902, Mai-Juin, n° 3, p. 485). — On désigne sous le nom de *laparocèles* les hernies qui se produisent en dehors des anneaux naturels, dans les points où la paroi abdominale est constituée par les trois plans musculo-aponévrotiques du grand oblique, du petit oblique et du transverse, par conséquent entre le rebord des fausses côtes, l'arcade crurale, le bord externe du muscle droit et le bord postérieur du muscle grand oblique, c'est-à-dire dans la région proprement dite des flancs.

Les laparocèles, en général, divisées en *laparocèles spontanées* et *laparocèles traumatiques*, forment une classe de hernies bien connues, mais il est un autre groupe de laparocèles sur lequel l'attention a été peu attirée jusqu'à présent: c'est celui des *laparocèles qui reconnaissent pour cause un arrêt de développement partiel des muscles de la paroi abdominale.* A l'occasion d'un fait de ce genre, observé l'an dernier dans le service de M. Broca, à l'hôpital Tenon, chez un petit garçon de huit ans, et qui fut traité avec succès par la cure radicale, M. Audard a recherché tous les cas analogues qui se trouvaient dans la littérature, et il n'en a recueilli que huit. Cette variété de laparocèles est donc d'une très grande rareté; aussi leur histoire est-elle encore tout entière à faire.

Au sujet des hypothèses émises pour expliquer leur mode de production, Chaplin s'est demandé si, comme cela a été avancé par Cruveilhier au sujet de certaines hernies diaphragmatiques congénitales, la projection en masse des viscères abdominaux, refoulant devant eux une paroi abdominale en voie de développement, ne pourrait pas être la cause, bien plutôt que la conséquence d'un arrêt dans ce développement. Schenk pense qu'à une période précoce de la vie fœtale, par suite d'un olighydramnios, un genou et la partie inférieure de la cuisse correspondante, appuyés à la paroi abdominale, seraient pressés contre elle par l'utérus, et il en résulterait, au point où s'exerce cette pression, un arrêt de développement partiel de la musculature de l'abdomen.

Ce qu'il faut retenir, au point de vue pratique, c'est que les laparocèles congénitales, dont les symptômes et le diagnostic sont ceux des laparocèles en général, peuvent augmenter progressivement de volume, qu'elles ne sont presque jamais bien contenues par les ceintures et les bandages, et qu'elles nécessitent d'ordinaire une intervention sanglante quand les sujets qui en sont porteurs ne meurent pas en bas-âge d'autres malformations congénitales concomitantes incompatibles avec la vie ou de quelque affection intercurrente.

J. Dumont.

MÉDECINE

Bertrand. *Quelques considérations sur le mécanisme de l'infection intestinale dans les dysenteries* (*Revue de médecine*, 1902, 10 Juillet, p. 599). — L'auteur montre l'importance des associations microbiennes dans la dysenterie, comme le prouvent l'aspect clinique des selles qui sont multicolores, *panachées*, et la microbiologie des abcès du foie et des arthropathies secondaires. L'exaltation de virulence des microbes intestinaux est due ici comme dans l'infection appendiculaire, à la transformation de la cavité intestinale en vase clos par la constipation, d'où ce précepte thérapeutique que le seul traitement rationnel de la dysenterie est la médication évacuante. Ces considérations viennent à l'appui de la non-spécificité de la dysenterie, défendue depuis longtemps par l'auteur; cette maladie aurait une origine polybactérienne banale.

M. Garnier.

J. Lamouroux. *Contribution à l'étude du méningisme* (*Thèse*, Paris, 1902). — L'auteur, dans un travail très documenté, reprend l'étude du méningisme de Dupré. Il montre qu'il est intéressant d'appliquer au lit du malade les nouvelles méthodes de diagnostic différentiel entre les vraies et les fausses méningites. S'appuyant sur une nombreuse statistique d'observations originales et personnelles, Lamouroux conclut que le méningisme apparaît plus particulièrement chez les prédisposés présentant une tare névropathique.

Le diagnostic du méningisme, dit-il, s'appuie sur l'existence très fréquente de contrariétés vives sur-

venues peu de temps auparavant, sur l'absence d'amaigrissement préalable, sur le peu de durée, le peu d'importance ou l'absence des phénomènes prodromiques, sur la soudaineté du début, sur l'aggravation, insolite par sa rapidité, des symptômes et de l'état général, enfin sur les caractères bizarres et insolites du *délire* lorsqu'il existe.

Enfin, la ponction lombaire sera un élément des plus utiles dont il faudra toujours tenir grand compte. Le cytodiagnostic positif éloignera définitivement l'idée de méningisme; le cytodiagnostic négatif sera un argument de plus, joint aux autres symptômes cliniques, en faveur du méningisme.

A. Sicard.

CHIRURGIE

André Petit. ***Sur la valeur de la réduction par le procédé non sanglant dans les luxations congénitales de la hanche*** (*Thèse*, Paris, 1902). — M. Brun a exposé dans *La Presse Médicale* le 19 octobre 1901, sa manière de réduire les luxations congénitales de la hanche. A. Petit, dans sa thèse, étudie le manuel opératoire et la valeur de cette méthode. La réduction de la luxation suivant le procédé indiqué est suivie de l'immobilisation du membre en abduction et rotation externe, dans un appareil plâtré qui descend jusqu'à mi-jambe, afin d'immobiliser le genou; le malade est maintenu dans le décubitus. L'enfant conserve cet appareil pendant quatre mois. Les quatre mois écoulés, on ramène le membre en abduction modérée et en rotation interne. Cette correction étant obtenue, un appareil plâtré est appliqué, toujours jusqu'à mi-jambe, mais prenant le genou en extension; cet appareil reste deux mois; au bout de ce temps il est remplacé par un troisième appareil qui immobilisera la cuisse et la jambe dans la rectitude.

Quand on enlève ce dernier appareil, on constate d'ordinaire un amaigrissement, une atrophie appréciable des muscles de la fesse et de la cuisse, ainsi qu'une raideur plus ou moins marquée de l'articulation. C'est le moment d'avoir recours aux massages, aux manipulations et à la marche. La marche devra être attentivement surveillée au début; elle aidera par la suite à la réfection des muscles et à la mobilisation de la jointure. Si on se conforme à cette ligne de conduite, on est à peu près sûr d'obtenir un résultat fsvorable, surtout si l'on veut s'efforcer de traiter la luxation congénitale par la réduction non sanglante au moment où cela est possible, sans trop de difficultés et sans trop d'efforts, c'est-à-dire entre trois et cinq ans.

La réduction des luxations congénitales de la hanche obtenue par ce procédé non sanglant est une veritable *réduction* et non une *transposition*. L'auteur relate à ce propos une très intéressante observation recueillie dans le service de M. Brun aux Enfants-Malades.

P. Desfosses.

OBSTÉTRIQUE

Constantin Daniel. ***Des occlusions intestinales pendant la puerpéralité*** (*Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, 1902, Mai-Juin). — Basant son travail sur les rares observations d'occlusion intestinale compliquant la puerpéralité, sur les quelques faits publiés en France et à l'étranger, et aussi sur des observations personnelles, l'auteur en est arrivé à cette conclusion : « que ce syndrome apparaît assez fréquemment pendant la grossesse, le travail et les suites de couches pour perdre son caractère de rareté clinique et prendre place dans la pathologie de la grossesse à côté des autres complications abdominales troublant la puerpéralité ».

En étudiant les différentes observations cliniques et anatomiques, M. Daniel essaye de donner une description d'ensemble sur l'évolution de cette grave affection au cours de la puerpéralité.

Après avoir étudié l'étiologie de cette complication, il arrive à donner la division pathogénique suivante :

α) occlusions causées par la puerpéralité;

β) occlusions apparaissant à l'occasion de la puerpéralité;

γ) occlusions indépendantes de la puerpéralité.

Les lésions anatomo-pathologiques se réduisent, dans la plupart des cas observés, soit à des vices de position de l'intestin, soit à la compression directe par l'utérus gravide, soit enfin à l'étranglement par bride. Dans une dernière catégorie, l'auteur étudie les *pseudo-occlusions par paralysie intestinale*.

Le début des accidents se comportant pendant la grossesse comme dans les occlusions chirurgicales ordinaires, il peut passer inaperçu au moment du travail et dans les suites de couches. En effet, pendant le travail, les différents symptômes sont voilés par les contractions douloureuses de l'utérus; pendant les suites de couches, les tranchées ou l'infection puerpérale peuvent être des causes d'erreur.

Le traitement doit être surtout chirurgical :

1° Pendant la grossesse, il faut faire la laparotomie, sans tenir compte de la gravidité; 2° pendant le travail, il faut attendre la terminaison de l'accouchement ou même accélérer le travail et, immédiatement après la délivrance, faire une laparotomie; 3° après l'accouchement enfin, le traitement est absolument identique à celui des occlusions en dehors de la puerpéralité.

C. Jarvis.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de l'hypertrophie de l'amygdale linguale.

D'après MM. Ferran et Rosenthal, le traitement de l'hypertrophie de l'amygdale linguale, constituée, comme on sait, par une série de papilles situées à la base de la langue, consiste essentiellement à atténuer les symptômes pénibles en en faisant disparaître la cause, c'est-à-dire l'altération glandulaire.

Dans les *cas légers*, avant toute intervention, les gargarismes avec les eaux sulfureuses soit naturelles, soit artificiellement préparées, l'emploi des résolutifs, les badigeonnages avec des préparations iodo-iodurées, ou de la glycérine iodée, en solutions de plus en plus concentrées, peuvent produire à la longue des améliorations.

Dans les cas les plus accentués on a préconisé les attouchements avec diverses substances caustiques. Les agents chimiques, le chlorure de zinc, la résorcine, le nitrate d'argent, ne présentent pas une action très puissante. Il n'en est pas de même de l'acide chromique qui est doué d'une action caustique très énergique, mais que son extrême diffusibilité empêche, même à des personnes exercées, de localiser à un point bien déterminé.

On pourra aider à l'action de ces cautérisations et atténuer l'inflammation de la région par des gargarismes résolutifs, antiseptiques ou astringents ; une des formules les plus préconisées est la suivante :

Phénosalyl	1
Glycérine	10
Essence de menthe	XI
H^2O	100

On pourra également s'efforcer par une médication appropriée de modifier l'état diathésique ou névropathique de certains sujets.

Dans les cas d'*hypertrophie très prononcée*, il sera nécessaire de recourir à des moyens chirurgicaux afin de faire disparaître l'hypertrophie glandulaire.

V. E. M.

QUATRIÈME VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES

Stations des Vosges et de l'Est.

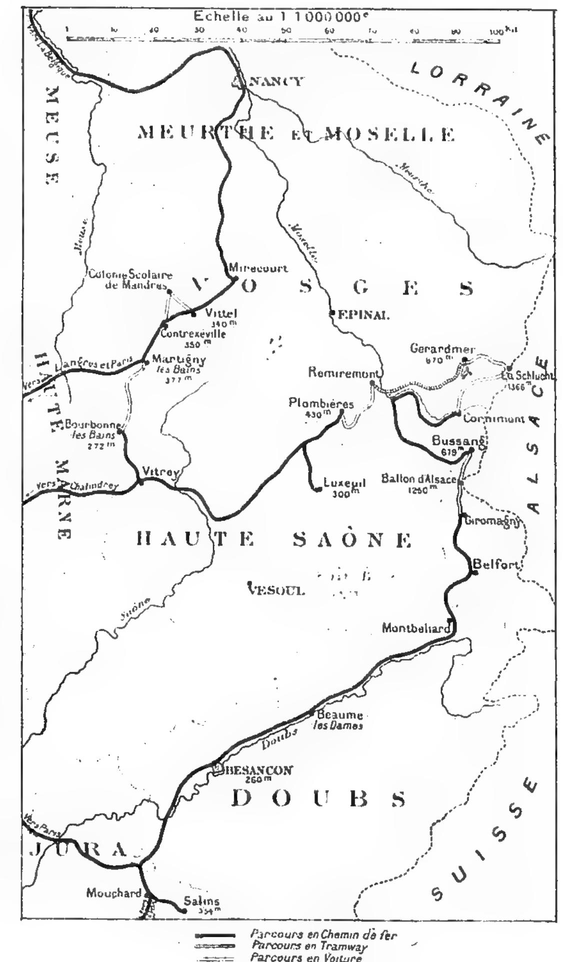
Du 8 au 16 Septembre 1902.

Pour la quatrième fois, grâce à l'initiative et à l'activité de M. Caron de La Carrière, neuf des stations thermales vosgiennes vont être visitées par un groupe de médecins français et étrangers.

Quoique, en principe, pour des difficulté matérielles, il eût été décidé que la liste des adhérents au V. E. M. serait arrêtée à 100 voyageurs, c'est 110 médecins qui se réunissent lundi matin à Vittel pour de là visiter Contréxeville, Martigny, Bourbonne, Luxeuil, Plombières, Gerardmer, Bussang, Salins et Besançon-la-Mouillière.

Lundi matin à Vittel et lundi soir à Contréxeville ont lieu, comme les années précédentes, la conférence du professeur Landouzy qui, sur place, traitera de chacune des indications thérapeutiques des sources visitées.

La liste des adhérents du 4e V. E. M. a montré combien, à l'étranger, continue à être appréciée l'œuvre de M. Carron de La Carrière qui, non content de faire connaître à nos compatriotes et aux étrangers les inestimables richesses thermales de notre pays les guide chaque année à travers nos provinces les plus pittoresques; après les sites variés du plateau central, après les verdoyantes Pyrénées, après les merveilles du Dauphiné et de la Savoie, les plaines et les monts vosgiens, c'est-à-dire toute la gamme des paysages de la plus belle France.



LISTE DES 110 ADHÉRENTS AU QUATRIÈME VOYAGE

Directeur Scientifique, Vice-Président du Comité de Patronage :

*** Dr Landouzy, Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Hôpital Laënnec, Paris.

** Dr Gaucher, Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, Paris.

Organisateur des V. E. M. :

*** Dr Carron de la Carrière, Ancien Interne des Hôpitaux, ancien Chef de Clinique Adjoint de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

Dr Adenot, Chirurgien de la Clinique des Voies Urinaires du Dispensaire Général, Lyon.

Dr Allain, Conseiller général du Finistère, Brest (Finistère).

Dr Andresen et Mme Andresen, Charlottenlund (Danemark).

* Dr Andrieu, Agen.

Dr Armand, Rue Saint-Maur, Saintes (Charente-Inférieure).

Dr Barbe, Ancien Interne des Hôpitaux de Paris et de l'Hôpital Saint-Louis, Paris.

*** A pris part aux trois voyages précédents.
** A pris part à deux voyages précédents.
* A pris part à un des voyages précédents.

Mr Bassuet, Étudiant, Préparateur à l'École de Médecine, Reims.
Dr Baumann, Médecin Cantonal à Heimsbrunn, près Mulhouse (Alsace).
* Dr Beziat, à Roissy (Seine-et-Oise).
* Dr Blondeaux, Seurre (Côte-d'Or).
** Dr Blondel, Pavilly (Seine-Inférieure).
*** Dr Bobrie et Mr Bobrie, Étudiant, La Rochelle (Charente-Inférieure).
Dr Boignard, à Méru (Oise).
* Dr Bories, Le Cannet de Cannes (Alpes-Maritimes).
Dr Boyd Joll, M. B. Université de Londres, et Mme Boyd Joll, 8, Hanger Lane Ealing Common, Londres, W.
Dr W. L. Brown et Mme Brown, 103, Fortess Road, Kentish Town, Londres N.-W. (Angleterre).
Dr Bruchet, Ancien Chef de Clinique à la Faculté, et Mme Bruchet, Paris.
Dr Cany, à la Bourboule (Puy-de-Dôme).
* Mr Charpentier, Étudiant en Médecine, Paris.
Dr Chevreux, Gouhenans (Haute-Saône).
Dr Claisse, Paris.
Dr Coppez, Professeur d'Ophtalmologie de l'Université de Bruxelles.
Dr Couremenos, Paris.
Dr Courjon, de Meyzieux (Isère), et Mme Courjon.
** Dr Couzefeyte, à Villeneuve-de-Marsan Landes).
** Dr A. Dejace, Liège (Belgique).
** Dr L. Dejace, Flemalle-Grande (Belgique).
* Dr Denis, Médecin des Mines de Pontpean, et Mme Denis, Bruz (Ille-et-Vilaine).
Dr Derome, à Pontoise (Seine-et-Oise).
** Dr Deslandes, Rochefort-sur-Mer.
Dr Dethier-Busine, Wasmes (Belgique).
Dr Dreyer, Bredsten (Danemark).
Dr J. Eraud, Ex-Chef de Clinique à la Faculté de Lyon, et Mme Eraud, Lyon.
*** Dr Fauvet, Lussac-les-Eglises (Haute-Vienne).
Dr Firket, Professeur d'Anatomie Pathologique et de Pathologie des Pays Chauds à l'Université de Liège.
** Dr Floystrup, Médecin de l'Hôpital Communal, Agrégé de la Faculté de Médecine, Copenhague (Danemark).
* Dr Fort, Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Fontainebleau.
Dr Gaudin, à Tonnay-Charente (Charente-Inférieure).
** Dr Gauthier, Bourg-la-Reine.
*** Dr de Geynst, Huy (Belgique).
* Dr Greidanus, Médecin de la Cour de S. M. la Reine-Mère des Pays-Bas et Mlle Greidanus, Baarn (Hollande).
* M. Grolhoux, Etudiant en Médecine, Nantiat (Haute-Vienne).
Dr Hafstrom, Médecin de S. M. le Roi de Suède et Norwège, Helsinborg (Suède).
*** Dr Hanriot, Blamont (Meurthe-et-Moselle).
*** Dr Henrot, Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Reims.
* Dr Houdeville, et Mme Houdeville, Rouen.
* Dr Imberdis, Ambert (Puy-de-Dôme).
*** Dr Jarnouen de Villartay, Vitré (Ille-et-Vilaine).
Dr Lacourt, Bruxelles (Belgique).
** Mr Laignel Lavastine, Interne des Hôpitaux de Paris.
* Dr J. Lecoq, Wasmes-en-Borinage (Belgique).
*** Dr Legendre, La Haye-Malherbe (Eure).
*** Dr Legros, Le Mans.
Mr Lematte, étudiant en Médecine, Paris.
* Dr Leviste, Dreux, (Eure-et-Loire).
* Dr Mantey, Sainte-Mère-Eglise (Manche).
Dr Marchand, ex-Interne des hôpitaux de Bruxelles, à Petit-Enghien (Belgique).
* Dr Albert Martin, professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen, Rouen.
* Dr Ch. Ménard, et Mme Ménard Lamalou (Hérault).
Dr Meylan, Gimel, Canton de Vaud (Suisse).
Dr Micheleau, Médecin résidant Hôpital Saint-André, Bordeaux.
*** Dr Moller, Lees Museum Rokin, Amsterdam (Hollande).
Dr Mollerup, Soroë (Danemark).
*** Dr Monsarrat, Paris.
Dr Mourey, Médecin-Major au 30e régiment d'Infanterie, à Annecy (Haute-Savoie).
Dr Noguès, Assistant de la Clinique des Voies Urinaires à l'Hôpital Necker, Paris.
* Dr Peronard, Copenhague (Danemark).
* Dr Pierrhugues et Mme Pierrhugues, Paris.
*** Dr Piot, Paris.
*** Dr Poix, 36, rue Chanzy, Le Mans (Sarthe).
** Dr Putel, 152, Avenue de Neuilly, Neuilly (Seine).
** Dr Rondu, Saint-Saulge (Nièvre).
** Dr Sauvage, Fère-Champenoise (Marne).
*** Dr de Scholten, Médecin-Major, Aalborg (Danemark).
Dr Snitker, Ny Solbjerg (Danemark).
Dr Soetens, Ninove (Belgique).
Dr Soubise et Mme Soubise, Fontenay-aux-Roses.
Dr Soudry et Mme Soudry, Neuilly (Seine).
M. Subra de Salafa, Etudiant en médecine, Toulouse.
Dr A. C. Tartarin, Paris.
*** Dr Tinel, Professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen, et Mlle Tinel.
Dr Van Cutsen, Enghein (Belgique).
Dr Van der Donck et Mme Van der Donck, Liège (Belgique).
Dr Van der Straeten, Bruxelles.
* Dr V. Van Hasselt, Rédacteur en Chef des *Annales Médico-Chirurgicales*, Pâturages (Belgique).
** Dr Varnière, Fréville (Seine-Inférieure).
* Dr Veper, les Lilas (Seine).
Dr Vergauwen, Directeur du Journal *Le Médecin*, Bruxelles (Belgique).
Dr Wilson, Derby (Angleterre).
Dr Zabludowski, Professeur à l'Université, Directeur de l'Ecole de Massage de l'Université de Berlin et Mme Zabludowski, Berlin (Allemagne).

Total : 110.

FACULTÉ DE PARIS

Cours de vacances de thérapeutique pratique. Un cours de vacances de *thérapeutique pratique*, sous la direction du professeur Gilbert, s'ouvrira le lundi 15 Septembre, à 4 heures, au laboratoire de thérapeutique de la Faculté. Il aura lieu tous les jours à 4 heures jusqu'au 30 Septembre.

Il sera fait par M. Chassevant, agrégé, pour la partie pharmacologique, et par M. P. Carnot, chef du laboratoire, pour la partie thérapeutique. Le professeur Gilbert clôturera le cours par une leçon sur l'Art de prescrire.

Les élèves seront individuellement exercés, en dehors des heures de cours, à la préparation des principales formes pharmaceutiques (potions, loochs, pilules, stérilisation des produits injectables, etc.) et aux diverses techniques thérapeutiques nouvelles (injections intra-veineuses, intra-musculaires, intratrachéales, intra-rachidiennes, épidurales, etc.).

Le prix du cours est de 50 francs ; le nombre des élèves sera limité.

Se faire inscrire, jeudi ou samedi, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 3 heures.

Clinique gynécologique. — M. Jayle, chef de clinique, fera un cours pendant les vacances, du lundi 6 au samedi 25 Octobre 1902, dans le service de M. le Professeur Pozzi, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca.

Les cours auront lieu les lundi, mercredi et vendredi, à 2 heures, et auront une durée d'une heure et demie.

Le nombre maximum des élèves est fixé à 10.

Programme. — Interrogatoire des malades ; examen gynécologique ; examen du ventre ; du choix d'une table d'examen et de la manière de s'en servir ; du choix d'un spéculum et des instruments ordinairement employés en gynécologie ; des pansements vaginaux et utérins ; du massage et de la sismothérapie en gynécologie ; de la physiothérapie en gynécologie.

Le montant des droits à verser est de 50 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs aux cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

NOUVELLES

Paris et Départements

Les aliénés convalescents. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, saisi de la question des aliénés convalescents, après discussion, a adopté une proposition de M. André Lefèvre. Cette proposition porte qu'en vue de faciliter le retour des aliénés guéris à la vie libre, les sorties d'essai doivent être multipliées et que des quartiers de convalescents doivent être établis dans les asiles. Les malades bénéficiant de sorties d'essai seront soumis à la surveillance des autorités municipales et à des visites de médecins inspecteurs désignés par l'administration. Avis des sorties sera donné au Parquet. La sortie d'essai sera prononcée par le préfet sur avis du médecin traitant et du médecin inspecteur.

La proposition porte, en outre, que l'on donnera à l'aliéné convalescent, pendant la période qui séparera la sortie provisoire de la sortie définitive, une condition juridique analogue à celle du mineur émancipé.

Institut Pasteur municipal de Bordeaux. — Un arrêté du maire de Bordeaux vient de créer un Institut Pasteur municipal de Bordeaux dont le directeur est M. Ferré, professeur de médecine expérimentale à la Faculté de médecine et directeur technique des services antidiphtériques et antirabiques de la ville de Bordeaux.

M. Buard est nommé chef des laboratoires de la diphtérie et de la rage et M. Hobbs, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chef des laboratoires de la vaccine et de la tuberculose.

Une nouvelle goutte de lait. — Il vient de se fonder à Tours, sur l'initiative de M. Grasset, une « goutte de lait ». Cette œuvre a pour but de donner du lait maternisé ou stérilisé aux enfants qui ne peuvent pas être nourris au sein par leur mère ou qui ne peuvent l'être que d'une façon incomplète.

Elle est organisée sur le modèle de la « Goutte de lait » de Fécamp.

CONCOURS

Le prix Fillioux. — En conformité d'un legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par M. Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix d'égale valeur, à décerner l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille.

Pour l'année 1902, le concours sera ouvert le lundi 8 Décembre en vue de l'attribution de deux prix de 900 francs chacun.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, du 1er au 15 Octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 15 Octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

École vétérinaire d'Alfort. — Un concours sera ouvert le 15 décembre 1902 à l'école vétérinaire d'Alfort pour la nomination à un emploi de répétiteur chef de travaux attaché à la chaire d'anatomie des animaux domestiques et extérieur du cheval.

Le programme de ce concours se délivre à Paris au ministère de l'agriculture (Bureau des écoles et services vétérinaires) et dans les trois écoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 74. — Samedi, 13 Septembre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD, Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

LE CONGRÈS BELGE DE CHIRURGIE

La Société belge de chirurgie avait cette année convié un grand nombre de chirurgiens européens à assister à sa réunion annuelle, et du 8 au 10 Septembre s'est tenu dans la jolie ville de Bruxelles un véritable *Congrès international de chirurgie*.

Les organisateurs de ce Congrès avaient sagement limité les travaux à la discussion de trois questions : le traitement de l'appendicite, le traitement des fractures des membres, l'asepsie et l'antisepsie opératoires. Il y aurait eu un véritable intérêt à donner dans *La Presse Médicale* un compte rendu complet de ces discussions; mais le nombre des Congrès est devenu tel, que les journaux médicaux sont actuellement dans l'impossibilité matérielle de donner aux Congrès l'importance qu'ils méritent souvent.

*
* *

Le traitement de l'appendicite a occupé la journée de lundi. Le rapport de Broca dont nous avons donné le résumé dans le dernier numéro de *La Presse Médicale*, a été appuyé par Sonnenburg, de Berlin, qui est venu apporter le résultat de l'étude d'un très grand nombre de cas. Sa communication a eu un très grand et très légitime succès. A la suite de la discussion à laquelle ont pris part MM. Sorel du Havre, Giordano de Venise, Reynès de Marseille, Verchère de Paris, Montprofit d'Angers, Morestin de Paris, Tédenat de Montpellier, Michaux de Paris, etc., il ressortait nettement ce fait que pour la presque totalité des chirurgiens le moment opportun d'intervenir dans les appendicites est le moment où l'appendicite est refroidie.

Comme l'a fait remarquer Montprofit, la question du traitement chirurgical de l'appendicite a subi les phases par où passa il y a quelques années la question du traitement des salpingites; après une période d'intervention à outrance on est venu à la temporisation raisonnée.

Il y eut cependant un dissident, et H. Peugniez d'Amiens a attaqué avec fougue le rapport de Broca pour soutenir avec énergie la cause compromise des interventionnistes radicaux.

Tuffier, de Paris, et Loubet, de Marseille, dans leur rapport sur le traitement des fractures, avaient établi avec une grande netteté que, sous le couvert d'une *asepsie* rigoureuse, et avec l'aide de la *radiographie*, on peut et on doit traiter un grand nombre de fractures par l'intervention sanglante. Leur rapport n'a pas paru suffisamment convaincant, et la majorité des chirurgiens présents s'est ralliée à l'opinion soutenue par le professeur Berger, que l'intervention sanglante est encore une méthode d'exception, et qu'il ne faut pas faire fi des méthodes classiques de traitement non sanglant.

Le Congrès s'est terminé par la lecture et par la discussion du rapport de Valravens, de Bruxelles, sur l'asepsie et l'antisepsie chirurgicales. Valravens a eu l'idée de consulter la plupart des chirurgiens européens sur leurs méthodes d'asepsie ou d'antisepsie, et il a présenté au Congrès les résultats de cette enquête. Résoudre un problème chirurgical par le suffrage universel serait un procédé peu scientifique; telle n'était pas évidemment l'intention de l'auteur; aussi se garda-t-il bien de conclure. Il était néanmoins intéressant de savoir quels sont les diverses manières dont les chirurgiens européens comprennent les précautions opératoires et post-opératoires.

Le rapport de Valravens est une page bien documentée de l'histoire de la chirurgie moderne.

*
* *

Dans l'après-midi de mardi, après la séance de photographie d'usage, avait eu lieu une discussion qui a été le point principal du Congrès belge de chirurgie.

La Société belge de chirurgie avait émis la proposition suivante : il y a-t-il lieu de constituer une Société internationale de chirurgie, *Société* et non pas *Congrès*, Société fermée qui comprendrait un nombre déterminé de membres, payant une cotisation annuelle, se réunissant à intervalles régu-

liers pour discuter une question donnée de chirurgie. A l'unanimité, l'assemblée a voté qu'une telle Société serait éminemment utile pour l'avancement de la science chirurgicale, et pour le développement des bonnes relations entre les chirurgiens de tous les pays.

Restait la question de savoir comment serait organisée la Société et comment seraient recrutés les membres. Sonnenburg, Berger, Verneuil, Montprofit, Sorel, Depage, Broca, Willems prirent la parole à ce sujet, mais il ne sembla pas que l'accord fût prêt de se faire sur les moyens les meilleurs d'arriver à la constitution de cette Société. Finalement, on préféra confier à un Comité provisoire international le soin de préparer les futurs statuts de cette future Société. Chaque pays représenté à la séance eut un délégué.

Ont été nommés délégués :

Allemagne. — M. E. Sonnenburg (de Berlin).
Amérique (Etats-Unis). — M. Roswell Parck.
Angleterre. — M. Reginald Harrisson.
Autriche. — M. Gussenbauer.
Belgique. — M. Willems.
Danemark. — M. Bloch.
Espagne. — M. da Isla.
France. — M. Auguste Broca.
Hollande. — M. Rotgans.
Hongrie. — M. Dollinger.
Italie. — M. Giordano.
Roumanie. — M. Jonesco.
Russie. — M. Wiliaminoff.
Serbie. — M. Soubbotitch.
Suède. — M. Borrelius.
Suisse. — M. Jacques Reverdin.
Turquie. — M. Djémil-Pacha.

Souhaitons que ce Comité provisoire puisse agir vite et mettre sur pied un projet viable.

L'idée d'une Société internationale de chirurgie est une idée excellente, mais, pour la réaliser, il faudra de la part des membres du Comité beaucoup d'activité et de diplomatie. Quelle que soit l'issue du projet en question, on ne peut que féliciter de son heureuse initiative la Société belge de chirurgie. Par la réussite si complète du Congrès de Bruxelles, elle a montré qu'on peut beaucoup avec de l'initiative et une bonne organisation, et que la formation d'une Société internationale de chirurgie est un beau rêve réalisable.

P. Desfosses.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement des phlegmasies mammaires par la réfrigération.

Les phlegmasies mammaires ne s'observent guère en dehors de la puerpéralité. Elles apparaissent surtout au cours de la lactation, rarement avant l'accouchement. Elles sont la conséquence d'une infection née sur place ou apportée du dehors. Les microbes virulents pénètrent dans le système lymphatique ou dans la profondeur des conduits excréteurs de la glande; il en résulte soit des lymphangites, soit des galactophorites, mais souvent les deux lésions s'observent en même temps; il est rare que l'abcès du sein se fasse d'emblée. Les complications que peuvent entraîner les phlegmasies sont, pour la mère, la suppuration partielle ou totale de la mamelle; pour l'enfant, des infections diverses et surtout l'allaitement artificiel.

Une rigoureuse prophylaxie par les précautions antiseptiques et le traitement des crevasses du mamelon préviendra le plus souvent l'infection du sein. Si l'inflammation se déclare, on peut soigner les lymphangites par différentes pratiques — qui peuvent se ramener au repos, à la compression de l'organe et aux applications antiseptiques — et la galactophorite par le procédé de l'expression (Budin). M. Bonnaire préfère à ces différents procédés, surtout au dernier, — qui est douloureux, met obstacle au repos complet de l'organe, et peut même, s'il est pratiqué avec un peu de violence, le traumatiser, — la méthode de réfrigération par la glace dont le pouvoir antiphlogistique est des plus puissants, et qui permet, en outre, de laisser la mamelle au repos absolu.

Voici comment, d'après M. P. Gontier (*Thèse*, Paris, 1902) auquel nous empruntons tous ces détails, la méthode de la réfrigération est employée à la Maternité de Lariboisière que dirige M. Bonnaire.

Dès qu'une femme présente une élévation de température, ou qu'elle se plaint de douleurs dans les seins, on porte un examen attentif sur ceux-ci; on voit s'ils sont rouges, atteints de lymphangite superficielle ou profonde, ou, encore, on recherche, par l'expression, s'il y a du pus dans les canaux galactophores. Si l'examen est positif, l'allaitement est aussitôt suspendu d'un côté ou totalement, et on met de la glace sur les mamelles.

Pour cela, après une toilette antiseptique des seins, on place d'abord une compresse imbibée de liqueur de Van Swieten ou bien d'une solution de nitrate à 1/50, s'il y a des crevasses sur le mamelon; au-dessus, on pose une épaisseur de flanelle, puis une vessie remplie d'un mélange de glace concassée en menus morceaux et de farine de lin. On obtient ainsi une sorte de cataplasme bien homogène qui permet de soumettre à la réfrigération toute la surface de la mamelle, d'une façon égale et parfaite. Le tout est enfin recouvert d'un morceau de taffetas gommé et fixé par un bandage de corps bien serré.

Dès que la glace est fondue, il faut la renouveler, c'est-à-dire environ toutes les deux heures.

On persévérera dans ce traitement jusqu'à la disparition de la douleur; ceci indique que les phénomènes aigus sont terminés et l'on peut alors enlever la glace et reprendre l'allaitement. Toutefois, avant de remettre l'enfant au sein, on videra celui-ci du vieux lait qu'il contient. Du reste, s'il s'agissait d'une galactophorite, il convient de s'assurer par l'expression de la glande qu'elle ne contient plus de pus. Et M. Bonnaire veut que cette manœuvre, pratiquée à deux reprises, une fois le matin et une fois le soir, soit absolument négative à cet égard.

Si, au contraire, on constate qu'il y a encore du pus dans les canaux galactophores, on continue les applications de glace jusqu'à la guérison complète.

Le premier effet de la glace, c'est une sédation très remarquable, et pour ainsi dire instantanée, de la douleur à laquelle succède une agréable sensation de fraîcheur. Il est cependant certains sujets, à peau particulièrement fine et sensible, pour qui le froid local est cause d'impression pénible persistante. Chez d'autres, la glace, tout en faisant disparaître la douleur et la congestion, provoque des plaques de rougeur çà et là, malgré l'interposition de compresses, mais ce léger érythème disparaît bien vite, sitôt qu'on enlève le pansement. Sans être prévenu, on pourrait croire à un placard de lymphangite résistant au froid, alors qu'il n'en est rien.

Au contraire, tous les symptômes aigus de l'angioleucite sont rapidement effacés. Le plus souvent, la peau reprend sa coloration normale; le sein, qui était dur, tendu, présente bientôt à la palpation une souplesse étonnante. Tous les signes aigus de la phlogose sont atténués. En même temps, la réfrigération a l'énorme avantage d'éteindre l'activité physiologique de la glande; la sécrétion lactée est tarie sous la double influence d'une vaso-constriction énergique et du repos complet dans lequel on la laisse.

En dépit de la non-évacuation du pus, il est rare que les galactophorites résistent au traitement par la glace. Si celle-ci n'agit pas directement sur la virulence microbienne, — ce qui n'est pas prouvé, — elle est capable de modérer fortement la réaction exagérée de l'organisme; sous son influence, la tendance suppurative est contrariée, de même que l'engorgement laiteux est prévenu. Le point important, c'est d'attaquer l'inflammation à ses débuts, alors qu'elle est encore superficielle et localisée aux canaux galactophores.

Dans certains cas cependant, on ne parvient pas à s'opposer à la formation d'un abcès, et la glace n'a eu d'autre avantage que de faire évoluer la phlegmasie sans symptômes aigus.

Pourvu qu'on ne cesse pas le traitement avant la guérison complète, celle-ci reste définitive.

Et il ne faut pas avoir de craintes pour l'avenir de l'allaitement. En général la lactation n'est suspendue que pendant quelques jours. Mais, même après une longue interruption, en y mettant de la volonté et de la persévérance, on arrive le plus souvent à faire revenir le lait dans le sein d'une nourrice. Budin n'a-t-il pas vu se rétablir la sécrétion lactée trente-quatre jours après la délivrance chez une femme qui n'avait jamais nourri? En faisant téter un enfant de quelques mois, et vigoureux, on favorisera beaucoup le retour de la sécrétion.

LIVRES NOUVEAUX

Ch. Debierre. — *L'Embryologie en quelques leçons* (Félix Alcan, Paris, 1902).

L'auteur, en un volume de 200 pages, a réuni les leçons professées à la Faculté de Lille pendant l'année 1901. Les importants problèmes de l'embryologie sont exposés avec simplicité, clarté et précision. « L'étudiant qui sait seulement son anatomie ne sait pas assez. Sans doute, il connaît l'organisation de l'homme, mais trop souvent le *comment* et le *pourquoi* de cette organisation lui échappe. » Aussi le livre de M. Debierre est-il particulièrement utile à l'étudiant pour parachever son éducation scientifique.

L'ouvrage peut se diviser en deux parties. Dans la première partie, l'auteur étudie successivement la glande génitale, les phénomènes de l'ovulation, de la fécondation, la segmentation de l'œuf, la formation du cœlome, la métamérisation du mésoderme, le développement général de l'ébauche embryonnaire, la constitution des enveloppes et annexes de l'embryon.

La deuxième partie, plus importante, comprend l'étude du développement de l'embryon proprement dit. Le premier chapitre est consacré au développement des formes extérieures de l'embryon : tête, tronc et membres. Le deuxième renferme l'étude des différents organes; d'abord les organes dérivés du feuillet interne : tube digestif, poumons etc.; puis ceux dérivés du feuillet externe; enfin les organes dérivés du feuillet moyen.

Malgré l'aridité du sujet, le livre de M. Debierre est d'une lecture facile; les 144 figures qu'il renferme aident beaucoup à l'intelligence du texte.

G. Berruyer.

BIBLIOGRAPHIE

Monographies cliniques sur les questions nouvelles en médecine, en chirurgie, en biologie. Le ganglion lymphatique, par Henri Dominici (*Masson et Cie*, éditeurs à Paris).

Medical and surgical report of the Presbyterian hospital in the city of New-York, une brochure in-8° raisin de 278 pages (*Andrew J. Mc Cosh M. D.*, éditeurs, à New-York).

L'eau dans l'alimentation, par F. Malméjac, docteur en pharmacie, pharmacien de l'armée. Préface de M. F. Schlagdenhauffen, directeur honoraire de l'Ecole de pharmacie de Nancy. 1 vol in-8° de la Bibliothèque scientifique internationale, avec figures dans le texte, cartonné à l'anglaise 6 francs. (*Félix Alcan*, éditeur, Paris).

Bibliographie méthodique des livres de médecine, chirurgie, pharmacie, sciences, 1880-1902, comprenant les ouvrages nouveaux parus à ce jour. Pour recevoir cette bibliographie gratuitement et franco, il suffit d'en faire la demande à la *Librairie Maloine*, 23-25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

CHIRURGIE RÉPARATRICE
DU VARICOCÈLE

Par **L. LONGUET**
Professeur suppléant
à l'École de médecine de Rouen.

Par chirurgie réparatrice du varicocèle, j'entends un traitement opératoire qui recherche la cure des varices spermatiques dans la seule *consolidation* des tissus effondrés. Cette thérapeutique, toute de correction, répare en conservant. Œuvre de *correction conservatrice*, elle diffère totalement des traitements actuellement classiques dont le principe essentiellement *destructeur et radical*, consiste dans l'exérèse toujours et sous différentes formes[1]. Et l'opposition demeure constante entre ces deux chirurgies, par quelque face qu'on les aborde, conception génératrice, méthode thérapeutique, ou procédés opératoires. La radicale apporte autant de persévérance pour supprimer les plans anatomiques en défaillance que la réparatrice met de ténacité pour conserver ces mêmes tissus en les renforçant.

* * *

Ainsi définie, cette cure réparatrice date d'hier.

A. *L'orchidopexie*, que réalisa Parona[2] en 1898-1899 en fixant à l'orifice inguinal externe le testicule varicocélique à l'aide de la vaginale retournée, mérite ici la première mention. On peut en rapprocher les tentatives de *scrotopexie* que je poursuivais à la même époque par cerclage et ligature du scrotum placés à ciel ouvert[3]. L'orchidopexie suspendait la glande, la scrotopexie la maintenait par en bas. Ainsi toutes deux, par un chemin très différent, visaient au même but. Mais l'une et l'autre ne s'adressent qu'à l'un seulement, et encore au plus accessoire, des facteurs de la maladie.

B. Plus rationnelle déjà, puisqu'elle portait son action sur la dilatation veineuse, élément principal de la maladie, la *phlebopexie* que je pratiquais en 1901 en cerclant de catgut le paquet variqueux, se présentait avec un caractère mieux tranché de correction réparatrice du varicocèle.

C. Mais la *transposition extraséreuse*[4] du testicule, longuement exposée le 21 septembre 1901, par son quadruple effet phlébo-orchido-vagino-scrotopexique, vint jeter une note beaucoup plus franchement affirmative dans cette chirurgie naissante, ainsi qu'en témoignent les premiers résultats consignés dans la thèse récente de mon élève Pélicier[1].

L'ordre adopté dans le présent travail est exactement celui que j'ai suivi dans le mémoire consacré ailleurs au traitement radical du varicocèle. Successivement j'exposerai : 1° une conception réparatrice; 2° des méthodes thérapeutiques; 3° des procédés opératoires qui réalisent en pratique le desideratum; 4° un parallèle terminera qui mettra face à face les deux chirurgies du varicocèle : la radicale et la réparatrice.

I. — Conception réparatrice.

La conception réparatrice à laquelle je fus amené par la constatation des lacunes du traitement radical repose, tout entière, sur la donnée suivante : le varicocèle consiste dans une ectasie ou un *effondrement* de tous les tissus génito-scrotaux, depuis le plan veineux jusqu'au plan cutané, avec prédominance sur les veines, avec prédilection et presque exclusivisme pour la zone génito-scrotale gauche.

En conséquence, la chirurgie du varicocèle ressort des principes de thérapeutique générale qui dirigent la cure sanglante des effondrements, c'est-à-dire qu'elle doit avant tout se proposer la *consolidation* des plans ectasiés. Ici, comme dans les effondrements viscéraux quelconques, qu'il s'agisse du foie, du rein, de l'estomac, du côlon, du rectum[2], etc., la correction réparatrice par excellence réclame le soutènement par *fixation*, *plicatures* ou *cerclages*. En principe, et dans son essence même, l'intervention doit être conservatrice. L'indication est de soutenir les plans dystrophiés, mais non de les supprimer. Il ne s'agit point, en effet, d'une véritable tumeur; la preuve en est qu'elle disparaît spontanément sous l'influence de l'attitude horizontale ou lorsque se crispe le dartos sous l'influence du froid. Et puisque dans le sens clinique, comme dans le sens anatomo-pathologique, il n'y a ici qu'une tumeur fantôme, l'exérèse ne s'impose en aucune manière. Consolider les plans qui s'effondrent, voilà ce qu'il faut rechercher.

II. — Méthodes réparatrices.

De cette conception découlent trois grandes méthodes de consolidation réparatrice.

A. La première vise l'élément morbide principal, c'est-à-dire le paquet variqueux seulement. Elle peut être désignée sous le terme de *phlebopexique*, puisqu'elle s'oppose à l'ectasie, à la ptose ou à l'effondrement des parois veineuses. C'est, dans la chirurgie réparatrice, l'homologue de la phlebectomie dans le traitement radical.

B. La deuxième vise au contraire l'élément morbide accessoire qui est l'effondrement tégumentaire. Le nom de *scrotopexie* ou mieux de *pariétopexie* servira à désigner cette méthode, qui a pour pendant la scrotectomie des radicaux.

C. La troisième, combinaison des précédentes, s'attaque à tous les éléments à la fois, principaux et accessoires, de la maladie. C'est la *phlébo-orchido-pariétopexie* similaire de la *scrotophlébectomie* des radicaux. Par sa seule désignation, cette troisième méthode apparaît déjà comme étant la plus rationnelle et théoriquement la plus satisfaisante par l'ampleur de ses visées réparatrices.

III. — Les procédés de la chirurgie réparatrice.

A. Les procédés de la première méthode, d'ambition par trop restreinte, ne m'arrêteront point, et, comme *phlébopexie*, je mentionnerai l'*encerclage*[1] du cordon à l'aide de catgut disposé en cercle ou en treillis, puis l'*engainement cylindrique* du cordon à l'aide des tissus normaux utilisables à cet effet, en particulier la fibreuse commune ou la vaginale.

B. Parmi les procédés de la deuxième méthode ou *pariétopexique*, je glisserai également sur la *scrotopexie*[2] ou cerclage du scrotum. Il convient au contraire de s'étendre sur l'*orchido-vaginopexie* ou procédé de Parona, dont la particularité consiste à fixer à l'anneau inguinal externe le testicule à l'aide de la vaginale retournée. Les temps opératoires décrits par l'auteur sont les suivants :

Premier temps : *Incision inguino-scrotale.* — Cette incision, qui mesure une longueur de 12 centimètres environ[3], s'étend depuis l'orifice externe du canal inguinal jusqu'au pôle inférieur du testicule.

Deuxième temps : *Dénudation de l'orifice inguinal externe. Dénudation du cordon*, puis *dénudation totale extravaginale* du testicule par décortication. — Cette vaste décortication nécessite une hémostase soignée. On prendra grand soin de ne pas blesser la séreuse qui dans le varicocèle reste mince, et de bien déchirer tous les tractus cellulo-vasculaires qui relient la glande au fond de la paroi postérieure de la bourse.

Troisième temps : *Retournement de la vaginale.* — La vaginale est incisée au niveau de l'épididyme, sur une hauteur de 3 à 4 centimètres ; puis elle est retournée, face séreuse regardant en dehors, en sorte qu'elle forme à l'origine du cordon un sac large et sphérique.

Quatrième temps : *Pexie circonférencielle* de la vaginale retournée à l'orifice inguinal externe. — Les lèvres de la séreuse sont suturées par 5 ou 6 points de suture à l'anneau

---

1. L. Longuet. — « Chirurgie radicale du varicocèle ». *Gazette des hôpitaux*, 1902, 19 et 26 Juillet, nos 80 et 83. Dans cette étude, je fais, en terminant, allusion à une *chirurgie orthopédique* du varicocèle. Je préfère aujourd'hui l'expression de *chirurgie réparatrice* qui traduit mieux ma pensée.

2. Parona. — *Policlinico*, 1899, 15 Janvier, et *Semaine médicale*, 1899, 1er Février, n° 5. A cette époque, l'auteur de cette technique comptait déjà neuf opérations personnelles, auxquelles il avait à ajouter deux autres cas exécutés par Canetti, soit onze cas en Italie. En France, Nimier pratiqua en 1899 et 1900 (In *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1899 et 1900, 12 Juillet) neuf fois l'opération de Parona. Puis Etourneau en 1900, *Archives de medecine navale*, 1900, p. 145, mentionna deux nouvelles opérations, pratiquées avec mécomptes, selon cette même technique, par un chirurgien dont le nom n'est pas donné.

3. L. Longuet. — « Chirurgie radicale du varicocèle ». *Gazette des hôpitaux*, 1902, n° 80. Voir les préliminaires.

4. L. Longuet. — « De la transposition extra-séreuse du testicule. Ses applications à l'hydrocèle et au varicocèle ». *Progrès médical*, 1901, 21 Septembre.

---

1. Pélicier. — « La transposition opératoire du testicule. Méthode et procédés de Longuet ». *Thèse*, Paris, 1902, Juillet, avec figures, éditée chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

2. *Nota.* Réserve faite pour les prolapsus génitaux ou vagino-utérins dans la genèse desquels intervient un élément spécial, celui de la perte de substance traumatique et obstétricale, sous forme de déchirure cutanée ou sous-cutanée du périnée.

---

1. *Nota.* Cette tentative m'avait été inspirée par l'encerclage de la rate au catgut préconisé par Zykoff comme moyen de splénopexie, et dont j'espérais un meilleur résultat au niveau du cordon variqueux. Je ne m'y suis pas arrêté, la vaginale m'ayant semblé un tissu de soutènement naturel beaucoup plus régulier, plus rationnel, et plus durable.

2. La *scrotopexie* que je réalisai consista à encercler le scrotum, à l'aide de fils de lin placés à ciel ouvert. Je considère, en effet, qu'actuellement les procédés sous-cutanés, c'est-à-dire aveugles, sont un anachronisme; ils nous reportent à vingt ans en arrière, à l'âge où régnait la ligature sous-cutanée des varices spermatiques par le procédé de Ricord. Après cette scrotopexie *sustentatrice*, j'essayai une scrotopexie *suspensatrice*, en suturant transversalement l'incision longitudinale haute faite au scrotum. Cette manière de faire est restée dans le procédé personnel de transposition du testicule qui sera exposé plus loin. Appliquée seule, cette scrotopexie suspensatrice serait d'efficacité douteuse, le testicule ptosique continuant à peser de tout son poids sur les téguments dystrophiés avant comme après l'opération.

3. *Nota.* D'après la figure représentée dans la *Semaine Médicale*, 1899, Janvier, n° 5.

inguinal et au pubis. « La fixation pubienne s'obtient par 3 points de suture. L'un, postérieur, traverse le tissu fibreux de la face antérieure de l'os. Deux autres, latéraux, s'engagent à travers le bord tranchant des piliers externe et interne. Ces fils doivent être placés, puis serrés successivement en commençant par le postérieur » (Nimier). On disposera cette fixation de telle sorte que le testicule appendu au sac vaginal se trouve finalement un peu au-dessous de la racine de la verge. La résultante de cette manœuvre est que les veines qui se sont vidées pendant l'ascension du testicule auxquelles on ne touche pas, se trouvent placées très au large dans le sac séreux.

Cinquième temps : *Reposition du testicule.* — La glande est réintégrée en sa situation et en son orientation normales. Il faut se bien assurer que le cordon n'a subi aucune torsion.

Sixième temps : *Suture* de la peau et des tuniques sous-jacentes du scrotum, puis de la région inguinale. — Par exception, si les veines étaient par trop volumineuses, elles seraient excisées entre deux ligatures, technique qui ramène alors au traitement radical.

Résultat de la deuxième méthode réparatrice. — L'opération de Parona, qui a déjà quelques états de service, a été l'objet de critiques. Dans deux cas, Etourneau eut un volumineux hématome, résultant de la décortication inguino-scrotale. N'est-ce pas là une fois de plus vérifié le point faible de la méthode du retournement de la vaginale, point que j'ai nettement souligné?

En outre, dit Etourneau, il est bien difficile d'obtenir une suspension du testicule à la hauteur convenable, puisque la hauteur de la séreuse suspensatrice est essentiellement variable. C'est ainsi que, dans un cas, la glande trop haut fixée s'appliquait fâcheusement contre le pubis.

J'ai démontré ailleurs que pour retourner la vaginale, la longue incision inguino-scrotale est tout aussi inutile que la décortication.

Mais le gros reproche, celui qui pèse sur toute la deuxième méthode, le voici : Cette thérapeutique pèche par insuffisance, respectueuse qu'elle est non seulement du scrotum, mais aussi des veines variqueuses, c'est-à-dire de l'élément morbide principal. Et ces veines peuvent se distendre à l'aise dans le vaste sac qui leur est formé par la vaginale retournée. Dira-t-on, comme le clament les partisans de la scrotectomie dans le camp radical : « Nous espérons pour l'avenir une atrophie des veines variqueuses désormais mieux soutenues par en bas? » Est-il besoin de relever le peu de valeur de ce très optimiste système de défense? Avant l'opération, il y a un varicocèle extra-vaginal; après l'intervention, il y a un varicocèle intra-vaginal; voilà le résultat positif. En somme, la deuxième méthode ne jette qu'une bien pâle lueur sur la question d'une cure réparatrice possible du varicocèle.

C. La *troisième méthode*, phlébo-orchido-vagino-scrotopexique, est d'une tout autre portée. C'est cette polyfixation combinée qu'obtient la *transposition extra-séreuse* du testicule par celui de ces procédés que j'ai décrit sous le nom de supéro-interne; voici quelle est ma technique [1].

Premier temps : *La vaginotomie préliminaire.* — Le premier temps consiste dans une vaginotomie après retournement temporaire et total du scrotum, vaginale exceptée. Par une incision longitudinale tracée très haut, *sustesticulaire*, sous-inguinale, immédiatement sous la racine du scrotum, et longue de 5 centimètres environ, faite aux ciseaux et ne comprenant que la peau seulement (fig. 1), on obtient immédiatement une boutonnière presque exsangue, si la peau seule est sectionnée. Par cette fente, tout le contenu de la bourse correspondante est facilement luxé en bloc. A cette luxation, l'on procède en refoulant d'arrière en avant avec les doigts le testicule et le cordon par pression médiate transscrotale sur la paroi postérieure. La résultante d'une telle manœuvre, lorsqu'elle est exécutée à fond, est que le scrotum est complètement retourné, face celluleuse en avant, face cutanée en dessous. Cette dernière disparaît pendant que tout le contenu variqueux s'extériorise spontanément. Une pince à 10 dents maintient totale l'éversion tégumentaire, en appliquant lèvre contre lèvre les bords de l'incision cutanée retroussée. Il reste à gagner un point de la vaginale, en soulevant par pincement et en sectionnant de petits plis jusqu'à ce que la séreuse soit incisée à son tour. Les lèvres de l'incision vaginale sont repérées chacune avec une pince, puis tous les tissus prévaginaux sont refoulés de bas en haut, sur une hauteur de 4 à 5 centimètres, avec la pointe mousse des ciseaux manœuvrés fermés. Après quoi, le reste de la vaginale est incisé sur toute sa hauteur jusqu'à l'extrémité la plus élevée de son cul-de-sac supérieur. Il est utile, en effet, d'obtenir un engainement de hauteur aussi étendue que possible, afin d'éviter tout cul-de-sac qui perdrait une surface utile de la séreuse.

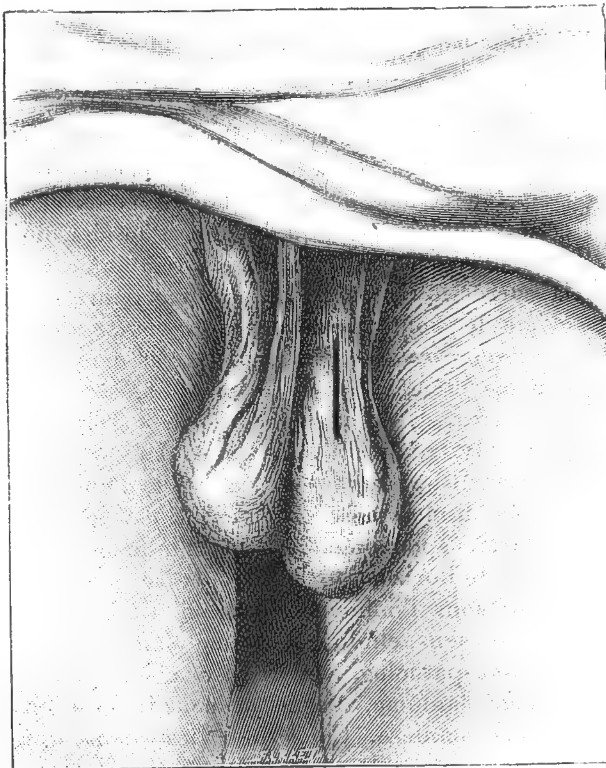


Figure 1. — *Tracé de l'incision cutanée.*

Cette incision, longue de 5 centimètres, est tracée très haut, immédiatement sous la racine du scrotum, sus-testiculaire, sous-inguinale. La présente figure la reproduit un peu trop bas [1].

Deuxième temps : *L'engainement fibro-séreux du cordon après luxation temporaire du testicule.* — Ce deuxième temps réclame ici un soin tout particulier, puisqu'il a pour but d'envelopper d'un manchon régulièrement calibré tous les plexus veineux dilatés et cela sur toute l'étendue de leur portion funiculaire. Pour bien faire cet engainement, le testicule énucléé doucement de sa loge vaginale est récliné fortement en haut, puis couché vers le pubis, enfin fixé médiatement par une pince à dix dents, plantée au-dessous de la queue de l'épididyme. Ainsi toute la face postérieure du cordon apparaît en plein jour, verticalement tendue et bordée de chaque côté par les lèvres de la vaginale qui délimitent une fossette prismatique et triangulaire, rétrofuniculaire à base inférieure. Le tissu celluleux de cette fossette, qui fait obstacle à un bon rapprochement séro-séreux rétrofuniculaire, est récliné et déblayé en un instant, soit par la pince à griffes, soit par l'index qui décolle ces tissus de haut en bas. De cette manœuvre, il résulte qu'un engainement séreux régulièrement calibré devient possible. La fixation de l'engainement est obtenue par un fin surjet commençant en haut sous la pince fixatrice, un peu au-dessous de la queue de l'épididyme, c'est-à-dire au niveau de la base du plexus variqueux pyramidal et au-dessus de la boutonnière vaginale. Dans un *premier quart* supérieur, ce surjet forme d'abord des plicatures séro-séreuses, rétro-funiculaires par points de Lembert. Dans ses *deux quarts moyens*, il continue les mêmes plis, en fronçant longitudinalement et unissant l'une à l'autre, face à face, et non bord à bord, les lèvres de la boutonnière vaginale. Enfin, dans son *quart inférieur*, la vaginale n'existant plus à ce niveau, le surjet complète les plicatures sur la fibreuse commune, dans la direction de l'orifice externe du canal inguinal qu'il est bon de charger en terminant, s'il se trouve à proximité; mais il n'y a pas lieu de faire là un temps opératoire spécial (fig. 2). C'est le point de terminaison de la gaine séro-fibreuse dont le rôle est *phlébopexique* puisqu'il empêche le paquet variqueux de s'effondrer et de s'ectasier après distension. Il est très important que l'encerclage cylindrique du cordon soit régulièrement serré et sur une grande étendue en hauteur, sous peine d'obtenir un sac sphérique, comme en donne le retournement de la vaginale. De cette striction régulière résulte que les parois veineuses se tassent les unes contre les autres et que leur lumière s'aplatit par compression. L'effet est le même que celui obtenu par la phlébectomie; c'est si l'on veut une *phlébectomie physiologique*, sans résection veineuse. Le canal déférent ne subit aucune offense du fait de sa rigidité. L'artère spermatique est également respectée.

1. Voir la thèse de Pelicier pour plus de détails. Ainsi qu'un précédent mémoire l'a établi, *Progrès médical*, 1901, 21 Septembre, l'idée de me servir de la tunique vaginale comme moyen d'*engainement* du cordon et de la transposition testiculaire comme moyen de *fixation vagino-testiculaire* m'a été suggérée par les résultats obtenus par ma méthode générale de transposition extra-séreuse du testicule appliquée à la cure de l'hydrocèle. Elle a comme effet de créer un mesotestis antérieur artificiel, et le résultat fixateur nettement constaté fut mis aussitôt à profit dans le varicocèle. Il donna naissance au procédé de transposition dit supéro-interne.

2. *Nota.* Ces figures sont empruntées à la thèse de Pelicier; elles ont été faites d'après des photographies prises pendant nos interventions.

En outre, la circulation artérielle reste absolument intacte au niveau de la déférentielle et de la funiculaire, les nerfs n'ont pas été coupés, autant de conditions qui assurent la vitalité de la glande génitale.

Troisième temps : *La transposition supéro-interne du testicule et la suture cutanée transversale.* — Ce troisième temps s'exécute en creusant *très haut*, à l'origine des bourses, contre la cloison et dans le tissu cellulaire, avec les deux index introduits dos à dos, une petite loge de réception où le testicule, suivi du cordon engainé, est glissé, pôle inférieur en premier. De cette transposition, il résulte la formation d'un mésotestis antérieur sous-cutané, élément très efficace d'*orchidopexie* antérieure qui corrige la ptose testiculaire. Pour assurer une fixation juxtaseptale plus efficace, cette vagino-orchidopexie est complétée à ses deux extrémités, en passant les deux chefs initial et terminal du surjet dans le tissu de la cloison où il sont noués ensemble très haut dans cette cloison. Reste à rectifier la *scrotoptose.*

C'est ce qu'on obtient en suturant *transversalement* l'incision cutanée longitudinale et, au besoin, si cette suture paraît insuffisante, en relevant tout le scrotum par une suture profonde circonférentielle en bourse, placée à ciel ouvert autour de l'incision cutanée, avant que la peau ne soit suturée (fig. 3).

Résultat. — Au point de vue de la correction *orthopédique*, l'effet est quadruple. Il est *orchidopexique*, puisque le testicule ptosique est très haut fixé et définitivement fixé contre la cloison, à la hauteur jugée convenable, — *phlébopexique*, puisque le plexus variqueux, matelassé par le tissu cellulaire rétrofuniculaire, est engainé par la vaginale moyennement serrée, enveloppement d'où résulte un véritable bas non élastique qui exprime des veines la colonne sanguine résiduale, — *vaginopexique*, puisque la vaginale se trouve à la fois fixatrice et fixée, — *scrotopexique*, puisque les téguments scrotaux sont relevés en masse, à l'aide de la suture cutanée transversale, ou par une suture en bourse sous-cutanée. Il est en outre possible de renforcer par quelques points de suture, la paroi antérieure du canal inguinal et de rétrécir son orifice externe, si la région inguinale est quelque peu relâchée, particularité qui s'observe chez nombre de varicocéliques.

Au point de vue *orthomorphique*, le scrotum est avantageusement modifié; la bourse devient sessile et nullement pédiculisée.

Au point de vue *curatif*, les premiers résultats, soigneusement étudiés par Pélicier, sont très encourageants. Un premier point, très digne de remarque, c'est la très précoce disparition de la douleur qui cessa du deuxième au cinquième jour chez mes opérés. Quant aux résultats éloignés, ils sont marqués par une absence de récidive chez les quelques malades retrouvés, malgré l'absence de suspensoir comme traitement post-opératoire.

IV. — Parallèle entre les deux chirurgies.

Une comparaison mathématiquement suivie devrait successivement porter sur les six méthodes rapprochées deux à deux, qui toutes prétendent guérir le varicocèle. En un parallèle, il faudrait juxtaposer ; 1° La radicale veineuse et la réparatrice veineuse ; 2° La radicale scrotale et la réparatrice scrotale ; 3° La radicale scrotoveineuse et la réparatrice scrotoveineuse. Un tel travail serait aussi long que fastidieux, et la discussion n'en perdra rien en clarté ni en précision si, pour édifier un jugement, nous procédons par sélection, en ne retenant que les techniques les plus usuelles.

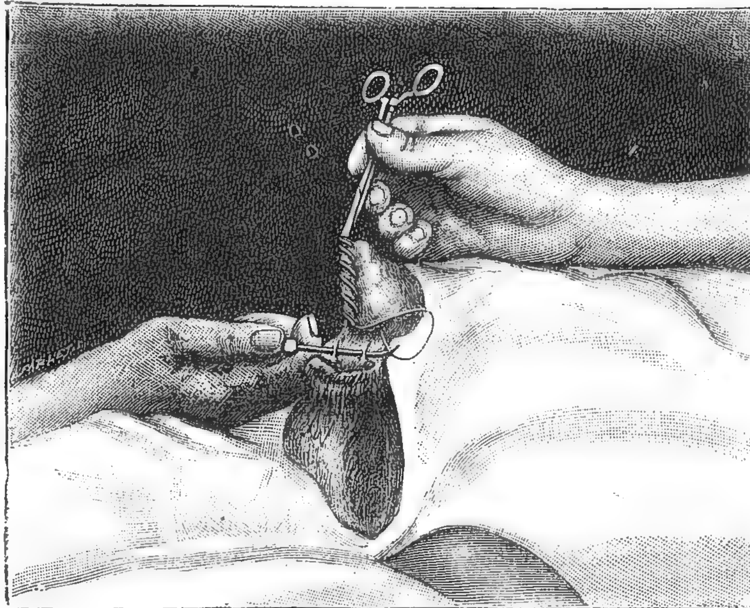


Figure 2. — *L'engainement séro-fibreux du cordon.*
Dans ses 3/4 supérieurs, le surjet à points séro-séreux de Lembert qui unit face à face les lèvres de la boutonnière vaginale est terminé. Dans son 1/4 inférieur, ce surjet va compléter les plicatures sur la fibreuse commune.

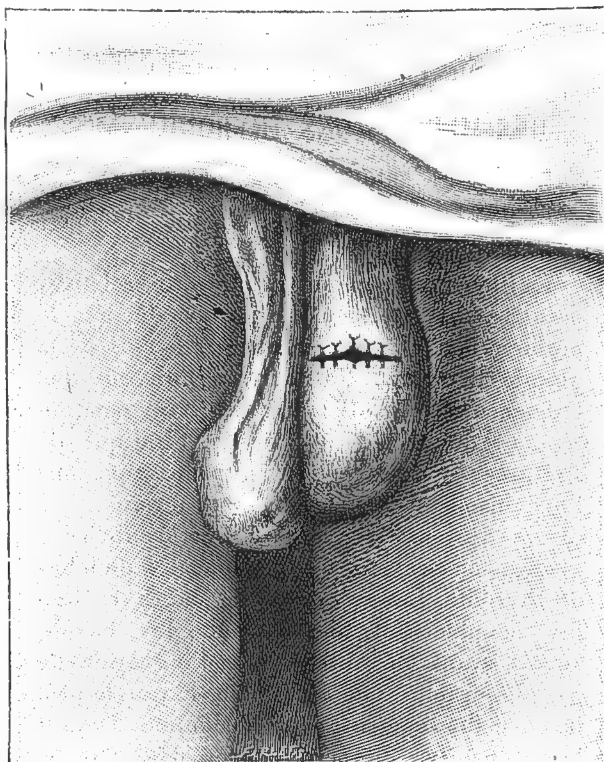


Figure 3. — *La suture transversale à points séparés.*
Cette suture a pour effet de relever en masse la peau scrotale plus élevée désormais du côté opéré. Cette ligne de suture est placée sur la figure beaucoup trop bas.

La « transposition testiculaire » étant prise comme type de chirurgie réparatrice, quelle est parmi les interventions dites radicales l'opération qui peut lui être opposée ?

Est-ce la méthode radicale par *phlébectomie* ? Mais celle-ci s'est vue délaisser par ses plus ardents défenseurs de la première heure.

Est-ce la méthode radicale mixte par *phléboscrotectomie* ? Mais voici encore que cette thérapeutique tomba en défaveur, du jour où l'on s'est aperçu qu'elle n'est rien moins que radicale et qu'elle ne fait en somme pas mieux que la résection pure et simple du scrotum.

C'est donc la radicale de choix, la *scrotectomie simple.* Transposition testiculaire ou scrotectomie, c'est là qu'est tout l'intérêt de la discussion. Sur un premier point, la scrotectomie a la supériorité. Elle a pour elle de beaux états de service et une bonne renommée. Trop jeune, la transposition, par contre, n'a pas encore fait ses preuves. Elle n'a cure, diront les simples, ni de la filière, ni de la tradition. Soit, mais le temps rétablira vite l'équilibre et l'argument n'est certes pas décisif. Envisagée par le côté *technique*, la scrotectomie a l'avantage d'agir sur les deux côtés à la fois, tandis qu'il faut, pour la transposition, deux opérations similaires associées, si l'action thérapeutique veut devenir bilatérale. Ce à quoi nous pouvons répondre que ces deux opérations jumelles ne sont ni d'une durée plus longue ni d'une technique plus complexe qu'une seule résection scrotale.

Avec la question du résultat *orthopédique*, la transposition prend le dessus. Tandis que la scrotectomie n'obtient qu'une orchidopexie par contention et laisse place à la récidive parce que la glande après l'opération continue à peser de tout son poids sur un plan dystrophié ; la transposition, au contraire, soutient définitivement le testicule contre la cloison, et, par cette solide orchidopexie suspensatrice, ne laisse aux téguments sous-jacents aucun travail à fournir, aucune pression à supporter. Elle fait plus, elle est, en outre, phlebopexique, vaginopexique, scrotopariétopexique et même inguinopexique, autant de visées thérapeutiques dont sa rivale n'a nul souci.

Même supériorité pour le résultat *orthomorphique*. Les bourses qui ont subi la transposition sont d'un tout autre aspect et font meilleure figure que ces petits scrotums rabougris que laissent à leur suite au-dessous du pénis les résections scrotales exécutées correctement, c'est-à-dire généreusement.

Comme résultat immédiat, l'une et l'autre méthode ont d'heureuses suites; c'est, au moins pour la transposition, la cessation presque immédiate de la douleur. Mais à coup sûr, la guérison est plus prompte chez les transposés, qui le cinquième au sixième jour sont en état de reprendre leur travail.

Reste l'argument décisif, celui de la valeur curative. Sur ce point, ceux de mes transposés qui ont été revus étaient, après un an, en excellent état, malgré l'absence totale de suspensoir après l'intervention. Ils sont malheureusement encore en petit nombre, mais

les résultats sont indiscutablement bons. Et je ne pense pas qu'on puisse s'arrêter dans cette voie, par ce fait qu'un de mes opérés a conservé, après l'acte opératoire, une atrophie testiculaire qui existait déjà avant. Quelle autre méthode eût pu donner un meilleur résultat en pareille éventualité ? Ce que je dois rappeler d'autre part, c'est que la résection scrotale est loin d'assurer toujours un bénéfice définitif. Et le document récent qui porte à 33 pour 100 le nombre des récidives lointaines après scrotectomie, sur une série de 60 cas exécutée par le même chirurgien[1], démontre que notre confiance dans la résection scrotale a le droit de rester très limitée.

Faut-il, après tout ceci, parler des si nombreux accidents d'hématome post-opératoires que j'ai relevés à l'actif de la scrotectomie, de son action si discutable et si problématique sur la tumeur variqueuse qu'elle laisse intacte avec l'espoir qu'elle s'évanouira d'elle-même par une atrophie providentielle ? Qu'il me soit permis de citer pour terminer une phrase empruntée au camp des radicaux-scrotectomistes, car elle reflète toute l'inquiétude de ces opérateurs. « Rien n'est moins démontré que la cure vraiment radicale à la suite des opérations chirurgicales (d'exérèse) proprement dites... » « Enfin et quel que soit le procédé employé, il faut craindre les récidives et les éviter en conseillant aux opérés l'usage ultérieur et prolongé d'un suspensoir[2] ». Singulièrement chancelant, en vérité, ce radicalisme qui trouve justiciables de l'opération les varicocèles pour lesquels le suspensoir ne peut plus rien donner, et qui, l'acte sanglant une fois terminé, fait appel au bandagiste, et à ce même suspensoir qu'on avait eu l'ambition de suppléer !

C'est que le traitement radical par l'exérèse repose tout entier sur une base peu solide, sur la notion de tumeur vraie, conception d'où découlent des méthodes non moins discutables qui mènent aux désillusions. Et voici qu'après toutes leurs prouesses, les radicaux doivent reconnaître qu'ils ne font après tout qu'œuvre purement *palliative !*

C'est le renoncement primordial à la traditionnelle radicalité, c'est la revision de tout le problème thérapeutique qui m'a conduit à la cure réparatrice du varicocèle. A la tumeur et à la maladie locale, j'oppose la conception d'une *ectasie généralisée* à prédominance génito-scrotale ; de ce point de départ, je déduis naturellement la conception de méthodes palliatives réparatrices et je me dirige vers les notions qui gouvernent la chirurgie des dystrophies en général. Je pense qu'il n'y a rien à réséquer dans le varicocèle, ni veines, ni vaginale, ni scrotum. Je dis qu'on peut éviter toute scrotectomie, toute vaginectomie et toute phlébectomie, de même qu'on ne fait pas la néphrectomie pour néphroptose d'un rein sain, qu'on ne splénectomise pas une rate mobile saine, qu'on ne gastrectomise pas l'estomac dilaté, qu'on ne colectomise pas le côlon descendu, qu'on n'hépaticectomise pas un foie devenu flottant. Et puisque tant d'affections aussi semblables, que relie si étroitement une même souche originelle, se traitent par les « pexies, les cerclages et les plicatures », je conclus que le but à viser dans la ptose génito-scrotale est tout à la fois la phlébopexie, la vaginopexie, l'orchidopexie et la scrotopexie.

* * *

Conclusions. — De ce mémoire, découlent des conclusions très personnelles que résument les cinq propositions suivantes :

1° A côté du traitement *classique ou radical* du varicocèle, un autre a désormais le droit de cité : c'est une *chirurgie réparatrice* conservatrice ;

2° La *conception* sur laquelle j'édifie ce traitement palliatif est celle des dystrophies généralisées à prédominance locale, qui sont dans l'espèce génito-scrotales gauches ;

3° La *méthode thérapeutique* qui découle de cette conception est celle des *consolidations* réalisables par pexies, plicatures et cerclages. Des trois formes sous lesquelles la méthode pexique trouve son expression, la scrotopexie seule, la phlébopexie seule, l'orchidopexie seule, la vaginopexie seule sont insuffisantes. Il est évident que dans cet ordre de recherches l'avenir est à la polyfixation, méthode combinée ou phlébo pariéto-orchidopexique ;

4° La *transposition* supéro-interne du testicule, après engainement fibroséreux du cordon, est, quant à présent, la seule qui rectifie d'un seul coup tous les effondrements. Elle corrige la ptose veineuse, testiculaire, vaginale, scrotale ;

5° Cette manière de faire offre des qualités techniques, orthopédiques, orthomorphiques et curatives qui permettent sa comparaison avec la scrotectomie, seule arme qu'on puisse me jeter à la face.

1. *Nota.* Voir mon étude sur le traitement radical du varicocèle dans la *Gazette des hôpitaux* (Juillet 1902).
2. Citations empruntées à l'article varicocèle du Dictionnaire Jaccoud.

DE LA VALEUR COMPARÉE DES MÉDICATIONS THYROIDIENNES

Par BRIQUET (d'Armentières)
Lauréat de l'Académie.

La thyroïdothérapie est de date relativement récente; son emploi a suivi de près le moment où l'on a été éclairé sur le rôle de la glande thyroïde; du jour où l'on sut que l'absence ou l'insuffisance de cet organe entraînait des accidents, il était indiqué de s'efforcer d'y parer en introduisant dans l'organisme des produits thyroïdiens. Les premières tentatives faites consistèrent en des greffes sous-cutanées et péritonéales de lobes de thyroïde. Les injections de suc thyroïdien les remplacèrent bientôt, puis, les mêmes succès ayant été obtenus par l'ingestion de glandes fraîches, ce fut à celles-ci que la préférence fut momentanément donnée. Devant les difficultés de se procurer des glandes fraîches au fur et à mesure des besoins, on a cherché divers moyens de les conserver; de là sont nés de nombreux modes de préparation qui permettent d'administrer aux malades des produits de conservation facile et doués cependant d'activité. On a même essayé d'isoler du corps thyroïde des principes actifs, et les résultats déjà acquis sont encourageants.

* * *

1° Greffes thyroïdiennes. — Les premières greffes thyroïdiennes expérimentales furent pratiquées par Schiff qui montra qu'on peut éviter chez les animaux les accidents de la thyroïdectomie en leur greffant dans le péritoine un lobe de thyroïde; Horsley proposa la même opération chez l'homme, mais c'est Bircher, d'Aarau[1], qui, en 1889, mit le premier l'idée à exécution ; il greffa dans la cavité péritonéale d'une myxœdémateuse un fragment de tissu thyroïdien d'apparence normale provenant du goitre d'une jeune femme; les symptômes de la cachexie strumiprive s'atténuèrent, mais ils reparurent quand la glande transplantée se fut atrophiée; une seconde greffe ramena pendant quelques mois une nouvelle amélioration. Vers la même époque, Lannelongue[2] inséra un lobe de thyroïde de mouton sous le sein d'une malade atteinte d'idiotie myxœdémateuse ; le succès obtenu fut également très marqué, mais momentané. Les mêmes résultats immédiats, suivis malheureusement toujours d'une résorption consécutive de la glande, furent observés dans les cas de Kocher, de Bettrancourt et Serrano[3], de Merklen et Walter[4], d'Harris et Wright[5], de Macpherson[6], de Gibson[7], de Wolfler.

L'amélioration des symptômes du myxœdème est si rapide par la greffe (elle se produit quelquefois dès le premier jour) qu'on ne peut pas supposer que la glande transplantée a eu le temps de se vasculariser, de reprendre sa fonction et de sécréter ses produits habituels; le suc contenu dans la glande greffée a simplement été résorbé et a remplacé momentanément le corps thyroïde absent. Est-ce à dire que la greffe, une greffe durable, avec fonctions définitives, soit impossible? Non, puisqu'elle a été réussie chez les animaux par de nombreux expérimentateurs qui ont vu la glande greffée se vasculariser et reprendre ses fonctions. Cristiani de Genève, aurait même eu tout récemment un cas de succès chez l'homme. La greffe seule pourrait dispenser le myxœdémateux de recourir pendant toute sa vie à la médication thyroïdienne. D'après Rebuschini la greffe sera plus difficile à réussir chez le myxœdémateux que chez l'homme sain, à cause du ralentissement de la nutrition, mais cette objection n'en est pas une, nous semble-t-il, car il suffirait de soumettre pendant quelque temps le malade à la médication thyroïdienne par ingestion avant de pratiquer l'intervention. En tout cas la greffe restera forcément une méthode d'exception, applicable seulement aux myxœdémateux, et ne pouvant répondre aux multiples indications de la thyroïdothérapie.

A côté des greffes, il y a les simples régénérations d'organes. Dans un cas d'insuffisance hépatique grave par cirrhose syphilitique, P. Carnot[8] a vu l'opothérapie hépatique amener le développement d'un nouveau lobe du foie et par suite une guérison durable. N'est-il pas permis d'espérer que dans certains cas de myxœdème où il n'y

1. Bircher. — *Volkmann's Sammlung Klein Vortrage*, 1890, 15 Mars, n° 357.
2. Lannelongue. — *Soc. de biol.*, 1890, 8 Mars.
3. Bettrancourt et Serrano. — *Congrès pour l'avancement des sciences*, Limoges, 1890.
4. Merklen et Walter. — *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1890, 19 Octobre.
5. Harris et Wright. — *The Lancet*, 1892.
6. Macpherson. — *Edimb. med. Journ.*, 1892.
7. Gibson. — *Brit. med. Journ.*, 1893, 14 Juin.
8. P. Carnot. — « Les régénérations d'organe ». J.-B Baillière, 1899, et *La Presse Médicale*, 1900, 6 Janvier, p. 9.

a pas absence, mais insuffisance fonctionnelle du corps thyroïde, la thyroïdothérapie suffira en quelque temps à régénérer l'organe au point de devenir elle-même inutile? Ballet et Enriquez ont vu dans un cas la médication thyroïdienne amener une augmentation de dimensions du corps thyroïde.

Ceci nous amène à dire un mot du thyroïdo-éréthisme. Quand le corps thyroïde n'est pas complètement détruit, on peut, en introduisant un corps étranger, tel qu'une cheville d'ivoire, dans la portion subsistante de la glande, en exciter la vitalité et amener une amélioration de l'état général du sujet. Imaginée par Poncet, cette méthode a réussi dans un cas de Weill[1].

* * *

2° Injections de suc thyroïdien. — L'idée de traiter le myxœdème chez l'homme par des injections de suc thyroïdien appartient à Bouchard[2], mais ce fut Gley[3] qui fit le premier essai clinique; il injecta à trois myxœdémateux 3 à 4 centimètres cubes par semaine d'extrait glycériné; l'échec fut complet faute d'employer des doses assez fortes. G. Murray[4], après lui, obtint au contraire dans un cas une amélioration considérable. Des résultats heureux furent alors signalés de tous côtés. Nous citerons en particulier : en Angleterre, où la méthode des injections sous-cutanées fut pendant un moment fort employée, Fenwick[5], Carter[6], Davies[7], Wallace Beatty[8], Napier[9], Claye Shaw[10], G. R. Murray[11], Fox[12], Barron[13], Hale[14], White[15], Ewart, Cochill[16]; en France, Arnozan[17], Chopinet[18], Bouchard et Charrin[19], Robin[20], Chantemesse; en Allemagne, Wichman[21], Ehlers[22], de Bœck[23], Mendel[24]; en Suisse, Kocher[25]. Quelques insuccès expérimentaux ou cliniques furent signalés par Munck[26], Bouchard[27], Godard Danhieux[28], Ewald[29], Eiselsberg, tous dus à l'insuffisance des doses, de même que les résultats incomplets obtenus par Schwarz[30].

Le suc thyroïdien peut différer beaucoup suivant le mode de préparation.

L'extrait aqueux s'obtient, soit par simple macération de l'organe frais dans de l'eau tiède (deux heures environ), soit en pilant la glande dans un mortier avec un peu de sable et d'eau salée; on filtre sous pression à la bougie de porcelaine ou simplement en se servant d'un peu de coton stérilisé. Combe a pu guérir des myxœdémateux en ne se servant que de cet extrait; le principe thyroïdien actif contre le myxœdème est donc soluble dans l'eau. L'extrait glycériné s'obtient par la méthode de d'Arsonval. La glande fraîche lavée à l'eau bouillie, puis hachée, est mise à macérer avec de la glycérine pendant vingt-quatre heures; on ajoute un peu d'eau salée et le liquide obtenu est filtré et stérilisé à l'autoclave. Gilbert et Carnot[1] se servent d'acide chlorhydrique dont ils neutralisent plus tard l'excès au moyen de la soude. Quant aux essais de macération dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, etc., ils ont été abandonnés.

Les injections de suc thyroïdien sont difficilement acceptées par les malades, car elles sont douloureuses; elles exposent aux accidents septiques si on ne se sert pas du suc thyroïdien stérilisé frais, ou conservé dans des ampoules de verre; enfin, le suc thyroïdien, quel que soit son mode de préparation, ne renferme qu'une partie des principes actifs. Les essais cliniques ont prouvé que l'ingestion des glandes totales donnait des résultats supérieurs. Notons cependant que Ch. Eloy[2] préfère les injections hypodermiques de suc thyroïdien à toute autre méthode de thyroïdothérapie, en se basant sur ce que les sucs et les actes de la digestion transformeraient profondément les matières organiques introduites dans le tube intestinal.

* * *

3° Glandes entières fraiches. — Howitz[3] montra en 1892 que l'*ingestion de glandes thyroïdiennes entières* donne des résultats égaux et même supérieurs aux injections sous-cutanées de suc. Les doses qu'Howitz donnait à sa malade au début étaient exagérées; dans les dix premiers jours, celle-ci prit chaque jour quatre lobes de corps thyroïde de veau; les effets furent rapides, mais il y eut bientôt de l'intolérance et il fallut interrompre la médication pendant trois semaines. De nombreuses observations confirmèrent bientôt les conclusions d'Howitz; nous pouvons citer celles de Fox[4], Mackensie, Brandès[5], Nelsen, Grunfeld, Davies[6], Pasteur, Calvert, Schapland[7], Laache[8], Holman[9], etc. Tantôt la glande était donnée crue, hachée, soit sur du pain, soit avec un peu d'eau-de-vie ou de gelée de fruits, tantôt légèrement cuite et mise dans du bouillon, des potages ou du lait.

La thyroïdothérapie par ingestion de glandes fraîches a de nombreux partisans et, récemment encore, Springer[1] en recommandait l'emploi exclusif. Mais, en dehors des grands centres, il est presque impossible de se procurer quotidiennement des glandes fraîches[2]; celles-ci peuvent provenir d'animaux qui ne sont pas sains; enfin, leur absorption amène au bout de peu de temps chez les malades une vive répulsion. Ces diverses raisons expliquent qu'on ait essayé de dessécher les glandes pour les conserver.

* * *

4° Glandes entières desséchées. — Fletcher Ingalls[3], de Chicago, proposa le premier l'emploi de la *poudre de glande desséchée*, mais la cuisson opérée d'emblée passe pour détruire les principes actifs du corps thyroïde, ou plutôt pour en diminuer la valeur. Il n'est pas douteux que le corps thyroïde fabrique des zymases ou enzymes[4] et que, d'une façon générale, une forte chaleur altère les ferments[5]. On considère comme suffisante la précaution de faire une première dessiccation dans le vide[6] à la température de 20° ou 25°, et on admet, sans que le fait soit définitivement prouvé, que les organes ainsi desséchés peuvent subir de hautes températures sans perdre aucune de leurs propriétés.

Quoi qu'il en soit, c'est avec la poudre ainsi obtenue qu'on prépare des tablettes, des comprimés, des pilules, etc. Bazin[7], de Bordeaux, la conserve telle quelle sans altération, en versant, chaque fois que le flacon a été ouvert, deux gouttes d'aldéhyde formique sur un morceau d'ouate préalablement fixé à la face inférieure du bouchon.

* * *

5° Suc thyroïdien par la voie buccale. — On fut amené à administrer aux malades le *suc thyroïdien* par la voie buccale du jour où la thyroïdothérapie par cette voie détrôna les greffes et les injections sous-cutanées. C'est surtout l'extrait glycériné qui fut employé. Parmi ceux qui préconisèrent cette méthode, nous citerons Fox, Laache (de Christiania), Sabrazès et Lichtwitz, Cabannes, Régis et Gaide[8]. D'après G. Gauthier, le suc thyroïdien donné de cette façon serait plus énergique qu'en injections sous-cutanées, parce que la matière colloïde qui forme la plus grande partie de la thyroprotéide étant anéantie par les sucs digestifs, ne contrebalance pas l'effet de l'iodothyrine qui reste intact.

Les extraits peptiques, pancréatiques, papaïniques ont été essayés et sont rationnels puisque, grâce à nos ferments digestifs, nous assimilons les parties utiles des glandes

1. Weill. — « Précis de médecine infantile », 1900, p. 571.
2. Bouchard. — *Association française pour l'avancement des sciences*, 1887.
3. Gley. — *Soc. de biol.*, 1891, Avril.
4. G. Murray. — *Brit. med. Journ.*, 1891, 10 Octobre, p. 796.
5. Fenwick. — *Brit. med. Journ.*, 1891.
6. Carter. — *Brit. med. Journ.*, 1892, 16 Avril.
7. Davies. — *Brit. med. Journ.*, 1892, 30 Avril.
8. Wallace Beatty. — *Brit. med. Journ.*, 1892, 12 Mai.
9. Napier. — *Glasgow med. Journ.*, 1892, Septembre.
10. Claye Shaw. — *Brit. med. Journ.*, 1892, 27 Août.
11. Murray. — *Brit. med. Journ.*, 1892, 27 Août.
12. Fox. — *Ibidem.*, 1892, 29 Octobre.
13. Barron. — *Ibidem.*, 1892, 24 Décembre.
14. Hale. — *Ibidem.*, 1892, 31 Décembre.
15. White. — *Ibidem.*, 1893, II, p. 217.
16. Cochill. — *Ibidem.*, 1893, Janvier, p. 8.
17. Arnozan. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1891, 2 Septembre.
18. Chopinet. — *Soc. de biol.*, 1892, 2 Juillet.
19. Bouchard et Charrin. — 1893.
20. Robin. — *Lyon médical*, 1892, Avril.
21. Wichman. — *Deut. med. Woch.*, 1893, 11 Mars.
22. Ehlers. — *Semaine médicale*, 1893, 8 Février.
23. de Boeck. — *Journ. sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1892.
24. Mendel. — *Deut. med. Woch.*, 1893, nº 2.
25. Kocher. — *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1893, 1er Août.
26. Munck. — *Arch. f. physiol.*, 1892.
27. Bouchard. — *Bull. méd.*, 1892.
28. Godard Danhieux. — *Journ. sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1894, Janvier.
29. Ewald. — *Berl. klin. Woch.*, 1895, nº 2.
30. Schwarz. — *Lo Sperimentale*, 1892, nº 11.

1. Gilbert et Carnot. — « L'opothérapie ». Masson, 1898, p. 3.
2. Ch. Eloy. — « La méthode de Brown-Séquard », 1893, p. 233.
3. Howitz. — *Comptes rendus du XIVe Congrès des naturalistes*, Copenhague, 1892, p. 517.
4. Fox. — *Brit. med. Journ.*, 1892, 27 Octobre.
5. Brandès et suivants, Ch. Eloy. — *Bull. méd.*, 1893, 28 Mai.
6. Davies et suivants. — *Soc. clin. de Londres*, 1893, 27 Janvier.
7. Schapland. — *Brit. med. Journ.*, 1893, 8 Avril, p. 738.
8. Laache. — *Deut. med. Woch.*, 1893, nº 11.
9. Holman. — *Brit. med. Journ.*, 1893, 21 Janvier.

1. Springer. — *Acad. de méd. de Paris*, 1900, 2 et 9 Janvier.
2. Lépinois a proposé d'en assurer la conservation en les plongeant dans une solution de formol, mais il n'est pas prouvé qu'il ne s'ensuit pas une diminution réelle d'activité.
3. Fletcher Ingalls. — *Associat. laryngologique américaine*. Rochester, 1895. *Thèse* Castagnol, Paris, 1896.
4. Poehl. — Pour Poehl (Congrès de Moscou), l'emploi des tissus desséchés ne répond pas aux exigences de la science moderne. Le professeur A. Gautier a fait voir, en effet, que les caractères des produits tissulaires variaient dans la vie anaérobienne telle qu'elle est réalisée dans le vide. D'après Poehl, le principe actif de la thyroïde réside dans des ferments chimiques ou biologiques.
5. Dans le lait, la stérilisation détruit également des zymases utiles comme l'a montré Marfan, *La Presse Médicale*, 1901, 9 Janvier.
6. Paul Antoine. — Paul Antoine (*Union pharmaceutique*, 1901), 15 Juin, préconise le vide sulfurique.
7. Bazin. — *Thèse* Viala, Bordeaux, 1899, p. 144.
8. Régis et Gaide. — « Myxœdème spontané ». *Thèse* J. Bréard, Paris, 1899.

crues entières que nous absorbons. L'*albumose de Denayer* est le produit d'une digestion des organes réduits en poudre avec de l'acide chlorhydrique, de l'eau et de la pepsine. Dans la préparation de la *peptothyroïdine* de Maurange, l'acide chlorhydrique est remplacé par l'acide tartrique, mais comme l'a montré Chassevant[1], il faut employer en plus de la partie solubilisée les résidus insolubles qui contiennent encore des matières actives.

Qu'on veuille administrer la glande fraîche, la poudre de glandes desséchées, le suc thyroïdien, ou qu'il s'agisse de préparer un extrait quelconque, il convient d'employer la glande thyroïde de mouton; il est facile de se la procurer, et elle est plus riche en thyroïdine, d'après Baumann, que celle des autres animaux. Les corps thyroïdes du bœuf, du cheval, du porc, du veau pourraient être employés à la rigueur, mais, en ce qui concerne le cheval, il s'agit habituellement, dans les abattoirs, de vieux sujets; et on doit toujours préférer les animaux jeunes, les organes antitoxiques étant chez eux particulièrement développés, à cause même de la toxicité de leurs tissus[2].

Signalons ici que pour administrer la médication thyroïdienne, on s'est, dans certains cas, servi de la voie rectale. C'est Herzen qui a eu le premier l'idée de donner le suc thyroïdien en lavements, et cette méthode peut être utile à connaître quand il s'agit d'enfants atteints d'idiotie myxœdémateuse, indociles et avalant très difficilement (Raymond); on peut utiliser par la même voie les extraits pepsiques et pancréatiques.

*
* *

6° Préparations pharmaceutiques. — Parmi les *préparations pharmaceutiques* en usage, les unes ont pour base la glande thyroïde totale desséchée, les autres des tentatives d'isolement du principe actif.

Parmi les premières nous citerons : les capsules Vigier (correspondant à 0 gr. 10 de glande fraîche); les dragées Bouty (renfermant 0 gr. 10 de poudre de glande desséchée correspondant à 0 gr. 70 de glande fraîche); les tablettes ou pilules de Merck; les tablettes de Chaix et Rémy (0 gr. 30 d'organe frais par tablette); les préparations Flourens, pastilles (représentant 0 gr. 20), pilules (0 gr. 05) et thyroïdine liquide (0 gr. 20 par cuiller à café); les tablettes de Burroughs et Welcome à 5 grains et à 1 grain et demi; les préparations Moncour, sphérulines (0 gr. 35 d'organe frais) et bonbons (0 gr. 05); les capsules de thyroïdine Yvon et Berlioz (0 gr. 10 de glande sèche et 0 gr. 40 de fraîche; les tablettes dites de thyroïdine de Zambeletti (0 gr. 30) très usitées en Italie, etc. La base est la même, croyons-nous, dans les pilules de thyroïdine de Berthier (de Grenoble) et dans les cachets de Pourtal (de Nîmes) à 0 gr. 25. Les tablettes de Catillon, préparées avec un extrait papaïnique, représentent chacune 0 gr. 25 d'organe frais.

Non seulement chacune de ces préparations peut avoir une activité fort différente, mais la même préparation peut varier suivant les animaux qui ont fourni les glandes, leur âge, l'époque même à laquelle elles ont été recueillies; il était donc très rationnel de chercher à isoler les principes actifs de la glande thyroïde. Les premiers essais furent faits par White, pharmacien de l'hôpital Saint-Thomas à Londres[1], qui traitait le suc glycériné par l'acide phosphorique à froid, puis par Vermehren[2] qui le traitait par l'alcool absolu. Un grand pas fut fait lors de la découverte de l'iodothyrine par Baumann[3].

Pour préparer l'*iodothyrine* (primitivement appelée thyroïodine, ce qui pouvait prêter à confusion), on traite les glandes thyroïdes par l'acide sulfurique à 1 pour 10 pendant plusieurs jours; après ébullition, le précipité est recueilli, séché et traité par l'alcool bouillant qui dissout le principe actif; on évapore la solution, on dégraisse, on redissout dans une solution de soude à 1 pour 100; enfin après filtration on neutralise par l'acide sulfurique; les flocons bruns formés sont lavés et séchés; ils contiennent 0,20 à 0,50 pour 100 d'iodothyrine qui elle-même contient 9 p. 100 d'iode. Le produit obtenu, insoluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool, est mélangé à du sucre de lait, de façon qu'un gramme du mélange corresponde à 1 gramme de glande fraîche.

Beaucoup d'autres tentatives d'isolement ont été faites; la thyroprotéine et la thyroïdine de Notkine[4] (0 gr. 01 à 0 gr. 02 par jour), la thyréoantitoxine de Frankel qui ne contient pas d'iode (0 gr. 05 par jour en 5 doses), les bases isolées de Drechsel, la thyroéidine de Vermehren (0 gr. 10 à 0 gr. 30 par jour), la substance colloïde d'Hutchinson[5] (0 gr. 10 par jour), le thyradène, la thyroglandine, l'aiodine, le thyroïdine de White, la thyréoglobuline d'Oswald[6], l'opothyroïdine de Merck.

Le *thyradène* de Knoll est très usité en Allemagne et en Suisse; il contient par gramme 0 gr. 007 d'iode métallique; c'est une poudre blanc grisâtre, presque inodore, mélangée à de la poudre de lait dans des proportions telles que 1 gramme correspond à 2 grammes de corps thyroïde frais.

La *thyroglandine* est un mélange d'iodoglobuline, isolée de l'extrait aqueux de thyroïde par simple évaporation, et d'iodothyrine de Baumann.

L'*aïodine*[7] est le précipité qu'on obtient en traitant par le tanin une macération de glande dans l'eau salée. 10 grammes équivalent à 100 grammes de glandes fraîches et renferment 0 gr. 39 à 0 gr. 42 pour 100 d'iode. Elle se vend en pastilles d'activités différentes correspondant à 0 gr. 10, à 0 gr. 30 et 0 gr. 50 d'organe.

*
* *

Maintenant que nous avons passé en revue toutes les variétés de médications thyroïdiennes, à laquelle donnerons-nous la préférence? La greffe, nous l'avons vu, à supposer même qu'elle rentre jamais dans la chirurgie courante, n'a d'intérêt que pour ceux qui sont complètement privés de glande thyroïde, autrement dit les myxœdémateux francs.

Nous avons signalé les inconvénients des injections sous-cutanées de suc thyroïdien; on les réservera pour les cas où l'ingestion stomacale étant impossible les lavements ne peuvent être conservés. L'ingestion de glandes fraîches est certainement le mode de médication thyroïdienne le plus sûr, mais d'une façon générale il est peu pratique. Restent donc les préparations pharmaceutiques, d'une part celles qui contiennent la glande thyroïde desséchée, d'autre part celles qui n'en renferment que la soi-disant seule substance utile. C'est aux premières que nous donnons sans hésiter la préférence dans la majorité des cas. L'iodothyrine est nettement active puisqu'elle a suffi dans un certain nombre de cas de myxœdème, mais d'une façon générale elle n'a pas la puissance de l'extrait total de glande desséchée; en revanche, elle nous a paru souvent mieux tolérée et serait donc recommandable quand les autres produits amènent des signes de thyroïdisme trop manifestes, en particulier de l'embarras gastrique.

1. Chassevant. — *Soc. de thérap.*, 1899, 10 Novembre.
2. Vanderveldе et Heurard. — Vandervelde et Heurard (*Med. mod.*, 1899, 21 Juin, p. 391) ont constaté qu'il n'y avait de graisse intra-épithéliale dans le corps thyroïde qu'à partir d'un certain âge.

1. White. — *Brit. med. Journ.*, 1893, 11 Février.
2. Vermehren. — *Deut. med. Woch.*, 1893, n° 11.
3. « Ueber Schilddrüsentherapie und Iodothyrin », par M. Roos, Freiburg I.-B. et Leipzig, 1897, chez J.-C.-B. Mohr.
4. La thyroïdine de Nobkine, préparée par Merck, s'emploie en pilules ou en injections hypodermiques.
Pilules : thyroïdine, 0 gr. 25. Kaolin, 3 grammes. Vanilline, 0 gr. 01 et gomme adragante q. s. pour 25 pilules; 1 à 2 par jour.
Injections : thyroïdine, 0,05 centigrammes. Eau distillée, 10 grammes. Chloroforme une goutte; une seringue de Pravaz par jour.
5. Préparée par la fabrique Oppenheimer.
6. Oswald. — *Münch. med. Woch.*, 1899.
7. Voir Lanz. *Berl. klin. Woch.*, 1898, 25 Avril.

CONGRÈS BELGE DE CHIRURGIE

Tenu à Bruxelles du 8 au 10 Septembre 1902[1].

RÉSUMÉ DES RAPPORTS

L'asepsie et l'antisepsie opératoires. — M. VALRAVENS (de Bruxelles), **rapporteur[2].** — Parmi les précautions générales à observer pour éviter l'infection, il y a unanimité dans les réponses qui nous sont parvenues pour conseiller des soins minutieux de propreté des mains et du corps entier après tout contact suspect. La plupart des chirurgiens cependant consentent à toucher un suppurant en prenant des précautions plus ou moins nombreuses.

Quelques-uns refusent carrément de le faire. D'autres, par contre, se fiant à la sûreté de leur désinfection manuelle, opèrent même après avoir touché un purulent.

Le plus grand nombre croit qu'il faut néanmoins se prémunir beaucoup contre l'infection prise soit d'un suppurant, soit d'un pansement, soit de la simple visite d'un malade. Ainsi Faure met des gants en caoutchouc, non seulement pour opérer ou toucher un purulent et pour faire les pansements, mais même pour faire sa simple visite des salles. L'usage des gants en caoutchouc pour les contacts des suppurants est des plus répandus et semble satisfaire suffisamment ceux qui les emploient.

Dans le même ordre d'idées de se garantir au moyen d'objet de revêtement protégeant le corps contre le contact impur, il faut citer Van den Berg, Mauclaire, Rydygier, qui se couvrent le corps d'une veste en toile spéciale chaque fois qu'ils touchent un purulent. Schwartz, Mouchet prennent un bain général chaque fois qu'ils ont touché un suppurant, tandis que d'autres se contentent après avoir opéré ou touché un septique de se désinfecter les mains comme s'ils allaient commencer une opération aseptique.

Korteweg, Bataille, Terrier et Delagénière ne touchent des purulents et les pansements qu'à l'aide de pinces.

Wertheim et Jacobs recommandent d'éviter d'opérer quand on a la plus petite inflammation des mains ou de l'avant-bras.

Hannecart et Jacobs refusent leurs soins aux malades infectieux.

1. Voy. *La Presse Médicale*, 1901, n° 73, p. 872.
2. Ce rapport est la condensation des réponses qui ont été faites à un questionnaire envoyé à la plupart des chirurgiens européens.

A ces règles de désinfection personnelle du chirurgien ou de ses aides et à ces mesures de protection font suite des considérations sur la disposition des locaux, la répartition des aides, la répartition des différentes opérations dans la journée.

Les opérations de la journée sont aussi réparties généralement de façon que l'on s'arrange à faire d'abord les opérations aseptiques, le reste ensuite.

Le contact des septiques en impose cependant suffisamment à beaucoup d'autres opérateurs pour qu'ils jugent nécessaire de laisser s'écouler un laps de temps assez grand entre ce contact et une opération (24, 48 et même 72 heures).

La question du bain pour le chirurgien ne divise pas grandement nos confrères : sur 122 réponses, 103 lui sont catégoriquement défavorables.

La désinfection des mains des chirurgiens et de ses aides attire naturellement la plus grande attention de tous ceux qui ont répondu à notre questionnaire.

Tout le monde est unanime à accorder la plus grande importance aux différents temps de cette manœuvre et à exalter la partie mécanique qui s'effectue soit au moyen de la brosse dure ou de la brosse ordinaire, soit au moyen de fibres de bois, même de simple gaze stérilisée. Mais si tout le monde s'accorde sur ce point, les moyens employés pour obtenir cette stérilisation relative diffèrent énormément; sans arriver à *une méthode par chirurgien* nous voyons cependant, sans nous arrêter aux détails trop petits, que sur 118 consultations qui nous sont parvenues, il n'y a 38 méthodes ou formules diverses proposées pour la désinfection. Cette diversité porte non seulement sur des modalités d'une même méthode, mais sur l'essence même de cette dernière.

Alors que la plus grande partie des chirurgiens demande à un antiseptique : sublimé, permanganate, formaline, oxycyanure, etc., ou à leur association, une sécurité plus grande dans l'éloignement des germes et des spores, quelques autres repoussent tout antiseptique.

Entre cette catégorie d'opérateurs et ceux qui emploient les antiseptiques se placent ceux qui à l'action de l'eau savonneuse et de la brosse joignent celle de l'alcool (légèrement antiseptique et mécanique par le resserrement des pores de la peau).

Mais la grande majorité reste fidèle à l'antisepsie pour le lavage des mains; et le sublimé, parmi les antiseptiques, tient la tête. Sur les 118 réponses, 85 lui sont favorables; c'est dire la grande vogue dont il continue à jouir.

Sublimé. On l'emploie en diverses solutions aqueuses ou alcooliques et en diverses concentrations (0,5/1000, 1/1000, 2/1000, 3/1000, etc.).

Sublimé et alcool. Cette méthode consiste en un brossage et savonnage à l'eau chaude, passage à l'alcool, puis au sublimé à 1 pour 1000.

De toutes les méthodes employées, c'est celle qui rencontre le plus grand nombre de partisans.

Berthomier, Roux et Desguin Léon adjoignent au sublimé l'action de la teinture d'iode. Berthomier commence même après le savonnage à tremper ses mains dans l'eau oxygénée, il passe de là dans le sublimé et en arrive à la teinture d'iode pour le bout des doigts.

Roux et Desguin commencent par le savonnage dans une solution de *lysol* 2 pour 100 ; puis le premier passe dans l'eau stérilisée, dans l'éther, dans la teinture d'iode (bout des doigts) et enfin dans le sublimé. Le second, de la solution lysolée, passe dans le sublimé, puis dans l'alcool, enfin dans la teinture d'iode.

Franke, avant de se tremper les mains dans le sublimé à 1 pour 1000 les fait passer dans une solution de *solveol*.

Schede, enfin, remplace le sublimé par un de ses succédanés, la *sublamine*, et fait précéder cette immersion par un savonnage avec du savon potassique, permanganate et sublimé.

Nous en arrivons maintenant à la catégorie d'opérateurs qui recherchent la désinfection de leurs mains en associant le *permanganate de potasse* au sublimé. La technique de la plupart d'entre eux consiste à employer une solution de permanganate de potasse immédiatement après le brossage dans l'eau savonneuse. Au permanganate succède le bisulfite de soude et à celui-ci enfin l'alcool à 90° et le sublimé à 1 pour 1000.

Formol. Enfin Rochard, Gross, André et Bataille font suivre au permanganate et au bisulfite un lavage dans une solution de formol à 1 pour 1000.

Lysol. Heidenhain, dans la méthode Fürbringer, remplace le sublimé par une solution de lysol à 1 pour 100.

Cyanure. Le cyanure et l'oxycyanure de Hg sont employés par quelques chirurgiens de temps en temps pour remplacer le sublimé. Seuls Monod, Vitrac et De Quervain l'emploient à l'exclusion d'autres antiseptiques.

Acide phénique. Enfin, le plus vieil antiseptique, l'acide phénique, n'est plus employé que par deux chirurgiens, Bloch et Demosthen, qui se lavent au savon vert, puis à l'alcool et enfin à la solution d'acide phénique à 3 pour 100.

Créoline. Berg, après la savonnée et l'alcool, se baigne les mains dans la créoline, puis à nouveau dans l'alcool; enfin il se les enduit de paraffine liquide stérilisée.

La durée de chaque manipulation varie suivant les opérateurs. Le nombre des minutes, dit Aug. Reverdin, dépend des mains, de leur forme, de celle des ongles, de la qualité de la peau et surtout du « savoir se laver ». Le temps est secondaire, la manière de faire est tout ; on est adroit à se laver les mains comme on l'est pour autre chose. Certains restent cinq minutes pour chaque temps, d'autres vont jusqu'à proposer 20 minutes, mais la généralité des réponses nous donne environ 10 à 15 minutes en tout.

Mais une observation sur laquelle reviennent plusieurs de nos correspondants est l'importance de la partie mécanique de cette désinfection (Berg). Le brossage énergique pendant cinq minutes à l'eau savonneuse, que l'on répète trois fois s'il le faut (Roux), a la plus grande importance. Ces brosses, cependant, seront stérilisées avant de servir à la désinfection des mains. Aucune brosse ne sera employée deux fois sans être stérilisée à la vapeur.

Pour finir ce paragraphe, deux observations sont encore à citer : la première est celle d'Adenot qui croit qu'une transpiration abondante des mains est un élément de bonne désinfection. La dernière, de Letoux, a trait à un contrôle qu'il propose pour vérifier la désinfection. De temps en temps il *trempe ses mains dans l'encre* et il laisse sécher ; ensuite il se nettoie. Cette manœuvre lui permet de voir s'il brosse partout et suffisamment et quelles parties il oublie. Il remarque que les particules colorantes d'encre ont sensiblement le même volume que les microbes et se logent de la même façon qu'eux dans les anfractuosités des glandes.

Quant à l'épreuve bactériologique de la désinfection manuelle, que l'on avait préconisée comme contrôle permanent, elle n'est employée chaque fois que par cinq chirurgiens. Quatre-vingt-huit autres ne la font jamais. Néanmoins un certain nombre d'opérateurs la font de temps en temps.

L'entretien des mains au cours des opérations est d'une grande importance, et nous retrouvons ici en présence les deux grandes fractions des partisans de l'asepsie absolue et ceux de l'asepsie mitigée par l'antisepsie. Mais disons-le de suite : ici les distinctions deviennent moins absolues, et tel chirurgien qui ne voulait pas de sublimé pour se laver les mains en prend au cours de l'opération ; tel autre qui y avait recours pour se désinfecter se lave du sang avec de l'eau stérile ou du sérum stérile.

Une autre distinction entre les divers chirurgiens s'observe entre ceux qui s'essuyent les mains avec des linges ou des gazes stériles; elle est naturellement moins importante, quoique plusieurs d'entre ceux qui nous ont répondu y insistent.

Répondant à la question de savoir s'il faut se comporter différemment au point de vue de l'entretien des mains selon qu'on opère septique ou aseptique, presque tout le monde est d'accord pour dire que non; à part cependant ceux qui emploient des liquides aseptiques pour les non purulents : ils font usage d'antiseptiques quand ils ont affaire à un infecté.

La question des gants du chirurgien qui a été tant agitée, semble désormais marcher vers la solution. En dehors des touchers et des opérations septiques, peu de chirurgiens mettent des gants. Sur les 120 réponses reçues 54 nous annoncent un abandon complet des gants.

Lambotte, d'Anvers, qui les employait autrefois, y a renoncé, y trouvant trop de difficultés.

Roux n'emploie des gants que pour des cures radicales de hernies; il se sert alors de gants de fil pour éviter que la soie des sutures ne s'infecte de cocci-épidermitis qui provoque des éliminations tardives de fil, et, comme cette opération ne dure que quelques minutes, il n'en change pas.

Beaucoup de nos confrères qui nous ont répondu, emploient les gants pour les opérations *septiques.* Ce sont alors des gants de caoutchouc, plus ou moins fins.

Von Eiselsberg, Tuffier, Gerster emploient des gants pour *toutes les opérations* ; ils choisissent des gants de fil; ils en changent souvent.

Parmi les mesures de protection que prend le chirurgien pour éviter l'infection venant de lui-même, la couverture du corps et de la tête prend une grande place après la désinfection des mains. La bouche elle aussi est une source d'infection possible. Aussi recommande-t-on beaucoup le silence pendant les interventions.

Le masque, que l'on a proposé, a pour effet en partie d'empêcher les particules de salives d'arriver dans la plaie, il a pour but également de couvrir la moustache et la barbe des chirurgiens. Néanmoins 95 réponses lui sont défavorables. D'autres confrères cependant lui accordent plus de faveur.

Pour remplacer le masque dans son action protectrice contre l'infection venant du visage, Rydygier et Bassini se mouillent la figure et les moustaches avec une solution antiseptique. Le Dentu se passe une compresse imbibée de sublimé sur la barbe et sur le front. Haegler enfin se lave la bouche avec de l'alcool à 50 p. 100 avant chaque intervention.

Le *bonnet* a déjà recueilli plus de partisans que le masque. Cependant, 81 réponses sont encore négatives à son sujet.

Quant aux couvertures de corps, la plus grande partie des chirurgiens se contentent de passer une simple blouse blanche sarrau, stérilisée (58 chirurgiens sur 120); 15 mettent une blouse stérile et un tablier stérile au-dessus; à ce tablier Tuffier, Le Dentu et beaucoup de chirurgiens parisiens ajoutent une bavette, stérile aussi naturellement (15). Les 32 autres revêtent d'abord un tablier imperméable sur lequel ils mettent une blouse ou un tablier stérilisé. Dans ce dernier cas, on a différentes façons d'arriver à stériliser ce tablier imperméable.

Verhoef voudrait qu'on changeât de linge de corps à chaque opération importante. Jacobs conseille de se déshabiller complètement et de revêtir pour opérer un costume complet de toile blanche sortant de l'étuve. Cordemans ne conserve que son pantalon sous son tablier stérilisé.

La question des aides trouve aussi les chirurgiens divisés. Alors que Latouche opère tout seul sans autre aide que le chloroformisateur et que Sorel n'emploie pour l'aider qu'une surveillante stylée, car il croit que le luxe d'aides est nuisible, d'autres chirurgiens s'entourent d'un, deux, trois ou quatre aides, bien entendu en dehors du chloroformisateur.

La plupart des chirurgiens qui n'ont qu'un aide prennent leurs instruments eux-mêmes.

Bedard et Koch ont un aide spécial pour les instruments, un autre pour les fils, un troisième pour les pansements. Ces chirurgiens sont les seuls avec Djémil-Pacha et von Eiselsberg qui ont quatre aides.

Tous ces aides prennent, nous disent les réponses reçues, tout à fait les mêmes précautions que l'opérateur. Westerman seulement dispense de la désinfection manuelle son troisième aide chargé de lui passer ses compresses qu'il ne touche d'ailleurs qu'à l'aide de pinces flambées.

Nous terminons ce chapitre de la désinfection du chirurgien et de ses aides par la question de savoir s'il faut prendre les mêmes précautions pour renouveler les pansements que pour opérer. La généralité répond oui, et ceux qui ne le font pas s'empressent de dire qu'ils ne touchent les pansements qu'avec des pinces; et quant à ceux qui ne croient pas que les mêmes précautions sont nécessaires, encore la plupart distinguent-ils entre les premiers pansements pour lesquels ils prêtent la même attention à une désinfection rigoureuse et les pansements spéciaux où l'infection peut gagner les cavités séreuses.

Bien que la plus grande partie des réponses soit positive, il semble cependant se dégager de l'ensemble que les précautions sont relativement moins importantes; et tout d'abord les pansements deviennent, grâce au bénéfice de l'asepsie, de moins en moins fréquents.

Après une intervention, on retarde le pansement le plus possible, et plus loin est-on du jour de l'opération, plus le danger est minime.

« Peu ou pas de pansements, dit Roux, et quand on en fait un, on ne le fait qu'avec des pinces. »

Tout en prenant des précautions, on est moins minutieux dans la désinfection qui précède le pansement.

Tuffier cependant exige une asepsie rigoureuse des mains; de même pour les instruments et les objets de pansement. Jonnesco insiste aussi sur ce point, et il fait faire les pansements dans des salles spéciales

avec asepsie rigoureuse; il ne fait aucun pansement dans la salle commune.

Plusieurs chirurgiens recommandent également de se garder de mettre un liquide en contact avec la plaie. La plaie n'est jamais lavée, rarement nettoyée avec de l'alcool ou de l'eau oxygénée. Adenot croit que l'humidité est une cause fréquente d'infection, même avec des liquides antiseptiques.

La désinfection du malade. — La pratique la plus importante après la désinfection des mains du chirurgien et de ses aides et avec la stérilisation des instruments et des fils est sans contredit la désinfection du champ opératoire. De tous les facteurs qui pourraient concourir à infecter la plaie opératoire, c'est à coup sûr le plus à craindre, et la peau du malade, avec ses glandes sudoripares et ses follicules pileux que nos agents désinfectants n'atteignent que difficilement, sera l'ennemi le plus dangereux des plaies et des sutures.

C'est dire l'importance de la désinfection du champ opératoire. Nous verrons plus loin que l'attention des chirurgiens s'est portée beaucoup sur ce point et que comme pour la désinfection manuelle, on a proposé ici une quantité de méthodes pour arriver à cette propreté chirurgicale. Mais avant de désinfecter la région opératoire il faut préparer la voie à cette manœuvre, pour la rendre plus facile et plus efficace; on a employé pour cela des moyens divers, mais dont le principal consiste dans le bain général de propreté et parfois dans le bain médicamenteux. Le plus grand nombre se contentent d'un *bain de propreté* à l'entrée du malade à l'hôpital ou à la clinique.

Cent et quinze réponses sont *affirmatives* à ce sujet.

Mais il n'est pas toujours possible de mettre les malades dans un bain, des fractures compliquées, des plaies profondes en sont souvent la cause; il est cependant nécessaire de se prémunir autant chez ces malades que chez les autres, si ce n'est plus; il était donc intéressant de savoir par quoi la plus grande partie des chirurgiens dont la règle est de donner le bain complet allait remplacer ce soin de propreté? La pratique la plus générale est de faire une toilette de la région plus ou moins étendue.

Une toilette sévère de la région à opérer et dépassant largement les limites de cette dernière semble à d'autres confrères une nécessité qui s'impose.

Goeschel, Kümmell et Neuber insistent de leur côté sur la minutie à apporter dans le nettoyage de ces régions lorsque le bain est impossible. Goris, après avoir fait une désinfection de la région avec toutes les précautions habituelles, y étend une couche de teinture d'iode et met un pansement stérile comme lorsqu'il fait la désinfection de la veille du jour de l'opération.

D'autres chirurgiens en nombre plus restreint, préfèrent l'application de pansements humides.

Deletrez et Mouchet font des lavages à l'alcool et appliquent ensuite des pansements humides au sublimé.

Nous venons de voir comment est traité le futur opéré dès que commence le traitement du chirurgien; nous avons vu plus haut que certains chirurgiens continuent ces soins de propreté tous les jours qui suivent jusqu'au jour de l'opération. Von Winiwarter fait des lavages préparatoires au savon vert et à la térébenthine pour enlever les corps gras, la suie et les couleurs. Quand devra se faire la désinfection? Certains confrères la commencent dès l'avant-veille.

D'autres chirurgiens ne font la désinfection que le jour même, immédiatement avant l'opération.

La plus grande partie des réponses cependant sont favorables à la désinfection double de la veille et du jour de l'opération.

En quoi va consister cette désinfection? Voici comme exemple comment sera traité un malade de Weliaminoff la veille de son opération : Il prendra encore un bain complet; dans la salle de bain on lavera la région opératoire, on la rasera, on la désinfectera avec une solution de sublimé. S'il s'agit d'un enfant, le sublimé sera remplacé par une solution de thymol, d'acide borique ou d'eau stérilisée.

Massot se contente également après le rasage et le lavage d'asperger la région au sublimé. Depage se sert d'alcool pour éloigner l'eau savonneuse et préparer l'action du sublimé. Borelius, Schwartz, Bouglé, Peugniez, Winter, Chaput, après le savonnage, versent sur la *région de l'alcool, de l'éther*, enfin du *sublimé*, et font un pansement ouaté aseptique.

Buscarlet et Guinard font suivre le savonnage d'un rinçage au *permanganate*, puis au *bisulfite* pour revenir ensuite à l'alcool et finir par le sublimé, recouvrant le tout d'un pansement sec aseptique.

Tous ces chirurgiens admettent pour la veille un *pansement sec*. D'autres, au contraire, font la veille, après la désinfection obtenue, un *pansement humide*. Comme moyen terme nous avons la pratique de Tuffier qui met sur la région une compresse humide d'eau stérilisée, mais sans la recouvrir de toile imperméable. Von Eiselsberg la couvre de compresses d'alcool. Mais le plus grand nombre des réponses est favorable au pansement *humide au sublimé*.

Quénu met des pansements humides *boriqués*, Van Lelyveld *lysolés*, Demosthen *phéniqués*, Rydygier *à la liqueur de Burrow*. Voilà ce que proposent les différents chirurgiens pour la désinfection de la veille.

En quoi consistera la désinfection du jour même de l'opération?

Logiquement cette désinfection devra se rapprocher le plus possible de la désinfection des mains, différence des régions mise à part.

Nous nous trouverons donc en présence des mêmes divergences au point de vue de l'asepsie pure et de l'antisepsie.

L'action successive de l'eau chaude savonneuse, de l'alcool, de l'éther et du sublimé est mise à profit par beaucoup de chirurgiens.

J. Reverdin, Depage, Déletrez, Landau, Braun, Lauwers, Van Stockum se passent de la friction à l'éther.

Von Winiwarter fait de même. Voici comme exemple sa façon de désinfecter le champ opératoire : savonnage à la brosse ou aux fibres de rotang, à l'esprit de savon et à l'eau chaude. La peau est rasée. Second nettoyage prolongé pendant 8 ou 10 minutes comme pour les mains, lavage au sublimé pour enlever le savon, lavage à l'alcool (3-4 minutes), lavage au sublimé (3-4 minutes).

Westerman, Goebel, Girou, König suppriment le lavage à l'alcool et conservent celui à l'éther.

Guelliot remplace l'alcool et l'éther par le chloroforme avant le sublimé.

Certains opérateurs rejettent totalement le sublimé et se contentent de l'éther et de l'alcool.

Le champ désinfecté, pour maintenir cette « propreté chirurgicale » jusqu'au moment de l'incision, Goebel, Hubert, Guelliot, Villemin, André, Fischer, Snyers, Becher, Girou, König, Roux le couvrent de draps stériles. Korteweg trempe ses compresses dans un liquide aseptique; Kufferath, dans du sublimé.

Le local où se pratique la désinfection de la veille est ordinairement la *salle commune*.

Enfin Neuber, Kümmell, De Quervain la font dans la salle de bain.

La *désinfection du jour* même de l'opération, quelque avantage qu'il y aurait sans doute à la faire en dehors de la salle d'opération, continue cependant à y être pratiquée dans le plus grand nombre des services.

On pratique cette même désinfection dans la *salle de pansement*.

Desguin la fait dans sa salle de narcose. Schwartz et Tuffier l'y commencent (savonnage et brossage) et terminent dans la salle d'opération (alcool, éther).

Enfin Haegler, von Eiselsberg, Winter, Quénu, Kümmell, Bazy, plus heureux, ont une chambre *spéciale* plus ou moins proche de la salle d'opération où ils peuvent désinfecter leurs malades immédiatement avant l'intervention. Il est évident que ce serait là l'idéal pour la plupart des chirurgiens comme il serait agréable de pouvoir désinfecter et panser les suppurants dans *des salles spécialement destinées à cet effet*. C'est ce que font Jacques Reverdin, Neuber, Latouche. Neuber a également pour eux des salles de bains spéciales.

Willems insiste sur la nécessité du nettoyage mécanique de la plaie septique. Paul Berger y arrive en curetant complètement les parties infectées. Mais si le nettoyage mécanique a sa grande importance, il faut éviter de masser la région en la brossant au savon et à l'eau chaude; c'est pourquoi Ceccherelli et De Quervain évitent de se servir de la brosse dans les plaies suppurées.

Plus que l'action mécanique, l'action antiseptique prend de l'importance aux yeux de Lorthioir et de Verhoef, qui cautérisent les plaies au chlorure de zinc, au formol, à l'eau oxygénée.

Haegler ne fait désinfecter les suppurants qu'avec de l'alcool (Westerman). Si le savonnage est impossible, on désinfecte la peau avec la térébenthine, l'alcool et le sublimé.

Depage déplore que des installations insuffisantes ne lui permettent pas de prendre les précautions spéciales qu'il croit nécessaires pour traiter et panser les suppurants.

Enfin, 90 chirurgiens environ ne font pas de différence dans la désinfection des suppurants d'avec la désinfection des aseptiques.

Les différentes régions nécessiteront aussi des soins spéciaux pour leur désinfection; ainsi dans le voisinage des yeux on n'emploiera pas d'alcool, on remplacera le sublimé par l'acide borique.

Pour les opérations sur le cou, on recouvrira la tête de pansements et de serviettes au sublimé (Korteweg). Lorthioir a un dispositif spécial à sa table qui lui permet tout en limitant le champ opératoire de linge stérile, de l'isoler du chloroformisateur et de laisser à celui-ci ses mouvements libres.

Van Stockum couvre le cuir chevelu d'un bonnet en caoutchouc.

Pour les mains et les pieds, Korteweg recommande des bains répétés; Buscarlet, Goebel et König prolongent beaucoup la désinfection de ces parties.

Dans la désinfection de la région ombilicale on portera toute son attention à nettoyer cette partie anfractueuse. Van Stockum propose de la recouvrir de collodion. König fait donner des bains prolongés trois jours avant l'opération sur les parties génitales. Korteweg recouvre ces mêmes parties de compresses humides antiseptiques pendant les opérations sur l'abdomen. Ainsi fait également Van Stockum. Enfin Schwartz désinfecte les régions anale et scrotale au permanganate de potasse et au bisulfite et les lave ensuite à l'eau oxygénée au 2/3 en volume et cela outre la désinfection habituelle.

Le nez, la bouche, le rectum ne se stérilisent pas facilement, mais ils font leur drainage eux-mêmes (Letoux).

Le principal, selon Peyrot et Bassini, est toujours le lavage prolongé. Pour Sorel également, et il le fait déjà plusieurs jours avant l'opération. Il évite toutefois l'emploi des *antiseptiques* qui amène une *desquammation* qui cultive facilement. Koch et Bazy font de même. Malherbe ne consent à travailler à l'anus qu'au thermocautère. Borelius ne fait que de simples irrigations; von Winiwarter et Cramer insistent sur le nettoyage mécanique des cavités en question.

Nous terminons en citant Auguste Reverdin qui a imaginé pour désinfecter le vagin un instrument spécial consistant en un gros cône à base très large sillonné à sa surface de cannelures transversales. Un canal médian traverse l'instrument dans toute sa longueur et est relié à l'extrémité inférieure du tube en caoutchouc d'un irrigateur-douche. On plonge l'instrument dans du savon mou, on l'introduit dans le vagin en le promenant d'arrière en avant; l'eau provenant de la douche arrose largement le fond du vagin, déplisse tout le conduit, la base large de l'instrument fermant momentanément toute la vulve.

La désinfection du champ opératoire obtenue, il s'agit non seulement de la maintenir et de la garantir contre toute souillure venant du dehors, mais aussi de la préserver contre l'infection des parties avoisinantes comme il convient de préserver l'opérateur, son aide, ses instruments, ses pansements contre tout contact impur. Pour arriver à ce résultat on a imaginé tout d'abord de recouvrir le malade de linge : essuie-mains, compresses stériles, mais on a été vite plus loin, et beaucoup d'opérateurs mettent un costume complètement stérilisé à leur futur opéré.

Auguste Reverdin revêt le malade à son entrée dans la salle d'opération d'une blouse et de longs gants et guêtres en étoffe de coton blanc et qu'on sort à l'instant de l'autoclave.

Jonnesco habille son malade d'un costume de flanelle, composé d'un pantalon dont chaque jambe est terminée par une botte de flanelle, et d'une camisole à longues manches dont les extrémités libres se ferment pour contenir à l'intérieur tout le membre, la main y comprise. Dans les opérations sur les membres, naturellement le costume est approprié pour laisser à découvert la région à opérer.

La plus grande partie des chirurgiens recouvrent le malade de grandes compresses ou d'un grand drap stérile.

D'autres chirurgiens recouvrent le malade d'un grand drap stérilisé muni d'une ouverture en son milieu pour laisser le champ opératoire à découvert.

Le champ opératoire est délimité par des compresses stériles assujetties au moyen de pinces à forcipressure ou d'épingles de sûreté stérilisées.

A ces compresses de linge sec, d'autres chirurgiens préfèrent pour la toilette du champ opératoire des compresses de linge humide; il en est ainsi de Buscarlet, de Cramer, de Monod, de Goeschel, de Bassini, de Rutgers.

Voici le malade prêt à opérer. Une fois l'opération commencée, le sang coule et est épongé; une question importante est de savoir s'il faut irriguer et laver les plaies ou les traiter absolument à sec.

L'immense majorité des réponses est favorable à l'opération à sec, surtout quand il s'agit de cas aseptiques; 108 réponses préconisent cette manière de faire. Quelques réserves sont indiquées au point de vue des septiques. Il en est de même pour les opérations sur certaines régions comme le vagin, par exemple, où les irrigations sont plutôt conseillées.

La question du drainage a été, ort discutée. Certains chirurgiens s'en déclarent adversaires résolus.

Tous ceux qui emploient le drainage n'en usent pas tous dans les mêmes conditions.

D'autres chirurgiens sont partisans du drainage pour la plupart des opérations.

Les moyens employés pour drainer diffèrent naturellement, mais le tube de gomme ou de caoutchouc tient la corde. 74 chirurgiens l'emploient plus ou moins souvent, alors que 27 chirurgiens emploient la mèche à la Mickuliz et 13 seulement le tube de verre de Kocher.

La plaie suturée et drainée s'il y a lieu, il s'agit de faire le pansement. Faudra-t-il le faire épais ou bien le réduire à son minimum?

Le pansement doit être assez épais pour permettre l'immobilisation des tissus, une compression exacte et l'absorption des sécrétions et il ne doit pas empêcher la dessiccation des liquides (von Winiwarter). Le pansement doit être épais et dépasser largement la région opérée : Giordano, Paul Berger.

Pour Roux il faut un pansement minimum collodionné sur lequel on met dans certains cas un coussin de laine de bois.

Stérilisation des instruments, des fils et des objets de pansement. — Tous ces objets sont désormais presque partout stérilisés à l'hôpital. Eu égard à la grande importance de cette manœuvre, il était intéressant de savoir par qui les chirurgiens la faisaient exécuter. Sur les 128 réponses reçues, cent nous indiquent que c'est une infirmière, sœur de charité ou surveillante spéciale qui est chargée de cette besogne. Kufferath ne leur confie cependant que les pansements et les fils de soie, laissant à un aide le soin de stériliser les instruments.

La stérilisation des instruments est obtenue par la grande majorité des chirurgiens par la chaleur humide.

Beaucoup de chirurgiens ont recours à l'ébullition dans l'eau mélangée de carbonate sodique : Adenot fait bouillir ses instruments dans la glycérine additionnée d'eau.

La chaleur sèche a, elle aussi, beaucoup de partisans pour la désinfection des instruments.

La température qu'il faut atteindre dans les étuves varie selon les différents opérateurs entre 130° et 180° et la durée de désinfection de vingt minutes à une heure.

Fils. Le matériel de suture et de ligature a une énorme importance au point de vue de l'aseptie et de l'antisepsie.

Cardenal emploie parfois le *fil de fer galvanisé* et Remy s'en sert pour les sutures intrapariétales. Gussenbauer se sert parfois de *fil de platine*.

Le plus employé de tous les fils non organiques et partant facilement stérilisables est le *fil d'argent*.

Parmi les fils d'origine organique, celui qui se rapproche le plus des fils métalliques est sans contredit le *crin de Florence* qui se désinfecte facilement.

Parmi les espèces de fils d'origine organique autres que la soie, le catgut et le crin de Florence, citons le *fil de lin*, dont on se sert particulièrement pour les sutures intestinales; le *fil de coton*, le *fil de chanvre*, enfin le *crin du Japon* et le *tendon de renne* (Tuffier).

Fils et attaches métalliques. Les fils métalliques : argent, bronze, aluminium, fil de fer, platine, agrafes de Michel sont ou bien stérilisés à l'étuve sèche, ou bien bouillis avec les instruments, ou bien à l'autoclave.

C'est aussi à l'*autoclave* que la plupart des chirurgiens stérilisent le crin de Florence; ils atteignent 125° à 140° de chaleur.

Soie. La soie est autoclavée par la plus grande partie de ceux qui l'emploient.

Catgut. La stérilisation du catgut, par le fait même qu'elle est difficile à atteindre, a été toujours une question très travaillée; aussi ne faut-il pas s'étonner que nous trouvions sur les 58 réponses qui nous sont parvenues à la question la concernant 23 à 25 procédés différents.

Une grande division peut être faite cependant entre les chirurgiens qui emploient la stérilisation *thermique* et ceux qui demandent cette désinfection à une action *chimique* antiseptique. Quelques-uns combinent les deux procédés.

Cette désinfection du catgut présente des côtés bien délicats, aussi 50 chirurgiens environ nous avouent-ils qu'ils le prennent chez des industriels qui les satisfont suffisamment.

Objets de pansement. — A part quelques chirurgiens la totalité des opérateurs emploient, pour stériliser les objets de pansements, l'action de la chaleur humide.

L'emploi de la gaze iodoformée, rejeté par quelques-uns des correspondants, est employé par d'autres dans de nombreux cas. Peyrot, Neuber, Monod, Vitrac, Houzel, Bouglé, Wertheim, Kufferath dans les affections de l'anus et du vagin.

Rochard, Verhoef, Bouglé, Neuber, Mouchet, Garré, Rosenberger, Mauclaire dans les affections tuberculeuses.

P. Desfosses.

FACULTÉ DE PARIS

Institut de médecine coloniale. — L'institut de médecine coloniale est créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours dureront environ deux mois et demi.

Le 1er cours commencera le 15 Octobre et sera terminé le 25 Décembre 1902.

Peuvent s'inscrire : Les étudiants pourvus de 16 inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers.

A la fin du cours, les étudiants qui désirent un certificat d'études subiront un examen.

L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire seront donnés à la Faculté de médecine, à l'École pratique, 21, rue de l'École-de-Médecine, dans les laboratoires suivants : *Pathologie expérimentale et comparée. Parasitologie. Hygiène.*

L'enseignement clinique sera donné à l'hôpital d'Auteuil (Hôpital des Dames françaises), 73, rue Michel-Ange.

L'enseignement théorique et de laboratoire aura lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi, à l'École pratique.

L'enseignement clinique et le cours de pathologie tropicale, deux fois par semaine, le matin à 10 heures, à l'Hôpital d'Auteuil.

NOUVELLES

Paris et Départements

Service de santé militaire. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de 2e classe de l'armée territoriale : M. Yvert, médecin principal de 2e classe de l'armée active retraité.

Au grade de médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale : Les médecins-majors de 1re classe de l'armée active retraités : MM. Peborde, De Ferré, Amiard-Fortinière, Kleinpetter.

Au grade de médecin-major de 2e classe de réserve : Les médecins-majors de 2e classe de l'armée active dont la démission a été acceptée : MM. Leymarix, de Lauwereyns de Roosendaële, Opin.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale : M. Dumont, médecin aide-major de 1re classe de l'armée active dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve : Les docteurs en médecine : MM. Bert, Boucarut, Pouillaude, Marceau, Barrel, Follaci, Conturie, Nouveau, Dupont, Vignaud, Duchesne, Barret, Destonesse, Pascal, Loubet, Cassin, Géraud, Moineau, Sahannat, Deschamps, Mathieu, Josso, Laferrère, Lévy, Bahans, Bricet, Renou, Bosquet, Thuillier, Méret, Dury, Daviot, Rivière, Caillol, Fayot Le Gall, Groz, Debret, Blanc, Guinement, Boutier, Mallet, Lacassagne, Berthier, Dupuy, Le Roux, Antoniotti, Arzac, Blancard, Mir, Wagner, Galand, Robbaz, Colas, Oulié, Ugel, Bué, Crauste, Jossu, Leuridan, Geyer, Valatx, Mallet, Muller. Leclerc, Oppenheim, Dupont, Armand, Reverdy, Cayrol, Pancrazi, Houdeville, Tiché, Verne,t Bourgeau, Delhommeau, Postina, Cothereau, Michard, Rozier, Pollegoix, Villedieu, Vigne, Gaillard, Rabat, Dabout, Chevreux, Cros, Saurel, Hurion, Girard, Coulet, Eysseric, Dardenne, Stepinski, Dupret, Damelon, Reymond, Fruhinsholz, Van Oldenbarneveld Witte Tullingh, Carton, Halgan, Six, Weigert, Germès, Maillard, Barlerin, Lafon, Landry, Verhaeghe, Laroyenne, Dejault, Guichou, Eissendeck, Meslier, Perge, Cauzard, Crosmarie, Emérie, Bourdeaux, Ariès, Blandin, Bonnet, Caron, Roinet, Vedel, Bacaresse, Decottignies, Demoulin, Pruvost, Mondiet, Locard, Gimbert.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale : Les docteurs en médecine : MM. Golesceano, Meslay.

Corps de santé de la marine. — M. le médecin de 2e classe Moulinier est désigné pour aller servir au bataillon des apprentis fusiliers à Lorient.

Délivraison des médailles du Centenaire de l'Internat. — La frappe et la gravure des médailles, retardées par la rupture des coins, sont aujourd'hui terminées, et le trésorier du Centenaire tient à la disposition de chaque souscripteur la médaille portant son nom à laquelle il a droit. Le Comité ayant décidé, par mesure d'économie, d'attendre l'achèvement du volume du Centenaire dont la date ne peut encore être prévue, pour ne faire qu'un envoi aux souscripteurs, le trésorier ne peut faire actuellement d'envoi aux frais de la souscription.

Les souscripteurs habitant Paris peuvent faire retirer leur médaille immédiatement à la librairie, 2, rue Casimir-Delavigne. Ceux des souscripteurs de province qui désirent recevoir leur médaille *franco* n'ont qu'à faire connaître leur désir au trésorier, M.G. Steinheil, en lui adressant 0 fr. 50 en timbres-poste pour frais d'envoi..

Pour l'étranger, les conditions de l'expédition sont variables avec chaque pays et ne peuvent être indiquées d'avance. Le trésorier s'efforcera de faire l'envoi dans les meilleures conditions possibles.

Étranger.

Faculté de médecine de Munich. — M. Siegfried Mollier est nommé professeur ordinaire d'anatomie.

Faculté de médecine de Berlin. — M. Rudolf Jürgens est nommé privat-docent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Bologne. — M. Antonio Gaudi est nommé privat-docent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. Alexandre Rosner est nommé professeur extraordinaire d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. Hermann Pfister est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie.

Jefferson Medical College de Philadelphie. — MM. Thoma, G. Ashton et Juliu, L. Salinger sont nommés professeurs de clinique médicale.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 75. — Mercredi, 17 Septembre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

MÉDECINE PRATIQUE

CHRONIQUE

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Rome du 15 au 21 Septembre 1902.

La séance d'ouverture du Congrès international d'obstétrique et de gynécologie a eu le plus brillant éclat. Le choix du local était des plus heureux; c'est, en effet, dans une des salles du Capitole magnifiquement décorée de marbres antiques, que se réunirent les congressistes guidés par des huissiers en costumes superbes dessinés par Michel-Ange; à l'entrée de la salle, des gardes en grande tenue formaient la haie.

Après le discours du ministre de l'Instruction publique M. Nasi qui apporte aux congressistes le salut du roi, M. Palomba, au nom du maire de Rome, souhaite la bienvenue aux congressistes. M. Pasquali, président, et M. Pestalozza, secrétaire du Congrès, présentent ensuite leurs compliments de bienvenue à leurs confrères étrangers. Puis on entend successivement les orateurs officiels des pays représentés au Congrès : Schauta, Autriche. — Henrotay, Belgique. — Pinard, Paris. — Hofmeier, Allemagne. — Balanos, Grèce. — Veit, Hollande. — Jonnesco, Roumanie. — Kein, Russie. — Castello Pineyro, Espagne. — Engelmann, Etats-Unis. — Slaotcheff, Bulgarie. — Simpson, Angletrere.

Le président donne alors lecture d'un télégramme du président du Conseil des ministres italiens, M. Bacelli, formant des vœux pour la réussite du Congrès et l'on procède ensuite à la nomination des présidents d'honneur : MM. Pinard, et Pozzi sont nommés pour la France, M. Brennan pour le Canada.

Nous avons remarqué parmi les congressistes : pour la France : Budin, Doléris, Lefour. — Autriche : Chroback, Schauta. — Hongrie : Tauffer. — Espagne : Gutierrez, Fernandez, Fargas. — Hollande : Treub, Veit, Kouwer. — Roumanie : Draghiesco, Jonnesco. — Allemagne : Leopold, Zweifel, Hofmeier, Martin, Fehlung. — Russie : Reine, de Ott. — Belgique : Jacobs. — Grèce : Consolas. — Angleterre : Simpson, Macnaughton, Purefoy, Sifclair, Harraks. — États-Unis : Mann Engelmann, Kelly, Jewett, Cullen, Wakefield, Barton. — Bulgarie : Slavtcheff. — Suède : Alin. — Norvège : Brand. — Suisse : Reverdin, Muller. — Canada : Brennan.

Le discours du professeur Pinard a eu le plus grand et le plus légitime succès; il a été couvert d'applaudissements par l'assistance très nombreuse dans laquelle on comptait un très grand nombre de Français.

(*Par dépêche spéciale.*) F. Jayle.

DEUXIÈME VOYAGE DE *LA PRESSE MÉDICALE* AUX UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

8-23 Septembre 1902.

Gênes, 16 Septembre 1902.

Le deuxième voyage de *La Presse Médicale* s'exécute avec le même entrain que le premier organisé en mai 1901. Gênes est notre premier arrêt, et, après avoir visité les principaux monuments de cette admirable cité qui porte bien dignement son vieux nom de superbe, après avoir parcouru ses merveilleuses promenades et avoir contemplé du haut de la villa Rosazza ses admirables palais et ses gracieuses villas étagées en amphithéâtre, nous avons procédé suivant notre programme habituel à la visite médicale proprement dite.

Gênes compte 1.400 étudiants environ, dont 400 en médecine. Les étudiants en médecine font suivant l'organisation italienne six années d'études et pendant leur dernière année font un stage régulier à la clinique gynécologique et obstétricale, que nous avons pu particulièrement étudier, tous les membres de ce voyage étant gynécologues. Durant ce stage, les étudiants sont divisés en séries de six ; chaque série est tenue d'assurer le service de garde pendant une semaine, et dans ce but trois chambres à deux lits sont réservées aux étudiants. Etant donné leur petit nombre, qui l'an passé était de 62, on comprend que le tour de chaque série revienne plusieurs fois durant l'année scolaire. Les étudiants se partagent les accouchements avec les sages-femmes qui sont également de garde au nombre de six par semaine.

Le professeur de gynécologie et d'obstétrique est M. Bossi. Avec une amabilité sans pareille il s'est mis tout entier à notre disposition ; il nous a fait prendre en voiture à l'hôtel, nous a conduits lui-même, accompagné de quelques assistants, et nous a donné toutes les explications désirables.

Encore tout jeune, ayant à peine dépassé la quarantaine, le professeur Bossi a très largement contribué au développement de la gynécologie à Gênes. En 1887, il était nommé assistant ; en 1889, après quatre ans de doctorat, il recevait, le premier en Italie, le titre de privat-docent de gynécologie et d'obstétrique ; c'est alors qu'il commença à Gênes à pratiquer les premières opérations gynécologiques. En 1899, la Faculté l'appelait à occuper la chaire de gynécologie et d'obstétrique. Il est à remarquer que cette esprit distingué et original au premier titre n'a pas été nommé au concours.

Les professeurs de Faculté sont ici absolument maîtres de la situation. Ils nomment les privat-docent après un simulacre d'examen et de concours assez analogue au concours du clinicat de Paris ; en fait, ils confèrent ce titre, après plusieurs années, à ceux de leurs élèves qu'ils jugent dignes.

Comme en Allemagne, ils sont nommés à vie, ce qui est un gros défaut, car les chaires risquent ainsi d'être occupées trop longtemps par les mêmes hommes. A l'inverse de l'Allemagne et comme en France, les professeurs ne changent guère de résidence ; ils sont nommés par le ministre sur la proposition de la Faculté. Leur traitement est de 5.000 francs au début et va en augmentant tous les quatre ans d'un dixième.

* * *

Le professeur Bossi dispose d'une clinique juxtaposée à l'hôpital Pammatone et ayant son entrée particulière. Le recrutement des malades de la clinique est ainsi assuré. Le professeur a le droit de choisir parmi les entrants de l'hôpital Pammatone, durant les vingt-quatre premières heures après leur arrivée, les malades qu'il désire. Ainsi se trouve faite une sélection assurément avantageuse pour ses élèves. Les malades ont toutefois le droit de refuser de passer dans le service de clinique, évitant ainsi d'être examinées par les étudiants.

Le professeur de gynécologie a plusieurs assistants qui peuvent être nommés soit au concours soit au choix. M. Bossi nomme au choix. Pour les laboratoires, il dispose d'un assistant d'histologie, d'un assistant de bactériologie et il aura sous peu un assistant de chimie organique. Pour le service de clinique, il y a trois assistants.

Les assistants sont nommés pour deux ans, indéfiniment renouvelables ; le professeur peut profiter de ce renouvellement, M. Bossi a depuis plusieurs années pour premier assistant M. de Paoli.

Leur traitement varie de 600 à 800 francs ; le professeur peut également avoir des assistants volontaires ; c'est ainsi que M. Bossi en a cette année accepté 3 sur 37 demandes.

Le personnel hospitalier est composé actuellement d'infirmières religieuses et d'un petit personnel laïque. Le Conseil municipal joue un grand rôle dans le recrutement de ce personnel et, suivant les tendances politiques, il se trouve que les sœurs ont plus ou moins d'importance.

L'installation de la clinique gynécologique est peu intéressante. Elle ne saurait rivaliser avec nos Maternités et nos grands services de gynécologie. La salle d'opération est rien moins que luxueuse. Comme fiche de consolation on promet une nouvelle clinique : il n'est que temps d'en jeter les fondements.

Ce n'est point à dire qu'on y fasse de mauvaise besogne. Cette année, par exemple, la clinique a été suivie par 62 étudiants et 60 sages-femmes. Les opérations ont été au nombre de 275, dont 52 laparotomies, et se sont toutes terminées par la guérison.

Au point de vue opératoire, le professeur Bossi se fait remarquer par la simplicité.

Parmi ses instruments, nous avons remarqué le dilatateur de Bossi dont le premier modèle date de 1890 et avait trois branches. Le dernier en a quatre. Cet instrument sert à pratiquer la dilatation mécanique extemporanée du col d'un utérus gravide, dans tous les cas où il y a urgence de vider cet utérus.

Un autre instrument a attiré notre attention ; c'est une modification du « termo-galvanico Bottini » pour la section de la prostate, c'est une sorte d'urétrotome dont le couteau mobile est porté à l'incandescence par un courant galvanique. Le professeur Bossi utilise cet appareil pour la section de l'orifice interne du col dans le cas de sténose et de dysménorrhée douloureuse ; chez les vierges il parvient à sectionner sans délabrement de l'hymen, le col attiré à la vulve ; il n'y a aucune hémorragie.

* * *

Nous avons visité la clinique du professeur Maragliano sous la conduite de son très aimable assistant M. Zanoni.

Cette clinique est également instituée dans l'hôpital Pammatone. Les laboratoires, dont un superbe de chimie biologique et un service d'électrothérapie, sont parfaitement installés.

A remarquer dans le cabinet du professeur un tableau à fiches sur lesquelles sont inscrits régulièrement tous les jours, les diagnostics de tous les malades. De cette manière le professeur peut sur-le-champ et sans effort, choisir pour sa clinique les malades qui lui paraissent le plus intéressants. Tous les matins le professeur Maragliano fait une clinique d'une heure et en outre une conférence de deux heures deux fois par semaine.

Outre sa clinique le professeur Maragliano dirige un Institut ordonnancé suivant l'Institut Pasteur. Sans aucun luxe, il est cependant bien aménagé et comprend toute une série de laboratoires dans lesquels sont fabriqués les extraits organiques, les différents sérums et en particulier le sérum antituberculeux de Maragliano. Une grande étuve contenant 3 à 4 hectolitres de bouillon répartie en ballons sert à la préparation de ce dernier. Au rez-de-chaussée sont des écuries très bien tenues, blanchies à la chaux tous les huit jours et renfermant à côté d'un certain nombre de chevaux de jolis petits ânes de Sardaigne, qui méritent mieux que les 30 ou 40 francs qu'ils coûtent.

* * *

Outre de nombreuses institutions d'assistance, Gêne possède deux grands hôpitaux : le vieil hôpital Pammatone, dont nous avons déjà parlé, et l'hôpital Galliera.

L'hôpital Pammatone (Spedale de Pammatone) est un hôpital de la ville et contient les cliniques.

Cet hôpital est vieux et contient 1.200 lits. Il ne présente aucune particularité intéressante. Les salles sont remarquables de hauteur et de largeur, de forme ogivale. Les murs présentent dans des niches des statues colossales de donateurs. Jadis ces statues avaient des coiffures ornées des attributs et insignes que possédaient les donateurs.

A la Révolution française, on supprima toutes ces coiffures pour les remplacer par des bonnets de nuit qui existent toujours depuis.

Le grand défaut de ces salles est qu'elles ne sont pas chauffées, et l'on a beau être en Italie, les malades doivent en pâtir assurément.

Les médecins sont nommés au concours : d'abord ils concourent pour les places d'assistant et sont nommés pour six ans ; ensuite ils concourent pendant ces six ans pour les places d'aide et sont encore nommés pour une période de six années ; enfin, pendant leur temps d'aide ils concourent pour les places de chef et sont encore nommés pour une période de six années. Il est actuellement question de leur permettre de doubler cette période.

Les médecins de l'hôpital assurent le service toute l'année. Ils doivent laisser aux professeurs de clinique le choix entre les entrants. Mais pendant les vacances (1er Août-1er Novembre), les cliniques sont fermées et tout le service est assuré par eux.

L'hôpital Galliera est le type d'hôpital d'architecte. Aspect monumental, grandes galeries à colonnes de marbre, immenses escaliers dont chaque marche, longue de 6 mètres, est formée d'un seul bloc de marbre, bureau du conseil somptueusement meublé, chapelle au plafond richement décoré et rehaussé d'ors, rien n'y manque. En revanche, et comme toujours en pareil cas, le médecin et l'hygiéniste n'y trouvent rien à relever. La seule particularité à retenir est l'existence d'un médecin chloroformisateur officiel. Ce somptueux hôpital a coûté 11 millions, il ne renferme que 300 malades. L'entretien annuel de chacun d'eux revient, dit-on, à 5.000 francs. C'est pour rien.

Dans un square au devant de la façade principale est la statue monumentale de la duchesse de Galliera dont le prix serait revenu à 160.000 fr.

Cet hôpital comprend un service de médecine générale et un service de chirurgie générale, celui-ci dirigé par M. Vassallo.

Terminons en disant que ce fastueux hôpital est dirigé par un conseil que préside l'Évêque. Les compétences sont décidément le secret des pays latins.

* * *

Il nous reste à mentionner deux institutions d'ordre privé : L'une est une sorte de maison de prompt secours pour les accouchées. Toutes les fois qu'un médecin en ville est en présence d'un cas difficile ou nécessitant une intervention chez un indigent, il peut téléphoner à ce service de prompt secours. Il y trouvera toujours un accoucheur de garde prêt à partir avec tous les instruments nécessaires.

Les services rendus par cette institution sont très grands ; de 1891 à 1901, il y a eu 4.510 appels dont 2.298 se sont terminés par une intervention, avec 27 décès.

Pour mieux saisir l'importance de ce « prompt secours », rappelons que Gênes renferme 250.000 habitants avec 450 médecins.

Par rapport à la clinique les chiffres sont également intéressants à comparer ; la clinique n'a eu, en effet, que 1.170 interventions avec 35 morts pendant le même laps de temps. Cette remarquable institution est due à l'initiative de M. le professeur Bossi.

C'est encore à M. Bossi qu'appartient la maison de santé que nous avons visitée. C'est une villa qui a été aménagée pour le mieux ; elle contient 18 lits.

M. le prof. Bossi, après nous avoir montré son installation, nous a invité à un lunch servi dans le jardin. Avec deux fort aimables dames russes de ses clientes, nous avons bu un excellent Marsala et avons porté un triple toast à l'Italie, à la Russie et à la France. Puissions-nous être toujours ainsi unis.

F. JAYLE et A. GOTTSCHALK.

INDICATIONS ET RÉSULTATS
DE L'HYSTÉRECTOMIE
DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

Par S. POZZI[1]
Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris.

Le cancer de l'utérus revêt des formes cliniques dont l'évolution est commandée par l'âge de la malade, par le siège du néoplasme, par la variété histologique de la tumeur. Malgré les progrès incessants de la chirurgie, il reste au-dessus des ressources de la thérapeutique, et, si nous pouvons escompter des survies très prolongées dans des cas particulièrement favorables, il ne nous est guère permis de dire que nous le guérissons. A part quelques heureuses exceptions, qui, parfois, nous rendent très sceptiques vis-à-vis du diagnostic posé, la conviction de la faiblesse de nos moyens d'action est telle, que nous considérons par avance comme condamnée toute femme atteinte de cancer de l'utérus. Ce pronostic aux yeux de certains chirurgiens autorise toutes les audaces et justifie toutes les tentatives opératoires faites pour arracher les malades à une mort certaine; pour d'autres, elle excuse toutes les timidités et légitime l'extension à un très grand nombre de cas du traitement simplement palliatif.

Le cancer de l'utérus n'est nullement toujours identique à lui-même, et je dois, après bien d'autres, mettre en relief l'influence de l'âge. Il m'est arrivé d'opérer des femmes toutes jeunes, ayant moins de vingt-cinq ans, et ce fut toujours pour moi une tristesse profonde que de voir le mal repulluler sur place, parfois avant la cicatrisation de la plaie, malgré de larges exérèses. En revanche, chez des femmes âgées de plus de soixante ans, par des traitements purement palliatifs, par des pansements soigneux, par des curettages successifs doublés de cautérisation, j'ai pu obtenir des survies de plusieurs années, n'allant pas sans causer quelque étonnement. Sans doute, ces cas extrêmes sont l'exception, mais ils démontrent bien qu'on ne saurait édicter des règles absolues en matière de thérapeutique du cancer.

A l'âge moyen de la vie, période d'élection du cancer utérin, il existe aussi des dissemblances que nous ne saurions scientifiquement spécifier, mais que nous exprimons par les termes de tempérament, de prédisposition héréditaire, de prédisposition morbide acquise par des maladies antérieures, etc. Le cancer qui se développe chez une femme arthritique, fille de cancéreux, est-il bien comparable à celui qui survient chez une lymphatique issue de tuberculeux? Les tempéraments nerveux réagissent-ils à l'instar des pléthoriques? Les organismes à nutrition ralentie se comportent-ils de la même manière que ceux dont les tissus pleins de vitalité offrent aux cellules néoplasiques un terrain de riche culture où elles pourront se développer à merveille? Et ne faudrait il pas chercher dans ces notions de pathologie générale les raisons de quelques succès dans des cas paraissant désespérés, en même temps que l'explication de revers étonnants, survenant dans des conditions paraissant particulièrement avantageuses? A côté de la nature du mal, il est donc indispensable de faire entrer en ligne de compte l'organisme sur lequel il évolue.

Un autre point, sur lequel, d'ailleurs, tout le monde s'entend, est la différence si tranchée qui existe entre le cancer du corps et le cancer du col. Le cancer du corps, par la lenteur de son évolution, par l'époque tardive de sa propagation aux tissus voisins, ne saurait se comparer au cancer du col, dont la rapidité est ordinairement si grande que nous arrivons avec peine à l'attaquer à temps.

Enfin, il existe des variétés histologiques que l'expérience nous montre dissemblables dans leur gravité.

Il résulte de cet exposé que les cancéreuses ne sont pas absolument comparables entre elles. Mais je ne voudrais pas obscurcir le débat par l'introduction de tous ces éléments dont il faut tenir compte seulement pour asseoir son jugement, et, reprenant le cadre classique, je passerai en revue successivement le cancer du corps et le cancer du col.

* * *

Le cancer du corps de l'utérus a été longtemps regardé comme exceptionnel. Les statistiques réunies par Tesson (dans sa thèse de 1902) semblent montrer que cette maladie est plus fréquente qu'on ne l'a cru. C'est ainsi que nous voyons Dmitri de Ott rencontrer 15 cancers du corps sur un ensemble de 62 épithéliomas utérins (1900). Cullen (de Baltimore) parle aussi de 30 cancers du corps sur 103 malades (1900). Terrier[1] en a observé 6 cas sur 28. D'après Zweifel[2] (1902) la proportion serait la suivante : 90 pour 100 de cancers cervicaux et 10 pour 100 de cancers du corps.

Dans les cas opérés que j'ai relevés depuis onze ans à l'hôpital Broca (1890-1902), je n'ai pourtant observé que 6 cancers primitifs du corps contre 204 cas de cancers du col.

Cette disproportion entre mes propres observations et celles des auteurs précédents me porte à penser que, peut-être, certains chirurgiens ont attribué trop facilement une signification maligne à des dispositions atypiques de structure ou de texture qui se rencontrent parfois dans les anciennes métrites. Il m'est arrivé de voir les histologistes en désaccord sur la nature d'un fragment de muqueuse enlevé par le curettage explorateur, dans une biopsie pré-opératoire, l'un affirmant l'adénome malin ou l'épithélioma, l'autre demeurant dans le doute. M. le professeur Cornil m'a avoué que, dans beaucoup de cas, la certitude était impossible et l'interprétation facultative. N'a-t-on pas souvent été trop prompt à qualifier de cancéreuses de petites lésions d'une autre nature? Je pose la question sans la résoudre.

Le point le plus intéressant de l'histoire du cancer primitif du corps de l'utérus, c'est la lenteur de son évolution clinique et l'époque tardive de sa migration hors de l'utérus, de sa propagation aux ligaments larges, au paramétrium et aux ganglions lymphatiques. Tous les auteurs ont insisté sur sa bénignité relative, caractère de la plus haute importance au point de vue du traitement chirurgical. Tandis que le cancer du col empiète très rapidement sur le vagin, la vessie, le rectum, les ligaments larges, présente un retentissement ganglionnaire très précoce et tue les malades dans l'espace de dix-huit mois à deux ans, rarement plus tard, le cancer du corps évolue avec une lenteur sans exemple pour les néoplasmes d'origine épithéliale; pendant des mois et des années, il reste cantonné entre les parois utérines qui jouent le rôle de coque protectrice contre ses empiètements sur les organes voisins, et, longtemps, les malades conservent toutes les apparences de la santé.

Le traitement du cancer du corps de l'utérus consiste dans l'hystérectomie; comme le principe en matière de chirurgie du cancer est de ne pas morceler pour éviter les greffes, et que, d'autre part, le cancer du corps augmente le volume de l'organe et s'observe le plus souvent chez des femmes d'un certain âge dont le vagin a déjà subi plus ou moins souvent l'involution sénile, j'estime que l'hystérectomie abdominale est le procédé de choix.

Tous les chirurgiens, nous l'avons déjà dit, sont unanimes à déclarer que ces cancers sont ceux qui comportent les guérisons les plus nombreuses et les plus durables.

Lauwers[1], qui compte 6 guérisons apparentes depuis un, deux, quatre, cinq et six ans (sur 12 opérées de cancer du col de l'utérus), note que sur 3 cancers du corps, 3 sont sans récidive depuis cinq ans.

Boissier[2] rapporte 3 cas sans récidive depuis trois ans et un depuis sept ans.

Steinbach[3] déclare que sur 23 opérées de la clinique de Hofmeier, 13 sont guéries depuis trois et quatre ans.

Segond[4] parle de 2 opérées sur 13 revues guéries quatre ans et neuf ans après l'ablation de l'utérus.

Winter[5] a réuni 30 observations de cancer du corps dont 14 avec récidive et 16 sans récidive au bout de 5 ans et au-dessus. Parmi les 16 malades sans repullulation, 3 étaient opérées depuis 5 ans, 1 depuis 6 ans, 3 depuis 7 ans, 2 depuis 8 ans, 2 depuis 9 ans, 2 depuis 10 ans, 3 depuis 11 ans.

* * *

Le cancer du col de l'utérus se caractérise essentiellement :

1° Par la rapidité de son évolution, qui fait qu'il franchit de bonne heure les limites de la matrice pour se propager aux organes voisins, envahir le vagin, les ligaments larges, la vessie, le rectum.

2° Par la précocité de son retentissement ganglionnaire;

Le traitement curatif du cancer du col utérin ne peut consister que dans l'exérèse de tous les tissus infiltrés par le néoplasme. Pour être efficace, cette exérèse doit être aussi complète, aussi large que possible, elle doit même empiéter sur les tissus sains.

Quels sont les cas qui sont justiciables d'une intervention dite radicale, par l'hystérectomie? — Il est bien difficile encore ici

1. Rapport lu au Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie de Rome.

1. Terrier. — *Revue de chirurgie*, 1899, numéro de Décembre, et *Gaz. hebd.*, 1902, 5 Janvier.
2. Zweifel. — Voy. Glockner. *Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, 1902, T. VI, n° 2, p. 267.

1. Lauwers. — *Soc. belge de gyn.*, 1899, T. X, n° 2.
2. Boissier. — *Thèse*, Paris, 1899.
3. Steinbach. — *Thèse*, Wurzbourg, 1901.
4. Segond. — Cité par Tesson.
5. Winter. — *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1900, T. XLIII, n° 3, p. 510.

d'établir des règles suivies par tous : les chirurgiens obéissent, en pareille matière, d'autant mieux à leur tempérament que, comme je le disais au début, le cancer du col utérin est une maladie rebelle et rapidement fatale.

D'après Burkhardt (de Greifswald), 26 pour 100 seulement des malades qui se présentent à notre examen sont en état de supporter l'intervention radicale avec des chances de succès ; à la clinique de Breslau on a examiné, de 1893 à 1896, 275 cancéreuses dont 63 seulement étaient opérables ; à la clinique de Dresde (1889-1896), sur 105 cas, 22 seulement furent soumis à l'intervention. Depuis dix ans, Gusserow a reçu dans son service 577 cancéreuses et n'en a opéré que 89. A la clinique de Moscou, on a opéré 52 malades sur 533[1]. Pour ma part, à l'hôpital Broca (1890-1902), en onze années, sur 210 malades opérées, l'hystérectomie n'a été pratiquée que 80 fois.

En France, la plupart des chirurgiens admettent que l'opération est contre-indiquée toutes les fois que le cancer immobilise l'utérus. Pour moi, je suis resté fidèle à ma formule : plus la lésion est petite (dans le cancer de l'utérus), plus l'opération doit être étendue, et *vice versa* : dans les cas où l'utérus a été largement dépassé par le néoplasme, je me borne à l'évidement avec la curette tranchante, suivi de la cautérisation au fer rouge. Mais je pratique l'hystérectomie quand l'utérus seul est attaqué ou quand ses limites ont été assez peu dépassées pour ne pas compromettre sa mobilité.

En Allemagne, on est parfois beaucoup plus large au point de vue des indications. En lisant les observations de Wertheim, on constate qu'il s'agit presque toujours de cas où le parametrium est largement infiltré par le néoplasme. D'après Mackenrodt[2], il ne faut pas hésiter à intervenir, même si les ligaments larges sont intéressés, même si la vessie est envahie. A la vérité, Schauta[3] et Küstner[4] ont moins d'audace, mais une légère infiltration du parametrium ne les arrête pas. Au contraire, pour Hofmeier[5] et Olshausen[6], l'envahissement du ligament large est une contre-indication formelle. Cholmogoroff[7] et Pernice[8] n'interviennent que si la paroi vaginale est complètement indemne.

* * *

Pour aborder l'utérus cancéreux et en faire l'ablation complète, plusieurs voies ont été suivies par les chirurgiens. Nous ne nous occuperons ici que des deux principales : la *voie vaginale* et la *voie abdominale*, laissant de côté les autres méthodes : *sacrée*, *paravaginale*, etc., qui ne sont pas restées ou qui ne sont pas entrées dans la pratique courante jusqu'à ce jour.

1. Ces indications ont été puisées dans le travail de GELLHORN, Berlin, 1898, S. Karger, éditeur.
2. MACKENRODT. — *Soc. de gyn. de Berlin*, 1902, Janvier.
3. SCHAUTA. — *In* WALDSTEIN. *Arch. f. Gyn.*, 1900, T. LXI, p. 52.
4. KUSTNER. — Voy. WISSELINE. *Zeit. f. Gyn.*, 1897, T. XXXVII, n° 2.
5. HOFMEIER. — « Maladies des femmes », 1899, 12e édition.
6. OLSHAUSEN. — *Deutsche med. Woch.*, 1892, n° 33, et 1896, n° 18.
7. CHOLMOGROFF. — *Volk. Samml. klin. Vortr.*, n° 108.
8. PERNICE. — Voy. BURKHARDT. *Arch. f. Gyn.*, 1897, T. XLIII, n° 2.

Après avoir joui pendant très longtemps d'une réputation incontestée dans le traitement radical du cancer utérin, l'hystérectomie vaginale a perdu du terrain depuis que la voie abdominale a fait naître l'espoir d'une intervention plus radicale. Grâce à la large brèche qu'offre la laparotomie, on peut, en effet, non seulement enlever l'utérus avec une plus grande facilité, mais encore explorer et disséquer le petit bassin, extirper les ganglions atteints ou simplement suspects, supprimer les ligaments larges, exciser le tissu cellulaire du plancher pelvien, etc. La laparo-hystérectomie permet donc au chirurgien de s'attaquer à des cancers avancés dans leur évolution et qu'il n'est plus possible d'enlever par le vagin.

Bien plus : d'après certains partisans de la voie abdominale, on ne peut parler d'extirpation totale du cancer que si l'on a enlevé, en même temps que l'utérus, la partie supérieure du vagin, les ligaments larges, les ganglions lymphatiques, enfin tous les tissus suspects.

Freund[1], Funke[2], Peiser[3], en Allemagne, Irish[4], Clark[5], Ries[6], en Amérique, ont été les premiers à proclamer l'excellence de la laparo-hystérectomie. En France, cette opération a été d'abord chaudement défendue par Ricard[7], puis par Reynier[8], Faure[9], Terrier[10]; en Belgique, Jacobs[11] et Rouffart[12] l'ont préconisée avec le plus vif enthousiasme.

A l'heure actuelle, elle compte à peu près autant de partisans que l'hystérectomie vaginale. Un des plus en vue est Wertheim[13] (de Vienne) qui en a donné une technique très ingénieuse. Kroenig[14] (de Leipzig), Mackenrodt[15], Dœderlein[16] en parlent comme de l'opération idéale, et Rosthorn[17] (de Prague) est du même avis.

D'autre part, parmi les plus chauds partisans de la voie vaginale, il faut nommer Richelot[18], Segond[19], Martin[20] (de Greifswald), Jordan[21] (de Heidelberg), Olshausen[22] (de Berlin), Hofmeier (de Wurzbourg), Dmitri de Ott[23] (de Saint-Pétersbourg). Pour ces chirurgiens, l'ablation des ganglions et l'évidement du tissu cellulaire pelvien sont illusoires, sans aucune utilité pratique. D'abord, les ganglions ne sont pas toujours pris, et le seraient-ils, que pas un chirurgien sincère ne pourrait se vanter de pouvoir les enlever tous. On peut en dire autant du tissu cellulaire pelvien; entreprendre de l'exciser en entier est une tâche au-dessus des forces humaines. Parler de curage complet du pelvis, c'est donc se payer de mots.

1. FREUND. — Voy. suivante.
2. FUNKE. — *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1898, T. XXXIX, n° 3, p. 485.
3. PEISER. — *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, T. XXXIX, n° 2, p. 259.
4. IRISH. — *Boston med. and surg. journ.*, 1899, numéro de Mars.
5. CLARK. — *John Hopkins Hosp. reports*, 1396, numéros de Février et Mars.
6. RIES. — *Amer. journal of obs. and Gyn.*, 1897, T. XXXVII, n° 3.
7. RICARD. — *Congrès de chirurgie*, Paris, 1889.
8. REYNIER. — *Congrès d'Amsterdam*, 1899; *Congrès de chirurgie de Paris*, 1899.
9. FAURE. — *Ibidem*.
10. TERRIER. — *Ibidem*.
11. JACOBS. — *Ibidem*.
12. ROUFFART. — *Ibidem*.
13. WERTHEIM. — *Arch. f. Gyn.*, 1901, T. LXV, n° 1, p. 1.
14. KRŒNIG. — *Monats. f. Geb. und Gyn.*, 1902, T. XV, n° 6.
15. MACKENRODT. — *Congrès all. de gyn. tenu à Giessen* en 1901.
16. DOEDERLEIN. — *Centr. f. Gyn.*, 1902, n° 26, p. 681.
17. ROSTHORN. — *Congrès de gynécologie de Giessen*, 1901.
18. RICHELOT. — « Chirurgie de l'utérus », 1902, Paris, O. Doin, éditeur.
19. SEGOND. — *Congrès de chirurgie de Paris*, 1899, et *Congrès international de Paris*, 1900.
20. MARTIN. — *Congrès de Giessen*, 1901.
21. JORDAN. — *Ibidem*.
22. OLSHAUSEN. — *Congrès all. de chirurgie*, 1901.
23. D. DE OTT. — *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, T. XII, n° 3, p. 261.

Quel parti prendre entre ces opinions extrêmes?

Je pense, et je le dis tout d'abord, que les voies vaginale et abdominale ont chacune leurs indications. A mon sens, il ne faut pas être hypnotisé par la terreur ganglionnaire, car j'estime que la mort, en cas de cancer du col utérin, est bien rarement le fait de l'adénopathie. Les malades succombent soit aux hémorragies répétées et à la septicémie chronique qui ne tarde pas à compliquer le cancer, soit, surtout, aux accidents urémiques que détermine la compression des uretères, dans laquelle les ganglions jouent rarement un rôle prépondérant. Je suis donc porté à croire que si le cancer paraît limité à l'utérus, d'après le toucher vaginal et la palpation bimanuelle, l'hystérectomie vaginale est suffisante. Si, au contraire, le paramètre est tant soit peu infiltré et la mobilité de l'utérus diminuée, la voie sus-pubienne qui permet une dissection plus soigneuse de la zone dangereuse où sont compris les uretères me semble seule recommandable.

On le voit, la question de l'adénopathie est pour moi de second ordre. Cependant c'est elle qui est actuellement la grande préoccupation de beaucoup de gynécologues; c'est parce qu'elle permet la recherche des ganglions atteints que l'hystérectomie abdominale compte, aujourd'hui, un si grand nombre de partisans. Enlever l'utérus sans toucher aux ganglions, c'est, disent-ils, faire une opération incomplète; on ne peut espérer de guérison durable, ou même définitive, qu'autant que tous les tissus susceptibles d'être contaminés par le processus cancéreux ont été largement excisés : l'ablation des ganglions tributaires du territoire infecté s'impose dans tous les cas, et d'une manière formelle.

Certes, c'est là une vue théorique séduisante. Mais quelle est la fréquence réelle de cette adénopathie toujours invoquée, et jusqu'à quel point est-elle responsable de la récidive post-opératoire? Sur ce point capital, les auteurs sont loin de s'entendre et de nous fournir des documents probants. Tandis que Winter[1] affirme que les ganglions ne sont presque jamais pris avant l'envahissement des ligaments larges, Mackenrodt, Gussenbauer, Schuchhardt soutiennent que les glandes lymphatiques sont touchées dans la plupart des cas, même lorsque les culs-de-sac vaginaux et les ligaments larges paraissent sains au point de vue clinique.

Dans ses recherches anatomiques, R. Williams[2] les a trouvés infiltrés 56 fois sur 78 cas, Jacobs[3] 22 fois sur 23 cas, Ricard[4] 2 fois sur 9 cas.

D'après Peiser[5], qui a comparé ses recher-

1. WINTER, MACKENRODT, GUSSENBAUER, SCHUCHHARDT. — Voy. *Ann. de gyn. de Paris*, 1899, numéro de Mai.
2. R. WILLIAMS. — *Brit. gyn. journal*, 1896, numéro de Janvier.
3. JACOBS. — *Loc. cit.*, et *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1900, n° 4, p. 1.
4. RICARD. — *Loc. cit.*
5. PEISER. — *Loc. cit.*

ches à celles de Cruveilhier, Russell, Dietrich, etc., les ganglions lymphatiques tributaires du col seraient atteints dans 50 pour 100 des cas au moment où les malades vont consulter le chirurgien (pour cet auteur, les premiers ganglions envahis sont les hypogastriques et les sacrés latéraux; puis viennent les ganglions iliaques externes et, enfin, les glandes lombaires).

Si nous en croyons Wertheim[1], dont l'autorité est grande en matière de cancer utérin, l'envahissement des ganglions n'offre aucune régularité.

Il faut mentionner aussi les faits rapportés par Kœnig (de Berne)[2] qui dit n'avoir trouvé les ganglions pris que 2 fois sur 7 hystérectomies pour cancer.

Enfin, dans 26 cas, Doederlein[3] n'a pas trouvé de ganglions 8 fois; dans 7 cas la présence des ganglions coïncidait avec l'envahissement du parametrium. On voit combien ces résultats sont contradictoires et incertains.

Pour ma part j'estime que le rôle joué par l'engorgement ganglionnaire, dans le mécanisme de la récidive et de la mort, est fort secondaire. D'après ce que j'ai observé, dans la très grande majorité des cas, la repullulation se fait sur place, au niveau ou très près de la cicatrice vaginale dans le tissu cellulaire ou dans la muqueuse.

La question de l'adénopathie n'est donc pas résolue, et, jusqu'à nouvel ordre, elle ne saurait entrer en première ligne de compte dans la détermination de la voie à choisir pour l'extirpation du cancer du col utérin. Si je donne à l'heure actuelle, dans les cas un peu avancés, avec légère diminution de la mobilité utérine, la préférence à la voie abdominale sur la voie vaginale, c'est uniquement parce que la laparotomie seule rend alors possible l'extirpation des indurations néoplasiques le long des uretères, de manière à dégager ces conduits, soit au niveau du col de l'utérus, soit même plus loin à la base des ligaments larges.

Mais il existe aussi d'autres indications pour la voie haute; les voici :

La laparotomie est préférable quand l'opération par le vagin offre des difficultés par suite de l'étroitesse de ce canal et, en particulier, dans les cas d'involution sénile. — La disparition du col par une amputation faite antérieurement ou sa destruction profonde par le néoplasme empêchant toute prise sur lui est encore pour moi une indication de l'hystérectomie abdominale. — J'en dirai autant de l'envahissement particulièrement avancé de la lèvre antérieure et de la paroi antérieure de l'utérus, faisant craindre une infiltration des tissus autour de la partie terminale des uretères, surtout lorsqu'il s'y joint un peu d'oligurie et des troubles stomacaux ou nerveux pouvant être attribués à un début d'urémie chronique par gêne dans l'élimination de l'urine. L'hystérectomie abdominale seule permet par une dissection attentive de dégager les uretères des indurations qui les compriment alors. — L'envahissement par l'ulcération des culs-de-sac vaginaux est encore pour moi une indication d'intervenir par l'abdomen; en effet, il est beaucoup plus facile de bien disséquer le vagin de haut en bas que de bas en haut. On peut toutefois s'aider souvent d'une circoncision préliminaire des limites inférieures du mal par le vagin. — La laparotomie est encore préférable quand le corps de l'utérus est assez augmenté de volume pour que son ablation nécessite le morcellement, car on court alors le danger de produire des greffes, et parfois aussi d'infecter largement le champ opératoire par l'ouverture d'une cavité utérine septique. Dans cette catégorie de cas se rangent les cancers compliqués de corps fibreux, de grossesse, de pyométrie, de lésions des annexes (qui sont souvent des pyosalpinx). Je note à cette occasion la possibilité d'une erreur, rare à la vérité : on pourrait croire à l'immobilisation d'un utérus cancéreux par l'extension du néoplasme, tandis qu'elle est causée par des adhérences péri-salpingiennes inflammatoires; l'étude clinique attentive peut seule faire éviter cette faute.

*
* *

L'effroyable mortalité des premières tentatives d'hystérectomie abdominale pour cancer n'est plus qu'un mauvais souvenir. Il suffit de comparer l'ancienne statistique de Kaltenbach (67 à 70 pour 100 de mortalité) aux chiffres de l'heure présente pour montrer quels progrès ont été réalisés par une application plus rigoureuse de l'asepsie jointe aux perfectionnements successifs de la technique opératoire.

Toutefois, il s'en faut que l'opération de Freund soit devenue une intervention bénigne. Elle est, sans doute, infiniment moins meurtrière qu'autrefois, et il y a tout lieu d'espérer que son pronostic s'amendera au fur et à mesure qu'on en connaîtra mieux tous les détails; la statistique de mon service en est une preuve nouvelle, puisque, en cette année (1902), 8 hystérectomies abdominales pour cancer ont donné 8 guérisons. Néanmoins, si l'on prend l'ensemble des opérations publiées récemment, on arrive encore à une forte mortalité. Pour ma part, sur 34 cas d'hystérectomie abdominale pour épithélioma de l'utérus opérés dans mon service depuis environ trois ans (de 1898 à 1902), 8 se sont terminés par la mort, soit une mortalité de 26 pour 100. Les autres chirurgiens ont eu des résultats à peu près semblables. C'est ce qui ressort de la comparaison des statistiques publiées depuis 1898 :

En France : Segond relève 5 cas avec 0 mort; Legueu, 7 cas avec 4 morts; Terrier, 15 cas avec 3 morts; Richelot, 24 cas avec 8 morts; Reynier, 13 cas avec 4 morts; Faure, 6 cas avec 1 mort; Ricard, 9 cas avec 2 morts; Pantaloni, 8 cas avec 2 morts; Hartmann, 3 cas avec 0 mort; Poirier, 5 cas avec 2 morts. Soit un total de 95 cas avec 26 morts, *ou une mortalité de 33 pour 100.*

A l'étranger : Schauta relève 15 cas avec 9 morts; Krœnig, 8 cas avec 1 mort; Doederlein, 26 cas avec 6 morts; Wertheim, 60 cas avec 17 morts; Küstner, 16 cas avec 4 morts; Freund, 40 cas avec 15 morts. Soit un total de 165 cas avec 54 morts, *ou une mortalité de près de 34 pour 100.*

D'après une autre statistique, Jonnesco relève 6 cas avec 3 morts; Veit, 4 cas avec 0 mort; Leopold, 8 cas avec 7 morts; Ries, Zweifel, 8 cas avec 7 morts; Czempin, 3 cas avec 1 mort; 3 cas avec 1 mort; Rosthorn, 28 cas avec 12 morts; Wisselink, 8 cas avec 1 mort; Jacobs, 52 cas avec 4 morts; Seidelmann, 19 cas avec 10 morts; Irish, 25 cas avec 3 morts; Gusserow, 4 cas avec 3 morts. Soit un total de 168 cas avec 52 morts, *ou une mortalité de 30 pour 100.*

L'ensemble de ces trois statistiques donne 418 cas avec 132 morts, soit 31 pour 100 de mortalité.

Winter a réuni, en 1901, 134 cas opérés en Allemagne avec 33 morts = *24,6 pour 100 de mortalité.*

En 1901, au Congrès de Giessen, ont été publiées des séries plus favorables :

Hofmeier, sur 18 cas, compte 3 morts; Amann, sur 14 cas, 4 morts; Freund, sur 15 cas, 2 morts; soit un total de 47 cas avec 9 morts, *ou 19 pour 100 de mortalité.*

L'hystérectomie vaginale ne donne pas pareille mortalité, mais il faut aussi reconnaître qu'elle est bien loin d'englober des cas aussi avancés et par conséquent aussi graves que l'hystérectomie abdominale. La comparaison n'est donc pas absolument juste.

De 1890 à 1902, la statistique de mon service comprend 46 cas d'hystérectomie vaginale avec 7 morts, soit 15 pour 100, parmi lesquels 9 cas depuis 1899 avec 9 guérisons.

D'après Winter[1] :

Léopold, sur 122 cas, relève 7 morts; Landau, sur 104 cas, 8 morts; Martin, sur 77 cas, 10 morts; Hofmeier, sur 120 cas, 13 morts; Olshausen, sur 446 cas, 35 morts; soit un total de 969 cas avec 73 morts, *ou 7,5 pour 100 de mortalité.*

Voici d'autres chiffres récents : Bouilly, sur 183 cas, a 28 morts; Segond, sur 95 cas, 17 morts; Richelot, sur 113 cas, 8 morts; Terrier, sur 12 cas, 2 morts; Schwartz, sur 15 cas, 0 mort; Quénu, sur 12 cas, 0 mort; soit un total de 430 cas avec 55 morts, *12 pour 100 de mortalité.*

D'autre part : D. de Ott, sur 180 cas, a 4 morts; Schauta, sur 241 cas, 25 morts; Zweifel, sur 104 cas, 14 morts; Herzfeld, sur 29 cas, 0 mort; Sänger, sur 23 cas, 1 mort; Janvrin, sur 16 cas, 8 morts; Burkhardt, sur 50 cas, 10 morts; soit un total de 739 cas avec 47 morts, *6,5 pour 100 de mortalité.*

Voici, enfin, quelques chiffres publiés au *Congrès de gynécologie* tenu à *Giessen en 1901* :

Fritsch relève 395 cas avec 26 morts; Doederlein, 80 cas avec 1 mort; Chrobak, 47 cas avec 2 morts; Amann, 100 cas avec 4 morts; soit un total de 622 cas avec 33 morts, *ou 5,5 pour 100 de mortalité.*

La première impression qui se dégage de ces faits serait que l'hystérectomie vaginale est deux ou trois fois moins grave que la laparo-hystérectomie, d'où la conclusion qu'il faudrait préférer la première à la seconde. Une telle déduction serait cependant exagérée. En effet, comme je l'ai déjà dit, la plupart des résultats publiés concernent des cancers très avancés dans leur évolution; dans ces conditions le chiffre élevé de la mortalité immédiate n'a rien qui doive surprendre.

Cependant il ne me paraît pas douteux que, toutes choses égales d'ailleurs, l'ablation du cancer de l'utérus à travers la cavité

1. Wertheim. — *Arch. f. Gyn.*, 1900, T. LXI, n° 3, p. 627.
2. Kœnig. — *Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, 1899, T. II, n° 3.
3. Doederlein. — *Centr. f. Gyn.*, 1902, n° 26, p. 681.

1. Winter. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, T. XLIII, p. 513.

péritonéale (qu'il peut infecter malgré toutes les précautions pré-opératoires et opératoires), demeure une opération plus grave que l'extirpation par le vagin. D'où la règle de conduite que je me suis imposée : adopter la voie vaginale à moins d'en être éloigné par une des contre-indications, très nombreuses, que j'ai formulées plus haut.

*
* *

Nous ne pouvons guère encore compter sur la cure définitive du cancer utérin, puisqu'on a vu des récidives survenir après six, sept et même huit ans de guérison apparente. Nous ne voulons donc parler que de *survies prolongées*.

Par la *voie vaginale*, de fort belles statistiques (peut-être trop belles pour ne pas laisser quelque place au doute sur l'interprétation histologique des lésions) ont été publiées. Au *Congrès de Paris* de 1900. Dmitri de Ott donnait : 13 de ses opérées comme restées sans récidive pendant 5 ans; 6, pendant 6 ans; 3, pendant 7 ans; 1, pendant 8 ans; 3, pendant 9 ans; 4, pendant 10 ans; 1 pendant 15 ans[1].

Leopold[2] (de Dresde) note que sur 45 cancers du col opérés par la voie vaginale, 21 sont sans récidive depuis cinq ans.

Landau[3] (de Berlin) déclare que sur 50 cancers du col opérés par le vagin, 10 sont sans récidive depuis plus de cinq ans.

D'après Fritsch[4], 10 pour 100 des opérées restent guéries.

Zweifel[5] (de Leipzig) publie la statistique suivante : 225 hystérectomies vaginales ont donné 15 morts opératoires; sur 132 opérées revues et examinées, 85 sont en récidive; 34 sont guéries depuis plus de cinq ans, et, parmi celles-ci, 6 malades sont guéries depuis 5 à 6 ans; 8 depuis 6 à 7 ans; 6 depuis 7 à 8 ans; 12 depuis 8 à 9; 3 depuis 9 à 10; 3 depuis 10 à 11; 5 depuis 11 à 12; 4 depuis 12 à 13. Enfin, 52 opérées sont sans récidive depuis moins de cinq ans, soit de trois mois à quatre ans.

Winter[6] a relevé que sur 69 cas d'hystérectomies vaginales pratiquées par différents chirurgiens, et qui n'ont pas eu de repullulation depuis plus de cinq ans : 13 cas sont guéris depuis plus de 5 ans; 10 depuis plus de 6 ans; 11 depuis plus de 7 ans; 9 depuis plus de 8 ans; 10 depuis plus de 9 ans; 10 depuis plus de 10 ans; 4 depuis plus de 11 ans; 1 depuis plus de 13 ans; 1 depuis plus de 14 ans.

(Ces opérées appartenaient à une série de 300 hystérectomies vaginales dont : 45 morts opératoires, 14 malades perdues de vue, 11 malades mortes d'autre maladie, 161 récidives, 69 paraissant guéries).

Sur mes 204 opérées de la série hospitalière que j'ai indiquée plus haut, je n'ai eu que deux cas de survies prolongées, l'un qui a duré 6 ans, l'autre qui dure encore, sans récidive depuis près de 10 ans.

Par la *voie abdominale* les résultats obtenus sont encore difficiles à apprécier. L'hystérectomie abdominale pour cancer est une opération encore trop récemment vulgarisée pour qu'il soit possible d'en comparer les effets à ceux de l'hystérectomie vaginale. Ses partisans ont le ferme espoir d'obtenir, par son moyen, des guérisons plus nombreuses, ou, tout au moins, des survies beaucoup plus longues que celles que l'on a obtenues jusqu'ici en recourant à la voie basse. *A priori*, cet espoir est très légitime; mais quelques années sont nécessaires pour savoir s'il est fondé.

En attendant, voici quelques statistiques qu'il est bon de signaler :

Dans une communication faite à la Société allemande de gynécologie en 1901, Winter[1] a présenté les résultats suivants (noter qu'il qualifie de *récidive* le retour du cancer avant douze mois, de *guérison* l'absence de récidive observée au bout de ce terme) : Legueu, 6 cas, 6 récidives; Jacobs, 32 cas, 10 récidives, 22 guérisons; Faure, 3 cas, 1 récidive, 1 guérison; Terrier, 13 cas, 10 récidives; Quénu, 3 cas, 2 récidives, 1 guérison; Irish, 10 cas, 5 récidives, 5 guérisons; Wertheim, 17 cas, 17 guérisons; Hofmeier, 14 cas, 5 récidives, 9 guérisons; Léopold, 6 cas, 2 récidives, 3 guérisons; Bumm, 4 cas, 2 récidives, 2 guérisons.

« Avant de se prononcer, ajoute Winter judicieusement, pour parler de *guérison définitive*, il faut attendre huit ou dix ans. »

Au Congrès de gynécologie tenu à Giessen en 1901, Freund affirme sa pleine et entière confiance dans les résultats définitifs de la voie abdominale; il cite comme exemples deux de ses opérées, guéries, sans trace de récidive depuis vingt-trois et dix-sept ans. Au cours du même Congrès, Mackenrodt déclare que 18 opérées sur 39 sont sans récidive depuis trois ans.

C'est assurément une très belle série, mais elle paraît un peu exceptionnelle. En somme, au point de vue de la durée supérieure de la guérison, l'hystérectomie abdominale n'a pas encore fait ses preuves. Elle demeure du moins une précieuse ressource dans les cas nombreux où la voie vaginale est insuffisante.

*
* *

CONCLUSIONS. — 1° Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus ne procure presque pas de guérisons définitives; il donne rarement une guérison prolongée au delà de deux ans; il existe pourtant, à titre d'exception, des guérisons prolongées dont la moyenne varie entre quatre et six ans, et quelquefois davantage.

2° Ne sont pas justiciables de l'hystérectomie les cas où le néoplasme a dépassé les limites de l'utérus de manière à diminuer beaucoup sa mobilité et à indurer largement les parties voisines. Un traitement palliatif par le curage et la cautérisation ignée, répété autant qu'il est besoin pour détruire les fongosités, peut alors donner des survies assez longues et est d'une bénignité absolue.

3° Le rôle des ganglions dans les accidents terminaux ou dans la récidive post-opératoire a été exagéré. La compression des uretères (cause prédominante des accidents graves) est rarement due à l'adénopathie, mais bien à la propagation de proche en proche au tissu cellulaire voisin. La récidive a lieu non pas tant par le développement à distance de l'adénite néoplasique que par l'infiltration de la cicatrice qui s'indure et s'ulcère sur place. L'extirpation des ganglions ne peut du reste jamais avoir la prétention d'être complète et ne semble avoir que peu d'influence sur le retour des accidents qui provoquent la mort. La voie abdominale ne saurait donc être uniquement indiquée par la nécessité d'enlever les ganglions.

4° L'hystérectomie abdominale est plus grave que l'hystérectomie vaginale, en augmentant les chances d'infection. Elle doit être réservée aux cas spéciaux où la laparotomie donne des facilités particulières.

Ces cas nombreux où la voie haute est préférable sont ceux où l'opération par le vagin offre des difficultés par suite des conditions suivantes : l'étroitesse ou atrophie de ce conduit, friabilité extrême ou disparition du col, amincissement considérable de la paroi antérieure de l'utérus ou envahissement étendu des culs-de-sac vaginaux.

La laparotomie est encore préférable quand le corps de l'utérus est assez augmenté de volume pour nécessiter le morcellement par la voie vaginale (cancers volumineux du corps; cancers compliqués de fibromes, de grossesse, de pyométrie ou de pyosalpinx).

Enfin l'hystérectomie abdominale est indiquée toutes les fois que la mobilité de l'utérus est diminuée et qu'il y a une induration dans son voisinage. Seule elle permet bien, en effet, de dépasser en connaissance de cause les limites de l'utérus, de poursuivre une traînée néoplasique et surtout de bien dégager les uretères dans les tissus qui ont perdu leur souplesse (cette dernière indication est, à mes yeux, la principale).

Plus grave que l'hystérectomie vaginale, elle n'entraîne pas cependant un pronostic opératoire trop sombre; comme toute opération, elle gagne en bénignité au fur et à mesure que se perfectionne la technique, ainsi que le démontrent les plus récentes statistiques.

5° Les grands délabrements produits par l'extirpation du tissu cellulaire pelvien, le curage du bassin, la poursuite élevée de la chaîne ganglionnaire constituent des opérations dont la gravité paraît excessive eu égard au résultat qui peut en être obtenu. Dans les cancers au début, une opération plus simple (ablation seule de l'utérus) peut donner d'excellents résultats, et, dans les cas avancés, en présence d'une maladie dont la terminaison certaine est la mort à brève échéance, un traitement palliatif bénin est préférable à un traitement pseudo-curatif dangereux; l'opération la meilleure est alors celle qui donne le moins de chances de mort immédiate tout en procurant soulagement et survie notables.

6° L'hystérectomie vaginale qui expose moins à l'infection, reste le traitement de choix dans les cas malheureusement trop rares où l'utérus cancéreux est demeuré mobile, et où les parties voisines sont sans induration (restent encore alors certaines indications pour la voie haute qui ont été spécifiées ci-dessus).

---

1. D. DE OTT. — *Congrès international de Paris*, 1900.
2. LÉOPOLD, cité par WINTER. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, T. XLIII, n° 3, p. 522.
3. LANDAU. — *Ibidem.*, p. 522.
4. FRITSCH. — *Congrès de Giessen*, 1901.
5. ZWEIFEL, GLOCKNER. — *Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, 1902, T. VI, n° 2.
6. WINTER. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, T. XLIII, n° 3, p. 521.

1. WINTER. — *Verh. der deutschen Gesellsch. für Gyn.*, 1901, p. 49.

MÉDECINE PRATIQUE

DES INHALATIONS MÉDICAMENTEUSES COMME TRAITEMENT SYSTÉMATIQUE DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES

Faire inhaler une solution volatile, constitue un procédé spécial d'administrer les médicaments et de les faire pénétrer au sein même des organes respiratoires, sans avoir recours à la diffusion du médicament par la circulation générale.

Le chapitre des inhalations médicamenteuses, des pulvérisations, des fumigations doit être singulièrement développé, remanié et complété, si l'on veut tirer de ce mode d'absorption tous les avantages que comportent pour le poumon l'emploi et l'association d'un grand nombre de substances volatiles.

*
* *

Substances actives, susceptibles d'être pulvérisées. — Toutes les substances employées en thérapeutique pulmonaire seront employées à la condition, ou bien qu'elles soient volatiles, ou bien qu'elles soient solubles dans des véhicules volatils tels que l'éther, les essences, l'alcool, ou même pulvérisables comme l'huile ou l'eau, ou la vapeur d'eau.

Il n'y a pas de doutes à émettre sur la prompte et parfaite absorption de gaz que l'on respire comme l'oxygène, l'ozone, l'iodure d'éthyle, le nitrite d'amyle, le chloroforme et l'éther.

Nous pouvons encore citer comme rapidement absorbés par le poumon presque tous les corps très odorants tels que la créosote, le gaïacol, le goudron, le safran, le musc, l'acide phénique, l'acide thymique, l'eucalyptol, etc.

On voit de quelle richesse thérapeutique nous disposons en faveur du poumon, mais ce n'est pas tout : les substances très solubles dans l'alcool, l'éther jouissent de la même facilité d'absorption par l'air inspiré. Le poumon en s'imprégnant d'alcool absorbera en même temps l'opium, le baume de Tolu et les autres substances que cet alcool a dissous.

Ainsi toutes les teintures, les alcoolats, déposeront leurs principes actifs sur la muqueuse respiratoire en contact très immédiat du réseau de l'artère pulmonaire qui se chargera bientôt des produits médicamenteux que l'alcool ou l'éther ont déposés sur l'épithélium pulmonaire. Que ce soit l'opium, la belladone, l'aconit, la jusquiame, ou bien l'ergotine, le chloral, le benjoin, l'effet d'absorption est obtenu avec une action particulière sur le poumon.

*
* *

Tolérance. — La grosse objection est la suivante : Les voies respiratoires ne vont-elles pas mal tolérer ces substances que l'estomac n'absorbe pas toujours sans inconvénients et irritation? L'expérimentation a démontré que les substances qui n'irritent ni la gorge ni l'estomac sont également bien tolérées par la muqueuse pulmonaire.

Pour ce qui est des drogues regardées déjà comme irritantes pour l'estomac, il y a lieu de se méfier. Toutefois, le fait qu'elles sont bien tolérées par les voies respiratoires, qu'elles ne provoquent pas de suite la toux, est déjà bien rassurant. D'ailleurs, il est toujours possible de les donner à une dose très faible, c'est-à-dire à une grande dilution. Contrairement à l'estomac dont les fonctions doivent alterner avec des moments de repos pour l'organe, le poumon est toujours en activité. Lors donc qu'un médicament ne doit être utilisé qu'à une dose très diluée pour éviter tout effet caustique, vous pouvez établir un pourcentage minime, et compenser le peu d'activité de la formule par la haute dose de drogue qui peu à peu sera absorbée dans le courant de la journée.

En pratique, les malades gardent la chambre et il est facile d'imprégner l'air qu'ils respirent d'une très faible dose du médicament. Après quelques heures, les poumons auront absorbé une quantité suffisante du principe actif, même s'il était très dilué.

*
* *

Mode d'inhalation. — Pour rendre pratique l'absorption des médicaments dissous dans l'alcool, l'éther et surtout dans l'eau, il faut avoir recours à des procédés qui favorisent la diffusibilité.

A) On peut tout simplement laisser évaporer le produit versé dans une large assiette.

B) Sous le nom d'ozonisateur on vend une sorte de lampe à grosse mèche qui absorbe le liquide par capillarité, et suffit pour émettre une quantité assez notable de vapeurs médicamenteuses.

C) Pour les liquides moins volatils on peut disposer des pulvérisateurs commandés par une poire de Richardson. Il en est de très pratiques et de très réduits comme l'Atomizer.

D) Cherchant à faire mieux nous avons établi un pulvérisateur à chaud qui mérite bien le nom de vaporisateur :

L'air qui barbote dans le pulvérisateur est fortement chauffé dans un serpentin de cuivre qui s'enroule au-dessus d'une lampe à alcool. Cet air surchauffé active l'évaporation du liquide. Au sortir du bec du pulvérisateur le jet traverse un cylindre de cuivre qui est chauffé non à feu nu, mais par conduction de la chaleur; les vapeurs pulvérisées deviennent plus ténues et plus diffusibles. Enfin les gouttelettes trop grosses s'évaporent ou descendent par un tuyau fin vers un réservoir, ce qui évite que le vaporisateur n'égoutte, comme les autres pulvérisateurs, dans les alentours du bec. La fine poussière humide pénètre ainsi jusque dans les bronchioles pulmonaires.

E) Un autre procédé pour faciliter la diffusion et l'absorption pulmonaire de principes médicamenteux est celui que l'on emploie souvent avec succès pour calmer les accès d'asthme : il consiste à faire fumer par le malade ou simplement à faire brûler dans sa chambre des médicaments dont l'odeur est supportable, comme la belladone, le datura stramonium, la jusquiame, l'extrait d'opium, les cigarettes arsenicales.

F) Depuis longtemps on traite les affections respiratoires à Cauterets, à Royat, au Mont-Dore, par des inhalations qui font merveille. Or, non seulement il est très facile de pulvériser les eaux minérales de Royat ou du Mont-Dore chez soi, avec un simple pulvérisateur, mais tout médecin peut établir des formules contenant les substances chimiques jugées utiles dans la proportion convenable. Tout pharmacien peut préparer une eau minérale artificielle excellente pour pulvérisation, eau dans laquelle entreront en composition les sels utiles et bienfaisants pour les bronches, tandis que les sels dont la présence (minime d'ailleurs) ne tient qu'aux hasards de la constitution chimique du sol seront supprimés sans aucun inconvénient.

De là à modifier également le véhicule du principe médicamenteux qui est l'eau en un autre plus volatil, l'alcool ou l'éther, il n'y a que la différence d'un progrès facile à réaliser. Donc, il nous est facile de composer une série de formules et d'associations médicamenteuses tendant à remplir les principales indications que présentent les affections respiratoires.

*
* *

Indications des inhalations. — Quelles sont ces indications?

Calmer la toux? — Pour cela nous emploierons, soit séparées, soit sagement associées, les solutions alcoolo-éthérées de morphine, de chlorhydrate de cocaïne, d'opium, de jusquiame, de belladone, d'aconit, de baume de Tolu, de guimauve, etc.

Augmenter l'expectoration? — Nous avons à notre disposition les solutions alcoolo-éthérées de tartre stibié, d'ipéca, de kermès, d'iodure de potassium, de sulfate de soude.

Fluidifier l'expectoration? — Notre richesse thérapeutique est encore plus grande. Nous avons les aromatiques : goudron, copahu, teinture de benjoin, térébenthine, eucalyptus, qui sont très diffusibles.

Pour diminuer l'expectoration, nous pouvons utiliser les corps très pénétrants et diffusibles tels que : l'acide phénique, thymique, la créosote, le gaïacol, l'eucalyptol, ou même en solution alcoolo-éthérée des corps peu diffusibles comme l'extrait de ratanhia, le cachou, le tannin, l'acide benzoïque.

Faut-il arrêter les fermentations microbiennes associées et employer un antiseptique? — Les vapeurs d'eucalyptol, le menthol, le gaïacol ou la créosote, l'iodoforme, l'acide phénique, le phénol, le camphre pourront être employés.

Pour arrêter les hémoptysies, citons la teinture de perchlorure de fer, d'ergotine, de cachou, de rataniah et les poudres d'alun ou d'antipyrine en fines pulvérisations.

Y a-t-il lieu de diminuer l'irritabilité du pneumogastrique et d'employer un antispasmodique, la menthe, l'éther, le drosera, le chloral, les bromures, le musc, l'acétate d'ammoniaque fourniront un arsenal thérapeutique suffisamment varié pour la composition des solutions alcooliques à inhaler.

Signalons encore comme remèdes à la dyspnée : l'éther, l'oxygène, l'iodure d'éthyle, le nitrite d'amyle, la pyridine.

Pour l'asthme, on emploiera : le datura, la belladone, la jusquiame, la teinture de lobelia.

Contre les congestions : l'iode, la morphine, l'opium, le camphre.

*
* *

Influence locale. — Bien souvent, alors que le médicament est administré par la bouche dans le but de produire un effet local donné, il cause par son absorption dans tout l'organisme des effets multiples dont quelques-uns peuvent être nuisibles.

Prenons un exemple. Le gaïacol, absorbé par l'estomac, produit bientôt de l'inappétence, des renvois; il irrite le rein, amène l'amaigrissement, provoque des sueurs et fatigue le système nerveux,

Absorbé par le poumon, une dose bien moindre produit un effet sur l'organe malade, l'estomac n'est pas irrité et les inconvénients du gaïacol sont réduits au minimum.

Généralisant, nous pourrons établir ce principe qu'en thérapeutique il n'y a lieu de recourir à la médication générale que lorsqu'il y a impossibilité absolue de faire de la bonne thérapeutique locale. Or, pour le poumon, la thérapeutique locale est vraiment aisée à établir.

*
* *

Inconvénient. Critique de la méthode. — L'absorption par l'air respiré ne présente, comme inconvénient, que l'irritation de la gorge et du nez par les vapeurs et l'odeur qu'émettent certains corps. Mais on peut parer à cet inconvient de deux façons :

1º En faisant respirer une solution non concentrée, mais très diffusible, et qui agira suffisamment, à la condition qu'on y mette le temps voulu.

2º En habituant le sujet à des doses et des odeurs de plus en plus concentrées. Par entraînement rapide, il arrivera à supporter des doses qui lui auraient été insupportables de prime abord.

*
* *

Dosage des inhalations. — Nous avons vu qu'il est aisé de composer des formules complexes, qui répondent à chaque indication que fournit l'étude clinique. Mais quelle dose devrons-nous employer? Pour tout médicament actif et

très diffusible, on se contentera de la dose au millième, qui est déjà suffisante pour produire un effet dans l'espace de vingt à trente minutes de vaporisation.

Si la substance est peu active et peu diffusible, elle sera employée en pulvérisations chaudes d'une façon continue dans la chambre du malade, et, en quelques heures, son absorption sera suffisante pour produire quelque résultat.

Quelques substances comme le mercure, l'ozone, la créosote, l'eau oxygénée ont un tel pouvoir de diffusion et d'évaporation que la lente absorption qui résulte de l'évaporation lente de ces corps contenus dans une assiette suffit pour agir sur le poumon. Evidemment, la dose absorbée ainsi est très faible, mais le fait que l'odorat perçoit ces substances suffit, à notre avis, pour indiquer la dose faible, mais constante, qui doit présider à leur absorption.

C'est dans ces conditions de teneur faible et d'absorption lente, mais continue, que ces agents thérapeutiques produiront leur maximum d'effet actif avec leur minimum d'effet nocif.

* * *

Autres thérapeutiques locales. — A défaut de l'absorption par l'air respiré, il y a encore deux manières d'agir directement sur le poumon par une thérapeutique locale.

C'est le procédé des injections intra-trachéales et des injections intra-pulmonaires.

Les injections intra-trachéales d'huile stérilisée chargée de substances médicamenteuses telles que le gaïacol, le menthol, etc., constituent un procédé de thérapeutique locale rapide et actif. L'expérience montre que cette médication est très bien supportée et donne des résultats rapides. Toutefois, il faut tenir compte de ce que ces injections sont désagréables pour beaucoup de malades, et sont d'une exécution délicate; le médecin doit savoir manier rapidement, sous le contrôle du laryngoscope, l'extrémité d'une seringue spéciale.

Bien souvent l'injection, au lieu d'être intra-trachéale, sera tout simplement œsophagienne. Rappelons que pour avoir le plus de chances possibles de réussir, il faut faire prononcer au malade la lettre *è è*, puis lui recommander, aussitôt l'injection faite, de respirer largement et fortement.

Quant aux injections intra-pulmonaires de liquides antiseptiques et modificateurs, c'est une méthode non seulement audacieuse, mais aveugle, qui expose aussi bien à blesser des vaisseaux ou des nerfs qu'à produire des embolies ou des abcès.

Le véritable traitement local des affections pulmonaires peut se faire par les inhalations de vapeurs médicamenteuses appropriées aux conditions cliniques.

Aux lieu et place des inhalations de vapeurs médicamenteuses, on se trouvera souvent très bien de recourir à la respiration libre dans les bois de pins, des bocages de plantes aromatiques, des champs de certaines plantes, des marais salants, des plages couvertes de varech, etc., ou bien encore à la présence prolongée dans les usines où l'on prépare l'iode ou l'acide fluorhydrique.

Rappelons que le traitement de la tuberculose par l'air des altitudes repose sur le fait que l'atmosphère y est relativement aseptique et que l'air, en se renouvelant, nettoie le poumon des sécrétions putréfiées par la stagnation.

Le séjour au bord de la mer, ou mieux encore la vie au large sur les navires au long cours, a aussi pour avantage de faire respirer de l'air aseptique.

Sans contester la valeur de ces méthodes de traitement, nous pensons qu'il est très facile de faire respirer au malade de l'air non seulement aseptique, mais antiseptique, et, de plus, chargé de principes médicamenteux qui rempliront les indications que l'examen clinique aura posées.

J. Thiénot (d'Abbeville.)

CONGRÈS D'ÉLECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALE

Tenu à Berne, du 1er au 6 Septembre 1902.

Au premier Congrès d'électrologie et de radiologie médicale, tenu à Paris en 1900, grâce à l'initiative du professeur agrégé Weiss, il fut décidé que les Congrès d'électrologie seraient périodiques, qu'ils auraient lieu tous les trois ans, mais qu'exceptionnellement, à cause du Congrès de Madrid, le deuxième aurait lieu à Berne en 1902.

Ce Congrès, présidé par le professeur Dubois (de Berne), a réuni un grand nombre de physiologistes, de radiologistes et de médecins électriciens, et même de constructeurs, qui y ont exposé des appareils des plus intéressants.

M. Cluzet (de Toulouse) et *M. Mann* (de Breslau) ont fait des rapports **sur l'état actuel de l'électrodiagnostic;** tous deux ont divisé leur étude en deux parties : ils ont examiné d'abord l'électrodiagnostic basé sur les variations de la résistance du corps humain, et ensuite l'électrodiagnostic basé sur les réponses anormales des muscles et des nerfs moteurs aux diverses excitations électriques; tous deux ont insisté sur le procédé précieux d'excitation des nerfs et des muscles par décharge des condensateurs, suivant la méthode de M. Dubois (de Berne), et de M. Zanietowski (de Cracovie), et tous deux ont recommandé la généralisation de son emploi : « Non seulement, dit M. Cluzet, le mode d'excitation à décharge de condensateurs permet d'avoir d'une manière plus précise toutes les réactions anormales que l'on obtient avec les excitations faradique et galvanique, mais encore il permet d'obtenir, en appliquant la formule de G. Weiss, la loi d'excitation dans chaque cas. »

M. Grunnach (de Berlin) et *M. Béclère* ont fait des rapports **sur la radiographie et la radioscopie des organes internes.** M. Grunnach emploie un matériel très puissant (une bobine de 1 mètre de long, un interrupteur électrolytique, un tube de Crookes spécial) et divers procédés de réglage pour permettre d'éviter les erreurs qui pourraient résulter de la divergence du faisceau des rayons X; il peut ainsi mesurer exactement l'aire et les limites du cœur, apprécier exactement son hypertrophie, la dilatation et les lésions des valvules; il peut même, par la radioscopie, apprécier les contractions de l'organe, leur intensité, leur fréquence et leur rythme. Il obtient également des renseignements intéressants dans les affections artérielles profondes, les tumeurs du médiastin, les lésions pulmonaires, bronchiques ou trachéales, les maladies de l'estomac, des os, etc; il conclut que l'exploration par les rayons X est au moins aussi utile pour la médecine que pour la chirurgie.

M. Béclère montre que la radiocopie suffit le plus souvent en clinique, et que même cette radioscopie peut être faite avec une petite machine statique mue à la main, ce qui donne au médecin de campagne comme au médecin de ville une méthode facile à employer. Il insiste sur la nécessité de la mobilité de l'ampoule par rapport au malade, sur la détermination et le facile déplacement du rayon normal, sur l'emploi du diaphragme du plomb, sur la variation, possible à réaliser, du pouvoir de pénétration des rayons de Röntgen; et il conclut que l'exploration radiologique des organes splanchniques constitue, actuellement au moins, pour le système nerveux, un mode indirect ou plutôt rare d'investigation, pour les organes abdominaux un procédé précieux applicable surtout à la recherche des calculs urinaires, et pour les organes thoraciques, une admirable méthode d'examen physique appelée à prendre rang, dans la pratique médicale courante, à côté de l'auscultation et de la percussion, et à occuper de jour en jour une place importante.

M. Oudin a fait un rapport **sur les accidents dus aux rayons X.** Après avoir rappelé les accidents aigus possibles (palpitations, vomissements, tremblements, blépharites), il décrit la radiodermite aiguë consécutive aux applications trop prolongées des rayons, et la radiodermite chronique, qui est surtout une maladie des opérateurs; il démontre que ce sont les rayons X seuls (et non l'électricité) qui sont la cause de ces accidents, et que, par conséquent, les tubes de Crookes riches en rayons sont les plus nocifs, et, enfin, il expose une technique qui, en radiothérapie, met à l'abri de tous les accidents possibles : il propose d'employer toujours des ampoules du même degré de vide, d'approcher le plus près possible de la peau du malade cette ampoule, de ne faire agir les rayons d'abord que pendant trente secondes, puis d'augmenter la durée d'une demi-minute tous les jours, et enfin, quand on est arrivé à trois minutes, de suspendre le traitement, de ne le recommencer huit jours après que s'il n'y a pas la moindre trace d'inflammation.

M. Battelli (de Genève) a fait un rapport **sur la mort et les accidents par les courants électriques industriels.** Après avoir rappelé des expériences sur les animaux, et les électrocutions en Amérique, qui constituent de véritables expériences faites sur l'homme, il étudie les conditions physiques des accidents industriels, l'influence de la tension du courant, de la résistance du patient, etc., etc.

M. Guilloy (de Nancy) a fait un rapport sur **l'électrolyse chirurgicale.**

M. Leduc (de Nantes) a parlé de **l'anesthésie locale et générale obtenue par les courants électriques.** En plaçant sur la tête rasée d'un chien une électrode négative et sur le dos également rasé une électrode positive, et en faisant circuler un courant ayant 150 à 120 intermittences par seconde et n'ayant pas plus de 15 à 30 volts de tension, passant à chaque période pendant 1/2000 de seconde, il a obtenu un sommeil tranquille, régulier, avec anesthésie générale complète, sommeil qui peut être répété pendant plusieurs heures, sans effet nocif pour la santé des animaux, mais qui est précédé, pendant quelques instants, de contractures générales.

M. Chotzki (de Moscou) a préconisé **le traitement des inflammations aiguës** par le courant continu, parce que le facteur le plus essentiel dans l'altération de la nutrition caractérisée par l'inflammation est le manque d'oxygène que l'agent nuisible provoque en augmentant l'activité des cellules ou en usant pour sa propre consommation une quantité d'oxygène, parce que le passage du courant continu par la région inflammatoire dégage dans tout l'espace interpolaire un afflux d'oxygène libre et donne ainsi aux cellules affectées la possibilité de réparer ce défaut et de rétablir leurs fonctions normales, et enfin parce que le courant, en décomposant électrolytiquement sur tout son passage les liquides et les sels des tissus et en transportant les ions vers les pôles, diminue l'œdème et contribue ainsi au rétablissement de la circulation normale de la lymphe et du sang.

M. Bergonié (de Bordeaux), dans une première communication, expose un nouveau procédé de **traitement des angiomes plans** par l'étincelle de haute fréquence qui s'applique aussi « aux taches de vin », contre lesquelles la thérapeutique était souvent désarmée; dans une deuxième, il montre, — tout en étant réservé sur l'avenir de la méthode, — comment **l'électrisation intra-rachidienne peut, dans certains cas de myélopathies,** être efficace; il l'a pratiquée chez trois malades à la suite de cinq ponctions lombaires.

M. Curchod (de Bâle) a montré une malade atteinte de lupus de la face très améliorée par la photothérapie avec la lampe à électrodes de fer, et il a vanté les mérites de cette méthode.

M. Albert-Weil a montré que **l'électrothérapie en orthopédie** a un rôle préventif des difformités dans toutes les maladies nerveuses de l'enfance qui peuvent entraîner des déformations des membres ou du tronc, et un rôle curatif contre les difformités elles-mêmes une fois qu'elles sont constituées et qu'elles sont encore réductibles manuellement : comme remède préventif, la galvanisation à faible intensité doit être utilisée dès la disparition des accès fébriles dans la paralysie infantile, dès la constatation de la maladie contre l'hémiplégie infantile, immédiatement après la naissance dans la paralysie obstétricale du plexus brachial, dès la cicatrisation cutanée contre les traumatismes des conducteurs nerveux; comme remède curatif l'électrothérapie doit intervenir en même temps que d'autres pratiques dans le traitement de la paralysie infantile à la période de chronicité, dans le traitement de l'hémiplégie spasmodique à cette même période, dans le traitement des pieds creux, de la scoliose, des pieds bots congénitaux, aussi bien dans les cas guérissables sans opération que dans les cas opérés après, l'opération, des atrophies musculaires et enfin de certaines ankyloses.

M. Schiff (de Vienne) fait une démonstration avec photographie de malades à l'appui sur la guérison du

lupus par la radiographie, et expose une méthode pour augmenter ou diminuer la quantité des rayons X et pour permettre de maintenir longtemps les tubes de Röntgen au même degré de vacuité, ce qui est d'une très grosse importance dans l'usage courant des rayons X dans un but thérapeutique.

M. Delherm préconise contre l'arthrite blennorragique, dès la période aiguë, inflammatoire et fébrile l'emploi d'un courant continu à hautes intensités (40, 50, 60 milliampères) en applications longues, répétées quotidiennemnt, quelquefois biquotidiennement, et déclare que la guérison survient en huit à dix jours.

En collaboration avec *M. Laquerrière*, il présente des notes sur l'influence des traitements électriques gynécologiques sur la constipation, sur le traitement de la constipation chronique opiniâtre et plus particulièrement de la constipation spasmodique par le courant de de Watteville, et sur le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse par la méthode du professeur Doumer : il déclare que cette dernière méthode (courant continu à hautes intensités) donne dans l'entérite muco-membraneuse la spontanéité des selles, leur régularisation, la disparition des fausses membranes, des crises de diarrhée et la disparition des phénomènes divers concomitants; sur 25 cas il ne compte qu'un insuccès absolu et deux insuccès imputables au moins en partie à des causes étrangères.

M. Foveau de Courmelles, parlant de la photothérapie, rapporte qu'à la fin de 1900 il a fait connaître son radiateur à lampe focale de miroir parabolique, à incandescence spéciale et solution bleue ou à arc voltaïque avec des quartz filtrats et à circulation froide, et que, postérieurement à lui seulement, d'autres appareils analogues ont été présentés, mais les uns usent inutilement plus d'ampérages que le sien, et d'autres ne produisent que des actions superficielles comme la lampe à électrodes de fer; il estime donc que ses sources lumineuses sont supérieures aux autres et que la photothérapie devient ainsi une méthode pratique et peu onéreuse qui permet de guérir le lupus plus souvent qu'avec n'importe quel autre procédé.

M. Moutier rapporte les résultats thérapeutiques qu'il a obtenus par la d'Arsonvalisation (auto-conduction) dans diverses affections, particulièrement dans les lithiases biliaires et rénales, et surtout dans l'hypertension artérielle, dans l'artériosclérose confirmée aussi bien que dans les affections qui en sont la conséquence; il expose ensuite comment il emploie les courants de haute fréquence et de haute tension dans les affections fébriles où l'on constate ordinairement de l'hypotension artérielle.

M. Bloch a étudié diverses modalités électriques sur un certain nombre de constipés; il signale la haute valeur de la voltaïsation intense qu'il croit préférable au courant galvano-faradique; aussi il n'emploie ce dernier mode d'électrisation que dans les constipations peu opiniâtres.

M. Libotte (de Bruxelles) emploie les courants continus dans les fractures récentes; rappelant la méthode de Lucas-Championnière, le traitement des fractures par le massage et la mobilisation, il montre que le courant continu plus efficacement que le massage produit le résultat cherché. L'électricité doit être appliquée non sur les chairs meurtries, mais sur les nerfs qui innervent les fibres musculaires; elle détermine la résorption des exsudats, la nutrition des tissus lésés, et même souvent l'hypertrophie des muscles du membre malade; grâce à son emploi le bandage peut être ouvert aussitôt que la jetée cartilagineuse assure suffisamment l'immobilité des fragments ; et ainsi sont évitées les ankyloses musculaires si fréquentes avec les autres procédés de traitement.

M. Bénédikt (de Vienne) a montré que la radiographie pouvait donner des renseignements sur les maladies du cerveau et de la moelle, *M. Bade* (de Hanovre) a montré l'importance de la radiographie en orthopédie, *M. Holznecht* (de Vienne) a montré un procédé intéressant pour étudier la pénétration des rayons X, et enfin *M. Dessauer* (d'Aschaffenburg) a montré un tube à rayons X régénérable.

A la fin du Congrès *M. Weiss* a proposé de charger quelques membres qualifiés pour cela de l'étude d'appareils et de procédés de mesure qui permettront toujours des indications comparables entre elles, de façon à donner plus de précision à l'électrothérapie et à la faire bénéficier des méthodes de l'électrophysiologie, et à rendre celles-ci même plus uniformes. Cette proposition a été acceptée.

E. Albert-Weil.

ANALYSES

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Cloetta. ***Sécrétion de l'acide chlorhydrique du suc gastrique*** (*München. med. Wochenschr.*, 1902, n° 32, p. 1329). — On sait que la nature des aliments exerce une influence sur la quantité d'HCl du suc gastrique. M. Cloetta est parti de ce fait pour instituer une série d'expériences destinées à montrer ce que deviennent les glandes de l'estomac quand l'animal est soumis à une alimentation qui provoque la sécrétion d'un suc gastrique presque entièrement dépourvu d'HCl. Antérieurement déjà, M. Cloetta avait constaté que chez de jeunes chiens nourris exclusivement de lait, on ne trouve pas d'HCl dans le contenu stomacal.

M. Cloetta a donc repris ses expériences sur quatre chiens de la même portée dont deux furent nourris, dès leur naissance, exclusivement de lait, et recevaient en même temps une petite quantité de fer afin de prévenir l'anémie possible dans ces conditions. Les deux autres chiens furent nourris exclusivement de viande crue.

L'expérience a duré pendant onze mois; l'examen du contenu stomacal, fait à plusieurs reprises après un repas d'épreuve composé de soupe et de pain, a montré l'absence d'HCl chez les chiens nourris de lait; chez les chiens nourris de viande, la proportion d'HCl a varié entre 1 et 2,5 pour 1000.

Les chiens ayant ensuite été sacrifiés, l'examen microscopique de la muqueuse stomacale n'a pas montré la moindre différence entre les chiens nourris de viande et les chiens nourris de lait. Ainsi donc l'absence d'une fonction chez des animaux en croissance, chez lesquels les atrophies fonctionnelles se produisent si rapidement, n'a pas amené la moindre modification des glandes stomacales. L'expérience a pourtant duré onze mois, ce qui, chez l'homme, équivaudrait à une durée de cinq ou six ans.

Au point de vue clinique, ces expériences montreraient, d'après M. Cloetta, que, chez l'homme, le régime lacté absolu peut bien améliorer, mais nullement guérir l'hyperchlorhydrie, ce qui expliquerait le retour de tous les symptômes morbides chaque fois que le malade abandonne le régime lacté.

R. Romme.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

S. Hovnanian. ***Rupture de l'artère méningée moyenne sans fracture du crâne*** (*Thèse*, Paris, 1902) — Ce travail a pour but d'établir qu'à côté des ruptures de l'artère méningée moyenne qui accompagnent les fractures du crâne, il y a place en pathologie pour les ruptures de ce vaisseau artériel consécutives à un traumatisme sans fracture de la boîte cranienne.

C'est surtout la pratique moderne de la trépanation pour les plaies de la tête qui a permis d'élucider ce point demeuré incertain et obscur jusqu'à ces derniers temps.

L'auteur réunit une douzaine d'observations et rapporte un cas très démonstratif que lui a communiqué M. Mauclaire : il s'agit d'une rupture de la branche antérieure de l'artère méningée moyenne, ayant entraîné une hémiplégie droite quarante-huit heures après le traumatisme cranien. La trépanation confirma l'absence d'esquille et de fracture et permit d'évacuer un épanchement sanguin extra-dure-mérien. Le malade guérit.

De la synthèse des observations on peut décrire cliniquement un type précoce et un type tardif. Dans les commémoratifs, on relève, comme cause occasionnelle, un coup, une chute, une giffle violente.

Comme la mort est la terminaison la plus fréquente si la lésion est abandonnée à elle-même, il ne faut pas hésiter, en pareil cas, à faire faire en temps opportun la trépanation.

V. Griffon.

H. Lebon. ***Sur les ruptures de la carotide interne dans le sinus caverneux*** (*Thèse*, Paris, 1902). — A propos d'un cas personnel concernant une malade de quarante et un ans, sans antécédent pathologique, qui tomba sur la tête dans un escalier de cave de la hauteur d'un deuxième étage, et qui se fit une fracture de la base du crâne, compliquée ultérieurement d'anévrisme artério-veineux au niveau du sinus caverneux, l'auteur étudie les causes, les symptômes et le traitement de l'ouverture pathologique de la carotide interne dans le sinus caverneux.

L'affection peut apparaître sans cause connue, en quelque sorte spontanément; mais d'ordinaire elle est nettement consécutive à un traumatisme, lequel peut d'ailleurs être de date récente, ou bien, comme dans l'observation *princeps* de ce travail, remonter à une époque relativement éloignée. Dans les cas traumatiques, il n'y a pas toujours nécessairement fracture de la base du crâne et déchirure directe de la carotide par une esquille.

Cliniquement, on observe de l'exophtalmie uni ou bilatérale; un bruit de souffle intense, pathognomonique, s'entendant dans toute la tête du malade, et même à distance; des pulsations du globe oculaire, et une tumeur pulsatile à l'angle interne de l'œil, tumeur formée par une dilatation de la veine ophtalmique. Ces deux derniers signes faisaient défaut dans l'observation de l'auteur.

Le traitement chirurgical, ligature de la carotide primitive, arrête les pulsations et le souffle, mais on n'obtient par ce moyen qu'une accalmie passagère. Les injections intra-musculaires de sérum gélatiné ont paru, par contre, exercer une heureuse influence sur la lésion anévrismale.

V. Griffon.

MÉDECINE

H. Frenkel. ***Des secousses rythmiques de la tête chez les aortiques et les personnes saines; signe de Musset*** (*Revue de médecine*, 1902, 10 Juillet, p. 604). — Grâce à un dispositif particulier, l'auteur a pu enregistrer les pulsations de la tête qui constituent le « signe de Musset »; il a reconnu ainsi que chaque secousse se compose d'une oscillation principale coïncidant exactement avec la systole cardiaque et suivie d'une ou plusieurs oscillations secondaires. Cette oscillation principale se compose d'une partie positive dont l'amplitude est en rapport avec l'énergie de la contraction cardiaque et avec la tension artérielle, et d'une partie négative dont l'amplitude est souvent plus grande que celle de la partie positive. Les oscillations secondaires sont en nombre variable et paraissent dues à l'inertie de la tête. Enfin, ces oscillations céphaliques peuvent avoir une direction antéro-postérieure, latérale ou antéro-latérale, et on peut obtenir chez le même sujet des tracés très nets avec des points d'appui différents de l'appareil explorateur.

Jusqu'ici, le signe de Musset n'avait été rencontré que dans des cas d'insuffisance aortique et d'anévrisme de l'aorte. Pourtant déjà, il y a deux ans, dans un article paru dans *La Presse médicale* (14 Novembre 1900), M. Frenkel l'avait signalé chez un malade atteint de pleurésie à gros épanchement. Mais il ne semble pas qu'on puisse l'attribuer, dans ce cas, à la pleurésie, car il a persisté après la disparition de l'épanchement, ni non plus à une insuffisance aortique latente, sans souffle diastolique à la base, comme l'a prétendu M. Valentino, dans un article de la *Revue de médecine* du 10 Mai 1902; en effet, le seul signe positif d'insuffisance aortique que présente ce malade est un pouls de Corrigan, et tous les auteurs sont d'accord aujourd'hui à ne pas le considérer comme caractéristique de cette affection.

De plus, à l'aide de la méthode graphique, M. Frenkel a pu retrouver le signe de Musset chez un certain nombre de sujets sains, indemnes de tout passé artériel et non athéromateux; parfois même, dans ce cas, les oscillations étaient visibles à l'œil nu. Aussi conclut-il que ce qui donne lieu à ces secousses rythmiques de la tête, ce n'est pas telle ou telle affection cardio-vasculaire, mais bien l'énergie de la contraction cardiaque, celle-ci devenant particulièrement prononcée dans les cas avec hypertension artérielle, et surtout quand il y a hypertrophie du ventricule gauche.

M. Garnier.

W. Zangmeister et M. Wagner. ***La leucocytose pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches*** (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1902, n° 31, p. 549). — Les auteurs ont tout d'abord déterminé le nombre de leucocytes chez des femmes bien portantes, non enceintes, âgées de vingt et un à trente-quatre ans. L'examen du sang fait dans 47 cas a montré que le nombre de leucocytes à l'état de santé et en dehors de la grossesse est soumis à des variations individuelles considérables et oscille entre 4.000 et 15.000 (chiffres extrêmes).

Ces variations individuelles ont encore été constatées chez 57 femmes qui se trouvaient dans le huitième ou neuvième mois de leur grossesse. Chez toutes ces femmes, dont l'état de santé ne laissait

rien à désirer, le nombre de leucocytes a oscillé entre 7.500 et 15.000 (chiffres extrêmes). Dans quelques cas dans lesquels on avait noté la présence d'une petite quantité d'albumine dans l'urine, l'albuminurie n'a pas paru exercer la moindre influence sur l'état de la leucocytose.

Chez soixante-trois femmes l'examen du sang fait pendant l'accouchement a montré que dès le début du travail le nombre de leucocytes augmente régulièrement pour atteindre son maximum au moment de l'expulsion de l'enfant; à ce moment le nombre de leucocytes est doublé et parfois même triplé. L'augmentation des leucocytes est particulièrement accentuée dans les cas où le travail dure longtemps et les contractions utérines se distinguent par leur énergie.

Toutefois une autre condition intervient encore dans l'intensité de la leucocytose pendant le travail, à savoir le moment auquel se produit la rupture de la poche des eaux. Lorsque cette rupture se fait de bonne heure, la leucocytose est très accentuée; dans le cas contraire, l'augmentation du nombre de leucocytes n'est pas très appréciable. Les auteurs pensent que dans l'explication de ce phénomène il faut, peut-être, tenir compte des processus de résorption qui se passent dans l'utérus après la rupture de la poche des eaux.

Après l'accouchement, on constate au bout de quelques heures déjà une diminution progressive du nombre de leucocytes qui rapidement revient à son taux d'avant l'accouchement. Dans les cas où la leucocytose ne revient pas rapidement à son taux normal, il s'agit de femmes dont l'accouchement a nécessité une intervention obstétricale ou qui ont des tranchées utérines particulièrement violentes.

R. Romme.

CHIRURGIE

J. Smoler. ***Contribution à l'étude des kystes chyleux du mésentère*** (*Arch. f. klin. Chir.*, 1902, Bd XXXII, Heft 2). — L'auteur rapporte l'observation d'un homme de soixante ans qui présentait une tumeur abdominale lisse, mobile, non douloureuse, et dont l'accroissement s'était effectué lentement. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un kyste développé entre les feuillets du mésentère, kyste du volume d'une tête d'enfant, et qui était distendu par un liquide d'aspect crémeux. Ce même liquide remplissait des petits canaux, les uns ténus comme des aiguilles, les autres gros comme des crayons, qui s'allongeaient au devant du kyste, reliant celui-ci aux anses grêles d'ailleurs saines. Ces caractères firent penser à un kyste chyleux, diagnostic qui fut confirmé, après l'extirpation de la tumeur, par l'examen histologique. Le malade guérit.

Smoler a rencontré dans la littérature de ces dernières années une vingtaine de cas de ce genre qu'il étudie surtout au point de vue de la pathogénie de l'affection. Cette pathogénie a donné lieu à des interprétations variées : certains auteurs considèrent les kystes chyleux comme des lymphangiomes dus à un élargissement « actif », à une hypertrophie des troncs lymphatiques; d'autres les regardent comme le résultat d'une stase locale dans le système lymphatique ou veineux. Il est certain que les kystes chyleux peuvent également se former par la rétention de la lymphe dans les ganglions lymphatiques; en pareil cas on trouve dans les parois du kyste des vestiges de tissu ganglionnaire. En fait, les résultats des examens histologiques dans les divers cas se sont toujours montrés différents les uns des autres, en sorte que la pathogénie des kystes chyleux du mésentère reste entourée d'obscurité.

Le traitement de ces kystes ne peut être que chirurgical, car ils exposent le malade à des accidents intestinaux variés : compression, étranglement, torsion, etc., sans compter les complications qui peuvent survenir du côté des autres viscères et la cachexie toujours à craindre en pareil cas.

J. Dumont.

GYNÉCOLOGIE

G. Carrière et O. Legrand. ***Sur un cas de fibromyome de la trompe*** (*Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1902, Mai-Juin, nº 3, p. 437). — A l'occasion d'une observation personnelle de fibro-myome de la trompe de Fallope, observation qui se trouve rapportée très complètement, avec examen histologique, dans leur mémoire, les auteurs présentent une courte étude de cette variété de tumeurs salpingiennes.

Le fibro-myome se développe rarement au niveau de la trompe de Fallope : Carrière et Legrand n'en ont trouvé que 15 cas dans la science. Encore, sur ces 15 observations, 10 seulement peuvent-elles être considérées comme irréfutables parce qu'elles sont accompagnées d'examen histologique; les 5 autres sont insuffisantes pour entraîner la conviction, car elles manquent de cette preuve.

L'*étiologie* de ces tumeurs est obscure. D'abord, nous ne connaissons pas la cause intime des fibromyomes en général. Tout ce que l'on peut dire, c'est que les irritations prolongées et répétées semblent jouer un rôle dans leur production. C'est de vingt à trente ans que l'affection a été le plus souvent observée; quelquefois au-dessus, jamais au-dessous de cet âge. Quatre malades avaient eu des enfants.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, les fibromyomes peuvent siéger en un point quelconque de la trompe, de la corne utérine au pavillon. Leur volume est des plus variables : de celui d'une noisette à celui d'une mandarine et même d'un fœtus. La tumeur peut se développer dans l'intérieur même du canal ou dans l'épaisseur de la paroi tubaire, ou sur sa face externe; dans le premier et dans le dernier cas elle peut être pédiculée ou sessile. La tumeur peut être mobile ou enclavée; elle peut contracter des adhérences avec le côlon, le ligament large, l'épiploon ou la vessie. Le pédicule de la tumeur peut se tordre. Quand la tumeur est externe, le canal n'est pas déformé; lorsqu'elle est cavitaire ou développée dans la paroi, il est au contraire, aplati, effacé et peut être oblitéré. La tumeur, arrondie, noueuse ou bosselée, a une consistance ferme, ligneuse; parfois cependant, par suite de dégénérescence kystique ou de lymphangiectasie, la consistance peut être molle, quasi œdémateuse; dans d'autres cas, il y a calcification de la tumeur qui acquiert une dureté spéciale. La structure est en général celle du fibro-myome classique. — Comme lésion concomitante, on a noté la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire correspondant (cas de Carrière et Legrand).

La *symptomatologie* des fibro-myomes de la trompe est des plus obscures : ces tumeurs sont des surprises d'opération ou d'autopsie. Dans quelques cas cependant on a pu noter des symptômes fonctionnels et des symptômes physiques. Les douleurs sont constantes, plus ou moins intenses; elles se localisent dans le bas-ventre, les lombes, les cuisses. Dans certains cas on a signalé des crises d'hystérie. La compression du côlon peut donner naissance à des envies fréquentes d'aller à la selle avec diarrhée ou constipation; la compression de la vessie provoque de la dysurie. Il existe enfin des troubles de la menstruation : suppression, retard, diminution, ou, au contraire, augmentation des règles. Les symptômes physiques sont le plus souvent nuls. Mais on conçoit que, même dans les cas où il a été possible de noter l'existence d'une tumeur annexielle dure, lisse ou bosselée et plus ou moins mobile, il n'y avait là aucun signe qui pût être considéré comme pathognomonique d'un fibro-myome de la trompe; en fait, jamais, dans aucune observation, le diagnostic ne fut fait avant l'opération.

Le *pronostic* de ces tumeurs est bénin; il faut savoir cependant qu'elles peuvent devenir le point de départ de complications graves dans l'accouchement.

Le seul *traitement* consiste dans l'intervention chirurgicale. La voie abdominale est le procédé de choix. Les fibro-myomes pédiculisés sous-séreux seront enlevés sans l'ovaire, si celui-ci est sain; s'il est malade, on le sacrifiera. Si le fibro-myome est interstitiel ou sous-muqueux, on enlèvera la trompe et l'ovaire, mais peut-être, en certains cas, si le fibromyome était bien localisé, si l'ovaire était sain, on pourrait réséquer la trompe et respecter l'ovaire. Enfin, si la tumeur est intra-ligamentaire, on l'énucléera, puis on reconstituera les feuillets des ligaments larges.

J. Dumont.

PÉDIATRIE

G. Koerster. ***Chorée et maladies infectieuses*** (*München med. Wochenschr.*, 1902, nº 32, p. 1338). — Ce travail est destiné à élucider les rapports étiologiques entre la chorée et les maladies infectieuses, l'infection rhumatismale en particulier. Il sert aussi à vérifier l'hypothèse de Wollenberg d'après laquelle la chorée serait le résultat, par analogie avec la diphtérie, de l'action sur les centres nerveux des toxines des agents d'infection rhumatismale, laquelle, très légère, peut se manifester aussi bien par une angine que par un coryza, une bronchite ou une entérite.

M. Koerster a observé 121 cas de chorée de Sydenham, dont 35 d'hémichorée, chez des enfants âgés de sept à treize ans. Chez 86 de ces malades, soit dans 71,15 pour 100 des cas, on a pu établir nettement un rapport étiologique entre la chorée et une maladie infectieuse : rhumatisme articulaire, endocardite, angine, bronchite, coryza, otite. Dans la plupart de ces cas la chorée est survenue deux jours à six semaines après la maladie infectieuse. Celle-ci a été une angine dans 50 pour 100 des cas. Le rhumatisme articulaire, seul ou compliqué d'une autre affection, a été noté chez 35 choréiques, soit dans 40,6 pour 100 des cas infectieux ou dans 21,4 pour 100 du nombre total de malades. Dans 4 cas le rhumatisme articulaire s'est manifesté de huit à vingt et un jours après la chorée.

L'endocardite, seule ou avec une autre affection rhumatismale, a été signalée chez 26 choréiques.

Sur les 121 cas, il en restait pourtant 35 dans lesquels la chorée ne semblait pouvoir être rattachée à aucune maladie infectieuse ou rhumatismale. Toutefois chez quatre malades on trouva des amygdales hypertrophiées et déchiquetées avec, dans 1 cas, un bruit de râpe à la pointe du cœur. Chez deux autres malades la chorée était d'origine manifestement hystérique, et chez trois on trouvait des stigmates hystériques autorisant à la rigueur le diagnostic d'hystérie.

Le nombre de cas dans lesquels l'origine infectieuse fait défaut se trouve donc réduit à 26. L'auteur en conclut que l'infection n'est pas la cause unique de la chorée.

R. Romme.

Fernand Bocquillion. ***Quelques considérations sur la diarrhée infantile à Reims*** (*Thèse*, Paris, 1902). — D'après une statistique récente, la Russie serait, entre toutes les nations, celle dont la population augmenterait le plus rapidement. Le chiffre de cette population serait doublé dans l'espace de quarante-cinq ans; pour arriver à doubler le chiffre de leur population il faudrait à l'Allemagne 65 ans, à l'Autriche-Hongrie 70, à l'Angleterre 80, à l'Italie 110, à la France 860 ans!

Pendant ces cinq dernières années, en effet, la population de l'empire allemand s'est accrue de 3 millions d'âmes, tandis que la population française n'augmentait que de 170.000 unités, et encore cette augmentation est-elle due en grande partie à l'émigration étrangère.

Bocquillion a étudié la natalité et la mortalité à Reims depuis 1880, il a vu que la natalité était, en 1900, beaucoup inférieure à la natalité de 1880. Le nombre des enfants emportés par la gastro-entérite des nouveau-nés est très considérable.

Les infections intestinales des nouveau-nés résultent toujours d'une alimentation défectueuse; il faut donc absolument surveiller la vente du lait et initier les jeunes mères à l'art d'élever les enfants. A ce double point de vue on ne saurait trop encourager les *consultations pour nourrissons*, les *gouttes de lait* où l'on distribue aux enfants du lait stérilisé et où l'on donne d'excellents conseils aux mères.

P. Desfosses.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

E. Gaudu. ***Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona*** (*Thèse*, Paris, 1902). — La paralysie faciale dans le zona est un accident rare. L'auteur a pu cependant en réunir quinze observations anciennes et y ajouter trois cas nouveaux.

Après avoir établi la symptomatologie du syndrome, Gaudu cherche à en expliquer la pathogénie. La paralysie faciale zostérienne n'est pas due à une simple concomitance; elle reconnaît la même cause infectieuse que la maladie elle-même. L'apparition de la paralysie faciale se fait généralement dans les huit jours qui suivent le début de l'éruption vésiculeuse; elle est toujours contemporaine de cette éruption. Elle peut apparaître dans tout zona, quel que soit son siège : on a vu des paralysies faciales évoluer au cours du zona cervical, thoracique, abdominal ou même crural.

Il faut donc se rallier à la théorie infectieuse. Le zona, infection à détermination nerveuse, peut, dans certains cas, être en action sur deux branches nerveuses dont l'une est sensitive et l'autre motrice, ou sur deux centres nerveux, si l'on admet de préférence l'origine centrale du zona.

A. Sicard.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de l'épilepsie par le bromure avec l'alimentation sans sel.

J. Hallé et Babonneix ont essayé le traitement de l'épilepsie infantile par le bromure en supprimant le sel de l'alimentation. Cette médication qui est due aux recherches de Richet et Toulouse leur a donné d'excellents résultats chez trois petits épileptiques. La conséquence immédiate du traitement a été la disparition complète des crises. Il n'y a pas eu simple coïncidence, car chez un enfant il a suffi qu'on reprenne le régime ordinaire pour voir les crises réapparaître. Il existe diverses façon de prescrire la *bromuration sans sel*. Hallé et Babonneix recommandent le régime lacté qui a le pouvoir de diminuer les fermentations gastro-intestinales. Au lait, on peut ajouter du pain, des purées, des bouillies sans sel.

Lorsqu'on veut traiter l'épilepsie par la *bromuration sans sel*, disent Hallé et Babonneix (*Revue des maladies de l'enfance*, tome XX), il faut chez les enfants, comme chez les adultes, se souvenir de deux préceptes importants. Le premier, c'est qu'une certaine quantité de sel, 2 à 3 grammes par jour au minimum, est absolument nécessaire à l'organisme et qu'il faut, par conséquent, l'assurer au malade par un régime bien compris. Le second, c'est que l'organisme, dans l'état d'hypochloruration, est beaucoup plus sensible à l'action des bromures qu'à l'état normal et qu'il est nécessaire, pour ne pas déterminer de phénomènes d'intoxication, de ne pas dépasser les doses de 2 grammes chez l'enfant, de 4 grammes chez l'adulte.

FACULTÉ DE PARIS

Institut de médecine coloniale. — Le programme des cours de l'Institut de médecine coloniale est réglé comme suit :

I. Technique bactériologique et hématologique par M. le professeur Chantemesse (15 leçons et démonstrations pratiques) : Stérilisation. Milieux de culture. Méthodes de coloration. Méthodes de culture. Analyse de l'eau, du sol, des poussières, du sang, etc. Analyse des matières fécales. Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y feront immédiatement suite, les élèves seront mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colorations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

II. Parasitologie par M. le professeur Blanchard (21 leçons et démonstrations pratiques) : Parasites animaux. Examen du sang de l'homme et des animaux. Analyse des matières fécales. Parasites du sang. Fièvres palustres. Filaires. Bilharzia. Nématodes. Cestodes, etc. Animaux venimeux. Parasites végétaux. Mycoses.

III. La chirurgie des tropiques par M. le professeur Le Dentu (4 leçons) : Abcès du foie, Abcès tropicaux. Éléphantiasis, etc.

IV. L'ophtalmologie sous les tropiques par M. le professeur De Lapersonne (2 leçons).

V. Pathologie et hygiène tropicales par M. Wurtz, chargé de cours, *Pathologie exotique* (17 leçons) : Peste. Fièvre jaune. Choléra. Dysenterie. Diarrhée des pays chauds. Fièvre de Malte. Fièvre méditerranéenne. Fièvre récurrente. Fièvres paludéennes. Fièvre hémoglobinurique. Filariose. Bilharziose. Dracunculose. Lèpre. Béribéri. Bouton de Biskra, d'Alep, etc. Pian. Verruga. Pied de Madura. Maladie du sommeil. Fièvre japonaise de rivière, etc.

Hygiène tropicale (10 leçons).

Diagnostic bactériologique, 20 exercices appliqués aux maladies tropicales (Laboratoire d'hygiène).

VI. Affections de la peau par M. le professeur agrégé Jeanselme. Conférences de *dermatologie tropicale*.

Prix du cours. — Le prix de cet enseignement et les conditions dans lesquelles la gratuité peut être obtenue sont fixés par le Comité de direction de l'Institut de médecine coloniale.

S'adresser à ce sujet, par écrit, au directeur de l'Institut de médecine coloniale : M. le professeur Brouardel, 68, rue de Bellechasse, Paris, et, pour tous autres renseignements, au secrétariat de la Faculté de médecine.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. Groslier, à Châtelguyon (Puy-de-Dôme) est nommé officier de l'instruction publique.

MM. Cruet, à Paris ; Pradal, Vabre, médecins à Béziers ; Domeck, médecin à Crémieu (Isère) ; Guy, médecin à Villeneuve-sur-Lot, sont nommés officiers d'Académie.

Service de santé militaire. — Liste par ordre de mérite des candidats admis à l'école du service de santé militaire par décision du ministre de la guerre en date du 15 septembre 1902 (Concours de 1902) : MM. Truchetet, Bourtoulle, Petit, Hérisson, Carel, Perrier, Fontanel, Martin, Feuillié, Cassan, Jagues, Paloque, Ferras, Vendeuvre, Armengaud, Costa, Delater, Bourland, Saury, Létang, Petit, Mossier, Camus, Floquet, Auvert, Cruzel, Arnaud, Jaubert, Bertein, Corbel, Pichet, Baron, Perrignon de Troyes, Chailly, Ferras, Péré, Griscelli, Planques, Bahier, Marchal, Mazot, Guichard, Brochet, Pons, Playoust, Thellier, Marnata, Coudray, Lacoste, Pigache, Guglielmi, Mulot, Etienney, Briend, Trucy, Minel, Gillouin, Mangenot, Monziols, Bories, Saiget, Saffores, Basso, Laforge, Duchêne-Marullaz, Pineau, Ruchaud, Delahousse, Jacques, Lévêque, Worms.

Les trente-cinq premiers candidats reçus devront se présenter à l'école du service de santé militaire de Lyon, le jeudi 23 Octobre prochain, à huit heures du matin, et les autres le même jour à deux heures précises du soir.

Service de santé de la marine. — MM. Arène et Millon, médecins principaux, sont désignés pour embarquer sur le *Jauréguiberry* et sur le *Courbet*.

M. Amouretti, médecin de 1re classe, est désigné pour embarquer sur le *Galilée*.

Corps de santé des troupes coloniales. — Les officiers du corps de santé dont les noms suivent ont été désignés pour servir, savoir :

En Afrique occidentale française : MM. Drevon, médecin principal de 2e classe ; Fortoul, médecin-major de 1re classe ; Brisemur, médecin aide-major de 1re classe.

Au Tonkin : M. Lépinay, médecin-major de 2e classe.

En Cochinchine : M. Hagen, médecin-major de 2e classe.

A Madagascar : M. Crenn, médecin aide-major de 1re classe.

A la Réunion : MM. Le Guen, médecin-major de 1re classe ; Broquet, médecin aide-major de 1re classe.

A la Nouvelle-Calédonie : MM. Renault ; Thomas-Derevoge, médecins aides-majors de 1re classe.

En France : Au 1er régiment d'infanterie coloniale à Cherbourg, M. Nicolas du Plantier, médecin-major de 2e classe ; au 1er régiment d'artillerie coloniale à Lorient, M. Lecomte, médecin major de 2e classe ; au 7e régiment d'infanterie coloniale à Rochefort, M. Navarre, médecin aide-major de 1re classe ; au 4e régiment d'infanterie coloniale à Toulon, M. Recoules, médecin-major de 2e classe ; au 8e régiment d'infanterie coloniale à Toulon, M. Tardif, médecin aide-major de 1re classe ; au 22e régiment d'infanterie coloniale à Toulon, M. Suard, médecin-major de 1re classe ; au 22e régiment d'infanterie coloniale à Toulon, M. Cavazza, médecin aide-major de 1re classe.

— M. le médecin-major de 1re classe Vergoz est placé hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des colonies pour occuper les fonctions de chef du service de santé à la Côte-d'Ivoire.

Institut Pasteur. — Les cours et les manipulations au service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène (3e année) commenceront en Novembre.

Ce cours s'adresse spécialement aux pharmaciens, médecins et chimistes industriels.

Conférence sur la lèpre. — M. Filaretopoulo, professeur agrégé à l'Université d'Athènes, fera vendredi prochain à 5 heures, à l'amphithéâtre de l'Hôpital international, 95, boulevard Arago, une conférence sur la lèpre qu'il vient d'étudier en Crète. Les médecins et les étudiants en médecine sont priés d'assister à cette causerie d'un intérêt particulier.

La tuberculose et les eaux d'égout. — Le ministre des Travaux publics vient d'interdire la culture des légumes et des fruits destinés à être mangés crus dans les terrains arrosés avec l'eau d'égout. Des expériences ont démontré en effet que les bacilles tuberculeux, alors qu'ils perdent leur virulence au bout de trois mois dans l'eau de rivière, la possèdent encore au bout de dix mois dans l'eau d'égout. De plus, les bacilles de Koch mêlés à la terre y conservent leur virulence entière après trois mois. Enfin des bacilles tuberculeux apportés par les eaux d'égout sur les champs d'épandage peuvent passer dans l'intérieur des légumes qu'on y plante !

Étranger.

Prophylaxie des maladies vénériennes. — On sait qu'il y a quelques mois, il s'est fondé à Paris une Société française de prophylaxie sanitaire et morale. Les États-Unis vont suivre cet exemple.

La section de dermatologie et de syphiligraphie de l'*American medical Association* vient, en effet, d'émettre le vœu de voir se fonder aux États-Unis une Association américaine médicale pour la prophylaxie des maladies vénériennes.

Faculté de médecine de Munich. — M. Gruber est nommé professeur ordinaire d'hygiène.

Faculté de médecine de Naples. — M. Giovanni Velo est nommé privatdocent de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Pavie. — M. Emilio Veratti est nommé privatdocent d'histologie.

Faculté de médecine de Saragosse. — M. Octavio Garcia est nommé professeur de pathologie générale.

New-York Polyclinic. — M. Lederman est nommé professeur adjoint de laryngologie et de rhinologie.

Missouri Medical College de Saint-Louis. — M. Guy L. Noyes est nommé professeur d'ophtalmologie.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 76. — Samedi, 20 Septembre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

DEUXIÈME VOYAGE
DE *LA PRESSE MÉDICALE*
AUX UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

8-23 Septembre 1902.

Salsomaggiore. — Florence. — Pise.

Salsomaggiore, 11 septembre. — Nous sommes arrivés hier soir à Salsomaggiore après un voyage invraisemblable d'une durée de plus de neuf heures pour un trajet total de 210 kilomètres; et sur les 187 premiers kilomètres, il y en a 57 qui se passent en tunnel.

A Parme, nous attendait le professeur Ceccherelli qui nous a accompagné jusqu'à Salsomaggiore où nous sommes arrivés vers onze heures. La commission des fêtes nous avait préparé une réception très belle, et c'est aux sons de la *Marseillaise* suivie de la Marche royale italienne que nous avons fait notre entrée dans l'Hôtel central des bains, dirigé par notre compatriote M. Giorgi qui avait tenu à nous recevoir et nous a admirablement traités. Il existe à Salsomaggiore deux grands établissements thermaux : ce matin, nous avons visité le principal, l'établissement Magnaghi, remarquablement installé; il y a des salles de humage très belles, des salles destinées aux divers traitements hydrothérapiques, un service spécial de douches nasales d'air chargé de vapeurs d'eau minérale, un service très bien compris d'électrothérapie, un service de mécanothérapie, des bains de boue, etc. Ces services ont l'avantage d'être dirigés par des médecins spécialistes. La blanchisserie mérite une description particulière : aussitôt après avoir servi, le linge qui a été monté directement de la blanchisserie est descendu par une trémie spéciale et immédiatement immergé dans une solution de sublimé à 1 pour 4.000 où il reste dix minutes. Puis on le savonne à grande eau ; le linge passe ensuite dans une lessiveuse mécanique, puis dans une barbotteuse à eau chaude pour enlever la lessive, il passe encore à l'eau froide, est essoré dans une machine centrifuge ; après ces diverses manipulations, il est encore *stérilisé* dans une autoclave à haute pression et ensuite repassé. Ce traitement intensif, joint à l'action particulière de l'iode sur le linge, fait que ce dernier dure peu. Les baigneurs de la localité confieront-ils leur linge à l'établissement thermal pour lui faire subir toutes ces préparations aseptiques et très perfectionnées ? *That's the question.*

De là, nous avons été visiter la source ou plutôt le puits artésien qui amène l'eau « salso-iodique ». Ce puits a une profondeur de 760 mètres et amène à la surface un mélange d'eau, de pétrole et d'hydrocarbure gazeux. Dès l'émergence de ce mélange à la surface du sol, les gaz sont recueillis et envoyés dans un gazomètre ; ils servent à l'éclairage de la ville. Le mélange d'eau et de pétrole est immédiatement dirigé dans des cuves où, du seul fait de l'inégalité de densité, les deux liquides se séparent très nettement, le pétrole surnageant.

L'eau « salso-iodo-bromo-strontio-magnesio-ferruginese », qui reste après décantage, contient par litre 131 gr. 65 de chlorure de sodium ; 0 gr. 1671 de chlorure de lithium ; 0 gr. 6527 de chlorure d'ammonium ; 13 gr. 3054 de chlorure de calcium ; 4 gr. 9558 de chlorure de magnésium ; elle contient encore du chlorure d'aluminium, de fer ; de l'iodure de magnésium 0 gr. 0686 ; du bromure de magnésium 0 gr. 2093 ; des sels de strontium 0 gr. 2556 et des matières bitumineuses (3 gr. 76 par litre). Elle présente l'énorme densité de 16° Beaumé et surgit à la température de 14° centigrades.

Bien qu'elle ait été décantée avant d'être mise dans les réservoirs, il se forme un dépôt abondant d'hydrocarbures qui s'oxydent à l'air, mélangés à des sels de fer; c'est de ce dépôt qu'on se sert pour les bains de boue, après l'avoir mélangé avec la boue des torrents du voisinage.

A dix heures du matin, eut lieu l'inauguration du buste du professeur Edouard Porro, puis de l'hospice élevé à la mémoire des professeurs Trizani et Porro et destiné aux indigents.

Toutes ces visites nous ont été grandement facilitées par M. le professeur Ceccherelli, de Parme, et M. Pavoni, qui avec une amabilité sans égale n'ont cessé de nous donner toutes les explications nécessaires.

Par leurs soins, notre visite à Salsomaggiore est devenue une petite manifestation francophile. A notre départ à la Garde, la musique de Parme, qui le matin avait prêté son concours à l'inauguration du buste de Porro, nous accueillit aux sons de la *Marseillaise;* puis fut jouée la *Marche royale*, et enfin, quand le train s'ébranla, elle répéta la *Marseillaise* pendant que s'élevaient de part et d'autre les cris de : Vive la France et de vive l'Italie. Cette petite réception à Salsomaggiore montre une fois de plus l'utilité du groupement dans les voyages à l'étranger. Nous étions vingt et nous avons été admirablement reçus.

Nul doute que les vingt, arrivés isolément, n'eussent pas reçus le même accueil et n'eussent pas donné naissance à la même manifestation de sympathie.

Salsomaggiore est une ville d'eau en pleine voie de développement. Elle possède des hôtels remarquables où les riches Anglais ou Américains viennent en foule. La plupart des administrateurs des eaux françaises et tous les hôteliers pourraient avec fruit aller de temps en temps faire un voyage d'études aux eaux minérales étrangères, et ils découvriraient tout de suite la cause de l'absence des riches clients dans les leurs. La qualité de l'eau est une très belle chose, mais la qualité de l'hôtel la primera longtemps encore.

***

Florence, 12 Septembre 1902. — En France, les chemins de fer partent cinq minutes après l'heure de la ville et arrivent à peu près dans le même délai; en Italie il y a aussi un retard sur l'heure extérieure pour le départ, mais ce retard est très variable. Quant à l'arrivée, elle dépend d'un nombre de circonstances beaucoup trop grand pour être énumérée dans une lettre.

Aussi, après notre départ de Parme, nous vîmes avec terreur qu'il nous serait impossible d'attraper à la Spezzia le train qui devait nous amener à Florence, quel que fût le retard de ce dernier. Nous avions compté sans la prévoyance du sympathique directeur économique de notre voyage, M. Skwarcow, qui, parti d'avance, avait retenu un wagon pour nous et nous avait prévenus par télégraphe en cours de route de descendre non à la Spezzia, mais à la station précédente d'Avezzana. Grâce à cette présence d'esprit, nous avons pu ne pas coucher à la belle étoile et arriver à Florence à peu près à l'heure fixée par l'horaire le 13 Septembre. La journée d'hier a été consacrée à la visite des multiples curiosités artistiques de la ville de Florence. Aujourd'hui, nous avons visité les hôpitaux.

Nous avons commencé par la clinique du professeur Pestalozza qui nous avait invités la veille et où nous nous sommes rendus sous la conduite de son assistant M. Cova.

Cette clinique, assez ancienne, est en voie de réfection intérieure; elle comprend 120 lits, 80 pour l'obstétrique et 40 pour la gynécologie; le personnel est laïque, sauf celui des cuisines et de la lingerie. Le service est destiné à l'enseignement des étudiants et des sages-femmes; ces dernières sont chargées des divers soins de la salle d'opération; les infirmières n'y pénètrent pas parce que leur éducation ne paraît pas suffisante au professeur. Le professeur Pestalozza qui nous attendait a pratiqué devant nous une hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome.

Le professeur opère avec cinq aides : un aide principal, un secondaire, un qui passe les pinces, un autre pour les fils, et enfin un chloroformisateur. Il pratique toujours les laparotomies en position déclive, ne se sert que d'aiguilles montées, fait toujours la suture du moignon dans l'hystérectomie, et pour toutes les sutures et ligatures il se sert de soie, jamais de catgut; quant au crin dit de Florence, il est totalement inconnu dans la clinique comme dans toute la ville d'ailleurs, pour les usages chirurgicaux tout au moins, car on s'en sert pour la pêche, mais sous un autre nom!

Pour éponger, M. Pestalozza se sert de compresses de flanelle; il use abondamment des lavages au sublimé et ne draine jamais, sauf dans les cas d'hémorragie où il emploie le Mikulicz laissé en place pendant trente heures au maximum. Chez les femmes enceintes et chez les accouchées, il ne donne jamais d'injections.

La salle d'opération est petite, exposée en plein midi et ne présente rien de particulier à signaler.

Contrairement à ce qui se passe à Gênes, les professeurs sont à Florence chefs de service à l'hôpital; c'est ce qui explique que nous avons pu voir opérer M. Pestalozza à sa clinique. Nous avons visité ensuite l'hôpital de Santa Maria Nuova qui renferme tous les services de la Faculté de médecine, y compris l'amphithéâtre d'anatomie.

L'hôpital renferme 1.000 lits. Le service médical y est composé (en outre des professeurs) d'externes nommés pour deux ans, et renouvelés une fois pour la même période, d'internes hommes pour un an, d'assistants nommés pour quatre ans, et de chefs de service nommés anciennement à vie, et hommes, pour neuf ans; d'après le nouveau règlement toutes ces places s'obtiennent au concours. Il y a à Florence 16 médecins titulaires (donc 14 à Sainte-Marie) et 12 médecins volontaires. Les médecins arrivent à être assistants entre trente et trente-cinq ans en moyenne; les traitements sont de 700 à 1.600 francs. Les salles que nous avons visitées sont très grandes, anciennes, mais assez bien aménagées avec chauffage central. Il y a deux services de chirurgie, ceux du professeur del Greco et celui du professeur Sacqui; tous deux ont une salle d'opérations septiques et une salle d'opérations aseptiques. Il y a un service spécial d'électrothérapie, un service d'otologie et un service pour les tuberculeux.

A noter que les malades sont toujours habillés par l'hôpital, et que ceux qui peuvent marcher prennent leur repas dans des réfectoires toujours très spacieux.

La clinique médicale du professeur Golgi est fort bien installée, les lits sont situés dans la partie neuve de l'hôpital; il y a des chambres séparées pour les malades payants, très bien aménagées, luxueusement même; les baignoires, même les water-closets, sont en marbre! La clinique possède des laboratoires de chimie organique, de microscopie, de bactériologie, et une sorte de petit Institut Pasteur. Il y a quatre assistants (un par laboratoire), nommés pour trois ans, et renouvelables une deuxième fois, et des aides de cliniques nommés pour six ans, également renouvelables; les nominations se font au choix. Les traitements sont de 800 à 1.400 francs.

La clinique possède encore un service d'électrothérapie, une installation hydrothérapique très complète et une bibliothèque pour les assistants. Il y a à Florence 300 étudiants dont 200 de médecine.

En résumé, la clinique médicale de Florence est installée et l'emporte sous le rapport de l'importance des laboratoires sur la plupart des cliniques de Paris.

L'administration des hôpitaux est distincte de la municipalité, et les frais de séjour sont de 2 fr. 40 par jour payés par le malade, ou par la commune en cas d'indigence.

Nous avons encore visité, sous la conduite du professeur Mya, l'hôpital Mayer (Ospedale per le Bambini) qui est l'hôpital d'enfants; c'est un hôpital tout à fait moderne, très bien compris, avec pavillons séparés pour les maladies infectieuses.

Le pavillon de la diphtérie contient une salle d'opérations pour les trachéotomies et les tubages.

Le pavillon de chirurgie contient une salle d'opérations tout à fait moderne, des salles de pansements et une installation de gymnastique. Nous ne saurions terminer cette description des cliniques et hôpitaux de Florence, sans remercier tout particulièrement le professeur Pestalozza de sa grande amabilité et de sa parfaite courtoisie.

***

Pise, 14 Septembre. — Nous ne nous sommes arrêtés que quelques heures à Pise, mais nous avons cependant été voir, sous la conduite du professeur L. Bertini, l'Ospedale di Santa-Chiara, le principal de la ville. Cet hôpital compte 400 à 500 lits; il est vieux; les salles d'opérations de la clinique chirurgicale du professeur Cecci et de la clinique gynécologique du professeur Pinzani sont également vieilles. Ce qui nous a surtout frappés, c'est une immense salle de malades d'environ 100 mètres de long, avec quatre rangées de lits, renfermant à la fois des malades de médecine et des malades de chirurgie séparés seulement par un espace vide. Cette salle, très élevée de plafond, avec une grande galerie faisant le tour à moitié hauteur du mur, fait songer aux gravures du moyen âge qui représentent les vieux hôpitaux aux grandes nefs; d'ailleurs les Pisans se sont émus de cet état de choses, et les journaux de la localité font en ce moment encore une campagne pour faire rebâtir entièrement cet hôpital médiéval; la clinique chirurgicale est d'ailleurs en reconstruction.

Bien que Pise soit une petite ville, il y a 300 à 400 étudiants, donc plus qu'à Florence, ce qui s'explique, paraît-il, par des conditions de vie plus avantageuses.

***

De nos visites à Gênes, à Florence et à Pise, il ressort nettement que les hôpitaux sont beaucoup moins bien installés que les hôpitaux parisiens. Nulle part, en effet, nous n'avons trouvé de service modèle; mais il nous a paru que l'organisation des cliniques est bonne, et qu'au point de vue scientifique pur, elles sont parfaitement agencées. Dans les cliniques encore ouvertes, nous avons remarqué que chaque malade a son observation parfaitement tenue à jour, placée dans un carton spécial accroché à chaque lit. Nous citerons également le jeune âge des professeurs, tout en regrettant l'absence de toute limite d'âge; il faut cependant mentionner à ce point de vue le nouveau règlement des hôpitaux de Florence, qui supprime la nomination à vie pour la remplacer par une nomination de neuf années.

Enfin, partout le système des concours ne jouit d'aucune influence dans le recrutement des cliniques, ce qui n'a pas empêché la science médicale italienne de faire dans ces vingt dernières années des progrès assez marquants et assez rapides pour lui permettre de prendre place parmi les premières nations qui sont à la tête du mouvement intellectuel.

A. GOTTSCHALK.

Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des hôpitaux de Paris, 5e édition, par F. ROUX-LEMANSKI, 1 vol. in-16 de 640 pages, cart. 4 francs. (*G. Steinheil*, éditeur, Paris.)

Le anomalie del linguaggio e la lora educabilita, par N. R. D'ALFONSO, une brochure in-12 de 46 pages. (*Societa editrice Dante Alighieri*, à Rome).

VACCINE ET VACCINATION

Par Georges BORNE

La vaccination est une question qui a toujours été d'actualité dans notre pays depuis le commencement du XIXe siècle, mais qui redevient à l'ordre du jour cette année à la suite de l'acceptation par les deux Chambres françaises de la loi concernant la protection de la santé publique.

Cette nouvelle loi, qui doit être mise en vigueur dans quelques mois dans tous ses paragraphes, et qui, par le fait, intéresse au premier chef tous les médecins et tous les hygiénistes, nous apprend par l'article 6 que :

« La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième années.

« Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure. »

Nous n'avons pas à commenter ici le texte de la loi et les possibilités d'application d'un paragraphe en apparence si simple.

Les difficultés seront nombreuses[2]. Elles seront provoquées par l'insouciance parfaite et l'ignorance absolue que professe encore aujourd'hui le public vis-à-vis de la vaccination, et surtout par l'esprit du caractère français foncièrement indépendant qui refuse en général toute idée de responsabilité à l'égard de la collectivité, n'ayant pas le sentiment de la prophylaxie générale la plus élémentaire.

Des modifications particulières, des règlementations spéciales variant suivant les différentes contrées et les diverses circonstances vont être nécessaires pour appliquer cette loi.

C'est bien ce qu'ont compris les commissions législatives, en laissant à l'Académie de médecine et au Comité consultatif d'hygiène le soin de discuter, d'établir et de faire appliquer les mesures nécessaires.

En somme, la vaccination jusqu'à aujourd'hui laissait encore bien à désirer. Un arrêté ministériel de Lockroy, en 1888, oblige tout enfant à être vacciné avant son admission dans les écoles publiques et à être revacciné pour son maintien s'il a atteint l'âge de dix ans, avec possibilité pour les parents de le faire opérer par les médecins de la famille.

Une ordonnance en 1882 rend obligatoire chaque année la vaccination et la revaccination de tous les hommes de l'armée.

Un décret ministériel en 1891 prescrit la revaccination des étudiants en médecine et en pharmacie avant leur admission dans les Facultés.

Quelques administrations publiques et particulières exigent des certificats de date récente pour recevoir leurs employés. On vaccine en outre les malades à leur entrée dans les hôpitaux. Et cependant, malgré toutes ces mesures, combien nombreux encore sont les enfants et les adultes qui échappent à la vaccination et à la revaccination.

Il est incontestable que dans les grandes villes et dans les centres ouvriers où la population en général est active, intelligente et apte aux idées nouvelles, la vaccination et la revaccination ont fait d'immenses progrès depuis quelque temps. Dans les campagnes agricoles, l'insouciance et l'indépendance parfaite du paysan terrien, qui refuse toute idée de progrès, sont des obstacles sérieux qui s'opposent au développement de la vaccination. En outre, si le service de la vaccination est bien institué en général dans les grands centres, il laisse absolument à désirer encore aujourd'hui dans les campagnes dans près d'un sixième de nos départements.

C'est précisément dans cette organisation nouvelle que les pouvoirs publics auront à placer tous leurs efforts.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en 1901 on constatait encore à Paris plus de 2.000 cas de variole et plus de 400 décès, et qu'en général les statistiques donnent aujourd'hui chaque année en France environ 2.000 décès par variole pour 38 millions d'habitants, alors qu'en Allemagne, où la loi rend obligatoire la vaccination depuis 1874, on ne constate même pas 100 décès par an pour plus de 50 millions d'habitants.



Jenner (1749-1828), d'après J.-R. Smith.

Nous n'osons pas insister sur les ravages que cause la variole dans nos colonies, malgré les tentatives des médecins coloniaux et les efforts du gouvernement. La maladie fournit encore en Afrique 70 cas pour 100 chez les enfants et 40 décès pour 100 cas. Dans l'Indo-Chine française, le tiers environ de la population infantile meurt chaque année de la petite vérole (Jeanselme).

Historique.

La vaccination, suivant les auteurs classiques, était connue longtemps avant la découverte de Jenner. Cette pratique, paraît-il, n'était pas ignorée des Chinois, des Perses, des Américains dans des temps assez éloignés de nous.

Quoi qu'il en soit Sutton et Fewster en 1768 seraient les premiers qui auraient communiqué à la Société de médecine de Tornburry que les individus atteints de cow-pox contracté auprès des vaches laitières étaient immunisés vis-à-vis de la variole.

C'est en 1796 que Jenner démontra la transmission de la vaccine d'homme à homme en inoculant avec de la lymphe provenant des pustules d'une jeune vachère un enfant de huit ans, James Phips. C'est la même année qu'il prouva en inoculant la variole au même sujet que la vaccine conférait l'immunité vis-à-vis de cette maladie.

Jenner eut à soutenir des luttes énergiques et à surmonter tous les obstacles pour faire triompher son idée ; et si du moins il n'est pas l'inventeur de la vaccine, il a le mérite incontestable d'avoir eu foi dans sa découverte, et de l'avoir fait admettre par quelques-uns de ses contemporains.

— L'introduction de la vaccination en France date de 1800. Elle est due, suivant les uns, à un pasteur protestant, Rabaullt Pommier, suivant les autres, au duc de Larochefoucault-Liancourt.

Immédiatement un groupe de citoyens français se réunit en comité pour étudier et expérimenter cette découverte. Une société de souscripteurs se forma, composée de plusieurs médecins et de trois commissaires pour l'administration.

On se doute des résistances et des embuches que le Comité eut à surmonter à son origine de la part du public des médecins et même de l'Académie.

Les gravures humoristiques de l'époque en font foi.

Cependant les résultats merveilleux ne sont pas longs à se faire sentir, et déjà vers 1810 le gouvernement et l'Académie de médecine reconnaissant toute la valeur de la méthode encouragent à l'envi le zèle des médecins et des propagateurs de la vaccination.

En 1821, un arrêté du ministre de l'intérieur supprime la Société et le comité central de médecine investit l'Académie de médecine de ces fonctions et lui confie l'administration générale de la vaccination en France.

Après quelques années toutes de ferveur et d'enthousiasme succède une période de désillusions dans l'histoire de la vaccine. Après les résultats acquis précédemment on croyait à la pérennité de la vaccine, on avait du reste hautement annoncé résolu le problème de l'extinction de la variole par le seul fait de la vaccination.

Et des cas de variole éclatnte chez des sujets vaccinés dix ou quinze ans auparavant. La vaccination qui était un motif de sécurité perd tout son prestige et c'est alors qu'au milieu de toutes les nouvelles attaques se pose le problème de la revaccination.

Ce n'est qu'en 1849 que l'Académie avec un rapport de Bousquet, admet l'utilité, la nécessité même de la revaccination.

Jusqu'à l'époque de la terrible épidémie de 1870, la vaccination continue à se développer. Cette période est des plus intéressantes ; on commençait alors à discuter vivement la possibilité de transmettre par la vaccine certaines maladies telles que la syphilis ; de nombreux accidents avaient été signalés. C'est à ce moment que MM. Chambon et Lanoix, en 1864, introduisent en France la vaccine animale déjà employée à Naples par Troja en 1804.

1. Je remercie ici MM. Chambon et Saint-Yves Ménard des renseignements qu'ils ont bien voulu me communiquer dans leur bel établissement de vaccine animale de la rue Ballu. Je remercie également M. P. Desfosses du concours qu'il m'a apporté pour la partie iconographique de ce travail.

2. Voir Georges Borne. « Vaccination et revaccination obligatoires. » Paris, 1902, Naud, édit.

Cette innovation, de même que la fondation par M. Chambon du premier institut de vaccine animale en France, tiennent une grande place et vont être des facteurs des plus utiles pour le développement de la vaccination jusqu'à aujourd'hui.

C'est en 1888 que l'Académie de médecine, qui avait continué la pratique de la vaccine jennérienne, établit un service de vaccine animale.

On commence alors à discuter la nécessité d'une loi rendant obligatoire la vaccination.

L'épidémie meurtrière de variole de 1870-1872 fait périr 23.000 hommes de notre armée, et près de 200.000 individus dans toute la France, alors que les Allemands, chez qui la vaccination est très développée, ne perdent que 459 soldats sur un million d'hommes.

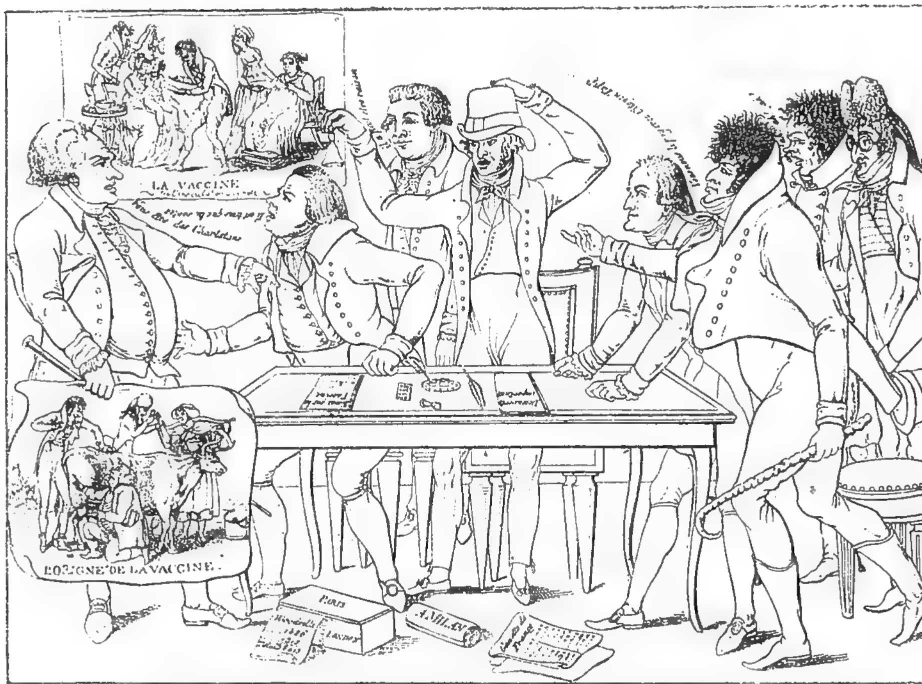
Ces faits malheureux sont pour la France une démonstration plus qu'évidente de la nécessité d'une loi rendant obligatoire la vaccination.

Aussi les tentatives pour établir cette obligation vont-elles se succéder fréquemment.

Le projet de loi de Liouville, en 1881, concernant la protection de la santé publique, après avoir été adopté, est repoussé en deuxième lecture par la deuxième Chambre française.

Langlet, en 1892, reprend ce projet à la Chambre des députés; il le fait adopter; malheureusement il est repoussé par le Sénat, malgré les instances de M. le professeur Cornil. Et cependant les épidémies de variole continuent à sévir et à faire des victimes en l'absence de loi rendant obligatoire la vaccination, malgré tous les efforts de l'Académie et des pouvoirs publics.

La dernière épidémie qui se termine à peine vient encore de faire ressortir hautement toute l'insuffisance de notre législation sanitaire. Les Chambres françaises viennent heureusement d'avoir un bon mouvement, et le vote de la loi concernant la protection de la santé publique va marquer une sérieuse étape dans nos annales d'hygiène en mettant la France au même niveau que les grandes nations d'Europe qui depuis de nombreuses années possèdent un code sanitaire parfaitement édifié.



SEPT CONTRE UN, OU LE COMITÉ DE LA VACCINE.

Vaccin.

Vaccine jennerienne. — Autrefois, on pratiquait la vaccination de bras à bras. L'opération consistait à prendre le vaccin sur les pustules vaccinales d'un individu précédemment inoculé, et à le transporter directement sur un autre individu; c'était la vaccination jennerienne. — On se servait en général comme sujets vaccinifères des enfants, dont le recrutement était plus facile. Les classes pauvres de la société les fournissaient. Ils laissaient souvent à désirer au point de vue de la propreté, de l'hygiène et même de la santé, malgré des apparences satisfaisantes.

L'inoculation de la syphilis, les complications inflammatoires et septiques de tous ordres étaient très fréquentes après la vaccination jennerienne. Nous ne condamnerons pas davantage une telle méthode.

Vaccine animale. — La vaccination se pratique aujourd'hui avec du vaccin animal. C'est à M. Chambon que nous devons l'introduction en France de la vaccine animale qui était employée déjà à Naples depuis 1804.



Faïence humoristique du siècle dernier montrant les luttes de la vaccine contre la Faculté. (*Collection Chambon.*)

C'est en 1864 qu'il fonde à Paris l'Institut de vaccine animale de la rue Ballu.

En France, on emploie pour la vaccine animale le vaccin de génisse.

On préfère les génisses aux taureaux, car elles ne souillent pas autant de leurs urines la litière, et par le fait les parties de leur corps ensemencées de vaccin.

Les génisses vaccinifères sont âgées de six à huit mois, elles sont sevrées très jeunes et arrivent à Paris en pleine vigueur.

Pendant quelques jours, dans les instituts de vaccine, les animaux sont mis en observation avec des soins spéciaux de propreté et d'hygiène.

Inoculation. — L'inoculation de la vaccine à la génisse est une opération des plus simples. On couche et on fixe l'animal sur une table-bascule spéciale. On choisit de préférence pour les inoculations la moitié inférieure de la région thoraco-abdominale.

Cette région présente une grande étendue; elle est très propice pour l'inoculation et la récolte.

La surface cutanée à ensemencer est lavée au savon, rasée et minutieusement aseptisée.

La peau est parsemée de 100 à 150 scarifications faites à la lancette, hautes de 2 à 3 centimètres, parallèles à l'axe du corps, et disposées sur des rangées verticales superposées en quinconces, distantes les unes des autres de 4 à 5 centimètres. C'est au niveau de la scarification qu'on dépose la lymphe vaccinale.

Les pustules vaccinales se développent rapidement sur les veaux. Dès le quatrième jour, elles peuvent produire du vaccin; on ne les utilise, en général, qu'au sixième jour.

La lymphe vaccinale ne s'écoule pas spontanément des pustules de la génisse; il faut comprimer ces dernières assez fortement à l'aide d'une pince à forcipressure imaginée par M. Chambon.

Vaccin de conserve. — Le vaccin de conserve est récolté au moyen du curetage de la pustule après un nettoyage des plus minutieux de toute la région:

On employait jadis pour le vaccin de conserve des pustules vaccinales entières conservées et expédiées dans de gros tubes de verre. On conservait aussi le sérum vaccinal résultant de l'expression de la pustule, puis desséché sur linges fins, sur fils, lames de verre ou pointes d'ivoire. On allait même jusqu'à le conserver sur lancettes, plumes, aiguilles droites, dont on se servait directement pour pratiquer la vaccination.

Ces différents procédés ne donnèrent pas de résultats satisfaisants.

Aujourd'hui, dans les instituts vaccinogènes, comme vaccin de conserve, on prépare la pulpe vaccinale glycérinée.

Pulpe glycérinée. — Une fois recueilli sur la pustule par grattage, le vaccin est transporté au laboratoire.

Là, avec les précautions d'asepsie les plus rigoureuses, il est mélangé après broyage à parties égales avec de la glycérine chimiquement pure qui a la propriété de le rendre imputrescible, et de consistance huileuse. Il est passé ensuite dans un broyeur mécanique en bronze de Chabylaüss, il est broyé à nouveau dans un mortier d'agate, et finalement tamisé. Il obtient ainsi ses propriétés physiques les plus complètes.

Le vaccin, après sa préparation, est introduit sous forme de pulpe glycérinée avec une pipette d'aspiration dans des tubes de verre de calibres différents préalablement stérilisés à l'étuve à 200°.

Les tubes les plus petits renferment du vaccin en quantité suffisante pour quatre vaccinations, les plus gros pour vingt-cinq vaccinations.

La pulpe glycérinée ainsi préparée peut se conserver active pendant des mois. Elle doit être placée à l'abri de la lumière et à une température n'excédant pas 15° C.

Époque de la vie où l'on doit vacciner. — Les enfants peuvent contracter la variole dès leur naissance; il est donc bon de le

prémunir au plus tôt. Dans les hôpitaux et les maternités de Paris, où la contamination est plus facile, on vaccine les enfants à huit jours.

Dans les grands centres comme Paris où la variole existe en permanence, il faut recommander la vaccination à six semaines ou à deux mois.

Dans les campagnes où les épidémies sont plus rares et immédiatement connues du public, on peut attendre jusqu'à trois ou quatre mois.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à la ville aussi bien qu'à la campagne il n'est jamais trop tôt pour vacciner. En temps d'épidémie, on ne saurait assez recommander de vacciner les enfants aussitôt après leur naissance.

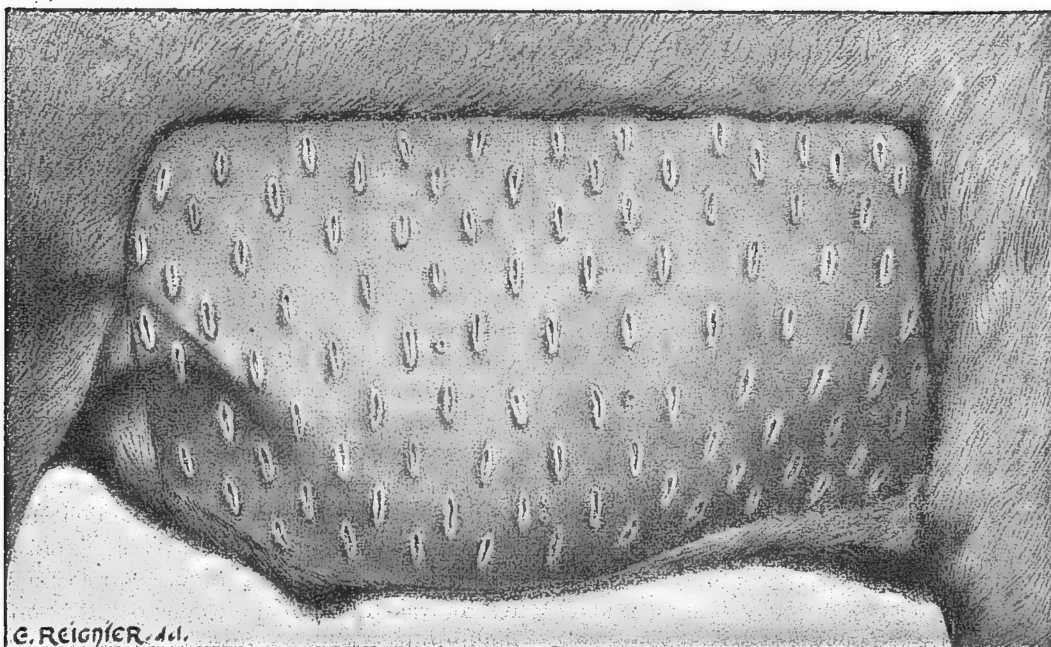
Époque de l'année où l'on doit vacciner. — Il existe dans le public des préjugés qui font considérer les grandes chaleurs aussi bien que le froid comme contraires à l'évolution normale de la vaccine.

A l'époque de la vaccine jennerienne, il était souvent difficile de se procurer des sujets vaccinifères. On établissait des séries de vaccination aux époques de l'année les plus commodes pour le déplacement des enfants : au printemps, en automne, par exemple. Le public a conservé l'habitude de ces époques.



Une scène de vaccination au commencement du XIXe siècle, d'après Bally.
Un vieux praticien pratique la vaccination de bras à bras.

En somme, les saisons et la température n'ont aucune influence sur l'évolution de la vaccine, et il est absolument indifférent de vacciner à n'importe quelle saison.



L'éruption vaccinale chez la génisse, après inoculation.

Régions du corps qu'on doit vacciner. — La vaccine peut se développer indifféremment sur toutes les parties du corps. On préférera cependant les régions les plus faciles à découvrir, à tenir propres et à soigner.

La face postéro-externe de l'extrémité supérieure du bras est le lieu d'élection.

Dans les familles aisées, depuis quelques années, on demande aux médecins de vacciner les petites filles à la cuisse, pour qu'elles puissent présenter plus tard dans les soirées mondaines des bras tout à fait indemnes de cicatrices.

Si l'on ne peut pas se soustraire à ce désir de coquetterie, on recommandera vivement les soins de propreté les plus minutieux, pour que l'urine et les matières fécales dont les bébés sont toujours souillés dans leurs langes ne deviennent pas une cause d'irritation et d'infection pour les pustules vaccinales.

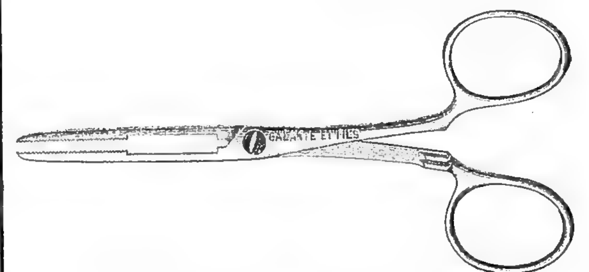
Vaccin à employer. — C'est le vaccin pris directement sur la génisse qui donne le plus de succès. Ce serait donc la vaccination directe de génisse à bras la plus active. C'est ce procédé qu'on emploie dans tous les centres vaccinogènes où l'on pratique la vaccination. — Le vaccin de conserve universellement employé aujourd'hui est la pulpe glycérinée. D'après les résultats obtenus et les statistiques de l'armée, c'est la pulpe fraîche qui paraît la plus active; on l'emploiera de préférence vers la deuxième ou troisième semaine après sa production.

Vaccination.

Instrumentation.— Tous les instruments, suivant les différents procédés employés, ont été recommandés pour la vaccination.

Les différentes lancettes, grain d'orge, grain d'avoine, peuvent être facilement stérilisées; cependant elles peuvent glisser dans la main et, comme elles sont très coupantes, blesser l'épiderme beaucoup plus profondément qu'on ne le désirerait.

Les aiguilles, les plumes montées sur porte-vaccinostyles tiennent beaucoup mieux dans la main ; les dernières, tout en étant peu coupantes, sont d'un emploi très pratique.



Pince Chambon pour récolter le vaccin.



La récolte du vaccin.
M. Chambon recueille le vaccin sur une génisse, à l'aide de sa pince spéciale.

M. Mareschal a réuni dans un nécessaire tous les instruments basés sur ce principe, verre de montre, étui à plumes, à tubes de vaccin et porte-vaccinostyles; à la campagne, où la stérilisation est difficile, le vaccinostyle peut rendre de grands services, sa taille est

assez petite pour qu'on puisse en avoir un jeu assez grand préalablement stérilisé, et son prix est assez minime pour qu'il puisse être détruit après chaque vaccination.

L'instrument idéal est la lancette de M. Chambon à double face, triangulaire, bien coupante, montée sur manche long et fixe, sans rainure. Il réunit toutes les qualités en étant tenu solidement en main et en produisant les piqûres les plus nettes.

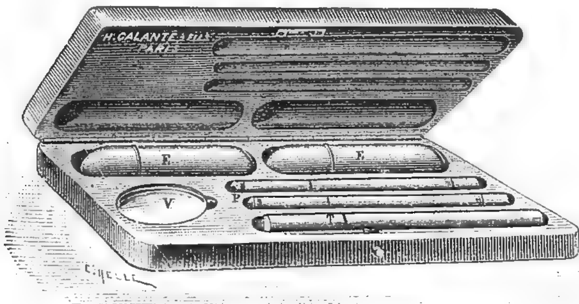
Précautions opératoires. — Nous ne saurions assez recommander les précautions les plus minutieuses qui éviteront tous les accidents.

L'asepsie nous paraît devoir être préférée à l'antisepsie qui pourrait détruire les propriétés du vaccin. En conséquence, la stérilisation des instruments par l'ébullition ou le flambage à la lampe à alcool nous paraît un excellent procédé.

Nous conseillons de pratiquer immédiatement avant la vaccination un lavage aseptique des téguments de la région qu'on veut inoculer.

Savonnage à la brosse et lavage à l'eau bouillie pendant quelques secondes sont suffisants. On attend quelques minutes pour que la rubéfaction produite par le savonnage ait disparu, et l'on pratique l'inoculation.

Technique. — On doit s'attacher à opérer rapidement, en introduisant le virus dans l'épaisseur de la peau, sans dépasser le derme et sans faire saigner les téguments. On a préconisé plusieurs méthodes ; deux seulement nous paraissent offrir de sérieux avantages.



Nécessaire de vaccinateur (Mareschal).

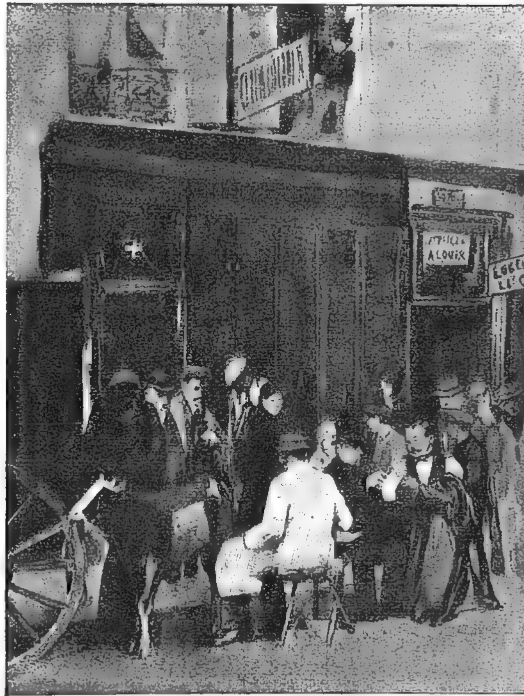
Méthode par piqûre. — On doit l'employer dans la majorité des cas ; c'est le procédé de choix chez les enfants. On saisit de la main gauche le membre sur lequel on veut pratiquer les inoculations, on tend la peau.

De la main droite, avec le vaccinostyle ou la lancette préalablement chargés de vaccin, on pratique les inoculations à 2 ou 3 millimètres de profondeur, de façon à ce que le virus soit en contact avec l'épiderme.

Chez les petits garçons, pour les premières vaccinations, on pratiquera trois piqûres à 3 centimètres l'une de l'autre, sur une ligne verticale tracée sur la face externe du bras, sur le trajet du deltoïde. Chez les petites filles, pour éviter les cicatrices trop apparentes, on opérera sur une ligne horizontale située à la hauteur du creux axillaire, et s'étendant de la face antéro-externe à la face postéro-externe du bras.

Ce procédé par piqûre a l'avantage d'être très rapide, de ne produire que de très petites solutions de continuité qui ne doivent jamais s'infecter secondairement, si l'on a pris toutes les précautions indiquées précédemment.

Méthode par scarifications. — On ne devra employer cette méthode que dans le cas où le sujet serait réfractaire, pour forcer en quelque sorte sa réceptivité ; elle sera donc nécessaire quelquefois pour des revaccinations.



Service municipal de vaccination gratuite à domicile.
On prélève le vaccin directement sur une génisse transportée en voiture.

On tend la peau de la région qu'on veut inoculer, et, à l'aide d'une lancette ou d'un vaccino-style chargé de vaccin, on fait une incision dans l'épiderme de 2 à 3 millimètres de longueur sur 2 millimètres de profondeur ; trois scarifications sont suffisantes à chaque bras. Avec ce procédé, la surface de contact entre le virus et les téguments est plus grande, et par conséquent les chances de succès plus sérieuses. Par contre, la porte d'entrée pour les germes pathogènes est plus vaste ici que dans la piqûre. La petite plaie reste avivée un certain temps, et par là même les chances d'infection sont plus faciles. On ne saurait donc employer avec cette méthode assez de précautions d'asepsie.

Évolution de la vaccine.

L'incubation de la vaccine dure en général trois jours. On remarque parfois cependant avant cette époque une légère rougeur des téguments à l'endroit de l'inoculation.



Vaccination dans les hôpitaux.
M. Saint-Yves Menard pratique la vaccination au bras gauche d'une jeune malade.

A la fin du troisième jour ou au commencement du quatrième commence la période d'éruption ; elle est caractérisée par une voussure, une papule rougeâtre encore aplatie.

Au cinquième jour, quelquefois seulement au sixième, l'élément vaccinal se développe davantage ; il se présente sous l'aspect d'une vésicule aplatie dont le centre est opaque, déprimé en ombilic, et dont la périphérie est bleuâtre et nacrée.

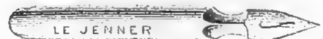
Le septième jour la vésicule devient un véritable bourrelet, l'aréole inflammatoire s'étend. La maturité complète a lieu en général le huitième jour. La pustule est alors large, ses bords sont nettement arrondis, son centre est parfaitement ombiliqué. Chaque pustule est entourée d'une zone inflammatoire aréolée plus ou moins considérable.

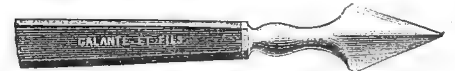
A la fin du huitième jour l'aspect des pustules commence à changer ; l'ombilication paraît diminuer, la zone inflammatoire s'accentue ; c'est la période de suppuration ; elle se termine vers le dixième jour pour faire place à la période de dessiccation.

Les phénomènes réactionnels s'apaisent à ce moment, le bourrelet inflammatoire diminue. La dessiccation marche du centre à la périphérie. La croûte ombilicale s'épaissit, devient brune, noire, et finit par recouvrir toute la pustule. Elle tombe vers le vingtième ou vingt-cinquième jour, laissant à sa place une cicatrice gaufrée rougeâtre, qui blanchit avec le temps et reste indélébile.

Soins à donner après la vaccination. — On doit, après l'opération, laisser sécher la peau à l'air libre pendant quelques minutes,







Vaccinostyles et lancette à vacciner de Chambon.

de façon à éviter le frottement des vêtements qui pourrait essuyer le vaccin.

En ville comme à la campagne, quand on a des doutes sur l'hygiène et la propreté, on pourra recouvrir les inoculations de fragments de baudruche gommée ou d'un petit pansement sec constitué par une compresse aseptique ; on évitera ainsi le frottement par les vêtements et le grattage qu'occasionnent souvent les démangeaisons. Pendant l'évolution vaccinale, l'hygiène de l'enfant ne doit absolument pas être modifiée ; la promenade, les bains quotidiens doivent être continués.

Dans le cas où une légère réaction se manifesterait, il y aurait peut-être lieu de surveiller l'alimentation et l'hygiène de l'enfant. Si la peau était le siège de vives démangeaisons, il serait bon d'appliquer sur la pustule de la vaseline boriquée ou de la poudre d'amidon.

Durée de l'immunité. — L'immunité consécutive à la vaccine n'a pas une durée indéfinie ; on admet en général qu'elle commence à décliner après sept ou huit ans.

Cette règle n'a rien d'absolu ; certains individus jouissent d'une immunité bien moins longue. Aussi, en temps d'épidémie, serait-il prudent de revacciner tout le monde.

Accidents de la vaccination. — Ils sont

rares, quand on opère minutieusement; nous allons les signaler sans nous y arrêter.

Accidents immédiats. — Une inoculation trop profonde peut provoquer une légère hémorragie qui diminue la valeur de l'opération, en entraînant le virus au dehors.

Malaises, vomissements, syncope émotive peuvent survenir chez les sujets extrêmement impressionnables.

Accidents médiats. — *Généraux.* — Ils sont rares; ce sont la fièvre vaccinale qui se manifeste parfois chez les adultes à l'occasion d'une première vaccination, la septicémie, la vaccine généralisée.

Locaux. — Les érythèmes, les lymphangites, l'adénite axillaire, l'ulcération, la suppuration des vésicules, l'érysipèle n'étaient pas rares à une époque où l'antisepsie était inconnue, et où le vaccin était de mauvaise qualité.

L'eczéma, l'impetigo, l'echtyma ne surviennent que chez les enfants malingres atteints préalablement d'une maladie cutanée. Tous ces accidents n'existent plus aujourd'hui lorsqu'on se sert de vaccin frais et qu'on opère proprement.

Formes anormales. — *Vaccine fruste.* — Il est une forme de vaccine qui peut pour ainsi dire évoluer sans éruption et sans aucune réaction; elle confère cependant l'immunité.

Vaccine généralisée. — Cette forme consiste dans l'apparition en d'autres régions qu'aux points d'inoculation de pustules surnuméraires en plus ou moins grande quantité, d'aspect et de nature absolument identiques à la pustule vaccinale.

Fausse vaccine. — C'est la vaccine qui survient à l'occasion d'une revaccination chez des individus ayant déjà subi des vaccinations antérieures.

Cette forme se traduit tantôt par une papule rosée, tantôt par une papule acuminée avec une petite vésicule au sommet, tantôt enfin par une vésicule plus large se rapprochant davantage de l'exanthème vaccinal type.

Indications. Contre-indications de la vaccination. — Il n'existe pas de contre-indication permanente de la vaccination. Son influence négative sur toutes les maladies générales dit assez combien elle est inoffensive. Il existe cependant des contre-indications momentanées. Dans les maternités on ne vaccine pas les enfants dont le poids est inférieur à 2.500 grammes. M. Saint-Yves Ménard conseille de ne pas vacciner les enfants atteints d'eczéma gourmeux, de crainte de voir survenir à la suite de la vaccination de l'eczéma généralisé.

En temps d'épidémie de variole chez les sujets que nous venons de signaler et même chez ceux qui sont atteints d'une affection aiguë, on ne saurait assez recommander la vaccination.

En somme, on doit vacciner tous les individus bien portants, en faisant quelques restrictions pour ceux qui sont atteints d'une affection aiguë.

Centres vaccinogènes.

Il existe en France aujourd'hui des centres officiels de vaccination avec des instituts vaccinogènes.

En dehors de l'Académie, qui a pour ainsi dire le monopole et la haute direction de la vaccination, il existe des centres vaccinogènes subventionnés par le gouvernement : Bordeaux, Saint-Étienne, Lille, Lyon, Marseille reçoivent annuellement des subventions départementales.

Il en est d'autres qui sont indépendants, mais qui sont chargés, après arrangements, des services municipaux et publics. Tel est l'institut vaccinal de la rue Ballu qui assure les services de la ville de Paris, des hôpitaux, des écoles, des différentes administrations et de nombreuses communes suburbaines. L'institut de Montpellier est organisé de la même façon.

L'institut de Tours est absolument privé et ne s'occupe que de la préparation du vaccin.

Dans nos colonies il existe à Alger un institut Pasteur qui a le monopole du vaccin pour les trois départements. Tunis en possède un également. Saïgon en Cochinchine et Tananarive à Madagascar sont aussi deux centres vaccinogènes possédant chacun un institut vaccinal.

Tels sont actuellement en France les lieux de production de vaccin, fournissant le virus à toutes les demandes et à toute époque.

Il existe en outre dans l'armée des centres privés qui sont constitués d'une façon permanente et chargés d'alimenter les différents corps de troupe.

Ce sont les centres de Paris, Bordeaux, Châlons, Alger et Philippeville.

* * *

Nous avons assez insisté pour montrer que la vaccination est une opération des plus simples et des plus faciles. Son efficacité n'est plus à discuter. Avec la loi nouvelle qui la rend obligatoire, nous espérons qu'elle va subir un nouvel essor et prendre un plus grand développement : « La petite vérole, a dit Lorain, est la seule maladie honteuse pour l'humanité, parce que c'est celle qu'on peut le mieux éviter. »

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DU TÉTANOS PAR LES INJECTIONS INTRA-RACHIDIENNES DE SÉRUM ANTITÉTANIQUE

Le 15 Mars 1902, la nommée Maria St..., Italienne, âgée de soixante-deux ans, veuve, bonne à tout faire, entre à l'hôpital d'isolement de Saint-Paul (Brésil).

Elle raconte que, vingt jours avant d'entrer à l'hôpital, elle s'était blessée au pied droit; en marchant elle s'était enfoncé au pied un clou du plancher. Dix jours après l'accident, elle commença à éprouver des tiraillements dans la jambe droite, ensuite à la jambe gauche, ainsi qu'aux muscles des régions lombaire et dorsale. Peu de temps après, l'impossibilité d'écarter les mâchoires était complète.

Voici quel était son état au moment d'entrer à l'hôpital : elle avait une plaie pénétrante de la région plantaire du pied droit, entre le 3e et le 4e métatarsiens, plaie qui s'étendait à la région dorsale du pied. La plaie suppurait, mais pas abondamment.

La malade éprouvait des secousses musculaires et des contractures des muscles des régions déjà citées. Le trismus était très accentué.

Les contractures, les sursauts tendineux et les secousses musculaires augmentaient au moindre bruit.

La malade n'avait pas de fièvre, mais la radiale marquait 120 pulsations par minute. La peau était toujours enduite d'une sueur gluante et abondante.

C'était évidemment le tableau symptomatologique du tétanos traumatique.

M. Bandi commença le traitement par les injections phéniquées conseillées par Bacelli, et pendant six jours ce traitement a été suivi sans aucune amélioration.

C'est alors que nous avons tenté l'emploi du sérum antitétanique en l'employant en injections intra-rachidiennes.

Après Quincke et Corning qui, les premiers, ont utilisé la voie rachidienne, après Bier et Tuffier qui en ont perfectionné la technique pour les rachicocaïnisations, le professeur Barata Ribeiro, à Rio, avait déjà pensé à employer la cocaïne par voie rachidienne dans le traitement du tétanos. Il a publié ses curieuses observations dans la *Revista Medica de San Paulo*. Les phénomènes douloureux s'amendaient, mais la terminaison fut toujours fatale.

S'inspirant de ces essais antérieurs, le 25 Mars, Oliveira Fausto fait la première injection du sérum antitétanique préparé à l'Institut de Berne, après avoir préalablement retiré 6 grammes de liquide céphalo-rachidien. Il introduit seulement 5 centimètres cubes de sérum pour éprouver la susceptibilité de la malade. La ponction lombaire et l'injection ont été faites au lieu d'élection entre la 4e et 5e vertèbre lombaire.

La quantité de sérum injectée ce jour-là étant très petite, Godinho fait aussi une injection intra-veineuse de 20 centimètres cubes de sérum d'après les instructions de l'Institut de Berne.

Ces injections intra-veineuses n'ont pas été continuées pour que nous puissions mieux contrôler les effets du sérum en injection rachidienne.

Le 26, pas d'injection.

Le 27, Oliveira Fausto fait une injection intrarachienne de 10 centimètres cubes, après avoir retiré la même quantité de liquide céphalo-rachidien (10 centimètres cubes). La malade dort mieux ce jour-là et accuse moins de douleurs.

Le 28, Godinho fait une injection de 10 centimètres cubes de sérum, ayant retiré 10 centimètres cubes de liquide rachidien. Mêmes phénomènes.

Ce jour-là le trismus commence à céder, la malade peut écarter d'un demi-centimètre les arcades dentaires.

Les jours suivants 29, 30, 31 et le 1er du mois, suivant, nous continuons les injections de 10 centimètres cubes par jour, retirant toujours la quantité correspondante de liquide céphalo-rachidien.

Les améliorations se sont produites graduellement et progressivement, et la malade fut bientôt complètement guérie.

Après la troisième injection, l'examen cytologique du liquide rachidien a été fait par M. Arthur de Mendonça, qui y rencontra des cellules mononucléaires.

Un fait digne de remarque, c'est ce qui a rapport à la coloration du liquide injecté. On sait que le sérum préparé à l'Institut de Berne, et que nous avons injecté à notre malade est de couleur jaune foncé, le liquide céphalo-rachidien retiré le lendemain de l'injection se présentait toujours clair, limpide, avec sa caractéristique d'eau de roche.

Nous n'avons remarqué aucune altération appréciable du pouls ou de la température.

* * *

Deuxième observation. — Le 15 Mai, un de nous fut mandé près d'un petit malade atteint de tétanos, qui venait d'entrer la veille à l'hôpital de la Miséricorde. Ce petit malade, Jean Camargo, âgé de dix ans, Brésilien, s'était blessé au pied droit. Outre le trismus complet, la raideur complète des membres inférieurs et supérieurs

cet enfant avait le rictus caractéristique et se présentait en opisthotonos. Les secousses musculaires se produisaient au moindre attouchement, et les contractions etaient douloureuses. Oliveira Fausto soumet le malade au chloroforme pour annuler l'opisthotonos, et pouvoir de la sorte faire la ponction lombaire. Il ne peut retirer qu'un demi-gramme de liquide céphalo-rachidien, il injecte cependant 5 centimètres cubes du sérum antitétanique préparé à l'Institut de Berne. On ne constata aucune amélioration ce jour-là. Le lendemain matin nouvelle injection de 5 centimètres cubes de sérum sous le chloroforme, après avoir retiré 3 grammes de liquide céphalo-rachidien.

Le soir de cette journée, le trismus commence à céder, le petit malade avale facilement, prend du lait et du thé, les contractures des membres supérieurs diminuent un peu, les contractures et raideurs des membres inférieurs persistent cependant, le rictus disparaît, la température axillaire de 38,3 baisse à 37,2, le pouls de 138 pulsations par minute descend à 120 pulsations.

Le lendemain matin, nous faisons la troisième injection de 5 centimètres cubes de sérum, enlevant préalablement la quantité à peu près équivalente de liquide céphalo-rachidien. Au lieu de chloroforme, on administre au petit malade du chloréthyl en inhalation qui ne réussit pas à anesthésier et ne l'endort pas, on poursuit la narcose avec le chloroforme. Le pouls se ralentit, le diaphragme se tétanise, la respiration s'arrête, et le petit malade tombe en syncope. On fait la respiration artificielle, des tractions de la langue, et après quelques minutes, le malade revient peu à peu.

Le soir, malgré cet accident, les phénomènes tétaniques s'amendèrent.

Le malade écarte facilement les maxillaires et peut aisément nous montrer sa langue.

Les contractures des membres supérieurs disparaissent, le malade peut étendre volontairement son petit bras pour nous serrer la main. Le tétanisme du membre inférieur gauche disparaît, le petit malade peut fléchir sa jambe. Seule la jambe du pied blessé persiste fortement contracturée.

Le pouls cependant est un peu accéléré, et la respiration un peu difficile et saccadée.

Le lendemain matin, on constate les symptômes de congestion pulmonaire intense, le pouls accéléré, la température axillaire marque 39°.

Les symptômes de tétanisme ne se sont pas réveillés, mais l'état général s'aggrave rapidement, et le petit malade est emporté à minuit.

A l'autopsie, on ne constate qu'une congestion pumonaire intense depuis le sommet jusqu'à la base des poumons.

Le foie est augmenté de volume.

Au niveau des points des injections, il y avait, à la dure-mère un caillot sanguin.

Quoique cette fois-ci nous n'ayons pas été heureux, il est toutefois utile de constater les améliorations rapides et progressives des contractures sous l'influence de notre thérapeutique.

Ces cas nous ont paru assez intéressants pour être mentionnés ; le traitement du tétanos est encore à l'étude. On a publié de nombreux cas d'injections de sérum antétanique dans le cerveau, nous croyons la méthode d'injections intra-rachidiennes d'une technique plus simple ; il est utile de ne laisser sous silence aucun fait qui puisse aider à se faire une opinion raisonnée sur cette médication.

V. Godinho et O. Fausto.
San Paulo (Brésil.)

QUATRIÈME CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Rome du 15 au 21 Septembre 1902.

Lundi s'est ouvert à Rome le quatrième Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique sous le patronage de Sa Majesté le roi d'Italie. La séance solennelle d'ouverture a eu lieu au Capitole selon l'usage. Le Comité d'organisation s'est transformé en Bureau du Congrès : M. Pasquali, de Rome, président ; M. Morisani, de Naples, président de la section d'obstétrique ; M. Mangiagalli, de Pavie, président de la section de gynécologie ; M. Pestalozza, de Florence, secrétaire général ; M. Regnoli, de Rome, secrétaire général adjoint ; MM. Caruso et Ross-Doria, secrétaires ; M. Micheli, trésorier.

La plupart des gouvernements étrangers sont officiellement représentés : la France, par MM. les professeurs Pinard et Pozzi ; l'Autriche, par le professeur Chrobak, de Vienne ; la Russie, par le professeur Rein, de Saint-Pétersbourg ; l'Espagne, par le professeur de Castillo de Pineyro, de Madrid, le professeur Bonnet y Amico, de Barcelone ; le professeur Chacou, de Madrid ; la Belgique, par le professeur Henrotay, d'Anvers ; la Hollande, par les professeurs Treub, d'Amsterdam, et Veit, de Leyde ; la Suisse, par le professeur Seutzer, de Genève. La Grèce, par le professeur Balanos, d'Athènes ; la Roumanie, par les professeurs Jonnesco et Severeanu, de Bucarest ; la Bulgarie, par le professeur Slavtcheff, de Sofia.

Différentes sociétés scientifiques italiennes et étrangères ont envoyé un représentant officiel. Ainsi, la Société poméranienne d'obstétrique et de gynécologie est représentée par le professeur Martin et le professeur Heinsius, de Greifswald ; la Société allemande de gynécologie, par le professeur Hofmeier, de Wurtzbourg ; la Société américaine d'obstétrique et de gynécologie, par le professeur George Engelmann, de Boston ; la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, par le professeur Boursier et M. Chaleix Vivie.

Sont encore représentées la Société obstétricale de Paris, la Société d'obstétrique et de gynécologie de Vienne, la Société néerlandaise d'Amsterdam, la section gynécologique de la Société de médecine de Budapest, la Société d'obstétrique et de gynécologie de Cologne, la Société de gynécologie de Dresde, la Société d'obstétrique et de gynécologie de Pétersbourg, l'Académie impériale militaire de Pétersbourg, l'Ordre des médecins de la Bosnie, la Société lancisienne des hôpitaux de Rome, la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bologne, la Société toscane d'obstétrique et de gynécologie.

* * *

Les membres participants du Congrès de Rome, inscrits au 10 Septembre, étaient au nombre de 450.

Ce chiffre de congressistes est le plus fort qui ait été atteint, et, s'il faut reporter en partie ce succès à l'attrait qu'offre toujours la ville éternelle, il est juste cependant de reconnaître que l'effort constant et soutenu donné par le Comité italien d'organisation a assuré cette parfaite réussite.

Rappelons pour mémoire que le Congrès de Genève (1890) comptait au moment de son ouverture 316 inscrits et celui d'Amsterdam (1899) 255.

Toutes les nations d'Europe sont représentées. L'Italie, naturellement, compte le plus grand nombre de membres, soit 212.

Au premier rang, parmi les nations étrangères, — et l'on peut reporter en partie, et sans fausse modestie, ce succès à la large publicité qu'a donnée depuis trois mois *La Presse Médicale*, — le chiffre des Congressistes français inscrits est de 57.

Vient au second rang l'Allemagne avec 46 membres, puis l'Autriche compte 20 membres, l'Espagne 19, la Roumanie 22, la Hongrie 24, l'Angleterre 7, la Russie 10, les États-Unis 20, la Belgique 24, la Suisse 8, etc.

Les fêtes organisées sont, jusqu'à présent, les suivantes :

15 *Septembre*, 9 heures soir, réception au Capitole, par la Municipalité de Rome.

16 *Septembre*, 9 heures soir, réception à l'Association de la Presse.

17 *Septembre*, après-midi, visite du Forum (résultats des fouilles récentes).

18 *Septembre*, sérénade au Pinedo.

19 *Septembre*, excursion à Tivoli.

20 *Septembre*, illumination, embrasement du Colisée.

21 *Septembre*, banquet général et départ pour Naples.

PREMIÈRE SÉANCE.

Lundi 15 Septembre, 8 h. 1/2 du matin.

La séance est ouverte par un **Discours** du professeur ***Morisani*** (de Naples), qui, au nom du Comité d'organisation, remercie l'assemblée d'avoir confirmé ses pouvoirs. M. le professeur Tibone (de Turin), le collaborateur du regretté Porro, reste président d'honneur de ce Comité. M. Morisani examine brièvement le programme des séances et fait les meilleurs vœux pour la réussite des travaux.

La séance est ensuite présidée par M. le professeur Treub (d'Amsterdam). L'ordre du jour porte sur : **Les indications médicales à l'interruption de la grossesse.**

La parole est donnée au rapporteur allemand, ***M. Hofmeier*** (de Wurzbourg), qui a envisagé les *indications à la provocation de l'accouchement en cas de néphrite*. Le rapporteur commence par rappeler qu'il a soutenu sa thèse il y a vingt-cinq ans sur ce même sujet, et dans ce travail, fait sous l'inspiration de son maître Schrœder, il concluait, d'après 137 cas examinés à la clinique de Berlin, que, en dehors de l'éclampsie, la néphrite gravidique tuait 33 pour 100 des femmes et 60 pour 100 des enfants. A cette époque déjà, il avait insisté sur cette mortalité infantile qui lui semblait un moyen de défense que prenait la nature. Son opinion n'a pas varié sur ce sujet ; par contre, il est moins affirmatif sur la néphrite gravidique devenant chronique, et il se demande si, dans ce cas, il n'y avait pas néphrite chronique latente antérieure. Aussi conclut-il que :

La néphrite chronique peut rester à l'état latent pendant des années, et ne se manifester qu'à la suite d'une grossesse, provoquant des troubles qui peuvent faire supposer une dégénérescence des reins causée par la grossesse elle-même.

Le danger d'éclampsie dans ces cas est presque nul ; par contre, les phénomènes généraux sont souvent très graves et l'aggravation de la néphrite très prononcée ; en outre une grande partie de fœtus succombent dans l'utérus.

Première conclusion : Dans la néphrite chronique, il faut, dans l'intérêt de la mère, interrompre la grossesse, à n'importe quelle époque, toutes les fois que les troubles secondaires, malgré l'application du traitement spécial, au lieu de s'améliorer, deviennent plus inquiétants.

Dans la *néphrite gravidique* où la grossesse, par un mécanisme que nous ne connaissons pas encore d'une manière bien déterminée, donne lieu à des altérations dans les reins, le danger d'éclampsie vient en première ligne, parce que la possibilité du passage en un état de néphrite chronique n'est pas encore démontrée d'une manière absolue.

Deuxième conclusion : dans la *néphrite gravidique*, le danger d'éclampsie réclame l'interruption artificielle de la grossesse quand, malgré un traitement diététique convenable, les symptômes continuent à s'aggraver.

Dans la néphrite aiguë, qui diffère des deux lésions rénales précédentes surtout par l'instantanéité de son début, par la quantité de sang contenu dans l'urine et par la persistance des troubles après l'accouchement, le danger d'éclampsie est encore plus grand, mais elle peut guérir avec ou sans la mort du fœtus, et sans l'interruption de la grossesse. Dans ces cas,

l'interruption artificielle de la grossesse n'a presque pas d'influence sur l'éloignement du danger d'éclampsie.

Troisième conclusion : Dans la néphrite aiguë pendant la grossesse, la provocation de l'accouchement n'est pas indiquée, soit à cause de la possibilité de guérison, soit à cause du peu d'influence qu'elle est à même d'exercer sur le danger d'éclampsie.

M. le professeur ***A. Pinard*** lit ensuite son rapport, et, après avoir très nettement posé le problème, il fait l'historique de la question en France.

Il donne ensuite son opinion personnelle et nous ne saurions mieux faire que de lui laisser la parole.

De l'interruption thérapeutique de la grossesse envisagée au point de vue de son évolution et de sa signification. — Je dois d'abord rechercher pourquoi la doctrine ayant pour but d'interrompre la grossesse pour sauver la mère, formulée par Louise Bourgeois d'une façon si claire et si précise, pratiquée par elle et par ses successeurs en toute liberté, pourquoi, dis-je, cette doctrine fut ensuite, et pendant si longtemps, attaquée, condamnée et discutée dans sa légitimité. Assurément Jacquemier en expose déjà admirablement les raisons, mais, à mon avis, en partie seulement.

Je reconnais combien il est dans le vrai quand il dit : « La société moderne, tout imprégnée de christianisme dans ses mœurs et dans ses lois, était mal préparée à accueillir une semblable innovation. D'autres causes purement professionnelles, telles que la crainte d'un rapprochement avec des industriels qui sont la honte de la profession, l'accusation prévue de favoriser une coupable industrie, enfin la responsabilité personnelle dans un acte qui présente tous les éléments matériels de délit, devaient paralyser l'initiative des médecins ou les rendre opposants. » Cependant Louise Bourgeois n'hésita pas plus à publier son livre que les Guillemeau, Mauriceau, Puzos, etc., à faire connaître leurs observations. Et ils ne furent ni attaqués ni discutés.

C'est que l'indication avait ce caractère d'être aussi positive qu'impérieuse.

Mais, lorsqu'on voulut trouver dans le rétrécissement du bassin une indication d'interrompre la grossesse, l'urgence faisant défaut, les raisons pour ou contre eurent le temps de se produire. La question sortit de la sphère médicale où elle eût dû toujours rester; des éléments étrangers à la question furent introduits par des personnes ignorantes de la médecine, et, comme toujours quand ces accidents se produisent, le résultat fut : la stérilité, la confusion, l'obscurité.

Il fallut attendre plus de deux siècles que le jugement éclairé, l'autorité de notre grand Paul Dubois vînt replacer la question sur son véritable terrain.

Est-elle aujourd'hui considérée, acceptée par tous les accoucheurs, comme elle doit l'être ?

Tel n'est point mon avis.

En effet, on peut constater, en parcourant l'historique qui précède, que si la légitimité de l'interruption de la grossesse est admise par tous, quelques accoucheurs réclament pour la mettre en pratique des garanties de divers ordres. C'est ainsi que mon maître Tarnier conseille de donner à cet acte « de la publicité », de prévenir « l'autorité judiciaire ». C'est ainsi que quelques accoucheurs demandent le consentement des autorités religieuses.

Non seulement pour ma part je ne saurais partager cette manière de voir et de faire, mais encore je la réprouve absolument.

Pour moi, les autorités judiciaires n'ont pas plus à faire dans les indications de l'interruption thérapeutique de la grossesse, que les autorités religieuses.

Les médecins seuls peuvent et doivent être juges de l'opportunité de l'intervention.

Toute opinion émise sur l'opportunité ou la valeur d'une intervention par des personnes étrangères à la médecine ne peut avoir aucune valeur, et doit être considérée non seulement comme une atteinte portée à la dignité des médecins, mais encore comme pouvant constituer un danger pour les malades.

Ce que je veux, ce que je réclame ici, comme je l'ai déjà fait ailleurs, c'est le libre exercice du droit que donne le diplôme et dans toute sa plénitude.

Science et conscience, tels sont les deux seuls mobiles qui doivent faire agir le médecin.

Aussi, quand il se trouve en face d'une maladie produite ou aggravée par le fait de la grossesse et menaçant certainement et prochainement la vie, sans aucun souci de l'opinion, sans prendre avis de la « conscience troublée d'un père ou d'un époux », il a le droit imprescriptible et le devoir sacré d'intervenir et d'interrompre la grossesse.

Oh! je comprends très bien que le médecin, en présence d'un cas semblable, « au moment de mettre en œuvre un acte opératoire d'une aussi grosse portée », réclame l'avis de confrères compétents dans tous les cas où cela peut se faire. Mais cet appel que je demande instamment, moi aussi, doit être fait bien plus dans le but de déterminer et de préciser l'existence de l'indication, que dans celui de faire partager la responsabilité présente ou future.

Il est encore un autre point sur lequel je suis en opposition avec un certain nombre de mes confrères.

Il faut, disent-ils, quand l'indication existe : *prévenir la malade de son état et obtenir son consentement.*

Je repousse absolument, et de toutes mes forces, une telle conduite!

Non, je ne veux ni instruire la femme du danger qui la menace, ni la prévenir que je vais interrompre sa grossesse.

Comment! sous prétexte de respecter la liberté, vous allez laisser mourir une femme qui se résigne à la mort plutôt que d'accepter l'interruption de la grossesse!

Mais quel est donc l'état de conscience de cette malheureuse, quand l'indication de l'interruption de la grossesse existe?

Est-ce quand elle est en proie aux hallucinations, quand son système nerveux tout entier est intoxiqué, comme cela est dans les cas de vomissements dits incoercibles, que vous allez vous incliner devant les manifestations de ce cerveau malade?

Mais alors pourquoi gave-t-on les aliénés qui veulent se laisser mourir de faim? Pourquoi empêche-t-on les fous de se suicider? Si ce sont des autoritaires, ceux qui, voyant un désespéré se jeter à l'eau pour en finir avec l'existence, n'hésitent pas, au risque de la leur, à s'y précipiter aussi pour les en retirer, eh bien, je suis de ces autoritaires. Je dirai plus : je répète que le rôle essentiel du médecin est de tout faire pour *conserver la vie.*

Je regrette d'être sur ce point en contradiction avec mon éminent ami le professeur Fochier, et je proclame que le médecin ne doit pas *tuer* et qu'il ne doit pas davantage *laisser mourir*. Contrairement à lui, je considère qu'il est inhumain de tuer ou de laisser mourir : c'est ainsi que je comprends l'exercice de ma profession et la religion de l'humanité.

Or, au risque d'être fastidieux, je répète que l'intervention qui a pour but d'interrompre une grossesse menaçant la vie de la mère n'est point une opération qui *sacrifie l'enfant*. Le fœticide n'existe pas dans cette circonstance, puisque, si l'on n'intervient pas, le fœtus est fatalement condamné.

L'interruption thérapeutique de la grossesse n'est et ne doit être en réalité qu'une *opération conservatrice.*

Des indications de l'interruption thérapeutique de la grossesse: — *On doit interrompre la grossesse quand une maladie produite ou aggravée par elle menace la vie de la femme.*

Telle est l'indication générale, et seule réelle, de l'interruption thérapeutique de la grossesse.

Quelles sont les maladies produites ou aggravées par la grossesse qui peuvent faire naître cette indication?

Je ne serai pas contredit, je pense, en affirmant que la classification de P. Dubois ne peut et ne doit pas être adoptée.

En effet sa 1re classe, comprenant les cas où des phénomènes d'ordre mécanique ou plutôt compressif s'opposent à l'expansion de l'utérus, doit être supprimée. La chirurgie abdominale est venue depuis cette époque démontrer ce qu'elle peut faire dans les cas de tumeur (kystes de l'ovaire, fibromes, etc.) compliquant la grossesse.

Il en est de même de la 2e classe, comprenant les déplacements de l'utérus : rétroversion irréductible de l'utérus gravide, etc. Dans ces cas encore c'est la laparotomie et non l'interruption thérapeutique de la grossesse qui doit être pratiquée. Telle est du moins mon opinion, que j'ai émise à plusieurs reprises.

Si la 3e et la 4e classes renferment des maladies pouvant présenter de véritables indications, elles doivent être, à mon avis, profondément modifiées.

Aussi, les progrès de la médecine, de la chirurgie et, disons-le, de l'obstétrique me conduisent à proposer la classification suivante.

1° *Maladies développées par le fait de la grossesse.* — Hémorragies utérines. — Hydropisie de l'amnios. — Grossesse molaire.

Toxémies gravidiques : Vomissements dits incoercibles, albuminurie, convulsions dites éclamptiques; névrites toxiques, etc.

2° *Maladies chroniques aggravées par le fait de la grossesse.* — Maladies de l'appareil circulatoire. — Maladies de l'appareil urinaire. — Maladies de l'appareil respiratoire.

Comme on le voit, je ne fais pas mention des maladies aiguës intercurrentes, car il n'en est aucune, pas même le choléra, qui, comme le croyaient les anciens, puisse, selon moi, présenter une véritable indication d'interrompre la grossesse.

Je n'ai pas non plus fait de rubrique pour les maladies du système nerveux, car je n'en connais pas qui puissent fournir l'indication que j'étudie. C'est assez dire que je considère la chorée compliquant la grossesse comme justiciable d'autres moyens thérapeutiques.

A. Maladies développées par le fait de la grossesse. — *a*) *Hémorragies utérines.* — Quand et de quelle façon les hémorragies utérines peuvent-elles mettre en danger la vie d'une femme enceinte? Quels sont les symptômes qui constituent l'indication précise, urgente de l'interruption de la grossesse?

Les hémorragies utérines, je n'ai pas besoin d'insister ici sur ce point, peuvent se déclarer à toutes les périodes de la grossesse, aussi bien dans la première moitié que dans la seconde.

Elles peuvent devenir graves, soit par leur abondance immédiate, soit par leur persistance.

Quels sont les symptômes causés par cette hémorragie abondante d'emblée, ou grave par sa continuité?

Je considère que la constatation simple d'une grande quantité de sang perdu, tout en ayant de l'importance, n'est pas suffisante pour constituer une indication d'interrompre la grossesse. La décoloration des téguments, les tintements d'oreilles, les tendances syncopales, bien que présentant un caractère alarmant, ne constituent l'indication opératoire que quand, dans ce cortège symptomatique, apparaît d'une façon permanente une ***accélération du pouls*** assez accusée pour que le nombre des pulsations soit constamment au-dessus de 100.

Pour moi, quelle que soit l'abondance apparente de l'hémorragie, quelle que soit sa durée, je considère que l'indication de l'interruption de la grossesse n'existe pas tant que le nombre des pulsations reste au-dessous de 100.

Elle existe, d'une façon nette, précise et urgente quand, d'une façon permanente, le pouls bat plus de cent fois par minute.

C'est là le précepte que j'enseigne et que je mets en pratique depuis fort longtemps déjà.

b) *Hydropisie de l'amnios.* — Il est bien entendu que par ce terme, si imprécis d'ailleurs, je n'entends parler que des cas où l'abondance du liquide amniotique est extrême. Et encore dois-je ajouter que la quantité de liquide contenu dans l'utérus ne peut fournir à elle seule, dans tous les cas, une indication suffisante.

La période de la grossesse pendant laquelle se produit l'accumulation du liquide, la rapidité plus ou moins grande avec laquelle se produit l'augmentation du liquide, constituent des éléments dont il faut tenir grand compte.

Il n'est pas très rare de voir des femmes dont l'utérus contenait 6, 8, 10 litres et même plus de liquide amniotique accoucher à terme, tandis que quelquefois, à une période moins avancée de la grossesse, avec une quantité moindre de liquide, des symptômes inquiétants se montrent et forcent à intervenir. Tout dernièrement encore, je vis une jeune femme enceinte de six mois à peine, et chez laquelle des symptômes menaçants me forcèrent à intervenir. Or, la quantité de liquide écoulé, mesurée avec soin, ne dépassait pas 6 litres.

Plus la grossesse est jeune quand se produit l'hydropisie de l'œuf, plus l'augmentation de liquide est rapide, plus le danger sera grand.

Mais l'indication se précise surtout lorsque l'organisme maternel présente l'une des deux conditions suivantes :

Tantôt, avec un œdème plus ou moins accusé, plus ou moins généralisé, se montrent de la dyspnée, de l'orthopnée, des phénomènes asphyxiques.

Tantôt, en même temps que se produit une distension rapide de l'utérus, apparaissent des douleurs abdomino-costales ou diaphragmatiques très vives; puis la peau devient sèche et terreuse, l'amaigrissement très accusé, et la sécrétion urinaire diminue dans des proportions telles que la quantité totale émise dans les vingt-quatre heures ne dépasse guère 500 à 600 grammes. C'est l'hydropisie de l'amnios dite aiguë ou fébrile. Je dois dire d'ailleurs que je n'ai jamais dans ces cas constaté d'hyperthermie.

Cette forme, qui se rencontre le plus souvent dans les cas de grossesse double avec hydropisie de l'un des œufs ou des deux œufs, peut cependant se rencontrer avec un fœtus unique.

Quoi qu'il en soit, dans les deux cas, l'interruption de la grossesse est nettement indiquée.

c) *Grossesse molaire, môle hydatiforme.* — Dans les cas de grossesse dégénérée, appelée : grossesse molaire, môle hydatiforme, môle vésiculaire, etc., la femme ne court pas seulement des dangers du fait de l'hémorragie.

Elle est également exposée à une intoxication spéciale, dont les manifestations principales sont les suivantes : la disparition plus ou moins complète de la contractilité utérine, la teinte cachectique des téguments qui diffère de la pâleur ordinaire causée par l'hémorragie seule.

La diminution ou l'abolition de la contractilité des parois de l'utérus doivent particulièrement attirer l'attention, car, au moment de l'intervention, une hémorragie considérable peut se produire et entraîner rapidement la mort, comme j'ai eu l'occasion de l'observer.

Enfin les rapports plus ou moins fréquents de la môle vésiculaire avec le déciduome malin ne peuvent que rendre désirable et aussi rapide que possible l'évacuation de l'œuf dégénéré.

Dans ces cas donc, l'indication s'impose dès que le diagnostic est fait.

Lorsque le diagnostic n'a pu être posé, l'indication peut naître de l'hémorragie.

d) *Toxémies gravidiques. Vomissements dits incoercibles. Albuminurie. Eclampsie. Névrites toxiques.*

Vomissements incoercibles. Vomissements toxiques. — Depuis que P. Dubois a si magistralement exposé les indications de l'interruption de la grossesse dans les cas de vomissements incoercibles, les observations lui ont donné raison contre Cazeaux; et il n'est plus un médecin qui à l'heure actuelle conteste cette indication. Mais on a cherché depuis à la rendre encore plus précise.

Je me suis efforcé pour ma part, depuis plus de vingt ans, à la rendre à la fois et plus rare et plus précise. Je m'explique.

Je ne crois pas qu'on puisse considérer aujourd'hui les vomissements incoercibles comme une maladie, une entité morbide. Ce n'est qu'une manifestation d'une toxémie.

Or, je suis convaincu que par une médication appropriée, appliquée dès le début de l'apparition du syndrome vomissement, on peut le plus souvent, sinon toujours, atténuer d'abord et faire disparaître ensuite les manifestations dues à cette toxémie.

J'ai consacré, cette année, à ce sujet, un certain nombre de leçons qui seront publiées prochainement.

Mais il arrive que, soit par incurie, soit pour une autre cause, on se trouve appelé près d'une femme en proie à une toxémie assez intense pour déterminer des vomissements incoercibles. Quand doit-on intervenir?

Depuis P. Dubois, on répond : quand la femme est dans la période fébrile. Or, depuis qu'en médecine on fait usage du thermomètre, il a été reconnu que, dans ces cas, il n'y a pas d'élévation de température. Est-ce que Dubois s'est trompé? Non. Mais on considérait à son époque toute accélération du pouls comme constituant un état fébrile. Et il y a bien une accélération du pouls.

Aussi, je ne me préoccupe ni de la perte de poids, ni de l'intensité des vomissements. Ce que j'observe avec le plus grand soin : c'est le *pouls*.

D'après de nombreuses observations, j'ai été amené à conclure que, *dès que, chez une femme atteinte de vomissements incoercibles ou mieux toxiques, l'accélération du pouls est telle que le nombre des pulsations par minute s'élève à plus de 100, il faut de suite interrompre la grossesse.*

Si l'on attend, cette intervention deviendra inutile, car la mort surviendra quand même, causée par l'empoisonnement du système nerveux.

β.) *Albuminurie.* — Dans cette toxémie, dont la manifestation la plus facile à saisir est la présence de l'albumine dans les urines et constitue ce qu'on appelle l'albuminurie dite gravidique, il peut arriver que l'indication de l'interruption de la grossesse se montre.

Dans ces cas également, le traitement a rendu cette indication bien rare.

Mais quand par exception, chez une femme enceinte dont les urines renferment de l'albumine, le traitement rigoureusement appliqué ne fait pas diminuer la quantité d'albumine, quand l'agitation, l'insomnie se montrent, quand la céphalalgie et les troubles de la vision s'accusent, quand l'acte respiratoire est modifié, on peut trouver dans ce cortège symptomatique une indication suffisante. Mais, je le répète, cette indication est extrêmement rare, si la femme est soumise strictement au traitement spécial qui est connu de tous les médecins à l'heure actuelle.

γ.) *Éclampsie.* — Lorsque la toxémie produit des convulsions chez une femme enceinte, doit-on interrompre la grossesse?

Cette question, quoique déjà bien discutée depuis longtemps, ne peut, je crois, être résolue à l'heure actuelle. Peut-être, et je le souhaite, va-t-on nous apporter dans ce Congrès des documents nous permettant de la résoudre. Mais je ne puis que répéter aujourd'hui ce que je disais au Congrès de Nantes, l'année dernière, à propos d'une intéressante communication de mon collègue et ami le docteur Hirigoyen, de Bordeaux, sur la valeur de l'intervention dans les accès éclamptiques. Je n'ai dans ce traitement qu'une confiance absolument relative. Je l'ai employé dans un cas avec succès, je le reconnais, mais les symptômes observés étaient exceptionnels. De nouvelles statistiques, de nouveaux documents, me semblent indispensables pour entraîner la conviction, car je sais combien les séries heureuses sont trop souvent suivies de séries malheureuses. Jusque-là je considère qu'à moins de circonstances exceptionnelles, la nécessité de l'interruption de la grossesse chez une femme atteinte d'accès éclamptiques ne paraît pas suffisamment démontrée. Mon collègue, le professeur Queirel, déclara dans la même séance qu'il partageait complètement mon opinion.

δ.) *Névrites toxiques.* — Ici l'indication sera en rapport avec la marche et l'intensité de la maladie.

B. Maladies chroniques aggravées par le fait de la grossesse. — a) *Maladies de l'appareil circulatoire.* — Bien que la grossesse ne puisse faire naître par elle-même des affections cardiaques, elle peut, en aggravant celles qui préexistent, mettre la vie de la femme en danger. Il peut se produire ce qu'on appelle à l'heure actuelle des *accidents gravido-cardiaques*, bien étudiés en particulier dans la thèse d'agrégation de mon collègue Porak.

Ces accidents se produisent surtout chez les cardiaques dont les reins et le foie sont atteints en même temps d'impotence fonctionnelle.

Le fonctionnement des reins est particulièrement à surveiller chez les cardiaques.

L'indication de l'interruption de la grossesse dans ces cas n'apparaît que lorsque se montrent avec l'asystolie, des phénomènes de dyspnée et d'asphyxie.

Il est impossible de préciser le moment opportun de l'intervention : chaque cas offre pour ainsi dire une physionomie spéciale; c'est donc à la sagacité du médecin qu'il appartient de le déterminer.

Tout ce que mon expérience a pu m'apprendre, c'est d'abord que l'interruption de la grossesse dans la première moitié est suivie plus souvent de succès que quand elle a lieu dans la seconde, — ensuite que l'intervention a d'autant plus de chance d'être heureuse que l'évacuation de l'utérus aura été plus rapide.

b) *Maladies de l'appareil urinaire.* — La grossesse survenant chez une femme atteinte de *néphrite* peut déterminer des accidents menaçant sa vie. Si ces accidents peuvent se montrer dans toutes les périodes de la grossesse, ils se montrent souvent dès le début.

Les symptômes observés le plus communément dans ces cas sont : la présence de l'albumine en plus ou moins grande quantité dans les urines; la diminution progressive de l'urine excrétée; des troubles psychiques, des manifestations dites urémiques, etc.

Ici encore, il n'y a pas de symptôme spécial, il n'y a pas de critérium constituant l'indication formelle d'une intervention.

C'est dans l'ensemble des symptômes qu'on doit chercher cette indication. Cependant, dans les cas relativement nombreux où j'ai eu à prendre un parti, je me suis surtout appuyé sur la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures.

Tant que la quantité recueillie dans ce laps de temps est égale à 800 ou 1.000 grammes, je crois que l'intervention n'est pas indiquée, à moins de circonstances exceptionnelles.

Mais dès que la quantité tombe au-dessous de ce chiffre et s'y maintient, je crois qu'il est opportun d'interrompre la grossesse.

La *pyélo-néphrite* peut être également aggravée par le fait de la grossesse, et à ce point que les jours de la femme soient en danger.

Contrairement à la néphrite, la pyélo-néphrite ne détermine le plus souvent ces accidents graves que vers la fin de la grossesse. Dans ces cas l'intensité de la fièvre, la difficulté plus ou moins grande avec laquelle s'opère la sécrétion urinaire, l'état général peuvent seuls déterminer l'intervention.

C'est en m'appuyant sur l'intensité de ces symptômes que j'ai pu avec mon collègue Lepage, interrompre heureusement la grossesse dans un cas de pyélo-néphrite.

c) *Maladies de l'appareil respiratoire.* — Existe-t-il des maladies chroniques des voies respiratoires qui puissent être suffisamment aggravées par le fait de la grossesse pour faire naître l'indication de son interruption. ?

Je dois dire que, parmi les maladies de l'appareil respiratoire, la tuberculose pulmonaire me paraît devoir être seule envisagée. Et à la question posée plus haut, je réponds d'une façon absolument négative.

Que la grossesse assez souvent — mais non toujours — aggrave la tuberculose pulmonaire, je le reconnais; mais existe-t-il un fait qui démontre d'une façon nette que l'expulsion prématurée du produit de conception ait retardé l'évolution de la maladie et la terminaison fatale? Je n'en connais pas. Notre indication générale, qui doit primer tout, ne peut donc exister dans les cas de tuberculose pulmonaire.

Je me suis expliqué du reste sur ce point dans la courte préface que j'ai eu l'honneur d'écrire pour le beau livre de mon éminent collègue et ami le professeur Queirel avec qui je suis en contradiction sur ce point.

J'ai écrit : Pour moi, l'indication de l'accouchement provoqué, ou de l'avortement provoqué, n'existe jamais chez une femme enceinte tuberculeuse.

« *En face d'une femme enceinte tuberculeuse, le médecin n'a qu'une chose à faire : soigner la tuberculose et surveiller simplement la grossesse.* »

Je n'ai rien à ajouter ni à retrancher aujourd'hui à ce que j'ai écrit hier. Je crois du reste ne pas trop m'avancer en affirmant que cette opinion est celle de la plupart des accoucheurs français.

Je termine ce rapport en donnant un tableau résumé de toutes les interruptions de la grossesse pratiquées à la clinique Baudelocque de 1890 à 1900 inclusivement. Les observations étant publiées chaque année dans le *Fonctionnement de la clinique Baudelocque*, je n'ai pas cru devoir les reproduire ici.

Interruptions de la grossesse provoquées à la clinique Baudelocque par le professeur Pinard, *de 1890 à 1900 inclusivement, pour des causes autres que le rétrécissement du bassin.*

En 1890, 0 cas.

En 1891, 0 cas.

En 1892, 3 cas. Albuminurie grave. Mort le 6e jour (Obs. 196). Rétrécissement mitral (accidents gravido-cardiaques). Guérison (Obs. 506). Accidents gravido-cardiaque (in extremis). Mort (Obs. 514).

En 1893, 0 cas.

En 1894, 3 cas. Hémorragie très abondante (Guérison (Obs. 873). 2 asystolies. 2 guérisons (Obs. 122 et 1.455).

En 1895, 6 cas. 3 insertions du placenta sur le segment inférieur avec hémorragies. 3 guérisons (Obs. 577, 656 et 1938). Albuminurie. Guérison (Obs. 195). Vomissements incoercibles. Néphrite-Myocardite. Sortie du service, mais mort quelques jours après chez elle (Obs. 1083). Albuminurie. Guérison (Obs. 1845).

En 1896, 2 cas. Hydropisie de l'amnios. Grossesse double. Guérison (Obs. 1013). Vomissements incoercibles. Guérison (Obs. 1885).

En 1897, 2 cas. Eclampsie grave. Dilatation manuelle. Guérison (Obs. 824). Albuminurie grave. Guérison (Ob. 2217).

En 1898, 1 cas. Hémorragie grave due à un décollement prématuré du placenta. Guérison (Obs. 84).

En 1899, 1 cas. Affection cardio-rénale. Mort neuf jours après (Obs. 410).

En 1900, 2 cas. Hémorragies répétées. Guérison (Obs. 389). Grossesse molaire. Mort (Obs. 405).

Total : 20 cas.

En résumé, dans une période de dix années, pendant laquelle 22.708 femmes vinrent accoucher dans mon service, 20 fois l'indication d'interrompre la grossesse fut jugée nécessaire, et 15 fois l'intervention fut suivie de succès.

(*A suivre.*) Jayle et Gottschalk.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement des albuminuries intermittentes de l'enfance.

Il n'est pas exceptionnel d'observer dans l'enfance et dans l'adolescence une forme d'albuminurie intermittente, chronique évoluant sans grand tapage, avec une santé générale en apparence souvent parfaite, n'aboutissant pas au mal de Bright, guérissant ordinairement à la fin de la croissance.

Cette albuminurie se montre dans les familles ayant les mêmes cachets pathologiques, évolue presque fatalement dans le sens des grandes dyscrasies constitutionnelles, plus particulièrement le rhumatisme et la goutte (Teissier). Cette albuminurie présente les caractères cycliques, elle apparaît entre midi et une heure pour diminuer vers quatre ou cinq heures et disparaître le plus souvent à la fin de la soirée. Méry vient d'en publier une excellente étude dans les *Archives de médecine des enfants*, Septembre 1902. Cette affection très tenace est liée parfois à l'ictère acholurique (*albuminurie hépatogène*); d'autres fois elle dépend de troubles digestifs et on lui reconnaît pour cause la dilatation de l'estomac. Une forme spéciale de ces albuminuries paraît être en rapport avec la station debout (*albuminurie orthostatique*); cette forme relève de l'hérédité nerveuse. Le traitement ne devra pas comprendre le régime lacté absolu qui se montre le plus souvent sans action sur l'albuminurie, qui peut provoquer de la dilatation d'estomac et qui est une nourriture insuffisante dans la période de croissance de l'enfant. Le régime sera lacto-végétarien avec adjonction de viandes blanches ; on défendra les aliments irritants, le vin, gibiers, mets épicés, tomates, etc. Chez les enfants qui ont l'estomac dilaté il faudra restreindre la quantité des boissons. Dans les cas d'albuminurie orthostatique il ne faudra pas hésiter, si l'enfant maigrit, à donner des viandes rouges, surtout de la viande crue.

Dans l'albuminurie prégoutteuse, des exercices physiques modérés, les massages, les frictions sèches, les lotions froides paraissent très utiles.

L'emploi des drogues sera exceptionnel. On a vu cependant chez des enfants atteints d'albuminurie prégoutteuse l'administration du bicarbonate de soude et du sel de lithine diminuer rapidement la quantité d'albumine.

Méry, chez les enfants anémiés, s'est bien trouvé des injections de cacodylate de soude.

Le traitement hydro-minéral, si utile dans les affections diathésiques, jouera un rôle important dans le traitement des albuminuries intermittentes.

Les *albuminuries hépatogènes* seront justiciables des eaux alcalines : Vichy, Châtel-Guyon, Saint-Nectaire.

Les *albuminuries prégoutteuses* seront envoyées à Evian.

Les enfants déprimés, les *orthostatiques* se trouveront bien de la Bourboule et surtout de Saint-Nectaire.

D'une façon générale, dans le traitement des albuminuries intermittentes, il ne faut pas trop se laisser hypnotiser par l'albuminurie, il faut s'occuper surtout de l'état général de l'enfant.

FACULTÉ DE PARIS

Les dispenses d'inscription. — Les demandes de dispense du droit d'inscriptions pour l'année scolaire 1902-1903 seront reçues du 15 Octobre au 1er Novembre 1902.

COLLÈGE DE FRANCE

Histologie normale et pathologique. — M. J. Jolly commencera le mardi 7 Octobre 1902, au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe rue des Ecoles), une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, les méthodes d'examen et les maladies du sang. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures, et dureront un mois.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé de la marine. — M. le médecin de 1re classe Viancin est désigné pour remplir les fonctions de médecin résident à l'hôpital maritime de Lorient.

Hommage à M. Liébault. — Les amis de M. Liébault, de Nancy, viennent de faire apposer en sa présence à Ferrières (Meurthe-et-Moselle), son pays natal, sur la façade de la maison où il naquit en 1823, une plaque commémorative où se lit l'inscription suivante :

DANS CETTE MAISON NAQUIT,
le 16 Septembre 1823,
LIÉBAULT, AMBROISE-AUGUSTE,
docteur en médecine,

médecin modeste et homme de bien, qui ouvrit une nouvelle ère aux sciences médicales, en la datant de sa découverte : *L'application méthodique de la suggestion et du sommeil provoqué au traitement des maladies.*

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes français. — Le Congrès qui vient de se réunir à Grenoble a décidé que la prochaine session aurait lieu à Bruxelles au mois d'Août 1903.

Le président sera M. Francotte (de Liége) et le secrétaire général M. J. Crocq (de Bruxelles).

Les questions suivantes feront l'objet de rapports :

Neurologie : Histologie de la paralysie générale, par M. Klippel (de Paris).

Psychiatrie : Traitement de l'insomnie et de l'agitation dans les maladies mentales, par M. Trenel (de Rouen).

Une troisième question relative à l'assistance des aliénés et à l'administration des asiles sera désignée ultérieurement par le Comité belge d'organisation. Le rapporteur sera M. Claus.

Les médecins dans les théâtres. — M. Lépine, préfet de police, vient d'adresser aux commissaires de police du ressort la circulaire suivante sur la permanence des médecins dans les théâtres :

« A l'occasion de la réouverture prochaine des théâtres, je vous prie de rappeler aux directeurs des salles de spectacle situées dans votre circonscription les instructions contenues dans ma circulaire du 7 Septembre 1898, ainsi que les prescriptions du chapitre III de l'ordonnance de police du 1er Septembre 1898, relatives au service médical (permanence d'un docteur).

« Vous les inviterez, en conséquence, à me transmettre d'urgence la liste des médecins choisis par eux, ainsi qu'un tableau indiquant la façon dont le service médical de leur théâtre est assuré et réglé.

« Vous leur rappellerez, en outre, qu'une boîte de secours réglementaire devra être placée dans le cabinet du médecin. »

Étranger.

Faculté de médecine de Bologne — M. Pier Luigi Gardini est nommé privat-docent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Budapest. — M. Julius Boke, privat-docent d'otologie est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Gratz. — M. Erwin Payr, privat-docent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Kiel. — M. R. O. Neumann est nommé privat-docent d'hygiène.

Faculté de médecine de Lausanne. — M. Casimir Strzyzowski est nommé professeur extraordinaire de chimie médicale.

Faculté allemande de médecine de Prague. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privat-docenten Hermann Schloffer (chirurgie); Friedrich Kleinhans et Ludwig Knapp (obstétrique et gynécologie).

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. A Stolz est nommé privat-docent de chirurgie.

Faculté de médecine de Turin. — M. Gaspare est nommé professeur ordinaire de pathologie chirurgicale.

CONCOURS

Les bourses de doctorat. — Le concours pour l'obtention de bourses de doctorat s'ouvrira au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le 28 Octobre prochain.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'Académie dans laquelle résident les candidats.

Les registres d'inscription seront clos le 18 Octobre.

Sont admis à subir les épreuves des concours consistant en compositions écrites :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie ;

b) Une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de médecine;

b) Une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de médecine;

b) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

Les bourses de pharmacien de 1re classe. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacien de 1re classe aura lieu au siège des écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 28 Octobre 1902.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le 18 Octobre.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen semestriel;

2° Les pharmaciens de 1re classe aspirant au diplôme supérieur.

Les candidats pourvus du grade de bachelier de l'enseignement secondaire classique ou moderne qui ont été admis à ce grade avec la mention « bien » pourront obtenir sans concourir une bourse de 1re année.

Écoles de médecine navale. — MM. les médecins de 1re classe Pourtal et Taddéi dit Torella et M. le pharmacien de 1re classe Henry sont autorisés à prendre part aux concours qui s'ouvriront le 22 Septembre courant à Toulon, pour des emplois de professeur dans les écoles de médecine navale.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 77. — Mercredi, 24 Septembre 1902. — 10 FRANCS par an.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD, Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

CHRONIQUE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLES

ESSAI D'ORGANISATION DE COURS DE VACANCES

Les cours des vacances sont à Paris en pleine voie de développement. *La Presse Médicale* a publié le programme d'un grand nombre d'entre eux parmi lesquels je signalerai comme modèles les cours établis sous la direction du professeur Landouzy. Nos lecteurs savaient à la fois et d'avance le nom du conférencier, l'objet, le jour, l'heure de chaque cours.

Sur l'ensemble de ces cours je me permets de faire une critique. D'abord l'époque choisie pour la plupart est peu favorable : ce n'est ni en Août, ni en Septembre que les élèves sont le plus nombreux, *c'est en Octobre* qu'ils viendront plus volontiers. Or, Octobre est un mois de vacances, la Faculté ne rouvrant qu'en Novembre.

Une deuxième remarque est le défaut d'un plan d'organisation. Je n'ignore pas que la Faculté n'a pu faire ce qu'elle désirait, pour des raisons d'ordre administratif, et l'an prochain sans doute nous aurons un plan d'ensemble de ces cours qui permettra d'éviter leur dissémination sans profit sur tout un trimestre.

L'initiative privée pouvait faire plus vite; elle n'a eu garde d'y manquer. Par les soins de mon ami Leredde, qui a bien voulu s'aider de mes conseils, a été organisé, pour le mois d'Octobre prochain, un ensemble de cours pratiques professés par des médecins libres ou officiels réunis sur cette terre commune du progrès. Ces cours sont élémentaires; ils sont échelonnés du matin au soir de manière à permettre à un étudiant de les suivre tous. Sauf un, tous sont au prix modique de 20 francs. Leur durée totale sera de trois semaines.

Cet essai d'organisation mériterait un succès, car il montre bien comment il faudrait faire pour supplanter Berlin. Avec un peu de méthode, de discipline, d'élan, ce nous sera facile. Pour aujourd'hui, voici le programme *in extenso* de cet ensemble de cours auquel je souhaite bonheur et prospérité.

Enseignement médical pratique (Cours de vacances). — Du lundi 6 au samedi 25 Octobre, seront faits des cours élémentaires et des démonstrations pratiques dont la liste suit :

Ophtalmologie : M. Rochon-Duvigneaud.
Maladies de l'estomac : M. Soupault.
Oto-rhino-laryngologie : MM. Laurens et Boulay.
Maladies des voies urinaires : M. Noguès.
Massage : M. Marchais.
Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique : M. Leredde.
Electrothérapie : M. Zimmern.
Chirurgie pratique : M. Souligoux.
Gynécologie : M. Jayle.
Art de formuler : M. Joanin.
Maladies mentales : M. A. Marie.

PROGRAMMES

Ophtalmologie : M. Rochon-Duvigneaud. — Examen de l'œil. Pratique de l'ophtalmoscope (avec malades). Diagnostic pratique de la réfraction et choix des verres. Examen de l'acuité visuelle et du champ visuel. Pansements, topiques, lavages, collyres, etc... Cas d'urgence : blessures de l'œil, corps étrangers, conjonctivites graves, kératites, irido-cyclite et glaucome. Petite chirurgie de l'œil : voies lacrymales, chirurgie des paupières.

N.-B. — Chaque élève est prié de se munir autant que possible d'un ophtalmoscope.

Oto-rhino-laryngologie : MM. Laurens et Boulay. — I. *Méthode d'examen des trois organes : oreille, nez, pharyngo-larynx* : 1° Sur des sujets sains; 2° Sur des malades (Exercices otoscopiques, rhinologiques et laryngologiques, avec présentation des cas cliniques les plus fréquents).

II. *Notions de thérapeutique médicale pratique* : Par exemple, traitement raisonné d'une otorrhée, d'une rhinite chronique, des différentes formes de pharyngites et de laryngites.

III. *Notions de thérapeutique chirurgicale pratique et urgente* : Ouverture du tympan, de l'apophyse mastoïde, ablation des amygdales, des tumeurs adénoïdes, etc...

N.-B. — Chaque élève est prié de se munir d'un miroir frontal, de deux spéculums d'oreille, d'un spéculum du nez et d'un miroir laryngien.

Maladies de l'estomac : M. Soupault. — 1° Données générales sur l'anatomie de l'estomac : forme, situation, position. Moyens de s'en rendre compte. Altérations anatomiques. Étude des organes abdominaux; 2° Physiologie de l'estomac. La sensibilité, les mouvements, la sécrétion. Le cathétérisme au point de vue du diagnostic; 3° Séméiologie gastrique. Interrogatoire d'un malade : Étude rapide des principaux symptômes, déglutition, appétit, douleurs, vomissements, éructations, hématémèses; 4° Troubles de la sécrétion, hypo, hyperchlorhydrie; 5° Troubles de la motilité. Atonie, stase, dilatation anatomique, ptoses, sténoses du pylore; 6° Gastrites. Ce qu'il faut entendre par gastrites. Gastrite et dyspepsie. Quelques notions sommaires sur l'anatomie pathologique. Étude clinique des gastrites; 7° L'ulcère de l'estomac : symptômes, diagnostic, complications, traitement médical et chirurgical; 8° Le cancer de l'estomac : symptômes, diagnostic, complications, traitement médical et chirurgical; 9° Dyspepsies. Dyspepsies nerveuses, dyspepsies réflexes, conséquence des dyspepsies au point de vue de l'état général.

Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique : M. Leredde. — Méthodes générales. Méthode aseptique et antiseptique. Impétigo. Folliculites. Sycosis. Furoncle. Chancre mou. Méthode antiphlogistique. Eczémas aigus. Dermatites artificielles. Méthode kératolytique. Cors, verrues, psoriasis, hyperkératoses, etc. Méthode exfoliante. Acnés. Lichen simplex, etc. Méthode réductrice. Psoriasis, Lichen, eczémas chroniques, séborrhéides, etc. Méthode destructrice. Cautérisation, curettage, électrolyse. Méthode sclérogène. Scarifications, photothérapie, radiothérapie. Traitement des épithéliomes, du lupus tuberculeux, du lupus érythémateux. etc. Traitement interne dans les maladies de la peau. Eaux minérales. Traitement des maladies du cuir chevelu, Traitement de la syphilis. Traitement mercuriel. Traitement iodopotassique. Traitement des accidents primaires, secondaires, tertiaires. Traitement des affections dites parasyphilitiques.

Chirurgie pratique : M. Souligoux. — Traitement des plaies. Plaies simples. Plaies compliquées : ligature des artères, suture des nerfs, suture des muscles, suture des tendons. Plaies articulaires. Traitement des lymphangites, adénites, phlegmons, gangrènes. Traitement des hernies étranglées. Réductions des différentes luxations. Fractures des membres et application des différents appareils.

Massage : M. Marchais. — De la nécessité pour les médecins de faire du massage. Généralités, indications et contre-indications, technique. Le massage des fractures récentes. Pourquoi, quand et comment il faut masser les fractures de la clavicule, de l'épaule, du coude, du radius, du col du fémur, de la région du genou, en particulier de la rotule, de jambe, du péroné. Les traumatismes articulaires : contusions, luxations, entorses; épanchements articulaires : hydarthrose et hémarthrose. Arthrites et périarthrites. Des ankyloses. Arthrites aiguës et chroniques. Synovites. Affections du système vasculaire : varices, phlébites. Les scolioses : leur traitement par le massage et la gymnastique. Les pieds bots. Le massage en gynécologie. Affections du tube digestif : constipation, entérite chronique, atonie gastro-intestinale. A ce propos, du rein flottant. Du massage dans les suites du rhumatisme articulaire aigu, dans certaines formes de rhumatismes chroniques. Affections du système nerveux : neurasthénie, névralgies, amyotrophies. Le massage dans les cardiopathies.

Thérapeutique des maladies des voies urinaires : M. Nogués. — Les instruments employés en urologie et la manière de s'en servir. Classification des urétrites : la blennorragie; technique des lavages urétro-vésicaux. Traitement abortif. Critérium de la guérison, blennorragie et mariage. De la goutte militaire. Complications des urétrites. Exploration de l'urètre, technique du cathétérisme. Corps étrangers, calculs, traumatismes urétraux. Traitement des rétrécissements et de leurs complications. Traitement des prostatiques. Thérapeutique intra-vésicale; corps étrangers, cystites chronique, tuberculeuse, calculeuse. Les opérations d'urgence sur la vessie et sur le rein.

Électricité médicale : M. Zimmern. — Aperçu général de l'électrothérapie. Principes et appareils. Courant faradique. Courant galvanique. Application de l'électricité aux maladies du système nerveux. Utilité de l'électrodiagnostic. Applications usuelles de l'électricité. Hémiplégie et paralysies organiques. Paralysie infantile. Polynévrites alcoolique, diphtérique, etc. Névrites professionnelles. Paralysie faciale. Paralysie radiale. Paralysie saturnine. Névralgies diverses. Sciatique. Névralgie du trijumeau. Goitre exophtalmique. Applications aux maladies des muscles, des articulations, de la nutrition. Atrophies musculaires. Arthrites diverses. Rhumatismes. Lumbago. Applications aux maladies du tube digestif et des voies génito-urinaires. Maladies de l'estomac. Entérite muco-membraneuse, constipation. Occlusion intestinale. Lavements électriques. Incontinence d'urine. Rétrécissements de l'urètre. Applications à la dermatologie et à la gynécologie. Traitement des angiomes, des nævi, de la couperose, etc. Névralgies pelviennes. Salpingites chroniques. Hémorragies utérines. Métrites. Les accidents de l'électricité industrielle. Prophylaxie. Premiers secours.

Gynécologie : M. Jayle. — Interrogatoire de la malade. Examen physique : toucher, palper, toucher et palper combinés, examen au spéculum. Hystéromètre. Les diverses positions d'examen gynécologique. Du choix d'un spéculum, d'une table d'examen. Du choix des instruments nécessaires à la petite gynécologie. Les pansements vaginaux. Des applications topiques sur l'abdomen. Règles du traitement médical en gynécologie.

N.-B. — Le maximum des élèves est fixé à 10.

Art de formuler : M. Joanin. — Généralités. Potions, sirops, pilules, loochs, etc. Préparations officinales. Préparations opiacées, mercurielles, purgatives. Préparations hypnotiques, antithermiques, anthelmintiques, etc. Préparations magistrales. Moyens d'établir une ordonnance. Prescriptions spéciales. Les incompatibilités.

Maladies mentales : M. A. Marie. — La paralysie générale au point de vue clinique. L'alcoolisme et les délires toxiques en général. Les démences. Les débilités congénitales. La dégénérescence héréditaire et les délires de persécution. La mélancolie. La manie.

Ces cours seront faits à l'hôtel des Sociétés savantes, sauf celui de M. Jayle qui sera donné dans la clinique gynécologique de la Faculté (professeur Pozzi), à l'hôpital Broca.

Chaque cours comprendra en moyenne neuf leçons. Le prix de chacun est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant.

Pour les inscriptions et les renseignements, s'adresser à M. Marchais, 10, rue La Bruyère, Paris, IXe arrondissement.

F. Jayle.

LE DROIT D'EXERCER LA MÉDECINE

En quelles conditions un jeune docteur peut-il exercer son art ?

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, il ne lui suffit pas toujours pratiquement de pouvoir établir la légitimité de son diplôme et d'en avoir justifié à qui de droit.

La lettre suivante que nous adresse un de nos abonnés en est la preuve.

« Monsieur le Directeur
de *La Presse Médicale*,

« Comme abonné de votre journal, je prends la liberté de m'adresser à vous pour me donner quelques renseignements sur un cas qui doit intéresser tous les jeunes médecins.

« Reçu docteur en médecine devant la Faculté de Nancy au mois de Juillet dernier, je me suis installé dans une localité des Vosges. Il ne m'a été délivré au sortir de la Faculté qu'un certificat signé du doyen et du recteur établissant que j'avais obtenu le grade de docteur en médecine. Mon diplôme qui, paraît-il, ne peut m'être délivré qu'après visa du ministère ne me parviendra que plus tard. Or, la préfecture des Vosges prétend que l'exercice de la médecine m'est interdit avant la production et l'enregistrement de ce diplôme.

« Il me semble, Monsieur le Directeur, qu'ayant effectué régulièrement ma scolarité, passé mes examens et acquitté les droits y afférant, payé aussi les droits de thèse et les droits de diplôme, il ne serait qu'équitable de pouvoir exercer librement ma profession.

« Si en effet le diplôme de docteur en médecine ne peut parvenir au titulaire que de longs mois après sa nomination, il serait juste et rationnel que le certificat provisoire délivré par la Faculté tînt lieu de diplôme et mît à l'abri des taquineries de l'administration.

« Ne pourriez-vous, Monsieur le Directeur, protester contre cette manière d'agir et par quelques mots me dire ce qu'il y a à faire ?

« Veuillez agréer, etc. »

La réponse à la question posée par notre correspondant est des plus nettes.

C'est en vertu d'un véritable abus de pouvoir que le fonctionnaire dont il est la victime veut lui interdire l'exercice de la profession médicale avant le dépôt d'un diplôme qui ne lui a pas encore été délivré.

En pareille circonstance, en effet, la règle constante et régulière, celle qui du reste correspond seule à la justice, est que l'administration doit se contenter du certificat provisoire délivré par la Faculté.

Ce qu'il importe en effet d'établir, c'est que le nouveau docteur exerce bien la médecine en vertu d'un titre conquis dans les conditions de garantie exigées par la loi française. Or, le certificat provisoire, à cet égard, offre un suffisant caractère d'authenticité. Telle est la règle absolue et sanctionnée par la pratique ordinaire.

G. V.

LIVRES NOUVEAUX

J. E. Marfort. — *Traité théorique et pratique du massage et de la gymnastique médicale suédoise* (Vigot, édit., Paris, 1902).

Le massage et la gymnastique occupent dans la thérapeutique une place de jour en jour plus considérable; aussi l'auteur a-t-il cru faire œuvre utile en résumant les divers travaux publiés sur le massage et en mettant en lumière les avantages nombreux que la thérapeutique peut tirer de ce procédé.

L'ouvrage de M. Marfort se divise en deux parties. Dans la première, le lecteur trouvera un court aperçu historique du massage, des considérations générales sur la massothérapie, les différents procédés de manipulation ancienne et de manipulation moderne, la technique du massage sur le corps entier et sur ses diverses parties; des considérations sur l'action physiologique du massage et ses applications dans les différentes affections, enfin un court chapitre sur le massage comme moyen esthétique. Dans cette première partie nous signalerons la description du procédé relativement récent des vibrations dont les différentes applications sont bien indiquées.

La seconde partie est consacrée à l'étude de la gymnastique médicale, aux mouvements actifs et aux mouvements passifs, aux mouvements avec résistance ou gymnastique suédoise proprement dite, aux mouvements employés dans les affections du cœur, dans le traitement de l'emphysème et de l'asthme et enfin à la gymnastique gynécologique.

G. Berruyer.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux procédés d'Exploration. Leçons de pathologie générale professées à la Faculté de Médecine, par Ch. Achard, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon; recueillies et rédigées par P. Sainton, chef de clinique adjoint à la Faculté, et M. Lœper, interne-lauréat des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8° avec 91 figures dans le texte en noir et en couleurs 8 francs. (*Masson et Cie éditeurs*).

A PROPOS

DU DIAGNOSTIC DE L'ÉPILEPSIE

ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR

J. SÉGLAS
Méd. de l'hospice de Bicêtre.

Henri FRANÇAIS
Interne des hôpitaux.

Bien que le diagnostic de l'épilepsie délirante et de la paralysie générale soit d'ordinaire assez facile, il est cependant certaines circonstances dans lesquelles il peut offrir de réelles difficultés. Lorsqu'il ne s'agit que d'accidents délirants épileptiques de caractère transitoire, la question peut être résolue assez rapidement. Il n'en est pas de même lorsque les troubles intellectuels se manifestent chez des épileptiques déjà en voie de démence et se trouvent entretenus par des accès rapprochés les uns des autres; la solution peut être d'autant plus embarrassante qu'il existe parfois alors un certain nombre de signes physiques rappelant ceux de la paralysie générale, et que la coïncidence possible des deux affections paraît un fait désormais établi par les observations anatomo-cliniques. En pareil cas, on ne peut se prononcer qu'après une observation attentive et prolongée. Ce sont ces considérations qui nous ont déterminés à publier le fait suivant dont l'étude nous a paru assez instructive au point de vue spécial du diagnostic clinique.

* * *

OBSERVATION. — L..., âgé de vingt-huit ans, est entré le 2 mai 1900 à l'hospice de Bicêtre (service du Dr Séglas), venant de l'infirmerie, où il était en observation depuis trois jours, et transféré en raison d'un état violent d'agitation maniaque survenu dans la nuit, à la suite d'un accès convulsif épileptiforme.

A l'entrée, le malade est encore dans un état d'agitation notable, bien que moins accentuée : il est absolument hébété, désorienté, ne tient que des propos incohérents dans lesquels il parle du Président de la République, des grandes célébrités..., et l'on est dans l'impossibilité absolue de tirer de lui aucun renseignement précis.

Le symptôme qui frappe dès l'abord est un embarras très accentué de la parole très difficile à analyser, et rappelant à s'y méprendre par certains côtés celui de la paralysie générale, ânonnement, scansion, accrocs, interversion ou omission de syllabes, impossibilité de prononcer certains mots et de terminer la phrase commencée.

Pas de troubles moteurs autres qu'un léger tremblement des mains; tremblement fibrillaire de la langue, secousses dans les lèvres et les commissures. Réflexes légèrement exagérés partout : léger clonus du pied gauche. Pas de troubles de la sensibilité. Inégalité pupillaire très nette : la pupille droite est plus large que la gauche; toutes deux se contractent à la lumière, mais le réflexe est très lent et très peu accentué, surtout à droite. Le réflexe d'accommodation est également paresseux, mais à un degré beaucoup moindre.

Pas de stigmates constatables de syphilis.

En l'absence, à ce moment, de tout renseignement sur les antécédents du malade, il était bien difficile de déterminer le caractère exact de ces différentes constatations. Sans aucun doute, bon nombre d'entre elles pouvaient éveiller l'idée d'une paralysie générale; mais d'autre part le caractère, sinon d'acuité, du moins d'exagération paroxystique des accidents à la suite d'une crise épileptique, l'hébétude, l'agitation maniaque avec violences brutales ne pouvaient permettre d'éliminer d'emblée l'existence possible d'un état purement comitial. Aussi dut-on se borner à un simple diagnostic symptomatique, en attendant des renseignements sur l'état antérieur du sujet.

Ils furent fournis quelques jours après par la mère du malade.

Antécédents héréditaires. — Le père, mort à l'âge de quarante-deux ans d'une affection cardiaque, ne semble avoir été ni syphilitique, ni alcoolique.

La mère est bien portante; elle avait dix-sept ans au moment de la naissance du malade, qui est l'aîné de ses enfants, né à terme, dans des conditions normales, après dix-huit mois de mariage. Elle a eu, huit ans plus tard, deux jumeaux, morts en bas âge, et quelques années après un autre enfant, âgé actuellement de seize ans, normal, intelligent.

Antécédents personnels. — L... a eu dans son enfance la rougeole et la coqueluche. Entré au collège à l'âge de huit ans, il y est resté jusqu'à quatorze ans. Pendant ce temps, il était studieux, travaillait bien et se montrait tout à fait normal.

En 1885, à la suite d'un traumatisme cranien (coup de bâton), il est resté sans connaissance pendant dix minutes.

Deux ou trois jours après cet accident, s'est montrée une première attaque convulsive, bientôt suivie de plusieurs autres.

Ces attaques débutaient brusquement sans aura; au début, elles se produisaient exclusivement le jour. Mais les attaques diurnes n'ont pas tardé à disparaître et ont été remplacées par des attaques nocturnes bien plus fréquentes. Ces attaques se manifestaient par les caractères suivants : pâleur de la face, perte de connaissance et chute; raideur, puis convulsions des deux côtés; morsure de la langue fréquente, légère écume à la bouche, incontinence d'urine et des matières fécales.

Après les attaques, le malade s'endormait pendant un temps assez long (quelquefois vingt-quatre heures), et au réveil était anéanti, brisé et somnolent; il ne présentait pas de délire, pas d'accès de violence, pas de phénomènes d'excitation.

Mais il perdait aussitôt le souvenir de sa crise, et, même, oubliait souvent ce qui s'était passé pendant et quelques heures avant sa crise[1].

Pendant quelque temps, les attaques sont restées rares (trois mois se sont écoulés entre la première et la seconde), puis leur fréquence a progressivement augmenté à tel point qu'on a pu en observer jusqu'à douze dans une période de vingt-quatre heures; elles étaient plus nombreuses la nuit que jour.

Jusqu'en 1896 le malade n'a jamais eu de troubles mentaux dans l'intervalle de ses crises, et sa mémoire était restée intacte. Depuis cette époque, l'intelligence et la mémoire se sont modifiées. Il perdait peu à peu la mémoire et se fâchait lorsqu'on le lui faisait remarquer. Son intelligence baissait et il avait parfois des idées de grandeur. Depuis un an, on a remarqué qu'il avait de l'embarras de la parole; mais ce symptôme, nous dit-on, cessait lorsqu'il était resté plus de quinze jours sans avoir de crise.

* * *

Ces renseignements ne pouvaient laisser de doute sur l'existence de l'épilepsie, qui d'ailleurs put être contrôlée très rapidement par l'apparition d'accès caractéristiques, et sur le retentissement funeste de cette maladie sur les facultés intellectuelles. L... était bien un dément épileptique.

Mais n'était-il que cela? Quelle signification pouvait-on attribuer à ces différents symptômes, embarras de la parole, tremblement de la langue et des lèvres, inégalité pupillaire, diminution des réflexes surtout lumineux, qui rappelaient ceux qu'on relève d'ordinaire dans la paralysie générale?

Sans doute ces symptômes peuvent s'observer chez de simples épileptiques à la suite des accès, mais ils ont en général en ce cas un caractère assez transitoire. Ici, la question était d'autant plus difficile à résoudre *qu'ils persistèrent sans aucune modification pendant les six semaines* que dura le séjour du malade dans le service.

La mère avait bien signalé la cessation du plus important d'entre eux, de l'embarras de la parole, lorsque son fils était resté une quinzaine sans avoir de crise. Mais l'exactitude de cette allégation ne put jamais être contrôlée. On observa seulement que l'embarras de la parole, s'il augmentait réellement après les attaques, persistait néanmoins a un degré encore très accentué dans les intervalles; il est vrai que ces attaques se reproduisaient très fréquemment, puisqu'on en nota 23 du 2 au 16 juin.

Aussi, au moment de la sortie de L... à cette date, si la question de démence épileptique était hors de doute, celle de la coexistence de la paralysie générale continuait à rester un problème à résoudre. Le diagnostic de paralysie générale pouvait être discuté, avec d'autant plus de raison que la coexistence de cette affection avec l'épilepsie a déjà été signalée par certains auteurs. M. Péon[1] a communiqué au Congrès d'Angers des observations d'épileptiques morts avec des symptômes de paralysie générale et à l'autopsie desquels il a pu constater les lésions de la periencéphalite chronique diffuse. MM. Toulouse et Marchand[2] ont rapporté l'histoire d'une épileptique chez laquelle ils ont vu se développer les symptômes d'une paralysie générale, diagnostic confirmé peu après par l'examen macroscopique et micrographique de l'encéphale.

Ces observations semblent autoriser à penser qu'il n'est pas aussi exceptionnel qu'on l'a longtemps prétendu de noter le développement de la paralysie générale au cours de l'épilepsie; et l'on conçoit que cette question pouvait tout au moins se poser chez L..., en présence de tremblement de la langue et des lèvres, de l'embarras de la parole, des signes pupillaires.

L... sortit donc du service le 17 juin 1900 et resta chez sa mère jusqu'au 23 novembre 1901, date à laquelle elle se décida à le faire rentrer de nouveau à l'hospice.

Cette fois, le séjour plus prolongé du malade put permettre de mieux analyser les symptômes douteux qu'il présentait, dans leurs caractères intrinsèques et surtout dans leurs oscillations en rapport avec les accès épileptiques qu'une observation de plusieurs mois nous mit à même de noter à des intervalles irréguliers et parfois beaucoup moins rapprochés que lors de la première entrée.

1901. Novembre, 3 accès; décembre, 12 accès.

1902. Janvier, 10 accès; février, 14 accès.

---

1. J. SÉGLAS. — « Epilepsie et amnésie rétrograde ». *Bulletin de la Société de médecine légale*, 1898, T. XV, et *La Presse Médicale*, 1902, n° 30.

1. PÉON. — « Contribution à l'étude des rapports de l'épilepsie et de la paralysie générale ». *Congrès des aliénistes* (session d'Angers, 1898).

2. TOULOUSE et MARCHAND. — « Paralysie générale et épilepsie ». *Société medico-psychologique*, 1899, Juin.

1902. Mars, 9 accès; avril, 11 accès; mai, 13 accès; juin, 13 accès.

Un premier point à noter, si l'on envisage dans leur ensemble et au point de vue de leur évolution générale les différents symptômes physiques et intellectuels que nous avons déjà indiqués, c'est que l'état de L..., loin de s'être aggravé depuis deux ans, est, sinon devenu meilleur, tout au moins resté stationnaire. Au point de vue de la coexistence d'une paralysie générale, cette constatation négative a bien déjà quelque valeur.

Si, d'autre part, on considère isolément les symptômes en discussion, on voit qu'ils s'accentuent ou se modifient notablement sous l'influence directe des accès épileptiques, et que c'est, naturellement, dans les intervalles les plus prolongés existant entre les accès qu'on doit les étudier pour arriver à les apprécier le plus exactement possible.

C'est seulement à la suite des accès que L... présente de l'agitation désordonnée, des impulsions violentes, des idées délirantes incohérentes de teinte surtout mégalo-maniaque.

Mais dans l'intervalle, il ne manifeste plus que des symptômes d'une démence rappelant beaucoup plutôt celle des épileptiques que celle de la paralysie générale : démence indifférente, apathique, permettant l'exercice automatique et régulier des habitudes de la vie journalière, mais supprimant toute initiative personnelle; amnésie portant surtout sur les faits récents; lenteur extrême de l'idéation, malgré les efforts d'attention du sujet qui restent possibles dans une certaine limite; confusion des idées, perte de la notion du temps et du milieu, tous traits rappelant en un mot la démence consécutive aux états de confusion (*Verwirtheit*) chronique et dont la démence épileptique représente en quelque sorte un type particulier.

Parmi les symptômes physiques de détail, le plus important est sans contredit le trouble de la parole.

Lorsqu'on l'étudie dans un délai rapproché des accès, il se présente avec un caractère de complexité assez difficile à analyser; toutefois les traits les plus frappants sont l'ânonnement, l'hésitation, la scansion, les accrocs, les interversions de syllabes rappelant à s'y méprendre l'articulation défectueuse du paralytique général; la similitude est souvent telle que si l'on compare la parole de L... à celle de paralytiques généraux du service soumis aux mêmes épreuves, on ne peut arriver à saisir aucune différence.

Ce fait, en lui-même, n'a rien d'étonnant, et l'on a déjà signalé souvent, à la suite des accès d'épilepsie intenses ou répétés, des troubles du langage, une hésitation de la parole rappelant celle des paralytiques généraux [1]. Mais cela est d'ordinaire très transitoire.

Il n'en est pas de même chez notre malade, qui présente en permanence des troubles de la parole. Toutefois, à mesure que l'on s'éloigne des accès, ils prennent un tout autre caractère. Il n'y a plus scansion, plus d'accrocs; les mots sont prononcés distinctement, sans interversion, ni omissions de syllabes. Mais l'ânonnement subsiste, l'articulation est lente, traînée surtout pour les derniers mots d'une phrase même très courte.

1. J. Séglas. — « Les troubles du langage chez les aliénés », 1892. — Clouston. « Disorders of speach in insanity ». *Edimb. med. journ.*, 1876.

Il y a bien encore de l'hésitation; dans certains cas, elle est due à la lenteur de l'idéation, à de l'amnésie verbale aboutissant à la substitution au mot propre de termes indéfinis, comme machin, chose...; d'autres fois, elle résulte d'une sorte d'incoordination linguale rappelant quelque peu le bégaiement, par exemple : artilleur d d d d d'artillerie.

Nous pourrions répéter les mêmes observations à propos des tremblements des lèvres, de la langue, des mains, dont l'existence transitoire à la suite d'accès épileptiques n'est pas un fait exceptionnel; mais qui, eux aussi, dans le cas actuel, persistent et ne font que s'atténuer, sans disparaître totalement, à mesure qu'on s'éloigne de l'accès convulsif.

Restent les symptômes pupillaires, inégalité, paresse des réflexes, qui eux n'ont jamais varié et qui ne peuvent fournir d'indications bien précises, car, s'ils s'observent dans la paralysie générale, ils ne sont pas non plus exceptionnels chez les épileptiques. L'inégalité pupillaire, en effet, existe, d'après Féré [1], chez un cinquième environ des épileptiques; et d'autre part, Musso [2] et Pichon [3] ont noté que les réflexes pupillaires sont, en général, plus lents chez ces malades.

Ainsi, l'analyse attentive des symptômes, de leur évolution, de leurs oscillations semble bien plaider en faveur d'une origine commune, unique, le mal comitial. Considérés au moment des paroxysmes, ils ne diffèrent pas de faits analogues de caractère plus transitoire, déjà décrits en pareille circonstance. Leur persistance dans les intervalles ne résulte vraisemblablement que de l'intensité, de la fréquence des attaques, et les caractères mieux définis qu'ils présentent à ce moment peuvent autoriser à les placer sous la dépendance de l'épilepsie.

Il nous semble donc que la seule étiquette à donner au cas actuel est celle de « démence épileptique »; ce diagnostic, à l'époque présente, ne pouvant d'ailleurs avoir que la rigueur relative de tout diagnostic clinique. Il est encore un détail qui mérite à cet égard d'être signalé. Nous avons pratiqué chez L... le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien. Le résultat de cet examen fut négatif; et cette constatation, croyons-nous, a bien une certaine portée lorsqu'on se rappelle la presque constance de la lymphocytose chez les paralytiques généraux, par opposition à son caractère exceptionnel chez les épileptiques [4].

1. Ch. Féré. — « Les épilepsies et les épileptiques », 1890.
2. Musso. — *Riv. Sp. di fren.*, 1884.
3. Pichon. — « De l'épilepsie dans ses rapports avec les fonctions visuelles », 1885.
4. Nageotte. — *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1902.

CYSTORAPHIE PRIMITIVE

A LA SUITE DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE

PAR LE PROCÉDÉ DE L'IMBRICATION

Par **E. JUVARA** (de Iassy).

La voie la plus directe pour atteindre, dans la grande majorité des cas, le réservoir urinaire, c'est la région sus-pubienne, car à ce niveau, derrière la paroi abdominale et la symphyse, existe cet espace prévésical ou de Retzius, dans lequel la vessie évolue suivant son état de plénitude ou de vacuité.

Les rapports de la vessie avec la paroi abdominale, la symphyse, le capuchon péritonéal et les culs-de-sac que cette séreuse constitue autour de son sommet sont trop connus pour que j'y insiste. A l'état de vacuité complète, la vessie est presque toujours entièrement cachée derrière la symphyse sous la forme d'une masse prismatique à base supérieure, de consistance ferme, élastique.

Chez l'enfant, la vessie, plus ou moins allongée en forme de poire, non encore complètement descendue dans le bassin, occupe dans sa plus grande partie la cavité abdominale, en prenant des rapports plus ou moins étendus avec la paroi antérieure du ventre, derrière laquelle elle se trouve comme appliquée par le péritoine.

La taille hypogastrique est de nos jours très fréquemment indiquée, soit pour enlever un calcul ou un corps étranger quelconque, soit pour extirper une tumeur; pratiquer, si c'est possible, séance tenante, comme dernier temps de l'opération, la suture complète de la vessie, restituer en un mot les choses *ad integrum*, c'est, sans contredit, réaliser une opération idéale, assurant une guérison rapide et meilleure pour le malade.

La cystoraphie primitive a occupé de tout temps la sagacité des chirurgiens, et du jour même où on a pratiqué la taille vésicale; mais ce n'est que sous les auspices de l'antisepsie et de l'asepsie qu'elle a pu être exécutée avec succès et qu'elle est devenue, grâce à ses beaux résultats, une opération courante; la cystoraphie primitive est aussi une des belles conquêtes de la chirurgie actuelle.

En 1897, étant assistant à l'Institut anatomique et chirurgical de Bucarest, sous l'inspiration de mon très cher maître, M. Jonnesco, j'entrepris sur les animaux une série d'expériences dans le but d'étudier comparativement les différents procédés de cystoraphie en usage. J'ai opéré sur le chien; cet animal ayant l'avantage de posséder une vessie complètement recouverte par le péritoine, très mobile, à peine fixée par quelques lâches mésos et facilement accessible, couchée qu'elle est sous la paroi ventrale de l'abdomen. Cette vessie se prête à merveille aux différents temps opératoires; elle peut être facilement sortie du ventre entre les lèvres de la plaie, la cavité abdominale étant ainsi facilement protégée contre toute souillure. Après avoir essayé les différents procédés, j'ai eu l'idée de consolider la suture en imbriquant, d'une manière toute spéciale, la couche musculaire. J'ai opéré de cette manière un très grand nombre d'animaux et dans tous les cas, sans exception, les résultats ont été parfaits. Toutes les sutures ont pris par première intention, quoique, dans tous les cas, les animaux aient été laissés uriner tout seuls, à leur gré, sans sonde ou sondages.

Dans une autre série d'expériences, les animaux opérés une première fois ont été réopérés, et pour cette fois j'ai pratiqué la résection de la paroi vésicale sur la portion qui avait subi la première fois la section et la suture. J'enlevais ainsi une rondelle large comme une pièce de 10 centimes, après quoi je reconstituais la vessie en la suturant par imbrication. Cette seconde série d'expériences a été encore plus concluante que la première; les opérés ont tous et parfaitement guéri. La portion de paroi enlevée dénote un épaissis-

sement au niveau de l'imbrication; sur la face muqueuse, la cicatrice se dessine en un fin sillon, légèrement ondulé. J'ai publié ailleurs, ces résultats, dans deux articles, en collaboration avec mon ami M. Balacesco, et je saisis cette occasion pour le remercier de m'avoir assisté dans mes recherches.

Encouragé par ces succès, j'ai passé des animaux à l'homme, en opérant sur le cadavre.

Chez l'homme, les conditions anatomiques changent complètement; la vessie noyée par sa face antérieure dans une atmosphère graisseuse est cachée dans sa plus grande partie derrière la symphyse, ce qui la rend peu accessible et peu mobile. Pourtant, avec une certaine expérience et un peu d'adresse, l'opération s'exécute encore avec facilité.

Mon maître, à qui je ne saurais trop exprimer ici toute ma gratitude, suivant de près nos expériences et convaincu de la supériorité de notre procédé, l'appliqua le premier aux vivants avec des résultats tout aussi bons que ceux obtenus sur les animaux, et depuis, comme il ressort des publications récentes de Balacesco, il y recourt chaque fois qu'il considère la cystoraphie indiquée.

En 1897, basé sur plusieurs observations de M. Jonesco, ou miennes, j'ai présenté mon procédé de cystoraphie par imbrication à la Société des sciences médicales de Bucarest, et en 1898 M. Jonesco en fit une communication au Congrès des urologistes de Paris.

Soins préparatoires. — Les soins qu'on doit prendre sont variables, suivant que la vessie est infectée ou non, et, dans le premier cas, suivant le degré de l'infection.

Si la vessie est propre, on peut opérer immédiatement, en imposant au malade les soins qui précèdent toute intervention, et en pratiquant la veille et le jour de l'opération quelques lavages à l'acide borique stérilisé.

Si la vessie est infectée, il faudra d'abord l'aseptiser autant que possible par des lavages quotidiens aux solutions faibles au nitrate d'argent et à l'acide borique. Ce traitement, accompagné du repos absolu, est suivi pendant plusieurs jours.

La veille de l'opération, le malade sera baigné, purgé, et la région sus-pubienne sera soigneusement rasée et nettoyée. Le jour de l'opération, nouveau bain suivi du lavage de la vessie et d'une minutieuse toilette de la région sus-pubienne.

Anesthésie générale.

Le champ opératoire décapé à l'alcool et à l'éther, repassé au sublimé, est bordé de compresses stérilisées.

Instrumentation. — L'instrumentation est celle que nécessite toute intervention : bistouris, ciseaux, pinces à disséquer, pinces hémostatiques, écarteur, etc.

Il sera bon d'avoir à sa disposition de ces pinces à mors pourvues de fines dents comme celles employées dans les opérations intestinales.

Pour la suture on se servira de petites aiguilles chirurgicales courbes à chats fendus, et des petites aiguilles droites et rondes dites aiguilles de couturières; comme fil pour la suture de la vessie, du catgut 0 et 00.

L'opérateur se place à droite, l'assistant en face.

Premier temps : *Laparotomie.* — Sur la ligne médiane, en commençant du milieu de la distance pubo-ombilicale et jusqu'à un centimètre au-dessus du pubis, on sectionne la paroi en coupant : peau, graisse, ligne blanche. L'incision aponévrotique doit se terminer au bord supérieur de la symphyse; et si nécessité il y a, on échancre de chaque côté, au ras de la symphyse, les tendons des droits jusqu'à une profondeur de 5 à 6 millimètres.

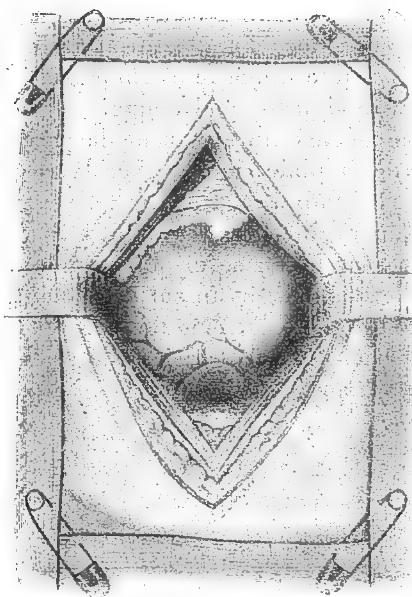


Figure 1.
Laparotomie; la vessie rétractée se détache très nettement derrière et sous la symphyse.

On glisse profondément derrière la symphyse, dans l'espace vésico-pubien, l'index et le médius de la main gauche, et en ramenant ces doigts légèrement écartés et recourbés en crochet, on ouvre l'espace prévésical. Sur la paroi profonde de la plaie, tendue sous la pression des doigts, vers le bas, on reconnaît la vessie cachée derrière la symphyse ou la débordant un peu. Le regard, plongé dans le sinus pubio-vésical, aperçoit noyé dans de la graisse le plexus véneux prévésical, le plus fréquemment tributaire d'une veine médiane plus grosse. Dans certains cas, la graisse prévésicale trop abondante couvre complètement la vessie. Dans ces cas il faut la reconnaître à sa consistance, en prenant entre le pouce et l'index, sous la forme d'un gros pli, ce qui se trouve sous la symphyse. On ramène ce pli contenant la vessie dans l'angle inférieur de la plaie et on le confie aux doigts de l'aide qui le maintient en l'attirant vers le pubis.

Deuxième temps : *Dégagement du sommet vésical par la dissection du fascia péri-vésical et du capuchon péritonéal.* — Pour bien exécuter les différents temps de la suture, il faut en premier lieu, mobiliser autant que possible le sommet de la vessie, en le disséquant du fascia et du péritoine qui le recouvre, le sortir ensuite hors du ventre entre les lèvres de la plaie et l'ouvrir sur sa partie la plus facilement accessible.

Il faudra donc dégager le sommet vésical en le décortiquant du fascia qui le contient et du péritoine qui couvre son versant postérieur.

L'exécution de ce temps peut se faire, ou très facilement, ou au contraire présenter certaines difficultés d'intensité variable.

Dans la grande majorité des cas, comme j'ai pu m'en convaincre sur le cadavre, et à plusieurs reprises sur le vif, le dégagement du sommet vésical est plutôt facile, et ce n'est que chez les sujets très gras, ayant une vessie perdue dans de la graisse, que l'on rencontre de réelles difficultés. Dans ces cas, on s'aide à merveille en injectant dans la vessie une petite quantité d'eau boriquée.

Chez l'enfant, la paroi antérieure de la vessie étant largement dégagée par ses rapports étendus avec la paroi abdominale, on l'attaque directement sans qu'il y ait besoin de disséquer le péritoine.

Les lèvres de la plaie abdominale étant fortement écartées et le sommet de la vessie maintenu par les doigts de l'aide ou mieux par des pinces délicates à dents de souris, avec ces ciseaux, en suivant de près le contour du sommet vésical, on incise les attaches du feuillet antérieur du fascia péri-vésical, en y faisant, au fur et à mesure, l'hémostase définitive des petits vaisseaux qu'on coupe.

Les bords du sommet vésical étant dégagés, on continue à disséquer sur une certaine étendue sa face postérieure, en suivant de près la couche musculaire. Le sommet vésical étant disséqué et extériorisé d'une façon suffisante, on le fixe en le prenant de chaque côté avec une pince à fines dents ou encore en passant avec une aiguille, dans la couche musculaire, un gros fil qu'on noue en anse et qui servira à l'aide pour suspendre la vessie. On bourre soigneusement la plaie de compresses stérilisées, destinées à la protéger contre toute souillure.

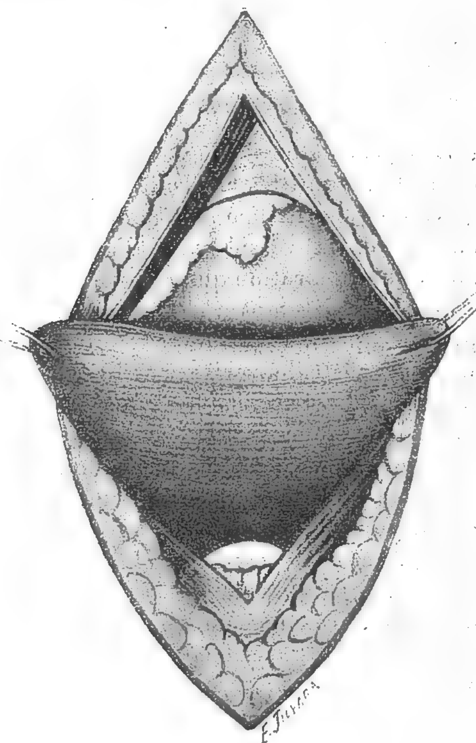


Figure 2.
La vessie disséquée est sortie du ventre et maintenue fixe, suspendue par deux anses en soie passées dans sa couche musculaire. Elle se présente sous la forme d'un gros pli transversal, prêt à être ouvert d'un coup de ciseau ou transfixé par le bistouri.

Troisième temps : *Ouverture de la vessie.* — Le sommet vésical, soulevé et tendu sous la forme d'un gros pli transversal, est incisé d'un coup de ciseau donné dans le sens vertical sur une longueur de 15 à 20 millimètres. Il arrive très souvent que la muqueuse mobile fuit devant les ciseaux, elle reste intacte ou est très peu entamée. Alors on complète en haut et en bas la section de la muqueuse. Pour avoir une plaie plus nette, on peut sectionner la vessie par transfixion à l'aide d'un bistouri dirigé de bas en haut. Avec l'index introduit délicatement dans la vessie, on explore sa cavité, en suivant d'abord la paroi antérieure qui

conduit directement sur l'orifice du col. Le calcul ou corps étranger reconnu, on le retire à l'aide d'une pince guidée sur le doigt; s'il est trop gros, il vaut mieux agrandir un peu la boutonnière vésicale, en donnant un coup

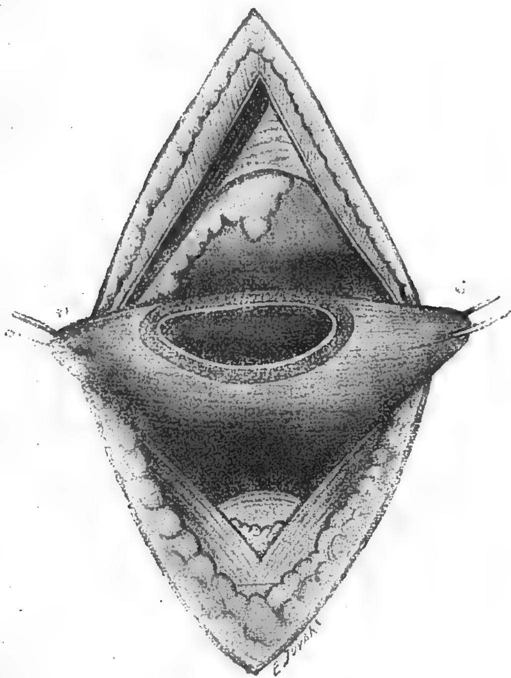


Figure 3.
La vessie étant ouverte, la muqueuse dessine une bordure blanchâtre sur le fond plus foncé de la tranche musculaire.

vers le haut, que de l'extraire en forçant et en déchiquetant les bords de la plaie.

Avec des petits tampons montés, on nettoie la cavité de la vessie et on s'assure par une nouvelle exploration que rien n'y reste.

Quatrième temps : *Résection de la muqueuse* (fig. 4). — La lèvre droite de la boutonnière vésicale, prise entre le pouce et l'index, est versée et tendue sur la pulpe de doigts sous-jacents, elle se montre par sa face muqueuse. Avec la pointe du bistouri, on incise délicatement la muqueuse en délimitant un lambeau en forme de croissant. On dissèque et extirpe ce petit lambeau en s'aidant d'une petite pince à dents, car la muqueuse, très lâchement unie à la musculeuse, se décolle très facilement; si elle tient, on s'aide de la pointe des ciseaux. Il résulte

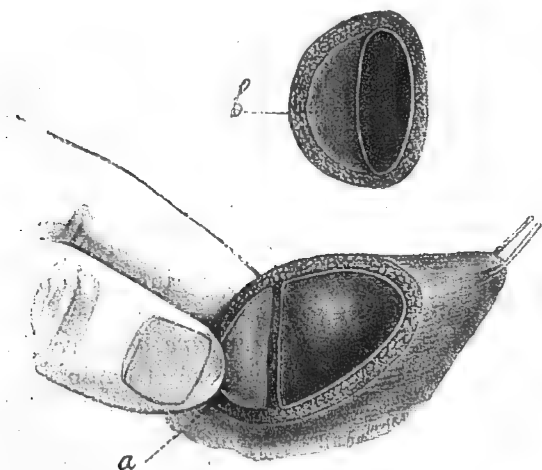


Figure 4.
Dissection d'un petit croissant de muqueuse (*a*) sur la lèvre droite de la plaie vésicale; *b* montre le lambeau musculaire dépouillé de son revêtement muqueux.

à la fin de ce moment opératoire que la lèvre droite de la plaie vésicale, dépouillée sur une petite surface en croissant de sa muqueuse, forme un petit lambeau musculaire avivé, sur sa face profonde, et qui sera tout à l'heure glissé et suturé par-dessus la suture de la muqueuse.

Cinquième temps : *a*) *Suture de la muqueuse* (fig. 5). — On emploie l'aiguille droite et fine de couturière; en donnant la préférence à l'aiguille à chat fendu de fabrication anglaise, très facile à charger. Elle sera, bien entendu, conduite à la main. Dans certains cas, l'aiguille droite est d'un emploi difficile; on se servira alors d'une petite aiguille courbe portée à l'aide d'une pince hémostatique ou d'un porte aiguille quelconque.

On commence au niveau de la partie inférieure de la plaie suturée. Les lèvres de la muqueuse tendues et légèrement soulevées à l'aide d'une pince se présentent très commodément sous la forme de plis, au-devant de l'aiguille. On fait un fin surjet à points rapprochés serrés et arrêtés tous les quatre ou cinq points. Arrivé à la partie supérieure, on serre et on noue le fil.

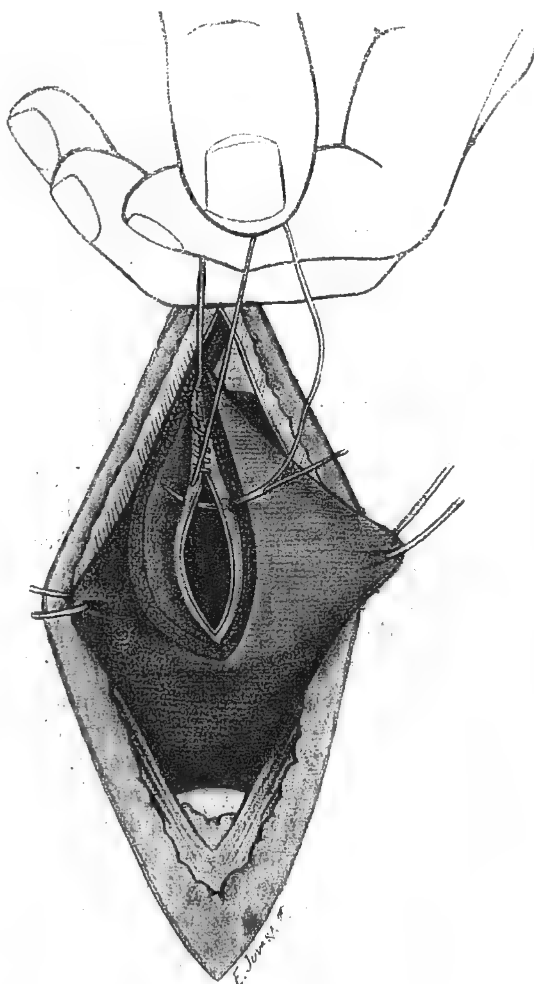


Figure 5.
Suture de la muqueuse par un fin surjet.

b) *Suture de la musculeuse* (fig. 6, 7 et 8) : 1° Première rangée. Suture de la tranche de la lèvre musculaire gauche à la base du lambeau droit. Aiguille de couturière, catgut 0.

A deux millimètres au-dessus de la commissure supérieure de la plaie vésicale, on enfonce l'aiguille transversalement de droite à gauche, dans la couche musculaire et sur une largeur de 4 à 5 millimètres.

On ramène l'aiguille par-dessus la lèvre musculaire gauche et on l'y enfonce de nouveau cette fois de gauche à droite, en lui faisant traverser le pédicule du lambeau musculaire, à 2 ou 3 millimètres au-dessous de l'extrémité de la plaie.

Le point où l'aiguille traverse le lambeau musculaire est, comme nous l'avons dit plus haut, sa base, son pédicule, l'aiguille s'insinuant dans l'angle suivant lequel la muqueuse s'applique à la musculeuse (fig. 6). On serre et on noue cette première anse destinée tout

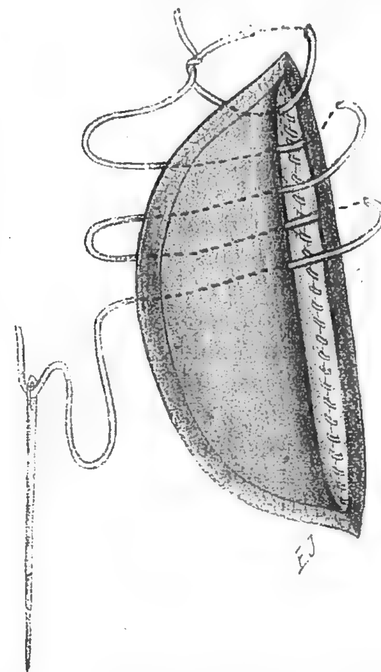


Figure 6.
Suture de la couche musculaire. Cette première rangée de sutures est destinée à affronter la lèvre musculaire gauche à la racine du lambeau du côté droit.

spécialement à garantir la commissure supérieure de la plaie.

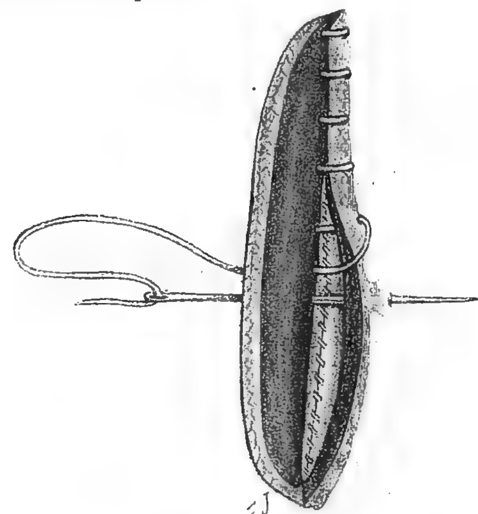


Figure 7.

A 3 ou 4 millimètres plus bas, on traverse de nouveau le pédicule du lambeau muscu-

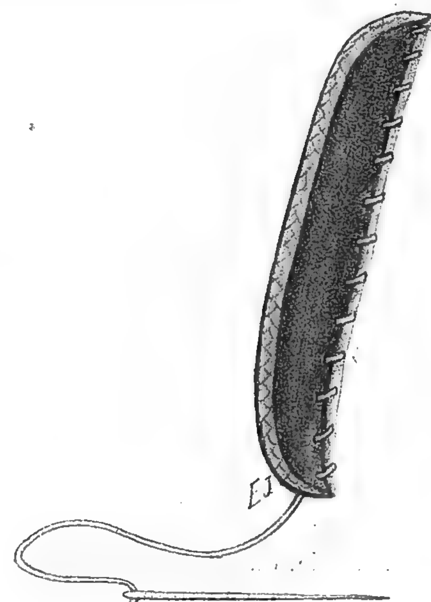


Figure 8.

laire, mais cette fois, bien entendu, de gauche à droite. La pointe de l'aiguille, sortie dans

l'espace sous-muqueux est dirigée vers la lèvre musculaire gauche, qu'elle traverse de la profondeur à la superficie, en s'insinuant dans l'espace sous-muqueux et en ressortant à 3 ou 4 millimètres de ce bord de la plaie. On ramène de nouveau l'aiguille vers la droite de la plaie, en lui faisant traverser comme tout-à-l'heure, le pédicule du lambeau musculaire. On serre le fil. La tranche musculaire gauche se rapproche très exactement de la face profonde de la base du lambeau droit.



Figure 9.
Suture superficielle, dernière rangée destinée à unir le bord demi-circulaire du lambeau musculaire à la face antérieure de la vessie.

On continue de la sorte jusqu'à l'extrémité inférieure de la plaie. Le fil décrit un trajet en zig-zag, les anses de droite se disposant dans le sens de la longueur de la plaie, celles de gauche perpendiculairement sur la tranche musculaire (fig. 7, 8, 9).

On procède à une toilette soigneuse de la plaie et, avec quelques points de catgut fin, on rétablit le fascia prévésical.

Je ne fixe jamais la vessie à la paroi abdominale comme font certains chirurgiens, car cette précaution me paraît absolument inutile si on a fait une bonne suture.

Si on a des doutes sur la qualité de la suture ou si la plaie a pu être contaminée par de l'urine septique, il sera prudent d'établir une soupape de sûreté en plaçant un petit drain dans l'angle inférieur de la plaie.

2° Seconde rangée. Suture du bord libre du lambeau musculaire.

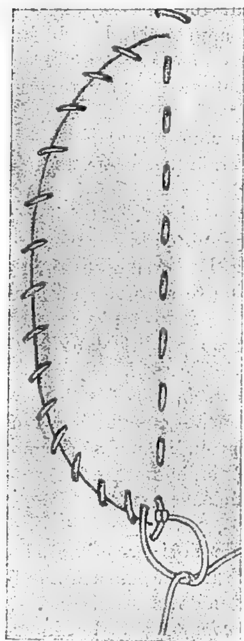


Figure 10.
Suture superficielle terminée.

On renverse le lambeau musculaire comme un couvercle pardessus la suture déjà faite, et avec le même fil on continue à coudre en fin surjet le bord convexe de ce lambeau à la face antérieure de la paroi vésicale (fig. 9, 10). L'aiguille prend d'un côté la couche musculaire de la paroi vésicale, de l'autre le bord du lambeau qu'elle transfixe à 2 ou 3 millimètres au delà de son contour. Arrivé à la partie supérieure, on arrête le fil en le nouant avec son autre extrémité. Dans certains cas, il peut arriver que le lambeau soit un peu trop large, alors pour mieux l'affronter, je place une suture intermédiaire formée de quelques points en capitons.

Sixième temps : *Fermeture du ventre.* — La suture de la paroi est faite suivant l'habitude de chacun.

Personnellement j'emploie la suture en étages à quatre plans : *a*) Suture péritonéale en fin surjet au catgut 00 ; *b*) plan musculo-aponévrotique à points séparés au catgut n° 1-2 ; *c*) plan sous dermique, à points séparés au catgut n° 10 ; *d*) suture de la peau, en fin surjet ou à l'aide des griffes de Michel. Si on a drainé, on réserve à la partie inférieure un orifice suffisamment grand pour le passage du drain à un tube en caoutchouc entouré de mèches aseptiques ou un pinceau de crin de Florence, recourbé en anse. Pansement à la gaze stérilisée, maintenu par une bande roulée en double spica et protégé par une feuille de gutta-percha trouée d'un orifice par lequel passe le pénis.

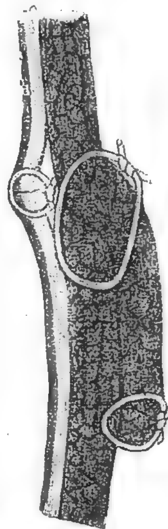


Figure 11.
Section schématique transversale montrant la superposition des plans suturés, et la manière dont le petit lambeau musculaire couvre et consolide la suture muqueuse, et la rangée profonde de la suture musculeus

La vessie est soigneusement lavée par la sonde à l'acide borique stérilisé jusqu'à ce que le liquide ressorte absolument clair. L'injection est poussée bien entendu, en petites quantités et avec douceur.

Suivant les cas, l'état du malade, l'état de la vessie, les conditions opératoires, la qualité et la confiance qu'on a dans la suture qu'on vient d'exécuter, on peut se conduire de plusieurs manières : on peut ou bien laisser une sonde à demeure ou renvoyer le malade dans son lit sans sonde ; et dans ce cas, le laisser uriner tout seul ou lui vider la vessie en le sondant à plusieurs reprises, trois ou quatre fois dans la journée. Le malade étant transporté dans son lit on lui place sur le ventre une grande vessie de glace.

Laisser les opérés uriner spontanément, sans le secours de la sonde, est sans discussion l'idéal d'une bonne cystoraphie. Plusieurs des malades opérés par le procédé que nous venons de décrire, soit par mon maître M. Jonesco, soit par mon ami Balacesco, soit par moi-même ont parfaitement guéri sans sonde. Inutile de dire que ces malades seront surveillés avec une attention toute spéciale ; le pouls et la température seront marqués avec précision, et à la moindre alerte il faut placer une sonde à demeure et établir un siphon en la reliant avec un tube en caoutchouc stérilisé plongé dans un bocal contenant du sublimé. Tous les jours, matin et soir, le siphon sera contrôlé et la vessie lavée à l'acide borique et au besoin au nitrate d'argent.

Le deuxième ou le troisième jour, si on a drainé, on retire le tube ou la petite mèche de crins de Florence ; le septième, le huitième ou le neuvième jour, quelquefois plus tôt ou plus tard, on enlève la sonde et, sauf exception, vers le dixième jour, l'opéré est guéri. Quelques jours plus tard, il pourra sortir et reprendre ses occupations.

QUATRIÈME CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Rome du 15 au 21 Septembre 1902.

Indications médicales à l'interruption de la grossesse (suite). — **M. le professeur G. REIN** (de Saint-Pétersbourg), **rapporteur.** — L'interruption artificielle de la grossesse comprend, comme on sait, l'avortement provoqué (avant la 28e semaine de la gestation), l'accouchement prématuré artificiel (entre la 28e et la 40e semaine) et l'accouchement provoqué vers la fin de la grossesse ou même après son terme naturel (*partus serotinus*).

Dans l'exposition qui suit, je me bornerai à la seconde catégorie de faits qui concernent l'interruption opératoire de la grossesse entre la 28e et la 40e semaines.

Mes conclusions seront basées essentiellement sur mes observations personnelles, prises à la clinique d'accouchements et de gynécologie de l'Université Impériale de Saint-Vladimir à Kiew.

A cette clinique, qui ne dispose que d'un matériel restreint, l'opération de l'accouchement provoqué a été pratiquée 37 fois en l'espace de treize ans, de 1886 à 1899. Durant cette période de temps, le nombre total des accouchements a été de 2.690. L'opération dont il s'agit fut donc pratiquée dans 1, 3 pour 100 de cas, soit 1 fois sur 72 femmes enceintes. Ce nombre relativement considérable d'accouchements provoqués tient certainement à ce que la plupart des malades en question qui présentaient soit un bassin vicié, soit une affection cardiaque ou rénale, etc., furent admises à la clinique ou y avaient été envoyées par les médecins traitants dans le but spécial de l'interruption d'une grossesse dangereuse.

En ajoutant à ces 37 cas 4 autres faits du même genre qu'il m'a été donné d'observer récemment à la clinique d'accouchement de l'Académie Impériale militaire de médecine à Saint-Pétersbourg, j'obtiens un nombre total de 41 observations personnelles d'accouchement provoqué. Bien que ces observations ne soient pas assez nombreuses pour m'autoriser à en tirer des conclusions statistiques générales, elles n'en méritent pas moins d'être analysées. Elles n'ont été, en effet, prises et décrites par mes élèves avec le plus grand soin ; elles représentent un matériel scientifique homogène provenant d'un seul et même établissement clinique, et comprenant une série assez longue d'années successives. Cela étant, j'ose espérer que ces faits pourront servir à compléter les travaux de mes distingués corapporteurs.

Voici d'abord quelles ont été les indications obstétricales de l'accouchement provoqué chez mes malades : Bassin vicié, 25 fois ; Grossesse extra-utérine (enfant vivant), 2 fois ; Rétrécissement cicatriciel du vagin, 1 fois ; Mort habituelle du fœtus, 1 fois ; Endométrite septique (gravidique), 1 fois. — Total : 30 cas.

Quelques cas de placenta prævia ont été exclus de cette statistique.

Quant aux indications médicales de l'accouchement provoqué, elles se sont présentées 11 fois.

Ces onze observations concernent directement la question posée par le Comité d'organisation du Congrès.

Les indications n'étaient pas nombreuses ici : il s'agissait 6 fois de néphrite, 4 fois d'éclampsie et 4 fois d'une affection cardiaque.

L'opération fut pratiquée chez 5 primipares et chez 6 multipares.

Plusieurs de ces femmes se trouvaient dans un état des plus graves. Une néphritique a présenté du décollement de la rétine. Deux des éclamptiques étaient presque moribondes ; chez l'une d'elles, la température pendant le travail était à 40° 5, et le pouls battait 180 par minute. Chez la cardiaque, les troubles de la compensation étaient des plus accusés.

Pour ce qui en est de l'époque à laquelle il fut procédé à l'interruption de la grossesse, elle a varié entre la 31e et la 38e semaine de la gestation.

Le procédé opératoire dont nous nous sommes servis le plus souvent a consisté à introduire dans l'utérus une, deux ou trois bougies (méthode de Krause).

1. Voy. *La Presse Médicale*, 1902, n° 76, p. 908.

Dans ces derniers temps, nous avons, en cas d'urgence, dilaté le segment inférieur avec des dilatateurs de Barnes et terminé l'accouchement dans le cas de nécessité soit par une application de forceps, soit par la version podalique suivie de l'extraction manuelle. Antérieurement, nous avions pratiqué une antisepsie rigoureuse, mais, au cours des dernières années, nous nous sommes bornés à la simple asepsie ou méthode de stérilisation.

Voyons maintenant quels ont été nos résultats tant au point de vue de l'enfant qu'à celui de la mère.

Pour l'enfant, les résultats ne paraissent pas brillants à première vue. En effet, sur les onze femmes opérées, sept seulement ont pu quitter la clinique avec leurs bébés vivants. Nous avons donc une mortalité infantile vraiment effrayante de 36 pour 100, chiffre qui est bien près de ceux d'Ahlfeld et d'autres accoucheurs.

Mais, si nous analysons notre mortalité infantile de 36 pour 100, nous constatons ce qui suit : Dans un cas — chez une femme néphritique avec décollement rétinien — on a procédé à l'opération alors que l'enfant était déjà mort ; ce dernier fut même expulsé en état de macération évidente. Chez une autre femme, qui était atteinte d'éclampsie grave, l'enfant a succombé au cours de l'accouchement, la mère ayant présenté, comme il a été dit, une température de 40°5 et un pouls battant 180 fois par minute ; l'enfant, déjà mort, fut extrait à l'aide du forceps. Enfin, dans une troisième observation, l'enfant, un monstre faux hermaphrodite, n'était pas viable. Après élimination de ces 3 cas, il ne reste qu'un enfant dont la mort était due à une extraction manuelle laborieuse après version podalique suivant la méthode de Braxton-Hicks. Nous n'avons donc en réalité qu'une mortalité infantile de 9 pour 100 qu'on peut attribuer directement à l'opération de l'accouchement artificiel prématuré.

Je suis persuadé que, en analysant attentivement les chiffres statistiques des autres auteurs, on trouvera la mortalité infantile de l'accouchement provoqué bien inférieure à celle que l'on admet généralement. Pour ce qui me concerne en particulier, j'estime qu'il y aurait lieu d'envisager d'une façon plus favorable, pour l'enfant, le pronostic de l'accouchement provoqué, surtout avec nos procédés actuels d'asepsie. Ces procédés nous permettent, en effet, d'employer dans un grand nombre de cas des interventions opératoires d'une action lente et délicate, comme celle de Krause, réalisant ainsi la méthode d'expectation comme dans un accouchement aseptique normal — en évitant de la sorte les opérations graves telles que l'application du forceps, la version et l'extraction manuelle, qui assombrissent toujours le pronostic quant à l'enfant.

Je me permettrai de rappeler ici ce fait extrêmement important établi dès 1891 par les travaux de mes élèves à la clinique obstétricale de Kiev, à savoir qu'en employant la méthode de stérilisation, on peut laisser pendant plusieurs jours (jusqu'à six jours) des bougies dans la cavité utérine sans que ces bougies ni l'utérus lui-même perdent leur état stérile.

Je ferai observer aussi que, grâce à l'asepsie, nous pouvons, dans les cas urgents, avoir recours, sans inconvénients pour la mère, à des procédés plus actifs — à la metreuryse, par exemple —. Cependant, le pronostic devient alors moins favorable pour l'enfant. En pareille occurrence, alors que l'enfant est en danger et que, les parties molles du canal génital de la mère n'étant pas dilatées ou dilatables, les dimensions internes du bassin ne se trouvent pas proportionnées à la tête fœtale, on sera autorisé à pratiquer, plus souvent qu'on n'a coutume de la faire, une opération césarienne sur des indications relatives. J'estime que cette façon de procéder est appelée à sauver, dans les cas d'éclampsie grave de la mère, un certain nombre d'enfants.

Aussi suis-je enclin à penser que la science et l'art de l'obstétrique moderne nous donnent toute possibilité de conserver la vie de l'enfant dans l'accouchement provoqué.

Mais ce n'est pas tout. Il nous faut encore assurer l'existence des petits êtres nés débiles et chétifs, parfois empoisonnés par le même poison qui intoxiquait leur mère éclamptique ou cardiaque. On peut dire que dans ces cas le pronostic pour les enfants dépend beaucoup de la bonne volonté, de l'énergie et de l'expérience de leurs parents ou des personnes chargées de soigner les petits malades. La construction des appareils pour l'élevage des enfants nés avant terme a fait de grands progrès ces dernières années, mais il reste encore beaucoup à perfectionner dans cette voie, ainsi que dans tout ce qui touche à l'alimentation et à la surveillance des nourrissons.

Mais j'ai hâte d'en arriver aux mères. Les résultats de l'accouchement provoqué dans mes observations sont des plus favorables pour la mère. Toutes les mères ont pu être sauvées et le processus morbide qui avait déterminé l'intervention opératoire s'est trouvé amélioré (chez la femme cardiaque et dans certains cas de néphrite), voire même guéri (éclampsie). La femme atteinte de décollement de la rétine qui était devenue complètement aveugle, a récupéré la vue quelques jours après l'accouchement provoqué.

Notre statistique complète de 41 cas ne nous a donné qu'un cas de mort, chez une primipare kyphoscoliotique avec déformation énorme du thorax. Elle a succombé, au quatrième jour de ses couches, à une pneumonie fibrineuse, peut-être septique. La mortalité totale pour les mères a donc été de 2,4 pour 100.

En ce qui concerne la morbidité puerpérale, nous avons noté dans nos 11 cas d'accouchement provoqué sur des indications d'ordre médical, 2 fois seulement, soit dans 18,1 pour 100 de cas, un état infectieux léger sous forme de colpite ou d'endométrite septiques. Ces deux malades étaient des primipares ; l'une d'elle se trouvait atteinte de néphrite, l'autre était une cardiaque, âgée de trente-sept ans. Une troisième malade avait contracté une psychose puerpérale à la suite d'une éclampsie grave ; elle a guéri après un séjour de quelques jours à la clinique psychiatrique. La morbidité puerpérale pour l'ensemble de nos 41 observations se monte à 12,8 pour 100.

Voici les conclusions que j'ai l'honneur de formuler en terminant mon rapport :

1. L'accouchement provoqué est une des opérations des plus légitimes et des plus utiles en obstétrique.

2. Elle donne des résultats favorables aussi bien pour l'enfant que pour la mère. La mortalité et la morbidité en connexion directe avec cette opération sont presque nulles.

3. Les indications d'ordre médical les plus fréquentes de l'accouchement provoqué sont fournies par les affections rénales et cardiaques.

4. En général, les indications médicales doivent être appliquées dans une plus large mesure qu'on ne le fait jusqu'ici.

5. Dans l'éclampsie grave au cours de la grossesse, notamment chez les primipares, on est autorisé à substituer, à l'accouchement provoqué, l'opération césarienne, pratiquée sur des indications relatives.

M. SCHAUTA (de Vienne), **rapporteur.** — Les conclusions de mon rapport seront les suivantes :

1. *Polinevrite.* Dans les formes graves de polinévrite chez les femmes enceintes, l'accouchement provoqué ou l'avortement sont justifiés dans l'intérêt de la mère.

2. *Chorée.* Si la chorée est occasionnée par la grossesse, l'accouchement, surtout près du terme, exerce une influence si dangereuse que seulement à la dernière extrémité, lorsque la nutrition est devenue à peu près impossible, ou que des phénomènes d'agitation maniaque se soient manifestés, on aura recours en dernière ressource à l'accouchement provoqué. Dans les cas moins graves, on pourra interrompre la grossesse pendant les huit premiers mois, mais pas plus tard, en raison du danger que pourrait courir la vie de la mère.

3. *Tétanie.* Seulement dans des cas très graves, dont on ne possède pas jusqu'ici des observations, on devrait interrompre la grossesse, dans l'intérêt de la mère.

4. *Tumeurs cérébrales.* Si par suite d'une tumeur cérébrale, la vie de la mère est décidément compromise, quand il y a perte de connaissance, on devra provoquer la délivrance dans l'intérêt de la vie du fœtus. Si le pronostic était encore incertain, on ne provoquera l'accouchement pour ne pas aggraver l'état de la mère.

5. *Hémiplégie.* Dès l'agonie, on pourra provoquer la délivrance dans l'intérêt de la mère.

6. *Psychoses.* La misère organique extrême et le danger de suicide peuvent seuls justifier l'interruption de la grossesse.

7. *Maladies de la moelle épinière.* Elles ne donnent aucune indication pour l'interruption de la grossesse.

8. *Epilepsie.* Seulement des cas très graves peuvent suggérer la provocation de la délivrance.

9. *Hystérie.* Pour l'hystérie, il n'y a aucun avantage à attendre de l'interruption de la grossesse, bien plus, une aggravation. Les troubles psychiques dans l'hystérie seront traités comme les autres troubles du même genre.

10. *Maladies des yeux.* A l'exception de la rétinite albuminurique qui est en rapport pathogénétique avec la néphrite, et à l'exception aussi de l'amaurosis urémique, les maladies des yeux donnent rarement des indications pour l'interruption de la grossesse. Il en est de même des maladies de l'oreille.

11. *Maladies de la peau.* Parmi les maladies de la peau capables de causer, pendant la grossesse, des troubles sérieux et persistants, et pour lesquelles on peut espérer la guérison ou l'amélioration après la délivrance, nous mentionnons le pityriasis versicolor, le prurigo, l'eczéma et le pemphigus, et surtout les formes herpétiques que Milton nomme herpes gestationis, à cause de leur fréquence pendant la grossesse.

12. *Pneumonie et pleurésie.* Il y a contre-indication à l'interruption artificielle de la grossesse.

13. *Tuberculose pulmonaire.* Chez les femmes atteintes de tuberculose pulmonaire, il n'y a aucun avantage à attendre de la délivrance provoquée, en faveur de la mère ; tandis qu'il peut être utile de provoquer l'avortement au début de la grossesse, surtout dans les cas de tuberculose du larynx.

14. Dans les cas moins graves, si la tuberculose fait des progrès rapides, l'interruption de la grossesse est indiquée même pendant les derniers mois, dans l'intérêt de la mère et du fœtus.

15. On ne doit pas dans la pneumonie et la pleurésie interrompre la grossesse en faveur du fœtus, la vie de la mère étant plus à considérer que celle du fœtus.

16. Dans la tuberculose rarement l'on obtiendra par l'accouchement provoqué un enfant viable.

17. Dans les cas désespérés de tuberculose, l'accouchement provoqué est indiqué dans l'intérêt du fœtus, dès qu'il est viable.

18. Si le danger de mort est imminent, il n'y a rien à espérer de l'accouchement provoqué pour la vie du fœtus.

19. *Tuberculose miliaire.* On provoquera l'accouchement aussitôt que le fœtus est viable.

20. *Pneumothorax.* L'interruption de la grossesse est contre-indiquée.

21. *Bronchite, emphysème pulmonaire et asthme.* Ces maladies ne donnent aucune indication pour l'interruption de la grossesse.

22. *Maladies organiques du cœur.* Des lésions valvulaires du cœur, un septième seulement sont diagnostiquées pendant la grossesse.

23. L'interruption spontanée de la grossesse, chez les femmes atteintes de lésions cardiaques, a lieu dans la proportion de 20,2 pour 100.

24. Grâce à un traitement approprié, la plupart des femmes atteintes de lésions valvulaires endurent les fatigues de l'accouchement sans conséquences sérieuses (95 pour 100).

25. Si la lésion valvulaire se complique de tuberculose ou de néphrite chronique, le pronostic est très grave.

26. *Rétrécissement de l'orifice mitral.* Cette lésion paraît être plus dangereuse que toutes les autres.

27. L'influence fâcheuse de la grossesse sur la marche de la lésion cardiaque ne se montre que dans des cas très rares.

28. L'accouchement est beaucoup plus dangereux que la grossesse.

29. *Lésions cardiaques pendant la période de compensation.* Lorsqu'il y a compensation régulière, l'interruption de la grossesse est indiquée seulement dans le cas où la vie de la femme pendant une gestation précédente aurait été sérieusement en danger par la lésion organique.

30. Dans le rétrécissement de l'orifice mitral, les moindres signes de rupture de la compensation suffisent pour justifier l'interruption de la grossesse.

31. *Lésions valvulaires non compensées.* On interrompra la grossesse dans le cas où il faudrait trop attendre avant d'obtenir une amélioration par le traitement médical. Autrement on aura d'abord recours à la thérapeutique interne, afin de pouvoir ensuite interrompre la grossesse, aussitôt l'amélioration obtenue.

32. Les complications de tuberculose ou néphrite engagent à intervenir d'une façon plus énergique.

33. *Ptyalisme.* Si, pendant la seconde moitié de la gestation, le ptyalisme ne cesse pas malgré le traitement des altérations éventuelles du côté de l'appareil génital, ou lors même que ces altérations n'existant pas la malade est très affaiblie, on pourra inter-

rompre la grossesse dans l'intérêt de la mère.

34. *Hématémèse.* En cas d'hématémèse très dangereuse, on peut interrompre la grossesse dans l'intérêt de la mère.

35. *Appendicite.* Dans l'appendicite, l'intervention chirurgicale s'impose, indépendamment de la grossesse, dès que l'on aura constaté la présence du pus.

36. Le traitement chirurgical est indiqué aussi dans l'appendicite catarrhale.

37. L'accouchement provoqué peut être conseillé seulement en cas d'inflammation catarrhale : il doit être repoussé en cas de suppuration.

38. *Ictère.* Dans l'ictère grave accompagné de symptômes menaçants : fièvre très élevée, purpura, foie diminué de volume, et surtout lorsqu'il se manifeste des troubles nerveux, on doit immédiatement interrompre la grossesse.

39. *Tumeurs du foie.* Les tumeurs du foie peuvent amener une cachexie prononcée; de sorte qu'il faut interrompre la grossesse dans l'intérêt de la mère.

40. *Colique hépatique.* Au lieu d'interrompre la grossesse, il faut dans les cas plus graves pratiquer la cholécystotomie.

41. *Péritonite.* Dans la péritonite, à cause du voisinage du péritoine infecté et des blessures étendues amenées par l'accouchement, on ne doit pas avoir recours à la délivrance provoquée, pas même quand la fièvre est élevée.

42. *Hyperémesis.* Aucune théorie ne peut s'adapter à tous les cas de vomissements de la grossesse. Pour beaucoup de cas, il existe sans doute des rapports avec l'hystérie, comme pour beaucoup d'autres, il faut avoir recours à la théorie de l'intoxication (par la voie de l'intestin ou du placenta). L'anémie cérébrale peut jouer aussi un grand rôle dans la provocation des vomissements.

43. Le pronostic des vomissements graves n'est pas aussi fâcheux qu'on le croit généralement.

44. L'accouchement artificiel est indiqué seulement dans les cas où tous les remèdes essayés à l'intérieur auraient échoué. Parmi ces remèdes, il y a d'abord l'isolement dans des établissements spéciaux, le repos absolu et l'alimentation liquide en petite quantité, et dans le décubitus horizontal.

45. *Albuminurie et néphrite.* Si, malgré le régime lacté, il n'y a pas d'amélioration, il faut avoir recours à l'interruption de la grossesse.

46. Si l'albuminurie paraît déjà pendant la première moitié de la gestation, ou si la néphrite se produit avant même le huitième mois, il faut aussi intervenir dans l'intérêt de la mère.

47. Dans la néphrite chronique, on doit interrompre la grossesse dès que le fœtus est viable, ou lorsqu'il y a des troubles généraux graves.

48. Les femmes primipares, celles qui ont une grossesse double, ou des fonctions cardiaques peu résistantes, ou avec tendance aux affections nerveuses, ou atteintes de maladies du poumon, ou surtout affectées par quelques lésions valvulaires du cœur, exigent un traitement très énergique comme celles qui sont atteintes de néphrite chronique.

49. *Eclampsie.* On ne doit pas accorder une grande importance à l'apparition de la néphrite ou de l'éclampsie dans une grossesse précédente.

50. Dans l'éclampsie bénigne il faut essayer avant tout le traitement thérapeutique avec la morphine et le régime lacté ; en cas de non-réussite et si les attaques se renouvellent, ou que le coma survienne, il faut interrompre la grossesse.

51. *Amaurose et rétinite.* L'amaurose exige un traitement médical énergique; la rétinite demande l'interruption immédiate de la grossesse.

52. Dans le cas seulement de grande rigidité de l'orifice de la matrice on remplacera la colpeurisie par les autres méthodes (opération césarienne, incisions d'après Dührssen).

53. L'accouchement forcé chez la femme mourante sera plus avantageux à la vie du fœtus que l'opération césarienne *post mortem*.

54. *Hématurie et hémoglobinurie.* Si ces deux symptômes proviennent de la néphrite, ils exigent le même traitement que celle-ci : sinon, ils peuvent céder au repos au lit et au régime lacté. En cas de non-réussite et d'hémorragie abondante, il faudra avoir recours à l'interruption de la grossesse.

55. *Pyélonéphrite.* Elle réclame aussi des remèdes internes ; mais s'ils venaient à échouer, il faudra après le huitième mois provoquer l'accouchement.

56. *Leucémie splénique.* L'augmentation de travail imposé pendant la grossesse aux organes régénérateurs du sang favorise la tendance à la leucémie splénique.

57. L'accouchement hâte la mort.

58. *Anémie pernicieuse.* Dans l'anémie pernicieuse l'accouchement ne peut produire aucune amélioration dans la maladie ; il peut même hâter la mort.

59. *Hémophilie.* L'hémophilie donne lieu à des hémorragies très abondantes après l'accouchement ; mais jusqu'ici on n'en a pas encore vu qui soient de danger imminent.

60. *Purpura et maladie de Werlhof.* Leur pronostic pendant la grossesse est plus sérieux. Ces deux affections peuvent amener l'accouchement précoce ou la mort du fœtus ; elles peuvent causer des hémorragies abondantes qui ne cessent qu'après la délivrance.

61. *Cachexie.* Chez les femmes cachectiques l'état de chloro-anémie augmente beaucoup avec la marche de la grossesse.

62. Dans les cas de gravité moyenne, de leucémie splénique, il faut attendre que le fœtus soit viable.

63. Dans les cas très graves on peut provoquer l'avortement.

64. Dans l'anémie pernicieuse, l'accouchement précoce est indiqué dans l'intérêt du fœtus.

65. L'hémophilie ne donne aucune indication pour l'interruption de la grossesse.

66. Dans les cas d'hémorragie abondante et d'anémie grave causées par le purpura ou le morbus maculosus, on doit interrompre la grossesse.

67. Les cas graves de cachexie exigent l'avortement provoqué, les moins graves l'accouchement provoqué.

68. *Maladie de Basedow.* Elle se manifeste quelquefois dans le cours de la grossesse.

69. Les troubles sont augmentés pendant la grossesse à cause des obstacles dans la circulation et la respiration.

70. Les troubles de la circulation produits par la maladie de Basedow peuvent donner lieu à des hémorragies abondantes de l'utérus et au décollement du placenta suivi par la mort du fœtus.

71. Les troubles graves de l'état général et les métrorragies provoquées par la maladie de Basedow peuvent exiger l'interruption de la grossesse.

72. *Diabète.* Le pronostic du diabète chez les femmes enceintes est grave (1/4 des malades succombent).

73. Le fœtus aussi succombe dans la plupart des cas.

74. L'accouchement amène des complications graves.

75. Dans le diabète chez les femmes enceintes, il faut interrompre la grossesse dès les premiers mois ; de même aussi dans la seconde moitié, si la quantité de sucre dans l'urine est très élevée ; autrement on attendra jusqu'à ce que le fœtus soit viable.

76. *Ostéomalacie de la grossesse.* Dans les formes progressives et surtout dans les récidives, si le bassin ne permet pas le passage d'un fœtus viable, l'interruption de la grossesse est indiquée comme traitement pour l'ostéomalacie. A moins qu'il y ait le désir d'avoir encore des enfants, dans l'ostéomalacie récidivante on doit pratiquer la stérilisation après les suites de couches moyennant la résection des trompes.

77. Mais s'il s'agit d'ostéomalacie ovarique aggravée par la grossesse, dans les mêmes circonstances, l'accouchement provoqué sera suivi après les suites de couches de la castration.

48. Dans le cas de rétrécissement pelvien grave ou absolu, si la maladie n'est pas trop grave, il faudra attendre le terme normal ; mais dans les cas très graves on provoquera l'accouchement suivi de l'opération césarienne ; s'il s'agit d'ostéomalacie de la grossesse, l'accouchement sera suivi de la stérilisation, s'il s'agit d'ostéomalacie ovarique, il sera suivi de la castration.

79. L'opération césarienne accompagnée de la résection des trompes ou de la castration peut, en certains cas, être remplacée par l'opération de Porro ou l'hystérectomie totale abdominale.

80. Si des troubles sérieux provoqués par l'ostéomalacie grave récidivante apparaissent dès le commencement de la grossesse, il peut être nécessaire, dès les premiers mois, de pratiquer l'extirpation de l'utérus à travers le vagin, ou l'hystérectomie abdominale, si l'opération par la voie du vagin est impossible.

81. *Fièvre typhoïde.* L'interruption de la grossesse pourrait être de quelque avantage seulement dans les premiers jours de la maladie, autrement elle est contre-indiquée

82. *Typhus exanthématique.* Il ne donne aucune indication pour l'interruption de la grossesse.

83. *Rougeole.* L'interruption de la grossesse est contre-indiquée.

84. *Variole.* Dans les formes bénignes, l'interruption est inutile ; dans les formes graves, elle ne produit aucun avantage pour la vie de la mère ; elle est toujours accompagnée du danger de l'infection septique ; si c'est pour sauver la vie du fœtus, l'interruption doit se pratiquer seulement dans les cas désespérés.

85. *Erysipèle.* Elle ne donne aucune indication pour l'accouchement provoqué.

86. *Dysenterie.* Les mêmes indications que pour la fièvre typhoïde.

87. *Diphtérie.* L'interruption de la grossesse est contre-indiquée à cause du danger de l'infection qui pourrait se manifester dans les suites de couches.

88. *Choléra.* Il y a contre-indication pour l'accouchement provoqué.

89. *Malaria.* L'interruption de la grossesse n'est pas nécessaire, mais dans les formes de cachexie prononcée elle peut être indiquée en faveur de la vie de la mère.

90. *Rage, morve et charbon.* Ces maladies ne donnent aucune indication pour l'interruption de la grossesse.

91. *Influenza.* Seulement des complications peuvent donner une indication pour l'interruption de la grossesse.

92. *Tétanos.* Il y a contre-indication pour l'accouchement provoqué.

93. *Typhus recurrens, parotidite épidémique et coqueluche.* Seulement dans les cas compliqués il peut y avoir indication pour l'accouchement provoqué.

94. *Scarlatine.* Il y a contre-indication pour l'interruption de la grossesse.

95. Dans toutes les maladies infectieuses, les hémorragies qui en dépendent peuvent exiger le tamponnement qui à son tour peut produire indirectement l'interruption de la grossesse.

96. D'après ce que l'on vient de dire il s'ensuit que la plupart des maladies infectieuses ne donnent aucune indication pour l'interruption de la grossesse; dans beaucoup de cas il y a même contre-indication, à cause du danger d'aggraver par une infection septique l'état de la mère pendant les suites de couches ; pour certaines maladies infectieuses ce n'est pas la maladie elle-même mais plutôt ses complications qui peuvent suggérer l'interruption de la grossesse.

97. *Rhumatisme.* Contre-indication à l'interruption de la grossesse, parce que le rhumatisme est plus dangereux pendant les suites de couches que pendant la grossesse.

98. *Empoisonnements.* Dans les empoisonnements de morphine, de mercure et de plomb l'interruption de la grossesse n'est pas indiquée, d'autant plus que l'avortement ou l'accouchement prématuré surviennent souvent à la suite de l'empoisonnement, et sans aucun traitement médical. Seulement pour l'intoxication de phosphore, les hémorragies abondantes de l'utérus peuvent réclamer le tamponnement, qui ainsi provoquerait d'une façon indirecte l'accouchement prématuré.

99. *Myomes, kystes, cancer de l'utérus.* Dans la grossesse compliquée de ces tumeurs la provocation de l'avortement est inutile.

100. *Cancer susceptible de traitement chirurgical.* Dans ce cas on aura recours à l'extirpation totale de l'utérus, sans faire attention à la grossesse.

101. *Cancer qui ne peut être opéré.* Dans ce cas on pratiquera l'opération césarienne de préférence d'après la méthode de Porro, aussitôt le fœtus viable.

102. Dans les cas de tumeurs malignes du bassin qui n'intéressent pas les organes génitaux et qui sont susceptibles de traitement chirurgical, l'opération radicale sera précédée de l'interruption de la grossesse, toutes les fois que la grossesse est un obstacle à l'opération, ou que l'accouchement peut compromettre la marche de la guérison.

103. *Goître.* Il y a indication pour la thyroïdectomie et contre-indication pour l'accouchement provoqué.

104. *Hypertrophie mammaire.* L'interruption de la grossesse est rarement justifiée.

M. le professeur SIMPSON (d'Edimbourg), **rapporteur.** — Les indications médicales à l'interruption de la grossesse sont de deux ordres :

1° D'ordre fœtal et 2° d'ordre maternel.

Comme indications d'ordre fœtal, M. Simpson envisage la mort habituelle du fœtus et le développement excessif exagéré du fœtus. Parmi les indications d'ordre maternel il fait deux catégories : 1° Les femmes avec maladies préexistantes ou intercurrentes qui modifient ou sont modifiées par la grossesse.

2° Le femmes à condition pathologique se développant en rapport plus direct avec la grossesse. Il

passe successivement en revue les maladies du système nerveux (folie, apoplexie, méningite, chorée, etc.) puis les maladies du système circulatoire et du système respiratoire. Il considère que dans la tuberculose l'interruption de la grossesse est indiquée, tandis qu'elle ne l'est pas dans les maladies aiguës.

Il admet encore comme indications les vomissements incoercibles, l'hydramnios très volumineux, ces hémorragies placentaires qui mettent en danger la vie de la mère et de l'enfant.

M. J. Henrotay (d'Anvers) n'envisage qu'un côté de la question si magistralement traitée par les rapporteurs, mais qui a une importance très grande dans la pratique privée. Comme l'a si bien dit Pinard, lorsqu'un médecin pose une indication d'interruption de la grossesse, il ne relève que de lui-même, de sa science et de sa conscience sans avoir à s'occuper ni même permettre l'intrusion des autorités civiles ou religieuses. Si c'est là un idéal moral à atteindre en ce qui concerne les rapports de malade à médecin, il serait tout aussi désirable que la grande voix d'un Congrès international comme celui-ci la fasse admettre de médecin à médecin. L'indication de l'interruption de la grossesse étant prise en vue de conserver la seule vie dont il puisse être question, celle de la femme, il ne faudrait pas que des considérations religieuses puissent dicter à un médecin une autre conduite que celle que lui indique la science.

Prennent encore part à la discussion : *MM. Gutierrez* (de Madrid), *M. Sinclair* (de Manchester), *M. le professeur la Torre* qui dit que son opinion est bien plus proche de celle de M. Pinard que des conclusions émises par M. Rein; il se déclare très conservateur. Comme M. Henrotay il désirerait voir le Congrès émettre une opinion au sujet de la légitimité de l'interruption de la grossesse, cela pour tranquilliser le médecin et lui éviter des scrupules d'ordre religieux ou judiciaire.

M. le professeur Bossi (de Gênes). En cas d'interruption de la grossesse le médecin doit se préoccuper tout d'abord de l'état des forces de la parturiente et il doit balancer les avantages de la cessation de l'état de grossesse avec les inconvénients de l'acte opératoire que nécessite cette opération. Naturellement le trauma sera d'autant plus grand que :

a) Les manœuvres pour préparer le col de l'utérus seront plus importantes ;

b) Que ces manœuvres seront plus locales;

c) Que ces manœuvres seront plus suivies d'hémorragie ; et pour arriver à ce résultat il préconise l'instrument qu'il a inventé. En effet, son dilatateur est :

1° Le seul instrument qui garantisse à l'accoucheur la possibilité d'ouvrir le col avec certitude même dans les milieux les plus défavorables.

2° Le seul instrument qui permette la dilatation en un temps très restreint, ce qui est indispensable pour une opération d'urgence.

M. le professeur Zweifel (de Leipsig) fait remarquer la différence qu'il y a entre les statistiques des cliniques et celles de la pratique en ville. Les indications pour l'interruption de la grossesse lui semblent très restreintes. Il admet les vomissements quand ils sont tout à fait incoercibles.

M. Krœnig (de Leipsig) dit quelques mots dans le même sens.

M. Fuszkaï (de Budapest) voudrait fixer des indications plus précoces dans les affections valvulaires du cœur.

M. Kohegyi (de Szeged) parle de la responsabilité qu'assume le médecin quand il propose d'interrompre la grossesse. Il voit dans la tuberculose une indication facultative.

M. le professeur Draghiesco (de Bucarest). Pendant une période de neuf ans (1895-1901) et sur un total de 18.132 accouchements, a eu l'occasion de provoquer l'accouchement en cas d'affections médicales 17 fois dont : 13 fois pour de l'éclampsie, 3 fois pour des phénomènes gravido-cardiaques (les femmes sont entrées à la Maternité à l'état d'asystolie), et 1 fois pour des accès épileptiformes.

Il a employé : 5 fois la méthode de Kiwisch; il s'est servi de cette méthode en 1893-1894 et l'a abandonnée ensuite; 4 fois le dilatateur métallique de Tarnier, 5 fois le ballon de Champetier de Ribes, 2 fois la sonde de Krause et 1 fois la méthode de la dilatation manuelle simple.

Disons que dans un des deux cas où il a commencé la dilatation avec la sonde de Krause, il l'a terminée par la méthode manuelle.

Il a obtenu les résultats suivants :

Dans les 13 cas de provocation de l'accouchement pour de l'éclampsie quatre femmes sont mortes et 9 vivantes et 6 enfants morts, tous prématurés, leur poids variant de 1500 à 2500 grammes, et 7 vivants. Dans tous ces cas, on a eu recours à la provocation de l'accouchement, parce que l'état des femmes était très grave, elles avaient des accès subintrants et les enfants souffraient, parce que le traitement médical n'avait rien donné.

Le traitement de l'éclampsie consiste en lavements de chloral-hydraté, laudanisés, inhalations de chloroforme, potion au polybromure et enfin la saignée plus ou moins abondante, suivie d'une injection de sérum artificiel dans la veine. Naturellement il n'oublie jamais le régime lacté.

Dans les trois cas où il a provoqué l'accouchement pour des phénomènes gravido-cardiaques, les femmes sont entrées en état d'asystolie, avec de la cyanose de la face et des extrémités, la respiration bruyante, la toux quinteuse. Il y avait des râles dans les deux poumons et partout. Le pouls petit, fréquent et irréguliers, les battements du cœur précipités et tumultueux.

Les malades avaient de l'orthopnée et de l'insomnie. De l'albumine dans les urines. Leur faiblesse était extrême.

Malgré tous les secours médicaux, l'état de ces femmes ne se modifiant pas, il provoqua l'accouchement deux fois à l'aide du ballon de Champetier de Ribes et une fois par la méthode manuelle.

Dans ce dernier cas la femme était si bas qu'elle est morte pendant les manœuvres de la dilatation, le fœtus était déjà mort.

Tandis que dans les deux premiers, les femmes ont été immédiatement soulagées. Petit à petit le cœur, les poumons sont rentrés presque dans leur état normal et à ce moment on a entendu au cœur un souffle au premier temps et à la pointe.

Les deux femmes sont sorties améliorées.

Malheureusement leurs enfants sont morts, l'un vingt-quatre heures après sa naissance, l'autre deux jours après. Tous les deux étaient des débiles.

Enfin, dans un dernier cas on a provoqué l'accouchement à l'aide du ballon de Champetier de Ribes pour des accès épileptiformes.

La femme gravide pour la cinquième fois a eu son premier accès à l'âge de quatorze ans. A partir de sa troisième grossesse les accès deviennent plus fréquents et persistent même une fois par semaine dans l'intervalle des grossesses.

Pendant la grossesse actuelle ils sont d'une telle fréquence qu'au moment de son entrée à la Maternité et rien que pendant l'examen elle en a eu trois.

L'accès était annoncé par un aura, qui consistait dans une faiblesse que la femme ressentait dans la moitié gauche de son corps, et ensuite elle perdait connaissance.

Les accès duraient deux à trois minutes et ils se répétaient toutes les cinq minutes. Dans les intervalles la femme avait toute sa connaissance.

En l'espace de trois jours elle a eu 305 accès.

Les urines ne contenaient ni albumine, ni sucre.

L'accoucheur provoque l'accouchement, et la femme accouche d'un prématuré de 1100 grammes, qui meurt après quatre jours.

Après la délivrance, les accès deviennent plus rares et ils font espérer leur disparition complète, mais au bout de quatre heures, ils augmentent de nouveau de fréquence, ils arrivent à être même subintrants et la femme meurt pendant un accès le sixième jour de son entrée.

A l'autopsie on a trouvé de la congestion cérébrale très intense, légère dégénérescence graisseuse du foie. La rate augmentée de volume présentait des points petits d'hémorragie sous-capsulaire.

M. le professeur Pinard se félicite de ce que les divergences ne se présentent que sur des points de détail. La légimité de l'opération a été mise hors de conteste. Il répond à M. Schauta qu'il n'intervient pas dans la tuberculose laryngée ni dans la tuberculose miliaire; à M. Rein que sa statistique est basée sur un nombre plus considérable de cas graves. Il s'élève en tout cas contre les indications qui peuvent être facultatives. L'indication d'interrompre la grossesse doit être absolue pour être légitime puis répondant en termes très élevés à MM. Henrotay et La Torre il se défend de faire intervenir une question sociale, morale, religieuse ou judiciaire dans un débat qui se passe entre l'accoucheur et sa conscience.

M. le professeur Rein (de Saint-Pétersbourg) trouve que dans toute cette discussion on a parlé beaucoup de la mère et peu de l'enfant. Dans tous les cas qu'il a pratiqués les mères ont guéri et les enfants ont été sauvés dans la proportion de 60 pour 100. Il conserve donc tout l'optimisme des conclusions de son rapport.

M. le professeur Schauta (de Vienne) revient sur quelques objections faites à son rapport. Il n'admet l'indication de vomissements incoercibles qu'en cas d'absolue nécessité; de même pour le choléra, la tuberculose miliaire aiguë ou la tuberculose laryngée, et n'intervient qu'après avoir essayé tout le traitement médical.

L'intervention d'urgence n'existe que quand, la mère étant condamnée sans appel, il faut essayer l'impossible pour sauver l'enfant. Mais il se défend de trouver belle cette opération de nécessité ; et quant à lui, elle lui sera toujours antipathique.

M. Pinard reprend la parole après quelques mots de *M. Simpson*, et fait remarquer que dans ce débat il ne saurait être question de l'enfant puisque la mère est condamnée si on n'intervient pas.

(*A suivre.*) Jayle et Gottschalk.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

A. Roblot. *Leucémie et lithiase urique* (*Thèse*, Paris, 1902). — La coexistence de la lithiase rénale et de la leucémie n'a pas été signalée jusqu'à présent; l'auteur en rapporte deux cas. Dans le premier cas, il s'agit d'un malade, leucémique depuis cinq ans, chez lequel les crises néphrétiques ont apparu depuis deux ans et demi; dans le second cas, la leucémie existait depuis dix-huit mois, et la complication lithiasique n'est apparue que depuis six mois. Chez ces deux malades, il s'agit de leucémie myélogène splénomégalique.

A propos de ces deux cas, l'auteur étudie les rapports qui existent entre la leucémie et la lithiase. Repoussant l'idée d'une diathèse lithiasique chez des malades accidentellement atteints de leucémie, M. Roblot cherche à établir les relations de ces deux affections.

Chez les leucémiques, le fait est avéré, il y a d'ordinaire surcharge sanguine d'acide urique, uricémie, et presque toujours surcharge d'acide urique dans les urines. La présence de l'acide urique en excès dans l'urine, serait due, pour les uns à l'insuffisance des oxydations de l'organisme; pour d'autres, elle serait une manifestation d'une insuffisance de fonctionnement du foie. Certains auteurs attribuent à une lésion des noyaux du vague ou à un trouble purement dynamique du bulbe la perturbation fonctionnelle du foie qui entraînerait la surcharge urique. D'après une théorie alimentaire, la surcharge urique provient de l'excès des urates dans l'alimentation. Arthus prétend que l'acide urique de l'urine provient : pour une part, de la désintégration des nucléo-albuminoïdes des tissus; il y aurait, peut-on dire, production exo- et endogène d'acide urique. L'auteur, examinant ces différentes théories, se rallie à celle d'Horbaczewski, d'après laquelle, dans la leucémie, l'acide urique urinaire provient, pour la plus grande part, de la destruction des leucocytes.

Se basant sur les données fournies par la chimie biologique, la physiologie comparée et la clinique, M. Roblot émet l'hypothèse suivante : presque tous les leucémiques dissolvent leur surcharge urique parce que leur milieu humoral est hypoacide. Au contraire, les deux malades observés sont devenus lithiasiques parce que leur alcalinité humorale a faibli, ou parce que la nucléolyse a libéré chez eux un excès d'acide urique tout à fait disproportionné à leur alcalinité.

Quant au pronostic, la lithiase doit être combattue chez les leucémiques en tant que symptôme douloureux, toutefois elle traduit un humorisme capable de résistance; et il faut se garder d'une médication alcaline intensive qui pourrait transformer cet humorisme défensif et précipiter la cachexie.

G. Berruyer.

BACTÉRIOLOGIE

R. Turro. *Sur la digestion des bactéries* (*Centralblatt für Bakteriologie*, 26 Juillet 1902, t. XXXII, n° 2, p. 105). — Le suc de corps thyroïde de rein et de muscles, extrait par pression, digère, en un à trois jours, à la température de 35-38°, au moins un dixième de son poids d'une culture de charbon datant d'un jour. L'addition de 2 pour 100 de fluo-

rure de sodium n'empêche pas cette action. L'œuf de poule possède les mêmes propriétés digestives pour les bactéries.

La bactérie charbonneuse en voie de digestion commence par perdre le pouvoir de se colorer par le gram; elle prend fortement l'éosine; elle fournit à la fin une substance de consistance muqueuse, de couleur grise.

Chimiquement, cette digestion représente une hydrolyse.

Les vieilles cultures de bacilles charbonneux, les cultures chauffées ou traitées par un acide minéral, résistent mieux que les cultures fraîches.

M. Labbé.

PRATIQUE MÉDICALE

L'Ouataplasme dans le pansement oculaire.

La *Clinique ophtalmologique* a publié récemment (10 mai 1902) une étude sur le pansement oculaire à laquelle nous empruntons les renseignements suivants concernant la valeur de l'ouataplasme comme partie constitutive de ce pansement.

Après avoir rappelé que, si les paupières constituent pour l'œil, à l'état normal, un agent de protection idéal, il ne saurait en être de même pour l'œil malade, qui doit être à la fois parfaitement protégé contre les agents extérieurs vulnérants ou infectieux, immobilisé autant que possible et soumis à l'application de topiques divers, et que le seul moyen d'atteindre ce triple but réside dans le pansement oculaire, notre confrère étudie les conditions dans lesquelles doit être établi ce pansement. Celui-ci se compose : 1° des objets à appliquer directement sur l'œil; 2° des moyens de contention.

Laissant de côté cette dernière partie du pansement, la contention, qu'on réalisera le mieux avec la bande de crépon, bande souple, élastique, exerçant une pression uniforme et se moulant exactement sur la tête du sujet, nous nous occuperons surtout des qualités que doit réunir la partie du pansement appliquée directement sur l'œil. Elle doit être à la fois *aseptique* et *non irritant*.

Un pansement aseptique peut être sec ou humide. *Sec*, il présente l'inconvénient de ne pas s'appliquer exactement sur l'œil et de devenir irritant lorsque les sécrétions se sont desséchées à sa surface. *Humide*, au moyen d'une rondelle de tissu mouillé, il ne tarde pas à se dessécher, et il présente alors les mêmes inconvénients que le précédent; de plus si le liquide qui l'imprègne n'est pas neutre, il risque d'être irritant pour la peau et de provoquer des démangeaisons très préjudiciables.

Les différentes pommades présentent l'inconvénient d'être difficilement stérilisables et d'être plus ou moins irritantes.

L'idéal serait donc d'avoir un pansement aseptique humide et restant humide sans devenir irritant; or cet idéal se trouve réalisé par le *ouataplasme*.

Le ouataplasme, découpé en carrés ou rondelles oculaires, est fourni stérilisé et peut se conserver aseptique indéfiniment. Mouillé d'un liquide neutre stérilisé, il garde l'humidité tant qu'il reste appliqué sur l'œil, surtout s'il est recouvert d'un morceau de baudruche dépassant ses bords et s'appliquant sur la peau. Ne renfermant ni farine, ni fécule, mais une fine *cellulose*, il ne fermente jamais et n'est, par conséquent, pas irritant.

Voici comment il faut l'utiliser : la rondelle, découpée dans la pièce d'ouataplasme, est imbibée d'eau stérilisée et exprimée à plat entre les deux mains pour en chasser une partie de l'eau. La galette ainsi obtenue est appliquée sur l'œil où elle se moule, et recouverte d'un morceau plus large de baudruche destinée à conserver l'humidité; par-dessus, une couche d'ouate plus ou moins épaisse suivant le degré de compression à obtenir. Quand, dans une opération de cataracte, on retire ce pansement au bout du troisième jour, on retrouve la peau intacte et les bords des paupières nullement agglutinés.

Comme *pansement thérapeutique*, le ouataplasme trouve de nombreuses indications en ophtalmologie. D'abord il remplace avantageusement le cataplasme dans tous les cas où celui-ci est indiqué, puisqu'il conserve merveilleusement la *chaleur*, *l'humidité*, et qu'il *n'est pas fermentescible*.

Il est bien supérieur à la compresse humide parce qu'il n'a pas besoin d'être souvent renouvelé et qu'il n'est pas irritant. Il a donné d'excellents résultats dans un cas de ténonite très douloureuse et dans plusieurs cas d'épisclérite. Dans tous les cas d'ulcérations de la cornée qui demandent l'occlusion, on a vu également la réparation survenir bien plus rapidement que par l'usage des compresses humides.

De même qu'en dermatologie générale, où il est très employé, le *ouataplasme* sera d'une grande utilité en oculistique contre l'eczéma des paupières. Dans plusieurs cas rebelles, une guérison rapide a été obtenue par le traitement suivant : ouataplasme, imbibé d'une solution de sublimé à 1 pour 5000, appliqué sur les paupières pendant une heure le matin et une heure le soir; pommade à l'ichtyol et à l'oxyde de zinc pendant la nuit.

D'un usage plus banal, mais très fréquent, sera encore le *ouataplasme* dans les cas de blépharo-conjonctivite impétigineuse des enfants où, avant d'appliquer des topiques actifs, il est utile de déterger les bords des paupières recouvertes de croûtes qui cachent les ulcérations.

Enfin, il peut être très utile pour calmer la douleur après les injections sous-conjonctivales médicamenteuses, toujours plus ou moins douloureuses.

En résumé, le *ouataplasme* se recommande comme un pansement sûrement aseptique, toujours prêt, après les opérations, et remplaçant avantageusement le cataplasme et les compresses humides dans un but thérapeutique.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Est inscrit d'office, à la suite du tableau de concours (faits de guerre) des officiers présentés pour le grade de chevalier dans l'ordre national de la Légion d'honneur : M. Morel, médecin-major de 2e classe, chef du service de santé au Chari.

Corps de santé de la marine. — Sont désignés pour embarquer dans la force navale des mers d'Orient MM. les médecins auxiliaires de 2e classe : Brunet, destiné à la *Triomphante* : Le Couteur, destiné au *Vauban*; Denier, destiné à l'*Achéron*; d'Aubert de Peyrelongue, destiné au *Styx*; Rideau, destiné à l'*Alouette*; Richard, destiné au *Pei-Ho*; Dorso, destiné au *D'Entrecasteaux*; Varenne, destiné au *Kersaint* (station de l'Annam et du Tonkin).

— M. le médecin auxiliaire de 2e classe Ségalen est désigné pour embarquer sur la *Durance* à Tahiti.

— M. le médecin en chef de 2e classe Pfihl est désigné pour remplir les fonctions de médecin résident à l'hôpital maritime de Port-Louis.

— M. le médecin de 2e classe Briand est désigné pour embarquer le 1er Octobre prochain sur le *Pothuau* (escadre de la Méditerranée).

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont désignés pour entrer dans la composition des 21e et 23e régiments d'infanterie coloniale à Paris : Pour le 21e régiment, MM. Salamone-Ipin, Ollivier, Lherminier, médecins-majors de 2e classe; Le Corre, médecin aide-major de 1re classe.

Pour le 23e régiment, MM. Le Moine, médecin-major de 1re classe; Sarrat, médecin-major de 2e classe; Rogé, Régnier, médecins aides-majors de 1re classe.

— M. Cognacq, médecin-major de 2e classe est mis à la disposition de M. le ministre des colonies pour être attaché auprès de M. le gouverneur général de l'Indo-Chine (hors cadre).

Étranger.

Faculté de médecine de Kiel. — M. Reinhold Ruge est nommé privat-docent d'histoire et de géographie médicales.

Faculté de médecine de Modène. — M. G.-B. Pellizzi est nommé privat-docent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Munich. — M. Wilhelm Kattwinkel est nommé privat-docent de médecine interne.

Faculté de médecine de Naples. — M. Luigi Simonelli est nommé privat-docent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Parme. — M. Rinaldo Bovero est nommé privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Pise. — M. Paolo Fiori est nommé privat-docent de pathologie chirurgicale.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. Ewald Hering, professeur extraordinaire de pathologie générale et expérimentale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Turin. — M. Vittorio Allgeyer est nommé privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Wurtzbourg. — M. Otto Rostoski est nommé privat-docent de médecine interne.

Albany Medical College. — M. Spencer L. Dawes est nommé lecteur de matière médicale.

Institut Pasteur de Buluwayo. — A la demande du Conseil d'administration de la British South African Company, — la Chartered de Cecil Rhodes, — l'Institut Pasteur de Paris vient de déléguer un de ses membres, M. le Dr Loir, pour aller fonder un institut à Buluwayo, en pleine Rhodesia.

La mort par la foudre. — De 1890 à 1900, aux États-Unis de l'Amérique du Nord, 4107 personnes ont péri par la foudre, soit 373 personnes par an. En 1900, année particulièrement orageuse, il y a eu 713 morts par la foudre; de ce nombre, 498 ont été surpris au grand air, 158 dans les habitations, 57 sous des arbres. Il y a en outre 973 brûlés par la foudre, dont 617 au grand air, 327 dans des habitations et 29 sous des arbres.

Une maison de médecins. — Un des plus grands bâtiments à Chicago serait occupé tout entier, à en croire *The Clinical Review*, par des cabinets de consultations de médecins et de dentistes. Il y aurait sous le toit de cette maison 222 médecins et 36 dentistes.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Grande Librairie Médicale A. MALOINE

Téléphone 810-88 *23-25, rue de l'École-de-Médecine, PARIS (6e)* Adresse télégraphique : **Maloine-Paris.**

Expédition franco dans le monde entier. — Par poste recommandée, 5 0/0 en plus. — Toute commande doit être accompagnée du montant.
Tous les ouvrages annoncés sont garantis **neufs, complets et de la dernière édition.**

DERNIÈRES NOUVEAUTÉS

Astruc. Thérapeutique, nouvelle méthode pour l'étudier et la retenir facilement, in-8°, 1902, 4 fr. 50, net . . . . . 4 fr.
Donnadieu. Pour lire en attendant bébé, conseils aux jeunes mères, préf. du Dr Budin, in-18, cart., 1903, 2 fr. 50, net. 2 fr. 25
Eustache. La puériculture, hygiène et assistance, in-18, 1903, 3 fr. 50, net. 3 fr.
Landouzy et **Jayle.** Glossaire médical, 9.500 mots, noms ou expressions, 426 figures et 5 cartes, in-8° relié toile pleine, 18 fr., net. . . . . 16 fr.
Legrain. La fièvre quarte, étiologie, évolution, traitement, formes dissociées de l'accès quarte, in-8°, avec 35 tracés, 1902, 2 fr. 50, net. . . . . . . 2 fr. 25
Sersiron. Moyens pratiques pour placer un tuberculeux, avec la carte de l'armement antituberculeux, in-18, cart., 1902, 1 fr. 50, net. . . . . 1 fr. 35
Thomas. Essai sur les altérations du cortex dans les méningites aiguës, in-8°, avec 7 pl., 14 fig., 3 fr. 50, net. . 3 fr.

ANATOMIE, HISTOLOGIE, PHYSIOLOGIE

Alquier et Lefas. Guide pratique d'histologie normale et pathologique, in-8°, 1902, avec 151 fig. 12 fr., net. 10 fr. 50
Arthus. Eléments de physiologie in-18 cart., 1902, avec fig., 8 fr. net . . . . . 7 fr.
Berdal. Nouveaux éléments d'histologie normale, 5e édit., entièrement revue et augmentée des nouvelles découvertes, in-8°, 1899, avec 348 fig., 8 fr., net. 7 fr.
Brandeis. Histologie pathologique, in-18, 1899, avec fig., cart., 5 fr., net. 4 fr. 50
Cornil et Ranvier. Manuel d'histologie pathologique. Tome I, avec 369 fig. n. et col., in-8°, 1901, 25 fr., net. . . . 22 fr. 50
Tome II, avec 202 grav. n. et col., in-8°, 1902, 25 fr., net . . . . 22 fr. 50
Gilis. Précis d'embryologie, préface de Mathias Duval, in-18, 1891, avec 175 fig., cart., 6 fr., net. . . . . . . 5 fr. 25
Hédon. Précis de physiologie, in-18, cart., 1901, avec 191 fig., 8 fr., net . . . 7 fr.
Letulle. Anatomie pathologique. Cœur, vaisseaux, poumons, avec 102 fig., dont 31 col., gr. in-8°, 1897, 22 fr., net. 20 fr.
Poirier. Traité d'anatomie humaine, publié sous la direction de P. Poirier, par Charpy, Nicolas, Prenant, Jonnesco. 5 tomes en 12 vol., avec figures, 140 fr., net . . . . 120 fr.
(Le 2e fasc. du tome V, organe des sens sous presse, ce fasc. terminera l'ouvrage).
Testut. Traité d'anatomie humaine, anatomie descriptive, 4e éd., 1899-1901, 4 vol. gr. in-8°, avec 2.917 fig., dont 1.664 tirées en plusieurs couleurs, 80 fr., net. 72 fr.
Testut, Précis d'anatomie descriptive. Aide-mémoire à l'usage des candidats au 1er examen de doctorat, in-18, cart., 1901, 8 fr., net. . . . . 7 fr.
Tillaux. Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, 10e éd., in-8°, 1900, avec fig., 26 fr., net. 23 fr.
Cartonné, 28 fr., net. . . . . 25 fr.

CONCOURS DES HOPITAUX

Recueil des questions d'internat, publié sous la direction du Dr A. Martinet, 2e éd. L'ouvrage est publié en 55 fascicules de 50 à 60 pages in-8°, avec grandes marges afin de permettre de faire des annotations. Prix du fascicule, 0 fr. 70.
Les 55 fascicules, net. . . . . . 25 fr.
Le sommaire des fascicules de ces deux recueils sera envoyé sur demande.
Recueil des questions d'externat, par un groupe d'internes des hôpitaux de Paris.
L'ouvrage est publié en 40 fascicules de 30 à 40 pages in-8°, 1900. Les 40 fasc. sont en vente, prix du fascic. 0 fr. 50
Les 40 fascicules . . . . 15 fr.

AUSCULTATION, DIAGNOSTIC, BACTÉRIOLOGIE

Achard. Nouveaux procédés d'exploration, leçons de pathologie générale professées à la Faculté de médecine, recueillies et rédigées par Sainton et Loeper, in-8°, 1902, 8 fr., net. . . . . 7 fr.
Besson. Technique microbiologique et sérothérapique., in-8°, 1902, avec 289 fig., 12 fr., net . . . . 10 fr. 50
Cassaet. Précis d'auscultation et de percussion avec 158 fig., n. et en coul., in-18, cart., 1899, 9 fr., net . . . 8 fr.
Champeaux. Tableaux synoptiques d'exploration médicale des organes, in-8°, cart., 1902, 5 fr., net. . . . . 4 fr. 50
Debove et Achard. Manuel de diagnostic médical, 2 vol., in-8°, avec fig., 1899-1900, cart., 43 fr., net . . . . . 38 fr.
Hagen et Toison. Manuel pratique de diagnostic et de propédeutique par Hagen, professeur à Leipzig. édition française profondément modifiée par le Dr J. Toison, professeur à Lille, in-8°, 1890, avec 18 fig. et 1 pl., 6 fr., net . . . 5 fr. 25
Macé. Traité pratique de bactériologie, 4e édition mise au courant des travaux les plus récents, in-8°, cart., avec 338 fig., n. et col., 1901, 25 fr., net. . 22 fr. 50
Miquel et Cambier. Traité de bactériologie pure et appliquée à la médecine et à l'hygiène, avec 224 fig., n. et col., gr. in-8°, 1902, 45 fr., net. . . . 40 fr.
Nicolle et Remlinger. Traité de technique microbiologique à l'usage des médecins et des vétérinaires, préface du Dr Roux (de l'Institut), in-8°, 1902, avec 211 fig., 10 fr., net . . . . 9 fr.
Spillmann et Haushalter. Manuel de diagnostic médical et d'exploration clinique, 4e éd., 1902, avec 102 fig., in-18, cart., 6 fr., net . . . . 5 fr. 25
Thoinot et Masselin. Précis de microbie technique et microbes pathogènes, in-18, avec 210 fig., n. et col., 1902. . . 8 fr.

PATHOLOGIE INTERNE

Bouchard. Traité de pathologie générale, Les 5 vol. parus, 108 fr., net. . 96 fr.
Souscription à l'ouvrage complet. 6 vol., 120 fr., net . . . . 108 fr.
Chantemesse et Podwyssotsky. Les processus généraux. Histoire naturelle de la maladie, hérédité, atrophies, dégénérescences, concrétion, gangrènes, avec 162 fig. noires et coloriées, grand in-8°, 1901, 25 fr., net. . . . . . . 22 fr. 50.
Brouardel et Gilbert. Traité de médecine et de thérapeutique.
L'ouvrage complet, 10 vol. in-8° avec fig., 1897-1902, 120 fr., net . . . 100 fr.
(Pour les pays où il est nécessaire d'envoyer par poste recommandée, ajouter 15 fr. pour le port.)
Relié 1/2 chagrin, 20 fr. en plus.
Charcot, Bouchard et Brissaud. Traité de médecine, 2e édit., publiée sous la direction de Bouchard et Brissaud.
Les 8 vol. parus, gr. in-8°, 1898-1902, avec fig., 124 fr., net. . . . . 100 fr.
(Pour les pays où il est nécessaire d'envoyer par poste recommandée, ajouter 15 fr pour le port.)
Pour la reliure 1/2 chagrin, ajouter 2 fr. 50 par volume.
Debove et Achard. Manuel de médecine. in-8°, 1892-1897.
L'ouvrage complet, 9 vol., reliure souple, tête dorée, 144 fr., net. . . 128 fr.
Debove et Sallard. Précis de pathologie interne, in-18 rel. souple, 1902, 12 fr., net . . . . 10 fr. 50
Dieulafoy. Manuel de pathologie interne, 4 vol, in-18 cart., 1901, 28 fr., net 25 fr.
Ludolff Krehl. Précis de pathologie générale. Trad. S. Bernheim, in-8°, 1895, 6 fr., net . . . . 5 fr. 25
Roger (G.-H.). Professeur agrégé. Les maladies infectieuses, 2 vol. in-8° avec 117 fig., 1902, 28 fr., net. . . . . 25 fr.
Strumpell. Traité de pathologie spéciale et de thérapeutique des maladies internes, trad. de l'allemand par le Dr J. Schramme, 3 vol. in-8°, 1898, 36 fr, net, . . 32 fr.

THÉRAPEUTIQUE — FORMULAIRES

Berlioz. Manuel de thérapeutique. Préface de Bouchard, 5e édit., 1901, in-18, cart., 6 fr., net. . . . . 5 fr. 25
Bouchardat. Nouv. formulaire magistral. 33e éd., 1900, in-18 cart., 4 fr., net. 3 fr. 50
Daniel. Mémorial thérapeutique, in-18, portefeuille de 240 p. 1902, broch. couv. toile, 2 fr. 50, net. . . . . . . 2 fr. 25
Rel. peau souple, 3 fr. 50, net . 3 fr.
Débove et Achard. Manuel de thérapeutique, 3 vol. in-8°, 1900-1902, 57 fr., net. 50 fr.
Dehove et Gourin. Formulaire thérapeutique et pharmacologie, in-32, rel. souple, 1901, 6 fr., net . . . . . . 5 fr. 25
Dupuy. (Professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse). La formule médicale. Principes généraux de pharmacologie sur lesquels reposent sa rédaction et son exécution, in-18 rel. souple, 1897, 4 fr., net. . . . . . 3 fr. 50
Gilbert et Yvon. Formulaire. Ancien formulaire Beaumetz, 14e édit., 1901, in-18, cart., 4 fr., net . . . . 3 fr. 50
Huchard. Consultations médicales, in-8°, 1901, 2e édit., 8 fr., net. . . . . . 7 fr.
Hyvert. Vade-mecum de poche du jeune praticien et ses remplaçants. 1 vol. in-18, 1902, cart., 3 fr., net . . . . . 2 fr. 75
Lauder-Brunton. Action des médicaments. Leçons de pharmacologie et de thérapeutique, professées à l'hôpital Saint-Bartholomew, traduit de l'anglais, par Bouqué et Heymans, gr. in-8°, avec fig., 1901, 18 fr., net. . . . . 16 fr.
Lyon. Traité élémentaire de clinique thérapeutique, in-8°, 1902, 25 fr., net 22 fr. 50
Malbec. Consultations et ordonnances médicales. Formulaire méthodique et thérapeutique. Préface du Dr J.-V. Laborde, in-18, 1902. cart., 4 fr., net. . . 3 fr. 50
Pouchet. Leçons de pharmaco-dynamie et de matière médicale.
3e série antipyrétiques et antithermiques analgésiques avec 33 fig., in-8°, 1902, 8 fr., net . . . . 7 fr.
Traité de thérapeutique appliquée publié sous la direction de Albert Robin.
L'ouvrage complet forme 20 fascicules, ensemble prix 139 fr., net . . . 122 fr.

SYSTÈME NERVEUX

André. Précis clinique des maladies du système nerveux, in-12, 1895, cart., 10 fr., net . . . . 9 fr.
Krafft-Ebing. Traité clinique de psychiatrie. Trad. E. Laurent, gr. in-8°, 1897, 20 fr., net . . . . 18 fr.
Oulmont. Thérapeutique des névroses, in-18, 1901, 4 fr., net. . . . . 3 fr. 50
Raymond. Clinique des maladies du système nerveux. Hospice de la Salpêtrière 5 vol., in-8°, 1894-99, avec fig., 84 fr., net . . . . 75 fr.
Soury. Le système nerveux central, structure et fonctions, histoire critique des théories et des doctrines, 2 vol. in-4°, 1899, cart., 50 fr., net . . . . . 45 fr.
Van Gehuchten. Le système nerveux de l'homme. Leçons professées à l'Université de Louvain, 2 vol. in-8°, 3e édit., 1900, avec 702 fig., 30 fr., net. . 27 fr.

MALADIES DES ENFANTS

Ausset. Leçons cliniques sur les maladies des enfants, faites à l'hôpital Saint-Sauveur, 1896-97, 1897-98, 1898-99, 3 vol., in-8°, 15 fr., net . . . . . . 13 fr. 50
Comby (Dr Jules). Traité Maladies de l'enfance, gr. in-8°, 1902, 25 fr., net. 22 50
Comby. Formulaire de poche pour les maladies des enfants, in-18, cart., 1901, 8 fr., net . . . . 7 fr.
Despine et Picot. Traité pratique des maladies de l'enfance, in-8°, 1899, 16 fr., net . . . . 14 fr. 50
Grancher, Comby, Marfan. Traité des maladies de l'enfance, 5 vol., gr. in-8°, avec fig., 1897-1899, 90 fr., net . . . . 80 fr.
Nogue (Dr R.). Précis posologie infantile, in-18, 1895, rel. souple, 3 fr. 50, net 3 fr.

CHIRURGIE

Chalot. Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoire, 4e édit., 1900, avec 1.217 fig., in-8°, 20 fr., net. 18 fr.
Chavasse. Nouveaux éléments de petite chirurgie (pansements, bandages, et appareils), in-18, 5e édit., 1900, cart., avec 524 fig. 9 fr., net. . . . . 8 fr.
Duplay, Rochard et Demoulin. Manuel de diagnostic chirurgical, in-18, rel., 1900, avec 80 fig. n. et c. 12 fr., net. 10 fr. 50
Farabeuf. Précis de manuel opératoire, ligatures, amputations, résections, 1895, in-8°, avec 687 fig., 16 fr., net, 14 fr. 50
Jamain, Terrier et Peraire. Manuel de petite chirurgie, in-18, 1901, cart., avec 572 fig., 8 fr., net. . . . . 7 fr.
Le Dentu et Delbet. Traité de chirurgie clinique et opératoire. L'ouvrage complet 10 tomes en 11 vol. in-8°, 125 fr. net. . . . . 100 fr.
Pour les pays où il est nécessaire d'expédier par poste recommandée, ajouter 15 fr. pour le port. Pour recevoir l'ouvrage relié 1/2 chagrin ajouter 20 fr.
Lejars. Chirurgie d'urgence, avec 751 fig., d'après nature et 172 phot. originales, in-8°, relié, 1901, 25 fr., net. . 22 fr. 50
Monod et Vauverts. Traité de technique opératoire, 2 vol., in-8°, avec nombr. fig., 1902. En souscript. 35 fr., net. 31 fr.
Tome I seul paru. A l'apparition du tome II, le prix de l'ouvr. sera augmenté.
Tillaux. Traité de chirurgie clinique, 2 vol. in-8°, 1900, cart., 25 fr., net . 22 fr. 50
Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly. Manuel de pathologie externe, 1900-1903, 4 vol. in-8°, avec fig., 40 fr., net. 36 fr.
Sébileau (professeur agrégé). Leçons de chirurgie faites à l'hôpital Cochin, 1 vol. in-18, 1899, 3 fr. 50, net . . . . . 3 fr.
Traité de Chirurgie, publié sous la direction de Duplay et Reclus, 2e édit., 1897-99, 8 vol. in-8°, 150 fr., net . . 135 fr.

ACCOUCHEMENT — GYNÉCOLOGIE

Bouquet. Théorie et pratique des accouchements en tableaux synoptiques, in-8°, 1900, rel. 15 fr., net . . . . 13 fr. 50
Budin et Crouzat. Pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes, in-18, 2e édit. 1898, avec 127 fig., 8 fr., net. 7 fr.
Clado. Diagnostic gynécologique (Organes génitaux et mamelle), in-18, avec 109 fig., 1902, 6 fr., net . . . . 5 fr. 25
Fritsch. Traité des maladies des femmes. Traduit par le Dr J. Stas, avec 277 fig., in-8°, 1902, 16 fr., net . . . . 14 fr. 50
Labadie-Lagrave et Legueu. Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1901, in-8°, cart. avec 329 grav., 25 fr., net. 22 fr. 50
Lutaud (A.), professeur libre de gynécologie, médecin adjoint de Saint-Lazare : Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale, contenant la technique opératoire et 607 fig. dans le texte, fort vol. grand in-8°. Broché, 20 fr., net. 18 fr.
Relié toile, net . . . . . . 19 fr. 50
Pénard et Abelin. Guide de l'accoucheur et de la sage-femme, 8e édit., 1897, in-18, avec fig., 6 fr., net. . . . . . . 5 fr. 25
Pozzi. Manuel théorique et pratique d'accouchements, 1902, 138 fig., in-12, cart., 4 fr., net. . . . . 3 fr. 50
Ribemont-Dessaigne et Lepage (G.). Précis d'obstétrique avec 590 fig. dans le texte, 5e édit. 1900, gr. in-8°, cart., 30 fr., net . . . . 27 fr.
Varnier. La pratique des accouchements, obstétrique journalière, av. 387 fig., 1900, gr. in-8°, rel. tête dorée, 26 fr., net. 23 fr.

DERMATOLOGIE — MALADIES VÉNÉRIENNES VOIES URINAIRES

Berdal (Dr), médecin de consultation à l'hôpital Saint-Louis. Traité pratique des maladies vénériennes. Affections blennorragiques. Ulcérations vénériennes non syphilitiques. Affections paravénériennes. Préface du Dr Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis, in-8°, 1897, avec fig. et pl., 10 fr., net. . . . 9 fr.
Berdal. Traité pratique des maladies vénériennes. La syphilis, fort vol. in-8° de 1.000 p. avec 58 fig. et 18 pl. en couleurs. 1902, 15 fr. net . . . 13 fr. 50
Brocq. Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques, in-8°, cart., 1898, fig., 6 fr., net. 5 fr. 25
Brocq et Jacquet. Précis élémentaire de dermathologie, 5 vol., in-18, 12 fr. 50, net. . . . . 11 fr.
Dommergue. Traité pratique d'analyse chimique, microscopique et bactériologique des urines, in-8°, 1901, avec 38 fig. et 4 tableaux, 4 fr., net. . . . 3 fr. 50
Hallopeau et Leredde. Traité pratique de dermatologie, av. 24 pl. en coul. et 15 fig., in-8°, rel. toile 1900, 30 fr., net. 27 fr.
Liotard. Manuel pratique et simplifié d'analyse des urines et autres sécrétions, in-12, avec fig., 1899, 2 fr. 50, net. 2 fr. 25
Pousson. Précis des maladies des voies urinaires, 206 fig., in-18 cart., 1899, 9 fr. net . . . . 8 fr.
Pousson. Affections chirurgicales des organes génito-urinaires, clinique et thérapeutique, in-8°, 1897, 8 fr. net. 7 fr.
Pratique dermatologique. Traité de dermatologie appliquée par MM. Besnier, Brocq, Jacquet. T. I, in-4°, rel. toile, avec 230 fig. et 24 pl. col., 1900, 36 fr., net. 32 fr.
Tome II, in-4°, rel. toile, avec 168 fig. et 21 pl. col., 1901, 40 fr., net. . 36 fr.
Tome III, in-4°, rel. toile, avec 212 fig. n. et 19 pl. col., 1902, 40 fr. net. 36 fr.
L'ouvrage formera 4 vol. Prix à forfait de la souscription à l'ouvrage complet, 150 fr., net. . . . . . . 135 fr.

MALADIES DES YEUX, OREILLES, NEZ, LARYNX

Courtade. Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille, in-12, 1894, 4 fr., net. . . . . 3 fr. 50
Darier. Leçons de thérapeutique oculaire, d'après les découvertes les plus récentes, in-8°, 1902, 12 fr., net . . . . 10 fr. 50
Escat. Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx. Naso-pharynx, préface Dr Lubet-Barbon, in-8°, cart., 1901, avec fig., 16 fr., net . . . . . 14 fr. 50
Fuchs. Manuel d'ophtalmologie. Traduction Lacompte et Leplat, in-8°, 1897, cart., 25 fr., net . . . . 22 fr. 50
Maitland Ramsay. Atlas des maladies externes de l'œil, avec 30 pl. col. et et 18 photogr. Traduit par le Dr A. Leprince, in-4°, cart., 1900, 40 fr., net . . . 36 fr.
Panas. Traité des maladies des yeux, 2 vol. gr. in-8°, 1894, cart., avec 296 fig. et 7 pl., 40 fr., net. . . . . 36 fr.
Pansier. Traité d'électrothérapie oculaire, préface du Dr Valude, in-12, 1896, avec fig., 6 fr., net. . . . . 5 fr. 25
Terrien. Chirurgie de l'œil et de ses annexes, gr. in-8° avec 311 fig., 1902, 15 fr., net . . . . 13 fr. 50
Terson. Chirurgie oculaire, in-18, 1901, avec 129 fig., 7 fr. 50, net. . . 6 fr. 50
Truc, professeur de clinique ophtalmologique à Montpellier, et **Valude,** médecin de la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. Nouveaux éléments d'ophtalmologie, 2 vol. in-8°, 1896, avec fig. et pl., 20 fr., net . . . . 18 fr.

Vient de paraître :

Bibliographie méthodique des Livres de médecine (1880-1902)

Cette bibliographie sera adressée gratuitement et *franco* sur demande.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 78. — Samedi, 27 Septembre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

DEUXIÈME VOYAGE
DE *LA PRESSE MÉDICALE*
AUX UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES
8-23 Septembre 1902
Rome.

Rome, 20 Septembre 1902. — Partis de Pise le 14 Septembre, nous sommes arrivés à Rome le soir, et dès le lendemain nous avons commencé à visiter la Ville Éternelle. Des hôpitaux romains et des cliniques il y a peu de choses à dire, si ce n'est qu'on bâtit actuellement une polyclinique grandiose et monumentale située hors les murs, qui donnera asile à tous les services cliniques de la Faculté de médecine. Cet hôpital n'est pas encore entièrement achevé, et sa description complète devant paraître dans ce journal, nous nous bornerons à mentionner la visite que nous y avons faite.

La chose importante à étudier à Rome était le Congrès de gynécologie et d'obstétrique qui avait été la cause occasionnelle de notre voyage et dont *La Presse Médicale* publie le compte rendu. Nous ne parlerons donc ici que de l'organisation et des fêtes.

* * *

Au point de vue de l'organisation, à laquelle les Italiens ont donné beaucoup de soins, il faut remarquer un certain nombre de choses; tout d'abord les séances ont été consacrées à la lecture des rapports et à la discussion de ces derniers; toutes les communications individuelles ont été renvoyées dans la dernière séance de samedi 20 Septembre; naturellement, toutes n'ont pu être lues; avec une courtoisie parfaite et qu'il faut faire remarquer, les Italiens ont retiré toutes les communications n'ayant pas un intérêt général et ont ainsi laissé la place à leurs invités étrangers.

Le secrétariat, grâce surtout au très aimable professeur Rossi Doria, a marché d'une façon parfaite. Un point de détail nous a frappé : le compte rendu succinct de chaque séance était immédiatement autographié et envoyé directement aux grands journaux quotidiens qui pouvaient ainsi tenir leurs lecteurs au courant sans trop écorcher les noms propres et sans faire trop d'erreurs comme cela se produit quelquefois, quand les journalistes parlent de choses qu'ils ignorent! Cette manière de faire a encore un autre avantage, c'est de permettre, d'une façon rapide, la diffusion, dans la grande presse, des idées importantes au point de vue sanitaire général; ainsi, le jeudi 18 septembre M. le professeur Pinard, ayant, à la fin de la séance, dit en quelques mots frappants l'importance qu'il y avait au point de vue du résultat définitif à opérer de bonne heure dans les cas de cancer utérin et montré à ce sujet qu'il fallait faire l'éducation gynécologique du peuple, pour que les femmes consultent le médecin dès qu'il se produit un trouble quelconque dans la sphère des organes génitaux, nous avons vu les secrétaires inscrire ces quelques mots à la fin des notes déjà préparées pour les différents journaux et réaliser ainsi, *séance tenante*, le vœu de l'éminent orateur.

Un autre point sur lequel il faut insister était la prééminence de l'élément français dans ce Congrès. Non seulement, parmi les nations étrangères à l'Italie et représentées à ce Congrès, les Français tenaient au point de vue du nombre la première place, et cela peut-être grâce au voyage organisé par notre journal, mais encore un grand nombre de Congressistes étrangers ont adopté le français pour faire leurs communications. Nous ne parlons pas des Canadiens, qui pendant tout le Congrès n'ont formé qu'un seul groupe avec les Français de la mère patrie, ni des Belges ou des Suisses de langue française, mais il nous a

été donné d'entendre des Russes, des Roumains, des Bulgares, des Hollandais, des Américains, des Italiens et des Espagnols faire leurs communications dans la langue de Racine et de Molière. Pour un peu on pourrait dire que le français fut la langue internationale à ce Congrès et cela à un point tel, que dans une discussion un professeur de Leipsig dut, pour se faire comprendre du plus grand nombre des assistants, selon ses propres termes, employer lui aussi la langue française pour sa communication; le fait est significatif. Ajoutons que les deux délégués officiels du Gouvernement de la République Française, MM. les professeurs Pinard et Pozzi ont constamment donné de leur personne, que bien souvent leur parole autorisée a fait rentrer dans ses limites un débat qui menaçait de les franchir.

D'autre part, un certain nombre de petits faits sont venus d'une façon presque continue resserrer les liens d'amitié si réels qui existent entre Italiens et Français. Un petit détail à ce sujet : le 20 Septembre, à 11 heures du matin, les cloches du Capitole sonnèrent tout d'un coup à toute volée, coupant ainsi court à toutes les discussions scientifiques. M. le professeur Pozzi, qui présidait, proposa de lever la séance en signe d'allégresse, et, s'associant à la joie de tous les Italiens fêtant leur entrée dans Rome, termina son allocution par les cris de « Evviva l'Italia, Evviva Roma Intangibile ». De longues acclamations couvrirent les paroles du Français président pendant que le vénérable professeur Pasquali venait les larmes aux yeux remercier avec une émotion chaleureuse M. le professeur Pozzi de sa courtoisie internationale et de son heureux esprit d'à-propos.

* * *

Passons maintenant aux fêtes; elles ont été ce qu'elles pouvaient être : pleines de cordialité et de bonne humeur; peut-être certains étrangers s'attendaient-ils à quelque chose de plus; la faute n'en est certes pas aux organisateurs du Congrès qui ont fait tout ce qui dépendait d'eux, mais, comme cela se passe aussi quelquefois en dehors de l'Italie, les pouvoirs publics ont eu moins d'intérêt pour un Congrès de médecins que pour un Congrès de pompiers ou de vélocipédistes.

Comme fêtes officielles il y a eu : la séance d'ouverture, où le président du Conseil a envoyé ses souhaits par télégraphe et où le roi s'était fait représenter par un fauteuil vide! La deuxième fête consistait le soir en une réception par le syndic de Rome au palais du Capitole. Le syndic de Rome, prince Colonna, était parti la veille, et s'était fait représenter par M. Palomba ; il est juste de dire que Son Excellence est venue le dernier jour faire en passant une visite au Congrès et dire quelques mots aimables en italien et en français.

Comme autres fêtes, il y a eu, le *mardi 16 Septembre*, une réception à l' « Associazione della Stampa » (Association de la Presse) qui a permis aux congressistes d'assister du haut d'une terrasse datant paraît-il de la République romaine, au très beau concert donné sur la place Colonna. Le *mercredi 17*, dans l'après-midi, fut organisée une très intéressante visite du Forum avec explications sur les plus récentes découvertes. Le *jeudi 18*, fut donnée une soirée avec concert dans la ravissante promenade du Pincio. Le *vendredi 19*, avait lieu la promenade à Tivoli et à la villa Adriana qui a duré toute la journée depuis six heures et demie du matin à sept heures du soir. Cette longue durée avait empêché quelques congressistes désireux de voir un peu les curiosités artistiques et archéologiques de Rome, d'y prendre part; elle a été néanmoins très réussie et tous ceux qui y assistèrent en conserveront un souvenir délicieux. Enfin, le *samedi 20*, les congressistes ont été invités à assister à l'illumination et à l'embrasement du Colisée et du Forum de la République qui avait lieu à l'occasion de la fête nationale.

Le banquet social qui était annoncé pour le vendredi 19 n'a pu avoir lieu, faute d'adhérents; il n'y a pas grand inconvénient à laisser tomber désormais cette formalité coûteuse et inutile.

Il faudrait encore mentionner toutes les réceptions et invitations particulières qui ont été parfaites d'organisation et de cordialité; pour être complet, il faudrait nommer tous les membres du Comité et même beaucoup de médecins romains ne faisant pas partie du Comité organisateur du Congrès; citons cependant les dîners des professeurs Mangiagalli et Morisani, du professeur La Torre; celui que le secrétaire général devait offrir n'a pas pu avoir lieu, M. le professeur Pestalozza ayant eu le jour même la douleur de perdre son père.

Il faut encore noter le très beau déjeuner offert à l'hôtel du Quirinal par les professeurs Pinard et Pozzi aux congressistes français et canadiens ; pareilles manifestations, venant réunir et grouper les Français à l'étranger, sont trop rares dans les milieux scientifiques pour ne pas être citées et applaudies.

* * *

Enfin pour ce qui touche plus particulièrement le groupe du voyage de *La Presse Médicale*, nous avons rencontré à Rome le très aimable et très sympathique directeur des thermes de Salsomaggiore, M. Pavoni, qui, non content de nous avoir si bien reçus dans la petite ville d'eaux lombarde, a voulu nous laisser de Rome un souvenir impérissable en nous faisant faire le dimanche 4 Septembre, veille de notre départ, un exquis déjeuner romain, arrosé des vins des Castelli romani, via Santa Prisca, dans un ancien château de Constantin, au pied du mont Aventin, en face du Forum de la République et du Palatin des Césars, au centre de la Rome d'autrefois. Il était impossible de nous permettre de condenser avant notre départ, d'une façon plus délicate, toutes nos impressions sur l'ancienne dominatrice du monde, sur la cité vraiment éternelle.

A. Gottschalk.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de l'endométrite hémorragique par les badigeonnages intra-utérins à la teinture d'iode.

Dans les cas d'endométrite hémorragique post-partum sans rétention de débris placentaires, ainsi que dans les endométrites hémorragiques accompagnant les petits fibromes ou bien les affections annexielles chroniques, les badigeonnages intra-utérins à la teinture d'iode sont un excellent moyen de traitement qui souvent pourra remplacer avantageusement le curettage.

Beaucoup de femmes, en effet, effrayées par la perspective d'une opération, ne se résignent au curettage qu'à la dernière extrémité ; d'autres ne peuvent interrompre leurs occupations, et les exigences de la vie courante ne leur permettent pas de rester une vingtaine de jours au lit. Le traitement par les badigeonnages à la teinture d'iode, qui ne demande pour ainsi dire pas de préparatifs, qui n'est pas douloureux, et partant ne nécessite jamais l'anesthésie, qui, enfin, n'oblige pas les femmes à garder le lit, sera donc particulièrement bien accueilli dans ces différents cas, et, comme il a donné de nombreux succès dans toutes les mains, il nous paraît utile d'en décrire ici, d'après M. Landry (*Thèse*, Paris, 1902), la très simple technique.

La malade étant placée dans la position obstétricale, on commence par pratiquer une irrigation abondante du vagin à l'aide d'une solution antiseptique énergique (sublimé ou permanganate de potasse au millième); puis, après s'être assuré de la position de l'utérus, de sa mobilité ou de ses adhérences, de ses déviations, de ses flexions surtout, qui sont si fréquentes dans les métrites, — tous renseignements importants à connaître pour pouvoir tout à l'heure donner à la tige porte-coton la forme et la direction qui lui permettront de pénétrer sûrement, facilement et sans danger dans l'intérieur de cet utérus déplacé et déformé, — on introduit le spéculum qui doit bien embrasser et fixer le col.

Celui-ci ayant été soigneusement nettoyé à l'aide d'un tampon de ouate imbibé de la même solution antiseptique qui a servi pour l'irrigation vaginale, on procède au badigeonnage intra-utérin.

Le meilleur instrument pour introduire la teinture d'iode dans la cavité utérine est une petite tige de métal malléable (cuivre rouge recuit et nickelé), longue de 25 à 30 centimètres, et qui porte à une de ses extrémités un pas de vis très fin s'étendant sur une longueur de 2 1/2 à 3 centimètres. On enroule autour de ce pas de vis un peu de ouate hydrophile, de manière à faire un tampon le plus petit possible et de façon que l'extrémité de la tige soit totalement recouverte par l'ouate.

Ce tampon est plongé dans la teinture d'iode, puis introduit dans la cavité utérine ; on imprime à la tige un mouvement de va-et-vient de manière à badigeonner complètement la muqueuse utérine et à ne laisser aucun point de cette muqueuse qui n'ait été touché par la teinture d'iode.

Le col peut être plus ou moins large et béant ou plus ou moins étroit. Dans le premier cas, l'introduction de la tige et du tampon sera très facile et l'on pourra même employer des tampons plus volumineux. Si le col est étroit, il faudra faire un tampon le plus petit possible, mais il ne sera jamais nécessaire de faire une dilatation antérieure. Lorsque le tampon, arrivé au niveau de l'isthme, éprouve de trop grandes difficultés pour le franchir, et si la femme ressent la moindre douleur, il ne faut pas insister : il est préférable d'attendre un, deux ou trois jours pour tenter une nouvelle introduction. L'expérience démontre, en effet, que tel tampon qui n'a pu pénétrer un jour qu'avec de très grandes difficultés, ou même pas du tout, passe le lendemain ou les jours suivants avec la plus grande facilité et sans la moindre douleur.

Il n'y a pas à craindre que, dans les mouvements de va-et-vient imprimés à la tige, le tampon se détache et reste dans la cavité utérine : on peut se convaincre que cet accident est impossible en voyant avec quelles difficultés on arrive, l'opération terminée, à détacher l'ouate du pas de vis autour duquel elle est enroulée ; ce n'est certainement pas le simple frottement qu'elle éprouve dans la cavité utérine qui parviendrait à la détacher.

Généralement, le lendemain de chaque badigeonnage, la malade a une perte de sang un peu plus abondante que les jours précédents, et, dans les jours qui suivent, elle expulse une certaine quantité de membranes qui sont des débris de muqueuse. La teinture d'iode agit, en effet, sur la muqueuse utérine comme sur les autres muqueuses, comme sur la peau : elle produit de la desquamation. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'après chaque badigeonnage un certain nombre de petits vaisseaux soient mis à nu ; c'est ce qui explique l'hémorragie du lendemain.

Il faut le plus souvent plusieurs badigeonnages, répétés à quelques jours d'intervalle, pour guérir une métrite hémorragique, mais généralement alors la guérison est définitive. La muqueuse se régénère, et ce qui prouve bien qu'elle reprend sa structure et ses fonctions normales, c'est que nombre de femmes, à la suite de ce traitement, sont devenues enceintes. La plupart de ces femmes d'ailleurs ont accouché sans difficultés, ce qui montre encore qu'il n'y a aucune atrésie utérine à craindre après des badigeonnages à la teinture d'iode bien faits.

La guérison de la morphinomanie sans souffrance. (Traduction Albert Ball), par M. Oscar Jennings, 1 vol. in-8° de 230 pages, avec figures (*A. Maloine*, éditeur, Paris).

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES LÉSIONS DES ARTÈRES

DANS L'INFECTION RHUMATISMALE

Par M. RABÉ

Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Chef de laboratoire à l'hôpital Laënnec.

L'histoire de l'artérite aiguë, au cours de l'infection rhumatismale, apparaît encore pleine d'incertitudes. Les observations publiées en sont rares, et même, pour certains auteurs, constamment discutables; ainsi M. Widal[1] pense qu'en dehors des cas d'aortite rhumatismale, il n'existe pas de fait incontestable d'artérite ressortissant à cette infection. Toutefois, il est vraisemblable d'admettre que le rhumatisme articulaire aigu, à l'instar des maladies virulentes, peut léser les artères de moyen et petit calibre, comme il lèse le cœur, et que la polyarthrite fébrile aiguë doit prendre place dans l'étiologie des artérites infectieuses. Guéneau de Mussy[2], dès l'année 1872, pressent l'influence du virus rhumatismal sur le développement de l'artérite chronique. Legroux[3], en 1884, relate une importante observation d'artérite aiguë rhumatismale, avec thrombose de l'artère humérale. Hanot[4], en 1894, reprend et confirme les idées de Guéneau de Mussy; Astier[5], dans sa thèse inaugurale, fait une étude critique des observations publiées, et admet formellement l'existence de l'artérite rhumatismale, aiguë ou chronique.

La symptomatologie de cette lésion reproduit celle des artérites infectieuses en général. Mais son étude histologique reste intégralement à édifier; les observations sont rares, où le malade succombe en pleine crise de polyarthrite fébrile, et, même dans ces cas, l'examen microscopique des viscères est presque toujours négligé.

Nous avons pu, récemment, observer un enfant, qui mourut en pleine attaque de rhumatisme articulaire et viscéral, et procéder à l'étude histologique, au moins du muscle cardiaque. Cette analyse nous a permis de déceler, du côté des artères coronaires, des lésions directement imputables à l'action du poison rhumatismal, et nous pensons intéressant de consigner les résultats de cette étude, qui pourra constituer un document utile à l'histoire de l'artérite rhumatismale.

Observation. — Il s'agissait d'un enfant de cinq ans, indemne de tout antécédent pathologique, mais issu d'un père rhumatisant, qui entra à l'hôpital, au sixième jour d'une crise de rhumatisme grave. Les articulations des membres sont intéressées dans leur presque généralité. L'examen du cœur révèle, avec un élargissement de la matité, l'existence d'un souffle râpeux d'insuffisance mitrale; il y avait, de plus, un foyer de congestion pulmonaire, à la base droite, en raison, sans doute, d'une anxiété respiratoire extrême. Le pouls bat à 140 et la température atteint 39°7. Sous l'influence du traitement salicylé, l'état paraît s'amender durant quelques jours. Puis, l'affection reprend son allure sévère : la température s'élève à nouveau, la dyspnée s'accroît; les signes de myocardite rhumatismale grave se manifestent : pâleur de la face, tendance aux syncopes, pouls en hypotension, tachycardique et arythmique, oligurie. L'enfant succomba, après avoir présenté, pendant trois jours, ce syndrome d'insuffisance cardiaque aiguë. Nous n'avons pu, malheureusement, faire que l'autopsie du myocarde : la séreuse d'enveloppe apparaît très vascularisée, et nettement dépolie sur ses faces, antérieure et postérieure. Les cavités cardiaques sont dilatées, pleines de caillots fibrino-cruoriques, et l'orifice mitral montre un bord libre, tuméfié, comme œdémateux, hérissé sur toute sa circonférence de végétations verruqueuses, coiffées de fines strates de fibrine.

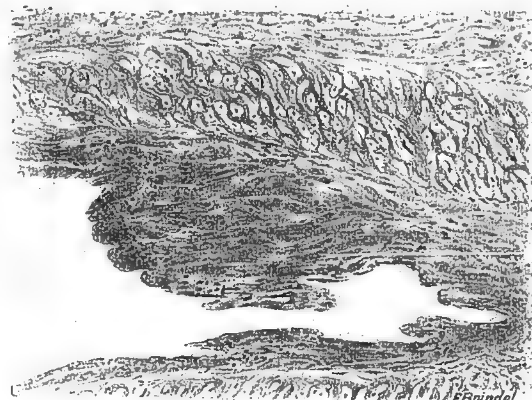


Figure 1.

Artérite aiguë rhumatismale. Coupe faite suivant le diamètre longitudinal du vaisseau, et destinée à montrer les lésions d'endartérite végétante et de mésartérite, avec état réticulaire des fibres musculaires.

a, périartère d'aspect normal; *b*, mésartère, présentant, au niveau de ses cellules musculaires, une dégénération totale du protoplasma contractile; état réticulaire de la tunique moyenne; *c*, bourgeon d'endartérite proliférante aiguë.

Les parois du muscle ont une consistance flasque, une coloration rougeâtre, avec taches pâles; les artères coronaires, suivies sur tout leur trajet, ne présentent aucune altération notable.

Nous exposerons avec détail le résultat de nos constatations microscopiques[1]; notre observation, en effet, leur emprunte tout son intérêt, toute sa portée.

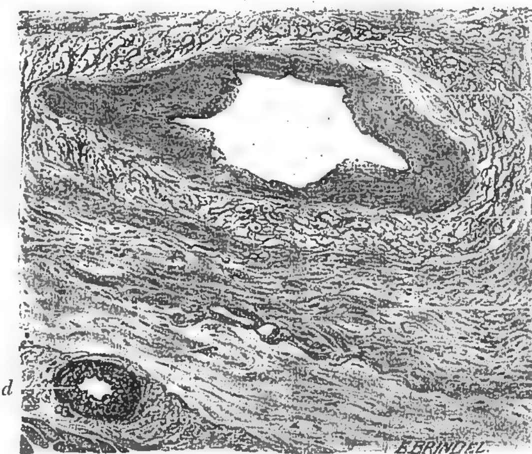


Figure 2.

Artérite aiguë rhumatismale. Coupe transversale d'une artère de moyen calibre, et d'une artériole.

a, artère de calibre, avec lésions d'endartérite sténosante, et de mésartérite dégénérative; *b*, mésartère avec état réticulaire des fibres musculaires; *c*, péricarde enflammé et épaissi; *d*, artériole, dont l'endartère, en plein bourgeonnement, est triplée et quadruplée d'épaisseur.

Les fibres contractiles du myocarde offrent, à l'examen, dans leur presque totalité, des altérations de myocardite aiguë : état granuleux, atrophie hyperplasmique, vacuolisation, polymorphisme nucléaire. Ces différents aspects de la cellule musculaire ont déjà été signalés par Weill et Barjon[1], par P. Merklen et Rabé[2]; ils constituent la formule histologique ordinaire de la myocardite parenchymateuse, d'origine rhumatismale, et nous ne pouvons que les indiquer, sans nous étendre davantage sur leur description.

Les lésions les plus importantes, celles que nous voulons retenir, intéressent les artères et frappent les deux tuniques interne et moyenne. Les figures 1 et 2 montrent la nature et l'intensité des altérations de l'endartère : les vaisseaux, représentés dans ces dessins, sont le siège d'une endartérite proliférante, en pleine activité, ayant envahi quelquefois un segment de la paroi, plus souvent sa totalité. Des coupes en série ont été pratiquées, du fragment auquel appartient l'artère de calibre, figurée dans le premier dessin, et, constamment, sa lumière apparaissait, du chef de l'endartérite sténosante, réduite de moitié. Ce tissu de bourgeonnement est constitué par une substance fondamentale amorphe, tachetée de quelques leucocytes, mais surtout de nombreuses cellules conjonctives, d'autant plus abondantes qu'on se rapproche du revêtement endothélial; à ce niveau, elles sont en pleine multiplication et trahissent ainsi l'activité du travail de néoformation. Du reste, les cellules endothéliales tapissent exactement les végétations endartéritiques, et c'est à l'intégrité de ce revêtement cellulaire qu'il faut attribuer l'absence de thrombo-artérite. Ce processus d'endartérite proliférante intéresse autant les fines artères que les vaisseaux de calibre, et la figure 2 montre la section d'une artériole dont la tunique interne, normalement si mince, est triplée et quadruplée d'épaisseur.

C'est au niveau des artères intra-péricardiques que la lésion atteint son maximum d'intensité; peut-être, faut-il voir la raison de cette localisation majeure, dans la participation du péricarde à l'inflammation rhumatismale. On constate dans les mailles du tissu conjonctivo-adipeux une infiltration diffuse de leucocytes, avec, par places, exsudation fibrineuse et tendance aux néoformations vasculaires. Le poison rhumatismal semble donc s'être appesanti d'une façon massive, sur le péricarde et ses vaisseaux. Toutefois, les artères intra-musculaires ont ressenti, dans une certaine mesure, les atteintes de cette infection, virulente à l'extrême, et l'on saisit, à leur examen, toute la gamme des lésions de l'endartérite aiguë, depuis la simple tuméfaction du noyau des cellules endothéliales, jusqu'à la prolifération de l'endartère, avec formation de bourgeons inflammatoires.

L'examen de la tunique moyenne révèle une altération aussi intense que celle de l'endartère, plus grave peut-être, par ses conséquences immédiates et lointaines. Il s'agit d'une lésion, d'ordre dégénératif, frappant le protoplasma des fibres musculaires de la mésartère. La figure 1 représente une coupe d'artère de calibre, faite suivant son axe longitudinal; elle permet déjà de saisir la nature et l'importance de la lésion. La figure 3, qui reproduit à un fort grossissement un segment du même vaisseau, en précise les détails. La tunique moyenne est convertie en un tissu réti-

1. F. Widal. — Art. Rhumatisme articulaire aigu. « Traité de médecine de Brouardel et Gilbert ». T. II, p. 753.

2. Guéneau de Mussy. — « De l'athérome artériel et des indurations des artères ». *Arch. de méd.*, 1872.

3. Legroux. — « Artérite aiguë généralisée rhumatismale. Thrombose de l'artère humérale, sans gangrène du membre, et anévrisme vrai consécutif de l'axillaire ». *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1884.

4. Hanot. — « Considérations générales sur le rhumatisme articulaire aigu ». *La Presse Médicale*, 1894.

5. Astier. — « Étude critique de quelques observations d'artérites rhumatismales ». *Thèse*, Bordeaux, 1897.

1. La technique observée pour cet examen a été la suivante : les fragments de muscle, après fixation par l'alcool ont été inclus dans la paraffine, et colorés à l'hématéine-éosine.

1. Weill et Barjon. — « Sur un cas de myocardite d'origine rhumatismale chez l'enfant ». *Arch. de méd. expér.*, 1895, p. 205.

2. P. Merklen et Rabé. — « La myocardite parenchymateuse d'origine rhumatismale ». *La Presse Médicale*, 1901, p. 87.

culaire, dû à la fonte et à la disparition du protoplasma des fibres lisses. La substance contractile semble, en quelques points, avoir subi une véritable liquéfaction de sa myosine, avec coagulation secondaire, et l'élément cellulaire apparaît rempli par une masse albumineuse, à peine colorée par l'éosine. L'altération la plus constante, c'est l'exode du protoplasma, avec transformation de la cellule ainsi évidée en une logette, en une véritable alvéole, parfois vide, plus souvent centrée par le noyau. Les parois de ce tissu alvéolaire sont formées par la trame interstitielle de la mésartère, par ses travées conjonctivo-élastiques, sensiblement épaissies, et parcourues par de rares leucocytes. La tunique moyenne figure ainsi, dans son ensemble, une élégante dentelle, aux mailles presque toujours polygonales, elliptiques seulement vers les extrémités du vaisseau, en raison de l'axe différent de la coupe. Dans les points où l'artère est sectionnée suivant son axe transversal, la même dégénération apparaît aussi nette et la mésartère se montre trouée de fentes elliptiques, dont le centre est occupé par un noyau tuméfié, quelquefois en voie de division.

Cette mésartérite parenchymateuse atteint, elle aussi, son maximum d'intensité, au niveau des artères intra-péricardiques. La musculature des branches profondes présente, certes, des modifications de structure, qui trahissent une imprégnation toxique de haute gravité (tuméfaction des cellules, état trouble ou liquéfaction du protoplasma, tuméfaction des noyaux); mais l'influence du poison rhumatismal semble, ici, avoir été moins meurtrière, et l'on constate rarement l'aspect troué de la mésartère.

En résumé, l'analyse histologique a mis en évidence, du côté des artères du cœur, deux ordres de lésions : les unes intéressant la tunique interne, sous la forme d'endartérite proliférante, diffuse à la presque totalité des vaisseaux; les autres, de caractère dégénératif, siègent dans la tunique moyenne, dont les fibres musculaires ont subi une véritable liquéfaction avec disparition de leur protoplasma. Cette dernière altération constitue une modalité histologique de mésartérite, pour laquelle nous proposons l'appellation de mésartérite parenchymateuse, avec état réticulaire et vacuolaire de la membrane moyenne des artères. Le rhumatisme articulaire aigu doit être invoqué comme le seul facteur à mettre en cause dans l'étiologie de cette artérite infectieuse, et ainsi se trouve vérifiée anatomiquement l'opinion énoncée, au nom de l'observation clinique, par Guéneau de Mussy et Hanot.

* * *

Les auteurs classiques ne semblent pas avoir observé cet état de vacuolisation de la mésartère, au cours des toxhémies microbiennes. Les travaux de Cornil et Ranvier, de Landouzy et de ses élèves, de Brault, de Letulle nous ont bien fait connaître les caractères histologiques des artérites aiguës ou subaiguës, para ou méta-infectieuses. Ce sont, du côté de la tunique moyenne, l'infiltration leucocytaire diffuse ou nodulaire, la multiplication des cellules conjonctives, la tendance aux néoformations vasculaires, toutes lésions interstitielles et d'ordre prolifératif; les travées musculaires ne subissent que le contrecoup de ce travail de diapédèse. Encore, ces aspects de la membrane moyenne, se développent-ils à titre de lésions secondes; ils ne traduisent que le reflet, le prolongement d'un processus inflammatoire, dont le départ est à l'endartère ou à la périartère, et qui rayonne secondairement vers la tunique musculaire. L'histoire de la mésartérite primitive, essentielle n'existe pas. Dans notre observation, il s'agit d'altérations, localisées d'emblée à la mésartère, au moins contemporaines de celles de l'endartère, et la tunique moyenne est frappée électivement dans ses cellules musculaires, en quelque sorte, dans son parenchyme.

Mollard et Regaud sont les seuls auteurs qui aient attiré l'attention sur les modifications des fibres lisses des artères au cours des infections expérimentales ou spontanées. En 1895, ils ont, pour la première fois[1], mentionné l'état de la musculature artérielle dans l'intoxication diphtérique provoquée. « Les fibres musculaires, disent-ils, présentent des lésions comparables à celles de la fibre cardiaque : gonflement, hyperplasmie, vacuolisation. » Deux ans plus tard[2], ils confirment cette conclusion. « Les lésions artérielles, observées par nous, intéressent presque exclusivement la tunique moyenne; la fibre musculaire lisse paraît aussi sensible que la fibre striée, vis-à-vis du poison diphtérique ». Enfin, au Congrès de Lille, en 1899[3], ils présentent une note spécialement consacrée à la description de cette mésartérite toxi-infectieuse, qu'ils ont observée, non seulement dans l'intoxication diphtérique expérimentale, mais encore dans la fièvre typhoïde et la diphtérie humaine. « Dans les myocardites aiguës, soit provoquées expérimentalement par la toxine diphtérique, chez les animaux, soit spontanées, chez l'homme (diphtérie, fièvre typhoïde), les altérations des artères sont très fréquentes, mais non absolument constantes. Elles siègent dans la tunique moyenne des artérioles et des petites artères. Les fibres lisses sont tuméfiées, ont perdu leur ordonnance régulière, autour du vaisseau. On trouve à leur intérieur, ou dans leurs interstices, des vacuoles. » Les lésions de mésartérite aiguë, sur lesquelles nous avons insisté, trouvent leur place naturelle à côté de celles signalées par Mollard et Regaud, et leur mise en évidence prouve que la fibre lisse des artères est sensible non seulement à l'action de la toxine typhique ou diphtérique, mais encore à celle du poison rhumatismal.

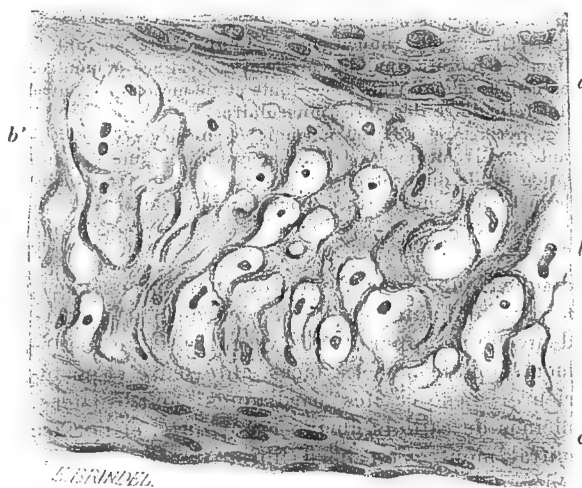


Figure 3.
Dessin à fort grossissement d'un segment de la paroi artérielle déjà représentée dons la figure 1. Lésions dégénératives de la mésartère.
a, périartère normale; *b*, membrane moyenne, avec état réticulaire et alvéolaire de ses fibres musculaires; en *b'*, cellules contractiles, ayant perdu leurs contours, et fusionnées, en partie, à la suite de la dissolution du protoplasma; *c*, endartère légèrement épaissie.

Cette conclusion s'impose encore, que l'aspect réticulaire de la mésartère ne peut être considéré comme spécifique de l'infection rhumatismale ; il doit être envisagé comme la traduction des effets d'une toxhémie, quel que soit le microbe générateur, et il semble de simple logique, de présager qu'une recherche attentive saura déceler, dans d'autres infections, cette même désintégration avec vacuolisation des fibres lisses des artères.

* * *

Cette altération bien et dûment reconnue, il était intéressant d'en préciser la portée, et d'en rechercher la signification vis-à-vis de l'infection causale. Or, nous pensons que cette dégénérescence de la cellule musculaire lisse doit être interprétée comme la signature d'une infection hautement virulente; elle exprime, à nos yeux, l'action d'une toxine, qui occupe, dans l'échelle de nocivité, le degré le plus élevé. Le microscope nous a montré, en effet, dans la mésartère, la participation de la seule fibre contractile au travail pathologique; elle seule en fait les frais; la travée conjonctive reste indifférente, et l'œil ne peut surprendre, en aucun point, le moindre mouvement de diapédèse, l'esquisse d'une tentative de défense.

L'examen histologique des viscères montre souvent, dans les grandes toxhémies, ce contraste entre la gravité des altérations des cellules sécrétantes et l'intégrité de la trame interstitielle; et l'anatomie pathologique générale interprète cette dissociation comme la preuve d'une malignité particulière de la toxine en jeu. Dans l'intoxication par le phosphore, le poison minéral le plus nocif pour le foie humain, la cellule glandulaire apparaît frappée de mort, que la trame interstitielle n'accuse encore aucun effort réactionnel; même constatation, à l'étude microscopique du rein d'un animal, après injection d'une dose massive de cantharidine ou de toxine streptococcique très virulente; la cellule des tubuli contorti est en pleine voie de désintégration, quand les espaces intertubulaires ne trahissent aucune modification inflammatoire.

Cette même loi, que nous venons de rappeler, commande aussi la pathogénie des lésions du système artériel, dont la cellule musculaire représente l'élément noble, différencié pour une fonction délicate, et cette transformation réticulaire de la membrane moyenne ne peut que marquer le caractère meurtrier de l'infection rhumatismale.

* * *

Nous dirons, avant de terminer, quelques mots des conséquences immédiates et lointaines de cette mésartérite toxique.

La perte de la contractilité artérielle, résultat direct de la destruction des fibres lisses, doit troubler profondément les conditions de circulation du sang. Le tonus des artères constitue l'un des facteurs importants de la régulation et du maintien de la pression sanguine normale. La chute immédiate de cette

1. J. Mollard et C. Regaud. — « Lésions expérimentales du cœur provoquées par la toxine diphtérique ». *Soc. de biol.*, 1895, 21 Décembre.
2. J. Mollard et C. Regaud. — « Contribution à l'étude expérimentale des myocardites ». *Annales de l'Institut Pasteur*, 1897.
3. J. Mollard et C. Regaud. — « État des artères du cœur dans les myocardites aiguës ». *Congrès de méd. de Lille*, 1899, Juillet, et *Lyon médical*, 1899, 17 Septembre.

tension apporte un nouvel obstacle à l'irrigation des viscères, déjà affaiblie du chef de l'intoxication générale et de la coexistence fréquente d'une myocardite aiguë; elle augmente surtout, à la faveur du ralentissement du cours du sang, la tendance aux coagulations intra-vasculaires et amorce la formation des thrombo-artérites. Il est vraisemblable d'admettre encore que l'affaiblissement ou la disparition du tonus artériel commande, au moins pour une part, la physiologie pathologique du collapsus cardio-vasculaire, dont l'apparition, dans le cours des maladies aiguës, comporte un pronostic presque toujours fatal.

Toutefois le malade peut triompher de l'infection, et la paroi artérielle est appelée à cicatriser ses blessures. Mais la restauration intégrale ne saurait s'effectuer : la cellule, ainsi frappée sévèrement, est devenue inapte à réédifier un protoplasma contractile. Quelques-unes des fibres lisses peuvent reconquérir leur intégrité anatomique et fonctionnelle; la plupart disparaissent par résorption et sont remplacées par un tissu de sclérose, à tendance envahissante. Cette mésartérite infectieuse ne peut que se cicatriser par transformation fibreuse, avec ou sans épaississement de la paroi. A l'artérite aiguë diffuse succède, peu à peu et à bas bruit, la sclérose artérielle diffuse, l'artério-sclérose généralisée, dont nous savons le retentissement, fâcheux et à longue échéance, sur la nutrition des organes. Le virus rhumatismal doit donc figurer parmi les agents toxi-infectieux fauteurs de sclérose, et l'artério-sclérose diffuse post-infectieuse mérite de compter dans l'au-delà de la fièvre rhumatismale aiguë. Cette conclusion, du reste, est conforme à celle que Hanot formulait déjà en 1894 : « J'ai remarqué, disait-il, chez des jeunes gens qui avaient eu une ou plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, que leur artères radiales s'étaient indurées pendant les années qui suivirent. Aussi, selon moi, l'artério-sclérose, ordinairement d'ailleurs d'origine infectieuse, est quelquefois consécutive à une artérite aiguë rhumatismale [1] ».

* * *

Conclusions. — 1° L'infection rhumatismale aiguë peut, comme l'ont énoncé Guéneau de Mussy et Hanot, frapper les artères de tout calibre, et provoquer dans leur intimité des lésions d'endartérite proliférante et de mésartérite;

2° Cette dernière lésion, caractérisée, dans certains cas, par une désintégration du protoplasma, avec vacuolisation des fibres lisses, peut être décrite sous le nom d'état réticulaire ou alvéolaire de la tunique moyenne;

3° Cette mésartérite parenchymateuse est la traduction d'une infection hautement virulente;

4° Elle doit favoriser la formation des thromboses pariétales et jouer un rôle dans la pathogénie du collapsus cardio-vasculaire terminal;

5° La cicatrisation de cette lésion ne peut s'effectuer que par transformation scléreuse de la paroi, et le rhumatisme articulaire aigu doit prendre place parmi les facteurs étiologiques de l'artério-sclérose généralisée post-infectieuse.

1. Hanot. — *La Presse Médicale*, 1894, 2 Juin, p. 173.

LA VALEUR

DES SÉROSITÉS D'ŒDÈME

AU POINT DE VUE BIO-CHIMIQUE

PAR

BOY-TEISSIER — Méd. des hôp. de Marseille.
A. ROUSLACROIX — Interne des hôpitaux.

Nos recherches ont porté, dans les 15 cas que nous avons examinés, à la fois sur l'analyse chimique des sérosités d'œdèmes et sur le degré de leur concentration molléculaire déterminé par la cryoscopie.

Les analyses, toujours très délicates, étant donné la pauvreté relative de ces liquides en matières extractives, ont été effectuées avec le plus grand soin par M. André, pharmacien-chimiste de 1re classe, dont la collaboration nous a été si précieuse. Elles ont porté, indépendamment des substances qui avaient été décelées antérieurement, telles que urée, phosphates, chlorures, albumine, sur des corps qui paraissent n'avoir fait encore l'objet d'aucune recherche et dont nous avons tenu à constater la présence ou l'absence. Nous avons été ainsi amenés à rechercher toujours, et à doser lorsque cela nous a été possible, la plupart des substances que l'on retrouve dans les humeurs organiques, en prenant comme types les plus riches le sérum sanguin, la lymphe et l'urine.

Les analyses ont donc visé plus spécialement :

Urée; acide urique et dérivés scanthiques; acide phosphorique; chlorures; sulfates; albumine sérine; globulines; albumine acéto-soluble de Patein; albumoses; peptones; glucose; acides indoxyl et scatoxylsulfurique; indican; sels de potasse; graisse; bile et ses dérivés.

Il est facile de se procurer d'assez abondantes quantités de liquides au moyen de petits trocarts capillaires de 1 cent. 5 à 2 centimètres de longueur, munis de tubes de caoutchouc permettant de recueillir la sérosité dans des ballons stérilisés.

En général, les sérosités d'œdème sont limpides, de coloration ambrée ou jaune d'or clair, parfois dépourvues de toute coloration.

Les résultats que nous avons obtenus par l'analyse sont consignés dans le tableau ci-joint, où nous n'avons pas fait figurer cependant les corps dont la recherche a été négative.

Comme on le voit, nos chiffres diffèrent sensiblement de ceux qui ont été trouvés jusqu'à ce jour, notamment par M. Baylac qui présentait à la Société de Biologie (séance du 18 mai 1901) les analyses de 11 liquides d'œdème. M. Baylac donne comme valeurs moyennes :

Densité.	1007.
Urée	2,919 (traces 5 fois sur 11).
Acide phosphorique. .	0,4.
Chlorures	6,51.
Albumine.	3,56 (traces 8 fois sur 11).

Nous obtenons de notre côté :

Densité.	1009,7	(sur les 15 cas).
Urée	0 gr. 6803	—
Acide phosphorique . .	0 — 263	—
Chlorures	6,414	—
Albumine totale	3 gr. 5 à 4 gr.	—
Sérine	2,30	

Nous croyons devoir insister sur le danger d'établir des moyennes dans les recherches de cette nature. Il ne paraît pas justifié, en effet, de vouloir admettre une composition moyenne pour les sérosités d'œdèmes, puisqu'une des caractéristiques principales de ces liquides est justement de présenter une composition quantitative éminemment variable. Chaque cas comporte son enseignement. La transsudation séreuse se trouvant à peu

ANALYSES DE SÉROSITÉS D'ŒDÈMES]

Nature des œdèmes	1 — 2 Juillet 1901. Cardiaque. — Ins. mitrale.	2 — 12 Novembre 1901. Cardiaque. — Myocardite. A) Ventre.	3 — 12 Novembre 1901. *Idem.* B) Jambes.	4 — 10 Octobre 1901. — Cardiaque. — End. mitrale.	5 — 11 Novembre 1901. Cardio-rénal. Rein cardiaque.	6 — A) 11 Nov. 1901. Cardio-rénal. — Rein cardiaque.	B) *Idem.* 10 Décembre 1901.	15 Novembre 1901. Cardio-rénal. — Bright.	9 — 10 Décembre 1901. Cardio-rénal. — Bright.	10 — 11 Juillet 1901. Cirrhose atrophique.	11 — 25 Octobre 1901. Cirrhose atrophique.	12 — 22 Novembre 1901. Eclampsie. Compression fœtale.	13 — 14 Novembre 1901. Compression. Tumeur abdominale.	14 — 21 Novembre 1901. Phlébite du bras.	15 — 14 Février 1902. Cachexie tuberculeuse.	Composition moyenne.
Liquide remis. . .	95 cc.	12 cc.	82 cc.	255 cc.	98 cc.	45 cc.	120 cc.	210 cc.	35 cc.	210 cc.	750 cc.	180 cc.	230 cc.	360 cc.	375 cc	
Aspect	Limpide.	Limpide.	Limpide.	Limpide.	Limpide.	Limpide.	Limpide.	Limpide.	Limpide.	Limpide.	Limpide.	Limpide.	Limpide.	Limpide.	Limpide.	Limpide.
Coloration	Jaune cl.	Jaune cl.	Jaune pâle.	Jaune cl.	Jaune verd.	Jaune cl.	Jaune cl.	Jaune cl.	Jaune cl.	Jaune clair.	Jaune cl.	Jaune cl.	Jaune p.	Pr. incol.	Incolore.	Jaune clair.
Consistance . . .	Fluide.	Fluide.	Fluide.	Fluide.	Fluide.	Fluide.	Fluide.	Fluide.	Fluide.	Fluide.	Fluide.	Fluide.	Fluide.	Fluide.	Tr. fluide.	Fluide.
Odeur	Nulle.	Pr. nulle.	Pr. nulle.	Pr. nulle.	Pr. nulle.	Pr. nulle.	Pr. nulle.	Nulle.	Pr. nulle.	Légère.	Pr. nulle.	Pr. nulle.	Pr. nulle.	Nulle.	Nulle.	Pr. nulle.
Densité à + 15. .	1010,5	(?)	1009	1010,6	1010,7	1011,3	1011,4	1012,5	1010,9	1007,2	1008	1011,3	1013,2	1008,2	1008,6	1009,7
Réaction.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.
Dépôt	Nul.	Nul.	Nul.	Nul.	Nul.	Nul.	Muqueux.	Nul.	Nul.	Légèr. roug.	Nul.	Nul.	Nul.	Nul.	Gélatin.	Nul.
Extrait sec à 100°.	18 gr. 70	(?)	15,38	23,30	16,92	23,86	25,06	25,10	23,96	11,48	13,24	15,22	28,45	13,66	14,52	17,619
Urée.	1,24	0,413	1,28	0,56	0,433	0,573	0,78	0,627	0,482	0,745	0,69	0,56	0,62	0,178	0,78	0,6803
A. phosphorique.	0,36	(?)	0,372	0,294	0,180	0,12	0,63	0,16	0,272	0,160	0,52	0,22	0,215	0,12	0,175	0,263
Sulfates	Traces.	Traces.	Traces.	Traces.	Traces.	Traces.	Traces.	Traces.	Traces.	Tr. caract.	Néant.	Traces.	Traces.	Traces.	Traces.	Traces.
Chlorures.	5 gr. 90	7,84	7,10	5,30	6,64	7,30	6,20	6,70	4,60	7,50	6,20	6,40	6,60	5,90	6,10	6,4146
Glucose	1 gr. 826	1,25	0,920	1,10	1,085	1,52	2,18	1,40	0,65	1,180	1,50	1,10	1,15	2,62	2,50	1,6208
Albumine sérine.	3 gr. 486	3,20	1,30	4,13	1,60	2,46	3,87	2,80	7,75	1,596	1,48	4,64	3,22	1,120	0,355	2,3222
Albumoses. . . .	Très abond.	(?)	Ass. abond.	Ass. ab.	Abond.	Abond.	Ass. ab.	Abond.	Ass. ab.	Ass. abond.	Ass. abond.	Abond.	Abond.	Néant.	(?)	Ass. abond.
Peptones.	Néant.	(?)	Néant.	Traces.	Néant.	Néant.	Traces.	Néant.	Traces.	Néant.	Traces.	Néant.	Néant.	Néant.	Néant.	Rares.
Sels de potasse. .	Très caract.	Caract.	Caract.	Caract.	Caract.	Caract.	Caract.	Caract.	Caract.	Caract.	Caract.	Caract.	Caract.	Caract.	Tr. caract.	Caract.

près isolée du torrent circulatoire, en contact permanent avec les seuls éléments du tissu conjonctif lâche, subit néanmoins des variations dans la proportion des diverses substances dissoutes, non seulement d'un individu à l'autre, mais encore, sur le même malade, suivant le siège de l'œdème, son âge, la rapidité avec laquelle il s'est produit.

Dans ces conditions, il nous paraît plus logique d'examiner les valeurs minima et maxima que nous avons obtenues dans cette série de cas. On a alors :

Densité	1007,2	à 1013,2
Extrait sec à 100°	11 gr. 48	à 28 gr. 45
Urée	0 — 178	à 1 — 28
Acide phosphorique	0 — 12	à 0 — 52
Chlorures	4 — 60	à 7 — 84
Albumine sérine	0 — 355	à 7 — 75

Nous nous sommes attachés d'une manière spéciale à la recherche et au dosage du sucre réducteur, dextrogyre, que nous avons retrouvé dans toutes nos analyses. Ce sucre répond aux caractères physiques et chimiques du glucose. Il se trouve en quantités variant de 0 gr. 65 à 2 gr. 62 par litre, les chiffres les plus ordinairement obtenus étant de 1,40 à 1,60 [1]. Cette proportion de glucose est donc notablement supérieure à celle de la lymphe, 0,5 pour 1.000 d'après Glubler et Quévenne et se rapproche au contraire de la quantité de sucre contenue dans le sérum [2].

Dans deux observations, nous avons laissé séjourner le liquide recueilli aseptiquement dans l'étuve à 30° pendant trois jours ; il n'a présenté aucun trouble et ne nous a pas paru subir de glycolyse appréciable.

Le dosage de l'*albumine* a été, dans tous les cas, effectué par pesée. Signalons encore ici le défaut de concordance entre nos dosages et ceux de M. Baylac. Il a trouvé dans trois cas des quantités se rapprochant des nôtres ; nous restons étonnés que, dans les huit autres analyses (portant sur des états pathologiques comparables à ceux qui nous ont occupés), il n'arrive à déceler que des traces, tandis que chez nous la présence d'albumine dosable est constante.

La détermination des diverses variétés d'albumine montre l'absence complète de globulines et d'albumine acéto-soluble ; en revanche, nous avons toujours obtenu des quantités abondantes d'albumoses (réaction de Jacquemet) et quatre fois sur quatorze des traces appréciables de peptones.

La recherche de l'acide urique et dérivés xanthiques, de la bile, de l'indican, des acides indoxyl et scatoxylsulfuriques, de la graisse a été négative dans tous les cas.

Les sulfates qui existent dans le sang ont toujours apparu seulement à l'état de traces indosables.

Il était intéressant de déterminer la proportion des sels de potasse et de soude contenus dans ces liquides. M. le professeur Rietsch a bien voulu mettre sa science à notre disposition pour effectuer ce dosage toujours si laborieux.

Il a trouvé pour 200 centimètres cubes de sérosité : chlorures alcalins, 1 gr. 43 sur lesquels par le chlorure de platine on a obtenu 0 gr. 034 de chloroplatinate, soit 0 gr. 0104 de chlorure de potassium, ce qui donne pour 1000 centimètres cubes : chlorures alcalins, 7 gr. 15 ; chlorure de potassium, 0 gr. 052.

La soude forme donc la presque totalité des sels alcalins dans ces liquides.

Nous avons rassemblé dans le tableau suivant les différences qui séparent les sérosités d'œdème du sérum normal et de l'urine normale.

	SÉRUM	SÉROSITÉS	URINE
Densité	1026 — 1029	1007 — 1013	1016 — 1024
Réaction	Alcaline.	Alcaline.	Acide.
Extrait sec	92	17,50	40 — 44
Matières albuminoïdes	76	4 { Albumoses et peptones . . . 1,50 ; Sérine . . . 2,50 }	0
Urée	0,32 — 1,20	0,17 — 1,28	20 — 24
Acide phosphorique	0,37	0,12 — 0,37	1,60 — 2,20
Sulfates	0,20 — 0,30	Traces.	2 — 3
Chlorures	5 — 6	5,30 — 7,80	6 — 10
Glucose	1 — 2	0,65 — 2,62	0
Sels de potasse	0,30 — 0,50	0,052	1,50 — 3
Sérine	45	0,35 — 4,60	0
Globulines	31	0	0
Peptones	0	Traces de 4 cas.	0

Quelles que soient les différences de composition quantitative des sérosités, il ne nous a pas paru possible d'établir de rapport entre ces variations et la cause pathogénique de l'œdème.

M. Baylac était déjà arrivé aux mêmes conclusions et, pour notre part, nous ne trouvons pas de caractères permettant de différencier à l'analyse les œdèmes d'origines diverses que nous avons recueillis, soit :

4 cas d'œdèmes cardiaques purs ;

5 cas d'œdèmes cardio-rénaux ;

2 cas d'œdèmes d'origine hépatique (cirrhose) ;

3 cas d'œdèmes par compression ;

1 cas d'œdème cachectique.

Signalons pourtant, dans l'œdème cachectique (cachexie tuberculeuse), l'abaissement tout à fait exceptionnel du taux de l'albumine descendu à 0,35 et l'absence complète de coloration de la sérosité, le liquide ayant l'aspect de l'eau la plus limpide ; nous avons rencontré aussi cet aspect eau de roche dans un cas de cachexie cardiaque pure et un œdème cardio-artériel.

Les variations dans les proportions de matières extractives n'ayant pas de rapport avec la cause productrice de l'œdème, il était permis de se demander si elles ne trouvaient pas une explication dans l'âge de l'œdème, dans la durée de son séjour au sein du tissu conjonctif.

Les analyses 2 et 3 du tableau général proviennent de la même malade (myocardite chronique-asystolie). La prise de sérosité a été faite au même moment à la fois dans la paroi abdominale et dans les membres inférieurs. On voit que la composition des échantillons présente des différences appréciables, notamment dans la teneur en urée, glucose et albumine.

Nous avions là affaire à un œdème progressif qui, d'après les renseignements de la malade, avait suivi la marche accoutumée : jambes, puis membres inférieurs en entier, et enfin paroi abdominale. Nous avons effectué alors, persuadés que nous étions de l'influence de l'âge de l'œdème sur sa composition quantitative, dans les observations 6 et 7, deux analyses successives portant sur des liquides recueillis au même point, mais à un mois d'intervalle.

Nous obtenons, au bout de ce temps, les différences suivantes :

Densité	Augmentation	de 1 pour 10
Extrait sec	—	de 1 gr. 20
Urée	—	de 0 — 207
Acide phosphorique	—	de 0 — 51
Glucose	—	de 0 — 66
Sérine	—	de 1 — 41
Chlorures	Diminution	de 1 — 10

Ainsi donc le liquide d'œdème, du fait de son séjour dans le tissu conjonctif, s'enrichit en matières protéiques, en glucose et en déchets azotés aux dépens des chlorures qui diminuent sensiblement.

Comme nous allons le voir, cette déchloruration apparaît encore plus nettement si l'on a recours à la méthode cryoscopique.

* * *

La détermination du point de congélation des liquides d'œdèmes a été effectuée au moyen du mélange réfrigérant de glace et de sel, suivant la technique que l'un de nous a indiquée [1], technique contemporaine et du reste très analogue à celle que conseille Léon Bernard [2].

Pour chaque échantillon de liquide, nous avons fait trois déterminations et pris ensuite la moyenne entre les points obtenus, différant d'ailleurs entre eux de 2 à 3 centièmes de degré au maximum.

Dans ces conditions, nous arrivons, sur 12 cas, à une moyenne de — 0°575, ce qui se rapproche sensiblement des résultats obtenus antérieurement par Winter, Baylac (Δ = 53 à 59). Faisons remarquer que cette moyenne doit être un peu abaissée, car nous y avons fait entrer le point de congélation d'un œdème très ancien (6 mois 1/2 environ) dont le Δ était — 0°71, chiffre tout à fait exceptionnel.

Comme M. Baylac, nous constatons que la détermination du Δ ne fournit aucun renseignement à la clinique pour se rendre compte de la maladie causale de l'œdème. Tout autres sont les résultats que donne la cryoscopie appliquée à des sérosités d'œdèmes d'âges différents.

Nous avons vu que, cliniquement, le liquide transsudé s'appauvrit en chlorures et s'enri-

1. Disons, à propos du glucose, dont le dosage, lorsqu'il se trouve en si faible quantité, présente des causes d'erreur, qu'il convient d'opérer la réduction sur une liqueur de Fehling très soigneusement titrée, assez diluée, et avec un liquide rigoureusement déféqué.

2. On a trouvé pour la lymphe : glucose, 1,66 pour 1000 chez le chien ; 0,98 pour 1000 chez la vache (Armand Gautier. « Chimie biologique », p. 429).

1. A. Rouslacroix. — « Pratique de la cryoscopie ». *Marseille médical*, 1902, 15 Février.

2. Léon Bernard. — « La cryoscopie et ses applications cliniques ». *Rev. de méd.*, 1902, Février.

chit en urée, acide phosphorique et glucose. Il devenait important, dès lors, de considérer dans nos recherches cryoscopiques non plus le point de congélation, mais le rapport $\frac{\Delta}{\delta}$.

On sait que δ exprime l'abaissement dû aux molécules en dissolution dans le liquide examiné, *moins* les molécules de chlorure de sodium. Sa valeur est égale à $\Delta - (60{,}5 \times p)$, p étant le poids de chlorures contenus dans 100 grammes du liquide, et 60,5 exprimant l'abaissement du point de congélation produit par la dissolution de 1 gramme de chlorure de sodium dans 100 centimètres cubes d'eau.

Au début de la production d'un œdème, le rapport calculé $\frac{\Delta}{\delta}$ oscille aux environs de 3,5 à 4,4. Puis, à mesure que le liquide transsudé séjourne dans le tissu conjonctif, δ augmente et le rapport diminue, traduisant par ce fait la déchloruration relative du milieu. Il ne paraît pas, néanmoins, descendre audessous de 2; dans l'œdème très ancien considéré plus haut dont le point de congélation = — 0°71, $\frac{\Delta}{\delta}$ est égal à 2,44.

Il y a là, aux environs de 2,10 à 2,30, pour le rapport $\frac{\Delta}{\delta}$, un chiffre minimum que nous n'avons jamais trouvé dépassé.

Au sujet d'un cas tout à fait spécial, il nous a été donné d'observer de plus près ce phénomène. Il s'agit du malade qui a fait l'objet de notre dernière analyse, un tuberculeux âgé de vingt-six ans, qui, dans les derniers mois de sa maladie, a présenté un œdème sans troubles rénaux ni insuffisance cardiaque, purement cachectique. Cet œdème pouvait, à volonté, être produit ou considérablement augmenté dès qu'on plaçait le malade dans la position assise, les jambes pendantes.

Nous nous sommes ainsi procuré des échantillons de sérosité, recueillis à des moments bien déterminés de l'évolution de l'œdème, et après un séjour connu au sein du tissu conjonctif.

Le rapport $\frac{\Delta}{\delta}$ calculé chaque fois, et le glucose dosé exactement, font constater les modifications suivantes :

1° Sérosité des membres inférieurs datant de un mois	Δ = 54 Chlorures = 5 gr. 9 Glucose = 2 — 3	$\frac{\Delta}{\delta}$ = **2,95**
2° Sérosité du scrotum datant de huit jours	Δ = 59 Chlorures = 6 gr. 6 Glucose = 1 — 99	$\frac{\Delta}{\delta}$ = **3,10**
3° Sérosité des membres inférieurs récente (deux heures environ).	Δ = 53 Chlorures = 6 gr. 8 Glucose = 1 — 18	$\frac{\Delta}{\delta}$ = **4,41**

Comme on le voit, le rapport $\frac{\Delta}{\delta}$ trouve ici une utilisation nouvelle et plus féconde en enseignements que la seule détermination du Δ ou que l'analyse chimique complète; il est impossible de se rendre compte plus nettement de la déchloruration relative du milieu et de l'augmentation parallèle de sa teneur en matières extractives (ici glucose seul dosé).

* * *

Les conclusions qui découlent pour nous de ces diverses observations sont les suivantes :

1° Le liquide d'œdème présente une composition analogue, mais atténuée, à celle du sérum sanguin.

2° Le liquide d'œdème, relativement au sérum sanguin, se montre très pauvre en albumine (4 pour 1000 au lieu de 76 pour 1000).

3° Le liquide d'œdème se montre assez riche en glycose et, quelle que soit la variété causale de l'œdème, le glycose y est constant.

4° Le liquide d'œdème, au point de vue de sa composition quantitative, n'est le même dans aucun cas.

5° Le seul facteur auquel nous soyons autorisé à attribuer avec certitude une importance dans les variations du liquide d'œdème est l'âge de cet œdème.

6° Le liquide d'œdème qui séjourne longtemps dans le tissu cellulaire s'appauvrit en chlorure de sodium et s'enrichit en glucose, urée, acide phosphorique.

7° Dans ces conditions, le rapport $\frac{\Delta}{\delta}$, qui serait égal à l'unité s'il n'y avait plus de chlorures dans ce liquide, diminue progressivement, d'une valeur minimum primitive variant entre 3,5 et 4,4, à une valeur minimum ne descendant jamais au-dessous de 2.

8° On doit se demander si ces modifications dans les proportions relatives des diverses substances dissoutes ne sont pas produites par des échanges moléculaires acccomplis au sein du liquide d'œdèmes et résultant de la vie même des cellules conjonctives. Ce qui semblerait plaider en faveur de cette hypothèse, c'est que, après un certain temps, les modifications sont beaucoup moins marquées (état stationnaire de $\frac{\Delta}{\delta}$); cette diminution de l'activité organique relève de deux causes à la fois : l'insuffisance de la régénération du milieu (stase et défaut d'oxygénation), et le ralentissement de la vie cellulaire (les produits de désassimilation ne pouvant être éliminés).

QUATRIÈME CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Rome du 15 au 21 Septembre 1902[1].

Deuxième séance.

Mardi 16 Septembre, 2 h. 1/2 de l'après-midi.

L'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale.

Le professeur FEHLING (de Strasbourg), **rapporteur.** M. Fehling étant absent, son rapport est lu par *le professeur Léopold* (de Dresde). — Le rapporteur base ses conclusions, que nous donnons plus bas, sur les 94 réponses qu'il a reçues à un questionnaire envoyé à 140 médecins de l'Allemagne, de la Suisse, de l'Autriche, et qui donnent :

— 61 *opérations pour infection puerpérale*, avec 55,7 pour 100 de morts. A savoir :

19 extirpations abdominales totales. Mortalité : 31,5 pour 100.

33 extirpations vaginales. Mortalité : 69,6 pour 100.

4 amputations supra-vaginales. Mortalité : 50 p. 100.

4 extirpations totales pour avortement. Mortalité : 75 pour 100.

— 100 *opérations de rupture de l'utérus intrapartum* avec 50 pour 100 de mortalité. A savoir :

59 extirpations abdominales totales. Mortalité : 50,8 pour 100.

27 extirpations vaginales totales. Mortalité : 70,3 pour 100.

14 amputations supra-vaginales. Mortalité : 64,2 pour 100.

Dans une revue générale, faite par Zipperlen (*Thèse*, Tübingen, 1899), l'auteur donne les statistiques suivantes :

26 extirpations abdominales totales. Mortalité : 42,3 pour 100.

4 extirpations abdominales pour avortement. Mortalité : 75 pour 100.

6 extirpations vaginales. Mortalité : 50 pour 100.

7 amputations supra-vaginales. Mortalité : 28,5 pour 100.

Ces statistiques conduisent le rapporteur aux conclusions suivantes :

1° Les maladies puerpérales des organes génitaux peuvent se partager en deux classes : affections toxiques et affections infectieuses.

2° Dans l'intoxication (saprohémie), l'utérus est le seul foyer morbide; dans l'infection, le processus morbide est rarement restreint à l'utérus ; en général, il s'agit d'une infection grave qui a envahi tout l'organisme.

3° L'extirpation de l'utérus dans les suites de couches, en cas de septicémie généralisée, ne donne aucune chance de succès, et on ne doit pas conseiller cette opération.

4° L'extirpation de l'utérus est indiquée seulement dans les cas où le foyer de l'infection ou de l'intoxication est restreint à l'utérus, à savoir dans la rétention avec putréfaction du placenta, dans la putréfaction des myomes pendant les suites de couches, ou des restes ovulaires à la suite d'avortement, toutes les fois cependant que l'on se trouve dans l'impossibilité de les éloigner par d'autres moyens que l'hystérectomie.

5° Dans les cas de métrophlébite puerpérale (pyohémie), l'hystérectomie peut être utile, à la condition qu'elle soit accompagnée de la ligature ou de l'extirpation des veines atteintes de thrombose dans le ligament large et des veines utéro-ovariques. Cette opération peut se pratiquer aussi séparément.

M. le professeur LÉOPOLD (de Dresde) **co-rapporteur.** Pour savoir si l'hystérectomie est réellement indiquée comme moyen de traitement de l'infection puerpérale, il s'agit tout d'abord de s'entendre sur ce que l'on attend de cette opération, sur le but qu'on se propose.

Il est hors de doute que l'on cherche par l'extirpation de l'utérus à enlever l'origine de la maladie. Ce faisant on admet que l'utérus malade est la source principale de l'infection ou tout au moins que cette infection, si elle s'est étendue au péritoine, aux veines ou aux voies lymphatiques, est favorablement influencée par l'hystérectomie.

Il s'agit de savoir si l'on peut attendre de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale les brillants résultats qu'elle donne dans les cas de fibromes, de cancer ou d'annexites suppurées. Mais, tandis que, dans le premier cas, il s'agit d'affection à marche lente, toujours localisée, l'infection puerpérale est une affection à début brusque et à marche généralement aiguë et il est souvent difficile de croire que le processus infectieux est localisé à l'utérus. Il faut donc diviser les cas suivant les signes cliniques, et le rapporteur propose les conclusions suivantes :

1° Dans le cas d'infection puerpérale grave, l'hystérectomie sera indiquée lorsque il aura été prouvé par tous les symptômes que l'utérus est le siège seul et le point de départ continuel de l'infection, et que tous les autres moyens employés contre la maladie auront échoué.

Cette indication se rapporte surtout aux cas de rétention du placenta en voie de décomposition sans qu'on puisse l'enlever.

2° Si l'infection a dépassé l'utérus et qu'il se produise une péritonite grave ou une thrombose septique, ou une affection unilatérale ou bilatérale des annexes, ou un abcès de l'utérus, l'hystérectomie toute seule ne suffit pas à guérir la malade, parce que cette opération ne tient pas compte des altérations anatomiques qui se sont ajoutées.

Si la maladie poursuit fatalement sa marche, on devra, selon les circonstances, avoir recours avant tout au traitement chirurgical qui se propose de rechercher le foyer de la suppuration et de le vider. D'autres recherches nous diront jusqu'à quel point les injections de sérum antistreptococcique ou d'autres remèdes semblables pourront contribuer directement ou indirectement à la guérison.

Dans tous les cas, il faut insister surtout sur la re-

1. Voy. *La Presse Médicale*, 1902, n° 76, p. 908, et n° 77, p. 919.

cherche précoce et minutieuse des foyers de suppuration. La recherche et l'ablation des veines atteintes par la suppuration contribueront dans l'avenir à donner de brillants succès dans le traitement des cas les plus graves de l'infection puerpérale.

M. le professeur HECTOR TREUB (d'Amsterdam), **co-rapporteur**. Afin de rendre possible une discussion fructueuse sur le projet indiqué, il est de toute nécessité de bien s'entendre sur les mots, afin qu'il n'y ait pas d'équivoque possible. Or, autant le premier mot du titre du sujet à discussion est clair, autant le dernier est ambigu. En étudiant les publications sur l'hystérectomie comme moyen de traitement de l'infection puerpérale qui se sont suivies en assez grand nombre ces dernières années, on est frappé tout d'abord de trouver réunies sous le nom générique d' « infection puerpérale » plusieurs maladies ou plutôt plusieurs états pathologiques absolument différents et qui n'admettent pas la comparaison.

De ce que ces différents états pathologiques relèvent tous de l'infection puerpérale, en ce sens que tantôt ils en sont la cause, tantôt l'effet, on n'a pas le droit de les englober tout simplement dans cette infection et d'oublier leurs particularités qui en font vraiment des maladies distinctes.

La rétention du placenta et surtout la putréfaction de l'arrière-faix retenu dans la matrice, l'endométrite, la métrite, la paramétrite ou cellulite pelvienne, la périmétrite ou pelvipéritonite, la salpingo-ovarite, la péritonite diffuse ou circonscrite, mais en tout cas non limitée à l'excavation pelvienne, la pyohémie générale, voilà une longue théorie d'états pathologiques appartenant d'une manière ou d'une autre à l'infection puerpérale. Le fait que l'on a pratiqué l'hystérectomie dans ces cas tellement différents autorise-t-il à user des résultats obtenus pour arriver à une évaluation exacte de la valeur de l'opération? Evidemment non. De cette manière on ne fait qu'embrouiller les choses et rendre impossibles des conclusions nettes.

De même, et plus encore, on commet une faute en ne tenant aucun compte de la durée de la maladie, et pourtant cela se fait. Il est évident qu'un sac tubaire à contenu purulent, un abcès paramétran, une péritonite localisée que l'on trouve comme suites d'une infection puerpérale, plusieurs semaines ou même plusieurs mois après l'accouchement, n'ont pas la même importance que ces mêmes localisations observées peu de jours *post partum*.

L'ancien adage *sublatâ causâ tollitur effectus* indique que l'ablation de l'utérus est le moyen rationnel par excellence de combattre une infection qui se trouve localisée dans la matrice. Heureusement, aucun des chirurgiens, même les plus entreprenants, ne pense à l'application pure et simple de la règle citée tout à l'heure. Heureusement, car cette application équivaudrait à l'indication de l'hystérectomie dès l'apparition des premiers symptômes de l'infection. Il s'agit de décider la question si l'hystérectomie est encore rationnelle lorsque, à la suite de l'infection génitale localisée, il s'est produit des accidents toxi-infectieux généraux. Il est impossible de prendre cette décision quand on ne se laisse guider que par le raisonnement.

Car, d'un côté, on peut faire la supposition que dès qu'il y a des accidents toxi-infectieux l'extinction du foyer primitif arrivera trop tard, tandis que d'un autre côté on peut admettre la possibilité de la victoire de l'organisme sur les microbes septiques quand l'opération a fait tarir la source d'éléments pathogènes. Il n'y a pas moyen de dire *a priori* lequel de ces deux raisonnements sera le vrai et, dans ce débat, les faits seuls ont une valeur décisive. Un seul fait bien constaté de guérison après une hystérectomie pour infection génitale avec accidents toxi-infectieux tranche la question. Ces faits existent, nous le verrons tout à l'heure, et ils prouvent que l'opération est rationnelle comme moyen de traitement de l'infection génitale.

Mais, il faut bien se l'avouer, la réponse affirmative à notre première question n'a pas une grande importance pratique. On pourrait prouver de la même manière, en s'appuyant sur les faits, que l'amputation de la jambe est un remède rationnel contre les cors aux pieds, et tout de même nul ne pensera à se servir de ce remède. La question à résoudre est donc plutôt celle-ci : l'application de ce traitement, rationnel en soi, est-elle justifiée d'abord par l'insuffisance des autres moyens de traitement et ensuite par l'efficacité de celui-ci ?

Essayons de répondre aux deux termes de cette question en nous appuyant sur des faits.

Point n'est besoin de comparer entre elles les différentes méthodes de traitement employées par les accoucheurs. Si intéressante que serait cette comparaison elle nous mènerait trop loin de notre sujet. Il suffit de rappeler que les principaux moyens de traitement usités sont : l'irrigation utérine, soit intermittente, soit continue, l'application de remèdes topiques (teinture d'iode, etc.), le curage et le curettage, l'écouvillonage, les sacs de glace, les bains froids, les injections d'essence de térébenthine, le sérum antistreptococcique, l'alcool à haute dose et, dans ces derniers temps, les injections intra-veineuses de collargol.

A ne citer que deux auteurs, je rappelle que des feuilles d'observation du service de M. Bar à l'hôpital Saint-Antoine de Paris, compulsées par M. Tissier, il résulte que, sur 100 cas d'infection puerpérale grave, il y a 10 cas de mort.

Dans la thèse de M. Gheorghiu il se trouve 345 observations d'infection puerpérale, recueillies dans les services de M. Porak et de M. Budin, sur lesquelles il y eut 15 morts, dont une mort de congestion pulmonaire et une autre d'œdème pulmonaire.

Malheureusement il est impossible, d'après les indications très succinctes de M. Gheorghiu, de faire un triage des cas de mort rentrant dans les limites que nous nous sommes tracées plus haut.

J'essayerai de combler cette lacune en donnant ma statistique personnelle. Il y a d'abord les cas d'infection observés chez des femmes accouchées dans la Clinique. J'ai éliminé les cas dans lesquels la température n'a pas été au-dessus de 38° et aussi ceux dans lesquels l'élévation de la température n'a été observée que pendant un seul jour.

Sur les 475 cas qui restent, il y eut une température variant de 38° à 41° 5, et une fréquence de pouls allant jusqu'à 170.

A côté de 690 cas de guérison d'infection puerpérale, j'ai eu 34 cas de mort.

Dans ces derniers cas il s'en trouve 6 qui ne montrèrent pas de signes cliniques d'une localisation de l'infection hors de l'utérus.

Malheureusement, dans deux de ces cas seulement l'autopsie a pu être faite, mais dans ces deux cas l'insuffisance d'une hystérectomie éventuelle est bien nettement démontrée.

Dans une observation il y eut une néphrite septique aiguë, et dans un autre cas une thrombose purulente d'une veine spermatique allant jusqu'à la jonction avec la veine cave inférieure.

Une malade, morte quatre jours *post partum*, ne serait guère opérée aujourd'hui, pas même par les partisans les plus fervents de l'hystérectomie, non plus qu'une autre malade morte trente-six heures après le curage de l'utérus que tout le monde conseille de faire d'abord dans des cas pareils.

Je n'ai donc observé que deux cas justiciables de l'hystérectomie avec des chances de détourner l'issue funeste par l'opération.

Voilà donc la réponse au premier terme de la question posée ci-dessus. Pour avoir la réponse au second terme, celui qui s'occupe de l'efficacité de l'hystérectomie, il nous faudra faire une statistique des observations publiées jusqu'ici. Si une telle statistique doit vraiment avoir de l'importance, il faudra avoir soin de n'y faire entrer que des cas bien définis et d'en éliminer tous ceux qui pourraient embrouiller la question. En suivant le programme que je me suis tracé, j'en éliminerai donc tous les cas dans lesquels l'hystérectomie a été faite pour la rétention placentaire, pour le pyosalpinx, pour des fibromes en voie de putréfaction, etc. Pour tous ces cas, les indications de l'hystérectomie sont plus ou moins nettes, mais il ne s'agit pas là de l'opération comme moyen de combattre l'infection. Je commence par répéter cette déclaration pour qu'on ne me reproche pas de faire un triage volontaire des observations publiées. On verra du reste que, par ce triage nécessaire, je ne tiens pas compte de mes observations personnelles qui toutes sortent de notre cadre limité.

En outre, je suis forcé de laisser de côté les observations dont on ne peut trouver dans la littérature que quelques mots ne précisant rien du tout.

En agissant de cette manière, on trouve 36 cas d'infection puerpérale sans localisation extra-utérine, ni complications utérines (rétention placentaire, fibromes, etc.). Parmi ces 36 il y a 15 guérisons contre 21 cas de mort. A-t-on le droit de faire le raisonnement extrêmement simple suivant ? Il résulte de ce qui précède qu'un certain nombre de femmes gravement infectées — mettons 10 pour 100 — succombent. L'hystérectomie peut diminuer le nombre de ces cas de mort d'un bon tiers, donc l'opération est recommandable.

Évidemment, on n'a pas ce droit, et ce raisonnement n'est pas du tout juste.

Dans les épicrises des observations terminées par la mort il n'est pas rare de lire que la cause de l'échec fut que l'opération a été faite trop tard. Pour quelques cas exceptionnels, dans lesquels on a opéré presque pendant l'agonie commençante, la remarque est acceptable, mais pour la plupart des cas de mort il me semble qu'elle ne l'est pas, à moins qu'on ne veuille poser comme principe que dès le commencement d'une infection puerpérale grave il faut enlever l'utérus. Nous verrons tout à l'heure que ce principe a été posé vraiment. Mais si la petite statistique donnée aurait pu être meilleure, si l'intervention avait été un peu plus hâtive dans quelques cas, il est, d'autre part, bien évident que, dans cette statistique, il se trouve des cas dans lesquels on s'est beaucoup empressé d'opérer, et cela non seulement dans les cas de guérison, mais aussi dans les cas de mort. Cela équivaut à dire que l'on a fait alors une opération superflue dans 90 pour 100 des cas, ce qui, au lieu de diminuer le danger de la maladie, l'a augmenté.

Enfin, dans les cas de guérison après l'opération, même quand celle-ci paraissait être indiquée autant que possible, il faut toujours se demander si la malade n'aurait pu être sauvée sans cette opération mutilante et grave en elle-même. A titre de preuve de cette dernière assertion je donne l'observation :

N° 256, 1897. Multipare, admise à la Clinique huit jours *post partum*. Fièvre depuis le second jour, température maxima 40°2. A l'admission, température à 39°9 et pouls à 144. Au commencement, la malade paraissait aller mieux, mais ce mieux ne dura pas, de sorte que, la température ne descendant pas et l'état général devenant de plus en plus mauvais, le pronostic me parut tellement mauvais que je me décidai à faire l'hystérectomie vaginale. L'utérus était tellement friable que les pinces ne firent qu'en déchirer le tissu, ce qui rendit l'opération très difficile dès le commencement. Pour surcroît de malheur, le doigt occupé à libérer la vessie du col perfora la paroi vésicale. Alors, découragé, j'abandonne l'opération en me disant que je préfère ne pas hâter davantage la mort de la malade qui me semblait inévitable. Quelques points de suture dans le cul-de-sac postérieur, quelques autres à la plaie vésicale, un tampon dans le vagin et la malade est reportée au lit.

Neuf jours après cet avortement opératoire, la femme est sans fièvre et, n'eût été la fistule vésicale, qui la retenait à l'hôpital pendant trois mois et demi, elle aurait pu nous quitter beaucoup plus tôt, en parfait état de santé.

— Cette observation me paraît être de nature à nous rendre sceptiques au sujet des bienfaits de l'hystérectomie et des résultats de cette opération comparés avec ceux du traitement obstétrical, de sorte que de tout ce qui précède la conclusion suivante me semble la seule permise : il y a des cas exceptionnels dans lesquels l'hystérectomie pourra peut-être sauver la malade, qui sans cette intervention opératoire serait condamnée.

Conclusion prudente, et même prudente à l'excès si l'on veut, mais tout de même la seule acceptable pour ma conscience d'accoucheur et d'opérateur. Elle nous impose le devoir de chercher à déterminer quels sont ces cas exceptionnels qui demandent l'hystérectomie. En d'autres mots, et c'est là le point capital de toute la question : quelle est l'indication de l'hystérectomie dans les conditions qui nous occupent? A ce sujet, voici ce qui se trouve dans la littérature.

Celui qui va le plus loin, c'est bien M. Rochard. A la Société de chirurgie de Paris il a dit : « Dans tous les cas d'infection puerpérale grave qui mettent directement la vie de la femme en danger, il faut pratiquer la laparotomie. Celle-ci permettra de parer à toutes les éventualités qui pourront se rencontrer. Elle devra être suivie de l'hystérectomie abdominale toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un utérus infecté n'ayant pas fait sa régression ».

Je doute fort que l'on trouve un seul chirurgien, en même temps accoucheur, qui voudra d'une indication aussi étendue que celle de M. Rochard. Elle n'est nullement justifiée, me semble-t-il, ni par l'insuffisance des autres moyens de traitement, ni par les résultats de l'hystérectomie. En l'acceptant on sauverait *peut-être quelques* vies sans cela perdues ; par l'opération on en perdrait *probablement plusieurs* qui sans elles auraient été sauvées, et on infligerait *certainement* une mutilation grave et superflue à une multitude de femmes jeunes que l'on rendrait stériles sans nécessité aucune.

Il y a déjà trop d'utérus enlevés sans indication suffisante pour qu'il soit désirable d'élargir, de cœur léger, le champ de l'hystérectomie. Quand M. Rochard dit : « On n'hésite pas à enlever les annexes des deux côtés chez des femmes dont les lésions ne mettent pas directement les jours en danger, et on aurait des scrupules devant une accouchée dont l'utérus infecté menace immédiatement la vie? », il n'y a qu'à lui répondre qu'une chose mauvaise ne peut jamais être une raison, pas même une excuse, pour en légitimer une autre également mauvaise.

Pour M. Terrier, « ce n'est qu'avec des observations complètes, où l'examen bactériologique du sang de la malade et du contenu de la cavité utérine aura été pratiqué avec soin, que l'on pourra déterminer les cas où l'hystérectomie se trouve indiquée ».

Notons d'abord que, dans l'observation qui a donné lieu à ces remarques, l'opération a été motivée de la manière suivante : « En présence de la rapidité et de la faiblesse du pouls, de l'anxiété respiratoire, étant donnés également la sécheresse de la langue et les frissons, on décide de pratiquer l'hystérectomie ». Ce sont donc des signes cliniques purs qui ont indiqué l'opération et non l'examen bactériologique qui n'a été fait que plus tard. Celui-ci a montré « qu'il n'y avait pas de microbes dans le sang, mais que la cavité utérine renfermait un streptocoque et trois variétés anaérobies ». Pour ce qui est de la présence des streptocoques dans la matrice, les observations obstétricales abondent, prouvant que cela ne nécessite nullement une intervention aussi grave que l'hystérectomie. Et si l'examen du sang eût été fait dans le cas de M. Terrier avant l'opération, il eût plutôt dû faire renoncer à l'opération, puisque le sang ne contenait pas de germes.

Mais l'examen bactériologique du sang n'a pas du tout l'importance que lui a décernée dans un travail, d'ailleurs fort remarquable, M. Prochownick. Selon lui la présence de streptocoque dans le sang serait une indication formelle de l'hystérectomie, puisque sans celle-ci le pronostic est nécessairement fatal. Si l'opinion de M. Prochownick était juste, ce serait parfait. Malheureusement, elle ne l'est pas. A ma demande, M. Alexandre Klein, dont la haute compétence en pareille matière est bien connue des bactériologues, a bien voulu faire pour moi quelques recherches. Je n'en cite que deux. Dans un cas, il ne se trouva dans le sang qu'un staphylocoque non virulent pour des souris blanches, et pourtant la malade succomba à l'infection générale. Cette observation prouve que l'absence de streptocoques dans le sang n'exclut pas du tout le danger de l'existence d'une infection mortelle.

Tout autre est l'observation suivante.

N° 89, 1902. Multipare, admise à la Clinique huit jours *post partum*. Frissons répétés, température jusqu'à 40°4, pouls jusqu'à 158. Examen du sang positif : le sang contient des streptocoques et des staphylocoques. Pendant le séjour à la Clinique il se développe rapidement un abcès péri-utérin qui est incisé neuf jours après l'entrée de la malade. Guérison rapide et complète.

Cette seule observation serait suffisante à montrer que l'examen bactériologique du sang, si intéressant qu'il puisse être, ne suffit nullement à indiquer l'hystérectomie, ni aucune autre opération.

Du reste, longtemps avant la publication de M. Prochownick (1899), des expériences décisives ont été faites à ce sujet. M. Petruschky a publié en 1894 une longue série de recherches très exactes, faites dans le laboratoire de Robert Koch; il en ressort, avec une certitude absolue, que la présence des streptocoques dans le sang ne donne pas un pronostic fatal, pas plus que l'absence de microbes ne donne toujours droit à un pronostic favorable. Car, dans 14 cas d'infection puerpérale examinés par M. Petruschky (pour nous en tenir à cette catégorie là), il y eut 9 fois des résultats positifs de l'examen bactériologique du sang. Dans le sang se trouvèrent une fois des staphylocoques et huit fois des streptocoques. Des dernières huit femmes trois moururent et, parmi les guéries, il se trouva des cas dans lesquels les streptocoques furent d'une virulence extrême. Il n'a pas été question d'hystérectomie dans les cas de guérison; donc les recherches de M. Petruscky, comme celles de M. Klein, faites par des bactériologues compétents, prouvent d'une manière certaine que le critérium donné par M. Prochownick, ne vaut rien comme base de traitement de l'infection puerpérale.

En outre, dans les cinq cas avec résultat négatif de l'examen bactériologique du sang, il y eut un cas de mort, et l'autopsie révéla une infection streptococcique généralisée. Une preuve de plus que nous n'en sommes pas encore là à trancher la question de l'hystérectomie par des données bactériologiques.

Pas plus que le critérium bactériologique, un autre, admis par M. Prochownick d'accord avec M. Freund, ne me paraît valable. Voici ce que dit M. Freund : « L'indication de l'hystérectomie existe de plein droit dans la pyohémie à la suite d'un avortement (généralement criminel) provoqué d'une manière non soignée. Je n'ai jamais vu guérir une femme devenue pyohémique à la suite de telles manipulations ».

Il suffit de renvoyer à ma petite statistique personnelle pour prouver que l'infection à la suite d'un avortement criminel n'a pas un pronostic aussi sombre, et que M. Freund est évidemment tombé sur une série noire, mais cela ne constitue pas une indication suffisante de l'hystérectomie.

Il n'est pas même besoin de recourir à une statistique quelconque pour réfuter l'indication que donne M. Carteldge : « Le moment de l'hystérectomie dans la véritable infection puerpérale est arrivé quand un traitement local et général énergique n'a pas réussi à faire cesser la progression de la maladie. S'il réussit, le traitement non opératoire arrêtera la maladie en trois jours ».

Si la dernière phrase était juste, la chose serait extrêmement simple. Mais il est impossible qu'il existe un accoucheur ne sachant pas que la phrase de M. Cartledge est tout ce qu'il y a de plus inexact, et à l'indication qu'il donne on n'a qu'à opposer la variante d'un mot bien connu de Pajot : la chirurgie n'est pas une affaire d'horlogerie.

Point de doute que l'indication donnée par M. Vineberg ne soit inexacte, elle aussi. Selon lui, lorsque le traitement obstétrical ne réussit pas, qu'il n'y a pas d'exsudat dans le pelvis et que le pouls monte au-dessus de 130 et devient faible et petit, l'hystérectomie est indiquée.

Il résulte clairement et des différentes publications obstétricales, et de l'aperçu que j'ai donné plus haut de mes cas d'infection, qu'une fréquence du pouls bien au-dessus de 130 ne comporte pas du tout un pronostic fatal, et ne peut donc, en aucune manière, indiquer l'hystérectomie. Pour être juste, il faut dire que l'auteur ajoute : « Je sais bien qu'une telle règle est plus ou moins arbitraire, et moi-même je ne l'ai pas toujours suivie. Il faut considérer encore beaucoup d'autres moments qui sont difficiles à décrire, comme la marche générale de la maladie, l'état général de la malade, la condition de la langue, le caractère du pouls, etc. »

Assurément, ces dernières lignes sont plus exactes que la déclaration de M. Zipperlen : « Le thermomètre et le doigt au pouls montreront le bon chemin. »

Non, mille fois non, la question n'est pas aussi simple, et l'indication de l'hystérectomie ne peut être posée qu'en tenant compte autant de la nature du traitement obstétrical institué jusque-là et de son insuccès que de tous les signes cliniques qu'une observation rigoureuse et aussi prolongée que possible fait découvrir.

Lorsqu'on arrive ainsi à la conclusion que la seule chance de salut se trouve dans l'hystérectomie, celle-ci sera indiquée.

Si, dans ces conditions, on perd la malade, on devra se dire que peut-être une opération plus hâtive l'aurait sauvée, mais aussi que peut-être, sans opération, le pronostic aurait pu ne pas être aussi fatal qu'on l'a cru, donc que peut-être la malade, non opérée, aurait survécu. Par contre, si l'opérée guérit, on devra se dire également que peut-être la malade se serait remise tout de même, donc que peut-être on l'a mutilée, et qu'on l'a exposée à de nouveaux dangers sans nécessité. Somme toute, il n'est pas possible de donner pour le moment des indications à peu près précises de l'hystérectomie, et la faire ou ne pas la faire sera souvent pour le médecin une question de conscience et aussi de tempérament.

Pour formuler mes conclusions en quelques mots je dirai :

1° Les moyens usités dans le traitement de l'infection puerpérale, localisée entièrement à l'utérus, sont suffisants dans la grande majorité des cas;

2° Pour quelques cas exceptionnels, l'hystérectomie pourra réussir là où le traitement obstétrical échoue;

3° L'indication de l'hystérectomie ne devra être posée qu'après un examen clinique très exact et une évaluation consciencieuse du pour et du contre de l'opération;

4° Celui qui fait beaucoup d'hystérectomies dans ces cas-là en fait certainement trop.

M. Th. TUFFIER (de Paris), **rapporteur.** M. Tuffier étant absent, le rapport est lu par *M. F. Jayle* (de Paris).

Le titre de ce Rapport est conçu ainsi : « *Indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale* ». Je crois qu'il importe, avant toutes choses, d'expliquer et de préciser davantage ce titre auquel je reproche d'être un peu vague et de ne pas traduire très exactement, je crois, la pensée de ceux qui l'ont formulé.

L'infection puerpérale affecte des modes et des degrés divers, si bien que l'on peut dire qu'il n'y a pas une infection, mais des infections puerpérales. Il y a des infections localisées, métrites, annexites, périmétrites; il y a des infections péritonéales plus ou moins étendues, il y a enfin l'infection généralisée à tout l'organisme. Il y a l'infection aiguë, ou même suraiguë, qui survient dans les premiers jours ou dans les premières heures qui suivent l'accouchement et qui peut évoluer d'une façon foudroyante, et il y a l'infection subaiguë qui peut se prolonger pendant des semaines et pendant des mois. Il y a l'infection qui reconnaît comme point de départ une plaie du périnée ou du vagin, une déchirure des culs-de-sac ou une rupture utérine, et il y a l'infection partie de la cavité utérine elle-même et des parois qui la limitent, et celle-ci comprend la métrite septique vraie et la métrite septique compliquée par la présence d'un placenta adhérent, d'un fibrome sphacélé, d'un cancer, ou même d'une môle infectée.

Or, dans les publications et discussions auxquelles a donné lieu le traitement chirurgical de l'infection puerpérale, on a invoqué tour à tour et enchevêtré tous ces cas disparates, en sorte que la question, au lieu de se trouver éclaircie par cette accumulation de faits, s'est obscurcie davantage encore. Il importe une fois pour toutes de mettre les choses au point et de bien limiter le sujet de nos débats.

Les infections localisées : métrites, annexites, périmétrites, les péritonites plus ou moins généralisées doivent être écartées, ainsi que les affections qui ont leur point de départ dans une lésion du périnée, du vagin, une déchirure des culs-de-sac ou une rupture utérine. Ici, en effet, les indications thérapeutiques sont le plus souvent faciles à établir et ne comportent guère la discussion du principe : « la chirurgie est dans son domaine », et les incisions, extirpations, drainages ou sutures sont de droit. Il en est de même lorsqu'il s'agit d'une complication des suites de couches par la présence d'un fibrome, d'un cancer, d'une môle, d'un placenta adhérent, lorsque le diagnostic de cette complication a pu être fait par l'examen de la malade ; dans ces cas encore les indications de l'intervention chirurgicale me semblent évidentes.

La question n'est donc pas là, et le problème à résoudre porte tout entier sur l'infection puerpérale généralisée, reconnaissant pour cause une métrite septique vraie *post abortum* ou *post partum*. Voilà une première grande division qu'il importait d'établir et qui limite déjà singulièrement le champ de nos discussions. Mais je crois que ce dernier peut être réduit davantage encore.

Le chirurgien, appelé auprès d'une femme infectée, peut, en effet, se trouver en présence de l'une ou l'autre des deux situations suivantes : ou bien l'accouchement ou l'avortement est de date récente, il s'agit d'une infection puerpérale généralisée suraiguë ou aiguë remontant à quelques heures ou à quelques jours seulement; ou bien les accidents ont débuté il y a des semaines déjà ou même des mois, et ont évolué d'une façon moins bruyante, il s'agit d'une infection subaiguë prolongée. Or, dans ce dernier cas, généralement, l'utérus n'est plus seul et immédiatement en cause, et ce sont des suppurations périutérines ou métastatiques (pleuro-pulmonaires, rénales, hépatiques, spléniques) qui entretiennent l'infection.

Les infections localisées et les infections généralisées subaiguës étant écartées, il ne nous reste plus à envisager que le problème de l'intervention chirurgicale dans les infections aiguës : c'est le seul qui, je pense, doive servir de thème à nos discussions et auquel s'applique l'esprit sinon la lettre du titre imposé à mon Rapport par le Comité organisateur de ce Congrès.

Ce problème se pose de la façon suivante : « En « face d'une infection aiguë, survenant dans les jours « qui suivent la parturition, et non compliquée, au « moins en apparence, d'éléments étrangers à l'ac« couchement normal, convient-il de recourir à l'hys« térectomie et dans quelles conditions? » — Ce qui revient à résoudre les deux point suivants :

1° L'hystérectomie est-elle justifiée dans l'infection puerpérale aiguë?

2° Quelles sont les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë ?

— Après avoir étudié successivement ces deux points, M. Tuffier conclut :

Il ressort nettement que l'anatomie pathologique démontre dans l'infection puerpérale aiguë certaines lésions rares mais indiscutables qui sont justiciables de l'ablation de l'utérus. Mais la clinique est-elle capable de reconnaître ces cas ? L'examen approfondi de chacun de ces symptômes pris isolément prouve qu'aucun d'eux n'est pathognomonique, c'est-à-dire qu'aucun des symptômes ne peut à lui seul commander l'intervention, et, j'ajouterai, aucun de ces symptômes observés par un accoucheur compétent. Car si un chirurgien vient nous dire qu'il a vu dans des Maternités des femmes dont l'aspect était tel qu'il les aurait condamnées, alors que le chef du service les regardait comme devant guérir, cela prouve tout simplement l'incompétence parfaite de ce chirurgien en pareille matière, et ce n'est vraiment pas un argument contre la nécessité de l'intervention dans certains cas d'infection. Si aucun symptôme à lui seul n'est caractéristique, l'ensemble clinique, le tableau du malade, le complexus symptomatique qu'il présente peuvent entraîner notre conviction ; ici, comme dans toutes nos déterminations chirurgicales, qu'il s'agisse de porter un diagnostic ou un pronostic, qu'il s'agisse d'établir une thérapeutique, c'est l'ensemble des accidents qui nous déterminera.

Voici une femme atteinte de septicémie *post partum* ou *post abortum* : elle est suivie et soignée par un accoucheur expérimenté ; rien dans son état viscéral, rien dans sa sphère génitale externe n'explique la présence de cette septicémie. Le traitement reconnu comme efficace en pareil cas a été mis en œuvre ; injections intra-utérines, curettages, sérum sous-cutané n'ont pas arrêté la progression croissante des accidents, que l'accoucheur regarde comme devant emporter la malade. Il vous demande d'intervenir : vous trouvez les annexes et le péritoine indemnes, l'utérus est gros et mou, il existe ou non un écoulement fétide, les forces de la malade vous semblent permettre une intervention. Êtes-vous en droit de pratiquer une hystérectomie ? — J'ai répondu par l'affirmative, et je maintiens mon opinion. Nous n'avons plus alors à rechercher l'origine de cette septicémie, elle est utérine, qu'il s'agisse d'une rétention placentaire, d'un fibrome ou de la paroi de l'utérus sphacélé. C'est la clinique seule qui commande, et c'est votre confiance à arrêter les accidents par votre thérapeutique bien dirigée qui donne l'indication.

Je sais comme vous quels sont les points encore faibles de la question, je sais très bien qu'il reste de nombreux points obscurs, mais s'il en était autrement, si toutes les inconnues du problème étaient dégagées, et si une formule thérapeutique bien nette en était le produit, il est bien certain que la question ne nous intéresserait plus, et que vous ne l'auriez pas mise à votre ordre du jour.

Elle est loin d'être résolue, mais elle préoccupe à juste titre chirurgiens et accoucheurs. Sans doute le moment exact de l'intervention n'est pas fixé, « opérer trop tôt serait un crime — opérer trop tard est inutile » : cela est très vrai, mais nous sommes là en face de difficultés que nous rencontrons et que nous résolvons chaque jour en clinique. Il n'y a pas ici de loi que vous puissiez appliquer avec un rigorisme mathématique. Telle malade résistera mieux et plus longtemps que telle autre. La virulence, l'abondance du poison d'une part, la réaction individuelle de l'autre, feront varier le moment de l'intervention dans des limites que rien ne peut faire prévoir ; ce moment, l'accoucheur seul en est le juge, et c'est lui seul qui porte le poids de cette détermination ; c'est son impuissance reconnue par lui-même qui crée l'indication opératoire, mais, de notre côté, c'est la résistance encore suffisante de la malade, résistance reconnue par nous chirurgiens, qui doit nous faire accepter ou refuser la responsabilité de l'opération. C'est donc un concours d'efforts, une anastomose bien nette et bien franche, un échange de bons procédés, une observation attentive et une étude patiente en commun de cet état pathologique qui sont indispensables, et ils sont autrement profitables aux malades que les discussions qui consistent à répéter à satiété : « Vous chirurgiens, vous tuez des malades que nous sauverions. — Vous accoucheurs, vous laissez mourir les femmes que nous guéririons. » Un peu moins de polémique et un peu plus de travail scientifique me paraît nécessaire.

Je ne veux pas discuter ici le mode d'intervention, la voie vaginale ou la voie abdominale ; nous avons exposé ailleurs cette partie de la question, et chacun apportera ici ses faits et ses conclusions. J'ai pratiqué les deux variétés d'intervention : dans les formes subaiguës, quand l'accouchement date d'une semaine, la voie vaginale est commode ; si, au contraire, l'accouchement est tout récent, on rencontre de sérieuses difficultés dans l'ablation de l'utérus par le vagin. La mollesse et la vascularité des tissus sont des obstacles à l'hémostase parfaite ; ces obstacles sont cependant bien loin d'être insurmontables, puisque nombre de mes collègues et moi-même avons mené à bien ces interventions. Je ne crois pas qu'il soit possible actuellement d'établir une statistique *valable* qui démontre la supériorité de l'une des deux méthodes. Il entre des facteurs de mortalité bien plus importants dans cette statistique que ceux de la voie suivie par l'opérateur ; c'est là une question secondaire, elle est de beaucoup primée par celle de l'indication générale de l'opération.

DISCUSSION

M. Doléris (de Paris) divise les cas d'infection puerpérale. Les uns sont d'allure très bénigne et guérissent par le curettage, l'écouvillonnage, et ce traitement conservateur suffit.

Dans les cas foudroyants, une intervention n'a aucune chance de succès. La condamnation à mort est aggravée par l'intervention.

Dans les cas graves, à allure un peu prolongée, la malade fait déjà les frais de la résistance ; dans ces cas, l'hystérectomie peut être un moyen de sauvegarde.

L'intervention chirurgicale est surtout couronnée de succès quand le foyer est limité (phlébites péri-utérines, rétention placentaire, fibromes putréfiés), mais le diagnostic clinique en est très difficile ; l'examen du sang ne donne pas non plus de résultats sûrs.

D'après un grand nombre d'autopsies de malades arrivées dans son service trop tard, et qui ne purent être traitées à temps, M. Doléris a acquis la conviction que deux seulement auraient pu trouver quelques chances de guérison par une intervention.

La seule malade qu'il a opérée, après avoir présenté une survie de deux mois, mourut d'endocardite et de pleurésie purulente.

M. Pichevin (de Paris). Le curettage, bien exécuté, est un excellent moyen de traitement dans l'infection puerpérale. C'est à la suite de la théorie de l'effraction des germes dans l'utérus à la suite du curettage que l'hystérectomie fut considérée comme le premier devoir du chirurgien dans ces cas.

M. Pichevin trouve que beaucoup de malades opérées auraient très bien guéri sans intervention ; il trouve aussi que les indications opératoires sont très vagues. Dans les cas foudroyants, ce serait folie de penser qu'une intervention puisse avoir un effet. Dans certains cas, plus lents, l'incision du cul-de-sac postérieur peut suffire ; s'il y a du pus dans le péritoine, la laparotomie s'impose ; il ne faut faire l'hystérectomie que quand réellement il y a des signes de gangrène de l'utérus.

M. J. L. Faure (de Paris) se rallie aux conclusions du rapport de M. Tuffier, il ne veut donc que parler de la technique de cette opération ; il est fermement convaincu de la supériorité de l'hystérectomie vaginale. Le principal argument contre cette intervention, et le seul valable à ses yeux, est la difficulté de saisir l'utérus sans le dilacérer. Cet argument tombe quand on remplace les pinces de Museux par des pinces à prise plus solide : pinces à plateau, pinces à kystes, etc. ; il fait presque toujours l'hémisection antérieure.

M. Hofbauer rapporte 12 cas d'intervention. Il insiste sur l'importance de l'examen hématologique et entre dans une étude de pathologie générale de l'infection. Il compte sur les traitements sérothérapiques pour amender sans intervention les cas d'infection puerpérale.

M. Duret (de Lille) émet les conclusions suivantes :

1° Il y a des septicémies puerpérales, avec lésions locales apparentes, qu'il faut traiter par les moyens connus : curettage, désinfections, incisions, et même hystérectomie ;

2° D'autres septicémies puerpérales n'offrent à l'examen le plus soigneux aucune lésion reconnaissable à l'examen gynécologique.

Elles sont aiguës ou chroniques.

A. Parmi les premières :

1° Il en est quelques-unes qui ont pour cause une infection qu'on ne peut détruire par le curettage, et contre lesquelles l'hystérectomie abdominale ou vaginale donnera parfois des résultats avantageux, comme dernières ressources. Sur trois cas, où je suis intervenu, j'ai eu un succès.

2° Il en est d'autres dans lesquelles la gravité tient à l'excessive virulence de l'agent infectieux. Il est douteux que l'ablation de l'utérus soit efficace, si le lavage du sang par les injections de sérum artificiel ne donne pas d'abord quelque amélioration et ne relève pas les malades de manière à les mettre à même de supporter le choc opératoire.

B. Les septicémies chroniques sont le résultat de phlébites ou de lymphangites utérines, ou péri-utérines, ou de foyers méconnus. Dans ces circonstances, on sera souvent en présence de petits foyers multiples, logés dans le parenchyme utérin, dans les tubes vasculaires afférents ou efférents. C'est le groupe pathologique que nous avons étudié sous le nom de pyohémies utérines puerpérales (*Semaine gynécologique*, 1899, 17 Janvier). Le plus souvent, les manifestations septicémiques ont commencé après l'accouchement, et se sont prolongées plusieurs semaines. L'hystérectomie abdominale ou vaginale rendra exceptionnellement quelques services, mais ils seront d'autant plus incertains qu'on aura attendu plus longtemps.

3° Dans tous les cas de septicémies puerpérales, quel que soit leur mode pathologique, le meilleur remède avec la désinfection utérine, soit comme adjuvant, soit comme moyen curatif, réside dans les injections sous-cutanées massives de sérum artificiel, sur l'efficacité remarquable desquelles nous avons été un des premiers à appeler l'attention (*Académie de médecine de Paris*, 1896). Il ne faut pas craindre d'injecter deux, trois, et même quatre litres en vingt-quatre heures à des intervalles réguliers, selon l'effet sur le pouls et sur la tonicité générale.

M. Jerso Levai (de Dinaföldsvar) fait, comme M. Hofbauer une étude de pathologie générale, et, se basant sur quelques observations, il préconise le sérum antidiphtérique qui, d'après lui, agit sur les toxines non seulement du bacille de Löffler, mais encore des autres microbes de l'infection.

M. Jayle (de Paris). J'ai pratiqué deux fois l'hystérectomie pour l'infection puerpérale pure sans lésion des annexes. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de vingt ans, d'allure chétive, soupçonnée de tuberculose. L'état général était très mauvais. Des injections intra-utérines, un curettage qui n'avait relevé aucun fragment placentaire avaient été en vain pratiqués. Il n'y avait aucun empâtement du côté des annexes ; le ventre était un peu ballonné et douloureux. Je croyais la malade perdue, et je puis dire que c'est à tout hasard, sans aucune confiance, que je me décidai à faire l'hystérectomie abdominale. L'opération fut aisée et rapide, mais, et j'insiste sur ce point, je n'enlevai pas complètement le col. Ce dernier, très ramolli, très largement ouvert, au point que son orifice mesurait 2 centimètres de diamètre, ne fut pas totalement extirpé et l'hystérectomie fut supra-vaginale. Le péritoine fut totalement refermé par-dessus le moignon du col qui fut d'ailleurs largement drainé par le vagin. Suture totale de la paroi sans drainage.

Les deux premiers jours, il n'y eut aucune amélioration, puis la température tomba. Tout allait à souhait lorsque, le sixième ou septième jour, la température remonta et l'état général redevint mauvais. Il n'y avait aucun signe de péritonite ; la plaie de la paroi abdominale était cicatrisée ; le fragment du col laissé en place ne paraissait pas le siège d'un suintement particulier, mais il s'était refermé. Quelques pansements n'ayant donné aucun résultat, le fragment du col fut enlevé. Deux jours après, la température retombait, et dès lors la malade guérit sans encombre.

J'ajoute, pour compléter l'observation, que l'utérus enlevé avait le volume du poing, qu'il ne contenait aucun fragment de placenta, que les annexes étaient complètement saines.

Ce cas est intéressant, parce qu'il démontre tout d'abord la possibilité d'une guérison dans les cas les plus désespérés, et qu'il prouve, à l'instar d'une expérience de laboratoire, la nécessité d'enlever largement tout l'utérus, le col compris. En même temps que j'opérai cette femme à l'hôpital, je dus me contenter du traitement ordinaire en ville dans un cas analogue, et cette seconde femme succomba. Eût-elle guéri par l'hystérectomie ? Les seules différences que j'ai remarquées, au point de vue clinique, entre ces deux cas, considérés tous deux comme désespérés, sont les suivantes : la malade non hystérectomisée avait une rétention placentaire qui fut traitée par le

curettage, l'autre avait un utérus vide; la première avait le teint plombé, la température au-dessus de 40°, des crises de suffocation, toutes manifestations d'infection profonde que n'avait pas celle qui a guéri. Ces nuances ont sans doute leur valeur, et il y a entre les cas dits désespérés de ces petites différences qui, bien observées, permettront au bon clinicien de faire un meilleur pronostic opératoire, et de laisser espérer un bon résultat dans certains cas.

Ma deuxième observation, qui concerne une femme n'ayant pas guéri, se rapprochait cliniquement plus de la malade que je viens de citer comme simplement curettée que de la première. Il s'agissait d'une malade de trente-cinq ans, ayant eu la syphilis quelques années auparavant, accouchée depuis huit jours de deux jumeaux dont l'un mort né. L'état était grave, la température à 39°5, mais le pouls ne dépassait pas 120 et était plein. Je fis d'abord le curettage et retirai un très gros fragment de placenta putréfié. Cette évacuation utérine ne donna aucun résultat, contre l'attente de tous. Au contraire, la température monta encore et, quarante-huit heures après, je pratiquai l'hystérectomie. Cette fois, étant donné l'existence d'une insuffisance mitrale très marquée, je cherchai à éviter la position déclive et à opérer le plus vite possible. L'hystérectomie vaginale avec les pinces fut donc exécutée. J'ai cherché à extirper, et j'y suis parvenu, un utérus du volume d'une tête de fœtus, sans l'ouvrir, afin d'éviter l'infection de la plaie. Pour ce faire, j'ai libéré le col, ouvert le cul-de-sac antérieur, et avec un crochet à deux dents, et en plusieurs reprises, j'ai pu amener la bascule de l'organe en avant. Quelques pinces furent alors placées, et l'opération se termina sans la moindre effusion de sang en quelques minutes. La guérison ne survint pas, et la malade succomba le huitième jour en plein délire et sans réaction péritonéale.

Je ne saurais tirer de conclusions de deux cas; cependant mon premier cas m'engagera à tenter l'hystérectomie dans les cas désespérés, et surtout à faire une extirpation totale. Je donnerai toujours la préférence à la voie abdominale avec fermeture complète du péritoine et drainage par le vagin de l'espace pelvien sous-péritonéal, de manière à éviter toute infection de la grande séreuse, tout en favorisant par un drainage sous-péritonéal le dégorgement du tissu péri-utérin.

L'hystérectomie vaginale par le procédé des pinces est peu recommandable; il y a des chances d'infection secondaire lors de la chute des escarres et, chez ces malades déjà si intoxiquées, il faut éviter toute nouvelle infection; les indications de ce mode opératoire seront donc des plus restreintes.

M. Zweifel rapporte un cas d'intervention suivie de mort; l'autopsie lui montra un foyer de thrombose dans la veine hypogastrique. Cet auteur dit que si l'on opère dès les deux premiers frissons on a de grandes chances de trouver le thrombus localisé dans la veine ovarique; si on opère plus tard, il faut parfois aller jusqu'à la veine hypogastrique mais pas plus loin: certes l'opération est dangereuse, mais la phlébite amenant la mort dans au moins 60 pour 100 des cas, M. Zweifel croit cette intervention légitime.

M. Spinelli (de Naples), d'après sa propre expérience et d'après l'étude approfondie de tous les cas publiés, est persuadé que l'hystérectomie pour l'infection puerpérale ne repose pas sur des bases suffisantes. Les indications sont difficiles à saisir et l'on risque d'opérer trop tôt ou trop tard. D'autre part, les cas ne manquent pas où des malades condamnées guérirent très bien par un traitement banal général ou local. Aussi M. Spinelli admet-il que l'infection utérine puerpérale commande l'expectative, et fait opérer seulement quand il y a des indications positives.

M. Mazzucchi (de Minturnes) préfère de beaucoup le curettage à l'extirpation de l'utérus. Il croit, d'après les travaux du professeur Pane, que toute opération met extraordinairement en danger la vie de la malade, quand le sang a perdu son pouvoir bactéricide, ce qui arrive dans les infections graves et prolongées.

M. le professeur Morisani (de Naples) a pratiqué dans sa Clinique quatre fois l'hystérectomie pour infection puerpérale. Dans le premier cas il y avait un fibrome; l'opération n'a été faite qu'après quarante-huit heures; la malade est morte au bout de deux jours. Deux fois l'opération pour rétention de placenta a été suivie de guérison. Le quatrième cas est celui d'une femme chez laquelle l'utérus se déchira au cours d'une extraction manuelle du placenta.

Pour lui aussi la difficulté réside dans les indications opératoires et la discussion n'a pas apporté beaucoup de lumière. L'hystérectomie a été pratiquée au début un peu à l'aveuglette, mais, comme cette intervention a déjà à son actif quelques guérisons indéniables, elle doit encore être étudiée. Le professeur Morisani espère que les études arriveront à fixer les signes cliniques qui permettront de poser les indications opératoires précises. Comme technique, M. Morisani préfère l'hystérectomie par voie abdominale.

M. Fargas (de Barcelone) a une prévention contre ce traitement; beaucoup de fois il a essayé de pratiquer cette intervention mais il avait la croyance que dans quelques cas dans lesquels il y aurait un foyer unique on pourrait obtenir des résultats.

Il s'est trouvé dans ces circonstances en deux cas: 1re malade, fibrome et rétention placentaire avec infection; impossibilité à cause du fibrome d'extraire le placenta; hystérectomie abdominale; mort au deuxième jour. 2e malade, avortement provoqué au cinquième mois; rétention placentaire depuis deux mois; infection très grave: extraction du placenta, curettage et tamponnement à la gaze créosotée; l'infection restant toujours grave, l'auteur fit l'hystérectomie vaginale au cinquième jour après le curettage; la malade mourut trois jours après.

Pour le moment M. Fargas ne ferait pas l'hystérectomie contre l'infection puerpérale aiguë excepté, naturellement, dans toutes les infections subaiguës ou chroniques avec localisation.

M. le professeur Pinard (de Paris). Après cette discussion, M. Pinard remarque que tous les travaux qui émanent des accoucheurs ont des conclusions très timides, tandis que les chirurgiens ont des opinions beaucoup plus radicales.

Il y a un certain nombre d'indications fermes sur lesquelles tout le monde est d'accord: rétention du placenta, fibromes putréfiés. Il se demande si, dans les cas opérés, les femmes n'auraient pas guéri sans intervention.

M. le professeur La Torre (de Rome) a fait quatre à six fois le curettage; il croit que, hors très peu de cas qui ne sont plus pour ainsi dire de l'infection, mais qui en sont l'effet, la pratique habituelle de l'hystérectomie doit être bannie, et elle doit être seulement pratiquée lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen à essayer. C'est l'« ultima ratio ».

— Ont encore pris part à la discussion: MM. Dudley Palmer, Finclair (de Manchester) et Mann qui, d'une façon générale se rangent à l'opinion de la majorité, et n'admettent l'intervention que dans les cas nettement localisés et à allure nettement chronique, puis le président donne la parole aux rapporteurs.

M. le professeur Léopold (de Dresde) se félicite des opinions conservatrices émises. Il est heureux de voir les tentatives de traitement médical de sérum artificiel, sérum antistreptococcique, mais il n'admet pas qu'on reste conservateur dans les cas désespérés.

M. le professeur Treub (d'Amsterdam) n'a jamais pensé qu'une discussion fournirait des indications opératoires précises. Il se félicite de la prudence exprimée par la plupart des membres de ce Congrès, même par les chirurgiens américains qui ont sur le continent une réputation d'audace très grande.

Après quelques mots de M. le professeur Morisani, la séance est levée, l'ordre du jour étant épuisé.

(*A suivre.*) GOTTSCHALK.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé de la marine. — Est nommé dans la réserve de l'armée de mer au grade de médecin en chef de 1re classe, M. Bonnafy (Gabriel), médecin en chef de 1re classe de la marine en retraite.

Cet officier supérieur de réserve est affecté au port de Cherbourg.

La lutte contre la tuberculose. — Le conseil d'arrondissement de Bordeaux vient d'adopter le vœu qu'une surveillance rigoureuse soit exercée dans les casernes sur les militaires atteints de bronchites fréquentes et prolongées; que dans le doute ces militaires soient dirigés en observation sur les sanatoria régionaux existant ou en voie de création; que l'Etat donne lui-même l'exemple en créant un certain nombre de sanatoria et que les jeunes militaires tuberculeux ne soient renvoyés dans leurs foyers qu'après amélioration ou guérison.

Service de santé du 18e corps d'armée. — Des exercices spéciaux du service de santé militaire auront lieu à Limoges du 11 au 18 Octobre 1902.

MM. les médecins et officiers d'administration du service de santé des cadres de réserve et de l'armée territoriale sont autorisés à assister, à leurs frais, à ces exercices. Ils recevront, par les soins du directeur du service de santé du 18e corps d'armée, une feuille de réduction sur les voies ferrées, et trouveront à Limoges, au bureau de la place, un billet de logement.

Les demandes des intéressés devront parvenir à la direction du service de santé à Bordeaux, 7, rue de Cursol, le 1er Octobre au plus tard.

Nominations. — M. Vermeil, externe des hôpitaux de Paris, est nommé interne à l'hôpital Sadiki de Tunis.

Étranger.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — MM. J. P. Korovine et A. Maximov sont nommés privat-docenten d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Bologne. — M. Pier Ludovico Bosellini est nommé privat-docent de dermatologie et de syphilgraphie.

Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. Oskar Yoth, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Gratz, est nommé professeur ordinaire de physiologie.

Faculté de médecine de Varsovie. — M. Gendre est nommé professeur extraordinaire de physiologie.

Faculté de médecine de Vienne. — Le titre de professeur ordinaire a été conféré à MM. les professeurs extraordinaires Samuel von Basch (pathologie expérimentale); Leopold Oser (médecine interne); Alois Monti (pédiatrie).

M. Arthur Schattenfroh est nommé professeur extraordinaire.

CONCOURS

École du service de santé de la marine. — Les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent ont été nommés, après concours, élèves du service de santé de la marine, à l'école de Bordeaux:

Ligne médicale: MM. Robin, Martin, Sibenaler, Le Berre, Chevillard, Challier, Lefebvre, Blain, Riou, Quentel, Gaillaud, Delahet, Marque, Bouthillier, Casabianca, Gaubil, Jaubert, Brochet, Gourgand, Besse, Bodet, Dreneau, Vouters, Marnata, Ducellier, Cheynel, Jambou, Fauré, Plazy, Duhoureau, Chamontin, Récamier, Badin, Pichon, François, Potel, Guiselin, Popp, Armengaud, Armstrong, Bouchaud, Audbuy, Vidal, Zaepflel, Espinasse, Bouissière, Sauvet, Laporte, Guichard, De Schacken, Salonne, Roton, Renault.

Ligne pharmaceutique: MM. Foerster, Liabes, Breteau, Micheli, Kuntzmann, Chaix.

Hôpitaux de Rouen. — Un concours pour la nomination à trois places d'internes en médecine aura lieu le jeudi 20 Novembre 1902. Les épreuves commenceront à 4 heures, à l'Hospice-Général, salle des séances.

La Commission administrative des Hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours si de nouvelles vacances se produisaient avant le 31 Octobre 1902.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 5 Novembre au plus tard.

Les internes sont logés et nourris dans l'hôpital où ils font leur service et reçoivent en outre un traitement annuel de 600 francs.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant: **C. NAUD.**

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 79. — Mercredi, 1er Octobre 1902. — 10 FRANCS par an.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

CHRONIQUE

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

LES COURS DE VACANCES EN OCTOBRE

Le système des cours de vacances fonctionne pour la première fois durant toute la période des vacances. En Août et Septembre les cours ont été moins nombreux qu'ils vont l'être en Octobre; la différence tiendra à l'essai d'organisation par l'initiative privée de tout un ensemble de cours dont j'ai déjà annoncé le programme détaillé dans un précédent numéro. On ne saurait trop insister sur l'importance de cette organisation qui permet à un étudiant de suivre, s'il le désire, dix cours différents en trois semaines.

C'est ainsi, à mon sens, qu'à l'avenir il faudrait comprendre les cours de vacances; la cohésion doit assurer le succès, tandis que l'éparpillement de conférences en une période de trois mois risque fort de compromettre l'avenir de cette institution nécessaire. Au point de vue particulier de l'établissement d'un programme, nul ne saura mieux faire que le professeur Landouzy; dans l'ensemble des cours qu'il a établis en ce mois, d'ailleurs avec le plus grand succès, les auditeurs savaient à la fois et d'avance le nom du conférencier, l'objet, le jour, l'heure de chaque cours.

Sauf oubli, j'ai réuni tous les cours de vacances qui vont avoir lieu en Octobre. Le nombre en est déjà grand et il est à espérer, si les élèves viennent nombreux, qu'il augmentera encore l'an prochain. En voici le programme détaillé.

Ensemble des 10 cours organisés concomitamment.

Du lundi 6 au samedi 25 Octobre, seront faits des cours élémentaires et des démonstrations pratiques dont la liste suit :

Ophtalmologie : M. Rochon-Duvigneaud.
Maladies de l'estomac : M. Soupault.
Oto-rhino-laryngologie : MM. Laurens et Boulay.
Maladies des voies urinaires : M. Noguès.
Massage : M. Marchais.
Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique : M. Leredde.
Electrothérapie : M. Zimmern.
Chirurgie pratique : M. Souligoux.
Gynécologie : M. Jayle.
Art de formuler : M. Joanin.
Maladies mentales : M. A. Marie.

PROGRAMMES

Ophtalmologie (Lundi, Mercredi, Vendredi, 2 h.) : M. Rochon-Duvigneaud. — Examen de l'œil. Pratique de l'ophtalmoscope (avec malades). Diagnostic pratique de la réfraction et choix des verres. Examen de l'acuité visuelle et du champ visuel. Pansements, topiques, lavages, collyres, etc... Cas d'urgence : blessures de l'œil, corps étrangers, conjonctivites graves, kératites, irido-cyclite et glaucome. Petite chirurgie de l'œil : voies lacrymales, chirurgie des paupières.

N.-B. — Chaque élève est prié de se munir autant que possible d'un ophtalmoscope.

Oto-rhino-laryngologie (Mardi, Jeudi, Samedi, 10 h.) : MM. Laurens et Boulay. — I. *Méthode d'examen des trois organes : oreille, nez, pharyngo-larynx* : 1° Sur des sujets sains ; 2° Sur des malades (Exercices otoscopiques, rhinologiques et laryngologiques, avec présentation des cas cliniques les plus fréquents).

II. *Notions de thérapeutique médicale pratique* : Par exemple, traitement raisonné d'une otorrhée, d'une rhinite chronique, des différentes formes de pharyngites et de laryngites.

III. *Notions de thérapeutique chirurgicale pratique et urgente* : Ouverture du tympan, de l'apophyse mastoïde, ablation des amygdales, des tumeurs adénoïdes, etc...

N.-B. — Chaque élève est prié de se munir d'un miroir frontal, de deux spéculums d'oreille, d'un spéculum du nez et d'un miroir laryngien.

Maladies de l'estomac (Lundi, Mercredi, Vendredi, 3 h.) : M. Soupault. — 1° Données générales sur l'anatomie de l'estomac : forme, situation, position. Moyens de s'en rendre compte. Altérations anatomiques. Étude des organes abdominaux; 2° Physiologie de l'estomac. La sensibilité, les mouvements, la sécrétion. Le cathétérisme au point de vue du diagnostic; 3° Séméiologie gastrique. Interrogatoire d'un malade : Étude rapide des principaux symptômes, déglutition, appétit, douleurs, vomissements, éructations, hématémèses; 4° Troubles de la sécrétion, hypo, hyperchlorhydrie; 5° Troubles de la motilité. Atonie, stase, dilatation anatomique, ptoses, sténoses du pylore; 6° Gastrites. Ce qu'il faut entendre par gastrites. Gastrite et dyspepsie. Quelques notions sommaires sur l'anatomie pathologique. Étude clinique des gastrites; 7° L'ulcère de l'estomac : symptômes, diagnostic, complications, traitement médical et chirurgical; 8° Le cancer de l'estomac : symptômes, diagnostic, complications, traitement médical et chirurgical; 9° Dyspepsies. Dyspepsies nerveuses, dyspepsies réflexes, conséquence des dyspepsies au point de vue de l'état général.

Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique (Mardi, Jeudi, Samedi, 4 h.) : M. Leredde. — Méthodes générales. Méthode aseptique et antiseptique. Impétigo. Folliculites. Sycosis. Furoncle. Chancre mou. Méthode antiphlogistique. Eczémas aigus. Dermatites artificielles. Méthode kératolytique. Cors, verrues, psoriasis, hyperkératoses, etc. Méthode exfoliante. Acnés. Lichen simplex, etc. Méthode réductrice. Psoriasis, Lichen, eczémas chroniques, séborrhéides, etc. Méthode destructrice. Cautérisation, curettage, électrolyse. Méthode sclérogène. Scarifications, photothérapie, radiothérapie. Traitement des épithéliomes, du lupus tuberculeux, du lupus érythémateux. etc. Traitement interne dans les maladies de la peau. Eaux minérales. Traitement des maladies du cuir chevelu, Traitement de la syphilis. Traitement mercuriel. Traitement iodo-potassique. Traitement des accidents primaires, secondaires, tertiaires. Traitement des affections dites parasyphilitiques.

Chirurgie pratique (Lundi, Mercredi, Vendredi, 5 h.) : M. Souligoux. — Traitement des plaies. Plaies simples. Plaies compliquées : ligature des artères, suture des nerfs, suture des muscles, suture des tendons. Plaies articulaires. Traitement des lymphangites, adénites, phlegmons, gangrènes. Traitement des hernies étranglées. Réductions des différentes luxations. Fractures des membres et application des différents appareils.

Massage (Lundi, Mercredi, Vendredi, 4 h.) : M. Marchais. — De la nécessité pour les médecins de faire du massage. Généralités, indications et contre-indications, technique. Le massage des fractures récentes. Pourquoi, quand et comment il faut masser les fractures de la clavicule, de l'épaule, du coude, du radius, du col du fémur, de la région du genou, en particulier de la rotule, de jambe, du péroné. Les traumatismes articulaires : contusions, luxations, entorses; épanchements articulaires : hydarthrose et hémarthrose. Arthrites et périarthrites. Des ankyloses. Arthrites aiguës et chroniques. Synovites. Affections du système vasculaire : varices, phlébites. Les scolioses : leur traitement par le massage et la gymnastique. Les pieds bots. Le massage en gynécologie. Affections du tube digestif : constipation, entérite chronique, atonie gastro-intestinale. A ce propos, du rein flottant. Du massage dans les suites du rhumatisme articulaire aigu, dans certaines formes de rhumatismes chroniques. Affections du système nerveux : neurasthénie, névralgies, amyotrophies. Le massage dans les cardiopathies.

Thérapeutique des maladies des voies urinaires (tous les soirs, à 6 h., du 14 au 25 Octobre) : M. Noguès. — Les instruments employés en urologie et la manière de s'en servir. Classification des urétrites : la blennorragie; technique des lavages urétro-vésicaux. Traitement abortif. Critérium de la guérison, blennorragie et mariage. De la goutte militaire. Complications des urétrites. Exploration de l'urètre, technique du cathétérisme. Corps étrangers, calculs, traumatismes urétraux. Traitement des rétrécissements et de leurs complications. Traitement des prostatiques. Thérapeutique intra-vésicale; corps étrangers, cystites chronique, tuberculeuse, calculeuse. Les opérations d'urgence sur la vessie et sur le rein.

Électricité médicale (Mardi, Jeudi, Samedi, 5 h.) : M. Zimmern. — Aperçu général de l'électrothérapie. Principes et appareils. Courant faradique. Courant galvanique. Application de l'électricité aux maladies du système nerveux. Utilité de l'électrodiagnostic. Applications usuelles de l'électricité. Hémiplégie et paralysies organiques. Paralysie infantile. Polynévrites alcoolique, diphtérique, etc. Névrites professionnelles. Paralysie faciale. Paralysie radiale. Paralysie saturnine. Névralgies diverses. Sciatique. Névralgie du trijumeau. Goitre exophtalmique. Applications aux maladies des muscles, des articulations, de la nutrition. Atrophies musculaires. Arthrites diverses. Rhumatismes. Lumbago. Applications aux maladies du tube digestif et des voies génito-urinaires. Maladies de l'estomac. Entérite muco-membraneuse, constipation. Occlusion intestinale. Lavements électriques. Incontinence d'urine. Rétrécissements de l'urètre. Applications à la dermatologie et à la gynécologie. Traitement des angiomes, des nævi, de la couperose. Névralgies pelviennes. Salpingites chroniques. Hémorragies utérines. Métrites. Les accidents de l'électricité industrielle. Prophylaxie. Premiers secours.

Gynécologie (Lundi, Mercredi, Vendredi, 3 h.) : M. Jayle. — Interrogatoire de la malade. Examen physique : toucher, palper, toucher et palper combinés, examen au spéculum. Hystéromètre. Les diverses positions d'examen gynécologique. Du choix d'un spéculum, d'une table d'examen. Du choix des instruments nécessaires à la petite gynécologie. Les pansements vaginaux. Des applications topiques sur l'abdomen. Règles du traitement médical en gynécologie.

— Le maximum des élèves était fixé à 10, la série est actuellement complète, un nouveau cours aura lieu en novembre.

Art de formuler (Mardi, Jeudi, Samedi, 2 h.) : M. Joanin. — Généralités. Potions, sirops, pilules, loochs, etc. Préparations officinales. Préparations opiacées, mercurielles, purgatives. Préparations hypnotiques, antithermiques, anthelmintiques, etc. Préparations magistrales. Moyens d'établir une ordonnance. Prescriptions spéciales. Les incompatibilités.

Maladies mentales (Mardi, Jeudi, Samedi, 4 h.) : M. A Marie. — La paralysie générale au point de vue clinique. L'alcoolisme et les délires toxiques en général. Les démences. Les débilités congénitales. La dégénérescence héréditaire et les délires de persécution. La mélancolie. La manie.

Ces cours seront faits à l'hôtel des Sociétés savantes, sauf celui de M. Jayle qui sera donné dans la clinique gynécologique de la Faculté (professeur Pozzi), à l'hôpital Broca.

Chaque cours comprendra en moyenne neuf leçons. Le prix de chacun est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant.

Pour les inscriptions et les renseignements, s'adresser à M. Marchais, 10, rue La Bruyère, Paris, IXe arrondissement.

Cours clinique et pratique de gynécologie, par M. Potocki, agrégé, accoucheur des hôpitaux, assisté de M. Le Masson. Ce cours commencera le samedi 27 Septembre, à 9 h. 1/2 du matin. Il sera complet en dix-huit leçons et aura lieu tous les mardis, jeudis et samedis, à la même heure, à la clinique Baudelocque.

Les droits à verser sont de 50 francs pour chaque cours.

Cours de diagnostic bactériologique. — Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le jeudi 2 Octobre, sous la direction de M. Fernand Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, et de M. Griffon, préparateur.

Des conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu à 1 h. 1/2, les mardis, jeudis et samedis.

Programme du cours. — 1re leçon : Technique de la coloration des microbes; méthode de Gram. — Technique de la culture des microbes et des inoculations.

2e leçon : Analyse bactériologique du pus : microbes pyogènes aérobies; staphylocoque.

3e leçon : Analyse bactériologique des crachats; pneumocoque, bacille de Pfeiffer, etc.

4e leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. — Tuberculose et pseudo-tuberculose.

5e leçon : Analyse bactériologique des angines non diphtériques; streptocoque, bacille fusiforme)

6e leçon : Diagnostic de la diphtérie.

7e leçon : Analyse bactériologique du sang et des sérosités pathologiques pleurales et cérébro-spinales. — Méningocoques.

8e leçon : Globules blancs et cytodiagnostic.

9e leçon : Sérodiagnostic. — Bacille typhique et colibacille.

10e leçon : Analyse bactériologique de la peste et du choléra.

11e leçon : Diagnostic des microbes anaérobies.

12e leçon : Diagnostic bactériologique des infections de l'appareil génito-urinaire; gonocoque, bacille du chancre mou.

13e leçon : Diagnostic bactériologique des lésions microbiennes et parasitaires de la peau.

Le droit à payer pour cette série d'exercices est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

Cours d'anatomie pathologique. — Des conférences et demonstrations pratiques d'histologie pathologique auront lieu du 1er au 31 Octobre, au laboratoire d'anatomie pathologique de M. Cornil.

M. Milian : La peau. Du 1er au 8 Octobre inclusivement, lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 1/2. — M. Brault : Les tumeurs. Du 10 au 31 Octobre, lundi, mercredi et vendredi, à 1 h. 1/2. — M. Letulle : Tube digestif et ses annexes. Du 4 au 31 Octobre, mardi, jeudi et samedi, à 1 h. 1/2.

Le montant des droits pour les trois sections, au choix des auditeurs, est de 50 francs.

Cours d'électrothérapie. — M. Zimmern, aide-préparateur à la clinique gynécologique de la Faculté, commencera ce cours le vendredi 3 Octobre, à 2 heures, à l'hôpital Broca, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Ce cours comprendra 10 leçons.

Le montant des droits à verser pour chaque cours est de 50 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les docteurs français et étrangers, s'inscrivant pour le premier de ces cours, devront être immatriculés. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs aux cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Programme du cours. — Emploi de l'électricité, du massage, de l'hydrothérapie, etc.

Technique générale. Démonstrations pratiques. — Traitement des troubles menstruels. (Aménorrhée. Dysménorrhée.) Traitement du vaginisme, du prurit vulvaire.

Traitement des métrites et de la congestion par les agents physiques. Indications des *cures thermales*. Subinvolution. Déviations. Rétroflexion. Ptoses génitales. Leur traitement orthopédique. — Emploi de l'électricité.

Indications du traitement électrique des fibromes. Manuel opératoire.

Annexites. Indications de l'emploi des agents physiques. (Hydrothérapie locale. Massage. Electricité. Cures thermales. Névralgies pelviennes. Insuffisance ovarienne. Constipation chez la femme. Indications post-opératoires de l'entérolyse et du lavement électrique, etc., etc.)

Travaux de laboratoire. — MM. les étudiants pourront être admis, sur leur demande écrite et après autorisation du Doyen, à accomplir certains travaux de laboratoire, pendant le mois d'Octobre 1902.

1re année : Chimie biologique, histologie, physique, physiologie.

2e année : Histologie, physique, physiologie.

3e année : Anatomie pathologique, parasitologie, chimie pathologique, médecine opératoire.

Les demandes d'admission devront être adressées à M. le Doyen, du 15 au 27 Septembre et indiquer la nature des travaux que l'étudiant désire accomplir.

Le montant des droits à acquitter est de 50 francs pour chaque série de travaux.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux étudiants admis.

MM. les étudiants qui auront participé aux travaux pourront obtenir des certificats d'assiduité.

F. Jayle.

L'INSUFFISANCE SURRÉNALE AIGUE ET LES MALADIES INFECTIEUSES

Par Émile SERGENT
Ancien interne, Médaille d'or des hôpitaux.

Pendant les vacances de l'été 1901, j'ai eu l'occasion de recueillir dans le service de mon maître, le professeur Gaucher, que je remplaçais à l'hôpital Saint-Antoine, une observation de surrénalite aiguë, dans un cas de pneumonie alcoolique terminée par la mort subite.

Dans une série de travaux antérieurs, j'ai, en collaboration avec M. Léon Bernard[1], poursuivi l'étude de la pathologie des capsules surrénales et distingué, de la maladie d'Addison proprement dite, le syndrome de l'insuffisance capsulaire aiguë, admis aujourd'hui par les observateurs qui nous ont suivis, et en particulier par M. Oppenheim[2] dans sa thèse récente.

Il m'a semblé que cette nouvelle observation méritait, à tous égards, d'être conservée; elle ne représente pas seulement, à mon sens, un exemple d'insuffisance capsulaire aiguë, mais contient, en quelque sorte, l'ébauche de la séméiologie des lésions surrénales aiguës provoquées par les grandes infections.

Elle comporte, de plus, quelques considérations générales que je crois utile de préciser dans cet article.

* * *

Observation. — Le nommé R..., Hippolyte, trente ans, camionneur, entre le 2 Août 1901, salle Lorain, lit 25, dans le service de M. Gaucher. La veille, au matin, il a été pris, tout à coup, d'un point de côté violent à droite, suivi bientôt de frisson et de fièvre. Toute la journée « il n'a fait qu'un saut dans son lit », suivant l'expression de sa femme; il a déliré sans discontinuer; la nuit a été des plus agitées; le médecin a conseillé le transport à l'hôpital.

Le lendemain dans l'après-midi, on l'amène à l'hôpital.

La température est de 40°6; le pouls, régulier, fort, bat 130. Le facies est vultueux, les yeux brillants, les pupilles énormément dilatées, égales et régulières; la lèvre supérieure et les narines sont couvertes de vésicules d'herpès; la langue est sèche.

Le malade est agité, trémulant, loquace; il parle avec volubilité, se tournant et se retournant sans cesse dans son lit.

L'examen de la poitrine décèle l'existence d'un bloc de pneumonie occupant la moitié supérieure du poumon droit. Rien à la base ni dans l'autre poumon. L'expectoration est franchement rougeâtre, visqueuse et adhérente.

Le cœur bat rapidement, mais l'auscultation attentive n'y décèle aucun bruit anormal, aucune modification du rythme.

Rien par ailleurs, si ce n'est un certain degré de congestion hépatique; pas d'ascite, pas de splénomégalie, pas d'albuminurie.

Le diagnostic s'impose : pneumonie du sommet chez un alcoolique.

Traitement : ventouses scarifiées sur le sommet du thorax à droite, vin laudanisé.

Le lendemain, l'agitation est moins marquée, l'état local ne s'est pas modifié; le pouls et le cœur restent réguliers et rapides. La température est à 40 le matin, à 39 le soir.

On supprime le vin laudanisé et on le remplace par une potion de Todd.

Le surlendemain, même état, si ce n'est que l'agitation a disparu et que le malade est légèrement somnolent et déprimé.

La température est à 39 le matin, à 39,8 le soir.

Le pouls reste régulier, mais beaucoup moins fort.

Vers une heure du matin, le malade qui dormait en rêvassant tout haut, se dresse brusquement dans son lit et retombe inerte. Il était mort, au quatrième jour de sa pneumonie.

Nous avions, durant ces trois jours, considéré le pronostic comme des plus défavorables; mais rien ne nous avait autorisés à envisager la possibilité d'une issue aussi brutale.

Autopsie. — *Poumon droit.* — Bloc d'hépatisation grise dans tout le lobe supérieur; fausses membranes jaunâtres, légèrement adhérentes à la surface de la plèvre; simple congestion de tout le lobe inférieur, sans lésions de la plèvre.

Poumon gauche. — Très légère congestion. Pas d'épanchement pleural.

Cœur. — Pas de péricardite. Pas de lésions du myocarde ni de l'endocarde. Aorte saine. Artère pulmonaire : ni thrombose, ni embolie.

Foie. — Gros, congestionné, non cirrhotique. Poids : 1.760 grammes.

Rate. — Un peu grosse.

Tube digestif. — Rien d'anormal.

Péritoine. — Sain.

Reins. — Pas de lésions macroscopiques.

Capsules surrénales. — La gauche, comparée à la droite, paraît beaucoup plus petite, ce qui tient à ce que cette dernière est très congestionnée; sur une coupe, la glande apparaît cavitaire et en partie putréfiée (nous étions au mois d'Août, dans une série de jours très chauds); la zone corticale est rigide, très vascularisée; en quelques points, se voient de petites zones d'un rouge foncé, punctiformes, faisant songer à des ruptures hémorragiques. Cette capsule droite pèse 5 grammes; la gauche en pèse à peine 2 et ne présente, à l'œil nu, rien d'autre qu'un état cavitaire dû, lui aussi, à la putréfaction commençante.

Encéphale. Protubérance et bulbe. — Rien d'anormal, si ce n'est une très légère congestion méningée à la convexité.

Ainsi donc, l'autopsie ne révélait aucune grosse surprise, de nature à expliquer la mort subite. Rien au cœur, ni dans les gros vaisseaux; rien dans l'encéphale ni au bulbe.

Seule, en dehors du bloc de pneumonie, les capsules surrénales paraissaient le siège de lésions appréciables.

Malgré leur état de putréfaction avancée, j'ai fait des coupes de ces glandes.

Faisant abstraction des altérations cellulaires dégénératives que j'ai pu constater dans les points où la glande était relativement respectée (car ces lésions peuvent être imputables à la putréfaction), je ne retiendrai que l'existence d'une congestion manifeste des deux organes, allant jusqu'aux foyers d'hémorragie dans la capsule droite.

Enfin, j'ai pu colorer sur ces coupes des amas considérables de microbes; ces amas étaient disposés en forme de travées suivant la direction des vaisseaux; le plus grand nombre de ces microbes m'a paru appartenir au genre bacterium coli; il est évident qu'ils n'ont envahi la glande que *post mortem*.

Mais, de-ci de-là, se rencontraient des diplocoques, offrant tous les caractères morphologiques du pneumocoque et prenant le Gram. Malgré toutes les réserves qu'impose l'absence de cultures et d'inoculations, je pense qu'il s'agissait réellement de pneumocoques, assez rares d'ailleurs.

* * *

Tel est le fait clinique. Un homme jeune, franchement alcoolique, contracte une pneumonie; l'agitation formidable, le délire bruyant du début s'apaisent rapidement pour faire place à un état de demi-somnolence, accompagnée seulement de rêvasseries calmes et tranquilles, en même temps que le pouls, jusqu'alors plein et vibrant, devient mou et dépressible; puis, au quatrième jour, *brusquement le malade se dresse dans son lit et retombe inanimé.* L'autopsie ne révèle aucune grosse surprise susceptible d'élucider le mécanisme de cette mort subite. Seules, en dehors du poumon hépatisé, les capsules surrénales sont malades. L'infection pneumococcique a déterminé dans ces glandes des lésions profondes; cette surrénalite aiguë offre les caractères anatomiques de celles qui ont été décrites par Oppenheim et Lœper[1] dans les maladies infectieuses et particulièrement dans la pneumonie. Il semble bien qu'il y ait ici entre la surrénalite d'une part, et le mode d'évolution et de terminaison de la pneumonie alcoolique d'autre part, plus qu'une simple coïncidence, et que la coexistence de ces deux données anatomo-cliniques autorise à établir entre elles un rapport de cause à effet.

N'est-il pas permis de considérer la localisation surrénale secondaire comme la cause immédiate de la tendance à la dépression qui suivit rapidement l'excitation du début? Cette demi-somnolence, cette dépression n'est-elle pas ici l'ébauche de l'asthénie? N'est-elle pas à la surrénalite aiguë ce qu'est l'asthénie aux lésions chroniques, progressivement destructives des surrénales? En d'autres termes, cette dépression avec diminution d'amplitude du pouls n'est-elle pas fonction de l'insuffisance capsulaire créée par la surrénalite aiguë? Enfin, la mort subite, qui termine la scène, n'est-elle pas un nouvel argument en faveur de cette conception, si on admet, comme nous l'avons soutenu M. Léon Bernard et moi, que la mort subite, dans les lésions destructives des surrénales, peut être considérée comme la manifestation foudroyante de l'insuffisance capsulaire?

1. Emile Sergent et Léon Bernard. — « Note pour servir à l'étude de la pathologie des capsules surrénales ». *Société de biologie*, 1898, 24-12. — « Sur un syndrome clinique non addisonien, à évolution aiguë, lié à l'insuffisance capsulaire » *Archives générales de médecine*, 1899, Juillet. — « La maladie d'Addison et le syndrome de l'insuffisance capsulaire ». *Congrès international de Paris*, 1900. — Emile Sergent. Observation III in *Thèse* Couzin, Paris, 1899. « Accidents aigus de la tuberculose des capsules surrénales. »

2. Oppenheim. — « Les capsules surrénales. Leur fonction antitoxique. Étude expérimentale et clinique de la glande surrénale dans les infections et les intoxications aiguës ». *Thèse*, Paris, 1902.

1. Oppenheim et Lœper. — Voir bibliographie dans la thèse d'Oppenheim.

Je n'hésite pas, pour ma part, à présenter cette observation comme un exemple de mort subite par surrénalite aiguë au cours d'une pneumonie, et à la considérer comme une ébauche de la séméiologie des lésions capsulaires déterminées par les maladies infectieuses.

Mais, pour étayer cette conception, il me paraît nécessaire de rappeler ici quelques considérations relatives à l'histoire clinique de l'insuffisance surrénale aiguë. Je me bornerai dans cet article à la discussion des deux seules questions que soulève l'observation précédente, et que voici :

1° La mort subite, dans les surrénalites aiguës ou chroniques, est-elle fonction de l'insuffisance capsulaire ou relève-t-elle d'un autre mécanisme?

2° A quel titre interviennent les maladies infectieuses aiguës dans la production du syndrome de l'insuffisance capsulaire aiguë?

* * *

I. Insuffisance capsulaire et mort subite. — Il est de notion classique que la mort subite s'observe avec une fréquence très grande chez les sujets porteurs de lésions profondes des surrénales, soit que celles-ci aient donné lieu pendant la vie à des signes cliniques plus ou moins accentués et rapides, soit qu'elles soient demeurées latentes et n'aient été reconnues qu'à l'autopsie.

Dans notre étude du syndrome de l'insuffisance capsulaire aiguë, nous avons insisté, Léon Bernard et moi, sur l'importance médico-légale de cette donnée. Sur cette constatation, de pure observation clinique, l'accord est parfait entre tous les auteurs, mais, la discussion s'engage quand il s'agit d'en déterminer l'interprétation.

La mort subite, dans les surrénalites aiguës et chroniques, est-elle fonction de l'insuffisance capsulaire ou relève-t-elle d'un autre mécanisme?

Pour nous, nous nous sommes déclarés part sans convaincus de la première hypothèse. Nous ne pensions pas qu'il fût nécessaire de faire intervenir « une action indirecte, extension ou retentissement de la lésion capsulaire sur les nerfs et les ganglions du plexus solaire et de l'enveloppe des capsules », comme le préfère Oppenheim.

Sans doute, cette dernière interprétation est séduisante, car elle cadre avec les notions physiologiques et pathologiques « qui nous ont appris à connaître la soudaineté et la gravité des accidents provoqués par toute action traumatique exercée sur le sympathique abdominal » (Arnaud)[1]. Mais, si elle peut s'adapter à certains cas, encore suppose-t-elle la nécessité d'une altération des plexus nerveux voisins, ce qui n'est pas le fait de l'insuffisance capsulaire pure, où la mélanodermie fait précisément défaut.

Je ne prétends pas que la mort subite ne soit pas justiciable de cette interprétation quand elle frappe un addisonien classique.

Mais, ayant pris soin, avec Léon Bernard, de distinguer de la maladie d'Addison classique le syndrome de l'insuffisance surrénale pure, je ne pense pas que les considérations qui peuvent s'appliquer à celle-là soient nécessairement applicables à celui-ci.

D'ailleurs, dans le cas particulier, je ne puis m'empêcher de rapprocher cette discussion de celle qui s'est élevée à propos de l'interprétation du mécanisme de la mort subite dans la fièvre typhoïde. Que la théorie du réflexe splanchnique convienne aux cas où les ramifications du plexus solaire sont directement intéressées, il n'en reste pas moins vrai que la myocardite et l'inhibition bulbaire jouent leur rôle dans d'autres circonstances.

Je crois qu'il en est de même pour les lésions des capsules surrénales, avec la restriction que je viens de faire, à savoir que si la mort subite peut être liée à l'existence d'altérations du plexus solaire chez les addisoniens, il ne paraît pas qu'il en soit ainsi dans les cas d'insuffisance capsulaire pure et, en particulier, dans les lésions aiguës. L'observation de surrénalite aiguë avec mort subite que j'apporte ici me paraît fournir un argument précieux en faveur de cette opinion.

Quoi qu'il en soit, il importe de distinguer, à ce point de vue, les surrénalites aiguës des surrénalites chroniques jusque-là latentes.

Dans le premier cas, la lésion est rapidement envahissante; elle gagne toute la glande; quand les derniers trabécules sont détruits, la fonction antitoxique de la glande est radicalement abolie; le poison curarisant accumulé en excès cesse d'être détruit et l'individu succombe par syncope cardiaque ou par asphyxie. Dans ce cas, l'arrêt quasi instantané des fonctions glandulaires peut être admis, à mon sens, sans répugnance.

Je reconnais, avec Arnaud et Oppenheim, qu'il peut être plus difficile d'accepter ce mode de suppression brusque des fonctions glandulaires dans les surrénalites chroniques; bien qu'en réalité il ne me répugne pas beaucoup de concevoir qu'à un moment donné « les dernières cellules glandulaires, comme nous l'avons écrit Léon Bernard et moi, jusque-là respectées, viennent à être frappées d'inertie ou de mort », soit par les progrès de la lésion chronique (tuberculose, cancer...), soit *par des lésions purement dégénératives ou inflammatoires, secondaires ou de voisinage*.

Tout a une fin, même la glande surrénale; que, si *aucune cause intercurrente* n'est venue terminer la maladie, avant la destruction complète de la glande, il arrivera toujours un *moment* où cette destruction sera complète; à ce *moment*, la mort *subite* surviendra.

Mais il n'est pas nécessaire de faire appel à une destruction complète de toute la glande pour voir se dérouler le syndrome de l'insuffisance capsulaire aiguë, et, en particulier, apparaître la mort subite. Et, en effet, ce syndrome peut survenir alors qu'une seule capsule est détruite.

L'insuffisance relative peut suffire à expliquer la pathogénie des accidents; point n'est besoin, je pense, d'insuffisance absolue.

La fonction antitoxique, diminuée, mais non abolie, ne suffit qu'imparfaitement à sa tâche. Les mêmes conséquences mortelles (syncope cardiaque, paralysie des muscles respiratoires, inhibition bulbaire peut-être) menacent l'existence du malade. Sa vie est à la merci du moindre événement qui viendra compromettre l'équilibre instable de sa fonction surrénale, ainsi que je m'efforcerai de le préciser dans le chapitre suivant.

* * *

II. Insuffisance capsulaire et maladies infectieuses. — Les maladies infectieuses peuvent intervenir dans la production du syndrome de l'insuffisance capsulaire de deux façons différentes, suivant que les capsules surrénales étaient saines jusque-là ou suivant qu'elles étaient déjà atteintes de lésions chroniques en voie d'évolution. Dans le premier cas, la maladie infectieuse, en déterminant la surrénalite aiguë, fait naître l'insuffisance capsulaire. Dans le second cas, le mécanisme est plus complexe; il convient de rechercher si cette insuffisance, jusque-là latente, résulte de lésions aiguës, surajoutées, des surrénales, ou si elle n'est que la conséquence de l'impuissance des surrénales altérées à accomplir un travail antitoxique exagéré.

L'expérimentation et l'histologie pathologique ont établi que les maladies infectieuses provoquaient ou tout au moins pouvaient provoquer dans les capsules surrénales des lésions aiguës plus ou moins profondes[1]. Ces constatations autorisent à penser que la fonction surrénale est, en pareil cas, sérieusement compromise, sinon radicalement abolie; que, par suite, l'insuffisance surrénale qui en résulte, relative ou absolue, ajoute ses effets à ceux de la toxi-infection primitive et causale. Mais, ces surrénalites aiguës n'ont guère d'histoire clinique; le syndrome de l'insuffisance capsulaire s'y trouve, en quelque sorte, noyé dans l'ensemble des symptômes propres à la toxi-infection au cours de laquelle il éclate. Il est permis cependant d'espérer qu'une connaissance exacte et précise des éléments constitutifs de ce syndrome permettra de le dépister.

A ce titre, l'observation que j'apporte ici me paraît digne d'intérêt; elle met en relief la valeur séméiologique de certains signes qui appartiennent en propre au syndrome de l'insuffisance capsulaire : la dépression, la tendance à la chute de la température, la diminution d'amplitude du pouls, enfin la mort subite. Le groupement de ces éléments symptômatiques paraît d'autant plus caractéristique qu'ils sont survenus, sans raison apparente, au cours d'une phase morbide signalée par des symptômes diamétralement opposés, et particulièrement par une excitation avec délire bruyant. Si bien qu'il est permis de penser que cette modification radicale et imprévue de l'allure clinique de la pneumonie alcoolique coïncide ici avec l'apparition de la surrénalite aiguë.

Sans doute, notre esprit n'est pas encore suffisamment familiarisé avec cette idée, et la séméiologie des lésions surrénales n'est pas assez nettement déterminée pour que nous puissions, dans les cas de ce genre, faire le diagnostic de la surrénalite aiguë du vivant du malade. Mais rétrospectivement, nous sommes frappés de constater dans ces observations la présence de certains indices qui auraient pu nous mettre sur la voie du diagnostic si nous avions été mieux prévenus et plus instruits. Recueillir et analyser ces observations n'est pas faire œuvre vaine, car c'est par ce moyen seulement que pourra peut-être être dégagé le signe caractéristique

1. Arnaud. — « Les hémorragies des capsules surrénales ». *Archives générales de médecine*, Juillet, 1900.

1. Consulter à ce sujet la thèse d'Oppenheim et la bibliographie très complète qu'elle renferme.

et pathognomonique de l'insuffisance capsulaire aiguë.

Aussi bien est-ce ici le moment d'insister sur la nécessité d'une notion précise du syndrome de l'insuffisance capsulaire, dégagé de toute association morbide. Il faut se garder, en effet, de confondre les signes qui appartiennent en propre à l'insuffisance surrénale avec ceux qui relèvent directement de la cause infectieuse qui a provoqué cette insuffisance en créant la surrénalite aiguë.

C'est pourquoi, il me paraît impossible, à l'heure actuelle, de séparer, au point de vue séméiologique, les surrénalites aiguës des surrénalites chroniques. C'est au cours de ces dernières que le syndrome d'insuffisance se déroule avec sa plus grande pureté, surtout lorsqu'il éclate en dehors de toute cause infectieuse, à l'occasion d'un simple traumatisme aseptique, par exemple, et même sans cause apparente, chez un sujet porteur de lésions chroniques des surrénales, jusque-là silencieuses. C'est dans l'analyse méthodique des observations de ce genre que nous avons cherché, Léon Bernard et moi, les éléments constitutifs du syndrome de l'insuffisance capsulaire aiguë, qui sont « les douleurs lombaires et abdominales, l'anorexie, les vomissements, la diarrhée, l'*abattement* et la *prostration avec hypothermie, petitesse du pouls* et *tendance au collapsus*, ou l'agitation avec délire et fièvre. » « Ces différents symptômes se groupent de manière variée, suivant les cas, de façon à constituer un syndrome aigu relevant d'une autointoxication rapide. » Il se peut que « l'agitation avec délire et fièvre » dont nous avons trouvé mention dans quelques-unes de nos observations, soit moins le fait de l'insuffisance capsulaire elle-même que de l'infection qui aurait déterminé la surrénalite, étant donné que ces observations se rapportent surtout à des lésions aiguës, vraisemblablement infectieuses, des surrénales. Cette restriction montre toute la complexité du problème et souligne la difficulté de l'étude du syndrome de l'insuffisance capsulaire dans les surrénalites aiguës.

D'ailleurs, si les éléments constitutifs du syndrome de l'insuffisance capsulaire « se groupent de manière variée, suivant les cas », c'est précisément parce que la cause occasionnelle qui les a fait éclater n'est pas toujours la même, et que par sa nature, par les signes qu'elle engendre en propre, cette cause modifie ou peut modifier l'allure générale du tableau clinique, les éléments symptomatiques du syndrome d'insuffisance surrénale *s'additionnant* et *se mélangeant*, en proportion variable, aux symptômes de la maladie primitive ou causale.

N'est-ce pas là, précisément, la meilleure raison à invoquer en faveur de la nécessité d'une étude analytique et synthétique du syndrome d'insuffisance capsulaire aiguë, dégagé de toute association morbide ?

A défaut de cette condition, les signes de l'insuffisance surrénale risqueront fatalement d'être confondus avec ceux de la maladie infectieuse primitive et causale, et inversement.

Or, cette confusion, presque inévitable actuellement dans les surrénalites aiguës des maladies infectieuses, peut-elle être évitée, dans les surrénalites chroniques, lorsque celles-ci ne traduisent leur existence qu'à l'occasion d'une maladie infectieuse intercurrente?

Je pense que, abstraction faite, bien entendu, des cas où la maladie infectieuse revêt des allures extrêmement bruyantes, il est possible d'éviter l'erreur ; en effet, une simple angine pultacée (circonstance occasionnelle signalée dans un grand nombre d'observations) ne se traduit pas par des symptômes assez alarmants, en général, pour masquer le complexus morbide qui appartient en propre à l'insuffisance surrénale.

Mais ici se pose un des problèmes les plus intéressants de cette étude. A quel titre intervient la maladie infectieuse dans la production du syndrome d'insuffisance chez un sujet porteur d'une surrénalite chronique jusque-là silencieuse ?

Les accidents aigus, qui éclatent et se terminent rapidement par la mort, souvent même par la mort subite, sont-ils purement et simplement le fait de l'insuffisance capsulaire (Sergent et Bernard) ? sont-ils en termes plus précis, *symptômes de la surrénalite*, ou ne sont-ils que la conséquence et l'expression clinique d'une aggravation imprimée à la maladie infectieuse intercurrente, bénigne en soi le plus souvent, par l'infériorité de résistance où le sujet se trouve placé vis-à-vis de la toxi-infection, du fait de sa lésion capsulaire ? (Ménétrier et Oppenheim, Nathan-Larrier.)

Cette controverse n'a pas, en réalité, une importance considérable, car si elle tend à discuter la valeur séméiologique des accidents observés, *en tant que signes directs de surrénalite*, elle n'en respecte pas moins le rôle de l'insuffisance capsulaire, qui reste, dans l'une et l'autre hypothèse, la cause efficiente de la gravité de la maladie et de sa terminaison mortelle.

Sans l'insuffisance capsulaire, la maladie infectieuse intercurrente eût suivi sa marche normale et se fût terminée, sans incidents imprévus, par la guérison.

Or, si la cause qui a mis en évidence l'insuffisance capsulaire, jusque-là latente, n'est pas une maladie infectieuse bénigne, si même cette insuffisance éclate à l'improviste sans cause apparente, le syndrome clinique reste à peu de chose près le même, au moins dans ses lignes essentielles. Si bien qu'il est rationnel, comme nous l'avons déjà fait observer Léon Bernard et moi, de considérer ce syndrome comme effet physiologique de la lésion capsulaire. Que si ce syndrome, dont nous avons tracé les caractères généraux, nous était mieux connu dans ses détails, le doute ne saurait subsister. C'est donc vers ce but que doivent tendre les recherches des cliniciens dirigées par les données de la physiologie normale.

D'ailleurs, si les fonctions normales des surrénales nous étaient aussi parfaitement connues que celles du rein et du foie l'insuffisance surrénale pourrait être aussi aisément diagnostiquée et décrite que le sont l'insuffisance rénale et l'insuffisance hépatique.

Cependant, dès maintenant, je pense que les données physiologiques et cliniques sont suffisantes pour autoriser la conception pathologique d'une insuffisance capsulaire, évoluant pour son propre compte, avec ses symptomes particuliers, indépendamment de la cause occasionnelle, infectieuse ou non, qui la provoque.

Reste à fixer le mode d'action de cette cause occasionnelle, quand elle est représentée par une maladie infectieuse.

L'infection intercurrente peut trahir l'insuffisance surrénale comme elle peut révéler l'insuffisance hépatique ou l'insuffisance rénale, soit en provoquant dans la glande des lésions aiguës surajoutées aux lésions anciennes et en supprimant ainsi la fonction capsulaire, soit en accumulant dans l'organisme un excès de produits toxiques vis-à-vis duquel la fonction capsulaire déjà compromise devient impuissante.

Il est permis de supposer que dans l'une et l'autre alternative les accidents varieront dans une certaine mesure suivant la nature de la toxi-infection et qu'ainsi le tableau clinique de l'insuffisance capsulaire ne se présentera pas avec la même pureté que lorsqu'il éclatera à l'occasion d'une cause banale, non infectieuse, ou surtout à l'improviste sans cause apparente. Mais il n'en reste pas moins vrai qu'il sera toujours dessiné dans ses grandes lignes et que, d'autre part, la cause efficiente des accidents sera la suppression brusque de la fonction capsulaire normale.

*
* *

Pour résumer ma pensée sur le rôle des maladies infectieuses vis-à-vis de l'insuffisance capsulaire, je prendrai une comparaison.

Qu'au cours d'une scarlatine, le rein, jusqu'alors intact, soit profondément touché; aux symptômes de l'infection primitive vont se joindre ceux de la néphrite aiguë. L'insuffisance rénale va compliquer d'urémie le tableau clinique ; si la scarlatine a été l'occasion de cette urémie, il n'en reste pas moins vrai que la cause efficiente de cette urémie c'est la néphrite et que l'ensemble des symptômes qui la révèlent font partie du cortège habituel du syndrome de l'insuffisance rénale et non des signes de la scarlatine simple. Ici le doute n'est pas possible, parce que les signes de l'insuffisance rénale, parce que le tableau clinique de l'urémie dans ses diverses modalités nous sont parfaitement connus.

Il en va de même, à mon sens, pour les surrénalites aiguës des maladies infectieuses, avec cette seule différence que les signes de l'insuffisance surrénale ne sont pas encore suffisamment classiques pour être rapportés sans discussion à leur véritable cause.

Que la scarlatine éclate chez un sujet *porteur déjà de lésions chroniques du rein*, l'urémie est une menace plus grande encore, soit qu'une poussée de néphrite aiguë surajoutée vienne achever de supprimer la fonction rénale déjà compromise, soit que, sans lésions nouvelles, l'accumulation des produits toxiques ne trahisse l'insuffisance relative de l'émonctoire rénal. Dans l'une et l'autre alternative c'est parce que le rein ne suffit pas à sa tâche que les signes de l'urémie se déclarent ; c'est par le rein que le malade succombe, *à l'occasion* de sa scarlatine sans doute, mais *du fait* de sa lésion rénale.

Il en est de même pour les surrénalites chroniques qui ne révèlent leur existence qu'à l'occasion d'une maladie infectieuse. *Les accidents graves, mortels, qui éclatent, sont fonction de l'insuffisance surrénale aiguë et non signes de la maladie occasionnelle intercurrente, comme l'urémie est fonction d'insuffisance rénale et non signe de scarlatine.*

LA BACTÉRIOLOGIE

DU POUMON A L'ÉTAT NORMAL

Par **R. ROMME**

Le dernier fascicule du *Zeitschrift für Hygiene* contient deux mémoires sur la bactériologie du poumon normal. L'un de M. Quensel, fait sous la direction de C. Fraenkel (de Halle), peut se résumer en quelques mots. Ayant examiné les poumons des animaux de boucherie (porcs, veaux, bœufs) immédiatement après qu'ils ont été abattus, M. Quensel a trouvés ceux-là tantôt stériles tantôt contenant des bactéries variées dont le nombre n'était jamais bien considérable. L'examen bactériologique des ganglions bronchiques correspondants a donné le même résultat, avec cette différence que les ganglions bronchiques étaient plus souvent stériles que les poumons, et, que lorsqu'ils renfermaient des bactéries, celles-ci étaient moins nombreuses que dans les poumons.

Beaucoup plus intéressant est le second travail, celui de M. Paul Ludwig, fait au laboratoire du professeur Flügge (de Breslau). Les expériences de cet auteur ont été conduites d'une façon très méthodique, de façon à répondre aux objections et aux critiques qu'ont soulevées les nombreux travaux publiés antérieurement, depuis cinq ou six ans, sur la même question. M. Ludwig a pu ainsi serrer de très près les points en litige et délimiter exactement les termes du problème, si bien que son travail nous donne une vue très exacte sur le mécanisme de l'infection et de la désinfection spontanées du poumon à l'état normal.

* * *

On admet généralement que l'air, à mesure qu'il descend dans l'arbre respiratoire, se dépouille des impuretés, bactéries et poussières qu'il renferme, de façon à ne contenir presque pas de germes quand il arrive dans les alvéoles du poumon. Tout dernièrement, un auteur, M. Sänger, a même essayé de donner la preuve expérimentale de ce fait. En faisant passer un spray de bleu de méthyle à travers une série de tubes coudés, il a vu la vapeur sortir incolore du dernier tube; de même, en examinant le larynx des individus qu'il faisait respirer dans un spray de bleu de méthylène, il a constaté que la matière colorante ne dépassait pas le pharynx, et qu'on n'en trouvait pas dans le larynx ni sur les cordes vocales.

M. Ludwig a donc commencé par vérifier ces deux expériences en procédant de la façon suivante :

Premièrement, il fit passer un spray chargé d'une culture de bacillus prodigiosus à travers une série de tubes diversement coudés. En recueillant la vapeur à la sortie du dernier tube, il a pu constater que celle-ci contenait toujours les bacilles qui avaient été mis dans le liquide vaporisé. Dans une autre expérience, il ouvrit la trachée d'un lapin en deux endroits; dans la plaie inférieure il mit une canule par laquelle l'animal respirait; la plaie supérieure fut reliée par une série de tubes coudés à un ballon aspirateur. En faisant respirer l'animal dans un spray contenant une culture de prodigiosus et en mettant en marche son aspirateur, M. Ludwig retrouva dans l'air de celui-ci un grand nombre de prodigiosus. Pourtant avant d'arriver à l'aspirateur cet air avait passé par le nez, le pharynx, le larynx, la trachée de l'animal ainsi que par une série de tubes coudés, et dans ce long trajet il ne s'est pas dépouillé des microbes qu'il renfermait.

Ces deux expériences, faites un grand nombre de fois, ont toujours donné le même résultat. M. Ludwig en conclut que le passage de l'air à travers une série de tubes coudés, quand même ils sont tapissés d'une membrane visqueuse, ne suffit pas pour le débarrasser des impuretés qu'il renferme.

On sait que l'examen bactériologique des poumons des animaux sains ou des individus ayant succombé sans avoir présenté de lésions pulmonaires a donné des résultats contradictoires. Quelques auteurs ont trouvé les poumons remplis de bactéries; d'autres, se plaçant dans les mêmes conditions d'examen ou d'expérience, les ont trouvés presque stériles. On avait donc admis, pour concilier ces contradictions, que les conditions dans lesquelles se produit la mort de l'animal en expérience modifient les résultats de l'examen bactériologique. Si pendant l'agonie, aussi courte qu'elle soit après la piqûre du bulbe, l'animal fait quelques inspirations vigoureuses, il fait pénétrer dans les alvéoles le mucus trachéo-bronchique chargé de bactéries, et infecte ainsi, au dernier moment, son poumon.

Pour éviter cette cause d'erreur, M. Ludwig conduisit ses expériences de la façon suivante :

Les lapins étaient placés pendant une demi-heure dans une cage spéciale où ils respiraient un spray chargé de prodigiosus. Au bout de ce temps, ils étaient retirés de la cage, lavés au sublimé et transportés dans une autre pièce où, sans les tuer, on leur ouvrait rapidement le thorax pour exciser, pendant qu'ils étaient encore vivants, un lambeau de poumon. L'opération était faite si rapidement que l'animal n'avait pas le temps de faire une seule inspiration profonde. Pour le contrôle on prélevait ensuite une parcelle de foie et une parcelle de rate.

L'examen bactériologique du poumon prélevé dans ces conditions a montré constamment la présence de nombreux prodigiosus. M. Ludwig a pu même déterminer que 4 pour 100 de bactéries contenues dans le spray passent ainsi dans les poumons. L'examen bactériologique du foie et de la rate montrait régulièrement que ceux-ci étaient stériles, ce qui prouvait que la présence du prodigiosus dans les poumons ne provenait pas d'une infection accidentelle au cours de l'opération.

Ce fait étant établi, il s'agissait de savoir pourquoi le poumon à l'état normal est stérile ou renferme très peu de bactéries. On sait que l'air dans une chambre close renferme en moyenne 100.000 bactéries par mètre cube, et que la quantité d'air qui en vingt-quatre heures passe par les poumons d'un homme est de 9 mètres cubes. Qu'on se figure ces bactéries se multipliant avec la rapidité que l'on sait, et l'on conçoit que nos poumons auraient dû en peu de temps se transformer en une éponge remplie de microbes.

Pour élucider le problème que nous venons de signaler, M. Ludwig procéda de la façon suivante :

Des lapins furent mis dans la cage à spray; puis au lieu d'examiner leurs poumons (par le procédé que nous avons indiqué) immédiatement après l'inhalation des vapeurs bacillifères, cet examen était fait au bout de une à dix-sept heures. En prenant pour mesure le nombre de bactéries qu'on trouve chez un lapin dont les poumons sont examinés immédiatement après l'inhalation et en évaluant ce nombre à 1, M. Ludwig a trouvé pour des lapins examinés plus tard les chiffres suivants :

1/10 quand l'examen était fait au bout de 1 h. 1/4; 1/13 au bout de 2 heures; 1/400 au bout de 6 heures; 1/33000 au bout de 17 h. 1/2.

Ces quelques chiffres montrent avec quelle rapidité se fait le nettoyage automatique du poumon. Quel en est le mécanisme?

M. Ludwig a pensé que ce mécanisme pouvait relever, soit de l'action bactéricide des sécrétions du poumon, soit de l'action des lymphatiques emportant les bactéries vers les ganglions bronchiques. Pour vérifier la première hypothèse, il refit ses expériences avec le bacillus subtilis, beaucoup plus résistant que le bacillus prodigiosus. Il constata alors que le poumon a beaucoup plus de peine à se débarrasser du bacillus subtilis qui, par moments, se multiplie même dans les poumons des animaux mis en expérience. En effet, en examinant les poumons des lapins vingt-quatre heures après une séance d'inhalation de subtilis, il a trouvé encore, comme proportion de bactéries, 6/11, 1/2 ou même 21/20, ce dernier chiffre indiquant nettement la prolifération des subtilis qui avaient pénétré dans les poumons.

Il est inutile d'insister sur l'importance de cette constatation. Elle montre tout d'abord que la désinfection spontanée du poumon ne se fait pas par l'intermédiaire des lymphatiques enlevant mécaniquement pour ainsi dire les bactéries ayant pénétré dans le poumon; elle fait voir d'un autre côté le rôle que la résistance et la virulence des germes peuvent jouer dans la pathogénie des lésions pulmonaires.

M. Ludwig n'a pas vérifié *directement* le rôle des ganglions lymphatiques dans la désinfection des poumons. Mais la pauvreté des ganglions bronchiques en germes, constatée par un grand nombre d'auteurs, et par Quensel dont nous avons résumé le travail au début de cet article, rendait cette vérification inutile.

QUATRIÈME CONGRÈS PÉRIODIQUE

INTERNATIONAL

DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Rome du 15 au 21 Septembre 1902[1].

Troisième séance.

Mercredi 17 Septembre, 8 h. 1/2 du matin.

La tuberculose génitale.

La séance est ouverte sous la présidence de M. Jacobs.

M. le professeur A. MARTIN (de Greigswald), **rapporteur.** — La question de la tuberculose génitale est devenue d'actualité depuis l'important travail de Hegar en 1886 et, d'autre part, les gynécologues n'ont pas voulu rester en arrière du grand mouvement tuberculeux.

Le diagnostic ne peut être posé d'une façon absolue que si l'on a trouvé le bacille de Koch.

Les organes génitaux de la femme sont atteints de tuberculose beaucoup plus souvent qu'on ne pense.

L'infection tuberculeuse peut se localiser et développer dans toutes les parties de l'appareil génital.

L'apparition de la tuberculose dans les organes génitaux peut être primitive; la forme secondaire est beaucoup plus fréquente.

Le bacille de la tuberculose s'introduit quelquefois par la vulve (infection ascendante); mais plus souvent par les parties supérieures (infection descendante).

Il est probable que l'infection dérive souvent de l'intestin, soit directement, soit par les ganglions, soit par le péritoine.

L'infection des organes génitaux peut se produire aussi par la voie du sang ou métastatique.

Dans toutes les formes de tuberculose, l'infection peut s'étendre d'une manière continue ou se propager par bonds.

D'ordinaire, plusieurs parties sont atteintes à la fois, laissant toutefois des parties saines au milieu d'elles.

La tuberculose guérit souvent au point d'origine, tandis que le processus devient très intense dans les organes génitaux.

Les affections chroniques dans les suites de couches, les affections blennorragiques et syphilitiques créent dans les organes génitaux une sorte de prédisposition. Il en est de même pour la dystrophie et l'hypoplasie.

On n'en connaît pas encore les symptômes pathognomoniques.

Quand une lésion inflammatoire des organes génitaux se trouve associée à une affection tuberculeuse dans d'autres organes, on doit soupçonner aussi la présence de la tuberculose dans les organes génitaux.

Un examen anatomique peut seul fournir un diagnostic assuré.

---

1. Voy. *La Presse Médicale*, 1902, n° 76, p. 908; n° 77, p. 919, et n° 78, p. 931.

Dans la majorité des cas on peut établir le diagnostic sur la présence du bacille de la tuberculose.

A défaut de celui-ci, beaucoup d'auteurs estiment que la constatation au microscope du tubercule peut être suffisante.

Le pronostic est toujours grave, mais il devient sans espoir seulement dans le cas de destruction étendue.

Quand la maladie est étendue et surtout quand elle s'est propagée à d'autres organes, il ne reste qu'à suivre le traitement général, et combattre chaque symptôme en particulier.

Quand l'affection est localisée aux organes génitaux, ou que ce même foyer fasse des progrès inquiétants, l'extirpation du foyer ou éventuellement de tout l'appareil génital peut donner une chance de guérison; par conséquent on doit faire l'opération.

M. J.-A. FAURE (de Paris), **co-rapporteur.** — Sans avoir recours à des statistiques toujours fausses, inutiles et décevantes, je crois pouvoir affirmer que la tuberculose génitale est loin d'être rare, au moins dans ses manifestations annexielles. Je n'en ai pas rencontré moins de sept cas avérés, et comme je ne suppose pas avoir été particulièrement favorisé par le hasard, je suis obligé d'en conclure que cette localisation de la tuberculose est, en réalité, assez commune.

Elle nous intéresse donc directement, nous, chirurgiens, puisque nous avons souvent à la combattre, et c'est surtout le côté pratique de la lutte que nous avons à soutenir contre elle que je voudrais envisager ici.

Je ne dirai donc rien de ses causes, ni de ses origines, et il nous importe peu de savoir si l'inoculation tuberculeuse se fait par la voie génitale ou par la voie sanguine, ou, comme il est probable, à la fois par l'une et par l'autre. L'important est qu'elle se fait et que, lorsqu'elle est faite, elle nous appartient.

Il me paraît aussi bien inutile d'étudier la tuberculose génitale dans ses manifestations histologiques, et la description des lésions microscopiques que peut produire le bacille de Koch sur l'utérus, les trompes et les ovaires ne présentent aucun intérêt pour notre œuvre de chirurgiens.

Mais les lésions grossières, celles que nous pouvons constater au cours même des opérations ont plus d'importance pour nous. Ce sont elles, en effet, qui dicteront notre conduite et qui guideront notre main lorsque nous nous trouverons face à face avec elles et que nous devrons choisir le moyen le plus sûr pour en triompher.

Ces lésions se rapprochent beaucoup de celles que l'on observe dans les autres affections chroniques tubo-ovariennes, avec une tendance peut-être un plus accentuée à l'envahissement du péritoine, qui peut dans certains cas devenir le siège de lésions beaucoup plus importantes que celles qui lui ont servi de point de départ.

Cette affection, modifiant d'une façon aussi variable la physionomie du bassin ne saurait présenter aucune symptomatologie particulière, aussi est-il inutile de donner ici un tableau de la tuberculose génitale.

Sans doute, il est quelques cas exceptionnels dans lesquels elle se présente avec un tel caractère d'évidence, qu'il est impossible de la méconnaître. Certaines ulcérations du col avec tubercules périphériques faciles à voir, et survenant chez une phtisique avérée, en même temps que d'autres manifestations tuberculeuses, ou encore le développement rapide de masses annexielles volumineuses naissant dans les mêmes conditions et sur un terrain identique, surtout lorsque ces lésions annexielles s'accompagnent d'une invasion péritonéale manifeste, avec léger ballonnement du ventre, poches ascitiques isolées, accumulations néomembraneuses irrégulièrement disséminées, ne peuvent guère être attribuées à autre chose qu'à l'infection tuberculaire.

Mais dans la plupart des cas, il n'en est pas ainsi, et le chirurgien constate seulement soit sur les côtés de l'utérus, soit dans le Douglas, soit sur un point quelconque de la cavité pelvienne une ou plusieurs masses de volume, de consistance, de sensibilité très variables, et qui donnent en un mot l'impression que peuvent donner des annexites chroniques banales dont nous connaissons tous l'extraordinaire diversité de formes et de manifestations.

L'*évolution* ne donne pas de renseignements plus précis. La tuberculose annexielle peut s'installer sournoisement et se développer peu à peu sans provoquer de douleurs sérieuses. Elle peut, au contraire, naître au milieu de phénomènes aigus, ou présenter au cours d'une évolution froide des poussées douloureuses et fébriles. Elle peut d'ailleurs se compliquer d'infections secondaires, bien faciles à concevoir.

Tous ces phénomènes physiques et tous ces troubles fonctionnels se retrouvent combinés les uns aux autres et enchevêtrés de mille façons, et c'est en réalité se livrer à un travail stérile que d'essayer de différencier cliniquement des affections que leurs signes cliniques unissent au contraire de la façon la plus étroite.

En dehors de quelques manifestations évidentes dont j'ai parlé plus haut, en dehors des cas exceptionnels dans lesquels l'examen des sécrétions utérines, si on croit devoir recourir à ce moyen bien rarement utile, permettra de déceler la présence du bacille de Loch, il faut renoncer à demander à la clinique plus qu'elle ne peut donner, et prendre son parti de ne reconnaître la tuberculose génitale que pendant l'opération, et parfois même au cours seulement des examens histologiques des pièces que celle-ci aura permis d'enlever.

Quelquefois, et j'en ai vu un cas, la tuberculose annexielle peut marcher avec une telle rapidité qu'elle prend les allures d'une tumeur maligne. Des masses diffuses et de consistance inégale se développent dans le bassin, englobant l'utérus de tous côtés: remontant au-dessus du pubis, s'accroissant au point d'approcher rapidement de l'ombilic. Une ascite apparaît, plus ou moins abondante, qui fait penser à un envahissement rapide de la cavité péritonéale par les végétations désordonnées des néoplasmes ovariens à marche envahissante — en même temps l'état général s'altère, la malade maigrit, et tout concourt à faire penser à quelque tumeur galopante. On peut évidemment dans ces cas difficiles soupçonner la tuberculose, mais je ne crois pas qu'il y ait un seul signe permettant de l'affirmer, en dehors de la constatation des poches ascitiques multiples, qui ne peuvent répondre qu'à des foyers tuberculeux limités par des fausses membranes, comme on en rencontre assez communément dans les péritonites tuberculeuses. Encore peut-il être impossible de savoir dans ces conditions si les masses tuberculeuses qui remplissent le bassin et la région sous-ombilicale de l'abdomen ont pris naissance dans les annexes pour s'étendre ensuite au péritoine, ou si au contraire c'est la tuberculose péritonéale qui a été primitive et a secondairement provoqué l'infection des annexes entourées de toute part de foyers tuberculeux actifs. Dans le cas qu'il m'a été donné d'observer les lésions annexielles étaient si considérables et semblaient si invétérées qu'il me paraît évident qu'elles étaient primitives et que c'est elles qui avaient été le point de départ des lésions envahissantes qui remplissaient le péritoine.

Mais ce sont là des cas exceptionnels comme le sont aussi les cas de tuberculose limitée au col de l'utérus et qu'il est possible de reconnaître à l'examen direct.

En pratique la tuberculose génitale se réduit à la tuberculose des annexes, et ses symptômes se confondent absolument avec ceux des salpingo-ovarites chroniques dont il est cliniquement à peu près impossible de la distinguer.

Traitement. — Je ne veux pas m'étendre davantage sur ces questions que les discussions les plus nourries ne font pas avancer d'un pas. J'estime qu'il vaut mieux étudier avec soin la façon dont il faut traiter les lésions tuberculeuses lorsque les hasards de la clinique nous mettent en leur présence. Au surplus je pense que ces questions de thérapeutique ne sauraient être approfondies avec trop de soin, surtout en ce qui concerne la technique opératoire proprement dite. Nous sommes tous d'accord en principe sur la nécessité d'intervenir. Nous ne différons que sur la façon dont il faut conduire l'intervention. Chaque chirurgien agit suivant la conception particulière qu'il se fait d'une opération dont en somme le résultat final, qui est l'extirpation complète des parties malades, doit être toujours identique. Mais tous les moyens qui permettent d'obtenir ce résultat n'ont pas la même valeur, et le choix des procédés opératoires a beaucoup plus d'importance qu'on a coutume de lui en attribuer. Tel procédé judicieusement employé peut dans certaines conditions permettre d'exécuter facilement une opération presque impraticable par un procédé différent, qui lui même dans une autre circonstance pourra se montrer supérieur. Dans les cas faciles, évidemment, tous les procédés sont bons, mais dans les cas difficiles et compliqués, comme le sont en général les cas de tuberculose annexielle, il n'en est pas de même. Il y a, dans ces conditions, des procédés types bien supérieurs les uns aux autres, et c'est ce que je voudrais m'efforcer de démontrer ici.

Je n'insiste pas sur la question des *indications thérapeutiques.* Il est évident que tout foyer de tuberculose génitale reconnu doit être détruit. C'est une règle absolue et qui ne souffre d'autre exception que celles qui sont communes à toutes les interventions et qui se résument en somme dans l'impossibilité évidente pour la malade de supporter une opération quelconque.

Mais si rien dans l'état général ne paraît s'opposer à l'exécution d'une opération destinée à faire disparaître le foyer malade, il me paraît évident qu'il faut la pratiquer.

On sait qu'en règle générale les salpingites chroniques doivent être enlevées, parce que, dans les conditions de la chirurgie actuelle il y a beaucoup moins de risques à courir en extirpant l'utérus et les trompes chroniquement infectées, qu'en les abandonnant à leur évolution naturelle. Dans la tuberculose des annexes l'indication opératoire est plus pressante encore. Un foyer d'annexite tuberculeuse présente en effet tous les inconvénients et tous les dangers d'un foyer d'annexite banale. Mais il constitue en outre un risque permanent d'infection tuberculeuse, et s'il est quelquefois permis de temporiser en présence d'une annexite ancienne, refroidie, peu douloureuse et en somme peu dangereuse, il n'est pas permis de laisser sciemment un foyer de tuberculose toujours grave et toujours menaçant quand on peut le faire disparaître au prix d'une opération dont les risques, bien peu réels, ne peuvent être mis en balance avec les avantages qu'on en peut retirer.

Tout foyer de tuberculose génitale doit donc être enlevé.

D'ailleurs il faut reconnaître que l'indication opératoire se pose rarement dans ces termes. Nous savons combien il est rare de reconnaître avant l'opération la nature exacte de la maladie. Et puisque l'opération précède presque toujours le diagnostic, il est de toute évidence que l'intervention est ordinairement dirigée non pas contre un foyer de tuberculose inconnu ou méconnu jusqu'à l'heure de l'opération, mais bien contre les accidents ordinaires d'une annexite chronique banale. Si bien que la question qu'il faut résoudre n'est pas celle de savoir comment il faut traiter la tuberculose génitale, et en particulier la tuberculose annexielle, mais bien celle de savoir ce qu'il faut faire lorsqu'au cours d'une opération on s'aperçoit qu'on est en présence de lésions tuberculeuses évidentes ou simplement probables.

Tuberculose du col utérin. — Il est cependant un cas, d'ailleurs rare, dans lequel la conduite à tenir est simple. C'est lorsqu'on se trouve en présence d'une tuberculose du col utérin, manifestement reconnue, soit par les caractères cliniques, soit même par un examen microscopique. Si l'on a des raisons sérieuses de penser que la lésion est localisée au col, s'il n'y a aucune trace de tuberculose utérine, si les annexes sont parfaitement saines, il me paraît évident qu'on devra se contenter de l'opération la plus simple et la plus bénigne. Je n'ai aucune confiance dans l'action des médicaments même les plus actifs, sur ces lésions cervicales. Quand la tuberculose s'est implantée dans un tissu comme celui du col utérin d'une façon assez sérieuse pour donner lieu à une ulcération caractéristique, elle a bien de chances pour pénétrer à une certaine profondeur et pour porter ses follicules et ses bacilles loin des atteintes des agents appliqués superficiellement sur le col, quelle que soit d'ailleurs leur puissance et leur activité.

Le meilleur traitement est alors la destruction de l'ulcère au thermocautère. Si l'on veut enlever le col a une certaine hauteur mieux vaut se servir de ciseaux que de bistouri.

Tuberculose de l'utérus. — Mais tout en acceptant cette façon d'agir comme rationelle et légitime il me semble qu'il y a mieux à faire. En réalité il est impossible de savoir à quelle hauteur s'arrêtent les lésions tuberculeuses et pour peu que la muqueuse cervicale paraisse dépassée, pour peu que la cavité utérine soit atteinte, je crois qu'il faut aller plus loin et qu'on doit avoir immédiatement recours à l'opération la plus large. Le curettage le plus énergique, la thermo-cautérisation elle-même de l'utérus sont illusoires ou insuffisantes : il faut enlever l'utérus si l'on veut enlever sûrement le foyer tuberculeux qu'il contient. Et voici fait le premier pas dans le traitement de la tuberculose génitale par l'hystérectomie.

Je suis resté dans nombre de cas, fidèle à l'hystérectomie vaginale. Quand l'utérus n'est pas trop volumineux et surtout quand il est mobile et sans adhérences, qui risquent de s'opposer à sa descente et de causer des déchirures vésicales, quand il n'y a

aucun doute sur la nécessité de le sacrifier c'est une opération merveilleuse. Elle est facile, rapide, élégante et bénigne. Elle demande à peine quelques minutes et n'éprouve pas la malade. Je m'explique mal l'ostracisme dont beaucoup de chirurgiens frappent cette opération idéale. Sans doute dans les cas ou le diagnostic est douteux on a raison de le proscrire, puisqu'elle entraîne des lésions irréparables. Mais lorsqu'on a la certitude que l'utérus doit être sacrifié, pourquoi ne pas avoir recours à l'opération qui permet de le faire de la façon la plus simple et la plus bénigne ?

Mais il faut que l'extirpation puisse être facile et complète. Il est donc de toute nécessité que les annexes soient saines, ou tout au moins paraissent telles. S'il est permis dans certains cas de suppurations pelviennes aiguës de pratiquer l'hystérectomie vaginale en laissant au besoin dans le ventre des annexes ou des fragments d'annexes qui se sclérosent et guérissent ensuite d'une façon à peu près parfaite, il n'en est pas de même dans les cas de tuberculose, et pour peu que les annexes soient malades ou simplement suspectes, elles doivent être enlevées d'une façon radicale et complète.

Quand l'utérus atteint de tuberculose évidente est bien mobile, quand les annexes sont saines ou paraissent l'être, il est facile de les enlever avec l'utérus par la voie vaginale. Dans ces conditions je conseille donc fermement d'avoir recours à l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes.

Mais si l'utérus est tant soit peu fixe, s'il s'abaisse mal, si les annexes sont volumineuses et qu'il y ait lieu de les croire envahies, il n'y a aucune hésitation à avoir, il faut agir comme si l'on se trouvait en présence d'annexites tuberculeuses. Les lésions utérines passent au second plan, et c'est à la voie haute qu'il faut avoir recours dans les conditions que j'aurai à examiner tout à l'heure.

Tuberculose des annexes. Indications opératoires. — La tuberculose génitale, nous le savons, se localise presque toujours dans les trompes et dans les les ovaires, et c'est, en conséquence, au traitement de la tuberculose annexielle que je veux surtout m'attacher. Tout foyer de tuberculose développée dans les annexes doit être extirpé largement. Voilà le principe fondamental de toute thérapeutique efficace.

Évidemment si les annexes d'un côté sont seules malades, on se gardera bien de toucher à celles du côté opposé, et on conservera l'utérus. Mais il faut se garder ici des opérations conservatrices, et sacrifier sans remords tout ce qui paraîtra suspect. Tous les chirurgiens ont actuellement une tendance à conserver, dans les annexites chroniques simples, tout ce qui peut être conservé, soit du côté de la trompe, soit surtout de l'ovaire.

L'application judicieuse de ce principe présente des avantages évidents. Mais avec la tuberculose il doit être sévèrement condamné. Toute trompe malade, tout ovaire suspect doivent être détruits. Si les lésions, graves ou légères, sont bilatérales, l'utérus, inutile, infécond, envahi peut être lui-même par d'invisibles tubercules, doit être sacrifié. La question de la castration totale dans les annexites chroniques semble aujourd'hui résolue, et les chirurgiens qui croient devoir conserver l'utérus deviennent de moins en moins nombreux. Il ne sert qu'à entretenir indéfiniment les phénomènes douloureux d'une inguérissable métrite. Mais si sa présence est un inconvénient et une gêne elle ne constitue pas un véritable danger. Il est d'ailleurs presque toujours le siège de quelque métrite banale, il est inutile, il peut être dangereux. Il doit donc être sacrifié en même temps que les annexes.

Un autre argument sur lequel j'aurai à insister plus loin plaide encore en faveur de son extirpation. Dans les cas difficiles lorsque les annexes adhérentes sont à peu près inabordables, l'enlèvement de l'utérus donne de la place et du jour et facilite singulièrement la décortication des annexes malades. Il permet donc de faire une opération à la fois plus complète et plus facile et par conséquent plus satisfaisante.

Ici comme dans les annexites communes c'est à la voie haute qu'il faut avoir recours. Je ne reviens pas sur des discussions depuis longtemps épuisées. La voie haute est la seule qui permette de faire un diagnostic précis et de faire des opérations partielles si les annexes d'un côté et l'utérus par conséquent sont assez sains pour être conservés. C'est aussi la seule qui permette, lorsque tout est malade, de faire des opérations étendues absolument complètes et de nettoyer le bassin de tous les foyers malades qu'il contient, aussi parfaitement qu'on peut le désirer.

Il y a cependant une exception à cette règle, exception sur laquelle j'insiste, parceque elle ne me paraît pas universellement acceptée.

Je fais allusion à la conduite à tenir dans les cas de poussées aiguës, même suraiguës qui peuvent compliquer la tuberculose annexielle. Des infections secondaires peuvent donner naissance à des suppurations pelviennes, à marche rapide, inquiétante et parfois mortelle. L'infection tuberculeuse, si par hasard elle est connue, s'efface alors et disparaît devant l'infection septique. C'est celle-ci qui devient menaçante, et c'est elle qu'il faut traiter. Or, c'est ici à la voie vaginale qu'il faut avoir recours quelles que soient les complications, l'étendue de lésions pelviennes. Les suppurations septiques aiguës avec fièvre, retentissement péritonéal et symptômes d'infection grave doivent être ouvertes, évacuées et drainées par le vagin. C'est aller au devant d'infections péritonéales graves et des accidents mortels que de se livrer par la voie abdominale à l'extirpation de foyers annexiels septiques et purulents. Par la voie vaginale, au contraire on peut établir soit par la colpotomie, soit lorsque celle-ci est insuffisante, par la large brèche que donne l'hystérectomie, un drainage puissant. On ouvre au point le plus déclive une voie d'échappement au pus et aux foyers septiques. Dans ces cas graves et parfois désespérés l'hystérectomie vaginale est souvent une opération irrégulière, très pénible, très difficile qui demande au chirurgien qui l'exécute beaucoup de patience d'énergie et d'habileté. C'est une opération héroïque et qui donne des résurrections. Je n'insiste pas davantage sur ce point que j'ai développé plus largement au Congrès d'Amsterdam, 1899.

D'ailleurs ces cas aigus et virulents sont exceptionnels dans la tuberculose. Presque toujours on se trouve en présence de cas à marche lente et chronique, sans fièvre et sans phénomènes aigus. C'est alors à la voie abdominale et exclusivement à elle qu'il faut avoir recours.

Voilà donc établie la nécessité d'aborder par la voie abdominale les annexites tuberculeuses, soit de propos délibéré, si le diagnostic a été établi d'avance, soit qu'on les reconnaisse fortuitement en les prenant pour des annexites chroniques ordinaires.

Les procédés opératoires les meilleurs seront donc ceux qui permettront d'aborder les annexes avec le plus de facilité et de les décoller en courant le moins possible le risque d'ouvrir et de déchirer les organes auxquels elles adhèrent.

Lésions unilatérales, salpingectomie. — Quand les lésions sont unilatérales, la conduite à tenir est simple et il n'y a pas de choix entre plusieurs manières de faire. Il n'y en a qu'une bonne, rationnelle et qui permette d'enlever les annexes avec le minimum de risques et de délabrements.

Toutes les fois que la chose est possible il faut attaquer les annexes *par dessous*, s'efforcer de les décoller *de bas en haut*. Elles sont ainsi infiniment plus faciles à séparer des organes auxquels elles adhèrent que lorsqu'on les attaque *par dessus* et *de haut en bas*. Cette remarque ne s'applique bien entendu qu'aux cas dans lesquels il y a des adhérences séreuses, car lorsque les annexes, mêmes malades, sont libres, mobiles et sans attaches pathologiques avec les organes voisins, elles sont faciles à enlever quelle que soit la façon dont on s'y prenne.

Mais pour peu que le cas soit difficile, il n'y a aucune comparaison à établir, en règle générale, entre les difficultés que l'on rencontre dans l'attaque des annexes de haut en bas et par dessus, et la facilité relative que donne leur prise par *dessous et* de *bas en haut*. C'est en haut et en dehors que sont presque toujours les adhérences étroites et solides avec des anses intestinales fragiles. C'est en bas que sont du côté du cul de sac de Douglas et du ligament large les plans de clivage et les espaces libres. De plus les annexes une fois décollées et relevées vers le haut, le pédicule supérieur, celui qui contient les vaisseaux utéro-ovariens s'isole de lui-même par la simple traction sur les annexes et est beaucoup plus facile à couper au bon endroit que lorsque il faut aller le chercher directement jusqu'au milieu des adhérences qui le dissimulent.

Or il n'y a qu'une façon d'attaquer les annexes par dessous, lorsque on n'enlève pas l'utérus en même temps. C'est de sectionner d'abord leurs attaches à l'utérus qui précisément les empêchent de s'élever et de basculer en dehors. Le premier temps de l'extirpation des annexes doit donc être l'isolement de leur pédicule utérin et la section de ce pédicule. Bien entendu, lorsque ce pédicule enfoui au milieu des adhérences n'est pas accessible, comme il arrive dans certains cas compliqués, on pourra être obligé d'avoir recours pour le trouver à des manœuvres préliminaires extrêmement variables, mais qui doivent toutes avoir pour objectif la recherche du fond de l'utérus, seul point de repère précis et facile à reconnaître dans un bassin comblé d'adhérences. Le fond de l'utérus reconnu, il est bon de l'attirer avec une pince qui l'élève et facilite ainsi beaucoup les manœuvres. On reconnaît alors la corne utérine du côté malade, on sectionne entre deux pinces le pédicule annexiel, et attirant les annexes ainsi détachées de leur insertion utérine en haut et en dehors on les attaque par dessous et on les décolle en les renversant vers le haut. Si les adhérences avec les parties voisines et en particulier avec les intestins sont solides et abondantes, il peut y avoir des difficultés assez sérieuses, mais il y en a toujours moins, je le répète, lorsqu'on procède de cette façon que lorsqu'on attaque les annexes de front.

Le ligament large est ainsi ouvert tout le long de son bord supérieur : on lie isolément les vaisseaux qui saignent, on ferme le péritoine par un surjet au catgut, qui rétablit le bord supérieur du ligament large, ou reconstitue autant que possible la séreuse parfois fort endommagée et on termine l'opération comme on a coutume de le faire.

Cette opération ressemble en somme exactement à l'ablation d'une masse annexielle chroniquement enflammée, comme nous en rencontrons chaque jour.

Lésions bilatérales. Hystérectomie abdominale subtotale.— Mais si les lésions sont bilatérales la conduite à tenir n'est plus la même. Sans doute dans quelques cas on pourrait avoir recours à l'extirpation des annexes des deux côtés, en agissant pour chacune d'elles comme il vient d'être dit. Mais cette conduite doit être exceptionnelle. En principe il faut tout enlever et faire sauter en même temps que les annexes un utérus qui, lui aussi, peut être envahi et qui est en tout cas plus nuisible qu'utile.

Je préfère de beaucoup l'*hystérectomie supravaginale ou subtotale* à l'hystérectomie totale. Ce n'est pas ici le lieu de recommencer une discussion épuisée. Mais les avantages de l'hystérectomie subtotale sont si grands, surtout au point de vue de la simplicité de l'hémostase, et par suite de la rapidité de l'opération que je suis convaincu de sa supériorité.

Il est bien évident que si le col était malade, ou simplement suspect, le premier devoir serait de l'enlever avec le reste de l'utérus en pratiquant ainsi une ablation totale. Mais les cas de tuberculose du col sont si exceptionnels que l'indication de son extirpation se présente bien rarement.

Il est donc évident pour moi, que toutes les fois qu'il s'agira de pratiquer une hystérectomie abdominale avec extirpation des annexes malades, il faudra donner la préférence aux procédés qui attaquent de bas en haut le bloc utéro annexiel à enlever, et particulièrement à ceux qui permettent de désobstruer le centre du bassin en supprimant ou en écartant l'utérus avant de s'attaquer aux annexes elles-mêmes.

Sans doute ne guérira-t-on pas tous les cas, mais il y a eu des résultats admirables dans quelques cas.

Il ne faut d'ailleurs jamais perdre de vue le traitement général.

M. AMANN (de Munich), **co-rapporteur.** M. Amann s'est occupé dans son rapport, plus spécialement de la pathogénie et de la prophylaxie.

La grande difficulté réside dans le siège primitif de la tuberculose génitale, et les différentes statistiques présentées à ce sujet sont essentiellement variables, et un foyer de tuberculose est réellement primitif quand il n'y a pas d'autre foyer en un point quelconque du corps, c'est dire que cette constatation ne peut se faire qu'à l'autopsie.

1. L'infection tuberculeuse congénitale se transmettant à travers les vaisseaux sanguins, et pouvant se localiser dans chaque organe y compris ceux de l'appareil génital est bien possible, ou doit l'admettre. Certaines formes de tuberculose génitale chez la petite fille ont précisément cette origine, mais encore ici les germes s'établissent d'abord dans les ganglions et de là pénètrent dans le système circulatoire. Les petites filles atteintes de tuberculose congénitale des organes génitaux succombent vite; cependant, il est possible que les manifestations soient précédées d'une longue période latente. Dans des cas très rares, les manifestations tuberculeuses primitives des organes génitaux externes chez les petites filles peuvent éclater à la suite d'une infection locale.

2. Chez les petites filles plus âgées comme aussi chez les adultes, c'est par les organes respiratoires que le bacille pénètre le plus souvent; c'est-à-dire

par les ganglions cervicaux et trachéo-bronchiaux avec ou sans lésion de la porte d'entrée; dans des cas beaucoup plus rares, l'infection primitive se manifeste dans les voies digestives à travers les ganglions du mésentère. A la suite de la caséification des ganglions, les bacilles augmentent en nombre d'une manière considérable, et de là, par suite de l'érosion des vaisseaux sanguins, ils pénètrent dans le sang pour se rendre ensuite aux différents organes et y provoquer des foyers secondaires.

3. Il est prouvé que le foyer primitif des ganglions peut subir une transformation régressive plus ou moins prononcée, ou devenir même calcaire, pendant que les foyers secondaires situés dans des organes plus particulièrement disposés (os, reins, appareil génital) continuent à s'étendre, et peuvent, à leur tour, donner lieu à la tuberculisation par la voie du sang et provoquer la tuberculose miliaire.

4. Parmi les voies d'inoculations de la tuberculose génitale chez la femme, la voie sanguine seule a été démontrée d'une façon certaine, ce sont les cas de tuberculose où l'intestin et le péritoine ne sont pas intéressés.

5. La tuberculose génitale chez la femme est presque toujours accompagnée de la tuberculose des poumons ou des ganglions péribronchiaux. Les changements de forme présentés par les trompes, etc., dans les cas constatés de tuberculose d'origine sanguine, sont pareils aux changements typiques de la tuberculose des organes génitaux en général.

6. La prédisposition des organes génitaux à la tuberculose est plus prononcée dans le sexe féminin; chez l'homme 3 pour 100 des affections tuberculeuses intéressent les organes génitaux; chez la femme c'est 20 pour 100.

7. L'hypoplasie des organes génitaux, augmente dans les deux sexes la prédisposition à la tuberculose (sur 80 cas d'hypoplasie des organes génitaux de la femme on a constaté 24 cas de tuberculose génitale, Merletti). Il paraît que les altérations chroniques inflammatoires (la blennorragie et les suites de couches) augmentent aussi cette prédisposition. La tuberculose génitale chez la femme se produit très rarement par suite de la propagation du processus tuberculeux du péritoine ou de l'intestin, ou par la voie des vaisseaux lymphatiques.

8. L'organe atteint le premier et avec une très grande intensité est presque toujours la trompe. L'infection de là se propage à l'utérus, au col, au vagin, suivant l'écoulement des sécrétions de la muqueuse génitale. Les mêmes organes peuvent être atteints à la fois ou bien par bonds successifs, à travers les vaisseaux sanguins.

9. L'existence de la tuberculose primitive génitale chez la femme, à la suite d'inoculation externe directe, est encore l'objet de discussions.

10. Les cas que l'on cite comme exemple de tuberculose génitale primitive, donnent lieu presque tous à de graves objections. A cet égard, on ne doit pas donner grand poids aux résultats de l'examen clinique ou de l'opération, mais bien plutôt à l'autopsie, pourvu toutefois qu'elle soit pratiquée dans le but de découvrir tous les foyers qui pourraient être cachés dans les différents organes.

11. L'extension des lésions tuberculeuses dans l'appareil génital n'est pas un argument capable de décider s'il s'agit de tuberculose primitive ou secondaire.

12. Le passage des microbes de la tuberculose, qui ne sont pas doués de mouvements propres, dans la trompe peut s'expliquer avec la coopération des spermatozoïdes. Le sperme des individus atteints de tuberculose peut contenir des bacilles, même dans les cas où les organes génitaux ne présentent aucun foyer spécifique.

Les bacilles suivent toujours le courant de la sécrétion, et doivent par conséquent se diriger de haut en bas : les spermatozoïdes au contraire sont poussés dans une direction opposée.

Il faudrait donc admettre que les microbes de la tuberculose soient comme attachés aux spermatozoïdes. Du reste, le mouvement vibratile de l'épithélium ne peut exercer aucune influence.

Les recherches de Pinner ont démontré que les corpuscules sont transportés rapidement par les courants liquides dans l'utérus et le vagin à travers la trompe.

13. On a dit que le bacille pouvait s'introduire par les organes génitaux pendant les rapports sexuels; cette opinion est peu vraisemblable. A son avis les rapports sexuels avec un homme atteint de tuberculose sont plutôt dangereux, à cause du risque qu'il y a de contracter l'infection par d'autres voies surtout par les voies respiratoires, que pour les dangers que peuvent porter les rapports sexuels.

14. On ne rencontre presque jamais des manifestations tuberculeuses primitives des parties externes de l'appareil génital ou du vagin, avec tuméfaction des ganglions. On devrait les admettre pour les cas que certains auteurs regardent comme provenant de l'inoculation par le tissu paravaginal.

15. A son avis on doit attribuer une grande importance aux observations d'anatomie pathologique. MM. Bollinger, von Rechlinghausen, Ribberts, Albrecht (de Vienne), Schmaur, Schmorl, Aschoff (de Munich) déclarent n'avoir jamais observé un seul cas de tuberculose génitale primitive chez la femme.

La dénomination de forme ascendante et descendante pour la tuberculose génitale est inexacte, parce que même dans les cas que l'on désigne sous le nom de tuberculose génitale primitive et par conséquent ascendant, la trompe est l'organe le premier atteint.

Quand il y a tuberculose génitale chez des femmes avec atrésie du vagin, il faut éliminer la possibilité de l'infection exogène.

Comme pour la tuberculose pulmonaire, la prophylaxie de la tuberculose génitale réside dans l'augmentation de résistance de l'organisme; dans l'éloignement, dans la mesure du possible, des chances d'infection et dans le traitement des affections prédisposantes.

M. J. VEIT (de Leyde) **co-rapporteur.** Se basant sur un grand nombre de statistiques allemandes, M. Veit admet que :

1. La tuberculose génitale est plus fréquente qu'on ne croyait autrefois.

2. Il existe certainement une forme primitive de tuberculose génitale : mais la forme secondaire est plus fréquente.

3. La pathogénie de la tuberculose génitale est descendante dans la plupart des cas : elle est rarement ascendante; cependant l'infection peut se manifester aussi par la voie des vaisseaux sanguins ou bien par les vaisseaux lymphatiques à la suite de lésions accidentelles.

4. Le diagnostic doit, autant que possible, se baser sur la présence du microbe de la tuberculose; la constatation certaine du tubercule suffira aussi éventuellement.

5. La tuberculose génitale peut se guérir spontanément.

6. Dans la tuberculose génitale primitive ou isolée, le meilleur traitement que nous avons actuellement à notre disposition consiste dans l'opération radicale.

7. Dans la forme non localisée ou secondaire de tuberculose génitale, la thérapeutique est représentée tout d'abord par le traitement général et surtout dans des établissements *ad hoc* (sanatoria); mais il faut admettre aussi que dans certaines circonstances l'intervention chirurgicale donne des résultats satisfaisants et durables : aussi peut-on l'indiquer dans des cas exceptionnels.

8. Dans le traitement palliatif il faut donner la première place à l'emploi de l'iodoforme. M. Veit passe ensuite à la péritonite tuberculeuse et énonce les conclusions suivantes :

La péritonite tuberculeuse est toujours secondaire, on distingue deux formes : l'une ascitique, l'autre adhésive.

L'altération des organes génitaux peut être primitive, secondaire, ou être limitée exclusivement à la tuberculose des enveloppes séreuses des organes génitaux.

Toute péritonite accompagnée de nodosités très répandues quand elle n'est pas secondaire à la présence de tumeurs des ovaires ou d'un cancer, doit être soupçonnée comme étant de nature tuberculeuse.

La péritonite tuberculeuse est susceptible, bien que très rarement, de guérison spontanée.

La péritonite tuberculeuse peut guérir par la laparotomie; les insuccès, tiennent dans la plupart des cas à la présence d'affections tuberculeuses très avancées en d'autres parties de l'organisme.

Nous ne possédons pas encore d'explication généralement reçue au sujet de ces guérisons; il nous paraît très vraisemblable qu'il s'agisse de l'influence exercée par le sérum normal ou ayant acquis des propriétés antitoxiques.

Au point de vue thérapeutique, on opérera les cas de péritonite récente, toutes les fois qu'il se manifeste des troubles; si l'on opère trop tôt on risque d'être obligé de pratiquer une seconde opération.

Les cas de péritonite chronique doivent être tenus en observation; si la tendance à la guérison spontanée ne se montre pas promptement, on aura recours à l'opération.

L'opération consistera dans la laparotomie pratiquée le long de la ligne blanche, l'évacuation du liquide et la fermeture de la cavité abdominale; seulement dans les cas où il y aurait des foyers tuberculeux localisés dans les organes génitaux, on y joindra l'opération radicale abdominale.

DISCUSSION

M. Gutierrez (de Madrid). La tuberculose primitive utérine existe et sera trouvée de plus en plus fréquente à mesure que l'on examinera mieux les sécrétions vaginales. Il en a trouvé 10 cas dans sa clinique et a démontré l'existence de bacilles de la tuberculose.

La tuberculose secondaire est plus fréquente, bien que dans les cas de salpingite et de péritonite tuberculeuse, il est bien difficile de décider qu'elle a été le début de l'affection.

Des deux formes de tuberculose péritonéale (ascitique et adhésive), la première conserve plus longuement les forces de l'organisme, car elle n'empêche pas l'absorption intestinale, tandis que la seconde, mettant obstacle à la fonction intestinale, débilite plus profondément l'organisme. La tuberculose ascitique guérit souvent spontanément, la tuberculose adhésive nécessite quelquefois la laparotomie pour occlusion intestinale, mais cette forme se prête moins à un traitement chirurgical vraiment curateur.

L'endométrite tuberculeuse une fois constituée, réclame l'hystérectomie.

M. Pichevin (de Paris) rapporte en détail un cas de tuberculose génitale traitée par l'hystérectomie totale et suivie de guérison. En général, il est partisan plutôt de l'opération subtotale, il insiste, au point de vue du diagnostic sur la forme spéciale que présente la trompe tuberculeuse allongée en chapelet.

M. le professeur Spinelli (de Naples) a observé 31 cas de tuberculose génitale et il admet que cette affection est relativement fréquente. Il admet aussi que dans le plus grand nombre des cas la maladie est primitive. Dans trois de ces cas le mari était atteint de tuberculose pulmonaire, dans un cas il était atteint de tuberculose testiculaire.

L'état puerpéral agit comme un facteur étiologique sur la diffusion d'une tuberculose génitale, quelquefois latente.

Dans la plupart des cas on fit le diagnostic *clinique*, confirmé par l'examen histologique et bactériologique.

M. Spinelli croit qu'il est possible de faire le diagnostic clinique de la péri-métro-annexite tuberculeuse par une série de symptômes objectifs.

Le col strumeux et scrofuleux présente des caractères spéciaux.

Les organes les plus fréquemment pris furent la trompe et l'ovaire, le péritoine prenant généralement part au processus infectieux.

D'après sa propre expérience, M. Spinelli admet que la plupart des cas de péritonite tuberculeuse chez les femmes sont d'origine génitale.

Au point de vue anatomo-pathologique il existe une forme lardacée nodulaire de péritonite tuberculeuse, pouvant être prise pour un néoplasme malin, et souvent même l'examen histologique de la muqueuse utérine, fait cependant par des histologistes très compétents, a donné le diagnostic d'adéno-carcinome, dans les cas de tuberculose utérine.

L'auteur admet que dans ses formes limitées, la tuberculose génitale peut être assimilée à la tuberculose osseuse, et il se déclare partisan d'une chirurgie conservatrice, surtout dans les lésions localisées du col.

M. le professeur von Franqué (de Wurzburg) rapporte une observation de tuberculose génitale mortelle, montrant bien quelles difficultés a souvent le chirurgien pour faire dans ce cas un diagnostic précis. Il s'agissait d'une femme accouchée chez laquelle le tuberculose génitale présenta une allure très vive et fut prise pour une infection puerpérale.

M. le professeur Pozzi se demande s'il y réellement des indications pour l'hystérectomie vaginale, comme le veut M. Faure; dans le cas de tuberculose, plus encore que dans les autres infections, il rejette absolument la voie vaginale 1° parce qu'elle est dangereuse, à cause des adhérences intestinales; 2° parce qu'elle ne permet que des opérations forcément incomplètes.

Ensuite M. le professeur Pozzi, bien qu'il soit en général très conservateur en chirurgie, se déclare

absolument radical en ce qui concerne l'opération; il faut toujours enlever les annexes des deux côtés, pour cela tout le monde est d'accord; il faut aussi enlever l'utérus et faire l'amputation totale, toujours pour ne pas laisser de tissu utérin qui peut être tuberculeux.

Toute opération incomplète chez un tuberculeux peut donner un coup de fouet à l'infection.

Pour la même raison M. le professeur Pozzi repousse tous les procédés qui nécessitent le morcellement de l'utérus; quant à lui il préfère le procédé de M. Terrier.

Lorsqu'on a fait une opération incomplète pour des lésions qui se trouvent être reconnues tuberculeuses après l'opération, M. Pozzi ne croit pas qu'il faille réopérer immédiatement; il faut cependant s'attendre à être obligé de le faire.

Pour ce qui est de la tuberculose du col M. Pozzi en a observé quelques cas, toujours compliqués de lésions d'autres viscères. Si la tuberculose pulmonaire est avancée, il faut ne rien faire du tout; si, au contraire, cette tuberculose est douteuse, ou peu avancée il ne faut pas hésiter, et faire toujours une extirpation totale.

M. Theilhaber (de Munich) croit que la guérison de la tuberculose péritonéale par laparotomie provient surtout des adhérences qui se produisent à la suite de cette intervention. Il propose une technique destinée à favoriser ces adhérences.

M. S. Gottschalk (de Berlin). Il est très difficile de se rendre compte du siège de début de la tuberculose génitale et il est presque impossible de décider si la contagion peut être directe et occasionnée par le sperme d'un tuberculeux.

D'autre part il peut toujours y avoir un petit foyer tuberculeux dans un autre organe, et qui passe inaperçu. M. Gottschalk raconte ensuite un cas de tuberculose chez une vierge de trente-deux ans; comme M. Pozzi il trouve l'hémisection tout à fait contre-indiquée.

Ont encore pris part à la discussion et cité quelques cas de leur pratique M. Fargas (de Barcelone) et Truzzi (de Padoue), puis la discussion étant close, la parole est donnée aux rapporteurs.

M. le professeur Martin (de Greifswald), tout en regrettant de n'avoir pas pu d'une façon parfaite suivre cette discussion si polyglotte, revient sur la difficulté qu'il y a de savoir si l'on a affaire à un cas primitif ou secondaire. Il insiste beaucoup sur l'importance de l'anatomie pathologique comme base de l'intervention. Il est beaucoup moins exclusif que la plupart des autres auteurs en ce qui concerne la technique opératoire, il veut laisser à chacun la voie de son choix, les uns préférant l'opération vaginale, les autres préférant la laparotomie. D'autre part il est loin de partager l'opinion trop radicale, d'après lui, de M. Pozzi et il serait d'avis d'être conservateur.

M. Amman (de Munich) montre que seulement l'examen anatomo-pathologique peut donner les indications opératoires sérieuses.

Le traitement de la tuberculose doit surtout être basé sur la recherche des moyens qu'emploie si fréquemment la nature pour guérir les lésions tuberculeuses, et c'est dans cette voie que le rapporteur croit que se trouvera le traitement de choix, bien plus que dans le traitement chirurgical.

M. Veit (de Leyde) répond à M. Pozzi que ce dernier cherche à éviter avant tout les opérations partielles et que cependant, malgré tout, les opérations sont toujours forcément partielles au point de vue anatomique. D'ailleurs M. Pozzi n'enlève pas le poumon dans les cas de tuberculose génitale compliquée de tuberculose pulmonaire!

Ensuite M. Veit reprend les cas de guérison de péritonite tuberculeuse à la suite d'insufflation d'air stérilisé. Ce traitement ne doit pas causer d'adhérences; celles-ci ne sont donc point la cause de la guérison, comme le voudrait M. Theilhaber.

Mercredi 17 Septembre, après-midi.

Cette séance, spécialement destinée aux communications accompagnées de projections, a eu lieu à l'Institut d'hygiène, dirigé par le professeur Celli, rue Depretis.

M. le professeur Martin (de Greifswald) a illustré son rapport sur la tuberculose génitale avec une trentaine de projections photographiques de préparations anatomo-pathologiques de péritonite tuberculeuse, de salpingite, d'endométrite, de tuberculose du corps ou du col de l'utérus.

M. le professeur Johnston (de Cincinnati) a également illustré de projections la conference qu'il a faite le premier jour du Congrès sur les rapports de la fonction menstruelle avec la constitution anatomique des animaux verticaux et horizontaux.

M. le professeur Rein (de Pétersbourg) a projeté ensuite ses magnifiques photographies sur l'anatomie du système nerveux de l'utérus et démontré de cette façon l'inexistence du soi-disant ganglion de Frankenhauser qui est, en réalité, un réseau ramifié sur la paroi postérieure de l'utérus.

M. Cullen (de Baltimore) a terminé la séance en démontrant par des projections de préparations microscopiques les altérations de l'utérus dans l'adénomyome.

Jeudi 18 Septembre, matin.

Le traitement opératoire du cancer de l'utérus.

M. Th. CULLEN (John-Hopkins Hospital-Baltimore), **rapporteur.** Il est vraiment intéressant de regarder une trentaine d'années en arrière et de voir quels progrès ont été faits dans le traitement de cette redoutable maladie; à cette époque, on faisait le curettage, ou tout au plus l'amputation du col.

L'hystérectomie abdominale de Freund, introduite en 1878, marque une ère nouvelle dans le traitement du cancer. La seconde étape, suggérée par la grande fréquence des lésions de l'uretère au cours de l'opération, fut le cathétérisme préventif de l'uretère employé par Pawlik en Europe et peu après par Kelly à Baltimore. Puis il faut citer l'extirpation des ganglions pelviens, et les noms de Ries, Clark et de Rumpf sont à citer. Ces opérateurs cherchaient à enlever le plus de tissu péri-utérin possible; malgré la base scientifique de ce traitement, la mortalité immédiate fut très grande à cause de l'infection qui se produit facilement lors de l'extirpation de ces tissus cancéreux et nécrotiques. Différentes méthodes furent conseillées pour obvier à ce danger, parmi lesquelles la plus connue est celle de Werder. Nous arrivons ensuite à l'opération de Wertheim, qui a atteint aujourd'hui son summum de perfection et qui permet de voir tous les détails de l'opération. La blessure de l'uretère n'est plus à craindre. M. Kelly a depuis abandonné le cathétérisme préventif qu'il faisait toujours jusque-là; la ligature des vaisseaux utérins se fait sous le contrôle des yeux.

Le rapporteur est parfaitement d'accord avec Wertheim en ce que le curettage préliminaire, avec les pertes de sang qu'il fait subir, diminue grandement les forces de la malade et que cela joint à l'anesthésie nécessaire, diminue la résistance pour le shock consécutif; aussi croit-il quand le col n'est pas trop volumineusement atteint, qu'il est préférable d'éviter ce curettage. Il croit bonne la technique de Mackenrodt et de Krönig qui laissent l'uretère sans le séparer de son revêtement péritonéal. Cependant quand l'uretère est entouré de masses carcinomateuses, il faut le disséquer, et si cela est impossible il faut le couper en amont et l'anastomoser à la vessie; il y a pour cela plusieurs méthodes; la meilleure lui paraît être celle de Sampson qui peut s'exécuter en dix à quinze minutes. Or, le temps est dans ces cas un élément de grande importance. L'uretère fendu près de son extrémité est fixé à une incision en H faite sur la paroi vésicale; les sutures sont faites de telle façon qu'elles ne forment pas un foyer pour les concrétions urinaires. Le rapporteur croit qu'il est préférable, lorsque l'uretère paraît nécrosé au cours de l'opération, de le réséquer et de l'anastomoser à la vessie plutôt que de courir le risque d'avoir à enlever un rein sain lors d'une opération subséquente.

Il faut encore mentionner le suintement veineux embarrassant et quelquefois alarmant, provenant des parois latérales du vagin au moment de la libération du tissu péri-utérin et péri-vaginal; jusqu'à présent la recherche de la source de cette hémorragie était une partie sérieuse et longue de l'opération et la perte de sang diminuait grandement la résistance des malades. M. G. Brown Miller, ancien chirurgien de John Hopkins Hospital eut le premier l'idée d'encercler le vagin avec des sutures interrompues, avant d'ouvrir l'abdomen; de cette façon la recherche de l'origine du suintement de la muqueuse vaginale au moment de l'extirpation de l'utérus fut grandement facilitée.

M. Guy L. Hunner, son successeur, adopta le même procédé puis l'abandonna ensuite. M. Sampson, chirurgien au même hôpital, impressionné par les dessins et les dissections de M. Max Brödel, qui montrent l'existence de nombreuses veines dans les parois vaginales, surtout latéralement, eut l'idée de faire des sutures, mais plus profondes que celles de Müller. En avant, il faut faire attention à ne pas pénétrer dans la vessie; en arrière, les sutures sont poussées presque jusqu'à la muqueuse rectale, sous le contrôle d'un doigt introduit dans le rectum; latéralement, les sutures doivent faire une piqûre profonde, s'étendant presque jusqu'à l'os. Le meilleur matériel de suture est le catgut. Ce procédé de Sampson est excellent, ne prend que cinq à dix minutes, et permet de faire l'hystérectomie sans presque perdre de sang.

Il n'a jamais vu d'infection propagée le long de ces sutures, et il admet que l'économie de sang compense largement le risque que l'on pourrait courrir aussi.

Il emploie la méthode de drainage le long de l'uretère comme le fait Krönig, mais il préfère une mèche de gaze au tube de caoutchouc. Il n'est pas partisan de l'opération vaginale dont l'usage diminue de jour en jour; il y a deux ans, il demandait que l'hystérectomie vaginale fût réservée aux femmes obèses, où l'opération abdominale était difficile; dans ces cas la graisse sous-péritonéale renferme de nombreux petits vaisseaux très friables, difficiles à lier, et Krönig a montré que l'uretère se trouvait alors juste à son entrée dans le ligament large, à un endroit où il est peu protégé. Dans l'opération vaginale, il est difficile de circonscrire les végétations; la blessure de l'uretère est souvent inévitable, et la plus grande partie de l'opération se fait dans l'obscurité; de plus on ne peut être sûr des ganglions. L'opération de Wertheim avec les modifications ci-dessus donne un bon pronostic, et le rapporteur pense que des modifications nouvelles viendront encore perfectionner cette technique.

Cela donne encore un champ fertile pour la chirurgie abdominale. Il faut cependant encore faire comprendre à la foule que le cancer de l'utérus n'est pas toujours une maladie incurable, il faut montrer que maints et maints cas ont été amendés par le traitement et que plusieurs ont été définitivement guéris. Quand la plupart des praticiens seront pénétrés de ce fait il ne faudra plus bien longtemps pour que les femmes, lorsqu'elles auront un écoulement leucorrhéique ou aqueux inusité, viennent consulter immédiatement pour en connaître la cause, tout comme on fait rechercher la carie dentaire par un dentiste quand on a mal aux dents.

M. Cullen présente ensuite un utérus enlevé il y a quelques semaines suivant la méthode de Wertheim, pour un cancer pris tout au début.

(*A suivre.*) A. Gottschalk.

ANALYSES

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Max Wolff. *Tuberculose bovine et tuberculose humaine* (*Deut. med. Wochenschr.*, 1902, n° 32, p. 566). — L'auteur publie une observation dont l'étude montre l'inexactitude de l'opinion de Koch relativement à la non-identité de la tuberculose bovine et de la tuberculose humaine.

Il s'agit d'un homme de soixante-trois ans, souffrant depuis un an de diarrhée avec troubles digestifs et maux de ventre, et qui mourut dans le service du professeur Leyden trois jours après son entrée. L'autopsie, faite avec le plus grand soin par le professeur Israël, montra l'existence d'une tuberculose ulcéreuse de l'intestin et d'une tuberculose miliaire récente du péritoine pariétal et de la rate. Rien dans les poumons ni dans les autres organes. L'examen histologique de ces lésions révéla la présence des bacilles tuberculeux.

Des parcelles de rate tuberculeuse furent alors inoculées à deux cobayes, qui tous les deux succombèrent au bout de sept à huit semaines après l'inoculation. A l'autopsie, on trouva des lésions tuberculeuses aux points d'inoculations et dans les ganglions tuberculeux correspondants, et une tuberculose des poumons de la rate et du foie.

Une émulsion de poumon et de rate de ces deux cobayes fut alors injectée sous la peau du cou d'un veau chez lequel une injection préalable de tuberculine avait montré l'absence de toute lésion tuberculeuse. Les ganglions lymphatiques de la région se tuméfièrent, et deux injections de tuberculine, faites quatre et sept semaines après l'inoculation donnèrent, chaque fois, un résultat positif en provoquant l'élévation caractéristique de la température. Le veau fut alors

tué au quatre-vingt-troisième jour après l'inoculation. A l'autopsie, on trouva des lésions typiques de tuberculose bovine, avec bacilles, aussi bien au niveau des ganglions lymphatiques que dans les poumons, le foie, la rate, le péricarde, etc. Les tissus tuberculeux de ce veau, inoculés à deux cobayes, provoquèrent à leur tour chez ces animaux une tuberculose typique.

L'auteur conclut de tous ces faits l'existence d'une tuberculose primitive de l'intestin et la possibilité de la transmission de la tuberculose bovine à l'homme, l'infection se faisant par l'ingestion du lait, du beurre et de la viande des bovidés atteints de maladie perlière.

L'auteur a complété ses expériences en inoculant sous la peau du cou d'un veau, reconnu non-tuberculeux, les crachats d'un phtisique. Deux injections de tuberculine, faites au neuvième et quarante-huitième jour après l'inoculation, ont donné un résultat positif. Une troisième injection faite cinq semaines plus tard a donné un résultat négatif. L'animal a été sacrifié le quatre-vingt-treizième jour après l'inoculation, et à l'autopsie on ne trouva de lésions tuberculeuses que dans les ganglions cervicaux. Les organes internes étaient indemnes. L'inoculation des ganglions tuberculeux de ce veau, faite à deux cobayes, a provoqué chez ces animaux une tuberculose typique.

Cette expérience montre donc que les bovidés ne jouissent pas d'une immunité absolue envers les bacilles tuberculeux humains.

R. Romme.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Clouston. ***Mélancolie et toxémie*** (*Scottish Medical and Surgical Journal*, 1902, Février, et *Treatment*, 1902, Juillet, p. 347). — L'auteur remarque qu'un état d'hyperémotivité est habituellement noté dans les antécédents des mélancoliques : le réflexe émotif est exagéré. Les neurones de certaines régions de l'aire mentale sont instables moléculairement et chimiquement; ils passent trop aisément dans un état catabolique et y restent trop longtemps. Qu'un cerveau ainsi constitué soit soumis à une forme quelconque d'anémie, de toxémie ou d'épuisement, et tous ces points faibles ont des réactions d'insuffisance avec sentiment pénible : telle est l'origine de la mélancolie. Il doit être rappelé toutefois que, dans la mélancolie, qui dans ses formes les plus légères est un trouble affectif et la maladie mentale la plus voisine de l'état normal, il y a presque toujours quelques troubles intellectuels, volitionnels, circulatoires ou nutritifs.

L'auteur rappelle ensuite les opinions de Ford Robertson, Mott et Bruce, et Alexander, considérant la mélancolie comme provoquée par un trouble du métabolisme, et dirigeant le traitement vers l'augmentation de l'excrétion des produits de désintégration cellulaire par le rein et la peau. Mott insiste particulièrement sur l'auto-intoxication par la choline et les autres produits de la dégénération nerveuse.

Telles sont les idées les plus récentes sur l'étiologie de l'insanité. L'auteur n'y souscrit pas entièrement parce qu'elles ne tiennent pas un compte suffisant des faits mentaux et héréditaires, et constituent en conséquence une généralisation scientifique prématurée et incorrecte. Indubitablement *la toxémie est, en bien des cas, la cause provocatrice de la folie,* mais *elle en est très exceptionnellement la cause primordiale.*

Il est de la plus haute importance de distinguer les cas dans lesquels la maladie a son origine dans le cortex cérébral, et ceux dans lesquels la cause primordiale est extra-corticale. Dans les premiers cas, l'alimentation peut être de première importance et la strychnine, le fer, la quinine, l'alcool et la paraldéhyde peuvent être curatifs, pendant que, dans les derniers, la diète et la purgation peuvent être rationnelles, et que le calomel, le salol, les sérums antitoxiques, les diurétiques, les diaphorétiques et l'extrait thyroïdien peuvent être indiqués.

Il est pourtant peu douteux que la toxémie joue le rôle principal, quoique non primordial, dans la paralysie générale, la folie puerpérale, les folies alcooliques et syphilitiques, rhumatismales, goutteuses et peut être phtisiques. Les symptômes qui indiqueront la toxémie sont la pyrexie, les convulsions, les céphalées, les hallucinations, les perversions de la sensibilité, la stupeur et la confusion, les abcès, les irritations cutanées, les troubles cardio-vasculaires, la langue sale, les selles fétides, l'absence de chlorures dans l'urine.

L'auteur relate ensuite des cas dans lesquels la toxémie faisait défaut, et où les troubles pouvaient être expliqués par l'influence défavorable exercée par le cortex sur les processus vaso-moteurs, digestifs, métaboliques et nutritifs.

En résumé *deux causes* sont combinées pour provoquer le trouble mental : l'*hérédité défectueuse* et la *toxémie*. Un unique facteur étiologique est insuffisant à expliquer une maladie mentale aussi complexe.

Alfred Martinet.

GYNÉCOLOGIE

Meurice. ***Du traitement des annexites par le massage*** (*Belgique médicale*, 1902, 3 Juillet). — L'auteur essaye d'établir le rôle que l'on peut faire jouer au massage en thérapeutique gynécologique.

Cette méthode n'est pas indiquée seulement comme traitement des *exsudats paramétritiques*, elle peut s'appliquer aussi aux cas de *subinvolution utérine*, aux cas d'*adhérences périutérines, péritubaires* et *périovariques*, ainsi qu'aux *annexites* en dehors des poussées aiguës ou subaiguës. On ne saurait compter sur le massage pour traiter des *déviations mobiles* de l'utérus, ou des cas d'*endométrites et de métrites chroniques hyperplasiques*.

L'auteur appuie ses conclusions sur une série de cas d'annexites chroniques, pour la plupart d'origine gonococcique, traitées par lui dans le service du professeur Pozzi.

Les *mouvements de friction circulaire* ont été surtout employés : on doit agir avec une grande prudence et beaucoup de douceur. Les séances sont répétées trois fois par semaine; chacune dure dix minutes; la femme est mise dans la position du spéculum.

Le massage agit surtout sur l'élément douleur qu'on peut parvenir à supprimer totalement.

Localement, on a constaté une *résorption notable* de masses annexielles assez volumineuses, la *mobilisation progressive* de l'utérus primitivement fixé par des adhérences. Il est des cas cependant où les adhérences, trop solides et trop épaisses, ne sont pas influencées par le massage; quelquefois on arrive à faire disparaître ou diminuer les phénomènes dus à l'insuffisance ovarienne (bouffées de chaleur, sueurs, etc.).

Cette amélioration n'est malheureusement pas durable : le traitement suspendu, les douleurs peuvent réapparaître sous l'influence de la fatigue; en cela, le traitement a une efficacité bien plus sûre chez la femme riche que chez la femme pauvre.

Le massage, malgré ses indications nombreuses, ne saurait guérir, au sens anatomique du mot, les lésions de l'ovaire profondes et anciennes qui sont le point de départ des adhérences. Il permet quelquefois d'ajourner l'intervention opératoire, mais il est le plus souvent incapable de la remplacer et de la supprimer.

L. Loubet.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé de la marine. — M. Pungier, médecin principal, est désigné pour faire partie, en qualité de médecin de division, de l'état-major de M. le contre-amiral Rivet dans la division de croiseurs de la force navale de l'Atlantique.

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Doumenjou, médecin aide-major de 1re classe auxiliaire, est nommé au grade de médecin aide-major de 1re classe.

M. Suard, médecin aide-major de 1re classe, est mis à la disposition de M. le Ministre des colonies pour servir hors cadre, en qualité de chef de service au Dahomey.

Étranger.

Un triomphe féministe. — La Faculté de médecine de l'Université de Milan vient de nommer Mme Rena Mastio à la chaire d'anatomie.

L'hygiène des bureaux de poste. — L'attention du Conseil supérieur d'hygiène belge avait été attirée sur la nécessité de désinfecter périodiquement les sacs à dépêches de l'administration des postes, afin de garantir le personnel appelé à les manipuler contre la contagion de certaines maladies, notamment la tuberculose. Ces sacs, de grosse toile de chanvre, subissent une souillure, et néanmoins l'emploi n'en est limité que par l'usure. On se fera une idée du nombre de sacs en circulation dans le pays si l'on sait qu'à la poste de Bruxelles il en passe journellement cinq cents.

La Commission d'étude, instituée par le Conseil, n'a pas tardé à reconnaître la difficulté qu'il y aurait à procéder fréquemment à la désinfection d'un matériel aussi considérable.

Elle estime que pour réduire, dans la mesure du possible les chances de souillures auxquelles les sacs sont exposés, il conviendrait : de les confectionner en un tissu doué d'une faible porosité et rendu imperméable; d'interdire le jet des sacs sur le sol des quais, salles et bureaux; d'entretenir dans le plus grand état de propreté les véhicules qui servent à les transporter. La ventilation des bureaux de poste devrait être l'objet de soins particuliers, l'usage de crachoirs de poche prescrit aux employés souffrant d'affections chroniques des voies respiratoires. Enfin, il serait utile d'établir la statistique des cas de tuberculose pulmonaire dans le personnel des postes.

La lutte contre la lèpre. — La Société russe pour la lutte contre la lèpre, qui est placée sous la protection de la Czarine, vient de faire bâtir, dans le gouvernement de Saint-Pétersbourg, une léproserie capable d'abriter 93 malades. La Société reçoit du conseil communal de Saint-Pétersbourg une subvention annuelle de 1.000 roubles, à condition qu'elle pourvoie à l'hospitalisation de tout lépreux découvert dans les hôpitaux de la ville.

Le télégraphe et le médecin. — La cour suprême de Nebraska vient de confirmer un jugement condamnant la Western Union Telegraph Company à payer 950 dollars de dommages-intérêts pour retard apporté dans la transmission d'un télégramme. Celui-ci, portant ces mots : « Come to L. C. Church's at once. — L. C. Church ». (Rendez-vous de suite chez L. C. Church. — L. C. Church), avait été remis à 6 heures du soir au bureau de réception et n'avait été transmis au médecin destinataire, habitant la même ville, que trois heures plus tard. Il s'agissait d'un accouchement. Le médecin s'attendait à être appelé par télégramme, mais lorsqu'il arriva, il était trop tard : l'enfant, qui s'était présenté par les pieds, était mort. D'où procès en dommages-intérêts à la société télégraphique.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 80. — Samedi, 4 Octobre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

DEUXIÈME VOYAGE
DE *LA PRESSE MÉDICALE*
AUX UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

8-23 Septembre 1902

Turin.

Turin, 23 Septembre. — Turin, où nous sommes arrivés hier soir vers minuit, après une journée entière de voyage, est une très grande et très belle ville de 400.000 habitants environ. Nous étions attendus à la gare par le professeur Carbonelli, qui nous a piloté le lendemain à travers toutes les curiosités médicales et artistiques de l'ancienne capitale du Piémont, qui fut aussi, pour un temps très court, la capitale du royaume d'Italie; c'est grâce à son aimable direction et à son obligeance sans égale que nous avons pu nous faire en si peu de temps une idée suffisante de cette ville si importante.

Il y a à Turin 450 médecins sur lesquels environ 40 gagnent largement leur existence. Il y a 32 médecins nommés par la ville (après concours) pour donner leurs soins aux indigents, et cela pour un traitement de 2.500 lires par an.

L'Université de Turin est, après celle de Naples, la plus importante d'Italie; elle compte en tout 3.000 étudiants dont 600 de médecine, instruits par une vingtaine de professeurs.

Il n'y a pas à Turin d'administration centrale des hôpitaux; chaque hôpital a des revenus personnels et vit sur son propre fonds. Il y en a, comme l'hôpital Cottolengo, qui compte 5.000 lits et a un budget de 3 millions, qui vivent uniquement sur la charité publique; mais la plupart des hôpitaux de Turin sont richement dotés. Nous avons visité le grand hôpital des chevaliers de Saint-Maurice, ancien hôpital de cet ordre, parmi lesquels sont encore choisis les administrateurs. Il y a trois classes de malades : 1° les malades gratuits, vivant dans une chambre commune, et ne payant ni frais de séjour, ni soins médicaux; 2° des malades semi-gratuits, payant en tout et pour tout 2 lires par jour, traités comme les précédents; 3° des malades payants, à 10 francs de pension par jour, et qui payent en plus les soins médicaux ou chirurgicaux suivant un tarif fixe. De ce tarif 40 pour 100 vont au chef de service, 15 pour 100 aux aides, 5 pour 100 au personnel hospitalier et le reste à l'administration de l'hôpital. (Le professeur de Clinique chirurgicale, M. Carle a gagné ainsi l'année dernière 2.400 francs à l'hôpital.) Le même système existe aussi à l'hôpital Saint-Jean.

L'hôpital compte 300 lits, 100 lits d'hommes 100 lits de femmes et 100 lits payants. Le personnel est, comme dans tous les hôpitaux de Turin, sauf à la Maternité, mi-partie religieux, mi-partie laïque. Les religieuses s'occupent de la cuisine et de la lingerie, laissant au personnel laïque les soins des malades et des salles.

Les assistants sont nommés au concours (il est juste de dire, d'après les renseignements qu'on nous a donnés, que, pour les nominations, on tient compte non seulement des épreuves du concours, mais aussi des *résultats des examens* et... des recommandations que le candidat peut avoir). La quatrième année d'étude, les étudiants concourent à la place d'élève (traitement 200 à 300 francs); puis, après leur thèse de doctorat, ils sont nommés successivement quatrième, troisième, deuxième, puis premier aide, en restant deux ans dans chaque grade, soit dix ans d'études pratiques.

En dehors du traitement provenant de la clientèle payante de l'hôpital ils touchent de 1.000 à 2.000 francs et sont logés, nourris, blanchis, etc. par l'administration.

L'hôpital est très vaste, chauffé par un courant d'air passant sur des tubes renfermant de la vapeur d'eau ; les planchers sont en marbre artificiel (sorte de mosaïque, livrée en carreaux comprimés et que nous avons déjà vu employer à Florence et à Rome). Les lavabos sont en granit massif poli.

Il y a une petite salle pour les opérations d'urgence analogue à la salle de consultation des hôpitaux parisiens ; dans la clinique du professeur Carle il y a une petite salle d'opérations septiques, et tout un pavillon opératoire pour les opérations aseptiques avec salle d'opération très vaste, éclairée par le côté, comme nous l'avons toujours vu en Italie ; une salle de stérilisation avec une grande étuve horizontale de Geneste-Herscher pouvant stériliser les blouses et tout le matériel nécessaire, une salle de pansement et un cabinet de radioscopie.

Nous avons été visiter ensuite l'hôpital Marie-Victoire, spécialement réservé à la gynécologie et qui comme l'hôpital Saint-Maurice vit sur ses biens propres. Il se compose d'un pavillon central, réservé à l'administration et aux services de consultation, et de deux pavillons latéraux. Il y a deux services (MM. Berrutti et Bergesio, nommés à vie, traitement, 2.000 francs, et un chef de clinique M. Pina-Pintor, sous la conduite duquel nous avons visité l'hôpital). On y admet des malades gratuites (dans des chambres de 4 à 5 lits) et des malades payantes (3 francs et 5 francs par jour). Nous avons vu une salle de speculum, une salle d'opération qui ne présente rien de particulier et une salle d'hydrothérapie très bien installée.

M. Pina-Pintor nous a donné quelques indications sur la façon d'opérer à la clinique ; on préfère, d'une façon générale, la voie vaginale, on ne draine que dans l'hystérectomie totale et on fait alors un drainage sous-péritonéal. Comme matériel de suture la soie et quelquefois le crin dit de Florence pour la peau, jamais de catgut. La plupart des opérations gynécologiques se font pour des infections gonococciques ; contrairement à ce qui se passe en Allemagne (dans les petites villes universitaires tout au moins), les affections blennorragiques sont en augmentation en Italie. D'après une boutade de M. le professeur Carbonelli, cette augmentation serait proportionnelle à celle de la dette publique, et si l'on réfléchit au rôle des armées permanentes dans l'un et l'autre cas, on voit que ce propos n'est pas si léger qu'il en a l'air au premier abord.

Il y a encore beaucoup d'autres hôpitaux à Turin ; l'hôpital Cottolengo dont nous avons déjà parlé, l'hôpital Saint-Jean ou l'hôpital de la ville, ainsi nommé bien que la ville ne s'occupe pas autrement de lui. Il est administré par une Commission mixte composée de 4 chanoines, de 4 conseillers municipaux et d'un président nommé par les 8 membres précédents. C'est dans cet hôpital que, suivant un usage ancien, on transporte les blessés trouvés sur la voie publique. Il y a encore un hôpital d'enfants, un hôpital pour les enfants rachitiques, administrés toujours par des commissions mixtes, nommées par le gouvernement et la municipalité. A propos de ce dernier hôpital, disons que depuis que Turin est sillonné de grands boulevards qui font sa beauté et qui amènent largement l'air et la lumière au centre de la ville, le rachitisme infantile est en diminution constante. De plus, chose intéressante à noter, il y a à Turin depuis plus de cent cinquante ans un hôpital de 200 lits spécialement réservé aux tuberculeux et doté d'un capital de cinq millions. *Nil novi sub sole !*

* * *

Nous avons terminé notre étude hospitalière à Turin par la visite de la Maternité qui est organisée d'une façon un peu différente des autres hôpitaux. Elle a été organisée en 1800 par le général Jourdan (devenu maréchal depuis) ; ce soldat modifia d'un trait de plume ou mieux d'un coup de sabre l'ancienne maternité devenue insuffisante, expropria un couvent voisin, fit passer les biens dudit couvent à la maternité, en annexa les œuvres d'art à sa collection particulière, et dota le service d'un revenu de 36.000 francs à prendre sur les octrois de la ville ; cette organisation subsiste encore. Les femmes sont logées dans des chambres séparées et reçoivent la nourriture, les soins obstétricaux, y compris le baptême de l'enfant, pour la somme de 80 francs par mois. Le médecin en chef touche 600 francs par an, le premier assistant 300, le deuxième 200, et le troisième travaille pour la gloire.

Les deux premiers étages sont réservés à la clinique (professeur Tibone) ; à l'entresol les services destinés aux étudiants, au premier ceux destinés à l'instruction des sages-femmes. Les salles sont voûtées, vétustes et n'ont pas changé depuis le général Jourdan ; la salle de travail peut soutenir la comparaison avec tous les hôpitaux du moyen âge.

Tout autre est l'étage supérieur, réservé au service du médecin en chef, le professeur Carbonelli, qui, en faisant des économies sur certains points, a procédé à des modifications et à des modernisations intelligentes. Jusqu'à l'installation de M. Carbonelli (il y a cinq ou six ans), il existait dans les couloirs une sorte de trémie en plomb, correspondant directement avec l'égout, et par où on jetait les placentas ! La salle de travail a été éclaircie en perçant une large baie dans la muraille ; elle est propre, bien installée ; à remarquer la table spéciale de M. Carbonelli qui accouche toujours les femmes sur le côté, en position anglaise ; le principal avantage de ce procédé est une économie de blanchissage atteignant 400 francs par an (500 accouchements en moyenne) ; en effet, dans cette position, la cuisse de la femme sert d'alèze pour recevoir l'enfant et empêche le contact direct des organes génitaux avec le plan du lit. La table de M. Carbonelli peut immédiatement se transformer en table d'opérations ordinaire, permettant de placer la femme en position obstétricale s'il y a lieu de pratiquer une intervention. A remarquer encore dans la maternité de Turin une bibliothèque très complète en ce qui concerne les journaux français, renfermant une collection de moulages dus à l'initiative artistique du professeur Carbonelli lui-même ; et une terrasse avec une belle vue sur le parc Cavour.

* * *

Après cette visite, M. le professeur Carbonelli tint à nous conduire dans son appartement privé, tout rempli d'objets d'art, et situé à côté de la Maternité. Il nous tint ensuite compagnie jusqu'au moment où le train se mit en marche pour le retour. Le souvenir que nous laisse la vieille cité piémontaise se trouve ainsi indissolublement lié à l'accueil si prévenant et si aimable que nous y reçûmes de lui. Il faut, à ce sujet, faire remarquer que M. Carbonelli ne connut notre voyage que par la publicité de *La Presse Médicale*, et il faut bien dire que c'est au patronage de ce journal que nous dûmes les réceptions si cordiales qui nous furent faites en tous les endroits de notre séjour.

* * *

Avant de terminer cette relation, et au moment de quitter cette accueillante et artistique terre d'Italie, nous tenons à remercier encore une fois de leur sympathique réception MM. Bossi à Gênes, Pestalozza à Florence, Ceccherelli et Pavoni à Salsomaggiore et Carbonelli à Turin.

A. Gottschalk.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU CONGRÈS DE ROME

LETTRE OUVERTE

à M. le professeur TREUB (d'Amsterdam).

Mon cher confrère,

Je lis dans *La Presse Médicale* du 27 Septembre 1902 que vous me prenez un peu à partie dans votre Rapport sur l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale.

N'étant pas au Congrès de Rome, je n'ai pu vous répondre ; vous me permettrez donc de faire dans le journal qui m'a donné connaissance de votre travail les quelques rectifications suivantes :

Et tout d'abord, vous vous écriez : « Celui qui va le plus loin, c'est bien M. Rochard. A la Société de chirurgie de Paris, il dit : « Dans tous les cas d'infection puerpérale grave qui mettent directement la vie de la malade en danger, il faut pratiquer la laparotomie. Celle-ci permettra de parer à toutes les éventualités. Elle devra être suivie de l'hystérectomie abdominale toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un utérus infecté n'ayant pas fait sa régression ».

Je suis encore dans les mêmes idées. Mais suis-je le seul à aller aussi loin ? Peut-être, mon cher confrère, n'avez-vous pas eu le temps de lire en entier la discussion de la Société de chirurgie de Paris ; vous y auriez vu que M. le professeur Terrier termine sa communication de la façon suivante : « *Je le répète encore, dans ces cas d'infection puerpérale grave, l'indication formelle me paraît de pratiquer sans retard l'hystérectomie abdominale totale* ».

Je pourrais vous citer encore l'opinion semblable de plusieurs de mes collègues, mais l'autorité de M. Terrier, il me semble, doit être suffisante.

Plus loin, vous ajoutez : « Il y a déjà trop d'utérus enlevés sans indication suffisante (vous êtes dur pour la chirurgie) pour qu'il soit désirable d'élargir, de cœur léger (oh ! M. Treub !), le champ de l'hystérectomie. Quand M. Rochard dit : « on n'hésite pas à enlever les annexes des deux côtés chez des femmes dont les lésions ne mettent pas directement les jours en danger et on aurait des scrupules devant une accouchée dont l'utérus infecté menace immédiatement la vie ! », il n'y a qu'à lui répondre qu'une chose mauvaise ne peut jamais être une raison, pas même une excuse, pour en légitimer une autre également mauvaise. »

Comment ! M. Treub, c'est une chose mauvaise d'enlever les annexes quand elles sont malades ! et c'est une chose également mauvaise d'enlever un utérus qui menace immédiatement la vie d'une femme infectée ; mais alors, M. Treub, comment expliquez-vous votre deuxième conclusion que je cite textuellement ! « Pour quelques cas exceptionnels, l'hystérectomie pourra réussir là où le traitement obstétrical échoue ».

Mais je n'ai jamais dit autre chose, car si vous aviez lu les bulletins de la Société de chirurgie, page 339, vous y auriez encore pu lire cette phrase de votre serviteur : « Aussi bien ne s'agit-il pas, comme on aurait peut-être un peu de tendance à nous le faire dire, de faire sauter les utérus de toutes les femmes infectées ; nous n'avons tous en vue, nous, partisans de l'hystérectomie, que les *cas excessivement graves* ».

Appelez ces cas des cas exceptionnels si vous voulez, mon cher confrère, et vous verrez que nous ne sommes pas loin de nous entendre.

Je vous dirai, du reste, que j'ai pratiqué six fois l'hystérectomie dans ces conditions, et les six fois c'était sur la prière d'un accoucheur de me rendre auprès de la grande infectée. Si on est venu me chercher, ce n'était certes pas pour me croiser les bras, mais pour tenter quelque chose de plus que ce qui avait été déjà fait.

En terminant, permettez-moi d'ajouter qu'il ressort des débats du Congrès de Rome que l'hystérectomie pour infection puerpérale aiguë, dont il n'était pas question il y a quelques années, commence à prendre sa place dans le traitement de cette terrible complication. Je n'ai, pour ma part, jamais demandé autre chose.

Veuillez agréer, etc.

Rochard.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT
DE LA SCOLIOSE DES ADOLESCENTS

Par M. BAQUÉ
Ancien interne à Berck-sur-Mer.

La scoliose est une de ces affections dont le traitement n'est pas encore bien déterminé parce que les auteurs sont toujours en désaccord sur leur pathogénie.

Tout le monde connaît les trois théories qui se disputent depuis longtemps le domaine de la scoliose :

La première, la théorie ligamenteuse, émise par A. Paré et reprise par Malgaigne qui considérait comme cause de la déformation le relâchement des ligaments jaunes et du grand ligament commun antérieur.

La deuxième, la théorie musculaire, qui remonte au XVIIe siècle avec Mayor. Elle fut reprise par J. Guérin qui conclut à la rétraction des muscles de la concavité. D'autres auteurs ont pensé à la parésie des muscles de la convexité.

La troisième enfin, la théorie osseuse de Vincent Duval, accuse les points d'ossification tardifs, apparaissant vers l'âge de quatorze à quinze ans, pour ne se souder aux autres qu'une dizaine d'années plus tard. Les Allemands en ont fait la théorie de la surcharge osseuse, celle qui paraît le plus généralement acceptée actuellement.

A notre avis cette théorie est excellente, mais non à l'exclusion des deux autres. Nous arriverons à les admettre toutes, parce que chacune d'elles trouve ses indications particulières, chacune à son tour est la meilleure.

En tout cas, au-dessus de toutes ces théories, nous devons admettre un facteur qui domine toute la pathogénie de la scoliose, une vraie cause efficiente : c'est la faiblesse générale, c'est l'anémie.

La scoliose survient spécialement à l'âge de la puberté, au moment où s'établissent rapidement les fonctions génésiques, beaucoup plus fréquemment chez les jeunes filles où la fonction menstruelle a beaucoup plus d'importance que la fonction testiculaire.

Ce développement exige de l'organisme un surcroît de travail qui s'ajoute lui-même à la fatigue produite par un rapide accroissement du squelette. Cette fatigue retentit sur tous nos organes qui s'anémient. Le système nerveux lui-même en ressent le contre-coup et constitue parfois ces neurasthénies que l'on trouve associées aux scolioses des jeunes filles. En un mot, c'est l'anémie qui domine, c'est elle qui constitue la véritable cause, celle qui va déterminer ces troubles que nous allons passer en revue et qui donneront tour à tour raison aux théories que nous connaissons.

Nous prenons comme exemple le cas, le plus fréquent, d'une jeune fille âgée de quatorze ans, ayant grandi très rapidement et réglée depuis quelques mois. Ses parents ont remarqué chez elle un changement dans son attitude, un laisser-aller qui les préoccupe. Ils ne sont pas bien d'accord sur le sens et la nature de cette déviation qui se manifeste pour la mère par un abaissement de l'épaule gauche, pour le père par une saillie de l'omoplate droite. En tout cas, ils sont unanimes à reconnaître une attitude vicieuse. Depuis quelque temps elle paraît s'accentuer, et si, au début, la jeune fille corrigeait facilement son maintien, elle ne réussit actuellement à se bien tenir qu'au prix de grands efforts d'attention et pour un laps de temps de plus en plus court.

Par quel mécanisme peut-on expliquer ces premiers phénomènes?

Il faut se représenter le squelette de la colonne vertébrale comme une tige flexible composée d'un certain nombre de parties superposées et constamment en équilibre instable. Chacune de ces parties, la vertèbre, supporte tout le poids de celles qui sont au-dessus et des organes qui s'y rattachent. Elle serait écrasée, sans la présence de coussinets élastiques, les disques intervertébraux. Ces vertèbres sont réunies entre elles par de solides ligaments interosseux et périarticulaires qui ont pour but de les tenir attachées les unes aux autres, sans cependant s'opposer à leur défaut d'équilibre.

Ce sont les muscles postérieurs et latéraux des gouttières vertébrales qui, par un antagonisme permanent, veillent au maintien de cet équilibre. Dans la position horizontale, ils sont en repos. Toujours en éveil dans la position verticale, ils interviennent dès qu'un mouvement se produit pour contrebalancer la force qui détruirait l'équilibre. Dès qu'ils n'agissent plus, comme chez le cadavre ou chez une personne en syncope, la colonne vertébrale, obéissant à la pesanteur, se penche dans tous les sens, malgré la présence des ligaments interosseux et périarticulaires. Ce phénomène se reproduit, mais moins intense, chez l'homme fatigué ; il s'affaisse, suivant l'expression employée.

Mais ce muscle, dans un accroissement trop rapide du squelette, est surpris et tiraillé ; il s'allonge tant bien que mal et s'affaiblit. Il s'affaiblit par le fait de cet allongement brusque des fibres, mais auparavant, et surtout, il avait été déjà affaibli par le fait d'une anémie qui a exercé son influence soit directement sur le muscle lui-même, soit indirectement par l'intermédiaire du système nerveux qui réagit lui-même plus difficilement. Ce dernier rôle est très important parce que, le muscle ne faisant plus effort, les centres qui commandent à ces muscles s'endorment et la volonté d'agir s'affaiblit de plus en plus. Il arrive un moment où l'influx nerveux nécessaire pour commander tel effort musculaire devient insuffisant. Le muscle déjà trop faible ne pourra plus, ou mieux oubliera d'obéir à un commandement trop mou. C'est un cercle vicieux, où l'agent qui commande et l'agent qui obéit tendent à entraver mutuellement leur action, au lieu de s'entr'aider.

Les muscles sont donc incapables de maintenir cette colonne vertébrale qui penchera, suivant les cas, dans un sens ou dans l'autre. Aux premiers efforts ils la redresseront, mais avec une peine toujours croissante ; et si la même cause persiste, ils finiront par être complètement vaincus et la difformité deviendra permanente.

Mais nous ne saurions encore admettre la théorie osseuse, puisqu'il n'existe aucune lésion osseuse, fait prouvé par Barwell et tant d'autres qui n'ont pu trouver de transformations des vertèbres à cette période. Quant à la théorie ligamenteuse, c'est le moment de la faire entrer en cause, mais jusqu'ici nous sommes donc amenés à n'admettre que la théorie musculaire, non pas que les muscles se contractent du côté de la concavité, comme l'admettait Guérin, ni qu'ils se relâchent du côté de la convexité, mais parce qu'ils ont été affaiblis par une cause quelconque (accroissement excessif, anémie), et qu'ils laissent le squelette obéir à une influence secondaire.

Sans vouloir discuter ici la valeur de ces causes, nous voulons dire cependant l'importance que nous attachons à l'influence du bras droit dont les muscles sont plus développés par l'exercice. On est plus fort et plus adroit du côté droit que du côté gauche, sauf quelques rares exceptions. Sous l'effort, le corps se penche du côté opposé pour rétablir l'équilibre, et la colonne vertébrale se place en scoliose à convexité tournée à droite. A l'état normal, la déviation se rétablit toujours dès que l'effort cesse ; mais qu'il survienne une cause d'affaiblissement, cette prédominance d'un côté se manifestera beaucoup plus facilement.

Les muscles ayant cessé d'agir, les vertèbres auront une tendance à se déplacer les unes par rapport aux autres. C'est le moment où commence la seconde phase. La jeune fille s'est accoutumée à sa position défectueuse qu'elle ne corrige plus malgré les remarques des parents ; il lui est même impossible de se redresser complètement

Ici encore la théorie musculaire reste vraie, mais en changeant de mécanisme ; jusqu'ici les muscles étaient passifs, actuellement ils interviennent activement. Ceux de la concavité, en se raccourcissant, se contractent plus énergiquement; ceux de la convexité s'allongent, diminuent d'épaisseur et s'affaiblissent. En somme, tous ces muscles non seulement laissent tomber la colonne vertébrale, mais l'entraînent même du côté de la flexion. Les ligaments à leur tour interviennent, et par le même mécanisme. Les uns, tiraillés, sont plus faibles ; les autres, raccourcis, se renforcent et contribuent à exagérer la déformation. Dès lors la scoliose devient permanente et un troisième facteur survient qui aggravera la situation ; ce facteur est l'inégalité des pressions. La pression augmente dans certains points et diminue ailleurs ; très forte au niveau de la concavité, elle est nulle du côté opposé.

Normalement cette pression n'a aucun inconvénient puisqu'elle s'exerce sur toute la surface de chaque vertèbre et au travers d'un coussin élastique intervertébral.

Mais si cette pression, par suite du déplacement du centre de gravité, se concentre en un point limité de la vertèbre, ce point aura à supporter un poids beaucoup plus considérable qui sera une entrave à son développement. La nutrition sera diminuée dans cette partie de la surface osseuse, alors que tous les autres points allégés d'autant jouiront d'une nutrition plus active et se développeront.

Or c'est au niveau de ces surfaces que se trouvent les points d'ossification tardifs. D'un côté ils peuvent se développer à leur aise puisque la pression est nulle, mais de l'autre la pression maxima arrêtera ce point d'ossification. Stationnaire d'un côté, le rachis s'allongera du côté opposé. C'est le mécanisme de la théorie osseuse.

Excellente théorie à son heure, mais n'intervenant que secondairement, lorsque les modifications musculaires ont déjà provoqué, passivement d'abord, activement ensuite, cette pression inégale résultant elle-même de la

déviation. Et en remontant ainsi jusqu'à l'origine, nous retrouvons la vraie cause primordiale dans la faiblesse générale, dans l'anémie, dans toutes les causes qui peuvent affaiblir l'organisme.

En résumé, les lésions osseuses n'interviennent dans la pathogénie de la scoliose que pour l'établir définitivement, pour fixer cette déformation, mais non pour la produire. L'anémie joue le grand rôle. Par elle l'organisme se trouve altéré et toutes les parties constituantes de la colonne vertébrale sont arrêtées dans leur nutrition; mais la déchéance musculaire domine, surtout dès le commencement.

La scoliose commence par le muscle, continue par le muscle et les ligaments, et s'établit enfin par les altérations osseuses.

Traitement de la scoliose. — La scoliose est une affection que l'on néglige trop facilement dès le début et qui pourtant est pleine de fâcheuses conséquences pour l'avenir. En dehors des déformations disgracieuses à l'œil, il est d'autres complications qui touchent de plus près à la vie, par leur action sur les viscères et particulièrement sur les organes génitaux, en donnant naissance à ces bassins déformés qui rendent si pénibles les accouchements, trop souvent meurtriers et pour la mère et pour l'enfant. On comprend dès lors qu'il soit nécessaire de traiter sérieusement une scoliose et qu'il ne soit pas indifférent de la traiter à n'importe quel moment. Le médecin doit s'attaquer à une scoliose dès qu'il en a constaté l'existence, agir le plus tôt possible. On ne sait jamais, d'une façon certaine, ce qu'il adviendra d'une scoliose; mais, en règle générale, celle qui est traitée dès ses premières manifestations peut arriver à la guérison complète, tandis qu'il est impossible de guérir une scoliose parvenue à sa dernière période. Quand elle en est à une phase intermédiaire, il faut le plus souvent se contenter d'en arrêter l'évolution; quelquefois on peut espérer une amélioration et rarement la disparition complète.

En tout cas, il est un traitement préventif qu'il serait heureux de voir appliquer chez les adolescents dont la santé est délicate, les vrais candidats à la scoliose.

Nous savons quel rôle jouent, surtout chez la jeune fille, la croissance rapide et les fonctions menstruelles, autant de raisons pour établir cette faiblesse générale, la première coupable, qui tend à anémier tout l'organisme. Nous savons que le système musculaire sera le premier à se ressentir de cette faiblesse qui se manifestera par la tendance aux mauvaises attitudes. Mais, même avant que ces mauvaises attitudes se manifestent, il faudra éviter tout surmenage, aussi bien intellectuel que physique, donner une nourriture substantielle et des toniques, de façon à fournir aux tissus les aliments qui leur sont nécessaires pour satisfaire aux exigences d'un organisme qui pousse trop vite. A une bonne nourriture, on devra associer l'exercice des muscles; non pas cet exercice aveugle et mal dirigé que l'on impose dans les écoles indifféremment aux forts et aux faibles, et qui n'aboutit qu'à exagérer la fatigue chez des enfants déjà affaiblis, mais un exercice prudent, proportionné aux forces de l'adolescent, de façon à l'habituer peu à peu à une somme de plus en plus grande de travail. Il faudra doser l'exercice, l'augmenter insensiblement, sans jamais arriver à la fatigue. En même temps, dans l'intervalle des exercices corporels, il sera bon de permettre un certain temps de repos.

Nous faisons les mêmes remarques pour la culture intellectuelle qui doit être dirigée avec le plus grand discernement si l'on veut éviter le surmenage et ne pas arriver fatalement, chez ces prédisposés, à des déformations accompagnées trop souvent d'un certain degré de neurasthénie.

Quand il y aura mauvaise tenue, déhanchement, que l'enfant prendra trop souvent une position qu'il affectionne, il ne faut pas craindre d'être importun en attirant sans cesse son attention sur ces tendances, faciles à corriger tout d'abord, mais qui plus tard deviendraient des habitudes et finalement de vraies déformations rebelles. L'enfant doit se bien tenir, bon gré ou mal gré, mais il faudra tout mettre en œuvre pour lui rendre la tâche facile, parce qu'il est faible et qu'il a besoin d'appui. Il doit être étroitement surveillé à l'école où les mauvaises attitudes sont le plus fréquentes, surtout à cause du surmenage dont nous avons parlé et aussi à cause du manque d'adaptation entre les sièges, les tables et la conformation de l'élève.

Celui-ci, de son côté, doit seconder par ses efforts les soins qui l'entourent. Il fera tout son possible pour éviter ces tendances à se mal tenir. Dans les premiers temps, il n'aura pas assez de force de volonté, mais le meilleur moyen de la développer sera l'exercice. Par un exercice bien compris, bien dirigé, adapté aux forces de l'enfant, on entraînera insensiblement les muscles à faire un effort de plus en plus considérable et finalement à corriger les mauvaises attitudes. Quand ce but aura été atteint, tout d'abord péniblement, puis de plus en plus aisément, le système musculaire réagira de mieux en mieux et le système nerveux, à son tour, stimulé par le travail du muscle, en ressentira l'influence. En sorte que les muscles se renforcent en même temps que la volonté se raffermit. Et cette influence de la volonté est énorme, capitale même, parce qu'une volonté faible n'a plus la force de commander à des muscles qui deviennent paresseux, se complaisent dans leur inaction et finissent par s'affaiblir et par réagir de plus en plus difficilement.

Tous ces moyens préventifs, que nous conseillons avant l'apparition d'une mauvaise attitude, trouvent encore leur indication quand la scoliose a fait son apparition. Le sujet, toujours faible, se tient difficilement et a tendance à reproduire la même attitude. La déviation est déjà formée et le médecin constate que l'enfant ne se redresse qu'en partie seulement quand il fait effort, et que sa déformation disparaît complètement dans la position horizontale ou dans la suspension verticale. C'est la scoliose bien déclarée, la déformation au deuxième degré, sur le point de s'immobiliser. Ici encore, la gymnastique est le traitement vraiment efficace. Ce ne sera plus un exercice général, mais une gymnastique médicale s'appliquant à développer certains muscles seulement. Devant une scoliose, même fût-elle réductible par la volonté du sujet, le premier soin doit être de mobiliser la colonne vertébrale, quel que soit le traitement consécutif. Les partisans les plus convaincus de l'immobilisation par les appareils ne font pas autre chose au moyen de la suspension qu'ils emploient pour la pose de l'appareil.

Nous savons que, quoiqu'il n'y ait pas encore déformation osseuse vraie, il existe tout de même une certaine habitude du rachis, un degré de rétraction qu'il faudra vaincre avant tout. Elle sera d'autant plus difficile à vaincre que la rétraction des muscles sera doublée de celle des ligaments. Le meilleur moyen pour vaincre cette résistance est la suspension de Sayre.

Non pas, comme on l'emploie fréquemment, en passant des appuis sous les aisselles, mais avec une simple sangle qui prend ses points d'appui sous le menton et sous l'occiput, de façon à faire supporter à ces deux points tout le poids du corps qui fait extension. Cette extension forcée doit être courte dès le début et ne pas dépasser deux à trois minutes. On la prolongera insensiblement, parce que les malades s'y habituent très facilement.

Dans certains cas, on est obligé de soulager les malades par des appuis sous les aisselles ou bien encore d'employer l'extension sur le plan incliné; mais elle est moins efficace, et surtout beaucoup plus lente dans ses résultats.

Plus tard, quand la scoliose a atteint des déformations fixes, cette extension ne suffira même pas et on sera obligé d'avoir recours à la pression directe au niveau des déformations. En tout cas, une fois le rachis bien mobilisé, par quelque moyen que ce soit, il s'agit de le maintenir dans cette bonne position acquise, et c'est ici que le médecin devra employer toute sa sagacité pour la direction du traitement qui différera suivant les époques.

Dans les scolioses au début, avec de mauvaises attitudes passagères, de même que dans les scolioses du deuxième degré, au cas seulement où le malade peut corriger son maintien par sa seule volonté ou par des manœuvres douces, le traitement par excellence, le seul vraiment efficace, sera la gymnastique. Ce sera un exercice général, ayant pour but de fortifier l'ensemble de l'organisme, mais ce sera surtout un exercice local s'adressant exclusivement aux muscles affaiblis.

Ces exercices seront d'abord passifs, c'est-à-dire composés de mouvements provoqués par un aide, sans que l'activité du sujet intervienne. Ils ont l'avantage de ne pas trop fatiguer le malade, tout en excitant la contractilité musculaire depuis longtemps endormie et en donnant un coup de fouet au système nerveux pour le tirer de sa torpeur. Ils sont les préparateurs aux mouvements actifs qui seront commencés quand les muscles auront été déjà entraînés, qu'ils auront appris à se contracter. Le massage occupera la première place parmi les mouvements passifs.

Quant aux mouvements actifs, ils seront exécutés par le malade lui-même, sans l'aide mais sous la surveillance du médecin.

Ce sont de grands mouvements de bras, de jambe, des mouvements de correction à l'échelle orthopédique, à la barre de Lorenz, de grands mouvements d'extension et de flexion du tronc, les exercices de la ceinture norwégienne ou de la toise, pour favoriser l'extension du rachis. Tous ces mouvements seront toujours accompagnés d'une respiration lente et profonde.

Pour chaque déformation en particulier, il

est impossible, dans ce petit chapitre, d'entrer dans les détails. Les mouvements varient à l'infini, et, ce qu'il importe surtout, c'est de les appliquer avec un grand discernement, insensiblement, sans jamais arriver à la fatigue. Ils doivent être régulièrement progressifs, tous les jours ou tous les deux jours. En même temps, l'enfant s'appliquera à suivre les conseils déjà donnés, un régime tonique, en évitant d'autre part le surmenage intellectuel et physique. Il aura des moments de repos pendant la journée, surtout après sa gymnastique, et autant que possible sur un lit dur, horizontal et sans oreiller.

Nous avons parlé du massage comme mode de traitement à associer aux mouvements actifs et passifs. Il est un autre agent très puissant pour rendre leur contractilité aux muscles : c'est l'électricité qui, n'ayant pas ici autant de vogue que le massage, n'en donne pas moins, dans certains cas, des résultats beaucoup plus intenses et plus rapides. Ce sont peut-être des cas spéciaux où il faudrait voir une action réflexe sur les centres trophiques médullaires, ce qui expliquerait l'inefficacité relative du massage et le succès de l'électricité. C'est un procédé qui a en outre l'avantage de fixer le médecin sur l'état des muscles au moyen des réactions électriques.

On emploie les deux courants galvanique et faradique, en usant de ce dernier avec beaucoup de prudence, parce que les muscles malades se fatiguent rapidement sous son influence. La galvanisation sera descendante, le pôle positif placé sur le trajet de la moelle, au niveau du centre trophique correspondant au groupe musculaire malade, le pôle négatif placé au point d'élection du muscle. Elle sera donnée à une intensité moyenne de 6 à 12 milliampères et pendant une durée de 10 à 12 minutes. Immédiatement après, la faradisation sera très courte, une à deux minutes dès le début, pour arriver insensiblement à cinq ou six minutes au plus, et toujours avec la bobine à gros fil, en employant des intermittences lentes. Nous signalons ici, comme intéressante au point de vue pratique, l'influence de l'électricité sur le massage. Nous avons remarqué qu'il est avantageux pour un massage d'être fait immédiatement après une séance d'électrisation. Nous conseillons donc cette pratique quand les deux agents doivent être employés simultanément.

* * *

En résumé, exercices actifs et passifs avec massage et électricité, tel sera le traitement de la scoliose, quand la déformation sera facilement réductible et maintenue, c'est-à-dire quand l'individu pourra par ses seules forces maintenir la colonne vertébrale dans la bonne position.

Mais si les déformations sont fixes, ou bien si le redressement nécessite une force extérieure puissante, telle que la compression ou les pressions, et que l'individu soit incapable de maintenir ce redressement ainsi obtenu, il ne suffira plus de tonifier les muscles par le traitement indiqué, mais il faudra en outre les soutenir, leur donner des tuteurs. Puisqu'ils ne peuvent plus soutenir le rachis, il faudra traiter ce dernier comme une tige flexible qui n'est pas capable de rester droite par elle-même. C'est le moment de faire intervenir les corsets. Mais ces corsets devront être employés comme tuteurs et non comme le veulent certains orthopédistes, qui les emploient comme redresseurs. Jamais corset n'a redressé de scoliose; son but est d'empêcher une scoliose redressée de reprendre sa mauvaise attitude. En même temps, les exercices devront être toujours exécutés, mais après chaque séance le corset tuteur sera replacé jusqu'à la séance suivante. Dans l'intervalle des séances de gymnastique, le repos, que nous avons déjà recommandé, sera plus longuement nécessaire.

Quand les scolioses sont rigides, qu'il est impossible d'obtenir le plus petit redressement, le corset sera encore utile comme tuteur.

* * *

En résumé, une scoliose que l'individu pourra redresser par sa seule volonté sera traitée avantageusement par la gymnastique médicale aidée du massage et de l'électricité. Quand la scoliose sera rigide, elle sera avant tout assouplie si c'est possible; et si, une fois assouplie, le malade ne peut pas la maintenir redressée, il faudra ajouter à la gymnastique toujours indispensable le port de corsets tuteurs et le repos horizontal.

LE LAVEMENT ÉLECTRIQUE

Indications et Contre-indications[1]

Par **A. ZIMMERN**

Et tout d'abord, le lavement électrique *est-il dangereux?* S'il faut en croire certains auteurs, il ne serait pas toujours d'une innocuité parfaite.

« Lorsqu'un moyen thérapeutique, comme le lavement électrique, écrivait Prengrueber, est assez énergique pour être efficace, il est presque forcément dangereux. » Et cet auteur s'appuie sur une observation où, d'après lui, la mort aurait été le résultat de l'application électrique[2].

« Il s'agissait d'un malade de cinquante ans, avec lésion probablement cancéreuse ayant déterminé une obstruction intestinale. On fit pénétrer dans l'intestin un litre d'abord, puis un autre litre d'eau salée, sans difficulté... Le malade succomba, deux heures après le lavement, à une péritonite suraiguë. Mais l'introduction de l'eau dans le rectum avait présenté cette anomalie que le contenu de plusieurs irrigateurs avait pu être introduit sans provoquer de contractions intestinales. La sonde fut retirée, et non seulement il n'y eut pas de débâcle, mais le malade ne rendit même pas l'eau salée. »

L'autopsie ne put être faite, mais Prengrueber pensa pouvoir expliquer la mort par une rupture de la paroi intestinale déjà amincie par la présence du néoplasme, et celle-ci aurait fini par céder sous la tension du liquide injecté, ou même seulement par la pression de la canule.

Ce n'est là cependant qu'une hypothèse toute gratuite, et rien n'empêche de supposer, à l'encontre de Prengrueber, que la perforation existait déjà avant l'électrisation.

Larat rappelle, dans son *Traité*, que Périer lui aurait affirmé avoir trouvé, à l'autopsie d'un malade de son service électrisé par Boudet de Pâris, des plaques gangreneuses sur la muqueuse intestinale. Mais Larat fait remarquer, avec juste raison, que cet accident ne saurait être imputé à l'électrisation, attendu que l'énorme surface de l'électrode intestinale, représentée par l'eau salée, suffit à garantir la muqueuse contre l'action chimique du courant, et empêche par conséquent toute mortification.

1. Voir *Presse médicale* du 5 Juillet 1902, p. 642.
2. Prengrueber. — *Bulletin médical*, 1888.

L'innocuité du lavement est également suspecte à Chaput[1], qui estime que « d'autres accidents que l'on a mis sur le compte de la laparotomie sont dus à l'électricité, celle-ci n'ayant servi qu'à retarder la seule intervention véritablement indiquée. » Ce jugement a pu paraître quelque peu absolu, car, d'après Hérard[2], « il y a, dans ces paroles, une exagération manifeste en même temps qu'une interprétation partiale des faits, et on peut regretter que l'auteur, dans l'observation qu'il rapporte d'une occlusion produite par une accumulation de noyaux de cerises, n'ait pas eu recours à l'électricité, qui, nous en sommes persuadés, eût réussi à débarrasser l'intestin, au lieu de faire courir à son malade les périls d'une double opération: la laparotomie et l'anus contre nature. »

Il est certain que, bien administré, selon les règles, le lavement électrique ne présente aucun danger. Mais, comme le disait Boudet, il en est de ce moyen comme de beaucoup d'autres : il faut savoir s'en servir, et l'électricien doit savoir manier le courant, comme le chirurgien son bistouri.

On connaît l'histoire de ce praticien qui, voulant administrer un lavement électrique, et n'ayant pas de sonde rectale sous la main, choisit dans sa trousse une sonde de femme en métal et la poussa dans le rectum. L'apparition d'une large ulcération anale lui démontra, trop tard il est vrai, la nécessité d'un isolement parfait et intégral de la sonde sur toute sa longueur, ce qui est l'A. B. C. du lavement électrique.

De même, il faut être prévenu qu'une mauvaise introduction de l'instrument peut provoquer l'escarrification de l'ampoule rectale; qu'une injection trop rapide, ou faite sous pression exagérée, risque de produire une rupture de l'intestin; que l'on peut amener une syncope en élevant trop brusquement l'intensité du courant, etc. Mais ce sont là des fautes de technique, des maladresses qui ne peuvent pas, qui ne doivent pas se produire.

Notons enfin qu'on exposerait inévitablement son malade à des accidents sérieux, si l'on appliquait le lavement en dépit de toute contre-indication, ou si, après plusieurs échecs, on s'obstinait sans raison à y revenir à plusieurs reprises.

* * *

Indications. — Ceci nous amène à rechercher dans quels cas il convient d'ordonner le lavement électrique.

Le sujet a son importance, tant pour le médecin de famille que pour le chirurgien consulté sur les chances d'une intervention, tant aussi pour l'électricien, dont ici tout particulièrement le rôle consiste moins à faire jouer des manettes qu'à juger de l'opportunité de son concours.

Théoriquement, il serait facile d'établir des indications précises en se basant sur les données de l'étiologie. Ainsi l'on pourrait écrire que le lavement est particulièrement indiqué dans les obstructions stercorales pures, et qu'au contraire il ne saurait être d'aucune utilité dans les obstructions par étranglement.

Mais, en fait, cette schématisation n'est pas réalisable, parce que jamais, dans la pratique, le diagnostic étiologique ne s'impose d'une façon rigoureuse. Dans l'immense majorité des cas, lorsqu'on se trouve en présence du syndrome occlusion intestinale et qu'on essaie de découvrir son origine, de deux choses l'une : ou bien la notion étiologique se trouve entourée d'une obscurité complète et le diagnostic causal est tout à fait impossible; ou bien, alors même qu'on aura d'excellentes raisons pour invoquer une étiologie déterminée, on ne pourra jamais en déduire qu'un diagnostic de probabilité, tant sont communes les causes d'erreur, tant est décevante l'allure cli-

1. Chaput. — « Considérations sur le traitement de l'occlusion intestinale ».
2. Hérard. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1889.

nique de chacune des variétés d'occlusion, tant sont fréquentes les surprises d'autopsie.

Envisageons donc le problème sous cette face, et, cherchant à rester strictement sur le terrain de la clinique, examinons quelle doit être la conduite à tenir :

1° Lorsque le diagnostic causal est impossible;

2° Lorsqu'on a pu établir un diagnostic de probabilité.

I. Le diagnostic causal est impossible. — *a*) *Forme aiguë.* — La succession des symptômes a montré qu'on est en présence d'une occlusion aiguë : début brusque et brutal, arrêt subit et total des matières et des gaz, ensuite période d'état, remarquable par l'intensité rapidement progressive de ses symptômes généraux, ses vomissements simples ou bilieux. Ici la marche à suivre est bien définie, et les préceptes suivants, que nous empruntons à Routier [1], la résument de la façon la plus nette.

On doit recourir successivement, et sans perdre de temps :

1° Au lavement électrique;

2° En cas d'échec, à la laparotomie avec recherche de l'obstacle;

3° En cas d'insuccès, à l'anus contre nature.

Malheureusement, dans la pratique, ce n'est trop souvent qu'après avoir épuisé toute la série des moyens médicaux (purgatifs, opium, lavements, entéroclyse), qu'on songe à l'électricité. D'autres fois, on s'en laisse imposer par le facies, le pouls, la température, qui ont pu conserver une apparence normale... et l'on attend. Plus souvent encore, on diffère l'électrisation jusqu'à ce que le vomissement fécaloïde entre en scène et vienne confirmer le diagnostic : procédé déplorable qui peut coûter la vie au malade, car le vomissement fécaloïde est presque toujours tardif et ne survient qu'à une période déjà avancée, alors que la situation est devenue grave et le pronostic sévère. Or, si l'on veut bien se rappeler que la durée de l'occlusion aiguë ne dépasse jamais six jours, que la moyenne est de trois à quatre jours, et si l'on défalque de cette durée toutes les heures qu'on a perdues à éprouver les moyens médicaux ou à attendre le vomissement fécaloïde, on se rend aisément compte des mauvaises conditions auxquelles, par le peu de temps qu'on leur laisse, se trouvent réduits l'électricien tout comme le chirurgien.

L'indication principale est donc *d'agir vite*, avec précipitation même, et d'interroger de suite le lavement électrique.

En quelques heures, celui-ci doit avoir fourni sa réponse.

Un premier lavement sera donné sur-le-champ. Un second à trois ou quatre heures de distance. Si aucun d'eux n'a amené l'émission de quelques gaz ou de quelques matières, l'épreuve devra être considérée comme négative, il n'y aura plus lieu de la renouveler, et l'on passera immédiatement la main au chirurgien. Toutefois, une troisième et dernière tentative sera encore acceptable, tandis que ce dernier préparera ses instruments, dans quelques cas non absolument aigus, ou dans ceux pour lesquels on aurait été appelé tout à fait au début des accidents.

Mais jamais, sous aucun prétexte, ce chiffre de trois séances ne devra être dépassé. Un électricien avisé et prudent doit savoir, en cas d'échec, s'arrêter à temps, afin de pas risquer de compromettre, par une insistance hors de propos, la réussite de l'opération sanglante. Ce n'est que si l'une des deux premières applications a amené l'émission de quelques matières ou de quelques gaz que l'électrisation pourra, sans hésitation aucune, être répétée jusqu'à la débâcle, et celle-ci, dans la généralité des cas, si elle doit se produire, ne se fera pas attendre au delà de la troisième ou quatrième séance.

1. Routier. — *Semaine médicale*, 1887.

Appliqué judicieusement, avec la rapidité voulue et sans obstination, le lavement électrique ne présente, du reste, au point de vue d'une intervention chirurgicale ultérieure, aucun inconvénient, et ne modifie en rien les conditions opératoires. Et plus l'électrisation aura été faite de bonne heure, moins l'opération, si elle est devenue nécessaire, offrira d'aléas.

b) *Forme chronique.* — Voici maintenant un cas d'occlusion chronique.

Il y a eu pendant un certain temps des accidents prémonitoires de durée variable, une constipation tenace ou entrecoupée de débâcles, des coliques, du ballonnement. L'arrêt stercoral est moins complet, l'intoxication apparaît moins profonde que dans la stercorémie aiguë. Ici la précipitation est inutile. On aura raison d'avoir recours tout d'abord aux moyens médicaux (lavements huileux, entéroclyse, etc.), et ce n'est qu'en cas d'insuccès qu'on s'adressera à l'electrisation.

Employés successivement ou même combinés, le lavement électrique et les moyens médicaux suffiront, dans un bon nombre de cas, à libérer l'intestin.

On peut, dans ces formes chroniques, pousser sans crainte jusqu'à trois séances, afin d'obtenir de l'électricité une réponse décisive. Trois séances faites à sept heures d'intervalle demandent environ vingt-quatre heures : si bien qu'en vingt-quatre heures le lavement peut être jugé, et l'on aura de la sorte, en cas d'échec, tout le temps voulu pour aller à la recherche de l'obstacle.

II. On a pu établir un diagnostic de probabilité. — On peut dire, d'une façon générale, que, lorsque l'on aura pu établir un diagnostic de probabilité, l'indication d'appliquer le lavement électrique, ou tout au moins de l'essayer, subsiste presque toujours. Toutefois, *la nature de la lésion causale présumée influe* dans une certaine mesure sur la conduite à tenir et décide de l'importance à accorder au traitement électrique dans la thérapeutique de l'occlusion.

a) Envisageons d'abord les *cas aigus*.

Le plus souvent, il s'agit d'un étranglement de l'intestin, soit par bride, hernie interne, volvulus ou coudure, si le sujet est un adulte; soit par invagination, si le sujet est un enfant au-dessous de quatre ans.

En ce qui concerne la conduite à tenir chez l'adulte, les avis diffèrent. Les uns se basant sur ce fait que l'électricité est généralement impuissante dans les cas précités, qu'elle n'a aucune chance de supprimer des lésions anatomiques comme la bride, d'amener un volvulus à se détordre, jugent inutile de s'attarder à mettre en œuvre l'électrisation.

Ainsi Courtois-Suffit, dans le *Traité de médecine*, impose la laparotomie « toutes les fois qu'on a affaire à un étranglement, soit par bride, soit par invagination, soit par torsion de l'intestin ». Les autres, considérant au contraire qu'il s'agit parfois d'étranglements peu serrés ou de volvulus peu tordus sans *adhérences* encore, dont le nœud peut, selon toutes probabilités, se défaire sous l'influence des contractions intestinales, n'admettent pas que, pour ces motifs, l'on puisse renoncer au lavement électrique.

Si l'on adoptait cette dernière manière de voir, il serait indiqué dans le cas de diagnostic probable de volvulus, de bride, etc., d'agir très rapidement et de se contenter d'une ou deux applications faites uniquement à *titre d'épreuve*.

La conduite à tenir *dans l'invagination aiguë* mérite de nous arrêter un instant.

Un enfant de quatre, cinq ou six mois présente tout à coup des selles muco-sanglantes, des vomissements : ses cris accusent des coliques intenses, croissantes, et du ténesme. Peu ou pas de constipation, qui est remplacée d'ordinaire par une diarrhée parfois très abondante, exclusivement liquide, et teintée de sang, pouvant même, vers la fin, ne consister qu'en mucus et sang pur. Le ballonnement du ventre, peu marqué, permet de sentir une tumeur allongée, peu mobile, siégeant dans la moitié droite de l'abdomen; la fosse iliaque est affaissée et facilement dépressible; l'évolution a été rapide. Le diagnostic n'est pas douteux : il s'agit d'invagination aiguë. Faut-il instituer le traitement électrique? Y a-t-il quelque chance d'obtenir par lui le désengaînement de l'intestin? Nous rappellerons à ce propos les observations déjà anciennes de Bucquoy, démontrant nettement que l'électrisation intestinale est fort bien supportée par les jeunes enfants, et qu'elle n'entraîne chez eux aucune conséquence fâcheuse.

D'après Forgue et Castan, il est rationnel d'admettre qu'on puisse, par l'électricité, provoquer l'intestin à se désinvaginer.

Larat (communication orale) nous a rapporté l'observation d'une fillette d'un confrère âgée de trois ans et demi, chez laquelle le diagnostic d'invagination aiguë paraissait aussi précis que possible : début brusque des accidents, sensation de boudin allongé dans la fosse iliaque, état général grave. Le lavement électrique administré quelques heures après le début des accidents, détermina, lors d'une première séance, une garde-robe copieuse et une détente marquée de l'état général. Une seconde intervention amenait la débâcle avec la guérison complète et définitive, l'invagination ayant disparu sans laisser aucune trace.

Il semble donc que le lavement électrique constitue une ressource précieuse dans l'invagination lorsqu'on est appelé dans les vingt-quatre heures qui suivent le début des accidents. En est-il de même plus tard lorsque l'accolement des séreuses est déjà assez résistant? C'est là un point qu'il est difficile de trancher actuellement.

De toute façon, il ne faudra pas prolonger la tentative au delà d'une journée, et si les moyens médicaux simples et le lavement échouent, la laparotomie s'imposera dès la fin du deuxième our.

Il y a pourtant lieu de se demander s'il est raisonnable d'abandonner dans le ventre un organe dont le sphacèle est possible, et si l'on peut compter avec une certitude suffisante sur la réduction de l'intestin à la suite du lavement électrique. La question ne vaudrait même pas la peine d'être posée si l'on n'avait pas à redouter l'issue d'une intervention chirurgicale dont toutes les statistiques dénoncent l'extrême gravité.

On n'oubliera pas enfin que la forme aiguë de l'occlusion n'est pas seulement représentée par les lésions anatomiques précédentes, mais qu'elle constitue parfois aussi l'apanage des obstructions stercorales, des corps étrangers, du spasme, qu'elle peut être un épisode dans l'évolution du rétrécissement et du cancer et que dans beaucoup de ces cas, le lavement électrique aura rapidement raison des accidents.

b) Parmi les *formes chroniques* de l'occlusion, le *rétrécissement cicatriciel* est en tous points justiciable du traitement électrique; on n'hésitera donc pas à appliquer le lavement lorsqu'on se trouvera en présence d'une occlusion chez un sujet jeune ayant eu manifestement une atteinte antérieure de tuberculose intestinale, de dysenterie ou de fièvre typhoïde.

Presque toujours le résultat sera favorable, car dans cette variété de rétrécissement les phénomènes d'occlusion paraissent tenir moins à la sténose elle-même qu'à l'*accumulation des matières fécales qu'elle favorise*.

Lorsque l'occlusion est due à une *compression* par une tumeur de voisinage (tumeurs abdominales utérines ou ovariques assez souvent faciles à reconnaître par le palper bi-manuel et le toucher vaginal) ou à un *rétrécissement cancéreux* (ce que l'on est en droit de soupçonner lorsqu'on est appelé auprès d'un sujet de quarante à cinquante ans, présentant depuis plusieurs mois des selles diarrhéiques sanglantes, des matières laminées, un amaigrissement marqué et des signes physiques

nettement localisés au niveau de l'angle du côlon), l'application du lavement électrique peut être ou nécessaire ou seulement utile.

Nécessaire, lorsque l'opération radicale se trouve impossible, contre-indiquée ou refusée, et que l'obstruction ne cède plus aux moyens médicaux ordinaires.

Utile, lorsque l'opération ayant été acceptée, on voudra, par une évacuation préalable, se mettre autant que possible à l'abri des chances d'infection auxquelles on s'expose en ouvrant un intestin rempli de matières en fermentation.

Utile encore, lorsqu'on aura l'espoir de diminuer par d'abondantes évacuations l'intensité de la stercorémie, et rendre ainsi possible une intervention, que l'état précaire du malade n'eût pas permis d'entreprendre.

Dans les occlusions de ce genre, tantôt le lavement réussit à désobstruer l'intestin, tantôt il reste impuissant, sans qu'on puisse, la plupart du temps, en fournir la raison.

D'où il résulte que, dans les occlusions par cancer ou compression extérieure, le lavement électrique ne peut évidemment être regardé que comme *moyen palliatif*.

Mais il n'en est pas de même dans les formes d'obstruction qui vont suivre et pour lesquelles le lavement peut être considéré comme le traitement de choix.

Nous voulons parler des obstructions par masses fécales et des pseudo-étranglements[1]. Les résultats qu'on y a obtenus s'y sont montrés suffisamment constants et semblables pour que, dans ces différentes formes, le lavement puisse prétendre à la valeur d'un *traitement curatif*.

Les *obstructions stercorales pures* se rencontrent chez les aliénés, les hystériques, les paralytiques généraux, les paraplégiques, et très fréquemment chez les vieux constipés qui offrent à cette forme d'occlusion le plus fort contingent. Chez eux un écart de régime suffit à faire d'une constipation permanente une obstruction véritable, qui cesse d'obéir au purgatif auquel elle cédait auparavant. Chez ces malades, l'intestin distendu d'une façon habituelle, finit par se fatiguer. Il n'y a tout d'abord qu'un peu de parésie qui est la cause d'évacuations irrégulières, puis, l'accumulation de matières augmentant de jour en jour, il arrive un moment où l'intestin, épuisé par cette distension excessive, se paralyse totalement.

Il n'y a d'ordinaire que peu de signes d'obstruction : les vomissements sont tardifs et peu souvent fécaloïdes, les douleurs minimes; ce n'est que plus tard que la douleur augmente et se localise. L'arrêt des matières peut n'être pas absolu, car des matières semi-liquides venues de haut peuvent filtrer entre la paroi intestinale et le bouchon fécal, ou bien l'intestin irrité sécrète abondamment des matières glaireuses, qui s'échappent sans désagréger le bloc fécal et donnent l'illusion de la diarrhée (Jalaguier).

Dans ces obstructions stercorales, le pronostic immédiat est en général relativement peu sévère, et l'on a tout le temps pour instituer le lavement électrique d'une façon méthodique.

On commencera d'abord par administrer l'huile de ricin par cuillerées à café d'heure en heure (Jalaguier); mais il faut savoir user prudemment du purgatif et ne pas en abuser. Il est même préférable de recourir d'emblée aux lavements purgatifs, aux lavements huileux, ou à l'entéroclyse.

En cas d'échec le lavement électrique reste, comme le dit Lejars, le traitement héroïque de ce genre d'accidents, et on aura tout le temps de multiplier les séances, car rien ne presse[2] !

Le lavement électrique est ici d'une façon indiscutable le meilleur procédé pour rétablir le cours des matières et rendre à l'intestin sa contractilité.

1. Le lavement électrique convient également dans certains cas d'obstruction par corps étrangers, calculs biliaires, entérolithes.

2. Lejars. — Chirurgie d'urgence.

Sont encore justiciables du lavement électrique la plupart de ces formes d'occlusion que les auteurs rangent dans la catégorie des *pseudo-étranglements* (Duchaussoy, Henriot) ou rétrécissements sans lésions matérielles et qu'on observe :

a) A la suite de certaines contusions de l'abdomen, des entérites aiguës, coliques néphrétiques ou hépatiques.

b) A la suite des grandes opérations abdominales, de la laparotomie, de l'hystérectomie, occlusions post-opératoires qui se traduisent par vomissements, état bilieux, état général grave et où les purgatifs sont sans action et presque toujours vomis.

c) Dans certaines péritonites chroniques qui ne se traduisent cliniquement que par des signes d'occlusion. (Dans la péritonite tuberculeuse, en particulier, l'emploi de ce moyen a parfois été très utile.)

d) Dans certains états morbides presque inexplicables où l'on ne peut invoquer que l'étiologie *a frigore* : « L'entérite causée par l'exposition au froid lorsque les organes sont surpris en pleine activité fonctionnelle donne lieu plus souvent qu'on ne croit, dit Jalaguier, à ces accidents si embarrassants dans la pratique et d'une pathogénie si obscure ».

Tous ces pseudo-étranglements paraissent avoir pour substratum la paralysie réflexe de l'intestin et à ce titre le lavement électrique est tout à fait indiqué pour en amener la libération et réveiller la contractilité affaiblie de sa musculature. Dans l'immense majorité des cas, il triomphera des accidents et, convenablement appliqué, il dispensera le malade de l'intervention chirurgicale, ou mieux encore, d'une laparotomie itérative. Pourtant nous avouerons volontiers que la règle a ses exceptions, et que de temps en temps, on rencontre certains iléus paralytiques qui résistent à l'électrisation. Mais néanmoins, dans les formes purement stercorales et paralytiques de l'occlusion, le lavement électrique occupe au point de vue thérapeutique, la première place. La chirurgie passe ici au second plan, et ce n'est qu'après trois ou quatre tentatives notoirement infructueuses que devant l'aggravation de l'état général, on serait en droit de proposer l'intervention.

Ajoutons que dans les cas heureux le traitement électrique n'est pas terminé dès lors qu'on aura obtenu la débâcle. Il y a en effet intérêt à poursuivre l'électrisation pendant un certain temps, soit sous forme de lavements, soit sous une autre forme[1], dans le but de rendre à l'intestin un regain de tonicité.

***

Contre-indications. — Un certain nombre de contre-indications viennent restreindre le champ d'action du lavement électrique.

Pour quelques auteurs la *péritonite* en serait la principale. Mais l'observation semble avoir montré que cette complication ne modifie en rien l'innocuité du lavement. Il se pourrait même, ainsi qu'on l'a prétendu, que des applications suffisamment précoces soient capables, dans une certaine mesure, d'enrayer la marche de la péritonite ou tout au moins d'en atténuer les symptômes.

Renoncer au lavement électrique toutes les fois que des phénomènes de péritonite viennent compliquer la scène, équivaudrait du reste à rayer le lavement de la thérapeutique de l'occlusion intestinale car les phénomènes péritonéaux font, pour ainsi dire, partie intégrante du syndrome occlusion. Si cependant les phénomènes péritonéaux se présentaient avec une intensité anormale, il serait de toute prudence de n'employer le lavement qu'avec des intensités relativement modérées.

Toute différente, bien entendu, est la situation quand il s'agit de *péritonite par perforation*. Tantôt cette complication s'annonce nettement par une exagération du collapsus, une distension plus marquée et plus uniforme de l'abdomen, des crises de hoquet, tantôt elle se signale uniquement par une aggravation plus ou moins marquée dans l'état général, et ne peut être que soupçonnée. Dans l'un et l'autre cas, le lavement électrique est contre-indiqué; dans les cas avérés comme dans les cas douteux, il n'y a qu'une seule thérapeutique : la laparotomie immédiate.

1. Courants percutanés interrompus ou ondulés.

L'imminence de la perforation, c'est-à-dire la *gangrène* de la paroi intestinale, constitue encore une contre-indication essentielle, mais elle aussi pourra bien souvent n'être que soupçonnée. Le signe de Von Wahl, a-t-on dit, donne à cet égard, dans le volvulus, un renseignement des plus précieux. En effet, lorsque la palpation attentive révèle une anse intestinale distendue, résistante, fixe, et ne présentant aucun mouvement péristaltique, on peut « affirmer que le danger de gangrène est aussi imminent que dans une hernie étranglée, et que seulement une prompte intervention peut sauver le malade » (Comte).

Malheureusement, ce signe est fugitif et s'efface rapidement devant le météorisme généralisé, signe de la péritonite qui vient compliquer l'occlusion, aussi les auteurs ne l'ont-ils que très rarement observé. Il convient cependant de le rechercher avec soin si l'on est appelé au début des accidents.

On sait que le syndrome occlusion se rencontre parfois dans l'*appendicite*. La constatation des symptômes révélant la lésion appendiculaire devra alors suffire pour faire rejeter l'intervention électrique. Nous ne saurions assez insister sur cette contre-indication qui doit s'étendre jusqu'aux formes les plus bénignes de l'appendicite, et s'*impose alors même que le diagnostic serait hésitant*.

L'*asthénie cardiaque* résultant, soit de lésions aiguës du cœur, soit du retentissement de la lésion abdominale sur la circulation générale, et se traduisant par la faiblesse de la contraction cardiaque et la tendance à la syncope, constitue encore une contre-indication des plus importantes. Si, après une ou deux séances, on notait que le pouls est devenu misérable, précipité, intermittent, il faudrait s'en tenir là, car toute nouvelle intervention pourrait avoir des conséquences funestes.

Ajoutons enfin que le lavement cesse d'être indiqué lorsque les malades sont *trop affaiblis* par les manœuvres qu'on leur a fait subir ou que le collapsus extrême, l'arrêt des vomissements, le hoquet persistant, la disparition inopinée de la douleur, indices de l'intensité de la stercorémie et de l'anéantissement de l'organisme, annoncent la phase ultime. Il est alors trop tard pour intervenir utilement.

***

Nous terminerons cet exposé par une courte remarque.

Dans l'occlusion intestinale, disent les traités classiques, s'*abstenir du purgatif*. Telle est en effet l'opinion des cliniciens les plus expérimentés qui regardent le purgatif comme inefficace et constamment dangereux; inefficace, car il n'amène presque jamais la débâcle; dangereux, parce qu'il a pour effet d'augmenter les contractions de l'intestin sur l'agent d'étranglement, et d'exagérer ainsi les souffrances des malades dont il diminue la résistance et hâte la terminaison fatale. Ce n'est guère que dans les formes chroniques qu'on autorise le purgatif, et encore à la condition qu'il ne sera pas renouvelé en cas d'échec, que l'on n'en usera que comme purgatif « d'exploration ! »

Mais bien souvent on ne se soumet pas à ces sages recommandations, et il n'est que trop fréquent de voir administrer, dès les premiers accidents d'occlusion, les purgatifs les plus variés. Quand l'un d'eux n'a pas amené de résultat, on

fait l'essai d'un autre avec un meilleur espoir de réussite, puis d'un autre encore, etc.

Or cette manière d'agir crée pour l'électricien, appelé à intervenir dans la suite, des conditions opératoires tout à fait défavorables, car l'intestin, surmené, épuisé par des purgatifs répétés, *se trouve atteint dans son excitabilité*, et devient à la longue incapable de réagir utilement à l'excitation électrique.

QUATRIÈME CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Rome du 15 au 21 Septembre 1902[1].

Le traitement du cancer de l'utérus.

M. JONNESCO (de Bucarest), **rapporteur**. Avant de faire la critique des diverses méthodes opératoires en montrant leur efficacité et leurs indications, je m'arrêterai tout d'abord sur quelques considérations au point de vue de l'extension du cancer utérin : locale, régionale et lointaine (ganglionnaire, viscérale), et sur les récidives après opération.

L'extension du cancer utérin. — Il y a une différence indiscutable à ce point de vue entre le cancer du corps et celui du col de l'utérus. *Le cancer du corps* est certainement le plus bénin; il a peu de tendance à l'extériorisation ainsi qu'à la récidive post-opératoire. Toutes les statistiques le prouvent; mais c'est une forme relativement rare.

Le cancer du col, au contraire, a une grande tendance à l'extension rapide, soit locale, vers le corps de l'utérus, soit régionale, vers le paramètre et les viscères voisins : vessie, rectum, soit lointaine, dans les ganglions lymphatiques proximaux ou distaux, ou dans les viscères éloignés (métastase par voie sanguine). Les récidives post-opératoires sont plus rapides et plus fréquentes. Suivant son siège initial, le cancer du col aurait plus ou moins de tendance à l'extension et à l'extériorisation. Ainsi le cancer de la *portion vaginale* a une marche moins rapide et une moindre tendance à l'extension locale ou régionale, mais une plus grande tendance à la récidive.

Le cancer de la *portion sus-vaginale* du col est un adéno-carcinome de nature très maligne; il envahit rapidement le corps de l'utérus, le tissu péri-utérin, la vessie, le rectum, mais il récidive moins souvent.

L'envahissement du paramètre a une grande importance pratique, car sur l'état du tissu cellulaire de la base des ligaments larges et des ligaments utéro-sacrés on peut préciser les indications opératoires et le choix de l'intervention.

L'extension paramétrique entraîne nécessairement *l'envahissement des organes voisins* soit par le processus néoplasique, soit par le processus inflammatoire amenant l'englobement d'un ou des deux uretères et l'adhérence de la vessie ou du rectum à l'utérus cancéreux.

Envahissement ganglionnaire. Le système lymphatique est la voie de propagation habituelle du cancer. Cette règle absolue est-elle applicable au cancer utérin? Et si cette extension se produit, à quelle époque du développement du cancer ce retentissement a-t-il lieu? Telle est la question à l'ordre du jour et qui doit déterminer le chirurgien dans le choix de son intervention. Il est incontestable que, dans les cancers étendus et anciens de l'utérus, l'envahissement des ganglions pelviens est la règle; mais cet envahissement se produit-il dès le début du cancer utérin ou seulement plus tard?

En se basant sur ses recherches, Wertheim pose les conclusions suivantes :

1° Dans un certain nombre de cas de cancer utérin, les ganglions régionaux sont pris relativement de bonne heure;

2° Dans les cancers, même au début, les ganglions peuvent être pris;

3° Souvent, on ne peut dire d'avance si les ganglions sont pris, et l'examen microscopique seul peut assurer la chose;

4° L'état du paramètre tel qu'on le constate par la palpation ne permet pas de déduire l'état des ganglions, ni même d'affirmer si les paramètres sont cancéreux ou non; car des paramètres épaissis peuvent être libres de cancer et les non infiltrés être cancéreux.

Voici, maintenant, les résultats de mes observations personnelles : j'ai pratiqué trente-huit fois l'extirpation de l'utérus cancéreux par la voie abdominale; j'ai toujours trouvé des ganglions appréciables au palper dans l'épaisseur du tissu conjonctif enlevé.

Les ganglions ont été étudiés par des coupes en série dans 13 cas. Dans 8 cas, les ganglions étaient cancéreux; dans les 5 autres, quoique l'hypertrophie fût souvent volumineuse, ils étaient indemnes. Donc, dans 61.5 pour 100 des cas, les ganglions étaient cancéreux.

Le volume des ganglions n'était pas en relation directe avec leur état. Des ganglions volumineux n'étaient pas cancéreux, tandis que des petits ganglions à peine appréciables contenaient des éléments néoplasiques. Aussi, ni l'examen clinique pré-opératoire, ni la vue directe après l'ouverture de l'abdomen, ni même la palpation directe ne pouvaient fournir des indications utiles sur l'état des ganglions. Le microscope seul a pu le plus souvent déterminer l'état exact des ganglions.

En résumé, l'étude que nous venons de faire nous amène aux conclusions suivantes :

a) L'envahissement ganglionnaire est fréquent : 31,5 pour 100 des cas (Wertheim), 61,5 pour 100 (Jonnesco);

b) Les ganglions peuvent être pris même dans les cancers limités sans aucune infiltration du paramètre;

c) L'infiltration même cancéreuse du paramètre n'implique pas l'envahissement des ganglions par le néoplasme;

d) L'envahissement ganglionnaire peut être précédé par la thrombose cancéreuse des vaisseaux et espaces lymphatiques péri-utérins. Cette dernière peut exister sans infiltration paramétrique ni dégénérescence ganglionnaire;

e) Le volume des ganglions n'est pas en rapport direct avec leur envahissement par le néoplasme;

f) Il n'y a pas d'étapes régulières dans la marche de l'envahissement ganglionnaire : les ganglions distants peuvent être dégénérés, alors que les proximaux sont indemnes;

g) Le siège, l'étendue et la forme clinique du cancer du col n'ont aucun rapport direct avec l'envahissement des ganglions lymphatiques;

h) Vu l'incertitude dans laquelle on se trouve sur l'existence ou la non-existence d'une propagation paramétrique et ganglionnaire, tant cliniquement qu'après l'examen direct même, la seule intervention rationnelle dans le cancer opérable de l'utérus, c'est l'extirpation par la voie abdominale avec évidement complet lombo-pelvien.

Les récidives du cancer de l'utérus après les interventions opératoires s'observent très souvent. La connaissance exacte de leur fréquence, de leur nature et de leur siège est d'une grande importance, car elle permet d'en déduire la méthode opératoire par laquelle on peut espérer pouvoir les éviter.

Technique opératoire. — Voici quelle est ma technique opératoire, telle que je la pratique dans tous les cas, sans exception.

1° *Soins préparatoires.* — Pendant deux ou trois jours avant l'opération, le vagin est désinfecté deux fois par jour par des lavages abondants au permanganate de potasse et à l'eau oxygénée, et tamponné à la gaze iodoformée après chaque irrigation. Le jour de l'opération, et peu avant, on pratique le dernier lavage vaginal et on tamponne le vagin sans le distendre; en même temps on procède au nettoyage de la paroi abdominale par des lavages au savon de potasse stérilisé et à la brosse pendant dix bonnes minutes, puis on lave largement à l'alcool et au sublimé et on applique des compresses stérilisées de gaze sur le ventre, recouvertes de gutta-percha, le tout maintenu par un bandage de gaze destiné à être coupé et enlevé sur la table d'opération.

2° *Laparotomie* (se fait en position déclive).

Le péritoine ouvert, ses lèvres sont fixées par des petites pinces à dents spéciales à la peau de chaque côté, pour fermer chaque lèvre de la plaie de la paroi. Ensuite mon aide et moi, chacun de son côté, nous montons les pièces de mon écarteur; les valves fortement tirées de chaque côté sont fixées au support, produisant ainsi un écartement énorme des lèvres de la plaie abdominale et découvrant largement toute l'entrée du petit bassin, une grande partie des fosses iliaques et de la région lombaire médiane.

3° *Isolement des annexes, section des ligaments infundibulo-pelviens et ronds entre ligatures, section des ligaments larges.* — Le côlon pelvien est relevé et renversé avec la masse intestinale grêle vers le diaphragme; le champ opératoire est isolé parfaitement du reste de la cavité abdominale par de larges compresses de gaze stérilisées. Le fond de l'utérus est saisi dans les mors d'une grande pince courbe de Museux et attiré en haut et en avant par la main gauche de l'opérateur, pendant que de la main droite on cherche à libérer les annexes. Les annexes libérées, l'utérus se désenclave facilement. On confie à l'aide le Museux, qu'il attire à gauche et en haut, pendant que les doigts de la main gauche de l'opérateur saisissent le bord libre du ligament large droit, le soulèvent et le tirent en dedans, pour tendre le ligament infundibulo-pelvien de ce côté. L'aide, pendant qu'il tient le Museux de la main gauche, nous présente avec sa droite l'aiguille de Deschamps, qu'il a armée préalablement d'un catgut n° 0. L'aiguille est passée d'arrière en avant sous le pédicule vasculaire annexiel (utéro-ovarien) à travers les deux feuillets péritonéaux du ligament infundibulo-pelvien. Le premier fil est passé et noué le plus près possible des flancs du bassin. Un deuxième fil est passé de la même manière à 1 centimètre en dedans du premier et le ligament infundibulo-pelvien est sectionné entre ces deux ligatures à l'aide de ciseaux. On sectionne le feuillet antérieur du ligament large jusqu'au ligament rond du même côté. Celui-ci est sectionné également entre deux ligatures près de l'orifice interne du canal inguinal aussi loin que possible de l'utérus. L'incision du feuillet antérieur péritonéal est poursuivie en avant, jusqu'au niveau du cul-de-sac vésico-utérin, en dedans du bord correspondant de l'utérus. Le ligament large gauche se trouve ainsi largement ouvert en avant; il est détaché de ses connexions pelviennes latérales et antérieures, ainsi que les annexes. On exécute la même manœuvre du côté droit. Alors les ligaments, libérés de chaque côté, pendent à droite et à gauche de l'utérus avec les annexes qu'ils contiennent.

4° *Ligature des artères hypogastriques.* — A droite d'abord, après avoir sectionné le feuillet postérieur du ligament large le long des vaisseaux iliaques, on pénètre entre les deux feuillets du ligament, on décolle le péritoine pelvien le long des vaisseaux iliaques externes qu'on poursuit jusqu'à ce que le doigt touche la bifurcation de l'iliaque primitive. On dénude alors, avec la sonde cannelée, l'artère, et on l'isole de la veine sous-jacente; immédiatement au-dessus de la bifurcation de l'iliaque, on passe sous l'artère l'aiguille de Deschamps, munie d'un fil de catgut n° 1, pour la lier. La ligature de l'hypogastrique gauche présente quelques particularités à cause de ses rapports avec la racine du méso-côlon pelvien qui la croise.

5° *Décollement de la vessie.* — On incise aux ciseaux le pont péritonéal qui unit, devant l'utérus, les feuillets antérieurs des ligaments larges. Puis on sépare la vessie de la paroi vaginale antérieure, en la décollant d'arrière en avant. Facile dans la majorité des cas, ce décollement peut être rendu plus laborieux par des adhérences assez intimes des deux organes.

C'est sur les côtés qu'on rencontre quelquefois des difficultés, alors même qu'il n'y a pas d'infiltration paramétrique. Connaître ce détail, c'est l'éviter sûrement.

Le tablier péritonéal vésical est fixé à la peau et maintenu relevé par des pinces pendant toute la durée du décollement et pendant les temps suivants de l'opération.

6° *Dissection des uretères; libération et section entre deux ligatures des artères utérines.* — La recherche de l'uretère commence à son point de pénétration dans le pelvis, c'est-à-dire au niveau de la bifurcation des iliaques. On l'y trouve facilement le long des vaisseaux iliaques et collé au feuillet postérieur du ligament large; on le poursuit d'arrière en avant, l'isolant du tissu cellulaire voisin dans tout son parcours pelvien. L'isolement de l'uretère est toujours possible, car il n'adhère jamais réellement aux parois du tunnel conjonctif, il y glisse plutôt, et on trouve entre lui et les parois un plan de clivage qui permet l'isolement facile de l'organe. Après avoir décollé l'uretère de la paroi utéro-vaginale, on passe la sonde cannelée ou même le doigt indicateur de la main gauche sous le cordon formé par l'artère utérine, préalablement vu et isolé, on soulève l'artère et on la poursuit vers les flancs du pelvis; on la dénude sur presque tout son trajet avant de la lier. On place une double ligature au

---

1. Voy. *La Presse Médicale*, 1902, n° 76, p. 908; n° 77, p. 919; n° 78, p. 931, et n° 79, p. 942.

catgut n° 0 sur l'utérine, dont une près de son origine, et on la sectionne.

Alors l'uretère est libéré de partout et on poursuit sa dissection en avant jusqu'à sa pénétration dans la paroi vésicale, en le décollant peu à peu de la paroi vaginale latérale à laquelle il n'adhère ordinairement que très faiblement. On procède de la même manière du côté opposé et les deux uretères sont complètement isolés et traversent librement la cavité pelvienne. La dissection par trop complète de l'uretère et son complet isolement des tissus et organes voisins donne lieu assez souvent à des sphacèles plus ou moins tardifs; pour obvier à ces accidents, dont j'ai eu des exemples, j'ai cherché à lui laisser autant que possible par places une couverture péritonéale. Dans les cas où la blessure de l'uretère s'est produite pendant sa dissection, si la plaie était petite, je pratiquais la suture immédiate; si la section était presque totale ou totale, j'ai pratiqué dans un cas l'urétéro-cysto-néostomie avec succès, dans l'autre la ligature du bout supérieur et la néphrectomie secondaire qui fut faite également avec succès.

7° *Incision du Douglas; section des ligaments utéro-recto-sacrés; décollement utéro-vagino-rectal.* — L'aide tire l'utérus en haut et en avant par-dessus le pubis pour exposer le Douglas et tendre les ligaments utéro-recto-sacrés. Par une incision transversale on coupe le péritoine qui revêt le Douglas d'un ligament large à l'autre, ainsi que les ligaments utéro-sacrés. On libère aussi loin que possible la paroi vaginale postérieure du rectum. Cette dissection, qu'on doit pousser aussi loin que celle qu'on a pratiquée en avant entre la vessie et le vagin, peut donner lieu, très rarement il est vrai, à des blessures du rectum qu'on suturera immédiatement.

8° *Amputation du vagin.* — Le vagin, déjà disséqué en avant et en arrière sur une longue étendue, est libéré de la vessie et du rectum. On cherche à le libérer aussi sur les côtés en séparant ses bords des flancs pelviens, et cela en laissant du côté du vagin le plus de tissu cellulaire possible. Cette dissection est poussée jusqu'au plancher pelvien, c'est-à-dire aux muscles releveurs de l'anus. Le vagin une fois bien libéré de partout, on ferme le canal vaginal au-dessous de la lésion cancéreuse du col, et aussi loin que possible, avec une pince très recourbée et à longs mors.

Au-dessous de cette première pince, à 1 centimètre environ d'elle, on place de la même façon, et toujours de droite à gauche, une seconde pince qui produit à son tour une occlusion parfaite du vagin. Après s'être assuré que rien d'autre que le vagin n'a été serré dans les mors des deux pinces ainsi posées, on confie celles-ci à l'aide, qui les tient dans sa main droite en les attirant à lui et les écartant autant que possible sans tractions intempestives pour élargir ainsi l'espace compris entre les pinces. Alors l'opérateur, avec le bistouri, sectionne le pont vaginal intermédiaire aux pinces, de droite à gauche.

Une fois la section vaginale terminée, on enlève d'une seule pièce l'utérus, ses annexes et une grande partie du canal vaginal tenu fermé par la pince supérieure, ainsi qu'une grande partie du paramètre laissée adhérente à l'utérus et au vagin pendant la libération de ce dernier. De cette façon aucune parcelle cancéreuse, aucun élément septique n'a pu s'écouler du canal vaginal pendant la manœuvre de l'amputation du vagin.

Après avoir extirpé la masse utéro-vagino-annexielle, le restant du canal vaginal reste encore fermé du côté du pelvis par la seconde pince, l'inférieure, qui est laissée en place jusqu'à la fin des manœuvres pelviennes.

9° *Évidement ilio-lombo-pelvien; dissection et extirpation du tissu cellulaire du pelvis, des fosses iliaques et des lombes avec tous les vaisseaux et les ganglions lymphatiques qu'ils contiennent.* — Avant de décrire la manière de procéder à ce temps, le plus délicat et le plus important de l'opération, il est utile de rappeler la topographie exacte des vaisseaux et des ganglions lymphatiques de l'utérus.

Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques de l'utérus ont été surtout bien étudiés dans ce dernier temps par Poirier, Peiser (1898) et surtout par Marcille (Thèse de Paris, 1902).

Les lymphatiques du col émergent de chaque côté et se réunissent en deux pédicules : 1° le *pédicule postérieur* comprend deux à trois troncs qui se portent directement en dehors en passant en avant de l'uretère. Il se termine dans les ganglions moyens et supérieurs de la chaîne moyenne du groupe iliaque externe. Sur leur trajet, au niveau du croisement urétéral, on peut trouver un nodule ganglionnaire.

Marcille signale aussi l'existence d'un ganglion juxta-cervical et de petits ganglions au niveau du cul-de-sac du vagin.

2° Le *pédicule transversal* rétro- et sous-urétéral est formé de vaisseaux, qui se rendent les uns aux ganglions placés le long des troncs viscéraux de l'hypogastrique, dans la palmure que forme ces vaisseaux, les autres aux ganglions sacrés latéraux (en regard du deuxième trou sacré), après avoir cheminé le long du plancher musculaire du pelvis, sur les côtés du rectum et sur la face antérieure du sacrum; d'autres enfin vont aux ganglions du promontoire.

Les *lymphatiques du corps* forment trois pédicules : un *principal*, dont les vaisseaux, partis de la corne utérine, suivent les vaisseaux spermatiques internes et se jettent dans les ganglions juxta-aortiques, un peu au-dessous du hile du rein, et deux *pédicules accessoires* dont l'un va aux ganglions externes, l'autre aux ganglions inguinaux superficiels en suivant le ligament rond.

La *topographie des ganglions ilio-pelviens*, qui peuvent être tous pris dans le cancer de l'utérus, est très importante à connaître pour savoir les chercher. Cette étude a été admirablement faite par Marcille. Il distingue trois groupes ganglionnaires :

a) Le *groupe iliaque externe*, formant *trois chaînes* ganglionnaires autour des vaisseaux iliaques externes : une *externe* située le long du bord externe de l'artère (trois à quatre ganglions, dont un chef de file rétro-crural); une *interne* située en dedans de la veine (3 à 4 ganglions dont un rétro-crural, et un situé au-dessous du nerf obturateur : ganglion du nerf obturateur, le plus souvent atteint dans le cancer de l'utérus d'après mes recherches); une *moyenne* située entre les deux vaisseaux (deux à trois ganglions).

b) Les *ganglions hypogastriques*, quatre à six disséminés entre les branches de l'artère hypogastrique.

c) Les *ganglions iliaques primitifs* forment autour de l'artère iliaque primitive trois groupes : *externe* flanquant le côté externe de l'artère; *interne* formé de deux portions : *ganglions du promontoire* situés près de l'angle de bifurcation de l'aorte, sur la veine iliaque primitive gauche dans l'angle formé par cette veine avec l'artère iliaque primitive droite; *ganglions sacrés latéraux* au nombre de 2, situés un de chaque côté en dedans du deuxième trou sacré; enfin le *groupe moyen*, ou *postérieur*, est situé profondément en arrière des gros vaisseaux (groupe *rétro-vasculaire*). Les ganglions reposent sur les nerfs obturateur et lombo-sacré et sont recouverts par l'artère iliaque primitive et par le confluent des veines iliaques sous-jacent. Pour découvrir les ganglions, il faut soulever les vaisseaux. J'ai toujours toujours trouvé ces ganglions hypertrophiés dans le cancer de l'utérus, et, avant que Marcille ait si bien précisé leur siège profond, j'avais l'habitude de pratiquer le curage de la fosse dans laquelle ils sont situés, que j'appelais lombo-sacrée et que Marcille appelle osse du nerf lombo-sacré.

Évidement lombo-ilio-pelvien. Cet évidement comprend l'extirpation du tissu cellulo-graisseux du pelvis, des fosses iliaques, et des régions lombaires inférieures avec les vaisseaux lymphatiques et les ganglions qu'il renferme. Je le pratique en cinq temps :

a) Le *premier temps* comprend l'*évidement des flancs du pelvis et des bords internes des fosses iliaques*, c'est-à-dire la dissection des vaisseaux iliaques externes, du nerf obturateur, de l'artère ombilicale et de la fosse obturatrice.

b) Le *second temps* comprend la *dissection des vaisseaux hypogastriques et de leurs branches*. Commencée à la racine de l'artère iliaque interne, cette dissection est poursuivie de haut en bas.

c) Dans le *troisième temps*, j'évide la *fosse sacro-rectale*.

d) Le *quatrième temps* consiste dans la dissection des vaisseaux iliaques primitifs, aorte et veine cave. On trouve en général une chaîne ganglionnaire le long du flanc externe de l'iliaque primitive gauche, se prolongeant en haut sur le flanc gauche de l'aorte abdominale, et à droite une autre chaîne le long du flanc droit de l'artère iliaque primitive droite, se continuant sur le flanc droit de la veine cave.

e) Enfin, dans un *cinquième temps*, je fais le curage de la fosse lombo-sacrée de chaque côté.

10° *Drainage du pelvis par le vagin.* — Je le pratique toujours, car il constitue une grande garantie; il permet en effet l'écoulement facile des sérosités sécrétées par les larges surfaces dénudées; il favorise aussi l'écoulement du peu de sang veineux qui peut se produire après l'atteinte inévitable des veinules hypogastriques; enfin il permet le tamponnement facile de cette large surface pelvienne pendant les quarante-huit premières heures.

Après avoir terminé l'évidement lombo-ilio-pelvien, j'enlève la pince qui fermait le canal vaginal et j'introduis par le pelvis deux mèches de gaze stérilisée dans le vagin, dont la plus grande partie est pelotonnée dans le pelvis de chaque côté pour combler les vastes fosses obturatrices vidées pendant l'opération.

11° *Péritonisation. Fermeture du pelvis par le méso-côlon pelvien, en suturant le bord libre du côlon pelvien au péritoine iliaque et vésical.* — La péritonisation de l'orifice supérieur de la cavité pelvienne et l'isolement parfait de cette cavité de la grande cavité abdominale par un dôme péritonéal peut se faire de deux manières. Quand l'exérèse péritonéale n'a pas été trop étendue et qu'il reste des lambeaux suffisants pour pouvoir suturer directement le tablier péritonéal vésical au péritoine du rectum, on pratique trois surjets : deux latéraux, suturant ce qui reste des feuillets postérieurs des ligaments larges au péritoine iliaque, et un médian, par lequel on suture le tablier péritonéal vésical au péritoine rectal. La suture est faite au catgut n° 0.

Quand par suite d'une exérèse trop étendue il n'y a plus assez d'étoffe pour pouvoir obtenir cette péritonisation, ce qui est assez fréquent, on ferme le pelvis à l'aide du méso-côlon pelvien.

12° *Fermeture de l'abdomen.* — Elle est faite par deux plans de sutures à fils temporaires suivant un procédé spécial.

Le *pansement* est simple : une légère couche de gaze stérilisée recouverte par une mince couche d'ouate stérilisée, le tout maintenu par un bandage de flanelle. Jamais de glace sur le ventre.

Les *soins post-opératoires* sont simples : les mèches pelviennes sont enlevées quarante-huit heures après et remplacées par une petite mèche qui dépasse à peine le canal vaginal, ce qui favorise la rapide fermeture du pelvis par la cicatrisation de l'orifice vaginal. Les irrigations vagino-pelviennes ne sont faites que dans le cas d'absolue nécessité et tardivement, alors qu'on est sûr de l'occlusion définitive du dôme péritonéal, pour éviter tout passage du liquide dans l'abdomen. Cette irrigation se fait au sérum artificiel stérilisé.

La durée de l'opération est d'une heure et demie au plus, même dans les cas les plus complexes.

Quant aux résultats de l'opération, on peut admettre, d'après les statistiques les plus récentes, une mortalité opératoire de 5,35 pour 100 dans les cas de cancer limité et de 34,37 pour 100 dans ceux plus ou moins étendus.

Pour ce qui est des résultats éloignés, il est encore impossible de les prévoir à cause de la date récente des derniers procédés et, d'autre part, la diversité des procédés employés ne permet pas la comparaison entre les diverses statistiques.

Conclusions. — Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus peut donner des résultats très satisfaisants en prolongeant la vie et même en amenant quelquefois la guérison radicale.

L'opération de choix du cancer de l'utérus est celle qui permet l'ablation complète de l'utérus et ses annexes, du tissu cellulaire et des vaisseaux et ganglions lymphatiques pelviens, iliaques et lombaires inférieurs.

La voie vaginale étant incapable de permettre une telle intervention doit être abandonnée et réservée seulement aux opérations partielles et palliatives.

La voie abdominale seule permet l'exérèse large. C'est à elle qu'on doit avoir recours toutes les fois que l'opération complète peut être exécutée.

Toutes les opérations pratiquées par cette voie sans l'évidement complet sus-indiqué restent des interventions incomplètes et purement palliatives.

La castration abdominale totale suivie de la dissection complète du pelvis, des fosses iliaques et des lombes, est une opération rationnelle, possible, bénigne et efficace. C'est l'opération de choix du cancer de l'utérus.

Cette opération ne doit être entreprise que dans les cancer limités où cliniquement, ou après l'ouverture de l'abdomen, on a constaté la possibilité de tout enlever et de ne rien laisser du tissu cellulaire et des ganglions lymphatiques.

Les cancers non limités ne sont susceptibles que du traitement palliatif.

La condition indispensable pour l'avenir du traitement chirurgical du cancer de l'utérus, c'est la possibilité de l'opérer le plus près de son début.

J'ai laissé de côté dans ce mémoire la question du traitement palliatif du cancer utérin, question de minime importance, et celle du traitement chirurgical dans les cas compliqués de grossesse sur lesquels je n'ai aucune pratique personnelle.

M. le professeur POZZI, rapporteur. (A paru *in extenso* dans *La Presse Médicale*. Voir 17 septembre 1902, n° 75, page 891.)

M. WERTHEIM (de Vienne), **rapporteur**. L'extirpation seule de l'utérus n'amène la guérison totale du cancer de l'utérus que dans un petit nombre de cas. Il faut intervenir d'une manière plus efficace, à savoir enlever le plus possible du tissu cellulaire qui entoure l'utérus et extirper les ganglions lymphatiques propres de la région.

La meilleure méthode de traitement radical consiste dans la laparotomie. Par cette opération, grâce aux perfectionnements introduits dans le manuel opératoire, la mortalité a tellement diminué que désormais elle ne peut être invoquée comme un argument contre l'opération.

Le nombre des cas susceptibles d'opération a augmenté d'une manière considérable, depuis que l'on a adopté la méthode abdominale perfectionnée. Les résultats définitifs, à en juger par ceux qui ont été déjà obtenus, seront encore meilleurs dans la suite, et rendront l'opération toujours plus avantageuse.

Tout en adoptant cette opération il faut toujours se rappeler que dans le cancer de l'utérus il faut avoir recours, le plus tôt possible, au traitement chirurgical.

Pour arriver aux résultats qui lui font poser ces conclusions, M. Wertheim emploie depuis 1878 la technique suivante :

Incision sur la ligne blanche, de la symphyse à l'ombilic (position déclive, table opératoire de Ihle).

Dissection des uretères dans leur partie pelvienne.

Dissection de la vessie, ligature et section des ligaments rond et infundibulo-pelvien.

Ligature et section des vaisseaux utérins.

Dissection du rectum.

Nettoyage complet du parametrium en maintenant soigneusement les uretères et en évitant de les léser.

Pincement du vagin, désormais libéré, au-dessous du cancer, avec une pince courbée, et section du vagin au-dessous de la pince.

Recherche des ganglions (on met à jour la région des grands vaisseaux : hypogastriques, iliaques externes, iliaques internes), et on extirpe tout ganglion tant soit peu augmenté de volume.

Drainage par le vagin au moyen de gaze iodoformée, puis fermeture du péritoine et suture des parois abdominales.

Grâce à cette technique, il a pu opérer 120 cas.

Les résultats opératoires furent une mortalité de 20 pour 100 et de 13 pour 100 si l'on met de côté la première série à cause de sa technique insuffisante. Cette amélioration des résultats provient de : 1° Amélioration de la technique (au début, l'opération durait deux heures à deux heures et demie, elle ne dure plus qu'une heure à une heure et demie).

2° De ce que M. Wertheim ne dénude plus complètement l'uretère et lui laisse ainsi des vaisseaux nourriciers, ce qui diminue beaucoup les cas de nérose.

3° Il lui paraît important de préparer l'utérus, et malgré l'occlusion réalisée par la pince, il fait maintenant au préalable un curettage soigneux et des irrigations au sublimé; sur les vingt derniers cas opérés de cette manière, il n'a plus eu de décès.

Dans le traitement consécutif, il faut mentionner tout spécialement les soins à donner à la vessie; grâce à la paralysie presque constante et au cathétérisme que cette dernière occasionne il se forme presque toujours des cystites plus ou moins violentes. Depuis que M. Wertheim a fixé à la paroi vaginale la face postérieure de la vessie, découverte de péritoine, suivant le procédé indiqué par Krönig, et diminué ainsi la capacité vésicale, il a beaucoup moins d'inconvénients et a même vu des malades uriner spontanément dès le lendemain de l'opération.

M. Wertheim a opéré, suivant sa méthode, pendant sa première série de 30 cas 29 pour 100, pendant la deuxième 40 pour 100, pendant la troisième 52,9 pour 100 et pendant la quatrième 50 pour 100 des cas de cancer utérin qui se sont présentés à sa clinique, tandis que, d'après leurs statistiques, Schanta et Chrobak n'opèrent, par voie vaginale, qu'environ 15 pour 100 des cas. Certains des cas opérés présentèrent des difficultés toutes spéciales, on dut quelquefois réséquer l'uretère, le rectum, le vagin; souvent les ganglions étaient entièrement adhérents aux gros vaisseaux.

Il faut également tenir compte de la qualité des cas pour examiner les *résultats éloignés*. Comme le rapporteur demande un délai de cinq ans sans récidive pour conclure à une guérison définitive et que son cas le plus ancien n'a pas tout à fait quatre ans, il ne peut raisonner sur ce sujet que par analogie. Dans sa première série (dont le cas le plus récent date de deux ans et demi), il n'a eu, jusqu'à présent, que trois récidives, soit 77 pour 100 de guérisons, tandis que la statistique de Chrobak, sur des opérations vaginales ne comprenant que 15 pour 100 des cas de cancer, présente 34 récidives sur 77 cas, soit 56 pour 100 de guérisons après deux ans.

Les indications opératoires sont très difficiles à préciser et le diagnostic clinique est quelquefois presque impossible. Il faut se garder d'opérer tous les cas et il faut savoir respecter les cancers par trop étendus. Il arrive quelquefois que des cancers paraissant limités se trouvent à l'ouverture de la cavité péritonéale absolument inopérables. En cas de doute, quelle maladie plus que le cancer utérin n'indique-t-elle pas la laparotomie exploratrice!

Pour se rendre compte de certains points peu connus de propagation du cancer, M. Wertheim examina dans 80 cas les ganglions et le tissu péri-utérin au moyen de coupes en série (ce qui représente environ 40.000 coupes). Dans ces cas on put constater des cellules cancéreuses 45 fois dans le paramètre, soit 20 fois d'un seul côté et 19 fois des deux. Ces lésions n'étaient pas toujours directement en contact avec l'utérus, 38 fois elles en étaient assez distantes, et dans 11 cas on ne put retrouver la connexion avec la lésion primitive.

Les ganglions situés près des gros vaisseaux furent reconnus 27 fois cancéreux sur ces 80 cas, 23 fois d'un seul côté, 4 fois des deux. Le plus souvent il n'y avait que quelques ganglions de pris, plus rarement des grandes masses. Les lésions du paramètre ne sont pas toujours concordantes avec les lésions ganglionnaires. Dans 22 cas il y avait infiltration du paramètre et rien dans les ganglions; dans 4 cas ce fut l'inverse, ganglions pris et tissu péri-utérin indemne; dans 22 cas les deux étaient atteints et dans 32 cas il n'y avait pas de propagation du tout.

En se basant sur ces recherches histologiques, il faut admettre que dans 48 de ces 80 cas l'extirpation pure et simple de l'utérus, de quelque façon qu'elle eût été faite, n'aurait pas amené l'exérèse complète du carcinome. Cela seul suffit pour justifier sa méthode.

M. le professeur FREUND (de Berlin), **rapporteur**. La question de savoir si le cancer est curable par l'hystérectomie est jugée par M. Freund d'après 2 cas de guérison datant l'un de vingt-quatre ans, l'autre de dix-neuf ans; puis, après quelques considérations sur la pathologie générale du cancer, M. Freund arrive aux conclusions suivantes :

Le diagnostic du cancer de l'utérus donne des indications pour l'extirpation immédiate et totale de ce même organe.

L'opération pratiquée dès le début de la maladie et autant que possible d'une façon radicale fait espérer une guérison persistante.

L'opération abdominale pratiquée d'après les principes modernes de la chirurgie répond à cette indication mieux que l'opération par la voie du vagin.

L'opération vaginale doit être regardée comme un bon traitement palliatif pour les cas très avancés et qu'on ne peut plus opérer d'une façon radicale.

M. Jacobs (de Bruxelles) se déclare aussi un partisan convaincu de l'opération complète, dont l'hystérectomie n'est en réalité qu'un temps et dont le but doit être l'extirpation de tous les ganglions et de tous les tissus cancéreux.

Il a opéré par le procédé de Wertheim, légèrement modifié, 75 malades sur lesquelles il a eu 28 guérisons tardives dont une de quatre ans, deux de trois ans, etc., soit 37 pour 100.

Cette opération est donc la plus parfaite comme opération palliative; ce sera la meilleure méthode curative, quand l'éducation générale des malades permettra d'intervenir plus tôt.

(*A suivre.*) A. Gottschalk.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

1er Octobre 1902.

Sur les troubles nerveux précurseurs du mal de Pott. — *M. Toubert* revenant sur la communication faite par lui à la dernière séance de la Société (30 Juillet 1902), au sujet d'un jeune soldat atteint de rétention d'urine complète, que l'absence de toute lésion locale appréciable obligeait à considérer comme dépendante d'un état pathologique, d'ailleurs indéterminé, de la moelle, déclare qu'il a continué à suivre ce malade depuis deux mois, et que, pendant ce laps de temps, de nouveaux symptômes nerveux ont apparu qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une pachyméningite médullaire. A l'abolition complète des réflexes déjà constatée il y a deux mois, se sont bientôt surajoutés, en effet, des troubles moteurs (difficulté de plus en plus grande de la marche) et sensitifs (douleurs en ceinture et dans le territoire du sciatique); enfin les mouvements du rachis sont devenus de plus en plus douloureux. Bien que l'examen radiographique n'ait révélé aucune lésion osseuse, il est probable, d'après M. Toubert, que ces phénomènes de pachyméningite présagent un mal de Pott au début.

A propos de 3 cas de grossesse extra-utérine rompue dans le péritoine, opérés et guéris. — *M. Picqué* lit un rapport sur 3 observations adressées à la Société par *M. Chevalier* et concernant des grossesses extra-utérines rompues dans le péritoine avec fœtus libre au milieu des anses intestinales.

Dans 2 de ces cas, se présentant avec les symptômes classiques de l'hématocèle rétro-utérine, le diagnostic exact fut porté avant l'intervention. Dans le 3e, des phénomènes de péritonite, de la fièvre, une douleur maxima au niveau du point de Mac Burney firent penser à une appendicite : l'erreur ne fut reconnue qu'au cours de l'intervention.

Les trois malades guérirent d'ailleurs également bien.

M. Picqué insiste particulièrement sur la rareté des hématocèles avec fœtus bien développé : pour sa part, dans sa pratique déjà longue, il n'en a observé encore que 2 ou 3 cas.

De la greffe hydatique par inoculation directe des scolex. — *M. Picqué* fait un rapport sur un très intéressant mémoire que *M. Dévé* (de Rouen) a lu à la Société dans une de ses dernières séances. M. Dévé a prouvé avec pièces expérimentales à l'appui qu'il était possible de greffer en tissus vivants non seulement les vésicules des kystes hydatiques, mais aussi les microscopiques scolex. Il est parvenu, en effet, dans deux cas, en inoculant de ces scolex dans le péritoine de lapins, à obtenir des kystes hydatiques du poumon et de l'épiploon. Ainsi s'explique la fréquence des récidives après les interventions chirurgicales pour kystes hydatiques.

M. Dévé indique d'ailleurs le moyen de prévenir ces récidives. Il suffit pour cela, avant de faire l'ouverture du kyste d'injecter dans son intérieur à l'aide d'une aiguille capillaire une petite quantité d'une solution d'un liquide parasiticide tel que le sublimé à 1 pour 100 ou le formol à 1 pour 200. Ces solutions auraient sur les scolex une action absolument néfaste : sur ce point les résultats expérimentaux de M. Dévé sont égalemet très probants. Cependant ce dernier admet lui-même que de nouvelles recherches doivent encore être entreprises sur ce sujet.

Fréquence des calculs vésicaux chez les enfants hovas. — *M. Picqué* fait encore un rapport sur une note adressée à la Société par *M. Fontoynont* (de Tananarive) et concernant la fréquence des calculs vésicaux chez les enfants hovas. Dans l'espace de deux ans, M. Fontoynont a eu l'occasion d'en observer 17 cas dont 15 chez des garçons et 2 chez des filles. Parmi ces cas 14 furent traités par la taille hypogastrique, avec 2 morts, 2 par la taille vaginale et 1 par le simple débridement de l'urètre. Ces trois derniers malades guérirent.

Enfoncement du crâne sans fracture, épilepsie jacksonienne immédiate, trépanation. Guérison. — *M. Picqué* fait enfin un dernier rapport sur une seconde observation adressée par *M. Fontoynont* et dans laquelle il s'agit d'un enfoncement du pariétal par chute sur la tête, chez un enfant de quatre ans, qui présenta, presque immédiatement après l'accident, des accidents d'épilepsie jacksonienne. M. Fon-

toynont ayant reconnu l'impossibilité de redresser l'os enfoncé se décida à le réséquer largement. La guérison survint en huit jours; quant aux accidents épileptiformes, ils avaient disparu aussitôt après l'intervention. La perte de substance osseuse se combla rapidement : de 8 centimètres de diamètre, elle s'est réduite, en moins de six mois, à 2 centimètres.

M. Picqué fait remarquer que les observations de ce genre sont rares. En pareil cas, même en l'absence de tout accident nerveux immédiat, il faut trépaner le plus tôt possible pour éviter l'apparition de troubles intellectuels tardifs qu'on a signalés à plusieurs reprises.

Recherches sur l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. — *M. Le Dentu* fait un rapport sur un mémoire portant ce titre qui a été envoyé à la Société par M. Girard, médecin de la marine. M. Girard a pratiqué 78 anesthésies au chlorure d'éthyle chez l'homme; il faut y ajouter 73 expériences entreprises chez les animaux. Ces chiffres témoignent de l'importance des recherches de M. Girard dont les résultats ne font d'ailleurs que confirmer ce que nous savions déjà de cet anesthésique.

La rapidité de la période préanesthésique, le défaut ou l'insignifiance de l'excitation musculaire, la survenue brusque de l'anesthésie, la suppression du réflexe cornéen et la dilatation de la pupille lorsque la sensibilité générale a disparu, le réveil presque instantané ne laissant ordinairement à sa suite ni céphalalgie prononcée, ni malaise sérieux, telles sont les caractéristiques de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle, anesthésie fugace ne se prolongeant pas au-delà de quelques secondes ou de quelques minutes, si l'on ne soumet pas le sujet à des doses successives convenablement espacées. Aussi le chlorure d'éthyle n'est-il guère employé dans les grandes opérations, qui nécessitent une anesthésie prolongée, que comme anesthésique préparatoire : administré avant le chloroforme ou l'éther, il supprime la période d'excitation et hâte l'apparition de l'insensibilité générale.

Le mode d'administration, les avantages, les dangers de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle ont été discutés déjà devant la Société, au cours de cette même session, lors de la discussion qui eut lieu sur la chloroformisation; nous n'y reviendrons donc pas.

Corps étrangers du genou. — *M. Bazy* présente 12 corps étrangers articulaires, de nature cartilagineuse, qu'il a extraits du genou d'une de ses malades et qui présentent un volume allant de celui d'un grain de chènevis à celui d'une noix. Ce que cette observation offre de particulier, c'est qu'il a été impossible de trouver sur les cartilages diarthroïdaux le point de départ de ces corps étrangers pourtant manifestement constitués par des ecchondroses.

J. Dumont.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé militaire. — Sont nommés : *Au grade de médecin principal de 1re classe* : MM. Schneider, médecin principal de 2e classe à la légation de Perse, et Mussat, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Belfort.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Barois, Richard, médecins-majors de 1re classe, et de Schuttelaere, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Denis.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Gruson, Trédos, Vincent, Tricot, Gauvin, Eymeri, Artigues, Lalitte, Lajoue, médecins-majors de 2e classe.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Danis, Capmas, Dopter, Langlois, Finck, Scheffeler, Ardoin, Masson, Costa, Brun, Bertelé, Conte, médecins aides-majors de 1re classe.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Hénaff, médecin principal de 2e classe.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. les médecins-majors de 1re classe : André dit Duvignaud, Gouzien.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. les médecins-majors de 2e classe : Grognier, Carrière, Recoules, Salanoue-Ipin, Touin, Bousquet, Portel, Vivien, Texier, Rimbert, Carmouze, Sévère.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. les médecins aides-majors de 1re classe : Coulogner, Escande de Messières, Augier, Bouet, Pannetier, de la Barrière, Marotte, Lanteaume, Nielsen, Roquemaure, Dubruel, Deschamps, Dourne, Rencurel, Marzin, Rul, Brachet.

— Le tour de service colonial des officiers du corps de santé colonial est arrêté comme suit à la date du 1er Octobre.

Médecin principal de 2e classe : M. Simon.

Médecins-majors de 1re classe : MM. Clavel, Arami, Brossier, Ilbert, Le Moine, Layet, Leclerc, Laurent.

Médecins-majors de 2e classe : MM. Maurras, Lafaurie, Sadoul, Bonnescuelle de Lespinois, Morel, Bran, Depied, Camus, Binard, Mathis, Conan, Mille, Audibert, Sarrat, Reboul, Houillon, Pujol, Bourdon, Hutre.

Médecins aides-majors de 1re classe : MM. Nielsen, Barot, Clavel, Le Corre, Bireaud, Nédelec, Margerie, Ribot, Chabaneix, Ledoux, Rogé, Lartigue.

Hospitalisation des victimes des accidents du travail. — Nous recevons la lettre suivante :

Monsieur et honoré confrère,

Dans la réunion du 22 Octobre dernier, les chirurgiens des hôpitaux de province ont protesté contre les abus que fait subir à l'Assistance publique d'une part, au corps médical d'autre part, l'hospitalisation gratuite des victimes des accidents du travail.

Ces revendications ne sont pas restées lettre morte. Grâce à l'influence des divers syndicats, un mouvement très actif a suivi notre réunion, et notre distingué confrère, M. Lande, de Bordeaux, a amené le Conseil supérieur de l'Assistance publique à reconnaître le principe de la dette des collectivités vis-à-vis des médecins d'hôpital (Séance du 19 juin 1902).

Mais nous ne devons pas nous arrêter à ce premier succès. Il nous reste à faire accepter cette décision par les différentes Commissions administratives et à discuter l'article 2 de cette décision d'après lequel « les frais médicaux seraient calculés au tarif fixé par le règlement départemental sur l'Assistance médicale gratuite ».

Ce sera, si vous le voulez, l'objet de notre prochaine réunion, qui aura lieu le mardi 21 Octobre, à 2 heures du soir, salle des Correspondances du Congrès de chirurgie.

Que chacun de nous prépare ses arguments, il y va de l'intérêt général.

Recevez, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

H. Bousquet, H. Reynès,

Hôpital Saint-Joseph. — Un cours élémentaire de Bactériologie commencera le 21 Octobre prochain. Les leçons, au nombre de 25, ont lieu les mardis, jeudis, samedis et sont suivies de travaux pratiques. S'adresser au Laboratoire, 7 rue Pierre-Larousse.

Étranger.

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés privat docenten : MM. Gustave Brühl (otologie); Franz Müller (matière médicale).

Faculté de médecine de Bologne. — M. Severo Bianchini est nommé privat docent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Catane. — M. Carmelo Abate est nommé privat docent de laryngologie.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. Ludwig Heim est nommé professeur ordinaire d'hygiène et de bactériologie.

Faculté de médecine de Gœttingue. — Le titre de professeur a été conféré à M. Georg Sultan, privat docent de chirurgie.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. Rudolf Klapp est nommé privat docent de chirurgie.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. R. E. Riecke est nommé privat docent de dermatologie.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. Otto Hess est nommé privat docent de médecine interne.

La lutte contre le paludisme. — Les chambres italiennes viennent de voter deux nouvelles lois pour la lutte contre le paludisme. En vertu de la première loi, tout paysan pris de fièvre pendant le travail recevra de la quinine et continuera à recevoir des soins aux frais et pour le compte du propriétaire qui l'emploie. La loi considère l'atteinte par le paludisme comme un accident de travail contre lequel le propriétaire doit s'assurer. La deuxième loi fixe un prix maximal de la quinine, prix obligatoire pour tous les pharmaciens. La vente de la quinine dans les régions dépourvues de pharmaciens est confiée aux personnes qui vendent du sel et du tabac qui sont un monopole de l'État. Le gain net de la vente de la quinine sera destiné à la lutte contre le paludisme.

Un docteur chinois. — Le premier Chinois qui reçut un diplôme d'un collège médical américain est M. Yung Wing, que l'Université de Yale nomma médecin en 1854. L'*American Medicine* annonce qu'il vient de rentrer aux États-Unis après plusieurs années d'absence consacrées à implanter dans son pays la science médicale moderne, en dépit de l'opposition acharnée de ses confrères jaunes.

CONCOURS

Hôpital Saint-Joseph. — Le 5 Novembre 1902 aura lieu, à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon, rue Parmentier, 7, devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical, un concours public pour la nomination de trois élèves internes. Les deux premiers seront nommés pour deux ans et le troisième pour un an.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital avant le 31 Octobre.

Un concours public pour la nomination d'élèves externes, nécessaires au service, et dont le nombre pourra varier de trois à six, aura lieu au même hôpital le 8 Novembre prochain. Les inscriptions seront reçues, rue Parmentier, 7, jusqu'au 3 Novembre.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 81. — Mercredi, 8 Octobre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

LES ÉTUDES MÉDICALES EN ITALIE

ET PLUS PARTICULIÈREMENT

L'ENSEIGNEMENT DE L'OBSTÉTRIQUE ET DE LA GYNÉCOLOGIE

L'instruction supérieure est assurée en Italie par 17 Universités. A savoir celles de Bologne, Cagliari, Catane, Gênes, Macerata, Messine, Modène, Naples, Padoue, Palerme, Parme, Pavie, Pise, Rome, Sassari, Sienne et Turin. Il faut y ajouter l'institut des études supérieures de Florence absolument équivalent, ce qui fait 18.

Il y a en plus quatre Universités libres : Camerino, Ferrare, Pérouse et Urbin; et trois écoles universitaires (*licei universitari*, écoles préparatoires) à Aquila, Bari et Catauzaro.

Il faut encore ajouter au point de vue obstétrical et gynécologique les quatre écoles royales d'obstétrique de Milan, Novare, Venise et de Vercelli [1].

Cette grande quantité d'Université est encore un reste du temps où l'Italie était divisée en de nombreux petits États indépendants. Quelques Universités ne possèdent pas toutes les Facultés : Messine en a quatre, Cagliari trois, Sienne deux, Macerata n'a qu'une Faculté de droit.

Toutes les Universités, sauf Macerata, mais y compris Florence, ont une Faculté de médecine complète et une école d'obstétrique. Les Universités libres de Camerino, de Pérouse et de Ferrare ont chacune une Faculté de médecine à laquelle il manque quelques cours; enfin les Universités de Ferrare, Pérouse et Urbin ont chacune une école d'obstétrique qui existe aussi dans les écoles d'Aquila, de Bari et de Catanzaro.

En résumé, l'Italie comprend 22 Universités avec 20 Facultés de médecine dont trois incomplètes, et 27 écoles d'accouchement en partie isolées, en partie annexées aux autres instituts supérieurs.

Pendant l'année 1901-1902 il y avait dans les Universités et instituts supérieurs italiens 26.334 étudiants (il y a quarante ans, ils étaient environ 15.000). Sur ce nombre 6.276 appartiennent aux Facultés de médecine et 1.604 aux écoles d'obstétrique pour sages-femmes, tandis qu'en 1880-1881 ces dernières n'étaient fréquentées que par 398 élèves.

La Faculté de médecine qui compte le plus d'étudiants est Naples, avec 1.989 inscrits, puis vient Turin avec 679 étudiants. L'école d'accouchements la plus fréquentée est Naples avec 331 élèves, puis vient Milan avec 141.

1. A. Guzzoni degli Ancarani. *L'Italia obstetrica*, Catane, 1902.

Pour ce qui est du règlement, qui date, avec quelques modifications, de la loi Casati (1859), chaque Université a un recteur, chaque Faculté un préside, chaque école un directeur, et se compose : de professeurs ordinaires, de professeurs extraordinaires, de professeurs chargés de cours *(incaricati)*, de docteurs agrégés (dans quelques Universités seulement) et de professeurs libres (*liberi docenti*).

Les *professeurs ordinaires* sont à vie et peuvent être nommés par mutation d'une autre Faculté, par promotion du grade de professeur extraordinaire, par concours, ou par application de l'article 69 de la loi Casati, c'est-à-dire quand ils ont acquis une réputation de grande expérience.

Le concours est ouvert par décret du ministre et dure quatre mois. Il se passe sur titres. Une commission de 5, 7 ou 9 membres, nommés par le ministre, examine les concurrents, les classe et dresse une liste de présentation dans un rapport qui est publié intégralement dans le *Bulletino della Instruzione*; enfin, avant la réunion de la commission, tous les professeurs ordinaires de la même branche, qui ne font pas partie de la commission, doivent, sur sa demande, envoyer au ministre la désignation écrite et motivée du concurrent qu'ils croient devoir mériter ce poste.

Les *professeurs extraordinaires* sont confirmés d'année en année par ce ministre, sauf avis contraire motivé de la Faculté. Au bout de trois ans, ils acquièrent le droit à la promotion et sans autre jugement si, dans un concours pour la place de professeur ordinaire, ils ont été reçus parmi les trois premiers.

Le concours pour la place de professeur extraordinaire se passe de la même façon que celui pour les professeurs ordinaires; seulement le temps de présentation est réduit à un mois.

Le grade de *professeur libre* est donné à la suite d'un examen ou sur titres, par application de l'article 69 de la loi Casati. Les cours des professeurs libres produisent pour les étudiants qui s'y inscrivent les mêmes effets au point de vue légal que les cours officiels.

Tous les cours, officiels ou libres, sont payants, à raison de 4 francs par an pour une heure par semaine si ce cours dure toute l'année.

Pour chaque cours il faut au moins trois leçons par semaine et cinquante leçons par an.

Les professeurs libres ne peuvent enseigner que la branche pour laquelle ils ont été nommés.

Il y a encore des *agrégés* dans les Facultés de Turin, Gênes, Sassari et Cagliari; cette qualité s'obtient soit par concours, soit en vertu de l'article 69 cité plus haut; ils sont nommés à vie et ont pour principale fonction de remplacer les professeurs momentanément empêchés.

Les *chargés de cours* (*incaricati*) sont nommés d'une façon temporaire, pendant la vacance d'une chaire; ils sont choisis de préférence parmi les agrégés, les professeurs libres, les professeurs extraordinaires ou ordinaires.

Les *examens* se passent en deux sessions : le 15 Juin et le 15 Octobre.

Les examens pour le diplôme de doctorat ont lieu pendant toute l'année, dans le temps fixé par le Conseil de la Faculté.

L'*enseignement de la médecine* est réparti en six années scolaires. Après avoir surmonté tous les examens, les étudiants doivent encore passer l'examen de lauréat, qui leur donne le titre de docteur et le droit d'exercer.

Les matières sur lesquelles se passent les examens de la Faculté sont : 1° physique; 2° chimie inorganique et organique; 3° botanique; 4° zoologie et anatomie comparée; 5° anatomie humaine normale; 6° pathologie générale; 7° matière médicale; 8° physiologie; 9° anatomie pathologique; 10° pathologie médicale; 11° pathologie chirurgicale; 12° médecine légale; 13° hygiène; 14° clinique médicale; 15° clinique chirurgicale et médecine opératoire; 16° clinique obstétricale et gynécologique; 17° clinique oculistique; 18° clinique dermo-syphilopathique; 19° clinique des maladies nerveuses et mentales.

En outre de ces 19 examens spéciaux, avant l'examen de lauréat, les étudiants doivent passer deux examens à leur choix sur les branches complémentaires enseignées à la Faculté de médecine (embryologie, chimie physiologique, bactériologie, anatomie topographique, pédiatrie, oto-rhino-laryngologie; ou sur toute autre matière, enseignée à quelque titre que ce soit dans la Faculté et suivant une liste dressée chaque année).

Ces six années de médecine sont divisées en trois périodes de deux ans, et l'étudiant ne peut entrer dans une période qu'après avoir passé les examens de la période précédente.

La taxe complète pour les dix années d'études est de 860 francs.

Les *sages-femmes* font deux années d'étude; l'enseignement appartient au professeur de la clinique obstétrico-gynécologique si l'école est annexée à une Université; il est aidé d'un premier assistant et d'une sage-femme en chef. A la fin de chaque année il y a un examen écrit et théorique. Après l'examen de seconde année, l'élève reçoit le titre de sage-femme (*levatrice*) avec un diplôme de libre exercice.

Ce qu'il y a de curieux à remarquer, c'est que malgré le nombre considérable d'Universités par rapport à l'étendue du territoire, le nombre des étudiants, et plus particulièrement celui des étudiants en médecine, est en augmentation constante dans chacune d'elles, même dans les Universités libres, qui n'ont que des Facultés incomplètes, ainsi que dans les écoles préparatoires.

L'enseignement obstétrico-gynécologique officiel se donne en Italie dans 23 cliniques et dans 4 écoles spéciales; il faut encore ajouter l'enseignement libre qui se fait dans les 35 maternités municipales de Alexandrie, Ancone, Bologne, Bergame, Belluno, Come, Crémone, Fermo, Faenza, Forli, Gênes, Livourne, Lodi, Mantoue, Messine, Mondovi, Modène, Milan, Naples, Piacenza, Reggio Calabrea, Reggio Emilia, Rome, Rovigo, Savone, Saluzzo, Soudrio, Spezia, Teramo, Turin, Trévise, Udine, Vérone, Vicence et Voghera [1].

A. Gottschalk.

1. Guzzoni degli Ancarani. *Loc. cit.*

LE MONOPOLE DE L'ALCOOL

En présence des difficultés budgétaires actuelles, maints esprits se demandent si le gouvernement français ne ferait pas œuvre utile, au point de vue financier et au point de vue humanitaire, en assumant le monopole de la fabrication et de la vente des alcools.

Cette expérience a été faite en Russie, et suivant M. G. Vallat, qui l'étudie dans la *Revue générale des sciences* (15 Septembre 1902) le *monopole* est un système très fructueux d'imposition; il augmente très certainement les revenus de l'État.

En Russie les débitants et débitantes de l'alcool sont de véritables fonctionnaires; leur traitement, au début, est de 1.200 francs, mais leur avancement est sérieux et sûr. Si un fonctionnaire du monopole sait par son zèle rendre son débit plus prospère, il est promu à une classe supérieure; aussi, suivant Vallat, n'est-il pas rare de voir des instituteurs abandonner l'enseignement pour devenir vendeurs d'alcool.

La somme d'impôt perçue sur les boissons a subi une augmentation considérable, elle s'est élevée à plus de 300 millions de roubles, alors qu'en 1866 elle ne dépassait guère 100 millions.

L'établissement du monopole de l'alcool est une chose très défendable; il ne faudrait pas cependant qu'il augmenta les ressources de l'État simplement en augmentant l'alcoolisme de la population.

P. Desfosses

LIVRES NOUVEAUX

Lüning-Schulthess-Villemin. — *Atlas-manuel de chirurgie orthopédique* (J. B. Baillière, édit., Paris, 1902).

L'orthopédie, après de multiples vicissitudes, est devenue une branche individualisée de la chirurgie. Elle « a conquis sa place, son indépendance, son droit à l'existence; son domaine est reconnu par tous; sa voie est toute tracée dans l'avenir ». M. Villemin, regrettant le manque d'ouvrages d'orthopédie français, a cru faire œuvre utile en donnant la traduction du livre de MM. Luning et Schulthess.

L'ouvrage est divisé en deux parties. La première partie traite des généralités sur l'orthopédie. Elle renferme deux chapitres : le premier est consacré à la classification des difformités; le second, au traitement des difformités. Les difformités sont classées d'après leur étiologie. Les auteurs étudient en premier lieu les difformités congénitales et en second lieu les difformités acquises dues soit à la maladie, soit au traumatisme, soit aux troubles de la fonction. Le traitement des difformités comprend, suivant les cas, l'usage fonctionnel, c'est-à-dire la modification, le redressement passif, l'intervention mécanique directe par massage ou vibration, la gymnastique avec et sans machine, et enfin l'orthopédie opératoire. Sous ce terme, les auteurs englobent les opérations sur les aponévroses, la ténotomie, la myotomie, l'allongement plastique des tendons, les transplantations tendineuses, mises en honneur par Nicoladoni, Drobnik et Vulpius, les opérations sur les os et les articulations.

La deuxième partie du livre est de beaucoup la plus importante. Elle débute par des remarques anatomiques et physiologiques sur la colonne vertébrale chez l'adulte et chez l'enfant; le développement des courbures physiologiques pendant les années de croissance; la mécanique de la position assise, la mesure et la représentation, au moyen d'appareils spéciaux tels que ceux de Zander, de Schulthess, des courbures normales et pathologiques de la colonne vertébrale. Étudiant ensuite les difformités de la colonne vertébrale, les auteurs séparent les déviations dues à une lésion destructive, dont ils font un chapitre spécial, et distinguent les difformités sagittales antéro-postérieures symétriques de la colonne vertébrale, et les déformations latérales du rachis. Les premières comprennent le dos plat, les lordoses, les cyphoses rachitique, ostéomalacique, cyphose d'origine nerveuses, dos rond. Les secondes comprennent les scolioses. Les auteurs distinguent les scolioses par troubles primitifs de la colonne vertébrale et les scolioses par troubles morphologiques secondaires de la colonne vertébrale : ces dernières sont des scolioses consécutives aux affections du système nerveux ou des poumons, les scolioses fonctionnelles et les scolioses rachitiques et constitutionnelles.

Les divers éléments de la déviation sont tour à tour étudiés : rotation, torsion, courbures, et une large part est faite à la description des différents traitements. Le mal de Pott, ses variétés et sa thérapeutique font l'objet du chapitre suivant. Avant d'aborder l'étude des difformités des membres, les auteurs étudient en deux courts paragraphes les déformations primitives du thorax (pectus carinatum, poitrine en entonnoir) et le torticolis.

Les trois derniers chapitres sont consacrés aux difformités des membres : situation surélevée congénitale de l'omoplate, luxations congénitales de l'épaule, ankyloses et attitudes vicieuses du membre supérieur. Au membre inférieur, la luxation congénitale de la hanche et son traitement, la luxation paralytique de la hanche, la coxa vara, les attitudes vicieuses de la coxalgie, le genu valgum, les courbures rachitiques du tibia, le pied bot congénital ou acquis, le pied plat sont successivement passés en revue.

Le livre de MM. Luning, Schulthess et Villemin ne renferme pas moins de 250 figures et 16 planches en couleurs, intercalées dans les 334 pages de texte.

G. Berruyer.

UN CAS

DE SYNDROME CÉRÉBELLEUX

Par le Professeur F. RAYMOND

Messieurs,

Je vous ai, à plusieurs reprises, au cours de mon enseignement, montré ce que l'on devait entendre par le terme de « syndrome cérébelleux [2] ». Vous me permettrez de revenir sur ce sujet à propos d'un cas intéressant que nous venons d'observer.

Vous verrez qu'à côté du diagnostic topographique, souvent difficile à établir, il est toujours une question très importante à résoudre : celle de la notion étiologique. De la solution de ce problème, qui permet de juger de l'opportunité d'une intervention opératoire, peut dépendre l'avenir de notre malade. Mais vous pourrez voir aussi combien les éléments du diagnostic causal sont parfois difficiles à apprécier. Il faut se rappeler que l'erreur étiologique est une des plus fréquentes. Mieux vaut cependant devant l'impuissance d'une thérapeutique médicale ne pas perdre un temps précieux et recourir à la chirurgie. Un succès vous dédommage de bien des insuccès.

J'ai fait trépaner l'année dernière un malade atteint d'un syndrome cérébelleux. Il a largement bénéficié de l'opération. Peut-être pourra-t-on espérer pareil résultat chez le jeune garçon que je vais vous présenter. Je discuterai devant vous les raisons qui militent en faveur de l'intervention sanglante, sans m'illusionner cependant sur la difficulté d'un diagnostic étiologique précis.

* * *

J... est âgé de treize ans. Il est le fils de parents bien portants. Il est né à terme, sans incidents, et sa première enfance s'est passée normalement.

A l'âge de cinq ans, il a été atteint de fièvre scarlatine, à évolution bénigne. Plus récemment, au mois de Mai 1901, il contracte une autre fièvre éruptive, la rougeole. La convalescence se fait normalement.

C'est deux mois après la disparition de l'exanthème morbilliforme que se place le tout premier début de sa maladie actuelle. Le 15 juillet 1901, vers midi, par un soleil très chaud, il revenait de l'école à la campagne. Subitement, il est pris de vertiges, d'éblouissements, et il s'évanouit, non loin de chez lui sur la route de Rueil. On le ramène dans cet état chez ses parents. Là, il ne tarde pas à reprendre ses sens, il n'accuse pas de céphalée, pas de vomissements, demande même à prendre quelque nourriture, et peut l'après-midi de ce même jour retourner en classe. Du 15 au 30 juillet aucun symptôme anormal n'apparaît et le malaise précédent est qualifié de vertige gastrique.

Au commencement du mois d'août s'installent alors lentement, progressivement les troubles suivants, qui dominent à l'heure actuelle encore le tableau clinique. C'est une *céphalée* d'abord légère, avec exacerbations nocturnes aussi bien que diurnes. Ce sont ensuite des *vomissements* non douloureux, de rejet facile, et sans rapport avec l'ingestion des aliments. En dernier lieu, et presque simultanément, apparaissent des *troubles visuels* (amaurose progressive) et des *troubles de la marche* (titubation).

A de certains jours et sans cause appréciable, il existe un certain amendement de ces symptômes morbides, mais bientôt, quatre mois après le début, ils s'installent à demeure, deviennent plus pénibles et engagent le malade à venir consulter à la Salpêtrière au mois de décembre 1901.

L'aspect général de l'enfant est bon. Pas de cachexie. Mais la figure est sans expression, avec les yeux saillants (en exorbitisme léger). La tête est un peu grosse dans son ensemble, mais sans saillie cranienne localisée.

Le jeune malade n'accuse aucune perversion de la *sensibilité* objective. Celle-ci est restée normale à tous les modes et sur toutes les parties du corps. A part la céphalée, il n'existe pas de troubles sensitifs subjectifs. Le sens des attitudes segmentaires est également conservé normal et il n'existe aucune modification de la perception stéréognostique.

La *motilité* est intéressante à examiner. *Au lit* d'abord, dans le décubitus dorsal, vous pouvez vous rendre compte, au niveau des membres inférieurs, de l'exécution suffisamment correcte et précise des mouvements ordonnés. Il n'en est plus de même dans la station debout et dans la marche. *Debout* aussi bien que pendant *la marche*, le jeune enfant, vous le voyez, cherche à se maintenir en équilibre, en élargissant sa base de sustentation. Regardez-le venir vers vous; les membres inférieurs sont écartés, le corps est le siège d'oscillations qui se font dans divers sens, il se porte trop d'un côté ou de l'autre, et, retenez ce fait, plus du côté gauche que du côté droit; la tête participe à ce dodelinement particulier. Souvent il est pris de vertige; il est alors obligé de se retenir aux objets environnants pour ne pas tomber. L'ensemble de cette démarche frappe bien par son caractère *titubant* d'ébriété.

Bref notre malade a perdu, durant la marche, la faculté d'association des mouvements. Je dois ajouter qu'il est facile également de mettre en évidence un certain degré d'*asthénie musculaire*.

Les *réflexes tendineux* sont tous exagérés, aussi bien ceux des membres inférieurs que ceux des membres supérieurs. Le réflexe massétérin est fort également. A de certains jours on peut mettre en évidence un clonus bilatéral s'épuisant du reste assez vite. Les réflexes cutanés réagissent normalement aux excitations directes. Le réflexe de Babinski est en flexion.

Recherchons maintenant le *tonus musculaire*. Vous voyez combien il m'est facile de plier sur le bassin les membres inférieurs étendus dans leur ensemble, vous voyez combien il est aisé de rapprocher dans un mouvement de flexion l'avant-bras du bras. Je vous signale donc en passant ce fait d'un degré indubitable d'hypotonie musculaire coïncidant avec l'exagération des réflexes tendineux. Le tonus sphinctérien est lui-même affaibli. Très souvent, surtout durant la nuit, il y a incontinence d'urine; deux ou trois fois il a existé de l'incontinence rectale.

Les troubles sensoriels sont localisés au niveau des yeux. L'acuité auditive est parfaite des deux côtés (j'ajoute qu'il n'y a jamais eu d'otite).

Il n'y a ni agueusie ni anosmie.

L'examen oculaire pratiqué par M. Dupuy-Dutemps a révélé les signes d'une double névrite optique œdémateuse en voie de régression atrophique et plus avancée du côté gauche que du côté droit. Les papilles blanchâtres sont peu saillantes avec des contours flous. Les artères sont grêles, les veines peu dilatées et tortueuses. Il existe de plus une petite hémorragie papillaire gauche. Les pupilles sont en mydriase. La gauche est absolument immobile (amaurose). La droite se contracte très faiblement. Le nystagmus est apparent au repos et dans les divers mouvements du globe oculaire. Il existe un strabisme divergent, fonction de l'amaurose.

Il n'existe aucun trouble de la parole ou de l'écriture.

L'*intelligence*, comme vous pouvez le constater, est parfaite. Le jeune malade répond parfaitement aux questions qu'on lui pose, s'intéresse aux jeux de ses camarades, prend part à leur conversation. La faiblesse toujours croissante de sa vue l'empêche seule de lire et d'écrire. Bref, il n'existe pas de traces d'obnubilation intellectuelle.

L'appétit est relativement bon, le sommeil souvent interrompu par la céphalée. La température est normale. Les urines ne renferment ni albumine, ni sucre.

J'ai tenu à vous rapporter en détail cette observation que nous pouvons ainsi synthétiser. Chez un jeune garçon de treize ans, convalescent de rougeole, nous voyons à la suite d'un ictus brusque se constituer un complexus symptomatique dont les éléments sont représentés par de la titubation, du vertige, du nystagmus, du double étranglement papillaire, de l'exagération des réflexes, et un certain degré d'asthénie musculaire. Tous ces troubles, vous ai-je dit, ont eu une évolution progressive, et se sont déroulés en l'espace de six mois environ.

* * *

Vous voilà maintenant au courant de la nature et de l'évolution des accidents présentés par le malade.

Le diagnostic global ne saurait prêter à de grandes hésitations ; et déjà, j'en suis convaincu, ceux d'entre vous qui ont assisté à mes précédentes leçons ont dû se dire : nous nous trouvons de nouveau en présence des symptômes d'une compression intra-cranienne.

Il ne saurait, en effet, être question d'un trouble dit fonctionnel. Je ne parle que pour mémoire du syndrome de Charcot et Blocq, de l'astasie-abasie, qui n'est qu'une des manifestations si nombreuses de la grande névrose. La constatation d'un doublement étranglement papillaire suffit à éliminer ce diagnostic.

On pourrait à la rigueur soupçonner l'urémie chronique d'être en cause. La céphalée, les troubles de la vue, les vertiges font partie du tableau morbide de cette forme d'auto-intoxication. Mais notre jeune malade n'est pas en état d'urémie. La fièvre scarlatine ancienne n'a pas été accompagnée ou suivie de troubles rénaux. Actuellement la perméabilité rénale est normale. J'ajouterai que la stase papil-

1. Leçon recueillie par M. J. A. Sicard, chef de clinique. Leçon du 6 Décembre 1901.

2. RAYMOND. — « Clinique des maladies du système nerveux », 3e série, leçon VI, leçon XI.

laire d'origine urémique peut se différencier de celle des tumeurs cérébrales.

Dans la papillite œdémateuse, symptomatique des compressions cérébrales, les lésions sont limitées à la papille optique et à son voisinage immédiat.

Dans la rétinite albuminurique, la papille est, il est vrai, atteinte aussi, mais il existe d'autres lésions étendues à toute la rétine et éloignées de la papille.

C'est sur cette constatation ophtalmoscopique, ainsi que sur la forme des lésions rétiniennes que se fait le diagnostic différentiel, suffisamment tranché dans notre cas. Il ne peut s'agir d'urémie.

Faut-il s'arrêter à l'idée d'une insolation, d'un coup de chaleur ? N'oublions pas que ce jeune enfant a été frappé brusquement de son ictus, sur la route, à midi, en plein soleil du mois de juillet. Mais, en général, les accidents déterminés par le coup de chaleur se jugent rapidement. Ils peuvent s'aggraver, et alors aboutir à la mort en quelques instants, quelques heures, ou, au contraire, ils ne tardent pas à se dissiper après quelques jours de repos. Je sais bien qu'à la suite d'une insolation, on peut observer des troubles nerveux plus ou moins durables, ce sont les *séquelles* du coup de chaleur, mais ces séquelles n'affectent pas l'allure progressive dont je vous ai retracé le tableau, et surtout, quand elles s'accompagnent de troubles de la vision, elles ne déterminent pas la stase papillaire si marquée chez notre jeune malade.

Ces diverses hypothèses une fois écartées, le champ des suppositions se restreint singulièrement. Seule, une affection de l'encéphale pourra nous rendre compte de l'ensemble des accidents que vous connaissez. Avant d'en déterminer la nature, il faut d'abord essayer d'en établir le siège.

Or un symptôme capital doit vous guider dans cette étude de diagnostic topographique, je veux parler de la titubation spéciale que vous avez eu tout le loisir d'examiner. Je vous rappelle qu'il s'agissait plus d'asynergie musculaire que d'ataxie à proprement parler, que le jeune malade n'avait pas de signe de Romberg, qu'il ne lançait pas les jambes brusquement, et ne talonnait pas. Il chancelait, titubait et sa démarche avait bien tous les caractères de la démarche « ébrieuse » ou encore « titubante vertigineuse » comme Duchenne se plaisait à l'appeler. « La titubation de tels malades, disait Duchenne, n'est pas produite par le défaut de coordination des mouvements, elle est causée par les vertiges. »

Rapprochez de tels troubles de l'équilibre, le nystagmus permanent et s'exagérant par les mouvements provoqués, l'asthénie musculaire qui se prononce chaque jour davantage, l'exagération des réflexes tendineux coïncidant avec l'hypotonie musculaire, les troubles oculaires, la céphalée, les vomissements, et je pense que vous n'aurez aucune peine à rapporter de pareils désordres à une lésion du cervelet. Il s'agit bien là du « syndrome cérébelleux », de la perturbation de l'appareil encéphalique de l'orientation et de l'équilibre. M. Grasset, dans des considérations très suggestives, a montré que comme tout appareil nerveux, celui-ci comprend également des voies centripètes, des voies centrifuges et des centres où s'établissent les relations entre ces deux ordres de voies.

Les voies centripètes sont toutes celles qui peuvent conduire des impressions de nature à nous fixer sur l'état et la situation des diverses parties de notre corps, les unes par rapport aux autres, et sur l'état et la situation de notre corps par rapport aux objets environnants. (Voies de la sensibilité tactile, de l'appareil labyrinthique, optique, etc.)

Les voies centrifuges sont celles qui transmettent les ordres allant influencer les contractions, les relâchements, le tonus musculaire. Le résultat de l'exécution de ces ordres est l'équilibre, fonction constante qui, à l'état normal, est maintenue au repos et dans les mouvements. (Voies pyramidales, voies diverses du tonus musculaire, etc.)

« Il y a donc là, à vrai dire, deux fonctions différentes qui se complètent : une fonction centripète d'orientation et une fonction centrifuge d'équilibre » (Grasset).

Les centres de relai, c'est-à-dire les connexions qui unissent les diverses voies centripètes entre elles et avec les voies centrifuges, peuvent être nombreux, mais la physiologie expérimentale (Thomas), aidée de la pathologie clinique, a montré que le cervelet était le principal de ces centres de relai. C'est lui qui préside au maintien de l'équilibre du corps dans toutes les attitudes, et dans tous les mouvements.

J'ajoute que la lésion du labyrinthe de l'oreille — une des principales voies centripètes de l'appareil d'équilibration, et, par conséquent, en connexion intime avec le cervelet — peut produire également les mêmes troubles de coordination et d'asynergie. Sous le nom de « vertige auriculaire »[1], je vous ai présenté un exemple frappant de ce fait.

Armés de ces notions un peu arides d'anatomie et de physiologie, vous êtes maintenant à même de vous rendre un compte exact de la pathogénie des accidents présentés par notre malade, et, puisque l'examen auriculaire fait par M. Gellé a révélé l'état normal des oreilles dans leurs différentes parties, il faut remonter plus haut, et incriminer le centre de relai lui-même, le cervelet. Sa lésion suffit à expliquer les troubles asynergiques étudiés chez le jeune J.....

S'agirait-il, par hasard, d'une lésion cérébelleuse purement atrophique, d'une sclérose en masse du cervelet. Un tel diagnostic ne pourrait être fondé avec le début brusque des symptômes et leur évolution si rapidement progressive.

La lésion est localisée et je pense qu'elle occupe surtout la base du cervelet, s'étendant bilatéralement des deux côtés du vermis inférieur, mais s'avançant plus à gauche qu'à droite.

La double atrophie papillaire, consécutive à la stase, me paraît légitimer la première hypothèse ; la latéro-pulsion présentée par le malade et la stase papillaire plus accusée à gauche me paraissent en faveur de la seconde.

***

J'espère vous avoir fixés suffisamment sur le siège et les dimensions probables de la lésion présumée. Il nous reste à rechercher quelle peut être sa nature.

Il ne saurait être question, dans le cas présent, d'une de ces lésions de déficit causée par une hémorragie ou ramollissement. A l'âge de treize ans, une telle étiologie serait vraiment surprenante. De plus, le déficit une fois créé, les désordres entraînés à sa suite restent stationnaires, et ne se présentent pas avec le caractère si nettement progressif que nous avons noté dans notre cas.

Faut-il songer à une sclérose en plaques ? non à une sclérose en plaques à forme classique, commune, intégrale, mais à une de ces formes frustes, irrégulières, dont j'ai eu plusieurs fois l'occasion de vous montrer des exemples. A vrai dire, la sclérose en plaques, quoique possible au-dessous de quinze ans[1], est rare. J'ajoute que cette affection ne s'accompagne pas d'une céphalée aussi intense, ni de stase papillaire ainsi faite, et surtout ne présente pas une marche aussi rapidement progressive.

Il reste donc les deux hypothèses suivantes, celle d'un abcès cérébelleux ou d'une tumeur cérébelleuse. Mon diagnostic hésite entre elles deux.

Je serais plus affirmatif pour la première hypothèse si j'avais pour me guider une suppuration de l'oreille. Les otites moyennes suppurées comptent au nombre des causes les plus fréquentes des abcès cérébelleux[2]. Parfois la lésion auriculaire reste cachée, mais malgré son état latent elle peut provoquer l'apparition de l'abcès cérébelleux. Ne pourrait-il pas en être ainsi chez notre malade? N'oublions pas que c'est dans la convalescence d'une rougeole que les troubles nerveux ont éclaté brusquement et qu'on connaît la fréquence des suppurations secondaires dans le décours des fièvres éruptives.

Cependant l'état normal de la température, l'absence également de toute polynucléose du sang[3], et, il faut l'avouer, l'intégrité absolue des fonctions auriculaires, me ramènent à la seconde hypothèse : celle d'une tumeur en voie d'accroissement. L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien s'est montré négatif. Ce fait plaide encore en faveur d'un néoplasme.

Ce jeune malade n'est pas entaché de syphilis héréditaire. Il n'est pas sous le coup de la syphilis acquise. Au surplus, il a subi un mois de traitement spécifique resté sans résultat. Il n'y a pas lieu de soupçonner chez lui la tuberculose à laquelle pourtant il faut toujours songer dans le jeune âge. Mais les néoplasies tuberculeuses se développent avec une grande lenteur, et nous assistons, au contraire, dans ce cas, à une progression rapide de tous les phénomènes morbides. Une telle évolution est plutôt le fait des néoplasies dites malignes : du sarcome, du gliome.

Quel que soit le diagnostic porté, celui d'abcès ou celui de néoplasme, le pronostic est fatal à plus ou moins brève échéance, si la maladie est abandonnée à elle-même, et j'ajoute fatal, à brève échéance, l'évolution symptomatique s'aggravant rapidement de jour en jour.

Or, le traitement médical s'est montré impuissant; les ponctions lombaires, répétées avec la prudence que nécessite toujours

1. Raymond. — « Sur un cas de vertige auriculaire ». Cliniques, 3e série, p. 200.

1. Raymond. — « Sclérose en plaques chez un enfant ». Cliniques, 4e série, p. 46.

2. Dieulafoy. — « Abcès du cervelet ». *Académie de médecine*, 1900, 19 Juin.

3. MM. Sicard et Guillain ont constaté une polynucléose sanguine manifeste dans deux cas d'abcès du cerveau. Congrès de médecine interne, Lille, 1899.

en pareil cas une localisation cérébelleuse, n'ont eu qu'un effet palliatif; il est donc indiqué d'avoir recours à une intervention opératoire.

La trépanation et peut-être l'ablation consécutive de la néoplasie peuvent seules offrir au malade quelque chance de survie, peut-être même de guérison radicale, dans le cas d'abcès.

C'est à ce dernier parti opératoire que je me décide, tout en ne m'illusionnant pas, je vous le répète, sur la difficulté d'un diagnostic étiologique précis, mais en restant affirmatif sur la topographie de la lésion. Il est impossible de mettre en doute une localisation au niveau du cervelet quand « le syndrome cérébelleux » se présente avec une pareille netteté et évolue au milieu d'un tel ensemble symptomatique.

***

Nota. — Le jeune malade a été opéré par M. Segond. L'opération a été rendue singulièrement difficile et délicate par le fait d'une anomalie des sinus. Le pressoir d'Hérophile communiquait largement avec les veines du diploé et il existait entre les deux tables osseuses de la fosse cérébelleuse gauche un véritable lac sanguin que la trépanation a mis à jour. Après compression méthodique, à la gaze, du foyer hémorragique, on ouvre la fosse cérébelleuse gauche sur une étendue que l'on peut comparer à celle d'une pièce de cinq francs. Aussitôt la dure-mère incisée, le cervelet, mis à nu, fait puissamment hernie. Son aspect est normal. Plusieurs ponctions exploratrices avec la seringue de Pravaz et le vide à la main sont restées sans résultat. On referme la plaie, sans plus insister.

Après l'opération, le malade tombe dans un demi-coma, dont il ne sort plus, et il s'éteint le quatrième jour, sans convulsions, sans paralysie, et sans élévation de la température.

A l'autopsie, immédiatement au-dessous du trait du trépan, s'étalait à la base du cervelet, et prédominant surtout à gauche une tumeur inopérable, car elle avait déjà envahi la plus grande partie du vermis inférieur et des hémisphères cérébelleux, principalement de l'hémisphère cérébelleux gauche. Cette tumeur procède, non par simple refoulement, mais bien par envahissement vrai et par destruction.

Le diagnostic de localisation s'est donc trouvé vérifié en tous points.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire (sarcome embryoplastique de Robin) dont le point de départ est vraisemblablement méningé.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE DU MAL DE BRIGHT

Le professeur von Noorden, dans une communication à la *British medical association*, le 30 Juillet 1902, vient de donner le résultat de l'étude spéciale à laquelle il s'est livré depuis de nombreuses années, relative au régime diététique du mal de Bright. Son travail intéresse au plus haut point la pratique médicale courante.

Il pose en principe que le traitement diététique doit épargner à l'organe malade tout travail superflu, mais que ce traitement conservateur ne doit pas être poussé trop loin. *Les soins dont on entoure un organe ne doivent pas conduire à négliger les intérêts alimentaires de tout l'organisme*, ce qui est une erreur trop souvent commise dans la pratique.

***

La diète à établir varie, cela va de soi, avec le cas considéré. Trois éléments peuvent, dans une certaine mesure, servir de direction à cet égard :

1° *L'évolution clinique générale de la maladie.* C'est ainsi que dans les cas de néphrite aiguë, la restriction de la diète doit être plus rigoureuse que dans la néphrite chronique. D'autre part, ainsi que l'a bien montré M. Robin, l'observation clinique montre comment la maladie est influencée par tel ou tel régime.

2° *Le taux de l'albumine dans l'urine.* Quoique nous sachions qu'il n'y a pas de rapport nécessaire dans le mal de Bright entre l'intensité de l'albuminurie et la gravité de la maladie ou son évolution probable.

3° *L'examen du pouvoir excréteur des reins malades.* C'est le facteur le plus important, car un des principaux dangers du mal de Bright réside dans la disproportion entre les déchets organiques produits et la puissance excrétrice des reins.

Une première méthode consiste à administrer aux patients des substances chimiques (iodure de potassium, acide salicylique, bleu de méthylène) dont la recherche dans l'urine soit facile, et à comparer l'élimination urinaire de ces substances quant à son début et quant à sa durée chez les sujets sains et chez les brightiques. Les injections de phloridzine et la cryoscopie donnent comme les méthodes précédentes des résultats intéressants. Cette méthode serait parfaite s'il existait quelque rapport entre l'élimination de ces substances étrangères à l'organisme et l'élimination des produits naturels du métabolisme général. Mais l'auteur a observé que les dites substances étaient lentement et imparfaitement éliminées par des brightiques chez lesquels l'élimination des éléments urinaires tels que l'urée, l'acide urique, l'acide phosphorique, les chlorures, etc., était parfaite; en d'autres cas, beaucoup plus rares, il observa le phénomène inverse; en d'autres encore telle substance est éliminée rapidement, telle autre lentement et imparfaitement. Bref aucune loi ne peut être formulée relative au rapport de l'élimination des substances étrangères à l'organisme et des éléments urinaires normaux. Cependant on peut dire qu'*en général toutes les substances étrangères à l'organisme — et ceci s'applique à toutes les préparations pharmaceutiques — sont éliminées par les reins malades beaucoup plus difficilement que les produits normaux du métabolisme.* Et ce fait doit nous rendre d'une extraordinaire circonspection dans l'administration aux brightiques de tout médicament toxique.

Aucune des méthodes sus-mentionnées n'a fourni d'élément appréciable au traitement diététique du mal de Bright. Aussi, dans le but d'étudier quelle est la diète la plus appropriée dans les maladies chroniques des reins le professeur von Noorden a choisi la *méthode beaucoup plus difficile d'étudier l'élimination des produits naturels du métabolisme.* Ce sont les résultats fournis par cette méthode pendant plus de onze ans qui forment la base de son étude d'aujourd'hui.

Dans la néphrite aiguë et dans les périodes aiguës de la néphrite chronique on constate que l'urée, la créatinine, l'acide hippurique, les matières colorantes de l'urine, les phosphates, les sels de potasse, l'eau sont imparfaitement éliminés; au contraire l'acide urique, les bases xanthiques, les substances aromatiques, les sels d'ammoniaque, les acides amidés, les chlorures, les carbonates et quelquefois l'eau sont facilement éliminés.

Il en est de même dans la période terminale du mal de Bright, mais, comme le fait remarquer l'auteur, à cette période tout espoir est perdu, la thérapeutique est désarmée et on est en droit d'autoriser les patients à suivre le régime qui leur est le plus agréable sans se laisser influencer par aucune considération thérapeutique théorique.

Dans les formes ordinaires du mal de Bright l'élimination des produits normaux du métabolisme est généralement satisfaisante. Très peu de substances sont d'une élimination difficile. Toutefois, quelques variations défavorables se présentent avec les substances suivantes : l'urée, pour des quantités un peu élevées, les sulfates, l'acide urique, l'eau quelquefois et les substances étrangères à l'organisme telles que le plomb, l'arsenic, le fer, l'iode, le brome, les alcaloïdes, etc.

La connaissance de ces faits est très importante et désormais tous les éléments importants de l'alimentation devront être analysés afin de voir s'ils contiennent des substances qui sont imparfaitement excrétées par les reins et altèrent le pouvoir rénal d'élimination.

***

Nous pouvons maintenant aborder les questions suivantes :

1° Quelle quantité d'albuminoïdes peut être autorisée dans le mal de Bright?

2° La qualité de l'albumine absorbée exerce-t-elle une influence sur la maladie?

3° Le patient doit-il boire peu ou beaucoup?

4° Quelle doit être la ration quotidienne alimentaire?

I. Nous possédons deux méthodes d'investigation relatives à la *quantité d'albuminoïdes autorisable.*

On peut déterminer quelle est la quantité d'urée excrétée en vingt-quatre heures par des brightiques qui sont en période d'accalmie et jouissent d'une santé aussi satisfaisante qu'il est possible de l'espérer dans le cours d'une néphrite chronique, et il est beaucoup de tels patients. Les chiffres moyens suivants ont été obtenus : chez les hommes de 13 à 16 grammes, chez les femmes 11 à 14 grammes; ce qui est l'équivalent de l'ingestion de 92 à 112 grammes d'albumine chez l'homme et de 80 à 100 chez la femme.

On trouve, d'autre part, que les patients sécrètent avec la plus grande facilité des quantités d'urée inférieures à 15 grammes, mais aussitôt que la dose d'albumine autorisée équivaut à un taux d'urée supérieur à ce chiffre, l'élimination devient incertaine et irrégulière.

Les quantités ci-dessus indiquées sont valables pour les brightiques dont l'état général est satisfaisant et dont on veut soutenir les forces. Dans les exacerbations aiguës, elles doivent être naturellement réduites. Mais le professeur von Noorden s'élève contre la tendance thérapeutique si répandue de réduire autant qu'il est possible les albuminoïdes, dans le régime des brightiques. Ce qui est tout à fait correct dans la néphrite aiguë est une grave erreur dans le traitement de la néphrite chronique.

L'acide urique étant souvent imparfaitement éliminé, les viandes riches en nucléine, — telles le ris de veau, le foie, les rognons, — devront être bannies de la table de brightiques. Toutefois, si la quantité d'acide urique à excréter reste modérée (inférieure à 0 gr. 50), et que l'ingestion d'albuminoïdes se maintienne dans les limites sus-indiquées, l'élimination se fait correctement.

II. L'auteur a fait de nombreuses expériences relatives à l'*éliminabilité respective de quantités équivalentes d'albumine de viande, d'œufs, de lait et de légumes.*

En substance, on peut dire, — qu'à quantités équivalentes, — les reins ne font pas de différence entre ces diverses albumines. Et en particulier, von Noorden a constaté, comme tous ceux qui ont fait de la diète brightique une étude attentive, que l'on ne paraît pas pouvoir faire à ce point de vue de distinction logique entre la viande rouge et la

viande blanche. M. Robin était arrivé à des conclusions sensiblement concordantes.

Ces faits sont d'une grande importance pratique car, s'ils sont confirmés, la diète brightique pourra être beaucoup plus libérale et beaucoup plus variée, pour le plus grand bénéfice et le plus grand agrément des patients.

III. La question de la *quantité de liquide à donner aux brightiques* est en général tranchée d'une façon très simple : les patients sont autorisés à boire le plus possible, de façon à uriner le plus possible, la dilution des éléments urinaires facilitant — théoriquement au moins — l'excrétion.

Mais, suivant la remarque de von Noorden, on ne doit pas oublier qu'en inondant d'eau le système vasculaire, on accroît de façon correspondante le travail du cœur, que chaque brightique est dans une certaine mesure un cardiaque, et qu'en bien des cas le trouble cardiaque est plus dangereux que la lésion rénale. Aussi, depuis plusieurs années, von Noorden a-t-il appliqué au traitement des néphrites chroniques les principes formulés par Œrtel pour le traitement des maladies du cœur : il n'autorise à ses brightiques jamais plus de 1 lit. 1/2 d'eau par jour, étant bien compris qu'il s'agit de 1 lit. 1/2 de liquide en dehors de l'eau contenue dans les aliments solides ou demi-solides. Ses résultats ont été très satisfaisants dans plus de 100 cas consécutifs. Les résultats sont particulièrement favorables dans les cas où le cœur a faibli, où la dilatation cardiaque a fait son apparition. En de pareils cas la restriction des liquides, à elle seule, sans autre médication, produit une amélioration rapide et importante; fréquemment en quelques jours la dilatation cardiaque et la sténocardie disparaissent, et il ne faut pas perdre de vue que la faiblesse cardiaque constitue la complication la plus fréquente et la plus redoutable de la néphrite chronique.

L'influence de la restriction des liquides sur l'albuminurie varie; généralement le taux de l'albumine est plus élevé, mais le chiffre total ne varie pas ou peu, parce qu'en même temps il y a une réduction considérable de la quantité quotidienne d'urine excrétée. Si l'albuminurie s'élève légèrement, cet accroissement disparaît le plus souvent en une ou deux semaines. Et d'ailleurs, même dans ces cas, la restriction des liquides a été maintenue, car les avantages de cette méthode sont plus grands que ses inconvénients.

Il est, par ailleurs, de la plus haute importance de rechercher l'influence de la restriction des liquides sur l'élimination des substances urinaires et spécialement sur l'urée, l'acide urique et les sels. L'élimination des éléments solides de l'urine n'est pas altérée aussi longtemps que la ration quotidienne de liquide n'est pas réduite au-dessous de 1 lit. 1/4. Mais, cependant, en vue d'éviter plus sûrement la rétention de ces substances, von Noorden autorise une fois par semaine les brightiques à prendre une ration quotidienne de 2 lit. 1/2 à 3 litres d'eau.

Cette restriction de la quantité des liquides peut même être appliquée dans les cas de néphrite chronique compliquée de goutte ou de diathèse urique; mais en pareil cas, il sera opportun de prescrire de petites doses de bicarbonate de soude qui faciliteront l'excrétion de l'acide urique.

IV. Pour fixer la *ration alimentaire quotidienne totale*, on se basera surtout sur l'adiposité du malade. L'adiposité est une mauvaise complication du mal de Bright; adiposité et mal de Bright combinés sont des plus dangereux pour le cœur. Il faut donc régler la ration alimentaire des brightiques de façon à relever leur nutrition, surtout s'ils ont été épuisés par un régime draconien antérieur; mais il faut d'autre part éviter l'adiposité et même chercher à la réduire avec prudence si elle existe déjà.

Dans la pratique ces principes sont souvent méconnus. On voit maints brightiques, antérieurement maigres ou de poids normal, réellement gavés de lait, de beurre et d'aliments végétaux. Avant cette cure d'engraissement leur santé était satisfaisante; après, ils souffrent de symptômes cardiaques secondaires. Si la maladie n'a pas fait trop de progrès, ces symptômes disparaissent en même temps que l'adiposité contemporaine, par l'application d'une diète rationnelle inspirée par les principes sus-énoncés.

La règle pratique qui dérive de ces observations cliniques et expérimentales, est qu'il faut donner aux brightiques une nourriture suffisante et fortifiante, mais sans dessein de les suralimenter. Si leur poids doit être réduit, cette réduction doit être obtenue de la façon la plus prudente, et à ce sujet les cures classiques de Carlsbad et de Marienbad sont des plus dangereuses, parce que débilitantes.

On ne doit pas oublier qu'en matière de néphrite chronique l'objectif thérapeutique n'est pas la rapidité, — mais la sûreté qui exige souvent prudence et patience.

ALFRED MARTINET.

QUATRIÈME CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Rome du 15 au 21 Septembre 1902[1].

Jeudi 18 Septembre 2 h. 1/2 de l'après-midi.

Le Traitement du cancer de l'utérus (*suite*).

M. le professeur Gutierrez (de Madrid). Pour donner aux malades de cancer utérin une survie plus longue, nous ne possédons aujourd'hui pas d'autres moyens que les moyens chirurgicaux.

On ne doit tenter les opérations radicales que dans les cas de cancer nettement limité dans l'utérus, c'est-à-dire quand le vagin n'est pas affecté et qu'on ne peut constater aucune infiltration dans les tissus péri-utérins.

L'induration du parametrium, non limitée à un des ligaments ni dépendante des processus inflammatoires bien constatés, dans les cas de cancer, est une contre-indication à l'hystérectomie, même à titre d'opération palliative, puisque la continuation du mal est la règle et la survie des opérées est peut-être moins longue que si nous avions employé le traitement palliatif.

Une fois décidée l'intervention radicale, nous donnons la préférence à l'hystérectomie vaginale, comme opération plus rapide et moins dangereuse que l'abdominale, surtout quand on fait l'évidement pelvien, et qui, jusqu'à présent, a donné des survies plus longues que la méthode sus-pubienne.

La survie des opérées est en raison directe de la limitation du cancer et des soins de l'opérateur pendant l'hystérectomie pour ne pas laisser de greffes épithéliales dans la plaie opératoire.

C'est pour ces raisons que tous les médecins doivent s'appliquer à faire le diagnostic précoce du cancer de l'utérus et conseiller l'opération immédiate.

Dans le cancer de l'utérus, de même que dans celui du sein, la manque de récidive au bout de trois ans, comme disait Wolkmann, ou quatre selon Rieffel, n'est pas une garantie de guérison, puisqu'on voit le cancer se reproduire six, huit et même dix ans après avoir été extirpé.

Si actuellement nous ne sommes pas autorisés à déclarer que l'hystérectomie vaginale, et dans certains cas l'abdominale, est le moyen curatif du cancer de l'utérus, nous sommes obligés de l'employer par devoir humanitaire, si nous voulons donner aux malades un meilleur état et une survie plus longue, dans tous les cas où l'on constate la limitation du mal ou sa diffusion peu étendue.

M. Pichevin (de Paris) critique les statistiques opératoires ; il n'a pas, lui, plus de 3 pour 100 de survie après trois ans avec l'hystérectomie vaginale ; il se demande si, comme le dit d'ailleurs Olshausen, il n'y a pas en Allemagne une éducation gynécologique populaire telle que les femmes viennent consulter plus tôt et que l'opération peut être plus précoce. Comme M. Marcille l'a montré, il est impossible d'enlever tous les ganglions ; l'opération abdominale est donc elle aussi une opération incomplète.

M. Paul Delbet (de Paris). Me plaçant d'abord au point de vue clinique, je vous dirai que j'ai opéré six malades atteintes de cancer : deux par la voie abdominale avec deux morts (il s'agissait de malades très gravement atteintes), quatre par la voie vaginale avec quatre succès opératoires. L'une opérée d'un cancer cervical datant de onze mois est en pleine récidive ; une deuxième malade atteinte de cancer du corps et une troisième malade atteinte de cancer de la muqueuse du col sont sans récidive bien qu'opérées depuis dix-huit mois et deux ans. Le quatrième cas est le plus intéressant. La malade étant venue me trouver je la jugeai inopérable et fis un curettage ; les accidents ayant récidivé, la malade alla trouver Lebec qui fit l'hystérectomie vaginale. Il y a aujourd'hui neuf ans de l'opération : la malade vit encore sans récidive ; l'examen histologique a été fait deux fois dans le service de M. Le Dentu et dans le service de Lebec ; il a confirmé le diagnostic cancer.

En résumé, l'opération vaginale fixée dans ses indications, réglée dans sa technique, presque sans danger immédiat, me paraît l'opération de choix. L'hystérectomie abdominale totale, permettant une exérèse plus étendue et une guérison définitive, ne doit à mon avis être proposée qu'aux malades tout à fait au début, parce qu'ici les avantages sont assez considérables pour faire passer sur ses dangers.

Comme opération destinée à reculer les limites de l'opérabilité, l'hystérectomie abdominale ne paraît pas avoir tenu ce qu'elle promettait.

C'est ce qui m'a conduit à chercher dans une autre voie et à proposer l'opération suivante, dérivée des opérations de Michaux, Wölfler, Schuckardt. Incision partant du fond de l'échancrure sciatique, passant à égale distance de l'anus et de l'ischion et se terminant le long de la grande lèvre. Découverte et incision du releveur, mise à nu du vagin par sa face latérale, isolement de l'uretère et de la vessie, extirpation du vagin et de l'utérus. Cette opération permet d'atteindre des cancers inopérables par le vagin, d'extirper suffisamment le tissu cellulaire et surtout de libérer mieux que toute autre la paroi antérieure du vagin et la face inférieure de la vessie, point où se fait la récidive. L'opération n'offre pas de difficultés particulières et Schauta qui a opéré plusieurs malades par un procédé analogue a pu constater que sa mortalité n'était pas supérieure à celle des autres hystérectomies.

M. Amann (de Munich) ne croit pas que toutes les cellules cancéreuses qui se trouvent dans les ganglions soient réellement aptes à se développer, mais nous n'avons encore à ce sujet pas de preuves suffisantes.

Pour ce qui est de l'opération il la voudrait aussi complète que possible ; il préfère le drainage par le vagin.

M. Mackenrodt (de Berlin) préfère de beaucoup l'opération abdominale, parce qu'elle permet d'enlever mieux, qu'elle évite plus facilement la blessure des uretères, ou quand cette dernière se produit elle permet mieux de parer aux accidents causés par cette blessure. Quant aux opérations vaginales il ne les admet que quand les ganglions ne sont pas pris, et dans ce cas, pour éviter le contage, il emploie le thermocautère.

Il faut enlever non seulement les ganglions, mais encore les voies lymphatiques qui servent à la propagation de l'infection. Quant à l'extirpation absolument totale des ganglions, comme le voudrait Wertheim, elle lui semble impossible au point de vue anatomique.

M. T. Morisani (de Naples) rapporte 14 cas de chirurgie abdominale pour cancer de la matrice avec une seule mort. Dans ce cas il s'agissait de pyométrite qui compliquait le cancer de la portion vaginale du col et qui s'ouvrit pendant les manœuvres d'énucléation. Dans un autre cas, la récidive se montra après huit mois. Dans ce cas la dégénérescence maligne était accompagnée d'une très forte infiltration ganglionnaire et du paramètre droit. Pendant l'opération on a ôté tout ce que l'on pouvait, mais l'évidement pelvien n'a pas été complet. Morisani a suivi les cas traités par cette opération et présente les chiffres suivants : 2 cas sans reproduction de 2 ans et 8 mois ; 2 de 2 ans et 4 mois ; 2 de 2 ans et 2 mois ; 2 de 1 an et 8 mois ; 1 de 1 an et 7 mois ; 1 de 1 an et 1 mois ; 1 de 1 an ; un de 6 mois.

1. Voy. *La Presse Médicale*, 1902, n° 76, p. 908 ; n° 77, p. 919 ; n° 78, p. 931 ; n° 79, p. 942, et n° 80, p. 956.

Il compare ces résultats avec ce qu'il a obtenu avec 25 opérations de colpo-hystérectomie dans des formes limitées aussi. Dans ce cas, il a obtenu une mortalité nulle, mais la récidive n'a pas manqué de paraître en un temps variable entre 2 mois et 1 an. Il croit donc, et avec raison, en se basant sur cette statistique, laquelle ne manque pas d'être assez significative, à la supériorité de la méthode abdominale. Il croit que les limites de cette opération doivent être très restreintes, et il ne préconise l'intervention que dans les cas où l'examen gynécologique et l'état général de la malade donnent des arguments suffisants pour croire que le néoplasme soit limité. Il insiste spécialement sur les difficultés de diagnostic pour établir avec exactitude les limites du cancer, et il reconnaît la supériorité de la voie haute dans le fait que l'on peut inspecter directement la cavité abdominale pelvienne et que l'on peut ne pas opérer, quand la lésion dépasse les limites établies. Il insiste sur le nombre des cas dans lesquels la récidive se produit sur la cicatrice vaginale, et sur la rapidité de la reproduction du néoplasme, quand on n'a pas fait une résection haute du vagin et du parametrium associée à la résection des ligaments larges et à l'évidement des ganglions qui entourent les vaisseaux. Il croit que l'application de cette opération donnera de bons résultats dans les cas limités et dans ceux où l'infiltration ganglionnaire est seulement pelvienne, ou dans ceux où le palper direct montre que ce système ganglionnaire n'est pas encore envahi. Mais si, comme on l'a fait, on étend les indications opératoires, on s'expose à des interventions incomplètes.

Il formule les conclusions suivantes :

1° La chirurgie abdominale dans le cancer de la matrice permet la constatation exacte de l'extension des lésions et donne la possibilité d'enlever l'organe ou non, dans chaque cas ;

2° Elle permet d'emporter les deux tiers supérieurs du vagin, du parametrium, la résection des ligaments larges, l'évidement pelvien et un enlèvement plus complet des annexes, donnant plus grande probabilité de réussite ou tout au moins prolongeant la vie des femmes ;

3° Les résultats immédiats de l'opération sont *presque identiques* à ceux de la colpo-hystérectomie en employant une technique exacte, si l'opérateur prend toutes les précautions nécessaires pour le bon résultat de l'opération, malgré que cette technique présente les plus grandes difficultés ;

4° Les résultats définitifs de la statistique personnelle sont de beaucoup supérieurs à ceux de l'opération vaginale au point de vue de la récidive.

M. Poten (de Hanovre) est également partisan de l'opération abdominale, mais il recommande de n'employer la position déclive que pendant une partie de l'opération, et il veut aussi séparer la cavité pelvienne de la cavité abdominale en détachant le péritoine pariétal et en le suturant au péritoine viscéral, ce qui mettrait la cavité abdominale tout à fait à l'abri.

M. le professeur Zweifel (de Leipsig) rapporte en français une série de trois cent soixante cas d'opération de cancer traité par l'hystérectomie; dans 30 pour 100 des cas examinés au point de vue microscopique, les ganglions absolument normaux au palper se trouvèrent cancéreux à l'examen. Il est persuadé qu'il est rationnel d'étendre l'opération, mais il trouve, contrairement à MM. Jonnesco et Wertheim, que l'opération vaginale a ses indications, et il a eu des guérisons datant de dix à quinze ans. Sur 33 opérations de cancer compliqué de grossesse, M. Zweigel opéra toujours dès le début quand ce fut possible, et sans jamais se soucier de l'enfant, qu'il considère comme condamné. Si le cancer est absolument inopérable, il attend alors le terme et fait l'opération de Porro.

M. le professeur Spinelli (de Naples). La fréquence impressionnante de la récidive du cancer sur la cicatrice vaginale fait penser que la colpo-hystérectomie est une opération incomplète et irrationnelle. Et cela est bien démontré par les constatations actuelles sur la dissémination du néoplasme dans les ganglions profonds. Pour ces raisons, l'hystérectomie vaginale est aujourd'hui un anachronisme. Le procédé de Wertheim est infiniment plus complet et plus rationnel que l'opération vaginale. La statistique italienne d'hystérectomie pour cancer, récoltée par l'auteur, comprend 1.293 cas dont 1.093 opérations vaginales avec 53 morts (4.84 pour 100) et 200 opérations abdominales avec 52 morts (26 pour 100). Les résultats éloignés sont favorables et on compte 13 pour 100 de survies de 3 à 10 ans.

La statistique personnelle de M. Spinelli compte 50 opérations : 45 vaginales avec une mort et 5 opérations de Wertheim avec une mort.

Cinq femmes ont déjà une survivance de trois à six ans et demi.

M. Jayle (de Paris). Depuis 1900 j'ai eu recours 13 fois à l'hystérectomie pour cancer de l'utérus. Deux fois il s'agissait du cancer du corps utérin survenu chez des femmes respectivement âgées de cinquante-sept à soixante ans ; j'ai pratiqué l'hystérectomie abdominale totale avec ablation des annexes, sans m'inquiéter des ganglions. Les deux malades ont guéri sans aucune complication et le sont restées jusqu'à ce jour.

Pour les autres onze cas il s'agissait d'épithélioma du col. Une seule fois l'épithélioma était bien limité, ayant été diagnostiqué tout au début grâce à des circonstances spéciales. Il s'agissait d'une femme de quarante-deux ans qui venait reclamer une intervention pour une énorme éventration survenue à la suite d'une salpingoovariectomie double pratiquée une dizaine d'années auparavant par un autre chirurgien. Cette femme, qui avait été ménopausée à la suite de l'opération, perdait quelques gouttes de sang depuis environ deux mois. Au toucher, je trouvai un tout petit nodule épithéliomateux situé dans le col, l'utérus ayant été laissé lors de la castration ovarine. Comme la malade était très obèse, que la cure de l'éventration devait déjà être longue et que le cancer était parfaitement limité, je fis l'hystérectomie vaginale par le procédé des pinces. La guérison fut rapide; et quelques jours après la cure de l'éventration était menée à bien. Cette malade opérée depuis vingt mois va très bien. Dans un autre cas de cancer du col observé chez une femme de soixante-quatre ans, je pratiquai encore une hystérectomie vaginale par le procédé des pinces. Mais l'hémostase fut imparfaite et, séance tenante, je fis une laparotomie au cours de laquelle je liai les ligaments et suturai le péritoine, laissant un petit drainage vaginal sous-péritonéal. Cette malade guérit et est encore bien portante depuis quinze mois.

Restent neuf cas d'épithélioma *étendu* survenus à l'âge moyen de la vie. Dans tous ces cas, après avoir curetté les fongosités cancéreuses et les avoir cautérisées, j'ai eu recours à l'hystérectomie abdominale, seule possible pour enlever la totalité des tissus malades. Dans la plupart j'ai commencé par bien circonscrire le mal par la voie vaginale : il m'a toujours paru que, dans le cancer un peu propagé au tissu péri-utérin, il était utile de tailler au préalable une petite collerette vaginale, car l'isolement du vagin n'est pas toujours aisé par l'abdomen dans ces circonstances.

Les hystérectomies que j'ai pratiquées n'ont jamais été accompagnées de l'évidement pelvien, si tant est qu'il y ait un évidement pelvien à faire. Dans tous les cas, sauf dans un, j'ai enlevé l'utérus, les annexes et les ligaments larges; dans tous j'ai disséqué les uretères qui quatre fois étaient englobés dans un prolongement du néoplasme. Jamais je ne me suis occupé des ganglions que je ne trouvais pas augmentés. Ces opérations ont toujours été laborieuses. Quels ont été les résultats? Aucune guérison. Deux femmes sont mortes de l'opération. Une succomba un mois après à des accidents d'urémie causés par une pyonéphrose peut-être elle-même consécutive à l'opération. Les autres, au nombre de six, ont toutes récidivé, non à distance dans les ganglions, mais dans la cicatrice ou à son pourtour. Une d'elles a dû subir une colostomie iliaque en Août dernier pour obstruction causée par la récidive, onze mois après l'hystérectomie; elle avait conservé de la première opération une fistule urétérale.

Au point de vue clinique et anatomo-pathologique, deux parmi ces cas présentent un intérêt particulier. Dans l'un, il s'agissait d'un épithélioma qui avait paru inopérable, le toucher montrant l'utérus immobile, enclavé. Je pensai que l'enclavement était dû à des lésions annexielles; la laparotomie démontra en effet que le cancer n'avait pas dépassé les limites de l'utérus, que l'organe était gros parce qu'il contenait des fibromes, qu'il était adhérent, immobile parce que les annexes étaient suppurées.

L'autre cas à mettre en relief concerne une femme de quarante-cinq ans, atteinte d'un épithélioma du col compliqué de pyométrie. Au cours de l'hystérectomie abdominale, une pince à deux dents, placée sur l'utérus, ouvrit la cavité utérine ; un flot de pus fétide s'écoula. Je terminai rapidement l'opération et laissai en place les ovaires qui étaient sains. La malade guérit, mais elle revint cinq mois plus tard avec une masse abdomino-pelvienne compliquée d'ascite que je diagnostiquai cancer de l'ovaire. Je fis la laparotomie et ne pus tout enlever ; néanmoins, la malade guérit encore. L'examen histologique fut pratiqué; il s'agissait non d'une propagation du cancer utérin à l'ovaire, mais bien d'un épithélioma primitif de l'ovaire, développé après la première opération. C'est la seule fois où j'ai laissé les annexes, et il est assez curieux d'avoir à relever, dans ce cas, cette complication si rare que je n'en ai pas trouvé d'autre exemple.

En résumant mes cas, au point de vue opératoire pur, je relève 2 hystérectomies abdominales pour cancer du corps avec 2 guérisons, 1 hystérectomie vaginale avec 1 guérison, 1 hystérectomie vaginale terminée par une laparotomie immédiate avec 1 guérison, 9 hystérectomies abdominales ou abdomino-vaginales avec 2 morts post-opératoires et 1 mort au bout d'un mois par urémie.

Jusqu'à ce jour, les deux hystérectomies pour cancer du corps sont restés guéries ; de même l'hystérectomie vaginale pour épithélioma du col au début ; de même encore l'hystérectomie vaginale terminée par la laparotomie chez une vieille femme de soixante-quatre ans. Quant aux autres survivantes, dont deux âgées de vingt-neuf et trente ans, elles ont toutes récidivé au niveau de la cicatrice ou à son pourtour. L'amélioration n'a été que de très courte durée et la récidive n'a pas dépendu de la non-ablation des ganglions pelviens.

Sauf dans des cas très limités, et en présence de circonstances particulières où la voie vaginale est recommandable, l'hystérectomie abdominale est l'opération de choix. Le curage avec cautérisation au fer rouge sera toujours pratiqué la veille de l'opération. En commençant par tailler, dans un premier temps, une collerette vaginale, on favorise l'ablation de l'utérus par l'abdomen. L'exérèse sera aussi large que possible, mais sans aller systématiquement et dans tous les cas à la recherche des ganglions, parce que l'opération devient dès lors trop compliquée sans être reconnue jusqu'à ce jour parfaitement utile.

La fermeture complète de la séreuse sera toujours réalisée avec soin pour éviter l'infection péritonéale. Le drainage sera sous-péritonéal, vaginal simple ou abdomino-vaginal.

M. le professeur Pinard (de Paris). Pour ce qui est du cancer de l'utérus pendant la grossesse, M. Pinard, contrairement à ce que fait M. Zweifel, n'opère jamais ; il attend toujours le plus longtemps possible et cherche toujours à laisser la grossesse arriver à terme, et ce procédé lui a donné des résultats excellents ; cependant il faut faire attention à un point, c'est que le travail débute d'une façon très insidieuse ; il faut donc intervenir dès le début du travail et la simple opération de Porro lui a donné des survies de deux ans.

De plus, M. Pinard rapporte trois cas opérés par voie vaginale depuis plus de sept ans sans récidive; il insiste sur l'importance du diagnostic précoce, se basant sur ce que tous les résultats éloignés sans récidive provenaient de cas opérés tout au début ; il voudrait que tous les médecins fassent bien pénétrer dans l'esprit des femmes cette notion de curabilité du cancer pris au début.

Il faudrait habituer les femmes à consulter un médecin, et à réclamer un examen gynécologique dès qu'il se produit le moindre trouble dans la sphère de leurs organes génitaux.

M. le professeur Kronig (de Leipsig). L'extirpation de l'utérus par voie abdominale est beaucoup plus simple et plus facile que par la voie vaginale quand le parametrium est envahi. D'autre part, il est absolument convaincu que l'extirpation complète des ganglions est impossible, et comme M. Amann, il n'est pas persuadé que l'organisme ne puisse venir à bout de quelques cellules cancéreuses qui peuvent rester ainsi dans les tissus.

M. le professeur Treub (d'Amsterdam) se dit encore plus conservateur en chirurgie que son ami Pozzi et emploie parfaitement la voie vaginale. Comme la plupart des orateurs, il estime que les résultats dépendent moins de la technique employée que du diagnostic précoce, permettant l'opération précoce.

Ont encore pris part à cette discussion : ***MM. Gattorno*** (de Trieste), ***Byrne*** (de Chicago), ***de Paoli*** (de Pérouse), ***Bossi*** (de Gênes), ***Johnston*** (de Cincinnati), ***von Franqué*** (de Wurzbourg) et ***Klein*** (de Munich) ; puis, la discussion étant close, la parole est donnée aux rapporteurs :

M. Jonnesco se félicite de ce que les partisans de l'opération vaginale diminuent de jour en jour et que ceux de la voie abdominale augmentent de même ; il répond à M. Zweifel au sujet d'un malentendu ; il est, à la suite de la discussion, con-

vaincu de l'excellence de sa méthode, plus simple, moins longue et plus rationnelle.

M. le professeur Pozzi dit que l'opération étendue proposée par M. Jonnesco ne pourra être jugée que dans trois ans, et il reste encore sur la réserve.

M. Wertheim revient sur quelques-uns de ses cas guéris depuis deux ans sans récidive; lui aussi, il reste convaincu que l'hystérectomie abdominale, avec évidement du bassin, est l'opération de l'avenir.

Samedi 20 Septembre, 8 heures du matin

COMMUNICATIONS DIVERSES

Le Bleu de méthylène chimiquement pur et pulvérulent dans le traitement des métrites. — *M. Chaleix-Vivie* (Bordeaux). Il résulte des recherches que j'ai commencées, il y a plusieurs années, avec M. Kohler, de Belfort, que le Bleu de méthylène en poudre, chimiquement pur, constitue dans le traitement des métrites un excellent topique intra-utérin, indolore, non caustique et non toxique. Il agit rapidement et efficacement contre la métrorragie, la ménorragie et contre la leucorrhée. Son action analgésique est manifeste surtout dans la dysménorrhée. Il modifie très heureusement les ectropions cervicaux.

Encouragé par les succès que le bleu de méthylène pulvérulent m'a donnés en gynécologie, comme hémostatique, analgésique et antiseptique, je l'ai employé chez les femmes enceintes atteintes de vaginite et de métrite blennorragiques. Indolore, inoffensive, l'application sur les parois du vagin et sur le col de bleu pulvérulent supprime en quelques séances l'écoulement et la douleur, et assainit la région. Des expériences sur les animaux m'ont montré qu'après une courte application de Bleu dans le vagin, la surface utérine tout entière était colorée: la diffusibilité en surface et en profondeur de ce puissant microbicide est précieuse dans la grossesse où un traitement intra-utérin serait impossible. La forme pulvérulente est plus efficace, car, par une fusion lente et continue, elle assure le contact prolongé de l'agent modificateur. Le bleu de méthylène a un pouvoir bactéricide puissant sur le gonocoque, le streptocoque, le staphylocoque et le bacillus coli.

L'hystérectomie subtotale par section première du col. — *M. J. L. Faure* (de Paris). Ce procédé, basé sur cette notion que l'utérus doit être enlevé de bas en haut, et que, le col une fois sectionné, l'utérus, retenu seulement par les ligaments larges, ne tient pour ainsi dire plus, me paraît devoir être recommandé dans deux circonstances différentes: dans les fibromes mobiles ou au contraire dans certains cas difficiles de fibromes enclavés, ou d'annexites adhérentes avec utérus en rétroflexion.

Dans les fibromes mobiles, voici comment il s'exécute: L'utérus étant basculé en avant, d'un coup de ciseaux courbes dans le Douglas, sur l'isthme utérin, on sépare le col du corps utérin. On introduit alors deux ou trois doigts d'arrière en avant, entre le col et le corps. Ces doigts, remontant le long de la paroi antérieure de l'utérus, décollent la vessie et effondrent le cul-de-sac vésico-utérin. Dans ces conditions, le pouce étant resté en arrière, on saisit entre le pouce et l'index le ligament large droit qu'on pince et qu'on sectionne d'un coup de ciseaux, on bascule l'utérus à gauche, et il suffit alors de saisir et de couper le ligament large gauche. L'utérus est dès lors enlevé et on termine l'opération comme dans les autres procédés. Dans ces conditions l'opération est d'une élégance et d'une rapidité extraordinaires et il m'est arrivé, dans un cas il est vrai particulièrement simple, d'enlever un utérus énorme en 75 secondes, y compris le temps de l'incision abdominale.

Dans les fibromes enclavés ou les utérus adhérents en rétroflexion, il faut aborder le col par devant. On le sectionne au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. On attire alors vers le haut le pôle inférieur de l'utérus et on peut ainsi, en basculant l'utérus et en l'attrapant par-dessous et de bas en haut, enlever assez facilement un fibrome qui se désenclave peu à peu, ou un utérus adhérent par le fond et dont les plans de clivage inférieurs deviennent accessibles.

Sur la pathogénie et le traitement de la dysménorrhée. — *M. le professeur Mendès de Léon* (d'Amsterdam). L'auteur, après avoir cité les travaux de Flieso, dit avoir nettement constaté des altérations de la muqueuse nasale coïncidant régulièrement avec les périodes menstruelles. On peut diminuer les douleurs et les coliques utérines par la cautérisation de cette muqueuse, cependant pas dans la mesure indiquée par cet auteur. Mais comme ce moyen a donné de bons résultats, il convient de continuer les expériences à ce sujet.

Modification à l'opération césarienne. — *M. Dudley Palmer* (de New-York). Le principal inconvénient de la section césarienne est la grandeur de de l'incision abdominale, qui favorise l'éventration. M. Palmer Dudley fait une incision sous-ombilicale de 15 centimètres au maximum, puis il serre l'utérus dans une anse de caoutchouc qu'il fait maintenir par un aide, pendant qu'un autre relève le fond; pendant tout ce temps il fait une irrigation chaude de sublimé à 1 pour 5000. La matrice étant maintenue contre la paroi abdominale antérieure, il l'incise sur sa face antérieure; on dégage l'enfant, puis le placenta, tout en faisant une irrigation intra-utérine avec la solution de sublimé; une fois l'utérus rétracté M. Dudley fait une suture continue avec de la corde à boyaux préparée. C'est avec le même matériel qu'il suture, à trois plans, la paroi abdominale.

Traitement des fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie. — *M. Paul Delbet* (de Paris). J'ai eu occasion d'employer dans un cas de fistule recto-vaginale consécutive à une hystérectomie abdominale un procédé de fortune qui m'a donné un bon résultat.

La malade, atteinte de suppuration pelvienne depuis dix ans, avait eu deux fois des abcès ouverts dans l'utérus. Je lui fis une hystérectomie: la malade guérit avec une fistule haute circulaire, de 8 millimètres de diamètre; aucun procédé classique n'était applicable. Je lui fis un dédoublement du rectum avec suture de la muqueuse; puis je suturai le premier plan, en taillant un lambeau quadrangulaire à grand axe transversal, sur la partie la plus élevée de la paroi vaginale antérieure, et en renversant le lambeau; ce procédé a guéri radicalement la malade.

A propos de la chirurgie conservatrice de l'ovaire. — *M. Lapeyre* (de Tours). L'ovaire n'est pas seulement l'organe de la génération, il est indispensable au fonctionnement normal de l'organisme féminin.

Sa suppression totale pendant la période d'activité sexuelle entraîne des troubles constants, toujours sérieux, parfois graves.

La conservation isolée d'un simple fragment d'ovaire suffit à empêcher au moins pour une très large part le développement de ces accidents.

La chirurgie conservatrice doit surtout viser à respecter l'ovaire, et dans le plus grand nombre de cas possible.

Pour peu qu'il reste de la glande saine, ce peu mérite d'être conservé.

L'auteur propose pour étendre le champ de la conservation d'utiliser le ligament large pour y inclure l'ovaire entre ses deux feuillets.

Il y aura ainsi non seulement péritonéalisation, mais véritablement un enfouissement de l'ovaire.

Au cours de l'hystérectomie abdominale les 2 feuillets du ligament large sont dédoublés; rien de plus simple que d'enfermer l'ovaire entre leurs 2 feuillets réunis par un surjet.

De même dans les salpingectomies doubles.

Dans l'ablation unilatérale, il suffit, du côté sain, d'inciser le bord supérieur du ligament large en avant de la trompe, et d'y creuser une fossette pouvant recevoir l'ovaire.

Depuis le mois de Mai 1901, l'auteur a pu le plus souvent, encouragé par cette précaution, garder un ovaire au moins partiellement.

Les résultats éloignés paraissent être ceux qu'on pouvait attendre de la conservation de la glande.

Congestions pleuro-pulmonaires d'origine ovarienne. — *Mme Bouët-Henry* (de Paris). Après avoir donné la description de la congestion pleuro-pulmonaire suivant M. le professeur Potain, Mme Bouët divise les congestions d'origine ovarienne en trois formes: congestive, pleurale et pleuro-pulmonaire. Elle admet comme pathogénie de ces troubles un reflexe du sympathique, à point de départ ovarien. Le traitement qui a donné les meilleurs résultats est le massage de l'utérus et des annexes, et la gymnastique appropriée. Chez d'autres malades, se basant d'après M. Jayle sur la théorie d'insuffisance ovarienne, elle associa l'opothéraphie ovarienne à ce traitement (20 à 30 centigrammes d'extrait d'ovaire tous les deux jours). Sur 14 cas Mme Bouët-Henry a pu enregistrer 8 guérisons.

M. le professeur Severeau (de Bucarest) présente un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale.

Quelques cas de stérilité guéris par le traitement de Brandt. — *Mme Hélène Sosnowska* (de Paris). Mme Sosnowska rapporte 9 cas guéris par ce procédé; au premier abord les organes génitaux paraissaient absolument sains, mais après l'examen et le massage on put se rendre compte de la rigidité des ligaments qui maintenaient l'utérus absolument fixé. Au début, ce traitement est commencé pendant les règles, à cause de la mollesse et de la mobilité plus grandes de l'utérus à ce moment; chaque séance comprend deux temps:

1er Temps: La malade étant debout, avec l'index dans le rectum et le pouce dans le vagin (main gauche) on saisit le col de l'utérus et on tire doucement à trois ou quatre reprises tout l'utérus de haut en bas. Ce mouvement doit être fait avec assez de vigueur, mais délicatement, pour éviter de provoquer la douleur.

2e Temps: la malade est couchée; on masse successivement tous les ligaments, puis on pousse l'utérus de droite à gauche et de gauche à droite avec l'index dans le vagin et la main droite sur l'abdomen; enfin on fait plusieurs fois basculer l'utérus d'avant en arrière en mettant l'index gauche dans le cul-de-sac antérieur.

On termine par le massage vibratoire extérieur du bas-ventre et on laisse reposer la femme une demi-heure avant de reprendre ses occupations.

Hypodermoclyse ferrique dans le traitement de l'aménorrhée essentielle. — *M. le professeur Henrotay* (d'Anvers) se sert depuis quelque temps dans le traitement de l'aménorrhée essentielle d'injection sous-cutanée de solution physiologique additionnée de glycéro-phosphate de fer. Les hypodermoclyses pratiquées hebdomadairement à la dose de 150 à 250 grammes dans le flanc ont un résultat des plus favorables sur l'état général; dans certains cas, le retour de la menstruation s'est fait dans des conditions tellement extraordinaires qu'il avait lieu d'en être surpris. C'est pour cela qu'avant de donner lui-même des conclusions fermes de ces recherches il a cru bien faire en en faisant part au Congrès.

Les solutions sont préparées à l'aide de comprimés composés de 3 grammes de chlorure sodique et de 1 gramme de glycéro-phosphate de fer, servant à la préparation de 500 centimètres cubes. de liquide injectable.

Contribution à la chirurgie des fibromyomes de l'utérus. — *M. le professeur Spinelli* (de Naples). L'auteur présente une statistique personnelle de 100 hystérectomies pour fibromes avec une seule mort.

Cette opération est aujourd'hui sans danger. Il faut chercher à limiter le plus possible l'ablation de l'utérus; aussi quand les fibromes sont isolés et discrets, la simple énucléation suffit; mais quand ils sont nombreux, confluents, M. Spinelli emploie depuis deux ans une méthode qu'il qualifie de radicale-conservatrice, et qui consiste à faire l'hystérectomie subtotale en laissant les ovaires avec un gros pédicule musculo-péritonéo-muqueux. Cette opération est radicale puisqu'elle enlève complètement la tumeur, elle est conservatrice parce qu'elle laisse subsister la fonction ovarienne; et la grande majorité des femmes continuent à être réglées. Il met en doute que ce pédicule laissé puisse être une source d'ennuis futurs. L'idée première de ce procédé appartient à Zweifel, mais l'auteur l'a modifié et en a perfectionné la technique. Ce procédé n'est naturellement pas applicable aux fibromyomes siégeant sur le segment inférieur, auquel cas il faut faire l'hystérectomie totale.

La colliotomie vaginale évacuatrice. — *M. Bogdanovici* (de Bucarest) fait une communication sur ce sujet.

Communications diverses. — *M. Pruzzi* (de Padoue) préconise la provocation de l'accouchement comme premier temps préparatoire dans l'opération césarienne conservatrice.

M. d'Erchia (de Bari) lit un travail sur la structure de l'utérus aux différentes périodes de la vie, chez le fœtus, la jeune fille, la femme, la femme enceinte, pendant l'accouchement, etc.

Samedi 20 Septembre 2 heures après-midi.

De l'hystérectomie vaginale. — *M. Nigrisoli* (de Ravenne). L'auteur rapporte 600 cas d'hystérectomie par voie abdominale et par voie vaginale; d'une façon générale, il préfère cette dernière.

L'influenza dans les trois grandes phases génitales de la femme: Grossesse, accouchement et suites de couches. — *M. Simone* (Oppido Mamertina).

De l'hystéro-cataphrassie. — *M. Catterina* (de Camerino). L'auteur présente sous ce nom un procédé de réduction des prolapsus de l'utérus au moyen d'une espèce de case métallique.

A ce sujet *M. Pinard* (de Paris) s'élève contre toute espèce d'opération ayant pour but de fixer l'utérus pendant que la femme est encore dans la période active de la vie génitale.

M. Jacobs (de Bruxelles) est également opposé en principe aux procédés d'hystéropexie. Cependant les ennuis au sujet des accouchements ou des avortements sont évitées si l'on fixe le fond de l'utérus au cul-de-sac péritonéal.

M. Pichevin (de Paris) s'élève aussi contre l'hystéropexie vaginale, telle qu'il l'a pratiquée lui-même au début. Il se déclare au contraire très content des opérations plastiques avec alexander double. La seule difficulté de ces opérations complexes est leur durée.

Fonctionnement de la Maternité de Tourcoing. — *M. Auguste Dumont* (de Tourcoing). L'organisation actuelle du service de la Maternité de Tourcoing, comprend trois dispositions essentielles, relatives : 1° à la consultation gynécologique externe ; 2° à la Maternité proprement dite; 3° au service d'isolement. La consultation est destinée aux femmes qui demandent leur admission; on leur recommande de s'y présenter un mois avant l'époque probable de l'accouchement. Conseils concernant la grossesse, examen de la situation du fœtus, prophylaxie ou traitement de l'albuminurie, des présentations vicieuses, des rétrécissements du bassin, tels sont les avantages qu'y trouvent les femmes. Pour chaque femme est établie une feuille d'observation tenue à jour. La Maternité proprement dite se compose d'un corps de bâtiment situé au milieu de jardins et isolé de tout le reste de l'hôpital. Elle comprend douze chambres vastes, bien ventilées, donnant toutes sur des jardins. Chaque femme a sa chambre avec calorifère, lumière électrique, ameublement approprié. En plus, un vaste promenoir, rempli de fleurs et de plantes ; un cabinet pour le médecin, une cuisine, une salle de bains, une salle d'opération et de travail. Enfin, à proximité de la Maternité, mais dans un local séparé se trouve le service d'isolement avec un personnel absolument distinct. Il comprend quatre chambres semblables à celles de la Maternité ; on y admet les femmes entrant infectées à l'hôpital ou celles qui le deviennent par la suite. Il se fait à la Maternité une moyenne de 200 accouchements par an.

Section latéralisée du pubis. — *M. Gigli* (de Florence). L'auteur préfère la pubotomie à la symphyséotomie qu'il considère comme une arthrotomie grave. Il présente une instrumentation spéciale dont l'élément principal est une scie souple et cite 10 cas opérés avec succès.

M. le professeur Pinard (de Paris) trouve excellent l'instrument de M. Gigli, pour l'ischiopubotomie, il préfère cependant la symphyséotomie qui peut se faire avec n'importe quel bistouri, ce qui est un avantage.

D'autre part, la symphyséotomie ne donne pas seulement un agrandissement momentané du bassin, elle donne presque toujours un agrandissement permanent qui permet à un accouchement ultérieur de se faire normalement.

Sur la manière de se comporter des cellules éosinophiles pendant la grossesse et l'accouchement. — *M. Cova* (de Florence). Le rapport entre les cellules éosinophiles et les autres formes de leucocytes n'est pas modifié par la grossesse, mais pendant l'accouchement on observe une diminution énorme de ces leucocytes qui de 2 à 4 pour 100 (chiffre normal) tombent à 0,20, 0,30 pour 100 et même au-dessous. Après l'accouchement ils augmentent lentement et reviennent à leur taux primitif au bout de trois à quatre jours.

Tumeur du placenta. — *M. Calderini* (de Bologne) lit un travail sur ce sujet.

De l'application du forceps à la Guardia ostetrica de Milan. — *M. Maiocchi* (de Milan)

Terminaisons nerveuses dans les organes génitaux externes de la femme. — *M. Spameni* (de Pise).

Quelques particularités anatomiques observées sur des ovaires infantiles. — *M. Clivio* (de Parme).

De l'ovariotomie vaginale. — *M. Heinsius* (de Greifswald). L'auteur rapporte 110 cas d'ovariotomie vaginale, faites depuis deux ans et demi à la clinique du professeur Martin.

On fit toujours, sauf dans deux cas l'incision antérieure qui permet à grandeur égale de mieux voir le champ opératoire. Après l'incision et après avoir repoussé la vessie et ouvert le péritoine, l'utérus était tiré en avant puis on libérait les annexes. En cas d'étroitesse du vagin on employa avec avantage l'incision complémentaire de Schuchardt. Le prolapsus de l'intestin fut évité par des tampons, des compresses, comme dans une laparotomie, ou bien par l'emploi de la position déclive. Des cinq morts, deux furent la suite d'une infection due au catgut et trois sont dues au contenu septique des tumeurs. Deux fois on fut obligé de terminer par une laparotomie, une fois pour une tumeur trop grosse et une fois pour torsion d'un pédicule.

Il n'y eut pas plus d'hémorragies secondaires, ni de complications que dans les opérations abdominales. Cette opération est donc très heureuse, elle nécessite des indications exactement posées et une bonne technique. La statistique complète de la clinique du professeur Martin compte actuellement 265 cas avec une mortalité de 3,3 pour 100.

Insuffisance thyro-parathyroïdienne et éclampsie. — *MM. Fruhinsholz et Jeandelize* (de Nancy). Les auteurs, partant d'une observation personnelle (éclampsie sans albuminurie chez une jeune fille myxœdémateuse) et s'appuyant sur une série d'observations cliniques recueillies à diverses sources et sur une série d'expérimentations (dont une originale) émettent l'idée d'une étiologie thyroïdienne ou mieux parathyroïdienne, applicable à *certains cas* d'éclampsie (paraîtra *in extenso* dans *La Presse Médicale*).

Opération nouvelle pour le traitement de l'inversion utérine irréductible. — *M. Brennan* (de Montréal). Dans un cas, après avoir essayé divers moyens M. Brennan fut forcé d'inciser l'anneau constricteur; cela lui donna l'idée de chercher à retourner l'utérus en le tirant de bas en haut au moyen d'une anse de fil d'argent introduite par un trocart spécial, après laparotomie, et maintenue en place sur le fond de l'utérus par un gros tampon de gaze. Il put ainsi réduire trois fois l'utérus sans avoir à inciser l'anneau constricteur; de plus cette opération offre très peu de chances d'infection.

M. Pinard (de Paris), tout en trouvant très élégante l'opération proposée, la croit inutile. Il a toujours pu réduire en un temps variant de douze à trente-six heures toutes les inversions utérines avec le ballon de Champetier de Ribes, introduit dans le vagin et gonflé progressivement; il estime que toute intervention sanglante dans les quinze premiers jours qui suivent l'accouchement est dangereuse.

M. Morisani (de Naples) croit que s'il est nécessaire de faire une incision pour réduire l'utérus inversé, il vaut mieux faire porter cette section sur l'utérus lui-même.

M. Jacobs (de Bruxelles) rappelle que Landau (de Berlin) a montré déjà un trocart anologue à celui de Brennan.

M. Fargas (de Barcelone) dit qu'il est très satisfait de la cupule de Lawson Tait pour la réduction de l'inversion utérine. Grâce à cet appareil il a pu réduire des inversions chroniques, datant de plusieurs années.

M. Brennan répond aux divers reproches qu'on vient de lui objecter et se défend d'avoir voulu faire de son procédé une méthode de choix. Il ne l'emploie lui-même que quand il n'a pu réussir à réduire l'utérus d'une autre façon. Il se propose, sur le conseil de M. Pinard, d'employer le ballon de Champetier, car il avoue ne pas avoir connu ce moyen.

Modifications de l'endothélium péritonéal pendant la grossesse. — *M. Alfieri* (de Parme). L'endothélium péritonéal périutérin présente pendant la grossesse des modifications histologiques; elles seraient pour l'auteur le résultat mécanique de l'augmentation de volume de l'utérus.

Opération par voie vaginale. — *M. Regnoli* (de Rome) présente quelques considérations sur l'opération césarienne par voie vaginale (hystéro-cervicotomie) et sur ses applications nouvelles.

Traitement des prolapsus génitaux par la méthode autoplastique de M. Pestalozza. — *M. De Pace* (de Brindisi).

M. Chatininière (de Paris) lit deux mémoires, l'un sur le **Traitement de la tuberculose par les injections d'huile gaïacolée iodoformée chez les femmes enceintes**; l'autre sur l'**Organisation de gardes-malades à domicile pour les femmes en couches.**

Le professeur Rein (de Pétersbourg) présente en son nom et en celui de son assistant le *professeur Pissensky* un album contenant des photographies de préparations du plexus nerveux de l'utérus.

Colpocœliotomie postérieure avec éclairage de la cavité abdominale. — *M. Preobrajensky* (de Saint-Pétersbourg). L'auteur recommande ce procédé, employé par M. le professeur de Ott dans les cas d'hématocèle rétro-utérine ou de grossesse tubaire. Grâce à la position fortement déclive (45°) le champ opératoire se trouve très éclairé et l'on opère avec tous les avantages d'une laparotomie.

M. Jayle (de Paris) a mis en pratique depuis longtemps la position déclive pour les opérations vaginales et la recommande vivement. Pour la faciliter, il est extrêmement utile d'avoir une table munie d'épaulières : de cette manière la femme est maintenue par les épaules et non suspendue par les jambes, l'accès du vagin est libre.

Traitement des névralgies pelviennes par les courants de haute tension et de haute fréquence. — *M. Moutier* (de Paris). L'auteur préconise l'emploi des courants de haute fréquence et de haute tension dans le traitement des névralgies pelviennes, lorsque l'opération n'a pas causé la disparition des douleurs, ou que l'opération a été jugée inutile.

Modifications du champ visuel pendant la grossesse. — *MM. Tribondani et Bellinzona* (de Pavie).

Cent symphyséotomies à la Maternité des Incurables de Naples. — *M. Moncusi* (de Naples). L'auteur relate 100 cas de symphyséotomie, avec une mortalité maternelle de 3.80 pour 100, qui se réduit à 1.80 pour 100 si on supprime les morts ne provenant pas de l'opération et une mortalité fœtale de 17.30 pour 100. Il conseille la périnéotomie pour éviter les lésions de la partie antérieure du vagin lors de l'accouchement.

Nouveau dilatateur utérin. — *M. S. Gottschalk* (de Berlin) présente un dilatateur à 8 branches, qui peut être introduit avec une dilatation de 50 centimes.

Etiologie de la tuberculose. — *M. Leray* (de Paris) lit un travail sur l'étiologie de la tuberculose en général et en particulier sur celle des voies génitales.

***

La liste des communications étant épuisée, *M. Engelmann* (de Boston) demande que la parole soit donnée encore une fois aux délégués étrangers; aux acclamations générales le président, *M. Pasquali*, donne d'abord la parole à *M. Pinard* qui remercie le Comité organisateur au nom des Congressistes français d'Europe et du Canada; après lui prennent encore la parole *M. Rein* (de Saint-Pétersbourg), *M. Hofmeier* (de Wurtzbourg), *M. Gelpke* (de Liestal, Suisse), *M. Cullen* (de Baltimore), *M. Treub* (d'Amsterdam), *MM. Gutierrez* (de Madrid), *Heurotay* (d'Amiens), *Balanos* (d'Athènes), *Slavtcheff* (de Sofia), *M. Engelmann* (de Boston).

M. Pasquali répond quelques mots et la séance est levée.

***

Le prochain Congrès aura lieu dans trois ans à Saint-Pétersbourg.

A. Gottschalk.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

3 Octobre 1902.

Ablation esthétique des kystes de l'ovaire. — *M. Morestin* présente trois kystes uniloculaires de l'ovaire qu'il a enlevés par un procédé opératoire qu'on pourrait qualifier d'esthétique. L'incision de la peau est pratiquée dans la région sus-pubienne, au milieu des poils; puis la paroi abdominale est incisée verticalement; le kyste est ponctionné par cette ouverture qui est très petite, et la poche est ensuite extraite aisément.

Cette opération laisse le minimum de traces sur la peau, et c'est là un avantage qui n'est pas à négliger, par exemple lorsqu'on opère une jeune fille.

Kyste ovarique à pédicule tordu; occlusion intestinale. — *M. Morestin* apporte, en outre, un kyste de l'ovaire dont le pédicule, au cours d'une grossesse, vint à se tordre, pendant que, d'autre part, la dernière anse de l'iléon venait se pincer entre le bord du détroit supérieur du bassin et la masse du kyste. On intervint, croyant à une appendicite.

La malade avorta, fit une parotidite double, et finalement guérit.

V. Griffon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

7 octobre 1902.

Le président lit un éloge du professeur Rudolphe Virchow, membre associé de l'Académie de médecine ; il montre le rôle scientifique et politique joué par Virchow qui a été durant un demi-siècle le chef de l'Ecole anatomopathologique en Allemagne.

Rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. — *M. Richelot* lit un rapport sur un travail de M. Lafourcade ayant trait à un cas de rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. Cette rupture s'est produite au cours d'une cinquième grossesse. M. Lafourcade fit la laparotomie, l'extraction du fœtus et du placenta, l'extirpation de l'utérus. L'intervention fut suivie de guérison.

L'assainissement de la Corse. — *M. Laveran* rend compte d'un voyage qu'il vient de faire en Corse pour y étudier les mesures prises ou à prendre contre le paludisme.

Ses recherches lui ont fourni des résultats qui sont tout à fait favorables à la doctrine de la propagation du paludisme par les piqûres de moustiques. Dans toutes les localités insalubres il a trouvé des moustiques en très grande quantité, et ces moustiques étaient dans une très forte proportion représentés par des anopheles maculipennis c'est-à-dire par l'espèce qui est accusée de transmettre l'hématozoaire de la malaria.

Grâce à la ligue qui s'est formée à Bastia, sous la présidence de M. Battesti, les mesures de prophylaxie conseillées par l'Académie commencent à entrer en pratique.

Le prix de la quinine a été considérablement abaissé; l'usage préventif de la quinine se répand de plus en plus; l'emploi des toiles métalliques pour la protection des habitations contre les moustiques a été adopté déjà par plusieurs grandes administrations.

Les mesures générales d'assainissement, telles que le dessèchement des marais, doivent être combinées avec les mesures de prophylaxie individuelle.

M. Laveran conclut que l'assainissement de la Corse est possible, facile même sur beaucoup de points, à condition qu'on tienne compte plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici des données nouvelles de la science sur le mode de propagation du paludisme.

La diphtérie à l'hôpital Bretonneau durant l'année 1901-1902. — *M. Josias* présente la statistique des cas de diphtérie observés à l'hôpital Bretonneau durant la première année de son fonctionnement.

En un an 580 enfants atteints de diphtérie diagnostiquée bactériologiquement ont passé dans ce service; de ce nombre 76 sont morts, soit une mortalité de 13,10 pour 100. De ces cas, il faut défalquer 18 morts survenues chez des enfants amenés *in extremis* à l'hôpital, ce qui ramène la mortalité à 10 pour 100.

De ses observations, M. Josias conclut qu'une des principales causes de mort, la broncho-pneumonie doit être écartée autant que possible en s'opposant à la contagion des infections secondaires.

Si on compare les résultats récents à ceux qui ont été obtenus au début de la méthode sérothérapique, on voit que l'amélioration est considérable. Avant l'emploi du sérum antidiphtérique, la mortalité par diphtérie atteignait 48 à 56 pour 100; en 1894, après les premiers essais, elle s'est abaissée à 21 pour 100; aujourd'hui elle est moins de 10 pour 100. Les résultats pourront encore être améliorés si les injections de sérum sont faites d'une façon plus précoce.

M. Josias arrive à conclure que « toutes les fois qu'en ville un médecin voit une angine diphtérique ou simplement suspecte de diphtérie, il doit, sans plus tarder, pratiquer l'injection de 10 à 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique; il doit le faire avant d'envoyer les fausses membranes au laboratoire, avant d'avoir le résultat de la culture ». Il conclut aussi à la nécessité de faire des injections préventives à tout enfant suspect, c'est-à-dire à tout enfant ayant été en contact avec un diphtérique.

Ces conclusions sont bien absolues, mais M. Jonas est convaincu que le sérum antidiphtérique est inoffensif.

Traitement des états lypémaniaques par la ponction lombaire. — *M. Moty* lit l'observation d'un jeune soldat en état de stupeur lypémaniaque depuis un an et qui a été guéri en quinze jours par deux ponctions rachidiennes faites à quatre jours d'intervalle. Il estime que cette médication inoffensive pourrait être tentée avec chances de succès dans les cas de troubles psychiques purs rebelles, indépendants de lésions matérielles ou de tares hystériques caractérisées.

M. Labbé.

ANALYSES

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

A. Sclavo. *Paralysies toxiques dues au charbon* (*Centralblatt für Bakteriologie*, 1902, 12 Août, t. XXXII, n° 3, p. 202). — Ehrlich a montré que les paralysies diphtériques sont dues à l'action sur le système nerveux, non de la toxine, mais de la toxone, substance toxique résultant de la combinaison de la toxine diphtérique avec la dose minima d'antitoxine capable de la neutraliser.

A. Sclavo a fait au sujet du charbon une constatation analogue. Les paralysies charbonneuses chez les animaux sont extrêmement rares; cependant l'auteur a eu l'occasion d'en observer 9 cas sur 357 lapins qui avaient été inoculés sous la peau avec une culture de charbon et qui avaient reçu dans les veines du sérum anticharbonneux dans le but d'expérimenter la force de ce sérum.

Ces animaux furent atteints de paralysie du train postérieur avec perte des urines et des matières fécales; la paralysie, d'abord flasque, s'accompagnait ensuite de contractures; chez quelques-uns les membres antérieurs furent également pris.

Ces paralysies survenaient du 16[e] au 31[e] jour après l'injection de sérum et de toxine. A l'autopsie on ne trouvait pas de bactéridie charbonneuse dans la moelle; il s'agissait donc bien de paralysie toxique, et l'on doit admettre que la bactéridie charbonneuse est capable, comme la plupart des microbes, de sécréter des toxines.

M. Labbé.

A. Borini. *La leucocytose après le traitement digitalique dans les infections pneumococciques* (*Centralblatt für Bakteriologie*, 1902, 12 Août, T. XXXII, n° 3, p. 207). — Petrescu a préconisé l'emploi de la digitale à haute dose dans le traitement de la pneumonie, et beaucoup de médecins ont obtenu de bons résultats de ce mode de traitement. Nœgelé-Akerblom a émis l'hypothèse que l'action de la digitale était due à son pouvoir d'exciter la leucocytose qui est un des principaux moyens de défense contre l'infection.

Lucatello a essayé de prouver que l'action favorable de la digitale était due à son pouvoir de neutraliser la toxine pneumonique.

Lazza a montré le rôle des préparations de digitale qui éveillent la leucocytose, et la survie plus longue des animaux infectés par le pneumocoque qui ont été traités par la digitale.

Borini essaye l'action thérapeutique comparée de la leucocytose provoquée par l'aleurone et par la digitale chez les lapins inoculés avec du pneumocoque. Il voit ainsi que les animaux inoculés sous la peau avec la digitaline résistent plus longtemps à l'infection que les animaux qui ont reçu de l'aleurone. C'est que, si l'aleurone provoque une abondante leucocytose, celle-ci est bientôt suivie de destruction leucocytaire et dure beaucoup moins longtemps que la leucocytose digitalique.

M. Labbé.

OBSTÉTRIQUE

C. Blancard. *Sur le rôle de l'amnios dans les malformations congénitales* (*Thèse*, Paris, 1902). — L'auteur a consacré sa thèse inaugurale à l'étude du rôle de l'amnios dans la production des malformations congénitales. Pour lui, ce rôle de l'amnios ne saurait être mis en doute.

L'amnios produit les malformations soit par compression, soit par adhérences, soit grâce aux brides.

La compression ne semble pas pouvoir déterminer des arrêts de croissance ou de développement, et par conséquent des anomalies à type défini. Les résultats de la compression seraient bien plutôt des déformations, des plissements irréguliers, des déplacements incohérents.

Les adhérences aboutissent à une destruction pathologique. Elles sont précédées d'un frottement; il s'ensuit une inflammation et la formation d'un tissu cicatriciel. Il peut se produire en outre des tractions en divers sens qui ajoutent la déformation à la destruction.

Les brides interviennent soit pour étrangler et sectionner les tissus, soit pour s'interposer entre des bourgeons. Elles peuvent écarter ces derniers, mais elles n'empêchent pas leur croissance, à moins qu'elles ne compriment un vaisseau. Il y a lieu de distinguer leur action de celle de certaines causes trophiques d'ordre pathologique.

A. Schwab.

J. Helbron. *Du décollement de la rétine consécutif aux néphrites gravidiques* (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1902, n° 4, p. 69, et n° 5, p. 103). — Les cas de cécité subite au cours de la grossesse sont généralement d'origine urémique; cette cécité disparaît d'ailleurs le plus souvent assez rapidement. Lorsqu'au contraire elle est occasionnée par une oblitération embolique ou thrombotique de l'artère centrale de la rétine, l'œil atteint peut être considéré comme irrémédiablement perdu.

Dans quelques cas rares, la cécité est la conséquence d'un décollement de la rétine. Helbron a pu recueillir 20 de ces cas dans la littérature; il les résume dans son mémoire et y ajoute un cas personnel qu'il a observé dans le service du professeur Olshausen. Il s'agit d'une primipare de vingt-trois ans, arrivée au huitième mois de sa grossesse, qui, depuis quelque temps, s'apercevait que sa vue allait rapidement en s'affaiblissant. Brusquement, au bout de quinze jours, la cécité devint complète. L'analyse révéla 3 gr. 1/2 d'albumine par litre, et l'examen des yeux une double neuro-rétinite albuminurique avec décollement de la rétine dans tout son segment central et une partie de son segment inférieur : la membrane ne flottait nullement mais formait une saillie très accentuée, bombant à la façon d'une tumeur. L'accouchement prématuré artificiel fut pratiqué sur-le-champ. Dix jours après, la neuro-rétinite avait rétrocédé, le décollement rétinien était complètement guéri à gauche, et presque complètement à droite. Quelques mois plus tard, l'acuité visuelle était redevenue normale des deux côtés, bien que cependant, les bords des orifices pupillaires ne se présentassent pas encore avec leur netteté habituelle.

Le décollement de la rétine, dans les néphrites gravidiques, se produit en général subitement. Dans quelques cas, il n'est survenu qu'à la suite de violents accès d'éclampsie. Ce qui pour surprendre c'est la rapidité de la guérison qui, dans tous les cas, s'est montrée complète au bout de quinze jours en moyenne. L'époque de la grossesse où l'accident est survenu ne semble avoir aucune influence sur la guérison du décollement rétinien; celle-ci dépend avant tout de la précocité de l'accouchement prématuré. Par contre, on observe la persistance de la diminution de l'acuité visuelle, conséquence de la rétinite albuminurique concomitante.

En ce qui concerne le traitement, l'auteur n'en connaît qu'un seul, savoir l'interruption immédiate de la grossesse.

J. Dumont.

GYNÉCOLOGIE

R. Rommel. *Rupture spontanée du vagin avec hernie considérable de l'intestin* (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1902, Bd. LXIV, p. 121). — Une femme de trente-huit ans entra à l'hôpital avec une énorme hernie intestinale faisant saillie à la vulve. La masse herniée, constituée par l'intestin grêle, dépassait le volume d'une tête d'adulte; elle n'était que difficilement et incomplètement réductible. Cette hernie s'était fait jour subitement, la veille, à la suite d'un violent effort fait par la malade pour soulever de terre une lourde marmite. Il faut ajouter que cette femme avait eu six enfants et que son dernier accouchement remontait à huit mois. La mort survint rapidement au milieu d'un cortège de symptômes péritonitiques.

L'autopsie montra, en premier lieu, qu'il existait un prolapsus vaginal très accentué et que le cul-de-sac de Douglas descendait très bas. En son point le plus déclive, ce cul-de-sac présentait une déchirure assez large, laquelle se continuait par une autre déchirure placée sur le cul-de-sac vaginal postérieur; celle-ci affectait la forme d'un trou arrondi de 4 centimètres de diamètre environ. Parmi les anses intestinales herniées, l'une avait son mésentère arraché sur une étendue de plusieurs centimètres, cette dernière lésion ayant produite vraisemblablement par la malade elle-même qui avait exercé des tractions sur la masse herniée.

Il est probable, ajoute l'auteur, que, dans ce cas, la rupture du vagin avait été précédée de l'existence d'une hernie vaginale postérieure; cette hypothèse

qui s'appuie sur l'énorme distension qu'offrait le cul-de-sac de Douglas, expliquerait d'ailleurs, d'après lui, les douleurs que la malade ressentait dans le bas-ventre depuis quelques semaines. Quoi qu'il en soit, il faut admettre que cette rupture extraordinaire du vagin (on n'en connaît que 5 cas dans la littérature) n'a pu se faire que grâce à un défaut de résistance exceptionnel des parois de ce conduit. Quant à en savoir la cause, il faut y renoncer, l'histoire de la malade, ni l'autopsie, n'étant capables de nous renseigner sur ce point.

J. Dumont.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

E. Poirier. *Sur une forme particulière d'ulcération du visage observée chez les tabétiques* (*Thèse*, Paris, 1902). — M. Poirier consacre sa thèse à l'étude d'un trouble trophique relativement très rare, puisque quatre observations seulement en ont été publiées par MM. Giraudeau, Thibierge et Marie : ce sont des ulcérations multiples du visage, qui paraissent devoir être attribuées au tabes, car tous les malades étaient des tabétiques. Cette ulcération tabétique a ses caractères spéciaux. De forme arrondie, elle est rougeâtre et a un aspect vernissé; son fond est inégal, sans bourgeons charnus. Les bords sont nettement taillés; ils ne sont pas indurés. Il n'y a pas de réaction locale.

Ces ulcérations peuvent être multiples et sont alors symétriques. Elles s'accompagnent toujours de troubles variables de la sensibilité. Il s'agit d'un trouble trophique, apparaissant à la période préataxique, et qui est dû, selon toute probabilité, à une névrite du trijumeau.

Le diagnostic, d'ailleurs facile, devra se faire d'avec l'ulcère syphilitique, l'ulcère tuberculeux, le cancroïde de la face, et d'avec d'autres affections plus rares, comme l'ulcus rodens, l'ulcère perforant de la cloison nasale, le lupus tuberculeux.

Le traitement est nul, et l'on se bornera à tenir l'ulcération dans le plus grand état de propreté pour éviter la suppuration qui pourrait entraîner la formation de cicatrices profondes et durables.

C. Jarvis.

Dans le numéro de *La Presse Médicale* du 30 Août dernier (n° 70, p. 838, col. 1), nous avons publié l'analyse d'une thèse intitulée : *Considérations sur les néphrites à longue échéance et les albuminuries prolongées*. L'auteur de cette thèse est M. *S. Irimesco* (et non *Kimesco*, ainsi qu'il a été imprimé par erreur).

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement des troubles de développement par la médication thyroïdienne.

Un certain nombre d'enfants subissent à un moment donné de leur développement des arrêts de croissance. Leur développement physique est inférieur à celui de leur âge et leur intelligence reste atrophiée; ce sont des retardataires. Beaucoup de ces arrêts sont dus à un vice de nutrition dépendant d'une lésion thyroïdienne; ils sont heureusement influencés par la médication thyroïdienne.

On peut administrer le corps thyroïde à l'état de nature, fraîchement recueilli sur les animaux de boucherie. D'après E. Apert, qui a étudié spécialement la question des enfants retardataires, il est nécessaire pour l'ingestion du corps thyroïde en nature de s'entendre avec un boucher ou un garçon d'abattoir qui vous apportera le corps thyroïde (la glande du cornet) sitôt l'animal abattu, car l'organe s'altère vite. Chaque lobe du corps thyroïde du mouton pèse en général 100 à 120 centigrammes. On donnera cette glande à la dose de 20 à 30 centigrammes à sept ou huit ans, et 30 à 40 centigrammes vers quinze ou seize ans.

On trouve dans le commerce un certain nombre de préparations thyroïdiennes; certaines de ces préparations sont simplement de la poudre de corps thyroïde desséché, administrée en cachets; d'autres fois la poudre est incorporée à des pilules ou enrobée pour faire des dragées; enfin, on a préparé des extraits dans la glycérine, l'eau salée; on a même extrait de la glande thyroïde une substance du groupe des leucomaïnes (thyrioantitoxine de Frænkel, $C^4H^6Az^3O^2$) et une substance iodée (thyroïdine de Baumann, appelée aussi iodothyrine). (Apert, *Les enfants retardataires*, Paris, 1902.)

Quel que soit le mode de préparation, il importe pour l'administration de la spécialité pharmaceutique de savoir quel poids d'organe frais elle représente; sur ces données on la dosera. Cette indication figure du reste sur la plupart des préparations pharmaceutiques.

Apert, Mabille de Reims, conseillent d'associer à la médication thyroïdienne la médication arsenicale; la médication thyroïdienne isolée produit toujours une accélération du pouls et un amaigrissement rapide; quand elle est associée à la médication arsenicale, ni la fréquence du pouls, ni le poids ne sont sensiblement modifiés.

Naturellement, outre les prescriptions médicamenteuses, il faudra faire respecter les prescriptions classiques, hygiéniques et alimentaires; le grand air, le soleil, une alimentation saine et abondante restent toujours les meilleurs fortifiants d'un sujet en croissance.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Tenon (Conférences de pratique médicale). — M. P. Le Gendre recommencera ses leçons le samedi 11 Octobre à 10 h. 1/2 à l'amphithéâtre et les continuera les samedis suivants.

Radiologie médicale (cours de vacances). par M. A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Du dimanche 19 au dimanche 26 Octobre. — A 10 heures du matin : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie. — A 11 heures du matin : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques. — A 2 heures de l'après-midi : Exercices pratiques de radiographie, simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le Dimanche 19 Octobre, à 10 heures du matin ; dans la salle de conférences de l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques est de 100 francs ; ils auront lieu, à partir du lundi 20 Octobre, dans le laboratoire de M. Béclère (en raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible).

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers d'académie : MM. Tessier, médecin à Chavroche (Allier); Ballan, médecin à Gironde; Barbier, médecin à la Réole; Dusseaud, médecin à Neuffons (Gironde); Rocaz, médecin à Bordeaux; Dellac, médecin à Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise); Grandclément, médecin à Villeurbanne (Rhône); Monteux, médecin à Marseille.

Corps de santé de la marine. — M. Hyades, médecin en chef de 1re classe, est nommé membre du Conseil supérieur de santé de la marine.

M. Girard, médecin de 1re classe, est désigné pour les fonctions de sous-directeur de l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

M. Bouteiller, médecin de 2e classe, est désigné pour embarquer sur le *Borda*.

M. Oudard, médecin de 1re classe, est désigné pour servir à l'école de pyrotechnie, à Toulon.

Exercices spéciaux du service de santé. — Voici le programme général de ces exercices qui auront lieu du 14 au 18 Octobre prochain :

1re journée (mardi 14 Octobre). — 8 heures du matin : Réunion des officiers à la salle des rapports de la Place (corridor de Lille, hôtel des Invalides). — 8 h. 15 : Conférence par le directeur technique (salle des rapports de la Place). — 9 h. 15 : Conférence par un officier d'état-major. — 10 heures : Présentation des chefs de service au général directeur du service de santé [illegible] de M. le médecin divisionnaire, service de l'avant (docks du service de santé, 53, boulevard Latour-Maubourg).

2e journée (mercredi 15 Octobre). — 8 heures du matin : Visite du matériel sanitaire aux docks du service de santé, 53, boulevard Latour-Maubourg) Chargement des voitures des formations sanitaires. — 9 heures : Départ des formations sanitaires pour Joinville-le-Pont. Service de marche et cantonnement.

3e journée (jeudi 16 Octobre). — 8 heures du matin : Combat d'une division sur le plateau de Champigny. Fonctionnement du service de santé de l'avant, pendant et après le combat (service régimentaire, ambulance divisionnaire, ambulance de corps et hôpital de campagne).

4e journée (vendredi 17 Octobre). — 8 heures du matin : Exploration et assainissement du champ de bataille. Répartition des blessés entre les points d'hospitalisation. Relève de l'ambulance divisionnaire par l'hôpital de campagne. — 3 heures du soir : Conférence critique sur les opérations de la veille.

5e journée (samedi 18 Octobre). — 8 heures du matin : Fonctionnement de l'hôpital d'évacuation ; chargement des blessés en wagon (gare militaire de Champigny). — 10 heures : Embarquement des blessés en bateau (quai Beaubourg, près du pont de Joinville). — 2 heures du soir : Retour à leur corps des blessés simulés et départ des formations sanitaires pour les docks du service de santé. Dislocation.

Nota. — 1° La tenue militaire (sans sabre le matin, avec sabre l'après-midi) est de rigueur pour les officiers du corps de santé désireux d'assister à ces exercices.

2° Les renseignements techniques seront donnés par MM. les médecins-majors Marty et Visbecq, de l'armée active.

Étranger.

Faculté de médecine de Messine. — M. Francesco Ponzio est nommé privat docent de médecine légale.

Faculté de médecine de Munich. — Sont nommés privat docenten : MM. Hermann Kerschensteiner (médecine interne) Max Wilde (hygiène).

Faculté de médecine de Naples. — M. Gabriel Raja est nommé privat docent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Parme. — M. Ferrante Aporti est nommé privat docent de pathologie médicale.

Faculté tchèque de médecine de Prague — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires J. Thomayer (médecine interne); J. Deyl (ophtalmologie).

CONCOURS

Concours d'externat. — Ont jusqu'ici accepté de faire partie du jury : MM. Labbé, Apert, J. Auclair, R. Marie, Ombredanne, Riche, Brindeau.

M. Marion, désigné, n'a pas encore fait connaître son acceptation.

Service de santé de la marine. — Les élèves du service de santé dont les noms suivent sont autorisés à se présenter au concours pour l'externat des hôpitaux de Bordeaux, qui aura lieu le 7 Octobre courant :

MM. Guiselin, de l'école annexe de Brest; Sibenaler, Chevillard, Marque, de l'école annexe de Rochefort; Challier, Vidal, de l'école annexe de Toulon.

Ces élèves devront être dirigés immédiatement sur l'école principale de Bordeaux.

RENSEIGNEMENTS

MM. Paul Bouchet, aide d'anatomie à la Faculté, et **Alfred Wagon**, internes des hôpitaux, commenceront le samedi 15 Novembre une conférence privée d'internat. S'adresser *P. M.*, n° 835.

Oculiste ou dermatologiste est demandé pour clinique centrale agencée. Frais minimes. S'adresser *P. M.*, n° 838.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES | Tome II. N° 82. — Samedi, 11 Octobre 1902. | 10 FRANCS par an.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 | TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

ARTICLES

CHRONIQUE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLES

LE DROIT D'ÊTRE MÈRE

En un pays comme le nôtre où la dépopulation est menaçante, au point que pour essayer de parer au danger imminent les pouvoirs publics justement émus donnent mission à une grande Commission extra-parlementaire de procéder à une enquête approfondie sur l'étendue du mal et sur les moyens propres à y remédier, il semble tout naturellement que les plus chaleureux encouragements devraient être réservés aux femmes qui consentent encore à avoir des enfants.

Eh bien, si invraisemblable que cela soit, il est loin d'en être de la sorte, en de nombreux cas, au moins.

Assurément, depuis quelques années, sous l'heureuse influence de la généreuse campagne menée par la ligue « l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française », de réelles améliorations à cet égard ont été apportées. C'est ainsi, par exemple, que certaines administrations d'État, que certaines entreprises privées, réservent de petites faveurs aux employés chargés de famille, et que les gratifications du jour de l'an, entre autres, sont réparties en tenant compte du nombre d'enfants que possèdent ceux qui en sont l'objet.

Telles, en particulier, les grandes compagnies de chemins de fer, l'administration des chemins de fer de l'État, la Compagnie de l'Ouest algérien, qui accordent à leurs employés des avantages proportionnés à leurs charges de famille ou une certaine somme au moment de la naissance de chaque enfant; telles, encore, l'administration des contributions indirectes, qui depuis le 12 Mars 1897 attribue une allocation supplémentaire et à mérite égal un avancement plus rapide à ses employés ayant des enfants, celle du Mont-de-Piété de Paris qui depuis le 1er Janvier 1898 assure à ses employés par enfant à partir du troisième, et jusqu'à dix-sept ans révolus, une somme de cinquante francs, celle de la douane qui garantit pareillement des avantages analogues aux agents des brigades depuis le grade de préposé jusqu'à celui de garde-magasin; tels enfin les ministères de la marine, des postes, télégraphes et téléphones, la questure de la Chambre, etc., etc.

Ce sont là, des dispositions fort équitables et que l'on ne saurait trop approuver. Mais, il ne faudrait pas s'abuser sur leur portée. Leur

influence, en effet, ne saurait évidemment être que toute platonique. Il est bien certain qu'un ménage n'assume point la charge d'un enfant nouveau dans le seul but de recevoir en guise d'étrennes un billet de 50, voire même de 100 francs ou une faveur équivalente.

Ce billet, cette faveur, cependant, il est excellent de les accorder, bien moins pour leur importance matérielle même que parce qu'ils correspondent à cette idée de justice supérieure qui veut que le plus imposé ne soit justement pas celui ayant le plus besoin de secours, ne soit pas non plus celui ayant le plus fait pour la collectivité.

Trop souvent, du reste, c'est de toute autre façon que les choses se passent. Et c'est ainsi qu'en un temps où la question de la diminution de la natalité apparaît comme une question vitale immédiate pour l'avenir du pays, à côté de ces administrations vraiment libérales et généreuses dont nous parlions tout à l'heure, on en voit d'autres dépendant de l'État ou placées sous son contrôle, donner en quelque sorte de véritables primes à la stérilité.

Il n'y a pas très longtemps, et peut-être même est-ce encore aujourd'hui la règle, les couches, pour une institutrice, n'étaient pas considérées comme une maladie banale, et, de ce chef, ne valaient pas une continuation de traitement pendant l'interruption forcée de travail.

Faire un enfant, déclarait prudhommesquement l'Administration, « ce n'est pas un mal contracté durant le service ».

Eh bien, ce langage lamentable, on le voit encore tenir ailleurs, en particulier dans la dernière des administrations qui devrait l'employer, celle de l'Assistance publique.

Au temps actuel, en effet, pour une malheureuse infirmière mariée, — à plus forte raison pour les autres, — c'est une note déplorable que de devenir enceinte, et, si on ne le lui dit pas en propres termes, au moins le lui fait-on bien voir.

Quand elle accouche, sans doute, on consent à l'hospitaliser le temps nécessaire, mais, pour lui parfaitement montrer qu'elle se trouve dans son tort, on lui retient tout son maigre traitement pour les quelques semaines où elle s'est trouvée éloignée de son service. Tant pis pour elle si elle a besoin d'argent pour élever son bébé. Un enfant, pour une infirmière, c'est du luxe, et tout le monde sait que le luxe doit se payer.

* * *

Telle est la règle générale. Exceptionnellement cependant, l'Administration par faveur grande veut bien quelquefois ne pas opérer de retenue sur le salaire de la jeune mère. Mais, pour cela, il faut que celle-ci ait l'heureuse fortune de ne pas déplaire au directeur de l'hôpital; il faut que ce dernier ne soit pas de ceux qui déchirent les certificats des médecins accoucheurs recommandant la nouvelle délivrée, en disant spirituellement : « Si les infirmières veulent être payées, elles n'ont qu'à ne pas se faire faire d'enfants ».

Un pareil langage dans la bouche d'un fonctionnaire important de l'Assistance publique ne saurait manquer de surprendre!

Si l'on conçoit, en effet, en une certaine mesure, tout en le jugeant comme il le mérite, qu'un patron avare et inhumain tienne de semblables propos et conforme sa conduite à ses paroles, on a tout lieu en revanche d'être lamentablement surpris de voir une administration comme celle de l'Assistance publique, dont le rôle est justement de venir en aide aux malheureux dans les épreuves de la maladie, se comporter avec la même dureté vis-à-vis de femmes infiniment intéressantes pour leur courage et leur dévouement si mal rétribués.

Assurément, ce n'est pas toujours qu'il en est ainsi; mais la chose se présente, et, s'il est parmi les directeurs d'hôpitaux beaucoup de braves gens ayant à cœur de venir en aide à des femmes fort méritantes, il en est malheureusement aussi quelques-uns parfaitement dénués de toute compassion.

Eh bien, il importe de le dire très haut, il est au plus haut point regrettable qu'il en soit ainsi.

Pour les infirmières, tout comme pour toutes les autres femmes, le droit d'être mères existe, et il est très fâcheux que, les règlements administratifs ne le prévoyant point, elles se voient exposées, et cela au moment même où leurs besoins sont le plus grands, à être punies par une perte matérielle, énorme pour qui reçoit si peu, de leur maternité.

De toutes les économies que peut faire l'Assistance publique, aucune, pas même celle, — datant de l'administration de M. Mourier, — qui fait défalquer du temps nécessaire aux infirmiers et infirmières, pour obtenir leur retraite, la durée des deux ou trois semaines de congés réguliers qu'ils ont eus chaque année, n'est davantage déplorable!

On le voit, il y a là une réforme de justice à apporter, et M. Mesureur sera vraiment bien inspiré en l'accomplissant.

Ce n'est pas à l'heure même où de tous côtés l'on se plaint qu'on ne fait plus d'enfants en France que l'Assistance publique doit venir donner le très fâcheux exemple d'un encouragement à la dépopulation.

Georges Vitoux.

UNE NOUVELLE ASSOCIATION MÉDICALE

Un groupement médical vient de se former, qui s'ajoutera à bien d'autres, mais ne ressemblera à aucun. Il ne s'agira en effet ici ni de médecine, ni de médecins, et les adhérents à l'œuvre nouvelle seront de convaincus altruistes.

Le médecin — c'est une constatation banale — occupe dans la société un poste unique pour observer tout ce que cette société présente de misères et de tares; son caractère, son éducation, ses habitudes professionnelles le portent à voir mieux et plus que quiconque; enfin on se confie à lui de préférence à tout autre.

Si l'on remarque que le même praticien qui fréquente les déshérités de la vie approche les favorisés de la fortune, les riches industries, les administrations puissantes, et reçoit bien souvent aussi de ce côté les confidences de générosités, de bonnes volontés toutes prêtes à se manifester, on aperçoit le rôle éminemment bienfaisant d'intermédiaire social que peut jouer le médecin.

C'est pour exploiter méthodiquement cette situation au profit de la grande solidarité humaine que l'*Association médicale humanitaire* s'est fondée.

Ayant intérêt à prendre dans le milieu social les racines les plus nombreuses, l'Association nouvelle fait appel au concours de tous, humbles ou grands de la médecine; elle insiste cependant près de ceux de nos confrères qui occupent des postes médicaux dans les administrations, chemins de fer, grandes compagnies, etc., et aussi près des « évadés de la médecine », hommes politiques, artistes, etc., qui constitueront, dans l'espèce, les plus précieuses des recrues.

On conçoit aisément quel vaste domaine une telle œuvre, dont nous avons ici tracé seulement le schéma, peut embrasser, quels intéressants et multiples détails elle peut comporter, quelle influence elle peut acquérir dans une foule de questions d'ordre public ou privé.

Par une originalité qui n'est pas sans charme, le fonctionnement de l'Association médicale humanitaire sera tel que le simple jeu des bonnes volontés groupées y suffira complètement sans aucun de ces rouages compliqués qui, dans les entreprises de ce genre, gâtent parfois les meilleures intentions; d'ores et déjà, on est certain de pouvoir éviter aux adhérents ces trois désagréments : les réunions périodiques, la cotisation, les fonctions. La crainte d'une perte de temps ne doit donc, pas plus que le souci d'une charge nouvelle, arrêter nos confrères qui voudraient envoyer à M. Hulmann (4, rue de la Cure, XVI[e] arr.) leur adhésion de principe.

Une réunion constitutive aura lieu incessamment.

Parmi les premiers adhérents, nous remarquons : M. Letulle, professeur agrégé, médecin des hôpitaux; MM. Comby, Legendre, Hirtz, médecins des hôpitaux; M. Marmottan, maire du XVI[e]; M. Maigret, maire du XIV[e]; M. Labonne; M. Heim, professeur agrégé; M. Jayle; M. Clémenceau, sénateur; M. Taft, homme de lettres; M. Cabanès, publiciste; M. Depasse, etc.

Hulmann.

LIVRES NOUVEAUX

A. Galliot. — *Dysenterie aiguë et chronique. Symptomatologie. Traitement. Prophylaxie* (Masson et Cie, Gauthier-Villars, 1902).

M. A. Galliot, ancien professeur de clinique médicale à l'École d'application des médecins stagiaires de la marine de Toulon, a consacré un excellent petit livre de l'encyclopédie scientifique des aide-mémoire à la question de la dysenterie aiguë et chronique. Il s'est servi le plus possible pour la rédaction de ce travail de ses observations personnelles, recueillies à l'hôpital Saint-Mandrier.

Tous les médecins établis aux colonies trouveront dans ce livre tous les renseignements désirables au point de vue clinique aussi bien qu'au point de vue thérapeutique.

L'auteur montre qu'avec des précautions hygiéniques bien comprises, on peut espérer que nos troupes coloniales auront moins à redouter l'influence dysentérique.

Contre cette affection déclarée, il semble qu'il faille accorder une certaine confiance à un sérum obtenu par Lesage par l'immunisation d'un cheval contre un bacille que l'on croit pathogène de la dysenterie.

R.

BIBLIOGRAPHIE

La guérison de la morphinomanie sans souffrance. (Traduction Albert Ball), par M. Oscar Jennings, 1 vol. in-8° de 230 pages, avec figures (*A. Maloine*, éditeur, Paris).

Nouveaux procédés d'Exploration. Leçons de pathologie générale professées à la Faculté de Médecine, par Ch. Achard, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon; recueillies et rédigées par P. Sainton, chef de clinique adjoint à la Faculté, et M. Lœper, interne-lauréat des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8° avec 91 figures dans le texte en noir et en couleurs 8 francs. (*Masson et Cie* éditeurs).

Directory of the Pharmacies and Drug Stores of Russia, par M. Russiau, une brochure de 230 pages qui contient les noms et adresses de tous les pharmaciens et droguistes de l'Empire russe, divisés par gouvernements (*A. Russiau*, de Saint-Pétersbourg, 11, rue Lincoln, Paris.)

La réforme du cabaret et les restaurants de tempérance, par M. et M[me] Legrain, 1 vol. in-12 de 130 pages avec gravures et planches, Paris, 1901. (Bureaux de l'*U. F. A.*, 5, rue de Latran, Paris.)

Dysenterie aiguë et chronique, *Symptomatologie, Traitement, Prophylaxie*, par M. A. Galliot, médecin en chef de 1[re] classe de la marine, ancien professeur de clinique médicale à l'École des médecins stagiaires de la marine, médecin en chef résident à l'hôpital maritime Saint-Mandrier de Toulon. Petit in-8°. (Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire). Broché : 2 fr. 50 ; cartonné : 3 francs. (*Masson et Cie*, éditeurs, Paris.)

La transposition opératoire du testicule (méthode et procédé de Longuet), par M. Albert Pélicier. Thèse, Paris, 1902. (*J. Baillière et fils* éditeurs, Paris.)

Sanatorios e Tuberculose, par M. Victor Godinho, une brochure in-8° de 112 pages, San Paulo, 1902. (Typographia do *Diario Official*, San Paulo.)

DE L'ABLATION ESTHÉTIQUE DES TUMEURS BÉNIGNES DU SEIN

Par H. MORESTIN
Chirurgien des Hôpitaux.

La cicatrice est une tare dont l'importance varie d'un sujet et d'une opération à l'autre. En ce qui concerne la mamelle, il est certain que cette question est de nulle importance pour un très grand nombre de nos opérées, dont la poitrine doit demeurer, d'une façon permanente, soigneusement dissimulée à tous les regards. Mais nous avons parfois affaire à des seins dont il est cruel de troubler la morphologie. Pour une femme jeune encore et ayant le goût de plaire, une cicatrice mammaire est bien affligeante. Quand elle s'impose absolument, il faut sans doute accepter cette dure nécessité; mais, hors les cas de tumeurs malignes, il est souvent, très souvent possible d'éluder ce grave ennui et d'agir sans laisser aucune trace apparente de l'intervention.

Certes, aujourd'hui nous avons considérablement réduit les inconvénients des cicatrices. Elles sont, d'une façon générale, infiniment moins laides et désobligeantes qu'autrefois. La réunion immédiate, le soin donné à l'affrontement, la perfection des moyens de suture, nous donnent, d'une manière à peu près constante, des résultats si satisfaisants que les chirurgiens peuvent, sans exciter l'hilarité, parler de « belles cicatrices ».

Pourtant, qu'elle soit linéaire, régulière et peu visible, qu'elle ait tendance à pâlir et à s'effacer progressivement, une cicatrice sur le sein est une marque gênante à porter, si peu apparente soit-elle, et il vaudrait toujours mieux pour le sujet qu'il n'y en eût point, ou tout au moins qu'elle fût dissimulée. La correction suprême, dans nos actes chirurgicaux, c'est d'en effacer les traces, et nous pouvons ici obtenir ce résultat d'une façon irréprochable.

***

On a senti depuis longtemps tout ce qu'offrait de pénible une cicatrice mammaire chez une femme encore jeune, mais la plupart des chirurgiens se sont bornés à réduire leurs incisions, et à prendre plus de soin encore qu'à l'ordinaire pour en assurer la bonne réunion. Quelques-uns seulement, dans un but esthétique, ont pris le parti d'attaquer la tumeur, en l'abordant par le sillon sous-mammaire. Quand la mamelle est un peu volumineuse et légèrement pendante, la cicatrice se trouve dissimulée. Elle est, d'ailleurs, généralement peu visible, étant située dans un pli naturel. Cette conduite mérite approbation et peut être avantageusement suivie. Elle donne, je peux en donner l'assurance après l'avoir souvent utilisée, de fort beaux succès. Toutefois, actuellement je préfère à cette voie un autre chemin dont l'emploi semble avoir été, jusqu'ici, inutilisé et méconnu. L'ablation des tumeurs bénignes du sein me paraît possible, sinon facile, par une incision axillaire, incision de très courte étendue, pratiquée tout au fond du creux de l'aisselle, dans la partie couverte d'une touffe de poils.

Il n'est pas douteux qu'une incision tracée dans le fond de l'aisselle, et réunie par première intention, surtout au niveau de la surface pileuse, ne laisse une cicatrice parfaitement dissimulée, surtout quand ces poils auront repoussé. C'est à coup sûr l'incision esthétique dont la trace reste invisible.

Là-dessus nul ne voudra discuter, et chacun conviendra qu'en principe une cicatrice logée dans la partie la plus élevée de l'aisselle est, toutes choses égales d'ailleurs, bien préférable à toute cicatrice mammaire ou sous-mammaire. Mais la distance est assez grande entre la glande mammaire et le point que nous avons indiqué pour que la possibilité d'agir utilement par cette voie axillaire soit moins évidente. On peut souhaiter ne pas abîmer un sujet délicat, et pourtant hésiter à aborder la tumeur d'une manière indirecte, craindre que l'intervention ainsi comprise ne soit trop pénible et difficile, appréhender qu'elle ne puisse être conduite avec méthode et sécurité, que l'on ne soit même obligé de s'arrêter en chemin, ou, après s'être donné beaucoup de peine pour éviter une incision mammaire, d'être amené à la faire secondairement soit pour terminer l'opération, soit pour pour parer à quelque hémorragie, soit pour remédier à quelque complication dans les jours qui suivent.



Figure 1.

J'ai dû, naturellement, me faire à moi-même ces objections diverses et elles ne m'ont pas paru négligeables. Leur examen ne m'a pas conduit toutefois à les considérer comme des raisons suffisantes pour me détourner de mes tentatives, et l'expérience me permet d'affirmer aujourd'hui qu'on peut agir par cette voie avec sécurité et sûreté, et si le résultat n'est obtenu qu'au prix d'un peu de peine, il doit l'être d'une façon pleinement satisfaisante, et, dès lors, il n'y a lieu de regretter ni son temps, ni ses soins, ni les manœuvres lentes et délicates. J'ai fait l'application de ce procédé sur deux jeunes femmes, et ces deux opérations sont une démonstration suffisante de ce que peut fournir l'intervention conduite de cette manière. Aussi vais-je immédiatement rapporter leur histoire, ce qui simplifiera grandement mon plaidoyer en faveur de la voie axillaire.

***

Mme A..., la première de mes deux opérées, est entrée à l'hôpital Saint-Louis (Isolement, n° 18), le 21 Mai 1902. Elle était atteinte d'une tumeur du sein droit, reconnue fortuitement quelques semaines auparavant; tumeur du volume d'une petite noix, occupant la partie externe et inférieure de la glande, comme l'indique le cercle pointillé de la figure ci-jointe.

Il s'agissait d'une production manifestement bénigne, la tumeur, arrondie, dure, étant bien limitée, sans adhérence cutanée, ni profonde, et très mobile au milieu des tissus ambiants.

Il n'y avait aucun écoulement par le mamelon, pas d'adénopathie axillaire; la lésion était indolente. Enfin la santé générale ne laissait en rien à désirer.

Mme A..., encore toute jeune et n'ayant jamais eu d'enfant, avait une poitrine magnifique, sculpturale, et la perspective d'une cicatrice la chagrinait considérablement. Son appréhension me semblait trop justifiée pour ne pas saisir cette occasion d'appliquer un plan opératoire dès longtemps arrêté en prévision d'une circonstance de ce genre. Je pris donc le parti d'extirper la tumeur par une toute petite incision axillaire haute, en creusant entre elle et la mamelle un trajet sous-cutané par où je pourrais donner issue au néoplasme. C'est ce qui fut fait le 24 Mai. Je pratiquai une incision de 6 centimètres dans le creux de l'aisselle, débordant en dedans d'un centimètre le territoire pileux, le reste étant compris dans ce territoire, et cheminant au voisinage de sa limite antérieure. La peau traversée, je me mis à creuser le tunnel qui devait me conduire vers la mamelle d'abord et la tumeur ensuite. Comme je le fais d'ordinaire dans les larges décollements dont je fais un usage courant en chirurgie autoplastique ou esthétique, je me mis à libérer les téguments, suivant leur face profonde à l'aide d'un bistouri glissé à plat sous la lèvre antérieure de l'incision, puis avec des ciseaux manœuvrant dans l'épaisseur du pannicule adipeux, me dirigeant par le plus court chemin, c'est-à-dire obliquement en bas, en avant et en dedans, vers la partie de la glande qu'occupait la tumeur. Pour faciliter ce travail et diminuer la distance à parcourir, d'une main j'attirais la mamelle en haut et en dehors, la rapprochant de la plaie axillaire; de l'autre je dirigeais le bistouri ou les ciseaux. Petit à petit, j'approchai du néoplasme, j'ouvris sa loge avec les ciseaux, l'immobilisant de la main gauche à travers les téguments. Ce fut le temps le plus malaisé, et il fallut s'y reprendre à plusieurs fois. Aussitôt que la glande mammaire put être abordée par le décollement, je l'avais saisie avec une pince de Museux, ce qui rendit plus simple la suite de l'intervention en permettant de mieux fixer la glande et de l'attirer fortement vers l'aisselle. La loge ouverte, une autre pince de Museux, longue et mince, fut glissée sous les téguments décollés jusqu'à la tumeur qui, saisie, fut libérée de ses dernières attaches et enfin extraite.

Entre son siège et la plaie tégumentaire, il y avait 15 centimètres, la mamelle étant dans la position normale, distance bien diminuée par l'attitude imposée à la glande pendant l'intervention. Un long drain fut glissé dans le trajet axillo-mammaire, sous la peau décollée, puis la plaie fut réunie par cinq points de suture au crin de Florence. Il n'y avait pas eu de notable écoulement sanguin; néanmoins, j'établis un pansement

assez fortement compressif. Les suites furent de la plus absolue simplicité, le drain fut retiré le deuxième jour, les fils le sixième, et la réunion s'effectua d'emblée sans le moindre incident. L'opérée avait quitté Saint-Louis dès le cinquième jour, le 29 Mai. La figure est destinée à montrer la place de la cicatrice. C'est une photographie prise vingt jours après l'opération. La trace de l'incison a été renforcée par des points, pour qu'elle soit reconnaissable. Les poils commencent à repousser. C'est donc un résultat immédiat qui est ici représenté, et encore a-t-on fortement exagéré la cicatrice pour préciser le siège et l'étendue de l'incision. Actuellement, on ne distingue presque plus rien, les poils masquent la cicatrice peu s'en faut en totalité. Bien entendu, il faut, pour la retrouver, qu'on soit prévenu et qu'on en fasse la recherche, car autrement il est parfaitement impossible d'en soupçonner l'existence.

L'esthétique a donc été rigoureusement respectée; la mamelle est délivrée de sa tumeur sans qu'aucune marque de l'intervention vienne déparer la pure beauté de sa forme extérieure.

* * *

Le résultat est également irréprochable chez M[lle] Marie B... entrée à St-Louis le 16 Juin 1902. (Isolement, n° 35.)

Agée de vingt-deux ans, sans enfant, parfaitement réglée, et d'une santé jusque-là excellente, M[lle] B... a constaté, il y a quatre mois, dans l'épaisseur du sein droit, une tumeur arrondie et indolente qui depuis cette époque n'a fait que d'insensibles progrès. Le hasard seul l'a fait découvrir, car elle ne forme aucun relief à la surface de la mamelle et ne détermine aucun trouble fonctionnel. Elle est grosse comme une noix, de consistance très ferme, très bien circonscrite, sans adhérences cutanées ni profondes, et en apparence même complètement indépendante des tissus environnants. Il n'y a pas de ganglion augmenté de volume dans l'aisselle correspondante; la mamelle de l'autre côté n'offre rien d'anormal. Enfin cette tumeur offre cliniquement tous les caractères des tumeurs bénignes; sa mobilité et la netteté de ses limites laissent espérer qu'elle peut être, sans difficulté excessive, isolée et énucléée, et cela d'autant mieux qu'il s'agit d'une tumeur solide, autant qu'on en peut juger d'après sa consistance très ferme, l'absence de fluctuation et même de rénitence. On peut la considérer comme un fibrome, ou un adéno-fibrome. Le succès obtenu quelques jours auparavant chez M[me] A... avait été trop complet et rapide pour que ma conviction ne fût déjà faite en faveur de la voie axilliaire; et je ne balançai pas un seul instant à recommencer pour cette jeune fille la même opération.

J'hésitai d'autant moins qu'elle promettait d'être plus simple, en raison du volume moindre de la mamelle et du peu d'épaisseur de la couche adipeuse sous-cutanée. L'intervention fut pratiqué le 19 Juin, et s'effectua plus aisément encore que je ne l'espérais. Dans le fond de l'aisselle, j'incisai les téguments sur une longueur de trois centimètres, incision comprise tout entière dans le territoire pileux. La tumeur occupait la partie supérieure de la glande, formant une légère saillie un peu en dedans et au dessus du mamelon. Je décollai la peau dans ce sens en refoulant vers l'aisselle tumeur et mamelle. Dès que la glande mammaire fut reconnue, elle fut saisie et solidement fixée à l'aide d'une pince à traction. A travers les téguments je me rendais parfaitement compte de la situation des instruments, bistouri ou ciseaux, et du travail effectué. La loge de la tumeur discisée, je pus la saisir et l'extraire dans sa totalité sans morcellement. La masse extraite était du volume d'une noix, ferme, multilobée et, sur la coupe, présentait un aspect gris-jaunâtre. C'était un fibro-lipome. Je laissai un drain de petit calibre, mais très long, allant jusque dans la loge vide de la tumeur, et refermai la plaie par trois points de suture. Les suites furent d'une idéale simplicité et la malade a quitté l'hôpital le 30 Juin, parfaitement guérie et sans pansement. Depuis nous l'avons revue plusieurs fois et son état ne laisse rien à désirer, les deux seins sont absolument identiques et il n'est pas possible de soupçonner qu'elle ait jamais eu quoi que ce soit. Ici encore le succès est complet au point de vue esthétique.

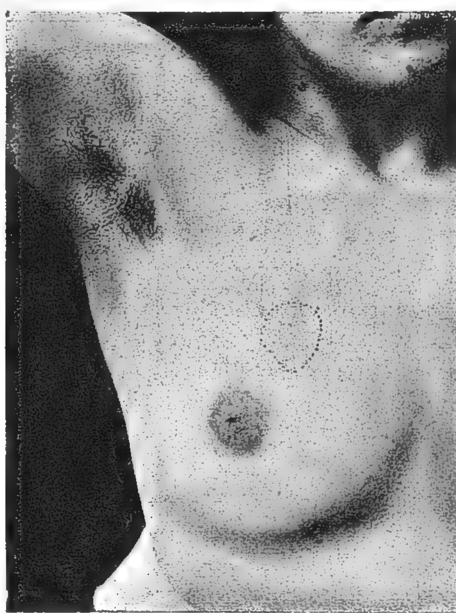


Figure 2.

La tumeur en elle-même n'offre pas grand intérêt dans les deux cas que je viens de relater. Chez la première malade il s'agissait d'un banal adéno-fibrome; chez l'autre, d'un adéno-fibro-lipome. Ce qu'il faut retenir de l'étude histologique qui en a été faite, c'est la confirmation de leur nature très bénigne. Il est bien certain que la voie axillaire ici préconisée ne saurait être de mise que s'il s'agit de tumeurs n'offrant aucun caractère de malignité : même s'il n'existait qu'un doute à cet égard, les considérations d'ordre esthétique pèseraient d'un bien léger poids dans la détermination du chirurgien, et les manœuvres détournées pour éviter une cicatrice apparente seraient très puériles. Personne donc, j'en suis convaincu, ne voudra me soupçonner de conseiller une telle manière de faire dans les cas, cliniquement difficiles, où l'on peut craindre que la tumeur ne soit maligne, à plus forte raison quand les signes observés rendent probable cette malignité.

Établissons donc bien tout d'abord que nous voulons parler exclusivement des tumeurs franchement bénignes, ou opérées dans leur stade de bénignité. Cependant, dans certaines circonstances, on doit, à notre sens, utiliser l'incision axillaire comme incision exploratrice permettant de fournir sur l'état de la mamelle de précieux renseignements et de prendre une détermination opératoire immédiate.

Les tumeurs offrant les caractères des néoplasmes bénins sont par ailleurs celles qui sont le plus susceptibles de se prêter à un tel mode d'extraction; leur consistance ordinairement très ferme, la facilité de les repérer, de les déplacer, de les isoler, autorise l'emploi d'une voie détournée, qui conviendrait fort peu à un néoplasme diffus, infiltré et adhérent soit aux téguments, soit aux parties profondes. Il existe donc des conditions inhérentes à la tumeur qui d'emblée doivent faire renoncer à l'ablation des tumeurs du sein par la boutonnière axillaire, et ces contre-indications s'ajoutent à celles que nous avons, dès le principe, tirées de l'âge de la femme, ou de l'état de décrépitude de la mamelle.

* * *

Les cas dans lesquels il convient de s'en servir restent encore nombreux, et les deux exemples qui en ont été fournis plus haut répondent assez bien aux faits qui comportent l'emploi du procédé. Ces observations contiennent en substance tout ce qu'on peut produire d'arguments en sa faveur, car on y trouve la démonstration probante non seulement de la possibilité de l'intervention sans difficulté sérieuse, mais encore de la bénignité des suites et de la perfection du résultat.

On pouvait, en effet, craindre a priori que par cette voie indirecte l'opération ne pût être terminée, soit qu'elle fût trop pénible, soit qu'elle fût traversée par quelque accident opératoire. Que le chirurgien n'ait pas toutes ses aises, cela est parfaitement exact; que l'opération, qui eut été d'une élémentaire simplicité par l'incision directe, devienne chose délicate et laborieuse, il n'y a pas lieu d'en douter; mais aucun des temps opératoires n'est à proprement parler difficile; rien n'est laissé à l'imprévu; enfin et surtout nul danger ne menace l'opérée.

Qu'avons-nous fait en somme chez nos deux malades? Décoller les téguments depuis la plaie axillaire jusqu'à la mamelle et à la tumeur.

Le creux de l'aisselle lui-même n'a pas été intéressé. Une fois la peau incisée, on a suivi sa face profonde, cheminant dans l'épaisseur du pannicule adipeux, creusant un long trajet sous-cutané.

C'est là une manœuvre inoffensive, que nous avons répétée assez souvent dans toutes les régions où la peau est décollable pour le déclarer sans aucune hésitation. Le bistouri, les ciseaux, coupent les tractus celluleux qui vont du derme à l'aponévrose et qui, dans le cas particulier, n'offrent pas grande résistance. Sur la route il n'y a pas d'organe dangereux. Les vaisseaux superficiels sont d'ordinaire insignifiants et négligeables. Dans les décollements cutanés, même très étendus, on est frappé du peu d'importance de l'hémorragie et de la facilité avec laquelle celle-ci s'arrête par la compression. C'est ce qui s'est passé chez nos malades. Un vaisseau de quelque calibre venant à être sectionné, il serait possible de le saisir dans la profondeur à l'aide d'une pince glissée par la plaie, sur-

tout si l'on a eu soin de fixer et d'attirer la glande vers l'aisselle. Mais avec un drain et un pansement compressif, il n'arrivera jamais rien de fâcheux du fait de ces artérioles sous-cutanées.

A part l'écoulement sanguin, la principale objection qui se dresse devant notre technique, c'est qu'il s'agit d'une opération aveugle.

Sait-on ce qu'on fait par ce petit trou dans l'aisselle? Mais oui, on le sait, on le sait très bien, beaucoup mieux qu'on ne voudrait le supposer a priori. A travers les téguments on apprécie avec une netteté très grande le travail de l'instrument, dont les moindres déplacements et la situation précise sont reconnus d'une façon exacte; et, en vérité, on est presque aussi bien renseigné que si l'on suivait de l'œil le bistouri ou les ciseaux. On fait en somme l'opération sous-cutanée avec une sûreté presque aussi grande que l'intervention à ciel ouvert.

* * *

Nos deux cas se rapportent à des néoplasmes situés l'un en bas et en dehors, l'autre en haut et un peu en dedans; mais pourrait-on de même faire suivre la même route à des tumeurs occupant la partie inférieure et interne, ou la partie interne de la glande? D'une manière générale, la réponse doit être affirmative.

La mamelle se laisse attirer vers l'aisselle assez complaisamment, grâce à la laxité du tissu cellulaire sous-mammaire, pour que la glande devienne accessible jusqu'à ses limites extrêmes en dedans et en bas — réserve faite pour certains cas spéciaux où le volume considérable du sein compliquerait les manœuvres d'une façon excessive. — Une femme, observée récemment, portait à chaque mamelle quatre fibromes disposés en couronne à la périphérie des deux glandes. Au point de vue qui nous occupe, son cas valait à lui seul une longue série, et je me flattais d'ôter tous ces noyaux par de petites boutonnières dans lés deux aisselles. Mais cette créature préféra garder la collection de fibromes qui lui bosselait les deux seins.

D'autres observations viendront sans doute bientôt éclaircir définitivement ce point particulier; mais il nous semble qu'en abordant la tumeur par la face profonde de la mamelle, en faisant porter ce décollement entre celle-ci et l'aponévrose, on arrivera presque invariablement à extraire aussi bien que les autres les tumeurs marginales internes ou inférieures.

Les tumeurs dures offrant une bonne prise aux instruments de traction, se prêtent assez bien à nos manœuvres. Mais faut-il renoncer à opérer de la même manière les kystes qui ne sont pas très rares? Je pense, au contraire, que la plupart des kystes peuvent être extirpés par cette voie.

La glande mammaire elle-même fournit la prise aux instruments tracteurs, et, en procédant par excision, on doit arriver à une ablation complète de la paroi kystique et du tissu mammaire environnant.

Au cours de nos deux opérations, j'ai pu me rendre compte que, si on le voulait, on pourrait sans trop de peine enlever la mamelle entière en la morcelant, du moment qu'une pince l'a saisie.

* * *

Contre l'ablation des tumeurs bénignes du sein par une boutonnière pratiquée dans le territoire pileux de l'aisselle, il reste donc en somme tout juste ceci, que l'opération ainsi conduite donne un peu de peine au chirurgien, sans nécessité formelle du fait de la lésion. Il est vrai, et tout dépend du respect que l'on croit devoir à la forme extérieure. Garder à une jeune femme l'intégrité de sa beauté ne nous paraît futile ni superflu.

Dans l'état actuel de la chirurgie, il est permis de rendre une opération plus complexe si, sans augmenter sa gravité, on peut rendre ses résultats meilleurs et plus parfaits. Or, chez les sujets dont nous nous occupons, il n'est point de parfait résultat si l'esthétique n'est sauvegardée, et le chirurgien ne regrettera point de s'imposer un léger effort et d'allonger de quelques minutes son intervention, pour ne laisser de celle-ci aucune trace apparente. Ceci d'ailleurs est loin de s'appliquer exclusivement à la mamelle, et les incisions dissimulées nous paraissent au contraire trouver de très nombreuses indications, relevant toutes du même souci de l'esthétique.

UN CAS DE MORVE HUMAINE

TERMINÉ PAR LA GUÉRISON

(Guérison réelle ou guérison apparente)

PAR MM.

Charles NICOLLE (de Rouen). **DUBOS** (de Réalcamp).

Les observations de morve humaine ne sont pas très nombreuses; les cas de guérison en sont exceptionnels. Il nous a donc paru intéressant de rapporter ici en détail l'observation d'un cas de morve que nous avons eu l'occasion d'étudier dans le courant de l'année dernière. Notre malade est actuellement guéri. Nous ne prétendons point cependant que la guérison chez lui soit définitive; l'examen que nous ferons plus loin des cas de guérison rapportés par les auteurs nous montrera, en effet, combien il convient d'être réservé à cet égard.

* * *

Avant de donner dans tous ses détails l'observation de notre malade, nous croyons utile de la résumer d'abord dans ses grandes lignes.

Observation. — Un jeune homme de la campagne, de constitution robuste, ressent un jour, en travaillant aux champs, une sensation de corps étranger dans l'œil gauche. Il se frotte l'œil vigoureusement avec la main. Son père qui est présent examine l'œil et ne voit rien. Le lendemain, au réveil, le malade constate la présence d'une petite masse indolore siégeant au devant de l'oreille gauche. Deux jours après, apparition d'une masse volumineuse en dessous et en arrière de la mâchoire du même côté. L'état général reste excellent.

Douze jours se passent, au bout desquels une troisième tumeur identique se montre dans la profondeur du mollet gauche. Toutes ces masses augmentent rapidement de volume sans s'accompagner de phénomènes inflammatoires et sans réaction générale. La présence dans l'exploitation de deux chevaux malades, sur lesquels aucun diagnostic ferme n'avait été porté, amène le médecin traitant à penser à la morve. L'examen microbiologique confirme rapidement ce diagnostic. Les tumeurs farcineuses sont extirpées entièrement un mois à peine après le début de l'infection; l'opération amène une amélioration suivie rapidement d'une récidive sur place. Le traitement médical institué : suralimentation, repos, vie au grand air, cacodylate de soude, ne produit qu'un arrêt dans la marche de la maladie. Au début du troisième mois, sans attendre de cette médication un résultat appréciable, nous décidons d'inoculer au malade du sérum de génisse (les bovidés sont, on le sait, naturellement réfractaires à la morve). Une injection de ce sérum est pratiquée tous les six jours; la dose inoculée à chaque séance est de cinq, puis de 10 centimètres cubes. Au total 190 centimètres cubes ont été injectés en deux mois et demi. Très rapidement, à partir de ce moment, les symptômes s'améliorent; l'une après l'autre les tumeurs farcineuses se résorbent, les ulcérations consécutives à l'opération se cicatrisent, de petites masses ganglionnaires, qui s'étaient développées en divers points de l'organisme, disparaissent spontanément.

La guérison est complète avant la fin du troisième mois de ce traitement, six mois après le début des accidents.

Elle s'est maintenue jusqu'à ce jour, c'est-à-dire pendant dix mois.

Il est à noter que, pendant la durée de son infection, le malade n'a présenté qu'exceptionnellement de la fièvre et que son état général est resté excellent.

La rapidité avec laquelle les tumeurs farcineuses ont disparu à partir du moment où les injections de sérum de génisse ont été commencées, a décidé celui d'entre nous qui soignait le malade à ne pas faire usage pour le traitement d'un sérum antimalléinique que M. le professeur Nocard avait bien voulu mettre à notre disposition.

* * *

Voici maintenant notre observation dans tous ses détails.

Observation. — Henri L..., 17 ans, agriculteur, fils d'agriculteurs.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires; pas de syphilis, pas de tuberculose chez les ascendants.

Comme antécédents personnels, on trouve : une entérite à l'âge de trois mois; deux atteintes de rougeole (la première douteuse) à deux et à douze ans; un ictère infectieux à quinze ans.

Robuste et bien constitué, Henri L... aidait son père dans les travaux agricoles, il se trouvait en contact avec les chevaux de la ferme, mais ne s'occupait pas spécialement d'eux.

Le 4 Juillet 1901, dans l'après-midi, en travaillant aux champs, il se plaint tout à coup d'une sensation de corps étranger dans l'œil gauche. Son père, qui se trouvait avec lui, regarde et ne voit rien. Le malade s'étant vigoureusement frotté les paupières, l'œil devint rouge; mais le soir même, tout symptôme d'inflammation était disparu.

Le lendemain matin, 5 Juillet, en faisant sa toilette, Henri L..., s'aperçoit de l'existence d'un petit nodule arrondi, mobile et légèrement douloureux, du volume d'un petit pois, siégeant au devant du tragus de l'oreille gauche. Il continue à travailler.

Le 7 Juillet, apparait au-dessous de l'angle de la mâchoire du côté gauche une masse non douloureuse qui, en quarante-huit heures, atteint le volume d'un œuf de pigeon.

L'état général du malade étant excellent, l'appétit normal, la douleur nulle, on ne se préoccupe guère de ces accidents pendant quelques jours.

Le 19 Juillet, dans la soirée, douleur au niveau du mollet gauche. Cette douleur, à peine marquée au repos, s'accuse davantage par la marche. Elle persiste les jours suivants.

Le 22 Juillet, les parents alarmés par cette succession de phénomènes consultent, pour la première fois, l'un de nous. Un examen complet est alors pratiqué et permet de constater les symptômes suivants :

Le nodule primitif préauriculaire forme une masse de la grosseur d'une bille, donnant à la main une sensation d'empâtement voisine de la fluctuation.

Les ganglions sous-maxillaires du côté gauche forment une masse unique du volume d'un œuf de poule, dure, assez régulière, peu mobile, indépendante de la peau et de l'os maxillaire.

Au niveau de cette tuméfaction, les téguments ont conservé leurs caractères normaux; aucun œdème.

Pas de douleurs spontanées, sensibilité légère à la pression. Les ganglions cervicaux sont normaux, de même les ganglions sous-maxillaires du côté droit. Rien à noter du côté des parotides.

Au niveau du mollet gauche, on sent, sur la face interne de la jambe, à peu près à mi-hauteur, une masse dure, assez mal limitée, étendue suivant l'axe du membre, en forme d'amande, et très profonde. Pas de douleurs spontanées, mais douleurs assez vives à la pression et surtout dans la marche. Rien du côté des téguments. Pas d'hypertrophie ganglionnaire dans les régions poplitée et inguinale.

Il n'existe aucun symptôme général; pas de fièvre; pas de courbature; appétit normal; langue bonne. Les yeux, le nez, les oreilles, la bouche et le pharynx, examinés avec soin, ne présentent aucune lésion appréciable.

Le traitement institué est le suivant : repos au lit, régime lacté mixte, frictions à l'onguent mercuriel sur le mollet.

Le 27 Juillet, le ganglion préauriculaire est devenu nettement fluctuant, sans que la peau se soit modifiée à ce niveau; la masse sous-maxillaire est stationnaire; la tumeur de la jambe est plus douloureuse. L'état général est toujours excellent. Urines normales.

Le 29 Juillet, incision du ganglion préauriculaire donnant issue à la valeur d'un dé à coudre de pus épais, couleur café au lait, sans odeur. Pansement antiseptique.

Le 1er Août, le malade, revu, présente de la salivation. On cesse l'usage de l'onguent mercuriel. La plaie opératoire n'a suppuré qu'à peine et s'est presque cicatrisée. Une incision, faite au niveau de la masse sous-maxillaire, ne donne que quelques gouttes de sang.

Jusqu'à cette date, aucun renseignement n'avait été fourni par l'entourage sur l'état sanitaire des animaux domestiques de la ferme. Ce jour même, M. Dubos apprend, par hasard, qu'un des chevaux de l'exploitation était atteint d'une « mauvaise gourme » depuis deux mois, et que le malade, sans s'occuper spécialement de cet animal, le bridait tous les jours.

M. Noir, vétérinaire sanitaire, rencontré le jour même, incline vers le diagnostic de morve. L'animal, éprouvé à la malléine, a présenté une réaction assez nette, de même qu'un autre cheval de la même écurie. Néanmoins, le vétérinaire n'ose se prononcer d'une façon catégorique, les inoculations de malléine n'ayant pas été pratiquées dans des conditions satisfaisantes.

L'attention mise en éveil par cette communication, et frappé par le caractère très spécial des accidents présentés par son malade, M. Dubos demande à M. C. Nicolle de venir examiner avec lui Henri L...

Nous le voyons ensemble le 3 Août. Un examen très minutieux ne permet de constater l'existence d'aucun symptôme important en dehors de ceux décrits précédemment.

Pas de signes généraux : ni fièvre, ni céphalalgie : pouls normal. Il n'existe aucune éruption, aucune lésion des muqueuses buccale, pharyngée, nasale ou conjonctivale.

Pas de toux; pas d'oppression; l'auscultation du cœur et du poumon ne permet de déceler l'existence d'aucun symptôme du côté de ces organes. Le foie est normal; le testicule et l'épididyme sont indemnes. Rien du côté des articulations. Aucune douleur spontanée. Miction et urine normales; ventre souple, aucun phénomène digestif. L'embonpoint est conservé, la langue et l'appétit très bons.

La plaie d'incision du ganglion préauriculaire est cicatrisée, la palpation permet de sentir à ce niveau un empâtement assez limité.

Les ganglions sous-maxillaires forment un paquet unique, volumineux, très peu mobile, d'une consistance presque cartilagineuse; pas d'œdème, pas de changement de coloration de la peau, laquelle est mobile sur la tumeur.

La tumeur de la jambe gauche est douloureuse à la pression, mal limitée, profonde.

Une ponction est pratiquée avec une aiguille stérilisée au niveau de chacune des deux masses ganglionnaires de l'angle de la mâchoire et de la jambe; une goutte d'un pus épais et grumeleux, mêlé de sang, est retirée avec peine, par aspiration, au niveau de ces deux tumeurs.

Après cet examen il nous paraît évident, bien que la preuve expérimentale nous manque encore, qu'il s'agit de morve. Nous prescrivons des toniques, de la liqueur de Fowler et nous conseillons, les tumeurs farcineuses étant encore en petit nombre, de tenter leur extirpation totale. La famille du malade consent à l'opération.

M. Veyssière, vétérinaire départemental, qui s'était rendu le même jour à la ferme pour examiner les chevaux malades, désirant attendre le résultat des expériences avant d'ordonner l'abatage, les fait sévèrement isoler. Nous décidons, de notre côté, l'isolement du malade et indiquons à l'entourage les précautions à prendre pour éviter la contagion.

Le 6 Août, douleurs spontanées assez violentes au niveau de la tumeur sous-maxillaire. Le thermomètre monte pour la première fois à 38,8. Nous avions ordonné le 3 Août de prendre la température du malade toutes les deux heures afin qu'aucune élévation thermique même passagère ne pût nous échapper.

Le 7 Août, la température qui était redescendue à la normale après quelques heures remonte à 38,2 vers 4 heures du soir.

Ce même jour à 6 heures du soir, M. le docteur A. Martin, demandé par nous, procède à l'extirpation des masses ganglionnaires. Au cou, une large incision réunit le ganglion préauriculaire aux ganglions sous-maxillaires en contournant l'angle de la mâchoire. Il ne s'écoule aucune goutte de pus. Les deux masses sont nettement distinctes l'une de l'autre; elles sont assez bien limitées, ce qui permet leur extirpation totale. Elles sont constituées par un tissu d'aspect très spécial, blanc-grisâtre, non caséeux.

Au niveau de la jambe, l'opération est plus difficile; ce n'est que très profondément, après avoir traversé la masse des jumeaux et du soléaire, qu'on voit s'écouler par la plaie opératoire la valeur d'un verre à bordeaux d'un pus assez épais, couleur café au lait, sans odeur. La curette, introduite dans cette cavité ramène, à peine quelques débris grisâtres. Drainage, pansement humide et compressif. La masse ganglionnaire sous-maxillaire est portée au laboratoire pour servir à des expériences confirmatives.

Suites de l'opération tout à fait bénignes. Température oscillant entre 36° et 37°; pouls variant de 80 à 90; pas de douleurs.

Premier pansement le 10 Août : lavage au permanganate de potasse. L'empâtement sous-maxillaire paraît entièrement disparu.

État général parfait, pas de température les jours suivants.

Le 14 Août, les expériences pratiquées au laboratoire ayant confirmé notre diagnostic clinique de morve, nous voyons à nouveau le malade ensemble. Le pansement est fait en notre présence par M. A. Martin. La plaie de la jambe paraît en voie de cicatrisation; la plaie cervicale est ouverte, béante; il existe à la partie inférieure de l'incision un empâtement dur qui semble indiquer une propagation du mal vers des ganglions situés à l'étage supérieur du cou.

Nous procédons à un examen complet du malade, sans constater l'apparition d'aucun symptôme nouveau, sauf une légère hypertrophie de la rate qui donne environ 8 centimètres de matité verticale à la percussion.

Nous prescrivons le cacodylate de soude à la dose de 0,05 centigrammes par jour par la voie stomacale, le repos, la suralimentation et la vie au grand air. Ce même jour, le cheval le plus profondément atteint est abattu sur les conseils de M. Veyssière; l'autopsie montre les lésions morveuses les plus nettes du côté de la muqueuse nasale, des ganglions de l'auge et du poumon. Nous avons nous-mêmes constaté l'existence de ces lésions.

Les jours suivants, état local à peu près stationnaire. On perçoit quelques petits ganglions mobiles entre l'angle inférieur de la plaie et la clavicule. Aucune tendance à la cicatrisation des plaies opératoires qui sont douloureuses.

Le 21 Août, la température remonte à 38,3; céphalalgie.

Le 27 Août, les ulcérations s'agrandissent. Il existe un ganglion préthyroïdien douloureux; la masse ganglionnaire cervicale située au-dessous de la plaie a augmenté de volume. Température normale; pouls, 80; appétit excellent; bon état général; urines normales.

A partir du 29 Août, il est fait tous les trois jours un pansement iodoformé après lavage avec la liqueur de Van Swieten. A cette date, on note un début de cicatrisation à la partie antérieure de l'oreille; la masse ganglionnaire située au-dessous de la plaie opératoire a pris le volume d'un œuf de dinde et revêt tous les caractères que présentait la tumeur sous-maxillaire avant l'intervention. Par contre, la plaie de la jambe s'est très améliorée et se montre sous l'aspect d'une simple fente de 2 centimètres environ de profondeur. Le malade peut marcher en boitant légèrement et sans souffrir.

L'état général est toujours excellent; la température, régulièrement prise trois fois par jour, oscille entre 36°5 et 37° le matin, 37° et 38° le soir; pouls de 98 à 104.

Le 3 Septembre, épistaxis; le 4 Septembre, sécrétion nasale abondante d'aspect muqueux; la pituitaire est rouge surtout à gauche; pas d'ulcérations.

Le 8 Septembre, ces symptômes nouveaux ont disparu. État général parfait; urines normales.

Le 11 Septembre, la masse ganglionnaire du cou paraît un peu moins empâtée. Ce même jour, après une entente par lettre, nous décidons de pratiquer sur le malade des inoculations de sérum de génisse. A cet effet, une génisse, reconnue parfaitement saine, est saignée avec les précautions d'usage et son sang recueilli aseptiquement; le sérum est distribué dans des flacons stériles. Il a été pratiqué tous les six jours, régulièrement, à partir du 11 Septembre, une inoculation de 5 centimètres cubes, puis après une semaine de 10 centimètres cubes de ce sérum. L'injection est faite dans les muscles fessiers. Le cacodylate de soude est continué à la dose de 5 centigrammes pendant dix jours, avec dix jours d'intervalle, puis repris pendant dix jours. Suralimentation, vie au grand air.

Le 29 Septembre, une amélioration très manifeste s'est produite depuis quelques jours dans l'état du malade. La plaie cervicale est entièrement cicatrisée au devant de l'oreille; quelques points blanchâtres analogues à des tubercules s'étaient développés précisément sur cette cicatrice, ils ont disparu après s'être ouverts spontanément au dehors. La masse ganglionnaire sous-jacente reste stationnaire.

La plaie de la jambe est recouverte d'une cicatrice violacée et adhérente. A la partie supérieure et postérieure de la cuisse gauche, petit tubercule saillant, de la grosseur d'un pois, non douloureux, non empâté; on fait à ce niveau quelques frictions mercurielles. Un petit ganglion dans l'aine.

Etat général parfait. La température n'a pas dépassé 37° depuis le 11 Septembre; elle ne s'est pas élevée plus haut dans la suite.

Le 5 Octobre, l'amélioration s'accuse encore davantage, le pansement de la jambe est supprimé. Cependant on note, le même jour, l'apparition d'un petit ganglion mobile, non douloureux, siégeant au niveau de l'union des deux faisceaux du muscle sterno-cléido-mastoïdien du côté droit. Le tubercule de la cuisse a diminué.

Le 12 Octobre, le ganglion sus-claviculaire droit a augmenté, il est douloureux; on a fait à ce niveau des frictions mercurielles. Disparition du tubercule de la cuisse.

Le 18 Octobre, la plaie du cou est presque totalement cicatrisée; il ne reste plus qu'un point limité qui donne issue à une petite quantité de pus.

Le 24 Octobre, état stationnaire; la masse ganglionnaire cervicale du côté gauche est très diminuée; à droite, même état. Au niveau de la jambe, il s'est produit une ulcération spontanée de la dimension d'une pièce de 50 centimes, siégeant à la partie supérieure de la cicatrice. Cette ulcération présente un fond rougeâtre et des bords amincis, irréguliers.

Le 3 Novembre, amélioration très notable de la masse ganglionnaire cervicale du côté gauche. L'ulcération de la jambe grandit.

Le 9 Novembre, amélioration générale et définitive de toutes les lésions.

A partir de cette date, on assiste à une régression rapide de toutes les tumeurs farcineuses. C'est d'abord le ganglion cervical du côté droit qui disparaît, puis la masse ganglionnaire cervicale du côté gauche ainsi que les ganglions aberrants de la même région. En même temps, l'ulcération de la jambe se cicatrise.

L'état général est parfait. On cesse l'emploi du cacodylate de soude.

Le 27 Décembre, on pratique la dernière injection de sérum de génisse; la quantité totale inoculée a été de 190 centimètres cubes en 20 séances. A partir de cette date, le malade semblant guéri, il ne lui est plus fait aucun traitement.

Le 16 Janvier 1902, nous voyons ensemble Henri L..., qui a pu se transporter à Rouen. Un examen minutieux est pratiqué en présence de M. A. Martin. Les cicatrices opératoires sont parfaites, il n'existe plus aucune trace de tumeurs ganglionnaires. La rate donne une matité verticale de 6 centimètres.

La guérison nous paraissant assurée, nous conseillons au malade de reprendre ses occupations ordinaires. Son état général est parfait; il pèse 80 kilos au lieu de 70 au mois de Juin 1901.

Le 5 Octobre, le malade est revu à nouveau par l'un de nous; la guérison paraît définitive.

Il est à noter que les inoculations de sérum de génisse n'ont donné lieu à la production d'aucun phénomène morbide (éruption, douleurs, élévation de température, etc.).

Étude expérimentale. — Le diagnostic bactériologique de morve a été établi par l'analyse des produits recueillis par nous sur notre malade le 3 Août 1901. Ces produits consistaient simplement en deux gouttes de pus grumeleux, mélangé de sang, prélevées aseptiquement par ponction des tumeurs farcineuses du cou et de la jambe.

Le pus, recueilli au niveau de la tumeur cervicale, montre à l'*examen microscopique* de très rares formes bacillaires non colorables par la méthode de Gram.

Les *cultures*, pratiquées sur pomme de terre ordinaire et sur pomme de terre glycérinée, ont en quelques jours donné lieu au développement de colonies humides, épaisses, de couleur café au lait, absolument caractéristiques du bacille de la morve.

Un cobaye mâle, inoculé avec une trace du pus cervical, n'a présenté aucun symptôme.

Un second cobaye mâle du poids de 225 grammes a été inoculé, le 6 Août, avec le produit de grattage d'une culture sur pomme de terre glycérinée de trois jours, dilué dans du bouillon. Le 10 Août, il présente une tuméfaction notable des bourses; son poids est de 180 grammes. Le 12 Août, il pèse 155 grammes; la tuméfaction des bourses a encore augmenté. Nous le sacrifions. A l'autopsie, on constate l'existence d'une vaginalite double suppurée; le pus a l'aspect grumeleux caractéristique des suppurations morveuses. Il existe de nombreux tubercules morveux sur le péritoine pariétal ainsi qu'à la surface du foie, de l'intestin, de la rate, de la vessie. Les poumons et les plèvres sont indemnes.

L'examen microscopique du pus vaginal montre de nombreux bacilles fins, immobiles, sans spores, ne se colorant pas par la méthode de Gram.

Cultivé sur pomme de terre glycérinée, ce pus donne, au bout de quelques jours, une culture caractéristique du bacille de la morve.

La goutte de pus prélevée au niveau du foyer de la jambe n'a donné lieu au développement d'aucune colonie sur pomme de terre; un cobaye inoculé avec une trace de ce pus n'a présenté aucun symptôme.

Nous avons répété ces expériences avec les tumeurs farcineuses mêmes, recueillies par M. Martin le 7 Août. Il nous a été facile d'isoler directement, sur pomme de terre glycérinée, le bacille de la morve des masses ganglionnaires du cou et de la jambe.

Un cobaye mâle de 710 grammes, inoculé le 8 Août avec un débris de la tumeur cervicale, est mort le 16 Août; il présente à l'autopsie une vaginalite suppurée ainsi qu'une éruption de tubercules morveux sur le péritoine viscéral et pariétal; poids, 570 grammes. Bacilles morveux abondants dans le pus vaginal.

Un autre cobaye de 265 grammes, inoculé le même jour avec quelques gouttes du pus grumeleux du foyer de la jambe, est sacrifié le 29 Août. Il est alors moribond; son poids est de 195 grammes; les bourses sont très tuméfiées, la tunique vaginale est remplie d'un pus épais, mastic. Quelques tubercules sur le péritoine; deux tubercules dans l'intérieur de la rate. L'examen microscopique du pus vaginal y montre la présence de nombreux bacilles morveux.

*
* *

L'observation qui vient d'être rapportée nous paraît présenter trois particularités intéressantes sur lesquelles nous désirons insister plus spécialement : son début conjonctival, sa terminaison par la guérison, le mode de traitement employé.

La porte d'entrée du bacille morveux nous paraît avoir été, à n'en pas douter, la muqueuse conjonctivale. La sensation de corps étranger éprouvée par le malade a sans doute été la cause de l'infection; la contamination s'est faite vraisemblablement à ce moment par ses mains souillées inconsciemment par le virus morveux. L'apparition du ganglion préauriculaire, survenue quinze heures après, ne permet, à notre avis, aucun doute sur le mécanisme et la voie de l'infection.

Il est à remarquer que le passage du microbe à travers la muqueuse conjonctivale s'est fait sans qu'il y ait eu lésion apparente de celle-ci. La rapidité de l'invasion ganglionnaire est des plus remarquables.

Nous avons recherché dans la littérature médicale les observations déjà publiées de morve oculaire. Strzemenski [1] en a réuni onze dans son mémoire, en y comprenant un cas personnel, et le cas bien connu de Gourfein [2]. Trois de ces observations appartiennent à la morve aiguë; il y a eu simplement dans ces cas complication oculaire ou péri-oculaire au cours d'une infection généralisée; trois autres observations sont trop incomplètes pour être utilisées; le cas personnel de Strzemenski nous paraît douteux.

Restent quatre observations dans lesquelles la porte d'entrée de l'infection morveuse semble bien avoir été la muqueuse conjonctivale (ou celle des voies lacrymales); dans ces quatre observations, il y a toujours eu un premier stade d'ulcération locale.

Notre cas reste donc unique dans son genre; il montre la facilité avec laquelle le bacille morveux peut traverser la muqueuse conjonctivale intacte pour infecter l'organisme. Il y aurait des expériences intéressantes à faire à ce sujet sur les animaux.

Le second point intéressant à relever dans notre observation est la terminaison par la guérison. Celle-ci date actuellement de dix mois. Nous avons recherché avec soin les cas analogues publiés jusqu'à ce jour. Ils ont été principalement recueillis par trois auteurs : Rayer [3], auquel est due, on le sait, la démonstration expérimentale de l'existence de la morve chez l'homme, Tardieu [4] son élève, et M. Remy [5]. Il nous paraît utile, étant donné l'importance du problème de la curabilité de la morve humaine, de présenter ici un très rapide résumé de ces diverses observations, afin de permettre au lecteur de juger si les cas signalés par ces auteurs appartenaient bien à la morve, et si la terminaison a été la guérison définitive et complète, ou simplement une guérison apparente.

Observations rapportées par Rayer :

Lorin. — Contamination équine; piqûre du doigt; accidents locaux; ablation. Guérison en quinze jours. *Non suivi.* Pas d'étude expérimentale.

(Une seconde observation est rapportée par Lorin, mais sans aucun détail).

Travers. — Premier cas : Contamination équine; inoculation aux doigts; ulcères multiples. Guérison lente. *Non suivi.* Pas d'étude expérimentale.

Deuxième cas : Même mode de contamination; abcès multiples. Guérison en un an. Le *malade a été suivi pendant deux ans et demi* (état général médiocre, mais pas d'accidents nouveaux). Inoculation à l'âne positive.

Numan. — Premier cas : Contamination équine; piqûre des doigts; angioleucite. Traitement local. Guérison en sept mois. *Non suivi.* Pas d'étude expérimentale.

Deuxième cas : Analogue; guérison en huit mois. *Non suivi.*

Hertwig. — Premier cas : Contamination équine; inoculation à la joue; tumeur farcineuse

1. Strzeminski. — « Recueil d'ophtalmologie », 1900, p. 8.
2. Gourfein, Marignac et Valette. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1897, p. 737.
3. Rayer. — « De la morve et du farcin chez l'homme », 1837. La première communication de Rayer sur la morve humaine a été publiée par lui dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Paris*, 1837, T. I, p. 443.
4. Tardieu. — « De la morve et du farcin chronique chez l'homme et chez les solipèdes », 1843.
5. C. Remy. — « Morve chronique de l'homme ». *Archives de médecine expérimentale*, 1897, p. 145. Consulter également l'article de M. Roger dans le « Traité de médecine » de Charcot-Bouchard-Brissaud et la Thèse de Joubert, Paris, 1897.

et jetage. Frictions mercurielles. *Non suivi.* Pas d'étude expérimentale.

Deuxième cas : Contamination équine; piqûre du doigt; angioleucite. Frictions mercurielles. Guérison en neuf semaines. *Suivi quatre ans environ.* Pas d'étude expérimentale.

Troisième cas : Contamination équine; piqûre du doigt; accidents locaux, éruption pustuleuse. Frictions mercurielles. Guérison lente. *Non suivi.* Pas d'étude expérimentale.

Quatrième cas : Contamination équine; piqûre du doigt; abcès multiples. Frictions mercurielles. Guérison en huit mois. *Suivi douze ans.* Pas d'étude expérimentale.

(Les autres observations de guérison citées par Rayer : cas de DOESSELMANN et KERSCHWAL, cas de TAROZZI, cas de VOGELI, ne sont pas vraisemblablement des cas de morve).

Observations rapportées par Tardieu :

En dehors de quelques observations déjà citées dans le mémoire de Rayer, Tardieu n'a recueilli que trois observations, sans intérêt pour nous : cas de DELAHARPE et cas d'ALEXANDER dans lesquels le diagnostic de morve ne paraît nullement établi; cas de MONNERET où la guérison donnée comme certaine est improbable.

Observations rapportées par M. Remy :

H. BOULAY. — Contamination équine; inoculation à la main; abcès multiples (au nombre de 18). Suralimentation et cautérisation au fer rouge. Guérison en quinze mois. *Survie de quarante ans.* Il n'y a pas eu d'étude expérimentale, mais le diagnostic clinique ne laisse aucun doute.

DENENBOURG. — Cas analogue. *Longue survie.*

RICHARD et FOUCHER. — Contamination équine. Guérison en quelques mois. *Non suivi.* Inoculation au cheval positive.

STAHL. — Contamination équine; piqûre du doigt; angioleucite; abcès multiples. Guérison en onze mois. *Non suivi.* Pas d'étude expérimentale,

VERHEYEN. — Contamination équine; piqûre du doigt; angioleucite. Traitement par les mercuriaux. Guérison en six semaines. *Non suivi.* Pas d'étude expérimentale.

HAUFF. — Contamination équine; inoculation aux doigts; lésion locale; abcès multiples. Guérison en dix-neuf mois. *Non suivi.* Pas d'étude expérimentale.

CARPENTER. — Contamination équine; début par la lèvre supérieure; abcès multiples. Traitement par les mercuriaux. *Non suivi.* Pas d'étude expérimentale.

CAZIN. — Premier cas : Mode de contamination et de début inconnus; abcès multiples. Traitement par l'iodure de potassium et l'aconit. Guérison en quatre mois. *Suivi quatre ans.* Pas d'étude expérimentale.

Deuxième cas : Contamination équine; inoculation digitale; abcès multiples. Même traitement, et, de plus, mercuriaux. Guérison en treize mois. *Non suivi.* Pas d'étude expérimentale.

COOPER. — Contamination humaine; abcès multiples. *Non suivi.* Pas d'étude expérimentale.

KONDORSKI. — Mode de contamination et de début inconnus; abcès multiples. Frictions mercurielles. Guérison en soixante-cinq jours. *Non suivi.* Inoculation au cobaye positive.

GOLD. — Premier cas : Mode de contamination et de début inconnus; abcès multiples. Frictions mercurielles. Traitement chirurgical et antiseptique sévère. Guérison en trois mois. *Suivi un an et demi.* Inoculation au cobaye positive.

Deuxième cas : Analogue; même traitement. Guérison en trois mois et demi. *Suivi un an.* Inoculation au cobaye positive.

HOLMES. — Contamination équine; inoculation digitale; abcès multiples (au nombre de 14). Traitement chirurgical. *Non suivi.* Pas d'étude expérimentale.

GRALEWSKI rapporte deux cas, contractés tous les deux au contact d'un malade ayant succombé lui-même à la morve. L'inoculation au cobaye de produits venant de ce malade a donné un résultat positif; il n'a pas été fait d'expériences avec les produits venant des deux malades atteints secondairement.

Premier cas : Inoculation à la main; lésion uniquement locale. Traitement chirurgical. Frictions mercurielles. Guérison en dix-sept jours. *Non suivi.*

Deuxième cas : Inoculations cutanées multiples; pustules et ulcères. Cautérisations et frictions mercurielles. Guérison en soixante-dix jours. *Non suivi.*

Ces deux observations ne nous paraissent pas à l'abri de la critique.

REMY et QUÉNU. — Contamination équine; piqûre du doigt; lésions locales, puis abcès multiples. Traitement par les bains iodo-iodurés; puis traitement chirurgical très sévère. Guérison en quinze mois. Le *malade ne paraît avoir été suivi que pendant un temps très court après la guérison.* Étude expérimentale des plus complètes; inoculation au cobaye positive.

M. Remy, dans son mémoire, cite encore comme observations de guérison les cas de BOURDON (morve chronique), et de GUITTERAS (simple tubercule morveux anatomique). L'inoculation des produits aux animaux a donné, dans ces deux cas, un résultat négatif. Nous trouvons dans le même article la citation de cinq autres cas sur lesquels aucun détail n'a pu être recueilli par l'auteur : trois de ces cas appartiennent à KUTTNER; nous donnons plus bas quelques renseignements sur les deux autres).

Observations diverses :

CARNEVALE-ARELLA (observation résumée dans les *Archives générales de médecine*, 1848, 4e série, T. XVIII, p. 222). — Contamination équine; début par la face; morve nasale et trachéale. Guérison en six mois; nouvelle contamination; poussée pustuleuse. Guérison en vingt jours. *Non suivi.* Pas d'étude expérimentale.

MACKENSIE (*Archives générales de médecine*, 1853, T. II, p. 494). — Contamination équine; début par l'index; puis abcès et ulcères farcineux du pied. Guérison en cinq mois. *Non suivi.* Pas d'étude expérimentale.

Nous considérons comme très douteux, au point de vue de la nature morveuse, les cas de GARSTANG[1] (pustules généralisées, inoculation négative), et de STRZEMENSKI[2] (nodule conjonctival guéri par le galvano-cautère. Pas d'étude expérimentale).

Cela fait donc 28 observations considérées au point de vue clinique comme des cas de morve.

La démonstration expérimentale, par l'inoculation positive aux animaux sensibles, n'a été faite que dans 6 cas. Admettons cependant que, dans tous les cas rapportés, il s'agissait bien de la morve, et joignons à ces observations la nôtre : nous arrivons à un total de 29 cas dont la terminaison aurait été la guérison. Cette guérison a-t-elle été complète, définitive ou seulement momentanée?

Lorsqu'on parcourt les observations de morve chronique terminées par la mort, on est frappé de la longue durée que présente souvent la maladie : trois, quatre ans quelquefois, et jusqu'à onze ans dans un cas (Bollinger); pendant cette longue évolution, la morve offre souvent des rémissions, parfois des guérisons apparentes d'une durée variable. MM. Hallopeau et Jeanselme ont publié une observation dans laquelle la récidive s'est montrée après une rémission complète de trois ans. De pareils faits doivent nous apprendre à être très réservés avant d'affirmer la guérison d'un malade atteint de morve.

Si nous examinons les observations publiées par les auteurs afin de rechercher le temps pendant lequel le malade a été suivi par le médecin à partir du jour où la guérison a été déclarée complète, nous voyons que, *sur un total de 29 cas, dix-neuf fois le malade n'a pas été suivi, deux fois il n'a été revu que pendant quelques mois au plus, trois fois il a été suivi pendant un temps variant de un an à deux ans et demi, deux fois quatre ans, une fois douze ans, une fois quarante ans* (cas d'H. Boulay), et *une fois un temps indéterminé, mais long* (cas bien incomplet de Denenbourg).

Une remarque s'impose. Si nous prenons pour limite extrême du temps pendant lequel une récidive est possible le délai de trois ans signalé dans l'observation de MM. Hallopeau et Jeanselme, nous arrivons à cette conclusion que *jusqu'à présent la curabilité de la morve chez l'homme n'a été démontrée que dans 5 cas tout au plus.*

Notre observation viendra-t-elle augmenter d'une unité ce chiffre? L'avenir seul nous l'apprendra.

Il existerait bien cependant un moyen de reconnaître si un cas de morve humaine est guéri ou non : ce serait d'éprouver le malade à la malléine ainsi qu'on éprouve les chevaux morveux pour savoir si la guérison de la morve chez eux est apparente ou définitive. L'importance et la gravité de la réaction chez l'animal morveux nous ont fait craindre que ce procédé n'amenât une poussée aiguë de morve si la guérison n'est pas tout à fait complète chez notre malade.

***

Il nous reste maintenant à dire un mot du traitement auquel nous devons la guérison apparente ou réelle de notre malade. Les inoculations de sérum de génisse, animal réfractaire à la morve, n'ont pas encore été essayées jusqu'à présent chez l'homme, du moins à notre connaissance; mais on a déjà fait de nombreuses applications de ce mode de traitement sur les animaux; elles n'ont donné aucun résultat. L'absence de remède spécifique contre la morve nous a cependant engagé dans notre cas à y avoir recours; et notre malade s'est rapidement rétabli. N'y a-t-il là qu'une simple coïncidence? Cela est bien possible, puisqu'avec d'autres traitements, qu'ils ont tous indiqués comme supérieurs les uns aux autres, nos devanciers ont parfois obtenu des résultats analogues. Il se pourrait cependant que le sérum agisse d'une façon plus active que tout autre remède, en stimulant d'une façon non spécifique, mais efficace, les fonctions de défense de l'organisme.

Nous accordons également une influence indéniable aux autres moyens thérapeutiques employés par nous : suralimentation, vie au grand air, cacodylate de soude, intervention chirurgicale précoce.

---

1. GARSTANG. — *Lancet*, 1894, 16 Mars.
2. STRZEMINSKI. — « Recueil d'ophtalmologie », 1900, p. 8.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

8 Octobre 1902.

A propos du diagnostic de la grossesse extra-utérine rompue. — *M. Legueu*, à propos des erreurs de diagnostic de la grossesse extra-utérine rompue, et, en particulier, de sa confusion avec l'appendicite signalée par M. Picqué dans la dernière séance, rapporte également deux observations personnelles où les symptômes cliniques — douleur initiale brusque dans le côté *droit*, vomissements, constipation, fièvre, symptômes péritonéaux, point douloureux maximum dans la fosse iliaque *droite* — étaient tels qu'il était, pour ainsi dire, impossible de ne pas porter le diagnostic d'appendicite. L'arrêt des règles n'avait ici que peu de valeur symptomatique, car, chez les deux femmes, il existait de l'irrégularité menstruelle avant la grossesse; de même, la pâleur accentuée de la face ne témoignait pas d'une inondation intra-péritonéale. Et cependant la laparotomie montra que, dans les deux cas, il s'agissait d'une grossesse tubaire *gauche* rompue. Les malades guérirent.

M. Legueu insiste sur les difficultés extrêmes que peut présenter le diagnostic différentiel entre la grossesse extra-utérine rompue et l'appendicite. Peut-être trouvera-t-on un signe distinctif dans la contracture musculaire qui existe toujours du côté malade dans l'appendicite, et que M. Legueu n'a pas rencontrée dans les deux cas de grossesse extra-utérine qu'il vient de rapporter.

Hernie obturatrice étranglée; opération; guérison. — *M. Denucé* (de Rouen) communique l'observation d'un homme de soixante-cinq ans qui, depuis dix mois, présentait des symptômes abdominaux graves — coliques plus ou moins violentes, constipation opiniâtre, vomissements, — avec accès de fièvre, lesquels joints à la perte de l'appétit et à un amaigrissement progressif firent penser à une obstruction intestinale probablement due à un cancer. Tous ces symptômes ayant pris, dans les derniers jours, un caractère d'acuité inaccoutumé, on se décida à intervenir. L'exploration préalable des régions herniaires étant restée négative, M. Denucé pencha plutôt vers un étranglement interne. Or, la laparotomie montra qu'il s'agissait d'une hernie obturatrice droite étranglée, contenant à la fois l'anse terminale de l'iléon et l'épiploon. Craignant d'évacuer dans le péritoine les liquides septiques du sac et peut-être même le contenu de l'intestin, si celui-ci était perforé, M. Denucé referma le ventre et procéda à la cure radicale de la hernie par la voie externe (incision dans le triangle de Scarpa). L'épiploon fut réséqué, puis l'intestin, qui était en bon état, réduit dans le ventre. Suites opératoires bonnes; guérison.

Les observations de hernie obturatrice interstitielle sont rares et le diagnostic très difficile, surtout si l'on ne voit le malade que quand les accidents d'étranglement sont déjà établis.

Prostatectomie périnéale subtotale; guérison. — *M. Guinard* fait un court rapport sur une observation de prostatectomie périnéale adressée à la Société par *M. Proust*. Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans, entré dans le service de M. Guinard avec une rétention complète d'urine causée par une énorme hypertrophie prostatique. La prostatectomie périnéale, pratiquée par M. Proust, se fit très facilement et sans hémorragie appréciable : après décollement, hémisection de la prostate et ouverture de l'urètre, le lobe droit fut énucléé en bloc tandis que le gauche, plus mou et friable, ne fut enlevé que par fragments. Drainage cysto-périnéal, guérison. Celle-ci s'est maintenue depuis plusieurs mois.

M. Guinard fait suivre cette observation de quelques remarques : la prostatectomie péritonéale est une opération d'une exécution généralement facile; il est préférable d'inciser systématiquement l'urètre que de chercher à le disséquer sans l'ouvrir, car une incision franche guérit plus facilement que les déchirures auxquelles expose la dissection; la prostatectomie ne doit pas s'appliquer à toutes les grosses prostates, mais seulement à celles qui dépassent un poids approximatif de 50 grammes et occasionnent des accidents fréquents de rétention complète.

Absence congénitale de la diaphyse péronière. — *M. Walther* présente le malade porteur de cette anomalie ainsi que les images radiographiques de cette dernière. C'est une lésion excessivement rare, beaucoup plus rare que l'absence congénitale totale du péroné (proportion, 2 pour 97). Les épiphyses sont manifestement atrophiées. Néanmoins il n'existe aucune déformation du pied et le malade marcherait bien s'il ne s'était fait récemment une entorse qui occasionne une légère boiterie.

Anomalie génitale. — *M. Walther* présente un sujet de vingt-quatre ans dont il n'a pu encore déterminer exactement le sexe et sur lequel il désirerait avoir l'avis de ses collègues. Ce sujet a plutôt l'aspect extérieur d'une femme : longs cheveux, visage glabre, mamelles développées, membres grêles et arrondis. Les organes génitaux externes sont représentés par une verge petite, recourbée, avec un gland volumineux, à la racine de laquelle on remarque un petit méat, — véritable verge d'hypospade. Il n'y a ni bourses, ni testicules, mais seulement deux replis partant de la verge et se perdant dans le périnée.

Le sujet présente, en outre, une double hernie inguinale dans laquelle on décèle, par la palpation, la présence de corps ovoïdes, assez volumineux et sensibles à la pression. Tous les mois, régulièrement, par le petit méat, il se fait un écoulement de sang évalué à peu près à 150 grammes et qui s'accompagne d'un gonflement douloureux au niveau des aines. Si l'on ajoute que les aspirations sexuelles du sujet l'appellent vers les femmes et qu'en leur présence il a souvent des érections suivies de l'émission d'un liquide filant (ne contenant d'ailleurs pas de spermatozoïdes), on comprend que M. Walther soit embarrassé pour préciser le sexe de son malade. Cependant celui-ci réclame une intervention qui lui rende des organes génitaux externes d'apparence masculine et lui permette de contenter à son goût ses appétits sexuels.

M. Hartmann, dans un cas fort analogue au précédent, sauf qu'il n'existait pas de hernies, est parvenu à dilater le petit méat et à constater, au fond d'un étroit conduit qui lui faisait suite, un col et un corps utérin infantiles.

MM. Lucas-Championnière, Felizet, Bazy pensent plutôt qu'il s'agit ici d'un homme. En tout cas, comme la cure radicale des hernies s'impose, elle permettra à M. Walther, complétée ou non par l'exploration du méat hypospadien, de se renseigner sur la nature des petits corps qui accompagnent l'intestin et ainsi de déterminer le sexe véritable du sujet.

Récidives de kyste hydatique. — *M. Routier*, pour faire suite aux inoculations de vésicules hydatiques et de scolex reproduites expérimentalement par M. Devé et rappelées par M. Picqué dans son rapport, signale un fait personnel où, à la suite de l'extirpation d'un kyste hydatique du foie chez un homme, il vit survenir successivement deux récidives : la première dans la paroi et dans le ligament falciforme du foie, la seconde dans le ligament falciforme et dans l'épiploon.

Résection complète de l'omoplate pour sarcome; guérison; résultat fonctionnel excellent. — *M. Quénu* présente un jeune garçon de quatorze ans chez lequel il a pratiqué cette intervention. Il n'a pas suivi la technique indiquée par M. Picqué et il s'est bien gardé de réséquer, comme l'a fait ce dernier, l'extrémité externe de la clavicule, pratique qui entraîne la formation d'un bras ballant, mais il s'est servi au contraire de cette extrémité osseuse pour fixer solidement la capsule humérale au fil d'argent; d'autre part, M. Quénu a suturé le deltoïde au trapèze, de sorte qu'actuellement son petit opéré a gardé à peu près l'usage complet de son bras, tandis que celui de M. Picqué ne pouvait se servir que de son avant-bras et de sa main.

Perforation appendiculaire en pleine période de refroidissement; mort. — *M. Legueu* présente l'appendice perforé d'un enfant de cinq ans qui a succombé brusquement pendant que refroidissait son appendicite, soignée médicalement dans un service d'où l'intervention chirurgicale à chaud est systématiquement bannie.

Cet enfant était au cinquième jour du « refroidissement » et tout allait pour le mieux, son état général était excellent, lorsque subitement il fut pris de vomissements, son pouls se précipita, son ventre se ballonna, ses extrémités se refroidirent, en sorte que, en quelques heures, il fut à la mort, avant qu'on eût eu le temps de poser les indications d'une intervention opératoire. L'autopsie montra un appendice perforé au sein d'un abcès profondément situé, séparé de la paroi abdominale par plusieurs anses intestinales, et rompu dans la grande cavité péritonéale, ce qui avait occasionné une péritonite généralisée foudroyante. Il est probable, ajoute M. Legueu pour tout commentaire, que si cet enfant avait été opéré à chaud, aussitôt le diagnostic porté, il eût été sauvé.

Utilité de la séparation vésicale des urines au point de vue des indications et contre-indications opératoires en chirurgie rénale. — *M. Hartmann* présente un rein minuscule provenant d'une femme de vingt-huit ans, atteinte de tuberculose urinaire, et chez laquelle tous les signes cliniques s'accordaient pour localiser l'infection au rein *droit*. Or l'application du séparateur des urines de G. Luys a permis de constater d'une façon manifeste que ce n'était pas le rein droit qui fonctionnellement était le mauvais, mais bien le rein gauche qui n'émettait qu'une quantité d'urine des plus minimes ne contenant qu'une très faible quantité d'urée et de chlorures. Ce rein enlevé est celui que présente M. Hartmann : il est tout petit et transformé en un amas de petits kystes au milieu desquels on ne trouve plus que de rares fragments de la glande. Il s'agit probablement d'une inflammation diffuse chronique dans un rein congénitalement atrophié.

J. Dumont.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

8 Octobre 1902.

Les injections mercurielles dans le traitement de la syphilis. — *MM. Renault et Danlos* résument leur opinion sur cette question : pour eux la méthode des injections doit être une méthode d'exception, réservée à quelques cas rebelles aux autres procédés.

Dans certaines formes de syphilis elles se sont montrées inférieures aux autres procédés de mercurialisation (frictions ou injections); en outre elles sont d'un emploi moins pratique et peuvent être dangereuses.

Moyen adjuvant pour faciliter l'écoulement du sang au cours de la saignée. — *M. Legendre*. Il arrive souvent, lorsque la pression sanguine est très faible, que la saignée donne une quantité de sang insuffisante. Je me suis très bien trouvé de faire en pareil cas une injection de 25 centigrammes de caféine. J'ai même employé cette méthode d'une façon préventive, et, dans ma pratique, lorsque j'ai quelques raisons de croire que l'écoulement sanguin sera insuffisant, je fais, avant la saignée, une injection de caféine.

Traitement de l'hypertrichose par l'eau oxygénée. — *M. Gallois*. L'eau oxygénée décolore les poils, les rends cassants et enfin les fait disparaître. Il suffit de faire tous les matins un badigeonnage, soit avec l'eau oxygénée pure, soit avec l'eau oxygénée coupée d'eau bicarbonatée, selon la susceptibilité des téguments. Lorsqu'on cesse le traitement, les poils repoussent, mais ils sont moins abondants qu'avant l'emploi de l'eau oxygénée.

M. Bize.

ANALYSES

BACTÉRIOLOGIE

C. Toyama. *Résistance du bacille de la peste contre le froid de l'hiver à Tokio* (*Centralblatt für Bakteriologie*, 1902, 12 Avril, t. XXXII, n° 3, p. 181). — De ses expériences, l'auteur conclut :

Les bacilles de la peste exposés à une température basse (descendant jusqu'à — 2°,5) ne perdent pas leur virulence, ni leur vitalité, mais les conservent, au contraire, mieux qu'à l'étuve. Tandis qu'exposés à la température de l'hiver, durant trois mois, les bacilles ont été à peine modifiés, ceux qui étaient exposés à la température de l'étuve perdaient, au bout de cinquante-six jours, une partie de leur virulence. Les bacilles exposés au froid n'ont pas plus de tendance à donner des formes d'involution que ceux qui sont mis à l'étuve.

M. Labbé.

CHIRURGIE

H. Eckstein. *La prothèse sous-muqueuse et sous cutanée à la paraffine* (*Deut. med. Wochenschr.*, 1902, n° 32, p. 573). — L'auteur expose dans son travail, en s'appuyant sur des expériences et des observations cliniques, les raisons pour lesquelles il y a lieu de remplacer par la paraffine, la vaseline telle que Gersuny l'emploie dans sa méthode de prothèse sous-cutanée.

Contrairement à la vaseline, la paraffine, qui fond entre 57°-60°, se durcit une à deux minutes après l'injection et forme une masse de consistance cartilagineuse qui se laisse façonner très facilement et conserve indéfiniment la forme qu'on donne à la partie injectée. En second lieu, la paraffine ne subit aucune résorption, et cela pour la raison que, peu de temps après son injection, la masse de paraffine s'entoure d'une capsule de tissu conjonctif dans laquelle on ne trouve pas de vaisseaux et qui, contrairement à la vaseline, n'envoie pas de prolongements vasculaires à l'intérieur de la paraffine. Enfin la solidification presque instantanée de la paraffine préalablement chauffée, met à l'abri des embolies qu'on a signalées avec la vaseline, surtout quand on a soin, pendant l'injection, de comprimer pendant quelques minutes les sinus voisins de la région sur laquelle on opère.

Pour éviter la solidification de la paraffine dans la seringue à injection, M. Eckstein entoure le corps de celle-ci et la plus grande partie de l'aiguille d'un manchon de caoutchouc, mauvais conducteur de la chaleur. L'injection une fois faite, il attend dix à vingt secondes avant de retirer l'aiguille, et cela afin de prévenir la pénétration de la paraffine dans le canal creusé par l'aiguille.

M. Eckstein a employé avec succès, comme en témoignent les photographies jointes à son travail, dans 19 cas de prothèse de la face (difformités nasales, réfection d'un maxillaire réséqué) ou de la voûte palatine (perforation, gueule de loup).

R. Romme.

P. Beckmann. ***Pneumotomie pour corps étranger du poumon*** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1902, Bd LXIV, p. 140). — Cette opération, pratiquée par Habs (de Magdeburg), fut faite chez un jeune garçon de neuf ans qui avait aspiré un brin d'herbe. Aussitôt après, il avait ressenti de forts picotements dans le côté droit de la poitrine, suivis de violents accès de toux. Les jours suivants survint de la fièvre. Au septième jour, l'expulsion, par la toux, d'un fragment du corps étranger fut suivie d'une amélioration passagère, puis les picotements et la toux reparurent, en même temps que se manifestait une zone de matité en arrière, dans la région de la 10e côte. Au vingtième jour, après trois ponctions exploratrices, on finit par retirer en ce point une petite quantité de pus fétide.

Opération, le lendemain. Incision horizontale partant de la ligne des apophyses épineuses et s'étendant au-dessous de l'omoplate, jusqu'à la ligne axillaire postérieure. Résection de 5 centimètres environ des 10e et 11e côtes. Les feuillets pleuraux sont adhérents l'un à l'autre. On pratique vainement dix ponctions exploratrices; la onzième seulement, dirigée en dedans et en bas pénètre dans l'abcès. Se servant de l'aiguille comme conducteur, Habs incise le tissu pulmonaire, fortement infiltré, au bistouri, et à 3 cent. 1/2 de profondeur, il ouvre l'abcès qui avait à peu près le volume d'une noisette. Hémorragie minime. Le pus, de couleur jaune verdâtre a une odeur fade. Le doigt introduit dans la plaie sent le corps étranger qui est retiré à l'aide d'une pince à pansements. Ce corps étranger est constitué par un brin d'herbe long de 6 centimètres et enroulé sur lui-même. Pas de lavage de la plaie, mais simple tamponnement aseptique.

Les suites opératoires furent excellentes; la plaie se combla rapidement par bourgeonnement, et depuis, l'état de santé du petit malade n'a pas cessé d'être parfait.

En terminant, l'auteur fait remarquer que c'est intentionnellement qu'il s'est servi, pour inciser le poumon, du bistouri et non du thermocautère, ce dernier instrument risquant de détruire plus ou moins le corps étranger et, par conséquent, de rendre aléatoire son extraction complète.

J. Dumont.

P. Pissot. ***Contribution à l'étude du décollement traumatique de l'extrémité inférieure du fémur*** (*Thèse*, Paris, 1902, Juillet). — Le décollement traumatique de l'épiphyse inférieure du fémur est un des plus fréquents de ceux que l'on observe en clinique. Le mécanisme le plus ordinaire est celui de l'extension forcée avec torsion de l'articulation du genou; il se réalise très souvent en pratique quand la jambe se prend entre les rais de la roue d'une voiture en marche.

Le déplacement des fragments est presque la règle; la diaphyse se porte le plus souvent en arrière, du côté du creux poplité, déterminant ainsi des lésions graves des organes de cette région : section, arrachement, torsion des vaisseaux poplités; contusion, compression, déchirure du nerf sciatique ou de ses branches; ouverture ou hémarthrose de l'articulation du genou; enfin, lésions plus ou moins étendues des parties molles.

Le pronostic du décollement traumatique de l'épiphyse inférieure du fémur dépend avant tout de l'état des vaisseaux poplités : lorsque ceux-ci sont gravement lésés, la gangrène du membre est inévitable, et le sacrifice de ce dernier s'impose. Il faut prendre aussi en considération l'état de l'articulation, et faire la différence entre les décollements épiphysaires *communiquant avec l'extérieur* et les décollements *fermés*. Les premiers exposent le blessé à toutes les conséquences de l'infection de la plaie : arthrite suppurée, ostéomyélite, phlébite, infection généralisée. Dans les décollements fermés, au contraire, avec ou sans déplacement des fragments, mais sans lésion grave des vaisseaux poplités, on peut dire que le pronostic dépend surtout du chirurgien, car la plupart des complications ultérieures (défaut de consolidation, gène fonctionnelle, déformation, arrêt de développement du membre) sont dues à la persistance du déplacement, à l'insuffisance ou à l'absence de réduction.

Le traitement est absolument différent suivant qu'il s'agit d'un décollement compliqué ou d'un décollement fermé.

Le décollement compliqué, c'est-à-dire celui dans lequel l'extrémité diaphysaire, déplacée en arrière le plus souvent, fait issue à l'extérieur, comporte des indications thérapeutiques variables suivant que les vaisseaux poplités sont intacts ou non. L'artère poplitée est-elle arrachée, isolément ou avec la veine, l'amputation de la cuisse au tiers inférieur s'impose.

Au contraire, les organes du creux poplité ont-ils été respectés, il faut absolument tenter la conservation du membre : on élargira et on nettoiera minutieusement la plaie, puis on tentera d'opérer la réduction sans résection de l'extrémité diaphysaire; si la réduction est très difficile, il est indiqué de débrider la déchirure périostique qui peut enserrer la diaphyse; on fera tout pour éviter la résection de l'extrémité diaphysaire; si l'on y est réduit, on n'enlèvera que le strict nécessaire.

Dans les cas nombreux de décollement fermé, où les symptômes sont souvent masqués par un gonflement énorme de la région, la direction et le degré du déplacement seront contrôlés par l'épreuve radiographique faite dans les deux plans antéro-postérieur et latéral. On procédera ensuite à la réduction des fragments sous le chloroforme : la méthode de « flexion forcée » préconisée par Hutchinson, est rationnelle et mérite d'être employée. La réduction non sanglante, dans certains cas de déplacement très prononcé en arrière, est parfois fort difficile; si elle est impossible, on sera absolument autorisé à pratiquer, séance tenante, une réduction sanglante. Après la réduction, on immobilisera le membre étendu dans une gouttière plâtrée, qu'on laissera en place pendant six semaines.

J. Dumont.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

Cl. Thomas. ***Contribution à l'étude des tumeurs tuberculeuses primitives des fosses nasales*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Ces tumeurs peuvent être classées parmi les *tumeurs rares* des fosses nasales. La première observation date de 1880 et, depuis, il n'en a été publié que 40 cas. L'affection est notablement plus fréquente dans le sexe féminin; la proportion est exactement de quatre femmes pour un homme. Par contre, elle atteint indifféremment tous les âges.

Les lésions de grattage jouent un grand rôle étiologique en favorisant l'inoculation du bacille sur la région antérieure de la cloison, siège de prédilection de la lésion.

Il s'agit, en général, d'un tissu constitué par une trame fibreuse, au centre de laquelle sont des tubercules formés de cellules géantes irrégulières; la base de la tumeur est riche en faisceaux conjonctifs et le sommet est en pleine dégénérescence caséeuse.

Deux symptômes capitaux signalent le développement de la tumeur : 1° un écoulement muqueux ou purulent et des épistaxis plus ou moins abondantes; 2° de l'enchifrènement et de l'obstruction nasale. La tumeur, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noix, est implantée sur le cartilage quadrangulaire; elle est ordinairement unilatérale; sa couleur est grisâtre, sa forme mamelonnée, sa consistance molle et friable; elle saigne au contact du stylet. Elle est indolente et ne s'accompagne guère d'adénopathie rétro- ou sous-maxillaire. L'état général est bon et les poumons indemnes.

Le diagnostic doit être fait principalement avec la gomme et le sarcome. Dans le premier cas, le traitement spécifique, dans le second, l'examen histologique sont souvent les seuls éléments de diagnostic.

L'évolution est très lente : la tumeur met des mois, une année, ou plus encore pour se développer et donner lieu aux phénomènes d'obstruction qui forcent le malade à venir consulter. Elle aboutit à l'ulcération. La récidive après ablation est assez fréquente. L'ablation peut aboutir à une perforation du septum.

Le pronostic est assez bénin, car la guérison est la règle, même après récidive, si le traitement est bien conduit.

Celui-ci comprend : 1° l'ablation à l'anse galvanique; 2° le curettage profond et complet de tout le tissu infiltré; 3° la cautérisation à l'acide lactique.

M. Boulay.

V. Alsen. ***Sur le traitement de l'empyème chronique du sinus maxillaire*** (*Arch. f. Laryngol.*, 1902, Bd XII, Heft 2, p. 227). — L'auteur pratique la cure radicale de la sinusite maxillaire telle que nous la faisons en France avec la modification suivante. Au lieu de créer une contre-ouverture dans le méat inférieur, il fait celle-ci dans le méat moyen, en agrandissant à la curette l'orifice normal des tissus. Il reproche à l'ouverture dans le méat inférieur de se refermer trop vite, parce qu'on ne peut jamais la faire assez large, à moins de réséquer au préalable le cornet inférieur, opération qui prédispose ultérieurement à la formation de croûtes, comme dans la rhinite atrophique. La contre-ouverture dans le méat moyen doit être assez large pour admettre l'extrémité de l'index. Pour maintenir cet orifice ouvert et pour drainer la cavité malade, on y introduit une longue mèche de gaze iodoformée dont l'une des extrémités sert à tamponner le sinus, dont l'autre sort par la contre-ouverture et est attirée jusque dans la narine. Après être restée en place pendant trois jours, cette mèche est changée tous les jours pendant deux semaines; au bout de ce temps elle est définitivement enlevée.

Par cette méthode l'auteur obtient des résultats satisfaisants, mais non constants, et qui ne sont pas en tout cas supérieurs à ceux que donnent une contre-ouverture dans le méat inférieur et le drainage avec un tube de caoutchouc.

M. Boulay.

MATIÈRE MÉDICALE, PHARMACODYNAMIE

Edouard T. Reichert. ***Antagonisme de la cocaïne et de la morphine, et emploi de la cocaïne dans l'empoisonnement par la morphine*** (*The therapeutic Gazette*, Juillet 1902, p. 450 et Août 1902, p. 518). — Comme conclusions à une longue étude clinique et expérimentale, l'auteur formule les propositions suivantes :

1° Les actions antagonistes de la cocaïne et de la morphine s'étendant à presque toutes les fonctions conduisent à considérer ces deux drogues comme réellement antagonistes ;

2° La cocaïne est non seulement suffisamment puissante pour lutter efficacement contre l'action profondément dépressive de la morphine sur le métabolisme général et la thermogenèse, mais elle est encore plus puissante relativement et absolument chez les chiens morphinisés que chez les chiens normaux ;

3° La stimulation de la thermogenèse provoquée par la cocaïne est due en partie à une excitation directe de l'activité métabolique générale, de la motricité en particulier; mais, même en l'absence d'excitation musculaire, la cocaïne peut annihiler la dépression morphinique ;

4° Les effets provoqués par une dose donnée de cocaïne par kilogramme d'animal varient en intensité dans de larges limites ;

5° Les variations de la température corporelle consécutives à une injection de cocaïne sont, à peu d'exceptions près, étroitement en rapport, en qualité et en quantité, avec les variations du métabolisme général, et constituent en conséquence une mesure appréciable de l'intensité d'action de la cocaïne, ou, en d'autres termes, de la puissance avec laquelle la cocaïne neutralise ou dépasse l'action dépressive de la morphine ;

6° L'action typique de la cocaïne peut être retardée chez les animaux morphinisés et se manifester ensuite avec une intensité marquée, caractérisée par un accroissement de la thermogenèse, de la température du corps et de l'excitation motrice, se montrant à un moment où, chez les animaux normaux, ces manifes-

tations décroissent rapidement. Dans ces conditions, les dangers de l'empoisonnement morphinique peuvent être remplacés et surpassés par ceux de l'empoisonnement cocaïnique ;

7° Dans ces conditions, la coexistence, chez un animal morphinisé, d'un état paralytique et convulsivant rend dangereuse l'administration de la cocaïne qui peut développer ou rendre plus intense l'état convulsif, rendre mortelle une dose de morphine non mortelle, ou hâter la mort si la dose est mortelle. Chez l'homme, l'élément convulsif est presque toujours négligeable et écarte — sauf en cas d'idiosyncrasie imprévue — tout danger de ce fait ;

8° La valeur de la cocaïne dans l'empoisonnement morphinique dépend principalement de la puissance avec laquelle la cocaïne combat l'action dépressive de la morphine sur le métabolisme général et la température ;

9° L'action stimulatrice respiratoire de la cocaïne dépend presque exclusivement de son action sur la thermogenèse ;

10° Étant données la tendance de la cocaïne à provoquer la syncope chez certains individus, son action excitomotrice, la variabilité marquée de ses effets à dose égale chez des individus différents, et le fait de la plus grande valeur expérimentale des petites doses chez les chiens morphinisés, la cocaïne, en cas d'empoisonnement par la morphine, sera administrée chez l'homme à petites doses, répétées avec prudence.

ALFRED MARTINET.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de l'hyperhémie des paupières.

L'hyperhémie du bord libre des paupières s'observe principalement chez les femmes blondes à peau fine, lymphatiques, dont elle fait la désolation lorsqu'elles sont coquettes. Cette rougeur des paupières s'exagère à la moindre irritation, elle devient plus intense à l'époque des règles, et la constipation la rend bien plus marquée. Elle s'exaspère de même par les efforts d'accommodation, lecture, écriture, travail quelconque sur des objets fins et rapprochés. Aussi, est-il nécessaire, dans ces cas, de s'assurer qu'il n'existe pas un vice de réfraction que l'on corrigerait par des verres appropriés.

D'après M. Chevallereau cette affection exige avant tout un traitement hygiénique. Lorsqu'il ne suffit pas, les malades sont améliorés par les applications de compresses astringentes avec la solution suivante :

Sulfate de zinc	5 grammes.
Eau distillée	500 —

Dans cette solution, portée à 30° environ, on trempera des tampons assez épais de ouate hydrophile que l'on maintiendra sur les paupières fermées, pendant vingt minutes environ matin et soir, en les renouvelant toutes les deux ou trois minutes, lorsqu'ils seront séchés ou refroidis.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Le roi de Grèce vient de nommer commandeur de l'Ordre royal du Sauveur M. le professeur Panas.

Service de santé militaire. — Les manœuvres du service de santé se dérouleront, pour le gouvernement militaire de Paris, du 14 au 18 Octobre.

Suivant l'usage suivi cette année en Italie et en Bulgarie, l'état-major de l'armée a assigné à nos médecins une figuration de la bataille de Champigny, du 2 Décembre 1870.

La réunion des formations sanitaires, organisées pour la circonstance, est fixée à Joinville-le-Pont.

Le 15 Octobre, le combat d'une division; le 16 Octobre, l'exploration du champ de bataille avec relèvement et répartition des blessés simulés seront particulièrement intéressants à suivre sur le terrain.

Corps de santé de la marine. — Sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : MM. Marestang, Girard, médecins de 1re classe.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Parin, Letrosne, Fournes, médecins de 2e classe.

— M. Mourron, médecin de 1re classe, est désigné pour embarquer sur le croiseur *Châteaurenault*.

M. Liffran, médecin de 2e classe, est désigné pour servir au 5e dépôt des équipages de la flotte.

M. Bellamy, médecin de 2e classe, est désigné pour embarquer sur la *Melpomène*.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont affectés : au 7e régiment d'infanterie coloniale, M. Portel, médecin-major de 1re classe; au 1er et au 2e régiments d'infanterie coloniale et au 1er régiment d'artillerie coloniale, MM. Rey, Lamort et Pannetier, médecins-majors de 2e classe; au 1er régiment de tirailleurs tonkinois, M. Duville, médecin-major de 1re classe; à l'hôpital militaire de Hanoï, M. Rousseau, médecin aide-major de 1re classe; à l'hôpital de Pnom-Penh, M. Thibaud et à l'hôpital militaire de Saïgon, M. Martin, médecins aides-major de 1re classe.

L'emprunt hospitalier. — Dans sa prochaine session, le Conseil municipal de Paris va être appelé à s'occuper d'un projet d'emprunt destiné à faire face aux besoins actuels de l'Assistance publique à Paris.

Voici quelles sont les propositions du préfet de la Seine :

L'ensemble des opérations à exécuter sur le produit de l'emprunt s'élève à 73 millions, dont 33 seraient mis à la charge du département de la Seine, qui fait traiter ses malades dans les hôpitaux de Paris.

Ces 33 millions seraient compris dans l'emprunt départemental, voté par le Conseil général, mais non encore approuvé par le gouvernement (à cause du caractère municipal de certains travaux à effectuer dans Paris).

Les 40 autres millions seraient demandés par la Ville à l'emprunt : emprunt réalisé au taux de 3 fr. 50 pour 100 et amortissable en cinquante ans.

Cet emprunt serait gagé sur des taxes nouvelles d'octroi, en application de la loi du 27 vendémiaire an VII, qui ordonne la perception, par la commune de Paris, d'un octroi municipal et de bienfaisance, spécialement destiné à l'acquit des dépenses locales, et, « de préférence, à celles de ses hospices et des secours à domicile ».

Enfin, 11.220.000 francs seraient prélevés sur le produit des ventes de terrain — ce qui porterait à 84.220.000 francs la dépense totale pour la remise en état des services de l'Assistance publique.

La direction de l'octroi a dressé une liste des taxes entre lesquelles on pourrait choisir pour obtenir l'augmentation de recettes nécessaires. Elle propose de frapper :

1° Les conserves de légumes, de 10 francs par 100 kilogrammes; produit : 1.100.000 francs;

2° Les sons et recoupes, de 2 francs par 100 kilogrammes, 1.040.000 francs ;

3° Les savons ordinaires et savons de toilette, 8 francs et 24 francs par 100 kilogrammes, 1.183.000 fr.;

4° Les papiers peints, 3 francs par 100 kilogrammes, 264.000 francs ;

5° Les produits pharmaceutiques à base d'alcool, auxquels serait appliquée la taxe édictée par la loi du 27 Décembre 1898 (165 francs par hectolitre d'alcool pur; produit : 315.000 francs).

Ces produits n'étant pas « des boissons » échappent à la perception du droit de 165 francs, et il faudrait, pour les y soumettre, l'assentiment du gouvernement et du Conseil d'État. Aussi la direction de l'octroi ne présente-t-elle ce projet de taxe qu'en dernière ligne.

Ces nouvelles taxes produiraient, ensemble, 3 millions 900.000 francs.

Nomination. — M. Boudon, médecin à Gennevilliers, est nommé médecin inspecteur des écoles du canton d'Asnière (2e circonscription).

Étranger.

Congrès international de Milan pour la prévention et la cure des maladies du travail. — Sur l'initiative de M. De Cristoforis, député au Parlement italien, ce Congrès aura lieu, en 1904, à l'occasion des fêtes pour l'ouverture du Simplon. Il aura pour but :

1° L'étude, la prévention et la cure des maladies du travail et les lois relatives; 2° une exposition d'hygiène, industrielle et professionnelle.

Une première énumération des questions que l'on répute plus dignes d'étude et de discussion, et le programme de l'exposition seront envoyés prochainement aux Chambres de travail, aux corporations qui s'occupent d'assister les travailleurs, aux médecins, aux philanthropes, aux industriels et à toutes les personnes qui étudient cette matière si importante au point de vue scientifique, social et industriel.

Faculté de médecine de Rome. — Sont nommés privat-docent : MM. Rufido Flocca (pathologie médicale); F. Saverio Rocchi (obstétrique et gynécologie).

Faculté de médecine de Santiago. — M. Victor Escribano Garcia est nommé professeur d'anatomie topographique.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privat docenten : MM. Arnold Durig (physiologie); Heinrich Winterberg (pathologie générale et expérimentale); W. Latzko (obstétrique et gynécologie).

Miami Medical College de Cincinnati. — Sont nommés professeurs : MM. E. Lewis (anatomie); G. A. Fackler (clinique médicale); W. H. Wenning et J. M. Withrow (gynécologie); A. Brown (hygiène).

Faculté de médecine de Naples. — M. Luigi D'Amato est nommé privat-docent de pathologie médicale.

CONCOURS

Concours de la médaille d'or (médecine, chirurgie et accouchements). — L'ouverture de ces concours ouverts entre les élèves internes en médecine de quatrième année, aura lieu, pour l'année 1902-1903, le lundi 9 Mars 1903, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu, pour le concours de médecine, et le jeudi 12 Mars 1903, pour le concours de chirurgie et d'accouchements.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, du 2 au 15 Janvier 1903 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général au plus tard le 15 Janvier 1903, à 3 heures, dernier délai.

École de médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira, le 20 avril 1903, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite École.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

École de médecine navale de Brest. — Le jury du concours qui aura lieu à Brest le 27 Octobre 1902 pour un emploi de prosecteur d'anatomie à l'École annexe de médecine navale de ce port sera composé comme suit :

M. Friocourt, directeur du service de santé, président.

MM. Kéraudren, Pourquier, médecins de 1re classe, membres.

Hôpital civil de Mustapha. — Un concours aura lieu : 1° pour six places d'élève interne en médecine et en chirurgie, le lundi 27 Octobre 1902; 2° pour quatre places d'élève externe en médecine et en chirurgie, le lundi 3 Novembre 1902; 3° pour cinq places d'interne en pharmacie, le lundi 10 Novembre 1902.

Les candidats devront se faire inscrire personnellement ou par écrit au secrétariat de la Direction de l'hôpital, au plus tard la veille de chaque concours, et en fournissant les pièces d'usage.

Le traitement annuel est de 1.200 francs pour les internes de 1re classe et de 1.000 francs pour les internes de 2e classe.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 83. — Mercredi, 15 Octobre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :

Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

MÉDECINE PRATIQUE

CHRONIQUE

PRATIQUE MÉDICALE

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

A MONSIEUR LE DOCTEUR CABANÈS

Directeur de la *Chronique médicale*.

Honoré confrère,

Votre lettre m'interviewant sur la question de savoir si « la phtisie développe les facultés affectives, soit sentimentales, soit génésiques de ceux qui en sont atteints? », m'est arrivée en même temps que, gracieusement, M. Michel Corday m'envoyait ses « *Embrasés* », au moment où mes vacances m'amenaient en Grèce.

Vous ne m'en voudrez pas de ne vous avoir pas répondu courrier par courrier : je ne venais pas à Olympie, à Eleusis et à Athènes pour y chercher des suggestions médicales. Je comptais vivre au milieu des choses de beauté et non point me mettre à réfléchir sur des problèmes de physiologie ou de psychopathie, tel celui que soulève avec esprit et talent le dernier livre de M. Michel Corday.

Et pourtant, si le sujet qu'esquissent *Les embrasés*, la question génésique, a trouvé une religion qui lui ait ouvert le ciel et lui ait donné toute une liturgie, c'est bien la Grèce. Impossible de ne pas songer que nulle part, on ne trouve autant qu'en Grèce, la trace des moralités que la Religion, il y a plus de trois mille ans, mettait au service des droits de l'Espèce.

Faire de la force, de la santé et de la beauté autant de vertus théologales, n'était-ce pas pour la religion païenne, le moyen de donner à l'individu les facultés par lesquelles s'entretiennent et se sélectionnent les races ?

Le culte de Vénus aphrodite, les mystères d'Eleusis, comme les jeux Olympiques n'avaient-ils pas pour raison d'être, avec un idéal de vigueur et de beauté, de mettre l'amour au cœur de l'homme à fins génératrices ? N'avaient-ils pas pour raison d'être, moins d'embraser que d'énamourer les adolescents et les vierges dont les longues théories s'acheminaient d'Athènes à Eleusis par la voie sacrée ?

N'était-ce pas pour les énamourer que Phidias et Praxitèle, aux Eleusinies et aux Olympiades, faisaient vivre les initiés au milieu de tout un peuple de statues ?

C'était l'époque où les Grecs, en Cérès et en Vénus, déifiaient et poétisaient la fécondité. C'était l'époque où les Grecs ne philosophaient pas sur les facultés affectives et sentimentales; la terre et les hommes étaient aimés, étaient honorés pour leur force génératrice. C'était l'heure où Zeus personnifiait le soleil, Cérès et Aphrodite la vie !

C'est en Olympie et en Attique, honoré Confrère, que votre lettre me resaisit, et que dans la campagne, immense et muette, aux heures cristallines d'une fin d'après-midi, je me surprend me remémorant le livre de M. Michel Corday, ainsi que votre question « la phtisie développe-t-elle les facultés affectives, sentimentales ou génésiques de ceux qui en sont atteints » ?

Question extraordinairement complexe, qui, à mon sens, gagnerait, tout d'abord, à être posée sous une autre rubrique « les phtisiques ont-ils, développées, les facultés affectives, soit sentimentales, soit génésiques » ? Ceci n'est point simple affaire de mots, car poser le problème sur le terrain de la Clinique offre quelques chances de le serrer de plus près, le jugeant à travers la série des espèces (comme on dit au Palais), au lieu de le juger dans la généralité et dans le vague de la maladie consomptive.

Et, d'abord, laissez-moi vous dire, qu'en dépit du talent dépensé par M. Michel Corday, je crois son livre devoir peu servir à documenter la question sur laquelle vous enquêtez aujourd'hui. Le problème m'apparaît devoir, en première analyse, être étudié partout ailleurs que dans le microcosme représenté par les sanatoria, lesquels mettent les malades en conditions toutes autres que celles dans lesquelles vivent la généralité des phtisiques.

Pour fort intéressant que soient à étudier, pour le médecin et le psychologue (les deux ne doivent faire qu'un), les sanatoria mixtes dans lesquels le mélange des sexes peut exalter la sentimentalité d'abord, et les facultés d'amour ensuite, vous penserez, comme moi, qu'il y a là une variété encore minuscule de phtisiques que n'avait pas attendue le vulgaire pour croire et répéter que la phtisie « pousse aux besoins génésiques. »

Je pense qu'il y a, sinon une part, au moins une apparence de vérité dans le dire populaire; mais, depuis que je soigne des phtisiques de tous âges, de tous sexes, de toutes éducations, de toutes formes, de tous degrés, de toutes conditions vivant en milieux différents, laissez-moi vous dire que j'ai vu les facultés affectives et sentimentales tenir la petite place dans les actes génésiques des tuberculeux, encore l'affectif et le sentimental m'a-t-il semblé appartenir presque exclusivement à la femme phtisique.

Il m'est apparu, que si l'*effort* génésique, plus que le vrai besoin génésique, demeurait chez *le* tuberculeux, c'était pour plusieurs raisons, d'ordres différents, que vous ne m'en voudrez pas de chercher à analyser.

Manquer à l'amour, c'est pour la généralité des hommes une déchéance, *la* déchéance même; au surplus, c'est s'exposer qu'il vienne à l'esprit de l'épouse, l'idée d'aller chercher ailleurs ce qu'elle ne trouve pas au foyer. S'abstenant, l'homme craint d'être taxé ou d'impuissance ou d'indifférence; dans les deux cas l'homme croit son intérêt et son amour-propre en jeu! Et voilà comment certains maris font l'*effort* pour montrer des appétits génésiques dans lesquels l'intérêt et l'égoïsme sont pour beaucoup, l'affectivité pour peu, l'amour pour moins encore.

Si l'*effort* génésique (plus que le véritable besoin) demeure chez d'autres malades, c'est que les phtisiques — aucune consomption ne greffant l'illusion et l'espérance aussi profondément au cœur humain — s'imaginant voir dans les rapports sexuels une preuve de forces conservées, cherchant à se donner le change à eux-mêmes, opposent la satisfaction génésique à la fièvre, à la toux, à l'expectoration, à l'anhélation, à l'amaigrissement et à l'affaiblissement chaque jour progressant.

C'est même cette illusion qui, d'ordinaire, augmente avec la phtisie, qui fait que, nous autres médecins, nous croyons peu aux tuberculeux assoiffés de vie courte et bonne, se donnant par calculs aux pleins appétits sexuels, escomptant la mort comme eût fait l'abbesse de Jouarre ? Je ne prétends pas que le phtisique don Juan ne se soit jamais vu, mais j'estime qu'il reste l'exception.

Il est bien entendu que je mets à part certains bacillaires et surtout certaines tuberculeuses — remarquez que je ne dis pas phtisiques — qui, durant des mois et des années, atteintes de tuberculose localisée, parfois même atteintes de tuberculose fruste et larvée aboutissant à une manière d'hystérotoxie, voient, tout d'un coup, leur affectivité se modifier, et, en même temps, se modifier leur sixième sensibilité, d'où des activités génitales autres ou nouvelles.

Il y a là toute une catégorie de faits prémonitoires de la phtisie, qui, pour n'avoir pas échappé à certains phtisiologues, mériteraient d'être mieux connus de la généralité des médecins. Ce sont ces troubles observés dans la sixième sphère de sensibilité, survenant chez des jeunes femmes aux fébricules faciles, à l'amaigrissement progressif, qui invitent à faire hâtif un diagnostic de tuberculose dont peuvent bénéficier et la thérapeutique précocement appliquée à la malade, et l'hygiène de toute une famille.

Je penserais donc volontiers que certaines sentimentalités écloses chez quelques tuberculeuses dépeintes par les romanciers sont le fait de leur état maladif, de leur dyscrasie et de leur fièvre tuberculeuses plutôt que le fait des flirts auxquels les exposent les éphèbes pensionnaires des sanatoriums.

J'avoue que, pour ce qui est des explosions de sentimentalité et d'affectuosité sexuelles des tuberculeux, je les mettrais volontiers — non pas que la tuberculose localisée, à ses débuts, ne puisse parfois produire des excitations génitales sur lesquelles le malade ne demande qu'à se faire illusion — sur le compte de l'inactivité, du désœuvrement, du décubitus prolongé auxquels sont condamnés les phymateux; sans oublier encore qu'il est bien peu d'hommes (pour employer le langage de la jeune école), qui, inoccupés, sachent vivre *inermes* à côté d'un jupon.

C'est même cette considération qui me fait imaginer que c'est le milieu — tel le sanatorium, par exemple — où vivent côte à côte jeunes femmes et jeunes hommes, plus que la maladie tuberculeuse, qui évoque et conditionne le « développement » de ce que, honoré confrère, vous appelez les facultés affectives, de ce que j'appellerais plus volontiers les excitations sexuelles des tuberculeux.

Nous savons que chez les bacillaires, quand souffrent les fonctions de nutrition, surgissent, d'ordinaire, la dyspepsie et l'apepsie, parfois même peuvent survenir de la boulimie et de la polydipsie, ces dernières créant chez les malades des besoins factices puis, volontiers, pour les intéressés pour un réveil des fonctions digestives. Nous savons également, que, par ordonnances médicales et par contagion de l'exemple, les bacillaires arrivent à vouloir et à pouvoir se fortement suralimenter; nous savons que dans les deux cas il y a *effort* dans le vouloir se nourrir plutôt que *développement* des facultés digestives, plutôt qu'éveil vrai de la soif et de la faim.

Rien d'étonnant, d'après cela, pour nous qui voyons et pensons en médecins, que nous considérions, chez les tuberculeux, les facultés génésiques *excitées*, elles aussi, plutôt que développées (les deux épithètes ne sont pas synonymes); mais tout en les considérant excitables et excitées, je croirais volontiers les excitations génésiques être conditionnées pour toutes autres choses que pour l'affectuosité et la sentimentalité.

Pour continuer à parler en physiologistes, si nous acceptons que l'amour est aux fonctions génésiques (besoin de l'Espèce) ce que sont aux fonctions de nutrition (besoins de l'Individu) la faim et la soif, je n'hésiterais pas à penser que la sensualité et l'égoïsme des bacillaires — égoïsme inhérent au cœur de tout homme longuement malade en général, inhérent au cœur du tuberculeux en particulier, — font le principal de la perversion de leurs *appétits* sexuels.

Je pense que s'il n'y avait pas cette sensualité et cet égoïsme les tuberculeux seraient plutôt logés à l'enseigne de l'inappétence sexuelle comme ils sont, en matière des fonctions de nutrition, logés à l'enseigne de l'inappétence vraie, c'est-à-dire de la perte d'appétit comme à l'enseigne des digestions lentes et difficiles.

Je vous ai dit comment et pourquoi je croyais savoir que l'homme, pour tuberculeux qu'il fût, s'arrangeait pour, ni vis-à-vis de lui-même, ni vis-à-vis des autres, n'être pas taxé d'impuissance. Vous me concéderez vous-même que ce n'est jamais qu'à sa dernière heure que l'homme avouera n'avoir plus ni faim ni soif d'amour !

Pour toutes ces raisons, que vous ne m'en voudrez pas, honoré confrère, d'écourter, je pense que chez certains phtisiques les facultés sexuelles se trouvent parfois excitées plus que développées, et que c'est l'excitation sexuelle qu'on a prise pour des appétits vrais développés.

Je persiste à penser que, d'ordinaire — n'y a-t-il pas partout des cas exceptionnels — la sentimentalité et l'affectivité sont plus le fait des *Dames au Camélia* et des *Demoiselles Amy* (fleurs de tuberculose cultivées en serre chaude) que le fait des légions de bacillaires de la clientèle et des hôpitaux.

Vous avez cent fois raison, honoré confrère, quand vous dites que l'enquête par vous menée « pourrait précipiter la solution d'un problème intéressant à la fois la médecine et la sociologie » ; vous avez d'autant plus raison que je ne sache pas de problème de médecine, si mince soit-il en apparence, qui n'intéresse la sociologie, puisque les maladies relèvent de la sociologie dès que du mal on étudie particulièrement les causes occasionnelles, préparantes, ainsi que les résultantes familiales et économiques.

C'est à ce titre que tout problème phtisiologique intéresse particulièrement les sociologues, surtout à l'heure actuelle, où, chez nous, la tuberculose est vraiment le mal populaire; celui qui, tuant l'individu, abîmant sa descendance, faisant en partie la faiblesse de notre natalité, menace de faire moindres la force et la grandeur de notre pays.

Veuillez, honoré confrère, m'excuser s'il ne dépend pas de moi que ces lignes vous arrivent plus rapides, et sachez mes sentiments dévoués.

LANDOUZY.

Athènes, 6 Octobre 1902.

PRATIQUE MÉDICALE

A quelle dose on doit administrer les purgatifs.

Dans une communication à la Société des sciences médicales de Lyon, M. Soulier a soutenu que les purgatifs sont généralement administrés à dose deux ou trois fois plus forte qu'il est nécessaire pour produire l'effet utile.

L'*huile de ricin* s'ordonne facilement à la dose de 30 grammes. Or, M. Soulier admet qu'avec 10 grammes on purge aussi bien qu'avec 30 grammes, à condition de donner l'huile de ricin presque pure ou en capsules. Il faut avoir soin de rester deux heures sans rien prendre après l'ingestion de l'huile, à moins qu'une selle n'arrive. Dans ce cas, on peut aussitôt prendre du bouillon de veau ou du bouillon d'herbe pour aider l'effet purgatif.

Pour les *purgatifs salins*, la dose de 10 grammes est suffisante, à condition qu'elle soit prise dans un verre à bordeaux de véhicule au plus, et qu'on observe les mêmes précautions que pour l'huile de ricin. Enfin pour l'*eau-de-vie allemande*, 5 grammes constituent une dose suffisante, mêlée avec 15 grammes de sirop de nerprun.

TECHNIQUE

DE L'INCISION PRÉRECTALE

APPLIQUÉE A LA CHIRURGIE GÉNITALE CHEZ L'HOMME

(Prostatectomie et Spermatocystectomie).

Par **Robert PROUST**
Prosecteur à la Faculté.

La voie périnéale, communément employée au début du siècle dernier semblait tomber en défaveur depuis un certain nombre d'années : jadis la taille périnéale régnait en maîtresse et de fait elle semblait être le chef-d'œuvre de la chirurgie réglée : à son occasion tous les grands chirurgiens avaient écrit; chacun d'eux avait précisé quelque détail et ainsi contribué à cette parfaite connaissance du périnée, qui était alors le commencement de la science chirurgicale. Mais deux nouvelles pratiques sont apparues : celle de la taille suspubienne permise grâce à une chirurgie plus aseptique et dès lors devenue bénigne, celle de la lithotritie parvenue à la perfection à force de méthode et de précision technique ; entre les deux, il n'y avait plus place pour la taille périnéale, aussi elle est retombée dans l'oubli : bien peu, parmi les jeunes chirurgiens, ont eu occasion de la pratiquer aujourd'hui, et avec son emploi a disparu la connaissance chirurgicale du périnée. Bien plus, on a même actuellement tendance à considérer la chirurgie périnéale comme une chirurgie aveugle et d'une asepsie insuffisante, cela pour trois raisons.

1° De fait la profondeur du périnée bordé par le relief des cuisses qui le transforme en rigole ; son orientation verticale — lorsque le malade est couché — qui fait que les champs opératoires ne sauraient s'y maintenir, semblent en faire une région peu recommandable et où, en tout cas, il paraît très difficile d'être aseptique.

2° La technique de la chirurgie périnéale ne semble pas du reste avoir bénéficié de la rénovation chirurgicale qui, partout, a créé des procédés opératoires à ciel ouvert : on en est resté aux incisions exiguës des anciens, tant il semble qu'un débridement un peu étendu doive aboutir à la fois à la perforation du rectum, à la blessure des plexus périnéaux, à la déchirure de la vessie : ce sont là les trois dangers qui, au début, ont fait considérer comme si téméraire la prostatectomie périnéale.

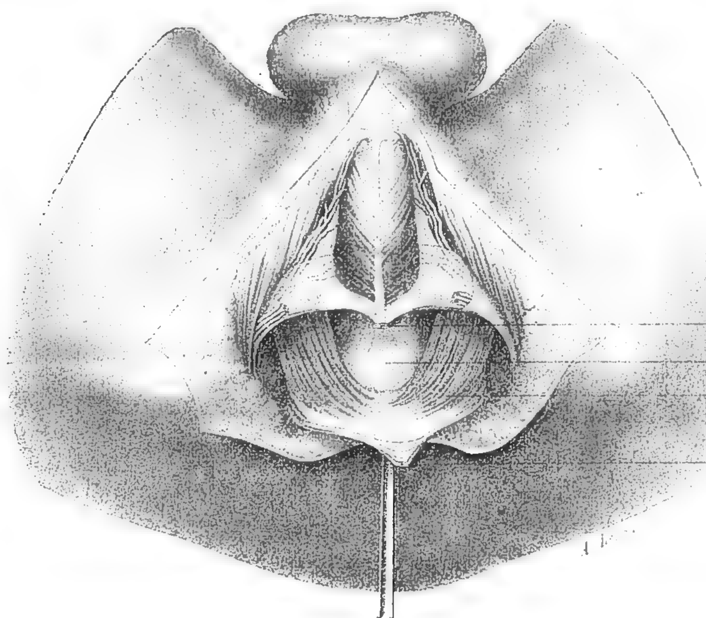


Figure 1.
Préparation anatomique du périnée : le raphé superficie ano-bulbaire *rr'* a été sectionné, et le rectum R porté en arrière entraînant avec lui les releveurs de l'anus *r.a*; en avant est le périnée antérieur intact.

3° Aussi quelques bons esprits, voyant la chirurgie périnéale liée à la nécessité ou tout au moins à la probabilité d'un champ opératoire incommode et sale, d'incisions petites suivies d'aveugles décollements au doigt, se sont demandés si chez l'homme, comme chez la femme, il n'y avait pas avantage à préférer la voie haute pour la chirurgie du petit bassin.

Mais il semble que la comparaison soit surtout théorique, d'autant que chez la femme, la situation intra-péritonéale des organes génitaux leur donne une mobilité et une facilité d'ablation qu'on ne trouve pas chez l'homme. Aussi, si l'on peut laver la voie périnéale des deux reproches précités, il n'y a pas de raison pour ne pas l'employer et elle doit devenir la voie de choix pour la chirurgie génitale.

La profondeur du périnée n'est qu'apparente et tient à la position du sujet : il est possible de donner au malade à opérer une attitude qui déplisse complètement ce périnée ; en même temps une inclinaison convenable du malade place cette région horizontalement et permet, par conséquent, aux champs opératoires de s'y maintenir[1]. C'est la position périnéale inversée[2]. Grâce à elle, on peut conduire une opération périnéale comme une laparotomie.

La nécessité des petites incisions est-elle inéluctable et les nombreux écueils du périnée doivent-ils contraindre le chirurgien à rester enfermé dans le cadre étroit que les anciens lui avait assigné ? Rien n'est plus facile que d'éviter le rectum, mais à condition de le reconnaître, et maintenant qu'on doit faire la chirurgie périnéale largement en s'éclairant de valves puissantes, c'est l'aspect des organes qu'il faut connaître : la règle n'est pas de calculer une incision prudente qui les évite sans les voir, mais de marcher droit à eux, de les reconnaître pour ne pas les blesser, de les disséquer largement pour les récliner : aussi dans l'anatomie du périnée deux choses sont à rechercher à ce point de vue : *des points de repère, des zones décollables.*

Le périnée — le mot pris dans son acception la plus large — est formé par l'ensemble de parties molles, qui à la manière d'un diaphragme viennent fermer inférieurement le

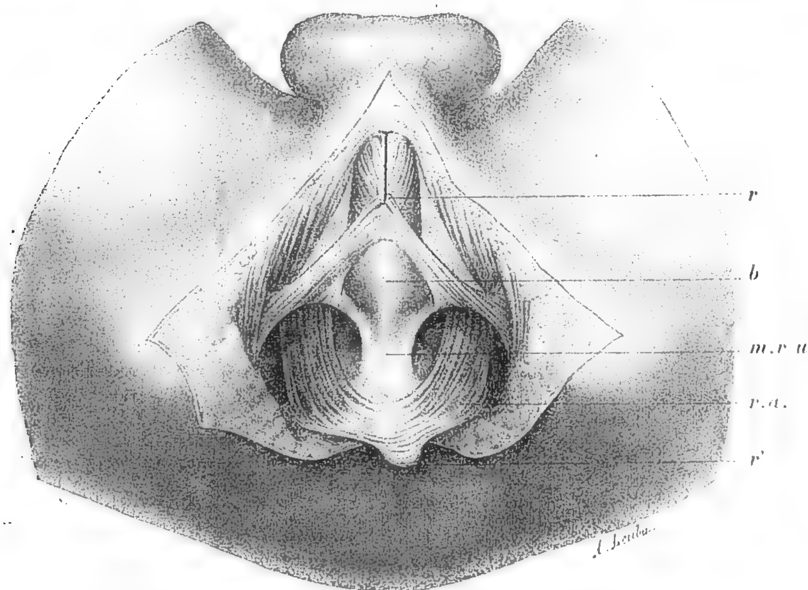


Figure 2.
Préparation anatomique du périnée : la pointe antérieure *r* du raphé *rr'* a été porté en avant, retournant le bulbe *b* et les transverses superficiels qui en partent : on voit entre les releveurs *r.a* l'union du rectum et de l'urètre par le muscle recto-urétral *m.r.u.*

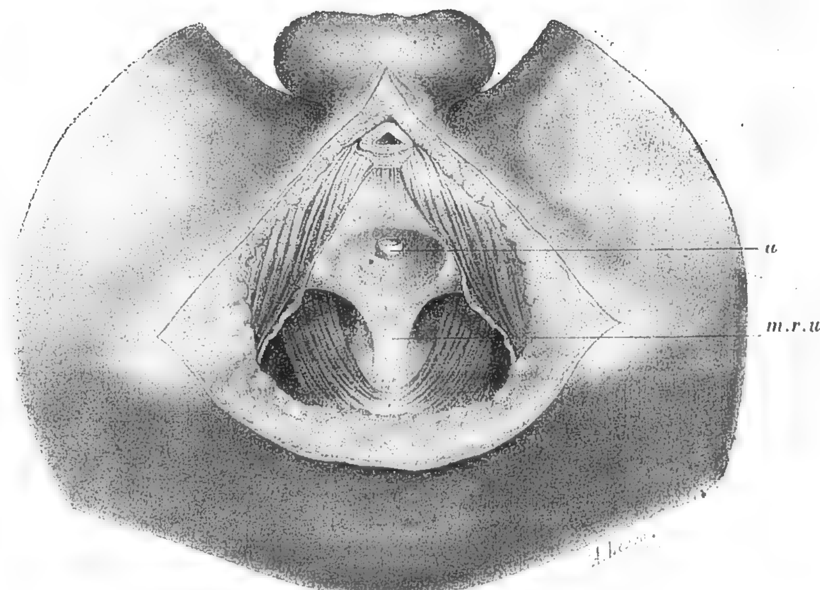


Figure 3.
Préparation anatomique du périnée. Le périnée antérieur superficiel a été complètement enlevé : on voit le diaphragme uro-génital perforé par l'urètre *u* et son union avec le muscle recto-urétral *m.r.u* formant les arcades semi-lunaires périnéales.

1. Proust. — « La prostatectomie et la position périnéale inversée ». *La Presse Médicale*, 1901, 30 Octobre, n° 87, p. 244.
2. Jayle. — « La position déclive ». *La Presse Médicale*, 1902, 25 Juin, n° 51, p. 603.

contour osseux du petit bassin. C'est donc l'ensemble des muscles annexés aux deux systèmes qui sortent par cette partie inférieure du bassin : le système uro-génital, et le rectum; au point de vue anatomique deux études sont à faire :

L'étude topographique de la superposition des plans en allant de bas en haut, et l'étude de l'adossement des deux systèmes en allant d'avant en arrière. Cela revient à étudier : le

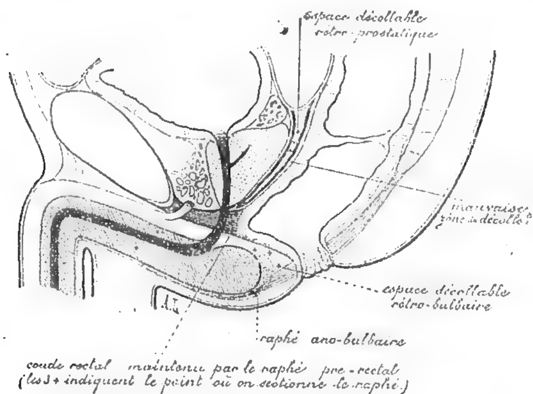


Figure 4.
Coupe antéro-postérieure schématique du petit bassin chez l'homme.

périnée antérieur, la musculature rectale, la loge prostatique.

La superposition des plans au niveau du périnée antérieur est la suivante : au-dessous de la peau se trouve l'aponévrose superficielle recouvrant : le bulbe engainé des bulbo-caverneux sur la ligne médiane ; les ischio-caverneux sur les parties latérales. Cette aponévrose qui disparaît sous le scrotum en avant vient en arrière se réfléchir derrière le bord postérieur des muscles transverses superficiels pour arriver à l'aponévrose moyenne, au diaphragme uro-génital. Par sa réflexion elle forme une loge, loge inférieure de l'infiltration d'urine, la loge ischio-bulbaire ; c'est aussi une loge vasculaire ; elle contient les branches antérieures de la honteuse interne. Dans cette loge se trouve, nous l'avons dit, le bulbe, les muscles ischio-caverneux, les transverses superficiels. Ceux-ci dessinent par leur bord postérieur une courbe concave en arrière, et sous-tendent ainsi la réflexion de l'aponévrose superficielle ; ils « tendent la main » en quelque sorte vers l'ischion pour aller chercher l'artère honteuse interne à sa sortie de la gaine de l'obturateur interne ; ils lui permettent de venir directement s'épanouir en éventail, en périnéale superficielle, bulbaire, caverneuse, urétrale, enveloppée par cette aponévrose cache-vaisseaux (fig. 1).

Au-dessous de ce premier plan triangulaire s'en trouve un deuxième, l'aponévrose moyenne, le diaphragme uro-génital formé du sphincter de l'urètre membraneux et de tractus fibreux entrecroisés : c'est le plancher de la loge prostatique.

La superposition de ces deux plans triangulaires forme le périnée antérieur : mais il n'est pas complètement individualisé ; du milieu du bord postérieur de chacun de ces plans part une formation qui se dirige en arrière vers le rectum, établissant ainsi la solidarité des deux portions du périnée (fig. 2). C'est autour du rectum, en effet, que se groupent les diverses parties du périnée postérieur.

Le rectum se dirige tout d'abord parallèlement au coccyx, d'arrière en avant ; et arrivé au bec de la prostate, il se coude à *angle droit* pour se diriger en arrière et venir s'ouvrir à l'anus.

Ce coude est excessivement important : produit aux dépens de la seule paroi antérieure il vient former à la *vessie fécale* un véritable *plancher*, et lorsque la prostate est grosse il s'insinue sous elle, très en avant ; il est maintenu là par une formation très solide, le muscle recto-urétral de Henle[1] qui se dirige en avant pour se souder au bord postérieur de l'aponévrose moyenne : celle-ci de ce fait prend une forme losangique et ses bords postérieurs arrondis par le muscle qui les tend viennent former deux *arcades semi-lunaires* (fig. 3). C'est par-dessus elles que s'engagent les faisceaux antérieurs des releveurs de l'anus pour s'insérer au pubis ; l'obliquité de ces faisceaux fait que c'est dans leur écartement qu'on voit le muscle recto-urétral avec les arcades qui s'en détachent.



Figure 5. — Tracé de l'incision prérectale.

Au-dessous du muscle le rectum se dirige en arrière pour former avec l'urètre le triangle urétro-rectal ; dans l'aire de ce triangle, l'extrémité postérieure du bulbe est simplement adossée au rectum et son facile décollement est assuré par la réflexion de l'aponévrose périnéale superficielle que nous avons signalée plus haut. Mais cet adossement est limité inférieurement par un enchevêtrement musculaire. Superficiellement en effet les fibres antérieures du sphincter externe de l'anus viennent s'unir aux fibres des muscles bulbo-caverneux en formant le raphé superficiel. Entre ce raphé et le muscle recto-urétral, limitée en arrière par le rectum, se trouve la *loge bulbaire* au sens chirurgical,

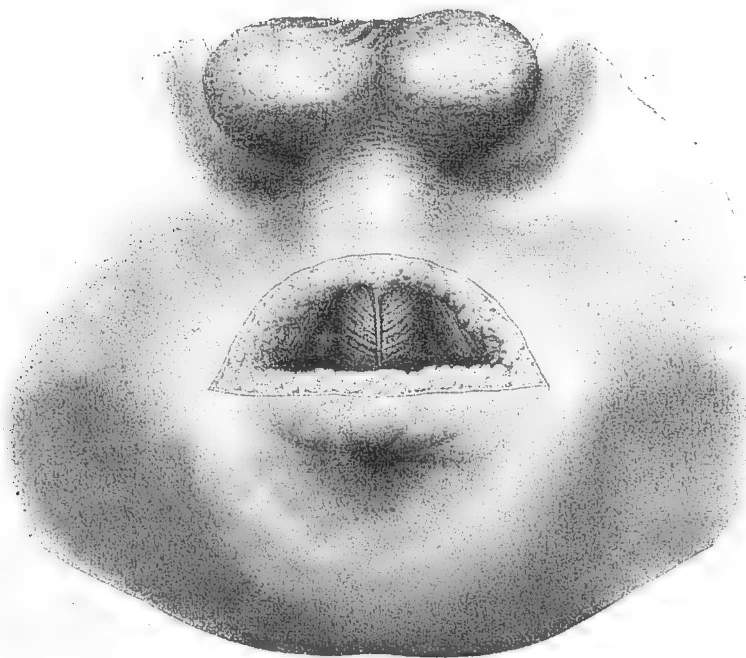


Figure 6. — Périnéotomie. 1er temps : Découverte du bulbe.

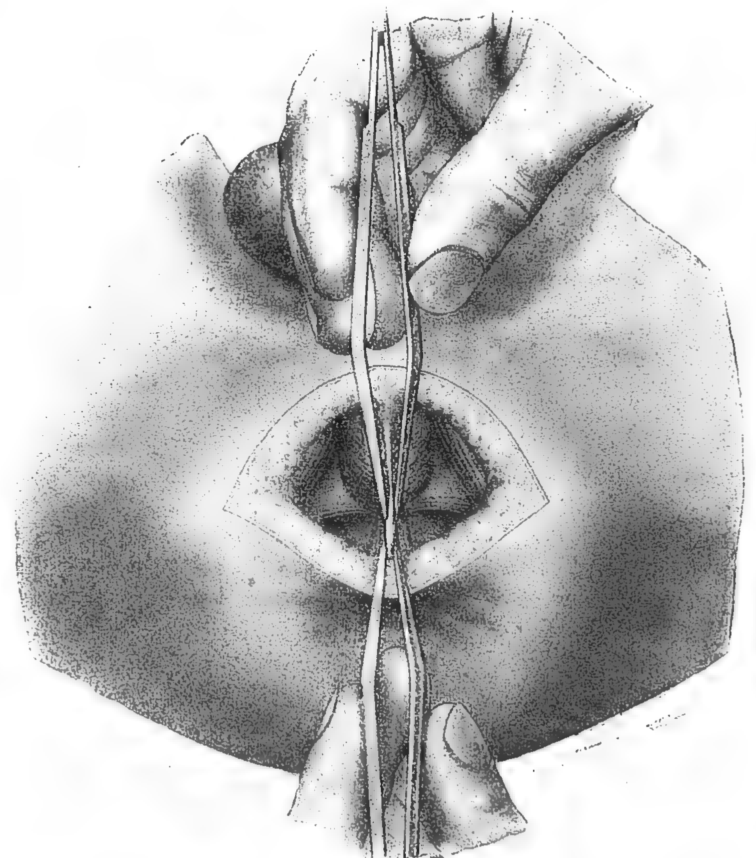


Figure 7. — Périnéotomie. 2e temps : section du raphé superficiel ano-bulbaire.

1. Voir GUINARD et PROUST. — « Prostate hypertrophiée enlevée par prostatectomie périnéale ». *Bulletin de la Société anatomique*, 1902, Février, p. 211.

GOSSET et PROUST. — « Le muscle recto-urétral ». *Bulletin de la Société anatomique*, 1902, Mai, p. 425

HARTMANN. — « Rapport ». *Bulletin Soc. chirurgie*, 5 Août 1902, n° 29, p. 580 et figure.

ou mieux l'espace *décollable rétro-bulbaire* (fig. 4).

Au-dessus de son coude le rectum se dirige en haut et en arrière, appliqué derrière la prostate bordée des releveurs. Entre le rectum et la prostate vient descendre un cul-de-sac dont le fond affleure le muscle recto-urétral : ce cul-de-sac oblitéré par coalescence au point de former l'aponévrose prostato-péritonéale se laisse facilement rouvrir : la situation de son point déclive fait que le muscle recto-urétral est la véritable *clef de cet espace décollable rétro-prostatique*.

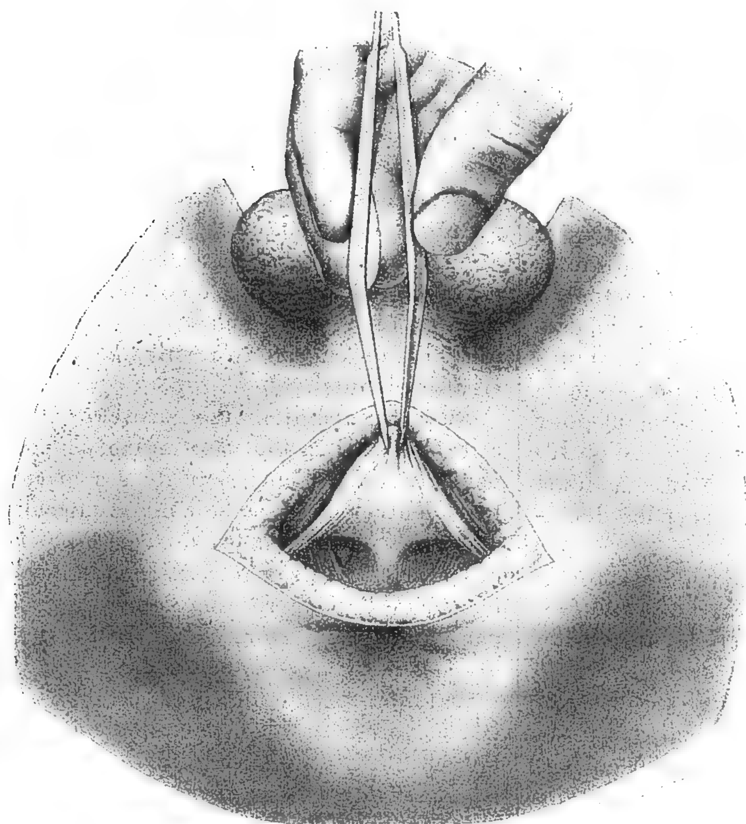


Figure 8. — Périnéotomie. 3e temps : Décollement et relèvement du bulbe.

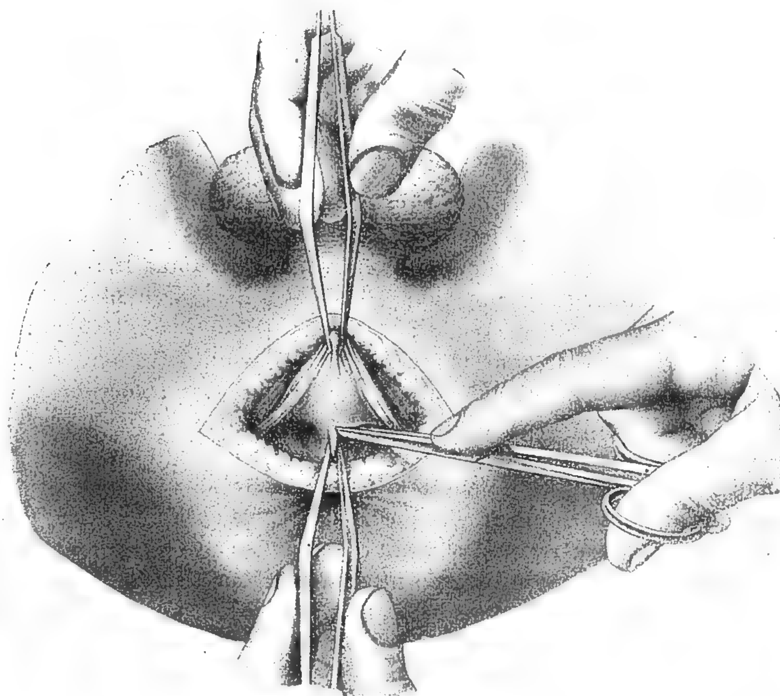


Figure 9. — Périnéotomie. 4e temps : section du muscle recto-urétral.

En résumé donc, en avant, se trouvent les deux étages du périnée antérieur surmontés de la prostate dans sa loge : le rectum tombe comme un rideau derrière ces trois formations : ce n'est qu'après la section du *raphé superficiel* et du *muscle rectro-urétral* qu'on peut le déplacer en arrière : ce faisant on mobilise à la manière d'un tiroir l'échancrure des releveurs qui engainait la prostate et dans cette échancrure on peut apercevoir la face postérieure de la glande. On peut facilement résumer ce qui précède en quelques propositions :

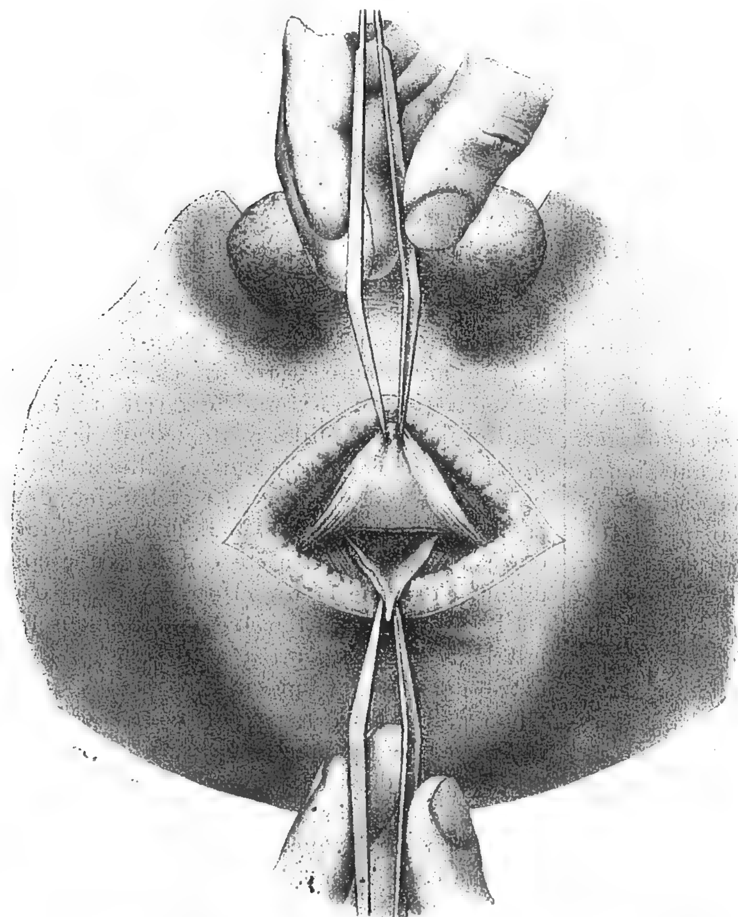


Figure 10. — Périnéotomie. 5e temps. : ouverture de l'espace décollable rétro-prostatique.

1° Il est facile de contourner le bord postérieur du périnée antérieur, et une incision à ce niveau est peu saignante, parce que la réflexion de l'aponévrose isole les vaisseaux et crée une véritable ligne blanche opératoire.

2° Le rectum est fixé en avant sur la ligne médiane par deux formations : une première superficielle, l'insertion antérieure du sphincter; une deuxième profonde, le muscle urétro-rectal; c'est lui qui détermine la formation du coude rectal, et la direction oblique en haut et très en avant de la terminaison du rectum :

3° Entre le muscle urétro-rectal et le sphincter, est l'espace décollable rétro-bulbaire.

4° Le muscle urétro-rectal forme la clef de l'espace décollable rétro-prostatique : de ses côtés partent deux arcades semi-lunaires périnéales qui engainent les faisceaux antérieurs des releveurs de l'anus.

5° Dans l'écartement des releveurs, au-dessus du muscle urétro-rectal, se trouve l'espace décollable formé de l'adossement des deux feuillets, l'un dépendant de la gaine rectale, l'autre de la gaine prostatique : ils sont également lisses l'un et l'autre.

6° Le feuillet antérieur se continue sur les côtés avec les lames pubo-rectales formant ainsi la loge prostatique au sens anatomique ou la capsule au sens chirurgical.

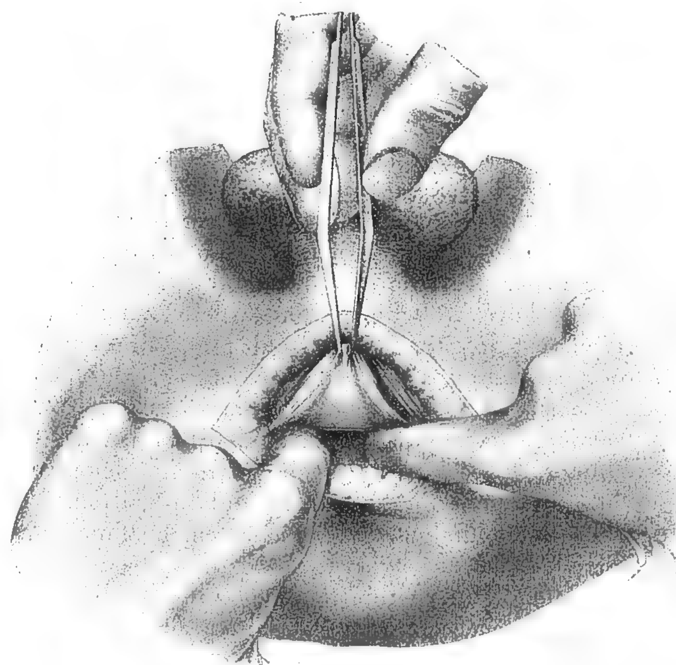


Figure 11. — Périnéotomie. 6e temps : agrandissement aux doigts de l'espace décollable.

Il est donc anatomiquement possible de complètement pratiquer la séparation du périnée antérieur et du périnée postérieur sans léser aucun vaisseau, et la rétropulsion du rectum, possible grâce à son décollement étendu, va permettre à la simple incision pé-

rinéale d'être une large voie d'accès vers le petit bassin.

Tel est le but de la périnéotomie et comment l'atteindre. La meilleure et la plus simple des incisions cutanées semble être l'incision prérectale, mais très grande, allant d'un ischion à l'autre (fig. 5); l'ancienne incision prérectale servait simplement à facilement ponctionner l'urètre et à passer le lithotome : celle-ci doit séparer le périnée en deux portions distinctes et la lèvre postérieure convexe de la plaie doit permettre la parfaite mobilisation du rectum comme l'incision trapézoïdale de Zuckerkandtl [1].

Une telle plaie lorsqu'elle est déformée par des écarteurs appropriés arrive à épouser par ses bords le contour du petit bassin et donne par conséquent un jour considérable, mais uniquement prérectal : et c'est en manœuvrant dans cette zone prérectale qu'il faut arriver à ouvrir sûrement l'espace décollable rétro-prostatique, en pratiquant la séparation du rectum et du bulbe. MM. Quénu et Baudet [2] ont minutieusement étudié cette séparation à propos de l'extirpation du rectum cancéreux, ils arrivent à la conclusion suivante : « Au premier abord, rien ne semble plus facile que de traverser les plans neutres du périnée, et, se basant sur les simples connaissances anatomiques, pratiquer la séparation du bulbe et du rectum. En réalité, lorsqu'on arrive sur le raphé ano-bulbaire, rien n'indique si le bulbe, et surtout la paroi antérieure de l'intestin, ne sont pas sous le tranchant du bistouri. Sur le vivant les tissus se distinguent moins bien, on ne voit les plans anatomiques que lorsqu'on les a sectionnés et non pas lorsqu'on les sectionne. Aussi pour plus de sûreté M. Quénu pénètre d'abord par les côtés dans l'espace pélvi-rectal supérieur, et y insinuant alors les doigts il ne pratique qu'en dernier lieu la séparation du rectum et de l'urètre » c'est là une pratique excellente pour l'extirpation du rectum, mais qui nous semble entraîner des dégâts trop considérables pour une périnéotomie simple : et je crois qu'il y a avantage à manœuvrer entre les releveurs sans les sectionner. De plus, M. Quénu emploie une incision qui lui permet d'opérer sur les côtés du rectum, et notre but est de rester prérectal. Ce qui rend cet isolement de l'urètre et du rectum difficile, c'est qu'on veut le faire en un seul temps alors qu'il se compose de deux manœuvres très distinctes.

La première consiste à sectionner la pointe du sphincter, les anciens la connaissaient déjà, et Dupuytren et bien d'autres y ont insisté : La rétropulsion de l'anus permet alors de facilement contourner le bulbe; mais l'attache profonde du rectum tient toujours; elle serait difficile à reconnaître si l'on restait exclusivement sur la ligne médiane, mais l'isolement soigneux du transverse sur les côtés permet de « repérer d'abord, d'isoler ensuite les faisceaux antérieurs du releveur » qui forment le plan anatomique, qui « met à l'abri des fausses routes dans le temps de libération de la cloison recto-urétrale [3]. Cette parfaite libération permet d'apprécier exactement la forme de l'attache profonde du rectum et de la sectionner exactement au ras de l'urètre là où elle se continue avec les *arcades semi-lunaires périnéales*.

Mais, il ne faut pas l'oublier, cet aspect si caractéristique de la région n'existe qu'après décollement soigneux des plans superficiels, d'où nécessité de faire cette séparation du rectum et de l'urètre en *deux temps*, en sachant bien que le coude rectal vient s'insinuer très *en avant* par-dessus la bulbe qu'il contourne. Les ancien, du reste, en pratiquant la taille ne faisaient que le premier temps du décollement puisqu'ils s'arrêtaient à l'urètre membraneux et n'avaient pas besoin de pénétrer dans la région rétro-prostatique, — mais ils ne débridaient pas assez latéralement pour voir les releveurs : ce n'est que lorsqu'on les voit nettement qu'il faut passé au deuxième temps : section de la clef de l'espace décollable.

C'est ainsi que je crois que la périnectomie la plus sûre est une taille prérectale agrandie, pourrait-on dire, qui permet une séparation urétro-rectale en deux temps et dont voici le manuel opératoire.

Manuel opératoire. — Le malade a été purgé, puis constipé; les jambes et les cuisses sont ouatées et enveloppées et il est maintenu en position périnéale inversée au moyen de porte-cuisses convenables, ou grâce au concours d'aides expérimentés : dans cette situation le périnée est largement déplissé et les ischions sont très apparents.

On pratique alors une incision concave en arrière allant d'un ischion à l'autre et passant à deux travers de doigt au devant de l'anus; on coupe ainsi la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Bientôt on voit se dessiner une saillie sur la ligne médiane; elle est au droit de la lèvre antérieure de l'incision; deux coups de sonde cannelée et cette saillie se précise : c'est le renflement bulbaire doublé des muscles bulbo-caverneux et bordé des transverses (fig. 6). Sur eux vient se fixer la pointe antérieure du sphincter externe de l'anus : chez les sujets jeunes, le bulbe est petit et la pointe du sphincter correspond à son extrémité postérieure. Chez les sujets âgés, le bulbe en s'hypertrophiant est venu s'insinuer sous l'extrémité antérieure du sphincter et cheminer sous lui : l'extrémité antérieure du sphincter n'est plus au niveau de l'extrémité postérieure du bulbe, mais en plein sur sa face inférieure. Pour bien mettre en évidence cette extrémité antérieure du sphincter il suffit de refouler la lèvre postérieure de l'incision prérectale fortement en arrière; ce faisant on voit se tendre une cordelette musculaire médiane et antéro-postérieure.

Cette cordelette murculaire est saisie entre deux pinces et sectionné (fig. 7); on repère son extrémité antérieure qu'on relève, et ce faisant on contourne le bulbe; on le contourne très en arrière chez le vieillard; et on a eu soin en le faisant de respecter la gangue musculaire qui l'entoure : elle est là formée par les transverses, et à mesure que la pince tire sur le bulbe, leurs bords postérieurs deviennent plus nets, on peut les isoler jusqu'à l'ischion; cet isolement est doublement important, il permet de pénétrer dans la profondeur sans hémorragie, il y'a également permettre d'atteindre sûrement le deuxième point de repère (fig. 8).

Le premier temps opératoire est terminé; pour nous résumer on peut dire qu'il consiste, à sectionner l'attache ano-bulbaire, et à pratiquer le décollement rétro-bulbaire.

Maintenant le bulbe est relevé; on voit sur la ligne médiane une paroi régulière, sur les côtés deux faisceaux musculaires antero-postérieurs; en tirant fortement en arrière sur la lèvre postérieure de l'incision on met mieux ces détails en évidence; la bande médiane, c'est la portion périnéale du rectum se continuant directement avec le muscle urétro-rectal; on voit par la comparaison de la figure 8 et de la figure 4 combien le rectum se porte en avant; ce n'est pas tout; plus on porte l'anus en arrière et plus le rectum devient horizontal.

Aussi un opérateur non prévenu le blesserait facilement; tout au moins il pourrait pénétrer dans l'épaisseur de ses parois au lieu d'entrer dans le bon espace décollable.

Sur les côtés sont les faisceaux antérieurs des releveurs; ils pénètrent sous le bord postérieur de l'aponévrose moyenne, là où bridé par le mucle *urétro-rectal* il vient former les *arcades semi lunaires-périnéales*.

Le tout présente un aspect caractéristique. Il faut voir cette disposition au cours de l'intervention, *mais savoir qu'à ce moment il est trop tôt encore pour chercher à décoller au doigt le rectum*; il faut avant sectionner le muscle urétro-rectal qui est *la clef de l'espace décollable*.

Sa section doit porter exactement au bord de l'aponévrose moyenne, sur le prolongement des arcades périnéales par conséquent : on le sectionne complètement entre les tendons des deux releveurs (fig. 9); immédiatement alors l'anus se mobilise en arrière entraînant avec lui cette échancrure en fer à cheval des releveurs comme « un tiroir qu'on ouvre; » et l'espace décollable apparaît (fig. 10 et 11) : deux coups de doigt, et il est béant : on y voit la face du rectum non plus dépolie comme tout à l'heure, mais luisante, mince et pour ainsi dire flottante; on dirait d'une anse d'intestin dans la cavité péritonéale, reflétant les efforts du malade : cette différence d'aspect de ces deux portions de la paroi antérieure du rectum est absolument caractéristique : en avant on voit un autre feuillet lisse, le feuillet postérieur de la gaine prostatique. Tel est le bon décollement, celui qui est fait entre ces deux feuillets dont la coalescence a été si bien décrite par Cunéo et Veau : ce résultat a été obtenu à une condition, c'est que la direction des ciseaux ait été bien parallèle à l'urètre membraneux qui fuit légèrement en avant à mesure qu'il pénètre dans la profondeur du bassin. Lorsqu'on garde les ciseaux verticaux, on risque de couper le ligament un peu en arrière et de pénétrer dans une fausse zone décollable (fig. 4); elle est située entre la musculeuse du rectum et l'aponévrose qui la recouvre; de cette erreur quand elle se produit on est averti par trois choses :

1° Le décollement ne se fait pas avec la facilité avec laquelle il devrait se faire;

2° La paroi rectale qui limite cet espace ainsi vicieusement décollé est franchement musculaire;

3° Enfin ce décollement saigne abondamment. Lorsqu'on est ainsi averti il faut se porter franchement en avant jusqu'à ce qu'on pénètre dans cette bourse séreuse si caractéris-

1. J'ai cherché à donner plus de jour en combinant à l'incision prérectale un débridement, soit antérieur, soit postérieur : si l'incision est suffisamment large et suffisamment convexe c'est absolument inutile (R. P.).

2. Quénu et Baudet. — « Extirpation du rectum cancéreux par voie périnéale ». *Revue de gynécologie*, Masson, éditeur, 1898, p. 851 et suivantes.

3. Quénu et Baudet. — *Loco citato*.

tique qui est la preuve manifeste qu'on est dans le bon chemin.

On place alors deux écarteurs, un écarteur bifurqué en avant, une valve en arrière [1]; jusqu'ici c'était une périnéotomie au sens général, maintenant ce va être une prostatectomie ou une spermatocystectomie : dans le premier cas il faut ouvrir la loge prostatique, dans le deuxième la loge séminale; ce sont là des détails techniques que j'étudierai une autre fois, heureux si j'ai pu aujourd'hui sur la direction du rectum et l'ouverture de l'espace décollable donner des indications suffisamment claires, car je désirais seulement étudier ici les conditions dans lesquelles on peut se créer une large voie vers l'étage supérieur du périnée, quelle que soit la nature de l'opération qu'on veuille pratiquer à la faveur de cette périnéotomie.

1. L'écarteur antérieur est un écarteur de Quénu que j'ai fait modifier; il se termine par deux mors droits à la manière des mors de Farabeuf; ces mors sont inclinés l'un sur l'autre à 90°; ils accrochent le bord postérieur de l'aponévrose moyenne en le rapprochant de la symphyse; cet écarteur tend et soulève.

Comme écarteur postérieur, j'ai fait construire deux modèles de valves; l'une est une réduction de la valve sus-pubienne de Doyen, l'autre est une valve bicoudée; on emploie l'une ou l'autre suivant que l'ampoule rectale est plus ou moins volumineuse ou plus ou moins distendue par les efforts du malade (R. P).

MÉDECINE PRATIQUE

LE TANNIN DANS LA TUBERCULOSE

Peu de médicaments ont dans la tuberculose autant d'efficacité que le tannin contre la fièvre, les nausées, la diarrhée, l'expectoration abondante, les hémoptysies; peut-être même le tannin agit-il contre l'infection tuberculeuse et contre la tendance au ramollissement ou à l'extension des lésions locales. Il donne parfois dans les formes les plus mauvaises des résultats inespérés.

Peu de médicaments sont par contre aussi difficiles à administrer à dose suffisante et d'une façon suivie. La voie stomacale est malheureusement la seule possible et l'on se heurte fréquemment à des intolérances rapides, même de la part des estomacs les plus robustes. Essayé chez la plupart des tuberculeux, le tannin est en général bientôt abandonné moins parce qu'il se montre inefficace que parce qu'il est mal supporté, déterminant des gastralgies très pénibles. Triompher de cette difficulté est un des problèmes les plus importants de la pratique journalière. Pour y parvenir il faut bien connaître d'une part le mode d'action du tannin, d'autre part sa pharmacologie très complexe, encore incertaine sur quelques points, et les modes les plus favorables de son administration.

***

Le tannin comme mode d'action est tout d'abord un puissant antiseptique. Son rôle contre les agents ordinaire de la putréfaction est connu de temps immémorial et sert de base à l'industrie importante de la tannerie. Même donné à l'animal vivant, le tannin semble susceptible de pénétrer en petite proportion dans le sang et de se combiner sans les précipiter avec les albuminoïdes du sang, rendant celui-ci imputrescible. Les expériences de Bouley, qui constata souvent l'imputrescibilité du sang chez des chevaux ayant pris en cinq jours une centaine de grammes de tannin, sont citées partout. Ces expériences ont été reprises par Raymond et Arthaut. Ils ont obtenu non seulement l'imputrescibilité du sang, mais celle des tissus. Des lapins ayant pris chaque jour dans leur nourriture pendant un mois un gramme de tannin furent tués et abandonnés dans un local chaud et humide. Leurs cadavres ne se putréfièrent pas. Il serait sans doute difficile d'arriver chez l'homme à une dose proportionnellement aussi considérable (20 grammes environ). Ces faits n'en permettent pas moins de comprendre la réelle action désinfectante du tannin dans certaines bronchites putrides, son rôle pour limiter la destruction du tissu pulmonaire dans le ramollissement des tubercules caséifiés, cette destruction étant en grande partie due à des infections secondaires et à la mortification du tissu.

L'action directe du tannin sur le bacille tuberculeux reste un peu incertaine. Les expériences de laboratoire destinées à la déterminer offrent, en effet, une difficulté spéciale. Le tannin précipite la gélatine employée pour les cultures. En raison de cette action mécanique il devient difficile d'apprécier son rôle sur l'entravement même des cultures. Villemin fils, dans sa belle et patiente étude, où il étudia l'action de 150 substances sur le bacille tuberculeux, dut renoncer à toute conclusion sur le tannin.

Indirectement les expériences de Raymond et Artaud permettent toutefois d'attribuer au tannin une action renforçant considérablement la résistance naturelle contre l'inoculation tuberculeuse. Les lapins tannisés ayant pris 1 gramme de tannin pas jour résistent non seulement à une première inoculation faite avec une culture virulente tuant les lapins témoins, mais souvent même à une deuxième inoculation.

Bien avant ces expériences, l'immunité relative des ouvriers tanneurs à l'égard de la tuberculose avait été souvent signalée. Elle était généralement admise. Cette immunité paraît aujourd'hui plus contestable. Mais on peut invoquer pour expliquer sa disparition, d'une part les progrès croissants de l'alcoolisme, d'autre part la substitution dans un grand nombre de tanneries des procédés nouveaux à l'alun et au chrome au vieux procédé de la jusée, faite à l'écorce de chêne et très riche en tannin.

Le tannin n'est pas seulement susceptible d'agir contre les bacilles eux-mêmes. Il paraît aussi capable de neutraliser en les précipitant leurs alcaloïdes toxiques. Dans tous les empoisonnements par les alcaloïdes, le tannin donné sous forme de décoction de quinquina, de café fort (renfermant environ 20 centigrammes de tannin par tasse) et surtout de solution de tannin à 3 pour 100, constitue, en effet, le plus énergique des contre-poisons.

Un dernier mode d'action du tannin est plus obscur et plus hypothétique. Le tannin dans le sang se transforme en acide gallique et c'est sous cette forme qu'il est éliminé par l'urine. L'acide gallique est un réducteur énergique de l'oxygène et cette propriété réductrice semblerait, dans certains cas, lutter contre les oxydations exagérées si fréquentes chez les tuberculeux.

Étudié cliniquement, le tannin semble avoir un double mode d'action. A hautes doses il offre une action antiseptique et antithermique rapide. Seul peut-être de tous les médicaments, il agit même dans les formes aiguës ou rapidement progressives. Barth, Dreyfus-Brissac et Bruhl ont noté son action réelle et vraiment exceptionnelle dans la granulie. Raymond et Artaud regardent même les tuberculoses à début aigu comme les plus favorables à la médication tannique. Mais pour obtenir cet effet il faut atteindre des doses élevées (3 grammes pour Dreyfus-Brissac et Bruhl; 4 grammes pour Viti de Marco; 5 grammes si possible pour Raymond et Artaud). Or, même en fractionnant beaucoup les doses, il est difficile de les faire tolérer longtemps. Cette méthode de la tannisation intensive doit donc être réservée aux poussées et aux formes aiguës.

Dans les formes ordinaires, la méthode des faibles doses longtemps continuées est mieux tolérée et préférable. Hérard a maintenu certains malades pendant plusieurs années à la dose quotidienne de 1 gramme à 1 gr. 50. Les résultats obtenus paraissent prouver une augmentation certaine de la résistance générale à l'infection, de la résistance locale à la destruction des tissus. La sclérose de guérison paraît facilitée. Aussi le tannin, en dehors des contre-indications accidentelles résultant de l'intolérance stomacale, présente-t-il une indication formelle. Dans les phtisies fibreuses, dans les tuberculoses à début pseudoasthmatique, à scléroses étendues du poumon avec retentissement cardiaque, le traitement par le tannin est presque toujours nuisible et devient vite fort mal supporté.

***

Même en se bornant à la dose la plus faible, 1 gramme par jour, la faire accepter et tolérer longtemps n'est pas toujours un problème commode de pharmacologie. Le tannin ne peut être en effet donné que par l'estomac, cet organe si précieux, si important à ménager. L'administration par la voie rectale en lavements ou en suppositoire entraîne vite un ténesme des plus pénibles. L'administration par injections sous-cutanées donne de vives douleurs et, malgré toutes les précautions antiseptiques des escarres et des inflammations. L'addition de cocaïne pourrait à la rigueur supprimer la première complication, mais aucune des formules connues n'est venue jusqu'ici triompher sûrement de la seconde. Irritant pour la peau, le tannin ne l'est pas moins pour la muqueuse stomacale. Tout le monde connaît les brûlures d'estomac, le pyrosis déterminés par les vins âpres et rêches, par les fruits verts, par les artichauts crus ou même cuits s'ils sont mangés en proportion trop considérable. Pris directement et en poudre presque pure ou à peine dilué de moitié, comme dans la plupart des cachets médicamenteux, le tannin est encore beaucoup plus irritant.

Un premier moyen d'atténuer cette irritation est de toujours donner le tannin au moment des repas. Mêlé à la masse des aliments, il détermine une brûlure locale moins violente. Les potages épais, les purées féculentes, les salades cuites, les compotes de fruits semblent particulièrement susceptibles de diminuer l'action caustique locale. Le lait semble théoriquement peu indiqué. Il donne, en effet, avec le tannin, un précipité paraissant devoir être fort indigeste. En réalité, chez beaucoup de malades, une des meilleures façons de donner le tannin est de délayer rapidement la dose à prendre, 0 gr. 50 dans un peu d'eau, puis dans une grande tasse de lait sucré. Le mélange doit être bu vite pour ne pas attendre la formation de grumeaux. Ainsi donné, il n'est pas tout d'abord trop désagréable à boire. Il laisse toutefois un arrière-goût astringent désagréable. Quand le lait tannisé est pris au repas, la suite du repas enlève assez bien cet arrière-goût. Mais beaucoup de tuberculeux mangent mal quand ils boivent du lait au repas. Si le lait tannisé est pris à jeun, la précaution de donner en terminant un bonbon quelconque est fréquemment indispensable.

La digestion des matières albuminoïdes ordinaires (œufs, viande) est peu troublée par l'administration du tannin. Il serait d'ailleurs impossible de renoncer à ces aliments. A la polyclinique de Leipzig, le tannin est même ordinairement donné avec un mélange d'eau et de blanc d'œuf, d'après la formule suivante :

Eau	} ââ 100 grammes.
Blancs d'œufs . . .	
Tannin	1 —

Il faut d'ailleurs avouer que ce mélange forme un magma avec grumeaux peu appétissants et difficile à boire.

Le tannin s'associe moins facilement avec les substances collagènes, les viandes très gélatineuses. Grancher et Barbier ont montré l'utilité réelle de ces gelées préparées avec des pieds de porc ou de veau, de la tête de veau dans l'alimentation des tuberculeux. Elles sont utiles pour

varier les menus, pour stimuler l'appétit, pour diminuer les pertes de l'organisme en albumine ou en graisse. Mais aux repas où sont pris ces aliments très gélatineux, mieux vaut suspendre momentanément le tannin.

Les cachets de tannin sont souvent faits d'après des formules complexes, cherchant, par l'addition de diverses substances (bicarbonate de soude, phosphate tribasique de chaux, protoxalate de fer), à diminuer l'irritation stomacale. Les deux premières substances répondent le mieux à ce but. Dans d'autres cas, on recherche des actions médicamenteuses ajoutées à celles du tannin. Voici, par exemple, deux formules d'Arthaud :

1° Tannin pur à l'alcool . . . . . 20 grammes.
Phosphate tribasique de chaux. 20 —
Créosote . . . . 10 —

Diviser en 40 cachets; 3 cachets par jour.

2° Tannin pur à l'alcool. . . . . . 30 grammes.
Phosphate de soude. . . . . . 6 —
Carbonate de gaïacol. . . . . . 10 —
Oxalate ferreux. . . . . 3 —
Sulfate de quinine 2

Diviser en 50 cachets ; 3 cachets par jour.

Chez certains malades, et surtout chez les enfants, le goût désagréable du tannin est, plus encore que la gastralgie produite, l'obstacle à son administration. Fait curieux, les infusions riches en tannin (infusion de thé, de café, de glands doux), quand elles sont convenablement sucrées, masquent assez bien le goût du tannin. Le vin, qui contient, lui aussi, jusqu'à 1 gr. 50 de tannin par litre (vin de Bordeaux, vin de Cahors, vin de l'Ermitage), est un des meilleurs excipients. Il est utile d'ajouter une certaine portion de glycérine, mais l'addition d'alcool indiquée dans beaucoup de formulaires est tout à fait superflue. La formule suivante

Tannin pur à l'alcool . . 20 grammes.
Glycérine . . . . 50 —

Vin de Banyuls, q. s. pour un litre.

renferme 1 gr. de tannin par verre à bordeaux.

Les anciens électuaires donnés contre la tuberculose étaient souvent à base de tannin. Celui-ci constitue le principe actif de la conserve de roses et du sucre rosat, regardés par l'école arabe comme le spécifique de la phtisie. Pendant tout le moyen âge, le sucre rosat resta très en vogue. En 1629, Lazare Rivière (de Montpellier) le cite encore avec grand éloge : *Quidam pharmacopœus phtisicus nobis notus ingentem sacchari rosacei quantitatem sibi ipse præparabat atque perpetuo comedebat ac isto solo remedio sanatus est.*

L'électuaire de Wehrlof, qui fut, au début du siècle, un remède populaire en Allemagne, et que Fonssagrives regardait comme très actif, est aussi remarquable par sa richesse, d'une part en tannin, de l'autre en baume du Pérou (acide cinnamique).

Baume du Pérou . . . . 7 gr. 50

Emulsionner dans un jaune d'œuf et ajouter

Extrait mou de quinquina . . . 23 grammes.
Miel rosat . . . . 105 —

Par cuillerées à bouche.

Il faut avouer, toutefois, que le goût astringent et l'odeur trop fortement aromatique, rendent bien peu agréable cette curieuse préparation.

La conserve de roses préconisée par Trousseau en cas de sueurs, de diarrhées, d'hémoptysies est encore souvent conseillée. Elle entre dans les formules classiques d'électuaires.

Tannin . . . . 3 grammes.
Conserves de roses. . . . . . . 40 —
Laudanum de Sydenham . . . V gouttes.

La conserve de roses a, toutefois, un très grave inconvénient : son prix élevé. La formule ci-dessus ne reviendrait pas à moins de 4 à 5 francs. Mieux vaut donc remplacer cet excipient coûteux tout simplement par le miel ou par la confiture de coings. Mieux vaut encore faire préparer l'électuaire à chaque repas en mélangeant à un peu de confiture un paquet de 25 centigrammes à 1 gramme de tannin.

Si, malgré toutes ces précautions, le tannin reste mal accepté, on obtient parfois la tolérance en employant non plus le tannin ordinaire de la noix de galle, mais du tannin d'autre origine : ratanhia, noyer, monésia, bistorte, cachou, racine de fraisier. R. Wagner insistait beaucoup sur la différence de causticité entre les tannins physiologiques provenant des écorces normales et les tannins pathologiques produits par la piqûre d'un insecte. Ces derniers sont plus irritants. Leur puissance antiputrescible et antiseptique serait moins considérable.

Les tisanes, soit de ratanhia, soit de bistorte, furent un des remèdes principaux de Fonssagrives. Il conseillait pour la première 20 gr. de racine en décoction pour un litre d'eau, 30 grammes pour la seconde. Le mélange, très astringent déjà par lui-même, était sucré avec 100 grammes de sirop de coings. On n'aime plus aujourd'hui donner ces fortes quantités de liquide. Mieux vaut donc avoir recours à l'extrait de ratanhia, de bistorte ou de fraisier. Ces extraits renferment de 50 à 80 pour 100 de tannin. Ils sont très solubles, mais, en raison de leur saveur âpre, mieux vaut les donner sous forme de granulé, de pilules, d'électuaires qu'en potion. Ces tannins physiologiques sont souvent supportés par des malades n'acceptant pas le tannin ordinaire, même préparé à l'alcool et non à l'éther de façon à être moins irritant.

Le tannin du vin présente quelques caractères spéciaux pouvant contribuer à le faire plus facilement tolérer par l'estomac. Il précipite moins facilement la gélatine que les autres tannins et la précipite en flocons solubles. Hippocrate conseillait déjà comme boisson a ses phtisiques le vin astringent, âpre, noir et très vieux. Quelques vins de Bordeaux renferment jusqu'à 1 gr. 80 de tannin par litre, dose déjà thérapeutique. Le pouvoir antiseptique du vin n'est d'autre part pas douteux. Les expériences de Pick ont montré son action sur les microbes de la fièvre typhoïde et du choléra. Pendant les guerres du premier Empire, le vin soit pur, soit aromatique, était très employé pour le traitement des blessures et constituait un excellent pansement.

Deux autres astringents énergiques, le cachou et le monésia, ont l'avantage d'un goût spécial très peu styptique et presque agréable. Mais ils offrent de graves inconvénients. Le cachou est un produit très infidèle variant pour chaque échantillon. Le monésia renferme 5 pour 100 d'une substance assez analogue à la saponine, toxique comme elle, déterminant du collapsus cardiaque et de la dypsnée. Les ouvriers pulvérisant l'écorce de monésia sont souvent pris d'accidents asthmatiques très pénibles. La dose de 4 grammes par jour indiquée par les formulaires pour l'extrait de monésia est donc beaucoup trop forte. Facile à atteindre et même à dépasser avec l'extrait de ratanhia, de cachou, de fraisier, de bistorte, elle pourrait avec le monésia déterminer des phénomènes toxiques.

Lorsqu'on a enfin réussi à trouver un mode d'administration du tannin bien accepté par l'estomac, reste, problème plus facile, à se préoccuper de la tolérance intestinale. Le tannin et surtout le ratanhia déterminent souvent des constipations très opiniâtres. Les lavements d'huile ou de lait sont un des meilleurs moyens de la combattre. On retire de plus de ces lavements en partie absorbés un petit bénéfice pour la suralimentation Un régime un peu spécial (salades cuites, fruits cuits) contribue aussi à rendre la constipation moins opiniâtre. Dans les cas les plus tenaces il suffirait d'ajouter chaque jour à l'extrait de ratanhia un à deux centigrammes d'extrait de belladone.

L'union du tannin avec l'iode constitue-t-elle un simple mélange ou une véritable combinaison? Le tannin (en particulier, le tannin des fruits verts) semble vraiment, comme l'amidon, incorporer l'iode et s'unir avec lui. Toutes ces préparations iodotanniques sont remarquablement tolérées. Elles sont très utiles dans la tuberculose des scrofuleux. Elles sont plus mal supportées encore que le tannin dans les phtisies fibreuses. Le sirop iodotannique du codex renfermant par litre 2 grammes d'iode et 8 grammes d'extrait de ratanhia renferme beaucoup d'iode et peu de tannin. La formule suivante d'Arthaud permet de donner le tannin à doses plus considérables.

Teinture d'iode. . . . . 5 grammes.
Tannin . . . . 30 —
Glycérine. . . . . 200 —
Alcool. . . . . 50 —

Une cuillerée à bouche par jour en plusieurs fois dans du vin.

Chez l'enfant, cette solution peut être donnée par cuillerée ou demi-cuillerée à café dans un peu de sirop de ratanhia.

La tannalbine, combinaison de tannin et d'albumine; le tannocol, combinaison de tannin et de gélatine, n'irritent pas l'estomac. Leur tannin n'est mis en liberté que dans l'intestin. En cas de diarrhée, d'entérite, ces produits donnés par cachets de 0 gr. 50 jusqu'à 6 et 10 cachets dans les vingt-quatre heures agissent bien. Mais quoique ces doses renferment une quantité élevée de tannin (la tannalbine contenant 50 pour 100 de tannin), l'effet général sur l'infection tuberculeuse et la fièvre est certainement moins marqué qu'avec les autres préparations.

Le tannigène, combinaison de tannin et d'acétyl, n'abandonne, lui aussi, son tannin que dans l'intestin. Il se donne par cachets de 0 gr. 50 à dose de 2 à 3 grammes par jour. Il réussirait particulièrement dans les diarrhées avec mélange de mucus, de sang et de pus, c'est-à-dire au moment des poussées d'entérites aiguës ou subaiguës.

De nombreuses combinaisons de tannin ont été essayées pour tâcher surtout d'éviter l'effet d'irritation stomacale. Le tannate de soude, par exemple, offre l'avantage d'être peu caustique, acceptable comme goût, facilement soluble. Ses solutions ne noircissent pas à la lumière comme les solutions de tannin. Millard, de New-York, a vu ce sel parfaitement toléré à la dose de 3 grammes par jour. Mais il exerce sur le rein une action spéciale. Il est puissamment diurétique. Le tannate de soude a été particulièrement employé dans les néphrites. Il aurait son indication particulière en cas d'albuminurie des phtisiques avec insuffisance urinaire.

Le tannate d'orexine aurait une action favorable sur l'appétit et sur la facilité de la digestion. Mais il est assez difficile de dépasser 0 gr. 50 à 0 gr. 75 par jour en cachets de 0 gr. 25. Son étude se rattache donc plus à celle de l'orexine qu'à celle de la médication tannique.

De même le tannate de quinine n'est bien toléré qu'à doses relativement faibles : 1 gramme à 1 gr. 50. Ce sel est l'alcaloïde naturel des quinquinas; c'est à lui que toutes les préparations de quinquina en nature doivent leur efficacité. Son emploi en cachets de 0 gr. 50 réussit souvent bien contre la fièvre et contre les sueurs. Mais on surveillera les signes d'intolérance quinique : céphalée, bourdonnement d'oreilles, agitation, insomnie, ralentissement du pouls.

* * *

En variant les formules et l'astringent choisi, en surveillant d'une part l'irritation stomacale, de l'autre la constipation, on parviendra presque toujours à une tolérance suffisante sinon complète. Et l'on obtiendra au maximum les effets remarquables du tannin, non seulement dans la tuberculose ordinaire à évolution curable, mais dans les formes extensives et même aiguës.

A. F. Plicque.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

10 Octobre 1902.

Tumeur du sterno-mastoïdien. — *M. Péraire* présente une tumeur congénitale du faisceau sternal du muscle sterno-cléido-mastoïdien. L'enfant porteur de cette tumeur avait seulement huit semaines. Après ablation, la guérison s'est rapidement effectuée. Cette tumeur paraît être un fibrome. Elle est intéressante par sa rareté.

Tumeur de la nuque. — *M. Péraire* montre une tumeur de la nuque enlevée chez une femme de soixante ans. Du volume d'une mandarine, elle était remarquable par sa vascularisation. Elle paraît être un angiome dégénéré.

Hémimélie et amputation congénitale. — *M. Mouchotte* présente les photographies et radiographies de deux sujets *hémimèles* et d'un sujet *amputé congénitalement*.

Ces photographies et radiographies montrent nettement la différence qui existe entre l'hémimélie et l'amputation congénitale que certains auteurs confondent dans une même interprétation pathogénique. La radiographie de l'hémimèle adulte — où radius et cubitus, bien qu'offrant des dimensions minuscules, apparaissent complets, avec chacun une diaphyse et deux épiphyses — prouve que, dans certains cas du moins, la théorie de M. Duval ne peut être acceptée. On ne peut admettre, en effet, dans des cas analogues que l'hémimélie soit le résultat d'une amputation congénitale survenue à une époque de la vie embryonnaire où les tissus, semblables à ceux de quelques embryons d'animaux à sang froid, peuvent réparer partiellement les parties amputées par repullulation cellulaire. Au contraire, la radiographie vient à l'appui de la théorie qui fait de l'hémimélie un processus d'atrophie, un arrêt de développement.

La présence d'une cicatrice sur le membre amputé congénitalement, l'absence de cicatrice sur les deux moignons hémiméliens contribuent à faire rattacher les deux affections à une cause différente.

Adénopathie trachéo-bronchique ; compression du pneumogastrique ; broncho-pneumonie tuberculeuse consécutive. — *M. François-Dainville* apporte les pièces d'un enfant de seize mois, ayant présenté des signes d'adénopathie trachéo-bronchique, de la toux coqueluchoïde et du spasme de la glotte. Les derniers jours, le malade a fait de la tuberculose à marche rapide. A l'autopsie, on a trouvé une adénopathie trachéo-bronchique très développée ; les ganglions sont au stade caséeux et compriment les pneumogastriques et les récurrents. Le côté intéressant de l'observation tient à la compression partielle du pneumogastrique gauche ; les filets comprimés innervent le lobe inférieur du poumon gauche. On trouve en ce point une broncho-pneumonie tuberculeuse. Le poumon splénisé tranche avec l'aspect blanchâtre du lobe supérieur. Compression totale du pneumogastrique droit et tuberculose pulmonaire correspondante.

Ces faits sont de même ordre que ceux de la thèse de Meunier sur le rôle des compressions nerveuses dans les maladies du poumon.

Néphrite atrophique scléreuse avec kyste volumineux du rein gauche. — *MM. Dufour et Fortineau* présentent les reins d'une malade morte d'hémorragie cérébrale. En plus des lésions de sclérose rénale, qu'accompagne une hypertrophie classique du ventricule gauche, le rein gauche, très atrophié, est comme suspendu à la partie inférieure d'un énorme kyste plus gros qu'une orange de grande taille. Il s'agit d'un de ces kystes si fréquents au cours de la néphrite interstitielle, mais qui ne sont jamais signalés avec le volume exceptionnel qu'on rencontre dans ce cas particulier.

Luxation du coude ; radiographie. — *M. Denucé* (de Bordeaux) communique l'observation, avec radiographie, d'un cas de luxation du coude incomplète en arrière et en dedans.

Rétrécissement aortique. — *M. A. Hendelsmann* montre l'aorte d'une femme de soixante-treize ans, dont il a fait l'autopsie à Brévannes. L'orifice est considérablement rétréci par l'incrustation calcaire des valvules sigmoïdes. Il est intéressant de rapprocher cette lésion si accentuée du manque presque complet de signes pendant la vie.

Absorption d'acide chlorhydrique ; destruction de l'estomac. — *M. Mauclaire* apporte l'estomac d'un sujet qui avait absorbé un verre d'acide chlorhydrique. Impossible d'introduire une sonde ; spasme de l'œsophage ; coma. Une laparotomie pratiquée d'urgence montre qu'il s'est déjà produit une large perforation de la paroi gastrique. L'injection de liquide alcalin ne conjure pas les accidents qui se terminent rapidement par la mort.

L'autopsie montre d'autres perforations, l'une à la petite courbure, l'autre à la face antérieure de l'estomac ; en arrière, la paroi de l'organe est réduite à sa couche séreuse. Les lésions s'arrêtent au pylore.

M. Letulle fait remarquer qu'au cas où la quantité d'acide chlorhydrique n'est pas trop forte, l'estomac se ratatine, et l'acide n'ulcère alors que le sommet des plis. Expérimentalement, chez le chien on n'arrive pas à déterminer la perforation.

Tuberculose et syphilis ; autopsie d'un cas de scrofulate de vérole. — *MM. Griffon* et *Trastour* présentent les pièces d'un malade d'abord atteint de tuberculose pulmonaire, soigné au sanatorium de Durtol, et ne conservant plus bientôt comme lésion tuberculeuse en évolution qu'une petite adénopathie cervicale strumeuse. Il contracte alors la syphilis. Dès le début de la période secondaire, il présente des signes de néphrite syphilitique, une hypertrophie considérable de la rate, et un ictère chronique sans augmentation de volume du foie. Au cou, les ganglions deviennent énormes ; la syphilis n'est pas seule à mettre en cause dans la production de cette adénopathie de proportions inusitées, car les masses, d'abord dures, se ramollissent et se mettent à suppurer, entretenant dans la suite des fistules intarissables.

Le malade reste deux ans sous le coup de cette syphilis grave, maligne, précoce ; l'ictère et l'albuminurie persistent. Entre temps, il fait une tuberculose péritonéo-pleurale, et il est venu mourir ces jours derniers à la maison Dubois dans le service de M. Courtois-Suffit.

L'autopsie a montré des reins très volumineux, mais n'offrant pas le type du gros rein blanc. La rate est énorme, lie de vin, diffluente, comme dans les maladies infectieuses. Le foie est farci d'adénomes jaunâtres, saillants sur les coupes, tendant à s'énucléer.

La tuberculose pulmonaire est demeurée guérie ; la pleurésie est en voie de régression, mais le péritoine est rempli de liquide séreux et tapissé de granulations tuberculeuses.

L'examen histologique des pièces sera pratiqué, et les résultats de cette étude seront communiqués ultérieurement.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

10 Octobre 1902.

Diabète azoturique ou vésanie de la faim. — *M. Achard* qui avait observé jadis la maladie présentée dans la dernière séance par MM. de Massary et Civatte, apporte des renseignements complémentaires prouvant l'existence de troubles mentaux. L'hérédité de cette malade est chargée ; son père était alcoolique, sa mère atteinte de folie religieuse ; elle-même eut des terreurs nocturnes, des idées de suicide ; elle a maintenant une véritable manie épistolaire. Quand M. Achard l'a soignée elle était boulimique et azoturique, mais c'était évidemment plus une mentale qu'une malade atteinte de diabète azoturique.

Gracilité des doigts et des orteils. — *M. Achard* présente une fille de dix-huit ans dont les doigts et les orteils ont une apparence grêle qui les fait comparer à des pattes d'araignée. On remarque un contraste entre la petitesse de la face, notamment du maxillaire inférieur et le développement du crâne. Il n'y a pas de stigmates de rachitisme ni de syphilis héréditaire.

Cet aspect des extrémités doit être rapproché de celui qui a été décrit par MM. Marfan et Méry sous les noms de dolichosténomélie et d'hyperchondroplasie. Mais ici on ne peut dire qu'il y ait hyperchondroplasie, car l'évolution de la croissance des os paraît avoir été très régulière et les épiphyses des phalanges, comme le montrent les radiographies, sont soudées. On ne peut non plus dire qu'il y ait dolichosténomélie, c'est-à-dire allongement avec gracilité, car l'allongement des os des extrémités n'est pas apparent ; seules les phalangettes sont plus longues que chez les sujets bien conformés. Quant à la gracilité des os, elle est manifeste, mais ne porte guère que sur le corps des phalanges, les épiphyses étant un peu noueuses.

Emphysème sous-cutané au cours d'une tuberculose pulmonaire. Guérison. — *MM. Louis Rénou et Géraudel.* Un homme de quarante-cinq ans, atteint de tuberculose à forme fibreuse, est pris, à la suite d'une légère quinte de toux, d'une douleur vive dans la région sus-claviculaire gauche, avec irradiations thoraciques et brachiales : peu après, il présente un emphysème sous-cutané de la région cervicale et de la région faciale inférieure, déformées comme dans les oreillons. A la percussion, on constate une sonorité exagérée du thorax avec conservation presque complète de la matité cardiaque.

La dyspnée, très vive, se calme, sous l'influence du chlorhydrate d'héroïne donné en injections sous-cutanées.

L'emphysème fit peu de progrès et dix jours après l'accident, la déformation disparaissait complètement.

Depuis sept mois aucun incident nouveau n'est survenu : la tuberculose continue ses progrès mais lentement.

Ce cas nous a paru intéressant à rapporter, d'abord en raison de la rareté relative de l'emphysème sous-cutané au cours de la tuberculose pulmonaire, puis surtout parce qu'il s'agit là, la plupart du temps, d'une complication de pronostic fatal à brève échéance, quand la pénétration de l'air s'est primitivement faite dans le médiastin.

Il nous a semblé que les injections de chlorhydrate d'héroïne avaient eu une influence favorable sur l'issue de l'affection.

Appendicite pneumococcique. — *M. J. Ferrier.* L'appendicite reconnaît souvent comme origine des causes générales. Parmi les infections signalées on relève rarement toutefois l'infection pneumococcique.

Chez un sujet ayant succombé à une pneumonie, M. Ferrier trouva, en même temps qu'une endocardite mitrale, une appendicite méconnue pendant la vie. L'appendice contenait deux cuillères à café de pus environ ; pas d'adhérences, pas d'exsudat péritonéal ; le pus était très riche en pneumocoques associés au colibacille.

En présence d'une péritonite pneumococcique, le chirurgien doit donc penser à la possibilité d'une origine appendiculaire.

Epilepsie jacksonienne et hystérie. — *M. J. Ferrier* cite un cas d'épilepsie jacksonienne du type facial avec hémi-anesthésie du côté gauche, chez un sujet qui présentait au niveau de la région frontale droite un enfoncement considérable consécutif à une application défectueuse de forceps.

Les crises d'épilepsie jacksonienne auraient débuté à l'âge de douze ans à la suite d'une violente émotion. Il y a lieu de se demander si l'hystérie mise en évidence par l'hémi-anesthésie ne fut pas la cause occasionnelle des crises convulsives observées, la cause localisatrice et déterminante restant la compression exercée dans la zone juxta-rolandique par l'enfoncement cranien.

De la lymphadénie lymphatique aleucémique. — *MM. Emile Weil et A. Clerc* rapportent l'observation d'un homme de soixante-trois ans, mort en dix mois d'adénie. Ce malade était porteur de tumeurs ganglionnaires généralisées, de splénomégalie légère, et se plaignait de faiblesse et de fatigue extrême. L'anémie était marquée (2.387.000 G. B.), mais la leucémie manquait. Les examens montèrent à plusieurs reprises de 20.000 à 16.000 G. B., tandis que les numérations qualitatives donnaient la proportion suivante : polynucléaires, 20 ; mononucléaires, 79,50 ; éosinophiles, 0,50.

Rapprochant de ce cas d'autres faits (un cas d'Harlow Brooks, un cas de MM. Vaquez et Ribierre, un de H. Jolly), les auteurs demandent qu'on réserve à eux seuls le nom d'adénie si on tient à conserver la dénomination clinique de Trousseau, en lui donnant un sens anatomique. Ils rentrent dans le cadre de la lymphadénie et méritent seuls d'y prendre place : on trouve en effet toute une gamme de faits de lymphadénie, qui s'accompagnent les uns de leucémie, les autres de leucocytes (16.000, obs. pers. ; 9.200 obs. Jolly), certains enfin d'un nombre de leucocytes normal (6.200 cas de Harlow Brooks), ou diminué même (2.300, cas de Vaquez). En réalité, dans tous ces cas, il s'agit de lymphadénie aleucémique avec lymphocytémie. Cette forme, qui persiste d'ordinaire sans se modifier jusqu'à la fin de son évolution, peut dans des cas exceptionnels se transformer, et d'aleucémique devenir leucémique ; inversement, dans certaines conditions, la leucémie peut cesser d'être leucémique.

C'est par l'examen complet du sang qu'on peut séparer ces cas d'autres cliniquement semblables,

confondus dans le même groupe de l'adénie. De nombreux examens du sang fixent des formules leucocytaires différentes aux adénites chroniques pseudo-lymphadéniques, de nature surtout tuberculeuse, (leucocytose avec polynucléose, dans cinq cas personnels), aux sarcomes primitifs ganglionnaires généralisés (dans deux cas personnels, leucocytose avec polynucléose et éosinophilie plus ou moins forte). La question de la lymphadénie reçoit donc quelques éclaircissements des examens hématologiques, mais elle demeure toujours très compliquée par l'existence de cas de lymphadénisme atypique, difficiles à classer, et qui se rapprochent, même hématologiquement, plus des sarcomes que de la lymphadénie.

E. de Massary.

ACADÉMIE DES SCIENCES

6 et 13 Octobre 1902.

L'élaboration du vénogène et du venin dans la glande parotide de la Vipera Aspis. — *M. L. Lannoy.* Des recherches de cet auteur, il ressort que dans les cellules de la glande parotide de la *Vipera Aspis*, l'élaboration du venin est soumise aux phases suivantes : 1° *phase nucléaire* : la chromatine, le caryoplasme, le nucléole y participent; ce dernier ne disparaît jamais totalement; elle donne lieu à l'émission, dans le cytoplasme, de granulations safranophiles entourées d'un halo de substance hyaline qui paraît être du cytoplasme; ces granulations constituent les grains de *vénogène*; 2° *phase cytoplasmique* : les grains de vénogène émigrés dans le cytoplasme s'y accumulent : au moment de l'activité glandulaire, les réactions cyto-chroniques transforment le vénogène en *venin élaboré*.

Appareil pour permettre aux aveugles d'écrire. — *M. Dussand.* Il s'agit d'un appareil donnant les lettres en relief et basé sur un principe entièrement nouveau qui permet à l'ensemble des leviers et des touches formant ledit appareil de ne pas dépasser beaucoup la grosseur d'un chronomètre.

Georges Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

14 Octobre 1902.

M. Bourquelot lit un rapport très intéressant sur les travaux de la conférence internationale de Bruxelles pour l'unification des formules des médicaments héroïques.

Les tractions rythmées de la langue contre l'intoxication oxycarbonée. — *M. Laborde.* A l'occasion de la mort de Zola, on a soutenu que les tractions rythmées de la langue sont inefficaces pour combattre l'asphyxie oxycarbonée. M. Laborde s'élève contre cette opinion; il cite plusieurs cas, où cette méthode a ramené la vie des sujets en état de mort apparente, intoxiqués par l'oxyde de carbone.

Dans des faits où les inhalations d'oxygène et les injections d'éther sont restées sans effet, les tractions de la langue ont fait réapparaître les phénomènes mécaniques de la respiration, qui ont permis la ventilation pulmonaire et la reprise de l'hématose. Enfin cette même méthode a été également appliquée avec succès sur Mme Zola, qui était en état de mort apparente ; elle n'a pas eu la même conséquence heureuse sur Zola, dont le cadavre avait d'ailleurs des caractères tels que toute tentative de rappel à la vie devait échouer.

Hypertrophie prostatique et artériosclérose. — *M. Guépin.* L'auteur insiste sur le rôle accessoire de l'artériosclérose dans le développement de l'hypertrophie prostatique, qui est surtout d'origine glandulaire.

Léon Bernard.

ANALYSES

VÉNÉRÉOLOGIE

J. Kalabine. *Les affections blennorragiques du système nerveux chez la femme* (*Rev. de Gynécol. et de Chir. abdomin.*, 1902, Mars-Avril, n° 2, p. 297). — Les affections du système nerveux consécutives à la blennorragie ont été étudiées par un grand nombre d'auteurs.

Dans une monographie très complète (Les manifestations nerveuses de la blennorragie, *Thèse*, Paris, 1897), Lustgarten, s'appuyant sur les travaux antérieurs ainsi que sur ses propres observations, arrive aux conclusions suivantes : 1° les *complications cérébrales* de la blennorragie sont très rares : parmi elles, la méningite et l'apoplexie comportent le pronostic le plus sombre; 2° la *méningo-myélite* se rencontre le plus souvent sous la forme d'une méningo-myélite diffuse de la partie dorso-lombaire de la moelle : le pronostic en est relativement assez favorable ; 3° les *névrites périphériques* se localisent le plus souvent au niveau des membres inférieurs; elles peuvent revêtir, dans quelques cas rares, la forme du neuro-tabes; 4° les *névroses* sont représentées surtout par la neurasthénie; l'hystérie et la chorée sont exceptionnelles; 5° les *névralgies de la région lombo-abdominale* et du nerf *sciatique* constituent les manifestations nerveuses les plus fréquentes de l'infection blennorragique ; elles sont caractérisées par l'absence d'atrophies musculaires; leur marche est en général très rapide et la guérison en est la terminaison habituelle; les récidives sont fréquentes à la suite d'une nouvelle infection blennorragique; 6° du côté des *organes des sens*, on rencontre, comme complication assez rare, des affections du nerf auditif et du nerf optique.

Pour ne retenir que les manifestations nerveuses les plus fréquentes, savoir celles qui se passent dans le domaine du nerf sciatique, voici comment Lesser décrit les caractères distinctifs entre cette *sciatique blennorragique* et la sciatique banale : 1° les douleurs, dans la sciatique blennorragique, commencent brusquement et atteignent presque d'emblée leur maximum d'intensité ; 2° la guérison, dans cette variété, survient plus rapidement; 3° les récidives ne se produisent qu'à l'occasion d'une nouvelle infection gonococcique ; 4° la sciatique blennorragique atteint surtout les personnes jeunes, entre vingt et trente ans, tandis que la sciatique ordinaire s'observe le plus souvent chez des sujets âgés de quarante à soixante ans; 5° enfin, ce qui, d'après Lesser, est très spécial à la névralgie blennorragique, c'est le caractère intermittent de la température, la sciatique banale n'étant presque jamais accompagnée de fièvre. Quant à la pathogénie des névralgies blennorragiques, cet auteur pense qu'elle est due à la présence des gonocoques dans les troncs même des nerfs; la polynévrite se produirait sous l'influence d'une toxine, ainsi que cela a lieu pour les névrites apparaissant au cours d'autres maladies infectieuses.

J. Kalabine a observé deux cas de sciatique blennorragique et de névralgie intercostale de même origine; nous les rapportons brièvement :

Obs. I. — Malade de vingt et un ans, mariée depuis quinze jours. A été toujours bien portante jusqu'à son mariage. Trois jours après celui-ci, apparaît un écoulement vaginal jaune-verdâtre déterminant des démangeaisons au niveau des organes génitaux externes; le sixième jour, surviennent des douleurs dans le bas-ventre qui s'accroissent peu à peu, la miction devient douloureuse; le neuvième jour, la fièvre fait son apparition et oblige la malade à s'aliter. L'auteur voit cette dernière le dixième jour; il diagnostique une blennorragie aiguë avec péritonite et institue un traitement *ad hoc*. Ce traitement avait amené peu à peu une amélioration notable, lorsque, brusquement, au seizième jour, apparaissent des douleurs sur le trajet du nerf sciatique, incommodant beaucoup la malade; en même temps se déclarait une névralgie intercostale. On prescrit des frictions avec des baumes calmants, l'enveloppement ouaté, et on augmente la dose de narcotiques pris intérieurement contre la péritonite. Après être restée près d'un mois au lit, la malade guérit complètement de sa péritonite aussi bien que de sa névralgie. L'auteur ne doute pas que toutes deux ne fussent causées par les gonocoques. La présence de ces derniers fut constatée dans les sécrétions vaginales ; on put constater également l'existence de la blennorragie chez le mari.

Obs. II. — Malade de dix-huit ans, mariée depuis treize jours, ayant joui jusqu'à son mariage d'une santé parfaite. Quatre jours après celui-ci elle voit apparaître un écoulement vaginal verdâtre; la miction devient douloureuse; le sixième jour surviennent des douleurs dans le bas-ventre, lesquelles, jointes à la fièvre, obligent la malade à s'aliter. Kalabine diagnostique une urétrite, une vaginite et une péritonite blennorrhagiques, et institue un traitement approprié. Néanmoins le quinzième jour une sciatique assez intense éclate qui est traitée de la même manière que dans le premier cas. La malade guérit complètement au bout de cinq semaines. Ici encore, d'après l'auteur, il ne peut y avoir de doute sur la nature blennorragique de cette sciatique. L'examen de l'écoulement vaginal avait permis de constater la présence de gonocoques.

En terminant, Kalabine fait remarquer qu'il n'est pas rare d'entendre les femmes atteintes de blennorragie se plaindre de douleurs sur le trajet des nerfs, et il pense que la blennorragie est souvent la cause première de ces douleurs. Il va même plus loin et prétend que l'état hypocondriaque qu'on observe chez les femmes aussi bien que chez les hommes atteints de blennorragie pourrait bien s'expliquer non seulement par la crainte de cet accident, mais encore par l'action de la toxine gonococcique sur les centres cérébraux.

J. Dumont.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 Octobre 1902. — 2e, Nouveau régime : MM. Richet, Rémy, Broca (André). — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Walther, Legueu. — 5e, Chirurgie (1re partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Mauclaire, Gosset. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Teissier, Bezançon.

Mardi 21 Octobre 1902. — 3e, Deuxième partie, Nouveau régime, Ecole pratique : MM. Cornil, Joffroy, Guiart. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot. — 1er, sages-femmes : MM. Pozzi, Bonnaire, Thiéry. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Guyon, Hartmann, Marion. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. Le Dentu, Faure, Auvray. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Dieulafoy, Dupré, Renon.

Mercredi 22 Octobre 1902. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Laënnec : MM. Tillaux, Walther, Legueu. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Laënnec : MM. Terrier, Broca (Aug.), Mauclaire. — 2e, sages-femmes, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Wallich.

Jeudi 23 Octobre 1902. — 2e, Nouveau régime : MM. Gariel, Rémy, Langlois. — 3e (Première partie), Oral : MM. Berger, Budin, Hartmann. — 3e (Deuxième partie), Ancien régime : MM. Cornil, Achard, Vaquez. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime : MM. Proust, Thiroloix, Dupré. — 4e, Nouveau régime : MM. Pouchet, Chantemesse, Thoinot.

Vendredi 24 Octobre 1902. — 1er, Oral, Nouveau régime : MM. Tillaux, Broca (Aug.), Cunéo. — 2e, Nouveau régime : MM. Gariel, Richet, Rémy. — 3e, (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime : MM. Brissaud, Déjerine, Widal. — 4e : MM. Pouchet, Thoinot, Wurtz. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Terrier, Walther, Gosset. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Kirmisson, Mauclaire, Legueu. — 5e (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Teissier, Legry. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 25 Octobre 1902. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Beaujon : MM. Le Dentu, Pozzi, Faure. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Beaujon : MM. Berger, De Lapersonne, Marion. — 5e (Deuxième partie), Beaujon : MM. Gilbert, Gouget, Jeanselme. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Exercices opératoires. — M. Pierre Duval, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera aujourd'hui sa première démonstration d'exercices opératoires, à 1 h. 1/4 précise, pavillon n° 7.

Cours libres. — Sont autorisés pour le 1er semestre de l'année scolaire 1902-1903, par le Conseil de l'Université de Paris, les cours libres suivants :

M. Boureau : Enseignement de la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes, le vendredi, à 5 heures, à partir du 5 Décembre 1902. — M. Frumusan : La physiothérapie en général, et la massothérapie en particulier, le jeudi, de 6 à 7 heures, à partir du 20 Novembre 1902. — M. Lavaux : Affections des voies urinaires, mardi, jeudi et samedi, de 2 heures à 3 heures, à partir du 10 Janvier 1903.

Tous ces cours auront lieu à l'amphithéâtre Cruveilhier.

Amphithéâtre d'anatomie. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques, sous la direction de M. Quénu, commenceront le vendredi 7 Novembre 1902.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. Macaigne, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

HOPITAUX ET HOSPICES

Conférences d'ophtalmologie. — Les médecins de la Clinique des Quinze-Vingts commenceront, le mardi 21 Octobre 1902, des leçons cliniques et théoriques, qui auront lieu dans l'ordre suivant :

Lundi, à 2 heures, M. Chevallereau : Maladies du fond de l'œil.

Mardi, à 2 heures, M. Trousseau : Examen clinique des malades.

Mercredi, à 2 heures, M. Kalt : Traitement des maladies externes de l'œil.

Jeudi, à 2 heures, M. Dubief : Bactériologie.

Vendredi, à 3 heures, M. Valude : Chirurgie oculaire.

Consultations et opérations à 1 heure.

NOUVELLES

Paris et Départements

Le XVe Congrès de Chirurgie. — Rappelons que le XVe Congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 20 Octobre, sous la présidence de M. Jacques Reverdin, professeur à l'Université de Genève, associé étranger de la Société de Chirurgie.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Chirurgie du cœur et du péricarde* : rapporteurs, MM. Terrier et Reymond, de Paris; 2° *Traitement du tétanos* : rapporteur, M. Vallas, de Lyon.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général, M. Lucien Picqué, 81, rue Saint-Lazare, à Paris.

Corps de santé de la marine. — Sont nommés aux fonctions de professeur à l'école annexe de médecine navale de Toulon : M. le médecin de 1re classe Pourtale (A.-E.-G.), pour occuper la chaire d'histologie et de physiologie, en remplacement de M. Girard ; M. le pharmacien de 1re classe Henry (B.-J.), pour occuper la chaire de physique biologique, en remplacement de M. le pharmacien Sauvaire.

— M. Cairon, médecin de 1re classe, est désigné pour servir comme médecin résident à l'hôpital maritime de Rochefort.

— MM. Borely, médecin principal de réserve et Lantier, médecin de 2e classe de réserve, sont rayés sur leur demande du cadre des officiers de réserve de l'armée de mer.

CONCOURS

Externat. — Le jury du concours de l'externat est définitivement composé comme suit : MM. M. Labbé, Apert, J. Auclair, R. Marie, Marion, Ombredanne, Riche, Brindeau.

La répartition par série des candidats au concours de l'externat a été arrêtée comme suit :

Candidats militaires. — Première moitié : MM. Ageorges, Allée, Ameuille, André, Avenier, Azam, Barbet, Basset, Bax, Bazy, Bédrunes, Benoist (Emmanuel), Bienvenue, Bijon, Binet du Jassonneix, Blocq, Boichut, Boissière, Boquet, Boucaut, Boulongne, Brémond, Brisset, Brissot, Bruslé, Canu, Chambard, Champ, Charroppin, Chataing, Cibrie, Cloquet, Corret, Debré, Delarras, Delval, Descusses, Deséglise, Douay, Dubosc, Du Castel, Duché, Duclos, Ducros, Dufour, Dupont (Gaëtan), Dupuy (Raoul), Duverger, Fabignon, Fagart, Ferran, Fiessinger, Filhol, Flandin, Fontorbe Fortin, Fouquiau, Foy, Gendron, Ghys, Gillet, Giraud, Godart.

Deuxième moitié : MM. Goursolle, Grapin, Guillaume, Halphen, Hirtz, Jais, Jeannel, Jeannequin, Kuenemann, Labande, Le Blaye, Le Cointe, Leconte, Legrand, Lemaire, Lemoussu, Lenormand, Leroy, Lesbroussart, Levant, Lévy-Franckel, Lorne, Maillet, Mallet, Martineau Mathieu (Alfred), Ménard (Pierre), Monnot, Mosqueron, Nepper, Nepveu, Pakowski, Pellot, Périneau, Perrier, Pestel, Pigeon, Plée, Plivard, Prével, Rafinesque, Regnard, Renaud, Rousseau-Langwelt, Rousselot, Saudé, Schreiber, Sevestre, Streiff, Thiault, Touraine, de Vaugiraud, Versepuech, Véteau, Viel, Vinceneux, Weil, Wojlanski, Worth, Ymonet, Zislin.

Candidats nouveaux. — Première moitié, première série. — MM. Aguirre, Alexandre (Alcide), Alexandre (Paul), Alexandresco, Aloncle, Anciburc, Araya, Archontakis, Ariteff, Armanet, Athond, Auchère (Dlle), Aucouturier, Ballu, Balteaux, Barbachano, Baudoin, Baudou, Baudouin, Bazin, Beauduin, Beaufils, Bejean, Bellou, Benazet, Benoist (Georges), Benon, Bernard, Bichon, Bilhaut, Bion, Blaizot, Blanc, Bleirad, Blondel, Bonnefoy, Bonnenfant, Borde, Bories, Bougarel, Bouilly, Boulakia, Bourilhet, Bousseau, Bouteil (Dlle), Boutin, Breteau, Bricout, Brillaud, Brin, Briquet, Bruel, Brunet, Burgaud, Canque, Cardot, Caron, Cartier, Castéran, Céard, Chaigneau, Chambras, Chanal, Chanoine-Davranches, Chapelle, Chauvois, Chavanon, Chené, Cheurlot, Chevallier, Clayeux, Cleisz (Dlle), Clermont, Combris, Constaing, Constantin, Coquerct, Corpechot, Coudert, Courdouan, Couronne (Dlle), Crémieu, Crinon, Darnaudpeys, Dauge, Debat-Ponsan (Dlle), Delacour, Delaigne, Delbarre, Delozière, Delpech, Deroide, Desvernine, Dewojno (Dlle), Diverrès, Dournay, Dournel, Drevet, Duménil, Dupont (Auguste).

Deuxième série. — MM. Dupuy (Jean), Dupuy (Jacques), Durand (Gustave), Dyvrande, Ehrenpreis, Ekmekdjian, Eliot, Elmerich, Espinet, Etcheverry, Eugène, Fabre, Faix, Fauconnier, Fiault, Firpi, Floreuville, Fortier, Fournier, Foy (Robert), Gailleur, Galibert, Gallimard, Garcin, Garnier de Falletans, Garrelon, Gauthereau, Gauthier (Emile), Gautier (Jean), Gelma, Germant, Girard, Giry (Dlle), Glénard, Godard (Paul), Godron, Gosselin, Goupil, Goyeneche, Graillon, Grivot, Guenot, Guggenheim, Guillemoto (Mme), Guillon, Hennon, Henry, Hessen (Dlle), Hochart, Houy, Houzel, Huguet, Isautier, Israël, Izou, Jacqueau-Descoust, Jacquet, Japiot, Joubert.

Deuxième moitié, première série. — MM. Joux, Juillard, Juillet, Jullien (Paul), Jullien (Arthur), Kaminka, Kleyman, Lachappelle, Lacheny, Lachèze, Lafarcinade, Lagane, Lagrive, Lalanne, Landry (Dlle), Langlais, Lasnier, Last, Laurent, Laux, Lavallée, Le Cain, Lecointre, Lecoq, Le Foll, Legendre, Legras, Lelong (Joseph), Lelong (Emile), Le Mée, Lemière (Léonce), Lemière (Raymond), Lemoine, Lepecq, Leriche, Lesobre, Letinois, Leuthreau, Levallois, Levasseur, Levrat, Lévy (Pierre), Lévy (Jules), Lhirondel, Lhomme, Lian, Libert, Livon, Louvrier, Loze, Lusseau, Maigret, Marcelot, Marcorelles, Marsan, Martin, Martingay, Mary, Masfrand, Massé, Massicot, Mathieu, Maumené, Maynier, Mazingarbe, Ménard (Thomas), Merlot, Méry, Mesplède, Meygret, Milliot, Moisson, Monard, Monnet, Monnier, Moreau, Moulonguet, Mourniac, Moussaud, Nespoulous, Nicolas (Pierre), Nicolas (Lucien), Nocton, Odin, Pageot, Paoli, Papégacy, Parel, Paul, Paul-Boncour, Pépin, Petit (Constant), Petit (Georges), Peyrache, Philippon, Pignerol, Plazanet, Poinsot, Poirrier, Poisson.

Deuxième série. — MM. Popovitch, Porée, Pottier, Poyet, Prunier, Pruvost, Puy, Quentin, Rabinovici, Ramus, Ranjard, Roblin, Roche (Albert), Ronneaux, Roubaud, Roucayrol, Rouchy, Roudinesco, Roulland, Roullier, Roux (Gabriel), Roux (Henri), Roy, Rücker, Saïas, Salmon, Salomez, Sénéchal, Serbource, Serin, Seron, Sigwalt, Silbert, Simacourbe, Simonot, Soulié, Stepowski, Stern, Texier, Tilloy, Tourrenc, Toutain, Tremblin, Triau, Triller, Triqueneaux, Trouillet, Usquin, Valet, Verdoux, Vergne, Vergnoux, Vidal, Villejean, Vincent (Lucien), Wunschendorff, Yuzbachian, Zacharopoulos.

Vétérans. — Première moitié : MM. Aïtoff, Baldenweck, Barbé, Baron, Béal, Belgodère, Berthaux, Besnier, Billaudet, Billon, Binet, Bing, Blanluet, Bloch, Bodolec, Bonhomme, Bonniot de Ruisselet, Boulouneix, Bourée, Brésard, Bresselle, Broc, Budin, Burgaud, Chahuet, Chaignot, Chapeyron, Chastagnol, Chazal, Chirié, Ciaudo, Clément, Clermonthe, Cottard, Croste, David, Delacroix, Delapchier, Delille, Delogé, Demanche, Denéchau, Desmoulins, Devaux, Dézarnaulds, Dieuzeide, Donnat, Dreyfus, Dupouy (Roger), Dupuy (Pierre), Durand (Léon), Durand (Gaston), Emanuel, Evrard, Fayolle Ferté, Feuillié, Flamencourt, de Fourmestraux, Franciua, Fruictier, Gaillard, de Gandt, Gargaud, Gaultry, Germain, Giraudet, Giroux, Grandchamp, Grandjean (Mme), Gravelotte, Guilly, Guyot, Gy, Héchemann, Hédouin, Hélie, Herbinet.

Deuxième moitié. — MM. Hérisson, Hornus, Hudelot, Janvier, Jardry, Jouvin, Jullich, Junès, Küss, Labadie-Lagrave, Labarrière, Labonnette, Lagarde, Lamoureux, Ledoux, Lemaire (Louis), Lesage, Lew, Lucas, Marciteau, de Martel de Janville, Martin (Georges), Matry, Mazuré, Merry, Monier, Monod, Mougenc de Saint-Avid, Mougeot, Mourlhon, de Nayville, Noréro, Ogé, Pappa, Pascal (Dlle), Pathault, Pelletier, Picot, Piérard, Poisot, Poissenot, Ralliou, Rauzy, Reinburg, Rendu, Reulos, Ribot, Rivet, Roblès, Rœderer, Rouhier, Roussel (Dlle), Sanson, Sari, Schacher, Schaefer, Semper, Sibille, Siegel, Sigre, Singer, Soullard, Testart, Thorel, Thuilleux, Tixier, Toufesco (Dlle), Trèves, Truelle, Vidal (Pierre), Villebrun, Vincent (Jules), Violle, Viollet, Volck (Dlle), Wapler, Weill (Michel), Zentler.

Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris. — Un concours pour la nomination à la place de sous-chef des laboratoires aura lieu le lundi 8 Décembre, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, depuis le lundi 10 Novembre jusqu'au samedi 22 du même mois inclusivement, de 11 heures à 3 heures.

Conditions d'admission au concours et formalités à suivre. — Sont admis au concours pour la place de sous-chef des laboratoires de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris :

1° Les anciens internes en pharmacie des hôpitaux, pourvus du diplôme de pharmacien de 1re classe;

2° Les internes en exercice ayant au moins douze inscriptions à l'École supérieure de pharmacie de Paris, ou ayant obtenu la médaille d'or.

Dans le cas où le candidat présenté par le Jury serait un interne en exercice, non encore pourvu du diplôme de pharmacien de 1re classe, il aurait à justifier de ce diplôme dans un délai de deux années à partir de sa nomination; à défaut de cette justification et sur une simple mise en demeure, il serait considéré comme démissionnaire.

Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au Secrétariat général de l'Administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture du registre ne peut être accueillie.

Les candidats doivent produire, à l'appui de leur inscription :

1° Un extrait de leur acte de naissance;

2° Soit leur diplôme de pharmacien, soit leur feuille d'inscription à l'École de pharmacie de Paris, s'ils ne sont pas encore pourvus de ce diplôme.

Ils ne pourront, d'autre part, être admis à se faire inscrire qu'après avoir justifié de leurs antécédents et de leur moralité.

Hôpital-hospice de Saint-Germain-en-Laye. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un interne titulaire en médecine et en chirurgie et de quatre internes provisoires.

Ce concours, qui comporte une épreuve orale et une épreuve écrite, aura lieu le 13 Décembre.

Les candidats ne doivent pas avoir atteint l'âge de vingt-cinq ans avant le 1er Novembre 1902. Ils devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration et déposer leurs pièces avant le 5 Décembre.

Les fonctions des internes commenceront le 1er Janvier 1903. Celles de l'interne titulaire expireront le 31 Décembre 1904 et celles des internes provisoires le 31 Décembre 1903.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 84. — Samedi, 18 Octobre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

LEDOUX-LEBARD

La Science médicale n'en est plus à compter ses martyrs. Une de ses dernières victimes, M. Ledoux-Lebard, qui vient de mourir à Paris, est une figure trop remarquable et trop sympathique pour ne pas fixer l'attention du monde médical.

L'homme et le savant se trouvaient, en lui, fondus d'une si harmonieuse façon qu'ils constituaient une personnalité attachante, digne non seulement du respect, mais même de l'admiration de ceux qui l'avaient approché.

Né à Tours en 1850, après avoir fait ses premières études à Périgueux, Rouen et Paris, Ledoux-Lebard arriva à 27 ans à l'internat des hôpitaux de Paris, le seul concours auquel il ait jamais pris part. Dès lors, sa vie de travail était fixée, et, pendant un quart de siècle, immuable, demeura consacrée à la science biologique. Esprit scientifique de premier ordre, convaincu que l'expérimentation positive est la ressource indispensable, le moyen et la voie du progrès dans l'observation, Ledoux-Lebard donna tout son temps au laboratoire, d'abord à l'hôpital des Enfants-Malades en qualité de chef de laboratoire de la Clinique du professeur Grancher, puis à l'Institut Pasteur. Passionné pour l'étude, sacrifiant à ses recherches ses longues journées de liberté, ses heures de repas, son repos même, notre ami marchait dans la vie, épris de la vérité, sans regarder autour de lui, sans rien demander, sans songer aux vaines satisfactions de l'amour-propre, des honneurs, des récompenses, uniquement préocupé de ses travaux. Observateur attentif, soucieux de perfectionner sans cesse sa méthode, réitérant ses expériences jusqu'à ce que la droiture de sa raison fût satisfaite, ce véritable savant ne produisait ses conclusions des faits observés qu'avec une prudence exemplaire et qu'après une revision critique jugée par lui inattaquable. Aussi ses travaux, malgré leur nombre, sont-ils marqués au sceau de la vérité.

La tuberculose et son bacille, la tuberculose zoogléique, la pseudo-tuberculose, la tuberculose chez les oiseaux, les poissons, le rat blanc et la

grenouille, l'action du sérum pseudo-tuberculeux sur la pseudo-tuberculose, le développement et la structure des colonies du bacille de Koch furent, entre ses mains, l'objet de mémoires importants auxquels tous les travailleurs ont recours. Son esprit d'investigation le poussant, Ledoux-Lebard apporta à l'étude des microorganismes thermophiles et thermogènes, à la diphthérie et à son bacille, à l'action de la lumière sur la toxicité de l'éosine, à celle du sérum sanguin sur la vitalité des Paramécies, le même soin méticuleux, la même ardente sollicitude, la même répulsion pour l'hypothèse, le même amour de la science.

L'homme était entier dans le savant. D'un commerce agréable, d'une amitié sûre et fidèle, Ledoux-Lebard possédait, entre autres, deux vertus qui sont comme la pierre de touche d'une âme supérieure : la droiture et la bonté. Sa modestie l'éloignait du monde et l'avait isolé dans sa vie de travail. Soutenu par l'affection d'un fils élevé à son école, il n'attendait de l'existence qu'une seule satisfaction, la joie de mener à bien ses recherches. La mort ne l'a pas voulu; elle l'enleva en quelques jours, en pleine maturité cérébrale, sans lui laisser le temps d'achever son œuvre. Philosophe de la bonne école, il accepte son destin avec le calme et la douceur de son esprit tolérant et s'en va, laissant après lui le souvenir impérissable d'un homme de bien et d'un savant, esclave du devoir qu'il s'était volontairement tracé. Une pareille vie était trop exemplaire pour passer inaperçue.

Maurice Letulle.

LE BONIMENT D'UN VENDEUR D'ORVIÉTAN

Je dois à mon ami Derocque, chirurgien à Rouen, un curieux document qui n'est autre que le boniment d'un vendeur d'orviétan rouennais. Les lecteurs de *La Presse médicale* y verront que la réclame en matière de médecine et de chirurgie n'est pas une invention nouvelle et que les *Forbans* de la Médecine ne sont pas nés d'hier.



PAR PERMISSION
ET PRIVILEGE DU ROY,
ET DE MESSIEURS LES MAGISTRATS DE CETTE VILLE.

Vous êtes avertis que le Sieur Pellu, dit Poidevin, Maître Chirurgien oculifte, et ancien Chirurgien des Hôpitaux du Roi, émanée des Lettres Patentes de Sa Majefté Loüis XV, portant Privilége exclusif de vendre et debiter par toute l'étenduë du Royaume, l'Antidote apellé Orviétan, il eft expreffement défendu à tous Opérateurs, et autres perfonnes, en difperfant leurs Médicamens, de fe fervir du nom d'Orviétan, ni contrefaire, ni vendre, fur peine de mille livres d'amende, ainfi qu'il eft mentionné ès Lettres Royaux. Donné à Verfailles le 28 Septembre 1741.

MESSIEURS ET DAMES,

Comme Sa Majefté a été inftruite que les gens des Villes et de la Campagne périffoient dans leurs maladies faute de fecours, Sa Majefté s'intéreffant à ce qui concerne la fanté de fes fujets, vû l'avis de fon Parlement de Paris, a jugé à propos de choifir dans les Chirurgiens des Hôpitaux, ceux qui par leurs expériences peuvent mettre fin aux infirmités qui paroiffent incurables à gens qui, manquant d'expérience, réduifent après plusieurs épreuves leurs malades au tombeau. Sa Majefté a donc pour cet effet établi le fieur Pellu, dit Poidevin. Ayant été député pour cette Province, il avertit les Malades de le venir trouver de bonne heure; quelque maladie que ce foit, et quoiqu'abandonnés de tous les Médecins et Chirurgiens, ils trouveront leur guérifon par l'Antidote qu'il prépare pour toutes fortes de maladies. Il avertit le Public qu'il ne traite les Malades qu'après avoir vû leur urine; en lui difant l'âge il trouve la facilité de connoître la maladie des perfonnes, fuffent-elles à dix lieuës, pourvu que l'urine foit du matin.

Voici une légère expofition des maladies dont il peut opérer la guérifon pendant qu'il fera dans notre Ville. Je fais avec fuccès l'ablation de la Cataracte : Je donne tous les remédes pour toutes les autres maladies des yeux : Je fais l'opération des Loups en quelque partie que ce foit, auffi bien que la Hernie ou defcente de boyaux, et je les guéris par un bandage que je fais moi-même, tant aux hommes qu'aux femmes et aux enfants des deux fexes : Je donne des remédes pour la paralyfie, rhumatifme ou foibleffe de nerfs : Je foulage la goutte et les pulmoniques et leur prolonge les jours : Je guéris l'Epilepfie, apaife le mal caduc et fes espéces, l'Afthme, toux, crachement de fang, flux de ventre et les Hémorragies par le nez et fes efpéces, et les arrête dans le moment avec l'aide de Dieu. Je guéris les rétentions d'urine, les douleurs de reins et de la vefcie, et les maladies fecrettes fur les deux fexes : Je réünis les becs de liévres ou lévres fendües : Je réduis les defcentes de matrices aux Femmes, tant vieilles que nouvelles, et aide à les délivrer dans leurs accouchemens avec un heureux fuccès : Je guéris les brulûres en neuf jours de temps, ainfi que les Fiévres tierce, quarte, intermittente et continuë, et les Jauniffes fur les deux fexes, et les Hydropifies ou enflures. J'ai un fecret infaillible pour la furdité, pour la taigne et la galle, pour les dartres de toute efpéce, boutons et humeurs froides ou écrouelles. Je tire les dents avec toute la dextérité poffible : Je donne un Opiat pour les entretenir et blanchir, et empêche qu'elles ne fe gâtent. Je guéris toute autre maladie dont je ne fais point mention dans mon billet, attendu qu'il faudroit un trop grand détail. Le fieur Pellu fe flatte, fans crainte de bleffer la civilité, de fatisfaire à ce qui est ci-dessus.

Et comme je ne fuis pas exempt de critique, je prie le Public de ne me point condamner fans m'avoir confulté et vû opérer; c'eft la grace que j'efpére d'un chacun. Je fuis en état, Meffieurs et Dames, de faire toutes les opérations qui concernent mon Art. J'invite tous les plus habiles Maîtres de l'Art de me voir opérer : Je fuis vifible depuis fept heures du matin jusqu'à onze, et depuis deux heures jufqu'à fept du foir. Je traite les pauvres gratis, moyennant un certificat de leur Curé.

Le fieur Pellu, dit Poidevin, avertit le Public qu'il diftribuë un Antidot apellé Orviétan, dans la Chambre et en Public, dont la préparation étant différente et appropriée felon les différentes maladies, on avertit les perfonnes qui donneront commiffion de le prendre chez lui, de déclarer la maladie pour laquelle elles veulent l'employer, afin de n'être pas trompés dans leur attente. Ce remède a beaucoup de propriété; il convient à différentes maladies.

Il convient auffi aux Animaux, comme Chevaux, Bœufs et Vaches, un gros de cet Antidot dans un demi feptier de vin chaud; et moitié aux petits animaux, comme Veaux, Moutons et autres. Ce remède fe conferve vingt ans en bonté liquide, et en poudre il eft incorruptible.

* *
*

Trouverait-on de nos jours réclame plus éhontée que celle du sieur Pellu? il est permis d'en douter. Les *professeurs* spécialistes qui localisent leurs annonces dans les édicules spéciaux ou à la troisième page des journaux politiques n'ont pas encore la faconde des vendeurs d'orviétan. Ils devraient étudier l'histoire : ils y trouveraient des ancêtres, ils y puiseraient de profitables leçons; au XXe siècle comme au XVIIIe siècle, la bêtise humaine est sans limites, la crédulité populaire est sans bornes. Sottise et crédulité sont deux mines d'or inépuisables.

P. Desfosses.

LIVRES NOUVEAUX

Pierre Janet. — *Les obsessions et la psychasthénie.* 1 vol. (F. Alcan, édit. Paris. 1903).

Dans ce volumineux ouvrage, l'éminent professeur de psychologoie au Collège de France se propose de réunir sous le nom général de psychasthénie un certain nombre de troubles psychiques que l'on observe habituellement dans les névroses, tels que « les obsessions, les impulsions, les manies mentales, la folie du doute, les tics, les agitations, les phobies, les délires du contact, les angoisses, les neurasthénies, les sentiments bizarres d'étrangeté et de dépersonnalisation ».

La première partie est consacrée à l'exposé des symptômes. M. Janet passe en revue les principaux symptômes déjà connus, en y ajoutant d'importantes observations personnelles, et décrit un certain nombre de symptômes nouveaux, comme les « sentiments d'incomplétude », en accompagnant son récit de nombreux exemples de malades qui sont étudiés avec cette finesse d'analyse où il excelle.

La seconde partie contient des études générales sur l'abaissement de la tension psychologique, à propos desquelles est édifiée la conception tébréarique de la psychasthénie. Tous ces troubles psychiques, qui ont été considérés tantôt comme primitivement intellectuels, ou bien comme primitivement émotifs semblent à M. Janet relever de la psychasthénie, c'est-à-dire d'un abaissement de la « tension psychologique » des malades.

Je ne sais quel succès trouvera auprès des psychologues et des psychiatres cette conception qui est plutôt opposée aux opinions actuelles sur cette question. On remarquera toutefois que « la psychasthénie » de M. Janet représente un syndrome clinique assez voisin de la « Névrose d'angoisse » de Freud que j'ai décrite et personnellement adoptée et dont M. Janet nous fait l'honneur de discuter les conclusions. C'est donc en somme une tentative semblable à la nôtre, consistant à séparer de la neurasthénie et de l'hystérie un groupe de symptômes qui n'appartiennent pas en fait à ces névroses. Le remarquable livre de M. Janet contribue à faire la lumière dans ces questions encore obscures et à rapprocher la solution de ces complexes et délicats problèmes de psycho-pathologie ; nous nous en félicitons grandement et en recommandons la lecture à tous ceux que le sujet intéresse.

Un second volume, en collaboration avec M. le professeur Raymond, doit paraître prochainement et contiendra, les observations détaillées des cas cliniques cités en exemples dans le présent ouvrage.

P. Hartenberg.

Édouard Cuyer. — *La mimique*, 1 vol. in-18 jésus, avec figures (Paris, 1902, chez Octave Doin).

Sous le vocable de « mimique », on désigne communément le fait de traduire par les gestes appropriés une pensée déterminée ; il s'ensuit donc que la mimique est essentiellement un acte volontaire.

D'après M. Ed. Cuyer, cette définition demande à être élargie et il faut considérer la mimique « comme étant l'expression (volontaire ou involontaire), la traduction au dehors des actes psychiques ».

Il est incontestable, en effet, que, par le geste, les émotions et les sensations les plus diverses peuvent être exprimées. Mais, en tel état des choses, on conçoit sans peine qu'il soit de réel intérêt de connaître et d'étudier avec précision les moyens que l'individu emploie, volontairement ou non, pour exprimer les diverses émotions ou passions qui l'agitent.

Pour cette enquête qui intéresse à la fois le physiologiste, le psychologue et l'artiste, la méthode suivie par l'auteur consiste à examiner séparément quels sont les divers mouvements que le sujet peut exécuter, à chercher à quelles émotions chacun de ces mouvements correspond, puis à déterminer enfin comment sont réalisés, dans leur ensemble les mouvements provoqués, comment ils réagissent les uns sur les autres.

Dans ce but, procédant du simple au composé, M. Ed. Cuyer entreprend dès l'abord une étude particulière et isolée de chacun des muscles concourant à l'expression des mouvements ou des sensations, et il considère ensuite les associations des muscles, recherchant comment celles-ci se comportent à leur tour sous l'influence des excitations.

Et c'est seulement après avoir procédé à un tel examen pour toutes les régions, en partant de la face où sont surtout réunis les muscles agents de l'expression pour terminer par les orteils, que l'auteur enfin procède à un essai de synthèse des mouvements expressifs, et, prenant successivement les divers sentiments ou émotions, note pour chacun l'ensemble des réactions fonctionnelles qui le caractérisent.

Georges Vitoux.

LES VARIATIONS

DE L'ALCALINITÉ DU SANG

Par Marcel LABBÉ
Médecin des Hôpitaux
Chef de laboratoire de la Faculté.

Définition de l'alcalinité du sang. — Le sang est alcalin aux indicateurs colorés; la grandeur de son alcalinité varie dans les maladies. Cette double constatation, faite depuis longtemps, a suscité de nombreuses recherches. Déjà au XVIIe siècle Boë Sylvius avait fondé tout un système de pathologie sur les variations de l'alcalinité et de l'acidité des humeurs. Depuis le milieu du XIXe siècle, à la suite des tentatives de Cahen pour titrer l'alcalinité du sérum, des travaux abondants ont été publiés sur ce sujet, particulièrement à l'étranger.

Ces travaux ont fourni des renseignements intéressants, et il semble que, si l'on pouvait appliquer à la clinique les données de l'hémoalcalimétrie, on y puiserait des indications utiles pour le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique des maladies.

Avant d'exposer les résultats fournis par l'étude alcalimétrique du sang, il est nécessaire de définir clairement ce qu'on doit entendre par alcalinité du sang.

Le sang fait virer comme un alcali plus ou moins fort les indicateurs colorés usuels (tournesol, phtaléine du phénol, méthylorange, etc.).

Cette réaction n'est pas due aux bicarbonates alcalins du sang, comme on l'avait cru (Kraus), mais bien plutôt à ses phosphates monoacides alcalins et alcalino-terreux qui font virer au bleu le tournesol.

Si on met le sang en présence d'un excès d'acide fort, sa propriété d'influer sur les indicateurs colorés comme un alcali faible peut être annihilée. Il semble donc qu'on puisse mesurer par ce moyen la valeur de l'alcalinité du sang. Mais il ne s'agit pas là d'une véritable saturation; la nature des réactions chimiques qui se passent nous échappe à peu près complètement et le phénomène n'a ni lois connues ni limites précises.

On est étonné, en effet, de voir que l'alcalinité du sang, qui présente, dans les conditions physiologiques, une composition remarquablement constante, a été appréciée si différemment par les divers expérimentateurs.

Une des causes qui contribue à enlever toute rigueur à la mesure de la réaction du sang a été indiquée récemment par MM. A. Lumière, L. Lumière et Barbier. Ces auteurs ont montré l'influence que peuvent avoir sur la limite de la saturation par un acide les albuminoïdes dissous et l'urée, substances douées de propriétés réellement basiques, sans influence, au contraire, sur les indicateurs colorés, et qui, par suite, absorbent sans contrôle une quantité d'acide variable.

En réalité, au point de vue de ses fonctions chimiques, comme l'avaient déjà fait remarquer Setschenow, R. Maly et Lambling, le sang est acide à cause des sels acides, probablement les phosphates mono- et biacides qu'il contient.

Pour comprendre ce fait, en apparence paradoxal, il faut savoir qu'au point de vue chimique, alcalinité au tournesol et fonction chimique ne concordent pas toujours : une liqueur peut être alcaline aux indicateurs colorés, et acide en réalité, si elle contient des sels instables à excès d'acide, susceptibles de passer à la forme neutre par adjonction d'une certaine quantité de liqueur alcaline vraie (potasse ou soude caustique).

Tel est le cas du sang. Il contient des sels mono- ou biacides qui agissent sur les indicateurs colorés comme des alcalis faibles et qui peuvent passer à l'état de sels neutres si on les met en présence d'une quantité suffisante d'alcali.

Il serait donc plus exact de mesurer l'acidité vraie du sang; malheureusement on ne connaît pas jusqu'à présent de méthode d'indication colorée ne réagissant pas sous l'influence des sels neutres, comme les carbonates et les phosphates, et ne virant précisément qu'à l'apparition d'un excès d'alcali; ce qui rend impossible l'institution d'une méthode pratique de mesure.

Cependant l'étude de l'alcalinité du sang telle qu'elle a été pratiquée jusqu'à maintenant, bien qu'elle soulève de nombreuses et justes critiques au point de vue chimique, présente un véritable intérêt biologique, venant de ce que la plupart des expériences ont été faites dans les mêmes conditions ou dans des conditions très analogues, et que, par suite, sans connaître la loi qui peut présider à la saturation d'une liqueur aussi complexe, les résultats restent, dans une certaine mesure, comparables entre eux.

Les modifications qualitatives de l'alcalinité du sang dans les cas pathologiques paraissant se faire dans le même sens pour un même groupe d'affections et pour un même mode d'évolution morbide, cette étude permet d'établir quelques lois biologiques.

***

Technique du dosage de l'alcalinité. — Pour faire la recherche qualitative de l'alcalinité du sang, il suffit de faire tomber sur une feuille de papier de tournesol neutre, glacé et sensibilisé sur une seule face dit « papier des confiseurs », une goutte de sang, et de l'essuyer après quelques secondes avec un linge humide; le papier prend, au niveau de la goutte de sang, une teinte bleue plus ou moins marquée. Malheureusement, le procédé n'est pas assez sensible pour apprécier les variations de l'alcalinité du sang, qui oscille dans d'étroites limites.

Il faut donc recourir à une étude quantitative. Nous sommes en présence d'une multitude de méthodes de dosage, chaque auteur préconisant la sienne; nous venons de voir qu'il y avait des raisons générales qui viennent infirmer la valeur absolue de chacune de ces méthodes. Aussi exposerons-nous seulement les plus simples et celles qui ont paru donner les résultats les plus intéressants, sans revenir à nouveau sur la critique de chacune d'elles.

Toutes les méthodes reposent sur un même principe : saturer l'alcalinité apparente du sang par une solution acide titrée, et, d'après la quantité d'acide employée, calculer la valeur de cette alcalinité.

La nature de l'acide employé pour saturer l'alcalinité du sang varie avec chaque expérimentateur; on a utilisé : l'acide phosphorique (Zuntz), l'acide tartrique (Lassar, Lépine, Landois, Lowy), l'acide oxalique (Lépine, Drouin), l'acide acétique (Lépine et Martz), l'acide sulfurique (Rigler), l'acide chlorhydrique (Lumière).

Le dispositif choisi pour faire le mélange du sang et de l'acide est différent pour chaque auteur.

La quantité de sang nécessaire au titrage varie de quelques gouttes à plusieurs centimètres cubes; beaucoup de sang rend le procédé plus rigoureux, mais plus difficile à appliquer dans les conditions de la pratique ordinaire.

Le choix du réactif coloré indicateur de la réaction a une grande importance. Le tournesol est le plus souvent employé à l'état de teinture, ou de papier coloré. Malheureusement, le virage de la solution est lent et difficile à apprécier; le papier est peu sensible.

La phénolphtaléine ne peut être choisie à cause de sa couleur, qui se confond avec celle du sang dilué, et de sa sensibilité à l'acide carbonique du sang et de l'air. L'acide rosolique ou coralline jaune présente les mêmes inconvénients à un plus faible degré.

La méthode iodométrique offrirait, d'après A. Lumière, L. Lumière et Barbier, une sensibilité bien supérieure à toutes les autres.

De toutes les méthodes préconisées, nous n'en retiendrons que trois : celles de Drouin[1], de Rigler, de Lumière.

1° Drouin prépare : 1° une solution d'acide oxalique à 2,1 pour 1000; 2° une solution de sulfate de soude à 10 pour 1000.

Dans une rangée de dix godets, il verse, de droite à gauche, des quantités croissantes d'acide oxalique et décroissantes de sulfate de soude, de façon à avoir dans tous le même volume total :

Solut. d'acide oxalique . .	10 gttes.	9 gttes	. . . . . .	1 gtte.
Solut. de sulf. de soude. .	1 —	2 —	. . . . . .	10 —

Le sang, recueilli dans une solution de sulfate de soude pour empêcher la coagulation, est réparti également et en quantité connue dans les godets.

Chacun de ceux-ci, de la gauche vers la droite, est alors essayé avec du papier de tournesol neutre; dans le premier qui ne fait pas virer au rouge le tournesol, la quantité d'acide versé représente l'alcalinité du volume de sang déposé.

2° Rigler[2] verse une certaine quantité de sang dans un flacon contenant 10 centimètres cubes d'alcool absolu. Le mélange de l'alcool au sang ne modifie pas son alcalinité; la tare du flacon avant et après l'addition du sang donne exactement le poids de sang ajouté.

Dans l'alcool absolu, le sang coagule; on le laisse reposer une demi-heure, puis on verse 10 centimètres cubes d'eau distillée; on agite et on laisse encore reposer une demi-heure. Dans ces conditions, le sang communique à l'alcool dilué une réaction alcaline.

On verse alors goutte à goutte, avec une burette de Mohr, une solution d'acide sulfurique titrée à 50 pour 1000; après chaque goutte, on essaye la réaction avec du papier de tournesol laqué rouge; lorsque le papier ne bleuit plus, c'est que la solution alcoolique

1. DROUIN. — « Hémoalcalimétrie ». *Thèse*, Paris, 1892.
2. RIGLER. — « Das Schwanken der Alkalicität der Gesamtblutes und des Blutserums bei verschiedenen gesunden und kranken Zuständen ». *Centralblatt für Bakteriologie*, 1901, 13 Décembre, T. XXX, n° 22.

est neutralisée. Il est facile, d'après la quantité de solution acide employée, de déduire la valeur de l'alcalinité du sang essayé.

3º Dans le procédé de Lumière[1], basé sur l'iodométrie, on prépare les solutions suivantes :

A. { Iodure de potassium. . 50 grammes.
Iodate de potassium. . 13 —
Eau. . . . . 500 — }

B. HCl à 1/8 normal (2 gr. 92 par litre).

C. Hyposulfite de soude à 1 gr. 5 par litre.

D. NaCl à 30 pour 100.

On introduit dans un ballon jaugé de 35 centimètres cubes et bouché à l'émeri 5 centimètres cubes de la liqueur acide B. On tare le ballon et on y ajoute 20 à 30 gouttes de sang. On pèse de nouveau et on calcule quel volume de liqueur acide il faut ajouter pour avoir exactement 5 centimètres cubes de liqueur acide par gramme de sang. On ajoute ce volume supplémentaire d'acide qu'on a calculé et on complète jusqu'au trait de jauge avec la solution salée D. On agite le ballon et on l'abandonne une heure.

D'autre part, on prépare un ballon témoin avec 5 centimètres cubes de liqueur acide et 30 centimètres cubes de solution salée.

On filtre alors le premier ballon et on prélève 10 centimètres cubes de la liqueur filtrée que l'on place dans un flacon de 50 centimètres cubes en présence de 2 centimètres cubes de liqueur iodure-iodate A. On effectue la même opération avec le ballon témoin. On titre alors, avec la liqueur d'hyposulfite C et l'empois d'amidon comme indicateur, les deux flacons ainsi préparés, et à l'aide des deux chiffres obtenus, on calcule quelle est la quantité d'acide qui a disparu dans la neutralisation du sang.

Tel est, en résumé, le procédé de Lumière. Il est nécessaire, pour en bien comprendre la pratique assez compliquée, de se rapporter à l'exemple détaillé décrit par les auteurs et qu'il serait trop long de rapporter ici.

Cette dernière méthode paraît être plus délicate et plus exacte que les autres. A condition de n'apporter aucune modification à la technique et de se servir toujours de la même solution acide, la limite des erreurs est très peu étendue et on obtient des résultats qui peuvent, d'après les auteurs, être légitimement comparés.

*
* *

Variations de l'alcalinité dans les conditions physiologiques. — Le sang est alcalin à l'état normal.

Le nombre de milligrammes de soude qui représente l'alcalinité de 100 centimètres cubes de sang est, suivant Rumpf et Landois, de 182 à 218 milligrammes; suivant Lépine, de 203 à 276 milligrammes; suivant Berend, de 450 à 500 milligrammes; suivant Tauszk, de 700 à 800 milligrammes.

De ces variations très considérables il résulte que les chiffres absolus ne sont comparables entre eux qu'à condition d'être obtenus par le même procédé. Cependant les résultats généraux obtenus par les différents expérimentateurs concordent à peu près.

Chez les individus sains l'alcalinité du sang oscille dans d'étroites limites.

1. A. Lumière, L. Lumière et Barbier. — « Titrage de l'alcalinité du sang ». *Archives de médecine expérimentale*, 1901, Novembre.

Elle n'est pas la même aux différents âges. Berend et Preisich[1] ont vu que, très forte au moment de la naissance et pendant le cours de la première année, elle baisse ensuite très rapidement, atteint son minimum entre un et trois ans, puis se relève, pour atteindre vers l'âge de seize ans le même taux que chez les adultes. Chez les vieillards, elle s'abaisse de nouveau.

L'alcalinité du sang augmente un peu durant le cours de la digestion. Le jeûne fait, au contraire, suivant la plupart des auteurs, baisser l'alcalinité du sang. Cette hyperalcalinité digestive concorde avec celle de l'urine et s'explique par la spoliation des principes acides nécessaires à la sécrétion du suc gastrique.

Elle diminue après un exercice violent, dans l'état de fatigue (Tauzk, Burckardt), ce qui est peut-être en rapport avec la production exagérée d'acide lactique dans les muscles. Burckardt et Minkowski, en tétanisant des animaux par la strychnine, ont produit une diminution de l'alcalinité du sang.

L'alcalinité du sang total est toujours plus élevée que celle du sérum à l'état physiologique et même à l'état pathologique; cela peut être dû à ce que, dans l'alcalinité du sang total, interviennent les albuminoïdes des globules blancs et des globules rouges dont la fonction est basique.

L'alcalinité du sang frais va en diminuant rapidement jusqu'au moment de la coagulation. Elle ne varie plus dans le sérum. Zuntz a vu l'alcalinité de 100 grammes de sang frais tomber en deux minutes de 330 à 170 milligrammes de soude.

Le sang artériel est un peu plus alcalin que le sang veineux, mais la différence est faible; elle est de moins de 1/5 (Garel et Canard).

L'alcalinité du sang varie dans la série animale; les différents vertébrés énumérés d'après l'ordre de l'alcalinité croissante du sérum se trouvent groupés en classes qui correspondent à leurs affinités zoologiques; l'alcalinité a son maximum chez les oiseaux; dans son ensemble elle paraît augmenter en même temps que l'activité respiratoire. Ce fait concorde avec les données de la chimie, qui nous montre les oxydations organiques favorisées par l'alcalinité.

Par une méthode détournée, Mylius est arrivé à comparer la réaction alcaline des divers éléments histologiques du sang : les noyaux des leucocytes sont neutres ou acides, le protoplasma des leucocytes et surtout celui des lymphocytes est alcalin; les plaquettes sanguines sont fortement alcalines; les globules rouges sont neutres ou acides; le plasma et surtout la fibrine sont alcalins.

Ces résultats concordent avec ce que nous indiquent les réactions chromatiques habituelles du sang.

*
* *

Modifications de l'alcalinité par les agents thérapeutiques. — Les médications sont-elles capables de faire varier la réaction du sang? On conçoit quelle importance cela pourrait avoir pour l'appréciation des effets thérapeutiques produits par une cure thermale alcaline comme la cure de Vichy, quel intérêt il y aurait à pouvoir augmenter ou diminuer à volonté l'alcalinité du sang troublée dans les maladies, en particulier dans celles qui peuvent être attribuées à une intoxication acide, comme le coma diabétique.

1. Berend et Preisich. — *Magyar Orvosi Archivum*, 1895.

Malheureusement, jusqu'ici nous possédons peu de données précises sur ce sujet.

On sait seulement que l'absorption d'eaux alcalines, de bicarbonate de soude ou de salicylate de soude (Lépine[1]) augmente l'alcalinité du sang. Les modifications obtenues par ce moyen sont minimes et passagères. Charon et Briche ont essayé dans un but thérapeutique d'augmenter l'alcalinité du sang des épileptiques par des injections sous-cutanées répétées de solutions alcalines; ils n'ont obtenu ainsi qu'une augmentation fugace de l'alcalinité, qui disparaît au bout d'une heure.

Ces expériences nous montrent combien était peu fondée l'opinion qui accusait le traitement prolongé par les alcalins de provoquer de l'anémie et de mener à la cachexie.

Certains auteurs ont observé la diminution de l'alcalinité du sang après absorption d'acides dilués, de limonades acides (Lassar[2]). Mais cette modification paraît être bien faible et même douteuse, car plusieurs expérimentateurs n'ont pu l'obtenir. Hoffmann a montré que l'alcalinité du sang persistait chez les carnivores quel que soit le genre de nourriture auquel on les soumet. Walter[3], Hutchinson, Göthgens[4] n'ont jamais pu arriver à rendre acide le sang des animaux, malgré l'ingestion d'acides abondants.

Le sang paraît conserver à l'état normal son alcalinité, et résister énergiquement aux causes capables de la modifier. Ce n'est que dans les conditions pathologiques que le mécanisme régulateur devient insuffisant à maintenir l'équilibre de réaction du sang.

*
* *

Modifications de l'alcalinité dans les états pathologiques. — Les modifications de l'alcalinité du sang dans les états pathologiques ont été étudiées expérimentalement chez les animaux et cliniquement chez l'homme.

Fodor[5] établit d'abord que le sang des animaux alcalinisés avec du carbonate de soude ou de potasse se montre plus fortement bactéricide *in vitro* que le sang des animaux non traités; cette augmentation du pouvoir bactéricide est sans doute cause que les animaux alcalinisés sont plus résistants à l'infection charbonneuse. Behring[6] attribue à la forte alcalinité du sang des rats blancs l'immunité naturelle de ces animaux à l'égard du charbon.

Roux et Nocard, Arloing, Cornevin et Thomas[7] accordent aussi une grande importance à l'alcalinité du sang dans la résistance à l'infection.

Par contre, l'alcoolisme, la fatigue, qui diminuent la résistance à l'infection ont aussi pour action de diminuer l'alcalinité du sang (Zagari[8]).

Calabrese[9] voit augmenter l'alcalinité du sang des animaux qu'il immunise contre le

1. Lépine. — *Semaine médicale*, 1897, 3 Mai.
2. Lassar. — *Pflügers' Archiv*, 1874, T. IX, p. 44.
3. Walter. — *Arch. f. exp. Path.*, 1877, T. VII, p. 149.
4. Gœthgens. — *Med. Centralbl.*, 1872, p. 833.
5. Fodor. — *Deutsche med. Woch.*, 1887.
6. Behring. — *Centralbl. f. klin. Med.*, 1888, nº 36.
7. Cornevin et Thomas. — « Le charbon symptomatique du bœuf ». Leipzig, 1865.
8. Zagari. — *Giorn. intern. dell scienze medic.*, 1892.
9. Calabrèse. — *Ibidem*.

charbon et la diphtérie ou qu'il traite par l'antitoxine.

Fodor [1] conclut de ses expériences que les animaux réagissent à l'infection, par une légère augmentation de l'alcalinité du sang à laquelle fait suite bientôt une diminution plus ou moins considérable. Si l'infection est mortelle, l'alcalinité baisse progressivement jusqu'à la mort; si elle est curable, l'alcalinité ne baisse que légèrement et bientôt on la voit, au contraire, remonter et devenir plus élevée même qu'avant l'infection.

Cantani [2] voit que chez les animaux traités par l'antitoxine diphtérique, l'alcalinité augmente pour revenir à la normale au bout de trois jours; si on injecte aux animaux ainsi immunisés une dose mortelle de toxine, elle ne fait pas baisser l'alcalinité comme cela a lieu quand on injecte la toxine seule.

Fodor et Rigler [3], expérimentant avec le vaccin du charbon, du rouget du porc, avec l'antitoxine diphtérique, et l'antitoxine tuberculeuse de Maragliano, ont établi que tandis que les microbes et toxines diminuent constamment et progressivement jusqu'à la mort l'alcalinité du sang, les vaccins et les antitoxines l'augmentent au contraire.

Rigler [4] étudie la courbe de l'alcalinité chez les animaux intoxiqués avec des substances chimiques organiques ou inorganiques, comme le phosphore, le chlorate de potasse, l'acide picrique, l'acide gallique, la pilocarpine, l'atropine, et constate que ces toxiques produisent le même effet que les toxines microbiennes et font baisser l'alcalinité du sang. Il reprend les expériences sur les antitoxines et les vaccins et constate que les antitoxines produisent une augmentation rapide, considérable, mais passagère de l'alcalinité, tandis que les vaccins produisent une augmentation plus lente et plus durable.

Les observations faites au cours des maladies infectieuses chez l'homme concordent avec les résultats expérimentaux.

Jaksch [5] Kraus [6], Peiper [7] Rumpf [8], Lépine, Dessèvres, et la majorité des auteurs ont noté la diminution de l'alcalinité du sang chez les sujets atteints de maladies fébriles.

Seuls les résultats de Löwy [9], de Limbeck et Steindler [10], de Strauss, sont discordants. Pour eux, l'alcalinité du sang augmenterait ou varierait sans règle précise dans les maladies fébriles.

Pour la majorité des auteurs, l'alcalinité du sang diminue chez les *pneumoniques*, chez les *érysipélateux*, chez les sujets atteints de *pleurésie sérofibrineuse aiguë*, chez les cholériques.

Dans la *fièvre typhoïde*, l'alcalinité s'élève parfois légèrement au début de la maladie, mais elle subit dans la suite une diminution progressive. Dans les *fièvres éruptives*, l'hémoalcalinité augmenterait au début, pour diminuer ensuite suivant Dessèvres. Berend et Preisich ont vu, dans la scarlatine, la rougeole et la diphtérie, l'alcalinité du sang diminuer fortement, pour remonter au moment de la convalescence et dépasser même le titre normal.

Les opinions des auteurs sur la réaction du sang dans le *rhumatisme articulaire aigu* sont très discordantes, ce qui s'explique sans doute en partie parce que tous n'ont pas tenu compte de l'action du traitement par le salicylate de soude.

L'hémoalcalinité serait augmentée dans les *septicémies*, suivant Strauss, Dessèvres.

L'appréciation est plus difficile encore au cours des maladies chroniques.

Dans la *tuberculose pulmonaire*, à la période de début, les résultats varient suivant les auteurs; à la période des cavernes, on admet en général une diminution de l'alcalinité; cette diminution progresse avec la cachexie.

Dans la *malaria*, l'alcalinité est diminuée suivant Drouin.

Chez les *cancéreux*, l'hémoalcalinité est diminuée pour la plupart des auteurs. Elle serait augmentée suivant Karfunkel, variable suivant Strauss.

Chez les *diabétiques*, Mialhe avait signalé l'acidité du sang. Presque tous les auteurs qui ont étudié cette question, admettent que l'alcalinité est diminuée; Lépine a montré que la diminution était surtout marquée dans le coma diabétique, ce qui concorde avec l'opinion de la majorité des auteurs qui attribuent cet accident à une intoxication acide. On connaissait déjà les bons effets de la médication alcaline sur certains diabètes; on a cherché à traiter le coma diabétique par les alcalins à haute dose. Lépine a fait des injections intraveineuses de chlorure de sodium et de bicarbonate de soude et obtenu par ce moyen une rémission temporaire dans le coma.

Chez les *goutteux*, certains auteurs ont trouvé le sang moins alcalin qu'à l'état normal. Au contraire, Magnus Levy a constaté que l'alcalinité du sang n'était pas diminuée pendant les accès de goutte et que l'acide urique n'y était pas en excès. Ces résultats contradictoires, comparables à ceux que donne la recherche de l'acide urique dans le sang et les urines des goutteux, montrent que la pathogénie de la goutte est un problème complexe. D'ailleurs il ne faut pas oublier que l'acide urique existe dans le sang à l'état d'urate de soude, et que, dans le titrage de l'alcalinité, il n'intervient point comme un acide, mais comme un sel neutre.

Dans les *affections des voies digestives*, lorsque le contenu acide de l'estomac est éliminé par des vomissements ou par des lavages, l'hémoalcalinité est augmentée.

Les *intoxications* par certaines substances qui ne jouissent pas par elles-mêmes de propriétés acides abaissent l'alcalinité du sang. Il en est ainsi dans l'empoisonnement lent par le fer et le manganèse, par l'arsenic, l'iode, le mercure, le nitrite de sodium, l'oxalate de soude, la toluylène diamine, l'hydrogène arsénié, le pyrogallol, etc. Krauss attribue dans ces cas l'hypoalcalinité à la destruction des globules par les agents toxiques et aux produits acides de la globulolyse.

L'alcalinité du sang a été recherchée encore dans *divers états pathologiques* de l'homme. On l'a trouvée généralement diminuée dans les néphrites, l'urémie, les affections hépatiques, l'ictère (de Renzi et Marotta), l'ictère grave (Drouin), les cachexies, la maladie bronzée d'Addison, les leucémies, les anémies.

L'alcalinité peut être très diminuée, mais jamais elle n'est remplacée par une réaction acide du sang. Les seuls auteurs qui ont observé la réaction acide du sang ou du sérum (Miahle, Lenoble, de Renzi et Marotta) n'ont pas étudié l'alcalinité en saturant le sang par des acides, mais ils ont apprécié la réaction du sang directement à l'aide du papier de tournesol; aussi sont-ils arrivés à des résultats qui ne concordent pas avec ceux des autres observateurs.

* * *

Valeur théorique et pratique de l'étude de la réaction sanguine. — Quelques conclusions se dégagent, au point de vue théorique et au point de vue pratique, de cette étude sur l'alcalinité du sang et ses variations dans les maladies.

Théoriquement, si nous laissons de côté les maladies dites de la nutrition, comme la goutte, les diabètes, dont la pathogénie trop complexe nous échappe encore, et si nous nous bornons à considérer les maladies infectieuses et les intoxications bien définies, nous voyons qu'il existe un rapport entre la réaction du sang et la résistance de l'organisme.

Les résultats de l'observation chez l'homme concordent avec ceux de l'expérimentation chez l'animal.

Les infections et les intoxications aiguës diminuent l'alcalinité du sang, d'une façon passagère si l'infection ou l'intoxication est curable, d'une façon progressive si elle est mortelle. Les infections chroniques aboutissant à la cachexie abaissent l'alcalinité d'une façon progressive.

Sans pouvoir affirmer que la réaction alcaline du sang constitue un processus de défense contre l'infection et l'intoxication, on est amené à constater un rapport entre l'alcalinité du sang et l'état d'immunité. Que l'immunité s'établisse à la suite d'une infection ou qu'elle soit produite artificiellement par l'inoculation d'antitoxine ou de vaccin, elle est accompagnée d'une augmentation de l'alcalinité du sang.

Pourquoi l'alcalinité du sang est-elle en rapport avec l'immunité ? Ce n'est point comme on aurait pu le croire, parce que l'alcalinité augmente directement le pouvoir bactéricide du sang, car il n'y a pas de corrélation entre l'état bactéricide des tumeurs et l'état d'immunité.

Est-ce parce que l'alcalinité du sang est elle-même en rapport avec la leucocytose qui représente un des principaux processus défensifs de l'organisme ?

L'hyperleucocytose qui se produit dans les maladies infectieuses auxquelles l'organisme résiste pourrait expliquer l'augmentation de l'alcalinité, le sang devenant plus riche en albuminoïdes capables de saturer les acides employés pour le titrage. Au contraire, l'hypoleucytose des infections mortelles expliquerait la diminution des bases du sang.

Certains auteurs ont cherché à démontrer expérimentalement un rapport entre l'alcalinité du sang et la leucocytose. Löwy et Richter [1]

1. Fodor. — *Centralblatt f. Bakteriologie*, Bd XVII, n° 7.
2. Cantani. — *Centralblatt f. Bakteriologie*, 1896, Bd XX, n° 16.
3. Fodor et Rigler. — *Centralblatt f. Bakteriologie*, 1897, Bd XXI, n° 4.
4. Rigler. — *Centralblatt f. Bakteriologie*, 1901, 18 Décembre.
5. Jaksch. — *Zeitschr. f. f. klin. Med.*, Bd XIII.
6. Kraus. — *Zeitschr. f. Heilkunde*, Bd X.
7. Peiper. — *Virchows Archiv*, Bd CXVI.
8. Rumpf. — *Centralblatt f. klin. Med.*, 1891.
9. Lœwy. — *Centralbl. f. med. Wissenschaft*, 1894.
10. Limbeck et Steindler. — *Centralbl f. klin. Med.*, 1895, n° 27.

1. Lœwy et Richter. — *Deutsch med. Woch.*, 1895, n° 33.

avaient constaté que l'hypoleucocytose provoquée par l'injection de certaines substances dans le sang s'accompagnait d'une augmentation de l'alcalinité, tandis qu'à l'hyperleucocytose correspondait une diminution de l'alcalinité du sang; ils expliquaient ce fait par la destruction des globules blancs qui mettait en liberté des substances alcalines dont la présence dans le sang modifierait sa réaction.

Caro[1] a fait la critique de cette opinion en montrant que les injections de spermine, de tuberculine, de pilocarpine, qui provoquent une hyperleucocytose, ne modifient pourtant que fort peu la réaction du sang, et que, chez l'homme, il n'y a aucun rapport entre le nombre des globules blancs et l'alcalinité du sang.

Ce n'est donc pas à la leucocytose qu'il faut attribuer les variations du pouvoir alcalin du sang dans les maladies. Il est probable que ces variations tiennent en grande partie à la quantité des sels alcalins du plasma, à la manière dont se font les réactions chimiques dans l'organisme et l'élimination des sels au cours des états infectieux.

Dans les états pathologiques comme la goutte, le diabète, l'arthritisme, encore très mal connus au point de vue pathogénique, mais qui tiennent surtout, ainsi que M. Bouchard l'a établi, à des modifications survenues dans les mutations organiques et à des troubles de la nutrition générale, il semble que l'étude des réactions chimiques du sang devrait avoir une grande importance; comparée à celle de l'urine, cette étude permettrait d'apprécier l'élimination des substances salines qui, comme les phosphates, les carbonates, les urates, paraissent jouer un grand rôle dans les phénomènes d'assimilation et de désassimilation. On pourrait par cette étude comparative, mieux que par l'étude seule de l'urine, apprécier s'il y a élimination exagérée ou, au contraire, rétention de ces matières salines. En un mot, on aurait là un excellent moyen de voir comment s'effectue la nutrition et de caractériser des diathèses par excès ou insuffisance d'élimination, par hyperacidité ou hypoacidité.

Quand on considère la constance de la réaction alcaline du sang à l'état physiologique, la rapidité avec laquelle le taux normal de l'alcalinité se rétablit après qu'on l'a modifié artificiellement, on conçoit l'importance des altérations persistantes de l'alcalinité du sang.

Si la modification passagère de l'alcalinité est en rapport avec une infection ou une intoxication aiguë, la modification persistante traduit un véritable état diathésique qu'il y aurait tout intérêt à préciser, afin de pouvoir le combattre par les moyens appropriés.

Pratiquement, le dosage de l'alcalinité du sang peut-il donner des renseignements utilisables pour le diagnostic et le pronostic des maladies?

A ne considérer que les maladies infectieuses, il semble que le rapport constaté entre la résistance à l'infection et l'alcalinité du sang puisse permettre de fonder un pronostic sur l'hémoalcalinité.

Si cette méthode est légitime, elle n'est ni assez sensible ni assez simple pour entrer dans la pratique; de même que plusieurs autres méthodes hématoscopiques imaginées dans ces derniers temps, comme l'étude du réseau fibrineux, l'étude des ferments du sang, elle ne possède pas assez de rigueur pour qu'elle doive primer et faire oublier les règles cliniques du pronostic; la difficulté d'interpréter les résultats, la complication de la technique en font une méthode de laboratoire et non une méthode clinique.

Dans les maladies de la nutrition, dans les diathèses, l'étude de l'alcalinité serait sans doute très intéressante pour caractériser l'état diathésique et pour diriger le traitement. Malheureusement cette étude est encore complètement à faire, et la méthode encore à trouver. Ce n'est qu'en perfectionnant la technique qu'on pourra avoir des résultats, et en la simplifiant qu'on pourra utiliser ces résultats dans la pratique de la médecine.

Alors seulement l'étude de l'alcalinité du sang permettra de fonder une thérapeutique nouvelle, applicable non seulement au coma diabétique, mais à tous les états diathésiques caractérisés par l'hypoacidité ou l'hyperacidité des humeurs de l'organisme.

1. Caro. — *Zeit. f. klin. med.*, 1896.

INSTALLATIONS ÉLECTRO-MÉDICALES

A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

DE CLERMONT-FERRAND

Actuellement, nous empruntons le courant électrique à l'usine des tramways de Clermont-Ferrand. Comme, d'une part, ce mode d'utilisation n'avait jamais été réalisé avant nous, et que, d'autre part, les nombreuses restrictions apportées en France au développement de l'industrie électrique peuvent créer dans d'autres villes des conditions économiques anormales, nous décrirons avec quelques détails cette installation.

A Clermont-Ferrand, l'éclairage public et privé est le monopole d'une compagnie qui exploite une usine à gaz et une usine électrique. Cette dernière n'a été installée que tardivement, uniquement pour satisfaire aux exigences d'une clientèle spéciale : cercles, cafés, théâtre, non pour la clientèle privée; en effet, la distribution est intermittente, elle commence à la tombée de la nuit pour cesser à 1 heure du matin.

La canalisation est aérienne, à haute tension, 2.400 volts courant alternatif, monophasé à 42 cycles. Un transformateur placé chez l'abonné réduit le potentiel à 110 volts.

Cet ensemble de conditions présente, au point de vue de l'utilisation médicale, une impossibilité matérielle absolue : l'arrêt de l'usine pendant la journée. Enfin, dans le cas d'une distribution continue à courant alternatif, nous aurions eu à prévoir l'installation d'une machine commutatrice, afin de transformer le courant alternatif en courant continu. Dans l'état actuel de notre appareillage électrique, cette transformation est nécessaire. On peut en voir des exemples à Paris dans le service de M. Brocq à l'hôpital Broca, dans la maison de santé dermatologique de M. Leredde, dans celle du chirurgien Doyen, etc.

Une telle installation est coûteuse et nécessite une surveillance particulière.

Avec le courant du tramway continu, 550 volts, nous avions la distribution permanente dans la journée; il ne nous restait à résoudre que le problème de l'abaissement de tension. Comme il ne s'agissait pas d'éclairage, il fut possible d'obtenir des pouvoirs publics l'autorisation de détourner une partie d'énergie fixée à un maximum de 10 ampères 550 volts. Quoique la Compagnie du tramway consentît volontiers à céder ainsi à un prix avantageux à la fois pour elle et pour nous l'excédent de son énergie, quoique la Compagnie d'éclairage ne fit aucune opposition au projet, il fallut encore faire établir une enquête de la part du service des ponts et chaussées chargé de la surveillance de l'exploitation de la traction électrique.

Après une attente qui dura quatre mois, nous eûmes enfin à notre disposition le courant électrique. L'installation que nous avions trouvée à notre arrivée à Clermont était semblable à toutes les petites installations particulières; elle comprenait un moteur à gaz, une dynamo et une batterie d'accumulateurs. Cette installation présentait l'inconvénient de manquer d'homogénéité; les différentes pièces étant de provenance diverse, il en résultait que l'on ne pouvait charger la batterie en une seule fois, la dynamo étant du type 55 volts 25 ampères, et la batterie comprenant 36 éléments. Il en résultait une manipulation longue et fastidieuse; en réalité, on ne parvenait à utiliser cette installation qu'au prix de beaucoup de temps et d'ennuis, le laboratoire de physique ne disposant pas d'un personnel particulièrement affecté à cette manœuvre.

De l'ancienne disposition, nous avons pu utiliser la batterie d'accumulateurs. Un rhéostat de 50 ohms 10 ampères, susceptible de graduation, nous permet de charger la batterie au régime de 10 ampères, en utilisant le courant direct. Cette disposition est peut-être peu économique, puisque l'on consent à perdre dans le rhéostat, sous forme de chaleur, 80 pour 100 de l'énergie consommée; elle a cependant l'avantage de supprimer tout intermédiaire mécanique, en un mot d'être d'une simplicité parfaite. J'ajouterai que le prix consenti étant de 0 fr. 20 centimes le kilowatt-heure, la consommation annuelle totale des différents services de l'Ecole de médecine, amphithéâtre, laboratoire de chimie, de physiologie, ne dépasse pas 300 francs, ce qui nous dispense, du moins nous le croyons, de rechercher un rendement industriel plus avantageux au moyen d'une installation spéciale, électromécanique. La batterie d'accumulateurs pouvant ainsi être chargée par le simple jeu d'un commutateur, nous avons fait établir une double canalisation permettant de distribuer partout l'électricité avec une échelle de tensions assez variée : 6 fils permettent de mettre en circuit à volonté 18 volts, 36 volts, 72 volts, 550 volts. Chaque chef de service possède un petit tableau de distribution très simple, qui lui permet de faire avec sécurité toutes les applications ou toutes les expériences de cours classiques.

Les bobines de Rumhkhorff destinées à la radiographie, à la production des courants de haute fréquence, à la radiothérapie sont actionnées par la ligne de basse tension 18 volts.

La dynamo réceptrice qui sert à mettre en mouvement la machine statique est montée sur le circuit à 36 volts.

L'appareil Lortet et Genoud, qui nous sert à la photothérapie du lupus et de quelques dermatoses, est alimenté par le circuit à 72 volts.

Le même circuit alimente encore la lanterne à projection disposée dans l'amphithéâtre de l'Ecole, le moteur situé dans la salle des travaux pratiques de physique et de chimie.

Enfin, nous utilisons le courant de haute tension direct pour alimenter de petites chaufferettes électriques en fonte émaillée destinées à dessécher les supports isolants de la table d'électricité statique.

Nous regrettons de n'avoir pu monter directement tous nos appareils sur le courant de haute tension. Nous avons, avant tout, cherché l'économie d'installation première, et l'utilisation des appareils existant.

Je crois cependant qu'au fur et à mesure des besoins nouveaux, il faudra, autant que possible, avoir recours à ce mode d'utilisation. L'industrie nous livre aujourd'hui, sous forme de plaques de fonte émaillée, des rhéostats robustes et peu

encombrants. Les lampes à arc, par exemple, fonctionnent bien dans ces conditions; les bobines de Rumhkhorff peuvent également être excitées de cette façon, à la condition de les monter en dérivation sur une résistance fixe. Enfin les électro-cautères, qui exigent un courant de très-basse tension, peuvent être alimentés par un petit transformateur à fil primaire très fin sur lequel on dispose un interrupteur de Wenhelt. De cette façon, on pourrait supprimer définitivement la batterie d'accumulateurs qui réclame une certaine surveillance, dont le prix d'achat est élevé et, par conséquent, représente une dépense d'amortissement et d'entretien trop importante puisqu'elle devient inutile.

En disposant dans le circuit de charge les différents appareils dans l'ordre que nous avons adopté, on voit que l'on peut utiliser le courant des accumulateurs, même pendant la charge, sans aucun danger. La disposition inverse (fil du tramway, accumulateurs, rhéostat, sol), ne permettrait pas, dans ces conditions, d'utiliser le courant secondaire avec sécurité; l'opérateur étant lui-même au sol, il aurait à manipuler des appareils dont les parties non isolées seraient au potentiel de 500 volts environ.

Cette précaution prise, on voit que l'utilisation d'un courant de haute tension ne présente guère aujourd'hui de difficultés pour les adaptations médicales. Nous n'avons jamais eu à constater le plus léger accident. Ceci peut encore avoir un certain intérêt si l'on réfléchit que les tendances actuelles de l'industrie électrique sont d'élever la tension du courant autant que possible par raison d'économie et par conséquent de bon marché. Les canalisations de lumière à 220 volts sont aujourd'hui courantes, et l'on ne voit pas d'impossibilité matérielle à adopter la tension de 500 volts pour la distribution de la lumière à domicile. Toutes ces raisons permettent de penser que notre tentative ne restera pas isolée.

MALLY
Professeur de Physique.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE

VIe SESSION

Tenu à Grenoble du 29 Septembre au 4 Octobre 1902.

Pittoresquement située au confluent du Drac et de l'Isère, au milieu d'un décor prestigieux de rochers abrupts ou de pentes boisées, dont les Alpes couvertes de neiges forment le fond, Grenoble aligne ses maisons et semble dormir placide sous la protection de ses remparts et de ses forts.

C'est là que se réunit aujourd'hui le Congrès d'hydrologie. Comme à Clermont-Ferrand, comme ensuite à Liége, les médecins ont répondu, très nombreux, des stations thermales françaises et étrangères.

Le Congrès s'est ouvert à l'Hôtel de Ville, sous la présidence de M. Albert Robin, par un discours du maire de Grenoble auquel succéda le préfet de l'Isère qui souhaita la bienvenue aux membres de l'assemblée.

M. Robin prend ensuite la parole. Après avoir constaté les progrès de l'hydrologie sous l'influence de l'orientation nouvelle du néo-vitalisme médical, il montre :

« Qu'à côté des indications maîtresses, laborieusement édifiées par le sens clinique et l'observation de nos devanciers, la chimie biologique a créé, pour ainsi dire *a priori*, des indications nouvelles que l'expérience a toujours ratifiées, ouvrant ainsi à la médecine thermale des horizons inattendus et donnant à ses procédés un caractère de précision et même de certitude que la thérapeutique générale est loin de posséder encore.

« La dynamisation de l'eau minérale est le meilleur moyen dont nous puissions disposer pour impressionner les déviations du dynamisme vital. »

Puis l'orateur constate que le Congrès actuel ne le cède en rien à ses devanciers, car il réunit 250 congressistes. Il espère donc que plus la science hydrologique se développera, plus grand sera l'essor des stations hydrominérales ; mais il y a un écueil qu'il faut signaler: c'est le défaut, que l'on a trop aujourd'hui, de transformer les villes d'eaux en villes de fêtes où l'on accumule les attractions malsaines qui retiennent les oisifs et tendent trop souvent à éloigner les vrais malades. Il est temps de faire une croisade contre cet état de choses : les villes d'eaux devant être uniquement des endroits où l'on vient rétablir sa santé, la prescription médicale doit y régner en maîtresse prudente et éclairée.

Puis M. Robin termine son discours par un éloge de MM. Gubler et Max Durand-Fardel qui doivent être considérés comme les initiateurs de l'hydrologie française.

M. Fernand Berlioz (de Grenoble), secrétaire général, donne l'énumération des délégués des gouvernements étrangers et des sociétés savantes ; il leur souhaite la bienvenue et trace la ligne des travaux du Congrès.

M. Francken (de Scheveningen) répond au nom des délégués étrangers.

Au Congrès se trouve jointe une Exposition où toutes les compagnies fermières importantes ont exposé les plans et les photographies de leurs établissements; très remarquées, les photographies du Sanatorium populaire de Bligny et les vues panoramiques de Leysin.

(29 Septembre, après-midi).

La séance s'est ouverte à l'École de médecine, par les discours de *MM. Bordier*, directeur de l'École, et *Boirac*, recteur de l'Université.

Puis la parole est donnée à *M. Garrigou* (de Toulouse), qui lit son rapport sur l'**Importance de l'analyse chimique complète des eaux minérales au point de vue des matières minérales et organiques pour éclairer la médecine thermale.**

Variations des échanges respiratoires sous l'influence de l'altitude, de la lumière, du chaud et du froid. — *M. A. Robin* (de Paris) et *M. Binet* (de Saint-Honoré-les-Bains).

1° *Altitude.* — La dépression barométrique ralentit immédiatement les échanges respiratoires, mais, après une période d'accoutumance, ceux-ci, malgré la moindre proportion d'oxygène, mais grâce à la ventilation pulmonaire plus active, reviennent vite à la normale et la dépassent même quelquefois. L'intensité de lumière, plus riche en rayons ultra-violets, l'abaissement de la température et les variations brusques de celles-ci sont encore des causes de stimulation des échanges, ainsi que la suractivité des fonctions digestives.

2° *Température.* — Le froid accentue les échanges gazeux, la chaleur les modère. Le refroidissement de la surface cutanée par l'air ambiant accentue les échanges respiratoires; l'impression d'une température humide, élevée (45°), pendant une demi-heure modère les échanges respiratoires; le même effet est obtenu par l'étuve sèche à 56° pendant quarante minutes. Les variations brusques thermiques augmentent beaucoup l'activité de la température sur les échanges gazeux.

Conclusions thérapeutiques. — Il est nécessaire de pratiquer l'examen du chimisme respiratoire avant de prendre une décision sur le choix d'une cure d'altitude; il faut répéter cette analyse après huit jours de séjour pour étudier le chimisme respiratoire qui n'est pas toujours influencé de la même façon chez tous les sujets.

Le climat d'altitude est en général stimulant des échanges respiratoires et convient aux malades dont les échanges sont en diminution (arthritiques, dyspeptiques, convalescents, chlorotiques, anémiques, neurasthéniques); il convient aussi à beaucoup de phtisiques à échanges normaux ralentis (arthritiques); chez les autres, les effets excitants de l'altitude sont compensés par la plus grande pureté de l'air, par les meilleures conditions d'hygiène, par l'excitation de l'appétit et l'amélioration des fonctions digestives.

Les climats chauds et humides augmentent les échanges; ils doivent être déconseillés aux phtisiques, ainsi que les climats chauds et secs, dont l'action n'est pas régulière, et les climats sujets à des variations brusques de température. Les phtisiques bénéficieront, au contraire, des climats froids, à condition que la surface du corps soit protégée contre les refroidissements.

La fièvre et les lésions avancées contre-indiquent absolument les climats d'altitude chez les phtisiques.

La seule hydrothérapie permise chez les phtisiques est la douche froide très courte ou mieux les douches alternées avec prédominance du jet chaud.

Le bain turc complet, qui stimule les échanges, est indiqué chez les arthritiques, il est contre-indiqué chez les phtisiques.

Sédation et climat marin. — *M. Lobit* (de Biarritz). Le climat marin peut produire des effets sédatifs directs et des effets indirects consécutifs à son action tonique. A Biarritz, en été et en automne, le climat est à la fois tonique par les agents chimiques et sédatif par les agents physiques. Dans ces saisons, les nerveux peuvent donc habiter n'importe quelle zone et même rester au bord de la mer. En hiver et au printemps, les agents chimiques exercent une action tonique par trop excitante, tandis que les agents physiques conservent leurs propriétés sédatives, à l'exception du vent. Dans cette saison, le nerveux devra donc habiter dans la troisième zone, loin de la plage.

Spécialisation et statistique. — *M. Miquel-Dalton* (de Cauterets). Nous sommes encore loin de voir la médecine thermale réduite à l'état d'équation comme le rêvait Max Durand-Fardel. Mais il faut cependant éviter le malentendu qui est en train de se produire entre théoriciens et praticiens de l'hydrologie.

Les derniers ont le tort de vouloir étendre à l'infini les applications de leurs eaux et de ne pas mettre suffisamment en relief l'indication capitale.

Quant aux auteurs des ouvrages soi-disant statistiques, ils ne peuvent connaître à fond la matière médicale et la clinique de toutes les eaux, et on peut reprocher à certains une partialité visible pour les eaux où ils exercent.

Des procédés d'introduction directe d'eaux minérales dans les voies respiratoires. — *M. H. Lamarque* (de Bordeaux). Deux procédés sont en présence : l'inhalation proprement dite (qui serait mieux nommée aspiration) et le humage.

L'aspiration, qui a lieu en faisant pénétrer le malade dans l'atmosphère artificielle, peut être froide (aspiration de gaz : Allevard, Challes, Marlioz, Saint-Honoré ; aspiration d'eau poudroyée : Enghien, Pierrefonds, Kreuznach, Nauheim, Kissingen) ou chaude (aspiration de gaz chauds : Le Vernet, Amélie ; aspiration de gaz et de vapeurs forcées : Royat, le Mont-Dore, la Bourboule, la Motte, Uriage, Allevard).

Le humage est l'inhalation particulière au moyen d'appareils qui amènent l'atmosphère médicamenteuse à l'entrée des voies respiratoires, le corps restant à l'air libre. Ce peut être un humage de gaz (Mont-Dore, Saint-Nectaire, Vichy, Vals, etc.); un humage de vapeurs naturelles et de gaz (Luchon, Ax), de vapeurs, gaz et eau pulvérisée (Cauterets), de vapeurs et eau pulvérisée (Bagnères-de-Bigorre, la Bourboule), de gaz et eau pulvérisée (Pantecosa).

Les deux procédés ont leurs avantages et leurs inconvénients ; de plus, leurs effets physiologiques sont différents ; en effet, d'après MM. A. Robin et Binet, la respiration d'air chaud et humide augmente les échanges respiratoires, tandis que le séjour dans une atmosphère chaude et humide les abaisse. Ces faits appellent d'autres expériences pour donner une base scientifique à ces deux procédés qui, loin de s'exclure, doivent marcher de pair, avec leurs indications et contre-indications respectives.

De l'action électrique des pulvérisations d'eau. — *M. Labatut* (de Grenoble). M. Labatut montre que, quand l'eau ou la vapeur d'eau est pulvérisée sous pression, à la sortie d'ajutages, cette pulvérisation s'accompagne d'une faible production d'électricité.

L'ionisation qui résulte de ces courants explique la différence thérapeutique entre une pulvérisation et un gargarisme, entre une douche et un bain.

Cet état électrique pourrait être modifié en isolant et en raccordant les ajutages à un des pôles d'une pile de voltage convenable, l'autre pôle étant en communication avec le sujet par le sol.

Le climat de Prats de Mello et du Haut-Vallespir. — *M. H. Lamarque* (de Bordeaux). L'auteur fait remarquer combien peu sont connues les hautes vallées du Roussillon et le plateau de la Cerdagne qui renferment tant de stations climatériques. Avec Amélie-les-Bains (235 mètres), Prats de Mello (745 mètres) et la Preste (1.118 mètres), forment une gamme d'altitude qui pourrait être utilisée avec profit.

Amélie-les-Bains, très abrité, présente un climat analogue à celui de la Provence.

Prats de Mello, remarquable par la tranquillité de l'atmosphère, la régularité de la pression barom-

trique, offre une moyenne thermique comparable à celle de la plaine (moyenne, 17°9 été ; 7°6 hiver).

La Preste présente les mêmes avantages, avec une température un peu plus basse (15°8 été ; 2°7 hiver).

Grâce à ce climat, les malades peuvent séjourner toute l'année. Les installations confortables font encore défaut, mais cette lacune ne doit pas tarder à être comblée.

La puériculture à Uriage. — *M. Jourdanet* (d'Uriage). Uriage, malgré sa faible altitude (414 mètres), jouit des avantages du climat de montagne à cause de la proximité des forêts de sapins ; l'air y est très pur, les promenades nombreuses et variées. De plus, cette station est abritée contre les vents du nord.

Grâce à ces conditions physiques et à ses eaux fortement chorurées (6 grammes par litre), Uriage est absolument indiqué pour les enfants débiles et malingres, lymphatiques et scrofuleux, fils de syphilitiques ou d'intoxiqués, qui peuvent, s'ils sont envoyés de bonne heure, s'évader de leur vice héréditaire et devenir des adultes vigoureux.

Les applications du froid artificiel au point de vue de l'hygiène. — *M. B. Lebrun*, ingénieur (de Nimy, Belgique). Le froid artificiel, obtenu au moyen de machines frigorifiques, est un agent précieux pour l'hygiène alimentaire, en permettant de conserver presque indéfiniment les aliments de première nécessité : viande de boucherie, volailles, poissons, beurre, lait, œufs. La fabrication de la glace, qui avait été le but primordial de l'invention, n'a plus que des usages restreints ; il est, en effet, plus économique d'employer le froid directement ; cependant on peut obtenir ainsi une glace comestible, faite avec de l'eau pure.

De la double cure thermo-résineuse, combinée avec la cure hydro-minérale dans le traitement des affections arthritiques et des organes génito-urinaires. — *M. Benoit* (du Martouret, Die, Drôme). Les bons résultats que donnent les bains thermo-résineux à base de vapeurs sèches de copeaux de Pin Mugho dans les affections arthritiques se sont étendus aux affections génito-urinaires (pyélites, catarrhes, etc.). En effet, ce traitement excite et rétablit les fonctions de la peau, il introduit dans le sang des substances balsamiques ayant sur les reins un effet topique et salutaire sans jamais les irriter, et de plus il modifie la composition des urines.

Dans la station du Martouret, cette cure est associée à la cure hydrique de l'eau de la source « la Virginale » dont la minéralisation, très faible, se rapprocherait de celle d'Evian, ce qui lui donne un pouvoir dissolvant sérieux.

30 Septembre 1902.

M. Guérin de Gossiondo (du Mont-Dore) demande à M. Robin si les malades dont les échanges respiratoires sont diminués n'ont pas en même temps de l'hypotension artérielle.

M. A Robin (de Paris) répond qu'il y a souvent corrélation, mais que le fait n'est pas général et que quelquefois les deux choses sont contraires.

M. Bouloumié (de Vittel) est du même avis.

Traitement hydro-minéral des affections de la peau. — *M. Leredde*. Le nombre des méthodes employées en dermothérapie est très restreint; la thérapeutique hydro-minérale permet à elle seule d'en utiliser un certain nombre. Les eaux sulfureuses, par exemple, ont sur la peau une action antiseptique, réductrice et antiprurigineuse. Presque toutes les eaux minérales sont antiphlogistiques. Grâce au chlorure de sodium et aux matières organiques qu'elles renferment, le bain hydro-minéral n'offre pas, dans les dermatoses subaiguës, les inconvénients du bain simple.

Les eaux minérales conviennent surtout aux dermatoses étendues et superficielles; leur action sur le milieu interne, quand elles sont prises en boisson, est considérable. Les eaux sulfureuses du type de Royat agissent sur le tube digestif; les eaux arsenicales, comme la Bourboule, modifient l'état sanguin. Toutes peuvent être utilisées pour transformer l'état général.

M. Alb. Robin (de Paris) pense que le principal obstacle au traitement hydro minéral sérieux des affections de la peau est notre manque de connaissances exactes sur les troubles nutritifs de chaque dermatose en particulier.

M. Heulz (de la Bourboule). L'eau de la Bourboule, prise en boisson, abaisse le cœfficient d'oxydation; prise en bains elle les élève.

M. Gandy (de Bagnères-de-Bigorre), répondant à M. Leredde, dit que les eaux de Bagnères-de-Bigorre, contrairement à ce que l'on dit habituellement, ne sont pas sulfureuses, mais sulfatées calciques arsenicales. Une seule source, peu importante, est sulfureuse.

M. Bastian (de Saint-Gervais) fait une remarque analogue à propos de Saint-Gervais.

M. Fredet (de Clermont-Ferrand) présente aussi des rectifications sur la composition des eaux de Royat.

De la médication sulfureuse dans la syphilis. Avantage des cures thermales post-hydrargyriques et des cures hydrargyriques post-thermales. — *M. Dresch* (d'Ax-les-Thermes) estime qu'aux eaux sulfureuses on doit surtout remonter l'état général des syphilitiques, les démercurialiser, ce qui donne beaucoup plus d'efficacité au traitement mercuriel post-thermal.

M. Leredde (de Paris) demande s'il faut envoyer les syphilitiques aux eaux sulfureuses pour y suivre un traitement mercuriel et sulfureux en même temps, ou le traitement mercuriel après le traitement sulfureux.

M. Depierris (de Cauterets) est partisan du traitement mercuriel pendant la cure thermale, mais non après.

M. Cazaux (des Eaux-Bonnes) partage cette opinion.

M. Sénac-Lagrange (de Cauterets). Quand le traitement mercuriel est insuffisant, le traitement sulfureux, associé au mercure, donne souvent de bons résultats.

M. Dresch (d'Ax) répond que ses observations s'appliquent à des syphilis normales, légères, et qu'il admet très bien que les deux traitements soient faits concurremment dans les cas graves, anormaux.

Pourquoi le syphilitique secondaire et tertiaire, à accidents graves, doit toujours être immédiatement dirigé vers une station sulfureuse, Cauterets en particulier. — *M. Meillon* (de Cauterets). L'auteur déclare que la saturation sulfureuse donne au syphilitique, même intoxiqué et cachectisé, une tolérance hydrargyrique presque indéfinie; elle diminue l'élément douleur de l'injection mercurielle soluble et favorise la cicatrisation des plaies.

La tolérance des syphilitiques vis-à-vis des injections mercurielles pendant la cure sulfureuse à Cauterets. — *M. Depierris*. L'auteur cite trois observations de malades qui avaient auparavant présenté des symptômes d'intolérance à la suite d'injections d'huile biiodurée, et qui ont parfaitement supporté ce traitement au cours d'une cure sulfureuse à Cauterets.

M. Duhourcau (de Cauterets) lit également un travail sur le traitement de la syphilis à Cauterets; il se range aux conclusions de MM. Meillon et Depierris.

M. Alb. Robin (de Paris) montre l'importance qu'il y a de résoudre le problème qui vient d'être posé, à savoir si les deux traitements mercuriel et sulfureux doivent être suivis à la fois, ou si la cure sulfureuse doit démercurialiser le syphilitique pour qu'on puisse le remercurialiser ensuite.

M. Renaut (de Lyon) a vu plusieurs syphilitiques cérébro-spinaux présenter des accidents à la suite d'une cure sulfureuse; il demande donc qu'on pose des contre-indications.

M. Leredde (de Paris) estime que la principale indication de la médication sulfuro-mercurielle est l'intolérance que présentent certains malades au traitement mercuriel isolé.

M. Sénac-Lagrange (de Cauterets) pense qu'il n'y a pas de contre-indication, il y a une opportunité d'application tout au plus.

M. Chatin (d'Uriage) a pu faire supporter 6 centigrammes de bi-iodure de mercure pendant vingt-cinq jours, au moyen de l'emploi d'eau d'Uriage.

M. Jeannel (du Mont-Dore) demande ce que l'on entend par cure sulfureuse intensive.

M. Bouloumié (de Vittel) estime que la durée de la cure doit être suffisante pour permettre l'élimination des réserves mercurielles.

M. Miquel-Dalton (de Cauterets) répond à M. Jeannel qu'il donne cinq à six verres d'eau minérale matin et soir.

M. Peyrot (de Néris) dit que la médication minérale active surtout l'élimination, et, à Néris, l'élimination est rapide, bien que l'eau ne soit pas sulfureuse.

M. Cazaux (des Eaux-Bonnes) ne néglige pas de prendre toutes les précautions préventives de l'intoxication mercurielle, malgré la cure thermale.

Du moment opportun pour la cure thermale chez les utérines. — *M. R. Blondel* (de Paris). Avec les tendances conservatrices de la gynécologie actuelle, le traitement thermal ne doit plus, pour les utérines, être considéré comme un pis-aller; il faut y recourir d'emblée, et ne pas attendre que toute trace d'infection ou d'infiltration ait disparu, puisque c'est sur le traitement thermal qu'il faut compter pour obtenir ce résultat, en modifiant le terrain diathésique et en renforçant la phagocytose. Mais, pour cela, il faut envoyer les malades aux eaux au moment opportun et ne pas se laisser guider par des circonstances adjacentes, attendre les vacances, par exemple.

Il faut encore une discipline rigoureuse dans les stations thermales, ce qui est souvent difficile dans les villes d'eaux françaises dont les distractions accumulées sont plutôt un séjour pour désœuvrées qu'un lieu de traitement sérieux.

La durée fatidique de vingt et un jours est également absurde, car elle pousse les malades à abuser des bains pour ne pas perdre une minute, alors qu'il est infiniment préférable de couper le séjour par des intervalles de repos au moment des périodes menstruelles, au lendemain desquelles l'utérus est plus sensible aux actions thérapeutiques, comme il l'est aux infections.

M. Lobit (de Biarritz) est d'avis d'envoyer aux eaux chlorurées sodiques les infections sub-inflammatoires, quitte à remédier avec précaution et prudence aux accidents inflammatoires aigus avec douleurs et hémorragies.

M. Alb. Robin (de Paris) se plaint de ce que la chirurgie a enlevé à la médecine une bonne partie des affections utérines. Il est convaincu que, dans beaucoup de cas, les eaux donneraient de bons résultats et éviteraient bien des opérations.

L'après-midi eut lieu l'excursion à Uriage où les congressistes furent reçus par le Dr Doyon. Après la visite de l'établissement, M. Renaut (de Lyon) fit une conférence très remarquée sur l'*Action des eaux minérales sur les tissus*.

1er Octobre 1902.

Tandis qu'on discutait à la Section d'Hydrologie le rapport de *M. Bouloumié* : **Sur les mesures légales à prendre pour sauvegarder l'exploitation des eaux thermales minérales**, la Section de Climatologie fonctionnait à part :

Des sanatoriums ouverts ou fermés. — **M. CAZAUX** (des Eaux-Bonnes), **rapporteur.** Dans tous les sanatoriums, ouverts ou fermés, gratuits ou payants, le trépied de la cure est le même : repos, aération, suralimentation. En somme, tous les sanatoriums sont utiles, même ceux de fortune et les home-sanatoriums. Quant aux sanatoriums payants, ils peuvent également rendre des services; d'ailleurs, si ce n'était pas le cas, ils disparaîtront d'eux-mêmes.

Conditions météorologiques nécessaires à l'établissement d'un sanatorium. — **MM. BERLIOZ** (de Grenoble) et **LERICHE, rapporteurs.** Le terrain doit être perméable et en pente pour éviter l'humidité.

La région devra être à l'abri des vents violents, ni trop froide ni trop chaude, et peu exposée aux brouillards.

De l'hospitalisation des tuberculeux pauvres. — *M. Sersiron* (de la Bourboule) M. Sersiron propose comme type le sanatorium de Bligny, à 100 lits, et combat les sanatoriums de fortune.

Dans la discussion du rapport de M. Cazeaux, à laquelle prennent part *MM. Renaut* (de Lyon), *Robin* (de Paris), *Morin* et *Exchaquel* (de Leysin), *Francken* (de Scheveningen), *Jeannel* (du Mont-Dore), *Guiter* (de Cannes), les orateurs sont à peu près tous d'accord avec le rapporteur et n'admettent pas *a priori* l'exclusivisme de M. Sersiron.

Après-midi. — Excursion à Allevard.

2 Octobre 1902.

MM. Cousin (de Saint-Galmier) et *Bouchery* (directeur de la source de Montrond) ont obtenu de bons résultats avec cette source dans le traitement des rachitiques et attribuent ces résultats à la petite proportion d'iode et de brome qu'elle contient.

M. A. Robin (de Paris) fait des réserves sur l'emploi de l'eau de Montrond dans les dyspepsies hypersthéniques.

Les goutteux à Aix-les-Bains. — *M. H. Blanc.* L'auteur conclut : 1° que la cure d'Aix convient à tous les goutteux, et à toutes les périodes de la

goutte; 2° que le traitement acide (cure de citrons) est le traitement de choix de la goutte.

Cette communication est très vivement discutée et combattue par *MM. A. Robin* (de Paris), *Renaut* (de Lyon), *Bouloumié* (de Vittel), *Gannat* (de Vichy), *Onimus* (de Bussang), *Dedet* (de Martigny), *Schlemmer* (du Mont-Dore).

Des sulfo-bactéries, leur rôle dans les eaux sulfureuses. — *MM. L. Leriche* et *Abbada-Tourné* (pharmacien à Eaux-Bonnes). Les auteurs admettent qu'il est faux de prétendre que les eaux sulfureuses ne peuvent se transporter; elles nous rendent sous cette forme les plus grands services.

M. A. Robin (de Paris) confirme ces conclusions.

M. Bouloumié (de Vittel). Il n'y a des bactéries dans les eaux minérales que lorsqu'elles arrivent au contact de l'air.

M. Depierris (de Cauterets). Certaines eaux sulfureuses transportées conservent pendant des années leur sulfuration complète (Eaux-Bonnes, La Raillère, César de Cauterets).

M. Depierris (de Cauterets) lit ensuite une note sur l'installation à Cauterets d'un appareil à insufflation de vapeurs sulfureuses dans l'oreille moyenne.

Contribution à l'étude de l'oxalurie. — *M. Dedet.* Cette communication est discutée par *MM. A. Robin* (de Paris), *Bouloumié* (de Vittel), *Miquet-Dalton* (de Cauterets).

Les affections cardiaques à Aix-les-Bains. — *MM. Blanc* et *Guyenot* (d'Aix-les-Bains). Discussion : *MM. Bouloumié* (de Vittel), *Senac-Lagrange* (de Cauterets) et *Renaut* (de Lyon).

Du traitement hydrominéral des maladies de l'estomac (travail rédigé par M. Félix Bernard (de Plombières). — **M. A. ROBIN, rapporteur.** Pour le traitement des gastropathies, que revendiquent presque toutes les stations, il faut se laisser guider par les indications tirées : 1° de la maladie elle-même ; 2° de la cause, de la forme et de la période de cette maladie, 3° des prédominances symptomatiques et des complications, 4° du terrain, 5° du rapport des échanges nutritifs.

D'une façon générale, et en admettant de nombreuses exceptions individuelles, dans les dyspepsies hypersthéniques, les eaux fortement minéralisées, bicarbonatées sodiques, bicarbonatées sulfatées, chlorurées, gazeuses, prises en boisson, sont contre-indiquées. Les eaux sédatives (peu minéralisées, non gazeuses, contenant un peu de matières organiques et d'azote) sont indiquées, ainsi que le traitement balnéaire et externe. Dans les dyspepsies hyposthéniques, le traitement est des plus faciles; il consistera en boisson d'eau alcaline, et, dans certains cas, en bains excitants (sulfureux, chlorurés sodiques).

Dans les dyspepsies par fermentation, on se laissera guider par la nature de la dyspepsie, qui peut être hypersthénique ou hyposthénique; cependant les eaux laxatives reconnaissent souvent comme indication l'antisepsie mécanique qu'elles déterminent; de même les eaux salées, par leur excitation sur la motricité de l'estomac.

Quand la dyspepsie a causé des retentissements sur d'autres organes, ce sont ces derniers qui donnent l'indication dominante du traitement qui sera dirigé contre les complications intestinales, rénales, hépatiques, etc., l'état gastrique passant au second plan.

SERSIRON.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

15 Octobre 1902.

Sur la prostatectomie périnéale. — *M. F. Legueu* est heureux de saisir l'occasion qui lui est offerte par le rapport de M. Guinard sur le cas de prostatectomie périnéale opéré avec succès par M. Proust, pour communiquer à la Société les résultats de son expérience personnelle sur cette opération nouvellement entrée dans le domaine chirurgical. Il envisagera successivement la *technique*, les *résultats* et les *indications* de l'opération.

En ce qui concerne la *technique*, M. Legueu se conforme en tous points à celle qui a été préconisée et définie par Proust dans ses recherches avec Gosset. Une fois arrivé sur la prostate, il est indispensable d'inciser franchement l'urètre; c'est un point de repère précieux, c'est aussi une mesure de sauvegarde pour l'urètre lui même, car si on ne l'ouvre pas à l'avance, on est à peu près sûr de l'ouvrir où et quand on ne voudrait pas. Après avoir décollé la capsule prostatique, M. Legueu la résèque, car elle ne sert à rien et il attaque ensuite la prostate dans ses deux lobes séparés. Il les enlève autant que possible, sans recourir au morcellement qui lui paraît une manœuvre inutile et défectueuse. Il extirpe la prostate en entier: les noyaux énucléables intraprostatiques sont exceptionnels, et même quand il les a rencontrés, M. Legueu a toujours préféré enlever la glande tout entière. La prostate enlevée, il résèque le lobe médian, s'il y a lieu, et il diminue aussi, par une résection de la muqueuse. les lambeaux trop longs de l'urètre.

Le drainage cysto-périnéal, malgré ses inconvénients, est une sauvegarde et une nécessité ; la sonde périnéale reste huit jours en place.

Ainsi conduite, l'opération peut être rapidement menée : elle demande une demi-heure environ.

Comme accidents opératoires, M. Legueu a noté l'hémorragie abondante, en nappe, et la déchirure du rectum (2 cas), dont il ne résulta d'ailleurs aucune fistule stercorale.

— Voici les *résultats* : sur 12 cas, M. Legueu a perdu un vieillard de soixante-douze ans, rétentionniste depuis longtemps, infecté et atteint de lésions rénales; sa prostate pesait 146 grammes. Il mourut au dixième jour d'intoxication et de cachexie urinaire sans fièvre.

Parmi les autres malades qui ne sont plus en traitement, on note *deux rétentions aiguës complètes*, qui ont de suite évacué leur vessie. Ces faits cependant ne suffiraient pas à eux seuls à prouver la valeur de la prostatectomie, car toutes les méthodes ont donné des résultats semblables.

Deux rétentions complètes chroniques ont également retrouvé une contractilité perdue depuis des années et vident leur vessie.

Par contre, deux malades opérés pour *rétention incomplète avec cystite* ont, à la suite de l'opération, conservé une incontinence complète et totale, qui ne sera que temporaire (car M. Legueu, l'a vue chez d'autres malades s'améliorer rapidement) mais qui cependant peut atténuer pour un temps les bons résultats de l'opération.

Enfin un malade opéré pour hémorragies a vu ces accidents disparaître à la suite de l'opération.

— En ce qui concerne les *indications*, la prostatectomie est le traitement de choix des accidents du prostatisme : elle a, sur toutes les autres méthodes, cet avantage qu'elle s'adresse directement à la cause de ces accidents. Et cependant, M. Legueu n'est pas d'avis de l'appliquer indistinctement à tous les cas.

C'est ainsi que pour la *dysurie* simple il ne la croit pas justifiée; mais si à la dysurie fait suite une rétention, et si par ailleurs la prostate est grosse, il croit qu'on peut et qu'on doit en proposer l'ablation. M. Legueu raisonnerait autrement pour une prostate petite, car le volume a, à son avis, une importance de premier ordre.

Dans les *rétentions complètes chroniques*, M. Legueu croit toujours la prostatectomie indiquée; dans les rétentions incomplètes, au contraire, il faudra y regarder de plus près quand la prostate ne sera pas très grosse.

Enfin, les *calculs* peuvent constituer aussi une indication : la prostate influence toujours et cause souvent leur localisation. En les enlevant par le périnée, on supprimera, chemin faisant, la prostate.

L'opération a aussi des *contre-indications*, telles que l'âge, l'infection prononcée, les lésions rénales.

Ni précoce, ni tardive, c'est dans ces limites que M. Legueu entrevoit l'avenir de la prostatectomie.

M. Albarran, qui, l'an dernier, a déjà apporté à la Société les résultats opératoires immédiats de la prostatectomie périnéale (18 succès sur 18 interventions), se proposait cette fois de parler des résultats éloignés ; mais la communication de M. Legueu l'oblige à revenir sur quelques points de la *technique opératoire*.

Au contraire de M. Legueu, M. Albarran se déclare partisan du morcellement dans la plupart des cas : en voulant opérer trop vite et trop brillamment, on risque de faire souvent des opérations incomplètes ou de déterminer des dégâts qui peuvent être cause de rétrécissements ultérieurs de la portion prostatique de l'urètre.

Par contre, avec M. Legueu, M. Albarran préconise l'ouverture systématique de l'urètre. Ceux qui ont voulu l'éviter ont presque toujours blessé ce canal. Mieux vaut l'ouvrir franchement : on sent ainsi du doigt et de l'œil ce qu'on fait et l'opération en est rendue bien plus aisée. De même, en ce qui concerne la suture de l'urètre après l'opération, M. Albarran est d'avis de ne le suturer que partiellement et d'instituer pendant quelques jours un drainage cysto-périnéal.

Avant de donner les résultats thérapeutiques de la prostatectomie périnéale, M. Albarran tient à rappeler encore une fois le peu de *gravité opératoire* de cette opération : sur 42 cas qui constituent actuellement sa statistique, il ne compte, en effet, qu'une mort survenue par cachexie, cinq semaines après l'opération, chez un vieillard de soixante-dix ans atteint de pyélo-néphrite double.

Voici maintenant les *résultats thérapeutiques* :

Sur 41 opérés, 11 le sont encore trop récemment (depuis moins de six mois) pour qu'ils puissent entrer en ligne de compte; les 30 autres, opérés depuis plus de six mois, peuvent être divisés en 3 catégories, suivant qu'ils étaient atteints de rétention complète récente, de rétention chronique incomplète ou de rétention chronique complète.

1° *Rétention complète récente.* Cette catégorie comprend 4 malades ayant tous des rétentions complètes datant de treize à vingt et un jours. Ces 4 malades sont guéris depuis huit à quinze mois et demi et vident parfaitement leur vessie.

2° *Rétentions chroniques incomplètes.* Sur 13 malades que renferme cette catégorie, que M. Albarran a pu suivre de six à treize mois et demi après l'opération, 8 vident complètement leur vessie, 3 gardent un résidu moindre qu'avant l'opération, 2 enfin conservent le même résidu; cependant ces 2 derniers malades — vieux prostatiques atteints de cystite — ont retiré un certain bénéfice de l'opération, car ils ne sont plus obligés de se sonder qu'exceptionnellement, pour laver leur vessie.

A ces 13 malades il faut en ajouter un 14e, opéré déjà depuis deux ans et trois mois, et qui est resté guéri depuis.

3° *Rétentions chroniques incomplètes.* 12 malades, parmi lesquels 7, chez qui la rétention datait de trois mois à dix ans, n'ont plus aucun résidu de six et demi à huit mois après l'opération. 4 autres malades, dont la rétention complète datait de huit mois à cinq ans, vident complètement leur vessie de treize à dix-huit mois après l'opération. Enfin 1 malade, dont le col vésical avait dû être sectionné au cours de l'opération, et qui est opéré depuis treize mois, a un peu d'incontinence diurne des urines.

Tels sont les résultats thérapeutiques que la prostatectomie a fournis à M. Albarran. Ce n'est pas encore le moment de discuter les indications de cette opération : il faut attendre pour cela que les documents se soient produits plus nombreux.

A propos d'appendicite. *M. Reynier* estime que l'observation que M. Legueu a communiquée dans la dernière séance et qui a trait à un cas de mort subite par gangrène de l'appendice, au cours d'une appendicite traitée médicalement et en voie de refroidissement, n'est pas très convaincante parce que pas très circonstanciée, et qu'elle ne prouve rien contre la méthode de traitement de l'appendicite dite de l' « expectation armée » dans laquelle le chirurgien, pendant tout le temps du traitement médical, se tient prêt à intervenir au moindre signe d'aggravation. Il est probable que si le petit malade dont parle M. Legueu avait été étroitement surveillé, il eût été possible de pratiquer une intervention chirurgicale précoce qui l'eût sauvé de la mort. La temporisation à outrance est évidemment une méthode détestable et absolument anti-chirurgicale.

M. Chaput, partisan de l'intervention d'urgence dans l'appendicite, ne saurait que s'associer complètement aux conclusions de M. Legueu. A l'appui de son opinion, il cite deux observations d'appendicite où il intervint dès les premiers symptômes déclarés : or, dans les 2 cas il trouva un appendice gangreneux et du pus libre dans l'abdomen. On pense, dit-il, avec terreur à l'impuissance du traitement médical en pareille circonstance.

D'autre part, M. Chaput rapporte une troisième observation concernant cette fois un malade opéré à froid, après une crise d'appendicite soignée médicalement par M. Œttinger. L'état général et local était très satisfaisant et l'opération se fit sans incident. Or, les jours suivants, ce malade fit des hémorragies intrapariétales et intra-abdominales, des hématuries, ses urines diminuèrent, il fut pris de fièvre, de délire, puis d'anurie complète, et finalement ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, pas d'infection péritonéale, mais deux gros reins blancs expliquant suffisamment les phénomènes d'hématurie et d'anurie.

M. Chaput pense que ces lésions étaient non pas antérieures, mais postérieures à la crise d'appendicite, et qu'elles furent déterminées par l'infection partie de l'appendice. Dans cette hypothèse, on arrive à conclure que l'expectation a laissé s aggraver l'état du malade, tandis que l'opération précoce non seulement l'aurait guéri, mais aurait fort probablement préservé son rein.

Anomalie génitale. — *M. Walther* a opéré, ces jours derniers, le sujet qu'il a présenté à la Société dans la dernière séance. Il lui a fait la cure radicale de ses deux hernies inguinales et voici ce qu'il a trouvé : 1° à droite, dans l'intérieur d'un sac épais, charnu, un ovaire petit, un peu atrophié, avec une trompe petite aussi, mais très bien conformée ; ces deux organes ont été réduits dans l'abdomen ; 2° à gauche, un sac contenant une portion de trompe renflée, volumineuse, kystique, adhérente à un gros ovaire également kystique et à l'épiploon ; ces annexes malades et l'épiploon furent réséqués.

D'autre part, M. Walther, ayant cru nécessaire de terminer l'opération par une laparotomie, pour vérifier l'état des pédicules épiploïques et annexiels dont la résection avait été assez laborieuse, put se convaincre de l'existence d'un utérus petit, mais bien conformé.

Le sujet présenté par M. Walther est donc bien une femme, comme pouvait le faire prévoir le véritable écoulement menstruel qu'il accusait tous les mois.

M. Brun pense que la détermination du sexe aurait pu être faite par la simple inspection des photographies présentées par M. Walther. Dans un travail paru dans *La Presse Médicale* du 22 mars 1901, M. Roger a attiré l'attention sur l'importance qu'il faut attribuer, dans ces cas d'anomalie génitale, aux replis cutanés de la zone génitale externe. Ces replis affectent-ils une direction horizontale, il faut les considérer comme les rudiments d'un scrotum ; sont-ils au contraire verticaux, il faut y voir l'ébauche de grandes lèvres. Or, sur les photographies présentées par M. Walther, les plis cutanés ont manifestement une direction verticale ; cette simple constatation aurait pu faire soupçonner le sexe du sujet.

M. Walther déclare qu'il a recherché la disposition des plis périnéaux, mais qu'elle ne lui a pas paru assez caractéristique pour qu'il crût devoir en tirer une indication bien nette.

Polype naso-pharyngien. — *M. Chavasse* présente un polype du naso-pharynx dont il a fait l'ablation par la voie bucco-pharyngée, directement, sans aucune opération préliminaire. Le polype ne présentait qu'un seul prolongement intra-nasal, qui vint sans la moindre difficulté avec le corps de la tumeur sous l'action du simple mouvement de traction et de rotation exercés sur celui-ci avec une forte pince. La perte de sang fut insignifiante et le malade guérit sans complication. Jusqu'ici, il n'y a pas eu de récidive.

Tuberculose iléo-cæcale. — *M. Routier* présente une énorme tumeur iléo-cæcale de nature tuberculeuse qui avait occasionné des crises intestinales analogues à des crises d'appendicite. Il n'y avait pas de symptômes de rétrécissement. Sur cette pièce on voit l'appendice, gros comme le pouce, enrobé dans du tissu graisseux ; sa muqueuse n'est pas malade. La malade a guéri.

J. Dumont.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Keïgi Sawada. ***Destruction et néoformation du tissu élastique du poumon dans ses différentes affections*** (*Arch. f. path. Anat. und Phys.*, 1902, 4 Août, Bd CLXIX, Heft 2, p. 263). — Le travail de Keïgi Sawada est basé sur 40 observations anatomiques personnelles ; il critique en outre les travaux antérieurs.

Dans la *tuberculose pulmonaire*, le tissu élastique est le plus souvent conservé au sein des tubercules. Schmauss, considérant qu'il est absent au centre des petits tubercules, en déduit que le tubercule se développe dans la lumière des infundibula, c'est-à-dire à l'entrée des alvéoles. Dans les blocs gros ou petits de la pneumonie caséuse, il y a conservation du squelette élastique reproduisant l'architecture normale du poumon. Dans la zone fibreuse qui borde les tubercules, le tissu élastique est disparu tandis qu'il est conservé au centre même du tubercule. Cela est surtout frappant dans le cas de tubercules confluents.

Le processus tuberculeux lèse de bonne heure la fibre élastique. Expérimentalement, Wechsberg a observé cette altération six à vingt-quatre heures après l'injection intra-veineuse, de Watanabe vingt-quatre heures après l'inhalation de bacilles tuberculeux.

La tuberculose touche moins profondément le tissu élastique que les suppurations. Les inflammations catarrhales et fibrineuses l'atteignent à peine, ainsi que l'a déjà montré Melnikow. Sudakewitch a observé une cellule géante renfermant des fibres élastiques. A la limite des cavernes tuberculeuses ou des cavernes gangreneuses du poumon, l'absence de tissu élastique est très évidente, et on trouve fréquemment, libres dans la cavité, de petits morceaux de parenchyme pulmonaire où l'architecture élastique est intacte. Dans la tuberculose, à côté de régions où le tissu élastique est diminué, on en voit d'autres où il y a modification qualitative de celui-ci, se traduisant par leur coloration médiocre.

Dans l'*infarctus hémorragique*, le tissu élastique de la paroi alvéolaire n'est pas détruit, mais un peu plus faible dans la région centrale de l'infarctus.

Keïgi Sawada a étudié aussi des indurations pulmonaires ardoisées non tuberculeuses, *dilatation des bronches* et *actinomycose*. Les modifications du tissu élastique sont variables.

Dans la bronchiectasie, les régions alvéolaires fibreuses montrent des fibres élastiques pelotonnées en faisceaux épais et tortueux, tandis qu'elles ne montrent aucune modification dans les régions d'inflammation catarrhale.

Dans les régions sclérosées, les fibres élastiques ou bien courent isolément en se modelant sur la distribution des fibrilles conjonctives, ou bien, ce qui est plus fréquent, s'envoient des anastomoses de manière à constituer un fin réseau. Ce réseau n'a rien à faire avec la charpente élastique de l'alvéole normal. Il n'est donc pas douteux qu'il soit néoformé.

On trouve aussi, dans ces régions, d'épaisses fibres élastiques, coupées en long ou en travers, qui doivent être regardées comme le reliquat des anciennes, car elles reproduisent fréquemment la structure alvéolaire.

L'hyperplasie conjonctive ne s'accompagne pas forcément du développement de tissu élastique. Il n'en est pas moins vrai que celui-ci procède certainement de celle-là. Les fibres élastiques dérivent-elles des cellules conjonctives ? C'est là une question actuellement impossible à résoudre.

G. Milian.

MÉDECINE

Dimitrie Jonescu. ***Contribution à l'étude de la cirrhose cardio-tuberculeuse*** (*Thèse*, Bucarest, 1902). — La cirrhose cardio-tuberculeuse, dont le facteur étiologique est toujours le bacille de Koch, apparaît comme consécutive à une symphyse tuberculeuse du péricarde, lésion qui crée des troubles circulatoires dans le système cave inférieur. Le bacille se transmet soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique après envahissement des ganglions médiastinaux. Anatomiquement, on peut trouver de nombreux types, le foie prenant le type muscade ou cirrhotique avec granulation tuberculeuse et dégénérescence graisseuse. Au point de vue clinique, le syndrome est celui de l'asystolie hépatique avec ascite, cyanose, dyspnée. Le cœur prend un rythme fœtal, sa zone de matité étant variable. Le diagnostic sera basé surtout sur l'existence de tuberculose en d'autres points de l'organisme. Cette affection, qui évolue pendant deux mois à trois ans, se termine par la mort, qui survient soit par asystolie progressive, soit par extension de la tuberculose. Le traitement ne saurait être que symptomatique ; les toniques du cœur, le calomel, le régime lacté en feront la base.

R. Jeannin-Precichewska.

CHIRURGIE

F. Jayle et M. Beaussenat. ***De la résection segmentaire et simultanée du petit et du gros intestin*** (*Revue de gynécol. et de chir. abdomin.* 1902, Mai-Juin, n° 3, p. 447). — Les lésions déterminées par les tumeurs cancéreuses, tuberculeuses ou inflammatoires simples de l'intestin ne se limitent pas toujours à un seul segment intestinal : il est des cas où l'on trouve envahis à la fois une ou plusieurs anses grêles et une portion du gros intestin. Or, dans ces cas, où la parfaite thérapeutique exigerait parfois la résection simultanée d'un segment du gros intestin et d'une étendue plus ou moins longue du grêle, on voit presque toujours le chirurgien hésiter et se résoudre à un traitement purement palliatif. Il est vrai que ces opérations sont particulièrement longues et que les forces de ces malades, plus ou moins cachectisés, ont des limites que le chirurgien le plus adroit ne peut franchir.

Cependant, dans bien des cas, il serait fâcheux de refuser aux malades , par excès de timidité, le bénéfice d'une opération curative. Ils résistent, en effet, mieux qu'on ne le prévoit lorsque l'anesthésie est bonne, l'hémorragie nulle, l'hémostase parfaite et l'asepsie impeccable. Trois fois MM. Jayle et Beaussenat se sont trouvés en présence de lésions nécessitant une double résection intestinale et ils ont pratiqué cette résection. Les trois fois, l'opération a été très longue, déprimante ; néanmoins les trois malades ont supporté l'intervention, parce que l'hémorragie fut insignifiante, l'infection nulle. Deux de ces malades ont guéri. La première était une femme de vingt-six ans, atteinte d'épithélioma de l'S iliaque ayant envahi et perforé latéralement une anse grêle : résection de 15 centimètres du gros intestin, de 7 centimètres du grêle ; suture bout à bout de l'S iliaque ; entéro-anastomose latérale, après fermeture des deux bouts de l'intestin grêle ; durée de l'opération trois heures et demie. Le second malade était un homme de trente-trois ans atteint de rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle et de péricolite sténosante de même nature : résection de 20 centimètres du côlon transverse et de 1 mètre de l'intestin grêle ; suture bout à bout du côlon ; anastomose termino-terminale de l'intestin grêle avec le bouton de Murphy. Le troisième cas, enfin, concerne une femme de quarante ans, atteinte de rétrécissement d'origine inflammatoire simple de l'intestin grêle, avec péricolite sténosante de même nature : résection de tout le côlon transverse et de toute une anse grêle ; ici encore le côlon fut suturé bout à bout, et, pour gagner du temps, l'intestin grêle anastomosé avec le bouton de Murphy. Cette dernière malade succomba au huitième jour après l'opération ; mais cette mort, occasionnée par les phacèle de l'intestin au niveau du bouton de Murphy, ne doit pas être mise à l'actif de la résection double ; elle est la conséquence d'un défaut de technique qui peut s'observer dans toute résection simple.

Malgré des recherches assez nombreuses, les auteurs n'ont trouvé dans la littérature que huit cas publiés de résection circulaire simultanée du gros et du petit intestin et un cas de résection de deux segments du gros intestin. Les résultats ont été les suivants : la résection double du gros intestin a guéri ; les résections simultanées du gros intestin et de l'intestin grêle se sont terminées par la guérison avec fistule temporaire, 1 fois ; par la guérison avec anus contre nature, 1 fois ; par la guérison avec fistule, 2 fois ; par la mort, 4 fois. Toutes ces observations se trouvent rapportées dans le mémoire des auteurs. Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° La résection simultanée de deux segments de l'intestin est une opération recommandable ;

2° L'usage des antiseptiques, parfaitement inutile en chirurgie péritonéale courante, doit être prescrit au cours d'une intervention de ce genre ;

3° L'anesthésie est d'une importance capitale, et l'anesthésique doit être manié par une main très expérimentée pour qu'il n'en soit pas fait abus ;

4° Il ne faut pas chercher à aller vite : le succès dépend avant tout de la perfection des sutures ;

5° L'emploi du catgut comme fil à suture intestinale et l'usage des boutons anastomotiques sont à rejeter ;

6° Trois plans de suture sont à conseiller : un sur la muqueuse et deux sur la séreuse ;

7° A moins d'indications spéciales, il ne sera fait aucun drainage du péritoine ;

8° La salle d'opération devra être chauffée au moins à 22° ; le malade sera chaudement recouvert et toujours maintenu en déclive pour parfaitement ménager le paquet intestinal ; les compresses et champs opératoires employés devront être humides et chauds.

J. Dumont.

OBSTÉTRIQUE

Cornelius Cristeanu. ***Sur le traitement des ruptures utérines, avec une statistique de 77 cas*** (*Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, 1902, Février). — L'auteur relate les 77 cas de ruptures utérines au cours de

l'accouchement observés à la Maternité de Bucarest, de 1880 à 1901. Ces 77 cas se sont terminés 54 fois par la mort et 23 fois par la guérison. Ils sont répartis de la manière suivante : ruptures utérines : 8; ruptures utéro-vaginales : 33; ruptures du vagin : 29; ruptures du vagin et de la vessie : 6; ruptures du vagin et du rectum : 1.

Les ruptures de l'utérus seul, tant complètes qu'incomplètes, sont extrêmement graves : 8 morts sur 8 cas. Les ruptures complètes, avec ou sans passage du fœtus dans la cavité abdominale, présentent une gravité beaucoup plus grande que les incomplètes. Le seul traitement de ces ruptures complètes est l'hystérectomie abdominale, avec drainage vaginal, que l'on doit préférer, d'après l'auteur, à l'hystérectomie abdominale subtotale.

Les ruptures incomplètes de l'utérus ont été traitées de différentes manières. Le drainage, le tamponnement, les injections, la laparotomie avec suture de la déchirure ont pu, dans quelques rares cas, donner de bons résultats. Toutefois, le taux élevé de la mortalité après l'emploi de ces procédés, et, si la malade guérit, la possibilité d'une rupture itérative au cours d'une grossesse ultérieure, les condamnent suffisamment. Le seul traitement employé, qui ait donné des résultats supérieurs, c'est l'hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal.

G. Berruyer.

GYNÉCOLOGIE

J. Poisson. *Le curettage vésical par l'urètre dans les cystites chroniques, douloureuses, rebelles, chez la femme* (*Thèse*, Paris, 1902). — Le curettage vésical par l'urètre chez la femme, ou opération de Guyon, du nom de celui qui, le premier, l'employa méthodiquement, est un procédé thérapeutique qui trouve ses indications dans les cas de cystites chroniques, douloureuses, rebelles aux autres traitements (en dehors de la taille).

C'est une opération simple, non dangereuse et efficace quand les reins sont indemnes. On devra toujours lui adjoindre le traitement médicamenteux topique de la cystite.

Tout le traitement devra être fait en une seule séance, avec association de grands lavages vésicaux et en y joignant le plus souvent le curettage de l'urètre lui-même.

La sonde à demeure, après le curettage, devra être laissée pendant un assez grand nombre de jours : on la maintiendra d'autant plus longtemps que la cystite sera de date plus ancienne; elle constitue un des éléments essentiels du succès définitif.

Onze observations, toutes inédites, et recueillies par M. Poisson à la clinique de l'hôpital Necker, confirment les conclusions de ce travail.

J. Dumont.

VOIES URINAIRES
ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

P. Mortier. *Etude sur les calculs de l'urètre prémembraneux* (*Thèse*, Paris, 1902). — L'auteur n'étudie que les calculs de l'urètre prémembraneux chez l'homme. Ces calculs, de nombre, forme, volume, poids, aspect, composition variables, viennent ordinairement du rein, plus rarement de la vessie (calculs *migrateurs*), ou se développent sur place derrière un rétrécissement ou un obstacle quelconque du canal (C. *autochtones*).

On les reconnaîtra par le cathétérisme avec l'explorateur à boule olivaire qui donne une sensation de frottement, de « bruit de cuir neuf » caractéristiques, et indique leur siège exact.

On y ajoutera le toucher rectal, pour reconnaître l'existence de lésions inflammatoires profondes consécutives. La rétention d'urine n'est pas une conséquence habituelle.

L'auteur considère le traitement dans un canal normal et dans un canal rétréci;

1º Dans le premier cas, s'il s'agit d'un gravier arrêté dans la fosse naviculaire, il suffira de débrider ou de faire basculer la pierre au moyen d'une sonde cannelée.

Si le calcul est arrêté plus profondément dans l'urètre antérieur, on aura recours de préférence à la *pince de Collin*.

Le calcul retiré, il sera prudent de laisser, pendant vingt-quatre heures, une sonde à demeure, à moins que le calcul soit petit et l'extraction facile.

2º Dans un canal rétréci, on tentera d'abord, à l'aide d'une bougie à demeure, de ramollir le canal pour favoriser l'expulsion du calcul.

Si le résultat est négatif, il faut pratiquer l'urétrotomie interne, et le retrait de la sonde à demeure, qu'on aura mise consécutivement, sera presque toujours suivi de l'expulsion de la pierre.

Si celle-ci avait été repoussée dans la vessie, on pourrait en faire la lithotritie.

Si, au lieu d'un canal unique, on a affaire à une accumulation de pierres, ou bien si le canal refuse de laisser passer une bougie conductrice, on devra avoir recours à l'urétrotomie externe.

D. Estrabaut.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE

Georges Mirveaux. *Conséquences de la responsabilité médicale* (*Thèse*, Paris, 1902). — Il est certain qu'au temps actuel, en matière de responsabilité médicale, notre législation ne donne pas toutes les garanties que l'on pourrait souhaiter.

Pour remédier à cet état de choses regrettables, M. Mirveaux propose les dispositions suivantes :

1º Que les poursuites civiles ou pénales dirigées contre un médecin donnent toujours lieu à une expertise obligatoire et contradictoire, « dès le début de l'instruction, avant toute arrestation préventive »;

2º Qu'un jury spécial, composé de médecins, soit adjoint aux juges non seulement en cour d'assises, mais lorsqu'il s'agit d'une demande en dommages et intérêts ou de poursuites correctionnelles;

3º Que ce jury spécial siégeant à côté des magistrats statue avec eux sur le fait et sur le droit.

G. Vitoux.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de l'ecthyma.

D'après M. Balzer, le traitement de l'ecthyma doit viser avant tout l'asepsie de la peau. Il faut laver, baigner le malade, lui prescrire notamment les bains de sublimé. Les pansements humides sont utiles pour détacher les croûtes et permettre l'application ultérieure des antiseptiques.

Lorsque les croûtes sont tombées, on peut détruire l'infection sur place au moyen de cautérisations, d'attouchements avec l'eau d'Alibour pure, avec la teinture d'iode pure ou diluée, avec la liqueur de Van Swieten. Ensuite, on applique les pommades à l'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth (au dixième), ou mieux encore, les pommades au précipité blanc, à l'oxyde jaune ou au calomel (toutes les trois au vingtième).

En outre, il ne faut pas négliger d'isoler les points malades une fois que la suppuration a cessé, afin d'éviter les auto-inoculations. Pour remplir ce but, la meilleure méthode est celle de l'occlusion, soit à l'aide de l'emplâtre rouge de Vidal, soit avec l'emplâtre d'oxyde de zinc, qui est préférable parce qu'il est moins irritant que le précédent.

D'autre part, on prescrira le repos. Les bains généraux seront répétés jusqu'à complète guérison.

Très souvent, l'ecthyma se complique de furonculose, parfois de gale, de phtiriase. Ces diverses affections devront être traitées de leur côté.

FACULTÉ DE PARIS

Changements de résidence. — L'article 12 du décret du 21 Juillet 1897, relatif au régime scolaire et disciplinaire des Universités, est ainsi conçu :

« En se faisant immatriculer ou inscrire, l'étudiant est tenu de déclarer sa résidence personnelle, ainsi que celle de ses parents ou tuteur.

« Il est également tenu de déclarer tout changement de l'une ou de l'autre de ces résidences. »

Clinique médicale. — M. le professeur Debove fera ses leçons de clinique médicale tous les matins, à 10 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale à l'hôpital Beaujon.

Visite et examen des malades, tous les matins, à 9 heures, salles Behier (femmes) et Sandras (hommes).

NOUVELLES

Paris et Départements

Ecole pratique des hautes études. — M. le docteur Guillemonat, préparateur du laboratoire de médecine expérimentale dirigé par M. Charrin (Collège de France), est nommé maître de conférences audit laboratoire.

Société centrale de Médecine vétérinaire. — La séance solennelle de la Société centrale de médecine vétérinaire aura lieu le jeudi 23 Octobre 1902, à 3 heures, au siège de la Société.

Voici l'ordre du jour de cette réunion : Allocution de M. G. Buttel, président. — *La Société centrale de Médecine vétérinaire pendant le siège de Paris*, par M. Eug. Mathieu, membre honoraire. — Compte rendu général du Concours, par M. Petit, secrétaire annuel.

CONCOURS

Prix Filloux. — Sont désignés pour former le jury pour le prix Filloux : MM. Lermoyez, Sébileau, Lombard, Cornil et Jalaguier.

M. Lermoyez seul, jusqu'ici, a fait connaître son acceptation.

Adjuvat. — Un concours pour deux places d'aide d'anatomie sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, le 22 Décembre 1902, à 2 heures du soir.

Les candidats devront justifier de huit inscriptions de doctorat en médecine (nouveau régime) ou de douze inscriptions (ancien régime).

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté, du 1er au 15 décembre 1902.

Les épreuves consisteront en :

1º Une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie descriptive. Durée, trois heures ;

2º Une épreuve de dissection de trois heures, suivie d'épreuves extemporanées ;

3º Une épreuve orale sur un sujet d'anatomie topographique, de dix minutes de durée, après un temps égal de réflexion.

Hospices de Nîmes. — Il sera ouvert, le mercredi 12 novembre prochain, devant la Commission administrative des hospices, assistée de MM. les Médecins et Chirurgiens, un concours pour des places d'élèves internes.

Les candidats devront déposer, avant le 4 Novembre, au Secrétariat des hospices, rue Ruffi, 11, leur demande accompagnée du bordereau de leurs inscriptions, d'un certificat de bonnes vie et mœurs délivré récemment par le maire de leur résidence et d'un certificat de régularité d'études et de bonne conduite émanant d'un doyen d'une Faculté ou directeur d'une École de médecine, et contenant la mention des notes obtenues aux différents examens.

Ils devront avoir acquis au moins douze inscriptions de doctorat ancien régime, ou huit inscriptions nouveau régime.

Les candidats reconnus par la Commission admissibles à concourir en seront individuellement prévenus avant l'époque du concours.

RENSEIGNEMENTS

Jeune docteur, luxueusement installé, quartier riche, partagerait son appartement avec spécialiste quelconque, électrothérapiste de préférence. S'adresser *P. M.* nº 840.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 85. — Mercredi, 22 Octobre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Les chercheurs d'or à la Guyane française.

Attaché depuis douze ans à l'hôpital civil de Cayenne, d'abord comme pharmacien, ensuite comme directeur, M. Brémont a été frappé de la fréquence des néphrites dans un groupe de travailleurs, les chercheurs d'or. Ce sont ces observations qu'il a étudiées plus tard, dans sa thèse de doctorat, et qui jettent une lumière singulièrement sinistre sur la situation de cette catégorie de travailleurs.

La première idée de M. Brémont, en face de cette néphrite, a été de la rattacher à une maladie infectieuse quelconque, développée sous l'influence de l'encombrement et de la misère, suites fatales du formidable rush qui entraina en 1894 les travailleurs vers les mines nouvellement découvertes. Mais en étudiant mieux ces cas, ainsi que d'autres qui lui vinrent plus tard de régions aurifères très diverses, il vit qu'il s'agissait de véritables néphrites d'emblée, c'est-à-dire non consécutives à une maladie toxi-infectieuse, et reconnaissant pour causes des conditions communes à tous les chercheurs d'or. Or ces conditions, comme on peut le juger par les détails que nous allons donner, sont épouvantables.

* * *

C'est en pleine Forêt Vierge, au fond de ravins ou de vallées plus ou moins larges, que le mineur vit et travaille pendant des mois entiers et pendant la saison des pluies, car il faut de l'eau pour laver les terrains aurifères. Ces pluies sont torrentielles et répandent sur le sol de la Forêt une couche d'eau moyenne de quatre mètres par an. La température oscille constamment de 27° à 29° pendant le jour, mais, pendant la nuit, le thermomètre baisse notablement et descend à 17° et même à 15°. C'est donc dans un milieu essentiellement humide et alternativement chaud et refroidi, dont l'influence mauvaise est doublée par le genre de travail, que se trouve placé l'ouvrier mineur, insuffisamment protégé d'ailleurs par ses vêtements et son habitation et, de plus, soumis à tous les inconvénients d'une nourriture de qualité inférieure.

Remarquons qu'il lui a d'abord fallu passer une ou plusieurs semaines en pirogue pour remonter le fleuve, également exposé aux ardeurs du soleil et aux torrents de pluie; marcher ensuite à travers bois, à la file indienne, portant les charges (25 kilog.) sur la tête, suivant des pistes à peine tracées, tantôt grimpant sur des collines, tantôt barbotant dans des marécages, sans nul souci de contourner les obstacles, et dormant la nuit à la belle étoile le plus souvent.

Arrivé au placer où il trouve déjà installés des ouvriers comme lui, il est logé dans un carbet, sorte de hutte en treillis de bois dont le toit est fait de feuilles de palmiers et qui souvent manque de porte. Quelquefois même les travailleurs, pressés de réaliser un gain, se contentent d'un ajoupa, simple toit de feuilles porté par des piquets. C'est là la règle en temps de prospection, car on ne sait si l'on ne devra pas changer de campement dès le lendemain. Dans le carbet ou sous l'ajoupa se trouve suspendu le hamac ou disposé le boucan, sorte de lit composé de lattes de palmiers, reposant sur un cadre long supporté, à 50 centimètres environ du sol, par des piquets fichés en terre; le tout recouvert de feuilles sèches et muni *peut-être* d'une couverture.

Le carbet et, à plus forte raison, l'ajoupa sont donc des abris insuffisants contre le refroidissement et l'humidité nocturnes, d'autant plus que nos hommes, insouciants, s'endorment sans se couvrir et parfois à peu près nus. Leur garde-robe est, en effet, des plus simplifiées. La tenue du mineur, en dehors du chantier, se compose d'un pantalon et d'une chemise courte de toile bleue, sous laquelle se trouve parfois un léger tricot de coton; pas de chaussures. Au travail, la chemise et le tricot disparaissent souvent; et le pantalon lui-même est remplacé pour beaucoup par un simple pagne.

Or le travail : déboisement, barrages des criques, amenée de l'eau dans les tranchées où se trouvent les *sluices* (appareils de lavage), se fait dans des conditions éminemment insalubres. Le sluice est un aqueduc rudimentaire, formé de dalles ou boîtes de bois, s'emboîtant les unes dans les autres, suspendu à des piquets ou supporté par des tréteaux et présentant une certaine pente. Pour se servir de cet appareil, le courant étant établi, les *pelleteurs*, avec la pelle ou avec des seaux, chargent vers la tête du sluice les terres désagrégées par les *piocheurs*. Les *débourbeurs*, perchés debout ou à califourchon sur les dalles, ou bien courant, si possible, le long de l'aqueduc, triturent constamment avec des râteaux ou simplement avec les mains les matières qui leur sont envoyées; à la queue du sluice sont les *débourreurs*, chargés de dégager constamment les sables et graviers qui sortent de l'appareil et de faire écouler l'eau de décharge. Tout cela se fait dans l'eau : hommes et femmes barbotent dans le courant ou dans des clapiers fangeux, où ils plongent souvent jusqu'à la ceinture; ainsi toute la journée jusqu'à quatre heures de l'après-midi, moment où le travail cesse. Après le dîner, la fatigue est telle que d'aucuns se laissent choir de sommeil au seuil même de leurs carbets. Ceux qui prennent la peine de gagner leur hamac ou leur boucan ne seront guère mieux protégés, car l'humidité du Grand-Bois imprègne tout : on se réveille plus d'une fois le matin en constatant que hamac, couverture et vêtements sont traversés.

Reste la nourriture. Elle se compose de couac (farine de manioc torréfiée), de riz, de farine de blé, de légumes secs, de lait condensé, de conserves de porc, de bœuf et de poisson, salées ou fumées; il est très rare que des aliments frais, végétaux ou animaux, viennent rompre la monotonie de ce régime. Toutes ces denrées (auxquelles il faut ajouter le tafia) sont transportées dans des boucauts de bois fragile, des barils mal joints et des boîtes de fer-blanc qui, une fois ouvertes, ne peuvent plus être hermétiquement fermées; le tout est déposé dans des magasins qui ne sont pas mieux construits que les carbets d'habitation et, par conséquent, ne protègent nullement contre les influences extérieures. Aussi, les cryptogames et les bactéries, sans compter les insectes, ne tardent-ils pas à envahir les provisions, et des fermentations diverses se produisent, dont peuvent se faire une idée ceux qui connaissent la puissance des agents de décomposition sous ces climats intertropicaux.

Ces conditions justifient amplement les néphrites qui ont intrigué M. Brémont, et point n'est besoin de faire intervenir des microbes pour expliquer leur fréquence. Quoi qu'il en soit, la situation de ces ouvriers mérite d'être prise en considération par nos conseils d'hygiène, bien que les choses se passent loin, trop loin pour être importunes.

R. Romme.

LA VACCINE EN COCHINCHINE

En Août dernier Jeanselme montrait dans *La Presse Médicale* l'intensité des ravages de la variole dans l'Indo-Chine française; il se plaisait à reconnaître le dévouement et l'ardeur que mettent les médecins des colonies — trop peu nombreux malheureusement — pour répandre la vaccination parmi les indigènes.

On verra une fois de plus la grandeur de la tâche dévolue à nos confrères en lisant un rapport que contient le dernier numéro des *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*.

* * *

M. J.-A. Bussière, du cadre colonial, rend compte de sa mission de vaccine du 1er Juillet au 1er Octobre 1901 dans la région est de Cochinchine, provinces de Baria, Tanan, Mytho et Bentri.

Les résultats obtenus sont les suivants : Le chiffre des individus inoculés est 36.197; il se décompose : en vaccinés pour la première fois ou néo-vaccinés, 14.222; revaccinés, 21.975.

Partout où cela a été possible, le contrôle des inoculations a eu lieu à huit jours d'intervalle. Un petit nombre de villages peu importants et éloignés n'ont été visités qu'une fois.

Malgré les recommandations faites aux autorités annamites, les personnes vaccinées à la première séance s'abstiennent de paraître au second passage du médecin. Aussi les vaccinations contrôlées ont-elles été de 6.847 seulement, soit une moyenne de 19 pour 100.

La proportion réelle des succès, par rapport au nombre des inoculations totales, n'est donc pas connue. Pour avoir une opinion on ne peut que se baser sur les seules données du contrôle qui fournissent les résultats suivants :

Les succès chez les néo-vaccinés, ont été de 3.079, soit une moyenne de 98,5 pour 100; les succès chez les revaccinés, furent de 849, soit une moyenne de 23 pour 100.

La moyenne des inoculations a atteint 630 par jour. La journée la plus chargée, le 29 Août, province de Mytho, a fourni 3.088 inoculations; la moins forte province de Baria, en a donné 40 seulement. Les cantons forestiers sont en effet très peu habités, les villages sont très distants les uns des autres et les communications entre eux difficiles.

Ces efforts ne sont pas vains, et Bussière a pu se rendre compte que dans les centres visités la variole a disparu graduellement disparition qui permet un accroissement régulier de la population. En terminant son rapport, notre confrère montre que cette tâche de vaccinateur exige beaucoup de patience, d'énergie et de vigueur physique; il fait remarquer combien il serait utile aux médecins coloniaux de parler la langue des gens qu'ils sont appelés à visiter et à soigner.

P. Desfosses.

PRATIQUE MÉDICALE

La terpine.

La terpine ou bihydrate de térébenthine est un des puissants modificateurs des sécrétions bronchiques. On la prescrit sous forme de pilules ou sous forme d'élixir.

Préparations de terpine.

Pilules. { Terpine . . . . 0 gr. 05
Térébenthine de Venise. Q. s. p. 1 pilule.

2 à 6 pilules par jour.

Pilules de terpine composées.

Terpine	0 gr. 05
Benzoate de soude	0 05
Extrait d'aconit	0 001

4 à 6 pilules par jour.

Elixir de terpine.

Terpine	2 gr. 20
Alcool	80 grammes
Eau distillée de laurier-cerise.	5 —
Elixir de Garus	20 —
Sirop de Tolu	100 —
Sirop Diacode	100 —
Eau distillée, q. s. pour. . . .	330 c. c.

Une cuillerée à soupe = 0 gr. 10 terpine; 2 à 4 par jour.

BIBLIOGRAPHIE

La guérison de la morphinomanie sans souffrance. (Traduction Albert Ball), par M. Oscar Jennings, 1 vol. in-8° de 230 pages, avec figures (*A. Maloine*, éditeur, Paris).

Nouveaux procédés d'Exploration. Leçons de pathologie générale professées à la Faculté de Médecine, par Ch. Achard, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon; recueillies et rédigées par P. Sainton, chef de clinique adjoint à la Faculté, et M. Lœper, interne-lauréat des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8° avec 91 figures dans le texte en noir et en couleurs 8 francs. (*Masson et Cie éditeurs*).

Directory of the Pharmacies and Drug Stores of Russia, par M. Russiau, une brochure de 230 pages qui contient les noms et adresses de tous les pharmaciens et droguistes de l'Empire russe, divisés par gouvernements (*A. Russiau*, de Saint-Pétersbourg, 11, rue Lincoln, Paris.)

La réforme du cabaret et les restaurants de tempérance, par M. et Mme Legrain, 1 vol. in-12 de 130 pages avec gravures et planches, Paris, 1901. (Bureaux de l'*U. F. A.*, 5, rue de Latran, Paris.)

Dysenterie aiguë et chronique, *Symptomatologie, Traitement, Prophylaxie*, par M. A. Galliot, médecin en chef de 1re classe de la marine, ancien professeur de clinique médicale à l'Ecole des médecins stagiaires de la marine, médecin en chef résident à l'hôpital maritime Saint-Mandrier de Toulon. Petit in-8°. (Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire). Broché : 2 fr. 50; cartonné : 3 francs. (*Masson et Cie, éditeurs, Paris.*)

DE LA CARDIORRAPHIE[1]

Par F. TERRIER et E. RAYMOND

Les plaies du cœur et du péricarde peuvent se présenter sous trois formes différentes : 1º la plaie intéresse en même temps cœur et péricarde ; 2º elle n'intéresse que le cœur, le péricarde restant sain ; 3º enfin le péricarde seul est lésé, le cœur est sain.

L'intervention pratiquée dans chacun de ces cas tendra, croyons-nous, de plus en plus à être la même. La plaie qui intéresse à la fois

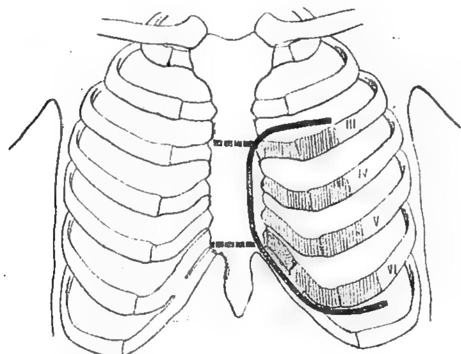


Figure 1. — Volet à charnière externe comprenant les 3e, 4e, 5e, 6e côtes. Si l'opérateur a besoin du jour en dedans, il soulève un volet sternal correspondant aux lignes pointillées.

cœur et péricarde est d'ailleurs le traumatisme le plus fréquent, celui qui a donné lieu aux plus beaux succès chirurgicaux. — C'est à propos de la plaie du cœur et du péricarde qu'a été pratiquée la cardiorraphie que seule nous étudions en ce moment.

Sur onze observations, écrivions-nous il y a deux ans, nous trouvons 10 procédés différents, si toutefois chacun d'eux mérite le nom de procédé. Seul Parrozzani a suivi la même conduite dans les deux cas qui lui sont personnels.

Cette multiplicité des méthodes constatée lors des premières interventions tenait non seulement à la situation différente des plaies thoraciques, mais encore aux doutes que gardait l'opérateur sur la profondeur de la plaie et la nature de l'intervention à laquelle il allait avoir recours. Aussi le voyait-on ordinairement agrandir la plaie cutanée, réséquer la côte sous-jacente, puis constatant l'insuffisance de cette ouverture, poursuivre petit à petit le tracé d'un lambeau qu'il eût compris différemment s'il avait eu à le tailler de parti pris.

Toutefois il nous semblait possible dès ce moment, en groupant les divers procédés déjà employés, de préciser quelques méthodes entre lesquelles on pouvait choisir sinon pour appliquer exactement l'une d'elles, du moins pour s'en rapprocher autant que les circonstances le permettaient.

Aujourd'hui que nous avons pu, au lieu de 11 observations, en réunir 51, nous voyons que la classification alors proposée peut subsister. Ou bien le chirurgien s'est contenté d'une incision rectiligne qui lui a permis de réséquer définitivement une ou plusieurs côtes ; ou bien il a de parti pris taillé un lambeau dans lequel il laissait les fragments squelettiques correspondants et qu'il remettait ensuite en place.

Ce lambeau il le rabattait en haut ou en bas, en dedans ou en dehors, d'où volet à charnière supérieure, inférieure, interne ou externe.

Nous avons eu l'occasion d'étudier les avantages et les inconvénients de chacun de ces procédés en même temps que nous comparions la façon dont s'étaient comportés les opérateurs vis-à-vis de la plèvre, du poumon, du péricarde.

Il serait prétentieux de choisir un procédé à l'exclusion absolue des autres. Le choix du chirurgien sera guidé par le siège de la plaie, l'état du sujet, les lésions concomitantes pulmonaires et autres, et enfin la certitude du diagnostic : l'opération pourra n'être au début qu'exploratrice, et en pareil cas l'ouverture faite au thorax devra permettre de traiter suivant le cas tantôt une lésion cardiaque, tantôt une lésion du poumon, tantôt une lésion des deux organes.

Le procédé auquel nous nous sommes arrêtés, après avoir consciencieusement étudié sur le cadavre tous ceux qui ont été employés, a cet avantage de correspondre au plus grand nombre de cas cliniques. Il nous paraît utile de le bien connaître, et d'y songer d'abord en cas de plaie cardiaque.

Nous décrirons très brièvement 6 temps successifs, en nous aidant surtout des figures ci-jointes, qui ont toutes été dessinées

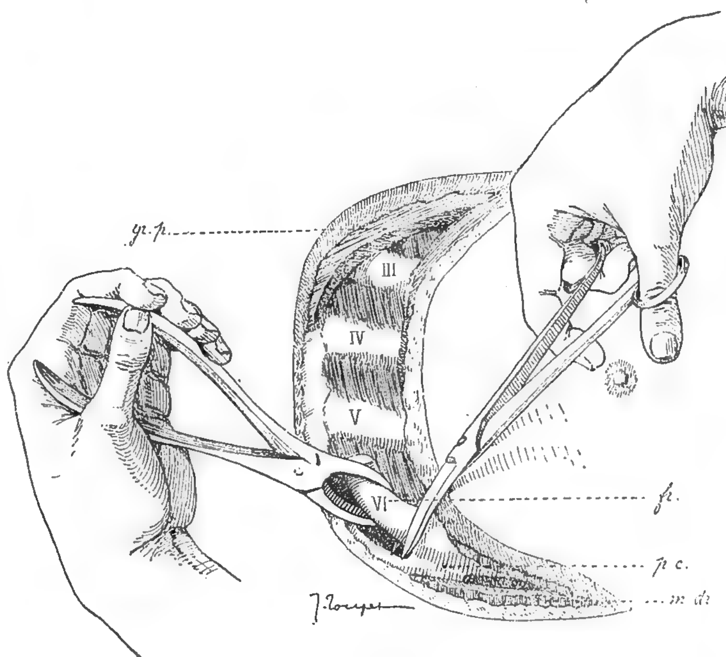


Figure 3. — *fr.* fragment cartilagineux situé entre le sternum et le pont cartilagineux *p. c.* ; il est libéré, puis enlevé en deux coups de ciseaux ; *gr. p.*, grand pectoral ; *m. dr.*, muscle droit.

d'après nature grâce aux soins de M. Toupet.

1º *Tracé du lambeau à charnière externe* (fig. 1). — Le bistouri trace successivement les 3 bords inférieur, vertical, supérieur. Le bord horizontal inférieur correspond au 6e espace : il est plus ou moins long suivant que la plaie est plus ou moins éloignée du bord gauche du sternum. Le bistouri à ce

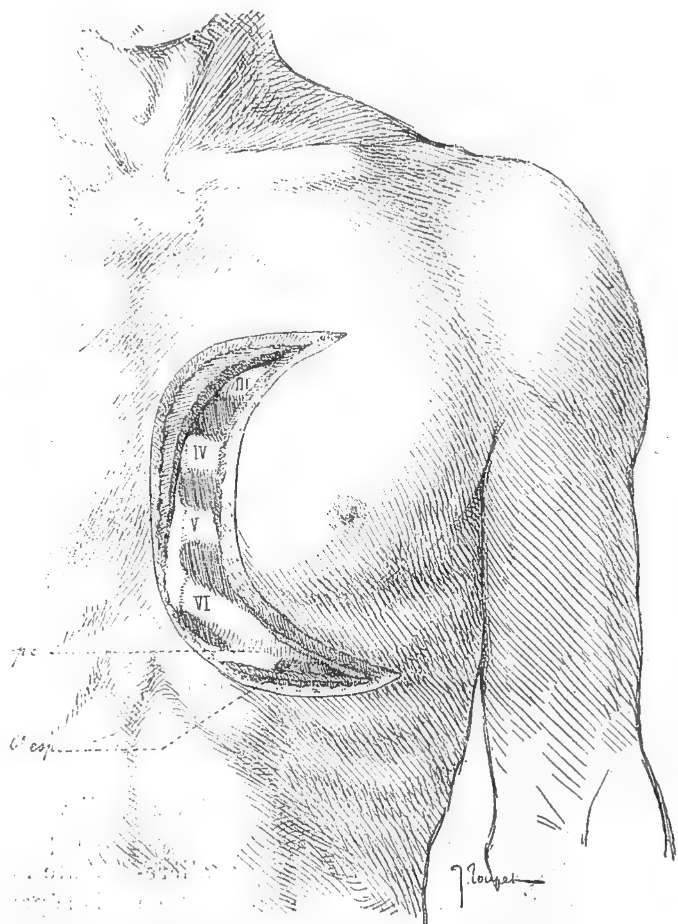


Figure 2. — Tracé du contour du volet ; *p.c.*, pont cartilagineux unissant les 6e et 7e côtes à travers le 6e espace.

niveau coupe non seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, mais encore les faisceaux du muscle droit ; il s'arrête au niveau des muscles intercostaux externes, et met à nu le pont cartilagineux qui réunit les 6e et 7e cartilages costaux (*p. c.*, fig. 2).

Le bord vertical est tracé non pas à une certaine distance en dehors du bord gauche du sternum, mais en dedans de ce bord qui doit rester bien visible et facile à explorer.

Quant au bord supérieur et horizontal, sa situation peut varier suivant la hauteur du traumatisme. S'agit-il d'une plaie siégeant dans les 4e, 5e ou 6e espaces, il pourra suffire de tracer le bord supérieur du volet dans le 3e espace et le volet ne comprendra que les 4e, 5e et 6e côtes ; mais si la plaie est plus élevée ou que son obliquité fasse supposer que la base du cœur puisse être atteinte, on ne doit pas hésiter à tracer le bord supérieur dans le second espace, prenant ainsi dans le lambeau les 3e, 4e, 5e et 6e côtes. Nous insistons sur ce que ce bord horizontal supérieur peut être déplacé sans inconvénient, tandis que le bord inférieur doit toujours rester dans le 6e espace.

En traçant le bord supérieur, on a coupé quelques faisceaux du grand pectoral, pour mettre à nu l'espace intercostal correspondant.

2º *Rabattement du volet.* — Le bistouri longe les bords supérieur et inférieur de la portion du 6e cartilage qui s'étend du ster-

1. Ce travail est extrait du rapport de MM. F. Terrier et E. Raymond sur la chirurgie du cœur et du péricarde. Congrès de chirurgie, 20 Octobre 1902.

num au petit pont cartilagineux mis à découvert (*p. c.*, fig. 2). La rugine le sépare de son périoste profond et deux coups de ciseaux permettent d'enlever ce fragment (*fr.*, fig. 3). Disons de suite qu'il ne manquera aucunement lors de la remise en place du volet. En effet, si la 6e côte ne peut plus alors être fixée au sternum, elle le sera à la 7e côte, grâce au pont cartilagineux qui les unissait.

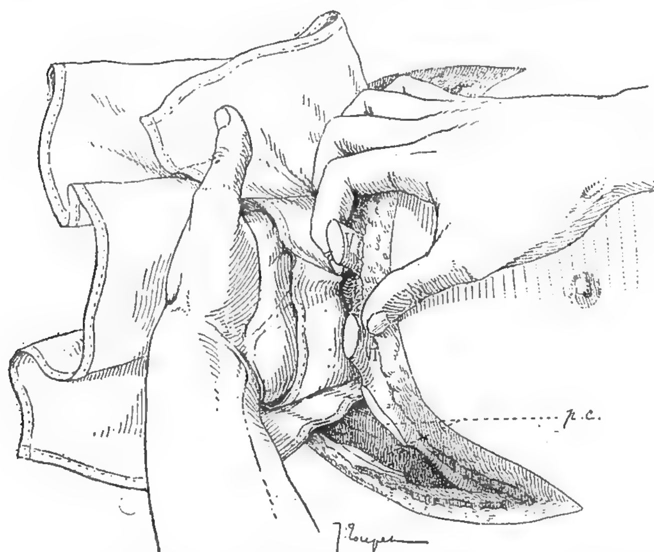


Figure 4. — Décollement du feuillet pariétal de la plèvre et de la paroi elle-même progressivement soulevée; *p. c.*, pont cartilagineux sectionné.

L'ablation de ce fragment hâte singulièrement la section des cartilages : le doigt ou la rugine introduit dans cette petite brèche se glisse sous le pont cartilagineux (*p. c.*, fig. 3) et le libère des parties molles; tandis que le bistouri sectionne celui-ci, le doigt ou la rugine chemine sous les articulations chondro-sternales des 5e, 4e cartilages et décolle encore à ce niveau les parties molles adhérentes à la face profonde du squelette : la section de chaque cartilage peut alors être faite au ras du sternum, sans crainte d'intéresser la plèvre.

La petite brèche faite aux dépens du 6e cartilage sert encore à amorcer le soulèvement progressif du volet.

Tous les cartilages sectionnés, on peut poser le bistouri; le décollement et le rabattement du lambeau vont se faire de la façon suivante (fig. 4). La main droite saisit le bord libre du volet et tend à le soulever. La main gauche coiffée d'une compresse se glisse entre la face profonde dudit volet et la plèvre; celle-ci se décolle progressivement avec une grande facilité, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de pneumothorax. On a soin de pousser très loin ce décollement, en tout cas de dépasser la région au niveau de laquelle on va établir la charnière du volet.

Pour créer cette charnière, il est inutile de sectionner les côtes supérieures et inférieures comprises dans le volet; il paraît beaucoup plus simple de fracturer chaque côte en la renversant en dehors et en appuyant extérieurement un doigt au niveau où l'on veut déterminer la fracture. Celle-ci se produit le plus souvent sous le périoste : chez les sujets plus âgés, de petites aiguilles osseuses déchirent le périoste et ouvrent la plèvre si celle-ci n'est pas décollée à ce niveau; cet incident n'est jamais à redouter, à condition d'avoir pratiqué ce décollement et laissé en place la compresse qui, pendant toute l'opération, protégera la plèvre en la séparant de la charnière et du volet rabattu (*c.*, fig. 5).

Lorsque celui-ci a été détaché avec grand soin des parties sous-jacentes, il laisse à sa place une disposition dont la figure 5 donne une idée exacte. On voit d'abord, partant du sternum, une série de petites bandelettes blanches représentant le périchondre (*pch.*, fig. 5) laissé par les cartilages. Au-dessous apparaissent les faisceaux du muscle triangulaire qui croisent obliquement les bandelettes du périchondre : ils se glissent en dedans au-dessous du sternum, tandis que leurs extrémités externes sont libres, ayant été désinsérées avec la compresse de la face profonde des côtes.

Ce muscle triangulaire est un point de repère précieux pour la plèvre qu'il recouvre : on peut, alors que l'on va vite, ne pas détacher les bandelettes du périchondre des cartilages correspondants, mais il est toujours plus commode, plus sûr et plus rapide de laisser en place le triangulaire et d'amorcer le soulèvement du volet en passant entre ce triangulaire et les cartilages.

L'artère mammaire interne a pu ne pas être intéressée, mais elle peut gêner par la suite et ses rameaux intercostaux donnent du sang; il est plus prudent d'en pratiquer la double ligature.

3° *Refoulement de la plèvre.* — La plèvre est traversée dans la majorité des cas : on aperçoit la plaie pleurale (même sans être guidé par la plaie extérieure) au moment où on décolle la séreuse du volet; il est facile, à ce moment, de la fermer par une pince, mais la conduite du chirurgien peut varier suivant l'importance et la situation de la plaie; si, en effet, on voit le poumon dangereusement blessé, on peut, comme cela a souvent été fait, agrandir la plaie pleurale et prendre dans une pince le bord du poumon qui donne du sang. Mais une fois cette hémostase assurée, on se gardera de poursuivre l'opération à travers la plèvre, et on se comportera exactement comme si cette dernière était indemne ou que son orifice ait été tout de suite fermé par un tampon ou une pince.

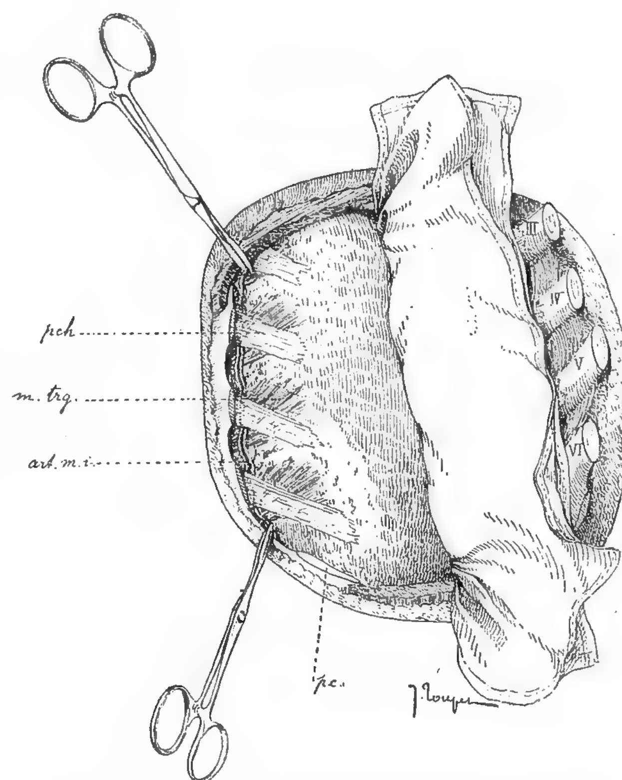


Figure 5. — Rabattement du volet. Entre celui-ci et la plèvre on laisse une compresse; *pch.*, bandelette du périchondre de chaque cartilage; *m. trg.*, muscle triangulaire; *art. m. i.*, artère mammaire interne pincée à son entrée et à sa sortie du champ opératoire.

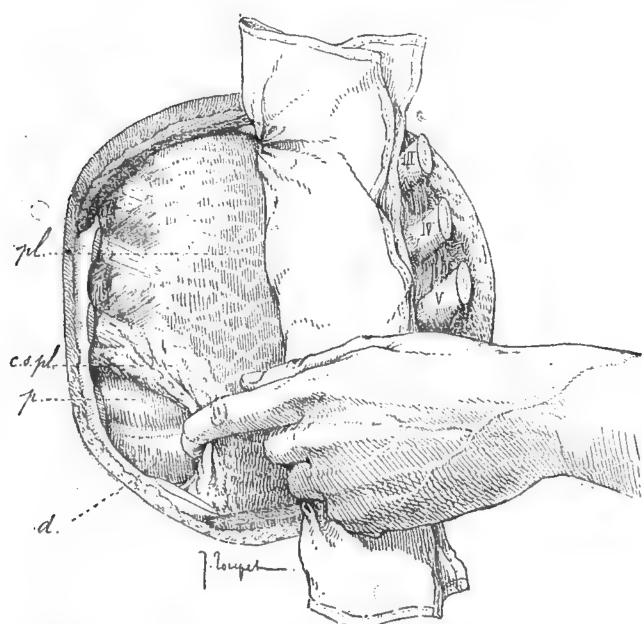


Figure 6. — Refoulement de la plèvre; *c. s. pl.*, le cul-de-sac pleural est tout d'abord accroché avec le doigt; *pl.*, plèvre; *p.*, péricarde; *d.*, diaphragme.

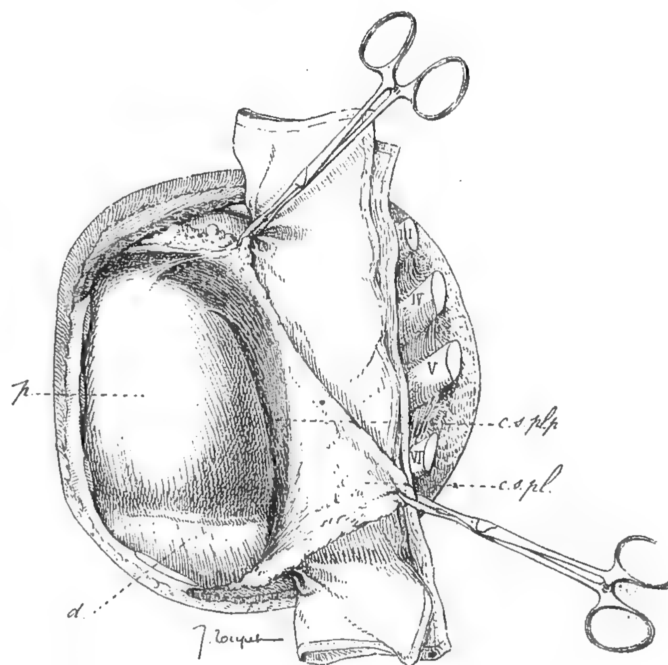


Figure 7. — Refoulement de la plèvre; *c. s. pl.*, cul-de-sac pleural antérieur libre, serré par une pince; *p.*, péricarde dont la face antérieure est libérée du cul-de-sac pleural; *c. s. pl. p.*, cul-de-sac pleuro-péricardique artificiellement constitué en décollant la plèvre avec une compresse.

Nous cherchons donc à décoller le cul-de-sac pleural du péricarde, et pour cela commençons ce décollement par la partie inféro-interne de la brèche. Parfois le cul-de-sac

apparaît à ce niveau, allant obliquement de haut en bas et de dedans en dehors; parfois il est masqué par des bourrelets de graisse qui indiquent du moins sa situation. Le doigt (fig. 6) accroche en tout cas la plèvre sans danger, l'entraîne en haut et en dehors; en refoulant les tissus avec une compresse, on a facilement raison des adhérences qui retiennent en bas le cul-de-sac.

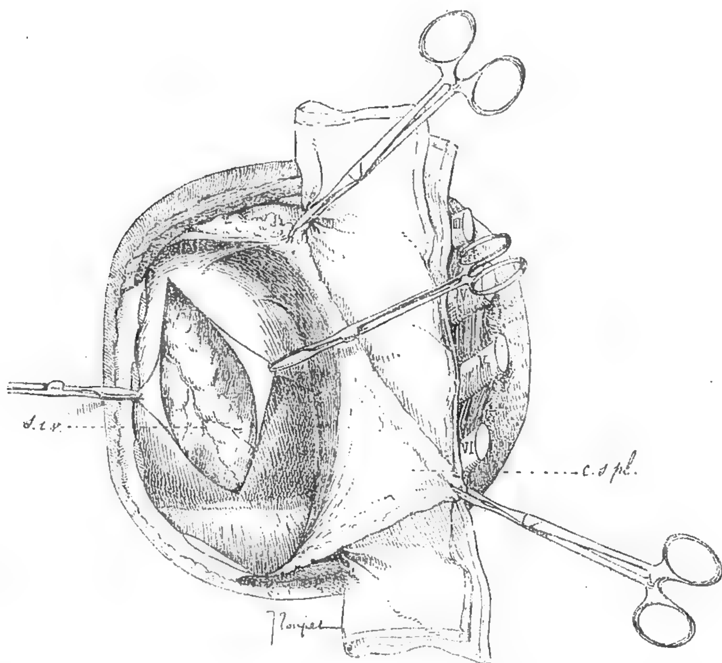


Figure 8. — Ouverture du péricarde; *s. i. v.*, sillon interventriculaire; *c. s. pl.*, cul-de-sac pleural.

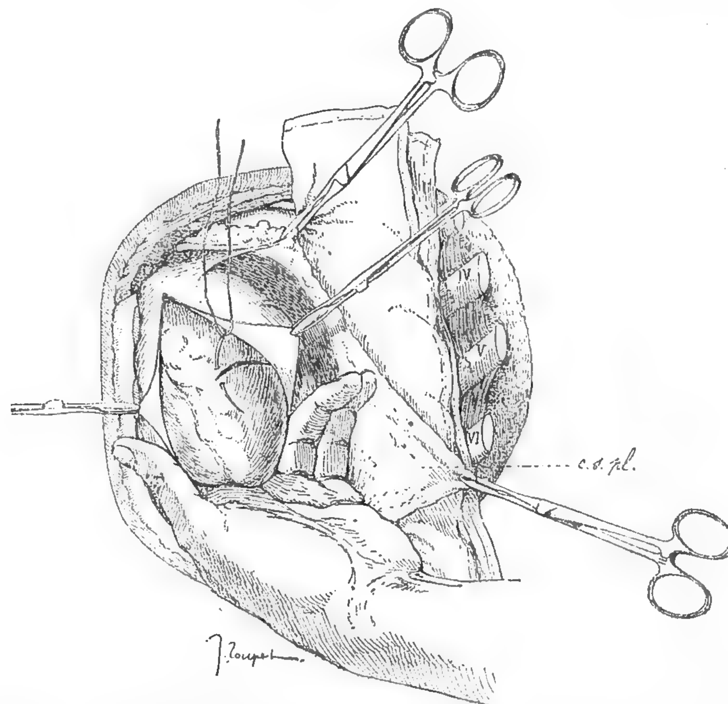


Figure 9. — Cardiorraphie. Le cœur est maintenu avec deux doigts pendant qu'est placé le premier point de suture.

En dedans, celui-ci est maintenu par ses adhérences avec le muscle triangulaire. Comme l'ont dit avec raison Delorme et Mignon, la plèvre est aussi adhérente à ce muscle qu'elle l'est peu au péricarde. Il est inutile de chercher à séparer plèvre et muscle; on désinsère celui-ci de la face profonde du sternum en agissant avec la compresse.

Le cul-de-sac pleural est dès lors complètement libre, comme l'indique la figure 7. Toutefois, dans la pratique, ne gardera-t-il pas la disposition que, pour plus de clarté, nous lui laissons dans les figures suivantes. On aura, en effet, glissé une compresse dans le cul-de-sac pleuro-péricardique (*c. p. p.*, fig. 8), rabattu celle-ci sur le cul-de-sac pleural, lequel se trouvera enfoui entre deux compresses au cours du reste de l'opération.

4° *Ouverture du péricarde.* — L'on profite de la plaie du péricarde pour pratiquer l'incision de celui-ci, que l'on fait aussi grande que le permet la brèche thoracique. Les lèvres de la plaie sont saisies dans des pinces. Une incision en T donne beaucoup de jour alors qu'on doit explorer les oreillettes; une incision en ⊥ facilite l'exploration de la face postérieure du cœur.

5° *Traitement de la plaie cardiaque.* — Découverte de la plaie, hémostase provisoire, suture pourront être pratiquées par bien des procédés différents. Dans le plus grand nombre des cas, le mieux de se comporter de la façon suivante (fig. 9). Tandis qu'en tirant sur les pinces l'aide écarte les tissus de la plaie péricardique, on glisse l'index et le médius de la main gauche sous le cœur et on tend à faire faire hernie à celui-ci : la face antérieure des deux ventricules apparaît alors en dehors du péricarde, et il est difficile qu'une plaie de cette région puisse échapper à la vue. La même manœuvre permet de créer une hémostase momentanée et d'immobiliser le cœur. La fixité de celui-ci peut être obtenue soit en le maintenant entre les doigts, soit en appuyant sa face antérieure contre le rebord supérieur de la brèche thoracique.

Le premier point est ainsi placé et peut-être est-il plus simple de continuer le surjet en laissant la main gauche dans la même situation. Toutefois il est possible à partir de ce moment de maintenir le cœur avec le chef initial du surjet, pendant qu'on passe les autres points (fig. 10).

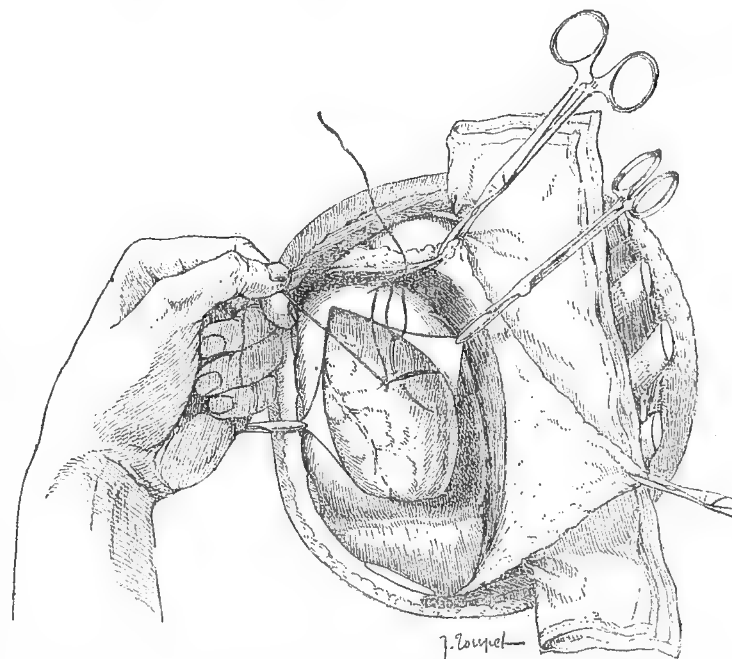


Figure 10. — Cardiorraphie. Le cœur est fixé par un premier point de suture tandis qu'on passe le second.

L'oreillette gauche est, avons-nous dit, explorable par ce procédé si l'on a pris la troisième côte dans le volet. Pour agir sur la face postérieure des ventricules il paraît commode de saisir la pointe du cœur dans une pince de Museux et de le soulever ainsi : mais s'il s'agit d'une seconde plaie créée par la sortie d'une balle, le mieux est d'imiter, s'il est possible, la conduite de Bouglé et de faire pivoter le cœur autour de son grand axe, en se servant des chefs du fil ayant servi à la suture antérieure.

Il est une région du cœur qui reste difficilement explorable par le procédé que nous venons de décrire, c'est l'oreillette droite. Pour se donner du jour dans ce sens, il nous semble long et insuffisant d'entamer le bord gauche du sternum avec la pince-gouge. Mieux vaut soulever franchement un volet sternal, ce qui est d'autant plus aisé que l'artère mammaire est liée et que le bord gauche du sternum est apparent (fig. 1). Deux incisions transversales sont menées devant le sternum, prolongeant les incisions horizontales du premier volet. Avec la rugine on sépare la face postérieure du sternum des parties molles sous-jacentes. On tranche le sternum à la cisaille au niveau des deux incisions cutanées. Le volet sternal est soulevé; si on le rabat à droite, la charnière ne se produit pas, quoi qu'on en ait dit, au niveau des articulations chondro-sternales droites, mais au niveau des articulations chondro-costales. Il suffit d'ailleurs de ne pas accentuer ce renversement du volet pour qu'il ne se produise qu'une simple flexion des cartilages costaux. Pendant cette manœuvre l'artère mammaire interne du côté droit se trouve un peu tendue; jamais nous ne l'avons vue se rompre dans nos expériences sur le cadavre.

Le volet sternal ainsi relevé, l'opérateur a tout le cœur facilement explorable, sous la main.

6° *Fermeture du péricarde, de la plèvre. Remise en place du volet.* — Le péricarde est fermé par un surjet. La plèvre a-t-elle été ouverte, elle est fermée à son tour après avoir, s'il y a lieu, remplacé par un fil la pince jetée sur le bord du poumon.

Sans discuter sur la question du drainage, remarquons que, s'il y a lieu de le pratiquer, le refoulement de la plèvre à gauche permet de drainer péricarde et plèvre non seulement de façon indépendante, mais en laissant les deux drains assez éloignés l'un de l'autre. Le drain pleural sort par l'angle inféro-externe du volet. Le drain du péricarde sort par l'angle inféro-interne : son passage est facilité par l'ablation du petit fragment antérieur de la 6ᵉ côte.

La suture du volet remis en place n'offre rien de particulier.

Il existe des cas où l'intervention paraît devoir être pratiquée à droite du sternum. C'est encore au volet à charnière externe que nous donnerons en pareil cas la préférence. Il n'offrira pas les mêmes avantages que du côté gauche, le décollement de la plèvre ne permettant plus les mêmes facilités, mais il nous paraît encore supérieur aux autres procédés.

D'autre part, le fait de se donner du jour en pratiquant un volet sternal sera presque de règle au lieu d'être exceptionnel comme dans le cas précédent.

XVᵉ CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 20 au 25 Octobre 1902.

20 Octobre 1902.

Dans son *Discours d'ouverture du Congrès*, le président, ***M. Jacques Reverdin*** professeur à l'Université de Genève, a touché à une question intéressante entre toutes pour les chirurgiens, question toujours d'actualité parce que toujours discutée, savoir celle du meilleur mode d'**Anesthésie générale en chirurgie**. Nos lecteurs ont encore trop présentes à la mémoire les récentes controverses qui eurent lieu sur ce sujet à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie et qui furent publiées en leur temps par *La Presse Médicale* pour que nous reproduisions derechef ici les arguments mis en avant par les différents chirurgiens pour défendre leur anesthésique de prédilection.

Au surplus, M. Jacques Reverdin n'a voulu envisager, comparer et critiquer que les deux principaux anesthésiques actuellement employés et qu'il a lui-même expérimentés pendant de nombreuses années le chloroforme et l'éther. Or, ses préférences sont nettement pour celui-ci. Nous ne retracerons que les traits principaux de son argumentation.

Le chloroforme, quelles que soient sa pureté et la perfection avec laquelle il est administré, expose tous les malades, mais tout particulièrement ceux qui sont atteints d'une affection du cœur, au danger de la syncope cardiaque brutale, que rien ne fait prévoir, à laquelle rien ne peut remédier. Mais ce n'est pas seulement la mort immédiate que peut provoquer le chloroforme : cette mort survient encore, plus fréquemment qu'on ne croit, à la suite des altérations viscérales (foie, rein) causées par l'anesthésique que le sang a charrié jusqu'au contact des éléments nobles, si délicats, de ces organes.

L'éther, au contraire, quand il est bien administré, à un état de pureté parfaite et à doses modérées, strictement nécessaires, ne provoque aucun de ces accidents redoutables qu'on reproche au chloroforme. Il n'a pas d'action sur le cœur et le seul inconvénient sérieux dont on puisse l'accuser c'est de donner lieu à une abondante sécrétion bronchique qui gêne parfois considérablement la respiration et peut produire l'asphyxie des malades ; mais comme les symptômes prémonitoires de cette asphyxie ne surviennent que progressivement et sont faciles à reconnaître, ils deviennent, par là même, faciles à prévenir : il suffit pour cela de modérer ou d'arrêter l'administration de l'anesthésique et de débarrasser, à l'aide d'un tampon monté, les voies aériennes supérieures des mucosités qui les encombrent. Les accidents respiratoires sont-ils plus graves : il n'y a qu'à recourir à la respiration artificielle et aux tractions rythmées de la langue, qui toujours seront suivies du retour de la fonction. En fait, les cas de mort sur la table d'opération, uniquement attribuables aux inhalations des vapeurs d'éther sont tout à fait exceptionnelles. — Quant aux accidents éloignés causés par ce mode d'anesthésie, il faut bien en admettre la réalité ; mais ces accidents sont également beaucoup moins graves et moins fréquents que ceux qu'on a signalés à la suite de la chloroformisation. Les adversaires de l'éther lui ont reproché quantité de morts plus ou moins tardives survenues par congestion pulmonaire : c'est là encore une complication qu'il sera le plus souvent possible d'éviter même chez les pulmonaires avec un produit pur, méthodiquement administré, et par une surveillance attentive des malades avant, pendant et surtout après l'opération.

En somme, l'administration d'un anesthésique est loin d'être chose inoffensive ; mais entre deux produits dangereux ne convient-il pas de choisir le moindre ? Or, du chloroforme et de l'éther, capables tous deux de fournir une anesthésie parfaite, c'est l'éther qui est le moins dangereux ; c'est donc lui qui doit être considéré comme l'anesthésique de choix. Aussi a-t-il été adopté comme tel par presque tous les chirurgiens étrangers : en Amérique, en Angleterre, en Allemagne et en Suisse notamment, on ne se sert plus que d'éther pour l'anesthésie chirurgicale. Seuls les chirurgiens français — si l'on en excepte le chirurgien lyonnais — sont restés fidèles au chloroforme. Pourquoi ? L'orateur ne se l'explique pas ; mais il espère qu'en France aussi, la conviction ne tardera pas à se faire dans les esprits et que, dans les salles d'opérations, le chloroforme cédera définitivement la place à l'éther.

Chirurgie du cœur et du péricarde. — MM. TERRIER et RAYMOND, rapporteurs. (Le résumé de ce rapport a été publié plus haut. Voir même numéro, p. 1011).

De l'intervention chirurgicale dans les blessures du cœur. — *M. Fontan* (de Toulon). L'orateur rappelle d'abord ses deux observations de suture déplacée du cœur qu'il a communiquées jadis à la Société de chirurgie de Paris. De ses deux opérés, le premier l'est actuellement depuis deux ans, et son état de santé ne laisse rien à désirer ; le second, qu'il avait présenté, trois mois et demi après l'intervention, à la Société de chirurgie, a succombé deux mois plus tard à une embolie cérébrale. L'autopsie a révélé l'existence, dans l'intérieur du ventricule gauche, d'un caillot de forme conique, à base fortement adhérente à la cicatrice de la blessure, mais dont le sommet, flottant et friable, avait fort probablement fourni l'embolus cérébral. Extérieurement, la cicatrice cardiaque était à peine visible. M. Fontan se demande si ce cas doit être considéré comme un échec et si la possibilité de la formation d'un caillot intracardiaque, avec tous les dangers qu'il comporte, à la suite de la suture du cœur, ne va pas arrêter la main des chirurgiens. Evidemment non. Ce fait doit, au contraire, les inciter à de nouvelles tentatives et surtout à de nouvelles recherches chez les animaux afin de savoir dans quelles conditions se produit ou ne se produit pas ce caillot. La pénétration ou la non pénétration des fils de suture dans la cavité cardiaque doit probablement jouer ici un rôle important.

Un point qui a été totalement négligé dans le rapport de MM. Terrier et Reymond, c'est celui des *indications opératoires* dans les plaies du cœur. Certes, ces indication seraient formelles si le diagnostic de la lésion pouvait être porté d'une façon précise. Mais ce diagnostic est très difficile à faire, car il n'existe pas de signe pathognomonique d'une plaie du cœur. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire, suivant M. Fontan, pour justifier la légitimité d'une intervention. Pour lui, celle-ci s'impose chez tout individu atteint d'une blessure dans la région du cœur et qui présente, avec des signes plus ou moins accentués d'hémorragie interne, une angoisse précordiale extrême indiquant une compression du cœur par un épanchement situé dans son voisinage. Dans ces conditions, en effet, la conduite qui s'impose, c'est d'aller décomprimer l'organe.

Quelle est la meilleure *technique* pour aborder le cœur. M. Fontan reste, jusqu'à nouvel ordre, partisan de la voie thoracique. Son volet thoracique d'élection est le volet à charnière externe gauche, à bord libre parasternal, comprenant les extrémités internes des 4ᵉ et 5ᵉ côtes et les cartilages costaux correspondants ; il est utilisable dans la très grande majorité des cas, les plaies du cœur siégeant généralement à gauche qu'elles s'accompagnent ou non d'hémopneumothorax] gauche. On pourra le remplacer, dans les cas de plaie du cœur siégeant à droite, avec hémopneumothorax droit, par un volet analogue taillé à droite du sternum. Enfin, dans le cas de plaie siégeant au niveau du sternum, et en l'absence de tout hémopneumothorax, il sera indiqué de faire un volet sternal, taillé aux dépens du corps de cet os.

Deux observations de massage du cœur. — *M. Gallet* (de Bruxelles). Dans ces derniers temps, certains chirurgiens ont préconisé à nouveau le massage du cœur pour rappeler à la vie les individus ayant succombé à la syncope cardiaque chloroformique, par exemple. Or, de nombreuses recherches expérimentales et deux faits cliniques personnels ont démontré à M. Gallet que pareille manœuvre, toujours dangereuse pour le sujet, était aussi toujours inutile. Jamais, par ce moyen, l'orateur n'est parvenu à ranimer les chiens chez lesquels il avait provoqué, par chloroformisation, une syncope cardiaque mortelle. A la vérité, le massage rythmé du cœur parvenait bien, chez ces animaux, à relever de 4 à 5 centimètres la pression artérielle tombée à 0 ; de même le relèvement de la pression veineuse, allant jusqu'à 2 ou 3 centimètres, indiquait bien que la colonne sanguine, mise en mouvement par le massage du cœur, franchissait les capillaires ; mais dès qu'on suspendait le massage, la pression retombait à 0, ce qui indique bien qu'il y avait absence de débit, caractère essentiel de la circulation vraie.

Les deux faits cliniques de M. Gallet concernent deux sujets ayant succombé à la syncope chloroformique. Chez le premier le massage du cœur fut pratiqué une demi-heure, chez le second vingt minutes après la mort et après échec de tous les moyens habituellement employés en pareil cas. Or ni l'un ni l'autre de ces sujets ne put être rappelé à la vie : il se fit bien une faible recoloration de la face, on constata même une légère trémulation fibrillaire du cœur, mais dès qu'on abandonna le massage, ce semblant de circulation cessa aussitôt.

Le massage du cœur est donc un procédé inutile ; d'autre part il crée un traumatisme grave qui risquerait fort de tuer définitivement le sujet seulement en état de mort *apparent*, qu'il serait parvenu à ranimer : c'est donc aussi un procédé dangereux. Double raison pour le bannir de la thérapeutique chirurgicale.

M. Tuffier rappelle qu'il est parvenu à rappeler à la vie, par le massage du cœur, un certain nombre de chiens chez lesquels il avait provoqué une syncope cardiaque mortelle à l'aide du chloroforme. Ces chiens ont vécu ensuite parfaitement bien portants, pendant des semaines et des mois, jusqu'à ce qu'on les sacrifiât. Les expériences rapportées à l'instant par M. Gallet prouvent d'ailleurs bien, au contraire de ce que pense leur auteur, la possibilité de pareille résurrection : si le sang, à la suite du massage, circule dans les vaisseaux périphériques, il doit en être de même au niveau du bulbe. Dès lors n'est-il pas admissible que celui-ci se désintoxique progressivement et, reprenant peu à peu son action, rétablisse les fonctions de la circulation et de la respiration.

M. Tuffier pense donc que, dans les cas de syncope cardiaque mortelle et après avoir usé de tous les autres moyens de ranimer le sujet, le massage du cœur peut et doit être essayé, comme dernière chance de salut.

M. Vidal (de Périgueux) a fait également de nombreuses expériences sur le chien et jamais il n'a assisté à cette résurrection dont parle M. Tuffier. Le relèvement considérable (2 à 3 centimètres), à la suite du massage du cœur, de la pression intra-veineuse, qui, normalement, n'est que de quelques millimètres, ne témoigne pas, comme on pourrait le croire, du rétablissement d'une circulation périphérique vraie ; bien au contraire, il prouve que les valvules veineuses ont été forcées, par conséquent que les veines et les capillaires sont complètement paralysés.

M. Vidal pense qu'il y aurait plus d'espoir à fonder sur la *ponction de l'oreillette droite* qu'il a pratiquée expérimentalement un certain nombre de fois sur des chiens tués par le chloroforme. Cette saignée de l'oreillette, dont on a nié l'efficacité, doit être très abondante si l'on veut avoir des chances de réussite ; en fait, sur 20 cas où il l'a essayée chez le chien, M. Vidal compte 15 succès.

M. Delorme condamne également le massage du cœur, comme une manœuvre à la fois inutile et dangereuse.

Technique de la suture des plaies du cœur. Conduite à tenir en présence d'un corps étranger im-

planté dans le cœur. — *M. F. Villar* (de Bordeaux). De ses recherches expérimentales sur la chirurgie du cœur, M. Villar tire les conclusions suivantes :

1° La suture des plaies du cœur devrait représenter le type des opérations d'urgence. Malheureusement, elle ne peut pas être pratiquée d'une façon efficace par n'importe quel praticien.

2° La voie abdomino-diaphragmatique permet d'aborder et d'explorer assez facilement le cœur ; elle semble moins grave que la voie thoracique, car elle évite le pneumothorax ; mais elle offre un champ d'action bien plus limité : ses indications seront donc plus restreintes.

3° Le meilleur volet thoracique est le volet à charnière verticale et externe de Fontan, agrandi par Manine.

4° On devra tâcher d'éviter la plèvre lorsqu'elle est intacte. Si elle a été ouverte par l'agent vulnérant, il serait préférable de la nettoyer et de la suturer avant d'inciser le péricarde, tout en veillant sur l'hémorragie cardiaque.

5° Le meilleur moyen de fixer le cœur pendant la suture, c'est de le saisir avec la main gauche passée sous sa face postérieure.

6° L'aiguille fine de Reverdin est très commode pour pratiquer la suture. Elle ne doit pas traverser toute l'épaisseur de la paroi cardiaque, et les orifices d'entrée et de sortie seront à une certaine distance des bords de la plaie.

7° On peut se servir indistinctement de fil de soie ou de catgut.

8° Le surjet est préférable aux points séparés.

9° Dans les cas de plaie des oreillettes, la ligature doit remplacer la suture.

10° A moins de circonstances spéciales, il est préférable de ne drainer ni la plèvre, ni le péricarde.

11° D'après les expériences de M. Villar, l'emploi du sérum artificiel ne lui paraît pas recommandable au cours de l'opération. En effet, l'injection sous-cutanée est illusoire ; quant à l'injection intra-veineuse elle n'amène que peu ou pas de liquide dans le cœur gauche et offre le gros inconvénient de dilater outre mesure les cavités droites.

12° La trachéotomie et l'insufflation pulmonaire peuvent rendre de grands services au cours de l'intervention en luttant contre la rétraction pulmonaire. Cette insufflation favoriserait le passage du sang dans le ventricule gauche.

En présence d'un corps étranger implanté dans le cœur, on se comportera de deux façons différentes. S'il est petit, une aiguille par exemple, on pourra le retirer directement, ou mieux après incision des parties molles et dégagement de l'instrument dans une certaine étendue avant la traction.

Mais s'il est d'un certain calibre, on ne devra procéder à son extraction qu'à ciel ouvert, après avoir taillé un volet thoracique. En effet, les expériences de M. Villar ont confirmé ce principe, qu'il était facile de prévoir : à savoir que tant que l'instrument est en place, pas d'hémorragie, que la plaie cardiaque soit pénétrante ou non ; dès que l'instrument est enlevé, il y a écoulement de sang.

Sur un cas de drainage du péricarde. — *M. Faure* (de Paris) rapporte une observation fort intéressante de drainage du péricarde dans un cas de péricardite tuberculeuse. M. Faure avait été appelé à faire une première fois la péricardotomie pour un épanchement intrapéricardique considérable occasionnant une compression extrême du cœur avec tous les symptômes qui en résultent. Cette incision donna issue à 1 litre de liquide clair et, instantanément, tous les symptômes de compression disparurent. La plaie péricardique fut suturée et le malade alla bien pendant quelques jours, puis survinrent des phénomènes de suppuration et de rétention ; il fallut rouvrir et, cette fois, drainer le péricarde qui contenait un liquide purulent. Le malade vécut encore plus d'un mois pendant lequel on vit le cœur continuer à battre, pour ainsi dire à nu, dans le péricarde largement ouvert et en pleine suppuration, sans qu'il en résultât le moindre trouble qui pût faire supposer qu'il souffrait de cette situation si exceptionnelle et dangereuse. On peut en conclure que le cœur est un organe très résistant, et le fait rapporté par M. Faure semble très encourageant pour l'avenir de la chirurgie du cœur.

(*A suivre.*) J. Dumont.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

14 Octobre 1902.

Dacryoadénite double chez un malade atteint de blennorhagie. — *M. Ferry* présente un malade atteint de dacryoadénite double et d'iritis double. Ces accidents sont survenus au cours d'une blennorhagie que le malade a contractée il y a un mois, en même temps que de nombreuses localisations articulaires. La simultanéité des lésions iridiennes, lacrymales et conjonctivales, l'aspect de la conjonctive font penser qu'il s'agit là d'une infection métastatique.

Rétraction bilatérale des paupières supérieures. — *MM. Chevallereau et Chaillous* présentent une malade chez laquelle les deux paupières supérieures sont rétractées derrière le rebord orbitaire. Les paupières restent entr'ouvertes pendant le sommeil, et pendant l'anesthésie chloroformique. Elles ne suivent pas le globe oculaire dans le regard en bas. Ce symptôme, rappelant le signe de Stellivag, ne s'accompagne d'aucun autre trouble qui puisse faire penser à une forme fruste de la maladie de Basedow.

Remarques sur la structure et le traitement des végétations conjonctivales à exacerbations printanières. — *M. A. Terson* présente des préparations des deux types de végétation, celles du limbe et celles du tarse. Il s'agit de tissu presque fibreux dont le revêtement épithélial est moins développé qu'on ne l'a observé dans d'autres cas. On n'a pas encore trouvé l'agent infectieux de cette lésion. Les pommades hydrargyriques pour les végétations péricornéennes, le protargol, les applications froides, l'ablation des grosses végétations et surtout un traitement arsenical intensif sont à recommander.

Tumeur du muscle droit externe. — *M. Aubineau* (Brest) présente les préparations histologiques d'une tumeur du muscle droit externe de l'œil droit. Cette tumeur fut enlevée chez un malade de soixante-seize ans. Elle se présentait sous forme d'une petite masse arrondie, épisclérale, indépendante de la conjonctive. Le muscle droit externe dut être en partie reséqué. Le point de départ de la tumeur semble être le tissu conjonctif inter-fasciculaire et ses caractères histologiques portent à la classer parmi les sarcomes épithélioïdes.

Détermination expérimentale de la perméabilité des voies lacrymales. — *M. Kalt* étudie la perméabilité des voies lacrymales en instillant dans l'angle interne des paupières des gouttes de solution physiologique salée, tiédie. Quand les voies lacrymales sont perméables, trois à quatre gouttes s'éliminent à la minute. Après l'instillation de cocaïne, et dans les cas de paralysie de l'orbiculaire, la perméabilité reste la même. Sur quinze malades traités par le cathétérisme pour du larmoiement, la vitesse d'écoulement n'a pas été modifiée.

J. Chaillous.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

17 Octobre 1902.

Désarticulation interilio-abdominale pour sarcome du bassin. — *M. Morestin* a pratiqué la désarticulation intérilio-abdominale pour un sarcome périostique de la portion antérieure de l'ilion chez une femme de trente ans. L'opération, pratiquée pourtant dans les conditions les plus propres à fournir un succès, a été suivie de mort rapide. Aussi convient-il de modifier l'opération, de renoncer à la désarticulation intérilio-abdominale typique, et de faire des opérations plus limitées. Par exemple, dans le cas actuel, l'ablation du membre inférieur, suivie d'une résection partielle du bassin, eût suffi. Il y aurait alors à couper verticalement la branche horizontale du pubis, l'ilion à sa partie postérieure, et transversalement l'ischion au-dessous de la cavité cotyloïde.

Myxome sacro-coccygien. — *M. Morestin* apporte une tumeur qui occupait la partie supérieure et interne de la fesse chez une jeune fille autrefois traitée pour un double pied-bot. La tumeur, constituée par du myxome pur, était reliée par un pédicule fibreux au ligament qui ferme l'hiatus sacro-coccygien.

Cette tumeur appartient au groupe complexe des tumeurs sacro-coccygiennes, et son origine doit être rapportée à l'évolution embryonnaire. Il y a lieu de rapprocher les deux faits présentés par la malade : tumeur sacro-coccygienne et pied-bot ; ils sont intéressants au point de vue de la pathogénie du pied-bot.

Le myxome a été enlevé par une incision invisible, dissimulée dans le fond de la rainure interfessière. La malade n'étant âgée que de dix-neuf ans, il y avait profit à cacher la cicatrice.

Kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu. — *M. Mouchotte* présente un kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu. La torsion s'est faite de dehors en dedans. Elle est d'un tour complet. L'histoire clinique était classique. Comme dans la plupart des cas semblables on a noté l'influence réciproque des congestions menstruelles sur les accidents de torsion et des accidents de torsion sur la durée et l'abondance des règles.

Rupture du foie par contusion de l'abdomen. — *MM. S. Mercadé et Gaudemet* apportent le foie d'un enfant de sept ans qui fut écrasé par une voiture Le diagnostic d'hémorragie intra-péritonéale étant porté, on fit une laparotomie qui montra une rupture du foie. Malgré le tamponnement de la plaie, l'opéré succomba.

L'autopsie a montré une véritable déchirure antéro-postérieure de l'organe.

Appendicite opérée à chaud. — *M. Péraire* présente un appendice provenant d'un sujet âgé de quatorze ans et demi. L'opération a été faite *à chaud* en pleine péritonite aiguë. Elle a consisté à ouvrir la cavité abdominale et à drainer. L'*appendice sphacélé* a été éliminé spontanément six jours après l'intervention. Le malade est aujourd'hui guéri. Le présentateur se demande quel aurait été le résultat si, en pareil cas, on avait *temporisé* en attendant le refroidissement des accidents.

Tumeurs expérimentales. — *MM. Lecène et Legros* présentent des préparations de tumeurs expérimentales produites par la greffe sous-cutanée et intra-musculaire chez le cobaye adulte, d'organes d'embryons de la même espèce. Dans deux cas sur six il y eut un résultat positif en ce sens qu'en sacrifiant cinq semaines après la greffe les animaux, on trouva que les fragments greffés s'étaient beaucoup développés et avaient donné naissance à de véritables petites tumeurs. Au point de vue histologique on a trouvé dans un cas de greffe du rein embryonnaire, une tumeur contenant des grands kystes à épithélium bien vivant présentant même une tendance à végéter dans le tissu conjonctif environnant ; dans un autre cas de greffe de la région vertébrale (vertèbre et reins correspondants), on a obtenu une tumeur de structure complexe formée de grands kystes à épithélium cylindrique ou cubique, de cartilage bien vivant ayant même produit de l'os adulte en certains points. Ces recherches seront continuées de façon à bien savoir ce que deviendraient ces tumeurs en laissant en vie des animaux pendant un temps plus long.

Tubercules de la dure-mère. — *M. Roger Voisin* présente deux gros tubercules adhérents à la dure-mère, trouvés à l'autopsie d'une enfant morte d'une méningite tuberculeuse apoplectiforme (coma brusque et mort en soixante heures).

L'un adhère à la faux du cervelet, l'autre se trouve dans la fosse cérébelleuse droite au niveau du coude du sinus latéral. Le diagnostic de méningite tuberculeuse avait été posé après ponction lombaire.

L'infection tuberculeuse était d'origine intestinale.

Volumineux corps jaunes fibreux de l'ovaire et ovarectomie. — *M. Milian* montre deux ovaires enlevés par hystérectomie abdominale parce qu'ils étaient gros, l'un en particulier gros comme un œuf de dinde. L'examen histologique montre que l'ovaire n'est pour ainsi dire pas malade. L'hypertrophie est due à de gros corps jaunes fibreux, c'est-à-dire à une évolution physiologique normale.

Le présentateur fait remarquer qu'avant d'enlever un ovaire gros, une incision exploratrice renseignerait sur l'utilité de l'extirpation, seule commandée par les tumeurs malignes, les suppurations ou les kystes. La présence de corps jaunes fibreux ou de follicules de De Graaf apoplectiques contre-indique celle-ci.

La loge prostatique. — *M. R. Proust* présente une série de dissections montrant les rapports de la glande prostatique dans sa loge ; celle-ci est formée classiquement en arrière par l'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers, sur les côtés par les

lames pubo-rectales; en avant, sa séparation d'avec le plexus de Santorini est diversement comprise; voici ce que montrent les préparations: en arrière de la glande descend un cul-de-sac fibreux à deux feuillets : la *lame génitale* et la *lame rectale*; l'union des deux constitue la formation décrite par Denonvilliers; sur les côtés deux gaines vasculaires, émanations des gaines hypogastriques, viennent border chacun des lobes; elles convergent l'une vers l'autre et viennent adhérer à l'urètre au niveau de la ligne médiane, se confondant avec les ligaments antérieurs de la vessie ; de cette adhérence il résulte que la loge prostatique est double en avant; chaque lobe a sa loge distincte, et la dualité de la prostate, glande paire et symétrique, apparaît encore plus nette.

Infection mixte à bacilles d'Eberth et à streptocoques sans les lésions intestinales de la fièvre typhoïde. — *M. Griffon* montre les coupes des organes d'un homme de soixante ans qui succomba dans l'adynamie, avec des phénomènes broncho-pulmonaires et un séro-diagnostic éberthien positif à 1 pour 150.

L'autopsie révéla l'absence de lésions intestinales; la rate était hypertrophiée et le lobe inférieur du poumon droit était farci de foyers de bronchopneumonie.

L'ensemencement et la culture des organes a, par contre, mis en évidence la présence du bacille typhique dans la rate, la bile, la moelle osseuse; le bacille se trouvait associé au streptocoque.

Dans le poumon, il n'y avait que du streptocoque.

Les préparations histologiques font voir des foyers de bacilles typhiques en amas caractéristiques dans le parenchyme de la rate, du foie et du rein.

M. Nattan-Larrier se rappelle une observation qui peut être rapprochée du cas actuellement présenté : chez un enfant du service de M. Netter, en 1900, il constata une fièvre continue sans diarrhée, avec séro-diagnostic positif, et avec autopsie négative en ce qui concerne les lésions intestinales. Mais il existait une endocardite à bacilles d'Eberth et à streptocoques; la rate contenait des îlots de bacilles et de streptocoques; les reins offraient des abcès miliaires à streptocoques.

Appendicite à siège pelvien. — *M. Lance* apporte les pièces de l'autopsie d'un cas d'appendicite dont les signes avaient affecté une localisation anormale par suite d'une ectopie de l'appendice. L'extrémité de l'organe était descendue dans le bassin, à gauche du rectum. A l'occasion de la poussée aiguë d'appendicite, il s'était produit un étranglement intestinal sur des adhérences péritonéales qui relevaient vraisemblablement de poussées antérieures d'appendicite.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

17 Octobre 1902.

L'aphasie dans la paralysie générale. — *M. Joffroy* appelle l'attention sur un mode de début assez rare de la paralysie générale : une attaque avec ou sans perte de connaissance est le premier acte, puis s'installe une aphasie habituellement transitoire; la guérison se fait rapidement, puis d'autres attaques reviennent et la paralysie générale se constitue. De plus, certaines paralysies générales comportent l'aphasie parmi leurs symptômes; cette aphasie est soit motrice, soit sensorielle ; à l'autopsie on trouve, dans ces cas, des lésions surtout accentuées dans les zones du langage.

M. Ballet insiste sur les modifications profondes que le syndrome aphasie peut apporter au tableau symptomatique habituel de la paralysie générale; l'aphasie peut être transitoire et relever de troubles purement vasculaires, ou permanente et traduire ainsi une lésion plus profonde. Dans un cas, un kyste siégeant dans la circonvolution de Broca fut trouvé conjointement avec les lésions d'une méningo-encéphalite diffuse ; l'aphasie avait été permanente.

Thyroïdite post-pneumonique chez une femme atteinte de maladie de Basedow. — *M. Le Gendre* apporte l'observation d'une malade de trente-sept ans, atteinte de maladie de Basedow et ayant eu une pneumonie du sommet. Pendant la convalescence une thyroïdite aiguë évolua, et se termina par résolution au bout de huit jours. Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : elle paraît démontrer un rôle prédisposant joué par la maladie de Basedow comme appel à la seconde localisation pneumococcique; enfin elle est intéressante par sa rareté et son évolution, car les thyroïdites aiguës à pneumocoque ne sont pas fréquentes et, de plus, contrairement à celle-ci, elles suppurent toujours.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

18 Octobre 1902.

Recherche clinique du pouvoir lipasique du sérum. — *MM. Ch. Achard et A. Clerc.* Nous avons montré précédemment que l'abaissement considérable du pouvoir lipasique du sérum est un signe de mauvais pronostic. Les discussions récentes qui se sont élevées sur la lipase du sang ne modifient en rien nos conclusions.

En effet, on a bien contesté le rôle physiologique attribué à ce ferment et son action sur les graisses normales de l'organisme; mais on n'a jamais mis en doute — et même on a confirmé — son action sur la monobutyrine. Or, c'est exclusivement cette action sur la monobutyrine qui nous a servi dans nos recherches cliniques. On a, il est vrai, proposé d'appeler monobutyrinase le ferment de la monobutyrine, mais on ne peut toutefois lui refuser la dénomination de lipase qui est un terme générique employé dès l'origine pour désigner les ferments dédoublant les matières grasses. De plus, nous avons simplement établi un rapport de coïncidence entre l'abaissement de la lipase du sang et la déchéance générale de l'organisme, et cette question de fait est complètement indépendante des théories émises sur le rôle physiologique de ce ferment.

De nouvelles observations confirment, d'ailleurs, nos conclusions antérieures. Dans une pneumonie sans apparence de gravité, la lipase était tombée à 6,5 et la mort survint trois jours après. Inversement, dans une fièvre typhoïde d'apparence très grave, la lipase était restée à 13 et le malade guérit. Dans deux cas de tuberculose urinaire, nous avons vu la lipase descendre à 9 chez un des malades, très cachectique et phtisique avancé, tandis qu'elle se maintenait à 16 chez l'autre, indemne de lésions pulmonaires et qui subit avec succès la néphrectomie. Dans une pleurésie purulente à pneumocoque, guérie par pleurotomie, la lipase, tombée à 8, se releva à 14 deux jours après l'opération. Par contre, dans une autre pleurésie pneumococcique opérée tardivement dans un état de cachexie profonde, la lipase, tombée à 5,5, resta à ce taux très faible le lendemain de l'opération, puis remonta à 11 ; mais la plaie s'infectant, elle redescendit à 6,5 et le malade succomba quelques jours plus tard.

Culture extemporanée des microbes anaérobies en milieux liquides. — *M. G. Rosenthal.* Sous le nom de « tubes cachetés », je décris des tubes de milieux liquides, surmontés d'une hauteur de 1 cent. 1/2 de lanoline. Une simple ébullition d'une demi-heure a chassé l'air et y permet la culture des anaérobies stricts. Au moment de s'en servir, il suffit de faire fondre le bouchon de lanoline. Quand les manœuvres sont terminées, le tube refroidi quelques minutes dans un récipient d'eau est remis à l'étuve.

Action de la quinine sur le cœur et les vaisseaux de la grenouille. — *M. E. Maurel.* J'ai obtenu, après injection de bromhydrate de quinine dans le sac dorsal de la grenouille, des effets vaso-moteurs différents suivant la dose employée.

Aux doses de 10 à 20 centigrammes par kilogramme, il se produit une vaso-constriction, qui se prolonge au moins pendant trente-six heures, et le cœur se ralentit;

Aux doses de 50 centigrammes à 1 gramme, au contraire, après une courte période de vaso-constriction, il se produit une vaso-dilatation persistante; et en même temps les pulsations cardiaques sont plus fortes et diminuées de nombre.

Perméabilité rénale aux chlorures urinaires. — *M. G. Meillère* signale la rétention des chlorures urinaires au cours de quelques affections : ostéomyélite aiguë, péritonite, appendicite, colique de plomb, vomissements incoercibles de la grossesse. Il insiste sur l'utilité des essais urologiques dans ceux de ces cas qui appellent une intervention chirurgicale.

Localisation kératinique des poisons métalliques. — *M. G. Meillère* expose les recherches qu'il a entreprises en vue de démontrer la localisation des poisons métalliques et, plus particulièrement, du plomb dans les organes kératiniques. Il signale la présence d'une quantité relativement considérable de fer et de plomb dans les cheveux et la barbe des saturnins.

A. Sicard.

ACADÉMIE DES SCIENCES

13 et 20 Octobre 1902.

Sur les hématozoaires des poissons marins. — *MM. A. Laveran et F. Mesnil.* Ces auteurs ont reconnu que les trypanosomes et les hématozoaires endoglobulaires se présentent, dans le sang des poissons, avec des formes analogues à celles que l'on rencontre chez les vertébrés à sang chaud. Il y a donc lieu de penser que la contagion se fait chez les uns comme chez les autres par l'intermédiaire de quelque invertébré sanguicole.

L'acide carbonique comme agent de choix de la parthénogenèse expérimentale chez les astéries. — *M. Yves Delage.* On sait depuis déjà assez longtemps que, sous l'influence de divers agents chimiques, certains œufs sont susceptibles de subir un début de segmentation parthénogénétique. Guidé par certaines considérations théoriques, M. Delage s'est avisé de recourir à l'acide carbonique comme agent influençant la segmentation.

En traitant des œufs d'astérides arrivés à maturation par de l'eau de mer chargée d'acide carbonique, puis en plaçant ces mêmes œufs une heure plus tard dans de l'eau de mer ordinaire, M. Delage a obtenu la segmentation, sans intervention des spermatozoïdes, de tous ou d'à peu près tous les ovules.

Les excitants et les poisons du nerf. — *M. N.-E. Wedensky.* Cet auteur ayant entrepris de rechercher comment se comportent les agents chimiques, les poisons de toute espèce, quelle que soit leur constitution, vis-à-vis des nerfs, a reconnu que tous ces agents provoquent dans le nerf l'état de la parabiose.

Georges Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

21 Octobre 1902.

Rapport sur le prix Godard. — *M. Lereboullet* lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Godard.

Rapport sur le prix Baillarger. — *M. Joffroy* lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Baillarger.

Tumeur syphilitique du bassin. — *M. Fournier* rapporte l'observation d'une tumeur syphilitique du petit bassin, prise pour un cancer, survenue chez un homme de trente-quatre ans, qui présentait des antécédents de syphilis héréditaire.

La tumeur donnait lieu à un rétrécissement du rectum et coiffait la vessie ; des douleurs rectales et une constipation persistante étaient les principaux symptômes. Le malade avait eu quinze frères et sœurs dont douze étaient morts en bas âge ; il avait un frère présentant des lésions considérables du fond de l'œil d'origine hérédosyphilitique, un père probablement syphilitique ; lui-même n'avait aucun stigmate de syphilis, sauf quelques lésions légères et incertaines de syphilis.

M. Fournier institua un traitement mixte. Au bout de dix jours, le malade allait un peu mieux; au bout de trois semaines, il y avait une régression considérable de la tumeur; au bout de trois mois, celle-ci avait complètement disparu.

Il faut donc, dorénavant, suspecter la syphilis dans tous les cas de tumeurs du petit bassin et du rectum simulant le cancer. Le cas de M. Fournier est le premier de ce genre qui ait été signalé. Il est probable qu'il s'agissait ici de syphilis héréditaire; pourtant, le malade ne présentait aucun stigmate de cette affection. Il faut d'ailleurs savoir que les stigmates manquent très souvent d'une façon complète chez les hérédosyphilitiques; même les altérations dentaires peuvent faire défaut.

L'absence de stigmates ne permet pas de nier la syphilis héréditaire. La polymortalité infantile est un des signes qui doivent attirer l'attention vers la syphilis héréditaire; plus encore que la tuberculose, que l'alcoolisme, presque autant que l'intoxication par le plomb et par le tabac qui ne laissent pas la grossesse arriver à terme, la syphilis est cause de mortalité infantile.

L'observation de M. Fournier montre encore l'importance de l'examen complet d'une famille pour le diagnostic rétrospectif de la syphilis; les lésions trouvées chez l'un des enfants éclairent le cas des autres.

De l'énergie de croissance. — *M. Springer.* L'énergie de croissance représente l'ensemble des forces

importées dans les organismes vivants et concourant au travail physiologique du développement. Parmi les substances qui interviennent dans la mise en mouvement de la croissance, M. Springer insiste particulièrement sur les lécithines, la potasse, les oxydases, l'eau. Toutes ces substances, toutes les réactions et modifications qu'elles subissent agissent principalement par énergie électrique qu'elles développent. Le système musculaire, les mouvements du cœur sont des pourvoyeurs d'électricité, et le sang véhicule l'énergie électrique dans l'économie.

L'énergie électrique peut être mesurée par le galvanomètre et l'électromètre; on constate une corrélation entre la vigueur d'un organisme et sa réaction électrique. L'électricité est un excitant de la croissance; quand on électrise les cartilages de conjugaison, on détermine une élongation du tissu osseux et l'augmentation du poids de l'os. En électrisant des animaux et des enfants M. Springer a constaté une notable poussée dans le développement et une augmentation de poids.

On devra tenir compte en hygiène et en thérapeutique des aliments, des conditions de milieu et des forces physico-chimiques qui interviennent dans la croissance pour modifier la taille des individus et des races.

M. Labbé.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

J. Marshall Flint. ***Les vaisseaux sanguins, l'angiogenèse, l'organogenèse, le réticulum et l'histologie de la glande surrénale*** (from the Anatomical Laboratory of the Johns Hopkins University) (*The Johns Hopkins Hospital Reports*, Vol. IX). — Malgré le grand nombre de travaux faits sur les glandes surrénales, peu d'auteurs cependant ont étudié jusqu'à présent les vaisseaux et la charpente conjonctive de ces organes. Flint a employé pour cette recherche les nouvelles méthodes par digestion pancréatique. Dans la méthode de Mell, les coupes, de 40 à 80 μ d'épaisseur, sont mises vingt-quatre heures dans la pancréatine; au bout de ce temps, on les lave soigneusement, puis on les met en contact avec quelques gouttes d'une solution d'acide picrique, et on les colore avec la fuchsine acide. Par la méthode de Spalteholz, les pièces sont d'abord fixées dans une solution à 1 pour 100 de chlorure mercurique dans l'alcool à 30° pendant vingt-quatre heures. Elles sont ensuite incluses à la paraffine et débitées en coupes sériées de 6 μ d'épaisseur; ces coupes, après dissolution de la paraffine par les méthodes ordinaires, sont mises vingt-quatre heures dans la benzine, puis six à douze heures dans une pancréatine artificielle; après quoi, elles sont colorées et montées. L'auteur est arrivé ainsi à des résultats que l'on peut résumer ainsi qu'il suit.

Les artères surrénales proviennent de plusieurs sources : l'artère phrénique, l'aorte, l'artère lombaire, l'artère rénale, et, accessoirement, la mésentérique supérieure et le tronc cœliaque. Tous ces gros troncs présentent des variations considérables dans la pression et la vitesse de leur courant sanguin; la circulation de la glande surrénale dépend donc, dans une certaine mesure, de celle des régions irriguées par ces gros troncs, d'où dérivent les artères surrénales. Chez le chien, elles forment un plexus dans la capsule fibreuse qui entoure l'organe. De ce plexus partent trois systèmes de vaisseaux destinés à toute la glande. Ce sont : 1° les artères capsulaires, qui forment immédiatement dans la capsule fibreuse un réseau de capillaires irréguliers, lesquels se jettent dans les veines capsulaires pour aller aboutir à la veine lombaire; 2° les artères corticales, qui pénètrent dans la substance corticale; leurs capillaires entourent les amas cellulaires de la zone glomérulaire, suivent parallèlement les cordons de la zone fasciculée, et se mêlent sans ordre dans la zone réticulée. De là partent des capillaires veineux qui vont se jeter dans la veine centrale; 3° les artères médullaires, qui traversent toute la substance corticale sans s'anastomoser, et viennent former le plexus capillaire de la substance médullaire, d'où le sang est porté par les veines médullaires à la veine centrale, et de là à la veine lombaire. Il y a ordinairement deux troncs veineux principaux qui résument la circulation des deux lobes antérieur et postérieur de la glande.

Chez l'embryon de porc, on peut suivre le développement de ces différents systèmes vasculaires. On voit tout d'abord apparaître sous la capsule fibreuse de petits groupes de cellules médullaires; celles-ci reçoivent leur sang du plexus capsulaire; puis, au fur et à mesure de leur développement, ils se rapprochent du centre de la glande en entraînant leurs vaisseaux, tandis que la substance corticale se forme entre les deux; parmi les capillaires de cette dernière, quelques-uns, par suite de l'accroissement de la rapidité de la circulation, se dilatent et vont former les veines corticales qui se joignent aux veines médullaires pour se jeter dans la veine centrale. Ainsi, à l'état embryonnaire, contrairement à ce que l'on trouve chez l'adulte, les artères médullaires sont situées sous la capsule fibreuse, et les veines primitives se développent dans la substance corticale.

Ce développement particulier de la substance médullaire, apparaissant par petits groupes de cellules au-dessous de la capsule fibreuse, et s'enfonçant ensuite dans la profondeur, explique les variations de structure que l'on trouve souvent chez les différents animaux : soit des îlots de substance corticale enclavés dans la substance médullaire, soit des îlots de substance médullaire enfermés dans la substance corticale, soit aussi les cas où l'on voit la substance médullaire ne pas occuper exactement le centre de l'organe et se prolonger sous la capsule fibreuse.

La charpente de la surrénale est constituée par un réticulum fibrillaire, mis en évidence par les méthodes de digestion pancréatique indiquées plus haut, et dont la disposition des fibrilles est en rapport avec celle des diverses couches de la glande. Chez le chien, le réticulum de la zone glomérulaire est formé de cloisons, parties de la capsule fibreuse; elles s'entrelacent en laissant des espaces ovales ou oblongs, qui contiennent les colonnes enroulées de cellules qui constituent cette zone. Dans la zone fasciculée, ce sont des fibrilles radiées descendant à angles droits de la capsule fibreuse, et séparant les cordons cellulaires de cette couche. Le réticulum de la zone réticulée forme un réseau dense de fibrilles entremêlées se continuant avec les précédentes, mais allant dans toutes les directions et entourant les petits groupes de cellules de cette partie de la substance corticale. Enfin la charpente de la substance médullaire est formée de travées de réticulum fibrillaire limitant des espaces ronds, ovales, ou en croissants irréguliers, qui contiennent les groupes cellulaires médullaires. Chaque groupe est entouré par les fibrilles, mais les cellules d'un même groupe sont toutes au contact les unes des autres sans interposition d'aucune fibrille. Autour des veines médullaires existe une gaine de réticulum sur laquelle viennent s'insérer les travées et les fibrilles adjacentes. Toutes les cellules de la glande surrénale prennent donc place entre les espaces laissés libres par le réticulum : chez le chien, elles forment des colonnes enroulées dans la zone glomérulaire, des colonnes radiaires dans la zone fasciculée; ces colonnes se réunissent et s'anastomosent pour former des groupes cellulaires dans la zone réticulée; enfin, dans la substance médullaire, ces groupes deviennent ronds, ovales ou en croissants, quelquefois disposés en ligne le long d'un vaisseau. Ces dispositions, du reste, varient chez les différents animaux et n'ont aucune signification spéciale.

Enfin, contrairement à ce que pensent encore quelques auteurs, les troncs nerveux et les cellules ganglionnaires que l'on peut trouver dans la substance médullaire ne signifient aucunement que cette substance a une origine nerveuse. Ce sont simplement des accidents dans son développement, représentant des portions du plexus solaire attirées dans la glande par les groupes cellulaires médullaires au cours de leur croissance. Néanmoins, on peut trouver normalement quelques cellules et fibres nerveuses qui doivent commander à la sécrétion interne de la glande.

S. Bonnamour.

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Alfred Veyrassat. ***Des variations de résistance des hématies et de l'hémoglobine*** (*Thèse*, Lyon, 1902). — Élève du professeur Bard, M. Veyrassat a entrepris ce travail sur les conseils de celui-ci.

Dans le premier chapitre, il rappelle les différentes notions connues sur le *globule rouge* et l'hémoglobine, leurs rapports réciproques, l'action des agents physiques et chimiques destructeurs, etc.

Le second chapitre traite de la *résistance de l'hémoglobine*, qu'il ne faut pas confondre avec la résistance globulaire . Cette résistance est mesurée avec le procédé de Mallet, qui consiste à compter le temps nécessaire pour transformer une solution d'hémoglobine en méthémoglobine, ce qu'on obtient en ajoutant du ferricyanure à la solution d'hémoglobine. M. Veyrassat conclut de ses recherches sur ce sujet que la résistance de l'hémoglobine à l'action altérante du ferricyanure de potassium est toujours diminuée dans tout état pathologique, mais que le degré de cette diminution est difficile à apprécier d'une manière exacte ; que, d'autre part, il n'y a pas parallélisme entre la résistance de l'hémoglobine et la résistance globulaire, mais, au contraire, le plus souvent, discordance, sauf pour l'anémie pernicieuse où les deux résistances sont fortement diminuées.

Le chapitre III traite des *variations de résistance des hématies* ; il expose les différents procédés employés par les auteurs et rassemble en un tableau les principaux résultats obtenus par eux.

Le chapitre IV donne le *procédé personnel de M. Veyrassat et les résultats* de ses observations. Pour fixer la résistance des hématies, M. Veyrassat emploie le procédé suivant, qui n'est qu'une modification de celui de Chanel et qui consiste à pratiquer avec le même sang quatre numérations successives : la première dans le liquide A de Hayem, la seconde dans le sérum de Grancher (1 gr. de sulf. Na pour 40 gr. d'eau), la troisième dans un liquide composé de parties égales d'eau et de sérum de Grancher, la quatrième dans un liquide composé de 1/3 de sérum de Grancher et de 2/3 d'eau distillée. La première numération sert de point de repère ; les autres, pratiquées dans des solutions de plus en plus hypotoniques, donnent la résistance des globules en exprimant le nombre d'hématies qui ont été détruites.

Dans les *chloroses simples*, la résistance est diminuée, mais cette diminution n'est pas très forte. La proportion des globules détruits ne dépasse pas 58 pour 100, soit une différence de 10 à 12 pour 100 avec les pourcentages faits pour des individus normaux.

Dans les *chloroses compliquées* de tuberculose ou d'une autre affection, la résistance devient beaucoup plus faible. Les écarts de destruction avec la normale atteignent 20 pour 100 et plus, ce qui, d'après l'auteur, pourrait servir, en clinique, à dépister la tuberculose cachée par la chlorose.

Les *anémies pernicieuses* s'accompagnent toujours de diminution de la résistance globulaire, tandis que les *cancéreux* ont une résistance globulaire normale ou augmentée.

Il est impossible de tirer aucune conclusion relative à l'état des globules rouges dans les *néphrites*, dans les *hyperglobulies*, car les résultats sont très variables. La résistance est généralement diminuée dans la pneumonie et la tuberculose.

G. Milian.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bachmann. ***Le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total de l'urine ou rapport azoturique dans quelques maladies infectieuses*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Le rapport azoturique $\frac{\text{Az de l'urée}}{\text{Az total}}$ oscille chez l'homme sain entre 80 et 92. L'abaissement très fréquent de ce chiffre dans les maladies infectieuses semble en rapport avec les troubles fonctionnels hépatiques provoqués par ces diverses infections et leur est, dans une certaine mesure, proportionnel.

Dans la variole, cet abaissement varie avec la gravité de la maladie. Quasi normal dans les formes bénignes, abaissé dans les graves, le rapport azoturique tombe au-dessous de 70° dans les formes à terminaison fatale. C'est donc un élément pronostique des plus intéressants.

Dans la scarlatine, les variations se font dans le même sens, mais elles sont moins marquées; les fonctions hépatiques, dont la fonction uropoiétique, sont en effet moins troublées que dans la variole. Il en est de même dans la *diphtérie*.

En revanche, dans les affections qui ne déterminent du côté du foie que des lésions exceptionnelles, superficielles et passagères, (*rougeole, oreillons, érythème scarlatiniforme, méningite cérébro-spinale*) le rapport azoturique s'est montré normal.

Ces constatations constituent une démonstration nouvelle du rôle uropoiétique du foie; elles sont susceptibles d'applications tant pronostiques (gravité des formes de variole et de scarlatine) que diagnos-

tiques (diagnostic entre la scarlatine et l'érythème scarlatiniforme).

ALFRED MARTINET.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Brouha. *Contribution à l'étude des tumeurs tératoïdes de l'abdomen* (*Revue de gynécol. et de chir. abdomin.* 1902, Mai-Juin, n° 3, p. 401). Les tumeurs tératoïdes sont caractérisées par le groupement plus ou moins régulier des éléments qui les constituent en organes identiques ou étroitement comparables à ceux du corps. La forme la plus simple de ce genre de néoplasmes est le *kyste dermoïde élémentaire*; son type le plus compliqué consiste dans l'inclusion fœtale, le *fœtus in fœtu*: le dermoïde élémentaire se distingue par un revêtement qui possède les caractères anatomiques et fonctionnels de la peau; le *fœtus in fœtu* évoque, par la complexité et la régularité de sa structure, le fœtus humain normal.

Entre ces deux variétés extrêmes, on a décrit des formes de transition que l'on a séparées en deux catégories, assez mal délimitées l'une vis-à-vis de l'autre : les *kystes dermoïdes compliqués* et les *tumeurs tératoïdes mixtes*. Les premiers sont des dermoïdes qui renferment, en outre de leurs attributs coutumiers, des organes ou des rudiments d'organes normaux tels que dents, ébauches d'yeux, de vésicules cérébrales, etc...; les secondes se montrent constituées par un assemblage de tissus procédant des trois feuillets embryonnaires primordiaux, tissus qui peuvent se mélanger sans ordre ou se grouper suivant certaines lois pour reproduire la structure de régions, d'organes déterminés du fœtus.

M. Brouha a eu l'occasion d'observer dans le service du professeur Fraipont (de Liége) une tumeur tératoïde dont l'analyse histologique est des plus intéressante. Il s'agit d'une femme de vingt-six ans qui fut opérée d'une tumeur abdominale latérale, qu'on avait prise, avant l'opération, pour un kyste de l'ovaire ou un kyste du rein, et qu'on trouva placée en arrière du péritoine pariétal, absolument indépendante des deux organes précités, et formée d'une masse solide sur laquelle s'inséraient, aux pôles opposés, deux volumineux kystes contenant un liquide épais, colloïde, de coloration brune. Les kystes vidés de leur contenu, la tumeur atteignait encore le volume d'une tête d'adulte. L'examen histologique des différentes parties de cette tumeur montra que la portion solide était constituée par un mélange des différentes variétés du tissu dit conjonctif : fibreux, cytogène, musculaire lisse, adipeux, cartilagineux, et qu'il contenait, en outre, de nombreuses cavités épithéliales, d'abondantes glandes pseudo-salivaires et des éléments nerveux du grand sympathique (nerfs et ganglions). Quant aux deux grands kystes, dont la paroi, d'une façon générale, était constituée par du tissu conjonctif disposé en couches à faisceaux transversaux ou longitudinaux, le simple examen, à l'œil nu, de leur surface interne révélait déjà un aspect très différent suivant les régions examinées. Dans sa plus grande partie, cette surface présentait un revêtement brun jaunâtre assez foncé ; au voisinage de la portion solide de la tumeur, la surface interne du kyste présentait des vestiges de loges juxtaposées, au niveau de chacune desquelles elle affectait un aspect différent : ici elle offrait une paroi lisse, là son apparence chagrinée rappelait la muqueuse de l'estomac, une troisième loge enfin présentait une surface finement ridée semblable à l'épiderme de la face palmaire des doigts. L'examen histologique de ces différentes régions de la paroi kystique montra que :

1° Dans l'étendue des surfaces lisses, le tissu conjonctif pariétal était à nu, sans aucune espèce de revêtement;

2° Dans toute l'étendue du revêtement brun jaunâtre, il existait une anse stratifiée de cellules conjonctives considérablement hypertrophiées ayant subi une dégénérescence pigmentaire;

3° Au niveau des surfaces chagrinées, le revêtement des kystes rappelait de très près par sa texture celle de l'estomac : muqueuse épaisse avec épithélium mucipare et prolongement glandulaires tubulés, derme, muscularis mucosæ, tissu cellulaire sous-muqueux, etc.

4° Au niveau des surfaces froncées, il existait également un revêtement muqueux, mais différent en tous points par sa structure du précédent : épithélium stratifié, avec cellules à plateau et à cils vibratilis, derme constitué par du tissu adénoïde, glandes tubuleuses composées mixtes présentant une grande analogie avec les glandes salivaires, etc.

En somme, de l'analyse microscopique il résulte que le néoplasme enlevé par M. Fraipon et étudié par M. Brouha renfermait des tissus dérivés des trois feuillets embryonnaires primordiaux : ectoblaste (éléments nerveux du grand sympathique), endoblaste (épithéliums des surfaces chagrinées et froncées et des glandes pseudo-salivaires) et mésoblaste (fibres musculaires lisses, cartilage, tissu graisseux, diverses variétés de tissu conjonctif). Ces différents tissus, mélangés sans ordre dans l'étendue de la portion solide de la tumeur, se groupaient, en certains points, de façon à reproduire la texture d'organes fœtaux. C'est ainsi que la paroi des grands kystes, dans ses régions chagrinées, affectait une structure très semblable à celle de l'estomac; dans l'étendue des surfaces froncées elle évoquait celle des voies respiratoires supérieures; enfin les glandes pseudo-salivaires possédaient des caractères presque identiques à ceux des glandes annexes du tube digestif qui produisent la salive (glandes sous-maxillaire et parotide).

Le néoplasme rentre donc bien dans la catégorie des tumeurs tératoïdes mixtes telles que nous les avons définies plus haut. M. Brouha rapporte les observations de sept tumeurs abdominales analogues qu'il a rencontrées dans la littérature médicale et il fait suivre cette relation de considérations fort intéressantes sur la pathogénie de ces tumeurs.

J. DUMONT.

OBSTÉTRIQUE

Florenzo d'Erchia. *Etude critique de la céphalotripsie, de la cranioclasie et de l'embryotomie* (*Annali di Ostetricia*, Juin 1902). — L'auteur fait une revue des différents procédés d'embryotomie, tant sur la tête que sur le tronc. Les embryotomies céphaliques occupent la plus grande partie de ce mémoire. Il les ramène à trois types : la craniotomie, la céphalotripsie et la cranioclasie. La craniotomie, qui n'est, en somme, que l'acte préparatoire d'une embryotomie plus complète (basiotripsie, par exemple), a été pratiquée avec des instruments de quatre sortes : ce sont les craniotomes à lance, à ciseaux, à tarière et à trépan. Le premier groupe employé depuis Albucasis jusqu'à Ambroise Paré n'a plus qu'un intérêt historique. Au second groupe appartiennent les ciseaux de Smellie, modifiés par Chailly; en France, on se sert très avantageusement du perforateur de Blot, dont la simplicité n'est pas la moindre qualité. Le troisième groupe est représenté par le craniotome de Vicarelli, dont quelques auteurs italiens paraissent satisfaits. Enfin, au dernier groupe se rattachent les instruments de Kimisch, de Martin, de Braun, de Guyon, instruments actuellement délaissés, du moins en France.

La basiotripsie (ou, suivant l'expression italienne, la basioclasie) peut être pratiquée de trois manières, suivant la façon dont on attaque le crâne; l'on a ainsi la basioclasie externe, la basioclasie interne et la basioclasie mixte. La première peut être pratiquée grâce à de nombreux instruments dus à Schrœder, Dubois, Scanzoni, Kilian, etc. En Italie, on fait volontiers usage du céphalotribe de Tarsitani. En France, nous avons adopté le cranioclaste de Braun, que les accoucheurs allemands emploient également avec succès. La solidité de prise de cet instrument, sa facilité d'introduction le placent au premier rang de l'arsenal obstétrical. La basiotripsie interne n'est pas pratiquée, et les instruments de Melzer, Harlow, Dugis, Hubert, Fabbri, etc., sont tombés en oubli. Reste la basiotripsie mixte, opération de beaucoup supérieure aux autres comme plus complète. Sans parler des instruments de Finizio, Scibelli, Fried, Hüter, Van Aubel, etc., etc., les accoucheurs disposent de plusieurs modèles qui, suivant les pays, se partagent leurs faveurs. En France, on se sert, à l'exclusion de tout autre, du basiotribe Tarnier. C'est, du reste, de cet instrument que dérivent les autres. C'est ainsi qu'en 1887, Truzzi le modifia de telle façon que sa branche médiane, unie à la branche gauche, représentait le cranioclaste perforateur de Veit. M. Bar, par l'adjonction d'un capuchon mobile, rend cette transformation possible avec l'une quelconque des deux branches externes. En Allemagne, on fait volontiers usage du céphalo-cranioclaste de Zweifel. Cet instrument est très semblable au basiotribe de Tarnier; il en diffère toutefois par les stries qui recouvrent son perforateur et les arêtes de sa branche gauche. Un dispositif très ingénieux, consistant en la substitution d'une petite plaque à la branche moyenne, permet de transformer ce basiotribe en un cranioclaste parfait.

Après une étude des indications de la basiotripsie, étude qui ne présente aucun point particulier, l'auteur s'occupe de diverses espèces d'embryotomie. Avec Chiarleoni, il classe les embryotomes en trois groupes : 1° embryotome à ciseaux; le plus simple est représenté par l'instrument de Dubois, qui donne chaque jour d'excellents résultats; 2° les embryotomes à ficelles, parmi lesquels il faut placer celui de Gigli; 3° enfin les embryotomes à crochets. Le type le plus parfait en est actuellement constitué par l'embryotome à guillotine de Tarnier. Quant aux embryotomies partielles, elles consistent soit en éviscération, soit en section des membres, soit enfin en réduction du diamètre bisacromial. Cette réduction s'effectue grâce à la clavicotomie et à la susacromie, opération que Fornari, en Italie, et Bonnaire, en France, divulguent chaque jour par leurs travaux et par les résultats heureux qu'ils en obtiennent.

L'auteur termine son étude en indiquant comme les seuls instruments à retenir le perforateur de Vicarelli et le céphalo-cranioclaste de Zweifel en fait d'embryotomes céphaliques; d'autre part, le crochet de Cuzzi-Tibone et les ciseaux de Frascani comme embryotomes rachidiens. En France, nous réduisons l'arsenal obstétrical au basiotribe et à l'embryotome de Tarnier, aux ciseaux de Dubois, ayant, du reste, volontiers recours au cranioclaste de Braun dans les cas spéciaux.

CYRILLE JEANNIN.

ÉPIDÉMIOLOGIE, MÉDECINE PUBLIQUE, HYGIÈNE

Armand Lévy. *L'enseignement de l'hygiène individuelle dans les écoles* (Thèse Paris 1902). — En 1897, le Conseil supérieur de l'instruction publique, se rendant enfin aux instances répétées des hygiénistes, créa l'enseignement officiel de l'hygiène.

Les programmes qui furent alors élaborés et qui sont aujourd'hui en vigueur s'adressent aussi bien à l'enseignement primaire qu'à l'enseignement secondaire.

Ainsi, on prévoit que dans les écoles maternelles une première éducation pourra être donnée par les institutrices sous la forme de conseils se référant surtout à la propreté et à la bonne tenue.

Plus tard, à l'école primaire, ces notions si sommaires devront être complétés par des instructions plus étendues portant d'abord sur l'alimentation, le vêtement, la tenue du corps, puis, par des indications élémentaires sur la physiologie normale de l'homme et enfin par des notions sur la valeur hygiénique des diverses boissons et sur l'alcoolisme et ses dangers.

Dans les écoles primaires supérieures, ce programme est repris et étendu. Douze heures de leçons professées au cours du dernier trimestre de l'année doivent réglementairement lui être consacrées dans la troisième année d'études.

Dans les lycées et collèges, c'est seulement en la classe de philosophie que l'enseignement de l'hygiène — avec le même programme que dans les écoles primaires supérieures — doit être donné aux élèves.

Tout cela, évidemment, est fort bien, mais en apparence seulement.

Comme le fait remarquer fort justement M. Lévy, l'enseignement de l'hygiène dans les écoles aussi bien que dans les collèges et lycées est tout à fait insuffisant et ne répond nullement aux besoins.

Tout d'abord cet enseignement est donné par un personnel incompétent ; de plus, il est beaucoup trop limité et présenté sous une forme peu attrayante tout à fait impropre à intéresser l'élève entre les mains duquel l'on ne peut même pas placer le moindre livre ou manuel résumant les notions qu'il doit connaître.

En réalité, dans l'espèce en cause, tout reste donc à faire. D'après M. Lévy, une réforme infiniment heureuse serait de confier au médecin le soin de l'enseignement hygiénique ; il faudrait en plus consacrer à cet enseignement un temps convenable et non seulement quelques rares instants comme on le fait à l'heure présente ; enfin, il serait bon que dans les examens clôturant les études des écoles primaires aussi bien que celles des lycées et collèges une part soit faite à l'hygiène.

Telles sont les mesures générales préconisées. Pour les mesures individuelles, elles doivent consister à apprendre à chaque élève, contrairement à ce qui a lieu le plus souvent, le besoin de la propreté stricte du corps. Pour cela, il importe de rendre les bains obligatoires et fréquents, et aussi de donner à tous les enfants l'habitude de procéder régulièrement chaque jour, au lever, au coucher et après les repas, au lavage de la bouche.

Ces diverses réformes préconisées par M. Lévy,

réformes réclamées, du reste, par tous les hygiénistes, seront enfin complétées heureusement par la pratique de la gymnastique rationnelle qu'il faut bien se garder de confondre avec la gymnastique athlétique chère à la majorité des professeurs de gymnase.

GEORGES VITOUX.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 29 Octobre 1902, à 1 heure. — M. BIENVENU : Le tremblement essentiel congénital ; MM. Joffroy, Dejerine, Widal, Wurtz.

Jeudi 30 Octobre 1902, à 1 heure. — M. LABORDE : Le cancer de la langue et son traitement curateur ; MM. Guyon, Le Dentu, Hartmann, Faure. — M. DERVAUX : De la tuberculose génitale de la femme et de ses complications péritonéales ; MM. Le Dentu, Guyon, Hartmann, Faure. — M. PROST : Contribution à l'étude et au traitement de la stomatite mercurielle ; MM. Hutinel, Gilbert, Achard, Chassevant. — M. MAURY : Etude sur le traitement des ulcères variqueux et en particulier sur l'emploi d'un nouveau pansement ambulatoire ; MM. Gilbert, Hutinel, Achard, Chassevant. — M. ŒCONOMOU : Le sérum de Trunecek (revue générale) ; MM. Gilbert, Hutinel, Achard, Chassevant.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 Octobre 1902. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Legueu, Mauclaire. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Walther. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Dejerine, Bezançon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Teissier, Legry. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Mardi 28 Octobre 1902. — 4e, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Proust, Gilbert, Thoinot. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Guyon, Faure, Marion. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. Berger, Hartmann, Auvray. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Cornil, Achard, Thiroloix. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Dieulafoy, Dupré, Rénon. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Mercredi 29 Octobre 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Tillaux, Broca (Aug.), Gosset. — 2e Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Richet, Rémy, Broca (André). — 5e (Deuxième partie), (1re série), Laënnec : MM. Hayem, Brissaud, Bezançon. — 3e, Officier de santé, Laënnec : MM. Kirmisson, Wallich, Legry. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Potocki.

Jeudi 30 Octobre 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Méry, Guiart. — 2e, Nouveau régime, Salle Richet : MM. Gariel, Rémy, Langlois. — 3e (Première partie), Oral, Salle Charcot : MM. Berger, Thiery, Demelin. — 3e (Deuxième partie), Oral, Nouveau régime, Salle Pasteur : MM. Dieulafoy, Wurtz, Jeanselme. — 4e, Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Chantemesse, Thoinot, Vaquez.

Vendredi 31 Octobre 1902. — 5e, Chirurgie (Première partie), Necker : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Walther. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Necker : MM. Hayem, Widal, Bezançon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Necker : MM. Brissaud, Teissier, Legry.

HOPITAUX ET HOSPICES

Salpêtrière. — Un cours pratique des maladies du système nerveux commencera à la Salpêtrière, le jeudi 20 novembre, à 2 heures, et continuera les jours suivants à la même heure, le dimanche à 9 heures 1/2 du matin. Il comprendra 34 leçons.

Démonstrations de malades, pièces anatomiques, dessins histologiques, recherches d'électro-diagnostic et d'électrothérapie, applications courantes d'ophtalmologie et de laryngologie.

En outre, les auditeurs seront exercés, par groupe de dix, à l'examen individuel du malade dans les *salles*, et à l'étude des préparations microscopiques au *laboratoire*.

Le nombre des élèves est strictement limité à trente. Le droit à percevoir est de 80 francs. Prière de s'adresser, chaque matin, à M. Philippe, chef de laboratoire, ou à M. Sicard, chef de clinique.

Hôpital Saint-Louis. — M. L. G. Richelot a repris, le 12 octobre, à neuf heures et demie, sa consultation de gynécologie du dimanche matin, et la continuera les dimanches suivants.

Hôpital Andral (Maladies de l'estomac). — Sous la direction de M. A. Mathieu, M. Jean Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de la consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral et M. A. Laboulais, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, chef de laboratoire de M. A. Mathieu, commenceront un cours théorique et pratique sur les *Maladies de l'estomac*, le lundi 17 Novembre.

Le cours sera complet en un mois et aura lieu au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, à 5 h. 1/2 du soir.

Les travaux pratiques (examens du suc gastrique et autres procédés de diagnostic) auront lieu les mêmes jours, de 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, avant le cours. Il sera constitué des séries par ordre d'inscription.

Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, tous les matins de 8 heures à midi, et tous les soirs, de 1 à 6 heures, sauf le mercredi.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé militaire. — M. Rouget, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, est nommé professeur agrégé (hygiène) à l'école d'application du service de santé militaire.

Corps de santé de la marine. — M. Mielvaque, médecin de 2e classe, est désigné pour remplir les fonctions de médecin surveillant à l'Ecole principale du service de santé de Bordeaux.

M. Carbonel, médecin de 2e classe, est désigné pour embarquer sur la *Couronne*.

M. Kieffer, médecin de 1re classe, est désigné pour embarquer sur le *Condor* détaché en Crète.

La lutte contre la tuberculose. — Le 10 Octobre, à la demande du président de la Société médicale d'Athènes, le professeur Landouzy a fait, sous la présidence du recteur, dans la grande salle de l'Université d'Athènes, une conférence sur la tuberculose et la lutte antituberculeuse en France.

— La Société antituberculeuse des instituteurs et des institutrices de la Seine vient de tenir son assemblée générale, sous la présidence de M. Bedorez, entouré de la plupart des directeurs et directrices des écoles de la Seine, de plusieurs députés, de M. Bernheim, président de l'Œuvre de la tuberculose humaine, de MM. Colly, Ranson, Mossot, conseillers municipaux de la Seine, etc., etc. Le directeur de l'Enseignement primaire a félicité l'assemblée composée de plus de mille membres présents, de son énergique initiative et de sa participation à la lutte contre la tuberculose. Après avoir affirmé que les pouvoirs publics favoriseront partout ce mouvement prophylactique si utile à la France, M. Bedorez a ajouté que l'Etat facilitera particulièrement la Société antituberculeuse des instituteurs, corporation si intéressante, et aussi si utile à la vulgarisation des règles d'hygiène et à l'éducation sanitaire des races futures.

La Société antituberculeuse a résolu de créer d'abord un dispensaire antituberculeux et plus tard des sanatoriums pour y soigner les membres de l'enseignement.

Office de l'Internat. — L'office de l'Internat, créé par l'association amicale des internes et anciens internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, a été ouvert hier mardi 21 Octobre.

Curieux incident à la Société de Biologie. — A la reprise des séances de la Société de Biologie, le samedi 18 Octobre, il vient de se produire un incident bien américain.

Le Président a annoncé à ses collègues qu'une dame — inconnue de lui et qui avait voulu garder l'incognito — venait de lui remettre deux enveloppes plaquées de gros cachets rouges. L'une de ces enveloppes, marquée d'un signe particulier, devait être gardée intacte jusqu'au mois de Juin 1903 ; l'autre devait être ouverte dès le début de la séance, et devant les membres de la Société. Ce qui fut fait.

Dix billets de mille francs s'échappèrent de l'enveloppe. Une courte mention indiquait leur assignation. Ils sont destinés à venir en aide aux ressources budgétaires un peu précaires de la Société en vue de la publication de ses bulletins.

Mais que renferme l'autre enveloppe, aux dimensions plus grandes et aux cachets plus nombreux ?

Congrès du Caire. — On peut adresser les adhésions et cotisations (25 francs) à M. Achard, secrétaire du comité français, 15 rue de l'Ecole-de-médecine, qui délivre des cartes de membre du congrès.

Une réduction de 50 pour 100 sur le prix du plein tarif est accordée par les chemins de fer français aux congressistes nationaux.

Des réductions sont aussi accordées par les chemins de fer italiens aux congressistes de tous pays.

Ces réductions comportent l'obligation du même itinéraire à l'aller et au retour.

CONCOURS

Externat. — Les séances du concours d'externat ont commencé le lundi 20 Octobre.

Les jurys sont composés de la façon suivante :

Section d'anatomie : MM. Apert, Labbé, Ombredanne, Riche.

Les séances pour l'épreuve d'anatomie ont lieu les mardis, jeudis, et samedis à 4 h. 1/2.

Section de Pathologie : MM. Auclair, Marie, Marrion, Brindeau.

Les séances pour l'épreuve de pathologie ont lieu les lundis, mercredis et vendredis à 4 h. 1/2.

Ordre des séries. — *Militaires* (anatomie) : 1re moitié et 2e moitié. Pathologie, 2e moitié et 1re moitié.

Non militaires. — (anatomie) : 2e moitié, 1re et 2e séries ; 1re moitié, 1re et 2e séries. Vétérans : 1re et 2e moitiés.

Pathologie. — 1re moitié, 1re et 2e séries ; 2e moitié, 1re et 2e séries. Vétérans : 2e moitié et 1re moitié.

Pathologie. — Séance du lundi 20 Octobre : *Technique et accidents de la chloroformisation* : MM. Rousselot, 17 ; Perrier, 18 ; Rousseau-Langwelt, 15 1/2 ; Ménard, 16 ; Plivard, 16 ; Nepper, 16 ; Kuenemann, 14 1/2 ; Labande, 15 ; Hirtz, 13 ; Jais, 8 ; Martineau, 10 1/2 ; Monnot, 17 ; Grapin, 10 ; Pakowski, 17 ; Maillet (J.-M.), 17 1/2. Absents : MM. Plée et Jeannequin.

Anatomie. — Séance du 21 Octobre : *Muscles fessiers.*

L'hygiène à l'école primaire. — La Société d'hygiène de l'Enfance met au concours la question suivante : *Petit manuel d'hygiène à l'usage des élèves des Ecoles primaires.*

Les mémoires devront être inédits et écrits en français, allemand, anglais, italien ou espagnol.

Ils porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Aucun mémoire ne sera rendu. Même non primés, ils deviendront la propriété de la Société et, par conséquent, ne pourront être publiés par leurs auteurs.

Le concours sera clos le 31 Décembre 1902. Adresser les mémoires, avant cette date, au docteur Chassaing, président de la *Société d'hygiène de l'Enfance*, 8, rue Saint-Antoine, à Paris.

Les prix seront décernés dans les premiers mois de 1903.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 86. — Samedi, 25 Octobre 1902. — 10 FRANCS par an.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

LIGUE INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE

Berlin, 24 octobre 1902.

Par les soins du gouvernement de l'Empire, la première conférence internationale de la ligue internationale contre la tuberculose obtient à Berlin un très grand succès. La France, l'Angleterre, la Russie, l'Italie, l'Espagne ont envoyé des représentants qualifiés. Parmi les Français, nous signalerons le professeur Brouardel, chef de la mission française, le professeur Landouzy, le professeur Nocard, le professeur Arloing, le professeur Calmette, MM. Letulle, Léon Petit, Gouel, Armaingaud, Derecq, De Lavarenne, Cristzmann, Sersiron, etc.

Suivant leur coutume, les Allemands ont réservé aux Français un accueil particulièrement sympathique.

Mercredi soir, une grande réception officielle a été organisée au Landtag. Les ministres et le vice-chancelier de l'Empire, le comte Posadowsky-Wehner, étaient présents. Il faut, à ce propos, faire remarquer toute la sollicitude qu'ont les pouvoirs publics, en Allemagne, pour les réceptions purement scientifiques. C'est un exemple que pourraient suivre avec avantage les pays démocratiques.

Jeudi, a eu lieu la séance inaugurale ; le président, comte Posadowsky, a prononcé un très remarquable discours qui a été suivi de ceux du président de la Croix-Rouge, délégué spécial de l'Impératrice, von der Kneesebeck, et du bourgmestre de Berlin Kvischner.

Le professeur Brouardel, dans une allocution qui a suscité le plus vif enthousiasme, parlant au nom du Président de la République française, a invité les Etats représentés au Congrès à se réunir à Paris, en octobre 1904, dans un Congrès international contre la tuberculose. L'invitation a été acceptée au milieu des acclamations.

Le ministre donne ensuite la présidence du Congrès à M. le professeur Brouardel, et des communications sont faites dans l'ordre suivant :

MM. Maragliano, pour l'Italie ; Degrez, pour la Belgique ; Héron, pour l'Angleterre ; Lancastre, pour le Portugal ; Linroth, pour la Suède ; Roerdavé, pour le Danemark ; Mitalescu pour la Roumanie ; Scherwinsky, pour la Russie ; Schmidt, pour la Suisse ; von Schrœtter, pour l'Autriche.

Dans toutes les séances qui ont été tenues, la tuberculose a surtout été étudiée au point de vue social.

Les communications de MM. Landouzy, Calmette, Nocard et Arloing ont été particulièrement remarquées et applaudies.

E. De Lavarenne.

(Par dépêche spéciale.)

PRATIQUE MÉDICALE

La feuille de chou dans le traitement des ulcères de jambes.

Ce traitement, imaginé par M. Dufour (de Fécamp), aurait pour effet de calmer vite les douleurs, d'amener rapidement la cicatrisation des ulcères et de permettre la continuation du travail, ce qui est un avantage énorme dans la

clientèle ouvrière. Sa technique est fort simple.

Après avoir bien lavé la feuille de chou, on l'essuie soigneusement et on abrase avec des ciseaux les nervures trop saillantes; puis avec un corps cylindrique (bouteille ou autre), on roule en pétrissant la feuille, tout en lui conservant son homogénéité. On la laisse macérer dans de l'eau boriquée (40 pour 1000) pendant quelques heures (du soir au matin ou du matin au soir) et on l'applique sur la région ulcérée en grandeur proportionnelle à la lésion que l'on a bien détergée et nettoyée avec un antiseptique quelconque.

On recouvre d'une tarlatane non apprêtée ou d'un linge souple en plusieurs doubles et on enroule modérément le pied et la jambe avec une bande de caoutchouc en feuille de sept à dix mètres.

Deux pansements par jour : un matin et soir, en nettoyant chaque fois la plaie, bien entendu.

Avec ce traitement, le malade éprouve un très grand soulagement et bientôt la plaie se comble sans qu'il soit astreint au chômage, chose bien précieuse pour un ouvrier. Pour les petits ulcères au début, si pénibles, en huit ou quinze jours, tout est fini. Dans de vastes ulcérations, trois, quatre, six semaines sont nécessaires.

En contraignant le malade à ne pas omettre de porter toujours sa bande une fois guéri, M. Dufour n'a pas vu de récidive. Du reste, la bande, pour l'ouvrier, paraît bien préférable au bas élastique, car il peut en graduer la pression suivant les besoins et suivant la gêne qu'il ressent à la fin d'une journée de travail.

Anesthésie en chirurgie expérimentale.

Les opérations sur les animaux vivants entrent de plus en plus dans la pratique de l'enseignement de la chirurgie.

Le chien est d'ordinaire l'animal le plus volontiers sacrifié aux nécessités de cet enseignement.

Le chien suppporte très mal les inhalations chloroformiques.

En physiologie opératoire et en chirurgie expérimentale, on emploie pour anesthésier les chiens la méthode de Dastre et Morat, qui consiste en l'emploi combiné de l'atropine, de la morphine et du chloroforme.

Dix minutes avant l'opération, on administre à l'animal en injection sous-cutanée une solution contenant par centimètre cube :

2 centigrammes de chlorhydrate de morphine.
2 milligrammes de sulfate d'atropine.

On injecte un demi-centimètre cube par kilogramme du poids de l'animal, c'est-à-dire 5 centimètres cubes si le chien pèse 10 kilogrammes, 10 centimètres cubes s'il pèse 20 kilogrammes. En d'autres termes, on injecte par kilogramme d'animal 1 centigramme de chlorhydrate de morphine et 1 milligramme de sulfate d'atropine. Puis on fait respirer le chloroforme; 2 ou 3 grammes de chloroforme suffisent pour une anesthésie parfaite de deux heures de durée, avec résolution complète sans agitation et sans danger.

Certains expérimentateurs emploient après l'injection d'atropo-morphine les injections intraveineuses de solution de chloral.

LIVRES NOUVEAUX

M. Tanquerel des Planches. *Contribution à l'étude des intoxications professionnelles (cuprisme, zincisme, hydrargyrisme)* (*Thèse*, 1902, Paris). — Les questions se rapportant à l'hygiène ouvrière se trouvent être au temps actuel l'objet des plus vives préoccupations. Le temps n'est plus, en effet, où la collectivité se désintéressait totalement du sort des travailleurs victimes de leur labeur quotidien. Non sans raison, le législateur a voulu que l'employeur contractât une certaine responsabilité vis-à-vis de son employé quand celui-ci se trouve atteint du fait de son travail.

La conséquence directe de ce nouvel état de choses est que les patrons se trouvant exposés à payer des indemnités plus ou moins considérables à tout salarié ayant contracté une affection quelconque à l'occasion de son labeur, l'on s'est mis à rechercher spécialement pour toutes les industries présentant un danger quelconque pour la santé, les moyens propres à limiter au minimum les risques professionnels.

Ces efforts, du reste, n'ont pas été stériles et ont amené des transformations heureuses dans diverses industries qui ont été plus ou moins complètement assainies.

Quoi qu'il en soit, cependant, de nombreux progrès restent encore à accomplir, si bien que les hygiénistes se trouvent sans cesse amenés à entreprendre des recherches en ce sens.

Et c'est ainsi que pour répondre à cette nécessité d'indiquer les réformes à réaliser dans les ateliers où l'on utilise le cuivre, le zinc et le mercure, afin de sauvegarder la santé du personnel employé dans ces établissements, que M. R. Tanquerel des Planches a été conduit à entreprendre son travail.

Négatives sur deux des points formant l'objet de ses recherches, son enquête a donné des résultats importants et précis sur le troisième. En ce qui concerne les industries du zinc et du cuivre, l'examen le plus attentif a montré que l'intoxication professionnelle n'existe pas, du fait de ces deux métaux au moins.

Quand, par hasard, l'on observe des accidents, ils sont dus soit aux impuretés que renferment le cuivre ou le zinc, soit plus communément aux conditions particulières de température dans lesquelles on les travaille.

Aussi, ces accidents peuvent-ils être toujours facilement évités en prenant des soins de ventilation et de propreté convenables, et, en particulier, en assurant soigneusement l'évacuation des poussières.

Reste le mercure. Avec ce métal, le danger au contraire est réel, si bien que dans son emploi professionnel, particulièrement dans son utilisation à l'état de nitrate pour l'opération du *secrétage*, — qui est, comme l'on sait, le premier travail de la préparation des poils de lapin destinés à la chapellerie, — l'on rencontre fréquemment des accidents graves.

Depuis nombre d'années, du reste, les spécialistes ont recherché, en raison des inconvénients que présente pour la santé des ouvriers l'emploi du procédé de *secrétage* au nitrate de mercure, d'autres recettes susceptibles de lui être substituées. Ce fut d'ailleurs vainement jusqu'en ces tous derniers temps, et la seule amélioration réelle introduite, amélioration très notable au surplus, consistait dans la réalisation de systèmes de glissières permettant aux ouvriers d'introduire dans les étuves et de les extraire sans y entrer eux-mêmes, les peaux enduites de la solution de nitrate.

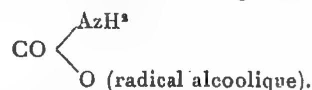
Depuis quelques mois, cependant, des procédés nouveaux dus à M. Burg et à M. Courtonne permettent de réaliser le *secrétage* des peaux d'une façon satisfaisante sans recourir à l'emploi du nitrate de mercure.

Il s'ensuit que pour assainir cette industrie de façon complète, il suffira d'abandonner le vieux procédé en faveur de l'un des nouveaux.

Mais, même, fait remarquer M. Tanquerel des Planches, par l'emploi des glissières, par une surveillance attentive du travail, par la prise de soins de propreté convenables, l'on peut réduire en des proportions considérables les chances d'intoxication hydrargyrique chez les ouvriers.

GEORGES VITOUX.

Chapelle. *L'hédonal; étude chimique, physiologique et clinique* (*Thèse*, Paris, 1902). — L'*hédonal* est un uréthane, c'est-à-dire un éther de l'acide carbamique, répondant à la formule générale



C'est un méthylpropylcarbinol-uréthane.

Les propositions suivantes sont à retenir :

1° L'*hédonal est très peu toxique.* La dose mortelle pour le chien a été de 1 gramme et même de 2 gr. 66 par kilogramme d'animal en injection intramusculaire (Roubinowitch). En thérapeutique humaine il s'est montré sans dangers même à doses élevées.

2° *A dose suffisante* (2 à 3 grammes en moyenne), son effet hypnotique est constant. Le sommeil qu'il détermine ressemble au sommeil naturel.

S'ils s'est montré peu efficace en certains cas, c'est peut-être à cause de la faible dose administrée. Et, à ce point de vue, il n'est pas rationnel de le comparer *à égalité de dose* aux autres hypnotiques, car, ayant sur eux le grand avantage de l'innocuité, il peut et doit être administré à doses plus fortes.

3° Il exerce une *action diurétique* marquée comme les autres uréthanes. Cette action sera atténuée si l'on administre le médicament en poudre ou avec peu de liquide.

4° L'accoutumance semble ne se produire que très lentement, et son usage, même prolongé, ne donne lieu généralement à aucun effet secondaire pénible tel que céphalalgie, lassitude, etc.

En somme, l'hédonal mérite de prendre place à côté de la morphine, du chloral, du trional, du sulfonal et de les suppléer en quelques cas.

ALFRED MARTINET.

M. Labbé. — *Le sang.* 1 vol. des « Actualités médicales ». (BAILLIÈRE ET FILS, édit. Paris, 1902.)

Ce petit livre est bien une *actualité médicale.* Il vient, à son heure, combler certaines lacunes de l'histoire du sang. L'hématologie s'est enrichie, dans ces dernières années, de tout un nouveau groupe de faits non seulement intéressants en eux-mêmes, par les problèmes de pathologie générale qu'ils soulèvent, mais encore féconds en résultats pratiques.

Grouper ces études récentes, exposer les méthodes et procédés d'examen, montrer, chemin faisant, au lit du malade, toute la valeur d'une recherche hématologique bien conduite, en tirer des déductions logiques au point de vue du diagnostic et du traitement, telle est la tâche que s'est proposée l'auteur et qu'il a su mener à bonne fin.

Il suffit de parcourir les titres très suggestifs des différents chapitres : rôle complexe du sang dans l'organisme, rupture de l'équilibre physiologique du sang dans les maladies, naissance du sang, mort du sang, pour être assuré que l'auteur s'est dégagé de toute tradition classique, et, grâce à ses travaux antérieurs, a fait œuvre originale et personnelle.

Ce sont là des pages vécues, qui méritent à bon droit de fixer l'attention du médecin et de l'étudiant.

J.-A SICARD.

INSUFFISANCE DES ORGANES THYRO-PARATHYROIDIENS ET ÉCLAMPSIE

PAR MM.

A. FRUHINSHOLZ
Chef de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy.

P. JEANDELIZE
Ancien interne des hôpitaux.

La nature de l'éclampsie est aujourd'hui bien établie, et on ne discute plus sur la réalité des phénomènes d'intoxication dont elle est la manifestation : il semble indéniable que les convulsions éclamptiques sont l'expression d'une imprégnation spéciale du système nerveux par des poisons encore indéterminés, que ces poisons se forment surtout dans l'état de grossesse et de puerpéralité, et que ces états physiologiques prédisposent, d'ailleurs par eux-mêmes, les centres nerveux aux réactions convulsives, ainsi que l'ont démontré expérimentalement Blumreich et Zuntz[1].

On est moins exactement et surtout moins complètement fixé sur l'origine de cette intoxication. D'après les données actuelles, cette origine serait très diverse, mais encore incertaine en plusieurs points; tantôt elle serait exogène et pourrait être le résultat d'une toxi-infection, tels ces cas où l'on a trouvé des éléments microbiens dans les urines, ou dans le placenta des éclamptiques (A. Herrgott, Doléris, Blanc, Favre, etc...); tantôt et le plus souvent elle résiderait dans une véritable auto-intoxication, quelquefois provoquée de toutes pièces, quelquefois aggravée et soulignée seulement par l'insuffisance des organes d'élimination ou de dépuration. Il y a très certainement des éclampsies par insuffisance rénale primitive ou secondaire; il y a très certainement aussi des éclampsies par insuffisance hépatique (Pinard et Bouffe de Saint-Blaise[2]). Quelques auteurs ont émis l'hypothèse d'une insuffisance thyroïdienne, attribuable à certains cas déterminés (Verstrœten et Vanderlinden[3], Nicholson[4], à rapprocher par son mécanisme de l'insuffisance hépatique ; c'est cette dernière hypothèse que nous nous proposons d'envisager aujourd'hui à propos d'une observation très intéressante que nous avons eu l'occasion de recueillir dans le service de notre maître, M. le professeur A. Herrgott, et publiée par lui à la *Société obstétricale de France* (4 Avril 1902).

* * *

Les fonctions thyroïdiennes, ainsi qu'il résulte de nombreuses recherches pratiquées ces dernières années, sont en particulier des fonctions de défense; le corps thyroïde s'opposerait par sa sécrétion à l'action nocive de certaines toxines élaborées dans l'organisme, en les transformant. Nous savons d'autre part que chez la femme enceinte, les produits de déchet de provenance tant maternelle que fœtale sont accrus et que les organes éliminateurs et transformateurs de toxines sont soumis à un surmenage relatif. Or, que se passe-t-il du côté du corps thyroïde normal dans cette éventualité?

Lange[1], examinant une série de 133 femmes enceintes, dans les douze dernières semaines de la grossesse, à Kœnigsberg, dans une contrée où le goître est exceptionnel, voit le corps thyroïde s'hypertrophier chez elles, totalement ou partiellement, dans une proportion de 81,2 pour 100 environ. Cette hypertrophie, dont l'apparition est facile à saisir, survient le plus habituellement du cinquième au sixième mois lunaire de la gestation, au sixième mois seulement *chez les primipares*, dès le cinquième mois *chez les multipares*. L'augmentation de volume régresse, puis disparait au cours de la puerpéralité, pour se manifester de nouveau à l'occasion de grossesses subséquentes s'il en survient.

Ces modifications étaient en somme connues avant que Lange ne les eût décrites (Heidenreich[2] 1845, Natalis Guillot[3] 1860, Freund[4] 1882, Ewald[5] 1896...), mais cet auteur a le mérite d'en avoir précisé la signification. Soumettant en effet, avec toute la prudence exigée en pareil cas, dix femmes enceintes, atteintes d'hypertrophie thyroïdienne physiologique gravidique, à l'ingestion de petites doses de thyroïdine ou d'iodothyrine, il constate que le corps thyroïde reprend son volume normal au bout de onze à quatorze jours de traitement; suspend-il la médication, le corps thyroïde ne tarde pas, dans la plupart des cas, à s'hypertrophier de nouveau.

Ces constatations sont évidemment d'un grand intérêt et éclairent d'un jour tout spécial la signification de l'hypertrophie gravidique de la glande thyroïde *normale*, en lui attribuant une activité *fonctionnelle* supplémentaire et en la dépouillant du caractère purement mécanique (augmentation quantitative du sang, gêne circulatoire...) que la plupart des auteurs jusque-là s'accordaient à lui reconnaître

Dès lors, on devait être curieux de pénétrer plus avant la signification précise de cette hypertrophie physiologique et s'attacher pour cela à déterminer les troubles susceptibles d'*apparaître en son absence*. Cette question n'est pas encore résolue aujourd'hui d'une façon complète et absolument satisfaisante; il n'en est pas moins vrai que sa solution peut être entrevue à travers les faits cliniques et expérimentaux très suggestifs que nous allons maintenant rapporter.

Cliniquement, Lange a observé ce que deviennent les femmes enceintes chez lesquelles *manque* l'hypertrophie thyroïdienne physiologique et nous-mêmes avons pu constater un cas de grossesse chez une jeune fille myxœdémateuse, *congénitalement privée de corps thyroïde*, rentrant par conséquent dans les conditions idéales, habituellement remplies par l'expérimentation seule; enfin Verstræten, Vanderlinden et Lange ont pu suivre la destinée d'animaux en état de gestation, auxquels ils avaient fait subir la thyroïdectomie.

Lange, examinant 133 femmes enceintes dans les douze dernières semaines de la grossesse, constate que l'hypertrophie thyroïdienne existe chez 108 d'entre elles; 3 fois elle est douteuse; 22 fois elle est manifestement absente. Or presque toutes les femmes chez qui s'observait cette particularité, soit 20 sur 22, sont albuminuriques; 16 ont non seulement des urines albumineuses, mais leurs urines contiennent des cylindres ; 6 présentent à un moment donné des *crises éclamptiques*; notons en outre que ces crises se répètent à l'occasion de deux grossesses successives chez une même femme, et que parmi les malades atteintes se trouvent deux sœurs, ce qui laisserait place à l'hypothèse d'une insuffisance thyroïdienne familiale, celle-ci bien connue et incontestable, expliquant peut-être le caractère familial si curieux de certaines éclampsies, comme Elliot[1] en a décrit des exemples. — Par contre, sur les 108 femmes porteuses de l'hypertrophie thyroïdienne physiologique, il ne s'en rencontre que deux qui soient albuminuriques; encore sont-elles l'une et l'autre atteintes de néphrite ancienne, antérieure à la grossesse.

Heile a présenté récemment à la *Société médicale de Silésie* (13 Juin 1902) le cas d'une femme âgée de quarante-cinq ans qui était porteuse d'un goitre ayant nécessité une extirpation partielle de la glande au cours d'une grossesse au neuvième mois. Deux glandules de la grosseur d'un œuf de poule furent laissées en place. Malgré cette précaution, des *convulsions* éclatèrent sept jours après l'opération. L'accouchement prématuré s'imposa et les convulsions cessèrent alors durant huit jours, puis reparurent, mais la perte de connaissance, qui était si fréquente (presque chaque deux heures) avant l'accouchement, n'apparut dans les sept semaines consécutives que deux fois. Après la gestation il y eut donc une amélioration évidente. Il est bon de remarquer que cette amélioration devint surtout manifeste quand la diurèse fut abondante ; en effet la malade urina, à un moment donné, plus de 9 litres en vingt-quatre heures, et jamais il n'y eut la moindre albuminurie ou le moindre indice d'une altération rénale (pas d'éléments du rein dans l'urine). — Ce qui est remarquable dans cette observation, c'est qu'une thyroïdectomie partielle, qui dans un cas ordinaire aurait pu empêcher la tétanie, fut néanmoins suivie de phénomènes convulsifs chez une femme enceinte, vraisemblablement parce que le tissu glandulaire restant était insuffisant pour subvenir aux besoins de la gestation.

Dans l'observation suivante, nous voyons une femme myxœdémateuse, donc atteinte d'insuffisance thyroïdienne, devenue enceinte, être prise au moment du travail de *phénomènes éclamptiques, mais sans albuminurie appréciable*.

1. Blumreich et Zuntz. — « Experiment. u. kritische Beiträge zur Pathog. der Eclampsie ». *Arch. f. Gyn.*, Bd LXV, Heft 3, Ref. in *Centr. f. Gyn.*, 1902, 24 Mai, n° 21, p. 567.
2. Bouffe de Saint-Blaise. — « Les auto-intoxications de la grossesse ». *Actualités médicales*, 1899.
3. Verstrœten et Vanderlinden. — « Contribution à l'étude des fonctions du corps thyroïdien ». *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1897.
4. Nicholson. — *a)* « Eclampsie et glande thyroïde ». *The Scottish med. a. surgical Journal*, 1901, June, n° 6, p. 503; *b)* « Traitement thyroïdien de l'éclampsie puerpérale ». *Société obstétricale d'Edimbourg*, 1902, 13 Mars.

1. Lange. — « Die Beziehungen der Schilddrüse zur Schwangerschaft ». *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1899, XL, p. 34.
2. Heidenreich. — « Der Kropf », 1845.
3. Natalis Guillot. — « De l'hypertrophie de la glande thyroïde des femmes enceintes ». *Arch. de méd.*, 1860, T. XVI, p. 513.
4. Freund. — « Die Beziehungen der Schilddrüse zu den weiblichen Geschlechtsorgane ». *Inaug. Diss.*, Strasbourg, 1882.
5. Ewald. — « Die Erkrankungen der Schilddrüse », 1896, in *Nothnagels Specielle Pathologie und Therapie*.

1. Elliot. — *Amer. med. Times*, 1862. — *Obst.clin.* New-York, 1868 (Ind. Bar).

OBSERVATION (recueillie au service de M. le professeur A. Herrgott). — *Myxœdème fruste congénital. Grossesse. Eclampsie. Accouchement avant terme. Traces non dosables d'albumine dans l'urine.* — Femme, âgée de dix-huit ans, célibataire, originaire d'un village des Vosges, où il y aurait beaucoup de goîtreux.

Antécédents héréditaires. — Père, originaire d'un village des Vosges, où il n'y a que quelques goîtreux. Il est intelligent, exerça la profession de cultivateur. Il a 1 m. 58 de taille, n'est pas éthylique.

Mère, née dans les Vosges; elle est morte d'un cancer, il y a quatorze mois. Elle était de même taille que son mari.

Pas de goîtreux dans la famille; pas d'idiots, ni de nerveux. Il y a eu 9 enfants : un seul est mort; il avait dix mois; il a succombé à des convulsions; il n'avait pas de goître. Les enfants qui vivent n'ont jamais eu de convulsions : en général ils sont petits; 4 seulement ont la taille des enfants de leur âge, les autres sont plus petits; ils sont âgés respectivement de dix-neuf, dix-huit, seize, quatorze, treize, douze, neuf, et sept ans; l'aînée est une fille qui serait obèse.

On ne trouve ni tuberculose, ni syphilis dans la famille. La mère n'a pas été malade pendant qu'elle était enceinte de la petite malade.

Antécédents personnels. — La femme ne présentait rien d'anormal à la naissance. Elle a été élevée au sein par sa mère jusqu'à un an; n'a jamais été malade, quoique ayant toujours été délicate; n'a pas eu de convulsions; pas d'antécédents éthyliques. Elle est intelligente; elle a été à l'école; elle sait lire, écrire, compter, possède quelques notions de géographie; elle a toujours eu de bonnes places dans sa classe.

Elle ne sait pas à quel âge elle a commencé à marcher.

Réglée à quatorze ans, régulièrement. Les règles duraient huit jours environ, peu abondantes, douloureuses, l'obligeant habituellement à se coucher pendant les deux premiers jours.

Pas de grossesse antérieure.

Grossesse actuelle. — Aurait eu ses dernières règles au début de Juillet 1901. La conception remonterait au premiers jours d'Août.

N'a pas été malade pendant sa grossesse. Pas de vomissements, ni de faiblesses. Quelques douleurs dans les jambes. Pas de varices, pas de démangeaisons. Pas de céphalée. A toujours travaillé. Pas d'œdème, ni d'épistaxis, ni de troubles oculaires.

Elle est actuellement envoyée à la Maternité de Nancy par M. le Dr Guyon, de Remiremont, pour qu'on provoque l'accouchement prématuré.

7 Mars 1902. *Etat actuel. Etat général.* — Entre à la salle de travail le 7 Mars 1902, à deux heures de l'après-midi ayant mal depuis plusieurs jours.

Elle mesure 1 m. 21. La peau est grise, le facies un peu frippé. Le nez est épaté, aplati; les lèvres épaisses. Bouffissure généralisée. La bouche est largement fendue, la langue épaisse. Légère pigmentation rosée du nez et des pommettes. Les oreilles sont bien conformées; les cils et les sourcils très fournis. On trouve quelques plaques de pelade sur le cuir chevelu. *Le corps thyroïde n'est pas perceptible à la palpation.*

Le corps est bien proportionné dans son ensemble; la peau est blême, légèrement rugueuse et desquamante, surtout au niveau du thorax. Pas de sensation de froid; les extrémités ne sont pas fraîches. Absence de poils aux aisselles; quelques poils épars au niveau du pubis et des grandes lèvres. Celles-ci ne sont pas pigmentées; la ligne brune de même est à peine marquée. Par contre les cheveux, les sourcils et les cils sont particulièrement longs et développés.

Les seins sont bien conformés mais très petits, de la grosseur d'une mandarine : les mamelons ne sont pas pigmentés, ni saillants.

Le thorax est un peu aplati d'avant en arrière et élargi à sa base.

Les mains sont très petites, carrées; la peau rugueuse et ridée. La main droite mesure 13 centimètres à partir de l'apophyse styloïde du radius; sa circonférence au niveau de l'extrémité inférieure des quatre derniers métacarpiens est de 14 cent. 1/2. La main gauche présente les mêmes dimensions.

Les tibias sont légèrement incurvés; la peau des pieds est plissée et rugueuse.

L'auscultation du cœur et du poumon ne révèle rien d'anormal.

Etat obstétrical. — La hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse est de 32 centimètres; le fond atteint l'appendice xyphoïde et regarde en haut et en avant. Le fœtus est en présentation du sommet, la tête est mobile, le dos regarde à droite. Les battements sont bons.

Le col est presque totalement effacé; il est dilaté comme 1 franc. Le toucher est douloureux, l'orifice vulvaire est très étroit.

Mensuration du bassin. — Diamètre utile : 8 cent. 4; diamètre bi-crête : 22 centimètres; diamètre bi-épine : 20 centimètres; diamètre conjugué externe : 16 centimètres.

Les urines examinées à ce moment par les moyens habituels (chaleur, acide acétique, réactif citro-picrique) ne renferment *pas d'albumine.*

On ordonne une série de lavements évacuants qui sont suivis d'effet.

8 Mars. Les contractions ne sont pas très intenses; le travail n'a pas progressé. A 5 heures du soir, on introduit profondément dans la cavité utérine une sonde pleine en gomme.

9 Mars, 9 heures matin. Les bords du col sont plus minces; la dilatation est de 2 francs. La poche des eaux est saillante, la tête difficilement accessible au toucher.

6 heures soir. Contractions plus énergiques, Dilatation comme 5 francs.

8 h. 1/2. *Crise éclamptique* peu intense, caractérisée par quelques convulsions des yeux et des muscles de la face. La malade perd connaissance, mais revient bientôt à elle.

9 h. 1/2. *Nouvelle crise* plus forte et plus longue. La température est de 38°, le pouls à 96. Respiration régulière. La malade perd connaissance, elle a uriné plusieurs fois sous elle. Série de *nouvelles crises* se répétant d'heure en heure à 9 h. 45, 11 h. 20, 12 h. 30, 1 h. 15.

Traitement. — Application de sangsues (saignée copieuse). Lavements de chloral mais qui ne sont pas gardés. Injections sous-cutanées et lavements de sérum artificiel. La malade refuse toute absorption de lait.

10 Mars, 1 h. 1/2 matin. Dilatation comme une paume de main.

2 h. 1/2. *Nouvelle crise*; nouveau lavement de chloral qui n'est pas gardé.

4 heures et 6 heures. *Crises.* Le pouls est resté aux environs de 100 à 108. Respiration régulière. Pupilles contractées. La malade n'a pas repris connaissance dans l'intervalle des crises; cependant elle n'est pas dans un coma complet. Elle urine plusieurs fois sous elle. Toutes les crises ont présenté les caractères classiques et habituels : contractions surtout toniques, plus marquées aux membres supérieurs, au tronc et à la face et se terminant par des phénomènes asphyxiques.

6 h. 1/4. La dilatation est complète. On retire la sonde et on rompt les membranes. La tête s'engage aussitôt, en flexion forcée; la petite fontanelle est exactement au centre de l'excavation. Elle descend rapidement presque sur le périnée en OIDP.

9 h. 1/2. Le mouvement de rotation n'est pas fait. Battements ralentis, mais réguliers.

10 heures. *Accouchement* en occipito-pubienne. Les battements sont réguliers et rapides. La traversée vulvaire de la tête est très longue et pénible; la commissure postérieure de la vulve se déchire légèrement; on y applique deux points de suture au crin. Délivrance normale.

L'enfant arrive en état de mort apparente, forme bleue. On retire de nombreuses mucosités de l'arrière-gorge et on tente les moyens habituels pour le ranimer (insufflation, respiration artificielle, bain tiède, aspersions froides, etc.). L'enfant reste bleu. Le cœur bat lentement, mais il ne se produit pas une seule inspiration. L'enfant meurt une demi-heure après l'accouchement.

A l'*autopsie du fœtus*, on ne constate rien de spécial : c'est un garçon de 2.500 grammes mesurant 46 cent. 1/2 de longueur; son corps thyroïde pèse 3 grammes; son thymus, 10 grammes. Les méninges et les sinus sont le siège d'une congestion veineuse intense.

Après l'accouchement, on recueille chez la malade de l'urine à la sonde et on y trouve par les moyens habituels un *louche non dosable d'albumine.*

Dix minutes après l'accouchement, nouvelle *crise*; dans l'après-midi, *six crises* peu violentes. On injecte du sérum artificiel à la malade.

11 Mars. La malade a eu *deux crises* dans la nuit, l'une vers 10 heures du soir, l'autre très violente vers 2 heures du matin.

Ce matin apyrexie. La malade semble avoir conscience de ce qui se passe autour d'elle. Elle ne répond pas aux questions. Elle refuse de boire du lait.

12 Mars. Hier on a recueilli un peu d'urine à la sonde; l'analyse chimique faite par le professeur agrégé Guérin, directeur du laboratoire des cliniques, décèle des *traces non dosables d'albumine.*

La malade est mieux; la température est normale. Le pouls est régulier (de 96 à 112). La malade reste hébétée; elle comprend ce qu'on lui dit, mais ne répond pas aux questions; elle se plaint d'avoir mal à la langue. Elle prend volontiers du lait.

13 Mars. Hébétude. Apyrexie. Les urines redeviennent plus abondantes. L'accouchée boit volontiers son lait.

14 Mars. La malade cause un peu, mais reste inerte.

15 Mars. Urines : 500 centimètres cubes, renfermant encore de *faibles traces d'albumine.* Les seins sont légèrement gonflés et sensibles; à la pression, il s'en écoule un peu de colostrum.

L'état général est bon; il n'y a plus trace d'hébétude.

16 Mars. Urines : 800 centimètres cubes. Il s'écoule encore un peu de colostrum à la pression des seins.

17 Mars. Les seins ne sont plus tendus; il ne s'en écoule plus rien. On trouve une plaque grisâtre au niveau d'un point de suture; on la fait disparaître par une application de teinture d'iode.

20 Mars. Il n'y a *plus d'albumine* du tout. L'état général est bon; l'intelligence est normale.

Depuis l'accouchement, le ventre est resté flasque et tombant.

En résumé, il s'agit dans cette observation d'une femme, âgée de dix-huit ans, *myxœdémateuse*, qui, chose rare dans l'insuffisance thyroïdienne, devint enceinte, accoucha avant terme et fut prise d'*éclampsie*, alors qu'elle n'avait dans l'urine que des *traces non dosables d'albumine.*

***

Si maintenant nous passons en revue ces diverses constatations, purement *cliniques*, nous voyons que chez la femme en état de gestation, une insuffisance thyroïdienne peut faire éclater des phénomènes convulsifs simulant l'éclampsie. Aussi, il semble résulter de ces faits que *certaines* éclampsies pourraient être dues à une insuffisance fonctionnelle de la glande thyroïde, insuffisance tan-

tôt ancienne, mais *aggravée* par l'état de grossesse, tantôt récente, *produite* par l'état de grossesse même et le surmenage momentané qui en résulte (méïopragie) pour les organes de défense chargés de neutraliser ou de détruire les substances nocives élaborées au cours des échanges nutritifs.

Quelques faits *expérimentaux* sont de nature à établir encore la vraisemblance de cette hypothèse dans quelques cas particuliers.

Verstræten et Vanderlinden[1] rapportent le fait suivant : une jeune chatte bien portante subit, le 22 Juin 1892, l'ablation des deux glandes thyroïdes et l'extrait aqueux du corps thyroïde frais extirpé lui est immédiatement rendu sous forme d'injection pratiquée dans la cavité péritonéale. Après cette opération son état de santé n'est pas notablement altéré et on lui rend la liberté le 3 Septembre de la même année ; on remarque cependant que la bête a des périodes d'inappétence, qu'elle est plus difficile dans le choix des aliments, qu'elle est apathique, que sa peau est devenue légèrement squameuse et que ses instincts de reproduction sont manifestement atténués ; longtemps elle reste stérile malgré son contact fréquent avec d'autres chats ; enfin, trois ans après l'opération (Juin 1895), on constate qu'elle est en état de gestation. Tout va bien jusqu'à ce qu'apparaissent les premiers symptômes du part ; dès lors la chatte refuse toute nourriture, elle tombe dans un état voisin du coma, avec raideur et faiblesse des membres et avec de fréquents accès de *convulsions générales* ; du 22 au 27 Juin l'état ne fait que s'aggraver ; les contractions utérines sont insuffisantes ; la mort paraît imminente. On a alors l'idée d'injecter par la voie sous-cutanée 6 centimètres cubes d'une macération fraîche de glande thyroïde de mouton : une heure après, un mieux sensible se déclare ; les convulsions ne reparaissent plus ; le lendemain, l'amélioration progresse, un fœtus est expulsé, la chatte se remet définitivement et complètement. Cette expérience est particulièrement intéressante, car il est très curieux de voir une chatte, quoique thyroïdectomisée, rester bien portante, ou à peu près, pendant trois ans, puis présenter des phénomènes convulsifs à l'occasion du part. Verstræten et Vanderlinden comparaient déjà en 1897 ces accidents aigus à l'éclampsie et admettaient que certains cas d'éclampsie chez la femme pouvaient être rapprochés des troubles convulsifs constatés chez leur chatte.

Lange[2] a pratiqué méthodiquement une série d'expériences sur des chattes thyroïdectomisées et il a constaté ce qui suit : s'il se contente d'extirper les 4/5 seulement de la glande thyroïde à des chattes non en état de gestation, généralement celles-ci survivent et s'il les sacrifie, il ne trouve pas habituellement de lésions rénales. Mais s'il entreprend la même opération sur une série de 10 chattes en état de gestation, il trouve que :

Cinq fois, elles succombent spontanément, deux fois dans le coma, trois fois après avoir présenté des *convulsions* ; chez toutes, il trouve à l'autopsie et à l'examen histologique *des lésions rénales et hépatiques*.

Cinq fois, elles survivent ; cependant dans trois de ces cas il trouve, après avoir sacrifié l'animal, *des lésions histologiques des reins*.

Nous devons signaler aussi le cas expérimental suivant observé par Vassale[1], intéressant par l'homologie qu'il présente avec certains faits d'*éclampsie post-partum*. Une chienne est opérée d'ablation partielle des *parathyroïdes* ; les suites opératoires sont bonnes et l'animal revient vite à des conditions de vie normales. Après l'opération cette chienne est fécondée et met bas deux petits prématurés non viables ; elle n'a pas de lait. Elle continue à se bien porter pendant un an. De nouveau elle est fécondée et met bas 8 petits chiens, dont 7 vifs et robustes sont allaités par elle. Le cinquième jour de cet *allaitement intensif*, la chienne est prise tout à coup d'un *accès convulsif* si violent que sa vie est sérieusement menacée. Grâce à un traitement thyroïdien énergique les symptômes graves disparaissent. On lui soustrait en même temps 4 petits, ne lui en laissant que 3 à allaiter et lui administrant 5 grammes de thyroïde sèche de porc par jour. Mais l'allaitement est encore excessif ; la chienne est reprise d'un *accès convulsif* qui est de nouveau victorieusement combattu par le traitement thyroïdien. Dès lors on ne lui laisse plus qu'un petit chien à allaiter, on la soumet à un traitement thyroïdien régulier et, sauf une alerte, elle continue à se bien porter ; on cesse sans inconvénient la médication thyroïdienne en même temps qu'on interrompt définitivement l'allaitement.

Nicholson[2], qui connaissait les recherches de Lange, a voulu soumettre à la sanction thérapeutique l'hypothèse de l'origine thyroïdienne possible de certaines éclampsies. Il a d'abord rapporté le cas d'une de ses malades tertipare, éclamptique au cours de sa grossesse, traitée par l'extrait thyroïdien ; elle guérit et continua sa grossesse dans des conditions normales. — Depuis il a signalé trois nouveaux cas (un cas d'éclampsie gravidique, deux cas de troubles pré-éclamptiques) où la médication thyroïdienne semble avoir eu un heureux effet.

* * *

Ces faits, tant *cliniques qu'expérimentaux*, semblent prouver la relation qui existe entre certains cas d'éclampsie et d'insuffisance thyroïdienne. Mais est-ce bien le corps thyroïde lui-même qui est ici en jeu ? On sait en effet qu'indépendamment du *corps thyroïde*, et des *thyroïdes accessoires* qui ont même constitution histologique que la glande principale, il existe des glandules, appelées *parathyroïdes*, différentes tant au point de vue embryologique et histologique qu'au point de vue physiologique. C'est Sandstrœm, un anatomiste suédois, qui découvrit ces glandules en 1880, et en donna le premier la description, et c'est Gley, en 1891, qui les sortit de l'oubli et en fit comprendre toute l'importance physiologique. Ces glandules se trouvent au voisinage du corps thyroïde et peuvent même se trouver incluses dans cette glande (situation variable suivant l'espèce animale et sur un même sujet). Or, des travaux de Moussu, de Vassale et Generali, de Lusena, de Gley, il semble résulter *qu'à l'insuffisance thyroïdienne appartiennent des troubles chroniques* (*troubles de nutrition, myxœdème*), *qu'à l'insuffisance parathyroïdienne, appartiennent surtout des troubles aigus* (*troubles convulsifs*), *que les accidents aigus* (*convulsions*) *de l'ancienne thyroïdectomie sont dus à l'ablation des parathyroïdes, mais que, bien qu'étant des organes différents, thyroïdes et parathyroïdes sont fonctionnellement associées*[1].

Appliquons ces données au cas particulier qui nous occupe, c'est-à-dire à l'éclampsie, et aux différentes constatations cliniques et expérimentales que nous avons signalées. Puisqu'il existe entre thyroïde et parathyroïdes une *association fonctionnelle*, n'est-il pas possible que, dans certains cas, une lésion de la première entraîne une modification des secondes, et dans ces conditions ne peut-on pas penser que l'éclampsie de la femme, comme celle de l'animal, est due, pour les cas particuliers qui nous occupent, plus à l'insuffisance parathyroïdienne qu'à l'insuffisance thyroïdienne ? Le fait intéressant publié par Vassale et résumé plus haut nous donne un sérieux appoint à cette hypothèse. Nous sommes d'autant plus autorisé à penser ainsi que l'un[2] de nous, extirpant le corps thyroïde, en laissant les deux parathyroïdes externes, à une lapine adulte, ne vit survenir chez elle les troubles chroniques de la thyroïdectomie que parce qu'elle était en état de gestation ; or, on sait que la lapine *adulte* résiste à la thyroïdectomie simple ; il a donc fallu ici un état spécial qui a demandé au corps thyroïde un travail qu'il ne pût fournir en raison de son absence, pour faire éclater des accidents. Mais ces accidents furent uniquement des troubles de nutrition, et non pas des convulsions ; il n'y eut pas d'éclampsie, parce que les parathyroïdes avaient subsisté.

Quelle que soit la valeur de cette opinion, elle n'est encore qu'à l'état d'hypothèse et il est certain que le rapport des glandules parathyroïdes avec l'éclampsie doit, pour pouvoir être affirmé, être de nouveau étudié.

Nous croyons pouvoir déduire de ce qui précède que le corps thyroïde normal mérite également d'être à nouveau étudié chez la femme enceinte, et que lorsque son hyperthrophie fonctionnelle n'apparaît pas vers le sixième mois de la grossesse, on doit surveiller la femme gravide au point de vue de l'éclampsie possible. Lorsque des crises éclamptiques se déclarent chez une femme enceinte ou en travail, surtout si le corps thyroïde n'a pas subi son hypertrophie physiologique, surtout si les urines ne sont pas albumineuses, on est *peut-être* autorisé à essayer la médication thyroïdienne : celle-ci a déjà été employée par Lange au cours de grossesses normales, sans inconvénient ni pour la mère ni pour l'enfant ; elle semble avoir donné à Nicholson, sinon le succès, du moins un encouragement ; elle a pour effet certain dans

1. Verstræten et Vanderlinden. — *Loc. cit.*
2. Lange. — *Loc. cit.*

1. Vassale. — « Tétanie provoquée par l'allaitement chez une chienne partiellement parathyroïdectomisée ». *Archives italiennes de biologie*, 1898, T. XXX, p. 49.
2. Nicholson. — *Loc. cit.*

1. Consulter, pour plus de détails : *Thèse* de Jeandelize, Nancy, 1901-1902. « Insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne (à début dans le jeune âge). Étude expérimentale et clinique ».
2. Cette expérience a été faite dans le laboratoire de M. le professeur agrégé Haushalter auquel nous adressons ici tous nos remerciements pour les précieux conseils qu'il a bien voulu nous donner. Elle a d'abord été mentionnée par lui à la *Societe de médecine de Nancy*, le 28 Mai 1902, (voir *Revue médicale de l'Est*, 1902), puis relatée complètement dans la thèse de l'un de nous (*Thèse*, Jeandelize, *Loc. cit.*).

tous les cas d'hypothyroïdie, d'augmenter la diurèse, effet que précisément se proposent la plupart des méthodes thérapeutiques dirigées contre l'éclampsie. Il va de soi que les contre-indications habituelles du traitement thyroïdien demeurent et que les affections cardiaques, par exemple, y sont d'une opposition formelle (Mossé[1]); l'albuminurie est un obstacle plus discutable; il est néanmoins bon d'ajouter que certaines albuminuries *expérimentales* ne sont que l'effet d'une insuffisance thyroïdienne et ne sauraient par conséquent être mieux combattues que par une médication opothératique *sagement et prudemment* conduite.

LES SALLES D'OPÉRATIONS DE LA " MAISON DE CHIRURGIE "

par **E. de LAVARENNE.**

Au cours de ces vingt dernières années, la thérapeutique chirurgicale s'est complètement transformée. Il est aujourd'hui banal de constater cette vérité; mais ce qui importe encore, c'est de continuellement analyser quelles sont les causes de cette transformation, afin de rechercher les progrès encore réalisables. C'est en me plaçant à ce point de vue qu'au moment où nombre de chirurgiens se trouvent réunis à Paris pour assister au Congrès annuel de chirurgie, je crois devoir leur signaler l'installation opératoire perfectionnée qu'a pu réaliser dans la « Maison de Chirurgie » que vient d'édifier, 3, rue Méchain, avec le compétent architecte de l'Assistance publique, M. Rochet, notre collaborateur et ami, F. Jayle.

* * *

Dans l'ancienne chirurgie l'habileté opératoire dominait toute la pratique et c'est d'après elle, seule, que l'on jugeait le chirurgien; on n'avait alors aucune notion précise sur l'influence des conditions dans lesquelles se trouvaient l'opéré et l'opérateur : d'où ces désastres inexpliqués et inexplicables, l'infection étant ignorée.

Dans la nouvelle chirurgie, les causes et le mécanisme des infections ayant été déterminés, la part prépondérante dans les succès est dévolue aux conditions matérielles dans lesquelles l'opérateur sait se mettre et mettre ses opérés.

Aujourd'hui donc, s'il est toujours d'une grande utilité pour le chirurgien d'être un ouvrier d'art aussi accompli, aussi maître de son outil qu'il l'était jadis, il lui est absolument indispensable de savoir rigoureusement observer les règles que l'asepsie impose. Et c'est cette pratique de l'asepsie, qui, allant toujours se perfectionnant, nous rapprochera de plus en plus de l'*idéal* qui exige que, du fait d'une opération, aucun accident, aucun incident même ne se produise.

Du jour où les premières règles de l'asepsie furent scientifiquement établies, les conditions de milieu dans lesquelles l'opération doit être faite apparurent de suite comme étant d'une extrême importance. Si, en effet, à l'heure actuelle, étant donné l'éducation moderne du chirurgien, il est à la rigueur possible d'obtenir avec des installations rudimentaires de leurs services hospitaliers de salles d'opérations en rapport avec les données de la science actuelle ont été considérables. Mais il faut convenir que pour réaliser ces nouveaux de-

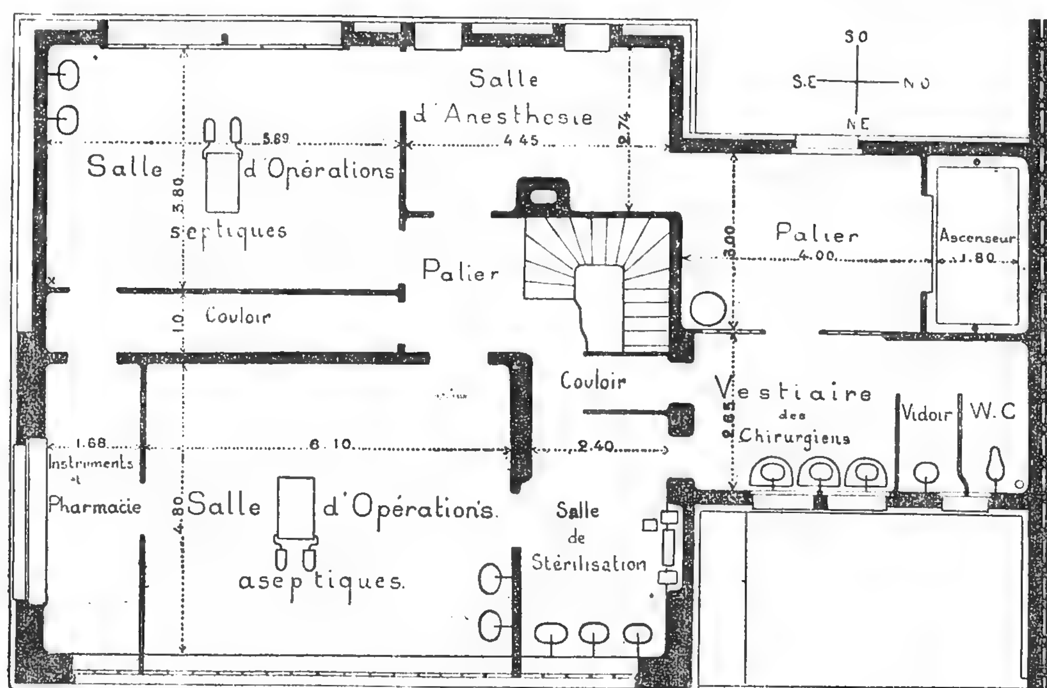


Figure 1. — Plan des salles d'opérations et de leurs dépendances.

satisfaisants résultats, en règle générale, il est de toute nécessité que les installations opératoires soient aménagées de telle façon qu'aucune faute contre l'asepsie ne soit possible au chirurgien : c'est ainsi que des *salles* siderata, nombre de manœuvres inutiles ont été faites par les administrations hospitalières, nombre de dépenses ont été engagées par elles, qui auraient pu être considérablement réduites. Assurément, de grands et

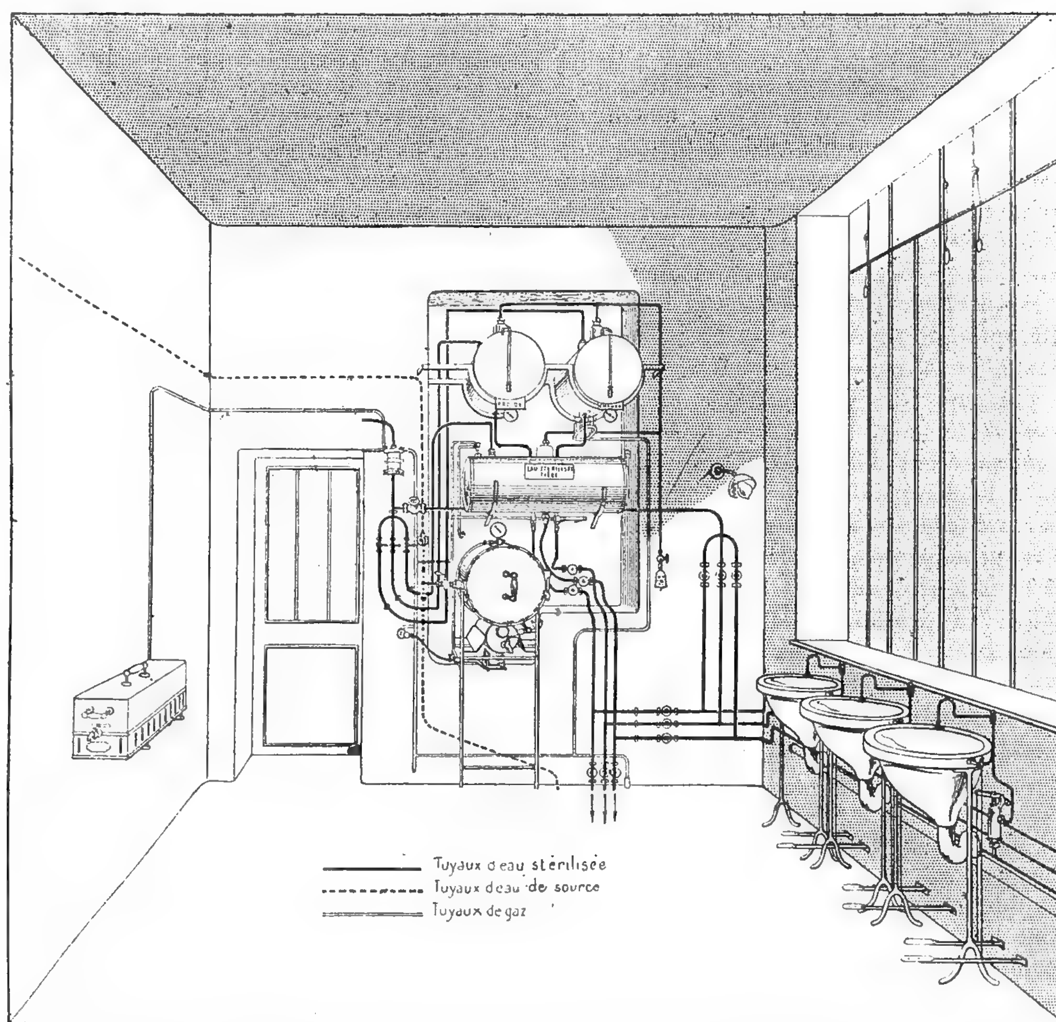


Figure 2. — Vue de la salle de stérilisation.

d'opérations spéciales sont maintenant reconnues indispensables pour la pratique de la chirurgie.

Les efforts faits depuis vingt-cinq ans par tous les chirurgiens pour l'aménagement dans réels progrès ont été réalisés, mais il reste encore beaucoup à faire. C'est dire tout l'intérêt qu'il y a, aussi bien au point de vue *scientifique* qu'au point de vue *économique*, à réaliser une installation opératoire répon-

---

1. Mossé. — « De l'état actuel de l'opothérapie ». Rapport fait au *Congrès français de médecine*, IVe session, Montpellier, 1898.

dant à tous les desiderata de la chirurgie actuelle. Celle que je vais décrire me semble répondre au type rêvé et pouvoir, dorénavant, servir de modèle aussi bien aux institutions privées, telles que les maisons de santé chirurgicales, qu'aux institutions publiques comme les hôpitaux.

*
* *

Pour faciliter la description après avoir jeté un coup d'œil d'ensemble sur le plan ci-joint (fig. 1), nous suivrons séparément le chirurgien et ses aides d'une part, le malade à opérer d'autre part.

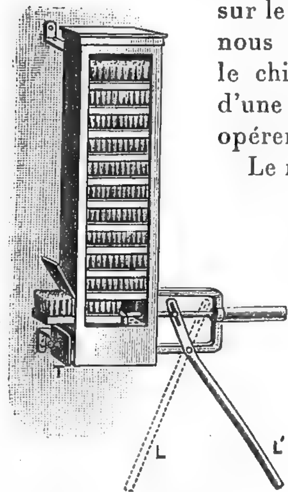


Figure 3. — Distributeur-stérilisateur de brosses, composé d'un récipient en cuivre nickelé qui se fixe à écartement du mur, et qui peut renfermer une douzaine de brosses. En poussant avec le coude le levier L à la position L', on obtient la distribution des brosses. En ayant soin de mettre du trioxyméthylène dans le tiroir T, les brosses sont maintenues stérilisées pendant leur séjour dans l'appareil.

Le malade est amené sur un lit roulant dans la *salle d'anesthésie* où il est endormi et complètement préparé (brossage, savonnage, lavage à l'eau stérilisée).

Le chirurgien et ses aides se débarrassent de leurs effets dans le *vestiaire* et procèdent à un *premier lavage* des mains à l'eau de source.

Ce dégrossissage fait, ils passent dans la *salle de stérilisation* où commence un *deuxième lavage* des mains à l'eau stérilisée dans un lavabo d'un modèle spécial. Ce lavabo reçoit de l'eau stérilisée *tiède* par un robinet que commande une pédale; il est muni d'une très grande cuvette, permettant l'immersion de tout l'avant-bras et se vide mécaniquement par un levier actionné par une pédale; de cette façon, la main ne touche jamais à la cuvette.

Dans la salle de stérilisation (fig. 2) se trouve un autoclave horizontal permettant la stérilisation soit des objets de pansements, soit des instruments.

Au dessus de l'autoclave sont disposés trois réservoirs : un, horizontal, d'eau stérilisée tiède à 37°, deux longitudinaux contenant l'un de l'eau stérilisée froide et l'autre de l'eau stérilisée chaude à 90° environ. Ces différents réservoirs et la canalisation d'amenée et de départ sont eux-mêmes stérilisés par la vapeur d'eau de l'autoclave de production d'eau stérilisée dont la température est de 134° : la vapeur ressort par les robinets d'écoulement et la température de la paroi extérieure des conduites a été relevée à 112°.

Cette installation d'eau stérilisée a été parfaitement exécutée, sous la direction de F. Jayle, par MM. Flicoteaux, Borne et Boutet.

Les lavabos sont au nombre de trois dans le vestiaire et dans la salle de stérilisation, de manière à permettre au chirurgien et à deux aides de se préparer simultanément.

Les brosses stérilisées sont enfermées dans un *distributeur automatique* (fig. 3) construit spécialement par M. Flicoteaux.

Le lavage des mains terminé, les chirurgiens sont revêtus de blouses stérilisées, à fermeture postérieure, et de tabliers également stérilisés. Ils peuvent alors passer tout préparés dans la salle d'opération.

L'agencement est donc compris de telle façon que *chirurgiens et malade ne doivent entrer dans les salles d'opération que pour l'acte opératoire seul.*

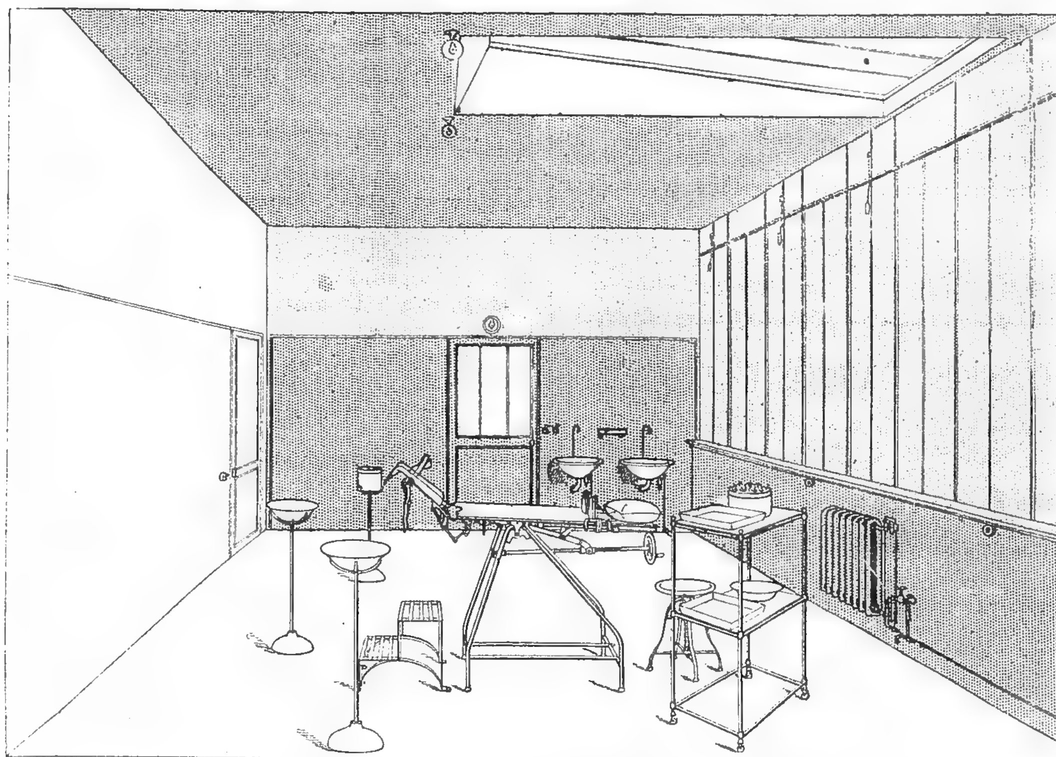


Figure 4. — Vue de la salle d'opérations aseptiques.

Les salles d'opérations sont au nombre de deux : la salle d'opérations aseptiques et la salle d'opérations septiques.

La *salle d'opérations aseptiques* (fig. 4) est grande, haute de plafond, et mesure 6 mètres sur 4^{m}. 60. Elle est située au nord-est. Sa paroi nord-est est formée par un immense châssis vitré s'ouvrant par panneaux pour le nettoyage des vitres. Les autres parois sont revêtues sur une hauteur de 2 mètres d'opaline très bleutée. Au-dessus de l'opaline, la paroi est peinte en blanc au ripolin, de même que le plafond.

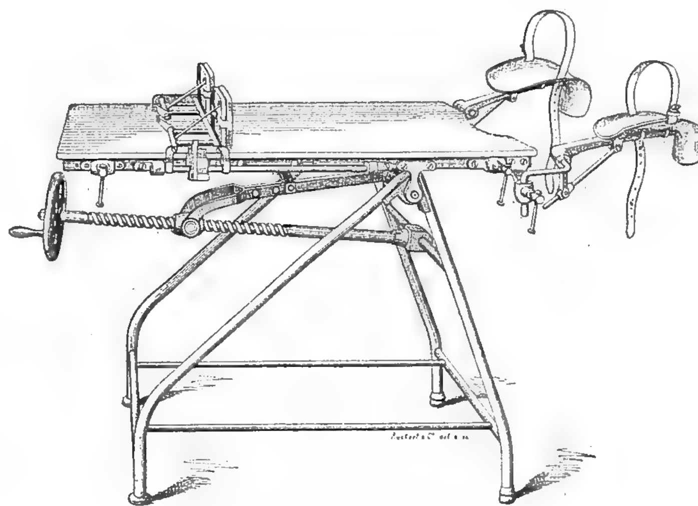


Figure 5. — Table opératoire de Jayle.

Sur une paroi sont placés deux lavabos à eau stérilisée tiède pour permettre un lavage supplémentaire; à leur gauche, se trouvent un robinet d'eau froide stérilisée et un robinet d'eau chaude stérilisée.

L'éclairage se fait par la baie latérale et par une large baie au plafond qui vient rejoindre la première. La nuit, deux lampes électriques situées dans l'épaisseur des murs, de manière à ne faire aucune saillie, éclairent la salle. Deux lampes au plafond et deux latérales mobiles permettent l'éclairage parfait du champ d'opération.

Le chauffage est assuré par deux radiateurs, l'un fixe, l'autre mobile d'un modèle nouveau.

L'aération est obtenue en particulier d'une part par une prise d'air située derrière le radiateur mobile, facile à nettoyer par suite de la mobilité de ce dernier, et, d'autre part, par une ouverture fixe dans la baie vitrée du plafond.

Dans la salle d'opérations est le dernier modèle de la *Table de Jayle* (fig. 5) exécuté par la maison Collin, à plateau de tôle émaillée, permettant de donner à l'opéré la position horizontale, la position déclive, la position proclive, le tout au moyen d'une vis actionnée aisément par le chloroformisateur. Cette table peut servir à la fois pour la chirurgie spéciale abdomino-pelvienne et pour la chirurgie générale.

Deux petites tables et quelques porte-cuvettes complètent l'installation essentiellement caractérisée par la simplicité et l'absence de tout appareil inutile et de toute canalisation apparente.

La *salle d'opérations septiques* est franchement séparée de la précédente par un couloir. Elle donne au midi, exposition la meilleure pour une salle infectée, le soleil étant un puissant agent destructeur des microorganismes de toutes sortes. Elle est entièrement peinte en blanc au ripolin, largement éclairée par une vaste baie vitrée, aérée par des prises d'air, ventilée par des gaines d'appel situées au plafond, éclairée la nuit à l'électricité, chauffée par un radiateur.

A ces deux salles d'opérations est annexée une *salle d'instruments et d'objets de pansements*. Deux vitrines à dessus en lave émaillée sont destinées à recevoir l'une les pansements, l'autre les instruments.

Instruments et pansements sont stérilisés à l'autoclave ; les instruments sont stérilisés dans les plateaux qui doivent les recevoir, dans l'autoclave horizontal ; les pansements peuvent être stérilisés soit dans l'autoclave horizontal, soit dans l'autoclave vertical, producteur d'eau stérilisée, ce même appareil pouvant servir, économiquement et sans aucun inconvénient, à deux fins.

* * *

Comme les chirurgiens pourront s'en rendre compte par la description que nous venons de faire et qu'ils ont pu suivre sur les dessins annexés, rien n'a été négligé, rien n'a été omis pour faire de cette installation opératoire une installation modèle ; tout y est méthodiquement adapté aux diverses nécessités des opérations, quelles qu'elles soient ; c'est simple, c'est complet, c'est économique.

XVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 20 au 25 Octobre 1902.

Un cas de chirurgie du cœur. — *M. Savariaud* (de Paris) est intervenu chirurgicalement pour une plaie pénétrante du ventricule droit, près de la pointe. Le blessé, qui s'était donné un coup de tranchet quatre heures environ auparavant, était à peu près moribond. Le pouls radial était complètement supprimé, les extrémités froides ; le malade avait perdu connaissance. La plaie siégeait dans le 5e espace, près du sternum. Vu l'absence de pneumothorax, M. Savariaud diagnostiqua une plaie du cœur sans participation de la plèvre et du poumon, et décida d'intervenir immédiatement. Lambeau à pédicule externe découvrant les 4e et 5e espaces et empiétant sur le bord externe du sternum ; résection de la 5e côte. A ce moment, le blessé est pris de syncope respiratoire et cardiaque. Echec de la respiration artificielle et des tractions rythmées de la langue. M. Savariaud, pensant que la vraie cause de la syncope est la compression du cœur, résèque rapidement la 4e côte et ponctionne le péricarde : il en sort un flot de sang, et aussitôt, la décompression venant à cesser, le cœur se remet à battre et le blessé respire bruyamment. Oblitération de la plèvre et drainage du péricarde. Le malade se remonte, mais, dans les heures suivantes, la température s'élève progressivement jusqu'à 40°. La mort survint par septicémie au bout de vingt-deux heures.

La conclusion à tirer de ce fait, c'est que, lorsqu'un blessé présentant une plaie du cœur est pris de syncope, il ne faut pas perdre son temps à faire la respiration artificielle et des tractions rythmées de la langue, mais il faut ponctionner au plus tôt le péricarde afin de faire cesser la compression du cœur.

De la ponction aspiratrice du ventricule droit contre les accidents immédiatement graves qui suivent l'entrée de l'air dans les veines. — *M. Bégouin* (de Bordeaux). L'introduction *brusque* d'air dans les veines blessées peut se produire spontanément au cours d'une opération. Le plus souvent, cet accident est sans grande gravité. Mais, dans quelques cas, heureusement très exceptionnels, l'air entre assez brusquement et en assez grande quantité pour produire une mort très rapide, en quelques instants.

Dans ces derniers cas, l'air introduit tue par action mécanique, par une *surdistension aiguë* des cavités droites du cœur, qui ne peuvent dès lors plus se contracter. Contre ces faits d'extrême gravité immédiate, on était jusqu'ici à peu près désarmé. Or, sous l'influence de la ponction aspiratrice du ventricule droit avec l'aiguille n° 1 de l'appareil Dieulafoy on voit les chiens en proie à ces accidents très graves, revenir à la vie à mesure qu'on leur retire de l'air du ventricule. Le cœur arrêté se remet à battre et bientôt les chiens sont définitivement sauvé.

Aussi M. Bégouin propose-t-il d'appliquer cette ponction du ventricule droit à l'homme, dans les cas d'accidents immédiatement très graves d'entrée de l'air dans les veines, et seulement dans ceux-là, les cas légers ou moyens, qui sont dus à des embolies et non à une surdistension des cavités droites, ne ressortissant pas à cette thérapeutique.

Le lieu d'élection pour cette ponction est le bord gauche du sternum, au niveau du quatrième espace intercostal. On retirera autant d'air qu'il en viendra, mais on s'arrêtera dès que l'on ne ramènera plus que du sang spumeux.

M. Faure (de Paris) a assisté quatre fois, au cours d'opérations, à la pénétration de l'air dans les veines. Le lieu d'élection pour cette pénétration semble être l'angle formé par les veines jugulaire et sous-clavière qui se déchire facilement à l'occasion d'extirpations ganglionnaires, par exemple. Le plus souvent, la quantité d'air qui s'introduit est minime et, dans 3 des cas observés, n'a pas donné lieu au moindre accident. Dans le quatrième cas, au contraire, il est passé dans les veines une véritable trombe d'air, et immédiatement le malade a présenté des symptômes excessivement graves : arrêt de la respiration, dilatation pupillaire, syncope, etc. Il finit cependant par se ranimer et guérit.

M. Bégouin. La gravité des accidents est proportionnelle, non pas à la quantité d'air qui pénètre, mais à la brusquerie avec laquelle il est introduit.

Plaie de l'artère pulmonaire à son origine ; suture ; survie de vingt quatre heures. — *M. Mauclaire* (de Paris) a eu l'occasion d'examiner, une heure après l'accident, un blessé qui avait une plaie pénétrante de poitrine au niveau de l'extrémité interne du 3e espace intercostal gauche, à 3 centimètres du bord sternal. Il y avait un pneumothorax total et les signes d'un épanchement intrapéricardique. La mort paraissait imminente et une intervention urgente s'imposait. La situation haute de la plaie et l'existence d'un pneumothorax indiquaient la voie thoracique antérieure comme voie d'accès sur le cœur. M. Mauclaire fit un volet thoracique à charnière sternale comprenant les 3e et 4e côtes. La cavité pleurale était pleine de sang. Le péricarde distendu présentait une plaie irrégulière, il battait très peu ; il fut ouvert et évacué ; un jet de sang noirâtre apparut alors, il fut oblitéré immédiatement avec l'index, puis les bords de la plaie furent accolés avec une pince de Kocher. Finalement, trois points de suture à la soie furent placés assez difficilement ; en outre, deux pinces à demeure furent laissées sur la plaie. Le péricarde fut drainé, de même que la plèvre, par une pleurotomie dans le 7e espace intercostal suivant la ligne axillaire. Le volet thoracique fut rabattu et suturé. Les pinces furent enlevées au bout de quatorze heures. Le malade succomba vingt-quatre heures après avec une dyspnée croissante, mais sans hémorragie nouvelle de la plaie suturée.

A l'autopsie, on constata qu'il s'agissait d'une plaie de l'artère pulmonaire à son origine. Les sutures artérielles paraissaient avoir bien tenu. Le poumon droit était très congestionné. M. Mauclaire croit que cette congestion était due aux injections de sérum trop abondantes qu'avait reçues son opéré. Celui-ci paraît avoir succombé à l'hémorragie et aussi du fait du pneumothorax total.

M. Mauclaire fait suivre son observation de quelques considérations sur le meilleur moyen d'aborder les plaies du cœur. Pour les plaies *hautes* du cœur et des gros vaisseaux, un grand volet thoracique n'est pas nécessaire ; le meilleur lambeau est un lambeau à charnière externe qui permet de décoller la plèvre et plus tard de la suturer. Pour les plaies *basses* du cœur compliquées de pneumothorax, le grand volet de Fontan et ses dérivés paraissent excellents.

Quant à la voie transdiaphragmatique, qu'il a déjà étudiée dans deux mémoires, M. Mauclaire pense qu'elle peut être une voie exploratrice et aussi curatrice, dans certains cas de rupture, de plaie et de corps étrangers péricardo-cardiaques.

Mardi 21 Octobre 1902.

CHIRURGIE GÉNÉRALE.

Recherches expérimentales sur l'inclusion prothétique de la paraffine. — *M. Delangre* (de Tournai) a étudié comparativement dans ces dernières années l'inclusion prothétique de la vaseline et celle de la paraffine.

Lss premiers essais faits avec la vaseline avaient donné des résultats immédiats excellents, mais, après quelques mois, plusieurs malades se représentèrent avec un affaissement très notable. Entre temps, l'autopsie d'une femme, décédée à la suite d'une pneumonie franche, et qui avait été injectée l'année précédente à la région mammaire en lieu et place d'un fibrome douloureux extirpé, permit de constater la diffusion de la vaseline dans le tissu conjonctif avoisinant le foyer de l'injection. En présence de ces faits, M. Delangre a eu recours à l'expérimentation chez le cobaye avec les substances suivantes :

a) *Agar, gélose.* — Ce sont des substances trop perméables et complètement résorbées au bout de quelques semaines.

b) *Vaseline.* — Elle s'infiltre trop facilement dans les tissus voisins et est en partie résorbable.

c) *Paraffine.* — La meilleure est la paraffine fusible à 55°, parce qu'elle répond aux données du problème : inclure dans les tissus une substance solide, indifférente, susceptible de se liquéfier par la chaleur, substance dont le point de fusion soit supérieur à la température maxima susceptible d'être atteinte par le corps humain, et en même temps le plus élevée possible sans nuire aux éléments histologiques. Après trois mois de séjour intra-organique, on ne constate ni rétraction, ni tassement appréciables, ce dont on peut s'assurer par des moulages en plâtre pris dans les quarante-huit heures de l'intervention et trois mois plus tard. Le temps seul pourra nous renseigner sur les résultats éloignés, mais déjà, à l'heure présente, les détails histologiques fournis sont favorables et permettent d'escompter que l'inclusion paraffinée donnera des résultats moins éphémères que ceux obtenus au moyen de la méthode vaselinée primitive.

Sur le mode de préparation d'un catgut souple, solide, bien résorbable et ne donnant jamais d'élimination. — *M. Lucas-Championnière* (de Paris). La ligature résorbable paraît encore à beaucoup de chirurgiens difficile à réaliser, M. Lucas-Championnière pense, au contraire, qu'aucune acquisition chirurgicale n'est plus parfaite, ni plus irréprochable. Il prépare le catgut et l'utilise fidèlement suivant la méthode originale de Lister à laquelle il n'a ajouté qu'une petite manœuvre facile à réaliser.

Le procédé primitif de préparation de Lister consistait dans l'immersion assez prolongée dans une huile phéniquée au 1/5, additionnée d'une petite quantité d'eau. Après quelques mois de préparation, le fil était utilisé en le sortant de l'huile et le plongeant dans l'eau phéniquée forte. M. Lucas-Championnière a ajouté à cette préparation l'immersion, au sortir de l'huile phéniquée, dans un bain d'*essence de térébenthine*. La térébenthine, antiseptique puissant, assure l'asepsie du fil ; elle enlève l'huile qui le graisse ; elle est très commode pour le transporter, car il est indifférent que le fil y séjourne une heure ou huit jours.

Le catgut ainsi préparé est souple, solide, de conservation indéfinie. En le sortant de l'essence de térébenthine, M. Lucas-Championnière le place, au cours de l'opération, dans un bain d'eau phéniquée au 1/20, comme le faisait Lister. Ce fil est si parfaitement résorbable qu'il est bien inutile d'en varier le numéro : aussi l'auteur emploie-t-il toujours un gros fil, sauf les nécessités rares de sutures très fines.

M. Lucas-Championnière a placé et laissé le catgut dans toutes les régions, dans tous les tissus, et dans les conditions en apparence les plus mauvaises ; il n'a jamais vu aucune élimination de son fait. La résistance à la résorption et juste suffisante pour assurer la solidité et la sécurité ; il est inutile de chercher à aller au delà.

Anesthésie par l'éther. — *M. Julliard* (de Genève) a tenu à apporter au Congrès les résultats de sa pratique de l'éthérisation, mode d'anesthésie qui n'est pas suffisamment connu et employé en France, à Paris en particulier.

M. Julliard possède actuellement une statistique de 9289 éthérisations sans un seul cas de mort immédiate ou tardive attribuable à l'anesthésique ; 3 fois seulement il observa des accidents d'asphyxie qui cédèrent aisément à la respiration artificielle.

Le reproche que l'on a fait à l'éther de provoquer des pneumonies post-opératoires n'est pas justifié, et les chirurgiens qui ont abandonné l'éther pour revenir au chloroforme se sont aperçus qu'avec ce dernier anesthésique les pneumonies post-opératoires étaient au moins aussi fréquentes qu'avec l'éther. C'est qu'en effet les causes de cette redoutable complication sont autres. En première ligne, il faut placer le refroidissement des opérés sur la table d'opération ou pendant qu'on les transporte dans leur lit ; ce refroidissement est toujours facile à éviter, en

1. Voir *La Presse Médicale*, 1902, n° 85, p. 1014.

prenant quelques précautions pour le transport des malades et en employant des tables d'opération chauffantes. Il y a aussi les broncho-pneumonies par aspiration des liquides vomis par les opérés au cours ou à la suite de l'anesthésie : ici encore cette complication peut être évitée à peu de frais, en inclinant ou en relevant convenablement la tête du sujet et en débarrassant rapidement et soigneusement la bouche et l'arrière-gorge des liquides et des mucosités qu'elles contiennent. Enfin on a mis sur le compte de l'éther un grand nombre de broncho-pneumonies infectieuses qui n'ont rien à voir avec le mode d'anesthésie.

L'éthérisation a, du reste, ses contre-indications, dont la principale réside dans l'existence d'une affection respiratoire sérieuse; mais n'en est-il pas de même pour le chloroforme? Le mode d'administration a également une grande importance : M. Julliard repousse la méthode brutale qui consiste à anéantir rapidement le sujet avec des doses massives d'éther, et il recommande de toujours procéder doucement, afin d'arriver progressivement et insensiblement à l'anesthésie complète.

Celle-ci est d'ailleurs aussi parfaite qu'avec le chloroforme, et elle offre autrement de sécurité au chirurgien qui opère!

M. Monprofit (d'Angers) a fait 500 éthérisations environ, et il a vu souvent, à leur suite, survenir des complications pulmonaires, beaucoup plus souvent qu'après la chloroformisation. Aussi est-il revenu à ce dernier mode d'anesthésie qui lui donne de très bons résultats, peut être parce qu'il a un excellent anesthésiste. Sur 5.000 chloroformisations, en effet, il ne compte qu'un seul décès, survenu tout au début de la série, alors que son assistant n'était peut-être pas suffisamment expérimenté.

M. Villar (de Bordeaux) compte, lui, plus de 4.000 éthérisations sans un seul décès. Il a constaté, chez ses opérés, moins de vomissements, un anéantissement moindre qu'avec la chloroformisation. Toutes les fois qu'il est revenu à ce dernier mode d'anesthésie, il a eu des alertes; il ajoute que la raison en est peut-être dans ce fait que ses aides n'étaient pas suffisamment expérimentés dans la pratique de ce mode d'anesthésie.

M. Roux (de Lausanne) pense que l'anesthésie entraîne toujours une part de danger quel que soit l'anesthésique employé; l'anesthésique idéal, c'est-à-dire à la fois puissant et inoffensif, n'est pas près d'être trouvé. Jusqu'à nouvel ordre, M. Roux accordera sa confiance à l'éther dont il n'a jamais eu qu'à se louer. Avec lui les complications broncho-pulmonaires post-opératoires ne sont pas plus fréquentes qu'avec le chloroforme. On pourrait dire que le seul danger de l'éther réside dans son innocuité même, qui le fait trop facilement employer *largâ manu*, sans compter. Depuis que, dans son service, on emploie l'éther à petites doses, données d'une façon continue, M. Roux a vu disparaître ces complications du côté de l'appareil respiratoire. Aussi estime-t-il que le jour où l'on apportera à l'éthérisation les précautions que l'on prend pour la chloroformisation, on possédera dans l'éther un anesthésique qui sera bien près de l'idéal.

Anesthésie générale par le mélange A. C. E. (alcool, chloroforme, éther). — *M. Henry Reynès* (de Marseille) signale les avantages qu'on peut retirer de l'emploi du mélange A. C. E. comme anesthésique général. Ce mélange, qu'il emploie suivant la formule : chloroforme, deux parties; alcool absolu, une partie; éther anesthésique, une partie, a déjà été employé en Angleterre, en Italie, à Vienne, en France. Il est particulièrement indiqué : dans les cas de sujets âgés ou trop débilités, dans les cas où on craint des accidents anesthésiques par suite de la longueur possible de l'opération, ou chez des sujets atteints de lésions cardiaques, rénales, ou broncho-pulmonaires, dans les cas où l'éther serait trop congestionnant pour les bronches et les poumons, et où le chloroforme, d'ailleurs plus meurtrier que l'éther, serait trop dépressif pour le cœur.

Avec ce mélange, administré comme le chloroforme, mais à doses plus larges, surtout au début, l'anesthésie se fait presque toujours sans excitation ni convulsion; le sommeil est régulier, le réveil prompt et lucide, il n'y a presque pas de vomissements. L'alcool joue ici le rôle de stimulant du cœur et du système nerveux : il prévient la syncope.

De la trachéotomie suivie d'insufflation directe comme traitement de la mort apparente au cours de la chloroformisation. — *M. Thierry* (de Paris). Dans les alertes chloroformiques, la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue suffisent généralement à ranimer le malade. Mais dans les cas graves, avec dilatation pupillaire, ces moyens se montrent presque toujours insuffisants. Aussi ne faut-il pas s'attarder à leur emploi, mais recourir de suite, et sans perdre de temps, à la trachéotomie suivie de l'insufflation d'air dans les poumons.

Dans quatre cas considérés par les assistants comme désespérés, M. Thierry a pu, par ce procédé, rappeler ses opérés à la vie. Le manuel opératoire est très simple; il comprend trois temps : 1° trachéotomie et introduction de la canule trachéale; 2° aspiration, avec la bouche, des mucosités qui peuvent encombrer les conduits aériens supérieurs; 3° insufflation lente, toujours avec la bouche, du maximum d'air possible; l'élasticité naturelle du poumon et de la cage thoracique suffit ensuite à produire l'expiration. Le total des respirations ne doit pas dépasser 10 par minute. Le retour à la vie est indiqué par le rétrécissement de la pupille.

L'insufflation de bouche à bouche n'a pas donné de résultats à M. Thierry : la plus grande partie de l'air passe dans l'œsophage et delà dans l'estomac qu'elle dilate, gênant ainsi plus ou moins le jeu du diaphragme.

Le tubage du larynx suivi d'insufflation pourrait peut-être remplacer avantageusement la trachéotomie, mais M. Thierry n'a sur ce point aucune expérience.

Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. — *M. J. Reboul* (de Nîmes). Depuis un an, M. Reboul a employé l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle dans plus de 500 cas. D'après son expérience, le chlorure d'éthyle est un excellent agent d'anesthésie générale. Cette anesthésie est facile, le plus souvent agréable. Il faut donner le chlorure d'éthyle à petites doses, 5 centimètres cubes toutes les cinq minutes, et ne pas dépasser, comme dose totale, 25 centimètres cubes. Ces doses doivent être diminuées de moitié chez les enfants et peut-être aussi chez les vieillards. Le procédé de la compresse est le plus commode et le plus simple; il faut empêcher l'accès de l'air. La sensation de froid intense éprouvée par la main qui maintient la compresse appliquée sur le nez et la bouche du malade, et sur laquelle on a projeté un jet de 2 à 5 centimètres cubes de chlorure d'éthyle, indique le début de l'analgésie; deux à trois minutes après, l'anesthésie est complète. Pendant ce temps, le plus souvent, le malade fait des rêves agréables. A l'anesthésie, qui cesse dès la suppression des inhalations, succède une seconde analgésie qui peut durer autant que l'anesthésie, et pendant laquelle le malade, quoique réveillé, ne souffre pas et ne se défend pas. M. Reboul n'a pas observé d'accidents avec l'anesthésie au chlorure d'éthyle. L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle seul est utilisable pour les opérations de courte durée, environ une demi-heure; quand on prévoit une opération de plus longue durée, on doit recourir à l'anesthésie mixte, c'est-à-dire commencer par le chlorure d'éthyle et continuer par le chloroforme ou l'éther; cela permet de supprimer l'excitation du début de ces dernières anesthésies et leurs accidents.

Les agrafes rondes et les ligatures métalliques de Michel. — *M. Chaput* (de Paris). 1° *Agrafes*. — Elles se composent d'un fil de Michel recourbé en crochet à ses deux extrémités. On les place à l'aide d'une pince spéciale qu'il suffit de serrer pour fermer l'agrafe; celle-ci joue alors le rôle d'un serre-fine rigide. Ces agrafes sont très avantageuses pour la chirurgie intestinale. D'abord, elles sont parfaitement lisses, aseptiques et faciles à stériliser. Ensuite, comme elles entrent dans les tissus à frottement dur, elles ne creusent pas autour d'elles un canal laissant filtrer les produits septiques. De même, elles peuvent impunément piquer un vaisseau, car, tant qu'elles restent en place, elles aveuglent le trou qu'elles ont fait.

L'immense avantage de ces agrafes, c'est de pouvoir être placées avec une rapidité extrême : une par seconde, à peu près; on fait une rangée de sutures en dix secondes, et une suture intestinale entière en une ou deux minutes. En outre, ces agrafes peuvent être placées dans des endroits étroits et profonds absolument inaccessibles aux aiguilles à suture.

Les agrafes rondes de Michel sont avantageuses : 1° pour toutes les sutures intestinales; 2° pour fermer le moignon de l'appendice; 3° pour fermer le péritoine pelvien après l'hystérectomie abdominale totale; 4° pour réunir le pédicule des myomectomies ou des hystérectomies supra-vaginales.

2° Les *ligatures métalliques*, imaginées par MM. Michel et Michaux, sont de petits instruments en fil de nickel ayant le forme d'un U. On les place dans la branche femelle d'une pince spéciale; la branche mâle, en forme d'enclume, les écrase et les replie de telle sorte qu'elles étreignent vigoureusement les corps introduits dans leur concavité.

Leur application est très simple et très rapide. On commence par pincer les vaisseaux à l'aide de pinces hémostatiques ordinaires, puis on amène l'artère et les tissus saisis avec elle dans la concavité de la ligature métallique montée sur son porte-ligature, on serre la pince, et l'U métallique, en se repliant, étreint et écrase le vaisseau saisi.

M. Chaput a employé douze fois les ligatures métalliques de Michel, pour la chirurgie des membres et des viscères, et il confirme les qualités que M. Michaux a reconnues à ces petits instruments : simplicité, facilité de la stérilisation, rapidité d'exécution, résultat satisfaisant. Cependant, les ligatures métalliques ne lui paraissent pas avantageuses pour les opérations de chirurgie générale avec réunion immédiate, à cause de leur tendance à s'éliminer; par contre, elles sont excellentes pour ces mêmes opérations lorsqu'on est obligé de laisser la plaie béante; il faut seulement explorer celle-ci de temps en temps et extraire les agrafes quand elles sont suffisamment mobiles. Ces agrafes sont également très bonnes pour les opérations abdominales; elles sont, en effet, très bien supportées par le péritoine et ne provoquent aucune douleur ni quand elles s'enkystent, ni quand elles s'éliminent.

M. Michaux s'est servi très avantageusement des ligatures métalliques de Michel dans 12 amputations de membre (7 de cuisse, 3 de jambe, 2 d'avant-bras) et dans plusieurs cures radicales de hernie pour la ligature de l'épiploon. Ces ligatures ont surtout pour elles le grand avantage de la rapidité; ainsi dans les amputations de cuisse, M. Michaux a pu placer 20 à 25 ligatures en un temps qui a varié de cinq à dix minutes au maximum. Ces ligatures lui paraissent surtout indiquées dans les amputations septiques, avec plaie ouverte, qu'on peut surveiller de près. Cependant, ces ligatures peuvent être très bien tolérées, ainsi que le montre une radiographie d'amputation de cuisse que M. Michaux présente aux membres du Congrès.

Botryomycose humaine; nouvelles observations. — *M. Poncet* (de Lyon) communique au Congrès deux nouvelles observations de botryomycose humaine, l'une ayant trait à une femme de cinquante-trois ans qui présentait le champignon caractéristique à la fois à l'un de ses pouces et à la lèvre inférieure, l'autre concernant un homme chez lequel la tumeur botryomycosique s'était développée dans la paume de la main à la suite d'une blessure.

M. Poncet profite de ces deux observations pour retracer rapidement les caractères anatomiques et cliniques de cette affection. Il s'arrête surtout sur l'étiologie et la pathogénie du champignon botryomycosique. Il n'y a pas de doute qu'il ne soit le résultat d'une infection, mais cette infection est-elle spécifique? Existe-t-il un botryocoque comme certains auteurs l'ont prétendu? Ou le microbe découvert n'est-il, comme le veulent d'autres savants, qu'une variété de staphylocoque doré? M. Poncet ne saurait actuellement se prononcer dans un sens ou dans l'autre; il estime que de nouvelles recherches s'imposent; mais en attendant, dit-il, on ne saurait nier à la botryomycose, à défaut de spécificité microbienne, une spécificité clinique bien caractérisée.

M. Savariaud (de Paris) déclare que dans les tumeurs de ce genre qu'il a eu l'occasion d'observer, il a toujours rencontré des microbes variés et banaux, au moins à la surface et dans les couches superficielles de la tumeur.

Les grands décollements en chirurgie réparatrice. — *M. Morestin* (de Paris). La mobilisation *extrêmement large* des téguments, obtenue à l'aide d'*énormes décollements*, peut sembler au premier abord une hardiesse périlleuse. Il n'en est rien, et M. Morestin, à l'aide de considérations théoriques, et surtout de faits nouveaux, appuyés de photographies multiples et d'une présentation de malade, prouve qu'entre ses mains cette méthode s'est montrée très bénigne et qu'elle peut orienter d'une façon nouvelle la chirurgie réparatrice. Les cas cités se rapportent à de vastes pertes de substance de la hanche, de la région présternale ou pectoro-mammaire, de la fesse, et les procédés courants d'autoplastie ne leur étaient pas applicables. Or les résultats ont été constamment satisfaisants.

Les grands décollements peuvent d'ailleurs avantageusement intervenir pour perfectionner la technique des procédés à lambeaux et en étendre encore les

indications. La méthode préconisée a pour mérites principaux de supprimer la question de la plaie d'emprunt, de mettre à la disposition du chirurgien des matériaux autoplastiques excellents, et en quantité pour ainsi dire illimitée; elle réduit la durée des opérations et les simplifie; enfin, elle expose très peu aux mortifications. Par la suite, le tissu cellulaire reprend sa souplesse, et la peau sa mobilité, sa consistance et sa sensibilité.

Malheureusement, cette manière de faire n'est pas susceptible d'être généralisée, et, jusqu'à plus ample informé, convient surtout à la partie antérieure du cou, du thorax, de l'abdomen et à la racine des membres pelviens.

Sur les incisions dissimulées. — *M. Morestin* (de Paris). L'auteur pense qu'en dépit des meilleurs procédés de suture, les cicatrices résultant d'incisions opératoires constituent une tare extrêmement préjudiciable aux jeunes filles ou aux jeunes femmes. Il a donc établi pour ces sujets tout un système de *chirurgie esthétique*. Il fait connaître au Congrès un certain nombre de procédés permettant de mener à bien beaucoup d'opérations par des *incisions dissimulées* dont la trace est invisible. Il cite à l'appui une assez nombreuse série de faits démonstratifs où il a pratiqué, en utilisant le sillon rétro-auriculaire, le creux de l'aisselle, les *territoires pileux*, l'extirpation de kystes, de ganglions, de tumeurs bénignes, l'évacuation d'abcès, des résections de saillies osseuses. La plupart de ces malades sont présentées au Congrès.

Sur le traitement des cicatrices vicieuses par les tractions et pressions continues; une observation personnelle. — *M. Martin* (de Lyon) a recours depuis vingt-cinq ans à la méthode des tractions et pressions continues dans le traitement des cicatrices vicieuses des différentes régions du corps. Dans ce but il a imaginé une série d'appareils dont la forme, la puissance, le mode d'action varient naturellement avec la région et la cicatrice auxquelles ils doivent s'appliquer; ils utilisent suivant le cas l'action d'un poids, d'un ressort d'acier ou l'élasticité d'une bande de caoutchouc. Sous l'action de la pression ou de la traction lente et continue exercée par ces appareils, la cicatrice s'allonge, s'étale peu à peu, et finalement la région reprend sa forme normale.

M. Martin présente les moulages, avant et après le traitement, d'une difformité de la main chez un jeune sujet, difformité considérable causée par une grosse bride cicatricielle de la main et du poignet et telle que le pouce et l'index de cette main — seuls doigts restants — étaient renversés, tordus en arrière, et presque appliqués sur la face dorsale de l'avant-bras. Or, grâce à l'application d'un appareil spécial de redressement, la cicatrice s'allongea, devint souple, en même temps que les doigts reprenaient une position à peu près normale.

Sur l'emploi du fil d'argent câblé pour les sutures et des feuilles d'argent laminé pour les pansements. — *M. Gauthier* (de Luxeuil). L'emploi des fils perdus non résorbables trouve ses indications principales dans la suture des plans musculaires ou fibreux de la paroi abdominale, c'est-à-dire là où ils doivent lutter contre un effort prolongé de l'organisme. Les fils de soie, le plus communément employés jadis dans ce but, ont contre eux la difficulté de leur stérilisation et conservation, et les accidents d'élimination secondaire auxquels ils donnent lieu. Les fils d'argent pleins, quand ils sont gros sont dangereux à abandonner dans certaines régions, à cause des pointes agressives qui accompagnent chaque anse de suture, s'ils sont fins, ils risquent de couper les tissus sur lesquels on les applique. Les *fils d'argent câblé* que préconise M. Gauthier sont formés de brins élémentaires de 8 centièmes de millimètre de diamètre, en sorte que leurs extrémités ne peuvent en aucun cas être dangereuses pour les tissus au sein desquels on les abandonne. Leur diamètre et leur résistance, proportionnés au nombre de brins dont ils sont formés, peuvent varier suivant l'usage auquel on les destine. Ils sont presque aussi souples que les fils de soie; ils ont une résistance plus constante et jouissent enfin de tous les avantages de stérilisation facile et de parfaite tolérance que possède l'argent.

Quant aux *feuilles d'argent laminé*, appliquées dans les pansements, au contact direct de la peau, elles rendraient surtout, d'après M. Gauthier, des services : 1° dans les cas de plaies bourgeonnantes saignant facilement; 2° après l'application de greffes épidermiques ou dermo-épidermiques; 3° dans tous les cas où il se développe, sous l'influence des pansements ordinaires, de l'érythème ou de l'eczéma autour d'une plaie; 4° dans toutes les maladies de la peau, à la place des différents emplâtres isolants. Elles empêchent toute adhérence de la plaie aux autres pièces du pansement et hâtent très oncsidérablement la cicatrisation et la réparation de l'épiderme.

OREILLE.

Abcès cérébral otogène. Opération. Guérison. — *M. Lermoyez* (de Paris). Outre l'intérêt qui s'attache encore, en raison de leur rareté, aux cas d'abcès cérébraux guéris, le fait rapporté par l'auteur présente cette particularité que deux procédés opératoires furent mis en jeu contre un même abcès, avec des résultats très différents qui permettent de comparer leur valeur curative. Il s'agit d'un homme porteur d'une vieille otorrhée gauche guérie et qui depuis quatre mois s'était réchauffée à la suite d'une fièvre typhoïde. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris de maux de tête intolérables, au cours desquels il avait eu une crise très passagère d'aphasie. Le 7 Février dernier, M. Lermoyez lui pratique un évidement mastoïdien typique, qui l'amène sur un très vaste abcès extra-dural, dont la mise à nu laisse une brèche sus-méatique de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Cinq jours après, les accidents, momentanément atténués, se reproduisant, M. Lermoyez diagnostique un abcès cérébral, et va à sa recherche par la brèche cranienne préexistante. Il ouvre ainsi un volumineux abcès du lobe temporal. Dès le lendemain, la céphalée et l'aphasie ont presque disparu. Cependant, cinq jours après, de nouveaux des troubles reparaissent, ce qui fait supposer l'existence d'un autre abcès, situé plus en avant. M. Lermoyez essaie alors d'aborder le cerveau en faisant sauter le toit de l'aditus et de l'antre. Péniblement, il crée ainsi une brèche étroite par laquelle il ne peut faire qu'une exploration intra-cranienne très sommaire. Les jours suivants, le malade présenta des phénomènes méningitiques graves, mais heureusement passagers. Il fallut se contenter, pour les pansements, de la voie temporale, car la brèche sus-antrale qui avait été secondairement créée ne pouvait être utilisée. Le 8 Mars, le drain fut retiré. Le 18 Avril, la cavité auriculaire était épidermisée. État général excellent. Des symptômes cérébraux, il ne persistait qu'un peu d'émotivité. Le malade est gardé trois mois en observation à l'hôpital. En Juillet, il sort définitivement et radicalement guéri, tant au point de vue cérébral qu'au point de vue auriculaire.

L'abcès temporal que portait ce malade était vraisemblablement unique, mais son étendue était telle, (2 centimètres de long sur 4 centimètres de haut), que toute la substance blanche de ce lobe avait été détruite par une sorte de fonte diffuse non encapsulée. C'est ce qui amena l'auteur à intervenir deux fois sur le cerveau, croyant à deux foyers.

Au point de vue chirurgical, M. Lermoyez ne veut retenir de cette observation qu'un point : c'est la comparaison des voies sus-méatiques et sus-antrales pour aborder le cerveau. Tandis que par la brèche sus-méatique il lui fut possible d'opérer le cerveau presque à ciel ouvert, aussi aisément que s'il avait eu à ouvrir un simple phlegmon de la fosse temporale, et que chaque jour il put faire par cette voie des pansements intra-cérébraux, en s'aidant du miroir frontal, au contraire, par la brèche sus-antrale, il eut l'ennui d'opérer presque à l'aveugle et de créer une voie qu'il ne put utiliser dans la suite pour faire des pansements sérieux du cerveau. L'auteur ajoute que l'intervention faite par cette cavité antrale, profonde et septique, eut nettement pour conséquence de donner au malade une poussée de méningite post-opératoire, alors que l'opération précédente avait été parfaitement supportée.

Cette seule observation a suffi pour convaincre M. Lermoyez que ce n'est pas par la voie antrale qu'il faut marcher pour faire le traitement de l'abcès temporal cérébral, mais bien par une brèche sus-méatique. En faveur de la voie antrale on a fait valoir deux arguments : 1° qu'en agissant par là on traite à la fois et l'abcès et sa cause : or, la trépanation sus-méatique n'empêche en rien de faire simultanément l'évidement pétro-mastoïdien, et ce serait une faute lourde que de le négliger; seulement, l'évidement fait, il est bien plus logique et simple d'aborder le crâne par l'entrée que par le fond de la brèche osseuse; 2° que le drainage du cerveau par l'antre est seul logique, étant seul déclive : or cela ne serait exact que si les porteurs d'abcès cérébraux étaient à même de mener la vie assise ou debout des gens sains; le malade de cette observation, au contraire, passait ses journées au lit, couché en chien de fusil sur le côté et, par suite de cette position, qui ne doit pas être exceptionnelle, c'était justement la voie sus-méatique qui se trouvait assurer chez lui le drainage déclive.

Un cas de chirurgie cérébrale pour complication d'otite moyenne chronique; guérison. — *M. Goris* (de Bruxelles) relate l'observation d'une jeune fille de vingt-quatre ans, atteinte d'otite chronique suppurée, qui, depuis deux mois environ, accusait, en même temps que de violents maux de tête accompagnés de vomissements, des troubles visuels assez accentués. L'examen minutieux des symptômes, entre autres la diplopie et l'œdème papillaire, firent penser à une paralysie du nerf oculo-moteur externe et à une stase veineuse probablement sous la dépendance d'une lésion endocranienne consécutive à l'otite. M. Goris fit donc d'abord la cure chirurgicale de l'otorrhée, puis, ayant largement trépané la fosse temporale, et soulevé le lobe temporal, il se mit à la recherche de l'abcès qu'il pensait devoir exister dans cette région. Mais il ne trouva rien. Par contre il découvrit et enleva un séquestre excessivement dur qui correspondait exactement à la pointe du rocher; ce séquestre devait certainement être la cause des troubles observés, car, à la suite de son ablation, ces troubles disparurent rapidement.

Abcès du cerveau et du cervelet avec phlébite suppurée du sinus latéral. Opération. Guérison. *M. G. Laurens* (de Paris). — Cette observation est intéressante en raison : 1° de la multiplicité des lésions encéphaliques; 2° de la coexistence de deux abcès : cérébral et cérébelleux, chez le même sujet; 3° de la terminaison par la guérison après ouverture des deux loges de l'endocrâne.

Une jeune femme, après une otite aiguë suppurée droite, en Mars dernier, présente, au bout de deux mois, une hémicrânie droite avec fièvre, ralentissement du pouls, grands frissons, vertiges, titubation et amaigrissement considérable. Elle tombe brusquement dans un demi-coma avec hémiparésie droite. Ponction lombaire négative.

Opération comprenant les temps suivants : ligature de la jugulaire, trépanation de la mastoïde, évacuation d'un abcès périsinusal, incision et curettage du sinus latéral suppuré à travers le sinus et la dure-mère atteinte de pachyméningite, ponction du cervelet et évacuation d'un volumineux abcès antérieur.

Tous les accidents cérébraux et généraux cèdent rapidement, lorsque, au bout de quinze jours, réapparaissent la céphalée temporale fixe, en un point limité, le ralentissement du pouls, la température, qui nécessitent une seconde intervention : l'exploration de la loge cérébrale par le toit de l'antre. A travers une pachyméningite dure-mérienne, ponction du lobe temporal et évacuation d'un abcès cérébral. Guérison complète au bout de deux mois.

M. Laurens insiste sur l'apparition de deux abcès encéphaliques chez le même malade, au cours d'une otite aiguë, fait exceptionnel; sur la pathogénie des lésions cérébro-cérebelleuses; la difficulté du diagnostic du second abcès; la technique opératoire et la voie mastoïdienne qu'il a employée, qui est la plus directe, la plus facile et la voie de choix pour aborder le cerveau et le cervelet dans les complications cranio-cérébrales des otites.

Abcès osseux aberrants consécutifs à l'otite moyenne aiguë. — *M. Cazin* (de Paris). On a insisté récemment sur les abcès osseux aberrants consécutifs aux otites moyennes. Hunlington, Richard, Moure, Stanculeanu, Lermoyez et Toubert en ont rapporté des observations dans lesquelles il s'agit de suppurations développées au niveau des groupes cellulaires postérieurs de la mastoïde. Dans le fait que M. Cazin a observé, chez un enfant de six ans, la localisation était beaucoup plus anormale, l'abcès s'étant développé aux dépens du pariétal, dans sa partie inférieure. Consécutivement à une otite moyenne suppurée de nature grippale, un premier abcès, rétro-auriculaire, avait nécessité une incision, suivie de drainage, et avait d'ailleurs guéri rapidement. Cinq semaines environ après le début de l'otite, on vit apparaître une tuméfaction indolente au niveau de la partie inférieure du pariétal, à plus de 4 centimètres en arrière et en haut de l'orifice externe du conduit auditif. L'évolution de la lésion développée en ce point fut très lente, et c'est seulement quatre mois plus tard que, après des alternatives de diminution et d'augmentation de cette tuméfaction, on reconnut l'existence d'un abcès, en même temps que la mastoïde se montrait très douloureuse à la pression. M. Cazin trépana l'apophyse qui ne renfermait pas de pus collecté, et il incisa l'abcès postérieur; il découvrit ainsi une

perte de substance de la table externe de l'os communiquant, par l'intermédiaire d'une petite cavité fongueuse, avec une perforation de la table interne, au fond de laquelle se montrait la dure-mère épaissie. La réparation de la perte de substance de pariétal fut très longue, et la guérison définitive ne fut obtenue que cinq mois après l'intervention.

(*A suivre*). J. DUMONT.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Necker (maladies des voies urinaires). — M. F Cathelin, chef de clinique adjoint, recommencera le cours pratique de chirurgie expérimentale des voies urinaires (deuxième année) le mercredi 5 Novembre, à 1 h. 1/2, dans le laboratoire annexe de la Clinique à l'hôpital Necker, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Programme.

I. *Reins.* — 1re séance : Néphrorraphie. — 2e séance : Néphrotomie lombaire. Exploration intra-rénale. Cathétérisme rétrograde de l'uretère. — 3e séance : Néphrectomie lombaire totale, partielle et sous-capsulaire. — 4e séance : Néphrectomie transpéritonéale. Variétés de ligatures du pédicule.

II. *Uretères.* — 5e séance : Greffes urétérales. Urétéro-cysto-néostomie.

III. *Vessie et prostate.* — 6e séance : Ponction hypogastrique. Résection partielle de la vessie. — 7e séance : Taille hypogastrique. Taille sous-symphysaire. — 8e séance : Curettage vésical par l'urètre. Colpo-cystostomie. — 9e séance : Lithotritie. — 10e séance : Prostatectomie périnéale subtotale.

IV. *Urètre. Voies spermatiques. Bourses.* — 11e séance : Urétrotomie externe. Urétrotomie interne (procédé de Maisonneuve). Méatotomie. Phimosis. Amputation de la verge. — 12e séance : Résection des canaux déférents et des voies spermatiques. Eversion testiculaire et résection de la vaginale. Castration. Epididymectomie. Résection du scrotum.

V. Application du diviseur vésical gradué et technique opératoire de l'injection épidurale sacrée.

S'inscrire d'avance à la Bibliothèque de la Clinique, salle de la Terrasse, les élèves opérant eux-mêmes et le nombre en étant limité à six par série.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. Silhol, médecin des écoles à Bourg-Saint-Andéol (Ardèche) est nommé officier de l'Instruction publique.

Corps de santé de la marine. — Sont nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de 2e classe : MM. les médecins auxiliaires de 2e classe sortant de l'École d'application, Brunet, Le Couteur, Denier, d'Auber de Peyrelongue, Rideau, Richard, Dorso, Varenne, Ségalen, Marin.

M. le médecin de 1re classe Fallier est désigné pour aller servir à la défense mobile de l'Algérie, à Alger.

M. le médecin de 2e classe Marin est désigné pour embarquer sur l'*Alcyon* (station locale du Congo).

M. Vaucel, médecin de réserve de 1re classe, est rayé sur sa demande du cadre des officiers de réserve de l'armée de mer.

Election du vice-président du Congrès de chirurgie. — Hier vendredi, à 2 heures, a eu lieu l'assemblée générale de l'Association française de chirurgie au cours de laquelle on a procédé aux élections suivantes :

Vice-présidence pour l'année 1903 (présidence pour 1904) : M. le professeur Pozzi (de Paris) a obtenu 73 voix contre 37 données à M. Delorme.

Membres du Conseil d'administration : MM. Peyrot et Richelot.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès de 1903 : 1° *Des tumeurs de l'encéphale*; rapporteur, M. Duret (de Lille); 2° *De l'exclusion de l'intestin*; rapporteur, M. Hartmann (de Paris).

La lutte contre la tuberculose. — Sur l'initiative de l'œuvre de la tuberculose en Algérie, une section pour tuberculeux indigents est annexée au sanatorium d'Alger. Un deuxième service pour hommes (20 lits) vient d'être inauguré. Les lits sont distribués par chambres de quatre, orientées au midi, avec galeries particulières de cures.

Le prix de journée est fixé à 3 francs.

Les malades prennent l'engagement de rester en traitement pendant au moins trois mois (sauf avis du médecin).

Les demandes d'admission doivent être adressées à M. Verhaeren, directeur du sanatorium d'Alger, avec tous renseignements sur la maladie, l'état actuel, etc., et, si possible, une consultation écrite et récente du médecin traitant.

S'adresser à Paris à M. Plicque, 34 *ter*, rue de Dunkerque, à une heure, sauf le mardi.

Médecins sanitaires maritimes. — Les docteurs en médecine sont informés qu'un examen pour le titre de médecin sanitaire maritime aura lieu à Marseille le 29 Octobre prochain. En conséquence, les candidats qui voudraient passer l'examen prévu par l'article 16 du décret du 4 Janvier 1896 sont priés de se présenter à la direction de la Santé (consigne Saint-Jean), à l'effet de se faire inscrire et prendre connaissance du programme adopté par M. le Ministre de l'Intérieur. Les candidats sont prévenus que des exercices pratiques de bactériologie et des conférences sur les procédés de désinfection auront lieu le mardi 6 Octobre, sous la direction de médecins de la Santé, à la consigne Saint-Jean.

Cité universitaire coopérative. — La cité universitaire coopérative (maison coopérative d'étudiants), ayant pleinement réussi dans l'essai entrepris l'an passé, s'organise définitivement et prend une nouvelle extension.

Les fondateurs recevront les étudiants désireux d'adhérer, 95, boulevard Saint-Michel, au siège de la Cité, le lundi de huit à dix heures du matin, le mercredi et le vendredi de deux à quatre heures.

Société des anciens internes des hôpitaux de Lyon. — Le banquet annuel des anciens internes des hôpitaux a eu lieu lundi passé au restaurant Monnier, place Bellecour.

L'assemblée générale, qui a eu lieu à 6 heures, a été appelée à remplacer par élection quelques-uns des membres du Bureau arrivés au terme de leur mandat.

Par suite de ces changements, le Bureau est ainsi constitué pour l'année 1903 :

M. Chavanne, président d'honneur; M. Tripier, président actif; M. Gallavardin, secrétaire; M. Molin, trésorier; M. Martin, assesseur.

Étranger.

Congrès de la Société italienne de médecine interne en 1902. — Le douzième Congrès de la Société italienne de médecine interne se tiendra à Rome du 28 au 31 Octobre.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° La thérapeutique intraveineuse ;

2° La fièvre hystérique;

3° Pathogénie des phénomènes toxémiques dans les néphrites.

CONCOURS

Externat. — *Pathologie.* — Séance du 21 Octobre. — *Les muscles fessiers* : MM. Corret, 17; Debé, 19; Fabignon, 11; Foy, 10; Chambard, 14; Brisset, 16; Fagart, 14; Dupuy (Raoul), 18; Brémond, 11; Bazy, 16; Basset, 19; Dupont (Gaston), 4; Ameuille, 10; Duché, 15; Barbet, 16; Gosselin, 8, Bax, 8; Canu, 3; Bédrunes, 12; Azam. — *Absents* : MM. Filhol, Boulongne.

Séance du 22 Octobre. — *Symptômes, diagnostic et complications des fractures des côtes* : MM. Schreiber, 8; de Vaugirard, 15; Goursolle; Guillaume, 13; Regnard, 12; Worth, 16 1/2; Leconte, 17; Lorne, 10; Zislin, 8; Sevestre, 13; Ymonet, 18; Lemaire, 12; Verspuech, 11; Lesbroussart, 9; Renaud, 17 1/2; Jeannel 17 1/2; Rafinesque, 12; Streiff, 8; Vojlanski, 12; Viel, 13. — *Absents* : MM. Saudé, Thiault, Le Cointe.

Anatomie. — Séance du 23 Octobre. — *Extrémité supérieure du fémur.* — MM. André, 9; de Séglès, 14; Fortin, 0; Boissière, 11; Ageorges, 15; Giraud, 15; Boucaut, 16; Fontorbe, 18; Fouquiau, 17; Blocq, 14; Champ, 8; Binet de Jeissoneix, 15; Gendron, 15; Bienvenue, 14; Benoist (Em.), 11; Dufour, 12; Charoppin, 10; Ghys; Avenier, 18; du Castel, 17 1/2. — *Absent* : M. Boichut.

Prix Filloux. — Le jury pour le prix Filloux est définitivement composé comme suit : MM. Lermoyez, Sébileau, Lombard, Cornil, Duplay.

Internat des asiles d'aliénés. — Le lundi 1er Décembre prochain, à midi précis, il sera ouvert, à la Préfecture de la Seine, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif, Maison-Blanche et Infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de police).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel-de-Ville, rue Lobau, 2, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux heures à cinq heures, du lundi 9 au samedi 15 Novembre inclusivement.

Pourront prendre part au concours les docteurs en médecine munis du diplôme délivré par les Facultés de l'Etat et les étudiants en médecine possédant 16 inscriptions de doctorat.

Les candidats, pour être inscrits au concours, devront jouir de leurs droits civils et politiques et n'avoir pas atteint l'âge de trente ans révolus au 1er Décembre de l'année où aura lieu le concours. Ils devront produire les pièces suivantes à la préfecture de la Seine, service des aliénés :

1° Expédition d'acte de naissance;

2° Extrait de casier judiciaire;

3° Certificat de revaccination;

4° Certificat constatant 16 inscriptions ou le grade de docteur en médecine, et, en outre, pour les étudiants en médecine, constatant qu'ils n'ont pas subi de peines disciplinaires graves;

5° Un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune ou le commissaire de police du quartier;

6° Un certificat de l'Assistance publique indiquant les services hospitaliers du candidat et témoignant qu'il n'a pas subi de peines disciplinaires graves.

École de médecine navale de Brest. — MM. les médecins de 2e classe Barbe, en service à l'île de Sein, et Lassignardie, récemment débarqué du *Borda*, sont autorisés à prendre part au concours qui s'ouvrira à Brest le 27 Octobre courant pour un emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de ce port.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat pour les hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de MM. Beutter (Charles), Leriche, Thévenot, Mouriquand, Leclerc, Samerol, Jambon, Horand, Poissonnier, Savy, Genet, Moutot, Corneloup, Beutter (Maurice), Bombes de Villiers.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Denis, Lafond (Louis), Lafond (Charles), Lacouture, Lande, Galtier, Depierris, Ribereau, Blanc.

RENSEIGNEMENTS

Externe des hôpitaux demande emploi dans clinique, trad. anglais et autres travaux médicaux. S'adresser : *P. M.*, n° 844.

Jeune docteur exerçant depuis deux ans à Paris, ayant capitaux, désirerait prendre la suite d'une clientèle sérieuse et d'un bon rapport à Paris, avec fixe si possible. S'adresser : *P. M.*, n° 845.

Dans clinique centrale très bien installée, on demande un oculiste et un laryngologiste. S'adresser : *P. M.*, n° 846.

Congrès médical du Caire (du 10 au 14 Déc. 1902). Pour renseignements concernant le voyage du Nil à Louqsor et Cataractes avec conditions spéciales pour délégués ainsi que routes et prix jusqu'au Caire, s'adresser : agence Th. Cook et fils, 1, place de l'Opéra, Paris.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 87. — Mercredi, 29 Octobre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD, Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les malades payants et les « accidentés » dans les hôpitaux.

Le mardi 21 Octobre, à la Faculté de médecine, s'est tenue, à l'occasion du XVe Congrès français de chirurgie, une réunion des chirurgiens des hôpitaux de province. Déjà l'an dernier, grâce à la louable initiative de M. Bousquet (de Clermont-Ferrand), une réunion semblable avait eu lieu, mais la question n'était pas encore parfaitement étudiée. On peut penser que la réunion de cette année donnera des résultats définitifs.

* * *

M. Reynès, chirurgien des hôpitaux de Marseille, dans un très intéressant rapport[1] qu'il a présenté à ses collègues, a étudié dans tous ses détails la question de l'*hospitalisation des malades payants, et des victimes d'accidents du travail hospitalisées au tarif des indigents.* M. Reynès a parfaitement exposé le dommage que cette hospitalisation porte tant à la classe ouvrière, véritablement indigente, qui se voit privée de lits auxquels elle a droit par le principe même des hôpitaux publics, qu'à la corporation médicale toute entière, qui se voit enlever par les hôpitaux, gratuitement ou à un tarif seulement applicable aux indigents, une partie notable de clientèle qui pourrait bien souvent être soignée en ville par n'importe quel médecin, M. Reynès demande que l'admission des « payants » soit limitée dans les hôpitaux ; que le prix de pension journalière réclamée à cette catégorie de malades, comme aux victimes d'accidents du travail qui ont, de par l'article 4 de la loi du 9 Avril 1898 des répondants financiers très riches, soit majorée et portée au tarif de la dépense réelle ; enfin que les médecins et chirurgiens des hôpitaux soient rémunérés, suivant un tarif modestement équitable, pour les soins qu'ils donnent, ou les opérations qu'ils pratiquent sur cette catégorie de malades.

* * *

Cette réglementation, si logique, n'a pas jusqu'à présent été admise par l'Administration centrale (Ministère, Assistance publique). Cependant, comme le montre le rapport de M. Reynès, beaucoup d'administrations hospitalières ont déjà modifié leurs règlements dans le sens indiqué plus haut : c'est ainsi que cela existe à Nevers, Lillebonne, Perpignan, Vesoul, Cannes, Montpellier. A Bordeaux, grâce aux dévoués effets de notre confrère M. Lande, maire de cette ville, existe depuis le 1er Octobre un règlement qui répond à toutes les exigences : les « payants » et « acci-

1. Édité par l'*Union des Syndicats médicaux de France.* Prix : 1 fr., au profit de l'*Union.*

dentés » payent un prix de pension journalière de trois francs (au lieu de 2 francs), plus les honoraires des médecins et chirurgiens, plus la moitié de cette dernière somme pour soins médicaux et pharmaceutiques et pour pansements.

En augmentant seulement de un franc l'ancien prix de pension journalière, M. Lande montrait que, pour les années 1900 et 1901, les hospices de Bordeaux auraient réalisé un boni de 66.400 francs. M. Reynès a montré de même qu'à Marseille le boni aurait été de 94.000 francs pour les deux années correspondantes.

Un grand nombre d'arrêts de justice de paix, soigneusement cités et analysés dans le mémoire de M. Reynès, ont confirmé la légitimité de la majoration du prix de pension réclamé aux payants et aux accidentés, et consacré, en ce qui concerne les soins ou opérations aux victimes d'accidents du travail, le droit des médecins et chirurgiens des hôpitaux à des honoraires, le médecin d'hôpital ne devant ses soins gratuits qu'aux indigents.

Enfin la question étant revenue en Juin dernier devant le Conseil supérieur de l'Assistance publique, M. Lande, qui a droit à toute la gratitude de ses confrères, a pu faire adopter une délibération qui tranche définitivement le débat.

Le Conseil a décidé que les hôpitaux augmenteraient le prix de pension des « accidentés » et percevraient, en dehors des frais généraux d'entretien et d'hospitalisation, les frais médicaux et pharmaceutiques.

* * *

Il ne restait à la Réunion des chirurgiens qu'à rendre effective cette délibération. A cet effet, les chirurgiens ont voté l'envoi d'une délégation auprès de M. le ministre de l'Intérieur « pour le prier de notifier la délibération du Conseil aux Préfets et aux Administrations hospitalières de France, des colonies et pays de protectorat, et d'inviter lesdites Administrations à conformer leurs règlements à cette délibération.

Les délégués, MM. les docteurs Mauny (de Saintes), Braquehaye (de Tunis), Reynès (de Marseille), ont été reçus mercredi, 22 Octobre, à 2 heures, au Ministère de l'Intérieur, par M. Combes lui-même, auquel ils ont exposé leur mission, en insistant sur le côté égalitaire et démocratique de leurs efforts. M. Combes a promis aux délégués de donner des ordres pour que la délibération du Conseil de l'assistance soit notifiée aux diverses administrations.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette campagne si utile, et nous adressons toutes nos félicitations à MM. Bousquet, Lande et Reynès pour leur activité et leur dévouement.

Signalons, en terminant, en ce qui concerne les hôpitaux de Paris, la réglementation singulière dont jouissent, par une incompréhensible faveur, les répondants financiers des accidentés qui ne payent que 2 fr. 50 par jour, alors que le règlement fixe à 5 francs le prix de pension journalière en chirurgie, et cela au moment où, de toute part, on majore le prix de pension. Cette situation, révélée par M. Reynès dans un curieux chapitre de son travail, mérite d'être signalée à l'attention du monde médical parisien et à la vigilance des édiles et administrateurs, au moment où il est question d'ouvrir des emprunts pour nos nouveaux hôpitaux.

J. Dumont.

PRATIQUE MÉDICALE

L'eau oxygénée comme épilatoire.

Suivant M. Gallois, l'eau oxygénée fournit un procédé simple, inoffensif et indolore de faire disparaître les poils trop visibles.

Ayant lu que l'eau oxygénée permettait de décolorer les taches de rousseur, M. Gallois l'avait employée dans ce but. Au cours de ces essais il vit qu'elle était capable de détruire les poils anormalement pigmentés. D'ailleurs on sait depuis longtemps que le bioxyde d'hydrogène appliqué sur les cheveux les décolore et permet de leur donner la teinte vénitienne.

Voici la technique, des plus simples, que M. Gallois a décrite à la Société de thérapeutique :

On imbibe un tampon de coton avec de l'eau oxygénée et on l'applique sur la région que l'on veut épiler.

On le laisse en place quelques minutes. On renouvelle cette application tous les jours jusqu'à ce que le résultat désiré soit obtenu. Supposons qu'il s'agisse de poils de la lèvre supérieure : très rapidement ces poils pâlissent et ne constituent plus qu'un duvet incolore absolument imperceptible. Si l'on persiste à faire les applications, ces poils devenus follets se cassent et disparaissent.

Le procédé n'est pas douloureux et ne cause aucun accident. L'inconvénient est que le poil n'est pas détruit et qu'il faut recommencer les applications d'eau oxygénée, mais pour les femmes ces applications ne sont pas des complications, elles s'ajoutent aux autres menus artifices de leur toilette ordinaire. Une recommandation est à faire, c'est d'éviter que l'eau oxygénée ne vienne humecter une étoffe à laquelle on tient, car elle détruit les tissus de même qu'elle brûle les poils.

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par l'orexine.

M. Pick (de Vienne) a employé l'orexine dans le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. Il en rapporte vingt-deux observations qu'il groupe en trois catégories suivant la gravité médiocre, moyenne ou grande des cas. Toutes les malades ont été traitées à la clinique universitaire du professeur Schauta.

Dans quelques-uns des cas légers, on a prescrit l'orexine à la dose quotidienne de trois cachets de 30 centigrammes. Quelle que soit l'interprétation que l'on donne au mode d'action de ce médicament, les résultats obtenus par M. Pick ont été des plus satisfaisants. Dans un cas grave, qui avait résisté à tous les moyens de traitement usuels, l'orexine fut administrée en lavements : au bout de trois jours, les vomissements s'arrêtèrent; quatre jours plus tard, malgré la suspension du traitement, la malade pouvait prendre de nouveau des aliments solides; et enfin, huit ours après, elle quittait l'hôpital complètement guérie.

Le dormiol.

Les médecins n'auront jamais trop d'hypnotiques efficaces à leur disposition. Aussi ont-ils accueilli avec faveur le dormiol, ou diméthyléthylcarbinolchloral, ou encore amylène-chloral, que le chimiste Fuchs a obtenu en 1890 en combinant deux hypnotiques éprouvés, l'hydrate d'amylène et l'hydrate de chloral.

Ce corps nouveau est un liquide limpide, oléagineux, dont l'odeur rappelle le menthol et le camphre et dont la saveur est légèrement brûlante. Soluble en toutes proportions dans l'eau, le dormiol s'administre, en général, soit en capsules (à 50 centigrammes), soit sous forme de solution à 50 pour 100, solution qui se conserve indéfiniment et qu'on peut diluer à volonté.

Moins toxique que le chloral, il se montre plus actif que lui, ce qui tient sans doute à sa résorption plus lente. La dose habituelle est de 50 centigrammes à 2 grammes par jour, mais on a pu, sans inconvénients, donner des doses massives de 6 à 7 grammes (Schultze, Wederhake). Il se prête parfaitement à l'administration par la voie rectale.

Le dormiol provoque rapidement un sommeil calme, prolongé, physiologique, dont le malade sort sans peine et avec une sensation de bien-être. Comme effets, aucun hypnotique ne lui est supérieur, ni même égal. Il ne présente aucun inconvénient pour les cardiaques, les tuberculeux, les neurasthéniques; il convient très bien aux malades présentant de l'agitation psychique, et il paraît calmer les épileptiques en état de mal, ainsi que les alcooliques atteints de delirium tremens. Il ne trouble pas les fonctions digestives, et il est de tous les hypnotiques celui qui engendre le moins rapidement l'accoutumance. Quand l'insomnie est due à la douleur, il paraît avantageux d'associer au dormiol une petite dose d'opium ou de morphine.

Contre l'insomnie chez les enfants, Furst (de Berlin) préfère de beaucoup le dormiol aux autres hypnotiques et, en particulier, à l'opium. Ce médicament fait disparaître en dix à quinze jours les terreurs nocturnes; il a facilement raison de l'insomnie due à l'excitation psychique ou à la chorée. Au-dessus de l'âge de sept ans, on peut sans difficultés administrer le dormiol par la bouche; mais au-dessous de cet âge, il est préférable d'ordonner le médicament sous forme de lavements. La dose journalière pour les enfants variera de 50 centigrammes à 1 gramme.

Administration du salicylate de soude.

Une excellente formule pour faire prendre aux malades sans répugnance le salicylate de soude est la suivante :

Salicylate de soude	60	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères	500	—
Cognac	250	—
Alcoolature d'oranges douces	5	—
Eau	185	—
Extrait d'opium	0,60	centigr.

Une cuillerée à bouche contient 1 gramme de salicylate de soude et 1 milligramme d'extrait d'opium.

LE GLOBULE ÉOSINOPHILE DU SANG

Recherche et morphologie

Par Victor AUDIBERT
Interne des hôpitaux.
Préparateur à l'École de médecine de Marseille.

La cellule à granulation α d'Erlich[1] est facilement décelable dans le sang, et son aspect microscopique est, le plus souvent, caractéristique. Pourtant, malgré ces facilités de recherche, nous avons été souvent frappé en étudiant le sang, et particulièrement les éosinophiles de voir combien des défauts de technique pouvaient occasionner des erreurs d'interprétation; il nous paraît donc important d'insister sur ces détails de technique que l'on néglige souvent, et en résumant pour ainsi dire les erreurs que l'on peut commettre, de montrer par là quel soin il faut apporter dans la recherche des éosinophiles, pour éviter la confusion entre des formes similaires, et pour ne pas fausser même involontairement des statistiques.

I. — Technique.

La prise du sang se fait par simple piqûre, de préférence à la face dorsale de la dernière phalange, et non à la face palmaire; la piqûre est ainsi beaucoup moins douloureuse. Nous n'insisterons pas sur l'étalement qui doit être fait rapidement

1. Fixation. — Tous les fixateurs ne sauraient être employés avantageusement pour la coloration des éosinophiles. C'est ainsi que l'alcool absolu est un très mauvais fixateur; avec lui les granulations sont très mal distinguées.

Le formol à 1 pour 100 en solution alcoolique est préférable, mais n'est pas encore parfait.

L'acide osmique à 1 pour 100 fixe très bien en 15 ou 20 secondes, mais ce fixateur laisse beaucoup à désirer pour la coloration des granulations en général, et celle des éosinophiles en particulier qui n'arrivent jamais à être bien nettes.

Un bon fixateur est celui de Nikifforoff. C'est celui que nous employons couramment; il est composé d'un mélange à volumes égaux d'alcool absolu et d'éther anesthésique. On plonge les lames dans ce bain suivant un temps variable qui oscille de une à vingt-quatre heures; il est évident que les imprégnations prolongées donnent des fixations plus complètes et plus durables, mais dans la pratique, il suffit de verser quelques gouttes sur la lame et de laisser évaporer à l'air libre jusqu'à dessiccation. Ce procédé de fixation est celui qu'on peut toujours employer avec tous les colorants, sauf le triacide.

Quand on veut obtenir des granulations acidophiles colorées au triacide, tous les procédés énoncés plus haut sont défectueux. Il faut alors s'adresser aux agents physiques et en particulier à la chaleur. C'est certainement le meilleur procédé, conservant bien la forme des éléments anatomiques, et donnant la plus grande netteté aux granulations éosinophiles. Les pièces sont étalées et séchées à l'air libre, puis fixées de deux façons : *a*) on peut utiliser la platine chauffante que l'on porte à 110°; pour arriver exactement à cette température, on est obligé de laisser tomber successivement sur la plaque de métal, une goutte d'eau de toluène et de xylol; les points d'ébullition de chacun de ces liquides étant connus, il est facile d'apprécier le degré de chaleur demandé; *b*) on peut encore se servir d'étuves, soit d'étuves en porcelaines, soit d'étuves Poupinel munie du régulateur Raulin, soit d'étuve à toluène comme l'a employé M. Debove.

Le temps de la fixation est en général de une à deux minutes, mais on peut aller jusqu'à une heure ou deux, en se rappelant de ne pas trop dépasser ces limites, car les températures trop longtemps élevées, altèrent les éléments du sang.

Nous avons dit que ce mode de fixation était le plus parfait, mais comme on le voit, il est loin d'être le plus pratique; il exige des manipulations très délicates, et des appareils spéciaux.

Jusqu'en 1901, ce fut malheureusement le seul procédé qui permit d'utiliser avantageusement le triacide, mais à cette époque (15 Juin 1901), M. Josué communiquait, à la Société de biologie, un procédé nouveau par le chloroforme. On étale le sang, et on le laisse sécher à l'air libre, puis on immerge la lame dans un bain de chloroforme; il n'est pas possible de verser le chlorforme goutte à goutte, car celui-ci s'évapore trop rapidement.

Le temps de fixation est de deux minutes; après quoi on retire la préparation pour la laisser sécher à l'air. Cette méthode simple et rapide, donne les images les plus nettes avec tous les colorants.

En résumé, la méthode de choix, pour les raisons que nous avons indiquées plus haut, est celle de M. Josué, qui permet de faire agir même le triacide, et s'il n'est pas nécessaire d'employer ce dernier, on peut fixer par le procédé de Nikifforoff.

2. Coloration. — Les éosinophiles ou acidophiles (Biondi) ont, comme leur nom l'indique, une affinité particulière pour les couleur acides; or, parmi celles-ci l'éosine est de beaucoup la plus employée. La coloration de ces leucocytes se fera donc par des colorants à base d'éosine.

Mais auparavant, il est bon quelquefois de débarrasser la lame de l'hémoglobine qu'elle contient ainsi que des globules rouges; il suffit de faire agir la glycérine pour obtenir cet effet. D'habitude, nous plongeons notre préparation dans une solution de glycérine en remuant légèrement, et en faisant agir vingt minutes à trois quart d'heure. Après quoi, il ne reste plus qu'à laver et colorer suivant le procédé habituel.

M. Roux[1], de Lyon, pour abréger le temps de l'opération, plonge ses lames (face en bas) dans un bain de glycérine éosinée à saturation, puis colore au bout d'une demi-heure avec l'hématoxyline. Quoi qu'il en soit, l'hémoglobine se dissout, et les globules rouges disparaissent après s'être gonflés.

Ce premier temps de la technique de coloration n'est pas indispensable, et on peut généralement faire agir les réactifs sur des lames, dès la prise de sang et après fixation.

Deux méthodes peuvent être utilisées :

1° *Méthode des colorations successives*; on prépare les solutions suivantes :

I	Eosine	1 gramme.	
	Eau distillée	100	—

On filtre le lendemain, et la solution est prête.

II	A	Hématéine	1 gramme.	
		Alcool à 95°	100	—
		Faire dissoudre.		
	B	Alun	50 grammes.	
		Eau distillée bouillante	1.000	—

Mélanger ces deux solutions à chaud, laisser reposer et filtrer.

Le sang est étalé, séché à l'air, fixé, puis séché à nouveau.

Les auteurs classiques conseillent de faire agir d'abord la solution I pendant deux minutes; on lave ensuite à grande eau de façon à enlever toute trace d'éosine, puis on colore cinq minutes à l'hématéine.

Lavage consécutif et assèchement. Nous croyons, pour notre part, qu'il vaut mieux employer successivement l'hématéine, puis l'éosine; avec quelque minutie qu'on lave, il reste toujours des traces de couleurs acides qui empêchent plus ou moins l'action de la couleur basique consécutive.

Rien n'empêche de remplacer l'hématéine par le bleu de méthylène en solution saturée.

2° *Méthode des colorations combinées.* — Parmi celles-ci, le mélange de Chenzinski[1] donne les meilleurs résultats. Voici sa formule :

Bleu de méthylène (solution aqueuse saturée)	40 vol.	
Eosine (solution à 1/2 pour 100) dans alcool à 70°	20	—
Glycérine	40	—

On fait agir pendant vingt-quatre heures à l'étuve.

Nous allons passer en revue quelques autres préparations classiques dont on pourra user avantageusement. Erlich emploie fréquemment le mélange suivant :

Bleu de méthylène (solution aqueuse saturée)	40 cc.
Éosine	0 gr. 50
Alcool à 70°	100 grammes.
Eau distillée	40 cc.

que l'on fait dissoudre.

Il faut en général un temps de coloration très long, souvent même jusqu'à vingt-quatre heures en vase clos à 37°.

En 1900, Willebrand[2] s'est servi du colorant suivant :

Bleu de méthylène (solution aqueuse saturée)	āā
Éosine à 5 pour 100 en solution alcool à 70°	āā

Mais, là encore, les manipulation sont délicates.

Il faut mélanger 0,50 centimètres cubes de la solution avec dix à quinze gouttes de solution acétique. Filtrage; coloration en cinq ou dix minutes en chauffant jusqu'à l'apparition de vapeurs.

Lavage à l'eau sans décoloration.

Malgré toutes les précautions, les préparations prennent quelquefois une teinte bleue diffuse et sont perdues.

---

1. Erlich et Lazarus. — « (Die anæmie) in specie Path. und therapie van H. Nothnagel ». Bd VIII, I, T. I, H., Vienne, 1898.

1. Roux. — « Contribution à l'étude du sang leucocytémique ». *Province médicale*, 1890.

1. Chenzinski. — « In Engel ». Berlin, 1898.

2. Van Willebrand. — « Eine methode für gleichzeitige combinations farbung van Bluttrocken præparaten mit Eosin und methylenblau ». *Deutsch med. Woch.*, 1900, 24 Janvier, p. 57.

Enfin, parmi les mélanges connus, citons encore celui de Romanowki et Ziemann :

Bleu de méthylène médicinal pur à 1 pour 100	1 partie.
Éosine à 0,1 pour 100	5 —

Il faut colorer pendant vingt minutes et souvent les éosinophiles prennent une belle teinte rouge, mais quelquefois aussi, il se fait un précipité de l'excès des colorants en solutions.

Une dernière préparation est le triacide « triacidlosüng » d'Erlich.

Nous croyons utile de nous étendre sur cette méthode de coloration qui, le plus souvent est très mal pratiquée et difficilement réussie.

Le triacide se compose de la façon suivante : on fait d'abord des solutions saturées dans l'eau distillée, d'Orange G, de fuchsine acide et de vert de méthyle. On filtre séparément et on mélange dans l'ordre suivant :

Solution aq. saturée d'orange G.	14 cc.
Solution aqueuse saturée de fuchsine acide	7 —
Eau distillée	15 —
Alcool à 100°	15 —
Solution aqueuse saturée de vert de méthyle	12 —

à ce moment, on agite vivement et on ajoute

Alcool à 100°	10 —
Glycérine	10 —

Le triacide est donc composé de trois couleurs fondamentales dont deux sont acides, l'orange G et la fuchsine acide, et l'autre basique, le vert de méthyle. Comme il est facile de s'en rendre compte, la préparation seule de ce réactif est longue et minutieuse; il faut, de plus, posséder des produits de première qualité. Nous avouerons en toute franchise que nous avons essayé plusieurs fois ces manipulations sans obtenir de bons résultats, aussi conseillons-nous de demander ce produit directement à Leipzig, chez M. Grübler. Ce réactif, très bon au début, s'altère à la longue au bout de cinq à six mois, et finit par devenir impropre à une bonne coloration.

Voici quelle est la marche à suivre pour colorer.

Les pièces sont fixées par la chaleur ou mieux, par commodité, avec le chloroforme. On verse alors sur la lame quelques gouttes de triacide de façon à bien recouvrir toute la préparation, et on laisse agir pendant cinq minutes à froid. Pour Erlich, ce temps est encore plus réduit, une minute ou deux au maximum. Avec une excellente fixation et un très bon réactif, le temps indiqué par le professeur allemand est suffisant, mais le plus souvent la durée de coloration doit excéder deux minutes; quelquefois même si le triacide est vieux, il faut une demi-heure. D'ailleurs, comme le disait M. Sabrazès au Congrès de Lille[1], le temps de coloration est des plus élastiques : quelquefois cinq minutes représentent un maximum, d'autres fois dix et quinze heures suffisent à peine.

Quand on a jugé la coloration suffisante, on égoutte le surplus, et on lave à l'eau. *Ce lavage doit être très rapide et très léger*, car la fuchsine acide est facilement et rapidement entraînée au contact de l'eau. *Immédiatement après le lavage, la pièce doit être séchée au buvard* et montée au beaume. Les granulations éosinophiles apparaissent alors non plus rouge vif, mais lie de vin.

Disons que souvent les noyaux se colorent difficilement, ils sont bleu pâle, leurs contours sont peu accusés, et la distinction est fort difficile entre des polynucléaires et des mononucléaires neutrophiles. Cela provient du temps de lavage qui a été trop prolongé; il faut alors, au lieu d'employer l'eau courante, passer la lame deux fois dans un cristallisoir rempli d'eau. La plupart du temps, d'ailleurs, le simple aspect de teinte ne suffit pas pour se prononcer sur la valeur de la coloration.

Cette méthode, si répandue et souvent si mal suivie, a donné de très bons résultats dans des mains expérimentées; il ne tient certes pas à nous de discuter la valeur de ce procédé ; pourtant, qu'il nous soit permis de résumer en les constatant une fois de plus, les multiples inconvénients d'une méthode qui doit en grande partie son renom à la réputation de celui qui l'a lancée et à l'admiration constante et peut-être intempestive des nombreux élèves, jaloux d'être agréables au maître :

1° Elle exige des produits de première qualité;

2° Elle demande des manipulations de préparations très laborieuses et trop compliquées ;

3° Le temps de coloration est trop variable;

4° La technique de coloration est très délicate ;

5° Il est impossible de connaître constamment le pouvoir colorant de son triacide;

6° Enfin le réactif s'altère considérablement en vieillissant.

Ces inconvénients, répétons-le, sont insignifiants pour un technicien très habile, mais ils sont presqu'insurmontables pour un technicien inexpérimenté et souvent pour un bon technicien. Dans la pratique, et surtout pour la recherche des éosinophiles, il est de beaucoup préférable d'employer la méthode successive (hématoxyline-éosine) avec les solutions que nous avons indiquées.

Notons en terminant ce paragraphe, et à titre documentaire seulement, une façon simple et très originale employée par Edwards Horder[1] « et qui consiste à piquer la peau à travers une goutte de solution aqueuse d'éosine placée sur l'extrémité digitale » le sang est aussitôt transporté entre la lame et la lamelle et examiné avec un objectif à immersion 1/12 avec ocul. 4.

Horder non seulement obtint de superbes acidophiles mais encore fit des constatations fort importantes qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Ce procédé permet évidemment la coloration des éosinophiles, et de beaucoup d'autres éléments qui simulent celui-ci, les couleurs sont trop intenses, et les noyaux ne sont pas colorés.

La découverte et la coloration des cellules acidophiles ailleurs que dans le sang, ne souffre pas grande difficulté.

Pour la moelle, il suffit, suivant le procédé de Malassez[2] de scier un os transversalement et d'une façon rectiligne, d'appliquer légèrement le plan de section sur la lame, puis de fixer et de colorer. Müller[1], qui a fait une très belle étude des cellules éosinophiles dans la moelle osseuse, emploie une méthode un peu différente. Il sacrifie un cobaye, brise le fémur, en retire un fragment de moelle et le laisse pendant vingt-quatre heures dans une solution saturée de sublimé. Il est dès lors facilement découpable et colorable par l'alcool iodé, l'hématoxyline de Böhmer et une solution aqueuse saturée d'éosine.

Pour les crachats et le pus, il suffira de faire des frottis aussi fins que possible et d'agir comme pour des préparations de sang.

Quant à la recherche dans les divers organes, elle s'effectuera, soit par frottis, soit par attouchements, soit au moyen de coupes fixées dans le liquide indiqué plus haut pour la moelle.

Ainsi colorées, les cellules éosinophiles apparaîtront avec les caractères que nous indiquerons plus loin. Mais il est une erreur fréquente : lorsque les lames sont trop colorées, le protoplasma non granuleux des polynucléaires se colore en même temps en rouge foncé : il ne faudrait pas prendre ces leucocytes pour des acidophiles; pour éviter cette cause d'erreur, il faut, après avoir coloré progressivement, faire agir rapidement l'alcool absolu qui décolore les leucocytes non granuleux.

3° Numération. — En général, quand on veut pratiquer la numération des diverses variétés de globules blancs, il suffit après avoir étalé du sang sur lame, suivant le procédé habituel et l'avoir fixé et colorié, de passer la préparation sur la platine mobile du microscope, de consigner 400 leucocytes, après quoi, il est facile d'opérer un pourcentage; mais pour l'éosinophile, une telle opération n'est plus praticable, voici pourquoi : il est admis par expérience, qu'en comptant 1.000 globules dans une tache sanguine, le résultat équivaut à la numération de tous les globules avec des erreurs de 0,1 à 1 pour 100, négligeables en pratique. M. Jolly[2] a fait à ce sujet de nombreuses expériences, et nous renvoyons à son exposé dans les *Archives expérimentales de médecine* de 1896; or, il résulte de ces expériences qu'en passant en revue 400 globules blancs, l'erreur maxima possible peut atteindre 175 pour 100 pour les éosinophiles, tandis qu'elle ne sera que de 3 pour 100 pour les polynucléaires et de 9 pour 100 pour les grands mononucléaires. Ceci est la conséquence du petit nombre des globules éosinophiles dans le sang et serait vrai pour tout autre variété aussi peu nombreuse.

Dans une numération, pour conclure à leur augmentation ou à leur diminution, il faudra donc trouver des différences plus considérables que les erreurs maxima possibles, erreurs dont les chiffres précédents peuvent donner une idée.

Il résulte donc de là que la méthode de pourcentage commune aux polynucléaires et aux mononucléaires ne saurait s'appliquer aux acidophiles, et que pour faire une numération exacte de ceux-ci, il ne faudrait pas s'arrêter au chiffre de 400, mais se baser sur une moyenne de 1.000.

1. J. Sabrazès. — *Congrès de Lille*, 1889, p. 15.

1. Edwards Horder. — « Blood dust ou granulations ». *The Lancet*, 1899, p. 1015.
2. Malassez. — *Archives de médecine expérimentale*, 1882.

1. H. Muller. — « Ueber mitose an eosinophilen Zellen ». *Arch. für exp. Path. Parmak.*
2. J. Jolly. — « De la numération des différentes variétés de globules blancs du sang ». *Archives de médecine expérimentale*, 1896, p. 510.

Pour s'assurer, autant qu'il est possible, qu'il n'a pas échappé d'éosinophiles dans la préparation, il faut absolument employer un microscope à platine mobile, sur laquelle la lame se meut le long d'un petit écran pris comme guide et gradué, la lame est ainsi divisée en séries dont chacune a pour largeur le diamètre du champ microscopique. Il est encore un moyen plus simple que nous employons fréquemment, qui consiste à dénombrer tous les leucocytes qui existent dans un champ de microscope, puis de prendre un point de repère sanguin (une hématie par exemple) dans ce champ même, et sur un de ses côtés, soit le côté droit. Il suffit de faire circuler cette hématie de droite à gauche, et de l'arrêter sur le côté gauche, pour être sûr d'avoir parcouru un même champ égal à lui-même.

On doit se servir, pour ces opérations, de l'objectif à immersion avec oculaire AA Zeiss ou 2 Verick.

Mais il ne suffit pas d'avoir fait le pourcentage, il faut encore procéder à une seconde opération c'est-à-dire la numération de la masse totale des globules blancs contenus dans un millimètre cube, supposons que nous trouvions 6.000 globules blancs par millimètres cubes et que le pourcentage nous indique 3 pour 100; il est facile de déduire que, dans l'unité ordinaire il y aura 180 éosinophiles.

Les sérums colorés permettent encore un dénombrement des acidophiles, plusieurs ont été employés, mais celui de Zappert[1] semble donner les meilleurs résultats. Voici sa méthode : Il fait couler du sang dans l'éprouvette Thomas Zeiss jusqu'à la graduation 1, puis il remplit à moitié celle-ci, il agite pendant deux minutes et termine le remplissage par la solution.

Eau distillée	55 cc.
Glycérine	45 —
Solution d'éosine à 1 pour 100 . . .	17 —

Il recommande ensuite de secouer fortement et de numérer.

Bien que cette méthode ne mette pas suffisamment en évidence les noyaux, elle est excellente et peut être employée avantageusement pour faire le pourcentage des éosinophiles dans la masse totale du sang.

En résumé, la recherche des éosinophiles se fera en étalant soigneusement le sang sur lame, fixant au chloroforme et colorant avec l'hématoxyline éosine (méthode successive). Les leucocytes d'une très belle couleur rouge sont dans le sang normal au nombre de 200 environ par millimètres cubes, et aux autres variétés de globules, ils sont dans le rapport de 3 pour 100.

Voyons maintenant quels sont les caractères de ces cellules et quelles sont les erreurs d'interprétation qui, souvent les ont fait confondre avec des formes plus ou moins rapprochées.

II. — Morphologie des éosinophiles.

1° *Aspect.* — Sur des préparations de sang non colorées, cette cellule se présente comme un leucocyte sensiblement plus volumineux que les autres : son protoplasma renferme des corpuscules refringents (granulations d'Erlich) serrés les uns contre les autres et légèrement colorés en jaune; cet aspect est caractéristique et permettrait seul une numération exacte.

Sur des préparations colorées, la distinction est encore plus aisée, et l'éosinophile apparaît alors comme un leucocyte de dimensions variables (8 à 9 μ) qui présente de grosses granulations fortement colorées en rouge par l'éosine, les granulations en nombre plus ou moins considérable sont quelquefois tellement compactes qu'elles donnent à la cellule l'apparence classique d'une morula; leur forme est le plus habituellement sphérique; mais quelques-unes sont ovoïdes et toutes ne sont pas d'égal volume; elles sont renfermées pour ainsi dire dans le leucocyte, sans qu'il soit possible d'apercevoir les limites propres du globule; le plus souvent elles entourent le noyau, mais quelquefois aussi elles lui sont superposées, en nombre plus ou moins considérable, et parviennent à le masquer presque complètement.

Ce noyau est le plus souvent double; ce sont deux masses nucléaires arrondies ou ovalaires séparées et quelquefois réunies par un filament, comme l'a fait observer M. Joly en 1898. D'autres fois, il est trilobé, rarement quadrilobé, et encore plus rarement, pour ne pas dire jamais, monolobé dans le sang normal. Les contours de ce noyau sont réguliers, et il se colore toujours moins vivement que les noyaux des autres polynucléaires; il n'est donc pas tout à fait juste de dire avec M. Ligouzat[1], que ce noyau est « en général petit, *unique*, riche en chromatine *fixant très vivement les réactifs* ».

Mais tel n'est pas le seul aspect sous lequel se présente la cellule éosinophile. Dans le sang normal quelquefois, et surtout dans le sang pathologique, il semble que les granulations trop abondantes et trop à l'étroit dans l'espace restreint du globule, aient voulu se faire de la place au dehors; elles ont fait irruption hors du protoplasma pour se disséminer sans ordre apparent autour du noyau; cet *essaimage des granulations donne à l'éosinophile l'apparence d'un globule qui aurait éclaté.* Cette morphologie est constatable à l'état normal avons-nous dit, mais elle est très fréquente à l'état pathologique, dans la leucémie en particulier, nous l'avons observé dernièrement d'une façon manifeste dans un cas d'ictère catarrhal accompagné de zona abdomino-crural.

Nous ajouterons que dans la leucémie, le type n'a rien de fixe; outre son volume qui est souvent exagéré, l'aspect que nous venons de signaler est très fréquent, et le noyau au lieu d'être bilobé est souvent monolobé contrairement à l'état physiologiqne. Ces leucocytes mononucléaires (myélocytes éosinophiles d'Erlich) sont identiques aux mononucléaires avec granulations neutrophiles (cellules médullaires de Cornil), avec cette différence capitale que les granulations sont acidophiles au lieu d'être neutrophiles. Ils s'observent dans la leucémie et dans l'anémie infantile pseudo-leucémique. A l'état normal, il n'entrent pas en circulation et restent dans la moelle osseuse. Eugel pense que ces deux leucocytes mono et polynucléaire éosinophiles sont la même cellule, mais qu'il faut regarder celui-là comme « cellule primitive des éosinophiles à plusieurs noyaux. »

En général ces acidophiles mononucléaires ne sont pas très nombreux en dehors de la moelle osseuse; pourtant M. Ravaut[1] dans sa thèse (p. 109) a signalé leur présence en proportion considérable dans un épanchement pleurétique apparu à la période secondaire de la syphilis : ils atteignaient le chiffre considérable des 37 pour 100.

Si maintenant, nous répétons que quelquefois les leucocytes à noyaux polymorphes peuvent colorer fortement leur protoplasma en rouge par l'éosine, qu'il existe des myélocytes éosinophiles, si nous disons que certains myélocytes neutrophiles peuvent présenter, dans certaines circonstances, des granulations rouges, nous sommes amenés à nous demander ce qu'il faut entendre exactement par leucocyte éosinophile, ou, en d'autres termes, à différencier celui-ci de toutes les formes similaires qui lui sont étrangères.

2° *Diagnostic différentiel.* — Ce diagnostic est important, car dans la pratique il est nécessaire de ne pas confondre entre elles des formes qui n'ont de commun que l'apparence, et par conséquent, de ne pas conclure à l'éosinophilie en tablant sur des chiffres erronés.

Le véritable éosinophile avons-nous dit, possède les caractères que nous avons indiqués plus haut (grosses granulations réfringentes, noyau bilobé, peu coloré) et peut se présenter sous deux aspects : les corpuscules granuleux sont serrés les uns contre les autres comme des grains de raisin; ils peuvent être au contraire essaimés tout autour de leur noyau.

Erlich et Kurlow, en étudiant le sang du lapin et du cobaye, ont trouvé un leucocyte presque identique au leucocyte éosinophile dont le noyau est à peu près semblable, mais dont la granulation n'est pas assimilable. Ils l'ont décrite sous le nom de *pseudo-éosinophile,* et l'ont désignée par les lettres βE.

La différenciation est souvent des plus subtiles entre le véritable et le pseudo-éosinophile; pourtant, il est facile de leur trouver plusieurs de traits de séparation.

La granulation du pseudo-éosinophile est plus petite, moins réfringente que la granulation *a*. Comme celle-ci, il est vrai, elle est insoluble dans l'eau, l'ammoniaque, l'éther, l'alcool, le chloroforme, la thérébentine, comme elle, elle se colore en jaune par la solution iodo-iodurée, mais elle diffère de celle-ci par sa solubilité dans l'acide acétique, parce qu'elle est plus éosinophile qu'orangéophile, plus indulinophile qu'éosinophile.

Enfin, un dernier caractère qui achève la distinction, c'est que le pseudo-éosinophile est souvent amphophile. S'il prend le plus facilement possible les couleurs d'éosine, le triacide le colore en violet; M. Dominici, dans un mélange de bleu de toluidine et d'éosine, l'a coloré en violet rouge; bref, sa basophilie est aussi marquée que son acidophilie, et partant le leucocyte d'Erlich et Kurlow se rapproche autant d'*a* que d'*e*.

Ceci dit, il arrive quelquefois que les leucocytes polynucléaires par des colorations intensives ou même par des colorations ordi-

1. Zappert. — *Centralblatt f. klin. med.*, 1892, n° 19, p. 1.

1. Ligauzat. — « Les cellules éosinophiles. Leur signification, leur valeur diagnostique ». *Thèse*, Lyon, 1894.

1. P. Ravaut. — « Le diagnostic des épanchements séro-fibrineux de la plèvre. Cytodiagnostic ». *Thèse*, Paris, 1901.

naires, prennent une teinte rouge très accentuée, avec, dans leur protoplasma, des points plus fortement colorés, et des endroits incolores. Le manque d'habitude et souvent le désir presque involontaire d'accentuer ses constatations, font que ce globule polymorphe peut être pris pour un éosinophile. C'est le *faux-éosinophile*. Il suffit pourtant d'un peu d'attention pour éviter cette erreur.

Le faux-éosinophile, est caractérisé par son volume en général moins considérable; il a la forme et les dimensions des polynucléaires ordinaires.

Son noyau est le plus souvent polylobé, bien que ce caractère n'ait rien d'absolument distinctif, car il peut aussi n'avoir que deux lobes; mais il est moins régulier dans sa forme, et se colore fortement par les colorants basiques. Enfin, le protoplasma n'a rien qui ressemble à celui d'un éosinophile. Tous les deux, il est vrai, prennent une teinte rouge, mais dans celui-ci les granulations très nettement distinguables, volumineuses, sont seules colorées; les espaces protoplasmiques qu'elles limitent entre elles sont complètement incolores, dans celui-là, au contraire, le protoplasma est uniformément coloré en rouge, sans que l'on puisse distinguer des parties plus brillantes ou plus réfringentes. Quelquefois, cependant, on aperçoit des points non colorés en assez grande quantité, ce sont des espaces vides, des sortes de vacuoles vaguement teintées en rose au sein d'un protoplasma uniforme; d'autres fois encore ce protoplasma renferme un piqueté dont les teintes sont très accentuées, mais ce n'est plus la grosse granulation ronde, c'est une fine poussière protoplasmique sur laquelle nous nous proposons de revenir plus tard.

Nous avons vu qu'il existe de véritables éosinophiles mononucléaires; nous n'y reviendrons que pour dire qu'il existe aussi des *faux-éosinophiles mononucléaires*.

Souvent, et surtout parmi les formes moyennes des mononucléaires, le protoplasma prend une teinte uniformément rouge, mais la distinction repose tout entière comme pour le leucocyte polymorphe, sur l'aspect de ce protaplasma; il s'agit ici d'une nuance rouge, tournant plutôt sur le rose; avec fine poussière protoplasmique. De plus, le volume du leucocyte lui-même est sensiblement inférieur à celui de l'éosinophile.

Ce dernier caractère n'a rien de bien essentiel, puisque les grands mononucléaires singent aussi l'éosinophile; leurs granulations neutrophiles, au lieu de rester telles, se colorent en rouge par la fuchsine acide (voir *Traité d'histologie pathologique* : Cornil et Ranvier 1902); mais il est toujours facile de les reconnaître par l'aspect de leurs granulations très petites, beaucoup plus fines et sans réfringence.

Ajoutons que ces faux-éosinophiles, ainsi que l'éosinophile vrai mononucléaire se rencontrent surtout dans les états morbides, en particulier dans la leucémie; nous les avons rapprochés de l'éosinophile vrai, car s'il importe de savoir reconnaître celui-ci dans un sang normal, il est encore plus utile de savoir le distinguer des grands éosinophiles où ceux-ci abondent quelquefois dans un sang pathologique[1].

Grünwald, sous ce titre : « Une nouvelle variété de granulations élémentaires dans le sang, les crachats et les tissus de l'homme » a décrit, en 1900, des granulations se colorant par l'éosine et auxquelles, il a donné le nom d'*hypéosinophiles*, difficiles à retrouver, il est vrai, mais qu'il ne faudrait pas confondre pourtant avec les granules acidophiles vrais. Elles se distinguent de celles-ci par la facilité avec laquelle elles perdent leur coloration rouge sous l'influence des acides et même des alcalis, par leurs dimensions beaucoup plus modestes, et la façon dont elles sont réparties. Elles sont, en effet, fines et nombreuses comme celles des neutrophiles, au lieu d'être grosses et rares comme dans les éosinophiles vrais.

Pourtant, elles se séparent des pseudo-éosinophiles d'Erlich et Kurlow, car ces derniers ne se rencontrent que dans les cellules polynucléaires, tandis que les hypéosinophiles se trouvent aussi bien dans les mononucléaires.

Un autre caractère qui explique à Grünwald ce fait en apparence paradoxal qu'elles aient pu passer inaperçues jusqu'à ce jour, c'est qu'elles sont absolument invisibles sur des préparations fixées par l'alcool éther, le sublimé et même la chaleur. Il faut, pour les mettre en évidence, se servir uniquement de préparations séchées à l'air. La chaleur employée avec beaucoup de ménagement permet quelquefois leur coloration.

Une de leur propriété étant de se décolorer par les acides, il est évident que leur recherche ne pourrait se faire avec l'hématoxyline acide, et que pour colorer les noyaux il faut se servir du bleu de méthylène; de plus, si le contact par ce colorant basique est trop intense ou trop prolongé, les granulations rouges tournent au bleu.

Tous ces caractères différentiels permettront donc aisément la distinction des éosinophiles et des hypéosinophiles de Grünwald, si la difficulté de rencontrer et d'observer ceux-ci, n'était déjà le meilleur élément de diagnostic.

Mentionnons, en terminant, qu'il ne faudrait pas prendre des globules rouges nucléés pour des éosinophiles. Outre le diamètre de beaucoup inférieur (plus grand, pourtant, que celui des hématies ordinaires), le protoplasma de ceux-ci est uniformément coloré en rouge, sans la moindre trace de granulation et le noyau se colore d'une façon très intense avec un riche réseau chromatique. Disons pourtant que les éryterocytes à noyau atteignent quelquefois un volume supérieur à celui du globule blanc, ce sont les mégaloblastes d'Erlich caractéristiques des anémies pernicieuses, se retrouvant souvent dans le foie du fœtus pendant la première moitié de la gestation. Le protoplasma de ceux-ci est fortement coloré en rouge, mais le plus souvent il peut prendre d'autres colorations, il est polychromatique.

D'ailleurs, les globules rouges nucléés qui se rencontrent dans le sang des animaux, n'existent pas dans le sang humain physiologique, si ce n'est chez celui du fœtus dans les premiers temps de la vie, et si on les rencontre dans le sang leucémique, il suffira d'un peu d'attention pour éviter une erreur grossière.

Tels sont les quelques points qu'il nous a paru intéressant de faire ressortir, lorsqu'on entreprend l'étude de la cellule éosinophile. Des défauts de technique entraînent souvent des erreurs d'interprétation, et on n'évitera celles-ci qu'en connaissant mieux ceux-là. Nous n'avons pas eu la prétention d'écrire des nouveautés, nous avons voulu seulement synthétiser pour ainsi dire tout ce qu'il peut y avoir de délicat dans la recherche et la morphologie de l'éosinophile. Il serait évidemment intéressant de pousser cette étude plus à fond, et malgré tous les mémoires parus sur cette cellule qu'on pourrait qualifier de mystérieuse, d'étudier qu'elle est sa signification et son rôle non seulement dans l'équilibre leucocytaire, mais encore dans les processus morbides. C'est ce que nous nous proposons de faire dans un travail ultérieur.

1. Grünwald. — Die Bendentnng der hypesoinophilen granula (*Centralblatt f. innere, med Leipzig*, 1900, XXI, 345-348.

XVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE[1]

Tenu à Paris du 20 au 25 Octobre 1902.

OREILLE (*suite*).

Traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë purulente chez l'enfant. — ***M. A. Malherbe*** (de Paris). L'otite moyenne aiguë purulente chez l'enfant, encore plus que chez l'adulte, est une véritable *antro-tympanite*, consécutive aux infections du rhino-pharynx. Elle réalise l'empyème proprement dit des cavités moyennes de l'oreille. Tantôt le pus se fistulise vers le conduit, à travers la membrane tympanique, mais il n'en existe pas moins du pus dans toute l'oreille moyenne; tantôt, avec ou sans fistule tympanique, le pus tend à fuser sous le périoste externe de la mastoïde par des voies différentes, ou vers la paroi postérieure du conduit, ou vers le crâne.

Tandis que, chez l'adulte, la communication étant moins large entre la caisse et l'antre, le pus se trouve plus localisé à la caisse, d'où le bombement plus fréquent de la membrane et l'utilité parfois de la paracentèse, chez l'enfant, au contraire, la communication étant plus large entre la caisse et l'autre, le pus a plus de tendance à fuser vers la mastoïde, d'où la nécessité de pratiquer l'antrotomie.

Ici, bien plus que chez l'adulte, l'évidement osseux est le traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë purulente, avec ou sans manifestations extérieures vers la mastoïde. L'évidement permet seul de drainer efficacement, sans risque d'infections secondaires, les cavités de l'oreille moyenne, ce que ne saurait faire la paracentèse. Il est nécessaire, après nettoyage de toutes ces cavités, de drainer à l'aide d'une fine mèche, qui, introduite par l'antre, pénètre dans la caisse et assure l'écoulement des sécrétions.

Sur la trépanation de l'apophyse mastoïde au thermocautère. — ***M. Gauthier*** (de Luxeuil) préconise l'emploi du thermocautère pour l'incision des parties molles et la découverte de l'os dans la trépanation de l'apophyse mastoïde. Cet instrument présente les avantages suivants : possibilité d'opérer complètement à sec et de supprimer les écarteurs, avantage de la révulsion produite par l'énorme pointe de feu placée derrière l'oreille, indolence très marquée des pansements ultérieurs.

L'épaisseur des couches qu'il faut traverser pour arriver à l'apophyse paraît beaucoup plus grande que lorsqu'on se sert du bistouri; elle peut atteindre 15 à 20 millimètres. L'apophyse découverte est attaquée par la gouge ronde et le maillet; dès que la mince lame de tissu compact est effondrée, l'apophyse est entièrement évidée avec la rugine trouée de Farabeuf. Le pansement ne présente rien de particulier.

TÊTE ET COU

Destruction complète de la troisième circonvolution frontale gauche chez un gaucher; guérison sans aucun trouble de la parole. — ***M. Berthomier*** (de Moulins). Un homme de soixante-dix ans tombe du

1. Voir *La Presse Médicale*, 1902, n° 85, p. 1014, et n° 86, p. 1028.

haut d'un arbre sur une poutrelle en fer dont l'arête vive lui a très-largement ouvert la boîte cranienne. A son entrée à l'hôpital, on constate les lésions suivantes : l'arcade sourcilière gauche, la bosse frontale, plus de la moitié du pariétal gauche et la plus grande partie de l'écaille du temporal ont disparu; la solution de continuité s'étend depuis l'arcade sourcilière gauche jusqu'à 2 centimètres en arrière du pavillon de l'oreille. La dure-mère est ouverte sur la même étendue; les deux-tiers antéro-inférieurs du sillon de Rolando sont recouverts d'une couche de sable; en avant de ce sillon, une esquille très tranchante du temporal a très nettement sectionné les deux circonvolutions voisines qui se détachent avec l'esquille osseuse; la 2e frontale, toute dilacérée, n'est plus représentée que par un magma diffluent. Nettoyage avec des tampons imprégnés d'eau oxygénée; sutures et drainage. Guérison sans incidents et sans troubles de la parole ni de la motilité.

Cette observation a paru à M. Berthomier devoir être signalée pour les raisons suivantes : 1° l'étendue et la multiplicité des lésions; 2° la destruction de la circonvolution de Broca, sans troubles de la parole, chez un gaucher; 3° l'innocuité, pour le cerveau, de l'eau oxygénée.

Hémisection de la moelle par coup de couteau; syndrome de Brown-Séquard. — *M. Peugniez* (d'Amiens). Les autopsies de malades ayant présenté pendant la vie le syndrome de Brown-Séquard sont rares : M. Peugniez apporte la colonne vertébrale d'un homme qui avait eu une hémisection de la moelle par coup de couteau : l'arme est encore fichée entre la 3e et la 4e vertèbres dorsales où elle est restée pendant quatorze ans. Vers la fin de la vie, des processus inflammatoires de nature infectieuse se sont rallumés dans le foyer traumatique, altérant la systématisation des lésions et des symptômes.

Sur les dessins que présente l'auteur et qui ont été faits d'après des coupes de la moelle, on voit que les altérations initiales ont une autre structure que les lésions secondaires : les premières ont abouti à de la sclérose conjonctive; les autres sont constituées par une sclérose névroglique qui évoluait encore au moment où le blessé a succombé.

Il est intéressant de constater que le corps étranger implanté, au travers de la colonne vertébrale, dans la moelle épinière, est resté silencieux pendant quatorze ans, les phénomènes présentés par le malade ne relevant, ainsi que le démontre l'examen anatomo-pathologique, que de l'hémisection de la moelle et non de poussées inflammatoires déterminées par la présence du corps étranger. Il a fallu qu'une infection, partie de la peau ulcérée par les troubles trophiques, vint ajouter de nouveaux éléments pathologiques au vieux foyer pour que celui-ci se rallumât et donnât lieu à la symptomatologie complexe qui a terminé la maladie.

Nouveau procédé opératoire dans le décollement de la rétine. — *M. Galezowski* (de Paris). Si jusqu'ici le décollement de la rétine a été réputé incurable, c'est parce que, d'après M. Galezowski, on a interprété d'une manière erronée la pathogénie de la maladie : parmi les auteurs, les uns, en effet, rapportent la cause du mal à un processus rétractile et primitif du corps vitré; les autres pensent que la déchirure qui se voit dans le décollement est la cause du mal. Or M. Galezowski a démontré, depuis plusieurs années déjà, que les variations de la densité de l'œil, la déchirure de la rétine, la subluxation du cristallin, etc..., n'étaient dus qu'à un *traumatisme* récent ou datant déjà de plusieurs mois. Ce traumatisme, retentissant sur un globe oculaire myopique, allongé et distendu, y provoque une déchirure des fibres de la zonule de Zinn, dans le segment inféro-externe, et y occasionne une fistule qui livre passage à l'humeur aqueuse vers les irradiations rétiniennes. L'humeur aqueuse, ainsi mise en contact avec les attaches rétiniennes et les rayons de la zonule de Zinn, forme une poche sous-rétinienne et un décollement rétinien. Ces lésions ont été très nettement constatées sur des coupes d'yeux énucléés; et les planches présentées par M. Galezowski, planches faites d'après ces préparations, sont très démonstratives. D'autre part, en aspirant le liquide sous-rétinien chez un grand nombre de ses malades atteints de décollement de la rétine, M. Galezowski a trouvé la composition de ce liquide absolument semblable à celle de l'humeur aqueuse.

S'appuyant sur ces constatations, et pensant que, tant que la fistule subsisterait, il y aurait à craindre l'agrandissement du décollement, M. Galezowski a imaginé une opération qui a pour but d'aspirer le liquide sous-rétinien et de cautériser la plaie rétino-choroïdienne au moyen d'une aiguille de *galvano-cautère*. Cette opération doit être pratiquée dans le segment moyen inféro-externe du globe oculaire à l'aide d'un couteau de son modèle muni d'une canule spéciale fabriquée par Collin. Une fois le liquide évacué, on introduit dans cette même plaie scléroticale une aiguille longue de galvano-cautère et on la pousse profondément dans les membranes internes de l'œil; on cautérise ainsi la rétine décollée et déchirée et la choroïde, après quoi on ferme l'œil et on le maintient comprimé pendant sept à huit jours.

Les résultats obtenus jusqu'ici par M. Galezowski ont toujours été on ne peut plus satisfaisants.

Traitement des cancers de l'arrière-gorge. — *M. J. Faure* (de Paris). Dans sa communication, l'orateur ne veut pas s'occuper des indications de l'extirpation des tumeurs de l'arrière-gorge, mais seulement de leur *technique opératoire*, qu'une assez longue expérience lui a permis de bien connaître.

Il ne fait plus, comme autrefois, la trachéotomie préventive. Il est toujours prêt à la faire au cours de l'opération, mais comme elle aggrave certainement le pronostic, il s'en passe le plus possible.

Il est, au contraire, plus convaincu que jamais que, pour faire dans cette région des opérations satisfaisantes, il est indispensable de se donner du jour en enlevant la branche montante du maxillaire inférieur. On a ainsi sur l'arrière-gorge, l'amygdale, le voile du palais, la base de la langue, l'épiglotte, un jour extraordinaire et qui permet d'opérer avec la plus grande facilité dans cette région parfois inaccessible.

Et cette extirpation préalable de la branche du maxillaire, qui demande à peine une minute, non seulement permet de voir ce que l'on fait et de le faire avec sécurité, mais fait gagner beaucoup de temps.

L'incison part de la commissure labiale, croise le bord inférieur du maxillaire en avant du masséter, et descend en suivant la même direction, dans la région sous-maxillaire et le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien; on la poursuit ainsi aussi loin qu'il est nécessaire, au besoin jusque sur la clavicule.

Ceci fait, d'un coup de rugine, de scie et de cisaille, on coupe le maxillaire au niveau des molaires, en avant de la branche montante, on saisit cette branche avec un davier et on l'arrache. Ce premier temps de l'opération est extrêmement court.

On a alors l'accès le plus large sur toute la région malade et on extirpe la tumeur de la façon la plus favorable. Il est évident qu'il est bon de commencer autant que possible par la région inférieure, de façon à lier en passant la carotide externe, et à éviter ainsi une perte de sang, en général faible dans ces opérations.

On reconstitue ensuite la commissure labiale, mais il est de toute nécessité d'établir un large drainage en laissant une partie de la plaie ouverte et de la désinfecter le plus possible par des lavages fréquents.

Ce sont là des opérations graves dans lesquelles il faut s'attendre à perdre environ le tiers des malades; mais en opérant des malades aussi près que possible du début de leur mal, M. Faure est convaincu qu'ici, comme dans tous les cancers, on pourra entreprendre ces opérations redoutables avec l'espérance d'une guérison radicale.

Sur le traitement opératoire des kystes paradentaires du maxillaire supérieur. — *M. Jacques* (de Nancy). Ce mémoire paraîtra ultérieurement *in extenso* dans *La Presse Médicale*.

PAROI ABDOMINALE. PÉRITOINE.

Sur le drainage transpéritonéal dans les péritonites. — *M. Rémy* (de Paris). Personne ne discute plus aujourd'hui l'importance et la nécessité de l'évacuation précoce des épanchements péritonitiques, surtout des épanchements purulents, dont la résorption par l'intestin jette dans la circulation un torrent de microbes et de toxines qui, suivant leur virulence, amènent la mort en quelques heures, en quelques jours ou en quelques semaines. Les incisions et le drainage hypogastriques ou iliaques remplissent mal le but cherché : c'est à la partie la plus déclive du petit bassin qu'il faut offrir un orifice d'écoulement aux liquides qui s'amassent dans le cul-de-sac de Douglas. Chez la femme, l'ouverture de ce cul-de-sac se fait facilement par le vagin. Il n'en est pas de même chez l'homme où l'on est obligé de chercher d'autres voies d'accès dans le petit bassin. C'est ainsi que Mauclaire a proposé la voie périnéale (pour atteindre le Douglas entre le rectum et la prostate), Jaboulay, la voie juxta-sacrée; M. Rémy préfère la voie juxta-coccygienne qui, sans grande incision et sans grand décollement, permet d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal en son point le plus déclive. Le point de repère est fourni par l'index gauche du chirurgien, dont la main plonge dans le ventre jusqu'au fond du Douglas; l'index, reconnaissant le rectum, l'écarte d'un côté ou de l'autre, et, refoulant devant lui toutes les parties molles de la paroi pelvienne, les offre extérieurement, sous forme d'un petit cône, au bistouri que tient la main droite. Le drainage doit se faire avec un gros drain de caoutchouc. Il doit être complété par un traitement général destiné à provoquer rapidement l'élimination des poisons déjà résorbés.

Dans deux cas de péritonite généralisée d'origine appendiculaire avec du pus remplissant le petit bassin, le drainage institué de cette façon a permis de sauver des malades qui autrement eussent certainement succombé à l'infection.

PANCRÉAS.

Sur deux cas de chirurgie du pancréas. — *M. J.-L. Faure* (de Paris). L'auteur pense que les suppurations du pancréas sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit, et il semble qu'il n'en saurait être autrement, étant donné les conditions dans lesquelles peut se faire son infection, à cause de la proximité de la source de cette infection, l'ampoule de Vater.

Dans le premier cas de M. Faure, il s'agissait d'une jeune femme présentant des accidents abdominaux graves, qui parurent dus à une perforation de l'estomac. Il s'agissait d'une collection purulente retro-gastrique, qui, le pus évacué, laissa voir le pancréas différent et sphacelé. Une fistule pancréatique, qui subsista longtemps, démontra que c'est bien le pancréas qui était le siège de l'infection.

Dans le second cas, le malade, qui avait en peu de temps maigri de 50 kilogrammes, présentait une volumineuse tumeur épigastrique, que M. Faure pensa devoir être attribuée à un cancer de l'estomac ou du colon transverse. L'opération montra qu'il s'agissait non pas d'une tumeur, mais d'une énorme masse d'adhérences développées à la suite d'une suppuration du pancréas, suppuration peu abondante et qu'un simple drainage a suffi à guérir. Le malade, opéré il y a un an, est aujourd'hui dans un état de santé parfaite.

Résultats fonctionnels des différents procédés de gastro-entérostomie. — *M. Monprofit* (d'Angers). Sur 101 cas de gastro-entérostomie, M. Monprofit a pratiqué: 15 gastro-entérostomies antérieures par le procédé de Woelfler; 75 gastro-entérostomies postérieures par le procédé de von Hacker; 13 gastro-entérostomies par le procédé en Y de Roux (de Lausanne).

Les gastro-entérostomies antérieures ont été faites au début de la série ou lorsque les conditions anatomiques des tumeurs ne permettaient en aucune façon de recourir à un procédé postérieur. Le fonctionnement a été beaucoup plus défectueux que dans les deux autres procédés.

Le fonctionnement des anastomoses gastro-jéjunales, faites soit par le procédé de von Hacker soit par celui en Y de Roux, a été sensiblement comparable, bien que celui de Roux se montre plus constamment parfait et irréprochable.

Comme la difficulté et la durée de l'opération de Roux sont un peu plus grandes, chez les malades cancéreux très affaiblis on emploie de préférence le procédé de von Hacker; au contraire, dans les affections bénignes de l'estomac, M. Monprofit emploie plus volontiers le procédé de Roux. La durée de l'opération par le procédé de Roux a été en moyenne de cinquante à soixante minutes. La durée de l'exécution du procédé de von Hacker n'a jamais dépassé une demi-heure; elle a pu, dans un certain nombre de cas, et dans les circonstances les plus favorables, être abaissée jusqu'à vingt minutes.

La suture au fil de lin a été employée à l'exclusion de tout autre mode de réunion. Les boutons n'ont jamais été utilisés.

Résultats et indications du traitement chirurgical dans les affections non néoplasiques de l'estomac (60 opérations personnelles). — *M. Hartmann* (de Paris). Les 60 opérations que l'auteur a pratiquées pour des lésions non néoplasiques de l'estomac ont donné en bloc 10 morts, soit une mortalité générale de 16,5 pour 100.

Cette *mortalité* a été plus considérable au début.
De 1895 à 1899, 23 cas = 6 morts, 26 pour 100.
De 1900 à 1902, 37 cas = 4 morts, 10,5 pour 100.

Elle est surtout due à ce fait que les malades n'arrivent que trop tard au chirurgien, les médecins les laissant s'affaiblir progressivement en leur prescrivant des traitements illusoires. On peut l'établir facilement en divisant ces malades en deux catégories : 1° ceux envoyés à M. Hartmann par le professeur Hayem et par M. Soupault qui connaissent bien la pathologie stomacale; 2° ceux envoyés par d'autres médecins.

La première catégorie comprend 36 opérations avec 1 mort, soit 2,77 pour 100; la deuxième 24 avec 9 morts, soit 24 pour 100. On peut donc dire que lorsque l'indication est posée à temps, l'opération est bénigne.

Au point de vue des *résultats éloignés* M. Hartmann a pu étudier 29 malades chez lesquels l'opération remontait à un temps variant de un à quatre ans. 1 pylorectomisé se porte très bien après dix-huit mois écoulés, 1 gastropexie et gastrorraphie combinées, pour dilatation avec ptose et état cachectique, a été revue en parfaite santé après plus de deux ans. Sur 18 gastro-entérostomies pour sténose, nous relevons 16 guérisons complètes, 2 améliorations. 3 gastro-entérostomies faites chez des hyperchlorhydriques, présentant le syndrome pylorique, se portent très bien après un an, trois ans, trois ans et demi écoulés. 4 gastrosuccorréiques, présentant de même le syndrome pylorique, restent guéris après deux ans, deux ans et demi et trois ans, 2 gastroentérostomies pour petites hématémèses à répétition sont guéries depuis plus de deux ans. L'observation suivie des malades prouve donc qu'il ne s'agit pas simplement de succès opératoires, mais aussi de succès thérapeutiques.

On n'obtiendra ces succès thérapeutiques que si l'on pose correctement les *indications opératoires*. Aussi M. Hartmann n'accepte-t-il pas l'opinion de ceux qui veulent que l'intervention soit indiquée dans toutes les dyspepsies rebelles. Il faut, en particulier, dépister les dyspepsies nerveuses qui donneraient des insuccès. La dilatation simple de l'estomac, même à sa période atonique, ne lui semble-t-elle constituer une indication chirurgicale que très exceptionnellement. Elle ne compte que pour 1 cas sur les 60 interventions. Au contraire, dans les sténoses pyloriques, M. Hartmann est partisan absolu de l'intervention dès que le diagnostic est posé.

Il se montre moins catégorique en présence de l'ulcère de l'estomac. L'ulcère aigu doit toujours être traité médicalement. L'ulcère chronique ne doit être traité opératoirement que dans les cas où il s'accompagne de troubles mécaniques, et dans les cas où il siège au niveau du pylore. La gastrosuccorrhée et l'hyperchlorydrie rebelles sont justiciables de la chirurgie lorsqu'elles s'accompagnent du syndrome pylorique. Lors de grande hématèse, il faut savoir s'abstenir et ne prendre le bistouri qu'en présence des petites hématémèses à répétition.

L'*opération de choix*, pour M. Hartmann, semble devoir être la gastro-entérostomie; la pyloroplastie a l'inconvénient de ne pas bien évacuer les poches prépyloriques dilatées et, de plus, n'est pas praticable dans les ulcères avec sténose pylorique, par suite de la rigidité des tissus sclérosés. La pylorectomie ne doit être pratiquée que dans les cas où l'on craint une dégénérescence épithéliale secondaire. M. Hartmann se contente de faire la gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker n'éprouvant pas le besoin de la compliquer en recourant au procédé en X de Roux, car il n'a pas observé, sur ses 53 cas, un seul *circulus viciosus*.

M. Roux (de Lausanne) ne partage pas les idées de M. Hartmann sur la thérapeutique des ulcères chroniques de l'estomac. Ces ulcères, siégeant de préférence au voisinage du pylore, occasionnent toujours des troubles mécaniques; comme, d'autre part, ils sont exposés à subir la dégénérescence cancéreuse; ce n'est pas par la gastro-entérostomie, mais par la résection qu'il faut agir sur eux. M. Roux estime également, à l'opposé de M. Hartmann, que l'intervention chirurgicale est absolument et immédiatement indiquée dans les ulcères à grandes hémorragies.

Quant à la technique de la gastro-entérostomie, M. Roux reste fidèle au procédé en Y qui porte son nom et qu'il considère comme une opération idéale. Le procédé de von Hacker expose toujours au danger du *circulus vitiosus* complet ou partiel. Toute l'opération comprise, c'est-à-dire de l'incision à la suture de la peau, le procédé en Y n'exige pas plus de quarante à quarante-cinq minutes; M. Roux fait toujours 3 plans de suture au niveau des bouches gastro-intestinales : 1 muqueux, 1 séro-musculaire et 1 séro-séreux. Il n'a jamais eu recours au bouton de Murphy qu'une fois, et cette opération lui a fourni le seul insuccès qu'il compte sur 40 cas de gastro-entérostomie par lésions bénignes de l'estomac.

M. Hartmann persiste à trouver le procédé de von Hacker plus simple que celui de Roux : sur 90 cas, il n'a d'ailleurs jamais observé de *circulus vitiosus* total ou partiel.

Sur les plaies de l'estomac par armes à feu. — ***M. Forgue*** (de Montpellier) communique l'observation d'un jeune homme qui reçut, à bout portant, après son repas, un coup de revolver de 7 millimètres à l'épigastre. La laparotomie, faite une heure après l'accident, permit à M. Forgue de suturer une perforation de la paroi antérieure de l'estomac; mais l'exploration de la face postérieure de l'organe, attirée à travers une brèche de l'epiploon gastrocolique, fut négative ; on ne put découvrir ni perforation ni ecchymose. M. Forgue referma le ventre, avec la certitude que la balle était restée dans l'estomac. Le blessé succomba le troisième jour, après une régurgitation sanglante. A l'autopsie, péritoine intact; la balle était dans l'estomac, dont elle avait contusionné la paroi postérieure, mais qu'elle n'avait pas eu la force de traverser. Au niveau du foyer de contusion, la muqueuse, la sous-muqueuse et une partie de la musculeuse avaient été broyées, et en ce point le suc gastrique avait produit par corrosion un ulcère traumatique. Cet ulcère avait été, au troisième jour, l'origine d'une hémorragie intra-stomacale mortelle. L'estomac et l'intestin grêle étaient, en effet, à l'autopsie, pleins de sang.

M. Forgue fait remarquer que ce cas constitue une éventualité rare mais très embarrassante au point de vue thérapeutique et permet de conclure : 1° qu'un foyer de contusion de l'estomac, produit par une balle à la fin de sa course, peut servir d'amorce à un ulcère traumatique et tuer le blessé par hémorragie; 2° que l'exploration endo-stomacale, à l'aide d'une large incision de la paroi antérieure, permet seule de découvrir et de suturer ces zones de contusion dans les cas, d'ailleurs exceptionnels, de coups de feu de l'estomac où le chirurgien ne trouve qu'une seule perforation.

M. Souligoux (de Paris) a eu l'occasion de traiter deux cas de perforation de l'estomac par balle de revolver. Il déclare qu'il n'est pas facile d'explorer la face postérieure de l'estomac. C'est ainsi que dans un de ses cas, où il existait une double perforation de la paroi gastrique, les orifices ne purent être découverts à l'œil nu : ce n'est qu'en gonflant l'organe à l'autopsie qu'on vit suinter du liquide gastrique à l'endroit des perforations.

Dans la deuxième observation de M. Souligoux, la balle avait perforé l'estomac de part en part et était ressortie dans le dos du blessé. Or, même sur la paroi antérieure de l'organe, l'orifice de pénétration n'était visible que lorsqu'on distendait la paroi de façon à provoquer l'écartement des lèvres de la plaie.

M. Cazin (de Paris) cite un cas de plaie pénétrante de l'estomac par balle de revolver dans lequel l'exploration minutieuse de la paroi postérieure de l'organe lui permit d'affirmer que le projectile avait dû rester dans l'estomac. Effectivement quelques jours après on retrouva le projectile dans les selles. L'exploration de la face postérieure de l'estomac n'est pas aussi difficile que l'a déclaré M. Souligoux.

Sur la gastrostomie. — ***M. Souligoux*** (de Paris). L'auteur rapporte d'abord une curieuse observation communiquée déjà par lui à la Société de chirurgie au début de l'année et relatée ici par nous en son temps, d'une dilatation énorme de l'œsophage consécutive à un rétrécissement de ce conduit probablement d'origine congénitale. Il décrit ensuite le procédé de gastrostomie auquel il a eu recours dans ce cas et auquel il a donné le nom de *gastrostomie par torsion*. Rappelons brièvement les temps principaux de ce procédé original — que M. Faure, du moins, avait imaginé sans avoir eu connaissance d'un procédé analogue employé déjà depuis quelque temps par un chirurgien étranger, M. Ullmann (de Vienne) :

La paroi antérieure de l'estomac est saisie avec une pince de Kocher, de façon à ce que la muqueuse soit prise avec la musculaire. Cette paroi étant soulevée, on fait décrire au pli ainsi produit une torsion de 90° environ, torsion qui est maintenue fixe par une suture en surjet de 2 à 3 centimètres à la soie ; puis, le mouvement de torsion est continué d'un même nombre de degrés au moins et cette nouvelle spire est rendue aussi permanente par un surjet, comme la première. On a constitué ainsi un cône qu'on fixe à la paroi par des points à la soie qui traversent muscles et péritoine ainsi que la séro-musculaire stomacale. Puis le sommet du cône est incisé, une petite ouverture pratiquée à la muqueuse, et ensuite muscles et muqueuses sont fixés à la peau comme dans le procédé ordinaire de Terrier. Une sonde n° 18 est introduite et le malade immédiatement alimenté. Après chaque repas la sonde est enlevée.

Ce procédé est d'une exécution facile : à moins d'avoir affaire à un estomac excessivement rétracté, la formation d'un cône gastrique n'offre aucune difficulté ; quoi qu'on en ait dit, la muqueuse est aisée à trouver et à inciser ; enfin la continence d'une pareille bouche est parfaite ; quand on distend l'estomac au maximum avec de l'eau sous pression, on voit que plus la pression augmente, plus la fistule se ferme et l'estomac finit par éclater avant qu'une seule goutte de liquide se soit échappée par la fistule. Il a semblé à l'auteur que ce procédé, qui donne toute sécurité comme continence et qui, de plus, est très facile à pratiquer, méritait d'être signalé à l'attention des membres du Congrès.

Affections non-cancéreuses de l'estomac. Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical. — ***M. Victor Pauchet*** (d'Amiens). Trente opérations de ce genre ont été faites par l'auteur en trois ans avec 2 morts. Les 22 dernières opérations ont été pratiquées sans morts et sans complications. Les indications opératoires avaient été les suivantes : dyspepsie douloureuse, gastralgie rebelle, hyperchlorhydrie avec spasme du pylore, ulcère rond, dilatation simple, etc. L'auteur n'a tenu compte d'aucun diagnostic, il a opéré d'après les accidents : vomissements, hémorragie, douleurs, amaigrissement, troubles mécaniques de l'estomac révélés par le tubage. Les résultats sont excellents et se maintiennent bons au bout de deux et trois ans. Il y a dans ces succès quelques imperfections, et certains malades, quoique très améliorés, restent dyspeptiques; il faut accuser de ces insuccès relatifs la technique imparfaite des premières opérations et l'état névropatique de certains malades qui restent neurasthéniques. Pour cette raison, M. Pauchet donne la préférence à deux procédés : celui de Roux, pour les malades résistants qui supportent une anesthésie d'une heure; et le procédé de Petersen (de Heidelberg), pour les sujets affaiblis. Ce dernier peut être exécuté en quinze minutes.

Quelques résultats immédiats et éloignés d'opérations pour cancer de l'estomac. — ***M. Victor Pauchet*** (d'Amiens). L'auteur a fait 29 opérations pour cancer; les 19 premières opérations ont donné 7 morts et les 10 dernières une seule mort par embolie au quinzième jour. Les résultats s'améliorent pour cette raison que les opérations récentes ont été mieux faites que les premières, et parce que les médecins adressent aujourd'hui leurs malades cancéreux avant de faire le diagnostic.

Nous ne voyons plus aussi souvent des patients qui nous sont adressés parce que l'on perçoit une tumeur épigastrique, ou qu'il existe des vomissements noirs ou de la cachexie. M. Pauchet ne fait presque jamais la gastroentérostomie simple, parce qu'elle donne une survie très courte au prix d'un danger sérieux. Quand il y a recours, il emploie le bouton de Murphy et le procédé de Petersen; de cette façon, le malade est opéré en quinze minutes et ne subit aucune dépression. Presque toujours l'auteur arrive à reséquer le cancer d'estomac ; il fait cette opération d'une façon très large et en combinant à la fois, l'exérèse gastro-ganglionnaire de Hartmann, l'écrasement de Doyen et l'anastomose à l'aide du bouton suivant la technique de Petersen. L'opération dure une heure.

Les opérations de M. Pauchet par ce dernier procédé sont trop récentes pour en donner les résultats éloignés ; mais puisqu'il compte une survie de trois ans par la méthode de Billroth, il pense également obtenir une survie longue par ce procédé mixte qui jouit à la fois de la rapidité, et d'une large exérèse.

APPENDICE.

Choix du moment de l'intervention dans les appendicites. — ***M. Thiéry*** (de Paris. L'auteur discute successivement l'indication et le moment de l'intervention chirurgicale dans : 1° l'appendicite refroidie ; 2° l'appendicite aiguë avec phlegmon localisé ; 3° l'appendicite avec péritonite généralisée ; 4° enfin l'appendicite aiguë au début sans suppuration.

Laissant de côté les 3 premiers cas sur lesquels il se montre d'accord avec la majorité des chirurgiens pour préconiser une intervention aussi précoce que

possible, M. Thiéry s'attache surtout à démontrer que, dans l'appendicite aiguë au début, — la plus discutée au point de vue de l'opportunité d'une opération, — il existe des signes qui permettent de prévoir si la crise peut se terminer ou non sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'intervention chirurgicale. Ces signes sont tirés de l'étude de la température, du pouls et de la défense musculaire présentés par le malade : s'ils tombent avant le quatrième jour de la crise, celle-ci a toutes chances de se terminer favorablement sans qu'il soit nécessaire que le chirurgien intervienne. Dans le cas contraire, et surtout si ces signes s'exagèrent, l'opération est nécessaire. Dans les cas douteux, il ne faut pas s'abstenir, mais recourir au bistouri.

A propos du diagnostic de l'appendicite. — *M. J. Braquehaye* (de Tunis). L'auteur rapporte l'observation d'un cas d'hématome traumatique de l'abdomen, probablement rétropéritonéal, survenu chez un enfant présentant une douleur vive avec empâtement au point de Mac-Burney, de la constipation, du météorisme, une température de 38°6 et le pouls à 112. L'opération (incision de Roux) ne permit pas de rencontrer le pus. On laissa un drainage de l'abdomen, et, quelques jours après, par l'orifice des drains, s'évacua un vaste hématome, que l'exploration digitale montra rétropéritonéal. L'enfant avait caché à sa famille qu'en se battant avec des camarades, il avait été frappé violemment et laissé sans connaissance.

L'erreur de diagnostic était presque inévitable ; cependant, chez ce malade, les phénomènes généraux n'étaient pas en rapport avec l'énorme empâtement de l'abdomen. D'autre part, un purgatif, administré intempestivement au troisième jour, n'avait amené aucune aggravation du pouls, de la température ni de l'état général.

Appendicite et pleurésie. — *M. Guinard* (de Paris). L'auteur a observé récemment deux malades atteints d'appendicite compliquée de pleurésie purulente. Ces observations sont intéressantes au triple point de vue de la pathogénie des pleurésies appendiculaires, de la clinique et de la thérapeutique. La première a trait à un enfant de onze ans qui, opéré pour une première crise d'appendicite très aiguë, avec foyer infectieux remontant de la fosse iliaque à la face inférieure du foie, est pris brusquement, huit jours après l'ablation de l'appendice à chaud, de phénomènes thoraciques *du côté gauche*. Une ponction exploratrice ramène 350 grammes de liquide séreux collecté dans l'interlobe. Deux jours après, l'état général s'aggrave encore et, malgré l'impossibilité de trouver du pus, par des ponctions exploratrices multipliées dans tous les sens (et dont une pénètre dans l'estomac), M. Guinard fait une pleurotomie exploratrice et évacue un abcès fétide collecté entre le diaphragme et la base du poumon gauche. L'enfant guérit merveilleusement et se porte à souhait.

Le second malade est un homme de quarante-neuf ans qui, pendant plusieurs années, a des crises légères d'appendicite à répétition. A la fin de ces crises, il est pris de pleurésie séreuse et une ponction évacuatrice ramène un litre de liquide et guérit cette pleurésie. Un an après, survient une nouvelle crise d'appendicite que M. Bazy étiquette : « appendicite avec péritonite aiguë généralisée ». A la suite de cette crise surviennent des phénomènes thoraciques qui dominent la scène et, six semaines après, alors que tout symptôme abdominal a disparu, M. Guinard fait une pleurotomie avec résection costale qui donne issue à plus d'un litre de pus, siégeant dans la *cavité pleurale droite*. Le malade sort de la maison de santé avec une fistule pleurale insignifiante ; mais une violente crise d'appendicite le ramène six semaines après la pleurotomie. Pendant cette crise abdominale qu'on laisse s'éteindre, l'écoulement purulent par la fistule thoracique redevient très abondant. Enfin, les accidents cessent seulement après l'ablation de l'appendice faite à froid ultérieurement. On peut dire que c'est bien là, suivant la pittoresque expression de M. Dieulafoy, une véritable « épopée appendiculaire ».

Dans ces deux cas, la pathogénie de la pleurésie ne répond nullement à la pathogénie que tous les auteurs admettent comme la plus habituelle : la propagation de l'infection abdominale par continuité ou par contiguïté, c'est-à-dire par effraction du diaphragme ou par infection des lymphatiques. Ici, il s'agit d'une septicémie généralisée à foyer appendiculaire initial, avec localisation à distance sur la plèvre droite *ou gauche*. C'est, selon M. Guinard, une pathogénie plus fréquente qu'on ne le dit. Au point de vue clinique, il faut remarquer la corrélation entre la nature du liquide pleurétique et l'intensité de la crise appendiculaire : liquide séreux pour une crise légère et liquide purulent pour une crise grave chez le même malade. M. Guinard en conclut qu'en présence de certaines pleurésies séreuses, il faudra interroger le passé appendiculaire des malades pour savoir si on ne trouve pas là une explication pathogénique.

Dans des cas analogues aux précédents, une intervention hâtive s'impose aussi bien du côté de la plèvre que du côté de l'appendice, dès que les symptômes thoraciques sollicitent l'attention du chirurgien.

Les résultats de l'intervention chirurgicale dans l'appendicite compliquant la colite muco-membraneuse. — *M. Lapeyre* (de Tours) a pratiqué plusieurs appendicectomies par appendicite compliquée de colite muco-membrane. Or, il a remarqué que dans presque tous ces cas, l'ablation de l'appendice était non seulement suivie de la disparition des symptômes appendiculaires, mais qu'elle amenait une sédation très notable de tous les troubles dépendant de l'inflammation du gros intestin.

Remarques sur l'appendicite chez la femme dans ses relations avec les lésions utéro-annexielles. — *M. H. Barnsby* (de Tours) apporte cinq observations nouvelles d'appendicite compliquant des lésions utéro-annexielles.

Chez la première malade, il s'agit d'un appendice adhérent à un hémato-salpinx ; chez la seconde, d'un appendice fixé à un kyste de l'ovaire ; chez la troisième, d'un appendice soudé à un hydro-salpinx ; chez la quatrième et cinquième, d'appendices adhérents à un pyosalpinx ancien.

L'étude de ces cinq observations amène l'auteur à en déduire les conclusions suivantes :

1° Il existe bien chez la femme une appendicite secondaire, d'origine annexielle préparée, par l'annexite, la première en date. La coexistence de ces lésions s'explique par la fréquence de la situation pelvienne de l'appendice chez la femme et le contact d'un organe sain, l'appendice, avec un organe malade, trompe ou ovaire. Les adhérences péri-appendiculaires constituent la cause occasionnelle et préparent le terrain.

2° Au point de vue anatomo-pathologique, ces appendices sont atteints de folliculite partielle. Il s'agit d'une appendicite chronique plastique avec tendance à la sclérose.

3° Cliniquement, cette appendicite évolue à la façon d'une appendicite chronique d'emblée. Elle est considérée à tort comme une trouvaille de laparotomie. Son diagnostic est habituellement possible, et, pour sa part, M. Barnsby est toujours arrivé à prévoir cette complication. L'analyse des coliques intermenstruelles ou intestinales, bien séparées des coliques prémenstruelles ou utérines, l'examen attentif du pôle supérieur de la tumeur annexielle, presque toujours haut située dans le petit bassin, sont les deux éléments les plus importants dans le diagnostic ;

4° Au point de vue opératoire, le traitement est celui de toute appendicite chronique confirmée : résection immédiate de l'appendice. Tout appendice, même fixé, quant à la pointe, par des adhérences lamelliformes, doit être sacrifié. La voie abdominale médiane est la voie de choix.

L'ablation de ces appendices est suivie d'une guérison parfaite et durable, sauf les cas où l'entérocolite muco-membraneuse domine la scène et où il existe des adhérences intestinales très nombreuses.

Des indications opératoires fournies par l'examen du sang dans l'appendicite à chaud. — *M. Cazin* (de Paris). Quoi qu'en disent les adversaires de l'opération précoce dans le traitement de l'appendicite, la temporisation continue à faire chaque année de nombreuses victimes, et il faut bien alors reconnaître, avec le professeur Dieulafoy, qu'attendre, pour opérer, que l'appendicite soit refroidie, c'est exposer le malade à la mort. L'indication opératoire reste formelle pour le premier et le deuxième jour de l'appendicite, attendu que les résultats de l'opération précoce sont ici parfaits, tandis que la presque totalité de la mortalité par appendicite provient de cas qui n'ont pas été opérés au début de la crise.

M. Cazin visera seulement dans cette communication les cas pour lesquels le chirurgien n'est consulté que quarante-huit heures après le début de la crise. C'est dans ces cas que les temporisateurs attendent que le malade soit à peu près irrémédiablement perdu pour penser que l'opération ne peut plus être dangereuse. C'est que, en effet, les symptômes de l'appendicite sont souvent trompeurs, et il arrive au clinicien le plus expérimenté de laisser évoluer une forme grave sans la reconnaître à temps. Aussi est-il nécessaire de ne négliger aucun des éléments d'appréciation qui sont à notre disposition. Or, pour M. Cazin, l'examen du sang serait à ce point de vue autrement important que l'étude de la température et du pouls.

Grâce aux travaux de Curschmann et de Costa (de Philadelphie), auxquels il faut associer les noms de Bäumler, de Wassermann et de Feddermann, M. Cazin a pu, avec 23 observations personnelles, réunir 201 observations d'appendicite avec examen du sang.

Au début d'une crise, il y a toujours augmentation du nombre des globules blancs, et ce n'est que par des examens répétés qu'on peut se faire une idée juste sur l'évolution de la maladie. Dans les formes bénignes une augmentation notable n'est que passagère ; dans les cas de gangrène, d'abcès ou de péritonite généralisée, l'augmentation des globules blancs est toujours plus considérable.

L'augmentation du taux leucocytaire, à un jour éloigné du début, prouve avec certitude l'existence d'un abcès, bien avant que les signes locaux, la température et le pouls puissent en permettre le diagnostic. Seuls les abcès enkystés qu'on découvre parfois dans les opérations à froid ne permettent pas la résorption des toxines qui déterminent l'augmentation des globules blancs dans le sang.

Cette étude du sang dans l'appendicite ne peut être instructive qu'à la condition de s'appuyer sur des examens répétés. Elle doit, en outre, être continuée après l'opération, jusqu'à constatation du retour au chiffre normal.

(A suivre.) J. Dumont.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

22 Octobre 1902.

Sur un nouveau densimètre destiné à faire connaître sans évaporation le poids des matières fixes en solution dans l'urine. — *M. Vadam*. C'est pour établir rapidement le rapport de l'urée aux matières fixes que M. Vadam a fait établir ce densimètre spécial (extraits-densimètre). Avec cet appareil, on peut déterminer d'une façon très approchée le poids des matières fixes en solution dans l'urine, sans avoir recours au procédé qui est par évaporation compliqué et souvent défectueux.

Inconvénients de l'eau oxygénée commerciale. — *M. Courtade*. La composition de l'eau oxygénée du commerce est très variable, quant à la nature et la quantité d'acide qu'elle contient ; certaines eaux oxygénées renferment de l'acide fluorhydique qui est très corrosif pour la peau. Une de mes malades ayant de son propre chef, substitué de l'eau oxygénée commerciale, à l'eau oxygénée médicinale qu'elle employait d'habitude, fut atteinte d'une ulcération rebelle du conduit auditif. Celle-ci guérit rapidement dès que les pansements furent supprimés.

Un auteur dont j'ai oublié le nom a proposé d'ajouter à l'eau oxygénée commerciale de l'éther : l'adjonction de cet agent détruirait l'acidité du liquide tout en fixant l'oxygène, et permettant ainsi une longue conservation d'un produit aussi altérable que l'est l'eau oxygénée, il y aurait lieu de la part de nos collègues de la société de thérapeutique pharmaciens, de contrôler cette expérience et de voir si l'eau oxygénée ainsi modifiée peut devenir propre à l'usage médicinal.

Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques (fin de la discussion). — *M. Leredde* (rapporteur). Les opinions opposées à l'emploi régulier des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis remontent à quinze ou vingt ans, époque où la technique n'était pas réglée, et n'ont plus de raison d'être. L'avantage essentiel des injections est qu'elles permettent d'obtenir du traitement mercuriel le maximum d'effets utiles, en évitant les effets nuisibles.

Pour juger de la supériorité thérapeutique d'un procédé de traitement sur un autre, il importe d'adopter un critérium unique : Je propose de prendre l'effet du traitement sur les syphilides tertiaires palmaires, plantaires et linguales. Nous sommes en droit d'étendre à la thérapeutique mercurielle de tous les autres accidents de la syphilis, les règles que nous aurons pu tirer de l'observation de ces accidents. On ne peut prendre comme critérium l'action des divers procédés sur les syphilides secondaires. L'important est aujourd'hui de régler la

technique du traitement des accidents rebelles, en particulier au niveau du système nerveux.

Contrairement à M. Jullien, je crois que les injections de sels solubles à très hautes doses, par exemple d'hermophényl aux doses de 6-8 centigrammes par jour, sont plus actives que les injections de calomel à 10 centigrammes par semaine, parce que l'activité thérapeutique me semble liée à la quantité de mercure introduit dans l'organisme dans l'unité du temps.

Maladie de Little très rapidement améliorée par le traitement mercuriel. — *MM. P. Gallois et M. Springer.* Il s'agit d'une enfant de quatre ans atteinte de maladie de Little. L'enfant est venue au monde à sept mois, après une frayeur de la mère. Elle fut mise en nourrice chez ses grands parents. Quand l'enfant eut deux ans, ils constatèrent qu'elle ne marchait pas encore. La mère alla chercher sa fillette, et pendant un an et demi l'a montrée à divers médecins en ville et dans les hôpitaux. Quand on nous a présenté l'enfant, en mai dernier, elle venait d'avoir quatre ans; elle ne pouvait absolument pas marcher, ni se tenir debout sans être soutenue. Les genoux étaient tournés en dedans, les jambes présentaient une contraction légère. L'enfant était même incapable de se tenir assise par terre; elle tombait à la renverse quand on ne la soutenait pas. En outre, elle avait du strabisme, l'air idiot, et un état intellectuel très arriéré. Quoique nous n'ayons trouvé chez les parents aucun signe certain de syphilis, nous avons fait prendre à l'enfant XX gouttes de liqueur de van Swieten en augmentant progressivement les doses. Onze jours après, l'enfant marchait seule, ayant encore la démarche spasmodique. Depuis lors, ses troubles moteurs continuent à s'améliorer, mais d'une façon plus lente. L'état mental s'est également très notablement transformé.

Nous serions disposés à rattacher l'observation de cette enfant à une maladie de Little, type Marie, avec arrêt de développement du faisceau pyramidal, puisque l'enfant est née avant terme. Mais l'état mental nous semble un peu trop touché pour éliminer complètement l'idée d'une lésion cérébrale.

D'après les effets du traitement, devons-nous conclure à la nature syphilitique ou parasyphilitique de la maladie de cette enfant? Faut-il penser que le mercure est capable d'agir en dehors de la syphilis?

Notre observation ne permet évidemment pas de trancher cette question controversée, mais elle doit engager à tenter toujours le traitement mercuriel dans la maladie de Little, même quand on n'aura pu retrouver la syphilis dans les antécédents.

M. Bize.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

24 Octobre 1902.

Un cas de tétanos traité par la méthode de Baccelli. — *M. Henri Claude.* Les injections d'acide phénique suivant la méthode de Baccelli ont donné les meilleurs résultats dans la thérapeutique du tétanos si décourageante le plus souvent. En France cette médication a été peu employée; elle nous a paru avoir une action efficace dans le cas que nous avons observé et mérite par conséquent d'être prise en considération. Il s'agit d'un homme de quarante-six ans qui se blesse au petit doigt de la main gauche. Cinq jours plus tard il présente les premiers symptômes du tétanos qui fut caractérisé par une contracture intense généralisée avec crises paroxystiques, de la dysphagie, de la fièvre, du délire. On fit le premier jour une injection de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique, puis les jours suivants on pratiqua des injections d'acide phénique à la dose de 0 gr. 20 par jour, tout en employant simultanément les saignées et les injections de sérum artificiel. On administra le chloral à hautes doses et l'on amputa le doigt. L'état du malade resta à peu près stationnaire jusqu'au dix-huitième jour. A ce moment la fièvre tomba, les phénomènes s'amendèrent en même temps qu'on assistait à une véritable crise sudorale polyurique. La perméabilité rénale étudiée par la méthode cryoscopique fut pendant tout le cours de la maladie très satisfaisante, et la toxicité urinaire fut des plus marquées dans la période d'état comme dans la convalescence de la maladie. La guérison fut donc complète. Aux injections d'acide phénique, nous ne sommes pas autorisé à rapporter la guérison du malade, puisque d'autres médications ont été employées simultanément, mais si nous considérons la gravité du cas d'une part, et les médiocres résultats des procédés thérapeutiques habituellement mis en œuvre, nous tendons à attribuer une heureuse influence à la médication nouvelle Celle-ci étant sans action nocive mérite donc d'être employée dans tous les cas.

M. Widal. La plaie du doigt chez le malade de M. Claude était superficielle. Or, le pronostic du tétanos dans ce cas est relativement plus bénin.

Tabes hérédo-syphilitique. — *M. J. Babinski.* Le tabes hérédo-syphilitique est considéré comme une rareté, il n'y en a guère dans la science qu'une vingtaine d'observations. Je suis porté à croire que cette affection est plus commune qu'on ne le pense généralement, mais que, comme le tabes conjugal, elle demande à être cherchée, parce qu'elle se manifeste dans bien des cas sous une forme fruste et ne s'impose pas alors à l'attention du médecin. J'ai observé autrefois des faits de cet ordre et je présente aujourd'hui à la Société deux exemplaires de tabes hérédo-syphilitique d'autant plus intéressants que le père de chacun des deux sujets est lui-même atteint de tabes.

Voici d'abord une jeune fille âgée de vingt-deux ans, ayant des dents d'Hutchinson. Jusqu'à l'âge de dix-huit ans elle a joui d'une bonne santé, sauf qu'à sa naissance, elle a eu deux ulcérations anales et qu'elle est atteinte depuis l'âge de neuf ans de la maladie des tics convulsifs. A dix-sept ans se développe chez elle une kératite interstitielle ayant le caractère de la kératite hérédo-syphilitique. Depuis deux ans elle est sujette à des crises de douleurs fulgurantes, le réflexe à la lumière des pupilles est aboli et le réflexe rotulien gauche est plus faible que le droit. Le père de cette jeune fille me dit qu'il a contracté la syphilis quand sa femme était enceinte de cette fille et qu'il l'a contaminée. Il présente lui-même des signes caractéristiques du tabes.

Cette autre, jeune fille de quinze ans, a des pupilles immobiles à la lumière; ses réflexes rotuliens et achilléens sont abolis; elle a des troubles urinaires; l'examen du liquide céphalo-rachidien a décelé de la lymphocytose, elle présente de la choroïdite du côté gauche, ayant les caractères de la choroïdite syphilitique, de plus elle a des troubles mentaux qui sont symptômatiques, soit d'une démence précoce, soit d'une méningo-encéphalite diffuse; son père est aussi atteint de tabes qui se manifeste par l'abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs, le signe d'Argyll et des crises gastriques. J'ajoute que cet homme ne pensait pas du tout être atteint d'une maladie du système nerveux et il avait été soigné jusqu'à présent pour des troubles gastriques dont la nature tabétique avait complètement échappé à ses médecins.

Il est utile d'avoir l'attention attirée sur cet ordre de faits; cela présente un grand intérêt pratique, car il y a tout lieu d'admettre que le traitement hydrargyrique intensif et longtemps prolongé peut exercer sur le tabes hérédo-syphilitique une influence au moins aussi grande que sur le tabes vulgaire, et en enrayer, dans une certaine mesure, l'évolution.

M. Souques. Je possède une observation tout à fait semblable. Il s'agit d'une famille de quatre membres: le père est mort, dans une maison d'aliénés, de paralysie générale d'origine syphilitique; la mère, contaminée vraisemblablement par le père, est actuellement atteinte de tabes; enfin, deux jeunes filles présentent toutes les deux des signes nombreux et indiscutables de tabes.

Anomalie musculaire. Stigmate de dégénérescence. — *MM. Widal et Lemierre* présentent un homme chez qui l'on note une absence complète du muscle petit pectoral et du chef sterno-costal du grand pectoral du côté gauche.

Cette anomalie a été remarquée dès la naissance et le sujet n'a eu pendant son enfance aucune maladie pouvant faire songer à la paralysie infantile. Le chef sterno-costal du grand pectoral est réduit à quelques fibres s'insérant sur le manubrium et sur le deuxième cartilage costal. Quant au petit pectoral, on n'en trouve plus aucun vestige. On constate que, du même côté du thorax, la peau est privée de pannicule adipeux, amincie et collée aux côtes. Les deuxième et troisième espaces intercostaux paraissent élargis, mais les côtes correspondantes ne sont pas plus grêles que normalement et les muscles intercostaux existent. Le mamelon gauche est très atrophié. Enfin les téguments de la région sont absolument glabres et cette absence de poils s'étend au creux axillaire du même côté. Le sujet déclare n'être aucunement gêné dans ses mouvements par cette anomalie; pourtant les mouvements d'adduction du bras se font avec beaucoup moins de force que du côté droit. Sans entrer dans la pathogénie de ce fait, il est permis de considérer cette absence congénitale des muscles grand et petit pectoral comme un stigmate de dégénérescence.

M. Souques a publié, il y a quelques mois, un cas analogue d'absence unilatérale, congénitale des pectoraux. Comme il y avait, du même côté, atrophie de la main, il accepte la théorie, déjà très ancienne, de Froriep, qui admettait la compression de la région pectorale par le poing fermé pendant la vie intra-utérine. Il est certain que cette théorie ne s'applique pas à tous les cas, particulièrement au cas de M. Widal qui ne présente aucune anomalie du côté de la main.

E. de Massary.

ACADÉMIE DES SCIENCES

20 et 27 Octobre 1902.

Sur le mode d'action de l'acide carbonique dans la parthénogenèse expérimentale. — *M. Yves Delage.* D'après l'auteur, les agents parthénogénétiques, quels qu'ils soient, agissent comme des poisons temporaires; ils sont efficaces dans la mesure où ils jouissent de cette double qualité. Ceux qui ne sont pas assez nocifs pour arrêter la maturation sont inefficaces; ceux qui sont des poisons forts ou dont l'action est permanente ou simplement de trop longue durée tuent les œufs; l'acide carbonique est un agent parfait parce qu'il empoisonne complètement les œufs, mais que son action est absolument passagère, qu'il s'élimine complètement et ne laisse, après son élimination, aucune altération du protoplasme.

Germination des spores de « sterigmatocystis nigra » dans la trachée de quelques oiseaux. — *M. Pierre Lesage.* Il ressort des faits observés par M. Lesage que la germination des spores de *sterigmatocystis nigra* placées dans les parties antérieures des voies respiratoires de quelques oiseaux se fait plus lentement que dans les cultures placées à la même température et dans l'air saturé; qu'elle dépend de la tension de la vapeur d'eau dans l'air extérieur, et, pour une même tension, de la profondeur à laquelle ces spores sont placées dans ces voies.

Au total, qu'elles soient provoquées par les modifications de l'air extérieur ou par la profondeur des points considérés, les variations hygrométriques de la cavité respiratoire de ces oiseaux sont suffisantes pour déterminer des variations appréciables dans la germination des spores de *sterigmatocystis nigra* placées dans les régions voisines de l'entrée.

Il y a donc là un facteur dont il faudra tenir compte dans l'étude des mycoses de l'appareil respiratoire, que ces mycoses soient primitives ou secondaires.

Sur la musculamine, base dérivée des muscles. — *MM. Étard et A. Vila.* Ces deux savants ont retiré des muscles du veau un nouveau dérivé benzoïté basique soluble dans l'alcool bouillant. Ce corps ne se décompose pas de façon notable au-dessus de 360°.

Cette nouvelle base, isolée par MM. Étard et Vila, est triazotée; elle a été désignée par ses découvreurs du nom de musculamine.

Georges Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

28 Octobre 1902.

Rapport sur le prix Tarnier. — *M. Porak* lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix.

L'écriture des aveugles. — *M. Laborde* présente un appareil destiné à l'écriture des aveugles et qui est une simple modification de l'appareil de M. Dussaud présenté à l'Académie; le perfectionnement consiste dans l'invention d'une réglette à toucher qui réalise un instrument portatif permettant l'écriture rapide et la lecture facile de gauche à droite.

Le choléra en Egypte de 1902. — *M. Proust.* Depuis vingt ans M. Proust n'a cessé de dénoncer le danger présenté par le pèlerinage de la Mecque qui est une des causes principales de la propagation du choléra en Egypte.

Il y revient de nouveau aujourd'hui, et montre comment en 1902 le choléra pénétra en Egypte par le village de Moucha.

Il est probable, bien que rien ne puisse être affirmé que l'épidémie provient d'objets rapportés en contrebande de la Mecque et ayant échappé aux mesures de désinfection appliquées au retour du *Hedjas*.

M. Villar apporte une observation de kyste glandulaire du pancréas opéré avec succès.

M. Labbé.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 5 Novembre 1902, à 1 heure. — M. Leiteisen : Contribution à l'étude du rôle du surmenage physique dans l'éclosion des psychoses de puberté; MM. Brissaud, Dejerine, Widal, Tessier.

Jeudi 6 Novembre 1902, à 1 heure. — M. Piot : Contribution à l'étude des hernies vésicales : MM. Berger, Pozzi, Hartmann, Faure. — M. Royer : Intervention opératoire dans la lithiase vésiculaire ; MM. Berger, Pozzi, Hartmann, Faure. — M. Nigoul : La stomatoplastie par évidement commissural du col (opération de M. le professeur Pozzi). Traitement de choix de la stérilité par sténose du col de l'utérus ; MM. Pozzi, Berger, Hartmann, Faure. — M. Gauquelin : Du bacille diphtérique court; MM. Hutinel, Chantemesse, Méry, Gouget. — MM. Madelaine : Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse en plaques ; MM. Hutinel, Chantemesse, Méry, Gouget.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 Novembre 1902. — Dissection. École pratique : MM. Rémy, Gosset, Cunéo. — 5e, Chirurgie (Première partie), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Broca (Aug.), Walther. — 5e (Deuxième partie) (1re série), A. R., Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Brissaud, Teissier. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Landouzy, Bezançon, Legry.

Mardi 4 Novembre 1902. — 1er, Chirurgien-dentiste, Salle Thouret : MM. Cornil, Thiéry, Langlois. — 5e, Chirurgie (Première partie), Charité : MM. Guyon, Faure, Auvray. — 5e (Deuxième partie) (1re série), N. R., Charité : MM. Dieulafoy, Thiroloix, Rénon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Joffroy, Achard, Dupré.

Mercredi 5 Novembre 1902. — 2e, N. R., Salle Richet : MM. Gariel, Richet, Rémy. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Potocki.

Jeudi 6 Novembre 1902. — 1er, Chirurgien-dentiste, Salle Vulpian : MM. Rémy, Thiéry, Langlois. — 4e, Salle Thouret : MM. Pouchet, Thoinot, Wurtz.

Vendredi 7 Novembre 1902. — 1er, Chirurgien-dentiste, Salle Thouret : MM. Richet, Rémy, Cunéo. 5e, Chirurgie (Première partie), Necker : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Legueu. — 5e, Obstétrique (Première partie) Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 8 Novembre 1902. — 1er, Chirurgien-dentiste, Salle Pasteur : MM. Cornil, Rémy, Langlois. — 4e, Salle Béclard : MM. Proust, Gilbert, Widal. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Anatomie. — M. Rieffel, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera son cours le mardi 18 Novembre, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Anatomie descriptive et topographique du cou et du membre supérieur.

Anatomie pathologique. — M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique le vendredi 7 Novembre, à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage).

Objet du cours. — Anatomie pathologique générale des glandes. — Anatomie pathologique spéciale de la muqueuse gastro-intestinale, du foie, du rein et des glandes sexuelles.

Pathologie interne. — M. le professeur Hutinel commencera le cours de pathologie interne le samedi 8 Novembre, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Sujet du cours. — Maladies de l'intestin.

Médecine légale pratique. — Le cours de médecine légale pratique commencera à la morgue le mercredi 5 novembre, à 2 heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours. — Les mercredis : M. le professeur Brouardel. — Les vendredis : M. Descoust, chef du laboratoire de médecine légale. — Les lundis : M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 8 novembre.

Ordre du cours. — Les jeudis à 4 heures : M. Descoust, chef du laboratoire de médecine légale. — Les mardis à trois heures : M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — Les samedis à 3 heures : M. Ogier, chef du laboratoire de chimie.

M. Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale, chargé du cours pratique de médecine légale psychiatrique, commencera ses conférences le mercredi 12 novembre, à 1 heure et demie, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, 3, quai de l'Horloge (infirmerie spéciale).

Ces conférences sont divisées en trois séries, chaque série ayant une durée de trois mois.

Seront seuls admis à suivre le Cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription, au secrétariat de la Faculté :

1° MM. les Docteurs en médecine; 2° MM. les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique. Ces élèves seront inscrits au laboratoire, et après autorisation du Doyen, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance des droits prescrits (50 à 150 francs par trimestre).

Seront seuls admis à suivre les conférences cliniques de psychiatrie médico-légale, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, sur leur demande, au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 2), tous les jours de midi à 3 heures :

1° MM. les Docteurs en médecine; 2° MM. les internes des hôpitaux; 3° MM. les étudiants ayant subi le 4e examen de doctorat.

Maladies des voies urinaires. — M. le professeur Guyon reprendra ses leçons le mercredi 12 Novembre, à 9 heures (hôpital Necker), et les continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

Maladies cutanées et syphilitiques. — M. le professeur Gaucher commencera ce cours le mercredi 12 Novembre, à 10 heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure.

Ordre des travaux. — Dimanche à 10 heures : Leçon didactique à l'amphithéâtre. — Semestre d'hiver : Dermatologie. — Semestre d'été : Syphiligraphie et vénéréologie. — Lundi à 9 heures : Examen des entrants. — Mardi à 9 heures : Policlinique syphiligraphique. — Mercredi à 10 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Jeudi à 9 heures : Opérations dermatologiques (Epithéliomas, lupus, nævi, etc.). — Vendredi à 9 heures : Traitement des teignes et des affections du cuir chevelu. — Samedi à 9 heures : Consultation externe. — Mardi à 10 heures : Examens ophtalmoscopiques. — Jeudi à 10 heures : Examens laryngoscopiques, rhinoscopiques et otoscopiques.

Amphithéâtre des hôpitaux. — Une série de travaux pratiques de bactériologie médicale commencera le mardi 11 novembre à 2 heures 1/2 sous la direction de M. Macaigne, chef du laboratoire.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Hérold (enfants malades). — M. H. Barbier, médecin de l'hôpital Hérold, recommencera ses conférences hebdomadaires de pathologie infantile le vendredi 7 Novembre à 11 heures au pavillon Pasteur, et les continuera tous les vendredis à la même heure.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé militaire. — M. Labougle, médecin-major de 2e classe, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie.

M. Alix, médecin-major de 2e classe, est désigné pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

Corps de santé de la marine. — Les médecins de 1re classe du port de Toulon dont les noms suivent sont désignés pour embarquer dans la force navale de l'Atlantique. savoir : MM. Autric, sur le *Jemmapes* ; Duranton, sur le *Valmy*; Mourron, sur l'*Amiral-Tréhouart*.

M. Dantec (Alexandre), médecin principal de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et sur sa demande.

Exposition de Marseille, 1903. — Un Comité vient de se former pour l'organisation d'une exposition internationale, maritime et coloniale d'hygiène, de sécurité maritime, de pêche et des Beaux-Arts. Cette exposition se tiendrait dans le vaste local de l'Alhambra ; son ouverture est fixée au 1er janvier 1903 ; sa durée sera d'un mois.

Adresser les demandes de renseignements au Comité d'organisation de l'exposition, boulevard du Musée, 16, à Marseille.

Étranger.

Faculté de médecine de Rome. — M. Antonio Parrozzani est nommé privat docent d'anatomie chirurgicale.

Faculté de médecine de Catane. — M. A. Riccardo Marina est nommé privat-docent de neurologie.

CONCOURS

Externat. — Pathologie. — Séance du 24 octobre. — *Symptôme et diagnostic de l'insuffisance aortique* : MM. Périneau, 12 1/2 ; Pestel, 7 ; Mallet, 15 ; Viel, 7 ; Levant, 19 ; Jeannequin ; Vinceneux, 13 ; Lenormand, 8 ; Le Blaye, 12 1/2 ; Pellet, 16 ; Levy-Franckel, 17 1/2 ; Nepveu, 12 ; Prével, 13 ; Mathieu (A), 15 ; Halphen, 13 1/2 ; Leroy, 9 ; Mosqueron, 14 ; Touraine, 18 1/2 ; Legrand ; Bédrunes, 12. — *Absents* : MM. Véteau, Pigeon.

Séance du 27 Octobre. — *Causes, signes et diagnostic de l'ascite* : MM. Fontorbe, 14 ; Boquet, 12 ; Champ, 9 ; Dufour, 10 ; Boucaut, 18 ; Fouquiau, 15 ; Brémond, 12 ; Foy, 16 1/2 ; Brisset, 18 ; Fabignon, 15 ; Brissot, 12 ; Delval 16 1/2 ; Bruslé, 17 1/2 ; Deséglise, 14 ; Canu, 5 ; Gendron, 17 ; du Castel, 17 1/2 ; Giraud, 14 ; Chambard, 18 ; Gosselin, 15. — *Absents* : MM. Fortin, Dupont (G.).

Anatomie. — Séance du 25 Octobre. — *Les veines saphènes* : MM. Glandin, 12 1/2 ; Godard ; Fiessinger, 18 ; Ferran, 15 ; Douay, 8 ; Duverger, 12 ; Ducros, 7 ; Duclos, 13 ; Delval, 16 ; Cibrie, 7 ; Bijon, 12 ; Dubosc, 15 ; Claquet, 16 ; Bruslé, 16 ; Delarras, 14 ; Allée, 10 ; Brissot, 12 ; Boquet, 11 ; Mathieu, 14. — *Absent* : M. Descusses.

Séance du 28 Octobre. — *Le nerf médian.*

Ecole de médecine de Reims. — Le concours qui devait s'ouvrir le 5 novembre 1902 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est reporté au 5 janvier 1903.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Les prix de la Faculté pour l'année 1901-1902 ont été répartis comme suit :

Prix Godard des jeunes docteurs de la Faculté de Bordeaux : M. J. Abadie.

Prix de la Société des amis de l'Université : Ce prix a été partagé entre MM. Lemaire, Valentino, Castels et Guéré.

Prix des thèses : Médaille d'or, M. Cruchet ; médailles d'argent, MM. Le Couteur, Rocher et Trives ; médailles de bronze, MM. Asselin, Brunet, Detier, Mathis, Ségalen et Vaillant ; mentions honorables, MM. d'Aubert de Peyrelongue, Colon, Dufougeré, Hilairet, Mallet, Del Pellegrino.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — **Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.**

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Grande Librairie Médicale A. MALOINE

Téléphone 810-88 — *23-25, rue de l'École-de-Médecine, PARIS (6e)* — Adresse télégraphique : **Maloine-Paris.**

Expédition franco dans le monde entier. — Par poste recommandée, 5 0/0 en plus. — Toute commande doit être accompagnée du montant.
Tous les ouvrages annoncés sont garantis **neufs, complets et de la dernière édition.**

DERNIÈRES NOUVEAUTÉS

MANUEL DE TECHNIQUE CHIRURGICALE des Opérations courantes

Par **G. MARION**
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux
In-8°, 1903, avec 448 fig. : **7** *fr. ; net,* **6** *fr.*

VADE-MECUM des Maladies médico-chirurgicales DU TUBE DIGESTIF

A L'USAGE DES MÉDECINS-PRATICIENS
Par le Dr **Henri FISCHER**
In-18 cartonné, 1903 : **4** *fr. ; net,* **3** *fr.* **50**

Antonacopoulo. Sérothérapie et vaccination antipesteuses, in-18, 1902, 1 fr. 75 net. . . . . 1 fr. 50
Bardet. Formulaire des nouveaux remèdes, 13e éd., 1903, in-18, cart., 4 fr., net. 3 fr. 50
Brouardel. La profession médicale au commencement du XXe siècle, in-18, 1903, 3 fr. 50 net . . . . 3 fr.
Collet. Précis de pathologie interne, 3e édit., corrigée et augmentée avec 182 fig., dont 32 en couleurs 2 vol. in-18 cart., 1903, 16 fr. net. . . . . 14 fr. 50
Collin. Précis de matière médicale contenant : L'origine botanique, la description, la structure anatomique, la composition chimique, les usages, le mode d'emploi et les falsifications des substances officinales d'origine végétale ou animale avec 473 fig., in-8°, 1903, 12 f. net. 10 fr. 50
Combemale. Consultations médico-chirurgicales, 1re s., in-8°, cart., 1902, 6 fr. net. . . . . 5 fr. 25
Deny et **Roy.** La démence précoce, avec 11 fig., in-16 cart, 1903, 1 fr. 50 net 1 fr. 35
Fiaux. La prostitution réglementée et les pouvoirs publics dans les principaux états des Deux-Mondes, in-8°, 1902, 5 fr. net. . . . . 4 fr. 50
Gérard. Précis de manipulations de pharmacie. Essai des médicaments, guide pour les travaux pratiques de pharmacie, in-18, cart. 1902, 6 fr. net. . . 5 fr. 25
Gourdet. Manuel d'anatomie de physiologie et de pathologie élémentaire à l'usage des sages-femmes. in-8°, avec 571 fig. dans le texte et 3 pl. col., 1903, 10 fr. net. 9 fr.
Kovalevsky. Psychopathologie légale, T. I, La psychologie criminelle, in-8°, 1903, 6 fr. net . . . . 5 fr. 25
Laulanié. Eléments de physiologie avec 340 fig., in-8°, cart., 1902, 25 fr. net. 22 fr. 50
Laumonier. Les nouveaux traitements in-18 cart. 1903, 4 fr. net . . . 3 fr. 50
Legrand. Précis de médecine infantile, alimentaire. Prophylaxie des maladies contagieuses, avec 25 fig., in-18, 1903, 4 fr. net . . . . 3 fr. 50
Mauget. Tableaux synoptiques pour l'inspection des viandes, in-16 cart., avec 17 fig., 1 fr. 50, net . . . . . 1 fr. 35
Manquat. Traité élémentaire de thérapeutique de matière médicale et de pharmacologie 5e édit., revue et mise au courant, 2 vol., in-8°, 1903, 24 fr. net 22 fr. Tome 1er seul paru.
Morin. Les troubles nerveux de cause sexuelle, in-32, 1 fr. 50 net. . . 1 fr. 35
Moureu. Notions fondamentales de chimie organique, in-8°, 1902, 7 fr. 50 net 6 fr. 50
Nogué. Formulaire spécial de thérapeutique infantile, 2e édit., préface du Dr Variot, in-18 cart., 1903, 6 fr. net 5 fr. 25
Paulhan. La volonté, in-18, 1903, 4 fr. net. . . . . 3 fr. 50
Pertus. Guide pratique de l'acheteur de chevaux, in-18, avec 78 fig., 1902, 2 fr., net. . . . . 1 fr. 75
Pousson. De l'intervention chirurgicale dans les néphrites médicales, avec 5 fig. et 6 graph., in-8°, 1903, 2 fr. net 1 fr. 75
Sarrazin. Races humaines du Soudan Français. in-8°, avec fig. et une carte de l'Afrique occidentale, 1902 . . . 8 fr.
Vaschide et Vurpas. La logique morbide. I. L'analyse mentale. préface de Th. Ribot, in-18, 1902, 4 fr. net . . . 3 fr. 50
Wisner. Contribution à la prothèse dentaire, in-18, 1900, avec 40 fig. 4 fr. net. . . . . 3 fr. 50

SCIENTIA

Exposé et développement des questions scientifiques à l'ordre du jour.

Chaque volume in-8° cartonné est vendu séparément 2 fr.; net, 1 fr. 75.

Bard. La spécificité cellulaire, 1899.
Le Dantec. La sexualité, 1899.
Frænkel. Les fonctions rénales, 1899.
Bohn. L'évolution du pigment, 1901.
Bordier. Les actions moléculaires dans l'organisme, 1890.
Arthus. La coagulation du sang, 1899.
Mazé. Evolution du carbone et de l'azote, 1899.
Poincaré. La théorie de Maxwell et les oscillations hertziennes, 1899.
Courtade. L'irritabilité dans la série animale, 1900.
Martel. La spéléologie, 1900.
Bonnier. L'orientation, 1900.
Griffon. L'assimilation chlorophyllienne à la structure des plantes, 1900.
Costantin. L'hérédité acquise, ses conséquences, 1901.
Raoult. Cryoscopie, 1901.
Imbert. Mode de fonctionnement économique de l'organisme, 1902.
Mendelssohn. Les phénomènes électriques chez les êtres vivants, 1902.
Levaditi. Le Leucocyte et ses granulations.

LA MÉDECINE EN TABLEAUX SYNOPTIQUES

Tableaux synoptiques de **Pathologie Interne**, par le Dr VILLEROY, in-8 cart., 1899, 5 fr., net. . . . . . . 4 fr. 50
Tableaux synoptiques de **Pathologie externe**, par le Dr VILLEROY, in-8, cart., 1899, 5 fr., net. . . . . . . 4 fr. 50
Tableaux synoptiques de **Thérapeutique descriptive et clinique**, par le Dr Henri DURAND, in-8, cart., 1899, 5 fr., net. 4 fr. 50
Tableaux synoptiques **de médecine opératoire**, par LAVARÈDE, in-8, car., 1900, avec 150 fig., 6 fr. net. . . . 5 fr. 25
Tableaux synoptiques **d'obstétrique à l'usage des étudiants et des praticiens**, par SAULIEU et LEBIEF, in-8, cart., 1900, avec 200 photog. d'après nature et 114 fig., 6 fr., net. . . . . 5 fr. 26
Tableaux synoptiques de **symptomatologie clinique et thérapeutique**, par GAUTIER, in-8, cart., 1900, 5 fr., net. . 4 fr. 50
Tableaux synoptiques de **Diagnostic séméiologique** et différentiel, par le Dr COUTANCE, in-8, cart., 1899, 5 fr., net. . . . . 4 fr. 50
Tableaux synoptiques de **Pathologie générale**, par le Dr COUTANCE, in-8 cart., 1899, 5 fr., net. . . . . . 4 fr. 50
Tableaux synoptiques **d'anatomie descriptive**, tome I. — Os, articulations, muscles et aponévroses, cœur, artères, veines. Vaisseaux et ganglions lymphatiques, par BOUTIGNY, in-8, cart., 1900, 5 fr., net. . . . . 4 fr. 50
Tome II. **Organes des sens, système nerveux, viscères**, in-8, cart., 1900, 5 fr., net. . . . . 4 fr. 50
Tableaux synoptiques **d'hygiène**, par REILLE, in-8 cart., 1900, 5 fr., net. 4 fr. 50
Tableaux synoptiques **d'ananomie topographique et chirurgicale** à l'usage des étudiants et des praticiens, par BOUTIGNY, in-8 avec 117 figures, 1901, 6 fr., net. . . . . 5 fr. 25
Tableaux synoptiques **d'exploration chirurgicale** des organes, par CHAMPEAUX, in-8, 1901, 5 fr. net . . . . 4 fr. 50
Tableaux synoptiques **d'exploration médicale des organes**, par CHAMPEAUX, in-8, cart., 1902, 5 fr., net. . . . . 4 fr. 50
Tableaux synoptiques **de médecine d'urgence**, par DEBUSSIÈRES, in-8, 1902. 5 fr., net. . . . . 4 fr. 50

BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE

publiée sous la direction
de **Dujardin-Beaumetz** et **G. Terrillon**

Chaque volume in-18, relié peau souple, 4 fr. net. 3 fr. 50.

Terrillon. Asepsie, 1 vol., 1899.
Mathieu. Estomac, 1 vol., 1898.
Mathieu. Intestin, 1 vol., 1901.
Auvard. Obstétrique, 1 vol., 1899.
Barth. Organes respiratoires, 1 vol., 1897.
Dreyfus-Brisac. Diabète, 1 vol., 1894.
Oulmont. Névrose, 1 vol., 1901.
Beaumetz. Art de formuler, 1 vol. 1897.
Barie. Cœur, 1 vol., 1898.
Brun et **Morax.** Thérap. oculaire, 1 vol., 1899.
Balzer. Vénériennes, 1 vol., 1897,
Galliard. Foie, 1 vol., 1901.
Thibierge. Peau, 2 vol., 1895.
Le Gendre. Fièvre typhoïde, 1 vol., 1895.
Œttinger. Rhumatisme, 1 vol., 1896.
Picqué. Articulation, 2 vol., 1895.
Auvard. Gynécologie, 1 vol. 1896.
Barth. Tuberculose, 1 vol., 1896.
Chaput. Intestin, 1 vol., 1896.
Lermoyez et **Boulay.** Oreilles, 2 vol., 1901.
Gaucher et **Gallois.** Rein, 2 vol., 1896.
Josias. Thérapeutique infantile, 2 vol., 1896.
Sébileau. Crâne, 1 vol., 1898.

BIBLIOTHÈQUE DE L'ÉTUDIANT (Collection Testut)

In-18 cartonné.

Arnozan. Thérapeutique, 2 vol., 1900, 15 fr., net . . . . 13 fr. 50
Boisson. Législation militaire, 1 vol., 1901, 8 fr., net . . . . 7 fr.
Bordier. Précis de manipulations de physique biologique, 1902, 5 fr., net. 4 fr. 50
Bordier. Physique, 1 vol., 1899, 8 fr., net. 7 fr.
Cassaet. Auscultation, 1 vol., 1899, 9 fr., net . . . . 8 fr.
Collet. Pathologie interne, 2 vol., 1903, 16 fr., net. . . . . 14 fr. 50
Dubreuilh. Dermatologie, 1 vol., 1899, 7 fr., net . . . . 6 fr.
Forgue. Pathologie externe, 2 vol., 1902, 20 fr., net . . . . 18 fr.
Gangolphe. Opérations d'urgence, 1 vol., 1901, 7 fr., net. . . . . 6 fr.
Hédon. Physiologie, 1 vol., 1901, 8 fr., net . . . . 7 fr.
Hugounenq. Chimie, 1 vol., 1897, 8 fr., net . . . . 7 fr.
Lagrange. Ophtalmologie, 1 vol., 1897, 8 fr., net . . . . 7 fr.
Langlois. Hygiène, 1 vol., 1901, 8 fr., net. 7 fr.
Le Dantec. Pathologie exotique, 1 vol., 1900, 10 fr. net . . . . 9 fr.
Piéchaud. Chirurgie infantile, 1 vol., 1900, 9 fr., net . . . . 8 fr.
Pollosson. Médecine opératoire, 1 vol., 1897, 6 fr., net . . . . 5 fr. 25
Pousson. Voies urinaires, 1 vol., 1899, 9 fr., net . . . . 8 fr.
Testut. Précis d'anatomie descriptive, 1 vol., 1901, 8 fr., net. . . . . 7 fr.
Toubert. Chirurgie, 1 vol., 1900, 8 fr., net. 7 fr.
Tourneux. Embryologie, 1 vol., 1898, 7 fr., net . . . . 6 fr.
Vialleton. Technique histologique, 1 vol., 1899, 8 fr., net. . . . . 7 fr.
Weil. Médecine infantile, 1 vol., 1900, 8 fr., net . . . . 7 fr.

LES ACTUALITÉS MÉDICALES

Nouvelle collection de vol. in-16 carré de 100 pages avec fig., cartonnés.
Prix de chaque volume . . . . 1 fr. 50
net. . . . . 1 fr. 35

Barbier et **Ulmann.** La diphtérie, 1899.
Galliard. La grippe, 1898.
Gilles de la Tourette. Les états neurasthéniques, 1900.
Gilles de la Tourette. Les myélites syphilitiques, formes cliniques et traitement, 1899.
Gilles de la Tourette. Traitement de l'épilepsie, 1901.
Emery. Traitement de la syphilis, 1901.
Joanny Roux. Psychologie de l'instinct sexuel, 1899.
Régnier. La radiographie clinique, 1899.
Béclère. Les rayons de Röntgen et le diagnostic de la tuberculose, 1899.
Roque. Les glycosuries non diabétiques, 1899.
Bouffe de Saint-Blaise. Les auto-intoxications de la grossesse, 1899.
Garel. Le rhume des foins, 1899.
Grasset. Diagnostic des maladies de la moelle, siège des lésions, 1901.
Lépine. Le diabète et son traitement, 1899.
Carnot. Les régénérations d'organes, 1899.
Courmont et **Doyon.** Le tétanos : étiologie, pathogénie, diagnostic, pronostic, traitement, 1899.
Terrien. Thérapeutique oculaire, opérations nouvelles, 1899.
Braquehaye. La gastrostomie, avec fig., 1900.
Broca. L'appendicite, formes et traitement avec 8 fig., 1900.
Claude. Cancer et tuberculose, hybridités tuberculo-cancéreuses, avec 3 fig., 1900.
Dor. La fatigue oculaire et le surmenage visuel, 1900.
Grasset. Anatomie clinique des centres nerveux, avec 12 fig., 1902.
Triboulet et **Coyon.** Le rhumatisme articulaire aigu, 1900.
Teissier. Les albuminuries curables, 1900.
Vaschide et **Pieron.** La Psychologie du rêve au point de vue médical, 1902.
Lippmann. Le pneumocoque et les pneumococcies, avec 2 fig., 1900.
Pauchet. Chirurgie des voies biliaires avec 9 fig., 1900.
Béclère. Les rayons de Rœntgen et le diagnostic des affections pulmonaires ou tuberculeuses, 1901.
Régnier. La Mécanothérapie, 1900.
Claude et **Balthazard.** La cryoscopie des urines, 1901.
Béclère. Les rayons de Rœntgen et le diagnostic des affections thoraciques non tuberculeuses, avec 10 fig., 1901.
Grasset. Diagnostic des maladies de l'encéphale, avec 6 fig., 1901.
Plicque. Traitement des névralgies et des névrites, 1901.
Labbé. Le sang (physiologie générale), avec fig., 1902.
Apert. Les enfants retardataires. Arrêts de la croissance et troubles du développement, avec 7 fig., 1902.
Régnier. Radiothérapie et photothérapie, avec 10 fig., 1902.
Enriquez et **Sicard.** Les oxydations de l'organisme, oxydases, 1902.
Gastou. Maladies du cuir chevelu, avec phot., 1902.
Soupault. Dilatations de l'estomac, avec fig., 1902.
Deny et **Roy.** La démence précoce avec fig., 1903.

ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE DES AIDE-MÉMOIRE

publiée sous la direction de **M. Léauté.**

Chaque volume petit in-8° est vendu séparément. Broché, 2 fr. 50, net 2 fr. 25.

Alquier. Analyse immédiate des aliments végétaux du bétail, avec fig.
Alquier. Analyse alimentaire des substances végétales.
Bauby. L'occlusion intestinale.
Bazy. Maladies des voies urinaires, 4 volumes.
Beauregard. Le microscope, ses applications.
Bergé. Guide de l'Etudiant à l'hôpital. Examens cliniques. Autopsies.
Bergonié. Physique du physiologiste et de l'étudiant en médecine. Actions moléculaires, acoustique. Electricité.
Berthelot. Production de la chaleur chez les êtres vivants. 2 volumes.
Bodin. Les Champignons parasites de l'homme.
Bonnier. L'oreille. 5 volumes.
Brault. Les artérites. 2 vol.
Broca. Traitement des tumeurs blanches (ostéoarthrites tuberculeuses des membres) chez l'enfant.
Brocq et **Jacquet.** Précis élémentaire de dermatologie, 5 volumes.
Brun. Maladies des pays chauds. 2 volumes.
Castex. Hygiène de la voix parlée et chantée.
Charrin. Les poisons de l'organisme. 3 vol.
Chatin. Aide-mémoire d'anatomie comparée. 4 vol.
Collet. Les troubles auditifs dans les maladies nerveuses.
Collet. Notions de laryngoscopie utiles au médecin.
Cornevin. De la production du lait.
Delobel et **Cozette.** Vaccine et vaccination.
Critzmann. Le cancer. La goutte.
Cuénot. L'influence du milieu sur les animaux.
Dallemagne. Etudes sur la criminalité. 3 vol.
Dallemagne. I. Physiologie de la volonté. II. Pathologie de la volonté.
Dallemagne. La volonté dans ses rapports avec la responsabilité légale.
Demelin. Anatomie obstétricale.
Dubreuilh et **Beille.** Les parasites animaux de la peau humaine.
Du Cazal et **Catrin.** Médecine légale militaire.
Ehlers. L'ergotisme.
Etard. Les nouvelles théories chimiques.
Faisans. Maladies des organes respiratoires. Méthodes d'exploration, signes physiques.
Féré. Epilepsie.
Romme. L'alcoolisme et la lutte contre l'alcool en France.
Romme. La lutte sociale contre la tuberculose.
Séglas. Le délire des négations.
Sicard. Le liquide céphalo-rachidien.
Sidersky. Polarisation et saccharimétrie.
Trouessart. Les parasites des habitations humaines et des denrées alimentaires ou commerciales.
Trousseau. Ophtalmologie. Hygiène de l'œil.
Vaschide et **Vurpas.** Psychologie du délire dans les troubles psychopathiques.
Vouzelle. La syphilis, chancre et syphilis secondaire.
Vouzelle. La syphilis tertiaire et hérédo-syphilis.
Weill-Mantou. Manuel du médecin d'assurances sur la vie.
Weiss. Technique d'électrophysiologie.
Wurtz. Technique bactériologique.

N. B. — On trouvera beaucoup d'autres ouvrages annoncés en consultant les nos 17, 25, 41 et 77 de 1902.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 88. — Samedi, 1er Novembre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

LA CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE

Berlin, 22-26 Octobre 1902.

La Conférence internationale qui vient d'être réunie à Berlin du 22 au 26 Octobre marquera une date importante dans l'histoire de la lutte contre la tuberculose. Par l'institution d'un Bureau central, les efforts faits individuellement par les diverses institutions dans chaque pays vont dorénavant se solidariser et l'aide qu'elles se donneront ainsi les unes aux autres ne peut manquer d'accroître le champ d'action de chacune d'elles. Déjà, d'ailleurs, le succès de la première réunion prouve d'une façon frappante l'opportunité autant que l'utilité de l'œuvre nouvelle.

Nombreux sont nos lecteurs qui s'intéressent au problème de la lutte contre la tuberculose; il m'a donc paru utile de leur exposer brièvement l'origine du Bureau central international et de montrer quelle a été la première étape de son fonctionnement.

*
* *

Lors du Congrès de Berlin, en 1899, avait été créé un Comité central allemand pour la lutte contre la tuberculose. Ce Comité, placé sous la présidence de l'impératrice Augusta, déjà présidente de la Croix-Rouge, avait pour but de donner une orientation méthodique à la lutte anti-tuberculeuse, de guider les diverses œuvres fonctionnant déjà ou en projet telles que sanatoriums, maisons de convalescence, polycliniques, cures d'air et de repos, etc., à l'organisation desquelles s'employaient surtout les Assurances, la Croix-Rouge et nombre de fondations particulières.

C'est ce Comité qui, après le vote au Congrès de Londres de la création d'un organisme international, prit l'initiative de constituer le Bureau central international; à cet effet, il désigna une Commission chargée de préparer un programme et de réunir une première conférence au cours de laquelle l'organisation et le mode de fonctionnement du Bureau central seraient formulés.

Le Comité était composé du Directeur des affaires médicales au Ministère de l'Instruction publique et des Cultes, M. Altoff, des Professeurs B. Fränkel, von Leyden, Geerhardt (aujourd'hui décédé) et Pannwitz, secrétaire général. Ce dernier, dont on a pu apprécier le dévouement, l'esprit d'initiative et l'affabilité, fut la cheville ouvrière de ce Comité; il est d'ailleurs un exemple frappant de la façon dont les Allemands savent utiliser les hommes lorsqu'ils ont jugé de leur valeur et sa carrière comporte un enseignement dont on ferait bien de s'inspirer en France.

M. Pannwitz était simple médecin militaire en garnison à Strasbourg, lorsqu'il fit un travail sur l'utilisation de la Croix-Rouge en temps de paix : cet opuscule fut remarqué par le gouverneur d'Alsace-Lorraine, prince de Hohenlohe, qui manda auprès de lui le jeune médecin. Envoyé à Berlin, il fut de suite attaché à la Croix-Rouge dont il devenait bientôt secrétaire-général; peu après, désigné comme secrétaire général du Congrès de Berlin et du Comité central allemand, il joint maintenant à ces fonctions celle de secrétaire général du Comité international. Entre

temps, il était nommé professeur; tous les honneurs dus à son mérite lui étaient accordés; des appointements lui étaient attribués en rapport avec ses fonctions, pour l'exercice desquelles tout le personnel nécessaire lui était adjoint.

Ce qu'il a pu faire, ayant ainsi toute autorité en mains et toute liberté d'action, ceux qui ont assisté à la Conférence ont pu en juger par l'ordre et la méthode avec lesquelles il avait su tout préparer et organiser.

* * *

Nous avons, de Berlin, informé nos lecteurs par un télégramme de l'ouverture de la Conférence, en signalant l'accueil particulièrement sympathique fait par les organisateurs du Comité central à la délégation française et aux médecins qui l'accompagnaient; cet article était dû certainement au rôle prépondérant joué en France par ces délégués, Brouardel, Landouzy, Calmette, Léon Petit, Letulle, Nocard, Sersiron, dans la lutte contre la tuberculose au point de vue social.

Il faut remarquer, en effet, que le but de la Conférence était bien plus de traiter le côté social de la question que le côté scientifique, celui-ci étant plutôt du domaine des Congrès. Aussi bien, est-ce sous la présidence du Ministre de l'Intérieur, vice-chancelier de l'Empire, comte de Posadowsky-Wehner que la Conférence s'est ouverte, présidence qu'après les discours de bienvenue il déléguait pour la partie technique au professeur Brouardel.

La prophylaxie générale de la tuberculose a été l'objet des principales communications. Après une revue générale de la lutte contre la tuberculose faite par le professeur président Fränkel et par le secrétaire général Pannwitz, chaque président des délégations est venu faire un rapport spécial sur les efforts tentés et les résultats obtenus dans le pays qu'il représentait. Puis sont venues les questions : de l'éducation antituberculeuse et des moyens de la répandre; de la déclaration obligatoire de la tuberculose; des ateliers, logements et locaux à air confiné; des polycliniques et dispensaires. Vint ensuite la question capitale des différentes espèces d'hospitalisation. Enfin une séance entière fut consacrée à la tuberculose humaine et à la tuberculose animale.

Les principales des communications relatives à ces divers sujets seront analysées dans un article spécial; je n'insiste pas, ayant hâte de signaler l'organisation typique d'un véritable Musée de la Tuberculose.

* * *

Le palais du Landtag avait été mis, par le Gouvernement, à la disposition du Comité d'organisation. C'est dans la salle des séances que se faisaient les communications; dans les vastes couloirs et dans les salons qui entourent cette salle était l'Exposition, répartie dans un local admirablement approprié, véritable leçon de choses mise à la portée des membres de la Conférence.

Le Musée était divisé en neuf sections, ayant chacune d'elles à leur tête un directeur spécial choisi parmi les techniciens les plus qualifiés. On y retrouvait, pour la mise en valeur des procédés employés en Allemagne, dans la lutte contre la tuberculose, l'ordre et la méthode qui président à toute organisation allemande.

Dans cet ordre d'idées certaines sections, *scientifiques*, comprenaient tout ce qui peut servir à l'étude de la tuberculose : publications diverses, graphiques, moulages, photographies, préparations anatomiques, etc.; d'autres sections *économiques* comprenaient tout l'outillage antituberculeux, toute l'instrumentation nécessaire, chaque fabricant ayant là ses représentants, parlant français pour la plupart, se mettant à la disposition des visiteurs pour leur donner tous les renseignements nécessaires, distribuant à l'appui nombre de brochures explicatives.

J'insiste sur cette organisation bien caractéristique de l'esprit pratique et utilitaire allemand, dont il y aurait lieu de nous inspirer lors du Congrès de a Tuberculose de 1904, à Paris.

* * *

Le 26 Octobre au matin a eu lieu la séance du conseil particulier dans laquelle les statuts définitifs du Comité central ont été adoptés; en voici les grandes lignes.

Le Bureau central international pour la lutte contre la tuberculose a pour mission de faciliter les efforts tentés par les différentes nations pour lutter avantageusement contre la tuberculose et cela : 1° par la centralisation continue de toutes nouvelles concernant la lutte entamée par les différentes nations; 2° par la centralisation de tous documents et matériaux intéressant ce domaine; 3° en répondant à toute demande de renseignements émanant d'une personne qualifiée; 4° par des requêtes aux autorités compétentes; 5° par tous autres encouragements à la lutte générale, tout particulièrement par la facilitation des recherches, par la publication d'écrits populaires, par l'organisation de conférences et de réunions; 6° par la publication d'un périodique, servi gratuitement à tous les membres, rendant compte des travaux du Bureau central et traitant de toutes questions intéressant la lutte internationale.

Le siège désigné du Bureau central international est Berlin. Son fonctionnement est assuré par un *Comité administrateur* comprenant six membres dont un président; il est actuellement composé de MM. Altorf, président, Fränkel, Calmette, Rœrdam, Chyser, Raw, membres; Pannwitz secrétaire général, auquel est dévolu l'expédition des affaires courantes; à ce comité sont adjoints des auxiliaires étrangers résidant dans leurs pays d'origine et devant se rendre à Berlin toutes les fois qu'il y seront appelés pour les nécessités du service : M. Sersiron a été désigné pour la France.

Les membres, honoraires, ordinaires et correspondants composent le *Grand Conseil* du Bureau central; ce grand Conseil n'étant autre chose que la réunion en assemblée générale, comme celle qui vient d'avoir lieu, de tous les membres adhérents au Bureau central. Le grand Conseil se réunit tous les deux ans, autant que possible, en concordance avec un Congrès scientifique.

Parmi les membres est constitué un *Conseil particulier* qui se réunira à Berlin au printemps de chaque année, et dont font partie les membres ordinaires, chaque pays étant représenté par deux membres, et tout pays comprenant plus de 10 millions d'habitants déléguant un membre de plus par fractions de 5 millions sans que le nombre total puisse dépasser cinq. Les membres français sont : MM. Brouardel, Landouzy, Calmette, Léon Petit et Sersiron. Ce Conseil prescrit toutes les mesures qu'il croit propres à la réalisation du but poursuivi; c'est à lui qu'est présenté le compte-rendu des actes du Comité administrateur; c'est à lui qu'incombe le soin de procéder aux présentations pour les élections, et de préparer, s'il y a lieu, les modifications aux statuts.

Les membres correspondants sont élus par le Conseil particulier, les membres honoraires par le grand Conseil en Assemblée générale sur la proposition du Conseil particulier. Pour la France, nous citerons comme membres *honoraires* ayant les mêmes droits que les membres ordinaires, MM. d'Aremberg, Arloing, Lannelongue, Letulle, Nocard, Sabran, Monod, etc.

Pour assurer le fonctionnement du Bureau central, les fonds nécessaires seront avancés par le « Comité central allemand pour l'établissement de sanatoria pour tuberculeux », jusqu'à ce que le Bureau dispose lui-même de ressources suffisantes.

Tel sera dans ses grandes lignes le Bureau central international, dont l'action peut être puissante si son fonctionnement est assuré suivant les principes qui ont présidé à son organisation.

A 1 heure de l'après-midi, le 26 Octobre, avait lieu la séance de clôture de la Conférence présidée comme la séance d'ouverture par le Vice-chancelier impérial : séance officielle classique, félicitations réciproques du succès obtenu, remerciements adressés par M. Brouardel au nom des représentants étrangers, en sa qualité de président d'honneur du Bureau international.

Au cours de la Conférence, des visites intéressantes ont été faites à l'hôpital de la Charité, à l'Institut Koch, au sanatorium de Belzig et aux somptueuses installations de l'Institution des assurances sociales de Berlin à Beelitz. Cette fondation de Beelitz dépasse tout ce que l'on peut imaginer; elle aura et a déjà une énorme portée économique et sociale, symbolisant en quelque sorte la puissance colossale des Caisses d'assurances allemandes; je lui consacrerai incessamment une étude spéciale.

E. De Lavarenne.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement médical de la péritonite tuberculeuse.

M. Comby, dans le dernier numéro des *Archives de médecine des enfants*, étudie le traitement médical de la péritonite tuberculeuse. Il montre que nombre de cas de cette affection guérissent sans intervention chirurgicale.

Comment faut-il conduire ce traitement médical de la péritonite tuberculeuse?

En premier lieu, le repos absolu au lit est indispensable : l'enfant doit rester couché pendant plusieurs semaines, plusieurs mois si cela est nécessaire. Ce repos horizontal favorisera la résorption de l'épanchement, évitera les pertes de forces, épargnera les dépenses organiques.

Le repos n'exclut pas la cure d'air et de soleil. Les fenêtres de la pièce habitée par le malade devront être toujours ouvertes. On mettra l'enfant de préférence dans les pièces exposées au sud. Dans la belle saison, l'enfant pourra faire sa cure d'air dehors, sur un lit portatif ou sur une voiturette spéciale. Toutes les fois qu'il sera possible, il sera envoyé au bord de la mer ou simplement à la campagne.

En même temps, on alimentera le malade aussi bien que le permettra son appétit. On donnera le lait, les œufs, les purées de légumes, la viande, la viande crue ou le suc de viande crue.

L'hygiène seule peut faire tous les frais de la thérapeutique médicale. Cependant on pourra employer, suivant les indications et la tolérance, l'huile de foie de morue pure ou créosotée, le glycérophosphate de chaux, la lécithine, les lavements d'huile créosotée, les badigeonnages iodés de l'abdomen, le collodion, la compression du ventre, les frictions au savon noir, etc...

Tout cela n'est qu'accessoire. Ce qui prime tout, c'est de mettre l'enfant dans de bonnes conditions hygiéniques, c'est de ne pas contrarier la régression naturelle des produits tuberculeux, leur transformation fibreuse, leur résorption.

PATHOGÉNIE DE LA GRENOUILLETTE SUBLINGUALE COMMUNE

Par B. CUNÉO et Victor VEAU

En mai 1902, Imbert et Jeanbrau [1] publiaient un mémoire dans lequel ils émettaient l'idée que la grenouillette sublinguale commune se développe aux dépens de débris embryonnaires, sans préciser toutefois l'origine et le siège de ces débris. Nos recherches nous paraissent confirmer cette théorie et nous permettent en même temps de combler la lacune du travail de Imbert et Jeanbrau. *La grenouillette sublinguale commune est un kyste mucoïde du plancher de la bouche se développant aux dépens du sillon paralingual externe (sillon externe du plancher de la bouche.)*

Hâtons-nous d'ailleurs d'ajouter qu'il n'entre point dans notre pensée d'assigner cette origine à toutes les tumeurs liquides de la région sublinguale encore englobées à l'heure actuelle sous la dénomination de grenouillette. Nous estimons cependant que cette pathogénie s'applique à la grande majorité des cas.

* * *

Avant de résumer les multiples théories émises sur l'origine de la grenouillette sublinguale, il importe d'indiquer brièvement les *caractères anatomiques et histologiques* de celle-ci. Ce sont là, en effet, les données positives sur lesquelles doit être basée la discussion pathogénique.

Au point de vue macroscopique, la grenouillette sublinguale commune se présente sous forme d'une poche kystique à parois minces, presque toujours *uniloculaire*, contenant un liquide clair, muqueux, parfois hématique, ne présentant pas les caractères chimiques de la salive. Cette poche, immédiatement sous-jacente à la muqueuse buccale qu'elle soulève, repose sur le mylo-hyoïdien. Ses connexions avec la glande sublinguale sont variables. En général, cette glande, repoussée en bas et en dehors, est étalée au niveau du pôle inférieur de la poche. Le canal de Warthon est placé en dedans ; il est toujours indemne (fig. 1).

La paroi est formée par un épithélium reposant sur une enveloppe conjonctive. L'*épithélium* est remarquable par son *polymorphisme* et sa *fragilité*. Il est parfois formé par une seule couche de cellules cylindriques (Robin [2]). Dans d'autres cas, il est polyédrique stratifié (Bazy [3], Mériot et Dugastel) ; il est parfois formé de cellules à cils vibratiles (Recklinghausen, von Hippel, Sultan, etc.). Mais, dans la grande majorité des cas, l'épithélium est formé par plusieurs couches de cellules polyédriques ou arrondies dont le protoplasma subit la dégénérescence muqueuse (Suzanne, v. Hippel). Cet épithélium avec dégénérescence muqueuse constitue la forme typique du revêtement épithélial de la grenouillette sublinguale commune. Nous en reproduisons un exemple des plus nets (fig. 2). Cet épithélium présente une fragilité considérable. Parfois on n'en retrouve aucune trace (Mintz, Imbert et Jeanbrau). Cette fragilité nous paraît tenir à ces phénomènes de dégénérescence muqueuse. On ne trouve jamais de membrane basale au-dessous de cet épithélium. — *L'assise conjonctive* présente un aspect variable. Dans certains cas, elle est formée par du tissu conjonctif adulte et se distingue alors très nettement du revêtement épithélial. Dans d'autres cas, au contraire, cette assise est constituée par un tissu conjonctif embryonnaire. Cette dernière disposition est assez fréquente pour que quelques auteurs l'aient regardée comme un des points essentiels de la structure de la grenouillette sublinguale ; dans ce cas, il peut être malaisé de préciser les limites de cette assise d'avec celles de l'épithélium. Plusieurs auteurs ont insisté avec raison sur la difficulté qu'il y a parfois à séparer ces deux couches.

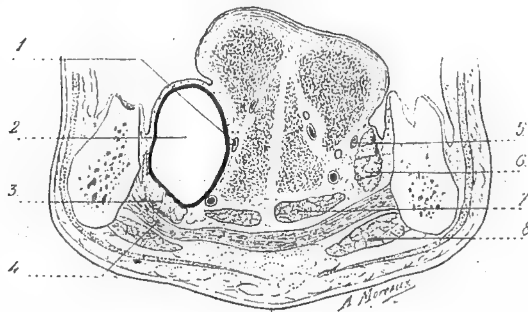


Figure 1. — Coupe frontale du plancher de la bouche montrant la situation et les rapports de la grenouillette sublinguale commune.

1, canal de Warthon ; 2, grenouillette ; 3, glande sublinguale ; 4, muscle mylo-hyoïdien ; 5, canal de Warthon ; 6, glande sublinguale ; 7, muscle génio-hyoïdien ; 8, muscle digastrique.

* * *

Les hypothèses les plus diverses ont été émises sur la PATHOGÉNIE de la grenouillette sublinguale. Nous les résumerons sommairement ici, renvoyant pour de plus amples détails au mémoire très documenté d'Imbert et Jeanbrau.

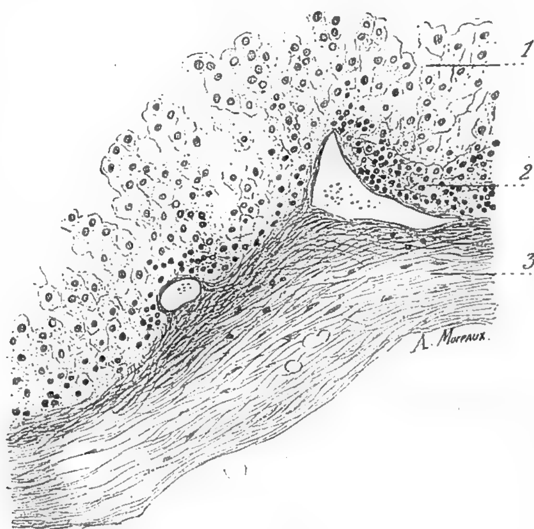


Figure 2. — Paroi d'une grenouillette sublinguale.

Cette grenouillette, extirpée par l'un de nous chez une jeune fille de seize ans, ne datait que de deux mois, et n'avait subi aucun traitement susceptible de déterminer des altérations de la paroi. Celle-ci est formée de deux couches : l'une interne, épithéliale (1), comprenant quatre à huit assises d'éléments de forme polyédrique ou arrondie présentant des signes de dégénérescence muqueuse. Ces cellules reposent sur une assise de tissu conjonctif adulte (3). De nombreux éléments lymphoïdes (2) sont placés dans la partie superficielle de cette assise et infiltrent même l'épithélium. En d'autres points de la coupe, l'assise sous-épithéliale était formée par du tissu conjonctif nettement embryonnaire.

* * *

On a longtemps regardé la grenouillette comme une ectasie du canal de Warthon (Jobert de Lamballe, Denonvilliers, Gosselin). Mais il est facile de s'assurer par le cathétérisme que ce conduit est absolument indépendant de la poche kystique [1].

Nous ne signalerons également qu'à titre de simple indication la théorie qui place l'origine de la grenouillette dans l'hypothétique bourse séreuse de Fleischmann.

Recklinghausen [2], et, après lui, Sonnenburg, Cornil et Ranvier, admettent que la grenouillette commune se développe dans les glandes de Nuhn-Blandin. Étant donné le siège de la grenouillette, cette théorie est absolument insoutenable ; et, malgré la faveur dont elle a joui pendant quelque temps, nous croyons inutile de la discuter ici.

La théorie de Recklinghausen ne rencontre d'ailleurs plus aujourd'hui beaucoup d'adeptes. Par contre, la grande majorité des auteurs s'accorde à regarder la glande sublinguale comme le point de départ de la grenouillette. En revanche, le désaccord commence lorsqu'il s'agit de préciser la nature du processus qui aboutit à la formation de la cavité kystique.

Suzanne [3] invoque une inflammation chronique de la glande sublinguale, inflammation qui provoquerait une *dégénérescence muqueuse des acini de cette glande*. « ... La glande sublinguale devient le siège d'une irritation chronique et est envahie par une sclérose très intense. Cette exagération du tissu fibreux amène d'abord la compression, puis l'atrophie des éléments glandulaires qui, perdant ainsi tous leurs caractères anatomo-physiologiques normaux, dégénèrent et subissent l'altération muqueuse. » Cette dégénérescence s'étend au tissu conjonctif et, par l'extension progressive du processus, il se forme une grande cavité remplie de substance muqueuse.

Ce processus de sclérose, provoquant la dégénérescence muqueuse de la sublinguale, est quelque peu singulier ; il ne s'accorde guère avec les données que nous possédons sur l'inflammation chronique des glandes en général et des glandes salivaires en particulier. Les faits sont d'ailleurs en contradiction formelle avec la théorie de Suzanne. Il est, en effet, fréquent de noter l'intégrité absolue de la glande sublinguale ou tout au moins l'absence de lésions pouvant faire songer à la fonte muqueuse totale invoquée par Suzanne. Lorsqu'il existe des lésions des acini voisins, ces lésions doivent être regardées comme secondaires à la compression des éléments glandulaires par la tumeur. Faut-il ajouter que jamais personne n'a vu un de ces acini périkystiques plus ou moins altérés s'ouvrir dans la cavité centrale et contribuer ainsi à son extension ?

V. Hippel [4], dont la théorie a été développée et

1. IMBERT et JEANBRAU. — « Pathogénie des grenouillettes ». *Rev. de chir.*, 1901, Août, p. 130.
2. CH. ROBIN. — « Note sur la structure de la membrane des kystes sublinguaux appelés grenouillettes ». *Soc. de biol.*, 1857, p. 207.
3. BAZY. — « Anatomie et physiologie de la grenouillette ». *Progrès médical*, 1883, p. 735.

1. Nous ne parlerions pas ici de la théorie de Neumann si nous ne la voyions décrite et discutée dans les ouvrages qui étudient la grenouillette.

Neumann, en 1876, observa un kyste de la base de la langue. La paroi interne était tapissée par une couche de cellules à cils vibratiles. Il eut le tort d'étiqueter sa tumeur « grenouillette de la base de la langue ». Il lui assigna naturellement comme point de départ le canal de Bochdaleck. Depuis lors, de nombreux auteurs, s'en tenant à la lettre de la communication de Neumann, lui ont fait soutenir l'origine thyroïdienne de la grenouillette. Rendons justice à Neumann qui, un des premiers, décrivit les goitres linguaux, mais ne lui attribuons pas une opinion qu'il n'eut jamais. Nous devons simplement regretter qu'il ait employé le mot grenouillette dans un sens qui ne lui convient pas.

2. RECKLINGHAUSEN. — *Virchow's Archiv*, 1881, T. LXXXIV, p. 425.
3. SUZANNE. — « Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche avec étude anatomique et pathogénique de la grenouillette sublinguale commune ». *Thèse*, Bordeaux, 1886-1887, n° 109.
4. V. HIPPEL. — « Ueber Bau und Wesen der Ranula ». *Arch. Langenbeck*, 1897, p. 1.

défendue par Mintz[1] admet, comme Suzanne, l'existance d'une sclérose de la glande sublinguale. Cette sclérose déterminerait une *oblitération des conduits excréteurs* et la formation de kystes par rétention. Le siège initial de la lésion serait non pas dans les culs-de-sacs glandulaires, comme le pensait Suzanne, mais dans les conduits excréteurs. A cette théorie, comme à celle de Suzanne, on peut opposer la contingence des lésions des conduits excréteurs voisins et l'absence de toute connexion entre ces conduits et la grande cavité kystique.

Reprenant une comparaison qu'avait déjà incidemment employée Suzanne, Montade[2] rapproche la grenouillette des kystes de l'ovaire et en fait un cysto-épithélioma de la glande sublinguale. Que cette glande puisse présenter des épithéliomas kystiques, la chose est possible et même vraisemblable, mais il faut convenir que la grenouillette commune ne présente point les caractères que l'on s'accorde généralement à donner aux cysto-épithéliomas. La bilatéralité fréquente de ces derniers, l'existence, autour de la poche principale, de nombreux kystes histologiquement identiques, quoique moins volumineux, l'évolution possible vers la malignité, voilà autant de caractères qui séparent les épithéliomas kystiques de la grenouillette sublinguale commune. Enfin cette théorie, pas plus d'ailleurs que les précédentes, ne saurait expliquer ce fait singulier que la grenouillette siège presque exclusivement au niveau de la glande sublinguale et qu'on ne rencontre point de formations *identiques* au niveau de la parotide ou tout au moins de la sous-maxillaire dont la structure est sensiblement la même que celle de la sublinguale.

* * *

Frappés de l'insuffisance des théories précédentes, Imbert et Jeanbrau (1901) formulèrent une nouvelle hypothèse et admirent l'ORIGINE CONGÉNITALE de la grenouillette. Mais ils s'en tinrent à cette formule un peu vague et ne cherchèrent point à préciser quels étaient les éléments aux dépens desquels pouvait se former la cavité kystique. Cependant, en ce qui concerne une variété spéciale, la grenouillette à cils vibratiles, ils émirent l'idée que celle-ci se développe aux dépens d'un diverticule du canal de Bochdaleck.

Lorsqu'on examine une coupe frontale de l'extrémité céphalique d'un embryon de 30 à 36 millimètres, on voit que le plancher de la bouche est creusé de deux sillons, l'un externe, l'autre interne, tous deux parallèles à la mâchoire inférieure. Ces sillons ont une existence transitoire; ils disparaissent par coalescence de leurs deux lèvres. Mais leur disparition n'est pas complète. Le fond du sillon interne persiste et forme le canal de Warthon. De même l'accolement des deux lèvres du sillon externe ménage une série de cryptes qui sont l'origine des évaginations qui formeront la glande sublinguale. *Nous pensons que la grenouillette se développe aux dépens de débris épithéliaux qui restent inclus dans la profondeur lors de la fermeture du sillon externe.* La formation de la grenouillette rentrerait ainsi dans la formule pathogénique générale de la plupart des kystes dermoïdes et mucoïdes. Cette manière de voir nous paraît trouver une entière confirmation dans l'étude 1) des connexions, 2) de l'évolution et 3) de la structure de la grenouillette sublinguale commune.

1° Il suffit de comparer les figures 1 et 3 pour voir qu'un kyste développé aux dépens des restes du sillon paralingual externe aura précisément les *rapports* que présente généralement la grenouillette commune. Il soulèvera le plancher de la bouche, refoulera en dedans le canal de Warthon et le nerf lingual, repoussera en bas la glande sublinguale. Il est vrai que l'on admet souvent que le kyste se développe au centre même de la glande et la refoule excentriquement. Ce qui semble donner quelque appui à cette opinion, c'est que l'on trouve des acini entre la paroi kystique et la muqueuse buccale. Remarquons tout d'abord, à ce sujet, qu'il est parfaitement admissible que les culs-de-sac glandulaires, entraînent, en se développant, les débris épithéliaux qui leur sont adjacents; le kyste pourra donc être franchement intra-glandulaire. Mais il resterait à démontrer que les acini compris entre la tumeur et la muqueuse appartiennent bien à la sublinguale. En réalité, il n'en est rien : ce sont simplement les glandes annexées à la muqueuse buccale. Il est assez piquant, à ce propos, de constater qu'on a souvent invoqué les lésions de ce groupe d'acini pour étayer la théorie de l'origine de la grenouillette aux dépens de la glande sublinguale.

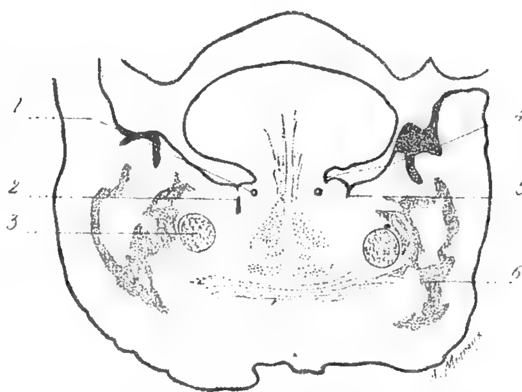


Figure 3. — Coupe frontale du plancher de la bouche d'un embryon humain de 36 millimètres.

1, canal de Warthon; 2, glande sublinguale; 3, cartilage de Meckel; 4, sillon paralingual interne; 5, sillon paralingual externe; 6, maxillaire inférieur.

2° L'*évolution* de la grenouillette commune rappelle en tous points celle d'un kyste mucoïde. Son apparition habituelle chez des sujets jeunes, sa marche lente, sa bénignité constante, tout cela cadre bien avec l'hypothèse que nous formulons. Quant aux récidives qui, d'après les auteurs, auraient été notées après l'extirpation des grenouillettes, elles sont dues à l'extirpation incomplète de la poche, et non à la continuation du processus dans la glande restée en place.

3° Mais c'est surtout l'*étude histologique* de la grenouillette qui nous fournit les arguments les plus décisifs en faveur de la théorie de l'origine embryonnaire. Il nous suffira, en effet, de rappeler sommairement l'évolution histogénique de la muqueuse du plancher de la bouche pour voir que la paroi des grenouillettes présente tous les caractères de cette muqueuse à l'un des stades initiaux de son évolution.

On sait que le plancher de la bouche appartient embryologiquement à l'intestin céphalique ou aditus anterior. Or, pendant le premier mois de la vie intra-utérine, l'intestin céphalique est tapissé par des cellules endodermiques disposées en un seul plan. A la fin du premier mois, ces éléments se multiplient et le revêtement prend les caractères d'un épithélium polyédrique stratifié embryonnaire. Au cours du deuxième mois, cet épithélium présente des phénomènes de dégénérescence muqueuse, analogues à ceux notés par Laguesse[1] pour l'épithélium des voies respiratoires, mais moins marqués qu'au niveau de ces dernières[2]. Pendant le troisième mois, les cellules superficielles deviennent prismatiques et se couvrent de cils vibratiles (Tourneux). A la fin du même mois, ces cellules à cils vibratiles disparaissent progressivement et sont remplacées par des cellules pavimenteuses qui s'insinuent au-dessous des éléments ciliés. En même temps, se différencie la couche basilaire. L'épithélium prend ainsi les caractères qu'il présentera à l'état adulte, mais, jusqu'à la naissance, on observe, par places, des cellules ciliées.

Il suffit de comparer cette évolution histologique de la muqueuse du plancher de la bouche à la description que nous avons donnée plus haut de l'épithélium des grenouillettes pour voir que celui-ci a tous les caractères du revêtement épithélial du plancher de la bouche aux périodes initiales de son évolution : épithélium à une seule couche, épithélium polystratifié avec dégénérescence muqueuse, épithélium à cils vibratiles. La variété la plus fréquente est l'épithélium avec dégénérescence muqueuse, mais la plus intéressante est la variété à cils vibratiles. Son interprétation semble, en effet, avoir embarrassé singulièrement les auteurs. Recklinghausen renonce à expliquer cette variété. Imbert et Jeanbrau invoquent l'intervention bien problématique d'un diverticule du canal de Bochdaleck. Combien il est plus simple et plus vraisemblable d'admettre que, comme les autres variétés, la grenouillette à cils vibratiles dérive de l'inclusion de l'épithélium du plancher, puisque celui-ci est cilié à un stade donné de son développement.

S'il était utile de multiplier encore les arguments, nous pourrions insister sur les nombreuses ressemblances que présentent les grenouillettes avec les kystes mucoïdes du cou, ressemblances qui ont frappé Imbert et Jeanbrau et v. Hippel : mêmes caractères de l'épithélium, même fragilité de celui-ci (Pilliet), présence fréquente d'une couche embryonnaire au-dessous du revêtement épithélial (Kostanecki et Mielecki), etc.

* * *

Ces considérations pathogéniques peuvent présenter quelque intérêt au point de vue du *traitement* de la grenouillette. Si l'on admet avec Bazy, Suzanne, v. Hippel, que la grenouillette est la conséquence d'un processus patho-

1. MINTZ. — « Glandula sublingualis et Ranula ». *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1899, T. VI, p. 185.

2. MONTADE. — « Contribution à l'étude anatomo-pathologique, pathogénique et clinique de la grenouillette sublinguale ». *Thèse*, Paris, 1900, n° 916.

1. LAGUESSE. — « Recherches sur le développement embryonnaire, etc. ». *Thèse*, Paris, 1885.

2. « ..... Cet épithélium subit une transformation caractérisée, au premier coup d'œil, par l'aspect clair des cellules, et, si l'on y regarde de plus près, par l'apparition, au sein de leur protoplasma, de larges vacuoles remplies d'un liquide muqueux transparent. Un grand nombre de ces éléments, dans lesquels le corps cellulaire a disparu en entier et le noyau s'est atrophié, sont repoussés au-dessus de la surface où ils prennent la forme sphérique » (Laguesse, p. 93). Cette description s'applique à l'épithélium des fosses nasales, mais, comme le fait remarquer Laguesse, « sur la surface du pharynx [et par conséquent du plancher de la bouche], l'épithélium subit la transformation muqueuse, mais la structure est loin d'être aussi régulière que dans les fosses nasales » (p. 78).

logique portant sur les acini glandulaires, et que les récidives tiennent à la continuation de ce processus, il devient logique de préconiser l'ablation totale de la glande. C'est ce que fait v. Hippel, qui propose l'extirpation de la glande sublinguale par la voie sus-hyoïdienne.

Si, au contraire, on admet que la grenouillette récidive comme tout kyste mucoïde ou dermoïde incomplètement extirpé, il suffit, pour se mettre à l'abri de toute récidive, d'obtenir la suppression complète de la poche. Il est intéressant de remarquer, à ce propos, que les récidives se montrent plutôt après les extirpations incomplètes qu'après la destruction de l'épithélium par les injections caustiques. Or peut-on admettre que ces dernières arrêtent le processus de sclérose de la glande? Il serait beaucoup plus rationnel de penser le contraire. Est-ce à dire que nous préconisions ces injections? Certes non. Nous croyons, en effet, que le procédé le plus simple, et par conséquent le meilleur, est l'extirpation de la poche par la voie buccale; et, tout en reconnaissant que cette extirpation offre quelque difficulté, nous estimons qu'on peut cependant la mener à bien dans la majorité des cas. Quant à la glande sublinguale, il n'y a pas à s'en préoccuper.

*
* *

L'origine congénitale de la grenouillette sublinguale est un exemple de plus de l'importance des restes des fentes embryonnaires dans la genèse des néoplasmes de la tête et du cou. Ces restes peuvent donner naissance aux tumeurs les plus diverses. Les kystes dermoïdes et mucoïdes auxquels se rattache la grenouillette sublinguale représentent en effet les premiers anneaux d'une série qui aboutit aux épithéliomas branchiaux du cou, essentiellement malins, en passant par les tumeurs mixtes para-buccales à malignité intermédiaire. Cette parenté entre des néoplasmes en apparence si différents, parenté que nous avons été les premiers à signaler, tend à être de plus en plus acceptée aujourd'hui[1].

1. Il est intéressant de constater que ces débris peuvent jouer un rôle analogue chez certaines espèces animales. Dans la séance du 13 Décembre 1901, M. Petit communiquait à la Société anatomique une observation de tumeur cervicale rencontrée chez un chien, et dont il n'avait pu trouver le point de départ. L'un de nous, présent à la séance, fit remarquer que cette tumeur présentait tous les caractères anatomiques et histologiques des épithéliomas branchiaux de l'homme. M. Petit accepta cette interprétation. Depuis, il a publié plusieurs observations analogues qui sembleraient prouver que cette variété si intéressante de néoplasme est peut-être plus fréquente chez le chien que chez l'homme.

XVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE[2]

Tenu à Paris du 20 au 25 Octobre 1902.

FOIE.

Grands abcès du foie consécutifs à la grippe. — *M. Tédenat* (de Montpellier) rapporte 4 observations d'abcès du foie manifestement consécutifs à une attaque de grippe. Les premiers signes de l'affection hépatique se sont montrés en général du vingt-cinquième au trentième jour après le début de la grippe. Ils ont évolué sans beaucoup de fièvre et sans réaction péritonéale appréciable; les symptômes présentés par les malades ont surtout été des troubles gastro-intestinaux. La contenance de ces abcès hépatiques variait de 1 litre à 1 litre et demi; toujours le pus a été trouvé stérile. M. Tédenat a toujours ouvert ces abcès en un seul temps; ses 4 malades ont guéri.

2. Voir *La Presse Médicale*, 1902, n° 85, p. 1014; n° 86, p. 1028, et n° 87, p. 1038.

Péritonite péribiliaire avec crises fréquentes de coliques hépatiques. Laparotomie : rupture des adhérences. Guérison. — *M. J. Braquehaye* (de Tunis). L'auteur rapporte l'observation d'une malade qui avait eu autrefois des crises de coliques hépatiques avec émission de calcul dans les selles. Une dizaine d'années après, elle est prise brusquement d'accès hépatiques fréquents, avec ictère par rétention, tuméfaction et endolorissement de la région cystique. Par la laparotomie, suivie de l'exploration attentive des voies biliaires, on constate qu'il n'y a pas de calculs, mais des adhérences inflammatoires péricystiques avec tous les organes voisins. Ces adhérences sont rompues sans ouverture des voies biliaires. La malade guérit, après avoir présenté des accès de paludisme réveillés par l'opération.

Ces accidents avaient assurément pour cause les crises de lithiase biliaire qu'avait présentées la malade autrefois. Le diagnostic exact en était à peu près impossible, car les antécédents rendaient probable la présence d'un calcul biliaire. En terminant, l'auteur insiste sur le réveil d'accès de paludisme par l'acte opératoire. Ce sont là des complications auxquelles il faut songer lorsqu'on opère en pays palustre.

Contribution à la chirurgie de l'arrière-cavité des épiploons. — *M. Mauclaire* (de Paris). Les lésions du pancréas donnent lieu à des épanchements sanguins ou à des collections suppurées de l'arrière-cavité des épiploons. Les hématomes sont consécutifs à des traumatismes ou bien ils sont spontanés et ils compliquent la nécrose hémorragique ou graisseuse du pancréas, les ulcères perforés, etc.

L'auteur rapporte l'observation d'un hématome consécutif à un néoplasme de la tête du pancréas ayant ulcéré un vaisseau péripancréatique. La tumeur, sus-ombilicale, était apparue par poussées en l'espace de plusieurs mois et s'accompagnait d'ictère temporaire chez une femme de quarante-cinq ans. Cette tumeur était fluctuante, avec crépitation sanguine très nette à la palpation. M. Mauclaire pensa avoir affaire à un kyste pancréatique compliqué de péritonite. Le ventre ouvert, il arriva sur la collection à travers l'épiploon gastro-colique. L'évacuation d'au moins deux cuvettes de liquide noirâtre formé de sang coagulé fut suivie de tamponnement et de marsupialisation. La malade, déjà très affaiblie, succomba peu de temps après l'intervention.

D'autre part, M. Mauclaire a drainé plusieurs fois l'arrière-cavité des épiploons au cours des péritonites généralisées, soit directement en avant à travers l'épiploon gastro-colique, soit en bas en effondrant le mésocôlon transverse. Il a drainé également cette cavité en haut, à travers l'épiploon gastro-hépatique, après avoir suturé les faces antérieure et postérieure de l'estomac et la queue du pancréas, ces organes ayant été perforés par une balle.

D'autres auteurs ont pratiqué le drainage postérieur soit lombaire, soit transpleural. On a même combiné le drainage antérieur et le drainage postérieur en transfixant ainsi de part en part le malade. Chacun de ces procédés a ses indications, mais un des meilleurs, de l'avis de M. Mauclaire, c'est le drainage lombaire, tout contre le bord externe de l'extrémité supérieure du rein gauche, afin d'éviter les nombreux vaisseaux et nerfs qui tapissent le fond de l'arrière-cavité.

Deux cas de chirurgie hépatique. — *M. Paul Delbet* (de Paris). Une malade, âgée de trente-deux ans, n'ayant présenté aucun antécédent morbide, souffrait depuis dix ans de douleurs ayant leur point de départ dans l'hypocondre droit, non paroxystiques, survenant surtout à l'occasion de fatigue. M. Delbet crut à une lithiase vésiculaire et fit la laparotomie. Il n'existait pas de calcul, mais une adhérence, large de 2 centimètres, du foie à la paroi antérieure de l'abdomen. Cette adhérence détruite, les accidents cessèrent. Étant donné qu'il n'existait aucun antécédent morbide, que les accidents douloureux étaient fort anciens, que l'adhérence était large, courte et en apparence formée de tissu hépatique, qu'elle siégeait au niveau de la grande faux du péritoine, M. Delbet serait assez tenté d'en faire une adhérence congénitale.

Le deuxième malade est une femme âgée de cinquante-deux ans, qui vint consulter pour un ictère chronique. Le complexus symptomatique présenté par la malade faisait immédiatement songer à une obstruction calculeuse du cholédoque. Ayant opéré, M. Delbet ne trouva aucun calcul, mais le hile du pancréas, volumineux et induré, comprimait le cholédoque. L'auteur diagnostiqua un cancer du pancréas et referma le ventre. La malade guérit et, depuis deux ans, reste bien portante. Il s'agissait donc d'une pancréatite chronique. — La pancréatite cholélithiasique n'est pas connue; elle ne se trouve pas signalée, dans les traités classiques, parmi les complications de la lithiase. Étudiée par Mayr Robson, Rupeckel, Michaux, Tuffier, elle paraît un accident connexe plutôt que consécutif à la lithiase, et due à l'exaltation de virulence de microbes duodénaux. Dans cette observation de M. Delbet, il faut retenir que : 1° la vésicule biliaire était petite; or, dans le cancer du pancréas, Terrier, Bard et Pic ont démontré qu'elle était dilatée. Si donc on n'avait pas suivi la malade, on aurait mis en défaut un signe que M. Delbet a vérifié être remarquablement constant; 2° on a conseillé, dans la pancréatite suivie d'ictère, des opérations complexes pour remédier à la rétention biliaire. Cette observation montre qu'une intervention simple peut suffire à amener la rétrocession des accidents.

Cholécystite calculeuse suppurée simulant un abcès péri-appendiculaire. Cholécystectomie partielle et cholécystostomie. Guérison. — *M. H. Barnsby* (de Tours) communique l'observation d'une femme qu'il fut appelé à opérer *in extremis*, avec un état général des plus graves. Cette malade présentait une tumeur volumineuse, sensible à la palpation, nettement fluctuante, occupant la fosse iliaque droite, descendant au-dessous de l'épine iliaque, séparée du foie par une zone de sonorité et n'accompagnant pas cet organe dans ses déplacements. Elle n'avait jamais eu aucun symptôme fonctionnel du côté des voies biliaires, et, en revanche, avait présenté tout le cortège des troubles gastro-intestinaux. Le diagnostic posé fut « abcès péri-appendiculaire » avec réserve en faveur de la cholécystite suppurée par suite d'une douleur très vive, provoquée à la palpation, sous la face inférieure du foie.

L'opération montra qu'il s'agissait d'une vésicule biliaire surdistendue, adhérente au cæcum en bas et au côlon ascendant en dedans. Elle montra de plus que l'angle colique, doublé d'une anse grêle, adhérait à la partie supérieure de la vésicule (ce qui expliquait la zone de sonorité sous-hépatique).

M. Barnsby retira 700 grammes de pus et 294 petits calculs polyédriques, puis il réséqua tout le fond de la vésicule et il termina par une cholécystostomie, en marsupialisant la partie supérieure restant à la partie la plus élevée de l'incision abdominale. Convalescence très rapide, guérison parfaite, avec fistulette insignifiante.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : 1° elle montre la difficulté de diagnostic entre certaines cholécystites suppurées et les suppurations péri-appendiculaires. En l'absence de signes fonctionnels du côté du foie, de matité sous-hépatique, de mobilité avec le foie, la douleur sous-hépatique à la palpation reste un bon symptôme de présomption;

2° le second point intéressant réside dans les rapports anormaux de cette vésicule : adhérence de l'angle colique à la partie supérieure, abaissement du fond jusqu'au cæcum.

Cholécystite calculeuse. Cholécystostomie; guérison. Indications de la cholécystostomie. — *M. L. Maire* (de Vichy). Il s'agit d'une femme de soixante-six ans, sans antécédents hépatiques, qui, brusquement, fit une crise violente simulant une hernie étranglée. Opération au bout de trente-six heures. La vésicule contenait 400 grammes de liquide et un calcul de 27 grammes (24 centimètres cubes) enclavé dans le canal cystique. Le calcul put être extrait par une pince de Museux. La vésicule fut fixée à la paroi. La malade guérit très simplement, et la fistule se ferma spontanément deux mois plus tard.

L'auteur conclut :

La lithiase biliaire datant de moins de deux ans guérit médicalement par la cure de Vichy;

La lithiase biliaire datant de plus de deux ans est presque toujours améliorée par la cure thermale renouvelée pendant un certain nombre d'années;

La lithiase biliaire est souvent justiciable de la chirurgie dans les cas suivants : 1° crise unique durant plus de vingt-quatre heures; 2° crises à répétition, non influencées par la cure thermale; 3° ictère persistant depuis trois mois ou plus; 4° crise accompagnée de fièvre vespérale; 5° fistule biliaire ancienne.

Deux cas de chirurgie du foie. — *M. Péraire* (de Paris). Dans le premier cas, il s'agissait d'un marin âgé de vingt-neuf ans, ayant eu la dysenterie et la fièvre intermittente, et arrivé au dernier degré de la cachexie. Le foie était très gros, très douloureux; il

y avait, de la fièvre avec frissons répétés et sueurs, de l'insomnie, des troubles digestifs, de la dyspnée. Pensant qu'il avait affaire à un abcès du foie, M. Peraire fit la laparotomie. Or, il tomba sur une hépatite des pays chauds, sans abcès. Il n'y avait pas de splénomégalie. M. Péraire fit alors une cholécystostomie qui amena, pendant douze jours, une grande amélioration. Le malade guérit de son opération; mais, du jour où la fistule biliaire s'oblitéra spontanément, les phénomènes généraux et locaux reparurent. Ce malade succomba finalement à la cachexie.

L'auteur se demande si la guérison ne se serait pas produite par la persistance de la fistule biliaire. En principe, on peut le supposer. En tout cas, cette thérapeutique pourrait être préconisée dans des cas analogues, comme elle a été mise en pratique dans les cirrhoses hypertrophiques biliaires.

La seconde observation a trait à une malade âgée de soixante et un ans, qui avait présenté un certain nombre de coliques hépatiques avec poussées péritonéales; elle était dans un état de dénutrition absolue, avec faiblesse des plus prononcées, amaigrissement, teinte jaune-paille des téguments, et présentait une tumeur douloureuse de la vésicule biliaire. L'incision latérale de l'abdomen mit à nu une vésicule distendue par de la bile, mais dépourvue de calculs dans son intérieur. Des calculs existaient seuls dans la paroi de la vésicule. La cholécystectomie fut pratiquée; mais, comme des calculs furent ensuite sentis dans le canal cystique, on dut faire un abouchement de ce canal à la paroi abdominale. Cette cysticostomie permit d'extraire 27 calculs et de cathétériser le cholédoque. La malade est actuellement complètement guérie.

Il ressort de cette observation deux points intéressants : en premier lieu, un point d'anatomie pathologique, d'une rareté exceptionnelle, concernant cette *cholélithiase vésiculaire pariétale*; et, en second lieu, un point de technique opératoire. Il n'est pas banal, en effet, d'avoir à pratiquer sur le même sujet une *cholécystectomie dite idéale*, suivie d'une *cysticostomie immédiate*. Cette opération de cysticostomie paraît être la seule qui ait été faite jusqu'à présent.

Dans les quatre faits connus de *cysticotomie*, on s'est contenté d'ouvrir le canal cystique, de le drainer ou de le tamponner, sans prendre la peine, comme l'a fait l'auteur, de le fixer par des sutures, à la paroi de l'abdomen.

Vendredi 24 Octobre 1902.

Traitement du tétanos. — **M. VALLAS** (de Lyon), **Rapporteur.** Le traitement rationnel du tétanos date du jour où Nicolaïer (1894) découvrit le bacille qui porte son nom et émit l'hypothèse que l'affection était engendrée, non par le bacille lui-même, mais par un poison convulsivant qu'il sécrétait dans la blessure. Ce poison soluble fut isolé, en 1890, de la culture pure du bacille, par Knud Faber : c'est la toxine tétanique.

A la suite de ces découvertes et des recherches qu'elles suscitent de tous côtés, se développe peu à peu la théorie de l'intoxication tétanique. On connaît le bacille et sa toxine : il reste à élucider le mode d'action de cette dernière et la genèse de la contracture musculaire, manifestation caractéristique de la maladie confirmée. La toxine agit sur les centres nerveux vers lesquels elle est charriée depuis son lieu d'origine par le torrent circulatoire, ou qu'elle atteint peut-être par l'intermédiaire des troncs nerveux. Pour les uns, elle va se fixer directement sur les cellules nerveuses, en leur infligeant un véritable traumatisme physique d'où naissent les crises convulsives. Pour les autres, la cause du tétanos est une substance nouvelle formée dans l'organisme aux dépens de celui-ci ou de la toxine, ou par combinaison de l'un et de l'autre.

Ce rapide aperçu pathologique était nécessaire pour apprécier à leur juste valeur les différents traitements que l'on a opposés au tétanos. C'est tout d'abord le *traitement ancien*, seul usité jusqu'à la découverte du bacille de Nicolaïer. Ensuite vient la *sérothérapie*, née directement des recherches bactériologiques. Presque en même temps, Baccelli faisait connaître en Italie le principe de son *traitement par l'acide phénique*. Enfin quelques autres remèdes ont été préconisés plus récemment, et sont encore à l'étude. Nous passerons successivement en revue ces différentes méthodes.

I. — TRAITEMENT ANCIEN.

Ce traitement comprenait deux classes de moyens : les uns médicaux, les autres chirurgicaux.

a) *Moyens médicaux et hygiéniques.* — Éviter soigneusement tout ce qui peut provoquer une crise convulsive et, d'autre part, calmer cette crise quand elle vient à se produire, tel est le but qu'on se proposait.

L'isolement absolu du malade répond à la première indication. Celui-ci doit être placé seul dans une chambre obscure. Toute secousse doit lui être épargnée, tout bruit éteint autour de lui. Il ne faut pas l'interpeller brusquement. Ces préceptes sont encore bons à formuler aujourd'hui, car ils doivent toujours être scrupuleusement observés.

Quant à la seconde indication, on s'est adressé, pour la remplir, à toute la série des médicaments dits calmants. Ils ont peu à peu cédé le pas au chloral, qui les a tous supplantés. Il a, sur l'opium et la morphine, l'avantage de ne pas congestionner le système nerveux et de ne pas produire de constipation. Rien n'empêche, d'ailleurs, d'associer entre eux ces divers médicaments.

Le chloral se donne en potion au 1/20, afin d'éviter les effets irritants sur l'estomac; en lavements, on le dilue au 1/50; en injections intra-veineuses, on emploie la solution au 1/10. Dans tous les cas, il importe de procéder par doses massives et de ne pas craindre d'aller jusqu'à 10 ou 12 grammes par jour.

b) *Moyens chirurgicaux.* — Le terme le plus élevé de l'action chirurgicale consiste dans l'éradication complète du foyer traumatique, fût-ce au prix d'une amputation. Le rapporteur ne pense pas, néanmoins, qu'elle puisse être justifiée; et cela pour cette raison capitale qu'elle ne pourra jamais être pratiquée que pour les plaies des membres, et alors que les premiers symptômes du tétanos ont déjà fait leur apparition. Or, nous savons aujourd'hui qu'à ce moment il est déjà trop tard, puisque la toxine élaborée dans la plaie a atteint les centres nerveux.

L'amputation doit être réservée aux cas où, l'hésitation étant permise entre le sacrifice du membre et une tentative de conservation possible, l'apparition du tétanos viendra, sans contredit, faire pencher la balance en faveur de la première hypothèse.

Dans les cas ordinaires, l'action chirurgicale devra se borner à la désinfection minutieuse de la plaie.

II. — SÉROTHÉRAPIE DU TÉTANOS.

1° *Le sérum et ses propriétés.* — C'est à Behring et Kitasato que revient l'honneur d'avoir découvert le sérum antitétanique. Ils publièrent leur premier mémoire en Décembre 1890; leurs conclusions étaient les suivantes :

1° Lorsqu'un animal (lapin) est vacciné contre le tétanos, son sang, mélangé à la toxine tétanique, neutralise les effets de celle-ci;

2° Injecté à l'animal neutre, il le rend réfractaire au tétanos;

3° Cette propriété persiste même après la transfusion dans l'organisme d'autres animaux; elle peut ainsi constituer un traitement de l'affection;

4° Les mêmes propriétés appartiennent au sérum du sang privé de tout élément cellulaire.

Actuellement, on emploie soit le sérum de Behring, soit celui de Roux et Vaillard, soit l'antitoxine de Tizzoni. Ils jouissent des mêmes propriétés.

Le sérum antitétanique est plus actif mélangé *in vitro* qu'injecté préventivement. Il est préventif si on l'injecte à l'animal avant, en même temps ou tout de suite après la toxine, surtout si l'injection est faite dix ou douze heures avant celle de la toxine. Le sérum antitétanique, injecté sous la peau ou dans le sang, est incapable de guérir ou d'atténuer le tétanos confirmé.

L'immunité par injection de sérum est acquise immédiatement après l'injection, mais ne dure que quelques jours.

Les propriétés immunisantes du sérum se conservent pendant très longtemps.

Le sérum n'empêche pas la végétation du bacille de Nicolaïer; il n'est donc pas *bactéricide*. Son action préservatrice est due uniquement à la destruction du poison : il est seulement *antitoxique*.

Le sérum de l'homme guéri du tétanos ne contient pas d'antitoxine. D'ailleurs, une atteinte de tétanos ne vaccine pas contre la maladie.

Telles sont les propriétés principales du sérum qu'il nous est utile de retenir.

2° *Valeur préventive de la sérothérapie.* — Toutes les expériences de laboratoire lui ont été favorables. Les résultats fournis par la clinique humaine et animale sont de nature à entraîner une conviction absolue.

En 1895, Nocard fit traiter préventivement, dans la banlieue de Paris, 375 animaux menacés de tétanos par une plaie accidentelle ou opératoire (clou de rue, castration, etc.). Les animaux traités appartenaient à des écuries notoirement contaminées et dans lesquelles étaient encore des animaux malades. Quelques-uns même avaient été blessés dans les mêmes conditions que d'autres qui, non traités, contractèrent la maladie. Or, aucun des animaux traités ne devint tétanique. La contre-épreuve n'a pas une moindre valeur démonstrative. Dans le même laps de temps, les correspondants de Nocard, qui n'avaient perdu aucun des 375 animaux traités, observèrent 55 cas de tétanos sur des animaux non traités.

En 1897, Nocard refit en plus grand la même expérience. 2.727 chevaux furent traités préventivement et pas un ne contracta le tétanos. Pendant le même temps, les mêmes vétérinaires observèrent, sur des animaux non traités, 259 cas de tétanos, dont 191 sur des chevaux.

On n'a pas fait, en pathologie humaine, d'essai aussi vaste que ceux de Nocard; car les chirurgiens ne songent ordinairement à la sérothérapie préventive qu'en présence de plaies particulièrement suspectes. Mais tous ceux qui y ont eu recours ont l'impression d'avoir évité ainsi, dans un certain nombre de cas, la redoutable complication. M. Vallas, qui l'a employée une vingtaine de fois, n'a jamais trouvé la méthode en défaut. M. Bazy a pu arrêter, à Bicêtre, une épidémie de tétanos en soumettant systématiquement tous ses blessés à l'injection préventive.

On a cependant signalé quelques insuccès. Ils appartiennent à MM. Berger, Monod, Reclus, Rémy et Reynier. Mais ces cinq cas malheureux ne peuvent contre-balancer les résultats expérimentaux et l'innombrable série d'observations favorables.

Il n'est pas impossible d'ailleurs que certaines plaies tétaniques résistent à la sérothérapie préventive. Dans les plaies violemment contuses, avec attrition des muscles et des nerfs, l'infection tétanique peut être assez rapide pour gagner de vitesse l'immunisation, sans que la base de la sérothérapie préventive en soit pour cela seul ébranlée.

Il est donc permis d'admettre, comme rigoureusement démontrée, la valeur de la sérothérapie préventive. Au point de vue thérapeutique, c'est même la seule conclusion certaine à laquelle on puisse arriver; car nous verrons combien sont douteux tous les résultats obtenus au point de vue curateur.

Ainsi donc, attendre l'éclosion du tétanos chez un suspect est une faute; agir contre une suspicion de tétanos devient une règle.

Quel est le procédé à suivre? Dès que l'indication est posée, il faut faire une injection de 10 centimètres cubes le premier jour, une seconde injection le troisième jour, et enfin une troisième le dixième jour. Si la plaie tétanigène persiste plus longtemps, surtout s'il y a des complications locales, qui par des associations microbiennes favorisent la végétation du bacille de Nicolaïer, il sera prudent de renouveler l'injection préventive tous les quinze jours.

3° *Valeur curative de la sérothérapie.* — L'espoir qu'avait donné la communication de Behring et de Kitasato sur la découverte d'un traitement spécifique du tétanos, fut vite déçu. Les expériences de laboratoire lui furent, dès le début, défavorables. Néanmoins, de nombreux essais furent tentés, et nous avons à exposer quels résultats ont été obtenus.

Les chirurgiens ont eu surtout recours aux injections sous-cutanées de sérum antitétanique.

1° *Injections sous-cutanées.* — Le nombre des observations publiées est considérable. M. Vallas a réuni 373 cas dont l'examen donne les résultats ci-dessous :

Incubation de 10 jours : 141 cas, 80 morts = 57 p. 100;

Incubation de 10 jours et plus : 118 cas, 24 morts = 20 p. 100;

Incubation indéterminée : 114 cas, 41 morts = 36 p. 100.

Total : 373 cas avec 145 morts = 39 p. 100.

Les succès se montrent donc surtout dans les cas chroniques à incubation longue dépassant dix jours. Cette constatation, faite dès les premiers essais de sérothérapie, devient de plus en plus évidente.

Les différentes formes de tétanos gardent, avec la sérothérapie, leur caractère particulier de gravité. Les tétanos des nouveau-nés (15 cas avec 11 morts) et le tétanos puerpéral (15 cas avec 12 morts) sont toujours spécialement meurtriers.

En prenant pour base d'appréciation le chiffre moyen de 70 p. 100 de mortalité pour les cas de tétanos traités par la méthode ancienne, on peut conclure que la sérothérapie a abaissé d'une façon générale le chiffre de la mortalité.

D'autre part, nous avons appris, par les expériences de laboratoire, que le sérum ne pouvait être qualifié d'agent curateur spécifique, et qu'il n'avait plus d'action sur le poison déjà fixé dans les centres et ayant déterminé les premières manifestations de la maladie, c'est-à-dire les contractures. Peut-on, dès lors, expliquer l'action bienfaisante de la sérothérapie en pareil cas ?

Supposons un tétanos à évolution lente. Le malade, soumis au traitement ordinaire par le repos et le chloral, résiste bien aux premières atteintes de son affection. Tout porte à croire qu'il va guérir, lorsque, brusquement, une exacerbation se produit : les contractures augmentent d'intensité, les crises convulsives deviennent plus fréquentes, la température s'élève et ce retour offensif emporte le malade. Eh bien, en pareil cas, la sérothérapie aurait pu sauver le blessé. Evidemment, le sérum, injecté aux premiers symptômes, n'aurait pas modifié l'attaque primitive, mais il aurait empêché la récidive ou mieux l'aggravation de se produire, et, puisque c'est cette dernière qui a été mortelle, la sérothérapie aurait, à juste titre, enregistré un succès à son actif. Cet exemple est supposé pour démontrer comment la sérothérapie, malgré son inefficacité bien reconnue contre le tétanos confirmé, est cependant capable d'améliorer la statistique en la dégrevant de tous les cas à évolution lente, susceptibles de tuer par attaques successives. Elle agit par la neutralisation du foyer tétanigène, comme l'amputation agit par sa suppression radicale. Elle doit donc compter autant de succès que celle-ci, et, comme elle est infiniment plus acceptable dans ses conséquences, elle doit certainement lui être préférée.

Elle ne présente d'ailleurs aucun inconvénient : on n'a jamais observé d'autre réaction générale que, dans quelques cas, un peu de fièvre après ce mode de traitement, et, au point de vue local, on n'a guère cité que des érythèmes ou des urticaires sans importance.

Le mode d'administration est le même que pour le traitement préventif. Les auteurs, cependant, recommandent en grande majorité de donner rapidement de fortes doses de sérum. On commence par 30 ou 40 grammes en injections sous cutanées ou intramusculaires, et on continue jusqu'à ce que l'amélioration se produise. Rien n'empêche même d'employer des doses progressivement croissantes. Beaucoup de malades ont reçu 300, 400 grammes de sérum. Le chiffre de 680 centimètres cubes a été noté ; et M. Vallas a relevé, comme cas exceptionnel, celui d'un nègre qui a reçu sans dommage la dose énorme de 1.800 centimètres cubes de sérum.

2° *Injections intra-veineuses.* — L'idée de ces injections est logique. C'est qu'en effet l'injection intraveineuse fait pénétrer directement l'antitoxine dans le sang, et la toxine circulante peut être neutralisée beaucoup plus rapidement qu'avec les autres procédés d'introduction. L'imprégnation des organes, notamment du système nerveux central, le plus important dans l'espèce, est, par ce moyen, réalisée aussi rapidement que possible.

Jusqu'à présent, les observations publiées ne font pas mention d'accidents sérieux imputables à cette méthode. Son emploi chez l'homme est donc parfaitement justifié.

On conseille de ne pas injecter le sérum antitétanique pur, mais de le diluer dans une assez grande quantité de sérum artificiel, 500 centimètres cubes par exemple.

Les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont certainement encourageants. La statistique globale recueillie par Lemonnier présente 31 cas avec 13 morts et 18 guérisons, soit 42 pour 100 de mortalité.

On voit que la mortalité de cette méthode est un peu supérieure à celle de la voie sous-cutanée. Mais il semble qu'elle ait été réservée surtout aux cas graves, quand les médecins ou chirurgiens traitants se sentaient pressés par la nécessité de gagner de vitesse sur un poison tétanique violent et déjà installé dans l'organisme. Par contre, doit-on faire remarquer qu'elle n'a presque jamais été employée seule. Cette circonstance, ne permet pas d'apprécier d'une façon très exacte la valeur absolue des injections intraveineuses.

Il semble cependant que le jugement à formuler sur cette méthode est plutôt favorable. La technique en est simple, son action rapide, son innocuité démontrée. Elle paraît donc destinée à rendre des services, surtout dans les cas où la violence et la rapidité de l'intoxication imposent la nécessité d'agir vite.

3° *Injections intra-cérébrales.* — Dans leurs expériences, Roux et Borrel en étaient arrivés à cette conclusion que l'antitoxine injectée sous la peau ne pouvait détruire que le poison circulant dans le sang, mais demeurait sans action sur la toxine déjà fixée par les centres nerveux ; elle expliquait la cause de l'inefficacité des injections sous-cutanées de sérum quand les symptômes tétaniques se sont déjà montrés.

L'idée vint alors à Roux et à Borrel d'introduire l'antitoxine directement dans les centres nerveux et ils purent observer que quelques gouttes de sérum antitétanique dans le cerveau guérissent mieux le tétanos que de grandes quantités introduites dans le sang ou sous la peau.

Bien que Roux et Borrel aient fait des réserves sur la généralisation à l'homme des résultats qu'ils avaient obtenus sur les lapins et les cobayes, leur méthode ne tarda pas à être appliquée en clinique. L'enthousiasme pour la méthode intra-cérébrale fut assez vif, mais éphémère. La statistique démontre, en effet, que les résultats obtenus par l'injection intra-cérébrale ne sont pas meilleurs que ceux que donnait le traitement ancien.

Le traitement par les injections intra-cérébrales paraît surtout avoir l'énorme désavantage de n'être pas inoffensif. Alors qu'on ne cite des que accidents insignifiants à la suite des injections sous-cutanées et même intra-veineuses, les observations ne sont pas rares où l'injection intra-cérébrale a provoqué des accidents sérieux et même la mort des malades. Beaucoup ont présenté des troubles cérébraux : délire, hallucinations, crises convulsives. Chez d'autres on a noté des troubles du côté du cœur, soit le ralentissement, soit l'accélération des battements. Enfin, l'élévation de la température et l'aggravation des symptômes ont parfois suivi l'injection.

Les autopsies, d'ailleurs, ont révélé la cause de ces phénomènes. On a trouvé maintes fois des foyers hémorragiques, des plaques de méningite au niveau des piqûres, et, dans un cas (celui de Gibb) un abcès cérébral qui emporta le malade après la disparition des symptômes tétaniques.

La méthode est aujourd'hui jugée : le traitement par les injections intra-cérébrales est à repousser d'une façon absolue.

1° *Injections dans la cavité sous-arachnoïdienne.* — La ponction de Quincke et la rachi-cocaïnisation firent songer à la cavité sous-arachnoïdienne comme lieu d'introduction de l'antitoxine.

La statistique fournit des chiffres lamentables : 20 cas avec 13 morts, soit une mortalité de 65 pour 100. Il est encore à noter que, sur les 7 cas de guérison, la plupart ne sont pas démonstratifs.

M. Vallas estime que le procédé est à rejeter. Il est certainement inférieur à la sérothérapie sous-cutanée ou intra-veineuse et il n'est même pas possible d'admettre en sa faveur la circonstance atténuante de l'innocuité.

III. — Acide phénique. Méthode de Baccelli.

Des résultats qu'il obtint de l'acide phénique en injections sous-cutanées contre les névralgies, les neuro-myalgies et les névrites, Baccelli fut amené à conclure que ce médicament devait produire d'heureux effets dans le traitement du tétanos, autant comme agent modérateur du pouvoir réflexe de la moelle que comme agent antitoxique et antithermique.

Tito Gualdi publiait, au Congrès de médecine interne de 1888, le premier cas de tétanos traumatique traité et guéri par la méthode de Baccelli. Ce cas eut du retentissement, surtout en Italie, et la méthode se répandit rapidement. M. Vallas a pu trouver la relation de 80 cas avec 72 succès et 8 morts.

Le meilleur moyen d'administrer l'acide phénique est de l'injecter sous la peau en solution à 2 ou 3 pour 100. On se sert généralement d'une solution aqueuse. Exceptionnellement, on a fait des injections à 10 pour 100 d'huile phéniquée, pour faire pénétrer plus rapidement dans l'organisme de fortes proportions d'acide phénique.

Baccelli a conseillé d'employer de fortes doses de médicament. Ses imitateurs l'ont suivi dans cette voie.

Dans la majorité des cas, la dose journalière injectée a été de 30 à 40 centigrammes. D'après Favero, il faudrait donner 1 centigramme d'acide phénique par kilogramme d'individu.

D'après Baccelli, la tolérance des tétaniques paraît toujours aller en s'accentuant. En fait les auteurs italiens, qui ont si copieusement manié l'acide phénique, affirment n'avoir jamais observé de symptômes graves d'empoisonnement. Les seuls accidents signalés ont consisté en éruptions cutanées. Localement, l'injection ne détermine pas autre chose qu'une sensation de brûlure cuisante, d'ailleurs passagère et d'intensité variable. Jamais, dit Ascoli, elle n'a été l'occasion d'une crise convulsive. L'adjonction d'une faible quantité de glycérine ou de camphre à la solution atténue la sensation douloureuse.

Pour déterminer l'action de l'acide phénique dans le tétanos expérimental, de nombreuses recherches ont été pratiquées. Le traitement phéniqué s'est montré impuissant. La diversité des espèces animales essayées, l'autorité et le nombre des expérimentateurs, la variété des expériences ne permettent pas l'ombre d'un doute à cet égard. *L'acide phénique n'est pas un remède spécifique contre le tétanos.*

Mais alors comment expliquer les succès obtenus par la méthode de Baccelli ?

A ne considérer que les chiffres bruts (80 cas, avec 72 guérisons et 8 morts, soit seulement une mortalité de 10 p. 100), ce résultat est bien supérieur à tout ce qui a été obtenu jusqu'à ce jour dans la thérapeutique du tétanos.

Une première remarque s'impose. L'immense majorité des cas (69) est de provenance italienne. Dès lors, on peut se demander si le tétanos ne revêt pas, en Italie, une forme clinique moins sévère que dans d'autres contrées. Cette hypothèse n'a rien d'invraisemblable si l'on remarque que, en dehors même de toute question de traitement, les statistiques ont donné des taux de mortalité très variables suivant les pays ; c'est en Italie que l'on a donné les chiffres les plus bas de mortalité. D'autre part, étant donné l'enthousiasme qu'a provoqué en Italie la méthode de Baccelli, n'est-il pas à craindre que, seuls, les succès aient été publiés ? C'est une tendance générale et bien naturelle qu'ont les auteurs à faire connaître surtout les cas heureux. La chose paraît bien s'être passée de la sorte pour la méthode de Baccelli.

Si, par l'examen détaillé des faits, on élimine les cas bénins qui auraient notoirement guéri avec n'importe quel traitement et même sans traitement, on obtient sur la statistique présentée un total de 21 cas graves avec 8 morts, ce qui donne une mortalité de 37 pour 100. Ce chiffre est encore un des plus beaux que l'on ait obtenus dans le traitement du tétanos et suffit à justifier l'emploi de la méthode de Baccelli, au moins jusqu'à ce que de nouveaux cas aient été publiés.

Les Italiens, d'ailleurs, ne donnent pas l'acide phénique comme un spécifique de la toxine tétanique, et les résultats expérimentaux sont là pour le prouver. Il atténue les spasmes et les contractures, modère le pouvoir réflexe des centres nerveux et, peut-être, favorise la production de l'antitoxine. Là s'arrête son action. Concluons donc que les injections d'acide phénique doivent être regardées comme un bon traitement symptomatique du tétanos, mais que la méthode de Baccelli laisse le champ ouvert à la recherche du véritable traitement spécifique de cette affection.

IV. — Opothérapie.

Wassermann et Takaki ont démontré qu'une émulsion de cerveau de cobaye normal dans l'eau salée, mélangée avec de la toxine tétanique, neutralise jusqu'à 10 doses mortelles et atténue 60 doses mortelles de celle-ci, injectées à la souris : la substance nerveuse a rendu la toxine inoffensive.

Outre cette neutralisation *in vitro*, Wassermann et Takaki affirmaient que la substance nerveuse peut être vaccinante et curative.

Cette constatation de la neutralisation de la toxine par la matière cérébrale inspira l'idée d'utiliser cette propriété du tissu nerveux dans le traitement du tétanos.

Or, si le fait de la neutralisation *in vitro* de la toxine par l'émulsion de cerveau a été reconnue vraie, il n'en est pas de même de ses propriétés immunisantes et curatives. Il est nécessaire, pour que l'action se produise, qu'il y ait mélange intime et permanent des deux substances. Si, à l'exemple de Marie, on injecte en même temps l'émulsion et la toxine en deux points différents du corps du même animal, celui-ci prend le tétanos comme un témoin. Ce seul fait détruit scientifiquement l'hypothèse d'une propriété curative quelconque de l'émulsion.

D'autres expériences ont montré que la toxine n'était pas détruite par les éléments nerveux de l'émulsion, mais simplement fixée par eux. En injectant le mélange, on donne aux phagocytes le temps de détruire le poison, mais c'est tout ; car on peut détruire mécaniquement le mélange et, dans le liquide ainsi obtenu par centrifugation, on retrouve la toxine avec la virulence initiale.

Ainsi donc, en ne tenant compte que des expériences de laboratoire, il y a peu d'espoir à fonder sur ce procédé thérapeutique.

M. Vallas a pu réunir 10 cas avec 8 guérisons et 2 morts. Ces résultats sont évidemment bons. Mais que d'objections à faire à une pareille statistique! D'abord ce petit nombre de cas publiés fait penser que les échecs n'ont pas été mis au jour. Ensuite dans les formes graves par leur essence (tétanos puerpéral ou tétanos des nouveau-nés), nous voyons l'opothérapie échouer radicalement. Enfin, il est probable que les succès concernent des tétanos chroniques à marche lente, même ceux où la durée de l'incubation est indiquée comme courte.

La statistique n'est donc pas suffisante pour entraîner la conviction, et ce que nous savons des résultats expérimentaux oblige à formuler sur l'opothérapie du tétanos les plus expresses réserves.

V. — Traitements divers.

On a cité trois cas de guérison chez le cheval par les *injections sous-cutanées d'eau oxygénée*.

Les *injections intra-veineuses d'une solution iodo-iodurée* auraient été suivies de succès dans deux cas subaigus.

Gelibert et Feuillade ont rapporté trois cas de guérison chez l'homme par le *persulfate de soude*. Ce médicament ne peut être considéré autrement que comme un agent symptomatique, influençant d'une façon plus ou moins heureuse l'excitabilité des centres nerveux.

VI. — Conclusions.

Un fait se dégage, indubitable : c'est la prévention possible de la redoutable complication.

La sérothérapie préventive possède une action certaine, et, si elle était systématiquement appliquée à tous les blessés, le tétanos disparaîtrait de la pathologie humaine, comme la variole devant le vaccin. Malheureusement, c'est là un idéal impossible à atteindre, car le tétanos est relativement trop rare pour que l'on puisse faire accepter une telle pratique. Il n'en reste pas moins que le traitement préventif est formellement indiqué dès qu'on se trouve en présence d'une plaie suspecte, c'est-à-dire d'une plaie contuse, anfractueuse, souillée de terre ou de débris étrangers. L'abstention, en pareil cas, est une faute, et tous les efforts doivent tendre à faire reconnaître, aussi vite que possible, les blessures tétanigènes.

En face d'un tétanos déclaré, il faut reconnaître que nous sommes encore désarmés. Cependant la sérothérapie constitue encore, à ce moment, notre ressource la plus précieuse. Par elle, on pourra agir sur les cas chroniques à évolution lente, et apporter ainsi un secours efficace aux efforts spontanés de l'organisme vers la guérison. La voie d'introduction du sérum sera l'injection sous-cutanée et, pour quelques indications exceptionnelles, l'injection intraveineuse. Les voies cérébrale et sous-arachnoïdienne sont à rejeter comme inutiles et dangereuses.

Le chloral et l'acide phénique constituent des médications symptomatiques destinées à agir sur la contracture. Elles ne doivent être considérées que comme des méthodes auxiliaires. Il est bon de les utiliser en même temps que le sérum. Toutefois, la toxicité de l'acide phénique et l'innocuité du chloral doivent, jusqu'à nouvel ordre, faire donner la préférence au second de ces agents médicamenteux.

Il est impossible de former un jugement sur les autres méthodes proposées, mais rien n'autorise à espérer qu'elles puissent fournir un agent véritablement spécifique ou seulement supérieur à ceux que nous possédons déjà.

Quant au traitement chirurgical, il se bornera à la désinfection antiseptique de la plaie.

M. Lucas-Championnière (de Paris) a pratiqué, dans deux cas de tétanos, des injections intra-cérébrales de sérum antitétanique : dans le premier cas, l'injection n'a produit aucun effet, et la mort est survenue très rapidement; le second cas a guéri, mais il s'agissait là d'un de ces tétanos à marche lente qui guérissent généralement aussi avec les autres traitements. En sorte que M. Lucas-Championnière ne saurait critiquer, d'après ces deux seuls faits, la valeur des injections intra-cérébrales; cependant, étant donné l'innocuité complète de ces sortes d'injections, il n'aurait, dit-il, aucune répugnance à les employer dans les cas graves.

En ce qui concerne l'exérèse des plaies infectées par le tétanos, M. Lucas-Championnière déclare qu'il a échoué toutes les fois qu'il a fait l'amputation même très éloignée du point infecté. Ce traitement opératoire est d'ailleurs en contradiction absolue avec ce que nous savons sur la pathogénie et la marche du tétanos, si bien exposées dans le rapport de M. Vallas.

M. Lucas-Championnière est très convaincu de l'efficacité de la sérothérapie préventive, efficacité amplement démontrée aujourd'hui par l'expérimentation et par la clinique. Personnellement il en a eu la preuve frappante. Il y a quelques années, un cas de tétanos interne, consécutif à un accouchement suspect fait au dehors, ayant éclaté dans son service, M. Lucas-Championnière vit survenir, quelque temps après, dans la même salle, deux autres cas de tétanos abdominal : l'un d'eux, foudroyant, se termina par la mort avant qu'on eût eu le temps d'instituer le traitement; le second fut traité par les injections cérébrales de sérum antitétanique, mais succomba néanmoins rapidement; à la suite de ces faits, et sur les conseils de M. Roux, M. Lucas-Championnière vaccina préventivement avec le sérum antitétanique tous les malades et tout le personnel de son service; ces vaccinations furent employées systématiquement pendant une période de quatre mois chez tous les nouveaux blessés ou opérés : grâce à ces mesures, l'épidémie tétanique commençante fut enrayée. Depuis, M. Lucas-Championnière fait des injections sous-cutanées préventives à tous les blessés suspects qui sont apportés dans ses salles et il ne constate plus le moindre cas de tétanos dans son service, alors qu'il y en a dans les services voisins.

M. Bazy (de Paris) rappelle que lorsque, en 1896, il a soulevé cette question des injections préventives de sérum antitétanique devant la Société de chirurgie il n'est pas parvenu à convaincre le scepticisme de ses collègues. Depuis, les faits lui ont largement donné raison, et M. Bazy a été heureux de constater qu'après six années écoulées, quelques-uns des adversaires les plus qualifiés de la nouvelle méthode sont devenus ses plus chauds partisans. Personnellement, depuis sa première communication, M. Bazy n'a cessé de recourir à ces injections dans tous les cas de plaies suspectes qu'il a eu à traiter dans son service. Ces injections, au contraire de ce que pense M. Vallas, sont acceptées très facilement par les malades; dans le service de M. Bazy les surveillantes des salles ont ordre de les pratiquer systématiquement chez tous les blessés de la rue, avant la visite du chirurgien ou de l'interne; et elles n'ont jamais rencontré aucune opposition chez ces malades.

M. Girard (de Berne) ne croit pas qu'il faille rejeter d'une manière absolue les injections intra-cérébrales. Elles ont donné des succès indubitables. D'autre part, il est indéniable que cette méthode offre quelques dangers. Outre les complications signalées dans le rapport de M. Vallas, M. Girard relève celle qui consiste dans la lésion cérébrale, lorsque le sérum n'est pas injecté dans la cavité ventriculaire. A l'autopsie d'un de ses malades, on retrouva le sérum injecté collectionné dans le tissu cérébral. Dans un autre cas, à l'autopsie, on trouva un véritable foyer de ramollissement consécutif à l'injection.

Cependant, l'injection intra-cérébrale paraît agir dans des cas où les injections intra-veineuses et sous-cutanées n'avaient pu enrayer l'aggravation progressive et l'orateur a vu un cas où cet effet fut nettement marqué.

Il admet que la sérothérapie ne reste pas la méthode de choix, mais il faut faire une réserve en sa faveur pour certains cas.

Il ajoute que chez un enfant de dix ans où l'injection intra-cérébrale ne put être faite, et où les injections sous-cutanées restaient sans effet, il a conseillé, comme modification de la méthode de Bacelli, les injections de parachloro-phénol, craignant la sensibilité particulière des enfants à l'égard du phénol simple. Le cas était d'ailleurs trop grave : l'enfant succomba le lendemain malgré les injections alternantes de parachloro-phénol et de sérum antitétanique.

M. Maunoury (de Chartres) trouve qu'il est prématuré de condamner les injections intra-cérébrales dont la valeur ressort de nombreuses expériences de laboratoire et qui constituent le meilleur mode de traitement du tétanos expérimental. En clinique, les résultats obtenus sont moins encourageants, mais il faut songer que la méthode est toute récente et que nous en sommes encore à la période des tâtonnements. Où, comment, et à quelle dose doit-on faire ces injections? Voilà différentes questions qui ne sont pas encore bien élucidées. Il n'y a qu'un seul point sur lequel tout le monde est d'accord : c'est que les injections doivent être faites aussi précocement que possible. Dans la plupart des observations attribuées à la méthode comme échec, les injections intra-cérébrales ont été faites très tardivement, après insuccès de tous les autres moyens de traitement, c'est-à-dire après une perte de temps de plusieurs jours.

De 1878 à 1899, M. Maunoury a observé une trentaine de cas de tétanos qui, traités par les méthodes anciennes, ont tous été suivis de mort. En 1899 et 1900, il a eu l'occasion d'observer deux nouveaux cas qu'il a cette fois traités par la méthode des injections intra-cérébrales et qui tous deux ont été suivis de guérison. Depuis, il est vrai, cette méthode a donné deux insuccès à M. Mannoury; mais il s'agissait là de formes excessivement graves, foudroyantes, de tétanos, et, de plus, il est permis de supposer que le sérum employé n'avait peut-être pas une puissance antitoxique suffisante.

M. Barette (de Caen) a eu l'occasion d'observer et de traiter 12 cas de tétanos. 6 cas traités médicalement par le chloral et le bromure à hautes doses ont donné 4 morts et 2 guérisons, celles-ci concernant d'ailleurs des formes de tétanos à marche lente. Un malade traité par l'amputation du membre blessé est mort. Un autre, traité d'abord par le chloral et le bromure, puis par des injections sous-cutanées de sérum antitétanique, et, finalement, par l'amputation du membre, a succombé après avoir présenté une amélioration passagère pendant la période des injections sous-cutanées. Enfin, sur 4 cas traités par les injections intra-cérébrales, il y a 2 guérisons et 2 morts.

En somme, conclut M. Barette, le traitement médical est toujours insuffisant dans les cas aigus et graves du tétanos; dans les cas chroniques, à marche lente, la méthode des injections sous-cutanées peut lui être un utile adjuvant : ces injections, de 10 centimètres cubes chaque, doivent être faites tous les trois jours en moyenne; dans les cas graves, et dans tous les cas où il y a eu insuccès des autres méthodes de traitement, il est indiqué de recourir aux injections intra-cérébrales.

M. Reynier (de Paris) estime que M. Vallas a été trop affirmatif sur la valeur des injections préventives de sérum antitétanique. Sans doute ces injections ont donné de bons résultats dans le tétanos expérimental; mais en clinique, nous ne nous trouvons pas dans les conditions réalisées par les expérimentateurs. Ces derniers, en même temps qu'ils provoquent l'infection tétanique, pratiquent une injection antitétanique; le sérum gagne de vitesse la toxine, en sorte que celle-ci se trouve neutralisée dès qu'elle passe dans le sang et avant qu'elle n'ait pu agir sur le système nerveux. En clinique, au contraire, que se passe-t-il? Lorsque nous faisons une injection soi-disant préventive à un blessé, celui-ci est déjà en puissance d'infection; la toxine est déjà dans le sang et peut-être au contact des centres nerveux : notre sérum vient donc trop tard. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant d'assister à un échec, et il faut s'attendre à voir s'accroître de plus en plus le nombre de ces échecs. La véritable sérothérapie *préventive* doit être faite — son nom l'indique — avant toute plaie, avant toute infection. C'est celle qu'on pratique, par exemple, sur tous les malades susceptibles d'être opérés, dans un service d'hôpital où viennent de se produire un ou plusieurs cas de tétanos.

L'action du sérum se montre alors vraiment efficace, en ce sens qu'on ne voit plus se produire de nouveaux cas d'infection tétanique. Cependant, M. Reynier a observé un cas qui l'a troublé : ayant, pendant une épidémie de tétanos survenue dans son service, fait une injection sous-cutanée préventive à un malade qu'il allait opérer de hernie, il vit néanmoins éclater chez ce malade, au quatorzième jour, et en l'absence de toute suppuration de la plaie, un tétanos particulièrement grave qui entraîna rapidement la mort. Il est vrai qu'on peut admettre qu'on a eu affaire ici, comme le pensait déjà M. Maunoury, pour deux de ses cas, à un sérum mal préparé ou ayant perdu ses propriétés immunisantes.

Quoi qu'il en soit, voici comment, en présence d'une plaie suspecte, M. Reynier institue le traitement antitétanique : 1° il désinfecte avant tout la plaie à l'eau oxygénée pour agir directement sur les colonies microbiennes qui, comme on le sait, pullulent sur place; 2° en même temps, il fait une injection sous-cutanée de sérum antitétanique dans l'espoir de neutraliser la toxine en circulation dans le sang; 3° quand le tétanos est confirmé, la sérothérapie devient inutile, car la toxine s'est déjà fixée sur les centres nerveux; il ne reste plus alors qu'à faire de la médication symptomatique : supprimer l'excitabilité excessive du système nerveux. Le médicament de choix est alors le chloral; mais ce médicament, pour être efficace, doit être administré à des doses beaucoup plus fortes qu'on ne le fait généralement : c'est

jusqu'à 20 grammes par jour qu'il faut le donner. M. Reynier a obtenu ainsi trois guérisons dans des cas considérés comme désespérés.

M. Villar (de Bordeaux), a observé 5 cas de tétanos. 3 de ces cas ont été traités par le chloral, la morphine et l'enveloppement ouaté, et se sont terminés par la mort. Dans 1 de ces cas, il s'agissait de tétanos céphalique avec paralysie faciale. Dans les 2 autres cas, M. Villar a eu recours à l'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique; les deux malades ont succombé. Cependant, cette méthode a donné quelques bons résultats. On doit tenir compte, dans son application, de la quantité de sérum injecté et de l'époque à laquelle est pratiquée l'injection. Comme tous les chirurgiens, M. Villar pratique l'injection préventive sous-cutanée.

M. J. Reboul (de Nîmes). Il y a quelques années, avant la découverte et l'emploi de la sérothérapie dans le traitement du tétanos, tous les malades atteints de cette infection et traités par l'auteur, sont morts. Il en observait en moyenne 4 ou 5 cas par an, soit dans sa clientèle, soit à l'hôpital. Depuis 1897, il emploie systématiquement la sérothérapie antitétanique. Dès qu'il voit un malade présentant une plaie suspecte d'infection tétanique (plaie par arrachement, broiement, souillée de terre et de débris étrangers, etc.) il fait une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum de l'Institut Pasteur; il renouvelle cette injection le cinquième jour, et deux ou trois fois ensuite, à intervalles variables et suivant les indications fournies par la blessure. Chez les enfants il réduit l'injection de sérum à 5 centimètres cubes. Localement, après avoir nettoyé et détergé soigneusement la plaie de toutes les souillures et corps étrangers qu'elle renferme, il l'imbibe avec un mélange d'eau oxygénée et de napthol camphré, au demi ou au tiers; il injecte, en outre, ce mélange dans les anfractuosités, et il fait un pansement avec de la gaze imbibée de ce liquide ou d'alcool si le malade est déprimé.

Depuis 1897, M. Reboul n'a pas observé de tétanos chez les malades qu'il a pu traiter par la sérothérapie antitétanique préventive et la désinfection minutieuse de la plaie ; les deux seuls cas de tétanos qu'il a vus évoluer depuis cette époque et chez lesquels il il n'avait pas pu pratiquer la méthode préventive sont morts.

Il termine en disant que d'après ce qu'il a observé depuis cinq ans, il pense que la désinfection des plaies susceptibles d'infection tétanique doit être faite complètement et minutieusement, aussitôt que possible après la blessure. La sérothérapie antitétanique préventive par la méthode sous-cutanée doit être systématiquement employée chez tous blessés présentant des plaies suspectes. Il n'a jamais observé d'accidents généraux ou locaux notables consécutifs à ces injections. Cette méthode lui paraît être la meilleure, la plus simple et la plus sûre, pour éviter le tétanos.

M. Schwartz (de Paris), insiste sur la nécessité qu'il y a de pratiquer systématiquement la sérothérapie préventive, aussi précoce que possible, chez tous les blessés atteints de plaies suspectes. Ce qui s'est passé dans son service de l'hôpital Cochin est la meilleure démonstration de l'efficacité de cette sérothérapie antitétanique préventive. De 1890 à 1898, en effet, alors que M. Schwartz n'avait pas recours à cette mesure, il a observé, sur 315 plaies suspectes, 8 cas de tétanos dont 6 se sont terminés par la mort et dont 2 ont guéri. Des 6 premiers cas, 4 avaient été traités par les anciennes méthodes et 2 par les injections de sérum antitétanique. Les 2 cas guéris avaient présenté une incubation lente; l'un fut traité par le chloral, l'autre par des injections de sérum. Depuis 1898, c'est-à-dire depuis qu'il applique systématiquement la sérothérapie préventive à tous les blessés de la rue qui entrent dans ses salles, M. Schwartz n'a observé que 2 cas de tétanos sur 300 cas de plaies suspectes : or, l'un de ces malades présentait déjà les premiers symptômes du tétanos au moment de son entrée, et le second, par oubli, n'avait pas reçu d'injection préventive. L'efficacité de ces injections est donc indéniable. Elles sont d'ailleurs inoffensives; jamais M. Schwartz n'a observé d'accident local général sérieux. Dans 5 cas cependant, il a noté un érythème plus ou moins accentué.

M. E. Tailhefer (de Béziers) communique trois observations de tétanos traumatique aigu.

Dans le premier cas, il a observé la mort subite à la suite d'une injection sous-arachnoïdienne lombaire de sérum antitétanique. Il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans qui, à la suite d'une fracture ouverte, souillée de terre, du tiers inférieur de la jambe gauche, avait tous les signes du tétanos traumatique aigu.

L'incubation avait duré six jours. Ponction lombaire : on retire 20 centimètres cubes de liquide céphalorachidien. Ce liquide sort en bavant : pas de tension. On injecte très lentement 53 centimètres cubes de sérum antitétanique ; au premier centimètre cube, crise; au cinquième centimètre cube, mort subite. M. Tailhefer, tout en admettant que le cas était très mauvais pour la méthode et, par suite, que l'injection de sérum a pu coïncider avec la mort, a eu cependant l'impression que celle-ci avait été avancée par l'injection.

Les deux autres cas ont été traités, l'un par la méthode des amputations, l'autre par la méthode de l'injection sous-cutanée de sérum antitétanique à haute dose, et la mort a été observée dans les deux cas. Dans le premier de ces cas, l'incubation du tétanos a été de huit jours ; dans le deuxième, de vingt-six jours.

M. Tavel (de Berne) signale quelques faits importants d'expérimentation qui résultent de ses recherches personnelles sur le sérum antitétanique :

Il y a sérum et sérum : des chevaux immunisés qui avaient résisté à de fortes doses de toxine pure ont succombé après une injection de 1 centimètre cube de culture de tétanos complète. Partant de ce point, M. Tavel a immunisé des chevaux avec des cultures complètes : depuis lors, l'agglutination des bacilles a été très forte, tandis qu'elle était faible avec la toxine seule, et les résultats expérimentaux se sont montrés beaucoup meilleurs.

D'autre part, il faut faire une distinction entre le tétanos *médullaire* (par trauma externe) et le traitement splanchnique (à point de départ viscéral), le premier étant guérissable, le second nullement influencé par le sérum. Une distinction s'impose aussi avec le tétanos toxique et le tétanos infectieux : le tétanos expérimental est généralement toxique, celui de l'homme infectieux. Il faut donc, dans l'expérimentation, pour se rapprocher des conditions observées chez l'homme, faire du tétanos infectieux.

M. Tavel a réussi à guérir des lapins *après l'apparition des symptômes du tétanos*, et alors que les lapins témoins succombaient régulièrement, grâce à de injections de fortes doses (50 c.c.) de sérum très actif. *A priori* la guérison doit donc être également possible chez l'homme.

La durée du stade d'incubation dépend, toutes choses égales d'ailleurs, de la distance qui sépare le point d'inoculation des centres nerveux : une injection dans la cuisse sera suivie d'un stade d'incubation plus long que l'injection dans le dos ou dans la région cervicale. L'injection intra-cérébrale de toxine donnera le stade d'incubation le plus court.

Ce fait que le point de départ des phénomènes toxiques est la moelle allongée nous donne une base pour un traitement logique du tétanos. Nous avons deux indications importantes :

1° *L'immunisation aussi rapide que possible des centres non encore atteints* par une injection intraventriculaire qui enverra le sérum par le trou de Monro jusque dans le quatrième ventricule. Cette injection, faite avec le foret et dans la corne antérieure du ventricule, est absolument innocente, facile et fait si peu mal qu'un enfant préfère cette injection à l'injection sous-cutanée (10 c. c. dans un ou dans chacun des ventricules).

2° *La neutralisation des toxines circulant dans l'organisme* par une injection intra-veineuse sous-cutanée, ou intra-rachidienne, de 50 centimètres cubes de sérum au moins.

M. Tavel a traité ainsi, depuis ses dernières publications, 4 cas de tétanos : 1 splanchnique, très avancé, a succombé; les 3 autres, médullaires, ont guéri.

M. Blanquinque (de Laon) cite deux cas très graves de tétanos confirmé qu'il a guéris par des injections massives, sous-cutanées, de sérum antitétanique. Pendant trois jours de suite les malades ont reçu chaque jour 100 centimètres cubes de sérum, puis pendant quelques jours encore une dose de 20 centimètres, cubes. Aucun accident général ni local, sinon quelques légères douleurs articulaires, n'est résulté de l'administration de ces doses énormes de sérum. Après chaque injection on voyait survenir très nettement une accalmie dans les symptômes tétaniques. Chez les enfants, M. Blanquinque a pu administrer sans inconvénients 40 grammes de sérum tous les deux jours.

M. Guinard, depuis 1893, applique la sérothérapie préventive à tous les blessés suspects qui entrent dans ses salles ; or, depuis cette époque, il n'a plus vu, dans son service, qu'un seul cas de tétanos survenu chez un malade qu'on avait négligé d'injecter préventivement.

(*A suivre.*) J. Dumont.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

20 Octobre 1902.

Kyste du vagin pendant la puerpéralité. — *M. Couvelaire*. Il s'agit d'une femme primipare âgée, qui, arrivée au terme de sa grossesse, se plaignit de douleurs dans le bas-ventre et de leucorrhée en même temps qu'apparaissait, au niveau de l'orifice vulvaire, une masse qu'elle croyait être son col utérin.

En réalité, c'était un kyste du vagin, à consistance molle, siégeant sur la partie postéro-latérale droite et facile à pédiculiser.

Pendant le travail cette tumeur eut une tendance à remonter, car elle n'apparut jamais à la vulve, même pendant les efforts excessifs.

Cette femme fut opérée six semaines après son accouchement, qui ne présenta rien de particulier ; le kyste fut enlevé sans être ouvert, encore revêtu de sa coque vaginale.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un kyste dit congénital, développé sans doute aux dépens du canal de Müller ou de Wolf.

A propos du diagnostic différentiel entre l'appendicite et la grossesse extra-utérine. — ***M. Pinard*** a relevé dans une communication de M. Legueu à la Société de chirurgie que, dans deux cas de grossesse extra-utérine, il n'y avait pas eu de modifications du côté des règles.

Ceci n'est pas admissible, car tous les faits démontrent que, du moment qu'il y a grossesse, que cette grossesse soit ectopique ou utérine, il y a cessation des règles proprement dites.

M. Legueu. Dans mes observations, il y avait bien suppression des règles ; mais comme il s'agissait de femmes habituellement mal réglées, cette aménorrhée n'avait pas été bien interprétée.

Cette erreur était d'autant plus permise que, dans un cas, la malade était âgée de quarante-huit ans.

Observation de cholécystite simulant l'infection pendant les suites de couches ; opération; guérison. — ***M. Pinard.*** Il s'agit d'une femme à bassin vicié par asymétrie, chez laquelle, à la suite de l'accouchement à terme de son troisième enfant, (application du forceps), on fit une injection utérine, qui fut suivie immédiatement d'agitation extrême, pouls à 130, douleurs abdominales atroces, persistant pendant plusieurs heures.

La température revint à la normale, puis monta à 39°, en même temps que survenaient des vomissements ; ce qui détermina une nouvelle injection utérine, qui donna lieu aux mêmes phénomènes que précédemment.

On observa alors, en outre, une diarrhée sanguinolente, avec douleurs localisées tout le long du côlon, et des éructations douloureuses, avec œdème de la langue, haleine extrêmement fétide, et douleurs musculaires généralisées.

Ces phénomènes persistèrent pendant dix jours. A ce moment on sentit dans la région de la vésicule biliaire, une induration qui était le siège d'une douleur très vive, et que la malade avait déjà constatée, en l'appelant son « orange ».

Le diagnostic de cholécystite fut porté d'autant plus sûrement qu'on apprit que la malade avait eu auparavant trente crises douloureuses en quatre mois.

La laparotomie montra une tumeur avec phénomènes de réaction péritonéale et qui contenait 400 gr. de liquide purulent : c'était la vésicule biliaire, laquelle ne renfermait aucun calcul.

La température monta à 41°, puis baissa au bout de quarante-huit heures, et bientôt on trouva dans le pansement un calcul gros comme une noisette.

La guérison fut complète, sans fistule.

M. Pinard insiste sur ce fait que, dans ce cas, tout le monde croyait à de l'infection puerpérale.

Les accidents ont sans doute éclaté à la suite du déplacement de la vésicule biliaire.

MM. Legendre et Guinon pensent que le contenu de la vésicule s'est transformé au moment du trauma obstétrical ; ils ne s'expliquent pas l'œdème buccal.

M. Lepage a observé une femme chez laquelle, à

la suite de basiotripsie pour enfant mort, il y eut de la fièvre et des frissons.

Or, deux mois plus tard, survint une cholécystite suppurée qui fut opérée, et qui amena la guérison.

Un cas de maladie de Barlow. — ***MM. Guinon et Coffin*** furent appelés à soigner un enfant de onze mois, qui semblait atteint d'entérite, avec accidents méningitiques.

Cet enfant était inerte, et souffrait au moindre contact ou mouvement.

La constatation d'un fongus entouré d'un bourrelet noirâtre sur les incisives, fongus qui saignait au moindre contact, fit affirmer le diagnostic de scorbut infantile, d'autant plus qu'il y avait sur le tibia de l'œdème et un épanchement sous-périostique.

On apprit que cet enfant était nourri au *lait stérilisé nectar*, dont le mode de stérilisation est l'oxygène sous pression, et que ses potages eux-mêmes étaient faits avec ce lait.

M. Guinon insiste sur la nécessité de mêler le lait stérilisé artificiel avec le lait cru (potages) pour éviter les accidents de ce genre.

Cet enfant fut mis au traitement suivant : lait cru, bouillie de pommes de terre, jus de citron, raisin.

Au bout de quatre jours il était guéri et avait augmenté de 360 grammes.

M. Pinard insiste de nouveau sur ce fait que, à un certain moment, l'enfant a besoin d'une nourriture vivante, et que le lait stérilisé employé exclusivement peut produire des accidents.

M. Legendre. Ce qu'il y a de saisissant dans toutes ces observations de maladies de Barlow, c'est la rapidité de la guérison.

Il semble véritablement que ces troubles ne surviennent qu'à la suite de l'absence d'un corps infinitésimal, qui doit être la potasse.

L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

21 Octobre 1902.

Sarcome globo-cellulaire de l'anse iléo-cæcale. — ***MM. Mauclaire et Godemé*** communiquent l'observation d'un garçon de quatorze ans qui depuis deux ans présentait les symptômes peu nets d'une appendicite subaiguë à allures chroniques. L'opération faite dans l'idée d'une appendicite montra que l'appendice était sain, mais que le cæcum et la partie terminale de l'iléon étaient englobés dans des masses néoplasiques. Au cours de l'opération le cæcum se rompit. M. Mauclaire sutura la perforation et termina par une anastomose iléo-cæcale avec exclusion des parties envahies par le cancer. L'enfant succomba au bout de trente-six heures.

L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire.

Kyste dermoïde du testicule. — ***MM. Mauclaire et Hallé*** montrent un kyste dermoïde du testicule enlevé chez un garçon de quatre ans. La particularité de cette pièce réside dans ce fait que malgré les coupes multiples, il fut impossible de trouver dans la tumeur la moindre parcelle de tissu testiculaire. Il n'existe dans la littérature que trois cas analogues.

Cinq observations de maladie de Barlow. — ***M. E. Thiercelin*** rapporte cinq cas de maladie de Barlow, observés chez des enfants de huit mois, dix-sept mois, vingt-sept mois, trois ans et demi et sept ans. Dans l'un de ces cas il n'existait que de la douleur au niveau des membres inférieurs; dans trois autres on constatait des phénomènes douloureux, de l'empâtement de l'extrémité supérieure des fémurs et des fongosités gingivales; enfin le cinquième cas présentait la forme hémorragique avec purpura, méléna et hémorragies gingivales.

Ces cinq malades étaient nourris au moyen de lait stérilisé et de farines dites de conserve.

M. Thiercelin se rallie à l'opinion généralement admise qui attribue le développement du scorbut infantile à l'alimentation trop exclusive au moyen de ces aliments de conserve.

Enfin, dans aucun de ces cinq cas il n'y avait trace de rachitisme. La maladie de Barlow est donc bien du scorbut et non du rachitisme, comme l'ont soutenu certains auteurs.

M. Guinon a observé tout dernièrement un cas typique de maladie de Barlow chez un nourrisson alimenté avec du lait industriellement stérilisé. Le médecin de la famille avait pensé à une méningite ou à un rhumatisme articulaire. L'examen du petit malade permit de reconnaître les signes classiques de la maladie de Barlow : douleurs dans les membres, épaississement des fémurs, hémorragies gingivales. Le malade guérit très rapidement sous l'influence du traitement par le lait frais, le jus de viande, le jus de citron.

M. Netter a eu à soigner récemment deux nouveaux cas de maladie de Barlow chez des enfants alimentés, l'un avec du lait stérilisé, l'autre avec du lait maternisé. Il est donc évident que le lait stérilisé peut provoquer la maladie de Barlow.

M. Variot veut bien admettre que le lait stérilisé peut produire la maladie de Barlow; mais encore faudrait-il savoir si ces enfants ne recevaient pas en même temps des aliments fabriqués (farines, etc.) ou une nourriture défectueuse.

Auto-intoxication intestinale. — ***M. Combes*** lit un travail sur le diagnostic et le traitement de l'auto-intoxication intestinale.

Le diagnostic peut se faire par la recherche des éthers sulfo-conjugués et des acides oxy-combinés de l'urine, les premiers servant pour ainsi dire d'index de la quantité de ptomaïnes formées dans l'intestin.

Pour ce qui est du traitement, M. Combes préconise un régime alimentaire composé presque exclusivement de farineux qui ont pour effet de diminuer la production des éthers sulfo-conjugués.

R. Romme.

FACULTÉ DE PARIS

Pathologie expérimentale et comparée. — M. le professeur Chantemesse commencera son cours le samedi 8 novembre, à 5 heures de l'après-midi, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (École pratique, 1er étage), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

1re leçon : Etude expérimentale des microbes pathogènes.

Histologie. — M. P.-E. Launois, agrégé, chargé de cours, commencera le cours d'histologie le samedi 8 novembre, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Objet du cours : Le feuillet moyen du blastoderme; — les tissus de soutien (conjonctif, cartilagineux, osseux); — les tissus de mouvement (muscles lisses, muscles striés).

Laryngologie, rhinologie et otologie. — M. Castex, chargé de cours complémentaire, reprendra son cours, à l'amphithéâtre Cruveilhier (École pratique), le mardi 11 novembre à 3 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le cours est public et gratuit.

Exercices pratiques sous la direction de M. Castex, assisté de MM. Collinet, Rabé et Ball.

Examen et traitement des malades tous les jours, de 3 à 5 heures.

Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs.

Sont admis, tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Clinique médicale. — M. le professeur G. Hayem commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Saint-Antoine, le samedi 8 novembre, à 10 heures, au pavillon Moïana, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Enseignement complémentaire : technique clinique, par M. Bensaude, chef de clinique; anatomie pathologique et bactériologie, par MM. Thiercelin et Rosenthal; conférences pratiques d'ophtalmologie, par M. Terrien.

Les élèves qui désirent suivre ces cours devront se faire inscrire par M. Thiercelin, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Clinique chirurgicale infantile. — M. le professeur Kirmisson commencera son cours de clinique chirurgicale infantile le samedi 8 novembre, à 10 heures du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Mardi et samedi, à 10 heures : leçons du professeur. — Jeudi, de 10 heures à midi : consultations orthopédiques (conférence clinique et examen des malades). — Mardi et samedi, de 9 à 10 heures : consultations pour les maladies du nez, du larynx et des oreilles, par M. Malherbe. — Pendant le semestre d'hiver, M. Grisel, chef de clinique, fera un cours complet de chirurgie orthopédique.

Clinique ophtalmologique. — M. le professeur F. de Lapersonne commencera le cours de clinique ophtalmologique le vendredi 14 Novembre, à 10 heures du matin (amphithéâtre Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu).

Ordre du service. — Lundi à 9 h. 1/2 : Policlinique (salle de consultation). — Mardi à 9 h. 1/2 : Opérations. — Mercredi à 10 heures : Examens ophtalmoscopiques. — Jeudi à 9 h. 1/2 : Opérations. — Vendredi à 10 heures : Leçons cliniques (amphithéâtre Dupuytren). — Tous les matins, à 9 heures : Consultation externe.

Accouchements et gynécologie. — Les cours pratiques suivants auront lieu à la clinique Baudelocque, 125, boulevard Port-Royal, savoir :

1° *Accouchements.* — Premier cours : Cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires, par M. Couvelaire, chef de clinique, et M. Funck-Brentano, chef de laboratoire.

Ce cours commencera le lundi 17 Novembre 1902, à 9 heures du matin. Il sera complet en trente leçons et aura lieu tous les jours, à la même heure, à la clinique Baudelocque.

Deuxième cours : Cours pratique d'accouchements, avec manœuvres opératoires, par M. Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, et M. Paquy, ancien chef de clinique.

Ce cours commencera le lundi 12 Janvier 1903, à 9 heures du matin. Il sera complet en trente leçons et aura lieu tous les jours, à la même heure, à la clinique Baudelocque.

2° *Gynécologie.* — Cours clinique et pratique de gynécologie par M. Potocki, agrégé, accoucheur des hôpitaux, assisté de M. Le Masson. Ce cours commencera le mardi 20 Janvier 1903, à 9 h. 1/2 du matin.

Il sera complet en dix-huit leçons et aura lieu tous les mardis, jeudis et samedis, à la même heure, à la clinique Baudelocque.

Les droits à verser sont de 50 francs pour chaque cours.

Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie. — M. Marfan, agrégé, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le lundi 3 Novembre, à 9 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie).

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Chacun d'eux sera exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours de midi à 3 heures.

Les élèves seront classés par série de vingt, et pour une période de un mois. (MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité).

M. Deguy, chef du laboratoire, et M. N..., interne du service, dirigent les travaux pratiques.

Clinique gynécologique de l'hôpital Broca (cours de perfectionnement organisés sous la direction de M. le professeur Pozzi). — Première série de cours du 17 Novembre au 13 Décembre 1902 (pour chaque cours le maximum des élèves est fixé à douze).

I. *Cours de séméiologie gynécologique en douze leçons* (M. F. Jayle, chef de clinique).

Ce cours commencera le lundi 17 Novembre à 2 h. 3/4 du soir, et se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Sa durée sera de une heure.

Programme du cours. 1° De l'interrogatoire d'une malade (lundi 17 Novembre);

2° De l'interrogatoire d'une malade déjà opérée (mercredi 19 Novembre);

3° De la fonction ovarienne (vendredi 21 Novembre);

4° De l'examen gynécologique (lundi 24 Novembre);

5° De l'examen du ventre (mercredi 26 Novembre);

6° Interrogatoire d'une malade par les élèves (vendredi 28 Novembre);

7° Interrogatoire d'une malade par les élèves (lundi 1er Décembre);

8° Examen clinique d'une malade par les élèves (mercredi 3 Décembre);

9° Examen clinique d'une malade par les élèves (vendredi 5 Décembre);

10° Des pansements vaginaux (lundi 8 Décembre);

11° Des pansements utérins (mercredi 10 Décembre);

12° De l'importance des régimes alimentaires en gynécologie (vendredi 12 Décembre).

II. *Cours d'examen clinique et de chirurgie gynécologique* (M. M. Beaussenat, chef de clinique adjoint).

Ce cours commencera le lundi 17 Novembre à 4 heures du soir, et se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Sa durée sera de une heure.

Programme du cours. 1° Examen clinique de l'annexite non suppurée (lundi 17 Novembre);

2° Examen clinique de la métrite du col (mercredi 19 Novembre);

3° Examen clinique du fibrome (vendredi 21 Novembre);

4° Examen clinique du cancer (lundi 24 Novembre);

5° Examen clinique du pyosalpinx (mercredi 26 Novembre);

6° Examen clinique des déviations utérines (vendredi 28 Novembre);

7° Examen clinique du prolapsus (lundi 1er Décembre);

8° Examen clinique des pelvipéritonites (mercredi 3 Décembre);

9° Traitement chirurgical des annexites (vendredi 5 Décembre);

10° Traitement chirurgical des fibromes (lundi 8 Décembre);

11° Traitement chirurgical du cancer (mercredi 10 Décembre);

12° Traitement chirurgical des métrites et du prolapsus (vendredi 12 Décembre);

III. *Cours d'application des agents physiques à la thérapeutique gynécologique* (M. A. Zimmern, aide-préparateur).

Ce cours commencera le lundi 17 Novembre à 1 h. 1/2 et se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. La durée sera de une heure.

Programme du cours. 1° Applications générales de l'hydrothérapie, du massage et de la sismothérapie, à la thérapeutique gynécologique (lundi 17 Novembre);

2° Technique des applications de l'électricité à la thérapeutique gynécologique (mercredi 19 Novembre);

3° Thérapeutique physique des affections de la vulve et du vagin (vendredi 21 Novembre);

4° Traitement des troubles menstruels (aménorrhée, dysménorrhée) (lundi 24 Novembre);

5° Traitement des métrites (mercredi 26 Novembre);

6° Traitement des métrites. Indications des cures thermales (vendredi 28 Novembre);

7° Traitement des déviations et des ptoses génitales (lundi 1er Décembre);

8° Utilisation des agents physiques dans les néoplasmes non opérables (mercredi 3 Décembre);

9° Traitement des annexites non suppurées (vendredi 5 Décembre);

10° Traitement des névralgies pelviennes et de l'insuffisance ovarienne (lundi 8 Décembre);

11° Thérapeutique physique de quelques affections de l'appareil urinaire chez la femme (mercredi 10 Décembre);

12° Traitement de la constipation et de l'entérocolite (vendredi 12 Décembre).

IV. *Diagnostic anatomo-pathologique et bactériologique en gynécologie. Application à la gynécologie des nouvelles méthodes biologiques d'exploration : hématologie, cyto-diagnostic*, etc. (M. Bender, préparateur).

Ce cours commencera le mardi 18 Novembre à 2 heures et se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

La durée sera de 1 h. 1/2.

1° Technique des examens anatomo-pathologiques et bactériologiques en gynécologie;

2° Le microbe pathogène. Diagnostic bactériologique des vulvo-vaginites et des métrites;

3° Examen microscopique de la muqueuse utérine. Diagnostic histologique des métrites;

4° Diagnostic histologique du cancer de l'utérus;

5° Diagnostic histologique des tumeurs de l'utérus;

6° Diagnostic de la môle hydatiforme et du déciduome malin;

7° Diagnostic histologique des salpingites;

8° Diagnostic histologique des tumeurs de l'ovaire;

9° Diagnostic histologique de la grossesse extra-utérine;

10° Des résultats donnés par l'examen histologique des curettages utérins;

11° Des résultats donnés par l'examen du sang en gynécologie;

12° Du cyto-diagnostic et des exsudats en gynécologie;

Le montant des droits à verser pour chaque cours est de 50 francs. Seront admis les Docteurs français et étrangers ainsi que les Etudiants immatriculisés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement des droits. Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 heures.

Pathologie générale élémentaire. — M. Teissier, agrégé, commencera les conférences de pathologie générale élémentaire, le Lundi 10 Novembre, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis, et lundis suivants à la même heure.

Ces conférences sont spécialement destinées aux étudiants de première année (nouveau régime), et porteront sur l'étude des grands processus morbides, des principaux éléments de seméiologie générale et fonctionnelle.

Pathologie externe. — M. Gosset, agrégé, commencera ces conférences le jeudi 6 Novembre, à 3 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les samedis et jeudis suivants, à la même heure.

Pathologie interne. — M. Gouget, agrégé, commencera ces conférences le samedi 8 Novembre, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Médecine légale. — M. Thoinot, agrégé, commencera ces conférences le lundi 10 novembre, à 3 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences de médecine légale psychiatrique. — M. Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, chargé du cours pratique de médecine légale psychiatrique, commencera ses conférences le mercredi 12 Novembre à 1 h. 1/2, et les continuera le vendredi et le mercredi à la même heure, 3, quai de l'Horloge.

Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours de midi à 3 heures à MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux, et les étudiants ayant passé leur quatrième examen de doctorat.

Après trois mois d'assiduité à ce cours, un certificat de présence sera régulièrement délivré.

Chimie biologique. — M. Desgrez, agrégé, commencera ces conférences le samedi 8 novembre, à 5 heures (amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet de la conférence : Les principes constitutifs des humeurs et des tissus.

NOUVELLES

Paris et Départements

Service de santé militaire. — Ont été nommés élèves boursiers avec trousseau à l'École du service de santé militaire les candidats Cheynel et Bovier-Lapierre, classés respectivement 72e et 73e sur la liste dressée par le jury du concours d'admission à ladite école.

Les écoles d'infirmières. — Le président du conseil vient, par circulaire, de rappeler aux préfets les instructions de ses prédécesseurs relatives à l'application de la loi du 15 Juillet 1893 sur la création d'écoles d'infirmières.

Ces instructions recommandaient la création d'une école d'infirmières au moins dans chacune des villes sièges d'une Faculté ou d'une École secondaire de médecine. M. Combes précise qu'il ne s'agit pas de conseils que les commissions hospitalières sont libres de ne pas suivre, mais d'une obligation.

Les écoles d'infirmières seront régies par un règlement qu'élaboreront les préfets.

La lutte contre la tuberculose. — En conformité des vœux émis par la Commission instituée au ministère de l'instruction publique en vue d'étudier les mesures à prendre pour éviter la contagion de la tuberculose dans les établissements d'enseignement, M. Chaumié vient d'adresser aux recteurs d'Académie une circulaire pour leur faire connaître les dispositions qu'il a adoptées concernant la prophylaxie de cette maladie.

Voici les principales dispositions de cette circulaire :

1° Dans tous les internats primaires ou secondaires, chaque élève aura une fiche sanitaire contenant les indications suivantes : le poids corporel, la taille et le périmètre thoracique. Ces indications devront être consignées tous les trois mois à date fixe.

Ces fiches seront tenues au courant et conservées par le médecin de l'établissement.

2° Les mesures concernant la prophylaxie de la tuberculose proposées par la Commission et adoptées par le ministre seront énumérées et développées dans une instruction qui devra être mise à la disposition des directeurs de tous les établissements scolaires.

— Avant-hier soir, a eu lieu à la mairie du Xe arrondissement, rue du Château-d'Eau, l'assemblée générale de l'Œuvre de la tuberculose humaine. Cette Société, qui a pour but la création immédiate de dispensaires antituberculeux, est en quelque sorte une fédération constituée par un certain nombre de Sociétés de secours mutuels de la Seine.

L'article 3 des statuts nous renseigne d'ailleurs sur le but de l'œuvre :

1° Création d'un ou plusieurs dispensaires, où seront organisées des consultations médicales gratuites pour les prévoyants et mutualistes des deux sexes;

2° Admission gratuite ou à prix réduits des sociétaires malades dans les sanatoriums;

3° Attribution de secours aux malades soignés à domicile;

4° Séjour gratuit dans les stations thermales;

5° Propagation de toutes les mesures prophylactiques de la tuberculose et des autres maladies contagieuses.

CONCOURS

Externat. — *Anatomie.* — Séance du 26 Octobre. — *Nerf médian* :

MM. Prével, 13; Sevestre, 18 1/2; Zislin, 16; Halphen, 17; Lévy-Frankel, 15; Jeannel, 15; Lemaire, 15; Martineau, 11; Le Blaye, 15; Streiff, 6; Schreiber, 14; Touraine, 18; Versepuech, 16; Monnot, 13; Mosqueron, 12; Ymonet, 17 1/2; Hirtz, 17; Labande, 18; Nepper, 12; Viel, 15; — *Absent* : M. Lesbroussart.

Séance du 30 Octobre, — *Muscle sterno-cléido-mastoïdien* : MM. Levant, 18 1/2; Perrier, 17; Woth, 17 1/2; Rousselot, 14 1/2; Pestil; Rousseau-Langwelt, 14; Périneau, 17; Pakowski, 17; Nepveu, 14; Ménard (P.), 14; Jais, 10; Woylanski, 8; Maillet, 15; Grapin, 9; de Vaugiraud, 15; Leconte, 17 1/2; Regnard, 11; Rafinesque, 14; Leroy, 16; Lenormand, 10. — *Absent* : M. Weil (André).

Pathologie. — Séance du 29 Octobre. — *Appareil plâtré pour fractures de jambes* : MM. Flandin, 18; Dupuy (R.), 13; Binet de Jassonnaix, 15; Aller, 10; Benoist (E.), 13; Delarras, 12 1/2; Ageorges, 15; Bienvenue, 16; Douay; Ameuille, 15; Dubosc, 14; André, 14; Duché, 16; Avenier, 16; Duclos, 15; Fiessinger, 18; Fayart, 13; Bigon, 16; Barbet, 18; Cloquet, 15. — *Absent* : M. Ducros.

Séance du 31 Octobre. — *Recherche de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines.*

RENSEIGNEMENTS

Bonne situation offerte en province à docteur, trente à trente-quatre ans, peu fortuné et célibataire. S'adresser *P. M.*, n° 848.

Deux internes des hôpitaux commenceront vers le 15 Novembre une conférence privée d'externat. S'adresser *P. M.*, n° 849.

Externe d'un service de gynécologie désire place ou permutation dans bon service consultation ou chirurgie générale. S'adresser *P. M.*, 850.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — *Tome II. N° 89. — Mercredi, 5 Novembre 1902.* — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD, Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

SOMMAIRE

A PROPOS DE L'ENSEIGNEMENT ET DES EXAMENS D'OPHTALMOLOGIE EN ALLEMAGNE

Une visite aux cliniques universitaires de l'étranger, même en temps de vacances, est toujours instructive. Elle permet de faire des comparaisons qui, sans être à notre désavantage, doivent nous faire sérieusement méditer; elle nous fournit des renseignements précieux dont nous aurions le plus grand tort de ne pas faire notre profit.

Pendant que *La Presse Médicale* faisait son intéressant voyage aux Universités italiennes, j'allais dans l'Allemagne du Sud et en Autriche-Hongrie avec mission d'étudier l'organisation des cliniques ophtalmologiques, au point de vue de l'enseignement. Partout j'ai ressenti une impression très vive en constatant la place prépondérante occupée par l'Ophtalmologie, dont l'enseignement reçoit dans les derniers examens une sanction tout à fait indispensable.

***

On sait qu'en Allemagne et en Autriche-Hongrie, les chaires magistrales d'ophtalmologie existent depuis de longues années. A Vienne, la première chaire de clinique ophtalmologique date de Marie-Thérèse, au XVIII° siècle. A Budapest, il existait un enseignement spécial dès la même époque et la chaire était créée en 1804. Très anciennes aussi sont les chaires d'Heidelberg, de Munich, de Fribourg en Brisgau, etc.

Depuis un siècle l'importance de l'enseignement ophtalmologique a toujours été en augmentant chez nos voisins de l'Est. La moindre Université possède une chaire magistrale avec un professeur ordinaire et bien souvent un professeur extraordinaire, adjoint à la clinique, ainsi que de nombreux assistants attachés à la clinique pendant très longtemps. A Heidelberg, c'est le professeur Leber, avec von Hippel junior comme adjoint; à Fribourg, le professeur Axenfeld; à Strasbourg, le professeur Laqueur; à Budapest, le professeur Schuleck avec le professeur Émile de Grosz comme adjoint, spécialement chargé des

études ophtalmoscopiques ; à Munich, le professeur Eversbuch. A Vienne, il y a deux chaires magistrales : celle du professeur Schnabel, avec le professeur extraordinaire Elschnig comme adjoint, et celle du professeur Fuchs, entouré d'assistants tels que M. Sachs. Il en est de même dans toutes les Universités.

En ce qui concerne la scolarité, aussi bien en Autriche-Hongrie qu'en Allemagne, *tous les étudiants* sont tenus de suivre pendant un semestre au moins, et quelquefois deux, les cours et exercices de la clinique ophtalmologique. En Autriche-Hongrie, il y a dix heures par semaine de cours d'ophtalmologie tant théoriques que pratiques ; les élèves sont appelés à faire les pansements, à s'exercer au maniement de l'ophtalmoscope, à pratiquer les opérations oculaires sur le cadavre ou sur les animaux. L'étudiant n'est admis aux examens qu'en présentant un certificat du professeur attestant qu'il a suivi le cours pendant le temps prescrit.

Pour faire face aux besoins d'un enseignement donné dans de telles conditions, la plupart des cliniques possèdent de larges installations, dont le confortable est cependant très différent suivant leur ancienneté et les crédits dont elles ont pu disposer. Parmi celles que j'ai visitées, une des plus modernes et des mieux comprises, comme disposition des locaux, m'a paru être celle du professeur Laqueur, à Strasbourg.

Située dans cette cité qui est le *Burgerspital*, la clinique ophtalmologique occupe un grand pavillon séparé, spécialement construit à son usage. Le rez-de-chaussée est divisé en deux parties, l'une réservée à la policlinique, avec grande salle d'attente pour les malades, salles de pansements, d'examens et d'ophtalmoscopie ; la seconde plus importante, destinée à l'enseignement proprement dit, et dans laquelle les malades ne pénètrent que dans certains cas. Elle est traversée par un large couloir sur lequel s'ouvrent à droite et à gauche une salle de cours disposée d'une façon très ingénieuse, le cabinet du professeur, le laboratoire de recherches, la bibliothèque, une salle des instruments de physique, des chambres noires.

Le premier et le second sont affectés à la clinique, c'est-à-dire aux malades hospitalisés. Ces deux étages ont une disposition identique pour le service des hommes et celui des femmes Il y a une salle d'opérations par étage, des salles de 2, 4 et 6 lits, donnant sur un vaste couloir ou promenoir central. Chaque étage possède de plus un réfectoire, une salle de bains et des dépendances. Deux assistants internes ont leur logement dans la clinique.

Cette disposition très simple peut servir de modèle. A Heidelberg, à Budapest les cliniques sont situées dans des pavillons séparés et leur installation paraît suffisamment confortable. Par contre, il a fallu que le professeur Fuchs fasse des prodiges d'ingéniosité pour organiser son enseignement si fécond et si justement réputé dans les vieilles salles de l'*Allgemeinkrankenhauss* de Vienne, dont l'aspect général rappelle un peu notre Salpêtrière. Il en est de même pour le professeur Schnabel. On fait espérer à nos collègues une meilleure installation... dans quelques années.

Mais ce qu'il importe de bien faire remarquer c'est que toutes les cliniques, même les plus deshéritées au point de vue des locaux, sont largement pourvues d'un matériel d'enseignement. On est frappé, en les visitant, de leur richesse en instruments de précision, périmètres, ophtalmomètres, loupes binoculaires, sidéroscopes, électro-aimant de Haab, microscopes, microtomes, etc. Toutes possèdent un laboratoire et une bibliothèque avec les principaux périodiques de l'ophtalmologie publiés en Allemagne et à l'étranger ; quelques-unes de ces bibliothèques sont même très riches, grâce à des dons particuliers.

* * *

Quelle est la sanction donnée à ces études ? Elle est des plus sérieuses.

Dans le règlement encore appliqué en Allemagne, l'examen d'ophtalmologie constitue la 4e partie du quatrième examen. Le procès-verbal de cette épreuve indique que le candidat est chargé d'examiner un malade au point de vue de l'anamnèse, du diagnostic et du pronostic, ainsi que des indications du traitement. Il doit rédiger une observation et appliquer le traitement sous la surveillance du professeur. Il doit enfin faire preuve de connaissances générales en ophtalmologie. C'est devant le professeur de clinique seul et pendant la visite que se passe cet examen : le candidat est obligé de venir plusieurs jours de suite, ce qui permet au professeur de se rendre parfaitement compte de ce qu'il sait.

Dans le nouveau règlement, du 28 Mai 1901 l'ophtalmologie formera un examen entièrement séparé et aura une plus grande importance encore.

Pour l'Autriche, je laisse la parole au professeur Fuchs, qui a bien voulu me donner les renseignements suivants sur la manière dont il fait subir cette épreuve :

« L'examen d'ophtalmologie se passe à la fin « des études, donc après les deux ans de candi- « dature et les trois ans de doctorat en méde- « cine, en même temps que l'examen de chi- « rurgie, d'obstétrique, etc. Il se compose actuel- « lement de deux épreuves, un examen pratique « dans la clinique et un examen théorique à « l'Université. Dans l'avenir, ces deux examens « seront réunis dans un seul acte qui par consé- « quent durera plus longtemps.

« Dans cet examen, le candidat a d'abord à « examiner des malades et est interrogé là- « dessus (oralement ; les examens par écrit « n'existent pas chez nous). Le choix des cas dé- « pend exclusivement du professeur; chez moi, « chaque élève a à examiner 2 cas, d'abord 1 cas « avec des altérations extérieures (kératite, iri- « tis, glaucome, etc.), et puis 1 cas ophtalmosco- « pique : quelquefois, si j'ai quelques doutes pour « l'admission du candidat, je lui donne un troi- « sième cas. Certains professeurs donnent à « examiner des cas de réfraction. D'après la loi « actuelle, l'étudiant est aussi obligé d'exécuter « une opération sur le cadavre ou sur les yeux « de porc. Dans l'avenir, le professeur jugera « s'il y a lieu de demander une opération. Après « l'examen pratique, le candidat est interrogé « sur n'importe quels points de l'ophtalmologie « théoriquement. En somme, le professeur est à « peu près libre d'arranger l'examen comme il « lui semble bon. En général l'examen en ophtal- « mologie est assez sévère. »

* * *

En comparant ce que l'on demande aux candidats au doctorat en France, il faut avouer que chez nous l'Ophtalmologie est bien sacrifiée. Théoriquement les élèves doivent être interrogés sur les maladies des yeux à la première partie du 3e examen de doctorat et à la première partie du 5e : l'ophtalmologie est une branche de la pathologie externe et de la clinique chirurgicale. Mais déjà au 3e les matières sont trop étendues et c'est à peine si l'étudiant de quatrième année, qui se présente à cet examen, a eu le temps de suivre les cliniques spéciales. En pratique c'est donc au moment de la première partie du 5e que l'élève peut être interrogé en ophtalmologie. Comme les règlements sont muets à cet égard, cet examen diffère beaucoup suivant les Facultés et, dans une même Faculté, suivant les jurys. Il en résulte que bon nombre d'élèves n'étudient plus du tout les maladies des yeux, et quelques-uns ont été jusqu'à m'exprimer un étonnement naïf, mais très sincère, d'être interrogés sur une spécialité *qui n'est pas dans le programme*. Tous les jours, d'ailleurs, nous voyons des médecins, et non des moins distingués, reconnaître avec regret qu'ils n'ont aucune notion de la pathologie oculaire. C'est là, entre parenthèses, un grave inconvénient de la spécialisation trop absolue qui, dans la pratique médicale, entraine malheureusement les conséquences les plus fâcheuses.

Tous les médecins praticiens doivent connaître les maladies des yeux les plus communes, celles surtout qui réclament des soins urgents ; il est donc indispensable que le candidat soit interrogé sur l'ophtalmologie au moment des examens cliniques.

Certes la méthode allemande, qui consiste à faire interroger l'élève par le professeur dans la clinique même plusieurs jours de suite, apparaît à beaucoup de bons esprits comme un des moyens les plus sûrs de se rendre compte de la valeur du candidat, aussi bien pour la médecine et la chirurgie que pour les spécialités. Mais cette méthode a des inconvénients dont le moindre serait, dans une Faculté où les candidats sont aussi nombreux que dans celle de Paris, d'obliger le professeur à négliger pendant quelque temps l'enseignement pour se consacrer exclusivement à ses fonctions d'examinateur. D'ailleurs cette modification ne pourrait être mise en pratique que grâce à une refonte complète des études médicales et à un remaniement de tous les examens probatoires. Nous n'en sommes pas là.

Sans rien changer à l'ordre de choses établi, il suffit, à mon avis, de prévenir les candidats qu'ils *seront interrogés* sur les maladies des yeux à la première partie du 5e (chirurgie). Dans cette épreuve, deux des professeurs font examiner des malades et le troisième pose des questions théoriques sur la pathologie chirurgicale. Une de ces questions ne peut-elle pas porter d'une façon obligatoire sur les maladies des yeux ? Et comme l'ophtalmologie est très vaste, que certaines de ses parties nécessitent une instruction toute spéciale, j'ai demandé au Conseil de la Faculté de décider que les interrogations soient limitées aux seules questions de pratique courante, d'après une liste que j'ai eu l'honneur de lui soumettre.

Pour préparer les élèves à subir cette épreuve, nous avons maintenant en France une organisation très suffisante de l'enseignement ophtalmologique. Grâce au plan poursuivi depuis de longues années par l'éminent Directeur de l'Enseignement supérieur, toutes les Facultés sont pourvues de chaires d'ophtalmologie. Il en existe aussi dans quelques Écoles de médecine ; la dernière vient d'être créée à Angers. Dans d'autres Écoles l'enseignement est donné par un chargé de cours. Ces différentes cliniques sont pourvues de locaux convenables et de crédits d'enseignement qui le sont beaucoup moins.

Loin de nous la pensée de multiplier à l'infini le nombre des oculistes ! mais, comme je le disais l'année dernière dans ma leçon d'ouverture, l'enseignement de nos cliniques ophtalmologiques est destiné d'une part aux médecins français ou étrangers qui veulent se spécialiser et viennent se perfectionner, d'autre part aux praticiens qui ont besoin de notions indispensables sur les maladies des yeux. A la première catégorie s'adresse le *cours de perfectionnement*, dont j'ai fait l'année dernière deux séries avec l'aide de mon excellent collègue le professeur agrégé Weiss et de mes fidèles collaborateurs. Pour la seconde catégorie, nous avons eu récemment un cours de vacances par mes chefs de clinique, et, dès la rentrée, M. Terrien fera en vingt leçons un *cours pratique* de maladies des yeux à l'usage des praticiens et des étudiants qui préparent le 5e de doctorat.

Que nous manque-t-il ? une sanction plus efficace de cet enseignement.

F. DE LAPERSONNE.

INDICATIONS
DE L'OPÉRATION DE BOTTINI

Par E. DESNOS.

Les brillants résultats que la prostatectomie périnéale totale a donnés dès son début l'ont mise de suite au nombre des bonnes opérations et expliquent sa rapide fortune. Je m'empresse de reconnaître et de proclamer que les services qu'elle rend sont considérables et je n'ai eu personnellement qu'à m'en féliciter. Mais à côté d'elle une place doit-elle être réservée pour d'autres opérations sur la prostate et en particulier pour la section galvano-caustique de cette glande? C'est ce que je me propose de rechercher ici.

* * *

La section galvano-caustique ou opération de Bottini a été jusqu'à présent accueillie assez froidement en France, ce qui constitue un contraste avec la faveur qu'elle a trouvée auprès des chirurgiens étrangers. Cependant les statistiques que ces derniers nous ont fournies sont assez satisfaisantes puisque leur moyenne générale ne donne pas plus de 5 à 6 pour 100 de mortalité; mais elles sont très diverses suivant les divers opérateurs qui étendent plus ou moins le domaine de cette opération. C'est ainsi que Nicolich (de Trieste) arrive à une proportion de 17 pour 100, malgré toute son habileté opératoire; mais, nous le verrons plus tard, ce consciencieux chirurgien applique à ses prostatiques le traitement non opératoire aussi longtemps que possible et n'opère que dans des cas graves.

De la lecture des observations étrangères découle pour moi cette conclusion que l'on veut trop demander à cette opération; il n'est pour ainsi dire pas de forme d'hypertrophie prostatique, compliquée ou non, où on ne l'ait appliquée; c'était d'avance compromettre sa vulgarisation. Peut-être aussi l'instrumentation et le manuel opératoire n'étaient-ils pas en mesure de répondre à tous les desiderata.

En deux mots, je rappellerai tout d'abord le manuel opératoire tel que l'Allemagne et l'Amérique en particulier l'ont adopté. L'instrument préféré à juste titre est celui de Freudenberg, semblable à un lithotriteur dont la branche mâle, terminée par une lame de platine, est écartée de la branche femelle au moyen d'une vis sans fin, mue par une roue à volant, très puissante; une source électrique mise en communication avec la lame de platine la porte à l'incandescence. L'instrument étant introduit fermé et la lame appliquée contre l'obstacle à diviser, on fait passer le courant et on actionne le volant de la roue, très régulièrement, un nombre de tours déterminé correspondant à un nombre de minutes fixé.

L'obstacle étant supposé divisé, on interrompt le courant; la branche mâle est repoussée dans la branche femelle. Dans la plupart des observations allemandes on voit que d'autres sections sont pratiquées sur différents points de la prostate hyperthrophiée et que deux, trois et jusqu'à quatre incisions galvano-caustiques sont ainsi obtenues. Puis, l'instrument est retiré. L'opération est alors terminée et les soins consécutifs ne consistent qu'à assurer l'évacuation et l'asepsie de la vessie quand celles-ci ne sont pas rapidement obtenues par l'opération

Après avoir pratiqué mes premières opérations suivant la technique que je viens de retracer, j'ai rapidement reconnu qu'elle n'offrait pas toute la sécurité désirable. Tout d'abord une seule lame, d'une dimension uniforme, ne peut convenir à toutes les saillies prostatiques.

Des exemples dans lesquels la lame a dépassé les limites de la prostate, a pénétré dans le tissu cellulaire et déterminé une infiltration d'urine ou d'éléments septiques ne sont pas rares. Aussi ai-je fait construire des lames interchangeables, de hauteurs variées et proportionnées aux saillies prostatiques qu'on veut attaquer.

Un autre inconvénient aussi sérieux réside dans l'instrument de Freudenberg : le volant est trop puissant et il est impossible à la main qui le conduit d'apprécier la résistance des tissus à diviser; dans ce but, j'ai remplacé le volant par une roue à pignon engrenant dans une crémaillère à larges dents qui permet à la main du chirurgien de sentir si le chemin est libre et de n'avancer qu'autant que les tissus ont été détruits. On est certain alors de ne pas sauter par-dessus l'obstacle, ainsi que cela m'est arrivé, et de ne pas prolonger inutilement l'action caustique. Ces modifications ont leur importance, car elles permettent de régler la marche de l'opération d'après les données cliniques relevées à chaque moment de l'opération.

Un intérêt capital s'attache au choix des cas justiciables de la section galvano-caustique, lesquels, je m'empresse de le dire, sont en nombre limité pour ne pas dire d'exception. Tout d'abord, j'éliminerai les très grosses hypertrophies prostatiques; je ne pense pas qu'elles puissent être très avantageusement modifiées par une section portant sur leur face urétro-vésicale. C'est par la périphérie qu'on doit les attaquer; en admettant même, comme la chose se présente souvent, qu'elles envoient dans la vessie des prolongements plus ou moins pédiculés et isolés, il n'en restera pas moins toute une masse de tissu péricervical et périurétral qui enserrera le canal, qui en comprimera les parois et en entravera le fonctionnement normal; ce ne sera donc qu'un résultat incomplet et le plus souvent temporaire.

Il en sera de même, d'une manière moins absolue, de l'hypertrophie des lobes latéraux, parce que les saillies intra-vésicales qu'ils envoient surmontent presque toujours des masses latérales volumineuses; c'est encore là une catégorie d'hypertrophie dans laquelle triomphe la prostatectomie périnéale. De plus, en raison de leur volume même, ces masses exigent une action caustique et destructive longtemps prolongée, et des applications multiples; il en résultera comme nous le verrons tout à l'heure une réaction inflammatoire considérable, une suppuration prolongée qui n'est pas une complication indifférente. En se plaçant au point de vue de la physiologie pathologique, les modifications apportées aux lésions ne sont pas faites pour donner un très bon résultat. Même en admettant une destruction complète des lobes hypertrophiés qui est difficile à obtenir, la perte de substance est mal placée pour frayer une nouvelle voie utile pour le passage de l'urine, la vessie continue à se mal vider, et si la rétention est diminuée ainsi dans un certain nombre de cas, les résultats sont constamment moins bons que pour d'autres formes; dans une de mes opérations le bénéfice a été absolument nul.

Tout au contraire, l'hypertrophie du lobe moyen est justiciable de la section galvano-caustique, qu'elle s'accompagne ou non d'hypertrophie des lobes latéraux. La forme semble avoir peu d'importance; qu'il s'agisse d'une masse sessile ou pédiculée, arrondie, sphérique, en forme de luette, en éventail, et surtout en barre transversale, la section médiane procurera toujours un soulagement, et souvent une guérison.

Il importe de se rendre un compte exact du mode d'action de la cautérisation. Sans doute, la lame incandescente ne produit au moment de son passage qu'une fente d'une largeur égale à sa propre épaisseur. Mais les choses ne restent pas en cet état, car la cautérisation est intense et profonde; si l'on prend soin de ne porter la lame qu'à un rouge un peu vif, on n'avance qu'avec une grande lenteur, mais chacune des faces de la lame détermine une destruction des tissus étendue et comme diffusée. Les escarres ainsi produites sont longues à se détacher, elles s'éliminent peu à peu et pendant un temps qui ne dure pas moins de plusieurs semaines. Après ce délai ce n'est plus une fente qu'on observe au niveau de l'endroit incisé, c'est un fossé qui semble avoir été creusé; on voit une perte de substance en forme de V ou d'U qui peut avoir jusqu'à un centimètre de largeur. On la constate sur un petit nombre de pièces recueillies, mais surtout au moyen des examens cystoscopiques.

On voit ainsi à la place de la saillie primitive une dépression ou une cavité qui paraît définitive, car l'examen cystoscopique m'a permis d'en constater la persistance après une période de plus de dix-huit mois.

Il s'agit donc d'un urètre nouveau, créé en contre-bas et sculpté pour ainsi dire dans le tissu prostatique hypertrophié; la paroi inférieure arrive au niveau du bas-fond de la vessie. Celle-ci peut donc facilement se vider, ce qui explique la constance des résultats dans les cas qui répondent à la description que je viens de faire. On voit ainsi pourquoi la création de dépressions semblables dans les lobes latéraux, c'est-à-dire à un niveau trop élevé, n'assure pas aussi bien l'évacuation vésicale.

Une autre condition de succès qui m'avait semblé indispensable au début est la persistance de la contractilité vésicale; sans doute, il vaut mieux opérer un sujet dont les fibres musculaires vésicales soient plus ou moins intactes; mais j'ai vu si souvent depuis cette contractilité, qui semblait tout d'abord absente et à tout jamais abolie, revenir peu à peu et d'une manière définitive, que je m'en préoccupe moins à présent, surtout s'il s'agit d'une rétention relativement récente, tant il est vrai que l'obstacle matériel joue le rôle principal dans le mécanisme de la distension.

Tout autre est l'importance de l'infection de l'appareil urinaire, et celle-ci est à considérer suivant qu'elle atteint surtout la prostate, la vessie ou les voies supérieures. Une prostate enflammée et infectée, sans contre-indiquer absolument l'opération, ne doit être attaquée par le galvano-cautère qu'après une période assez longue d'observation; j'ai déjà

dit en effet qu'une réaction post-opératoire se produisait chez tous les sujets non pas immédiatement, mais après quelques jours, de six à quinze jours suivant les cas, au moment où les escarres commencent à se détacher. On voit survenir alors une suppuration toujours notable, abondante parfois, qui se déverse dans la vessie et se mélange à l'urine.

Lorsque la prostate est déjà infectée, cette exacerbation devient considérable; la suppuration est parfois des plus abondantes, et telle que dans deux cas j'ai pu croire à l'ouverture, dans l'urètre, d'un abcès de la prostate. Ce sont également les deux seuls cas où j'ai vu la température s'élever après des Bottini. Quoique tout se soit bien terminé et que les résultats définitifs aient été bons, je crois qu'on devra, avant de s'attaquer à une prostate infectée, attendre l'atténuation de ces phénomènes inflammatoires ou recourir à un autre traitement.

L'infection vésicale trouvera également le chirurgien très circonspect. La vessie participe à la réaction dont j'ai parlé, et une recrudescence de la cystite est fréquente. Dans tous ces cas, il vaut mieux recourir à une opération qui assure un drainage parfait de la vessie, c'est-à-dire à une taille hypogastrique, ou, mieux encore, à la prostatectomie périnéale.

Il n'en est pas de même de l'infection des voies urinaires supérieures, que ne m'a jamais paru influencer l'opération de Bottini. Sans doute, il ne faut pas opérer des malades en pleine cachexie ou pendant une période aiguë, mais l'infection chronique, si fréquente chez les vieillards, n'a jamais été réchauffée par aucune de mes opérations; les pyélites, au contraire, ont toujours été améliorées. Quand l'évacuation vésicale a été assurée chez deux de mes malades, j'ai pu croire à une disparition définitive du pus.

Je ne crois pas qu'on puisse établir une limite d'âge absolue pour l'opération de Bottini. Sans doute, un âge très avancé doit faire renoncer à toute intervention active, mais c'est surtout sur la résistance du malade qu'il faut porter son attention; j'ai opéré avec succès un vieillard de quatre-vingt-un ans dont les urines étaient aseptiques, et dont la santé générale était excellente quoiqu'il fût en rétention complète depuis plus de trois ans; le résultat opératoire a été bon, et la fonction urinaire s'est partiellement rétablie.

Mais ce sont là des exceptions: à un âge relativement jeune, la section galvano-caustique est absolument inoffensive; la réaction inflammatoire est pour ainsi dire nulle, et les résultats fonctionnels sont des meilleurs. Devant la sécurité qu'elle confère, sur un sujet résistant et avec les voies urinaires aseptiques, on est donc autorisé à la proposer d'emblée quand ces conditions sont réunies et dès que les symptômes du prostatisme sont assez accentués pour apporter une gène réelle; rien ne force à attendre que de véritables accidents se produisent. Cette opération précoce est en même temps préventive; non seulement la libération du col vésical, la création d'un nouveau canal juxtaposé à l'urètre primitif, remédie aux accidents déjà existants, mais il empêche le développement des lésions habituelles du prostatisme. Deux de mes malades, opérés il y a quinze et dix-huit mois, montrent une vessie à peu près sans rétention, et le cystoscope fait voir chez eux une surface interne à peu près physiologique, alors qu'un nombreux lacis de colonnes existait avant l'opération.

Pour me résumer, j'estime que la section galvano-caustique ou opération de Bottini convient aux hypertrophies peu considérables, aux lobes moyens saillants dans la vessie quelle qu'en soit la forme, aux barres prostatiques développées au point d'apporter une gêne sensible à la miction et de déterminer une rétention d'urine complète ou incomplète. Elle réussit moins bien contre les hypertrophies des lobes latéraux et n'est pas applicable aux masses prostatiques considérables englobant le col vésical et l'urètre, en un mot aux hypertrophies périphériques plutôt qu'orificielles; tout au moins donne-t-elle, dans ces cas, des résultats médiocres et qui paraissent peu durables, tandis que la prostatectomie totale trouve ici des indications toutes spéciales.

La contractilité vésicale reparaît, chez la plupart des opérés, à une époque plus ou moins rapprochée; aussi ne faut-il pas trop se préoccuper de sa disparition. Quant à l'infection des voies urinaires, elle ne constitue pas une contre-indication, à moins qu'elle ne soit très prononcée, auquel cas il vaut mieux recourir à une opération qui assure un bon drainage, tel que la prostatectomie périnéale.

On voit que les limites que je crois devoir assigner à la section galvano-caustique sont assez restreintes, et que je suis loin de la considérer comme pouvant s'appliquer à tous les cas. Mais en obéissant aux indications que j'ai précisées, je suis persuadé qu'on rendra de grands services aux malades. C'est donc mal envisager les indications thérapeutiques que de la placer en regard, pour ainsi dire comme une rivale, de la prostatectomie totale dont le domaine est beaucoup plus vaste. Elle ne convient qu'aux hypertrophies peu considérables, je le répète en terminant, mais dans ces cas, petits et moyens, elle constitue une opération simple et bénigne qui mérite de garder sa place dans le traitement du prostatisme.

Pour préciser ma pensée, j'établirai volontiers une analogie entre la section galvano-caustique intra-urétrale et l'urétrotomie interne, qui visent l'une et l'autre les obstacles développés à l'orifice ou dans la lumière du canal, d'une part, et, d'autre part, entre la prostatectomie périnéale et l'urétrectomie qui, toutes deux, libèrent la périphérie du canal en détruisant les masses de tissu pathologique qui l'enserrent et le compriment.

LES TRAVAUX SCIENTIFIQUES DE LA CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE

Par **E. DE LAVARENNE**

Dans un précédent article, j'ai montré ce qu'a été la conférence de Berlin au point de vue de l'organisation administrative du Comité central et dit le soin et la méthode apportés à son installation matérielle; il me reste à parler des travaux scientifiques.

Ces travaux, pris chacun en particulier, ont été pour la plupart fort intéressants et instructifs; ils ont constitué une série de mises au point très bien documentées; mais il y a lieu de faire remarquer que, d'une façon générale, les conclusions pratiques ont fait défaut. Il y a là, pour l'avenir, un enseignement. Étant donnés le rôle que se propose de jouer le « Bureau central » dans la lutte contre la tuberculose et le but qu'il se propose, il semble nécessaire qu'à chaque réunion un certain nombre de questions bien déterminées, de prophylaxie ou de traitement de la tuberculose, soient mises à l'ordre du jour en temps voulu pour qu'elles puissent être suffisamment étudiées; qu'elles soient discutées en séance plénière; que la discussion soit sanctionnée par un vote du grand Conseil, qui, en raison de la compétence des membres le constituant, aurait ainsi force de loi en la matière.

* * *

M. Frankel, président du Comité central, a ouvert la séance en présentant une vue d'ensemble sur la lutte contre la tuberculose. Se plaçant au point de vue historique, il a montré l'importance énorme qu'avait eue la découverte du bacille spécifique : Koch venant éclairer les travaux de Virchow sur le tubercule, ceux de Villemin sur la contagiosité, donnant le moyen de porter un diagnostic certain. Malgré les énormes progrès effectués du fait de la connaissance de l'agent infectieux, il reste encore bien des problèmes à résoudre et M. Frankel aborde un sujet qui lui est très familier : le mode de propagation par le bacille. Est-ce par le crachat desséché, pulvérisé? Est-ce par les gouttelettes d'expectoration des phtisiques que se fait la transmission? Evidemment, M. Frankel attache à ce dernier mode de propagation une grande importance, à en juger par ce que nous avons vu au sanatorium de Belzig, dont il est administrateur : dans la galerie de cure, chaque chaise longue est séparée par un écran mobile en toile imperméable pour protéger les malades contre toute éclaboussure de toux venant de leur voisin. Aussi, dans son discours, insista-t-il surtout, en matière de prophylaxie, sur la nécessité absolue d'empêcher tout contact entre le tuberculeux crachant et son entourage. De là, la nécessité, tout en améliorant les conditions matérielles de la classe sociale la plus atteinte de tuberculose, de traiter le tuberculeux en l'isolant et en le mettant ainsi dans l'impossibilité de répandre son mal.

C'est là la tendance allemande, conséquence fatale de l'orientation scientifique qui met en première ligne l'influence spécifique du microbe, ne tenant qu'un compte relatif du terrain, tendance que la fortune des caisses d'Assurances a permis de réaliser par le sanatorium.

C'est dans cet ordre d'idées, sans doute aussi, de lutte directe contre le bacille, que, dans la plupart des sanatoriums allemands, on pratique systématiquement les injections de la première tuberculine de Koch comme nous avons pu nous en assurer auprès de M. Möller, en visitant Belsig.

* * *

Les chefs de chaque mission sont venus successivement faire un rapport sur l'état de la lutte contre la tuberculose, chacun dans le pays qu'il représentait.

En ce qui concerne la France, le professeur Brouardel a rappelé que nous avions été des premiers à dénoncer le péril et à commencer la lutte, évoquant le souvenir des premiers Congrès français et de la ligue fondée par Verneuil, les sanatoriums marins d'Armaingaud et les fondations d'œuvres comme Ormesson, Villepinte, etc. Il a insisté sur l'évolution actuellement en cours avec les œuvres d'éducation antituberculeuse, les cures d'air et les cures marines pour les enfants, les dispensaires, les sanatoriums exploités déjà et en construction.

Il serait fastidieux d'énumérer ce que chaque représentant a dit de son pays; ce ne pouvait être que des généralités.

A retenir cependant, comme enseignement, les résultats donnés par le délégué anglais Héron

montrant ce que les mesures d'hygiène imposées par les lois sanitaires anglaises ont fait pour l'abaissement de la mortalité par tuberculose qui s'abaissait progressivement dans la proportion de 50 en 1838 à 13 en 1899. L'Angleterre a lutté par le logement et l'atelier salubres comme l'Allemagne lutte par le sanatorium. Les chiffres produits par l'Angleterre sont de haute valeur, étant donné que déjà depuis longtemps les statistiques sont soigneusement faites en ce pays.

A ce propos, je crois devoir faire une réflexion relative à l'état de la tuberculose dans les différents pays. Partout on parle du fléau, de son état menaçant, de ses progrès, et cela, sans pouvoir tabler sur des chiffres positifs. C'est ainsi que M. Brouardel estime que, par an, la mortalité française par tuberculose s'élève à 150.000, et il est convaincu que ce chiffre est en dessous de la vérité; et tous ceux qui, en tous pays, s'occupent de la tuberculose pensent de même. Il serait donc nécessaire que le bilan de la tuberculose soit dorénavant exactement établi; ce serait le rôle du Comité central de faire un véritable programme de statistique, la statistique seule permettant de savoir quelle est l'étendue du mal et quels sacrifices les Etats devront consentir pour l'enrayer.

D'ailleurs, dans l'une des séances, M. Blumenthal (de Moscou) a proposé qu'une commission soit formée de représentants des diverses nationalités, pour étudier la question du règlement et de la constitution d'une statistique tuberculeuse unique.

C'est là une question importante, à laquelle se rattache directement la déclaration obligatoire de la tuberculose, dont nous allons avoir bientôt à nous occuper en France, en raison de l'application de la nouvelle loi sanitaire rendue exécutoire en Février prochain. La déclaration obligatoire a, du reste, fait l'objet d'une communication à la Conférence. M. Van Ryn (Belgique) a exprimé le vœu que la déclaration devrait exister dans tous les pays, par cette raison que, pour pouvoir efficacement détruire les foyers de contagion, il est nécessaire d'être renseigné sur leur situation. A chaque pays de prendre les mesures nécessaires en rapport avec ses mœurs et ses coutumes.

La première chose à faire, dans les pays où cela n'existe pas encore, serait l'organisation d'une statistique rigoureuse des décès par tuberculose.

Cela fait, on obligerait les directeurs, tenanciers ou propriétaires d'asiles, prisons, hôpitaux, hospices, pensionnats, maisons de logement, hôtels, etc., à signaler aux autorités le nom, l'âge, le sexe, le dernier domicile de toute personne atteinte de tuberculose, qui se présente ou est logée à leur établissement. La déclaration pourrait également être faite par le médecin traitant. L'autorité prendrait ensuite les mesures nécessaires pour assurer la prophylaxie. Des pénalités seraient infligées aux contrevenants.

Puis, on établirait la déclaration volontaire par les médecins des cas de phtisie constatés chez les particuliers; si ceux-ci ne prenaient pas d'eux-mêmes les précautions requises, l'autorité les imposerait quand elle le jugerait utile.

Les divers Gouvernements auront à décider s'ils peuvent se contenter de la simple déclaration volontaire et gratuite par les médecins, ou s'il faut recourir à la rémunération de la notification, ou, enfin, s'il est possible de rendre la déclaration obligatoire pour tout le monde.

On sait que la déclaration obligatoire existe aux États-Unis, et, grâce aux mesures de prophylaxie qui en ont été le corollaire, on a vu la mortalité tuberculeuse diminuer en quelques années de 30 pour 100 à New-York.

Comme l'a fait remarquer M. Andwid (de Christiania) la déclaration obligatoire est établie en Norwège depuis une loi du 8 Mai 1900, entrée en vigueur le 1er Janvier 1901. La déclaration a pour but d'assurer la propreté et la prudence vis-à-vis des malades, la désinfection après la mort ou le changement de demeure, et aussi de tenir les autorités au courant des ravages de la maladie dans les différentes circonscriptions.

L'application de cette loi, qui est tout entière entre les mains des médecins, n'aurait pas jusqu'à présent occasionné de grandes difficultés et aurait été bien acceptée des intéressés.

Le fait est à retenir; mais on peut se demander si des mesures applicables à un petit pays comme la Norvège seraient possibles en France où assurément on pourrait obtenir la déclaration au point de vue de la statistique, mais où l'on ne peut guère songer à la sanction de la désinfection en raisons des frais énormes que cette mesure entraînerait.

* * *

Les efforts faits en vue de la lutte contre la tuberculose ne seront absolument effectifs que du jour où les mesures à prendre seront comprises du public; d'où la nécessité d'une éducation populaire antituberculeuse.

Le professeur Landouzy a montré quelle importance on attribuait, en France, comme un des premiers parmi les moyens sociaux de combattre la tuberculose, à l'éducation publique antituberculeuse donnée par l'école, dans toutes les écoles, depuis l'école primaire, ménagère, professionnelle jusqu'aux écoles spéciales supérieures. Il estime que l'éducation antituberculeuse ne saurait commencer trop tôt, qu'elle doit faire partie des premières notions données à l'enfant, qu'elle doit marcher de pair avec l'enseignement de la morale.

C'est en vue de rendre pratique l'enseignement antituberculeux scolaire qu'il a, avec la collaboration de MM. Sersiron et Albert Weil, travaillé à son outillage. Il s'agit de *leçons de choses antituberculeuses* données par les maîtres d'écoles aux enfants.

« L'organe éducateur se compose de deux parties : 1° un thème-conférence, c'est-à-dire un texte, destiné au Maître qui s'en servira, en l'alléguant ou le développant, suivant l'âge, le milieu et le degré d'instruction de son auditoire. Il s'agit d'un canevas dont la broderie sera simple ou compliquée, suivant que la leçon de choses antituberculeuses visera les rapports de la tuberculose avec l'individu, la famille, par exemple, ou que la leçon, traitant : des rapports de la tuberculose avec les milieux (ville, campagne, professions), avec la consommation d'alcool, avec ce que coûte de peines, de douleurs, d'infirmités, de chômage et d'argent la tuberculose, envisagera les côtés sociaux et économiques de la maladie populaire. 2° Une série d'image coloriées par lesquelles le conférencier instruira d'autant mieux les foules que les images leur laissent dans les yeux partie ou totalité des enseignements qui n'auraient pas, du premier coup, suffisamment pénétré leur esprit; rien ne valant, pour toucher l'entendement, comme d'avoir vu, de ses yeux vu, les choses enseignées. »

Ces images, montrables à l'aide d'une simple lanterne magique, sont autant de lumineuses explications ajoutées au texte du Maître. Tout ce qui se rapporte à l'histoire de la tuberculose sera, par des projections (nécessitant un appareil simple et peu coûteux) rendu aussi populaire que le sont devenus, en France, grâce à la lanterne magique et aux images d'Epinal, les fables de La Fontaine comme les contes de fées.

Le thème-conférence est destiné au Maître, de façon à ce que, commentant l'image, les yeux et l'esprit de l'élève soient en même temps impressionnés, le Maître trouvant dans chacune des images l'occasion et le moyen d'instruire ses élèves sur ce qu'est la tuberculose, comme il leur apprend ce qu'est l'air, le feu, la terre, la foudre, etc., etc.

Ainsi est complété le matériel scolaire en y ajoutant un organe éducateur antituberculeux, grâce auquel le Maître pourra remplir son rôle, tout son rôle éducateur.

« Ne remplira-t-il pas tout son rôle d'éducateur le Maître qui, ayant à former des hommes et des femmes pour la patrie et la famille, leur apprendra qu'ils auront à compter avec un ennemi, avec la tuberculose (mal contagieux, évitable et curable) qu'ils pourront vaincre par la propreté et la sobriété. » Telles sont les paroles par lesquelles a terminé M. Landouzy dont nous avons cru devoir développer la communication, en raison de l'importance de ce principe d'éducation qu'elle établit si nettement.

La même thèse a été soutenue par M. Obertuschen (de Wiesbaden) qui attribue une grande importance à l'école dans la prophylaxie de la tuberculose. Il souhaite : que la plus grande attention soit donnée aux exercices corporels, en particulier à ceux qui servent à fortifier les poumons et le cœur, surtout de quatorze à dix-neuf ans; que le jeune homme soit dirigé suivant ses aptitudes physiques dans le choix d'une profession; que la jeunesse scolaire soit instruite sur la nature des maladies infectieuses et les moyens de s'en préserver, surtout à l'aide de leçons de choses faites par des professeurs ayant reçu une instruction appropriée.

* * *

En raison des capitaux énormes dont elle pouvait disposer grâce aux institutions d'assurances ouvrières, l'Allemagne a pu orienter la lutte contre la tuberculose vers le sanatorium. En France, la situation est tout autre, la lutte antituberculeuse ne pouvant compter que sur l'Assistance publique et la bienfaisance privée, aidée de quelques subventions de l'État; d'autre part, les Sociétés de secours mutuels n'ayant pas les ressources suffisantes pour construire des sanatoriums, force était de s'orienter autrement. Ne pouvant construire des sanatoriums en assez grand nombre, il était nécessaire de chercher à combattre la diffusion de la tuberculose dans les milieux ouvriers en instituant dans chaque ville des œuvres locales, entretenues autant que possible par les Municipalités et les groupements sociaux intéressés, et ayant pour objectifs principaux la prophylaxie antituberculeuse, l'assistance à domicile des malades et l'éducation hygiénique des familles.

Ces œuvres, dont la dénomination le plus ordinairement adoptée est celle de *Dispensaires antituberculeux*, se sont multipliées surtout depuis deux ans. Elles ne visent pas à remplacer le sanatorium, qui doit être regardé comme le seul instrument efficace pour la cure de la tuberculose. Elles constituent seulement un moyen d'étendre au plus grand nombre possible de malades pauvres les bénéfices d'une assistance médicale et matérielle suffisante pour subvenir aux besoins les plus pressants, et elles sont surtout un instrument précieux d'éducation populaire et de propagande antituberculeuse.

Malheureusement, si les conceptions qui ont guidé la plupart des organisateurs de ces dispensaires ont toujours été inspirées par des sentiments élevés de philanthropie et de solidarité humaine, il faut reconnaître que, presque partout, on a commis l'erreur grave de calquer le fonctionnement de ces œuvres sur celui des polycliniques ou des consultations de bureau de bienfaisance. Or, en matière de lutte antituberculeuse, il était indispensable de faire passer au second, et même au troisième plan, le rôle du médecin consultant; il fallait surtout s'occuper de rechercher les malades, de les instruire de la nécessité de prendre des mesures particulières d'hygiène dans leur propre intérêt et dans celui de leur entourage; il fallait veiller à la propreté et à la salubrité de leur logement; il fallait prendre leur linge contaminé, le désinfecter et le blanchir; il fallait enfin surtout leur donner en abondance des secours alimentaires pendant toute la période de chômage que leur impose la maladie. C'est là ce qu'a conçu et exécuté M. Calmette (de Lille), directeur de l'Institut Pasteur.

Le Dispensaire « Émile Roux » de Lille réalise ce type d'œuvre de prophylaxie antituberculeuse et d'assistance. Sa création date du 1er Février 1901; nous en avons donné la description dans *La Presse Médicale* au moment de son inauguration officielle; il achèvera bientôt sa deuxième année d'existence. Ses débuts ont été modestes, mais peu à peu les ressources lui sont venues et il est organisé actuellement pour assister 120 malades par jour.

En voici le fonctionnement :

Les malades reconnus tuberculeux et dénués de ressources suffisantes, après enquête, sont classés en trois catégories suivant leur degré d'indigence et l'état de leurs lésions. Par principe, on donne le maximum de secours aux moins gravement atteints parmi les plus pauvres. Ce principe est rationnel, puisqu'il s'agit surtout de prolonger la vie économique d'hommes ou de femmes en pleine période de rendement social.

Les malades de chaque catégorie reçoivent les secours suivants : *Première catégorie* : Loyer; 100 kilogrammes de charbon par mois; 250 grammes de viande de bœuf tous les deux jours. — *Deuxième catégorie* : 100 kilogrammes de charbon par mois; 1 kilogramme de pain ou 1 litre de lait par jour; 1 bon de repas par jour aux Cuisines populaires (comprenant soupe, 1 plat de viande et 1 plat de légumes). — *Troisième catégorie* : 1 litre de lait par jour et 13 œufs par semaine.

De plus, chaque malade reçoit des vêtements et de la literie lorsqu'il en a besoin. On lui fournit un crachoir de poche, un crachoir de table et 1 litre de lysol à 2 pour 100 par semaine.

Les logements sont nettoyés à fond et désinfectés environ une fois chaque trimestre au moyen de lavages au chlorure de chaux et de badigeonnage des murs à la chaux.

Le Dispensaire possède une blanchisserie à vapeur qui blanchit gratuitement le linge de 60 familles chaque semaine. Les malades se présentent à la consultation aussi souvent que le directeur du Dispensaire le juge utile, et les crachats sont analysés au moins une fois par mois. Les enfants sont envoyés, lorsqu'il y a lieu, aux frais du Dispensaire, dans un sanatorium marin.

L'éducation hygiénique des familles est effectuée surtout à domicile par un ouvrier enquêteur, spécialement instruit pour cette sorte d'apostolat.

Les frais d'entretien de chaque malade s'élèvent actuellement en moyenne à 1 franc par jour, pour les deux premières catégories, non compris les frais généraux et le blanchissage du linge. Les dépenses totales de l'œuvre établies sur le chiffre de 20 malades assistés de première catégorie, 20 de deuxième et 80 de troisième, sont d'environ 2.500 francs par mois, soit 30.000 francs par an.

Une expérience de près de deux années a déjà montré que la réalisation de ce programme donne des résultats très satisfaisants. Beaucoup de malades après avoir été suivis et assistés pendant des temps variables de un à neuf mois consécutifs, ont repris leur travail n'ayant plus de bacilles dans leurs crachats et ayant recouvré les apparences d'une bonne santé. A chacune de leurs récidives on les assistera de nouveau et on s'efforcera ainsi de prolonger le plus possible leur vie économique.

Il serait évidemment souhaitable que des institutions du même genre se multiplient dans les villes industrielles surtout. Mais pour que ces œuvres soient vraiment utiles, elles doivent être organisées de manière à ce que chaque malade soit instruit et assisté chez lui, et non pas seulement dans un local de consultations.

Le dispensaire antituberculeux doit nécessairement réaliser les conditions suivantes : 1° éduquer le malade et sa famille; 2° assainir le logement; 3° désinfecter et blanchir le linge; 4° fournir les aliments et tous les secours matériels indispensables pendant les périodes de chômage forcé.

Ce n'est donc pas un élément de cure à proprement parler; il a surtout un rôle de prophylaxie : au sanatorium appartient le rôle de guérir; au dispensaire incombe la tâche de rendre les sanatoriums de moins en moins indispensables en supprimant le mal.

La haute portée, dans la lutte sociale contre la tuberculose, de l'œuvre conçue et exécutée par Calmette, a eu son retentissement en France : trois dispensaires municipaux vont être créés à Paris. Nantes, Autun, Dijon, Reims, Sens, Tours, Salins, ont suivis l'exemple. A l'étranger, M. de Lancastre (Portugal) est venu donner l'appoint de son expérience à cette institution; il a pu constater, par le fonctionnement des dispensaires qui existent en son pays, que cette organisation guérit économiquement beaucoup de tuberculeux, en soulage un grand nombre et à tous donne la protection morale si réconfortante; c'est en outre un instrument de lutte pour la propagande contre l'alcoolisme, les habitations insalubres et les usines mal aérées; c'est une école pratique d'hygiène.

Dans un des pays dont les mœurs et les institutions se rapprochent le plus du nôtre, des dispensaires copiés sur le modèle de celui de Lille ont donné aussi d'excellents résultats; on connaît les dispensaires de la province de Liége institués par Malvoz; à la conférence de Berlin, M. van Bogaert (d'Anvers) est venu donner l'histoire de la création et du fonctionnement du dispensaire antituberculeux provincial d'Anvers.

Cette institution, bien française, du dispensaire antituberculeux, mérite toute l'attention de ceux qui s'intéressent à la lutte contre la tuberculose; elle a été accueillie avec la plus grande faveur par les membres de la Conférence, comme un moyen puissant de prophylaxie, ayant l'énorme mérite de faire beaucoup, à peu de frais.

* * *

Il me reste encore à rendre compte de deux grosses questions qui ont été traitées à la Conférence : les différentes espèces d'hospitalisation des tuberculeux; la tuberculose humaine et la tuberculose animale; je le ferai dans un prochain article.

MÉDECINE PRATIQUE

NOUVELLE SOLUTION DE COCAINE POUR LA RACHICOCAINISATION

Nous n'avons nullement l'intention de soulever une nouvelle discussion sur la rachicocaïnisation. Cet article a seulement pour but d'indiquer exactement la technique à laquelle nous nous sommes arrêtés, et la formule du liquide que nous employons pour l'injection lombaire. Qu'on ne s'attende donc point à trouver ici un plaidoyer en faveur de la rachicocaïnisation : ceci ne s'adresse qu'aux chirurgiens qui utilisent ce mode d'anesthénie, pour les engager à suivre notre technique et à user de la formule rationnelle à laquelle nos recherches nous ont conduits.

Jusqu'à l'année dernière, nous nous servions, comme les autres chirurgiens, des solutions aqueuses de cocaïne à 1/100 qui déterminaient dans de nombreux cas des accidents assez graves sur lesquels on a complaisamment insisté. On peut dire que ce sont ces accidents qui, au début, ont singulièrement entravé l'essor de cette nouvelle méthode d'anesthésie, et fâcheusement impressionné les chirurgiens qui ont eu recours à son emploi.

Dans différents travaux publiés l'année dernière[1], nous sommes arrivés à démontrer que les accidents consécutifs à la rachicocaïnisation pratiquée avec des solutions aqueuses, sont en rapport avec une réaction méningée plus ou moins intense, se traduisant par la présence d'éléments cellulaires (polynucléaires et lymphocytes), en nombre parfois considérable dans le liquide céphalo-rachidien, et une hypertension énorme de celui-ci. Dans les cas extrêmes, ces réactions sont si intenses que le liquide céphalo-rachidien, retiré par une seconde ponction au moment où les accidents sont les plus violents, est trouble, et laisse par le dépôt ou la centrifugation un véritable culot de pus; lorsque le liquide est clair le cytodiagnostic pratiqué selon la technique que l'un de nous a formulée avec M. Widal, permet dans la plupart des cas de déceler la présence d'éléments cellulaires en plus ou moins grand nombre. De plus, l'hypertension du liquide est telle que l'on soulage considérablement les malades en soustrayant jusqu'à 25 et 30 centimètres cubes de ce liquide trouble, par une nouvelle ponction.

Ces faits une fois établis, nous avons recherché la cause de ces accidents et constaté que l'eau, véhicule de la cocaïne, devait être considérée comme le véritable agent nocif : le défaut d'isotonie entre la solution aqueuse de cocaïne à 1/100 ($\Delta = -0{,}15$) et le liquide céphalo-rachidien (Δ moyen $= -0{,}60$), était la cause principale des accidents. C'est alors que nous avons songé à utiliser comme véhicule de la cocaïne le liquide céphalo-rachidien du malade lui-même, et cela d'autant plus volontiers que la cryoscopie nous avait montré des différences parfois assez fortes entre divers liquides céphalo-rachidiens : aussi était-il préférable de réinjecter à chaque malade son propre liquide, contenant en dissolution l'anesthésique; pour cela, il suffisait d'ajouter au liquide 4 gouttes d'une solution concentrée de cocaïne à 1/10, représentant les 2 centigrammes de cocaïne nécessaires pour l'anesthésier. Nous ne reviendrons pas sur la technique de cette méthode, ni sur les résultats qui nous ont paru excellents puisque, grâce à elle, nous avons pu voir disparaître en grande partie les accidents. Mais elle était encore susceptible de quelques perfectionnements : c'est ainsi que l'emploi du compte-gouttes et du récipient dans lequel on faisait le mélange de la cocaïne et du liquide rachidien pouvait être utilement et aisément supprimé. Aussi, avons-nous tenté de préparer une solution de cocaïne qui réponde aux deux indications suivantes : tout d'abord, qu'elle soit d'un titrage tel que l'on puisse apprécier facilement la quantité de cocaïne à injecter; et ensuite qu'elle ait une tension osmotique aussi voisine que possible de celle du liquide céphalo-rachidien. La solution suivante répond à ces indications :

Chlorhydrate de cocaïne. . .	2 grammes.
Chlorure de sodium	0 gr. 15
Eau distillée	50 grammes.

Nous l'avons établie de façon que chaque quart de centimètre cube contienne 1 centigramme de cocaïne; il devient ainsi facile d'apprécier dans une seringue le demi-centimètre cube de solution représentant les 2 centigrammes de cocaïne nécessaires pour l'anesthésie. De plus, nous l'avons amenée, au moyen du chlorure de sodium, à congeler à $-0{,}60$, ce qui est à peu près le point de congélation moyen du liquide rachidien. Cette solution est conservée dans des ampoules stérilisées de 1 centimètre cube environ.

Comment opérer pour la faire pénétrer dans le canal rachidien ?

On aspire tout le contenu de l'ampoule dans une seringue stérilisée de 3 centimètres cubes; puis, redressant verticalement la seringue pour qu'il n'y ait pas d'air, on chasse avec le piston le liquide, jusqu'à ce qu'il n'en reste que le demi-centimètre cube à injecter, ce qu'il est facile d'apprécier en regardant les graduations de la tige. La ponction lombaire est faite alors, et on laisse

1. Ravaut et Aubourg. — « Le liquide céphalo-rachidien après la rachicocaïnisation ». *Soc. de biol.*, 1901, 15 Juin. — Guinard. « Technique rationnelle de la rachicocaïnisation ». *Congrès de chirurgie*, 1901. Communications et discussions à la Société de chirurgie pendant l'année 1901.

couler une dizaine de gouttes de liquide céphalo-rachidien, ce qui équivaut à peu près au volume de la solution à injecter. On ajuste la seringue sur l'aiguille et on aspire lentement le liquide rachidien, qui vient remplir le corps de la seringue et se mélanger à la solution tirée; on refoule ensuite le tout lentement dans l'espace sous-arachnoïdo-pré-mérien.

Pour faire pénétrer le liquide de l'ampoule dans la seringue, le plus simple est de laisser au

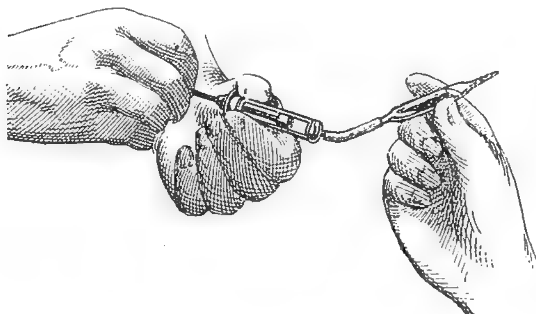


Figure 1.

bout de la seringue un petit tube en caoutchouc; qu'on a fait stériliser avec elle. On casse une des extrémités de l'ampoule et on introduit le moignon dans le bord libre du tube en caoutchouc, puis on brise l'autre extrémité de l'ampoule, et l'aspiration du piston fait aisément pénétrer le liquide dans le corps de pompe (fig. 1).

Dans le même but, nous avons fait construire par M. Collin une seringue spéciale munie d'un petit entonnoir métallique; on vide l'ampoule sur cet entonnoir pendant qu'on fait le vide en tirant sur le piston, tout en bouchant avec l'index l'ex-

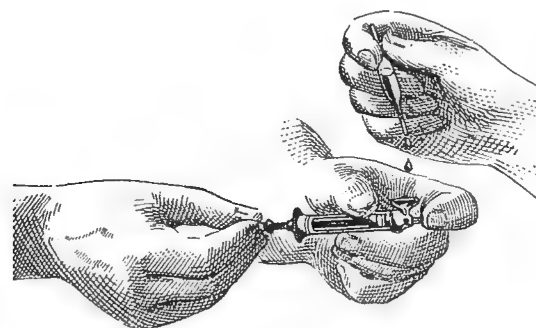


Figure 2.

trémité de la seringue (fig. 2). Pour faire l'injection, il suffit d'appliquer hermétiquement la pulpe d'un doigt de la main gauche sur l'entonnoir pendant que la main droite agit sur le piston (fig. 3). Mais comme on peut reprocher à cette dernière technique de nécessiter un instrument spécial, nous avons tenu à indiquer la plus simple tout d'abord. D'ailleurs, peu importe : ce qui est nouveau et utile, c'est de supprimer le compte-gouttes et d'injecter une dose de cocaïne bien régulièrement titrée.

En faisant ainsi, on dose d'une façon beaucoup

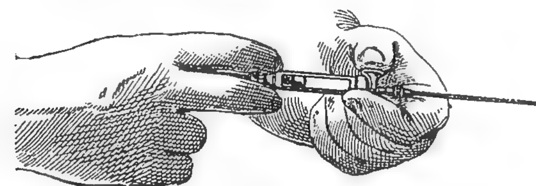


Figure 3.

plus rigoureuse qu'avec le compte-gouttes la quantité de solution à injecter; toutes les opérations se font à l'abri de l'air et l'instrumentation se trouve simplifiée, puisqu'on peut opérer avec une seringue ordinaire et une aiguille à ponction lombaire. On pourra objecter qu'il faut en général éviter d'aspirer le liquide céphalo-rachidien; mais si l'on a soin d'aspirer lentement, l'issue du liquide n'est pas plus rapide que si on le laissait couler; et comme on le réinjecte ensuite, on ne fait en réalité qu'une soustraction momentanée nullement préjudiciable au patient. Ce qu'il faut éviter à tout prix, c'est de réinjecter un liquide sanglant, même légèrement teinté de sang, sous peine de voir apparaître des accidents plus ou moins intenses; il en est de même pour l'air qui aurait pu s'introduire dans la seringue par suite d'un mauvais ajustage. Enfin il ne faut utiliser pour faire la solution qu'une cocaïne préalablement analysée car les cocaïnes du commerce n'ont pas toutes le même pouvoir anesthésique.

Quant aux résultats obtenus, ils se sont montrés peut-être encore meilleurs grâce à l'emploi de cette nouvelle solution; en effet, nous avons pu constater une anesthésie plus rapide et plus profonde; et c'est tout au plus si sur soixante-dix malades anesthésiés de cette façon, nous avons quelques légers vomissements un quart d'heure après l'opération, parfois aussi une légère sensation de mal de mer pendant l'opération; presque tous demandent à manger aussitôt après. Quant aux suites opératoires, nous n'avons plus observé de céphalée et l'hyperthermie est à peu près nulle, deux malades cependant ont présenté douze heures et vingt-quatre heures après une céphalée assez vive sans hyperthermie; chez l'un deux, un purgatif fit disparaître cet accident; chez l'autre, la céphalée persista une journée puis disparut. De sorte que nous nous demandons si ces accidents, relativement très tardifs, doivent être attribués à la rachicocaïnisation.

Nous ne pouvons pas insister sur différents points que nous reprendrons ultérieurement, nous n'avons voulu donner que les résultats obtenus au moyen de cette solution, persuadés que par son emploi on aura des résultats encourageants, qui permettront à la rachicocaïnisation de sortir du discrédit dans lequel elle était tombée. Même pour les chirurgiens qui n'emploient pas couramment ce mode d'anesthésie, la rachicocaïnisation est appelée à rendre des services, si quelque contre-indication à l'éther ou au chloroforme se présente. Il n'était donc pas inutile à tous les points de vue de donner la formule rationnelle d'un liquide répondant à tous les désidérata prévus, et de préciser une technique qui permet d'employer ce liquide saus compliquer le mode opératoire.

Quant aux chirurgiens qui usent de la rachicocaïnisation systématiquement pour toutes les opérations sur les organes génitaux, l'anus et les membres inférieurs, nous croyons pouvoir leur affirmer qu'avec notre solution et notre technique, ils réduiront à un minimum insignifiant les incidents post-anesthésiques.

GUINARD, RAVAUT et AUBOURG.

XVE CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE[1]

Tenu à Paris du 20 au 25 Octobre 1902.

INTESTIN.

Anus artificiel et enteroanastomose dans le traitement de l'occlusion intestinale. — *M. Monprofit* (d'Angers). Dans un cas d'occlusion intestinale aiguë, M. Monprofit a pratiqué d'abord, faute de mieux, une fistule stercorale sous-ombilicale, qui a mis fin aux accidents aigus d'occlusion et a sauvé le malade; puis ultérieurement, pour rétablir le cours normal des matières, il a pratiqué une anastomose de l'intestin grêle, au-dessus de l'obstacle, avec le côlon ascendant, et a supprimé l'anus artificiel devenu sans utilité. Dans le cas particulier, l'obstacle direct au passage des matières était constitué par des adhérences intestinales très étendues, et ne pouvait être levé. M. Monprofit recommande donc en pareil cas, la création d'une fistule stercorale, opération facile à faire rapidement, et qui fera courir moins de risques au malade qu'une recherche longue et difficile d'un obstacle parfois impossible à trouver ou à lever. Plus tard on fera disparaître la fistule stercorale, si elle ne s'oblitère pas d'elle-même, par une anastomose intestino-intestinale placée en un endroit convenable, selon le siège de l'obstacle.

1. Voir *La Presse Médicale*, 1902, n° 85, p. 1014; n° 86, p. 1028; n° 87, p. 1038, et n° 88, p. 1049.

Signes d'occlusion intestinale produits par une adénite tuberculeuse subaiguë de la fosse iliaque interne. Cessation des accidents immédiatement après l'ablation des ganglions. — *M. J. Reboul* (de Nîmes). Une demoiselle de trente-deux ans est prise subitement, sans cause appréciable, de douleurs abdominables violentes et de vomissements alimentaires puis bilieux. Le lendemain ballonnement du ventre, pas d'émission de gaz, pas de selles, vomissements fécaloïdes. Dans les deux jours qui suivent, les signes d'occlusion intestinale augmentent encore : M. Reboul appelé constate, à la partie moyenne de la région inguino-crurale droite, une tumeur présentant tous les signes d'une hernie étranglée, inguinale ou crurale. Il opère immédiatement : pas de hernie inguinale ou crurale; mais après incision de la paroi abdominale, il se trouve en présence d'une tumeur siégeant dans la fosse iliaque interne, au-dessous du péritoine, en dehors et au dessus des vaisseaux iliaques externes. Cette tumeur, sonore à la percussion, est considérée comme une hernie anormale. Ce n'est qu'après l'avoir libérée que M. Reboul s'aperçoit qu'il s'agit d'une tumeur solide, formée par deux ganglions qu'il extrait. Rien d'anormal du côté du cæcum et de l'appendice; suture de la paroi et drainage. Dès lors, la scène change : plus de vomissement; dans l'après-midi, émission de gaz, diminution du ballonement du ventre. Le lendemain, évacuation de matières; suites normales. Les deux ganglions enlevés renfermaient des foyers caséeux de tuberculose.

En résumé, une adénite tuberculeuse iliaque a simulé absolument l'étranglement herniaire et présenté les symptômes de l'occlusion intestinale. Ce fait est à rapprocher des observations de ganglions enflammés du canal crural, produisant les phénomènes d'étranglement herniaire.

M. Girard (de Berne) a observé trois cas analogues à celui rapporté par M. Reboul : dans les trois cas, il s'agissait également d'adénite tuberculeuse; l'un a été traité chirurgicalement, les deux autres médicalement par l'huile de foie de morue et l'iodoforme. Dans les trois cas, les signes d'occlusion ont disparu aussitôt après l'ablation ou la fonte des masses ganglionnaires.

Deux cas d'intervention pour occlusion intestinale par péritonite tuberculeuse. — *MM. Monod et Chavannaz* (de Bordeaux). Dans le *premier cas*, il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, très bien portante, qui fut prise subitement d'accidents d'occlusion intestinale. Transportée le lendemain à l'hôpital, on constate l'existence d'une péritonite aiguë, localisée à la région sus-ombilicale, et d'origine mal déterminée. M. Monod pratique, le surlendemain des accidents, une laparotomie, qui révèle l'existence de granulations tuberculeuses caractéristiques, disséminées au voisinage de la région pylorique, avec vascularisation intense de la région, sans trace d'étranglement mécanique. La malade, revue le 15 Octobre dernier, reste parfaitement guérie.

Le *second cas* se rapporte à un homme de cinquante ans qui présenta, en pleine santé, des accidents d'occlusion à marche subaiguë. M. Chavannaz pensa à l'existence possible d'un néoplasme du gros intestin. La laparotomie fut pratiquée quinze jours environ après le début des accidents.

On trouva un liquide ascitique très abondant, une vascularisation extrême du péritoine pariétal, et les anses intestinales légèrement accolées par des adhérences molles, infiltrées de granulations tuberculeuses. Le rectum et l'S iliaque étaient vides et affaissés; on les dégagea facilement avec le doigt des adhérences ambiantes, et ils reprirent aussitôt leur dimension normale.

Le malade quitta l'hôpital quinze jours après, en voie de guérison apparente. Mais M. Chavannaz apprit qu'il succomba au bout de cinq mois environ à des accidents de péritonite mal déterminés, vraisemblablement dus à une nouvelle poussée de tuberculose péritonéale.

En ce qui concerne l'*origine des accidents* observés dans ces deux cas, il semble que, dans le premier, on ait eu affaire à une occlusion par *paralysie intestinale*.

Dans le second cas, il semble bien que la paralysie d'origine inflammatoire ait, là aussi, joué le principal rôle; mais une part dans la genèse des accidents peut être mise sur le compte des adhérences molles qui ont été constatées.

Dans les deux cas, le *diagnostic* exact n'a pas été porté avant l'intervention : c'est la règle dans les cas d'occlusion reconnaissant pour origine la tuberculose du péritoine.

Au point de vue du *traitement*, la laparotomie médiane est tout indiquée. La création d'un anus contre nature ne pourrait être de mise que chez les sujets présentant un affaissement de l'état général tel qu'il contre-indique tout acte opératoire un peu prolongé. La large ouverture du péritoine a pour avantage de permettre de lever l'obstacle dans les cas où l'occlusion n'est pas due seulement à la paralysie intestinale, et, d'autre part, elle peut amener la guérison de la péritonite tuberculeuse.

Trois cas d'ablation du cæcum cancéreux suivie de guérison. — *M. Duret* (de Lille). Le principal élément de succès dans l'ablation des néoplasmes de l'intestin en général et du cæcum en particulier, c'est l'opération *à froid*, c'est-à-dire en dehors de l'état d'occlusion intestinale aiguë. M. Duret rapporte trois cas de cancer du cæcum qu'il a opérés dans ces conditions; ses trois malades ont guéri.

Dans le premier cas, il est vrai, il ne s'agissait pas d'un cancer du gros intestin, mais d'une tuberculose cæcale simulant absolument, par son allure clinique et par ses caractères anatomo-pathologiques, un néoplasme malin. La malade, une jeune femme, s'était présentée en pleine crise d'occlusion intestinale aiguë et M. Duret avait dû lui faire d'abord un anus contre nature : l'obstruction cessa, mais la santé ne se releva pas, loin de là ! M. Duret fit alors la laparotomie, trouva un énorme paquet intestinal englobé dans la masse néoplasique, eut beaucoup de peine à en dégager le cæcum qui était seul envahi, pratiqua la résection et la suture intestinale, et guérit sa malade.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un cancer iléo-cæcal qui s'était manifesté uniquement par des entérorragies. L'opération remonte à huit mois, et depuis ce temps le malade a engraissé de 12 kilogrammes.

Enfin dans le troisième cas, les symptômes avaient été absolument ceux d'une appendicite et l'opération avait été faite avec ce diagnostic : or, ici encore il s'agissait d'un volumineux cancer du cæcum, pesant plus de 400 grammes, dont l'ablation nécessita la résection de tout le côlon ascendant et de 12 centimètres de l'intestin grêle. La guérison se maintient depuis trois mois, et le malade a augmenté de 10 kilogrammes.

M. Duret conclut : la résection des tumeurs du gros intestin faite en pleine période d'occlusion donne une mortalité élevée, au moins 50 pour 100; cette mortalité tombe à 30 pour 100 et même, pour certains opérateurs, à 10 pour 100, quand on opère à froid. La résection peut porter sur une très grande étendue d'intestin, sans que le malade en pâtisse. L'abouchement des extrémités sectionnées est toujours possible, que l'on ait recours à l'abouchement bout à bout (procédé de prédilection de M. Duret), à l'implantation latérale, ou à l'anastomose latéro-latérale (en crosse de fusil). La suture intestinale à la Lembert est le mode de réunion le meilleur : le bouton anastomotique qui, dans ces cas, doit toujours être très gros, est un instrument dangereux qui a donné 5 morts sur 20 cas où on l'a employé. Le drainage profond s'impose.

Des rapports de certaines tumeurs incluses avec le côlon pelvien et des conditions opératoires qui en résultent. — *M. Forgue* (de Montpellier). L'auteur a rencontré cinq fois, du côté gauche, des tumeurs incluses, ayant dédoublé le méso-côlon pelvien, au point de perdre, dans le bassin, toute mobilité, de s'y enclaver fortement en se portant au contact de ses parois, et de présenter, avec l'anse pelvienne du côlon, accolée à sa surface après clivage total et étalement des deux lames de son méso, de telles adhérences que l'ablation de la masse se heurtait aux plus grosses difficultés.

Une fois seulement, dans un cas de kyste uniloculaire de l'ovaire suppuré, ainsi enclavé, M. Forgue a pu, après ponction et évacuation, réussir l'énucléation de la tumeur. Dans un autre fait de poche également uniloculaire, il a pu poursuivre cette énucléation jusqu'à ses deux tiers et traiter par le capitonnage la portion inextirpable de la poche dont il ne pouvait, sans léser gravement les artères mésocoliques, achever la décortication. Dans deux cas de cysto-épithéliomes, à masses solides, ayant déjà entraîné la formation de végétations épithéliales sur le péritoine pelvien, et irréductibles par la ponction, il a dû se borner alors à une laparotomie exploratrice.

Récemment enfin, il s'est trouvé en présence d'un volumineux kyste de l'ovaire à masses polykystiques compactes, remplissant complètement le petit bassin, et pour lesquelles il a dû faire l'hystérectomie abdominale, complétée par la résection de 15 centimètres du côlon pelvien auquel la tumeur adhérait fortement par son pôle inférieur; suture bout à bout de l'intestin; guérison.

Au point de vue opératoire, il faut reconnaître que des cas semblables sont malaisés à conduire à bonne fin. Sans doute, l'hystérectomie abdominale donne une aisance suffisante pour aborder de bas en haut et réussir l'ablation de la grande majorité des tumeurs incluses intra-pelviennes à pôle inférieur très plongeant; mais dans les cas d'une inclusion étendue dans le méso, avec décollements rétro-péritonéaux larges, il est certain que maints opérateurs ont dû laisser l'ablation inachevée et s'en tenir à une marsupialisation. Or cette marsupialisation n'est pas l'idéal : elle expose à des fistules prolongées; et dans le cas d'un cysto-épithéliome malin, on peut assister à la transformation cancéreuse de la portion restée en place.

Il faut donc s'efforcer à l'ablation totale. Le péril vient ici de l'uretère et de l'intestin, en rapports intimes avec la tumeur. En ce qui concerne l'intestin, il faut craindre, si l'on est conduit à sectionner et à lier les vaisseaux mésentériques sur une certaine étendue, que la nutrition de l'intestin n'en soit compromise. Il est préférable alors de procéder à une entérectomie préventive. Dans le cas de M. Forgue, d'ailleurs, cette entérectomie n'était pas discutable : elle s'imposait comme un procédé de nécessité, pour terminer l'opération.

De la compatibilité de l'existence avec de longues résections de l'intestin grêle. — *M. Dujon* (de Moulins), dans un cas d'étranglement herniaire par brides a trouvé, après ouverture du ventre, une masse inextricable d'anses grêles qu'il a dû réséquer et qui comprenait 1m60 de la partie terminale de l'iléon. L'opération s'est terminée par l'établissement d'un anus contre nature, lequel a persisté pendant huit mois, résistant à trois tentatives d'application de l'entérotome. Finalement, M. Dujon se résolut à pratiquer l'extirpation de l'anus artificiel : son opéré succomba quarante-huit heures après à une péritonite généralisée.

Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est ce fait que malgré la suppression d'une portion aussi étendue de l'intestin grêle, l'état général de ce malade s'est maintenu pendant huit mois sensiblement aussi bon qu'avant l'intervention.

M. Monprofit (d'Angers), rappelle qu'il a enlevé jadis 2m30 d'intestin grêle à un de ses malades; or cet homme vit toujours, et ses digestions sont absolument normales.

Traitement opératoire des hernies sans ouverture du péritoine. — *M. Poullet* (de Lyon). Partant de ce principe que la hernie est avant tout une modification de la paroi abdominale, et que l'on peut y remédier sans ouvrir le péritoine; d'autre part, que pour obturer le trajet herniaire, il est fâcheux de commencer par l'agrandir en incisant les aponévroses qui résistent encore et dont la réunion solide par des sutures peut rester plus ou moins insuffisantes, M. Poullet s'est imposé deux règles dans le traitement opératoire des hernies : 1° Ne jamais ouvrir la cavité péritonéale quand la hernie est bien réductible; 2° ne faire aucune incision des aponévroses abdominales.

Dans ce but, il a recours à un procédé dont les temps principaux sont les suivants :

Le collet du sac herniaire étant isolé, et après s'être assuré de la réduction complète de tout le contenu du sac une aiguille tubulaire fine est passée cinq ou six fois à travers le collet du sac; et le fil métallique qui doit rester à demeure est passé dans l'aiguille tubulaire, en laissant en dehors de son anse le canal déférent et les vaisseaux et nerfs du cordon. Les deux chefs du même fil étant ensuite passés de dedans en dehors dans la partie supérieure du trajet inguinal, puis tirés et tendus, le collet du sac se trouve ainsi rentré dans l'abdomen et cousu à la face profonde de la paroi abdominale au-dessus du trajet. Il ne reste plus qu'à obturer celui-ci, en se servant toujours des deux chefs du fil précédent, auxquels on fait traverser trois ou quatre fois chaque lèvre du trajet.

Ainsi se trouve constitué « une sorte de bandage sous-cutané et définitif », très bien toléré et qui a un gros avantage : c'est de permettre aux opérés de se lever et de marcher dès le premier jour.

Plusieurs centaines de guérisons attestent aujourd'hui le succès de cette méthode.

Sur la technique de la cure radicale des hernies inguinales. — *M. Bégouin* (de Bordeaux) trouve que, dans la cure radicale des hernies inguinales, le Bassini doit être modifié de telle sorte qu'on supprime le trajet intra-pariétal du cordon qui affaiblit la paroi, et que l'on ferme l'orifice profond par lequel se fait ordinairement la récidive. Mettre le cordon en arrière de la paroi reconstituée en un seul plan, et le faire sortir de l'abdomen en bas, au niveau de l'orifice externe, lui semble une utile modification au Bassini.

Comme fils, il a essayé le fil d'argent perdu dans 11 cas ; celui-ci a donné de bons résultats.

Abcès de la paroi abdominale tardifs après les opérations de hernie. — *M. H. Reynès* (de Marseille) a observé 3 cas d'abcès profonds de la paroi abdominale, sus-pubiens, ou sus-ombilicaux, à évolution phlegmoneuse subaiguë ou torpide, survenant chez des hommes qui avaient été opérés de hernies inguinales, deux, trois et quatre mois avant. Ces malades semblaient guéris quand ces abcès ont débuté. D'après M. Reynès, on pourrait voir un rapport de causalité entre ces abcès et l'opération : au contact des fils, en tant que corps étrangers, et suivant des variations microbiques humorales, un petit foyer septique pourrait naître; transmis par les lymphatiques sous-pariétaux, les germes, de quantité et de virulence médiocres, pourraient s'arrêter dans des relais ou des ganglions, et devenir ainsi le point de départ de véritables adéno-phlegmons, aboutissant au type classique d'abcès profonds de la paroi abdominale. Il y aurait dans ces faits une raison pour n'employer que des fils résorbables.

(*A suivre.*) J. Dumont.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

24 Octobre 1902.

Hydronéphrose. — *M. Prat* communique un cas d'hydronéphrose avec disposition anormale des vaisseaux du rein.

Anévrisme artério-veineux. — *M. Tillaye* présente un anévrisme artério-veineux de la fémorale au niveau de son tiers moyen. La lésion, consécutive à un coup de couteau dans la cuisse, a été extirpée chirurgicalement.

Cancer mélanique. — *MM. Ravaut et Tillaye* montrent des coupes d'un cancer mélanique de la région de l'aisselle. Il s'agit d'un sarcome, dont la coloration est fournie par du pigment noir et non du pigment sanguin.

Hernie réduite par le taxis; intestin sphacélé. — *M. Foisy* communique un cas de hernie crurale étranglée, à contenu intestino-épiploïque. On pratique le taxis, manœuvre qui réduisit une anse intestinale sphacélée. La mort survint par péritonite.

Ankylose osseuse, suite d'arthrite blennorragique. — *M. Foisy* montre une articulation du coude complètement ankylosée à la suite d'une lésion blennorragique. Il y a soudure osseuse des surfaces articulaires.

M. Cornil rappelle les études faites à son laboratoire, par Mlle Densusianu, sur ce sujet. L'ankylose post-blennorragique est fibreuse et non osseuse. C'est seulement dans la tuberculose articulaire que l'on voit l'ankylose osseuse.

Cancer de l'estomac chez le cheval. — *MM. Petit* (d'Alfort), et *Fayet* présentent un estomac de cheval offrant, dans son cul de sac gauche, une tumeur de la grosseur des deux poings. Il s'agit d'un *épithéliome malpighien à globes épidermiques*. On sait que la muqueuse de l'œsophage se prolonge dans l'estomac, chez les équidés, pour constituer le revêtement du cul de sac gauche de ce viscère. L'animal est mort d'inanition et de cachexie progressive.

Classification des purpuras. — *M. Lenoble* (de Brest), communique le résultat de ses recherches sur la formule hématologique des purpuras, et propose, en se basant sur cette formule, une conception synthétique des diverses variétés de purpuras.

Fibrome mou du col de l'utérus. — *MM. Baussenat* et *C. Daniel* présentent un fibrome du col de l'utérus, gros comme un poing, faisant corps avec la lèvre antérieure. Le diagnostic clinique de cette tumeur, étant donné sa mollesse, avait été difficile, et l'on pouvait la confondre soit avec un polype fibromateux accouché, soit avec une entérocèle vaginale irréductible.

La laparatomie, suivie d'hystérectomie abdominale

totale, permit d'extirper facilement l'utérus et de constater en outre un épaississement d'au moins deux centimètres de toute la zône d'insertion du vagin sur le col utérin.

Kystes hématiques de l'ovaire. — *M. Potier* montre des coupes de kystes hématiques de l'ovaire, avec épaississement de l'albuginée.

Calcul du cholédoque. — *M. Handelsmann* apporte un gros calcul olivaire trouvé dans le cholédoque, à l'autopsie d'une femme qui avait présenté le syndrome d'ictère par rétention avec accès fébriles. Le calcul a perforé la paroi du cholédoque, près de l'extrémité inférieure du conduit.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

25 Octobre 1902.

Monoplégie diphtérique expérimentale. — *M. Babonneix.* La plupart des auteurs qui se sont occupés de diphtérie expérimentale ne semblent pas s'être attachés à reproduire sur l'animal des paralysies analogues à celles que l'on observe chez l'homme, c'est-à-dire à réaliser, entre le siège de l'inoculation primitive et le siège de la paralysie consécutive, le rapport qui existe, par exemple, entre l'angine et la paralysie du voile. Nous nous sommes proposé de déterminer expérimentalement, avec la toxine diphtérique humaine, des troubles moteurs qui frappent constamment et exclusivement la région inoculée.

Lorsqu'on injecte à des lapins de la toxine diphtérique, les accidents varient avec les doses injectées. A de très fortes doses, la mort survient rapidement sans paralysie. A de fortes doses, la paralysie affecte le type de la paralysie ascendante aiguë. Enfin, à doses encore plus faibles, on peut réaliser des monoplégies qui sont dues, non à des lésions purement locales, mais à des lésions nerveuses analogues à celles que l'on a plusieurs fois signalées chez l'homme au cours de la paralysie diphtérique.

Bactériologie des cholécystites. — *MM. Gilbert et Lippmann.* D'une étude basée sur l'examen du liquide intravésiculaire dans deux cas de cholécystites, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes.

Quelle que soit la nature de la cholécystite, suppurative ou non, le liquide intravésiculaire se montre fertile dans tous les cas.

Les germes anaérobies sont constants, que l'affection soit suppurée ou non.

Les germes aérobies, peu abondants et peu variés dans les cholécystites non suppurées, deviennent plus fréquents et plus nombreux quand le processus devient suppuré.

L'on trouve en anaérobiose et par ordre de fréquence le colibacille, l'entérocoque, le funduliformis, le streptococcus anaerobius, le perfringens et le radiformis; en milieux ordinaires on rencontre le colibacille, l'entérocoque. Quel que soit le procédé de culture employé, le colibacille demeure donc le « grand envahisseur des voies biliaires ».

La plupart de ces germes anaérobies sont encore les hôtes assidus à l'état normal de la vésicule biliaire de nombreux animaux (chien, chat, bœuf, porc), alors que lesgermes aérobies ne s'y rencontrent qu'avec une excessive rareté. Il y aurait donc dans les cholécystites infection à un premier degré par les germes « autochtones » et à un degré plus accusé, association de ces mêmes germes avec des germes aérobies étrangers.

Expériences sur l'hyperglobulie des altitudes. — *MM. P. Armand-Delille et A. Mayer.* En vue d'expériences de contrôle sur l'hyperglobulie des altitudes, nous avons transporté en montagne, à des hauteurs variant de 3.000 à 4.000 mètres, deux séries de cobayes.

Or, nous avons constaté que l'hyperglobulie brusque n'est pas un phénomène constant, qu'elle n'est pas proportionnelle à l'altitude, et qu'elle semble être seulement une pseudo-hyperglobulie, puisque l'augmentation du nombre des globules constatée dans le sang des vaisseaux périphériques ne se retrouve jamais dans le sang du cœur.

L'oxyde de carbone dans le sang des animaux isolés en mer. — *M. M. Nicloux.* Cette expérience est la suite de celles que j'ai entreprises autrefois sur la détermination de l'oxyde de carbone dans le sang des animaux respirant l'air de la ville ou de la campagne. Ce sang renferme comme je l'ai montré de l'oxyde de carbone. Il y avait lieu de se demander s'il en serait de même pour des animaux vivant dans de meilleures conditions au double point de vue et de l'isolement et de l'atmosphère respiré. A cet effet, trois chiens parisiens ont été isolés sur un rocher désert dans la rade de Paimpol. Trois semaines après un échantillon de sang a été pris dans une artère et les gaz en ont été extraits. Analysés, ils renfermaient de l'oxyde de carbone; et la proportion trouvée est presque la même que celle contenue dans le sang des animaux vivant à Paris.

L'oxyde de carbone dans le sang des poissons. — *M. M. Nicloux.* J'ai examiné le sang des poissons au point de vue de leur teneur possible en oxyde de carbone. Je me suis adressé au Congre. Les gaz extraits de 40 centimètres cubes de sang de cet animal ont été analysés. Ils renferment une petite proportion d'oxyde de carbone très nettement inférieure à celle contenue dans le sang des mammifères.

Conception des purpuras d'après leur formule hématologique. — *M. Lenoble* (de Brest). Les exanthèmes purpuriques sont essentiellement caractérisés par leur formule sanguine qui en permet la division suivante : purpuras vrais ; érythèmes purpuriques ; éruptions purpuriques banales.

La formule hématologique des purpuras vrais consiste dans l'absence de rétraction du caillot, dans la présence d'une réaction micloïde et normoblastique souvent intense, et par la modification profonde des hématoblastes diminués de nombre et augmentés de volume.

Tout exanthème purpurique avec ou sans manifestations hémorragiques au cours duquel le sang reste normal est une affection indépendante d'une altération des appareils hématopoiétiques.

La réaction myélocytaire atténuée ne suffit pas, à elle seule, pour être spécifique, elle ne le devient que si elle s'accompagne d'une réaction normoblastique même légère.

L'éosinophilie dans la filariose. — *M. Remlinger* (de Constantinople). On sait que l'éosinophilie est très accusée dans les différentes variétés d'helminthiase. J'ai constaté également la présence de cette éosinophile dans le sang de deux malades atteints de chylurie. Non seulement, chez eux, le nombre des éosinophilies était augmenté dans des proportions très considérables, mais encore, dans chaque éosinophile, le nombre des granulations était de beaucoup supérieur à celui qu'il est habituel de rencontrer,

Sérodiagnostic d'un cas de morve humaine. — *MM. Gabrielidès et Remlinger* (de Constantinople). Au cours d'un cas de morve humaine terminé par la mort, nous avons pu mesurer le pouvoir agglutinant du sérum sanguin vis-à-vis du microbe spécifique, L'agglutination s'est produite avec une grande netteté à 1/50 : il est donc possible d'utiliser la séroréaction dans le diagnostic de la morve humaine.

Influence des injections d'adrénaline sur la survie des animaux décapsulés. — *M. Battelli* (de Genève) communique le résultat de ses expériences sur les injections d'adrénaline poussées dans les veines d'animaux décapsulés. Ces injections se sont montrées dans tous les cas inefficaces pour prolonger la vie de l'animal décapsulé ; elles accélèrent même la mort si la quantité d'adrénaline est élevée.

Action du venin de la vive. — *M. Briot* a étudié sur les mammifères l'action du venin de la vive (trachonus draco). Les glandes de ce poisson, triturées et macérées dans la glycérine, ont fourni assez de substance active pour qu'il ait été permis d'instituer une série d'expériences démontrant l'action préventive, immunisante et curative du sérum de lapin soumis, dans de certaines conditions, à l'inoculation de ce venin.

A. Sicard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

29 Octobre 1902.

Sur l'appendicite. — *M. Moty* divise les cas d'appendicite que l'on est appelé à opérer d'urgence en deux groupes : celui des cas désespérés amenés trop tard au chirurgien, et celui de cas aigus à pronostic douteux.

Les cas du premier groupe doivent être opérés, pourvu qu'il y ait la moindre chance de sauver le malade; et l'abstention est un aveu d'impuissance équivalent à un arrêt de mort: Quant à ceux du second groupe, M. Moty tente toujours l'expectation en lui appliquant la même règle qu'aux contusions abdominales par coup de pied de cheval. Il prend immédiatement, et à plusieurs reprises, d'heure en heure, le pouls du malade : si celui-ci s'accélère malgré le repos complet, il considère l'intervention comme urgente; si le pouls est resté stationnaire, au-dessous de 100°, M. Moty attend au lendemain ; et s'il n'a pas diminué alors, malgré la diète et le repos absolus, il intervient sans plus tarder. Il a complètement renoncé à la glace, qui masque la marche des lésions, et il lui préfère la diète absolue, avec une injection de morphine en cas de douleurs trop vives.

En résumé, et pour conclure, l'observation rigoureuse du pouls est, pour M. Moty, peut-être le meilleur guide dans des cas difficiles où se pose la question de savoir s'il est permis de temporiser.

M. Segond. L'observation rapportée par M. Legueu, et qui a donné lieu à la présente discussion, se passe de tout commentaire : elle est la preuve la plus évidente que, dans le traitement de l'appendicite, la temporisation la mieux faite peut être prise en défaut.

Cette conclusion n'est cependant pas celle de M. Reynier qui en a contesté la valeur et la portée et qui, entre autres arguments invoqués contre les interventionnistes à chaud, a fait allusion à « certains cas malheureux qui ont défrayé récemment les journaux politiques ». M. Segond, se jugeant atteint par cette allusion de M. Reynier, croit bon de relever, parmi ces faits que la presse non scientifique colporte, celui qui lui est personnel : or, bien loin de plaider pour la cause chère à M. Reynier, il parle, au contraire, très hautement dans un sens très différent.

Il s'agit d'une jeune femme, soignée depuis plusieurs mois pour des coliques hépatiques et qui, brusquement, le 10 Août dernier, est prise d'une violente douleur dans la région appendiculaire : un violent coup de poignard, disait-elle. En même temps des vomissements surviennent qui persistent toute la nuit et le lendemain. On croit encore à une colique hépatique et le traitement classique est institué. Les choses durent ainsi pendant trois jours, jusqu'au moment où M. Duchastelet, ami personnel de la malade, ayant été appelé, diagnostique une appendicite perforante avec péritonite généralisée et conseille une opération immédiate. Celle-ci était pratiquée par M. Segond, après consultation avec le professeur Dieulafoy, cinquante heures environ après le début de l'appendicite. Le ventre ouvert, on ne trouve ni pus, ni adhérences, ni abcès périappendiculaire; quelques cuillerées à peine de liquide trouble entre les anses intestinales libres, mais congestionnées. L'appendice est totalement gangrené, perforé, et l'œil aperçoit les matières s'échappant par la perforation. Ablation de l'appendicite, nettoyage, drainage. La nuit est bonne, en ce sens que la malade ne vomit plus et ne souffre plus ; mais, le lendemain, les vomissements reparaissent, le pouls se précipite, la sécrétion urinaire se tarit; la mort survint au troisième jour après l'opération.

Personne ne contestera, affirme M. Segond, que cette malade est morte parce qu'elle a été opérée trop tard : faite douze heures plus tôt seulement, l'opération eût été certainement suivie de guérison. Et à ceux qui voudraient ne voir là qu'une hypothèse toute gratuite, M. Segond répond par 3 cas d'appendicite gangreneuse qu'il a eu l'occasion d'observer depuis, dont l'évolution clinique fut absolument la même que celle du cas signalé plus haut, mais qui tous trois, malgré la gravité extrême des symptômes, furent suivis de guérison parce que tous trois furent opérés dans les quarante-huit premières heures. Le cas malheureux de M. Segond s'ajoute donc entièrement à celui de M. Legueu pour condamner formellement la méthode de la temporisation dans le traitement de l'appendicite. Il est temps, déclare l'auteur, que tous ceux qui ont observé des faits analogues les mettent au grand jour, car, malgré tout ce qui a déjà été dit sur le traitement de l'appendicite, la question reste tout entière à l'étude, au moins en ce qui concerne l'appendicite aiguë. Les temporisateurs se font les propagateurs d'une méthode dangereuse, qui, si elle a donné des succès à quelques rares chirurgiens doués d'un sens clinique exceptionnel, donne le plus souvent des désastres entre les mains de la grande majorité des praticiens, moins bien doués et moins expérimentés. Il importe, au contraire, de proclamer bien haut, avec le professeur Dieulafoy, que puisque l'appendicite a toujours pour conséquence une intoxication générale de l'organisme, le seul moyen de la traiter, c'est de supprimer au plus tôt le foyer de cette infection.

M. Villar (de Bordeaux) est venu exposer à la Société la façon dont il envisage la question du traite-

ment de l'appendicite. Il passe successivement en revue : le diagnostic, les indications de l'intervention, la technique opératoire.

En ce qui concerne le *diagnostic*, il y a d'abord lieu de faire une distinction entre l'appendicite chez l'homme et l'appendicite chez la femme : chez cette dernière, il peut être très difficile et quelquefois même impossible au début, à cause des rapports du voisinage de l'appendice avec les annexes utérines si souvent frappées d'inflammation. Chez l'homme, les erreurs de diagnostic ne sont également pas rares : on a pris les symptômes de l'appendicite pour ceux d'une colique hépatique, d'une hernie étranglée, la fièvre typhoïde, une tumeur cæcale, un calcul de l'uretère (Tuffier). En principe, on doit songer à l'appendicite toutes les fois que, chez un malade qui a de la fièvre, on constate de la douleur dans la fosse iliaque, en même temps que de l'empâtement ou simplement de la défense musculaire à ce niveau.

Quant aux *indications de l'intervention* dans l'appendicite, M. Villar déclare se ranger dans le camp des interventionnistes pour les trois raisons suivantes : 1° impossibilité de diagnostiquer la nature et l'étendue des lésions, et de savoir ce que deviendra une appendicite ; — 2° mortalité des malades non opérés ou opérés trop tardivement ; — 3° bénignité de l'opération pratiquée au début de la maladie. M. Villar résume plusieurs observations personnelles qui défendent sa manière de voir.

Enfin, pour ce qui est de la *technique opératoire*, M. Villar insiste surtout sur la question encore controversée de la recherche et de l'extirpation de l'appendice. Dans les cas exceptionnels, où l'état général du malade commande une opération extrêmement rapide et où l'ancienneté et l'étendue des lésions rendent pour ainsi dire illusoire la recherche de l'appendice, on n'entreprendra pas cette recherche. Mais, en principe, M. Villar est partisan de l'extirpation de l'organe et adversaire de la méthode qui consiste à évacuer timidement la collection iliaque sans se rendre compte de ce qui peut se passer autour. Deux arguments militent en faveur de l'intervention large et complète : 1° les récidives, si l'on ne touche pas à l'appendice ; 2° la possibilité de méconnaître des abcès multiples, si l'on se contente de la simple incision iliaque.

Pyélonéphrite calculeuse; néphrolithotomie; suture du rein; guérison. — *M. Bazy* fait un rapport sur une observation et sur une pièce présentées récemment à la Société par *M. Riche*. Il s'agit, dans cette observation, d'une femme de quarante et un ans qui, depuis un an environ, accusait de la gêne plutôt que de la douleur dans l'hypocondre droit. Jamais cette femme n'avait eu d'hématurie ni de sable dans les urines. Huit jours avant son entrée à l'hôpital seulement, elle fut prise de douleurs plus fortes accompagnées de vomissements. M. Riche constate l'existence, dans le flanc droit, d'une tumeur douloureuse à la palpation, du volume d'une poire, constatation qui, jointe à celle de pus dans l'urine, lui fait porter le diagnostic de pyélonéphrite droite. La séparation vésicale des urines avec l'appareil de Cathelin montre, d'ailleurs, à droite une urine très purulente, alcaline, avec 5 gr. 124 d'urée par litre, à gauche une urine claire, neutre, avec 7 gr. 686 d'urée.

Le 5 Septembre dernier, M. Riche pratique une néphrotomie et extrait du rein un volumineux calcul ramifié et quatre autres plus petits, pesant ensemble 52 grammes, puis il suture complètement le rein, comptant sur l'uretère pour assurer le drainage. Les suites opératoires furent, en effet, des plus simples, et, le 1er Octobre, la malade quittait l'hôpital complètement rétablie, mais avec des urines encore légèrement troubles.

Cette observation, nous dit M. Bazy, montre une fois de plus la tolérance du rein pour les gros calculs; celui-ci existait certainement depuis plusieurs années, et ce n'est que depuis un an que la malade s'en est trouvée un peu gênée.

Quant à la suture du rein après une néphrotomie pour pyélonéphrite, ce n'est certainement pas une pratique à généraliser. M. Riche déclare qu'il a voulu ainsi empêcher l'urine de souiller constamment le pansement de son opérée. Mais cet inconvénient pouvait être évité par la fermeture partielle du rein sur un tube conduisant l'urine dans un récipient placé sous le lit de la malade. D'autre part, en laissant le rein ouvert, M. Riche eût pu désinfecter les calices et le bassinet par des injections de solutions nitratées à 1/1000 ou même 1/500, et sa malade n'aurait probablement pas quitté l'hôpital avec des urines troubles.

Enfin, M. Bazy considère comme au moins inutile la séparation intra-vésicale des urines que M. Riche a cru devoir faire avant d'opérer cette malade. Le diagnostic était précis, et on pouvait facilement se passer de cette complication qui, dans certains cas, du moins chez l'homme, peut n'être pas sans danger, par exemple dans le cas de rétrécissement de l'urèthre.

Sans doute, on objectera qu'elle a permis de déterminer la valeur fonctionnelle de chacun des deux reins; mais il est démontré aujourd'hui que ce n'est pas par l'analyse d'une urine de quelques minutes qu'on peut connaître la puissance sécrétoire d'un rein : il faut au moins l'urine de vingt-quatre heures. D'ailleurs, dans le cas de M. Riche, l'indication opératoire était précise, et c'était l'état du rein qui devait guider sa conduite. C'est ainsi que, dans un cas de fistule rénale persistante consécutive à une néphrolithotomie faite par un autre chirurgien, M. Bazy, pensant que le rein était en grande partie détruit, s'était décidé à pratiquer la néphrectomie. Or, chemin faisant, il s'aperçut que la moitié supérieure de l'organe était parfaitement saine et que la moitié inférieure contenait, au milieu d'un foyer purulent, un calcul volumineux. M. Bazy se contenta donc de faire une néphrolithotomie, draina le rein, et son malade guérit. Ici, non seulement la séparation des urines était inutile, puisque l'indication opératoire était formelle; mais, en outre, elle eût été dangereuse, car ce malade portait un rétrécissement juxta-membraneux d'origine blennorrhagique ou peut-être chirurgicale.

En résumé, pour M. Bazy, les nombreux exemples de séparation vésicale des urines qu'on nous présente actuellement semblent plutôt faits pour nous montrer la bonté des instruments que leur utilité dans tel ou ou tel cas déterminé : nous avons les moyens de faire un diagnostic sans avoir besoin de recourir à une instrumentation dont l'usage ne va pas quelquefois sans dommage.

Fractures de jambes traitées par les agrafes de Jacoël. — *M. Quénu* présente deux malades (avec radiographies) atteints de fractures de jambes traitées par les agrafes imaginées par un étudiant en médecine de Paris, M. Jacoël. Le résultat est parfait. M. Quénu a appliqué ces agrafes chez trois autres malades avec le même succès. Elles sont applicables dans tous les cas où l'on emploie la suture osseuse ; elles paraissent plus commodes à placer que les fils : il suffit de percer deux petits trous, écartés l'un de l'autre juste de la longueur des agrafes, d'introduire les deux pointes de l'agrafe dans les trous et d'appliquer quelques coups de maillet.

Ces agrafes sont généralement très bien tolérées : deux fois seulement M. Quénu en a observé l'élimination, sans suppuration aucune d'ailleurs.

M. Tuffier déclare que si ces agrafes ont été inventées par M. Jacoël, les détails de leur construction actuelle et la technique de leur application sont dues à son élève M. Dujarier, prosecteur des hôpitaux, qui les a importées dans son service il y a plusieurs mois. M. Tuffier les a signalées dans son rapport au Congrès de Bruxelles; il a eu lui-même l'occasion de les appliquer, et tout récemment encore au cours de la réduction sanglante d'une fracture de jambe difficilement coercible. Il a été étonné de voir combien leur résistance et leur fixité étaient considérables. Elles ont sur le fil d'aluminium l'avantage d'assurer une coaptation rigide des fragments. Elles n'ont, comme tous les corps étrangers volumineux placés dans les fractures, qu'un gros désavantage : c'est leur élimination tardive possible. L'accident est arrivé à M. Quénu ; c'est ce qui a toujours fait dire à M. Tuffier qu'en matière de réduction sanglante, moins on laisse de corps étrangers pour fixer les os, mieux cela vaut.

Varices lymphatiques chez une femme enceinte. — *M. Tuffier* présente une femme de quarante ans, qu'il a opérée il y a un an, au sixième mois de la grossesse, d'une tumeur de la région inguinale droite ayant les dimensions de la paume de la main et constituée par des varices lymphatiques. L'extirpation de cette tumeur ne présenta rien de particulier, la grossesse acheva son cours et la femme accoucha à terme d'un enfant vivant. Cette malade, revue huit mois après l'opération, présentait encore, au niveau de sa cicatrice, une petite vésicule transparente, trace de la tumeur ancienne. Cette vésicule a disparu à son tour et aujourd'hui la vue ni la palpation ne révèlent plus rien d'anormal dans la région opérée.

Néphrectomie pour pyonéphrose. — *M. Routier* présente un rein atteint de pyonéphrose, formant une vaste poche d'un litre environ de contenance, qu'il a enlevé par la voie lombaire, chez un homme de trente-sept ans. Le diagnostic avait été vérifié à l'aide du séparateur vésical des urines de Cathelin qui fut appliqué sans douleur et donna les résultats les plus démonstratifs.

Prostatectomie périnéale pour hypertrophie et tumeur de la prostate. — *M. Tuffier* présente une volumineuse prostate qu'il a enlevée récemment chez un homme de soixante ans, actuellement en bonne voie de guérison. Ce qui fait surtout l'intérêt de cette pièce, c'est la tumeur, en forme de champignon, qui s'implantait sur le lobe droit de l'organe et faisait saillie dans l'intérieur de la cavité vésicale, occasionnant des hématuries qui mettaient la vie du malade en danger.

Néphrectomie pour hydronéphrose intermittente infectée. — *M. Ricard* présente le rein enlevé. L'hydronéphrose était due à une coudure de l'uretère provoquée par le passage au-dessous de cet uretère de brides qui semblaient renfermer des vaisseaux du rein.

Néphrectomie pour kystes hydatiques multiples du rein. — *M. Ricard* présente la pièce enlevée. Ici encore le séparateur des urines de Cathelin avait permis de localiser la lésion.

J. Dumont.

ACADÉMIE DES SCIENCES

27 Octobre et 3 Novembre 1902.

Contribution à l'étude des « Anopheles » de l'isthme de Suez. — *M. Camboulin*. Cet auteur a étudié les différentes sortes de moustiques que l'on rencontre dans la région de l'isthme de Suez. Il a constaté l'existence de trois sortes d'*Anopheles*, qui sont comme l'on sait les agents de propagation des hématozoaires du paludisme. Ces diverses espèces sont : 1° *Anopheles multicolor*, dont il existe deux variétés : *Anopheles théobaldi* et *Anopheles pharoensis*. D'après les observations de M. Camboulin, les représentants de cette dernière espèce, contrairement à l'opinion courante, peuvent être transportés en masses, par les grands vents, à des distances de 20 à 30 kilomètres. Cette particularité, qu'expliquent du reste les conditions géographiques de l'isthme de Suez, indique que les précautions à prendre pour combattre le paludisme dans cette région doivent être particulièrement difficile, au moins en ce qui concerne la partie du programme relative à la destruction des insectes propageurs du mal.

L'atmosphère des mines de houille. — *M. N. Gréhant*. En faisant l'analyse de vieux échantillons d'air recueillis dans les galeries d'une mine de houille, M. Gréhant, professeur au Muséum, a trouvé avec son grisoumètre une proportion de formène comprise entre 3,5 et 7,5 p. 100; cette dernière proportion donne un mélange détonnant.

L'acide carbonique a varié entre 1 et 8 p. 100.

Enfin, au lieu de 20,8 p. 100 d'oxygène, on a trouvé de 16,1 à 18, c'est-à-dire une diminution de l'air vital comprise entre 4,7 et 2,8 p. 100.

L'auteur de ces recherches conclut qu'il serait utile d'établir dans toute mine de charbon un laboratoire d'analyses endiométriques et grisoumétriques, en vue de régler la ventilation de façon à ce que l'atmosphère dans laquelle travaillent et vivent les ouvriers mineurs soit aussi purifié que possible.

Georges Vitoux.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 12 Novembre 1902, à 1 heure. — M. Le Couedic : De l'épithélioma sénile du dos de la main ; MM. Tillaux, Terrier, Broca (Aug.), Legueu. — M. Joly : Contribution à l'étude du prolapsus du rectum ; MM. Tillaux, Terrier, Broca (Aug.), Legueu. — M. Sarazin : Des ostéomes du coude consécutifs aux luxations réduites ; MM. Tillaux, Terrier, Broca (Aug.), Legueu. — M. Tansard : Du rôle des bains médicamenteux en dermatologie ; MM. Joffroy, Gaucher, Widal, Teissier. — M. Duroisel : Les accidents musculaires au cours du mal de Bright (urémie musculaire ; MM. Gaucher, Joffroy, Widal, Teissier. — M. Lacapere : Le macrophage. Etude histologique et physiologique de la cellule lympho-conjonctive ; MM. Gaucher, Joffroy, Widal, Teissier. — M. Pechin : Indications et résultats de la cure gingivo-dentaire dans la pelade ; MM. Gaucher, Joffroy, Widal, Teis-

sier. — M. Remignard : La parasitologie aux xvi[e] et xvii[e] siècles. Etude historique et clinique ; MM. Blanchard, Brissaud, Wurtz, Desgrez. — M. Dromard : Les alcoolisés non alcooliques (étude psycho-physiologique et thérapeutique sur l'intoxication alcoolique latente : alcoolomanie) ; MM. Brissaud, Blanchard, Wurtz, Desgrez.

Jeudi 10 Novembre 1902, à 1 heure. — M. Morin : Traitement du diabète sucré d'après la méthode de Vigouroux ; régime lacté alterné ; électricité statique : MM. Cornil, Berger, Vaquez, Faure. — M. Lambert : De la séparation des urines des deux reins, par cloisonnement de la vessie ; MM. Berger, Cornil, Vaquez, Faure.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 10 Novembre 1902. — 5[e], Chirurgie (Première partie) (1[re] série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Walther, Gosset. — 5[e], Chirurgie (Première partie), (2[e] série), Hôtel-Dieu : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Legueu. — 5[e] (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Landouzy, Gaucher, Teissier.

Mardi 11 Novembre 1902. — 5[e], Chirurgie (Première partie) (1[re] série), Charité : MM. Guyon, Berger, Hartmann. — 5[e], Chirurgie (Première partie) (2[e] série), Charité : MM. Pozzi, Thiéry, Faure. — 5[e] (Deuxième partie), Charité : MM. Raymond, Achard, Dupré.

Mercredi 12 Novembre 1902. — 1[er], Oral, Salle Pasteur : MM. Kirmisson, Gosset, Cunéo. — 2[e], N. R., Salle Richet : MM. Gautier, Richet, Rémy. — 5[e], Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Potocki.

Jeudi 13 Novembre 1902. — 1[er], Chirurgien-dentiste, Salle Pasteur : MM. Rémy, Thiéry, Langlois. — 3[e] (Deuxième partie), N. R., Salle Béclard : MM. Chantemesse, Chassevant, Méry. — 3[e] (Première partie), Oral, Salle Richet : MM. Le Dentu, Budin, Hartmann. — 4[e], Salle Thouret : MM. Pouchet, Thoinot, Wurtz.

Vendredi 14 Novembre 1902. — 5[e] (Deuxième partie) (2[e] série), Necker : MM. Landouzy, Dejerine, Widal. — 5[e], Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich. — 5[e], (Deuxième partie) (1[re] série), Necker : MM. Hayem, Gaucher, Bezançon.

Samedi 15 Novembre 1902. — 1[er], Chirurgien-dentiste, Salle Richet, MM. Cornil, Rémy, Langlois. — 1[er], Oral, Salle Velpeau : MM. Pozzi, Hartmann, Thiéry. — 3[e] (Première partie), Oral, Salle Pasteur : MM. Le Dentu, Berger, Potocki. — 3[e] (Deuxième partie), Oral, Salle Thouret : MM. Proust, Hutinel, Thiroloix. — 5[e], Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Pharmacologie et matière médicale. — M. le professeur Gabriel Pouchet commencera le cours de pharmacologie le samedi 8 novembre, à 4 heures de l'après-midi (amphithéâtre de pharmacologie), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Ordre du cours. — Mardi et samedi : leçon théorique. Etude des modificateurs du système nerveux périphérique. Hypocinétiques généraux. Modificateurs névro-musculaires. — Jeudi : conférences pratiques et interrogations. Exercices pratiques de reconnaissance et de détermination des drogues simples et composées, étude de leurs propriétés toxiques et médicamenteuses, applications aux sciences médicales. Art de formuler.

Clinique chirurgicale. — M. J.-L. Faure, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique chirurgicale le samedi 8 Novembre, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ordre du cours. — Lundi : Examen des malades nouveaux par les élèves, à 9 h. 1/2. — Mardi : Leçon clinique et opérations (amphithéâtre Chomel), à 9 h. 1/2. — Mercredi : Examen des malades nouveaux par les élèves, à 9 h. 1/2. — Jeudi : Opérations de chirurgie abdominale et gynécologique. — Vendredi : Visite et examen des malades dans les salles. — Samedi : Leçon clinique et opérations (amphithéâtre Chomel), à 9 h. 1/2.

Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir. — 1° Exercices cliniques et examen des malades par les élèves, sous la direction de M. P. Fredet, chef de clinique (amphithéâtre Chomel), les lundis et jeudis à 5 heures ; 2° Conférences d'otologie et de rhinologie par M. Martha, mardi à 4 heures et vendredis à 5 heures (salle de la consultation de l'hôpital ; 3° MM. Cazin et Hallion, chefs du Laboratoire, sont à la disposition des élèves tous les matins au laboratoire pour les examens de bactériologie et d'anatomie pathologique.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. — M. le professeur Pinard a commencé ses cliniques journalières le lundi 3 Novembre, à 10 heures du matin (clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et commencera ses leçons bi-hebdomadaires (les lundis et vendredis) le vendredi 14 Novembre.

Ordre du cours. — Lundi et vendredi : leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre, par le professeur. — Mercredi : leçons et opérations de gynécologie par M. Segond, agrégé. — *Autres jours* : anatomie obstétricale pathologique, par M. Varnier, agrégé. — Leçons de diagnostic obstétrical, par M. Couvelaire, chef de clinique, et M. Delestre, chef de clinique adjoint. — Leçons de diagnostic gynécologique, par M. Potocki, agrégé, accoucheur des hôpitaux.

Cours pratique et manœuvres obstétricales par MM. Wallich et Potocki, agrégés, Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, Funck-Brentano, chef de laboratoire, Paquy, ancien chef de clinique, Sauvage, Mouchotte, internes des hôpitaux, et Le Masson.

Clinique gynécologique. — M. le professeur S. Pozzi commencera ses leçons de clinique le vendredi 14 Novembre 1902, à 10 heures du matin, à l'hôpital Broca, et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Programme de l'enseignement : Lundi, 9 heures : Examen des malades du dehors (Service des consultations) par M. Jayle, chef de clinique. — 10 heures : Leçon clinique (à l'amphithéâtre des cours) par le professeur. — 11 heures : Visite des malades (salles Broca, Alphonse Guérin, Récamier, Huguier) par le professeur.

Mardi, 9 heures : Examen des malades du dehors (service des consultations) par M. Beausseuat, chef de clinique adjoint. — 10 heures : Opérations par le professeur.

Mercredi, 9 heures : Electrothérapie gynécologique (laboratoire d'électrothérapie, service des consultations) par M. Zimmern, ancien interne des hôpitaux. — 10 heures : Examen clinique des malades du service par les élèves (grand amphithéâtre des cours) sous la direction du professeur.

Jeudi, 9 heures : Anatomie et histologie normales de l'appareil génital de la femme (à l'amphithéâtre des cours) par M. Dartigues, ancien interne des hôpitaux. — 10 heures : Opérations par le professeur.

Vendredi, 9 heures : Maladies des voies urinaires de la femme : (cystoscopie, uroscopie), par M. Estrabaut, ancien interne des hôpitaux. — 10 heures : Leçon clinique (à l'amphithéâtre des cours) par le professeur. — 11 heures : Visite des malades (salles Broca, Alphonse Guérin, Récamier, Huguier) par le professeur.

Samedi, 9 heures : Anatomie pathologique et démonstrations histologiques (laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie) par M. Latteux, chef du laboratoire, assisté de M. Bender, préparateur. — 10 heures : Opérations par le professeur.

Les opérations de la semaine sont inscrites à l'hôpital et à la Faculté de médecine.

Conférences d'obstétrique. — M. Potocki, agrégé, commencera ces conférences le samedi 8 novembre, à 5 heures (amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Broca. — M. G. Thibierge commencera une série de leçons sur la syphilis, le dimanche 9 Novembre, à 10 heures, à l'hôpital Broca, et les continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Cette série comprendra huit leçons sur la syphilis primaire et secondaire.

Hôpital Saint-Antoine. — M. A. Béclère commencera le dimanche 9 Novembre, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de huit conférences sur les *premières notions de radiologie*, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades (affections thoraciques).

Des exercices pratiques de radiographie ont lieu, dans le laboratoire de M. Béclère, l'après-midi en semaine, pendant toute l'année. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé militaire. — M. Pech, médecin-major de 2[e] classe, est désigné pour les troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam.

M. Caujole médecin-major de 2[e] classe, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

La lutte contre le blanc de céruse. — M. Georges Trouillot, ministre du commerce et de l'industrie, a déposé sur le bureau de la Chambre des députés un projet de loi sur l'emploi des composés de plomb dans les travaux de la peinture en bâtiment. Voici les principales dispositions de ce projet :

Dans les ateliers, chantiers, bâtiments en construction ou en réparation, et généralement dans tout lieu de travail où s'exécutent des travaux de peinture en bâtiment, les chefs d'industrie, directeurs ou gérants sont tenus, indépendamment des mesures sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs, de se conformer à un certain nombre de prescriptions.

Dans un délai d'un an, à partir de la promulgation de la loi, il leur est interdit d'employer la céruse et l'huile de lin lithargyrée pour tous les travaux d'impression, de rebouchage et d'enduisage.

Trois années à partir de la même date, cette interdiction devra s'étendre à tous les travaux de peinture, de quelque nature que ce soit, exécutés à l'intérieur des bâtiments.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis du comité consultatif des arts et manufactures et de la commission d'hygiène industrielle, pourra étendre l'interdiction aux travaux exécutés à l'extérieur des bâtiments.

L'interdiction totale ou partielle des autres produits à base de plomb employés dans l'industrie de la peinture en bâtiment pourra être également prononcée par un règlement d'administration publique.

L'autorisation d'employer la céruse ou d'autres produits à base de plomb pourra être accordée exceptionnellement par le ministre du commerce, après avis du comité consultatif des arts et manufactures pour chaque cas particulier.

Enfin, ce sont les inspecteurs du travail qui sont chargés d'assurer l'exécution de la loi ; à cet effet, ils ont entrée dans tous les établissements industriels ; mais lorsque les travaux de peinture sont exécutés dans des locaux habités, ils ne pourront y pénétrer qu'après y avoir été autorisés par les intéressés.

CONCOURS

Externat. — *Pathologie*. — Séance du 31 Octobre. — *Recherche de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines* : MM. Basset, 19 ; Boissière, 13 ; Duverger ; Blocq, 12 ; Ferrau, 9 ; Charoppin, 13 ; Bax, 16 ; Corret, 16 1/2 ; Bazy, 19 ; Debré, 17 ; Blaizot, 12 1/2 ; M[lle] Cleisz ; MM. Aucouturier ; Brin, 16 1/2 ; Castéran, 15 ; M[lle] Couronne, 15 1/2 ; MM. Balteaux, 7 ; Cartier ; Beauduin (Pierre), 14 ; Céard, 16. — *Absents* : MM. Araya, Clayeux, Aguirre, Ballu.

École dentaire de Paris. — Le dimanche 9 Novembre, à l'école dentaire de Paris, 45, rue de la Tour d'Auvergne, s'ouvrira un concours pour la désignation de deux chefs de clinique de chirurgie dentaire, de deux chefs de clinique d'anesthésie, et d'un chef de clinique de prothèse.

Le concours comprend une épreuve sur titres, une épreuve clinique et une épreuve écrite.

Pour tous renseignements s'adresser à l'École.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : G. Naud.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 90. — Samedi, 8 Novembre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

ARTICLES

CHRONIQUE

CORRESPONDANCE

PRATIQUE MÉDICALE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

NOUVELLES

LETTRE DE LONDRES

Novembre 1902.

Après le Congrès de la *British Medical Association* et le Congrès d'hygiène, tenus tous deux en Septembre, à Manchester, les vacances se sont terminées ici dans le calme le plus complet.

En revanche, Octobre est toujours marqué par un événement capital de la vie médicale à Londres : c'est le mois de la rentrée des Facultés.

Les principaux hôpitaux, qui sont tous, en même temps, des écoles de médecine, inaugurent la reprise des cours par une imposante cérémonie. Plusieurs donnent aussi, à cette occasion, leur grand diner annuel en l'honneur des souscripteurs et des médecins qui leur sont spécialement attachés.

A la séance d'ouverture assistent beaucoup d'anciens étudiants et anciens élèves, car chacun reste ici très fidèle à l'hôpital où il a fait tout à la fois ses études et ses internats.

On rehausse l'état de cette solennité en priant les médecins ou chirurgiens les plus éminents de bien vouloir prononcer les discours de circonstance, et ceux-ci sont reproduits non seulement par les journaux professionnels, mais encore par les quotidiens, car le grand public s'intéresse fort à ces brillantes manifestations scientifiques.

C'est ainsi qu'à Charing Cross Hospital, les séances des dernières années ont été successivement présidées par Sir Michaël Forster, Virchow et lord Lister. Cette fois-ci, la conférence d'usage, dite « de Huxley », y a été faite par M. Welch, professeur de pathologie au Johns Hopkins College à Baltimore. L'orateur parlait des « Récentes études sur l'immunité » et s'est efforcé (aussi brièvement que le permettait un pareil sujet) d'exposer à son auditoire les idées les plus en vogue aujourd'hui sur les toxines, les phénomènes d'agglutination, la phagocytose, etc., et les applications thérapeutiques qui en découlent.

A Leeds, la Faculté de médecine a entendu un fort beau discours de M. Mayo Robson sur les « Progrès de la chirurgie dans les trente dernières années » (chirurgie de l'abdomen, du cæcum, des poumons, etc.).

Treeves vient d'inaugurer à Liverpool deux nouvelles salles d'opération pourvues de tout le luxe moderne. Dans son allocution, il a fait ressortir la nécessité qu'il y a pour le chirurgien de bien comprendre les efforts nombreux de la nature vers la guérison spontanée. Soutenir et imiter la *vis medicatrix naturæ*, voilà pour lui tout le secret d'une bonne thérapeutique chirurgicale.

Treeves a été, dès son arrivée, couvert d'applaudissements; l'assemblée lui a même voté des félicitations! C'est vous dire qu'il continue à être un des héros du jour, de même que Chamberlain et les généraux de l'Afrique du sud.

Les membres du West-London Hospital ont eu la bonne fortune d'avoir au milieu d'eux le professeur Erb, d'Heidelberg, qui leur a fait une clinique magistrale sur la « Paralysie spinale spastique syphilitique » (Tabes dorsal spasmodique), indiquant comment Charcot et lui étaient arrivés à dégager de leurs observations primitives ce type de maladie nerveuse si net et si achevé. Les participants lui ont offert un somptueux diner pour

lui témoigner combien sa présence avait été appréciée.

Une question qui préoccupe fort le monde savant, ici comme en France, c'est celle de l'opportunité des études classiques pour les futurs médecins. On les avait un peu négligées ici; on y revient maintenant, je crois, avec raison.

Sir A. Rücker, recteur de l'Université de Londres, parlant à Saint Mary's Hospital de la réorganisation de l'Université, déclare que les programmes actuels sont élastiques et admettent plusieurs genres de préparation aux études secondaires (grec et latin facultatifs); cependant il reconnaît que, pour le médecin, la connaissance des langues mortes est tout à fait de rigueur, si rudimentaire soit-elle.

Un praticien éminent, sir Dyce Duckworth, s'adressant aux élèves de Owen's College (Manchester), va plus loin et insiste pour que tout étudiant entrant dans notre Faculté ait fait ses humanités d'une manière satisfaisante.

C'est enfin un chirurgien fort connu, sir Henry Howse, président du College of Surgeons, qui, dans son discours de Sheffield, rompt une lance en faveur du grec et du latin.

Malgré les attaques dirigées contre elles, les études classiques gardent donc ici, comme ailleurs, l'appui des gens réellement cultivés et compétents.

M. Freyer, de Saint Peter's Hospital, continue à attirer l'attention par ses cures radicales d'hypertrophie de prostate (prostatectomies sus-pubiennes). Il a publié récemment 14 cas (tous rétentionnistes chroniques), dont 13 parfaitement guéris (un seul est mort de manie après l'opération).

Le manuel opératoire est fort simple :

Taille sus-pubienne. — Soulèvement de la prostate par l'index droit introduit dans le rectum. — Enucléation de l'organe par l'index gauche opérant dans la vessie de façon à amener la prostate en arrière de l'urètre et sans léser ce dernier (?). — Suture étagée de la plaie. — Sonde à demeure pendant quarante-huit heures, puis grands lavages de vessie.

L'auteur se félicite d'avoir conquis le suffrage de sir Henry Thompson qui est ici le grand maître en ces matières.

Par contre, il ne dit rien de l'hémorragie pendant et après l'intervention, point qui, d'après ce que j'ai vu, mériterait une mention toute spéciale.

Quelques menus faits pour terminer :

Je trouve dans les derniers périodiques plusieurs observations de septicémie ou fièvre puerpérale nettement et rapidement améliorées par l'emploi du sérum antistreptococcique.

Je sais que les insuccès nombreux de ce sérum passent presque tous sous silence et qu'il ne faut donc pas être trop optimiste. Cependant les cas où son action a été vraiment manifeste me paraissent dignes d'être relevés soigneusement. Dans une publication à ce sujet, O' Brien (de Bristol) note, après plusieurs succès, un cas de mort rapide consécutive à une injection intraveineuse de sérum antistreptococcique.

La semaine dernière, le bulletin sanitaire de Londres laissait en blanc les colonnes de la variole et de la fièvre typhoïde, ces affections n'ayant causé aucun décès.

Vu l'agglomération qu'est Londres et le mouvement intense de son port, ce fait, du reste assez rare, m'a paru intéressant à vous signaler.

Dr Campiche.

CORRESPONDANCE

Nous recevons d'un des abonnés de *La Presse Médicale* à Versailles la lettre ci-dessous :

Versailles, 31 Octobre 1902.

Mon cher confrère,

Il n'est pas sans curiosité et sans saveur de relever le fait suivant : à Versailles, depuis dix-huit mois, se sont installés 13 nouveaux médecins alors que 4 seulement sont morts ou ont cessé d'exercer. Le simple calcul démontre ainsi aisément que chaque disparu est remplacé par plus de 3 médecins.

Et la population augmente sans doute, me direz-vous? Les tableaux de recensement ne nous donnent guère de réponse encourageante. En effet, dans ces dix-huit mêmes mois, la population s'est accrue d'environ 150 habitants. C'est peu, proportionnellement au nombre des nouveaux médecins, qui évidemment contribuent eux-mêmes au chiffre de cette maigre progression.

. . . .

En signalant ce fait, nous croyons rendre service à nos confrères de Versailles, anciens ou nouveaux, et aussi à ceux qui, médecins ou étudiants, seraient tentés de venir y faire fortune ou simplement espéreraient y vivre.

L'exemple donné par notre confrère versaillais mérite d'être suivi; il serait à désirer que dans chaque ville on établisse le bilan du nombre des médecins en comparaison avec la population solvable.

En médecine plus que dans les autres professions, il est essentiel que l'offre ne dépasse pas trop la demande.

D.

PRATIQUE MÉDICALE

Préparation au thiocol.

Le thiocol (gaïacol, sulfonate de potassium ou encore gaïacol soluble) est un excellent expectorant.

On peut formuler la potion suivante :

Thiocol	2 grammes.
Benzoate de soude	2 —
Alc. de racine d'aconit. .	XX gouttes.
Sirop diacode	50 grammes.
Eau de laurier-cerise . .	10 —
Sirop de polygala q. s. p.	150 cent. cubes.

Une cuillerée à bouche contient 20 centigrammes de thiocol, 20 centigrammes de benzoate de soude, 2 gouttes d'alc. d'aconit.

Traitement de la diarrhée par la Bismutose.

Les préparations à base de tannin constituent d'excellents astringents et qui ont fait leurs preuves, mais elles ont le défaut d'être complètement insolubles, ce qui les rend d'une administration assez malaisée. Il en est de même du bismuth qui, de plus, a parfois causé des accidents d'intoxication.

La *bismutose*, nouvelle préparation qui associe le bismuth (21 pour 100) à un aliment (albumine), se présente sous forme d'une poudre blanche, sans odeur, ni saveur, qui, si elle n'est pas entièrement soluble, reste du moins en suspension dans l'eau chaude, et est, par conséquent, d'une administration facile, même chez les enfants. Le suc gastrique ne l'attaque pas, en sorte que ses effets ne se produisent guère que dans l'intestin. Tous les malades d'ailleurs, quel que soit leur âge, l'acceptent sans difficulté.

Parmi les nombreux médecins qui ont déjà expérimenté ce produit, M. Manasse (de Karlsruhe) a publié 23 observations de diarrhées chez des enfants et des adultes, où il s'est montré d'une efficacité et d'une innocuité parfaites, même à hautes doses. M. Nuch (de Wiesbade) a également guéri une cinquantaine de cas de diarrhée infantile par la bismutose. Chez les nourrissons âgés de moins de six mois, cet auteur donne toutes les heures 1 à 2 grammes de bismutose; pour les enfants plus âgés, la dose est portée à 1 cuillerée à café par heure. Lorsque le médicament n'agit pas, c'est que la dose a été trop faible. Pendant la convalescence, il faut continuer l'usage du médicament à doses moitié moindres.

En versant goutte à goutte de l'eau chaude sur la poudre, et en agitant à mesure avec une cuiller, on obtient une émulsion à laquelle on donne la consistance d'une bouillie; on peut d'ailleurs additionner cette émulsion d'un peu de mucilage de riz, d'infusion de thé, etc. Quand on veut obtenir une action locale sur le gros intestin, on peut administrer la bismutose en lavements à 10 ou 20 pour 100. Disons enfin que M. Kuch l'a également employée pour le lavage de l'estomac.

LIVRES NOUVEAUX

Ch. Achard, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon. — *Nouveaux procédés d'exploration.* Leçons de pathologie générale professées à la Faculté de Médecine, recueillies et rédigées par P. Sainton, chef de clinique adjoint à la Faculté, et M. Lœper, interne-lauréat des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8°, avec 91 figures dans le texte en noir et en couleurs. (Masson et Cie, éditeurs). 8 fr.

Les procédés d'exploration modernes étudiés par M. Achard représentent un sujet d'un très grand intérêt parce qu'il est tout d'actualité et que les leçons de M. Achard constituent un des premiers ouvrages où l'étude des procédés nouveaux d'explorations aient été réunis. Tous ces procédés ont un but pratique leur emploi a singulièrement contribué, dans ces dernières années, à affirmer et à préciser le diagnostic et le pronostic des cliniciens.

Aussi ce livre sera-t-il consulté avec fruit, non seulement par les savants qui y trouveront exposées et discutées les principales conclusions auxquelles ont abouti les recherches radiologiques, hématologiques, cytologiques, etc., mais aussi par les praticiens qui y apprendront à interprêter les résultats des examens de laboratoires.

Ces procédés d'explorations, envisagés dans leur technique et dans leurs résultats théoriques et pratiques, ont été l'objet, dans ces dernières années, de nombreuses recherches. Ils sont décrits ici, non seulement d'après l'ensemble des publications auxquelles ils ont donné lieu, mais aussi d'après un grand nombre de travaux personnels de M. Achard et de ses élèves.

Les figures qui émaillent le livre en facilitent la compréhension et en augmentent l'intérêt.

Dans une première partie, M. Achard expose les procédés de radiographie et de radioscopie applicables à la clinique, les déductions scientifiques et physiogiques qui ont été tirées des études de radiologie, et les applications pratiques de la méthode au diagnostic et au traitement des affections médicales et chirurgicales. Il enseigne à lire en radiographie.

On trouvera dans son livre les renseignements fournis par la radiologie dans les cas de corps étrangers, de fractures, de luxations, dans les différentes affections des os et des articulations.

La radiologie du crâne et de la face est exposée en détails avec sa technique spéciale et ses résultats dans la recherche des corps étrangers.

La radiologie du thorax et surtout son application au diagnostic de la tuberculose pulmonaire et des affections du poumon, de la plèvre, du cœur, de l'aorte et des organes du médiastin, sont étudiées d'une façon très intéressante.

Une part importante de l'ouvrage est consacrée à l'hématologie : l'auteur étudie surtout les globules blancs, leurs diverses espèces, l'équilibre leucocytaire, les formules hémoleucocytaires au cours des diverses maladies, tout ce qui, en un mot, peut servir de base à l'hémodiagnostic et à l'hémopronostic. Il étudie ensuite les globules blancs dans les épanchements sérieux pathologiques et dans le liquide céphalorachidien, et le cytodiagnostic. Les propriétés agglutinantes du sérum et le séro-diagnostic y sont bien exposés.

Les ferments du sang, que les travaux de M. Achard et de ses élèves ont contribué à faire connaître, constituent un chapitre très intéressant et très personnel. Il en est de même pour l'équilibre physiologique de la composition du sang dont les travaux de MM. Achard et Lœper ont établi le mécanisme régulateur.

La cryoscopie qui, dans ces dernières années, a été si fort à la mode, est étudiée avec ses applications médicales et ses résultats les plus intéressants.

Enfin les procédés d'exploration des fonctions rénales par le bleu de méthylène et par la phloridzine sont exposés avec leurs applications cliniques, et la valeur diagnostique et pronostique de ces épreuves est judicieusement discutée. M. Labbé.

LES LEUCOCYTOSES

DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

Par Fernand **BEZANÇON** et Marcel **LABBÉ**

La théorie phagocytaire de Metchnikoff, en montrant l'importance primordiale du globule blanc dans la défense de l'organisme contre les infections, a provoqué dans ces dernières années un nombre considérable de travaux sur l'état du sang dans les maladies microbiennes; et il n'est pas d'état infectieux dont la formule hémoleucocytaire n'ait été précisée dans ses moindres détails.

La phase d'analyse paraît être maintenant achevée; le moment est venu de faire la synthèse de ces notions éparses et souvent contradictoires en apparence, et de chercher à en dégager un certain nombre de lois générales. La connaissance de ces lois pourra servir de fil conducteur au milieu de la variété extrême des formules [1] et rendra leur étude moins aride.

***

Formules leucocytaires. — La formule hémoleucocytaire la plus répandue, celle qu'on peut considérer en général comme la signature de l'état infectieux, est caractérisée par l'augmentation du nombre des globules blancs, par l'*hyperleucocytose*; l'augmentation porte le plus souvent sur les leucocytes polynucléaires, il y a *polynucléose* :

L'hyperleucocytose polynucléaire s'observe, en effet, dans les inflammations localisées, telles que les phlegmons et les suppurations chaudes des parenchymes et des séreuses et dans les états inflammatoires qui comme l'érysipèle, la pneumonie, la blennorragie, les angines, le rhumatisme articulaire aigü, etc., s'accompagnent localement d'une exsudation abondante de fibrine et d'une diapédèse intense de leucocytes. La même formule se voit aussi dans les septicémies, à moins que la virulence excessive du microbe ne paralyse complètement les défenses organiques.

Dans ces divers états, le nombre des leucocytes varie en moyenne de 15.000 à 25.000 par millimètre cube. Il peut dans certains cas exceptionnels atteindre le chiffre extrêmement élevé de 40.000 et même de 115.000 comme dans un cas de pneumonie de Laehr, ou de 50.000 comme dans certains cas d'abcès du foie (Boinet). Une pareille hyperleucocytose justifie le terme de « leucémie de suppuration » donné par M. Malassez.

La polynucléose va généralement de pair avec l'hyperleucocytose; le nombre des leucocytes polynucléaires, qui est de 66 pour 100 à l'état normal, s'élève à 80 pour 100 et même à 95 pour 100.

La scarlatine se comporte, au point de vue hématologique, comme les états inflammatoires; le nombre des globules blancs atteint 30 à 40.000 (Kotschetkoff), et le taux des polynucléaires 85 à 98 pour 100.

L'hyperleucocytose ne s'accompagne pas toujours de polynucléose; dans un certain nombre d'infections, ce sont les leucocytes mononucléaires qui sont surtout augmentés : il y a *mononucléose*.

La leucocytose avec mononucléose s'observe dans quelques maladies aiguës telles que les oreillons et la coqueluche; mais elle est bien plutôt l'apanage des maladies chroniques : on la voit à certaines périodes de la syphilis et de la tuberculose [1].

Certaines infections déterminent bien une hyperleucocytose avec mononucléose; mais il y a, en outre, apparition de formes leucocytaires mononucléées qui n'existent pas dans le sang normal. Ainsi, dans la variole, où le nombre des globules blancs varie de 6.000 à 35.000 par millimètre cube, les mononucléaires atteignent le chiffre de 58 à 60 pour 100 (E. Weil, J. Courmont et Montagard); ces derniers sont représentés en majorité par des mononucléaires moyens et grands (45 pour 100) analogues à ceux du sang normal; mais il y a de plus des mononucléaires à protoplasma fortement basophile (cellules d'irritation de Türck, plasmazellen) [2], dans la proportion de 6 à 7 pour 100; et enfin des leucocytes mononucléaires à protoplasma chargé de granulations neutrophiles, éosinophiles ou basophiles (3 à 4 pour 100).

Il y a en un mot des cellules analogues à celles qu'on trouve à l'état normal dans la moelle osseuse (myélocytes) et dont l'apparition dans le sang caractérise la leucémie myélogène.

Une formule analogue se voit dans la varicelle, mais l'hyperleucocytose est ordinairement légère, et les formes leucocytaires anormales beaucoup moins nombreuses.

Il est, par contre, tout un groupe de maladies dans lesquelles l'hyperleucocytose fait défaut et où l'on observe même une diminution du nombre des globules blancs, une *hypoleucocytose* ou *leucopénie*.

La fièvre typhoïde, la malaria sont le type de ces infections sans réaction leucocytaire; le typhus, la granulie, la rougeole, s'en rapprochent par leur formule.

La leucopénie peut être extrême; le nombre des globules blancs peut tomber à 2.000 et même à 1.000 dans la fièvre typhoïde (Hayem, Cabot); il peut s'abaisser encore davantage dans la malaria (Rogers), du moins dans l'intervalle des accès, car il semble, d'après les recherches de Vincent, qu'il y ait au début de l'accès, pendant le stade de frisson, une hyperleucocytose transitoire parfois considérable.

L'abaissement du chiffre des leucocytes porte surtout sur les polynucléaires, de sorte qu'il y a mononucléose relative et quelquefois absolue.

***

Évolution des leucocytoses. — Dans le cours des maladies infectieuses, la leucocytose semble avoir, ainsi que l'a bien vu M. Hayem, une marche parallèle à celle de la maladie. Sa courbe suit dans les grandes lignes celle de la température. Ainsi dans la pneumonie, maladie à évolution cyclique, le nombre des globules blancs s'élève d'emblée à 18 ou 24.000 dès le stade de frisson, pour se maintenir au même taux pendant la période d'état de la maladie. On observerait cependant, d'après Lœper, une exacerbation passagère de la leucocytose au début et au moment de la défervescence, superposable à l'hyperpyrexie qu'on voit souvent aux mêmes dates. Dans les pneumonies à évolution régulière, à défervescence brusque, le nombre des leucocytes s'abaisse rapidement au moment de la crise pour revenir à la normale le lendemain du jour de la défervescence. Dans les pneumonies à résolution lente, la crise leucocytaire fait défaut ou n'est qu'ébauchée et se produit irrégulièrement, par fractions, par décharges successives.

L'évolution de la leucocytose suit de même la courbe thermique dans l'érysipèle (Chantemesse et Rey), et dans les suppurations chaudes, où l'évacuation du pus coïncide avec la chute de la leucocytose. Même dans les maladies qui, comme le rhumatisme articulaire aigu, les angines diphtériques et non diphtériques, la blennorragie, n'ont pas une marche cyclique, la courbe de la leucocytose suit assez exactement celle de la température.

La polynucléose qui caractérise les maladies que nous venons de citer suit une courbe identique à celle de l'hyperleucocytose ; elle commence avec elle et finit avec elle.

Dans les maladies qui s'accompagnent de mononucléose avec ou sans leucocytose (variole, fièvre typhoïde, etc.), la courbe leucocytaire ne paraît pas suivre aussi exactement la courbe de la température.

D'une façon générale, les maladies telles que la tuberculose, la syphilis, la malaria, ne possèdent pas de courbe leucocytaire à évolution régulière. La formule leucocytaire varie en effet avec les étapes de la maladie qui échappent elles-mêmes à toute règle. L'état du sang n'est pas le même pendant les périodes d'accalmie et de recrudescence.

La convalescence des maladies infectieuses est marquée, au point de vue hématologique, par la disparition de la leucocytose et le retour du chiffre des leucocytes à la normale. Ce retour s'effectue brusquement dans les maladies qui, comme la pneumonie, s'accompagnent d'une sorte de crise leucocytaire comparable à la crise fébrile, urinaire, etc.; progressivement dans les maladies à défervescence irrégulière ou en lysis comme le rhumatisme articulaire aigu, la scarlatine, la diphtérie, etc.; très lentement dans certaines maladies comme la fièvre typhoïde, la variole, où le sang met parfois plusieurs mois avant de reprendre ses caractères normaux.

Ce passage de l'hyperleucocytose ou de la leucopénie à l'équilibre physiologique ne va pas sans une certaine perturbation de la formule hémoleucocytaire. On voit souvent apparaître, à cette période, des formes cellulaires anormales dans le sang : leucocytes mononucléaires à protoplasma basophile,

1. Nous écartons systématiquement de cet article l'analyse complète des formules leucocytaires au cours des diverses maladies. Le lecteur en trouvera l'exposé détaillé dans la *Revue critique* : « Le sang dans les maladies », publiée par nous en Juin 1902 dans les *Archives générales de médecine*.

1. Dans la tuberculose, d'après MM. Achard et Lœper, si la mononucléose s'observe à la période moyenne de l'infection, on constate au début et plus tard à la période de caséification, une polynucléose.

Dans la syphilis, les variations de l'équilibre leucocytaire sont en général peu accentuées; les opinions des auteurs sont contradictoires; pour les uns la syphilis serait caractérisée par une mononucléose (Sorrentino, Nicola); pour les autres au contraire par une polynucléose (Sabrazès et Mathis); nos observations nous ont montré qu'il n'y avait pas de règle précise à ce sujet: au moment des accidents secondaires, on peut trouver tantôt une mononucléose, tantôt une polynucléose.

2. La plasmazelle et la cellule de Türck ont toutes les deux pour caractère d'avoir un protoplasma fortement basophile et un noyau excentrique; elles se distinguent l'une de l'autre par les caractères du noyau qui est dépourvu de réseaux chromatiques dans les cellules de Turck et riche en chromatine disposée en rayons de roue dans les plasmazellen.

myélocytes granuleux. On peut voir aussi une modification de la formule leucocytaire caractérisée par une mononucléose plus ou moins intense; ainsi, dans l'érysipèle, comme l'ont montré Chantemesse et Rey, les leucocytes polynucléaires subissent une diminution de nombre progressive, au point qu'ils peuvent devenir moins abondants que dans le sang normal; par contre, les lymphocytes, qui étaient rares dans la période fébrile, augmentent de nombre au moment de la chute de la fièvre et surtout quand la guérison se confirme; le même phénomène se produit à un degré plus ou moins marqué dans toutes les maladies qui s'accompagnent de leucocytose polynucléaire.

Dans les maladies à mononucléose, comme la fièvre typhoïde, le fait, pour être moins saillant, n'en est pas moins réel; c'est à la période de convalescence de la fièvre typhoïde que le sang contient la proportion la plus élevée de mononucléaires; il y a même inversion complète de la formule leucocytaire. L'augmention porte en particulier, d'après Chantemesse et Millet, sur les grands leucocytes mononucléaires qui peuvent atteindre le chiffre de 20 à 30 pour 100.

Mais le caractère le plus constant, commun aux maladies à polynucléose et à mononucléose, est la réapparition du nombre des leucocytes éosinophiles qui avaient diminué ou disparu pendant la période d'état de la maladie[1]. Cette réapparition s'accompagne, en général, d'une augmentation appréciable du nombre des éosinophiles; souvent même, il se produit une véritable crise éosinophilique, comme dans l'érysipèle, la rougeole, la scarlatine, le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde, la variole, les crises d'appendicite, etc. Ainsi l'éosinophilie peut être considérée comme un véritable stigmate de la convalescence des maladies infectieuses. Les chiffres les plus élevés ont été observés dans la scarlatine (8 à 15 pour 100, selon Kotschetkoff). Cette crise éosinophilique, particulièrement marquée dans une maladie où la détermination cutanée est très intense, doit être rapprochée des leucocytoses éosinophiliques qui sont la caractéristique d'un grand nombre de manifestations cutanées.

*
* *

Valeur diagnostique des leucocytoses. — L'étude de la formule hémoleucocytaire apporte, au cours des états infectieux, des indications pratiques utilisables pour le diagnostic et le pronostic.

Il ne faudrait pourtant pas croire que chaque maladie possède sa formule particulière; on ne peut poser d'équation entre la formule et la maladie. L'hématologie ne saurait à elle seule suffire à établir le diagnostic précis d'une maladie infectieuse.

L'étude de la formule hémoleucocytaire fournit seulement aux cliniciens un symptôme de plus qui demande à être bien interprété.

Chez un fébricitant avec état typhoïde, la constatation d'une hyperleucocytose avec polynucléose fera écarter le diagnostic de fièvre typhoïde, et songer au contraire à une forme typhoïde de la pneumonie ou d'une septicémie. Dans les mêmes conditions cliniques, la leucopénie avec mononucléose serait en faveur d'une fièvre typhoïde ou d'une fièvre paludéenne.

Chez les individus présentant des accès de fièvre à type intermittent, l'étude de la formule sanguine permettra de distinguer la fièvre paludéenne de la fièvre symptomatique d'une infection biliaire, urinaire, ou d'une suppuration profonde : la fièvre paludéenne s'accompagnant en général d'hypoleucocytose avec mononucléose, les fièvres symptomatiques d'infection se traduisant au contraire par une hyperleucocytose avec polynucléose.

Dans tous les états infectieux mal caractérisés, la recherche de la formule hémoleucocytaire s'impose. La constatation d'une hyperleucocytose avec polynucléose intense peut servir à dépister une suppuration cachée. En chirurgie, elle trouve souvent son application pratique pour le diagnostic de l'appendicite et de l'hématocèle rétro-utérine, l'hyperleucocytose polynucléaire étant un signe d'appendicite.

Dans les états cachectiques, l'hyperleucocytose polynucléaire n'implique pas forcément qu'il existe une suppuration; il faut se souvenir que le cancer détermine souvent une formule analogue.

Les formules hémoleucocytaires des fièvres éruptives sont assez différentes les unes des autres pour que leur étude puisse être utilisée dans le diagnostic de ces maladies. Tandis que la scarlatine entraîne une réaction d'hyperleucocytose et de polynucléose intense, la variole produit une mononucléose à type bien spécial, avec apparition de myélocytes dans le sang, et la rougeole modifie relativement peu la formule leucocytaire : il s'ensuit que l'examen du sang pourra servir à distinguer un rash scarlatiniforme ou morbilliforme d'une éruption de scarlatine ou de rougeole (Roger et Weil).

*
* *

Valeur pronostique des leucocytoses. — La conception moderne sur le rôle des phagocytes dans la défense de l'organisme avait conduit à admettre un rapport direct entre l'intensité de la leucocytose et de la polynucléose et l'évolution favorable de la maladie.

Sadler, Rieder, Tchistowitch ont montré la gravité des cas de pneumonie dans lesquels le chiffre des globules blancs était tombé au-dessous de la normale. Dans les septicémies, la constatation d'une hypoleucocytose au lieu de l'hyperleucocytose habituelle entraîne de même un pronostic toujours fatal.

L'expérimentation mène à des conclusions identiques. Tchistowitch, Notta Coco, ont vu que l'inoculation du pneumocoque au lapin détermine la leucopénie lorsque le microbe est très virulent, et l'hyperleucocytose intense lorsqu'il est atténué.

L'étude de la formule sanguine dans les états pathologiques précités nous montre aussi la signification favorable de la polynucléose. C'est ainsi que, d'après M. Besredka, le nombre des polynucléaires, très considérable dans le sang des individus atteints de diphtérie lorsque la maladie tend vers la guérison, est, au contraire, peu élevé et subit une diminution progressive dans les formes graves; il tombe même au-dessous de la normale dans les cas mortels.

Si l'absence de leucocytose ou la leucopénie est un indice défavorable dans les infections qui, comme la pneumonie, la diphtérie, etc., s'accompagnent ordinairement d'hyperleucocytose et de polynucléose, il faut cependant se garder de conclure que le pronostic de la maladie est d'autant plus favorable que le degré de la leucocytose et de la polynucléose est plus élevé.

L'étude des courbes quantitatives et qualitatives de la leucocytose dans la pneumonie, la scarlatine, l'érysipèle, nous montre que la question est plus complexe. Dans la pneumonie, d'après M. Hayem, on compte 8.000 à 12.000 leucocytes dans les cas légers, 18.000 à 20.000 dans les formes moyennes, et un chiffre plus considérable dans les formes graves. On trouve de même dans l'érysipèle 7.000 à 8.000 leucocytes dans les cas légers, 12.000 à 20.000 dans les cas graves. Dans la scarlatine, d'après Kotschetkoff, le nombre des leucocytes serait de 10.000 à 20.000 dans les cas légers, 20.000 à 30.000 dans les cas moyens, plus de 30.000 dans les cas graves.

Des faits analogues s'observent dans certaines formes d'intoxication expérimentale. J. Nicolas et P. Courmont, dans l'intoxication rapide par des doses massives de toxine diphtérique, ont constaté souvent une hyperleucocytose extrêmement élevée, comme si l'organisme employait toutes ses forces pour réagir contre l'intoxication.

De ces statistiques il résulte que l'intensité de l'hyperleucocytose est en rapport direct avec la gravité de la maladie.

Un rapport de même ordre s'établit entre le degré de la polynucléose et la gravité de la maladie. Dans la pneumonie, d'après Lœper, le chiffre des polynucléaires, qui est de 85 pour 100 dans les cas moyens, s'élève progressivement et atteint 95 pour 100 dans les cas mortels. Il en est de même dans l'érysipèle et dans la scarlatine.

Dans les maladies telles que la variole, qui ont pour formule régulière l'hyperleucocytose avec mononucléose, la loi pronostique est la même : l'absence de réaction aussi bien que l'excès de réaction leucocytaire sont des indices de gravité.

Pour les maladies comme la fièvre typhoïde, et la malaria, dont la formule habituelle est la leucopénie avec mononucléose relative, nous observons que l'exagération du mode habituel de réaction est un signe de gravité. Ainsi, dans la fièvre typhoïde, d'après Rieder, Jez, Türck, une diminution rapide et très marquée du nombre des leucocytes serait l'indice d'une aggravation de la maladie, surtout si cette diminution du nombre des globules blancs s'accompagne d'une chute du nombre des lymphocytes. Dans la malaria, Rogers a noté que les cas légers s'accompagnent d'une faible diminution du nombre des leucocytes, tandis que les cas graves, avec anémie intense, se traduisent par une leucopénie considérable, le nombre des globules blancs pouvant tomber au-dessous de 2.000 et même de 1.000.

On peut, d'une façon un peu schématique, résumer tous ces faits dans les propositions suivantes :

A. Dans les maladies à hyperleucocytose ordinaire, il faut distinguer 3 cas :

1° Infections très légères qui provoquent à peine une hyperleucocytose;

2° Infections suraiguës qui empêchent toute réaction leucocytaire;

1. La disparition, puis l'augmentation des leucocytes éosinophiles dans le sang est en relation avec les modifications analogues qu'on observe, comme nous l'avons montré, au niveau des ganglions lymphatiques; les éosinophiles disparaissent du ganglion à la période aiguë des infections expérimentales pour reparaître après la guérison.

3° Entre les deux extrêmes, toute la gamme des infections dans lesquelles la réaction leucocytaire existe et semble proportionnelle à la gravité de la maladie.

B. Dans les maladies à hypoleucocytose habituelle, l'infection est d'autant plus sévère que la leucopénie est plus marquée.

On comprend assez facilement que, dans les maladies qui d'ordinaire s'accompagnent d'hyperleucocytose, certaines formes suraiguës puissent se comporter, au point de vue de la formule hématologique, comme les maladies qui déterminent ordinairement de la leucopénie. Ne voyons-nous pas en clinique certaines formes très graves de pneumonie, d'érysipèle, de septicémie, etc., revêtir l'allure typhoïde, et mériter par leur apparence symptomatique le nom d' « état typhoïde » qui leur est parfois donné? Par suite de son excessive virulence, le microbe a paralysé toutes les réactions de défense organique, et s'est comporté comme les virus qui, par leur essence même — tel le virus typhique — annihilent d'emblée les puissances réactionnelles des organes hématopoiétiques.

On comprend plus difficilement que l'hyperleucocytose et la polynucléose excessives puissent être d'un pronostic défavorable et qu'on puisse voir groupés, parmi les formes mortelles, des cas à leucopénie et des cas à hyperleucocytose excessive.

Il y a là une antinomie qui ne laisse pas que de choquer l'esprit. Cette antinomie n'existe qu'en apparence; elle provient de la signification fausse que nous attachons à l'hyperleucocytose. Associant l'idée de leucocytose à celle de phagocytose et par suite à celle de réaction de défense, on est arrivé à penser que plus la leucocytose est intense, plus la défense doit être énergique et le pronostic favorable.

Même en admettant que l'hyperproduction des leucocytes et la leucocytose qui en résulte aient surtout pour fin de débarrasser l'organisme des bactéries par la phagocytose, il ne s'ensuit pas qu'il y ait une équation nécessaire entre l'intensité de la réaction leucocytaire et la bénignité de la maladie. En effet, la production des leucocytes est en raison directe des besoins de l'organisme en face de l'infection; plus le nombre des microbes est considérable, plus les foyers infectieux sont multipliés ou étendus, plus il faut de leucocytes pour la lutte, et par suite plus la leucocytose est intense.

La leucocytose ne doit donc pas être considérée comme une réaction d'immunité, elle n'a que la valeur d'une réaction d'infection, d'une réaction de défense; et l'on comprend que la mort puisse survenir lorsque l'infection est excessive, malgré que l'organisme lui ait opposé une forte réaction leucocytaire.

En résumé : dans les infections graves avec leucopénie, l'organisme meurt sans se défendre; dans les infections graves avec hyperleucocytose, l'organisme succombe malgré une défense énergique.

*
* *

Signification pathogénique des leucocytoses. — L'examen du sang montre que les formules hémoleucocytaires des différentes maladies infectieuses se ramènent à un petit nombre de types distincts. Nous avons vu la leucocytose avec polynucléose commune à toutes les maladies inflammatoires, aux suppurations, à la pneumonie, à l'érysipèle, etc.; nous avons vu la mononucléose commune à la malaria, à certaines périodes de la tuberculose et de la syphilis, à la coqueluche; enfin la mononucléose, avec apparition de quelques formes anormales, commune à la variole et à la varicelle.

Y a-t-il un lien entre les diverses maladies qui possèdent la même formule, et le même mode de réaction implique-t-il, pour ces maladies, une parenté étiologique[1] ?

Le tableau synoptique des diverses infections, classées d'après leur formule hémoleucocytaire, semble le démontrer. La leucocytose polynucléaire est l'apanage des états inflammatoires que les recherches bactériologiques nous ont montrés être la résultante de l'action des microbes saprophytes aérobies, hôtes habituels de nos téguments et de nos muqueuses, comme le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, etc. La réaction leucocytaire est la même dans ces différents cas (suppurations chaudes, érysipèle, septicémies, pneumonie, etc.), et ses variations tiennent plus à l'intensité du processus qu'à la nature du germe qui l'a mis en œuvre.

Des affections saprophytiques il faut rapprocher, au point du vue du mode des réactions leucocytaires, la diphtérie et la blennorragie ; le bacille de Lœffler et le gonocoque déterminent en effet les mêmes réactions locales et générales que le pneumocoque ou le staphylocoque. Enfin la scarlatine, qui possède, au point de vue clinique, tant de points de contact avec les infections streptococciques, s'en rapproche aussi par sa formule hémoleucocytaire, alors qu'elle se sépare des autres fièvres éruptives.

Un autre lien unit encore les diverses maladies qui s'accompagnent d'hyperleucocytose avec polynucléose : une première atteinte ne confère pas l'immunité. La pneumonie, l'érysipèle, la blennorragie, les infections à staphylocoque, la diphtérie sont des maladies essentiellement récidivantes.

D'autre part, la leucocytose mononucléaire est la caractéristique des maladies spécifiques, causées par l'introduction et la pullulation de germes étrangers à l'organisme, chacune de ces maladies apportant d'ailleurs, en raison même de sa spécificité, une variante dans la formule de la mononucléose. Ainsi la coqueluche et les oreillons produisent une hyperleucocytose lymphocytique ; la fièvre typhoïde une leucopénie avec mononucléose; la variole et la varicelle, une mononucléose avec formes anormales.

Notons encore ici le trait commun qui relie les maladies qui s'accompagnent de mononucléose; une première atteinte confère habituellement l'immunité : ainsi les oreillons, la variole, la coqueluche, la varicelle, la fièvre typhoïde ne récidivent pas.

Cette relation étant établie entre la formule hémoleucocytaire et la nature du virus, il est nécessaire de rappeler certains faits qui, loin de diminuer la valeur du rapprochement précédent, montrent seulement qu'il n'y a pas, entre le mode de réaction de l'organisme aux infections saprophytiques et aux maladies spécifiques, de démarcation absolue.

S'il est bien vrai que, dans la grande majorité des cas, la leucocytose polynucléaire traduise le mode de réaction de l'organisme aux microbes saprophytes, il faut se rappeler que, dans certains états infectieux dus à ces germes, par suite de la virulence insolite du microbe ou de la faiblesse anormale de résistance de l'organisme, la réaction leucocytaire vient à manquer : en même temps que la maladie prend en clinique le masque des états typhoïdes, l'examen du sang révèle non plus l'hyperleucocytose avec polynucléose habituelle, mais l'hypoleucocytose, la leucopénie, comme dans la fièvre typhoïde.

Il ne faut pas oublier non plus que, dans les maladies spécifiques à mononucléose, il est de règle d'assister au début de la maladie à une ébauche plus ou moins marquée de polynucléose. Le fait a été signalé à la période d'invasion de la rougeole et au début de la fièvre typhoïde. Dans la tuberculose, il semble, d'après les observations cliniques et les recherches expérimentales, que la réaction par les mononucléaires, qui constitue la formule habituelle de la période d'édification des tubercules, soit précédée d'un stade transitoire de polynucléose. Un fait de même ordre s'observe dans la malaria; Bastianelli et Vincent ont signalé au début des accès une leucocytose polynucléaire transitoire.

Par contre, l'étude de la formule hémoleucocytaire des affections saprophytiques au moment de la convalescence nous montre qu'à cette période la polynucléose disparaît et que s'ébauche une réaction mononucléaire, comme dans les maladies spécifiques; dans certains cas même (convalescence de la diphtérie, de la pneumonie), on voit apparaître dans le sang des formes cellulaires anormales, notamment quelques myélocytes, comme il est de règle au cours de la variole pendant la période d'état.

La formule hémoleucocytaire a donc une signification très complexe. La nature du virus, son degré d'activité, son mode de pénétration, le plus ou moins de résistance du terrain, l'époque de la maladie, et bien d'autres conditions encore interviennent dans sa constitution.

Par cela même qu'elle traduit la manière dont l'organisme se comporte vis-à-vis des microbes et des toxines, la formule hémoleucocytaire offre comme un schéma de ce qui se passe dans l'intimité des tissus au cours des infections.

Elle est l'image des réactions locales que suscitent les microbes à leur contact, au niveau du foyer morbide primitif, et des réactions secondaires qui se produisent à distance dans les organes hématopoiétiques; le sang n'intervient que comme véhicule des éléments nécessaires à la défense organique, éléments qui, formés dans les organes hématopoiétiques, vont être déversés au niveau des foyers morbides.

Un coup d'œil rapide, jeté sur le mécanisme de la défense de l'organisme contre les bactéries, va nous permettre de mettre en relief la fonction spéciale remplie par chacune des deux principales variétés de leucocytes-

1. D'après M. Roger, la réaction polynucléaire ou mononucléaire de l'organisme serait en rapport avec le rang qu'occupent les germes dans la classification naturelle : les maladies à leucocytose polynucléaire seraient causées par les bactéries (bacilles, coccus, etc.), les maladies à mononucléose seraient dues aux protozoaires; ainsi, la malaria, produite par l'hématozoaire de Laveran, la variole, que M. Roger attribue, d'après ses recherches avec M. Weil, à un protozoaire, la coqueluche, la varicelle, la leucémie, que certains auteurs rapportent aussi à l'action des protozoaires, sont caractérisées par des mononucléoses.

Lorsqu'il s'agit d'affections causées par les germes saprophytiques qui vivent en commensaux à la surface de nos téguments et de nos muqueuses, l'organisme, déjà accoutumé à ces germes, oppose à leur effraction une mobilisation massive et brutale de leucocytes polynucléaires.

Les organes hématopoiétiques, la rate et la moelle osseuse en particulier, sont le siège d'une hyperactivité fonctionnelle qui aboutit au déversement dans le sang d'une quantité considérable de leucocytes polynucléaires, et à l'afflux de ceux-ci au niveau du foyer morbide où s'est arrêté le germe envahisseur.

Dans ce genre d'infections, la polynucléose suffit à assurer la défense pendant toute la durée de la maladie; les leucocytes mononucléaires n'interviennent point pendant la période d'état. Ce n'est qu'au moment de la convalescence, alors que se produit une immunité transitoire de l'organisme, qu'on voit apparaître une ébauche de mononucléose.

Dans les maladies spécifiques, dues à des germes étrangers à l'organisme et venus du dehors, la pénétration de ces germes provoque tout d'abord, comme dans les maladies saprophytiques, une réaction de polynucléose ; mais celle-ci, insuffisante à protéger l'organisme, n'est qu'ébauchée, transitoire : le polynucléaire fait place rapidement au mononucléaire, qui va devenir le véritable agent de la lutte contre la bactérie spécifique.

Pour la tuberculose, comme l'ont montré les recherches expérimentales, on voit d'abord les leucocytes polynucléaires affluer au contact des bacilles, et même les englober dans leur protoplasma. Cependant ils ne peuvent accomplir la destruction du bacille ; et le véritable processus de défense ne commence qu'avec l'arrivée des leucocytes mononucléaires qui seuls prennent part à la constitution des tubercules.

Dans la variole, les recherches de M. Weil ont montré l'intervention des mononucléaires et même de mononucléaires spéciaux ou myélocytes. Au niveau des pustules et des abcès, ainsi que dans le sang, on ne rencontre que ces mêmes mononucléaires. Les organes hématopoïétiques ont subi, sous l'influence du parasite, une irritation profonde qui aboutit, non plus seulement à une exagération de la fonction normale, mais à une déviation de cette fonction, par une sorte de retour à un processus qui ne se voit ordinairement que dans la vie embryonnaire.

Dans la fièvre typhoïde, la réaction polynucléaire provoquée par le bacille d'Eberth n'est que transitoire; rapidement les réactions leucocytaires semblent suspendues : le sang présente de l'hypoleucocytose; les organes hématopoïétiques sont le siège d'altérations nécrotiques bien plus que de phénomènes réactionnels. Il se produit cependant une ébauche de réaction du tissu lymphoïde, que traduit la mononucléose observée dans le sang et même quelquefois dans certains foyers de suppuration (Launois et Weil).

En résumé, la leucocytose polynucléaire, qui se voit au début de toute infection saprophytique ou spécifique, au moment de toute poussée évolutive des infections chroniques, enfin pendant toute la durée des infections saprophytiques, nous apparaît tout d'abord comme la réaction mise en jeu par l'organisme chaque fois qu'une infection, par son acuité, nécessite un effort précoce et rapide. Réaction initiale, suffisante dans les infections superficielles dues à des germes peu résistants, la polynucléose se montre insuffisante lorsqu'il s'agit de débarrasser l'organisme de germes difficiles à détruire. Elle doit alors faire place à la mononucléose, réaction plus lente à se produire, mais plus durable, capable seule de triompher d'une infection profonde et d'assurer la destruction des germes résistants.

La polynucléose étant l'apanage des infections qui ne nécessitent qu'un effort superficiel et passager de l'organisme, les maladies à polynucléaires ne sont suivies que d'une immunité légère et transitoire. La mononucléose étant au contraire la formule des infections tenaces qui ont exigé un effort réactionnel profond, les maladies à mononucléaires laisseront après elles une immunité solide, durable.

CONCLUSIONS

La plupart des maladies infectieuses s'accompagnent d'une hyperleucocytose; l'augmentation porte le plus souvent sur les leucocytes polynucléaires, quelquefois sur les mononucléaires.

L'hyperleucocytose avec polynucléose s'observe principalement dans les affections saprophytiques. On la voit dans les inflammations localisées, les suppurations, l'érysipèle, la pneumonie, etc.; on la constate aussi dans la diphtérie, la blennorragie, la scarlatine; elle va de pair avec l'hyperfibrinose.

L'hyperleucocytose avec mononucléose est plutôt l'apanage des maladies spécifiques : oreillons, coqueluche, syphilis et tuberculose à certaines étapes. Avec apparition de leucocytes anormaux, on la voit dans la variole, la varicelle, etc.

Les états typhoïdes, la fièvre typhoïde, le typhus, la malaria, déterminent de la leucopénie avec mononucléose relative.

La courbe de la leucocytose est en général parallèle à celle de la maladie. Le retour à la normale est précédé de quelques modifications spéciales de la formule leucocytaire : mononucléose, apparition de formes de transition, et surtout, phénomène capital, réapparition parfois en très grand nombre, des éosinophiles qui avaient disparu à la période d'état de la maladie.

Chaque maladie infectieuse ne possède pas sa formule hémoleucocytaire particulière; la formule sanguine n'a que la valeur d'un symptôme; son étude peut servir à orienter le diagnostic.

De même que, à l'état physiologique, il y a un équilibre hémoleucocytaire très constant, de même à l'état pathologique, pour chaque maladie, il s'établit une formule hémoleucocytaire moyenne qui constitue, par sa constance et son invariabilité dans l'évolution normale de la maladie, un véritable équilibre pathologique. Toute perturbation de cet équilibre pathologique, toute déviation en plus ou en moins de la réaction leucocytaire, est l'indice d'une forme grave, compliquée, anormale.

L'étude de la formule leucocytaire possède donc une certaine valeur pronostique :

La leucopénie est un signe de gravité extrême; elle indique une insuffisance de réaction des organes hématopoiétiques;

Une hyperleucocytose d'intensité moyenne est en rapport avec une forme morbide de gravité moyenne; elle indique un organisme qui se défend.

Une hyperleucocytose et une polynucléose excessives ont une signification fâcheuse; elles indiquent en général une infection tenace, intense, qui sollicite des efforts réactionnels violents de la part de l'organisme.

La formule hémoleucocytaire n'est pas en rapport seulement avec la nature du virus, mais aussi avec sa qualité et avec l'état de résistance du terrain envahi.

Elle est l'image des réactions locales que suscitent les microbes à leur contact, au niveau du foyer morbide primitif, et des réactions secondaires qui se produisent à distance dans les organes hématopoiétiques.

La leucocytose polynucléaire est la réaction mise en jeu par l'organisme chaque fois qu'une infection, par son acuité, nécessite un effort précoce et rapide. Suffisante dans les infections superficielles, dues à des germes peu résistants, elle se montre insuffisante pour débarrasser l'organisme des germes difficiles à détruire.

La leucocytose mononucléaire, réaction plus lente mais plus durable, est seule capable de triompher d'une infection profonde et résistante.

Par suite, les infections à polynucléaires, qui ne déterminent qu'un effort réactionnel passager, superficiel et de l'organisme, ne s'accompagnent que d'une immunité transitoire ; tandis que les infections à mononucléaires, qui nécessitent un effort prolongé, laissent après elles une immunité solide, durable.

LES TRAVAUX SCIENTIFIQUES DE LA CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE

Par **E. DE LAVARENNE**

Le sanatorium en Allemagne étant en quelque sorte le symbole de la lutte contre la tuberculose, on pouvait s'attendre à ce qu'une mise au point de la question soit faite au cours de la conférence. Il n'en a rien été : des plans d'établissements, des échantillons de matériels employés nous ont seulement été montrés dans le musée; quelques communications ont été faites en séance. Peut-être les Allemands ont-ils pensé que rien de nouveau ne pouvait être présenté depuis ce qui avait été dit à Berlin et à Londres en dernier lieu. Cependant, bien des points eussent été intéressants à déterminer exactement, tant au point de vue économique qu'au point de vue thérapeutique.

Que coûte par lit de construction et d'entretien, par exemple, un sanatorium? Nous nous accusons souvent en France de construire cher; or, lors de notre visite à Beelitz où l'on édifie actuellement un pavillon pour enfants, M. Moeller me disait que le lit reviendrait à 8.000 francs environ, terrain non compris. Quel est le rendement thérapeutique réel du sanatorium ? étude indispensable à faire, s'il est exact, comme l'avançait à la Conférence M. Lancastre (Lisbonne) que si, sur 100 malades, 66 à 86 peuvent sortir guéris, quatre ans après, 25 seulement seraient susceptibles de travailler, 57 seraient déjà morts tuberculeux.

Il faut bien dire d'ailleurs qu'après avoir prôné exclusivement le sanatorium comme méthode de cure et aussi dans le but, dit-on aujourd'hui, de remuer l'opinion et de créer un mouvement, les Allemands ne le considèrent plus aujourd'hui que comme l'un des éléments de lutte, lequel doit être

préparé et complété; il apparaît de plus en plus que le sanatorium ne peut parer à tout. Aussi bien les assurances allemandes à Berlin, par exemple, portent-elles leurs efforts du côté du logement salubre à bon marché, du côté des cures d'air. Il en est de même de la Croix-Rouge allemande sur laquelle, soit dit en passant, les Sociétés similaires françaises devraient bien prendre exemple. Au lieu de se préparer à donner des soins aux blessés d'une guerre qui devient de plus en plus problématique, les femmes françaises feraient mieux de mettre leurs efforts au service d'un mal qui est loin d'être problématique, trop réel, et plus meurtrier que les guerres les plus terribles.

MM. Wolf Becher et Rudolf Lennhoff Berlin) ont montré l'intérêt pratique et la valeur thérapeutique des cures d'air que la Croix-Rouge de Berlin a organisées. Elles sont utilisées pour les malades qui attendent leur entrée au sanatorium et pour ceux qui en sont sortis: là on commence l'instruction et l'éducation du tuberculeux; là on peut observer le malade et faire la sélection pour le sanatorium; on remonte étonnamment les moins atteints, au point que nombreux sont les exemples d'ouvriers recouvrant là, en été, des forces suffisantes pour travailler tout l'hiver suivant.

Ces résultats prouvent l'énorme influence de la cure d'air et, par conséquent, de l'aération en général dans la prévention et le traitement de la tuberculose. Aussi M. Denison (Colorado) a-t-il proposé à la Conférence de nommer une Commission qui déterminerait scientifiquement ce que doit être l'aération dans les diverses circonstances de la vie, chose qui n'est pas encore faite.

Dans le même ordre d'idées, M. Liebrecht (Hanovre), président de la Caisse d'assurances, préconise, comme complément de la cure de sanatorium, la création de colonies agricoles où, à leur sortie, les malades seraient envoyés et entraînés à des travaux manuels. M. Derecq (Paris), d'autre part, a attiré l'attention sur l'utilité qu'il y aurait à surveiller les malades, quels qu'ils soient, convalescents de maladies infectieuses, et à les mettre dans les conditions voulues pour éviter la contagion tuberculeuse à laquelle ils se trouvent prédisposés.

Le sanatorium s'occupe exclusivement des tuberculeux curables, mais restent les incurables: pour eux von Leube (Wurtzbourg) estime que l'on doit construire des hospices hors villes, de préférence en des lieux boisés, et aménager dans les hôpitaux des pavillons spéciaux, isolés des autres bâtiments. La même proposition a été faite par Gebhardt (Lubeck), dont l'opinion fait autorité, puisqu'il est président des Caisses d'assurances des villes hanséatiques. Il préconise la création de nombreux asiles pour tuberculeux invalides, que l'on construirait sans luxe, mais dans d'excellentes conditions d'aération, par petits bâtiments isolés dans lesquels on éviterait l'encombrement.

Il est à noter que Gebhardt insiste sur le côté économique, sur la nécessité de faire sans luxe. C'est que l'exemple du sanatorium est là pour montrer que, quelles que soient les ressources de ceux qui le construisent, c'est un procédé coûteux; aussi est-ce à ce point de vue qu'un médecin russe, von Unterberger, s'est placé quand il a proposé de faire, dans certaines parties des hôpitaux bien choisies, dans des maisons particulières aménagées *ad hoc*, le traitement diététique: il appelle cela le « sanatorium à domicile »; son idée se rapproche singulièrement de celle de Brunon (de Rouen) avec ses sanatoriums de fortune.

En résumant les diverses communications ayant trait au traitement de la tuberculose, on peut dire qu'actuellement il est orienté de la façon suivante: 1° dispensaires pour la sélection du tuberculeux et son éducation hygiénique; cures d'air à la campagne; 2° sanatoriums; 3° asiles pour les incurables; maisons de convalescence et colonies agricoles pour les curables.

* * *

Les moyens propres à empêcher la propagation de la phtisie ont été l'objet de communications intéressantes.

Le professeur Flugge (Breslau), a fait lire une note très importante sur les mesures à prendre dans les ateliers, bureaux, dans tous les endroits où se mène la vie en commun; et son opinion a grande valeur, car on connaît les études intéressantes qu'il a faites à ce sujet et qui l'on conduit, contrairement à l'opinion de Cornet pour lequel la tuberculose se transmet surtout par des bacilles provenant de crachats séchés et pulvérisés, à invoquer surtout les gouttelettes de salives disséminées au moment des quintes de toux.

En analysant, dit-il, la poussière qui se trouve à un mètre et demi du sol sur les meubles, les saillies des murs, les dossiers, etc., des locaux fréquentés par des personnes parmi lesquelles se trouvent des phtisiques, comme les salles d'attente des gares, les bureaux, les ateliers, on a presque toujours constaté la présence de bacilles tuberculeux infectieux.

Or, en défendant de cracher sur le sol et en recueillant les expectorations dans des crachoirs et des crachoirs de poche, on ne garantit que très imparfaitement l'air d'un local de ces bacilles flottants. Il est donc bien plus important de veiller à ce que les phtisiques changent au moins chaque jour les mouchoirs dont ils se servent toujours pour s'essuyer la bouche après avoir craché, ou, à l'occasion, pour recueillir un crachat, et il vaudrait encore mieux employer chaque jour plusieurs mouchoirs de papier et les brûler ensuite. En outre, il faudrait veiller à la propreté des vêtements et les désinfecter en cas de nécessité.

Une cause importante de la présence des bacilles tuberculeux en suspension dans l'air respirable est l'éparpillement des gouttelettes projetées par la toux. La quantité de ces dernières varie beaucoup selon les stades de la maladie et selon le genre de toux, etc.; la plupart sont incapables de se maintenir dans l'air à plus d'un mètre d'éloignement horizontal.

Pour parer à ce danger, il faut veiller à ce que, si possible, le phtisique ne tousse pas fortement, la bouche ouverte, et que, pendant les quintes, il se tienne éloigné d'autres personnes de la longueur d'un bras au moins, en détournant la tête et en tenant sa main ou son mouchoir devant sa bouche.

Dans les ateliers, bureaux, etc., chaque ouvrier doit être séparé de son voisin par une distance d'un mètre au minimum. Quant aux employés assis à des bureaux, il est utile de les séparer, lorsqu'ils sont placés les uns vis-à-vis des autres, au moyen d'une cloison vitrée dépassant leur tête de 50 centimètres, de même qu'il est utile de séparer les ouvriers travaillant les uns à côté des autres par des parois transversales.

Le président des Assurances sociales de Berlin, M. Freund, sous la direction duquel se sont élevées les superbes constructions de Belitz, insiste sur l'amélioration des conditions sociales dans lesquelles doivent être placés les travailleurs, qui fournissent le plus lourd tribut à la tuberculose.

Il insiste sur ce point que l'installation défectueuse des ateliers, et particulièrement leur manque d'air et de lumière, la respiration des poussières de bois, de métal et de pierre, provoquent l'éclosion et le développement de la tuberculose; l'insuffisance des heures de repos pendant le travail et la durée trop longue de la journée, surtout dans l'air confiné des ateliers, ont les mêmes conséquences nocives.

Or, le retour au travail dans de telles conditions de l'ouvrier qui a fini sa cure est préjudiciable au succès de sa guérison et maintes fois met entièrement en question la valeur de son traitement.

Donc, pour mener efficacement à bien la lutte antituberculeuse entreprise par les institutions d'assurance contre l'invalidité dans l'action prophylactique contre la phtisie, il serait indispensable de prendre les mesures nécessaires pour écarter les influences nuisibles à la santé des ouvriers qui ressortit aux conditions de travail ou, tout au moins, de les atténuer le plus possible.

Dans ce but, il y aurait lieu de prendre des dispositions législatives, relatives aux prescriptions prophylactiques contre la maladie, analogues à celles qui résultent de l'institution des assurances sociales relatives à la préservation des accidents.

Et d'ailleurs, l'institution de ces mesures prophylactiques ne pourra être complètement efficace que lorsque la séparation actuellement existante dans l'organisation de l'assurance-maladie et invalidité sera supprimée et seulement lorsque l'assurance-invalidité sera aussi chargée de l'influence-maladie.

M. Freund s'est placé spécialement au point de vue de la législation allemande pour les voies et moyens; il est bien entendu que ces considérations ne peuvent s'appliquer qu'à l'Allemagne, mais ce qui est d'ordre hygiénique pur peut s'appliquer à tous les pays.

La nécessité absolue d'une surveillance intensive des ateliers et locaux collectifs a été soutenue par M. Savoire (Paris), qui propose, dans ce but, l'organisation d'une inspection médicale obligatoire, imposée par les pouvoirs publics, rétribuée par les caisses d'assurances, les industriels ou chefs de collectivités. Ces médecins contribueraient ainsi à l'œuvre nécessaire de sélection des tuberculeux que M. Savoire préconise, et qu'il ferait au moyen d'établissements d'observation et de diagnostic tenant la place entre le dispensaire d'une part et le sanatorium ou l'asile d'autre part.

* * *

C'est au point de vue prophylactique surtout que l'on s'est occupé de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent.

Ainsi Andvord (Christiania) invoque la grande fréquence de la tuberculose dans le jeune âge comme un argument de plus à l'isolement absolu dans des sanatoriums ou asiles du tuberculeux phtisique. Le Dr Egger (de Bâle) insiste sur la nécessité de mesures générales à prendre dans les crèches, les écoles; sur les soins à prendre pendant les vacances; sur l'utilité d'établissements de convalescence pour éviter la contagion pendant la période critique. Les soins à donner aux enfants atteints de tuberculose ouverte, pulmonaire ou osseuse, sont les mêmes que pour les adultes et basés sur l'isolement; les enfants atteints de tuberculose fermée devront être placés dans des maisons de convalescence.

Il est bon de rappeler à ce propos qu'en France c'est surtout pour l'enfance qu'a commencé la lutte contre la tuberculose. Point n'est besoin de rappeler les établissements de Villepinte, Ormesson, Villiers; mais il faut insister sur certaines fondations qui sont essentiellement françaises, étant donné la variété de nos côtes marines s'étendant de Berck à Hendaye et de Port-Vendres à Menton: je veux parler des *sanatoriums marins* auxquel M. Armaingaud a attaché son nom et dont il vient, à la Conférence, de proclamer tous les bienfaits.

* * *

Je dois signaler quelques questions d'ordre général, telles que la proposition du professeur Maragliano (Gênes) relative à la création d'Instituts spéciaux pour l'étude de la tuberculose et la recherche des procédés d'immunisation.

M. Saugmann (Danemark) a montré le danger qu'il y avait dans la tendance actuelle à faire du tuberculeux une sorte de paria: il faut bien se garder que la lutte contre la tuberculose dégénère en lutte contre le tuberculeux.

M. Guinard (Lyon), frappé des différentes façons que l'on a de comprendre le tuberculeux, demande qu'une nomenclature scientifique soit arrêtée par le Bureau central, de façon à arriver à

une entente sur l'appréciation des degrés de la tuberculose pulmonaire; sur la numération des bacilles; et ce que l'on doit entendre par *guérison*. Cette question relève de la statistique que M. Blumenthal a proposé d'établir sur des bases rationnelles. Il serait, en effet, désirable qu'un projet international de statistique, pouvant s'adapter à tous les pays, soit soumis au vote de la prochaine réunion du Grand-Conseil, qui aura lieu, sans doute, en 1904, au moment du Congrès de Paris.

***

Plus on suit les travaux de la Conférence de Berlin, plus on saisit la nécessité qui se présentera dans les prochaines réunions de limiter, de serrer les questions mises à l'ordre du jour, puis de soumettre les discussions à la sanction d'un vote. Il eût été fort intéressant sans doute qu'un vote ait suivi les argumentations si documentées présentées par MM. Koehler, Nocard, Arloing, Koch et autres sur la grosse question de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale.

Je n'ai pas besoin de rappeler la communication sensationnelle de Koch au Congrès de Londres, proclamant la non-identité des tuberculoses humaine et bovine, non plus que les protestations de l'Ecole française représentée surtout par Nocard; ce sont là des faits connus de tous, même et surtout du grand public, que la question d'hygiène alimentaire qui en découle intéresse au plus haut point.

C'est évidemment l'importance de cette question d'hygiène qui fait que le Bureau central international avait prié M. Koehler (Berlin) de faire un exposé général de la question; M. Koehler est, en effet, l'homme que l'on pourrait appeler le Grand-Maître de l'hygiène de l'empire allemand, en lequel se trouvent réunies compétence scientifique et compétence administrative.

M. Kœhler, en attendant les résultats des recherches entreprises par une Commission de contrôle dirigée par Behring, pose en principe que, dans l'état actuel de nos connaissances, il serait prématuré d'affirmer ou de nier la dualité de la tuberculose bovine et humaine. Au point de vue scientifique, il se tient dans un juste milieu; au point de vue hygiénique, il ne voit aucun inconvénient à ce que l'on continue de prendre les précautions actuellement en usage contre le lait et la viande d'animaux tuberculeux.

La véritable mise au point de la question a été faite par notre compatriote Nocard (Paris), dont la dialectique claire et puissante a vivement impressionné la nombreuse assistance que l'intérêt du sujet traité avait attirée dans la grande salle des séances.

Avant la communication de M. Koch, on savait déjà que les bovidés prennent directement la tuberculose et rarement la tuberculose humaine. Les tentatives d'inoculation échouent le plus souvent, en effet, quel que soit le procédé mis en œuvre; mais elles réussissent parfois et, dans ce cas, les lésions créées sont identiques ou très analogues à celles de la maladie naturelle.

A la formule absolue de Koch : « la tuberculose humaine diffère de la tuberculose des bovidés et ne peut être transmise au bétail », il faudrait donc substituer celle-ci : « les bovidés sont réfractaires à certaines tuberculoses humaines, tandis qu'ils sont réceptifs pour certaines autres. »

Cela revient à dire qu'il n'y a pas *un* bacille, mais *des* bacilles tuberculeux humains, de virulence très variable, parmi lesquels il en est pouvant surmonter la résistance considérable du bœuf. Cette formule est applicable à toutes les autres tuberculoses, même à celle du bœuf, car, chez le bœuf, on rencontre des bacilles de virulences très différentes, même pour les bovidés.

A l'heure actuelle, il semble bien établi que les différences de virulence tiennent uniquement à une adaptation graduelle, plus ou moins parfaite, au milieu vivant de culture : ceci est vrai aussi pour le bacille de Koch, l'une des formes microbiennes les plus fixes et les mieux différenciées.

La tuberculose du bœuf est-elle transmissible à l'homme?

Il existe nombre de cas d'*inoculation* de tuberculose bovine à l'homme : vétérinaires, bouchers. Le plus souvent, la lésion, longtemps locale, a guéri à la suite d'une légère opération; mais parfois, cependant, il y a eu généralisation et mort.

Par la voie digestive, à condition que les produits tuberculeux ingérés soient très riches en bacilles et en grande quantité, la transmission est possible.

Les dangers que présente la viande des bovidés tuberculeux sont peu redoutables, mais il n'en est plus de même pour le lait. Celui-ci est rarement dangereux, mais il l'est réellement lorsqu'il provient d'une mamelle tuberculeuse; il l'est alors à un très haut degré, car il peut renfermer des quantités *colossales* de bacilles.

M. Koch ne croit pas à la réalité de ce danger. A la fréquence du bacille tuberculeux dans le lait et dans le beurre que l'on consomme dans les villes, il oppose l'extrême rareté de la tuberculose intestinale primitive, seule lésion qui, pour lui, permet d'incriminer l'origine alimentaire de l'infection. Cette argumentation est loin d'être péremptoire.

Assurément l'on trouve fréquemment le bacille de Koch dans le lait des grandes villes; mais la question est de savoir en quelle quantité il s'y trouve. Les marchands de lait mélangent le lait de toutes leurs vaches : il suffit donc qu'il y ait dans leur étable *une seule vache atteinte de mammite tuberculeuse* pour que tout le lait de cette étable contienne des bacilles. Mais ces bacilles, ainsi dilués dans une grande masse de lait sain, seront en trop petite quantité pour infecter les animaux ou les personnes qui boivent ce lait; tandis qu'il pourrait encore rendre tuberculeux les animaux auxquels le même lait serait inoculé dans le péritoine ou sous la peau.

En cette matière, il ne faut jamais perdre de vue cette notion capitale que si la tuberculose est inoculable par les voies digestives, elle ne l'est qu'à la condition que *les matières ingérées soient très riches en bacilles et qu'elles soient ingérées en grande quantité*.

Les occasions d'infection par l'usage du lait dans les villes sont donc moins fréquentes qu'on pourrait le croire; mais elles existent.

Cette proposition de Koch, que seule la tuberculose intestinale primitive permet d'incriminer l'origine alimentaire de l'infection, ne peut donc alors être admise.

C'est ainsi que, quand les animaux d'expérience succombent à une infection d'origine alimentaire, ils présentent parfois des lésions pulmonaires beaucoup plus importantes que les lésions abdominales d'où elles procèdent.

Même dans les cas rares où il n'existe que de la tuberculose intestinale primitive, M. Koch est porté à croire qu'elle n'est qu'exceptionnellement d'origine bovine; et, pour établir le diagnostic, il recommande d'inoculer au veau sain les produits tuberculeux ou les cultures qu'on aura pu en obtenir : cela seul permettrait d'affirmer l'origine du bacille.

Or, depuis sa communication, nombre de travaux ont été faits dans cette voie et nombre de cas ont été observés d'hommes ou d'enfants malades dont les produits ou les cultures, inoculés à des veaux sains, leur ont donné une tuberculose identique à la maladie naturelle et plus ou moins rapidement mortelle.

D'où cette réplique humoristique de M. Nocard, à savoir que si, comme le veut Koch, « le bœuf ne peut devenir tuberculeux que par son propre bacille », il faut bien admettre que, dans tous ces cas, les hommes malades avaient de la tuberculose d'origine bovine!

Autre point : l'expérimentation démontre le danger de l'usage alimentaire du lait provenant de vaches atteintes de mammite tuberculeuse; chez tous les mammifères, surtout chez les jeunes, l'injection répétée du lait tuberculeux riche en bacilles provoque une tuberculose abdominale à évolution plus ou moins rapide, et, chose importante, l'expérience réussit plus vite et plus sûrement quand les bacilles ingérés proviennent du bœuf que lorsqu'ils proviennent de l'homme.

Des expériences faites récemment sur les singes ont permis à M. Nocard d'établir que les *macaques rhésus* et les *cercopithecus collithrix* sont tout aussi sensibles que les autres mammifères à l'ingestion du bacille d'origine bovine.

Quelques repas infectants (riz au lait sucré, additionné d'une petite quantité — 5 à 10 centigrammes — de culture provenant d'un lait tuberculeux de vache) ont suffi pour donner à cinq singes une tuberculose intestinale et mésentérique intense entraînant la mort en quelques mois.

De plus, le passage par l'organisme du singe semble avoir diminué sensiblement la virulence du bacille bovin, sans pourtant lui faire perdre toute activité à l'égard de l'organisme du bœuf.

M. Nocard a fait ingérer à deux lots de singes de même provenance des quantités égales de bacilles des deux origines, humaine et bovine; les singes qui avaient ingéré les bacilles bovins sont morts beaucoup plus rapidement que les autres.

Le singe peut donc devenir tuberculeux tout comme les autres mammifères en se nourrissant de matières tuberculeuses d'origine bovine. Qui oserait prétendre que l'homme doit faire seul exception à la règle? conclut justement M. Nocard.

Le danger du lait des vaches atteintes de mammite tuberculeuse étant admis, il s'ensuit que les Pouvoirs publics ont le devoir impérieux de prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde de la santé publique.

C'est dans ce but que M. Nocard a formulé les propositions suivantes :

1° La tuberculose des animaux de l'espèce bovine est transmissible à l'homme;

2° C'est surtout en buvant du lait provenant d'une mamelle tuberculeuse que l'homme peut contracter la tuberculose bovine;

3° Le danger est surtout menaçant pour les personnes dont le lait est la nourriture exclusive ou principale comme les tout jeunes enfants ou les malades soumis au régime lacté;

4° Il y a donc lieu d'éliminer des étables où l'on produit du lait destiné à la vente toutes les vaches atteintes de mammite tuberculeuse;

5° On n'atteindra ce résultat qu'en soumettant ces étables à une inspection périodique;

6° En attendant que cette inspection soit réalisée, il ne faut pas se lasser de répéter au public que le moyen le plus simple et le plus sûr de se mettre à l'abri du danger consiste à faire bouillir le lait avant de le consommer.

Comme on le voit, les conclusions de M. Nocard sont nettes et précises; celles de M. Arloing ne le seront pas moins.

Le professeur Arloing (Lyon) est venu rappeler que, depuis dix-huit ans, il soutient, à la suite de son maître Chauveau, la doctrine de l'unité de la tuberculose, et approuve toutes les mesures d'hygiène prises en conséquence.

Or, si l'opinion de Koch et Schütz était fondée, si la tuberculose humaine était différente de la tuberculose bovine, toutes les mesures prescrites pour protéger l'homme contre la tuberculose bovine deviendraient inutiles. La question soulevée est donc d'une haute importance.

M. Koch basait son opinion sur des faits cliniques qui échappent au contrôle, et sur des faits expérimentaux qu'il est au contraire facile de vérifier; c'est sur ce terrain que M. Arloing l'a suivi.

MM. Koch et Schütz avaient déclaré que la tuberculose humaine est différente de la tuberculose bovine parce qu'il est impossible de l'inocu-

ler au bœuf, et que la tuberculose bovine diffère de celle de l'homme par ce fait qu'elle se généralise toujours lorsqu'elle est inoculée au bœuf, même sous la peau. Pour vérifier ces faits M. Arloing a institué un vaste plan d'expériences, dont les résultats ont été partiellement publiés et qu'il a apporté au complet à la conférence.

M. Arloing prouve, par des inoculations, que la tuberculose humaine peut être transmise au bœuf, au mouton, à la chèvre et au porc. Il a employé cinq échantillons de bacilles différents, d'origine humaine certaine ; tous ont tuberculisé le bœuf, mais à des degrés différents : deux ont été aussi virulents que les plus virulents des bacilles bovins; deux autres étaient beaucoup moins virulents au point que, à un examen macroscopique, on aurait pu croire à un résultat négatif; enfin le cinquième avait une virulence intermédiaire à celle des deux autres groupes.

M. Arloing montre, contrairement à l'affirmation de M. Koch, que plusieurs tuberculoses d'origine bovine, inoculées sous la peau du bœuf, se bornent à produire des lésions locales. Donc il n'est pas possible de se ranger à l'opinion de M. Koch puisque sur les bases fondamentales du dogme de la dualité, il a obtenu des résultats diamétralement opposés aux siens. Mais opposer des faits positifs à des faits négatifs, sans autre examen, n'est pas résoudre une question. Aussi M. Arloing cherche-t-il les causes qui ont pu amener de pareilles divergences.

Pour lui, ces causes résident entièrement dans une variation de la virulence des bacilles de la tuberculose, aussi bien pour les bacilles de l'homme que pour ceux du bœuf. Il en voit la preuve dans ses anciennes expériences sur la tuberculose chirurgicale et viscérale de l'homme, de même que dans ses expériences actuelles. Il admet donc que les bacilles de la tuberculose, envisagés d'une façon générale, forment une gamme de virulence, s'étendant du bacille humain le plus affaibli au bacille bovin le plus actif. Si le hasard fait que l'on expérimente avec les termes extrêmes de cette série, ou à peu près, on comprend que l'on puisse, à l'exemple de MM. Koch et Schütz, obtenir des résultats favorables, en apparence, à la dualité, alors qu'on a simplement établi l'existence de variétés plus ou moins virulentes d'un bacille unique. Nous ignorons encore comment ces variétés peuvent se créer; cependant on peut dire que les qualités du bacille tuberculeux peuvent se modifier sous l'influence prolongée du terrain dans lequel on le fait vivre. Ainsi, M. Arloing a fait passer un bacille humain très virulent successivement à travers l'organisme de quatre veaux : au quatrième passage, ce bacille était encore très virulent et paraissait même avoir revêtu un pouvoir tuberculigène plus rapproché de celui du bacille de la tuberculose bovine.

En résumé, M. Arloing se prononce énergiquement en faveur du dogme de l'unité, avec toutes les conséquences théoriques et pratiques qu'il comporte; et il faut bien dire que son argumentation a singulièrement frappé l'auditoire.

Après lui sont venus exprimer une opinion analogue un certain nombre d'orateurs allemands, tels le professeur Hueppe, qui s'est déclaré énergiquement pour l'identité. S'il y a des différences, a-t-il dit, celles-ci ne seraient dues qu'à l'adaptation du bacille à un nouveau milieu : c'est là, d'ailleurs, un fait fréquent en biologie; et il n'admet pas qu'on n'en tienne pas compte pour la tuberculose.

Les expériences du professeur Œth lui ont prouvé que la tuberculose humaine était transmissible aux bovidés; de même celles bien connues de Max Wolff, de Bange, qui sont venus le proclamer à nouveau. Baumgarten lui-même, envisageant la lutte contre la tuberculose au point de vue bactériologique pur, s'est montré très réservé, disant que sur nombre de points la discussion était ouverte, et que de nouvelles recherches étaient encore nécessaires, mais se montrant plutôt partisan de l'unicité.

Ainsi donc, la thèse soutenue par Nocard et Arloing n'avait guère eu de contradicteurs, sauf M. Moeller du sanatorium de Belzig, qui mettant dans la nourriture de veaux d'énormes quantités de crachats bacillifères, n'a jamais pu produire chez eux de tuberculose généralisée ou intestinale, lorsque R. Koch a pris la parole.

R. Koch pose d'abord en principe qu'il n'accepte même pas l'éclectisme de Koehler. S'il y a danger de contamination des bovidés à l'homme, ce danger est si minime qu'il ne saurait entrer en ligne de compte pour les mesures d'hygiène à prendre. Et alors Koch analyse les faits connus de transmission de la tuberculose bovine à l'homme, et de son analyse il résulte qu'aucun de ces faits n'est réellement probant.

D'ailleurs, si le lait provenant de vaches tuberculeuses était réellement dangereux, comment se fait-il qu'on n'ait jamais observé d'épidémie de tuberculose due à l'ingestion de ce lait? Comment se fait-il qu'un lait vendu à cent individus ne détermine qu'un seul cas, et même très douteux, de tuberculose, non pas intestinale, mais pulmonaire, alors que l'ingestion de ce même lait, contenant des agents pathogènes autres que celui de la tuberculose, déterminerait l'éclosion d'une véritable épidémie frappant, suivant sa virulence, un plus ou moins grand nombre d'individus?

M. Koch, pour éclairer sa religion, s'est adressé, par l'intermédiaire du ministre de l'Instruction publique, à tous les directeurs d'Instituts anatomo-pathologiques d'Allemagne, pour savoir combien de cas de tuberculose primitive de l'intestin ils ont rencontrés dans leurs nombreuses autopsies. Cette enquête, commencée il y a neuf mois, n'a donné aucun résultat positif.

Les cas de tuberculose infantile primitive de l'intestin, publiés à l'heure qu'il est, ne dépasseraient pas le chiffre de 28, et tous ces cas ne résisteraient pas à un examen circonstancié. Les auteurs admettent, comme par inspiration, l'origine digestive de ces tuberculoses, alors qu'ils ne se sont occupés, à aucun moment, des autres sources de pénétration du bacille tuberculigène. Au point de vue strictement scientifique, ces observations n'ont donc aucune valeur. D'ailleurs, si le lait était réellement nocif, le beurre, qui contient souvent des bacilles en grand nombre, et qui est consommé à l'état frais, sans passer par le feu, devrait, lui aussi, déterminer des éclosions tuberculeuses; or, il n'en est rien. La littérature médicale ne contient aucun cas de ce genre.

A-t-on jamais observé, d'autre part, des inoculations positives de tuberculose bovine à des professionnels, vétérinaires ou bouchers, qui se blessent souvent accidentellement? Dans les cas publiés, il s'agit toujours d'un petit tubercule local, à évolution localisée tellement bénigne que les garçons bouchers ne s'en préoccupaient même pas; ces lésions, disent-ils, guérissent d'elles-mêmes. Le seul cas de transmission tuberculeuse observé chez un vétérinaire ne saurait entrer en ligne de compte, puisque, chez ce malade, il existait, il est vrai, un tubercule anatomique, comme on en observe chez un grand nombre d'ouvriers de professions diverses, et, s'il a succombé à une tuberculose pulmonaire, on peut se demander s'il s'agissait d'une véritable généralisation? En effet, le malade n'eut pas les ganglions lymphatiques correspondants, ganglions de l'aisselle en l'espèce, frappés de tuberculose. Que conclure? Le vétérinaire a succombé à une tuberculose primitive des poumons dont il était peut-être atteint depuis très longtemps.

Au point de vue expérimental, la tuberculose humaine, inoculée aux bovidés par la voie sous-cutanée, donne toujours naissance à une lésion locale; au contraire, la tuberculose des bovidés, inoculée de la même manière aux bovidés donne naissance, dans la plupart des cas, à une tuberculose généralisée. N'y a-t-il pas là une différence péremptoire entre les deux formes de tuberculose, tuberculose humaine et tuberculose bovine?

En somme, le seul danger pour la propagation de la tuberculose humaine, c'est l'homme. La lutte contre la tuberculose doit donc s'inspirer uniquement de ce fait absolument acquis à la science.

Le danger de la tuberculose bovine, étant donné l'extrême rareté des cas, est presque illusoire. Il faut en outre se pénétrer de ce fait que l'ébullition du lait, telle qu'on la conseille, ne tue pas le bacille. La stérilisation, qui tue le bacille, rend le lait absolument impropre à l'alimentation. Il vaut donc mieux ne rien faire ; et considérant d'autre part l'innocuité pour ainsi dire absolue de la chair des bêtes tuberculeuses, la sagesse économique exige qu'on ne frappe pas les aliments indispensables à l'existence populaire d'une prohibition que jusqu'à présent ni la science ni l'observation médicale ne justifient.

En somme, R. Koch s'est maintenu sur les positions qu'il avait prises au Congrès de Londres. Cependant, il semble bien que, malgré ses assertions, la tuberculose bovine peut, quoique rarement, se communiquer à l'homme. D'une nouvelle discussion ne peut manquer de sortir la solution définitive d'une question si intéressante pour l'hygiène publique; espérons que ce sera lors du Congrès de la Tuberculose qui se réunira en 1904 à Paris.

E. de Lavarenne.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

31 Octobre 1902.

Syphilis laryngée. — *M. Dufour* montre le larynx d'un malade qui a succombé avec des phénomènes de dyspnée intense, sans qu'aucune intervention ait été possible.

Dans la région sous-glottique, on voit une ulcération profonde, régulière, à bords taillés à pic, qui a tous les caractères d'une lésion syphilitique.

Sur quelques points de l'anatomie normale des capsules surrénales. — *MM. Léon Bernard et Bigart* présentent des préparations de surrénales normales du cobaye fixées par l'acide osmique. Ce réactif leur a montré non seulement la répartition de la graisse dans l'organe, mais aussi des caractères particuliers des cellules glandulaires. Ces auteurs précisent aussi quelques points d'anatomie normale de la glande, touchant sa topographie macroscopique.

Sur deux types de lésions des capsules surrénales produits par des intoxications minérales expérimentales. — *MM. Léon Bernard et Bigart*, en intoxiquant des cobayes avec différents métalloïdes et métaux, ont créé des lésions de surrénales qui diffèrent avec chacune de ces deux classes de corps. Ils décrivent ainsi deux types anatomo-pathologiques de ces glandes, que rapprochent certains traits communs, mais que différencient suffisamment quelques caractères distinctifs. Les analogies portent à la fois sur les réactions de la charpente conjonctivo-vasculaire et sur les altérations des cellules qui varient suivant que l'intoxication est aiguë, atténuée ou chronique. Mais les différences sont assez sensibles pour qu'à la lecture de coupes anonymes on puisse facilement reconnaître si elles appartiennent à des cas du premier type ou à des cas du second.

Dans les intoxications aiguës, l'aspect différent de l'ectasie vasculaire; dans les intoxications atténuées, la présence ou l'absence d'hyperplasie nodulaire et de karyokinèse dans la spongieuse; dans les autres cas, la quantité du pigment et de l'ergastoplasma permettent suffisamment de faire le diagnostic du type étudié.

Hydronéphrose calculeuse chez le cheval. — *M. Basset* communique un cas d'hydronéphrose par oblitération calculeuse de l'uretère chez le cheval.

Anomalies multiples. — *MM. Nathan et R. Voisin* présentent des malformations congénitales des membres.

Tumeur para-intestinale. — *M. Lippmann* montre une tumeur calcifiée qui a été trouvée appendue à la

surface péritonéale de l'intestin grêle; au niveau de sa dernière portion, à 5 centimètres au-dessous de la valvule iléo-cæcale. La structure est celle d'un fibrome.

Kyste hématique de l'ovaire. — *M. Potier* revient sur un cas de kyste hématique de l'ovaire, présenté dans la séance précédente, et enlevé par MM. Bonnaire et Beurnier chez une jeune femme de dix-huit ans entrée à la Maternité de Lariboisière pour grossesse extra-utérine.

Le kyste est gros comme un petit œuf et comprend au centre de l'ovaire quatre ou cinq grandes cavités remplies de sang, et dans la portion corticale de nombreux petit kystes. Tous ces kystes sont extra-folliculaires, occupant nettement le centre de vésicules de de Graaf hypertrophiées et sclérosées.

La vascularisation est intense dans tout le tissu ovarien. Tout ce qui reste du parenchyme de l'ovaire est durci et transformé en tissu fibreux dense.

La tunique albuginée est épaissie, augmentée de trois fois au moins son diamètre normal. Ses contours sont sinueux, et par places forment des angles rentrants qui s'enfoncent dans le tissu ovarien.

Somme toute, sclérose diffuse de l'ovaire, formation de cavités kystiques extra-folliculaires, remplies de sang, les unes de grand diamètre, les autres beaucoup plus petites et ne dépassant pas les dimensions normales du follicule de de Graaf arrivé à maturité.

Lésions des ganglions rachidiens dans la paralysie générale. — *M. L. Marchand* expose que les ganglions rachidiens sont toujours le siège de lésions dans la paralysie générale; mais celles-ci sont plus accusées quand les cordons postérieurs de la moelle sont lésés. Dans les cas où la moelle est saine, on trouve dans les ganglions des cellules rondes se colorant fortement, dues à la prolifération des noyaux des capsules endothéliales; les parois vasculaires sont le siège d'une légère diapédèse. Quand les cordons postérieurs sont lésés, l'enveloppe conjonctive est épaissie, les cellules des capsules sont en voie de prolifération et la lésion se fait par noyaux; les vaisseaux sont le siège d'une diapédèse active; dans les racines postérieures, un grand nombre de fibres sont dégénérées. Les cellules nerveuses paraissent peu altérées. En résumé, les lésions inflammatoires dominent et ce fait est en faveur de la théorie qui accorde dans l'évolution des lésions de la paralysie générale la priorité aux lésions vasculaires et leur subordonne les lésions parenchymateuses et névrogliques.

Cancer du poumon et du foie chez un chat. — *M. G. Petit* (d'Alfort) présente le cadavre d'un chat sur lequel on voit des lésions cancéreuses du foie et du poumon. Le foie est énorme et renferme des tumeurs de tout volume. Le poumon gauche est cancéreux dans son lobe diaphragmatique, totalement envahi et creusé d'une cavité de ramollissement. Le lobule cave du poumon droit renferme également un nodule.

L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un cancer épithélial à forme carcinomateuse.

Colite ulcéreuse dysentériforme. — *MM. F. X. Gouraud et Rottenstein* présentent les pièces d'une malade morte de colite ulcéreuse dysentériforme. L'histoire clinique se résume dans une phase de pseudo-obstruction bientôt suivie de diarrhée profuse, mais banale, sans pus, glaires, ni sang. Douleurs abdominales à maximum dans la fosse iliaque gauche. Mort au vingtième jour environ dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouva le côlon dilaté, tapissé d'ulcérations confluentes qui ne respectaient que le cæcum. Les ulcérations, qui s'étendaient à l'appendice et à la terminaison de l'intestin grêle, donnaient à la muqueuse un aspect de bois vermoulu.

L'examen histologique révéla une muqueuse décollée, infiltrée et nécrosée, sans kystes muqueux; la sous-muqueuse très œdématiée et infiltrée, la musculaire entamée par places; il y avait une congestion sous-séreuse, mais pas de réaction péritonéale.

Echinococcose secondaire de la cavité péritonéale. — *MM. René Gaultier et Maurice Bloch* rapportent les pièces provenant d'un malade atteint de kystes hydatiques multiples, de volume variable, répandus dans tout l'abdomen : kystes viscéraux volumineux dans la rate et le foie, dont l'un ouvert dans le rein droit; kystes plus petits dans le péritoine, mais de dimensions plus considérables dans le cul de sac vésico-rectal. — Cliniquement ce malade avait présenté une série d'éruptions scarlatiniformes répétées depuis une dizaine d'années, et des crises de colique néphrétique terminées par l'émission d'hydatides dans l'urine.

Ces éruptions multiples d'intoxication hydatique, considérées par M. Devé comme toujours liées à une rupture du kyste, si minime soit-elle, expliquent peut-être suffisamment, autant que le volume disproportionné entre elles, pour une même évolution, de ces diverses tumeurs, qu'il doit y avoir un kyste primitif, déversant ses vésicules proligères et ses scolex, et allant disséminer ainsi secondairement la maladie kystique.

Tumeur du sein. — *M. Péraire* présente une tumeur du sein enlevée par le procédé d'Halsted. Cette tumeur survenue depuis le mois de Juin dernier chez une femme âgée de quarante-deux ans présentait le volume d'une orange; le développement avait été très rapide. La tumeur offrait toutes les apparences d'un cancer. Aussi a-t-on employé la méthode de Gérota pour injecter au bleu de Prusse par le mamelon à la fois la tumeur, les vaisseaux lymphatiques, les ganglions situés sous le grand pectoral et ceux de l'aisselle, et faire ainsi un diagnostic rétrospectif.

Tous ces ganglions sont très visibles. L'examen histologique dira s'ils sont dégénérés ou simplement inflammatoires. La tumeur est constituée par une énorme poche kystique contenant un verre à liqueur de liquide, de couleur absolument citrine.

M. Cornil rappelle que dans les affections du sein les kystes apparaissent fréquemment, quelle que soit la nature, maligne ou non, du processus.

Anomalie cardiaque. — *M. Ribadeau Dumas* présente un cas d'inocclusion du septum interventriculaire sans rétrécissement de l'artère pulmonaire chez un homme de quarante-trois ans mort de pneumonie. La cyanose tardive était imputable à l'insuffisance du myocarde. Le sang ne présentait pas d'éléments anormaux.

Cirrhose hépatique chez le lapin; hémorragie péritonéale mortelle à la suite d'une légère intoxication. — *MM. Griffon et Nattan-Larrier* montrent le foie d'un lapin qui a succombé, dans le laboratoire de M. Dieulafoy, quelques heures après une injection intra-péritonéale peu toxique, non mortelle pour des animaux témoins.

L'organe est un type de foie cirrhotique; sa surface offre une série de dépressions et d'incisures qui délimitent des granulations de moyen volume ne dépassant pas celui d'un grain de mil. La vésicule biliaire est légèrement rétractée.

Au microscope, les coupes présentent de larges bandes fibreuses partant soit des espaces-portes, soit des veines sus-hépatiques; il s'agit donc d'une cirrhose bi-veineuse. Sur certains points, le tissu fibreux est infiltré d'éléments jeunes, ainsi que de cellules éosinophiles. Les néo-canalicules biliaires sont assez abondants. On note la dilatation de la plupart des capillicules biliaires intra-trabéculaires, leur disposition moniliforme, l'existence en divers points de réelles ectasies.

La méthode de la gomme iodée montre tous les caractères décrits par M. Brault comme typiques dans les cirrhoses : surcharge des cellules en glycogène, richesse en glycogène des cellules isolées dans les travées fibreuses.

A cause de ces altérations du foie, dont l'origine ne peut être attribuée aux coccidies, qui faisaient ici défaut, le lapin n'avait pu supporter une injection de trois centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien provenant d'un cas de méningite tuberculeuse, alors qu'un cobaye avait reçu, sans dommage immédiat, la même dose, et qu'un lapin normal supportait le lendemain une dose presque double (5 centimètres cubes). Le lapin à foie cirrhotique fit une grande hémorragie dans la cavité péritonéale; l'autopsie montra l'abondance du sang épanché et l'intégrité antérieure des autres organes.

La constatation anatomique de ce cas de cirrhose hépatique en apparence spontanée chez le lapin se double ici d'un petit fait concernant la pathologie générale.

V. Griffon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

4 Novembre 1902.

Rapport sur le prix Herpin. — *M. Raymond* lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Herpin.

Dépopulation et mortalité infantile. — *M. Budin* indique les efforts tentés dans le département du Pas-de-Calais pour lutter contre la mortalité infantile par le moyen des conférences d'hygiène, des secours, des consultations gratuites pour les nourrissons.

Les bouilleurs de cru. — *M. Joffroy* présente un livre de M. Antheaume sur les bouilleurs de cru; il insiste sur le danger des bouilleurs de cru dont le privilège est un défi jeté au bon sens, à la morale et à l'hygiène.

Rapport sur le prix Civrieux. — *M. Motet* lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Civrieux.

M. Troisier, au nom de la Commission des épidémies, lit son rapport général pour l'année 1901. Comme ses prédécesseurs, M. Troisier déplore l'insuffisance des documents communiqués à la Commission et l'inobservance trop fréquente des lois prescrivant la déclaration des maladies contagieuses.

Par contre, certains médecins de campagne et d'armée font preuve du plus grand zèle, et M. Troisier demandera pour eux à l'Académie des récompenses.

M. Proust reprend la suite de son rapport sur le choléra en Égypte de cette année.

Il s'attache à tirer des conclusions des différentes épidémies qu'il a décrites. Tandis qu'autrefois le choléra venait de Perse, on a pour les récentes épidémies constaté une marche toute différente. On a pu suivre la progression d'une épidémie transportée par les navires. De 1865 à 1883, il n'y eut plus d'épidémie de choléra en Egypte, grâce aux mesures prises; mais, à cette époque, on se relâcha; on déclara que le choléra était purement local; il n'en provoqua pas moins 35.000 décès.

Grâce aux précautions adoptées alors par le gouvernement ottoman, le choléra n'envahit point l'Europe. Actuellement nous avons à craindre les émigrants qui viennent en grand nombre depuis quelques mois et sont sollicités par les compagnies de navigation. Comme conclusions, M. Proust pose les principes suivants :

Il est nécessaire que le conseil de surveillance d'Alexandrie soit indépendant pour donner les résultats qu'on en doit attendre; il n'y a pas que l'hygiène du territoire égyptien, il y a l'hygiène mondiale à considérer; la direction locale anglo-égyptienne ne doit pas tendre à absorber la direction générale du conseil comme elle a quelque tendance à le faire. M. Proust demande en terminant la création d'un bureau international sanitaire qui serait chargé de centraliser les renseignements et aurait voix consultative.

M. Labbé.

FACULTÉ DE PARIS

Thérapeutique. — M. le professeur Gilbert commencera le cours de thérapeutique le mardi 11 Novembre, à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme du cours. — Thérapeutique élémentaire : les médicaments, les régimes, l'art de formuler.

Le cours de thérapeutique, commencé pendant le semestre d'hiver par le professeur, continué en été par l'agrégé, sera complet en huit mois.

Physiologie. — M. le professeur C. Richet commencera le cours de physiologie le lundi 10 Novembre, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Fonctions de nutrition.

Histoire naturelle médicale. — M. le professeur Blanchard commencera le cours d'histoire naturelle médicale le lundi 10 Novembre, à 4 heures (laboratoire de parasitologie, Ecole pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur Déjerine commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le mardi 11 Novembre, à 5 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Clinique chirurgicale. — M. le professeur Le Dentu commencera son cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker le mardi 11 Novembre, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Opérations dans le grand amphithéâtre après les leçons; opérations gynécologiques, le jeudi, à 9 heures et demie, dans le service spécial de gynécologie.

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — M. le professeur Landouzy commencera ses leçons de clinique le vendredi 14 Novembre à 10 heures du matin (à l'Amphithéâtre de la clinique médicale), et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Visite et examen des malades, tous les matins à 9 heures. Salles Guersent (crèche), Chomel (hommes), et Broca (femmes).

Lundi, à 10 heures : consultation : diagnostics et ordonnances commentés. — Mardi, à 10 heures : leçon clinique. — Mercredi et jeudi, à 10 heures : conférences et démonstrations de technique clinique. — Vendredi, à 10 heures : leçon clinique. — Samedi, à 10 heures : conférences de pharmacie et de thérapeutique pratique.

Clinique d'accouchements. — M. le professeur Budin reprendra le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie, le samedi 15 Novembre, à 9 heures du matin (clinique Tarnier, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ordre du cours. — Mardi et samedi : Leçons à l'amphithéâtre. — Leçons au lit des malades, tous les matins, à 9 heures, à partir du 3 Novembre.

Dirigeront les exercices pratiques : M. Chéron, chef de clinique ; M. Bouchacourt, chef de clinique adjoint ; MM. Dubrisay, Chavane, Schwaab, Macé et Perret, anciens chefs de clinique ; MM. Galippe, Nicloux, Gaussin et Jannin, attachés au laboratoire ; MM. Planchan, Valency, Barlerin, Donzeau, Quiller, Pierra et Coulon, moniteurs.

Maladies des enfants. — M. Méry, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique des maladies infantiles le mercredi 12 Novembre, à 10 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Veillon : Maladies de la peau, les lundis, à 10 heures. — M. Cuvillier : Maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les mardis et samedis, à 10 heures. — M. Larat : Électrothérapie, les jeudis, à 10 heures. — M. Roche : Maladies des yeux, les jeudis, à 10 heures.

Clinique ophtalmologique. — M. Terrien, ancien chef de la clinique ophtalmologique, commencera le 17 Novembre, à 2 heures, dans la salle de consultation de la clinique, à l'Hôtel-Dieu, un cours pratique des maladies des yeux, avec présentation de malades.

Il le continuera les jours suivants, à la même heure.

Ce cours, comprenant 20 leçons, est spécialement destiné aux médecins praticiens et aux étudiants qui préparent le 5e examen de doctorat (1re partie). Il portera sur le diagnostic et le traitement des maladies les plus fréquentes de l'œil et de ses annexes, sur les soins à donner aux blessés dans les accidents du travail, etc.

Les droits à verser sont de 15 francs. — Les bulletins de versement relatifs aux cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Physique médicale. — M. Broca (André), agrégé, commencera les conférences de physique médicale, le lundi 10 Novembre, à 3 heures (amphithéâtre de physique et de chimie de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Péan. — M. Paul Viollet fera à partir du samedi 15 novembre, tous les samedis à 4 heures, à l'hôpital Péan, 11, rue de la Santé, une série de leçons pratiques sur les maladies de l'oreille, de la gorge, du nez et du larynx.

NOUVELLES

Paris et Départements

Service de santé militaire. — M. Famechon vient d'être nommé élève boursier avec trousseau à l'École du service de santé.

Corps de santé de la marine. — M. le médecin de 1re classe Taddei dit Torella, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Saint-Louis*, escadre de la Méditerranée.

M. le médecin principal Aubert, en service au port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Charlemagne*, escadre de la Méditerranée.

M. Mercié, médecin principal, est désigné pour embarquer sur le *Suffren*, à Brest

Corps de santé des troupes coloniales. — Le tour de départ des officiers du corps de santé des troupes coloniales est arrêté comme suit :

Médecin principal de 1re classe : M. Rangé.

Médecins-majors de 1re classe : MM. Clavel, Carrière, Arami, Brossier, Ilbert, Fortoul, Layet, Leclerc, Laurent, Salanoue-Ipin.

Médecins-majors de 2e classe : MM. Mauras, Lafaurie, Sadoul, Bonnescuelle de Lespinois, Morel, Brau, Lairac, Gautier, Camus, Depied, Lherminier, Binard, Mathis, Conan, Rey, Mille, Audibert, Sarrat, Reboul, Houillon, Pujol, Bailly (E.-C.-M.) Bourdon, Hutre, Ollivier, Pelletier, Bussière, Poumayrac, Kérest, Martel.

Médecins aides-majors de 1re classe : MM. Le Corre, Bircaud, Nédélec, Margeric, Quesseveur, Mosimann, Ribot, Régnier, Chabaneix, Ledoux, Lartigue.

Le régime des alcools. — Une commission extraparlementaire, présidée par le ministre des finances, vient d'être instituée pour l'étude des questions relatives au régime des alcools, vins et spiritueux.

Parmi les membres de cette commission, l'on compte : MM. Labbé, sénateur; Brouardel, Hanriot, Laborde, Lancereaux, Lannelongue, Motet, Prunier, Richet, Daremberg, membres de l'Académie de médecine; Duclaux, membre de l'Académie des sciences.

La prévoyance maternelle. — Il vient de se fonder à Bordeaux une « Société d'assistance mutuelle pour l'allaitement des jeunes enfants », sous la direction de M. Rocaz. Voici les principales conditions :

1° Toute femme enceinte, désirant faire partie de la société, pour en faire bénéficier son futur enfant, doit adresser une demande d'admission au président, en indiquant l'époque de sa grossesse. Elle paie alors, suivant l'âge de cette grossesse, une cotisation hebdomadaire qui va de 0 fr. 50 (deux mois) à 1 fr. 20 (neuf mois) ;

2° Toute femme accouchée, reconnue capable de nourrir son enfant au sein, paiera une cotisation hebdomadaire de 0 fr. 75 ;

3° Toute femme accouchée, incapable d'allaiter, paiera 1 fr. 75 et aura droit aux secours en nature d'allaitement artificiel ;

4° La société doit aux mères qui allaitent une indemnité mensuelle de 2 francs et sa protection (surveillance médicale gratuite, etc.) ;

5° Aux mères reconnues incapables de donner le sein, il est distribué chaque jour du lait stérilisé en flacons de la contenance équivalente à une tétée, et dont le nombre égale celui des tétées. Il est également délivré une instruction détaillée sur la pratique de l'allaitement ;

6° Les primes et secours d'allaitement sont dus jusqu'à la fin du douzième mois, et même jusqu'à celle du quinze mois après avis du comité technique.

Nécrologie. — M. Morère vient de s'éteindre à Palaiseau dans sa quatre-vingt-quinzième année. M. Morère était un des doyens sinon le doyen du corps médical français. N'étant pas encore docteur il commença à exercer la médecine à Palaiseau en 1830. Jusqu'à sa dernière maladie qui remontait à quelques mois il continua à voir des malades. Il avait conservé une parfaite lucidité d'esprit et une complète intégrité des sens. Son caractère était remarquablement jeune et il était resté au courant des derniers progrès de la médecine. Membre du conseil général de Seine-et-Oise sans interruption depuis cinquante ans, il avait été décoré de la Légion d'honneur comme maire de Palaiseau en 1870. Sa vie fut un exemple de probité et de dignité professionnelle.

CONCOURS

Internat. — *Anatomie.* — Séance du 4 Novembre. — *Articulation du coude* : MM. Vinceneux, 12; Guillaume, 16; Lorne, 14; Renaud, 16; Pellot, 17; Plivard, 16; Mallet, 13; Kuenemann, 14; Lemière (Raymond), 12; Poisson, 14; Milliot, 15; Lemière (Léonce), 8; Plazanet, 15; Maigret, 13; Petit (Georges), 14 1/2; Mlle Landry, 11; MM. Lusseau, 8; Petit (Constant), 14; Parel, 5, Nicolas (Lucien), 8. — *Absent* : M. Pépin.

Séance du 6 Novembre. — *Rapport des reins* : MM. Lelong (Joseph); Paul Boncour; Lemoussu; Marcoulle, 16; Lecointre, 9; Monnet, 15; Maynier; Moussaud; Jullien (Paul), 14; Massé, 4; Massicot, 18; Juillet; Masfrand, 13; Moreau, 18 1/2; Le Long (Émile), 14; Pignerol, 7; Maumené, 16; Mourniac, 15; Philippon, 12; Jullien (Arthur), 13. — *Absents* MM. Peyrache, Poinsot, Legras, Odin, Levallois, Leriche, Kaminka, Monard.

Faculté de médecine de Lille. — Le lundi 17 Novembre 1902, à 9 heures du matin, un concours pour la collation de deux bourses départementales de médecine et une bourse départementale de pharmacie sera ouvert à la Faculté.

Sont admis à concourir tous les étudiants ayant accompli au moins une année d'études à la Faculté, originaires du département du Nord, ou s'ils n'en sont pas originaires, ayant contracté par écrit l'engagement d'y exercer pendant six ans la médecine ou la pharmacie suivant le cas.

Les épreuves du concours consisteront en une épreuve écrite pour laquelle il sera accordé trois heures et en une épreuve orale d'un quart d'heure (après un quart d'heure de réflexion) dont le sujet sera tiré au sort.

Les épreuves porteront sur les matières des cours obligatoires que les candidats auront respectivement dû suivre pendant l'année scolaire 1901-1902.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté avant le 11 Novembre.

L'hygiène à l'école. — M. Capmartin, pharmacien à Blaye, a déposé à la banque P. Gilbert *500 francs* qui seront attribués au meilleur *Précis d'hygiène pratique*, envisagée principalement au point de vue scolaire. Les mémoires seront classés par un jury composé de MM. Brassac, ex-directeur de l'École supérieure de Médecine navale et coloniale de Bordeaux ; Pierre Dupuy, député de la Gironde ; Durand, inspecteur de l'Académie de Bordeaux ; Riche, membre de l'Académie de médecine ; C. Sebileau, médecin en chef de l'hôpital de Blaye.

Les manuscrits ne seront pas signés. Ils porteront une devise qui sera reproduite sur une enveloppe cachetée, contenant à l'intérieur le nom et l'adresse de l'auteur. Les mémoires, clairs, concis, ne devront pas dépasser la matière d'une brochure in-16 de 32 pages.

Ils devront parvenir avant le 28 Février 1903, à M. C. Sebileau, à Blaye.

L'ouvrage primé sera édité aux frais de M. Capmartin, qui s'engage à en mettre gratuitement 30.000 exemplaires à la disposition du ministre de l'Instruction publique, pour les écoles.

Après un délai de deux ans, l'ouvrage deviendra la propriété de l'auteur.

RENSEIGNEMENTS

On demande un jeune Dr sortant de l'Internat, pour un sanatorium. Belle situation. S'adr*er* *P. M.* n° 853.

Externe désirant s'installer en janvier, cherche situation à Paris ou environs, ou grande ville. S'occuperait spécialement accouchements. S'adresser *P. M.* n° 854.

On demande médecin avec capitaux, comme associé, pour diriger établissement médical très important, situé dans une grande station thermale. S'adresser *P. M.* n° 855

A vendre maison de santé dans le centre de Paris, richement meublée, superbe installation hydrothérapique et électrothérapique. Conviendrait à gynécologue électrothérapeute. S'adresser *P. M.*, n° 856.

Congrès médical du Caire (du 10 au 14 Déc. 1902). Pour renseignements concernant le voyage du Nil à Louqsor et Cataractes avec conditions spéciales pour délégués, ainsi que routes et prix jusqu'au Caire, s'adresser : agence Th. Cook et fils, 1, place de l'Opéra, Paris.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

aris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — *Tome II. N° 91. — Mercredi, 12 Novembre 1902.* — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

SOMMAIRE

ARTICLES

CHRONIQUE

PRATIQUE MÉDICALE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

NOUVELLES

LA QUESTION DE L'ALCOOL

A la suite d'une pétition adressée au Parlement par plus de 40.000 viticulteurs, le ministre des Finances vient de nommer une Commission extra-parlementaire, afin d'étudier toutes les questions relatives au régime des alcools. Cette Commission est composée de législateurs, d'industriels, de commerçants, d'économistes, de fonctionnaires administratifs. Les hommes de science, chimistes, biologistes et médecins y sont au nombre de 10 : le choix fait de MM. Duclaux, Hanriot, Prunier, Brouardel, Lannelongue, Lancereaux, Motet, Daremberg, Richet, Laborde montre suffisamment que dans les délibérations de la Commission, l'*alcoolisme* occupera une certaine place. Quelle sera cette place? Il est bien difficile de le déterminer à l'avance, mais tout fait présumer qu'elle ne sera que secondaire. Je m'explique.

* * *

La question de l'alcool constitue à notre époque et pour nous Français, en particulier, un des plus graves problèmes d'économie sociale à résoudre; et d'insurmontables difficultés à sa solution viennent de ce que le problème comporte deux propositions, l'une d'hygiène, l'autre d'ordre fiscal, entre lesquelles existe une évidente antinomie.

En effet, d'une part, il est avéré qu'aujourd'hui, en France, la consommation des boissons alcooliques et en particulier des liqueurs, apéritifs et autres spiritueux composés, a pris un tel développement, et si rapide, qu'il constitue un énorme danger pour la santé publique. Il en résulte que, sans que les forces vives de la nation soient irrémédiablement compromises, il est impossible que cette consommation augmente encore ou même reste stationnaire; la diminution s'impose et il est du devoir de tous, hygiénistes et économistes, de rechercher les moyens de la déterminer.

Mais, d'autre part, la consommation de l'alcool, en outre qu'elle fait de nos jours la fortune de nombre de citoyens, est en même temps une des principales ressources du budget de l'Etat, ressource sans laquelle ne pourrait être établi l'équilibre financier nécessaire au bon fonctionnement des services publics. Loin de chercher à diminuer cette consommation, l'Etat aurait donc intérêt à l'augmenter. Cependant, l'alcoolisme produit de tels ravages que moralement il ne peut le faire; force lui est donc de demander à la consommation actuelle le maximum d'impôt qu'elle peut produire.

Il n'est pas douteux que ce côté financier de la question fera l'objet des principaux travaux de la Commission; la preuve en est d'ailleurs dans ce fait qu'elle émane du ministère des Finances. Il ne faudrait pas cependant que le côté hygiénique fût sacrifié, car il est de toute importance que l'on profite de l'occasion qui se présente — la réunion en une Commission de nombre d'intérêts et de compétences — pour bien déterminer ce qu'est ac-

tuellement l'*alcoolisme* en France au point de vue économique et social.

* * *

Aux yeux de tous ceux qui étudient de près l'alcoolisme, il n'est pas douteux qu'il y ait là pour la France une question de vie ou de mort. Il n'est pas nécessaire de chercher beaucoup pour trouver les indices certains d'une dégénérescence qu'il est grand temps d'enrayer. C'est la mortalité qui reste à un taux énorme, principalement dans les grands centres, alors qu'elle diminue singulièrement en Angleterre et en Allemagne, et du fait de la tuberculose surtout dont l'alcool est l'un des plus énergiques agents provocateurs. C'est la criminalité qui augmente dans des proportions inquiétantes, surtout dans le jeune âge : il ne se passe pas de jour que les journaux ne signalent quelques drames de l'alcoolisme trop souvent commis par de tout jeunes gens, fils d'alcooliques qui avaient peut-être bien supporté leur alcool mais qui ont procréé des légions de dégénérés. Il ne faut pas se dissimuler non plus que l'aliénation mentale se développe en France dans des proportions inquiétantes : la preuve en est dans les crédits supplémentaires que des départements, chaque année plus nombreux, sont obligés de s'imposer pour l'entretien et l'agrandissement de leurs asiles. Enfin, il est impossible de ne pas être frappé de la dégénérescence de la race qui se manifeste de plus en plus lors des conseils de revision : il est des départements où certaines communes ne peuvent plus fournir leur contingent, et chaque année le nombre en augmente.

C'est que nous sommes actuellement en pleine période d'efflorescence alcoolique, étant donné que c'est depuis trente-cinq ans surtout que la consommation de l'alcool a progressé considérablement et s'est en même temps transformée.

Il est certain qu'aujourd'hui on boit beaucoup plus de boissons fermentées qu'on en buvait jadis, mais encore beaucoup plus de boissons distillées; celles-ci qui étaient principalement représentées par les alcools naturels de vins, de marcs et de fruits, que l'on prenait en petite quantité et après le repas se sont accrus aujourd'hui de tous les bitters, absinthes, vermouths et autres composés que l'on consomme à jeun, continuellement, à toute heure de jour et de nuit. Ce qu'à notre époque le Français absorbe ainsi d'alcool est effrayant, surtout si l'on considère la progression croissante.

Je ne parle pas de l'alcool contenu dans les boissons dites hygiéniques, le vin, la bière, le cidre, le poiré; je ne parle que de l'alcool des boissons distillées, cognac, kirsch, liqueurs, apéritifs. Eh bien, remontons à soixante ans en arrière, vers 1845 à 1850. On fabriquait alors en France, en moyenne, 700.000 hectolitres d'alcool à 100°. Cet alcool provenait surtout de la distillation des vins, marcs et fruits : c'étaient les alcools naturels; 70.000 hectolitres à peine provenaient des grains, betteraves, pommes de terre ou mélasses: c'étaient les alcools d'industrie, et ne servant alors qu'aux usages industriels; le reste, soit 630.000 hectolitres se buvait à peu près intégralement, moins l'exportation qui était peu considérable.

Aujourd'hui, d'après les dernières statistiques arrêtées en 1900, la France produirait 2.656.268 hectolitres d'alcool. Elle en exporte environ 350.000 hectolitres; elle en conserve donc 2.300.000; et comme les industriels n'en utilisent guère que 250.000, il s'ensuit que la France boit environ 2 millions d'hectolitres d'alcool à 100°. Et ce n'est plus des alcools dits naturels, c'est presque essentiellement des alcools d'industrie, puisque, sur ce chiffre énorme des 2.000.000 d'hectolitres bus, il n'y en a guère en moyenne, pour les dix dernières années, que 160.000 qui proviennent des vins, cidres, marcs et fruits.

Si l'on prend le détail de la consommation on est frappé du développement croissant de la consommation des alcools pris à jeun, de cette habitude bien française de l'apéritif, et surtout de la fameuse liqueur nationale, l'absinthe. C'est sur ce mode d'alcoolisation surtout que les membres hygiénistes de la Commission auront à attirer l'attention de leurs collègues, car il prend des proportions vraiment inouïes. J'ai déjà publié à ce sujet des chiffres, je les complète : la consommation de l'absinthe, qui était en 1885 de 57.732 hectolitres, en 1896 montait à 182.585; elle est arrivée en 1900 à 238.477 hectolitres, augmentant ainsi régulièrement de 12.000 hectolitres par an. Il n'est vraiment que temps d'aviser.

* * *

Quelque fabuleux que soient ces chiffres, ils sont certainement en dessous de la vérité. Ils proviennent, en effet, des documents officiels du ministère des Finances, et sont basés sur le rendement de l'impôt. Mais il faut tenir compte en outre de la fraude, et de tout ce qui se boit sans payer de droits, en raison du privilège des bouilleurs de cru.

La production des bouilleurs ne peut être estimée qu'approximativement : sur les 2 millions 656.000 hectolitres d'alcool à 100° produits en France, en 1900, la régie en attribue 300.000 aux bouilleurs de cru, l'année étant excellente; or, il est évident qu'ils en distillent beaucoup plus. Dans un fort intéressant ouvrage sur « les bouilleurs de cru (Naud éditeur) MM. Antheaume, l'un juriste, l'autre hygiéniste ont fait une étude approfondie de la question ; il en résulte que le privilège des bouilleurs de cru est actuellement un des éléments les plus actifs de l'alcoolisme.

Qu'on en juge par les faits suivants. Il y avait, vers 1860, 100.000 bouilleurs de cru; il y en avait en 1900 pas moins de 925.000; leur production ostensible d'alcool passait, dans les dix dernières années, de 51.000 à 204.000 hectolitres. Et cela, sans compter la production clandestine, que, d'après une documentation très serrée, MM. Antheaume n'estiment pas à moins de 300.000 hectolitres à 100° pour 1900. Du fait des bouilleurs de cru, 500.000 hectolitres d'alcool à 100°, soit 1 million d'hectolitres d'eau-de-vie courante, en d'autres termes 100.000.000 de litres, se consommeraient en France ! !

Je n'ai pas à faire ici le procès économique des bouilleurs de cru, mais les chiffres que je viens de relater, seraient-ils quelque peu amplifiés, suffisent largement à justifier le procès engagé contre eux au nom de l'hygiène sociale.

Je ne doute pas que, à la Commission, ce procès ne soit vigoureusement engagé, d'autant mieux que les arguments que présenteront les hygiénistes ne pourront que venir à l'appui des arguments que certains des économistes ne peuvent manquer de faire valoir.

* * *

Le premier principe de répartition de l'impôt est d'établir l'égalité de tous les citoyens devant cet impôt. Étant admis le principe d'un impôt de consommation sur l'alcool, tout citoyen qui boit de l'alcool est tenu de payer cet impôt. Pourquoi les bouilleurs de cru en seraient-ils dispensés ? Il n'y a aucune raison pour cela. Les bouilleurs de cru, du fait qu'ils sont bouilleurs, possèdent une certaine aisance, sont propriétaires, donc, ils peuvent et doivent payer l'impôt. Or, on arrive par le privilège à ce fait, absolument contraire au principe d'égalité, que le citoyen peu fortuné obligé d'acheter l'alcool paye l'impôt, tandis que le riche, le propriétaire qui récolte, en est dispensé.

Il y a là un état de choses qui ne peut durer, d'autant mieux, comme nous l'avons établi, que ce privilège constitue un état de choses des plus préjudiciables à la santé publique par les facilités de tout genre qu'il apporte au développement de l'alcoolisme.

E. De Lavarenne.

PRATIQUE MÉDICALE

Le chlorure d'éthyle anesthésique général.

La Presse Médicale a déjà mentionné l'emploi du chlorure d'éthyle comme agent d'anesthésie générale. Le Gargam, dans sa Thèse inspirée par M. P. Derocque, montre à nouveau que le chlorure d'éthyle ou *kélène* est un bon anesthésique général pour toutes les opérations de courte durée : ténotomie, ostéotomie, opérations sur le prépuce, opérations dentaires.

L'anesthésie est très rapide, le réveil presque immédiat. La courte durée de son action le contre-indique dans les opérations sur l'abdomen et dans les opérations qui nécessitent une narcose profonde et de longue durée.

Pour administrer le kélène, il n'est pas besoin d'un masque spécial : il suffit d'une simple compresse pliée en quatre épaisseurs, que l'on peut recouvrir d'un imperméable. Il ne faut pas hésiter à verser d'emblée de 5 à 8 centimètres cubes de kélène sur la compresse, et il ne faut pas procéder comme pour le chloroforme par de petites doses répétées.

LIVRES NOUVEAUX

Ch. Monod et J. Vanverts. — *Traité de technique opératoire* en deux volumes respectivement de 961 pages avec 932 figures et 1007 pages avec 975 figures (Masson et Cie, éditeurs).

Les livres de médecine paraissent si nombreux que médecins et étudiants ne savent trop quels choisir, et leur embarras augmente s'ils s'avisent par hasard de s'en rapporter aux bibliographies, élogieuses par définition. Et je me demande comment faire pour persuader aux lecteurs de *La Presse Médicale* qu'il leur sera utile d'acquérir et d'étudier le traité de Monod et Vanverts. Cette œuvre est puissamment pratique et, pour un premier jet, fort réussie.

Fournir au praticien un memento technique devant servir, non à décider si telle opération doit être faite, mais à montrer, le parti une fois pris, comment elle doit être conduite, tel est le but poursuivi et atteint. Qu'il s'agisse de restauration du nez, de gastroentérostomie, de néphrotomie, de cure d'épispadias, de suture osseuse, de salpingectomie, etc., tout y est parfaitement décrit.

Comme il sied à tout livre moderne, les figures sont multipliées à l'envi ; plus de 1.900 clichés illustrent le texte, et les auteurs ont eu l'esprit d'à-propos pour les choisir. Ce luxe d'illustrations contribuera fortement au succès de l'ouvrage, déjà lui-même infiniment recommandable par un texte clair, sobre et concis.

Pour chaque opération, on trouve l'exposé des procédés les plus courants et paraissant les meilleurs et, afin d'éviter à l'apprenti chirurgien l'angoisse de l'hésitation, une manière précise de se comporter est recommandée. « Nous avons essayé de dire, écrit M. Monod dans la préface, plutôt la façon dont une opération devait être faite que celle, souvent multiple, dont elle pouvait l'être. »

Faut-il ajouter qu'édité par Masson et Cie, ce livre tient de la maison par son bon format et son impeccable tenue ; pourquoi faut-il qu'il soit broché? Naturellement, pour payer le tribut à la bonne petite routine française.

Puisque la critique use de son droit de présence, qu'il me soit permis de regretter le renvoi aux classiques pour les ligatures, amputations et résections. Tous ceux qui ne se livrent pas aux jongleries des concours, c'est-à-dire la masse des chirurgiens modernes, estiment que les ligatures valent bien dix lignes de description, les amputations dix pages et les résections trente. Quarante pages de plus, et ce traité, uniquement pratique, était donc complet; au besoin, on eût pu les prendre sur l'ophtalmologie.

Peut-être la seconde édition, plus hardie parce que plus radicale, nous donnera-t-elle ce supplément nécessaire. En tout cas, telle qu'elle est, la première est assurée d'un plein succès. De tels labeurs que le traité de Monod et Vanverts savent toujours trouver leur récompense dans l'estime des gens qui savent penser.

F. Jayle.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Par le Professeur **DEJERINE**

Messieurs,

En prenant possession de la Chaire d'Histoire de la Médecine, je veux tout d'abord dans la personne de son Doyen, assurer de ma profonde gratitude la Faculté de médecine qui m'honore en m'appelant à elle. Je tiens à remercier particulièrement les professeurs Bouchard et Guyon, je tiens à dire mes plus affectueux remerciements à mon vieil ami le professeur Landouzy.

Je tiens aussi en prenant pour la première fois la parole dans une chaire magistrale à remplir un pieux devoir en évoquant la mémoire de deux maîtres vénérés, Vulpian et Hardy, dont l'enseignement, l'affection et le caractère ont été pour moi un guide et un exemple.

Vulpian, professeur d'anatomie pathologique, puis de pathologie expérimentale, ancien doyen de cette Faculté, qui consacra sa vie au culte désintéressé de la science et qui à une érudition profonde, à une grande science en anatomie pathologique et en physiologie, joignait un grand sens clinique.

Alfred Hardy, qui fonda avec Bazin l'Ecole de Saint-Louis, puis, comme professeur de clinique médicale à la Faculté, fit pendant près de vingt ans un enseignement qui laisse un si vif souvenir à tous ceux qui l'ont suivi.

* * *

La chaire d'histoire de la médecine a une existence déjà ancienne. Elle remonte à l'an III, date de la fondation des Ecoles de santé. Son premier titulaire fut Lassus, qui ne l'occupa que temporairement. Son successeur fut Goulin. Supprimée en 1822, la chaire d'histoire de la médecine fut reconstituée en 1870. Occupée successivement par Daremberg, Lorain et Parrot qui n'y restèrent que peu de temps, elle échut ensuite à Laboulbène qui y enseigna pendant vingt ans. Plus d'un parmi vous, Messieurs, a encore presentes à la mémoire les leçons de ce professeur, son élocution facile, la conviction avec laquelle il s'exprimait, sa verve originale et la conscience qu'il apportait dans son enseignement.

A Laboulbène succéda le professeur Brissaud, et bien que son passage dans cette chaire ait été éphémère, il a été suffisant pour montrer les qualités brillantes qui caractérisent l'enseignement de mon collègue.

* * *

L'histoire de la médecine, Messieurs, se confond avec l'histoire de l'humanité. Elle est aussi vieille que cette dernière et aucun fait historique, aucun monument ne nous permettent de constater l'époque à laquelle remontent nos premières connaissances médicales. Nous sommes réduits à procéder par induction et nous ne pouvons faire à cet égard que des hypothèses, en nous appuyant soit sur la tradition des livres Védiques ou de l'âge héroïque de la Grèce, soit en raisonnant par analogie, avec ce qui se passe encore de nos jours en fait de pratique médicale chez les peuples sauvages. Il est certain que dans la période de l'humanité qui correspond à l'âge dit préhistorique, la médecine était réduite à sa plus simple expression. L'homme primitif était peu sujet aux maladies, et, lorsqu'il en était atteint, il en guérissait bien moins par l'efficacité des médicaments que par les seules forces de la nature. Du fait même de son genre de vie, c'est surtout aux traumatismes de toute espèce qu'il était exposé, et les trépanations retrouvées sur des crânes de l'âge de pierre montrent que, déjà à cette époque, on ne reculait pas devant des interventions hardies. En dehors des traumatismes il n'y avait guère que l'accouchement qui parfois pût réclamer une intervention médicale. Aussi la thérapeutique médicale était-elle des plus sommaires et ne consistait-elle que dans l'emploi de quelques simples transmis de génération en génération.

A cette époque la médecine n'était pas encore un art, encore moins une science; ce n'était qu'une grossière médecine empirique, que l'on pourrait appeler familiale, exercée par le chef de clan sur les siens. Lorsque ce dernier ne possédait pas les connaissances nécessaires, il faisait appel à des voisins qu'il savait plus expérimentés que lui, puis aux mages, aux prêtres de la tribu. Peu à peu on n'eut recours qu'à ces derniers, les prêtres devinrent les détenteurs de l'art médical et la thérapeutique n'eut guère d'autres formulaires que les invocations, les prières et les conjurations. La médecine devint ainsi chose de religion et cela d'autant plus que dans leur sentiment de l'inconnu, les peuples primitifs attribuaient aux divinités irritées, aux génies malfaisants, aux astres, une influence particulière sur la vie, la santé et la maladie. Telle est l'origine de la médecine dite des prêtres, du *mysticisme médical*, que nous retrouvons non seulement chez les peuples de l'antiquité, en particulier chez les Hindous, les Chaldéens, les Égyptiens, les Hébreux, les Grecs et plus tard au moyen âge, mais encore de nos jours chez les peuples peu civilisés ou vivant encore à l'état sauvage.

Chez les anciens Égyptiens, la médecine appartenait exclusivement aux prêtres; ils ne transmettaient leurs connaissances qu'aux initiés ou à ceux qui étaient de leur famille; ils exerçaient l'art de guérir comme un sacerdoce et selon des règles soigneusement recueillies et inscrites dans un livre spécial l'*Embre*, règles desquelles ils ne devaient jamais s'écarter sous peine de mort. Leur médecine était très soigneuse de l'hygiène et par contre très pauvre en médicaments proprements dits. Ils en connaissaient cependant quelques-uns, l'opium, la scille ou œil de typhon, dont ils savaient l'action diurétique et qu'ils prescrivirent contre l'hydropisie.

Chez les Grecs de la période héroïque chantée par Homère, nous trouvons la médecine entre les mains de gens expérimentés, laïques et dépourvus de tout caractère sacerdotal. Esculape n'est point un dieu, mais un simple mortel, un héros, « le médecin des maladies », « le médecin irréprochable » d'Homère. Plus tard, après la guerre de Troie, apparut le mysticisme médical. On divinisa Esculape, et ses descendants formèrent, comme on l'avait vu en Égypte, une caste particulière, celle des *Asclépiades* qui jouissait de la prérogative exclusive de pratiquer la médecine et de transmettre la tradition des aïeux. Ils élevèrent à Esculape des temples, à Titane dans le Péloponèse, à Epidaure, à Rhodes, à Cnide et ailleurs. Ces temples, édifiés hors de l'enceinte des villes, étaient situés dans des lieux salubres, dans le voisinage des bois, au bord de la mer ou sur le sommet des montagnes, près de sources minérales. L'entrée en était interdite à qui ne s'était pas préparé par des jeûnes, des purifications, des fumigations, des ablutions. Le malade faisait les offrandes, passait la nuit dans le temple, assistait aux sacrifices ainsi qu'à toute une série de cérémonies et entendait de la bouche des prêtres les récits des guérisons miraculeuses opérées dans le temple. Ainsi suggestionné, il était dans les meilleures conditions psychiques pour guérir, si sa maladie était de cause fonctionnelle.

La tradition de ces pratiques, Messieurs, n'a pas été perdue, et, vous le voyez, la suggestion thérapeutique est aussi ancienne que la médecine.

Bien que les prêtres aient cherché à impressionner l'imagination des peuples par leurs oracles et leurs pratiques superstitieuses, ils ont néanmoins contribué aux progrès de la médecine par l'observation, l'établissement de règles utilisables, et l'inscription sur les murs des temples de la description des maladies à côté de l'indication des remèdes et des secours employés. Ces inscriptions et les tablettes votives parvenues jusqu'à nous sont les premiers livres de la médecine.

Les philosophes grecs étudièrent la médecine comme une branche des sciences naturelles. Dans l'Ecole de Pythagore, on s'occupa, pour la première fois, d'une hygiène du corps et de l'esprit. Après la dispersion de cette école, vers 500 avant Jésus-Christ, des laïques furent initiés par les pythagoriciens à leurs connaissances et à leurs pratiques mystérieuses. Jetant bas le masque de la supercherie scientifique et religieuse, ils avouèrent publiquement qu'ils guérissaient les maladies par des médicaments naturels, et cherchèrent à faire progresser la médecine par l'Expérience. Ces médecins portent dans l'histoire le nom de *périodeutes*, car ils allaient de ville en ville pratiquer leur art. Ils enlevèrent aux Asclépiades leur réputation et, abandonnant les procédés secrets de ces derniers, ils visitèrent les gymnases, instruisant les jeunes gens; les jeux athlétiques des Grecs contribuèrent ainsi à développer la Chirurgie et l'Hygiène. Parmi ces périodeutes, quelques philosophes de l'Italie, Alcméon de Crotone, Empédocle d'Agrigente, Anaxagoras de Clazomène, Démocrite d'Abdère, fondèrent l'anatomie en disséquant des animaux, et s'adonnèrent à la physiologie en se basant, il est vrai, bien plus sur des hypothèses que sur l'observation. Quant à l'anatomie humaine, elle ne pouvait encore être étudiée, car, laisser des morts sans sépulture était chez les Grecs un sacrilège. Pour vous faire comprendre quelle était alors la puissance des préjugés religieux et sociaux, il me suffira de vous rappeler qu'à la bataille des Arginuses, l'an 406 avant Jésus-Christ, les généraux athéniens vainqueurs furent mis à mort pour n'avoir pas enseveli les corps d'un certain nombre de leurs guerriers tombés à la mer.

C'est alors que parut Hippocrate, le Père de la médecine, dont l'influence a été si grande et si persistante, non seulement sur la médecine grecque, mais encore sur celle du moyen âge et de la Renaissance jusqu'au XVIIe siècle. Bien qu'élève des Asclépiades, Hippocrate dédaigna de garder secrets les préceptes de l'art de guérir; il les vulgarisa pour le bien de l'humanité. Quoique très versé dans la philosophie de son époque, il évita de la prendre comme base d'un système médical et enleva ainsi, à la fois, aux prêtres et aux philosophes, le monopole qu'ils avaient usurpé en médecine pratique et théorique. Evitant avec soin les spéculations hardies, il plaça la médecine sur le terrain de l'Observation. Il rappela aux médecins que l'Observation et non la Théorie, est la base première de la Médecine, laquelle ne peut faire de progrès sans le secours de l'Expérience. Hippocrate étudia de préférence le côté pratique de la médecine : les causes éloignées des maladies, l'influence des eaux, de l'air, des lieux, les épidémies, le Régime dans les maladies aiguës, certaines parties de la chirurgie qu'il ne séparait pas d'ailleurs de la médecine. En Pathologie, en Thérapeutique, en Chirurgie, en Diététique, Hippocrate édifia une œuvre considérable, car, doué d'un génie d'observation remarquable, il vit tout ce qu'il était important et possible de voir à son époque, et ce qu'il vit fut presque toujours la vérité.

Hippocrate mort, sa méthode ne lui survécut pas et l'esprit d'observation sur lequel il avait fondé la médecine sombra sous les spéculations philosophiques de ses successeurs. Ce furent eux, en effet, qui fondèrent la première *Ecole dogmatique*, école qui, tout en prétendant s'inspirer des traditions d'Hippocrate, subit par trop l'influence des théories philosophiques régnantes, en particulier celles des platoniciens et des stoïciens.

L'*Ecole péripatéticienne* d'Aristote de Stagire exerça sur la médecine une influence fondamen-

tale, bien plus il est vrai pour tout ce qui avait trait à la théorie et à la physiologie, que pour la pratique médicale proprement dite. Dans son système philosophique le Stagirite fit une part prépondérante à la raison sur les autres facultés de l'âme. Il fut en outre un grand naturaliste et, soutenu par les rois de Macédoine, il posa le premier dans son histoire naturelle les bases d'une description scientifique de la nature. La botanique fut étudiée de la même manière par son élève Théophraste de Crésos.

Après les conquêtes d'Alexandre, la civilisation se déplaça de Grèce en Egypte. Alors se fonda l'*Ecole d'Alexandrie* qui rapidement devint le berceau des sciences. Sous l'impulsion d'Hérophile et d'Erasistrate la science médicale y fut d'abord très brillante. Ils fondèrent en effet de toutes pièces l'anatomie humaine dont l'étude jusqu'alors avait été si négligée. Mais cette école sombra à son tour sous les coups des rhéteurs et des dialecticiens. Les médecins de l'Ecole d'Alexandrie négligèrent bientôt complètement l'étude de la nature, s'abandonnant à des raisonnements, à des commentaires grammaticaux des écrits de leurs prédécesseurs. Dans ces conditions, l'esprit de secte ne tarda pas à prendre le dessus.

Les disciples d'Hérophile et d'Erasistrate formèrent par la suite deux écoles : l'une dite *Ecole hérophilienne* se rattachait plutôt à l'empirisme ; l'autre, celle d'Erasistrate, inclinait vers le côté dogmatique de la médecine. Cette dernière école prit plus tard pour expliquer le principe vital l'ancienne théorie du pneuma, et fut connue dans les premiers siècles de notre ère sous le nom de *doctrine pneumiste*. Mais de plus en plus les théories, les raisonnements *a priori* l'emportèrent sur l'observation. Aussi l'école fondée à Rome dans les premiers siècles de notre ère par Asclépiade de Prusa et Themison de Laodicée, bien que basée sur un dogmatisme plus sévère que les précédentes n'eut pas une longue existence. Du reste, toutes ces écoles d'abord isolées se fusionnèrent par la suite jusqu'à un certain point sous la progression de la dialectique des philosophes et arrivèrent peu à peu à constituer l'*Ecole éclectique*.

A cette époque de décadence médicale, apparut au IIe siècle de notre ère, un homme qui imprima à la médecine une impulsion et une direction qui devaient durer quatorze siècles; cet homme fut un médecin de Pergame, Claude Galien. Doué d'une érudition immense et d'une rare activité, il réconcilia les écoles adverses des théoriciens et renouvela dans la pratique médicale l'autorité d'Hippocrate. Il exerça à Rome la médecine et la chirurgie. Ses travaux font époque dans toutes les branches de la médecine, en particulier en anatomie et en physiologie. Il remania complètement l'anatomie en se basant sur des études chez des animaux — il n'est pas prouvé en effet que Galien ait jamais disséqué des cadavres humains — et appliqua, à tort il est vrai, ses déductions anatomiques à l'homme. En physiologie, il érigea un système complet, basé en partie sur de nombreuses vivisections, en partie sur les idées d'Aristote et de Platon. Dans la médecine proprement dite, il appliqua non sans bonheur ses idées physiologiques comme base de la thérapeutique. Avec Galien, on vit pour la première fois s'établir un système médical appuyé sur une base véritablement scientifique; et bien qu'il y ait plus d'une ombre dans ce tableau et que la systématisation des idées de Galien ait été — et surtout du fait de ses commentateurs — souvent un obstacle aux progrès de la médecine, il n'en est pas moins vrai que le médecin de Pergame a édifié une œuvre considérable.

Après la mort de Galien, la médecine tomba en décadence chez les Grecs et les Romains. Il y eut à cela plusieurs causes : la faiblesse politique de ces peuples, l'invasion des barbares, l'introduction des superstitions orientales. On délaissa totalement l'observation et l'expérimentation et on vécut uniquement sur la tradition de Galien. L'empirisme élevé à la hauteur d'un principe et un dévouement fanatique à l'œuvre du médecin de Pergame sont les caractéristiques de cette période.

Pendant la longue nuit du moyen âge, on voit toutefois se former de tous côtés des centres d'instruction et surgir des écoles qui entretiennent ce qui restait alors de la culture scientifique.

Ces écoles couvrent l'Italie, la France, l'Angleterre, l'Allemagne, l'Irlande, la Suisse et prendront plus tard le nom d'Universités. L'enseignement médical de l'époque est surtout entre les mains des ordres religieux, des clercs. Dès le VIe siècle les moines enseignèrent et pratiquèrent la médecine dont ils firent presque exclusivement une œuvre de piété et de charité, abandonnant la chirurgie entre les mains des laïques. Aussi la thérapeutique de cette époque repose-t-elle principalement sur les prières, les incantations, les exorcismes, les reliques, les saintes huiles.

A ce moment cependant florissait à Edesse en Mésopotamie, chez les chrétiens nestoriens, une école qui s'occupait de théologie et surtout de médecine scientifique. Elle possédait des hôpitaux pour l'instruction des élèves et s'inspirait des écrits des anciens médecins grecs dont plusieurs furent traduits et commentés en syriaque. Ces chrétiens expulsés d'Edesse à la suite de querelles religieuses, propagèrent au VIIe siècle la médecine grecque en Perse et en Arabie et furent plus tard avec les juifs les professeurs des Arabes. Ils traduisirent du syriaque en hébreu, en persan, puis en arabe, les écrits des Grecs.

C'est ainsi que les Sarrasins possédèrent dans leur langue maternelle, déjà à la fin du VIIe siècle, un certain nombre d'ouvrages de médecine; mais ces traductions ne furent que trop souvent défectueuses et informes.

Au VIIIe siècle tout ce qui subsiste de la civilisation se réfugie chez les Arabes et se transporte avec eux dans les Espagnes conquises (712). L'Ecole d'Alexandrie, malgré la destruction de sa bibliothèque jouissait bien encore d'une certaine réputation, mais c'était chez les Maures de la Péninsule qu'était alors développé le mouvement scientifique, dans les Académies de Cordoue, Séville, Murcie, Tolède, et en particulier dans celle de Cordoue, qui du VIIIe au Xe siècle était considérée comme la plus célèbre académie du monde.

C'est ainsi que se fonda l'*Ecole des Arabes* qui, appuyée sur la tradition grecque, se rattachait au système de Galien, en ne le modifiant que dans quelques détails, en partie d'après de vieilles traditions de médecine populaire, en partie aussi d'après les principes de l'Islamisme. On doit aux Arabes la connaissance de quelques maladies, la lèpre, la rougeole, la variole, comme on leur doit la description de quelques affections osseuses. En clinique ils étaient réputés par leur habileté dans les pronostics et ils y avaient acquis une telle réputation, qu'on les regardait presque comme des prophètes.

C'est surtout en thérapeutique et en pharmacologie que l'école arabe a été puissante. La pharmacologie en particulier se développa d'une manière remarquable, grâce à la chimie que les Arabes cultivèrent avec ardeur.

On doit aux Arabes la connaissance des purgatifs végétaux, la composition des préparations à base de sucre, une bonne partie des aromates, les eaux distillées à l'alambic, le sublimé corrosif.

Le chef de cette école fut Avicenne, qui érigea un système complet de médecine basé en grande partie sur la tradition galénique.

Dans l'Occident chrétien, parmi les moines qui s'occupaient de médecine, il faut citer les Bénédictins du Mont Cassin (dans le royaume de Naples) qui firent tant pour la réputation de l'*Ecole de Salerne*. Les origines de cette école dans laquelle on trouve des médecins clercs, des médecins laïques et des femmes médecins se perdent dans les premiers siècles du moyen âge. Fortement organisée par Roger de Naples, elle prit le nom de Cité d'Hippocrate : on y enseignait, en effet, les doctrines du médecin de Cos et celles de Galien. On y faisait des démonstrations anatomiques — prescrites, il est vrai, surtout en vue de la chirurgie — d'abord sur des animaux, puis, en 1234 et après un édit de l'empereur Frédéric II, sur des cadavres humains. Mais ce qui fit surtout la gloire de cette école, ce fut son enseignement clinique. Pour la première fois depuis l'antiquité, on vit, en effet, recueillir avec soin les observations des malades. Au XIIe siècle, c'était la meilleure école de la Chrétienté.

C'est sur le modèle de l'Ecole de Salerne que furent fondées l'Ecole de Montpellier en 1137, et celle de Paris en 1213. Dans ces écoles, la médecine était enseignée d'une manière scolastique et d'après l'autorité des médecins arabes; les œuvres des médecins grecs n'étant guère connues que par des traductions latines ou arabes. L'observation et l'expérimentation étaient complètement négligées, car l'esprit du temps était absolument opposé à toute idée de contrôle, de critique et de recherche : Nous sommes ici encore dans le moyen âge. Sauf à Salerne, l'anatomie était encore enseignée d'après Galien, et ce n'est qu'en 1315, à Florence, que Mondino dei Luizzi put pratiquer l'ouverture de deux cadavres humains.

C'est à partir de ce moment que commença en Italie l'étude de l'anatomie humaine, science qui, plus tard, devait acquérir un si grand développement. Cette renaissance de l'anatomie profita surtout à la chirurgie, car jusqu'au XVIe et surtout jusqu'au XVIIe siècles, la physiologie et partant la médecine, ne firent pour ainsi dire pas de progrès.

A Byzance, capitale de la chrétienté d'Orient depuis l'an 330 après Jésus-Christ, il s'était toujours conservé un certain degré de civilisation qui, au XVe siècle, lors de la conquête de cette ville par les Turcs, se transporta en Italie. Les savants grecs expulsés trouvèrent protection chez les princes italiens, libéraux et amis des arts, les Médicis, les Alphonse d'Aragon, le pape Léon X.

Ils répandirent la culture grecque en Italie et firent connaître aux médecins les œuvres d'Hippocrate et de Galien qui, depuis des siècles, n'avaient été étudiées sur des textes originaux. C'est ainsi que se fonda, en Italie, l'*école hippocratique*, dite *nouvelle*, qui renversa les idées introduites en médecine par les Arabes ainsi que les idées scolastiques et ramena les médecins à l'observation. Mais quoique se disant hippocratique, cette école était encore assez éloignée des principes établis par le médecin de Cos.

A ce moment, Messieurs, s'effectua en médecine une orientation toute nouvelle due à une sorte de visionnaire, de théosophe, à Paracelse. Grand admirateur d'Hippocrate, il avait pour Galien et pour la philosophie scolastique de l'époque le plus profond dédain. Son système était philosophico-chimique et rempli de mysticisme. Mais la grande réforme à laquelle il a attaché son nom et pour laquelle, il faut bien le dire, les temps étaient venus, cette grande réforme ne s'effectua que parce qu'il affirma hardiment ce que l'on soupçonnait depuis longtemps, à savoir que la science de Galien et celle d'Avicenne n'étaient pas infaillibles et que l'Observation et l'Expérimentation étaient supérieures à tous les écrits des médecins de l'antiquité, même des plus grands.

Pour la première fois, depuis des siècles, on voyait un homme se dresser contre le principe d'autorité érigé en dogme scientifique, pour la première fois on voyait un esprit indépendant refuser de jurer *in verba magistri*. Ce fut là, Messieurs, le véritable mérite de Paracelse et c'est à juste titre que nous devons voir en lui un des grands réformateurs de la médecine.

Alors, apparut une période grande et féconde,

la Renaissance. En anatomie, Vésale le Bruxellois renverse l'autorité de Galien qui faisait loi jusqu'alors, et crée une école anatomique dite *italienne* illustrée par Eustache, Fallope et Colombo. A ce moment se produit un remarquable développement de la chirurgie qui, jusque-là délaissée par les médecins, n'était guère qu'entre les mains des barbiers et des rebouteurs. C'est en effet l'époque où Ambroise Paré, rompant avec les errements de ses devanciers, posait les bases de la chirurgie moderne.

Dans cette première partie du XVIᵉ siècle, deux branches de la médecine prennent un essor particulièrement important : l'*obstétrique* par le traité d'Eucharius Röslin, qui, bien que n'étant qu'une compilation des œuvres des médecins anciens, est cependant le premier ouvrage d'obstétrique proprement dite; et la *médecine légale*. Cette dernière, en effet, acquiert droit de cité en 1533, date à laquelle est publié le code pénal de Charles V (*Constitutio criminalis Carolina*). Cette publication marque une époque; c'est de là que date pour les juges la nécessité d'une médecine légale et c'est de ce jour que celle-ci se développe comme science indépendante.

Le XVIᵉ et le commencement du XVIIᵉ siècles furent en médecine comme dans les autres sciences particulièrement riches en découvertes. En 1619, Harvey montre la circulation du sang, découverte qui devait être d'une importance capitale en physiologie et dont la répercussion en pathologie fut si considérable. La médecine galéno-arabe en fut profondément ébranlée et de nouvelles théories surgirent, réformant chacune à leur manière la physiologie, la pathologie et la thérapeutique. Ces théories et ces systèmes, dont la plupart n'ont guère aujourd'hui qu'un intérêt purement historique, il me reste à vous les exposer.

Chimico-théosophique et par conséquent teinté de mysticisme fut le système de Van Helmont. A beaucoup d'égards il dérive de celui de Paracelse avec lequel il a de grandes affinités. Mais il en diffère par une ordonnance plus claire et une base scientifique plus sérieuse. Van Helmont en effet réunit en un seul les esprits de tous ordres qu'admettait Paracelse et en fait une sorte de force vitale propre à chaque être organisé. Cette force, c'est la *force séminale* ou *archée*, qui agit sur la matière, c'est-à-dire sur l'élément corporel. « L'archée et la matière, dit Van Helmont, sont deux causes qui ne peuvent agir l'une sans l'autre, et toutes deux ensemble forment l'être concret. »

Avec Sylvius de la Boë on voit s'édifier un tout autre système. Ici c'est la chimie pure ou plutôt la *chimiâtrie* qui est seule en cause. Il n'y a plus de force vitale, plus d'archée. Toute physiologie et partant toute pathologie sont produites par l'antithèse de l'alcali et de l'acide. On croyait pouvoir tout expliquer, et sans le secours d'un principe supérieur de vie, par de simples réactions chimiques. Le système chimiatrique de Sylvius exerça une grande influence sur la médecine de cette époque.

A la fin du XVIIᵉ siècle, l'Italien Borelli édifia un système tout à fait opposé à celui de Sylvius et n'ayant de commun avec la chimiâtrie que le rejet de toute espèce de principe vital supérieur. Là où Sylvius ne voyait que la résulante d'actions chimiques, Borelli n'apercevait que l'effet de causes mécaniques. C'est le système connu dans l'histoire sous le nom d'*iatro-mécanisme*. Son succès fut dû à plusieurs causes : à la découverte de la circulation du sang, aux idées de Descartes dont les opinions sont empreintes d'iatro-mécanisme, à la faiblesse de la théorie chimiatrique de Sylvius. C'est surtout en Italie, en Angleterre et en Allemagne que se répandit l'iatro-mécanisme, tandis qu'en France et en Hollande, la chimiâtrie de Sylvius comptait de nombreux adeptes.

Mais, Messieurs, si ces systèmes ou pour mieux dire ces théories étaient acceptés par les écoles de tel ou tel pays, il y avait cependant à la fin du XVIIᵉ siècle, quelques hommes qui se rendaient un compte véritable des problèmes que soulevait l'étude de la médecine et qui estimaient que ce n'était pas dans des théories spéculatives ou dans des systèmes fermés qu'il fallait en chercher la solution, mais bien dans la simple et pure observation des faits, c'est-à-dire dans le livre de la nature. Parmi ces hommes et au premier rang d'entre eux, il faut citer le chancelier anglais François Bacon, baron de Verulam, qui démontra combien était nul l'esprit de système dans les sciences d'observation et d'expérience et combien il était nécessaire de revenir à l'observation et à la froide induction. Les idées de Bacon (lequel peut être regardé comme le réformateur des sciences, comme l'un des fondateurs de la méthode expérimentale) trouvèrent en Sydenham un disciple convaincu. Le médecin anglais étudia l'évolution des maladies, en particulier les épidémies, la goutte, les névroses. Ce fut un observateur attentif et clairvoyant, accordant peu d'importance aux hypothèses si ce n'est en thérapeutique. Clinicien de premier ordre, les descriptions pathologiques qu'il a laissées sont toutes des plus remarquables. L'œuvre de Sydenham, en un mot, constitue un véritable retour à la tradition hippocratique, en ce qu'elle a de meilleur.

Au commencement du XVIIIᵉ siècle, l'insuffisance de la chimiâtrie et de l'iatro-mécanisme dans l'interprétation des phénomènes biologiques se faisait de plus en plus sentir, et de toutes parts on cherchait à les expliquer par l'existence d'un principe plus élevé ; c'est alors que se greffèrent sur l'iatro-mécanisme les *Écoles* dites *dynamiques* de Hoffmann et de Stahl qui, dès le début, évoluèrent dans deux directions différentes.

Hoffmann, tout en expliquant les phénomènes de la vie par des principes d'ordre mécanique, rejetait cependant les formules algébriques des iatro-mécaniciens et admettait l'existence d'un principe supérieur de vie, d'une espèce de force vitale, sans toutefois se prononcer sur sa nature.

Stahl, par contre, fut le promoteur de l'*Animisme*, théorie vivement combattue par Boerhaave et par Hoffmann. Elle n'eut ni le développement, ni la portée de celle de ce dernier, laquelle constitua plus ou moins la base de tous les systèmes dynamiques développés par la suite. En effet, admettre avec Hoffmann l'existence d'un principe vital supérieur, tout en se basant sur les lois de la mécanique et de la chimie pour expliquer les phénomènes vitaux, fut longtemps l'idée directrice de toute physiologie, tandis que chercher, à l'exemple de Stahl, l'existence de ce principe supérieur en dehors du corps, créer pour ainsi dire une âme immatérielle, c'était là une conception par trop hypothétique pour pouvoir se généraliser. L'animisme de Stahl fut par la suite modifié par l'École de Montpellier. Bordeu, Fouquet, Barthez, ne pouvant admettre l'intervention de l'âme dans la production des actes physiologiques ou pathologiques, cherchèrent une autre solution du problème. Considérant chaque tissu et chaque organe comme étant doués d'une vie particulière, dont l'ensemble constituait la vie générale, l'Ecole de Montpellier érigea en système *la théorie vitaliste*.

* *

Si nous jetons un coup d'œil sur les idées médicales qui dominaient au XVIIIᵉ siècle, nous voyons que, d'une manière générale, on admettait que la plupart des maladies avaient leur origine dans les humeurs, et que les solides, c'est-à-dire les tissus, les organes, ne souffraient que lorsque ces humeurs étaient altérées. Ce fut la théorie de l'*Humorisme*, la pathologie humorale, théorie ou système qui avait aux yeux des médecins d'autant plus de succès, que les discussions des iatro-mécaniciens avaient eu peu d'utilité pour tout ce qui avait trait à la pratique médicale proprement dite, et, en outre, parce que Stahl, Hoffmann et Boerhaave étaient à la fois des chimistes et des médecins praticiens. Du reste, Messieurs, l'humorisme n'était qu'un retour à des idées anciennes, car, dès les temps les plus reculés, on vit attribuer aux altérations des humeurs un rôle prépondérant dans la genèse des maladies. Hippocrate y insistait déjà et Galien affirmait que, sous l'influence des différentes causes morbifiques, il se fait une altération des humeurs et des solides du corps, et que cette altération est primitive dans les humeurs, secondaire dans les tissus.

Vers le milieu du XVIIIᵉ siècle, apparut un homme dont les travaux eurent un grand retentissement; ce fut Albert de Haller. A la fois poète et botaniste, anatomiste et littérateur, il remania complètement la physiologie par sa découverte de l'irritabilité musculaire, qu'il démontra être la propriété même des tissus. Lui aussi peut être rangé parmi les disciples d'Hoffmann, dont il ne s'écarte toutefois qu'en cherchant à déterminer, d'une manière plus exacte, la nature du principe vital. Les travaux de Haller, en particulier ceux qui avaient trait aux rapports existant entre les nerfs et l'excitabilité musculaire, attirèrent fortement l'attention des observateurs de l'époque et devinrent bientôt la base d'un nouveau système en médecine, le *Solidisme*, dont le fondateur fut Cullen, et auquel se rallièrent laplupart des médecins du temps, et cela d'autant plus facilement que la pathologie purement humorale devenait de plus en plus insuffisante. Cullen, réagissant contre les doctrines humorales et mécaniques régnantes, admit que presque toutes les maladies étaient la conséquence d'une affection du système nerveux agissant sur les puissances motrices, tout en reconnaissant cependant, jusqu'à un certain degré, l'influence de causes mécaniques et humorales, car il admettait que les fièvres éruptives dépendaient d'un ferment contagieux. Quant à la fièvre elle-même, et en particulier aux fièvres continues, intermittentes ou inflammatoires, il les regardait, avec Hoffmann, comme produites par un état spécial de spasme et d'atonie alternatifs du cœur ou des petits vaisseaux.

Si Cullen avait fait consister la base du solidisme dans l'action exercée par le système nerveux sur toutes les parties du corps, l'Ecossais John Brown édifia une théorie qui devait avoir un grand retentissement. Brown admit que la vie était la conséquence d'incitations extérieures ou stimulante, agissant sur l'incitabilité intérieure du corps siégeant dans la moelle épinière et le tissu musculaire. La santé et la maladie ne dépendaient, d'après lui, que de la variabilité des rapports existant entre l'incitabilité du corps et les stimulants. Il divisait les maladies en deux grandes classes : les sthéniques, qui tiennent à un excès des stimulants, et les asthéniques, qui dépendent d'un affaiblissement de ces stimulants.

Brown désignait sous le nom d'opportunité morbide un état du corps voisin de la maladie, mais qui ne s'écarte pas tellement de la santé qu'il n'y ressemble encore. Cette doctrine, connue sous le nom de *Système brownien*, de *Brownisme*, eut un succès considérable dans toute l'Europe, surtout en Allemagne et en Italie. Dans ce dernier pays, elle inspira les travaux de Rasori qui, tout en modifiant le système de Brown, lui emprunta l'idée d'une division morbide assez analogue, basée sur l'anatomie pathologique de l'inflammation, et qui le conduisit à introduire en thérapeutique la doctrine des stimulants et des contre-stimulants. Plus tard, au commencement du siècle dernier, Broussais combattit, on sait avec quelle énergie, les idées de Brown et de Rasori, et, s'appuyant sur l'anatomie pathologique et sur la physiologie, ne vit dans les maladies que des troubles matériels de la circulation, auxquels il donna le nom d'inflammations, de phlegmasies, et qui devaient être traités par les antiphlogistiques.

Au XVIIIᵉ siècle, les médecins étaient partagés entre le solidisme et l'animisme, et ici, comme

dans les siècles précédents, on est frappé de voir combien la routine et l'esprit de système s'opposaient aux progrès de la médecine. On en est d'autant plus étonné que dans d'autres sciences, en particulier en histoire naturelle et en physiologie, Réaumur, Buffon, Spallanzani, John Hunter avaient montré ce que l'on pouvait obtenir par l'observation et l'expérimentation. C'est alors que parut Morgagni, le réformateur de l'anatomie pathologique. Jusqu'à lui cette science n'existait guère que de nom, et pour la première fois on vit un observateur rompre avec les errements de son temps pour étudier avec une précision inconnue jusque-là les lésions des organes. Ce fut là un premier coup porté aux doctrines purement humorales. Le grand mérite de Morgagni consiste en outre dans ce fait qu'il a montré que les nécropsies ne peuvent être vraiment utiles que si on compare les lésions cadavériques avec les symptômes observés pendant la vie. C'est là une tradition qui, par la suite, fut particulièrement suivie en France et en Angleterre.

Vers la fin du XVIIIe siècle, les progrès effectués dans le domaine des sciences expérimentales eurent sur la médecine une influence des plus heureuses.

C'est à cette époque, en effet, que Lavoisier créait la Chimie moderne par ses célèbres expériences sur le phlogistique, qu'E. Geoffroy Saint-Hilaire et Lamarck posaient les premières bases du Transformisme, que Vicq d'Azyr et Cuvier fondaient, l'un l'Anatomie comparée, l'autre la Paléontologie, que Galvani découvrait l'électricité neuro-musculaire. C'est le moment aussi où Kant introduisait en science la philosophie critique. Cette période fut la dernière qui vit apparaître un nouveau système, la *Philosophie de la nature* de Schelling, système qui se développa en Allemagne et qui partait de ce principe que l'on pouvait décrire *a priori*, comme une émanation de l'absolu, toutes les idées relatives aux diverses sciences. Cette voie fut vite abandonnée, et on revint à une sorte d'empirisme mitigé, raisonné, dirai-je volontiers.

C'est la voie que nous suivons depuis un siècle, c'est la seule vraie, la seule féconde, car elle repose sur l'observation et l'expérimentation appuyées sur la libre critique.

La fin du XVIIIe et le commencement du XIXe siècles furent marqués en médecine par une série de découvertes qui transformèrent véritablement notre science en lui donnant un degré de précision inconnu jusque-là, et c'est de notre pays que partit le mouvement qui devait par la suite s'étendre à l'Europe entière. Deux hommes brillent alors au premier rang, Bichat et Laënnec.

En fondant l'anatomie générale, Bichat ne se contenta pas comme ses prédécesseurs, Swammerdam Malpighi, Loewenhoeck, d'étudier les organes les uns après les autres en tant qu'individualités distinctes ; en créant « la science des parties similaires », il montra que le corps humain est composé de « tissus simples qui par leurs combinaisons forment les organes », et que chaque organe est habituellement composé de plusieurs tissus. C'est ainsi que fut fondée l'histologie ou science des tissus, qui par la suite et grâce aux perfectionnements successifs du microscope devait acquérir un si grand développement. En montrant que les tissus — musculaire, séreux, muqueux, etc., — se différencient les uns des autres non seulement au point de vue économique, mais encore au point de vue physiologique comme au point de vue pathologique, en montrant que la lésion primitive ne porte pas sur l'organe en entier, mais sur l'un de ses tissus constitutifs, Bichat fonda encore l'anatomie pathologique générale. Bichat enfin fut un des rénovateurs de la physiologie ; et trouvant insuffisantes les idées animistes de Stahl et celles de l'Ecole de Montpellier pour l'interprétation des phénomènes biologiques, il chercha à expliquer les phénomènes vitaux par des propriétés spéciales de la matière dans laquelle ils s'effectuaient.

En clinique, le perfectionnement des moyens d'exploration permit, dans la première partie du siècle dernier, d'amener le diagnostic à un degré de précision inconnu jusqu'alors. Avenbrugger avait découvert la percussion et Corvisart qui fut le premier professeur de clinique médicale de notre Faculté, avait vulgarisé et développé sa méthode et montré tout le parti qu'on pouvait en tirer pour le diagnostic. C'est alors qu'en 1819, Laënnec inventa par l'auscultation la stéthoscopie, — c'est-à-dire la méthode permettant de connaître par l'oreille les troubles organiques et fonctionnels déterminés par les maladies des poumons, du cœur et des vaisseaux — découverte admirable que son génial auteur amena d'emblée à la perfection, car, Messieurs, ce que l'on a ajouté à l'œuvre de Laënnec depuis tantôt un siècle est, en réalité, peu considérable. L'œuvre de Laënnec est encore admirable non seulement par la révolution qu'il a opérée en clinique, mais encore par l'impulsion considérable qu'il donna à l'anatomie pathologique. En rapprochant, à l'exemple de Morgagni, les lésions trouvées après la mort des symptômes observés pendant la vie. Laënnec fut le véritable créateur de la Méthode Anatomo-clinique, continuée depuis par Louis, Andral, Cruveilhier, Charcot, Vulpian, et à laquelle sont dues les plus belles découvertes médicales du XIXe siècle.

Vers la même époque, les travaux des physiologistes attirèrent enfin l'attention des médecins. Magendie et Flourens donnèrent à la physiologie expérimentale une portée inconnue jusque-là. Cette science devait bientôt être illustrée et personnifiée par Claude Bernard, qui exerça sur la médecine une influence considérable. Par ses recherches physiologiques, Claude Bernard a inspiré d'innombrables travaux de pathologie. Par ses travaux sur les glycosuries, les congestions, l'inflammation, la fièvre, etc., il a montré aux médecins la route qu'ils devaient suivre et on peut dire qu'il transforma sur bien des points la base scientifique de la médecine. En pathologie expérimentale, Claude Bernard fut suivi par Vulpian, un des maîtres de la thérapeutique expérimentale, et par Brown-Sequard dont les travaux sur les sécrétions internes devaient avoir plus tard une si grande importance et un si grand retentissement, puisqu'ils devaient être les assises sur lesquelles allait s'édifier toute une médication nouvelle : l'opothérapie.

Vers le milieu du siècle dernier, les maladies des organes étaient fort bien connues et dans leurs symptômes et dans leurs lésions ; les applications du microscope avaient permis de pousser plus à fond l'étude de ces dernières et l'histologie pathologique était en voie de développement. En 1838, Schwann avait montré que les tissus animaux et végétaux étaient composés de cellules. Virchow, appliquant à la pathologie les idées de Schwann, fit pour les tissus ce que Bichat avait fait pour les organes, et transportant aux cellules les recherches que l'on faisait avant lui sur les organes et sur les tissus, il créa la *Pathologie cellulaire*, entrevue déjà en 1845 par Goodsir, œuvre immense et qui exerça une influence considérable sur les idées de son temps.

Mais, si l'histologie pathologique, si la théorie cellulaire nous permettaient de localiser les lésions des maladies avec une précision inconnue de nos devanciers, si toute l'anatomie pathologique se réduisait en dernière analyse à l'étude des changements morphologiques de la cellule, la pathologie cellulaire, pas plus du reste que l'anatomie pathologique macroscopique d'autrefois, ne nous renseignait sur la nature des maladies, sur leur étiologie, leur pathogénie, leur prophylaxie. En effet, après avoir cru pendant longtemps que la lésion était la maladie, on ne tarda pas à voir qu'il n'y avait pas de lésion cellulaire caractéristique, spécifique de telle ou telle affection. La cause intime des maladies continuait à nous échapper et on s'ingéniait à la chercher dans des modifications de l'irritabilité ou dans l'inflammation des tissus, quand on ne se contentait pas d'explications plus obscures encore, telle que celle de la spontanéité morbide. Longtemps on piétina sur place et lorsqu'on relit les discussions sans fin d'il y a quelque trente ans, sur la nature de certaines maladies, de la tuberculose en particulier, on se demande parfois si nos prédécesseurs n'étaient pas en train de ressusciter une de ces périodes de l'histoire de la médecine dont je vous parlais tout à l'heure, et dans lesquelles la scolastique tenait lieu et place de l'observation. Et cependant, à cette époque et dans des expériences à jamais célèbres, Villemin avait montré, qu'au dogme de l'hérédité de la tuberculose, il fallait substituer les notions de transmissibilité et de contagiosité, avec leurs conséquences, à savoir les mesures de prophylaxie.

Pendant ce temps, Messieurs, un chimiste étudiait les fermentations. Etranger à la médecine, il faisait à lui seul pour notre science et pour l'humanité autant qu'avaient su faire les médecins pendant la longue série des siècles.

Pasteur montra que la maladie n'était pas en nous, mais bien hors de nous, prouvant ainsi la vérité de l'aphorisme ancien : *Morborum causa externa, morbus corporis reactio*. La découverte des microbes pathogènes par Pasteur et son Ecole constitue une révolution sans précédent en médecine, révolution d'où dérive la théorie moderne de l'infection, de la contagion, de l'immunité. De là dérivent encore les merveilleuses découvertes que vous savez, les vaccinations et la sérothérapie.

Telle est, Messieurs, l'œuvre grandiose qui marque en médecine la fin du XIXe siècle ; et lorsque dans la suite des temps on fera l'histoire des hommes qui ont illustré notre science et ont été des bienfaiteurs de l'humanité, un nom brillera toujours au premier rang, celui de Pasteur.

Mais, si toute maladie infectieuse procède de l'action d'un microbe pathogène, il ne faut pas oublier que cette action est très variable d'un sujet à l'autre, et cela parce que l'organisme se défend plus ou moins contre l'agent infectieux. On peut dire, en effet, tant vaut le terrain, tant vaut la culture. En outre, si la très grande majorité des maladies relèvent d'une infection microbienne, il en est d'autres dont la pathogénie est différente. Nous savons aujourd'hui, par les travaux du professeur Bouchard, que les cellules de l'économie sécrètent à l'état normal des substances toxiques qui, tantôt retenues dans l'organisme, tantôt produites en excès, déterminent des modifications dans les fonctions et dans la texture des tissus, et c'est ainsi qu'il faut comprendre le rôle que joue l'intoxication dans les maladies relevant de troubles de la nutrition. Du reste, on tend de plus en plus à admettre actuellement que les diathèses ne sont que des affections humorales, et cette idée est encore appuyée par la découverte due au professeur Armand Gautier, des leucomaïnes et des protéides toxiques. Enfin, il est aujourd'hui reconnu que le microbe n'agit que par les poisons solubles qu'il sécrète et que, somme toute, l'infection n'est autre chose qu'une intoxication. De cette lutte entre le microbe et l'organisme résultent des propriétés nouvelles des tissus qui nous conduisent aujourd'hui à entrevoir le mécanisme de l'immunité, et c'est dans cette voie, inaugurée en France par Metchnikoff, que sont engagés aujourd'hui tant de chercheurs. C'est ainsi que la chimie et la physiologie pathologique nous ramènent peu à peu dans les voies de l'humorisme, doctrine qui, à l'heure actuelle, tend de nouveau à prédominer en médecine.

Si maintenant, Messieurs, nous jetons un coup d'œil rapide sur les grandes périodes par lesquelles a passé notre science, nous voyons qu'après avoir été théocratique, puis métaphysique, la médecine est entrée depuis un siècle

dans la voie véritablement scientifique, seule voie qui permette de ne pas s'égarer dans les systèmes et dans les hypothèses.

Aujourd'hui, les vieilles divisions scolastiques de solidistes, d'humoristes, d'animistes, de vitalistes ont pour ainsi dire complètement disparu. L'ancien solidisme est devenu l'histologisme, et le chimisme d'aujourd'hui représente l'humorisme d'autrefois. Ces résultats, nous les devons à l'observation et à l'expérimentation, mais nous les devons surtout à l'évolution de l'esprit humain, qui, se dégageant progresivement de l'esprit d'autorité érigé en dogme scientifique, est arrivé à ne plus connaître d'entraves dans son ardent désir d'arriver à la connaissance de la vérité.

* * *

Messieurs, je viens de retracer rapidement devant vous les grandes étapes par lesquelles a passé la médecine depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Ce résumé est, en quelque sorte, une chronologie de l'histoire des connaissances médicales.

Voyons maintenant en quoi consiste l'histoire de la médecine proprement dite. Tout d'abord, qu'est-ce que l'histoire considérée d'une manière générale? « C'est, dit Littré, le récit des faits, des événements relatifs aux peuples en particulier et à l'humanité en général. » On peut appliquer cette définition à l'histoire de la médecine et dire, que cette dernière consiste dans le récit des grandes périodes ou doctrines par lesquelles a passé la médecine et, partant, dans l'histoire de l'évolution de cette dernière depuis l'antiquité jusqu'à aujourd'hui.

Cette histoire ne comprend exclusivement ni l'énumération des découvertes médicales, ni l'exposé des doctrines ou des systèmes, ni la biographie des hommes qui ont illustré notre science, ni l'influence exercée par leurs travaux sur les connaissances de leur époque, pas plus que l'histoire générale de l'humanité ne consiste dans la chronologie, dans la description des batailles qui ont décidé du sort des empires, dans la biographie des souverains, des hommes d'Etat ou des guerriers célèbres, dans l'étude des idées politiques, sociales ou religieuses de telle ou telle époque. Ce sont là autant d'éléments qui, par leur réunion, constituent l'histoire proprement dite, mais qui n'ont de valeur au point de vue historique, que par l'ordonnance philosophique et par les connexions de ces différents faits entre eux.

Ainsi que vous le voyez, Messieurs, le domaine de l'histoire de la médecine est aussi vaste que celui de l'histoire générale de l'humanité. Si le labeur est considérable, voyons maintenant comment on peut comprendre cet enseignement.

Il y a bien des manières d'enseigner l'histoire de la médecine. La plus ancienne, la plus communément en usage, consiste à faire l'histoire des doctrines et à passer en revue les théories médicales depuis Hippocrate jusqu'à Pasteur. Cette méthode présente des côtés séduisants. Elle est conforme à la tradition, d'un emploi relativement facile, car les documents sont nombreux et elle est surtout affaire d'érudition.

Une autre méthode consiste à étudier dans le cours des âges la biographie des médecins célèbres, à montrer l'influence qu'ils ont exercée sur les idées de leur temps et par conséquent le progrès qu'ils ont apporté dans le domaine de nos connaissances. C'est l'histoire des Pères de la médecine.

On peut encore étudier l'histoire de la médecine à telle ou telle époque, l'antiquité, le moyen âge, la Renaissance, le XIXe siècle.

On peut enfin employer un autre procédé, faire l'histoire des découvertes médicales, ce qui revient à faire l'histoire des méthodes d'observation ou d'expérimentation employées en médecine et à montrer qu'ici, comme dans toutes les branches de l'activité scientifique, chaque progrès dans la marche de nos connaissances a été la conséquence d'une nouvelle méthode. La genèse et le rôle des méthodes et des techniques dans les progrès de la science médicale et dans ses applications à l'art de guérir, voilà, Messieurs, ce que vous apprendra l'histoire de la médecine.

Isolés ou mélangés entre eux, ces différents procédés d'enseigner l'histoire de la médecine peuvent être indifféremment employés. L'histoire des doctrines est des plus attrayantes, parce qu'elle est doublée de l'histoire des connaissances philosophiques de l'époque ; l'histoire des biographies est intéressante, parce qu'elle permet de dégager la personnalité d'un homme et qu'elle peut être relevée par le côté anecdotique. L'histoire de la médecine, envisagée par périodes, présente de l'intérêt parce qu'elle est plus ou moins intimement liée à l'état politique, social et religieux d'une époque. L'histoire des découvertes, enfin, a de grands attraits, car elle nous fait assister au perfectionnement progressif des méthodes employées pour arriver à la connaissance de la vérité.

Mais il est encore une autre manière d'envisager l'histoire de la médecine, c'est de faire l'histoire des maladies. C'est là il me semble le côté véritablement pratique de cet enseignement. Ce qu'il importe d'enseigner à l'élève qui est sur les bancs de l'Ecole, c'est surtout selon moi l'histoire des maladies et de lui montrer comment se sont constituées de siècle en siècle nos connaissances à cet égard. Du reste, en faisant l'histoire des maladies, on touche forcément à toutes les parties constituantes de l'histoire de la médecine, systèmes médicaux et philosophiques, biographies, analyse et critique des méthodes, bibliographie.

Telle est, Messieurs, la manière dont je comprends l'enseignement dont j'assume aujourd'hui la belle et lourde charge. Je me propose de vous montrer comment se sont formées, à travers les âges, les notions que nous possédons actuellement sur les maladies. Dans le succinct exposé historique que je viens de vous faire, vous avez pu voir que la médecine n'avait pas progressé uniquement par elle-même, mais que ses progrès avaient marché parallèlement avec ceux des autres sciences, l'anatomie, la physiologie, l'histologie, la pathologie expérimentale et comparée, les sciences physico-chimiques. Aussi, me paraît-il nécessaire de vous enseigner le développement de ces sciences dans leurs applications médicales.

Le cours de cette année, Messieurs, sera consacré à l'histoire du système nerveux central et de ses maladies. Ce sera une étude rétrospective de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie cérébrales, du névraxe et en particulier de l'encéphale. Il n'est pas d'organe dont l'étude à l'état normal comme à l'état pathologique soit plus curieuse, plus passionnante. Vous verrez comment s'est constituée par la suite des temps la doctrine actuelle de la structure et des fonctions du cerveau. Vous verrez aussi combien ont été nuls les progrès dans ce domaine pendant la longue série de siècles où on se bornait à discuter au lieu d'observer et d'expérimenter. Les fonctions du cerveau, certes, sont loin d'être complètement connues, et l'avenir nous réserve plus d'une surprise dans ce domaine, mais ce que nous en savons repose sur les bases inébranlables qui servent d'assises à toutes les sciences biologiques, l'Observation et l'Expérimentation.

Ici, Messieurs, comme dans bien d'autres organes, c'est à la Méthode Anatomo-clinique que nous devons nos plus belles acquisitions, et, sans vouloir diminuer en rien le mérite des travaux qui nous sont venus de l'Etranger, il n'est que juste de reconnaître que c'est à l'Ecole française que sont dues les plus grandes découvertes dans cette branche de la médecine.

Vieille de moins d'un siècle, la Neuropathologie a été construite et cimentée du labeur de cette pléiade de savants qui se nomment Pinel, Esquirol, Parchappe, Magendie, Ollivier (d'Angers), Bayle, Baillarger, Morel, Foville, Lallemand, Cruveilhier, Leuret, Gratiolet, Flourens, Luys, C. Bernard, Duchenne (de Boulogne), Broca, Charcot, Vulpian, Brown-Sequard, pour ne citer que les plus illustres, pléiade qui reste l'honneur et la gloire de la science médicale française.

XVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE[1]

Tenu à Paris du 20 au 25 Octobre 1902.

(*Suite et fin*).

Samedi 25 Octobre.

POITRINE

Incision postérieure dans l'empyème. — *M. Moty* (de Paris) préconise l'incision verticale postérieure dans l'empyème. Cette incision, peu oblique, suit autant que possible la direction des fibres du grand dorsal qu'elle traverse; son milieu tombe à un travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate; elle conduit un peu en dedans de l'angle des côtes ; on pénètre ainsi dans la plèvre par le 8e ou mieux le 9e espace en rasant la côte sous-jacente. Avec ce procédé, qui satisfait aux lois de la physiologie pathologique et aux données de l'anatomie topographique, on n'a pas encore observé de fistules persistantes; il est rapide et au moins aussi facile que celui de l'incision latérale, et la cicatrice qu'il laisse n'entraîne pas de gêne appréciable.

Contribution à l'étude des indications et contre-indications de l'opération de Delorme. — *M. Gangolphe* (de Lyon) apporte deux faits d'empyème chronique datant, l'un de trois ans et demi, l'autre de six ans et demi. Décidé à faire l'opération de Delorme, l'auteur ne put la pratiquer à cause de l'épaississement considérable de la paroi thoracique qui s'opposait au renversement du volet thoracique. Il dut donc faire la résection costale ; 11 centimètres de 6 côtes dans le premier cas et 11 centimètres de 4 côtes dans le deuxième cas. Les deux malades guérirent admirablement.

Les faits qu'il a observés et ses lectures permettent à M. Gangolphe d'établir les propositions suivantes :

1° L'opération de Delorme a un avantage immense sur les autres modes d'intervention : c'est de rendre au malade un organe essentiel;

2° Cette opération a l'inconvénient d'être plus difficile et plus grave que la résection costale;

3° Chez les enfants, il est inutile d'y recourir, la simple incision pleurale, ou, au besoin, une résection minime suffisant généralement: le poumon se déplisse et recouvre ses fonctions;

4° Chez l'adulte, le déplissement peut s'observer dans des conditions analogues ; après la suppression du foyer purulent les tissus s'assouplissent et insensiblement le poumon reprend l'amplitude de son jeu ;

5° L'opération de Delorme peut être impossible à pratiquer soit parce que l'on ne peut renverser le volet thoracique sur sa charnière, soit parce que l'on ne peut libérer le poumon des néo-membranes qui l'enserrent ;

6° Quand la décortication a réussi et a donné le déplissement du poumon, on peut craindre que l'organe ne soit enserré ultérieurement dans la cicatrice ; il faudrait, pour empêcher cet échec, d'après Garré, lier le poumon aux mouvements de la paroi thoracique et pour cela être sobre de résections costales et suturer les lèvres de la plèvre décortiquée à l'incision pariétale ;

7° Pour M. Gangolphe, il ne faudrait pas opposer systématiquement l'opération de Letiévant à celle de Delorme, d'abord parce qu'elles ont été plus ou moins combinées par les opérateurs, et ensuite parce que l'avenir nous montrera, il en est convaincu, qu'elles ont chacune leurs indications spéciales ;

8° Malheureusement, l'une et l'autre échouent souvent lorsqu'il s'agit de poumons tuberculeux.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME

La hernie inguinale de la vessie. — *M. Lucas-Championnière* (de Paris), à l'occasion d'un nouveau

1. Voir *La Presse Médicale*, 1902, n° 85, p. 1014; n° 86, p. 1028; n° 87, p. 1038; n° 88, p. 1049, et n° 89, p. 1063.

cas, récemment opéré par lui, de hernie inguinale avec cystocèle chez un homme de cinquante-trois ans, étudie rapidement cette complication assez fréquente des hernies.

Personnellement, il a rencontré 6 fois la vessie dans 900 cures radicales de hernies inguinales. Toujours la vessie herniée était à côté du sac séreux et non dans le sac, difformité qui est infiniment plus rare. Les porteurs de ces hernies n'accusaient d'ailleurs aucun symptôme urinaire.

L'auteur admet que ces cystocèles sont dues à une déformation originelle du canal inguinal et de la vessie : quoique tardives, ce sont des hernies congénitales.

Au cours des opérations, on reconnaît la vessie à la masse graisseuse, dure et jaunâtre qui enveloppe la saillie vésicale. Cette notion a permis à M. Lucas-Championnière de diagnostiquer la présence de la vessie herniée et de la réduire sans l'ouvrir. Dans les 3 autres cas, il l'a ouverte et réduite après suture. Cette suture doit être faite à 3 plans, au catgut. L'auteur considère la sonde à demeure comme inutile et dangereuse : il ne fait même pas de cathétérisme et laisse le sujet uriner à son gré s'il n'y a pas rétention.

Ses 6 malades ont guéri sans incident et sont restés guéris.

M. Picqué (de Paris). A côté de la variété de cystocèle inguinale signalée par M. Lucas-Championnière, et qui consiste dans la hernie de la vessie à côté d'une hernie de l'intestin, il existe deux autres variétés de cystocèle : dans l'une, la hernie vésicale est encore sous-péritonéale, mais elle n'est accompagnée d'aucun sac péritonéal ; dans l'autre, la vessie, recouverte de son feuillet séreux « pique une tête » dans un sac herniaire préexistant.

Quant à la pathogénie de ces trois variétés de cystocèle inguinale, M. Picqué pense que la première est due le plus souvent à la traction exercée sur le sac au cours de l'opération de la cure radicale, et que la seconde et la troisième peuvent s'expliquer facilement par le glissement sous-péritonal d'une vessie flasque et distendue, ou par sa précipitation dans un sac déshabité.

Pour le traitement, M. Picqué est partisan de la réduction pure et simple de la vessie dans la cavité abdominale et il repousse absolument la résection qu'ont préconisée certains auteurs.

Sur le traitement de l'anurie calculeuse. — *M. Demons* (de Bordeaux) rappelle qu'il a été le premier, avec Pousson, à préconiser et à pratiquer la néphrotomie dans les cas d'anurie calculeuse. Aujourd'hui il affirme avec plus de force encore que c'est là le seul traitement efficace de cette grave complication. La néphrotomie a, en effet, pour résultat immédiat de réveiller la sécrétion urinaire. Elle offre d'autant plus de chances de succès qu'elle est plus précoce. Elle constitue une opération ni difficile, ni grave. Le choix du côté qui doit être opéré est aisé. Au cours de l'opération, il est facile de juger si les calculs doivent être abandonnés à eux-mêmes ou extraits, enfin s'il y a nécessité ou non d'instituer le drainage du rein.

Sur un cas de torsion du cordon spermatique. — *M. Estor* (de Montpellier). Il s'agit d'une torsion du cordon survenue au cours d'une pachyvaginalite chronique et qui produisit de la stase veineuse dans le parenchyme testiculaire, entraînant à sa suite l'atrophie complète de la glande. Cette atrophie est la règle dans les cas de ce genre ; lorsque tous les éléments du cordon ne sont pas compris dans le tour de spire, l'épididyme reste indemne. Ce volvulus peut donner lieu à des crises successives d'intensité variable.

Méthode rationnelle de castration dans les cas de tumeurs malignes du testicule. — *M. Villar* (de Bordeaux). Cette méthode est appelée « rationnelle » par l'auteur parce qu'elle permet l'ablation large des lésions et des tissus suspects. Une longue incision inguinale permet de sectionner la paroi antérieure du canal inguinal. Puis on décolle le péritoine et l'on va sectionner les éléments du cordon le plus loin possible : le canal déférent dans le petit bassin et les vaisseaux spermatiques dans la région lombaire. Il ne reste plus qu'à extirper les éléments du cordon et le testicule. En détachant ce cordon, on extirpe les ganglions de la fosse iliaque et ceux du canal inguinal que l'auteur a rencontrés deux fois sur le vivant.

Cette méthode permet donc de couper loin de la lésion et d'extirper les ganglions, différant en cela des méthodes classiques qui se contentent de sectionner le cordon au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, ce qui est contraire aux lois générales de la chirurgie du cancer.

Traitement de la tuberculose de l'épididyme et du testicule. — *M. Calot* (de Berck). Dans le traitement de la tuberculose testiculaire, la castration simple n'est pas justifiée, puisque cette tuberculose est toujours consécutive à celle de la prostate et des vésicules séminales ; d'autre part, la castration, complétée par l'extirpation de ces derniers organes, est une opération trop grave. Or, depuis dix ans, M. Calot a pu guérir une vingtaine de cas de tuberculose testiculaire ou épididymaire sans recourir à aucune opération sanglante : même dans les cas les plus graves, avec fistules multiples, les injections de naphtol camphré, aidées, il est vrai, du séjour au bord de la mer, ont toujours amené cette guérison.

Le traitement est conduit un peu différemment suivant qu'on se trouve en présence de l'une des trois formes de tuberculose testiculaire ou épididymaire : fistulisation, suppuration ou simple infiltration. Dans le premier cas, les injections modificatrices sont faites dans les tissus malades tout autour de la fistule. Lorsqu'il y a un abcès fermé, on se conduit comme en présence d'un abcès froid ordinaire ; c'est le cas le plus facile à guérir. Enfin, lorsqu'il se trouve en présence d'une simple infiltration, M. Calot profite de l'hydrocèle qui existe souvent, en faisant des ponctions et injections dans la vaginale, comme dans le cas d'un abcès froid : par ce moyen, il a pu amener la sclérose des parties malades. S'il n'y a pas d'hydrocèle, M. Calot cherche à en provoquer une par des injections dans la vaginale pour continuer ensuite le traitement comme dans le cas précédent ; ou bien encore il fait des injections dans les tissus indurés, comme dans le cas d'adénites cervicales, pour en amener artificiellement la sclérose et le ramollissement. M. Calot ne prend le bistouri que lorsqu'il s'agit de malades qui ne peuvent suivre ce traitement médical, toujours assez long.

Traitement de l'ectopie testiculaire. — *M. Souligoux* (de Paris) décrit un procédé opératoire pour le traitement de l'ectopie testiculaire, dont les deux temps essentiels ont pour but, une fois le cordon parfaitement libéré et le testicule descendu au niveau qu'il doit occuper : 1° de neutraliser la traction que le cordon, du fait de sa rétractilité, a tendance à exercer sur le testicule ; 2° de mettre un obstacle à l'ascension du testicule sous l'influence de la contraction des bourses.

Dans ce but : 1° Le cordon est fixé par quatre points de suture, parallèles deux à deux, au pubis d'un côté, à l'aponévrose des muscles adducteurs de l'autre ; 2° la partie du cordon restée libre au-dessous des points de suture précédents, et dont la longueur atteint encore 3 centimètres, est fixée à son tour par deux points de suture étagés de bas en haut à l'appareil cutané scrotal. Les photographies que présente M. Souligoux montrent que, même après des années, le testicule est resté fixé dans la position où il avait été placé. Quatorze malades opérés de cette façon dans ces quatres dernières années, sont parfaitement guéris.

Fibromes des ovaires et des ligaments larges. — *M. Demons* (de Bordeaux) étudie rapidement un point particulier de l'évolution de ces tumeurs qui affectent souvent cliniquement l'allure de néoplasmes malins : les malades présentent fréquemment de l'ascite, quelquefois de l'œdème des membres inférieurs, des épanchements pleuraux ; l'affaiblissement et l'amaigrissement sont rapides ; bref, il y a là un complexus symptomatique qui fait penser à la cachexie cancéreuse. M. Demons a vu trois femmes qui se présentaient dans ces conditions et que d'autres chirurgiens, d'ailleurs, avaient refusé d'opérer, jugeant leur état trop grave ; or, M. Demons a opéré ces malades et elles ont parfaitement guéri : tous les accidents ont disparu presque immédiatement après l'intervention.

Note sur deux cas de grossesse tubaire avec avortement tubo-abdominal incomplet. — *M. Boursier* (de Bordeaux). La grossesse tubaire engendre le plus souvent l'hématocèle par suite de sa rupture ; mais elle peut aussi se terminer prématurément par avortement, qui est tubo-abdominal ou tubo-utérin, complet ou incomplet. Cet avortement est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croyait il y a quelques années. Orthman en a trouvé 61 cas sur 124 hématocèles. M. Boursier a eu l'occasion d'en observer récemment 2 cas. Dans les 2 cas, le diagnostic exact put être porté avant l'opération, en s'appuyant sur les caractères de l'hématocèle qui se produisit par étapes successives, représentant une véritable hémorragie à répétition ; ce signe est considéré avec raison par tous les auteurs comme caractéristique de l'avortement incomplet. Dans les deux cas, M. Boursier fit la laparotomie et guérit ses deux malades.

Dans l'un des cas, au milieu d'une quantité abondante de sang épanché et de caillots, existait une masse tubaire grosse comme le poing, non rompue, avec un orifice du pavillon béant, contenant dans sa partie ampullaire dilatée une môle noirâtre, à demi décollée, adhérente sur un point, en avant et en dehors ; cette môle renfermait de nombreuses villosités choriales. Dans la deuxième observation, l'abdomen contenait, au milieu de nombreux caillots, un fœtus de 13 centimètres. La trompe droite, grosse comme le poing, non rompue, était distendue par le placenta encore adhérent par places et engagé dans son pavillon dilaté.

Grossesse extra-utérine ; statistique personnelle. — *M. Picqué* (de Paris). La grossesse extra-utérine semble fréquente à l'hôpital Bichat : en dix-huit mois, 23 cas ont été observés par l'auteur, dont 7 hématosalpinx, 1 hématocèle suppurée, 5 grossesses extra-utérines rompues partiellement, 7 inondations péritonéales, 1 hématocèle proprement dite. Les résultats opératoires donnent 20 guérisons et 3 morts : la malade atteinte de pyosalpinx volumineux est morte ; une autre, opérée précédemment dans le service pour un polype gangreneux de l'utérus, a succombé quelques mois plus tard à la cachexie ; enfin est morte également une malade atteinte de pneumonie double au moment de l'opération. Toutes les autres malades ont guéri simplement. M. Picqué insiste sur quelques détails relatifs aux symptômes et au traitement ; la seule voie, pour lui, est la voie abdominale.

Hystérectomie abdominale pour fibromes ; statistique personnelle. — *M. Lafourcade* (de Bayonne) a pratiqué depuis quatre ans 72 hystérectomies abdominales pour fibromes : 6 totales avec 6 guérisons et 66 sus-vaginales avec 62 guérisons et 4 morts dont 2 seulement sont directement imputables à l'opération. Ces insuccès sont survenus dans les débuts de la pratique de l'auteur ; depuis il a pu faire 42 hystérectomies consécutives sans un seul insuccès.

M. Lafourcade ne pense pas que les fibromes utérins doivent être opérés dès que le diagnostic est posé ; il se base pour opérer : sur l'augmentation de volume de la tumeur, sur les phénomènes de compression, sur la gêne, les douleurs, les hémorragies et les troubles de l'état général. Il insiste sur le rôle nuisible que la ménopause joue souvent dans l'évolution des fibromes : les femmes meurent quelquefois à ce moment de complications rénales et cardiaques ou de transformation sarcomateuse de la tumeur.

Double kyste hématique de l'ovaire. — *M. Maire* (de Vichy). Une femme, âgée de cinquante-deux ans, habituellement bien portante, voit ses règles s'arrêter le 2 Mai 1902 ; à partir de ce moment l'abdomen augmente progressivement de volume, la femme accuse de l'ictère, de la dyspnée ; une ponction n'amène que relativement peu de liquide ascitique. Par contre, la laparotomie, faite le 17 Juillet, permet d'enlever un kyste multiloculaire de l'ovaire droit gorgé de sang et pesant 2.450 grammes. *L'ovaire gauche est absolument sain.* — Or, treize jours après cette opération, le ventre redevient volumineux, l'ictère et la dyspnée apparaissent de nouveau ; une deuxième laparotomie est reconnue nécessaire. Elle est faite le 5 Août et permet d'enlever un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, également gorgé de sang rouge et pesant 1 kil. 900. La malade succombe le 7 Septembre.

Cette observation est intéressante par ce fait qu'elle établit qu'un kyste multiloculaire de l'ovaire, à contenu sanguin, et pesant 1900 grammes, peut se former en moins de dix-neuf jours.

CHIRURGIE DES MEMBRES

Les raccourcissements et boiteries consécutifs à la coxalgie ; moyens de les guérir et de les éviter. — *M. Calot* (de Berck). Dans la très grande majorité des cas, en particulier dans tous les cas où il y a eu suppuration, la coxalgie laisse à sa suite des déformations plus ou moins accusées des surfaces articulaires, qui ont comme conséquence des raccourcissements du membre correspondant et des boiteries.

Or, ces raccourcissements et boiteries peuvent être guéris en effaçant le raccourcissement par le redressement et l'ostéotomie cervico-trochantérienne, si la tête est conservée ; par la réduction du trochanter dans le cotyle, si la tête est détruite ou à peu

près, et en fixant ensuite le fémur dans la position de légère abduction où on l'a placé.

Mais, et surtout, ces raccourcissements et boiteries seraient évitables si, dans tous les cas de coxalgies en traitement, dès que le chirurgien a vu qu'il ne pourra pas obtenir la guérison intégrale, il mettait systématiquement la jambe dans une abduction suffisante pour corriger le raccourcissement et cherchait tout aussi systématiquement à provoquer la soudure immobile de la hanche dans cette position. En effet, avec une jambe raide, mais aussi longue et aussi solide que l'autre, et grâce à la mobilité supplémentaire qui se produit chez l'enfant dans les articulations du rachis inférieur, les anciens coxalgiques pourront s'asseoir assez aisément, mais surtout ils ne boiteront plus d'une manière appréciable, tandis que plus des neuf dixièmes des coxalgiques voient survenir des raccourcissements et des boiteries lamentables avec les modes de traitement actuel.

De la tuberculose du pubis. — *M. Ménard* (de Berck), qui a observé cinq cas de tuberculose de pubis et en a recueilli une dizaine d'autres dans la littérature, esquisse le tableau clinique de cette localisation grave et mal connue de la tuberculose.

Les débuts de l'affection sont latents : jusqu'à la formation de l'abcès ou même l'apparition d'une fistule, elle ne se manifeste d'ordinaire par aucun signe apparent. Abcès et fistules occupent deux sièges de prédilection : la région inguinale et la région hypogastrique. Ce dernier est très difficile à diagnostiquer et on le prend le plus souvent pour un fibrome de la paroi ou une hernie musculaire. L'abcès inguinal s'accompagne souvent de troubles du côté de la hanche qui peuvent simuler une coxalgie ; à l'abcès succède généralement, soit après ouverture spontanée, soit après incision, une fistule. Parfois la fistulisation peut se faire au loin dans le voisinage de la hanche et de l'anus ; c'est dans ces cas surtout qu'on est porté à songer à la coxalgie, car le malade souffre du côté de sa hanche et présente une boiterie plus ou moins accentuée dans le membre correspondant ; il suffira cependant, pour élucider la chose, d'explorer les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction du membre, qui, dans la tuberculose du pubis seront toujours complets. Fait curieux : les troubles vésicaux sont exceptionnels (incontinence d'urine, cystite).

Le diagnostic sera le plus souvent facile ; il suffira d'explorer le trajet fistuleux pour trouver au bout la partie d'os dénudée qui fixera l'origine du mal.

Le traitement est des plus simples : incision de l'abcès, suivant l'incision de la fistule quand il y a lieu, curettage et ablation des séquestres. Tous les malades opérés convenablement ont guéri sans boiterie.

Volumineux anévrisme poplité. Extirpation. — *M. J. Vanverts* (de Lille) a observé un cas d'anévrisme poplité volumineux, ayant envoyé en avant et en dedans un énorme prolongement. La portion poplitée de la poche fut enlevée, la portion antéro-interne fut laissée et drainée. La veine poplitée, qui était atrophiée et englobée dans la paroi du sac, dut être réséquée dans toute son étendue ; cette résection n'amena aucun trouble de circulation.

Pour éviter les troubles nerveux qui auraient pu résulter du contact du nerf asiatique poplité interne avec le drain, puis avec le pus qui devait fatalement se former, M. Vanverts crut bon d'isoler le tronc nerveux sous une couche de tissu cellulaire. Guérison complète.

Des résultats dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode non sanglante. — *M. Ducroquet* (de Paris). L'auteur montre que la réduction peut être obtenue à un âge assez élevé : seize ans dans un cas. L'âge de prédilection est de sept à neuf ans. Le traitement varie suivant le cas. Voici les deux méthodes de traitement préconisées par M. Ducroquet :

Dans les cas difficiles, il utilise, comme moyen de réduction de la tête dans le cotyle, la rétraction capsulaire ; il démontre la nécessité d'obtenir une équivalence de rétraction entre la partie antérieure de la capsule et la partie postérieure. Dans les cas bons et moyens, il utilise comme facteur de rétention la tension du fascia lata et, dans ce cas, le traitement n'a souvent duré que deux mois.

Pour arriver à ces résultats, il faut des appareils d'une perfection extrême. L'auteur présente un appareil articulé en celluloïd, qui lui permet de placer et de fixer la jambe dans n'importe quelle position, et de la ramener, par exemple, progressivement de l'abduction extrême à la position normale. Avec ce seul appareil on peut amener l'enfant à la guérison. M. Ducroquet présente en outre une table spéciale qui lui permet de fixer d'une façon absolue la jambe réduite soit pendant la fabrication de l'appareil plâtré ou la pose de son appareil articulé. Il s'étend ensuite sur la façon de faire la mobilisation lorsque tout appareil est enlevé ; il insiste beaucoup sur le massage du moyen fessier.

M. Ducroquet présente, à l'appui de sa communication, 10 malades sans appareil depuis plus d'une année et dont la marche est absolument normale, à tel point qu'il est impossible de reconnaître à l'œil quel était le côté luxé. La radiographie montre qu'il existe chez tous une réduction anatomique véritable.

De la tumeur blanche sous-astragalienne. — *M. Gangolphe* (de Lyon). L'auteur désigne sous le nom de *tumeur blanche sous-astragalienne* une localisation spéciale de la tuberculose qui, ayant débuté par l'astragale ou le calcanéum, a envahi isolément ou simultanément les articulations sous-astragaliennes antérieure et postérieure. Il suffit de se rappeler quelques notions d'anatomie et de physiologie pour se rendre compte des symptômes cliniques :

La synoviale astragalo-calcanéenne postérieure avoisine les gaines tendineuses rétro-malléolaires externes et internes, d'où envahissement fongueux très fréquent de ces gaines. La synoviale astragalo-calcanéenne antérieure communique avec l'astragalo-scaphoïdienne, d'où bourrelet fongueux rétro-scaphoïdien en pareil cas. Les mouvements de latéralité du pied se passent exclusivement dans la sous-astragalienne, ceux de torsion dans celle-ci et l'astragalo-scaphoïdienne. Dès lors l'envahissement bilatéral des gaines tendineuses rétro-malléolaires, la gêne dans les mouvements de latéralité du pied caractérisent cette affection et la différencient de la tarsalgie, de l'ostéite du calcanéum, des synovites tendineuses. A noter l'adénopathie inguinale fréquente.

Comme traitement, il faut enlever l'astragale chez l'adulte, alors que, chez l'enfant, on peut se contenter de moyens plus simples. On peut résumer les avantages de l'astragalectomie comme suit :

1° Elle ouvre une large voie à l'exploration et aux opérations complémentaires parfois nécessaires sur le calcanéum ou le scaphoïde pour faire une toilette complète ;

2° Elle permet seule un drainage efficace et constitue une voie d'accès longtemps ouverte sur des surfaces susceptibles de devenir le point de départ de récidive ;

3° Elle supprime un os qui peut avoir été le point de départ de la maladie ;

4° Les résultats fonctionnels sont excellents.

Les conclusions sont basées sur une quarantaine d'observations recueillies pendant une période de seize ans.

Mode d'action du redressement manuel du pied bot congénital ; ses effets anatomiques définitifs. — *M. Frœlich* (de Nancy) étudie l'action anatomique définitive du redressement manuel des pieds bots congénitaux en se basant sur deux dissections qu'il a eu l'occasion de faire, l'une d'un enfant de deux mois qui succomba à une broncho-pneumonie huit jours après une seule séance de redressement, l'autre d'une fillette de treize mois qui mourut d'une méningite après guérison complète de ses deux pieds-bots. Les conclusions de son travail sont les suivantes :

En résumé, l'action anatomique du redressement manuel consiste à amener progressivement une luxation de l'avant-pied sur l'arrière-pied au niveau de l'articulation de Chopart. Le redressement est définitif lorsque l'avant-pied reste luxé d'une façon permanente au-dessus et en dehors de l'arrière-pied ; à ce moment le cuboïde s'est placé sur le bord externe du calcanéum et le scaphoïde s'est placé sur le bord externe, devenu supérieur, du col de l'astragale ; cuboïde et scaphoïde ont entraîné dans leur déplacement les cunéiformes et les métatarsiens. Toutes ces luxations sont possibles grâce à l'allongement et à l'arrachement des ligaments en V, du grand ligament interne et des fibres rouges des deux jambiers. Le retour du corps de l'astragale dans la mortaise et la section du tendon d'Achille favorisent ce redressement. La forme même des osselets du tarse n'est que peu modifiée : tout se borne à un changement de direction de leurs facettes articulaires.

En analysant le redressement, on voit :

1° Que l'adduction est guérie par la rupture des jambiers, du ligament en V, et par la luxation du cuboïde sur le bord externe du calcanéum ;

2° Que le varus disparaît grâce à la luxation du cuboïde au-dessus du calcanéum ;

3° Que l'équinisme est détruit par la luxation du scaphoïde au-dessus de l'astragale, par la rentrée partielle de cet os dans la mortaise et par la section du tendon d'Achille.

La morphologie et le fonctionnement des pieds ainsi redressés sont plus satisfaisants qu'après des opérations sanglantes.

Pour arriver à transformer ainsi en un pied normal un pied varus équin, un an est nécessaire. Le nombre de séances de redressement varie de quinze à trente-deux. Le mode de fixation après chaque étape est gradué : successivement simple bande de flanelle, attelle externe de Saint-Germain en tôle, appareil à traction élastique, botte plâtrée, enfin bottine en cuir moulé.

Quant aux pieds bots qui ont marché, M. Frœlich les divise, comme les pieds bots des nourrissons d'ailleurs, en *pieds bots maigres* ou ostéo-tendineux, dont le redressement est obtenu en une seule séance de redressement forcé sous le chloroforme, et *pieds bots gras ou charnus* qu'il opère par la tarsectomie cunéiforme postérieure avec ablation du coin calcanéo-cuboïdien et de l'astragale en entier.

Greffes musculo-tendineuses pour pieds bots d'origine paralytique. — *M. Péraire* (de Paris) a fait actuellement 26 transplantations tendineuses pour pieds bots paralytiques avec des résultats absolument parfaits. Son procédé opératoire est le suivant :

1° Mise à nu des muscles à anastomoser ;

2° Taille ou dédoublement des segments tendineux ; le dédoublement s'effectue en coupant de haut en bas au bistouri un segment tendineux dans le tendon du muscle paralysé, et en agissant de même, mais de bas en haut, sur le muscle sain ;

3° Écartement des deux segments tendineux en haut et en bas avec des pinces de Kocher. Cet écartement met à nu les deux surfaces cruentées des muscles ainsi avivés par dédoublement ;

4° Réunion de ces deux surfaces musculaires ainsi avivées par un surjet ou une suture à points séparés au fil de soie ;

5° Accolement par-dessus des lambeaux tendineux repérés par les pinces et rapprochés l'un de l'autre par deux points de suture en U, une fois les pinces enlevées ;

6° Suture de la plaie cutanée, drainage, pansement aseptique, appareil plâtré.

M. Péraire présente une série de malades chez lesquels on pouvait observer toutes les variétés de pieds bots. On peut facilement se rendre compte qu'il y a eu non seulement correction de la marche et disparition des douleurs, mais encore, chez plusieurs d'entre eux, les déformations du squelette du pied lui-même ne sont plus appréciables à la vue.

De la transplantation des tendons dans les paralysies de la cuisse. — *M. Vulpius* (de Heidelberg). La paralysie du genou ne constitue pas par elle-même une indication opératoire ; mais elle est la preuve d'un trouble fonctionnel considérable. Celui-ci peut se manifester par un relâchement de l'articulation : le traitement de cet état sera mécanique ou opératoire (arthrodèse). Un autre trouble fonctionnel est constitué par la contracture du genou qui a son origine dans la paralysie des muscles extenseurs, alors que les fléchisseurs ont gardé leur vigueur ; le malade marche courbé, la main appuyée sur la cuisse. Or, dans ces cas, la ténotomie simple des fléchisseurs n'a aucune valeur pour la guérison de la paralysie ; beaucoup plus rationnelle est la transplantation des tendons qui transmet la vigueur des fléchisseurs au groupe des extenseurs.

Mais le remplacement opératoire du triceps fémoral par les fléchisseurs et adducteurs est d'une technique extrêmement délicate et qui nécessite de la part du chirurgien une habileté exceptionnelle et surtout une grande pratique. Cependant, lorsqu'on le réussit, on a toutes les chances d'arriver à un résultat complet quant à la fonction : le genou reprend sa capacité d'extension active à mesure que le nouveau muscle se fortifie et s'exerce. Ce traitement peut donner de très bons résultats même dans les cas les plus graves ; mais alors il doit souvent être complété par d'autres opérations. En tout cas, dès aujourd'hui, la transplantation tendineuse dans les paralysies de la cuisse apparaît comme une opération des plus intéressantes et des plus importantes : M. Vulpius l'a pratiquée une vingtaine de fois ; elle entre ainsi pour huit centièmes dans le total de toutes ses transplantations tendineuses effectuées jusqu'à ce jour (300 environ).

Opération d'Ogston pour pied plat valgus invétéré. — *M. Mencière* (de Reims). L'auteur n'admet

pas l'astragalectomie proposée par quelques auteurs, dans ces dernières années, contre le pied plat vulgus douloureux invétéré. L'opération d'Ogston, mais pratiquée largement, et sans chevilles d'ivoire, sera toujours pour lui la méthode de choix. Cette intervention est simple, rapide, efficace, ainsi qu'en fait foi le malade présenté par l'auteur.

On doit prendre grand soin, après l'opération, de pratiquer le moulage de la voûte plantaire et de la maintenir dans une position exagérée par une semelle en staff incorporée dans l'appareil plâtré.

Plus tard, il faudra mobiliser avec les moyens précis fournis par la mécanothérapie.

La réparation anatomique obtenue, il faut songer à la fonction, ce que l'on oublie généralement. Pour l'auteur, l'exercice musculaire est plutôt un exercice cérébral : il y a entre les mouvements musculaires et les centres nerveux des rapports intimes. La marche normale devra être rétablie par un dressage méthodique fixant l'attention du malade et lui faisant retrouver progressivement l'aptitude cérébrale et la force musculaire, qui sont les deux facteurs indispensables d'une marche correcte.

L'auteur décrit sa méthode assez longuement et l'intitule : *La marche à la baguette et au commandement*. Celle-ci peut être exécutée avec ou sans obstacles.

Le dressage méthodique à la marche est indépendant du traitement mécanothérapique; chacun de ces traitements a son utilité propre.

Cals vicieux de l'articulation tibio-tarsienne. — ***M. Paul Delbet*** (de Paris). Ces cals tiennent à l'impossibilité de la réduction et à l'impossibilité de la contention. L'irréductibilité est due : 1° à la contraction musculaire; 2° à l'interposition tendineuse; 3° à certaines variétés rares de fractures.

Pour prévenir ces cals, il faut faire la réduction manuelle, puis, si elle échoue, instrumentale, au besoin l'arthrotomie avec enchevillement.

Quand ils sont constitués, il faut opérer en se donnant comme but la restitution *ad integrum* : 1° commencer par l'ostéotomie du péroné au point fracturé, obliquement en bas et en dedans; 2° faire ensuite une incision longitudinale prémalléolaire interne, dégager et refaire la malléole interne; 3° faire une incision rétro-malléolaire externe et l'ostéotomie verticale du tibia; 4° luxer en dehors le pied et le fragment inférieur du péroné et retailler l'extrémité inférieure du tibia, au besoin en faire la résection modelante. L'avantage de cette technique c'est qu'elle procède du simple au composé et que l'opération peut être arrêtée dès que la réduction est obtenue.

Sur l'amputation inter-scapulo-thoracique dans le traitement des tumeurs malignes de l'omoplate. — ***M. Berger*** (de Paris) rapporte l'observation d'un homme chez lequel il a pratiqué l'amputation interscapulo-thoracique pour un sarcome de l'omoplate. L'amputation elle-même fut facile et faite en quelques minutes : ce qui occasionna le plus de difficultés et de perte de temps, ce fut la ligature préalable des vaisseaux sous-claviers. La résection des muscles grands dentelés, grand dorsal et trapèze jusqu'à leurs racines occasionna également une hémorragie abondante et une hémostase laborieuse. La durée totale de l'opération fut de une heure un quart. Les suites opératoires furent très bonnes, mais, au quatrième jour, on constata, en faisant le pansement, une énorme infiltration sanguine dans l'aisselle et dans le dos; une contre-ouverture amena l'évacuation d'un litre et demi environ d'un liquide séro-sanguin sentant déjà mauvais. Le malade fut emporté par la septicémie quatre jours après. Cette septicémie s'explique aisément par l'étendue du champ opératoire, la difficulté de l'asepsie résultant des fausses manœuvres au cours de l'opération et aussi et surtout par l'énorme suintement post-opératoire; d'où l'importance d'une hémostase parfaite, d'un pansement compressif et surtout très surveillé et fréquemment changé.

M. Berger insiste sur ce point qu'il y a une différence considérable, au point de vue du pronostic, entre l'amputation inter-scapulo-thoracique pour néoplasmes malins de la tête humérale (2 morts seulement sur 46 cas) et cette même opération pratiquée pour tumeurs de l'omoplate (50 pour 100 de mortalité environ). La raison en est que, dans ce dernier cas, on fait l'amputation rapprochée, qui nécessite la résection des muscles jusqu'à leurs racines, d'où la prolongation de l'acte opératoire, des décollements considérables, une hémorragie plus abondante; de là aussi la fréquence beaucoup plus grande des récidives, alors que dans l'amputation inter-scapulo-thoracique pour tumeurs de la tête humérale on a cité des survies dépassant plusieurs années et même de véritables guérisons. Conclusion : cette opération n'est qu'un pis aller dans le traitement des tumeurs malignes de l'omoplate.

M. Gangolphe (de Lyon) a assisté en 1883 à l'une des premières amputations interscapulo-thoraciques faites par Ollier pour un néoplasme de l'omoplate : il s'agissait d'un chondro-sarcome. Ce malade guérit et vit encore après près de vingt ans. M. Gangolphe a fait personnellement deux fois cette amputation pour tumeur de l'humérus : ses deux opérés sont morts dans l'année. Même dans ces cas de tumeurs de l'humérus, on peut être obligé de faire une large résection musculaire (grand pectoral et grand dorsal). Il faut toujours faire préventivement une contre-ouverture à la partie inférieure du décollement pour éviter l'accident arrivé à M. Berger.

Épaule botte paralytique avec grave impotence fonctionnelle. Correction orthopédique du membre et guérison de l'impotence fonctionnelle par une ostéotomie sus-épicondylo-épitrochléenne. — ***M. Mencière*** (de Reims) présente une jeune malade de douze ans atteinte de déviation congénitale de l'épaule. Avant l'opération, la malade n'avait jamais pu mettre la main sur sa tête ou sur sa bouche; pendant les tentatives d'exécution de ces deux mouvements, tout le membre, demi-fléchi, était soulevé en forme d'aile d'oiseau, le coude venait à la hauteur de la tête, le cou était tendu pour se rapprocher du membre, la main était tournée en dehors et ne pouvait atteindre ni la bouche ni la tête.

L'opération proposée par l'auteur, ainsi qu'en font foi les photographies présentées, a corrigé la difformité et ramené la fonction; la malade peut porter la main à sa bouche, la mettre sur sa tête et se servir de son bras d'une façon normale.

J. Dumont.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

31 octobre 1902.

Tétanos traumatique traité par la méthode de Baccelli et terminé par la mort. — ***M. Chauffard*** a eu l'occasion de traiter un cas de tétanos traumatique par la méthode de Baccelli; le malade a succombé très rapidement. La porte d'entrée de l'infection fut une plaie du cuir chevelu, plaie souillée de terre et n'ayant été pansée que le septième jour. C'est ce septième jour que débutèrent les symptômes tétaniques. On fit immédiatement des injections de sérum antitétanique à la dose de 20 centimètres cubes en deux fois, et en même temps une injection sous-cutanée d'une solution phéniquée à 2 pour 100 (6 centigrammes d'acide phénique en deux fois). Le lendemain, même traitement; du chloral fut de plus administré; mais la mort eut lieu cependant dans une crise de contracture, vingt-neuf heures après le commencement du traitement (40 centimètres cubes de sérum et 26 centigrammes d'acide phénique avaient été injectés). Peut être les doses d'acide phénique avaient-elles été trop légères ? Ce cas malheureux ne saurait cependant faire abandonner la méthode de Baccelli, qui d'après des statistiques récentes (Vallas, Congrès français de chirurgie Octobre 1902) ne donne qu'une mortalité de 37 pour 100, ce qui est encore un des plus beaux résultats quel'on ait obtenus dans le traitement du tétanos grave.

Méningite cérébro-spinale. Ponctions lombaires. Guérison. — ***M. Babinski*** présente une petite fille de douze ans, qui, il y a treize mois, fut atteinte d'une surdité complète, précédant de quelques jours une méningite cérébro-spinale typique. Cette méningite dura trois mois; au bout de ce temps une première ponction lombaire donna issue à du liquide sous forte tension, liquide contenant des polynucléaires en grande quantité; un soulagement notable s'ensuivit; quinze jours après nouvelle ponction, nouvelle amélioration; puis trois autres ponctions furent faites en un mois, et amenèrent une guérison complète, sauf pour la surdité. Depuis six mois cette guérison s'est maintenue. Voici donc une méningite cérébro-spinale, intense, et de durée très longue, qui n'a pas lésé d'une façon durable l'axe cérébro-spinal.

Cancer de l'estomac, du canal thoracique, des ganglions sus-claviculaires. — ***M. Ménétrier*** résume l'observation et apporte les pièces anatomiques d'un cas de cancer de l'estomac ayant envahi le canal thoracique et les ganglions sus-claviculaires. Les veines jugulaires étaient oblitérées par thrombose; les plèvres et le péritoine étaient le siège d'épanchements chyliformes.

Abolition localisée de la perception stéréognostique sans troubles moteurs. — ***M. Dufour*** présente un malade, tuberculeux, qui, sans troubles moteurs appréciables, a une abolition de la perception stéréognostique et une diminution très légère des diverses sensibilités; ces troubles sont localisés exclusivement à la main droite.

Il est probable qu'il s'agit chez cet homme d'une plaque de méningite tuberculeuse développée sur les circonvolutions pariéto-frontales gauches. Ceci prouve une fois de plus combien l'étude des localisations corticales de la méningite en plaques peut être profitable. Dans un cas précédent M. Dufour put constater des symptômes également très localisés que l'autopsie démontra liés à l'existence d'une plaque de méningite chronique.

E. de Massary.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

11 Novembre 1902.

Prophylaxie de l'alcoolisme. — ***M. Jaccoud*** lit une lettre du ministre de l'intérieur relative à la prophylaxie de l'alcoolisme. Le ministre demande à l'Académie de dresser d'une façon précise la liste des essences les plus toxiques incorporées aux liqueurs ou apéritifs, afin que ces essences puissent être ajoutées à celles qui sont déjà proscrites par la loi.

La lettre est renvoyée à la Commission de l'alcoolisme.

Les Phéniciens en Bretagne. — ***M. Lannelongue*** présente un travail de M. Zambaco Pacha sur les monuments mégalithiques et leurs sculptures en Bretagne. M. Zambaco l'acha, en étudiant les sculptures lapidaires mégalithiques en Bretagne, y a découvert des caractères qui rappellent ceux des Phéniciens, preuve, selon lui, que ces monuments ont été érigés par des colons phéniciens. Le passage des Phéniciens en Bretagne expliquerait l'origine de la lèpre qui persiste encore dans ce pays.

Rapport sur le prix Buignet. — ***M. Pouchet*** lit un rapport sur les mémoires présentés à l'Académie pour le prix Buignet.

Rapport sur le prix Amussat. — ***M. Richelot*** lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Amussat.

Rapport sur le prix Herpin (de Metz). — ***M. Railliet*** lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Herpin.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 19 Novembre 1902, à 1 heure. — M. Dreyfus : Etude des kystes d'origine dentaire; MM. Terrier, Kirmisson, Broca (Aug.), Gosset. — M. Gaubert : Les aortites aiguës; MM. Brissaud, Dejerine, Widal, Richaud. — M. Barthes : Alcoolisme : causes, début, traitements; MM. Brissaud, Dejerine, Widal, Richaud. — M. Perpère : Contribution à l'étude des associations tabéto-paralytiques; MM. Dejerine, Brissaud, Widal, Richaud.

Jeudi 20 Novembre 1902, à 1 heure. — M. Lemasson-Delalande : Prophylaxie de la syphilis et de la blennorragie au point de vue social dans les consultations publiques; MM. Cornil, Hutinel, Vaquez, Jeanselme. — M. Calmels : Les troubles gastro-intestinaux dans les purpuras; MM. Hutinel, Cornil, Vaquez, Jeanselme. — Mme Oltramare : Etude sur la généralisation aux voies lymphatiques du cancer de l'utérus; MM. Le Dentu, Budin, Bonnaire, Thiéry. — M. Tostivint : Contribution à l'étude de la pathogénie des luxations congénitales de la hanche; MM. Le Dentu, Budin, Bonnaire, Thiéry. — M. Gratiot : De quelques formes de stomatite chez les nouveau-nés et de la « forme nécrosante » en particulier; MM. Budin, Le Dentu, Bonnaire, Thierry. — M. Rabier : Contribution à l'étude de la torsion des trompes; MM. Pozzi, Pinard, Faure, Launois. — M. Bossis : Contribution à l'étude du chalazion; MM. De Lapersonne, Rémy, Broca (André), Auvray.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 17 Novembre 1902. — 5e, Chirurgie (Pre-

mière partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Terrier, Broca (Aug.). — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Kirmisson, Walther, Legueu. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Dejerine, Bezançon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Gaucher, Teissier, Legry.

Mardi 18 Novembre 1902. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Le Dentu, Pozzi, Hartmann. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. Berger, De Lapersonne, Faure. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Charité : MM. Dieulafoy, Hutinel, Rénon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Joffroy, Gilbert, Achard.

Mercredi 19 Novembre 1902. — 3e (Deuxième partie), Oral, Salle Béclard : MM. Joffroy, Gaucher, Bezançon. — 5e (Deuxième partie), Laënnec : MM. Hayem, Landouzy, Legry.

Jeudi 20 Novembre 1902. — Médecine opératoire : MM. Berger, Albarran, Hartmann. — 4e, Salle Richet : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 21 Novembre 1902. — 5e, Chirurgie (Première partie), Necker : MM. Terrier Kirmisson, Broca (Aug.). — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Samedi 22 Novembre 1902. — 3e (Première partie), Oral, Salle Richet : MM. Pozzi, De Lapersonne, Potocki. — 4e, Salle Béclard : MM. Pouchet, Chantemesse, Widal. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Clinique chirurgicale. — M. le professeur F. Terrier a commencé, à l'hôpital de la Pitié, son cours de clinique chirurgicale le mardi 11 Novembre 1902, à 9 heures un quart du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Clinique chirurgicale. — M. le professeur Tillaux a commencé, à l'hôpital de la Charité, son cours de clinique chirurgicale le lundi 10 Novembre, à 9 heures du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Des cours pratiques seront faits dans le courant de l'année par M. Wiart, chef de clinique, et annoncés par une affiche spéciale.

Clinique médicale. — M. le professeur Dieulafoy a commencé son enseignement clinique à l'Hôtel-Dieu. Il reprendra ses leçons à l'amphithéâtre Trousseau le samedi 22 Novembre 1902, à 10 heures et demie du matin, et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Visite et examen des malades tous les matins à 9 heures. (Salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne).

Enseignement complémentaire. Démonstrations cliniques et exercices pratiques : Séméiologie. — MM. Gandy et Nattan-Larrier, chefs de clinique, le mercredi et le samedi, à 4 heures, salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne.

Anatomie pathologique et bactériologie. — MM. Jolly, Griffon et Lœper, chefs de laboratoire, le jeudi après la visite, au laboratoire de la clinique.

Laryngologie, rhinologie, otologie. — M. Bonnier, le mardi, après la visite.

Electrothérapie, radiologie. — M. Lacaille, le vendredi, après la visite.

Dermatologie. — M. Déhu, le lundi, après la visite.

Clinique d'accouchements. — M. le professeur Budin reprendra le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie, le samedi 15 Novembre 1902, à 9 heures du matin (clinique Tarnier, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Mardi et samedi : Leçons à l'amphithéâtre. — Leçons au lit des malades, tous les matins à 9 heures, à partir du 3 Novembre.

Dirigeront les exercices pratiques : M. Chéron, chef de clinique; M. Bouchacourt, chef de clinique adjoint; MM. Dubrisay, Chavane, Schwaab, Macé et Perret, anciens chefs de clinique; MM. Galippe, Nicloux, Gaussin et Jeannin, attachés aux laboratoires; MM. Planchon, Valency, Barlerin, Donzeau, Quillier, Pierra et Coulon, moniteurs.

Maladies chroniques. (Maladies des vieillards. Maladies de la nutrition. Maladies du système nerveux). — M. Pierre Marie, agrégé, commencera un cours libre sur les maladies chroniques, le mercredi 19 Novembre 1902 à 4 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital des enfants malades. — M. G. Variot a commencé le mardi 11 Novembre, à 10 h. 1/2, salle Gillette, ses conférences de clinique infantile, et les continuera chaque mardi, à la même heure.

Hôpital de Tarbes. — La Commission administrative de l'hôpital de Tarbes a procédé à la réorganisation des services médicaux qui sont composés comme suit :

Chirurgiens en chef : MM. Duplan et Peré; chirurgiens adjoints : MM. Paul Sempé, Cazade, Batsère et Prunet.

Médecins en chef : MM. Vignes et Gauté ; médecins adjoints : MM. Castets, Esquivar, Dussac et Dubarry.

La Maternité, lorsqu'elle sera construite, sera placée sous la direction de M. Bernard Salles, avec M. Lupau, fils, et deux sages-femmes comme adjoints.

M. Morisot reste à la tête du service d'ophtalmologie, avec M. Dasque pour adjoint.

Un pharmacien, M. Lescourre, a été spécialement attaché à cet établissement.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. Bardou, médecin à Brives, est nommé officier de l'Instruction publique. MM. Bergougnoux, Bosche, médecins à Brive; Pierron, médecin-major à l'hôpital militaire de Langres, sont nommés officiers d'Académie.

Corps de santé militaire. — Sont promus au grade de médecins aides-majors de 1re classe : MM. Monod, Melnotte, Pourcines, Petit, Dugrais, Tranchant et Thollon, médecins aides-majors de 2e classe.

— Sont nommés médecins aides-majors de 2e classe, MM. les médecins stagiaires : Paon, Rongier, Baget, Petit, George, Bachon, de Brianson, Bordet, Montané, Fréeus.

Les sociétés d'assistance aux blessés. — M. Hyades, médecin en chef de 1re classe de la marine, est nommé membre de la commission supérieure des Sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer.

Ecole de médecine navale de Brest. — M. Lassignardie, médecin de 2e classe, est nommé pour deux ans à l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Brest.

Enseignement pratique de l'histologie au Muséum. — *M. Auguste Pettit*, docteur ès sciences, commencera un enseignement gratuit pratique d'histologie, le 22 Novembre 1902. Les leçons et manipulations auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 2 heures.

S'inscrire d'avance, l'après-midi, auprès de M. Pettit, 55, rue de Buffon, Paris Ve.

CONCOURS

Externat. — *Anatomie.* — Séance du 8 Novembre. — *Os occipital* : MM. Lévy (Jules), 13 1/2; Poirrier, 14; Ménard (Th.), 15; Merlot, 15 1/2; Mary (A.), 10; Lacheny, 15; Martingay, 14; Meygret, 10 1/2; Lachèze, 15; Mathieu, 6; Nespoulous, 15 1/2; Papegaey, 6; Lavallée, 10; Le Mée, 12; Loze, 12; Louvrier, 4; Laux, 11; Kleyman; Lian, 18 1/2; Lagune, 8. — *Absents* : MM. Mazingarbe, Lemoine, Marelot, Mesplède, Méry, Livon, Moisson.

Séance du 11 Novembre. — *Configuration et rapports du cœur.*

Erratum. — M. Paul Boncour, qui faisait partie des candidats examinés le 6 Novembre, a obtenu la note 14.

Faculté de médecine de Lille. — Le concours pour un emploi de chef de clinique médicale à la Faculté de médecine vient de se terminer par la nomination de M. Vandeputte.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Chalier, Rendu, Bérard, Ballivet, Hornus Pierre, Baron, Gignoux, Condomine, Mlle Trufinet, Bouchut, Delachanal, Gardère, Laugier, Farsat, Crémieu, Collard, Fabre, Arnaud Paul, Béringer, Bourgeois, Igonet, Bernard, Rheuter, Ponson, Lemoyne, Handy, Courjon, Salin, Orsat, Guichard, Collenet, Fontanel, Dehelly, Burle, Rebatel, Mossé, Musy, Pénard, Lassonnery, Rochaix, Truchet, Fulcrand, Bergoend, Vuillemot, Jeutol, Porte, Chaltot, Rimaud, Frédérici, Delater, Waldmann, Péju, Gay, Ponsoye, Lemonon, Chazal.

Hôpitaux de Bordeaux. — MM. Boloquy, de Boucaud, Lefèvre, Gaignerot, Philipp, Fragose, Villemonte-Laclergerie, Mathio, Robert (Édouard) et Aubert sont nommés internes provisoires pour l'année scolaire 1902-1903.

Hôpitaux de Nantes. — Les concours pour l'internat et l'externat des hôpitaux se sont terminés par les nominations suivantes : *internes titulaires*, MM. Lerat, Orgebin, Barré, Josne, Gleises, Brillouet; *internes provisoires* : MM. Levesque, Barthélemy, Billaud, Auvinet, Dupin; *externes* : MM. Chevalier, Doré, Crétaux, Gand, Gendron, Laurans, Fournioux, Meignan, Ortal, Chapiet, Cassard, Cullerre, Michel, David, Lebeaupin, Chesneau, Horeau, Hervé, Clénet.

Hôpitaux d'Orléans. — Le mardi 16 Décembre prochain aura lieu un concours pour 3 places d'interne titulaire et 5 places d'interne provisoire.

Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins une inscription.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au Secrétariat des hospices d'Orléans.

Hôpitaux de Caen. — Un concours pour une place d'interne en pharmacie s'ouvrira, à l'Hôtel-Dieu de Caen, le 24 Novembre 1902.

Le registre d'inscription sera clos le 22 Novembre 1902. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat des Hospices, rue Saint-Louis.

La phtisie des mineurs. — La Chambre des mines de Johannesburg, désireuse de protéger les mineurs contre les atteintes de la phtisie, met au concours les propositions ou les méthodes pratiques pour faire disparaître les causes du mal ou en atténuer la fréquence.

La Chambre ne sait rien de précis sur les causes de la phtisie des mineurs. Mais, suivant l'opinion généralement admise, cette maladie proviendrait surtout de l'inhalation des poussières très ténues résultant du fonctionnement des machines à perforer.

La Chambre offre les prix suivants pour les trois propositions ou procédés qui seront jugés les plus pratiques :

1er prix, 500 livres sterling et une médaille d'or; 2e prix, 250 livres sterling ; 3e prix, 100 livres sterling.

Les propositions ou les appareils soumis par les concurrents devront : 1° S'adapter tout particulièrement au système de perforage à la machine tel qu'il existe actuellement ; 2° être présentés et démontrés sous une forme pratique.

Le jury, avant de se prononcer, aura le droit d'exiger des expériences pratiques.

Les documents envoyés par les concurrents devront être accompagnés des plans, schémas, des modèles ou des appareils réalisant les propositions soumises. Le tout devra être adressé :

a) Soit à The offices of the Chamber of Mines, Post box 809, à Johannesburg, jusqu'au 15 Février 1903 ;

b) Soit aux agents de la Chambre à Londres, MM. Barsdorf et Co Wool Exchange, Colemanstreet, London E.-O., jusqu'au 15 Janvier 1903 ;

c) Soit aux agents de la Chambre à Paris, Compagnie française des Mines d'or et de l'Afrique du Sud, 20, rue Taitbout, Paris, jusqu'au 15 Janvier 1903.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 92. — Samedi, 15 Novembre 1902. — 10 FRANCS par an.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

SOMMAIRE

ARTICLES

CHRONIQUE

SOCIÉTÉS SAVANTES

NOUVELLES

A PROPOS DES RÉFORMES DU CONCOURS DE MÉDECINE DES HOPITAUX

La Société de médecine des Hôpitaux vient de faire paraître dans ses bulletins le programme des réformes du concours de Médecine, voté, à une faible majorité, dans la séance du 31 octobre dernier. Ce programme, le voici tel qu'il se trouve exposé dans les bulletins :

Les épreuves du concours pour la nomination des médecins des Hôpitaux sont réparties en deux concours distincts : concours d'admissibilité, concours d'admission.

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ

Il sera jugé par dix juges et comprendra :

1° Une épreuve écrite sur une question d'anatomie pathologique, de physiologie pathologique ou de bactériologie et sur une question de symptomatologie, diagnostic ou thérapeutique. Ces deux questions seront écrites sur deux copies séparées.

Pour la lecture de ces deux copies, que le candidat lira immédiatement l'une après l'autre, le jury se divisera en deux sections de cinq membres, tirés au sort, l'une chargée de juger la première question, l'autre la seconde. Le maximum de la note pour chaque copie sera 10.

A la suite de cette première épreuve, il sera gardé cinq fois autant de candidats qu'il y aura de places à donner, sans que jamais le nombre puisse être inférieur à 24.

2° Une épreuve clinique sur un malade ; cinq minutes pour l'examen du malade, cinq minutes de réflexion et quinze minutes d'exposé. Note maxima : 20.

A la suite de cette seconde épreuve, il sera gardé quatre fois autant de candidats que de places à donner, sans que jamais le nombre puisse être inférieur à 18.

3° Une leçon orale sur un sujet de pathologie interne ou générale : vingt minutes de réflexion et un temps égal pour la leçon. Note maxima : 20.

Cette épreuve, comme la précédente, sera jugée par la totalité du jury. On déclarera ensuite admissibles trois fois autant de candidats que de places à donner.

CONCOURS D'ADMISSION

Il ne peut pas être donné plus de trois places par concours ; il y aura donc deux concours pour la nomination de 6 médecins des hôpitaux.

Le jury se composera de 8 juges pour un concours de 3 places et de 7 pour un concours de 2 places.

Ne pourront en faire partie : 1° ceux qui ont pris part au concours d'admissibilité précédent ; 2° ceux qui, tirés au sort pour ce concours d'admissibilité, auront refusé d'en faire partie. Ces derniers ne pourront faire partie d'un concours d'admission s'ils n'ont été préalablement d'un concours d'admissibilité.

Le concours comprendra :

1° Une épreuve écrite de consultation sur un malade : un quart d'heure pour l'examen du malade ; trois quarts d'heure pour la rédaction de la consultation. Maxima des points : 20.

2° Une leçon clinique sur un malade : une demi-heure pour l'examen du malade et pour la

réflexion. Le candidat ne pourra revenir auprès du malade après avoir quitté la salle; une demi-heure d'exposition. Maxima des points : 20.

* * *

Dans ce projet, dont on ne peut que louer l'initiative, puisque le but final est de rendre le concours aussi équitable que possible, on a ajourné à une date indéterminée, c'est-à-dire que l'on a enterré, la réforme essentielle par excellence, je veux dire : l'*admissibilité définitive* après plusieurs concours favorables.

Non pas que la Commission et avec elle la majorité de nos collègues n'en aient approuvé le principe, mais l'exécution en a paru irréalisable.

Les objections que l'on a faites peuvent se résumer à trois principales :

1° Il est capital que les candidats se tiennent au courant des moindres nouveautés médicales. En un mot, ils doivent être des bibliographes émérites.

2° Si l'admissibilité est définitivement acquise, l'encombrement deviendra tel que le concours d'admission, dont on avait la ferme intention d'abréger la durée, se prolongera indéfiniment.

3° Parmi les candidats concourant à l'heure actuelle, il en est quelques-uns qui possèdent un nombre respectable d'admissibilités; les priver de droits acquis serait un déni de justice et le moyen d'en tenir compte est un problème dont la solution comporte les plus grosses difficultés.

De ces trois objections, les deux dernières seulement ont une réelle importance.

Il me semble aisé, en effet, de répondre à la première, en faisant remarquer qu'il n'y a aucune utilité pratique à ce que le candidat soit une encyclopédie vivante. Ceux d'entre nous qui ont été juges savent parfaitement que les épreuves théoriques les plus brillantes émanent d'une façon générale des jeunes, sortant frais émolus de l'internat, et pourvus, sauf exceptions très rares, d'une expérience clinique encore insuffisante. En y réfléchissant, ce qui distingue deux copies, l'une dite remarquable, l'autre, ordinaire, ce n'est ni une description plus complète de l'essence même du sujet, ni des considérations d'ordre supérieur, c'est la richesse bibliographique, c'est l'exposé de toutes les idées, plus ou moins fantaisistes, émises sur la question. Or, je demande en conscience si cette énumération fastidieuse d'auteurs, dont la plupart n'ont pas été lus et dont les juges sont incapables d'apprécier l'exactitude nominale, si l'exposé complet de toutes ces hypothèses, dont beaucoup ont l'existence éphémère des roses, démontrent une supériorité au point de vue de la science médicale réelle. Et cependant voici les raisons qui, dès le début des épreuves, font perdre quelques points aux vieux candidats, cliniciens solides, qui eux aussi ont fourni jadis, à l'occasion de leurs premiers concours, la preuve de connaissances bibliographiques aussi complètes que celles de leurs jeunes rivaux.

La deuxième objection a beaucoup plus de valeur. Il n'est pas douteux que si l'admissibilité est définitivement acquise, l'encombrement sera promptement excessif, et la durée du concours d'admission, qui ne comporte pas d'épreuves éliminatoires, deviendra indéfinie.

Je trouve dans le rapport même de la Commission de précieuses indications, qui donnent bien lieu de croire que le problème n'est pas insoluble. Pourquoi ne pas fixer une limite d'âge ou mieux un nombre de concours, dont le chiffre reste à déterminer; pourquoi aussi ne pas arrêter, dès les premières années, les aspirants qui, ne possédant pas les qualités requises, ont affronté plusieurs fois en vain les épreuves d'admissibilité? Procéder ainsi serait même rendre service à quelques candidats entêtés qui, possédant d'autres qualités que celles réclamées par le concours, utiliseraient ainsi leurs aptitudes et rendraient de réels services, en choisissant une autre voie.

La troisième objection, relative à la difficulté de prendre des dispositions qui ménageraient les droits antérieurement acquis, ne me semble pas non plus insoluble.

Au début du dernier concours, plusieurs candidats étaient déjà en possession de trois admissibilités et au-dessus. Ces candidats avaient donc fait preuve de connaissances solides en théorie et en clinique. Pourquoi ne pas les admettre d'emblée aux épreuves du deuxième concours? Lors de la discussion, ébauchée d'ailleurs à la Société de médecine des Hôpitaux, sur l'admissibilité définitive, le nombre de deux ou trois concours favorables avait été proposé comme suffisant. Je ne vois pas quelle raison sérieuse on pourrait opposer à l'adoption d'un règlement provisoire, qui dispenserait les candidats, déjà trois fois admissibles, des épreuves du premier concours.

Si maintenant nous mettons en regard des quelques inconvénients que pourrait avoir l'admissibilité définitive les avantages qu'elle présenterait, j'en vois d'emblée un immense et je sais que bien d'autres partagent mon sentiment, celui de donner un libre essor aux aptitudes des scientifiques. Comment! on réclame de tous côtés des travaux originaux, à telle enseigne qu'on a voulu créer à diverses reprises une épreuve de titres, on se plaint, à juste raison, que notre production en œuvres originales soit inférieure à celle de l'Allemagne, et l'on ne peut se décider à intervenir pour remédier à ce regrettable état de choses! Impossible de trouver contradiction plus étrange.

Nous trouvons, du reste, la condamnation de notre système dans cette déclaration d'Ehrlich : « Si j'avais eu à subir votre concours, il est probable que je serais resté stérile. »

* * *

La question de réforme étant à l'ordre du jour, il serait désirable que les plus intéressés, c'est-à-dire les candidats, fissent aussi connaître leurs opinions. Jadis, ils se sont réunis dans un but analogue; pourquoi ne chercheraient-ils pas encore à se concerter sur un plan de réformes, compatibles aussi bien avec leurs avantages qu'avec le bon renom de la science française?

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, appelé prochainenement à discuter les propositions de la Société de médecine des Hôpitaux, aurait ainsi des éléments de comparaison qui lui permettraient de prendre des décisions de nature à concilier, autant qu'il est possible, les divers intérêts mis en présence par une question d'une si haute portée.

Alex. Renault.
Médecin des Hôpitaux.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections d'hétol (acide cinnamique).

L'acide cinnamique ou *hétol*, que Landerer a introduit dans la thérapeutique, n'est pas un spécifique de la tuberculose, mais seulement un précieux adjuvant de son traitement. Injecté, en solution aqueuse, sous la peau ou dans les veines, il provoque une leucocytose généralisée et, par suite, l'apparition, au voisinage des foyers tuberculeux, d'un processus inflammatoire aseptique qui a pour résultat final la formation de tissu conjonctif nouveau, l'encapsulement, la résorption des masses caséeuses et enfin la rétraction cicatricielle à leur niveau. On sait d'ailleurs que c'est là le processus naturel de la guérison des lésions tuberculeuses.

Expérimentées sur des animaux par M. Krämer, qui a pu en constater l'efficacité très réelle, les injections d'hétol ont été employées dans le traitement de la tuberculose humaine par M. Heusser (de Davos) qui a montré, par de nombreuses observations, qu'en peu de semaines elles augmentent l'appétit et le poids des malades, diminuent la toux, les râles, l'expectoration, enfin ramènent la température à la normale, alors même que la fièvre avait résisté à l'influence du climat d'altitude.

M. Heusser recommande particulièrement les injections intra-veineuses, qui sont sans danger quand elles sont faites avec les précautions voulues. Sa statistique prouve que les heureux effets de l'hétol ne sont pas passagers, mais que ce médicament amène des guérisons durables, qui se maintiennent encore après quatre ans et plus. Cet auteur prétend que les insuccès obtenus par certains médecins tiennent uniquement à ce qu'ils ont fait usage de doses trop considérables et à ce qu'ils n'ont soumis à ce traitement que des malades trop gravement atteints. Il faut suivre rigoureusement le précepte de Landerer : « Plus la fièvre est élevée, plus les lésions sont étendues, moins la dose doit être forte. » Landerer recommande d'utiliser des solutions aqueuses dont le dégré de concentration peut aller de 1 à 5 pour 100. Les injections sont faites tous les jours ou tous les deux jours soit dans l'une des veines du bras, soit profondément dans l'épaisseur des muscles fessiers. Il faut commencer par des doses faibles (1, 2, 3, milligrammes par injection) et ne pas dépasser la dose de 15 milligrammes. Cependant M. Heusser a pu administrer des doses de 20 milligrammes sans inconvénient. L'essentiel est de tâter la susceptibilité de chaque sujet.

Le professeur Pflüger a employé avec succès les injections sous-conjonctivales d'hétol dans toutes les maladies de l'œil qui sont favorablement influencées par la production d'une leucocytose abondante : herpès, ulcères profonds de la cornée, kératite parenchymateuse, sclérite récidivante, etc. Ces injections, faites tous les deux jours à l'aide d'une solution à 1 pour 100 et suivies d'un léger massage avec un tampon d'ouate, ont l'avantage d'être peu douloureuses.

LIVRES NOUVEAUX

A. F. Plicque. — *Précis populaire d'hygiène.* 1 vol. in-16 cartonné, avec un tableau en couleurs et 38 figures ou schémas (Plon, Nourrit, éditeurs, Paris). Prix : 2 francs.

Tout en étant très simple et très court, le Précis d'hygiène récemment publié par M. Plicque est loin d'être un livre banal. Son idée essentielle fut d'utiliser les documents si nombreux et si intéressants de la récente Exposition, des congrès multiples tenus dans ces dernières années, enfin de la nouvelle loi sanitaire. Le chapitre septième, consacré aux maladies évitables, est particulièrement riche en données nouvelles et susceptibles d'intéresser les médecins. Tout en restant plus élémentaires, les autres chapitres sur l'air, les aliments, les boissons, l'hygiène professionnelle et sportive, l'enfance et l'adolescence, renferment quelques statistiques intéressantes, une série de dessins et tableaux schématiques et des renseignements nombreux extraits de publications spéciales et peu répandues. En vue des conférences d'hygiène ou d'enseignement populaire, un court résumé, placé à la fin de chaque chapitre, condense les notions principales et fournira souvent des plans utiles aux conférenciers.

L. R.

BIBLIOGRAPHIE

Rôle du Comité autunois de défense contre la tuberculose, par M. Henri Grillot. Brochure de 30 pages, 1902 (*L. Marcelin*, imprimeur, à Autun).

Tratamentul chirurgical al ciroselor ascitice, *Teza*, par M. Costantin Paudelescu, intern al spitalelor si al Maternitatei de Craiova. Bucuresci, 1902, (*Institutul de arte grafice si editura « Minerva »*, Societate anonima, 6, Strada regala, 6, Bucuresci).

Les forbans de la médecine, avec une lettre de Léon Daudet, par M. Ch. Lavielle, docteur-médecin, directeur de l'établissement thermal des *Baignots*, à Dax, 1 vol. broché de 350 pages, 5 francs.



L'Hôpital Saint-Louis au temps d'Alibert (vers 1810).

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

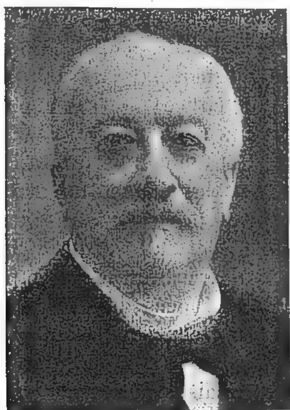
LEÇON D'OUVERTURE

Par le Professeur **GAUCHER**

Messieurs,

Tout nouveau professeur a l'habitude et le devoir, en prenant possession de sa chaire, de faire l'éloge de ses prédécesseurs.

Or, je n'ai qu'un prédécesseur dans cette chaire, est M. le professeur Fournier, qui fut le fondateur de l'enseignement officiel de la Dermatologie et de la Syphiligraphie en France. Vous voyez son médaillon derrière moi, sur le mur de cette salle; car nous avons voulu que, même après la



Professeur Fournier.

retraite, il fut toujours présent dans cet amphithéâtre, afin que son image put inspirer ses successeurs.

Messieurs, c'est tout un passé de gloire et d'honneur qu'évoque cette image; c'est toute l'histoire de la Dermatologie et de la Syphiligraphie depuis trente années qui revit devant vous.

Vous rappelerai-je ce qu'étaient nos connaissances sur la syphilis à l'avènement de M. Fournier dans cette chaire, et ce qu'elles sont devenues depuis son enseignement? L'élève de Ricord a dépassé son maître : il nous a montré qu'il n'y avait pas un organe de l'économie qui ne fut tributaire de la syphilis à toutes ses périodes; il nous a montré de plus que les désastres causés par cette infection s'étendaient bien au-delà de l'individu lui-même, et se perpétuaient dans sa descendance.

Il y a peu d'hommes qui aient eu une vie aussi bien remplie que M. Fournier. Il a travaillé sans relâche, et chaque année voyait paraître de lui un nouvel ouvrage; encore actuellement il achève le dernier volume de son Traité de la syphilis, véritable monument digne de la postérité.

Je n'ai pas la prétention de faire l'énumération complète de ses travaux. Permettez-moi de vous rappeler seulement son livre sur la syphilis chez la femme, ses études sur la syphilis héréditaire tardive, sur les nourrices et les nourrissons syphilitiques, son mémoire sur les glossites tertiaires, ses leçons sur les chancres extra-génitaux, sur la syphilis viscérale; et surtout ses mémorables travaux sur la syphilis du système nerveux et sur les dystrophies syphilitiques héréditaires, qui sont, comme je l'ai dit ailleurs, les plus beaux fleurons de sa couronne scientifique.

Grâce à M. Fournier, nous savons maintenant, hélas! que la syphilis est la maladie générale au premier chef, et qu'il n'y a pas trop de toutes les forces réunies des médecins et des moralistes pour lutter contre ce fléau social. Cette lutte, M. Fournier a tenu à honneur de l'entreprendre, comme moraliste et comme médecin, et vous avez tous présents à l'esprit ses efforts pour prévenir la propagation de la syphilis.

Telle est l'œuvre du fondateur de la Clinique dermatologique de l'Université de Paris. Elle est tout entière digne de notre admiration, et nous ne saurions trop célébrer surtout la gloire de celui qui sut découvrir les causes du tabès et de la paralysie générale, et les conséquences héréditaires lointaines de l'infection syphilitique.

Ce que je ne puis me lasser de rappeler non plus, c'est la conscience impeccable, la régularité dans le devoir, le dévouement aux malades et aux élèves, le merveilleux talent d'enseignement, et enfin la bonté inaltérable de M. Fournier.

Après vous avoir montré ce que fut le savant et ce que fut l'homme, permettez-moi de mêler aux regrets unanimes que nous éprouvons de voir M. Fournier se retirer en pleine vigueur, l'expression de ma reconnaissance particulière. Laissez-moi lui dire que je n'oublierai jamais la bienveillance et la libéralité avec lesquelles il a assis son agrégé à ses côtés, dans cette chaire qu'il a illustrée. Maintenant que, grâce à lui, j'ai assumé sa lourde succession, s'il m'est permis de rendre quelques services, je lui en reporte tout l'honneur, et je sais bien que c'est le reflet de son enseignement que vous viendrez chercher dans mes leçons.

* * *

Messieurs, si je n'ai dans cette chaire qu'un prédécesseur officiel, à qui je viens de rendre l'hommage qui lui était dû, ce serait de ma part une injustice et une ingratitude d'oublier les médecins de l'hôpital Saint-Louis et de l'hôpital du Midi, qui, par leur enseignement libre, ont contribué à fonder l'Ecole dermatologique française.

Je voudrais donc, dans cette première leçon, faire, en quelque sorte, l'histoire des précurseurs de la chaire de Dermatologie.

Alibert est le premier médecin de l'hôpital Saint-Louis dont on ait gardé le souvenir, car ses prédécesseurs n'ont laissé aucune trace de leur existence. C'était un ancien Frère de la Doctrine chrétienne, défroqué par la Révolution, et qui avait eu à choisir entre l'apostasie et l'échafaud. Alibert était un homme d'une grande vivacité d'esprit, d'une grande profondeur de vues, d'une grande culture intellectuelle; ce fut presque un homme de génie.

Quand il fut nommé, en 1802, par la faveur gouvernementale, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, à l'âge de trente-sept ans, cet hôpital était consacré au traitement des *ulcères*, et, sous ce nom, on comprenait les affections les plus disparates. La syphilis, la scrofule ou la tuberculose cutanée, comme on dit aujourd'hui, la lèpre, certains eczémas chroniques excoriés, toutes les affections suppuratives de la peau, même celles qui étaient d'origine traumatique, *toutes les ulcérations cutanées*, en un mot, étaient confondues sans aucune tentative de diagnostic différentiel, et l'on appliquait à toutes le même traitement.

Le grand mérite d'Alibert est d'avoir apporté la lumière et d'avoir mis de l'ordre dans ce chaos nosocomial, selon l'expression du professeur Hardy. Grâce à lui on sut distinguer les affections syphilitiques, les affections scrofuleuses,



Alibert.

les affections dartreuses, et appliquer à chacun de ces groupes morbides un traitement curatif approprié.

Alibert voulut faire plus; à l'instar de ce que l'immortel de Jussieu avait fait pour les plantes, il voulut établir une classification naturelle des maladies de la peau.

« La méthode par excellence, dit un de ses disciples, est celle qui montre les individualités des êtres d'après leurs rapports communs

et leurs affinités naturelles. La méthode naturelle est la seule classification philosophique, car elle range les êtres par leurs ressemblances, en fondant ses classes sur un grand nombre de propriétés observées ».

Si l'on applique ces principes à la Pathologie, la classification naturelle doit placer dans un même groupe les maladies qui ont des symptômes analogues, une marche analogue et réclament le même mode de traitement. Les affinités de cause, de marche, de durée, d'apparence extérieure et de moyens de traitement supposent, en effet, comme le dit Hardy, une identité de nature.

Alibert, qui avait été d'abord professeur de botanique, présenta sa classification sous la forme d'un arbre, qu'il appela *l'arbre des dermatoses*, dont le tronc figurait la peau, les branches les familles nosologiques, les rameaux les genres et les feuilles les variétés.

Dieu sait si cet arbre fut tourné en ridicule par une jeunesse irrespectueuse, quand Alibert, devenu vieux, vit sa vogue diminuer peu à peu ! Je concède que l'idée de comparer une classification à un arbre n'était peut-être pas heureuse ; mais cette classification n'en fit pas moins réaliser de grands progrès à la dermatologie. Elle est véritablement la première ébauche d'une étude scientifique et raisonnée des maladies de la peau ; elle fit sortir la nosographie dermatologique de la caractéristique purement objective et la thérapeutique cutanée de l'empirisme.

La classification d'Alibert comprenait douze classes que je ne vous citerai pas en détail. Parmi ces classes il y avait des groupes morbides dont la constitution a résisté à l'épreuve du temps, par exemple : les dermatoses exanthémateuses, qui comprenaient toutes les fièvres éruptives ; les dermatoses hémateuses, toutes les hémorragies de la peau ; les dermatoses dyschromateuses, tous les troubles de la pigmentation cutanées. Alibert sépara et plaça dans des classes différentes les teignes, le cancer, la lèpre, la syphilis, la scrofule, le prurigo et la gale.

Certes, il y avait, d'autre part, de nombreuses erreurs dans cette classification, erreurs inhérentes à l'imperfection et à l'insuffisance des connaissances étiologiques à cette époque ; mais ces erreurs ne prouvent rien contre l'excellence de la méthode et contre la vérité des principes qui l'ont inspirée. Comme le dit si justement un des commentateurs du maître (Daynac) : « S'il n'appartient qu'à la nature de créer tant d'harmonie, il n'est pas toujours donné à l'homme de la comprendre. »

On a reproché aussi à Alibert la consonnance baroque d'un certain nombre de ses néologismes, bien que tous fussent tirés du grec ; mais on s'aperçoit aujourd'hui que beaucoup de dénominations imaginées par lui ont survécu, telles, par exemple, celles du mycosis fongoïde, des chéloïdes et des syphilides.

Alibert eut un autre mérite : il ne s'absorba pas dans la contemplation des lésions cutanées et sut voir plus haut et plus loin que la peau malade. Il était pénétré de l'importance des causes internes en Dermatologie et avait su comprendre que la plupart des dermatoses ne sont que des déterminations cutanées d'altérations organiques ou humorales.

Voici ce qu'on lit textuellement dans une des préfaces de la Monographie des dermatoses : « La peau n'est souvent altérée que parce qu'elle est en sympathie constante avec les systèmes intérieurs de notre organisme : *Qualis in corpore detitescit morbus, talis sæpe efflorescit. In hectica squalet, æstuat in febribus, flavescit in ictero, pallet in cachexia, tumet in hydrope.* »

Alibert ne fut pas seulement un théoricien, il savait joindre la pratique à la science et, dans ses cours, il appuyait ses paroles par des exemples. Il montrait les types vivants de la maladie qu'il venait de décrire, et, sur le malade lui-même, il indiquait les caractères les plus saillants de son affection, en établissait le diagnostic et en formulait le traitement.

Cet homme, qui se destinait primitivement à l'enseignement des belles-lettres, gardait une réminiscence inconsciente de ses humanités.

Il faisait ses leçons en plein air, *sub Jove*, à la façon des philosophes de la Grèce antique, comme l'a dit Gibert. Monté sur une estrade, ayant d'un côté l'arbre des dermatoses et, de l'autre, le malade sur lequel il faisait ses démonstrations, il tenait ses auditeurs sous le charme de son esprit.

Voici comment Daynac, dans l'avant-propos de la Monographie des dermatoses, décrit sa manière d'enseigner : « Assis, comme à l'école de Platon, sous les tilleuls de l'hôpital Saint-Louis, nous écoutions attentivement le développement d'une doctrine pleine d'attraits. Les arbres de cet hôpital, disait alors le savant Corona, rendent des oracles plus certains que ceux de la forêt de Dodone : l'observation les annonce et l'expérience les sanctionne. »

Ce style pompeux est bien dans le goût de l'époque et montre bien l'impression vive qu'Alibert produisait sur ses contemporains. C'était, en effet, un brillant professeur; il avait la parole facile, élégante et imagée, avec une faconde un peu méridionale : il était de Villefranche-d'Aveyron !

Alibert mourut en 1838, à l'âge de soixante-douze ans. Il avait été médecin du roi Louis XVIII ; il était baron et professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

* * *

Depuis 1814, Biett était l'émule d'Alibert dans le même hôpital. Biett, après avoir été l'élève favori et le protégé d'Alibert, qui l'avait fait nommer, sous ses ordres, médecin adjoint de l'hôpital Saint-Louis (il n'y avait pas de concours à cette époque), devint son contradicteur, son adversaire, et presque son ennemi.

Biett était Suisse et avait l'esprit pratique des peuples protestants. Il importa d'Angleterre la classification de Willan. Cette classification, purement morphologique, était sans contredit, au point de vue philosophique, bien au-dessous de la classification naturelle d'Alibert; mais elle avait le mérite de reposer sur des bases positives, tandis que les doctrines d'Alibert étaient souvent très hypothétiques. Alibert voulait classer les maladies de la peau d'après leur nature et d'après leurs causes, et ces causes étaient généralement inconnues. Aujourd'hui encore, il est bien difficile d'établir une classification étiologique; une semblable tâche était presque impossible à l'époque d'Alibert. C'est là ce qui explique pourquoi l'enseignement de Biett, par la simplicité de ses principes, détrôna rapidement celui d'Alibert, et pourquoi la classification antiscientifique mais très pratique de Willan fut en faveur jusqu'à nos jours.

Cette classification n'appartient d'ailleurs pas à Willan; elle est de Plenck et a été seulement modifiée par Willan. Elle range les maladies de la peau d'après leur apparence extérieure et d'après la forme de la lésion cutanée; elle est comparable à une classification botanique qui rangerait les plantes d'après la couleur de leurs fleurs.

Toutes les affections cutanées sont classées par Biett uniquement d'après l'aspect morphologique de leur lésion élémentaire, dans des groupes établis sans tenir aucun compte de la nature, des causes ou des symptômes de la maladie. Il y a des taches, des papules, des vésicules, des pustules, etc., et on voit décrits, côte à côte, l'érythème simple, la roséole syphilitique et l'érysipèle, le lichen et la phthiriase, l'herpès fébrile et la trichophytie cutanée.

Malgré ses imperfections capitales, il est juste de reconnaître que la classification de Plenck, de Willan et de Biett est véritablement très commode. Je l'ai employée, moi-même, pour l'exposé séméiologique des affections cutanées; mais elle ne peut servir que pour la détermination de la lésion élémentaire, et réunit dans un même groupe des maladies qui n'ont aucun rapport d'origine. C'est une classification de lésions, ce n'est pas une classification de maladies.

Et même, on a voulu contester l'importance de ces lésions élémentaires, sur lesquelles Plenck et Willan ont établi leur classification. On a dit, avec quelque apparence de raison, que ces lésions étaient elles-mêmes des altérations consécutives, des phénomènes secondaires. Ce sont de simples produits phlegmasiques à divers degrés, et auxquels la même altération peut donner lieu successivement. La seule lésion cutanée vraiment élémentaire et primitive est la tache congestive ; elle précède toutes les autres formes : papuleuse, vésiculeuse, bulleuse, ou pustuleuse, qui dérivent d'elle par la continuation et l'augmentation des phénomènes inflammatoires, par les progrès de l'exsudation vasculaire, ou de la néoformation conjonctive.

Cependant, à côté de ces critiques, Biett mérite des louanges. Le soin qu'il apportait dans l'étude des lésions cutanées contribua beaucoup à préciser le diagnostic d'un certain nombre d'affections. On lui doit aussi quelques indications utiles dans le traitement des maladies de la peau, notamment l'emploi de l'arsenic dans les dermatoses chroniques.

Biett ne se contenta pas d'édifier une nouvelle doctrine, venue de l'étranger, en face de l'enseignement de son ancien protecteur; pour réussir par le contraste, il s'efforça d'être en tout le contraire de son maître Alibert. Celui-ci était un homme gai, spirituel, de manières aimables et distinguées, littérateur et artiste, épicurien et même anacréontique. Biett avait l'allure terne et sévère d'un Anglican; il ne riait jamais et pontifiait toujours. Il n'avait, d'ailleurs, comme tous les hommes d'aspect rigide, qu'une austérité de façade; son apparence puritaine ne parvint pas à dissimuler complètement les légèretés de sa vie privée; et si l'on en croit la légende, rapportée par le professeur Hardy, « il aurait eu un goût très vif pour la société des femmes et ne se serait pas toujours contenté, vis-à-vis d'elles, d'un amour purement platonique. »

Biett mourut en 1840, à l'âge de cinquante-neuf ans. Il a peu écrit; et c'est dans les ouvrages de ses élèves, de Gibert, de Rayer, de Cazenave surtout, qu'il faut chercher l'exposé de son enseignement.

* * *

Depuis 1819, Lugol était le collègue d'Alibert et de Biett à l'hôpital Saint-Louis. Ce médecin ne s'occupa qu'accessoirement de Dermatologie. Il soignait dans son service toutes les affections scrofuleuses, comme on disait alors, depuis la conjonctivite catarrhale jusqu'aux tumeurs blanches; et il les soignait par l'hygiène, les toniques et la bonne nourriture, contrairement aux idées régnantes, inspirées de la doctrine de Broussais, qui voyait partout l'inflammation et traitait toutes les maladies par les émissions sanguines et la diète. Lugol fut donc un précurseur dans la thérapeutique de la scrofule; c'est à lui qu'on doit également la vulgarisation de l'emploi raisonné des préparations iodées dans le traitement des maladies scrofuleuses.

Lugol était un isolé et ne fréquentait aucun de ses confrères; mais ce fut un praticien assez recherché, qui réalisa une fortune très grande pour l'époque.

* * *

Cazenave, qui entra à l'hôpital Saint-Louis en 1836, succédant à Alibert, fut le principal élève de Biett et le protagoniste de ses doctrines. Toute sa vie, il resta figé dans l'enseignement de Biett, tellement que, dans un Traité de pathologie générale des maladies de la peau, paru en 1868, il niait encore la nature parasitaire du favus, de l'herpès tonsurant et du pityriasis versicolor, dont il faisait une simple tache pigmentaire et qu'il rapprochait des éphélides et du

masque des femmes enceintes. Il plaisantait ce qu'il appelait le *morbidisme végétal* et se croyait « suffisamment autorisé pour refuser à cette hypothèse la moindre valeur étiologique. » Il déplorait de voir « l'histoire des teignes, que Biett, après tant d'efforts, avait éclairée d'une manière si lumineuse et si simple, embrouillée, plus que jamais, par un système qui, d'après lui, ne pouvait supporter un instant le contrôle expérimental ni l'examen clinique ».

Cazenave n'admettait pas qu'on put rien changer ni rien ajouter à l'œuvre de Biett et, quand il quitta l'hôpital Saint-Louis en 1867, il n'avait été éclairé ni par les travaux de Bazin ni par ceux de Hardy. Il était resté organicien irréductible et avait inventé la diathèse organique, par opposition à la diathèse humorale, qu'il considérait comme une vue de l'esprit. Il reconnaissait « la nécessité de rechercher les lois générales qui président au développement des maladies de la peau, de soumettre ces maladies, trop longtemps spécialisées, aux règles générales de la pathologie, de les étudier dans leurs relations intimes avec les troubles extérieurs, pour arriver à une appréciation vraie de leur nature » ; mais il repoussait, étrange inconséquence! toute idée de cause générale, qu'il traitait de mythe ou d'hypothèse. Il niait même l'influence étiologique propre de la goutte sur les affections cutanées : « Si la goutte, dit-il, peut être l'occasion d'une éruption, ce sera tout accidentellement, à cause de la fièvre qui l'accompagne... Si les maladies générales peuvent avoir une action étiologique sur le développement des maladies de la peau, c'est comme causes accidentelles, par suite des phénomènes qui les accompagnent, ou en vertu de raisons anatomopathologiques qui les rapprochent de la structure et des fonctions de la peau. »

C'est l'analogie de tissu créant l'analogie de maladie; c'est ce que Cazenave appelle la diathèse organique.

Sous l'influence de la même cause, un individu aura un prurigo ou un lichen, c'est-à-dire une affection papuleuse du système papillaire, s'il a un tempérament nerveux; un autre, un impétigo, c'est-à-dire une infection pustuleuse du système lymphatique, s'il a un tempérament lymphatique; un autre, un eczéma, c'est-à-dire une affection vésiculeuse du système sudoripare, s'il a un tempérament sanguin. Il y a, pour Cazenave, autant de diathèses que de tempéraments. Chaque groupe diathésique est commandé par la solidarité des organes de même nature.

C'est l'organicisme poussé à ses extrêmes limites; c'est la négation complète de la Pathologie générale.

Avec une doctrine semblable, Cazenave ne devait admettre ni les métastases internes des maladies de la peau, ni les répercussions cutanées des lésions viscérales de même origine. Pour lui, les alternances de prurigo et d'asthme, de migraines et d'eczéma, les métastases goutteuses elles-mêmes ne sont que des successions accidentelles. Vous voyez que l'école de Vienne n'a rien inventé et peut, à bon droit, se recommander de Cazenave.

Néanmoins, si Cazenave était totalement dépourvu d'idées générales, la méthode de Biett, qui consistait dans l'observation attentive des lésions cutanées, dans l'examen minutieux de leurs caractères objectifs, lui permit de faire des découvertes importantes. C'est lui, notamment, qui établit l'individualité du pemphigus foliacé et qui lui donna son nom. Mieux que tout autre, il étudia le lupus érythémateux, que quelques auteurs ont même voulu appeler le lupus de Cazenave.

La dermatologie ne l'enrichit pas. Il mourut à un âge avancé, dans un état voisin de la misère.

* * *

En même temps que Cazenave, deux autres hommes se partageaient l'enseignement à l'hôpital Saint-Louis : c'étaient Gibert et Devergie.

Gibert était un homme sage, qui étudia avec un égal succès la Dermatologie et la Syphilis. Avant d'arriver à l'hôpital Saint-Louis en 1840, il avait été le premier médecin de l'hôpital de Lourcine.

Élève de Biett, comme Cazenave, il conserva dans ses principes la classification de son maître. Tout en rendant justice à Alibert, aux leçons duquel, dit-il, l'hôpital Saint-Louis dut de conquérir une renommée européenne, et tout en s'efforçant d'être éclectique et indépendant, il resta imbu, malgré lui, des doctrines willanistes.

C'était, d'ailleurs, un esprit ouvert, qui sut comprendre la valeur des recherches, récentes alors, sur la nature parasitaire des teignes. Il rendait hommage aux études microscopiques de Gruby, de Robin et de Bazin et considérait « la révélation des champignons parasites dans certaines affections cutanées comme la découverte la plus importante de son époque ».

La nosographie dermatologique lui doit l'individualisation et la description complète du *pityriasis rosé,* maladie à laquelle on a attaché son nom. En syphiligraphie, il démontra expérimentalement la contagion des accidents secondaires, qui était niée par Ricord. Ses inoculations, dont il publia les résultats dans un rapport à l'Académie de médecine en 1859, seraient aujourd'hui jugées très sévèrement, mais paraissent n'avoir soulevé aucune objection à cette époque.

Gibert fut également un thérapeute expérimenté; plusieurs de ses formules lui ont survécu, notamment celle du sirop de biiodure de mercure ioduré, qui porte encore son nom.

* * *

Devergie, qui entra à l'hôpital Saint-Louis en 1841, un an après Gibert, procédait de Biett, comme les médecins précédents, bien qu'il affectât de ne pas le reconnaître pour maître et qu'il oubliât même souvent de citer son nom, au grand scandale de Cazenave.

Devergie avait pour principale préoccupation de renier le passé : « Étranger à toute école antérieure, dit-il, je me suis créé des doctrines au lit du malade. » Il prétendait inventer un nouveau classement des maladies de la peau et, cependant, la méthode de Willan et de Biett, qu'il critiquait si vivement, régnait en maîtresse dans son enseignement. Sa classification, la plus composite qu'on puisse concevoir, conserve néanmoins, dans ses grandes lignes, les divisions en taches, vésicules, bulles, pustules, papules.

Mais Devergie eut un grand mérite, qu'il serait injuste de lui contester, c'est d'avoir compris qu'il n'y a pas de différences absolument tranchées entre les divers types morphologiques des lésions cutanées, et d'avoir établi et décrit les formes composées des affections de la peau. Ces formes composées représentent des transitions, qui sont loin d'être rares, entre l'eczéma et le psoriasis, entre l'eczéma et le lichen, entre l'eczéma et l'impétigo : l'eczéma psoriasiforme, l'eczéma lichénoïde, l'eczéma impétigineux sont, depuis Devergie, admis sans conteste.

Devergie était un bon observateur; il reconnut le premier la nature contagieuse de l'impétigo, bien que nos compatriotes, suivant une habitude constante, aient attribué plus tard l'honneur de cette découverte à un étranger.

Il distingua, avec une netteté remarquable, dans le groupe confus des érythrodermies exfoliantes, un type bien défini, qu'il décrivit de main de maître et auquel on a donné son nom : le pityriasis pilaris.

Enfin, au point de vue de la thérapeutique locale, il divisait les maladies de la peau en deux groupes : les maladies sécrétantes et les non sécrétantes, les dermatoses humides et les dermatoses sèches. Il faut avoir la franchise de reconnaître que, dans bien des cas, nous n'avons pas d'autres indications du traitement.

Il y a un autre élève de Biett que je me reprocherais d'oublier, bien qu'il n'appartînt jamais à l'hôpital Saint-Louis : je veux parler de Rayer. Cet illustre savant est le remarquable exemple d'un médecin qui sut être un grand dermatologiste sans avoir été un spécialiste étroit. Il a laissé un Traité complet des maladies de la peau qui est un des meilleurs que nous possédions et qu'on peut encore consulter avec fruit. Tous les faits qui ont servi de base à ses descriptions ont été observés soit à l'hôpital Saint-Antoine soit à la Charité. Sa classification anatomique constitue un progrès réel sur les travaux de ses devanciers.

Rayer, qui est également l'auteur d'un Traité des maladies des reins, semble avoir voulu montrer, par cette association d'études, l'importance des analogies qui existent entre les deux principaux émonctoires de l'économie : le rein et la peau.

* * *

Telle est, Messieurs, si je puis dire, la première période de l'histoire de la Dermatologie française, comprenant Alibert et l'École de Biett : les doctrines d'Alibert oubliées et délaissées, l'enseignement de Biett encore tout puissant, malgré quelques menaces de défection. Cette période représente la première moitié du siècle.

Un homme parut alors, qui devait renouveler la dermatologie. Bazin entra à l'hôpital Saint-Louis en 1850 et y resta jusqu'en 1873. Pendant cette longue période de temps, il édifia un monument dont les détails ont pu être modifiés, mais dont les assises subsistent dans toute leur grandeur.

L'œuvre de Bazin est double : en premier lieu,



Bazin.

il a brisé le moule willaniste, comprenant bien qu'une maladie était insuffisamment caractérisée par son aspect extérieur, et qu'il fallait, pour la définir, remonter de la lésion à la cause ; en second lieu, il a secoué délibérément le joug de l'organicisme et de l'École anatomique et montré de nouveau, suivant la tradition de l'ancienne médecine, que la plupart des affections de la peau n'étaient que des manifestations cutanées d'un état morbide général préexistant.

D'après ces principes, Bazin a divisé les affections cutanées en deux grandes classes : les affections de cause externe et les affections de cause interne.

Les affections de cause externe comprennent d'abord toutes les lésions cutanées produites par des causes mécaniques, physiques ou chimiques, ou par des agents animés ; puis les affections dérivant d'une intoxication d'origine extérieure, auxquelles Bazin a donné le nom d'affections pathogénétiques. Ce dernier groupe renferme toutes les éruptions provoquées par les substances diverses ingérées comme aliments ou comme médicaments.

Parmi les éruptions produites par les agents extérieurs, il convient d'insister sur celles qui ont une origine parasitaire. Bazin est, en effet, le premier dermatologiste qui ait compris l'importance et l'avenir de la théorie parasitaire dans la Pathologie cutanée. Si la découverte des champignons des teignes ne lui appartient pas, il eut le mérite de l'adopter et de la répandre, de vulgariser et de confirmer, par ses observations, les travaux qu'il avait encouragés et auxquels il apporta le lustre de son autorité.

Quant aux affections de cause interne, c'étaient toutes celles qui étaient symptomatiques d'une maladie constitutionnelle. Les quatre principales maladies constitutionnelles admises par Bazin étaient : la scrofule, la syphilis, l'arthritisme et l'herpétisme.

La scrofule est aujourd'hui la tuberculose ; la syphilis a une origine et une évolution particulières. Il ne reste, comme maladies constitutionnelles, que l'arthritisme et l'herpétisme.

Combien a-t-on reproché à Bazin cette distinction de l'arthritisme et de l'herpétisme ? Et cependant il avait raison dans le fond, sinon dans les termes. Il y a deux types d'arthritiques : les arthritiques gras, goutteux ou à tendance goutteuse ; les arthritiques maigres, secs, nerveux, à tendance scléreuse, qui représentent les herpétiques de Bazin.

Je reconnais que Bazin avait beaucoup compliqué sa doctrine et qu'à de grandes vérités il avait mêlé quelques erreurs, notamment la distinction des diathèses et des maladies constitutionnelles ; il employait, d'ailleurs, très inexactement et très confusément cette dénomination de diathèse, qu'il appliquait, par exemple, au cancer, à la gangrène et aux hémorragies.

Peu importe, car les principes généraux de sa doctrine restent vrais.

On lui reprochait aussi, à son époque, d'admettre des maladies constitutionnelles sans pouvoir les définir par leur nature. Il les définissait seulement par leurs effets et ne pouvait faire davantage ; mais il avait su résumer, dans le même groupe, des affections viscérales et cutanées qui, par leur concomitance ou par leur succession, chez le même individu ou dans sa descendance, formaient un ensemble et pouvaient légitimement être rapportées à la même cause.

Cette cause, que Bazin ne connaissait pas, a été élucidée depuis ; mais sa gloire n'en est pas moins grande, car, à une époque où les altérations humorales de l'arthritisme n'étaient ni physiologiquement ni chimiquement connues, il a eu, par une sorte de préscience, l'intuition des découvertes de l'avenir.

Ce serait une erreur de croire que Bazin ait employé toute son activité et tout son temps à l'édification de ses doctrines de Pathologie générale ; c'était aussi un observateur et un analyste de premier ordre.

Il a décrit, dans ses ouvrages, toutes ou presque toutes les affections de la peau, même celles qui ont été inventées après sa mort sous un autre nom. Que de découvertes on aurait pu s'épargner de nos jours, en France et à l'étranger, si l'on avait pris la peine de lire et de comprendre les œuvres de Bazin !

Pourquoi faut-il que des qualités si brillantes aient été quelque peu ternies par des défauts extérieurs ? Bazin était un grand homme, mais c'était un homme désagréable : ce fut une espèce d'Alceste.

Il donnait ouvertement son opinion sur tout et sur tous et ne ménageait personne, particulièrement ses collègues ; c'est de l'un d'eux qu'il disait publiquement : « ce qu'il y a de curieux, c'est qu'il a l'air intelligent ! » Son caractère lui fit beaucoup de tort et il ne fut pas gâté par les honneurs. Il ne fut que médecin de l'hôpital Saint-Louis ; il ne fut rien autre, pas même académicien. Et cependant, il reste l'illustration de la Dermatologie ; s'il a été souvent et injustement oublié dans les derniers temps, il n'a pas été remplacé.

* * *

Hardy, dont je m'honore d'avoir été l'élève, fut le rival et le concurrent de Bazin.

Bien qu'étant resté vingt-cinq ans à l'hôpital Saint-Louis, de 1851 à 1876, il repoussa toujours la qualification de spécialiste et s'efforça de rester fidèle à la médecine générale ; il fut professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale. C'est vraiment à lui qu'on peut appliquer cette phrase que j'ai dite ailleurs : le bon spécialiste doit être un spécialiste par surcroît ou, en d'autres termes, un médecin spécialisé. Hardy fut, en effet, un grand spécialiste, dans la meilleure acception du mot ; personne ne connut mieux que lui la Dermatologie et la Syphilis et, même quand il eut quitté l'hôpital Saint-Louis, il conserva une clientèle spéciale égale à sa clientèle générale.

Hardy, qui avait connu Alibert et Biett dans sa jeunesse et qui avait suivi leur enseignement, rompit avec les doctrines de Biett, comme Bazin. Il est de peu d'importance, disait-il, qu'une maladie cutanée se présente avec des vésicules ou avec des papules ; l'essentiel, pour le vrai médecin, est de savoir si elle est accidentelle ou si elle est constitutionnelle.

Hardy admettait, en effet, l'influence étiologique d'un état diathésique, d'un vice constitutionnel, d'une disposition générale de l'économie sur le développement de la plupart des dermatoses. Cette disposition morbide, il l'appelait la diathèse dartreuse ; les maladies qu'elle engendrait étaient les dartres. Les dartres de Hardy comprenaient, à la fois, les herpétides et les arthritides de Bazin.

La diathèse dartreuse de Hardy, de même que l'arthritisme et l'herpétisme de Bazin, ne pouvaient, d'ailleurs, être définis que par leurs effets ; leur nature essentielle restait inconnue. Mais, pour Hardy comme pour Bazin, ce fut un grand


Professeur Hardy.

mérite d'avoir voulu étudier les affections de la peau d'après leur nature et d'après leurs causes, et d'avoir fait sortir la Dermatologie des classifications purement descriptives. Leur méthode, à l'un et à l'autre, dérive des doctrines d'Alibert.

Dix ans après ces deux maîtres, en 1860, Hillairet entra à l'hôpital Saint-Louis et y resta jusqu'en 1881. Ce médecin honorable, dont j'ai été l'interne et dont je salue respectueusement la mémoire, fut mon initiateur en Dermatologie. C'est de ma collaboration avec lui, de 1879 à 1882, que date mon premier ouvrage sur les Maladies de la peau.

Hillairet était un homme de progrès, accessible à toutes les idées nouvelles. Il fut un des premiers à étudier l'histologie pathologique de la peau, et, quand naquit la théorie microbienne, il s'y rallia sans hésitation et sut, dès la première heure, comprendre son avenir.

C'est dans son service, au pavillon Gabrielle, que venaient se faire soigner tous les malades atteints de dermatoses exotiques, notamment tous les lépreux, qui lui ont fourni d'intéressants sujets d'observation.

Après Hillairet, parmi les anciens médecins de cet hôpital antérieurs à la création de la Chaire de Dermatologie, je n'ai plus à citer que Guibout, à qui l'on doit les premières tentatives de traitement du lupus par la cautérisation ignée.

* * *

Pendant que les médecins de l'hôpital Saint-Louis édifiaient la Dermatologie contemporaine, ceux de l'hôpital du Midi débrouillaient les Maladies vénériennes.

On en était encore, au commencement du siècle qui vient de finir, à croire communément à l'identité de nature et d'origine de tous les accidents vénériens ; le chancre simple, la blennorragie elle-même n'étaient pas distingués de la syphilis.

Il n'en avait pas été toujours ainsi. Les médecins de l'Antiquité et du Moyen-Age connaissaient les écoulements blennorragiques, les ulcères simples des organes génitaux et les bubons suppurés, et même, au moment où parut la grande épidémie de syphilis de la fin du xve siècle, on savait distinguer et séparer les manifestations de la vérole du chancre simple et de la gonorrhée.

Mais, peu à peu, sous l'influence de la diffusion de la syphilis et de l'importance prépondérante qu'elle acquit dans la pathologie des organes génitaux, on en vint à considérer comme syphilitiques toutes les affections vénériennes ; on confondait le chancre simple et le chancre infectant, on décrivait même une blennorragie syphilitique.

Malgré les travaux de Benjamin Bell, en Ecosse, et de Hernandez, en France, la majorité des médecins restait uniciste.

L'œuvre de l'Ecole du Midi est d'avoir ramené l'ordre dans cette confusion et d'avoir nettement et définitivement séparé l'une de l'autre les trois affections vénériennes.

* * *

Les deux Cullerier, Ricord et Vidal (de Cassis) sont le principales figures de cette Ecole.

Cullerier l'ancien mérite de ne pas être oublié, ne serait-ce qu'à cause des luttes qu'il eut à soutenir pour conserver le mercure comme remède spécifique de la syphilis. S'il n'a rien inventé, il passa sa vie à enseigner, par la plume et par la parole, la pathologie vénérienne ; il fut même une victime du devoir professionnel et perdit un œil en ouvrant un bubon.

Mais, de tous les médecins de l'hôpital du Midi, Ricord est incontestablement celui qui tient la première place.

Il reprit la doctrine et les arguments de Bell et de Hernandez et soutint qu'il y avait un double virus et que le virus du chancre n'était pas le même que celui de la blennorragie.

Benjamin Bell, d'Edimbourg, avait posé en principe, dès 1797, que la gonorrhée peut bien être le produit d'une inflammation virulente, mais qu'elle n'est jamais un accident du virus syphilitique. Bell donnait pour preuves à son opinion que le virus syphilitique infecte l'économie, ce qui n'arrive pas pour la gonorrhée ; qu'une personne affectée de gonorrhée ne donne pas de chancres et inversement ; que l'inoculation du pus de la gonorrhée n'a jamais donné de chancres et, enfin, que les remèdes qui réussissent contre la syphilis n'ont pas d'action dans la gonorrhée.

Hernandez, en 1812, avait soutenu la même opinion. Il expliquait les cas dans lesquels la syphilis a paru succéder à la gonorrhée par l'existence d'ulcères chancreux méconnus de l'urètre ou du fond du vagin. C'est la théorie embryonnaire du chancre larvé, du chancre urétral ou du chancre vaginal méconnu, que Ricord a faite sienne par les développements qu'il lui a donnés.

Ricord voulut appuyer cette théorie sur des preuves expérimentales et, dans son ouvrage de 1838, il fait de l'inoculation la base de sa démonstration. Malheureusement, ses inoculations distinguaient seulement la blennorragie du chancre simple, car c'étaient des chancres simples qu'il inoculait et non des chancres syphilitiques ; il ne connaissait pas encore la dualité du chancre. Malgré cette erreur d'interprétation, la doctrine de Bell, de Hernandez et de Ricord était vraie et est restée vraie. La séparation de la blennorragie et de la syphilis était effectuée pour toujours.

La distinction des deux espèces de chancre ne fut reconnue que plus tard. Elle avait été entrevue par Ricord, qui émettait, dans ses leçons, l'opinion que les différences des manifestations morbides consécutives au chancre pouvaient bien tenir non seulement à des conditions indivi-

duelles, comme on le pensait généralement, mais aussi à des différences de causes et de virus. Mais le dualité du virus chancreux fut seulement démontrée en 1852 par Bassereau, élève de Ricord; elle le fut d'une façon péremptoire, grâce aux confrontations. En examinant les individus contaminés et les contaminateurs, Bassereau trouva que les individus atteints de chancres indurés ou infectants tenaient toujours leur maladie d'une personne atteinte d'un chancre de même nature.

Plus tard, en 1856, M. Fournier fit la même démonstration pour le chancre simple, par des confrontations semblables. Dans tous les cas, on vit le chancre simple se transmettre dans son espèce et ne jamais donner lieu, par contagion, à un chancre infectant.

La théorie de Bassereau fut adoptée par Ricord qui, grâce aux inoculations, lui donna une sanction définitive. Le chancre simple est auto-inoculable ou inoculable sur le même sujet, indéfiniment, tandis que le chancre infectant ne l'est jamais. Le premier est toujours une affection locale; le second est le début d'une affection constitutionnelle. Ainsi se trouvèrent nosologiquement séparés le chancre simple et la syphilis.

Ricord fut moins heureux dans le choix de ses doctrines relativement à la contagion de la syphilis. Il n'admettait que la contagion du chancre et, à l'exemple de Hunter, il niait celle des accidents secondaires. Bien que Wallace, dès 1835, eût détruit l'édifice huntérien par des inoculations d'accidents secondaires d'un sujet à un autre,



Ricord.

Ricord, en 1836, se refusait encore à admettre que les accidents secondaires pussent être contagieux. Il se basait toujours sur sa méthode de l'inoculation, une plaque muqueuse ne donnant jamais lieu, par inoculation sur le même sujet, à un chancre syphilitique. Il niait également la possibilité de la transmission de la syphilis à une nourrice par un nourrisson syphilitique et il cherchait à expliquer les chancres mammaires par une auto-inoculation venant des parties génitales primitivement infectées.

Etrange contradiction ! car cette théorie ne s'accordait guère avec la grande loi de l'unicité de la syphilis proclamée par lui. La vérole ne récidive pas, disait justement Ricord; quoi d'étonnant alors à ce qu'une plaque muqueuse ne puisse être inoculée chez un sujet antérieurement affecté de chancre ? et, pour ce qui est de la syphilis des nourrices, comment admettre qu'un chancre mammaire puisse se développer par inoculation secondaire chez une femme déjà atteinte de lésions syphilitiques des organes génitaux ?

Ce fut l'aberration d'un grand esprit ; Ricord s'entêtait tellement dans son erreur, avec l'autorité attachée à son nom, qu'il ne fallut rien moins que les expériences de Gibert pour convaincre définitivement l'unanimité des médecins.

Ricord, pendant toute sa vie, se consacra à l'étude et à l'enseignement des maladies vénériennes. Il instruisit plusieurs générations médicales et ses leçons avaient un grand succès. Il avait beaucoup d'esprit et savait, par des formules pittoresques, graver dans la mémoire de ses auditeurs les faits qu'il leur exposait. La plupart de ses aphorismes ont fait fortune, bien qu'ils ne fussent pas tous exacts; on les répète encore, à cause de leur originalité.

Il n'avait pas seulement de l'esprit, il avait une grande intelligence. Complètement dénué de fortune, il commença par être médecin de campagne à Crouy-sur-Ourcq, dans le département de Seine-et-Marne. Quand il eut, par l'exercice de sa profession, amassé un petit pécule, il vint à Paris pour se préparer au concours des Hôpitaux. Nommé chirurgien de l'hôpital du Midi, en 1832, il y resta jusqu'à sa retraite, comblé d'honneurs et gratifié de toutes les faveurs officielles qu'il pouvait désirer.

Il ne manquait, d'ailleurs, aucune occasion de se mettre en évidence, et encore en 1870, au milieu de nos désastres, il se laissait photographier, dans l'ambulance dont il avait la direction, embrassant le Supérieur des Frères des écoles chrétiennes, qu'on avait enrôlés comme brancardiers.

Ricord était, en effet, doué d'un savoir-faire extraordinaire ; malgré les erreurs qu'il a parfois soutenues, il eut une réputation universelle. Il soignait l'aristocratie syphilitique du monde entier et ce fut l'homme le plus décoré de son époque.

* * *

Messieurs, je viens de vous synthétiser rapidement l'histoire des dermatologistes français depuis un siècle, de 1802 à 1902. Il vous est facile de voir, parmi les médecins dont je vous ai rappelé les travaux, quelle part revient à chacun d'eux dans le progrès de la Dermatologie.

Vous avez jugé la valeur de Ricord, qui fut un grand remueur d'idées, et qui eut surtout pour mérite de répandre, par son enseignement très suivi, les connaissances vénéréologiques dans le monde médical.

Vous avez apprécié l'œuvre capitale d'Alibert, qui fut véritablement le fondateur de la Dermatologie en France. Alibert ne laissa pas d'élèves, car Biett, son seul disciple, abandonna ses doctrines et se tourna contre lui. Le seul dont, plus tard, l'enseignement s'inspirât de celui d'Alibert, fut le professeur Hardy. Alibert fut bien supérieur aux hommes de son époque et de l'époque suivante; mais par ses idées générales, il était trop au-dessus de la plupart des spécialistes pour être compris d'eux. Cazenave, Gibert, et même Devergie, sont plus ou moins, consciemment ou inconsciemment, des élèves de Biett. Ils furent tous des hommes de second ordre, y compris Biett lui-même, qui ne fut que le vulgarisateur des idées de Willan.

Alibert seul fut un créateur et, après lui, Bazin fut le premier qui eut des idées personnelles; Bazin ne fut l'élève de personne que de lui-même. Alibert et Bazin sont les deux grands noms de la Dermatologie française, et aucun pays étranger n'a d'hommes à mettre en parallèle avec eux.

Tels sont nos ancêtres de l'hôpital Saint-Louis, de cet hôpital unique au monde, dont la renommée est universelle, et sur le fronton duquel Alibert voulait qu'on gravât cette inscription : *Urbi et orbi*. Dans cet hôpital où j'arrive, je ne trouve que des amis, et je suis heureux de saluer affectueusement mes nouveaux collègues.

* * *

Messieurs, en ce jour, qui est le plus solennel de mon existence, je veux apporter le tribut de ma reconnaissance à ceux qui m'ont accordé la faveur que j'ambitionnais le plus au monde.

Je remercie, du fond du cœur, les dix-sept membres de la Faculté de médecine qui m'ont donné leurs suffrages et qui m'ont appelé à devenir leur collègue. Je remercie la Section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique de m'avoir nommé.

Parmi ceux qui m'ont élevé où je suis, il y en a qui ont droit particulièrement à ma gratitude.

Monsieur le professeur Bouchard, vous avez été pour moi le maître par excellence. Depuis que j'ai eu l'honneur d'être votre interne, il y a vingt-deux ans, je suis resté votre disciple; et ce sont vos principes et vos idées de Pathologie générale qui m'ont guidé dans mes études et dans mes recherches scientifiques. Vous avez été mon inspirateur en médecine, et votre puissante affection a été le levier le plus sûr de ma destinée.

Monsieur le doyen Brouardel, je vous rends grâces. C'est sous votre main tutélaire que j'ai été spécialisé en Dermatologie. Vous avez voulu parfaire votre œuvre, et vous avez employé toute votre influence pour que l'agrégé devînt professeur.

Monsieur le professeur Landouzy, mon cher maître, c'est vous qui m'avez dirigé dans la carrière des concours; et vous m'avez toujours soutenu avec un dévouement sans bornes. C'est vous qui m'avez préparé à l'agrégation, c'est vous qui m'avez nommé médecin des Hôpitaux; et c'est encore vous qui avez soutenu ma cause devant le Conseil de la Faculté.

A ces noms, ils me plaît d'ajouter celui de M. le professeur Grancher, qui jadis, en m'ouvrant son service et en me prenant pour collaborateur, m'a permis d'étudier la dermatologie infantile, et dont la sympathie ne m'a jamais fait défaut.

Messieurs, vous partagerez tous mon émotion en m'entendant évoquer la mémoire vénérée de mon maître Potain. Cet homme fut une des plus grandes figures de la médecine contemporaine, car il représenta la probité et la justice; il personnifia le devoir. Il ne fut pas seulement le plus grand clinicien de son époque; il imposa le respect à tous par la simplicité de sa vie et la dignité de son caractère, et conserva la tradition des vertus antiques. Qu'il soit votre modèle, Messieurs, comme il a été le mien. Dans les circonstances difficiles, quand vous aurez une décision à prendre, pensez à lui, et son souvenir vous maintiendra toujours dans le chemin de la justice et de la vérité.

Je ne saurais oublier mes autres maîtres d'Internat; ils ont tous contribué à mon instruction médicale. Parmi eux, je dois une mention particulière à Desprès, qui, dans plusieurs occasions, ne m'a ménagé ni son affection ni son appui, et à Polaillon, qui m'a, par ses soins dévoués, sauvé le vie il y a vingt-deux ans.

Je remercie enfin M. le Doyen et mes collègues de la Faculté et des Hôpitaux, qui me font l'honneur d'assister à cette leçon inaugurale.

Messieurs, connaissant ceux dont je dérive et qui m'ont fait ce que je suis, vous voudrez bien, je l'espère, m'accorder votre bienveillance, convaincus que l'élève de tels maîtres ne peut manquer de faire tous ses efforts pour vous être utile et pour se montrer digne de l'enseignement qu'on lui a confié.

Je ne suis, d'ailleurs, pas un inconnu pour la plupart d'entre vous; je reconnais dans cet amphithéâtre un grand nombre de ceux qui ont suivi mes conférences d'agrégé. Messieurs, après une année d'interruption, nous allons continuer à travailler ensemble et, à partir de dimanche prochain, nous commencerons l'étude des dermatoses diathésiques. Si le passé est un garant de l'avenir, je suis sûr d'obtenir de vous autant d'attention à m'écouter que je mettrai de dévouement à vous instruire.

TRAITEMENT DES PSEUDARTHROSES

PAR L'AGRAFAGE MÉTALLIQUE

Par **Ch. DUJARIER**
Prosecteur d'Anatomie.

L'agrafage métallique, dont nous allons étudier l'instrumentation et le mode d'application, présente sur la suture osseuse, avec les divers fils, les avantages suivants : 1° facilité d'application; il suffit d'avoir en face de soi une seule face de l'os

pour enfoncer l'agrafe ; 2° rigidité de la coaptation beaucoup plus parfaite.

Instrumentation.

1° *Agrafes.* — Voici la description du dernier type d'agrafe que nous avons fait construire chez Collin, et qui diffère par plusieurs détails du type primitif imaginé par M. Jacoël et que j'ai présenté avec lui à la Société anatomique[1].

L'agrafe comprend trois parties : une tige réunissant deux pointes. La tige a la forme d'un demi-cylindre; la portion plane repose sur la surface osseuse; la partie convexe est arrondie pour ne pas offenser les parties molles par des angles saillants. Les deux pointes destinées à pénétrer dans la substance osseuse ont la forme de pyramides quadrangulaires dont la base se continue avec l'extrémité de la tige, et dont le sommet tronqué est libre. La partie intéressante de ces pointes est qu'elles présentent une série de crans, destinés à empêcher l'éclatement de l'os lors de la pénétration. Ce dispositif, emprunté par M. Jacoël aux crampons des charpentiers, permet une implantation sans danger d'éclatement, même dans des os durs et relativement près de la solution de continuité.

Les pointes de l'agrafe sont quadrangulaires à dessein; celles dont nous nous étions primitivement servis étaient coniques, mais il nous a semblé qu'étant quadrangulaires, elles s'opposeraient mieux au glissement des fragments et produiraient une coaptation plus rigide.

De plus, l'angle saillant produit par l'union de la tige et de la pointe doit être légèrement arrondi pour ne pas offenser les parties molles; pas trop,

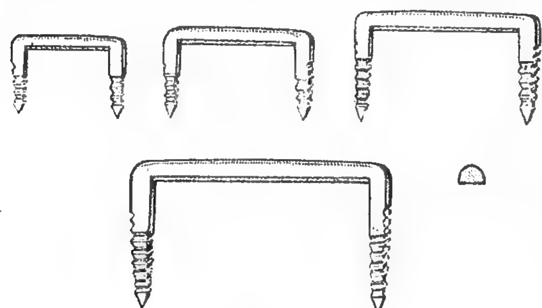


Figure 1.

cependant, pour qu'on puisse frapper dans l'axe de la pointe; tandis que l'angle rentrant doit être absolument droit pour que, la pointe étant enfoncée à bloc, la tige prenne un contact exact avec la surface osseuse. Tous ces détails ont leur importance, et ce n'est qu'après de multiples essais sur l'os sec et sur le cadavre que nous les avons fixés.

Nous avons fait construire quatre modèles de ces agrafes pour répondre à tous les besoins (fig. 2) et nous avons choisi comme métal l'acier argenté.

Il est un point sur lequel nous ne sommes pas encore fixés, c'est la longueur à donner aux pointes. Il serait peut-être avantageux que la pointe traversât le tissu compact de la face de l'os, la cavité médullaire et le tissu compact du côté opposé. On obtiendrait ainsi une solidité beaucoup plus grande, car une seule agrafe maintiendrait ainsi deux faces opposées. Aussi serons-nous peut-être appelés à modifier dans ce sens la longueur des pointes de nos agrafes.

2° *Drille et mèches.* — Avant d'enfoncer l'agrafe, il faut forer un trou dans l'os. Pour ce faire, nous avons fait construire un drille qui ne présente comme particularité que ceci : l'extrémité qui porte la mèche ne porte pas de vis de pression, de sorte que, pendant le forage du trou, il n'y a pas de saillie qui vienne meurtrir les tissus et empêcher la rotation de la tige. Les mèches sont construites de façon à ce que le diamètre du trou qu'elles forent soit égal au côté de la portion moyenne de la pointe, si bien que, lorsqu'on enfoncera l'agrafe, ses pointes entreront sans

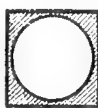


Figure 2.

difficulté et mordront seulement par les quatre angles (fig. 3). A chaque agrafe correspond donc une mèche (fig. 4).

3° *Marteau et chasse-pointe.* — Au cours de nos expériences et surtout de notre intervention sur le vivant, nous avons été frappés de la difficulté que nous avions à enfoncer les agrafes avec les maillets en plomb utilisés en chirurgie; il

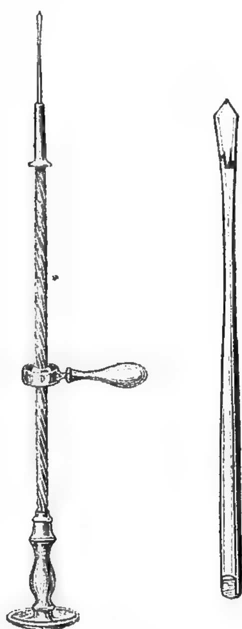


Figure 3.

faut absolument avoir un marteau en acier. Nous en avons fait construire un par M. Collin : l'un des côtés est large et carré et permet de frapper sur une large surface; l'autre est circulaire et étroit et permet de frapper sur un point plus restreint.

Nous avons aussi remarqué que, bien souvent, en raison de la profondeur de l'os dans la plaie, il était difficile de frapper l'agrafe au point et dans la direction désirés; aussi avons-nous pensé

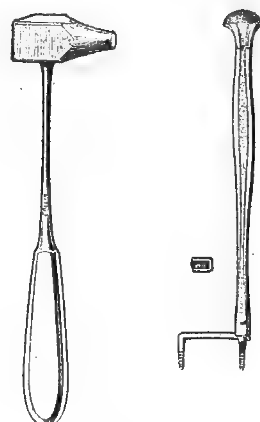


Figure 4.

à utiliser le chasse-clou des menuisiers. M. Collin nous a construit un chasse-clou dont l'extrémité inférieure englobe l'angle de l'agrafe et permet de frapper facilement dans l'axe de la pointe (fig. 5).

Technique.

1° *Incision des parties molles.* — Toujours très longue, de façon à permettre un très large accès sur les extrémités fracturées ; nous n'hésitons pas à conseiller pour l'humérus des incisions de 20 à 25 centimètres et même davantage.

2° *Libération des extrémités fracturées.* — La meilleure manœuvre pour y arriver consiste à faire saillir à l'extérieur les deux fragments en accolant les deux portions du membre fracturé comme un fléau dont les deux branches sont en contact.

Cette manœuvre permet d'examiner facilement l'extrémité des fragments, de les régulariser et de les aviver aussi économiquement que possible.

Cette manœuvre, facile dans les membres à un seul os, peut être difficile ou même impossible dans les membres à deux os.

3° *Réduction.* — L'obtenir parfaite en arcboutant les deux surfaces avivées et en redressant alors le membre en maintenant le contact osseux. Utiliser pour la contention les divers modèles de daviers droits ou coudés qu'a fait construire M. Tuffier chez Collin[1].

4° *Pose des agrafes.* — Mesurer avec une agrafe portée sur l'os l'écartement des deux pointes au niveau de l'emplacement qui paraît le plus favorable. Puis, avec un drille dont la mèche correspond à l'agrafe employée, pratiquer un trou bien perpendiculaire à la surface de l'os ; forer ce trou dans le tissu compact, la cavité médullaire et entamer le tissu compact du tissu opposé ; forer ce trou aussi profondément que le nécessite la longueur des pointes de l'agrafe. Repérer encore le point où doit pénétrer la seconde pointe de l'agrafe et forer un second trou bien *parallèle* au premier.

Ceci fait, placer l'agrafe en place et l'enfoncer à petits coups légers portant alternativement à *chacune des extrémités de la tige, juste au-dessus de la pointe.* C'est pour ce temps que le marteau et le chase-clou que nous représentons sont d'une grande utilité. Ils permettent d'enfoncer l'agrafe doucement, sans léser les parties molles, et en frappant exactement dans l'axe de la pointe. Faire pénétrer l'agrafe profondément et l'encastrer dans le tissu osseux afin qu'elle fasse le moins de relief possible. Cela est surtout nécessaire quand on place une agrafe sur la face interne du tibia qui n'est recouvert que par la peau ; au niveau de l'humérus et du fémur, l'épaisseur des parties molles recouvrant l'agrafe rend sa saillie insensible.

Ce temps de pénétration de l'agrafe est le plus délicat. Voici les principaux accidents qui peuvent survenir :

1° Si on a mal repéré la distance qui sépare les deux pointes de l'agrafe, on risque, en l'enfonçant, si les trous sont trop rapprochés, d'écarter les deux fragments osseux; s'ils sont trop éloignés, de fausser l'agrafe dont les branches vont diverger; si les trous ne sont pas forés bien parallèlement, l'agrafe peut encore se fausser dans un autre sens et le résultat être défectueux.

2° Si on frappe sur la portion moyenne de l'agrafe, celle-ci fléchit : les pointes deviennent divergentes et la coaptation est obtenue en mauvaise position, ou bien on ne peut arriver à faire pénétrer complètement l'agrafe.

3° Si on frappe trop fort, et cela arrive surtout lorsque le trou foré est de diamètre trop petit, on risque de fausser ou même de casser l'agrafe ; ou bien c'est l'os qui cède et se fissure ; ce dernier accident est d'ailleurs tout à fait exceptionnel : nous ne l'avons observé qu'une fois au cours de nos nombreuses expériences sur des os secs ; il s'agissait d'un fémur remarquablement dur et épais ; la fissure ne se produisit d'ailleurs qu'après des coups de marteau extrêmement violents.

Nous venons d'étudier les diverses causes d'échec; ajoutons qu'il est relativement facile de les éviter et que pour avoir de sérieux ennuis il faut avoir commis de grosses fautes, surtout dans le forage préalable des trous.

Reste à discuter le nombre d'agrafes à placer.

1. Dujarier et Jacoel. — *Soc. anat.*, Nov. 1901, p. 651 et Jacoel, *Presse médicale*, 1901.

1. Dujarier. — « Traitement sanglant des fractures de jambes ». *Thèse* de Paris, 1900.

Dans nos premières expériences sur les os secs, nous obtenions une coaptation parfaite en plaçant trois agrafes, une sur chaque face de l'os : c'est ainsi qu'étaient réparées les pièces osseuses que nous avons présentées à la Société anatomique l'an dernier et que nous avons montrées à nos maîtres, MM. Terrier, Quénu, Tuffier. Dans les opérations qui ont été pratiquées par ces chirurgiens on n'a jamais mis plus de deux agrafes et dans notre cas nous n'en avons mis que deux. Comme les résultats ont été bons, je crois qu'il faut se laisser guider par les circonstances. Lorsque les deux fragments sont obliques et se coaptent facilement, une seule agrafe peut être suffisante. Lorsque les os ont des extrémités en cassure de rave, deux agrafes valent mieux pour obtenir la coaptation. Ajoutons que la première agrafe est la plus difficile à placer, la seconde est très facilement introduite dans un os déjà en partie coapté.

5° *Suture des parties molles.* — Suturer si possible le périoste par-dessus les agrafes ; placer quelques points rapprochant les muscles ; reconstituer l'aponévrose. Suture de la peau. On ne drainera que lorsque l'opération aura été longue et pénible, ou que l'hémostase ne sera pas parfaite.

On appliquera un pansement et un appareil plâtré, autant que possible facile à enlever ; à la cuisse on se contentera de l'appareil de Hennequin.

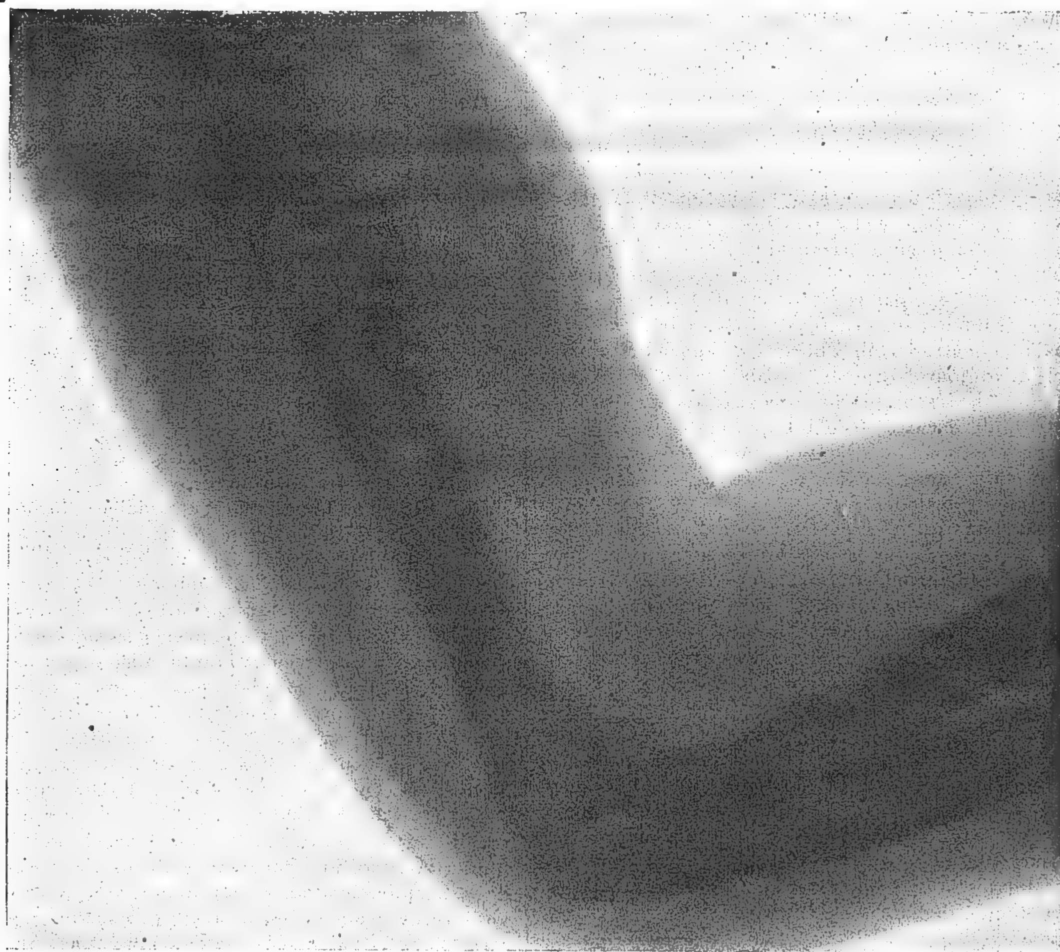


Figure 5.

Résultats.

Nous avons eu l'occasion d'appliquer sur le vivant les agrafes métalliques ; voici un résumé de l'observation du malade :

Sod... Alexandre, âgé de vingt-sept ans, fit le 28 mai 1902 une chute de 14 mètres. On le retira avec peine de dessous un amas de ferraille et on le transporta inanimé à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Tuffier. On constata alors de multiples fractures ; fémur gauche, radius gauche, humérus gauche, clavicule droite. Lorsque je vis ce malade, trois mois après l'accident, ses fractures étaient consolidées, sauf celle de l'humérus qui est la seule à nous intéresser. Malgré l'application d'un appareil d'Hennequin maintenu pendant trois mois, nous ne constatons aucune trace de consolidation. Il y a chevauchement très net, le fragment supérieur dévié en dehors, le fragment inférieur en haut et en dedans. L'impotence est absolue, le bras se fléchit au niveau de la cassure, comme un fléau.

Je demandai à M. Lyot qui remplaçait M. Tuffier de vouloir bien appliquer sur ce malade des agrafes métalliques. Le malade fut opéré par M. Lyot avec mon aide le 28 août.

Avivement transversal des extrémités fracturées ; une première agrafe est placée en avant et en dedans, une seconde en avant et en dehors. L'enfoncement des agrafes fut rendu difficile à cause de l'emploi d'un maillet en plomb qui ne donnait pas un choc assez sec. Les deux agrafes posées, l'humérus est absolument rectiligne et rigide.

Suture des muscles, suture de la peau sans drainage, application de trois attelles plâtrées, l'une interne, l'autre antérieure, la troisième postérieure accolant le bras au thorax.

Les suites opératoires ne furent pas sans nous inquiéter les huit premiers jours. Le malade souffrait un peu au niveau de sa plaie, la main s'œdématia et la température, irrégulière, dépassa 38°. Si bien qu'en faisant le pansement le huitième jour, je comptai trouver des signes de suppuration. La plaie était, au contraire, parfaitement nette. J'enlevai les fils, la réunion était parfaite, la pression indolore ; je constatai au niveau du coude et de la partie inférieure de l'avant-bras plusieurs petites plaies superficielles suppurées qui existaient déjà avant l'opération. Je cherchai avec prudence la mobilité et n'en constatai dans aucun sens.

Pansement et réapplication des trois attelles.

Le quinzième jour, je refais le pansement. La cicatrice est toujours belle ; à la palpation, on sent un cal volumineux fusiforme ; et de plus, une légère mobilité au niveau de la suture osseuse. Je remets l'appareil.

Le vingt et unième jour, j'enlève l'appareil, la consolidation est parfaite, le malade soulève son bras sans aucune gêne.

Le malade quitte le service le 5 octobre. Une radiographie (fig. 5), pratiquée avant sa sortie, montre que les deux fragments sont exactement dans la continuité l'un de l'autre ; les deux agrafes sont à leur place ; on constate que la pointe de l'une est cassée au niveau de sa pointe supérieure.

Le malade est présenté à la Société de chirurgie le 6 novembre 1902. La consolidation est toujours parfaite, le cal est volumineux, les agrafes sont très bien tolérées.

Nous insistons sur la nécessité d'une asepsie rigoureuse au cours de ces opérations souvent longues et pénibles ; si la plaie suppure, le résultat est évidemment compromis. Mais, même si l'infection a été minime, l'agrafe peut tardivement s'éliminer ; rien n'est d'ailleurs plus facile que de l'enlever ainsi que M. Quénu l'a fait dans un cas. Néanmoins, ces agrafes paraissent être assez bien tolérées, et dans notre cas, malgré une élévation de température pendant les premiers jours, le malade conserve depuis plus de deux mois ses agrafes sans gêne. Il en est de même dans un cas opéré il y a plusieurs mois par mon ami Gosset.

L'avenir nous renseignera d'ailleurs à ce sujet, car les résultats actuels sont trop récents et les cas trop peu nombreux pour que nous puissions émettre une opinion définitive.

Le mode d'action des agrafes, d'après notre cas, paraît être le suivant : Pendant les huit ou dix premiers jours, les agrafes coaptent solidement les fragments et le cal commence à se constituer ; puis, au bout d'une quinzaine de jours, il doit se produire autour d'elles un peu de raréfaction puisque, dans notre cas, nous avons trouvé à ce moment un peu de mobilité. Au bout de vingt-et-un jours le cal était absolument solide. Les agrafes agissent donc en maintenant les os en bonne direction pendant les premiers jours et en permettant au cal de se constituer.

C'est une des raisons qui doivent engager à mettre peu d'agrafes ; il suffit qu'elles servent de tuteurs pendant les huit ou dix premiers jours. Ce mode d'action explique aussi la nécessité d'un appareil de contention qui suppléera à l'agrafe lorsque cette dernière sera insuffisante. Telles sont du moins les conclusions que nous croyons devoir tirer d'une expérience trop jeune et trop restreinte pour être définitive.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

3 et 10 Novembre 1902.

Deux nouveaux trypanosomes des bovidés du Transvaal. — ***M. A. Laveran*** donne la description de deux espèces nouvellement reconnues de trypanosomes rencontrées dans le sang des bovidés vivant au Transvaal.

De ces deux hématozoaires, l'un, le *Trypanosoma Theileri*, produit chez les bovidés une maladie spéciale connue sous le nom de « Galziekté » ou maladie de la bile. Ce microorganisme a été inoculé sans succès au cheval, au mouton, à la chèvre, au cobaye, au lapin, au rat et à la souris. Il se multiplie par bipartition.

Quant au second trypanosome, qui a reçu le nom de *Trypanosoma transvalien*, il se rencontre spécialement chez les bovidés et se multiplie aussi par bipartition directe.

Sur le dosage de l'oxyde de carbone et de l'acide carbonique dans les airs viciés. — ***M. Ferdinand Jean.*** Le récent accident qui a causé la mort de M. Émile Zola a une fois de plus montré combien il est important de pouvoir déceler la présence dans l'atmosphère des appartements de l'acide carbonique et de l'oxyde de carbone provenant de la combustion des foyers servant au chauffage.

Pour répondre à cette nécessité, M. Ferdinand

Jean a réalisé un appareil permettant non seulement de déceler la présence de traces d'oxyde de carbone, mais encore de déterminer quantitativement la dose d'oxyde de carbone et d'acide carbonique renfermés dans l'air vicié, et cela automatiquement, sans exiger de la part de l'opérateur aucune connaissance scientifique, ni l'habitude des observations.

Le procédé consiste à faire traverser, par aspiration, un volume connu de l'air formant l'atmosphère de la pièce à examiner dans une série de trois flacons laveurs renfermant : le premier une solution de chlorure de palladium au millième, ou une solution de nitrate d'argent ammoniacal au centième, qui retient l'oxyde de carbone; le second une solution de soude ou de potasse colorée avec du bleu C[4]B qui sert à doser l'acide carbonique; le troisième de l'acide sulfurique à 66° Beaumé dont le rôle est de retenir les carbures d'hydrogène et les autres composés organiques volatils que l'air vicié par la respiration ou la combustion renferme souvent en petites quantités.

Des modifications présentées par les réactifs, on déduit la composition de l'air qui les a traversés.

Le rythme vital. — *MM. Vaschide et O. Vurpas.* D'après ces auteurs, la vie soustraite à l'action des centres supérieurs se manifeste suivant un rythme périodique de dynamogénie et de repos se succédant régulièrement.

Le rythme et la périodicité seraient donc ainsi la caractéristique propre de la vie, de cet équilibre toujours instable, et seraient la traduction extérieure de ces deux qualités qui expriment la vie, à savoir : la dynamogénie et le repos, se succédant périodiquement et rythmiquement. Les centres supérieurs auraient un rôle de coordinateur psycho-dynamique, réglant la machine vitale selon un équilibre plus stable, grâce à cette propriété supérieure et véritablement spécifique, réelle force active, qui est l'inhibition.

Un nouveau genre de monstres tératopages, les hypogastropages. — *M. Marcel Baudouin.* M. Lannelongue présente au nom de M. Baudouin une note sur un nouveau genre de tératopage, les hypogastropages, d'un type opérable.

Le monstre qui fait l'objet de la communication se trouve au musée Dupuytren et provient d'un accouchement fait en 1835 par M. Creulher, chirurgien à Luçon. L'union se trouve étendue de l'ombilic à la région prépubienne; le pédicule d'union a 4 centimètres de hauteur; les deux monstres sont du sexe masculin. Ce type de monstre est viable. Il semble que le même monstre ait été l'objet d'une description par le professeur Depaul en 1857.

L'existence de l'arsenic dans les tissus de tous les êtres composant la série animale. — *M. Gabriel Bertrand.* Cet auteur s'est occupé de rechercher si l'arsenic signalé comme existant normalement dans certains tissus des animaux vertébrés se retrouvait pareillement dans ceux des animaux invertébrés, et, si aussi l'arsenic faisait vraiment partie constituante de la cellule.

Ses recherches, qui ont porté sur un nombre considérable d'animaux divers, vertébrés ou invertébrés, lui ont montré que l'arsenic se retrouvait de façon constante.

M. Gabriel Bertrand conclut donc de ses analyses que l'arsenic appartient bien à la constitution même de la cellule, et, comme conséquence de cette constatation, il déduit cette notion qu'en matière d'expertise médico-légale, dans le cas de recherche de l'arsenic, l'expert ne doit conclure à un empoisonnement qu'autant que la quantité d'arsenic est supérieure à celle que l'on rencontre normalement dans les tissus soumis à l'analyse.

Georges Vitoux.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

4 Novembre 1902.

Gomme syphilitique de la conjonctive bulbaire. — *M. J. Chaillous* présente un malade actuellement guéri de la lésion pour laquelle il est venu consulter aux Quinze-Vingts, en Septembre dernier. A ce moment, on constatait sur la conjonctive bulbaire droite, et mobile avec elle, une saillie ulcérée et ramollie en son centre. Le malade avait également des gommes des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens. L'accident primitif datait de douze ans. Les frictions mercurielles ont fait disparaître rapidement les lésions conjonctivales et musculaires.

Étude expérimentale de la vision chez les astigmiques. — *M. Sulzer* montre par ses expériences l'influence considérable qu'exercent sur la netteté des images astigmiques les variations du diamètre de la pupille.

Pronostic des troubles visuels d'origine électrique. — *M. F. Terrien.* Les troubles visuels d'origine électrique peuvent être inflammatoires, fonctionnels ou nerveux. Les plus fréquents sont la photophobie intense, la conjonctivite, la diminution de l'acuité et du champ visuel. Pour évaluer la gravité et la durée probable de l'affection, on se basera beaucoup plus sur la persistance des troubles fonctionnels que sur leur intensité au début. Les douleurs très vives et très persistantes ne s'observent que dans les cas graves. On se rappellera que les troubles varient souvent d'après les individus et qu'une partie des symptômes observés doit être attribuée à l'hystéro-traumatisme.

J. Chaillous.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

5 Novembre 1902.

Sur l'appendicite. — *M. Routier.* Si l'on était en droit de toujours compter sur le traitement médical pour arrêter absolument toute appendicite aiguë dans son évolution, M. Routier renoncerait même à l'opération pratiquée à froid malgré sa bénignité. Mais il est loin d'en être ainsi : non seulement le fameux traitement médical n'arrête pas l'évolution de la crise, mais il n'empêche même pas les rechutes. M. Routier en a des preuves irréfutables. Personnellement, toutes les fois que, bon gré mal gré, il a appliqué ce traitement, il n'a pas eu lieu de s'en féliciter. Aussi reste-t-il fidèle à sa formule de 1899 : « Je ne me suis jamais repenti d'avoir opéré une appendicite trop tôt; j'ai toujours regretté d'avoir attendu. » Depuis, son opinion s'est encore fortifiée, car ayant été appelé à intervenir par des médecins qui, après avoir perdu des malades soumis à l'expectation armée, voulaient essayer de l'autre méthode, il a eu le bonheur de sauver leurs malades.

Le grand tort des partisans de l' « expectation armée », c'est de se laisser forcer la main par les événements pour opérer; or, alors il est trop tard; la maladie n'est plus locale, mais généralisée, et le sujet, intoxiqué, n'a plus la force de faire les frais de la guérison. Tous les malades que M. Routier a perdus à la suite de ses interventions sont morts parce qu'on les lui avait donnés à opérer trop tard.

Les abstentionnistes appuient leurs indications opératoires sur le diagnostic des lésions anatomiques de l'appendicite, en particulier sur l'existence d'abcès appendiculaires; mais le diagnostic de ces abcès est impossible à cause de la défense musculaire qui empêche toute palpation de la région. Les diverses tumeurs ou tuméfactions qu'on perçoit sont toujours dues à des illusions fournies par la contracture des muscles.

C'est précisément cette difficulté presque insurmontable du diagnostic précis des lésions anatomiques qui a rendu M. Routier très radical et partisan de l'intervention aussi hâtive que possible. Les abstentionnistes les plus acharnés avouent d'ailleurs que si les appendicites étaient opérées dans les trente-six, même dans les quarante-huit premières heures, les résultats seraient les mêmes que par l'opération à froid, c'est-à-dire excellents.

Qu'ils le disent donc bien haut, que cette opinion pénètre chez les médecins, c'est-à-dire chez ceux qui voient la maladie à son début, et toute équivoque cessera et on n'essayera même plus de traiter médicalement une affection dont il est impossible de dire au début si elle cédera à ce traitement médical ou si elle ne se terminera pas par les complications les plus graves et le plus souvent mortelles.

M. Routier termine en donnant sa statistique personnelle d'appendicite :

Appendicites opérées à froid : 49 cas; 49 guérisons.

Appendicites aiguës en pleine crise : 17 cas, 17 guérisons.

Appendicites aiguës avec abcès : 19 cas, 17 guérisons, 2 morts.

Appendicites avec péritonite : 6 cas, 3 guérisons, 3 morts.

Plus 16 opérations d'appendicite compliquées de cure radicale de hernie ou de varicocèle, de cholécystectomie ou d'hystérectomie abdominale totale (pour lésions annexielles), avec 14 guérisons et 2 morts.

M. Gérard Marchant rapporte l'observation d'un enfant de sept ans atteint d'appendicite aiguë dont les symptômes, sérieux dans les premières heures, s'étaient ensuite tellement atténués que M. Gérard Marchant, trompé d'ailleurs par les antécédents du malade, se demanda s'il n'avait pas commis une erreur de diagnostic, pris une simple entérite muco-membraneuse pour de l'appendicite, et résolut de se contenter du traitement médical tout en se tenant prêt pour une intervention opératoire. Tout se passa effectivement fort bien pendant quelques jours, puis brusquement l'enfant fut repris de symptômes excessivement graves, au point que M. Brun, appelé en l'absence de M. Gérard Marchant, jugea l'état du petit malade désespéré et refusa d'opérer. Cet enfant vécut encore trois jours.

En apprenant la mort de cet enfant, M. Gérard Marchant a éprouvé, comme chirurgien, une angoisse réelle, car il a la conviction que si, dès le premier jour, il avait opéré cet enfant, il l'aurait sauvé. Et la conclusion à tirer de ce fait malheureux qui vient s'ajouter à celui de M. Legueu, c'est que, en présence d'une appendicite au début, dans l'ignorance absolue où nous sommes de savoir si cette appendicite sera bénigne ou non, la seule conduite à tenir, c'est l'intervention chirurgicale immédiate.

M. Quénu déclare que vouloir opérer, comme le font les interventionnistes absolus, tous les cas d'appendicite dans les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures, c'est prétendre qu'on est en état de les diagnostiquer avec une complète certitude; or, nous sommes loin de pouvoir toujours établir cette certitude. Sans revenir sur les erreurs possibles entre les cas moyens ou graves et les autres lésions du ventre, M. Quénu veut s'en tenir aux *cas légers* qui sont innombrables et il affirme que le diagnostic de ces cas légers est loin d'être aussi facile qu'on le dit communément. Il pourrait multiplier les exemples où l'on a hésité entre un léger degré d'appendicite, une douleur ovarique, un point douloureux hystérique, une pointe de hernie, etc... Le plus souvent on établit un diagnostic non de certitude, mais de probabilité; doit-on donc partir d'une probabilité pour proposer une laparotomie?

En supprimant ces cas d'appendicite légère du cadre des justiciables d'une opération immédiate, les interventionnistes auront déjà fait un pas vers ceux qu'on appelle les abstentionnistes. D'autre part, parmi ceux-ci il n'en est guère qui, à l'heure qu'il est, resteraient inactifs en présence de formes à symptômes d'emblée inquiétants. L'entente est donc au moins partielle entre les deux camps et la discussion se limite aux *cas moyens*, à ceux qui, par la netteté des symptômes, sont d'emblée reconnus comme d'indiscutables cas d'appendicites aiguës. Sur ce point M. Quénu est d'avis que si l'on est appelé le premier ou le deuxième jour auprès d'une appendicite d'intensité moyenne, on peut faire de l'expectation, à la condition d'une surveillance rigoureuse et de la préparation d'une action prompte. Si la diète absolue et l'immobilité ne sont pas suivies rapidement d'une certaine sédation des symptômes, ou s'il existe un réveil brusque de ces symptômes et particulièrement du symptôme douleur, M. Quénu est d'avis d'intervenir, parce que cette prolongation ou ce réveil de symptômes suppose l'évolution d'une ulcération appendiculaire et doit faire craindre la perforation.

Quant aux signes *d'appendicite grave*, qui doivent déterminer l'action chirurgicale d'emblée, ce sont, pour M. Quénu : le début par de violentes douleurs avec paroxysmes continus, la fréquence du pouls, une fièvre élevée, la diarrhée, l'abattement, la teinte jaunâtre des téguments, en un mot tous les signes qui accusent une toxémie. Il faut y ajouter la diffusion de la douleur à la pression constatée dans les premières vingt-quatre heures, signe qui indiquant une diffusion rapide du poison dans les lymphatiques doit faire penser à une forme particulièrement grave d'appendicite.

En résumé, M. Quénu rejette toute systématisation dans le traitement de l'appendicite et prétend qu'il est possible, dans une certaine mesure, de discerner les cas qui méritent une intervention immédiate de ceux qui doivent être traités par l'expectation armée.

M. Kirmisson. En matière d'appendicite, comme en politique, il y a des radicaux et des opportunistes. L'opinion des radicaux est facile à formuler : opérer toujours et tout de suite. Les opportunistes, au contraire, n'opèrent que d'après des indications tirées soit de l'état local, soit de l'état général, et M. Kirmisson se range dans leur camp. Quelle est, de ces deux méthodes, radicale ou opportuniste, celle qui

procure le plus de guérisons? M. Kirmisson apporte les statistiques de son service pendant les années 1901 et 1902.

En 1901, 37 cas d'appendicite; 19 ont été soumis au traitement médical et ont tous guéri; 8 opérations à froid ont donné également 8 guérisons. Sur 10 malades opérés à chaud, 8 ont succombé; ils étaient tous atteints de péritonite diffuse; les deux malades qui ont guéri présentaient des abcès localisés.

En 1902, 50 cas d'appendicite; 16 cas traités médicalement ont guéri; 6 malades opérés à froid ont également tous guéri; 28 malades ont été opérés à chaud: 8 pour abcès circonscrits, avec 7 guérisons et 1 mort (broncho-pneumonie); 20 pour péritonite diffuse, avec 15 morts et 5 guérisons.

En somme, ces statistiques démontrent la possibilité d'obtenir la guérison par le seul traitement médical dans bon nombre de cas; mais elles démontrent aussi la terrible gravité de la péritonite diffuse. Dans quelle proportion le traitement opportuniste aurait-il pu sauver cette catégorie de malades s'il leur avait été appliqué dès le début de l'appendicite? C'est ce qu'il est impossible à M. Kirmisson de préciser, et c'est à ce quoi doivent répondre les radicaux, partisans de l'opération dans tous les cas.

Ce qui est certain, c'est que l'intervention en matière d'appendicite peut, en certaines circonstances, être grave. Sans doute, dans les toutes premières heures, elle serait bénigne, mais lorsque déjà des adhérences nombreuses se sont formées, qu'il faut les déchirer pour arriver jusqu'à l'appendice, ne court-on pas le risque de diffuser l'infection jusque-là limitée par les adhérences, et le remède n'est-il pas alors pire que le mal?

C'est cette dernière considération, rapprochée des heureux résultats fournis par le traitement médical et de la bénignité de l'intervention à froid, qui ont rendu M. Kirmisson opportuniste en matière d'appendicite.

Pseudarthrose de l'humérus; suture à l'aide des agrafes de Jacoël. — *M. Dujarier* présente le malade chez lequel il a pratiqué cette intervention: la consolidation est parfaite.

Seringue pour la rachicocaïnisation. — *M. Guinard.* (Cette seringue et la manière de s'en servir ont déjà été décrites dans ce journal. Voir Guinard, Ravaut et Aubourg. Nouvelle solution de cocaïne pour la rachicocaïnisation. *La Presse Médicale*, 5 Novembre 1902, n° 89, p. 1062).

Pseudo-hermaphrodite féminin. — *M. Hartmann* présente la photographie d'une fillette de sept ans dont le clitoris, long de 5 centimètres, présentait à l'état de flaccidité le volume du petit doigt et à l'état d'érection celui de l'annulaire. L'aspect était exactement celui d'un pénis d'enfant du sexe masculin du même âge; sur sa face inférieure il présentait une gouttière longitudinale qui se terminait au niveau de la base par un méat urinaire normal surmontant un hymen d'apparence également normale. Le petit doigt engagé dans l'orifice de cet hymen, pénétrait dans un vagin au fond duquel il sentait un col utérin. Le corps de l'utérus était nettement perceptible au toucher rectal combiné au palper abdominal.

M. Hartmann dut faire l'amputation de ce volumineux clitoris pour arrêter la masturbation incessante à laquelle se livrait l'enfant. Il a eu l'occasion de revoir son opérée dix ans plus tard, en Février dernier. Le développement général du corps s'est fait dans le sens masculin; le thorax, les hanches rappellent ceux d'un homme: le système pileux s'est développé au niveau des joues et du menton au point d'obliger la jeune fille à se raser. La malade travaille comme couturière, mène une vie régulière et déclare n'éprouver aucun appétit sexuel. Le clitoris n'est plus représenté que par un petit cône usé; le vagin est long de 10 centimètres et admet un spéculum de vierge; l'hystérométrie donne 4 cent. 1/2. Cette jeune fille n'a jamais eu ses règles, mais depuis un an elle éprouve périodiquement, chaque mois, pendant deux ou trois jours, des douleurs dans le basventre.

Grossesse tubaire suppurée. — *M. Bazy* présente un fœtus macéré, long de 8 à 9 centimètres, provenant d'une grossesse extra-utérine suppurée qu'il a opérée la veille par la laparotomie. La malade avait eu ses dernières règles le 15 Janvier dernier et présenté les mois suivants tous les symptômes d'une grossesse. En Avril, s'étaient produits des accidents de rupture intra-péritonéale suivis de signes d'infection grave. A la suite d'une évacuation de membranes et de caillots par le vagin, l'état s'était amélioré, les règles étaient revenues (Août), mais des douleurs abdominales persistantes avaient nécessité l'intervention.

Fibrome naso-pharyngien extirpé par la voie rétro-palatine. — *M. Sebileau* présente un fibrome naso-pharyngien pesant, vide de sang, 45 grammes, qu'il a enlevé récemment chez un jeune homme de dix-sept ans qui avait déjà été opéré un an auparavant par d'autres chirurgiens; il s'agit donc d'une récidive. Ce fibrome a pu être arraché à l'aide de la pince d'Escat, après un énergique mouvement de torsion. L'hémorragie a été insignifiante.

M. Potherat. En général, avec la méthode d'Escat, la perte de sang est minime, mais il ne faudrait cependant pas toujours s'y fier et, dans un cas, M. Potherat a eu à combattre une hémorragie extrêmement abondante et qui fut un moment très inquiétante.

J. Dumont.

FACULTÉ DE PARIS

La chaire d'anatomie. — L'assemblée des professeurs réunie jeudi 13 Octobre, a désigné par 26 voix M. Poirier pour occuper la chaire d'anatomie en remplacement de M. Farabeuf.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. le professeur Raymond commencera le mardi 18 Novembre, à 10 heures du matin, à la Salpêtrière, le cours de clinique des maladies du système nerveux et le continuera les mardi et vendredi suivants à la même heure.

Clinique des maladies des voies urinaires (Hôpital Necker). — M. Legueu, agrégé, commencera le dimanche 23 Novembre 1902, à 10 h. 1/2 du matin, un cours complémentaire sur les maladies des voies urinaires, à l'hôpital Necker (amphithéâtre des cliniques), et continuera tous les dimanches à la même heure.

Ecole de pharmacie. — La chaire de physique de l'Ecole de pharmacie de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de Montpellier. — M. Bertin-Sans, agrégé près de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est nommé professeur d'hygiène à ladite Faculté.

Ecole de médecine de Marseille. — Le conseil général des Bouches-du-Rhône vient de voter la création d'une chaire de bactériologie à l'Ecole de médecine de Marseille.

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — M. Imbert, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Montpellier, est nommé professeur de toxicologie et chimie organique à ladite école.

NOUVELLES

Paris et Départements

Mouvement de la population en 1901. — D'après le rapport sur le mouvement de la population de la France en 1901, la balance des naissances et des décès se solde par un excédent de 72.398 naissances, alors que l'année précédente avait fourni un excédent de 25.988 décès. Ce résultat est dû à une augmentation de la natalité et surtout à une notable diminution de la mortalité: il y a eu en 1901, 29.977 naissances de plus qu'en 1900 (857.274 au lieu de 827.297) et 68.409 décès en moins (784.876 contre 853.285). Dans la presque totalité des départements français la natalité a été plus considérable qu'en 1900, et la mortalité plus faible.

En 1901 l'accroissement proportionnel de la population ressortit à un taux sensiblement plus élevé que durant la période décennale 1891-1900: l'excédent des naissances représente 0.19 pour 100 du chiffre de la population légale, tandis que l'accroissement annuel moyen, calculé pour la période décennale 1891-1900, ne dépassait pas 0.06 pour 100.

L'année 1901 marque ainsi une amélioration par rapport aux trois années précédentes: 1900 qui avait donné un excédent de décès, 1899 et 1898 qui avaient fourni des excédents de naissances notablement plus faibles. Cependant, la situation du pays, au point de vue de l'accroissement de sa population indigène, reste toujours peu satisfaisante; en effet, malgré l'excédent notable de naissances observé en 1901, l'excédent calculé sur la période triennale 1899-1901 représente seulement 0.07 pour 100 habitants, au lieu de 0.13 pendant la période quinquennale précédente.

Création de deux instituts. — Le Conseil général et le préfet des Bouches-du-Rhône viennent de procéder à l'inauguration d'un institut départemental de bactériologie et à celle d'un institut vaccinogène.

Étranger.

University of Maryland de Baltimore. — Sont nommés professeurs: MM. J. Holmes Smith (anatomie); Frank Martin et Saint Clair Spruil (clinique chirurgicale); D. M. R. Culbreth (matière médicale).

CONCOURS

Externat. — *Anatomie.* — Séance du 11 Novembre. — *Configuration extérieure et rapports du cœur.* — MM. Monnier, 13; Last, 13; Lévy (Pierre), 15; Lasnier, 9; Levrat, 14; Paoli, 5; Lhomme, 8; Legendre, 17 1/2; Langlais, 14; Martin, 14 1/2; Legué, 7; Lachapelle, 5; Nicolas (Pierre); Le Cain, 7; Lafarcinade, 8; Nocton, 12; Marsan, 4; Libert; Paul, 8; Moulonguet, 7. — *Absents*: MM. Laurent, Levasseur, Lesobre, Lepecq.

Séance du 13 Novembre. — *Nerf sciatique poplité externe.* — MM. L'Hirondel, Le Foll, 18; Juillard, 13; Joux, 13; Letinois; Lagrive. 14; Lecoq, 10; Pageot; Lalanne; Pruvost; Saïas, 2; Roubaud, 11; Yuzbachian, 11; Roblin, 12; Villejean, 6; Puy, 11; Zacharopoulos, 7; Roche (Albert), 11; Prunier, 12; Usquin. — *Absents*: MM. Leuthreau, Triau, Tremblin, Vergne, Trouillet.

Pathologie. — Séance du 12 Novembre. — *Symptômes et diagnostic de la rougeole.* — Mlle Bonteil, 13; MM. Chevallier, 12; Alexandre (Alcide), 14 1/2; Mlle Debat-Ponsan, 19; MM. Brunet; Boulakia, 17 1/2; Deroide, 15 1/2; Darnaudpeys, 14; Bouilly, 19; Crémieu, 15; Delaigne, 10; Burgaud, 18; Arifeff, 12; Delacour, 13; Boutin, 17; Mlle Auchère, 10; MM. Benon, 15; Borde; Bion, 16 1/2; Alexandre (Paul), 14 1/2. — *Absents*: MM. Combris, Blondel, Crinon, Chanal, Alonele, Constaing, Dupont (Alexandre), Barbachano, Constantin, Bousseau.

Séance du 14 Novembre. — *Cathétérisme de l'urètre chez l'homme.*

Hôpitaux de Marseille. — Le concours ouvert pour une place vacante de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. Michel.

Hôpitaux de Lille. — Le concours pour l'externat vient de se terminer par la nomination de: MM. Brasseur, Minet, Castiaux, Derémaux, Paquet, Pinchart, Butruille (Paul), Butruille (Achille), Leclercq, Dernoncour, Descamps, Hocquette, Faidherbe, Patou, Horel.

RENSEIGNEMENTS

A vendre, dans le centre de Paris, maison de santé richement meublée, superbe installation hydrothérapique et électrothérapique. Conviendrait à gynécologue électrothérapeute. S'adresser *P. M.*, n° 856.

On demande pour un hôpital du Centre une surveillante infirmière. S'adresser *P. M.*, n° 859.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant: C. Naud

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 93. — Mercredi, 19 Novembre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

AVIS IMPORTANT

Renouvellement des Abonnements.

Par suite de l'application du règlement du 1er Août les frais de recouvrement des abonnements par la poste sont devenus très onéreux. L'administration de La Presse Médicale *désirant avant tout ne pas être dans la nécessité d'augmenter le prix de l'abonnement serait très reconnaissante à ses abonnés de lui faire parvenir directement, 3,* rue Racine, *par un* **bon de poste** *(moyen le plus pratique) ou par* **mandat-poste**, *le montant de leur abonnement, soit* **10 francs** *pour la France et* **15 francs** *pour l'étranger.*

SOMMAIRE

LA DERMATOLOGIE FRANÇAISE CONTEMPORAINE

Dans sa leçon d'ouverture, d'ailleurs remarquable, du cours de dermatologie de la Faculté de médecine, leçon publiée dans le dernier numéro de *La Presse Médicale*, M. le professeur Gaucher a fait un exposé général de l'évolution de la dermatologie et de la syphiligraphie en France, au cours du XIXe siècle. Il termine son exposé en ces termes : « je viens de vous synthétiser rapidement l'histoire des dermatologistes français depuis un siècle, de 1802 à 1902 ».

Et cette histoire de la dermatologie contemporaine s'arrête à M. Guibout : ce qui est d'une douce ironie! Si bien, qu'en dehors du brillant enseignement du professeur Fournier, il n'y aurait eu, dans ces vingt dernières années, à l'hôpital Saint-Louis, qu'inertie et néant.

Est-ce exact?

Non.

Ainsi présenté, cet historique pèche par une grave omission et se trouve entaché d'une criante injustice : je vais le montrer en esquissant dans ses grandes lignes le mouvement dermatologique d'où est sortie l'Ecole française contemporaine.

* * *

Un des faits généraux qui caractérise l'ancienne Ecole dermatologique est sa tendance à peu près exclusivement *nationale*, presque sans mélange des idées étrangères régnantes. Voyez, par exemple, la place que tiennent dans l'œuvre et l'enseignement de Bazin, de Cazenave (1850-1873) les idées de Hebra : elle est nulle; et il est un peu humiliant de constater que, chez ce dernier et dans son École, l'on ne trouve point à l'égard des idées françaises un aussi strict exclusivisme.

D'autre part, l'École de Vienne détenait vers cette même époque, le monopole de l'enseignement dermatologique international.

Or, au moment même où le professeur Gaucher trouve négligeable l'histoire de l'École dermatologique de Paris, dans ces deux ordres de faits, une lente mais indéniable évolution commence : l'Ecole française, tout en s'ouvrant à l'influence étrangère, rayonne davantage elle-même hors des frontières nationales, et l'Ecole de Vienne perd progressivement sa prééminence.

Quelles sont les causes, quels sont les moteurs de cette évolution? Quatre savants français contemporains ont, à des titres divers, à des degrés différents, puissamment agi dans ce sens : MM. Lailler, Vidal, E. Besnier et A. Fournier.

M. Gaucher a rendu au professeur Fournier un juste hommage. Je vais très brièvement rappeler le rôle de ses trois collègues, très opposés d'ailleurs, de caractère, de tendances, de talent, et bien propres à nous faire apprécier la variété des hommes de notre race.

* * *

LAILLER entra à Saint-Louis en 1863, remplaçant Gibert qui venait d'être emporté par le choléra.

C'est une curieuse, une attachante nature que celle de ce maître[1] : mélange de gaucherie timide, de réserve, de modestie, de bonhomie cordiale. Avec cela, homme de moralité supérieure, homme d'action et de courage, inégalable comme exemple de conscience et de probité professionnelle.

Pendant son long séjour à l'hôpital Saint-Louis il a entassé les observations minutieusement prises, riche mine de faits dermatologiques, malheureusement peu mise en œuvre. Il a constamment enseigné, insistant surtout sur le diagnostic, les indications thérapeutiques et la manière de les remplir; il préférait, dit A. Matthieu, l'intervention manuelle directe aux savantes spéculations qui avaient mené ses prédécesseurs à s'occuper surtout de la médication générale. Il faisait une active petite chirurgie de la peau. La manutention dermatologique lui doit beaucoup; en cela, sans bien connaître la doctrine viennoise, il s'en rapprochait d'instinct; et, par ses préceptes et son exemple, il a rendu à la Thérapeutique un éminent service.

Mais il fit plus encore en nous léguant la forme et la couleur vivantes, la substance et la chair pour ainsi dire, des types dermatologiques de son temps : c'est Lailler qui découvrit Baretta, alors modeleur de fruits en carton-pierre; c'est Lailler qui, par son action persévérante, créa le musée de l'hôpital Saint-Louis, foyer et instrument d'enseignement pour les yeux que l'étranger fort justement admire et nous envie.

Le passage d'E. VIDAL à l'hôpital Saint-Louis fut à d'autres égards plus fécond encore; il enseigna avec activité et, malgré sa parole un peu saccadée, sa manière impulsive et brève, avec retentissement et éclat. Soucieux de s'initier aux doctrines et méthodes étrangères, il porta certaines d'entre ces dernières à un développement et une perfection inconnues jusqu'à lui : la méthode des scarifications est pour une grande part sa chose. Mais surtout il comprit le premier l'importance énorme qu'allaient prendre en dermatologie, l'anatomie et l'histologie pathologique : Il créa, dans cet ordre de faits, une véritable collection de coupes histologiques; encouragea dans cette voie ses élèves et cet effort se condensa sous la forme du bel ouvrage sur l'*Anatomie pathologique des Dermatoses*, qu'on doit à Vidal, en collaboration avec le regretté professeur Leloir.

E. BESNIER arriva à Saint-Louis en 1872 avec une haute réputation de clinicien et d'épidémiologue.

Pendant quelques années, il étudie, observe, compare et pense. Puis, fort de ces solides assises, il inaugure son enseignement. Comme forme, deux qualités maîtresses : la méthode et la lucidité; l'exposé de Besnier filtre les questions les plus ardues, les rend accessibles à tous. Nulle doctrine acceptée d'avance, nul dogme *a priori*, mais comme tendances dominantes, la constante préoccupation de pénétrer les dessous biologiques généraux : personne plus que lui n'invoqua plus volontiers la pathologie et la clinique générales, la physiologie, l'histo-pathologie, la bactériologie, la chimie.

Enfin, et par-dessus tout peut-être, Besnier eut le souci de confronter, dans un éclectisme large et un criticisme avisé, les tendances nationales aux idées étrangères. Et c'est par là qu'il fut le principal moteur de l'évolution dermatologique moderne. Il comprit qu'en présence de l'effort scientifique mondial, l'isolement relatif d'autrefois n'était plus possible : malgré quelques efforts partiels, la dermatologie française restait isolée de la dermatologie universelle, qui croissait chaque jour en vigueur, et cet isolement, qui n'avait pas été sans gloire, n'était plus sans danger.

Ce danger, la belle traduction d'Hébra, par Doyon, l'avait atténué à peine : si l'école viennoise méconnaissait parfois celle de Paris, celle-ci en revanche ignorait celle de Vienne. La traduction des leçons de Kaposi, avec notes et appendices égalant le texte, fit comprendre l'étendue de ce péril, et en commença le recul : de ce livre « ouvertement international », où le labeur français côtoie et pénètre la pensée allemande, date le principal effort rénovateur de l'École française.

Eût-il écrit seulement la préface à Kaposi, Besnier, je le proclame, vivrait impérissablement dans l'histore de la Dermatologie universelle : l'état de l'enseignement spécial en France, les raisons de la prééminence viennoise, l'urgence d'une réforme à Paris, sont exposés avec une pénétration, une hauteur de vue, une force de pensée admirables.

On ne méconnut plus en France l'effort révolutionnaire et créateur d'Hébra, ni les progrès dus à son Ecole; on comprit que notre physio-pathologie était insuffisante; peu à peu, sous l'impulsion commune, l'émulation et la vie s'accrurent.

Le musée Lailler était fondé : il se développa; les Annales de Dermatologie s'enrichirent; les laboratoires *cliniques*, ceux d'histo-bactériologie se créèrent; la bibliothèque Feulard s'ouvrit aux travailleurs; la Société de Dermatologie offrit son inépuisable et rapide — trop rapide — kaléidoscope dermatologique, aux yeux un peu ahuris des spectateurs; les étrangers, sachant l'enseignement élargi, ne craignant plus l'exclusivisme acerbe ou indolent d'autrefois, commencèrent d'affluer : partout la vie s'éveilla.

Pourtant, que de réformes encore possibles! quelle force acquerrait notre École, si les Pouvoirs publics, les maîtres, les élèves s'inspiraient plus et mieux encore de la préface à Kaposi!

Retour singulier! à ce même moment l'École viennoise, riche de gloire et d'influence, tendait à se figer dans une sorte d'évangile familial, et avec l'ère du misonéisme xénophobe commençait pour elle l'ère de la décadence...

* * *

Au total, l'effort de ces vingt dernières années a été énorme : l'œuvre syphiligraphique du professeur Fournier trouve un glorieux équivalent dans l'œuvre de l'École dermatologique contemporaine dont E. Besnier est le chef.

En France, peu l'ignorent; à l'étranger, chacun le sait : on le vit bien récemment à Londres quand les dermatologistes du monde entier acclamèrent Besnier comme président du Congrès international de Paris.

La nouvelle École a affirmé sa force créatrice comme le philosophe antique prouvait le mouvement : en marchant. Ses élèves d'hier sont aujourd'hui des maîtres. Certains d'entre eux, à l'hôpital ou au laboratoire ont, par leurs travaux et leurs découvertes, conquis la renommée, et constitué des centres autonomes d'instruction où se pressent les dermatologues de tous pays.

Ainsi, dans la Dermatologie française, les belles années du XIXe siècle finissant ont transmis au siècle qui commence une force intérieure de vibration que tout fait prévoir puissamment créatrice, et je salue respectueusement le glorieux effort de nos aînés et de nos maîtres.

LUCIEN JACQUET.

1. Voir dans les *Annales de dermatologie* de 1893 la notice nécrologique émue que lui consacra son élève Albert Mathieu.

BIBLIOGRAPHIE

Les obsessions et la psychasténie, par M. Pierre JANET, professeur de psychologie au Collège de France, 1 vol. in-8 jésus de 764 pages avec figures dans le texte. Prix : broché 18 francs (*F. Alcan*, éditeur, Paris.)

La prostitution réglementée et les pouvoirs publics dans les principaux Etats des Deux Mondes, par M. Louis FIAUX, 1 vol. in-8° de XLIV-356 pages. Prix, 5 francs. (***Publication du Progrès Médical***, **14, rue des Carmes, Paris.**)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE DES CYSTITES

Par H. HARTMANN et H. ROGER
Agrégés de la Faculté.

Des mémoires nombreux et importants ont déjà paru sur la bactériologie des cystites. Dans le travail actuel, nous n'avons pas la prétention d'aborder l'étude complète de la question; nous nous bornerons à attirer l'attention sur un point un peu spécial, trop laissé dans l'ombre à notre avis : c'est l'étude des anaérobies. D'après les quelques examens que nous avons faits, ces microbes se rencontrent beaucoup plus fréquemment que ne le laisserait croire le silence à peu près complet des auteurs qui ont écrit sur la bactériologie des cystites.

Dans leur important rapport sur les *Infections vésicales* présenté à l'Association française d'urologie en 1898, MM. Albarran, Hallé et Legrain, résumant les travaux publiés, ne font pas mention de la présence des anaérobies.

Du Mesnil de Rochemont avait cependant mentionné dans les cystites la présence d'espèces facultativement aérobies et anaérobies, mais, n'ayant pas identifié ces espèces avec les agents décrits antérieurement, il n'a pas fixé l'attention sur ce côté de la question[1].

Albarran, étudiant, avec Cottet, un néoplasme secondaire de la vessie avec urines tout particulièrement fétides, avait isolé un coccus, anaérobie strict, qu'il n'a pas déterminé et qui était associé au colibacille et au streptocoque[2].

Ce cas lui avait évidemment semblé exceptionnel puisque, dans son rapport, présenté au même Congrès, il ne considère pas les anaérobies comme des microbes se rencontrant fréquemment dans les cystites. Evidemment on vivait dans l'idée que les anaérobies sont tout à fait exceptionnels.

Dans un travail tout récent et du plus vif intérêt, Faltin[3] ne s'attache pas non plus à l'étude des anaérobies dans les cystites; il note cependant que, dans 16 cas sur 86, il lui a été impossible de cultiver toutes les bactéries isolées sur les lamelles; il se demande si ce résultat tient au caractère anaérobie des bactéries, à une inhabileté de l'auteur, à ce que les milieux de culture ne convenaient pas, ou à ce que certains microbes antagonistes des autres ont pris le dessus et les ont étouffés ; ce qui est curieux c'est qu'il n'a pas eu l'idée, pour trancher la question, de faire des cultures anaérobies.

* * *

Nos recherches personnelles ont porté sur six malades atteints de cystite, pris au hasard dans notre service.

Une seule fois, chez un homme de soixante-deux ans, entré une première fois dans le service pour une cystite pseudo-membraneuse, revenu ensuite pour une reprise, nous n'avons pas trouvé d'anaérobies.

Dans les cinq autres cas, l'urine renfermait des anaérobies mélangés, le plus souvent, à des aérobies. Chez un de ces malades, les tentatives de cultures faites à l'air libre restèrent sans résultat. La vessie ne renfermait qu'une seule espèce bactérienne, que nous avons pu identifier au *Staphylococcus parvulus* de Veillon et Zuber. Ce fait nous semble avoir une importance capitale, car il montre qu'une cystite peut être due à l'action exclusive des anaérobies, et il établit que ces bactéries peuvent provoquer des suppurations franches, et ne sont pas toujours et forcément des agents de gangrène.

I. — Il s'agit, dans ce premier cas, d'un homme de cinquante-trois ans, atteint d'une hypertrophie très marquée de la prostate, et ayant eu, autrefois, des crises de coliques néphrétiques. Le malade se plaignant depuis un an de quelques douleurs à la miction, et présentant des signes légers de cystite, un cathétérisme explorateur fut pratiqué. On ne constata pas de calcul. A la suite de cette intervention, la cystite s'exagéra; le malade eut, plusieurs soirs de suite, des accès de fièvre; la température s'élevait à 39 et 40°; les urines devinrent franchement purulentes.

L'examen direct du dépôt urinaire montra une seule variété de microbes, se présentant sous l'aspect de microcoques assez petits, réunis en amas.

Les cultures aérobies, faites dans les divers milieux, y compris le bouillon, sont restées stériles.

Les milieux à l'abri de l'air se sont peuplés de petites colonies bien distinctes. L'agar sucré s'est rapidement rempli de gaz. La gélatine n'a pas été liquéfiée. Dans le bouillon, le développement se fait avec rapidité. Au microscope, on constate que toutes les cultures contiennent de petits microcoques, les uns isolés, les autres en double point, la plupart en amas. Ces éléments se colorent bien, mais se décolorent par la méthode de Gram.

II. — Le deuxième cas concerne un homme de soixante-dix-huit ans, ayant tous les soirs un accès fébrile caractérisé par une température de 38°.

L'examen direct montre de nombreuses espèces bactériennes : des *streptocoques* à grains assez gros : des *éléments bacillaires* dont la plupart, de forme ovalaire, ressemblent au colibacille ; des bacilles disposés en *chaînettes*, des *microcoques* de diverses tailles.

Dans les cultures aérobies se sont développés des microbes divers : le *streptocoque*, le *colibacille*, un *microcoque* assez gros dont la nature n'a pas été déterminée.

Dans le cultures anaérobies nous avons décelé le *Staphylococcus parvulus* comme dans le cas précédent.

III. — Un homme lithotritié une première fois à l'hôpital Necker, une deuxième fois dans le service, présentait des signes de cystite avec urines troubles.

L'examen direct montre de nombreux leucocytes bourrés de microbes ; des *microcoques assez gros*, formant souvent des amas volumineux ; des *éléments ovalaires*, isolés ou réunis en chaînettes de deux à trois individus ; ces derniers éléments sont assez mal colorés et présentent souvent des vacuoles à leur partie moyenne; des *bacilles longs* et *minces*, des *bacilles gros* et *courts*. Ces deux derniers types sont bien moins nombreux que les deux premiers.

Dans des cultures aérobies se développent de *gros bacilles*, mal colorés, réunis en amas. Ces bacilles se développent facilement dans le bouillon, et, transportés ensuite sur de l'agar, poussent sur ce milieu. Mais les tubes d'agar ensemencés directement avec l'urine étaient restés stériles. Si on n'avait pas pratiqué, comme nous le faisons systématiquement, des cultures dans le bouillon, on aurait conclu à l'absence d'aérobies.

Les cultures anaérobies sont fort actives. Dans l'agar sucré se sont développées au bout de vingt-quatre heures de nombreuses bulles de gaz qui fendillent le milieu. Dans la gélatine des gaz apparaissent en vingt-quatre ou trente-six heures ; puis ils gagnent la surface. Ce milieu se ramollit vers le troisième jour et se liquéfie en une semaine. A ce moment les colonies, qui sont petites, remontent à la surface où elles forment un amas blanchâtre. Dans le bouillon se fait un trouble uniforme, puis un précipité blanchâtre.

L'examen microscopique des cultures anaérobies montre des bacilles larges, de forme ovalaire, un peu effilés à leurs extrémités, se présentant isolés ou réunis en chaînettes de deux, trois, quatre et quelquefois cinq individus. Ces éléments fusiformes sont pour la plupart faiblement colorés, et se décolorent par la méthode de Gram. Très souvent la partie centrale est occupée par un espace clair, si bien qu'au premier abord on croirait à un diplocoque. Il est fréquent de voir les éléments placés de façon à dessiner des lignes brisées. Plusieurs chaînettes renferment des individus qui sont restés complètement incolores, et dont on aperçoit simplement les contours. Enfin on peut rencontrer certains éléments qui sont comme boursouflés et simulent une sorte de gros microcoques, plus gros et souvent plus courts que les autres.



Streptobacillus fusiformis.

Ce microbe ne semble répondre à aucun des microbes anaérobies décrits ; on peut l'appeler : *Streptobacillus fusiformis*.

IV. — Un homme de soixante-dix-sept ans, prostatique était atteint de cystite avec fièvre, urines troubles, et calcul phosphatique.

L'examen direct montre des *éléments ovalaires énormes* qui ne se sont pas développés dans les cultures bien que, sur les lamelles, ils aient constitué l'élément prépondérant. On constate de plus *quelques rares formes ovalaires* ou *bacillaires*.

Dans des cultures aérobies s'est développé le *coli-bacille*.

Les cultures anaérobies renferment un microcoque assez petit, isolé ou en petites chaînettes courtes, ne donnant pas de gaz et semblant identique au *Micrococcus fœtidus* de Veillon.

V. — Notre dernier cas concerne un homme de soixante-dix-huit ans, prostatique

---

1. Du Mesnil de Rochemont. — *Zur Path. der Blasenentzund.*, 1896.
2. Albarran et Cottet. — « Note sur le rôle des microbes anaérobies dans les infections urinaires ». *Association d'urologie*, Paris, 1898, p. 83.
3. R. Faltin. — « Recherches bactériologiques sur l'infection vésicale, spécialement au point de vue de la variabilité de la flore bactérienne ». *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, 1902, T. XX, p. 176 et 298.

ayant présenté des séries de crises de rétention aiguë complète avec hématuries et urines troubles, filantes, riches en mucus.

A l'examen direct de l'urine, on voit d'innombrables microbes présentant toutes les formes connues et surtout de *gros bacilles* à bouts coupés carrément, rappelant un peu la bactéridie charbonneuse, mais moins longs que celle-ci (*B. ramosus*); des *bacilles ovales*; des *microcoques de différent volume*.

Les cultures aérobies donnent un *gros bacille ovalaire*, dont la nature n'a pas été déterminée.

Dans des cultures anaérobies on peut isoler le *Staphylococcus parvulus*, le *Streptobacillus fusiformis* (que nous avons décrit dans l'obs. III), le *Bacillus ramosus* de Veillon et Zuber.

* * *

Les faits que nous venons de rapporter montrent que la présence des anaérobies dans la vessie des individus atteints de cystite ne doit pas être considérée comme due à une simple coïncidence ou à un hasard heureux. Ils cadrent du reste avec les résultats obtenus par Cottet (1) dans l'étude des abcès urineux et, ils sont de nature à nous faire croire qu'il a lieu de revenir sur l'étude bactériologique des cystites un peu trop simplifiée jusqu'ici.

Les anaérobies que nous avons trouvés étant le plus souvent unis à des aérobies, il est assez difficile de déterminer leur rôle pathogène. Il semble cependant qu'on ne peut leur dénier une certaine importance. Sans insister sur le *Streptobacillus fusiformis* qui n'a pas été décrit jusqu'ici et que nous avons trouvé deux fois, nous pouvons rappeler que le *Micrococcus fœtidus*, rencontré chez un de nos malades, possède une action nocive bien établie par Veillon, puis par Jean Hallé. Il en est de même du *Bacillus ramosus*, constaté à l'état isolé dans des abcès survenus à distance au cours de l'appendicite par Veillon, qui le considère même comme l'agent principal de cette maladie. Le *Staphylococcus parvulus*, pathogène pour le lapin et le cobaye, et que nous avons trouvé dans trois cystites sur six, semble bien avoir un rôle pathogène dans la vessie, puisque dans un de nos cas il existait à l'état de culture pure, sans mélange d'aucun microbe ni aérobie ni anaérobie.

* * *

Aussi, tout en ne voulant pas exagérer l'importance des anaérobies dont nous avons constaté la présence si fréquente dans l'urine de malades atteints de cystite, pensons-nous qu'il y aura lieu dans l'avenir de poursuivre des recherches de ce côté, de manière à préciser leur signification. C'est dans le but de provoquer ces recherches que nous avons rapporté les résultats que nous venons d'obtenir.

1. J. Cottet. — « Recherches bactériologiques sur les suppurations péri-urétrales ». *Thèse*, Paris 1899. 16 abcès urineux ont donné les résultats suivants : 4 anaérobies purs; 4 aérobies purs; 8 anaérobies et aérobies associés. Les anaérobies isolés ont été le micrococcus fœtidus (6), le bacillus fragilis (5), le bacillus funduliformis (3), le staphylococcus parvulus (3), le bacillus nebulosus (2), un streptobacille mal déterminé qui répond peut-être à notre streptobacillus fusiformis.

LES INJECTIONS
INTRA-TRACHÉALES DE MERCURE
DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Par M. Paul CARNOT
Chef du Laboratoire de Thérapeutique à la Faculté de Médecine.

La comparaison des diverses voies d'introduction du mercure a été, ces temps derniers, l'objet de nombreuses discussions; la conclusion qui semble en résulter est que chacune d'elles possède, à la fois, certains avantages et aussi certains inconvénients. Résumons, en quelques mots, les uns et les autres.

L'*absorption buccale* est, certes, la voie la plus pratique et le plus facilement acceptée; sa supériorité, à cet égard, est indéniable, et, demain comme hier, elle sera employée dans la majorité des cas. Elle a cependant deux inconvénients qui doivent en limiter l'usage : elle est relativement peu active, et, de ce fait, elle cède la place aux autres méthodes dans les cas graves, urgents ou rebelles; d'autre part, le mercure est un poison des voies digestives et son ingestion est particulièrement nocive, puisqu'elle entrave la nutrition au cours d'une maladie déjà cachectisante par elle-même.

L'*absorption cutanée* n'a pas ces inconvénients; c'est une excellente méthode, active, respectant le tube digestif, respectant même généralement la peau; malheureusement, on ne pourra l'imposer que dans certains cas, car elle est, suivant l'expression de Fournier, malpropre, assujétissante, révélatrice.

Les *injections intra-musculaires de sels solubles* sont très actives et rendent de grands services; elles ont l'inconvénient d'être douloureuses, de provoquer des nodosités, enfin d'exiger, tous les jours, la présence du médecin.

Les *injections intra-musculaires de sels insolubles*, à dose hebdomadaire, n'ont pas ce dernier inconvénient. Elles sont particulièrement efficaces et constitueraient la méthode de choix, si elles n'étaient très souvent douloureuses, si elles ne provoquaient, plus fréquemment encore que les précédentes, des nodosités, voire même des abcès aseptiques ou de fixation, enfin si l'abandon dans l'organisme d'une certaine provision de mercure en vue d'une fragmentation spontanée n'était parfois dangereux.

Les *injections intra-vasculaires*, préconisées par Abadie, sont appelées à rendre de grands services dans quelques cas particuliers. A la suite de la communication de M. Jules Renault, nous les avons systématiquement employées à l'hôpital du Midi où nous assurions le service pendant les vacances. Nous avons, nous aussi, obtenu des résultats très remarquables. Ces injections intra-veineuses sont extrêmement actives; elles ne produisent ni douleurs ni nodosités; malheureusement, leur technique exige une certaine habitude et une certaine habileté opératoire. Peut-être y aurait-il quelques réserves à faire, sur le choix, pour ces injections, du cyanure de mercure, qui est très actif, mais qui est toxique et qui nous a donné, plusieurs fois, des phénomènes d'intolérance rapide que nous n'avons pas observés avec l'hermophényl.

Nous croyons devoir insister, d'autre part, sur les dangers de la mercurialisation intensive, principalement par les injections vasculaires, dans les cas d'infection latente, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante, instructive à bien des égards : chez un vieillard de soixante et un ans, ancien tuberculeux, atteint de perforation du voile du palais, treize injections intra-veineuses avaient déterminé une guérison remarquablement rapide de la lésion spécifique, lorsque le malade succomba presque subitement. A l'autopsie, on trouva une granulie très jeune et confluente. Il est probable que la mercurialisation intensive n'a pas été étrangère à la diffusion extrêmement rapide d'une tuberculose jusque-là torpide. On retrouverait facilement des cas analogues; aussi, croyons-nous que toute infection latente doit constituer une contre-indication formelle aux méthodes intensives nouvelles.

* * *

On voit, en résumé, que toutes les méthodes actuellement préconisées, quelle que soit leur valeur, ont de graves inconvénients : altération du tube digestif, douleurs, nodosités, abcès aseptiques, difficulté de technique, etc. La voie respiratoire, dont nous allons maintenant nous occuper, ne présente aucun de ces inconvénients, et elle a, de plus, le grand avantage d'utiliser la grande facilité d'absorption et la remarquable tolérance de la muqueuse trachéo-broncho-pulmonaire vis-à-vis du mercure. Ces avantages sont tels qu'il y aurait grand intérêt, d'après nous, à essayer, une fois encore, de ressusciter cette très ancienne méthode.

On se rappelle le terrible supplice que constituait, au XVIIe siècle, la méthode des inhalations mercurielles. Le pauvre vérolé était enfermé dans une pièce close et soumis aux fumigations cinabrées accompagnées d'une formidable sudation; les doses ainsi absorbées étaient considérables, et le traitement était continué jusqu'à production d'accidents graves : la salive coulait à flots, l'haleine devenait répugnante, les dents tombaient, la diarrhée s'établissait, et le malade arrivait à un état de maigreur et de cachexie lamentables. Aussi comprend-on la terreur occasionnée par un pareil traitement, et le souvenir déplorable qu'il a laissé. Cependant, on a tort de rendre la méthode des inhalations responsable des excès auxquels on l'avait associée, et là, comme pour tant d'autres vieilles choses de la thérapeutique, il y aurait intérêt à revenir en arrière, en adoucissant les traitements barbares usités à cette époque, traitements dont le principe était bon et que les excès seuls ont discrédités. Appliquée judicieusement, à dose strictement suffisante, la méthode des inhalations mercurielles pourrait rendre de grands services. Il serait bien facile, surtout dans les établissements thermaux où l'on s'occupe du traitement intensif de la syphilis, d'installer des chambres d'inhalation, d'y évaporer une certaine quantité de mercure et d'y faire séjourner les malades un certain temps, d'après les données de l'expérience et d'après les quantités de mercure éliminées par les urines et les fèces. On utiliserait ainsi, à la fois, la voie cutanée et surtout la voie respiratoire, c'est-à-dire les deux seules voies véritablement tolérantes pour le mercure.

Quant à l'objection que l'on fait généralement à cette méthode (ainsi d'ailleurs qu'à la flanelle de Merget qui en dérive) d'être imprécise et de ne pas indiquer les doses absorbées, nous ferons remarquer qu'elle est un peu spécieuse. En effet, pour aucune autre méthode d'introduction du mercure, nous n'avons la moindre idée de la quantité utilisée par l'organisme et de la quantité éliminée. Nous ne parlons même pas des frictions où la quantité absorbée est inconnue, ni de l'absorption intestinale, toujours partielle et variable avec les sujets; mais, même avec la méthode la plus précise en apparence, telle que celle des injections intra-veineuses, nous n'avons aucune idée de la quantité de mercure utilisée par l'organisme. On ne doit donc pas se leurrer d'une prétendue rigueur qui n'existe pas en réalité, et la méthode des inhalations pulmonaires n'est guère moins précise que les autres à ce point de vue.

Sans se laisser arrêter par cette objection, il nous semble que l'on devrait chercher à mettre à profit les avantages considérables d'absorption et de tolérance qu'offre la muqueuse respiratoire vis-à-vis du mercure.

* * *

Mais si nous souhaitons vivement le renouveau de la méthode des inhalations mercurielles, nous

sommes les premiers à reconnaître qu'elle exige une installation complète et des études préalables minutieuses dont les remarquables recherches de Merget fournissent déjà la base. Aussi préconisons-nous, surtout dans la pratique courante, une autre méthode qui, tout en dérivant du même principe, est à la fois plus simple et plus précise. C'est la *méthodes des injections intra-trachéales de mercure*. Cette technique, appliquée à d'autres substances, est, d'ailleurs, loin d'être nouvelle; elle dérive des célèbres expériences de Claude Bernard, de Collin, de Bouley, etc., sur la remarquable facilité de résorption, vis-à-vis des liquides, de la muqueuse respiratoire.

L'absorption est, en effet, si rapide, que l'on peut injecter, dans la trachée d'un cheval, 2 litres à l'heure sans déterminer d'accidents. D'après Bouchard, on peut injecter sans inconvénient, dans la trachée d'un lapin, 40 centimètres cubes par kilogramme et par heure, ce qui représente environ 2 litres et demi par heure pour un homme normal. L'injection intra-trachéale, par sa rapidité d'absorption, est donc comparable à l'injection intraveineuse sans en avoir les inconvénients.

La tolérance de la muqueuse est, elle aussi, extrêmement remarquable; Lévi (de Pise) a montré que l'on pouvait injecter dans la trachée, sans aucune réaction, des substances qui sont caustiques pour le tube digestif. Botey, de Barcelone, a montré que l'injection de 1/2 centimètre cube d'une solution de nitrate d'argent à 5 pour 100 était beaucoup mieux tolérée par la trachée que par l'estomac. Bouchard a injecté, sans inconvénient, de grandes quantités d'eau naphtolée à des lapins. Dans nos recherches, nous avons injecté souvent, dans la trachée, des solutions très concentrées (sublimé à 1/100e, huile biodurée à 0,4/100e, etc.); ces solutions étaient bien tolérées et ne déterminaient, en tout et pour tout, qu'un léger picotement transitoire et parfois un peu d'enrouement. Nous n'avons jamais observé ni toux prolongée, ni râles, ni dyspnée, ni aucune action cardiaque. Une seule fois, nous avons observé une légère élévation thermique avec point de côté, qui n'ont pas persisté malgré la continuation des injections. Par contre, il est arrivé plusieurs fois, par suite d'une erreur de technique, que ces solutions aient été dégluties; elles ont alors déterminé des sensations douloureuses prolongées au niveau de l'estomac, phénomènes pénibles dont les malades se plaignaient vivement, alors qu'ils supportent très bien l'injection trachéale de la même solution.

Cette tolérance remarquable est d'ailleurs assez mal expliquée : elle tient, en partie, à la prodigieuse vitesse d'absorption de la muqueuse; elle doit tenir également aux énergiques procédés de captation et de défense de cette muqueuse, procédés tels que, pendant le court temps d'une respiration, l'air inhalé est débarrassé de ses poussières et de ses germes et qu'il sort du poumon pur et aseptique.

Rapidité d'absorption, presque comparable à celle de l'injection vasculaire, tolérance remarquable vis-à-vis du mercure, telles sont les deux propriétés principales des injections intra-trachéales.

* * *

La *technique* que nous préconisons est très simple; néanmoins elle a une grande importance car la plupart des échecs (introduction dans l'œsophage surtout) sont dus à une mauvaise technique ou à une mauvaise instrumentation.

L'instrument dont nous nous servons est le tube intra-trachéal de Weill, construit par Collin: c'est une tige creuse et mince, coudée à son extrémité sur une longueur assez grande pour pénétrer dans la trachée au delà du larynx; elle s'adapte, à frottement dur, sur une seringue quelconque de 5 à 10 centimètres cubes, et est maintenue par deux prolongements recourbés qui encadrent la seringue et servent d'appui aux doigts quand on pousse le piston. Ce modèle est très ingénieux; il est très supérieur au modèle courant qui n'est pas stérilisable, qui se visse, dont la tige recourbée est trop courte pour dépasser le larynx, ce qui occasionne des réflexes laryngés et le rejet fréquent d'une partie du liquide introduit, enfin dont l'extrémité est trop souvent tranchante, ce qui expose à des éraillures de la muqueuse.

L'appareil, quel qu'il soit, dont on se servira, devra satisfaire à ces désiderata.

La seringue une fois chargée et la tige montée, on fait ouvrir la bouche du malade et, se guidant de l'index gauche, on repère l'épiglotte et on introduit, dans la trachée, le bec de la tige, comme dans le premier temps du tubage; on pousse alors l'injection; si celle-ci est bien faite, on ne doit avoir aucune secousse de toux, ni aucun mouvement de déglutition consécutif. Il est bon, au moment où l'on veut pousser l'injection, de recommander au malade de faire une inspiration profonde, qui ouvre la glotte et aspire le liquide jusque dans les ramifications bronchiques. Enfin dans les cas où le sujet a l'épiglotte et la glotte particulièrement sensibles, où il y a des plaques muqueuses dans la gorge, et même dans tous les cas lors de la première injection, il est bon de faire d'abord, avec le même instrument, une instillation de quelques gouttes de cocaïne, suivie au bout de quelques instants de l'injection mercurielle; on évite ainsi certains mouvements de défense gênants; l'habitude est d'ailleurs si vite prise que l'on peut supprimer très rapidement la cocaïnisation préalable et que bientôt on introduit la tige sans même se guider du doigt.

Lorsque ces précautions sont mal prises, si le malade relève la langue ou prend une position défectueuse, si la tige de l'instrument est trop courte, si la seringue n'est pas basculée après introduction et garde une position oblique qui éloigne son extrémité de la trachée, l'injection poussée tombe sur la glotte, détermine un réflexe expulseur, avec ou sans toux, est ramenée dans la gorge et finalement crachée ou avalée; dans ce dernier cas, l'absorption digestive est simplement substituée à l'absorption pulmonaire, sans aucun inconvénient, mais aussi sans aucun avantage.

Il faut savoir que, chez certains sujets l'introdoction intra-trachéale est beaucoup plus difficile que chez certains autres; mais dans la majorité des cas, l'opération est tellement simple qu'après quelques séances, le malade ayant pris l'habitude de la technique, elle peut être pratiquée par un infirmier ou par une personne de l'entourage du malade, ce qui ne nécessite pas tous les jours la présence du médecin.

Ajoutons enfin, ce qui peut avoir parfois son importance, que cette méthode n'est nullement révélatrice et que personne ne s'imaginerait, à voir pousser une injection intra-trachéale que l'on soigne une syphilis.

Les solutions employées sont assez variables : on peut utiliser tous les sels solubles actuellement employés dans le traitement de la syphilis; on doit éliminer les sels insolubles qui s'absorberaient mal et pourraient déterminer des nodules pulmonaires. Nous avons employé également l'huile iodurée; mais cette solution est plus irritante et l'absorption d'huile se fait plus difficilement; nous ne conseillons pas d'y avoir recours. Le sublimé nous a donné les meilleurs résultats; on pourrait employer la solution au 1/100e qui ne détermine aucun trouble fonctionnel; mais nous conseillons plutôt une solution plus étendue, qui aura moins d'inconvénient, si, par suite d'une fausse manœuvre, quelques gouttes sont dégluties; nous nous servons d'une solution à 1/1000e dont nous injectons tous les jours de 5 à 10 centimètres cubes.

Nous nous sommes également servis avec avantages du benzoate de mercure et de l'hermophényl, aux mêmes doses; les autres sels solubles, et en particulier le cyanure, conviendraient d'ailleurs aussi bien.

L'injection est assez souvent suivie d'un léger picotement, surtout marqué le premier jour et qui ne se produit généralement plus au bout de quelques injections. Parfois, on observe un très léger enrouement, ce qui constitue une contre-indication chez les personnes qui vivent de leur voix (chanteurs, avocats, etc.). On n'observe jamais ni toux, ni phénomènes stéthoscopiques; néanmoins nous conseillons de ne pas employer cette méthode chez les tousseurs, chez les tuberculeux et chez tous les malades ayant une affection pulmonaire quelconque; nous n'avons aucune expérience du procédé dans la syphilis broncho-pulmonaire, mais nous l'emploierions volontiers le cas échéant.

Les *résultats* obtenus dans les trente cas que nous avons ainsi traités se sont montrés très favorables. Il est difficile, alors que c'est toujours le mercure qui agit, de comparer les cas les uns aux autres et de déterminer, à quelques jours près, les avantages d'un sel ou d'une voie d'introduction sur les autres; ces comparaisons sentent le parti pris et nous nous en abstiendrons; notre expérience est d'ailleurs trop restreinte pour nous permettre un parallèle avec les autres méthodes qui ont un long passé; nous remarquerons simplement que la méthode des injections intra-trachéales nous a paru particulièrement rapide et nous n'hésitons pas à la placer parmi les plus actives.

* * *

En résumé, la voie pulmonaire nous paraît la plus particulièrement tolérante vis-à-vis du mercure; nous souhaitons que l'on en revienne, dans les établissements spéciaux, à *la méthode des inhalations*, bien réglée et étudiée scientifiquement.

La méthode des injections intra-trachéales qui est une modification de la précédente est une des mieux tolérées et des plus actives. Elle est contre-indiquée chez les malades atteints d'une affection pulmonaire, chez ceux qui vivent de leur larynx, chez ceux qui ont des plaques muqueuses confluentes de la gorge, et d'une façon plus générale chez ceux où la technique d'injection est particulièrement difficile ou incertaine. Dans tous les autres cas, on pourra employer cette méthode qui est très simple à pratiquer, même pour l'entourage du malade, qui n'expose, même en cas d'échec, à aucun accident puisque le mercure est simplement dégluti à dose thérapeutique, qui ne détermine aucune réaction immédiate ni consécutive, qui n'est pas douloureuse, qui respecte le tube digestif, qui est propre tout en n'exigeant qu'une asepsie très relative, et qui n'est nullement révélatrice. Ces avantages de la voie trachéale sur les autres voies lui permettront peut-être, non pas de les supplanter, mais de prendre sa place à côté d'elles.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Première séance, 23 Octobre 1902.

Indications et résultats de la néphrectomie (**néoplasmes du rein exceptés**). — **M. E. MICHON** (de Paris), **rapporteur**. L'asepsie, les procédés d'exploration de la fonction rénale, la cystoscopie ont permis les progrès qui se sont faits pendant ces dernières années dans l'extirpation du rein.

Avant toute néphrectomie, on doit connaître la valeur du rein que l'on suppose sain. Les signes cliniques, la palpation, les recherches de la douleur, provoquée (réflexe urétéro-vésical) sont toujours à employer, mais ne sont pas suffisants. Les modifications de la qualité de l'urine, surtout en urée, les troubles de l'élimination du bleu de méthylène injecté sous la peau ont une grande importance. Pour cette dernière substance, la diminution de l'intensité de l'élimination, beaucoup plus que les autres troubles (retard, etc.), indique un fonctionnement rénal insuffisant. Toutes ces recherches ne donnent une certitude absolue que si elles sont faites sur l'urine de chaque rein. Car en chirurgie rénale, la localisation du côté malade n'est pas toujours facile, et la nécessité de préciser le rein à opérer se confond souvent

avec le diagnostic de la bilatéralité des lésions. Il faut donc toujours avant de faire une néphrectomie pratiquer le cathétérisme des uretères ou la séparation des urines.

Dans la tuberculose du rein, la néphrectomie est l'opération de choix, sa gravité opératoire a beaucoup diminué et oscille aux environs de 6 à 7 pour 100 de mortalité. A la clinique de Necker, de 1895 à 1901, 33 néphrectomies ont été pratiquées avec deux décès. Les résultats à longue échéance sont favorables. Les résultats sont meilleurs si l'intervention est précoce et si l'infection rénale s'est établie par voie sanguine à la suite de l'extirpation du rein; il y a presque toujours amélioration marquée de l'état général, même si les localisations tuberculeuses sont multiples. Les troubles vésicaux réflexes disparaissent rapidement, les cystites véritables elles-mêmes sont parfois améliorées. Ces résultats sont donc infiniment supérieurs à ceux de la néphrotomie qui, dans la tuberculose, ne doit être qu'un pis aller.

En dehors des cas où les indications de la néphrectomie sont reconnues par tous, rarement la douleur un peu plus souvent l'hématurie grave, les chirurgiens sont divisés sur la conduite à tenir dans les cas de tuberculose peu avancée, à forme torpide. Les uns sont partisans du traitement médical, d'autres pratiquent l'extirpation aussitôt le diagnostic de bacillose établi.

En présence d'une tuberculose du rein avec destruction de l'organe par des cavernes, amaigrissement ou fièvre, la néphrectomie s'impose; elle doit être faite par voie lombaire. Si les adhérences sont très étendues, l'extirpation sous-capsulaire est indiquée. Le drainage de la plaie est alors nécessaire, la réunion par première intention est plus rare et la cicatrisation plus lente. Dans la majorité des cas, il est inutile d'enlever l'uretère; l'urétérectomie ne rend pas la guérison plus complète, et l'intervention est plus difficile. Dans les cas de pyonéphroses tuberculeuses avec rétention et phénomènes fébriles, la néphrectomie est encore en principe préférable à la néphrotomie, l'amélioration de la santé générale est plus rapide et définitive.

L'examen préalable de la valeur de chaque rein permet de restreindre les néphrectomies secondaires au profit des néphrectomies primitives.

Les contre-indications de l'extirpation du rein dans la tuberculose sont dues soit à l'état général, soit à l'insuffisance de l'autre rein, soit aux tuberculoses graves à localisations multiples.

Dans les maladies rénales autres que la tuberculose et les néoplasmes, il y a avantage à remplacer la néphrectomie par une opération conservatrice. Dans les uronéphroses et pyonéphroses on aura recours à la fixation du rein, aux opérations plastiques. L'extirpation ne sera indiquée qu'en cas d'échec ou en présence d'une poche inutile comme sécrétion.

Dans les néphrites, on a enlevé les reins pour des hématuries, de la douleur, des phénomènes urémiques. Les opérations sont encore peu nombreuses et les indications opératoires semblent bien rares.

Dans la lithiase, la bilatéralité fréquente des lésions et la crainte de voir le rein unique devenir calculeux rendent la néphrectomie exceptionnelle. Ce n'est guère qu'en présence de pyonéphrose très volumineuse que l'on sera en droit de faire cette ablation.

Pour les kystes hydatiques du rein la néphrectomie sera exceptionnellement indiquée, le capitonnage, l'incision sans drainage, l'extirpation avec résection partielle donnant le plus souvent des résultats suffisants.

Dans les traumatismes du rein nécessitant une intervention, les lésions graves (déchirures multiples rein en bouillie, plaie du pédicule vasculaire) doivent seules conduire à la néphrectomie.

La néphrectomie dans les tumeurs malignes du rein. — M. FORGUE (de Montpellier), **rapporteur**.

Le professeur Forgue divise son étude en trois chapitres :

1° *Résultats thérapeutiques*; 2° *indications et contre-indications opératoires*; 3° *conditions opératoires spéciales à la néphrectomie pour tumeurs malignes*.

I. De l'examen des statistiques globales et des résultats exprimant la pratique d'un même chirurgien, deux notions essentielles se dégagent : 1° l'abaissement de la mortalité opératoire; 2° la réalité de guérisons durables obtenues par la néphrectomie.

Trois conditions sont intervenues pour rendre moins meurtrière la néphrectomie pour les tumeurs malignes du rein : 1° la rigueur croissante de l'asepsie et sa substitution à l'antisepsie dont les agents exerçaient sur le rein demeuré en place des effets toxiques; 2° le perfectionnement de la technique opératoire; 3° l'abstention sage en matière de tumeurs trop adhérentes.

Le bilan des guérisons durables après la quatrième année se réduit sur 400 interventions environ à 28 guérisons stables (dont 4 seulement chez les enfants).

Ce chiffre restreint est d'autant plus frappant qu'il faut le rapprocher d'une part de la prompte évolution des récidives chez les opérés, d'autre part de l'allure lente que prennent parfois ces tumeurs du rein abandonnées à elles-mêmes. C'est du perfectionnement du diagnostic que l'on doit attendre désormais le plus sûr progrès thérapeutique.

II. Indications opératoires. — Trois éventualités cliniques se présentent, que Reyer avait déjà distinguées : 1° une tumeur coexiste avec des hématuries; 2° la tumeur existe seule; 3° il y a seulement des hématuries, avec ou sans crises douloureuses.

1° *Cas où une tumeur coexiste avec des hématuries*. — C'est l'hypothèse la plus simple au point de vue du diagnostic et la plus favorable au point de vue thérapeutique. L'hématurie joue le rôle de « signal symptôme » de *signal d'alarme*, qui attire l'attention du clinicien sur les reins et peut le conduire à la découverte précoce d'une tumeur en voie de progrès;

2° *Cas où une tumeur rénale existe seule*. — Un néoplasme rénal a évolué insidieusement sans douleur, sans hématurie révélatrice : la tumeur n'est reconnue que lorsqu'elle est palpable ou visible, au-dessous du rebord costal.

Il y a grande chance, dès lors, pour que la tumeur, dont la masse principale s'est développée dans la coupole sous-diaphragmatique, soit déjà plus volumineuse qu'elle ne paraît, plus fixée qu'on ne le croit d'après sa mobilité apparente;

3° *Cas où l'hématurie existe seule, sans tumeur*. — Ici, le diagnostic comporte de grosses difficultés, en raison de l'absence d'une tumeur palpable. Mais, par contre, en raison du stade précoce où le mal est dépisté, la néphrectomie y trouve ses plus faciles interventions et ses meilleures chances de guérison radicale. De là l'indication de ne jamais négliger cet avertissement qui nous est donné par l'hématurie; d'en établir, avec autant d'exactitude que possible, la signification, et de ne point hésiter, dans l'hypothèse probable d'un néoplasme à ses débuts, à vérifier le diagnostic par l'incision lombaire et l'exploration directe du rein mis à nu, après avoir bien précisé, par la division vésicale des urines ou par le cathétérisme cystoscopique des uretères, quel est le côté qui saigne.

Contre-indications opératoires. — Elles se divisent en trois groupes : 1° celles qui viennent du rein cancéreux (adhérences massives aux tissus périrénaux, étendue de l'infection ganglionnaire, métastases); 2° celles formées par le rein congénère (bilatéralité possible du cancer, insuffisance fonctionnelle du rein présumé sain qu'il faut préciser par l'analyse isolée de sa sécrétion); 3° celles qui résultent de la gravité de l'état général (dénutrition considérable, atonie du myocarde, d'autant plus redoutable que ces interventions exposent gravement au collapsus post-opératoire; sur ses douze premières néphrectomies, Czerny compte cinq morts en quelques heures par collapsus).

Conditions opératoires spéciales à la néphrectomie pour tumeurs malignes. — La mortalité des deux méthodes extra et transpéritonéales s'équivaut actuellement. La néphrectomie extra-péritonéale est indiquée : 1° dans les tumeurs petites et mobiles; 2° dans les formes hématuriques, sans tumeur palpable. Dans les néoplasmes volumineux, la méthode transpéritonéale a l'avantage : 1° de conduire plus facilement l'extirpation en bloc de la masse, sans morcellement, partant, sans risque de greffe cancéreuse; 2° de mieux réaliser l'hémostase pendant la décortication; 3° de procéder à une ligature méthodique et dissociée du pédicule urétéro-vasculaire; 4° d'extirper les paquets ganglionnaires tangents aux gros vaisseaux; 5° de parer, le cas échéant, à ces dramatiques hémorragies par ruptures des vaisseaux du hile ou déchirure de la veine cave qui risquent de laisser l'opéré sur table.

M. Forgue étudie successivement — et en basant chaque point technique sur des exemples tirés du dépouillement attentif des observations : 1° le choix de l'incision (incision longitudinale de Langenbuch, oblique de Czerny, transversale de Péan); 2° la décortication de la tumeur (abordée, dans le cas de néphrectomie intra-péritonéale, par l'incision du péritoine pré-rénal sur la lame externe du mésocôlon), et les difficultés de cette énucléation de la masse hémorragique et friable; 3° la formation et la ligature dissociée du pédicule (incidents pouvant résulter soit de la diffusion du cancer dans les tissus adipeux de la région du hile, soit de la présence à ce niveau de masses néoplasiques occupant les ganglions ou la capsule surrénale ectopique); 4° l'excision des points suspects de la capsule graisseuse (qu'Israël veut voir aussi méthodique que le nettoyage du creux de l'aisselle pour le cancer du sein) et le traitement de la cavité rétro-péritonéale; 5° les suites opératoires.

M. Leguou a pratiqué, en ce qui concerne la *tuberculose*, 15 fois la néphrectomie primitive sans une mort. C'est dans la tuberculose primitive qu'il a eu les meilleurs résultats immédiats et éloignés, mais il n'opère que les tuberculoses qui progressent et évoluent.

Dans les pyonéphroses tuberculeuses, l'opération est indiquée toutes les fois que l'autre rein est sain.

En ce qui concerne les *néoplasmes* du rein M. Legueu est interventionniste. Il attache une grande importance à la recherche des ganglions dont le signe extérieur de leur existence sera le varicocèle qui revêt à la fois une valeur diagnostique et pronostique.

M. J. Verhoogen (Bruxelles) a pratiqué 38 néphrectomies avec une mortalité opératoire de 5 pour 100 et 5 décès consécutifs à des accidents d'urémie ou anurie par insuffisance fonctionnelle de l'autre rein

La difficulté de bien apprécier la capacité fonctionnelle du rein supposé sain constitue en réalité le danger de la néphrectomie. A cet effet il fait le cathétérisme de l'uretère du rein malade et recueille l'urine; avec une sonde mise dans la vessie il recueille l'urine qui s'écoule provenant du rein opposé. Il évite ainsi le cathétérisme de l'uretère sain et les dangers d'infection.

De la comparaison des deux échantillons d'urine. de leur teneur en urée, il cherche à déduire la valeur fonctionnelle de chacun d'eux.

Dans les pyonéphroses tuberculeuses (5 décès sur 24 néphrectomies) la néphrectomie a donné de très bons résultats.

Dans les néphrectomies pour cancer, il a obtenu des résultats encourageants (3 guérisons stables sur 12 néphrectomies).

M. Paul Delbet estime que la néphrectomie est dans la tuberculose l'opération de choix.

M. Pousson (de Bordeaux) est également partisan de la néphrectomie dans les néoplasmes du rein.

La néphrectomie précoce rend meilleurs les résultats opératoires et thérapeutiques; dans la période d'état il vaut mieux s'abstenir, car les malades non opérés peuvent vivre fort longtemps; dans la période terminale, on ne doit agir que la main forcée par les accidents : douleurs, hémorragies, etc.

Dans la tuberculose rénale, la néphrectomie est l'opération de choix à toutes les périodes et doit être aussi hâtive que possible.

La néphrectomie n'est indiquée dans la lithiase que lorsque le rein infecté est profondément désorganisé ou est le siège d'hémorragies profuses.

La néphrectomie est indiquée dans les abcès intra-rénaux; la néphrectomie convient aux pyélites. Pour ce qui est des pyélo-néprites, la néphrectomie reste l'opération de choix sous réserve de l'intégrité du rein opposé.

Dans les néphrites infectieuses aiguës et les néphrites chroniques douloureuses et hématuriques, la néphrotomie doit être préférée à la néphrectomie comme moins meurtrière.

M. Pasteau (de Paris) précise les indications relatives de la néphrectomie primitive et de la néphrectomie secondaire après néphrostomie préalable, pour le traitement des pyonéphroses il est préférable dans une grosse pyonéphrose de pratiquer la néphrectomie sans ouvrir la poche. Si la décortication de la poche est trop pénible, si la pyonéphrose est trop volumineuse avec une paroi trop mince mieux vaut faire une néphrostomie qu'on complétera plus tard par une néphrectomie secondaire sous-capsulaire. Il recommande pour la ligature du pédicule vasculaire de sectionner les vaisseaux les uns après les autres; de faire ensuite la ligature de chaque vaisseau et placer une ligature de sûreté en masse au-dessous des ligatures isolées.

M. Heresco (de Bucarest) présente plusieurs observations de néphrectomie pour pyonéphrose et pour tuberculose.

M. H. Reynès (de Marseille) cite une observation d'uréthrectomie totale et une cystectomie partielle suivie de cystorraphie, pour propagation d'une tumeur papillomateuse du rein antérieurement enlevée. Ce cas suivi de guérison est un nouvel exemple de la

tendance des papillonnes à se généraliser et à se systématiser.

M. Cathelin, à propos de deux cas de néphrectomie secondaire qu'il a pratiqués pour tuberculose rénale et pyonéphrose, insiste sur la presque nécessité de la néphrectomie primitive au détriment de la néphrostomie dont ne sont justiciables que de rares cas d'urgence, sur la rapidité de l'opération, et sur l'extirpation du rein en une seule pièce sans morcellement. Le morcellement est une méthode mauvaise quel que soit l'organe.

M. Escat (de Marseille) a utilisé dans deux cas de pyonéphroses très adhérentes la méthode sous-capsulaire qu'il considère comme pouvant rendre de grands services même dans les pyonéphroses tuberculeuses.

En ce qui concerne l'extirpation des tumeurs malignes, l'intervention très précoce est seule légitime.

M. Desnos (de Paris) considère la néphrectomie dans la lithiase. En présence d'un calcul, rénal si le rein est et reste aseptique, on doit et on peut dans l'immense majorité des cas se contenter d'une néphrolithotomie. En cas d'infection si l'infection est secondaire, si elle s'est développée dans un rein renfermant un calcul primitivement aseptique, on doit supposer qu'une grande quantité de tissu sain est conservée et faire une opération conservatrice. Néanmoins l'infection dans ces cas est ordinairement tenace, les lésions continuent à évoluer et obligent à une néphrectomie.

Si l'infection est primitive, si un calcul s'est développé dans un organe déjà suppuré, on se décidera à la néphrectomie suivant que, la lésion sous les yeux, la substance rénale conservée paraîtra être suffisante ou non.

M. Albarran (de Paris), sur une statistique personnelle de 90 néphrectomies pour des lésions variées n'a eu que 5 morts consécutives à l'opération.

Il attribue ces bons résultats à ce fait qu'il s'assure presque toujours au préalable, par le cathétérisme urétéral de la valeur fonctionnelle du rein laissé en place.

Sur 50 néphrectomies pour *tuberculose rénale*, il a perdu 2 malades dont 1 à rein unique chez lequel l'élimination par le bleu de méthylène avait été cependant bonne. Il reste convaincu de la nécessité d'une intervention précoce du reste bénigne, car même dans les cas de diagnostic précoce, on trouve souvent des lésions étendues et on ne connaît pas de cas authentique de guérison spontanée.

Il a pratiqué 22 néphrectomies pour *cancer du rein* avec 18 guérisons et 3 décès, soit une mortalité de 13 pour 100, résultats qu'il attribue au soin qu'il prend d'examiner le cœur et le rein qui doit rester. L'action des poisons sécrétés par le cancer épithélial peut être révélée par l'état du cœur et par la néphrite toxémique. Il a observé des survies de quatre à cinq ans et demi.

M. Hamonic (de Paris) présente la statistique opératoire de ses néphrectomies d'où il conclut que dans les néoplasmes, la néphrectomie est extrêmement grave; elle est moindre dans les pyonéphroses. Si dans la tubsrculose rénale la néphrectomie est facile et d'un pronostic bénin, les suites éloignées lui paraissent plus sujettes à caution qu'on ne l'a dit et il lui paraîtrait plus intéressant de savoir ce que sont devenus les malades longtemps après l'intervention que d'établir des statistiques opératoires immédiates.

M. Hartmann (de Paris) donne les résultats de sa pratique qui confirme les conclusions des rapporteurs. Si dans les néoplasmes il a toujours noté la récidive, c'est que l'opération avait été trop tardive. Il croit cependant que la néphrectomie devra être de plus en plus pratiquée maintenant que l'on peut diagnostiquer plus précocement le cancer. Il faut la faire large et extirper la capsule graisseuse qui peut contenir des traînées néoplasiques.

(*A suivre.*) D. Estrabaut.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

6 Novembre 1902.

Gigantisme et Infantilisme. — ***MM. P. E. Launois et Pierre Roy*** présentent un géant infantile âgé de trente ans qui n'a jamais cessé de grandir et a atteint successivement d'une manière continue et progressive les tailles suivantes: 1 m. 86 à vingt et un ans (Capitan); 1 m. 94 à vingt-quatre ans; 1 m. 96 à vingt-cinq ans; 1 m. 99 à vingt-sept ans (J. L.-Championière, Capitan, Papillault); 2 m. 04 actuellement à trente ans.

Un genu valgum gauche, très accusé, déformation habituelle de l'adolescence, s'est produit chez lui à vingt-sept ans. Or, le genu valgum est fréquent chez les infantiles (Henri Meige), et s'observe également chez les acromégaliques et chez les géants (Langer, Cunningham, Buday et Jancsò). Mais le fait le plus intéressant, c'est que ce géant infantile, qui n'a jamais cessé de grandir, est actuellement encore, à l'âge de trente ans, susceptible de s'accroître: les radiographies montrent la persistance des cartilages épiphysaires au genou, au poignet et aux doigts. Cette persistance très anormale, constatée déjà sur quelques squelettes de géants (Cunningham, Baday et Jancsò), est démontrée ici pour la première fois chez un géant vivant. Elle explique non seulement l'accroissement gigantesque et le genu valgum tardif, mais aussi la systématisation de ce gigantisme aux membres, et surtout aux membres inférieurs, comme elle se retrouve chez les eunuques, les animaux châtrés précocement (bœuf, chapon, lapin castré expérimentalement (Poncet), enfin chez un grand nombre de géants, et en particulier ceux qui présentaient de l'atrophie génitale (Woods, Hutchinson, Buday et Janscò).

Il est permis de se demander si ce géant deviendra acromégalique comme semblerait le faire croire l'augmentation en trois ans des dimensions de son maxillaire inférieur, et de se demander quel est l'état de son corps pituitaire qui dans des cas similaires a été trouvé très hypertrophié, par une sorte de suppléance de l'insuffisance testiculaire.

M. Babinski croit que chez le malade de M. Launois les troubles des organes génitaux et ceux du système osseux dépendent d'une même cause: une lésion hypophysaire. En général, l'infantilisme et le gigantisme associés sont tous commandés par la même lésion siégeant dans une des glandes vasculaires sanguines.

M. Pierre Marie désirerait faire radiographier la selle turcique de ce malade.

M. Henry Meige fait remarquer que le malade présenté par M. Launois confirme l'hypothèse qu'il a émise avec M. Brissaud sur l'identité de nature du gigantisme et de l'acromégalie, le premier processus frappant le squelette avant l'ossification des cartilages de conjugaison, le second n'évoluant qu'ultérieurement.

Tremblement et tachycardie.—***MM. Gilbert Ballet et L. Delherm.*** M. Gilbert Ballet, à l'une des dernières séances de la Société, a émis l'opinion, acceptée par certains (P. Marie), repoussée par quelques autres (Babinski), que le tremblement qu'on observe dans la maladie de Basedow est fonction de la tachycardie et non de la maladie elle-même, qu'on peut le rencontrer chez les tachycardiques les plus divers, que par suite il n'a pas de signification diagnostique et ne peut être invoqué en faveur de la nature basedowienne de l'accélération des battements du cœur.

MM. Gilbert Ballet et L. Delherm présentent un malade qui démontre précisément le bien fondé de cette manière de voir. C'est un homme de quarante-cinq ans affecté d'un tremblement très net généralisé à oscillations petites et fréquentes comme on le voit dans le goitre exophtalmique. Il existe simultanément une tachycardie des plus accusées (140 à 150 pulsations à la minute); or, on peut affirmer que cette tachycardie n'a rien à faire avec la maladie de Basedow: il n'y a trace ni d'exophtalmie ni de tuméfaction du corps thyroïde. D'autre part, il y a dans la poitrine des lésions qui suffisent à expliquer l'accélération des battements du cœur, par le mécanisme probable de la compression ou de la névrite du pneumogastique; l'auscultation, la radiographie et l'examen bactériologique des crachats démontrent en effet qu'il existe chez le malade de l'induration tuberculeuse avec ramollissement partiel du poumon gauche.

Il ne semble pas douteux que la tachycardie dépende de ces altérations.

Ce cas démontre donc, comme l'avait avancé antérieurement M. Gilbert Ballet, que le tremblement est sous la dépendance de la tachycardie et qu'il n'est pas nécessaire pour qu'il s'y associe que celle-ci soit la manifestation de la maladie de Basedow.

M. Pierre Marie ne pense pas que le tremblement soit sous la dépendance de la tachycardie; tremblement et tachycardie reconnaissent plus probablement une même cause, un même trouble nerveux.

M. Huet améliora très notablement la tachycardie chez une malade atteinte de maladie de Basedow, sans obtenir une diminution corrélative du tremblement.

Sur le rôle du cervelet dans les actes volitionnels nécessitant une succession rapide de mouvements. — ***M. G. Babinski.*** Je désire attirer l'attention de la Société sur un trouble de motilité qui n'a pas été décrit jusqu'à présent, et qui consiste en ce que le sujet qui en est atteint, tout en pouvant exécuter avec la même rapidité qu'un individu normal des mouvements élémentaires, tels que par exemple le mouvement de pronation ou le mouvement de supination de la main, est incapable d'accomplir un acte volitionnel nécessitant une succession rapide de mouvements. Il ne sera pas en mesure, pour reprendre l'exemple précédent, de faire avec rapidité des mouvements successifs de pronation et de supination.

Voici plusieurs malades chez lesquels il existe incontestablement une lésion de l'appareil cérébelleux, et qui présentent très nettement ce phénomène.

Ce trouble est donc la conséquence d'une lésion cérébelleuse. Il fait défaut dans les affections des autres parties du système nerveux; les tabétiques, en particulier, ne le présentent pas: c'est donc là un signe qui peut contribuer à distinguer de l'ataxie tabétique ce désordre qu'on a désigné à tort, pour ne l'avoir pas suffisamment analysé, sous le nom d'ataxie cérébelleuse, et que j'ai proposé déjà autrefois d'appeler asynergie.

Il résulte de mes observations cliniques qu'il existe une fonction spéciale appartenant à l'appareil cérébelleux, qui a pour objet, dans les actes volitionnels, d'arrêter brusquement les impulsions motrices et d'en imprimer de nouvelles aussitôt après; ce n'est, en effet, qu'à ces conditions que les mouvements peuvent se succéder avec rapidité. La titubation cérébelleuse, les troubles de l'écriture, etc., sont dus en partie à la pertubation de cette fonction, que l'on peut dénommer diadococinésie, néologisme tiré de deux mots grecs, donc l'un veut dire successif, l'autre mouvement.

Un cas de paralysie radiculaire supérieure bilatérale du plexus brachial, à symptomatologie surtout sensitive, par côtes cervicales supplémentaires. — ***MM. J. Déjerine et P. Armand-Delille*** présentent une femme chez laquelle apparurent, à l'âge de trente-trois ans, des douleurs du membre supérieur gauche, avec parésie et anesthésie en bande dans le territoire des cinquième et sixième cervicales; tandis qu'à droite, il y avait seulement hypoesthésie dans la même zone.

La radiographie montra la présence, de chaque côté, d'une côte cervicale supplémentaire, plus développée à gauche.

L'extrémité de la côte gauche fut enlevée chirurgicalement, et l'opération amena la disparition des troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité.

Il est difficile d'expliquer l'apparition du symptôme seulement à l'âge de trente-trois ans, à moins qu'il ne s'agisse d'une poussée ostéogénique tardive.

M. Dufour observa un cas analogue.

M. Brissaud fait remarquer que ces faits confirment une loi générale de Geoffroy Saint-Hilaire: les processus morbides sont plus fréquents là où existent des anomalies.

Sclérose familiale du faisceau pyramidal. — ***M. Brissaud*** présente un malade atteint d'une affection qui simule exactement la sclérose en plaques. Or cet homme est le frère d'un malade observé précédemment, qui eut des symptômes identiques, et chez lequel on trouva à l'autopsie une sclérose du faisceau pyramidal. Il s'agit donc ici d'un nouveau cas de sclérose latérale familiale.

Méningite cérébro-spinale à forme de syndrome de Little et de pseudo-bulbaire. — ***MM. Huet et Sicard*** rapportent l'observation d'un jeune enfant de six ans, atteint, au cours d'une méningite cérébro-spinale, consécutive à un abcès de l'oreille, de syndromes nerveux intéressants: tétraplégie spasmodique à forme de Little, coïncidant avec des troubles paraylitiques des appareils de mastication, de déglutition, de phonation. Le syndrome de Little trouve sa raison d'être évidente dans la méningo-encéphalite corticale, localisée symétriquement et bilatéralement au niveau des centres moteurs; la pathogénie du syndrome de Duchenne reconnaît vraisemblablement une origine également corticale. Il s'agit donc de troubles pseudo-bulbaires acquis chez un jeune enfant, et l'on connaît la rareté de telles observations. Il ne semble pas que l'on puisse invoquer une localisation bulbaire directe du néoritique, en raison de l'absence d'atrophie musculaire et de troubles des réactions

électriques, six mois après le début des phénomènes paralytiques.

Mal de Pott lombaire simulant une myopathie. — *MM. Raymond et Huet* présentent une fillette dont les attitudes semblent relever d'une myopathie. En réalité, ces attitudes résultent d'un mal de Pott immobilisant la colonne lombaire.

Paralysie pseudo-bulbaire chez un jeune homme de vingt-huit ans, apparaissant à la suite de deux ictus survenus dans la même journée. Signe des orteils. — *M. Dufour.* La paralysie pseudo-bulbaire est le plus généralement le résultat d'une lésion bilatérale des hémisphères. Dans la grande majorité des cas les ictus apoplectiques ou les foyers de ramollissement à la suite desquels s'installe le syndrome pseudo-bulbaire sont séparés par un intervalle de quelques jours, de plusieurs semaines, de mois ou d'années. Chez le malade que je présente, la maladie a été en quelque sorte schématisée. Un premier ictus avec hémiplégie droite, survenu à 7 heures du matin, est suivi à 9 heures et demie d'une guérison en apparence complète, sauf l'existence d'une légère faiblesse à droite et le signe des orteils de Babinski, mais avec disparition de la dysarthrie et de la dysphonie. Un deuxième ictus à 3 heures de l'après-midi amène une hémiplégie gauche avec dysarthrie, dysphonie, troubles de la déglutition, rire spasmodique, qui ont rétrocédé incomplètement dans la suite, laissant les signes très nets de la paralysie pseudo-bulbaire.

Le signe des orteils de Babinski, qui a accompagné chaque état, n'a pas tardé à disparaître, faisant place à la trépidation spinale.

Je me demande si le signe de Babinski, qui n'existe pas de l'avis de son auteur dans tous les cas où le faisceau pyramidal est lésé qui, d'autre part ne semble avoir dans mon cas aucun rapport direct avec le clonus du pied, n'indique pas plutôt une perturbation dans la fonction pyramidale qui consiste à transmettre les ordres moteurs aux muscles du membre inférieur, tandis que le clonus du pied indiquerait une perturbation de cette autre fonction du faisceau pyramidal qui consiste à maintenir un certain degré de tonicité musculaire. En un mot, l'hypothèse serait la suivante : le signe des orteils est lié à des phénomènes de paralysie peu ou très marquée; le clonus du pied répond à l'excitation de la voie motrice.

M. Pierre Marie pense qu'il s'agit d'une paralysie bulbaire vraie, due à des foyers hémorragiques survenus dans la région pyramidale de la protubérance.

M. Babinski n'accepte pas l'hypothèse de M. Dufour sur la signification du réflexe des orteils ; on voit fréquemment en effet le phénomène des orteils associé à la trémulation épileptoïde, dans le tabes spasmodique par exemple.

Méningite tuberculeuse du bulbe avec rémission de deux ans simulant la guérison. — *M. Cruchet* (de Bordeaux) rapporte l'observation d'un jeune garçon de dix ans qui, après avoir présenté durant un mois et demi tous les signes d'une méningite tuberculeuse classique, parut complètement guéri pendant deux ans.

Il fit alors une rechute qui, au bout de six semaines, fut encore suivie d'un retour à l'état normal ; la guérison paraissait donc de nouveau obtenue, lorsque l'enfant mourut subitement par asphyxie d'origine bulbaire, avec des signes absolument analogues à ceux que provoquent les physiologistes dans l'expérience de Flourens.

L'autopsie démontra une dissémination considérable de nodules tuberculeux à la périphérie du bulbe, distribués particulièrement le long des artères vertébrales, du tronc basilaire et des cérébrales postérieures, ces dernières étant presque complètement oblitérées au niveau de leur origine.

Atrophie musculaire progressive spinale à début par les membres inférieurs. — *MM. F. Raymond et Cl. Philippe* apportent un nouveau document pour l'histoire anatomo-clinique de l'atrophie musculaire progressive spinale, due à une poliomyélite chronique strictement localisée aux grandes cellules des cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière. C'est la première observation avec autopsie dans laquelle le début ait eu lieu par les extrémités des membres inférieurs (pieds et jambes), avec une semblable localisation anatomique. L'affection avait commencé à l'âge de cinquante-deux ans par l'atrophie graduelle des muscles antéro-externes de la jambe; la faiblesse motrice marcha toujours parallèlement à l'amaigrissement, sans jamais s'accompagner de troubles sensitifs ni d'aucun phénomène spasmodique. L'autopsie a montré dans toute l'étendue de la moelle épinière, avec prédominance pour la région lombo-sacrée, une atrophie considérable en nombre et en volume, au niveau des grandes cellules de la substance grise, avec lésions secondaires des racines antérieures, des nerfs et des muscles périphériques.

Un cas de zona à topographie radiculaire rigoureuse des trois premières lombaires, avec troubles de la sensibilité dans le même territoire. — *MM. P. Armand-Delille et Jean Camus* présentent une malade atteinte de zona. La disposition de l'éruption se superpose exactement au schéma donné par Kocher pour le territoire des trois premières racines lombaires. Fait également intéressant, il y a anesthésie sous tous les modes de la sensibilité (tactile, sensitive et thermique) dans le même territoire, même dans les parties de peau saine entre les éléments éruptifs.

Présentation d'une pièce de cholestéatome du cervelet. — *MM. P. Armand-Delille et Jean Camus* présentent un volumineux cholestéatome, caractéristique macroscopiquement et microscopiquement, qui occupait le lobe droit du cervelet et avait refoulé la partie droite de la protubérance.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

6 Novembre 1902.

Quatre cas de putréfaction fœtale intra-utérine, accompagnée de physométrie. — *M. Paquy.* Dans les trois premiers cas on fit le morcellement du fœtus; et dans le quatrième, étant donné l'état cicatriciel du col qui ne permettait pas de le dilater artificiellement, on dut faire l'hystérectomie abdominale. Il y eut guérison dans trois cas ; une femme, chez laquelle on avait fait le morcellement, mourut d'infection au bout de quinze jours.

Dans ces cas la température ne dépasse pas la normale, il y a plutôt hypothermie ; il semble que la température, très élevée les premiers heures qui suivent le début de la putréfaction, descende progressivement au bout d'un certain temps. L'hypothermie est due à une intoxication profonde du système nerveux, et comporte un pronostic défavorable. Par contre, le pouls est toujours rapide, toujours audessus de 100. Suivant ce qu'on observe couramment au cours du travail de l'accouchement, l'état du pouls donne ici des renseignements beaucoup plus précis que celui de la température. C'est du reste un principe connu en obstétrique.

Comme cause de dystocie, la putréfaction fœtale entraîne un manque de tonicité de l'utérus, sur lequel a insisté Pinard, et qui peut être cause d'hémorragies graves au moment de la délivrance.

M. Reynier compare la putréfaction fœtale avec la putréfaction d'un fibrome. Dans ce cas il est partisan de l'ablation de l'utérus, il ne se contente pas d'enlever les parties putréfiées. Le cas de mort rapporté par M. Paquy semblerait en faveur de l'hystérectomie ; il est vrai que dans deux autres cas il y a eu guérison sans ablation de l'utérus. En présence d'une putréfaction fœtale, la conduite ne devrait-elle pas être l'amputation de l'utérus ?

M. Lutaud montre la différence entre un utérus obstétrical et un utérus chirurgical ; il ne croit pas que cette conduite soit possible en obstétrique. Dans l'observation suivie de mort, l'autopsie a démontré que l'utérus n'était pas seul envahi. Il insiste sur l'importance capitale de l'état du pouls, bien plus précieux que la température. Il rapporte un cas de physométrie dans lequel rien n'avait pu cliniquement faire poser un diagnostic d'accumulation (peu considérable) de gaz dans l'utérus.

M. Paquy. Les accoucheurs ont constaté que presque toutes les hystérectomies chez les femmes infectées ont donné des désastres. Chaque fois qu'il est possible de conserver l'utérus, on le conserve ; l'hystérectomie abdominale, au contraire, complique le pronostic.

M. Verchère. L'indication opératoire première est la présence d'un fœtus mort et sa putréfaction ; il faut l'enlever d'abord, puis extraire le placenta, sans toucher à l'utérus qui est souvent par lui-même une barrière suffisante contre la septicémie. Il sera toujours préférable de ne pas s'exposer, par une hystérectomie, à pratiquer une auto-inoculation. Il faut désinfecter le foyer sans risquer d'infecter tout ce qu'il y a autour.

De l'emploi du guaco dans les fièvres éruptives (rougeole, scarlatine). — *M. Butte.* qui a fait l'étude physiologique du médicament, l'a expérimenté dans quelques cas de rougeole et de scarlatine.

Il a constaté, à la suite des lavages avec la macération tiède de poudre de guaco, et après l'absorption de pilules d'extrait de guaco, une disparition rapide de l'exanthème, le soulagement du prurit et la diminution de l'agitation. Ces phénomènes constamment observés permettent d'engager à conseiller l'emploi du guaco dans les fièvres éruptives, en attendant que des expériences plus nombreuses viennent confirmer les résultats obtenus.

M. de Crésantignes s'en tient dans la rougeole et la scarlatine à l'usage du bain tiède. Les brillants résultats qu'il en a toujours obtenus l'amènent à dire que l'emploi devrait en être plus généralisé.

M. Jolly demande si l'on a extrait des alcaloïdes du guaco.

M. Butte. La seule substance recueillie isolément, et qui n'est pas un alcaloïde, n'a pas été analysée encore ; elle est soluble dans les alcalis, insoluble dans les acides.

Paul Guillon.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

6 Novembre 1902.

A propos des injections de sels solubles de mercure. — *M. Danlos.* Dans sa communication à la Société faite au cours de la séance de Juillet, M. Barthélemy a déclaré qu'il avait adopté la dose de deux centigrammes de cyanure en injections hypodermiques parce qu'il avait observé qu'un centigramme n'était pas cliniquement suffisant. Il ajoutait que l'effet réel d'un composé mercuriel était en rapport avec la teneur absolue du composé en mercure, de sorte que deux centigrammes de cyanure sont, à ce point de vue, l'équivalent de quatre centigrammes de biiodure. Il nous a paru, au contraire, qu'une dose de un centigramme était presque toujours cliniquement suffisante, que les douleurs assez intenses causées par l'injection pouvaient être atténuées par l'injection préalable de cocaïne. Quant à la teneur absolue en mercure, elle est sans rapport utilisable en clinique avec les effets des injections. L'hermophényl contient 40 pour 100 de mercure et on a pu le donner à la dose de 32 centigrammes par jour, ce qui correspond à 17 centigrammes de sublimé. Or, il n'y a à aucun point de vue de rapport à établir entre ces deux chiffres.

Vitiligo d'origine syphilitique. Tabes et vitiligo. — *MM. Pierre Marie et Crouzon.* Le malade que voici est intéressant par la concomitance chez lui d'aires vitiligineuses et de symptômes nerveux multiples. Le vitiligo atteint les poignets, la ceinture, la partie supérieure des cuisses ; il est accompagné de leucoplasie buccale et labiale. Le malade est un fumeur invétéré ; il nie la syphilis et l'enquête ne permet pas de la retrouver chez lui. Il est atteint en outre d'atrophie papillaire double ; les réflexes irien et patellaire sont très diminués.

La coexistence du vitiligo et de la leucoplasie est-elle subordonnée à l'action d'un même facteur pathogène qui serait pour le vitiligo celui que l'on trouve si souvent à l'origine des leucoplasies : la syphilis ? Un cas analogue a été publié par M. Du Castel. M. Tenneson a observé un vitiligo apparaissant au cours de la syphilis et suivi d'accidents cérébraux. Il existe d'assez nombreux faits de coexistence du vitiligo et du tabes. L'origine syphilitique du tabes étant à peu près incontestée, il semble légitime de se fonder sur le cas actuel pour affirmer les relations entre le vitiligo et la syphilis.

M. Darier. Le vitiligo peut être d'origine syphilitique, mais il n'est pas nécessairement syphilitique. Il est fréquent de le rencontrer en coexistence avec des symptômes nerveux sans relation avec la syphilis. Dans un cas, nous avons vu, chez une jeune femme de trente-cinq ans, le vitiligo survenir comme chez le malade actuel, en même temps que la leucoplasie. La malade n'avait pas d'antécédents spécifiques, mais elle avait été mariée dix-sept ans à un syphilitique dont elle n'avait pas conçu.

M. Brocq. Cette question des rapports du vitiligo et de la syphilis a été posée à cette Société il y a plusieurs années à propos de malades atteints de leucodermie syphilitique présentés par M. le professeur Fournier. J'ai dit à cette époque que j'avais observé plusieurs fois le vitiligo chez d'anciens syphi-

litiques, bien qu'on ne puisse appliquer cette pathogénie à nombre de cas de vitiligo.

Pathogénie trophonerveuse de la pelade. — *M. Milian.* Le malade que je présente est atteint de pelade de la partie externe de la moustache droite. Il est intéressant de constater qu'il fut d'abord frappé de névralgies faciales causées par la carie d'une incisive. Au cours de l'évolution de ces phénomènes survint une éruption herpétique de la région occupée par la pelade ; en même temps que cette éruption l'anesthésie se produisait dans la zone éruptive et les poils tombaient. La dent fut arrachée, l'éruption rétroceda, les poils recommencèrent à croître. Ce fait confirme la théorie soutenue par M. Jacquet à diverses reprises.

M. Jacquet. Je profite de cette circonstance pour attirer de nouveau l'attention sur ces faits et je pense que d'autres de nos collègues les observeront s'ils y veulent prêter quelque attention.

M. Milian. Le phénomène d'anesthésie observé ici m'a paru être un des symptômes nerveux qui accompagnent fréquemment l'évolution des plaques de pelade. Dans un autre cas, j'ai constaté l'existence d'une hypoesthésie thermique très nette.

Lymphosarcome d'apparence sclérodermique. — *MM. Bizard et Gastou.* Il s'agit d'un peintre sur porcelaine âgé de cinquante-six ans, de bonne santé apparente qui, depuis cinq ans, constate une certaine rigidité du cou en même temps qu'il voit se produire à droite, en cette région, un épaississement progressif de la peau qui devient inextensible et entrave le jeu des parties sous-jacentes. Il existe actuellement du sternum à la mâchoire et du sternum à l'épaule, du côté droit, une tuméfaction dure, superficielle ou profonde, disposée en nappe ou en tumeurs à limites diffuses, difficilement mobilisable sur les plans sous-jacents. En certains points, la tuméfaction forme de véritables noyaux de consistance cartilagineuse. La peau est, dans cette région, marbrée de taches violacées et parcourue de lacis vasculaires. En quelques points elle a une coloration plus vive et les télangiectasies y forment des arborisations radiées.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'amas cellulaires abondants et denses intercalés dans les mailles du derme profond et fréquemment disposés autour des glandes sudoripares. Il nous a paru délicat de décider de la nature sarcomateuse ou lymphomateuse de la tumeur.

M. Darier. L'examen des coupes me fait croire à un lymphosarcome infiltré. La marche lente de la néoplasie est assez fréquente dans les lymphosarcomes durs comme l'est celui-ci. Il y aurait intérêt à pratiquer l'examen du sang pour en chercher l'état leucémique.

Phagédénisme syphilitique chronique et diffus. — *MM. Bizard, Gastou et Rilon.* Cette malade âgée de trente-quatre ans, paraît offrir un terrain particulièrement favorable aux lésions ulcérantes de la peau quelle que soit leur origine. A treize ans, elle a eu une éruption croûteuse de la face, et la syphilis dont elle est atteinte depuis l'âge de vingt-deux ans s'est distinguée d'une façon constante par la même tendance aux suppurations, aux nécroses de tissu. Depuis onze ans, c'est-à-dire un an après sa syphilis, la malade présente des lésions ulcéreuses phagédéniques de la peau, qui guérissent en un point pour repulluler sans cesse en d'autres. Actuellement, elle porte sur la fesse droite une vaste nappe ulcéro-croûteuse et sa peau est semée de nappes cicatricielles, reliquats des ulcérations anciennes. Les organes internes sont complètement épargnés par le processus.

L'état de cette malade nous paraît pouvoir s'expliquer par l'insuffisance du traitement mercuriel et par une disposition individuelle spéciale qui favorise la pullulation et l'invasion des germes pathogènes. Les ulcérations sont, en effet, riches en streptocoques virulents.

M. Jullien. Nous sommes évidemment en présence d'une syphilis insuffisamment traitée. Il n'y a eu chez cette malade aucune lésion viscérale, mais ce n'est pas là une règle absolue, et nous avons vu des exemples de lésions viscérales profondes évoluant en même temps que d'aussi graves accidents cutanés.

M. Jeanselme. Nous avons vu en Extrême-Orient la syphilis évoluer avec un cortège d'accidents bruyants extraordinairement riche, sans que la santé générale et les viscères parussent atteints. Gommes, nécroses osseuses, artropathies évoluaient tandis que les viscères, le système nerveux en particulier demeuraient sains.

M. Hallopeau. Dans ces cas où l'infection locale joue un rôle important, les pansements, en particulier le sublimé au cinq millième sont des adjuvants précieux de traitement interne.

M. Verchère. Avec les méthodes modernes de traitement cette malade sera guérie dans un mois.

M. le professeur Fournier. Cette malade sera guérie dans un mois de l'accident apparent actuel, mais de guérison véritable il n'en sera sans doute pas obtenu. J'ai des observations de ce genre où l'action spécifique du mercure a paru défaillante. Je connais deux malades dont l'un a reçu 120 et l'autre 240 injections de calomel et qui n'ont pas été guéris par cette médication intense. Le traitement n'atteint pas toutes les syphilis. Il ne faut pas croire que le fait de la grande intensité des lésions externes soit incompatible avec l'existence de lésions internes graves. Nous avons vu un homme remarquablement robuste passer par toute la série des accidents graves de la peau et finir par le tabes. Je ne suis pas de l'avis de M. Hallopeau en ce qui concerne l'action du sublimé; je la considère comme particulièrement nocive. Je conseille pour traitement le repos absolu pendant un à trois mois, la balnéation répétée et prolongée, un bain de deux heures tous les jours.

Pemphigus et altérations nerveuses. — *M. Milian.* J'ai eu l'occasion d'observer deux cas de pemphigus différents par l'évolution et par la nature des altérations sanguines, etc., et qui les accompagnaient.

Dans un premier cas qui a évolué en quelques jours, la fièvre était violente, la température atteignait 40°; les symptômes nerveux étaient remarquablement intenses, ils se manifestaient par le délire, l'amnésie, il y avait une forte exophtalmie. Le malade mourut en huit jours dans le coma.

Dans le second cas il s'agit de la maladie de Duhring accompagnée de très remarquables symptômes nerveux : exagération de tous les réflexes, spasmodicité sous trépidation, état psychique anormal. Inégalité pupillaire, mydriase gauche, ébauche de paralysie irienne. L'analyse du liquide céphalo-rachidien m'a montré une lymphocytose très nette. Il y a donc dans ce cas une infection probable ayant frappé avec prédilection le système nerveux.

A ce propos nous ajouterons que l'examen du sang nous a montré l'absence d'éosinophiles dans le premier cas, ce qui est le fait ordinaire des infections aiguës, et que l'éosinophilie existait dans le second. L'éosinophilie ne saurait être regardée comme la caractéristique de l'affection, elle est le symptôme d'un processus particulier évoluant d'une façon subaiguë et elle n'est pas particulière à ces cas.

M. Brocq. La profession des malades a souvent, en ce qui concerne le pemphigus aigu mortel, une grande importance. On remarque en effet qu'il survient surtout chez les ouvriers qui manient les animaux morts ou leurs dépouilles. Presque toujours on trouve une piqûre à l'origine des accidents et il semble que cette piqûre soit l'occasion de l'invasion du principe infectieux.

M. Du Castel. — A un degré moindre j'ai vu souvent des éruptions bulleuses sur les jambes des bouchers. Y aurait-il quelque relation entre ces éruptions bulleuses sans gravité et les éruptions pemphigoïdes graves dont parle M. Brocq?

M. Gastou. Les symptômes nerveux signalés par M. Milian ne sont pas rares au cours des affections cutanées ; j'ai observé plusieurs fois la généralisation des réflexes et de la diminution du réflexe irien. Dans un cas de pemphigus où j'avais constaté en même temps une certaine dissociation de la sensibilité il y avait de petites cavités au voisinage du canal épendymaire.

Un cas de maladie de Darier. — *MM. Gastou et Emery.* Ce cas est absolument complet ; on remarque en effet, outre les altérations caractéristiques de l'épiderme, les verrues des mains, la striations et la fissuration des ongles, les lésions de la langue, papillaire et villeuse, les lésions séborrhéiformes du cuir chevelu. La maladie est familiale et nous prierons M. Darier de nous dire ce qu'il pense de l'hérédité et de la congénitalité de l'affection.

M. Darier. J'ai fait des recherches que je publierai prochainement sur le caractère familial de la maladie. J'ai trouvé qu'elle avait été vue en Amérique chez 3 personnes de la même famille. En Russie et en Angleterre chez deux parents. En Danemark, Boeck a publié une série de cas analogues.

M. Leredde. Ce caractère de familialité n'implique pas que la maladie ne soit pas de nature parasitaire, comme le fait se produit si souvent pour le lupus, les tuberculides.

Epilation et guérison de la teigne par les rayons X — *MM. Gastou et Vieira.* Il suffit d'ordinaire de vingt séances pour arriver à un résultat définitif, comme nous avons pu le constater au cours de nos interventions thérapeutiques.

Etude sur les sarcoïdes de Bœck. — *MM. Hallopeau et Eck.* La sarcoïde de Bœck est un nouveau type morbide caractérisé par l'apparition sur presque toute la surface du corps d'innombrables saillies dont le volume varie d'un grain de millet à celui d'un marron. Leur disposition est symétrique, elles sont isolées ou agminées. Il semble y avoir concurremment des infiltrations diffuses sans nodules visibles. Les éléments ont une évolution spontanée ou favorisée par le traitement arsenical. Ils aboutissent, sans aucune trace d'ulcération, à la production de cicatrices indélébiles. On les a jusqu'à ces derniers temps confondus avec les tuberculides et les léprides ; ils diffèrent des sarcoïdes de Kaposi.

M. Darier. Cette maladie est bien une forme clinique spéciale, mais quand on l'étudie au point de vue histologique, on peut se rendre compte qu'il est impossible de la différencier de la tuberculose et des tuberculides. Aussi la regarde-t-on avec raison comme une variété de tuberculide.

M. Du Castel. Boeck lui-même avait, au Congrès de 1900, considéré ce malade comme atteint de lèpre. Depuis lors, tous les dermatologues de Saint-Louis l'ont vu et soigné, et les idées se sont peu à peu orientées vers une variété particulière de tuberculide.

Appréciation clinique de la quantité de rayons chimiques fournie par les ampoules radiantes. — *M. Béclère.* Nous avons précédemment indiqué comment on peut apprécier la qualité des radiations fournies par une ampoule et la faire varier dans des limites connues. Il fallait, en outre, aprécier la quantité de rayons X fournie par l'ampoule en un temps donné. C'est le problème qu'a résolu élégamment M. Holzknecht en composant un mélange de sels sensibles aux actions chimiques et modifiant leur coloration avec une intensité variable suivant le temps de leur exposition à l'influence des rayons X. Il a construit une échelle repère qui permet d'apprécier à la nuance prise par l'échantillon témoin la quantité relative des rayons qui ont été absorbés par la peau.

M. Danlos. Cette méthode serait applicable aux rayons fournis par le radium, car le radium détermine la coloration de certains sels, comme le sulfate de potasse que l'on met à son contact.

Gangrène cutanée chez une hystérique. — *M. Balzer.* Chez la malade que nous présentons, il s'est produit successivement une série de nappes gangreneuses en différents points du corps. L'évolution était la suivante : gonflement, rougeur, apparition de petites taches blanches qui devenaient confluentes, puis escarrification nette, sillon d'élimination, réparation lente. Actuellement, la malade présente à la cuisse droite une large lésion de cet ordre. A chaque poussée nouvelle l'état général périclite. Nous avons sans succès cherché s'il y avait simulation.

M. Darier. Il faut, en effet, se défier tout particulièrement de l'extraordinaire fécondité de ces malades en ruses de tout ordre.

Action nocive probable de l'iodure de potassium dans quelques accidents de la syphilis oculaire. — *M. Abadie.* Les accidents oculaires récents de la syphilis chez les sujets jeunes cèdent en général assez aisément au mercure sous quelque forme qu'il soit employé. J'ai eu, cette année, l'occasion de constater quatre cas extrêmement graves chez de jeunes sujets qui tous ont perdu un œil. Les accidents se sont produits au cours du traitement mixte et nous nous demandons s'il n'y a pas eu relation de cause à effet. Dans un cas, un jeune homme de vingt-six ans eut au huitième mois de la syphilis des accidents oculaires graves : des hémorragies intra-oculaires, de l'exagération de la tension intra-oculaire nécessitant l'iridectomie, d'ailleurs sans effet. Malgré le calomel et l'iodure la situation s'aggrava. C'est alors que je vis le malade. L'œil gauche était perdu, les altérations de l'œil droit ne me rappelèrent pas nettement celles de la syphilis oculaire. J'ai supprimé l'iodure et institué le traitement mercuriel par injections intraveineuses quotidiennes de 1 centigramme de cyanure. Les hémorragies ont cessé, le corps vitré s'est éclairci. Après trois mois de ce traitement le malade a recouvré la vision. Dans un autre cas, j'ai obtenu de la même façon le même succès.

En outre, dans deux autres cas, l'iodure a été éminemment nocif.

M. de Beurmann. Je me range complètement à cette opinion touchant l'iodure que j'ai vu être souvent nuisible dans d'autres accidents de la syphilis. Les injections intraveineuses m'ont donné de très bons résultats.

Un cas d'acrodermatites suppuratives continues des mains. — *MM. Hallopeau et Eck.* Cette dermatose se renouvelle incessamment depuis plus de vingt ans : elle est caractérisée par la production continue de foyers de suppuration plans, à contours serpigineux ; tous les ongles se sont détachés de leurs lits suppurés ; tous les traitements ont échoué, y compris l'eau oxygénée qui dans un cas analogue avait donné de bons résultats. En raison de l'épaisseur de l'épiderme dans les régions palmaires et plantaires, les microbes qui y trouvent un bon terrain de culture s'y multiplient indéfiniment, restant inaccessibles à toutes les médications.

État actuel de la question du traitement des lupus tuberculeux et érythémateux. — *M. Leredde.* La question du traitement des lupus n'a pas été encore abordée à la Société de dermatologie de manière à guider les médecins qui ont à soigner un lupique. Il importe qu'elle le soit autrement que par des observations isolées, consacrées à tel ou tel procédé, et dont on ne peut rien conclure, où l'on parle de guérison alors qu'il y a seulement apparence de guérison.

J'ai déclaré que les lupus de la face où la réunion par première intention est possible doivent être enlevés ; que les autres peuvent être traités par la galvano-cautérisation ou la scarification, bien maniées, mais *seulement pendant un temps limité*, et que si au bout de quelques mois la guérison n'est pas obtenue, il faut recourir à la photothérapie. Je reste sur ces déclarations.

La supériorité de la photothérapie résulte simplement de ce qu'elle permet régulièrement de guérir des cas incurables par les autres méthodes. La comparaison des procédés de traitement ne doit du reste être faite qu'entre méthodes curatives. Toute méthode d'amélioration est mauvaise ; elle ne peut que faire perdre du temps aux médecins et aux malades.

E. Lenglet.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

7 Novembre 1902.

Appendicite à siège pelvien gauche. — *M. Lance* communique un cas d'appendicite à symptômes anormaux, avec maximum des phénomènes douloureux à gauche, chez une femme de quarante-quatre ans qui avait présenté des phénomènes analogues dès l'âge de huit ans. L'opération montra, non une altération des annexes à gauche, mais une lésion de l'appendice, qui adhérait à l'ovaire gauche.

Kyste hydatique du rein. — *M. Lance* apporte une pièce de kystes hydatiques du rein gauche, lésion diagnostiquée avant l'opération, et enlevée par M. Ricard. On avait noté des phénomènes de colique néphrétique.

Anomalies multiples. — *MM. R. Voisin et Nathan* montrent la radiographie du cadavre de l'enfant aux anomalies des membres, présenté dans la dernière séance.

Athérome aortique ; cancer œsophagien. — *M. Prat* apporte une pièce d'athérome très marqué de l'aorte coïncidant avec un cancer de l'œsophage.

Méthode des greffes péritonéales. — *M. Robert Loewy* présente des pièces de greffes péritonéales ; il rappelle qu'il s'est proposé d'utiliser systématiquement au point de vue chirurgical le péritoine, pour assurer, dans les cas difficiles, l'étanchéité des sutures et l'arrêt des hémorragies. Le fragment d'épiploon doit être séparé de sa base d'implantation afin d'écarter tout danger pouvant résulter d'une bride péritonéale persistante et vasculaire.

Le procédé a été employé avec succès dans des cas variés par des chirurgiens parmi lesquels il cite MM. Reynier, Garcia, etc.

A propos de la technique des myomectomies. — *MM. Robert Loewy et Guibal* présentent des fibromes provenant de myomectomies faites sur une femme de trente-six ans par M. Tuffier.

Les chirurgiens qui pratiquent les myomectomies sont exposés à des accidents ; les sutures coupent parfois le tissu utérin, le péritoine utérin se réunit mal, des suintements peuvent se produire, provenant de la ligne d'incision et des orifices des points de suture. Le but des greffes est de parer à ces accidents, elles le réalisent.

M. Tuffier a pris une large plaque épiploïque, l'a séparée du reste du tablier, l'a étalée sur la ligne de suture, et l'a fixée par quelques points de catgut. Les suites opératoires ont été parfaites.

Aorte athéromateuse ouverte dans l'estomac. — *MM. F.-X. Gouraud et Muret* présentent une aorte athéromateuse largement perforée au niveau d'une pustule siégeant à la face antérieure. Cette rupture avait été suivie de la constitution d'un faux anévrisme avec formation d'un épais caillot cylindrique repoussant l'œsophage en avant. La paroi postérieure de celui-ci s'était ensuite fendue sur une hauteur de 4 centimètres, mais le caillot avait bouché l'orifice. Enfin la partie inférieure de ce faux anévrisme avait nécrosé la paroi gastrique au voisinage du cardia ; par là le sang avait rempli l'estomac.

L'histoire clinique permettait de reconstituer les trois temps : syncope subite ; trente-six heures après, régurgitations sanglantes ; le soir du deuxième jour, mort subite.

Abouchement du rectum dans la vulve chez une truie. — *M. G. Petit* (d'Alfort) présente les pièces provenant de l'autopsie d'une jeune truie de trois mois. Le rectum se continue directement avec la cavité vulvaire. Il n'existe pas trace d'ovaires. L'utérus et le vagin sont représentés par les deux canaux de Müller, à peine visibles. A noter une pyélonéphrite ascendante, conséquence de cette communication anormale.

Cancer de la parotide chez un chat. — *M. G. Petit* montre la tête d'un chat, déformée à droite par une énorme tumeur de la région parotidienne, qui englobe complètement le conduit auditif. La dissection révèle une généralisation aux ganglions sous-glossiens, pharyngiens et préscapulaires, ainsi qu'une propagation à la peau. L'étude histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma dérivé de la parotide.

Grossesse tubaire. — *M. Albert Mouchet* présente les pièces d'une *grossesse tubaire isthmique* qui se rompit dans le premier mois en donnant lieu à une *inondation péritonéale* ; laparotomie, ablation de la trompe, guérison.

Lipome de l'intestin ; invagination. — *M. Albert Mouchet* présente au nom de son père, M. Mouchet (de Sens), un *lipome pur* de l'intestin grêle qui se compliqua d'une *invagination aiguë iléo-iléale* ; après laparotomie, on put réduire l'invagination, et extirper le lipome par entérotomie.

La bandelette recto-vaginale. — *M. Proust* présente une dissection de la région périnéale chez la femme mettant en évidence *la bandelette recto-vaginale*. Cette union médiane du rectum et du vagin bien connue au point de vue anatomique présente le même intérêt chirurgical que *le muscle recto-urétral* chez l'homme ; comme lui elle est la clef de l'espace décollable prérectal : il est là comme chez l'homme formé de la coalescence de deux feuillets absolument lisses.

Il est très facile à la sonde cannelée de détacher les bords internes des releveurs de la bandelette et de les conduire jusque aux *arcades périnéales* sous lesquelles ils s'engagent.

V. Griffon.

ACADÉMIE DES SCIENCES

10 et 17 Novembre 1902.

Le rôle de la fonction adipogénique du foie chez les invertébrés. — *Mlle C. Deflandre.* D'après cet auteur, la glande hépatique des invertébrés est un entrepôt de réserves nutritives, ainsi d'ailleurs que l'organe similaire des animaux supérieurs ; mais, tandis que chez les animaux à sang froid ces réserves sont essentiellement constituées par des graisses, chez les animaux supérieurs elles sont plutôt constituées par du glycogène. Ce fait n'en établit pas moins, malgré leur différence de structure, une analogie fonctionnelle évidente entre ces organes.

Les réserves adipogéniques du foie, économisées pendant la saison favorable à la suralimentation, servent non seulement à l'individu, mais aussi à sa descendance ; elles se transmettent, en effet, en grande partie, au moment de l'ovulation, aux produits sexuels qui se constituent, et leurs assurent ainsi les provisions nutritives indispensables aux premiers temps de leur développement.

La non-identité du Nagana et du mal de Caderas. — *MM. Laveran et Mesnil.* On sait que le Nagana, maladie qui atteint les animaux équidés et bovidés de l'Afrique méridionale, et le mal de Caderas, qui frappe les chevaux dans la République Argentine, sont deux affections produites l'une et l'autre par des trypanosomes vivant dans le sang des animaux atteints. Ces trypanosomes étant au premier aspect absolument semblables, on pouvait supposer que les deux affections ne constituent qu'une seule et même maladie. Les recherches de MM. Laveran et Mesnil montrent qu'il n'en est point ainsi. Les trypanosomes des deux affections se différencient par des particularités histologiques. De plus, M. Laveran a réussi naguère à préparer un sérum qui, efficace contre le Nagana, demeure sans action utile dans le cas de mal de Caderas. Il s'ensuit donc que les deux maladies constituent bien deux entités morbides différentes.

Georges Vitoux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

18 Novembre 1902.

Le président annonce à l'Académie la mort du professeur Laroyenne (de Lyon) membre correspondant de l'Académie.

Rapport sur le prix Audiffred. — *M. Roux* lit un rapport sur les mémoires présentés à l'Académie pour le prix Audiffred.

M. Labbé.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 26 Novembre 1902, à 1 heure. — M. Aveline : Contribution à l'étude de l'orthoforme ; de quelques accidents causés par son emploi, particulièrement en obstétrique ; MM. Pinard, Terrier, Broca (Aug.), Lepage. — M. Robert : Contribution à l'étude des résections du maxillaire supérieur ; MM. Terrier, Pinard, Broca (Aug.) Lepage. — M. Chauveau : De l'évidement osseux dans la résection du genou pour tumeurs blanches graves ; MM. Terrier, Pinard, Broca (Aug.), Lepage. — M. Guillet : Contribution à l'étude des fractures spontanées dans le tabes ; MM. Tillaux, Kirmisson, Walther, Mauclaire. — M. Magniez : Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de l'appendicite pelvienne ; MM. Tillaux, Kirmisson, Walther, Mauclaire. — M. Recouly : De la valeur de l'anus iliaque comme opération palliative dans le cancer de la partie terminale du gros intestin (iliaque-rectum) ; MM. Tillaux, Kirmisson, Walther, Mauclaire. — M. de la Fouchardière : Des luxations de la tête du radius compliquant les fractures du cubitus ; MM. Tillaux, Kirmisson, Walther, Mauclaire. — M. Renoult : Contribution à l'étude des rapports entre l'idiotie et le rachitisme ; MM. Brissaud, Dejerine, Wurtz, Broca (André). — M. Clergeau : Les différenciations adipeuses et pigmentaires du type féminin au point de vue de la physiologie, de l'art et de l'anthropologie ; MM. Brissaud, Dejerine, Wurtz, Broca (André). — M. Laprade : Contribution à l'étude de l'écriture en miroir ; MM. Brissaud, Dejerine, Wurtz, Broca (André). — M. de Cazeneuve : Des injections prothétiques de paraffine. Applications en oto-rhino-laryngologie ; MM. Gaucher, Roger, Teissier, Richaud. — M. de Saint-Mathieu : Nouveau traitement de la coqueluche par une solution d'arséniate de soude électrolytique, « La Soderséine » ; MM. Gaucher, Roger, Teissier, Richaud. — M. Blandamour : Traitement du lupus par le radium ; MM. Gaucher, Roger, Teissier, Richaud.

Jeudi 27 Novembre 1902, à 1 heure. — M. Berthet : Les perfectionnements récents de la rachicocaïne ; MM. Chantemesse, Chauffard, Achard, Méry. — M. Kiener : Des suppurations latentes dans la fièvre typhoïde ; MM. Chantemesse, Chauffard, Achard, Méry. — M. Mancel : Dépression nerveuse post-grippale ; MM. Brouardel, Dieulafoy, Rénon, Jeanselme. — M. Dubois : Méningite purulente à bacille de Pfeiffer ; MM. Dieulafoy, Brouardel, Rénon, Jeanselme. — M. Perfetti : Essai d'étude par le caféisme dans les dermatoses ; MM. Dieulafoy, Brouardel, Rénon, Jeanselme. — M. Houllier : Etude clinique et anatomo-pathologique de trois cas de chondro-sarcome ostéoïde du tibia ; MM. Cornil, Raymond, Chassevant, Vaquez. — M. Bribon : Contribution à l'étude de la rachicocaïnisation ; MM. Cornil, Raymond, Chassevant, Vaquez. — M. Labignette :

Du chlorure d'éthyle pur comme anesthésique général; MM. Cornil, Raymond, Chassevant, Vaquez. — M. Fresson : Traitement chirurgical de l'inversion utérine; MM. Le Dentu, Albarran, Mauclaire, Faure. — M. Choffé : Contribution à l'étude de la désarticulation du genou et de l'amputation intracondylienne fémorale; MM. Le Dentu, Albarran, Mauclaire, Faure. — M. Niort : Contribution à l'étude des hémarthroses spontanées; MM. Le Dentu. Albarran, Mauclaire, Faure. — M. Thomas : Les corps étrangers de l'articulation du coude; MM. Berger, Schwartz, Thiéry, Auvray. — M. Cailleron : De l'hydrocèle et de l'emploi du thermocautère dans la cure radicale de cette affection; MM. Berger. Schwartz, Thiéry, Auvray. — M. Perrot : Résection du genou sans ouverture de l'articulation; MM. Berger, Schwartz, Thiéry, Auvray. — M. Balatre : Contribution à l'étude des pyélonéphrites gravidiques et de leur traitement; MM. Budin, Rémy, Bonnaire, Demelin. — M. Devé : Réflexions critiques sur la puériculture : essais de puériculture pratique; MM. Budin, Rémy, Bonnaire, Demelin. — M. Charpy : Formes rares de phlébite pendant la grossesse et les suites de couches; MM. Budin, Rémy, Bonnaire, Demelin. — M. Petit : De la mort subite dans l'appendicite; MM. Hutinel, Charrin, Thiroloix, Dupré. — M. Rabant : La pneumonie chez l'enfant au-dessous de deux ans; MM. Hutinel, Charrin, Thiroloix, Dupré. — M. Guiot : Des complications nerveuses de la coqueluche; MM. Hutinel, Charrin, Thiroloix, Dupré. — M. Roques : Les traitements de la coqueluche; MM. Gilbert, Troisier, Letulle, Gouget. — M. Tiphine : Traitement de la syphilis par les injections intra-trachéales de mercure; MM. Gilbert, Troisier, Letulle, Gouget. — M. Roche : Des torsions de l'épiploon; MM. Pozzi, De Lapersonne, Quénu, Broca (André). — M. Gros : De la névrite optique dans la variole; MM. De Lapersonne, Pozzi, Quénu, Broca (André).

Vendredi 28 Novembre 1902, à 1 heure. — M. André : De l'arthrotomie dans les luxations irréductibles de l'épaule; MM. Tillaux, Reclus, Broca (Aug.), Mauclaire. — M. Noirclaude : Du refroidissement des appendicites aiguës par les applications larges de glace sur le ventre; MM. Tillaux, Reclus, Broca (Aug.), Mauclaire. — M. Sagot : Contribution à l'étude de la phlébite des veines saphènes et de leurs branches; MM. Tillaux, Reclus, Broca (Aug.). Mauclaire. — M. Maringer : Facteurs de gravité chez les syphilitiques; MM. Landouzy, Brissaud, Teissier, Besançon. — M. Baudon : Les composés mercuriels en injection hypodermique. Etude critique et comparative; MM. Brissaud, Landouzy, Teissier, Besançon. — M. Crouzet : Contribution à l'étude des phlegmons et abcès chauds des parois thoraciques; MM. Brissaud, Landouzy. Teissier, Bezançon.

Samedi 29 Novembre 1902, à 1 heure. — M. Monod : Réactions méningées chez l'enfant; MM. Hutinel, Gilbert, Vaquez, Méry. — M. Pruneau : Les indications du lavage de l'estomac en médecine infantile; MM. Hutinel, Gilbert, Vaquez, Méry. — M. Espitallier : Contribution à l'étude du traitement du tabes dorsal; MM. Gilbert, Hutinel, Vaquez, Méry. — M. Marcellin : Contribution à l'étude des épanchements lactescents du péritoine et de la plèvre; MM. Gilbert, Hutinel. Vaquez, Méry.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 24 Novembre 1902. — 5ᵉ, Chirurgie (Première partie) (1ʳᵉ série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Walther, Gosset. — 5ᵉ, Chirurgie (Première partie) (2ᵉ série), Hôtel-Dieu : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Mauclaire. — 5ᵉ (Deuxième partie) (1ʳᵉ série), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Roger, Bezançon. — 5ᵉ (Deuxième partie) (2ᵉ série), Hôtel-Dieu : MM. Gaucher, Teissier, Legry.

Mardi 25 Novembre 1902. — Médecine opératoire, École pratique : MM. Berger, Hartmann, Thiéry. — 5ᵉ, Chirurgie (Première partie), Charité : MM. De Lapersonne, Faure, Auvray. — 5ᵉ (Deuxième partie) (1ʳᵉ série), Charité : MM. Dieulafoy, Rénon, Gouget. — 5ᵉ (Deuxième partie) (2ᵉ série), Charité: MM. Raymond, Achard, Jeanselme.

Mercredi 26 Novembre 1902. — 3ᵉ (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Gautier, Bezançon, Legry. — 2ᵉ, Nouveau régime, Salle Béclard : MM. Richet, Rémy, Desgrez.

Jeudi 27 Novembre 1902. — 2ᵉ Nouveau régime, Salle Thouret : MM. Launois, Langlois, Desgrez. — 4ᵉ, Salle Richet : MM. Pouchet, Thoinot, Wurtz.

Vendredi 28 Novembre 1902. — 3ᵉ (Deuxième partie), Oral, Salle Pasteur : MM. Dejerine, Gaucher, Legry. — 5ᵉ, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 29 Novembre 1902. — 3ᵉ (Deuxième partie), Nouveau régime, École pratique : MM. Joffroy, Letulle, Guiart. — 5ᵉ (Deuxième partie) (Première série), Beaujon : MM. Proust, Troisier, Jeanselme. — 5ᵉ (Deuxième partie) (2ᵉ série), Beaujon : MM. Raymond, Achard, Dupré. — 5ᵉ, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale (Asile Sainte-Anne). — M. le professeur Joffroy a commencé le cours de clinique des maladies mentales le lundi 17 Novembre à 2 h. 1/2, à l'amphithéâtre de l'asile Sainte-Anne, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. G. Dumas, chef du laboratoire de psychologie, chargé de cours à la Faculté des lettres, dirigera les exercices pratiques de psychologie, les samedis matin à 9 h. 1/2 (salle des cours et laboratoire de psychologie).

M. Schrameck, chef des travaux d'ophtalmologie, dirigera les exercices pratiques d'ophtalmologie, les mercredis matin à 10 heures.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Necker. — M. Noguès commencera un cours gratuit sur le diagnostic et le traitement des urethrites le lundi 17 Novembre. Ces cours au nombre de six, seront faits les lundis et vendredis à 11 heures, au Musée de la clinique des voies urinaires.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé de la marine. — M. Guyot. médecin de 2ᵉ classe. est désigné pour aller servir au premier dépôt des équipages de la flotte. à Cherbourg.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés au grade de médecin aide-major de 1ʳᵉ classe, MM. Philippe, Roussseau, et Heusch. médecins aides-majors de 1ʳᵉ classe auxiliaires.

Sont affectés : Au Tonkin : MM. Péthellaz. médecin principal de 2ᵉ classe; Clavel, médecin-major de 1ʳᵉ classe; Sadoul et Morel, médecins-majors de 2ᵉ classe.

En Afrique occidentale française : MM. Carrière. médecin-major de 1ʳᵉ classe; Bonnescuelle de Lespinois, médecin-major de 2ᵉ classe; Quesseveur et Ribot, médecins aides-majors de 1ʳᵉ classe.

A Madagascar : MM. Robert, médecin aide-major de 1ʳᵉ classe; Maurras et Lafaurie, médecins-majors de 2ᵉ classe; Le Corre et Bireaud, médecins aides-majors de 1ʳᵉ classe.

A la Réunion : M. Mainguy, médecin-major de 2ᵉ classe.

A la Guyane : M. Nédelec, médecin aide-major de 1ʳᵉ classe.

En France : MM. Rousselot-Bénaud, Pons et Rimbert, médecins-majors de 1ʳᵉ classe; MM. Dutigny, Mille, Bailly, Bonain, Pasquet, Bussière, Lafont, Rey, Rapuc, Brachet, médecins-majors de 2ᵉ classe; MM. Grandmaire, Brisemar, Violle, Chanaud, Rousseau, médecins aides-majors de 1ʳᵉ classe; MM. Percheron, Butin, médecins aides-majors de 1ʳᵉ classe auxiliaires.

Clinique Apostoli. — MM. Laquerrière et Delherm feront vers le milieu de Novembre une série de douze conférences pratiques sur l'*Electricité médicale*.

I. et II. — Electrophysiologie et appareils.

III. — Effets physiques et physiologiques des courants sur les êtres vivants.

IV et V. — Gynécologie.

VI et VII. — Tube digestif.

VIII et IX. — Electrodiagnostic. Maladies nerveuses.

X. — Maladies de la nutrition.

XI. — Affections de la peau.

XII. — Applications diverses.

Les conférences seront accompagnées de présentations de malades.

S'adresser 15, rue Montmartre.

Inspection des enfants assistés. — M. Laburthe, médecin du ministère de l'Intérieur, est nommé inspecteur des Enfants assistés de la Seine, en remplacement

Ecole dentaire de Paris. — La fête annuelle de distribution des récompenses aux élèves de l'école dentaire de Paris a eu lieu à la salle des Agriculteurs, 8, rue d'Athènes, sous la présidence de M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique.

Après une allocution de M. Godon, directeur de l'école, M. Sauvez, secrétaire général, a donné lecture de son rapport dans lequel il a fait ressortir les modifications nombreuses qui ont été apportées dans la partie scientifique et dans la partie technique de l'enseignement donné à l'école dentaire de Paris.

Une médaille d'or a été offerte à M. Heidé pour services rendus à l'enseignement de l'école.

Enfin, M. le ministre de l'Instruction publique, dans une improvisation chaleureuse, a fait valoir les services rendus à la population pauvre de Paris.

Il a été ensuite procédé à la lecture du palmarès. et à la remise des diplômes et récompenses aux élèves et aux lauréats.

Étranger.

Faculté de médecine de Cadix. — M. Juan Luis Hohr y Rodriguez est nommé professeur de thérapeutique.

Faculté de médecine de Moscou. — M. S. Tchirvinsky est nommé professeur extraordinaire de pharmacologie.

Faculté de médecine de Berlin. — M. Schweninger est nommé professeur extraordinaire d'histoire de la médecine.

CONCOURS

Externat. — *Pathologie*. — Séance du 14 Novembre. — *Cathétérisme de l'urètre chez l'homme* MM. Coudert, 15; Dournay, 14; Bilhaut, 14; Dournel, 12; Bleirad, 8; Benoist (G.), 16; Bougarel, 12 1/2; Cheurlot, 18; Bonnefoy, 16; Courdouan, 11; Bricout, 11; Athoud; Ancibure, 16 1/2; Chené, 15; Breteau, 18; Archontakis, 16; Bourilhet, 16; Diverrès, 17; Clermont, 13; Dauge, 13. — *Absents* : MM. Bernard, Bellon. Chavanon, Chambras.

Séance du 17 novembre. — *Du Panaris*. — MM. Brillaud; Chaigneau, 15; Coqueret; Cardot, 9; Borics, 16 1/2; Armauet, 13 1/2; Delazière, 15; Duménil, 15; Corpéchot, 18; Alexandresco, 18; Bichon, 10; Bazin, 14; Mˡˡᵉ Dervoyns, 13; MM. Caron, 12; Desvernine, 14; Briquet, 18; Drevet, 8; Baudoin, 13. — *Absents* : MM. Bonnenfant, Beaufils.

Anatomie. — Séance du 15 novembre. — *Artères de la main* : MM. Serin, 17; Quentin, 16 1/2; Seron, 14; Ranjard, 13; Roulland, 14; Tontin, 13; Roux (Gabriel), 16; Roux (Henri); Verdoux, 15; Roy, 14; Texier, 15; Poyet. 4; Ramus, 16; Rouchy, 8; Rabinovici, 15; Solomon. 13; Rucker, 14; Roucayrol, 9; Serbource. 12; Tilloy, 8. — Absents : MM. Vergnoux, Tourenc.

Séance du 18 novembre. — *Les trois muscles adducteurs de la cuisse*.

École de médecine d'Amiens. — Le concours pour la nomination à une place de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine d'Amiens, qui vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine de Lille, s'est terminé par la nomination de M. Hautefeuille.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES Tome II. N° 94. — Samedi, 22 Novembre 1902. 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :

Paris et Départements . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

AVIS IMPORTANT

Renouvellement des Abonnements.

Par suite de l'application du règlement du 1er Août les frais de recouvrement des abonnements par la poste sont devenus très onéreux. L'administration de **La Presse Médicale** *désirant avant tout ne pas être dans la nécessité d'augmenter le prix de l'abonnement serait très reconnaissante à ses abonnés de lui faire parvenir directement, 3,* RUE RACINE, *par un* **bon de poste** *(moyen le plus pratique) ou par* **mandat-poste**, *le montant de leur abonnement, soit* **10 francs** *pour la France et* **15 francs** *pour l'étranger.*

SOMMAIRE

A PROPOS D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

On éprouve toujours un certain plaisir à constater la réalisation des idées que l'on a émises. Si l'on se reporte à quelques années en arrière, on peut constater que, dans ce journal, nous ne perdions jamais l'occasion de faire remarquer combien il était regrettable que notre enseignement de la Médecine ne soit pas rénové et rendu plus pratique. Nous sommes donc en droit d'attribuer aux observations que nous avons faites et au courant que nous avons ainsi déterminé, une part importante dans les heureuses modifications qui s'introduisent peu à peu et successivement dans les programmes d'enseignement de notre Faculté.

Il est incontestable qu'un réel progrès s'est effectué; et cela au grand profit de la Médecine française : progrès dont le résultat se manifeste déjà par le nombre croissant de médecins étrangers qui viennent s'inspirer de nos méthodes et de nos procédés. Ceux-ci nous avaient désertés presque complètement; ils commencent à revenir à nous, et certainement leur retour tient à la meilleure organisation de notre enseignement, à la mise en œuvre rationnelle de ressources pédagogiques que nous ne savions pas suffisamment utiliser.

On peut facilement juger du chemin parcouru en passant en revue, par exemple, les annonces des cours officiels de la Faculté depuis quelques années. On voit que nombreux sont les programmes établis dans le but de dégager l'enseignement de la méthode didactique et théorique qui était de tradition; l'effort fait par le maître pour se mettre à la portée de l'élève, pour être pratique, est évident.

Peu nombreux sont aujourd'hui les cours annoncés simplement avec une indication générale du sujet à traiter, comme ils l'étaient tous, il y a peu de temps encore; la plupart comportent un programme d'études plus ou moins détaillé, montrant à l'élève exactement ce qui lui sera enseigné en un temps donné; plusieurs donnent même la répartition du travail.

La chose est évidente surtout pour certains services de clinique où un enseignement complet et véritablement pratique a été organisé, où le professeur chef de service, les chefs de clinique et de laboratoire publient d'avance le programme, établi jour par jour, de l'enseignement qui sera donné.

Il est même plusieurs de ces services où l'étudiant peut se familiariser non seulement avec la Clinique et la Thérapeutique générales, mais encore avec ce qu'il est utile au praticien de connaître des spécialités : ophtalmologiste, oto-rhino-laryngologiste, dermatologiste, électrothérapeute viennent, en des cours complémentaires, parfaire l'enseignement du maître. Dans ces cliniques le professeur tend à devenir de plus en plus un directeur d'enseignement.

Si le progrès est évident pour les cours pratiques, il commence à se manifester aussi pour les cours théoriques, à preuve le fait suivant : ces jours-ci l'annonce du cours de Thérapeutique portait la mention suivante : « le cours de Thérapeutique, commencé par le professeur pendant le semestre d'hiver, continué en été par l'agrégé, sera complet en huit mois ».

Il y a là un exemple à suivre, pour toutes les chaires auxquelles incombe l'enseignement destiné aux praticiens, cet enseignement que l'on pourrait appeler « primaire » et « secondaire » de la médecine; l'enseignement supérieur dévolu à certaines chaires peut, seul conserver les allures doctrinales de jadis.

* * *

Parmi les innovations que nous avons énergiquement préconisées, il en est une qui a pleinement réussi : c'est celle des *cours de perfectionnement*.

Une grosse difficulté se présentait. Ces cours ne pouvaient être que payants; or, les règlements administratifs imposent que dans les Universités tout enseignement soit gratuit, en dehors bien entendu des droits dits scolaires. Elle a été résolue, et aujourd'hui ces cours ont l'estampille officielle; ils sont universitaires.

Les premiers en date ont été faits au laboratoire de Bactériologie. Nous avons montré l'an passé les remarquables résultats qu'ont donnés, dès leur création, ceux faits à la Clinique ophtalmologique. A l'Ecole pratique les cours de Médecine opératoire ont dépassé tout ce que l'on pouvait espérer : le nombre d'élèves admis à chaque série est théoriquement de 20; or, il y en a toujours au moins 40 inscrits et même plus pour la *chirurgie d'urgence*. Ce fait est important à signaler. Il faut ajouter que ces cours de médecine opératoire sont suivis plutôt par des docteurs étrangers que par des Français sur le point de s'établir, ceux-ci se contentant habituellement, pour leur instruction opératoire, des cours réguliers — ligatures et amputations — que la Faculté juge suffisants pour les admettre à pratiquer la chirurgie.

Le succès de ces cours ne peut qu'engager tous les membres du corps enseignant à en instituer d'analogues. A notre époque, l'étudiant qui se contenterait d'études faites strictement suivant les programmes classiques et les examens qui les sanctionnent, se trouverait dans l'impossibilité absolue d'exercer consciencieusement la carrière médicale. Des études de perfectionnement, complémentaires, lui sont absolument nécessaires au lendemain du doctorat classique ; plus tard, après quelques années de pratique, il devra encore se mettre au courant des méthodes nouvelles.

C'est à ce double enseignement que répondent les cours de perfectionnement.

* * *

Mais les cours de perfectionnement, faits sous la direction du personnel enseignant universitaire, se tiennent pendant la période scolaire; c'est-à-dire à l'époque où les praticiens sont le plus occupés, par conséquent dans l'impossibilité d'abandonner leur clientèle pour parfaire leur instruction et leur éducation. De là l'idée de faire coïncider ces cours avant la période dite de vacances.

Il faut avouer que, comme bien des choses pratiques, l'organisation des *cours de vacances* nous est venue d'Allemagne. Nos lecteurs se rappellent certainement le compte rendu détaillé que Jayle, après un voyage en Allemagne, avait fait de leur fonctionnement à Berlin, et l'insistance qu'il avait mise à démontrer combien il serait utile que pareille tentative fût faite en France.

La Faculté, s'en étant émue, avait chargé le professeur Landouzy d'étudier la question, et après son rapport l'avait résolue par l'affirmative. Dans sa clinique de Laënnec, M. Landouzy a donc organisé un cours pratique démonstratif de technique clinique fait par MM. Brouardel, Josué, Labbé et Bernard, chefs de clinique et de laboratoire.

Ce cours a eu lieu du 17 au 29 Septembre dernier, à raison de deux séances par jour, l'une le matin de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, l'autre l'après-midi de 2 h. 1/2 à 5 heures, dans les salles de malades et au laboratoire; le prix d'inscription était de 100 francs.

Bien que ce cours n'ait été annoncé et que son programme détaillé n'ait été publié que fin juillet, c'est-à-dire un mois et demi à peine avant l'ouverture, 28 auditeurs s'étaient fait inscrire. Il est intéressant de dire que sur ces 28 docteurs, 4 étaient parisiens, 14 provinciaux, 10 étrangers dont voici la nationalité : Belgique, Brésil, Perse, Pérou, Canada, Suisse, Italie, Turquie d'Europe et d'Asie, Etats-Unis.

Tous se sont déclarés absolument satisfaits et sont partis emportant un *certificat d'assiduité* signé du professeur et du doyen de la Faculté. Comme aide-mémoire du cours professé, le sommaire et le résumé de chacune des 36 leçons faites avaient été autographiés et distribués à chaque auditeur.

En même temps que ce cours destiné à donner aux médecins une mise au point des méthodes, procédés et techniques de *clinique médicale générale*, et ayant en quelque sorte l'estampille officielle de la Faculté, un autre cours se faisait à l'hôtel des Sociétés savantes, créé par l'initiative privée, et ayant pour but surtout l'enseignement des *spécialités*; en ce sens, il se rapproche beaucoup du cours de vacances de Berlin et de Vienne dont Jayle avait eu l'idée pour Paris et que MM. Marchais et Leredde y ont organisé.

En voici le détail, que je rappelle : ophtalmologie, M. Rochon-Duvigneaud; maladies de l'estomac, M. Soupault; oto-rhino-laryngologie, MM. Laurens et Boulay; maladies des voies urinaires, M. Noguès; massage, M. Marchais; dermatologie et syphiligraphie, M. Leredde; électrothérapie, M. Zimmern; chirurgie pratique, M. Souligoux ; gynécologie, M. Jayle; art de formuler, M. Joanin; maladies mentales, M. A. Marie. Chaque cours comportait neuf leçons pratiques et coûtait 20 francs, sauf un 50 francs; ils étaient donnés à l'hôtel des Sociétés savantes, à l'exception du cours de chirurgie à l'hôpital Lariboisière et de celui de gynécologie à la clinique de l'hôpital Broca.

Cet enseignement, fait d'une façon absolument pratique, terre-à-terre, a eu un véritable succès : 155 élèves s'étaient fait inscrire ayant pris 251 cours ; on comptait parmi eux 35 médecins de province et 24 étrangers. J'ai pu obtenir sur le cours de Gynécologie quelques renseignements intéressants les auditeurs qui étaient au nombre de 18, alors que, primitivement, on ne devait en prendre que 10 ; parmi eux il y avait 5 étudiants et 13 docteurs dont 10 étrangers (Canada, Sibérie, Kiew, Cracovie, Italie, Bolivie, Chili, Turquie).

* * *

En terminant cette note sur le renouveau de l'enseignement médical à Paris, je tiens à attirer encore l'attention sur le mouvement d'étrangers qui a frappé tous ceux qui ont organisé les cours. Cela prouve clairement qu'il n'y a qu'à vouloir pour ramener vers nous le courant qui depuis trop longtemps s'était éloigné. Il y a, dans les cours de perfectionnement et de vacances faits dans cette ville qu'est Paris, pour l'influence médicale française à l'étranger, un moyen d'action que nous ne saurions trop développer.

E. De Lavarenne.

BIBLIOGRAPHIE

Sérothérapie et vaccination antipesteuses, par M. A. N. Antonacopoulo, une brochure in-8° de 47 pages, Constantinople, 1902 (*Christidis*, imprimeur, Galata, rue Voïvoda, n° 92, Constantinople.)

Des variations de résistance des hématies et de l'hémoglobine dans divers états pathologiques, par M. Alfred Veyrassat. Thèse, Lyon, 1902. (*Paul Legendre*, 14, rue Belle-Cordière, à Lyon.)

PSEUDO-ÉTRANGLEMENT INTERNE D'ORIGINE NÉVROPATHIQUE[1]

Par le professeur DEBOVE

Bien que le devoir d'un professeur de clinique soit de vous enseigner des choses pratiques et de vous présenter des malades, je me permettrai aujourd'hui de déroger à cette habitude et de vous entretenir d'un fait exceptionnel que j'ai pu observer hors de l'hôpital.

Il s'agit d'accidents abdominaux insolites pouvant faire croire à un étranglement interne; et, quoique je n'aie été à même de me rendre compte qu'une seule fois de la gravité de ces accidents, je suis très renseigné sur les antécédents et sur les crises antérieures, car ce malade a un frère médecin, à l'obligeance duquel nous devons tous les détails que je me propose de vous exposer.

* * *

Je fus appelé en consultation le 1er février auprès de M. X... par son frère qui me demandait mon opinion pour mettre sa responsabilité à couvert; car, en réalité, il était beaucoup plus compétent que moi dans le cas particulier.

Le malade est âgé de trente-six ans; son père est mort d'une affection cardiaque; sa mère est névropathe; plusieurs membres de la famille ont présenté quelques troubles nerveux, sans gravité du reste. J'ajoute que cette famille est israélite; ce détail a une certaine importance, car la race sémite fournit une proportion considérable de névropathes, ce qui s'explique par ce fait que les sujets qui lui appartiennent habitent surtout les villes et ne se livrent guère qu'aux professions sédentaires ou d'ordre intellectuel, conditions qui favorisent le développement de la névropathie.

A l'âge préhistorique, lorsque l'homme, vivant d'une vie bestiale, pourvoyait avec peine à ses besoins quotidiens, quand, suivi de sa femelle, il cheminait par monts et forêts, il n'avait pour unique préoccupation que celle de se défendre contre les bêtes, de manger et de satisfaire ses instincts sexuels. Aujourd'hui nous sommes civilisés; et, sans vouloir reprendre la thèse de Rousseau et sans admettre que tous les maux viennent de la civilisation, il est certain que si ses bienfaits font qu'aucun de nous ne voudrait retourner à l'état sauvage, elle n'a pas produit que des bienfaits. L'existence anormale que nous menons, dans laquelle l'activité physique a un rôle restreint, tandis que l'activité psychique tend à prédominer, a dû avoir une influence fâcheuse en amenant une fatigue des appareils nerveux surmenés. Ces effets se sont accrus par le fait de l'hérédité; ils sont particulièrement manifestes dans la race juive.

Quant à notre malade, il eut dans son jeune âge la rougeole et la coqueluche. A neuf ans il eut une pleurésie purulente terminée par une vomique. Nous savons aujourd'hui que les pleurésies qui guérissent de cette manière sont dues au pneumocoque; elles sont purement accidentelles et ne laissent aucune trace de leur passage. A l'âge de dix-huit ans, il eut la scarlatine et à trente-trois ans une attaque de rhumatisme subaigu.

Au commencement de l'année 1902, le malade est atteint de grippe, accompagnée d'une constipation opiniâtre; plusieurs laxatifs finissent par en avoir raison. Cependant, le 22 janvier, on note un léger état gastrique avec sensation de plénitude épigastrique; un purgatif salin n'amène aucune garde-robes; le malaise augmente, le ventre se tuméfie, les coliques sont extrêmement vives, l'émission de gaz est supprimée; pendant quatre jours cet état d'obstruction persiste malgré tous les moyens thérapeutiques mis en usage. Le 26 Janvier se produit une forte débâcle de matières fécales et de gaz; le malade, très soulagé, se croit guéri et s'alimente légèrement. Dans la soirée cependant tous les phénomènes d'obstruction intestinale complète réapparaissent : le gonflement du ventre devient énorme; il mesure 101 centimètres de circonférence, tandis qu'à l'état normal il mesure à peine 88 centimètres. La peau est tendue, lisse, luisante; mais, à une inspection minutieuse, il ne semble pas que le ballonnement soit absolument uniforme : la partie sus-ombilicale est à coup sûr plus tendue que la partie inférieure du ventre; les flancs sont plus dépressibles, et l'estomac, comme insufflé, paraît distendu pour son propre compte. Il n'y a ni garde-robes, ni émission gazeuse, ni éructations. Les douleurs survenant par crises sont intolérables; elles correspondent à des contractions douloureuses de certains segments du tube digestif; on perçoit les mouvements des anses intestinales à travers la paroi; ceux-ci s'accompagnent de gargouillements, de borborygmes, d'épreintes. L'émission spontanée des urines est impossible; il y a rétention d'urine complète et on est obligé d'avoir recours au cathétérisme.

Malgré tous les traitements, lavages, lavements calmants, laxatifs, belladone, asa fœtida, opium, massage léger, lavement électrique, introduction d'une sonde pénétrant aisément à 50 ou 60 centimètres dans le gros intestin, applications de compresses chaudes, de vessie de glace, pulvérisations d'éther, etc., les signes d'obstruction persistent jusqu'au 30 Janvier. A dater de ce jour, le malade rend de temps en temps quelques mucosités accompagnées de quelques débris de matières fécales; mais aucun gaz ne franchit l'anus et les garde-robes n'amènent aucun soulagement.

Pendant tout ce temps, contrastant avec la gravité des phénomènes abdominaux, l'état général reste bon; le malade est faible à cause de la diète sévère à laquelle il est soumis, mais n'a ni fièvre, ni céphalée; le pouls reste calme, plein, un peu tendu, oscillant entre 68 et 76 pulsations. Le facies est amaigri, mais non pas altéré; la langue est blanche et un peu sèche; l'anorexie est complète; on a noté les premiers jours quelques rares vomissements de mucosités peu abondantes. Le foie est refoulé; on trouve à peine la matité hépatique. La respiration est difficile et surtout costale supérieure par refoulement du diaphragme. La sécrétion urinaire est très diminuée.

Le 1er Février, je suis appelé auprès du malade; je suis inquiété par la persistance des accidents, par cette crise d'obstruction intestinale dont les signes sont manifestes; il m'est impossible de faire un diagnostic anatomique précis et mon inquiétude n'est calmée que par le frère du malade qui me raconte que celui-ci a déjà eu des accidents analogues et qu'ils se sont tous heureusement terminés.

A l'âge de dix-huit ans, le malade a eu sa première crise de tympanisme et voici dans quelles circonstances : notre jeune patient quitte sa famille pour aller en Amérique; cette séparation est pour lui une source d'émotions. Quelques jours après son départ, il accuse un malaise général avec anorexie, douleurs abdominales, gonflement progressif du ventre et constipation opiniâtre : les médecins américains conseillent successivement l'huile de ricin, le calomel, le massage, l'électrisation, voire même l'introduction d'un speculum ani. Les phénomènes d'obstruction : volume énorme du ventre avec douleurs atroces, suppression complète des garde-robes, absence totale d'émission de gaz, rétention d'urine nécessitant le cathétérisme, persistent sans vomissements, sans fièvre, avec conservation d'un bon état général, pendant trois semaines. Un jour, à la suite d'un lavement, la débâcle a lieu, et du jour au lendemain le malade est guéri et peut reprendre ses occupations.

Depuis cette première crise qui fut la plus longue et la plus grave, il y a eu une dizaine de crises semblables, atténuées, et durant seulement deux ou trois jours, ou à peine ébauchées et incomplètes, ne durant que quelques heures. Ces crises se produisent généralement après une émotion vive, un refroidissement, un écart de régime : à ce point de vue il est curieux de remarquer que le malade ne peut manger de flageolets, même en très petite quantité, sans avoir de crise; mais il est vraisemblable que la suggestion joue ici un rôle important en raison de la petite quantité de cet aliment qui suffit à provoquer les accidents. Toutefois il ne faut pas oublier qu'en fait d'accidents nerveux, la susceptibilité est parfois extraordinaire et qu'on peut voir, par exemple, l'urticaire succéder à l'ingestion d'une quantité minime de l'aliment toxique.

Vous concevez très bien l'embarras du médecin dans un cas semblable. D'un côté il était certain qu'il s'agissait d'une obstruction intestinale dont la cause nous était totalement inconnue et qui paraissait grave par la persistance des phénomènes; d'autre part, une chose devait nous rassurer, c'était l'existence d'accidents antérieurs semblables ayant eu une terminaison favorable. C'est pourquoi l'idée d'une intervention chirurgicale fut écartée pour le moment, et je me bornai à conseiller une injection de morphine et une dose d'huile de ricin pour le lendemain; enfin en cas d'insuccès il fallait prendre l'avis d'un chirurgien.

Dès le lendemain de ma visite, avant même que la médication conseillée eût été pratiquée, il se produisit une débâcle considérable avec émission de gaz extraordinairement abondants; la convalescence a été rapide.

En résumé, cette crise qui a succédé à la grippe a évolué en deux périodes, séparées par une ébauche de débâcle. Il semble aussi qu'il y ait eu une sorte de rétention élective pour les gaz, car il y a eu des selles assez fréquentes, très peu abondantes, constituées par des mucosités avec des matières d'as-

1. *Clinique médicale de l'hôpital Beaujon.* — Leçon recueillie par M. Ferrand, interne du service.

pect et d'odeur fécaloïdes, mais sans la moindre émission gazeuse. L'estomac paraissait surtout gonflé; on aurait dit qu'il était artificiellement distendu par un mélange effervescent, les gaz étant emprisonnés dans l'estomac par un spasme simultané du pylore et du cardia. D'autre part, les gaz circulaient dans certaines parties de l'intestin, déformaient les anses intestinales, et paraissaient, au dire du malade, arriver jusqu'au voisinage de l'anus sans pouvoir le franchir.

L'examen complet du malade n'a révélé aucune lésion organique. La succession de crises, semblables dans leur expression clinique, ne différant que par leur durée et par leur intensité, la cause occasionnelle de ces crises, tantôt une émotion, tantôt une maladie infectieuse (dans notre cas, la grippe qui laisse si souvent des accidents nerveux à sa suite), la rapidité du début et surtout de la guérison, sont autant d'arguments à faire valoir en faveur de la nature névropathique de ce pseudo-étranglement. Enfin, dans la symptomatologie même, il y a quelque chose d'anormal qui éveille l'idée d'une névrose. C'est le gonflement de l'estomac plus considérable que celui de l'intestin, c'est aussi la rétention élective pour les gaz, alors que des matières liquides ont pu être expulsées par l'anus.

Les accidents nerveux peuvent simuler toutes les maladies, mais il y a toujours quelque particularité qui éveille l'attention du clinicien ; le *bout de l'oreille*, si vous me permettez cette comparaison, passe par quelque endroit et vient trahir la nature du mal. Nous ne trouvons chez notre malade aucun stigmate hystérique, mais il s'agit d'un sujet éminemment impressionnable, chez lequel le simple récit d'un accident ou le simple mot d'opération détermine une lipothymie ou une syncope. Le malade a eu deux plaques de pelade; cette constatation est intéressante, vu l'opinion récemment soutenue par M. Jacquet sur l'origine neurotrophique de la pelade.

L'hystérie a bon dos ; on met sur son compte tous les troubles nerveux qui ne s'accompagnent d'aucune altération matérielle. Si telle est votre définition, vous pourrez dire qu'il s'agit d'un pseudo-étranglement hystérique.

Peut-être ne vous aurais-je jamais entretenu de cette observation, s'il n'y avait à relever une particularité fort curieuse. Notre malade a un *frère jumeau*, qui lui ressemble au point que personnellement il m'est impossible de les distinguer l'un de l'autre. Or, ce frère a eu des crises identiques à celles que je viens de vous décrire. Il eut sa première crise à dix-huit ans, quelques mois après la première crise de son frère ; je ne vous refais pas le tableau de la maladie qui est superposable à l'autre : il n'y manque que la rétention d'urine. A l'âge de vingt ans, seconde crise grave qui dure trois à quatre semaines et pour laquelle Charcot porta le diagnostic d'accident névropathique et conseilla l'électrisation statique : dès la première séance, la crise prit fin.

L'hérédité de la névropathie est certaine. Nous savons que souvent, dans une même famille, les accidents revêtent la même forme : qu'y a-t-il d'extraordinaire à ce que cette hérédité soit plus accentuée chez deux jumeaux? Leur ressemblance physique est très grande. Il est probable que celle de leurs organes, de leurs tissus, de leurs humeurs ne l'est pas moins, que la *pars minoris resistentiæ* doit être la même. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'ils soient tous deux névropathes et que chez eux la névropathie revête des formes identiques.

CHIRURGIE PRATIQUE

TECHNIQUE DE LA SUTURE DES MUSCLES RELEVEURS DE L'ANUS AU COURS DE LA PÉRINÉORRAPHIE

Le 30 Juillet dernier, M. Gérard Marchant présentait, en son nom et au nom de M. Lenormant, une malade à qui il avait pratiqué, pour un prolapsus du rectum, tout à la fois une recto-coccypexie et une myorraphie des releveurs de l'anus. Il montra alors combien la suture des releveurs consolide le plancher pelvien, aussi bien dans le prolapsus rectal que dans le prolapsus génital[1]. Nous-mêmes, à ce moment, ayant étudié cette suture sur le cadavre avec notre ami O. Lenoir, nous avions été frappés de ses avantages. Comme les livres classiques sont muets sur la façon de la pratiquer au cours de la périnéorraphie, nous avons pensé qu'il y avait lieu de préciser ce petit point de technique opératoire.

L'un de nous, du reste, a eu l'occasion depuis d'exécuter cette suture avec un entier succès[2].

Elle présente plusieurs avantages théoriques. En effet la périnéorraphie doit reconstituer les deux étages du plancher pelvien, le périnée, et le plan des releveurs. A l'état normal, ceux-ci, qui soulèvent la paroi postérieure du vagin quand ils se contractent, la soutiennent par leur simple tonus, formant ainsi un appui important. Cette sangle a cédé et demande à être reconstituée.

L'opération doit également corriger le prolapsus du vagin; la périnéorraphie habituelle ne le combat que par le rétrécissement de la vulve ou la résection de la portion exubérante. Lorsqu'on suture méthodiquement les releveurs, il est facile, en prenant point d'appui sur eux, de pratiquer une colpopexie[3] très simple, et d'avoir ainsi un vagin bien suspendu dans une boutonnière musculaire reconstituée.

En dernier lieu, tout prolapsus s'accompagne d'un agrandissement primitif ou secondaire du cul-de-sac de Douglas; l'adossement des releveurs, suffisamment prolongé dans la profondeur, refoule ce Douglas et pare à l'élytrocèle commençante. La suture[4] des releveurs ainsi comprise semble donc répondre au triple desideratum :

a) Aplatissement du vagin et refoulement en avant de sa paroi postérieure ;

b) Fixation et tension du vagin en position haute ;

c) Constitution d'un noyau musculaire au-dessous de l'extrémité inférieure du Douglas.

Avant de donner la technique de cette suture, rappelons la composition de la cloison recto-vaginale, qu'on doit dédoubler entièrement comme dans toute périnéorraphie bien faite. L'adossement du rectum et du vagin doit être envisagé en trois points différents :

1) En bas, c'est l'union ano-vulvaire et le carrefour musculaire superficiel : là l'anus est loin de la vulve normale, séparé par toute l'épaisseur du corps périnéal.

2) Plus haut, le rectum se rapproche sensiblement du vagin à la hauteur du plancher uro-génital : le raphé prérectal très serré à ce niveau prend une disposition sur laquelle M. Hartmann[1] a insisté, et que l'un de nous a appelé *la bandelette recto-vaginale*. Cette formation, nettement différenciée, détermine par sa traction le coude rectal. La rétropulsion de l'intestin n'est possible qu'après sa section; c'est la clef de l'espace décollable. En avant elle se continue avec le diaphragme uro-génital, en formant deux arcades qui engainent les releveurs de l'anus.

3) Plus haut encore, le vagin et le rectum ne sont séparés que par le fascia recto-vaginal (Rieffel). C'est le reste oblitéré du cul de sac de Douglas embryonnaire, dont la coalescence est venue former une aponévrose par un processus analogue à celui décrit chez l'homme par Cunéo et Veau. C'est l'espace décollable intervagino-rectal de Quénu et Hartmann.

Voici maintenant le détail de l'opération :

Technique opératoire.

Position de l'opérée. — La position qui nous paraît la meilleure, est soit la position périnéale inclinée dont Jayle a montré l'utilité en gynécologie, soit mieux *la position périnéale inversée.*

Incision cutanée. — C'est une incision concave en avant, qui passe transversale à la limite postérieure de la fourchette, et se porte en dehors jusqu'au sillon périnéo-crural, jusqu'au bord externe de la grande lèvre; c'est, en somme, une incision de périnéorraphie par dédoublement, mais élargie pour faciliter l'abord des releveurs et permettre la complète mobilisation du vagin.

Découverte des bords inférieurs des releveurs et de la bandelette recto-vaginale. — La peau coupée à fond, on incise le raphé ano-vulvaire et le corps périnéal, de manière à permettre à la vulve et à l'anus de s'écarter l'une de l'autre.

Puis on se reporte dans les extrémités antéro-latérales de l'incision, sectionnant assez en dehors pour éviter les bulbes de la vulve, assez profondément pour prendre contact avec les releveurs.

A ce moment, l'aide faisant de la rétropulsion de l'anus avec une pince, fait saillir les bords inférieurs de ces releveurs comme deux cordes. La dissection les suit et les accompagne en avant jusqu'au point où ils s'engagent sous le diaphragme uro-génital, sous les arcades périnéales : c'est là le point d'élection pour commencer leur isolement méthodique.

La dissection antéro-postérieure de leurs bords inférieurs isole sur la ligne médiane une formation horizontale, qui n'est autre que la bandelette recto-vaginale. L'aspect de la région opératoire à ce moment est celui de la figure I.

Section de la bandelette recto-vaginale, et pénétration dans l'espace décollable. — La bandelette est sectionnée transversalement, au bistouri.

L'instrument doit être tenu parallèle à la paroi vaginale postérieure. Si l'opérée est dans la position périnéale inversée, le vagin est vertical : le bistouri doit donc être vertical aussi; si l'opérée a le bassin moins relevé, l'instrument est fortement oblique en bas et en avant.

La section doit être faite au ras de la paroi vaginale, et ce lieu de section est obligatoire pour ne point blesser le cap rectal, très proéminent à ce niveau.

L'espace décollable est ouvert du fait même de la section totale de la bandelette.

1. A la discussion soulevée par cette communication prirent part MM. Hartmann, Pierre Delbet et Potherat, qui tous trois rappelèrent le bénéfice que leur procure la suture des releveurs appliquée à la périnéorraphie.

2. J'ai opéré cette malade dans le service de M. Quénu, hôpital Cochin, pavillon Pasteur, le 14 Octobre 1902 ; et l'examen actuel montre un plan très résistant dû à la suture des releveurs. Tout récemment, le 12 Novembre, M. Reclus me fit le très grand honneur de me confier une malade de son beau service de l'hôpital Laënnec. L'opération est trop récente pour permettre d'en parler ici (P. D.).

3. Les dimensions et la nature de cet article nous forcent à passer sous silence les différents procédés de colpopexie.

4. Ziegenspeck, le premier auteur qui ait systématiquement pratiqué la myorraphie des releveurs, pratiquait la simple réunion de leurs bords et non l'adossement de leurs faces. Cet adossement des faces, du reste, avec refoulement progressif du vagin en haut et en avant, n'a jamais, croyons-nous, été décrit jusqu'à ce jour.

1. HARTMANN. — « Rapport ». *Bull. Soc. chir.*, 1902, 5 Août, n° 29, p. 580.

Il se présente avec ses deux parois antérieure et postérieure lisses, blanches, comme recouvertes d'une séreuse [1].

L'extrémité des ciseaux courbes décolle alors sur toute sa hauteur la paroi vaginale attirée en avant par une pince, et ce décollement sans aucune rupture vasculaire se poursuit jusqu'à ce qu'enfin l'on aperçoive le cul-de-sac de Douglas, sous forme d'un bourrelet transversal, blanc, saillant.

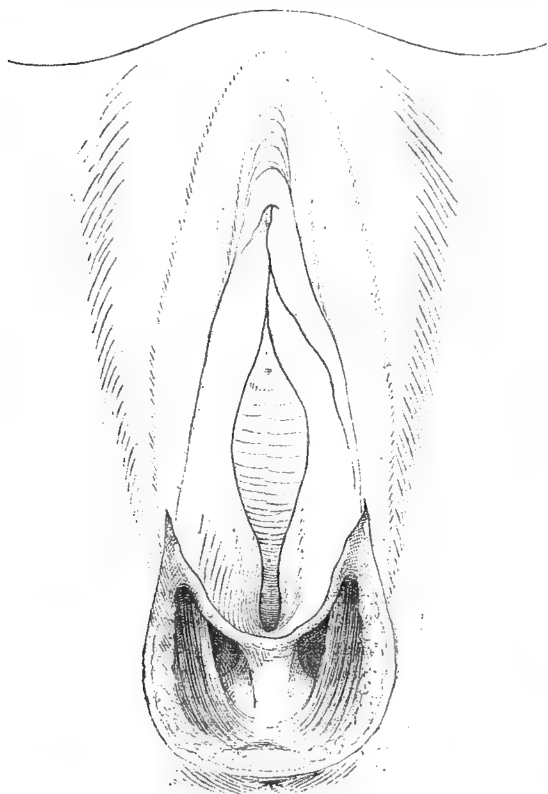


Figure 1.
Découverte des bords inférieurs des releveurs. Isolement de la bandelette recto-vaginale. Les restes du raphé superficiel sont coupés.

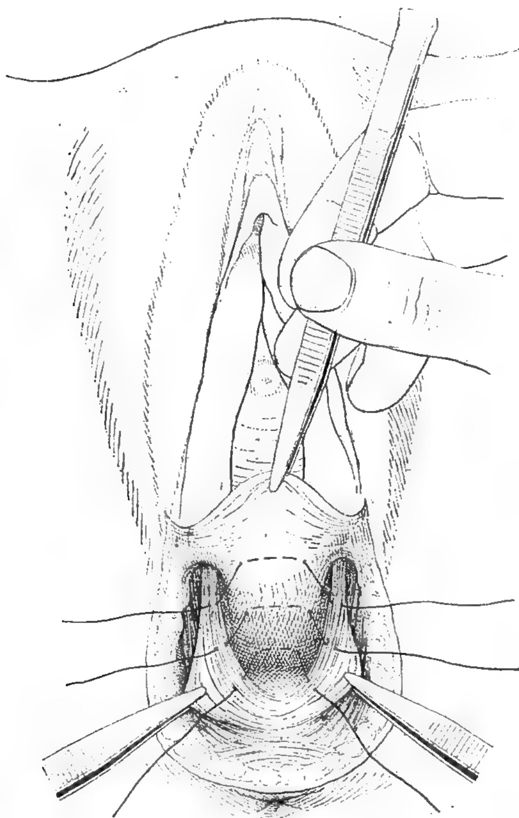


Figure 2.
Placement des fils profonds : on les voit cheminer à la face interne des releveurs, d'autant plus profonds qu'ils sont plus postérieurs; ils sont faufilés dans la paroi postérieure du vagin qu'ils ont rencontrée.

1. Si l'on n'obtient pas cet aspect et cette impression d'ouvrir une séreuse, c'est que l'on est trop en arrière, en pleine paroi rectale.

A ce moment à travers la paroi vaginale on sent la lèvre postérieure du col de l'utérus. Il faut rechercher ce point de repère.

Reportés en arrière et sur les côtés, les ciseaux courbes tenus fermés isolent les faces internes des releveurs dont les bords étaient déjà visibles au périnée.

Une valve étroite, longue, droite, placée sur la ligne médiane, repousse en arrière la paroi recto-ampullaire.

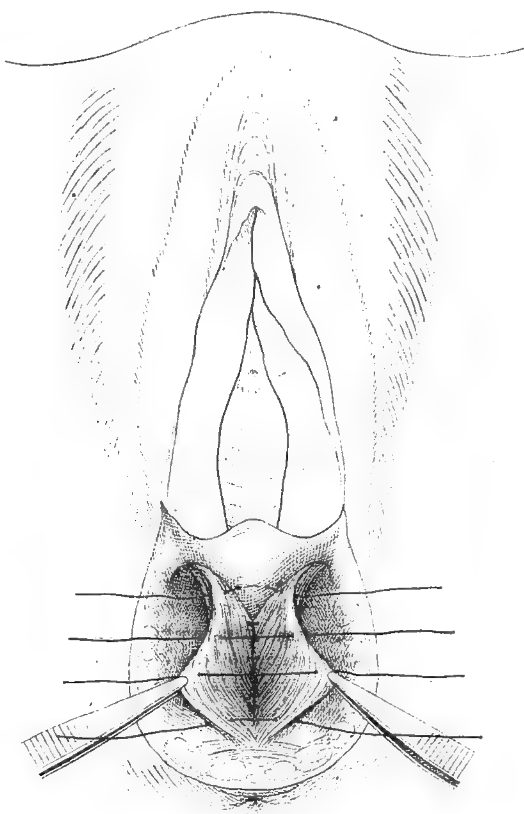


Figure 3.
Les fils profonds sont noués; la paroi vaginale est refoulée. Placement du deuxième étage de sutures.

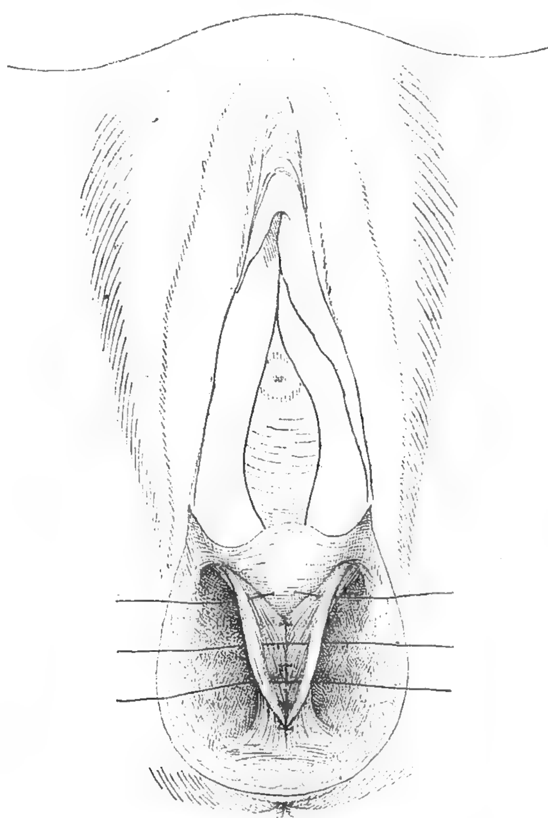


Figure 4.
On noue ces fils superficiels d'arrière en avant : les releveurs viennent se rejoindre par leurs bords.

Suture des releveurs par leurs faces internes. — La suture des muscles doit porter, nous l'avons vu, sur leurs faces internes, de façon à refermer la boutonnière musculaire qui enserre le vagin; mais le plan de myorraphie, destiné à propulser la paroi vaginale postérieure, doit être oblique en bas et en avant. Une technique spéciale pour le placement des fils permet de réaliser cette obliquité.

Une pince à dissection éverse le bord inférieur du releveur, et présente ainsi la face interne du muscle (fig. 2).

Le premier point doit être placé aussi profondément que possible à hauteur du Douglas, que l'on refoule s'il est trop proéminent.

L'aiguille courbe charge la face interne du muscle et largement; elle passe ensuite dans la paroi vaginale, mais, comme nous avons vu la nécessité d'une vagino-pexie avec ascension du conduit vaginal, le fil passe dans la paroi génitale non pas à la même hauteur que dans le muscle, mais plus bas. Cette distance sera proportionnelle au degré du prolapsus vaginal. L'aide réduit ce prolapsus, et montre ainsi de combien le fil doit remonter le vagin.

Le fil repasse alors dans la face interne du releveur opposé, il décrit le trajet en ∩ que montre la figure 2. Le fil n'est pas noué immédiatement. Trois ou quatre fils sont ainsi placés pour la myorraphie et la vagino-pexie. Ils sont de plus en plus superficiels. Leur traversée musculaire se rapproche de plus en plus du bord inférieur du muscle, et le dernier point passe dans ce bord même pour comprendre le vagin à la limite de la vulve.

Les trois fils sont alors noués en commençant par le supérieur, et grâce à leur disposition en escalier, l'obliquité de la paroi vaginale est entièrement rétablie (fig. 3.)

Quatre points alors, disposés en suture antéro-postérieure, unissent les bords inférieurs des muscles. Le point antérieur reprend la vulve qu'il fixe; le postérieur touche au sphincter externe de l'anus lorsqu'il est conservé, le reconstitue lorsqu'il est déchiré (fig. 4.)

Par dessus ce plan pelvien, il reste à refaire le plan périnéal : c'est, nous l'avons dit, une périnéorraphie par dédoublement; et nous avons eu soin de laisser les extrémités transversales de l'incision assez rapprochées pour permettre une suture antéro-postérieure. On traverse donc les tissus en masse, plaçant les fils à la manière de Doléris, pour adosser la partie cutanée de l'incision. Quant à la partie muqueuse, elle est forcément moins exubérante que dans une périnéoplastie ordinaire, puisque le vagin a été remonté; néanmoins il reste un petit bourrelet muqueux dont la résection permettra la suture en double adossement, toujours à la manière de Doléris.

PIERRE DUVAL et R. PROUST
Prosecteurs à la Faculté.

MÉDECINE PRATIQUE

LA CRYOGÉNINE DANS LA FIÈVRE DES TUBERCULEUX

La cryogénine, ainsi nommée par MM. Lumière, qui l'ont découverte, isolée et préparée, est une semicarbazide aromatique (métabenzaminosemicarbazide). Elle se présente sous la forme d'une poudre cristalline blanche, peu soluble dans l'eau; elle jouit de propriétés antithermiques remarquables. Nous en avons particulièrement étudié l'application dans la fièvre des tuberculeux.

La dose thérapeutique, qui varie de 20 centigrammes à 1 gr. 50, est sans action sur les sujets sains. Administrée en une fois, chez les fébricitants, elle amène une défervescence rapide de 1° à 2° qui s'accuse immédiatement, atteint son maximum au bout de deux heures environ et reste encore sensible le lendemain matin, contrairement à ce que l'on observe avec la plupart des antipyrétiques, qui ne font que retarder l'accès sans le supprimer.

Cette dépression thermique semble liée à une action de présence, car elle s'obtient avec des doses faibles et n'est pas toujours proportion-

nelle à la dose. En particulier, la défervescence, une fois obtenue, peut être maintenue à l'aide de doses très faibles, continuées pendant quelques jours. Dans la plupart des cas, l'action médicamenteuse est encore nette le lendemain.

La cryogénine n'est nullement toxique et son administration prolongée n'entraîne pas d'inconvénients. Elle ne possède aucune propriété anodyne, analgésique ou hypnotique, bien qu'elle se range dans la catégorie des antithermiques nervins. Par contre, elle n'a provoqué en aucun cas ni frissons, ni sueurs, ni collapsus, ni cyanose, ni troubles cardio-vasculaires, ni troubles digestifs, ni accidents cutanés ou sensoriels, ni modifications urinaires. C'est un antithermique pur, particulièrement précieux, par conséquent, dans les cas où la fièvre est durable et doit être combattue longtemps.

Certaines formes fébriles, dans l'évolution de la tuberculose, se montrent rebelles à l'action antithermique de la cryogénine; ainsi en est-il de la fièvre soutenue liée à l'intoxication tuberculineuse, et de celle qui accompagne les poussées congestives. Mais ces manifestations fébriles sont justiciables d'autres moyens que les antithermiques, auxquels elles résistent constamment. Par contre, les fièvres inflammatoires secondaires, la fièvre de caséification et la fièvre hectique ont été constamment améliorées. Dans les cas où l'accès n'est pas supprimé, sa hauteur et sa durée sont toujours réduites.

Son innocuité et son efficacité font donc de la cryogénine le médicament de choix de la fièvre des tuberculeux; à ce double point de vue, elle est supérieure au pyramidon, à la quinine, à la phénacétine, à l'antipyrine, à l'acétanilide et aux badigeonnages de gaïacol, dont il est inutile de rappeler les nombreux inconvénients, particulièrement sensibles lorsque l'usage de ces médicaments doit être prolongé.

Le mode d'administration le plus commode de la cryogénine est le cachet; la parfaite tolérance des voies digestives à son égard et sa facile absorption dispensent de rechercher d'autres voies d'introduction, que rendrait d'ailleurs malaisées sa faible solubilité. Les doses de 20 centigrammes à 1 gramme sont généralement suffisantes; il y a tout avantage à commencer par une dose plus massive, administrée en une seule fois, au début de l'ascension thermique ou un peu avant, à une ou plusieurs reprises. Il suffit ensuite de maintenir le résultat acquis, à l'aide de doses décroissantes de 60 à 20 centigrammes, données tous les deux jours seulement à la même heure, aussi longtemps qu'il est nécessaire.

F. Dumarest.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

5 Novembre 1902

De l'établissement du régime en quantité. — *M. G. Bardet.* On se trompe grossièrement quand on parle du *besoin de manger* de l'homme et de la nécessité de réparer ce que l'on suppose devoir être les pertes journalières en calories. Tous les chiffres fournis par les hygiénistes sont trop élevés; ce sont là des études à reprendre.

Je le déclare hautement, le danger de notre époque se trouve dans l'*albuminisme* aussi bien que dans l'*alcoolisme*, le plus grand nombre des maladies chroniques n'ayant pas d'autres causes que l'exagération alimentaire et surtout de la consommation de l'albumine.

Chez beaucoup de malades l'amaigrissement a souvent pour cause l'inondation des humeurs par des liquides alimentaires surchargés d'ammoniaques organiques qui les suralcalinisent et permettent par cette réaction des oxydations énormes et par suite une désassimilation intense et dangereuse.

La quantité d'albumine nécessaire à l'équilibre azoté est beaucoup au-dessous des chiffres généralement admis, ainsi que le prouvent les trois nouvelles observations que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

Ma première malade est une femme de trente-cinq ans, pesant 34 kilogrammes pour une taille de 1 m. 52. Elle souffrait d'une dyspepsie hypersthénique aiguë avec crises paroxystiques intenses.

D'après sa taille j'estimai que cette malade devait peser 42 kilogrammes pour ne pas être cachectique et c'est sur ce poids que j'établis mon régime quantitatif à raison de un gramme au plus d'albumine par kilogramme et de 35 calories par kilogramme de poids normal. C'était donc une ration journalière de 1.500 calories sous une forme telle que l'albumine y fût représentée par 45 grammes environ.

Selon le système de Maurel, j'ajoute 68 à 80 grammes de sucre à un litre de lait, et ce liquide représente sensiblement et pratiquement 1.000 calories et 30 grammes d'albumine au moins par litre. Il suffisait donc, dans mon cas, de *un litre et demi de lait sucré par jour* pour satisfaire aux conditions.

Après quatre mois de ce régime, le poids était monté à 38 kilogrammes.

Peu à peu, mais très lentement, ma malade reprit une alimentation plus variée et son poids atteignit sa normale.

Mais cet état satisfaisant ne se maintient qu'à la condition expresse de ne pas dépasser la ration suffisante strictement calculée sur les besoins réels.

Mon second malade est un dyspeptique de cinquante ans qui depuis dix mois a maintenu son poids à 55 kilogrammes, par une alimentation représentant 1.850 calories et 55 grammes d'albumine. La dyspepsie s'est très notablement améliorée.

Ma troisième observation est celle d'un homme de soixante-dix ans jouissant d'une excellente santé et fournissant un labeur physique et intellectuel écrasant.

Il attribue sa bonne santé à sa sobriété, et, en effet, depuis vingt ans, son régime toujours uniforme représente 1.750 calories et 60 grammes d'albumine pour une taille de 1 m. 65 et un poids de 80 kilogrammes. Ce sujet est légèrement obèse; sa ration lui a donc permis de faire des réserves malgré la faiblesse apparente du régime.

M. Bize.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

7 Novembre 1902.

Des réflexes tendineux dans les méningites cérébro-spinales. — *M. Triboulet.* Les traités classiques déclarent que les réflexes sont tantôt *normaux*, tantôt *abolis*, tantôt *exagérés*. Il y aurait lieu de fixer dans quelles conditions cliniques on rencontre telle ou telle modalité. M. Babinski nous signale une observation dans laquelle, au bout d'un mois, les réflexes n'étaient pas abolis, bien que la ponction lombaire ait ramené un liquide trouble abondant. Ce qui serait important, c'est de savoir ce qu'étaient les réflexes au début de l'affection.

J'ai justement observé une abolition des réflexes contemporaine du signe de Kernig, qui m'a permis de faire un diagnostic précoce; et il arriva que les réflexes, à deux reprises en quinze jours, ont reparu immédiatement après la ponction lombaire.

Il me semble que l'exsudat rachidien influence les réflexes, et notamment en les supprimant au début. Il est possible que, à la longue, à l'inhibition initiale et transitoire succède l'accoutumance. Je tenais à attirer l'attention sur cet élément de physiologie pathologique, dont le diagnostic clinique peut aussi tirer profit.

Lymphocythémie aleucémique. — *MM. Vaquez et Ribierre.* Il est des cas d'adénopathie subaiguë ou chronique, de natures diverses, où le sang ne présente pas d'altérations quantitatives, en ce sens que les globules blancs et rouges conservent leur rapport normal, mais où cependant on peut rencontrer une modification qualitative extrêmement importante, caractérisée par une inversion presque totale de la formule leucocytaire, les lymphocytes formant jusqu'à 60 ou 80 pour 100 de la totalité des éléments blancs. Parfois l'adénopathie, lésion apparente, semble minime.

Cependant, dans ces cas, la gravité de la maladie est extrême et se termine rapidement par la mort. Nous leur avons donné le nom de *lymphocythémie aleucémique*. MM. Weill et Clerc en ont récemment rapporté un nouvel exemple, très concluant. Ils se demandent à ce propos si on ne pourrait pas ranger les cas de cet ordre dans l'« adénie » de Trousseau. Il nous paraît, après lecture des observations disparates et très incomplètes de ce dernier auteur, que l'adénie ne correspond plus à aucune catégorie bien déterminée d'altérations des ganglions ou du sang, et qu'il n'y a aucun intérêt à la faire revivre. Pinkus range cette entité morbide sous le nom de « pseudoleucémie », qui a déjà servi à caractériser d'autres faits.

Il nous paraît plus rationnel de conserver la dénomination de lymphothycémie aleucémique, qui se rapproche de la classification d'Ehrlich, ne préjuge rien de la nature de la maladie, et qui rappelle que les modifications du sang ne résident pas exclusivement dans une augmentation absolue des leucocytes, mais souvent aussi dans une augmentation relative des éléments blancs par rapport les uns aux autres.

Maladie de Basedow et pelade. — *MM. Jacquet et Gaumerais* présentent une malade qui, depuis plusieurs années, souffrait d'accidents provoqués par une carie de la dent de sagesse gauche; depuis deux ans, évoluait de ce même côté une pelade en aires. Les accidents douloureux et la pelade disparurent après l'ablation de la dent de sagesse. Mais à peu près simultanément survenaient des palpitations et une exorbitis très nette du côté gauche. On voit donc, dans ce cas, non seulement l'association de la pelade et de la maladie de Basedow, mais encore la systématisation de l'une et de l'autre au même côté.

De l'influence de la ponction lombaire sur le vertige voltaïque et sur certains troubles auriculaires. — *M. J. Babinski.* Chez les malades dont le liquide céphalo-rachidien est en état d'hypertension, comme cela a lieu, par exemple, dans bien des cas de néoplasme intra-crânien, il faut généralement, pour obtenir le vertige voltaïque, employer un courant d'une intensité bien plus grande qu'à l'état normal; on peut dire que la résistance au vertige voltaïque est augmentée. Immédiatement après la soustraction d'une quantité de liquide plus ou moins grande, cette résistance diminue parfois d'une manière notable. C'est là une particularité que j'ai déjà fait connaître.

Depuis, j'ai reconnu que la résistance au vertige voltaïque pouvait aussi diminuer, après ponction, chez des sujets qui ne présentaient pas d'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Cette constatation m'a conduit à me demander si la ponction rachidienne ne serait pas capable d'exercer une influence favorable sur certains troubles auriculaires. Or, l'observation de deux malades de mon service tend à veuir à l'appui de cette hypothèse.

Dans un cas, il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une chute, a une hémorragie de l'oreille gauche est pris de vertiges et de bourdonnements d'oreille; à l'examen otoscopique pratiqué quelque temps après, on trouve une lésion du tympan. Le courant électrique, quel qu'en soit le sens, donne lieu à une inclination latérale de la tête à gauche; mais il faut un courant de 12 milliampères pour l'obtenir : après la ponction rachidienne, il suffit d'un courant de 5 milliampères pour provoquer le vertige voltaïque qui reste unilatéral; et depuis cette opération, les troubles fonctionnels s'atténuent sensiblement.

Dans le deuxième cas on a affaire à une jeune fille chez laquelle s'est développée en quelques jours, une surdité complète à gauche, presque complète à droite, accompagnée de bourdonnements, qui semble due à une sclérose labyrinthique progressive. Là encore le vertige voltaïque est unilatéral; l'inclination a toujours lieu du côté gauche. Après la ponction rachidienne, la résistance au vertige voltaïque diminue, l'inclination restant unilatérale et du côté droit; l'affaiblissement de l'ouïe ainsi que les bourdonnements s'atténuent d'une manière très manifeste.

Eosinophilie et parasitisme vermineux chez l'homme. — *MM. P.-E. Launois et E. Weil.* On sait que la plupart des helminthiases s'accompagnent de modifications sanguines et provoquent de l'éosinophilie. A propos de plusieurs faits de kystes hydatiques dans lesquels la proportion des éosinophiles n'était pas augmentée dans le sang, MM. Launois et Weil reprennent la question de la valeur séméiologique et de la pathogénie de ce symptôme. Ils rapportent en outre un fait de ladrerie où l'éosinophilie, très nette (5 pour 100), disparut lors de la guérison des tumeurs ladriques. L'éosinophilie, symptôme de l'intoxication vermineuse, est souvent faible ou absente : sa présence seule a une valeur diagnostique; son absence ne saurait faire rejeter l'existence d'un parasitisme. Les données hématologiques demandent d'ailleurs toujours à être interprétées.

A noter en passant que les différents kystes du malade atteint de ladrerie furent traités avec succès par la méthode suivante : ponction de chaque petit kyste, évacuation d'un demi-centimètre cube de liquide clair, et injection d'une même quantité d'huile éthérée de fougère mâle stérilisée.

M. Achard pense également que l'éosinophilie est inconstante dans les cas de parasitisme vermineux. Quant au traitement par l'injection d'huile éthérée de fougères mâles, il a réussi dans quelques cas de kyste hydatique.

Paralysie brachiale persistante après une méningite pneumococcique guérie. — *MM. Achard et H. Grenet* rapportent un cas de méningite cérébro-spinale observé à partir du cinquième jour et se traduisant par de la céphalalgie, de la fièvre, de la constipation, de la raideur de la nuque et le signe de Kernig. Plusieurs ponctions lombaires confirmèrent le diagnostic et révélèrent l'existence du pneumocoque. Il n'y eut que des signes pulmonaires légers. Mais au dixième jour apparut une hémiplégie gauche, qui diminua par la suite, mais laissa une parésie légère du membre supérieur, qui persistait alors que le malade était complètement guéri depuis deux mois et demi.

Le liquide retiré par ponctions contenait d'abord des polynucléaires exclusivement, puis des lymphocytes prédominants (81 pour 100), puis de nouveau des polynucléaires très abondants (92 pour 100), puis des lymphocytes seuls, et enfin on n'y trouva plus aucun leucocyte. Ces variations successives étaient en rapport avec la marche du processus qui procéda par poussées.

Le point cryoscopique du liquide, d'abord à 55°, descendit à 38°, pour remonter à 56°, et finalement à 50°.

Cette observation montre que des paralysies persistantes peuvent être le reliquat de méningites guéries.

Pneumococcie et infection ourlienne : leurs rapports en clinique. — *M. Simonin.* La plupart des auteurs sont muets sur les déterminations pulmonaires des oreillons, ou bien les estiment assez rares pour les expliquer par de simples coïncidences, et se refusent à y voir l'influence directe du processus ourlien.

En compulsant 198 observations recueillies dans notre service du Val-de-Grâce, nous avons trouvé huit fois la mention de symptômes variables intéressant l'appareil respiratoire : laryngite, bronchite, congestion pulmonaire, pneumonie franche, pleurésie suppurée; et nous avons pu constater qu'un lien étiologique commun formait de ces cas épars un véritable faisceau.

L'examen bactériologique des exsudats révélait la présence constante d'un seul et même germe de pneumocoque.

Il paraît ressortir de l'exposé des observations que l'infection ourlienne renforce la virulence du pneumocoque, qui dès son apparition occupe à peu près exclusivement la scène clinique, et constitue à lui seul la gravité de la maladie, l'oreillon restant d'ailleurs bénin.

Il est assez curieux de noter que la lecture des descriptions, assez rares d'ailleurs, laissées par la médecine ancienne sur les complications pulmonaires des oreillons, permet de reconnaître aisément les caractères que la microbie nous a depuis appris à rapporter à l'action du pneumocoque sur les voies respiratoires.

Il semble donc que nos observations ne sont pas le fait d'une simple coïncidence, mais traduisent un fait probablement fréquent, à savoir que le pneumocoque serait l'agent à peu près exclusif des déterminations bronchiques, pulmonaires ou pleurales, chez les malades atteints d'oreillons, en vertu d'une véritable affinité entre les deux germes. De cette notion découle une mesure prophylactique facile à comprendre, l'isolement des malades ourliens atteints de pneumococcie associée ou secondaire.

Troubles méningés ou méningite tuberculeuse chez une hystérique. — *MM. Gaillard et Marchand* apportent l'observation d'une malade qui eut pendant plusieurs mois des phénomènes méningés accompagnés d'hyperthémie. Cette malade étant une hystérique, il est difficile de savoir s'il s'agissait de simples troubles névropathiques ou d'une méningite tuberculeuse guérie.

14 Novembre 1902.

Fièvre tuberculeuse. — *M. Barbier* apporte de nouveaux documents sur la question de la fièvre tuberculeuse, et confirme ses conclusions antérieures; il faut prendre la température toutes les deux heures, car sans cela les accès fébriles peuvent passer inaperçus.

Fièvre hystérique. — *M. L. Guinon* apporte un cas de fièvre élevée montant jusqu'à 42° et qui n'était autre qu'une fièvre hystérique.

Méningite aiguë récidivante et curable. — *M. Galliard* apporte l'observation d'une malade atteinte de pleurésie qui eut, huit jours après une thoracentèse, des symptômes méningés très nets; pendant une semaine on crut à une méningite tuberculeuse, mais, contrairement au pronostic porté, la guérison se fit. Après vingt jours de convalescence, se produisit une rechute de l'affection méningée, guérissant comme la première atteinte. S'agissait-il de méningite cérébro-spinale épidémique, ou de méningite tuberculeuse? La ponction lombaire ne fut pas pratiquée; la question doit donc rester en suspens.

M. L. Guinon fait remarquer que l'on connaît maintenant quelques cas de méningite tuberculeuse terminés par la guérison.

M. Moutard-Martin observa un enfant qui guérit d'une méningite, mais resta aveugle et paralysé de la jambe gauche; il mourut trois ans après d'une nouvelle méningite.

M. A. Siredey vit un malade qui présenta tous les symptômes de la méningite tuberculeuse; il guérit, et depuis sept ans la santé est parfaite.

Vomissements acétonémiques chez l'enfant. — *M. L. Guinon* apporte l'observation d'un enfant chez lequel on constata très nettement le syndrome décrit par M. Marfan, caractérisé d'une part par de l'acétonémie et d'autre part par des vomissements incoercibles.

M. Marfan recherche quel rapport il faut établir entre l'acétonémie et les vomissements : MM. Gilbert et Lereboullet pensent que ces deux symptômes relèvent de la cholémie. Cependant, sur quatre enfants observés depuis peu, les symptômes de la cholémie faisaient défaut trois fois; il est vrai que l'examen du sérum ne fut pas pratiqué.

M. Barbier. Il y a deux points dans la question des vomissements dits acétonémiques : une question de fait, la coexistence chez un même malade des vomissements et de l'acétonémie, ou mieux de l'acétonurie. Sur ce point tout le monde est d'accord. Mais cette coexistence des deux phénomènes s'observe dans bien d'autres circonstances, en particulier chez les nourrissons dyspeptiques, et au moment de la recrudescence des accidents toxiques. Mais l'acétonémie est-elle cause des troubles digestifs? Sur ce point le doute est permis surtout en l'absence de dosage. Car il existe une acétonurie normale s'augmentant par l'ingestion de viande et de graisse, chez l'homme sain et dans un certain nombre de pyrexies. Mais cette acétone qui, d'après les toxicologues modernes, ne serait toxique qu'à la dose de 4 à 8 grammes par kilogramme d'animal, coexiste avec l'acide β-oxybutirique, et on peut se demander, autant qu'on peut le faire dans une question aussi complexe, si l'acétone n'est pas un résidu de réaction, un corps révélateur de cet acide, qui serait alors, comme dans le coma diabétique, la cause des accidents.

M. Merklen insiste sur l'action nuisible de la diète absolue en pareil cas; il a, en effet, été remarqué que, chez les inanitiés, l'acétonémie était constante.

M. Comby fait remarquer que ces vomissements, dont le caractère clinique principal est la périodicité, ne se voient que chez les enfants de souche neuro-arthritique.

M. Marfan n'a jamais observé de périodicité vraie dans les vomissements acétonémiques; quelquefois même les enfants n'ont eu qu'une seule atteinte.

M. Jules Renault vit un enfant chez qui les vomissements acétonémiques furent le prélude d'une méningite tuberculeuse.

M. A. Siredey observa deux fillettes, de souche neuro-arthritique, atteintes toutes les deux de vomissements paroxystiques sans périodicité régulière.

Crises gastriques du tabes compliquées d'œdème aigu hémorragique de la face; chute consécutive des dents et nécrose du maxillaire inférieur. — *MM. Pierre Merklen et Jean Heitz* rapportent l'observation d'une tabétique sujette à des crises gastriques dont les trois dernières se sont compliquées d'un œdème aigu hémorragique de la face, qui a cessé en même temps qu'elles. Cet œdème, accompagné d'une vive hyperesthésie de la face, fut suivi, après la deuxième poussée, de la chute spontanée de douze dents et de la nécrose du rebord alvéolaire des maxillaires. Deux hypothèses peuvent être émises. Ou bien l'œdème facial et palpébral, dont les caractères ont été ceux de l'œdème aigu circonscrit ou urticaire œdémateux, était une poussée ortiée favorisée par le nervosisme tabétique et provoquée par les altérations du chimisme gastrique pendant les crises. Ou bien, il s'agissait d'un trouble angioneurotique d'origine tabétique comme la crise gastrique elle-même. La chute des dents et la nécrose du maxillaire consécutives à l'œdème sont en faveur de cette deuxième hypothèse. Le trouble vasomoteur aurait précédé le trouble trophique, de même qu'un œdème considérable des membres inférieurs avec épanchement sérohémorragique des synoviales précède souvent les ostéo-arthropathies tabétiques.

Sur les effets du sérum anticoquelucheux de Leuriaux. — *M. Variot* essaya le sérum anticoquelucheux de Leuriaux sur trois enfants; il n'observa pas d'accident, sauf un érythème bénin; mais l'évolution de l'affection ne parut pas influencée.

Du traitement de l'hémoptysie par l'adrénaline. — *MM. Souques et Morel* ont essayé le chlorhydrate d'adrénaline en injection hypodermique contre l'hémoptysie des tuberculeux, et employé, à cet effet, un demi-milligramme, c'est-à-dire un demi-centimètre cube, d'une solution au millième. Chez quatre malades, ayant eu neuf hémoptysies, ils ont obtenu l'hémostase dans un temps relativement court.

Il ne semble pas que la dose de 3/4 et de 1 milligramme ait une action beaucoup plus rapide. Par contre, elle expose à des inconvénients : céphalée, vertiges, étourdissements, *angor pectoris*, nausées, vomissements. Il ne fut jamais relevé ni élévation de température, ni glycosurie. Ces inconvénients, pouvant durer un jour et plus, ont toujours fait défaut avec 1/2 milligramme; ils sont à redouter avec la dose de 1 milligramme qui ne doit être employée qu'avec prudence et dans les hémoptysies abondantes et inquiétantes. Encore serait-il préférable de recourir à deux injections de 1/2 milligramme faites à quelque intervalle l'une de l'autre.

L'adrénaline semble agir par vaso-constriction. Produit-elle l'hémostase directement en provoquant une vaso-constriction locale dans son passage à travers le poumon? Ne va-t-elle pas plutôt actionner les centres bulbaires du sympathique? On sait que l'injection intraveineuse d'adrénaline agit expérimentalement sur le nerf pneumogastrique, sur le tissu musculaire du cœur et des vaisseaux, et qu'elle élève par ce mécanisme la pression cardio-artérielle. Or, chez les hémoptysiques, la pression artérielle se relevait après l'injection hypodermique.

Les auteurs ont fait des recherches de contrôle sur une vingtaine de sujets non hémoptysiques. Il semble en résulter, entre autres choses, que, dans la plupart des cas, le pouls se ralentit et la pression artérielle s'élève consécutivement à l'injection. Mais cette élévation de pression n'a paru ni constante ni considérable.

M. Le Noir employa trois fois l'adrénaline avec succès; il arrêta deux des hémoptysies à l'aide d'une injection intratrachéale d'une solution d'adrénaline à 1/10.000. Enfin il fit cesser un écoulement hémorroïdaire par des applications locales de tampons imbibés d'une solution d'adrénaline à 1/1.000.

M. Vaquez fit cesser trois hémoptysies par des injections intra-pulmonaires d'adrénaline.

Glossaire médical. — *M. Roger* fait don à la Société du « Glossaire médical » de MM. Landouzy et Jayle.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

8 Novembre 1902.

Sur les réactions histologiques des surrénales à certaines influences pathogènes expérimentales. — *MM. Léon Bernard et Bigard.* A l'occasion de recherches anatomo-pathologiques, nous avons pu reconnaître certains modes de réaction des glandes surrénales : nous avons noté une certaine autonomie des diverses couches de la substance corticale de la glande; mais il n'y a pas de différence spécifique entre ces couches, et leur individualité n'est que contingente et relative. La substance médullaire est au contraire séparée profondément de la corticale tant par ses caractères anatomiques que par ses réactions physio-pathologiques : son indépendance est absolue. Nous avons pu en outre dégager deux processus réactionnels généraux de la glande aux agents morbides, qui se distinguent par des caractères histologiques : l'un représente l'exaltation fonctionnelle de l'organe,

l'*hyperépinéphrie*; l'autre représente la diminution fonctionnelle, l'*hypoépinéphrie*. Les intoxications métalliques ont plus de tendance que les métalloïdiques à produire quelques altérations d'hyperépinéphrie.

Variations de l'uréogénie sous l'influence de la glycosurie alimentaire provoquée. — *M. X. Gouraud.* Dans vingt cas de glycosurie alimentaire provoquée, j'ai recherché quelles variations cette épreuve pouvait apporter au taux de l'urée. Le dosage était fait la veille, le jour et le lendemain de l'ingestion de 150 grammes de glycose. L'alimentation doit rester constante pendant ces trois jours.

Lorsque le foie est normal le taux de l'urée reste constant.

Une diminution du chiffre de l'urée indique une insuffisance assez notable de la cellule hépatique.

Enfin l'augmentation de l'urée paraît être en rapport avec un état d'hyperhépatie.

Cette recherche complète donc l'épreuve de la glycosurie alimentaire d'une façon fort utile pour le pronostic. Elle présente le grand avantage de renseigner sur l'énergie latente de la cellule hépatique; elle montre non pas ce que fait la cellule, mais ce qu'elle est capable de faire en présence d'un surcroît de travail donné.

De l'action du suc hépatique contre le prurit. — *M. E. Cassaët* (de Bordeaux). J'ai employé avec succès contre le prurit et les démangeaisons urticariennes consécutives à la sérothérapie de l'extrait de suc hépatique. Ces résultats plaident contre l'unicité de la conception de MM. Gilbert et Lereboullet qui rattachent le prurit à la cholémie et emploient l'extrait de corps thyroïde dans le traitement des dermatoses prurigineuses, partant de cette conception que le suc thyroïdien est antitoxique par rapport aux sels biliaires.

Procédé de culture des microbes anaérobies. — *M. C. Nicolle* (de Rouen). M. Rosenthal vient de décrire un procédé commode de culture des microbes anaérobies, consistant dans l'emploi simultané ou successif de l'ébullition qui chasse l'air du milieu de culture et d'une substance solidifiable, la lanoline, qui s'oppose ensuite à la rentrée de cet air.

Depuis plus de deux ans nous nous servons également dans le même but d'une méthode extrêmement simple, dérivée des travaux de M. Legros, et qui réside dans l'emploi d'huile de vaseline médicinale.

Le rôle de la rate dans l'organisme. — *M. Wlaeff.* D'examens hématologiques cliniques et expérimentaux je crois pouvoir conclure que la rate participe non seulement à l'élimination des globules sanguins détruits et à la lutte contre les maladies infectieuses, mais encore à la formation des globules rouges et blancs. Si les hommes et les animaux survivent à l'ablation de la rate et si leur sang redevient normal un certain temps après cette opération, c'est grâce aux organes qui remplissent les fonctions de la rate disparue.

Il y a une identité relative entre les fonctions de la rate et celles de la glande thyroïde.

15 Novembre 1902.

Infection variolique expérimentale. — *MM. Roger et P. Emile Weil.* Après avoir expérimenté sur des animaux, tels que le lapin, qui succomba d'infection variolique d'après des modalités différentes de celles de l'homme, nous relatons une série d'expériences, portant sur 15 macaques et makis.

Les animaux inoculés par scarifications cutanées avec du pus ou du sang varioliques présentèrent des pustules uniquement locales, puis des croûtes persistant pendant une quinzaine de jours. Les singes à qui on inocula du pus ou du sang varioliques dans le tissu cellulaire sous-cutané n'eurent pas d'éruption. Aucun de tous ces animaux n'offrit de troubles de la santé générale; seul, un singe succomba d'infection streptococcique intense, après avoir reçu cinq jours auparavant 5 centimètres cubes de sang infecté provenant d'une variole hémorragique.

Nos singes furent inoculés de vaccine, trois semaines plus tard, par scarifications. Chez tous, la réceptivité à la vaccine fut trouvée diminuée, mais cependant les scarifications se couvrirent de croûtes persistantes, à défaut de pustules. L'immunité se montra le plus forte et parfois complète chez les singes inoculés avec du sang de variole hémorragique.

Enfin, des singes inoculés avec du sang de lapins variolisés, pris au quatrième jour, ont acquis, l'un une immunité faible, malgré la réaction leucocytaire spéciale provoquée par cette inoculation, l'autre une immunité presque absolue. Un troisième singe, inoculé avec 9 centimètres cubes de sang de lapin, succomba en deux jours, avec une température centrale de 19°, et une réaction myéloïde et normoblastique du sang. Son sang était pur d'infection secondaire, et, injecté à deux autres singes, il les immunisa tous à la dose de 3 c.c. 51, tandis que 1 c.c. 5 se montrait insuffisant. Le sang de lapin inoculé de variole agit donc de même façon que celui des varioles hémorragiques humaines.

Nos expériences concordent à démontrer, outre l'inoculabilité de la variole au lapin, qu'il est difficile, contrairement à l'opinion admise, d'immuniser les singes contre la vaccine par l'inoculation des produits varioliques.

Séro-réaction dans l'infection pyocyanique chez l'homme. — *MM. Achard, Lœper et Grenet.* Nous avons observé dans trois cas l'agglutination du bacille pyocyanique par le sérum de malades infectés par ce microbe. La séro-réaction s'est produite à 1 pour 40 dans un cas d'hémothorax traumatique, et à 1 pour 100 dans les deux autres cas relatifs à un empyème opéré et à un écrasement du bras. Par contre, dans trois cas concernant un phlegmon goutteux de la main et des excoriations développées sur des jambes œdématiées, bien que la bacille eût été trouvé dans les pansements, le sérum n'était pas agglutinant, sans doute parce que les malades n'étaient pas réellement infectés et que les compresses seules étaient contaminées. D'ailleurs, nous avons pu isoler le bacille de l'eau du bocal où étaient renfermées ces compresses avant de servir aux pansements.

Pour avoir des dilutions de bacille pyocyanique exemptes de grumeaux et propres à l'agglutination, il faut prendre des cultures en bouillon ayant moins de vingt-quatre heures d'étuve et les centrifuger.

La séro-réaction s'obtient non seulement avec le bacille provenant du malade même, mais aussi avec d'autres échantillons.

Le sérum des sujets non infectés de pyocyanique peut agglutiner le bacille à 1 pour 10.

Recherche du bacille de Koch dans l'urine. — *MM. L. Fournier et O. Beaufumé.* On sait, depuis les recherches de Benda, Weichselbaum, Philippowicz, Durand-Fardel, etc., que le bacille tuberculeux est susceptible, en dehors de toute lésion spécifique du rein, de passer dans la lumière des tubes urinifères et d'être éliminé dans l'urine.

Nous avons constaté, grâce à la centrifugation, que cette élimination est, pour le moins, très fréquente. En effet, chez 15 malades atteints de tuberculose de formes diverses, nous avons trouvé dans l'urine de chacun d'eux le bacille spécifique. Il s'agissait soit de tuberculose ulcéreuse commune au moment d'une poussée aiguë, soit de phtisie galopante, soit de tuberculose aiguë granulique, soit enfin de tuberculose à prédominance séreuse, méningée ou pleurale. Dans plusieurs de ces faits, le diagnostic restait tout à fait obscur et ne fut éclairé que par la découverte dans les urines du bacille de Koch. Il en était ainsi en particulier dans trois cas de tuberculose aiguë à forme granulique.

Dans tous les cas, bien entendu, et le fait fut plusieurs fois constaté par l'autopsie, on ne pouvait incriminer l'existence d'une lésion rénale chronique spécifique; l'albuminurie existait dans la moitié des cas environ, et toujours en petite quantité. On conçoit de quelle utilité peut donc être la recherche du bacille de Koch au point de vue clinique.

Les urines de ces malades ont été centrifugées soit au centrifugeur à main, soit au centrifugeur électrique; une parcelle du culot a été colorée suivant la technique ordinaire: rouge de Ziehl à chaud, décoloration par l'acide nitrique à 1/3 et l'alcool, coloration du fond par le bleu de méthylène.

Le nombre des bacilles nous a paru très variable suivant les cas: parfois extrêmement nombreux, d'autres fois, au contraire, très rares et nécessitant une recherche minutieuse. Nous n'avons cependant jamais eu à faire qu'une seule préparation. On comprend l'importance de pareils faits pour le diagnostic parfois si délicat des tuberculoses aiguës à forme granulique.

Le sang dans la paralysie générale. — *MM. Klippel et Lefas.* Au cours de la paralysie générale, le taux des globules rouges n'est pas abaissé; il n'y a pas de leucocytose quantitative. On trouve fréquemment à l'état d'unités des hématies nucléées et aussi des myélocytes basophiles.

Il n'existe pas d'éosinophilie, mais une leucocytose qualitative consistant en augmentation des polynucléaires, constante au début et plus rarement à la période d'état de la maladie. On retrouve également constamment de la lymphocytose.

Ces faits sont intéressants au point de vue de la notion étiologique de la paralysie générale.

Paralysies diphtériques expérimentales. — *M. L. Babonneix.* On peut réaliser des monoplégies diphtériques non seulement par injection sous-cutanée, mais encore par injection directe de toxine dans un nerf, dans le sciatique en particulier. Dans tous les cas, l'injection dans le sciatique est suivie, au bout de quelques jours, de paralysie de la patte correspondante. Quelquefois cette paralysie s'étend à d'autres régions, notamment à la patte postérieure de l'autre côté. Les troubles paralytiques évoluent alors de la façon suivante: paralysie de la patte injectée, troubles sphinctériens, puis paralysie de l'autre patte. Ces faits permettent de rapprocher la diphtérie de la rage et du tétanos et conduisent à admettre, pour expliquer un certain nombre de cas de paralysie, l'hypothèse d'une propagation ascendante de la toxine du système nerveux périphérique vers le système nerveux central.

Du séjour des liquides dans l'estomac. — *M. G. Leven.* Certains auteurs admettent que les liquides ne séjournent pas dans l'estomac et passent directement dans le duodénum.

L'emploi des fistules duodénales troublant l'innervation et la motricité de l'estomac et de l'intestin, ces divergences d'opinion se comprennent aisément; nous avons étudié la question en laissant boire à des chiens une quantité connue d'eau et nous les avons tués après 4, 10, 12, 15, 20 et 30 minutes.

Ces expériences prouvent que l'estomac conserve l'eau pendant le premier quart d'heure.

Chloralisation du hérisson. — *M. Joseph Noé.* J'ai pu déterminer pour cet animal les doses hypnotique et toxique minima de l'hydrate de chloral, et j'ai vu que la première est comprise entre 0 gr. 157 et 0 gr. 172 par kilo, la seconde entre 0 gr. 623 et 0 gr. 705. Ces limites diffèrent très peu de celles que j'ai pu constater chez le cobaye.

La résistance ne semble pas sensiblement varier de septembre à novembre, contrairement à ce que j'ai signalé pour la morphine.

On a intérêt, dans les expériences de vivisection, à ne pas dépasser la dose de 0 gr. 3 par kilo, qui donne une hypnose de deux heures environ.

A. Sicard.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

10 Novembre 1902.

Le diagnostic de la mort par submersion au moyen de la cryoscopie du sang — *M. Stœnesco.* J'ai entrepris des expériences sur la cryoscopie du sang chez les chiens vivants ou tués par submersion; les résultats ont été les suivants:

Première expérience. — Un chien est tué par submersion, il meurt en quatre minutes. La cryoscopie donne les résultats suivants:

Cœur droit. . . . . $\Delta = -0{,}47$
Cœur gauche. . . . . $\Delta = -0{,}23$

La pénétration de l'eau dans le sang se faisant par circulation pulmonaire, le sang du cœur gauche est plus dilué et son point de coagulation est modifié.

Deuxième expérience. — L'examen du sang de la veine fémorale avant la submersion donne comme résultat: $\Delta = -0{,}55$.

Après la submersion, on trouve: à droite $\Delta = -0{,}29$, à gauche $\Delta = -0{,}20$.

Troisième expérience. — Un chien est tué sans submersion; la cryoscopie du sang du cœur droit et gauche donne: $\Delta = -0{,}94$ des deux côtés. Le cadavre ayant été immergé, la cryoscopie donne: à droite, 0,75, à gauche 0,74, chiffres sensiblement égaux.

Quatrième expérience. — La cryoscopie des sangs artériel et veineux pendant la vie donne: $\Delta = -0{,}56$ après la mort par immersion dans l'eau salée à 8 pour 1000. La cryoscopie donne: à droite, — 0,74, à gauche — 1°04.

Les *conclusions* de ces expériences sont les suivantes:

Lorsque l'état d'un cadavre retiré de l'eau permet encore de trouver du sang dans le cœur, la cryoscopie sera d'un grand secours:

1° Elle pourra démontrer que l'individu a été tué ou non par immersion.

2° Si le cadavre a été trouvé dans la mer à l'embouchure d'un fleuve, il sera possible de déterminer

si l'individu a été noyé dans le fleuve ou dans la mer.

Cette étude de la cryoscopie du sang des noyés nous paraît d'une application facile et nous semble devoir donner des résultats plus sûrs que les méthodes jusqu'ici employées.

Le Fœticide. — *M. Maygrier* (rapporteur). *Au cours de la grossesse.* — Lorsque, par suite du rétrécissement du bassin, le médecin jugera que l'accouchement normal est impossible, la mère devra être informée et consultée sur le choix de l'intervention immédiate ou future (avortement provoqué, opération césarienne, symphyséotomie). L'avis du mari ne pourra prévaloir contre celui de la mère. Le médecin est libre de se retirer s'il ne juge pas devoir se conformer à l'avis exprimé; mais il n'encourt aucune responsabilité civile ou pénale s'il se décide à intervenir, surtout après une consultation avec un ou deux confrères.

Au terme de la grossesse. — Le médecin aura le choix entre l'opération césarienne, la symphyséotomie et l'embryotomie. Faisons remarquer, dès maintenant, que la mortalité des deux premières opérations, la césarienne en particulier, a considérablement diminué; il s'ensuit que les indications du fœticide deviennent de plus en plus rares. Cependant, on ne peut encore dire, avec M. le professeur Pinard, que « l'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu ». Lorsque, par exemple, la mère est profondément affaiblie, que la vitalité du fœtus lui-même est atteinte, il vaut mieux sacrifier le fœtus déja compromis que de risquer la vie de la mère et de l'enfant.

Le médecin est seul juge des indications respectives de ces diverses interventions; mais il ne peut *imposer* sa volonté, la femme doit être informée et consentante.

Le médecin est libre, de son côté, de refuser l'intervention qu'on lui demande; il peut se retirer, à condition, cependant, que son abstention ne fasse pas courir de risques graves à la mère, qu'on puisse, sans perte de temps préjudiciable, trouver un autre médecin. Sinon le médecin ne peut refuser son concours et doit pratiquer l'intervention choisie. Si la mère ne jouit pas de son libre arbitre, le médecin doit demander l'avis du mari ou des proches. Si cet avis ne lui paraît pas conforme à l'intérêt de la mère, le médecin doit demander l'assistance d'un confrère. En cas de conflit d'intérêts provoquant dissentiment entre le mari et les proches parents sur la conduite qu'ils voudraient voir adopter, le médecin n'a nullement à s'en préoccuper; il se conformera à la règle de conduite qui lui est dictée par la science et par sa conscience.

M. Bize.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

10 Novembre 1902.

Description de l'intervention opératoire dans le cas de cholécystite suppurée pendant la grossesse, rapporté précédemment par M. Pinard — *M. Hartmann.* Il y avait adhérence de la vésicule suppurée au côlon et à l'estomac; après évacuation un gros drain fut laissé dans la poche.

Les coupes histologiques de la vésicule enflammée montrèrent : une muqueuse très enflammée, avec desquamation de l'épithélium, et présence de cellules embryonnaires, indiquant un état de sclérose très net; de plus, dans le chorion, il y avait un grand nombre de collibacilles.

Un cas de cholécystite par bacille d'Eberth pendant la puerpéralité. — *M. Doléris.* Il s'agit d'une femme qui, arrivée à huit mois et demi de sa deuxième grossesse, fut prise de douleurs très fortes, avec céphalée intense, et température 38°8, puis 39°2. Après l'accouchement, qui fut spontané, la température redevint normale; puis le lendemain monta à 39°4 et 40°, en même temps que survenait de la diarrhée.

L'apparition des taches rosées lenticulaires fit faire le diagnostic de fièvre typhoïde qui fut confirmée par le séro-diagnostic.

Bientôt on reconnut l'existence d'une tumeur au niveau de l'hypochondre dr it; autour de cette tumeur, qui était le siège de douleurs intolérables, on perçut une crépitation très nette, indice de lésions péritonéales.

Le diagnostic de cholécystite étant porté, on fit d'urgence la cholécystotomie, alors que le pouls était à 154°.

La guérison fut complète au bout de dix-sept jours, sauf la persistance d'une fistule qui fut fermée deux mois après.

Ce qui fait surtout l'intérêt de cette observation, c'est que la vésicule biliaire contenait manifestement du bacille d'Eberth.

M. Pinard insiste sur cette notion récente : la suppression de la péritonite dite essentielle, spontanée chez la femme enceinte.

Dans tous les cas de ce genre, l'intervention chirurgicale s'impose, et on trouve une des lésions suivantes : cholécystite, torsion de salpingite, de kyste d'ovaire, etc.

L'observation de Doléris montre une fois de plus combien le diagnostic est parfois difficile entre la fièvre puerpérale et la fièvre typhoïde.

J'ai observé récemment deux femmes, qui sont venues accoucher prématurément dans mon service, sans cause apparente, mais qui présentaient une température élevée; or, le séro-diagnostic fut positif.

Observation curieuse de grossesse extra utérine reliée à la cavité utérine — *M. Potocki.* Il s'agit d'une femme qui avait été opérée quelques mois auparavant par M. Bazy, pour salpingite avec tumeur solide du ligament large ayant un point de départ utérin.

La laparotomie montra la présence d'un kyste fœtal juxta-utérin, contenant un enfant mort et macéré du poids de 2 050 grammes; le placenta fut extrait et la poche marsupialisée.

Mais ce qui est tout à fait extraordinaire dans le cas actuel, c'est que, à la partie inférieure de la cavité kystique, se trouvait un trou dans lequel on pouvait entrer le pouce, et qui communiquait avec la cavité utérine.

L'étude histologique montra que la muqueuse utérine ne présentait aucune modification à caractère décidual; ce qui se conçoit aisément, l'enfant étant mort et macéré depuis un mois.

Les bords du trou étaient tapissés par de la muqueuse.

Quant à l'interprétation pathogénique de ce cas, elle est assez délicate.

Il me semble qu'on doit éliminer la grossesse interstitielle, et la grossesse développée dans une corne d'un utérus bicorne, parce que les deux cornes soient reconnaissables sur l'utérus adjacent au kyste fœtal.

On se trouve donc en présence d'une rupture utérine (ce qui est inadmissible étant donné l'absence de phénomènes graves et la petitesse du trou), ou d'une perforation de l'utérus antérieure à la grossesse, perforation qui se serait produite au cours de l'opération pratiquée antérieurement par M. Bazy. pour tumeur solide du ligament large.

Je rappelle le cas analogue qui a été rapporté par Lechoyse en 1860, et qui était consécutif à une opération césarienne.

M. Doléris pense que c'est le placenta qui, implanté sur la face externe de l'utérus, s'est creusé un trou dans la paroi utérine, au moyen des villosités qui ont mangé peu à peu le muscle.

On ne peut pas admettre qu'une blessure quelconque de l'utérus produise un trou du diamètre du pouce, et surtout que ce trou soit parfaitement toléré pendant si longtemps.

L'utérus étant un muscle, une blessure quelconque de sa paroi est forcément linéaire et non circulaire.

M. Legueu se demande, lui aussi, quelle est l'opération qui est susceptible de laisser un trou à la paroi utérine? Il n'a jamais rien vu de semblable. Pour lui, ce trou est une altération secondaire à la grossesse extra-utérine.

L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

12 Novembre 1902.

Sur l'appendicite. — *M. Reclus.* Si, dans le traitement de l'appendicite, l'intervention immédiate a des avantages très réels, l'intervention retardée présente, elle aussi, des avantages incontestables ; le malheur est qu'ils ne peuvent se cumuler.

Le grand avantage de l'intervention immédiate, qui en a rendu M. Reclus partisan pendant plusieurs années, est qu'elle enraye à son début une affection dont nous ne pouvons jamais savoir si elle sera bénigne ou grave. Mais est-il bien certain qu'on guérit toujours, comme le veut M. Segond, une appendicite opérée au début, c'est-à-dire dans les quarante-huit premières heures? Il y a des appendicites qui, du premier coup, frappent à mort et contre lesquelles l'opération la plus précoce et la mieux conduite ne peut absolument rien tant est grande la virulence des germes. Quoi qu'il en soit, M. Reclus concède que lorsqu'on a la chance rare d'être appelé aux *tout premiers débuts d'une appendicite* franche à diagnostic certain, il n'y a pas à hésiter, et il faut opérer sur l'heure.

M. Reclus estime également qu'il faut opérer sur l'heure toute *appendicite compliquée de péritonite généralisée* ou dont la marche prend tout à coup une *allure grave*.

Au contraire, pour les *appendicites aiguës de moyenne intensité et de marche normale*, il pense, avec beaucoup d'autres chirurgiens, qu'il vaut mieux ne pas intervenir de suite et laisser refroidir le foyer, qu'il y ait ou non signe de suppuration; certes il n'ignore pas l'argument de la catastrophe soudaine, mais il trouve qu'on l'enfle outre mesure et qu'on lui donne un coefficient exagéré. L'opération retardée est beaucoup moins grave que l'opération à chaud. A la vérité, celle-ci est sans danger lorsqu'elle se borne à l'ouverture de l'abcès périappendiculaire et à la recherche modérée de l'appendice qu'on abandonne dans le foyer s'il est malaisé à cueillir, — encore expose-t-on ainsi l'opéré à des fistules stercorales ou purulentes parfois interminables, à l'éventration, à la récidive ; — mais l'opération devient des plus dangereuses lorsqu'on poursuit quand même l'ablation de l'appendice, surtout si on la complique, comme le veulent quelques-uns, par la recherche d'abcès éventuels, possibles mais rares, du côté du rectum, du foie, etc. En résumé, les avantages de l'opération à froid, qui est moins grave, permet d'enlever l'appendice et d'éviter la rupture du cæcum, les fistules, les récidives, paraissent à M. Reclus compenser largement la faible, mais infiniment rare catastrophe due à une aggravation imprévue et subite d'une appendicite à marche jusque-là bénigne.

M. Nélaton. Une formule générale n'est pas applicable au traitement de l'appendicite aiguë, ou, pour mieux dire, des *appendicites aiguës graves*.

Aucun chirurgien, en effet, pense M. Nélaton, ne songera un instant à intervenir d'urgence dans les crises très légères d'appendicite qu'il est parfois si difficile de séparer de l'indigestion. La véritable difficulté commence avec les crises aiguës plus importantes. dans lesquelles les symptômes sont plus accusés et qui, loin de rétrocéder vers le deuxième jour si un traitement médical n'a pas été établi, paraissent augmenter ou rester stationnaires. Dans ces crises, dont la grande majorité aboutit à la guérison par le traitement médical, quels sont les symptômes qui nous feront prévoir la crise mauvaise et qui nous décideront à intervenir immédiatement ?

Pour M. Nélaton, il y a deux symptômes qui commandent l'intervention immédiate. Le premier est l'*altération rapide des traits de la face*, coïncidant ou non avec une élévation de température ou une dissociation du poids et de la température. Trois fois, au moins, en intervenant dès la constatation de ce symptôme, c'est-à-dire au deuxième et au troisième jours du début, M. Nélaton a pu guérir des malades atteints de péritonite diffuse. Le second signe est l'*acuité et la durée (dix à vingt heures) de la douleur* par laquelle débute la crise. Cette douleur atroce, qui simule celle de la colique hépatique, commande l'intervention immédiate, car elle aboutit toujours soit à des accidents graves d'emblée, soit à la formation d'abcès dont on ne peut jamais prévoir l'évolution et, partant, la gravité.

Hormis les cas où les deux signes précédents lui paraissent commander l'intervention immédiate, M. Nélaton estime que l'expectation doit demeurer la règle dans le traitement de l'appendicite.

M. Tuffier insiste d'abord sur la fréquence de la guérison spontanée de l'appendicite qui est démontrée cliniquement et anatomiquement. Au point de vue clinique M. Tuffier signale un fait intéressant : il a noté que les malades restés guéris à très longue échéance avaient presque tous été l'objet d'une attaque aiguë sévère, et il ajoute que leur guérison définitive lui paraît même d'autant plus probable que la crise a été plus longue et plus grave. Anatomiquement, par des recherches minutieuses entreprises en collaboration avec MM. Jeanne et Marcland, sur près de 250 cadavres, M. Tuffier a pu constater la guérison de l'appendicite sur 20 pour 100 de ces cadavres portant des lésions appendiculaires ou périappendiculaires et plus ou moins anciennes et indiscutables.

Cette constatation de la guérison spontanée de certaines appendicites reste malheureusement sté-

rile, car rien ne permet de diagnostiquer sur le malade les appendices qui doivent guérir. Force nous est donc de nous en tenir à l'axiome médical « tout appendice qui a été infecté doit être extirpé »; mais à quel moment doit se faire cette intervention? Voilà précisément le point qui divise les chirurgiens à l'heure actuelle.

Nous sommes appelés, dit M. Tuffier, à voir une appendicite *au début*, c'est-à-dire dans les trente-six premières heures, ou *au cours de son évolution*. Personnellement il a toujours été et reste partisan convaincu de l'intervention dans les trente-six premières heures : il n'a jamais perdu un seul des malades ainsi opérés, ni rencontré la moindre complication ou difficulté opératoire. Deux objections ont été faites à cette intervention hâtive, dont les opportunistes eux-mêmes reconnaissent la bénignité : 1° qu'on est appelé rarement à voir une appendicite au début, et 2° que le diagnostic de l'appendicite au début est parfois fort difficile. — Sur le premier point, M. Tuffier déclare que si, au lieu de répéter à satiété aux médecins que l'appendicite est une affection médicale, on leur enseignait que c'est une maladie chirurgicale et qu'il faut, dès son éclosion, faire appeler un chirurgien, les chirurgiens auraient des chances de pouvoir intervenir dans les premières heures. Quant à la difficulté du diagnostic de l'appendicite au début, elle est indéniable dans certains cas; il n'y a pas de doute alors que, dans l'incertitude, le chirurgien doive se tenir dans l'expectation. Mais ces cas heureusement sont peu nombreux, et il est à espérer qu'ils se feront de jour en jour plus rares, à mesure que notre expérience sera plus grande et nos connaissances plus étendues.

Mais c'est surtout dans la conduite à tenir *au cours* d'une appendicite en évolution, que gît, pour M. Tuffier, la véritable difficulté. Ici, il devient opportuniste, opérant ou n'opérant pas suivant les symptômes présentés par les malades. Comme tout le monde, M. Tuffier accorde une grande importance à l'état général, au facies, au pouls, à la température; mais, en outre, il tient grand compte de l'état local. S'il ne trouve aucun empâtement dans la fosse iliaque, il opère de suite, l'absence de réaction péritonéale locale devant être considérée comme particulièrement grave; mieux vaut alors débarrasser de suite le malade d'une cause sérieuse de danger. Au contraire, en présence d'une tuméfaction iliaque bien limitée, M. Tuffier considère que la même urgence ne s'impose plus, et il n'intervient que si l'évolution de cette tuméfaction et la marche de la température permettent d'affirmer l'existence d'un abcès; il s'abstient lorsque les symptômes locaux et généraux s'amendent, tout en restant prêt à intervenir s'ils reprennent la moindre marche offensive.

Restent enfin les *appendicites refroidies*. Ici M. Tuffier n'est pas de l'avis de la majorité de ses collègues qui veulent que toute appendicite refroidie soit opérée. Il a remarqué, en effet, que presque toujours les malades qui avaient présenté au cours de leur crise une réaction locale considérable et longtemps persistante, et qui avaient guéri, restaient définitivement guéris, les douleurs ultérieures accusées par quelques-uns n'étant le plus souvent dues qu'à quelques adhérences et ne durant pas. Pour ces malades-là M. Tuffier regarde donc l'intervention à froid comme superflue. Il la réserve uniquement aux seules appendicites légères sans grosse réaction péritonéale, à forme chronique ou subaiguë, traînante.

En résumé, opérer le plus près possible du début des accidents, et ne temporiser que pour les cas où, appelé dans le cours de la maladie, on voit les symptômes rétrocéder spontanément, telle est la règle de conduite adoptée par M. Tuffier.

M. Tuffier termine par l'exposé de sa statistique dans ces deux dernières années : 155 cas dont 83 opérations à froid avec 83 guérisons; et 72 à chaud : 9 dans les trente-six premières heures, 9 guérisons; 63 en cours de maladie avec 5 péritonites diffuses (5 morts) et 58 suppurations ou gangrènes avec 53 guérisons et 5 morts.

Cancer du rein. — *M. Schwartz* présente une énorme tumeur du rein, pesant 3 kil. 500, qu'il a enlevée il y a quinze jours par la voie transpéritonéale chez une femme de quarante-sept ans. Cette tumeur est constituée par un épithéliome tubulo-cylindrique.

Dans ce cas le séparateur vésical des urines de Cathelin a donné des indications absolument précises sur l'état des deux reins. L'application de l'appareil malgré une énorme rectocèle et une chute de la matrice a été des plus faciles.

Appendice avec diverticulum. — *M. Potherat* présente un appendice qu'il a enlevé chez une femme de quarante ans et qui offre cette particularité de se terminer par une sorte de crosse à concavité externe dans laquelle était enchâssée une masse du volume d'une amende verte, ovalaire, blanc mat, hérissée de saillies kystiques jaunes ou claires le tout ressemblant assez à un ovaire kystique; or il n'en est rien : la tumeur n'est autre qu'une poche qui était remplie d'une matière gélatineuse et claire et qui, latéralement placée le long de l'appendice, communiquait avec le canal appendiculaire par un orifice arrondi, comme taillé à l'emporte-pièce.

L'interprétation de cette lésion est, pour M. Potherat la suivante : appendicite, foyer de folliculite, destruction à ce niveau des tuniques muqueuse et musculeuse, persistance et dilatation de la séreuse.

M. Walther pense qu'il s'agit plutôt là d'un diverticule de la muqueuse appendiculaire; il a vu plusieurs fois de ces diverticules faisant saillie dans le méso-appendice. D'où la nécessité de toujours réséquer largement ce méso-appendice pour ne pas s'exposer à laisser dans l'abdomen des portions de muqueuse qui pourraient être la source d'une infection nouvelle.

Appendice gangrené avec perforations imminentes sans symptômes aigus. — *M. Routier* a enlevé cet appendice chez un malade qui n'avait ni fièvre, ni douleurs, ni défense musculaire, et dont la crise avait débuté quatre jours auparavant par une douleur violente et fixe au point de Mac Burney, des vomissements et de la diarrhée. Ces symptômes n'avaient duré que deux jours et le troisième jour de son entrée à l'hôpital; le malade avait toutes les allures d'un cas d'appendicite très légère. Or son appendice était atteint de gangrène diffuse avancée avec menace de perforation en deux points.

Ce fait montre donc que les symptômes décrits par M. Quénu comme caractéristiques de l'appendicite gangreneuse peuvent faire totalement défaut.

M. Quénu répète qu'ils s'observent seulement dans les douze ou quinze premiers jours; or M. Routier n'a vu le malade qu'au bout de quarante-huit heures.

M. Hartmann relate un cas d'appendicite gangreneuse où dès le début des accidents vers la quinzième heure, manquèrent les signes sur lesquels M. Quénu a attiré l'attention.

Et *M. Quénu* de répondre qu'il n'a jamais dit que ces signes fussent constants, — le cas de M. Hartman le prouve; — mais quand ces signes existent, ils ont une réelle valeur.

J. Dumont.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

14 Novembre 1902.

Lithiase rénale chez l'enfant. — *M. François-Dainville* présente les reins d'un enfant de cinq mois qu'il a trouvés incrustés de petits cristaux d'acide urique dans toute la hauteur de l'arbre urinaire. L'un des reins offre même un petit kyste rempli de cette bouillie uratique.

M. Cornil fait remarquer qu'il s'agit là d'une lésion qu'on rencontre fréquemment, une fois sur trois environ, à l'autopsie des enfants nouveau-nés ou âgés de trois à quatre jours. La substance remplit alors les tubes droits, comme l'ont décrit Virchow et M. Cornil lui-même. Les dépôts dans le rein graveleux sont blanchâtres, et non jaunes comme dans le cas actuel.

Cancer du pancréas. — *M. Cornil* communique les pièces et les coupes d'un cas de rétention biliaire avec cachexie; l'autopsie a montré un cancer au niveau de la tête du pancréas, la propagation au foie et un cancer secondaire de la vésicule biliaire et du cystique.

La constatation d'un épithéliome à cellules prismatiques au niveau de la paroi de la vésicule permet d'affirmer que le siège primitif du néoplasme était le pancréas, et non l'estomac ou les canaux biliaires.

Les coupes de la paroi de la vésicule montrent l'envahissement des vaisseaux sanguins par des masses néoplasiques.

Agrafes osseuses. — *M. Jacoël* expose une légère modification qu'il a apportée à la technique des sutures osseuses par les agrafes qu'il a antérieurement présentées. La lame horizontale est tranchante et peut pénétrer dans l'os, ce qui contribue encore à la fixité. Il est d'autre part inutile d'argenter les agrafes. L'expérience montre que le métal ne s'oxyde pas.

Ulcères tuberculeux de la face chez le chat. — *M. G. Petit* (d'Alfort) présente des pièces et aquarelles montrant de vastes ulcérations tuberculeuses du nez et des lèvres chez le chat. Ces lésions sont extrêmement riches en bacilles. Le présentateur insiste sur le danger que de pareils malades peuvent offrir pour l'homme.

Lipomes du péritoine chez le cheval. — *M. G. Petit* apporte plusieurs pièces montrant le mode de formation et l'évolution des lipomes abdominaux, pédiculés et libres, chez le cheval.

Cancer de la vessie chez le chien. — *M. Basset* (d'Alfort) montre les pièces provenant de l'autopsie d'un chien. On observe un volumineux cancer de la vessie, avec une généralisation aux ganglions sous-lombaires, ainsi qu'aux reins, au foie et au poumon. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un carcinome typique, c'est-à-dire d'un épithéliome à cellules polymorphes.

V. Griffon.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de l'éclampsie puerpérale par le veratrum viride.

Les Américains utilisent beaucoup le veratrum viride dans le traitement de l'éclampsie puerpérale.

Dans une communication faite au premier Congrès de l'association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, M. René de Cotret étudie ce médicament et n'hésite pas à dire que le veratrum viride est le spécifique de l'éclampsie. Il l'a employé dans un grand nombre de cas et toujours il en a obtenu les meilleurs résultats.

Le veratrum diminue la fréquence des battements du cœur par une action directe sur le muscle cardiaque, et il produit une paralysie générale des vaso-moteurs. Sous son influence, les pulsations, qui étaient par exemple à 120, tombent à 60 ou 40.

Ce médicament ne limite pas son action au cœur. Il produit une transpiration abondante. Il agit, de plus, sur l'estomac et l'intestin. C'est un émétique prompt et efficace. Son action sur l'estomac s'accompagne de nausées intenses et de dépression. Les vomissements sont souvent violents et tenaces. Il ne purge pas généralement, mais occasionnellement il produit des évacuations aqueuses, et quelquefois une diarrhée profuse.

On pourrait, à la rigueur, donner le veratrum par la bouche, mais par la voie stomacale on ne peut espérer une action aussi prompte ni un dosage aussi précis que par voie hypodermique.

Voici la pratique de M. Cotret, pour l'administration du veratrum : Si le pouls de l'éclamptique bat à 120 ou au delà, on donne d'emblée 20 ou 22 gouttes d'*extrait fluide* de veratrum viride en injections hypodermiques. Avec un pouls au dessous de 120, l'injection hypodermique variera de 10 à 20 gouttes suivant la rapidité du pouls.

On pourrait, faute de cette forme du médicament — extrait fluide — employer la teinture aux mêmes doses.

L'injection sous-cutanée demande à peu près trente minutes pour arriver au maximum de l'effet voulu. Si, dans ces trente minutes, l'effet désiré n'est pas obtenu, on devra répéter l'injection à la même dose ou à dose plus petite, suivant la nécessité, ou, autrement dit, suivant la rapidité du pouls.

Il faut maintenir l'effet obtenu pendant à peu près vingt-quatre heures, et pour cela il faut répéter, à intervalles plus ou moins éloignés, le médicament à dose de 5 gouttes.

La malade soumise à l'influence de fortes doses de veratrum devra conserver une position horizontale; la station debout pourrait produire la mort subite.

Avec ces précautions, le veratrum viride est un médicament inoffensif et d'une action efficace.

COLLÈGE DE FRANCE

Cours du semestre d'hiver. — *Médecine* : M. d'Arsonval, membre de l'Institut, Académie des sciences, professeur ; M. Charrin, remplaçant, étudiera la *Terminaison des maladies*, les mardis et samedis, à 3 heures.

Histoire naturelle des corps organisés : M. Marey, membre de l'Institut, Académie des sciences, professeur ; M. François-Franck, suppléant, exposera ses recherches de *Physiologie générale et comparée*, les mercredis et vendredis, à 3 h. 3/4.

Embryogénie comparée : M. Henneguy traitera de l'*Évolution des méthodes et des théories embryogéniques*, les mardis, à cinq heures ; il exposera et critiquera les *Travaux récents de cytologie*, les samedis, à 3 heures.

Anatomie générale : M. Ranvier, membre de l'Institut, Académie des sciences, professeur ; M. Suchard, suppléant, étudiera le *Poumon des Amphibies, des Reptiles et des Oiseaux*, les mercredis et vendredis, à 4 heures.

Psychologie expérimentale et comparée : M. Pierre Janet étudiera *Les émotions et les oscillations du niveau mental*, les lundis et jeudis, à 2 heures.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Nancy. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1902-1903, de cours complémentaires ci-après désignés :

M. Parisot, agrégé libre, clinique des maladies des vieillards.

M. Février, agrégé libre, clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

M. Haushalter, agrégé libre, clinique des maladies des enfants.

M. Vautrin, agrégé libre, cours complémentaire de pathologie chirurgicale.

M. Schuhl, agrégé, cours complémentaire d'accouchements.

M. Paris, docteur en médecine, clinique des maladies mentales.

Sont nommés chefs de travaux pour l'année scolaire 1902-1903 : MM. Maillard (chimie) ; Guilloz (physique) ; Lambert (physiologie) ; Bouin (histologie) ; Potron (histoire naturelle) ; Ancel, chef de laboratoire d'anatomie.

Sont nommés préparateurs pour l'année scolaire 1902-1903 : MM. Alamelle (thérapeutique) ; Thiry (hygiène) ; Briquel (anatomie pathologique) ; Huron (physiologie) ; Limon (histologie).

Sont nommés : Aides d'anatomie, MM. Lucien et Collin. — Préparateur des travaux pratiques d'histoire naturelle, M. Apffel. — Préparateur des travaux pratiques de physique, M. Mahaut. — Préparateur des travaux pratiques de chimie, M. Robert. — Préparateur de chimie, M. Arnould. — Préparateur de médecine légale, M. Blum.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. H. Bertin-Sans, agrégé, est nommé professeur d'hygiène.

École de médecine d'Amiens. — M. Labarrière, suppléant, est nommé professeur d'anatomie.

M. Hautefeuille, licencié ès sciences, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

École de médecine de Caen. — M. Gosselin, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Fayel Deslongrais.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Cavalié, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé professeur d'anatomie.

École de médecine de Dijon. — M. Vincent, suppléant, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale.

École de médecine de Grenoble. — M. Cibert est nommé professeur de clinique obstétricale.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé militaire. — M. Routier, médecin-major de 2e classe, est désigné pour le 5e bataillon de chasseurs à pied ; M. Vigueron, médecin-major de 2e classe, est maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger ; M. Colomb, médecin-major de 2e classe, est désigné pour le 108e régiment d'infanterie ; M. Jaffary, médecin-major de 2e classe, est désigné pour l'hôpital militaire d'Oran ; M. Brice, médecin-major de 2e classe est désigné pour le 51e régiment d'infanterie ; M. Bourcier, médecin-major de 1re classe, est désigné pour le 2e régiment étranger ; M. Épaulard, médecin aide-major de 2e classe, est désigné pour le 2e régiment de hussards.

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Bernel est nommé au grade de médecin aide-major de 2e classe.

Service de santé de la marine. — Sont nommés élèves du service de santé de la marine : M. Duliscouët, Lutaud, Benjamin, Geoffroy, Beinet, Millon, Cunaud, Pochoy, Villeneuve, Derémaux.

Clinique ophtalmologique. — M. A. Terson, les mardis et jeudis à 1 h. 1/2, à la Clinique, 52, rue Jacob ; présentation de malades, conférence clinique et opératoire.

Cours périodiques (s'inscrire d'avance tous les jours de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2) sur les notions d'ophtalmologie utiles au praticien. (Examen clinique de l'œil, diagnostic et thérapeutique, technique ophtalmologique, rapport des maladies des yeux et des maladies générales).

Étranger.

La lutte contre la peste à Odessa. — Voici quelques mesures entreprises par la municipalité et les autorités sanitaires pour restreindre la propagation de la peste à Odessa.

Tous les propriétaires sont tenus dans le délai d'une semaine d'empoisonner les rats dans les maisons à l'aide de culture de septicémie de souris, d'après le procédé publié par la Commission sanitaire. En cas d'infraction à cet arrêté, le propriétaire sera puni d'une amende de 300 roubles ou d'un emprisonnement de trois mois.

L'Institut bactériologique d'Odessa vend des cultures de la septicémie de souris, d'après le tarif suivant : le flacon de un demi-litre suffisant pour imprégner un kilogramme de pain 60 kopecks (2 fr.) ; gratis pour les pauvres, mais seulement sur ordonnance du médecin sanitaire.

Tous les propriétaires sont tenus de faire réparer, dans le délai de quinze jours, tous les planchers par trop anciens ou détériorés par les rats. Les planches doivent être enlevées, celles pouvant servir badigeonnées sur la face inférieure avec du goudron ; les espaces libres seront nettoyés et remplis de chaux sèche. Tous ces travaux seront exécutés sous la surveillance du médecin sanitaire de l'arrondissement. Les infractions à cet arrêté seront punies de trois mois de prison ou d'une amende de 300 roubles.

La télégraphie sans fil et la médecine. — Pendant la dernière traversée du transatlantique *Kaiser Wilhem*, de l'Europe à New-York, un passager italien, le fils de l'ancien premier ministre Rudini, fut pris brusquement d'accidents d'appendicite. Une opération fut décidée ; mais comme on approchait de la terre, on voulut bénéficier des services de la chirurgie moderne dans un hôpital bien installé. On envoya donc une dépêche par le télégraphe sans fil à New-York, distant à ce moment de 50 milles ; et lorsque le vapeur entra dans le port, on trouva une voiture-ambulance qui amena le malade à l'hôpital, où la table d'opérations était toute prête pour l'opération projetée. En ce moment, le malade doit être guéri.

Faculté de médecine de Munich. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privat-docent Fritz Voit (médecine interne) ; Karl Seitz (pédiatrie).

Faculté de médecine de Messine. — M. Gaspare D'Urso est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale et de médecine opératoire.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. Karl Vymola est nommé privat-docent d'otologie et de rhinologie.

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à MM. Paul Jacob, Max Michaellis, Heinrich Rosin et Hermann Strauss, privatdocenten de médecine interne.

Faculté de médecine de Bonn. — M. Richard Forster est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. A. Pilcz est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

University of Michigan d'Ann Arbor. — M. Willis est nommé professeur d'ophtalmologie.

Un hôpital idéal. — Reinhold Ruge, médecin de la marine allemande, a visité les hôpitaux européens de Tanger. Il a beaucoup admiré l'Hôpital français dont les salles sont, dit-il, hautes, éclairées, aérées, très confortables. Cet hôpital présente ceci de particulier qu'il n'y a dans la maison, ni médecin, ni garde-malade, ni sœur ; au moment de la visite de Ruge, il y avait comme malade un vieux matelot atteint de bronchite chronique. Un hôpital sans médecin ni malade, deux trouble-fête, quel idéal pour une administration !

CONCOURS

Externat. — *Anatomie.* — Séance du 18 novembre. — *Les trois muscles adducteurs de la cuisse.* — MM. Silbert, 15 ; Triquenaux, 13 ; Sigwalt ; Vidal, 13 ; Roullier, 4 ; Salmon, 12 ; Triller, 12 ; Popovitch ; Stern, 14 ; Porée, 18 ; Sénéchal, 14 ; Roudinesco, 15 1/2 ; Stépowski, 13 ; Soulié ; Simonot ; Bazin, 13 ; Drevet ; Crémieu, 13 ; Aritoff, 12 ; Bonnefoy, 14. — *Absents* : MM. Valet, Vincent (Lucien), Salomez, Simacourbe, Bories.

Séance du 20 Novembre. — *Astragale et Calcanéum.* — MM. Dalbarre, 13 ; Beauduin (Pierre), 13 ; Bonrilhet, 13 ; Archontakis, 15 ; Chanoine-Davranches, 10 ; Chapelle, 5 ; Mlle Couronne, 16 ; MM. Benazet, 19 ; Diverrès, 8 ; Dournay, 12 ; Balteaux, 7 ; Courdouan, 10 1/2 ; Ballu, 7 ; Boutin, 14 ; Chaigneau, 13 ; Benoist (Georges), 12 ; Blaizot, 15. — *Absente* : Mlle Anchère.

Pathologie. — Séance du 19 Novembre. — *Entorse de l'articulation tibio-tarsienne* : MM. Blanc, 16 1/2 ; Delpech, 8 ; Bejean, 17 ; Bruel, 13 ; Delbarre, 17 ; Benazet, 17 ; Baudon ; Baudoin ; Ballu, 14 ; Chanoine-Davranches, 17 ; Chapelle, 12 ; Chauvois, 17 ; Germont ; Guggenheim, 16 ; Fortier, 18 1/2 ; Elmerich, 15 ; Houy, 11 ; Florenville, 16 ; Henry ; Japiot. — *Absents* : MM. Espinet, Jacqueau, Descoust.

Séance du 21 novembre. — *Technique des autopsies des cavités thoraciques et abdominales.*

RENSEIGNEMENTS

Docteur, connaissant plusieurs langues, au courant des recherches bactériologiques, demande emploi à Paris, dans maison de santé, clinique ou pharmacie. S'adresser *P. M.*, n° 864.

M. Beaufumé, interne des hôpitaux, commencera le 16 Décembre une conférence privée d'externat, à la Charité.

Clientèle médicale à céder dans quartier ouvrier de Paris. Rapport 11.000 francs touchés, conditions faciles. S'adresser *P. M.*, n° 866.

A prendre par interne, excellente situation après décès, installation complète. Ouest. S'adresser *P. M.*, n° 867.

On demande un jeune médecin ayant cabinet à Paris, ou sur le point d'en ouvrir un ou de s'établir, capable de s'intéresser à une spécialisation inédite et d'un grand avenir. S'adresser *P. M.*, n° 868.

Jeune docteur désire place secrétaire ou situation dans clinique, ferait spécialité. S'adresser *P. M.*, n° 869.

Paris. Poste faisant 20.000 f. à céd., client. riche. Bonnes condons. S'adresser *P. M.*, n° 870.

Paris. Poste hon., touchés 12.000 f. à reprendre de suite. S'adresser *P. M.* n° 871.

Paris. Cab. dentaire, affaires 32 000 f. Gds boulds. Bonnes condons. S'adresser *P. M.*, n° 872.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. Nº 95 — Mercredi, 26 Novembre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE Nº 807-63 — TÉLÉPHONE Nº 807-63

— ADMINISTRATION —

C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :

Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

AVIS IMPORTANT

Renouvellement des Abonnements.

Par suite de l'application du règlement du 1er Août les frais de recouvrement des abonnements par la poste sont devenus très onéreux. L'administration de **La Presse Médicale** *désirant avant tout ne pas être dans la nécessité d'augmenter le prix de l'abonnement serait très reconnaissante à ses abonnés de lui faire parvenir directement, 3,* RUE RACINE, *par un* **bon de poste** *(moyen le plus pratique) ou par* **mandat-poste**, *le montant de leur abonnement, soit* **10 francs** *pour la France et* **15 francs** *pour l'étranger.*

SOMMAIRE

HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Nous avons raconté il y a deux mois, d'après un travail de M. Brémont, les conditions déplorables et éminemment antihygiéniques dans lesquelles se fait le travail du mineur dans les mines d'or, à la Guyane française. Rien ne saurait mieux prouver ce que peut, en l'espèce, une réglementation rationnelle du travail, que les faits relatifs à l'intoxication saturnine chez les ouvriers électriciens, tels que Mlle Mathilde Humbert les a réunis dans sa thèse de doctorat. Il fut un temps, la fabrication des accumulateurs se faisait sans la moindre précaution contre l'intoxication saturnine : on voyait alors le personnel de ces ateliers se renouveler tous les ans, les ouvriers prenant régulièrement le chemin de l'hôpital. On a réglementé le travail, et, aujourd'hui, la colique saturnine est devenue très rare parmi ces ouvriers.

***

Autrefois, dans la fabrication des accumulateurs, on se servait de plaques en plomb dans lesquelles on perçait une multitude de trous destinés à être comblés avec une matière composée d'oxyde de plomb et de litharge. Ces produits arrivaient en cristaux à l'atelier et y étaient pulvérisés. Le malaxage se faisait à sec afin de rendre le mélange plus homogène, et, naturellement, il en résultait une grande quantité de poussière. Les ouvriers employés à ce travail étaient bien tenus à se couvrir la bouche et le nez d'une éponge ou d'un linge humide, mais cette précaution était manifestement insuffisante contre l'intoxication par la voie cutanée.

Quand les composés plombiques étaient ainsi malaxés, on les humectait pour en faire une pâte avec laquelle on remplissait les trous percés dans les plaques de plomb. Pour cela, les ouvriers maniaient la matière active devenue pâteuse. Elle ne pouvait guère se répandre dans l'atmosphère ;

en revanche, la voie cutanée restait largement ouverte au plomb.

Dans ces conditions, il fallait un miracle pour échapper à l'intoxication saturnine, et, de fait, rares étaient les ouvriers qui pouvaient rester dans l'atelier plus de dix à douze mois.

Voilà ce qui se faisait autrefois. Depuis quelques années, des modifications importantes ont été introduites.

Tout d'abord, on remplaça les plaques par des grilles fabriquées dans un atelier séparé.

Dans une bassine chauffée sous une cheminée close de partout, une seule ouverture est réservée pour y laisser passer la main munie d'une cuillère à long manche, qui va chercher du plomb fondu se trouvant dans la bassine. Ce liquide est destiné à être coulé dans un moule, puis pressé et refroidi en même temps; une demi-minute à peine suffit pour ce travail. Une grille qui sort du moule est reçue sur une petite spatule. A ce moment, les mains de l'ouvrier sont en contact avec le plomb; car c'est avec le bout des doigts de la main gauche qu'il maintient la grille sur la spatule avant de placer celle-ci sur une table à côté.

Après la sortie de chaque grille, l'ouvrier nettoie son moule avec une brosse et du talc. Cette opération développe un petit nuage de poussières provenant du talc contenu dans la brosse.

Les précautions sont si bien prises que Mlle Humbert cite le cas d'un ouvrier qui travaille depuis quatre ans dans cette usine sans avoir jamais eu de coliques de plomb.

La matière plombique est destinée à remplir les espaces libres des grilles; elle arrive encore en cristaux et est destinée à être broyée par des ouvriers. Seulement, aujourd'hui, le travail est fait dans un malaxeur mécanique, placé sous un ventilateur, et, tout en se faisant sous un ventilateur, ce malaxage s'opère encore en vases hermétiquement clos, si bien que très peu de poussières peuvent se dégager. Ce malaxage fait, il en résulte une matière pâteuse qui fait prise à sa sortie du malaxeur; cette masse est placée sur une table, cassée en morceaux, puis mise à sécher dans des armoires disposées pour cet usage et dont le fond est en communication directe avec un ventilateur qui déplace environ 7.000 mètres cubes par heure.

Les morceaux ainsi séchés dans les armoires, sont repris et mis dans un broyeur, composé d'une espèce de croix en fer qui fait 50.000 tours à l'heure. Marchant à cette vitesse, elle pulvérise les morceaux qu'elle rencontre et, en même temps, fait appel d'air qui se dissipe dans une cheminée. Ce travail est fait en vases clos, toutes les ouvertures étant garnies de caoutchouc. La poussière ne peut donc arriver au contact des ouvriers qu'au moment où l'on charge et décharge le pulvérisateur.

Au sortir du broyeur, la poudre est alors humectée avec de l'ammoniaque; on y ajoute différents composés alcalino-terreux, puis quelques traces de sels de mercure, ce qui termine la fabrication de la matière active; celle-ci est dense, humide et ténue, elle ne peut guère se répandre dans l'atmosphère. Ainsi préparée, cette poudre sert au moulage et au remplissage des grilles. La table où se fait ce travail se compose d'un grillage dont le fond est creux ainsi que trois de ses bords, de façon à ce que la ventilation puisse se faire sous les mains de l'ouvrier, à droite, en avant et à gauche.

Le démoulage consiste à sortir les plaques du moule, à les nettoyer et à en faire tomber les bavures dans une trémie toujours ventilée. Reste enfin le montage qui consiste à réunir les plaques ainsi préparées, au nombre de 8 à 10. Cette réunion se fait avec des barres collectives, du même métal que les grilles, que l'on soude avec un appareil de soudage électrique et qui fonctionne au moyen d'un courant. Il ne paraît pas se dégager de vapeurs plombiques par ce mode de soudage.

Il a suffi de réglementer les conditions du travail pour faire disparaître presque complètement l'intoxication saturnine chez les ouvriers occupés à la fabrication des accumulateurs.

R. Romme.

A PROPOS DE L'HYSTÉRECTOMIE
DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

Lettre ouverte à M. le Dr Rochard.

Mon cher confrère,

Excusez-moi de ce que ma réponse à votre lettre ouverte publiée dans *La Presse Médicale* du 4 octobre arrive un peu tard. Mais, vraiment, il n'y a pas de ma faute. Peu s'en fallut que votre correspondance ne restât lettre close pour moi, puisque ce n'est qu'à un hasard que j'en dois la connaissance. Je viens de recevoir le journal et je m'empresse de vous répondre.

Tout d'abord, permettez-moi de laisser l'autorité de M. Terrier hors du débat. J'ai lu et relu, en entier, la discussion de la Société de Chirurgie de Paris, et dans la communication de M. Terrier j'ai trouvé, précédant les lignes que vous citez, un passage qui me donne le droit de douter que vraiment M. Terrier soit de votre avis. Cependant, même si je me trompais, je vous ferai remarquer que pour moi, et je pense aussi pour vous, dans un débat scientifique, une autorité ne prouve rien et les arguments seuls valent.

Vous me reprochez d'être dur pour la *chirurgie;* erreur! Tout au plus suis-je dur pour *les chirurgiens* et encore pas pour tous : pour ceux-là seulement qui trouvent une indication de l'hystérectomie dans chaque petit fibrome et dans chaque salpingo-ovarite bilatérale. Je me suis déjà opposé maintes fois, tant en hollandais qu'en français, à ces tendances trop radicales, et heureusement je ne suis pas le seul. Je tiens à vous rappeler les noms de Priestley, de Walton, de Doléris, de Pichevin, etc.

A votre exclamation : « comment! M. Treub, c'est une chose mauvaise d'enlever les annexes quand elles sont malades », je réponds : parfaitement M. Rochard; une chirurgie qui ne sait qu'enlever les (vous écrivez bien *les* et non pas *des*) annexes malades est une mauvaise chirurgie, extrêmement mauvaise même. Afin de ne pas rendre cette lettre trop longue je n'insiste pas, d'autant moins que je défendrai cette thèse dans le rapport qu'on m'a fait l'honneur de me demander pour le congrès de Madrid, à moi, maître Jacques médical, dans ma qualité de chirurgien et non dans celle d'accoucheur.

Vous continuez l'exclamation en disant : « et c'est une chose également mauvaise d'enlever un utérus qui menace immédiatement la vie d'une femme infectée ». Permettez-moi une observation, mon cher confrère. Je crois comprendre le français et il me semble que « un utérus qui menace *immédiatement* la vie d'une femme infectée » n'est pas du tout synonyme « d'un cas d'infection puerpérale grave qui met *directement* la vie de la malade en danger ».

Ai-je raison, oui ou non? Si oui, vous vous faites la partie trop belle en changeant à volonté les expressions que j'ai incriminées, et je ne vous suivrai pas sur ce terrain. Si non, les deux expressions sont synonymes et j'en parlerai tout à l'heure.

Pour l'explication de ma deuxième conclusion, je me permets de vous renvoyer à mon Rapport qui va être publié tout entier dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* de M. Pozzi.

Vous vous figurez enfin, mon cher confrère, que nous ne sommes pas loin de nous entendre.

C'est comme au Congrès de Rome; nous étions tous d'un accord quasi-touchant. Il ne faut pratiquer l'hystérectomie que dans des cas exceptionnels : voilà l'avis unanime. Le malheur est que la définition des cas exceptionnels se trouve être extrêmement élastique.

Eh bien, non, M. Rochard, nous ne sommes pas du tout d'accord, et même nous sommes très loin de nous entendre. Vous, autant que moi, vous recherchez la vérité et vous tâchez de faire ce qu'il y a de mieux pour vos malades. Sur ce point-là il n'y a pas de désaccord.

Mais, à part cela, il ne sert à rien de niveler les différences de nos opinions. Au contraire, si une discussion peut nous faire faire un pas, si petit qu'il soit, vers la vérité, il importe de bien peser les mots et d'accentuer les divergences d'opinion. Cela peut se faire, n'est ce pas? sans qu'aucune malveillance personnelle entre dans le débat. En tout cas, je tiens à vous assurer qu'il n'y en a pas chez moi, quoique je n'y aille pas par quatre chemins pour défendre mon opinion.

A en juger par votre « Oh! M. Treub! », je vous aurais particulièrement estomaqué en vous reprochant d'élargir, de cœur léger, le champ de l'hystérectomie. J'ai bien pesé cette expression avant de l'écrire dans mon rapport et je la maintiens. Je suis convaincu que c'est élargir, de cœur léger, le champ de l'hystérectomie que de poser l'indication de cette opération comme vous l'avez fait et comme vous le faites encore, d'après votre lettre ouverte. Je considère cette indication comme dangereuse, et comme telle j'ai le droit, voire le devoir, de la combattre.

Analysons un peu, si vous le voulez bien, votre indication.

Premier alinéa : « Dans tous les cas d'infection puerpérale grave qui mettent directement la vie de la malade en danger, il faut pratiquer la laparotomie. »

Qu'est-ce qu'une infection puerpérale grave qui met directement la vie de la malade en danger, je vous prie? Mais, c'est chaque cas d'infection dans lequel il y a une fièvre continue de 39 à 40°, avec un pouls de 120 à 140, avec ou sans frissons. Il n'y a pas à dire, ce sont des infections graves qui mettent directement (quoique pas immédiatement) la vie de la malade en danger. Je suis heureux d'apprendre par votre lettre ouverte que vous n'avez opéré qu'à la prière d'un accoucheur qui vous appelait auprès de la grande infectée. Aussi je ne songe pas à vous qualifier, vous, M. Rochard, comme dangereux. Je n'en veux qu'à l'indication, citée textuellement. Il n'y a pas moyen de la lire autrement que je le fais; donc elle est dangereuse parce que d'autres chirurgiens pourront s'appuyer sur votre autorité pour pratiquer la laparotomie dès que la vie de la malade est mise directement en danger. Il est presque superflu, je pense, de vous rappeler que nous autres médecins, nous sommes des moutons de Panurge par excellence. Par le temps qui court nous n'avons pas besoin de beaucoup d'encouragement pour prendre le bistouri en main. Dans le premier alinéa de votre indication je ne puis donc lire qu'un encouragement mal fondé au *furor operativus*.

Second alinéa : « Celle-ci (la laparotomie) permettra de parer à toutes les éventualités. » Auxquelles, je vous le demande? Au commencement de la discussion de la Société de Chirurgie, M. Tuffier a très nettement circonscrit le point à discuter : l'intervention dans les cas d'infection localisée à l'utérus. Du reste, s'il y a une salpingo-ovarite, une cellulite pelvienne, une péritonite, on en fera le diagnostic avant de commencer la laparotomie, n'est-ce pas? Donc, d'une manière ou d'une autre, ces complications-là sortent de notre cadre. Mais alors, encore une fois, à quelles éventualités voulez-vous donc parer par la laparotomie? Permettez-moi, mon cher confrère, de considérer votre second alinéa comme une fleur de rhétorique sans importance intrinsèque.

Troisième alinéa : « Elle (la laparotomie) devra être suivie de l'hystérectomie abdominale toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un utérus infecté n'ayant pas fait sa régression. »

Puisqu'il s'agit d'un utérus infecté et puisque le premier effet de l'infection puerpérale est toujours de retarder la régression de l'utérus, le troisième alinéa ne signifie, ne peut signifier autre chose que toujours l'hystérectomie abdominale devra suivre la laparotomie. Vous ne voulez pas « faire sauter les utérus de toutes les femmes infectées ». J'en suis heureux et du reste je n'en ai jamais douté. Mais cela n'empêche pas que l'indication, telle que vous l'avez posée dans les lignes citées, excite à faire justement ce que vous vous défendez de vouloir faire.

Ce dont vous autres Français êtes fiers à juste titre et ce que nous autres étrangers admirons en vous, c'est la clarté de votre langage. La clarté française est devenue proverbiale. Pour qui connaît la pathologie, la clarté ne manque pas dans votre indication, et voilà pourquoi je me permets de signaler celle-ci comme dangereuse.

Vous voyez donc, mon cher confrère, que nous sommes, en vérité, loin de nous entendre. Mais je le répète, à mon avis, cela vaut mieux. Il n'y a qu'une discussion serrée qui puisse faire avancer la vérité que nous recherchons tous deux.

Veuillez agréer, etc.

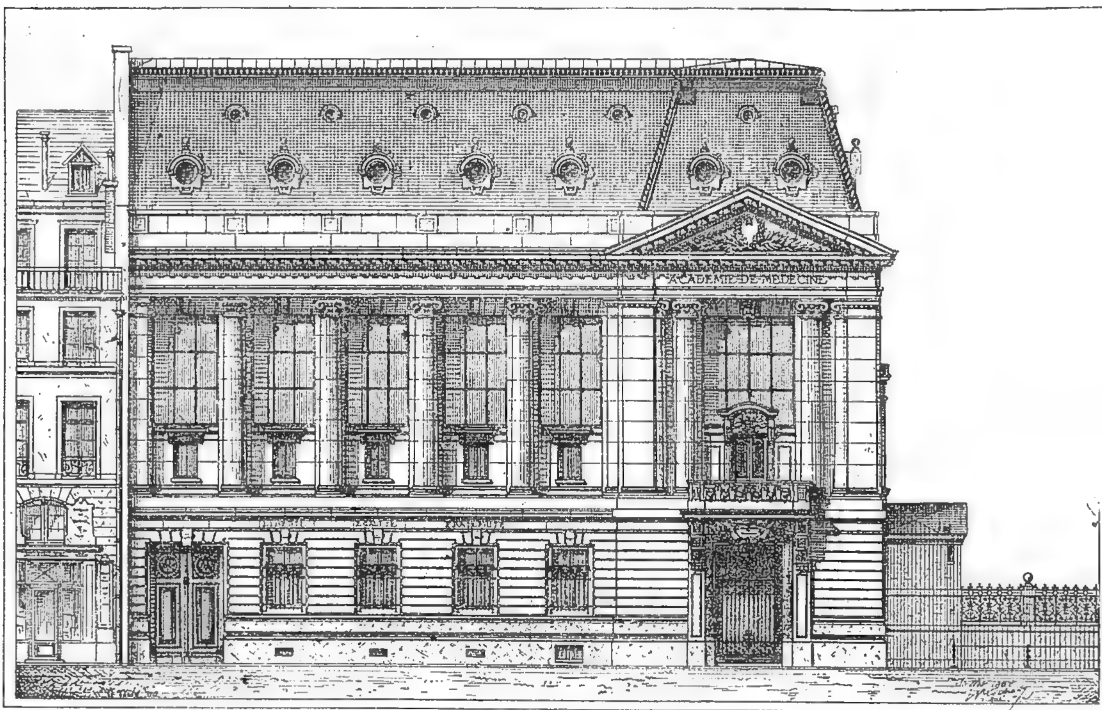
Treub.

LA NOUVELLE ACADÉMIE DE MÉDECINE

25 Novembre 1902

Le 25 Novembre 1902 fera date dans l'histoire de l'Académie de médecine : c'est à ce jour seulement que cette Assemblée a pu s'installer dans un véritable monument digne de sa valeur scientifique et de sa haute renommée. Elle avait attendu plus de quatre-vingts ans.

C'est, en effet, par une ordonnance du 20 Décembre 1820, promulguée le 14 Janvier 1821, que Louis XVIII créa l'Académie royale de médecine. Les considérants de cette ordonnance expriment clairement quel devait être le rôle de l'Académie; ce rôle, elle l'a joué fidèlement depuis cette époque; aussi est-il bon de rappeler, en ce jour solennel, en quels termes l'autorité royale l'avait défini :



Façade de la Nouvelle Académie sur la rue Bonaparte.

LOUIS, par la grâce de Dieu, ROI DE FRANCE ET DE NAVARRE, à tous ceux qui ces présentes verront, SALUT :

« Notre intention étant de donner le plus tôt possible des règlements propres à perfectionner l'enseignement de l'art de guérir et à faire cesser les abus qui ont pu s'introduire dans l'exercice de ses différentes branches, nous avons pensé qu'un des meilleurs moyens de préparer ce double bienfait était de créer une Académie spécialement chargée de travailler au perfectionnement de la science médicale et d'accorder à cette Académie une protection particulière. Nous nous sommes d'ailleurs rappelé les services éminents qu'ont rendu, sous le règne de nos prédécesseurs, la Société royale de médecine et l'Académie royale de chirurgie, et nous avons voulu en faire revivre le souvenir et l'utilité en rétablissant ces Compagnies célèbres sous une forme plus appropriée à l'état actuel de l'enseignement et des lumières. »

A CES CAUSES, NOUS AVONS ORDONNÉ ET ORDONNONS ce qui suit :

Art. I. — Il sera établi, à Paris, pour tout notre royaume, une Académie royale de médecine.

L'Académie était instituée spécialement pour répondre aux demandes que pourrait lui adresser le Gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique et principalement sur les épidémies, les maladies particulières à certains pays, les épizooties, les différents cas de médecine légale, la propagation de la vaccine, l'examen des remèdes nouveaux et des remèdes secrets, les eaux minérales naturelles ou artificielles.

Rien n'a été changé dans ces attributions depuis lors, et les compte rendus et rapports accumulés depuis sa fondation sont là pour prouver avec quel zèle et quelle compétence l'Académie s'est acquittée de la tâche qui lui incombait; aussi bien aujourd'hui pourrait-on répéter ces mots imprimés en 1846 dans le premier volume de l'*Annuaire des Sociétés savantes de la France et de l'étranger*, dont Louis-Philippe venait d'ordonner la confection à la demande de M. de Salvandy, ministre de l'Instruction publique : « Quand on parcourt le tableau de tout ce que cette savante Compagnie a fait depuis son origine, on ne peut que reconnaître qu'elle n'a ni méconnu sa mission ni trompé les espérances de son fondateur. »

L'Académie, outre son rôle consultatif vis-à-vis des Pouvoirs publics, devait s'occuper « de tous les objets d'étude et de recherches qui peuvent contribuer aux progrès des différentes branches de l'art de guérir ». Depuis sa fondation, il n'est aucun fait important dans les sciences biologiques qui n'ait été soumis à ses jugements.

L'Académie devait enfin continuer l'œuvre de la Société royale de médecine et de l'Académie royale de chirurgie; elle devait reprendre les travaux de ces Sociétés dispersées en 1793 par la tourmente révolutionnaire, et cela, en s'occupant, à leur exemple, de tout ce qui peut contribuer au perfectionnement des sciences médicales. Cette tradition, elle n'a pas cessé de la suivre; et c'est pour en perpétuer l'inspiration, sans doute, que la tribune de la salle des séances du nouveau palais académique a été mise sous le vocable de l'*Académie royale de chirurgie* 1731, de la *Société royale de médecine* 1778; à côté sont inscrites la *Commission royale de médecine pour l'examen des remèdes particuliers et des Eaux minérales* 1772 et la *Commission royale des épidémies et des épizooties* 1776, dont les attributions devaient passer peu après leur formation, en 1778, à la Société royale; on y a joint aussi le *Comité central de la vaccination* 1809, dont les importantes fonctions étaient dévolues à l'Académie.

L'ordonnance de 1820 avait divisé l'Académie en trois sections : de médecine, de chirurgie et de pharmacie et l'avait composée de membres honoraires, titulaires, associés et adjoints résidents et correspondants. Pour la première formation le roi s'était réservé de nommer une partie des membres; par la suite chaque section devait nommer ses membres honoraires, titulaires et associés; les adjoints étaient élus par toutes les sections.

L'assemblée devait se réunir en corps tous les trois mois et par section deux fois par mois. Chaque section avait son bureau; le bureau général était composé d'un président d'honneur, d'un président temporaire, d'un secrétaire et d'un trésorier; enfin, il y avait un conseil d'administration dont faisait partie de droit le doyen de la Faculté de médecine. Tout cet état-major était nécessaire, étant donné le nombre des académiciens : 60 honoraires, 85 titulaires, 150 associés dont 20 résidant à Paris, 30 à l'étranger et 100 en province, 85 adjoints et résidant, autant que de titulaires, et un chiffre indéterminé d'adjoints correspondants.

Au bas mot il y avait donc 250 membres de l'Académie résidant à Paris, sans compter ceux de l'étranger ou de la province pouvant assister aux séances; et cependant aucune mesure n'avait été prise relativement au lieu de réunion d'une aussi nombreuse assemblée.

* * *

La première séance solennelle se tint à la Faculté de médecine. Portal en fut le président. Ainsi était reprise la tradition de l'ancienne Société royale de médecine et des Commissions royales, que présidait de droit le premier médecin du roi, conseiller d'État. Portal était premier médecin du roi Louis XVIII; son nom est en tête des présidents de l'académie; il en fut le premier bienfaiteur; on pourra juger de la fine expression de son visage sur le buste qui orne la salle des Pas-perdus.

Sous l'ancien régime la Société royale de médecine, l'Académie de chirurgie se réunissaient au Louvre à jour dit : la preuve en est dans le libellé suivant que j'ai relevé sur la déclaration royale constituant le 25 Avril 1772 la *Commission royale de médecine* : « Les assemblées ordinaires se tiennent au vieux Louvre, appartement de l'Infante, le premier lundi du mois à 4 heures de relevée ». La Restauration, reprenant la tradition de l'ancien régime, devait recevoir au Louvre la nouvelle Académie; le ministre de l'Intérieur écrivit même à ce propos qu'elle se réunirait à la Faculté « jusqu'à ce qu'on ait pu lui affecter au Louvre les appartements qui lui seraient nécessaires ». En fait, les séances générales se tinrent au Louvre jusqu'en 1823; mais le local spécialement aménagé n'était toujours pas livré.

Le savant bibliothécaire de l'Académie, M. Dureau, nous a spirituellement conté dans la « Chronique médicale » de 1895, les pérégrinations qui commencèrent alors à la recherche d'un local et qui viennent seulement aujourd'hui, en 1902, de définitivement aboutir.

« Le bureau ne manquait pas, lors de ses

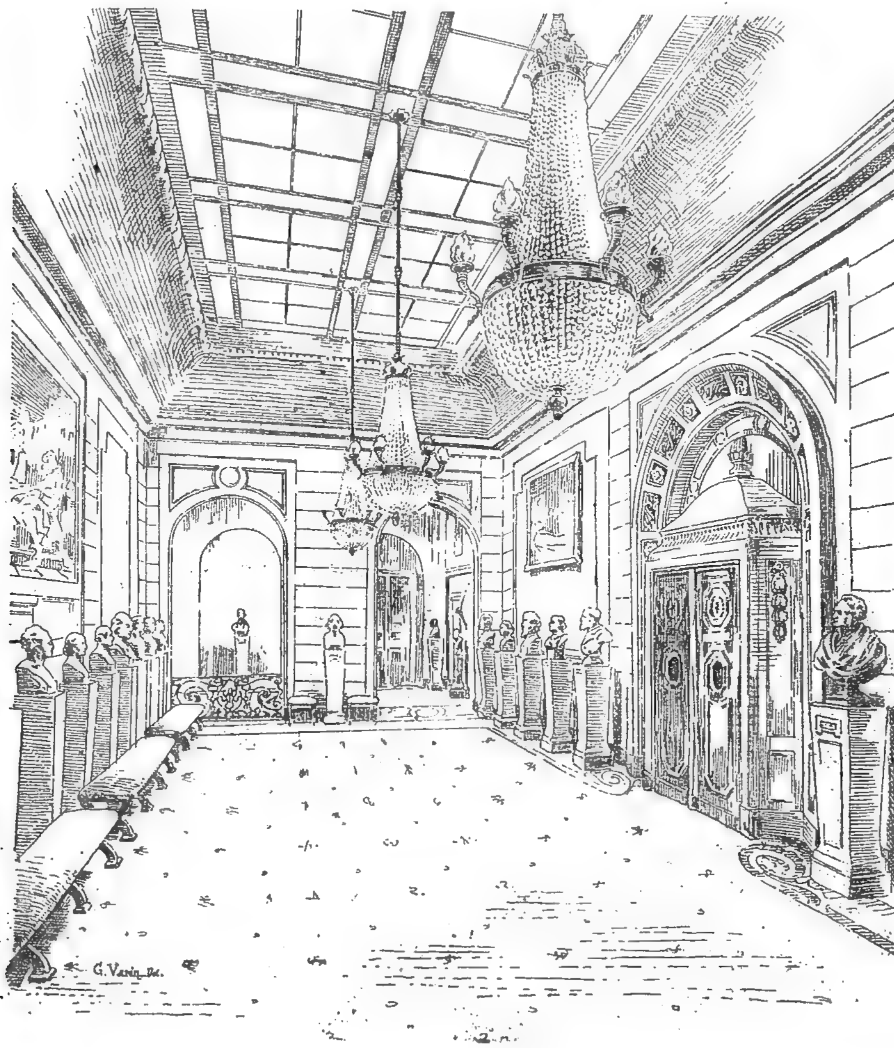
visites, deux fois par an, tant chez le roi que chez le ministre, de réclamer le local promis, et roi et ministre n'omettaient pas non plus de promettre chaque fois le susdit local. Académiciens et fonctionnaires ministériels se promenèrent par ordre dans diverses parties de la ville. Ainsi l'on visita un hôtel de la place Royale, ancienne demeure de Marion Delorme, *proh pudor!* l'hôtel des bains de la rue du Temple, qui avait eu la Dubarry pour cliente; une maison de la rue des Blancs-Manteaux, c'est-à-dire l'hôtel du marquis de La Grange, devenu le Mont-de-Piété; on essaya même de loger la savante compagnie dans les Écuries du roi, mais la place manquait. » Un maire de Paris, celui de Charonne, offrit sa maison. Enfin, l'Académie s'installa, le 21 janvier 1824, dans un hôtel particulier qui était situé au n° 25 de la rue de Poitiers.

*
* *

Dans cet hôtel de la rue de Poitiers les académiciens devaient se trouver fort à l'étroit, bien qu'une ordonnance de Charles X en 1829, en eût réduit le nombre.

Par cette ordonnance, dont les dispositions sont formulées dans un règlement du 3 Juillet 1830, l'Académie était divisée en 11 sections, comprenant 60 titulaires adjoints, 40 associés non résidents. 20 associés étrangers et 10 associés libres. Pour rentrer dans ces limites, on ne fit plus qu'une nomination pour trois extinctions; mais après quinze ans, en 1846, le nombre normal n'était pas encore atteint et au lieu de 110 membres réglementaires, y compris les 10 membres libres, il y en avait encore 149; certaines sections, comme celle de Pathologie médicale, comprenaient encore 10 membres de trop : c'est dire l'acharnement avec lequel on devait à cette époque s'attacher aux élections.

Le règlement de 1829, à part quelques modifications de détail sur le classement des membres résidents faites sous Louis-Philippe en 1835, est encore en vigueur dans ses grandes lignes. L'Académie se compose de 11 sections : anatomie et physiologie, 10 membres ; pathologie médicale, 13 ; pathologie chirurgicale, 10 ; thérapeutique et histoire naturelle, 10 ; médecine opératoire, 7 ; anatomie pathologique, 7 ; accouchements, 7 ; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10 ; médecine vétérinaire, 6 ; physique et chimie médicales, 10 ; pharmacie, 10 ; associés libres, 10. Elle comprend, en outre, des associés nationaux, 20, et étrangers, 20, des correspondants nationaux, 100, et des correspondants étrangers, 25, divisés en quatre sections. Depuis 1853, les membres titulaires et associés libres ont le droit de porter dans les cérémonies officielles, un costume spécial : habit noir à la française avec broderies violettes, chapeau demi-claque, épée à poignée d'or.



La salle des Pas Perdus.

*
* *

L'Académie était à peu près en nombre réglementaire lorsque, son bail étant terminé, elle dut déménager de la rue de Poitiers : c'était au commencement de 1850. Elle se trouvait donc encore sans domicile et forcée depuis quelques mois, de tenir ses réunions à la Faculté de médecine, lorsque le ministre de l'Intérieur lui offrit de s'installer dans un local dépendant de l'Assistance publique, qui n'était autre que l'ancienne chapelle de l'hôpital de la Charité.

Cette chapelle, lors de la Révolution, avait été enlevée au culte. En l'an IX, le premier consul l'affecta à la clinique de Corvisart : c'est alors que la façade existant encore fut édifiée. En 1823, lors du licenciement de la Faculté de médecine, la clinique fut fermée et l'ancienne chapelle revint à l'administration des Hospices. Enfin, elle allait être rendue au culte par Louis-Philippe, quand la révolution de Février éclata. Le Gouvernement de la République l'affecta à l'Académie qui s'y installa le 9 septembre 1850, moyennant une redevance annuelle de 5.000 francs.

Malgré les travaux d'aménagement, ce local, dès le premier jour, fut reconnu comme défectueux et absolument insuffisant ; chaque année, lors des visites officielles, le bureau de l'Académie ne manquait pas d'en exprimer ses doléances aux Pouvoirs publics; il devait en être ainsi pendant cinquante-deux ans. Il y avait bien eu quelque espoir d'une solution sous l'Empire ; ainsi le ministre Duruy, en 1868, assistant à la séance annuelle, prit la parole pour dire combien le local de la rue des Saints-Pères était indigne de l'Académie, et promit d'intéresser l'Empereur à la question, mais ce fut sans résultat; quelques années plus tard, Ricord annonçait que l'Empereur avait donné des ordres : ceux-ci restèrent sans doute dans les bureaux de quelque ministère, car on n'en entendit jamais parler.

Arrive la République de 1870; dès 1875 on recommence à s'occuper de la question du logement de l'Académie. Le ministère lui propose certains locaux que visitent alors le président Devergie, accompagné du secrétaire perpétuel Béclard et du bibliothécaire Dureau : les ruines de la cour des Comptes où l'on eût édifié un grand palais des sociétés savantes ; l'ancien poste-caserne de l'Assomption; un hôtel sis au coin des rues des Saints-Pères et de Lille où devait se construire bientôt l'Ecole des langues. Mais, nulle part, on ne put arriver à une entente de réinstallation.

Entre temps, des projets étaient dressés par les architectes Diet, membre de l'Institut, et Rochet; l'un de ces projets fut même approuvé par le Gouvernement et sur le point d'être exécuté. L'Académie devait s'élever sur des terrains cédés par l'État, avenue de l'Observatoire, mais, pendant les formalités administratives nécessaires, sur cet emplacement s'élevaient les laboratoires de la Faculté des sciences provisoires pendant la construction de la Sorbonne. D'ailleurs les académiciens trouvaient le quartier de l'Observatoire trop éloigné du centre de Paris et préféraient un autre quartier.

Un projet d'utilisation des bâtiments de la rue des Saints-Pères avec constructions annexes sur le boulevard Saint-Germain n'ayant pas abouti, l'Académie se décida enfin pour un emplacement situé rue Bonaparte, occupé alors par une succursale désaffectée du Mont-de-Piété, en mitoyenneté avec l'école des Beaux-arts, et qui lui était proposé par la Ville.

Un projet, établi par M. Rochet, fut approuvé le 2 Août 1898; les travaux commencèrent le 25 Avril 1899; ils sont terminés aujourd'hui.

Le 25 Novembre 1902, après quatre-vingt-deux ans d'attente, l'Académie de médecine

prend enfin possession d'un monument digne d'elle, digne des services qu'elle rend à l'État et à la science.

*
* *

Il n'a fallu que trois ans à l'architecte, M. Rochet, pour mettre sur pied un véritable monument qui répond à tous les desiderata formulés; et cela sans dépasser les crédits de 963.000 francs qui lui étaient alloués par l'Etat et par l'Académie. Le problème était cependant des plus complexes.

D'abord le terrain était peu favorable, pour la construction de l'édifice, étant donné que l'on ne pouvait faire aucune ouverture sur la cour de l'École des Beaux-Arts; ensuite les services à installer étaient nombreux et variés, en raison des attributions multiples de l'Académie et des travaux qui en résultent.

L'Académie est un *corps savant* constitué avec un bureau et un conseil d'administration. Il fallait donc une salle de séances pouvant contenir tous les académiciens et le public admis à assister à leurs réunions; il fallait des salles particulières pour les membres du bureau et les réunions du conseil. Comme corps savant l'Académie a hérité des anciennes Académies de chirurgie et de la Société royale de médecine de précieux documents qui s'augmentent et s'enrichissent chaque jour de nouvelles collections; ses archives sont considérables, et actuellement plus de 150.000 volumes constituent sa bibliothèque; il fallait des locaux appropriés, à l'abri des incendies et accidents qui étaient une menace perpétuelle dans l'ancien local.

D'autre part, l'Académie est un *corps consultatif* des Pouvoirs publics, qui se constitue fréquemment en des commissions spéciales pour lesquelles plusieurs salles de réunion sont nécessaires; elle est fréquemment appelée à donner des avis scientifiques sur les médicaments, les sérums, les eaux minérales, et pour cela des laboratoires sont indispensables. Enfin, l'Académie a un rôle prépondérant dans la conservation et la diffusion de la vaccine; par tradition, une sorte d'Institut vaccinal devait lui être annexé.

Sans exagération on peut dire que M. Rochet a parfaitement résolu le problème. Il a fait une œuvre architecturale très artistique dans sa sobriété; les aménagements sont des plus pratiques et absolument hygiéniques, ce qui était capital pour une Académie de médecine; c'est, en somme, une œuvre de maître et je suis étonné que dans la cérémonie officielle d'installation une mention élogieuse n'en ait pas été faite.

*
* *

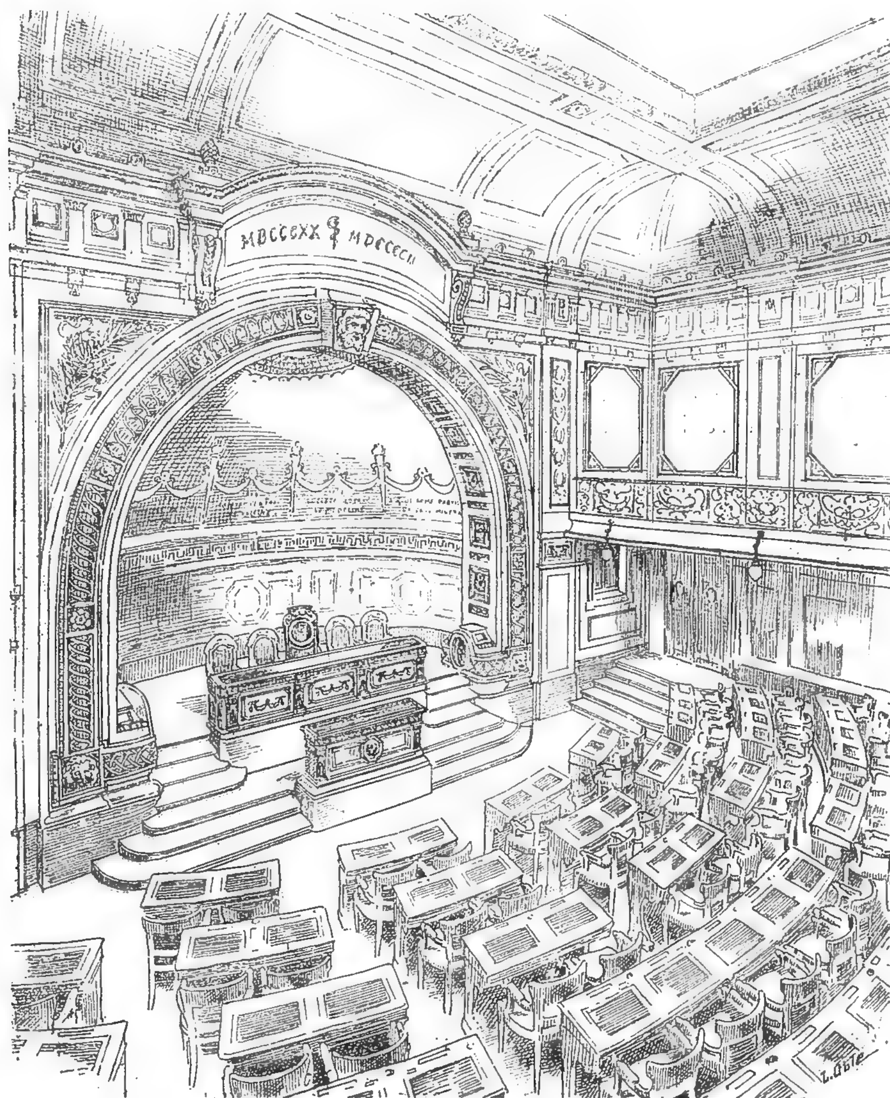
Je n'ai pas à entrer dans les détails de construction du monument; j'en signalerai seulement les grandes lignes.

La façade est de style classique agrémentée de sculptures de circonstances empruntées à la flore médicinale.

La porte d'entrée, grille en fer forgé, donne accès dans un vestibule orné de bustes d'académiciens, des statues monumentales de Larrey et de Desgenettes; sur la paroi droite de la muraille est une plaque portant gravés les noms des bienfaiteurs de l'Académie.

Le rez-de-chaussée comprend le palier du grand escalier, lequel est de belle allure, avec sa rampe de fer forgé; l'ascenseur; le vestiaire des académiciens dont l'aménagement mérite une mention spéciale; la salle d'attente pour le public qui vient se faire vacciner, et le cabinet du médecin chef de la vaccine; les laboratoires de bactériologie communiquant en sous-sol avec les laboratoires de chimie; des magasins pour les archives; les bureaux; tout est construit en matériaux permettant le nettoyage et le lavage très faciles.

Le premier étage comprend : en arrivant sur le palier, et donnant sur la rue Bonaparte, la salle de lecture de la Bibliothèque; puis en face et perpendiculairement la vaste et belle salle des Pas-Perdus que l'on pourrait appeler la galerie des bustes, avec, sous le grand tableau de Pinel enlevant les fers aux aliénées, les noms des présidents successifs de l'Académie.



La salle des séances.

Une très belle porte donne accès à la salle des séances, salle en forme de demi-cercle, contenant 110 fauteuils avec leur pupître; une galerie circulaire pour le public est élevée à trois mètres au-dessus du plancher; une partie en est spécialement aménagée pour la presse qui a son bureau spécial avoisinant. Cette salle, d'un style empire modernisé, est du plus gracieux effet; elle est aménagée avec autant de goût que de sobriété. Elle est spacieuse, élégante et commode, très bien éclairée par un plafond vitré devenant lumineux et par de belles torchères. Le chauffage en hiver, la ventilation en été, l'aération ont été rigoureusement installées.

Près de la salle des séances et sur un couloir la longeant, donnent la salle du Conseil, le cabinet du secrétaire perpétuel, une salle de conversation, un cabinet pour les malades présentés à l'Académie : toutes ces pièces ont vue sur la cour.

Sur toute la longueur de la façade de la rue Bonaparte et au-dessus des bureaux se trouvent le cabinet du bibliothécaire, un petit musée pour les instruments; le dépôt des livres s'élevant sur quatre étages. Au-dessus, dans la hauteur de la toiture, est une grande salle pour les archives.

Enfin, au deuxième étage sur la cour sont installées trois salles de Commissions et un cabinet pour le trésorier. Au troisième étage est l'appartement du bibliothécaire; et au quatrième les logements d'employés.

Derrière le grand bâtiment est ménagée une cour où ont été construites les étables du service de la vaccine pouvant contenir douze génisses, et les trois laboratoires nécessaires à la récolte du vaccin et à son expédition dans les départements.

Tous les services sont faits par trois escaliers et un grand corridor de dégagement ayant accès sur la rue Bonaparte. Pour tous les services sont disposés cabinets de toilette et water-closets hygiéniques. Le sol est établi partout en matériaux lavables. Le chauffage général est produit par la vapeur à basse pression, et dans les pièces particulières par des cheminées qui assurent en même temps la ventilation; l'éclairage est électrique; le gaz alimente les laboratoires.

Tel est, dans les grandes lignes, le monument de l'Académie de médecine. On peut dire qu'en s'y installant, les académiciens, pour longtemps qu'ils aient attendu, seront largement dédommagés de leur attente.

*
* *

Étant donné la haute situation scientifique de l'Académie de médecine et le côté important qu'elle joue auprès des Pouvoirs publics, une cérémonie officielle commémorative de la nouvelle installation s'imposait.

Pour manifester hautement en quelle estime est tenue l'Académie, le Président de la République a voulu présider lui-même cette cérémonie, accompagné du ministre de l'Instruction publique.

La séance solennelle s'est donc ouverte à 3 heures, en présence d'une assistance des plus choisies, égayée de la présence de nombreuses dames, femmes et parentes d'académiciens. On remarquait la présence de MM. Bourgeois, président de la Chambre, sous le ministère duquel les formalités dernières pour l'édification de l'Académie ont été réglées; Charles Dupuy; Liard, vice-recteur; de Selves, Roujon, Lucipia, Mesureur, etc.

Le président annuel de l'Académie, M. Riche, a passé rapidement en revue l'histoire de l'Académie, à propos de laquelle en termes émus il a donné un dernier souvenir à Bergeron, le regretté secrétaire perpétuel qui a tant fait pour la savante Société, et que tout le monde regrette de ne pas voir aujourd'hui.

M. Riche expose toute l'importance des travaux de l'Académie et montre combien plus importants encore ils seront avec les



M. Riche, président.

applications de la nouvelle loi sanitaire. Il passe en revue successivement les travaux des grandes commissions : celle qui a inspiré la lutte contre les maladies exotiques, à propos desquelles il fait en passant l'éloge de Laveran; la commission de la tuberculose dont le rapport par Grancher a été le point de départ de mesures administratives dont une circulaire récente du ministre de l'Instruction publique est un type parfait; la commission de l'alcoolisme où Bergeron prit une si grande part et qui est saisie en ce moment même par le ministre de l'Intérieur de la grosse question des liqueurs à essences; la commission de la mortalité des nourrissons inspirée par le grand philanthrope Théophile Roussel, d'où est née la fameuse loi Roussel sur l'enfance. Malgré les services que rend cette commission, elle n'a que 2.000 francs de subvention du Gouvernement; aussi a-t-elle été obligée d'affecter un de ses prix de 1.000 francs à l'impression de circulaires qu'elle répand à profusion.

Malgré les difficultés matérielles dans lesquelles s'est continuellement débattu l'Académie, elle n'en a pas moins fait une grande œuvre; elle a toujours marché avec son temps, elle l'a souvent devancé. Elle prend aujourd'hui possession d'une résidence digne de la France; sa tâche en sera facilitée, et plus que jamais elle se souviendra de cette parole de Descartes : « C'est à la Médecine qu'il faut demander la solution des problèmes qui intéressent le bonheur et la grandeur de l'humanité. »

Le secrétaire perpétuel, M. Jaccoud, prend ensuite la parole et s'exprime dans ce langage impeccable qui lui est familier.

C'est en termes exquis qu'il a spirituellement rappelé toutes les démarches faites pour l'installation de l'Académie, toutes les bonnes paroles, toutes les promesses données qui tombaient fatalement devant les objections budgétaires.

Il montre toutes les bonnes volontés académiques se groupant après le don de Demarquay et arrivant enfin à intéresser l'État qui n'avait jamais encore donné d'appui réel, malgré les services que lui rend l'Académie.

Il arrive à la convention définitive intervenant entre l'État et l'Académie grâce aux directeurs Charmes et Liard, grâce au ministre Bourgeois devant lequel tous les obstacles tombèrent.

M. Jaccoud invoque ensuite le passé comme garant de l'avenir, de cet avenir que le présent assure. Dans une période de haute éloquence il expose l'œuvre grandiose de l'Académie : la lutte contre la peste, la malaria,



M. Jaccoud, secrétaire perpétuel.

la tuberculose; les travaux sur la malléine, la tuberculine, l'actinomycose; la mise au point de l'appendicite; les audaces de la chirurgie; la lutte contre l'alcoolisme, la variole; la défense de l'Europe contre les maladies exotiques; la révolution apportée dans les soins à donner aux enfants du premier âge.

Il montre la marche en avant de l'Académie impossible à arrêter, éclairée par le flambeau qui ne peut jamais s'éteindre.

M. Jaccoud termine en affirmant que la parfaite continuité de l'œuvre confère une éternelle jeunesse aux forces productrices de l'Académie.

Ce discours a vivement impressionné l'auditoire; les paroles de l'orateur ont été couvertes d'applaudissements.

Le ministre de l'Instruction publique Chaumié est venu à son tour faire un adieu à l'ancienne salle de l'Académie où tant de maîtres illustres ont apporté leur savoir et leur dévouement. Il inaugure la nouvelle Académie avec la certitude que les traditions de la savante assemblée s'y perpétueront pour le grand profit de la science et de l'humanité.

Le président de la République clôture la cérémonie en remettant au secrétaire perpétuel Jaccoud la croix de Commandeur de la Légion d'honneur.

E. De Lavarenne.



LE

TRAVAIL DES GLANDES DIGESTIVES

Par Marcel LABBÉ
Médecin des hôpitaux
Chef de laboratoire de la Faculté.

Le rôle du tube digestif dans l'organisme peut être assimilé à celui d'une usine chimique, dans laquelle les aliments subissent la transformation chimique essentielle qui rend possible leur incorporation dans les humeurs de l'organisme et leur utilisation pour les processus vitaux. Cette usine serait composée de sections pourvues de réactifs spéciaux, très complexes, devant surtout leur activité à des ferments; les aliments subiraient l'action successive et souvent combinée de ces divers réactifs. De sorte qu'une étude complète de la digestion ne doit pas se borner à observer les modifications dans un seul organe, mais doit envisager les réactions chimiques dans tous les organes dont le fonctionnement est solidaire.

C'est ce que le professeur Pawlow[1] (de Saint-Pétersbourg) a fait dans une série de leçons, exposant les résultats de ses recherches personnelles.

La méthode de Pawlow consiste à obtenir, au moyen de fistules, les sucs digestifs de façon à apprécier leur mode de sécrétion, leur quantité, leur qualité, dans les diverses conditions physiologiques et pathologiques.

La fistule pancréatique est obtenue en abouchant le canal pancréatique à la paroi abdominale, et en rétablissant par des sutures la continuité de l'intestin; il est facile de cette façon de recueillir le suc pancréatique qui s'écoule à l'extérieur.

La fistule gastrique est obtenue en découpant un lambeau longitudinal d'estomac, et en le transformant en un tube cylindrique dont l'extrémité libre est suturée à l'orifice de la paroi abdominale; tandis que l'extrémité adhérente, en continuité avec la paroi de l'estomac, reste séparée de sa cavité par un septum muqueux : on a ainsi deux estomacs, adossés et non communiquants, dont l'un s'ouvre dans l'intestin, dont l'autre s'ouvre à la paroi abdominale.

Pawlow pratique en même temps une œsophagotomie, de sorte que les aliments introduits par la bouche ressortent par la fistule

1. J.-P. Pawlow. — « Le travail des glandes digestives ». Traduction française de V. Pachon et J. Sabrazès, Masson et Cie, Paris, 1901.

et que l'animal prend dans ces conditions ce que l'on peut appeler un repas fictif. Par la fistule il est facile en outre d'introduire des aliments dans l'estomac.

La conservation des animaux exige des précautions d'asepsie extrêmement minutieuses qui peuvent être réalisées grâce à l'admirable organisation du laboratoire de physiologie de l'Institut de médecine expérimentale.

* * *

Les glandes commencent à fonctionner aussitôt que les aliments pénètrent dans le tube digesti.f La quantité de suc gastrique sécrétée est proportionnelle à la quantité d'aliment introduite ; et la marche de la sécrétion suit une courbe, qui pour un même aliment est remarquablement fixe : ainsi pour un repas de viande, le maximum de la sécrétion est obtenu au bout d'une heure et la sécrétion s'arrête au bout de cinq heures.

L'intensité du pouvoir digestif des sucs sécrétés est déterminée par le procédé de Mett, qui consiste à introduire dans un tube en verre de l'albumine qu'on y fait coaguler, à placer ce tube dans le suc à essayer et à mesurer la quantité d'albumine qui a été digérée en un temps donné ; Borissow a établi que les quantités respectives de pepsine contenues dans les sucs gastriques sont entre elles comme les carrés des vitesses de digestion. On peut apprécier par la même méthode la quantité de trypsine et de ferment amylolytique que contient le suc pancréatique. Le ferment lipasique est dosé au moyen des acides gras, qu'il met en liberté et dont le titrage se fait avec une solution de baryte.

Cette technique donne des renseignements très intéressants. On voit ainsi que les glandes digestives travaillent avec une précision remarquable, et que leur sécrétion s'adapte aux besoins de l'organisme. Ainsi la proportion des divers ferments n'est pas la même dans le suc pancréatique aux différentes heures de la digestion.

Le suc gastrique est constamment acide ; les variations apparentes de son acidité ne tiennent pas à ce qu'il contient plus ou moins d'acide, mais à son mélange avec une plus ou moins forte proportion de mucus alcalin : plus le suc s'écoule abondamment, plus son acidité est élevée ; l'hyperacidité ne dépend que de l'hypersécrétion.

La composition des sucs sécrétés est en rapport avec la nature des aliments. Pour l'estomac, le suc sécrété après un repas formé de pain est celui qui possède la force digestive la plus grande ; l'acidité totale est plus élevée pour la viande que pour le pain ; la quantité de suc est plus grande pour la viande que pour le lait ; la durée de la sécrétion n'est pas la même pour les différents aliments.

Les diverses modalités d'albumine exigent ainsi une quantité de ferment correspondant à leurs degrés divers de digestibilité ; l'albumine du pain exige cinq fois plus de suc que l'albumine du lait ; l'albumine de la viande exige une quantité de pepsine qui dépasse de 25 pour 100 celle que nécessite l'albumine du lait.

Il en est de même pour le suc pancréatique ; à chaque aliment correspond une quantité et une composition particulière du suc sécrété. Le suc de lait est celui qui contient le plus de trypsine ; le suc de pain est le plus riche en ferment amylolytique ; le suc de lait, puis celui de viande sont les plus riches en ferment lypolytique.

Pour le pancréas, comme pour l'estomac, l'albumine la plus digestible est celle du lait, la moins digestible est celle du pain.

Ces expériences montrent l'adaptation des glandes digestives aux nécessités de l'existence, aux exigences du régime alimentaire ; à chaque régime correspond un suc digestif particulier ; c'est l'aliment qui fait le suc digestif, la fonction qui fait l'organe. Pawlow se demande même si un régime longtemps suivi ne pourrait pas créer un type de sécrétion et d'organe digestif particulier. Et il semble, en effet, d'après quelques-unes de ses expériences, qu'il en soit ainsi.

L'estomac et le pancréas possèdent des nerfs sécrétoires. Les résultats de la section et de l'excitation des pneumogastriques montrent assez mal le rôle de ces nerfs dans la sécrétion des sucs digestifs ; la meilleure preuve de l'influence du système nerveux sur la sécrétion est fournie par l'expérience du « repas fictif ».

On donne à manger à un chien œsophagotomisé ; les aliments ressortent par l'œsophage et ne pénètrent pas dans l'estomac ; cependant le suc gastrique est sécrété en abondance aussi longtemps que dure le repas fictif. La sécrétion fait défaut si les nerfs vagues ont été préalablement sectionnés. Ce fait met en évidence la production du « suc d'appétit » par l'intermédiaire du système nerveux.

La sécrétion pancréatique est soumise de même à l'action du pneumogastrique qui lui apporte des influences excitatrices et aussi frénatrices.

Le grand sympathique fournit aussi des fibres sécrétoires et trophiques aux glandes digestives.

La sécrétion des glandes digestives est spécifique. Elle ne résulte pas d'une excitation banale, mécanique par exemple, mais d'une excitation spéciale, produite par les aliments et en rapport avec la nécessité de les digérer ; cela est vrai aussi bien pour la salive que pour le suc gastrique et le suc pancréatique. Pour la salive toutefois, la nécessité de diluer une substance nocive ou repoussante pour protéger l'organisme contre son action est aussi un excitant de la sécrétion.

Un repas fictif, la vue seule d'un aliment suffisent pour amener la sécrétion du suc gastrique chez un chien ; cette sécrétion commence exactement cinq minutes après l'excitation psychique. Ainsi l'appétit est le premier et le plus puissant excitant des nerfs sécrétoires de l'estomac ; ce qui mène à cette conclusion que rendre l'appétit à quelqu'un, c'est lui assurer une sécrétion abondante de suc gastrique dès le commencement du repas.

L'excitation psychique provoquée par la vue ou le goût des aliments n'est pas la seule cause de la sécrétion gastrique. Les aliments introduits directement dans l'estomac, sans que l'animal en ait conscience, provoquent aussi une sécrétion de suc ; mais cette sécrétion apparaît tardivement (après 15 à 45 minutes pour la viande, après une heure et plus pour le pain et le blanc d'œuf cuit) ; elle est moins considérable et a un pouvoir digestif plus faible que la sécrétion psychique.

La cause de cette sécrétion n'est pas dans l'excitation mécanique de la muqueuse gastrique ; Pawlow démontre, par une série d'expériences, l'inexcitabilité absolue de l'estomac par une baguette de verre, une barbe de plume, un ballon de caoutchouc ou une pulvérisation de sable.

L'estomac est excité par les propriétés chimiques de l'aliment. L'eau exerce une faible action ; la plupart des éléments minéraux des cendres de viande n'en exercent aucune ; l'albumine, la peptone, les substances extractives, l'amidon, la graisse sont inactifs ; au contraire le bouillon, le jus de viande, les solutions d'extrait de viande, la peptone Chapoteaut, la viande crue, sont des excitants constants et puissants ; le lait, les solutions de gélatine agissent de même. La viande crue excite la sécrétion gastrique, la viande bouillie ne l'excite pas.

Pawlow pense que l'excitation chimique de la sécrétion gastrique est due à certaines substances résultant d'une première modification de l'aliment par le suc psychique ; en effet, les produits de la digestion de l'albumine d'œuf, extraits de l'estomac d'un chien et introduits dans l'estomac d'un autre chien excitent sa sécrétion gastrique. On voit par là l'importance du suc d'appétit qui est pour ainsi dire l'allumette qui met le feu au foyer.

La graisse exerce sur la sécrétion gastrique une influence inhibitrice puissante : ce qui explique la paresse de la sécrétion dans le repas de lait, la pauvreté en ferment du suc de lait, et la digestibilité plus grande du lait dégraissé que du lait complet.

La sécrétion gastrique possède une régulation automatique. L'acide chlorhydrique inhibe la sécrétion ultérieure du suc gastrique quand il s'amasse dans l'estomac en quantité notable ; d'autres acides, au contraire, comme l'acide phosphorique, l'acide butyrique, n'empêchent pas cette sécrétion ; là encore apparaît un exemple de l'excitabilité élective de la muqueuse de l'estomac.

La sécrétion pancréatique est puissamment excitée par les acides. Le contenu stomacal, en passant dans le duodénum, excite le pancréas, surtout parce qu'il possède, grâce au suc gastrique, une réaction acide. Ainsi apparaît l'influence de la sécrétion gastrique, acide, sur la sécrétion pancréatique.

D'autres agents excitent aussi la sécrétion pancréatique : l'amidon augmente la teneur du suc pancréatique en ferment amylolytique, mais n'excite pas la sécrétion pancréatique totale. La graisse est un véritable excitant de la sécrétion pancréatique et augmente la teneur du suc en ferment saponifiant. L'extrait de viande est inactif. L'eau à elle seule est un excitant du pancréas.

Par contre, les solutions alcalines, comme celles de bicarbonate de soude, inhibent fortement la sécrétion du pancréas.

L'action psychique n'a qu'un rôle faible dans la sécrétion pancréatique ; celle-ci continue pendant le sommeil.

* * *

Tous ces résultats montrent l'excitabilité spécifique des diverses glandes digestives et la synergie fonctionnelle qui les unit. Pawlow passe ensuite en revue les enseignements pratiques que la clinique peut tirer de ces données physiologiques.

La physiologie de la digestion ne fait que justifier les habitudes que nous avons pour l'ordonnance de nos repas, et qui se sont im-

posées par une adaptation inconsciente aux conditions les plus favorables de la vie. Dans les classes cultivées, tout est fait pour surexciter l'appétit dès le début du repas : la soupe, les hors-d'œuvre, les condiments contribuent à la production abondante du suc d'appétit.

Le repas commence généralement, en Russie, par un hors-d'œuvre, ou un petit verre d'eau-de-vie, puis un aliment chaud (bouillon ou soupe), ou le kwas dans les classes pauvres ; après que les hors-d'œuvre ont amené la sécrétion du suc d'appétit, que le bouillon a excité directement la muqueuse gastrique à sécréter, l'estomac est prêt à digérer l'aliment principal, de la viande ou des végétaux riches en hydrates de carbone.

Le mode habituel de terminaison du repas par des sucreries se comprend aussi; la faim satisfaite, il faut simplement finir sur une sensation agréable, sans imposer un nouveau travail aux glandes digestives.

Chez les sujets sans appétit, l'ordonnance seule du repas ne suffit pas ; il faut faire commencer le repas par un excitant chimique puissant, du jus de viande, du bouillon concentré, ou de l'extrait de viande.

Avant toute autre chose, chez un malade atteint d'une affection digestive, le médecin doit se préoccuper de rétablir l'appétit disparu. Recommander au malade de manger par petites portions et non jusqu'à satiété, le mettre à la diète, le soustraire à son entourage habituel, à ses préoccupations, l'envoyer dans une station thermale où son existence est réglée d'après ses besoins physiologiques, lui faire prendre des amers, ce sont là des moyens qu'on peut employer pour rendre au malade son appétit.

Le rôle des acides pour aider l'action du ferment gastrique et pour exciter la sécrétion pancréatique fait comprendre pourquoi nous avons une prédilection pour les sensations gustatives acides; nous aimons le vinaigre, les vins acidulés, les fruits et les légumes acides. Le paysan russe arrose son pain avec du kwas acide qui fait sécréter le pancréas et permet la digestion d'une grande quantité de pain. Les médecins prescrivent souvent aux dyspeptiques des solutions acides, chlorhydriques ou phosphoriques.

L'action inhibitrice de la graisse sur la sécrétion gastrique nous fait comprendre pourquoi le mélange d'aliments gras et d'albuminoïdes est particulièrement indigeste, tandis que la graisse seule est assez facilement digérée. Pour tout estomac faible, la médecine exclut l'alimentation grasse et recommande la viande maigre, le gibier; au contraire, dans les cas où il y a activité exagérée des glandes gastriques, la médecine ordonne une alimentation grasse ou de la graisse sous forme de médicament (émulsion) ; les aliments gras, l'huile de foie de morue, dans le traitement de la tuberculose, ne doivent pas être donnés en même temps que les autres aliments, mais à distance des repas, pour être bien supportés.

La physiologie nous explique pourquoi le lait est l'aliment le plus digestible : il exige un faible travail digestif, une faible sécrétion gastrique et pancréatique; il agit, même à l'insu du sujet, comme un excitateur chimique propre du tube digestif ; enfin, l'azote qu'il contient est beaucoup mieux utilisé que l'azote de tous les autres aliments. C'est donc, à tous points de vue, l'aliment économique par excellence.

L'expérimentation a permis aussi de comprendre le véritable rôle des alcalins; loin d'être excito-sécrétoire, comme on le dit souvent, le bicarbonate de soude est un modérateur des sécrétions gastrique et pancréatique ; c'est en diminuant l'excitabilité exagérée de la muqueuse gastrique, en mettant l'estomac et le pancréas au repos, que les alcalins ont un rôle utile dans le traitement des affections digestives.

L'adaptation des sécrétions digestives au régime ordinaire de l'individu nous explique aussi la nécessité d'une diététique individuelle, basée sur les habitudes antérieures du sujet. Un même régime ne convient pas à tout le monde.

*
* *

Pawlow a appliqué à l'étude des autres sécrétions digestives la même méthode que pour l'estomac et le pancréas; ses recherches ne sont pas encore aussi nombreuses, mais les résultats sont déjà intéressants.

La physiologie des glandes salivaires offre un exemple net d'adaptation fonctionnelle aux besoins de l'organisme; la nature de la salive secrétée varie avec le besoin de mastiquer, d'humidifier la bouche, de digérer des aliments ou de diluer une substance irritante. Les influences psychiques ont aussi une action très grande sur le travail des glandes salivaires; la vue ou le désir des aliments, les émotions excitent ou inhibent leur sécrétion, de sorte qu'il n'y a pas seulement une physiologie, mais une véritable psychologie des glandes salivaires.

L'action de la bile est encore mal connue ; on lui attribue des fonctions multiples. Pawlow, en établissant une fistule du cholédoque, a pu observer la pénétration de la bile dans l'intestin en rapport avec les besoins de la digestion. Chez l'animal à jeun, il ne s'écoule pas une goutte de bile dans l'intestin. Quelques temps après le début du repas commence l'écoulement de la bile qui dure autant que la digestion. Le mode d'écoulement de la bile est adapté à la nature des aliments. L'eau, les acides, l'albumine d'œuf crue, la colle d'amidon cuit ne provoquent pas d'écoulement; au contraire, les graisses, les extractifs de la viande et les produits de digestion de l'albumine amènent une issue abondante de la bile. Les courbes de la sécrétion biliaire et de la sécrétion pancréatique offrent une similitude frappante qui indique que des rapports très intimes unissent entre elles les deux sécrétions. Le rôle principal de la bile consiste à servir d'intermédiaire pour le passage de la digestion gastrique à la digestion intestinale; elle contrarie l'action de la pepsine, dangereuse pour les ferments pancréatiques, et favorise l'action des ferments du pancréas, celle du ferment saponifiant des graisses en particulier.

Pawlow a réhabilité le suc intestinal considéré, jusqu'ici, comme peu actif par les physiologistes. Ce suc possède la propriété incontestable d'augmenter l'efficacité de tous les ferments pancréatiques, et surtout celle du ferment de l'albumine. Il contient donc un ferment exerçant son action sur d'autres ferments, auquel Pawlow donne le nom d'entérokinase.

La sécrétion du suc intestinal est purement locale; elle ne se produit que dans le segment d'intestin directement excité. Ce fait a une signification rationnelle, car les matières alimentaires ne progressent que lentement à travers le canal digestif, et une sécrétion serait inutile là où il n'y pas encore d'aliment.

L'eau qui entre dans la composition du suc intestinal est sécrétée sous l'influence d'excitations grossières, mécaniques de la muqueuse; mais l'entérokinase ne se produit qu'après l'action excitante des ferments du pancréas.

Ainsi la bile et le suc intestinal se révèlent comme des adjuvants du suc pancréatique, permettant la continuité de l'action des ferments durant tout le cours des aliments à travers l'intestin.

Si l'on veut bien embrasser d'un coup d'œil l'ensemble des processus digestifs, on voit que les facteurs chimiques de la digestion forment une alliance complexe, s'enchaînant, se suppléant et se soutenant mutuellement.

Les sécrétions des glandes digestives, qui se succèdent depuis la bouche jusqu'à l'intestin, exercent une action les unes sur les autres.

La vue d'un aliment détermine une première sécrétion de salive et de suc gastrique; la salive déglutie, arrivant dans l'estomac, est un premier excitant de la sécrétion gastrique. Les aliments arrivant dans l'estomac y trouvent déjà une certaine quantité de suc gastrique qui leur fait subir une première modification, grâce à laquelle ils peuvent exercer sur la muqueuse une action chimique qui amène une sécrétion gastrique plus importante et plus durable.

La digestion gastrique terminée, le chyme est chassé dans le duodenum, où par son acidité il excite la sécrétion pancréatique; celle-ci, par son alcalinité, neutralise l'acidité du chyme ; et l'action des ferments pancréatiques, qui exige un milieu alcalin, peut alors s'exercer.

En même temps la sécrétion et l'excrétion biliaire sont excitées; la bile contribue à neutraliser le chyme, et aide le ferment lipasique du pancréas.

Le chyle descend ensuite peu à peu dans l'intestin, où le suc intestinal se mêlant à lui renforce l'action des ferments pancréatiques.

Ces données positives sur la synergie fonctionnelle des glandes digestives, sont un des résultats les plus remarquables des travaux de Pawlow.

Le mécanisme des sécrétions digestives et des mouvements du canal alimentaire, est réglé par les connexions nerveuses très délicates qui unissent les divers segments de l'appareil tout entier.

Un réflexe inhibe temporairement les mouvements expulsifs de l'estomac et ferme le pylore chaque fois qu'une portion du contenu stomacal est arrivée dans l'intestin. (Hirsch, V. Mering). Pawlow a vu que la réaction du contenu duodénal était le point de départ du réflexe : tant que ce contenu est acide, le pylore reste fermé; devient-il alcalin, le pylore s'ouvre. L'estomac se vide dans le duodénum par fractions successives, une portion nouvelle de chyme ne pouvant arriver dans l'intestin que quand la première a été neutralisée.

Les mouvements de l'estomac sont aussi

sous la dépendance des manifestations psychiques. L'estomac vide exécute de temps en temps des contractions évacuatrices vers l'intestin; les aliments introduits dans l'estomac à l'insu d'un animal n'arrêtent pas ces contractions; par contre, elles s'arrêtent aussitôt que l'on administre un repas vrai ou fictif; leur cessation dure jusqu'à ce que l'aliment ait été suffisamment transformé pour pouvoir passer dans l'intestin.

L'étude physiologique doit être suivie de l'étude pathologique du travail digestif.

Pawlow a déjà exécuté un certain nombre d'expériences sur les modifications des sécrétions digestives dans l'intoxication alcoolique, l'ulcère rond, l'asthénie et l'hypersthénie gastrique, etc.

Déjà apparait le rôle du mucus stomacal qui doit être envisagé comme un moyen énergique de défense contre les corps irritants ou toxiques. L'application d'alcool absolu, d'une solution de nitrate d'argent à 10 pour 100 ou d'une émulsion d'essence de moutarde à la surface de l'estomac provoque une sécrétion extrêmement abondante de mucus. Cette sécrétion protège les couches profondes, essentielles, de la muqueuse gastrique, de sorte que, dans les processus pathologiques bénins, l'épithélium seul est atteint, les glandes à suc gastrique sont respectées.

Lorsque les glandes sont altérées, lorsqu'il se développe un ulcère rond, la sécrétion gastrique provoquée par les moyens ordinaires ne se fait plus comme à l'état physiologique.

En multipliant les expériences, on pourra de cette façon faire l'étude de la pathologie gastrique et de la thérapeutique applicable aux affections de l'estomac. Déjà Pawlow a pu ainsi constater positivement l'action des alcalins contre l'hypersécrétion gastrique et l'importance des lavages de l'estomac empêchant la fermentation des matières alimentaires dans l'asthénie gastrique.

Le travail du professeur Pawlow ouvre une voie nouvelle à l'expérimentation. Il est intéressant, non seulement par les résultats fructueux qu'il a déjà produits, mais aussi par les idées philosophiques auxquelles il conduit et qui font de l'auteur un véritable disciple de notre immortel physiologiste Claude Bernard.

Pour toutes ces raisons, il faut savoir gré à MM. Pachon et Sabrazès d'avoir fait connaître aux médecins français « le Travail des glandes digestives ».

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

19 Novembre 1902.

Sur l'appendicite. — *M. Poirier* rappelle que lors de la discussion qui eut lieu il y a trois ans sur le même sujet, il avait conclu : 1° qu'il n'y a point de traitement médical de l'appendicite; et 2° que l'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, d'urgence, comme une hernie étranglée, dès que le diagnostic est établi. Depuis il a continué à appliquer avec intransigeance ces principes, au moins dans son service de l'hôpital Tenon, et les résultats qu'il a obtenus n'ont fait que l'encourager dans cette voie. En opérant systématiquement tous les cas d'appendicite aiguë, quels qu'ils fussent avec ou sans abcès péri-appendiculaire, péritonite généralisée, etc., qui se présentaient, il ne compte, en effet, qu'une mortalité de 8 pour 100. Sa statistique opératoire en ville, au contraire, atteint 30 pour 100; cela tient à ce qu'en ville on ne fait pas ce qu'on veut : on opère quand on le peut, au moment où l'on est appelé.

A propos de la technique opératoire à laquelle il a recours, M. Poirier insiste sur deux points : 1° Il ne prend aucun soin pour épargner la grande cavité péritonéale, et il n'hésite jamais à poursuivre aussi loin que nécessaire la recherche de l'appendice et des abcès péri-appendiculaires; ce faisant, il en est encore à attendre un cas d'infection opératoire de la grande séreuse péritonéale que la plupart des chirurgiens redoutent tant. — 2° M. Poirier attache une grande importance au drainage pour lequel il emploie quatre drains gros comme le pouce : deux au voisinage du cæcum, un plongeant jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas, le dernier au devant des anses grêles.

M. Ricard pense que, pour formuler les indications et contre-indications opératoires dans l'appendicite, le diagnostic de la forme anatomique n'est rien, et que celui de la forme clinique est tout. A quoi tient, en effet, la bénignité ou la gravité d'une appendicite? uniquement et absolument à la réaction péritonéale qui la complique. Et pour expliquer la conduite étayée sur la non-existence ou suivant l'existence, la nature, l'intensité de cette réaction péritonéale, M. Ricard reprend la vieille division des appendicites en : légères, moyennes et graves.

Dans les cas légers, trop trompeurs, indécis dans leur symptômes trop fugaces, il n'opère jamais, et il considère l'intervention comme un danger.

Par contre, il opère tous les cas graves (sauf ceux, bien entendu, où le malade est moribond), que ces cas soient d'ailleurs graves d'emblée, ou parce qu'ils ont été soumis trop tard à l'examen du chirurgien. Dans ces cas l'opération s'impose indiscutable et immédiate, et elle est la seule chance de salut, qu'il s'agisse d'une appendicite hypertoxique sans réaction péritonéale, presque fatalement mortelle, de la forme à péritonite nullement diffuse où l'on peut encore sauver quelques malades, ou enfin d'une appendicite avec gros abcès péritonéal.

Restent les cas moyens, aigus. Dans ces cas, s'il existe une collection purulente nette, M. Ricard, comme tous ses collègues, incise et draine largement cette collection. — Il est, au contraire, d'avis de respecter, tout en les surveillant, ces formes à plastron qui évoluent presque toujours vers la résorption ou l'abcédation franche : la surveillance permet de dépister l'évolution, rare, du côté de la péritonite et d'intervenir à temps. — Enfin, dans les cas franchement aigus, avec réaction péritonéale nette, douleur plus ou moins modérée, pouls fréquent mais plein, température élevée, etc., M. Ricard se déclare nettement temporisateur, et il pense que, traitées méthodiquement d'après les règles usuelles : repos, diète, opium, glace sur le ventre, ces appendicites guérissent le plus souvent sans procurer de ces surprises brutales qu'a signalées M. Legueu.

En résumé, comme l'a dit M. Quénu, si l'appendicite relève du chirurgien, elle ne relève pas forcément de l'acte chirurgical, et elle ne saurait être soumise à la formule thérapeutique par trop simpliste des interventionnistes radicaux.

M. Walther. La question de la valeur comparée des deux méthodes de traitement de l'appendicite — intervention immédiate dans tous les cas et à toutes les périodes, intervention subordonnés à des indications particulières tirées soit de l'état général, soit de l'état local — ne peut être résolue que par l'étude des faits, par la comparaison des statistiques, de statistiques individuelles intégrales.

M. Walther apporte donc, à titre de documents, la statistique des opérations qu'il a faites en ville du 1er Janvier 1900 au 15 Novembre 1902, et celle des opérations qu'il a faites à la Pitié depuis le 1er mai 1901 ; ces deux statistiques réunies comportent un chiffre de 203 cas qui se divisent de la façon suivante :

Opérations à chaud, 23 cas avec 15 guérisons et 8 morts ;

Opérations à froid après crise grave, 74, avec 74 guérisons ;

Opérations à froid, après crise légère ou pour appendicite chronique, 106 cas, avec 106 guérisons.

M. Richelot estime que les appendicites qui guérissent sans opérations sont les plus rares, et que le meilleur moyen de prévenir les désastres du genre de celui qu'a signalé M. Legueu est d'opérer toutes celles qui s'imposent à notre attention. Il faut donc agir très souvent, mais cependant avec opportunité.

Toutes les fois que la douleur s'est déclarée brusque, violente, et que la fièvre n'est pas éphémère, toutes les fois qu'on peut dire « appendicite aiguë et fébrile, le danger existe; il faut y parer, autant que faire se peut, dans les deux premiers jours. Le médecin qui, en pareil cas, temporise de parti pris pour laisser refroidir peut avoir des succès, mais commet une imprudence, car nul indice constant ne permet de prévoir comment tournera une appendicite. D'ailleurs, pratiquée dans les quarante-huit premières heures, l'opération réussit presque invariablement.

M. Richelot envisage ensuite les cas où le malade est vu à une période plus tardive, quand la crise est apaisée. A quels signes reconnaîtrons-nous une rémission franche ou une accalmie traîtresse, comme celle de M. Legueu? Est-ce à l'atténuation de la douleur, à l'abaissement de la température? à la fermeté et à la régularité du pouls? Non, c'est le facies du malade et sa manière d'être qui renseigneront le chirurgien. Dans la rémission franche, les traits sont reposés, le malade n'est ni abattu ni anxieux, il a le calme vrai auquel ne saurait se tromper l'observateur sagace. Au contraire, si les traits restent tirés, si le visage est pâle, si avec cela le malade présente une sorte *d'optimisme anxieux*, tout à fait caractéristique, c'est que le mal n'a pas désarmé et que la même nécessité d'agir persiste.

En somme, être très radical avec les appendicites franches commençantes et très clinicien avec les appendicites prolongées, c'est-à-dire savoir distinguer très nettement les appendicites en voie de rémission franche des appendicites en accalmie apparente, tel est le conseil par lequel M. Richelot résume sa communication.

Périnéorraphie par interposition. — *M. Pierre Delbet.* Ce procédé étant à peu près le même que celui qui a été décrit dans le dernier numéro de *La Presse Médicale* par MM. P. Duval et R. Proust (Technique de la suture des muscles releveurs de l'anus au cours de la périnéorraphie, n° 94, p. 1120), nous renvoyons pour la description de ses temps essentiels à l'article en question. La principale différence qui existe entre les deux procédés consiste en ce que, dans le procédé de Delbet, on se contente de suturer les releveurs par leurs bords, tandis que, dans le procédé de Duval et Proust, ces muscles sont suturés par leurs faces internes, ce qui présente le triple avantage de provoquer la propulsion en avant de la paroi postérieure du vagin, d'assurer la fixation et la tension de ce conduit en position haute, enfin de constituer un noyau musculaire assez épais au-dessous du Douglas.

Épithéliome du sein. — *M. Walther* présente une malade atteinte d'une ulcération suspecte du sein pour laquelle il demande l'avis de ses collègues. L'aspect et la marche de cette ulcération ne sont pas dans leur ensemble ceux d'un cancer, mais son fond offre cependant tous les caractères de l'épithélioma. Il n'y a pas d'adénopathie et, d'autre part, il faut ajouter que cette ulcération a été avantageusement modifiée par le traitement spécifique.

Rhinoplastie par la méthode italienne associée au renversement d'un lambeau fronto-nasal destiné à doubler le lambeau brachial. — *M. Berger* présente la malade chez qui il a pratiqué cette opération pour une destruction complète du nez. Il a obtenu ainsi une sorte de trompe, entièrement recouverte de peau, qui s'implante à la racine du nez, et aux dépens de laquelle il sera facile, dans une séance ultérieure, de reconstituer, à l'aide d'une petite opération complémentaire, un appendice nasal de dimensions et de formes normales.

Ecrasement du membre supérieur; conservation. — *M. Kirmisson* présente un jeune garçon de douze ans qui montre jusqu'où peuvent aller les résultats de la chirurgie conservatrice chez les enfants. Ce petit malade avait eu le bras gauche écrasé par un wagon : large plaie déchiquetée, ouverture de l'articulation, fracture ouverte de l'humérus, tout semblait indiquer une amputation du bras. Cependant M. Kirmisson pensa qu'en raison de la conservation des vaisseaux et nerfs principaux du membre, il y avait lieu de surseoir à l'opération et d'attendre. Il se contenta donc d'enlever le fragment inférieur de l'humérus fracturé et dénudé et de drainer la plaie. Or, les résultats de cette tentative de conservation ont été des plus heureux; sans doute, ils ne sont pas parfaits : il existe une mobilité exagérée du coude, les mouvements de pronation et de suppination sont supprimés, mais du moins le blessé a-t-il une main qui lui permet de saisir et de serrer complètement les objets.

Appendicite calculeuse aiguë : opération à chaud; pleurésie séreuse interlobaire gauche suivie de pleurésie purulente également à gauche; pleurotomie; guérison. — *M. Guinard* présente le jeune garçon qui fait le sujet de cette observation, laquelle a déjà fait l'objet d'une communication au dernier Congrès de chirurgie. (V. *La Presse Médicale*, 1902, n° 87, p. 1041.)

Trois tailles hypogastriques successives pour tumeurs de la vessie. — *M. Albarran* présente le malade chez lequel il a fait ces 3 opérations : la première en 1893, la seconde en 1895, la dernière en octobre dernier. Cette observation est intéressante : 1° Parce qu'elle montre que, même après 3 tailles hypogastriques portant sur la même ligne d'incision, on peut avoir une excellente paroi abdominale; 2° parce que les 3 opérations ont été faites pour des tumeurs différentes : il n'y a pas eu récidive des tumeurs primitivement opérées, mais bien néoformation de nouvelles tumeurs, comme le montrent la nature et le siège des tumeurs enlevées successivement; — 3° enfin et précisément à cause de cette absence de récidive de la première tumeur enlevée, qui était un épithéliome pour lequel on n'avait fait aucune résection proprement dite de la vessie.

Seringue à injection de paraffine à chauffage électrique. — *M. Nélaton* présente cette seringue au nom de MM. Viollet et Gaiffe.

Hématocèle d'origine tubaire sans rupture de la trompe utérine. — *M. Potherat*, chez une malade qu'il avait opérée avec le diagnostic d'appendicite tant les symptômes de cette affection étaient nets, tomba sur un gros caillot occupant la fosse iliaque droite, du sang liquide épandu entre les anses intestinales, enfin une trompe droite distendue également par un gros caillot cruorique, ainsi que le montre la pièce après ablation. Pas de fœtus, mais le caillot intratubaire est fortement adhérent en un point et fait supposer l'existence d'une placentation.

Néphrotomie pour volumineux calcul du rein. — *M. Carlier* (de Lille) présente un calcul de 148 grammes qu'il a enlevé chez un malade âgé de trente ans qui présente en même temps une volumineuse tumeur vésicale.

J. Dumont.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

21 Novembre 1902.

Grossesse extra-utérine. — *M. Okinczyc* communique un cas de grossesse extra-utérine rompue, opérée et guérie, observée dans le service de M. Tuffier chez une malade qui avait présenté, un certain temps auparavant, une grossesse extra-utérine du côté opposé.

Tubercule du cervelet. — *M. Okinczyc* montre une pièce de tubercule du cervelet provenant de l'autopsie d'un jeune homme de dix-huit ans à qui l'on avait pratiqué l'hémicraniectomie sans tomber sur la lésion.

Fibromyome de l'estomac. — *M. Heitz* présente un fibromyome calcifié de l'estomac. La tumeur est située sous la séreuse péritonéale; la muqueuse gastrique n'est pas en cause.

Production ossiforme intra-thoracique. — *M. Heitz* montre un poumon réduit au volume des deux poings; on note une sclérose pulmonaire très considérable, avec une dilatation bronchique. A la face interne des côtes, on constate une production ossiforme qui paraît d'origine pleurale.

M. Cornil est d'avis que dans cette production, si on en pratiquait des coupes, on ne trouverait que de la calcification et non de l'ossification.

Syphilis tertiaire viscérale. — *M. Salomon* présente des gommes du poumon, coïncidant avec un foie scléreux avec nodules gommeux.

Des modifications de l'utérus dans la grossesse tubaire. — *M. Weinberg* a étudié plusieurs utérus provenant de malades opérées pour grossesse tubaire.

L'utérus, dans ces cas, est toujours augmenté de volume, et en général de consistance très ferme. Dans un cas où la malade est morte d'hémorragie grave consécutive à la rupture du sac tubaire, le corps utérin était d'une mollesse extrême.

A l'ouverture de ces utérus, on constate un épaississement considérable de la muqueuse utérine. Cet épaississement, qui peut atteindre jusqu'à 12 et 14 millimètres et dont le maximum est situé, tantôt au milieu d'une des deux faces, tantôt vers le fond, est toujours limité à la muqueuse du corps. La muqueuse du col, d'aspect lisse et blanchâtre, garde son épaisseur normale.

L'examen histologique montre qu'il s'agit ici d'une véritable transformation déciduale de la muqueuse utérine. La couche compacte est formée de grandes cellules polymorphes à protoplasme opaque et à gros noyau prenant faiblement la matière colorante. Entre ces grandes cellules déciduales, on en trouve d'autres plus petites. En outre, dans certains cas, des cellules migratrices en nombre assez considérable viennent infiltrer la caduque. Cette couche compacte est souvent parcourue par quelques canaux glandulaires qui peuvent conserver leurs cellules cylindriques ou cubiques. La couche spongieuse est tantôt très développée, tantôt, au contraire, très mince, et cela en dehors de toute influence du siège de la grossesse tubaire. Quand la couche spongieuse est peu prononcée, elle est surtout marquée par des glandes très dilatées et contenant dans leur intérieur un nombre considérable de cellules épithéliales desquamées.

Lorsque la caduque commence à se détacher, on peut trouver dans sa couche spongieuse des thromboses vasculaires.

La troisième couche, la plus externe, décrite par quelques auteurs et renfermant des éléments destinés à reconstituer la muqueuse utérine après la chute de la caduque, est parfois si insignifiante qu'on peut la confondre avec la partie externe de la couche précédente.

L'épithélium de revêtement de la muqueuse utérine, quoique très aplati par places, peut être retrouvé dans certains cas, surtout au début de la transformation déciduale, sur une assez grande étendue.

La transformation déciduale de la muqueuse utérine a lieu que la grossesse tubaire soit interstitielle, isthmique ou ampullaire.

Kyste hydatique de la colonne vertébrale simulant le mal de Pott. — *M. Sabaréanu* communique un cas de déformation gibbeuse, angulaire, de la colonne vertébrale, analogue à celle qui relève du mal de Pott. Il y avait même trois poches fluctuantes qui simulaient des abcès et qui étaient constituées par le kyste hydatique.

M. Brault insiste sur l'impossibilité de différencier cliniquement, dans le cas actuel, la déformation due au mal de Pott de celle qui peut être due à la destruction de la colonne par les kystes hydatiques. Généralement ces kystes pénètrent dans le canal rachidien sans détruire la colonne osseuse. Ici enfin le kyste était solitaire, et les viscères en étaient indemnes.

M. Cornil fait remarquer la fréquence des kystes hydatiques des os en Allemagne. Ils siègent de préférence aux extrémités osseuses.

Kyste tubo-ovarien. — *MM. Pierre Descomps et da Silva Rio-Branco* apportent un volumineux kyste tubo-ovarien, variété anatomique assez rare de kyste de l'ovaire. Il semble qu'il y aurait intérêt à réserver le nom de kyste tubo-ovarien pour les faits où il s'agit nettement d'un kyste ovarique en communication avec la trompe dilatée ou non. Dans tous les cas, il serait facile de donner un nom qui précise la localisation anatomique : kyste ovarique, kyste tubaire, kyste tubo-ovarien, kyste tubo-wolfien, etc.

Monstre pseudencéphalien. — *M. Bosc* montre le cadavre d'un nouveau-né qui a vécu dix-huit heures, et qui constitue un exemple de monstre pseudencéphalien thlipsencéphale. La voûte du crâne, manquant presque complètement, est remplacée par un tissu mou, de couleur rouge foncée.

On note, de plus, une double ectopie testiculaire.

Cellules nerveuses multinucléées dans les ganglions solaires de l'homme. — *M. Laignel-Lavastine*, au cours de l'examen de 73 plexus solaires d'hommes adultes, a fréquemment rencontré des cellules nerveuses multinucléées. Ces cellules contiennent 2, 3, 4, 5 ou même 6 noyaux. Chacune d'elles est entourée d'une capsule endothéliale unique.

Ces figures ne sont pas des apparences dues à la superposition de plusieurs cellules distinctes. On les constate sur les plus minces et rigoureusement dans le même plan.

Elles ne sont pas des coalescences cellulaires résultant d'un processus de destruction des éléments mobiles, car elles ont fréquemment une structure tout à fait normale; les noyaux clairs se détachent sur le protoplasme parsemé de granulations chromophiles et contiennent des nucléoles très vivement colorés.

Elles ne résultent pas de la prolifération des cellules nerveuses au cours d'un processus inflammatoire, car on les observe dans des ganglions normaux.

Elles paraissent être des reliquats chez l'adulte d'un état embryonnaire et une des marques du processus évolutif tardif du système sympathique.

En effet, on observe en très grande abondance des cellules semblables dans les ganglions solaires des enfants nouveau-nés ou âgés de quelques mois. Elles deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on examine un individu plus âgé, mais on peut encore les trouver chez les vieillards.

Suppurations méningées chez trois paralytiques généraux. — *MM. Laignel-Lavastine et Mermier* présentent des coupes de suppurations méningées chez trois paralytiques généraux provenant du service de M. Vigouroux à l'asile des aliénés de Vaucluse.

Dans le premier cas, on voit une nappe de pus, recouvrant la pie-mère considérablement épaissie par la méningite chronique.

Dans le deuxième cas, on voit de petits îlots purulents constellant la superficie de la méninge extraordinairement épaissie et transformée en tissu conjonctif adulte.

Dans le troisième cas, on voit la transformation purulente d'un hématome développé dans de jeunes membranes fibrineuses qui recouvraient la méninge molle.

Dans ces trois cas, le diagnostic de paralysie générale établi d'après des signes cliniques constatés pendant des mois, confirmé par l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien qui montre des lymphocytes, et par l'examen anatomique qui montre les lésions classiques de la méningo-encéphalite diffuse et chronique, n'est pas discutable.

La porte d'entrée de l'infection purulente des méninges a été une fois une escarre sacrée, et deux fois un anthrax.

Deux fois, la suppuration méningée s'accompagnait de néphrite purulente. Ces trois cas peuvent être rangés en 2 groupes, selon qu'il s'agit de méningite purulente ou d'hématome suppuré.

Des observations analogues chez les paralytiques généraux sont d'une extrême rareté.

M. Milian. Les examens cytologique et bactériologique avaient-ils été faits pendant la vie?

M. Laignel. L'examen cytologique non, bactériologique oui. Celui-ci avait été négatif en milieux aérobie et anaérobie.

M. Milian. J'ai demandé ces renseignements pour la raison suivante : j'ai pratiqué avec mon ami M. Lombard, oto-laryngologiste des hôpitaux, chez des malades atteints d'otite suppurée chronique et se plaignant de céphalalgie la ponction lombaire exploratrice. Chez trois de ces malades, le liquide était normal. Chez trois autres, il y avait lymphocytose, et le liquide céphalo-rachidien était stérile en milieux aérobie et anaérobie. Or ces malades sont morts huit jours après d'une méningite purulente typique avec germes variés, pneumocoque en particulier. Outre la lymphocytose, sur laquelle je ne veux pas insister aujourd'hui, il est intéressant de noter la stérilité du liquide céphalo-rachidien médullaire alors qu'évidemment le liquide céphalo-rachidien cérébral était infecté. Les deux circulations céphalo-rachidienne cérébrale et médullaire sont donc, du moins de haut en bas, autonomes, et, malgré la communication directe des deux cavités, il y a des méningites cérébrales indépendantes de toute localisation médullaire.

V. Griffon.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 3 Décembre 1902, à 1 heure. — M. Verneau : Maladies que l'on soigne au sanatorium de Hendaye; MM. Lannelongue, Gaucher, Mauclaire, Besançon. — M. Dubreuil : Contribution à l'étude du spina-bifida; MM. Lannelongue, Gaucher, Mauclaire, Besançon. — M. Chichkoff : Des rapports de la leucoplasie buccale avec la syphilis; MM. Gaucher, Lannelongue, Mauclaire, Besançon. — Mme Fabre : Contribution à l'étude des hématomes du cordon ombilical; MM. Pinard, Terrier, Wallich, Potocki.

Jeudi 4 Décembre 1902, à 1 heure. — M. Burthe ; Des éliminations dans les néphrites chroniques scléreuses; MM. Bouchard, Gilbert, Charrin, Desgrez. — M. Prunier : Alimentation dans les fièvres; MM.

Gilbert, Bouchard, Charrin, Desgrez. — M. Boute : De l'éléphantiasis des paupières; MM. De Lapersonne, Troisier, Faure, Jeanselme.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 1er Décembre 1902. — 5e, Chirurgie (Première partie), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Broca (Aug.), Gosset. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Teissier, Legry. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Roger, Bezançon.

Mardi 2 Décembre 1902. — Médecine opératoire, École pratique : MM. Berger, Hartmann, Thiéry. — 3e (Première partie), Oral, Salle Richet : MM. Budin, Pozzi, Schwartz. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Le Dentu, Faure, Auvray. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. De Lapersonne, Albarran, Marion. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Dieulafoy, Dupré, Rénon.

Mercredi 3 Décembre 1902. — 2e, Chirurgien-dentiste : MM. Landouzy, Roger, Legueu. — 3e (Deuxième partie), Oral : MM. Brissaud, Dejerine, Legry. — 4e, Salle Richet : MM. Pouchet, Wurtz, Teissier.

Jeudi 4 Décembre 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Méry, Guiart. — 2e, Chirurgien-dentiste, Salle Thouret : MM. Launois, Thiéry, Dupré. — 4e, Salle Richet : MM. Chantemesse, Thoinot, Vaquez.

Vendredi 5 Décembre 1902. — 2e, Chirurgien-dentiste : MM. Landouzy, Walther, Bezançon. — 4e, Salle Béclard : MM. Hayem, Thoinot, Wurtz. — 5e, Chirurgie (Première partie), Necker : MM. Kirmisson, Legueu, Gosset. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 6 Décembre 1902. — (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Chantemesse, Méry, Desgrez. — 2e, Chirurgien-dentiste : MM. Gilbert, Gouget, Auvray. — 2e, Salle Richet : MM. Rémy, Langlois, Broca (André). — 3e (Première partie), Oral, Salle Thouret : MM. De Lapersonne, Potocki, Marion. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

La chaire d'anatomie. — Par décret en date du 23 Novembre 1902, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Poirier, agrégé des Facultés de médecine, ancien chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur d'anatomie à ladite Faculté.

Laboratoire d'anatomie pathologique. — Des conférences d'exercices pratiques de diagnostic de pièces anatomo-pathologiques auront lieu sous la direction de M. R. Marie, préparateur.

La durée du cours est d'un mois; il commencera le 1er Décembre, les séances ayant lieu tous les jours, à partir de 2 heures de l'après-midi.

L'objet en sera l'étude des pièces anatomo-pathologiques, surtout chirurgicales, qui sont envoyées journellement au laboratoire, ou qui seront apportées par les élèves.

Les examens seront confiés aux élèves, qui feront, sous la direction du préparateur, les coupes et toutes les manipulations nécessaires à un examen microscopique complet.

N. B. — Des connaissances d'histologie normale et de technique sont nécessaires pour suivre les conférences. Le nombre des élèves ne dépassera pas 12 pour chaque série de 1 mois. — Le prix du cours est fixé à 60 francs.

Pour tous les renseignements, s'adresser à M. R. Marie, tous les jours de 2 heures à 4 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique de M. le professeur Cornil.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le prof. A. Demons, professeur de clinique chirurgicale, membre du Conseil de l'Université, est nommé assesseur du doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Faculté de médecine de Bordeaux. — *Prix de la Faculté.* — Première année : Médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Ferras; 1re mention honorable, M. Perreaux; 2e mention honorable, M. Cauaguier. — Deuxième année : Médaille d'argent et 100 francs, de livres M. Hérissé; mention honorable, M. Bellot. — Troisième année : Médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Janneau; mention très honorable, M. Esserteau; 1re mention honorable, M. Primislas-Lallement; 2e mention honorable, M. Boucher; 3e mention honorable, M. Lancelin.

Prix du Conseil général de la Gironde. — 300 fr. (médaille de vermeil et numéraire), M. Lafargue.

Prix de la Ville de Bordeaux. — 300 francs (médaille de vermeil et livres), M. Laffargue.

École de médecine de Nantes. — M. Brillouet (Raymond) a été nommé aide d'anatomie à l'École de plein exercice médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Ménager, démissionnaire.

École de médecine de Poitiers. — Le concours pour la place vacante de professeur suppléant de clinique médicale s'est terminé par la désignation de M. Beauchant.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour la désignation de pharmaciens adjoints des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Fayolle, Vial, Courtier, Bonnet, Durupt, Charbonnier, Brandon, Baton, Bridon, Escallon, Brivet, Faysse.

Hôpitaux de Nancy. — Le concours pour l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Molly, Blum et Barthélémy.

Le concours pour l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Lévy (Ed.), Parisot (J.), Hérique, Richard (G.), Voirin, Dieudonné, Collombier, Richard (L.), Conter, Antoine, Schneider, Boyé, Poirel, Rouyer, Alison.

Hôpitaux de Toulouse. — Sont nommés, après concours, internes titulaires en médecine : MM. Molinery, Serr, Rougean, Ancian, Combeléran et Roche (*ex æquo*); internes provisoires : MM. Rambaud et Morère.

Sont nommés, après concours, internes titulaires en pharmacie : MM. David, Raffet et Fumat; internes provisoires : MM. Blanc, Médan et Goubin.

Asiles d'aliénés. — M. Truelle, médecin adjoint de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, est élevé à la première classe du grade.

NOUVELLES

Paris et Départements

Service de santé de la marine. — Sont nommés dans la réserve de l'armée de mer : au grade de médecin principal de réserve, M. Piton, médecin principal en retraite.

Au grade de médecin de 1re classe de réserve, MM. les médecins de 1re classe en retraite : Marchandon, Rochard, Duprat.

Société des sciences médicales de Tunis. — La Société internationale des sciences médicales de Tunis vient de constituer son bureau de la façon suivante : MM. Braquehaye, président; Molco, vice-président; Cuénod, secrétaire général; Cattan, secrétaire adjoint; Santillana, caissier; Morpurgo, bibliothécaire; Schoull, Macotta, conseillers; Néc, délégué des pharmaciens.

Étranger.

Un nouveau mode d'assurance contre la maladie. — A Saint-Pétersbourg, vient d'être fondée une Société d'assurance contre la maladie. Voici quelles en sont les bases qui ont été posées par le propriétaire Litinsky et le docteur en médecine Verjbitsky.

Tout locataire d'immeuble faisant partie de l'association s'engage à verser régulièrement à la caisse sociale 1 1/2 pour 100 du prix de son loyer. En retour de cette contribution minime, tout locataire est assuré de recevoir l'assistance médicale et gratuite d'un docteur de son quartier, à toute heure du jour ou de la nuit. Et cette assistance médicale s'étend à tous les membres de sa famille et aux personnes à son service. En outre, la Société se charge de désigner à tous ses membres un certain nombre de pharmacies où les remèdes leur seront fournis à des prix très réduits.

CONCOURS

Externat. — *Pathologie.* — Séance du 21 Novembre. — *Technique de l'autopsie des cavités thoracique et abdominale* : MM. Guenot, 12; Gailleur, 7; Mlle Hessen, 16 1/2; MM. Dupuy (Jacques); Eugène, 13; Izou, 13; Fabre, 17; Godron, 14; Gautier (Jean), 16; Durand (Gustave), 14; Gauthereau, 17; Hugetet, 17; Galibert, 13; Houzel, 16; Dyvrande, 17; Goupil; Dupuy (Jean), 17 1/2; Gelma, 15; Hochart, 10; Glenard, 17 1/2; Mlle Giry, 17; M. Faix, 16 1/2. — *Absents* : MM. Garcin, Isautier, Girard.

Anatomie. — Séance du 22 Novembre. — *Face inférieure du foie* : Mlle Dervojno, 9; MM. Benon, 18; Cheurlot, 18; Armanet, 6; Ancibure, 17; Chené, 15; Castéran, 16 1/2; Alexandresco, 15; Clermont, 9; Coudert, 16; Corpechot, 18 1/2; Baudoin (A), 14; Desvernine, 14; Dauge, 13; Bories, 16; Bougarel, 16; Darnaudpays, 11; Dournel, 12 1/2; Delpech.

Hôpital d'Aix. — Un concours pour deux places d'élèves internes en médecine à l'hôpital d'Aix aura lieu le 19 décembre 1902.

Hôpitaux de Marseille. — Un concours pour cinq places d'élèves internes en médecine s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Marseille le 8 Décembre 1902.

— Un concours pour dix places d'élèves externes en médecine s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Marseille le 15 Décembre 1902.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 96 — Samedi, 29 Novembre 1902. — 10 FRANCS par an.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

AVIS IMPORTANT

Renouvellement des Abonnements.

Par suite de l'application du règlement du 1er Août les frais de recouvrement des abonnements par la poste sont devenus très onéreux. L'administration de **La Presse Médicale** *désirant avant tout ne pas être dans la nécessité d'augmenter le prix de l'abonnement serait très reconnaissante à ses abonnés de lui faire parvenir directement, 3,* RUE RACINE, *par un* **bon de poste** *(moyen le plus pratique) ou par* **mandat-poste**, *le montant de leur abonnement, soit* **10 francs** *pour la France et* **15 francs** *pour l'étranger.*

SOMMAIRE

AUX MÉDECINS ARTISTES

Les médecins ont toujours passé pour des gens de goût s'intéressant aux choses d'art. Ce goût est, d'ailleurs, chez beaucoup d'entre eux, en quelque sorte inné, car la Médecine, étant tout à la fois une science et un art, les médecins doivent être plus ou moins des savants doublés d'artistes.

C'est donc en invoquant ces tendances artistiques que je me permets d'attirer l'attention du corps médical sur un acte de vandalisme, qui, heureusement, n'est encore qu'à l'état de projet, et contre lequel il n'est que temps de protester : la destruction d'un monument historique des plus remarquables. Le sort de ce monument nous intéresse doublement, nous autres médecins, puisque ce n'est pas seulement un véritable type architectural, c'est de plus un hôpital et même l'un des plus anciens de France : l'hôpital de Tonnerre.

Cet hôpital remonte au XIIIe siècle ; il fut fondé en 1293 par la reine Marguerite de Bourgogne, femme de Charles d'Anjou, roi de Jérusalem, Naples et Sicile, le frère de Saint-Louis. C'est un des plus beaux spécimens d'architecture classique de l'époque. Il possède une charpente prodigieuse, unique ; les poutres en chêne ont 20 mètres de long. Ses dimensions sont extraordinaires : 100 mètres de long, 20 mètres de large, 26 mètres de haut ; ce qui faisait 1.000 mètres cubes par malade qui n'étaient jamais plus de 40. Il est le plus vaste, le plus curieux et, après celui d'Angers, le plus ancien des hôpitaux de France.

* * *

Tonnerre n'a pas de marché couvert ; les transactions se font en plein air ; quand il pleut les marchands s'abritent sous des parapluies. Or, la municipalité tonnerroise n'a trouvé rien de mieux, pour pallier à cet inconvénient, que de transformer l'ancien hôpital en une halle couverte. C'est la mutilation du monument et sa démolition à brève échéance, car il est impossible que cet antique édifice convienne à un marché moderne sans que l'on en détruise complètement le caractère.

Le devoir de tous les hommes de goût qui s'intéressent à nos richesses artistiques est donc de s'opposer à semblable mutilation. De vives protestations s'élèvent d'ailleurs déjà : c'est ainsi que, dans l'une de ses dernières chroniques du *Journal des Débats*, le maître publiciste qu'est André Hallays critiquait vivement, avec sa verve habituelle, le projet de la municipalité de Tonnerre. « Si, disait-il, les raisons tirées de l'histoire et de l'esthétique ne sont point assez fortes pour toucher les imaginations, il y a d'autres arguments encore contre la reconstruction de l'hôpital-marché : « A-t-on songé que l'hôpital actuel est situé tout à côté de la salle que l'on prétend utiliser ; que, pendant les travaux, on va dans le voisinage immédiat des malades bouleverser un cimetière, et que, pour l'avenir, on place sous les fenêtres de ces malades un marché, c'est-à-dire, aux jours d'été, un véritable foyer d'infection » ?

Dans nombre de villes c'est au nom de l'hygiène et de la salubrité que l'on démolit impitoyablement d'anciennes constructions, sans se préoccuper du cachet artistique qu'elles donnaient à la ville ; souvent d'irréparables malheurs sont ainsi commis d'un cœur léger par des municipalités inconscientes ; l'on sait, par exemple, quels efforts certaines sociétés, celle de Rouen par exemple, que dirige si activement notre confrère Brunon, sont obligées de faire pour empêcher la destruction de merveilles du moyen âge et de la Renaissance.

Comme l'a montré André Hallays, dans les circonstances actuelles, la municipalité de Tonnerre ne peut pas invoquer cette excuse de l'hygiène et de la salubrité. Qu'elle se rappelle donc ce que Viollet-le-Duc écrivait en 1863, après avoir obtenu de la Commission des monuments historiques qu'elle sauvât cet hôpital de Tonnerre déjà compromis à l'époque : « Combien de villes se sont ainsi, sans raison sérieuse, dépouillées des monuments qui constataient leur ancienneté, qui leur donnaient un intérêt particulier et qui retenaient les étrangers dans leurs murs. Beaucoup regrettent, un peu tardivement, ces actes de vandalismes et s'étonnent de ce que les étrangers passent indifférents au milieu de leurs rues neuves » !

L'hôpital de Tonnerre est, il est vrai, un monument *classé* : il est donc protégé par une loi, celle de 1887 sur la protection des monuments historiques. Malheureusement des faits nombreux sont là pour démontrer que l'Etat n'applique pas toujours intégralement cette loi et finit souvent par céder aux caprices de certaines municipalités. On se souvient par exemple de l'histoire des remparts d'Avignon auxquels la direction des Beaux-Arts avait juré ses grands dieux qu'on ne toucherait jamais, alors que dix-huit mois après elle soumettait un projet de déclassement des murailles que la Commission des monuments historiques s'empressait d'accepter.

Aussi bien, comme l'écrivait encore André Hallays, « si l'hôpital de Tonnerre ne trouve pas d'autres défenseurs que le directeur des Beaux-arts et la Commission des monuments historiques, il est bel et bien perdu ».

Mais il paraît que la municipalité de Tonnerre ne mettra pas facilement à exécution son malencontreux dessein. Tout un parti éclairé de Tonnerrois s'efforce de lui faire comprendre quel préjudice serait causé à la ville par la destruction ou tout au moins la détérioration du vieil hôpital de Marguerite de Bourgogne, et s'efforce déjà de créer un mouvement d'opinion. A la tête des protestataires est un confrère, M. Chaput, chirurgien des hôpitaux de Paris, originaire de Tonnerre, qui vient de commencer sa campagne, approuvée déjà par beaucoup de ses compatriotes fiers, et à juste titre, de leur vieil hôpital. Il nous prie de mettre nos lecteurs au courant de la question ; nous le faisons d'autant plus volontiers qu'avec lui, comme il l'écrivait récemment dans un journal local, « nous pensons que le corps médical de toute la France s'intéressera à l'hôpital le plus ancien et le plus curieux que nous possédions ».

* * *

Cet intérêt porté à l'un de nos plus anciens monuments ne peut et ne doit pas être simplement platonique.

Le vieil hôpital a besoin d'importantes réparations ; sa toiture est en assez mauvais état ; sa belle charpente est en certains endroits menacée ; l'eau filtre les jours de pluie. Or, ces réparations sont urgentes, d'autant plus que de tout temps, il fallut lutter contre l'humidité, et la grande salle fut même définitivement évacuée dès 1644 comme étant malsaine.

Si ces réparations ne se font pas, c'est que les ressources manquent à l'hospice de Tonnerre dont les revenus tout en terres et en vignes sont depuis quelques années singulièrement diminués ; c'est que la municipalité ne se soucie guère d'inscrire à son budget la conservation d'un monument historique ; c'est que l'Etat reste sourd aux demandes de subvention. Force est donc de recourir à l'initiative privée.

Il faudrait environ 30.000 francs pour remettre en état la toiture et faire les consolidations urgentes. Il est inadmissible que, par souscription, cette somme ne puisse être réunie pour sauver du vandalisme un des plus purs vestiges de l'art au XIIIe siècle.

Lorsque cette souscription sera ouverte, nous en informerons nos lecteurs qui ne manqueront pas de seconder leur confrère Chaput dans la tâche qu'il a entreprise. Les médecins ne peuvent laisser ainsi disparaître l'un des plus anciens hôpitaux de France.

E. De Lavarenne.

LIVRES NOUVEAUX

François Rossi (1796-1799). — *Traité de l'art des accouchements*. Fragments d'après les manuscrits inédits de la Bibliothèque de l'Académie royale des sciences de Turin, publiés par le professeur J. Carbonelli, accoucheur en chef de la Maternité de Turin (Turin, imprimerie J. A. Cassasone, 1902).

François Rossi naquit à Cinzano le 5 avril 1769 et mourut à Turin le 18 octobre 1841. Il fit la campagne de 1796 en qualité de chirurgien et fut nommé, dès cette année, répétiteur au collège provincial ; promu professeur d'obstétrique en 1799.

L'ouvrage que vient de publier M. Carbonelli est surtout intéressant au point de vue de l'histoire de l'Obstétrique en Piémont les fragments conservés sont en effet trop courts pour nous donner une idée de la valeur scientifique de l'auteur.

Ces fragments se composent de trois grands fascicules in-quarto. L'avant-propos et les deux premiers chapitres sont de la main même de l'auteur ; en outre, la bibliothèque de Turin conserve encore quelques feuilles couvertes de notes et se rapportant au même traité.

Après un court avant-propos, Rossi étudie dans son premier chapitre l'art des accouchements en général, puis l'anatomie des parties génitales de la femme, d'abord le bassin osseux, puis les parties molles, suivant l'ordre généralement adopté par les traités de cette époque ; ensuite viennent un court chapitre sur les changements produits par la grossesse dans la matrice et des fragments sur la fécondation, sur le cordon ombilical, sur les eaux, sur les diamètres de la tête du fœtus, sur l'accouchement à terme.

Il est difficile, comme nous l'avons dit, de se prononcer sur la valeur de ce traité si incomplet ; disons seulement que l'auteur admet que la déchirure de la fourchette est presque inévitable, malgré le conseil qu'il donne de soutenir le périnée et de diriger la tête du fœtus, Il admet aussi que la symphyséotomie est dangereuse et inefficace.

Pour ce qui est de la fécondation, il l'attribue, comme la majorité des auteurs de cette époque, aux particules éthérées du sperme, mais il ne veut pas entrer dans les détails, « la structure des ovaires n'étant pas encore connue ; et quelle qu'on la veuille supposer elle sera aussi mystérieuse que la génération, puisqu'il suffit de priver l'animal de ces organes pour qu'il devienne stérile ».

L'ouvrage se termine par quelques considérations médico-légales sur les signes de l'accouchement récent, émis d'une façon très prudente.

Il faut savoir gré à M. Carbonelli d'avoir mis au jour ces documents intéressants pour l'histoire des accouchements au début du XIXe siècle.

A. Gottschalk.

G. Deny et P. Roy. — *La démence précoce*, 1 vol. des « Actualités médicales » (J. B. Baillière et fils, éditeurs), Paris, 1902.

Parmi les psychoses que l'on observe communément, sinon exclusivement, chez les jeunes gens, il en est une qui, en raison de ses caractères spéciaux, de sa fréquence et de sa gravité, mérite de retenir particulièrement l'attention : c'est la démence précoce.

Bien qu'elle ait été signalée il y a déjà plusieurs années, et que son existence ait été consacrée par un grand nombre de travaux, cette affection n'est pas encore admise comme entité clinique par tous les aliénistes, les uns la considérant comme une manifestation tardive de la dégénérescence mentale, les autres comme une simple complication des vésanies qui peuvent s'observer au moment de l'adolescence, comme à toutes les autres périodes de la vie.

MM. Deny et Roy croient, avec quelques auteurs français et étrangers, que, malgré le polymorphisme de ses symptômes, la démence précoce constitue une affection autonome, à évolution spéciale, qui doit être définitivement détachée du bloc des psychoses dites de dégénérescence, et qui mérite d'occuper une place au moins aussi importante que la paralysie générale dans le cadre des maladies mentales.

Quoi qu'il en soit, en dehors du point de vue doctrinal et des controverses suscitées par l'apparition de cette nouvelle forme morbide, il y avait un véritable intérêt à vulgariser dès aujourd'hui cette notion de la démence précoce ; et il était impossible de le faire plus simplement et plus clairement que MM. Deny et Roy.

E. de Massary.

BIBLIOGRAPHIE

Les injections épidurales par ponction du canal sacré et leurs applications dans les maladies des voies urinaires, par M. Fernand Cathelin, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8°, 232 pages, avec 32 fig., 8 francs (*J. B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Pathologie comparée du pharynx, par M. C. Chauveau, avec préface de M. le professeur Cadiot, d'Alfort, 1 vol. in-12, de 192 pages, avec 22 fig. dans le texte. (Paris, 1902, *J. B. Baillière et fils*, éditeurs).

Sanatorios e Tuberculose, par M. Victor Godinho, une brochure in-8° de 112 pages, San Paulo, 1902. (Typographia do *Diario Official*, San Paulo.)

L'APPAREIL RESPIRATOIRE ET L'INFECTION[1]

Par **A. GOUGET**, Agrégé
Médecin des Hôpitaux.

Parmi les grands processus dont relève la pathologie des voies respiratoires, l'infection, par l'intérêt tout spécial des questions qui s'y rattachent, est de beaucoup le plus important. Avant d'étudier en particulier chacune des manifestations morbides auxquelles elle peut donner lieu, il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les principes généraux qui la régissent.

Multiples sont les voies d'apport des agents infectieux au poumon : voies aérienne, lymphatique, sanguine, sans compter la voie directe, par effraction ; mais la première prime de beaucoup toutes les autres. Il suffit de rappeler qu'il pénètre dans l'appareil respiratoire 10.000 litres d'air en vingt-quatre heures, et que, dans tous les milieux habités, cet air est plus ou moins chargé de microbes, comme l'a montré l'expérience historique par laquelle Pasteur a ruiné la théorie de la génération spontanée, et comme l'ont confirmé toutes les recherches ultérieures. Sans doute, la très grande majorité de ces microbes habituels de l'air ne sont que des saprophytes inoffensifs, mais de nombreux observateurs ont trouvé dans l'air de certaines salles, ou même à l'air libre, le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, le pneumobacille ; Cornet, puis Kustman y ont décelé le bacille tuberculeux. Et, si l'on ne trouve pas plus souvent dans l'atmosphère des bactéries pathogènes classées, « il faut sans doute l'attribuer à l'immensité du champ à explorer. En outre, les bactéries peuvent très bien y vivre et néanmoins nous échapper, parce qu'elles ne trouvent pas dans le milieu de culture employé les éléments nécessaires à leur développement ».

Ces microbes de l'air passent tout naturellement dans les voies respiratoires au moment de l'inspiration ; de même, ils retournent, au moins en partie, de celles-ci à l'air extérieur, mais non pas du seul fait de l'expiration : l'air expiré est, en effet, absolument pur, comme le démontrent l'examen optique (Tyndall) et la méthode des cultures (Grancher, Charrin et Karth, Strauss et Dubreuilh, etc.). C'est par l'expectoration, après dessiccation des crachats, que se trouve contaminée l'atmosphère ; peut-être aussi, mais en tout cas très accessoirement, par la fine poussière muco-salivaire qui peut être projetée hors de la bouche pendant la toux et la parole et flotter quelque temps dans l'air (Pflügge et ses élèves). Celui-ci peut encore être contaminé par du pus ou des matières fécales desséchés, etc.

Sans doute, les microbes de l'air subissent l'action de divers agents physiques (variations brusques et parfois considérables de température, sécheresse, oxygène, ozone, lumière surtout) qui tendent à atténuer leur virulence et même à les détruire. Mais le bacille tuberculeux résiste très longtemps à l'action combinée de la dessiccation et de la lumière solaire ; certaines bactéries résistent aux plus grands froids (— 200°, Pictet), à des pressions extraordinaires (près de 3.000 atmosphères, Roger). D'autre part, dans des crachats desséchés, le pneumocoque, le streptocoque, le bacille tuberculeux conservent leur virulence pendant des mois ; il en est de même du bacille diphtérique. L'action des agents extérieurs est donc généralement insuffisante pour détruire les bactéries ou même pour supprimer leur virulence.

Ainsi pénètrent journellement dans nos voies respiratoires des microbes pathogènes, vivants et virulents. On peut, à cet égard, comparer l'appareil respiratoire et le tube digestif. Tous deux s'ouvrent largement dans le milieu extérieur, dont ils représentent en quelque sorte des prolongements dans l'économie, suivant l'idée de Cl. Bernard. Aussi tous deux contiennent-ils normalement des germes pathogènes, et sont-ils particulièrement exposés à l'infection. Seulement, tandis que le nombre des germes va en augmentant vers les parties profondes du tube digestif que traversent d'un bout à l'autre des substances microbifères et fermentescibles, c'est l'inverse qui s'observe dans les voies respiratoires, fermées à leur extrémité pulmonaire.

La plupart des microbes inhalés s'arrêtent, en effet, dans les fosses nasales ou dans la bouche. Dans le nez, les recherches de Netter, Wright, Hajek, Platonoff, Klamann, Thost ont montré la présence fréquente du pneumocoque et du staphylocoque, puis du streptocoque, du pneumobacille, du tétragène, et même du bacille diphtérique (Neumann), et vous savez que Straus a retrouvé le bacille tuberculeux dans le mucus nasal d'un tiers des infirmiers et infirmières fréquentant les salles de phtisiques. Dans la bouche, indépendamment d'un grand nombre de saprophytes, de microbes de la putréfaction, les travaux de Pasteur, Sternberg, Salvioli, Weichselbaum, Netter, Dörnberger, etc., ont établi la présence du pneumocoque et du streptocoque, présence constante, comme l'ont montré MM. Widal, Bezançon et Griffon. Le staphylocoque est presque constant ; le pneumobacille, le bacterium coli, le tétragène, le pyocyanique se trouvent fréquemment ; enfin, d'après Marzinowsky, le bacille diphtérique vrai n'est pas rare.

Dans le larynx, les microbes sont déjà beaucoup moins nombreux, et ils se font de plus en plus rares à mesure qu'on pénètre dans la profondeur des bronches, ce qui s'explique, au moins en partie, par la longueur, l'étroitesse croissante et la disposition ramifiée et coudée de l'arbre bronchique. Pasteur a montré, en effet, qu'un air chargé de germes peut finir par s'en dépouiller complètement en passant à travers un long tube effilé. On conçoit ainsi que le parenchyme pulmonaire puisse être stérile, et, de fait, jusqu'à ces dernières années, à la suite des recherches de Weichselbaum, Babès, Polguère, Tchistovitch, etc., l'asepsie normale du poumon était universellement admise.

Cependant, des travaux récents, qui paraissent bien offrir toutes les garanties voulues d'exactitude, sont venus ébranler cette notion : Dürck, opérant sur des hommes morts d'accident, ne présentant ni maladie infectieuse, ni affection respiratoire, et autopsiés presque immédiatement après la mort, trouve dans le poumon, 12 fois sur 13, le pneumocoque, avec ou sans le streptocoque, le staphylocoque, le pneumobacille, le bacterium coli. Beco, sur 6 sujets morts brusquement, sans agonie, trouve 4 fois des microbes dans le poumon : 3 fois le pneumocoque, une fois le streptocoque. Dans 17 autres cas, il décèle constamment une ou plusieurs espèces microbiennes, avec même prédominance du pneumocoque. De même, dans le poumon des animaux de boucherie, Dürck, Boni, Quensel trouvent constamment, ou à peu près, des microbes pathogènes, notamment le pneumocoque et le staphylocoque, plus rarement le streptocoque. Quensel note, de plus, que les microbes des alvéoles ne sont pas toujours les mêmes que ceux du mucus bronchique, ce qui exclut l'hypothèse d'une propagation *post mortem* ou même agonique.

Tout récemment, enfin, Ludwig, dans une série d'expériences très bien conduites, montre qu'un spray chargé de *prodigiosus*, après avoir passé par le nez, le pharynx, le larynx et la trachée, puis par une série de tubes coudés, et revêtus d'un enduit visqueux, contient toujours un certain nombre de bacilles, et que le poumon de lapins ayant respiré pendant une demi-heure le même spray en renferme constamment un grand nombre.

Au surplus, pour trancher la question de la pénétration possible des microbes avec l'air jusque dans la profondeur du poumon, on peut raisonner par analogie avec ce qui se passe pour les poussières, d'autant que celles-ci forment le véhicule habituel des microbes dans l'air. Or il est certain que, si l'immense majorité d'entre elles restent dans le nez ou se trouvent arrêtées soit par le défilé laryngé, soit par les bronches, quelques-unes des plus ténues peuvent pénétrer jusque dans les alvéoles : témoin l'existence normale, dans ceux-ci, de grandes cellules appelées précisément *cellules à poussières* en raison de leur contenu habituel. De même, MM. Claisse et Josué, ayant sacrifié des animaux aussitôt après leur avoir fait inhaler des poussières de charbon, ont retrouvé une partie de celles-ci dans les alvéoles.

En somme, la vérité paraît être à égale distance des opinions trop absolues de la septicité ou de l'asepsie constantes du poumon. Si l'on ne peut affirmer qu'il existe à l'état permanent dans les alvéoles pulmonaires une flore microbienne déterminée, il est du moins infiniment probable qu'il y pénètre de temps en temps, peut-être même incessamment, en petit nombre, des microbes et notamment le pneumocoque, qui ne font qu'y passer à l'état normal (nous verrons tout à l'heure pourquoi), mais qui peuvent, dans certaines conditions, y séjourner, y pulluler, et réaliser l'infection.

Puisque nous portons ainsi normalement dans nos voies respiratoires un certain nombre de microbes de la catégorie des pathogènes, qui trouvent là, par surcroît, des conditions de chaleur humide favorables à leur pullulation, comment ne sommes-nous pas à chaque instant en état d'infection ? C'est, dit-on, que ces microbes ne sont pas virulents. Sans doute, il en est souvent ainsi, mais non toujours. Le pneumocoque de la salive peut être virulent, comme l'on montré Pasteur, puis Miller ; d'après M. Netter, il le serait une fois sur cinq en moyenne, et le streptocoque cinq fois sur cent. Le bacille diphtérique trouvé par Marzinowsky sur l'amygdale s'est montré virulent trois fois sur sept. Quelquefois il n'y a aucun parallélisme entre la virulence de certains microbes pour l'animal et la virulence pour l'homme : tel streptocoque, qui a produit chez l'homme une septicémie mortelle, peut se montrer à peu près inoffensif pour le lapin. Enfin la virulence n'est pas un caractère fixe, immuable : c'est une qualité toute contingente, qui peut s'acquérir à un moment donné.

L'absence de virulence n'est pas la seule ni même la principale raison de l'innocuité de nos hôtes habituels : si l'infection ne se produit pas, c'est qu'ils trouvent en face d'eux un certain nombre de défenses naturelles, dont le jeu régulier suffit à les tenir en respect. Je ne reviens pas sur le rôle mécaniquement épurateur des sinuosités nasales, de la disposition ramifiée et coudée des bronches : c'est là un premier moyen de défense, qui, pour être tout passif, n'en a pas moins une grande valeur. Mais son efficacité se trouve considérablement renforcée par l'action du mucus naso-pharyngo-laryngo-bronchique, qui agit de deux façons : mécaniquement, en engluant les microbes au passage ; chimiquement, en diminuant leur vitalité et en diminuant leur virulence. MM. Lermoyez et Wurtz ont montré que la bactéridie charbonneuse, après un séjour de quelques heures dans le mucus nasal, devient incapable de tuer le cobaye, et la même atténuation a été notée pour le streptocoque, le staphylocoque, le bacterium coli. Thompson et Hewlet ont reconnu aussi au mucus nasal la propriété d'empêcher la pullulation microbienne. Sans doute, comme le font observer Klemperer, Park et Wright, Viollet, il n'est pas, à proprement parler, bactéricide, mais du moins il affaiblit le microbe, et, à ce titre, concourt à la

1. Leçon d'ouverture du Cours de Pathologie interne, faite à la Faculté le 8 Novembre 1902.

défense de l'organisme, comme la salive, à laquelle de Marbaix et Sanarelli ont reconnu une certaine action atténuante.

Mais il ne suffit pas d'arrêter et d'affaiblir les microbes : il faut encore les éliminer. Tel est le but de toute une série d'autres moyens de défense : ce sont les cils vibratiles surmontant l'épithélium des voies aériennes, qui, par leurs mouvements dirigés de dedans en dehors, tendent à balayer et à ramener à l'extérieur tous les microbes; ce sont aussi certains réflexes : réflexe sternutatoire et surtout réflexe tussigène, ce dernier amenant l'expectoration. Enfin, les microbes qui ont pu échapper à ces moyens de défense trouvent devant eux l'épithélium bronchique, et, soit à sa surface, dans le mucus, soit immédiatement au-dessous de lui, de nombreux leucocytes qui les englobent et les digèrent. Le même processus se passe dans les cellules à poussières des alvéoles pulmonaires. Ces grandes cellules plates, attribuées par bien des auteurs à l'endothélium alvéolaire, doivent être considérées, d'après Tchistovitch, comme de grands leucocytes mononucléaires, des macrophages, c'est-à-dire les plus résistants de tous les leucocytes. On a enfin invoqué la réaction faiblement acide du parenchyme pulmonaire comme défavorable à la pullulation microbienne, mais son rôle est beaucoup moins bien déterminé. Cependant il semble que d'autres influences que la phagocytose interviennent dans la défense des profondeurs du poumon : Snel aurait constaté, en effet, que, dans les alvéoles, la bactéridie offre déjà des signes de dégénérescence avant que les leucocytes aient afflué pour l'englober.

Quelque variées que soient les défenses de première ligne des voies respiratoires, on conçoit néanmoins qu'elles puissent être surprises par quelques microbes ; mais, parce qu'ils ont réussi à forcer cette première ligne, souvent sans laisser de traces de leur passage, ils ne sont pas pour cela maîtres de la place.

Ils trouvent, en effet, devant eux une seconde ligne de défense, constituée par le système lymphatique. Les corps étrangers, microbes ou poussières, qui ont réussi à pénétrer dans l'épaisseur de la paroi bronchique ou alvéolaire, arrivent dans les espaces lymphatiques, — à part quelques cas où, nombreux et très virulents, ils réussissent à passer directement dans le sang — et sont entraînés par le courant de la lymphe jusque dans les ganglions bronchiques. Aussi la présence de microbes dans ces ganglions n'est-elle pas rare, à l'état normal. Sans doute, ils y sont toujours en petit nombre, et certains sont de simples saprophytes inoffensifs ; mais les recherches de Manfredi et Pérez, Kälble, Quensel ont montré qu'on y trouve assez souvent le staphylocoque, parfois aussi le streptocoque, le pneumocoque, le pneumobacille, le bacterium coli. Enfin Loomis, puis Pizzini, ont constaté, par l'inoculation de ganglions bronchiques de sujets morts de mort violente ou, en tout cas, trouvés indemnes de lésions tuberculeuses, que, dans 40 pour 100 des cas, ces ganglions renferment le bacille tuberculeux, malgré l'absence de toute altération appréciable. Sans doute, ces résultats ne sont peut-être pas à l'abri de toute critique. Quand on sait l'extrême fréquence de la tuberculose pulmonaire (puisque le professeur Brouardel a trouvé des lésions tuberculeuses en évolution ou cicatrisées chez les trois quarts des adultes morts de mort violente), on peut se demander, avec Fränkel et Briault, avec Küss, si la recherche des lésions tuberculeuses dans les poumons a toujours été faite avec la minutie voulue. Mais, tout ce qu'on peut en conclure, c'est que le chiffre donné pour la tuberculose ganglionnaire occulte est sans doute trop fort, et non pas que le fait lui-même est faux, car il cadre bien avec ce que nous ont appris les expériences de Wesener et Dobroklonsky, de Wyssokovitch, sur la pénétration possible du bacille dans les chylifères ou dans l'amygdale à travers une muqueuse saine.

La chaîne ganglionnaire arrête mécaniquement les microbes par une sorte de filtration ; mais, en outre, les recherches de Manfredi, de Labbé, ont établi qu'ils y perdent progressivement leur virulence. Cette double action, action d'arrêt et action atténuante, et la nécessité pour les microbes de passer par toute une série d'étapes ganglionnaires, montrent comment se trouve assurée normalement la protection du milieu sanguin, quand les premières défenses ont été surprises.

Si, enfin, par exception, le sang se trouve envahi à son tour, alors interviennent les défenses du milieu intérieur, en premier lieu la phagocytose, puis les propriétés atténuantes du sérum sanguin, si discutées aujourd'hui. Mais la question est trop vaste et trop complexe pour être traitée ici incidemment, et d'ailleurs il n'y a là rien de spécial à la pathologie de l'appareil respiratoire. A vrai dire, du reste, la plupart des moyens de défense de cet appareil : sécrétions glandulaires, réflexes variés, phagocytose, etc., n'ont rien qui lui appartienne en propre : c'est par des procédés de tout point analogues que se défendent le tube digestif et les divers appareils de l'économie.

* * *

Nous savons pourquoi les hôtes habituels de nos voies respiratoires restent normalement inoffensifs. Voyons maintenant comment ils pourront produire l'infection. De toute évidence, ce ne peut être qu'à la faveur de conditions exaltant leur virulence ou ruinant plus ou moins les défenses de l'économie.

Nous connaissons certaines circonstances capables de renforcer les moyens d'attaque du microbe. Nous savons, par exemple, que les passages successifs d'un microbe dans l'intimité d'une série d'organismes de même espèce ont généralement pour effet d'exalter sa virulence : de là la contagiosité de certaines broncho-pneumonies à pneumocoques ou à streptocoques, de certaines pneumonies, de certaines gangrènes pulmonaires. Nous savons aussi que diverses associations microbiennes remontent la virulence, que la diphtérie, la rougeole exaltent volontiers celle du streptocoque ou du pneumocoque, enfin que la virulence de ce dernier est plus forte dans certaines saisons (hiver, printemps) et même certaines années, d'après M. Netter et Banti. Mais la plupart de ces influences agissent au moins autant sur l'organisme que sur le microbe, et l'on peut affirmer que le rôle capital, dans la pathogénie des infections respiratoires, revient à l'affaiblissement des défenses de l'organisme.

Quelles sont donc les causes qui vont faire fléchir les défenses naturelles de l'appareil respiratoire? Ces causes sont légion, et nous ne pouvons passer en revue ici que les principales. La plupart d'entre elles, dites *causes prédisposantes*, préparent plus ou moins lentement le terrain; elles minent progressivement nos défenses, tandis que les autres, dites *causes occasionnelles*, les font tomber brusquement et donnent ainsi le signal de l'attaque.

Parmi les causes prédisposantes, il en est de très générales, dont l'action se fait sentir sur toute l'économie : telles l'inanition, le surmenage. Il faut y joindre divers états morbides, comme le diabète, dont l'hyperglycémie agit plus encore en abaissant la vitalité et le pouvoir réactionnel de tous les tissus, qu'en fournissant aux microbes un bouillon de culture favorable; le cancer, les maladies chroniques du système nerveux, et, d'une manière générale, tous les états cachectiques; certaines maladies infectieuses (fièvre typhoïde, rougeole, variole, grippe, coqueluche, diphtérie) et tous les états adynamiques; enfin certaines intoxications, telles que l'alcoolisme. Si l'influence de ces causes se fait sentir sur tout l'organisme, on constate toutefois, en y regardant de près, que certaines d'entre elles agissent plus particulièrement sur l'appareil respiratoire. Tous les états cachectiques et adynamiques, par le décubitus auquel ils condamnent le malade, amènent une insuffisance de la ventilation et de la circulation pulmonaires; la coqueluche, la rougeole, la grippe, la fièvre typhoïde déterminent des altérations de la muqueuse bronchique qui ouvrent la porte à l'invasion des parasites habituels des bronches.

Mais d'autres causes agissent exclusivement ou d'une manière absolument prédominante sur l'appareil respiratoire. On conçoit aisément, par exemple, le rôle de cette étroitesse du thorax et de cette diminution de la capacité respiratoire qui sont parmi les stigmates les plus fréquents de la descendance des tuberculeux; de même, le rôle des déformations thoraciques, de l'emphysème, des scléroses pulmonaires, des adhérences pleurales étendues. On conçoit aussi que la respiration buccale, dans les obstructions nasales, et bien plus encore la trachéotomie, en faisant arriver l'air presque directement dans les bronches sans passer par les fosses nasales, exposent la muqueuse bronchique au refroidissement et à la dessiccation, et diminuent ainsi sa résistance, en même temps qu'elles rendent l'apport microbien plus massif. L'inhalation des poussières de tout genre, et particulièrement des poussières minérales, celle de certains gaz irritants (chlore, acide sulfureux, acide hypoazotique, acide osmique, formol, etc.), habituelles dans certaines professions, agissent dans le même sens. Il en est de même de l'élimination de certaines substances, telles que l'iode, le brome, par les voies respiratoires.

Les expériences confirmatives abondent. Gamaleïa, M. Claisse, Orloff, Dürck, injectant dans la trachée ou le poumon le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque, n'obtiennent de bronchite ou de broncho-pneumonie qu'après avoir préparé le terrain par l'injection de substances caustiques ou l'inhalation de poussières ou de gaz irritants.

Les troubles circulatoires de l'appareil broncho-pulmonaire, par leur influence dystrophique, favorisent l'infection. De là la fréquence des bronchites chez les cardiaques, et, si l'évolution de la tuberculose paraît plutôt entravée par la stase pulmonaire des affections mitrales, on connaît bien l'influence prédisposante toute spéciale du rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Enfin les troubles nerveux jouent, dans la pathogénie de l'infection pulmonaire, un rôle vraiment capital, qu'a bien mis en évidence M. Meunier. Le système nerveux n'est-il pas à la fois le moteur et le régulateur de toutes les défenses de l'organisme? La fréquence particulière de l'infection pulmonaire au cours des lésions du système nerveux central, des vésanies, des névrites du pneumogastrique, ou même à la suite de certains troubles nerveux purement réflexes, leur localisation sur le poumon correspondant au côté de l'hémiplégie ou au pneumogastrique atteint, mettent en pleine lumière l'intervention du système nerveux dans la pathogénie de l'infection. Son rôle est des plus complexes : troubles des mouvements respiratoires, troubles vaso-moteurs entraînant des perturbations de la diapédèse leucocytaire, troubles glandulaires modifiant la quantité et la qualité des sécrétions bronchiques, troubles de nutrition des tissus, troubles de la sensibilité supprimant les réflexes défensifs, telles nous apparaissent les principales conséquences des atteintes portées à l'innervation pulmonaire.

Si les causes prédisposantes sont des plus nombreuses et variées, les causes occasionnelles sont moins multiples, et je ne retiendrai que les deux principales : le froid et le traumatisme. Ici encore va se montrer l'action prépondérante du système nerveux.

Il n'est pas de notion plus banale que celle du rôle du froid, surtout du froid brusque et humide, dans l'étiologie des infections respiratoires; il est la grande cause des coryzas, des laryngites,

des bronchites, de la pneumonie. Expérimentalement, Platania, Lipari, Silfvast, ont pu reproduire la broncho-pneumonie en associant l'injection du pneumocoque ou du streptocoque dans la trachée à divers modes de réfrigération locale.

Comment donc agit le refroidissement? Évidemment ce n'est pas directement sur la muqueuse respiratoire, car l'air s'échauffe dans les premières voies, et puis c'est l'impression et non le degré du froid qui compte, et il suffit souvent d'un simple courant d'air frappant une région limitée du revêtement cutané. On ne peut comprendre son action qu'en faisant intervenir un réflexe s'exerçant de la peau sur l'appareil respiratoire et déterminant sans doute, comme l'admettent le professeur Bouchard, Holm, Fischl, des troubles vaso-moteurs.

C'est de la même manière que l'on s'explique l'action du traumatisme sur l'infection pulmonaire. De nombreux exemples établissent qu'une simple contusion de la paroi thoracique, sans attrition ni déchirure du poumon, est assez souvent l'origine d'infections pulmonaires diverses (pneumonie, gangrène, tuberculose), parfois localisées au niveau même du point traumatisé. Ici encore, il semble bien qu'il faille incriminer l'inhibition nerveuse, amenant des troubles du rythme respiratoire, de la vaso-motricité et de l'activité cellulaire.

L'importance de ces causes prédisposantes et occasionnelles n'est-elle pas évidente, puisque c'est leur intervention qui permet à l'infection virtuelle de devenir réelle? Pasteur l'avait bien reconnu dans ses travaux sur la flacherie, dont le microbe, banal, se trouve partout dans la nourriture des vers à soie, et ne rend malades que ceux qui se trouvent affaiblis dans leur santé générale ou leur organes digestifs. Mais la plupart des premiers bactériologistes, un peu grisés par la découverte du microbe, virent en lui la seule cause de la maladie, et crurent que l'étiologie nouvelle, microbienne, devait faire table rase de l'étiologie traditionnelle, fondée sur l'observation clinique. Dans leur esprit, la rencontre d'un microbe donné avec l'organisme, simple bouillon de culture inerte, suffisait pour produire la maladie.

De ces entraînements de la bactériologie à ses débuts, il fallait en appeler à la bactériologie elle-même, mieux informée. Elle dut, en effet, bientôt reconnaître que ses premières conclusions étaient beaucoup trop absolues, que la présence de germes pathogènes à la surface de nos muqueuses comme de nos téguments est la règle, sans que pour cela l'infection éclate, et que, par suite, le microbe n'est pas la cause suffisante de celle-ci, s'il en est la cause nécessaire. Il en explique le comment, non le pourquoi; ce qui lui permet d'agir, c'est l'intervention de ces causes prédisposantes et occasionnelles qui constituent l'étiologie traditionnelle, hippocratique. C'est à la manière d'être de l'organisme que l'auto-infection doit non seulement de se réaliser, mais d'offrir telle ou telle physionomie, de prendre telle ou telle évolution. Ainsi se trouve réalisé l'accord entre les découvertes de la médecine contemporaine et les enseignements de la médecine ancienne, et se vérifie la justesse du mot de Bacon : « Les modernes sont plus grands que les anciens, en s'élevant sur leurs épaules. »

* * *

Si les germes familiers de nos voies respiratoires représentent les agents habituels des infections pulmonaires, ils n'en sont cependant pas les agents exclusifs. Il faut, en effet, comme l'enseigne depuis vingt ans le professeur Jaccoud dans sa doctrine du *dualisme étiologique*, distinguer deux ordres de maladies infectieuses : les unes relèvent de microbes que nous portons d'une façon habituelle sur nous ou dans nos cavités naturelles; les autres sont dues à une contamination accidentelle par un microbe que nous ne portons pas en nous à l'état normal. La pneumonie, les broncho-pneumonies à pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, pneumo-bacilles, la gangrène pulmonaire, font partie du premier groupe; les broncho-pneumonies de la peste, du charbon, rentrent nettement dans le second. Il est bien évident, en effet, que nous n'avons pas pour hôtes habituels les microbes du charbon et de la peste. Toutefois il ne faudrait pas trop accentuer cette scission et creuser un fossé infranchissable entre les deux groupes. Où placer, par exemple, la tuberculose? On ne peut pas dire que le bacille soit un hôte normal de nos voies respiratoires, et, cependant, n'est-il pas de ceux que la plupart d'entre nous respirent journellement, et ne se trouve-t-il pas avec une fréquence notable dans les ganglions bronchiques? Où placer également la diphtérie, quand on sait qu'il n'est pas rare d'en rencontrer le bacille chez des individus sains? Et, inversement, la broncho-pneumonie à pneumocoques ou à streptocoques, la pneumonie, la gangrène pulmonaire, c'est-à-dire les types de l'auto-infection, ne peuvent-elles, dans certains cas, se transmettre par contagion, réalisant ainsi des types d'hétéro-infection? Si le dualisme étiologique reste vrai, c'est donc à la condition d'admettre toutes les transitions entre ses deux groupes. Et il ne doit pas non plus faire méconnaître que, même les microbes du second groupe, ceux que nous ne respirons que tout à fait accidentellement, comme la bactéridie ou le cocco-bacille pesteux, ont besoin, eux aussi, dans une certaine mesure, du consentement de l'organisme pour déterminer l'infection pulmonaire. Certainement, dans une épidémie de peste, plus d'un sujet respire le bacille sans prendre pour cela de broncho-pneumonie pesteuse, comme plus d'un sujet a reçu le gonocoque sans contracter pour cela de blennorragie. La nécessité de la prédisposition de l'organisme est donc une loi très générale, qui ne comporte guère d'exception. Cette doctrine a été exposée par le professeur Jaccoud dans des pages d'une admirable vigueur démonstrative.

Nous savons dans quelles conditions peut se produire l'infection respiratoire d'origine aérienne; jetons maintenant un coup d'œil sur ses résultats, c'est-à-dire sur les principales lésions qu'elle détermine; et d'abord, celles que produisent nos hôtes habituels. Ces lésions sont variables comme siège et comme nature : comme siège, puisqu'il peut s'agir de coryza, de laryngite, de trachéo-bronchite, ou d'infection pulmonaire; comme nature, car on peut observer toute une série de modalités réactionnelles de l'économie. Déjà, sur la muqueuse bronchique comme sur l'amygdale, le pneumocoque et le streptocoque peuvent donner lieu soit à une simple inflammation catarrhale, soit, beaucoup plus rarement, à une inflammation pseudo-membraneuse. Dans le poumon, ces microbes, ainsi que le streptocoque, le pneumobacille, le tétragène, etc., peuvent créer soit la broncho-pneumonie, soit la suppuration, soit même la gangrène, cette dernière avec le concours de certains saprophytes, également hôtes normaux de notre économie.

Ces infections banales, lorsqu'elles se bornent aux premières voies respiratoires (nez, larynx, trachée, grosses bronches), n'offrent généralement pas grand danger, vu la force toute particulière des défenses de première ligne à leur niveau. Par suite, l'absorption des toxines est relativement faible, et l'élimination des produits pathologiques facile. Il n'en va plus de même dans l'infection des petites bronches : celle-ci, bien moins fréquente, est en revanche beaucoup plus grave. En effet, comme l'ont mis en relief MM. Hutinel et Claisse, l'étroitesse croissante des bronchioles, leur faible musculature, l'absence du réflexe tussigène facilitent leur encombrement, et, par suite, la pullulation microbienne, tout en gênant l'hématose; de plus, la minceur de la muqueuse et sa riche vascularisation rendent l'absorption des toxines particulièrement active.

Toutes les lésions précédentes peuvent être dues à des microbes variés. Il n'en est plus de même pour la pneumonie : bien qu'elle aussi soit l'œuvre d'un microbe banal, d'un de ces microbes à tout faire, comme les appelait Peter, elle ne peut être engendrée que par lui seul. Le pneumocoque peut faire, même dans le poumon, autre chose que la pneumonie, comme le streptocoque peut faire sur la peau autre chose que l'érysipèle; mais la pneumonie ne peut être produite que par lui, comme l'érysipèle par le streptocoque.

Je ne veux pas insister ici sur la pathogénie de la pneumonie, qui trouvera tout naturellement sa place quand nous étudierons cette affection. Mais je tiens cependant à dire immédiatement qu'elle s'explique bien plus rationnellement si l'on admet l'existence habituelle de microbes et notamment du pneumocoque dans les voies respiratoires profondes. Sans cela, il faut admettre la migration du pneumocoque des grosses bronches — et même, pour beaucoup d'auteurs, de la bouche — jusqu'aux alvéoles. Or, si l'on se rappelle la rapidité avec laquelle le frisson initial peut succéder au refroidissement (sur 34 cas, 29 fois Grisolle l'a vu survenir moins de trois heures après), si l'on songe aussi que la pneumonie n'est ni précédée, ni accompagnée de bronchite, s'imagine-t-on aisément le pneumocoque descendant à toute vitesse et à contre-courant, à travers un mucus visqueux, toute la longueur des bronches, sans y déterminer la moindre lésion malgré sa virulence, bien que l'histoire de la broncho-pneumonie le montre parfaitement capable de le faire, et réservant tout son pouvoir offensif pour les alvéoles? Sans doute, la pénétration de particules salivaires jusque dans les voies respiratoires profondes est possible dans certains cas spéciaux, par exemple lorsque des lésions nerveuses, et notamment des altérations du pneumogastrique, ont amené la déglutition dite « de travers » et supprimé le réflexe défensif de la toux. Mais, ce qui résulte de cette pénétration brutale des microbes de la bouche dans le poumon, ce n'est pas la pneumonie, c'est la broncho-pneumonie ou la gangrène pulmonaire. Aussi, si la pneumonie est bien une infection d'origine aérienne, — car il ne manque pas d'arguments de valeur pour l'envisager comme une infection d'origine sanguine, — elle ne peut s'expliquer d'une façon satisfaisante que par la notion de la présence possible et même fréquente du pneumocoque dans les voies respiratoires profondes à l'état normal.

Un mot maintenant des lésions dues aux autres microbes, ceux qui pénètrent accidentellement dans les voies respiratoires, ou du moins qui n'en sont pas les hôtes très habituels. Le bacille diphtérique donne lieu à un type particulier de lésion, la fausse membrane; mais, comme nous l'avons vu, cette lésion n'a rien qui lui soit absolument spécial, car le pneumocoque et le streptocoque peuvent la déterminer, quoique beaucoup plus rarement. Le bacille tuberculeux produit le type des lésions dites « inflammations chroniques nodulaires », dues à la réaction des cellules d'origine mésodermique; mais, s'il en est l'agent de beaucoup le plus fréquent, il n'en est pas le seul : toutes les pseudo-tuberculoses produisent des lésions analogues. Quant aux broncho-pneumonies du charbon, de la peste, elles ne paraissent différer en rien de celles que produisent nos hôtes habituels. Tant il est vrai que le nombre des réactions de l'économie est limité, et hors de proportion avec celui des microbes pathogènes.

Toutes ces lésions que nous venons de passer en revue représentent en effet les réactions défensives de l'organisme vis-à-vis de l'infection non plus imminente, mais réalisée. Prolifération de l'épithélium et du chorion avec hypersécrétion de mucus; prolifération de l'endothélium alvéolaire; afflux des phagocytes, soit en vertu de propriétés attractives particulières, soit consécutivement à la vaso-dilatation; transsudation du plasma et coagulation de la fibrine : tels sont les

principaux procédés mis en œuvre pour arrêter l'invasion microbienne. La plupart ne sont autres que ceux qui s'opposent déjà, dans l'état de santé, à la production de l'infection : ils s'exercent seulement avec une intensité particulière une fois celle-ci réalisée. Mais il n'en est pas de même de la transsudation du plasma avec coagulation de la fibrine, qui ne s'observe qu'à l'état pathologique, soit dans la diphtérie, soit surtout dans la pneumonie, où la précipitation massive de la fibrine dans les alvéoles peut doubler ou même tripler le poids du poumon correspondant. Or, si le sang défibriné, ou même complet, mais rendu incoagulable, est un excellent milieu de culture pour le pneumocoque, par contre celui-ci ne pousse pas sur le caillot. La fibrine précipitée ne peut donc lui servir d'aliment, tandis qu'elle peut être utilisée par les cellules de l'organisme. Bien plus, elle englobe et emprisonne les pneumocoques, enrayant ainsi leur diffusion et facilitant l'action des phagocytes. A l'appui de ces considérations, on peut invoquer la gravité des pneumonies sans hyperinose comme sans leucocytose, dans lesquelles il y a peu de fibrine et de leucocytes et surtout du sang dans les alvéoles. On sait de même que la bénignité d'une pleurésie peut se mesurer à la richesse en fibrine de l'exsudat.

Sans doute, l'excès de la précipitation fibrineuse peut avoir ses dangers, lorsqu'elle obstrue la glotte, dans la diphtérie, ou les bronches, dans la pneumonie massive ; mais ces dangers résultent de conditions purement mécaniques et ne doivent pas faire méconnaître le rôle généralement utile de la fibrine dans la défense de l'organisme, rôle sur lequel ont appelé l'attention MM. Gilbert et Fournier.

En somme, la réaction locale vis-à-vis de l'agression microbienne offre une signification favorable en tant qu'elle atteste l'effort fait par l'organisme pour repousser l'envahisseur ou tout au moins pour limiter ses ravages, en tout cas pour prévenir sa pénétration dans le milieu intérieur. Injectez du pneumocoque virulent dans la trachée ou le poumon d'un animal très sensible (souris, lapin), il ne se produira aucune réaction locale ou il se fera seulement un œdème aigu, et l'animal mourra de septicémie en vingt-quatre à quarante-huit heures. Faites la même injection à un animal plus résistant (chien) ou légèrement immunisé, et vous verrez se produire une pneumonie fibrineuse, presque toujours sans septicémie. Même résultat avec le charbon : l'inhalation de spores amène une infection générale rapidement mortelle sans altération pulmonaire, tandis que celle de la bactéridie, moins résistante, produit le plus souvent l'hépatisation rouge, généralement sans septicémie et sans mort de l'animal (Büchner). Hildebrandt, Gamaleia, Tchistovitch ont reproduit de même, chez divers animaux, l'infection générale sans réaction locale en introduisant dans les voies respiratoires des microbes très virulents (bacille de la septicémie du lapin, vibrio Metchnikovi, bacille du choléra des poules). Enfin, tandis qu'une trace de toxine diphtérique, introduite dans la trachée d'un animal assez résistant (lapin), provoque généralement un exsudat pseudo-membraneux, chez le cobaye, animal beaucoup plus sensible, elle amène la mort par empoisonnement général, sans lésion locale (Roger, Bayeux).

On doit donc reconnaître à celle-ci un rôle utile. Elle s'oppose à l'infection générale, sans cependant réussir toujours à l'empêcher. On peut en dire autant de la réaction du système lymphatique : constante en cas de lésion locale, l'adénite est généralement absente dans les infections très virulentes amenant une septicémie rapide.

A un autre point de vue, cette notion de la pénétration possible d'un microbe virulent à travers les voies respiratoires intactes jusque dans l'intimité de l'économie est intéressante à enregistrer. On a depuis longtemps émis l'hypothèse que certaines septicémies en apparence primitives ont leur porte d'entrée dans l'appareil respiratoire. Les résultats de l'expérimentation montrent que cette hypothèse n'a rien que de parfaitement légitime. Enfin, il faut sans doute voir également dans les voies respiratoires le point de pénétration des agents, encore inconnus, de la rougeole, de la coqueluche, etc.

Après cette longue étude des infections bronchiques et pulmonaires d'origine respiratoire, justifiée par leur importance absolument prédominante, je serai beaucoup plus bref sur les autres.

La voie lymphatique semble, à première vue, beaucoup plus apte à éliminer les agents infectieux qui ont envahi les poumons qu'à les apporter à cet organe, étant donné le sens normal du cours de la lymphe, qui va du poumon aux ganglions. Mais la possibilité du transport rétrograde de certaines poussières, et, par suite, des microbes, dans les voies lymphatiques est un fait depuis longtemps établi. On peut ainsi concevoir que certains microbes, ayant pénétré dans le système lymphatique par les voies respiratoires supérieures, souvent sans laisser de traces au niveau de leur porte d'entrée, arrivent jusqu'aux ganglions bronchiques et, de là, puissent quelquefois refluer vers le poumon. Toutefois, il ne saurait s'agir là que d'une voie d'exception. Le système lymphatique est surtout une voie de propagation au poumon ou d'extension dans cet organe d'une infection déjà réalisée, soit qu'il s'agisse d'une infection bronchique ou pleurale, comme on l'observe dans la pneumonie disséquante, qui n'est qu'une lymphangite suppurée avec périlymphangite, soit qu'il s'agisse d'une infection pulmonaire primitive qui se dissémine dans le poumon par la voie lymphatique, comme c'est le cas pour certaines suppurations et surtout pour la tuberculose.

Les microbes absorbés par une veine (sauf s'il s'agit d'une veine du système porte), quels que soient d'ailleurs le siège et la nature de l'infection originelle, et qu'ils soient charriés par le sang directement ou par l'intermédiaire d'un fragment de caillot, arrivent au cœur droit, et, de là, au poumon. Le réseau capillaire du poumon est donc le premier qu'ils rencontrent sur leur route; de là la fréquence relative des infections pulmonaires d'origine sanguine. Sans parler de certaines congestions, des abcès métastatiques, et de certains cas de gangrène, qui offrent le type des infections de cette origine, certaines broncho-pneumonies paraissent également relever de cette pathogénie. Peut-être y a-t-il propagation aux bronchioles d'une inflammation primitivement interstitielle; peut être y a-t-il lieu également de tenir compte de ce fait que, comme les poussières, les microbes charriés par le sang peuvent passer dans les alvéoles pulmonaires, le plus souvent, sans doute, par l'intermédiaire des leucocytes. De même que Slaviansk, après injection de cinabre dans une veine, a constaté dans les alvéoles la présence de cellules contenant des particules de cette substance, Ribbert, ayant injecté des spores d'aspergillus flavescens dans les veines du lapin, en a retrouvé, entourées de leucocytes, dans les alvéoles pulmonaires. Sans doute s'agit-il là d'un procédé d'élimination, mais qui n'en pourrait pas moins infecter l'appareil broncho-alvéolaire.

La voie sanguine est enfin celle que suit le bacille tuberculeux pour produire la granulie pulmonaire. Celle-ci est, en effet, constamment d'origine vasculaire et non broncho-alvéolaire. On peut également reproduire une granulie analogue par l'injection intraveineuse des parasites de diverses pseudo-tuberculoses.

L'embolie microbienne entraîne dans le réseau capillaire du poumon une lutte entre le microbe et l'organisme, lutte dans laquelle l'activité phagocytaire des leucocytes et de l'endothélium vasculaire joue certainement un rôle capital. Mais, en outre, il n'est pas douteux qu'il faille admettre l'intervention d'un autre élément que nous connaissons mal, peut-être quelque qualité chimique du tissu pulmonaire. En effet, avec un même microbe, les résultats varient suivant qu'il a à traverser le réseau capillaire du poumon ou celui d'un autre organe. M. Roger a constaté ainsi que le poumon n'exerce qu'une action très peu marquée sur la bactéridie charbonneuse, le staphylocoque, l'oïdium albicans, vis-à-vis desquels le foie remplit au contraire un rôle très important d'arrêt et de destruction, tandis que le premier de ces organes est doué d'un pouvoir protecteur des plus nets vis-à-vis du streptocoque, qui paraît échapper à peu près complètement à l'action du foie. Et il ne s'agit pas de faibles écarts : le foie neutralise une dose de bactéridie soixante-quatre fois supérieure à celle qui tue par le poumon. Il y a donc, indépendamment des procédés de défense communs à tous les organes, des procédés spéciaux à chacun d'entre eux, et plus particulièrement efficaces contre tel ou tel microbe.

A ces trois voies d'apport des agents infectieux au poumon, il faut en ajouter une quatrième et dernière, celle-là tout artificielle, résultant de l'effraction, soit qu'il s'agisse de plaie pénétrante du poumon par un objet septique, soit qu'il y ait rupture d'un foyer purulent voisin (pleural, médiastinal, abdominal, etc.) dans le parenchyme pulmonaire. Le mécanisme est ici trop simple pour qu'il y ait lieu d'y insister.

J'en aurai fini avec l'étiologie des infections pulmonaires quand j'aurai signalé la fréquence des infections associées, soit dues à la pullulation simultanée de plusieurs microbes des voies aériennes, soit, plus souvent, consistant en deux infections consécutives, dont la première a préparé le terrain à la seconde. En général, c'est une infection spécifique, d'origine respiratoire ou sanguine (grippe, rougeole, fièvre typhoïde, etc.), qui ouvre la porte aux germes vulgaires des voies aériennes; d'autre fois, ce sont les microbes de la putréfaction qui viennent se greffer sur les lésions produites par ceux-ci.

Est-il nécessaire enfin de rappeler que, dans le poumon, comme partout ailleurs, le rôle capital dans l'action microbienne revient aux toxines? Non seulement les congestions pulmonaires dues à la tuberculine, à la toxine typhique, sont bien connues, mais Silfvast a reproduit la broncho-pneumonie par injection de toxine streptococcique dans la trachée ou dans le sang, et M. Carnot l'hépatisation en injectant quelques gouttes de toxine pneumonique dans un lobe pulmonaire. Il suffit d'injecter uue trace de toxine diphtérique dans la trachée d'un lapin pour produire une fausse membrane. Enfin, M. Auclair a réalisé la pneumonie caséeuse avec l'extrait éthéré du bacille tuberculeux. On doit donc se demander si l'action d'arrêt, de neutralisation, du poumon sur certains microbes s'étend aussi aux toxines. Nous manquons malheureusement de connaissances précises sur ce point. Nous savons seulement que le poumon est sans action sur la toxine diphthérique, mais il bien probable qu'il n'en est pas ainsi pour toutes, les recherches de M. Roger, de Boeri et Guiranna, de Cafiero, de MM. Thoinot et Brouardel, ayant montré que le poumon est capable de neutraliser dans une plus ou moins large mesure un certain nombre de substances toxiques, telles que la strychnine, l'atropine, la morphine. Toutefois, cette action ne se produit plus lorsque la fonction respiratoire se trouve supprimée ou du moins sérieusement entravée.

* * *

Telles sont les principales notions que nous possédons aujourd'hui sur la pathogénie des infections de l'appareil respiratoire et sur la signification des lésions auxquelles elles donnent lieu. Ces notions n'offrent pas seulement un intérêt spéculatif: on peut en dégager certaines données applicables à la thérapeutique.

Mettant à profit la propriété normale du poumon d'absorber et d'exhaler les substances volatiles, on a eu recours à certaines de ces substances soit en inhalations, soit par ingestion, ou en lavements, en injections sous-cutanées et l'on a pensé arriver ainsi à exercer une action bactéricide. De là l'emploi, surtout contre la tuberculose, de l'air surchauffé, des balsamiques et notamment de la créosote, de l'essence de térébenthine, de l'acide fluorhydrique, de l'ozone. On a même injecté directement certains antiseptiques dans le foyer infectieux. Mais les expériences *in vitro* montrent, avec la dernière évidence, que l'action de ces substances sur les crachats, par conséquent dans des conditions bien plus favorables qu'au sein de l'organisme, ne peut s'exercer qu'à un degré de concentration auquel elles sont tellement caustiques ou toxiques qu'elles commenceraient par tuer les cellules avant de tuer le microbe. De fait, plus d'une d'entre elles a déterminé des aggravations sérieuses, et, si quelques-unes, employées à haute dose, paraissent avoir, dans certains cas, exercé une influence favorable, on peut penser que ce n'est pas à titre d'antiseptiques : c'est en agissant sur l'organisme, soit en stimulant l'appétit, soit en facilitant l'expectoration, etc.

Plutôt que de poursuivre un but chimérique, la destruction artificielle du microbe, nous devons donc avant tout seconder l'organisme dans les efforts qu'il fait pour triompher de lui, et, pour cela, nous attacher à renforcer ses défenses naturelles.

Est-ce à dire que la connaissance du microbe soit de nulle importance au point de vue thérapeutique? Non certes, car on peut compter trouver un jour, grâce à cette connaissance, le vaccin ou le sérum spécifiques capables de rendre l'économie réfractaire. Déjà le sérum antidiphtérique a fait ses preuves (et il n'est pas inutile de remarquer qu'il s'agit là d'un produit *de l'organisme* agissant *sur l'organisme* et non directement sur le microbe). Il n'en est malheureusement pas de même des autres sérums : antipneumococcique, antituberculeux, etc., ni des diverses tuberculines, mais il est légitime d'espérer que l'avenir nous réserve de nouveaux succès dans cette voie.

En attendant, nous devons nous contenter des moyens plus modestes dont une longue expérience clinique a montré l'efficacité. Nous devons favoriser l'élimination des produits pathologiques par les expectorants, essayer d'agir indirectement sur le système nerveux par la révulsion, par la stimulation de la peau, au besoin par les bains froids dans les infections pulmonaires pyrétiques. Dans les infections à marche plus lente, comme la tuberculose, il faut s'efforcer de modifier progressivement le terrain. La clinique nous enseigne que le terrain le moins favorable au développement de la tuberculose est le terrain arthritique; aucun ne se prête autant à l'évolution scléreuse du tubercule, qui est son seul mode de guérison. Il serait donc désirable de rendre les tuberculeux arthritiques, dans la mesure où cela est possible. Or, quand nous les traitons par le repos et la suralimentation, que faisons-nous autre chose que leur prescrire le genre de vie unanimement reconnu comme le plus propre à engendrer l'arthritisme? L'hygiène et le régime (joints à l'aération), voilà nos meilleures armes, on pourrait presque dire nos seules armes, contre la tuberculose.

Dans ces derniers temps, on a cherché, sous l'impulsion de Brown-Séquard, à suppléer à l'insuffisance de certains organes par leur introduction, en nature ou en extraits, dans l'économie. A vrai dire, la méthode n'est pas neuve, puisque Dioscoride, au VIe siècle, employait déjà le poumon de renard desséché, et que, jusqu'au XVIe siècle, on se servait de poumon de chien, de loup, d'agneau, de lièvre, de vautour, comme spécifique des maladies de poitrine. Récemment, MM. Arnozan et Brunet, di Grande, M. Cassaët ont reconnu à l'extrait de poumon de mouton une action nettement favorable sur les vieilles suppurations pleuro-pulmonaires non tuberculeuses.

Faut-il rappeler enfin les précieux services que rendent certaines interventions opératoires soit palliatives, comme le tubage et la trachéotomie dans la diphtérie, soit directement curatives, comme la pneumotomie ou la résection du poumon dans les abcès et certains cas de gangrène pulmonaire ?

Les mêmes principes qui servent de guides au traitement doivent aussi inspirer la prophylaxie. Celle-ci a un double but à poursuivre : empêcher l'arrivée des microbes pathogènes dans l'appareil respiratoire; soustraire l'organisme à l'action des causes prédisposantes et occasionnelles qui créent l'opportunité morbide.

La prophylaxie de l'invasion microbienne se résume dans la guerre aux poussières, la substitution, dans tous les cas où elle est possible, du nettoyage avec le linge mouillé au balayage à sec, l'obligation du crachoir suivie de la stérilisation des crachats par la chaleur, la pratique de la désinfection, l'isolement individuel. — Assurément, l'utilité de ces mesures n'est pas discutable, et la campagne entreprise pour en vulgariser l'emploi ne saurait être trop hautement encouragée. Il n'en est pas moins vrai que, même aux yeux de ses plus ardents promoteurs, ces moyens ne sauraient avoir qu'une efficacité relative. En effet, on n'arrivera jamais à barrer absolument la route au microbe, j'entends à des microbes aussi universellement répandus que le pneumocoque, le streptocoque, le bacille tuberculeux. On pourra sans doute rendre la contamination moins fréquente, et, certes, c'est bien quelque chose : on n'arrivera pas à l'empêcher complètement.

Aussi les mesures les plus importantes, en matière de prophylaxie comme en matière de traitement de l'immense majorité des infections pulmonaires, sont-elles encore celles qui s'adressent à l'organisme pour le mettre en état de résister à l'invasion bactérienne. Ce qu'il faut avant tout, c'est une bonne alimentation, ce sont des conditions hygiéniques d'habitation, de vêtement, de travail, bref, un confort suffisant; c'est la lutte contre l'alcoolisme, contre le surmenage; c'est encore l'aguerrissement au froid. Sans doute, il est beaucoup plus facile, parce qu'il est infiniment moins coûteux, d'interdire aux gens de cracher par terre que de leur procurer les moyens de mener une existence hygiénique, mais cela est aussi beaucoup moins efficace pour les mettre à l'abri de la maladie, et, tout compte fait, il est encore plus économique de prévenir celle-ci que d'avoir à la soigner. La question de la prophylaxie des infections pulmonaires et notamment de la tuberculose sera placée sur son terrain le plus solide le jour où tout le monde se sera pénétré de cette idée qu'il y a plus à attendre des mesures visant la défense de l'organisme que de la chasse au bacille, que, malgré tout, chacun de nous trouvera bien un jour ou l'autre sur son chemin.

ASSOCIATION FRANCAISE D'UROLOGIE

(*Suite.*)[1]

Deuxième séance (24 Octobre 1902).

Urétro-prostatites non blennorragiques. — *M. Hogge* (de Liège) s'élève contre la prétendue rareté des urétrites non blennorragiques qui, selon lui, se rencontreraient une fois sur trente cas d'urétrite primitive, d'après une statistique de 730 cas. Il insiste sur la coïncidence de la prostatite dans les urétrites non blennorragiques.

Les conditions étiologiques incriminées sont : 1° les influences congestionnantes du bassin, excès de tous genres, sexuels, bachiques, constipation, hémorroïdes, abus de cyclisme, etc. ; 2° des états généraux : syphilis, grippe, herpétisme, arthritisme ; 3° des troubles gastro-intestinaux qu'il suffit souvent de soigner pour guérir l'urétro-prostatite.

1. Voir *La Presse Médicale*, 1902, n° 93, p. 1109.

Si le pronostic est généralement favorable, il pense que ces malades conservent une réceptivité spéciale de la prostate qui les prédispose aux dysuries séniles.

M. Escat (de Marseille) se rallie aux réflexions précédentes sur la fréquence et l'importance des prostatites primitives non blennorragiques. Ces prostatites débutent parfois bruyamment avec des phénomènes fébriles analogues à ceux de l'amygdalite. Elles peuvent aboutir à l'abcès prostatique et à l'orchite.

Comme traitement, M. Escat donne la préférence au massage prostatique pratiqué jusqu'à l'expression totale de la glande à l'état normal ; le liquide prostatique, lactescent à la vue, donne sur du coton hydrophile une tache incolore comme celle donnée par une goutte d'eau. Il convient de poursuivre le massage jusqu'au moment où le liquide prostatique retrouve cet aspect.

M. Le Fur (de Paris) n'admet la prostatite aseptique que lorsque la goutte recueillie au méat ou les urines recueillies après massage de la prostate ne renferment ni microbes ni globules de pus ou tout au moins très peu de leucocytes.

On peut reconnaître deux variétés de prostatite aseptique, les unes *primitivement aseptiques* survenant chez un malade exempt de tout passé vénérien, les autres *secondairement aseptiques* succédant à une prostatite infectée d'origine blennorragique ou à une infection générale.

M. Franck (de Berlin) est complètement d'accord avec M. Hogge. Il cite deux observations de malades qui, sans antécédents de blennorragie, ont été atteints de prostatite sous l'influence d'excès de bicyclette ; chez les neurasthéniques, on peut observer des phénomènes semblables qui seraient plutôt de la prostatorrhée.

M. Motz (de Paris) conteste la possibilité de faire sur le vivant le diagnostic de la prostatite en dehors de la présence dans les sécrétions prostatiques des éléments histologiques et bactériologiques. Pour affirmer qu'une suppuration ne contient pas de microbes il est nécessaire de faire en dehors d'un examen microscopique des cultures d'aérobies et d'anaérobies.

Communications diverses. — *M. A. Hogge* (de Liège) cite une observation d'*urétroplastie périnéale et lithotritie* pratiquée sur le même malade.

M. Banzet (de Paris) rapporte une observation d'urétrotomie externe pour rétrécissement chez une femme, ancienne blennorragique urétrale, ayant déjà subi l'urétrotomie interne.

Il montre ensuite le dessin d'un *angiome caverneux typique de l'urètre* chez une femme. M. Banzet cite un cas de *rétrécissement de l'urètre chez une femme, apparemment d'origine congénitale*, et relate deux cas de *pseudo-urétrocèle*.

MM Hartmann et Lecène (de Paris) présentent les coupes microscopiques d'une glande de Cooper *les coupes microscopiques d'une glande de Cooper atteinte de tuberculose glandulaire* comparable à celle qui a été décrite au niveau des glandes salivaires, — glande de Cooper qu'ils enlevèrent totalement sur un jeune homme porteur d'un noyau induré dans la profondeur du périnée.

MM. Noël Hallé et Motz (de Paris) appuient sur l'intérêt de la communication de MM. Hartmann et Lecène et apportent des faits assez nombreux relatifs *à la tuberculose coopérienne.*

A côté de la forme clinique décrite par Englisch coopérite avec péricoopérite tuberculeuse suppurée, il faut ranger les diverses formes anatomiques : tuberculose coopérienne intracapsulaire avec ses deux stades d'infiltration tuberculeuse crue et transformation kystique caséeuse ; tuberculose du lobe accessoire intrabulbaire.

M. Muret (de Paris) présente des considérations sur *le traitement des urétrites chroniques aseptiques.*

Les instillations argentiques constitueront la méthode de choix dans les urétrites aseptiques succédant à des urétrites blennorragiques de date récente. Si les instillations échouent, il faudra en chercher la cause soit dans d'autres lésions : prostatite chronique, atrésie du méat, rétrécissements antérieurs ou en voie de formation, soit dans les imprudences, la mauvaise hygiène ou l'âge avancé du malade.

Dans les cas très anciens, on pourra employer l'acide picrique à 1,5 p. 100 ou l'acide pyrogallique à 2 ou 4 p. 100 alternativement.

Il faudra, le plus souvent, traiter en même temps la prostatite et les rétrécissements concomitants.

M. Guiard (de Paris) étudie le *rôle du gonococ-*

cisme latent chez la femme : 1° Très souvent la femme donne la blennorragie sans présenter à l'examen direct aucune lésion appréciable.

2° Ce fait ne prouve nullement que la maladie puisse naître d'elle-même, en dehors de toute contagion.

3° Dans les cas de ce genre, en effet, les recherches bactériologiques démontrent fréquemment l'existence de gonocoques latents soit dans l'urètre, soit dans le col utérin, soit dans la sécrétion des glandes vulvo-vaginales, alors que l'examen à l'œil nu ne permet de constater aucune altération ou aucune sécrétion révélatrice.

4° La persistance du gonococcisme latent chez la femme peut avoir une durée presque indéfinie. On voit quelquefois, après de longues périodes, sa contagiosité, dont l'extinction semblait démontrée par l'expérience, se manifester tout à coup par de mortelles infections.

5° Or le seul fait qu'un homme n'ayant eu de rapports qu'avec la même femme depuis un temps suffisant ait ainsi contracté la blennorragie donne le droit absolu d'affirmer que cette femme, en dépit des apparences les plus rassurantes, recèle, en un point quelconque de son appareil génito-urinaire un ou plusieurs foyers gonococciques.

6° En pratique, cette notion est, on le conçoit d'une extrême importance.

M. Paul Delbet (de Paris) propose de *traiter la stérilité consécutive à l'orchite* par la ponction ou l'incision de la tuméfaction (orchite aiguë) et par la résection du noyau scléreux (orchite ancienne) et l'anastomose de l'épididyme et du canal déférent.

M. Imbert (de Montpellier) cite une observation de castration pour une énorme *hématocèle de la tunique vaginale.*

M. J. Janet (de Paris) montre que l'inhibition prostato-vésicale n'est pas exclusivement liée à l'hypertrophie prostatique, qu'il n'est en réalité que l'exagération d'un phénomène physiologique constant chez l'homme et la femme, qu'elle propose de désigner sous le nom plus général d'*inhibition génito-vésicale.*

M. A. Malherbe (de Nantes) cite un cas de perturbation de cette inhibition physiologique.

M. Freudenberg (de Berlin) signale la *réaction ammoniacale de l'urine dans la phosphaturie*, la phosphaturie réelle latente et l'ammoniurie comme des symptômes objectifs précurseurs de la neurasthénie.

M. A. Malherbe (de Nantes) rapporte un cas de guérison d'ancienne incontinence nocturne d'urine chez une femme, par *libération du méat.*

M. D. Courtade (de Paris) rapporte un cas de guérison, par l'électricité, de *paralysie vésicale* (rétention) accompagnée d'incontinence des matières fécales.

M. Loumeau (de Bordeaux) rapporte huit cas d'incontinence d'urine très probablement influencés par les *injections épidurales de sérum ou de cocaïne.*

L'adrénaline. — *M. Bartrina* (de Paris) a obtenu de bons résultats avec l'*adrénaline* en solution au millième et au dix millième, qui lui a permis de franchir des rétrécissements de l'urètre. Employée comme hémostatique et anesthésique, elle facilite l'exploration de la vessie et en particulier la cystoscopie et peut s'employer dans les petites opérations sur le gland, prépuce et vessie.

M. Pasteau (de Paris) reconnaît les avantages de l'adrénaline dans la chirurgie vésicale, mais dans les cas de saignement prostatique il convient de l'employer très modérément, car le cathétérisme, au moment de la réaction congestive secondaire devient beaucoup plus difficile.

M. Franck (de Berlin) se rallie à l'opinion précédente au sujet de l'adrénaline.

M. Cathelin (de Paris) présente les résultats favorables qu'il a obtenus dans le traitement de la névropathie urinaire (faux urinaires) avec les injections épidurales sacrées de sérum artificiel.

M. Franck (de Berlin) a également obtenu de bons résultats avec cette méthode.

M. Pasteau (de Paris), à propos d'un cas d'incontinence d'urine due à une anomalie des organes génitaux chez une femme, insiste sur la nécessité des *opérations orthopédiques dans ces variétés d'incontinence.*

Troisième séance, 25 Octobre 1902.

Prostatectomie périnéale. — *M. H. Hartmann* (de Paris) considère la prostatectomie périnéale comme la meilleure des opérations pratiquées contre l'hypertrophie prostatique.

Elle est indiquée dans les rétentions complètes chroniques et dans les rétentions incomplètes chroniques accompagnées de calculs, fièvre, cystite rebelle.

M. F. Legueu (de Paris) envisage successivement la technique, qui reste celle préconisée et définie par Proust et Gosset ; les résultats, qui ne reposent pas encore sur des cas assez nombreux ; et les indications, qui ne doivent être ni *précoces* ni *tardives.*

M. Pousson (de Bordeaux) se montre partisan de la prostatectomie périnéale.

M. Gosset (de Paris) reconnaît avec M. Pousson qu'il peut y avoir avantage, chez certains malades peu ou pas infectés, à drainer après la prostatectomie non par le périnée, mais au moyen d'une sonde à demeure dans l'urètre.

M. Malherbe (de Nantes) donne les résultats favorables qu'il a obtenus dans l'hypertrophie prostatique par la résection totale du cordon.

MM. Loumeau, Dorst, Reynès, Le Fur exposent leurs cas de prostatectomie périnéale et concluent en faveur de cette opération.

M. Escat, tout en reconnaissant sa légitimité, fait des réserves et reste fidèle au cathétérisme qui, bien appliqué, donne d'excellents résultats.

M. Sigurta (de Milan) relate 4 cas avec guérison de prostatectomie périnéale suivant la technique de M. Albarran, mais en ne faisant aucune suture de l'urètre incisé.

M. Freudenberg (de Berlin) donne les bons résultats qu'il a obtenus de l'opération de Bottini (100 cas environ). Dans les cas exceptionnels d'hémorragies tenaces, il propose d'essayer la « sonde à tampon » qu'il a construite d'après le modèle de la « canule à tampon » de Trendelenburg.

M. Desnos (de Paris) reste partisan de l'opération de Bottini pour les petits cas, pour les petites rétentions ; ainsi limitée, c'est une opération bénigne, qu'il a pratiquée vingt-neuf fois, avec, le plus souvent, un résultat fonctionnel bon, quelquefois parfait.

M. Albarran (de Paris) donne les résultats éloignés de la prostatectomie périnéale. Sur 30 opérés suivis de six mois à deux ans, trois mois après l'opération : 4 rétentionnistes complets récents sont guéris ; 12 rétentionnistes chroniques complets datant de huit mois à dix ans peuvent vider spontanément leur vessie. Sur 14 malades atteints de rétention chronique incomplète d'urine, 9 vident complètement leur vessie, 3 sont très améliorés, 2 conservent le même résidu qu'avant l'opération.

Tous ses opérés ont grandement bénéficié de l'opération, ce qui démontre que la prostatectomie périnéale est le traitement de choix chez les prostatiques rétentionnistes, surtout dans les rétentions complètes chroniques et les rétentions récentes à répétition.

M. Le Fur (de Paris) insiste sur la fréquence de la prostatite chronique, sur ses variétés (prostatites chroniques infectées, prostatites aseptiques), sur le traitement qui consiste dans le massage de la glande soit avec le doigt ou avec des masseurs mécaniques.

MM. Motz (de Paris) *et H. Goldschmidt* (de Berlin) attirent l'attention sur la possibilité d'infection, suivie même de gros abcès, de l'hyperplasie bénigne qui constitue l'hypertrophie de la prostate.

Aussi convient-il d'instituer chez les porteurs de prostatites le traitement par le massage, les suppositoires et les lavements chauds.

M. Noguès (de Paris) relate une observation de prostatite d'origine intestinale et rappelle la relation qui existe entre les prostatites chroniques d'emblée et les urétrites primitives aseptiques.

MM. Hartmann et Roger attirent l'attention sur le rôle des *anaérobies dans la pathogénie des inflammations vésicales.*

M. Le Fur (de Paris) rapporte une observation d'*ulcération syphilitique de la vessie* s'accompagnant d'hématurie abondante, qui ayant résisté à tout les traitements locaux guérit par le traitement spécifique.

M. Le Fur (de Paris) relate des *cas de cystite primitive suivie d'infection rénale ascendante et phlegmon périnéphrétique.*

M. Legueu (de Paris) signale une modification qu'il a introduite dans la technique de la taille hypogastrique et qui consiste dans l'injection dans la vessie de 100 à 150 centimètres cubes d'air stérilisé et dans l'emploi d'un écarteur automatique.

M. Genouville (de Paris) relate l'observation d'un malade auquel il a extrait par la taille hypogastrique un calcul vésical de 485 grammes.

MM. Legueu et Cathelin (de Paris) proposent, lorsque la cystoscopie révèle la présence soit d'un calcul enchatonné, soit d'un polype vésical ou d'une autre tumeur, siégeant dans la région urétérale unilatérale, de pratiquer une *taille verticale et latérale de la vessie.*

M. Imbert (de Montpellier) signale un cas de lithiase vésicale chez un enfant, à symptomatologie anormale : attitude vicieuse, flexion du tronc sur la cuisse qui disparut le jour même de l'opération.

M. Hogge (de Liège) relate un cas extraordinaire d'*extirpation totale de la vessie et de tous les organes génitaux pour une tumeur papillomateuse de la vessie*, avec guérison depuis trois ans.

M. Pasteau (de Paris) indique la conduite à tenir dans l'*extirpation des tumeurs vésicales avoisinant les orifices urétéraux.*

M. Imbert (de Montpellier), au sujet de la pathogénie des phlegmons de la cavité de Retzius, pense que toute une catégorie de phlegmons prévésicaux résultent d'une infection à distance provenant de la vessie, urètre, intestins, organes génitaux, et qu'en l'absence de signes d'infection générale, il y a lieu d'admettre qu'il s'agit alors d'*adéno-phlegmons des ganglions lymphatiques prévésicaux.*

M. Pasteau (de Paris) montre l'*utilité du débridement vulvaire après une cystostomie vaginale.*

M. Clado (de Paris) montre un *appareil à éclairage de l'urètre, de la vessie, de l'utérus et du vagin.*

MM. Hartmann et Luys (de Paris) insistent sur les applications de plus en plus étendues *de la séparation intravésicale des urines* et les avantages de leur appareil.

MM. Legueu et Cathelin (de Paris) donnent les résultats cliniques de la *séparation intravésicale des urines par l'application du diviseur gradué de Cathelin.* Les quelques inconvénients qu'ils reconnaissent à la méthode du cloisonnement endo-vésical ne peuvent être opposés à ses grands avantages.

Ils exposent les données que cette méthode leur a fournies dans les hématuries.

M. Nicolich (de Trieste) présente *l'appareil diviseur* qu'il a modifié et qui donnerait une meilleure étanchéité que l'appareil Cathelin.

M. Cathelin (de Paris) expose la modification et la simplification qu'il a introduites dans son *diviseur vésical gradué* à sondes métalliques latérales mobiles.

M. Reboul (de Nîmes) présente une observation d'*hydronéphrose intermittente calculeuse* traitée et guérie par la néphrotomie.

M. Escat (de Marseille) relate un cas d'*urétérectomie totale pour urétérite à forme cystalgique.*

M. Le Fur (de Paris) cite un cas de *tuberculose rénale intéressant un rein mobile* fut néphrectomisé.

D. Estrabaut.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

17 et 24 Novembre 1902.

Localisation de l'arsenic normal dans quelques organes des animaux et des plantes. — Ses origines. — *M. Armand Gautier*. Après avoir constaté, voici déjà deux ans passés, l'existence normale de l'arsenic dans certains tissus de l'homme et des animaux domestiques, M. Armand Gautier s'est occupé de préciser par des recherches nouvelles l'exacte localisation de ce métalloïde dans l'économie et il a constaté qu'elle s'opérait essentiellement dans les organes d'origine ectodermique.

Chez les oiseaux et les poissons, l'arsenic ne se rencontre pas dans les œufs, laitances, chair de poissons. Les plumes des ailes ou de la queue des oiseaux, plumes servant au vol, n'en renferment pas davantage ; au contraire, dans le duvet, qui semble correspondre directement aux poils des mammifères, l'arsenic existe et il en est encore de même dans les plumes brillantes que les mâles de certaines espèces d'oiseaux revêtent durant la saison des amours ; chez ces oiseaux, du reste, la localisation de l'arsenic se fait exclusivement alors dans les barbes colorées des plumes et non dans leur canon.

M. Gautier a encore recherché, et avec succès, l'existence de l'arsenic chez les algues marines et terrestres. Il a trouvé l'arsenic plus particulièrement abondante dans les algues marines. En examinant analytiquement des bogheads formés essentiellement de spores d'algues d'eau douce, il a aussi rencontré l'arsenic en proportion notable et il a pu enfin constater que ce métalloïde se rencontre normalement dans la substance des êtres constituant le plankton marin, ainsi que dans les roches primitives.

Il s'en suit donc de ces recherches que l'arsenic paraît jouer un rôle universel comme l'azote et le phosphore. Il existe en petites proportions, mais sans exception, dans les roches primitives, les terres, la mer, les végétaux et particulièrement les algues, les animaux terrestres et marins. Chez ceux-ci, enfin, il se localise surtout dans les organes d'origine ectodermique qui président aux sensations et à la reproduction, et il semble jouer dans les cellules où on le trouve un rôle analogue à celui du phosphore, mais à un degré éminent.

Electrolyse des sels métalliques séjournant dans les tissus. — *M. André Poey*. Pour traiter les sujets intoxiqués par des sels métalliques séjournant à l'intérieur de l'organisme, l'auteur propose le dispositif suivant. Une baignoire en fonte émaillée, de préférence, est isolée du sol; elle renferme de l'eau chaude aiguisée d'acide sulfurique pour l'extraction du plomb et d'acide azotique pour celle du mercure et des autres métaux. Le patient est plongé dans la baignoire soutenu par un banc isolé de celle-ci. Il tient alternativement des deux mains l'électrode positive terminée par un rhéophore de fer cylindrique et creux, enveloppé d'un linge humide. L'électrode négative est reliée à la baignoire elle-même.

Par cette disposition le courant positif traverse librement l'électrolyte humain dans toute la profondeur de ses tissus, va se fermer sur le métal de la baignoire formant l'électrode négative et dépose sur celle-ci sa charge d'ions dissociée ramassée sur son parcours pendant que les ions d'un plus grand poids coulent au fond de la baignoire.

Il convient d'employer une pile de 15 à 24 éléments donnant de 8 à 20 milliampères.

Appareil pour déterminer la durée des impressions lumineuses sur la rétine. — *M. Maurice Dupont*. L'auteur a réalisé un appareil en vue de déterminer les variations normales et pathologiques que peut présenter la durée de la persistance des images sur la rétine, pour la rapporter à des lésions déterminées, en passant en revue successivement les rayons colorés du spectre, pour attacher à chacun d'eux un coefficient particulier. Le même procédé permet de calculer le temps minimum nécessaire pour qu'une impression lumineuse soit perçue.

Production du sommeil et de l'anesthésie générale par les courants électriques. — *M. Stéphane Leduc*. L'auteur obtient le sommeil et l'anesthésie complète sans un mouvement de défense ou de fuite, sans un cri, sans changement dans les mouvements de la respiration et du cœur, en soumettant le sujet à l'action d'un courant de 10 à 30 volts interrompu de 150 à 200 fois par seconde. Les contractures et convulsions cloniques sont atténuées par l'emploi, dans le circuit, d'un rhéostat sans self-induction, permettant, par une augmentation graduelle, d'atteindre en trois à cinq minutes l'intensité nécessaire.

Recherches expérimentales sur l'hémoglobinurie musculaire. — *MM. Camus et Pagniez* continuent leurs recherches sur la question; les auteurs ont constaté que les injections de suc musculaire à l'intérieur des muscles rouges produisent de l'hémoglobinurie. Les mêmes injections faites dans les muscles blancs demeurent sans action.

Georges Vitoux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

21 Novembre 1902.

Sur l'action de l'adrénaline dans l'hémoptysie et l'hématémèse. — *MM. Louis Rénon et Louste* rapportent des faits cliniques et expérimentaux qu'ils ont observés sur l'action de l'adrénaline dans l'hémoptysie et l'hématémèse.

Dans un cas d'hémoptysie chez un tuberculeux à la troisième période, la solution au millième d'adrénaline administrée à la dose quotidienne de X, XV, XXV gouttes par la voie gastrique avait paru donner des effets favorables, mais qui ne se sont pas maintenus, puisque le malade a succombé à ses hémoptysies.

Les modifications de la pression artérielle se sont montrées variables et inconstantes, passant de 15 à 20 millimètres ou baissant au contraire de 18 à 14 millimètres.

D'ailleurs, dans un cas de maladie de Basedow avec hypotension, la dose quotidiennement répétée de X, XV, XX gouttes pendant dix jours n'amena aucune modification de la pression artérielle.

L'action locale sur la muqueuse gastrique semble avoir été plus favorable. Chez un homme de cinquante-deux ans entré avec des hématémèses abondantes et répétées au point de faire poser la question d'une intervention chirurgicale, nous avons donné pendant sept jours L gouttes de la solution au millième par doses fractionnées toutes les deux heures. Les hématémèses se sont arrêtées. Le traitement a été complété dans ce cas par une diète absolue, des injections de sérum artificiel à doses massives sous la peau et des lavements alimentaires, conditions qui ont empêché de tenir compte de la pression artérielle. Les auteurs n'ont pas osé employer des doses plus considérables à la suite d'expériences faites chez les animaux. Il suffisait en effet d'une injection sous la peau d'un cobaye de 4 centimètres cubes de la solution au dix millième pour déterminer la mort en vingt-quatre heures. Le corps était contracté en systole, très dur; les cavités ventriculaires n'existaient plus que virtuellement.

Ictère chronique acholurique congénital chez un homme de vingt-neuf ans; augmentation passagère et légère du volume du foie et de la rate; conservation de la santé générale. — *MM. F. Widal et P. Ravaut*. Le malade que nous vous présentons est âgé de vingt-neuf ans et atteint d'un ictère dont le début remonte aussi loin que s'étend son souvenir.

Son père a souffert il y a quatre ans de coliques hépatiques avec ictère; sa mère, son frère et ses deux sœurs ne présentent aucun trouble du côté du foie. Leur sérum ne contient pas trace de pigment biliaire.

Si l'on examine de plus près notre malade, dont les antécédents pathologiques personnels sont nuls, l'on constate un ictère nettement visible sur la peau, les muqueuses et particulièrement sur les conjonctives. Depuis six mois que nous le suivons, nous avons noté la persistance de cet ictère qui montre cependant de légères oscillations dont la cause reste inaperçue. Les urines n'ont jamais présenté la réaction des pigments biliaires vrais, mais contenaient toujours de l'urobiline et du pigment rouge-brun en plus ou moins grande quantité. Le sérum renfermait toujours des pigments biliaires décelables par la réaction de Gmelin. Les matières n'ont jamais été décolorées; au contraire, à plusieurs reprises le malade a été frappé de l'intensité de leur teinte. Les globules rouges et blancs sont normaux comme quantité et comme qualité, mais nous avons remarqué chaque fois, en suivant la technique de MM. Vaquez et Ribierre, une augmentation de la résistance des globules rouges; de plus leur volume a été noté par M. Vaquez supérieur à la moyenne. Le suc gastrique est normal. Le foie et la rate, qui étaient légèrement augmentés de volume il y a quelques mois, ont actuellement des dimensions normales; l'épreuve de la glycosurie alimentaire est négative; l'épreuve du bleu de méthylène montre une élimination parfaite, sauf trois légères intermittences tardives avec présence de chromogène. Le cœur est normal; le pouls a toujours été ralenti et bat entre 46 et 60. Comme trouble nerveux, l'on ne décèle qu'une abolition des réflexes rotuliens plantaires et pharyngiens. La température rectale recherchée pendant huit jours de suite et à différents moments de la journée n'a jamais dépassé 37°1. Cet homme, bien constitué, sans tare physique, ne présente que quelques déformations dentaires; il n'est ni neurasthénique ni mélancolique, il est toujours de bonne humeur.

En résumé, l'apparence congénitale de l'ictère, la polycholie, la présence d'urobiline et de pigment rouge brun dans les urines, la constatation de pigments biliaires dans le sérum, l'aspect actuellement normal du foie et de la rate donnent un intérêt d'actualité à ce malade depuis que MM. Gilbert et ses élèves ont attiré l'attention sur la cholémie familiale et l'ictère congénital.

Si dans bien des cas analogues l'angiocholite peut être considérée comme la cause de l'ictère, dans d'autres cas, comme le nôtre, qui semble toujours avoir évolué sans fièvre et sans phénomènes infectieux, on peut se demander, cependant, si l'ictère remontant à l'enfance n'est pas l'indice d'une tare congénitale de la cellule hépatique, sorte de stigmate de dégénérescence, amenant un excès de biligénie, par diabète biliaire, comme le disaient déjà Hanot et Schachmann pour la cirrhose hypertrophique. La bile déversée en excès dans ses canaux d'excrétion finit peut-être par éveiller la susceptibilité des voies biliaires pour l'infection.

Paralysie faciale au début de la syphilis. Lymphocytose considérable du liquide céphalo-rachidien. — *MM. Thibierge et Ravaut* présentent une femme, en pleine période secondaire de la syphilis, atteinte depuis quelques jours de paralysie faciale droite, paralysie du type périphérique. L'examen du liquide céphalo-rachidien a montré une lymphocytose très accusée, avec présence de quelques rares polynucléaires et de gros éléments mononucléés. Il y a donc irritation méningée; peut-être une plaque de méningite comprime-t-elle le nerf facial avant son entrée dans le canal de Fallope?

M. Widal. On sait combien la lymphocytose méningée est fréquente au cours des manifestations nerveuses de la syphilis, au cours de l'hémiplégie syphilitique due à l'artérite, par exemple. Pour tenter une explication dans le cas de MM. Thibierge et Ravaut, il faut se rappeler que le nerf facial présente depuis son émergence bulbo-protubérancielle jusqu'à son entrée dans le conduit auditif un trajet spécial pendant lequel il se trouve en contact avec la méninge. Cette membrane avec le liquide céphalo-rachidien l'accompagne même dans le canal osseux jusqu'à une profondeur de plusieurs millimètres. Est-ce le tronc du nerf enflammé qui irrite par contiguïté la méninge, ou est-ce la méninge irritée du fait de la syphilis qui réagit sur le nerf? La question ne pourra être résolue que par l'exploration méningée faite systématiquement chez des malades atteints de paralysie faciale syphilitique et non syphilitique. La question est en tout cas dès maintenant posée par le cas très intéressant de MM. Thibierge et Ravaut.

Nature, évolution et durée de la réaction méningée dans le zona. — *MM. Chauffard et G. Froin*. Dans deux cas de zona nous avons pratiqué des ponctions rachidiennes en série. Un zona ophtalmique a été ponctionné les 2e, 4e, 15e et 30e jours après l'apparition de l'éruption. Un zona thoraco-abdominal a été ponctionné les 10e et 20e jours après l'apparition de l'éruption.

Chaque ponction a décelé dans le liquide céphalo-rachidien, centrifugé selon la technique précise de MM. Widal et Ravaut, de nombreux lymphocytes. Cette réaction méningée, en particulier celle qui a accompagné le zona ophtalmique, apporte un argument favorable à la théorie métamérique du zona. Si cette réaction se produit seulement dans le territoire séreux qui avoisine le métamère malade, nos ponctions démontrent qu'elle est néanmoins aussi intense que dans des processus plus diffus tels que la méningite tuberculeuse, le tabes, etc. La lymphocytose rachidienne ne concorde pas avec une réaction sanguine homologue: nous n'avons constaté qu'un légère polynucléose au moment de la période de l'éruption zonateuse.

Nous signalons une corrélation entre le nombre et les dimensions des lymphocytes. Les ponctions pendant les premiers jours de l'éruption décèlent des lymphocytes nombreux et volumineux; après la période d'éruption, les lymphocytes diminuent de nombre et de volume: il semble qu'il y ait macro-lymphocytose à la période initiale, faisant place à une micro-lymphocytose tardive.

Nous avons trouvé une lymphocytose très nette, bien que plus discrète que dans les cas précédents, chez un malade arrivé à six mois et demi de l'apparition de l'éruption de son zona. Ce malade, de même que les deux précédents, conserve des douleurs dans le territoire zonateux. Ceci nous amène à penser qu'il y a probablement un rapport entre l'intensité et la durée de la lymphocytose et des douleurs. En un mot, il y a lieu de rechercher, en dehors de nos cas, si les zonas à douleurs persistantes sont ceux qui restent longtemps lymphocytiques.

M. Achard. Il semble prouvé que le zona peut reconnaître comme cause une méningite atténuée; cependant certains zonas (un entre autres rapporté par M. Achard) ne s'accompagnent pas de leucocytose; dans ces cas, l'irritation méningée n'a été que très fugace.

M. Lamy. La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien prouve certainement une irritation méningée; mais il ne faut pas oublier que l'espace sous-arachnoïdien communique facilement avec les espaces conjonctifs des troncs nerveux. Les expériences d'Anel Key, de Retzius, de Lamy lui-même le démontrent. Il n'est donc pas étonnant qu'une inflammation des troncs nerveux, portant surtout à leurs origines, se traduise également par une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

M. Widal. De nombreux examens du liquide céphalo-rachidien ont été déjà pratiqués au cours de polynévrites simples et au cours de psychoses polynévritiques, et jusqu'à présent la lymphocytose a toujours été absente.

Phlébite syphilitique secondaire. — *M. Campbell* (d'Edimbourg) présente l'observation d'un malade du

service de M. Pierre Marie. Cet homme a été atteint d'un chancre syphilitique, puis au bout de neuf mois d'hémiplégie droite, enfin, dix mois après l'accident initial, de phlébite subaiguë de la saphène interne avec récidive au bout de trois semaines. Les observations de phlébite syphilitique publiées antérieurement sont au nombre de 32, et l'observation actuelle offre avec elles une grande analogie.

Arthrites blennorragiques. Considérations étiologiques et bactériologiques. — *MM. Vaquez et Ch. Laubry* présentent deux observations de rhumatisme blennorragique à forme de mono-arthrite plastique ankylosante, survenu à la même époque chez deux sœurs âgées, l'une de dix-sept, l'autre de quinze ans et demi. Circonstance étiologique intéressante : la contamination s'est faite par le même individu, chez qui la blennorragie s'est accompagnée de légères douleurs rhumatoïdes. Faut-il voir dans ces faits un même mode de réaction de deux terrains à peu près identiques à l'égard d'un même germe pathogène, ou une spécificité acquise par le gonocoque dans certaines conditions ?

Les examens bactériologiques ont été pratiqués dans les deux cas et dans deux autres formes, l'une hydarthrose, l'autre arthrite purulente blennorragiques. Positifs dans ce dernier cas, ils ont été négatifs dans tous les autres. Mais au cours d'une arthrotomie pratiquée dans un cas où l'examen de la sérosité avait été négatif, la culture des fongosités synoviales a donné d'abondantes colonies de gonocoques. Ce fait déjà observé par Burci montre que si le microbe meurt rapidement dans le liquide épanché, il reste longtemps cantonné, vivace et partant difficile à atteindre dans les tissus articulaires.

Enfin l'examen du sang pratiqué dans les quatre cas montre l'absence de réaction leucocytaire au cours de réactions articulaires blennorragiques différentes, plastique, séreuse et purulente.

M. Lermoyez appelle l'attention sur la spécificité que peuvent acquérir les microbes dans certaines conditions ; la clinique réalise ainsi les expériences de MM. Bezançon et Labbé. C'est ainsi que dans des épidémies de grippe, les pneumocoques déterminent presque fatalement des otites. M. Barbier a pu ainsi rapporter de véritables épidémies d'otites.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

22 Novembre 1902.

Sur l'existence de l'arsenic. — *M. A. Gautier.* De nouvelles recherches sur l'existence de l'arsenic dans la série animale, végétale et minérale m'ont permis de conclure que ce métal est extrêmement répandu dans la nature.

J'ai retrouvé cette substance, à doses appréciables, dans les plumes des oiseaux à l'époque de la fécondation; je l'ai encore retirée de certaines algues de mer, et sa présence est incontestable également dans la plupart des roches marines. Ces faits ont leur importance au point de vue de la genèse de l'arsenic chez les mammifères, et surtout au point de vue de la toxicologie et de la médecine légale.

Sur la digestibilité des képhyrs gras et maigre. — *MM. A. Gilbert et A. Chassevant.* Le képhyr écrémé séjourne dans l'estomac moins longtemps que le képhyr ordinaire. La digestion stomacale de 250 centimètres cubes de képhyr écrémé est complète chez le chien au bout de 3 h. 1/2; le képhyr ordinaire séjourne dans l'estomac pendant 4 h. 30.

La digestion stomacale du képhyr est plus rapide que celle du lait.

250 centimètres cubes de lait pur cru, séjournent dans l'estomac pendant 7 h. 1/2; 250 centimètres cubes de lait pur bouilli, pendant sept heures; 250 centimètres cubes de lait écrémé, pendant cinq heures; 250 centimètres cubes de képhyr n° 2, pendant 4 h. 1/2; 250 centimètres cubes de képhyr n° 2 écrémé, pendant 3 h. 1/2.

Ces résultats confirment les expériences de la clinique, qui considère le képhyr comme l'aliment de choix des dyspeptiques asthéniques.

Les cellules spongiocytes des capsules surrénales chez le cobaye et chez le chien. — *M. P. Mulon.* Les cellules spongieuses de la capsule surrénale ont été figurées par Pettit et décrites par Guiyesse. Plus récemment, Bernard et Bigart ont décrit à l'union de la couche spongieuse et de la fasciculée une « zone graisseuse » au niveau de laquelle les trabécules contiennent des gouttelettes de substance grasse.

Or, sur des coupes faites à la paraffine après fixation par un mélange chromo-osmique ou, mieux encore, sur des coupes faites par congélation immédiatement au sortir du fixateur osmique, on peut se rendre compte que c'est toute la couche spongieuse qui est constituée par l'agglomération de cellules remplies de gouttes d'une substance grasse.

Traitée par le xylol, l'essence de cèdre, etc., cette substance grasse, quoique fixée, se dissout très facilement. A la place de chaque goutte graisseuse apparaît une vacuole.

Lorsque l'action du xylol est complète, la cellule ne contient plus de gouttes graisseuses et présente, en revanche, l'aspect connu des spongiocytes typiques.

On peut donc dire que tous les spongiocytes sont des cellules dont le protoplasma est gorgé de gouttelettes graisseuses élaborées par lui. L'aspect « spongieux » n'est qu'un aspect artificiel dû aux manipulations de l'inclusion.

Granulations oxyneutrophiles dans les cellules nerveuses. — *M. Marinesco* envoie une note sur la coloration particulière que prennent certaines granulations des cellules nerveuses sous l'influence des réactifs spéciaux d'Ehrlich et de Biondi.

A. Sicard.

PRATIQUE MÉDICALE

La médication balsamique par le « Libanol », ou Huile de Cèdre.

Le traitement balsamique tient encore une place importante dans la thérapeutique des affections des voies respiratoires et surtout des voies urinaires, particulièrement dans la blennorragie. Le santal, le baume de copahu, le cubèbe, la térébenthine, etc., se partagent tour à tour la faveur des spécialistes et des malades. L'essence de santal surtout exerce sur la marche de l'urétrite blennorragique une influence heureuse et incontestable. Malheureusement, la rareté et le prix élevé de cette essence font qu'elle est très souvent falsifiée; en outre, son emploi détermine très fréquemment des troubles gastriques (vomissements, diarrhée, etc.) et une poussée congestive de l'appareil rénal (douleurs lombaires, albuminurie et même hématurie). Ces accidents sont encore plus fréquents et plus accusés avec la térébenthine, le copahu et autres succédanés. Le copahu, d'ailleurs, stimule vivement la peau, et, en s'éliminant par les glandes sudoripares et sébacées, détermine souvent de l'érythème, de l'urticaire, etc...

En présence de tous ces inconvénients des balsamiques ordinaires, M. Trabut, professeur à l'école de médecine d'Alger, a songé à expérimenter l'*huile de cèdre*, dont les montagnards de l'Atlas lui avaient vanté les bons effets dans les affections des voies respiratoires et dans la blennorragie. Les recherches furent faites par un de ses élèves qui lui a consacré sa thèse inaugurale (H. Huertas. Le cèdre en thérapeutique. *Thèse*, Montpellier, 1901) et par un de ses collègues, M. le professeur Gémy, qui voulut bien essayer le produit dans son service de la Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. C'est aux travaux de ces auteurs que nous empruntons la courte étude qui suit :

L'huile essentielle retirée du Cedrus atlantica, le *Libanol*, comme l'a appelée M. Huertas, se présente sous l'aspect d'un liquide transparent, très fluide, de coloration jaune citron, d'odeur et de saveur agréables, laissant à la gorge une très légère âcreté, non persistante. Elle est soluble dans l'huile et l'éther en toutes proportions, soluble au 1/5 dans l'alcool à 90°, insoluble dans l'eau et dans la glycérine. Elle est légèrement antiseptique et nullement toxique.

Administré par la bouche, le libanol est facilement absorbé par les muqueuses de l'appareil digestif. On ignore encore les métamorphoses qu'il peut subir dans le sang et dans les tissus, mais ce qu'on sait, c'est qu'il s'élimine pour ainsi dire exclusivement par les voies respiratoires et urinaires : l'haleine exhale peu de temps après son absorption l'odeur caractéristique du produit, et les urines présentent de même une odeur particulière.

Le libanol est très bien toléré par l'estomac et l'intestin. Les nausées, les vomissements, les coliques sont tout à fait exceptionnels; les éructations sont plus fréquentes. Le libanol ne provoque jamais d'albuminurie ni d'hématurie; jamais de poussées érythémateuses ou vésiculeuses du côté de la peau, même quand il est employé en applications locales; jamais enfin de vertiges, de céphalalgie ni aucun symptôme de dépression ou d'excitation nerveuse.

Le meilleur mode d'administration du libanol à l'intérieur consiste à le donner en capsules de gélatine dosées à 25 ou 50 centigrammes. On peut porter la dose quotidienne de libanol jusqu'à 8 grammes, mais en général il n'est pas nécessaire de dépasser la dose de 3 grammes, chez un adulte, pour obtenir le résultat thérapeutique cherché. On peut également administrer le médicament en potion, émulsionné dans du lait, qui, dans ces conditions, peut demeurer plusieurs jours sans subir la fermentation lactique. Enfin, en application locale, le libanol peut s'employer pur, ou, mieux, associé à la vaseline dans laquelle il s'incorpore très bien en formant une pommade homogène.

Quant aux résultats de la médication par le libanol, nous envisagerons surtout ceux qui ont été obtenus dans les affections des voies urinaires et des voies repiratoires.

Le professeur Gémy, d'Alger, a traité plus de 200 cas de blennorragie par le libanol, et, à la suite de cette expérimentation qui embrasse une période de deux années, il déclare que non seulement le libanol s'est toujours montré aussi puissant que les meilleurs santals et autres balsamiques, mais qu'il a de plus l'avantage de ne jamais exercer d'influence nocive sur le tube digestif et le rein. Toujours, aux doses employées (3 grammes par vingt-quatre heures), il a noté une diminution rapide des douleurs et une modification très notable de l'écoulement, qui ont permis de pratiquer les lavages au permanganate après une moyenne d'une semaine au plus de traitement. Il en a été de même pour les cystites : M. Huertas a toujours vu la douleur disparaître dès les premières doses, les urines s'éclaircir rapidement et les mictions devenir moins fréquentes.

Dans les affections des voies respiratoires, le libanol, seul ou associé à d'autres médicaments, agit notamment sur les sécrétions bronchiques qu'il fluidifie et transforme en leur enlevant leur purulence et leur odeur. Il semble donc surtout indiqué dans les bronchites chroniques et dans la tuberculose pulmonaire. A ce sujet nous devons signaler une application toute spéciale du libanol, à cause des services importants qu'il est appelé à rendre sous cette forme en thérapeutique. C'est celle qui consiste à l'associer à l'huile de foie de morue (20 à 30 grammes par litre) dont il masque complètement la saveur désagréable sans lui retrancher aucune de ses propriétés, de telle sorte que l'huile de foie de morue au libanol peut être prise par les estomacs même les plus délicats, été comme hiver, sans qu'il y ait la moindre intolérance.

On a signalé d'autres applications thérapeutiques locales du libanol : plaies, brûlures, douleurs rhumatismales, métrites, etc.; mais nous croyons qu'il faut attendre que les observations soient plus nombreuses pour formuler une opinion définitive à cet égard.

Traitement des suppurations tuberculeuses par les lavages au permanganate.

D'après M. Bayeux, ancien interne des hôpitaux de Paris, les lavages au permanganate de

potasse donneraient des résultats très remarquables dans le traitement local des suppurations tuberculeuses ouvertes.

Le permanganate de potasse modifie d'abord d'une manière frappante l'*aspect extérieur* des poches tuberculeuses : les bourgeons mous, pâles, tremblotants, qui les recouvrent constamment lorsqu'on emploie les antiseptiques ordinaires, se rétractent, sèchent et tombent après les premières applications de permanganate. Les greffes de granulations grises ou de fausses membranes jaunâtres qui s'attachent aux plaies tuberculeuses cessent de se produire, et celles qui existaient meurent sur place. Le pus se tarit rapidement pour faire place à une sérosité visqueuse peu abondante, qui tend à diminuer de jour en jour. Les plaies prennent un aspect de bonne nature, s'entourent d'un *anneau fibreux* qui se rétracte assez rapidement, formant ainsi un disque de sclérose cicatricielle. Le permanganate de potasse semble donc avoir une action *sclérogène* aussi intense que le chlorure de zinc, avec cette supériorité sur ce dernier agent qu'il n'est ni caustique ni douloureux.

M. Bayeux pratique de grands lavages des cavités, variant de *cent à mille* centimètres cubes, selon l'importance de la poche et l'intensité du processus tuberculeux. Il les pratique sous une pression assez forte, sans avoir jamais vu d'extension se produire dans le volume des poches tuberculeuses ; au contraire, ces poches se rétractent rapidement.

Le taux de la solution varie selon les cas ; pour toucher les ulcères récents, frais, recouverts de granulations, M. Bayeux emploie une solution concentrée à 1/50 et pratique un frottis des ulcères avec une compresse stérilisée, imbibée de cette *solution forte*. Pour les clapiers profonds récents qu'il est nécessaire d'atteindre vigoureusement, il se sert d'une solution à 1/100. Enfin, dans les cas d'abcès chroniques, M. Bayeux s'est surtout bien trouvé de grands lavages avec une solution à 1/500 et même à 1/1000.

Ces lavages sont faits trois fois par semaine, mais M. Bayeux croit que les résulats seraient beaucoup plus rapides encore si on les pratiquait tous les jours, comme il se propose de le faire à l'avenir.

Enfin, il se sert, pour les pansements des abcès froids, de compresses de gaze stérilisée imbibées d'une solution de permanganate de potasse à 1/1000, qui ont toujours donné d'excellents résultats pour la conservation de l'état aseptique de la peau.

HOPITAUX ET HOSPICES

Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu). — M. Lucas-Championnière reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu le jeudi 4 Décembre 1902 et les continuera les jeudis suivants à 10 heures.

Opérations avant la leçon. — Le mardi : opérations abdominales. — Le mercredi : visite dans les salles (hommes, hernies), salle Saint-Cosme ; le samedi (femmes), salle Sainte-Marthe.

Clinique obstétricale (Hôpital de la Charité). — M. Maygrier, professeur agrégé, commencera ses leçons de clinique obstétricale (amphithéâtre Potain), le jeudi 4 Décembre 1902, à 10 heures précises du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — Est promu au grade de commandeur dans l'ordre national de la Légion d'honneur, M. Jaccoud (François-Sigismond) secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine. Officier du 10 Avril 1877.

Sont nommés officiers de l'Instruction publique : MM. Bouveret, Courmont, Pollosson, Sambuc, et Vinay, médecins à Lyon.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. Aubert, Bérard, Fabre, Mayet, Nové-Josserand, Tellier, Pic, Causse, médecins à Lyon.

Corps de santé militaire. — M. Delorme, médecin principal de 1re classe, médecin-chef de l'hôpital militaire Bégin, est promu au grade de médecin inspecteur et nommé directeur du service de santé du 18e corps d'armée, à Bordeaux.

Corps de santé de la marine. — Sont nommés dans le corps de santé de la marine, à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe, MM. les élèves du service de santé : Dufour, Douval, Duville, Roux, reçus docteurs en médecine devant la Faculté mixte de Bordeaux, le 5 Novembre 1902.

Ces quatre médecins auxiliaires sont autorisés à servir :

M. Donval à Lorient, et MM. Dufourt, Duville et Roux à Toulon, en attendant l'ouverture des cours de l'École d'application.

— M. Le Feunteun, médecin de 2e classe, est désigné pour embarquer sur le *Jauréguiberry* (escadre de la Méditerranée).

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés, dans le corps de santé des troupes coloniales, à l'emploi de médecin aide-major de 1re classe stagiaire : MM. Le Goaon, Pénaud, Pistre, Pic, Valentino.

MM. Le Goaon, Pénaud et Pistre serviront en Afrique occidentale française, M. Pic au Dahomey et M. Valentino à Madagascar.

La réfection des hôpitaux parisiens. — La commission du conseil de surveillance de l'Assistance publique, saisie du projet financier de réorganisation des hôpitaux parisiens, s'est montrée défavorable à ce projet qui consiste à aliéner une partie des rentes de l'Assistance.

La commission a décidé de proposer l'émission, par la Ville et l'Assistance, de bons spéciaux pour une somme de 45 millions. Ces bons seraient remboursables en 1911. Cette décision devra être ratifiée par le conseil de surveillance avant d'être soumise au Conseil municipal.

Médecins sanitaires maritimes. — Sont proposés à M. le Ministre de l'Intérieur pour être inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes : MM. Allard, Alem, Arqué, Boëri, Blayac, Dubarry, Durand, Espitalier, Gary, Goudin, Lauquin, Perrin, Robin, Vidal.

Union des Syndicats médicaux de France. — L'Assemblée générale des délégués des Syndicats adhérents à l'Union a eu lieu sous la présidence de M. Lande, au siège social de l'Union, 28, rue Serpente.

La question des accidents du travail a été longuement discutée et l'ordre du jour suivant a été adopté :

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France approuve complètement la campagne entreprise par son conseil au sujet des accidents du travail et l'engage à continuer sa propagande auprès des confrères et auprès des ouvriers pour maintenir énergiquement le libre choix des médecins par le blessé.

Syndicat des médecins de la Seine. — L'Assemblée générale du Syndicat aura lieu demain dimanche à 2 heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

A l'ordre du jour de cette assemblée figure l'élection du Conseil d'administration.

Tous les membres du Syndicat sont instamment priés d'assister à cette réunion.

La lutte contre l'alcoolisme. — Le neuvième Congrès international contre l'alcoolisme se tiendra à Brême, du 14 au 19 Avril 1903.

— Le Congrès de l'Union française antialcoolique de Brest vient de voter les vœux suivants :

1° Qu'une question antialcoolique soit posée à l'écrit ou à l'oral de tout examen de l'enseignement primaire ;

2° Que le ministre de la Guerre soumette au Conseil de santé la réintroduction récente de l'alcool dans l'alimentation des troupes en manœuvres ;

3° Que les Pouvoirs publics favorisent par tous les moyens l'usage industriel de l'alcool ;

4° Que la loi sur la police des cabarets soit plus sévèrement appliquée.

L'Assemblée s'est prononcée ensuite :

Pour la suppression du privilège des bouilleurs de cru

Pour le vote d'une loi sur la limitation du nombre des cabarets ;

Pour la lutte antialcoolique dans l'armée ;

Pour les campagnes locales en vue d'obtenir des maires l'interdiction des débits dans un certain périmètre autour de tout établissement public.

Étranger.

Congrès égyptien de médecine. — En présence des bruits systématiquement défavorables qui sont mis en circulation au sujet de la situation sanitaire de l'Égypte, le Comité d'organisation du Ier Congrès médical en Egypte tient à faire connaître que depuis plus de quinze jours, il n'y a pas eu un seul cas de choléra dans la ville du Caire, et que, dans tout le reste de l'Égypte, l'épidémie, négligeable dès maintenant, sera bientôt complètement éteinte.

Dans ces conditions, le Comité d'organisation maintient en toute loyauté la date du 19 Décembre fixée pour la réunion du Congrès.

XIe Congrès international d'hygiène. — Le XIe Congrès international d'hygiène et de démographie se réunira, l'an prochain, à Bruxelles. Le Comité d'organisation, constitué au ministère de l'Agriculture, a trouvé partout d'encourageants appuis. Le roi a bien voulu accorder au Congrès son haut patronage et le prince Albert en accepter la présidence d'honneur ; la vice-présidence d'honneur a été dévolue à M. le baron van der Bruggen, ministre de l'Agriculture, et à M. de Mot, bourgmestre de Bruxelles.

CONCOURS

Internat. — La composition écrite du concours de l'Internat aura lieu à la date fixée, le lundi 15 Décembre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel-de-Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'Administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès 11 h. 1/2.

Externat. — *Anatomie.* — Séance du 25 Novembre. — *Ligaments de l'articulation du genou* : Mlle Bouteil, 15 ; MM. Bricout, 8 ; Bilhaut, 17 ; Duménil, 16 ; Deroide, 16 ; Caron, 11 ; Brin, 19 1/2 ; Bouilly, 17 ; Delacour, 13 ; Chauvois, 14 ; Delaigue, 8 ; Breteau, 16 ; Bion, 14 ; Chevalier, 14 1/2 ; Boulakia, 8 ; Blanc, 16 ; Bejean, 8 ; Alexandre (Paul), 8 ; Bruel, 12 ; Bleirad, 11.

Séance du 27 novembre. — *Artère axillaire* : M. Delozière, 14 1/2 ; Mlle Debat-Ponsan, 19 ; MM. Bichon, 6 ; Burgaud, 13 ; Mlle Auchère, 5 ; MM. Alexandre (Alcide), 9 ; Godard (Paul), 14 ; Gillet, 14 ; Mlle Hessen, 16 ; MM. Grivot, 9 ; Goyenèche, 3 ; Graillon, 5 ; Foy (Robert), 15 ; Izou, 8 ; Gautier (Jean), 15 ; Fauconnier, 15 ; Gauthier (Emile), 11 ; Ehrenpreis, 16 1/2 ; Fournier, 15 ; Gauthereau, 12. — *Absent* : M. Garrelon.

RENSEIGNEMENTS

M. Beaufumé, interne des hôpitaux, commencera le 6 Décembre une conférence privée d'externat. S'adresser à la Charité.

MM. Wicard et Flourens, internes des hôpitaux, commenceront une conférence privée d'externat le 16 Décembre. S'adresser à Sainte-Périne.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 97. — Mercredi, 3 Décembre 1902. — 10 FRANCS par an.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :

Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé. Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé. Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé. Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris, VIe.

AVIS IMPORTANT

Renouvellement des Abonnements.

Par suite de l'application du règlement du 1er Août les frais de recouvrement des abonnements par la poste sont devenus très onéreux. L'administration de **La Presse Médicale** *désirant avant tout ne pas être dans la nécessité d'augmenter le prix de l'abonnement serait très reconnaissante à ses abonnés, dont l'abonnement expire le* **31 courant**, *de lui faire parvenir directement,* 3, RUE RACINE, *par un* **bon de poste** *(moyen le plus pratique) ou par* **mandat-poste**, *le montant de leur abonnement, soit* **10 francs** *pour la France et* **15 francs** *pour l'étranger.*

SOMMAIRE

A PROPOS DE LA FABRICATION DU PAIN

On ne s'occupe peut-être pas du pain au point de vue de l'hygiène alimentaire autant qu'on le devrait; et cependant, il y a là une question d'un haut intérêt puisque le pain constitue un des principaux éléments de l'alimentation en France.

Evidemment, depuis les temps reculés où les hommes faisaient cuire entre deux pierres chauffées des galettes de froment broyé, d'énormes progrès ont été réalisés; aussi, à l'heure actuelle, étant donné ce que nous savons des fermentations, est-on généralement convaincu que la panification est scientifiquement établie et à peu près parfaite, et l'on considère le pain de Paris, par exemple, comme infiniment supérieur aux anciens pains bis.

Il n'en serait rien cependant; et notre système actuel de panification ne répondrait pas au point de vue alimentaire à tous les desiderata de la science

et de l'hygiène. Ceci étant, je suis convaincu que nos lecteurs s'intéresseront, comme je m'y suis intéressé moi-même, aux renseignements circonstanciés que m'a donnés à ce sujet un confrère instruit, M. Devallet, qui, s'étant trouvé à même d'étudier la minoterie et la fabrication du pain, a entrepris à ce sujet, en collaboration avec le professeur Andouard, directeur de la station agronomique de la Loire-Inférieure, une série d'études expérimentales dont les importants résultats pratiques méritent d'être signalés.

C'est là une grosse question qui intéresse au plus haut point les médecins, aussi bien les hygiénistes que les thérapeutes. Au point de vue de l'hygiène sociale, il est important que le maximum de rendement nutritif soit donné au blé par la panification; au point de vue de la thérapeutique, le pain doit être un aliment facilement digestible et parfaitement assimilable.

* * *

A notre époque, pour satisfaire le goût et peut-être aussi la mode, les fabricants ont cherché surtout dans le pain les qualités d'aspect, l'œil, la blancheur, en mettant au second plan sa valeur nutritive et sa digestibilité. Malgré les indications des hygiénistes, on a continué de travailler à l'encontre de la logique : c'est ainsi que les perfectionnements de la meunerie n'ont tendu qu'à extraire complètement le son du blé pour faire une farine donnant un pain aussi blanc que possible; l'on s'est ingénié à mettre aux déchets les parties les plus utiles, essentiellement nutritives du grain. Pour juger de ce que l'on obtenait par cette méthode, il n'y a qu'à se rappeler la composition du grain de blé.

Ce grain renferme essentiellement, en même temps que des matières nutritives, des ferments capables de les digérer; ce sont : des *matières protéiques*, en plus grande quantité dans le son que dans l'amande; des *matières amylacées* dans les parties centrales; des *matières grasses* surtout dans le son; des *sels minéraux* presque exclusivement dans le son et le germe; un ferment, *pepsine végétale*, ou plutôt des ferments, *diastases*, surtout dans le son.

Si donc, on retire complètement les enveloppes du blé, le son, on voit qu'il ne reste plus que des cellules d'amidon, peu de matières grasses, presque pas de sels : et c'est là cependant ce que donne la meunerie actuelle sous le nom de fleur de farine, de farine de première qualité.

Le pain fait avec cette farine est singulièrement indigeste, et nous rappellerons à ce sujet les expériences si intéressantes qu'avait faites le regretté Bovet. Il avait montré que chez un sujet sain, après une heure d'ingestion de pain blanc dit de Paris, il se produisait dans l'estomac des fermentations anormales, lactiques surtout; « on retrouvait dans le liquide stomacal une forte proportion d'amidon non modifié et des masses pâteuses de mie non désagrégée ». Le meilleur estomac ne peut résister au travail nécessaire à semblable digestion; aussi est-ce peut-être à une alimentation avec un mauvais pain qu'il faut attribuer le nombre croissant des dyspeptiques, dans les villes surtout.

Ils augmenteraient d'ailleurs aussi dans les campagnes où les habitants en viennent à l'usage croissant du pain blanc, bien moins nutritif, bien moins minéralisé que le pain bis ancien; aussi nombre de paysans disent-ils couramment que le pain blanc, le pain de boulanger, ne soutient pas comme le pain tel qu'on le faisait anciennement à la ferme.

Ce sont ces considérations qui ont conduit M. Devallet à rechercher une panification plus rationnelle, établie sur la vraie méthode scientifique.

* * *

gneuse, la cellulose indigeste; il faut régler la fermentation panaire, en traitant la farine par une quantité de levure suffisante pour que le pain soit levé à point, avant que n'apparaissent les fermentations secondaires nuisibles au bon goût; enfin il faut régler la cuisson de façon à ce que toutes les transformations chimiques se fassent à leur maximum, en même temps que la stérilisation soit suffisante pour assurer la conservation.

Le problème était difficile à résoudre. Au point de vue de la mouture, par exemple, la conservation du germe était importante, le germe contenant une forte proportion d'acide phosphorique et fournissant la céréaline et la blédoline, huiles essentielles qui donnent au pain des propriétés émollientes. Or, la meunerie actuelle l'élimine soigneusement, parce qu'il fait noircir la farine et gêne la mouture en graissant les appareils. M. Devallet est arrivé à vaincre cette difficulté.

De même, avec M. Andouard, il est arrivé à reconnaître que, pendant la fermentation, c'est à 30° de température que levures et diastases font le meilleur travail.

Etudiant l'action des diastases, MM. Devallet et Andouard ont vu qu'elles sont détruites à 70°; par conséquent, leur action est nulle pendant la cuisson du pain; mais l'amidon restant est transformé en dextrine par la chaleur aux environs de 200°; d'où la nécessité de faire des pains dont la température intérieure atteigne ce degré pendant la cuisson. Or, le centre d'un pain boulot de 1 kilogramme mis au four à 300° n'atteint que 100°. Nouvelle difficulté à vaincre, et pour le mode de chauffage et pour la confection du pain.

D'autre part, le pain fabriqué avec une farine complète était fatalement bis. Il a été reconnu que, parmi les systèmes préconisés pour le blanchir, il n'y en avait pas de meilleur que le lait. On remplace l'eau dont se sert habituellement le boulanger par du lait frais et exempt de toute fermentation. Le goût du pain s'en trouve affiné.

* * *

Je ne puis entrer dans le détail des essais successifs faits au point de vue technique relativement au mode de mouture, à la manipulation panaire, à la construction de fours spéciaux; ce qui intéresse avant tout, c'est le résultat obtenu.

Ce résultat ressort surtout des différentes analyses faites au laboratoire de M. Andouard. En voici une qui peut être considérée comme un exemple typique d'un « pain idéal » au point de vue scientifique.

Je la mets à dessein en regard de l'analyse, sous la même forme, du pain blanc de Paris, de première qualité :

	Bon pain.	Pain blanc de 1re qualité.
Matières protéiques . .	10,25	6,75
Matières grasses	5,02	0,8
Dextrine, amidon soluble.	10,61	3,43
Amidon	49,75	50.37
Sels minéraux.	2,13	0,4
Eau	22,24	38,25
Total.	100 »	100 »

Ce tableau pourrait se passer de commentaires; il est bien certain toutefois que cette richesse en éléments nutritifs n'aura de valeur qu'autant que l'organisme se les assimilera. Les 3 gr. 13 de sels minéraux, par exemple, qui correspondent à 100 grammes du pain d'expérience, ne seraient pas utilisés s'ils étaient préparés chimiquement. Mais d'abord ils sont d'origine végétale, et ensuite on peut admettre qu'ils ont pris pendant la fermentation panaire des propriétés nouvelles et plus actives, analogues à celles que présentent certains corps à l'état naissant.

Cette considération est de première importance pour le médecin qui veut lutter contre la déminé-

aux idées que Mège-Mouriès exposait déjà à l'Académie des Sciences en 1852 : il voulait qu'on tirât parti des phosphates dont le blé est si riche, car le phosphate de chaux ne nourrit pas seulement les os, « son action principale consiste à provoquer et à entretenir l'irritabilité vitale chez les animaux comme chez les plantes »; il se trouve dans le sang en quantité d'autant plus grande que l'animal est plus jeune et plus vigoureux. De cette vérité aujourd'hui incontestée, il est facile de tirer les indications thérapeutiques auxquelles le pain fabriqué suivant les indications précédentes peut satisfaire.

Dans ce pain, le taux des matières grasses dont le chiffre est proportionnellement plus élevé que celui des sels minéraux pourrait faire croire, à première vue, qu'on se trouve en présence d'un produit indigeste; ces graisses, au contraire, ont acquis une digestibilité remarquable dont la principale raison est l'extrême division de leurs molécules; elles donnent au pain une friabilité particulière qui le rend fondant et facile à manger.

Ce pain très nourrissant, dont la digestibilité est suffisante pour que les plus dyspeptiques l'assimilent, doit naturellement être présenté aux malades sous une forme appétissante.

Tel qu'il est actuellement, le pain ainsi fabriqué m'a semblé constituer un réel progrès dans l'alimentation et je crois que l'on doit souhaiter de voir ce mode nouveau de panification étudié par les hygiénistes et les médecins.

E. De Lavarenne.

LIVRES NOUVEAUX

S. Marion. — *Manuel de technique chirurgicale des opérations courantes.* Paris, 1903 (Maloine, éditeur).

Les livres pratiques se multiplient fort heureusement et si les étudiants de nos jours veulent se donner la peine de lire et d'apprendre tous les bons ouvrages qu'écrivent pour eux des esprits consciencieux, ils seront autrement instruits que ne l'étaient nos aînés de vingt ans, condamnés à l'étude d'ouvrages parfois de haute envolée, mais toujours dépourvus de conseils d'ordre élémentaire. Le haut enseignement est nécessaire, indispensable pour les scientifiques; mais les praticiens réclament autre chose : la pédagogie *terre à terre*. Dans son livre, qui ne coûte guère plus qu'une pièce de cent sous, mon ami Marion s'est efforcé justement de répondre à ce besoin maintes fois exprimé par les étudiants et les praticiens, d'avoir un petit manuel pratique de technique chirurgicale. Il a décrit : 1° les opérations faciles, non dangereuses, à la portée de tous : telles le tubage du larynx, le curettage de l'utérus, la greffe, l'incision d'un phlegmon; 2° certaines opérations d'urgence, telles que l'anus contre nature, la hernie étranglée « qu'un praticien doit absolument connaître sous peine de laisser mourir des malades qu'il pourrait sauver »; 3° quelques opérations réglées, telles que les amputations de doigt, « qu'un médecin adroit, soigneux et propre doit forcément réussir s'il en connaît bien le détail ».

Tout ce programme, bien compris, a été parfaitement exécuté, sans longueurs et sans hésitations.

Un point très important est que le texte est accompagné de figures multipliées autant qu'il fallait. Les dessins ont tous été faits par l'auteur et ont le mérite de représenter ce qui devait être vu. Ils sont au nombre de 448 pour 530 pages.

Dans son avant-propos, l'auteur insiste avec raison sur l'importance de la stérilisation des mains, et l'on ne saurait trop dire avec lui : « apprendre à être propre est le premier devoir du chirurgien ». En revanche, je ne suivrai pas Marion sur son apologie de la médecine opératoire classique qui « seule permet, dit-il, d'acquérir l'adresse des mains ».

Cette adresse est une qualité maîtresse, native et rare : en chirurgie comme en ébénisterie les artistes sont rares, mais quel est le chirurgien qui ne se croit pas très adroit?

En terminant sa préface, Marion regrette de n'avoir pu laisser mûrir son œuvre davantage. Qu'il n'aie point tant de souci : la première édition sera vite

LES ENFANTS DÉBILES

Par le Professeur P. BUDIN

Je vous ai montré tout à l'heure dans nos salles deux enfants que je veux vous présenter de nouveau et dont l'histoire est intéressante.

Le premier, que vous pouvez voir dans sa couveuse en verre, est né en ville, le 24 Septembre; il nous a été envoyé par un médecin. Le 4 Novembre, à 8 h. 1/2 du matin, j'ai trouvé sa mère pleurant à la porte de l'hôpital et me suppliant de l'aider à sauver son bébé. C'était un petit être extrêmement pâle, d'apparence squelettique et paraissant n'avoir que le souffle. Je le pris immédiatement et je le fis d'abord monter à l'isolement durant quelques jours; je ne voulais pas, si par hasard il était atteint d'une maladie contagieuse, exposer les enfants du service général à la contracter. Je demandai qu'on relevât sa température et son poids. Bien qu'il fût né le 24 Septembre, c'est-à-dire six semaines auparavant, il ne pesait que 2.000 grammes, et sa température rectale était de 30° centigrades. Je priai M. Bouchacourt de prendre rapidement sa photographie; il n'en fit rien, convaincu qu'il ne survivrait pas vingt-quatre heures.

Eh bien, le petit cadavre que M. Bouchacourt n'a pas voulu photographier, est un enfant qui n'est pas encore un colosse, tant s'en faut, mais qui est plein de vie, comme vous pouvez en juger, et qui n'a plus du tout le même aspect qu'au moment de son arrivée.

Il fut de suite plongé dans un bain à une température voisine de celle de son corps, à 31°, température qu'on éleva progressivement, et, quand on le sortit de l'eau, le thermomètre placé dans son rectum marquait 34° centigrades; à une heure de l'après-midi on le remit dans un second bain à 35°; sa température monta alors à 37° centigrades; après un troisième bain donné à cinq heures, elle atteignit 37°3; elle a oscillé pendant plusieurs jours entre 36°2 et 36°8 et depuis trois jours elle est presque constamment à 36°8.

L'enfant était donc réchauffé, mais ce n'était pas tout, il fallait le nourrir et il ne tétait pas. On fit couler dans sa bouche le lait de sa mère. Le premier jour, il en prit 310 grammes, le lendemain 345 grammes, le surlendemain 365 grammes; puis on fit téter la femme par un autre enfant, afin d'activer et d'accroître la sécrétion lactée.

Ce petit être, qui pesait à son entrée dans le service, le 4 Novembre, 2.000 grammes, avait atteint 2.365 grammes le 13 Novembre, et 2.385 grammes le 14. Son augmentation journalière a donc été de 38 gr. 5 en moyenne; la courbe est aussi régulière et aussi belle que possible. C'est donc un enfant que nous pouvons presque considérer comme sauvé; je dis presque, car je fais encore quelques réserves à cause de l'abaissement considérable de température qu'il a présenté à son entrée, mais il est en excellent état et sa mère a beaucoup de lait[1].

A côté de lui, se trouve un autre bébé emporté de l'hôpital le 24 Octobre, malgré l'avis de M. Demelin qui dirigeait alors le service; il ne pesait que 2.525 grammes. Le 7 Novembre, la mère l'amena à notre Consultation des nourrissons; il était très faible, ne pesait plus que 2.400 grammes et ne tétait plus. Je le fis rentrer dans nos salles.

Il fut mis au sein d'une nourrice, sa mère, qui n'avait pour ainsi dire plus de lait, fut tétée par un gros enfant. Aujourd'hui le débile tette et la nourrice et sa mère; hier, 14 Novembre il pesait 2.750 grammes; il a donc augmenté de 340 grammes en une semaine, soit de 50 grammes par jour, ce qui est considérable. Il ne tette pas encore suffisamment sa mère, mais, s'il reste avec nous, en devenant plus fort il prendra mieux le sein, et lorsqu'il sortira de l'hôpital nous pourrons le considérer comme sauvé[1].

Voilà donc, remis en bon état, deux petits enfants qui, restés au dehors, auraient rapidement succombé. Si les femmes viennent accoucher dans nos services, disais-je tout à l'heure à mon collègue et ami M. Maygrier, c'est pour avoir des enfants vivants; nous devrions donc être autorisés à les reprendre dans nos Maternités, non seulement pour empêcher les nouveau-nés de mourir, mais encore, ce qui est non moins important, pour rendre leurs mères capables de les allaiter elles-mêmes.

C'est à l'occasion de ces deux enfants que je veux vous entretenir aujourd'hui des débiles. Ils contribuent pour une grosse part à élever le chiffre de la mortalité infantile pendant la première année. En effet, sur 1000 enfants de 0 à 1 an qui succombent, il y en a 171 qui sont atteints de faiblesse congénitale, d'après le si remarquable travail de MM. Balestre[2] et Gilletta de Saint-Joseph (de Nice).

Notre maître Tarnier s'est beaucoup occupé des enfants nés avant terme; en 1880, il a installé la couveuse à la Maternité et, en 1885, il a préconisé le gavage. Personnellement, en 1887, j'ai dans cette Clinique exposé l'état de la question, et M. Tarnier et moi avons repris ce sujet dans un petit livre intitulé : « Allaitement et hygiène des enfants nouveau-nés ».

***

En entrant à la Maternité, en Janvier 1895, je me suis trouvé placé à la tête d'un pavillon spécial, nouvellement créé, celui des Débiles.

Dans ce pavillon sont admis les enfants qui viennent, quelques-uns du service d'accouchements de la Maternité, d'autres des services d'accouchements des hôpitaux, le plus grand nombre sont nés chez leurs parents ou chez des sages-femmes. Ils entrent, seuls, sans leur mère. Frappé de l'état lamentable dans lequel se trouvaient la plupart d'entre eux, surtout ceux qui venaient de la ville, j'ai fait prendre leur température rectale à leur arrivée; la colonne thermométrique, au lieu d'arriver à 37° centigrades, ne s'élevait qu'à 35, 34, 33, 32, 30°, etc. Vous n'avez pas idée de l'incurie, pour ne pas dire plus, des parents qui nous apportaient, l'hiver, des nouveau-nés à peine vêtus.

Que deviennent les enfants chez lesquels on constate un semblable abaissement de température?

Les prématurés ayant une température égale ou inférieure à 32° centigrades sont morts :

Ceux qui pesaient moins de 1.500 grammes, dans la proportion de 98 pour 100;

Ceux qui pesaient entre 1.500 et 2.000 gr., dans la proportion de 97,5 pour 100;

Ceux qui pesaient plus de 2.000 grammes, dans la proportion de 75 pour 100.

Les nouveau-nés de moins de 2.000 grammes étaient donc presque tous condamnés à succomber.

Si l'abaissement de température oscillait entre 32° et 33°5, les enfants pesant moins de 1.500 grammes mouraient dans la proportion de 97,3 pour 100; ceux pesant de 1.500 à 2.000, dans la proportion de 85,6 pour 100; et ceux pesant plus de 2.000 grammes, dans la proportion de 67 pour 100.

Vous voyez que, même avec cet abaissement moindre, nous avions, pour les deux premières catégories, à peu près 90 pour 100 des enfants qui succombaient.

Et ne croyez pas qu'il n'y avait que peu d'enfants dans cet état. Sur 1.114 débiles apportés à la Maternité pendant les années 1895, 1896, 1897, il y en a eu 318, c'est-à-dire 28,54 pour 100, presque le tiers, qui avaient un semblable refroidissement ne permettant pas facilement leur survie. Et je ne parle pas de tous ceux dont la température rectale oscillait entre 33°5 et 37°.

Retenez donc ce premier point : tout enfant qui naît débile et qu'on laisse se refroidir a d'autant plus de chances de mourir qu'il est plus petit, ces mauvaises chances s'élèvent à 98 pour 100 s'il pèse moins de 2.000 grammes et si la température est égale ou inférieure à 32° centigrades.

Il n'y a pas que le refroidissement qui fasse courir des risques aux enfants; l'alimentation joue aussi un grand rôle. Ces petits êtres ont évidemment un tube digestif et des glandes dont la constitution n'est pas encore tout à fait normale, puisqu'ils ne sont pas arrivés à terme. Si on les alimente trop, ils ont des troubles digestifs, de la diarrhée, et ils meurent; si on ne leur donne pas assez, ils ont des accès de cyanose qui se répètent et ils succombent : on tombe facilement de Charybde en Scylla.

Ajoutons qu'un certain nombre de ces enfants, surtout ceux venant de la ville, nous étaient apportés ayant déjà des troubles digestifs, car, comme ils ne tétaient pas leur mère, on leur avait donné un lait quelconque.

Il est encore un autre point qui nous a frappé pendant notre séjour à la Maternité : c'est la facilité avec laquelle ces petits êtres contractaient les maladies auxquelles ils se trouvaient exposés. Comme nous avions là-bas des nourrices avec leur propre enfant, si l'un de ces derniers était atteint de grippe, tous les nourrissons la contractaient; mais tandis que les enfants des nourrices guérissaient, les débiles, au contraire, succombaient en grand nombre.

Enfin, quand on parle de débiles, il ne faut pas oublier qu'il en existe deux variétés : les uns naissent prématurément, mais d'une façon accidentelle, à la suite d'un accident, de fatigues subies par la mère; les autres, au contraire, ont de la faiblesse congénitale due à la mauvaise constitution de leurs parents, qui sont syphilitiques, tuberculeux, etc.

1. Il est sorti de la Clinique le 30 novembre; il pesait 2.830 grammes.

1. Cet enfant a quitté l'hôpital le 27 Novembre; il pesait 3,180 grammes.

2. BALESTRE ET GILLETTA (de Saint-Joseph). — « Étude sur la mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France ». Paris, 1901.

* * *

Les conditions dans lesquelles se trouvent les enfants apportés sont telles que beaucoup meurent dans les 24 ou 48 heures qui suivent leur entrée ; j'ai donc pu écrire avec raison que trop souvent le service des débiles de la Maternité n'était qu'un dépôt mortuaire. Plus ce service est connu, plus il a l'air de constituer, pour beaucoup de personnes de la ville, un endroit où on transporte son petit enfant quand il va succomber.

Si nous réunissons les débiles décédés dans les 48 heures et ceux qui avaient un abaissement de température tel qu'on devait les considérer comme non viables, nous avons le chiffre de 284 décès. Si nous ôtons ces 284 enfants des 1.114 qui sont entrés dans le service, il nous en reste 830.

Eh bien, quels résultats avons-nous obtenus pour ces 830 enfants ? Malgré tous les soins que nous leur avons donnés, malgré toutes les précautions que nous avons prises, 60 pour 100 ont succombé et 40 pour 100 seulement ont été sauvés. Si nous cherchons quelle a été la proportion, suivant leur poids, des enfants guéris, nous voyons que :

Pour ceux qui pesaient moins de 1.200 grammes, elle a été de 5 pour 100 ;

Pour ceux qui pesaient de 1.200 à 1.500 grammes, de 15 pour 100 ;

Pour ceux qui pesaient de 1.500 à 2.000 grammes, de 38 pour 100 ;

Et pour ceux qui pesaient plus de 2.000 grammes, de 67 pour 100.

Il est évident qu'en général, plus l'enfant est gros, plus il a de résistance et plus on a de chances de le sauver.

Mais, il ne suffisait pas de constater que l'on pouvait sauver les enfants débiles, bien que dans une proportion très insuffisante à notre gré ; nous avons voulu savoir ce qu'ils devenaient par la suite. Nous les conservions jusqu'à ce qu'ils eussent atteint le poids de 2.800 à 3.000 grammes. Les mères n'ayant pas de lait, presque tous ont été mis en nourrice. Malgré nos protestations, un certain nombre d'entre eux ont été élevés au biberon ; ils sont morts dans la proportion de 41 pour 100. Quant à ceux confiés à des nourrices au sein, ils ont succombé dans la proportion de 15 pour 100. Pour les premiers, le chiffre de 41 pour 100 est considérable, mais il faudrait savoir la mortalité réelle des enfants nés à terme et artificiellement élevés à la campagne. Nous ne la connaissons pas.

Pour les prématurés mis ultérieurement au sein, nous avons pu faire une comparaison, grâce à l'obligeance de M. Henri Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur.

Pendant l'année 1896, 86 enfants nés à la Maternité ont été, le jour du départ de leur mère, confiés à des nourrices au sein. L'enquête, sévèrement poursuivie en 1897, nous a montré que leur mortalité avait été de 17 pour 100 ; on peut donc dire que les débiles ont été sauvés au moins dans la même proportion que les enfants nés à terme.

J'ai pu, du reste, continuer ces recherches. En 1896 un généreux philanthrope a bien voulu consacrer une grosse somme d'argent pour terminer l'installation d'un pavillon à la Pouponnière afin d'y recevoir les débiles sortis de notre service. Pour ces enfants le résultat a été le même que pour ceux qui avaient été envoyés en nourrice au sein en province, ils sont morts dans la proportions de 17 pour 100.

Et une fois sortis de la Pouponnière où je les conservais jusqu'à ce qu'ils eussent atteint le poids de 5 kilos, que se passait-il ? Trop souvent on ne revoyait plus leurs parents, et ils ont été abandonnés dans une proportion voisine de 30 pour 100. Nous nous étions donné beaucoup de mal, ils étaient physiquement sauvés, mais il allaient grossir le nombre des enfants confiés à l'Assistance publique de Paris.

* * *

C'est après avoir fait ces tristes constatations que j'ai dû quitter la Maternité, me trouvant appelé à la Clinique d'accouchements de la Faculté. Comme on m'avait vu passer de longues heures auprès des berceaux, on me disait : « Vous allez certainement demander la création d'un nouveau service de débiles afin de le diriger. » Je faisais la grimace et je répondais : « Non, il n'y a pas de place à la Clinique Tarnier pour loger douze ou quatorze nouvelles nourrices ; de plus, ce serait une bien grosse occupation pour obtenir un maigre résultat ; à aucun prix, je ne demanderai l'installation d'un service de ce genre. »

Mais, il naît à la Clinique d'accouchements des prématurés en assez grand nombre : de Mars 1898 au 31 Décembre 1901, sur 6.151 accouchements, nous avons eu 658 enfants venus en état de faiblesse congénitale, ce qui donne une proportion de 10 pour 100 ; et alors, me trouvant en présence de ces petits êtres, je me suis dit qu'il fallait tâcher de les sauver et je me suis efforcé de profiter de ce que j'avais appris pendant mon séjour à la Maternité. De quoi mouraient ces enfants ?

a) Surtout parce qu'ils se refroidissaient ;

b) Parce que, si leur alimentation était mal dirigée, ils avaient de graves accidents du tube digestif ;

c) Parce qu'ils contractaient des maladies contagieuses, auxquelles ils n'avaient guère la force de résister ;

d) Parce que, rendus à leur famille, ils ne pouvaient pas être allaités par leur mère qui n'avait pas de lait dans ses seins.

1° Il faut donc d'abord éviter tout refroidissement. Aussitôt après la naissance, on prend les précautions nécessaires. Bien lavés dans l'eau chaude, puis essuyés, les prématurés sont mis dans des couveuses. Si leur température rectale a une grande tendance à s'abaisser, on les plonge dans des bains chauds, dont on élève progressivement la température, bains qu'on peut renouveler deux ou trois fois par jour.

La température des couveuses, sauf exception pour les très petits, est d'environ 25°, car, pour des raisons dans le détail desquelles je ne veux pas entrer, je ne crois pas qu'il soit bon de maintenir des enfants à une température de 32°, comme on le faisait dès le début.

Nous les mettons donc dans des couveuses à 25°, non pour les réchauffer, mais pour les empêcher de perdre la chaleur qu'ils produisent.

2° Il faut éviter les troubles digestifs, et, pour cela, ne donner aux débiles ni trop, ni trop peu. Nous avons montré comment on devait procéder et nous avons fixé les quantités, variables suivant le poids et suivant le nombre de jours depuis la naissance, qui sont nécessaires aux prématurés [1]. M. Planchon a confirmé presque absolument nos chiffres dans un travail fondé sur 78 observations minutieusement prises [2].

Je ne veux pas entrer dans plus de détails, mais, grâce à ce dosage du lait, l'enfant n'a ni cyanose par manque d'alimentation, ni diarrhée par excès, et vous avez pu voir dans les salles que, pour les prématurés, la courbe est le plus souvent aussi régulière et aussi belle que celle des enfants nés à terme.

3° Il faut éviter, pour les débiles, les maladies contagieuses. Nous l'avions vu à la Maternité, et nous l'avons malheureusement encore observé ici. En 1899, deux femmes ayant été, dans nos salles, atteintes d'angine, un certain nombre d'enfants ont été infectés et surtout les prématurés. La courbe de mortalité des débiles s'est élevée notablement. Depuis lors, nous avons un service d'isolement ; dès qu'il se présente un cas pouvant constituer un danger, on y transporte les malades et nous évitons ainsi la contagion.

4° Il est important que le prématuré puisse être allaité par sa mère, et cela ne pouvait avoir lieu à la Maternité. Souvent ces petits êtres ne tètent pas ; on doit commencer par les nourrir au verre, ou à la cuillère, ou même les gaver ; ils ne peuvent donc, par la succion, faire monter le lait dans les seins de leur mère.

Pour que la secrétion s'établisse chez elles, nous les faisons téter par d'autres enfants gros et vigoureux ; le lait monte, et bientôt le débile, devenu lui-même plus fort, prend dans le sein de sa mère tout ce dont il a besoin. Quand ces enfants sortent du service, nous tâchons qu'ils aient atteint le poids de 2.700 à 3.000 grammes, qu'ils soient comparables aux enfants nés à terme et qu'ils partent allaités par leur mère.

En procédant ainsi, quels résultats avons-nous obtenus ? Depuis le 1er Mars 1898 jusqu'au 31 Décembre 1901, nous avons eu 658 enfants débiles ; parmi eux 74 ont succombé le jour même de leur naissance et 5 le lendemain : cela fait 79 enfants pour lesquels nos soins n'ont pu être utilisés ; il en est resté 579.

Sur ces 579 débiles, 59 ont succombé, c'est-à-dire 10,2 pour 100 ; les autres sont sortis de l'hôpital vivants et bien portants dans la proportion de 90 pour 100 (exactement 89,8 pour 100).

En voici le détail.

En 1898, 148 débiles, 16 décès, soit 10,8 pour 100.

En 1899, 139 débiles, 25 décès, soit 17,8 pour 100.

En 1900, 148 débiles, 11 décès, soit 7,4 pour 100.

En 1901, 144 débiles, 7 décès, soit 4,8 pour 100.

Je suis heureux de dire que je ne suis pas seul à avoir de semblables résultats.

Mon excellent ami, M. Maygrier, pendant qu'il était accoucheur de Lariboisière, a eu,

1. « Le Nourrisson », p. 38, 39 et 40, 1900.
2. Planchon. — « Quantités de lait à donner aux enfants débiles ». *L'Obstétrique*, 1901, p. 418.

pour les débiles, une mortalité de 19,80 pour 100; depuis qu'il est à la Charité, c'est-à-dire depuis 1895, sa mortalité est tombée à 11,55 pour 100, puisque sur 398 enfants, 46 sont morts; 342 ont donc été sauvés. Et M. Maygrier a écrit : « Ces derniers chiffres ne sont pas dus seulement au hasard d'une heureuse série; je les attribue, pour une grande part, à notre connaissance plus parfaite des soins que réclament les prématurés et à la surveillance plus active dont ils sont l'objet de la part d'un personnel bien dressé et dévoué. »

Mais, me direz-vous, ces débiles, que deviennent-ils par la suite? Restent-ils des êtres chétifs, malades? Ne sont-ils pas exposés à mourir de bonne heure? Ne sont-ils pas souvent atteints de maladie de Little? Cette dernière affection, quoi qu'on en ait dit, est si exceptionnelle que, depuis 1895, je n'en ai vu qu'un seul exemple : il s'agissait d'un prématuré dont l'extraction par le siège avait présenté de grandes difficultés. De son côté, M. Maygrier n'en a vu aucun exemple.

Ces enfants s'élèvent, en général, aussi bien que les autres; le plus petit que j'aie vu est la fille d'un médecin ; elle pesait 950 grammes ; elle est aussi bien portante et aussi intelligente que ses frères venus à terme.

Parmi les débiles sortis de la Clinique Tarnier, 66 ont suivi régulièrement notre Consultation de nourrissons; un seul, dont le poids à la naissance était de 2.050 grammes, est mort à trois mois et demi de broncho-pneumonie; il pesait alors 4.350 grammes, près de neuf livres. Et si on voit ces enfants au milieu des autres, il est souvent difficile de reconnaître en eux des prématurés.

S'il en est ainsi, il semble légitime de penser que l'accouchement artificiel peut rendre de grands services dans les cas où le bassin est trop étroit pour laisser passer un enfant à terme et bien développé.

Pour notre part, nous y avons recours dans un certain nombre de cas et le préférons aux opérations qui font courir à la mère de grands risques.

Depuis 1898, il a été fait à la Clinique 50 accouchements prématurés : 8 enfants n'ont pas survécu. Personnellement, j'ai pratiqué ici cette opération 26 fois : 24 enfants sont venus vivants, 2 seulement sont morts (7,69 pour 100)[1].

Du reste, sur les 50 enfants venus au monde ici grâce à l'accouchement provoqué, 5 seulement pesaient moins de 2.500 grammes; il n'y en avait donc que 10 pour 100 qui fussent des débiles.

* * *

Si donc les enfants atteints de faiblesse congénitale peuvent être sauvés en grand nombre, il est évident qu'il faut employer tous les moyens pour y parvenir. N'oubliez pas combien il est important de les faire nourrir par leur mère, et on réussit même dans certains cas qui semblent ne guère laisser d'espoir. En voici un exemple. Une jeune femme, âgée de vingt-deux ans, accouche chez elle de son premier enfant, qui pesait 2.040 grammes. C'était le 31 Octobre 1900. Comme elle ne pouvait lui donner chez elle les soins nécessités par son état, elle le mit dans un établissement où il y avait des couveuses, et où il resta jusqu'au 14 Novembre ; il pesait alors 2.060 grammes et on le lui rendit. Obligée de le reprendre, elle le fit boire au verre du lait coupé d'eau bouillie ; il eut des vomissements, de la diarrhée et diminua de poids. Deux médecins lui conseillèrent de remettre l'enfant dans une couveuse et de lui donner une nourrice au sein. Pauvre, elle ne pouvait faire ni l'un ni l'autre.

C'est alors qu'elle vint se présenter à la Clinique Tarnier où nous la reçûmes le 19 novembre. Son enfant ne pesait plus alors que 1.870 grammes. Pendant les quelques jours qui suivirent son entrée, il eut encore des troubles digestifs et diminua de poids. Nous lui avons donné du lait de nourrice, mais en même temps nous avons fait téter sa mère par un gros enfant. Les seins, qui étaient flasques, ne fournirent que 5 grammes le premier jour, 30 grammes le second, 35 le troisième, 5 le quatrième, 65 le cinquième, puis 70, 100, 135, 175, 255, 310, 390 etc. Peu à peu, elle put allaiter seule son propre enfant qui, le 20 Décembre, pesait 2.660 grammes. Elle quitta la Clinique et continua de le nourrir.

Parmi les causes qui amènent facilement la mort des enfants débiles, je vous ai cité en première ligne le refroidissement; elle sévissait beaucoup autrefois quand on devait porter les enfants à la mairie pour les déclarer à l'état civil. On n'est plus obligé de le faire aujourd'hui : un certificat du médecin ou de la sage-femme suffit pour assurer leur inscription. Il n'en est pas de même pour le baptême : on se hâte d'autant plus de conduire les nouveau-nés à l'église qu'ils sont très chétifs et qu'ils risquent davantage de mourir.

A la suite du décès d'un jumeau, M. le Dr Patay, qui est médecin de la Société de Charité maternelle de Rennes, a obtenu des Dames administrantes qu'elles feraient pratiquer le baptême à domicile, toutes les fois qu'il déclarerait qu'une sortie prématurée pourrait être fatale à l'enfant.

J'ai reçu récemment des lettres du Maire de Salins (Jura); en me signalant un fait mortel de ce genre, il se demandait, si les évêques ne pourraient pas imiter l'exemple de leur collègue de Würzbourg, qui aurait donné l'ordre à ses prêtres de se rendre au domicile des parents. Il suffirait probablement d'appeler l'attention du clergé catholique sur ces faits. Dans notre hôpital, on transportait autrefois les enfants dans une pièce située sous les combles, ce qui, l'hiver, était dangereux. Grâce à la disposition d'un baptistère spécial, ils ne quittent plus l'étage où ils se trouvent et ne peuvent plus se refroidir.

Des couveuses pourraient aussi être mises à la disposition des familles pauvres. Nous en avons deux à la clinique Tarnier qui nous ont été données dans ce but par des clientes reconnaissantes.

L'Assistance publique, grâce aux propositions de M. Paul Strauss, prend des précautions pour ses enfants assistés; elles ne laisse partir les nourrices qui les emportent que dans des trains rapides et dans des compartiments de seconde classe bien chauffés.

On commence à s'occuper aussi de protéger légalement l'enfant débile. Sa mère a sur lui tous les droits et n'encourt aucune responsabilité. Elle peut l'emporter malgré nous, par les plus grands froids, et il ne tarde pas à succomber. C'est un véritable infanticide, infanticide par omission, dira-t-on; peut-être, mais infanticide réel, presque un infanticide légal. La Société doit protéger ces petits êtres.

Dans un projet de loi de Paul Strauss, il est écrit : « Les enfants nés avant terme, dont les mères auront accouché à l'hôpital ou auront été secourues à domicile, seront assimilés à des malades; ils recevront l'assistance à domicile ou dans un établissement hospitalier et, notamment, en cas de besoin, au moyen d'une couveuse. » Et dans une autre proposition, celle de Léon Labbé, il est dit : « La surveillance de l'autorité publique, ayant pour but de protéger sa santé et sa vie, s'applique à tout enfant dont la mère a bénéficié de l'assistance médicale gratuite ou de l'assistance maternelle. »

Espérons que ces lois tutélaires, protectrices du nouveau-né, seront bientôt votées.

S'il en est ainsi, et si surtout les médecins dirigent bien les mères, on verra diminuer cette mortalité des enfants atteints de faiblesse congénitale, qui est si considérable, puisque sur 1.000 décès de 0 à 1 an, on compte 171 débiles.

1. Valency. — « De l'accouchement dans les bassins rachitiques. Statistique. Pronostic ». *L'Obstétrique*, 1902, Septembre, p. 353-379.

LA COMMUNICATION

DES ABCÈS PAR CONGESTION AVEC LES BRONCHES

Par M. BENTZ

Interne au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer.

Voir rejeter par la bouche le liquide d'une injection faite dans un abcès par congestion ouvert au niveau de l'aine, est un fait assez curieux pour qu'il nous ait paru intéressant de le publier et de rechercher si des cas analogues avaient été signalés. Nous en avons trouvé deux : l'un publié par Frænkel, dans la *Wiener klinische Wochenschrift* du 12 Juillet 1888 et cité par M. Kirmisson dans son article « Abcès par congestion » du Traité de chirurgie ; l'autre observé par M. Rémy, professeur agrégé de la Faculté de Paris, qui a fait paraître l'observation dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, du 23 Juillet 1896.

Voici l'histoire de notre malade, recueillie dans le service de notre maître, M. Phocas.

* * *

Observation I. — V..., Arthur, âgé de dix ans, entre le 1er Février 1900 au sanatorium avec le diagnostic de mal de Pott.

Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux.

L'enfant avait toujours été bien portant. Trois mois avant son entrée au sanatorium, il se plaint de son dos. On constate alors l'existence d'une gibbosité; très rapidement l'enfant devient paralysé.

A son entrée au sanatorium on trouve une gibbosité assez accentuée comprenant les 5e, 6e, 7e, 8e et 9e vertèbres dorsales, la 7e étant la proéminente. Il existe une paraplégie complète avec incontinence des urines et des matières. L'enfant présente une exagération des réflexes rotuliens et de la trépidation épileptoïde. La sensibilité est très diminuée, mais pas complètement abolie au niveau des membres inférieurs. Pas de tuberculose pulmonaire.

Le 11 Juin 1900 on constate l'existence d'un gros abcès par congestion dans la fosse iliaque droite.

Le 19 Juin ponction de l'abcès. Il sort une grande quantité de pus très liquide, mélangé à quelques grumeaux. Injection de vaseline iodoformée au 1/10.

Le 11 Juillet l'abcès est reformé, deuxième ponction suivie d'une injection de vaseline iodoformée.

Le 24 Juillet l'abcès est devenu fistuleux.

Depuis ce moment-là l'enfant, immobilisé sur un lit de Lannelongue, est pansé deux fois par semaine. A chaque pansement on fait dans la fistule une injection d'eau oxygénée. Au cours de ces injections on n'a jamais rien observé d'anormal jusqu'au jour où se produit l'incident qui donne à cette observation son intérêt.

Le 4 Octobre 1901, au cours d'un pansement, après une injection d'eau oxygénée dans la fistule située au niveau de l'aine droite, l'injection ayant été poussée avec une certaine force, l'enfant est pris de nausées et d'un violent accès de toux. Il étouffe, devient cyanosé, lorsque tout à coup il rend par la bouche un peu de mousse blanchâtre ayant absolument l'aspect que prend l'eau oxygénée ressortant d'une fistule où elle a été injectée.

L'accès de toux se calme peu à peu et bientôt tout est rentré dans l'ordre.

L'auscultation des poumons pratiquée lorsque le calme est rétabli ne révèle rien d'anormal.

Depuis ce jour-là plusieurs injections d'eau oxygénée ont été faites, avec douceur il est vrai, sans que le moindre incident se soit produit.

La radiographie de l'enfant a été faite par M. Vaneste, pharmacien du sanatorium. Elle montre un abcès peu étalé traversant obliquement la fosse iliaque droite du milieu du pli de l'aine vers la colonne vertébrale et suivant le côté droit du rachis jusqu'au niveau des vertèbres atteintes.

Au commencement de Juin 1902, huit mois après l'incident que nous venons de rapporter, voici quel est l'état de notre malade.

Enfant très amaigri, presque cachectique. Diarrhée fréquente. La fistule persiste avec une suppuration peu abondante. L'enfant tousse un peu, mais ne crache pas. L'haleine n'est pas fétide. A l'auscultation on trouve des signes de tuberculose bilatérale.

Au *sommet gauche* l'inspiration est rude, l'expiration est prolongée et soufflante; il y a du retentissement de la toux et de la voix, et de la matité à la percussion. Au *sommet droit*, la respiration est faible; il y a un peu de retentissement de la toux et des craquements secs. A la *partie moyenne du poumon droit* on trouve un foyer de râles sous-crépitants humides, annonçant un foyer de ramollissement.

Observation II (due à Frænkel). — Joseph Z..., âgé de vingt et un ans, appartient à une famille où l'on trouve des cas de tuberculose. Le père du malade aurait eu il y a deux ans une bronchite ayant duré longtemps.

Le début de l'affection actuelle remonte à la fin de Décembre 1887. Le malade commença à ressentir dans la région lombaire de vives douleurs qui irradiaient vers la région sacrée et le membre inférieur droit, et qui allèrent en augmentant au point de rendre la marche impossible.

A l'entrée à l'hôpital l'état de Z... est le suivant : Malade petit, malingre, anémique, maigre. T. 38°5-39°.

L'examen des organes internes ne révèle rien d'anormal.

Au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires il existe un gonflement diffus, surtout manifeste à droite des apophyses épineuses. Ces apophyses sont très douloureuses à la pression, surtout celles des vertèbres lombaires. Le membre inférieur droit est en flexion, en adduction et un peu en rotation interne. Les tentatives faites pour détruire la flexion sont très douloureuses.

La tuméfaction siégeant au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires augmenta toujours plus et finalement atteignit le volume d'un œuf d'oie.

La fièvre est intense, le malade décline rapidement. Au centre de la tuméfaction il se forme une saillie, la peau commence à rougir et à s'amincir.

20 Janvier 1888. Ponction de l'abcès et injection de glycérine iodoformée.

Du 21 au 25 Janvier, température élevée, violentes quintes de toux. Par l'orifice de la ponction s'écoule une quantité assez considérable de pus tuberculeux, mélangé à de la glycérine iodoformée.

26 Janvier. Opération. Ouverture large de l'abcès. Curetage des parois. Au fond de la cavité on aperçoit un petit orifice par lequel s'échappe du pus et dans lequel on introduit une curette tranchante.

On arrive sur la face latérale du corps de la première vertèbre lombaire. Le doigt introduit dans l'orifice pénètre dans un foyer intra-osseux ramolli, qui est évidé également. Il s'écoule à ce moment une certaine quantité de pus. Sous le contrôle du doigt on poursuit l'évidement jusqu'à ce qu'on sente nettement dans le fond du foyer la dure-mère rachidienne. On continue à cureter, mais il se produit une hémorragie veineuse extrêmement abondante, qui oblige l'opérateur à s'arrêter et à tamponner au plus vite avec de la gaze iodoformée. Lorsque l'hémorragie est arrêtée on réunit les lèvres de la plaie par quelques points de suture à la soie en laissant à l'extrémité inférieure de l'incision un orifice pour la gaze iodoformée employée au tamponnement. Pansement à la gaze iodoformée.

Suites opératoires aseptiques avec une légère fièvre de résorption.

31 Janvier. On change le pansement qui est traversé par le pus. On enlève le tamponnement de gaze iodoformée et on le remplace par quelques mèches de gaze non tassée.

11 Février. Depuis deux jours le malade a de nouveau de la fièvre. La plaie a bon aspect. Pensant que la fièvre est due à la rétention du pus on remplace les mèches de gaze iodoformée par un drain et on fait dans la cavité un lavage avec une solution faible de sublimé.

Pendant le lavage le malade est pris de dyspnée extrême avec violentes quintes de toux; il finit par expectorer la solution de sublimé colorée en rouge. Ce phénomène curieux se reproduisit à un nouveau lavage.

La fièvre et la toux persistent quelques jours encore, puis l'état du malade s'améliore à tous les points de vue, si bien que le 4 Février on applique au malade suspendu à l'appareil de Sayre un corset plâtré dans lequel on fait une fenêtre au niveau de la plaie opératoire.

A la fin de Mars le malade quitte l'hôpital guéri. La contracture du membre inférieur droit a disparu, la marche est absolument normale, mais l'exagération des courbures rachidiennes au niveau des régions dorsale et lombaire rend le port d'un corset encore nécessaire.

Le 7 Avril le malade est présenté à la Société des médecins militaires de Vienne.

Frænkel termine son article en disant : Il est évident qu'il doit y avoir existé une communication directe ou indirecte entre le foyer malade et les bronches.

La lecture de l'observation suivante due à M. Rémy, est très instructive.

Observation III. — Le 25 Juin on nous amène au dispensaire de Belleville un garçon de dix ans qui semble avoir peu d'heures à vivre. Sa face et ses membres sont exsangues, œdémateux, d'une blancheur de cire. Ses traits expriment la souffrance. Il pousse des cris de douleur à chaque mouvement. Il est couché sur le côté droit, la cuisse droite rétractée sur l'abdomen et placée en abduction extrême. Elle est le siège des douleurs et tous les efforts et toutes les positions du malade tendent à en obtenir l'immobilisation.

L'enfant étant déshabillé avec précaution, nous voyons qu'il existe une tuméfaction de la partie supérieure de la cuisse droite, développée surtout du côté interne.

Elle présente son maximum de saillie au niveau du petit trochanter. Là se montre une tache violacée de la peau. Là est le centre de la douleur spontanée qui est continue avec battements et élancements. Là peut être provoquée la douleur à la pression. La main appliquée à ce niveau y constate une élévation de température.

Cette tuméfaction est dure. Le doigt y produit une empreinte œdémateuse ; quoiqu'il soit impossible de sentir la fluctuation il est manifeste qu'il s'agit d'un abcès profond.

L'enfant présente les déformations caractéristiques d'un ancien mal de Pott de la région dorsale moyenne. N'est-il pas naturel de penser à un abcès par congestion parti de la région dorsale, ayant suivi le muscle psoas, s'étant étalé dans la fosse iliaque et enfin cherchant à s'ouvrir au niveau du petit trochanter ?

L'enfant, âgé de dix ans aujourd'hui, a été atteint d'un mal de Pott à l'âge de trois ans ; il a été soigné par la méthode de Sayre et a porté un corset plâtré pendant vingt-deux mois.

Il avait paru guéri pendant plusieurs années, puis, il y a quatre mois il avait commencé à souffrir de la hanche. Il s'était amaigri, avait perdu l'appétit. Mais d'habitude l'abcès par congestion se produit sournoisement, sans vives douleurs, sans fièvre. Comment se fait-il que nous ayons dans le cas actuel les vives douleurs et l'appareil fébrile d'un abcès phlegmoneux ? N'y a-t-il pas quelques complications ?

Depuis trois jours, nous dit-on, l'enfant est devenu malade.

Cet état a coïncidé avec de la toux et de l'expectoration. Il a été pris de petites quintes de toux. Elles se terminent par l'expulsion d'une gorgée de liquide clair, visqueux, mélangé de stries purulentes, et l'odeur des crachats est infecte.

Voilà la complication et nous en chercherons la nature maintenant.

L'examen de la poitrine ne révèle pas de pleurésie qui explique une vomique, ni de tuberculose, ni de bronchite qui aurait pu se compliquer de gangrène.

On ne trouve dans le poumon droit, par l'auscultation, que des râles de bronchite très gros.

Il faut donc s'arrêter à l'idée de collection de pus, étrangère à l'appareil pulmonaire, et se vidant par son intermédiaire.

D'où viendrait le pus ? Peut-il sortir de l'abcès par congestion ?

Puisque le mal de Pott de cet enfant a débuté dans la région dorsale, il est facile de supposer que l'abcès soit en rapport avec un lobe du poumon et se soit ouvert dans une bronche.

Il était indiqué d'ouvrir l'abcès profond du petit trochanter.

Dans l'état grave du patient, c'était la seule chance d'amélioration qui puisse lui être offerte.

Mais je ne me dissimulais pas la gravité d'une semblable intervention. Je prévoyais que, pendant la chloroformisation, il pourrait survenir une inondation des bronches par le pus et, à la suite, des accidents de suffocation peut-être mortels. Je prévins donc la famille de la possibilité d'un accident.

Par précaution, je fais tenir la tête basse et inclinée sur le côté pour faciliter l'issue du liquide au cas où il surviendrait en abondance.

Il n'y eut aucun accident pendant l'anesthésie.

Après m'être assuré du siège de l'abcès par une ponction aspiratrice, je l'ouvris largement en passant entre le premier et le deuxième adducteur et je plaçai deux gros drains dans l'ouverture. Il s'écoula une grande quantité de pus non

moins fétide que celui de l'expectoration. Le ventre s'affaissa.

Les drains conduits par la sonde cannelée s'engagèrent sous l'arcade du psoas jusque dans l'abdomen. L'abcès était donc bien placé dans la gaine du psoas, le pus devait avoir la même origine que celui rejeté par la toux, mais la démonstration devait en être encore plus évidente. Voici comment. Ayant voulu laver la cavité de l'abcès à l'aide d'injections poussées dans les drains, je vis dès la première seringue l'enfant bleuir, asphyxier, puis, au milieu d'une quinte de toux, un flot de liquide parut à la bouche. Il était évident que le liquide envoyé par les drains de la cuisse, traversant la cavité de l'abcès par congestion, était arrivé à la faveur de la position déclive jusque dans le thorax et qu'il inondait les bronches en pénétrant par la perforation qui avait déjà donné issue à la vomique.

Saisissant l'enfant par les pieds, nous le suspendons la tête en bas, nous voyons le liquide injecté s'écouler, puis les accidents de toux et de suffocation cesser...

L'enfant fut pansé et rendu à ses parents. Je recommandai de lui mettre la tête haute pour favoriser l'écoulement du pus par les tubes de la cuisse.

L'expectoration fétide cessa immédiatement; au bout de deux jours l'enfant ne toussa plus.

Il revint trois semaines après, très amélioré.

L'explication des phénomènes observés par M. Rémy est simple.

L'enfant ayant eu une vomique, une communication existait entre la cavité de l'abcès et les bronches. Le liquide injecté au niveau de la cuisse a suivi le trajet de l'abcès; il a pénétré dans les bronches par l'orifice existant entre l'abcès et les conduits aériens, et a été rejeté par la bouche. Dans le cas de Frænkel et dans le nôtre, il n'y a pas eu de vomique, et, avant l'incident que nous avons observé, il ne s'était produit aucun symptôme révélant une communication entre l'abcès et les bronches.

Dans notre cas, des injections d'eau oxygénée ont été faites au cours des pansements qui ont suivi celui pendant lequel s'était produit le rejet du liquide par la bouche, et cet incident ne s'est pas reproduit. D'autre part, notre malade n'a jamais craché de pus, son haleine n'est pas fétide; aussi on peut admettre que la communication entre l'abcès et les bronches n'a été que momentanée. Il faut supposer que l'abcès, remontant jusque dans la région dorsale moyenne, s'est trouvé n'être séparé de la cavité d'une bronche que par une épaisseur très faible de tissu peu résistant. Le liquide lancé avec une certaine force a déchiré la paroi bronchique, mais, dès qu'il a été évacué, la solution de continuité s'est réparée de façon à empêcher la pénétration dans l'arbre aérien du pus et du liquide injecté dans la suite.

***

Pouvons-nous, des faits que nous avons exposés, tirer une conclusion au sujet de leur pronostic? Les deux malades de MM. Frænkel et Rémy ont guéri, mais le nôtre se cachectise; il présente des signes de tuberculose pulmonaire dont la localisation la plus avancée se trouve au niveau du lobe moyen du poumon droit où existe un foyer de ramollissement. Peut-on attribuer à la pénétration dans les bronches du liquide injecté le développement de la tuberculose et sa prédominance dans la région moyenne du poumon droit? Nous nous garderons de rien affirmer, mais il nous paraît légitime de considérer comme possible l'infection du poumon par les produits septiques qui ont pénétré dans les bronches avec l'eau oxygénée injectée.

Dans tous les cas, lorsqu'on se trouve en présence d'un abcès qui, sur une partie de son trajet, est voisin du poumon, on doit avoir présente à l'esprit la possibilité d'une communication de la cavité suppurante avec les bronches, et, surtout si on emploie un liquide tel que l'éther iodoformé, agir avec grande prudence et pousser l'injection avec beaucoup de douceur.

CHIRURGIE PRATIQUE

TECHNIQUE ACTUELLE DE LA RACHICOCAINISATION

Depuis le mois de Novembre 1901, époque à laquelle Ravaut et Aubourg ont publié leurs recherches sur la rachicocaïnisation, j'ai essayé le procédé qui découle de leurs recherches, et j'ai suivi la technique que j'ai conseillée au Congrès français de 1901, et que je crois préférable à celle que M. Guinard voulait alors employer. L'injection sous-arachnoïdienne doit être faite dans des conditions d'asepsie rigoureuse : bien que je n'aie jamais vu et que je ne connaisse pas un seul fait d'infection au passif de la méthode, je considère que nous devons diminuer au maximum les chances de pénétration des germes. Aussi n'ai-je aucune tendance à adopter les procédés qui consistent à mélanger à l'air libre la solution cocaïnique et le liquide céphalo-rachidien ; ils m'ont toujours paru dangereux.

Voici comment je procède depuis une année : j'ai fait stériliser à la Tyndall une solution de cocaïne bien titrée conservée en ampoule. Chaque ampoule contient 4 centigrammes de cocaïne dissous dans 7 gouttes d'eau distillée stérilisée (solution à 12 0/0). La seringue dont je me sers est la seringue de Luer et l'aiguille est celle que j'ai toujours employée.

Pour pratiquer la rachicocaïnisation : 1° je brise le bec de l'ampoule cocaïnique, j'aspire tout son contenu avec la seringue munie de son aiguille. Il ne doit pas entrer une bulle d'air, si l'aiguille et la seringue sont bien ajustées ; 2° avec l'aiguille sans le corps de pompe je fais ma ponction rachidienne ; dès que le liquide céphalo-rachidien s'écoule, j'ajuste la seringue contenant la solution concentrée et je laisse le liquide la remplir, le piston étant repoussé par le liquide céphalo-rachidien; 3° la seringue pleine, je refoule lentement son contenu dans l'espace sous-arachnoïdien, c'est-à-dire la solution cocaïnique et le liquide céphalo-rachidien parfaitement mélangés.

J'ai adopté le titre de cette solution après des essais variés, et je me suis assuré avant tout, au moyen de liquides colorants et de même densité que le liquide céphalo-rachidien, que le mélange dans la seringue était parfait.

Cette technique donne les résultats suivants : l'anesthésie remonte moins haut, dure moins longtemps, est plus lente à se produire et est moins parfaite qu'avec mon premier procédé, mais les accidents cocaïniques sont infiniment moindres; il est absolument inexact de dire qu'ils sont supprimés.

J'ai fait plus de 1.200 opérations, dont toutes les opérations sur l'abdomen, avec mon ancien procédé. D'après les opérations pratiquées avec le second procédé, la cure radicale des hernies donnerait le niveau maximum auquel on puisse remonter avec sécurité parfaite.

Je conclus que toutes les opérations vaginales, vésicales, rectales, périnéales, toutes les opérations sur le membre inférieur peuvent être pratiquées par mon nouveau procédé. Pour opérer sur les régions plus élevées, il faut employer mon ancien procédé.

Th. Tuffier.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

20 Novembre 1902.

Formulaire du menthol. — *M. de Crésantignes.* Le menthol jouit, entre autres propriétés, d'un pouvoir inhibiteur remarquable à l'égard de certains vomissements d'origine réflexe. Mais son emploi offre des difficultés en raison de son insolubilité dans les solutions aqueuses, même additionnées d'une forte proportion d'alcool. La présence de la teinture de saponine (Panama) permet d'obtenir des émulsions qui « se tiennent » d'une façon satisfaisante.

Usage interne :

Menthol.	0,03 à 0,05 centigr.
Teinture de saponine . .	3 grammes.
Glycérine neutre.	5 —
Eau q. s. pour.	125 cc.

Ajouter l'eau goutte à goutte. F. s. a. une potion à prendre par cuillerées à soupe.

Le menthol ne doit pas être pris à un degré de concentration supérieure; sinon il est caustique. Contre-indication : la gastralgie.

Usage externe :

Menthol	0,50 centigr.
Teinture de saponine. .	15 grammes.
Eau q. s. pour	155 cc.

En compresses sur le front, remplacées, quand la cuisson devient vive, par des compresses d'eau fraîche, pour être réappliquées ensuite, etc.; cette solution rend d'appréciables services pour le soulagement du mal de tête. Elle se montre très supérieure à l'eau sédative.

M Dignat a constaté l'action caustique du menthol sur l'estomac après l'absorption de préparations dragéifiées contre les maux de gorge.

M. Desnos demande si le menthol n'a pas été essayé contre les vomissements du chloroforme.

M. de Crésantignes ne l'a pas fait encore, mais le fera maintenant qu'il possède une formule qui le satisfait; il insiste sur la nécessité de la dilution du menthol.

Ligature en bourse appliquée à une large perforation de la première partie du rectum pendant la création d'un vagin artificiel. — *M. Ozenne* rapporte l'observation d'une jeune femme, chez laquelle on avait perforé la première portion du rectum en créant un vagin artificiel. La perforation présentait la largeur d'une pièce de deux francs. Ses bords fibroïdes et inextensibles n'ayant pu être mis en contect par une suture, un fil de catgut fut passé à quelques millimètres et parallèlement à la circonférence de l'orifice, puis serré de façon à faire un froncement, une sorte de ligature en bourse. La perforation fut réduite des deux tiers, et, au bout de six semaines, après des cautérisations et des pansements quotidiens, l'obstruction était complète. Le néo-vagin mesurait 9 centimètres de longueur.

L'auteur rappelle ensuite les notions embryogéniques qui expliquent les absences congénitales du vagin, et discute les indications de la création d'un vagin artificiel et les procédés opératoires préconisés.

M. Bernard approuve la tentative de froncement et de rétrécissement de l'orifice comme le fait Doyen; cependant les procédés autoplastiques lui semblent séduisants, particulièrement celui de Braquehaye (de Tunis) que Richelot a préconisé : tailler à distance du centre de la perte de substance un lambeau circulaire, et le rabattre de la périphérie vers le centre. Cette intervention, excellente pour les fistules, n'est pas applicable dans le cas de perforation avec perte de substance.

A propos des malformations congénitales et de leurs indications opératoires, il se demande si dans tous les cas il est nécessaire d'intervenir; il se rappelle avoir constaté à l'autopsie une absence congénitale du vagin, qui tout en n'existant pas anatomiquement, physiologiquement était cependant suffisant.

M. Desnos signale la difficulté d'apprécier le point et la hauteur exacte où la perforation du rectum se produit. Le rectum est très mobile; et la perforation

peut se déplacer, s'abaisser et venir se présenter à une région très voisine de l'anus, en un point très inférieur à celui où on l'avait constatée d'abord.

M. Ozenne. Il est certain que dans bien des cas les malades ne se plaignent pas de l'imperforation du vagin. Dans le cas particulier le rectum était adhérent au pourtour de l'orifice inextensible. Ce qui peut se faire pour le rectum seul n'était pas applicable ici. Il a procédé deux fois à l'exploration et à la recherche de l'orifice; la hauteur lui en semblait anormale : les deux fois la perforation a été constatée à 17 ou 18 centimètres de l'anus.

M. Reynier pense que la perforation a dû être faite près du coude formé par l'S iliaque et le rectum.

PAUL GUILLON.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

21 Novembre 1902.

Présentation de documents ayant trait à l'histoire de la médecine pendant la fin du XVIIIe et le commencement du XIXe siècles. — *M. Bouchacourt.* Il s'agit de la série complète des pièces officielles d'un médecin qui fit ses études médicales à Lyon d'abord, à Paris ensuite, et qui exerça successivement dans ces deux villes.

Après l'acte notarié d'apprentissage, commencé à quatorze ans, on trouve des certificats donnés dans les hôpitaux, des diplômes de chirurgien-major de la Charité, puis de l'Hôtel-Dieu, et enfin toute la série des certificats obtenus à Paris, avec un autographe de Baudelocque, écrit sur la deuxième page d'un certificat du cours de Solayrès de Renhac, et portant le sceau de cet accoucheur. M. Bouchacourt présente en outre, du même médecin, les diplômes suivants : Société de Médecine de Paris (diplôme de membre correspondant, de membre résident, et de membre honoraire), thèse d'agrégation au Collège royal de chirurgie, diplôme du *medicorum parisiensis conventus*, etc.

Rétrécissement congénital de la totalité du gros intestin chez un nouveau-né (présentation de pièces). — *MM. Maygrier et Saillant.* Ces pièces proviennent d'un enfant qui, né à huit mois, à la Charité, ne présenta d'abord rien de particulier.

Mais il survint bientôt de la régurgitation du méconium. L'introduction d'une sonde dans le rectum ne pouvant être poussée à plus de cinq centimètres, on fit un anus iliaque, après avoir essayé en vain d'atteindre le bout supérieur du rectum par une incision périnéale.

Cet enfant étant mort treize heures après l'intervention on reconnut les anomalies suivantes : distension énorme de l'intestin grêle, atrophie du gros intestin, qui est cependant perméable dans toute sa longueur, quoique son calibre soit inférieur à une plume d'oie. Ce qui fait surtout l'intérêt de cette observation, c'est la longueur tout à fait rare de la portion intestinale rétrécie.

Présentation de pièces d'une opération césarienne pour fibrome utérin. — *M. Tissier.* Il s'agit d'une femme qui, étant enceinte de sept mois et demi, se présenta à Saint-Antoine avec un utérus irrégulier, bourré de tumeurs dures fixes, remplissant en outre partiellement l'excavation.

Quand cette femme fut arrivée au voisinage du terme, on fit l'opération césarienne, puis l'hystérectomie supra-vaginale.

Les résultats furent excellents, puisqu'on eut un enfant vivant, et que la femme guérit sans aucun accident.

M. Bar. Dans le cas particulier, la tumeur était multiple, si volumineuse, placée si bas, et de plus si mal pédiculée, avec col rejeté en avant et en haut, que l'idée de laisser cette femme accoucher par les voies naturelles devait être repoussée.

Si l'opération césarienne et l'hystérectomie ont donné une mortalité élevée dans les cas de fibromes gravidiques, c'est qu'on est souvent intervenu pendant le travail, alors que tout était compromis, et après avoir tenté la rétropulsion de la tumeur, une application de forceps, etc. Dans les cas de fibromes paraissant devoir empêcher l'engagement, il ne faut pas hésiter à intervenir par la voie abdominale, mais avant tout début de travail, alors que les membranes sont intactes. On fera d'abord l'opération césarienne, puis, si les circonstances sont favorables, on enlevera l'utérus.

La crainte de l'hémorragie est illusoire.

M. Budin. Avant de prendre aucune décision sur le choix de la ligne de conduite, il est indispensable d'examiner la malade sous le chloroforme, car l'anesthésie seule permet de se rendre compte du degré de mobilité de la tumeur.

Observation de maladie de Barlow. — *M. Tissier.* Cette affection, considérée comme très rare en France, alors qu'on l'observe couramment en Amérique et en Allemagne, est peut-être plus fréquente qu'on ne croit.

Il semble, en effet, que, chez nous, elle soit très souvent méconnue, prise pour une des maladies suivantes : mal de Pott, paraysie infantile, érythème noueux, etc.

Dans le cas que j'ai observé, l'enfant était nourri au lait *nectar*, qui est un lait d'abord pasteurisé, puis oxygéné, dont il prenait par jour six à sept biberons de 150 à 200 grammes, plus deux bouillies.

Tous les phénomènes ont cédé en quatre jours, à la suite d'ingestion de lait cru, jus d'orange, viande, pommes de terre, etc.

Quant à la pathogénie de cette affection, elle est encore très obscure; mais il semble qu'on doive éliminer le rachitisme et la toxi-infection, pour admettre l'origine purement alimentaire, comme pour le scorbut des adultes.

Hernie ombilicale étranglée chez un nouveau-né. — *M. Brindeau.* Cet enfant me fut apporté à la maternité de Saint-Louis le lendemain de sa naissance. Il portait une hernie ombilicale du volume d'une grosse noix, sur laquelle s'insérait le cordon. Le sac était constitué par l'amnios. La tumeur était irréductible; de plus l'abdomen était ballonné et l'enfant vomissait son méconium. J'incisai l'abdomen verticalement, suivant une ligne parallèle à la ligne blanche et passant à un centimètre de l'ombilic. Je pus alors faire pénétrer mon doigt dans l'anneau rétréci et le sectionner. L'intestin (fin de l'iléon et cæcum) était très adhérent au sac. Ce dernier fut réséqué après la réduction de la plaie, et l'abdomen suturé au crin de Florence.

L'enfant put prendre le sein le lendemain et sortit guéri de l'hôpital.

De l'état histologique de la paroi utérine dans trois cas de perforation provoquée. — *M. Macé.* Ce qui fait surtout l'intérêt de cette communication, c'est que, dans les trois cas observés, il n'y avait aucune altération de la paroi musculaire de l'utérus. Quand on cherche les causes de ces perforations, on reconnait tout de suite que les éléments à incriminer sont d'une part la pointe non assez mousse de l'instrument, d'autre part la maladresse de l'opérateur.

La conclusion à en tirer, c'est que, quand on fait un curettage utérin, il faut se servir d'un instrument à bord mousse, relevé, et avoir bien soin de redresser l'utérus.

La méthode thérapeutique qui s'impose, dans les cas de perforation utérine, est l'hystérectomie. Celle-ci sera abdominale si l'utérus n'est pas infecté, vaginale s'il y a infection.

L. BOUCHACOURT.

ACADÉMIE DES SCIENCES

24 Novembre et 1er Décembre 1902.

Sur le mode de végétation et de reproduction de l'Amylomyces Rouxii, champignon de la levure chinoise. — *M. J. Turquet.* Cet auteur, contrairement à l'opinion admise, a reconnu que la reproduction asexuée chez cette plante s'opère par des éléments de deux sortes. Il s'ensuit donc que l'*Amylomyces Rouxii* doit rentrer dans le genre *Mucor* et prendre place à côté des *Mucor racemosus* et *circinelloides*.

Action toxique et physiologique de l'adrénaline. *MM. Bouchard et Claude.* Les auteurs ont constaté qu'en injections intra-musculaires, l'adrénaline à la dose de un à deux dixièmes de milligramme tue un kilogramme de l'animal sujet. Quand les injections sont faites à doses faibles, l'on peut conférer une certaine immunité et il faut arriver alors à un demi-milligramme par kilogramme d'animal pour produire l'effet toxique.

L'adrénaline, ont encore constaté les auteurs, amène l'anémie des organes, la distension des gros troncs veineux et de l'œdème pulmonaire.

GEORGES VITOUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

26 Novembre 1902.

Discussion du rapport de la Commission chargée de comparer le blanc de zinc au blanc de céruse. — Les conclusions du rapport sont les suivantes :

1° Les teintes et les enduits préparés judicieusement au blanc de zinc se travaillent et s'emploient aussi bien que ceux préparés au blanc de céruse;

2° Le pouvoir couvrant et la siccavité sont sensiblement égaux.

Les expériences ont été faites sur de trop petites surfaces pour que la question du prix de revient ait pu être jugée; cette absence de tarification pouvant devenir la source de difficultés, M. Louis Martin demande à la Société d'émettre le vœu que la Société centrale des architectes et la Ville de Paris veuillent bien préciser la valeur des deux peintures sur les séries de prix. Ce vœu est renvoyé à la Commission d'études.

Discussion des conclusions de M. Bertillon relativement à l'efficacité de la loi Th. Roussel. — *M. Strauss.* Il ne peut m'entrer dans l'esprit qu'en dépit des progrès de l'hygiène, la mortalité infantile soit sensiblement la même qu'en 1840.

En réalité les moyens de comparaison statistique manquent et l'on ne peut conclure. Je suis d'avis que nous ne devons pas nous montrer satisfaits de la loi Roussel telle qu'elle est, et surtout telle qu'on l'applique; mais, même dans ces conditions je crois qu'elle est loin d'avoir été inutile.

M. Bertillon. Je ne vais pas jusqu'à dire que la loi Roussel n'a aucune efficacité, mais je ne peux m'empêcher d'être péniblement impressionné par cette constatation qu'en 1897, sur 1.000 enfants placés en nourrice, il en est mort 203 du dixième jour à la fin de la première année, tandis qu'il n'en mourait que 128 pour 1.000 parmi les enfants élevés par leur mère.

M. Budin. Les statistiques de M. Bertillon prouvent que la mortalité des enfants protégés est plus grande que celle des autres enfants. Cela ne veut pas dire que la loi Roussel n'ait pas donné de résultats. Mais elle a besoin d'être perfectionnée et, surtout mieux exécutée; « tant vaut le médecin, tant vaut la loi ». Enfin, la mortalité varie selon le mode d'allaitement; dans les départements où prédomine l'allaitement au sein, la mortalité est moindre.

M. Drouineau. L'origine des enfants protégés suffit à expliquer leur mortalité considérable.

M. BIZE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

26 Novembre 1902.

Sur l'appendicite. — *M. Reynier* en 1899 s'était déjà déclaré partisan convaincu de l'expectation armée dans le traitement de l'appendicite; son opinion ne s'est pas modifiée depuis et ce ne sont certes pas les statistiques publiées récemment par les interventionnistes qui pourront la changer. Quoiqu'en pense M. Segond, il faut accorder, et M. Reynier accorde une grande importance à l'étude et à la comparaison des statistiques qui seules peuvent nous fournir une idée de la valeur d'une méthode de traitement entre les mains de chirurgiens donnés. Or, l'on met en regard les statistiques des interventionnistes radicaux, tels que MM. Poirier et Routier, ou celles des opportunistes qu'on a improprement appelés (des abstentionnistes), comme MM. Jalaguier et Walther, on s'aperçoit que les premières comportent un chiffre de mortalité notablement plus élevé que les secondes, et l'on ne peut s'empêcher de conclure que le meilleur mode de traitement de l'appendicite ne réside pas dans l'intervention immédiate, quelque soit le cas, mais dans un traitement opportuniste qui reste médical tant que la maladie évolue normalement et ne devient chirurgical que lorsque des circonstances bien indiquées l'exigent.

Depuis la dernière discussion sur l'appendicite, c'est-à-dire depuis 1899, M. Reynier a eu l'occasion d'observer ou de traiter 85 malades atteints d'appendicite. Sur ce chiffre, 71 ont été traités médicalement, 14 seulement ont été opérés dont 7 par M. Reynier avec 2 morts, et 7, dans son service, par des chirurgiens de garde, avec 5 morts. Les 2 morts de M. Reynier concernent 2 enfants opérés au sixième et au septième jours en pleine péritonite. Des 71 malades non opérés, 2 seulement ont succombé : l'un de ces malades, qui

présentait un abcès localisé dans la fosse iliaque, est mort subitement d'une embolie pulmonaire; le second, de l'aveu même de M. Reynier, est mort parce qu'il n'avait pas été opéré à temps : ce malade avait nettement un facies péritonéal qui indiquait l'opération. Cependant M. Reynier trouve une excuse dans ce fait qu'il a vu souvent de ces cas d'apparence grave guérir par le seul traitement médical. Dailleurs, fait remarquable, ces cas graves ne sont que rarement signalés par les opportunistes, et ce sont toujours les interventionnistes à outrance qui parlent de péritonite généralisée, de gangrène de l'appendice, de *vomito negro* appendiculaire, etc. Et pourtant aux premiers, comme aux seconds, il est donné de voir les appendicites à toutes les périodes de leur évolution. Pour sa part M. Reynier n'a vu d'appendicite au début, c'est-à-dire dans les quarante-huit premières heures, que 5 fois : mais loin de préconiser l'opération en pareil cas, il pense qu'au contraire c'est là surtout que le traitement médical bien institué produira les meilleurs effets. Et M. Reynier décrit la façon dont il comprend le traitement médical de l'appendicite : repos au lit, diète absolue, opium, injections de sérum, glace sur le ventre. Il insiste surtout sur la manière d'appliquer la glace qui doit être renouvelée jour et nuit au moins toutes les trois heures. Le traitement devra être rigoureusement surveillé par le chirurgien lui-même,[1] qui jugera ainsi des complications pouvant nécessiter une intervention et évitera de cette façon les catastrophes du genre de celle qu'a signalée M. Legueu.

M. Témoin (de Bourges). L'appendicite, fréquente à Paris et à la ville, l'est au moins autant à la campagne, et c'est là surtout que la temporisation expose les malades aux pires dangers. Interventionniste depuis le début, M. Témoin déclare qu'il n'a jamais eu à le regretter. Il opère l'appendicite dès qu'il la voit, et jamais il n'a perdu un malade qui n'eût avant l'opération de péritonite généralisée.

M. Témoin a fait 314 opérations d'appendicite : 125 à froid, 125 guérisons ; 179 à chaud, avec 19 morts. Mais pas un de ces cas malheureux n'a été opéré dans les quarante-huit premières heures, un seul au troisième jour, tous du sixième au quinzième jour. Chaque fois la famille était prévenue de l'état désespéré du malade et l'opération n'était faite que pour tenter cette dernière ressource. Deux ont guéri dans ces conditions. Il s'agissait presque toujours de malades vus un ou deux jours avant par leur médecin ; l'état s'était amélioré et la guérison semblait venir : subitement les accidents réapparaissaient, et, pendant le temps nécessaire pour le faire prévenir et pour lui permettre d'arriver près du malade, l'état devenait critique. A l'opération on trouvait l'appendice perforé, libre d'adhérences, et l'intestin baignant dans de la sérosité infecte.

Devant l'incertitude des symptômes, devant les rechutes si brusques, il est impossible à un médecin de campagne de surveiller son malade; il lui est impossible d'être temporisateur. Tous les opérés de M. Témoin qui l'ont été dans les vingt-quatre heures ont guéri, et sept au moins seraient morts, l'appendice présentant des plaques de sphacèle sur le point de crever.

Pour M. Témoin, le danger ne vient pas de ce qu'un chirurgien est ou n'est pas interventionniste : nous partagerions tous, dit-il, la même opinion devant un cas déterminé; mais les discussions actuelles ont le tort de laisser le médecin de campagne dans l'incertitude et l'indécision ; il ne sait que conseiller et l'appendicite reste toujours trop longtemps une affection médicale.

Il faut que l'on sache que toute appendicite est du domaine immédiat de la chirurgie ; au chirurgien appelé d'être, suivant ses convictions, ou l'appréciation du moment, interventionniste ou temporisateur.

L'orchite par effort existe-t-elle? — *M. Monod*, sous ce titre, critique une observation adressée à la Société par *M. Couteau*, médecin de la marine, et dans laquelle il s'agit d'un matelot qui, pendant un violent exercice d'embarquement, ressentit une douleur vive dans la région inguinale, suivie de l'apparition subite d'une tuméfaction au niveau du testicule correspondant. Le lendemain, à la visite, M. Couteau constata l'existence de petits noyaux au niveau de l'épididyme, et, en l'absence de tout antécédent blennorragique, porta le diagnostic d'orchite tuberculeuse. Or, en un mois, sous l'influence du repos et de l'iodure de potassium, la guérison se fit complètement.

M. Couteau conclut de ce cas à l'existence d'orchites ou plutôt d'épididymites par effort vraies. En fait, il en existerait au moins 10 cas authentiques dans la littérature. Leur pathogénie s'expliquerait par une rupture vasculaire survenue dans l'un des vaisseaux du cordon consécutivement à une hypertension excessive et brusque provoquée par une violente contracture des muscles abdominaux. Il s'agirait donc, en réalité, de petits hématomes épididymaires. Mais alors, se demande M. Monod, pourquoi M. Couteau, avec bien d'autres auteurs du reste, parle-t-il d'épididymite, d'orchite, termes qui impliquent toujours l'idée d'une infection de l'épididyme et du testicule.

M. Monod pense qu'il faut diviser les faits publiés sous le titre d'orchite par effort en deux groupes : dans le premier doivent se ranger tous les cas d'hématomes purs de l'épididyme, ou même du cordon, consécutifs à un traumatisme ; dans le second, il faut comprendre les cas, plus complexes, où une épididymite vraie de nature blennorragique vient se compliquer d'un hématome traumatique. Dans ce dernier cas, où le traumatisme n'est évidemment que contingent, on comprend la prudence avec laquelle le médecin doit formuler ses appréciations pathogéniques, par exemple à propos de certains accidents du travail.

M. Bazy estime que c'est là une question fort délicate et qui est très souvent difficile à résoudre.

M. Moty a connu un jeune homme très vigoureux qui, au moindre effort, faisait volontiers une orchite. Celle-ci disparaissait d'ailleurs aussi brusquement qu'elle était apparue.

M. P. Sébileau estime que, dans le cas de M. Moty, il s'agissait plus vraisemblablement d'accidents consécutifs à une torsion du cordon spermatique.

Autoplasties nasales. — *M. Berger* présente deux malades chez lesquels il a pratiqué avec un résultat d'ailleurs parfait des autoplasties nasales. L'un de ces malades a été opéré par le procédé que l'auteur a décrit dans la précédente séance.

Anévrisme artérioso-veineux de la cuisse. — *M. Guinard* présente le malade qui était porteur de cette lésion, et la pièce enlevée. L'homme avait reçu, il y a deux ans, un coup de couteau dans la cuisse droite; un an après seulement il s'était aperçu de l'existence d'une petite tumeur animée de battements. Cette tumeur n'ayant fait ensuite que s'accroître, il s'était décidé à se faire opérer. M. Guinard trouva une tumeur grosse comme le poing formée par une poche anévrismale implantée à l'aide d'un court pédicule sur l'artère fémorale; celle-ci communiquait, en outre, par un petit orifice, avec la veine fémorale. M. Guinard fit une ligature des deux vaisseaux au-dessus et au dessous de la tumeur et extirpa toute la masse. La malade guérit sans présenter le moindre trouble.

Ostéome du coude par coup de pied de cheval. — *M. Cahier* présente un jeune soldat chez lequel il a enlevé un ostéome du coude consécutif à un traumatisme (coup de pied de cheval). La tumeur datait d'un an ; le malade a parfaitement guéri et ne présente pas de récidive.

M. Cahier insiste sur la nécessité d'attendre avant d'intervenir que l'ostéome soit « mûr », c'est-à-dire ossifié dans toutes ses parties. La radiographie nous permet de reconnaître ce moment, en nous montrant une image dont les dimensions sont absolument celles que donne la palpation directe de la tumeur.

Corps étranger des bronches. — *M. P. Sébileau* présente la radiographie d'un homme qui, par suite d'une aspiration brusque, avait fait pénétrer une pièce de 50 centimes dans ses voies respiratoires. M. Sébileau vit ce malade quelques heures après l'accident. La radiographie montra que le corps étranger se trouvait logé dans la bronche droite, au niveau de sa bifurcation, à la hauteur de la 6e vertèbre dorsale. Avant de se résoudre à une bronchotomie, M. Sébileau essaya de provoquer l'expulsion de la pièce de monnaie par les voies naturelles. Le malade ayant été placé sur une table en position déclive, et son pharynx anesthésié à la cocaïne, la bouche restant largement ouverte, de façon à pouvoir apercevoir et saisir le corps étranger s'il se présentait au fond du pharynx, on soumit le thorax à une série de secousses et de percussions plus ou moins violentes dans le but de mobiliser la pièce de monnaie. Cette manœuvre fut suivie d'un plein succès. A un moment donné, le malade fut pris d'un violent accès de toux et expulsa le corps étranger dans son pharynx, d'où il fut facilement extrait à l'aide d'une pince. Le malade a guéri sans aucune complication.

Calcul de la portion pelvienne de l'uretère. — *M. Legueu* présente un calcul de l'uretère, enlevé chez une femme qui le portait depuis sept ans. Cette malade avait eu, en effet, une première crise de coliques néphrétiques, avec hématurie, en 1895. Une deuxième crise semblable se produisit en 1898, qui fut diagnostiquée appendicite ; la malade fut opérée, son appendice enlevé, mais les crises douloureuses ne s'en répétèrent pas moins dans la suite. M. Legueu vit cette malade il y a quelques mois et diagnostiqua un calcul du rein droit. Mais la néphrotomie lui ayant fait découvrir un rein scléreux, atrophié, il crut nécessaire de pratiquer la néphrectomie. Ce n'est qu'au cours de cette opération, en pratiquant le décollement de l'uretère, qu'il s'aperçut que ce canal était dilaté et qu'il existait un calcul dans son segment inférieur. Il crut bon cependant de remettre l'extirpation de ce calcul à plus tard, après guérison de la plaie lombaire.

Cette deuxième opération a été faite il y a quinze jours, par une incision inguinale qui a permis d'aborder facilement le calcul et de l'extraire. La malade est parfaitement guérie.

A propos de ce cas M. Legueu attire de nouveau l'attention sur l'importance du diagnostic différentiel entre l'appendicite et les calculs de l'uretère, diagnostic qui a été bien étudié dans une leçon que M. Tuffier a publiée il y a quelques années.

J. Dumont.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

26 Novembre 1902.

Établissement du régime alimentaire. — *M. Dignat.* Après avoir insisté sur les bienfaits d'un régime très réduit chez les dyspeptiques M. Bardet écrit : « J'estime que l'homme peut vivre même quand il est sain dans de pareilles conditions. »

Cette affirmation me paraît trop absolue ; je crois au contraire impossible d'établir un régime uniforme proportionnel au poids. Il y a pour le besoin d'aliments un coefficient particulier, une véritable idiosyncrasie propre à chaque individu.

En voulant trop rationner, on risque de voir les patients sains ou malades recourir à des subterfuges et compléter leur ration au moyen d'excitants, de sucreries, gâteaux, etc.

M. Barbier. Je partage, quand il s'agit de dyspeptiques, l'opinion de M. Bardet; j'ai observé, par exemple, un enfant de cinq mois pesant 5 kilogrammes atteint de gastro-entérite, et qui augmentait de poids avec un régime composé de 240 grammes de lait par jour.

Mais en ce qui concerne les individus bien portants je me sépare de M. Bardet : il y a des différences énormes d'un sujet à un autre, d'une race à une autre.

D'une façon générale la dose d'aliments absorbée est supérieure à nos besoins, mais cette suralimentation est bien supportée parce que, toutes les fois que chez un animal on augmente l'alimentation azotée la destruction et l'élimination des produits azotés, subissent un accroissement parallèle : c'est ainsi qu'un sujet nourri avec 600 grammes de viande élimine 49 grammes d'urée ; avec 1.500 grammes de viande, 106 grammes d'urée ; avec 2.000 grammes de viande, 144 grammes d'urée ; avec 2.500 grammes de viande, 173 grammes d'urée.

Traitement des dermites infectieuses et des lymphangites superficielles par le cataplasme phéniqué. — *M. Camescasse.* Ayant à traiter une poussée infectieuse chez un malade atteint de contusion et d'excoriations multiples de la jambe (avec rougeur, gonflement, douleur vive, lymphangite et fièvre vive), j'ai enveloppé la région malade d'un vaste cataplasme de farine de lin, mais on avait employé pour cuire la farine de l'eau phéniquée diluée (à 5 grammes pour 1.000). Le malade a rapidement guéri. J'ai traité de même avec succès la dermite et la lymphangite consécutives à une ampoule du talon et d'autres lésions superficielles infectées.

Traitement des hématomes diffus ou collectés par les onctions d'huile comestible. — *M. Camescasse.* J'ai étendu aux hématomes importants le bénéfice d'un traitement qui aurait été ainsi indiqué : « Quand un enfant fait une chute, on peut, en enduisant d'huile comestible la région contuse, calmer presque instantanément la douleur, faire disparaître la bosse et éviter l'ecchymose multicolore ultérieure ». Entre autres observations caractéristiques je rapporte le fait suivant : un charretier a le bras pris entre les ridelles de sa voiture renversée et le sol; contusions multiples et hématome collecté de la grosseur d'une orange au niveau du bord interne du brachial antérieur. Onctions d'huile répétées : soulagement ra-

pide; réduction de l'hématome, réduction des ecchymoses diffuses; le cinquième jour, le malade veut reprendre son travail.

Le succès est constant quand le traitement est immédiat. Il y a encore succès, mais succès relatif seulement, quand l'action de l'huile est différée

M. Bize.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

28 Novembre 1902.

Paralysie ascendante aiguë. Névrite radiculaire sans altération méningée. Absence de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien. — ***MM. F. Widal et L. Le Sourd.*** Nous avons assisté, chez un malade de quarante-sept ans, au développement d'une paralysie ascendante aiguë dont l'évolution s'est faite en vingt-quatre jours. Localisée d'abord aux membres inférieurs, cette paralysie s'est élevée d'un coup aux muscles de la face, respectant au passage les muscles des membres supérieurs qu'elle n'a frappés qu'à la période terminale par une sorte de mouvement de retour. Les douleurs dans les membres supérieurs n'apparurent que le quinzième jour de la maladie. Le malade mourut avec des troubles de la déglutition, un pouls incomptable. La température s'était pour la première fois élevé à 38° la veille de la mort seulement.

L'examen histologique, pratiqué par MM. Philippe et Cestan, montra l'intégrité des cellules de la substance grise et des nerfs périphériques. Par contre, sur toutes les racines rachidiennes, principalement sur les racines antérieures étagées le long de la moelle, ainsi que sur les nerfs de la queue de cheval, on constata des lésions de névrite parenchymateuse et interstitielle. Les méninges péri-radiculaires étaient intactes et ne présentaient aucune altération. Il existait ainsi un contraste frappant entre l'état des méninges et les lésions avancées de tout le système radiculaire.

Depuis la thèse de M. Déjerine, il est nettement établi que des lésions des racines existent dans certaines formes de maladie de Landry. Notons que dans notre cas on n'a pas constaté les lésions des nerfs périphériques qui existent presque toujours concurremment avec la radiculite.

L'examen du liquide céphalo-rachidien, pratiqué deux fois, le neuvième et le douzième jour de l'affection, fut toujours négatif. On ne put jamais déceler de lymphocytose. C'est là un point particulièrement intéressant qui nous permet de répondre à une question posée ici même.

M. Lamy s'est demandé si des lésions névritiques, surtout voisines des centres, ne pouvaient pas retentir sur le liquide sous-arachnoïdien et y déterminer une lymphocytose. Notre observation prouve que des altérations aussi voisines des centres que possible, comme celles des lésions radiculaires, n'occasionnent pas de lymphocytose, malgré leur intensité, si la piemère qui les enveloppe est indemne. Ce fait anatomique nous montre une fois de plus qu'en cas de névrite périphérique pure l'exploration méningée est négative. La lymphocytose témoigne d'une participation méningée.

M. Lamy. L'observation rapportée par M. Widal est remarquable par ce fait que les lésions des racines antérieures sont surtout parenchymateuses avec très faibles réactions interstitielles; ceci peut expliquer l'absence de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien. Il n'en est peut-être pas de même dans les cas de zona et c'est surtout à eux que je faisais allusion.

M. Joffroy. La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien doit être exceptionnelle dans la psychose polynévritique; je ne l'ai pas constatée dans deux cas; cependant M. Achard l'a observée une fois, elle était très faible il est vrai.

M. Pierre Marie. L'observation de M. Widal ne vaut pas un fait expérimental. La tendance actuelle est de considérer toutes les névrites périphériques, d'ordre toxique, comme accompagnées, tout au moins, de lésions centrales; de sorte que, malgré l'absence de lésions histologiques, les centres sont peut-être touchés, ce qui expliquerait la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Un cas d'infection pneumococcique. — ***MM. A. Siredey et Em. Coudert*** rapportent l'observation d'une femme de vingt-cinq ans, enceinte de cinq mois, qui mourut d'une infection pneumococcique à localisations multiples: articulations, poumons, plèvres, péricarde. Le point particulier de cette observation, c'est que les symptômes avaient été surtout des phénomènes extrêmement douloureux siégeant dans le côté droit de l'abdomen; or, ces douleurs, qui firent penser à un abcès sous-phrénique, ne relevaient, l'autopsie le démontra, que d'une pleurésie diaphragmatique. Ces douleurs n'avaient d'ailleurs été que le seul symptôme de cette pleurésie diaphragmatique.

Cette observation rapprochée d'un autre fait tendrait à démontrer que la pleurésie diaphragmatique peut donner lieu aux mêmes accidents que la péritonite sous-phrénique.

Forme plastique de l'arthrite méta-pneumonique. — ***M. L. Galliard*** communique trois observations d'arthrite méta-pneumonique et insiste surtout sur un cas dans lequel une arthrite du coude survint après une pneumonie; plusieurs ponctions sans résultat démontrèrent qu'il ne s'agissait pas d'une arthrite suppurée. La jointure fut immobilisée pendant plusieurs semaines, mais la guérison ne fut complète qu'au bout de cinq mois.

Méningite suraiguë terminée par guérison. — ***MM. Pellerin et Témoin*** (de Bourges) envoient l'observation d'un enfant atteint de méningite à forme cérébro-spinale dont les symptômes acquirent en quelques heures une gravité exceptionnelle. On attendait la mort de l'enfant, quand très rapidement, après des sueurs profuses, la situation s'améliora. L'enfant, qui resta plusieurs semaines paralysé des quatre membres, est complètement guéri. En désespoir de cause, on avait essayé le traitement antisyphilitique; faut-il lui attribuer la guérison?

Les éliminations urinaires et la physiologie pathologique des néphrites scléreuses chroniques. — ***MM. Henri Claude et F. Burthe.*** On a admis dans ces dernières années que la perméabilité rénale était diminuée dans les néphrites interstitielles. Cette opinion s'est établie à la suite de recherches entreprises au moyen des éliminations provoquées de substances étrangères à l'organisme (bleu de méthylène, iodure de potassium, etc.). Dans les recherches que nous avons poursuivies sur ce sujet, nous sommes arrivés à des résultats tout différents; la cause de cette divergence nous paraît résider dans les méthodes même d'observation employées. Nous avons étudié nos malades pendant un certain nombre de jours consécutifs, à des époques plus ou moins avancées de la néphrite, contrairement aux auteurs qui n'ont fait souvent qu'un examen de la fonction urinaire chez chaque malade. Tout en employant pour comparaison les injections de bleu de méthylène, de phloridzine, en étudiant la toxicité urinaire, etc., nous avons surtout mesuré la valeur des éliminations par la méthode cryoscopique de Claude et Balthazard et par l'analyse partielle des urines (azote total, urée, chlorures, phosphates, etc.). Enfin nous avons tenu compte du régime alimentaire du malade. Appréciant par les procédés véritablement de mesure le taux des substances excrémentitielles rejetées par le rein, analysant les signes cliniques, tension artérielle, bruit de galop, phénomènes d'auto-intoxication urémiques, enfin ayant pu étudier dans quelques cas la constitution anatomique des organes dont nous avions observé l'activité fonctionnelle aux divers stades de la maladie, nous avons essayé de reconstituer en quelque sorte l'évolution de la néphrite scléreuse chronique.

Celle-ci est constituée par le développement progressif de tissu interstitiel à la confluence d'îlots de sclérose primitivement disséminés. Simultanément, ou sous l'influence des lésions rénales même, la tension artérielle s'élève et le cœur s'hypertrophie. Les parties du rein restées saines subissent l'hypertrophie compensatrice, et les systèmes glomérulotubulaires aussi modifiés sont le siège d'une suractivité fonctionnelle des plus accusées. A travers ces glomérules énormes distendus par des capillaires où le sang circule à haute tension, filtre un volume considérable de liquide, qui au contact des tubes dilatés et dont la surface est double, triple et plus encore de la normale, se charge des molécules de substance de désassimilation. Par cette sorte d'équilibre qui se constitue grâce à l'accord physiologique du système cardiovasculaire et du rein transformé par l'altération pathologique et adopté à sa fonction nouvelle, les éliminations se font abondantes, exagérées même, comme le prouvent les observations que nous rapportons, quand le système cardiovasculaire pour une raison quelconque présente une suractivité fonctionnelle. Mais que cette harmonie vienne à être rompue par suite d'une infection qui frappe le myocarde et provoque sur les parties saines du rein des altérations de glomérulo-tubulite aiguë, ou par suite d'une complication cardiaque aiguë primitive, comme nous en avons rapporté un cas, ou secondaire (myocardite chronique, par exemple), l'insuffisance rénale plus ou moins accusée, plus ou moins durable se manifeste. Enfin la sclérose atrophique progressive peut aboutir à la destruction complète des systèmes glomérulo-tubulaires subsistants, et, malgré les derniers efforts d'un myocarde résistant, les éliminations s'abaissent et la grande urémie apparaît.

En somme, l'étude des néphrites scléreuses lentes, à évolution progressive, faite au point de vue clinique et physiologique, nous montre que, dans ces maladies, les éliminations sont longtemps abondantes et même très abondantes, qu'il existe une adaptation particulière du système cardio-vasculaire à l'état du rein, et l'histologie corrobore cette conception de physiologie pathologique en montrant l'existence réelle d'appareils glomérulo-tubulaires véritablement organisés pour la fonction qu'on est conduit à leur attribuer.

Rhino-pharyngite typhoïdique à bacilles d'Eberth. — ***MM. P. Gallois, Courcoux et Décobert.*** Au mois de Juin 1900, l'un de nous apportait à la Société médicale des hôpitaux des observations de fièvres typhoïdes s'étant développées à la suite d'une grippe. A cette occasion, l'un de nous faisait paraître dans le *Bulletin médical* un article où il montrait qu'à côté de cas très réels où la dothiénentérie avait succédé à l'influenza, il en existait d'autres où une fièvre typhoïde, débutant par une rhino-pharyngite, pouvait faire croire à une grippe jusqu'au moment où l'apparition de taches rosées venait démontrer la véritable nature de la maladie. Quelle place tenait cette rhino-pharyngite dans la fièvre typhoïde? Etait-ce un phénomène accessoire dépendant d'une infection secondaire surajoutée, était-ce un accident véritablement typhique et attribuable au bacille d'Eberth? A cette époque, il était difficile de le savoir, car les procédés de recherche et de détermination de ce bacille n'avaient pas la précision actuelle. Mais depuis lors, en juin 1901, puis en mai 1902, M. le professeur Chantemesse a fait connaître à l'Académie de médecine sa méthode du gélo-diagnostic. C'est cette méthode que nous avons utilisée dans son service chez cinq malades atteintes de rhino-pharyngite typhoïdique. Chez deux d'entre elles le muco-pus pharyngien contenait le bacille d'Eberth; chez deux autres le gélo-diagnostic a donné un résultat négatif. Chez la cinquième, le résultat, quoique négatif, ne fut pas probant parce que l'examen ne put être pratiqué que tardivement à un moment où la rhino-pharyngite avait disparu.

La présence du bacille d'Eberth dans le muco-pus pharyngien démontre la réalité de la rhino-pharyngite typhoïdique. Cette constatation semblerait indiquer que la fièvre typhoïde peut se transmettre par inhalation et non exclusivement par ingestion, le malade infectant son intestin avec les mucosités pharyngiennes dégluties. D'autre part, elle signalerait une source de contagion nouvelle. Jusqu'ici ce sont presque uniquement les selles et les urines que l'on regarde comme des agents de transmission possibles du bacille d'Eberth. A côté de ces produits excrémentitiels, on devrait surveiller également le mucus nasal, les crachats, la salive des malades, et désinfecter avec soin les objets qu'ils auraient pu contaminer: les mouchoirs, les crachoirs, les oreillers. Grâce à ces précautions nouvelles on arriverait peut-être à diminuer le nombre des contagions hospitalières ou familiales de la fièvre typhoïde, encore trop fréquentes.

E. de Massary.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 10 Décembre 1902, à 1 heure. — M. Bonnefous: Contribution à l'étude du cancer primitif du vagin; MM Tillaux, Pozzi, Mauclaire, Gosset. — M. Postel: De la gastrostomie; procédés opératoires; MM. Tillaux, Pozzi, Mauclaire, Gosset. — M. Souilhe: Alcoolisme. Son influence sur la famille et sur la dépopulation; MM. Landouzy, Brissaud, Besançon, Legry. — M. Cruet: Modifications subies par le foie sous l'influence de l'alimentation insuffisante chez les dyspeptiques; MM. Brissaud, Landouzy, Besançon, Legry.

Jeudi 11 Décembre 1902, à 1 heure. — M. Chanteaud: Considérations sur les agents et les médications thérapeutiques; MM. Debove, Dieulafoy, Widal Jeanselme. — M. Santini: La méthode évacuante

dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu (rhumatisme vrai infectieux infecté : association gastro-intestinale) ; MM. Dieulafoy, Hutinel, Widal, Jeanselme. — M. Le Sourd : Recherches expérimentales et chimiques sur la présence d'une substance sensibilisatrice spécifique dans le sérum des typhiques ; MM. Hutinel, Dieulafoy, Widal, Jeanselme. — M. David : Contribution à l'étude du traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale ; MM. Berger, Budin, Bonnaire, Marion. — M. Madelaine : Les vomissements incoercibles de la grossesse ; MM. Budin, Berger, Bonnaire, Marion.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 Décembre 1902. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Legueu, Mauclaire. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Walther, Gosset. — 5e, (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Dejerine, Teissier, Legry.

Mardi 9 Décembre 1902. — Médecine opératoire, École pratique : MM. Berger, Hartmann, Thiéry. — 2e, Salle Pasteur : MM. Launois, Langlois, Desgrez. — 3e (Première partie), Oral : MM. Budin, De Lapersonne, Faure. — 5e, Chirurgie (Première partie), Charité : MM. Guyon, Marion, Auvray. — 5e (Deuxième partie), (1re série), Charité : MM. Dieulafoy, Achard, Rénon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Charité : MM. Raymond, Henry, Jeanselme.

Mercredi 10 Décembre 1902. — 3e (Deuxième partie) Ecole pratique : MM. Gauthier, Gaucher, Roger. — 2e, Chirurgien-dentiste : MM. Dejerine, Walther, Desgrez. — 2e, Salle Pasteur : MM. Gariel, Rémy, Gley. — 3e (Première partie), Oral, Salle Béclard : MM. Pinard, Kirmisson, Broca (Aug.) — 4e, Salle Richet : MM. Pouchet, Wurtz, Teissier.

Jeudi 11 Décembre 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Méry, Gouget. — 2e, Chirurgien-dentiste : MM. De Lapersonne, Chassevant, Rénon. — 3e (Première partie), Oral : MM. Le Dentu, Auvray, Potocki. — 3e (Deuxième partie,) Oral, Salle Richet : MM. Gilbert, Thiroloix, Dupré. — 4e, Salle Thouret : MM. Proust, Thoinot, Vaquez.

Vendredi 12 Décembre 1902. — 5e, Chirurgie, (Première partie), 1re (série), Necker : MM. Tillaux, Walther, Mauclaire. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Legueu. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 13 Décembre 1902. — Médecine opératoire, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Berger, Hartmann, Thiéry. — 3e (Première partie), Oral, Salle Broussais : MM. De Lapersonne, Marion, Potocki. — 3e (Deuxième partie), Oral, Salle Richet : MM. Hutinel, Méry, Rénon. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Beaujon : MM. Gilbert, Gouget, Jeanselme. — 5e (Deuxième partie), (1re série), Beaujon : MM. Raymond, Thiroloix, Dupré. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Saint-Louis. — M. du Castel reprendra ses conférences le samedi 5 Décembre 1902 et les continuera les samedis suivants.

A 1 h. 1/2, consultation externe. A 2 h. 1/2, conférence clinique dans la salle des conférences ; présentation de malades.

Hôpital Laënnec. — M. Pierre Merklen commencera le dimanche 7 Décembre à 10 heures, à l'hôpital Laënnec, une série de leçons cliniques sur les maladies du cœur, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

NOUVELLES

Paris et Départements

Muséum d'histoire naturelle. — Les chaires de paléontologie et d'anatomie comparée du Muséum d'histoire naturelle sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour présenter leurs titres.

La Commission de l'hygiène publique. — La Chambre réunie dans ses bureaux vient de désigner, pour faire partie de la grande Commission de l'hygiène publique, les députés suivants ;

1er bureau : Rouby, Villejean, Bichon.
2e : Hugon, Fiquet, Gauvin.
3e : Levraut, Delbet, Bachimont.
4e : Gacon, Constans (Allier), Cère.
5e : Clament, Petit, Vigne (Var).
6e : Borne, Vacherie, Loup.
7e : Féron, Meslier, Labussière.
8e : Dubois, Pourteyron, Delmas.
9e : Emile Chautemps, Ermant, Buisson.
10e : Chamerlat, Bourgeois (Vendée), Vival.
11e : Baudon, Debieve, David (Loir-et-Cher).

La lutte contre l'alcoolisme. — La séance solennelle de distribution des récompenses de la Ligue nationale contre l'alcoolisme (Société française de tempérance) aura lieu le dimanche 7 Décembre, à 2 heures de l'après-midi, dans la salle des réunions de la mairie du Xe arrondissement, rue du Faubourg-Saint-Martin, 72.

Ordre du jour : Allocution de M. Gouraud. Compte rendu annuel, par M. Émile Philbert. Rapport sur les travaux envoyés à la Société, par M. Loiseau. Rapport général sur les récompenses, par M. Émile Philbert. Proclamation des lauréats.

Étranger.

Faculté de médecine de Berlin. — M. Adolf Passow est nommé professeur extraordinaire d'otologie.

Faculté de médecine de Bonn. — M. Hans Liniger est nommé privat-docent de chirurgie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. Viktor Hinsberg est nommé professeur extraordinaire d'otologie et de laryngologie.

Faculté de médecine de Gratz. — M. Pfaundler est nommé professeur extraordinaire de pédiatrie.

Faculté de médecine de Halle. — M. O. Frese est nommé privat-docent de laryngologie et de rhinologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. W. Kümmel est nommé professeur extraordinaire d'otologie.

Faculté de médecine de Kiel. — M. E. von Düring est nommé professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Moscou. — M. Th. Rein est nommé professeur extraordinaire de médecine opératoire et d'anatomie topographique.

Faculté de médecine de Padoue. — M. Salvatore Santomauro est nommé privat-docent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. Julius Zappert est nommé privat-docent de pédiatrie.

L'assurance chirurgicale. — L'intervention du bistouri est devenue un incident si fréquent de notre existence que les Anglais ont jugé qu'il serait peut-être utile de créer des Sociétés d'assurance contre les risques chirurgicaux.

En fait, l'assurance aurait pour but de payer les dépenses de l'opération.

Contre paiement d'une annuité convenue, l'assuré aurait droit, en cas de maladie nécessitant une intervention chirurgicale, soit à une somme de..., soit à l'opération gratuite et aux soins consécutifs dans une maison de santé.

CONCOURS

Internat. — Sont désignés pour faire partie du jury des concours de l'internat, MM. Thiroloix, Aviragnet, Sevestre, Debove, Chaput, Albarran, Bouilly, Guillemain, Boissard, Demelin.

Externat. — *Pathologie.* — Séance du 21 Novembre : *Technique de l'autopsie des cavités thoracique et abdominale.* — MM. Guénot, 12 ; Gailleur, 7 ; Mlle Hessen, 16 1/2 ; MM. Dupuy (Jacques) ; Eugène, 13 ; Izou, 13 ; Fabre, 17 : Godron, 14 ; Gautier (Jean), 16 ; Durand (Gaston), 14 ; Gauthereau, 17 ; Huguet, 17 ; Galibert, 13 ; Houzel, 16 ; Dyvrande, 17 ; Dupuy (Jean), 17 1/2 ; Goupil ; Gelma, 15 ; Hochart, 10 ; Glénard, 17 1/2 ; Mlle Giry, 17 ; M. Fait, 16 1/2. — *Absents* : MM. Garcin, Isautier, Girard.

Séance du 1er Décembre. — *Signes physiques des épanchements liquides de la plèvre* : MM. Eliot, 14 ; Ekmedjian, 13 ; Joubert, 14 1/2 ; Fiault, 12 ; Gillet, 15 ; Garnier de Falletans, 16 1/2 ; Jacquet, 14 ; Foy (Robert), 12 ; Fournier, 13 ; Mlle Guillemoto, 16 ; Guillon, 17 ; Israël, 14 1/2 ; Goyeneche, 4 ; Etcheverry, 13 ; Grivot, 12 ; Gauthier (Emile), 10 ; Fauconnier, 13 ; Ehrenpreis, 18 ; Gallimard, 16 ; Hennon, 13 ; Godard (Paul), 14. — *Absents* : MM. Chavanon, Girard, Firpi, Graillon.

Anatomie. — Séance du 29 Novembre. — *Nerf radial* : M. Tromblin, 3 ; Mlle Guillemoto, 4 ; MM. Faix, 16 ; Dupuy (Jean), 6 ; Guggenheim, 15 ; Huguet, 5 ; Dyvrande, 11 ; Fortier, 3 ; Briquet, 18 ; Durand (Gaston) ; Pottier, 2/12 ; Houzel, 18 ; Florenville, 12 ; Cardot ; Galibert, 3 ; Joubert, 15 ; Guenot, 14 ; Jacquet, 12 ; Godron, 9 ; Fabre, 13. — *Absents* : MM. Wünschendorff, Ronnaux, Gailleur.

Internat de Nanterre. — Un concours aura lieu le 2 Février 1903 à la Maison départementale de Nanterre pour l'admission à huit emplois d'interne en médecine et en chirurgie qui seront vacants à dater du 1er Mars 1903.

Les candidats qui désireraient prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de police (service du personnel), où tous renseignements utiles leur seront donnés.

Le registre d'inscription sera ouvert le 8 Décembre et clos définitivement le 30 du même mois.

École de médecine de Dijon. — Un concours s'ouvrira le 28 Mai 1903, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, pour un emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

École de médecine d'Amiens. — Un concours s'ouvrira le 20 Juillet 1903 devant l'École de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Pharmacie centrale. — Le jury du concours pour la place de sous-chef des laboratoires à la Pharmacie centrale des hôpitaux est définitivement composé de MM. Prunier, Bourquelot, François, Dumouthiers, Moureu, qui ont accepté.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 98. — Samedi, 6 Décembre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements...... 10 fr.
Union postale........... 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

AVIS IMPORTANT

Renouvellement des Abonnements

Expirant le 31 Décembre.

Par suite de l'application du règlement du 1er Août les frais de recouvrement des abonnements par la poste sont devenus très onéreux. L'administration de **La Presse Médicale** *désirant avant tout ne pas être dans la nécessité d'augmenter le prix de l'abonnement serait très reconnaissante à ses abonnés, dont l'abonnement expire le* **31 courant**, *de lui faire parvenir directement,* 3, RUE RACINE, *par un* **bon de poste** *(moyen le plus pratique) ou par* **mandat-poste**, *ou par* **une valeur à vue sur Paris**, *le montant de leur abonnement, soit* **10 francs** *pour la France et* **15 francs** *pour l'étranger.*

SOMMAIRE

NOUVELLES

LE SERVICE DE LA PRESSE A LA NOUVELLE ACADÉMIE

L'Académie de médecine tenait mardi dernier dans la nouvelle salle de la rue Bonaparte sa première séance de travail. On a pu d'emblée juger des commodités de l'installation, mais il y a aussi des incommodités, dont on ne pouvait guère s'apercevoir qu'à l'usage. De suite cependant on a été frappé de l'impossibilité absolue dans laquelle se trouveraient les représentants des divers journaux d'assurer le service de la Presse.

On s'étonnera sans doute que je fasse dès aujourd'hui une critique de la façon dont a été installé ce service, alors que, dans l'article que j'ai consacré à « la nouvelle Académie », j'en avais fait l'éloge. Cet éloge, je le maintiens, en partie du moins ; les représentants des journaux ont maintenant à leur disposition, ce qu'ils n'avaient jamais eu, un local spécial avec vestiaire, salle de rédaction, cabinets de toilette, water-closets ; et le tout est très bien, ou du moins sera très bien quand on aura suffisamment d'argent pour aménager et meubler plus complètement.

Mais cela n'est qu'accessoire ; le principal était que les journalistes fussent, pendant les séances, installés de telle façon qu'ils puissent entendre distinctement les orateurs, qu'ils fussent commodément installés pour recueillir les documents nécessaires à leurs comptes rendus, qu'il leur fût possible, au besoin, de communiquer avec les membres de l'Académie pour leur demander notes ou renseignements complémentaires. Eh bien, c'est tout le contraire qui a été fait.

D'abord, de la place réservée aux journalistes dans la nouvelle salle des séances, il est impossible d'entendre un mot de ce qui se dit à la tribune. On a réservé, en effet, au côté droit de la galerie du premier étage, deux rangs de tables étroites et de bancs : au premier rang, on voit bien le bureau et la tribune, l'on domine la salle ; mais du second rang, on ne voit rien, à moins de se tenir debout, ce qui est une position incommode pour écrire !

Dans cette partie élevée, le son monte, mais la salle, installée très hygiéniquement est par là même dépourvue de tapis et de tentures, elle est d'une sonorité extraordinaire, et alors on ne perçoit plus qu'un vrai brouhaha des conversations particulières, des allées et venues des académiciens que dominent parfois quelques éclats de voix de l'orateur. Donc, acoustique déplorable.

Entendant mal, les journalistes seront-ils au moins installés de façon à prendre commodément quelques notes sur ce qu'ils pourront saisir des paroles de l'orateur? Aucunement : une maigre table, sans encrier, un simple banc dans un espace réduit, trop restreint pour leur nombre, car ils sont exacts à leur service. Il est vrai qu'ils auront la consolation de contempler, de haut, nombre de confortables fauteuils académiques dont la plupart resteront souvent vides.

Mais, ayant à peine saisi quelques bribes des communications et discours, les journalistes pourront-ils au moins demander aux orateurs des indications, des notes complémentaires ? Aucunement : impossibilité absolue pour eux d'arriver jusqu'aux académiciens ; les journalistes sont isolés, parqués et l'on a voulu qu'il en soit ainsi.

Je dis *on*, car, dans cette faute lourde qui a été commise, les responsabilités sont difficiles à établir. Ce que je puis dire, c'est qu'il n'y a pas lieu d'incriminer l'architecte ; et je tiens de lui-même que cette séparation complète entre académiciens et journalistes lui a été imposée.

Je sais d'autre part que nombre d'académiciens se sont plaints de suite de ce vice d'organisation. Le président actuel, M. Riche, n'a pas caché sa façon de penser à cet égard ; et le vice-président, le président de l'année prochaine, M. Lancereaux, est venu lui-même dire aux journalistes qu'il était d'avis de rechercher sans tarder par quels moyens on pourrait remédier à la faute commise.

Dans les conditions actuelles, il est en effet impossible aux journalistes de faire un compte rendu quelconque des séances académiques. Or, il ne peut en être longtemps ainsi, étant donné qu'aujourd'hui non seulement le public médical, mais encore et peut-être plus le grand public, s'intéresse particulièrement aux travaux de l'Académie à chaque séance de laquelle la plupart de nos journaux envoient un correspondant.

L'un de ces journaux, *Le Petit Bleu*, dès mercredi matin, le lendemain même de la séance, annonçait à ses lecteurs et en première page qu'il ne donnerait plus les comptes-rendus de l'Académie de médecine, jusqu'à nouvel ordre, s'exprimant en termes non équivoques : « Les savants, disait-il, ont intérêt à nous aider dans notre œuvre de vulgarisation ; nous leur demandons tout au moins qu'ils ne nous rendent pas la tâche impossible et qu'ils ne découragent pas les organes quotidiens qui, comme *Le Petit Bleu*, s'ingénient à tenir leurs lecteurs au courant de l'activité scientifique. . Nous reprendrons nos comptes-rendus de l'Académie de médecine lorsque le bureau de cette Société nous aura mis à même de le faire : Ce n'a pas été le cas hier. »

Un confrère de médecine, dans le *Bulletin médical*, rend compte d'une façon humoristique de la séance ; il n'a rien entendu, si ce n'est une des communications qu'il donne en tous ses détails, sans doute parce que, avant la séance il avait, comme nous, reçu une note autographiée qu'il n'a eu qu'à transcrire.

Si l'installation de la Presse n'est modifiée, force sera bien aux journaux de ne plus rendre compte que des travaux dont les auteurs leur auront communiqué un résumé : du reste, n'ayant pas entendu, ils ne pourront pas parler.

* * *

N'exagérons pas cependant ; assurément, il est à souhaiter que la Presse ait, dans la nouvelle Académie, une installation en rapport avec l'importance qu'elle a prise à notre époque ; mais il ne faut pas oublier que nos prédécesseurs, plus mal installés encore, faisaient des séances de l'Académie des comptes-rendus que je ne crains pas de qualifier de supérieurs aux nôtres en bien des points ; ils n'étaient cependant guère à l'aise pour leur rédaction. Le bibliothécaire de l'Académie, M. Dureau, est un des rares survivants parmi ces journalistes qui ont connu l'Académie à la rue de Poitiers ; c'est là qu'il fit ses premières armes de journaliste médical, et voici ce qu'il dit à ce propos dans l'article de la *Chronique médicale*, auquel je faisais allusion l'autre jour : « Les journalistes n'y étaient point à leur aise ; ils devaient prendre des notes en écrivant sur leurs genoux, ou le plus souvent debout, sur leur carnet quand, arrivant en retard, la demi-douzaine de places sur les banquettes se trouvaient prises. » Et cependant, je le répète, leurs comptes rendus ne laissaient rien à désirer. On entrait même à l'époque, sur les travaux de l'Académie, en des détails que maintenant nous négligeons quelque peu. C'est ainsi que dans la *Clinique des hôpitaux et de la ville*, qui paraissait trois fois la semaine, mardi, jeudi, samedi, en 1827, par exemple, on trouvait toujours dans le numéro du samedi au moins une et souvent deux et trois colonnes du journal consacrées à la séance de l'Académie du mardi ; et cela sous forme de comptes-rendus détaillés, insistant particulièrement sur les consultations administratives, sur les mémoires présentés qui étaient toujours l'objet d'une discussion et d'un vote après rapport d'une commission, comptes rendus entremêlés d'appréciations du rédacteur exprimées avec la plus grande liberté.

Cette tradition d'exactitude dans le développement, de critique, continuera longtemps. Dès 1831, la *Gazette médicale de Paris* consacrait chaque samedi plus de deux colonnes à la narration détaillée de la séance du mardi précédent : le rédacteur entrait dans tous les détails de la procédure, depuis l'heure d'ouverture de la séance, jusqu'à la clôture, avec des renseignements circonstanciés et chiffres à l'appui sur les rapports des commissions ; quelquefois certaines remarques se glissent, que nous ne ferions plus aujourd'hui, comme celle-ci relevée dans le compte rendu de *la Clinique* du 13 Avril 1827 : « M. Lisfranc, rapporteur, a la parole ; pour la quatrième fois, il est absent. »

Les articles véritablement critiques furent surtout de mode lorsque l'Académie siégeait à la rue des Saint-Pères ; c'est ainsi que régulièrement chaque jeudi la *Gazette des hôpitaux* consacrait à l'Académie un premier Paris dans lequel se faisait toujours remarquer l'esprit d'indépendance du rédacteur. Le 15 Juillet 1852, par exemple, cette chronique débutait ainsi : « Il y a des hommes d'esprit, et même d'un grand mérite, qui ont parfois de curieuses naïvetés. M. Thénard en a donné avant-hier une preuve. » A l'heure actuelle, on ne se permettrait plus semblable appréciation.

C'était, il est vrai, un rôle assez difficile ; aussi déjà, en 1867, à en juger par la *Gazette des hôpitaux*, par exemple, les comptes rendus de l'Académie deviennent-ils plus impersonnels ? Ils sont plus secs, mais toujours aussi complets, et passent en revue tous les actes successifs de l'Académie : procès-verbal, correspondances, lectures, communications, présentations, ordres du jour des comités secrets, sujets discutés dans les commissions.

* * *

En somme, en feuilletant les comptes rendus de l'Académie faits par les journaux médicaux depuis 1823 jusqu'à 1870 et même plus tard, on peut se rendre compte exactement et en tout ses détails de la vie intime de l'Académie pendant toute cette période. Je ne crois pas que nos successeurs puissent trouver autant de documents dans les journaux de notre époque. Cela tient sans doute à la rapidité d'information maintenant exigée qui ne permet pas d'être toujours aussi complet qu'il le faudrait, et ne donne guère le temps à la critique de se formuler.

Je ne crois pas que ce soit là un bien ; je me demande s'il ne vaudrait pas mieux donner de suite après la séance un compte rendu sommaire, pour revenir quelques jours après sur les sujets importants qui seraient traités à l'aide de documents officiels et sous une forme moins télégraphique que celle adoptée aujourd'hui. Ce serait un moyen, en tout cas, d'être plus complet, puisque les conditions matérielles d'installation de la Presse à la nouvelle Académie ne lui permettent plus, actuellement du moins, d'être rapide.

E. De Lavarenne.

BIBLIOGRAPHIE

La transposition opératoire du testicule (méthode et procédé de Longuet), par M. Albert Pélicier. Thèse, Paris, 1902. (*J. Baillière et fils* éditeurs, Paris.)

Au Lazaret. Souvenirs de quarantaine. Par M. Jean Bertot ; 1 vol. avec couverture en couleurs par Georges Clairin, et 40 reproductions de photographies, 3 fr. 50 (*Delis frères*, édit., rue Gambetta, à Tours).

Morale de l'instinct sexuel. Prophylaxie vénérienne par les maisons de tolérance réformées, (Étude de clinique sociale), par M. Robert Teutsch, une brochure in-8° jésus, de 16 pages, 2 francs (Librairie médicale *A. Coccoz*, 11, rue de l'Ancienne-Comédie).

EXAMEN DES YEUX

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

— ACCIDENTS DU TRAVAIL[1] —

Par le Professeur F. DE LAPERSONNE

L'examen des yeux, au point de vue médico-légal, en ce qui concerne particulièrement les accidents du travail, soulève quelques-unes des questions les plus délicates que le médecin puisse être appelé à résoudre dans sa pratique journalière.

Or, il résulte des statistiques allemandes (plus nombreuses que les statistiques françaises, la loi n'ayant été appliquée en France qu'à la fin de 1889) que les blessures de l'œil représentent le cinquième ou même le quart de tous les accidents du travail.

S'il est difficile d'établir le degré de gravité et les conséquences probables d'une blessure siégeant à un point quelconque du corps, combien les difficultés sont plus grandes pour les traumatismes oculaires. Il faut tenir compte, non seulement de lésions matérielles mais aussi de troubles fonctionnels dont le contrôle est singulièrement gêné, si ce n'est par une simulation complète, du moins par une exagération dans les réponses du blessé. Il faut enfin avoir en vue un facteur de la plus haute importance dans tous les traumatismes oculaires, je veux dire les troubles sympathiques qui peuvent se produire du côté opposé.

* * *

D'après la loi de 1898, le médecin peut être appelé à donner son avis, au sujet d'un accident du travail, dans trois conditions différentes :

I° Aussitôt après l'accident, il délivrera le *certificat* qui doit accompagner la déclaration faite à la mairie par le patron ou le chef d'atelier.

II° Il sera requis par le juge de paix pour fournir un certificat quelque temps après l'accident. Si, en effet, le traumatisme est plus sérieux et paraît devoir entraîner une incapacité de travail permanente, partielle ou totale, le juge de paix doit faire une enquête sur l'accident et s'entourer de tous les renseignements dont il a besoin. Si le certificat remis à la mairie lui paraît insuffisant, il commet un médecin pour lui fournir un rapport détaillé.

III° Enfin plus tard le Tribunal ou la Cour, s'il y a eu appel, désignent un médecin expert chargé de faire un *rapport* sur l'état du blessé et sur les conséquences définitives de la blessure. Un autre rapport médico-légal peut encore être demandé, s'il y a une instance en revision de l'indemnité, fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité. La revision est possible pendant trois ans à partir de la décision définitive.

Telles sont les trois conditions dans lesquelles le médecin peut être appelé à se prononcer, nous allons les passer en revue en ce qui concerne l'examen des yeux.

* * *

I° *Certificat médical*, fourni dans les quarante-huit heures qui suivent l'accident. D'après le texte de la loi et diverses circulaires ministérielles explicatives[1] le certificat doit comprendre :

1° L'état de la victime au moment de la délivrance du certificat et le caractère de la blessure reçue.

2° Les suites probables de l'accident :

a) Incapacité permanente totale ; dans notre cas particulier, c'est la cécité.

b) Incapacité permanente partielle : depuis la perte d'un œil, jusqu'à la réduction plus ou moins considérable de la vision d'un seul œil ou des deux yeux.

c) Incapacité temporaire, et, dans ce cas, quelle en sera la durée.

3° Epoque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat.

Avant d'examiner le blessé, si vous êtes le médecin du patron ou de la Compagnie d'assurances qui le représente, vous devez tout d'abord être certain du consentement de l'ouvrier. Celui-ci peut, en effet, refuser de se laisser examiner, auquel cas il devra fournir à la mairie un certificat délivré par le médecin de son choix. En cas de doute ou de mauvaise volonté, pour éviter toute contestation ultérieure, il m'est arrivé quelquefois d'exiger une attestation écrite de l'ouvrier m'autorisant formellement à pratiquer l'examen nécessaire.

De plus, si le blessé est dans un service d'hôpital ou dans une clinique particulière, il sera prudent de faire les constatations au moment de la visite du chef de service et en sa présence, surtout s'il est nécessaire d'enlever un pansement. Vous éviterez ainsi d'être accusé d'avoir aggravé la blessure.

Les constatations étant faites, il sera possible de répondre à la première question et de donner une description détaillée des lésions, évitant les mots techniques, qui ne seraient pas compris par ceux qui vous liront, et expliquant les termes scientifiques que vous aurez été obligé d'employer. Tout ceci est généralement facile ; il peut y avoir néanmoins des cas douteux, si par exemple un chémosis intense cache une plaie pénétrante du globe. Le tonus très diminué suffira alors pour vous renseigner.

Si cette description détaillée est facile, il devient beaucoup plus difficile de répondre aux deux questions suivantes ; quelques exemples le feront suffisamment comprendre.

A l'exception des cas de large perforation du globe, alors que les membranes sont herniées au dehors, que le vitré est perdu en presque totalité, qu'il n'y a pas de perception lumineuse, le pronostic est souvent très délicat à préciser.

Voici par exemple un individu qui reçoit un coup au niveau du rebord orbitaire supérieur. On constate une ecchymose du sourcil et de la paupière supérieure et des douleurs très vives en un point localisé de ce rebord orbitaire. Il s'agit très probablement d'une fracture esquilleuse de ce rebord. L'acuité visuelle est bonne ; le pronostic, à l'égard de la vision, sera-t-il toujours bénin ? Non certainement, car nous savons que, dans quelques cas, les fractures esquilleuses du rebord orbitaire supérieur s'accompagnent d'une fissure de toute la voûte de l'orbite, se prolongeant jusqu'au niveau du trou optique et produisant alors des altérations du nerf au niveau de son passage dans le canal optique (névrite rétro-oculaire qui pourra se terminer par une amaurose définitive).

Voici encore une petite plaie de la paupière produite par un grain de plomb ou un éclat de verre : en regard il existe une plaie, en apparence insignifiante, de la sclérotique. La vision du blessé n'est pas mauvaise, mais par l'étude du champ visuel, aussi bien que par l'examen ophtalmoscopique, vous constatez un léger décollement de la rétine, tout à fait périphérique. Mais, ce décollement va s'étendre et pourra entraîner la perte complète de cet œil. C'est ce que j'ai constaté encore dernièrement chez un jeune préparateur de la Faculté des sciences de Lille, qui avait reçu un petit éclat de verre dans une explosion. En l'espace de trois ou quatre mois, le décollement s'est généralisé et l'œil a été définitivement perdu malgré tous les traitements mis en usage.

Existe-t-il un corps étranger métallique implanté dans la cornée ? Une infection cornéenne grave en est quelquefois la conséquence, surtout si un camarade d'atelier a essayé d'extraire le corps étranger, et cette infection aboutit à une kératite purulente, à l'iritis plastique et même à l'hypopyon.

Le patron ou la Compagnie d'assurances peuvent-ils être rendus, jusqu'à un certain point, responsables de ces complications infectieuses, survenant à la suite d'une lésion traumatique légère ? Si la loi n'est pas formelle, il existe un avis du Comité consultatif du 28 Novembre 1900 qui engagerait singulièrement cette responsabilité. D'après cet avis « peuvent être retenus les accidents les plus légers survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail, quelque aggravation que subisse cet accident initial du fait de l'insalubrité ou de l'infection de l'industrie ». On ne saurait donc trop recommander aux chefs d'ateliers d'interdire formellement aux ouvriers cette pratique si fréquente dans les usines métallurgiques, qui consiste à enlever les corps étrangers de l'œil avec une pointe quelconque, aimantée ou non, sans prendre aucune précaution antiseptique et sans anesthésie par la cocaïne.

Par ces quelques exemples, je pense avoir montré toutes les réserves que nous devons faire au point de vue des conséquences de l'accident. Ces réserves sont d'aillleurs parfaitement admises. Dans la circulaire du 10 juin 1899, le Garde de sceaux fait remarquer qu' au moment ou le premier certificat est délivré, on est trop près de l'accident pour que l'« homme de l'art » puisse se prononcer en connaissances. de cause sur ses conséquences.

De même, dans une circulaire récente, le Directeur de l'Assistance publique recommande aux chefs de service et aux internes, qui peuvent être appelés à signer ce certificat, lorsque les conséquences de l'accident leur semblent douteuses, de terminer ce certificat par la formule suivante : « le soussigné déclare qu'en l'état actuel, il est absolument impossible de pronostiquer les suites probables de l'accident et d'indiquer l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif ».

* * *

II. — Les mêmes réserves doivent être recommandées dans le cas où le médecin est

1. Leçon clinique recueillie par M. Terrien, ancien chef de clinique de la Faculté.

1. Article 11 de la loi du 9 Avril 1898. Circulaire du garde des sceaux du 10 Juin 1899. Circulaire du Ministre du commerce du 21 Août 1899.

appelé à fournir un certificat au juge de paix, peu de jours après l'accident.

Ici se pose une question un peu délicate. A plusieurs reprises, j'ai été commis par des juges de paix à l'effet de fournir un rapport sur l'état des blessés que je soignais depuis un certain temps dans mon service. J'ai toujours refusé d'accepter cette mission ; si le premier certificat d'origine de blessure, qui est une simple constatation, peut sans inconvénients être rédigé par le médecin appelé le premier à donner ses soins au blessé, il n'en est plus du tout de même pour le second certificat, qui, dans une certaine mesure, est destiné à contrôler le premier. Sans parler du secret professionnel, le médecin peut être soupçonné de partialité dans un sens ou dans l'autre, à l'égard du malade qui s'est confié à ses soins, ou qu'il soigne pour le compte d'un patron ou d'une Compagnie. Il ne doit donc pas à mon avis, accepter de rédiger ce certificat. Sans doute la loi de 1898 est muette sur ce point, ainsi que me l'a fait remarquer un juge de paix, mais en cherchant bien on trouverait que cette question est réglée par des lois antérieures et. à défaut de texte, nous avons d'excellenses raisons pour refuser.

Dans le même ordre d'idées, il est évident qu'un médecin d'une Compagnie d'assurance, ou d'une Société industrielle est mal placé pour remplir les fonctions d'expert. Une loi récente a prévu cette incompatibilité.

*
* *

III. — J'arrive au point le plus important que je veux traiter, c'est-à-dire au rapport médico-légal que le médecin est appeler à fournir, en qualité d'expert, au Tribunal ou à la Cour.

Plusieurs mois se sont passés depuis l'accident et la Justice vous demande de dire quelles sont les conséquences définitives de l'accident sur la vision de l'œil blessé et aussi sur la vision de l'autre œil.

Pour répondre avec certitude aux questions posées, il importe, comme dans tout examen clinique, mais avec plus de précision si c'est possible, d'interroger successivement les signes objectifs et les signes fonctionnels et de les noter avee soin dans le rapport.

L'examen objectif doit être fait avec la lumière directe, avec l'éclairage oblique, avec l'ophtalmoscope et toutes lésions constatées doivent être soigneusement décrites. Il doit comprendre l'examen de la réfraction, fait au besoin à l'aide de l'atropine, et il doit indiquer l'état de la pupille, dilatation, inégalité, état des réflexes à la lumière et à l'accommodation.

L'examen fonctionnel ou objectif, qui comprend l'étude de l'acuité visuelle et du champ visuel, présente en pareils cas des difficultés quelquefois considérables.

Il faut en effet tenir grand compte de la simulation ou de l'exagération dans les réponses des blessés. En 1854 Nieder établissait, par des statistiques, que l'application de la loi sur les accidents, en Allemagne, avait fait doubler les cas de diminution de la vision due à des traumatismes. Dans un travail récent Golebiewski[1] faisait remarquer que la simulation complète était devenue très rare, mais qu'il fallait surtout se méfier de l'exagération.

1. Voir *Annales d'hygiène et de médecine publique*, 1902, Février.

La simulation de l'amaurose est en effet assez facile à reconnaître ; un individu a beau vous dire qu'il ne voit rien d'un œil, s'il n'existe aucune lésion des milieux et des membranes profondes, si surtout les réflexes pupillaires se font normalement, la supercherie est facile à dévoiler.

Il est beaucoup plus difficile de dépister une exagération dans le degré d'amblyopie, portant particulièrement sur un seul œil. C'est pour y arriver qu'on a imaginé une foule de procédés. Parmi les principaux, je citerai le procédé de la règle. En interposant un crayon ou une règle entre les yeux et un cahier de lecture, les caractères peuvent être lus sans interruption, si les deux yeux voient bien ; mais si un des yeux est fermé ou ne voit pas, une partie des caractères disparaît. C'est sur ce principe que sont basés les procédés de Javal et Cuignet, ainsi que différents appareils, en particulier l'ingénieux diploscope de Rémy. Viennent ensuite les pseudoscopes et les différentes méthodes basées sur l'emploi du prisme et du stéréoscope, comme celles de Graefe, de Galezowski et de Baudry. Enfin, à l'exemple de Snellen, on peut se servir d'échelles typographiques spéciales où les lettres sont figurées en vert et en rouge sur fond noir, les yeux étant munis de verres rouge et vert. On sait que ces verres ne laissent visibles que les lettres de leur propre couleur qui ressortent sur le le fond noir. Bravais, à la Société d'ophtalmologie, a présenté une série de procédés permettant de varier cette expérience presque à l'infini.

L'inconvénient de toutes ces méthodes est que facilement un individu intelligent arrivera à les comprendre et continuera la simulation. Aussi, faut-il que vous en connaissiez plusieurs pour pouvoir les appliquer successivement ; de plus, vous surveillerez très attentivement les yeux de l'individu, car si, pendant l'examen, il lui est permis de fermer un instant un des deux yeux, il lui sera facile de reconnaître et de dépister le moyen employé.

A côté de l'examen de l'acuité visuelle, il faut attacher une très grande importance a l'état du *champ visuel* en médecine légale. Interrogé avec soin, il vous donnera très souvent des indications précises.

Voici, entre mille, un exemple de son utilité : j'avais à faire dernièrement un rapport sur le cas d'un ouvrier qui avait reçu une blessure de la cornée, entraînant un léger néphélion avec astigmatisme irrégulier, et qui prétendait avoir subi une diminution considérable de la vision des deux yeux du fait de ce traumatisme. Par les différentes épreuves, l'acuité visuelle restait inférieure à 1/20, bien qu'à l'ophtalmoscope, le fond de l'œil parût sain. L'examen du champ visuel nous montra un scotome central pour le blanc et pour les couleurs et je pus conclure que les troubles observés chez cet ouvrier étaient indépendants du traumatisme et tenaient probablement à une amblyopie toxique.

L'étude du champ visuel nous fournit encore des renseignements précieux pour le diagnostic de l'hystéro-traumatisme. L'absence de rétrécissement concentrique pour le blanc et les couleurs doit nous mettre en garde et nous faire douter de la réalité des diverses contractures et des troubles fonctionnels attribués à un accident. L'importance de cet examen est d'autant plus grande qu'il est pour ainsi dire impossible de tromper sur la forme et l'étendue du champ visuel. Des examens successifs, faits à quelques jours ou seulement à quelques heures d'intervalle, nous indiquent tout de suite si les résultats sont concordants. A plusieurs reprises j'ai pu, chez des ouvriers victimes d'accidents du travail, contrôler par ce moyen les troubles généraux dont ils se plaignaient. Il en est de même dans les ébranlements nerveux causés par les accidents de chemins de fer.

Un individu, blessé dans une collision, se plaignait depuis quelque temps d'une diminution considérable de la vision, de douleurs de tête violentes, d'une fatigue rapide, d'une inaptitude complète au travail. Il y avait, en effet, un certain degré d'asthénopie accommodative, ayant fait apparaître un astigmatisme, resté latent jusque-là et bien corrigé par les verres. Dans quelle mesure la Compagnie de chemins de fer devait-elle être responsable ? L'examen du champ visuel permit de trancher la question en montrant une absence complète de retrécissement pour les couleurs. Le blessé se contenta d'une très petite indemnité.

J'ai observé le fait inverse chez un confrère. En raison de la qualité du blessé, la Compagnie émettait des doutes sur la réalité des troubles fonctionnels de neurasthénie traumatique dont il se plaignait. J'ai pu montrer, non par un seul examen, mais par une série de tracés parfaitement concordants, qu'il existait bien réellement un retrécissement concentrique très marqué pour toutes les couleurs.

*
* *

Les constatations sur l'œil blessé étant faites et le degré de vision étant soigneusement indiqué, le médecin expert est encore appelé à se prononcer sur les conséquences que la blessure aura sur la vision de l'autre œil, dans l'avenir aussi bien que dans le présent. C'est, somme toute, la question de l'*ophtalmie sympathique* qui est posée.

Avant tout il faut tenir compte du siège et du genre de blessures. Les plaies contuses du limbe scléro-cornéen, intéressant probablement la région ciliaire et s'accompagnant de hernie de l'iris et d'injection ciliaire, les ruptures de la sclérotique doivent faire faire les plus expresses réserves. A plus forte raison si on peut craindre la pénétration du corps étranger dans le globe. Il est bon dans ce cas de signaler dans le rapport que, pour être absolument à l'abri de tout accident du côté opposé, l'énucléation serait indiquée.

Est-il nécessaire qu'il y ait une plaie pénétrante du globe pour que l'ophtalmie sympathique se produise, et les violentes contusions du globe, avec épanchement sanguin dans le corps vitré et décollement de la rétine, ne peuvent-elles pas produire les mêmes complications? A cette question on peut répondre généralement par la négative, sauf peut-être les cas où il y a une luxation du cristallin et où la lentille faisant office de corps étranger vient irriter la région ciliaire et prédisposer à l'iridocyclite sympathique.

Il importe de bien limiter à l'ophtalmie sympathique, dans sa forme ordinaire, l'iridocyclite, ou dans sa forme beaucoup plus rare, la névrite optique, les conséquences du trau-

matisme d'un œil sur son congénère. Volontiers on a coutume de mettre sur le compte de l'accident toute diminution survenant dans la vision de l'autre œil quelques mois après le traumatisme. Il appartient à l'expert de reconnaître exactement la cause de cette amblyopie, cataracte, glaucome ou toute autre affection, et de bien spécifier qu'elle n'est pas la conséquence de l'accident.

Pendant combien de temps l'ophtalmie sympathique est-elle à craindre? Vous savez qu'en pathologie oculaire cette question est très discutée et qu'en réalité il n'y a pas de limite pour la production de l'ophtalmie sympathique.

Dans une thèse récente, M. Grulon citait une de nos observations dans laquelle les phénomènes se sont manifestés au bout de vingt-cinq ans. Wecks signale un cas où les troubles sympathiques apparurent quarante-deux ans après la perte du premier œil. M. Gayet a dû pratiquer l'énucléation après cinquante-quatre ans de phtisie non douloureuse.

Mais ces faits sont tout à fait exceptionnels et, pour qu'ils se produisent, il faut que des altérations nouvelles surviennent dans l'œil blessé, par infection surajoutée ou par ossification lente de la choroïde, qui fait office de corps étranger. En général, c'est entre la quatrième et la douzième semaine que l'ophtalmie sympathique se produit. Ceci est démontré par les statistiques de Alt qui portent sur 110 cas, par le rapport du Comité anglais qui en a réuni 200, et par une foule d'autres observations.

Comme le médecin expert n'est appelé à se prononcer que six mois au moins après le traumatisme, il tiendra compte du siège, du genre de blessure, de l'absence complète de réaction ciliaire pour dire que l'ophtalmie sympathique n'est plus à craindre. Si, au contraire, l'œil blessé reste douloureux à la pression, larmoyant, photophobe, petit et mou, s'il y a de l'injection périératique, on devra faire les plus expresses réserves et dire que seule l'énucléation mettrait à l'abri d'accidents sympathiques particulièrement à craindre.

*
* *

Étant données ces constatations, l'expert doit dire, dans ses conclusions, dans quelles mesures l'ouvrier a subi une réduction définitive dans la capacité de travail.

La loi française admet, en effet, l'incapacité permanente totale et l'incapacité permanente partielle. Dans le premier cas, l'ouvrier a droit à une rente représentant les deux tiers de son salaire annuel; dans le second, à une rente égale à la moitié de la réduction subie au salaire.

L'incapacité permanente totale résulte de la perte de la vision des deux yeux. Il n'est pas nécessaire d'ailleurs que l'amaurose soit complète; il suffit que la vision des deux yeux soit devenue insuffisante, du fait de l'accident, pour que l'ouvrier ne puisse plus se livrer à aucun travail utile pour gagner sa vie. Il faut de plus que les lésions soient définitives et ne puissent plus s'améliorer dans l'avenir soit spontanément. soit par une opération.

La perte complète d'un œil ne ferait pas subir une réduction de moitié dans la capacité de travail, d'après les évaluations adoptées en France et à l'étranger. Cette réduction varierait entre 25 et 40 0/0. Il y a lieu de tenir compte de la profession exercée par l'ouvrier et de bien spécifier si la vision binoculaire est ou n'est pas indispensable. Chez un manœuvre, elle sera moins nécessaire que chez un mécanicien. Notons d'ailleurs que les ouvriers borgnes, porteurs d'un œil artificiel, ont les plus grandes difficultés à se replacer dans les ateliers; la responsabilité du patron étant plus grande si, par suite d'un nouvel accident, le second œil est perdu.

La cataracte traumatique équivaut parfois à la perte complète d'un œil, par suite de la difficulté à fusionner les images des deux yeux. Si le métier de l'ouvrier nécessite la vision binoculaire, alors même que l'opéré de cataracte met des verres convexes, il ne peut avoir qu'une vision alternante.

En Allemagne on a publié des tableaux indiquant les métiers qui nécessitent une vision supérieure ou une vision ordinaire, et des barèmes montrant le minimum de vision de chacun des deux yeux nécessaire pour exercer telle ou telle profession.

Dans un très intéressant rapport à la Société d'ophtalmologie de Paris, Sulzer proposait de tenir compte, non de l'acuité visuelle *physiologique*, calculée d'après le tableau de lecture, mais de l'acuité *professionnelle*. Dans la discussion, Dehenne demandait de noter la vision successivement avec ou sans verres; certaines professions, comme celle de gardien de la paix, ne permettant pas l'usage des lunettes. L'un et l'autre proposaient à la Société de nommer une commission chargée d'indiquer le minimum de vision pour chaque métier.

Ce serait un travail intéressant à consulter, mais il est évident qu'il faut étudier chaque cas particulier pour arriver à dire si l'ouvrier est ou n'est pas capable de continuer son travail.

Pour juger complètement de la réduction subie par l'ouvrier dans sa capacité de travail, il faudrait encore avoir un autre élément qui nous manque : c'est l'acuité visuelle physiologique ou professionnelle avant l'accident. Le mieux serait d'enregistrer cette acuité visuelle sur le livret au moment de l'arrivée à l'atelier, ainsi que l'ont proposé Hugh (British med. Assoc., 1901), et Antonelli à la Société d'ophtalmologie de Paris. Il est à craindre, malheureusement, que bien peu d'ouvriers se soumettent à cette mesure.

DE L'EMPLOI DU MASSAGE
CHEZ LES TABÉTIQUES[1]

Par M. G. CONSTENSOUX

Ancien interne des Hôpitaux.
Chef du service de rééducation motrice
de la clinique Charcot (Salpêtrière).

Si la rééducation motrice occupe aujourd'hui une place bien spéciale et bien déterminée parmi les divers procédés de thérapeutique par le mouvement, si pour certaines affections elle constitue le traitement de choix et qui ne peut être remplacé par aucun autre, il s'en faut que, dans bien des cas, elle ne gagne à être associée à d'autres méthodes; il est même des états pathologiques qu'on ne saurait combattre par ses seules ressources, car toujours il y a avantage à combiner entre eux les divers moyens dont dispose la thérapeutique lorsque ceux-ci peuvent se compléter réciproquement. Mais pour cela il est indispensable de connaître exactement la technique, les variétés, le mode d'action et les indications de chacun d'eux, afin d'en approprier l'emploi non seulement à chaque affection, mais à chaque cas clinique en particulier.

Ces conditions, pourtant essentielles, de l'association de plusieurs modes de traitement sont trop souvent négligées lorsqu'il s'agit des thérapeutiques physiques, parfois employées par des médecins ou des auxiliaires de la médecine qui les connaissent mal et décorent au hasard des exercices quelconques des noms de rééducation, de mécanothérapie ou de massage, montrant ainsi qu'ils confondent entre elles des méthodes très différentes parce qu'ils n'en connaissent ni les principes, ni les limites, ni le mode d'action, et que, par conséquent, ils en ignorent les indications opportunes.

Nous avons été souvent témoin de semblables erreurs, et, pour ne parler que du traitement du tabes, il y aurait un chapitre à écrire sur les thérapeutiques nuisibles chez les ataxiques, sur les procédés mauvais d'élongation, ou encore sur la fausse rééducation. Mais nous nous contenterons de traiter ici un point bien limité, à savoir des indications du massage chez les tabétiques; nos conclusions à ce sujet nous ont été fournies par l'interrogatoire et l'observation des malades.

Il n'est pas rare de voir le massage conseillé à des tabétiques, et cela non seulement parce qu'en certains cas tous les moyens sont successivement employés ou mieux *essayés*, mais même parce qu'il est exact que quelques sujets en ont pu retirer des bénéfices; mais avant d'en généraliser aveuglément l'emploi, encore faudrait-il déterminer qnels symptômes on veut combattre et quelles manœuvres de massage il convient alors de prescrire.

Si on veut chez un tabétique avoir recours au massage, ce ne peut être que

a) Contre les troubles sensitifs.
b) Contre l'affaiblissement général.
c) Contre les troubles moteurs.
d) Contre certaines complications.

Voyons donc ce qu'on peut dans chacun de ces cas attendre des diverses manœuvres de la massothérapie.

Troubles sensitifs.

1° *Troubles de la sensibilité objective de la peau.* — Presque tous les moyens dont nous disposons pour agir directement sur la peau, notamment les bains, les frictions, peuvent, s'ils sont convenablement employés, aider au réveil de la sensibilité, et à ce point de vue le massage ne fait pas exception; si ses effets ne sont pas toujours certains et durables, il rend néanmoins des services, mais ce n'est, bien entendu, que sur le massage de la peau (effleurage, percussion et frictions légères) que l'on pourra compter. Ces manœuvres ont l'avantage de procurer momentanément aux malades une sensation de bien-être.

Ajoutons que toute diminution des troubles sensitifs, superficiels ou profonds, entraîne d'ordinaire aussi quelque amélioration de la tonicité musculaire.

2° *Troubles de la sensibilité objective articulaire.* — Contre les anesthésies articulaires, le massage des jointures nous a paru indifférent.

Les mouvements de mobilisation passive, eux non plus, n'ont jamais, dans les cas que nous avons observés, donné d'amélioration à ce point de vue. En revanche, si cette mobilisation est un peu énergique, si elle provoque des mouvements étendus (et trop souvent les masseurs croient de leur devoir de produire des déplacements forcés!) elle est parfaitement illogique, puisqu'elle s'applique à des articulations, loin de manquer de souplesse, ont déjà une mobilité très exagérée, et, en fait, de semblables manœuvres augmentent alors de la façon la plus fâcheuse l'hypotonie musculaire et ligamenteuse, surtout chez des malades

1. Voir aussi : M. Faure et G. Constensoux. — Communication au Congrès de Grenoble, Août 1902.

dont ni les muscles, ni les ligaments, ni même les troncs nerveux ne sont mis en garde contre la distension excessive par une sensibilité normale.

Les mouvements de mobilisation active ne réussissent que difficilement à améliorer la sensibilité articulaire, et encore n'est-ce qu'au prix d'une attention et d'une étude toutes spéciales de la part du malade, en sorte qu'on fait alors de la rééducation et non plus seulement du massage.

3° *Troubles de la sensibilité musculaire.* — Le massage léger des muscles semble être sans inconvénients, mais aussi sans avantages appréciables pour la sensibilité musculaire; quant au massage énergique (pétrissage), sans avoir lui non plus aucun avantage à ce point de vue, il est plein d'inconvénients sous d'autres rapports : trop souvent on observe à sa suite des contusions des nerfs, par exemple, et il est en tout cas à peu près constant qu'après une séance de ce genre les malades soient brisés et accusent une lassitude générale très pénible; il est vrai que cette fatigue n'apparaît souvent que quelques heures après la séance, mais ce résultat malheureux n'en est pas moins habituel. Aussi n'oubliera-t-on pas que jamais on ne doit imposer de massage athlétique à un tabétique.

4° *Troubles de la sensibilité subjective.* — Contre l'apparition, la fréquence ou l'intensité des douleurs fulgurantes, nous considérons comme nuls les effets du massage.

Parmi les paresthésies si variées dont se plaignent les tabétiques, il en est que le massage atténue de façon passagère; c'est surtout en agissant également sur la peau et les organes profonds des membres qu'on réussit à procurer aux malades ce bien-être momentané dont nous parlions plus haut.

Il ne faut pas ignorer non plus qu'on voit également certaines paresthésies diminuer de façon plus durable lorsque la rééducation réussit à rétablir l'équilibre des forces toniques musculaires et à supprimer les attitudes vicieuses.

Comme tonique général.

Le massage général pas trop énergique ni trop prolongé, agissant sur la circulation et l'innervation, est utile pour soutenir et remonter l'état général des tabétiques comme de tous les malades dont la nutrition laisse à désirer; de même encore, il peut empêcher ou atténuer l'amaigrissement musculaire.

Mais son emploi doit toujours être proportionné aux forces amoindries du sujet; en les dépassant, soit par la durée des séances, soit par la violence des manœuvres, on arriverait au résultat opposé; souvent on ne peut pas faire faire à chaque séance un massage généralisé.

Contre les troubles moteurs.

Sans discuter tous les éléments complexes qui constituent l'ataxie des tabétiques, considérons les deux principaux : l'hypotonie et l'incoordination.

1° Les rapports de l'hypotonie avec les troubles de la sensibilité et des réflexes ne sont pas douteux ; aussi n'avons-nous guère que deux moyens de modifier le tonus musculaire : agir sur la sensibilité ou faire intervenir l'influence cérébrale volontaire ; les moyens au contraire qui s'adressent directement à la fibre musculaire se sont toujours montrés inactifs, et le massage ne fait pas exception. Ce défaut d'action n'a d'ailleurs rien de surprenant, puisque l'hypotonie siège dans les muscles, mais ne trouve pas en eux sa cause première et ne fait que traduire la diminution du tonus nerveux.

2° Quant à l'incoordination, elle n'a, elle non plus, rien à attendre du massage. Vouloir la combattre par ce moyen serait oublier les caractères essentiels de l'ataxie des tabétiques ; il nous semble pourtant oiseux de rappeler qu'ici les muscles ont conservé une force plus que suffisante et que c'est parce que le malade ne sait plus l'employer qu'en pratique ils ne lui rendent plus de services.

La théorie comme l'observation clinique montrent donc que le massage ne peut être directement d'aucune ressource contre l'ataxie.

Contre certaines complications.

Il est, au contraire, certaines complications du tabes auxquelles il est indiqué d'opposer le massage :

1° Les *vraies paralysies ou atrophies musculaires* ne peuvent ici, comme dans les cas analogues, que gagner à être traitées par la massothérapie judicieusement appliquée.

2° Celle-ci est plus indiquée encore pour les *fractures* des tabétiques ; et surtout quand on a affaire à des tissus atones et peu disposés à faire spontanément les frais de la consolidation, on ne devra pas négliger ce moyen de réveiller leur vitalité.

* * *

Nous conclurons donc en disant que :

1° L'emploi du massage chez les tabétiques doit être spécialisé et adapté aux indications propres à chaque cas particulier.

2° Suivant les manœuvres employées et les applications qu'on en fait, le massage, utile en certains cas, peut aussi être nuisible.

3° Il doit donc être pratiqué ou par un médecin connaissant bien le tabes ou par un masseur absolument docile aux instructions qu'il aura reçues.

4° Le massage trouve chez les tabétiques ses indications :

Comme tonique général ;

Comme moyen propre à combattre certains troubles sensitifs ;

Contre certaines complications.

5° Le massage de la peau est utile contre les troubles sensitifs et aussi comme tonique général activant les échanges nutritifs.

6° Le massage des muscles est sans effet sur l'ataxie ; il se montre fatigant pour les malades quand il est énergique (pétrissage) ; il n'a de raison d'être que contre les paralysies ou atrophies vraies.

7° Les mouvements de mobilisation passive sont contre-indiqués pour des articulations déjà trop mobiles et des muscles hypotoniques.

8° Les mouvements de mobilisation active, pour être utiles, doivent être exécutés dans des conditions telles qu'ils relèvent alors de la rééducation.

9° Quelles que soient les conditions, les manœuvres de massage doivent toujours être douces et les séances courtes chez des tabétiques, c'est-à-dire chez des malades auxquels il faut éviter la fatigue, contre laquelle ils sont mal défendus par l'état de leur sensibilité.

MÉDECINE PRATIQUE

QUELQUES POINTS RELATIFS AU TRAITEMENT DU DIABÈTE

Les *Therapeutische Monatshefte* ont publié dans leur dernier fascicule une communication sur le traitement du diabète, faite par le professeur Eichhorst à la Société médicale de Zurich. Ne tenant compte que de ce qu'il a vu et de ce qu'il a pu contrôler dans sa longue carrière de clinicien, M. Eichhorst a exposé, dans une sorte de causerie, ses idées personnelles sur le traitement du diabète, sur le rôle et l'importance qu'on doit attribuer aux médicaments, aux eaux minérales et au régime alimentaire. Si nous disons qu'il se méfie des premiers et n'est nullement enthousiaste des secondes, on nous concédera que les raisons et les faits qu'il invoque en faveur de sa façon de voir méritent d'être exposés avec quelques détails.

* * *

Pour juger la valeur d'un médicament dans le traitement du diabète, on peut, d'après M. Eichhorst, procéder de plusieurs façons. On peut prendre un cas de diabète moyen et voir ce que devient la glycosurie quand, en laissant le malade au régime ordinaire (pain, viande, etc.), on lui donne un médicament dit antidiabétique. On peut encore faire la même expérience sur un diabétique chez lequel le régime antidiabétique rigoureusement suivi avait réduit au minimum le taux du sucre urinaire, et voir si sa glycosurie diminue encore davantage sous l'influence du médicament. On peut enfin étudier l'action antiglycosurique d'un médicament chez les diabétiques graves chez lesquels, comme on sait, le régime antidiabétique rigoureusement suivi laisse toujours persister dans l'urine une forte proportion de sucre.

C'est en se plaçant dans ces conditions, qui sont bien celles d'une expérimentation exacte, que M. Eichhorst a constaté l'inefficacité complète, absolue, de tous les médicaments autour desquels on a fait quelque bruit ces temps derniers. L'acide salicylique, le salol vanté par Ebstein, l'acide phénique, l'antipyrine, etc., essayés chez les diabétiques graves ou légers ou moyens, se sont montrés impuissants d'amener la moindre diminution de la glycosurie. Ce n'est pas tout. Dans un certain nombre de cas de diabète chez des syphilitiques, chez lesquels tout semblait indiquer l'existence d'un rapport causal entre l'infection syphilitique et le diabète, la médication antisyphilitique par le mercure et l'iodure de potassium, n'a pas imprimé la moindre modification à la glycosurie.

De tous ces faits, M. Eichhorst conclut qu'à moins d'une indication spéciale, l'emploi des médicaments, du moins de ceux que nous connaissons jusqu'à présent, n'a aucune raison d'être dans le traitement du diabète simple, non compliqué. Ils seraient même, d'après M. Eichhorst, nuisibles en ce sens qu'ils fourniraient au diabétique convaincu de leur vertu antidiabétique, le prétexte de suivre moins rigoureusement son régime alimentaire.

M. Eichhorst se montre également fort sceptique envers l'action des eaux minérales ou plutôt des cures d'eau. Il admet bien que, de retour après une saison à Carlsbad ou à Neuenahr, — les deux stations où se rendent les diabétiques allemands — les malades présentent généralement une diminution considérable de la glycosurie et parfois même la disparition complète du sucre urinaire. Mais ce résultat, il l'attribue bien moins à l'action spéciale des eaux qu'au régime rigoureux auquel les malades sont soumis pendant leur cure; si bien que pour lui, ces malades auraient pu obtenir la même diminution de la glycosurie, s'ils avaient voulu suivre rigoureusement chez eux le régime qui leur convient.

* * *

Pour M. Eichhorst, il n'existe donc qu'un seul traitement rationnel du diabète : le régime alimentaire spécial dont les principes sont trop connus pour être exposés ici. Mais le régime et la façon de mettre le malade à ce régime, ne se présentent pas toujours d'une manière uniforme et peuvent varier d'un diabétique à l'autre.

Ainsi, la première question qui se présente est celle de savoir si, le diagnostic du diabète une fois fait, le malade doit être mis brusquement ou seulement d'une façon progressive au régime qui lui convient. Pour sa part, M. Eichhorst ne procède jamais brusquement. Souvent il a observé de diabétiques chez lesquels la privation brusque de farineux et de sucre provoquait des troubles digestifs graves, un amaigrissement inquiétant et l'apparition, dans l'urine, d'acide diacétique et d'acétone, indiquant l'évolution d'une

auto-intoxication vers le coma diabétique. Tous ces phénomènes font défaut quand on a soin de diminuer progressivement la quantité de sucre et d'hydrates de carbone, et de laisser pour ainsi dire à l'organisme le temps de s'adapter peu à peu aux nouvelles conditions d'alimentation.

Mais malgré ces précautions, il arrive parfois que la privation totale d'hydrates de carbone n'est pas supportée par le diabétique, qui réagit alors par un amaigrissement inquiétant. A ces malades, M. Eichhorst n'hésite pas à permettre de petites quantités de pain et de sucre; car comme il dit très justement, il préfère un diabétique bien portant avec un peu de sucre dans l'urine qu'un diabétique sans glycosurie, mais qui maigrit et s'affaiblit constamment. Et c'est pour cela que M. Eichhorst insiste d'une façon très particulière sur la nécessité de peser régulièrement les diabétiques qui suivent un régime spécial. L'emploi de la balance est pour lui un des moyens les plus importants que possède le médecin, pour connaître la façon dont le régime est supporté par le diabétique. En règle générale, un diabétique qui a maigri ne doit plus perdre de poids quand son régime est établi d'une façon rationnelle; et si la balance enregistre une nouvelle perte de poids, il faut faire fléchir la rigueur du régime.

Pour ce qui est de l'emploi de l'alcool, M. Eichhorst n'en est pas partisan. Il estime notamment que cette substance qu'on prescrit surtout en raison de sa valeur calorique, peut être avantageusement remplacée par des graisses (beurre, lard, crême, jambon, saumon fumé, fromage gras, boudin, etc.), qui ont encore pour elles de varier dans une large mesure le menu du diabétique. Comme boisson, M. Eichhorst donne à ses diabétiques de l'eau ordinaire ou une eau alcaline additionnée d'acide lactique ou d'acide citrique, et même du lait non écrémé, malgré la présence du sucre de lait. Le café et le thé très légers peuvent être permis à ces malades. Pour le cacao, il importe de voir dans chaque cas si cette substance provoque ou non une augmentation du sucre urinaire.

En résumé, ce qui caractérise le traitement du diabète tel que le comprend M. Eichhorst, c'est en premier lieu l'établissement *progressif* du régime alimentaire spécial, dont les effets doivent être contrôlés à des intervalles réguliers par la balance; c'est ensuite la proscription absolue de tous les médicaments, l'alcool y compris.

R. Romme.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

28 Novembre 1902.

Étude histologique de deux caduques vraies. — *M. Cornil* présente deux caduques qui lui ont été apportées par M. Bonnaire et qui provenaient de deux cas de grossesse dans un utérus bifide. Pendant que l'œuf se développait dans l'une des cornes de l'utérus bifide, l'autre corne utérine était le siège d'un accroissement considérable de sa muqueuse, qui présentait toutes les modifications de la caduque.

Dans ces deux observations, il y avait eu avortement. Les caduques étudiées proviennent de la loge inhabitée de chaque utérus. Il s'agit donc de caduque *vraie*, se présentant ici sous la forme d'une membrane molle, assez friable, tomenteuse, qui tapissait toute la corne utérine et qui a conservé la forme de de cette cavité.

Les coupes de toute l'épaisseur de la membrane montrent, à un faible grossissement, de grandes cavités anastomosées en réseau, tapissées par des cellules endothéliales vasculaires; les travées pleines intermédiaires sont formées par un tissu conjonctif, parcouru par quelques vaisseaux capillaires et rempli de cellules très volumineuses déciduales.

Dans la couche profonde, on trouve des infarctus anciens dans les vaisseaux. Ce qui distingue ces caduques vraies dans les deux cas actuels, c'est l'absence complète de glandes. Les examens les plus minutieux n'ont pu en déceler. Il n'en est pas de même dans la grossesse extra-utérine : la muqueuse de l'utérus est alors très épaissie, mais elle renferme des glandes, et des glandes très dilatées.

Tumeur mixte de la parotide. — *M. Alexandre* apporte une tumeur de la parotide, dont le début remonte à six ans et demi, et dont l'extirpation complète avait déjà été précédée de trois opérations.

Au cours de l'ablation chirurgicale, le nerf facial apparut accolé à la face interne de la tumeur; il fut facile de l'en séparer et il n'y a pas eu ainsi de paralysie faciale consécutive à l'opération.

Au microscope, il s'agit d'une tumeur mixte, chondrome, à cellules étoilées avec épithéliome.

M. Péraire a opéré une première fois la malade dont l'observation vient d'être relatée par M. Alexandre. La tumeur avait été prise en ville pour une adénite tuberculeuse.

Au moment de l'intervention, l'ablation fut très difficile et il y eut une hémorragie en nappe tellement abondante qu'il fut impossible de placer des ligatures et qu'on dut se borner à faire de la compression en surveillant la malade pendant toute la journée. Le diagnostic au point de vue de la malignité de la tumeur fut donc établi à cette époque du fait même des adhérences de la tumeur, de sa vascularisation et de la difficulté opératoire.

Sarcome du tibia traité par l'évidement; guérison. — *MM. Ch. Monod et Macaigne* montrent les épreuves radiographiques et les coupes histologiques d'un cas de sarcome à myeloplaxes de l'extrémité supérieure du tibia. L'examen radiographique ayant montré que la lésion était bien limitée par une coque osseuse, M. Monod se borna à faire le curettage de l'os malade, et la guérison survint ainsi qu'en fait foi une nouvelle épreuve radiographique obtenue un an après l'intervention.

Papillome de la verge chez le cheval. — *M. Petit* (d'Alfort) montre une grosse tumeur en chou-fleur, développée à l'extrémité de la verge d'un cheval et ayant nécessité l'amputation de l'organe. Il s'agit d'un papillome.

Hémorragie cérébrale. Hémorragie hépatique. Mort par inondation péritonéale. — *M. Léon Bernard* présente le foie d'une femme morte par inondation sanguine du péritoine, provenant d'une hémorragie hépatique. Celle-ci était survenue le lendemain d'un ictus appoplectique par hémorragie cérébrale droite. Le foyer hépatique occupe une zone assez vaste de la partie postéro-inférieure du lobe droit; l'hémorragie a décollé et soulevé la capsule de Glisson, dont la perforation a déterminé l'inondation péritonéale.

Sur la graisse dans les capsules surrénales normales de l'homme. — *MM. Bigart et Léon Bernard* ont étudié la question de l'existence de graisse dans les capsules surrénales de l'homme, à l'état normal, sur des surrénales recueillies dans des conditions qui permettent d'éliminer les influences pathologiques. Toujours ils ont constaté l'existence de graisse, répartie dans toute la substance corticale. Mais il s'agit d'une graisse particulière, graisse labile, qui disparaît rapidement sur les coupes montées au baume ou xylol. Après la disparition de cette graisse, on observe sur certaines cellules l'aspect spongieux, qui était masqué par la présence des gouttelettes graisseuses. Dans quelques cas, il persiste encore une certaine quantité de graisse, qui est alors indélébile. La constance, l'abondance et les caractères spéciaux de la graisse labile ne permettent pas de la considérer comme un produit de surcharge ou de dégénérescence pathologique, mais bien comme une graisse particulière, liée à l'activité fonctionnelle de la glande.

M. Weinberg fait remarquer que la capsule surrénale du chien offre une grande abondance de graisse dans sa portion corticale.

Tumeur du rein gauche. — *MM. Tuffier et Desfosses* présentent une volumineuse tumeur rénale, enlevée par néphrectomie. Dans l'intérieur de la tumeur il existe un gros noyau de consistance osseuse.

Le pôle inférieur du rein est respecté par le néoplasme.

Pyonéphrose caluleuse. — *MM. Tuffier et Desfosses* montrent une pièce de pyonéphrose calculeuse avec dégénérescence graisseuse du hile. L'examen vésical pratiqué avec le diviseur vésical de Luys avait montré que du côté malade, à gauche, il ne s'écoulait pas une seule goutte d'urine; or, le rein gauche était complètement dégénéré. La poche pyonéphrotique fut enlevée par néphrectomie; la malade guérit sans incidents.

Persistance du canal artériel. — *M. François-Dainville* apporte une pièce d'anomalie cardio-artérielle, consistant en la persistance du canal artériel avec rétrécissements multiples de la crosse de l'aorte. Le sujet qui en était porteur a vécu jusqu'à quatorze ans et demi, après avoir présenté de la cyanose dès la naissance; il est mort asystolique, avec thrombose des veines jugulaires gauches.

Le cœur, globuleux, hypertrophié, ne présentait d'autre anomalie qu'une aplasie de l'orifice aortique avec réduction des sigmoïdes au nombre de deux. Du fait des rétrécissements aortiques résultait une inégalité de force des pouls radiaux.

La malformation, reliquat d'une aortite fœtale, s'était compliquée d'une récente poussée d'endocardite.

M. Apert fait remarquer qu'il s'agit dans ce cas d'un type de malformation cardiaque bien connu, la sténose congénitale de la crosse aortique au niveau de l'insertion du canal artériel. Ordinairement, dans ces cas, la sténose est limitée entre la partie de la crosse située entre la sous-clavière gauche et le canal artériel. La tête et les bras sont normalement irrigués; la partie sous diaphragmatique du corps au contraire reçoit une quantité insuffisante de sang; aussi chez ces sujets le canal artériel continue à charrier du sang et par suite ne s'oblitère pas; la circulation du sang dans le canal artériel se fait de la pulmonaire à l'aorte, c'est-à-dire en sens inverse de ce qui se passe dans le rétrécissement pulmonaire congénital.

Le cas actuel diffère des cas classiques par ce que la lésion aortique semble beaucoup plus étendue. En effet, il existe un second rétrécissement entre le tronc brachio-céphalique et la carotide gauche; aussi le pouls radial gauche était-il très réduit. En outre, l'endocardite aortique et l'anomalie de nombre des valvules aortiques prouvent que l'endovascularite fœtale qui a causé ces rétrécissements de la crosse s'étendait jusqu'à l'orifice aortique et remonte à une période très précoce de la vie fœtale.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

29 Novembre 1902.

Sur la valeur hémostatique de l'adrénaline. — *MM. P. Carnot et P. Josserand.* Nous avons étudié expérimentalement l'action hémostatique de l'adrénaline sur les différents viscères.

L'injection intra-veineuse, peu utilisable d'ailleurs en clinique, ne détermine pas d'hémostase viscérale, même en des doses susceptibles de provoquer une élévation de pression artérielle considérable.

L'injection sous-cutanée, même de doses dix fois plus fortes, ne détermine ni action hémostatique, ni même généralement élévation de la pression artérielle. Ce mode d'administration ne paraît donc pas susceptible de bons résultats dans les cas où on a voulu l'appliquer (hémoptysie, etc.). L'injection intra-parenchymateuse locale, au niveau des différents viscères (foie, reins, instestin, estomac, poumon, etc.), ne semble pas provoquer l'hémostase, tout au moins aux doses que l'on peut considérer comme inoffensives, tout en déterminant une action constrictive sur les vaisseaux et sur les muscles lisses.

Les applications hémostatiques de l'adrénaline doivent donc être limitées à quelques cas particuliers.

Isolement et culture des anaérobies. Procédé de l'huile de vaseline. — *M. G. Legros.* Dans des recherches déjà anciennes, j'ai utilisé systématiquement un procédé très simple de culture et d'isolement des anaérobies. Il consiste en l'emploi d'un milieu liquide, bouillon peptonisé, glucosé, etc., réparti en tubes sous couche isolante d'huile de vaseline. La simple stérilisation à l'autoclave élimine l'air de ce milieu.

J'ai été heureux de voir mes résultats confirmés par M. Rosenthal et par M. Nicolle.

Au point de vue pratique, la méthode de l'huile de vaseline est facile et rigoureuse pour les cultures des anaérobies en général.

Au point de vue théorique, le fait de pouvoir cultiver en série, par ce procédé, des espèces classées comme anaérobies strictes, confirme les idées de Fermi, qui nie l'anaérobiose stricte au profit de l'anaérobiose relative; en effet, les milieux sous huile de vaseline ne sont jamais débarrassés par la stérilisation de tout l'oxygène libre qu'ils contiennent; des recherches que je dois à la compétence et à l'obligeance de M. Antoine permettent d'évaluer à 0 milligr. 5 en moyenne par litre la quantité d'oxy-

gène qui subsiste et dont la présence est tout au moins très compatible avec la vie dite anaérobie.

Sur l'état des réflexes dans le diabète, au point de vue du diagnostic différentiel du pseudo-tabes diabétique. — *M. Pitres*. Il ressort de mes recherches que les réflexes cutanés (abdominaux, crémastériens et plantaires) sont, plus fréquemment encore que les réflexes rotuliens, abolis ou affaiblis chez les diabétiques. Le dépouillement de mes observations, au nombre de 32, démontre, en outre, que la disparition des réflexes tendineux et cutanés ne s'opère pas d'après un ordre de succession constant et identique chez tous les malades.

Contrairement à ce qui se passe pour les réflexes tendineux et cutanés, les réflexes pupillaires sont presque toujours intégralement conservés dans le cours du diabète; jamais je n'ai constaté le signe d'Argyll-Robertson. Je n'ai jamais non plus rencontré dans cette affection l'analgésie épigastrique profonde et l'analgésie testiculaire qui s'observent si communément dans le tabes.

Il résulte de ces diverses particularités que si l'état des réflexes cutanés et tendineux ne peut pas être utilisé en vue du diagnostic différentiel du tabes vrai et du pseudo-tabes diabétique, puisque l'abolition de ces réflexes existe également dans les deux cas, en revanche l'état des réflexes pupillaires et de la sensibilité profonde de l'épigastre et des testicules peut servir, dans les cas difficiles, à distinguer l'une de l'autre les deux affections susindiquées, le signe d'Argyll Robertson et les analgésies épigastrique et testiculaire, qui sont des symptômes communs du tabes vrai, ne s'observant pas dans le diabète.

Diagnostic de la lèpre par l'examen bactériologique du mucus nasal après ingestion d'iodure de potassium. — *MM. Leredde et Pautrier*. On sait depuis les recherches de Jeanselme combien il est fréquent de constater chez les lépreux l'existence de bacilles dans le mucus nasal. C'est là un moyen de diagnostic précieux; cependant il n'est pas infaillible; il est des lépreux chez lesquels on ne peut trouver de bacilles à l'examen direct du mucus.

Dans deux cas récents, nous avons pu, après échec de cette recherche, mettre des bacilles en évidence en donnant aux malades la quantité d'iodure de potassium nécessaire pour provoquer un écoulement nasal séreux.

L'examen du mucus nasal étant le moyen le plus simple, le plus court, le plus précis que nous ayons pour reconnaître et affirmer la lèpre, il nous a paru intéressant de signaler un procédé qui permet encore d'en étendre les applications.

Cultures liquides homogènes, mobilité et agglutination des bacilles « acido résistants ». — *MM. P. Courmont et A. Descos* (de Lyon). Nous avons réussi — en employant le procédé préconisé par M. Arloing pour le bacille tuberculeux (agitation fréquente des cultures) — à faire végéter en cultures homogènes les bacilles improprement appelés *acidophiles*, et pour lesquels nous proposons le nom *d'acido-résistants* (bacilles découverts dans le lait, le beurre, les poussières, les plantes, et même sur l'homme). D'une façon générale ces bacilles s'obtiennent en cultures homogènes plus rapidement et plus facilement que les bacilles tuberculeux; mais les cultures ont peu de tendance à rester homogènes, et se remettent en voile, si l'on cesse l'agitation même seulement un jour ou deux.

Nous avons pu voir que dans ces cultures homogènes, surtout dans celles âgées seulement de quelques jours, les bacilles isolés sont animés de mouvements en tous sens, en général un peu moins rapides que ceux de l'Eberth ou du coli, analogues à ceux du bacille de Koch en culture homogène : de nos « acido-résistants », c'est le bacille du beurre de Coggi qui nous a paru le plus mobile; le Timothée-bacille de Moller, le moins mobile.

Le sérum d'animaux inoculés avec ces bacilles n'acquiert pas de propriété agglutinative très marquée.

Sur les réflexes cutanés du membre inférieur. — *MM. Verger et Abadie*. Sur certains sujets, mais non chez tous ceux qui présentent le phénomène des orteils de Babinski, on obtient par le grattage des différentes parties du membre inférieur des mouvements réflexes avec les trois termes : crural, tibial et digital, identiques à ceux qu'on obtient par le grattage de la plante du pied. Les graphiques obtenus dans l'hémiplégie avec contracture et dans la paraplégie spasmodique montrent que les caractères généraux sont identiques dans les deux cas.

Immunisation par des mélanges de virus rabique et de sérum antirabique. — *M. A. Marie*. On sait que le sérum des mammifères vaccinés contre la rage jouit de la propriété de neutraliser « in vitro » le virus rabique. Or, des expériences déjà nombreuses m'ont montré qu'il est possible d'immuniser des animaux contre la rage par une seule injection d'un mélange de virus fixe et de sérum antirabique, mélange qui « se comporte, comme étant dépourvu de virulence, puisqu'il se montre inoffensif pour les animaux qui le reçoivent dans le cerveau ».

Procédé nouveau de cultures cellulaires. — *M. Turquet* communique une note sur un nouveau procédé de cultures cellulaires, appliqué aux études mycologiques. Le nouveau dispositif imaginé par l'auteur permet d'obtenir des cultures en cellule à une seule spore et de suivre au microscope toutes les phases du développement du mycélium et de l'appareil fructifère.

A. Sicard.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

2 Décembre.

Régression de la stase papillaire à la suite d'une craniectomie. — *M. Dupuy-Dutemps* présente une malade qui, atteint de neuro-fibromatose généralisée, eut, il y a une dizaine de mois, une diminution progressive de l'acuité visuelle avec des symptômes de compression intra-cranienne. Dans le but de faire disparaître ces symptômes, on pratiqua chez la malade une craniectomie. Il y eut une amélioration de l'acuité visuelle et du champ visuel, une régression des signes papillaires et des symptômes de compression vitro-cranienne. Cette amélioration a subsisté : la neuro-fibromatose continue à évoluer.

Kératite parenchymateuse, à forme sclérosante, probablement tuberculeuse. — *M. Darier* présente une enfant atteinte de kératite parenchymateuse à forme sclérosante. L'œil droit est blanc bleuâtre, très distendu. L'œil gauche présente une hyperhémie périkératique avec des bandelettes de sclérose s'avançant vers le centre de la cornée. Malgré l'absence d'antécédent spécifique, les injections intra-veineuses de cyanure de mercure amenèrent une amélioration passagère des symptômes. Il fallut cesser le traitement hydrargyrique. Il fut remplacé par des injections sous-conjonctivales d'hétol, injections suivies d'une amélioration très nette.

Autoplastie à lambeaux non pédiculés. — *M. Morax* presente une malade de quarante ans chez laquelle il a comblé la perte de substance consécutive à l'extirpation large d'un cancroïde de la commissure interne de l'œil gauche par une greffe empruntée à la face interne du bras gauche; les résultats obtenus par ce procédé sont très satisfaisants, si l'opération est faite aseptiquement et si l'on a soin d'obtenir une hémostase complète. Il faut aussi tenir compte de la rétraction des lambeaux, la perte d'étendue en surface des greffes correspondant à peu près à la moitié du lambeau.

L'intervention chirurgicale dans la paralysie des muscles oculaires. — *M. Sulzer*. (Rapport sur un travail de M. Landolt.) Le but du mémoire de M. Landolt est de montrer l'avantage qu'il y a, à substituer l'avancement musculaire à la ténotomie dans la paralysie des muscles oculaires. A l'appui de cette opinion, M. Landolt rapporte six observations inédites et personnelles.

J. Chaillous.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

F. Marceau. *Recherches sur l'histologie et le développement comparés des fibres de Purkinje et des fibres cardiaques* (*Bibliogr. anat.*, 1er fascicule, 1902). — Ce travail, dont le titre indique suffisamment la haute portée, n'est pas de ceux qui s'analysent en quelques lignes. Il faut se contenter d'en exposer brièvement les idées essentielles, en laissant de côté les multiples détails que comporte nécessairement une étude approfondie de l'histologie et du développement des fibres de Purkinje et des fibres cardiaques.

Après avoir rappelé les travaux de ses devanciers, l'auteur, ainsi qu'il le dit lui-même dans son introduction, décrit la constitution générale des fibres de Purkinje ainsi que leur disposition dans le cœur. Il passe ensuite à l'étude de leur structure fine à l'aide des méthodes histologiques nouvelles. Il montre qu'elles sont formées de cellules unies entre elles uniquement par les fibrilles de leur écorce striée, lesquelles passent sans interruption aucune d'une cellule à l'autre; c'est-à-dire que les prétendues couches intercellulaires de ciment n'existent pas. Il a cherché aussi quelle est la constitution des fibres cardiaques auxquelles les fibres de Purkinje ont été comparées souvent, précisément en raison de la couche de ciment que l'on supposait exister entre leurs cellules constitutives. S'appuyant sur les travaux récents de Hoche, Van Ebner, Hayer et Heidenhain, ainsi que sur ses propres observations, il conclut qu'elles ne sont pas formées de cellules soudées bout à bout et que les traits scalariformes de ciment, ou points intercellulaires des auteurs, sont des formations spéciales, apparaissant chez les animaux après la naissance, dont le rôle n'est pas bien établi, mais qui n'ont sûrement rien à voir avec les limites cellulaires. On sait qu'Heidenhain a admis que les *traits scalariformes*, auxquels il donne le nom de *pièces intercalaires*, sont destinés à l'accroissement longitudinal intercalaire des fibres cardiaques, c'est-à-dire qu'ils joueraient un rôle analogue à celui des cartilages de conjugaison vis-à-vis des os longs. Pour séduisante que soit cette théorie, elle est passible, d'après Marceau, d'une objection grave : chez les embryons de mouton, jusqu'à la naissance, les fibrilles musculaires sont absolument continues et on n'observe aucune pièce intercalaire sur leur trajet, bien que chez ces embryons le cœur soit en voie de croissance rapide.

Signalons seulement une série de données nouvelles fournies par l'auteur sur le mode de terminaison des travées de Purkinje, et leur transformation en quelques points par modification graduelle de leurs éléments constitutifs en faisceaux de fibres cardiaques; sur la structure principalement élastique de la gaine de ces travées; sur la disposition des fibrilles musculaires à l'intérieur des fibres de Purkinje et des fibres cardiaques proprement dites, etc.

En ce qui concerne le développement comparé de ces deux variétés de fibres, suivi pas à pas sur les cœurs d'embryons de mouton de 9, 12, 20, 80 et 170 millimètres, 30 et 55 centimètres, l'auteur montre que les fibres cardiaques et les fibres de Purkinje, bien que provenant d'éléments identiques — les cellules cardiaques embryonnaires, — se différencient l'une de l'autre de très bonne heure et, dès lors, se développent parallèlement en se rapprochant chacune progressivement d'un type défini.

Dans les deux cas, on voit les cellules cardiaques embryonnaires fusionner leurs corps cellulaires en une sorte de réseau au sein duquel se développent peu à peu des fibrilles ayant d'abord une structure très simple, mais qui, de très bonne heure, acquièrent leur constitution définitive. Lorsque les fibrilles sont différenciées sur presque tout leur parcours, leurs extrémités sont encore à l'état embryonnaire, ce qui permet leur accroissement en longueur, jusqu'à ce qu'elles soient arrivées à leurs points d'insertion. Cet accroissement en longueur terminé, ou même avant, les fibrilles se multiplient, comme l'ont vu Godlewski et Heidenhain, par divisions longitudinales successives, et forment des faisceaux plus ou moins volumineux à brins parallèles. Le mode de développement des fibrilles est le même dans les fibres de Purkinje et dans les fibres cardiaques. Mais le développement des fibres cardiaques est, au début, plus rapide et les fibrilles ont une direction à peu près rectiligne ou peu ondulée. Le développement des fibres de Purkinje, au contraire, est plus tardif, et la plupart des fibrilles prennent de très bonne heure un trajet curviligne qui leur permet d'embrasser une partie du contour de leurs cellules constitutives. Dans les deux cas, les corps cellulaires et les écorces de fibrilles striées augmentent notablement de volume, tandis que les noyaux conservent sensiblement le même volume pendant toute la durée du développement. Ils restent sphériques dans les cellules de Purkinje et s'allongent de plus en plus dans les fibres cardiaques. Au moment de la naissance, ces dernières ont atteint leur nombre définitif et ne font plus que s'accroître individuellement, tandis que les fibres de Purkinje peuvent encore se multiplier, et cette multiplication se continue même chez l'adulte. Enfin, selon toute probabilité, les *bandes transversales* ou *pièces intercalaires* de Heidenhain apparaissent après la naissance aussi bien dans les fibres cardiaques que dans l'écorce de certaines cellules de Purkinje.

Il résulte de là qu'il faut abandonner l'opinion de

Kölliker d'après laquelle les cellules de Purkinje seraient des cellules cardiaques embryonnaires arrêtées dans leur développement. Sont-elles différenciées en vue d'une fonction spéciale, ou représentent-elles seulement une forme ancestrale de la musculature cardiaque? L'auteur pose la question, mais laisse à des recherches ultérieures le soin de la résoudre.

J. Mollard.

Stanislas Maziarski. ***Sur la structure et la classification des glandes*** (*Anatomische Hefte*, I Abteilung, H. 58, Bd. XVIII, H. 1). — L'auteur a étudié, au moyen de la méthode de Born, coupes en séries et reconstruction, les diverses glandes de l'organisme. Après l'exposé rapide de leur structure, il rejette les classifications physiologiques et histologiques, qui se basent sur la nature du produit de sécrétion et sur la structure des cellules, sur lesquelles les notions sont encore bien insuffisantes. Pour lui la seule classification rationnelle des glandes est la classification anatomique, fondée sur leur configuration générale. Envisagées ainsi, il en existe deux types principaux : les glandes tubuleuses et les glandes alvéolaires, avec un type intermédiaire, les glandes alvéolo-tubuleuses.

Une glande tubuleuse dans sa forme la plus simple se compose d'un tube plus ou moins long, fermé à une extrémité, ouvert à l'autre où s'écoule le produit de sécrétion : c'est une *glande tubuleuse simple*. Mais tout en gardant toujours ce même type, la surface de sécrétion d'une telle glande peut s'agrandir, et cela de plusieurs façons, en créant autant de types secondaires ou bien le tube s'allonge, et son extrémité inférieure s'allonge sur elle-même : c'est une *glande empelotonnée* ; ou bien le tube se ramifie en un certain nombre de tubules : *glandes tubuleuses simples ramifiées* ; ou enfin il se forme des alvéoles à l'extrémité et sur les parois du tube : *glandes alvéolo-tubuleuses*.

La caractéristique des glandes alvéolaires est l'espace sécréteur en forme d'alvéole. Elles ont ordinairement l'aspect de petites boules rondes, ovales, en sac, ou en massue, situées le long d'un canal excréteur qui, ici, n'est pas revêtu d'un épithélium glandulaire et sert uniquement de voie de passage au produit sécrété. Si l'alvéole est unique, non ramifié, c'est une *glande alvéolaire simple*. Si le nombre des alvéoles est plus ou moins grand, communiquant chacun par un segment intermédiaire avec le canal excréteur commun, c'est une *glande alvéolaire ramifiée*. Plusieurs glandes semblables se réunissant les unes aux autres par leurs canaux forment une *glande alvéolaire composée*, que l'on appelle encore, par suite de sa ressemblance avec une grappe de raisin, une *glande en grappe composée*. A côté de celles-ci se placent également les glandes formées d'espaces glandulaires complètement clos, que l'on doit classer ici ; ce sont les *glandes folliculaires*.

De plus, il y a une adaptation fonctionnelle de la forme de la glande à la nature du produit sécrété. Si la sécrétion est fluide, séreuse, la glande sera tubuleuse et la lumière du tube sera étroite et presque capillaire, le liquide sécrété pouvant facilement s'écouler au dehors. Au contraire, si la glande est alvéolaire, c'est que sa sécrétion sera plus ou moins épaisse, et pour favoriser la marche de cette dernière, le canal excréteur aura une lumière large, et les espaces sécréteurs seront également de grandes dimensions. Cependant il y a une exception à cette règle, ce sont les glandes salivaires séreuses qui sont alvéolaires. Mais il est probable, ici, que, si le liquide est fluide, il ne revêt ce caractère qu'une fois qu'il arrive dans les canaux salivaires, par suite d'un arrêt plus ou moins prolongé dans ces canaux, dont l'épithélium aurait pour fonction, d'après les recherches de von Mislansky et de Smirnow, de fournir de l'eau au produit sécrété par les cellules des alvéoles glandulaires.

Le tableau suivant résume ainsi cette classification.

I. Glandes tubuleuses.
- A. *Tube de diamètre unique.*
  - 1°) *Glandes tubuleuses simples.*
    Glande de Lieberkühn, glandes sudoripares, glandes cérumineuses.
  - 2°) *Glandes tubuleuses ramifiées.*
    Glandes à ferment lab de l'estomac, glandes utérines.
  - 3°) *Glandes tubuleuses composées.*
    Reins, testicules, glande lacrymale, glandes séreuses des muqueuses (glandes d'Ebner) foie (?).
- B. *Un tube principal; bouquet d'alvéoles sur sa paroi et à son extrémité : glandes alvéolo-tubuleuses.*
  - 1°) *Glandes alvéolo-tubuleuses simples.*
    Glandes pyloriques.
  - 2°) *Glandes alvéolo-tubuleuses ramifiées.*
    Glandes de Littré.
  - 3°) *Glandes alvéolo-tubuleuses composées.*
    Glandes muqueuses (glandes de Cowper) glandes de Brünner, prostate, poumons.

II. Glandes alvéolaires.
- A. *Alvéoles communiquant par un segment intermédiaire avec le canal excréteur.*
  - 1°) *Glandes alvéolaires simples.*
    Petites glandes sébacées.
  - 2°) *Glandes alvéolaires ramifiées.*
    Grosses glandes sébacées, glandes de Meibomius.
  - 3°) *Glandes alvéolaires composées.*
    Glande mammaire, pancréas.
    Glandes alvéolaires composées dont une partie du canal excréteur concourt à la fonction sécrétoire.
    Glandes salivaires séreuses.
- B. *Alvéoles fermées*. Glandes sans canal excréteur. *Glandes folliculaires.*
  Corps thyroïde, hypophyse, ovaire.

L. Bonnamour.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

B. Fischer. ***Corps étranger (aiguille) du cœur dans un cas de carie de la colonne vertébrale*** (*Deut med. Wochenschr.* 1902, n° 35, p. 630). — L'observation fort curieuse que publie l'auteur a trait à un garçon de treize ans qui était entré à l'hôpital avec les symptômes d'une coxalgie dont l'origine était attribuée à une chute faite deux ans auparavant. L'incision montra, en effet, l'existence d'un abcès para-articulaire qui fut incisé, gratté et drainé. Malgré l'intervention, malgré une contre-incision, la fièvre ne tomba pas et la suppuration continua. L'examen attentif de la plaie montra alors que l'abcès remontait jusqu'au rein, et plusieurs incisions, faites dans la suite, permirent de constater que la face antéro-latérale des 7e, 8e et 9e vertèbres dorsales était dénudée et rugueuse au toucher. La suppuration continua toujours, bien que l'examen du pus, fait à plusieurs reprises, eut toujours montré la présence exclusive des streptocoques. Deux mois après l'entrée du malade, il y eut de l'albuminurie, puis la veine iliaque se thrombosa et l'enfant finit par succomber. Une particularité qui fut notée pendant la vie était une accélération constante et considérable du pouls (120 à 170), peu en rapport avec la température, qui n'atteignait même pas 38°.

L'autopsie confirma l'existence d'une carie des vertèbres et montra la présence d'une dégénérescence amyloïde de la plupart des viscères, avec œdèmes et ascite. Mais la lésion la plus curieuse fut trouvée à l'autopsie du cœur.

Le cœur était entouré d'adhérences qui le soudaient pour ainsi dire au péricarde. Dans la paroi du ventricule droit, un peu en arrière, se trouvait une forte aiguille de 3 centimètres de longueur, fixée par du tissu fibreux. La pointe de l'aiguille était dirigée vers l'oreillette, sans pénétrer dans les cavités du cœur, mais le bout arrondi du corps étranger se trouvait sous l'endocarde qui, à ce niveau, était épaissi et offrait la consistance de tissu tendineux. L'examen histologique du cœur n'a montré la présence d'aucune lésion.

Il a été impossible de savoir à quel moment, ni dans quelles circonstances l'aiguille a pu pénétrer dans le cœur. Après avoir éliminé un certain nombre d'hypothèses, l'auteur s'arrête à l'idée que l'aiguille a été avalée et a passé dans le cœur après avoir traversé l'œsophage et érodé les vertèbres.

A. Romme.

Seter Bade. ***Diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche*** (*München med. Wochenschrift*, n° 34, p. 1415). — En soumettant à l'examen radiographique 150 cas de luxation congénitale et unilatérale de la hanche chez de jeunes enfants, l'auteur a constaté, il y a déjà deux ans, que dans 25 pour 100 des cas il existe en même temps une déformation de l'articulation du côté sain, laquelle déformation est caractérisée par une largeur anormale de la cavité cotyloïde et l'aplatissement de sa face supérieure. D'un autre côté, Lorenz, qui a examiné 1.000 nouveau-nés, n'a pas trouvé un seul cas de luxation déjà établi au moment de sa naissance.

Si la luxation vraiment congénitale est très rare, il en est autrement, d'après l'auteur, de la *prédisposition* congénitale à la luxation. Ses recherches personnelles ainsi que celles de Walther ont montré, il y a déjà quelque temps, que, chez les enfants chez lesquels se produit la luxation, on trouve, à l'examen radiographique, des lésions qui ont du simple aplatissement de la face supérieure de la cavité cotyloïde jusqu'à l'élargissement de celle-ci avec tête du fémur atrophiée et en antéversion.

La radiographie peut donc permettre de faire le diagnostic précoce de la *prédisposition* congénitale à la luxation congénitale de la hanche, dans les familles dans lesquelles il existe déjà des enfants atteints de cette affection.

Mais la radiographie étant un procédé d'investigation qui n'est pas à la portée de tout le monde, et qui présente de grandes difficultés chez le nouveau-né, l'auteur indique un moyen de diagnostiquer la prédisposition à la luxation par la simple inspection des plis qui existent au niveau des cuisses chez le nouveau-né.

Chez le nouveau-né couché sur le dos, les membres inférieurs bien étendus, on observe, sans parler du pli inguinal, deux plis. L'un, le pli des adducteurs, est situé entre la gaine des adducteurs et le triceps fémoral, et se dirige de haut en bas et d'avant en arrière. Le second pli, moins accusé, se trouve à la hauteur du genou et est situé plus en dedans que le premier. Quand, chez un nouveau-né normal, couché comme nous venons de le dire, on rapproche les deux cuisses l'une contre l'autre, on voit que la partie terminale des deux plis « des adducteurs » se confondent. Or, l'auteur a constaté que dans la prédisposition à la luxation de la hanche, les deux plis ne se confondent pas et que du côté malade le pli est remonté.

En se servant de ce procédé l'auteur a pu prédire dans un cas, six mois d'avance, l'apparition d'une luxation de la hanche chez un nouveau-né dont la sœur avait déjà eu cette affection.

R. Romme.

OBSTÉTRIQUE

P. Trégouet. ***De l'allaitement pendant les suites de couches pathologiques et dans quelques autres états infectieux*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Une question de pratique souvent embarrassante pour le médecin est la suivante : lorsqu'une femme nourrit, et que, quelques jours ou même quelques semaines après l'accouchement, surviennent des accidents fébriles dus à des causes diverses, faut-il continuer l'allaitement, ou bien faut-il l'interrompre temporairement ou définitivement ?

L'auteur, dans son travail, essaye de répondre à cette question en se basant sur de nombreuses observations, soit personnelles, soit tirées de la littérature médicale.

Et tout d'abord, toutes les fois que la maladie de la mère est grave et que son état général est très menacé par l'affection fébrile, il faut, sans hésitation, cesser l'allaitement maternel et confier l'enfant à une nourrice mercenaire ou, si la chose est impossible, lui donner, au moins momentanément, du lait stérilisé. Quand la maladie est de courte durée, la sécrétion lactée se rétablit en général vite ; mais, même quand cette durée est assez longue, on peut espérer encore le retour de la sécrétion lactée. On a pu ainsi faire revenir le lait après une interruption de dix, vingt, trente-quatre jours (Budin), en faisant téter régulièrement la femme par un gros enfant.

La lymphangite du sein ne constitue pas une contre-indication à l'allaitement, même du côté malade, à la condition de prendre les précautions nécessaires pour préserver l'enfant de toute infection. La galactophorite, la mastite, l'abcès du sein sont au contraire des obstacles à l'allaitement du côté malade, à cause du mélange du pus avec le lait. Si les lésions siègent aux deux seins, il faut interrompre l'allaitement complètement, jusqu'à guérison.

En cas d'infection puerpérale, la mère peut continuer à nourrir son enfant. Cela est vrai du moins dans les formes légères, quand la température n'est pas très élevée. Le lait alors ne semble très modifié ni en quantité ni en qualité. Si la sécrétion lactée paraît insuffisante, on complète avec du lait d'une nourrice ou avec du lait stérilisé. MM. Budin et Perret ont publié des observations dans lesquelles on a pu faire continuer l'allaitement sans inconvénient même dans les formes d'une certaine gravité. Mais l'allaitement doit être complètement suspendu dans les formes septicémiques, dans l'intérêt de la mère et dans celui de l'enfant.

Comment doit on se comporter lorsque survient, chez une nourrice, une affection aiguë, indépendante

de l'accouchement? Tout dépend de la nature de l'infection, du retentissement de la maladie sur l'état général de la nourrice, et de la possibilité de la contagion pour le nourrisson.

L'auteur admet que la rougeole et la scarlatine — au moins dans leurs formes bénignes — ne sont pas une contre-indication à l'allaitement, à condition d'éloigner l'enfant de sa mère dans l'intervalle des tétées, et de faire l'antisepsie du sein avant la tétée.

Dans la variole, il veut au contraire que l'on suspende l'allaitement.

D'ailleurs, dans toute fièvre éruptive à caractère grave, l'allaitement devra être cessé.

L'érysipèle est une contre-indication à l'allaitement.

Il en est de même pour la fièvre typhoïde, dans l'intérêt des deux sujets : mère et enfant.

Dans les infections locales, angines, amygdalites, dans les infections comme la grippe, l'allaitement peut être continué, à condition d'éloigner l'enfant entre les tétées, et de bien nettoyer le mamelon avant la tétée.

La pneumonie semble une contre-indication à la continuation de l'allaitement, de même que le choléra.

L'ictère catarrhal et l'ictère par rétention ne contre-indiquent pas toujours l'allaitement au sein par la mère. Mais souvent l'enfant présentera des troubles digestifs, en général passagers.

L'impaludisme ne semble pas se transmettre par le lait; mais le traitement de la mère par la quinine est d'habitude un obstacle à l'allaitement.

A. Schwab.

Baracoff-Dimitre. *Du rôle des troubles de la nutrition dans la pathogénie de la folie puerpérale* (*Thèse*, Paris, 1902, n° 583). — Ce qui domine pendant la perpéralité, dans l'organisme de la femme, c'est un état d'auto-intoxication produit par des troubles de l'assimilation et de la désassimilation. C'est à cette auto-intoxication gravidique qu'on attribue, depuis quelques années, nombre des symptômes morbides pouvant survenir pendant la grossesse. L'auteur admet que la folie puerpérale peut être causée par cette auto-intoxication.

En effet, les produits nuisibles, toxiques, retenus, fabriqués ou absorbés par l'organisme, peuvent venir impressionner la cellule nerveuse, troubler son fonctionnement, la dévier ou la léser, d'où différentes espèces de troubles psychiques : folie-névrose ou folie avec lésion organique.

Mais il est évident que la folie survenant pendant la puerpéralité peut ne pas toujours être directement attribuable à cette dernière : il n'y a pas toujours entre les deux relations de cause à effet.

Pour que la puerpéralité puisse être vraiment rendue responsable, il faut déceler l'intoxication, c'est-à-dire le ralentissement de la nutrition. On y arrive par la recherche du coefficient toxique de l'urine et du sang (Bouchard, Mairet et Bosc). MM. Mairet et Bosc, en injectant de l'urine de femmes atteintes de folie puerpérale à des chiens, ont constaté que cette urine était hypertoxique. De plus, particularité intéressante, cette urine injectée produisait de l'agitation chez le chien quand l'urine provenait d'une femme atteinte de manie; elle produisait, au contraire, de la dépression quand elle provenait d'une femme lypémaniaque.

A. Schwab.

F. Bredier. ***Contribution à l'étude de certaines formes de pyélonéphrites au cours de la grossesse (Pyelonéphrites latentes)*** (*Thèse*, Paris, 1902, n° 401). — L'auteur a pu réunir un certain nombre de faits dans lesquels la purulence des urines — constatée par hasard — fut pour ainsi dire le seul symptôme d'une lésion des voies urinaires supérieures. Cette pyurie peut donc facilement passer inaperçue.

A côté donc des cas de pyélonéphrites où l'on trouve, en dehors de la purulence des urines des, troubles fonctionnels tels que douleurs, fièvre, pollakiurie, polyurie, etc., il y en a d'autres où tout symptôme subjectif fait défaut, et où l'existence du pus passe inaperçue : ce sont des pyélonéphrites latentes.

En examinant systématiquement les urines de toute femme enceinte, non seulement au point de vue de l'albumine, mais aussi au point de vue du pus, l'auteur a remarqué qu'une partie des albuminuries observées au cours de la grossesse étaient liées à l'existence du pus dans les urines, ce pus provenant soit de la vessie (cystite blennorragique, cathétérisme septique), soit du vagin (vaginite gonococcique ou non), soit des voies urinaires supérieures (pyélonéphrites latentes).

La polyurie trouble, l'absence d'un dépôt abondant au fond du bocal, la coloration jaune pâle caractéristique des urines, et enfin l'absence de tout symptôme fonctionnel vésical ou rénal, permettent au premier abord de soupçonner l'existence d'une pyélonéphrite que confirmera ensuite l'examen microscopique.

L'évolution clinique des pyélonéphrites latentes est habituellement silencieuse; tout au plus, les femmes se plaignent-elles quelquefois d'une gêne ou d'une douleur légère au niveau de l'une des régions rénales, ou de phénomènes réflexes du côté de la vessie et de l'urètre.

Le pronostic de cette affection, bénin en général pour la mère, est moins bon pour le fœtus, puisque dans un certain nombre de casnous avons remarqué l'expulsion avant terme du produit de la conception.

Vu leur évolution latente, ces formes de pyélonéphrites passent souvent inaperçues, et leur bénignité fait qu'elles guérissent en général sans traitement spécial ou grâce à une médication sommaire.

A. Schwab.

GYNÉCOLOGIE

H. Stroheker. ***Les fibromes du ligament large*** (*Thèse*, Paris, 1902, Juin). — Dans ce volumineux, consciencieux et très complexe travail (il contient plus de 200 observations recueillies dans les littératures française et étrangère) l'auteur reprend l'étude anatomo-clinique des fibromes intra-ligamentaires.

Après un rapide historique, il aborde l'anatomie pathologique de ces fibromes, insistant sur leur situation dans les différents étages des ligaments larges et sur leur évolution abdominale ou pelvienne. Il s'étend longuement sur la marche envahissante de ces néoplasmes, sur les décollements péritonéaux insolites qu'ils créent et sur les prolongements qu'ils poussent à travers les orifices naturels des régions inguinale, périnéale, ischiatique. Déterminant les connexions qu'ils affectent soit dans le ligament large même, soit avec l'utérus, M. Stroheker distingue :

Des *fibromes interstitiels du ligament large, fibromes primitifs*, sans connexion utérine ;

Des *fibromes pédiculés du ligament large, ou polypes du ligament large ;*

Des *fibromes utérins sessiles* qui, partis de la paroi latérale de l'utérus, pénètrent dans le ligament ;

Des *fibromes utérins pédiculés* prenant naissance sur l'un des segments de l'utérus : corps, isthme, col;

Enfin des *fibromes* qui, *nés des annexes du ligament rond*, se développent dans l'intérieur du ligament large.

Glissant rapidement sur l'histologie pure, l'auteur passe en revue les transformations diverses de ces néoplasmes (fibreuse, myxomateuse, sarcomateuse, calcaire). Il termine son chapitre anatomique par l'étude de la vascularisation, souvent énorme, de ces tumeurs et par l'examen des organes voisins, insistant particulièrement sur les rapports intéressants qu'affectent la vessie et l'uretère avec la tumeur.

L'étiologie des fibromes intra-ligamentaires reste obscure. Dans la pathogénie, l'auteur essaye de montrer dans quels cas on peut dire qu'un fibrome est primitif et s'il existe vraiment des fibromes primitifs du ligament large. Reprenant les arguments ingénieux que Lang (*Thèse* de Nancy, 1892) avait tirés de l'anatomie normale et pathologique, de l'embryologie et de la clinique, M. Stroheker y ajoute les éléments tirés des nombreuses observations qu'il a réunies, et il n'a pas de peine à confirmer l'existence de fibromes primitifs, aborigènes, comme les appelle V. Griffon, du ligament large.

Dans la symptomatologie, l'auteur s'attache à l'étude des phénomènes de compression variés qui dominent toute l'histoire des néoplasmes de l'abdomen et du petit bassin, ainsi que des complications qui surviennent du côté de la tumeur (suppuration, dégénérescence, accidents du pédicule), du côté du péritoine (péritonite, adhérences), du côté des organes voisins (thoraciques, digestifs, urinaires, vaisseaux et nerfs) enfin des complications inflammatoires (phlébite, embolie).

Le diagnostic est, dans la majorité des cas, extrêmement difficile à établir directement.

La marche de ces tumeurs est des plus variables ; elle dépend des phénomènes de compression qu'elles déterminent. La mort peut survenir à la suite d'une des complications : péritonite, occlusion intestinale, embolie, urémie aiguë ou chronique.

Le pronostic est donc très variable : les fibromes intra-ligamentaires, pour inoffensifs qu'ils puissent être, ne doivent être considérés comme tumeurs bénignes que s'ils demeurent en observation et peuvent être opérés au moment opportun. L'enclavement surtout rend le pronostic beaucoup plus sombre.

Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur discute les indications et contre-indications opératoires. En principe, tout fibrome intra-ligamentaire, abdominal ou pelvien, qui a une tendance à s'enclaver ou donne lieu à des phénomènes de compression, doit être opéré.

On peut opérer ces fibromes par la voie vaginale ; mais le plus souvent, en raison du volume, de la situation, des connexions de la tumeur, il faudra recourir à la voie abdominale. Une fois l'abdomen ouvert, il faut s'attacher à faire l'opération minima suffisante et nécessaire.

Au cours de la grossesse, il faut savoir être abstentionniste, n'intervenir que lorsqu'il se produit des phénomènes de compression sérieux et limiter autant que possible son intervention. Pendant le travail, il faut encore savoir attendre. Si cependant le fibrome empêche la partie fœtale de s'engager, il reste à choisir, suivant les indications, entre l'opération césarienne conservatrice, l'opération de Porro et l'hystérectomie abdominale totale.

J. Dumont.

PÉDIATRIE

Clément Setbon. ***La perforation intestinale dans la fièvre typhoïde des enfants*** (*Thèse*, Paris, 1902). — La perforation intestinale dans la fièvre typhoïde n'est pas très rare chez l'enfant; elle apparaît d'ordinaire à la fin de la seconde semaine de la maladie ou dans la troisième semaine.

Son pronostic est extrêmement grave, son traitement rationnel est l'intervention chirurgicale.

P. Desfosses.

VÉNÉRÉOLOGIE

F. Bélètre. ***La ponction lombaire chez les syphilitiques*** (*Thèse*, Paris, 1902). — L'auteur compulse les travaux parus sur la question et, avec l'aide d'observations prises dans le service de Widal, arrive aux conclusions suivantes :

Chez un syphilitique, la constatation d'éléments dans le liquide céphalo-rachidien doit toujours faire penser à une atteinte, si minime soit-elle, des centres nerveux.

La présence de lymphocytes seuls, cas le plus fréquent, indique un processus torpide; la présence de polynucléaires indique un processus aigu ou subaigu.

Dans la syphilis secondaire, la lymphocytose n'est pas constante. Mais chaque fois qu'on la constate, en même temps souvent qu'une hypertension du liquide céphalo-rachidien, on se trouve en présence d'une irritation méningée se traduisant ou non par un symptôme nerveux apparent.

Dans la syphilis tertiaire, une lymphocytose abondante coïncide en général avec une lésion profonde du système nerveux, et une lymphocytose légère doit mettre le clinicien en garde et doit l'engager à faire de son malade une étude minutieuse qui l'amènera souvent à la constatation d'un symptôme nerveux isolé.

Dans la syphilis héréditaire, la lymphocytose indique encore une altération nerveuse.

Dans tous les cas, la ponction lombaire amène souvent au diagnostic de la nature syphilitique d'un symptôme nerveux, d'où une grande ressource pour la thérapeutique.

La ponction lombaire a une influence immédiate certaine dans le traitement de certains accidents syphilitiques : céphalée, rachialgie, hydropisie ventriculaire.

Le traitement spécifique paraît avoir une action sur la lymphocytose.

G. Milian.

VOIES URINAIRES

ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Lastaria. ***De la suppression de toute dilatation vésicale dans la taille sus-pubienne*** (*Clinica chirurgica*, 1902, n° 3). — La taille sus-pubienne présente deux difficultés : la profondeur de l'organe à atteindre, et la possibilité de léser le cul-de-sac péritonéal pariéto-vésical. Pour y remédier, les chirurgiens ont eu recours à la dilatation préalable

de la vessie, qui donnait un double résultat : le déplissement de la paroi vésicale antérieure, et l'éloignement du pubis de la séreuse péritonéale. Cependant ce procédé perd chaque jour du terrain ; non seulement les différents opérateurs ne l'appliquent plus comme au début, abandonnant presque tous la ligature de la verge autour du cathéter, mais, de plus, ils n'injectent que de minimes quantités de liquide : 250 grammes (Bazy), 150 à 200 grammes (Poncet), etc. L'auteur, lui, y a complètement renoncé. Il s'élève tout d'abord contre la ligature de la verge, qui peut être dangereuse pour l'urètre et les corps caverneux. D'ailleurs, cette obstruction du cathéter, pour empêcher la sortie du liquide, est impossible chez la femme. Enfin la dilatation de la vessie ne paraît pas être toujours indemne d'accidents, et l'on a signalé des cas de rupture.

Aussi l'auteur s'attache-t-il à prouver, en se basant sur les travaux les plus récents ayant trait à l'anatomie de la vessie, que ce procédé, vainement employé, est incapable d'éloigner le cul-de-sac péritonéal de l'arc pubien; car ce cul-de-sac est maintenu en position fixe par l'aponévrose prévésicale, et il faudrait au préalable rompre cette aponévrose pour permettre l'ascension de la séreuse. D'ailleurs, au cours de son ampliation, la vessie développe beaucoup plus sa face postérieure que sa face antérieure, et de la sorte, se coiffe de péritoine, au lieu de s'extérioriser. Aussi doit-on abandonner ce procédé et avoir recours à une manœuvre, indiquée pour la première fois par Guyon, et qui est beaucoup plus logique : elle consiste à séparer le cul-de-sac péritonéal de l'aponévrose qui le bride, puis à le refouler vers le haut, en le décollant du doigt. En se basant sur toutes ces considérations, l'auteur s'arrête au mode opératoire suivant, pour la taille suspubienne.

La vessie est, tout d abord, largement lavée, au moyen d'une sonde de Nélaton, avec une solution boriquée ou de nitrate d'argent, puis on l'évacue complètement (afin d'empêcher, lors de la section, le liquide de s'écouler dans le péritoine). La position de Trendelenburg vide le péritoine des anses intestinales. Une incision médiane, longue de 6 à 10 centimètres, est faite à partir de 1 centimètre au-dessus du pubis. Les plans superficiels étant incisés, on avive la lame aponévrotique, puis le péritoine que l'on soulève avec une pince pour reconnaître son insertion profonde; enfin, passant quelques crins de soie dans le plan le plus profond, on élève la face antérieure de la vessie que l'on sectionne au bistouri.

L'auteur a eu douze fois l'occasion d'employer ce procédé pour des calculs vésicaux; il n'a eu qu'une mort par bronchopneumonie.

CYRILLE JEANNIN.

PRATIQUE MÉDICALE

Phosphate de chaux et créosote.

Dans le traitement de la tuberculose, il y a souvent avantage à associer le phosphate de chaux à la créosote. On pourra, par exemple, prescrire la solution suivante :

Solution de phosphate de chaux créosoté.

Créosote de hêtre pure	6 gr. 60
Glycérine pure	66 —
Phosphate bicalcique	20 —
Acide phosphorique	22 gr. 80
Eau distillée, q. s. pour	1.000 gr.

Traitement de la pelade.

Chez certains malades chez lesquels la pelade débute par des attaques multiples dès le début et dont l'état général laisse à désirer, M. Brocq, à côté du traitement local, emploie encore les moyens suivants :

1° Frictions alcooliques chaque jour sur tout le corps ;

2° Du 1er au 15 du mois, une cuillerée à café deux fois par jour de la solution suivante :

Arrhénal	0,50 centigrammes.
Eau de laurier-cerise	25 grammes.
Eau distillée	175 —

Une cuillerée à café de cette solution contient un centigramme d'arrhénal ; on peut porter la dose à 4 ou 5 centigrammes s'il est bien supporté.

3° Pendant la seconde quinzaine du mois, remplacer ce médicament par :

Glycérophosphate de chaux	0.25 centigr.
Phosphate de soude	0,25 —
Glycérophosphate de magnésie	0,10 —
Maltine	0,03 —
Quassine amorphe	0,01 —

Pour un cachet. — Prendre deux cachets par jour.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole de médecine d'Alger. — M. Cange est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de chirurgie ; M. Scherb est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de médecine.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Maldiney est chargé d'un cours de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital de la Pitié. — M. Albert Robin reprendra le mercredi 10 Décembre, à 9 h. 1/2, ses leçons de clinique thérapeutique consacrées à la thérapeutique appliquée, avec présentation de malades. Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre des cours, tous les mercredis à 9 h. 1/2.

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé de la marine. — Sont nommés dans le corps de santé de la marine, à l'emploi de médecin auxiliaire de seconde classe, MM. Peyraud et Guyet.

M. Peyraud est maintenu dans ses fonctions d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux pendant la durée du stage des médecins auxiliaires de sa promotion.

— M. Cazamian est nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe.

M. Aubry, médecin de 1re classe, est désigné pour embarquer sur la défense mobile de Cherbourg.

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Ouzilleau est nommé à l'emploi de médecin aide-major de 1re classe stagiaire et désigné pour servir en Afrique occidentale française.

Conférences de stomatologie. — Ces conférences commenceront le vendredi 9 janvier 1903, à 8 h. 1/2 du soir, dans l'amphithéâtre de la Société de Chirurgie, 12 rue de Seine, et seront continuées à la même heure les mardis et vendredis.

Ces conférences seront faites par MM. Sebileau, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux : Anatomie et pathologie péribuccale.

Gastou, chef de laboratoire à la Faculté de médecine : Physiologie, histologie et bactériologie de la bouche.

Chompret, dentiste des hôpitaux : Pathologie buccale.

Cruet, dentiste des hôpitaux : Pathologie dentaire.

Rodier, dentiste des hôpitaux : Dentisterie opératoire.

Gaillard, dentiste des hôpitaux : Prothèse.

Une carte donnant droit d'assister à toutes les conférences sera délivrée par le concierge de la Société de Chirurgie, 12, rue de Seine, moyennant le versement de la somme de 10 francs. Cette carte portera l'ordre exact des conférences.

Étranger.

Faculté de médecine de Bonn. — M. Rudolf Wilhelm Finkelnburg est nommé privat-docent de médecine interne.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. P. Pieniazek est nommé professeur ordinaire de laryngologie.

Chicago Medical College. — M. Louis E Schmidt est nommé professeur des maladies des organes génito-urinaires.

Un hôpital pour millionnaires. — Il n'est pas de jours où l'on n'ait à signaler quelques manifestations de l'esprit curieusement inventif des Américains. C'est aujourd'hui la création d'un hospice d'ex-millionnaires.

Un certain Richard Ferris, qui fut pendant cinquante ans président de la Banque de New-York, vient d'acheter le château historique de Poughkepsie avec des fonds laissés à cet effet par un de ses amis M. Samuel Pingle. L'hospice ne recevra que des millionnaires qui ont fait et perdu leur fortune.

Il est à craindre que ledit hospice ne soit bientôt encombré, car il y a en Amérique, on le sait, encore plus de gens ruinés que de millionnaires.

CONCOURS

Internat. — Le jury du concours de l'internat est définitivement composé de MM. Parmentier, Aviragnet, Sevestre, Letulle, Chaput, Albarran, Guinard, Guillemain, Boissard, Demelin, qui ont accepté.

Externat. — *Pathologie.* — Séance du 3 Décembre. — *Signes de la tuberculose pulmonaire chronique à la première période* : MM. Marsan, 12; Parel, Langlais, 15 ; Poisson, 14 ; Plazanet, 10 ; Lasnier, 16 ; Monnet, 13 ; Paul, 15 ; Levrat, Piguerol, 12 ; Lemière (Léonce), 14 1/2 ; Paul Boncour, 17 ; Philippon, 14 ; Petit (Georges), 6 ; Juillard, 10 ; Lavallée, 15 ; Paoli ; Laux, 11 ; Nocton, 17 ; Last, 18. — *Absents* : MM. Joux, Jullien (Arthur), Lachapelle, Peguey.

Anatomie. — Séance du 4 Décembre. — *Crosse de l'aorte* : MM. Eugène, 4 ; Eliot, 18 1/2; Ekmekdjian, 15 ; Etchverry, 5 ; Houy ; Hochart ; Israël, 3 ; Hennon, 5 ; Guillon, 14 ; Glenard, 16 ; Elmérich, 9 ; Gelma, 10; Garnier de Falletans, 10; Gallimard, 5; Mlle Giry, 17 ; M. Fiault, 7. — *Vétérans* : MM. Fayolle, 16 ; Croste, 16 ; B lgodère, 16 ; Herbinet, 16.

Ecoles de médecine navale. — Des concours pour quatre emplois de professeur dans les écoles de médecine navale seront ouverts au port de Brest le 28 Janvier 1903.

A. — Concours pour la chaire de physiologie, hygiène et médecine légale à l'école de Bordeaux (remplacement de M. Le Méhauté);

B. — Concours pour la chaire de sémiologie médicale à l'école annexe de Toulon (emploi vacant) ;

C. — Concours pour la chaire de chimie biologique aux écoles annexes de Brest et de Rochefort (remplacement de MM. Riffaud et Camus.)

Ecole de médecine de Reims. — A la suite du concours subi devant l'Ecole de Médecine de Reims, M. Jolicœur a été nommé prosecteur; M. Meurice, aide d'anatomie.

Internat en pharmacie des asiles d'aliénés. — Le jeudi 8 janvier 1903, à une heure précise, il sera ouvert, à l'Asile clinique, rue Cabanis 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des Aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à 5 heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 8 au mardi 23 décembre 1902 inclusivement.

RENSEIGNEMENTS

Ext. des hôpitaux, étudt. 5e année, désire place secrétaire ou aide dans clinique. S'adresser *P. M.*, n° 878.

Jeune docteur désire emploi d'ordre médical (clinique, etc.,) ou secrétaire. *P. M.*, n° 879.

Docteur libre demande remplacements Paris ou province, n° 880.

Étudt. en médecine demande analyses, travaux médicaux, emploi chez médecin ou chirurgien, n° 881.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gerant : C. NAUD.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 99. — Mercredi, 10 Décembre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

AVIS IMPORTANT

Renouvellement des Abonnements

Expirant le 31 Décembre.

Par suite de l'application du règlement du 1er Août les frais de recouvrement des abonnements par la poste sont devenus très onéreux. L'administration de **La Presse Médicale** *désirant avant tout ne pas être dans la nécessité d'augmenter le prix de l'abonnement serait très reconnaissante à ses abonnés, dont l'abonnement expire le* **31 courant**, *de lui faire parvenir directement,* 3, RUE RACINE, *par un* bon de poste *(moyen le plus pratique) ou par* mandat-poste, *ou par* une valeur à vue sur Paris, *le montant de leur abonnement, soit* **10** *francs pour la France et* **15** *francs pour l'étranger.*

SOMMAIRE

LA TUBERCULOSE ET L'ARMÉE

L'opinion publique s'est justement émue ces temps-ci lorsqu'elle a eu connaissance des documents relatifs à la mortalité dans les armées française et allemande apportés à la tribune du Sénat par le sénateur Gotheron et le ministre de la Guerre. Il ressort de ces documents, en effet, que dans l'armée française la mortalité est beaucoup plus considérable que dans l'armée allemande. C'est là une grosse question, à laquelle nul Français ne peut rester indifférent, puisque tous les jeunes gens doivent le service militaire, et qui intéresse particulièrement les médecins en raison de la part considérable qu'ils peuvent prendre à sa solution.

* * *

Les faits établis par M. Gotheron sont singulièrement suggestifs.

L'honorable sénateur a établi, chiffres en main, qu'en trois ans les pertes de l'armée allemande ne s'élèvent qu'à 1.300 hommes, tandis que celles de l'armée française dépassent 10.000; depuis la

guerre de 1870, l'armée allemande aurait donc perdu seulement 13.000 hommes, tandis que l'armée française en aurait perdu 100.000, la valeur de trois corps d'armées.

Loin de discuter ces chiffres, le ministre de la Guerre n'a fait que les confirmer. Faisant ensuite l'analyse des faits sur lesquels ils sont établis, le général André a montré que la fièvre typhoïde et la tuberculose étaient les causes principales du mal. C'est ainsi que, d'après les statistiques des deux armées, on compte pour une même année 87 décès par typhoïde en Allemagne contre 625 en France, 129 par tuberculose en Allemagne contre 1.415 en France; encore ce chiffre est-il inférieur à la réalité, nombre de décès par « maladies des voies respiratoires » pouvant assurément être attribués à la tuberculose : là encore nous dépassons l'Allemagne qui n'a que 197 décès alors qu'il y en a 390 en France.

En ce qui concerne la fièvre typhoïde, il n'est pas douteux qu'en continuant la surveillance de l'alimentation en eau des corps de troupe, en assainissant certaines anciennes casernes, en en déplaçant d'autres, nous arrivions assez rapidement en France au taux inférieur de mortalité de l'Allemagne. Nos statistiques démontrent d'ailleurs chaque année une diminution sur l'année précédente; beaucoup moins accentuée cependant ces années dernières, ce qui ferait supposer que l'effort porté sur l'eau potable a produit tous ses résultats, et qu'il faut maintenant porter une plus grande attention sur les casernements, ainsi que l'établissait ces jours-ci M. Noël, avec sa grande compétence en la matière, dans un article très documenté publié par le *Bulletin médical*.

Mais, si la statistique de la fièvre typhoïde est en baisse, par contre, celle de la tuberculose est en hausse croissante. Il y a là un symptôme inquiétant que l'armée permet, par ses statistiques, d'établir d'une façon indiscutable et que l'on pourrait généraliser. Si, en effet, dans d'autres services publics et privés, des statistiques analogues à celles de l'armée pouvaient être établies avec autant de rigueur, il est vraisemblable que mêmes constatations seraient faites. Il apparaît nettement, en effet, à tous ceux qui s'occupent spécialement de la question, qu'en France la tuberculose augmente de jour en jour d'une façon inquiétante, que ses ravages s'étendent dans des proportions telles qu'ils constituent un véritable fléau social : l'armée où passe toute notre jeunesse française reflète exactement et mathématiquement ce qu'est l'intensité du fléau.

A ce point de vue, le médecin inspecteur Kelsch est aussi affirmatif que possible : « Résignons-nous à ce pénible aveu, dit-il; la tuberculose est en progrès dans notre armée, malgré la lutte qui y est engagée contre elle depuis plus de dix ans. C'est en vain que l'on voudrait nier cette douloureuse vérité, en se retranchant derrière l'argument spécieux des erreurs de calcul ou des artifices de statistique. L'interprétation rigoureuse des chiffres ne laisse aucun doute à cet égard ». Et les chiffres sont là, malheureusement trop probants,

Sur un contingent de 331.179 hommes, celui de 1897 par exemple, il y a 26.198 exemptés au conseil sur lesquels 1770 le sont pour tuberculose ou maladie chronique des voies respiratoires. Suivons le même contingent pendant la durée du service : les statistiques pour 1898, nous donnent comme morbidité tuberculeuse des recrues après un an de service, le chiffre de 9,15 pour 1.000; ce qui fait pour les 200.000 soldats d'un an présents sous les armes plus de 1800 hommes atteints de tuberculose, chiffre égal à celui que le conseil de revision avait déjà éliminé. Les années suivantes, pour les anciens soldats, le taux de morbidité s'abaisse à 4,96 et à 5,19 pour 1.000 en 1899 et en 1900, ce qui fait encore pour chaque année 800 à 900 malades de tuberculose, pour les 150.000 soldats de chaque contingent ayant plus d'une année au corps.

En somme depuis la revision, jusqu'à la fin du service actif, sur 330.000 hommes environ, 1.800 sont d'abord éliminés par la revision ; 1.800 tombent malades dès la première année de service; 1.600 la seconde et la troisième. Au total 5.200 hommes au minimum, dans la force de l'âge, ayant de vingt à vingt-trois ans, payent leur tribut à la tuberculose en France.

***

Parmi ces tuberculeux, les jeunes soldats sont surtout frappés, et c'est sur les statistiques les concernant que l'on peut juger de la progression croissante de la tuberculose en France. En effet, la morbidité par tuberculose, qui était il y a dix ans de 7,19 pour 1.000 soldats-recrues, est en 1900 de 8,80, ayant été jusqu'à 9,15 en 1898, 9,65 en 1897, et même 10,03 en 1895.

Si la tuberculose augmente ainsi dans l'armée, ce n'est pas qu'elle y soit plus fréquemment contractée. La preuve en est que c'est sur les recrues seulement que porte l'augmentation, la morbidité tuberculeuse restant stationnaire chez les anciens soldats, oscillant autour d'une moyenne de 5,47 pour 1.000 au cours des dix dernières années.

On est donc en droit de conclure que les contingents apportent chaque année un plus grand nombre de recrues déjà bacillisées. Chez ces recrues soumises à un surmenage auquel elles ne sont pas préparées, dont le genre de vie se trouve du jour au jour complètement modifié en arrivant au régiment, au début de l'hiver, les anciens foyers bacillaires depuis longtemps éteints ou méconnus se réveillent, et la tuberculose devient manifeste.

Ce serait là l'origine presque exclusive de la tuberculose des jeunes soldats, et sur ce point M. Kelsch est des plus affirmatifs, de même qu'il se refuse à incriminer la contagion à la caserne comme cause de la tuberculose chez les anciens soldats; ceux-ci la contractent sans doute bien plus au dehors dans les cabarets qu'ils fréquentent aux heures de permission, où ils absorbent force alcool en même temps qu'ils respirent les poussières nocives.

***

Que conclure de ces faits, qui imposent d'énergiques mesures?

D'abord, la sélection des conscrits devrait être plus sévère qu'elle ne l'a jamais été. Le rôle des conseils de revision devrait être étendu, plus de temps accordé au médecin pour l'examen physique des conscrits; des notes de santé données par le médecin des écoles, par le médecin de famille, devraient faire partie du dossier de tout conscrit.

L'appel des recrues ne devrait pas être fait à l'ouverture de la plus mauvaise saison de l'année. Il y a longtemps que les corps savants demandent le changement de date d'appel et l'année dernière encore l'Académie de médecine, par l'organe de son rapporteur de la commission des épidémies, Landouzy, invitait le ministre de la guerre « à étudier la question de l'époque à choisir le plus opportunément pour appeler les recrues, leur entrée à la caserne à la veille de l'hiver ayant d'incontestables inconvénients sur lesquels semble depuis longtemps déjà faite l'entente de la médecine militaire et de la médecine civile ».

Une fois appelé, le contingent devrait être soumis à un examen encore plus circonstancié qu'il l'est aujourd'hui, bien que d'énormes progrès aient été faits depuis quelques années. Et après examen il y aurait peut-être lieu, comme le préconise Barthe dans sa « Thérapeutique de la tuberculose » de constituer par corps d'armée un certain nombre de pelotons d'observation où seraient incorporés les sujets quelque peu suspects qui y seraient spécialement entraînés et observés.

Malgré tous les progrès effectués, il serait nécessaire d'assainir nombre de casernes encore imparfaites, d'augmenter surtout l'aération des chambres souvent insuffisante.

Il est absolument nécessaire, au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose, que le jeune soldat surmené puisse la nuit, pendant le repos, avoir un cube d'air respirable suffisant.

Enfin, pendant les heures de permission, le soldat devrait être surveillé ou tout au moins conseillé. Parmi les instructions à donner aux recrues, en tête devraient être des instructions d'hygiène individuelle, montrant surtout les dangers de l'alcool, le plus souvent ignorés.

Malgré ce que peuvent dire et écrire certains utopistes, les armées permanentes feront encore longtemps partie intégrante de notre organisme social. Bientôt chaque citoyen français sera contraint, sans dispense aucune, de faire deux années intégrales de service militaire. Dans ces conditions, l'armée ne doit pas seulement préparer à la guerre, elle doit encore devenir une véritable école d'éducation civique, et dans cette éducation l'hygiène doit occuper une large place.

Ces notions d'hygiène données à des jeunes hommes pourraient avoir sur la prophylaxie de la tuberculose, en particulier, une énorme influence; il est à souhaiter que bientôt elles entrent dans les programmes d'instruction militaire, à cette grande école que doit être le régiment.

E. De Lavarenne.

PRATIQUE MÉDICALE

Dosage du phosphore et de l'arsenic dans leurs combinaisons organiques.

Les composés organiques de l'arsenic et du phosphore jouent dans la thérapeutique moderne un rôle de jour en jour plus important ; il importait d'avoir un procédé simple et sûr de dosage du phosphore et de l'arsenic dans ces combinaisons.

J'ai trouvé un procédé qui est à la portée de tous les chimistes.

Ce procédé consiste à traiter ces combinaisons par une solution au dixième de magnésie dans l'acide azotique, évaporer à sec et calciner. Le phosphore et l'arsenic se retrouvent intégralement dans le résidu de la calcination à l'état de pyrophosphate ou de pyro-arséniate de magnésie.

La matière organique étant ainsi détruite il est alors facile d'opérer les dosages par les procédés chimiques connus.

C. Monthulé.

Pommade contre la gale.

Lorsque la peau est trop irritée pour pouvoir soumettre le malade à la frotte ordinaire, M. Brocq a recours à la pommade que voici :

Baume du Pérou.	3 grammes.
Onguent styrax fraîchement préparé.	7 —
Oxyde de zinc.	10 —
Lanoline. . . . . }	ãã 40 grammes.
Vaseline. . . . . }	

Continuer l'application de cette pommade matin et soir sur tout le corps, jusqu'à ce que la peau soit en état de subir la frotte.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine, par MM. Brouardel et Gilbert 10 volumes in-8° de 900 à 1000 pages. Chaque volume se vend séparément : 12 francs. — L'ouvrage complet (9120 p., 630 fig.) 120 francs (*J.-B. Baillière et fils*, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Aide-mémoire des maladies des poumons, par M. P. Lefert, 1 vol. in-18, de 273 pages, cart. 3 francs (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris).

La variole, maladie professionnelle évitable, par M. Albert Chaumier. *Thèse*, Paris, 1902 (*C. Naud*, éditeur, Paris).

PATHOGÉNIE DU TABES DORSAL[1]

Par J. NAGEOTTE
Médecin suppléant de l'hospice de Bicêtre.

Lorsque la syphilis évolue sur le système nerveux, elle se manifeste par les symptômes les plus variés. Sans être taxé d'exagération, on peut dire que la plupart des symptômes nerveux et mentaux que nous connaissons peuvent être causés par des lésions syphilitiques, si bien qu'en face de tout malade le neurologiste et l'aliéniste doivent penser à la possibilité de cette infection.

Les symptômes dus aux lésions syphilitiques se groupent en syndromes cliniques : les diverses myélites, le tabes, la paralysie générale, les différentes formes de syphilis cérébrale. Chacun de ces syndromes répond à une modalité particulière de l'infection, chacun possède une symptomatologie et une évolution spéciales ; si bien que l'on a pu, en négligeant les intermédiaires et en se bornant aux cas typiques, les considérer et les décrire comme des affections autonomes et distinctes, présentant chacune de nombreuses variétés. Toutefois, il ne faut pas oublier, dans la pratique, que les cas intermédiaires existent et sont même nombreux.

L'étude anatomique de la syphilis nerveuse permet de comprendre ces faits et d'établir l'unité réelle sous la diversité apparente. L'artérite, les différentes formes de la myélite syphilitique, la méningo-encéphalite diffuse elle-même, sont des lésions qui ne sortent pas du cadre habituel des lésions syphilitiques; ce sont des lésions inflammatoires chroniques ou subaiguës qui présentent des caractères spéciaux; ce sont des syphilomes plus ou moins diffus, ou, si l'on veut, des syphiloses tout à fait comparables à celles de la peau et des viscères.

Il n'en est pas de même de la lésion du tabes qui, au premier abord, semble appartenir à un type tout différent. Mais une étude plus attentive permet de retrouver dans le tabes la lésion inflammatoire initiale qui est le point de départ de tout le processus. Nous étudierons ici le siège, la forme et la genèse de cette lésion, ainsi que son rôle dans l'évolution du tabes. Nous verrons, dans cette revue des faits anatomiques principaux, comment la syphilis, infection chronique à lésions diffuses et irrégulières, produit dans la moelle les dégénérescences systématisées du tabes, et nous essayerons de justifier la définition suivante, qui sera la conclusion de ce travail :

Le tabes est caractérisé anatomiquement par une lésion inflammatoire qui attaque un nombre quelconque de racines sensitives ou motrices, à leur sortie de l'espace sous-arachnoïdien, et qui se relie à une syphilose généralisée des méninges.

Cliniquement, le tabes n'est reconnu que si la lésion radiculaire donne des symptômes appréciables en raison de son intensité et de son siège. Il résulte de là que les limites anatomiques du tabes sont plus étendues que ses limites cliniques.

* * *

Il existe dans la moelle des tabétiques deux sortes de lésions : 1° des lésions des éléments nobles; 2° des lésions de l'appareil conjonctif. Nous laisserons de côté les altérations de la névroglie qui sont tout à fait banales et sans intérêt pour le but que nous poursuivons.

Les *lésions des éléments nobles* ou *lésions parenchymateuses* portent principalement sur les fibres des racines et des cordons postérieurs ; elles sont dites « systématisées » parce qu'elles s'attaquent à certains systèmes de fibres en respectant les autres, ce qui fait que leur topographie dépend essentiellement de la répartition anatomique de ces systèmes de fibres. Il nous faut les passer rapidement en revue.

La dégénérescence tabétique consiste essentiellement dans la *destruction progressive des racines postérieures* dans toute leur étendue, depuis les centres gris de la moelle et du bulbe où elles se terminent jusqu'aux cellules des ganglions rachidiens où elles naissent. Nous supposerons connue la topographie générale des lésions, mais nous devons insister sur quelques caractères particuliers de ce processus.

Lorsque le tabes est peu avancé, la lésion est déjà visible dans la portion intra-médullaire des fibres radiculaires, tandis que la portion extra-médullaire (racine postérieure proprement dite) paraît encore intacte. Lorsque le tabes est un peu plus avancé, la lésion intra-médullaire paraît plus intense que la lésion extra-médullaire. On peut en conclure que *le processus marche de l'extrémité des neurones, dans la moelle, vers le centre trophique, dans les ganglions rachidiens.*

Les fibres courtes et moyennes des racines postérieures semblent être prises avant les fibres longues, et ce qui tend à le prouver c'est le peu d'intensité de la lésion des cordons de Goll (fibres longues lombo-sacrées) dans les tabes encore peu avancés, par comparaison avec l'importance de la sclérose de la zone radiculaire au renflement lombo-sacré, zone où les fibres courtes et moyennes sont mélangées aux fibres longues. Par conséquent, *dans les racines postérieures, le processus tabétique détruit certaines espèces de fibres plus facilement que les autres.*

Le processus, étudié sur des coupes transversales sériées, consiste en une *atrophie progressive de chaque fibre* dont la myéline s'amincit et disparaît tandis que le cylindre-axe dénudé persiste encore pendant quelque temps. Nous aurons, plus loin, l'occasion de revenir sur certains détails de ce processus, qui diffère essentiellement de la dégénérescence wallérienne par la persistance du cylindre-axe et qui se rapproche, par certains côtés, de la névrite segmentaire périaxile.

Tels sont les caractères principaux de l'altération des racines postérieures dans le tabes; on conçoit que, suivant l'intensité, l'acuité et la répartition des lésions radiculaires le long de la moelle, les aspects seront très variés. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, les racines sont prises dans toute la hauteur de la moelle, avec une intensité décroissante de bas en haut; tantôt les racines inférieures sont seules prises, auquel cas le cordon de Goll est seul dégénéré dans la région cervicale; ou bien ce sont les racines cervico-dorsales qui sont seules atteintes, et le cordon de Burdach est sclérosé à la région cervicale, le cordon de Goll étant indemne; parfois l'altération n'est pas régulièrement répartie sur une série de racines consécutives, mais certaines racines plus altérées sont séparées par des racines moins altérées et il en résulte la formation, dans les cordons postérieurs, de bandes scléreuses séparées par des espaces relativement sains; dans des cas plus rares, le nombre des racines prises est très restreint : parfois on en trouve une ou deux seulement. Enfin il est une disposition remarquable que nous aurons à étudier plus loin, mais qu'il nous faut signaler dès maintenant : *dans une même racine, tous les fascicules ne sont pas toujours également pris*; il arrive souvent que certains fascicules sont beaucoup plus sclérosés que leurs voisins. C'est là un fait important au point de vue de l'interprétation, car les fascicules des racines sont des groupes à la formation desquels la systématisation des éléments nerveux est tout à fait étrangère : les fibres se groupent au hasard, en un nombre de fascicules qui varie pour une même racine chez les différents individus.

En somme, la *lésion des fibres radiculaires postérieures dans le tabes est une atrophie lente qui frappe de préférence certaines espèces de fibres dans chaque racine et qui est habituellement assez irrégulièrement répartie sur les différentes racines de la moelle, et même sur les différents fascicules de chaque racine.*

La disparition des fibres radiculaires est la première en date; lorsqu'elle est suffisamment avancée, on voit survenir la disparition *des systèmes endogènes des cordons postérieurs* dans l'ordre suivant : champs postéro-externes, virgule de Schultze et centre ovale de Flechsig, faisceau de Hoche et triangle médian sacré ; le système des fibres courtes qui bordent immédiatement la substance grise persiste indéfiniment. Cette destruction, toujours consécutive à celle des racines postérieures, paraît devoir être rattachée à un processus de physiologie pathologique qui fait que certains neurones ne survivent pas à la destruction d'autres neurones auxquels les relient des rapports fonctionnels trop étroits. L'expérimentation fournit de nombreux exemples de ce processus, surtout lorsqu'elle porte sur des animaux jeunes. Dans le tabes, l'atrophie secondaire des neurones endogènes est peut-être favorisée par ce fait que la moelle toute entière est, comme nous le verrons plus loin, dans un état sub-inflammatoire.

Mais les fibres endogènes des cordons postérieurs ne sont pas seules atteintes dans le tabes ; il suffit de comparer une moelle normale à une moelle tabétique pour voir que les cordons antéro-latéraux eux-mêmes ont subi une grande diminution de volume (fig. 1, 2, 3 et 4). Nous croyons que cette *atrophie en masse* doit être mise, pour une bonne part, sur le compte de la méningo-myélite diffuse que nous décrivons plus loin.

Les *racines antérieures n'échappent pas aux lésions dans le tabes;* l'opinion classique veut qu'elles soient intactes, et elles le sont en effet ordinairement lorsqu'on les étudie au voisinage de la moelle. Mais si l'on poursuit leur étude dans leur trajet ultérieur, on voit que *souvent* les racines antérieures, surtout dans la région sacro-lombaire, présentent des altérations parenchymateuses curieuses que nous nous bornons à signaler ici pour y revenir bientôt avec plus de détails, car elles présentent une importance théorique considérable.

1. Travail du laboratoire de M. Babinski.

Toutes ces lésions parenchymateuses appartiennent en propre à l'espèce tabes; mais l'espèce tabes n'est qu'une abstraction, et si nous nous attachons à la réalité concrète, nous trouvons encore dans la moelle des tabétiques des altérations parenchymateuses qui peuvent être considérées, si l'on veut, comme des complications, mais qui dérivent elles aussi de la cause primordiale du tabes, la syphilis; ce sont des lésions des différents faisceaux, et en particulier du faisceau pyramidal, consé-

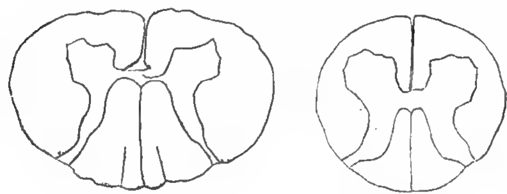


Figure 1. Figure 2.



Figure 3. Figure 4.

Figure 1 et 2. — Moelle normale, 7e cervicale et 4e lombaire.

Figures 3 et 4. — Tabes ancien, 7e cervicale et 4e lombaire. Atrophie en masse de la moelle, même dans les régions qui ne sont pas sclérosées.

cutives à des artérites cérébrales, à de la méningo-encéphalite, à des foyers myélitiques plus ou moins circonscrits (fig. 9 et 10).

* * *

Passons maintenant à l'étude des *lésions diffuses qui siègent dans l'appareil conjonctif du système nerveux central,* méninges et vaisseaux.

Si les lésions parenchymateuses caractérisent[1] jusqu'à un certain point le tabes et gouvernent la symptomatologie, par contre

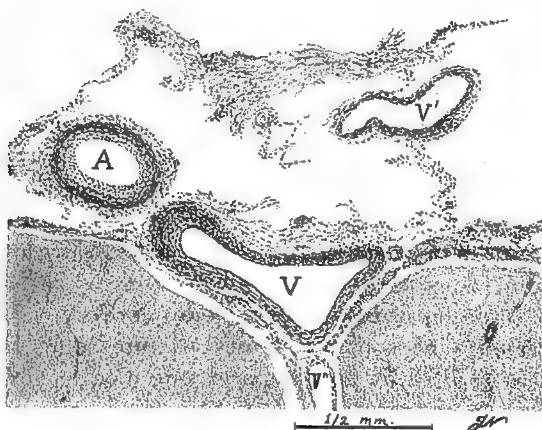


Figure 5. — Homme de trente-sept ans. Diagnostic clinique : *Tabes et paralysie générale.*

Sillon antérieur de la moelle au niveau de la région dorsale. Hématoxyline et éosine. Grossissement de 36 diamètres.

Méningite en pleine évolution. Infiltration de la pie-mère et du tissu sous-arachnoïdien par des lymphocytes. Périartérite et endartérite (A). Phlébite (V); deux veines normales (V', V''). Capillaire à paroi infiltrée dans la substance médullaire à droite.

elles sont à peu près dépourvues de caractères histologiques distinctifs. Il n'en est pas ainsi des lésions du tissu conjonctif qui portent en elles-mêmes comme un cachet d'origine : elles présentent les caractères histologiques des inflammations subaiguës ou chroniques; elles sont de même ordre que celles que la syphilis cause dans les autres organes; elles sont identiques à celles que la syphilis avérée produit dans les centres nerveux. Si l'on rapproche ces faits de la notion étiologique, aujourd'hui bien établie par la clinique et les statistiques, de l'origine syphilitique du tabes, on ne peut s'empêcher de conclure que la *méningite du tabes est une méningite syphilitique.*

Étudions cette méningite de plus près. Sur une coupe de moelle colorée par l'hématoxyline et l'éosine, on voit que la pie-mère est *épaissie* et *infiltrée d'éléments cellulaires,* les veinules et les artérioles qu'elle contient sont altérées; enfin l'arachnoïde et le tissu sous-arachnoïdien qui relie l'arachnoïde à la pie-mère participent à la lésion; comme le tissu sous-arachnoïdien est normalement plus abondant et plus dense en arrière, la méningite semble prédominer au niveau des cordons postérieurs (fig. 5 et 6).

L'*épaississement* de la pie-mère est relativement peu considérable; il est dû surtout à l'hypertrophie des fibres conjonctives les plus superficielles; il n'a rien de bien caractéristique en lui-même, car on rencontre souvent des méninges épaisses en dehors du tabes.

Il n'en est pas de même des *infiltrations d'éléments cellulaires* qui se joignent à l'épaississement de la membrane et qui présentent un grand intérêt. Les éléments infiltrants sont en majorité des lymphocytes; certains appartiennent à la catégorie des cellules épithélioïdes ou plasmazellen; enfin, il existe quelques rares polynucléaires. Tantôt ces cellules sont éparses entre les faisceaux conjonctifs, simplement plus abondantes qu'à l'état normal; tantôt, au contraire, elles forment des amas irréguliers, des traînées, des lacs, qui siègent de préférence au voisinage des vaisseaux (fig. 5, 6, et 7).

Les *vaisseaux* sont toujours altérés; les *veines* sont particulièrement atteintes (fig. 5, V V'V''), et c'est là un des traits caractéristiques de ce processus inflammatoire. Les parois veineuses, non pas de toutes les veines mais de quelques-unes seulement, sont infiltrées des mêmes éléments cellulaires que la méninge elle-même; ces éléments sont souvent très serrés les uns contre les autres. Ils sont disposés en couches concentriques séparés par des lames conjonctives. Souvent l'infiltration forme comme un nodule enchassé latéralement dans la paroi vasculaire, de telle sorte que la lumière devient excentrique (fig. 7).

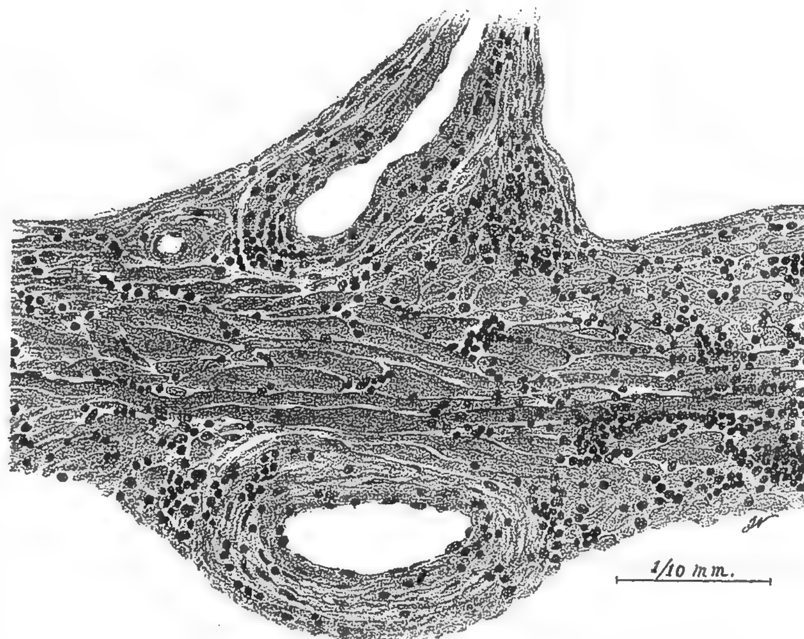


Figure 6. — Même cas que dans la figure précédente. Pie-mère du segment postérieur de la moelle, au niveau de la région dorsale, vue à un plus fort grossissement (205 diamètres). Hématoxyline et éosine.

Épaississement considérable des faisceaux conjonctifs, infiltration de lymphocytes et de cellules épithélioïdes. Un vaisseau altéré pénètre dans la moelle, en haut de la figure.

Les *artères* sont moins atteintes; si leur tunique externe participe toujours au processus inflammatoire, par contre les tuniques moyenne et interne restent le plus souvent intactes. Parfois pourtant à la périartérite se surajoute une endartérite plus ou moins riche en noyaux (fig. 5, A).

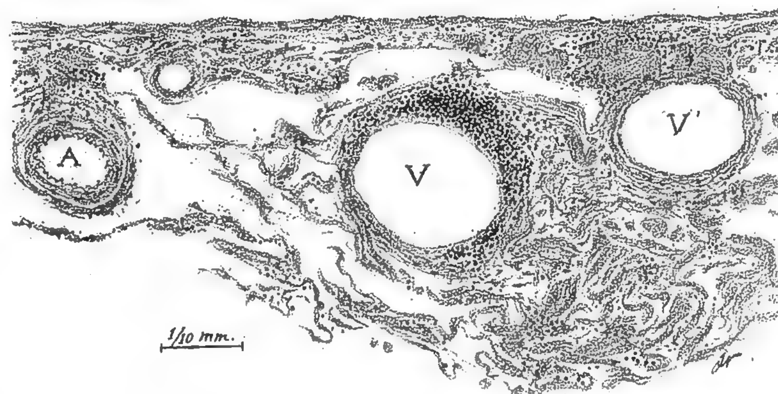


Figure 7. — Femme de quarante-sept ans. Diagnostic clinique : *Tabes.*

Pie-mère et tissu sous-arachnoïdien au niveau des cordons postérieurs. Hématoxyline et éosine. Grossissement de 105 diamètres.

La méningite est vieillie et en voie de régression; les faisceaux conjonctifs s'amincissent, les cellules infiltrantes se colorent mal ou pas du tout. Une artère (A) subit l'atrophie scléreuse de sa paroi; il en est de même de la veine V'; dans la paroi de la veine V, également sclérosée, il reste un nodule inflammatoire en évolution.

Enfin, il faut noter que, par places, l'infiltration cellulaire s'accentue autour de l'origine d'un vaisseau intra-médullaire; elle peut même se prolonger sur celui-ci et sur les capillaires qui en partent, en plein tissu nerveux. Le plus souvent ces *altérations des capillaires* sont très discrètes et tout à fait disséminées (fig. 5); parfois elles sont plus marquées dans l'épaisseur des cordons postérieurs sclérosés, comme si elles étaient appelées par la sclérose vasculaire corrélative de toute sclérose parenchy-

1. Les lésions parenchymateuses, et en particulier la dégénérescence des racines postérieures, *concourent* à caractériser le tabes, mais ne sont pas un *criterium*; en effet, on retrouve des lésions analogues dans un certain nombre d'affections nerveuses : la maladie de Friedreich, l'atrophie Charcot-Marie, la névrite hypertrophique, les tumeurs cérébrales. Le critérium du tabes est en réalité la névrite radiculaire transverse *syphilitique.*

mateuse ; c'est même là ce qui explique pourquoi les vaisseaux sont habituellement plus épaissis dans la sclérose tabétique que dans les autres scléroses systématisées. Plus rarement les lésions des capillaires se condensent en foyers de myélite plus ou moins circonscrits (fig. 8).

On peut donc dire qu'il existe constamment dans le tabes une véritable *méningo-myélite vasculaire* qui représente dans la moelle, à un degré le plus souvent très atténué, ce qu'est dans le cerveau la méningo-encéphalite diffuse, substratum anatomique de la paralysie générale.



Figure 8. — Même cas que figures 5 et 6.
Plaque de myélite dans le faisceau latéral, au niveau de la 4e dorsale. Infiltration de la méninge et des vaisseaux par des lymphocytes. Hématoxyline et éosine.

Les lésions inflammatoires de l'élément conjonctif existent dans toute la hauteur de la moelle, dans le bulbe, où, pour le dire en passant, elles affectent un rapport intime avec les granulations névrogliques du quatrième ventricule, dans la protubérance, et à la base du cerveau. Souvent elles remontent jusque dans l'écorce, et alors, si elles sont suffisamment intenses, on peut affirmer que, le sujet était un paralytique général en même temps qu'un tabétique. Il m'a semblé que, dans la moelle, la région dorsale, lieu de prédilection des myélites, est plus atteinte que toute autre.

Cette description convient à l'ensemble des faits. Il faut ajouter que si l'évolution du tabes a été rapide et si le tabes est encore jeune, l'aspect inflammatoire est des plus nets ; les infiltrations sont volumineuses, les éléments cellulaires se colorent vivement, les fibres conjonctives sont grosses. Si, au contraire, il s'agit d'un tabes très torpide et très ancien, le processus tout entier prend un aspect scléreux ; les fibres conjonctives se dessèchent et se rétractent, les infiltrations cellulaires deviennent plus rares, les cellules se colorent très inégalement, certaines d'entre elles ne prennent même plus du tout la couleur ; souvent les cellules rondes sont remplacées par des éléments aplatis ; les parois artérielles subissent une atrophie scléreuse, leurs noyaux ne se colorent plus ; les parois veineuses épaissies sont formées de lamelles amincies, dissociées, avec de rares cellules ou débris cellulaires interposés (fig. 7). Même dans ce cas, il est toujours facile de retrouver un grand nombre de nodules inflammatoires en pleine activité.

Tel est le processus inflammatoire que l'on peut observer sur l'appareil conjonctif de toutes les moelles de tabétiques ; nous nous sommes assuré que, en dehors de la tuberculose méningée, dont le processus plus brutal a de grandes analogies avec celui que nous venons de décrire, aucune affection chronique du système nerveux ne s'accompagne de lésions méningées comparables, *sauf les affections qui, comme le tabes, sont causées par la syphilis.*

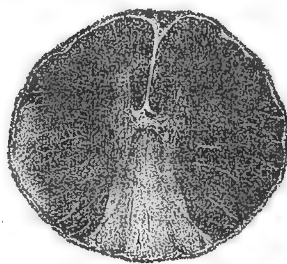


Figure 9. — Vue d'ensemble de la plaque de myélite sur une coupe horizontale à un faible grossissement. Méthode osmio-tannique d'Azoulay.

Avant d'aller plus loin, il nous faut bien préciser la date d'apparition de la méningite par rapport aux lésions tabétiques proprement dites. Jusqu'à ces derniers temps, cette méningite, tant qu'elle n'entraînait pas d'altération parenchymateuse, n'avait pas d'histoire clinique. Aujourd'hui, grâce à la découverte féconde de Widal et de ses élèves, nous savons la dépister à tous les moments de son existence. En effet, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien n'est autre chose que le résultat de cette méningite ; les cellules qui forment le culot après centrifugation du liquide sont exactement les mêmes que celles que nous avons décrites plus haut dans l'épaisseur des méninges enflammées ; il est évident que ces cellules s'accumulent dans la grande cavité sous-arachnoïdienne, comme elles se tassent dans les mailles des tissus méningés ; on peut donc dire que la ponction lombaire, qui permet de les déceler, est une sorte de biopsie des méninges. Or l'étude cytologique du liquide céphalo-rachidien a prouvé que l'inflammation méningée est constante dans le tabes, comme nous l'avions annoncé autrefois en nous basant sur l'examen microscopique d'un certain nombre de moelles. De plus, et ce fait est important, elle a prouvé que la méningite est contemporaine des toutes premières manifestations du tabes, alors que les racines postérieures ne sont encore certainement pas atteintes : c'est même dans ces cas que l'on trouve la lymphocytose la plus marquée, comme si le processus inflammatoire déterminait un afflux d'autant plus considérable de lymphocytes qu'il est plus jeune. Une fois j'ai pu constater la lymphocytose avant tout symptôme de tabes chez un malade qui, ultérieurement, a présenté le signe d'Argyll-Robertson. Par conséquent, on doit affirmer que, *bien loin d'être la conséquence des lésions parenchymateuses du tabes, la méningite précède leur évolution* et préside en quelque sorte à leur formation.



Figure 10. — Coupe frontale ; *c*, commissure ; *m*, plaque de myélite.

Mais *la méningo-myélite syphilitique diffuse, ainsi que la lymphocytose, est commune à toutes les formes cliniques de la syphilis nerveuse ;* on la rencontre aussi bien dans l'artérite cérébrale, les différentes espèces de myélites syphilitiques et dans la paralysie générale que dans le tabes[1] ; *elle ne peut donc pas expliquer à elle seule les lésions des racines postérieures propres au tabes.* Il y a un lien étroit entre la méningite syphilitique et le tabes, puisqu'il n'y a pas de tabes sans méningite, mais ce lien n'est pas indissoluble, puisque la méningite peut exister sans tabes.

Pour trouver la lésion syphilitique qui est indissolublement liée au tabes, il faut chercher un peu plus loin, dans la portion des racines qu prend le nom de nerf *radiculaire.* Là nous allons rencontrer une lésion inflammatoire qui dérive évidemment de la méningite et qui est la cause efficiente de la dégénérescence radiculaire. Comme il s'agit de régions généralement peu connues, nous commencerons par une courte étude d'anatomie normale.

* * *

Les racines antérieures et postérieures parcourent successivement trois régions (fig 11). D'abord *incluses dans la moelle*, où leurs fibres sont dépourvues de gaine de Schwann, elles perforent la pie-mère et *traversent l'espace sous-arachnoïdien*, réparties en petits fascicules ; arrivées au contact de l'arachnoïde et de la dure-mère, *elles pénètrent dans une gaine conjonctive* qui leur est fournie par ces membranes. A une distance variable du point où elle a abordé la dure-mère (15 à 20 millimètres dans certaines régions), la racine postérieure rencontre le ganglion rachidien dans lequel elle s'éparpille ; la racine antérieure chemine à côté du ganglion ; plus bas, les fascicules de la racine antérieure se mêlent aux fascicules de fibres sensitives qui sortent du pôle périphérique du ganglion : dès lors le nerf périphérique est constitué.

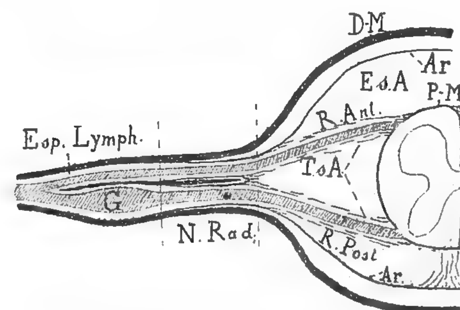


Figure 11. — Schéma des rapports des racines médullaires avec les méninges.
P.-M., pie-mère ; *Ar*, arachnoïde ; T.*s* A., tissu sous-arachnoïdien ; E *s*.A., espace sous-arachnoïdien ; D.-M., dure-mère ; R. *Ant.*, R. *Post.*, racines antérieure et postérieure ; G, ganglion ; N. *Rad.*, nerf radiculaire.

On donne le nom de *nerf radiculaire* à la portion des racines qui est comprise entre le

1. La méningite, au point de vue histologique, est identique, comme aspect et comme diffusion, dans toutes les lésions syphilitiques *en évolution* ; mais, au point de vue de sa durée, elle se comporte différemment suivant les cas, comme le montre la ponction lombaire. Dans les formes dites circonscrites, comme la myélite transverse ou l'artérite cérébrale provoquant une lésion en foyer, la lymphocytose peut disparaître au bout de quelques mois, et il ne se produit plus de nouvelles manifestations cliniques. Au contraire, dans le tabes et la paralysie générale, affections où l'évolution ne paraît pas s'arrêter, la lymphocytose persiste indéfiniment. Toutefois, cette règle n'est pas absolue, puisqu'on voit parfois la paralysie générale succéder à des lésions circonscrites du cerveau ou de la moelle.

point où les racines abordent la dure-mère et celui où la racine postérieure aboutit au ganglion. Dans cette portion les racines antérieure et postérieure sont situées en dehors du sac dural, mais elles sont enfermées dans une étroite gaine qui dérive de la dure-mère et qui est cloisonnée en compartiments distincts pour les différents faisceaux de chaque racine. Dans certaines régions, au lieu d'une gaine unique cloisonnée, il existe plusieurs gaines distinctes pour les différents fascicules.

Si nous suivons plus attentivement les racines depuis la moelle jusqu'à la périphérie, nous voyons que la pie-mère est perforée par les fascicules radiculaires, mais ne se continue pas sur eux, contrairement à ce qui a été avancé par quelques auteurs. Les fascicules radiculaires sont constitués par des tubes, munis de gaine de Schwann, reliés entre eux par un tissu connectif très délicat qui répond au *tissu intra-fasciculaire* des nerfs périphériques; tout autour du fascicule ce tissu forme une très mince membrane limitante. Bien qu'il soit en continuité avec la pie-mère, ce tissu connectif si ténu ne peut être considéré comme une dépendance de cette membrane, dont la texture est infiniment plus grossière.

Dans tout leur trajet sous-arachnoïdien les fascicules radiculaires sont entourés à distance par des faisceaux conjonctifs, des rubans, de fines membranes qui leur forment des gaines très lâches, plus ou moins complètes. Cet appareil dépend du tissu sous-arachnoïdien; il s'insère en haut à la pie-mère, en bas il se confond insensiblement avec l'arachnoïde. L'arachnoïde et le tissu sous-arachnoïdien confondus forment, dans le nerf radiculaire, une gaine mince qui, d'abord un peu écartée des fascicules nerveux s'applique bientôt exactement contre eux, c'est cette gaine qui se transforme progressivement en *gaine lamelleuse*. Elle est doublée par une gaine beaucoup plus épaisse, qui se soude bientôt à elle et qui est formée par un prolongement de la dure-mère. Aux dépens de cette gaine durale on voit progressivement se former un tissu qui n'est autre que le *tissu péri-fasciculaire* des nerfs périphériques.

Ainsi donc le tissu péri-fasciculaire provient de la dure-mère, la gaine lamelleuse de l'arachnoïde; quant au tissu intra-fasciculaire, il est en continuité avec la pie-mère, mais ne paraît pas dériver de cette membrane. Il résulte de cette disposition que l'espace sous-arachnoïdien communique directement avec les fentes lymphatiques de l'appareil de soutien des nerfs radiculaires. Celles-ci, comme celles des nerfs périphériques, communiquent vraisemblablement à leur tour avec les troncs lymphatiques, de sorte que *l'on peut considérer le nerf radiculaire et ses membranes comme une voie efférente pour la circulation lymphatique du système nerveux central.* Les fentes qui existent entre les lamelles des différentes enveloppes du nerf radiculaire constituent un *trajet rétréci et compliqué* entre le grand lac lymphatique du système nerveux central et les vaisseaux efférents.

Ces connexions sont, croyons-nous, très importantes au point de vue de la physiologie pathologique; il est vraisemblable que c'est à elles que sont dues les lésions fréquentes des nerfs radiculaires au cours des processus inflammatoires des méninges, quelle que soit, d'ailleurs, leur cause. Non seulement les inflammations de l'espace sous-arachnoïdien se propagent aux nerfs radiculaires, mais encore elles s'y renforcent et provoquent en ce point des lésions souvent énormes par rapport aux lésions méningées.

* * *

Le tabes est la conséquence d'un envahissement des nerfs radiculaires par le processus d'inflammation méningée syphilitique que nous avons étudié plus haut.

J'ai décrit cette lésion en 1894 et je lui ai donné le nom de *névrite radiculaire interstitielle transverse* pour indiquer son siège dans le nerf radiculaire, sa nature interstitielle ou conjonctive et, enfin, son analogie avec la myélite transverse syphilitique, tout au moins dans les formes lentes de celle-ci.

Il faut bien noter que *la névrite radiculaire n'est pas constante au cours de la méningite syphilitique*; *c'est une conséquence fréquente, mais non obligatoire de la lésion méningée*, ce qui explique pourquoi le tabes lui-même n'est pas constant au cours de cette méningite.

Par contre, *la névrite radiculaire est constante dans le tabes*. Sur dix cas que j'ai étudiés minutieusement elle n'a jamais manqué sur aucune des racines examinées, lorsque ces racines étaient atteintes par l'atrophie tabétique.

En dehors du tabes on peut trouver des lésions analogues qui sont la conséquence d'altérations méningées de nature non syphilitique; dans la méningite tuberculeuse (Ettlinger), dans des infections banales, dans les tumeurs cérébrales et certainement dans beaucoup d'autres circonstances, on peut voir évoluer des névrites radiculaires qui parfois affectent une certaine analogie avec la névrite tabétique. Ces inflammations, suivant leur durée et leur nature, peuvent donner ou ne pas donner lieu à des altérations parenchymateuses des racines; dans les tumeurs cérébrales elles amènent des lésions dégénératives subaiguës des racines postérieures et antérieures qui affectent une singulière analogie de systématisation avec le processus plus lent du tabes. On a voulu tirer de ces faits des arguments contre notre manière de voir; il nous semble au contraire qu'ils viennent à l'appui de nos déductions, car nous pensons que *le tabes n'est qu'un cas particulier de la pathologie des nerfs radiculaires*; ce qui crée son individualité c'est la *nature syphilitique* du processus inflammatoire qui lui donne naissance.

Dans un prochain article nous décrirons avec figures les formes multiples qu'affecte la névrite radiculaire transverse dans le tabes. Nous montrerons comment les éléments nerveux des racines antérieure et postérieure se comportent par rapport aux lésions inflammatoires de l'appareil conjonctif et comment en définitive le tabes dérive de cette localisation remarquable de la syphilis nerveuse.

MÉDECINE PRATIQUE

LE PHOSPHORE ET SES DÉRIVÉS DANS LA TUBERCULOSE

Le phosphore et ses nombreux dérivés : phosphures, acide phosphorique et phosphates, hypophosphites, glycérophosphates, lécithine, nucléine présentent dans la tuberculose une intéressante variété d'action thérapeutique. Ils offrent en quelque sorte une graduation insensible depuis l'action puissante et même par trop puissante du phosphore sur le système nerveux jusqu'à l'action très atténuée de certains phosphates: simples adjuvants de la nutrition ayant un rôle alimentaire plutôt que médicamenteux. Mais ces produits les moins énergiques ne sont pas les moins utiles à connaître. Bien acceptés par l'estomac, susceptibles même de combattre les troubles dyspeptiques, ils permettent chez bien des tuberculeux d'ajouter au traitement capital par l'hygiène une prescription d'allure pharmaceutique et médicamenteuse. Ils satisfont sans effet nuisible le *prurigo medicandi* si fréquent chez la plupart des malades français.

* * *

Le rôle du phosphore et des composés phosphoriques d'une part dans la nutrition générale, d'autre part dans la pathogénie de la dénutrition et de la cachexie tuberculeuses, apparaît de jour en jour plus considérable. « Sans phosphore écrit Bouchard, nulle cellule ne peut se former ni même subsister. » C'est surtout pour les cellules jeunes de nouvelle formation, pour celles qui interviennent soit dans l'accroissement, soit dans la réparation et la cicatrisation des tissus, que le phosphore est indispensable. Les leucocytes dont le rôle dans la défense phagocytaire et dans la réparation des lésions tuberculeuses est si important lui doivent leur activité. « Les tuberculeux, écrivent Gaucher et Barbier, ont besoin de grandes quantités de leucocytes, parce que, au niveau des lésions en formation, ils en détruisent beaucoup. Pour lutter avec avantage contre la maladie, la moelle osseuse fabrique des leucocytes et les met en charge dynamique au moyen du phosphore des phosphates osseux et des albumines, qu'elle emprunte à l'organisme si la nutrition n'est pas suffisante. » Dans cette simple phrase tient tout le problème théorique de la suralimentation, problème où la qualité phosphorique joue un plus grand rôle que la quantité des aliments.

L'acide phosphorique est d'autre part le principal véhicule pour l'introduction dans l'organisme et pour l'assimilation des sels de chaux. Le rôle des phosphates calcaires est prédominant pour la calcification et la crétification des tubercules, c'est-à-dire pour le seul mode de réparation anatomique des lésions si fréquentes ayant dépassé le premier stade et parvenues à la période de ramollissement.

Malheureusement et plus qu'avec une autre maladie (exception faite pour le diabète phosphaturique) la tuberculose entraîne une usure inutile, une déperdition considérable des phosphates de l'économie. Cette déperdition a lieu par la diarrhée, par les sueurs, par les crachats et par l'urine. Ces deux derniers modes de déperdition sont de beaucoup les plus importants. Les crachats tuberculeux renferment une quantité énorme de phosphates minéraux et organiques. La présence de la lécithine y a été souvent constatée. Les crachats purulents sont riches en nucléine et c'est même dans les noyaux des globules du pus que cette substance fut isolée par Miescher pour la première fois. Toutefois les crachats ne sont une cause de perte notable qu'aux périodes déjà avancées quand leur abondance augmente.

Dès le début, au contraire, la fuite des phosphates par l'urine est considérable. Elle apparaît dès qu'apparaît l'amaigrissement. Elle peut constituer un élément de diagnostic différentiel entre la pseudochlorose tuberculeuse et la chlorose vraie où les phosphates urinaires sont au contraire diminués. Dans la tuberculose, la quantité des phosphates atteint et dépasse 3 à 4 grammes par jour. Comme il y a presque toujours de la polyurie on voit que le chiffre normal de 2 gr. 50 par jour est de beaucoup dépassé.

Un certain nombre des traitements conseillés dans la tuberculose semblent même agir surtout

en diminuant cette déperdition des phosphates. C'est le cas pour la cure de repos. « Pendant la nuit, dit Gautier, on excrète par heure un neuvième de moins de phosphate que le jour. » Le repos prolongé dans la position horizontale tend à se rapprocher du repos nocturne. La moindre fatigue musculaire augmente au contraire la déperdition phosphatique. Ce mode d'action par l'épargne phosphatique se retrouve pour les aliments riches en graisse, pour les hydrates de carbone, pour les substances collagènes et la gélatine. La graisse sous toutes ses formes (huiles diverses, beurre, gras de jambon, lard, etc.,) épargne les phosphates organiques des albuminoïdes et diminue leur destruction. Ce serait même pour E. Bischoff la seule façon d'agir d'un médicament doué d'une efficacité incontestable : l'huile de foie de morue. Le sucre, les féculents possèdent en partie cette action des graisses; ils sont souvent bien mieux tolérés par l'estomac et constituent chez les dyspeptiques une ressource précieuse. L'alcool a les mêmes propriétés d'épargne et celles-ci justifient dans certains cas, en particulier par les temps humides et froids et pendant les périodes fébriles, son emploi raisonnable et modéré.

L'alimentation doit d'un autre côté être combinée pour fournir une surabondance de phosphates sans augmenter démesurément la dose d'albumine du régime, augmentation très coûteuse et très fatigante pour l'estomac. Le lait constitue à cet égard un des meilleurs aliments. Le lait de vache renferme par litre 3 grammes de triphosphates calcaires, et le lait de chèvres 6 grammes. On peut augmenter considérablement cette proportion en donnant aux animaux une nourriture spéciale. Amédée Latour tirait grand parti de ces laits minéralisés. Pour une vache, on peut par exemple mélanger chaque jour à la nourriture ordinaire 100 grammes d'un mélange renfermant quatre cinquièmes de poudre d'os et un cinquième de sel marin; 30 grammes de ce mélange suffisent pour une chèvre. Chez les tuberculeux soignés à la campagne, où il est si facile d'avoir une chèvre, le système de Latour n'est nullement à dédaigner. Le vin, la bière, renferment une quantité de phosphates beaucoup moindre que le lait mais atteignant encore 1 gramme par litre. Toutefois les phosphates disparaissent presque entièrement dans les vins plâtrés. — L'extrait de malt, difficile malheureusement à prendre en fortes quantités, en renferme jusqu'à 8 grammes par litre. La tisane de céréales, préparée en faisant bouillir dans un litre d'eau jusqu'à réduction aux deux tiers une cuillerée à bouche du mélange : blé, avoine, orge, seigle, maïs et son, renferme des phosphates sous une forme particulièrement assimilable. Les graines renferment en effet leurs phosphates sous une forme spéciale, les lécithines végétales, se détruisant plus tard au cours de la germination et de l'accroissement de la plante. La tisane de céréales dont Springer a montré l'utilité dans la croissance réussit également bien chez les tuberculeux. — D'autres aliments d'origine animale sont aussi fort riches en lécithine. La cervelle en renferme 3 gr. 16 et les jaunes d'œufs 8,43 pour 100. La moelle osseuse, et surtout la moelle osseuse jeune recueillie au niveau des cartillages costaux, est, elle aussi, très riche en nucéine et en lécithine.

Les huîtres enfin sont à la fois très riches en phosphates organiques et en phosphates calcaires. Elles renferment une poche sécrétant incessament ces derniers phosphates pour subvenir à la réparation et à l'accroissement de leurs coquilles. Elles aussi constituent un très bon aliment.

* * *

Parmi les modes d'administration pharmaceutique, le phosphore n'est au contraire qu'un médicament inutile et même dangereux. Il a été parfois conseillé sous forme d'huile de foie de morue phosphorée renfermant deux milligrammes de phosphore, par cuillerée, dose déjà considérable. J'ai vu autrefois d'assez nombreux malades traités par cette méthode. Un médecin de mon voisinage prescrivait en effet très fréquemment l'huile phosphorée, et s'était même acquis dans le traitement de la phtisie une réelle notoriété. Les malades en effet étaient tout d'abord enchantés du traitement. Ils éprouvaient une stimulation, un bien être remarquable, et surtout une diminution très notable des crachats. Mais le résultat final était nettement mauvais. La mort brusque par hémoptysie ou congestion pulmonaire était particulièrement fréquente. En cas d'emploi prolongé, l'action stéatosante du phosphore, s'ajoutant à celle des toxines tuberculeuses, serait certainement très nuisible.

Dans le cas très commun de neurasthénie s'ajoutant à la tuberculose, pendant les périodes de fatigue et de dépression nerveuse, on peut, avec beaucoup moins de risque, obtenir la même action stimulante par le phosphure de zinc. Dans les phtisies scrofuleuses torpides avec apathie et découragement les granules de phosphure de zinc à un ou deux milligrammes relèvent rapidement l'état général. Mais bien que le phosphure de zinc soit huit fois moins actif que le phosphore, il est prudent de ne pas dépasser un centigramme par jour, par granules d'un quart de centigramme. Pour éviter l'action stéatosante sur les viscères, il faut séparer chaque période d'administration d'une semaine par une période égale de repos.

L'acide phosphorique est rarement employé. En cas de fièvre et d'embarras gastrique la limonade phosphorique du codex constitue pourtant une excellente boisson rafraîchissante et tonique. Voici sa formule :

Acide phosphorique médicinal	2	grammes.
Eau	900	—
Sirop de sucre	100	—

On peut en donner un et même deux litres par jour. La limonade phosphorique est également très utile en cas d'hémoptisie ou surtout d'entérorragie.

Les hypophosphites dont Churchill avait fait le spécifique de la tuberculose paraissent posséder outre l'action stimulante commune à tous les dérivés du phosphore une action spéciale et très utile. Ils diminuent les oxydations organiques toujours augmentées chez les phtisiques et suppriment ainsi une des principales causes de dénutrition. Sous l'influence de leur emploi on observe presque toujours rapidement une augmentation réelle de l'appétit, un relèvement marqué des forces, une amélioration très marquée de l'anémie. C'est même dans la forme pseudochlorotique de la tuberculose que les hypophosphites trouvent leur meilleure indication. Rabuteau les rapproche comme action des ferrugineux. Mais, comme ceux-ci, les hypophosphites, à doses élevées, peuvent produire de l'éréthisme, des congestions, des hémoptysies. Aussi, bien qu'ils ne soient pas toxiques, faut-il toujours débuter par de faibles doses et ne les augmenter que très progressivement. On commencera par 50 centigrammes pour atteindre au plus 2 grammes par jour. L'hypophosphite de soude, plus soluble, est plus facile à administrer que l'hypophosphite de chaux. On peut prescrire, soit le sirop d'hypophosphite de soude du Codex renfermant 20 centigrammes par cuillerée à bouche, soit la solution suivante :

Hypophosphite de soude.	3	grammes.
Eau	120	—

Une cuillerée dans du lait une ou plusieurs fois par jour. Chaque cuillerée renferme 50 centigrammes.

Les phosphates alcalins présentent une pharmacologie un peu complexe. L'acide phosphorique étant tribasique, on trouve, en effet, pour chaque base, une triple série de sels. Chacune de ces séries possède des propriétés différentes. Le phosphate tribasique de chaux est absolument insoluble. Il agit à la façon des alcalins et des absorbants. Il est utile dans la dyspepsie acide. Mêlé aux cachets renfermant du tannin ou de la créosote, il en atténue beaucoup l'action irritante. Ce sel constitue le principe actif de toute une série d'anciennes préparations : poudre d'écaille d'huîtres, d'yeux d'écrevisses, de corne de cerf. La fameuse décoction blanche de Sydenham (où le Codex remplace aujourd'hui la corne de cerf par le phosphate tricalcique) est une excellente boisson antidiarrhéique. Le phosphate bibasique peu usité est également insoluble. Le phosphate monobasique ou acide est au contraire extrêmement soluble. Il a l'utilité générale des acides en cas d'anémie, de dyspepsie hypochlorhydrique. Le sirop de phosphate monocalcique du Codex renferme 40 centigrammes de sel par cuillerée à bouche. On peut également le donner en solution aqueuse.

Le lactophosphate, le chlorhydrophosphate de chaux sont des combinaisons mal définies ou plutôt une simple dissolution du phosphate tribasique insoluble par l'acide lactique ou par l'acide chlorhydrique. Donné en nature, c'est sous forme de chlorhydrophosphate que le phosphate insoluble paraît assimilé par l'estomac. Les solutions aqueuses constituent, en raison de la solubilité, un mode très commode d'administration. On prescrira :

Lactophosphate de chaux.	15	grammes.
Eau	300	—

Une cuillerée à bouche (1 gramme de lactophosphate) à chacun des trois repas.

La même formule peut servir pour le chlorhydrophosphate et pour le biphosphate de chaux. Cette solution est beaucoup plus active que les sirops préparés pour les mêmes sels avec la formule du Codex et renfermant seulement 25 centigrammes de phosphate par cuillerée à bouche.

Le phosphate de soude assez facilement soluble est souvent donné comme purgatif à haute dose, 30 et 40 grammes à la fois; à faible dose, 1 à 5 grammes par jour, il est très facilement accepté et toléré par l'estomac. On préfère, en général, les phosphates calcaires pour avoir simultanément l'action de l'acide phosphorique et celle des sels de chaux. En cas de tuberculose chez un diabétique, le phosphate de soude qui paraît avoir une action contre la glycosurie aurait néanmoins une indication spéciale. Dujardin-Beaumetz conseillait fréquemment le vin phosphaté de soude et de potasse, préparation d'un goût agréable et très bien acceptée même par les enfants.

Phosphate de soude.	6	grammes.
Phosphate de potasse.	3	—
Sirop d'écorces d'oranges amères.	60	—
Vin de Banyuls.	200	—

Un verre à liqueur à la fin de chaque repas. Ce vin est légèrement laxatif.

* * *

D'intéressantes tentatives ont été faites pour combiner l'acide hypophosphoreux ou phosphorique avec une base active par elle-même; la créosote, et obtenir ainsi une double efficacité. Ces sels (ou plutôt ces éthers) se rapprochent plutôt, dans leurs effets, de la créosote que des hypophosphites et des phosphates. D'ailleurs le phosphate de créosote renferme 80 pour 100 de créosote, 20 pour 100 seulement d'anhydride phosphorique. Le tannophosphate contient 76 pour 100 de créosote, 19 pour 100 d'anhydride et 5 pour 100 de tannin. Dans le phosphite de créosote, la créosote est encore plus prédominante (90,5 pour 100 de créosote pour 9,5 pour 100 d'acide phosphoreux).

L'emploi continu et prolongé du phosphate ou du tannophosphate aurait cependant, d'après Lorot, un retentissement spécial sur le système nerveux. On voit survenir des polynévrites analogues aux polynévrites toxiques. Ces polynévrites phosphocréosotées s'observent (comme les

polynévrites alcooliques) surtout chez la femme. Elles sont beaucoup plus fréquentes chez les malades traités peu auparavant ou simultanément par l'arsenic. Curables d'ailleurs, elles s'annoncent par de la faiblesse des jambes, des douleurs vagues, des crampes, une tendance au steppage. Ces premiers signes d'intolérance doivent être bien connus. On doit s'en souvenir dans l'emploi continu de toutes les préparations phosphorées.

Il est par suite difficile de donner le phosphate de créosote à doses suffisantes et suffisamment suivies, pour constituer vraiment la médication phosphatée. A la longue sous l'influence de son emploi, les malades maigrissent d'ailleurs plutôt qu'ils n'engraissent. Mais employé temporairement ce médicament possède une action spéciale, d'une part contre les sueurs, d'autre part contre les vomissements produits par la toux gastrique. La meilleure formule est l'émulsion indiquée par Brissonnet.

Phosphate (ou tannophosphate) de créosote . . .	25 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.	70 —
Gomme arabique	10 —
Eau distillée de fleurs d'oranger Q. S. pour	125 —

Une cuillerée à café d'émulsion renferme 1 gramme de phosphate ou de tannophosphate.

Incorporé à l'huile de foie de morue (10 grammes de sel pour 240 grammes d'huile), le phosphate et le tannophosphate sont également bien supportés par l'estomac. Ils restent contre-indiqués en cas d'hémoptysies ou de tendance aux poussées congestives.

Le phosphite de créosote au contraire, en raison de son action irritante sur l'estomac, ne peut guère être donnée qu'en lavement. C'est un médicament très actif produisant facilement des poussées congestives, de l'insomnie, un amaigrissement rapide. Mais il semble parfois avoir une action directe et utile contre la fièvre et l'infection tuberculeuse. Son emploi doit toujours être exceptionnel et surveillé. Voici la meilleure formule de lavement.

Laudanum de Sydenham.	X gouttes.
Phosphite de créosote . .	1 à 2 grammes.
Jaune d'œuf.	n° 1
Huile d'olives	30 —
Lait.	150 —

Dans une toute autre série d'autres préparations, l'activité spéciale est due non à la base mais à une combinaison organique de l'anhydride phosphorique. Ces produits se rapprochant des dérivés phosphorés organiques, sont aussi intéressants que les dérivés organiques de l'arsenic. L'un d'entre eux, l'acide phosphomannitique, n'a été étudié jusqu'ici qu'à l'état de phosphomannitate de fer, et les préparations ferrugineuses sont toujours d'emploi délicat dans la tuberculose, même en cas d'anémie. La lécithine, les glycérophosphates, seront au contraire, en cas d'anémie et de neurasthénie tuberculeuses, des toniques excellents.

Les glycérophosphates constituent peut-être le mode d'action final de la lécithine. Celle-ci en effet se transforme en acide glycérophosphorique et en acide gras, sous l'influence du suc pancréatique. La même transformation s'obtient sous l'influence de la chaleur. A 70° la lécithine brunit et se décompose. Les nombreux aliments renfermant de la lécithine (jaunes d'œufs, laitance, cervelles, etc.), subissent donc cette décomposition par la cuisson. Dans la décoction des céréales, des composés organiques se forment, d'après Springer et Schulze, par hydratation des lécithines végétales.

Les glycérophosphates déterminent facilement un peu de fatigue stomacale. On diminue beaucoup cette action irritante en mélangeant dans les cachets aux glycérophosphates partie égale de bicarbonate de soude.

Si l'intolérance persistait, on aurait recours aux injections sous-cutanées.

Eau.	4 grammes.
Glycérophosphate de soude. .	1 —

Ces injections sont toujours bien tolérées et d'un effet remarquable. Elles renferment par seringue de Pravaz ordinaire : 0 gr. 25 centigr.

La lécithine au contraire est bien tolérée par l'estomac. Mais son goût paraît souvent très peu agréable. Elle n'est pas toxique même à hautes doses. Dans leurs expériences, Bernheim et Tabary ont obtenu des résultats déjà satisfaisants aux doses minimes de 25 à 50 centigrammes par jour. Ces doses peuvent être facilement données en dragées ou en pilules dosées chacunes à 5 centigrammes de lécithine. En injections sous-cutanées, la dose utile peut être réduite de moitié et varie de 10 à 25 centigrammes. Cette dose peut facilement être dissoute dans 2 ou 3 centimètres cubes d'huile stérilisée. Employée par l'une ou l'autre voie, la lécithine paraît rapidement produire chez les tuberculeux une modification [1] dans les échanges nutritifs, se traduisant par une diminution immédiate de l'élimination du phosphore et une tendance à l'élévation progressive du coefficient d'utilisation azotée, c'est-à-dire extrêmement favorable.

A. F. Plicque.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

3 Décembre 1902.

Sur la suture osseuse par agrafes. — *M. Reclus* à propos des agrafes métalliques de Jacoël dont il a été question dans une des dernières séances, fait remarquer qu'il y a deux ans déjà M. Anghel (de Jassy, Roumanie) avait imaginé et utilisé des agrafes tout à fait analogues, ainsi qu'en témoigne le dessin que M. Reclus présente à la Société.

M. Quénu répond que, si l'on en juge précisément d'après ce dessin, les agrafes de M. Anghel ne ressemblent que grossièrement à celles de Jacoël dont la disposition est tout à fait originale.

Sur l'appendicite. — *M. Michaux* déclare nettement qu'il se range parmi les temporisateurs dans le traitement des appendicites aiguës, que tous les jours il voit le champ de la temporisation et du refroidissement s'agrandir et qu'il obtient de cette méthode, bien conduite et poussée à fond, des résultats excellents.

La première condition d'un bon refroidissement est l'observation régulière (toutes les trois heures) de la température et du pouls : les tracés ainsi obtenus renseignent d'une façon pour ainsi dire mathématique sur la marche de la maladie. Les applications de glace sur l'abdomen doivent également être l'objet de tous les soins du chirurgien : ces applications doivent être faites largement, directement et d'une façon continue ; la glace est renouvelée toutes les trois heures. Ce traitement est complété par l'immobilisation sévère, la diète et l'opium ; il est suivi pendant trois semaines ou un mois, quelquefois plus. Dès les premiers jours, souvent dans les premières heures, on voit la température et le pouls baisser, le ventre s'assouplir, les vomissements cesser, l'état général s'améliorer rapidement.

Grâce à cette méthode, M. Michaux a pu triompher des formes les plus graves d'appendicite, considérées comme fatales par certains de ses collègues. Il pense que la méthode du refroidissement ne calme pas seulement les péritonites commençantes les plus sérieuses, mais qu'elle favorise la phagocytose et la disparition de bon nombre de collections péritonéales purulentes : il en a vu au moins trois exemples des plus nets.

M. Michaux a observé depuis le commencement de 1902, tant en ville qu'à l'hôpital, 50 cas d'appendicite, dont 45 ont été opérés : 39 à froid avec 39 guérisons, et 6 à chaud avec 4 guérisons et 2 morts. Les 5 autres malades se sont déclarés satisfaits de leur refrodiissement et n'ont pas accepté l'opération.

M. Michaux a cependant perdu un malade qu'il traitait par le refroidissement pour une crise très grave d'appendicite aiguë. Mais c'était un homme âgé, gras, albuminurique ayant en plus un fonctionnement intestinal des plus défectueux.

M. Michaux reste donc de plus en plus partisan de la temporisation et du refroidissement suivi ultérieurement de la résection à froid dans le traitement des appendicites aiguës. Il n'admet comme exception à cette règle que les cas de péritonite généralisée ou de collections purulentes résistant manifestement au refroidissement sévère qu'il a préconisé tout à l'heure.

M. Potherat n'admet pas la division des chirurgiens en interventionnistes et non interventionnistes en matière d'appendicite. Nous sommes tous, dit-il, des opportunistes, interventionnistes quand nous le jugeons opportun, non interventionnistes à l'occasion.

M. Potherat n'opère donc pas toutes les appendicites. Il s'abstient dans deux circonstances :

1° Lorsque l'attaque a été légère ou extrêmement passagère ; mais si cette attaque se renouvelle même sous une forme légère, il propose l'intervention : l'observation nous montre, en effet, qu'à plusieurs attaques légères peut succéder tout à coup une attaque d'une extrême gravité.

2° Lorsqu'après une attaque plus ou moins violente il y a *évacuation du pus par les garde-robes*, si toutefois cette évacuation s'accompagne de la disparition de tous les accidents : c'est là il est vrai un mode exceptionnel de guérison.

En dehors de ces deux ordres de faits et des malades *in extremis*, M. Potherat opère tous les malades atteints d'appendicite, mais il les opère à une heure qui varie avec le stade de la maladie ou avec la forme de l'attaque, et suivant que l'appendicite est subaiguë ou aiguë.

En présence d'une *appendicite à évolution subaiguë* ou en voie de résolution M. Potherat temporise de parti pris : l'expérience nous apprend en effet que, dans ces cas, le plus souvent, la maladie marche vers une évolution plus ou moins complète. L'opération sera donc faite à froid. Il est bien entendu que si, au contraire, les symptômes indiquent la formation d'un abcès, il faut opérer sans retard et évacuer le pus. En pareil cas, M. Potherat ne se contente pas d'évacuer le pus et de drainer; mais il complète son intervention par le lavage de la poche à l'eau stérilisée. Quant à l'appendice, il cherche toujours à l'enlever et il y réussit presque toujours : il évite ainsi non seulement la formation d'une fistule parfois persistante, mais encore toutes les infections secondaires graves du côté du foie, des plèvres, etc. qu'on a vu succéder à l'abandon dans l'abdomen d'un appendice altéré.

En résumé, M. Potherat opère à froid les appendicites subaiguës ou en voie de résolution au moment où il les voit; mais que convient-il de faire en présence d'une *appendicite aiguë*, quand on est appelé auprès du malade dès les premières heures? C'est bien ici qu'est le nœud de la question, que réside le désaccord entre les chirurgiens! Personnellement, M. Potherat est pour l'intervention précoce, et ce, pour la raison capitale que, pour une appendicite au début, personne ne peut dire ce que sera l'évolution ultérieure de la maladie, si cette évolution sera simple, si elle aboutira à la formation d'un abcès ou si très rapidement il ne se fera pas une gangrène de l'appendice avec ses conséquences mortelles. Faire dans ces cas de l'expectation armée, c'est-à-dire attendre pour intervenir qu'il y ait de la douleur, du ballonnement ou de la rétraction du ventre, des vomissements, etc., c'est s'exposer à intervenir le plus souvent trop tard, et n'est-il pas évident que le meilleur moment pour opérer, c'est celui où les accidents n'ont pas encore éclaté?

M. Potherat passe rapidement sur l'argument que l'opération faite à chaud expose à l'éventration; celle-ci n'est pas plus à craindre qu'à froid, les faits le démontrent chaque jour, et encore la verrait-il se produire d'un cœur léger s'il avait la satisfaction d'avoir sauvé son malade.

Quelques chiffres de statistique pour terminer:

En 1900, 1901 et 1902, M. Potherat a opéré 115 malades dont 79 à froid avec 79 guérisons, et 36 à chaud avec 25 guérisons et 11 morts. Parmi ces 11 morts figurent 5 cas de péritonite généralisée; par contre, dans les cas de guérison, il faut compter 5 autres péritonites diffuses.

Amputations ostéo-plastiques fémoro-rotuliennes. — *M. Chauvel* fait un rapport sur quatre observations adressées à la Société par *M. Bussière* (de l'armée coloniale) et dans lesquelles cet auteur a apporté successivement quelques modifications à l'opération de Gritti. La première a consisté à

1. Claude et Zaki. — *La Presse Médicale*, 1901, 28 Septembre.

conserver avec soin tous les tissus fibreux et les tendons et à réunir par des sutures en U le ligament rotulien aux tendons des muscles postérieurs de la cuisse et à ceux de la patte d'oie. Chez un deuxième opéré, M. Bussière a cherché à assurer le contact de la coupe du fémur par deux fils d'argent latéraux. Enfin chez les deux derniers opérés il a cherché à utiliser la plus grande partie de la rotule et à conserver une plus longue portion du fémur; il a donc fait: 1° l'abrasion de la surface articulaire rotulienne parallèlement à ses deux plans, de façon à former un dièdre dont l'angle saillant est en moyenne de 130°; 2° la section du fémur suivant un angle dièdre rentrant à arête antéro-postérieure, mortaise destinée à recevoir le coin rotulien. Combinée avec la suture osseuse, cette section angulaire devait, dans l'esprit de l'auteur, assurer une coaptation parfaite et un col osseux solide.

Malheureusement toutes ces modifications ne semblent pas avoir donné les résultats espérés : sur les quatre malades de M. Bussière un seul est cité comme ayant marché avec un appareil. Il est donc à craindre que malgré ces modifications, l'opération de Gritti ne continue à jouir, au moins en France, de la défaveur qui l'a accueillie dès sa naissance.

Opération de Brophy pour division congénitale du voile du palais. — *M. Sebileau* présente un jeune enfant qu'il a opéré à l'âge de deux mois d'une division du voile du palais, en employant le procédé de Brophy. Ce procédé consiste essentiellement à mobiliser les deux maxillaires supérieurs, puis à les rapprocher et à les maintenir rapprochés à l'aide de fils d'argent. D'après son auteur cette opération serait simple, facile, élégante et donnerait presque toujours d'excellents résultats. Or, tel n'est pas l'avis de M. Sebileau qui juge l'opération difficile, compliquée et des moins élégantes. L'enfant qu'il présente à la Société s'est trouvé à la suite de l'intervention dans un état très précaire. Cependant il a survécu, il a aujourd'hui une voûte palatine bien restaurée, et même, chose étonnante *a priori*, il ne présente pas d'atrophie notable de la mâchoire supérieure.

Malgré ses difficultés et ses dangers opératoires, il y a donc quelque chose de bon dans l'opération de Brophy et elle mérite d'être étudiée et expérimentée davantage.

M. Kirmisson fait également remarquer que, chez les très jeunes enfants, le massif du maxillaire supérieur est tellement réduit qu'on a peine à passer un fil entre le rebord de l'orbite et les rebords alvéolaires; d'autre part, la mobilisation et le rapprochement des maxillaires paraissent beaucoup plus difficiles que ne le dit Brophy; enfin, comme il existe presque toujours une asymétrie énorme entre les deux lèvres de la fente palatine, il en résulte que, vînt-on même à les juxtaposer, leurs bords ne se correspondraient pas exactement. En réalité, le procédé de Brophy présente dans son exécution des difficultés assez grandes, mais il est intéressant et mérite d'être expérimenté.

Exulceratio simplex de l'estomac à grande hémorragie; mort malgré l'intervention. — *M. Tuffier* présente l'estomac d'une jeune femme qui était entrée dans son service pour des hématémèses qui s'étaient produites pour la première fois la veille, mais qui, depuis, s'étaient reproduites à plusieurs reprises et avec une abondance inquiétante. M. Tuffier pensant à un ulcère de l'estomac fit une gastrotomie postérieure, mais ne parvint pas, malgré une exploration des plus minutieuses, à découvrir la source de l'hémorragie. Il se contenta donc de faire une gastroentérostomie pour mettre la région pylorique au repos au cas où elle serait, comme cela arrive souvent, le siège de l'ulcère. Or, dans les heures qui suivirent, les hémorragies se répétèrent et la malade succomba dans la nuit.

A l'autopsie, ce n'est qu'à grand peine qu'on parvint à découvrir sur la petite courbure une très petite exulcération au centre de laquelle on apercevait la lumière d'un minuscule vaisseau.

C'est là un nouvel exemple qui montre que dans les hémorragies gastriques il n'est pas toujours aussi simple qu'on pourrait le croire de trouver et de lier le vaisseau qui donne.

M. Hartmann a eu, il y a quelques années, l'occasion d opérer un cas tout à fait identique à celui de M. Tuffier. Il pense qu'en présence de ces grandes gastrorragies il faut s'abstenir, en général, d'intervenir chirurgicalement, cette intervention étant suivie de la mort des malades 70 fois sur 100. C'est au traitement médical qu'il faut recourir; sa mortalité est bien moins élevée.

J. Dumont.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

5 Décembre 1902.

Hypertrophie graisseuse du médian. — *M. Durante*, en pratiquant l'autopsie d une femme de vingt-huit ans morte de néphrite suraiguë, a trouvé, en partant d'une cicatrice de l'avant-bras, une lésion du nerf médian qui avait déjà motivé une intervention chirurgicale et qui était constituée par une hypertrophie graisseuse diffuse du nerf. Il s'agit peut-être d'un névrome s'accompagnant d'adipose.

Anomalie cardiaque. — *M. Durante* montre un cas de malformation cardiaque consistant en une communication interventriculaire, trouvée à l'autopsie d'un petit débile de la Maternité.

Kyste congénital du foie. — *M. Durante* a trouvé chez un nouveau-né mort d'entérite un kyste unique en plein parenchyme hépatique, à contenu limpide et incolore. Il s'agit vraisemblablement d'une ectasie d'un canal biliaire; l'examen histologique de la paroi sera pratiqué.

Appendicite et adénopathie d'origine appendiculaire. — *MM. Mauclaire et Menet* communiquent un cas d'adénopathie rétro-cæcale volumineuse constatée en opérant une appendicite à répétition du service de M. Picqué. Ils en concluent qu'il y a intérêt en pareil cas, au cours de l'intervention, à enlever les ganglions hypertrophiés, car ils étaient peut-être la cause de la réapparition des crises douloureuses.

Un cas rare de pseudo-hermaphrodisme; homme marié comme femme et réglé. — *MM. Barth et Léri* présentent les pièces d'un sujet de soixante-quinze ans qui, entré dans la salle des femmes, avait toujours vécu comme femme, avait été marié comme tel et prétendait avoir été très régulièrement réglé depuis dix-huit ans jusqu'à cinquante-cinq; or, l'examen clinique avait déjà laissé supposer qu'il s'agissait d'un homme; l'examen anatomique le confirma. Le pénis, sessile sur toute son étendue, a 4 centimètres de long, mais 8 centimètres de circonférence; il se termine par un gland entouré d'une couronne peu saillante, d'un large sillon balano-préputial et d'un prépuce minuscule.

L'orifice pseudo-vaginal a 2 centimètres de haut et laisse facilement passer le doigt; il n'y a ni caroncules ni aucune trace d'hymen. Au-dessus et au-dessous de cet orifice par lequel sort l'urine, le périnée a sur 3 centimètres un aspect demi-cicatriciel entre l'orifice et l'extrémité du pénis d'une part, l'anus d'autre part.

De chaque côté de ce vagin, des replis cutanés flasques et vides présentent des sillons presque transversaux.

Au devant du pubis deux saillies ovalaires contiennent des organes qui ont la forme et la consistance de testicules de vieillard; ils sont pédiculés, et le pédicule entre dans le bassin en contournant le bord supérieur du pubis.

Le toucher ne montre au fond du vagin, profond de 6 centimètres, aucune trace d'utérus.

Les seins sont ceux d'un homme; le thorax et l'abdomen rappellent celui de l'homme; le système pileux est peu développé, le cartilage thyroïde est peu saillant.

A l'autopsie, les deux organes qui se trouvent au devant du pubis ont tout à fait l'aspect de testicules entourés de leur vaginale, ils en présentent aussi l'aspect à la coupe et à l'examen histologique; ils sont reliés au fond de l'infundibulum pseudo-vaginal par un épididyme et un canal déférent qui offre une ampoule à sa terminaison; à chaque canal déférent est annexée une vésicule séminale canaliculée, et les quatre canaux s'unissant dans la paroi du cul-de-sac s'ouvrent par un unique orifice filiforme sur la paroi antérieure du fond de ce cul-de-sac. A 1 cent. 1/2 au-dessous s'ouvre un large orifice vésical sur la paroi antérieure de ce cul-de-sac à paroi épaisse et fibreuse et à muqueuse blanche semblable à celle de l'urètre et non du vagin.

Le bassin est étroit, il n'y a pas trace d'ovaire. Quant au rectum, il est fort large; l'anus est infundibulaire et dilaté, et il est probable que les rapports sexuels ont eu lieu par l'anus.

Ce qui, chez ce sujet masculin, mérite surtout de fixer l'attention, c'est l'existence nettement et à plusieurs reprises affirmée de règles régulières et prolongées.

Ankylose par fusion osseuse centrale. — *M. P. Fredet* montre un coude, recueilli sur un jeune sujet et ankylosé à angle obtus. Les os ne présentent aucune déformation ni trace de fracture. Les surfaces articulaires sont entièrement fusionnées. Le tissu spongieux de l'humérus se continue sans ligne de démarcation avec celui du radius et du cubitus. Cependant, les mailles en sont plus serrées au niveau de l'ancien interligne. Il n'est pas possible d'avoir des renseignements certains sur la pathogénie de cette ankylose. La malade assure qu'elle se serait développée à la suite d'une chute sur le coude.

Lésions hépatiques produites par les injections intra-portales de naphtol; leur réparation. — *MM. Nobécourt et Bigart* ont injecté dans la veine porte des lapins des paillettes de naphtol. Ils ont ainsi produit des ulcérations hépatiques étendues dont ils étudient le détail histologique. Ces lésions se réparent rapidement, d'une part par division karyokinétiques des cellules hépatiques, d'autre part par prolifération et glissement des cellules des voies biliaires qui s'insinuent dans la partie déshabitée du lobule hépatique et se raffermissent ensuite en cellules glandulaires.

Monstre anencéphalien (genre dérencéphale. — *M. Constantin-Daniel* montre le cadavre d'un fœtus de sept mois et demi, de sexe féminin, mort pendant le travail, et qui constitue une monstruosité relativement rare. C'est un exemple d'anencéphalien du genre dérencéphale : tête sans front et sans vertex, non surmontée de tumeur fongueuse, enfoncée entre les épaules.

Au point de vue squelettique, le crâne est largement ouvert en haut; tous les os de la voûte (frontal, pariétal, temporal) manquent complètement et il est impossible de reconnaître le trou occipital, car la partie postérieure de l'occipital manque également; le canal rachidien, peu atteint, est ouvert à sa partie supérieure; l arrêt de développement atteint les premières vertèbres cervicales supérieures, et plus bas la colonne vertébrale est normale.

Au point de vue viscéral, la base du crâne, contrairement aux pseudencéphales, n'est pas surmontée d'une tumeur fongueuse : il n'y a ni cerveau, ni vestige d'encéphale; la base du crâne est recouverte par une membrane mince, d'un rouge foncé, recouvrant une très mince couche de tissu caverneux et se perdant dans le canal rachidien.

La dissection des nerfs craniens sera communiquée ultérieurement.

Cancer développé sur un lupus. — *M. Morestin* communique deux cas de cancer développé sur des lupus étendus et très anciens de la joue. Un de ces cas ne put bénéficier que d'un simple curettage; mais l'autre cas était susceptible d'un traitement plus complet: la tumeur fut extirpée, bien qu'elle couvrît presque toute la joue. L'autoplastie fut pratiquée immédiatement à l'aide d'un grand lambeau cervical prélevé sur les régions sus et sous-hyoïdiennes et la plaie d'emprunt comblée par un grand décollement. L'opération date du commencement de Juin, et jusqu'ici la guérison persiste.

Abcès froid sous-mammaire. — *M. Morestin* a observé un abcès froid sous-mammaire, simulant une tumeur du sein, mais cependant indépendant de la glande, de même que de la paroi thoracique. L'extirpation a révélé des ganglions axillaires tuberculeux que la palpation n'avait pas permis de sentir. L'abcès froid est d'origine axillaire.

Cancer du côlon pelvien. — *M. Morestin* présente un cancer du côlon pelvien ayant déterminé une occlusion intestinale qu'on dut traiter par un anus artificiel. Plus tard, quand on extirpa la tumeur, la malade succomba à des accidents pulmonaires.

Luxation de la rotule. — *M. Morestin* communique un cas de luxation incomplète de la rotule en dehors, datant de l'enfance.

Gangrène de la langue chez le chien. — *M. Petit* (d'Alfort) apporte une pièce de gangrène de la masse de la langue chez un chien, conséquence probable d'une glossite infectieuse.

Péricardite tuberculeuse chez le chien. — *M. Petit* montre trois cas de péricardite adhésive, chronique, tuberculeuse chez le chien. La séreuse est recouverte de villosités, quand on en a séparé les feuillets, ce qui n'est que partiellement possible.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

5 Décembre 1902.

Le bacille d'Eberth dans le sang des typhiques. — *MM. J. Courmont et Ch. Lesieur* (de Lyon) confirment les conclusions d'un précédent travail de l'un d'entre eux basées sur 9 observations, en y ajoutant 28 observations nouvelles.

De leurs 37 cas (formes moyennes ou graves chez des adultes), il résulte que la présence du bacille d'Eberth est constante dans le sang des typhiques, depuis les premiers jours jusqu'à la fin du troisième septénaire. Pour la mettre en relief, il importe d'ensemencer 2 à 4 centimètres cubes de sang dans 250 à 300 centimètres cubes de bouillon ordinaire, ou mieux, d'eau peptonée sodée. Le retard observé assez fréquemment dans le développement des cultures (cinq jours) tient probablement davantage à l'action empêchante du sérum typhique qu'au petit nombre des microbes du sang. La culture du sang est un procédé de diagnostic précoce, surtout précieux dans les cas à séro-réaction retardée.

M. Widal. Depuis que M. Courmont a présenté ses premières recherches, j'ai d'abord, avec l'aide de M. Lutier et ensuite avec l'aide de MM. Lemierre et Gadaud, pratiqué systématiquement l'ensemencement du sang de tous les typhiques de mon service, en suivant la technique qu'il a recommandée.

En divisant nos cas en deux catégories, suivant que la forme était légère ou intense, nous arrivons à la statistique suivante :

Dans 5 formes légères examinées du cinquième au douzième jour de la maladie, le bacille ne put être isolé du sang.

Dans 20 cas, moyens ou graves, le bacille recherché dans le sang du cinquième au quinzième jour de la maladie fut trouvé 17 fois.

Dans tous les cas légers ou graves que nous venons de rapporter, l'agglutination était présente.

Nous n'avons donc pas pu isoler le bacille dans tous nos cas, mais nous l'avons parfois décelé dès les premiers jours de la maladie.

Dans un cas douteux, à séro-réaction retardée, cette recherche, comme le disent MM. J. Courmont et Lesieur, peut donc devenir un succédané de l'agglutination.

La constatation si fréquente du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques est, en tout cas, un des faits les plus intéressants qui aient été ajoutés en ces dernières années à l'histoire bactériologique de la dothiénentérie. Elle nous montre que dans la période d'état des formes intenses, l'infection ne reste pas localisée à l'intestin et à ses annexes; le bacille se généralise dans le sang, comme dans une septicémie, et cette généralisation semble caractériser une période de l'infection.

Hémorragie de la protubérance sans syndrome de Millard-Gubler. — *MM. Edg. Hirtz et Salomon* rapportent l'observation d'un malade qui eut un ictus apoplectique suivi d'hémiplégie croisée des membres et de la face, s'accompagnant de contracture, d'exagération des réflexes, de dysarthrie et d'hémi-anesthésie sensitive. A l'autopsie, on trouva un foyer hémorragique intéressant surtout les étages moyen et inférieur de la protubérance malgré l'absence, pendant la vie, de paralysie alterne, et laissant à peu près indemne l'étage supérieur. Les auteurs passent en revue les différents symptômes que l'on a rattachés à une lésion protubérantielle, et concluent qu'en l'absence du syndrome de Millard-Gubler, il est difficile d'affirmer cette localisation.

La radiographie du crâne et le diagnostic de l'acromégalie. — *M. Béclère* montre, par une série de radiographies, que ce procédé peut aider au diagnostic de l'acromégalie en révélant l'hypertrophie irrégulière des parois craniennes, la profondeur exagérée des sinus frontaux et les dimensions notablement augmentées de la fosse pituitaire.

Régurgitations électives. — *M. Dufour* rapporte l'observation d'un malade qui, après les repas, rejetait les premiers aliments ingérés. Ce malade était porteur d'un rétrécissement œsophagien, et la radiographie, faite après l'ingestion de bismuth, montra qu'il existait un diverticule au-dessus du rétrécissement. La présence de ce diverticule explique les symptômes observés.

Persistance des douleurs du zona et lymphocytose. — *M. Achard* rapporte un fait qui confirme l'opinion émise par M. Chauffard dans une précédente séance, à savoir que dans les cas de zona à douleurs prolongées, la lymphocytose du liquide céphalorachidien persiste également très longtemps.

E. de Massary.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

2 Décembre 1902.

Rapport sur le prix Saintour. — *M. Pozzi* lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Saintour.

Rapport sur le prix Alvarenga. — *M. Troisier* lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Alvarenga.

Le gélo-diagnostic des selles dans la fièvre typhoïde. — *M. Décobert.* M. Chantemesse a communiqué le 20 Mai 1902 à l'Académie un procédé nouveau pour l'isolement du bacille typhique. M. Décobert a appliqué ce procédé à l'étude des selles de typhiques dans le service du professeur Chantemesse, dans le but de constater la présence ou l'absence du bacille aux différentes périodes de la fièvre typhoïde.

Ses examens portent sur vingt-trois malades. Chez cinq d'entre eux, gardés pendant quelques jours en observation comme douteux, et pour lesquels le séro-diagnostic avait été négatif, il n'a pu, malgré des examens répétés, constater une seule fois la présence du bacille typhique dans les selles. La clinique, d'ailleurs, est venue confirmer ces résultats, puisque aucun d'eux n'a eu la dothiénentérie.

Pour 16 autres malades, le séro-diagnostic ayant été positif dès leur entrée dans le service, l'examen des selles permit, dans tous les cas, de constater la présence de germes typhiques en assez grand nombre.

Chez deux autres, l'un au sixième, l'autre au septième jour de la maladie, la séro-réaction de Widal, négative au moment de leur admission, devint positive dans la suite. Dès l'entrée à l'hôpital, le gélo-diagnostic permit de déceler la présence du bacille typhique. Dans les garde-robes l'élimination du bacille d'Eberth par l'intestin aux différentes périodes de la fièvre typhoïde a été suivie par des recherches répétées. Pendant la période fébrile, il a été trouvé constamment.

Chez 8 malades apyrétiques depuis cinq à six jours le bacille typhique fut trouvé presque à chaque examen.

Une malade guérie, apyrétique depuis quinze jours fournit, le matin même de son départ de l'hôpital, de nombreuses colonies typhiques dans ses garde-robes. L'examen renouvelé dix-huit jours plus tard, alors que cette femme revenue chez elle avait repris sa vie ordinaire et sa santé apparente, montra encore dans les selles le bacille d'Eberth. Une seconde malade, apyrétique depuis onze jours, semblait entièrement libérée de ses bacilles le jour de son départ.

Ces examens, au nombre de 126 portant sur 18 malades, permettent d'exposer les conclusions suivantes :

1° La méthode du gélo-diagnostic est véritablement clinique puisqu'elle n'exige que dix-huit à vingt-quatre heures pour donner un résultat.

2° Cette méthode permet de trouver dans les selles des typhiques le bacille de la fièvre typhoïde dans tous les cas où la maladie est bien caractérisée cliniquement et où le séro-diagnostic est positif.

3° Sur deux examens de cas récents, alors que le séro-diagnostic était encore négatif et les symptômes frustes, le gélo-diagnostic permit de retirer des selles le bacille typhique.

4° Cette méthode permet de suivre les éliminations intestinales du bacille typhique ; elle montre que chez certains malades guéris depuis plus d'un mois, le bacille typhique existe encore dans les selles. Ainsi se trouvent expliquées la diffusion de la contagion et l'éclosion en apparence spontanée de bien des cas de fièvre typhoïde.

5° La précocité des constatations fournies par le gélo-diagnostic laisse entrevoir l'époque où existeraient pour cette recherche des services municipaux analogues à ceux qui sont utilisés actuellement pour le diagnostic de la diphtérie. Car la puissance et l'efficacité de la sérothérapie de la fièvre typhoïde sont liées, pour une bonne part, à la précocité du diagnostic de la maladie.

10 Décembre 1902.

Sur le traitement de l'appendicite. — *M. L.-Gustave Richelot.* Dans une récente communication à l'Académie, Dieulafoy s'est élevé une fois de plus contre la temporisation, en proclamant que « toute appendicite aiguë et fébrile doit être opérée dans les deux premiers jours ». Il a montré combien il est dangereux de « laisser refroidir » l'appendicite, dans certaines formes graves qui répandent des toxines à travers l'organisme et y créent des désordres irrémédiables. C'est vrai ; nous devons opérer sans retard toute appendicite aiguë et fébrile observée à ses débuts, parce que nous n'avons aucun signe qui nous fasse augurer de la gravité future des accidents locaux ou généraux. Quand l'altération des traits, la violence ou la diffusion de la douleur sont absentes, on a tort de parler de la « bénignité apparente des symptômes », et quand la situation tourne court et que le malade meurt, on a tort de croire à des accidents subits et que rien ne faisait prévoir. L'acuité, la fièvre sont des signes de gravité suffisants ; il faut intervenir d'urgence, et dans les quarante-huit heures l'opération réussit presque invariablement.

Mais nous ne sommes pas toujours appelés dans les deux premiers jours. Que faire, si nous voyons le malade à une époque plus tardive ? C'est alors qu'il faut être médecin et ne pas adopter un système, une formule absolue. Dans bon nombre de cas, alors même qu'il y a une détente relative, une diminution de la douleur et de la température, il faut savoir lire l'urgence sur la face du malade, reconnaître l'altération des traits, un état d'anxiété indéfinissable, inaperçu des profanes, qui contredit l'optimisme de ses réponses. Il est inexact, quand on s'est abstenu et que le malade est mort, de dire qu'il avait eu une « accalmie traîtresse », car on doit être assez médecin pour ne pas se laisser trahir.

Dans d'autres cas, au contraire, il y a une rémission franche, qu'il faut savoir distinger. Ni l'atténuation de la douleur, ni l'abaissement de la température ne sont des preuves suffisantes; mais c'est le facies du malade, son aspect, sa manière d'être. Il n'a ni abattement, ni anxiété, ni optimisme factice; ses traits sont reposés, il a le calme vrai auquel ne peut se tromper l'observateur sagace. Avez-vous peur d'une poussée nouvelle, d'une recrudescence? Jamais ; les recrudescences appartiennent aux formes diffuses et progressives, elles sont des continuations, elles vous surprennent parce que vous avez cru trop vite à la guérison.

La question est fort délicate; on a cité des désastres, des coups de théâtre : le malade allait bien, on n'avait pas d'inquiétude, et tout à coup les symptômes graves ont éclaté. Eh bien, on a tort de répéter qu'après une amélioration franche et certaine, l'appendicite peut subitement changer d'allure et entraîner des accidents mortels. Les faits cités sont des malentendus. Ayant le parti pris d'attendre pour opérer à froid, certains chirurgiens ont méconnu la gravité toujours probable d'une appendicite aiguë observée dans sa période ascendante ou sa gravité persistante — et qu'ils auraient dû voir — après l'amendement de quelque symptôme secondaire.

La rémission franche autorise, haut la main, la temporisation. Autant l'opération est urgente au début des appendicites aiguës, autant il est fâcheux de se jeter aveuglément sur toutes les appendicites qu'on rencontre, à n'importe quel moment et dans n'importe quelles conditions. Il est impossible de nier, en présence d'une appendicite qui tourne bien, l'avantage de la laisser devenir tout à fait bénigne, et d'opérer quand il y a un maximum d'adhérences et un minimum de pus, ou quand l'appendice est devenu sec et le drainage inutile.

A fortiori devons-nous recommander la modération dans les appendicites originellement bénignes. Combien n'y en a-t-il pas qui, dès le début, montrent leurs vraies allures et à aucun moment n'inspirent de craintes ! Ces cas-là se jugent et se reconnaissent.

Et puis, il y a les appendicites douteuses, les diagnostics incertains, il y a les appendicites qui n'existent pas, les douleurs à droite, — pures névralgies ou vagues localisations de l'entérocolite, — décorées de ce nom terrible par un entraînement qui est de mode aujourd'hui.

Conclusions. — *a*) Toute appendicite aiguë et fébrile, qu'on voit à ses débuts, doit être opérée sans retard. Celles qu'on voit plus tard et qui restent graves doivent être opérées au plus vite, il est encore temps de sauver le malade. Dans ces deux premières conditions, « attendre que l'appendicite soit refroidie, c'est exposer le malade à la mort » (Dieulafoy).

b) Si la période aiguë et dangereuse est à sa fin, si la rémission franche, différente des « bénignités apparentes » et des « accalmies traîtresses », ne laisse dans l'esprit aucun doute, l'intervention, presque toujours nécessaire en principe, devient affaire d'opportunité. Il est d'un médecin de ne pas laisser mourir, les bras croisés, les appendicites qui tournent mal, et de savoir composer, au contraire, avec celles qui tournent bien.

c) La classe nombreuse des appendicites aiguës observées tardivement, celle des appendicites subaiguës, bénignes, chroniques et à répétitions nous réservent encore bon nombre d'« opérations à froid », opérations salutaires, excellentes, qu'il ne faut certes pas poursuivre aveuglément à travers les périls mor-

tels des formes graves, mais qu'il faut savoir accueillir quand elles se présentent, et faire naître si on peut.

Cette communication a surtout pour but de montrer que nous ne pouvons pas donner aux médecins une formule définitive qui leur trace une ligne de conduite. La médecine n'est pas une collection de recettes pour guérir les maladies, et rien ne nous dispensera jamais de réfléchir, d'observer, en un mot d'être cliniciens.

M. Labbé.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 17 Décembre 1902. — M. Deligny : Du traitement abortif de la blennorragie de l'homme par les instillations de nitrate d'argent; MM. Hayem, Pouchet, Bezançon, Richaud. — M. Simonnet : Action des métaux alcalins sur le cœur; MM. Pouchet, Hayem, Bezançon, Richaud. — M. Cottenseau : Contribution à l'étude des orchites blennorragiques, syphilitiques et tuberculeuses; MM. Tillaux, Gaucher, Widal, Teissier. — M. Besson : Etude de la cyanose congénitale, sans signe d'auscultation; MM. Gaucher, Tillaux, Widal, Teissier. — Mlle Iscovesco : La fonction urinaire chez les tuberculeux; étude de sémiotique; MM. Landouzy, Brissaud, Desgrez, Legry. — M. Setian : Incontinence d'urine, stigmate de dégénérescence; MM. Landouzy, Brissaud, Desgrez, Legry. — M. Beauchesne : Relations entre les lésions de l'aorte et les troubles de la pupille; MM. Brissaud, Landouzy, Desgrez, Legry. — M. Gachet : De l'abolition précoce des réflexes rotuliens dans les méningites aiguës cérébro-spinales; physiologie pathologique; MM. Brissaud, Landouzy, Desgrez, Legry.

Jeudi 18 Décembre 1902. — M. Felhoen : Des complications rares et graves de l'infection urineuse; MM. Guyon, Le Dentu, Faure, Marion. — M. Secourgeon : Tumeurs solides primitives de la glande sous-maxillaire; MM. Le Dentu, Guyon, Faure, Marion. — M. Legendre : Les propharmaciens, leurs droits, leurs devoirs. Conditions de l'exercice de la pharmacie par les médecins autorisés; MM. Brouardel, Gilbert, Thoinot, Chassevant. — M. Roger : Quelques considérations sur l'importance de l'éducation physique; MM. Brouardel, Gilbert, Thoinot, Chassevant. — M. Dechy : Le signe d'Argyll Robertson et la cytologie du liquide céphalo-rachidien; MM. Gilbert, Brouardel, Thoinot, Chassevant. — M. Vianay : Intoxication saturnine; MM. Dieulafoy, Raymond, Rénon, Richaud. — M. Granier : Le diagnostic de l'abondance des épanchements pleuraux; évaluation quantitative des épanchements par le bleu de méthylène; MM. Dieulafoy, Raymond, Rénon, Richaud. — M. Dimier : Etude sur quelques points cliniques de la névralgie faciale et sur la valeur respective des traitements électrique et chirurgical dans les types de névralgie faciale vraie; MM. Raymond, Dieulafoy, Rénon, Richaud. — M. Pierrhugues : Etude critique sur les vomissements incoercibles de la grossesse; MM. Budin, Wurtz, Bonnaire, Demelin. — M. Braunberger : Etude d'hygiène infantile; rachitisme et crèches; MM. Budin, Wurtz, Bonnaire, Demelin. — M. Paquier : De l'accouchement prématuré provoqué (résultats obtenus à la clinique Tarnier du 1er Mars 1898 au 15 Novembre 1902); MM. Budin, Wurtz, Bonnaire, Demelin. — M. Barnsby : Anévrismes artériels rompus des membres; MM. Pozzi, Poirier, Auvray, Potocki. — M. Gauchery : Etude sur les occlusions intestinales pendant la puerpéralité : occlusions gravidiques, paragravidiques, extragravidiques; MM. Pozzi, Poirier, Auvray, Potocki. — M. Teulet-Leuzié : De l'intervention chirurgicale dans le cancer du cæcum; MM. Pozzi, Poirier, Auvray, Potocki. — M. Banteignie : De l'occlusion intestinale dans la péritonite tuberculeuse; MM. Pozzi, Poirier, Auvray, Potocki.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 Décembre 1902. — 2e, Salle Richet : MM. Richet, Rémy, Broca (André). — 3e (Première partie), Oral, Salle Thouret : MM. Kirmisson, Legueu, Lepage. — 5e, Chirurgie (Première partie), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Walther, Gosset. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Brissaud, Gaucher, Teissier. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Déjerine, Bezançon, Legry.

Mardi 16 Décembre 1902. — Médecine opératoire, École pratique : MM. Berger, Hartmann, Thiéry. — 3e (Deuxième partie), Oral, Salle Pasteur : MM. Hutinel, Thiroloix, Dupré. — 4e, Salle Corvisart : MM. Proust, Gilbert, Thoinot. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Le Dentu, Faure, Auvray. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. Pozzi, De Lapersonne, Marion.

Mercredi 17 Décembre 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Blanchard, Dejerine, Roger. — 1er, Oral, Salle Richet : MM. Kirmisson, Gosset, Cunéo. — 2e, Salle Pasteur : MM. Gautier, Rémy, Gley. — 3e (Première partie), Salle Béclard : MM. Pinard, Broca (Aug.), Legueu.

Jeudi 18 Décembre 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Méry, Desgrez. — 2e (Première partie), Oral, Salle Vulpian : MM. Berger, Rémy, Thiéry. — 4e, Salle Pasteur : MM. Proust, Teissier, Vaquez.

Vendredi 19 Décembre 1902. — 3e (Deuxième partie), Oral, Salle Pasteur : MM. Landouzy, Brissaud, Widal. — 4e, Salle Thouret : MM. Pouchet, Thoinot, Wurtz. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Tillaux, Walther, Mauclaire. — 5e, Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Legueu. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 20 Décembre 1902. — Dissection, Ecole pratique : MM. Poirier, Marion, Auvray. — 3e (Première partie), Oral, Salle Broussais : MM. Le Dentu, Thiéry, Potocki. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Beaujon : MM. Hutinel, Dupré, Jeanselme. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Beaujon : MM. Gilbert, Rénon, Gouget. — 5e Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole de médecine de Rouen. — La place de chef du laboratoire de bactériologie est vacante. Un concours sur titres est ouvert. Le traitement est de 4.000 francs.

HOPITAUX ET HOSPICES

Mutations dans les hôpitaux (médecine). — M. Siredey va à l'Hôtel-Dieu ; M. Petit, à la Charité; M. Duflocq, à la Charité ; M. Gaillard, à Lariboisière ; M. Hirtz, à Necker ; M. Dreyfus-Brissac, à Beaujon ; M. H. Martin, à Bichat ; M. Renon, à Saint-Antoine ; M. Parmentier, à Saint-Antoine ; M. Le Gendre, à Lariboisière ; M. Bourcy, à Laënnec ; M. Morel-Lavallée, à la Charité ; M. Claisse, à la Pitié ; M. Le Noir, à Saint-Antoine ; M. Mosny, à Saint-Antoine ; M. Jeanselme, à Tenon ; M. Jacquet, à Tenon ; M. Caussade, à Tenon ; M. Lion, à la Pitié ; M. Lesage, à Hérold ; M. Méry, à La Rochefoucauld ; M. Boulloche, à la Maison de santé ; M. Thiroloix, à Debrousse.

Hôpital Cochin. — M. Chauffard commencera ses leçons de clinique médicale le samedi 13 Décembre, à 10 heures, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

La lutte contre la tuberculose. — La Société médicale des hôpitaux vient d'émettre le vœu, aux fins d'éviter l'encombrement dans les hôpitaux de Paris, que l'Assistance publique fasse édifier d'urgence un hôpital économique de 500 ou 600 lits au moins. Cet hôpital ne ferait pas d'admission directe, mais recevrait dans ses pavillons les tuberculeux évacués des autres hôpitaux sur certificat des chefs de service.

NOUVELLES

Paris et Départements

Banquet au professeur Poirier. — Les élèves et amis de M. le professeur Poirier lui offrent un banquet pour fêter sa nomination à la chaire d'anatomie.

Ce banquet aura lieu au *Palais d'Orsay*, le samedi 20 Décembre, à 7 h. 1/2, sous la présidence de M. Waldeck-Rousseau.

Le prix de la cotisation est fixée à 20 francs.

Prière d'envoyer les adhésions avant le 15 Décembre, à M. Baumgartner, interne des hôpitaux, rue de Bellechasse, 33.

Distinctions honorifiques. — M. Bertrand, médecin de 1re classe de la marine, est promu au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

MM. Barthélemy et Michel, médecins de 1re classe de la marine, sont nommés chevaliers dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Commission supérieure d'assistance aux blessés. — M. Fluteau, médecin principal de 1re classe, adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, et M. Léon de Gosselin, secrétaire général de la Société de secours aux blessés militaires, sont nommés membres de la Commission supérieure des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer.

Corps de santé des troupes coloniales. — MM. Heckenroth et Bouilliez sont nommés dans le corps de santé des troupes coloniales à l'emploi de médecin aide-major de 1re classe stagiaire et désignés pour servir en Afrique occidentale française.

Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène physique et intellectuelle des écoliers. — Dimanche 7 Décembre 1902, à 2 heures de l'après-midi, à l'amphithéâtre Cruveilhier de la Faculté de médecine, avait lieu, sous la présidence de M. Le Gendre, la première Assemblée générale de la ligue. Le ministre de l'Instruction publique s'était fait représenter par M. Rabier, directeur de l'enseignement secondaire.

M. Le Gendre a retracé l'histoire de la Société et vigoureusement indiqué son but et ses aspirations qui est avant tout de rendre la pédagogie physiologique, et de donner par suite un rôle au médecin dans les questions d'éducation et d'instruction. M. Mathieu, secrétaire général, a ensuite montré le chemin parcouru par la ligue, ce qu'elle a déjà fait et ce qui lui reste à faire, réclamant le concours des personnes extra-médicales, des universitaires « avec lesquels et non contre lesquels » il faut se liguer.

Étranger.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. Richard Thomé est nommé privat-docent d'anatomie.

Faculté de médecine de Varsovie. — M. Tcherniakhovsky est nommé professeur extraordinaire de chirurgie.

CONCOURS

Externat. — *Pathologie.* — Séance du 5 Décembre. — *Signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou* : MM. Maumené, 17; Legendre, 14; Jullien (Arthur), 10; Mathieu, 4; Le Foll, 12; Poirrier, 13; Lecointre; Lecoq; Lagrive, 16; Lacheny, 14; Petit (Constant), 12; Legué; Ménard (Thomas), 17 1/2; Mourniac, 17; Marcorelles, 15; Lagane, 18; Nespoulous, 13; Merlot, 12 1/2; Lafarcinade, 15; Meygret, 9.

Séance du 8 décembre. — *Luxation de la mâchoire inférieure* : MM. Martingay, 15; Louvrier, 5; Nicolas (Lucien), 12; Le Long (Emile), 2; Mary, 10; Lemière (Raymond), 10; Martin, 18; Le Cain, 6; Masfrand, 13; Moreau, 18; Le Méc, 18 1/2; Monnier, 10; Moulonguet; Levy (Jules), 16; Jullien (Paul), 14; Milliot, 14; Levy (Pierre), 18; Lachèze, 15; Lian, 17 1/2; Maigret, 11; Mlle Landry, 18; M. Loze, 15. — *Absent* : M. Massé.

Anatomie. — Séance du 6 Décembre. — *Configuration extérieure et rapports de l'œsophage* : MM. Gravelotte, 14; Cottard, 16; Bodolec, 15; Béal, 16; Héchemann, 15; Bloch, 16; Dupuy (Pierre), 15; Bonhomme, 14; Mlle Grandjean, 16; MM. Blanluet, 16; Bing, 14; Evrard, 16; Billon, 16; Hédouin, 14; Clément, 15; Billaudet, 16; Gy, 15; Chérié, 15; Besnier, 16; Dézarnault, 16. — *Absents* : MM. Hélie, Haas.

Séance du 9 Décembre. — *La clavicule.*

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : G. Naud

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES Tome II. N° 100. — Samedi, 13 Décembre 1902. 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

AVIS IMPORTANT

Renouvellement des Abonnements

Expirant le 31 Décembre.

Par suite de l'application du règlement du 1er Août les frais de recouvrement des abonnements par la poste sont devenus très onéreux. L'administration de **La Presse Médicale** *désirant avant tout ne pas être dans la nécessité d'augmenter le prix de l'abonnement serait très reconnaissante à ses abonnés, dont l'abonnement expire le* **31 courant**, *de lui faire parvenir directement, 3,* RUE RACINE, *par un* **bon de poste** *(moyen le plus pratique) ou par* **mandat-poste**, *ou par* **une valeur à vue sur Paris**, *le montant de leur abonnement, soit* **10 francs** *pour la France et* **15 francs** *pour l'étranger.*

SOMMAIRE

NOUVELLES

L'ENSEIGNEMENT DES SPÉCIALITÉS

COURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Le médecin français s'est toujours caractérisé par son sens clinique. Si ce sens est aussi développé chez lui, il le doit sans doute au mode d'enseignement suivi et à l'éducation médicale reçue; c'est, en effet, surtout à l'hôpital, au lit du malade, que le médecin français s'instruit pratiquement.

Cet enseignement clinique, grâce à l'admirable organisation du corps médical des hôpitaux de Paris, a donné pendant de longues années à la science médicale française un universel renom. Et il fut une époque où tout médecin étranger qui voulait se perfectionner dans son art venait, dans les hôpitaux parisiens, puiser des enseignements.

Les choses allèrent ainsi tant que, pour la pratique médicale, les notions de médecine et de chirurgie *générales* furent suffisantes. Mais bientôt, avec les progrès de la science, des modes particuliers d'examen et de traitement se créaient, nécessitant un outillage perfectionné et une éducation pratique spéciale pour les mettre en valeur. Il faut bien l'avouer, les Français n'ont pas su tirer de ces formules nouvelles tout le parti qu'ils auraient pu et dû en tirer.

Longtemps, par la grande majorité des médecins français, et des plus élevés en grade, la *spécialité* fut tenue à l'écart; longtemps ce fut déchoir que d'être un *spécialiste*. Une seule spécialité était admise en France, la dermatologie, qui, avec Alibert, y avait pris naissance à l'hôpital Saint-Louis.

Ce fut là une grosse erreur de jugement, et qui eut sur le bon renom de la science médicale française une désastreuse influence. Étant donnée l'évolution scientifique de la médecine, les progrès constants de l'art médical, il devenait fatalement impossible à un seul homme d'embrasser toute la Médecine; force lui était, pour exceller dans une branche de cet art, de la cultiver profondément. Ainsi, par la force même des choses, la *spécialité* s'imposait de jour en jour davantage, et les médecins, ceux mêmes qui y étaient le plus réfractaires, étaient forcés par les malades de l'introduire dans leur pratique.

Mais tandis que la spécialisation était méconnue et décriée en France, elle était adoptée avec enthousiasme en Allemagne et en Autriche où l'on vit d'emblée qu'elle n'était que la conséquence fatale du progrès en médecine et où l'on sut comprendre tout le parti que l'on pouvait en tirer au point de vue thérapeutique.

Il n'est pas besoin de rappeler le succès qu'eurent alors les Ecoles allemandes, surtout celles de Vienne et de Berlin, où accoururent tous les médecins étrangers, où longtemps vinrent comme en pèlerinage tous les spécialistes du monde. Paris s'en trouva déserté, même de sa clientèle la plus fidèle, les Américains du sud; en même temps que les Français eux-mêmes ne trouvaient pas dans leurs Facultés et leurs hôpitaux les moyens de se familiariser avec les méthodes nouvelles nécessaires à connaître pour qu'ils soient des médecins complets.

Je n'ai pas à rappeler quels efforts il fallut faire pour remonter le courant ainsi établi et mettre notre enseignement médical français au niveau où il s'était élevé jadis et d'où il n'aurait jamais dû descendre. Aujourd'hui, dans nos Facultés, l'enseignement des *spécialités* est à peu près ce qu'il devrait être. A Paris, il est bien près d'être complet à la Faculté même, et en tout cas, pour les élèves étrangers et français, il se complète dans les Hôpitaux.

Comme je le disais plus haut, l'enseignement a toujours été largement donné dans les hôpitaux de Paris, au point de vue de la médecine générale, par les chefs de service; au point de vue des spécialités, il ne pouvait être donné que dans des services spéciaux. Or, peu à peu, l'administration de l'Assistance publique à Paris crée ces services indispensables pour satisfaire aux besoins des malades, et voici quel en est actuellement l'état.

De tous temps des services spéciaux étaient affectés aux maladies de la peau et aux maladies vénériennes. On sait quels merveilleux résultats ont été obtenus par la création des services d'accouchements. Depuis, d'autres services spéciaux ont été installés : en dehors de la clinique ophtalmologique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu, il n'y a qu'un service d'ophtalmologie à Lariboisière, absolument insuffisant; deux services d'oto-rhino-laryngologie à Saint-Antoine et à Lariboisière; à leur tête sont mis des chefs de services spéciaux, nommés après un concours spécial. En outre, des chefs de service orientant particulièrement leurs études vers les affections de tel ou tel organe spécialisent ainsi, officieusement en quelque sorte, leur service, pour les maladies de l'estomac, par exemple.

Ainsi peu à peu la spécialité prend dans la pratique hospitalière la place qu'elle doit occuper dans la pratique générale de la médecine.

Que ces services spéciaux soient mis à la disposition de leurs chefs qui voudraient profiter des ressources qui y sont accumulées pour organiser un enseignement : il n'y avait aucun doute qu'une Administration soucieuse de l'intérêt des malades et de la science hésite à le faire. En effet, aujourd'hui, les *cours payants*, à l'exemple de ceux des grands hôpitaux de l'étranger, sont installés dans certains services des hôpitaux de Paris. Ce sont des cours payants, car tout cours nécessite certains frais, et l'Administration ne pouvait les prendre à sa charge; aussi bien sur le prix demandé prélève-t-elle 40 pour 100, les 60 autres étant attribués au personnel enseignant.

* *

Il y a peu de temps encore, tous les oto-rhino-laryngologistes qui voulaient se perfectionner dans leur spécialité étaient forcés, en quelque sorte, d'aller chercher leur enseignement à Vienne ou à Berlin. Maintenant, ils trouvent à Paris tous les moyens de parfaire leur instruction; ils les trouveront encore mieux lorsque vont fonctionner les cours spéciaux inaugurés à Saint-Antoine et à Lariboisière, à l'installation desquels, avec son esprit d'organisateur et sa grande expérience, Lermoyez a présidé avec son collègue Sébileau.

Le 19 Janvier 1903, M. Sébileau commencera son cours à Lariboisière; et le 20 Janvier 1903, M. Lermoyez commencera le sien à Saint-Antoine. Chaque cours durera environ deux mois et comprendra trente leçons; pour y prendre part il faudra se faire inscrire auprès de l'assistant du service et verser 100 francs.

Ces cours faits par le chef de service, aidé de ses assistants et de son interne, auront, l'un et l'autre, lieu le matin, soit avant, soit après la visite des malades, de façon à ce que les élèves puissent assister à la marche du service et de la consultation. Chacun de ces cours sera indépendant et fonctionnera sans aucune communauté avec l'autre; cependant, comme celui de Lariboisière a lieu les jours impairs et celui de Saint-Antoine les jours pairs, les élèves pourront suivre les deux cours à la fois; bien plus, les programmes de chaque cours seront combinés de façon à ce que les élèves qui ne pourraient rester qu'un mois à Paris pourront cependant recevoir l'enseignement complet.

Un nombre limité d'élèves sera admis à suivre le cours, qui deviendra ainsi une véritable leçon particulière dans laquelle il sera possible de s'occuper individuellement de chacun.

Nous donnerons dans quelques jours les indications précises du programme du cours; en attendant voici les grandes lignes. D'abord les notions générales : 1° éclairage, maniment du miroir frontal; 2° électricité pratique; 3° anesthésie locale, cocaïne; anesthésie générale; bromethyle. Puis les notions spéciales à chaque organe, nez et sinus, naso-pharynx, larynx, oreille et mastoïdes, dont voici, par exemple, les principaux détails pour le nez : 1° examen des fosses nasales à la vue (spéculum) et au toucher (sonde); 2° saignements de nez, cautérisation de la cloison, adrénaline, eau oxygénée, tamponnement; 3° coryza, inhalations, traitement par l'air chaud; 4° ozène, lavages du nez, pansements; 5° rhinite hypertrophique, cautérisations au galvano, ablation de queues de cornet; 6° polypes du nez, ablation de l'anse; 7° crêtes et déviations de la cloison, ostéome, redressement.

On le voit, ce programme comporte un certain nombre d'interventions sanglantes; mais, comme on ne peut permettre à des novices de pratiquer d'emblée ces interventions sur les malades des hôpitaux, des dispositions seront prises pour grouper à la fin de la leçon un certain nombre de malades atteints de l'affection décrite et on les opérera avec l'assistance des élèves.

J'insiste d'abord sur ce point, car les directeurs du cours se proposent non seulement de faire un cours complet ne laissant aucune grosse lacune dans l'instruction de l'élève, mais encore un cours pratique pour former son œil et sa main. Ce sera donc une véritable leçon de choses dans laquelle on parlera très peu, mais où, par contre, on verra et on agira : ce qui distinguera des enseignements de la vieille clinique française, qui se perdait en longues discussions dogmatiques et en subtilités diagnostiques, aujourd'hui surannées.

Dans ce cours on insistera surtout sur la technique, dont l'impeccabilité, disait Lermoyez, est aussi nécessaire au bon spécialiste que la tenue correcte de l'archet est indispensable au violoniste.

Pour cet enseignement, les maîtres trouveront dans leurs services de Saint-Antoine et de Lariboisière tous les éléments nécessaires. Ces hôpitaux sont les plus fréquentés des hôpitaux de Paris, et, dans leurs deux cliniques oto-rhino-laryngologiques, il passe plus de 100.000 malades par an.

Je termine sur ce chiffre : rien ne peut être plus démonstratif de l'importance de la spécialité en médecine et de la place qu'il serait nécessaire de lui donner dans l'instruction et l'éducation de *tous* les médecins.

E. DE LAVARENNE.

BIBLIOGRAPHIE

Guide du médecin praticien. Aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, par M. GUIBAL, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 676 pages, avec 349 figures, cartonnage toile souple : 7 fr. 50. (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Thèse sur la calorimétrie clinique, par M. ÉMILE BATY, de la Faculté de médecine de Paris, une brochure in-8° raisin de 75 pages, avec planches hors texte 1902, (*Deroual, Joubin et Cie*, éditeurs, rue du Calvaire, 22 et 24, à Nantes).

Guide formulaire de thérapeutique générale et spéciale, par M. HERZEN. 2e édition, 1 vol. in-18, de 706 pages, cartonné, édition de luxe sur papier de riz indien, relié en maroquin souple, tête dorée, 10 francs.

Poids : sur papier ordinaire, 700 grammes; sur papier indien, 200 grammes. (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

ACQUISITIONS RÉCENTES

SUR LA DIGESTION INTESTINALE[1]

— Sécrétine et Entérokinase. —

PAR

E. ENRIQUEZ
Médecin des Hôpitaux.

L. HALLION
Chef des travaux de physiologie pathologique au Collège de France. Ancien interne des Hôpitaux.

L'importance majeure de la participation intestinale dans l'acte de la digestion n'est plus à démontrer; évidemment l'estomac joue un rôle considérable que personne ne cherche à diminuer, mais la fonction digestive à proprement parler appartient à l'intestin et à la glande pancréatique qui déverse dans le duodénum sa sécrétion contenant les trois ferments solubles, trypsine, amylase et lipase, agissant respectivement sur les trois ordres d'aliments : protéiques, amylacés et gras.

Ces notions élémentaires, établies depuis Claude Bernard, semblaient définitives. Et, en effet, tous les travaux qui ont été faits depuis une dizaine d'années sur le pancréas avaient pour but d'étudier la sécrétion interne de cette glande et ses rapports avec la glycogénie, l'étude de sa sécrétion externe et de ses qualités paraissant désormais fixée.

Or, les beaux travaux poursuivis méthodiquement ces dernières années par Pawlow et ses élèves viennent de nouveau d'attirer l'attention sur les glandes digestives.

Ces auteurs ont ainsi apporté à l'étude de la digestion gastrique un certain nombre de faits d'une grande importance[2], à savoir : le mécanisme de la sécrétion du suc gastrique en tant que qualité et quantité, l'influence de l'excitation psychique, la spécificité de la sécrétion variant avec chaque excitant chimique, etc. Ce sont là des notions physiologiques nouvelles qui intéressent le médecin au plus haut point et dont plus d'une permet de tirer des conclusions cliniques. Nous aurons l'occasion d'y revenir, ayant entrepris dans ce sens depuis un an, au laboratoire de M. le professeur Brissaud, des expériences du même ordre.

Mais la découverte capitale faite par Pawlow porte surtout sur la digestion intestinale : après avoir minutieusement étudié par le détail le mécanisme nerveux de la sécrétion pancréatique, cet auteur arrive à la conclusion que l'*excitation acide de la muqueuse duodénale est l'excitant pour ainsi dire spécifique de la sécrétion pancréatique*, en d'autres termes que c'est sous l'influence de l'arrivée sur la muqueuse duodénale du contenu stomacal acidifié par l'HCl que la sécrétion du suc pancréatique s'établit et se poursuit. De plus, avec son élève Schepowalnikow, Pawlow démontre que le suc intestinal, qui jusqu'alors ne paraissait pas participer par lui-même d'une façon active à l'acte de la digestion, possède cependant une propriété spéciale importante : une petite quantité de suc intestinal ajoutée au suc pancréatique augmente dans de grandes proportions son pouvoir digestif vis-à-vis des matières albuminoïdes. Cette action d'exaltation du suc intestinal, spécifique par rapport à la trypsine du suc pancréatique, a été attribuée par Pawlow et son élève à un ferment soluble spécial qu'ils ont désigné sous le nom d'*entérokinase*.

Or, cette double conclusion de l'école de Pawlow sur l'importance de l'excitation acide de la muqueuse duodénale dans l'acte de la sécrétion pancréatique d'une part, et sur l'entérokinase de l'autre, n'a pas tardé à donner lieu un peu partout à des recherches physiologiques de même ordre. Les résultats acquis aujourd'hui sont suffisamment établis : ils modifient surtout et tellement les conceptions élémentaires que la plupart des médecins se font des actes de la digestion, ils nous paraissent, de plus, si gros de conséquences cliniques et peut-être aussi, il faut l'espérer, de résultats thérapeutiques, que, ayant entrepris nous-mêmes une série de recherches à ce sujet, nous croyons faire œuvre utile en vulgarisant les notions acquises, notions qui sont éparpillées un peu partout dans les comptes rendus des Sociétés et plus spécialement de la Société de Biologie, mais qui ne sont encore condensées nulle part dans leur ensemble.

N'acceptant pas l'interprétation du mécanisme réflexe que donnait Pawlow pour expliquer l'action excitante de l'acide chlorhydrique sur la sécrétion pancréatique, deux Anglais, MM. Bayliss et Starling[1], eurent l'idée d'injecter dans le sang la macération acide de la muqueuse intestinale. Cette expérience fut suivie d'un plein succès : sous l'influence de cette injection, la sécrétion pancréatique s'établit aussitôt, et pour cette raison ils désignèrent leur liquide sous le nom de *sécrétine*.

Comme Camus a eu soin de l'établir à la Société de Biologie, cette *sécrétine* ne présente avec l'entérokinase qu'un seul rapport: c'est celui d'exister dans l'intestin. En dehors de cela, il n'existe entre les deux substances aucun rapport physiologique, et il est essentiel de l'établir d'emblée, puisque certains physiologistes ont pu se méprendre à ce sujet.

Quant à l'entérokinase, ce ferment soluble a fait, depuis trois ans bientôt, l'objet d'une étude méthodique de la part de Delezenne à l'Institut Pasteur; les résultats auxquels il est arrivé sont de première importance au point de vue physiologique et permettent d'espérer des applications médicales des plus intéressantes.

Nous allons étudier successivement la sécrétine, qui permet d'obtenir physiologiquement une certaine *quantité* de suc pancréatique, et ensuite l'entérokinase, qui permet d'activer les fonctions protéolytiques du suc pancréatique, qui, en d'autres termes, permet de modifier sa *qualité digestive*.

LA SÉCRÉTINE

Comme nous l'avons dit, deux Anglais, MM. Bayliss et Starling, publiaient tout récemment une expérience qui eut aussitôt, parmi les physiologistes, un grand retentissement.

On fait macérer dans de l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique (ou d'autres acides) un fragment de muqueuse duodénale appartenant à l'intestin grêle d'un chien à jeun; on neutralise et on fait bouillir l'extrait aqueux ainsi obtenu; on injecte cet extrait dans une veine, et on voit, après quelques instants, la fistule pancréatique préalablement établie devenir le siège d'une sécrétion extrêmement abondante.

Cette expérience, répétée par un grand nombre d'expérimentateurs et que nous avons nous-mêmes reproduite nombre de fois, est des plus faciles à réaliser; elle réussit toujours et le résultat est aussi net que constant.

On l'interprète de façon fort simple : la muqueuse intestinale contient une substance qui, sous l'influence de l'acide chlorhydrique, donne naissance à un corps dont la composition chimique demeure inconnue, mais qui trahit son existence par la propriété excito-sécrétoire puissante dont il est doué vis-à-vis du pancréas; ce produit chimique présumé, on l'a dénommé *sécrétine*.

La découverte de Bayliss et Starling permet de concevoir sous une forme nouvelle la nature des relations qui associent la sécrétion pancréatique à d'autres sécrétions digestives.

On sait depuis longtemps que les diverses glandes dont le produit se déverse dans le tube digestif ne sont pas le siège d'une sécrétion continue. A mesure que le bol alimentaire progresse d'étape en étape on voit précisément les glandes correspondant à chacune de ces étapes entrer en fonctionnement au moment opportun, comme si elles étaient successivement averties, par un ingénieux mécanisme, du service qu'on attend d'elles.

Tout naturellement, on attribua longtemps, ici comme ailleurs, ce rôle d'avertisseur au système nerveux, ce grand régulateur des harmonies fonctionnelles.

La théorie est simple. Les aliments, lorsqu'ils parviennent, plus ou moins modifiés déjà, dans tel ou tel segment des voies digestives, déterminent sur la muqueuse de ce segment une excitation spécifique, et mettent en jeu un réflexe déterminé dont l'aboutissant est une action excito-sécrétoire limitée à une glande ou à un groupe de glandes. Ainsi ferait, par exemple, le contenu gastrique en arrivant au contact de la muqueuse duodénale : la sécrétion pancréatique, nulle ou insignifiante jusque-là, se produirait justement à cet instant, par un mécanisme réflexe. Les expériences récentes de Pawlow et de ses élèves Becker et Dolinski avaient paru préciser les conditions du phénomène.

Lorsque, chez un chien à jeun, porteur d'une fistule pancréatique, on verse dans l'estomac une solution d'HCl d'un titre égal à celui du suc gastrique, cette solution passe dans le duodénum et l'on voit alors, au bout de quelques minutes, la sécrétion du pancréas devenir extrêmement abondante. Les expérimentateurs précités ont « instinctivement pensé avoir trouvé dans l'acide l'excitant spécifique de la glande pancréatique. Il leur est apparu, de suite, que le contenu normal de l'estomac possède justement une réaction acide et que cette réaction acide pouvait servir de trait d'union entre les deux parties du tube digestif ».

La vérification de cette idée leur permit d'affirmer (ce qui est un fait désormais acquis) que l'acide est bien un excitant spécifique de la glande pancréatique. « Mais quel est son point d'élection? Deux hypothèses sont possibles ici. L'acide agit soit localement en excitant les terminaisons périphériques des nerfs

1. Travail du laboratoire du professeur Brissaud.
2. Voir *La Presse Médicale*, Novembre 1902, article Marcel Labbé.

1. *Journal of Physiology*, 15 Septembre 1902.

centripètes de la muqueuse, soit, après passage dans la circulation, en allant exciter le centre des cellules sécrétoires ou ces cellules mêmes directement. « L'analyse des données que nous avons acquises, ajoute Pawlow, et aussi quelques nouvelles expériences, nous obligent à opter pour la première hypothèse. »

Pawlow s'attache à démontrer que l'acide n'exerce par lui-même, en dehors du mécanisme nerveux qu'il met en branle, aucune action chimique capable d'exciter la sécrétion pancréatique. Mais, d'après les expériences de Bayliss et Starling, l'acide, pour agir chimiquement, n'agit pas nécessairement d'une façon directe et immédiate sur les éléments pancréatiques; une substance chimique nouvelle, engendrée par cet acide au contact de la muqueuse, peut entrer en ligne de compte. Pour n'avoir pas envisagé cette dernière hypothèse, Pawlow s'est trompé lorsqu'il clôt son argumentation par ces termes : « Il faudrait être un bien grand ami de conceptions forcées pour vouloir, après tout cela, rapporter l'action de l'acide sur le pancréas à un autre mécanisme qu'à un mécanisme réflexe. » Aux actions nerveuses qu'il invoque on peut substituer, comme mécanisme explicatif, une modification des qualités chimiques du sang circulant; la théorie *réflexe* fait place à une théorie *humorale*.

Mais n'allons pas trop loin. Il se peut que les deux mécanismes interviennent simultanément. Un fait est indiscutable, c'est celui qu'ont découvert MM. Bayliss et Starling: la réaction chimique de l'acide sur la muqueuse intestinale engendre un produit nouveau, *la sécrétine*, qui, absorbé et mis en circulation dans le sang, excite la sécrétion du pancréas. De ce fait seul semble dériver une explication suffisante des phénomènes.

Mais, sans parler des expériences de Pawlow, certaines recherches de Wertheimer paraissent établir la réalité du mécanisme réflexe; celui-ci serait toutefois beaucoup moins important que le premier.

Nous avons nous-mêmes fait un certain nombre de recherches d'où il semble résulter que la sécrétine du sucre pancréatique, dans l'expérience de Pawlow, n'est pas exactement comparable à celle que provoque l'injection de sécrétine dans le système veineux général. Nous publierons prochainement ces expériences dont le détail ne saurait trouver place ici. Disons seulement que l'injection de sécrétine produit des effets sécrétoires très variables comme intensité, suivant la voie d'introduction: c'est par le réseau porte qu'il faudrait la faire pénétrer pour imiter le mécanisme invoqué par les physiologistes anglais; or, précisément, en opérant ainsi, nous avons obtenu une sécrétion très atténuée.

D'autre part, dans le laboratoire de M. François-Franck, nous avons étudié, au moyen de la méthode graphique, les phénomènes circulatoires que détermine l'injection de sécrétine ainsi que l'introduction d'une solution acide dans le duodénum. Nous avons en particulier inscrit les variations vasomotrices du pancréas et de l'instestin parallèlement aux phénomènes sécrétoires. Nous pouvons dès maintenant affirmer que la sécrétion pancréatique n'est pas liée à une vasodilatation de la glande, comme on aurait pu le présumer.

La sécrétine a fait l'objet, en France, de divers travaux complémentaires. On a montré qu'en dehors de la muqueuse intestinale d'autres tissus pouvaient, sous l'influence des acides, engendrer de la sécrétine; mais cette production est faible.

La macération acide de ganglions mésentériques (Delezenne) et peut-être de muqueuse gastrique (Camus et Gley) sont dans ce cas.

On a constaté que la sécrétine active dans une certaine mesure la sécrétion biliaire (Henriot et Portier) et peut-être la sécrétion salivaire (Lambert et Meyer).

Ainsi, de même que d'autres tissus que la muqueuse intestinale ont la propriété de produire la sécrétine, de même d'autres glandes que le pancréas peuvent également être stimulées par la sécrétine. Mais il n'en apparaît pas moins que la muqueuse intestinale vis-à-vis de la formation de la sécrétine, et la sécrétine vis-à-vis de la sécrétion pancréatique, manifestent non plus une propriété relativement banale, mais une véritable fonction spécialisée.

Reste à déterminer la nature chimique de la sécrétine. Cette nature est inconnue. On sait seulement que la sécrétine n'est pas un ferment soluble, car la température de 100° en milieu aqueux ne la détruit point. Ce n'est pas davantage une substance minérale (Bayliss et Starling). Il semble bien d'autre part (Camus) qu'elle n'ait aucun rapport, dans son processus de formation, avec l'entérokinase dont nous allons nous occuper maintenant.

L'ENTÉROKINASE

L'entérokinase a été découverte par Pawlow et son élève Schepowalnikow. L'expérience qui la démontre est assez simple. On sait que le suc pancréatique a le pouvoir de digérer les trois grandes classes d'aliments; il contient en effet trois ferments solubles qui sont : la protéase ou trypsine, la lipase et l'amylase qui digèrent respectivement les matières protéiques, les graisses et les matières amylacées. On sait que, si l'on place dans un tube à essai, contenant un peu de suc pancréatique ou de macération de pancréas, un petit cube de blanc d'œuf cuit, et si l'on met ce tube à essai dans l'étuve à 37° environ, le blanc d'œuf sera plus ou moins rapidement attaqué et dissous. Or, Pawlow et Schepowalnikow ont montré que la digestion de l'albumine s'opère avec une rapidité beaucoup plus considérable si l'on ajoute au liquide pancréatique un peu de suc intestinal ou un peu de macération de muqueuse intestinale. Et pourtant ce dernier suc est par lui-même sans action sur l'albumine; il ne la digère pas. La conclusion est celle-ci : que la muqueuse intestinale, ainsi que le suc qu'elle sécrète, renferment une substance qui suractive la fonction fermentative de la trypsine. Cette substance est elle-même un ferment soluble, et ses inventeurs l'ont appelée *entérokinase* de (κινειν, mettre en mouvement) parce qu'elle donne pour ainsi dire le branle à la digestion pancréatique.

L'expérience qui précède est d'autant plus nette qu'on opère avec un suc pancréatique aussi peu actif que possible. Or, dans certaines conditions que nous aurons à indiquer par la suite, et que Delezenne a clairement précisées, on peut recueillir un suc pancréatique dépourvu de toute activité protéolytique. Vainement un cube de blanc d'œuf y séjournera durant un temps plus ou moins long, il ne sera pas attaqué le moins du monde. Un tel suc contient cependant le ferment protéolytique, la trypsine, car si l'on y ajoute de l'entérokinase on voit l'albumine se digérer avec une grande rapidité. L'intervention de la kinase apparaît donc ici non plus comme une influence favorisante, mais bien comme une condition nécessaire de l'action de la trypsine.

L'entérokinase est un ferment soluble. — L'entérokinase est un ferment soluble; elle présente en effet les propriétés essentielles de ce genre de ferments.

1° Elle est détruite par la chaleur dans les liquides qui la renferment. Non seulement la température de 100° durant quelques minutes fait perdre au suc instestinal sa propriété caractéristique, mais encore celle-ci est anéantie par les températures de 70-75° maintenues pendant une demi-heure et partiellement supprimées à 60°.

2° La kinase peut être extraite par les procédés habituels d'entraînement des ferments solubles et conservée à l'état sec.

3° L'activité de ce produit est hors de proportion avec la quantité agissante. C'est ainsi qu'un précipité obtenu suivant le procédé qui vient d'être dit, ajouté à du suc pancréatique inactif à la dose de 1/10000 de milligramme par 10 centimètres cubes de liquide, a suffi pour conférer à celui-ci un pouvoir digestif manifeste (Delezenne). A supposer que le précipité fût exclusivement constitué par la kinase, celle-ci avait ainsi été ajoutée dans la proportion de un cent millionnième.

4° Comme tous les ferments solubles, la kinase se fixe avec facilité sur la fibrine, si bien qu'en mettant de la fibrine dans le suc entérique on arrive à dépouiller celui-ci de toute la kinase qu'il contient.

Modes d'obtention de l'entérokinase. — Nous venons de dire que l'entérokinase pouvait être obtenue par les procédés usuels de préparation des ferments solubles, sinon à l'état pur, du moins dans un état de fixation sur une quantité infime de substance organique.

On opère sur une macération de muqueuse intestinale appartenant au duodénum et au jéjunum d'un mammifère quelconque, macération dans l'eau additionnée d'une substance propre à entraver le développement des bactéries : chloroforme, toluène, fluorure de sodium. Ou bien on utilise le suc intestinal recueilli par une fistule de Thiry. On sait que l'opération de Thiry consiste à isoler une anse intestinale et à l'aboucher à la peau après avoir rétabli par des sutures la continuité de l'intestin sectionné. L'anse isolée fournit, pourvu qu'elle appartienne au segment duodéno-jéjunal, un suc assez abondant, qu'on recueille par la fistule, et qui contient une très forte proportion d'entérokinase.

Pour étudier les propriétés de l'entérokinase, on peut utiliser indifféremment le liquide de macération ou le suc sécrété. On peut aussi obtenir, à l'aide de précipitations successives par l'alcool, un produit sec qui, redissous dans l'eau, manifestera les propriétés du ferment. D'une façon générale, l'entérokinase, comme tous les ferments solubles, se fixe sur les différents précipités que l'on produit au sein du liquide qui en contient.

MM. Stassano et Billon ont constaté qu'un précipité de nucléo-albumines qu'on détermine en traitant par l'acide acétique la macé-

ration de muqueuse intestinale est particulièrement riche en kinase.

Localisations de l'entérokinase. — Nous avons dit que l'entérokinase était produite et sécrétée par la muqueuse intestinale ; mais quelles sont, dans l'étendue du tube digestif, les portions spécialement riches en kinase? Quels sont, parmi les divers éléments anatomiques représentés dans ces portions, ceux qui paraissent être spécialement en rapport avec la production de ce ferment?

La première de ces questions a été résolue par Pawlow, la deuxième a été élucidée par Delezenne.

Fait remarquable, c'est dans la muqueuse du duodénum et du jéjunum que siège et se secrète la kinase, c'est-à-dire précisément dans les régions où s'exerce principalement la digestion pancréatique. La muqueuse de l'iléon contient aussi de l'entérokinase, mais en proportion relativement faible. Il est facile de s'en assurer, soit en établissant, chez un même animal, deux fistules de Thiry, situées l'une sur une anse jéjuno-duodénale, l'autre sur une anse d'iléon, et en comparant l'activité kinasique des sucs sécrétés; soit encore en comparant, au même point de vue, des macérations pratiquées avec des segments d'intestin prélevés à différents niveaux.

D'autre part, Delezenne a montré que les plaques de Peyer étaient beaucoup plus riches en kinase que les autres régions de la muqueuse. C'est donc dans les organes lymphoïdes, où abondent les leucocytes, que s'accumule le ferment.

Le rôle prépondérant et peut-être exclusif des leucocytes est d'ailleurs corroboré par une série de faits intéressants.

Kinases leucocytaires et microbiennes. — Delezenne a fait voir qu'en dehors même de la muqueuse intestinale, les leucocytes contiennent une diastase qui favorise la digestion tryptique des matières albuminoïdes. La présence de ce ferment, de cette kinase leucocytaire se démontre, en effet, dans les ganglions lymphatiques et dans le pus stérile des abcès provoqués par injection d'essence de térébenthine et d'autres substances aseptiquement pyogènes. MM. Stassano et Billon ont retrouvé la même propriété dans les leucocytes d'exsudats péritonéaux artificiellement produits.

Les mêmes auteurs ont vu s'accroître l'activité kinasique pendant la période digestive, qui s'accompagne d'un afflux leucocytaire, et sous l'influence des injections intraveineuses de sublimé ou de saccharate de fer, lesquelles déterminent une hyperémie intense de l'intestin en s'éliminant dans cet organe par l'entremise des leucocytes.

Sous l'influence des injections de pilocarpine, qui exagèrent, comme on sait, l'abondance des sécrétions, les produits de diverses glandes peuvent présenter des propriétés kinasiques. Delezenne, qui a découvert ce fait, l'a également interprété en montrant que ces conditions font précisément apparaître des leucocytes dans les liquides sécrétés, dans l'urine par exemple.

Ainsi donc, une certaine teneur en kinase paraît être une propriété générale des leucocytes, mais, dans la muqueuse duodéno-jéjunale, cette propriété s'exalte jusqu'à devenir une fonction nettement différenciée.

Ajoutons que Delezenne a mis en évidence des kinases microbiennes, c'est-à-dire engendrées par des microbes divers. Il en a trouvé également et de fort actives dans le venin des serpents, très comparable sous plusieurs rapports aux toxines microbiennes.

Ces kinases sont tout à fait analogues à l'entérokinase et se comportent comme elle. Tous ces ferments ne sont peut-être pas rigoureusement identiques, mais ils sont du moins très proches parents.

Il ne faut pas les confondre avec d'autres substances qui peuvent, elles aussi, à des degrés divers, favoriser l'action de la trypsine sur les matières albuminoïdes. Larguier des Bancels a reconnu, par exemple, cette propriété intéressante à la muqueuse intestinale chauffée à 100°, de même qu'à la levure de bière non seulement vivante, mais aussi chauffée et même incinérée. Il ne peut s'agir ici de ferments solubles, puisque ceux-ci ne résistent pas au chauffage. De plus, l'influence favorisante est ici beaucoup plus faible qu'avec l'entérokinase; et surtout, les substances en question, si elles peuvent rendre plus actif un suc pancréatique quelque peu actif déjà, sont incapables de conférer un commencement d'activité à des sucs qui en sont au préalable totalement dépourvus. Parmi les substances favorisantes du même ordre, il faut citer la bile.

Degré d'utilité de l'entérokinase. — L'utilité de l'entérokinase dans la digestion par le suc pancréatique avait été mise en évidence par les expériences de Pawlow et Schepowalnikow. Ces auteurs avaient montré en effet, comme nous l'avons vu, qu'un suc pancréatique peu actif le devenait davantage sous l'influence de la kinase. Delezenne est allé plus loin : il a pu conclure, d'une série de belles recherches, que le suc pancréatique absolument pur était en réalité non pas d'une faible activité propre, mais bien d'une activité nulle. Dans certaines conditions, qui se réalisaient notamment dans les expériences de Pawlow et Schepowalnikow, le suc pancréatique, par lui-même, digère un tant soit peu l'albumine, mais c'est qu'alors il contient en fait, soit de l'entérokinase qui s'y est ajoutée à l'insu de l'expérimentateur, soit de la kinase leucocytaire dont la présence s'explique par une diapédèse de globules blancs survenue dans le pancréas même durant l'expérience, soit enfin de la kinase microbienne engendrée par des bactéries qui se sont développées dans le suc après son prélèvement. Il résulterait donc des recherches de Delezenne que la trypsine, telle qu'elle est sécrétée normalement, est tout à fait dépourvue d'activité digestive, tant qu'un autre ferment, la kinase, n'intervient pas. MM. Gley et Camus tiennent toutefois cette opinion pour excessive.

Interprétations du rôle de l'entérokinase. — On peut faire plusieurs hypothèses. Voici celle de Pawlow et de ses élèves : une portion de la trypsine serait secrétée par le pancréas dans un état pour ainsi dire inachevé; ce n'est pas encore le ferment trypsine, mais une substance zymogène ou proferment, la protrypsine, capable, sous certaines influences, de se transformer en ferment actif; le rôle de l'entérokinase consisterait précisément à opérer cette transformation.

Delezenne comprend les choses autrement. La trypsine est capable de décomposer les molécules d'albumine, mais à une condition, c'est de pouvoir d'abord se fixer sur cette molécule. Or ceci, elle ne le peut qu'à une condition, c'est que la molécule d'albumine ait été modifiée au préalable par le ferment kinasique.

Delezenne a montré, à l'appui de cette conception, que l'action combinée des deux ferments considérés rappelle de près l'action combinée de l'alexine et de la sensibilisatrice dans les phénomènes de bactériolyse et de cytolyse dont l'étude est actuellement à l'ordre du jour. Dans certaines expériences sur la digestion de la fibrine, tout se passe, semble-t-il, comme si la fibrine, sur laquelle l'entérokinase s'est préalablement fixée, avait subi une action de mordançage permettant à la trypsine de se fixer à son tour et d'agir.

Action de l'entérokinase sur d'autres ferments pancréatiques. — Nous avons considéré jusqu'ici l'action de l'entérokinase sur le ferment protéolytique du suc pancréatique : la trypsine. A-t-elle une action sur les deux autres ferments du même suc : l'amylase, ferment qui digère l'amidon, et la lipase, ferment qui saponifie les graisses? Oui, mais cette action est relativement faible, au moins pour l'amylase. Pawlow a montré que, pour la lipase pancréatique, le stimulant le plus puissant était, non pas le suc intestinal, mais la bile.

*
* *

Cette étude des propriétés de la *sécrétine* et de l'*entérokinase* nous montre donc que ces deux substances, contenues toutes deux dans le suc intestinal, peuvent exister aussi, en quantité moindre, il est vrai, dans d'autres tissus. C'est là un exemple de plus de cette loi de physiologie qui relie étroitement la propriété générale des tissus à une fonction hautement spécialisée.

Dans le cas particulier qui nous occupe, une des premières questions qui vient à l'esprit est de se demander si tous ces faits, observés expérimentalement chez les animaux, existent également dans le domaine de la physiologie humaine; *a priori*, la réponse n'est pas douteuse. Mais, bien que ces découvertes soient relativement récentes, nous pouvons d'ores et déjà rappeler les cas qui prouvent l'existence de la sécrétine et de l'entérokinase chez l'homme.

En ce qui concerne la sécrétine, nous avons eu l'occasion d'extraire le produit de l'intestin d'un tuberculeux mort dans le service de M. Faisans, à l'Hôtel-Dieu. Il existait chez ce sujet des lésions de tuberculose ulcéreuse très étendue et très profonde de l'intestin grêle. Néanmoins la sécrétine extraite de cet intestin, injectée dans le sang d'un chien, nous a permis de constater une excitation manifeste de la sécrétion pancréatique sur cet animal, chez lequel nous avions pratiqué au préalable une fistule pancréatique. Mais, fait non moins intéressant, et qui, dans une certaine mesure, peut être expliqué par la grande étendue des lésions, l'excitation ainsi produite par cette sécrétine était infiniment moins active que celle produite sur le même animal par une sécrétine extraite de l'intestin d'un chien indemne de toute lésion intestinale ; nous aurons l'occasion bientôt de revenir sur ce fait ainsi que sur d'autres analogues.

Quant à l'entérokinase, Hamburger et

Hekma (de Groningue) ayant eu l'occasion de suivre un cas clinique de fistule intestinale (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 15 Septembre 1902), ont pu étudier méthodiquement le suc intestinal humain et se convaincre que l'adjonction de quelques gouttes de ce suc intestinal augmente d'une façon manifeste le pouvoir protéolytique du suc pancréatique; c'est donc la confirmation pure et simple de l'existence de l'entérokinase chez l'homme. D'ailleurs, pour notre part, nous avons réussi à déceler la présence de l'entérokinase dans les selles de plusieurs sujets auxquels nous avions au préalable administré un purgatif énergique.

Ajoutons incidemment que ces auteurs ont également démontré dans le suc intestinal humain l'existence d'un ferment nouveau encore mal connu, découvert par Cohnheim chez le chien et le chat, l'*érepsine*, et qui possède la propriété de transformer l'hémialbumose en d'autres combinaisons non encore nettement définies.

* * *

Toutes ces constatations semblent intéresser, à première vue, plus directement le physiologiste que le médecin. Mais il n'est pas nécessaire cependant de rappeler la parole si profonde du plus grand physiologiste de ce siècle, de Claude Bernard, à savoir que l'acte morbide n'est après tout que l'acte physiologique perverti ou troublé, pour se convaincre de l'intérêt majeur qu'il y a pour le pathologiste à se tenir au courant de ces découvertes. Il n'est pas douteux que l'étude plus attentive et plus perfectionnée de la fonction intestinale normale soit la préface obligée de toute notion nouvelle concernant la pathologie intestinale. Pendant trop longtemps, les médecins se sont contentés, en ce qui concerne les affections intestinales, d'étiquettes nosographiques qui, à la vérité, ne répondent à aucune classification réelle, et qui se bornent, soit à refléter une vague doctrine étiologique (dyspepsie nerveuse), soit, dans d'autres cas, ce qui satisfait encore moins, de rappeler un symptôme de la plus grande banalité (dyspepsie flatulente). Il n'est pas douteux que, du jour où la clinique arrivera à pouvoir interroger l'état fonctionnel de l'intestin comme on interroge aujourd'hui l'état fonctionnel du foie et du rein, on arrivera selon toute vraisemblance, à cataloguer d'une façon plus méthodique et plus scientifique qu'on ne l'a fait jusqu'aujourd'hui les cas si nombreux des perturbations fonctionnelles intestinales, qu'elles soient d'origine nerveuse, dyscrasique, toxique ou infectieuse. A cet égard, la connaissance de ces notions toutes nouvelles de la physiologie intestinale nous semble indispensable au médecin.

C'est ainsi, par exemple, qu'*a priori* on peut penser que la fièvre typhoïde, dont les lésions portent plus spécialement sur le système lymphatique de l'intestin, peut amener par cela même à sa suite une diminution dans la production kinasique, une véritable hypokinasie, qui expliquerait les troubles dyspeptiques permanents qu'on observe longtemps encore après la convalescence. C'est ainsi aussi que la constatation d'une diminution de la sécrétine, dans le cas de tuberculose intestinale avancée que nous venons de rapporter, peut aussi, dans une certaine mesure, expliquer l'intensité des troubles dyspeptiques chez les tuberculeux.

Ces faits, qu'il faudra désormais étudier et classer avec soin, ne comportent pas exclusivement une sanction diagnostique; on entrevoit, pour beaucoup d'entre eux, une sanction thérapeutique, que l'exemple de la médication thyroïdienne ne peut que fortifier.

Mais il y a plus encore; on sait avec quel enthousiasme certains médecins et beaucoup de chirurgiens préconisent des interventions opératoires dans beaucoup de cas d'affections gastriques rebelles et, plus particulièrement, de sténoses pyloriques. C'est, dans l'immense majorité des cas, la gastro-entérostomie qu'on pratique. Mais, pour que cette opération réussisse et donne le maximum de survie, n'est-il pas indispensable de la pratiquer de façon à ce que les fonctions normales de l'intestin puissent s'accomplir. Or cette condition ne sera complètement réalisée que quand on aura déterminé d'une façon précise les localisations anatomiques, chez l'homme, des deux nouvelles fonctions, *sécrétinique et kinasique*, et que, partant, le chirurgien tâchera, dans son opération, de n'y pas porter atteinte.

On voit par ces quelques exemples que l'intérêt qui s'attache à ces notions nouvelles sur la digestion intestinale dépasse de beaucoup le domaine pur de la physiologie, — et que s'il est des cas où la clinique a ouvert la voie aux physiologistes, tel le myxœdème, telle la maladie d'Addison, tel le diabète pancréatique, — il en est d'autres où les constatations des physiologistes, à leur tour, permettent d'augurer une ample moisson dans le domaine d'une pathologie quelque peu retardataire : nous voulons parler — on l'a compris — de la pathologie intestinale.

LE RADIUM

APPLICATION AU TRAITEMENT DU LUPUS

Par F. TRÉMOLIÈRES
Interne des Hôpitaux.

La thérapeutique du lupus s'enrichit sans cesse de nouveaux procédés : à la photothérapie, à la radiothérapie, aux applications de permanganate de potasse, vient s'ajouter l'emploi des rayons du radium. Ce mode de traitement n'a pu jusqu'à présent être de pratique courante, étant donné la rareté du produit; il est intéressant, cependant, d'en exposer les résultats.

Auparavant, il nous faut rappeler brièvement la nature du nouveau métal et ses principales propriétés.

Le radium, de même que l'uranium, émet, sans cause excitatrice et d'une manière incessante, un rayonnement qui traverse les corps opaques et impresssionne les plaques photographiques.

Après que M. H. Becquerel eut, pour la première fois, signalé cette radio-activité sur l'uranium et ses sels; M. et Mme Curie constatèrent que certains minerais uraniques étaient doués d'un pouvoir radiant supérieur à celui du métal lui-même; sans doute contenaient-ils des corps inconnus plus fortement radio-actifs. Soumettant alors l'un de ces minerais, la pechblende, ou minerai d'oxyde d'urane, à une série de séparations chimiques, de purifications et de concentrations, M. et Mme Curie obtinrent, en dernière analyse, un produit radio-actif différent de l'uranium et des corps simples actuellement connus. Ce n'est pas le radium lui-même, mais une substance radifère complexe, formée d'un mélange en proportions diverses de chlorure de baryum et de chlorure de radium. Le radium a pu en être isolé, non à l'état pur, mais sous forme de sel. Le nouveau corps simple était, dès lors, définitivement découvert et classé.

C'est un métal alcalino-terreux, homologue supérieur du baryum. Son poids atomique est de 223. Il se caractérise, à l'analyse spectrale, par trois raies nouvelles, très fortes, dans la région ultra-violet, et deux bandes nébuleuses fortes, sans compter d'autres raies plus petites, toutes absolument distinctes de celles que fournissent les corps simples connus.

Il fournit des radiations analogues aux rayons uraniques, mais un million de fois plus intenses que ces derniers; comme ceux-ci, elles se propagent rectilignement, ne sont ni réfractées, ni réfléchies, ni polarisées.

Les rayons du radium sont constitués par un ensemble de rayons cathodiques et de rayons Röntgen. Les premiers, déviables par un champ magnétique, très pénétrants, traversent les lames absorbantes et font sentir leur action à plusieurs mètres; ils ne forment qu'une faible partie du rayonnement total. Les seconds, identiques aux rayons X, l'emportent de beaucoup en nombre sur les précédents; le champ magnétique est sans action sur eux; ils ne se propagent pas dans l'air et semblent former à la substance radifère une atmosphère de quelques centimètres seulement d'épaisseur; aussi, pour qu'ils agissent sur un tissu, doit-on mettre ce tissu en contact direct avec la substance radifère.

Les produits radio-actifs impressionnent les plaques photographiques d'autant plus rapidement qu'ils en sont plus rapprochés. Ils sont tous spontanément lumineux. Leurs rayons provoquent la fluorescence de nombreux corps.

Enfin, toute substance placée pendant un temps suffisant au voisinage du radium acquiert passagèrement ses propriétés radio-actives. Cette radio-activité induite est due à quelque chose de nature inconnue, qui émane du radium et se propage dans l'air et dans le vide; l'induction est entravée par l'interposition d'une paroi solide, que traversent cependant les rayons du radium.

Telles sont les principales manifestations de la radio-activité, phénomène mystérieux dont on ignore la cause. Toutes les explications qu'on en a données ne sont que des hypothèses encore invérifiées.

Les propriétés physiologiques du radium procèdent de sa radio-activité.

Ses radiations impressionnent les milieux de l'œil; elles les rendent phosphorescents: aussi, l'œil fermé perçoit-il une lueur diffuse quand on place dans son voisinage un produit radifère libre ou renfermé dans une boîte opaque.

Les rayons du radium possèdent un pouvoir bactéricide certain. Des cultures de micrococcus prodigiosus exposées à leur action ont été arrêtées dans leur développement. Cet effet dépend des seuls rayons Röntgen; les rayons cathodiques ne le produisent pas. Sans doute, les autres bactéries subiraient-elles aussi cette influence nocive; la vérification de cette hypothèse aurait une grande importance thérapeutique.

* * *

Jusqu'ici, la seule action physiologique du radium qu'on ait utilisée est celle qu'il possède sur la peau. Il ne la rend pas seulement phosphorescente, il agit encore plus profondément sur elle. Tous les savants qui l'ont manié en ont fait l'observation à leurs dépens. Comme les rayons Röntgen, avec lesquels ils ont une grande analogie, les rayons du radium causent des brûlures et ulcèrent la peau.

M. Danlos a tenté d'utiliser cette action en dermothérapie. Ses expériences ont porté sur des cas de psoriasis, de pelade, de cancroïdes superficiels, de bacilloses ganglionnaires; mais c'est sur des lupus qu'il a obtenu les résultats les plus probants. Le 7 novembre 1901 et le 3 juillet 1902, M. Danlos faisait à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie l'exposé général du traitement

du lupus par le radium. M. Blandamour en a décrit tous les détails dans l'intéressante Thèse qu'il vient de soutenir devant la Faculté.

Dans de petits sachets aplatis et rectangulaires, de celluloïde ou de caoutchouc, est incluse la poudre radifère, étalée sur une épaisseur de 2 à 3 millimètres. Cette poudre blanchâtre est un mélange en proportions variables de chlorure de baryum et de chlorure de radium; aussi son pouvoir radio-actif est-il, selon les échantillons, de 1.000 à 200.000 fois supérieur à celui de l'uranium. Les produits employés de préférence ont une intensité de 5.200 et de 19.000, d'après cette méthode d'estimation.

Maintenus sur les régions à traiter par de simples bandes de flanelle ou de gaze, les sachets de radium ont été laissés en place pendant des périodes variant de six à huit heures à quatre ou cinq jours; la grande majorité des temps de pose a oscillé entre vingt-quatre et quarante-huit heures.

L'action du radium, d'une façon générale, dépend de trois facteurs : le pouvoir radio-actif de la substance employée, la durée de son application et enfin l'état antérieur de la zone sur laquelle on le fait agir. Les processus histologiques ainsi déterminés sont d'autant plus intenses et durables que le produit radifère est plus actif et plus longuement appliqué. Il semble bien, d'autre part, que la rapidité de leur production dépend beaucoup plus du temps de pose que de l'intensité des éléments employés. Enfin, l'état antérieur des régions traitées n'est pas sans influence sur les effets produits : une zone lupique, fortement atteinte, amoindrie dans sa résistance, est plus sensible à l'action du radium qu'une peau saine et douée de toute sa vitalité

La surface lupique, soumise à l'action du radium, présente une série de modifications d'intensité progressive. Tout d'abord, une rougeur vive s'y dessine au bout de cinq à six jours; le derme sous-jacent est tuméfié et parfois même induré.

Après un temps variant de six à quinze ou vingt jours, suivant l'état antérieur de la peau, l'épiderme prend un aspect macéré, blanchâtre, et tombe; souvent aussi apparaît une phlyctène flasque qui se déchire. Les petites excoriations isolées qui se produisent s'agrandissent, fusionnent et finissent par constituer une ulcération ou mieux une exulcération. L'étendue de celle-ci, comme celle de l'érythème, est identique à celle du sachet de radium qui l'a causée; elle est d'ordinaire jaunâtre, peu profonde, et sécrète un liquide assez abondant, roussâtre ou même sanguinolent. Elle est atone, dépourvue de bourgeons charnus; aussi sa cicatrisation est-elle extrêmement lente.

Peu à peu, cependant, sous la protection de pansements humides, elle devient rosée et se recouvre d'épiderme. Au bout de vingt à vingt-cinq jours, la cicatrice se forme, blanche, lisse, superficielle et souple.

D'ordinaire inoffensive, l'application du radium s'accompagne parfois d'accidents, du reste bénins. Ainsi l'ulcération, qui n'occasionne en général qu'un léger prurit ou une faible sensation de brûlure, peut se compliquer de douleurs intenses et prolongées; celles-ci sont imputables à l'infection secondaire des ulcères plutôt qu'au radium lui-même. Mais c'est bien au radium seul qu'on doit attribuer le retard de la cicatrisation, observé dans un cas où un lupus avait été exposé pendant un temps très long aux radiations d'une plaque très active; il est, par suite, facile d'éviter cette complication.

Ces légers inconvénients exceptés, les applications du radium sur les tissus lupiques ont donné d'excellents résultats; les exulcérations qu'elles ont provoquées ont été remplacées par des cicatrices du meilleur aloi, indices d'une guérison apparente. La guérison réelle, anatomique, consistant dans la disparition complète des bacilles et follicules tuberculeux, ne peut être constatée que par une biopsie; cet examen n'a pas encore été pratiqué. Cependant quelques cicatrices constituées depuis près d'un an se sont maintenues dans leur état primitif; cela fait bien préjuger des résultats éloignés, les seuls probants en matière de lupus.

Tel qu'il est pratiqué, le traitement du lupus par le radium présente de réels avantages, qui ne peuvent disparaître devant la rareté et le prix élevé de ce produit. Il est rapide : les guérisons surviennent d'ordinaire au bout de trois à cinq semaines, beaucoup plus tôt, par conséquent, que par les procédés habituels. Il est simple, et d'une application facile. Enfin, il n'occasionne pas de douleur appréciable dans les conditions normales.

Peut-être même sera-t-il encore simplifié, tout en devenant plus efficace. Jusqu'ici, M. Danlos n'a procédé que par des applications permanentes et prolongées de plaques radifères de faible intensité sur les tissus lupiques, obtenant par ce moyen des ulcérations suivies de cicatrices Utilisant les propriétés bactéricides du radium, peut-être pourrait-on, par le rayonnement de plaques très intenses appliquées en une série de poses très courtes, détruire sur place le bacille de Koch ou tout au moins empêcher son développement, sans ulcérer la peau. A la méthode des applications prolongées, ou méthode ulcéreuse, M. Danlos oppose ainsi la méthode des séances courtes et répétées, ou méthode sèche. Il s'occupe d'en étudier les résultats.

Nous mettrons nos lecteurs au courant de ces recherches, importantes déjà au point de vue expérimental, et qui pourront le devenir encore davantage par leurs résultats thérapeutiques.

MÉDECINE PRATIQUE

LES PESÉES RÉGULIÈRES CHEZ LES CARDIAQUES

Tous les médecins savent aujourd'hui tirer parti de l'emploi régulier de la balance, c'est-à-dire de la méthode des pesées à intervalles fixes, quand ils ont à traiter un tuberculeux ou à surveiller l'alimentation d'un nourrisson. Je rappellerai encore que le professeur Eichhorst, dont nous avons dernièrement exposé ici même les idées sur le traitement du diabète, considère l'emploi de la balance comme *indispensable* pour se rendre compte de la façon dont tel ou tel diabétique supporte le régime qu'on lui indique. Dans le même ordre d'idées, nous pouvons encore citer un travail très remarquable de M. Chauffard sur les indications que peut fournir la méthode des pesées quotidiennes chez les malades présentant un épanchement de la plèvre ou du péritoine.

Les « indications de la balance » se trouvent ainsi notablement élargies. Il faut ajouter que l'emploi de la balance n'est pas limité aux affections que nous venons d'énumérer : tuberculose, diabète, ascite, pleurésie, alimentation défectueuse du nourrisson. Un médecin danois, M. Jacobäus, vient, en effet, de publier un travail fort intéressant sur les services que les pesées quotidiennes peuvent rendre chez les cardiaques présentant des troubles de compensation. La lecture des observations et l'étude des courbes recueillies par M. Jacobäus montre en effet que, chez les cardiaques, tout comme chez les tuberculeux, les indications fournies par la balance éclairent singulièrement le pronostic et permettent d'apprécier assez exactement les effets du traitement.

*
* *

Et, tout d'abord, il est certain que le cardiaque hydropique éprouve une sorte de satisfaction morale quand la balance lui indique une diminution de poids de 6 à 8 kilos survenue dans l'espace de quelques jours sous l'influence d'un traitement approprié. Toute platonique que soit cette satisfaction, elle n'en retentit pas moins sur l'état moral du malade, lui redonne du courage et, par contre-coup, exerce certainement un effet appréciable sur son état physique.

Si nous continuons à peser régulièrement le cardiaque maintenant débarrassé de ses œdèmes, de son ascite, de son épanchement pleural, deux cas peuvent se présenter : ou bien le malade continue à maigrir, ou bien la balance enregistre une augmentation du poids. L'interprétation exacte de ces deux phénomènes ne peut se faire que par l'analyse judicieuse d'autres symptômes que présente le malade.

Si l'amaigrissement du malade coïncide avec un état général satisfaisant, une diurèse convenable, un appétit normal, il n'y a pas à s'inquiéter, et la perte de poids indique seulement que l'organisme continue à se débarrasser du liquide qui l'infiltrait, à éliminer celui-ci, aussi bien par ses reins que par ses poumons ou sa peau. Mais si la perte de poids s'accompagne d'un état général médiocre, d'un appétit qui laisse à désirer et d'une diurèse faible, on doit en conclure que l'organisme souffre dans sa nutrition ou que l'on se trouve en face d'une complication encore latente, mais qui ne tardera pas à éclater.

L'augmentation de poids constatée chez un cardiaque débarrassé de ses hydropisies prête aux mêmes considérations. Cette augmentation marche-t-elle de pair avec une amélioration de l'état général et de la plupart des fonctions? elle indique simplement une orientation vers la guérison et est d'un présage heureux. Au contraire, quand le poids du malade commence à augmenter, en même temps que l'état général décline, que la diurèse devient peu abondante et que l'appétit est insuffisant, la situation doit être jugée comme critique, indiquant que de nouvelles hydropisies se préparent. Les courbes et les observations de M. Jacobäus montrent, en effet, que l'œdème malléolaire et palpébral, et, à plus forte raison, l'infiltration du tissu cellulaire d'autres régions et des séreuses apparaissent régulièrement après l'augmentation du poids enregistrée par la balance dans les conditions qui viennent d'être indiquées. *La balance nous prévient donc des hydropisies qui se préparent*; en nous indiquant le danger, elle nous permet d'y parer à temps par un traitement approprié. Il est certain que l'étude soignée de la diurèse permet d'arriver à la même conclusion. Cette méthode, nous dit M. Jacobäus, est pourtant moins sûre que celle des pesées, parce que la quantité journalière d'urine est influencée par la quantité de liquides ingérés, laquelle quantité dépend de la composition des aliments et est difficile à établir.

*
* *

Dans cette question de la désinfiltration des cardiaques, la peau comme les poumons jouent, ainsi qu'on sait, un rôle important. Chez l'individu normal, on évalue à 1.500 grammes environ la quantité d'eau qui, sous forme de perspiration insensible, s'élimine par ces deux voies, dont la plus importante est la peau, puisque, sur ces 1.500 grammes, elle en élimine à elle seule 1.000. Or, la balance nous permet de nous rendre compte de l'état de la perspiration insensible chez les cardiaques et d'en conclure à la façon dont la peau fonctionne chez ces malades.

Voici, pour plus de clarté, un des exemples que M. Jacobäus cite dans son travail :

Une cardiaque pèse, au début du traitement, 55 kil. 9. Trois jours plus tard, la balance indique un poids de 55 kil. 87, soit une diminution de 300 grammes. Pendant ces trois jours, la malade a ingéré 3 kil. 634 d'aliments solides et liquides, boissons y compris; le poids des matières fécales et de l'urine pendant cette même période a été exactement de 1 kil. 454. En tenant compte de la perte de poids de 300 grammes enregistrée par la balance, on trouve chez cette malade, pour la

perspiration insensible, une valeur de 2.210 grammes en trois jours, soit de 730 grammes environ par jour. On peut en conclure que la peau fonctionne mal chez cette malade et que, par conséquent, il y a lieu d'améliorer, par une thérapeutique appropriée, cette fonction si importante chez le cardiaque. L'exemple que nous avons choisi et qui indique une diminution très appréciable de la perspiration n'est pas le plus frappant, puisque, chez un autre malade dont M. Jacobäus rapporte l'histoire, la valeur de la perspiration insensible était tombée à 410 grammes par jour. Or nous avons vu que, chez l'individu normal, cette valeur est en moyenne de 1.200 à 1.500 grammes.

De la même façon, la balance rend des services inappréciables quand il s'agit d'établir d'une façon un peu précise le régime alimentaire du cardiaque atteint de troubles de compensation. Généralement, on conseille à ces malades de boire peu en limitant la quantité des aliments liquides et des boissons. Les malades se conforment ou croient se conformer à cette prescription, mais, faute d'indication précise, se laissent guider surtout par leur goût. C'est ainsi que, chez trois malades qui lui avaient déclaré boire peu, M. Jacobäus a constaté, en faisant peser les aliments et les boissons, que le premier ingérait 1.120 grammes de liquides par jour, le second 2.300 et le troisième 3.100 grammes. Il a suffi de régler d'une façon exacte la quantité de boissons que prenaient ces malades pour faire disparaître chez eux les signes précurseurs des hydropisies que la balance enregistrait déjà.

*
* *

Tels sont, parmi beaucoup d'autres, les faits que M. Jacobäus cite pour montrer l'utilité des pesées régulières dans le traitement des cardiaques. Ils nous ont paru suffisamment suggestifs pour être signalés à nos lecteurs.

R. Romme.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

1er et 8 Décembre 1902.

Le cœur à l'état normal et au cours de la grossesse. — *MM. Ch. Bouchard et Balthasard.* Les recherches de ces deux auteurs établissent que, chez les sujets normaux, la surface de projection orthogonale du cœur est indépendante du sexe. Cette surface croît en même temps que la taille, mais non dans les mêmes rapports cependant, et dépend essentiellement du poids de l'albumine fixe des tissus, ou encore du poids du corps.

Vraies pour des valeurs extrêmes, ces conclusions, pour les valeurs rapprochées, souffrent de nombreuses exceptions. Des sujets normaux de même taille et de même poids peuvent, en effet, présenter des surfaces cardiaques assez différentes.

D'autre part, il faut tenir compte de l'influence de la croissance. Les enfants ont un cœur relativement beaucoup plus développé que les adultes. Le cœur paraît atteindre d'ailleurs son parfait développement vers l'âge de vingt à vingt-deux ans, alors que le reste de l'organisme continue de s'accroître jusqu'à trente ans.

Les femmes enceintes, enfin, présentent une hypertrophie cardiaque.

Sur la présence des corpuscules acidophiles paranucléolaires dans les cellules du coccus niger et du coccus cœruleus. — *M. G. Marinesco.* Cet auteur a rencontré dans le cytoplasma des cellules pigmentées du coccus niger, en dehors du pigment, des granulations colorables analogues à celles décrites par Olmer sous le nom de granulations amphophiles dans les cellules du coccus cœruleus. M. Marinesco a pu déceler ces cellules non seulement chez l'enfant, mais encore chez l'adulte et même chez le vieillard.

Ces granulations ont pu être colorées à l'aide de la méthode de Romanowski, avec Biondi simple et Biondi acidifié, avec la fuchsine acide et la francéine. Ce dernier réactif colore ces granulations en rouge pourpre.

Rapport du poids du foie au poids total de l'animal. — *M. E. Maurel.* Voici les faits qui se dégagent des recherches de cet auteur.

1° D'une manière constante, les adultes ont, par kilogramme de leur poids, une quantité de foie moindre que les jeunes;

2° Pour la même espèce animale, quand elle présente des différences de volume dépendant des variétés, comme pour le chien, la quantité de foie par kilogramme d'animal est d'autant plus élevée que l'animal est plus petit;

3° La proportion du foie par kilogramme varie avec la nature de l'alimentation. C'est à l'alimentation animale que correspond la plus grande proportion et à l'alimentation par les graines que correspond la proportion la plus faible;

4° L'augmentation de la proportion du foie chez le hérisson et chez le chien paraît bien tenir à l'alimentation animale;

5° La nature animale de l'alimentation paraît agir plus que la composition azotée;

6° La proportion plus grande du foie chez le hérisson ne paraît pas tenir à des dépenses plus considérables.

Les variations du phosphore minéral, conjugué et organique des tissus animaux. — *M. A. P. Percival.* On sait que le phosphore existe dans l'organe d'un animal sous trois formes : phosphore minéral, phosphore conjugué (lécithines, nucléines, etc.) et phosphore organique.

D'après M. Percival, on ne peut établir de rapports constants entre le phosphore total et les autres combinaisons du phosphore.

Le phosphore conjugué abonde dans les tissus jeunes en voie d'évolution, et dans ceux ayant à accomplir un travail notable.

Les variations du phosphore organique sont beaucoup plus fortes que celles du phosphore conjugué, soit comme quantité absolue, soit par rapport au phosphore total.

Les plus grandes quantités de phosphore organique, soit absolument, soit relativement au phosphore total, se rencontrent dans les muscles, l'ovaire, le cœur et le cerveau.

Recherches physiologiques sur les effets de la sympathicectomie cervicale. — *MM. Moussu et Charrin.* La résection du nerf grand sympathique est à l'ordre du jour, non plus seulement pour les physiologistes, mais aussi pour les médecins, en raison des succès obtenus en coupant ce nerf dans la cure de l'épilepsie, du goitre exophtalmique, etc. Toutefois, certains auteurs ont soutenu que cette résection provoque des troubles trophiques de la face, du crâne, etc.

MM. Charrin et Moussu ont soumis le débat à l'expérimentation ; chez une série d'animaux, chiens, chats, lapins, chèvres, moutons, etc., depuis deux ans, ils ont réséqué ce nerf. Or les désordres observés ont paru minimes, insuffisants pour faire rejeter la méthode si elle donne d'excellents résultats.

La formation des anticorps dans le sérum des animaux vaccinés. — *MM. A. Calmette et E. Breton.* D'après ces auteurs, la répétition des injections immunisantes, loin d'augmenter l'activité des anticorps (immunisines ou hémolysines), diminue celle-ci assez rapidement. Par contre, les animaux immunisés, laissés au repos pendant plusieurs mois, fournissent des sérums beaucoup plus actifs après deux injections succédant à une période de repos prolongé.

Georges Vitoux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

6 Décembre 1902.

Eosinophilie dans la filariose humaine. — *MM. Vaquez et Clerc.* Nous rapportons un cas de filariose humaine où l'éosinophilie sanguine s'élevait au taux de 7,5 à 10 pour 100 leucocytes. L'éosinophilie était plus marquée la nuit, au moment de l'apparition des embryons dans le sang et diminuait pendant l'état de veille, période où les embryons disparaissent. Les globules étaient intacts. Cette observation s'ajoute aux autres, peu nombreuses, publiées jusqu'à ce jour, depuis que l'attention des observateurs est attirée sur ce signe hématologique.

Eosinophilie dans la filariose humaine. – *MM. Sicard et Blais.* Chez un jeune malade atteint de filariose, l'examen hématologique nous a permis, comme dans le cas de MM. Vaquez et Clerc, de déceler une éosinophilie dont le taux variait entre 10 et 12 pour 100, sans qu'il existât une modification globale quantitative notable des leucocytes ou des globules rouges.

Le cytodiagnostic des urines de ce mélange, malgré l'absence de toute chylurie apparente, nous a montré une leucocytose abondante, portant plus sur les mononucléaires que sur les polynucléaires. Mais l'existence d'une blennorragie antérieure et relativement récente enlève à ce fait l'indication diagnostique ou pronostique qu'il pourrait comporter. Il serait intéressant, en effet, d'étudier systématiquement chez ces malades la formule histologique des urines, après centrifugation. Cet examen pourrait peut-être renseigner sur le début d'une chylurie toujours à redouter au cours de cette maladie.

Sur une lésion exclusive de l'endothélium hépatique par la cocaïne. — *MM. Gilbert et Carnot.* Nous avons observé chez le lapin, après intoxication chronique très légère par la cocaïne, une altération du foie très remarquable en ce qu'elle porte uniquement sur les cellules endothéliales; celles-ci sont surchargées de graisse, alors que les cellules hépatiques et les cellules biliaires sont saines et ne contiennent pas la moindre gouttelette graisseuse.

Cette altération est intéressante à plusieurs titres : en effet, d'une part, elle indique le rôle considérable que joue la cellule endothéliale dans la fonction antitoxique du foie, vis-à-vis des substances dissoutes, comme la cocaïne, aussi bien que vis-à-vis des corps insolubles, tels que les pigments, la graisse ou les microorganismes; la fonction pexique du foie se résume donc, en grande partie, dans le jeu de ses cellules endothéliales.

D'autre part, l'altération spécifique, ou tout au moins primitive de l'endothélium hépatique montre que l'on doit faire une place, dans la pathologie du foie, aux lésions d'*endothélialite hépatique*; sous l'influence de petites doses de cocaïne, les auteurs ont réalisé une endothélialite graisseuse; ils montreront prochainement une série d'autres types anatomiques d'endothélialite.

Influence de la chaleur sur la durée de la division cellulaire. — *M. J. Jolly.* J'ai étudié l'influence de la chaleur sur la division des jeunes globules sanguins du triton, observée à l'état vivant. La durée de l'étranglement du corps cellulaire, à 32°, dure cinq à six minutes seulement, tandis que cette durée est d'environ huit minutes à 25°, dix minutes à 20°, et quinze minutes à 15°. Je conclus de ces observations que la durée totale de la division indirecte, dans ces conditions, est vers 32°, de une heure et demie environ, alors qu'elle est de deux heures et demie à 20°. J'ai fait des recherches également sur les jeunes globules sanguins de l'embryon de poulet; ici la phase de l'étranglement cellulaire est d'environ quatre minutes seulement à 38°-40°, ce qui porte à penser que, chez les animaux à sang chaud, la durée normale des karyokinèses est sensiblement moindre que chez les animaux à sang froid. Chez l'embryon de poulet l'abaissement de la température augmente la durée de la division. La chaleur a donc une influence notable.

Effets des injections intra-péritonéales de glucose sur l'excrétion de l'urée chez le lapin. — *MM. Nobécourt et Bigart.* Quand on a injecté à un lapin normal une dose de glucose insuffisante pour provoquer la glycosurie, on observe, pendant les trois jours qui suivent, une augmentation du chiffre de l'urée (0 gr. 99, au lieu de 0 gr. 71 par kilogramme et par jour) et du rapport $\frac{U}{NaCl}$ (2,18 au lieu de 1,70.

Avec la dose minima suffisante pour provoquer la glycosurie, l'augmentation de l'urée est plus marquée et persiste encore les quatrième, cinquième et sixième jours (1 gr. 26 dans la première période de trois jours, 1 gr. 59 dans la deuxième période de trois jours), de même que celle du rapport $\frac{U}{NaCl}$ (2,46 et 3,14). L'injection du glucose excite donc manifestement la fonction uropoïétique du foie.

Chez le lapin dont le foie a été modifié antérieurement par une injection intra-portale de naphtol, les résultats varient. L'animal est-il en période d'uropoïèse exagérée, l'urée excrétée n'est pas modifiée, mais le rapport $\frac{U}{NaCl}$ est un peu abaissé (2,27 au lieu de 2,60). Si l'animal est dans une période où l'urée est diminuée, l'urée augmente au contraire, ainsi que le rapport $\frac{U}{NaCl}$ (1,75, au lieu de 0,90). Donc la fonction uropoïétique du foie n'est plus excitée par l'injection de glucose quand cet organe

avait une fonction uropoïétique accrue antérieurement.

Réaction histologique des surrénales au surmenage musculaire. — *MM. Bernard et Bigart.* L'étude des glandes surrénales de cobayes soumis à un surmenage musculaire par excitation électrique montre une modification histologique de l'organe. Cette réaction consiste essentiellement en l'augmentation considérable du nombre des spongiocytes, qui s'étendent dans toute la couche fasciculée, et la formation de vacuoles constituées par la même substance que celle qui remplit ces cellules. L'état dit spongieux représente donc la réaction de la surrénale en face du travail musculaire. Au contraire, dans ces expériences, les cellules de la réticulée manifestent la diminution de leur activité fonctionnelle par la disparition des formations ergastoplasmiques. De même, aucune modification de la médullaire n'est apparente. Il semble donc que ces deux portions de l'organe soient réservées à d'autres fonctions, et que la fonction des surrénales vis-à vis des produits du travail musculaire ait pour siège et pour agent l'élément cellulaire dit spongiocytes.

Rapport entre l'action chimiotactique et le pouvoir agglutinant de certains sérums antitoxiques. — *M. F. Arloing.* J'ai constaté, dans des recherches antérieures, que l'action chimiotactique positive exercée par le sérum d'un animal imprégné de produits tuberculeux (cultures ou toxines) était d'autant plus accusée que le sérum se montrait plus fortement antitoxique. J'ai remarqué aujourd'hui que, plus est développé le pouvoir agglutinant d'un sérum vis-à-vis du bacille de Koch, plus forte aussi est son action chimiotactique positive.

En somme, le nombre des leucocytes attirés par un sérum placé en ampoules de baudruche dans le péritoine du lapin est d'autant plus élevé que le pouvoir agglutinant est plus marqué. La proportion des polynucléaires pour 100 leucocytes augmente proportionnellement au nombre des globules blancs appelés. Ainsi, un sérum dont le pouvoir agglutinant est de 1/20 est capable d'attirer 30 leucocytes par millimètre cube, dont 60 polynucléaires pour 100, tandis que, pour un sérum agglutinant à 1/80, on trouve 579 leucocytes dont 93 polynucléaires pour 100.

Du rôle de l'état moteur dans l'émotion musicale. — *MM. N. Vaschide et Cl. Vurpas* étudient l'influence de la musique sur le système musculaire et l'équilibre moteur.

A. Sicard.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

4 Décembre 1902.

Du signe de Babinski dans l'apoplexie. — *M. Brissaud* a recherché sur quatre apoplectiques, immédiatement après l'ictus, le réflexe des orteils; dans ces quatre cas le signe de Babinski existait.

M. Pierre Marie le trouva également chez un malade trois heures après l'ictus.

M. Dejerine constata son absence dans un cas d'hémorragie cérébrale; il est vrai que la couche optique était seule détruite, la capsule interne restant intacte.

Maladie de Dupuytren par attitudes professionnelles. — *M. Brissaud* apporte un cas de maladie de Dupuytren due à des attitudes nécessitées par la profession de tourneur de bouchons.

Répartition de la thermo-anesthésie dans la syringomyélie. — *M. Brissaud* apporte l'observation d'un malade, syringomyélique mort de cirrhose du foie et de tuberculose pulmonaire.

Le point capital de cette observation est que, pendant sept ans, les troubles thermo-anesthésique restèrent localisés à la main, la zone insensible affectant la forme d'un gant.

M. Dejerine a toujours vu la topographie radiculaire, et jamais la topographie segmentaire.

M. Brissaud fait remarquer que même dans l'anesthésie à type radiculaire, les limites supérieures et inférieures sont horizontales, c'est-à-dire qu'un segment de la racine est seul intéressé; la thèse récente de Fargue contient de nombreux exemples de ce fait.

Mme Dejerine montre que dans les observations de Fargue, les racines affectées n'innervent normalement que des segments du bras et aucune bande thoracique.

M. Brissaud admet évidemment la topographie radiculaire des troubles thermo-anesthésiques dans certains cas; il a même été le premier à montrer la réalité de ce fait. Mais dans certains autres, les troubles sensitifs affectent une forme segmentaire, en rapport avec une lésion du métamère spinal correspondant.

Valeur séméiologique de la diadococinésie. — *MM. Campbell* (d'Edimbourg) *et Crouzon* ont étudié la diadococinésie chez les cérébelleux du service de M. Pierre Marie. Ils ont constaté l'existence de ce symptôme révélé par M. Babinski sur trois scléroses en plaques et ne l'ont pas trouvé sur un malade atteint d'un syndrome hystérique simulant la sclérose en plaques cérébello-spasmodique; ils croient en conséquence que ce signe peut être différenciateur de l'hystérie et d'un trouble organique. Enfin ils ont constaté la diadococinésie sur un malade atteint d'une lésion cérébelleuse consécutive à un traumatisme occipital.

Pathogénie du trouble fonctionnel de la maladie de Thomsen. — *MM. Ballet et Bordaz* ont découvert la présence d'un alcaloïde spécial dans les urines de sujets atteints de la maladie de Thomsen. Cette maladie est donc le résultat de troubles apportés à l'assimilation ou à la désassimilation.

Paraplégie sensitivo-motrice flascospasmodique, avec cyphoscoliose dorsale, sans lymphocytose rachidienne. — *MM. Dupré et Sébileau.* Garçon de dix-sept ans, atteint depuis six mois d'une paraplégie motrice flasque, avec hypotonie musculaire, troubles sphinctériens et hypoesthésie remontant jusqu'à la 5e dorsale. Pas de douleurs ni de symptômes radiculaires. Malgré le caractère flasque de la paralysie, on constate l'exagération des réflexes rotuliens, du clonus du pied et le signe de Babinski; cette association flascospasmodique est, chez le malade, extrêmement nette. La ponction lombaire ne décèle aucune lymphocytose dans le liquide céphalorachidien.

Le diagnostic étiologique de la lésion est orienté vers le mal de Pott par l'existence d'une cyphoscoliose dorsale supérieure très prononcée. Mais l'absence de lymphocytose rachidienne oblige à rejeter l'hypothèse de leptoméningite, intermédiaire à la pachyméningite et à la myélite transverse. Il faut admettre une lésion médullaire, dorsale, transverse, centrale, coïncidant avec une lésion vertébrale, mais indépendante de tout processus anatomique de contiguïté.

Sur les déformations et les troubles fonctionnels laissés par les paralysies radiculaires obstétricales du membre supérieur. — *M. Huet* montre que, dans les paralysies radiculaires obstétricales du membre supérieur, les réparations musculaires se font relativement bien. Par contre, leurs fonctions sont insuffisantes, et particulièrement la rotation externe du bras et la supination restent difficiles.

Examen de la moelle d'un malade porteur du signe d'Argyll Robertson. Tabes fruste. — *M. Henri Dufour* montre des coupes de moelle provenant d'un malade mort tuberculeux et n'ayant présenté, comme seul signe clinique de la série tabétique, que le signe d'Argyll Robertson. Il n'existe pas de sclérose des cordons postérieurs; mais, à la région dorsale moyenne, on voit des épaississements et tourbillons méningés constitués par de la méningite ancienne; de plus, à ce même niveau, une racine postérieure est détruite, ce qui permet d'affirmer l'existence d'un tabes fruste; ce cas permet de considérer, comme tabétiques avérés, un certain nombre de malades qui n'ont pour tout signe clinique que l'Argyll Robertson.

M. Dejerine vit un malade ayant le signe d'Argyll Robertson, mais dont les centres nerveux étaient indemnes.

M. Babinski fait remarquer que tous les malades qui ont le signe d'Argyll Robertson ont de la lymphocytose rachidienne; ils ont donc très probablement de la méningite spécifique atténuée.

Angoisse sans anxiété. — *M. Souques.* La distinction entre l'angoisse et l'anxiété, proposée par Brissaud, repose sur la réalité des choses. La coexistence des deux syndromes est évidemment fréquente, mais elle n'est pas constante. Il y a, en effet, des cas d'anxiété sans angoisse et des cas d'angoisse sans anxiété. C'est un exemple de cette dernière catégorie que présente l'auteur. Il s'agit d'un malade atteint d'insuffisance aortique et de crises d'angine de poitrine ayant tous les caractères de l'angine coronarienne. Au moment des crises, il éprouve une sensation de pression précardiaque et sternale et de gêne respiratoire; tout se borne à cette sensation d'angoisse. Jamais il n'a ressenti ni tristesse, ni terreur, ni inquiétude, ni appréhension de la mort, bref, aucun sentiment d'anxiété.

Ces faits ne sont pas fréquents, mais ils existent, et leur existence justifie la distinction proposée entre l'angoisse et l'anxiété, celle-ci étant un simple phénomène psychique et celle-là un phénomène physique.

Amyotrophies dans le tabes dorsalis (trois observations avec autopsies). — *MM. F. Raymond et Cl. Philippe* communiquent trois observations, suivies d'autopsies, dans lesquelles les symptômes ordinaires du tabes dorsalis se sont compliqués, à une époque variable de leur évolution, d'une amyotrophie souvent considérable et prédominante au niveau des muscles des membres inférieurs. Cette amyotrophie a évolué assez lentement, sans douleurs des nerfs ou des muscles à la pression, entraînant une impotence fonctionnelle au prorata de l'amaigrissement des muscles. Les réactions électriques ont été souvent rencontrées, plus ou moins modifiées (diminution plus ou moins grande de l'excitabilité faradique et galvanique, parfois avec une R. D. incomplète). A noter la déformation fréquente du pied, type Joffroy-Condoléon, avec griffe des orteils; et la marche de l'amyotrophie débutant par les petits muscles des pieds, pour gagner progressivement les grands muscles des jambes et des cuisses. Les secousses fibrillaires ont été notées dans le seul des cas où l'on ait pu assister à l'évolution de l'amyotrophie; dans ce même cas, il y a eu des symptômes de paralysie labio-glosso-laryngée (voie nasonnée; langue atrophiée avec secousses fibrillaires; troubles de déglutition, etc.).

A l'autopsie, à côté des lésions classiques du tabes dorsalis, les auteurs ont trouvé une *atrophie primitive des grandes cellules radiculaires* de la substance grise avec atrophie des racines antérieures correspondantes et altérations névritiques secondaires. Cette poliomyélite antérieure primitive commande rigoureusement l'amyotrophie des membres inférieurs.

Ainsi, ces trois observations plaident en faveur de l'association, relativement fréquente, du tabes dorsalis classique et d'une amyotrophie progressive ordinairement prédominante au niveau des muscles inférieurs, amyotrophie d'origine médullaire.

Hypertrophie graisseuse diffuse (lipome ou névrome) du médian. — *M. G. Durante*, au cours d'une autopsie, a observé les pièces suivantes qu'il montre à la Société. Le médian gauche avait été réséqué du poignet au milieu de l'avant-bras. A ce niveau il apparaissait sous l'apparence d'un gros névrome terminal de 2 centimètres de long sur 1/2 centimètre de large. Au-dessus de ce névrome le nerf apparaissait comme un énorme boudin graisseux jaune translucide de 1 centimètre de diamètre. Il s'atténuait progressivement et remontait, mais présentait encore 1/2 centimètre de diamètre dans l'aisselle. Les branches musculaires qui en partent sont également hypertrophiées.

Dans la paume de la main on trouve le bout périphérique débutant également par un gros névrome terminal, aussi volumineux que celui du bout central, et se continuant par des rameaux digitaux hypertrophiés.

Une enquête a appris que cette malade avait été opérée en 1898 par M. Péraire pour un lipome diffus du médian.

M. Durante se demande si c'est bien un lipome, ces tumeurs étant généralement moins étendues. En outre, la dissociation du nerf de l'aisselle montre de nombreuses fibres jeunes moniliformes comme dans certains névromes myélitiques.

Il insiste sur la persistance du bout périphérique, quatre ans après une large résection sans régénération possible. Ce fait, qui est en opposition avec la loi de Waller, est à rapprocher de la persistance de la sensibilité que Péraire a spécialement notée à la suite de sa résection.

Une communication ultérieure indiquera les lésions histologiques.

Modifications des contractions musculaires. — *M. Mendelsohn* étudie la valeur séméiologique des modifications de la courbe graphique des contractions musculaires.

Des intermittences des anesthésies radiculaires dans leurs relations avec les crises gastriques du tabes. — *MM. Jean Heitz et L. Lortat-Jacob* communiquent les observations de deux tabétiques chez lesquelles ils ont constaté des intermittences des anesthésies radiculaires cutanées. Ces anesthésies apparaissent en même temps que la crise, elles siègent au thorax et à la zone radiculaire interne des bras. Elles disparaissent à la fin de la crise. Ce phénomène s'est renouvelé jusqu'à six fois de suite. Dans la première observation, le signe d'Argyll était également intermittent; à la longue, il est devenu

fixe. Dans la seconde, les réflexes rotuliens, exagérés au début, s'abolissent pendant toute la durée de la crise gastrique.

Traitement spécifique dans certaines affections des centres nerveux chez des sujets non syphilitiques. — *M. Grasset* a obtenu de bons résultats du traitement spécifique chez des sujets non syphilitiques atteints de paralysie ascendante, de paralysie bulbaire asthénique, de neurasthénie, etc.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

8 Décembre 1902.

Le fœticide (Discussion du rapport de M. Maygrier). — *M. Granjux.* Je serais désireux de voir M. Maygrier et les membres de la Société préciser leur pensée et leurs intentions contenues dans la phrase suivante :

« Il nous a semblé que, dans ces cas urgents où l'accoucheur ayant proposé la symphyséotomie ou la césarienne se heurte à un refus formel et où il lui est impossible de se substituer un confrère, *il n'a pas le droit* de se dérober. »

Par ces paroles M. Maygrier veut-il dire simplement que le médecin se trouve dans l'obligation morale d'intervenir, ou bien pense-t-il au contraire qu'en s'abstenant il engage sa responsabilité civile ou pénale?

M. Maygrier. Dans ma pensée il ne s'agit, pour le médecin, que d'une obligation morale; cependant, en y réfléchissant, je ne sais pas jusqu'à quel point le médecin, par son abstention, n'engagerait pas sa responsabilité civile.

Me Demange. Le médecin serait coupable de faute ou négligence et par conséquent pourrait être légalement poursuivi.

Me Jacomi. Un acte seul est punissable, mais une abstention ne peut donner lieu à aucune poursuite.

MM. Granjux et Vallon font remarquer combien il serait grave de laisser s'accréditer cette opinion qu'on puisse imposer à un médecin une opération choisie par la malade.

MM. Maygrier et Demange sont d'avis qu'il ne faut pas généraliser, mais s'en tenir au cas particulier, à l' « espèce ».

En réalité les avis sont très partagés; jurisconsultes et médecins sont également perplexes et divisés. On décide de renvoyer cette question à la commission qui établira des conclusions au rapport de M. Maygrier et les soumettra au vote de la Société.

M. BIZE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

10 Décembre 1902.

Sur l'appendicite.— *M. Guinard* a observé, dans ces quatre dernières années, tant à la ville qu'à l'hôpital, 164 cas d'appendicite, avec une mortalité brute de 13,41 p. 100. Sur ces 164 cas il compte : 13 appendicites suraiguës, la plupart avec péritonite généralisée, qui, opérées d'urgence, ont 8 fois été suivies de morts; 40 appendicites aiguës graves, opérées à chaud dans les quatre premiers jours de la maladie, avec 9 morts; enfin 111 appendicites opérées à froid, parmi lesquelles 45 appendicites chroniques ayant évolué sans crises et 64 appendicites ayant donné lieu à des crises aiguës et sévères, mais que M. Guinard n'a pas jugé utile d'opérer à chaud. Ce sont ces 64 derniers cas surtout qu'il convient de retenir et d'analyser, car ce sont les seuls évidemment qui peuvent être jetés dans la discussion actuelle sur l'opportunité du traitement à chaud ou à froid de l'appendicite aiguë.

Or, sur ces 64 malades non opérés à chaud, 35 l'ont été à froid, dans les six semaines qui ont suivi la crise, et ont tous guéri, sauf un (syncope cardiaque? embolie?), 22 ont fait des abcès qui ont été ouverts du neuvième au treizième jours, 3 ont présenté, au cours du refroidissement, des accidents suraigus qui ont obligé M. Guinard à intervenir d'urgence, 3 malades traînants ont dû être opérés à tiède, enfin un malade a succombé pendant le traitement à la suite d'une embolie. De ces chiffres il résulte que l'expectation dans l'appendicite a des dangers : 1° il faut toujours compter avec la possibilité d'accidents suraigus survenant au cours de cette expectation; 2° il y a des malades qui ne refroidissent jamais, qui « traînent » leur appendicite, s'épuisent, sont toujours menacés de complications viscérales, et qu'il faut opérer à tiède; 3° l'appendicite se termine fréquemment par la formation d'abcès avec toutes ses conséquences. Dans les 3 cas d'accidents suraigus que M. Guinard a vus survenir brusquement au cours d'un refroidissement, la maladie était pourtant manifestement en voie de régression franche et il ne pouvait être question de cette « accalmie traîtresse » dont a parlé M. Richelot. M. Guinard a vu 3 fois de ces malades asthéniés, avec un cœur, des reins, ou un intestin en mauvais état, qui semblaient devoir traîner indéfiniment leur appendicite; dans ces cas, il ne faut pas compter sur le refroidissement qui peut tarder longtemps, et il faut opérer à tiède : l'un de ces trois opérés de M. Guinard a d'ailleurs succombé à des accidents qu'on n'a pu qualifier exactement (embolie? syncope cardiaque?). Enfin sur les 22 appendicites qui se sont terminées par des abcès, il y a également un cas de mort : c'était un jeune garçon ayant eu jadis la scarlatine et qui succomba avec des phénomènes d'urémie convulsive (néphrite préexistante?).

En somme, dans la statistique de M. Guinard, qui comprend tous les cas, sans exception, que ce chirurgien a observés dans une pratique de quatre années, le refroidissement a donné une mortalité de 7 pour 100, et l'opération à chaud une mortalité de 22 pour 100 pour les appendicites aiguës et de 70 pour 100 pour les appendicites suraiguës; il faut ajouter que la première série — opérations à froid — porte sur plus de la moitié de la totalité des malades observés. Cette proportion semblerait faire croire que M. Guinard se range plutôt du côté des partisans de l'expectation; il n'en est rien : M. Guinard penche plus volontiers vers l'intervention, et, s'il n'a pas opéré plus d'appendicites à chaud, c'est par suite de circonstances indépendantes de sa volonté : opposition du malade ou de sa famille, milieu défavorable, état trop grave, etc. Pour lui, il est trois symptômes surtout qui, lorsqu'ils se manifestent, doivent mettre sans retard le bistouri à la main; ce sont : l'ictère ou le subictère, les troubles urinaires (anurie, albuminurie, hématurie) et les troubles cardiaques (ralentissement ou, au contraire, précipitation, et surtout intermittences du pouls). Ces symptômes, en effet, sont l'indice de troubles fonctionnels graves du foie, des reins, du cœur; il faut donc au plus tôt supprimer la source de l'intoxication.

Abordant un point de technique opératoire qui prête encore à des discussions, — celui de l'ablation de l'appendice, — M. Guinard déclare qu'il enlève l'organe toutes les fois qu'il peut le faire sans gros délabrements, c'est-à-dire sans danger d'infection pour la grande séreuse péritonéale. C'est ainsi que 25 fois il a dû abandonner l'appendice dans le ventre; sur ces 25 cas, il a été obligé 11 fois de recourir ultérieurement à une nouvelle opération nécessitée par l'existence d'une fistule persistante ou par l'apparition de nouvelles crises appendiculaires.

M. Guinard termine sa communication en décrivant brièvement le traitement médical qu'il emploie dans l'appendicite, et qui n'est, d'ailleurs, autre que le traitement classique; l'auteur insiste seulement sur la nécessité de la diète absolue (et non la diète hydrique), à laquelle il adjoint, pour laver l'organisme, d'abondantes injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Les microorganismes de l'air dans les salles d'opération et les salles d'hôpital. — *M. Quénu* communique en son nom et en celui de *M. Landel* le résultat de recherches entreprises dans le but de déterminer à la fois la teneur en microorganismes de l'air des salles d'opération et des salles d'hôpital, et le meilleur procédé pour débarrasser l'air de ces microorganismes.

Il est universellement admis aujourd'hui que l'infection des plaies se fait surtout au contact des mains du chirurgien, des instruments ou des objets de pansement mal stérilisés. Mais s'ensuit-il que l'air ne joue aucun rôle à ce point de vue et doive être considéré comme négligeable? C'est pour élucider définitivement cette question que MM. Quénu et Landel ont entrepris leurs expériences.

Les expériences ont été faites au moyen de boîtes de Pétri de 65 centimètres carrés contenant un milieu nutritif (gélose peptonée), qui, après avoir été préalablement stérilisées, étaient ensuite ouvertes dans la salle dont on voulait analyser l'air et y restaient exposées un temps toujours le même pour toutes les expériences. Puis les boîtes, refermées, étaient portées à l'étuve à 36°, où elles restaient un nombre d'heures suffisant pour le parfait développement des cultures et leur facile numération. Grâce à cette méthode, on pouvait donc avoir des renseignements exacts, non point sur la teneur en germes microbiens d'un certain volume d'air, mais sur la quantité de germes tombant en un temps donné sur un espace déterminé. Les auteurs ont reproduit successivement ces expériences pour des salles d'opérations septiques et aseptiques, pour des salles de malades aseptiques, demi-aseptiques, septiques, enfin pour des chambres d'isolement qu'on pourrait qualifier d'hyperseptiques, car ces chambres sont destinées à des malades atteints de gangrènes, suppurations abondantes, etc. Voici maintenant, dans leurs grandes lignes, les résultats que ces expériences ont donnés :

La salle d'opérations aseptiques constitue le milieu le plus pauvre en germes quand elle ne contient personne; le chiffre des microorganismes monte rapidement avec le nombre des personnes qui pénètrent dans la salle, surtout à leur voisinage immédiat, ou quand ces personnes parlent, marchent, se mouchent, etc. Ces différences tiennent certainement à l'état de calme ou d'agitation de l'air. On peut s'en convaincre plus aisément encore dans les salles de malades où le balayage, le va-et-vient du personnel, les visites des amis et parents, etc., sont suivis immédiatement d'une augmentation énorme dans la quantité de microorganismes qui tombent sur les boîtes de Pétri.

Quant à la qualité de ces microorganismes, on peut dire que les boîtes contiennent tous ceux qu'on rencontre ordinairement dans l'air; c'est dire que les germes pathogènes y sont relativement rares, ces germes étant, comme on le sait, assez rapidement annihilés par l'air et par le soleil. Cependant, MM. Quénu et Landel ont pu, dans certaines salles et dans certaines circonstances, déceler la présence, dans l'air de ces salles, de microbes excessivement virulents. Ils citent, entre autres, l'exemple d'une salle où était couchée une malade atteinte d'arthrite à pus bleu; or, non seulement l'atmosphère de cette salle contenait du bacille pyocyanique, mais l'atmosphère d'une chambre d'isolement voisine — mal isolée, d'ailleurs, — contenait également le même bacille, ce qui eut pour résultat d'amener la suppuration en pus bleu des phlyctènes érysipélateuses de la malade qui s'y trouvait.

Dans une deuxième série d'expériences, les auteurs ont cherché si on pouvait, par quelque moyen, modifier la composition de l'air d'une salle d'opérations ou de malades. Ils ont étudié successivement le balayage mécanique seul (lavages à grande eau, vaporisations d'eau pure) ou associé à l'annihilation chimique des microorganismes (acide phénique, sublimé, chloroformol, eau oxygénée, etc.). Ils ont pu constater ainsi que les vaporisations d'eau pure diminuent environ de moitié la teneur de l'air en microorganismes, celles d'acide phénique des deux tiers, celles de sublimé des trois quarts. Après les vaporisations de chloroformol et d'eau oxygénée, la suppression des microorganismes est totale; on n'en trouve plus dans les boîtes de Pétri. Mais, en pratique, le chloroformol est inutilisable, car il rend irrespirable, même après des jours, l'atmosphère des salles où on l'a employé. Restent donc les vaporisations d'eau oxygénée qui, dans plus de 40 expériences, ont toujours donné des résultats aussi parfaits. L'eau oxygénée, qui agit absolument comme l'air combiné au soleil, possède, en outre, cette qualité de conserver longtemps ses propriétés germicides. Son emploi est donc tout indiqué dans la pratique des désinfections des salles d'opérations et salles de malades.

J. DUMONT.

PRATIQUE MÉDICALE

Cachets toniques.

Comme tonique général une excellente préparation consiste dans l'administration simultanée de glycérophosphate de chaux et de glycérophosphate de fer combinés à une petite quantité de poudre de noix vomique. On formulera ainsi :

Glycérophosphate de chaux.	30	centigr.
Glycérophosphate de fer. . ,	15	—
Poudre de noix vomique. . .	05	—

Pour un cachet n° 20.

Prendre deux cachets par jour, un cachet au commencement de chacun des principaux repas.

LIVRES NOUVEAUX

Landouzy et Jayle. — *Glossaire médical* (C. NAUD, édi eur, Paris, 1902).

En réunissant dans un volume de 663 pages 9.500 mots, noms ou expressions les plus usités par les médecins, les chirurgiens, les accoucheurs, les biologistes, les chimistes, les anatomistes, les pharmaciens et les dentistes, MM. Landouzy et Jayle ont fait mieux qu'un travail exemplaire, ils ont créé de toutes pièces un instrument indispensable. Répondant à un besoin formel de tous les instants, le *Glossaire médical* qui vient de paraître, rend un double service à quiconque le feuillette dès la première fois : il donne, en effet, à l instant, le renseignement précis cherché; de plus, il prodigue, à chaque page, une foule de documents inconnus ou oubliés du lecteur, et dont l'ordre méthodique et la concision attirent son attention en éveillant sa mémoire.

Dans le mouvement vertigineux qui entraine les sciences médicales vers un perfectionnement de plus en plus complet, les idées nouvelles et les découvertes qui les engendrent ou qui en découlent frisent sans cesse les limites trop étroites de la terminologie classique. Une langue moderne se crée, tellement envahissante, si débordante et si neuve, qu'un recueil nouveau comme le présent Glossaire est nécessaire pour fixer le souvenir et éclairer la religion des jeunes générations qui nous suivent. Bien des mots nouveaux auront, beaucoup d'entre eux ont eu déjà une vie éphémère; c'est un devoir pieux que de transmettre à l'avenir leur courte existence, et les éditions ultérieures du Glossaire médical auront, sans doute, à accorder souvent en marge la marque funéraire. Bien d'autres mots naîtront encore, que le Glossaire aura le devoir d'incorporer...

L'œuvre présente, accomplie d'un premier jet, s'est entourée de toutes les attractions désirables. Fidèles aux principes de l'enseignement moderne, MM. Landouzy et Jayle ont orné leur volume de 426 gravures et de 5 cartes qui parlent aux yeux et facilitent, à un point qu'on ne saurait imaginer, les descriptions. Les portraits des grands hommes qui, dans le monde des sciences biologiques et médicales, appartiennent d'une manière définitive à l'histoire, donnent au lecteur une impression sincère : en face d'une description figurée, on aime à se représenter les traits d'un des pères de la médecine, et l'on est heureux d'en garder le souvenir visuel.

On ne saurait trop louer les auteurs du Glossaire de la peine prise par eux pour contrôler les dates, fournir l'étymologie des mots cités dans leur texte et rapporter certaines expressions empruntées aux langues étrangères, avec la signification exacte des termes.

Recueil documentaire précieux, instrument de travail de premier ordre, le Glossaire médical est sûr d'un succès qui n'ira que grandissant, puisqu'il figure déjà, par nécessité, sur la table de tous les travailleurs, étudiants, praticiens et savants de laboratoire.

M. LETULLE.

Combemale. — *Consultations médico-chirurgicales*, 1re série (OCTAVE DOIN, éditeur, Paris, 1902).

Ce livre de consultations est tout différent des traités similaires déjà parus, dont les uns pèchent par leur aridité et leur laconisme, dont d'autres sont de véritables leçons de thérapeutique. Il constitue la première série d'une suite de publications destinées à rendre grand service aux praticiens et aux étudiants. Il renferme 50 consultations concernant non seulement la médecine générale et la médecine infantile, mais aussi la chirurgie, l'obstétrique et les spécialités. C'est ainsi que, à côté du traitement de la syphilis, des fièvres éruptives, de la pneumonie, de la chorée, le lecteur trouvera celui de la coxalgie, du pneumothorax, de l'acné, de l'otite, etc...

A propos de chaque affection étudiée, l'auteur expose un cas clinique vécu, avec ses contingences habituelles, et en donne le traitement et le pourquoi de ce traitement.

Pour n'en citer qu'un exemple, le traitement de la pneumonie est exposé de la manière suivante : après un court paragraphe rappelant les informations cliniques de cette affection et la thérapeutique des différents symptômes, l'auteur étudie en des chapitres distincts, le traitement de la pneumonie : 1° des artério-scléreux; 2° des cardio-pulmonaires; 3° des intoxiqués (alcooliques, morphinomanes); 4° des débilités (vieillards, cachectiques, surmenés); 5° des diabétiques, des urémiques, et enfin le traitement de la pneumonie infectieuse; quelques mots sur la convalescence de la maladie terminent le chapitre.

La lecture du livre de M. Combemale ne saurait être que très profitable.

G. BERRUYER.

FACULTÉ DE PARIS

Diagnostic bactériologique. — Sous la direction de M. Fernand Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, et de M. Griffon, préparateur, une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le mardi 6 Janvier 1903.

Des conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu de 2 à 5 heures, les mardis, jeudis et samedis.

Programme du cours. — 1re Leçon : Technique de la coloration des microbes; méthode de Gram. — 2e Leçon : Technique de la culture des microbes et des inoculations. — 3e Leçon : Analyse bactériologique du pus; microbes pyogènes aérobies. — 4e Leçon : Analyse bactériologique des crachats (non tuberculeux). — 5e Leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. — Tuberculose et pseudo-tuberculose. — 6e Leçon : Analyse bactériologique des angines non diphtériques; streptocoque, bacille fusiforme. — 7e Leçon : Diagnostic de la diphtérie. — 8e Leçon : Analyse bactériologique du sang et des sérosités pathologiques pleurales et cérébro-spinales. — Méningocoques. — 9e Leçon : Globules blancs et cytodiagnostic. — 10e Leçon : Sérodiagnostic. – Bacille typhique et colibacille. — 11e Leçon : Analyse bactériologique de la peste et du choléra. — 12e Leçon : Diagnostic des microbes anaérobies. — 13e Leçon : Diagnostic bactériologique des infections de l'appareil génito-urinaire; gonocoque, bacille du chancre mou. — 14e Leçon : Diagnostic bactériologique des lésions microbiennes et parasitaires de la peau.

Le droit à payer pour cette série d'exercices est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Laënnec. — M. E. Barié a commencé le mercredi 3 Décembre à 10 heures ses conférences sur les *maladies du cœur et des vaisseaux*, et les continuera à la même heure les mercredis de chaque semaine.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. Artigues, médecin-major de 1re classe, est nommé chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Service de santé de la marine. — M. Huet est nommé élève du service de santé de la marine.

— M. l'inspecteur général du service de santé Auffret, MM. les directeurs du service de santé Rouvier, Guès et Bourru, membre suppléant, sont nommés membres des commissions de classement chargées, sous la présidence du ministre de la marine, de dresser les tableaux d'avancement en grades et de concours pour la Légion d'honneur des officiers et assimilés des différents corps de la marine, pour l'année 1903.

— M. Autric, médecin de 1re classe, est désigné pour aller servir à la prévôté des forges de la Chaussade à Guérigny.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont affectés : En Afrique occidentale française : M. Simon médecin principal de 2e classe; MM. Brossier, Layet et Leclerc, médecins-majors de 1re classe; M. Marmey, médecin aide-major de 1re classe.

Au Soudan français : M. Vallet, médecin aide-major de 1re classe.

En Indo-Chine : MM. Arami, Ilbert et Fortoul, médecins-majors de 1re classe; Lecomte, Mas, Depied et Brau, médecins-majors de 2e classe.

A Madagascar : MM. Lairac et Gauthier, médecins-majors de 2e classe.

Au Dahomey : M. Camus, médecin-major de 2e classe.

A la Guadeloupe (H. C.) : M. Butin, médecin aide-major de 1re classe.

En France : M. Pons, médecin-major de 1re classe; MM. Morel, Bresson, médecins-majors de 2e classe; MM. Couderc, Sorel, Plomb, Mongie, Gallet, médecins aides-majors de 1re classe; M. Maillié, médecin-aide-major de 1re classe auxiliaire.

Ecole de médecine navale de Rochefort. — M. Etourneau, médecin de 1re classe, est nommé pour cinq ans aux fonctions de professeur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Rochefort.

Etude du droguier. — Des conférences sur les applications à la thérapeutique, l'hygiène, la médecine légale auront lieu les mardi, jeudi, samedi de 1 heure à 3 heures à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser à M. Quidet, 54, rue Bonaparte, de midi à 1 heure.

Étranger.

Prix Nobel. — Le prix Nobel pour 1902 (100.000 francs) pour la médecine serait attribué, cette année, au médecin-major Ross, de l'Ecole de médecine pratique de Liverpool, pour ses travaux personnels et ceux de l'école en général, sur la malaria.

Faculté de médecine de Halle. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les privat-docenten Paul Braunschweig (*ophtalmologie*), Georg Soberuheim (*hygiène*).

Faculté de médecine de Vienne. — M. Oskar Stork est nommé privat-docent d'anatomie pathologique.

CONCOURS

Externat. — *Anatomie.* — Séance du 9 Décembre. — *Clavicule* : MM. Gaultry, 14; Bourée, 14; Giroux, 16; Aitoff, 15; de Gaudt, 16; Gargaud, 14; Clermonthe, 15; Emanuel, 15; Durand (Gaston), 14; Durand (Léon), 16; Binet, 16; Dupouy (Roger), 15; Dreyfus, 15; Ferté, 15; Bertaux, 14; Chazal, 14; Chapeyron, 14; Guilly, 15; Dieuzeide, 14; Devaux, 15; *Absents ;* MM. Ciaudo, Chaignot, Donnat,

Séance du 11 Décembre. — *Configuration extérieure et rapports de la langue*: MM. Chastagnol, 16; Bonbonneix, 14; Guyot, 14; Desmoulins, 14; Delapchier, 14; Demanche, 14; Feuillée, 16; Denéchau, 14; Delogé, 14; de Fourmestraux, 15; Guérin, 15; Grandchamp, 14; Bonniot de Ruisselet, 14; Delacroix, 14; David, 15; Giraudet, 15; Baron, 14; Chahuet, 14; Germain, 15; Gaillard, 16. — *Absent* : M. Flamencourt.

Pathologie. — Séance du 10 Décembre. — *Foyers d'auscultation du cœur et caractères des souffles qu'on y entend*: MM. Lusseau; Massicot, 13; Lhomme; Roy, 15 1/2; Yuzbachian, 9; Prunier, 15; Villejean, 5; Porée, 14; Verdoux, 15; Zacharopoulos, 12; Salmon, 12; Roullier; Quentin, 18; Rabinovici, 14; Tilloy; Puy; Roulland, 10; Silbert, 16; Ranjard, 12; Stern, 11; Toutain, 11; Roblin, 10. — *Absent* : M. Pottier.

Prix Filloux (prix d'otologie). — Ce prix a été décerné à MM. Bellin, interne des hôpitaux, et Torchaussé, externe des hôpitaux.

Internat de Charenton. — Il sera ouvert le 20 janvier 1903 à la Maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice (Seine), un concours pour l'internat du dit établissement.

On trouvera chez le concierge de la Faculté de médecine et à la Maison nationale des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gerant : C. NAUD

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 101. — Mercredi, 17 Décembre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA
PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

AVIS IMPORTANT

Renouvellement des Abonnements

Expirant le 31 Décembre.

Par suite de l'application du règlement du 1er Août les frais de recouvrement des abonnements par la poste sont devenus très onéreux. L'administration de **La Presse Médicale** *désirant avant tout ne pas être dans la nécessité d'augmenter le prix de l'abonnement serait très reconnaissante à ses abonnés, dont l'abonnement expire le* **31 courant**, *de lui faire parvenir directement, 3,* RUE RACINE, *par un* **bon de poste** *(moyen le plus pratique) ou par* **mandat-poste**, *ou par* **une valeur à vue sur Paris**, *le montant de leur abonnement, soit* **10 francs** *pour la France et* **15 francs** *pour l'étranger.*

SOMMAIRE

A PROPOS D'UN ARTICLE DU *TEMPS*

TROP DE MÉDECINS

Sous ce titre « Trop de médecins » le journal le *Temps* de lundi dernier publiait un article suggéré par les paroles prononcées par M. Debove, doyen de la Faculté de médecine, à la réunion du Conseil académique de l'Université de Paris. Rendant compte du mouvement des étudiants à la Faculté de médecine, l'honorable doyen, après s'être félicité de ce que le nombre des inscriptions d'élèves nouveaux était en décroissance, aurait ajouté : « Les familles, les maîtres feront bien de détourner les jeunes gens sans fortune ou sans vocation très marquée des études médicales. Il y a trop de médecins. Cela est très dangereux pour les malades et même pour les médecins ».

Le rédacteur du *Temps* fait remarquer combien

est grave la question soulevée par le doyen de la Faculté de médecine. C'est, dit-il, un véritable problème social qui, par conséquent, doit être résolu au mieux des intérêts de la société ; « or, l'intérêt de la société consiste à avoir les meilleurs médecins possibles et non pas à créer, au profit de jeunes censitaires, un privilège ».

Le doyen de la Faculté ne me semble pas avoir voulu, par ces paroles, dire que la médecine doit être une carrière exclusivement réservée aux privilégiés de la fortune. Mais ayant, comme directeur de l'enseignement, le souci et le devoir de ne livrer à la société que des praticiens instruits et de haute probité professionnelle, il a voulu plutôt montrer, étant donné le nombre exagéré des médecins et les difficultés sans nombre avec lesquelles ils se trouvent aux prises, quels dangers il y avait à embrasser une carrière devenue aussi ingrate, sans s'être auparavant assuré les ressources suffisantes.

Il ne faisait d'ailleurs ainsi qu'exprimer l'opinion de tous ceux qui envisagent de sang-froid la situation actuelle de la profession médicale, auxquels il apparaît clairement, en se plaçant au point de vue égoïste et utilitaire qui semble mener aujourd'hui notre société, que seuls devraient embrasser la carrière médicale les jeunes gens dont les parents sont assez fortunés pour les entretenir à Paris ou dans une autre Faculté pendant leurs six années d'études, pour leur donner, une fois docteurs, la somme nécessaire à leur établissement, pour parfaire ensuite pendant quelques années l'insuffisance du produit de leur clientèle. A défaut de cette première mise, le médecin s'impose pour la vie une lutte dont il ne sortira pas toujours vainqueur, et pour laquelle il lui faut une mâle énergie et une haute moralité.

Mais, en raison des besoins de plus en plus impérieux de l'existence actuelle, il est incontestable que bien des défaillances se produisent qui deviennent chaque jour plus nombreuses; aussi les hommes qui ont souci de l'honorabilité et de la probité professionnelles, tel un doyen de Faculté, ont-ils le devoir d'avertir les jeunes gens des charges et des devoirs sociaux qu'ils assument le jour où ils ont décidé qu'ils seraient médecins.

* * *

Il ne faut cependant pas être absolument exclusif; il est encore possible, comme il le fut de tout temps, à des hommes laborieux doués d'une grande volonté, d'arriver à une situation médicale suffisante et même enviée, bien que n'ayant eu à leurs débuts qu'un faible soutien pécuniaire; mais au prix de quel labeur et de quelles privations!

A ce propos, le rédacteur du *Temps* fait remarquer que s'il fallait éliminer du corps médical français actuel ou mieux encore du groupe des sommités de la science médicale française, les hommes qui ont pris leur première inscription sans trop savoir de quoi ils vivraient le lendemain, le déchet serait grand : « Combien, dit-il, parmi nos grands médecins, y en a-t-il qui aient commencé la vie avec un capital »? La réflexion est juste, en principe, mais elle demande quelques restrictions. Il y a une différence entre manquer de capital et ne pas savoir de quoi l'on vivra le lendemain. La vérité est que, si la plupart de ceux qui ont ainsi fait brillamment leur chemin n'étaient guère fortunés, il n'y en avait que fort peu qui fussent absolument dénués de ressources. Ceux-là étaient obligés de travailler parfois d'un métier pour gagner leur vie, tel le professeur Peter qui se faisait gloire d'avoir été apprenti, puis ouvrier typographe.

Et puis, ils étaient jeunes à une époque où l'existence était beaucoup plus facile qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Incontestablement, depuis vingt ans, le besoin croissant de confort, l'accroissement du bien-être, le développement du luxe se sont généralisés, élevant fatalement les dépenses personnelles du jeune homme, quelle que soit la classe sociale à laquelle il appartienne, et rendant beaucoup plus impérieux ses besoins d'argent. La situation pour un étudiant non fortuné est donc de plus en plus difficile, d'autant mieux qu'au point de vue spécial de la médecine, l'organisation de l'enseignement et les règlements de scolarité ne permettent guère de rechercher dans des occupations à côté les subsides que l'on y trouvait naguère : les internes, par exemple, pouvaient donner autrefois des leçons d'anatomie et autres suffisamment lucratives pour les faire vivre; et combien d'internes ont pu ainsi rester à Paris, suivre la carrière des concours, arriver médecins et chirurgiens des Hôpitaux, qui ne le pourraient plus faire aujourd'hui.

Quelque modéré qu'il soit dans ses dépenses, l'étudiant, élevé suivant les mœurs actuelles, a d'ailleurs besoin pour vivre d'un minimum mensuel qui fait une somme assez élevée à la fin de l'année. C'est ainsi, par exemple, qu'il lui est impossible de vivre à moins de 2 fr. 20 par jour, prix qui m'a été communiqué par le restaurant coopératif des étudiants comme étant celui d'une nourriture saine et suffisamment copieuse; cela fait 66 francs par mois, 800 francs par an; avec le logement, l'habillement, l'entretien, les frais scolaires, il est impossible d'arriver à moins de 2.200 francs. Or, les parents qui peuvent chaque année prélever cette somme sur leurs revenus pour entretenir leur fils à Paris, ne sont pas dans la catégorie de ceux que notre doyen catalogue « sans fortune ».

* * *

Il y a trop de médecins et cela est très dangereux pour les malades et les médecins. On ne saurait trop attirer l'attention sur ce fait, et il est du devoir de tous ceux qui ont autorité en la matière d'insister sur le danger que fait courir à la profession l'encombrement médical actuel.

Comme l'ont si bien dit Legendre et Lepage dans leurs belles conférences sur *Le médecin dans la société contemporaine*, pour remplir d'une manière complète son rôle humanitaire, le médecin doit exercer sa profession dans des conditions qui lui permettent d'en vivre honorablement. Or, il n'est pas douteux que ces conditions deviennent de plus en plus difficiles à réaliser et que le médecin qui en est réduit à ses seuls honoraires se trouve souvent dans l'impossibilité absolue de tenir le rang social auquel il est en droit de prétendre.

Je mets à part, bien entendu, ceux qui sont à la tête de la corporation, ceux qui constituent en quelque sorte l'état-major médical, ceux qu'on appelle couramment les « grands médecins » : ce sont des favorisés de la fortune et il y en a dans toutes les professions ; je parle seulement de la masse si intéressante des praticiens. Eh bien, ils ne trouvent plus les conditions, les facilités d'existence qu'ils avaient autrefois ; depuis vingt ans surtout leur vie s'est transformée.

Naguère, les médecins avaient une situation sociale privilégiée ; ils jouissaient d'une considération légitime qui les dédommageait de leurs déboires matériels ; et d'ailleurs, ils pouvaient alors vivre plus largement avec des honoraires moindres. Aujourd'hui, le médecin ne compte guère plus, socialement, qu'un autre citoyen; ses rapports avec les malades tendent de plus en plus à se limiter aux rapports des clients avec leurs fournisseurs. Je n'ai pas à rechercher s'il n'y a pas dans cet état de choses quelque peu de la faute des médecins, le fait est là ; la situation sociale du médecin est moindre qu'elle n'était autrefois ; sa situation matérielle est non moins diminuée, car ses dépenses augmentent en même temps que ses recettes s'abaissent.

Les dépenses du médecin augmentent comme celles de tous les citoyens; elles augmentent en plus du fait des exigences professionnelles. Son loyer est considérablement majoré par la nécessité où il est d'avoir une installation en rapport avec sa position sociale; de même à la campagne, comme à la ville, il lui faut des chevaux plus chers à nourrir, un personnel plus coûteux; ses impôts ont augmenté et sa patente prend parfois des proportions fabuleuses, car l'Etat, qui met si souvent à contribution la philanthropie du médecin, ne lui fait, en revanche, aucune grâce.

Les recettes du praticien diminuent et elles diminueront encore fatalement du fait de l'évolution scientifique. Nombre de malades qu'il fallait autrefois traiter pendant des mois et des années sont aujourd'hui guéris en quelques jours par la chirurgie; chaque jour les progrès de l'hygiène diminuent le nombre des maladies infectieuses et nous ne sommes qu'au début de l'ère nouvelle. Au point de vue social, de plus en plus des collectivités se forment dans le but, entre autres avantages, de donner à chacun de leurs participants des soins gratuits en cas de maladie; les services d'Etat et publics deviennent de plus en plus nombreux et étendent progressivement leur champ d'action. Il s'ensuit que peu à peu nous en arrivons à la constitution d'un corps de véritables médecins fonctionnaires, dont le nombre sera forcément limité.

On peut donc prévoir un avenir, peut-être assez rapproché, où la plus grande partie des malades des classes inférieures et moyennes sera soignée gratuitement dans les Hôpitaux où à bas prix dans les établissements des collectivités; seuls les malades de la classe riche iront aux médecins, spécialistes ou consultants.

Ces conditions étant, il est du devoir de ceux qui sont à même d'étudier la question, de prévenir les jeunes gens qui veulent choisir la carrière médicale des charges qu'ils auront à supporter et de l'avenir qui leur est réservé. Est-ce à dire qu'à différents points de vue la situation de médecin ne sera plus enviable : elle le sera, sans doute, mais à la condition que le nombre des médecins soit limité et surtout proportionné aux besoins de notre état social.

E. De Lavarenne.

LIVRES NOUVEAUX

Tartarin. — *Tuberculose et sanatoriums* (Naud, éditeur, Paris, 1902).

L'auteur fait une étude comparée des divers moyens de combattre la tuberculose tant en France qu'à l'étranger. C'est ainsi qu'il étudie tout spécialement la question des sanatoriums en France et en Allemagne. Parmi les nombreux instituts de ce dernier pays, deux sont surtout décrits avec soin, ceux de Planegg et de Grabowsee. Le fonctionnement de cet établissement est décrit longuement, l'auteur le considérant comme modèle. A cet ouvrage sont annexées deux cartes. L'une, carte climatologique de la Corse, indique toutes les stations avec leur altitude et la nature de leurs eaux. La seconde n'est autre que la carte dressée par MM. Landouzy et Sersiron, qui mentionne tous les sanatoriums, stations, services d'isolement, hôpitaux, dispensaires et colonies de vacances, si nombreux sur le territoire français. Il est donc facile, grâce à cet ouvrage, de se rendre compte rapidement des différents moyens de prophylaxie et de traitement actuellement en usage pour arrêter la marche de la tuberculose.

R. Jeannin-Précichewska.

BIBLIOGRAPHIE

Sur un cas de névrome plexiforme, par M. Clément Delfosse. Brochure de 23 pages, 1902 (*H. Morel*, éditeur, rue Nationale, 77, à Lille).

La démence précoce, par MM. G. Deny, médecin de la Salpêtrière, et P. Roy, interne des hôpitaux de Paris, 1 vol, in-18 de 96 pages, (*Actualités médicales*), avec 11 photographies, cartonné 1 fr. 50. (Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Du rôle de l'insuffisance musculaire dans la pathologie des éventrations, par M. J. Dennecé. *Thèse*, Paris, 1902 (*Boyer*, éditeur, Paris).

DES CONDITIONS DE L'INTERVENTION

DANS LA CHIRURGIE URINAIRE

Par le Professeur GUYON

La pratique de la chirurgie urinaire démontre, aujourd'hui comme autrefois, la gravité particulière de l'intervention, et nous fait comprendre la nécessité de nous tenir constamment en garde contre de douloureuses surprises. Elle nous apprend aussi quelle est l'étendue de son pouvoir et nous conduit à très fréquemment y recourir. Les faits les plus positifs nous invitent à largement utiliser ses bienfaisantes ressources ; ils nous autorisent même à y faire appel dans les situations les plus graves; car ils établissent, sans conteste, que lorsqu'il est encore possible d'y porter remède, il faut avant tout compter sur les ressources de la thérapeutique chirurgicale. Au lieu de limiter notre action pour éviter le danger, nous sommes encouragés à lui faire face.

Le danger auquel nous faisons allusion peut se produire à propos de toute intervention ; la plus importante comme la plus simple sont parfois l'occasion d'accidents qui mettent la vie ou la santé du malade en péril et compromettent le chirurgien. Avant de s'être attaqué au mal, alors qu'il cherche seulement à le découvrir, à l'étudier, il se trouve soudain en face d'accidents violents, rapides, menaçants et il est obligé de reconnaître que ces accidents sont bien nés à l'occasion de ses recherches, qu'ils sont la conséquence de ses explorations. Il sont, en effet, de nature infectieuse.

Nous avons à nous demander : comment il se fait que malgré la découverte de l'infection, malgré l'emploi le mieux raisonné et le plus complet de l'asepsie et de l'antisepsie, il puisse encore en être ainsi, et à examiner : pourquoi il est cependant possible de se préserver du péril en le prévoyant, ou de le conjurer en intervenant.

L'étude des conditions dans lesquelles nous sommes appelés à intervenir nous le fera comprendre. D'autres questions que celles qui ressortissent à l'infection devraient être soulevées ; mais aucune autre ne peut, comme l'infection, obliger le chirurgien à compter avec elle dans tous les cas. C'est pourquoi nous nous en tiendrons, pour le moment, à celles-ci ; nous les passerons brièvement en revue.

*
* *

Rappelons tout d'abord dans quelles conditions l'infection se produit, se développe et donne lieu à des accidents. Presque tous les malades soumis à l'usage répété du cathétérisme sont infectés. Ils le sont ou doivent bientôt l'être ; l'aseptique d'hier est le septique de demain. Nos salles en sont peuplées. S'il est difficile d'échapper à la contamination des sondes, il n'est pas plus facile d'en être complètement délivré quand on l'a subie. Alors que la guérison paraît obtenue, l'urine contient encore de nombreux microbes, et la vessie, tout au moins, reste habitée. Les vétérans de l'infection s'ajoutent à ses recrues nouvelles. Les cadres de sa grande armée ne sont jamais dégarnis ; à côté des malades où agressions plus ou moins vives, se placent les nombreux sujets chez lesquels elle sommeille et reste prête à l'offensive.

Tous les urinaires ne sont pas, à beaucoup près, égaux devant l'infection ; la vessie ne donne asile aux organismes pathogènes et ne permet leur développement que dans des conditions bien déterminées ; elle ne devient réceptive que sous leur influence. Souvent elle leur résiste avec succès ; mais lorsqu'elle a été une première fois vaincue, elle reste aisément accessible à l'action des germes nouveaux que l'on y introduit, et, lorsqu'elle fonctionne mal, laisse ceux qui ont continué à y vivre silencieusement reprendre leur action.

La clinique nous apprend : que les malades qui, pouvant encore émettre naturellement leurs urines, vident incomplètement leur vessie et n'obtiennent ce résultat imparfait qu'au prix d'efforts souvent renouvelés, sont disposés à subir les contaminations, s'ils en sont indemnes, et à voir la cystite paraître ou s'aggraver, si leurs urines sont déjà microbiennes. L'observation établit aussi de façon positive : que la rétention complète rend la vessie inoculable, et qu'elle le devient surtout lorsque l'évacuation artificielle est tardivement accomplie. La cystite s'établit avec d'autant plus de facilité chez les rétentionnistes, elle devient d'autant plus intense et rebelle, que les demandes de la vessie sont moins écoutées et ne reçoivent satisfaction qu'après s'être fréquemment reproduites, et quand elles sont devenues très pressantes. Les accidents généraux de l'infection ne tardent pas à éclater.

La physiologie pathologique nous explique la fâcheuse influence de la rétention prolongée et rend évidents les graves inconvénients de la mise en tension.

Les recherches expérimentales que j'ai faites avec M. Albarran[1] nous ont permis de démontrer son action mécanique et dynamique, et de constater qu'elle l'exerce rapidement et successivement sur toutes les parties de l'appareil urinaire. Les lésions des parois de la vessie et des uretères, des calices, des bassinets et des reins, la congestion intense de ces organes, les modifications qualitatives et quantitatives des urines en fournissent les preuves les plus convaincantes. Dans ces conditions, l'appareil urinaire est sans défense, son envahissement par les microbes est rapide et complet. Nous avons trouvé de très nombreuses bactéries dans le bassinet trois heures et demie, neuf et douze heures après leur injection dans la vessie ; dix-huit à vingt-deux heures après le début de la rétention. A la suite de ces infections, les animaux meurent rapidement.

Ces dangereux effets de la mise en tension sont affirmés avec la même puissance de démonstration par l'observation clinique. Les faits qu'elle permet de recueillir sont de ceux qui donnent la preuve et la contre-épreuve. Ils nous démontrent que la mise en tension est d'autant plus redoutable que la sensibilité de la vessie devenue pathologique est plus grande. Depuis le simple lavage de la vessie jusqu'à la chloroformisation, leur étude méthodique et attentive indique avec précision au chirurgien comment il doit agir. Nous devons y penser toujours. Nous ne nous occuperons pas actuellement des autres méfaits de la mise en tension ; l'influence exercée sur la production et l'évolution des phénomènes de l'infection doit seule retenir notre attention.

L'observation journalière la rend à tout instant évidente. Pour peu que vous rassembliez vos souvenirs, pour peu que vous observiez avec soin, vous serez convaincus que chez les rétentionnistes le point de départ des accidents locaux et généraux est, à n'en pas douter, dans la négligence apportée aux évacuations, ou dans une réserve mal fondée qui empêche de les multiplier. J'ai cité dans la partie clinique de l'étude sur la rétention qui m'est commune avec M. Albarran un cas observé à l'étranger, où des accidents fébriles répétés depuis près d'un mois devenaient menaçants chez un malade antérieurement contaminé, et soigné avec de minutieuses précautions antiseptiques par un chirurgien de très haute valeur. Je conseillai seulement de multiplier les sondages ; cela suffit pour obtenir en peu de jours la cessation définitive de la fièvre. Je rappelle ce cas intéressant aujourd'hui, parce que plus de dix années se sont écoulées et qu'à plusieurs reprises, dernièrement encore, j'ai pu constater l'excellente santé de ce malade dont la vessie est d'ailleurs toujours habitée. Il a continué à être rétentionniste et n'urine qu'avec la sonde ; il donne pleine satisfaction à sa vessie en évacuant proprement ses urines quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures. Je pourrais citer encore les faits remarquables et démonstratifs fournis par les études sur la « sonde à demeure » que j'ai publiées en collaboration avec mes élèves, E. Michon[1] et Pierre Duval[2]. Je ne fais que les rappeler, mais ne puis passer sous silence les démonstrations fournies par l'urétrotomie interne.

J'ai depuis fort longtemps opposé cette opération aux accidents fébriles graves si fréquemment observés chez les rétrécis. Un de mes plus anciens élèves, M. Martinet[3], a publié, dans sa thèse inaugurale, l'observation d'un malade que j'ai opéré en pleine fièvre le 18 Décembre 1874. La vessie se vidait incomplètement, les mictions étaient fréquentes et pénibles, les urines très alcalines ; les tentatives de dilatation avaient provoqué des accès de fièvre intense : l'urétrotomie fut pratiquée alors que la température axillaire atteignait 41°2. Le soir même, la température s'abaissait de deux degrés ; le lendemain matin, le malade se trouvait bien et n'avait plus de fièvre.

Il est de règle dans mon service, depuis cette époque, de combattre d'urgence, par l'urétrotomie interne, les accidents graves de l'infection urineuse chez les rétrécis qui ne vident pas leur vessie. C'est à notre avis l'une des indications principales de cette précieuse opération, et nous n'hésitons pas, le cas échéant, à en étendre les limites. En agissant ainsi, on s'expose à ne pas toujours réussir ; les menaces que l'on veut conjurer ne sont pas écartées dans tous les cas, et la mort achève son œuvre. Mais alors même qu'elle

1. F. Guyon et J. Albarran. — « Anatomie et physiologie pathologiques de la rétention d'urine ». *Archives de*

1. F. Guyon et Ed. Michon. — *Annales des maladies génito-urinaires*, 1895, Mai.
2. F. Guyon et Pierre Duval. — *La Presse Médicale*, 1900, 5 Mai.
3. F. Martinet. — « Étude sur l'urétrotomie interne »,

survient, on assiste à des améliorations qui justifient l'intervention, encore bien qu'elles ne soient pas assez complètes pour conduire à la guérison; le plus souvent on y arrive, et les dangers qui avaient, à bon droit, fait hésiter, sont définitivement écartés. Le chirurgien a donc le devoir d'agir dans les situations dangereuses et de tenter de périlleux sauvetages; mais il ne peut le faire qu'après avoir analysé, dans tous ses détails, la situation morbide tout entière.

*
* *

L'étude des conditions dans lesquelles se fait l'absorption du poison urineux et s'effectue son élimination explique l'action salutaire de l'intervention. Leur détermination fait comprendre que ses ressources soient pendant longtemps utilisables et que ses effets puissent être durables; elle nous indique la ligne de conduite qu'il est nécessaire de suivre pour qu'il en soit ainsi.

Le poison urineux s'élabore dans la vessie; c'est de la vessie qu'il part, pour entrer dans la circulation et donner naissance aux accidents généraux de l'infection. Les germes qui ont pénétré dans sa cavité y trouvent un milieu de culture favorable où ils se multiplient, leur virulence s'y exalte sous l'influence de conditions que l'étude clinique permet de déterminer. La retenue d'une urine septique, toujours dangereuse, le devient à un très haut degré sous l'influence des mises en tension répétées et prolongées. Nous venons de dire que les faits le démontrent chaque jour de façon très positive.

Les altérations subies par l'épithélium de la vessie permettent l'absorption; l'urine septique peut, sans sortir de son réservoir, trouver accès dans la circulation et adultérer le sang. L'absorption est alors directe. Elle est indirecte quand l'urètre a été traumatisé par une sonde ou par un instrument tranchant, et que la miction s'accomplit sous pression.

J'ai longuement étudié dans mes leçons le mécanisme de l'absorption vésicale et de l'absorption urétrale. Il est difficile de les différencier à l'aide des observations cliniques. L'interprétation des faits s'appuie sur un ensemble de preuves et de contre-épreuves qui éloigne le doute : nous ne reprendrons pas leur discussion, mais il est nécessaire de rappeler la conclusion qui s'en dégage.

Suivant la manière dont s'effectue l'absorption, la dose qui est introduite dans le sang est seulement une « dose morbide », ou représente une « dose mortelle ».

La dose morbide se constitue sous l'influence de la pénétration de petites ou de moyennes quantités d'urine septique. Lorsqu'elles sont très fréquemment renouvelées, les phénomènes infectieux prennent une haute gravité; leur rapprochement peut transformer la dose morbide en dose mortelle. Leur renouvellement espacé, alors même que la fièvre est intense, peut, au contraire, longtemps se prolonger sans compromettre la situation.

Lorsque l'absorption se fait directement dans la vessie, elle s'effectue en général à petites doses; les phénomènes qu'elle détermine ne prennent d'allures sérieuses que sous l'influence des mises en tension prolongées ou trop fréquemment reproduites. Toutefois, cela n'est possible que lorsqu'une élimination suffisante s'oppose à l'accumulation des petites doses. Quand l'état des reins le permet, il peut en être ainsi, alors même que l'absorption est urétrale et que la porte d'entrée est représentée par une plaie; j'en ai eu bien souvent la preuve alors que je pratiquais la lithrotitie ancienne. Pendant plus de dix années, j'ai utilisé, pour guérir les calculeux, le broiement répété. Je suivais la pratique de Civiale que Thompson avait adoptée et brillamment utilisée; comme eux, je ne pouvais recourir à l'antisepsie qui était encore inconnue. Je n'ai presque pas souvenance d'un opéré qui n'ait eu des poussées fébriles intenses, à la suite de l'une ou de l'autre des nombreuses séances qu'il fallait leur faire subir. La fièvre obligeait souvent à les distancer; mais dans la grande majorité des cas, les accès étaient francs, se jugeaient facilement, et la guérison était obtenue.

Cependant, l'absorption qui se fait dans un urètre traumatisé peut réaliser d'emblée la dose mortelle. Sous l'influence d'un obstacle représenté par un fragment de calcul ou par un rétrécissement capable de résister à la colonne d'urine septique bien qu'il ait été sectionné, et même par le seul fait d'un jet brusquement poussé, l'urètre est mis en tension et l'absorption s'effectue à haute dose. La cause est bientôt suivie d'effets; le frisson apparaît très peu de temps après la miction, la fièvre survient et le malade succombe après un seul accès ou après des accès successifs et rapprochés. Ces accès ont été souvent qualifiés « pernicieux ». Cette épithète a le défaut de laisser supposer que nous pouvons être surpris par des accidents que l'on ne saurait prévoir et que l'on ne peut empêcher. Cela est cependant facile, quand on sait combien peuvent être graves les conséquences de la mise en tension d'un urètre traumatisé par une urine infectée; il suffit de placer une sonde à demeure qui met la plaie à l'abri du contact et de la pénétration de l'urine.

Lorsque l'urètre n'est pas protégé, les accidents qui éclatent ont parfois une telle gravité qu'ils peuvent être au-dessus de toute ressource. Les reins les plus intacts sont frappés d'insuffisance et le traitement reste impuissant. M. Albarran a cité dans sa thèse inaugurale[1] l'observation d'un malade jeune et robuste, qui mourut en douze heures à la suite d'une urétrotomie interne, sans sonde à demeure, avec 41° de température. La bactérie pyogène, cause de la mort, existait à l'état de pureté dans l'urètre et la vessie; on la retrouvait dans le sang et dans les organes, mais il n'y avait aucune lésion rénale. La sonde à demeure pouvait empêcher ce malheureux dénouement. En s'opposant à la pénétration brutale d'une dose massive, elle eût permis au rein de pourvoir aux éliminations dont il assume presque complètement la charge dans les formes aiguës de l'empoisonnement urineux Son état anatomique lui permettait de la remplir.

Ces cas ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser; la mort survient assez souvent, malgré le bon état des reins. Il faut donc agir de telle sorte que les conditions qui favorisent l'introduction des fortes doses et celles qui exaltent la virulence ne puissent se réaliser; il faut empêcher les renouvellements de l'absorption des petites doses. Les indications à remplir sont de même ordre.

1. J. Albarran. — « Le rein des urinaires ». *Thèse*. Paris, 1889.

Le sort de nos malades dépend à la fois des conditions dans lesquelles s'effectue l'absorption et de celles où se fait l'élimination. Il est possible, quand on connaît le rôle joué par le rein dans l'élimination du poison urineux, de prévoir les effets de l'absorption et d'aider efficacement à l'élimination.

La physiologie pathologique différencie nettement le rein des urinaires du rein des brightiques. Malgré que les reins de nos malades soient, eux aussi, atteints de lésions étendues et diffuses, que tous les éléments constitutifs aient leur part, et que, dans beaucoup de cas, les deux côtés soient en cause, nous n'avons à tenir compte de l'intoxication que d'une façon relative. Le rein chirurgical est beaucoup moins troublé dans ses fonctions dépuratives que le rein médical.

Les lésions qui le mettent hors d'état d'exercer son pouvoir protecteur ne se constituent qu'à la longue; elles n'ont pas cette marche fatalement progressive qui aboutit à l'insuffisance graduelle et parfois rapide de la dépuration chez les brightiques. Elles sont déjà fort anciennes lorsque se montrent les symptômes qui accusent l'intoxication. Ils se manifestent sous la forme digestive avec les caractères que présentent les grands dyspeptiques urinaires; ils évoluent avec ou sans fièvre.

Néanmoins, si le rein des urinaires demeure fort longtemps apte à remplir son rôle épurateur vis-à-vis de l'organisme, il n'en est pas moins insuffisant. S'il ne l'est pas manifestement pour l'élimination des agents toxiques, il l'est de façon évidente pour les produits de l'infection.

Ce sont les vieux urinaires, c'est-à-dire les malades à lésions anciennes, dont les reins sont depuis longtemps atteints, qui sont facilement pris de fièvre; on la voit survenir spontanément en dehors de l'intervention; ses accès sont graves, durables et se répètent.

Ces sujets sont facilement influencés par le traumatisme, ils le sont parfois à un très haut degré; chez eux, la lésion la plus légère peut déterminer les accidents les plus inquiétants.

Leur organisme est devenu plus impressionnable par le fait d'un certain degré d'intoxication. L'élimination des produits infectieux n'étant que fort imparfaitement accomplie par leurs reins malades, l'infection prend des allures sévères alors même qu'elle se fait à petites doses, comme il arrive quand l'absorption ne s'exerce que par la muqueuse vésicale. La fièvre s'établit suivant le second type de la forme aiguë ou sous la forme chronique, les troubles digestifs s'accentuent. Cette prise de possession de l'organisme peut n'être que prolongée, mais devient souvent définitive et ne cesse qu'avec la vie. Dans ces conditions, le rôle de l'opérateur devient fort délicat; il peut être hasardeux d'agir, mais il est difficile de s'abstenir.

Le rein des urinaires, alors même qu'il a plusieurs fois subi les atteintes de l'infection et qu'elles ont été graves, peut, en effet, reprendre ses fonctions. Il reste impressionnable à de nouvelles attaques et ressent l'influence des écarts de régime ou d'une hygiène défectueuse; un grand nombre de nos malades reprennent néanmoins toutes les apparences de la santé normale et peuvent vivre de longues années. Les lésions qui ont modifié leurs reins ne déterminent aucun phénomène morbide appréciable et ne progressent

pas; l'arrêt des accidents est réel, la trève est complète. Elle dure, en général, aussi longtemps que n'interviennent pas des contaminations nouvelles ou des imprudences; les retours offensifs de l'infection peuvent être prévus et empêchés.

La terminaison rapide et complète des accès de fièvre du premier type de la forme aiguë, démontre d'ailleurs que l'élimination du poison urineux est complète quand le rein est en état normal; il n'en reste pas impressionné. Les accès répétés et si souvent prolongés, du second type de cette même forme aiguë, pendant lesquels le rein est en cause, prouvent qu'il peut longtemps suffire à des éliminations successives et parfois continues. J'ai inséré dans mes leçons le tracé de la température d'un malade depuis longtemps contaminé, chez lequel la fièvre débuta le 14 janvier à la suite d'un cathétérisme et ne prit fin que le 20 février. Il y eut à peine quelques jours d'apyrexie pendant cette longue période, et la température s'éleva souvent à 39° et au-delà. Cependant, dans ce cas comme dans plusieurs autres, la guérison fut obtenue; la santé succéda, pour ainsi dire, sans transition à la maladie. Quand elle ne revient qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, la fièvre peut se renouveler pendant plusieurs années, et disparaître aussi franchement. J'ai également publié dans mes leçons l'observation d'un malade sujet à des accès de fièvre et à des troubles digestifs prononcés depuis huit années; il revint rapidement à la santé à la suite de l'urétrotomie interne et resta bien portant. Au reste, la démonstration des longues tolérances de l'appareil urinaire, pour l'infection, est chaque jour établie par les faits. L'étude clinique de l'infection permet de le comprendre; j'ai cherché, en la faisant, à déterminer les conditions qui assurent la résistance de la vessie et qui favorisent celle des reins.

Alors même qu'il a longtemps duré, l'empoisonnement urinaire peut donc cesser de se manifester dès que l'élimination est accomplie. Le rein qui a suffi à sa tâche pendant toute la durée des accidents, qui a empêché qu'il ne se trouve à un moment donné dans le sang une proportion d'éléments infectants, capable de constituer la dose mortelle et d'annihiler toutes les résistances de l'organisme, le rein demeure capable de le garantir complètement des inconvénients ou des dangers d'une épuration imparfaite; il continue à le mettre à l'abri de l'intoxication, et le maintient dans l'équilibre fonctionnel qui assure la santé normale.

* * *

Les indications thérapeutiques les plus nettes découlent de l'ensemble de ces notions. Il est facile de conclure : que notre devoir est « de venir au secours du rein », et de comprendre : que le droit d'agir nous est en quelque sorte accordé à toutes les périodes des accidents infectieux. Leur extrême gravité pourra dans certains cas justifier l'abstention, elle doit dans la plupart hâter nos décisions.

Quel que soit le degré de l'infection, la situation ne peut pas être modifiée, si, l'on ne s'oppose pas par le méthodique emploi des moyens appropriés, à la pénétration de l'urine septique dans la circulation. L'étude des conditions qui rendent son absorption possible dans la vessie, et de celles qui en favorisent la pénétration directe, ainsi que l'étude des conditions dans lesquelles elle s'effectue à travers les éraillures et les plaies de l'urètre, dictent notre conduite. Il faut recourir aux cathétérismes répétés pour évacuer l'urine, ou placer dans les conditions voulues une sonde à demeure, pour protéger l'urètre et drainer la vessie.

On s'oppose ainsi à la pénétration répétée des petites doses et à la brusque irruption des grandes : la tâche du rein est limitée et rendue plus simple; s'il n'est pas abandonné à ses propres forces, elle peut être accomplie. Il n'est plus exposé à prolonger inutilement la résistance ou à ne pouvoir pas la tenter.

Il y a donc intérêt à lui venir en aide en toutes circonstances; mais la défense doit être d'autant mieux organisées et « d'autant plus prolongée », que la situation est plus grave. Les cathétérismes seront assez renouvelés pour empêcher les mises en tension de la vessie, et leur emploi suffisamment durable pour s'opposer aux retours offensifs de l'infection; la sonde à demeure sera placée de manière à ne pas permettre le passage de l'urine entre elle et le canal, à assurer le débit goutte à goutte, et son usage continué jusqu'à ce que la défervescence soit devenue sincère, c'est-à-dire jusqu'au moment où la température, descendue au-dessous de 37°, ne fera pas d'ascension vespérale sensible au-dessus pendant quelques jours; l'antisepsie la plus soigneuse complètera l'ensemble des mesures nécessaires.

Vous ne pourrez trop vous asteindre à obéir à ces indications primordiales, trop complètement apprendre à utiliser les ressources du cathétérisme et à vous habituer à ne pas y renoncer prématurément. L'infection peut, comme nous vous le disions au début de cette leçon, exister ou se produire dans tous les cas; ne cessez pas un instant de compter avec elle.

Les secours dont le rein a besoin pour suffire à sa tâche lui sont encore nécessaires pour le préserver lui-même. L'infection ascendante et l'infection descendante peuvent au cours des crises fébriles l'atteindre mortellement.

Les autopsies font souvent constater des lésions récentes étendues et importantes, tandis que les lésions anciennes qu'elles découvrent sont peu profondes et assez discrètes; l'on sait que des néphrites suppurées peuvent se produire par voie circulatoire et atteindre les deux reins. Les recherches expérimentales de M. Albarran[1] ont fait connaître les conditions qui les déterminent. Le rein doit aussi, comme j'ai cherché à le démontrer, être mis à l'abri des influences réflexes qui partent soit de la vessie, soit du rein lui-même et qui atteignent son congénère; c'est penser physiologiquement, que de croire que les substances septiques auxquelles il doit si largement donner passage lorsque l'infection bat son plein, peuvent contribuer à l'inaction de ses éléments. Peut-être subissent-ils, de ce fait, une sorte d'inhibition.

Ainsi envisagées, les indications de l'intervention chirurgicale chez les sujets infectés sont précises et nombreuses; elles étaient autrefois posées de façon très différente.

1. J. Albarran. — *Loc. cit.*, p. 97.

En présence d'accidents dont la cause prochaine, ainsi que le mécanisme, étaient mal définis et la nature inconnue, les chirurgiens limitaient leur action afin d'éviter le danger. Les lésions du rein étaient, d'un commun accord, considérées comme une contre-indication formelle : on craignait d'achever de le compromettre en intervenant; le cathétérisme lui-même était redouté. La fièvre nous faisait le plus souvent hésiter, et la transformation ammoniacale des urines faisait différer l'intervention ou empêchait d'y recourir. Nous trouvons aujourd'hui, dans la constatation des altérations de l'urine et dans la fièvre, des motifs d'agir; je me suis dès longtemps attaché à établir et à faire accepter cette manière de voir.

Tout ce que nous venons de dire montre la nécessité d'empêcher le rein de succomber, en écartant par une intervention motivée les dangers du moment. Nous ajouterons tout à l'heure : qu'il faut encore s'opposer à leur retour par la continuation d'une action vigilante, et rendre quand il le faut, l'acte opératoire inoffensif en le faisant précéder de préparations capables de modifier le terrain souvent dangereux où nous engageons l'action. « Le recours à l'intervention ne saurait suffire. » Tout démontre qu'il faut dans certains cas préparer les résultats, et que, *dans tous*, il est nécessaire de les assurer. Avant, pendant comme après l'opération, il faut prévoir les accidents et les prévenir.

* * *

Nos opérations ne comportent les succès immédiats qu'assurent si habituellement l'usage préventif de l'asepsie et de l'antisepsie, que lorsque nous les pratiquons sur des organes que l'infection n'a jamais atteints. Il n'en est pas toujours ainsi en chirurgie urinaire; les conditions qui nous sont faites par l'infection préalable, si souvent rencontrée, permettent néanmoins d'obtenir, presque toujours, de très heureux résultats. Les techniques méthodiquement ordonnées, qui, dans certains cas, ne peuvent être bien suivies que si l'opérateur consent aux « lenteurs nécessaires »; l'emploi le plus attentif de l'asepsie et le choix raisonné des antiseptiques, nous donnent de précieuses garanties. Mais nous n'avons pas seulement à bien opérer, et à préserver nos opérés de toute contamination nouvelle, nous avons à prévoir les agressions ultérieures d'une infection dont nous combattons les principaux effets. Il ne suffit pas de mettre ordre à des accidents menaçants. Le péril est éloigné, mais, il n'est pas conjuré; il faut prévenir son retour, et se tenir prêt à réprimer les manifestations que nous n'aurons pu empêcher de se produire. Telles sont les règles de la conduite à tenir après l'opération, dans les cas qui nous occupent.

La physiologie pathologique de la vessie précise les indications auxquelles nous devons obéir; elle nous fait comprendre que notre action, bien qu'elle soit habituellement indirecte, a les chances les plus sérieuses de mettre le rein à même de préserver le malade et d'être lui-même protégé. Elle donne, en effet, les raisons du pouvoir si grand du drainage et des nettoyages aseptiques ou antiseptiques de sa cavité. Elle met hors de doute l'influence décisive, dans nombre de cas, des cathétérismes suffisamment renouvelés qui empêchent la mise en tension dou-

loureuse et prolongée, ainsi que les résultats que doit donner une sonde à demeure bien placée et bien surveillée. Elle établit sans conteste que le cathétérisme évacuateur est une de nos armes les plus nécessaires. Alors qu'il est le seul agent du traitement ou son indispensable auxiliaire comme après la lithotritie, la taille, l'urétrotomie, la prostatectomie, par exemple, nous avons besoin de tous ses services. Des soins minutieux et ordinairement prolongés sont le complément nécessaire de nos opérations, alors qu'elles sont pratiquées au cours de l'infection. Ils s'y ajoutent, et ensemble ils assurent ses bons résultats. Pour donner comme il convient ces soins tutélaires, nous avons besoin de connaître dans tous leurs détails chacune des ressources du cathétérisme évacuateur; la pratique de la chirurgie urinaire nous oblige à attacher aux menus faits de son emploi une extrême importance. Souvent, vous vous féliciterez d'y avoir pourvu par vous-mêmes.

Pour opposer avec fruit l'intervention aux accidents généraux de l'infection et en étendre l'indication aux situations graves qu'ils déterminent, nous n'avons pas seulement à prendre après l'opération, les mesures qui assurent l'évacuation régulière et complète de la vessie, les nettoyages et l'antisepsie de sa cavité, et celles qui réalisent la protection de l'urètre traumatisé.

Quel que soit l'organe sur lequel nous devons agir, la nécessité d'un drainage rigoureux et prolongé s'impose lorsqu'il est infecté. Il est très dangereux de s'exposer à la retenue partielle de liquides septiques dans le rein. Aussi bien après l'avoir ouvert pour extraire un calcul, alors que l'infection ne se traduit que par un trouble léger des urines, qu'à la suite des néphrotomies pratiquées pour vider une rétention rénale septique au milieu d'accidents graves du rein, la fermeture est à mon avis absolument contre-indiquée. L'absorption s'exerce avec une grande intensité dans les calices, dans le bassinet et dans les uretères. Laissez l'incision rénale largement ouverte, et gardez-vous de fermer la brèche pratiquée à travers les parties molles; assurez avec le même soin l'écoulement régulier des liquides à l'extérieur et à l'intérieur du rein. Drainez la vessie par l'hypogastre après avoir enlevé une tumeur ou extrait un calcul, quand la vessie est sérieusement infectée.

Les précautions que vous avez à prendre contre l'infection ne sont pas seulement de mise après l'opération. Avant de l'entreprendre, elles sont souvent nécessaires. La préparation de la vessie s'impose lorsqu'elle est infectée. Les microbes trouvent dans sa cavité un milieu très approprié à l'élaboration du poison urineux. et les conditions qui en favorisent l'absorption augmentent très vraisemblablement leur virulence. La préparation de la vessie atténue le pouvoir septique des urines, et modifie la sensibilité de ses parois; vous pouvez en effet agir très efficacement contre la cystite, en mettant méthodiquement en œuvre un traitement topique approprié.

Il est donc facile de se rendre compte de l'action préventive de la préparation de la vessie, et de comprendre que les manœuvres opératoires les mieux conduites ne peuvent, sans son concours, nous donner des garanties suffisantes.

Malgré votre habileté et votre attention, elles favoriseront l'absorption, qui est alors d'autant plus à redouter que la sensibilité de la vessie rend les manœuvres difficiles et pénibles; l'instrument est à peine introduit que les contractions s'établissent et lui opposent une résistance qu'il est imprudent de braver. Les difficultés qu'elles nous opposent ne sont que très imparfaitement aplanies par les anesthésiques. La physiologie pathologique nous apprend qu'ils n'agissent efficacement que si la sensibilité est peu prononcée, et que leur action est d'autant plus limitée qu'elle est plus accentuée. Il ne faut donc pas chercher à vraincre l'insoumission de la vessie : ne luttez pas avec elle, rendez-la docile. Vous y parviendrez en agissant sur les causes qui provoquent sa sensibilité pathologique; lorsque leurs effets auront été atténués, vous serez maîtres de la situation.

Souvent il arrive que l'exploration de la vessie calculeuse soit suivie d'accès de fièvre et que le calcul ne soit pas rencontré, quand la vessie n'a pas été préparée de façon à rendre sa recherche inoffensive et fructueuse. Par contre, tout devient simple et sûr lorsque l'on n'a pas omis de faire précéder l'acte opératoire du traitement de la cystite, d'atténuer ainsi la virulence de l'urine et de faire disparaître ou de modérer la résistance de la vessie. Il ne faut pas s'empresser de constater la présence de la pierre et de l'attaquer, sous le prétexte qu'elle entretient la cystite, et que l'inflammation de la vessie ne peut être modifiée tant qu'elle y sera contenue.

Il ne faut même pas objecter que le diagnostic n'est pas fait tant que l'on n'a pas exploré. Celui de la présence du calcul n'est en effet certain qu'après le cathétérisme métallique; mais celui de la cystite est positif, et les indications qu'il établit doivent être tout d'abord satisfaites.

Les raisonnements auxquels je fais allusion conduisent à l'erreur parce qu'ils s'appuient sur des faits mal observés, ou à vrai dire sur de simples vues de l'esprit. De fait la cystite la plus intense, et la cystite calculeuse, en particulier, sont modifiables par un traitement approprié qui, dans l'espèce, a pour agent principal l'évacuation régulière de la vessie par la sonde à demeure, s'il y a lieu, et les instillations au nitrate d'argent. Ce mode d'emploi du sel lunaire a l'avantage de ne pas provoquer la mise en tension, comme le font les lavages, il permet l'emploi de doses assez fortes pour agir non pas seulement sur le milieu vésical, c'est-à-dire sur les urines et sur les sécrétions de la muqueuse, mais sur les parois de la vessie elle-même, qui elles aussi sont infectées. Je ne veux point insister sur les détails, mais je devais appeler vivement votre attention sur les raisons qui font comprendre que le traitement préalable, le traitement préparatoire, ne peut être négligé, comme trop souvent il arrive. C'est en effet un acte préservateur ; on ne doit jamais en négliger aucun, « lorsque l'on opère ou que l'on explore des sujets infectés ». L'expérience des faits vous démontrera, comme elle me l'a apprise, qu'alors même que l'on recourt à la taille, les résultats opératoires sont tout autres lorsque l'intervention a été précédée d'un bon et méthodique traitement de la cystite.

Les conditions dans lesquelles nous sommes si souvent appelés à intervenir en chirurgie urinaire, nous imposent le devoir de n'omettre rien de ce qui peut nous faire réussir. Avant, pendant et après l'opération, il faut que la défense contre l'infection soit organisée. Nous devons penser à tout et y penser avec suite, car elle ne peut être vaincue « d'un seul coup ». Il faut nous résoudre aux longueurs nécessaires d'une tactique prévoyante. Vous en prendrez aisément l'habitude. Une opération retardée à propos a des suites régulières ; la guérison est rapide et vous arrivez plus vite au but, quand vous avez su ne pas partir trop tôt. Il en est de même, lorsque vous ne cessez pas prématurément d'empêcher l'infection de se reproduire.

Une action méthodique est d'autant plus nécessaire, que le terrain sur lequel nous devons si souvent accepter la lutte est toujours dangereux. L'observation des malades nous le fait connaître. L'étude clinique des conditions dans lesquelles l'infection de l'appareil urinaire peut se produire, se développer et s'exalter permet, avec l'aide de la physiologie pathologique, de déterminer de façon assez précise notre ligne de conduite pour que nous sachions où doit se porter notre action, comment et quand il convient d'agir. Elle montre que le traitement de l'infection doit être chirurgical.

* * *

Cette indication domine, en pratique, les questions soulevées par l'étude expérimentale des propriétés des différentes espèces de germes pathogènes. Les heureux résultats des modifications apportées par les opérations « au terrain » sur lequel évolue l'infection, et les effets si peu démontrés des médications antiseptiques, conduisent à intervenir dans les manifestations graves de l'empoisonnement urineux que n'a pu conjurer un traitement topique approprié.

L'indication d'opérer est en effet très positive, et j'ai depuis longtemps coutume d'y obéir largement. Mais l'on ne peut trop particulariser les cas. Les problèmes posés, dans chacun d'eux, sont multiples et fort complexes ; il est parfois difficile de prendre une décision en toute connaissance de cause. Pour y parvenir, il faut à la fois tenir compte de la nature de l'intervention et de l'état du malade. Il est assez facile de résoudre les questions relatives à la nature de l'intervention, mais il est toujours difficile de suffisamment élucider celles qui ont trait à l'état du malade ; on ne peut y appliquer une analyse trop attentive.

Il ne peut y avoir d'hésitation lorsqu'il s'agit de cathétérismes ; la répétition des évacuations ou leur continuité que réalise la sonde à demeure, sont de mise toutes les fois que la vessie ne se vide pas facilement et complètement. Nous devons admettre qu'il en est de même pour l'urétrotomie; cette opération, quand on la pratique dans les circonstances graves dont nous envisageons le traitement, n'a d'autre objectif que l'introduction d'une sonde qui restera à demeure plus ou moins longtemps, suivant le degré et l'importance des accidents provoqués par la retenue d'une urine infectée. Je dirais qu'il en est également ainsi pour la cystostomie et même pour la taille et la lithotritie, si les faits les plus positifs ne démontraient que, lorsque la sonde peut être introduite dans de bonnes conditions, le drainage qu'elle effectue est toujours efficace et que le rein peut, sous cette influence,

reprendre ses fonctions éliminatrices au degré nécessaire; j'ajoute que lorsqu'il s'agit de lithotritie où de taille, et que l'infection est fébrile, la sonde à demeure permet de n'opérer que lorsque la défervescence est complète depuis quelques jours, ce qui est une condition à observer. Les autopsies montrent que la sonde à demeure n'échoue que lorsque l'infection du rein est trop complète, lorsqu'aux lésions ascendantes se joignent les lésions descendantes. Alors, c'est en vain que vous évacuez la vessie et que vous protégez l'urètre. Ces deux moyens, malgré leur très grande force de préservation, seront comme tous autres, réduits à l'impuissance.

Il est malheureusement difficile, sinon impossible en pareil cas, d'exactement apprécier l'état anatomique et l'état fonctionnel du rein. Dans ces conditions, l'insuffisance rénale se constate, mais elle ne se mesure pas; les moyens précieux dont nous disposons maintenant ne sont pas de mise : de là de pénibles déceptions. Elles seraient très fréquentes, si nous n'étions pas guidés à chaque pas par l'observation du malade, faite aussi complètement que possible.

Les notions cliniques, sur lesquelles je ne cesse d'attirer et de retenir l'attention, nous aident à prévoir les chances qui nous restent. Je me crois permis de penser que les longues pratiques justifient la confiance qu'elles méritent; nombreux sont les faits qui disent leur grande valeur.

Tenez compte de ce que vous révèlent la nature et la durée des accidents. Leur évolution a une grande importance; leur répétition, aussi bien que la date des premières apparitions, fait présumer « l'âge des lésions du rein ». C'est un des facteurs importants de votre pronostic. Nous n'observons pas chez nos malades la tendance prochaine à l'abolition des fonctions de l'organe, que l'on constate habituellement dans les néphrites médicales; nous devons donc craindre, lorsque nous les voyons amoindries, que la destruction du tissu rénal ne soit avancée. Les symptômes de l'intoxication pèseront de façon bien plus grande sur vos décisions que ceux de l'infection; ceux-ci peuvent être conjurés dans leurs formes les plus graves, ceux-là peuvent nous commander l'abstention.

Dans le complexus morbide des états dangereux, il n'est pas aisé de faire la part de l'infection et celle de l'intoxication. Parmi les phénomènes pathologiques qui pourront le plus sûrement servir à une bonne appréciation de la résistance du rein des urinaires, je vous rappelle l'augmentation de la quantité des urines. J'ai depuis fort longtemps étudié et signalé ce symptôme, et j'insiste dans mon enseignement sur la valeur sémiologique de la polyurie.

La polyurie limpide, aussi bien que la polyurie trouble, doit toujours être prise en considération. Lorsqu'elle est « persistante » et abondante, elle impose, quelle que soit sa forme, une très grande réserve dans le pronostic. Les lésions rénales arrivées à un haut degré de développement la font persister ; quand elles existent, la polyurie continue au même degré, alors même que les causes qui peuvent la déterminer accidentellement, la réplétion exagérée de la vessie par exemple, ont été supprimées. C'est parce qu'ils sont en état d'insuffisance rénale, malgré le travail exagéré de leurs reins, que les grands polyuriques urinaires, et surtout les malades anciennement polyuriques, succombent souvent d'une manière si rapide sous l'influence de l'intervention la mieux conduite, alors même que la polyurie était restée limpide.

J'insiste encore, depuis longtemps, sur la valeur sémiologique des troubles digestifs chez les urinaires. On les observe à toutes les périodes de l'infection, mais ils se rencontrent aussi chez des sujets restés aseptiques. Ils revêtent une forme grave chez ces derniers dans les rétentions chroniques incomplètes, lorsque la distension prolongée de la vessie et des parties supérieures de l'appareil urinaire s'oppose au fonctionnement régulier des reins. Le plus souvent, les grands dyspeptiques urinaires sont à la fois « infectés et intoxiqués », parfois inanitiés. La longue durée et le haut degré des troubles digestifs doivent toujours nous faire douter de la solidité du pouvoir des reins. Dans ces conditions, les troubles digestifs sont d'ailleurs presque toujours associés à la polyurie ; nous ne pouvons alors trop nous interroger avant d'agir.

L'observation complète des états morbides et leur analyse attentive doivent, en toute circonstance, diriger l'opérateur ; leur secours lui est particulièrement nécessaire dans les situations périlleuses qui accroissent les difficultés et l'importance de son rôle. Les résultats de l'étude clinique de l'infection s'ajoutent et s'adaptent à ceux de son étude scientifique, et de grands enseignements s'en dégagent. Ils nous font connaître les conditions dans lesquelles s'exerce l'intervention chirurgicale chez les urinaires infectés ; ils nous apprennent à prévoir ses dangers et nous montrent comment on peut les prévoir ; dans nombre de cas tout conspire et consent à nous encourager. Les points essentiels de nos actes opératoires sont déterminés, leurs règles deviennent précises, les indications d'intervenir s'étendent, et nous sommes autorisés à y obéir avec l'espoir d'être utiles.

MÉDECINE PRATIQUE

L'ULMARÈNE DANS LES AFFECTIONS RHUMATISMALES

Depuis plusieurs années la médication salicylique s'est développée encore du fait de la substitution possible, dans nombre de cas du moins, de la médication externe à la médication interne. Cette dernière, en effet, difficilement acceptée par certains malades, devait être abandonnée par d'autres qui ne pouvaient la tolérer en raison de la susceptibilité de leur tube digestif. Le salicylate de méthyle, permettant le traitement externe fut donc accueilli avec faveur. Par son usage, il fut possible d'arriver à des résultats thérapeutiques analogues à ceux de la médication interne, et d'autre part, l'effet analgésique recherché parut se manifester dans certains cas plus rapidement qu'avec les salicylates pris à l'intérieur. Malheureusement le salicylate de méthyle est doué d'une odeur assez désagréable et tenace, qui le rend difficilement supportable, non seulement par le malade, mais aussi par son entourage. Les chimistes et les pharmacologistes cherchèrent donc parmi les éthers salicyliques des corps qui, tout en possédant les propriétés physiologiques et thérapeutiques du salicylate de méthyle, fussent dépourvus de son odeur forte et tenace. On proposa tour à tour le salicylate d'éthyle, le salicylate d'amyle, mais ces substances n'eurent aucun succès en pratique : l'odeur était modifiée, elle n'en restait pas moins désagréable.

Poursuivant ses investigations en ce sens, dans le laboratoire du professeur Gautier, M. Bourcet est parvenu à fabriquer un mélange en quantité déterminée d'éthers salicyliques d'alcools aliphatiques à poids moléculaire élevé, auquel il a donné le nom d'ulmarène.

Propriétés chimiques. — L'ulmarène est un produit qui se présente sous l'aspect d'un *liquide* lourd, réfringent, légèrement jaune rosé. Sa densité est de 1,06 à 15° C. Sous 760 millimètres de pression, il bout entre 237° et 242°.

Son odeur est agréable, peu prononcée, surtout peu tenace ; elle rappelle un peu celle du salol. Sa saveur est brûlante. Il contient 75 pour 100 d'acide salicylique combiné, alors que le salicylate d'amyle n'en contient que 61 pour 100.

Il est totalement insoluble dans l'eau, soluble dans deux fois son volume d'alcool à 96° et dans son propre volume de benzine cristallisable, peu soluble dans l'éther, très peu soluble dans le chloroforme chimiquement pur.

En suspension dans l'eau, il ne doit pas donner de coloration violette avec le perchlorure de fer; en solution dans l'alcool, il donne au contraire cette coloration. Il est saponifié à chaud par les alcalis; à froid il ne l'est que partiellement et donne avec des solutions étendues de soude et de potasse des composés iodés et potassiques solubles dans l'eau, cristallisés en aiguilles, malheureusement facilement dissociables et encore peu étudiés.

On peut dire qu'en règle générale, il possède toutes les réactions et toutes les propriétés des éthers de l'acide salicylique.

Pharmacodynamie. — Une étude pharmacodynamique très complète de l'ulmarène a été faite dans le laboratoire de M. le professeur Pouchet, par MM. Bardet et Chevalier. M. Hibert, qui en a fait le sujet de sa thèse, arrive aux conclusions suivantes :

L'action toxique de l'ulmarène est faible ;

Son action physiologique est en tous points comparable à celle des autres éthers salicyliques;

Son absorption se fait rapidement par la peau; dans l'économie, il se dédouble dans le foie. L'acide salicylique mis en liberté circule dans le sang et est éliminé par la bile et l'urine.

Mode d'emploi. Doses.— 1° L'ulmarène peut être employé *à l'intérieur* en capsules gélatineuses de 0 gr. 50, étant donnée son innocuité parfaite sur la muqueuse gastrique; mais c'est un mode d'emploi d'exception, et c'est surtout en applications sur la peau qu'il rendra des services au praticien.

2° En *badigeonnages* sur la ou les parties malades, il peut être employé à des doses de 10 à 20 grammes par jour. Dans la pratique, une dose de 10 à 15 grammes, et même moindre encore, est largement suffisante au point de vue thérapeutique, et l'emploi de doses supérieures devra toujours être surveillé par le médecin en raison de l'accumulation possible.

Voici le procédé d'application : après avoir lavé la peau au savon et à la brosse, on frotte doucement pendant quelques minutes la partie malade avec un tampon de ouate imbibé de la quantité d'ulmarène qu'on veut administrer. Ce tampon est ensuite étalé sur la peau, recouvert d'une couche de ouate sèche puis d'un taffetas gommé. Le tout est maintenu en place par un bandage. Ce pansement doit être laissé pendant une douzaine d'heures et est parfaitement toléré.

3° Dans certains cas, il peut être avantageux de formuler une *pommade* à l'ulmarène.

Voici une formule que nous recommandons et qui se présente sous l'aspect de miel jaune foncé, et dont l'odeur est fine et même agréable :

Ulmarène	15 grammes.
Lanoline.	35 —
Menthol	2 gr. 50.

F. S. A. une pommade. — Usage externe.

En onctions deux fois par jour, suivies d'un enveloppement ouaté.

Indications thérapeutiques. — Ces indications sont celles de la médication salicylée. L'ulmarène peut donc être utilisé dans des cas de *rhumatisme articulaire aigu*; dans le *rhumatisme subaigu* et *chronique*, dans le *rhumatisme déformant*; dans les *arthropathies blennorragiques*; dans divers cas d'*arthrite sèche douloureuse*; dans les cas de *myalgies* comme le *lumbago*, dans des *névralgies* comme la *sciatique*, les névralgies suites de *zona*, dans la *goutte* comme nous en avons observé récemment un exemple chez un confrère.

Dans tous ces cas, l'ulmarène était fort bien toléré par la peau, et les malades, loin d'être incommodés par son odeur, manifestaient hautement leur satisfaction d'être délivrés de celle du salicylate de méthyle lorsqu'ils avaient été traités antérieurement par ce médicament.

Comme le montrent les observations publiées dans la thèse de M. Hibert, à des doses de 4 à 12 grammes et même 16 grammes par jour, l'ulmarène a donné sensiblement les mêmes résultats que le salicylate de méthyle.

Son action analgésique se fait sentir dès les premières heures qui suivent son application et est persistante. L'action résolutive des exsudats est plus longue à se manifester, mais a été réelle. L'action spécifique et l'action sur la nutrition et les échanges organiques correspondent à celles que provoquent les préparations salicylées prises à l'intérieur. L'élimination, qui fut suivie de très près chez divers malades, montre qu'à la suite d'un traitement de quelques jours les effets de l'ulmarène ne sont pas seulement passagers, mais que l'élimination se prolonge quatre et même cinq fois vingt-quatre heures après la cessation du traitement.

Enfin la toxicité est peu à redouter : à la suite de l'application de fortes doses d'ulmarène, — 15 et même 20 grammes pendant plusieurs jours consécutifs — aucun accident n'a pu être constaté.

* * *

En résumé, on peut conclure que l'ulmarène semble appelé à remplacer le salicylate de méthyle dans ses diverses applications, en raison de son odeur moins désagréable, de sa toxicité moindre, de sa forte teneur en acide salicylique et de son action thérapeutique au moins équivalente.

P. Arsène Mesnard.

SOCIETÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

12 Décembre 1902.

Argent colloïdal dans les maladies infectieuses. — ***M. Netter.*** Credé, de Dresde, a introduit en 1897 dans la thérapeutique l'argent colloïdal ou collargol, état allotropique de l'argent sous lequel il est soluble dans l'eau et dans les humeurs de l'organisme.

L'argent colloïdal est surtout employé en frictions sous forme de pommade à 15 pour 100 (onguent de Credé) et en injections intraveineuses de solutions à 1 pour 100 ou 200. La quantité d'onguent employée dans une friction est de 1, 2 ou 3 grammes, suivant qu'il s'agit d'un enfant, d'un adolescent ou d'un adulte. Pour les injections intraveineuses, la quantité habituelle de collargol varie de 3 à 5 centigrammes.

Le collargol peut être manié sans danger d'intoxication. Le cheval supporte 1 gramme en injection intraveineuse. Un lapin sain a pu recevoir 10 centigrammes.

Depuis les premières communications de Credé, le collargol a été employé avec succès par un grand nombre de médecins et de vétérinaires de divers pays dans des maladies très diverses. On a cité nombre de guérisons merveilleuses.

Wenckebach, de Groningue, a rapporté l'histoire de deux malades guéris au moyen de ces injections d'une endocardite infectieuse très grave. Les injections ont amené un arrêt immédiat de la fièvre, quarte dans un cas, biquotidienne dans l'autre. Elles n'ont pas seulement fait disparaître les accidents généraux d'infection ; elles ont été suivies du retour *ad integrum* des altérations de l'endocarde.

Klotz (de Dresde) a obtenu un résultat aussi merveilleux dans une endocardite septique.

Encouragé par ces exemples, j'ai employé à mon tour cette médication et j'en communique les premiers résultats.

J'ai choisi 10 observations d'ordre très différent. J'ai pratiqué les injections intraveineuses dans une péricardite généralisée grave et dans une pneumonie avec épanchement purulent. Dans la péricardite j'ai obtenu un abaissement immédiat de la fièvre qui avait disparu trois jours après l'injection. Les bruits de frottement ont rétrocédé très vite et l'état général s'est rapidement rétabli.

La pneumonie chez la deuxième malade a pris fin le sixième jour, et à ce moment l'épanchement purulent était résorbé.

Une méningite cérébro-spinale suppurée a été modifiée avec la même soudaineté : apyrexie le surlendemain de la friction et convalescence très rapide.

Les résultats n'ont pas été moins satisfaisants dans une scarlatine grave, dans deux angines diphtériques toxiques, dans trois fièvres typhoïdes adynamiques. Dans une tuberculose aiguë ulcéreuse à forme bronchopneumonique, les frictions ont fait rapidement disparaître la fièvre en même temps qu'elles amenaient une modification notable de l'état général avec retour de l'appétit et des forces.

La dernière observation, d'ordre médico-chirurgical, est celle d'un médecin atteint de pyohémie à manifestations graves et multiples chez lequel l'amélioration a été presque instantanée à la suite d'une friction unique au collargol. Le malade et la religieuse qui avait fait la friction ont ressenti au bout de six heures un goût métallique très marqué. Le retour des forces, de l'appétit, la liberté des mouvements ont fait leur apparition dès le lendemain. Le collargol dans ce cas a paru à la surface de la plaie de la néphrotomie et dans l'urine.

Ces cas si divers donnent une idée des applications variées qui pourront être faites de cette médication. Nous y voyons la pyohémie côtoyer la tuberculose aiguë ulcéreuse, la méningite cérébro-spinale figurer en face de la pneumonie et de la pleurésie, l'endocardite et la péricardite en même temps que la diphtérie grave, la scarlatine et la fièvre typhoïde. La liste peut être singulièrement allongée. Il faut y faire figurer tout au moins les suppurations diverses, les manifestations puerpérales, le rhumatisme, le charbon, etc.

On ne devra pas s'attendre à guérir tous les malades et nous avons rencontré des cas moins favorables. Le collargol n'est pas une panacée et son emploi ne fera pas renoncer dans chaque maladie à l'usage des médications consacrées par l'expérience. Mais c'est un agent précieux que nous ne saurions trop recommander.

La pathologie expérimentale ne nous a pas encore donné une explication satisfaisante du mode d'action du collargol. Credé avait été amené à l'employer en raison du pouvoir antiseptique considérable des composés à l'argent et de leur absence de toxicité.

Le collargol a un pouvoir bactéricide assez faible. Une solution à 1 pour 30 met dix heures à tuer le staphylococcus aureus.

Il a une action empêchante marquée. 1 de collargol pour 6000 s'oppose au développement de l'aureus dans les milieux de culture. Les injections de collargol ont le plus souvent échoué dans le traitement des infections expérimentales. Il est vrai que l'on ne peut conclure de celles-ci à la pathologie humaine où le nombre des bactéries en circulation dans le sang est infiniment plus faible. Il n'est pas certain du reste que le collargol agisse comme antiseptique. Peut-être y a-t-il neutralisation des toxines, ce qui cadrerait avec la rapidité remarquable des modifications de l'état général. Il y a peut-être stimulation du pouvoir défensif de l'organisme ou action catalytique.

Si le mécanisme de l'action du collargol reste vague, son action favorable n'en est pas moins établie dans beaucoup de maladies et il convient d'en profiter.

Quelques résultats du traitement des névralgies par les injections sous-cutanées d'air atmosphérique. — ***MM. Pierre Marie et O. Crouzon.*** Cette méthode consiste dans l'injection d'air atmosphérique dans le tissu cellulaire sous-cutané au niveau des points où siège la douleur. La quantité d'air injectée en chaque point est de un tiers ou un demi-litre. Un dispositif très simple permet de filtrer auparavant l'air sur de l'ouate. De même que Cordier et Vigne (de Lyon), MM. P. Marie et O. Crouzon ont obtenu des résultats très encourageants : dans plusieurs cas de sciatique, dans un cas de zona et chez un tabétique porteur d'une plaque d'hyperesthésie cutanée. Quant au mode d'action de ce traitement, les auteurs pensent qu'il doit tenir d'une part à une sorte d'élongation des extrémités nerveuses, d'autre part à la formation d'un coussinet gazeux à leur niveau qui doit les protéger contre toute pression extérieure.

M. Chauffard a vu disparaître par ce traitement un point douloureux dû à une pleurésie sèche.

Atrophie musculaire par névrite tuberculeuse. — ***M. E. Hirtz*** présente un malade qui a une atrophie musculaire presque complète des pectoraux, incomplète du trapèze, du grand dorsal et du sterno-mastoïdien. Cette atrophie est probablement due à une névrite tuberculeuse.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

4 Décembre 1902.

Influence de la suggestion hypnotique sur la circulation chez les sujets hystériques. — ***M. Bérillon.*** Dans toutes les expériences, des tracés du pouls ont été pris à l'aide du tambour enregistreur de Marey, ou du sphygmographe de Dudjeon.

Les observations peuvent être divisées en deux groupes :

1° Action de l'hypnotisme et de la suggestion sur la circulation normale ;

2° Action de l'hypnotisme et de la suggestion sur la circulation des sujets atteints de troubles cardiaques.

La comparaison des résultats obtenus démontre les services que la clinique peut rendre lorsqu'on l'associe à des recherches expérimentales.

A. Sous l'influence de la suggestion hypnotique, on a obtenu successivement un ralentissement, puis une accélération du pouls chez un sujet dont le cœur ne présentait aucun trouble. Cette expérience démontre que la suggestion peut déterminer des effets de ralentissement ou d'accélération du cœur et provoquer secondairement des modifications dans la tension artérielle, dans l'état des vaso-moteurs, et ainsi exercer une influence sur la nutrition générale.

B. Expérience chez une femme atteinte de troubles cardiaques. A l'état de veille, le pouls marque 132 pulsations par minute ; le dicrotisme n'est pas apparent. La malade est hypnotisée : l'examen du pouls indique 138 pulsations. Après le sommeil, la tension artérielle s'est élevée d'une façon appréciable et le dicrotisme apparaît sous la seule influence du sommeil provoqué. La malade reçoit alors la suggestion qu'elle est calme, que le cœur se régularise et se ralentit : cinq minutes après la suggestion, le pouls est descendu à 114 pulsations ; il s'est modifié dans un sens très favorable ; les oscillations sont plus régulières, le dicrotisme est plus accentué. La même suggestion est répétée ; le pouls, repris après une attente de cinq minutes, donne 102 pulsations. Nous insistons encore et nous lui suggérons que son cœur est devenu tout à fait normal, qu'il bat lentement et régulièrement ; le nombre des pulsations n'est plus que de 84 par minute.

En résumé, la comparaison entre les expériences, la première faite chez un sujet dont le cœur est normal, l'autre chez un sujet atteint de troubles cardiaques accentués, montre que, dans les deux cas, la suggestion hypnotique a provoqué un ralentissement appréciable du pouls. Mais, tandis que, dans le premier cas, le nombre des pulsations est tombé de 78 à 66 et a diminué de 12 par minute, dans le second, il est tombé de 132 à 84 ; la diminution a été considérable puisqu'elle a réduit 48 pulsations. Ces expériences indiquent clairement l'influence que la suggestion hypnotique exerce sur la circulation.

M. Antonelli voudrait savoir si M. Bérillon, dans ses observations, a eu l'occasion de prendre des tracés de tachycardie du goitre exophtalmique.

M. Bérillon. Ce sont là, en effet, des émotifs et des abouliques au premier chef, qui bénéficient beaucoup de ce traitement. Chez eux, l'influence suggestive a une action considérable, non seulement sur la tachycardie, mais même sur les dimensions du goitre, que j'ai vu diminuer souvent à la suite d'un mois de traitement par le sommeil hypnotique.

M. Raymond rappelle qu'il y a des cas où la volonté seule suffit à ralentir le pouls.

M. Bérillon. Beaunis a rapporté une série de cas de ralentissements volontaires de la circulation (on

n'en connait pas d'accélération); mais jusqu'à ce jour aucun de ces faits n'était vraiment scientifique; les tracés n'en avaient pas été enregistrés. Contrairement à l'École de Nancy, je crois que l'hypnotisme est tout et non la suggestion. L'hypnotisme brutal, fortuit, inattendu est mauvais et dangereux; l'hypnotisme thérapeutique, au contraire, est bon et utile; entre les mains du médecin l'hypnotisme n'est pas dangereux.

Paul Guillon.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

4 Décembre 1902.

La trichorrexis nodosa est une maladie parasitaire. — *M. Sabouraud.* Le malade qui fait le sujet de cette observation est atteint de trichorrexis très accentuée; or tous les blaireaux dont il se sert pour la barbe sont successivement contaminés et présentent les altérations caractéristiques de la maladie en question.

M. Brocq. J'ai cru observer plusieurs fois des faits cliniques probants de trichorrexis nodosa. Dans ces dernières années, cette affection s'est répandue dans nos contrées; elle n'est plus seulement l'apanage de la femme orientale, les Parisiennes sont très fréquemment frappées. Il n'est pas très rare de voir des chevelures abondantes et longues avant ses atteintes réduites à une longueur moyenne de 10 à 15 centimètres.

Syphilis glandulaire. Dacryoadénite. Mammite. Orchite. Parotidite coexistant avec des symptômes de syphilis oculaire. — *M. De Lapersonne.* Chez un de nos malades, nous venons d'observer en concomitance avec des accidents syphilitiques d'irido-cyclite et d'irido-choroïdite caractéristiques des accidents exceptionnels ayant pour siège les parenchymes glandulaires. Successivement nous avons vu évoluer avec une remarquable lenteur des accidents d'orchite, de mammite, de dacryoadénite et de parotidite. Les parotides se sont transformées en deux masses dures ligneuses, faisant corps avec le maxillaire. L'étude des antécédents de cet homme m'a fait éliminer successivement les diverses maladies infectieuses à action lente ou les intoxications qui auraient pu être incriminées dans la genèse de ces lésions; leur existence et leur évolution parallèle à celle de l'affection irido-choroïdienne nous ont fait penser que la syphilis était leur cause commune. Il n'y a dans la science que trois observations semblables; encore deux d'entre elles sont douteuses; celle d'Alexander semble probante.

Nous avons observé une autre fois la dacryoadénite dans des circonstances très différentes : un ouvrier contaminé accidentellement par un de ses camarades au niveau de la conjonctive eut un chancre de la paupière supérieure; au cours de l'évolution de ce chancre se produisit la dacryoadénite unilatérale qui existait encore trois mois après la guérison du chancre. On pourrait se demander s'il y a eu infection secondaire de la glande, mais les dacryoadénites par infection banale évoluent rapidement vers la suppuration ou vers la résolution. Celle-ci a duré et n'a pas suppuré. Sous le maxillaire de cet homme existent des masses ganglionnaires extrêmement dures qui paraissent faire corps avec l'os.

Kératite interstitielle gauche consécutive à un chancre de la paupière inférieure du côté droit. — *M. De Lapersonne.* Vers la fin de septembre, le malade eut un chancre infectant de la paupière inférieure. Cette paupière fut, en grande partie, détruite par sphacèle. L'intérêt de ce cas réside dans l'influence néfaste de l'infection sur l'état général du malade et surtout dans l'apparition d'une ulcération de la conjonctive bulbaire du côté opposé au chancre. Il s'agissait d'une sorte de syphilide de la conjonctive. En même temps, la sclérotique était envahie, la cornée prise, l'œil se recouvrait d'un pannus complet avec infiltration centrale jaune rappelant la kératite interstitielle de Hutchinson; mais, dans ce cas, le début par l'épisclère nous fait penser qu'il s'agit de troubles trophiques cornéens consécutifs à la sclérite et à l'uvéite.

Recherches sur l'histologie des teignes. — *M. Sabouraud.* M. du Bois a fait, dans le laboratoire de l'Ecole Lailler, une série de recherches d'un intérêt général considérable sur l'origine et la formation des squames dans les teignes tondantes de l'enfant. Ces recherches sont exposées *in extenso* dans sa thèse sur la « Pathogénie et histologie de la squame dans les teignes tondantes » (Genève, 1902).

Ces recherches montrent par quel processus la peau réagit contre un agent infectieux purement externe et bien déterminé. Les lésions objectives des plaques dépendent non pas, comme on pourrait le croire, de lésions purement épidermiques, mais de modifications dermiques. Les croûtelles, souvent invisibles à l'œil nu, qui forment une partie de la squame et se trouvent toujours au voisinage de cheveux infectés, sont formées par le passage à travers l'épiderme d'éléments figurés appelés de toutes parts par le chimio-tactisme positif qu'exerce sur eux le parasite cryptogamique. Avant leur passage, ces éléments se trouvent groupés dans le derme sous forme d'amas dans lesquels les mastzellen sont assez nombreuses, les plasmazellen et les œosinophiles rares. Cette infiltration cellulaire du derme ne se rencontre qu'au voisinage immédiat du parasite, et le passage de ces éléments au travers des couches épithéliales prendra un caractère général assez important s'il est établi qu'il indique la proximité du parasite, même inoffensif. L'épithélium franchi, ces éléments forment autour du cheveu malade de petits abcès folliculaires extra-épidermiques qui déversent au dehors leur trop-plein cellulaire. Nous proposons à ce processus le nom de cytodiaphorèse; son importance nous paraît justifier cette appellation propre.

Ces poussées de cytodiaphorèse s'accompagnent de phénomènes dermiques locaux assez importants : congestion vasculaire, œdème des pupilles, spongiose de la couche de Malpighi, parakeratose consécutive. Ces phénomènes se produisent non seulement dans le voisinage du parasite, mais encore assez loin de lui. Cette cytodiaphorèse provoque parfois la formation d'une croûte qui enferme le cheveu et qui est expulsée avec lui, mais ces poussées réactionnelles sont impuissantes à déloger le parasite qui continue à vivre entre elles.

Cancer arsenical. — *M. J. Darier* présente un malade atteint de *mélanose lenticulaire*, de *kératoses verruqueuses* des régions palmaires et plantaires et d'*épithéliomes multiples*. Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, comptable, qui, lors du premier examen, en 1890, avait depuis quinze mois sur la face et le cou un semis confluent de taches vasculaires des dimensions d'une lentille; sur les mains et les pieds on notait une hyperkératose diffuse avec innombrables verrucosités cornées. — Il fut perdu de vue pendant douze ans et se représenta au printemps dernier. La mélanodermie et les télangiectasies s'étaient atténuées, mais les verrues cornées persistaient. Quatre d'entre elles, dont trois aux mains et une au cou, s'étaient transformées en épithéliomes, ainsi que le démontra leur examen histologique après ablation à la curette. Un nouvel épithéliome se développe à l'angle interne de l'œil droit. — Cet homme, pour combattre une bronchite chronique avec induration des sommets, a pris, de 1886 à 1896, 12 gouttes par jour de liqueur de Fowler pendant douze jours chaque mois, et de 1897 à 1901 pendant sept jours par mois. La notion de l'existence d'un cancer arsenical, émise par Hutchinson en 1887, et froidement accueillie à l'époque, a été appuyée par un certain nombre d'observations depuis lors et trouve dans le cas actuel une confirmation nouvelle.

E. Lenglet.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

8 Décembre 1902.

Présentation d'un bassin vicié aplati d'arrière en avant, et aplati latéralement dans la partie antérieure. — *MM. Gaulard et Bué.* Il s'agit d'un bassin petit dans son ensemble et présentant un arrêt de développement; la base du sacrum est fortement projetée en avant; le détroit supérieur a une forme de carte à jouer.

Ce qui fait surtout l'intérêt de cette pièce est que ce bassin avait été présenté antérieurement à la Société comme étant du type double oblique ovalaire, alors qu'en réalité il n'a aucun rapport avec cette forme encore mal déterminée.

Le caractère particulier de ce bassin est la direction rectiligne des lignes innominées en avant, et le rétrécissement du détroit inférieur.

On peut donc lui mettre l'étiquette suivante : rachitique pseudo-ostéomalacique, et le considérer comme très dystocique au point de vue obstétrical. Cette forme de bassin semble justiciable de la symphyséotomie.

Amputation congénitale des quatre membres (Présentation d'un enfant à —). — *M. Rudaux* présente un enfant vivant, parfaitement développé, chez lequel manquent les deux mains et les deux pieds.

Aux extrémités des quatre moignons, on trouve des bourgeons et des cicatrices qui ne permettent pas de mettre en doute que ces amputations multiples et presque symétriques sont dues à des brides congénitales.

Présentation de pièces anatomo-pathologiques de nouveau-nés. — *MM. Porak et Durante.* La première pièce est constituée par un intestin grêle présentant des ulcérations et des perforations multiples.

La deuxième a trait à une péritonite avec exsudation concrète circuse, au milieu de laquelle on trouve des amas séparant les anses intestinales.

La troisième provient d'un enfant mort de péritonite aiguë avec appendicite hémorragique d'origine probablement ombilicale, étant donnée l'anastomose des lésions dans la région appendiculaire.

L'appendice étant très petit, on peut se demander s'il n'y en a pas eu un fragment d'éliminé.

Présentation d'une trompe qui avait fait procidence dans le vagin après une hystérectomie vaginale. — *M. Pozzi.* Il s'agit d'une femme qui avait été opérée pour corps fibreux de l'utérus, et chez laquelle on avait fait une assez grande incision vaginale, étant donné le volume des organes à extraire.

Après l'opération, on fit le refoulement des annexes avec de la gaze iodoformée; drainage consécutif.

Quand cette femme quitta le service, il restait, au fond du vagin, une surface granuleuse, rose, douloureuse surtout pendant les injections et bains. L'examen permit de constater, au fond du vagin, l'existence d'un organe procident qui était la trompe, laquelle fut excisée.

On se trouve donc en présence de ce fait unique d'une communication aseptique entre les cavités vaginale et abdominale.

M. Pozzi a observé cependant un fait analogue en 1898, mais qu'il n'a pas interprété, le moignon ayant fini par guérir par rétraction.

M. Legueu. Ces faits sont évidemment très rares, quoique je les aie signalés dans mon « Traité de gynécologie » fait en collaboration avec M. Labadie-Lagrave.

M. Pasteau a présenté notamment à la Société anatomique un cas de polype au fond du vagin; or, ce polype était formé par la muqueuse de la trompe éversée.

Cholécystite pendant la puerpéralité. — *M. Routier.* La première observation a trait à une femme de trente-deux ans, russe, ayant eu des crises hépatiques antérieures, qui présenta après son accouchement des douleurs violentes au niveau de la vésicule biliaire, dont la région était le siège d'un empâtement diffus; température élevée.

La laparotomie montra une vésicule très épaissie, contenant un pus épais dans lequel baignaient 60 calculs gros comme des noyaux de cerise, et logés dans autant d'alvéoles de la paroi.

La guérison fut complète; mais, depuis, la malade a eu deux coliques hépatiques nouvelles, et a fait un avortement.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une grossesse extra-utérine, qui fut opérée pour rupture de la trompe avec inondation péritonéale. Quoique la malade se soit plaint déjà à ce moment de son foie, on négligea d'explorer la vésicule lors de cette première laparotomie.

Après guérison complète, on fit une deuxième laparotomie, qui montra une vésicule suppurée, laquelle fut enlevée tout entière.

Observation de cholécystite opérée pendant la grossesse. — *M. Barillon.* Il s'agit d'une secondipare de trente-trois ans, qui ne présentait aucun antécédent pathologique, sauf de la douleur gastrique. On constata alors que l'utérus gravide remontait au delà de l'ombilic, que la matité hépatique descendait très bas, et que cette région était douloureuse, en même temps que les urines étaient rares (15 grammes d'urée par litre).

Bientôt survinrent les phénomènes suivants : température élevée, frisson, téguments jaunes, verts, purpura, selles grisâtres, langue noire.

Au niveau du bord inférieur du foie, tumeur dure, ovoïde, grosse comme une orange, très sensible à la pression, reliant le foie à l'utérus.

La laparotomie verticale latérale fit tomber sur un foie lisse, volumineux, verdâtre; la vésicule contenait un gros calcul mûriforme et 200 grammes de bile verdâtre.

Les suites opératoires furent normales, la bile s'écoulant par les voies naturelles et par la fistule, même pendant et après l'accouchement qui survint normalement et à terme.

Torsion d'hydrosalpinx pendant la grossesse. — ***M. Pinard.*** Les premiers symptômes observés furent des accidents très graves qui firent croire d'abord à une appendicite : douleurs dans la fosse iliaque droite, et tellement intenses qu'il y avait un état nauséeux.

Mais la localisation de la douleur était trop basse pour que ce diagnostic fût maintenu; d'autant plus qu'il y avait irradiation dans la grande lèvre droite; pouls et température normaux, pas de troubles intestinaux, mais des envies fréquentes d'uriner.

On pensa alors à des coliques néphrétiques, et on prescrivit des bains et de la morphine.

Après plusieurs jours d'état stationnaire, il survint brusquement des vomissements de bile presque pure, et de la diarrhée intense, avec météorisme abdominal énorme et teinte subictérique très prononcée; pouls, 104.

En présence du facies péritonéal très net et de cet ensemble symptomatique, on fait la dilatation manuelle sous le chloroforme, et on accouche la femme avec une application de forceps.

Ce qu'il y a surtout de particulier dans cette observation, c'est que, aussitôt après, la femme alla très bien : son ventre était redevenu souple, et n'était pas douloureux.

Mais M. Pinard, s'appuyant sur ce fait que, après tout accouchement, survient une accalmie qui peut être traîtresse, insista pour qu'on fît la laparotomie d'urgence. Sa conviction que, pendant la grossesse, il n'y a pas de péritonite essentielle, ne lui permettait pas l'expectation.

On trouva, à droite de l'utérus, une tumeur noire qui était un hématosalpinx à pédicule tordu; la trompe fut enlevée.

Les suites opératoires présentèrent une particularité très rare : c'est la production d'un ictère d'une intensité extrême.

L. Bouchacourt.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

10 Décembre 1902.

Institution du régime alimentaire. — ***M. Barbier.*** L'observation des malades soumis à la diète permet de constater combien il faut peu d'aliments pour suffire à la ration de certains enfants. Un bébé de quelques mois peut rester à la diète pendant quatre jours sans perte notable de son poids. Quand on conserve l'alimentation, il faut être extrêmement prudent ; pour peu que l'intolérance digestive persiste, l'enfant baisse de poids même avec un régime alimentaire très restreint. Il faut bien se garder en pareil cas d'augmenter la ration; il faut au contraire revenir en arrière et diminuer les quantités de lait.

Quand on institue un régime théorique, on calcule le nombre de calories, la quantité d'albuminoïdes nécessaires à la ration. Mais on oublie généralement de parler des aliments minéraux. Ceux-ci sont cependant indispensables pour les fermentations qui constituent les phénomènes intimes de la biologie cellulaire; il suffit pour s'en convaincre de se rappeler les expériences de Raulin sur la culture de l'aspergillus niger.

En réalité on ne peut instituer une ration alimentaire uniforme pour tous les individus de même poids : il faut tenir compte des habitudes, de la race, du climat, etc.

Pendant la guerre sino-japonaise, les médecins militaires japonais ont voulu modifier le régime des soldats et l'établir sur les données scientifiques acquises dans l'armée allemande. Des troubles digestifs graves sont rapidement apparus et il a fallu reprendre le régime primitif à base de riz. Les nourrices venues de la campagne tombent rapidement malades lorsqu'elles sont soumises au régime des citadins.

Je pense que le régime des citadins doit être plus riches en albuminoïdes, parce que dans les villes, la lutte des leucocytes contre les infections microbiennes est plus active, l'organisme a besoin d'albuminoïdes pour la production continuelle de nouveaux leucocytes.

D'ailleurs la ration d'albuminoïdes est très élastique : l'Allemand a besoin de 1 gr. 25 à 2 grammes par kilogramme de poids, l'Abyssin en consomme moitié moins; la moyenne normale paraît être de 1 gramme chez l'adulte et de 2 gr. 50 chez l'enfant. La ration est généralement dépassée et cela sans grand inconvénient. Un enfant de cinq mois pesant 5 kilogrammes devrait consommer 12 gr. 50. Or, 1 litre de lait en contenant 36 grammes, on conçoit facilement qu'il y ait suralimentation en albuminoïdes.

M. Linossier. Je puis citer des cas de besoins alimentaires bien moindres encore que ceux des sujets de M. Bardet.

M. Pascault vit depuis des années en très bon état de santé avec 27 calories et 0 gr. 70 d'albumine par kilogramme. Il rapporte l'observation d'une femme qui se contente de 12 calories et de 0 gr. 40 d'albumine.

On peut constater de tels exemples chez les vieillards, certains hystériques et notamment chez les arthritiques. Il est des obèses qui engraissent avec une alimentation extraordinairement restreinte. Il en est de même des diabétiques gros, et j'ai insisté comme Maurel sur la nécessité de diminuer chez la plupart d'entre eux une alimentation généralement excessive pour leurs besoins.

De Renzi a vu des diabétiques momentanément guéris de leur glycosurie engraisser avec une ration de 12 calories par jour.

Mais il s'agit ici d'arthritiques que M. Bouchard nous a habitués à considérer comme des ralentis de la nutrition. Ces rations minimes ne suffiraient pas à un sujet normal. Succi au vingt-neuvième jour de son jeûne absolu empruntait à son organisme une quantité d'albumine et de graisse correspondant à 34 calories.

A plus forte raison les rations réduites que je viens de citer ne conviendraient pas aux sujets d'hérédité tuberculeuse qui sont d'après Robin des accélérés de la nutrition.

La formule qui attribuerait une ration restreinte aux arthritiques et une ration exagérée aux tuberculeux serait elle-même trop simple.

En réalité la ration ne peut s'établir que par l'étude individuelle de chaque sujet.

L'homme a une tendance générale à exagérer son alimentation, et je pense qu'il serait de bonne hygiène au moins dans la classe bourgeoise de restreindre l'alimentation et surtout l'alimentation azotée. Mais je n'oserais conclure que l'homme doit régler son alimentation sur la ration d'entretien. Rien ne nous prouve que la ration minimum soit la ration optimum. Peut-être un léger excès alimentaire communique-t-il à l'homme plus de vigueur, une résistance plus marquée aux infections. Peut-être faudrait-il étudier, à côté de la ration d'entretien de l'adulte et de la ration d'accroissement de l'enfant, la ration de résistance.

M. Mathieu. Il est exact que certains dyspeptiques soumis à une diète relative augmentent de poids. Ce sont ceux qui souffrent et qui dorment mal. Dans ces conditions, en effet, l'individu use davantage et maigrit. Si, par un régime approprié, on parvient à calmer ses souffrances, à régulariser son sommeil, l'individu augmentera de poids tout en mangeant moins.

Mais en dehors de ces cas particuliers je suis d'avis d'alimenter ou mieux de réalimenter le plus rapidement possible les dyspeptiques.

M. Bize.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

16 Décembre 1902.

Épidémie de variole de Nice de 1901-1902. — ***M. Saint-Yves Ménard*** communique un mémoire de M. Balestre sur l'épidémie de variole de Nice en 1091-1902. Cette épidémie a entraîné 1.575 cas et 549 décès. On a constaté, comme d'ordinaire, le début dans les quartiers pauvres et insalubres ; l'influence des revaccinations du régiment, de sorte qu'il y a eu moins de cas de contagion parmi les hommes de trente à quarante ans que parmi les femmes du même âge.

L'anémie plasmatique. — ***M. A. Robin.*** 1° Il existe un groupe d'états morbides qui reconnaissent comme l'une de leurs conditions, sinon de leurs causes, soit une déminéralisation de l'organisme, soit une inaptitude des plasmas et des tissus à fixer les principes inorganiques de l'alimentation ;

2° Parmi ces maladies, mes recherches permettent d'individualiser déjà les types suivants comme premiers termes de la série : *a*) la phtisie pulmonaire ; *b*) le phosphorisme; *c*) une variété particulière de l'hémoglobinurie ; *d*) diverses albuminuries qui, d'abord fonctionnelles, peuvent aboutir à la maladie de Bright, comme les albuminuries phosphaturiques et les albuminuries dyspeptiques; *e*) un groupe important d'anémies, parmi lesquelles certaines présentent toutes les allures cliniques de la chlorose.

3° La chlorose n'est pas une entité morbide, mais bien un ensemble symptomatique qui relève de conditions morbides fort dissemblables et réclamant des traitements tout à fait différents, puisque, ce qu'il faut traiter, ce n'est pas l'expression symptomatique dénommée chlorose ou anémie, mais bien les procédés morbides qui aboutissent à cette expression.

4° La déminéralisation organique est l'un de ces procédés. Les chloroses et les anémies qui en relèvent offrent certaines particularités cliniques qui permettent de les soupçonner, sur lesquelles je reviendrai plus tard. Mais pour les reconnaître à coup sûr, il faut pratiquer l'analyse comparative de l'urine et du sang. La déminéralisation est prouvée par l'augmentation du résidu minéral de l'urine et du coefficient de déminéralisation, et par la diminution corrélative de la minéralisation du sang.

5° L'analyse démontre que cette déminéralisation porte sur le plasma sanguin dont l'équilibre salin est ainsi rompu, ce qui comporte comme résultante immédiate ou une altération des globules rouges, ou un retard dans leur renouvellement, ou une diminution de leur activité. En fait, dans le cas qui m'a servi de type, le nombre des globules rouges est tombé à 2.329.000, avec une valeur globulaire de 0,72, la normale étant l'unité.

6° Cette variété d'anémie mérite donc le nom d'*anémie plasmatique*.

7° Pour la traiter et la guérir d'un façon pour ainsi dire mathématique, il faut reconstituer l'équilibre salin du plasma sanguin, et l'on y arrive assez rapidement par l'emploi d'une association des sels du sang avec divers principes organiques dont l'ensemble représente une sorte de *thériaque minérale*.

8° Cette reconstitution minérale du plasma sanguin demande de quinze à cinquante jours suivant les cas. Elle se traduit par une augmentation de la minéralisation du sang et par une diminution du résidu inorganique de l'urine, malgré l'ingestion journalière des sels minéraux médicamenteux.

9° Quand l'équilibre salin du plama sanguin est rétabli, il convient, dans une seconde étape thérapeutique, d'instituer la médication ferrugineuse qui agit alors avec une surprenante rapidité sur les signes extérieurs de la chlorose. Mais on peut éviter aussi le traitement secondaire en associant directement les ferrugineux à la médication saline.

10° Le diagnostic et le traitement de l'anémie plasmatique fournissent une preuve de la certitude de la thérapeutique quand elle est fondée sur les procédés exacts de la chimie pathologique.

Élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. — Les candidats présentés étaient : en première ligne, M. Chauffard ; en deuxième ligne, MM. Ballet, Brissaud, Faisans, Gaucher, Marie.

M. Chauffard a été élu par 65 voix, contre 4 à M. Brissaud, 2 à M. Gaucher, 1 à M. Marie, et 3 bulletins blancs, sur 75 votants.

M. Labbé.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 24 Décembre 1902 à 1 heure. — M. Legay : Contribution à l'étude clinique de l'hydramnios; MM. Pinard, Tillaux, Lepage, Legueu. — M. Beauverger : Kystes des glandes para-urétrales chez la femme (glandes de Skene); MM. Tillaux, Pinard, Lepage, Legueu. — M. Aupois : Kystes hydatiques du grand épiploon ; MM. Tillaux, Pinard, Lepage, Legueu. — M. Tassain : Valeur pronostique des idées hypocondriaques de négation dans quelques maladies mentales ; MM. Joffroy, Gaucher, Widal, Legry. — M. Péricat : Cancer de la langue ; de l'intervention logique : MM. Gaucher, Joffroy, Widal, Legry.

Samedi 27 Décembre 1902, à 1 heure. — M. Mondain : Contribution à l'étude des pseudo-étranglements de l'intestin; MM. Debove, Dieulafoy, Rénon, Jeanselme. — M. Levy-Bing : Injections mercurielles ;

MM. Dieulafoy, Debove, Rénon, Jeanselme. — M. Lorenzo : De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein; résultats thérapeutiques; MM. Guyon, Hutinel, Launois, Marion. — M. Fougère : Nouveaux exemples de la contagion de la fièvre typhoïde observés dans le canton de Sauxillanges (Puy-de-Dôme); MM. Hutinel, Guyon, Launois, Marion. — M. Debidour : Contribution à l'étude du pyramidon et de ses sels dans la fièvre des tuberculeux; MM. Hutinel, Guyon, Launois, Marion. — M. Guego : Contribution à l'étude statistique de la criminalité en France, de 1826 à 1900; MM. Brouardel, Raymond, Dupré, Mery. — Mlle Klibansky : Contribution à l'étude de l'hydrothérapie chez l'enfant. De l'emploi du drap mouillé au cours des troubles nerveux de l'enfance; MM. Raymond, Brouardel, Dupré, Méry. — M. Mermier : Suppurations méningées dans la paralysie générale.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 22 Décembre 1902. — 3e (Deuxième partie) Nouveau Régime, Laboratoire des travaux pratiques : MM. Brissaud, Déjerine, Richaud. — 2e Salle Richet : MM. Richet, Rémy, Broca (André). — 3e (Première partie), Oral, Salle Pasteur ; MM. Pinard, Broca (Aug), Cunéo. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Mauclaire, Gosset. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Kirmisson, Walther, Legueu, — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Bezançon, Legry.

Mardi 23 Décembre 1902. — 3e (Deuxième partie), Nouveau Régime, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Gilbert, Méry, Desgrez. — 3e (Première partie), Oral, Salle Velpeau : MM. Berger, Hartmann, Bonnaire. — 3e (Deuxième partie), Oral, Salle Pasteur : MM. Hutinel, Thiroloix, Gouget. — 4e, Salle Thouret : MM. Proust, Joffroy, Vaquez. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Guyon, De Lapersonne, Auvray. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. Le Dentu, Faure, Marion. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Dieulafoy, Achard, Rénon.

Mercredi 24 Décembre 1902. — 2e, Salle Richet : MM. Gautier, Richet, Rémy. — 4e, Salle Pasteur : MM. Pouchet, Wurtz, Richaud. — 5e, Chirurgie, (Première partie), Laënnec : MM. Kirmisson, Walther, Mauclaire. — 5e (Deuxième partie), Laënnec : MM. Landouzy Déjerine, Besançon.

Vendredi 26 Décembre 1902. — 2e, Salle Pasteur : MM. Richet, Pouchet, Rémy. — 3e (Deuxième partie), Oral, Salle Thouret : MM. Landouzy, Gaucher, Bezançon. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série) Necker : MM. Tillaux, Walther, Mauclaire. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Kirmisson, Legueu, Gosset. — 5e, Obstétrique, (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 27 Décembre 1902. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Berger, Hartmann, Thiéry. — 3e (Première partie) (1re série), Oral, Salle Broussais : MM. De Lapersonne, Auvray, Potocki. — 3e (Première partie) (2e série), Oral, Salle Pasteur : MM. Poirier, Faure, Demelin. — 4e Salle Béclard : MM. Joffroy, Gilbert, Widal. — 5e, (Deuxième partie), Beaujon : MM. Troisier, Thiroloix, Gouget.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Lille. — L'assemblée de la Faculté de Lille a attribué, ainsi qu'il suit, les récompenses, appelées prix de thèses, pour l'année scolaire 1901-1902.

Médaille d'or : M. Jouvenel ; médaille d'argent : M. Druebert ; 1re médaille de bronze : M. Breton ; 2e M. Romignot ; 3e M. Colle ; 4e M. Vrasse ; 5e M. Bertin ; 1re mention honorable : M. Chevalier ; 2e M. Rallier du Baty ; 3e M. Leclercq ; 4e M. Lorgnier.

HOPITAUX ET HOSPICES

Mutations dans les hôpitaux (médecine). — M. Petit va à l'Hôtel-Dieu ; M. Duflocq, à la Charité ; M. Morel-Lavallée, à la Charité ; M. Hirtz, à Necker ; M. Galliard, à Lariboisière ; M. Jacquet, à Saint-Antoine ; M. Le Noir, à Saint-Antoine ; M. H. Martin, à Bichat ; M. Dreyfus-Brissac, à Beaujon ; M. Bourcy, à Laënnec ; M. Toupet, à la Charité ; M. Le Gendre, à Lariboisière ; M. Rénon, à la Pitié ; M. Mosny, à Saint-Antoine ; M. Jeanselme, à Tenon ; M. Caussade, à Tenon ; M. Parmentier, à Tenon ; M. Lion, à la Pitié ; M. Claisse, à Sainte-Périne ; M. Lesage, à Hérold ; M. Méry, à la Rochefoucauld ; M. Boulloche, à la Maison de Santé ; M. Thiroloix, à Debrousse.

Hôpital Saint-Antoine. — Le Conseil municipal de Paris vient d'adopter un projet concernant l'installation du laboratoire de radiographie de Saint-Antoine au rez-de-chaussée de l'immeuble hospitalier situé 26, rue de Citeaux, immeuble communiquant avec l'hôpital et dans lequel se trouve déjà installé le service laryngologique de M. Lermoyez. Il a de plus été décidé que dans ce même immeuble serait réinstallé le dispensaire du XIIe arrondissement.

NOUVELLES

Paris et Départements

Distinctions honorifiques. — M. Quivogne, médecin principal de 2e classe, est promu au grade d'officier dans la Légion d'honneur.

M. Mouché, médecin de 1re classe de l'armée de mer, est nommé chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. Chastenay, médecin à Puteaux (Seine) ; Bouveret, Spira, médecins à Paris ; Pollosson, Sambuc, Vinay, médecins à Lyon ; Guilllot, à Nancy.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. Aubert, Bérard, Causse, Fabre, Mayet, Nové-Josserand, Pic, Tellier, à Lyon ; Dupuy, Hochet, Musy, à Paris ; Passerat, à Bourg ; Bouin, Sterne, à Nancy ; Fourrier, à Briey.

Corps de santé militaire. — M. Jaffary, médecin-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, est désigné pour la mission militaire française au Maroc.

Service de santé de la marine. — M. Brugère, médecin de 2e classe, est désigné pour embarquer sur l'*Estoc* (Station locale de l'Annam et du Tonkin).

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Boucher est nommé à l'emploi de médecin aide-major de 1re classe stagiaire. M. Boucher est désigné pour servir à Madagascar.

Médecin de l'état civil. — M. Jossct est nommé médecin de l'état civil du XVIIIe arrondissement en remplacement de M. Fourès, démissionnaire.

Les empoisonnements par les chaussures teintes. — Dans sa dernière séance le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, sur la proposition de M. Armand Gautier, a adopté le projet de vœu suivant :

« Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, après discussion du rapport de M. Riche sur l'emploi des couleurs à base d'aniline pour teindre les chaussures, émet l'avis :

« Qu'il y a lieu d'interdire la vente des teintures pour chaussures dans lesquelles existe de l'aniline ou de la toluidine à l'état libre. »

Le Conseil a encore émis le vœu que le Laboratoire de chimie soit invité à analyser les principales teintures noires vendues à Paris, en particulier applicables aux chaussures, et d'en indiquer la composition, notamment la teneur en aniline et en toluidine libres.

Étranger.

La propagation de la variole et les animaux domestiques. — L'officier d'hygiène de Cleveland (Etats-Unis), ville qui compte environ 400.000 habitants, ayant observé que la propagation de la variole avait lieu assez souvent par l'intermédiaire des poils des animaux domestiques, a rendu une ordonnance portant que les chiens et les chats d'un ménage où s'est déclarée la variole soient abattus immédiatement.

Soins dentaires aux militaires. — D'après un ordre du ministre de la guerre de Prusse, les soldats, les sous-officiers et leurs familles, aussi bien dans l'armée de terre que dans l'armée de mer, devront à l'avenir recevoir des soins dentaires. Ces soins leur seront donnés par les chirurgiens-dentistes civils, qui seront rémunérés conformément au tarif en vigueur dans ce pays.

CONCOURS

Internat. — La composition écrite pour le concours de l'Internat a eu lieu lundi.

Quatre cent cinquante-huit copies ont été remises. Les questions sorties sont : pour l'anatomie, *glande sous-maxillaire ;* pour la pathologie, *signes, diagnostic et traitement de l'ulcère simple de l'estomac.*

Les questions restées dans l'urne sont : *artère pulmonaire, physiologie non comprise ; Causes, signes et diagnostic des péricardites aiguës*, et *Région du creux poplitée ; Manifestations articulaires de la blennorragie.*

Le jury de l'internat est réparti de la façon suivante :

Anatomie : MM. Parmentier, Sevestre, Albarran, Guillemain, Demelin.

Les séances auront lieu les lundi, mercredi, jeudi et vendredi à 5 heures, à l'hôpital Beaujon. La première séance aura lieu aujourd'hui.

Pathologie : MM. Letulle, Aviraguet, Chapus, Guinard, Boissart.

Les séances auront lieu les mardi, jeudi, vendredi et samedi, à 5 heures, à la Charité.

La première séance a eu lieu hier,

Ordre de lecture des 20 premiers candidats :

Anatomie. — MM. François, Reboul, Nicolas, Delacroix, Ferrand, Lucas-Championnière, Manoussi, Dézarnaulds, Picot, Raymond, Lesage, Martin (Georges), Mlle Pascal, MM. Cailliau, Gruget, Guérin-Beaupré, Francoz, Ripart, Mlle Mouroux, M. Marsan.

Pathologie. — MM. Petel, Ouvry, Chartier, Strœhlin, Lamorlette, Labrevoit, Gy, Thorel, Petiteau, Villandre, Racouchot, Barbé, Papin, Roland, Cesbron, Henry (Robert), Bour (Louis), Chénier, Bodolec, Clermonthe.

Externat. — *Pathologie.* — Séance du 12 Décembre. — *Tubage du larynx* : MM. Saïas ; Roubaud, 14 ; Triqueneaux, 19 ; Ramus, 18 ; Texier, 15 ; Joux, 9 ; Solomon, 13 ; Stepowski, 13 ; Roudinesco, 15 ; Seron, 0 ; Roucayrol, 0 ; Roche (Albert), 16 ; Vidal (Maxime) ; Serin, 18 ; Senechal, 17 ; Poyet ; Roux (G.), 14 ; Serbource, 0 ; Triller, 18 ; Rouchy, 10 ; Rücker, 13.

Séance du 14 Décembre (Vétérans). — *Symptômes et diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine* : MM. Siegel, 15 ; Vincent, 15 ; Lesage, 16 ; Jouvin, 16 ; Monod, 16 ; Mlle Toufesco, 15 ; MM. Sibille, 15 ; Martin, 14 ; Küss, 15 ; Ledoux, 16 ; Poisot, 15 ; Jardry, 16 ; Lemaire, 16 ; Semper, 15 ; Schœfer, 15 ; de Nayville, 14 ; Soullard, 16 ; Lamoureux, 15 ; Hérisson, 16 ; Reulos, 15 ; Lagarde, 15 ; Pelletier, 15. — *Absents* : MM. Junès, Violle, Sari, Mlle Volck.

Séance du 15 Décembre. — *Complications de l'ulcère simple de l'estomac* : MM. Truelle, 16 ; Rauzy, 15 ; Hudelot, 14 ; de Martel de Janville, 14 ; Noréro, 16 ; Jullich, 15 ; Rivet, 15 ; Pathault, 16 ; Tixier, 16 ; Rouhier, 15 ; Testart, 14 ; Labarrière, 16 ; Pappa, 14 ; Singer, 15 ; Piérart, 15 ; Merry, 15 ; Vidal (Pierre), 16 ; Mougene de Saint-Avid, 14 ; Wapler, 14 ; Monnier, 15 ; Sigre, 15. — *Absents* : MM. Janvier, Oyé, Hornus, Labadie-Lagrave, Mazuré.

Anatomie. — Séance du 13 Décembre. — *Vagin* : MM. Budin, 14 ; Baldeuweck, 15 ; Barbé, 16 ; Broc, 16 ; Bresselle, 15 ; Francina, 14 ; Brésard, 16 ; Pathault, 16 ; Sibille, 14 ; Siegel, 16 ; de Martel de Janville, 15 ; Semper, 15 ; Lagarde, 15 ; Schœfer, 15 ; Saro, 14 ; Pelletier, 15 ; Labonnette, 15 ; Poisot, 15 ; Pierart, 15 ; Wapler, 15. — *Absents* : MM. Burgaud, Thuilleux, Schacher, Marciteau, Lucas, Lew, Villebrun, Zentler, Weill.

RENSEIGNEMENTS

L'Éditeur-Gérant : C. Naud

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 102. — Samedi, 20 Décembre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

AVIS IMPORTANT

Nous prions nos abonnés qui ne nous ont pas encore fait parvenir le montant de leur renouvellement pour 1903, de vouloir bien faire bon accueil à la quittance qui leur sera présentée par la Poste,

à partir du 24 Décembre.

SOMMAIRE

L'ADMISSIBILITÉ ACQUISE AU CONCOURS DE MEDECINS DES HOPITAUX

La Presse Médicale a régulièrement tenu ses lecteurs au courant des réformes que l'on se propose d'introduire dans le concours de médecine des Hôpitaux : récemment encore, M. A. Renault, médecin de l'hôpital Cochin, a résumé, ici même, l'état de la question et formulé son opinion personnelle très judicieuse, et qui est partagée par beaucoup de médecins des Hôpitaux. Depuis, la question a fait un pas décisif : la Commission d'études à qui le Conseil supérieur de l'Assistance publique a délégué ses pouvoirs a admis le prin-

cipe de l'admissibilité acquise; le règlement des détails se poursuit encore, mais de ces détails dépend toute la portée de la réforme; aussi nous pardonnera-t-on de revenir sur cette question pendant qu'il en est temps encore.

Nous rappelons, en quelques mots, le but poursuivi et l'intérêt d'ordre général de cette modification. Elle permet, en effet, de garder la forme même du concours, qui a de grands avantages, et d'affranchir les candidats d'une préparation scholastique fastidieuse, inutile et émasculante, peu en rapport avec l'état actuel de la science. On doit, en effet, demander à la jeune génération médicale de regarder la nature et ce qui s'y passe, à l'hôpital et au laboratoire, et non de perdre son temps à compulser des notes bibliographiques inutiles: on reproche, à la préparation actuelle des concours, d'absorber à tel point le temps des candidats qu'ils sont obligés de renoncer aux travaux personnels et originaux.

La réaction contre la forme surannée du concours de mémoire se manifeste d'ailleurs aussi bien pour le concours de l'agrégation que pour celui des hôpitaux, et l'on doit savoir gré à M. le doyen Debove d'avoir pris, en ce sens, l'initiative d'une réforme importante, qui malheureusement ne paraît pas près d'aboutir.

Pour les hôpitaux, le remède proposé et adopté en principe consiste à grouper les épreuves théoriques dans une première partie, indépendante, et avec un jury spécial: c'est l'*épreuve d'admissibilité*. Les *épreuves d'admission* constituent un deuxième concours auquel participent seuls les admissibles et qui consiste uniquement en épreuves pratiques n'exigeant pas de préparation spéciale.

Cette dualité de concours et de jury a pour but de dispenser des épreuves théoriques les candidats qui ont déjà fait leurs preuves; elle ne signifie rien sans cette condition: l'admissibilité par les épreuves théoriques. L'admission par les épreuves pratiques entraînent donc forcément l'admissibilité acquise: c'est ce que la commission du conseil supérieur de l'Assistance publique a parfaitement compris; aussi a-t-elle décidé le principe de cette admissibilité acquise.

* * *

La question en est là; mais on discute actuellement le nombre des admissibles, et comme on désire, avec juste raison, raccourcir le concours le plus possible, on a tendance à décerner l'admissibilité définitive à un nombre très restreint de candidats; on a parlé, par exemple, d'exiger trois admissibilités antérieures pour dispenser pendant cinq ans des épreuves théoriques.

Or, ici, il faut bien s'entendre.

Ou bien l'admissibilité acquise ne sera réservée qu'à un petit nombre de candidats, déjà anciens, ayant déjà perdu beaucoup de temps à la préparation antérieure des concours, et alors la réforme n'a plus aucune espèce d'intérêt: elle consiste à créer un sous-titre de sous-médecin des Hôpitaux, dont le besoin ne se fait pas sentir, et elle ne rend pas à la majorité des candidats la liberté de travail personnel qu'ils réclament.

Ou bien, au contraire, la réforme touche au vice même de l'organisation antérieure: elle exige que les candidats connaissent les questions théoriques et fassent la preuvent qu'ils les connaissent; puis, elle les en dispense largement, leur permettant de reléguer les notes et les index bibliographiques au fond de leur tiroir, de voir par eux-mêmes, de faire en un mot ce que l'on fait à l'étranger, de produire des travaux personnels au lieu d'apprendre uniquement jusqu'à trente-cinq ans ce qu'ont fait les autres.

Si tel est le but que l'on poursuit, on doit alors étendre le plus possible le nombre des admissibles, se contenter d'une seule admissibilité antérieure pour les en dispenser, et faire en sorte que les jeunes candidats, sortis de l'internat, ne soient astreints à la préparation de mémoire que pendant un maximum de deux ou trois ans.

En d'autres termes, l'admissibilité définitive ne doit pas être un titre ni conférer un droit à l'élection prochaine. Elle doit simplement être une dispense, qui affranchisse le plus tôt possible les candidats des épreuves de mémoire et leur permette de montrer ce dont ils sont capables.

Ainsi comprise, la réforme peut avoir une importance sur le rendement scientifique de la jeune génération médicale. Mais si on lésine sur le nombre des dispensés et que la réforme n'atteigne que quatre à cinq candidats, elle n'a plus aucun intérêt général.

Non seulement une admissibilité antérieure, ou tout au plus deux, devraient dispenser des épreuves de mémoire, mais on devrait encore augmenter le nombre des admissibles et le proportionner au nombre des candidats plutôt qu'au nombre des places disponibles; on n'aurait pas ainsi, comme dans ces dernières années, des inégalités de nombre d'admissibles, allant du simple au double, et de 9 à 18 d'une année à l'année suivante.

Et si l'on craint que le grand nombre des dispensés allonge la durée du concours d'admission, il est bien simple de rendre éliminatoire chacune des épreuves pratiques définitives.

* * *

En résumé, le projet adopté par le Conseil de l'Assistance publique réalise un progrès considérable: c'est le premier coup de hache dans le système des concours scholastiques de mémoire; c'est l'étouffoir enlevé à ceux des jeunes médecins qui sont le plus à portée de chercher et de trouver peut-être, mais ceci à une condition: c'est que l'admissibilité acquise soit très largement distribuée, et qu'elle constitue non pas un titre, ni une faveur, mais une simple dispense des petits exercices de mémoire qui ont enlisé tant de bons esprits et les ont détournés de travaux plus élevés.

P. CARNOT.

LE DROIT D'ÊTRE MÈRE

Les lecteurs de *La Presse Médicale* n'ont peut-être pas oublié l'article[1] dans lequel, l'autre mois, je rapportais de quelle manière sont parfois traitées par l'administration de l'Assistance publique les infirmières tenues, pour cause de couches, éloignées de leur service.

Les faits signalés dans mon article émurent, non sans raison, un conseiller municipal, membre de la Commission de surveillance de l'Assistance publique, M. E. Bussat, qui s'empressa d'en référer à M. Mesureur.

Voici la réponse qu'il en reçut et que nous communique fort gracieusement l'éminent conseiller:

« Vous me signalez la situation des infirmières qui, cessant leur service pour raison de grossesse, verraient leur traitement supprimé, et subiraient de ce fait une mauvaise note de la part de mon administration.

« Laissez-moi vous dire qu'il n'en est rien. Les infirmières titulaires, et la titularisation a lieu au bout de six à huit mois, reçoivent en ce cas comme en cas de maladie leur traitement, *sous la condition d'une demande expresse*. Si des exceptions à cette règle s'étaient produites, je vous serais reconnaissant de me le signaler. Je m'empresse d'ailleurs de vous faire connaître que, dans le projet de règlement général et dans mon projet de budget pour 1903, *j'ai décidé de supprimer cette condition d'une demande expresse, ainsi que la restriction relative aux infirmières stagiaires.* »

En dépit de l'affirmation qu'elle renferme que l'administration de l'Assistance publique ne supprime point leur traitement aux infirmières pour raison de grossesse, cette lettre de M. Mesureur est la justification complète de l'article publié par moi naguère.

Je n'ai jamais dit, en effet, que toujours le traitement des infirmières en couches leur était retenu, mais qu'il pouvait l'être, et l'était parfois effectivement, quand par hasard il se trouvait pour arrêter leur demande un directeur d'hôpital peu charitable.

La décision nouvelle si libérale prise par l'honorable M. Mesureur, décision ayant pour objet, comme nous venons de le voir, de continuer de plein droit leur traitement aux infirmières en couches, titulaires ou stagiaires, montre au surplus à l'évidence que les faits signalés dans mon article n'étaient point de simples allégations gratuites.

Et c'est, on en conviendra volontiers, ce qu'il n'était point inutile de noter ici au passage.

GEORGES VITOUX.

1. Voir *La Presse Médicale*, n° 82, du 11 Octobre 1902.

LIVRES NOUVEAUX

A. Gilbert et P. Carnot. — *Les fonctions hépatiques*, un volume in-16, relié toile, de 287 pages, orné de 31 figures (C. NAUD, éditeur, Paris).

Ce petit volume — exposé concis et complet des connaissances actuelles relatives aux fonctions hépatiques à l'état normal et à l'état pathologique — convient également à l'étudiant, au praticien, à l'expérimentateur.

L'étudiant y trouvera exposées avec une clarté lumineuse la structure et la physiologie hépatiques, telles que les ont établies, au moins momentanément, les travaux les plus récents. Les auteurs ont fait œuvre non seulement de physiologistes, mais de professeurs; leur exposition est, par endroits, un chef-d'œuvre didactique; qu'on en juge par la citation suivante: « Pour rendre compte de l'importance relative de ces deux sécrétions (interne et externe), nous comparerions volontiers l'usine hépatique, avec sa double sécrétion, à une usine à gaz: en observant les abords de cette usine et les matériaux qu'on en voit sortir, on pourrait tout d'abord la croire destinée à fabriquer du coke, des huiles lourdes, des matières colorantes, etc. Pourtant ces produits ne sont que des résidus d'une autre fabrication plus importante, celle du gaz; mais ce corps impalpable est évacué par une canalisation souterraine: le coke, déchet utilisé, représente la sécrétion externe; le gaz, produit principal, mais invisible, représente la sécrétion interne.

« De même, avant Claude Bernard, le foie était simplement, pour les physiologistes, un producteur de bile; pourtant la sécrétion interne dépasse de beaucoup en importance la sécrétion biliaire et celle-ci n'est guère, elle aussi, qu'un déchet utilisé. »

Le praticien y trouvera sur les synergies fonctionnelles hépatiques (intestinales, pancréatiques, spléniques, cardiaques, etc.) des chapitres de haute portée pratique. Toute la troisième partie du volume, qui traite des méthodes expérimentales d'exploration fonctionnelle du foie, de l'étude analytique et synthétique des troubles fonctionnels de cet organe, est plus spécialement clinique; le dernier chapitre, en particulier, qui synthétise en les deux syndromes de l'anhépatie et de l'hyperhépatie tous les troubles fonctionnels, constitue une vue d'ensemble, un raccourci d'une singulière vigueur de toute la pathologie hépatique.

Quant aux expérimentateurs, il y trouveront exposées, résumées, clarifiées toutes les notions positives, toutes les expériences, toutes les théories relatives à la physiologie normale et pathologique du foie. La deuxième partie, qui traite des fonctions hépatiques en particulier, semble leur être plus spécialement destinée. Le foie sanguin, la sécrétion intense hépatique y sont étudiés avec ampleur tant dans leur action sur le sang (action coagulante et anticoagulante, etc.) que sur les substances assimilables et non assimilables apportées par le sang. Au surplus, les deux auteurs étaient spécialement désignés par leurs travaux antérieurs pour écrire ce petit ouvrage qui renferme la substance de bien des gros volumes.

ALFRED MARTINET.

LES NUCLÉINES EN THÉRAPEUTIQUE

Par Alfred MARTINET

La thérapeutique — l'art ou la science de guérir — partage, cela va de soi, la destinée commune de toutes les sciences; elle évolue, mettant en œuvre les acquisitions sans cesse renouvelées de la biologie, s'adaptant sans trêve aux conceptions les plus récentes de la santé et de la maladie.

Elle fut longtemps tout *empirique*, exclusivement clinique, au sens le plus étroit du mot. L'expérience indiquait que le fer réussissait dans des états anémiques, l'écorce de quinquina dans les fièvres : on administrait le fer ou le quinquina dans ces cas, les résultats étaient dans l'ensemble satisfaisants ; c'était tout ce que demandaient et médecins et patients qui se souciaient modérément du pourquoi de cette action bienfaisante.

La révolution des anatomistes réformateurs du XVIIe siècle, les investigations patientes des anatomo-pathologistes du commencement du XIXe siècle, l'essor merveilleux de la physiologie mettant en évidence le rôle de la lésion organique, amenèrent dans l'art de guérir une évolution parallèle : la thérapeutique s'efforça de devenir une science, savoir, l'application méthodique des propriétés pharmacodynamiques des substances médicamenteuses aux troubles organiques anatomiques et fonctionnels décelés par l'anatomie pathologique et scrutés par la médecine expérimentale. L'étude probablement définitive de l'administration de la digitale dans certaines affections cardiaques est un des exemples les plus typiques des résultats obtenus pendant cette fructueuse période qu'on pourrait dénommer *organique ou physiologique*.

Les progrès de l'histologie normale et pathologique, l'avénement sensationnel de la bactériologie, les recherches victorieuses de la physiologie cellulaire vinrent apporter des éléments nouveaux dans la biologie, révolutionner la notion de maladie et imposer à la thérapeutique une orientation nouvelle. L'évolution de la thérapeutique moderne est résolument *vitaliste*, s'il faut entendre par là qu'elle recherche l'emploi des moyens curateurs inspirés des réactions vitales de défense de l'organisme à la maladie. Elle tend, en somme, à fournir *directement* à l'organisme humain ce qu'il acquiert *réactionnellement* par des processus synthétiques qui lui sont propres ; elle suit pas à pas l'étude des chimistes et des histologistes qui s'efforcent de définir la structure et les réactions dominantes, morphologiques et chimiques, des éléments cellulaires histologiques ou parasites dans les déplacements de la balance physiologique entre la santé et la maladie ; elle s'emploie à user du laboratoire pour l'accroissement artificiel des réactions défensives du corps humain, du « self-cure », suivant l'heureuse expression anglaise. La sérothérapie antidiphtérique est jusqu'ici la plus merveilleuse mise en œuvre de cette tendance thérapeutique.

Actuellement, c'est surtout de la chimie biologique, de la physiologie cellulaire que la thérapeutique attend ses éléments. Il est à prévoir que dans cette voie la chimie organique sera plus particulièrement utile en nous livrant quelque jour le secret de la composition des substances dites immunisantes, des processus chimiques internes qui leur donnent naissance, de leur mode d'action contre les éléments pathogènes ; et on peut espérer que la chimie organique synthétique permettant de construire dans le laboratoire des agents médicamenteux semblables à ceux produits par les processus chimiques de l'organisme nous mettra à même de copier encore plus exactement les procédés curateurs de la « natura medicatio » la grande, l'unique guérisseuse.

Au surplus les résultats positifs déjà obtenus autorisent tous les espoirs et permettent, dans une certaine mesure, de prévoir l'évolution probable de la thérapeutique dans cette voie.

* * *

L'étude de la biologie cellulaire amène à distinguer dans l'organisme deux grands groupes de cellules : les cellules d'organes (cellules hépatiques, cellules pulmonaires etc.) cellules fixes, naissant, vivant et mourant sur place, hautement différenciées au point de vue morphologique et fonctionnel, et les cellules circulantes (globules rouges et globules blancs). Qu'il s'agisse des unes ou des autres elles sont le siège de phénomènes plastiques d'intégration, de création vitale, de synthèse chimique et de phénomènes d'usure, de destruction, de désintégration caractéristiques de la vie; et d'une façon générale la conception géniale de Claude Bernard faisant du cytoplasme le siège des phénomènes de dépense vitale et donnant au noyau le pouvoir de synthèse organique a été vérifiée. Suivant la phrase même du célèbre physiologiste « il semble que la cellule qui a perdu son noyau soit stérilisée au point de vue de la génération, c'est-à-dire de la synthèse morphologique, et qu'elle le soit aussi au point de vue de la synthèse chimique, car elle cesse de produire des principes immédiats et ne peut guère qu'oxyder et détruire ceux qui s'y étaient accumulés par une élaboration antérieure du noyau. *Il semble donc que le noyau soit le germe de nutrition de la cellule*; il attire autour de lui et il élabore les matériaux nutritifs ». *Le rôle du noyau apparaît dès maintenant prépondérant dans la formation et la conservation de l'énergie.*

La physiologie des *globules rouges* est assez bien connue, même quant à ses processus chimiques. L'hémoglobine, qui représente 90 pour 100 de leurs éléments constitutifs, est le type des albuminoïdes respiratoires ; elle forme avec l'oxygène, lors de son passage dans les organes respiratoires, une combinaison instable : l'oxyhémoglobine, qui se dissocie ultérieurement dans l'organisme en cédant son oxygène aux tissus. Ils jouent donc essentiellement le rôle de vecteurs d'oxygène ; *ils sont les éléments essentiels des processus d'oxydation organique, de désintégration*. L'hémoglobine acquiert de ce fait une importance capitale. Tout ceci est trop anciennement établi pour que nous y insistions.

La physiologie des *globules blancs* est beaucoup moins avancée, mais semble pour le moins aussi importante. Rappelons les faits suivants solidement établis : une cellule isolée, tout à fait libre comme un protozoaire, ou relativement libre comme un leucocyte du sang, englobe tout corps étranger qu'elle rencontre, pourvu qu'il soit de dimensions convenables et qu'elle n'en soit pas éloignée par des actions chimiques spéciales (chimiotaxie négative). Le corps étranger ingéré est dès le début inclus dans une vacuole qui n'est en somme qu'une gouttelette infinitésimale du milieu extérieur emprisonnée dans le protoplasma cellulaire. Bientôt le protoplasma environnant sécrète dans cette vacuole suivant les cas, soit un acide, soit une base, et des diastases probablement analogues aux ferments digestifs. Si le corps peut être attaqué par les dits ferments, il est digéré, assimilé au protoplasma cellulaire ; dans le cas contraire il est rejeté, à moins qu'il ne détruise la cellule même. Tel est en somme le processus de digestion intra-cellulaire qui domine la physiologie normale et pathologique de ces organites.

Si le corps étranger est un élément parasitaire, nous assistons au phénomène de la *phagocytose*, minutieusement décrit par M. Metchnikoff, et qui joue un rôle important dans la lutte contre les infections; s'il s'agit de substances plastiques susceptibles d'assimilation ultérieure, nous assistons à une *digestion intra-cellulaire vraie;* s'il s'agit de substances médicamenteuses, telle l'arsenic, susceptibles d'être employées ensuite par l'organisme, nous assistons à une réaction particulière qui transforme l'arsenic en une combinaison organique, en une nucléine arséniée, qui cédera ensuite son arsenic aux tissus.

Ces cellules apparaissent comme de petits organismes unicellulaires relativement autonomes, vivant à la façon des protozoaires, et qui semblent comme les globules rouges être les *intermédiaires naturels et nécessaires entre le milieu extérieur et les cellules organiques fixes*. Mais alors que les hématies sont des vecteurs d'oxygène et commandent de ce fait en une certaine mesure les processus d'oxydation, *les leucocytes* (abstraction faite pour l'instant de leur rôle phagocytaire) *sont des vecteurs des éléments susceptibles de s'incorporer ultérieurement aux tissus*; *ils semblent commander surtout* (mais non exclusivement) *aux processus d'intégration et de synthèse.* Si l'on remarque que les hématies sont presque exclusivement composées d'hémoglobine (albuminoïde ferrugineuse), et ne renferment qu'une proportion infime de nucléïne, qu'au contraire les leucocytes renferment 78 pour 100 de nucléïnes, il semble qu'il y faille voir une démonstration plus intime de la loi de Cl. Bernard sus-énoncée, relative au noyau considéré comme germe de nutrition de la cellule et partant de l'organisme.

Le rôle des globules blancs dans l'assimilation des substances nutritives est établi depuis longtemps; leur *rôle dans l'absorption des substances médicamenteuses* est plus récent, mais en revanche singulièrement suggestif. Dès 1880, Selmi avait observé que lorsque l'on donne aux animaux une dose non mortelle d'acide arsénieux, une grande partie passe dans l'organisme à l'état organique, forme sous laquelle il était retrouvé dans les urines excrétées ; mais en même temps, il décelait dans lesdites urines la présence d'un excès de phosphore éliminé sous forme d'une base organique : il en concluait à la substitution de l'arsenic au phosphore dans des combinaisons organiques, avec élimination du

phosphore. Besredka, élève de Metchnikoff, établit que l'arsenic, introduit à l'état soluble ou insoluble dans le péritoine ou sous la peau, est absorbé par les leucocytes, qui *seuls* s'en chargent d'abord à l'exclusion des autres éléments du sang, hématies et sérum, qui n'en contiennent pas trace; que l'arsenic assimilé par lesdits leucocytes passe, ainsi que l'avait pressenti Selmi, à l'état de nucléine arseniée, et que c'est sous cette forme qu'il pénètre jusqu'aux tissus nerveux et aux noyaux cellulaires.

Le rôle vecteur du globule blanc est ici nettement démontré; mais il s'accompagne d'une autre action, immunisation en quelque sorte, qui a été bien mise en évidence par le même auteur. Si l'on détermine avec soin la dose d'arsenic minéral mortelle pour un animal, quand on l'injecte par la voie hypodermique et stomacale, la centième partie de cette dose suffit pour le tuer si cette dose est mise directement en contact avec les centres nerveux. L'arsenic minéral non assimilé par les leucocytes se montre donc 100 fois plus vénéneux que celui qui est porté par le sang aux centres nerveux après avoir été assimilé, organisé, adapté par lesdits leucocytes.

Les leucocytes apparaissent donc comme constituant un milieu intermédiaire entre le milieu extérieur et le milieu intérieur représenté par l'ensemble de nos organes : peu différenciés, non systématisés, doués d'une vitalité puissante, d'un pouvoir de synthèse considérable, *ils font subir aux éléments étrangers une assimilation, une organisation préalable, une adaptation préliminaire, une incorporation provisoire qui les rend moins nocifs, moins « étrangers » à l'organisme, et prépare leur intégration facile aux cellules organiques fixes du milieu intérieur.* Ils participent en somme de la vie peu différenciée, peu systématisée, mais intense, des organismes uni-cellulaires libres, des protozoaires; *ils constituent une étape nécessaire entre le monde minéral et le monde des organismes pluricellulaires, à cellules différenciées.*

Nous avons rappelé précédemment que les hématies jouaient le même rôle de milieu intermédiaire entre le milieu extérieur, l'air ambiant, et le protoplasma cellulaire.

Toutefois, il convient d'ajouter que l'action immunisante peut ne pas appartenir exclusivement aux leucocytes, ainsi que le prouve l'expérience aujourd'hui classique de Wassermann et Tataki. La tétanine (le plus puissant poison bactérien aujourd'hui connu), agit surtout sur les centres moteurs du système nerveux. Si l'on dépose cette substance dans le cerveau même, la mort est instantanée. Si la tétanine est injectée avec une émulsion de cerveau dans de l'eau salée en quantité suffisante, l'animal survit. La substance nerveuse des mammifères se comporte donc comme une antitoxine. C'est là une des expériences cruciales de la théorie des chaînes latérales d'Ehrlich, qui conduit à admettre que tous les éléments cellulaires de l'économie, même les plus délicats et les plus hautement différenciés, comme les neurones, peuvent prendre une part active au mécanisme de l'immunisation. Cela paraît peu douteux; mais en fait, cette action immunisatrice à l'endroit des bactéries (phagocytose), ou des substances minérales ou organiques, semble surtout être l'apanage des leucocytes; car d'autres expériences, qu'il serait oiseux de rapporter ici, ont montré que la tétanine n'était pas détruite par les éléments nerveux de l'émulsion, mais simplement fixée par eux. On peut en effet détruire mécaniquement ce mélange et, dans le liquide ainsi obtenu, retrouver la tétanine avec sa virulence initiale; en injectant ce mélange, il semble donc qu'on donne simplement aux phagocytes le temps de détruire ou de neutraliser la toxine.

*
* *

Le mécanisme intime de ces processus vitaux leucocytaires est encore hors du champ de notre connaissance. Son étude est étroitement liée à celle des corps albuminoïdes, dont l'importance, par rapport aux autres matières constituantes de l'organisme, est telle que quelques auteurs ont vu en eux le substratum unique des phénomènes vitaux. L'analyse comme la synthèse desdits corps est encore à faire; pourtant quelques notions précises commencent à se dégager, et quelques albuminoïdes commencent à être assez bien définis.

Nous avons rappelé précédemment le rôle important des leucocytes dans la plupart des grands actes physiologiques de défense et d'assimilation, et celui des noyaux cellulaires dans les processus de synthèse organique. Or leucocytes et noyaux sont constitués principalement par des protéides complexes, caractérisés par le taux de phosphore qu'ils contiennent, et qu'on appelle des *nucléines*. Ces nucléines constituent 78 pour 100 des matériaux solides contenus dans les leucocytes, 5 à 13 pour 100 des hématies; le foie, la rate, les glandes salivaires, les reins, les poumons, les testicules, le sperme, les ovaires, les tissus nerveux, le thymus, renferment des nucléines en grande quantité; la seule protéide obtenue en quantité appréciable du corps thyroïde est une nucléine arséniée; quel que soit le tissu considéré, organe ou sécrétion, la nucléine est trouvée comme la plus importante et la plus abondante des substances protéiques. *Leur rôle chimique paraît prépondérant comme agents d'accroissement, de développement, et de reproduction*; et nous sommes dès maintenant en droit d'affirmer que les nucléines occupent dans la physiologie humaine une plus large place que celle que nous avons coutume de leur donner.

Certains auteurs (Vaughan et Macinstosh) soutiennent que l'action germicide du sang n'est pas due aux phagocytes ni à la sérum-albumine, mais à la nucléine fournie par les leucocytes polynucléaires; pour eux la santé est maintenue et la résistance à la maladie réalisée par l'influence des protéides défensives, desquelles les nucléines semblent les plus actives; en tout état de cause, l'acide nucléique est un puissant germicide.

L'étude chimique de ces corps est donc capitale; elle est, nous l'avons dit, peu avancée encore.

Les nucléines sont des substances albuminoïdes caractérisées par leur richesse en phosphore; elles constituent presque exclusivement le nucléoplasme, et sont identiques à la chromatine, ce terme histologique rappelant seulement leurs affinités colorantes. Elles sont insolubles dans l'eau, l'alcool, l'éther, les acides minéraux étendus; elles sont solubles dans les alcalis dilués; bouillies avec les alcalis ou les acides, elles donnent de l'acide phosphorique.

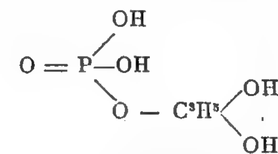
Miescher a obtenu la nucléine à peu près pure par digestion artificielle des cellules du pus, des spermatozoïdes : le cytoplasme est digéré, la substance nucléaire reste seule; car elle est insoluble dans le suc gastrique.

Altmann en a réalisé l'analyse et la synthèse : il a montré que la *nucléine* était *décomposable*, comme d'ailleurs la majeure partie des complexes d'atomes de l'organisme, *en une albumine* et une substance prothétique[1] plus ou moins lâchement combinée, un *acide nucléique* très riche en phosphore; d'autre part, l'acide nucléique forme avec l'albumine en solution aqueuse acide un précipité de nucléine.

*
* *

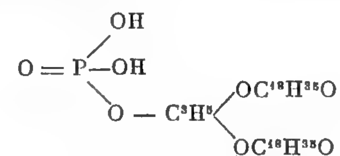
Cet *acide nucléique*, dont nous étudierons la composition, est la substance caractéristique de la nucléine. On le trouve en proportions variables suivant le corps considéré : le spermatozoïde est constitué par de l'acide nucléique presque pur, il renferme 10 pour 100 de phosphore. La chromatine renferme de l'acide nucléique et de l'albumine en proportions variables; certaines nucléo-albumines n'en renferment que des traces; les substances albuminoïdes du sérum sanguin, du blanc d'œuf, n'en renferment pas. En somme, on trouve dans l'organisme tous les degrés entre les cellules presque exclusivement constituées par de l'acide nucléique, tels les spermatozoïdes, et les cellules presque exclusivement constituées par du cytoplasme non phosphoré et il est digne de remarque que *cette teneur en acide nucléique est dans une certaine mesure proportionnelle à leur puissance de synthèse et de reproduction.* Au surplus, l'élection particulière de l'acide nucléique pour les matières colorantes (chromatine), permet de suivre sous le microscope l'évolution de l'acide nucléique pendant la vie cellulaire, et de se rendre compte du rôle capital de cette substance dans les phénomènes de la reproduction.

Les *acides nucléiques* sont des acides phosphoriques substitués. Les corps combinés sont des groupements organiques divers : hydrates de carbone divers, sucres, etc. La complexe hydrate de carbone s'y retrouve toujours. Les types les plus connus sont l'acide glycéro-phosphorique :



Acide glycéro-phosphorique

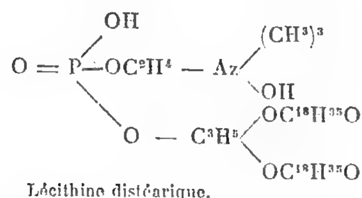
les acides di (oléo, stéaro, palmito) glycéro-phosphorique



Acide distéaro-glycéro-phosphorique.

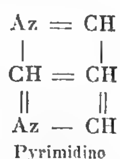
dont les combinaisons avec la choline donnent les lécithines, qui constituent la presque totalité de la substance phosphorée du jaune d'œuf.

1. Kossel donne le nom de substance prothétique, à toute substance qui peut être détachée d'un complexe d'atome organique, sans que la molécule d'albumine combinée soit détruite.


Lécithine distéarique.

Ce sont des graisses phosphorées; mais il faut remarquer qu'acides phosphoriques substitués, leur fonction acide n'est pas épuisée, et que par conséquent on peut les considérer, dans une certaine mesure, comme des acides nucléiques. Mais il en existe beaucoup d'autres dont l'étude est à peine ébauchée.

Kossel a trouvé dans les produits de décomposition de divers acides nucléiques des composés de la série de la pyrimidine (pyrimidine, uracile, thymine, xanthine, hypoxanthine, adénine, guanine)


Pyrimidine

qui prennent probablement une part importante dans les processus synthétiques.

Rappelons en passant la propriété des nucléines d'accroître l'élimination de l'acide urique, de l'azote et de l'acide phosphorique, propriété bien mise en évidence après l'ingestion de thymus, si riche en nucléines et au cours de la leucémie. Les notions chimiques précédemment rappelées et les affinités chimiques de l'acide urique et des divers corps de la série de la pyrimidine, de la xanthine en particulier, donnent de ce fait une explication suffisante.

Dans quelles proportions ces composés sont-ils combinés entre eux pour constituer les acides nucléiques? Nous l'ignorons encore. Les recherches quantitatives de Bang relatives à l'acide guanylique, ont donné les proportions suivantes : 4 molécules de guanine, 3 de pentose, 3 de glycérine, 4 d'acide phosphorique.

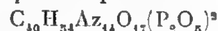
Kossel et Schafer donnent les formules suivantes des acides nucléiniques du sang, du sperme de saumon et de la levure de bière :

Acide nucléinique du sang :



$C_{20}H_{32}Az_{9}P_{3}O_{17}$

Acide nucléinique du sperme de saumon :



$C_{40}H_{54}Az_{14}O_{17}(P_2O_5)^2$

Acide nucléinique de la levure :



$C_{40}H_{59}Az_{16}O_{22}(P_5O_2)^2$.

(Saccharomyces cerevisiæ).

En tout état de cause il existe des acides nucléiniques nombreux dont l'étude devra être poursuivie avec ténacité.

Schwickerath (de Bonn) étudia surtout les *combinaisons des métaux et de l'acide nucléique*. Il opéra surtout sur l'acide nucléique de la levure qui peut être le plus facilement obtenu. Il préparait une solution aqueuse légèrement alcalinisée d'acide nucléique et y ajoutait graduellement une solution fraîche de l'oxyde du métal à étudier : la combinaison s'opérait. Il ajoutait alors un excès d'alcool et obtenait un volumineux précipité d'un nouveau composé chimique d'acide nucléique et suivant le cas de mercure, d'argent, de cuivre ou de fer. Pour cet auteur, ces nouveaux composés métalliques constituent une véritable combinaison : ils ne précipitent pas les substances albuminoïdes, ne sont pas précipités par les alcalis et sont très peu impressionnés par l'hydrogène sulfuré ; ils sont solubles dans l'eau légèrement alcaline ou neutre et dans la glycérine et la lanoline; ils sont insolubles dans l'alcool et l'éther; ils sont décomposés par les acides forts (nitrique ou sulfurique), ils ne le sont pas par les acides étendus. Leurs solutions aqueuses ne sont pas décomposées par l'ébullition. Ils ont tous le goût métallique.

Schwickerath donne à ces composés le nom générique de mercurol (10 p. 100 de mercure), ferrinol (6 p. 100 de fer), nargol (10 pour 100 d'argent), cuprol (6 pour 100 de cuivre).

Les formules chimiques de ces sels n'ont pu être jusqu'ici déterminées, quoique nous connaissions les valences des métaux combinés et la constitution chimique de l'acide nucléique employé ; aussi, bien des chimistes se refusent à y voir des composés chimiques définis.

Schwickerath base son assertion sur les réactions desdits composés organo-métalliques et des agents de précipitation communément employés dans la détermination des sels métalliques.

Quand à une solution de nucléinate de fer on ajoute une solution de H^2S, il n'y a pas réaction immédiate, mais développement graduel d'une coloration sombre, qui vire très lentement au noir, indice apparent de la décomposition du produit; le ferrinol n'est pas précipité par l'ammoniaque ou le ferrocyanure de potassium.

Le nucléinate de cuivre n'est pas précipité par H^2S et ne donne pas la réaction bleue caractéristique quand il est traité par les alcalis.

Le chlorure de sodium, ou l'acide chlorhydrique dilué, ne donne pas de réaction caractéristique avec les solutions de nucléinate d'argent ; la décomposition du nucléinate d'argent, ainsi que le démontrent des expériences répétées, demande près de dix jours.

De même une solution de nucléinate de mercure est très lentement décomposée par NaCl ou HCl ; elle n'est pas précipitée par les alcalis et très lentement par H^2S.

Ces réactions si hautement différentielles de ces composés nucléiniques constituent certainement une présomption en faveur de l'assertion de Schwickerath les considérant comme des composés chimiques définis résultant de combinaisons chimiques véritables.

Tel est, croyons-nous, l'état actuel de la question au point de vue chimique.

*
* *

L'ensemble de ces faits biologiques et chimiques semble suffisant pour affirmer que les nucléines et l'acide nucléinique occupent dans la physiologie humaine une très large place.

Les applications thérapeutiques des nucléines et des composés nucléiniques sont donc parfaitement rationnelles ; elles tendent, comme nous le disions au début, à fournir *directement* à l'organisme humain ce qu'il acquiert indirectement par les processus synthétiques qui lui sont propres, et sont à ce point de vue comparables à la sérothérapie. Cette vue est en partie hypothétique, mais, suivant l'expression de Friedel, « l'hypothèse est le ferment le plus actif de la vie scientifique », l'hypothèse conduisant à l'expérimentation, l'expérimention établissant les lois du phénomène, forme ultime et probablement définitive de l'évolution scientifique.

En tout état de cause, cette hypothèse qui n'est pas, on doit le reconnaître, absolument gratuite, répond à cette tendance bien naturelle de l'esprit humain de chercher « sous la diversité des phénomènes une unité primordiale, s'efforçant de pénétrer les analogies, de grouper les phénomènes et de découvrir les lois partielles, en attendant qu'il puisse relier ces lois entre elles ou les unir dans une synthèse qui les comprenne toutes et leur donne leur vraie valeur ».

Au surplus cette évolution est dans les faits et a précédé de longtemps la théorie ; il est digne de remarque que la thérapeutique, plus ou moins consciemment, est résolument engagée dans cette voie, que le champ présumé de la nucléothérapie est dès maintenant très vaste, que tous les thérapeutes s'orientent chaque jour davantage dans cette direction et font vraisemblablement de la nucléinothérapie comme M. Jourdain faisait de la prose.

Nous voulons seulement, aujourd'hui, faire une rapide revue des acquisitions thérapeutiques que la nucléinothérapie peut légitimement, nous semble-t-il, revendiquer comme siennes.

La *médication phosphorique* intensive, mise en honneur par M. Joulie, et réellement d'une rare efficacité en certains cas, est considérée par son auteur comme étant principalement une médication acide ; — et il établit un rapport de causalité entre le relèvement de l'acidité urinaire (et partant organique) et le véritable *rajeunissement*, l'étonnante stimulation constatée parfois et dont le novateur lui-même est un bel exemple. — n'y faut-il pas plutôt voir un véritable rajeunissement, une stimulation des noyaux sous l'influence d'une médication phosphorée intensive et bien réglée, sous le contrôle de la recherche de l'acidité et de la phosphatie urinaire, relevant de façon appréciable la teneur de l'organisme en nucléines? Les analyses indiquent qu'une proportion appréciable du phosphore ingéré est retenue dans l'organisme; sous quelle forme? Nous ne pouvons le dire avec certitude, mais les phénomènes cliniques constatés nous conduisent à penser que c'est sous forme de nucléines. En sorte que l'auteur ferait une médication acide, mais aussi et surtout de la médication phosphorée, nucléinogène. Hypothèse sans doute, mais qui mérite examen.

Les *médications glycéro-phosphorique et lécithinée* constituent à l'heure actuelle des tentatives systématiques de la médication nucléinique ; en dépit de quelques déboires provoqués par la médiocre qualité d'un grand nombre de produits, l'étude incomplète des indications, et l'insuffisance des doses employées, on peut déjà dire qu'elles ont fait leurs preuves.

L'introduction dans la thérapeutique des *composés organo-métalliques*, des méthylarsines en particulier, a été inspirée par les mêmes considérations : « Il n'est pas indifférent, disait M. Gautier, de fournir à l'économie l'arsenic sous la forme organique, qui est celle où nous le retrouvons dans la cellule lymphatique, ou même sous une forme analogue et comme elle inoffensive, telle que celle où il existe dans l'acide cacodylique. » Nous savons que cette conception a reçu des faits une pleine sanction.

Dans le même ordre d'idées, Salkowski, expérimentant avec le *nucléinate de fer* et recherchant la teneur du foie en fer chez les

animaux en expérience, obtenait les chiffres suivants (la teneur est calculée en milligrammes par kilogramme d'animal) :

Fer administré.	Fer hépatique.
0	3,04.
Albuminate de fer	4,50.
Nucléinate de fer	9,05.

Il est probable que, comme pour l'arsenic, les sels inorganiques de fer doivent être transformés (probablement par les leucocytes) en combinaisons nucléiniques ferrugineuses, avant de pouvoir être utilisés par l'organisme comme nutritifs et reconstituants. Les recherches toutes récentes de C. Hartung sur l'augmentation des nucléo-albumines ferrugineuses de l'œuf sous l'influence de l'administration, aux poules, de citrate de fer est un nouveau fait à l'appui de cette présomption.

Ce sont là constatations positives qui plaident bien en faveur de l'interprétation nucléinique.

* * *

Une autre acquisition thérapeutique récente est l'emploi de la *levure de bière*, dans les staphylococcies en particulier; les résultats sont indiscutables, l'interprétation très discutée. Or, n'est-il pas digne de remarque que le saccharomyces cerevisiæ, doué d'une extraordinaire puissance de reproduction, est très riche en nucléines : à ce point que c'est surtout des levures qu'on a jusqu'ici tiré les acides nucléiniques destinés aux expériences chimico-biologiques; et n'est-on pas dès lors en droit de penser que la levure par ses *nucléines* a renforcé le pouvoir phagocytaire défaillant des leucocytes?

Deux faits bien établis viennent à l'appui de cette hypothèse :

1° L'efficacité constatée de la levure dans un certain nombre d'infections non staphylococciques (infections gastro-intestinales, pneumonie, fièvre typhoïde, etc.);

2° L'action antiseptique et microbicide locale de la levure de bière, par exemple dans la vaginite et la métrite du col, action antiseptique et microbicide qui est à rapprocher de l'action germicide bien démontrée des acides nucléiniques. Brieger, Kitasato et Wassermann ont montré que la solution de thymus (presque exclusivement constitué par des nucléines), possédait à un très haut degré la propriété de détruire la toxicité et la virulence des différentes bactéries pathogènes, tant dans l'organisme qu'*in vitro*.

La levurothérapie ainsi interprétée deviendrait le type le mieux caractérisé de la nucléinothérapie.

* * *

Si nous rappelons que le *sperme* contient de la nucléine presque pure et 10 pour 100 de phosphore, — on est mené à penser que le *traitement séquardien* n'était qu'une tentative nucléinothérapique.

Dixon qui a surtout étudié l'action sur la pression sanguine, a conclu que la substance active est une nucléo-protéide que l'on peut isoler en traitant l'extrait orchitique par l'eau distillée et en précipitant par l'acide acétique glacial. Au point de vue thérapeutique, nous partageons l'opinion de de Cerenwille quand il dit : « Cette méthode me donne à penser qu'après en avoir dit trop de bien, on s'avise aujourd'hui d'en dire trop de mal; une expérience personnelle me force à admettre que ce produit a une valeur propre qui n'est pas celle du premier sérum venu, et qu'il peut rendre des services dans les maladies nerveuses organiques ».

La plupart des *produits opothérapiques* actuellement connus prêtent à des considérations analogues; et on arrive à penser que peut-être les nucléines organiques sont vis-à-vis desdits organes, dans des rapports comparables à ceux des alcaloïdes vis-à-vis des substances végétales dont ils sont extraits. Il y a lieu, en tous cas, de les découvrir, de les isoler, de les expérimenter. Les recherches de M. A. Gautier font pressentir le rôle considérable, peut être prépondérant, des nucléines thyroïdiennes arséniées dans la physiologie du corps thyroïde et, par conséquent, dans la thyroïdo-thérapie.

* * *

Nous arrêterons là cette énumération — sans doute plus suggestive que démonstrative; — elle ne tend qu'à inciter à l'étude jusqu'ici bien délaissée des nucléines, étude que les prémisses font espérer des plus fructueuses. Les résultats sont des plus encourageants; mais dès maintenant il faut se mettre en garde contre un certain nombre de causes d'erreur, si l'on veut faire œuvre vraiment thérapeutique et scientifique :

1° Il faut, de toute nécessité, obtenir des produits nucléiniques nettement définis (autant du moins que la chose est actuellement possible), obtenir en tous cas des produits toujours comparables à eux-mêmes, grâce à des modes d'extraction rigoureusement déterminés, consciencieusement suivis, et rappelés dans les observations produites afin que l'interprétation critique puisse s'exercer avec rigueur;

2° Etudier patiemment, sans hâte et sans découragement, la question de la posologie, l'insuffisance des doses employées étant sans doute le secret de bien des échecs. C'est ainsi que, du fait du prix de revient, la lécithine est employée à des doses ridiculement minimes à notre avis, et de fait inefficaces pour tout observateur non prévenu; les doses reconnues expérimentalement actives par Desgrez et Ali-Zaky sont vingt fois supérieures aux doses courantes en clinique. D'autre part, les résultats parfois tout à fait remarquables obtenus par la médication phosphorique le sont avec des doses estimées téméraires par les classiques ; le même fait est en voie de se produire pour le traitement hydrargyrique dans la syphilis.

Il est bien évident que cette étude posologique doit être complétée par une étude toxicologique attentive.

3° Enfin, on peut prévoir dès maintenant qu'il y a non pas une nucléine, un acide nucléique, mais des nucléines, des acides nucléiques, dont les propriétés générales peuvent être comparables, mais dont les propriétés particulières sont probablement très différentes, et partant les indications bien distinctes. C'est ainsi que les nucléines des levures, sont certainement différentes quant à leur composition, à leur action, à leurs indications, des nucléines spermatiques, par exemple : les premières apparaissent surtout bactéricides, antiparasitaires; les secondes semblent surtout avoir une action élective sur les éléments nerveux.

Il y a là tout un nouvel édifice thérapeutique à bâtir avec patience et ténacité.

CHIRURGIE PRATIQUE

NOUVEL APPAREIL POUR LA CHLOROFORMISATION

(Appareil du Dr Roth-Draeger)

Le meilleur des anesthésiques est toujours le chloroforme, mais le maniement de cet excellent agent reste dangereux et délicat. Aussi toute tentative ayant pour but de faciliter son administration mérite-t-elle d'être signalée, surtout quand le résultat paraît excellent; et c'est le cas de l'appareil Roth-Draeger.

Cet appareil a pour but de faire respirer au malade un mélange d'air, d'oxygène et de chloroforme. C'est mon maître M. le professeur Pozzi qui l'a utilisé le premier à Paris, à la clinique gynécologique de la Faculté. Je l'ai pour ma part étudié en détail; son mécanisme et son fonctionnement m'ont paru si avantageux que je n'ai pas hésité à l'employer en ville, le 2 Décembre, pour l'anesthésie d'une de mes malades. A M. Guglielminetti, que M. Pozzi avait fait venir dans son service, je dois de pouvoir donner la description de cet excellent appareil.

L'idée de parer aux dangers du chloroforme par l'administration d'oxygène n'est pas nouvelle. Ducroy en parlait déjà en 1850 dans une note à l'Académie des sciences. Neudörffer, à Vienne, Kreutzmann, à San Francisco, notèrent, il y a une vingtaine d'années, les bons résultats obtenus par quelques narcoses au chloroforme mélangé avec de l'oxygène; ils avaient pompé de l'oxygène à travers un appareil de Junker. Mais la difficulté de se procurer, à cette époque, de l'oxygène chimiquement pur a dû contribuer à décourager les innovateurs, qui, d'ailleurs, ne furent pas suivis.

Les chirurgiens modernes ont à nouveau préconisé l'emploi de l'oxygène pendant ou après la chloroformisation. Lucas-Championnière a donné de l'oxygène avec du chloroforme, de même Prochownik, Northrop, Schall, Hart, etc.; Baudouin recommande l'oxygène dans des cas d'apnée toxique.

* * *

Le premier appareil basé sur l'utilisation d'un courant d'oxygène passant dans un tube rempli de gaze à pansement imbibée de chloroforme fut présenté par M. Wohlgemuht, au Congrès de chirurgie de Berlin, il y a deux ans. M. Roth, de Lubeck, et la maison Draeger ont perfectionné cet appareil, d'abord en faisant barbotter le courant d'oxygène, réglé à 3, 4 ou 5 litres par minute, dans un flacon de chloroforme d'où se trouvait entraînée une quantité de chloroforme dosée par minute; puis, par un mécanisme rappelant celui de la pompe à eau, les constructeurs ont eu l'idée de faire aspirer par ce courant d'oxygène une quantité de gouttes de chloroforme facile à compter au moyen d'un robinet.

D'autre part, l'oxygène employé est contenu dans un tube métallique sous une pression de 120 atmosphères; il fallait donc réduire cette pression à une pression déterminée au moyen d'un détendeur. C'est à la construction de cette partie de l'appareil que M. Guglielminetti, de Monte-Carlo, a contribué dans une certaine mesure par ses recherches sur l'efficacité des inhalations de l'oxygène contre le mal de ballon et le mal de montagne, étudié sur lui-même et ses guides, pendant douze jours, au sommet du Mont-Blanc.

L'appareil de Roth-Draeger (fig. 1) comprend : 1° un tube métallique contenant de l'oxygène sous une pression de 120 atmosphères; 2° un flacon en verre dans lequel on verse le chloroforme; 3° un

sac de baudruche servant de réservoir temporaire à l'oxygène; 4° un masque métallique; 5° un système de robinetterie qui permet le mélange d'oxygène et de chloroforme.

Le tube est le tube classique; il peut être assez petit pour être tenu sous le bras et porté commodément en ville.

Le flacon de verre ressemble en tous points aux flacons dans lesquels on donne à boire aux

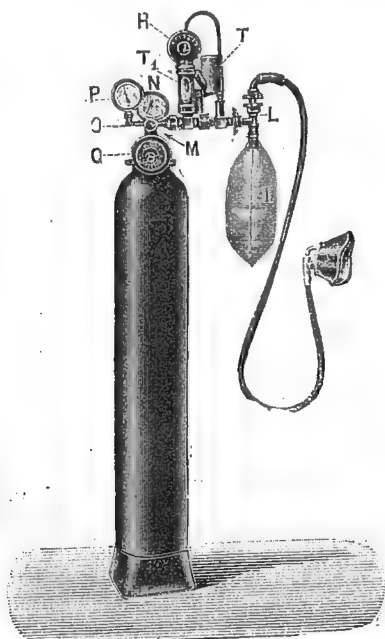


Figure 1. — Appareil de Roth-Draeger, comprenant un tube métallique renfermant de l'oxygène sous pression de 120 kilogrammes, un système de manomètre et de robinetterie, un sac de baudruche et un masque. — Q, détendeur; O, petit robinet permettant d'ouvrir et de fermer le courant d'oxygène; M, robinet de fermeture du tube d'oxygène; N, manomètre indiquant la quantité d'oxygène contenu dans le tube; P, manomètre permettant de lire la quantité de litres d'oxygène passant par minutes; R, robinet permettant de doser le chloroforme suivant une échelle de 15 à 200 gouttes par minutes; T, flacon de chloroforme.

oiseaux dans les volières. Il est facile à remplir et à nettoyer.

Le sac de baudruche peut contenir deux à trois litres de gaz.

Le masque est métallique; il présente sur la ligne médiane : *a*) une petite ouverture libre pour l'entrée de l'air pur (le malade doit théoriquement respirer un mélange d'air, 50 pour 100

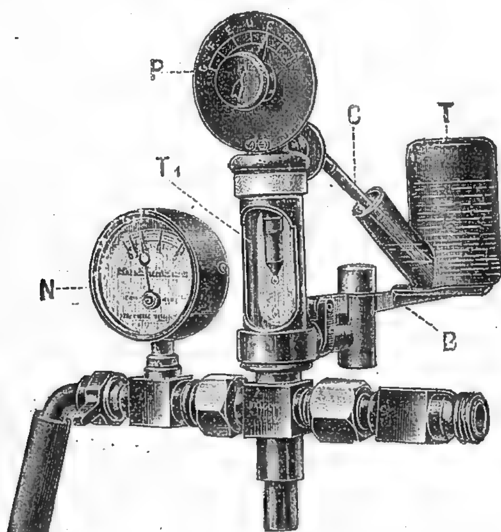


Figure 2. — Détails de l'appareil : N, manomètre permettant de connaître la quantité d'oxygène qui passe par minute; T, flacon contenant le chloroforme, aspiré en C par le courant d'oxygène qui passe dans le tube transversal, le chloroforme monte en C, tombe en T', visible à l'œil, et peut être dosé par le robinet P; B, support du flacon de chloroforme.

d'oxygène et de chloroforme; *b*) une ouverture plus large, munie d'une valve, pour l'expiration, et dont le fonctionnement produit un bruit facilement perceptible.

Le système de robinetterie (fig 2) constitue tout l'intérêt de l'appareil. Le détendeur fait baisser la pression de l'oxygène; ce dernier passe dans un tube et aspire, à la manière d'une pompe à eau, le chloroforme contenu dans le flacon; un robinet permet de régler cette aspiration, par conséquent de donner plus ou moins de chloroforme. Le mélange est dès lors constitué; il passe dans le sac de baudruche où il s'accumule pendant l'expiration, et d'où il s'échappe pendant l'inspiration.

Pour se servir de l'appareil, il faut ouvrir le robinet M qui commande au tube d'oxygène, puis le robinet O; la pression est trop forte et on la réduit en actionnant la vis à ailette Q. On limite alors la quantité d'oxygène par minute en lisant sur P. Il reste à doser la quantité de chloroforme, ce qui est facile au moyen du robinet R. Ajoutons enfin qu'en fermant le courant d'oxygène en O, l'aspiration du chloroforme s'arrête par le fait même. Si l'on veut même ne donner que de l'oxygène, il n'y a qu'à fermer le robinet de chloroforme, R.

*
* *

Un millier d'anesthésies auraient déjà été faites à l'aide de cet appareil. D'après les cas que j'ai vus, la narcose est meilleure et plus facile qu'avec la compresse ou le simple masque.

Le temps nécessaire pour l'anesthésie est un peu plus long, sans toutefois dépasser douze à quinze minutes.

Le point intéressant est la petite quantité de chloroforme employée: pour une anesthésie de une heure un quart, 30 grammes seulement furent nécessaires; et pour une anesthésie, de une heure et demie (hystérectomie abdominale pour suppuration pelvienne avec ouverture préalable de la collection dans la vessie), 40 grammes suffirent.

De cette petite quantité employée, il résulte, au point de vue économique, que la dépense occasionnée par l'usage de l'oxygène est compensée par l'économie du chloroforme.

Sans porter de jugement hâtif sur l'appareil de Roth-Draeger, il m'a paru intéressant de le signaler. Il se base, en somme, sur les données établies par Paul Bert, et c'est là, il me semble, un haut titre de recommandation.

F. Jayle.

MÉDECINE PRATIQUE

LES PRINCIPAUX DISSOLVANTS DE L'ACIDE URIQUE

L'accumulation d'acide urique dans l'organisme se produisant toujours dans les diverses manifestations de l'hyperacidité, et, en particulier, dans la goutte, on a depuis longtemps cherché à provoquer la dissolution et l'élimination de ce corps par des dissolvants chimiques.

On sait que l'acide urique est à peine soluble dans l'eau. Blarés et Denigés ont déterminé cette solubilité, et, en appliquant la formule d'interpolation qu'ils ont établie, on trouve qu'à la température de 18°, 100 grammes d'eau dissolvent 5 milligrammes d'acide urique, et qu'à la température du corps (37°), la même quantité d'eau dissout 11 milligr. 5 d'acide urique.

Il fut donc nécessaire de choisir des corps capables de former avec l'acide urique des sels solubles.

On eut recours, tout d'abord, aux sels minéraux : bicarbonate de soude, sels de lithine principalement. Puis, dans ces dernières années, furent proposés un certain nombre de composés organiques paraissant très supérieurs aux sels minéraux par suite de la plus grande solubilité des urates auxquels ils peuvent donner naissance. Les uns à l'état de bases organiques :

Lysidine (méthyl-glyoxalidine);
Pipérazine (diéthylène-diimine);
Urotropine (héxaméthylène-tétramine);

Les autres à l'état de sels :
Lycétol (tartrate de diméthyl-pipérazine);
Sidonal (quinate de pipérazine), etc.

*
* *

L'intérêt pratique de cette question nous engage à exposer ici les résultats d'une étude comparative poursuivie par M. Vicario, résultats communiqués à la Société de Thérapeutique.

M. Vicario a recherché quel est le rapport des pouvoirs dissolvants de ces différents composés, et, pour cela, il a déterminé la solubilité des urates qu'ils peuvent former, placés, autant que possible, dans des conditions identiques.

La solubilité comparée de ces différents urates permet d'apprécier nettement la valeur relative des dissolvants de l'acide urique.

L'auteur a successivement effectué trois opérations :

1° Préparation des solutions saturées des urates;

2° Séjour à l'étuve à 37° et à 18°;

3° Évaporation à siccité d'un volume déterminé des solutions prélevées à la température de l'étuve et pesée des résidus.

Les résultats obtenus permettent de classer les urates étudiés, par ordre de solubilité, dans le tableau suivant. Les nombres placés en regard du nom de l'urate indiquent la quantité d'eau nécessaire pour dissoudre aux températures de 37° et de 18° une partie de l'urate correspondant.

	à + 18°	à + 37°
URATES NEUTRES MINÉRAUX		
Urate neutre de chaux	1.428	1.353
— lithine. . . .	66	48
— potasse . . .	43	39
— soude	59	35
URATES ACIDES MINÉRAUX		
Urate acide de soude	1.136	581
— chaux	571	487
— lithine. . . .	388	362
— potasse . . .	666	345
URATES ORGANIQUES		
Urate de propylamine	350	234
— d'éthylène diamine . .	192	141
— d'urotropine.	158	45
— de pipérazine	45	44
— de lysidine	24	17
— de diméthylpipérazine.	18	16

Ces expériences montrent que les urates neutres de potasse, de soude et de lithine, bien que très solubles, ont une solubilité inférieure à celles de certains urates organiques (lysidine, diméthylpipérazine); de plus, on sait que l'instabilité des urates neutres minéraux empêche leur formation dans l'économie.

L'urate acide de chaux est moins soluble à 37° qu'à la température ordinaire, mais jouit d'une solubilité plus grande que l'urate neutre de même base.

D'autre part, l'urate acide de potasse est plus soluble à 37° que l'urate de soude et même de lithine. On peut en conclure que le bicarbonate de potasse sera un meilleur dissolvant de l'acide urique que le bicarbonate de soude ou le carbonate de lithine.

Notons encore qu'à la température de 37° :

L'urate acide de lithine est une fois et demie plus soluble que l'urate acide de soude;

Les urates d'urotropine et de pipérazine sont huit fois plus solubles que l'urate de lithine;

L'urate de lysidine, vingt fois;

L'urate de diméthylpipérazine obtenu par le dédoublement du lycétol, vingt-trois fois plus soluble que l'urate de lithine.

Le sidonal et l'uricédine, pas plus que le lycétol, ne pouvaient intervenir dans ces expériences que par leurs bases, mais quels que soient les acides (benzoïque, citrique, tartrique, quinique, etc.) combinés aux bases, l'urate formé sera toujours le même, l'urate de la base du sel ingéré,

Le sidonal (quinate de pipérazine) donnera de l'urate de pipérazine; l'uricédine (mélange de carbonate, citrate et sulfate de potasse), de l'urate de potasse.

L'urosine (quinate de lithine), de l'urate de lithine.

Le lycétol (tartrate de diméthylpipérazine), de l'urate de diméthylpipérazine.

L'action de ces sels est donc mise en évidence par l'étude de leurs bases respectives. On s'en rend compte en se reportant à la solubilité des urates qu'ils sont capables de former et la solubilité de l'urate produit est une indication précieuse pour le choix du dissolvant à employer.

En somme, en admettant que l'efficacité du dissolvant de l'acide urique est proportionnelle à la solubilité de l'urate qu'il forme, le lycétol tiendrait donc le premier rang, la lysidine viendrait immédiatement après, la pipérazine et l'urotropine occuperaient le troisième rang, puis, par ordre de valeur, le bicarbonate de potasse, le carbonate de lithine et enfin le bicarbonate de soude.

V. Griffon.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

12 Décembre 1902.

Foies appendiculaires : type d'infection ; type d'intoxication. — *M. Lorrain* présente les pièces de deux types différents de foie appendiculaire décrits par M. Dieulafoy.

Dans le premier cas, le foie est le siège, dans toute l'étendue de son lobe droit, d'une multitude d'abcès dont le volume oscille entre celui d'une noix et celui d'une petite orange. Il s'en écoule à la coupe un pus crémeux et fétide. Par places ces abcès sont devenus confluents. L'appendice a été trouvé derrière le cæcum et gangrené. Le malade avait été opéré au dix septième jour de son appendicite, traitée médicalement jusque-là.

L'autre observation concerne un malade de cinquante-trois ans qui, à sa troisième crise d'appendicite, fut également opéré tardivement, et succomba malgé l'évacuation chirurgicale de son abcès péricæcal, sans trace de péritonite généralisée. L'appendice, accolé à la fosse iliaque derrière le cæcum par d'épaisses adhérences, fut trouvé à l'autopsie complètement sectionné au niveau de sa base par un processus gangreneux, et fixé par sa pointe à une anse grêle. Ici la mort est survenue par intoxication, ainsi qu'en témoignent l'absence d'infection péritonéale et la constatation au niveau du foie et du rein des lésions histologiques sur lesquelles M. Dieulafoy vient tout récemment d'attirer l'attention.

Anomalie congénitale de la main. — *M. Desfosses* montre l'épreuve radiographique d'un cas de main « en pince de homard ». Le médius et l'index font défaut, l'annulaire est rudimentaire ; le petit doigt et le pouce sont normaux.

Mégalopodie partielle. — *MM. Jayle et Desfosses* communiquent un cas de mégalopodie partielle du pied droit; le premier et le second orteil sont extraordinairement hypertrophiés, ainsi que le premier et le second métatarsien.

Epithélioma calcifié du rein. — *M. Milian* a fait des coupes de la tumeur apportée il y a quinze jours par M. Desfosses et qui avait été enlevée par M. Tuffier. C'est un épithélioma calcifié. Les dépôts calcaires sont développés dans les amas épithéliaux et non dans le tissu fibreux de la tumeur. C'est un fait peu fréquent de voir les tumeurs épithéliales fabriquer des sels calcaires ; peut-être y a-t-il une prédisposition pour le rein qui fabrique si souvent des substances minérales à l'état pathologique.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

13 Décembre 1902.

Congestion atrophique du foie. — *MM. A. Gilbert et J. Castaigne.* Dans trois observations suivies d'autopsie nous avons noté ce fait, paradoxal en apparence, qu'une congestion passive du foie simple et sans adjonction de sclérose pouvait exister sans hypertrophie du foie et même avec atrophie de cet organe. Nous nous sommes demandés si cette atrophie — que nous avons pu constater progressive dans l'un de nos cas — ne reconnaîtrait pas pour cause la destruction progressive des cellules hépatiques tassées les unes contre les autres par la dilatation veineuse. A l'autopsie, en effet, nous avons noté que les cellules hépatiques sont réduites à leur plus simple expression ; les parois des capillaires dilatés sont à peine séparées par un tissu vaguement fibrillaire dans lequel on ne trouve que des vestiges de cellules hépatiques. La clinique est d'accord avec ces constatations histologiques, et les symptômes d'ictère grave que nous avons constatés dans ces cas sont bien en faveur d'une atrophie due à la disparition progressive des cellules.

Influence de l'adrénaline sur le développement des gangrènes microbiennes. — *M. Garnier.* En utilisant l'action si remarquable de l'adrénaline, j'ai pu étudier l'effet de la vasoconstriction sur l'évolution de l'érysipèle de l'oreille du lapin. Si on inocule la culture de streptocoque aussitôt après l'injection de quelques gouttes de la solution d'adrénaline au millième, l'inflammation ainsi provoquée se termine par une gangrène sèche limitée du tissu ; les premiers jours, la réaction est la même chez les témoins et les traités ; mais vers le septième ou le neuvième jour, apparaît chez ces derniers un placard gangreneux occupant un plan plus ou moins grand, étendu de l'organe ; avec un microbe plus virulent, la gangrène apparaît plus tôt, dès le troisième ou le quatrième jour, et occupe alors non plus la pointe, mais le centre de l'organe. Pour avoir des résultats constants, il faut répéter l'injection d'adrénaline une deuxième fois quelques heures après la première, de façon à maintenir la vasoconstriction un temps assez long ; si on continue le jour suivant les injections d'adrénaline, on peut avoir des délabrements considérables. Enfin, si l'injection est faite seulement une fois l'érysipèle déclaré, la gangrène ne s'observe pas. Ces expériences sont à rapprocher de celles de M. Roger où l'inoculation microbienne faite après section du sympathique cervical du côté opposé, section qui détermine l'anémie du tissu, était suivie de la formation de placards gangreneux. Mais avec l'adrénaline la vasoconstriction est temporaire, et il est curieux de noter qu'une vasoconstriction, même passagère, suffit pour faire évoluer une inflammation vers la gangrène ; une pareille action permettra peut-être d'expliquer certaines gangrènes limitées des extrémités dont la pathogénie est encore mal élucidée.

Modifications du sang consécutives à l'électrisation du sciatique. — *M. J. Lépine.* Dans une série d'expériences j'ai étudié, chez le chien, les modifications hématologiques pouvant survenir après la faradisation du bout central du sciatique.

Le nombre des globules rouges n'est pas modifié. Par contre, l'hyperleucocytose est constante. Elle semble débuter peu d'instants après l'électrisation, et atteint son maximum vers la neuvième heure environ. Cette leucocytose a toujours été une polynucléose.

Perméabilité méningée dans les méningites. — *M. Cruchet* (de Bordeaux) a étudié la perméabilité méningée dans huit cas de méningites tuberculeuses ou bactériennes. Les résultats obtenus ont été contradictoires. Il serait intéressant de rechercher le mécanisme pathogénique de la perméabilité ou de l'imperméabilité méningée chez des malades à réaction clinique à peu près univoque.

Le signe de Kernig dans quelques affections non méningitiques. — *M. Abadie* (de Bordeaux) a pu se convaincre au cours de nombreuses observations cliniques que le signe de Kernig n'est pas toujours causé par une augmentation de pression intra-arachnoïdienne ou par une irritation méningée, puisqu'on peut l'observer sans hypertension et sans leucocytose du liquide céphalo-rachidien. Il n'est pas non plus, du moins dans certains cas de névralgie sciatique, la conséquence fatale d'une contracture musculaire de défense contre la douleur, puisqu'il persiste pendant la rachicocaïnisation, pendant l'ablation temporaire de l'élément douleur, alors que le signe de Lasègue, au contraire, est supprimé.

L'épreuve de la tuberculine dans les affections du système nerveux. — *M. Abadie* (de Bordeaux) a tenté l'épreuve de la tuberculine dans diverses affections du système nerveux. Cette épreuve, faite avec prudence, peut rendre des services au lit du malade. Elle acquiert sa plus grande valeur lorsqu'elle est négative, c'est-à-dire lorsqu'elle ne provoque ni réaction thermique, ni réaction fébrile, ni réaction symptomatique.

A. Sicard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

17 Décembre 1902.

Sur l'appendicite. — *M. Lucas-Championnière* déclare qu'il n'est abstentionniste en matière d'appendicite que lorsque le diagnostic n'est pas assuré ; lorsque ce diagnostic, au contraire, est certain M. Championnière est d'avis d'intervenir chirurgicalement, le plus tôt possible, et quel que soit le cas, même s'il est désespéré. Il a vu, en effet, de ces malades soi-disant perdus qui ont parfaitement guéri à la suite de l'intervention.

La statistique de M. Championnière comprend deux séries de cas, savoir : 1° 44 cas d'appendicite à grandes suppurations avec 12 morts et 32 guérisons ; parmi ces derniers plusieurs avaient été déclarés désespérés ; 2° 85 cas d'appendicites opérées à chaud ou à froid, avec 85 guérisons.

M. Championnière est partisan de l'intervention chirurgicale parce que l'appendicite est une maladie qui ne guérit pas spontanément ; encore moins guérit-elle par le traitement médical, la glace et l'opium étant les deux plus mauvaises choses qu'on puisse employer contre cette affection. L'opium, en particulier, outre qu'il masque plus ou moins la douleur, symptôme si important pour le diagnostic, favorise les intoxications intestinales en bouchant l'intestin et prépare l'oblitération secondaire de l'appendice. Aussi M. Championnière déclare-t-il que les cas publiés de guérisons par le traitement médical n'étaient pas des appendicites vraies. En passant, il défend les purgatifs qu'on a accusés de tant de méfaits dans l'appendicite : il est persuadé que les purgatifs n'ont pas du tout les effets nocifs qu'on leur a prêtés, qu'ils aident puissamment à désencombrer et à désinfecter l'intestin, qu'ils ne favorisent nullement la diffusion de la péritonite ni ne provoquent la perforation de l'appendice.

Relativement à la technique opératoire, M. Championnière est d'avis d'enlever l'appendice toutes les fois qu'on le peut sans trop prolonger ni compliquer l'acte opératoire. La meilleure incision, pour avoir un large accès dans la fosse iliaque, est à son avis l'incision de Jalaguier (le long du bord externe du muscle grand droit) ; cette incision n'expose pas, en outre, comme celle de Roux, à l'éventration ultérieure.

Deux cas de pyonéphrose calculeuse traités avec succès par la néphrectomie. — *M. Delbet* fait un rapport sur deux observations qui ont été adressées à la Société par *M. Héresco* (de Bucarest) et qui concernent des pyonéphroses calculeuses traitées avec succès par la néphrectomie. L'intérêt de ces observations réside : 1° dans les considérations émises par l'auteur sur les différentes méthodes cliniques ayant pour but de déterminer, en vue des indications opératoires, la valeur fonctionnelle comparée des deux reins ; 2° dans un accident grave — déchirure de la veine cave — survenu au cours de l'une des opérations.

1° Sur le premier point, après avoir montré que pour connaître la valeur fonctionnelle de chaque rein il importe de recueillir séparément l'urine des deux reins, M. Héresco déclare que des deux méthodes qui nous permettent d'arriver à ce résultat — cathétérisme des uretères, séparation vésicale des urines (à l'aide des appareils de Luys et de Cathelin) — la meilleure, c'est-à-dire la plus précise, est encore le cathétérisme des uretères. Ce cathétérisme peut, en effet, être continué pendant vingt-quatre heures tandis que des séparateurs vésicaux sont difficilement tolérés plus d'une demi-heure. Or, seule l'observation pendant vingt-quatre heures nous permet de déterminer avec précision les qualités de l'urine émise par le rein et la façon dont se fait l'élimination du bleu.

2° Quant à la déchirure de la veine cave inférieure survenue au cours de l'une des néphrectomies, M. Héresco n'hésita pas, pour arrêter l'hémorragie, à lier ce vaisseau au-dessus et au-dessous de la déchirure. Cette double ligature n'eut aucune conséquence, c'est-à-dire n'entraîna pas le moindre trouble dans la circulation de la moitié inférieure du corps.

Le malade guérit parfaitement : c'est le second cas de guérison — le premier est de Houzel — après ligature de la veine cave inférieure.

A propos du traitement des prolapsus vaginaux par le procédé de Delbet-Duval-Proust. — *M. Ri-*

chelot, après avoir signalé la confusion qu'on retrouve dans toutes les descriptions entre les termes « déchirure du périnée » et « prolapsus vaginal », termes désignant cependant deux ordres de lésions bien distinctes, et qui, bien que le plus souvent solidaires l'une de l'autre, peuvent se présenter l'une sans l'autre, M. Richelot fait la critique du procédé de Delbet et de celui de Duval-Proust dont on a lu ici même la description.

Si l'on a affaire à une simple déchirure du périnée sans prolapsus génital, ces deux procédés se montrent, dit M. Richelot, inutilement compliqués, une simple suture, après avivement, suffisant amplement à assurer un résultat parfait. Si l'on a affaire, au contraire, à un prolapsus vaginal coexistant ou non avec une déchirure du périnée, les seuls procédés de Delbet et de Duval-Proust se montrent insuffisants : la première condition, en effet, en pareil cas, pour réussir, c'est-à-dire pour empêcher toute récidive de prolapsus, c'est de réséquer une partie plus ou moins large de la paroi postérieure — ou antérieure — du vagin. Or, aucun des deux procédés en question ne répond à cette condition; aussi M. Richelot ne les croit-ils pas appelés à un bien grand avenir. M. Delbet se déclare satisfait de l'état de ses malades; mais celles-ci sont vraiment opérées depuis trop de temps pour qu'on puisse parler de résultats éloignés; que M. Delbet veuille bien ramener ces malades dans quelques années et on jugera de la valeur de sa méthode.

Pour sa part, M. Richelot déclare que la colporraphie précédée d'une excision plus ou moins large de la paroi vaginale lui a toujours donné les meilleurs résultats éloignés : dans 10 pour 100 des cas seulement il a noté une récidive du prolapsus; encore toutes ont-elles guéri par une colporraphie secondaire.

Hernie inguinale à double sac. — *M. Moty* présente un double sac herniaire inguinal, l'un antérieur contenant l'épiploon hernié et descendant jusqu'à la partie moyenne du testicule, l'autre postérieur qui n'est autre que la vaginale s'ouvrant largement sur l'origine du second sac.

Fracture de la malléole interne par adduction forcée. — *M. Potherat* présente la radiographie d'une fracture de la malléole tibiale survenue à la suite d'une adduction forcée du pied; cette radiographie montre qu'il n'existe aucune lésion du côté du péroné.

M. Delbet fait remarquer que cette radiographie ne portant que sur les deux tiers inférieurs de la jambe, il est impossible de dire s'il n'y a pas fracture de la tête du péroné, lésion qui se produit généralement en pareil cas.

Corps étrangers de la bourse du psoas. — *M. Delbet* présente trois corps étrangers provenant d'un malade atteint d'hygroma de la bourse du psoas. Le diagnostic de l'hygroma avait été fait, mais non celui de corps étrangers, la palpation n'ayant pas permis de sentir ces derniers. Comme la poche ne présentait pas la moindre communication avec l'articulation coxo-fémorale, on est bien obligé d'admettre que les corps étrangers s'étaient développés dans l'intérieur même de la bourse séreuse.

Cancer de la portion intra-thoracique de l'œsophage enlevé par la voie transmédiastinale postérieure. — *M. J.-L. Faure* présente un cancer de la portion intra-thoracique de l'œsophage, qu'il a enlevé le 12 Décembre dernier. Le malade a succombé le lendemain sans hémorragie, sans choc apparent, sans phénomènes pulmonaires, sans température, à des accidents de nature indéterminée.

La portion de l'œsophage enlevée à 11 centimètres de longueur. Il y a, au-dessus et au-dessous du néoplasme, 2 centimètres de muqueuse saine. Il siégeait derrière la partie inférieure de la trachée et la bifurcation des bronches.

L'opération a été relativement facile, grâce à une technique nouvelle. M. J.-L. Faure a opéré à droite, par voie cervico-thoracique, avec résection des six premières côtes près de leur insertion vertébrale. Il insiste beaucoup sur la nécessité absolue qu'il y a à réséquer la première côte. Tant que celle-ci est intacte, le médiastin postérieur est à peu près inaccessible. Dès qu'elle est sectionnée, on a, au contraire, un jour très étendu sur toute sa hauteur, et il est possible de l'explorer avec soin et d'enlever l'œsophage dans sa presque totalité.

Nul doute qu'on ait avantage à employer cette voie, peut-être dans les cas de cancer de l'œsophage au début, et certainement dans les cas de médiastinite suppurée, ou de corps étrangers de l'œsophage, de la trachée et des bronches.

J. Dumont.

ANALYSES

HISTOIRE DE LA MÉDECINE, GÉNÉRALITÉS

C. Legrand. *Sur la psychologie du tuberculeux. L'optimisme* (*Bulletin médical*, 10 Septembre 1902). — Dans un article fort bien compris, au style à la fois subtil et attrayant, l'auteur démontre qu'au type physique du poitrinaire répond un état d'esprit également typique; dans cet organisme tout à fait spécial vit une intelligence capable, elle aussi d'être schématisée.

A la période où l'affection s'installe hypocrite, les malades se classent en deux catégories : les uns ont plutôt l'allure des neurasthéniques, ils souffrent généralement de dyspepsie; les autres souffrent d'une fièvre de vie, qui étonne : chez ceux-là presque toujours la fonction digestive est saine.

Mais, dans les étapes successives de la maladie, ces deux groupes n'ont plus leurs lisières bien distinctes; ils évoluent vers l'optimisme. Le tuberculeux vit et meurt avec l'espoir d'une guérison prochaine. On peut définir cet optimisme : l'habitude pathologique de rapporter les sensations perçues par le tuberculeux à un état de santé normal ou disproportionné avec l'étendue des lésions organiques. A l'appui de cette idée, l'auteur cite des interviews, par lesquels ont été recueillies, à l'hôpital, au sanatorium, dans tous les milieux de la société, les empreintes de la psychose d'un grand nombre de tuberculeux.

Cette psychose si particulière, ou mieux cette hypervitalité maladive, pourrait être en rapport avec l'oxygénation anormale de l'organisme tuberculeux (expériences de Robin et Binet).

Legrand déduit de cet optimisme, naturel au tuberculeux, qu'il faut, contrairement aux habitudes anciennes, renseigner aussitôt sur la nature du mal le patient, sa famille, son entourage. La santé de l'individu y trouvera son avantage, et surtout la prophylaxie sociale de la pandémie tuberculeuse.

G. Fischer.

BACTÉRIOLOGIE

M. Troussaint. *Hypoleucocytose et infection sanguine éberthienne* (*Archives de méd. et de pharm. milit.*, Septembre 1902, p. 236). — La présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhoïsants avait été niée par tous les auteurs; J. Courmont et Busquet ont démontré, chacun de leur côté, l'inexactitude de cette donnée. Le cas cité par Troussaint confirme également le fait. Une technique spéciale, basée principalement sur la quantité de sang et de bouillon à ensemencer, permet de découvrir le micro-organisme. Celui-ci se rencontrerait dans toutes les formes graves ou d'intensité moyenne avant le cinquième jour, indépendamment de tout phénomène d'agglutination, et le diagnostic pourrait être, grâce à cela, posé prématurément sans attendre la confirmation fournie par la séro-réaction de Widal.

Cette infection sanguine éberthienne ne serait pas constante; elle se rencontrerait surtout chez les malades à hypoleucocytose, chez ceux, par conséquent, dont l'organisme resterait sans défense contre l'infection éberthienne. La fonction leucocytaire est le régulateur de la défense organique. Vient-elle à fléchir, l'ennemi pénètre dans la place.

G. Fischer.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

E. von Leyden et F. Blumenthal. *Sérothérapie et transmissibilité du cancer* (*Deut. med. Wochenschr.*, 1902, n° 36, p. 637). — Les auteurs communiquent dans leur travail les recherches qu'ils ont faites en collaboration avec M. Wernicke, médecin vétérinaire, sur la transmissibilité et la sérothérapie du cancer.

Les essais d'inoculation du cancer humain aux animaux tels que le rat, la souris, le chien ont toujours échoué. Par contre, l'inoculation du cancer pris chez un chien et introduit sous la peau d'un autre chien a donné, un grand nombre de fois, des résultats positifs.

La sérothérapie du cancer chez le chien a également donné un résultat positif. Les auteurs ont procédé de deux façons.

Dans une première série d'expériences, ils injectaient sous la peau de lapins un liquide obtenu par la trituration de la tumeur cancéreuse extirpée à un chien. Le sérum de l'animal traité par ces injections était ensuite injecté à des chiens cancéreux. Sous l'influence de ces injections la tumeur subissait une sorte d'involution : elle se ramollissait, se liquéfiait et finissait par disparaître complètement. L'examen histologique de la tumeur, fait plusieurs fois au cours de ces injections, a montré que le cancer était le siège d'une cytolyse; sous le microscope on voyait notamment des leucocytes nombreux infiltrés entre les cellules cancéreuses peu nombreuses ainsi qu'entre les gouttelettes graisseuses et les cellules atteintes de dégénérescence graisseuse.

Dans une autre série d'expériences, les auteurs ont injecté à un chien atteint d'un cancer du rectum le liquide même obtenu par la trituration d'une tumeur cancéreuse provenant d'un autre chien. Ces injections amenèrent également la disparition presque complète du cancer. Le petit noyau qui était resté au bout de cinq mois de traitement fut reconnu, à l'examen histologique, pour un carcinome épithélial.

Encouragés par ces faits, les auteurs ont essayé de traiter de la même façon le cancer chez l'homme. Après avoir constaté que chez les animaux l'injection de liquide obtenu par la trituration et l'expression du cancer humain ne provoque aucun symptôme fâcheux, ils ont à plusieurs reprises injecté ce liquide à trois malades atteints de cancer inopérable. Les deux premiers malades (cancer de l'urètre et de la vessie, cancer de l'utérus et des ovaires) ont succombé. A l'autopsie, on ne trouva de métastases dans aucun organe. Chez la troisième malade, une femme de quarante-deux ans atteinte d'un cancer inopérable de l'utérus, le traitement par le sérum de chèvre ayant subi des injections cancéreuses, puis directement par le suc cancéreux, a amené (depuis dix mois) un arrêt dans l'évolution de la tumeur, une diminution des douleurs et une amélioration de l'état général.

R. Romme.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Eugène Perdu. *La scoliose, sa théorie, son traitement* (*Thèse*, Paris, 1902). — Un grand nombre de causes prédisposent à la scoliose : faiblesse des muscles du rachis, du système ligamenteux intervertébral, altération des disques invertébraux, troubles trophiques des vertèbres, obstruction naso-pharyngée; mais il faut qu'une cause déterminante intervienne pour rompre l'équilibre statique de la colonne vertébrale et amorcer la déformation. Les mauvaises attitudes (inclinaison scolaire), l'inégalité des membres inférieurs, quelle qu'en soit la cause, jouent un grand rôle. Enfin, la cause déterminante ayant suffi à écarter une partie du rachis de la verticale, la *pesanteur* de la partie supérieure du corps intervient; c'est, d'après l'auteur, l'agent réel, « immédiat », qui produit la déformation et l'accentue.

La scoliose passe par trois phases successives : 1° la phase prodromique ou des tendances; la scoliose n'est pas encore constituée; l'enfant, qui, abandonné à lui-même, prend une position inclinée favorite, peut se redresser de lui-même; 2° la phase des courbures; les vertèbres ont subi des modifications d'inclinaison, le rachis ondule, mais l'enfant se corrige à la traction; 3° la phase des rotations, c'est la période d'état. Les vertèbres ont tourné et se sont fait un nouvel habitus dans une position latérale. La saillie costale, « la côte de melon », est apparue; la scoliose ne se corrige plus.

D'après l'auteur, à la troisième période, le port d'un corset de Sayre ne saurait suffire. Il préconise un dispositif assez ingénieux qui permet d'exercer sur la déformation une pression continue et progessive. En appliquant le corset plâtré, on interpose entre la saillie osseuse et les bandes de tarlatane une poche de caoutchouc munie d'un embout métallique qui sort du corset au niveau d'un orifice ménagé à cet effet. De l'autre côté est interposée, dans la dépression vertébrale, une substance capable de s'affaisser, de disparaître même par émiettement, le cellulin. Lorsque le plâtre est sec, on injecte tous les jours dans la poche de caoutchouc 15 ou 20 centimètres cubes de glycérine. Le liquide distend peu à peu la poche et exerce sur la déformation une pression progressive. Ce procédé aurait donné quelques bons résultats.

G. Berruyer.

M. Lucien Got. *Contribution à l'étude des inflexions de l'épiphyse supérieure du tibia sur la diaphyse* (*Thèse*, Paris, 1902). — A la suite de tumeur blanche du genou ou d'ostéomyélite du tibia,

il se produit assez fréquemment une déformation caractéristique. Cette déformation consiste en une inflexion de l'épiphyse supérieure du tibia sur la diaphyse suivant un angle ouvert en avant et simulant une subluxation du genou. Cette incurvation diaphyso-épiphysaire antérieure, moins connue que la déformation semblable à concavité interne, se produit sans douleur et d'une manière progressive. Deux théories ont été soutenues pour expliquer la pathogénie encore obscure de cette déformation. Pour Sonnenburg, elle serait due à une action purement mécanique. L'épiphyse tibiale étant d'une part immobilisée aux condyles fémoraux par les ligaments et les muscles fléchisseurs contracturés; d'autre part, le membre inférieur reposant par le talon sur le plan du lit, il en résulte une pression continue qui fait fléchir le tibia au niveau du cartilage conjugal. D'après M. Jalaguier, le processus ostéogénique est plus actif à la partie postérieure qu'à la partie antérieure du cartilage conjugal, de sorte que la déformation est simplement due à l'inégalité de développement de la face antérieure et de la face postérieure du tibia.

G. Berruyer.

CHIRURGIE

Blandin. ***Epilepsie traumatique consécutive aux plaies du crâne par armes à feu*** (*Thèse*, Paris, 1902). — L'épilepsie traumatique débute immédiatement après le traumatisme cranien ou seulement au bout de longues années. L'épilepsie précoce, plus grave, doit faire redouter la contusion cérébrale et la méningite. Le plus souvent, un certain intervalle sépare le traumatisme et l'apparition des premiers accidents.

Des phénomènes prémonitoires d'ordre physique et moral annoncent souvent les crises, ordinairement précédées d'une aura motrice, sensitive ou psychique. Localisées, les convulsions occupent la face, le membre supérieur, le membre inférieur, suivant les trois types classiques. Le signal symptôme de Seguin, qui marque le début de la crise, est important pour localiser la lésion. L'accès épileptiforme est suivi de troubles secondaires parmi lesquels il faut retenir les paralysies localisées. L'état général dépend du nombre, de l'intensité des crises. L'épilepsie traumatique peut se compliquer de troubles cérébraux, surtout d'accidents infectieux. Les abcès cérébraux sont fréquents : ils apparaissent tôt ou à longue échéance; leur pronostic est sévère, les abcès tardifs étant un peu moins graves. Ils peuvent néanmoins guérir complètement par le traitement chirurgical.

Très importants pour le diagnostic sont les signes extérieurs : cicatrices déprimées ou adhérant au squelette, enfoncements ou saillies, douleur fixe à la pression.

L'épilepsie traumatique résulte presque toujours des lésions produites par des armes à feu de faible portée (revolvers de la pratique civile). Le projectile atteint le crâne le plus souvent au niveau de la région pariétale ou temporale, c'est-à-dire dans les régions voisines des centres moteurs. L'auteur n'a relevé que trois cas où la lésion siégeait à la base.

L'orifice d'entrée de la balle présente de nombreuses esquilles déprimées, enfoncées vers la substance cérébrale, incrustées dans la dure-mère. Plus tard, à la période de réparation des lésions, peuvent persister des irrégularités de la table interne, un épaississement uniforme de l'os. Les méninges adhèrent au cerveau, qui perd de sa mobilité, et ces cicatrices méningées sont d'autant plus épaisses et étendues que l'infection a été plus grave.

L'agent vulnérant est presque toujours une balle de petit calibre. Aseptique à la sortie du revolver, elle se septise à travers les cheveux et la coiffure. Bien tolérée dans la plupart des cas, elle peut déterminer un abcès autour d'elle.

La cause de l'épilepsie traumatique n'est pas une : la compression, l'excitation, la lésion cérébrale ont chacune leur part dans la genèse des accidents. L'épilepsie traumatique est rarement provoquée par la présence de la balle, par un abcès cérébral. Elle est le plus souvent produite par les lésions osseuses (esquilles, enfoncements, hyperostose), les cicatrices et adhérences méningo-cérébrales. Il faut penser à l'épilepsie réflexe dont l'auteur rapporte trois cas, et qui est due à un traumatisme siégeant loin d'un centre cérébral.

L'état névropathique du sujet, l'abus de l'alcool et de l'absinthe ont une influence considérable sur l'apparition des accès.

Le traitement chirurgical trouve ses indications dans l'intensité des crises et des phénomènes cérébraux, la répétition des accès.

Dans le choix du lieu de trépanation, l'on sera guidé par les signes de localisation fournis par le signal symptôme, l'aura, le type convulsif, le siège de la douleur provoquée, mais surtout par les signes extérieurs du traumatisme.

La radiographie indique l'existence et le siège de la balle, mais ne fournit aucun renseignement sur la présence d'esquilles.

L'intervention immédiate qui permet d'enlever les esquilles, d'aseptiser la plaie, le repos, peuvent prévenir les accidents. La trépanation précoce dirigée contre l'épilepsie n'est pas plus grave que la trépanation tardive, quand on peut se préserver des accidents d'infection. La trépanation tardive peut toujours être tentée, quelle que soit la longue durée des accidents. La guérison est possible après trente-deux ou trente-six ans.

La couronne de trépan suffit pour relever un enfoncement, enlever des esquilles. La réimplantation de la rondelle osseuse expose à la récidive.

Pour extraire facilement une balle, il faut faire la craniectomie temporaire.

La dure-mère sera incisée pour détruire des adhérences méningo-cérébrales, explorer largement le cerveau. Il est indiqué, dans les récidives, de laisser ouverte la dure-mère en la suturant au périoste.

L'on pourra exciser les cicatrices vicieuses méningo-encéphaliques. Bergman et Horsley excisent le centre cérébral lui-même.

M. Blandin rapporte 48 observations :

Huit malades n'ont pas été opérés : 5 morts; mais 2 malades sont morts, l'un dix-huit ans, l'autre trente ans après le traumatisme, de tétanos et de bronchopneumonie.

Trente-quatre malades ont été opérés : 5 morts.

La trépanation primitive est un peu plus grave que la trépanation tardive.

La guérison après l'opération peut être complète et définitive; il est impossible de dire dans quelle proportion.

Chifoliau.

FACULTÉ DE PARIS

Congés du nouvel an. — A l'occasion de la nouvelle année, les cours, conférences et travaux pratiques vaqueront du dimanche 28 Décembre 1902 au lundi 5 Janvier 1903.

Anatomie. — M. le professeur P. Poirier commencera le cours d'anatomie le mercredi 7 Janvier 1903, à 4 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Système vasculaire.

NOUVELLES

Paris et Départements

Service de santé militaire. — Au cours de la prochaine année, les médecins-inspecteurs Kelsch, Dieu et Chauvel seront atteints par la limite d'âge. Par suite deviendront vacants les emplois suivants : direction du Val-de-Grâce, direction du service de santé au Ministère de la Guerre, direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

On annonce que les candidats désignés [pour ces postes sont : pour le Val-de-Grâce, M. le médecin-inspecteur Delorme, ancien professeur au Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine; 7e direction, M. le médecin-inspecteur Gentil, directeur du service de santé du 1er corps; gouvernement militaire de Paris, M. le médecin-inspecteur Claudot, directeur de l'Ecole de Lyon.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés dans le corps de santé des troupes coloniales à l'emploi de médecin aide-major de 1re classe stagiaire, MM. Cachin et Vincent, qui serviront le premier en Afrique occidentale française et le second en Indo-Chine.

Société médico-chirurgicale des praticiens de Lyon et de la région. — Cette nouvelle Société vient d'être fondée dans le but :

1° De grouper en un centre scientifique tous les praticiens; de faire connaître les observations cliniques recueillies quotidiennement par nos confrères et perdues généralement pour cause d'isolement; et de tenir au courant des nouvelles méthodes et des progrès de la science les praticiens qui n'ont pas un seul instant de repos;

2° D'établir entre les médecins des liens de bonne solidarité, qui feront disparaître les rivalités mesquines nuisibles à tous. Ces liens se développeront d'eux-mêmes par un contact de tous les soirs dans le local de la Société, où l'on causera des faits de la journée, où l'on échangera des idées, et où l'on demandera conseil aux confrères plus expérimentés.

Le Comité nommé par la nouvelle Société pour l'année 1903 est composé de :

MM. Morel, président: Bert, Durand, vice-président; Feuillade, secrétaire général; Etiévant, secrétaire-adjoint; Chirat, trésorier; Audemard, Cuzin, secrétaires des séances; Alombert, archiviste; Bouveyron, Chanoz, Chaumier, Moiret, Reymond, assesseurs.

Étranger.

Faculté de médecine de Berne. — M. F. de Quervain est nommé privat docent de chirurgie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. Paul Stolper est nommé privat docent de médecine légale et de médecine et de chirurgie des accidents.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. Jean Raczynski est nommé professeur extraordinaire de pédiatrie.

Faculté de médecine de Naples. — M. Cimmino est nommé privat-docent d'hygiène.

CONCOURS

Internat. — *Ordre de lecture des copies.* — MM. 1. François; 2. Reboul ; 3. Nicolas ; 4. Delacroix ; 5. Ferrand ; 6. Lucas-Championnière ; 7. Manoussi 8. Dézarnaulds ; 9. Picot ; 10. Raymond ; 11. Lesage ; 12. Martin (Georges) ; 13. Mlle Pascal ; 14. Cailliau ; 15. Gruget ; 16. Guérin-Beaupré ; 17. Francoz ; 18. Ripart ; 19. Mlle Mouroux ; 20. Marsan.

21. Binet (Léon) ; 22. Rabourdin ; 23. Davenière ; 24. Collin ; 25. Carlotti ; 26. Peyron ; 27. Sénéchal ; 28. Privat ; 29. Hudelot ; 30. Labonnette ; 31. Thébault ; 32. Renaud ; 33. Bernheim ; 34. Mougenc de Saint-Avid ; 35. Verdier ; 36. Huchet ; 37. Rivet ; 38. Brissy ; 39. Dureau ; 40. Rouhier.

41. Nandrot ; 42. Berthaux ; 43. Vigneron d'Heucqueville ; 44. Labadie-Lagrave ; 45. Poupardin ; 46. Caruette ; 47. Ferté ; 48. Simon ; 49. Cornélius ; 50. Chapotin ; 51. Devaux ; 52. Siégel ; 53. Busquet ; 54. Saissi ; 55. Blairon ; 56. Dubos ; 57. Faugère ; 58. Favreul ; 59. Maymou ; 60. Bardon.

61. Ollivier Beauregard ; 62. Caraven ; 63. Camus ; 64. Chochon-Latouche ; 65. Druais ; 66. Cléret ; 67. Baldenweck ; 68. Magitot ; 69. Boutin ; 70. Philibert ; 71. Hautefort ; 72. Herbinet ; 73. Billaudet ; 74. Tassin ; 75. Sari ; 76. Pernot ; 77. Patry (André) ; 78. Lagleize ; 79. David (Louis) ; 80. Daversin.

81. Sourdille ; 82. Küss ; 83. Blanluet ; 84. Lerimboure ; 85. Cottard (Eugène) ; 86. Pillet ; 87. Rœderer ; 88. Barbier (André) ; 89. Guimbellot ; 90. Wickersheimer ; 91. Sautelet ; 92. Perrin ; 93. Lemaistre ; 94. Jouvin ; 95. Hovelacque ; 96. Delmas ; 97. Caron ; 98. Loubier ; 99. Vidal (Pierre ; 100. Monod (Gustave).

101. Bloch ; 102. Oppert ; 103. Duplay ; 104. Pierre ; 105. Lebras ; 106. Parturier ; 107. Jeannel ; 108. Durand (Gaston) ; 109. Guerder ; 110. Cottard (Henri) ; 111. Eyméoud ; 112. Singer ; 113. Baron ; 114. Mourlhon ; 115. Benoît ; 116. Reinburg ; 117. Billon ; 118. Dieuzeide ; 119. Dupré ; 120. Wapler.

121. Baudoin (Emile) ; 122. Legroux ; 123. Burgaud (Victor) ; 124. Bornait-Legueule ; 125. Monier ; 126. Baudoin (Alphonse) ; 127. Darcanne ; 128. Feuillié ; 129. Poisot ; 130. Jullich ; 131. Maillard ; 132. Handelsmann ; 133. Demarque ; 134. Beauchef ; 135. Pelletier ; 136. Ménard ; 137. Chalamel ; 138. Daviau ; 139. Hubert (Camille) ; 140. Fruictier.

141. Leduc (Jean) ; 142. Collignon ; 143. Labouré ; 144. Monier-Vinard ; 145. Vieilliard ; 146. Perreaux ; 147. Cheulet-Luzié ; 148. Coutelas ; 149. de Nevrozé ; 150. Bergeaud ; 151. Merry ; 152. Omiécinsky ; 153. Béal ; 154. Laurence ; 155. Macé de Lépinay ; 156. Sauphar ; 157. Broca ; 158. Durand (Léon) ; 159. Zentler ; 160. Gilbert.

161. Cerise ; 162. Schæffer (Henri) ; 163. Croste ; 164. Lévy-Valensi ; 165. Vincent (Raymond) ; 166. Cailleux ; 167. Sloog ; 168. Filhoulaud ; 169. Lew ; 170. Blondin ; 171. Fage ; 172. Boudet ; 173. Claeys ; 174. Bourlier ; 175. Bresselle ; 176. Trouvé ; 177.

Tixier (Léon-Joseph) ; 178. Hérisson ; 179. Graux ; 180. Milhit.

181. Budin ; 182. Denéchau ; 183. Delapchier ; 184. Dobrovitch ; 185. Reulos ; 186. Gomand ; 187. Le Jemtel ; 188. Roussel ; 189. Tanon ; 190. Villebrun ; 191. Lasnier ; 192. Hue ; 193. Clément ; 194. Vincent (Pierre) ; 195. Eck ; 196. Raulot-Lapointe ; 197. Liné ; 198. Boulouneix ; 199. Vannier ; 200. Dupuy.

201. Friedel ; 202. Mollet ; 203. Duvergie ; 204. Robert ; 205. Doury ; 206. Matry ; 207. Trannoy ; 208. Piettre ; 209. Privat de Fortunié ; 210. Rais ; 211. Ollier ; 212. Burcker ; 213. Keller ; 214. Charrier ; 215. Lemaire (Louis) ; 216. Michel ; 217. Mlle Toufesco ; 218. Foucart ; 219. Georget ; 220. Lemoine (Aristide).

221. Perrigault ; 222. Vincent (Jules) ; 223. Mocquot ; 224. Rolet ; 225. Bazalgette ; 226. Bertrandon ; 227. Héchemann ; 228. Quinsac ; 229. Jardry ; 230. Petel ; 231. Ouvry ; 232. Chartier ; 233. Strœhlin ; 234. Lamorlette ; 235. Labrevoit ; 236. Gy ; 237. Thorel ; 238. Petiteau ; 239. Villandre ; 240. Racouchot.

241. Barbé ; 242. Papin ; 243. Roland ; 244. Cesbron ; 245. Henry (Robert) ; 246. Bour (Louis) ; 247. Chénier ; 248. Bodolec ; 249. Clermonthe ; 250. Mary ; 251. Loumaigne ; 252. Froget ; 253. Goulden ; 254. Chazal ; 255. Gaultry ; 256. Chandesris ; 257. Monod (Octave) ; 258. Bertrand ; 259. Rigollot-Simonnot ; 260. Gaillard.

261. Germain ; 262. Duvoir ; 263. Béné ; 264. Chauveau ; 265. Jousset ; 266. Poissenot ; 267. Christesco ; 268. Barbier (M.) ; 269. Ameuille ; 270. Tournay ; 271. Trapenard ; 272. Dreyfus ; 273. Chapeyron ; 274. Vidal (Denis) ; 275. Fay ; 276. Mignon ; 277. Ralliou ; 278. Sigre ; 279. Trèves ; 280. Haas.

281. Lebret ; 282. Blain (André) ; 283. Morange ; 284. Dupont ; 285. Renaudin ; 286. Chevallier ; 287. Roblès ; 288. Guyader ; 289. Flamand ; 290. Ciuciu ; 291. Leenhardt ; 292. Lafarge ; 293. Vincent (Clovis) ; 294. Lebrun ; 295. Vincent (René) ; 296. Hubert (Charles) ; 297. Demanche ; 298. Tixier (Léon-Eugène-Joseph) ; 299. Besnier ; 300. Mathieu.

301. Delille ; 302. Landowski ; 303. Caldaguès ; 304. Guilly ; 305. Fichot ; 306. Mesnager ; 307. Morel ; 308. Bourretère ; 309. Deshayes ; 310. Lagarde ; 311. Malloizel ; 312. De Bon ; 313. Giroux ; 314. Chazarain ; 315. Gourmand ; 316. Troller ; 317. Lemerle ; 318. Chirié ; 319. Moyrand ; 320, Mlle Maugeret.

321. Courcelle ; 322. David (Charles) ; 323. Guérin (Alphonse) ; 324. Barthélemy ; 325. Longin ; 326. Leroux ; 327. Belgodère ; 328. Deglos ; 329. Augé ; 330. Bing ; 331. Walter ; 332. Pathault ; 333. Chastagnol ; 334. Dupouy (Roger) ; 335. Desmoulins ; 336. Binet (Maurice) ; 337. Fernet ; 338. Buizard ; 339. Rembert ; 340. Péhin.

341. Aynaud ; 342. De Fourmestraux ; 343. Israël de Jong ; 344. Pappa ; 345. Fayolle ; 346. Joltrain ; 347. Abrami ; 348. Albert ; 349. Pottet ; 350. Galup ; 351. Blanche ; 352. Cottard (Georges) ; 353. Pater ; 354. Eschbach ; 355. Martin (Fernand) ; 356. Heuzey ; 357. Uhry ; 358. Coqueret ; 359. Richou ; 360. Kauffmann.

361. Huré ; 362. Deniker ; 363. Durey ; 364. Semper ; 365. Rendu ; 366. Vaury ; 367. Piérart ; 368. Hédouin ; 369. Picquet ; 370. Gaye ; 371. Lemeland ; 372. Moulu ; 373. Gandois ; 374. Truelle ; 375. Bonta ; 376. Amblard ; 377. Noréro ; 378. Chaix ; 379. Giraudet ; 380. De Gandt.

381. De Martel ; 382. Dubois ; 383. Le Louët ; 384. Claude ; 385. Garban ; 386. Fabre (Joseph) ; 387. Lafosse ; 388. Grosset ; 389. Gimbert ; 390. Corlieu ; 391. Boudou ; 392. Schaefer (Charles) ; 393. Vaubourdolle ; 394. Horteloup ; ; 395. Bonniot de Ruisselet ; 396. Duval. 397. Ribot ; 398. Henry (René) ; 399. Labarrière ; 400. Jacob ;

401. Riché ; 402. Mougeot ; 403. Mlle Roussel ; 404. Moutier ; 405. Bouygues ; 406. Rullier ; 407. Abrand ; 408. Chaboussant ; 409. Laplace ; 410. Fabre (Eugène) ; 411. Lemarchal ; 412. Rousselier ; 413. Lassance ; 414. Moncany ; 415. Laffont ; 416. Tinel ; 417. Lemoine (Francisque) ; 418. Claret ; 419. Galippe ; 420. Planson.

421. Brésard ; 422. Prieur ; 423. Bory ; 424. Krantz ; 425. Broc ; 426. Mallein ; 427. Braun ; 428. Bour (Denis) ; 429. Gravelotte ; 430. Lutaud ; 431. Vernes ; 432. Rabinovitch ; 433. Giraudeau ; 434. Francina ; 435. Ledoux ; 436. Duchet-Suchaux ; 437. Molimard ; 438. Bourée ; 439. Colombel ; 440. Lemaire (Jules).

441. Savouré ; 442. Portocalis ; 443. Girault ; 444. Fourcade ; 445. Berniolle ; 446. Signoret ; 447. Sibille ; 448. Flurin ; 449. Bourgeois ; 450. Grandchamp ; 451. Breton ; 452. Dubus ; 453. Woimant ; 454 ; Chahuet ; 455, Roy ; 456. Blain ; 457. Nathan ; 458. Blatin.

Anatomie. — Séance du 17 Décembre. — Ont lu : MM. François, 5 ; Nicolas, 10 ; Ferrand, 9 : Manoussi, 6 ; Dézarnaulds, 12 ; Picot, 13 ; Raymond, 7 ; Lesage, 2 ; Mlle Pascal, 9 ; M. Cailliau, 6. — *Absents* : MM. Reboul, Deburoix, Lucas-Championnière, Martin (Georges).

Séance du 18 Décembre. — MM. Gruget, 10 ; Guérin-Beaupré, 5 ; Francoz, 6 ; Ripart, 8 ; Mlle Mouroux, 11 ; MM. Marsan, 8 ; Rabourdin, 11 ; Collin, 5 ; Carlotti, 11 ; Sénéchal, 11. — *Absents* : MM. Binet (Léon), Davenière, Peyron.

Pathologie. — Séance du 16 Décembre. — Ont lu : MM. Chartier, 11 ; Strœhlin, 8 ; Labrévoit, 8 : Gy, 12 ; Thorel, 11 ; Villandre, 9 ; Barbé, 7. — *Absents* : MM. Petel, Ouvry, Lamorlette, Petiteau, Racouchot.

Séance du 18 Décembre. — MM. Papin, 13 ; Roland, 12 ; Henry (Robert), 8 ; Bour (Louis), 8 ; Chénier, 8 ; Bodolec, 11 ; Clermonthe, 6. — *Absents* : MM. Cesbrou, Mary.

Externat. — *Anatomie.* — Séance du mardi 16 Décembre. — *Configuration extérieure et rapports de la glande sous-maxillaire.* — MM. Noréro, 15 ; Sanson, 14 ; Vincent (J.), 14 ; Roederer, 16 ; De Nayville, 14 ; Roblès, 16 ; Ribot, 14 ; Vidal (P.), 16 ; Rendu, 16 ; Poissenot, 15 ; Lamoureux, 14 ; Labarrière, 16 ; Picot, 16 ; Matry, 16 ; Truelle, 16 ; Mougeot, 16 ; Mlle Toufesco, 15 ; MM. Reinburg, 14 ; Mourlhon, 15 ; Küss, 16. — *Absent* : M. Testart.

Séance du 18 Décembre. — *Muscle biceps brachial* : MM. Jouvin, 16 ; Singer, 10 ; Jardry, 16 ; Sigre, 14 ; Lew, 14 ; Mlle Roussel, 14 ; MM. Mouzenc de Saint-Avid, 14 ; Jullich, 14 ; Ralliau, 15 ; Hudelot, 14 ; Villebrun, 14 ; Trèves, 15 ; Hérisson, 16 ; Tixier, 16 ; Testart, 14 ; Roubier, 14 ; Soullard, 10 ; Rivet, 16 : Girard, 10 ; Fruictier, 0 ; Delille, 16.

Pathologie. — Séance du 17 Décembre. — *Complications de la lithiase biliaire* : Mlle Pascal, 16 ; MM. Labonnette, 14 ; Sanson, 15 ; Mourlhon, 14 ; Rendu, 16 ; Lew, 14 ; Mougeot, 14 ; Reinburg, 14 ; Poissenot, 14 ; Mlle Roussel, 14 ; MM. Villebrun, 15 ; Trives, 15 ; Roblès, 14 ; Ralliou, 15 ; Delapchier, 15 ; Hèchemann, 14 ; Béal, 15 ; Broc, 15 ; Fayolle, 15 ; Besnier, 15 ; Matry ; Rœderer, 16. — *Absents* ; MM. Thorel, Bodolec, Ribot, Giraudet, Gy.

Ecole de médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira le 20 Juillet 1903 devant l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Montpellier, pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours s'ouvrira, le 9 novembre 1903, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecoles de médecine navale. — Des concours pour quatre emplois de professeur dans les écoles de médecine navale seront ouverts au port de Brest le 28 janvier 1903 :

A. — Concours pour la chaire de physiologie, hygiène et médecine légale à l'École de Bordeaux (remplacement de M. Le Méhauté) ;

B. — Concours pour la chaire de séméiologie médicale à l'École annexe de Toulon (emploi vacant) ;

C. — Concours pour la chaire de chimie biologique aux Écoles annexes de Brest et de Rochefort (remplacement de MM. Riffaud et Camus).

École vétérinaire d'Alfort. — Un concours sera ouvert le 15 Avril 1903 à l'école vétérinaire d'Alfort, pour la nomination d'un professeur de pathologie chirurgicale, manuel opératoire, ferrure et clinique.

Le programme de ce concours se distribue à Paris, au ministère de l'agriculture (bureau des écoles et services vétérinaires), et dans les trois écoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

Prix Duparcque. — En décembre 1903, dans sa dernière séance, la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparcque (une somme de 1.300 francs est disponible) à l'auteur du meilleur mémoire en français sur un sujet restant au choix de l'auteur, mais ne sortant pas du cadre de la pathologie mentale. Les mémoires, inédits et non encore récompensés, devront être déposés au siège de la Société, 12, rue de Seine, ou chez le secrétaire général, 2, rue Casimir-Delavigne, avant le 1er octobre 1903, dernier délai. — Ils devront porter une épigraphe et être accompagnés d'un pli cacheté : ce pli devra porter uniquement, à l'extérieur, la même épigraphe reproduite, à l'intérieur le nom et l'adresse de l'auteur. Tout auteur qui se serait fait connaître d'une façon quelconque avant l'attribution du prix serait exclu de fait du concours. — Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.

Prix Falcouz. — Le sujet proposé pour le prix Falcouz par la Faculté de médecine de Lyon pour l'année 1904 a pour titre : *Le paludisme dans les Dombes.*

Pour être admis à concourir, il suffit d'être de nationalité française. Aucune limite d'âge n'est imposée.

Les mémoires (manuscrits ou imprimés) devront parvenir au Secrétariat de la Faculté de médecine avant le 1er Mai 1904.

Le prix est de 1.000 francs.

MEMENTO DU PRATICIEN

Pour activer la sécrétion lactée.

L'extrait de galega possède la propriété d'augmenter la sécrétion lactée ; à ce titre voici une formule que l'on pourra employer en toute sécurité :

Extrait de galega. . . .	5 grammes.
Teinture de vanille. . .	XX gouttes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.	200 grammes.

2 à 4 cuillerées à soupe par jour.

Contre les crises gastriques.

L'eau chloroformée associée à la pepsine et à la cocaïne constitue un bon mélange à employer contre les crampes d'estomac, crises gastralgiques, vomissements.

Pepsine liquide titre 100 . .	5 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne . .	0 gr. 10.
Chlorhydrate de morphine.	0 — 05.
Eau chloroformée.	50 —
Glycérine	10 —
Vin de Samos.	140 —

1 cuillerée à soupe deux ou trois fois par jour au moment des crises.

Sirop pour enfants rachitiques.

Iode.	1 gramme.
Extrait de ratanhia	5 —
Glycérophosphate de soude.	10 —
Sirop de cerises	485 —

1 cuillerée à soupe une demi-heure avant déjeuner et dîner.

RENSEIGNEMENTS

On demande des médecins spécialistes pour les yeux, gorge, oreille, femmes, peau, et la médecine en général, et pharmacien. S'adresser *P. M.*, n° 888.

A prendre de suite bon poste médical à deux heures de Paris. Canton de 6.000 habitants ; chemin de fer, téléphone. S'adresser *P. M.*, n° 889.

M. le Dr Herbet, prosecteur des hôpitaux et M. le Dr Gaudy, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, reprendront leur conférence privée d'internat le 10 Janvier. S'inscrire soit à l'Hôtel-Dieu, le matin, soit à l'amphithéâtre des hôpitaux, l'après-midi de 1 à 4 heures.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 103. — Mercredi, 24 Décembre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VIe.

AVIS IMPORTANT

Nous prions nos abonnés qui ne nous ont pas encore fait parvenir le montant de leur renouvellement pour 1903, de vouloir bien faire bon accueil à la quittance qui leur sera présentée par la Poste,

à partir du 24 Décembre.

SOMMAIRE

ARTICLES

CHRONIQUE

LIVRES NOUVEAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

MEMENTO DU PRATICIEN

NOUVELLES

LA SEANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

— 23 Décembre 1902 —

Hier mardi 23 Décembre avait lieu la séance solennelle de l'Académie de médecine pour l'année 1902, séance consacrée, suivant le règlement, à la proclamation et à la distribution des prix décernés par l'Académie, puis à l'éloge d'un académicien décédé fait par le secrétaire perpétuel.

Pour la première fois, l'Académie tenait sa séance solennelle dans la nouvelle salle de la rue Bonaparte; on pouvait compter sur une nombreuse assistance : il n'en a rien été. Seules les tribunes contenaient un certain nombre d'invités; au parterre académique, beaucoup plus de fauteils vides que de fauteuils occupés; quelques élégantes toilettes autour de rares académiciens : je n'ai guère pu en compter que 27 sur 110 ayant droit au fauteuil, dont les professeurs Hayem, Jeoffroy, Blanchard, Debove qui considère comme un devoir d'assister à toutes les cérémonies où la présence du doyen de la Faculté de médecine est de tradition; puis MM. Nocard, Roux, Lereboullet, Regnard, Hérard, etc. etc., parmi les assidus des séances académiques.

Je me permettrai de trouver regrettable ce manque d'empressement à assister à une séance solennelle dans laquelle devait se manifester avec éclat le rôle scientifique et administratif de l'Académie; cette quasi-abstention ne peut qu'être préjudiciable au prestige qui s'attache à l'Académie de médecine de Paris.

* * *

La séance s'est ouverte sous la présidence de M. Riche par un excellent rapport général sur les prix, fait par M. Vallin, secrétaire.

Sur 38 prix, 22 seulement ont été décernés. Le nombre des lauréats a été sensiblement moins élevé cette année que les années précédentes; ceci tient à ce qu'un certain nombre de prix qui, d'ordinaire, étaient partagés, ne le sont plus maintenant. L'Académie a été dans l'obligation de prendre cette mesure imposée, à la suite d'une consultation juridique, par plusieurs exécuteurs testamentaires; c'est ainsi que le prix Saintour, par exemple, qui, les années précédentes, avait été divisé, ne l'a plus été cette année, et cependant 54 mémoires avaient été adressés pour ce prix.

M. Vallin, dans son rapport, insiste particulièrement sur certains des mémoires couronnés.

Nous avons entendu avec plaisir l'éloge de deux de nos collaborateurs, MM. Bezançon et Griffon, auxquels l'Académie a accordé une somme de 2.000 francs pour leur travail sur la « culture du bacille de la tuberculose sur sang gélosé », somme prélevée sur le prix Audiffred qu'elle court gros risque de ne jamais pouvoir accorder en sa totalité. On sait, en effet, que, depuis 1896, l'Académie jouit d'un legs de 24.000 francs de rente annuelle, valable seulement pendant vingt-cinq ans, « à décerner à la personne, sans distinction de nationalité ni de professions fût-ce un membre de l'Académie, qui aura découvert un remède préventif ou curatif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris »; le jugement de l'Académie est sans appel.

M. Vallin a ensuite attiré particulièrement l'attention sur le mémoire de M. J. Castaigne, dont les lecteurs de *La Presse Médicale* ont su apprécier souvent les travaux, sur l' « épreuve du bleu de méthylène et la perméabilité rénale » qui lui a valu le prix Campbell Dupierris de 2.300 fr.; puis sur les travaux de M. Jaboulay, de Lyon, qui a obtenu le prix Laborie de 5.000 francs pour sa belle « Chirurgie des centres nerveux, des viscères et des membres ».

Le prix Monbinne, de 1.500 francs, destiné à subventionner des missions scientifiques d'intérêt médical, a été décerné au correspondant de notre journal à Copenhague, M. Ehlers, dont les sympathies pour la France sont si appréciées ; son mémoire avait pour sujet « La lèpre en Crète ».

M. Vallin a encore mentionné particulièrement le lauréat du prix Saintour, de 4.400 francs, le professeur Testut (de Lyon) pour son « Traité d'anatomie humaine ».

Enfin le secrétaire a particulièrement attiré l'attention sur un remarquable travail dû à trois médecins de l'armée, MM. Fluteau, Tostivint et Lafforgue, relatif à la « Statistique, étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde dans l'armée », qui leur a valu le prix Vernois de 700 francs dont la valeur semble insuffisante pour un aussi important mémoire.

M. Vallin a lu ensuite les noms des lauréats du service des eaux minérales, du service des épidémies, du service de l'hygiène de l'enfance, du service de la vaccine.

* * *

L'ancien académicien dont l'éloge devait être fait cette année était l'aliéniste Baillarger. Par dérogation à la coutume, le secrétaire perpétuel avait cédé la parole à M. Magnan qui, en sa qualité d'aliéniste et de disciple de Baillarger, était plus que tout autre désigné pour faire cet éloge.

En termes élevés, M. Magnan a rappelé quelle figure remarquable avait été Baillarger. Il a montré en lui les grandes qualités du médecin, de l'éducateur, du philanthrope.

On sait, en effet, quel esprit ouvert eut jusqu'à la fin de sa longue carrière l'aliéniste de la Salpêtrière, et à ce propos M. Magnan a rappelé avec quelle précision il avait su mettre à profit, à un âge où, depuis longtemps, a sonné l'heure du repos, les travaux si suggestifs de Ramon y Cajal sur les neurones.

Il a montré avec quelle clarté, avec quelle méthode Baillarger donnait son enseignement aux élèves qui suivaient son service. Il a loué en lui le philanthrope qui, en 1867, avait fondé l'Association mutuelle des aliénistes qu'il avait présidée pendant vingt-cinq ans. Enfin il a terminé en disant combien avait été belle en 1894 l'inauguration du buste commémoratif placé à l'hospice de la Salpêtrière, dont, si longtemps, Baillarger avait été le médecin.

* * *

Après cet éloge, la séance était levée. Disons en terminantque — est-ce la répartition autre du public, est-ce la merveilleuse diction des orateurs, est-ce toute autre cause? l'acoustique de la salle des séances m'a paru meilleure, ou plutôt moins mauvaise, que lors des premières séances; mais le service de la presse est toujours installé d'une façon aussi défectueuse et aussi peu en rapport avec ses fonctions. Quand se décidera-t-on à remédier à ce fâcheux état de choses?

E. De Lavarenne.

LIVRES NOUVEAUX

Victor Aud'houi. — *Traité de thérapeutique et de matière médicale.* 2e édition revue et mise au courant des derniers progrès. Deux forts volumes in-8° de 1856 pages, 25 francs. Paris, 1902 (Société d'éditions scientifiques et littéraires).

Cette œuvre magistrale a un mérite bien rare : l'originalité et la sincérité. Avec une méthode toute personnelle, avec une réelle puissance dialectique, le vieux maître étudie la nosologie et aboutit à des conclusions souvent audacieuses, parfois paradoxales, toujours suggestives. Nous ne pouvons évidemment le suivre dans son jugement sévère à l'endroit du sérum antidiphtéritique, dans sa critique impitoyable de la vaccination anti-rabique, dans sa condamnation sommaire et sans appel des composés arsenicaux organo-métalliques, mais il faut lire les considérants de ces « arrêts » en leur forme claire, nette, tranchante, pour apprécier la vigueur de cet esprit étonnant de verdeur et de combativité.

La première partie déroutera un peu, par la part sans doute exagérée qui est faite aux conceptions nosologiques anciennes de Broussais et de Bouillaud, bien oubliées de nos jours; elle n'en constitue pas moins un vrai régal pour le médecin curieux et chercheur.

Les livres suivants sont un véritable commentaire thérapeutique du Codex. Les données positives abondent, mais la néophobie est trop évidente; les acquisitions thérapeutiques relativement récentes (par exemple, bains froids dans les infections, salicylate de soude dans le rhumatisme) nous paraissent jugées avec une sévérité excessive.

Le chapitre consacré à l'homéopathie est d'une lecture recommandable. Les érudits feront une ample moisson d'utiles renseignements dans l'index bibliographique si original annexé à l'ouvrage.

Alfred Martinet.

R. Nogué. — *Formulaire spécial de thérapeutique infantile.* 2e édition avec préface de M. G. Variot, un volume in-18 de 664 pages, broché, 7 francs, Paris, 1902 (Société d'éditions scientifiques et littéraires).

Dans ce formulaire, les praticiens trouveront, rangées par ordre alphabétique et résumées de façon claire, les pratiques thérapeutiques infantiles, médicales et chirurgicales, des cliniciens les plus réputés. Il n'a été fait dans l'ouvrage aucun changement important; quelques formules ont été ajoutées, quelques autres supprimées, quelques médications nouvelles signalées.

Alfred Martinet.

BIBLIOGRAPHIE

Éléments de physiologie, par M. F. Laulanié, directeur et professeur de physiologie à l'École nationale vétérinaire de Toulouse. 1 vol. in-8° jésus de 1072 p. avec 109 figures intercalées dans le texte (*Asselin et Houzeau*, éditeurs, Paris).

Traité de technique opératoire, par Ch. Monod, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, et J. Vanverts, ancien interne l'auréat des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille. 2 forts volumes gr. in-8°, avec 1907 figures dans le texte, 40 francs. (*Masson et Cie*, éditeurs, Paris.)

Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris, 30 fascicules gr. in-8° de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule : 1 franc. (Librairie *J.-B. Baillière et fils* , 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Traité des maladies de l'enfance, par Jules Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, 4e édition revue et augmentée, 1 vol. in-8° jésus de 1175 pages. (*J. Rueff* éditeur, Paris.)

La rééducation motrice, par Maurice Faure, in-8° de 20 pages, 1 franc, (*Octave Doin*, éditeur, place de l'Odéon, Paris.)

Etude statistique sur la mortalité infantile à Montpellier de 1892 à 1901, par Mme Cayrol-Blum, docteur en médecine, lauréate de la Faculté de Montpellier, avec une préface du professeur Baumel (de Montpellier), In-8° de 125 pages avec nombreux tableaux dans le texte et hors texte, 3 francs. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

Traité des maladies épidémiques, étiologie et pathogénie des maladies infectieuses, par A. Kelsch médecin inspecteur de l'armée, membre de l'Académie de médecine. Tome II. — Premier fascicule : *Des fièvres éruptives.* 1 vol. in-8° de 300 pages avec tracés dans le texte, 6 francs. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

Consultations médico-chirurgicales, publiées sous la direction de F. Combemale, professeur de clinique médicale, doyen de la Faculté de médecine de Lille, par MM. Ausset, Caumartin, Charmeil, Combemale, Dubar, Folet, Gaudier, Ingelrans, de Lapersonne, le Fort, Oui, Potel, Surmont, professeurs, professeurs agrégés, chefs de clinique à la Faculté de médecine de Lille. Première série. 1 vol. in-16 jésus, cartonné toile, de 564 pages, 6 francs. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

SÉROTHÉRAPIE

DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par M. le Professeur CHANTEMESSE

La démonstration de l'utilité d'un remède ne peut être fournie que par la comparaison rigoureuse et prolongée de ses résultats avec ceux que fournissent les autres méthodes de traitement.

Le sérum antityphoïde, dont j'ai fait connaître ailleurs le mode de préparation, possède-t-il, pour aider l'homme à supporter la fièvre typhoïde, le même pouvoir préventif et curatif qu'il témoigne à l'égard des animaux soumis au virus typhique? Peut-il être injecté sans danger à l'homme? Voilà le problème.

* * *

La guérison rapide de quelques cas, l'amélioration des symptômes, les résultats favorables d'une statistique peu étendue, ne constituent pas des preuves, et le médecin peut être le jouet du hasard ou d'une série heureuse. Il faut que l'observation soit longuement comparative.

Il m'a paru que la comparaison pouvait se faire en prenant d'une part les indications consignées sur les registres officiels de tous les hôpitaux parisiens au sujet de la mortalité de la fièvre typhoïde pendant une période assez longue (vingt mois) et d'autre part les indications que porte le registre officiel du Bastion 29 pendant la même période de temps. Dans les hôpitaux de Paris on applique le traitement hydrothérapique et pharmaceutique ordinaire; au Bastion 29 seul est utilisé le sérum antityphoïde et l'hydrothérapie. Par suite, pendant une même période, une même épidémie urbaine les hôpitaux dans leur totalité servent pour ainsi dire d'expérience témoin aux résultats fournis par le seul Bastion 29.

Sur les registres officiels de chaque hôpital j'ai moi-même relevé — pour pouvoir en certifier la rigueur — les chiffres que je vais donner.

Depuis trois ou quatre ans, la fièvre typhoïde s'est montrée plus grave qu'elle n'était les années précédentes. La cause de cette violence inusitée qui reparait par périodes dans toutes les maladies infectieuses et en particulier dans la diphtérie et la fièvre typhoïde est inconnue.

MALADES ENTRÉS ET SORTIS DES HOPITAUX APRÈS AVOIR ÉTÉ TRAITÉS POUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE DU 1er AVRIL 1901 AU 1er DÉCEMBRE 1902

NOMS des hôpitaux.	SORTIS après guérison.	DÉCÈS.
Hôtel-Dieu	77	21
Lariboisière	144	43
Saint-Antoine	124	19
Tenon	124	27
Boucicaut	34	4
Broussais	29	8
Andral	22	2
Bichat	42	12
Cochin	57	8
Maison Municipale de Santé	72	38
Necker	64	21
Beaujon	191	30
Laënnec	75	11
La Pitié	70	24
La Charité	67	18
	1.192	286

Mortalité : 19.3 pour 100.

De l'examen de cette statistique découlent trois conclusions :

1° La moyenne de la mortalité par fièvre typhoïde dans les hôpitaux parisiens du 1er Avril 1901 au 1er Décembre 1902, a été de 19,3 pour 100.

2° Certains hôpitaux ont fourni une proportion de décès plus forte, d'autres plus faible, mais toujours — à condition de considérer un chiffre assez grand de malades, — la moyenne de la mortalité est restée au-dessus de 12 pour 100.

3° Les moyennes basées sur un petit nombre de cas n'ont aucune signification. Comme preuve, je ne citerai qu'un exemple parce qu'il est suffisant. L'hôpital Laënnec, du 1er Avril 1901 au 31 Décembre de la même année a eu 44 cas de fièvre typhoïde et pas un seul décès. L'année suivante (1902), le même hôpital, recevant les malades du même quartier, avec le même personnel médical et infirmier, a eu 42 malades atteints de fièvre typhoïde, sur lesquels 11 ont succombé.

En regard de ces chiffres, plaçons ceux que nous fournit l'examen du registre officiel de l'hôpital du Bastion 29.

MALADES ENTRÉS ET SORTIS DU BASTION 29 APRÈS AVOIR ÉTÉ TRAITÉS POUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE DU 1er AVRIL 1901 AU 20 DÉCEMBRE 1902

Sortis après guérison	179
Décès	7

Mortalité : 3,7 pour 100.

Dans ce nombre n'est pas compris le cas d'une jeune femme qui, convalescente de fièvre typhoïde, a contracté par contagion directe et précise une diphtérie toxique des fosses nasales et de la gorge qui l'a emportée en trente heures.

* * *

La différence des chiffres de la mortalité entre l'ensemble des hôpitaux parisiens (sauf le Bastion 29) et ce même Bastion 29, est si grande qu'elle ne peut être attribuée au hasard. Je crois devoir rapporter à l'emploi du sérum antityphoïde le bénéfice de vies humaines réalisé.

En effet, indépendamment du sérum, j'utilise, comme mes collègues, pour traiter les typhiques, les bains froids, chauds ou les affusions froides. L'année dernière, on m'a fait cette objection : les résultats favorables obtenus par le sérum antityphoïde et l'hydrothérapie ne seraient-ils pas dus simplement aux bains froids? Nous savons ce que donne à Paris l'emploi des bains froids, même le plus systématique. Les statistiques sont nombreuses et probantes. Cette méthode de traitement qui a rendu et qui rend des services inappréciables, n'a cependant jamais pu, dans les hôpitaux parisiens, — à condition d'envisager un grand nombre de malades, — faire tomber la mortalité audessous de 12 pour 100. L'écart entre ce chiffre et celui de 3 à 4 pour 100 que j'obtiens au Bastion 29 me paraît représenter précisément le bénéfice imputable au sérum.

* * *

Il est intéressant de savoir que la sérothérapie anti-typhoïde donne une faible mortalité; il est plus intéressant peut-être de connaître les raisons des échecs de cette sérothérapie. Sur mes 186 malades, 7 ont succombé. Voici le résumé des observations cliniques et anatomiques de ces derniers : 1er cas, jeune homme apporté à l'hôpital avec une hémorragie intestinale très abondante, contracte une pneumonie lobaire et meurt; 2e cas, homme de quarante ans entre à l'hôpital avec fièvre typhoïde ataxo-adynamique, atteint de plus d'une syphilis au stade secondaire et d'une blennorragie aiguë, il succombe en trois jours malgré le sérum; 3e cas, jeune homme apporté dans le coma à l'hôpital, meurt en deux jours. A l'autopsie nous trouvons les lésions de la fièvre typhoïde et une péritonite purulente généralisée sans aucune perforation intestinale; 4e cas, jeune femme, atteinte de fièvre typhoïde présente des douleurs péritonéales; succombe tardivement à des phénomènes d'obstruction intestinale créée par des adhérences des anses intestinales entre elles.

Dans les 5e, 6e et 7e cas, la mort a été provoquée par une perforation intestinale.

Je n'insiste pas sur les modifications imprimées à l'évolution de la maladie par l'injection de sérum. J'ai donné des renseignements suffisants l'année dernière Il est, toutefois, un point important à considérer. Quelle est la mesure de la protection que confère le sérum contre la perforation intestinale? Pour résoudre ce problème, il faut comparer les résultats de statistiques rigoureuses et nombreuses, car la fréquence des perforations est variable avec la force des épidémies. On se rappelle la campagne violente menée contre les bains froids que l'on a accusés de provoquer des perforations intestinales. Le temps a fait justice de cette imputation. En ce qui concerne la fréquence de cet accident, si l'on consulte les travaux des hommes qui font autorité dans cette question, Murchison en Angleterre, Griesinger en Allemagne, Flint en Amérique, on relève les renseignements suivants : Murchison a observé 46 cas de perforation sur 1.580 malades, soit 3,04 pour 100; Griesinger, 14 cas sur 600 malades, soit 2,3 p. 100; Flint indique une fréquence de 2,74 p. 100. Au total, l'observation d'un grand nombre de malades donne pour la fréquence de la perforation le chiffre de 2,69 pour 100 malades environ. Sur les 186 patients traités par le sérum j'ai eu trois perforations mortelles et deux autres opérées neuf heures et dix heures et demi après le début, et qui ont guéri grâce à l'habileté opératoire de mon collègue M. Chevalier, chirurgien des hôpitaux de Paris. Cela fait, en somme, 5 cas de perforation. On voit donc que sur les malades d'hôpital qui entrent d'ordinaire après huit jours et plus de maladie, le sérum ne paraît pas diminuer la fréquence de cette terrible complication. C'est que la cause essentielle de la perforation est la nécrose de l'intestin, et que cette nécrose est déjà faite, plus ou moins étendue, au début du second septénaire, et à plus forte raison plus tard. Les cinq malades qui ont eu des perforations ont été injectés, un le douzième jour, trois le dixième jour et un le huitième jour.

Je n'ai pas encore vu de perforation chez des malades traités par le sérum à une période plus rapprochée du début de leur maladie. A ce sujet j'attire l'attention sur l'observation suivante : à l'hôpital de la Marine de Saint-Mandrier, où les marins entrent d'ordinaire dès les premiers symptômes de leur affection,

le sérum a été injecté à 151 malades atteints de fièvre typhoïde; un seul a eu une perforation intestinale. Encore s'agissait-il d'un homme injecté le huitième jour seulement. Ces faits démontrent l'extrême utilité de faire l'injection de sérum aussi près que possible du début de la maladie. Il m'est arrivé, par une précoce intervention, de faire avorter en cinq ou six jours des fièvres typhoïdes parfaitement légitimes. On objectera que cette hâte expose à injecter du sérum à des malades qui n'ont pas la fièvre typhoïde. Je réponds qu'importe? Une dose minime de sérum (2 centimètres cubes), injectée à un homme bien portant ou souffrant d'une maladie autre que la fièvre typhoïde, n'a aucun mauvais effet.

Le chiffre des malades traités au Bastion 29 est trop faible pour permettre à ceux qui n'ont pas suivi l'évolution de la fièvre d'asseoir leur conviction. Il faudra, pour juger définitivement la valeur du sérum, l'observation de plusieurs milliers de cas. Cependant, à s'en tenir aux cas hospitaliers, le nombre des malades traités systématiquement dépasse déjà 500. Aux 186 cas de la statistique présente, je puis ajouter les 70 cas publiés par moi antérieurement (*Traité de médecine de Bouchard et Brissaud*, 2e édition) avec 4 morts, et les 100 cas de la statistique de l'année dernière avec 6 morts. Soit, au Bastion 29, 356 cas de fièvre typhoïde qui ont donné 17 morts, c'est-à-dire une mortalité de 4,7 pour 100. J'ajoute que la mortalité de l'année présente a été plus faible — presque de moitié — que celle des années précédentes, parce que j'ai appris à mieux manier le sérum.

Mis au courant des résultats obtenus à Paris, M. le directeur du service de santé de la marine de Toulon, Rouvier, a bien voulu autoriser l'emploi du sérum antityphoïde chez les marins soignés pour la fièvre typhoïde. A l'hôpital de Saint-Mandrier, du 10 Août 1902 à fin Novembre, 151 malades ont été injectés par MM. les docteurs Planté et Foucault, que je remercie de leur extrême dévouement; 13 ont succombé. Le résultat, favorable en soi, l'a été moins qu'à Paris, parce que, malgré la très haute compétence de M. le docteur Planté, les médecins de la marine avaient moins que moi-même la longue habitude de manier ce nouveau remède, et parce que la méthode balnéothérapique que j'utilise au Bastion 29 ne pouvait être entièrement pratiquée. Au total, ceci donne 507 cas de fièvre typhoïde soignés par la sérothérapie *chez les adultes* à l'hôpital, cas bien contrôlés et bien contrôlables, qui ont donné 30 morts, soit une mortalité totale inférieure à 6 pour 100.

Si l'on compare à ces chiffres les résultats que l'on a l'habitude de considérer comme les plus beaux, ceux de l'armée allemande, qui l'année dernière ont fourni environ 9 1/2 pour 100 de mortalité (929 cas avec 87 décès, on voit que la mortalité des typhiques traités par la sérothérapie est notablement plus faible que celle fournie par les anciennes méthodes de traitement. Chez les enfants, les résultats sont non moins favorables. Mon collègue M. le docteur Josias, médecin de l'hôpital Bretonneau, les fera connaître prochainement.

Un des exemples les plus manifestes de l'action du sérum contre les lésions de la fièvre typhoïde est précisément la cure locale de certains accidents, tels que les ostéites et périostites qui surviennent dans la convalescence de la maladie et qui provoquent parfois des suppurations interminables. J'ai vu à plusieurs reprises disparaître en peu de temps, sous l'influence de l'injection locale d'une ou deux gouttes de sérum, répétée tous les quinze jours, des inflammations ostéo-périostites avec hyperostose suppurant depuis des années.

Je suis le premier à reconnaître que les 507 cas de fièvre typhoïde d'adultes, traités à l'hôpital par le sérum ne constituent pas les éléments d'un jugement définitif au sujet de la valeur exacte de ce remède. Pour fonder une démonstration il faudra des milliers de cas et des années d'observation.

Si l'on veut diminuer beaucoup la mortalité typhique dans les hôpitaux de Paris il convient de se résoudre à quelques réformes que je prends la liberté de signaler. Quiconque a soigné des typhiques connaît l'extrême importance des petits soins donnés par les gardes-malades pour le salut des patients. Il ne faut pas seulement un personnel dévoué; il faut un personnel spécialement exercé et autant que possible immunisé déjà, car la contagion frappe les internes et les infirmiers fréquemment. Elle frappe aussi les malades indemnes de fièvre typhoïde, que le hasard amène dans un hôpital ordinaire et fait placer à côté d'un typhique. Combien connaissons-nous de cas semblables à celui qui a été récemment porté à la tribune de l'Académie de médecine par M. Albert Robin : Une jeune femme entre à l'hôpital pour une maladie bénigne ; placée à côté d'une patiente atteinte de fièvre typhoïde, elle contracte cette maladie et meurt. Il faut donc créer à Paris un ou plusieurs services spéciaux pour la fièvre typhoïde, services munis de l'instrumentation nécessaire et auxquels sera attaché un chirurgien. Au premier appel, celui-ci opérera les perforations intestinales et sauvera des malades qu'un retard de quelques heures condamne inévitablement à la mort. M. le Directeur général de l'Assistance publique vient de prendre cette mesure utile.

* * *

Je vais maintenant parler des résultats expérimentaux que l'on observe chez les animaux soumis au virus de la fièvre typhoïde et traités par le sérum antityphoïde. Ils jettent sur la sérothérapie antityphoïde et sur son mécanisme une vive lumière.

On doit envisager séparément l'infection produite par le bacille et l'intoxication provoquée par la toxine soluble sécrétée par ce même microbe. Si, sous la peau de l'oreille de plusieurs lapins, les uns neufs et les autres ayant reçu depuis quelques heures 2 ou 3 centimètres cubes de sérum, on injecte une même dose de bacilles typhiques, on voit, au bout de cinq ou six heures, que dans l'oreille des lapins témoins, les microbes grouillent et pullulent en liberté comme dans un bouillon de culture, tandis que dans l'oreille des lapins qui ont reçu du sérum, l'immense majorité des bacilles est englobée par les phagocytes et subit une destruction rapide. L'injection préventive de sérum qui *sensibilise* les microbes constitue donc un traitement anti-infectieux.

Elle constitue aussi un traitement antitoxique. Faisons pénétrer sous la peau d'un lapin neuf une quantité de toxine typhoïde soluble, un peu inférieure à la dose mortelle ; nous verrons se produire en quelques heures un amaigrissement considérable, et dans le sang, nous observerons la disparition d'un très grand nombre de globules blancs, surtout des polynucléaires. Peu à peu, l'animal se remettra; des poussées abondantes de leucocytes polynucléaires apparaîtront dans le sang, l'animal reviendra à son poids, mais il restera touché dans sa vitalité pendant assez longtemps, le poil se montrera terne, il tombera par places ; l'aspect sera peu florissant. Si l'on pratique à un autre animal la même injection de toxine, mais après avoir pris la précaution de faire pénétrer sous la peau, deux à vingt-quatre heures auparavant, 1 centimètre cube de sérum, l'animal sera peu malade, maigrira peu et la destruction des leucocytes restera minime. Le sang d'un lapin traité préventivement par le sérum se comporte, sous l'effort de la toxine, comme le sang d'un lapin qui est déjà immunisé par des doses faibles et répétées de toxine. Par cette injection de sérum l'animal a acquis le pouvoir de supporter sans périr une quantité de poison double de celle qui, en trente-six heures, provoque la mort d'un témoin.

Si l'on injecte ensemble et séparément sérum et toxine, l'action de cette dernière sur le sang se fait sentir presque avec autant de violence que si on avait injecté la toxine seule ; mais la réaction leucocytaire de défense est plus rapide et plus intense que chez les animaux qui n'ont pas reçu de sérum. Les polynucléaires surtout reparaissent dans le sang plus rapidement et en plus grand nombre.

Si l'injection de sérum intervient trop tard après le début de l'intoxication et que celle-ci soit forte, la réaction favorable est comme inhibée et ne se produit pas. Enfin, l'effet de l'injection de sérum dure longtemps ; les animaux qui ont reçu du sérum depuis six à sept jours témoignent encore d'une puissance de résistance très grande contre l'injection éventuelle de toxine. De ces faits découle l'indication d'injecter le sérum aussi près que possible du début de l'infection et aussi celle de ne pas renouveler les doses fréquemment.

Pour bien saisir le mécanisme de l'influence séro-thérapique, il faut examiner la rate et la moelle des os des animaux en expérience. La différence entre les organes des animaux traités et des témoins est si grande qu'elle se traduit sur les coupes histologiques même à l'œil nu. La rate et la moelle des os des lapins qui n'ont reçu que la toxine présentent au bout de quelques heures une congestion sanguine extrêmement intense ; les appareils lymphoïdes (corpuscule de la rate) et les travées du tissu médullaire témoignent d'une réaction légère et pénible. La rate et la moelle des os des animaux qui ont reçu le sérum et la toxine sont tout autant tuméfiés, mais la tuméfaction n'est pas causée par une congestion sanguine ; elle est sous la dépendance d'une énorme hypertrophie réactionnelle du tissu lymphoïde et myéloïde. Les corpuscules spléniques sont augmentés de volume, chargés de cellules lymphatiques que l'on trouve en grand nombre jusque dans les cordons de Billroth. Les travées du tissu médullaire sont

aussi en reviviscence active ; la graisse est résorbée et les travées sont farcies d'un grand nombre de cellules jeunes à protoplasma généralement basophile. Pour plus de détails sur le mécanisme expérimental de la toxine et de l'antitoxine typhique, je renvoie à la thèse de doctorat que soutiendra prochainement mon interne M. Balthazard qui a constaté ces faits.

* * *

En résumé, l'étude expérimentale nous enseigne que le sérum antityphoïde agit sur le virus vivant pour le *sensibiliser* c'est-à-dire pour le rendre plus sensible à l'attaque des cellules et aussi sur la toxine qu'il aide à détruire. Il agit également par voie indirecte en exaltant l'activité des phagocytes et des appareils leucopoïétiques générateurs de ces mêmes phagocytes. Le sérum est donc anti-infectieux et anti-toxique, mais c'est avant tout un excitant phagocytaire. Il témoigne de toute sa puissance à la condition que les appareils lymphoïde et myéloïde ne soient pas profondément empoisonnés et soient capables de répondre à son excitation. Et c'est pour cela que le sérum est surtout utile au début de la maladie et c'est pour cela aussi que devant une intoxication profonde et déjà ancienne, il faut ménager la réaction, ne pas risquer de la sidérer et donner des doses de sérum relativement faibles.

Je touche là au point essentiel de l'application du sérum antityphoïde, application qui nécessitera toujours chez le médecin une grande connaissance clinique de la maladie et une étude particulière du médicament. On peut poser en principe que plus le malade est malade et plus faible doit être la dose du sérum. En présence d'accidents nerveux graves et quand la fièvre typhoïde dure déjà depuis longtemps, il ne faut pas chercher une guérison rapide, mais donner tout d'abord une petite dose qui accroisse les forces de résistance et permette de franchir l'étape dangereuse.

* * *

Méthode de traitement par excitation phagocytaire strictement spécifique pour la fièvre typhoïde, la sérothérapie s'accorde à merveille avec le traitement hydrothérapique. Les deux médications simultanées ne s'excluent pas, elles s'entr'aident; elles n'opposent pas leurs effets personnels, elles les décuplent par leur collaboration. Quant au bénéfice dont nous leur sommes redevables, j'ai dit plus haut que l'hydrothérapie la plus parfaite donnait dans les hôpitaux, à ne considérer que les statistiques les plus favorables, 12 à 13 pour 100 de mortalité ; par l'addition du sérum antityphoïde, j'estime que cette mortalité doit tomber à 4 ou 5 pour 100 au maximum.

* * *

En terminant cette note j'ai le devoir d'adresser mes remerciements à mes collaborateurs de l'hôpital, médecins et infirmiers, et d'exprimer ma reconnaissance à MM. les Directeurs de l'Assistance publique Mourier et Mesureur et à M. le Secrétaire général Tilloye qui, tenus au courant des résultats de la méthode nouvelle, en ont favorisé l'application.

LES FERMENTS DU LAIT

Leur nature et leurs propriétés biologiques.

PAR MM.

P. NOBÉCOURT
Ancien chef de clinique adjoint à la Faculté, chef du laboratoire de l'hospice des Enfants-Assistés.

Prosper MERKLEN
Ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant suppléant de consultation à l'hôpital Bichat.

Depuis de longues années, on cherche, sans la trouver, pour quelle raison l'emploi, dans l'alimentation du nouveau-né, du lait animal, et en particulier du lait stérilisé, donne des résultats si défectueux. Jusque dans ces derniers temps, on s'était borné à l'étude chimique des laits ; on cherchait la solution du problème dans les différences que présentent le lait de femme d'une part, les laits de vache, de chèvre, d'ânesse d'autre part ; on incriminait le plus ou moins de graisses, de caséine, de lactose, de sels qui existent dans les laits des diverses espèces, et on essayait de les materniser par l'addition ou la suppression d'eau ou de telle ou telle de ces substances. Mais ces travaux, quels qu'aient été leur intérêt et leur utilité, n'ont abouti à aucune donnée satisfaisante.

Cependant d'autres chercheurs s'engageaient dans une voie nouvelle et s'attachaient à mettre en évidence dans les laits non plus des caractères chimiques, mais des propriétés physiologiques. Béchamp [1] (1883) démontrait dans le lait de femme l'existence d'une galacto-zymase capable de transformer l'amidon en sucre, et faisant défaut dans le lait de vache et d'autres mammifères. Bouchut [2], peu après, confirmait ces expériences qui devaient être reprises plus récemment par E. Moro [3] (1898). D'autre part R. Dupouy [4] (1897) signalait l'existence d'un ferment oxydant dans les laits de chèvre, de vache, de brebis, et son absence dans ceux de femme, d'ânesse, de jument et de chienne ; W. Raudnitz [5] (1898) montrait de plus que le colostrum des laits inactifs a une action positive (femme, chienne), et dans de nouvelles recherches Dupouy [6] (1899) voyait que le lait de femme a une très légère action.

Mais aucune notion générale ne s'était dégagée de ces constatations isolées, quand Escherich [7] en 1900 émit sur le rôle des ferments du lait une hypothèse séduisante. Rappelant les travaux de Béchamp, Bouchut, Moro sur l'existence de l'amylase dans le lait de femme et son absence dans d'autres laits, il vit là « la preuve de la présence, en général, de substances-ferments, dont la destination véritable reste encore à rechercher..., de corps spécifiques, uniquement propres au lait humain », en particulier « d'une substance-ferment excitant les échanges nutritifs » ; cette interprétation fournirait, d'après lui, une explication naturelle de la supériorité de l'allaitement au sein sur l'allaitement artificiel. Cette manière de voir était d'autant plus intéressante qu'au même moment le professeur Hutinel [8] mettait en relief le rôle probable des ferments dans la pathogénie des affections gastro-intestinales des nourrissons.

Quelque temps après parut un nouveau mémoire de Moro [1] sur l'amylase ; puis Marfan [2] publia les premiers résultats de ses expériences faites en collaboration avec Gillet sur la lipase et le ferment oxydant des laits, dans lesquelles il vit une confirmation de la théorie d'Escherich. La même année se succèdent les travaux de Nobécourt et Prosper Merklen [3], poursuivis dans le service du professeur Hutinel, sur le ferment dédoublant le salol en phénol et en acide salicylique, ceux de Luzzati et Biolchini [4], de Spolverini [5], entrepris sous l'inspiration de Concetti [6], qui lui-même expose le rôle attribué par lui aux ferments du lait dans les toxi-infections gastro-intestinales des enfants. Il faut mentionner encore les recherches plus récentes de Nobécourt et Sevin [7] sur le ferment amylolytique et celles de Gillet [8] sur l'oxydase (1902).

Les auteurs que nous venons de citer ont décelé dans le lait un certain nombre des ferments de l'organisme. A l'heure actuelle, la question a été suffisamment approfondie pour que le moment soit venu d'en faire une étude d'ensemble, de tâcher d'en tirer une conclusion et d'apprécier la valeur qu'il convient d'attribuer à ces ferments.

Dans ce premier article nous étudierons les ferments qu'on trouve dans les laits, et les différences que présentent entre eux sous ce rapport le lait de la femme et ceux des espèces animales habituellement employés dans l'alimentation. Puis, dans un second article, nous rechercherons si on peut faire apparaître des ferments dans les laits où ils manquent et quelle est l'origine de ces ferments. Nous serons aussi amenés à nous poser les questions suivantes : Y-a-t-il dans la teneur de l'organisme en ferments des différences entre l'enfant nourri au sein et l'enfant allaité artificiellement ? Est-il par suite de quelque utilité pratique de s'efforcer d'obtenir des laits contenant ces ferments ?

Il est bien entendu que nous n'envisageons pas toutes les substances plus ou moins analogues aux ferments qu'on peut rencontrer accidentellement dans les laits : toxines, antitoxines, substances agglutinantes, etc.

* * *

Duclaux a proposé la classification suivante des diastases : 1° diastases coagulantes et décoagulantes, 2° diastases hydrolisantes et déshydrolisantes, 3° diastases oxydantes et désoxydantes, 4° diastases de décomposition et de recomposition, 5° diastases moins connues.

Sans énumérer toutes les diastases rentrant dans chacune de ces familles, nous nous bornerons à retenir celles qui ont été constatées dans le lait. Dans la première de ces familles, on note

1. A. Béchamp. — « Sur la zymase du lait de femme ». *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1883, T. XCVI, p. 1508-1509.
2. Bouchut. — « Hygiène de la première enfance », 8e édition.
3. E. Moro. — « Untersuchungen über diastatisches Enzyms in den Stühlen von Säuglingen und der Muttermilch ». *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1898, T. XLVII, p. 342.
4. R. Dupouy. — *Thèse* de pharmacie, Bordeaux, 1897.
5. W. Raudnitz. — *Centralblatt für Physiologie*, 1898, T. XII.
6. R. Dupouy. — *Thèse*, Bordeaux, 1899.
7. Escherich. — « Les doctrines de l'allaitement artificiel ; lait de femme agissant comme ferment ». *XIIIe Congrès international de médecine*, Paris, 1900, section de médecine de l'enfance, p. 95.
8. Hutinel. — *XIIIe Congrès international de médecine*, Paris, 1900, section de médecine de l'enfance, p. 204.

1. E. Moro. — « Zur Charakteristik des diastatischen Enzymes in der Frauenmilch ». *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1900, T. LII, p. 524-529.
2. A.-B. Marfan. — « Allaitement naturel et allaitement artificiel. Hypothèses sur le rôle des zymases du lait ». *La Presse Médicale*, 1901, 9 Janvier.
3. Nobécourt et Prosper Merklen. — « Présence d'un ferment dédoublant le salol dans les organes de l'homme et de divers animaux, ainsi que dans le lait de femme et de chienne ». *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1901, 9 Février. — « Un ferment du lait de femme et du lait d'ânesse ». *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1901, Mars.
4. Luzzati et Biolchini. — Atti del IVe Congresso italiano di pediatria,, Firenze, 1901, 15-20 Octobre.
5. Spolverini. — Atti del IVe Congresso italiano di pediatria, Firenze, 1901, 15-20 Octobre. « Sur les ferments solubles du lait et sur les moyens propres à provoquer dans le lait de certains animaux la présence de ferments qui normalement y font défaut ». *Revue d'hygiène et de médecine infantiles*, 1902, T. I, p. 252.
6. Concetti. — « Le Tozzi-Infezioni gastro-intestinali nei bambini ». *IVe Congresso pediatrico italiano in Firenze*, 1901, 17 Octobre.
7. Nobécourt et Sevin. — « Le ferment amylolytique chez les nourrices et chez les vaches laitières ». *Bulletin de la Société de pédiatrie de Paris*, 1902, Janvier.
8. Gillet. — « Le ferment oxydant du lait ». *Journal de physiologie et de pathologie générale*, 1902, 15 Mai, T. IV, p. 439.
9. E. Duclaux. — « Traité de microbiologie », 1899, T. II.

la trypsine et la pepsine; dans la deuxième, prennent place le ferment amyloytique ou amylase, la lipase et le ferment dédoublant le salol; dans la troisième, il faut citer les oxydases; dans la dernière enfin, le ferment glycolytique. En somme, on a signalé dans le lait des diastases de toutes les autres catégories, la quatrième exceptée.

* * *

L'étude de la *pepsine* et de la *trypsine* dans le lait est de première importance, à cause des matières albuminoïdes qu'il renferme, matières sur lesquelles peuvent s'exercer leur action protéolytique. Spolverini a fait des recherches intéressantes à leur sujet. Une première série d'expériences, qui a consisté à étudier l'action de différents laits sur de la fibrine de bœuf, soit après acidification avec l'acide chlorhydrique (pour la pepsine), soit après alcalinisation avec le carbonate de soude (pour la trypsine), ne lui a donné que des résultats négatifs. Mais il n'en a pas été de même dans la seconde série : cet auteur a placé à l'étuve à 38°-40° le lait, soit acidifié, soit alcalinisé, recueilli aseptiquement et additionné de quelques gouttes d'une solution alcoolique de thymol; puis il y a déterminé au bout d'un certain temps la présence de l'albumine soluble (propeptone ou peptone) par la réaction du biuret. L'examen était également pratiqué sur un échantillon bouilli placé dans des conditions identiques et sur le même lait avant sa mise à l'étuve. Spolverini a vu ainsi apparaître les réactions de l'albumine soluble et a pu comparer, d'après l'intensité de la couleur que prenait le liquide filtré (réaction du biuret) et l'abondance du précipité obtenu avec le réactif de Tanret, l'activité des différents laits. Il a vu que la pepsine et la trypsine se rencontrent dans tous les laits, la seconde étant toujours plus énergique que la première. Le lait de vache a le maximum d'activité; puis celle-ci s'affaiblit graduellement dans les laits de chienne, de chèvre, de femme et d'ânesse. Le séjour à la glacière n'atténue pas la vitalité de ces ferments; leur action s'exerce bien à 38°-40° et dans un temps qui varie entre dix-huit et vingt heures. Leur activité reste la même aux différentes périodes de la lactation (femme, chienne). Ce pouvoir protéolytique, constaté *in vitro*, peut s'exercer déjà dans les mamelles de l'animal, quand l'intervalle des traites est suffisamment long : c'est ainsi que le lait de vache récemment trait donne toujours la réaction de l'albumine soluble; presque toujours il en est de même avec le lait d'ânesse, assez souvent avec ceux de chèvre et de chienne, rarement avec celui de femme. Il est donc nécessaire de toujours faire cette réaction au début de l'expérience, pour éviter une cause d'erreur. Il faut tenir compte en outre, pour la recherche de la pepsine, de ce fait qu'après addition d'acide chlorhydrique au lait bouilli, placé à la température de l'étuve, l'albumine cuite de ce lait est en partie digérée.

Le *ferment amylolytique* a été étudié par Béchamp, Bouchut, et plus tard par Moro, Spolverini, Luzzati et Biolchini, Nobécourt et Sevin. On le recherche en ajoutant à une quantité donnée de lait une certaine quantité d'empois d'amidon et en l'additionnant d'un cristal de thymol pour empêcher la pullulation des microbes; on place le mélange à l'étuve à 37°, et on dose la quantité de sucre après un temps déterminé (vingt à vingt-quatre heures). D'autre part, le sucre est dosé dans la même quantité de lait non additionné d'amidon, placé dans des conditions identiques : la différence entre les deux chiffres trouvés donne la mesure du pouvoir amylolytique du lait. Nous ne ferons qu'indiquer l'action des hautes et des basses températures sur l'amylase; il n'y a là rien de spécial à ce ferment dans le lait. Nous insisterons plus loin sur la cause d'erreur, signalée par Spolverini, attribuable à l'existence dans les laits d'un ferment glycolytique.

En suivant cette méthode générale, que les expérimentateurs ont plus ou moins modifiée dans ses détails, on a vu que l'amylase existe constamment dans les laits de femme et de chienne, moins active dans le second que dans le premier, qu'elle existe parfois dans le lait d'ânesse, mais y est peu énergique; elle manque toujours dans les laits de vache et de chèvre. Dans le lait de femme, d'après les analyses de Nobécourt et Sevin qui ont porté sur vingt échantillons, la quantité de sucre produite par un centimètre cube de lait a varié entre 0 g. 0010 et 0 gr. 0039; les nourrices qui ont fourni ces laits étaient âgées de vingt à trente-deux ans; l'âge du lait était de deux à quatorze mois; il n'y avait aucun rapport à établir entre l'intensité du pouvoir amylolytique et ces deux facteurs.

La *lipase* de Hanriot, c'est-à-dire ce ferment qui dédouble la monobutyrine en acide butyrique et en glycérine, existe très active dans le lait de femme, moins énergique dans le lait de vache, d'après les travaux de Marfan et Gillet qui se sont servis, pour leurs dosages, de la méthode de Hanriot et Camus.

Ce même ferment a été étudié aussi par Luzzati et Biolchini et par Spolverini. Pour ces auteurs, la méthode de Hanriot et Camus, qui mélangent la monobutyrine au liquide à étudier et mesurent l'acidité produite par neutralisation avec une solution de carbonate de soude, est passible de causes d'erreur, car une partie de l'acidité peut être due à l'action des germes. Aussi ont-ils eu recours à une technique nouvelle qui consiste dans la distillation du mélange de lait et de monobutyrine et dans le dosage de l'acidité des produits distillés; cette acidité est alors bien due à l'acide monobutyrique, seul volatil. D'après les travaux des auteurs italiens, qui corroborent en les complétant ceux de Marfan et Gillet, la lipase existe dans les laits de femme, de chienne, de vache, de chèvre et d'ânesse, par ordre décroissant d'énergie. Dans le lait de vache, l'activité est moitié moins forte que dans celui de femme; dans celui d'ânesse, elle est inconstante. Pour la lipase comme pour les ferments protéolytiques, l'action du ferment sur la graisse du lait elle-même pourrait commencer dans la mamelle avant la traite (Spolverini).

Le *ferment dédoublant le salol* en acide phénique et acide salicylique a été décelé par Nobécourt et Prosper Merklen d'une façon constante dans le lait de femme et dans le lait d'ânesse. Il a été vu également par eux dans le lait d'une chienne; il manquait toujours par contre dans le lait de chèvre et de vache. Pour le rechercher, on ajoute à 20 centimètres cubes de lait 1 gramme de salol et on place à l'étuve à 37°; puis on traite par l'éther à plusieurs reprises, on décante, on évapore et on ajoute au résidu une solution titrée de perchlorure de fer. Le dosage se fait par le procédé colorimétrique. La réaction caractéristique n'apparaît qu'après un séjour de une à deux heures à l'étuve, mais alors elle est encore peu marquée. Elle est toujours nette après un séjour de 20 à 24 heures. Pour 20 centimètres cubes de lait de femme, la quantité d'acide salicylique formé a varié entre 1 milligr., 8 et 10 milligrammes; pour les laits d'ânesse, entre 6 milligrammes et 7 milligr., 5. Le dédoublement du salol se produit également à la température de 20°, et faiblement et tardivement à la glacière; l'exposition du lait à une température de 55° à 60° pendant une heure atténue son activité; celle-ci disparaît à une température de 65° pendant une heure, de 100° pendant une demi-heure, de 115° pendant dix minutes. L'acidification du lait, même quand elle est faible, empêche l'action du ferment.

Ces données ont été pleinement confirmées par Luzzati et Biolchini et par Spolverini. Le fait que la lipase se rencontre dans le lait de vache et de chèvre, tandis que le ferment dédoublant le salol n'a pu y être décelé, est important à signaler, les relations qui existent entre ces deux ferments étant encore discutées[1].

Le *ferment oxydant du lait* a été, avec l'amylase, un des premiers étudiés. Sa présence avait déjà été mise en évidence avant que l'on pensât à attribuer à un ferment les phénomènes observés. Arnold[2] en effet (1881) avait montré que le lait de vache frais, additionné d'un peu de teinture de gaïac, donne très rapidement une coloration bleue, mais que le lait chauffé au-dessus de 80° ne donne plus cette réaction; il attribuait cette dernière à la présence de l'ozone. Kowalewsky[3] (1890) plus tard avait montré qu'en présence de l'essence de térébenthine la réaction était plus constante. Mais ce n'est qu'après les travaux de Bertrand et Bourquelot sur les ferments oxydants que l'on vit l'explication de ces faits. R. Dupouy et W. Raudnitz ont montré en effet l'existence d'un ferment oxydant dans les laits de chèvre, de vache, de brebis, et son absence ou son action très légère dans les laits de femme, d'ânesse, de jument, de chienne; ils ont vu de plus que le colostrum des laits inactifs a une action positive. Spolverini, Marfan et Gillet ont confirmé les travaux des auteurs précédents; mais de plus, d'après ces derniers le lait de femme a parfois une action très énergique. Dans un mémoire récent, Gillet a repris ces expériences et a complété les connaissances déjà acquises. De même que Raudnitz, il a trouvé le ferment dans le colostrum de femme; il a vu qu'il disparaît du sixième au douzième jour après l'accouchement. Sa présence est liée, d'après lui, à l'existence dans le colostrum de leucocytes polynucléaires; il s'atténue à mesure que le lait se forme et que les leucocytes deviennent plus rares. Quand il se montre à nouveau dans le lait, c'est généralement lorsque la sécrétion lactée se ralentit et a tendance à revenir à l'état colostral, et cela avant toute apparition de leucocytes. — Les oxydases du lait rentrent dans le groupe des ferments oxydants indirects; on les met en évidence en faisant agir le lait sur le gaïac ou le gaïacol, en présence d'eau oxygénée ou de térébenthine vieillie.

Spolverini, dosant le sucre contenu dans le lait avant et après un séjour à l'étuve, a mis en évidence l'existence dans le lait d'un ferment détruisant le lactose, qu'il identifie avec le *ferment glycolytique* du sang. Son activité se manifeste le mieux à 38°-41° et après 18 heures; elle n'est pas détruite par le séjour à la glacière. Ce ferment est assez énergique dans les laits de vache et de chèvre, à un degré moindre dans les laits de femme et de chienne, et il est encore moins actif dans celui d'ânesse. Il n'y a pas de différences appréciables suivant les périodes de la lactation. La présence de ce ferment modifie quelque peu le résultat des recherches sur le ferment amylolytique, le sucre étant détruit dans une certaine proportion à mesure qu'il est formé; les quantités de sucre produites avec l'amidon sont donc supérieures aux chiffres rapportés plus haut. Les conclusions n'en sont pas moins exactes.

* * *

De cet exposé, résulte cette notion que tous les ferments passés en revue existent avec une activité plus ou moins grande dans les laits de femme et de chienne, exception faite pour l'oxydase qui n'apparaît dans le lait de femme que dans certaines conditions. Le lait d'ânesse les contient également tous, l'amylase cependant n'existant que d'une façon inconstante. Quant aux laits de vache et de chèvre, ils contiennent bien la trypsine, la pepsine, la lipase, l'oxydase et le

1. Clerc. — « Contribution à l'étude de quelques ferments solubles du sérum sanguin ». *Thèse*, Paris, 1902. Clerc, qui a étudié la lipase en collaboration avec M. Hanriot, ne se prononce pas sur cette question.
2. Arnold. — *Archiv der Pharmacie*, 1881, Juillet, n° 41.
3. Kowalewsky. — *Centralblatt für med. Wissensch.*, 1890, p. 145.

ferment glycolytique, mais ils ne renferment ni amylase ni ferment dédoublant le salol : c'est là le grand caractère qui différencie, au point de vue de leur teneur en ferments, ces deux laits du lait de femme ; le lait d'ânesse, par contre, s'en rapproche beaucoup[1].

Dans un prochain article nous chercherons à élucider la question de l'origine de ces ferments et à établir s'ils ont un rôle utile dans la nutrition des nourrissons.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

15 et 22 Décembre 1902.

La diffusion de l'arsenic dans la nature. — *M. F. Garrigou.* D'après cet auteur, l'arsenic serait l'un des métalloïdes les plus répandus dans la nature, si bien que l'homme en absorberait souvent à son insu des quantités notables avec ses aliments et ses boissons.

C'est là une notion qui a son importance au point de vue des recherches toxicologiques.

M. Armand Gautier, à ce propos, fait remarquer que chez l'animal, l'arsenic se localise dans la peau et les glandes annexes. Il y a donc lieu de faire certaines réserves au sujet de sa présence dans l'organisme humain.

Les prix de l'Académie. — Parmi les prix décernés au cours de la séance publique annuelle, nous devons mentionner les suivants :

Prix Montagne (Physiologie, 1.500 francs) : M. Vuillemin.

Prix Thore (Anatomie des insectes, 200 francs) : M. R. de Sinéty.

Prix Montyon (Médecine et chirurgie, 2.500 francs) : MM. Dejérine, Roger, Ravaut ; mentions, 1.500 fr. : MM. Commenge, Comby, Guillemonat ; citations : MM. Bodin, Griffon, Fournier, Guérin, Cassaët.

Prix Barbier (Chirurgie, 2.000 francs) : MM. L. Grimbert et A. Le Dentu.

Prix Bréant (Choléra) : Les arrérages du prix de 100.000 francs sont attribués à M. Ed. Imbeaux.

Prix Godard (Anatomie, 1.000 francs) : M. G. Loisel.

Prix Bellion (décerné à celui qui aura écrit des ouvrages ou fait des découvertes profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine, 1.400 francs) : Le prix est décerné à M. Pierre Lereboullet.

Prix Mège (Progrès de la médecine, 10.000 francs) : Les arrérages du prix Mège sont attribués à M. A. Clerc.

Prix Lallemand (Système nerveux, 1.800 francs) : Mlle Pompilian et M. Hauser.

Prix du baron Larrey (Médecine, 1.000 francs) : M. Triaire ; mention très honorable à M. Romary.

Prix Philipeaux (Physiologie expérimentale, 800 francs) : M. Pierre Bonnier.

Prix Serres (Embryologie, 7.500 francs) : M. Marchal.

Prix Pourat (Histoire naturelle, 1.400 francs) : M. J. Tissot.

Prix Martin-Damourette (Physiologie, 1.400 fr.) : M. H. Blondel, de Joigny.

Prix Montyon (Arts insalubres, 2.500 francs) : M. Claude Boucher.

G. Vitoux.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

19 Décembre 1902.

Fracture du métacarpien du pouce par cause directe. — *M. Dartigues* montre la radiographie d'un cas de fracture du métacarpien du pouce de la main gauche par cause directe. Le malade avait reçu sur la face antérieure du pouce une bouteille pleine lancée de la distance de 2 mètres environ.

M. Mauclaire dit avoir observé récemment un cas analogue.

Fracture indirecte du deuxième et du quatrième métacarpiens. — *M. Dartigues* communique l'épreuve radiographique d'un cas de fracture des métacarpiens au cours d'une chute sur la main, provoquée par le glissement sur un parquet ciré. On constate une solution de continuité au niveau des deuxième et quatrième métacarpiens. La radiographie en pareil cas rend les plus grands services.

M. Mauclaire fait remarquer que la lésion autrefois appelée « pied forcé » par les médecins militaires a été reconnue, par les épreuves radiographiques, être le plus souvent une fracture des métatarsiens.

Lipomes pleuro-péricardiques. — *MM. Huchard et Ambard* présentent une pièce de lipomes pleuropéricardiques.

Cancer de la prostate. — *MM. P. Bouchet et Wagon* apportent un cancer de la prostate extrêmement volumineux, qui s'était propagé à la vessie et à l'uretère gauche, déterminant une pyonéphrose droite et une rétention d'urine considérable.

Cancer de la portion intra-médiastinale de l'œsophage réséqué par la voie cervico-thoracique. — *M. J. L. Faure* fait présenter par son interne, M. Rottenstein, un segment d'œsophage, long de 11 centimètres, qu'il a enlevé le 12 Décembre dernier, par la voie cervico-thoracique. Le néoplasme est annulaire ; il était senti par l'olive à partir de 7 centimètres au-dessous de l'origine de l'œsophage. On constate sur la pièce que la section a porté à 2 centimètres environ au-dessus et au-dessous du néoplasme.

L'opération a été relativement facile, grâce à une technique nouvelle. M. J. L. Faure a pris le côté droit et réséqué les six premières côtes. *La résection de la première côte est indispensable* pour s'ouvrir une voie large et facile vers l'œsophage, dans sa presque totalité.

Gastrostomie par le procédé de Fontan. — *M. P. Fredet* montre une pièce de gastrostomie par le procédé de Fontan, datant de vingt-sept jours. L'estomac était et est encore parfaitement continent. On y constate la persistance d'une valvule en forme de mitre, comme dans les cas rapportés par Fontan, Ricard et Loison.

Stérilisation des instruments d'autopsie. — *M. Letulle* présente une boîte d'instruments à autopsie facilement stérilisable.

Inversion totale des viscères ; rein gauche unique ; anomalies diverses. — *MM. Beaufumé et Caron* rapportent l'observation d'un malade mort d'hémorragie cérébrale, présentant une inversion viscérale totale diagnostiquée cliniquement et confirmée par la radioscopie et l'autopsie. De plus, il n'existait qu'un rein unique à gauche, volumineux, et un seul uretère ; le rein droit et la capsule surrénale droite étaient absents. Le testicule gauche, atrophié, était en ectopie inguinale. La veine spermatique gauche se jetait dans la veine cave inférieure, et la veine spermatique droite dans la veine iliaque externe correspondante.

Volumineux ostéome du moyen adducteur. — *M. A. Mouchet* présente au nom de son père, le docteur Mouchet (de Sens), une curieuse pièce d'ostéome extraite du moyen adducteur d'un homme de quarante ans qui n'avait subi aucune espèce de traumatisme ni fait aucun effort violent.

Le glycogène dans l'ovaire normal. — *MM. Lœper et Esmonet* ont étudié le glycogène dans l'ovaire. L'ovaire du fœtus contient du glycogène dans presque toutes ses cellules, conjonctives et épithéliales ; mais l'ovaire des animaux nouveau-nés n'en contient plus.

Chez les femelles adultes (chiennes, chattes) et chez la femme, le glycogène se rencontre à la fois dans les cellules germinatives du follicule et du cumulus proligère, mais non dans l'ovule, et dans quelques cellules lisses et peut-être conjonctives de la thèque externe.

Le corps jaune de la grossesse contient au début de sa formation du glycogène dans les parois des capillaires et des vaisseaux néoformés qui le cloisonnent, mais non dans les cellules à lutéine qui sont, par contre, riches en graisse.

Tous ces faits démontrent que la glycogenèse est une des manifestations de l'hyperactivité des tissus en voie de développement.

Graisse et glycogène du foie, du testicule et des muscles à la suite de la ligature du cholédoque chez le chien. — *MM. Lœper et Esmonet* ont remarqué qu'à la suite de la ligature aseptique du cholédoque chez deux chiens, les cellules hépatiques examinées aux cinquième et sixième jours ne contiennent ni glycogène, ni graisse. Par contre, les cellules épithéliales de *tous* les canaux biliaires sont *extraordinairement* glycogénées, et les radicules de la veine-porte contiennent un très grand nombre de globules blancs polynucléaires chargés de glycogène.

Le testicule qui est en activité contient une proportion de glycogène et de graisse à peu près normale. Dans les muscles, le glycogène a entièrement disparu.

V. Griffon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

19 Décembre 1902.

Le collargol dans la fièvre typhoïde. — *MM. Louis Rénon et Louste* rapportent un cas de fièvre typhoïde traité uniquement à partir du second septénaire par une friction quotidienne de pommade au collargol à 15 pour 100. Le diagnostic fut établi par l'existence des taches rosées, par la réaction d'Ehrlich et par le séro-diagnostic, tous deux positifs.

Le malade est en traitement depuis cinq jours. La température commença à tomber dès la seconde friction, et, après la quatrième friction, l'affection qui s'annonçait grave, vu l'élévation de température du début, parut complètement jugulée. La température tomba en trois jours de 40°2 à 38° le soir et de 38°4 à 36°8 le matin.

Les injections d'argent métallique en thérapeutique. — *M. Louis Rénon* rappelle que depuis six ans M. Follet (de Paris) utilise les injections d'argent métallique dans le traitement de diverses maladies, notamment de la tuberculose, avec des résultats très intéressants.

Dès 1896, cet auteur, en faisant des cultures microbiennes sur pommes de terre, vit qu'elles ne poussaient pas quand il isolait, avec un fil d'argent, les milieux de culture des parois du tube de verre. Il remarqua de plus que les plaies suturées avec des fils d'argent se cicatrisaient plus rapidement que les autres. Dès lors, il essaya les injections d'argent dans diverses maladies. Elles sont faites dans les muscles de la région fessière et répétées une ou deux fois par semaine.

L'injection est préparée de la manière suivante : on fait chauffer dans une capsule du sérum artificiel, on y ajoute un gramme de poudre d'argent réduit, porphyrisé dans un petit mortier. Le tout est émulsionné avec un mélange de sérum artificiel et d'huile au gaïacol et à l'eucalyptol (sérum artificiel, 60 grammes, huile au gaïacol et à l'eucalyptol 10 grammes). La quantité entière du mélange est injectée chaque fois.

M. Follet fait remarquer que dans les injections la présence du gaïacol et de l'eucalyptol peut avoir une action utile, mais il pense que c'est à l'argent qu'on doit attribuer la plus grande partie des résultats obtenus. D'ailleurs, il a appris qu'en 1901 M. Thomas J. May traitait à Philadelphie avec succès les tuberculeux par l'injection de solution d'argent.

Un cas d'adipose douloureuse à forme nodulaire. — *MM. Louis Rénon et Louste* présentent un homme de quarante-sept ans chez lequel le syndrome de Dercum semble avoir débuté il y a vingt ans à la suite d'un traumatisme lombaire. Après ce temps, subitement se sont développées une série de nodosités lipomateuses sur les bras, le tronc, le thorax, l'abdomen et les cuisses. Les tumeurs étaient accompagnées ou précédées de phénomènes douloureux constants à chaque nouvelle apparition ou à chaque augmentation de volume. Leur nombre est actuellement de 18 ; elles sont en moyenne de la grosseur d'une noisette. L'examen histologique a permis de reconnaître qu'elles étaient constituées exclusivement par de la graisse. En même temps que ces deux symptômes, douleur et tumeur sous-cutanée, sont apparus des troubles psychiques : changement de caractère, inappétence intellectuelle, perte de la mémoire. On n'a relevé aucun trouble nerveux de sensibilité ou de motilité. Le corps thyroïde n'est pas appréciable. L'examen des urines et du sang n'a rien révélé d'anormal. Le sujet est un ancien éthylique, tabagique, migraineux depuis l'âge de vingt ans, fils de mère névropathe. Il est père de deux enfants dont l'aîné eut de l'incontinence d'urine nocturne jusqu'à quatorze ans, et dont le cadet présente des signes de grande névrose.

Après avoir exposé ces faits, les auteurs signalent

1. Moro et Hamburger. — « Ueber eine neue Reaction der Menschemilch ». *Wien. klin. Woch*, 1902, n° 5. Ces auteurs ont vu que le lait de femme coagule les liquides d'hydrocèle, immédiatement ou après quelques minutes, même quand il a été chauffé une demi-heure à 100°. Par contre, le lait de vache est sans action. C'est là un caractère différentiel intéressant à signaler.

les observations intéressantes publiées sur ce sujet, entre autres les autopsies de Dercum, Mac Carthy et Burr. Ces auteurs out trouvé des lésions de névrite interstitielle de nerfs sous-cutanés et des altérations du corps thyroïde et de la glande pituitaire.

Méningite cérébro-spinale accompagnée d'une surdité temporaire, et terminée par la guérison après une évolution de deux mois. — *MM. Moizard et H. Grenet.* Un enfant de six ans et demi eut une méningite cérébro-spinale très grave (température élevée, amaigrissement considérable, escarres profondes) ; plusieurs rechutes se produisirent malgré la régularité du traitement ; ce n'est que plus de deux mois après le début des accidents que l'apyrexie fut complète. La guérison peut sans doute être attribuée au petit nombre et à la faible virulence des microbes, qui ne poussèrent pas sur les milieux ensemencés avec le liquide céphalo-rachidien. Le malade fut, au cours de sa maladie, atteint d'une surdité qui évolua parallèlement à le méningite, s'améliorant avec elle pour redevenir absolue au moment d'une rechute. La méningite guérit complètement, mais l'enfant présente depuis cette époque des troubles intellectuels notables.

Anévrisme de l'aorte. — *MM. Duflocq et Rose* présentent un malade atteint d'anévrisme de l'aorte développé aux dépens de la portion ascendante de l'artère; cet homme est un rhumatisant, alcoolique, et, comme déménageur, fait de nombreux efforts. Telles sont les causes probables de l'affection actuelle ; mais le point intéressant de ce cas consiste surtout dans l'insidiosité du début et dans l'étendue considérable de la tumeur; de plus, malgré cette étendue, il n'existe pas de phénomènes graves de compression.

Rétrécissement sous-aortique. — *MM. Duflocq et Rose* montrent un malade atteint de rétrécissement sous-aortique, d'origine rhumatismale, caractérisé par un frémissement et un souffle dans le 3e espace intercostal droit. Les cas de ce genre sont très rares. On n'en connaît que quelques observations (Vulpian, Potain, Duflocq).

Ulcères multiples du pylore et gastro-succorrhée sans stase. — *M. Soupault.* En clinique, on peut considérer deux types de gastro-succorrhée. Dans la première, le contenu gastrique est composé d'une grande quantité de liquide où nagent des debris alimentaires ordinairement très délayés et composés de matières féculentes finement divisées. Dans la seconde, le suc gastrique est pur, on n'y peut reconnaître aucun fragment alimentaire.

Tous les auteurs s'accordent à considérer la gastro-succorrhée accompagnée de rétention alimentaire comme causée et entretenue par un ulcère cicatrisé de la région juxta-pylorique. Mais on est encore hésitant sur la nature de la gastro-succorrhée simple, constituée uniquement par la présence du suc gastrique pur. La plupart des médecins admettent encore à l'heure actuelle qu'il s'agit là d'une maladie autonome constituée essentiellement par un trouble de la sécrétion gastrique, trouble fonctionnel d'origine nerveuse, ou trouble relevant de lésions des glandes. La présence d'un ulcère de l'estomac ne serait donc qu'une complication tardive et pouvant même manquer.

M. Soupault considère, au contraire, avec M. Hayem, l'ulcère juxta-pylorique comme la condition indispensable de la production de l'hypersécrétion continue du suc gastrique. Ce fait peut recevoir l'explication suivante : la lésion ulcéreuse est le point de départ d'un réflexe qui aboutit, d'une part à la contracture, d'autre part à l'hypersécrétion gastrique. Il se passe un phénomène analogue au larmoiement et à la contraction palpébrale à la suite d'une ulcération de la cornée.

La preuve de l'intensité des phénomènes vaso-moteurs aboutissant à l'hyperproduction du suc gastrique a été notée dans deux observations rapportées par M. Soupault; les deux malades en question furent opérées par M. Hartmann, qui vit toute la région pylorique boursouflée et comme infiltrée d'œdème.

Comme sanction pratique à cette manière de voir M. Soupault, contrairement à l'opinion admise, conseille d'opérer, non seulement les malades atteints de gastro-succorrhée avec stase, mais encore les malades atteints de gastro-succorrhée simple. Dans les 2 cas rapportés, M. Hartmann fit la pylorectomie, et les malades guérirent radicalement.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

20 Décembre 1902.

Sur l'état du sang après la ligature du pédicule des reins. — *MM. Achard et Loeper.* La ligature du pédicule des reins accumule dans le sang de l'eau et des molécules dissoutes. Par suite, la masse du sang augmente, ce que démontre la diminution numérique des hématies dans un volume donné de sang. De plus, l'urine enlevant au sang plus de molécules dissoutes que d'eau, la concentration moléculaire du sang s'élève.

Mais les phénomènes sont plus complexes qu'une rétention pure et simple, car des actes régulateurs interviennent. Des éliminations supplémentaires ont lieu et certaines substances passent dans les tissus. En outre, le dosage de l'extrait sec des matières fécales montre qu'il s'élimine un peu plus d'eau par l'intestin. Enfin l'exhalation aqueuse par les poumons s'accroît également. Néanmoins, il reste toujours dans l'organisme un excès d'eau et de matières dissoutes. Aussi la perte de poids résultant du jeûne est-elle moins sensible chez les animaux aux reins liés que chez les témoins.

La proportion relative des principes constituants du sang se trouve modifiée par la ligature des reins. Dans la masse augmentée du sang, les albumines sont diluées comme les globules rouges, et leur taux relatif s'abaisse. Il n'en est pas de même des chlorures qui s'accumulent, n'étant plus éliminés. Comme les molécules retenues sont petites par rapport aux grosses molécules d'albumine, il en résulte que, dans un volume donné de sang, l'accroissement numérique des molécules totales ne correspond nullement à un accroissement pondéral : le dosage de l'extrait sec indique d'ailleurs, que le sang est plus riche en eau.

On s'explique ainsi qu'une concentration plus élevée coexiste avec l'hydrémie, l'hypoglobulie et l'hypoalbuminose.

Injections salines après ligature du pédicule des reins. — *MM. Achard et Lœper.* Chez l'animal dont les reins sont liés, les injections salines iso- ou hypotoniques à petite dose, ne produisent guère de modifications dans l'équilibre des humeurs, parce que leur concentration ne s'écarte pas considérablement de celle du sang.

Au contraire, les injections, fortement hypertoniques même à petite dose, introduisent dans l'organisme un liquide dont la concentration diffère beaucoup de celle des humeurs normales. Elles produisent des effets inverses selon qu'elles sont faites dans les veines ou sous la peau. Dans les veines, elles provoquent l'augmentation de la masse du sang et corrélativement celle de l'exhalation d'eau par les poumons. Sous la peau, elles déterminent une diminution de la masse du sang et de l'exhalation aqueuse par les poumons. Dans le premier cas, le sang emprunte aux tissus de l'eau ; dans le second, les tissus en empruntent au sang. Dans les deux cas, cet échange entre le sang et les tissus est un phénomène de régulation, tendant à rétablir l'équilibre osmotique troublé par l'injection.

Hématoscopie et uroscopie dans un cas d'hématochylurie tropicale. — *MM. J. Labbé et L. Bernard.* Nous avons observé un individu, venant de l'île Maurice et atteint d'hématochylurie, probablement due à la filaire. Le sang nous a montré l'existence d'éosinophilie (6 pour 100) dans un premier examen ; elle ne s'est pas retrouvée dans deux examens ultérieurs. L'urine présentait une grande quantité de leucocytes, dont presque tous étaient des mononucléaires et des lymphocytes ; la présence simultanée d'hématies, de quelques polynucléaires, de mononucléaires très abondants et de graisses émulsionnées d'origine alimentaire dans l'urine prouve qu'elle contient à la fois du sang et du chyle, et que le terme d'hématochylurie est approprié.

Variabilité d'action de l'adrénaline sur la pression, suivant les voies de pénétration. — *MM. P. Carnot et P. Josserand.* Nous avons comparé l'action, sur la pression, d'une même dose d'adrénaline suivant le mode d'injection vasculaire :

Tandis que, dans les veines périphériques, l'injection de 1/4 de milligramme détermine une élévation de pression supérieure à 10 centimètres de mercure, elle ne détermine dans la veine porte qu'une faible élévation, inférieure à 3 centimètres ; à dose double (1/2 milligramme), l'élévation n'atteint même pas 10 centimètres.

Dans l'artère carotide, l'injection de 1/4 de milligramme est bien moins efficace que dans la veine périphérique ; néanmoins, la répétition d'une dose inactive parait avoir des effets cumulatifs, atteignant jusqu'à 11 centimètres ; l'injection de 1/2 milligramme détermine une élévation de 8 centimètres.

L'injection dans l'artère fémorale, qui traverse un réseau musculaire, ne détermine, à la dose de 1/4 de milligramme, qu'une élévation minime (0, 0, 1.5, 1.5) ; l'injection de 1/2 milligramme détermine une augmentation de 9 cent. 5.

Enfin, l'injection dans l'artère intestinale traversant l'intestin et le foie n'est jamais suivie d'effet, aux doses de 1/4, 1/2 et même 1 milligramme.

En résumé, l'injection d'une faible dose d'adrénaline dans la veine périphérique est de beaucoup la plus active ; l'injection qui traverse le foie l'est déjà beaucoup moins, celle qui traverse un réseau musculaire l'est moins encore, celle qui traverse à la fois l'intestin et le foie est inactive.

Diagnostic du lupus du nez par l'examen du mucus nasal. — *MM. Leredde et Pautrier.* Nous avons appliqué à l'étude du mucus nasal chez les lupiques le procédé que nous avions déjà essayé chez les lépreux et qui nous avait permis de mettre en évidence la présence de bacilles tuberculeux, en donnant une quantité d'iodure suffisante pour provoquer une hypersécrétion muqueuse.

Ce procédé est intéressant au point de vue pratique parce qu'il permet, en vingt-quatre heures, de trancher avec précision un diagnostic qui doit toujours être posé d'une manière absolue avant d'entreprendre une thérapeutique.

Influence prépondérante de la taille sur la longueur de l'intestin. — *M. J. Noé.* On admet couramment dans les ouvrages classiques que l'intestin est court chez les carnivores, long chez les herbivores. C'est contre cette assertion trop absolue que je voudrais m'élever, en montrant que le régime ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire, à côté de celui qui revient à la taille.

En effet, en étudiant le hérisson et le cobaye depuis la naissance jusqu'à l'état actuel, j'ai vu que la longueur de l'intestin, rapportée au kilo d'animal, est en raison inverse de la taille. Bien que ces deux espèces soient l'une carnivore, l'autre herbivore, la longueur de l'intestin est sensiblement la même chez deux individus de même taille.

Cette loi se confirme lorsqu'on examine la série des mammifères. On voit alors des carnivores s'intercaler entre des herbivores et réciproquement, ce qui montre bien l'influence de la taille.

Pour interpréter ces faits, il faut remarquer que le foie est aussi en raison inverse de la taille, et il faut admettre que la surface règle non seulement les dépenses mais aussi les recettes, adapte les organes non seulement à la consommation des matériaux nutritifs, mais aussi à leur absorption.

C'est une preuve de plus en faveur de l'étroite solidarité de l'intestin et du foie, et du rôle important que joue la fonction d'absorption.

Sérum hémolytique. — *MM. Ruffer et Crendiropoulo* ont obtenu un sérum hémolytique agglutinant et précipitant en injectant de l'urine.

A. Sicard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

23 Décembre 1902.

Séance solennelle. Distribution des prix. Eloge de Baillarger.

Prix décernés.

Prix de l'Académie : 1.000 francs. — Le prix n'est pas décerné.

Prix Alvarenga de Piauhy : 800 francs. — Le prix est décerné à M. G. Legros, interne des hôpitaux de Paris ; une mention honorable est accordée à M. Courtade, de Paris.

Prix Amussat : 1.000 francs. — Le prix n'est pas décerné. Un encouragement de 500 francs est accordé à M. Robert Lœwy, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Prix François-Joseph Audiffred : un titre de 24.000 francs de rente. — L'Académie accorde à titre d'encouragement une somme de 2.000 francs à MM. Fernand Bezançon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et Vincent Griffon, chef adjoint de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu.

Prix Baillarger : 2.000 francs. — Ce prix est décerné à MM. Pactet, médecin à l'asile de Villejuif, et H. Colin, de Paris.

Prix Barbier : 2.000 francs. — L'Académie décerne

le prix à M. Alexandre Marmoreck, de l'Institut Pasteur de Paris.

Prix Charles Boullard : 1.200 francs. — Le prix est décerné à M. P. Cololian, de Paris.

Prix Mathieu Bourceret : 1.200 francs. — Le prix est décerné à M. Em. Cavazzani, professeur à l'Institut de physiologie de l'Université de Ferrare ; une mention honorable est accordée à M. Castaigne, de Paris.

Prix Henri Buignet : 1.500 francs. — Le prix est décerné à M. Lesage, maître de conférences de botanique à la Faculté des sciences, professeur suppléant à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes.

Prix Campbell Dupierris : 2.300 francs. — Le prix est décerné à MM. N. Hallé et B. Motz, de Paris ; des mentions honorables sont accordées à M. J. Castaigne, de Paris ; MM. P. Ravaut et P. Aubourg, internes des hôpitaux de Paris.

Prix Capuron : 1.000 francs. — L'Académie accorde un encouragement de 200 francs à M. V. Bué, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Lille.

Prix Chevillon : 1.500 francs. — Pas de mémoire présenté.

Prix Civrieux : 800 francs. — Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde des mentions honorables à : M. A. Marie, médecin en chef des asiles publics de la Seine : M. Jacquemart, de Paris.

Prix Clarens : 400 francs. — Le prix est décerné à M. Paul Godin, médecin-major de 1re classe, médecin-chef de l'hôpital mixte de la Fère (Aisne).

Prix Daudet : 1.000 francs. — Pas de mémoire présenté.

Prix Desportes : 1.300 francs. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : Une récompense de 400 francs à MM. M. Deguy et Benjamin Weil, de Paris. Des récompenses de 300 francs à : M. A. Billet, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Constantine ; M. A. Darier, de Paris ; M. J. Vires, de Montpellier.

Prix Falret : 700 francs. — Pas de mémoire présenté.

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie a versé, en 1902, les sommes suivantes à MM. les stagiaires :

2.000 francs à M. Gauchery, pour sa mission sur les eaux minérales de la Tunisie et son rapport sur les eaux minérales de l'Ariège ;

2.000 francs à M. Du Pasquier, pour sa mission sur les eaux minérales de Bagnères-de-Bigorre et son rapport sur les eaux et boues minérales de la région de Dax et en général du Sud-Ouest.

1.500 francs à M. Beauvy, pour sa mission sur les eaux minérales de Contrexéville, Vittel et Martigny ;

1.500 francs à M. Vivier, pour sa mission sur les eaux minérales de Capvern.

Prix Ernest Godard : 1.000 francs. — Le prix est décerné à M. Louis Spillmann, de Nancy. Des mentions très honorables sont accordées à : M. E. Apert, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris ; M. Georges Rosenthal, de Paris.

Prix Pierre Guzman : Un titre de rente de 1.328 francs 3 pour 100. L'Académie n'accorde pas de récompense.

Prix Herpin (de Metz) : 1.200 francs. — Le prix est décerné à M. L. Debrand, de Paris.

Prix Théodore Herpin (de Genève) : 3.000 francs. — Le prix est décerné à M. Raymond Cestan, de Paris. L'Académie accorde en outre : Une première mention honorable à M. Vires, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Une deuxième mention honorable à M. Alexandre Paris, médecin en chef du service des femmes de l'asile d'aliénés de Meurthe-et-Moselle, à Maréville.

Prix Laborie : 5.000 francs. — L'Académie décerne le prix à M. Jaboulay, agrégé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Prix du baron Larrey : 500 francs. — Le prix est décerné à M. Liétard, de Plombières. Des mentions honorables sont accordées à : M. Bergounioux, médecin-major de 1re classe, hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé ; M. Cassedebat, médecin-major de 1re classe au 23e régiment d'artillerie, à Toulouse ; M. Grall, médecin-inspecteur du corps de santé des colonies ; M. Lafeuille, médecin-major de 2e classe au 26e régiment d'artillerie, au Mans ; M. Ch. Rayer, médecin en chef de l'hôpital des Andelys.

Prix Laval : 1.000 francs. — Le prix est décerné à M. Joseph-Félix Marsan, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Lefèvre : 1.800 francs. — Pas de mémoire présenté.

Prix Henri Lorquet : 300 francs. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde la somme de 300 francs à titre d'encouragement à M. Eugène-Bernard Leroy, de Paris.

Prix Meynot : 2.600 francs. — L'Académie décerne le prix à M. Marage, de Paris.

Prix Adolphe Monbinne : 1.500 francs. — L'Académie décerne le prix à MM. Ehlers, de Copenhague, et Cohnheim, de Dresde.

Prix Nativelle : 300 francs. — Le prix n'est pas décerné.

Prix Oulmont : 1.000 francs. — L'Académie décerne le prix à M. Alfred-Pierre Duval, interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

Prix Portal : 600 francs. — Pas de mémoire présenté.

Prix Pourat : 700 francs. — Pas de mémoire présenté.

Prix Saint-Lager : 1.500 francs. — Pas de mémoire présenté.

Prix Saintour : 4.400 francs. — Le prix est décerné à M. L. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon.

Prix Stanski : 1.400 francs. — Le prix est décerné à M. Vincent Griffon, chef adjoint de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, Paris. Une mention honorable est accordée à MM. La Bonnardière, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, et Xanthopulidès, inspecteur sanitaire à Beyrouth.

Prix Tarnier : 3.000 francs. — Le prix est décerné à M. Bué, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Lille.

Prix Vernois : 700 francs. — Le prix est décerné à MM. Fluteau, médecin principal de 1re classe, directeur du Service de santé de la division d'occupation de Tunisie ; Tostivint, médecin-major de 2e classe, adjoint au directeur du Service de santé, et Lafforgue, médecin aide-major de 1re classe, chargé du laboratoire de l'hôpital militaire du Belvédère à Tunis. Des mentions honorables sont accordées à : M. Borel, directeur adjoint du lazaret de Camaran ; M. Théophile Janvrais, publiciste à Rostrenen ; M. E. Sacquépée, médecin aide-major de 1re classe, chef du laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire de Rennes.

ANALYSES

MÉDECINE

William Johnston. *La fièvre paratyphoïde* (*American Journal of the medical Sciences*, Août 1902). — L'auteur rapporte quatre observations recueillies au Johns Hopkins Hospital à Baltimore, et conclut qu'il existe un type d'infection due au bacille paratyphoïde qui détermine un tableau clinique identique à celui que produit le bacille typhique. La diarrhée et la terminaison de la fièvre par crise, se présentent cependant plus fréquemment que dans la fièvre typhoïde.

La myosite et l'arthrite, complications rares de la fièvre typhoïde, ont été observées dans ces cas.

Quoique la maladie puisse être grave, elle est généralement bénigne, et les cas de mort sont rares.

L'absence d'ulcérations intestinales est un caractère distinctif de la maladie.

La maladie, quoique de longue durée, et s'observant dans les endroits où on signale la fièvre typhoïde, est relativement rare.

Il ne faut cependant pas conclure du résultat négatif de la réaction de Widal à une infection paratyphoïdique.

SALVA-MERCADÉ.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

E. Sévin. *Fractures des phalanges et vérification au moyen de la radiographie* (*Thèse*, Paris, 1902). — L'auteur a basé son travail sur 16 cas observés pendant trois ans à la consultation externe de Saint-Antoine, et radiographiés par M. Leray.

Les fractures des phalanges sont surtout communes chez l'homme. M. Sévin n'en a vu qu'un cas chez la femme.

Un seul doigt est affecté, et le doigt le plus souvent atteint est l'auriculaire.

La lésion siège avec le maximum de fréquence sur la première phalange, douze fois sur seize ; puis, sur la phalangette, trois fois.

La phalangine n'a été fracturée qu'une fois.

La fréquence de la fracture par cause directe, souvent compliquée de plaie et due ordinairement à un écrasement, est bien établie ; cette variété a été observée onze fois par l'auteur.

Mais la fracture par cause indirecte, qui reste simple, n'est pas exceptionnelle comme le disent Malgaigne, Lousdale et Polaillon. M. Sévin en rapporte cinquante observations.

La fracture par cause indirecte résulte d'une inflexion du doigt en avant, en arrière, latéralement ou d'un mouvement de torsion sur l'axe imprimé au doigt.

Dans la fracture par cause directe, la lésion qui peut siéger en tous les points de la phalange occupe fréquemment la partie moyenne de l'os, six fois sur quatorze. Le trait de fracture est habituellement transversal avec de légères dentelures. Il est rarement oblique ou longitudinal.

Le *déplacement* est fréquent, sensible ou très accusé ; les deux fragments forment une saillie angulaire dorsale ou latérale, quelquefois s'inclinent à angle droit l'un sur l'autre.

Bien différente est la fracture par cause indirecte. Ici le trait de fracture qui occupait trois fois sur cinq l'auriculaire est oblique, ou même longitudinal, de façon à figurer un Y.

Sur les seize radiographies de M. Sévin la fracture était complète.

Le diagnostic ne présente aucune difficulté, quand existent la crépitation, la mobilité anormale, la déformation ; quand il s'agit d'une fracture incomplète, ou d'une fracture voisine d'une articulation, la radiographie est très utile.

La consolidation se fait en quinze jours, trois semaines.

Le traitement de choix consiste à mettre le doigt dans une gouttière de carton ou de guttapercha.

CHIFOLIAU.

CHIRURGIE

O. J. Mayer. *Remplacement des ligatures par l'angiotripsie en chirurgie générale* (*Annals of Surgery*, Août, 1902, n° 116, p. 183). — L'usage de l'angiotribe, qui semble jusqu'ici réservé à certaines opérations gynécologiques, mérite, d'après l'auteur, d'être étendu à la chirurgie générale. Sans doute, c'est un instrument encombrant, parfois même dangereux quand on opère dans des tissus friables. Mais ses avantages sont considérables : il facilite et abrège l'opération, il diminue les dangers d'infection par les ligatures ou simplement par les manipulations répétées.

Avec un angiotribe légèrement modifié, l'auteur a fait tout d'abord des recherches expérimentales dans le but d'élucider les effets de l'instrument sur les vaisseaux. Il a constaté que les tuniques moyenne et interne des artères étaient sectionnées et recroquevillées ; la tunique externe n'était pas rompue, mais elle était considérablement amincie ou, mieux, tassée, du fait de l'expulsion des éléments aqueux et graisseux. Dans les veines, les tuniques moyenne et interne n'étaient pas sectionnées, mais subissaient les mêmes modifications que la tunique externe des artères.

L'application de cette méthode demande quelques précautions indispensables ; il faut laisser l'angiotribe en place quelques minutes quand il s'agit de gros vaisseaux ; il faut avoir soin d'appliquer l'instrument perpendiculairement à l'axe du vaisseau ; il faut enfin éviter les tiraillements qui peuvent déterminer des déchirures et des hémorragies.

L'auteur a remarqué qu'à la suite des interventions faites à l'aide de l'angiotribe il n'y avait pour ainsi dire pas d'exsudats au niveau de la plaie, contrairement à ce qui se passe à la suite des ligatures. Dans aucun cas, il n'y a eu d'hémorragie secondaire. Enfin, il faut noter l'absence des douleurs : les nerfs étant complètement broyés et détruits et non plus simplement comprimés comme dans la ligature. Ce fait est surtout notable dans les opérations sur les hémorroïdes.

Avec cette méthode, l'auteur a pu pratiquer avec succès les interventions les plus dissemblables. Il va sans dire que l'angiotribe est inapplicable dans les opérations sur les organes friables comme le foie ou le rein, et dans les interventions sur la dure-mère. Mais, en dehors de ces quelques exceptions, c'est un instrument commode et sûr, appelé à rendre de grands services en chirurgie générale.

C. JARVIS.

OBSTÉTRIQUE

H. Hazard. *Rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement* (*Thèse*, Paris, 1902, n° 513). — Au point de vue anatomique, il semble prouvé actuellement que le col de l'utérus ne contient pas de fibres

musculaires et est entièrement composé de tissu élastique, entremêlé de quelques fibres de tissu conjonctif.

On comprend donc très bien, physiologiquement parlant, et d'après l'anatomie générale de l'organe, qu'un col atteint de sclérose peut présenter une résistance plus ou moins grande, parfois même insurmontable, au passage de la tête fœtale, et provoquer ainsi une dystocie au moment de l'accouchement.

D'après les travaux les plus récents, les rigidités spasmodique et anatomique n'existent pas en réalité : les premières en raison même de la constitution du col utérin, les secondes parce qu'elles sont dues pour la plupart à une congestion séro-sanguine provoquée par les contractions trop prolongées du corps, congestion qui, en s'accentuant, provoquera d'autant plus facilement des extravasations sanguines ou séreuses que le col aura été précédemment le siège d'une inflammation chronique.

L'entité appelée rigidité anatomique rentre donc ainsi dans le cadre des rigidités pathologiques. Et la preuve de ce fait, c'est que l'administration des calmants tels que le chloral supprime la rigidité.

Dans les rigidités pathologiques proprement dites, en dehors des tumeurs, on doit distinguer celles qui sont produites par une inflammation due à des microbes pathogènes, et celles qui sont consécutives à des cautérisations ou à des opérations antérieures (Schweder et Emme). Il faudra donc, dans la pratique, éviter autant que possible toutes les causes de sclérose postérieure.

Le traitement de la rigidité du col variera suivant les circonstances, les opérations de choix étant les petites incisions multiples ou les incisions de Dührssen. Si ces moyens étaient indifférents, on aura recours à l'opération césarienne.

A. Schwab.

A. Schuller. ***Paralysie obstétricale du bras et torticolis congénital*** (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1902, n° 37, p. 937). — L'auteur communique dans son travail trois observations de paralysies obstétricales du bras ; deux de ces enfants ont présenté ultérieurement du torticolis.

Dans le premier de ces cas, l'accouchement eut lieu par le siège et nécessita une intervention manuelle dont la nature n'est pas indiquée exactement. L'enfant vint au monde avec une paralysie du plexus brachial droit, type Duchenne-Erb. Revu deux ans plus tard, il présentait un torticolis du côté droit.

Dans le second cas, il y a eu présentation du sommet ayant nécessité une application de forceps. Il a fallu, en outre, dégager l'épaule gauche avec le doigt recourbé en crochet. Dès la naissance, on constata que l'enfant avait une paralysie du plexus brachial gauche avec phénomène oculo-pupillaire du côté de l'œil gauche. Revu au bout de cinquante-trois jours, l'enfant avait un torticolis à gauche.

La troisième observation a trait à un nouveau-né dont l'accouchement a nécessité une application de forceps et, pour dégager l'épaule droite, l'application du crochet de Braun. L'enfant vint au monde avec une paralysie atypique du plexus brachial droit.

Dans les deux premiers cas, dans lesquels il y a eu un développement ultérieur d'un torticolis, le sterno-mastoïdien du côté malade était manifestement raccourci et se sentait comme une corde tendue et dure. On peut donc admettre que le traumatisme qui avait amené une distension du plexus brachial a suffi pour produire une déchirure du muscle.

Mais la théorie mécanique du torticolis étant aujourd'hui combattue en faveur de l'origine intra-utérine de cette affection (Petersen, Völker), l'auteur établit de la façon suivante les relations entre le torticolis et la paralysie obstétricale du bras :

Le torticolis formé pendant la vie intra-utérine amène un raccourcissement des parties molles qui vont du cou au bras, le plexus brachial y compris, et dès lors le redressement de la tête pendant qu'elle traverse la filière pelvienne suffit pour amener un tiraillement violent du paquet nerveux, et réalise ainsi la paralysie.

R. Romme.

George P. Shears. ***Quand et pourquoi commence le travail ?*** (*Medical Record*, n° 1659, 23 Août 1902, p. 281). — Dans une étude intéressante, basée sur de nombreuses observations, l'auteur s'élève contre quelques idées classiques et fausses sur le travail et l'accouchement. Il est faux de dire que le col conserve son entière longueur pendant la grossesse. De même, il est inexact de prétendre que le canal cervical reste fermé jusqu'au début du travail. D'ordinaire, chez les multipares et même quelquefois chez les primipares le canal (y compris l'orifice interne) est assez dilaté pour permettre l'introduction d'un ou deux doigts, quinze jours ou trois semaines avant le début du travail. Par suite, la dilatation des orifices externe et interne et du canal n'est pas en soi l'indication du début du travail.

Mais quand l'orifice interne est dilaté de telle sorte que ses bords font partie de la cavité utérine, alors on peut affirmer que le travail commence. Le phénomène est dû à la distension de la cavité utérine.

Quant à la cause même de l'accouchement, l'auteur admet l'explication suivante : L'ampliation de l'orifice interne a pour résultat de produire une excitation au niveau du ganglion nerveux du col ; par voie réflexe celui-ci détermine les contractions utérines.

C. Jarvis.

PÉDIATRIE

James P. Marsh. ***Absence congénitale de la totalité de l'œsophage*** (*American Journal of medical Sciences*, 1902, Août). — L'auteur rappelle que sur les 56 cas de malformations congénitales de l'œsophage, réunis par Mackensie, 5 seulement se rapportent à des absences totales de l'œsophage. Ce sont ceux de Souderland, Lozach, Mellor, Heath et du Netley Catalogue.

Mais Marsh n'admet pas les cas de Lozach et de Heath, le premier se rapportant à un monstre, le second étant un cas d'absence du duodénum. Il n'en resterait donc que 3, auxquels il faut ajouter celui de Steel et le sien qu'il rapporte.

L'enfant dont il relate l'histoire mourut cinq jours après sa naissance, n'ayant rien pu faire passer dans son œsophage. A l'autopsie, on constate que la lumière de l'œsophage cesse au niveau de l'encoche sternale. La terminaison de l'œsophage dans l'estomac présente un calibre normal, mais il ne remonte pas au delà du diaphragme. Entre ces deux points, encoche sternale et diaphragme, on ne trouve que quelques trousseaux fibreux représentant l'œsophage.

La théorie qui rend le mieux compte de ces faits est celle qui est basée sur l'embryologie de l'œsophage.

Minot dit que l'œsophage s'allonge à partir de la quatrième semaine entre le pharynx et l'estomac et qu'à la fin de la cinquième semaine il est devenu un tube cylindrique de longueur considérable. Chez les oiseaux, les reptiles et les poissons, l'œsophage est pendant un certain temps une corde sans lumière. W. Opitz soutient que la lumière est également fermée pendant quelque temps chez l'embryon humain. On peut donc comprendre comment se produit l'absence congénitale de l'œsophage. Il est même étrange, pense Marsh, que cette anomalie ne se présente pas plus fréquemment. Le seul traitement possible dans ces cas est la gastrostomie.

Salva-Mercadé.

Ch. Briens. ***Quelques considérations sur les causes invoquées pour supprimer l'allaitement au sein*** (*Thèse*, Paris, 1902). — Dans sa thèse, Charles Briens montre que les obstacles sérieux à l'allaitement au sein sont extrêmement rares. La galactophorite commande la suspension de l'allaitement du seul côté malade et d'une façon temporaire.

Les albuminuriques peuvent donner le sein.

L'allaitement au sein est également possible chez les cardiopathes, sauf naturellement dans les cas d'asystolie.

Il n'y a guère de contre-indications à l'allaitement que dans les maladies aiguës, fébriles, la tuberculose, le cancer.

En somme, d'après Briens, toute mère doit allaiter son enfant. C'est une vérité depuis fort longtemps connue.

P. Desfosses.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

M. Fargues. ***Contribution à l'étude de la topographie des troubles sensitifs dans la syringomyélie*** (*Thèse*, Paris, 1902). — La distribution de l'anesthésie syringomyélique sur les différentes parties du corps a servi de sujet à de nombreuses controverses.

Les premiers auteurs, en particulier Roth et Charcot notèrent que les altérations de la sensibilité se manifestaient sur des zones cutanées spéciales, affectant des segments de membres ou de tronc limités par des lignes circulaires, perpendiculaires à l'axe du corps.

M. Brissaud expliqua plus tard cette topographie géométrique, segmentaire, par la notion du métamérisme.

Par contre, d'autres auteurs tels que Max Lachr, Hahn, Leyden, Déjerine, Van Gehuchten, etc., publièrent des observations où les zones anesthésiques n'étaient point limitées par des lignes circulaires, perpendiculaires à l'axe du corps, mais dessinaient nettement sur les membres lésés des bandes longitudinales parallèles à leur axe, de topographie nettement radiculaire.

A la théorie métamérique se substituait donc la théorie radiculaire.

Tel est l'énoncé du problème que M. Fargues se propose de résoudre dans sa thèse. Déjà, en mai dernier, M. Véraguth, étudiant les troubles de la sensibilité chez les syringomyéliques à l'aide d'un instrument spécial, avait conclu que la topographie radiculaire était constante. M. Fargues se rallie à cette opinion et apporte comme preuve deux observations personnelles recueillies dans le service de M. Mirallié de Nantes.

E. de Massary.

H. Jourdanne. ***Des névralgies d'origine paludéenne*** (*Thèse*, Paris, 1902). — A côté des accidents graves du paludisme, existent des formes larvées, dont les plus fréquentes sont représentées par les névralgies. L'auteur, à propos d'un cas personnel qu'il a pu suivre et étudier méthodiquement, reprend dans un travail, riche en exemples cliniques, l'histoire des névralgies au cours du paludisme.

Elles peuvent se produire, dit-il, tantôt au milieu de l'apyrexie la plus complète et constituer l'unique manifestation du paludisme, ou s'accompagner d'un accès de fièvre incomplet, et devenir ainsi le symptôme le plus accusé d'un paroxysme fébrile.

Leur caractère clinique le plus important est la périodicité. Outre le début matinal des accès névralgiques, on retrouve comme caractères particuliers, l'existence de troubles de la sensibilité (hyperesthésie), et surtout de troubles vaso-moteurs et sécrétoires.

Les localisations les plus fréquentes des névralgies paludéennes sont, par ordre décroissant de fréquence : le trijumeau, les intercostaux, le sciatique, etc. Tantôt ces nerfs sont pris isolément, tantôt il existe des associations névralgiques sous la forme hémilatérale ou généralisée.

La pathogénie de ces troubles nerveux est discutée. On peut soutenir, avec assez de raison, la théorie de l'imprégnation du système nerveux par les produits toxiques, sécrétés par les hématozoaires de Laveran.

Le traitement se résume dans l'emploi de la quinine, véritable spécifique des névralgies palustres.

A. Sicard.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement des troubles digestifs chez les cardiaques.

Chez les malades ayant des troubles nerveux plus ou moins accentués, de l'arythmie, de la tachycardie, des crises pseudo-angineuses, sous la dépendance d'un état dyspeptique, M. Le Gendre institue avant tout le traitement de la dyspepsie, qui varie selon la forme de celle-ci. Aux hyperchlorhydriques, il donne le régime lacté pendant quelque temps, puis une alimentation contenant peu de féculents ; aux hypopeptiques, l'acide chlorhydrique, la pepsine, la gastérine, etc. Il faut, d'après M. Le Gendre, éviter l'emploi de certains médicaments sédatifs, qui ont l'inconvénient de troubler la digestion, tels que le bromure de potassium ou le valérianate d'ammoniaque, auquel il faut préférer la teinture ou l'extrait de valériane en suppositoires. Les douches tièdes ou chaudes, les lotions et affusions, les bains de tilleul rendent également des services chez certains malades.

Voici un exemple qui prouve bien l'efficacité d'un tel traitement :

M. Le Gendre a vu un homme qui avait été considéré comme incurable ; il était en état d'hyposystolie, souffrant d'une dyspnée continuelle, oppressé à tel point qu'il couchait dans son fauteuil ; il avait fait remiser son lit dans le grenier de son habitation pour n'être plus importuné par la vue

d'un objet devenu inutilisable pour lui. Il avait un foie énorme. On le mit au régime d'un litre et demi de lait et de cinq œufs par vingt-quatre heures. Au bout de trois semaines, la dyspnée avait disparu ; huit jours plus tard, il faisait replacer son lit dans sa chambre à coucher.

Un bon moyen de décongestionner le foie est l'usage des purgatifs à petites doses répétées plus ou moins fréquemment. On peut employer le sulfate de soude ou de magnésie, le calomel à la dose de *deux centigrammes* (pas plus) en pilule, associé à 10 ou 20 centigrammes de lactose et de sirop de gomme, continué pendant dix à vingt jours. Le salicylate de soude à la dose de 0,25 à 0,50 centigrammes de soude, comme dans le sel de Carlsbad, constitue également un agent cholalogue utile. On peut ordonner l'eau de Vichy à raison d'un demi-verre trois fois par jour.

La cure de Vichy convient particulièrement aux cardiaques congestifs. Le podophyllin, l'évonymine favorisent également le flux biliaire.

Quant aux ictériques, l'indication est de faire un lavage du sang par une diurèse abondante, au moyen du régime lacté, non pas de lait gras, mais au contraire de lait fortement écrémé et dilué, c'est-à-dire agissant par sa lactose, par l'eau et les sels minéraux qu'il renferme, et non par ses matières grasses et albuminoïdes. Chez ces malades, les lavements froids, d'un litre à un litre et demi, répétés trois ou quatre fois en vingt-quatre heures, augmentent la tension des capillaires du rein et provoquent une diurèse salutaire.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Jeudi 8 Janvier 1903, à 1 heure. — M. Pioche : Essai de la médication thyroïdienne dans l'épilepsie; MM. Joffroy, Hutinel, Pozzi, Richaud. — M. Ferry : L'amygdalite phlegmoneuse et son traitement par la levure de bière; MM. Hutinel, Joffroy, Pozzi, Richaud. — M. Gros-Devaud : De la carcinose herniaire; MM. Pozzi, Joffroy, Hutinel, Richaud.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 5 Janvier 1903. — 5e, Chirurgie (Première partie), Hôtel-Dieu : MM. Kirmisson, Legueu, Mauclaire. — — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Bezançon, Legry.

Mardi 6 Janvier 1903. — 5e, Chirurgie (Première partie), Charité : MM. Guyon, Marion, Auvray. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Raymond, Vaquez, Dupré. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Mercredi 7 Janvier 1903. — 1er Ancien régime, Salle Richet : MM. Gariel, Blanchard, Richaud. — 2e, Salle Pasteur : MM. Gaucher, Richet, Rémy. — 5e (Deuxième partie), Oral, Salle Béclard : MM. Hayem, Widal, Legry. — 4e, Salle Thouret MM. Joffroy, Landouzy, Wurtz.

Jeudi 8 Janvier 1903. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Berger, Hartmann, Thiéry. — 2e, Salle Thouret : MM. Pouchet, Launois, Langlois. — 3e (Deuxième partie) (1re série), Oral, Salle Béclard : MM. Dieulafoy, Achard, Jeanselme. — 3e (Deuxième partie) (2e série), Oral, Salle Richet : MM. Raymond, Thiroloix. Gouget. — 4e, Salle Pasteur : MM. Proust, Thoinot, Vaquez.

Vendredi 9 Janvier 1903. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker : MM. Tillaux, Walther, Legueu. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Necker : MM. Kirmisson, Mauclaire, Gosset. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 10 Janvier 1903. — 1er, Oral, Salle Broussais : MM. Poirier, Thiéry, Auvray. — 3e (Première partie), Oral, Salle Richet : MM. Le Dentu, Marion, Potocki. — 3e (Deuxième partie), Oral, Salle Thouret : MM. Hutinel, Achard, Thiroloix. — 5e, Obstétrique (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Clinique chirurgicale de la Charité. — Un cours pratique de chirurgie (fractures et luxations indispensables à connaître) sera fait à la clinique chirurgicale de la Charité (service de M. le professeur Tillaux), par M. Wiart, chef de clinique.

Chaque leçon sera suivie d'exercices pratiques (confection par les élèves d'appareils plâtrés, silicatés, etc.).

Le cours comprendra douze leçons. Il commencera le lundi 19 janvier 1903, à 5 heures, et se continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Les droits à verser sont de 50 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures.

Les accidents du travail. — M. Rémy, agrégé, fera une série de conférences sur les accidents du travail, dans l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique).

Ces conférences auront lieu à 8 h. 1/2 du soir. Elles commenceront le jeudi 15 janvier 1903, et se continueront les jeudis suivants.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Lariboisière. — M. Sebileau, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, commencera le mercredi 21 Janvier 1903 un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologique. Ce cours aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, de 8 à 9 heures du matin. Il sera complet en 30 leçons.

Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments.

Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance dans le service auprès de M. Caboche, assistant.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le mardi 20 Janvier 1903 un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologique. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis, samedis, de 8 à 9 heures du matin. Il sera complet en 30 leçons.

Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments.

Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance dans le service auprès de M. Bourgeois, assistant.

NOUVELLES

Paris et Départements

Mariage du docteur Jayle. — Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs le mariage de notre collaborateur et ami Jayle qui a été célébré à Epinal, lundi dernier, avec Mademoiselle Ayet.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés dans le corps de santé des troupes coloniales à l'emploi de médecin stagiaire : MM. Delange, Hénaut.

— M. Honorat, médecin aide-major, est désigné pour servir hors cadre à la Grande-Comore.

Corps de santé de la marine. — Sont promus dans le corps de santé de la marine, au grade de médecin en chef de 2e classe : M. Ortal, médecin principal.

Au grade de médecin principal : MM. de Gouyon de Pontouraude et Legrand, médecins de 1re classe.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Avérous, Madon et Poix, médecins de 2e classe.

L'internat en médecine des asiles de la Seine. — On sait qu'au dernier concours de l'internat en médecine des asiles de la Seine, une étudiante, Mlle Pelletier, qui s'était fait inscrire régulièrement, fut exclue du concours sous le prétexte qu'elle ne possédait point ses droits civils et *politiques*.

Cette exclusion faite *in extremis* a motivé dans la séance de samedi dernier du conseil général de la Seine une question de la part de M. Jules Auffray.

A la suite de la discussion qui a eu lieu à ce propos, le conseil général a pris la délibération suivante :

« Le conseil général délibère :

« Prend acte des déclarations de M. le directeur des Affaires départementales s'engageant à faire reviser l'arrêté préfectoral du 11 novembre 1900, relatif aux conditions exigées pour l'admission aux concours d'internes pour les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, de manière à les mettre en harmonie avec les règlements qui fixent les admissions des externes et des internes dans les hôpitaux et hospices dépendant de l'Assistance publique. »

Inauguration de la polyclinique A. de Rothschild. — La polyclinique installée par M. Henri de Rothschild, 149, rue Marcadet, a été inaugurée vendredi passé sous la présidence de M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique.

La nouvelle installation a été réalisée avec un soin tout particulier. La polyclinique doit être spécialement consacrée au traitement des maladies de l'enfance et en particulier à celui des affections des yeux, du larynx, etc. Elle comprend, en dehors des salles d'attente et de consultation, des salles d'opération et de pansement, des laboratoires, des chambres d'isolement et des salles communes permettant d'hospitaliser un certain nombre de petits malades.

Une voiture d'ambulance automobile actionnée par l'électricité est attachée au service de la polyclinique.

Association corporative des étudiants en médecine. — Des conférences d'ophtalmologie (pathologie oculaire et méthode d'examen clinique) commenceront le lundi 5 Janvier au siège de l'Association, 21, rue Hautefeuille, à 8 h. 1/2 du soir, et se poursuivront les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Des conférences de pathologie interne commenceront vers le 1er Février.

Un avis ultérieur en fixera la date exacte. Prière de s'inscrire.

CONCOURS

Internat. — ***Anatomie.*** — *Séance du 19 décembre.* — Ont lu : MM. Privat, 6; Labonnette, 9; Renaud, 11; Bernheim, 5; Huchet, 7; Rivet, 14; Brissy, 12; Rouhier, 11; Vandrot, 11; Berthaux, 11. — *Absents :* MM. Hudelot, Thébault, Mougeue de Saint-Avid, Verdier, Dureau, Vigneron, d'Henequeville.

Séance du 22 décembre. — Ont lu : MM. Labadie-Lagrave, 9 ; Poupardin, 10 ; Ferté, 9 ; Simon, 8 ; Cornélius, 11 ; Siegel, 11 ; Busquet, 9 ; Blairon, 10 ; Favreul, 9. — *Absents :* MM. Caruette, Chapotin, Devaux, Saissi, Dubos, Faugère.

Pathologie. — *Séance du 19 décembre.* — Ont lu : MM. Loumaigne, 3; Froget, 9; Chazal, 8; Gaultry, 8; Monod (Octave), 8; Bertrand, 7; Rigollot-Simonnot, 11; Gaillard, 12. — *Absents :* MM. Goulden, Chanderis.

Séance du 20 décembre. — Ont lu : MM. Germain, 9; Christesco, 11; Barbier (M.), 10; Ameuille, 11; Dreyfus, 12; Fay, 5; Mignon, 4. — *Absents :* MM. Duvoir, Béué, Chauveau, Jousset, Poissenot, Tournay, Trapenard, Chapeyron, Vidal (Denis).

Externat. — ***Pathologie.*** — Séance du 19 Décembre. — *Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse :* MM. Croste, 15; Gravelotte, 15; Bloch, 14; Cotonnec, 15; Delille; Evrard, 15; Girard, 15; Barbé, 16; Grandchamp, 15; Feuillié, 14; Berthaux, 16; Bourée, 15; Guérin, 15; Brésard, 16; Baldenweck, 15; Mme Grandjean, 15; MM. Thorel, 14; Guilly, 15; de Gaudt, 15; de Fourmestraux, 15.

Séance du 22 Décembre. — *Abcès du cerveau :* MM. Emanuel, 14; Boulouneix, 14; Bodolec, 16; Giroux, 15; Aïtoff, 15; Bonniot de Ruisselet, 14; Guyot, 14; Clément, 16; Herbinet, 14; Billon, 15; Hédouin, 14; Desmoulins, 14; Binet, 16; Dézarnaulds, 15; Belgodère, 15; Giraudet, 15; Chapeyron, 15; Gy, 16; Bing, 14; Gaultry, 15. — *Absent :* M. Ferté.

Séance du 23 Décembre. — *Rétrécissement du rectum.*

Anatomie. — Séance du 20 Décembre. — MM. Monier, 16; Lemaire, 15; Monod, 15; Merry, 15; Martin, 15; Thorel, 14; Reulos, 16; Ledoux, 16; Cotonnec, 14; Mlle Pascal, 16; MM. Lesage, 14; Pappa, 14; Ranzy, 16.

RENSEIGNEMENTS

On demande un étudiant en médecine pour écritures spéciales. — S'adresser *P. M.*, n° 891.

AVIS. — Il ne sera répondu qu'aux lettres contenant un timbre de 0 fr. 15.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES — Tome II. N° 104. — Samedi, 27 Décembre 1902. — 10 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 — TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI.

AVIS IMPORTANT

Nous prions nos abonnés qui ne nous ont pas encore fait parvenir le montant de leur renouvellement pour 1903, de vouloir bien faire bon accueil à la quittance qui leur sera présentée par la Poste,

à partir du 24 Décembre.

SOMMAIRE

ARTICLES

CHRONIQUE

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANALYSES

NOUVELLES

RÉFORMES DANS LES HOPITAUX

LABORATOIRES DE RADIOSCOPIE ET DE RADIOGRAPHIE

A la fin de Décembre de l'année dernière, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique avait émis le vœu que des laboratoires de radioscopie et radiographie fussent installés dans 20 établissements hospitaliers dépendant de l'Administration. En exécution de ce vœu, M. le Directeur général vient, suivant les instructions du Préfet de la Seine, de constituer une Commission chargée d'étudier la question aux points de vue technique et financier.

Cette Commission est composée de membres du Conseil de surveillance, de conseillers municipaux, de fonctionnaires de l'administration, d'un constructeur d'appareils, de trois chirurgiens et d'un médecin des hôpitaux, des trois chefs des laboratoires existant déjà. Elle a commencé ses travaux et il est à souhaiter qu'elle arrive rapidement à une solution qui soit financièrement acceptable par le Conseil municipal.

La chose est possible si les membres de la Commission, se dégageant de toute visée théorique et purement scientifique qui les engagerait dans des dépenses exagérées, se préoccupent seulement de mettre entre les mains des médecins l'outillage strictement nécessaire à leur pratique journalière. Il n'est d'ailleurs que temps d'aboutir, car, il faut bien l'avouer, nos hôpitaux parisiens sont, en ce qui concerne les applications de la radiologie, singulièrement en retard sur les hôpitaux de Vienne, de Berlin, de Londres et autres grandes villes : là encore, comme pour

beaucoup d'autres choses, nous nous sommes laissé distancer; mieux et plus vite que nous, l'étranger a su mettre en pratique les données de la science.

* * *

La découverte de Röntgen est, en effet, devenue le point de départ de toute une science, la *radiologie*, dont une des branches les plus importantes est certainement la *radiologie médicale*. Celle-ci nous montre que les rayons de Röntgen sont tout à la fois un merveilleux élément de diagnostic qui fait journellement ses preuves et un agent de thérapeutique encore à l'étude, mais dont l'utilité est incontestable.

Je laisse de côté la *radiothérapie*, qui intéresse seulement certains médecins spécialistes, en exprimant le vœu que tous les éléments de cette nouvelle thérapeutique soient mis à la disposition des hommes compétents, et j'insisterai sur le *radiodiagnostic*, qui intéresse tous les praticiens, médecins, chirurgiens et accoucheurs. Il ne me sera pas difficile de démontrer par des faits que des installations radiologiques spéciales pour le radiodiagnostic s'imposent en pratique médicale, et qu'il est vraiment préjudiciable aux malades que nos hôpitaux n'en soient pas encore mieux pourvus.

L'avis du corps médical tout entier est, sur ce point, unanime, et nul doute que les chirurgiens et les accoucheurs ne se rangent à l'avis que les médecins ont exprimé dans la réunion de la Société des médecins des hôpitaux de vendredi dernier; à l'unanimité des membres présents, la Société a exprimé les vœux suivants :

1° Que chaque hôpital soit pourvu d'une salle destinée à l'exploration radiologique suivant ses deux modes, examen radioscopique et radiographie, l'un et l'autre indispensables;

2° Que dans le local affecté à cette salle d'exploration, on réserve l'emplacement nécessaire aux opérations photographiques proprement dites, spécialement un cabinet noir pour le développement des clichés;

3° Que le maniement des appareils d'exploration radiologique soit confié, dans chaque hôpital, sous le contrôle des chefs de service, à un jeune médecin possédant, avec les notions théoriques et techniques indispensables, une solide instruction médicale, qu'il soit de préférence confié à un interne ou ancien interne en médecine nommé au concours, et qu'on lui donne pour aides, suivant l'importance de l'hôpital, une ou plusieurs infirmières chargées de l'entretien des appareils en bon état et de ce qu'il est permis d'appeler la cuisine photographique;

4° Que, pour restreindre autant que possible les dépenses nouvelles nécessitées par ces salles d'exploration, l'examen radioscopique soit préféré à la radiographie ou tout au moins la précède dans tous les cas où il sera permis de supposer qu'il peut suffire au diagnostic, et que seuls les véritables indigents puissent bénéficier de la radiographie gratuite.

Ainsi simplifiés, les desiderata des médecins ne peuvent manquer de trouver satisfaction auprès du Conseil municipal; car ce n'est vraiment pas trop demander que l'exploration radiologique soit possible dans tous les hôpitaux et que le radiodiagnostic soit mis à la portée de tous les médecins.

* * *

L'utilité, l'indispensabilité même de l'usage des rayons Röntgen est hors de conteste pour tous les services médicaux et chirurgicaux; nous avons là un moyen de diagnostic dont il n'est plus permis à un médecin, soucieux de l'intérêt de ses malades, d'ignorer le maniement. C'est chaque jour, à chaque instant, que le praticien peut avoir à recourir à ce mode d'exploration, non seulement en pathologie chirurgicale pour la recherche des corps étrangers, le diagnostic des traumatismes, des affections osseuses ou articulaires, des calculs urinaires, etc., mais aussi en pathologie médicale où la radioscopie est appelée peut-être à devenir d'un emploi aussi fréquent que l'auscultation et la percusssion dans le diagnostic des affections des organes thoraciques, poumons, plèvres, cœur et gros vaisseaux, œsophage.

Les services que peut rendre ce nouveau mode d'exploration sont tels que, comme l'a dit Béclère avec sa haute compétence en la matière, dans un avenir prochain on ne comprendra pas non seulement qu'un hôpital, mais qu'un sanatorium, un dispensaire, un service de consultation médicale ou chirurgicale, un conseil de revision en soient privés. C'est ainsi d'ailleurs que la question a été résolue en Allemagne et en Angleterre déjà où non seulement les hôpitaux, mais nombre de grands services sont pourvus d'une salle d'examen radioscopique et radiographique, comme j'ai pu m'en convaincre dans une visite récente aux hôpitaux de Berlin et de Hambourg. Il est vraiment fâcheux que la ville de Paris se soit ainsi laissé distancer.

* * *

Je ferai remarquer que je parle en ce moment surtout de la radioscopie que tout médecin doit avoir sous la main; car, en ce qui concerne la radiographie, les hôpitaux possèdent déjà trois laboratoires, à Necker, à Saint-Antoine, à la Salpêtrière, très largement pourvus au point de vue technique et qui rendent journellement de grands services. Mais, du fait même de leur organisation, ils sont coûteux et demandent un personnel spécial; aussi bien ne sont-ce pas des laboratoires aussi complets dont le corps médico-chirurgical demande l'annexion à chaque service, mais de simples salles d'examen peu coûteuses à établir, peu coûteuses à entretenir, et dont le médecin aurait la direction, qu'il aurait sous la main et où il pourrait examiner ses malades sans leur imposer le déplacement nécessité pour le transport aux laboratoires centraux.

La dépense exigée par l'installation et le fonctionnement dans chaque hôpital de Paris d'un service de ce genre ne peut être un obstacle à la réalisation du projet qui va être soumis au Conseil municipal, car elle peut être fort réduite, si l'on agit méthodiquement.

Je n'ai pour le démontrer qu'à rappeler ce que M. Béclère a pu faire, sans crédits officiels, à l'hôpital Saint-Antoine. Les résultats obtenus par ce médecin convaincu, à force de tenacité et de dévouement, sont universellement connus et ont fait de son service de Saint-Antoine une véritable école radiologique.

Au point de vue essentiellement pratique je citerai un autre exemple, celui de M. Walther, chirurgien à l'hôpital de la Pitié; convaincu de la nécessité des rayons Röntgen en chirurgie, il a acheté à ses frais des ampoules de Crokes, une machine statique et un petit moteur à gaz, a fait instruire en quelques semaines un interne à la pratique de la radioscopie et de la radiographie et a pu ainsi appliquer les procédés d'exploration aux malades de son service qui en avaient besoin, et cela avec les meilleurs résultats.

Je ne crois pas qu'une « leçon de choses » puisse être plus démonstrative que celle-ci; mais il est inadmissible que plus longtemps les chefs de service soient obligés de faire à leurs frais les installations qui leur sont nécessaires.

* * *

D'ailleurs, nos édiles n'ont qu'à s'inspirer au point de vue pratique et économique de ce qui a été fait à Guy's hospital de Londres et dont j'emprunte la description à Béclère.

Une grande chambre, située au rez-de-chaussée, à proximité de la salle des consultations, sert à la fois à la radioscopie et à la radiographie.

Un lit de sangle, transparent aux rayons de Rontgen, et au-dessous duquel l'ampoule de Crokes est mobile dans tous les sens, reçoit successivement la plupart des blessés amenés à l'hôpital pour y être admis ou seulement pansés.

C'est à l'examen radioscopique qu'on a recours tout d'abord pour la recherche des corps étrangers et la détermination exacte de leur siège et le plus souvent les corps étrangers sont extraits immédiatement après que la radioscopie a révélé leur siège, sans que la radiographie devienne nécessaire.

Pour les entorses, pour les fractures, pour les luxations, en un mot pour tous les traumatismes du squelette, c'est également à l'examen radioscopique qu'on demande tout d'abord le diagnostic cherché. Si toutefois l'on juge nécessaire de fixer l'image observée sur l'écran et de demander à la radiographie la connaissance de certains détails, on le fait immédiatement, sans déplacer le malade, en substituant à l'écran une plaque sensible.

Que le blessé ait été ou non radiographié, il est le plus souvent soumis une seconde fois à l'examen radioscopique après que sa luxation ou sa fracture a été réduite et qu'il a été immobilisé dans un appareil; on s'assure ainsi que la réduction est bien faite, que les fragments de l'os fracturé sont en bonne position.

Je me rappelle, dit Béclère, « un jeune homme atteint de luxation du poignet; un quart d'heure au plus s'est écoulé depuis le début du premier examen radiographique jusqu'à la fin du second, et dans l'intervalle la luxation a été réduite et un appareil de contention appliqué sur le membre blessé. Dans le pays où l'expression *time is money* est passée en proverbe, j'ai constaté que ce n'était pas seulement une grande économie de temps, mais une grande économie d'argent qui était réalisée par l'emploi combiné de la radioscopie et de la radiographie.

Comparons cette façon de faire avec ce qui se passerait à Paris, à l'Hôtel-Dieu, par exemple. Le chirurgien voit le matin un malade non transportable, entré la nuit ou la veille à l'hôpital, et juge nécessaire l'examen par les rayons X. Il lui faut d'abord faire un bon de radiographie, le faire porter au bureau qui l'envoie au laboratoire de la Salpêtrière. Le chef de laboratoire, au reçu du bon, prend ses dispositions pour transporter les appareils nécessaires à l'Hôtel-Dieu où il se rend dès qu'il en a le temps, et fait son opération. Il revient au laboratoire avec son cliché ; là, il le développe, tire son épreuve, la fait sécher, la colle, enfin, l'adresse au chirurgien. Et pendant ce temps-là, le malade attend !

Je n'ai pas besoin d'insister pour établir combien irrationnelle, incomplète et insuffisante est l'organisation actuelle dans nos hôpitaux parisiens des applications de la radiologie, et pour montrer combien il est urgent que pareil état de choses soit modifié dans le sens indiqué et demandé par l'unanimité des médecins.

E. De Lavarenne.

BIBLIOGRAPHIE

Les troubles nerveux de cause sexuelle, par E. Monin, 1 vol. in-18 de 180 pages : 1 fr. 50. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

Traitement des uréthrites chroniques, par Bensa, (de Nice), 1 vol. in-8° de 120 pages, avec une planche hors texte, 2 francs. (*Octave Doin*, éditeur, 8 place de l'Odéon.)

L'Acidité urinaire, conférence faite à l'Institut Pasteur, le 19 Mars 1901, par H. Joulie, pharmacien des hôpitaux de Paris en retraite. Recueillie par M. Jean Nicolaidi, in-8° de 70 pages, 1 fr. 50. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

Traité de physiologie, par J. P. Morat, professeur à l'Université de Lyon, et Maurice Doyon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. *Fonctions d'innervation*, par J. P. Morat, 1 vol. in-8° jésus de 717 pages avec 263 figures noires et en couleurs. (*Masson et Cie*, éditeurs à Paris.)

L'ICTÈRE HÉMAPHÉIQUE

PAR

A. GILBERT
Professeur à la Faculté.

M. HERSCHER
Ancien interne des Hôpitaux

CARACTÈRES CLINIQUES. — L'ictère hémaphéique est un syndrôme clinique caractérisé par l'association de trois ordres de symptômes que révèle l'examen de la peau, du sérum sanguin et des urines.

La *peau* présente une coloration jaune très légère. Ce n'est pas la teinte franchement accusée que l'on observe dans les ictères intenses : c'est une simple nuance jaunâtre, bilieuse, que bien souvent un œil habitué à la rechercher est seul capable d'apercevoir.

Ce n'est pas un ictère achevé, c'est un *ictère fruste*, semblable à celui qu'on rencontre fréquemment dans la *cholémie simple familiale*.

Il occupe de préférence la face; mais on peut l'observer sur toute l'étendue du revêtement cutané. Parfois il se localise plus spécialement en certains points du corps, par exemple, à la paume des mains et à la plante des pieds, constituant le signe *palmo-plantaire* que Filipovicz a décrit dans quelques affections s'accompagnant d'ictère hémaphéique, dans la fièvre typhoïde notamment, et qui se rencontre aussi dans la *cholémie simple familiale*.

Les muqueuses ne sont habituellement pas atteintes. Les conjonctives, pourtant, offrent quelquefois une légère coloration jaune, mais la face inférieure de la langue ne présente pour ainsi dire jamais les modifications qu'on peut y noter dans les ictères intenses.

Le *sérum sanguin* est hypercoloré, avec, dans quelques cas, des reflets verdâtres; il occasionne un effacement plus ou moins marqué de la partie droite du spectre et donne la réaction de Gmelin; mais celle-ci est, à l'ordinaire, légère, et peut passer inaperçue si l'on n'y prête pas une attention particulière [1].

Contrairement à ce qu'on admet habituellement, il résulte pour nous de très nombreuses observations que le sérum ne renferme pas d'urobiline, sauf dans des cas exceptionnels.

La règle est qu'il contienne une certaine quantité de pigments biliaires vrais, mais pas d'urobiline.

Rien donc jusqu'ici qui imprime à l'ictère hémaphéique un cachet spécial; c'est un ictère fruste, résultant d'une cholémie légère, et c'est tout; mais il n'en est pas de même si l'on vient à examiner l'*urine*.

M. Dreyfus-Brisac [2] lui assigne les caractères suivants :

Elle est d'un jaune ambré, avec une teinte brunâtre plus ou moins accentuée, qui l'a fait comparer à la bière forte. Lorsqu'on agite le verre qui la renferme, on distingue à sa surface des reflets jaune-rougeâtre et légèrement brunâtres. Elle possède un pouvoir tinctorial faible et laisse sur le linge des taches jaune-rougeâtre, d'une couleur comparée par Gubler à celle du melon ou du saumon pâle.

Lorsqu'on verse lentement de l'acide nitrique le long des parois d'un verre rempli d'une telle urine aux deux tiers de sa hauteur, on la voit prendre dans sa moitié inférieure une coloration rouge-brunâtre d'une intensité variable, comparable aux veines sombres de l'acajou vieilli; d'autres fois, se développe une teinte rubis très nette.

Ces modifications de nuance imprimées par l'acide nitrique sont connues sous le nom de *réaction de Gubler*.

Ces propriétés appartiennent bien, en effet, à l'urine hémaphéique et suffisent presque à la caractériser, mais il en est encore d'autres qu'il faut lui assigner.

L'examen spectroscopique permet de constater qu'elle éteint la partie droite du spectre et cela sur une étendue d'autant plus considérable qu'elle est plus foncée.

De plus, le spectroscope y montre la présence constante, ou presque, d'une grande quantité d'urobiline. La réaction par l'alcool amylique et par le chlorure de zinc ammoniacal permet de reconnaître encore plus aisément l'existence de celle-ci.

L'acide nitrique nitreux ne produit pas ordinairement la réaction de Gmelin ; pourtant, dans quelques cas, et cela lorsque la coloration de la peau est fortement accusée, on voit l'acide nitrique donner naissance à la série des anneaux jaune, orange, rouge, violet, bleu, vert; mais, pour les apercevoir, il faut souvent recourir préalablement à une dilution plus ou moins étendue, car, sans cette précaution, la teinte brun-acajou masque les anneaux colorés.

L'existence de la réaction de Gmelin est d'ailleurs rare, nous le répétons, et il ne faudrait pas prendre pour elle la teinte verte diffuse produite par l'acide nitrique en cas d'indicanurie.

L'urine hémaphéique renferme donc quelquefois de la bilirubine, mais c'est une rareté et la règle est qu'elle n'en contienne pas.

Les sels biliaires s'observent plus fréquemment.

La réaction de Pettenkoffer ne révèle que très exceptionnellement leur présence, mais il n'en est pas de même de celle de Hay qui se montre le plus souvent positive.

Si nous résumons cet exposé, nous pouvons dire que, cliniquement, *l'ictère hémaphéique est caractérisé par un ictère fruste, par la présence de pigments biliaires dans le sérum et par des modifications importantes des urines, qui, fortement teintées, couleur bière forte, effaçant la portion droite du spectre, prenant par action de l'acide nitrique une nuance acajou, renferment habituellement de l'urobiline, en plus ou moins grande quantité, le plus souvent des sels biliaires et exceptionnellement des pigments biliaires vrais.*

* *

THÉORIES RELATIVES A LA PRODUCTION DE L'ICTÈRE HÉMAPHÉIQUE. — Diverses théories ont été émises pour expliquer le mode de production de l'ictère hémaphéique dont nous venons de préciser les caractères cliniques.

Successivement on a supposé qu'il était occasionné par la pénétration dans la circulation d'hémaphéine, d'urobiline et de pigments biliaires modifiés.

Nous pensons qu'aucune de ces théories n'est justifiée, et, après les avoir indiquées et discutées, nous exposerons comment nous comprenons l'ictère hémaphéique qui reconnaît pour cause, à notre avis, une cholémie ordinaire mais légère, à laquelle s'adjoignent des modifications urinaires dues principalement à la diminution de la diurèse et aussi, pour une certaine part, à l'urobilinurie.

THÉORIE DE GUBLER. — *L'ictère hémaphéique est dû à l'hémaphéine.* — D'après cette théorie, l'ictère hémaphéique peut se produire suivant deux mécanismes.

Dans le premier cas, le plus fréquent d'ailleurs, sous une influence morbide quelconque, survient une destruction trop rapide des globules sanguins; le foie devient impuissant à transformer en pigments biliaires toute l'hémoglobine ainsi mise en liberté. Ne trouvant plus dès lors dans la bile une voie d'élimination assurée, la matière colorante du sang s'accumule dans le sérum, non sans subir diverses modifications à travers le torrent circulatoire; c'est à ces pigments dérivés pathologiquement de l'hémoglobine que Gubler donne le nom d'hémaphéine. L'hémaphéisme est l'accumulation de l'hémaphéine dans le sérum sanguin.

Dans le deuxième cas, la destruction globulaire n'est pas exagérée, mais le foie est profondément ou subitement atteint dans son activité sécrétoire, à la suite soit de lésions organiques, soit de troubles circulatoires et nerveux; il se trouve dès lors incapable de transformer l'hémoglobine qui lui est apportée en quantité normale : l'hémaphéisme est constitué.

Toutefois celui-ci ne suffit pas, d'après Gubler, pour produire l'ictère hémaphéique; il faut encore que les organes chargés d'éliminer l'hémaphéine fonctionnent mal, que les glandes rénales, sudoripares, intestinales, ne remplissent qu'incomplètement leurs rôles de « vicaires du foie ». Alors l'hémaphéine imprégnera les téguments, l'ictère hémaphéique « la manifestation symptomatique la plus complète de l'hémaphéisme » sera réalisé.

Mais on n'a jamais pu déceler l'hémaphéine ni dans les urines, ni dans le sérum, ni dans les téguments; aussi la théorie de Gubler a-t-elle peu à peu perdu de sa vogue primitive et ne présente-t-elle plus, aujourd'hui, qu'un intérêt purement historique.

THÉORIE ALLEMANDE. — *L'ictère hémaphéique est dû à l'urobiline.* — L'hémaphéine n'existant pas, toutes les modifications de l'organisme que Gubler lui imputait furent mises par certains auteurs sur le compte de l'urobiline.

Cette manière de voir a été surtout soutenue à l'étranger, en Allemagne tout particulièrement, où l'ictère hémaphéique devint *l'ictère urobilinique.*

De fait, on observe, d'une manière constante ou presque, de l'urobiline dans les urines hémaphéiques, et il était naturel de penser qu'elle pouvait être l'agent tinctorial de la peau et du sérum; mais elle jouit d'un

---

1. Il ne faut pas s'attendre à percevoir rapidement ici un anneau très accusé comme dans les cholémies intenses; le plus souvent, et cela se conçoit aisément, l'anneau reste léger quoiqu'au bout de quelques instants indiscutable. La réaction de Gmelin se présente donc avec les caractères qu'elle a dans les cholémies modérées, et qu'on peut lui reconnaître notamment dans bon nombre de cas de cholémie simple familiale et dans la cholémie artificielle réalisée, *in vitro*, par l'addition à un sérum normal d'une faible quantité de bile.

D'une étude poursuivie, en 1899, avec Castaigne, sur le sang des pneumoniques, nous avions conclu, en nous fondant sur la méthode de Salkowski, que la présence des pigments biliaires normaux n'y était pas habituelle. Nos recherches plus récentes, basées sur l'emploi de la méthode de Gmelin et sur la notion des résultats fournis dans les cholémies légères, nous ont amenés à d'autres conclusions.

2. DREYFUS-BRISAC. — « L'ictère hémaphéique principalement au point de vue clinique ». *Thèse*, Paris, 1878.

pouvoir colorant relativement faible, et il aurait fallu une accumulation considérable de cette substance dans les téguments pour leur communiquer une teinte jaune appréciable.

Or, en examinant la peau des malades atteints d'ictère hémaphéique, on n'a pas pu y trouver d'urobiline, bien qu'elle soit facile à voir dans la lumière réfléchie.

De plus, ainsi que nous l'avons prouvé récemment, l'urobilinémie est une rareté.

Pour toutes ces raisons donc, l'ictère hémaphéique n'est pas un ictère urobilinique, c'est seulement un *ictère urobilinurique*, ou, plus exactement, un *ictère avec urobilinurie*.

Théorie du professeur Hayem. — *L'ictère hémaphéique est un ictère polypigmentaire, dû à l'association des pigments biliaires vrais et modifiés.* — Le professeur Hayem explique l'ictère hémaphéique par la pénétration dans la circulation de pigments biliaires modifiés et d'une certaine quantité de pigments biliaires vrais.

Le sérum renfermerait, en outre, de l'urobiline.

Les caractères des urines seraient causés par la présence d'urobiline, d'autres pigments biliaires modifiés, de pigment rouge-brun notamment, et aussi, du moins dans certains cas, d'une faible quantité de bilirubine masquée par les divers éléments de l'urine.

Nous pensons que les pigments biliaires modifiés n'ont rien à voir dans la production de l'ictère hémaphéique; à eux seuls, les pigments ordinaires rendent bien compte des phénomènes observés, et nous allons exposer maintenant comment nous concevons sa genèse.

* * *

L'ictère hémaphéique est dû a une cholémie légère, accompagnée d'une oligurie marquée. — Nous considérons l'ictère hémaphéique comme un ictère ordinaire, mais fruste, occasionné par une cholémie légère et tirant son individualité d'un état particulier des urines.

La teinte de la peau est bien celle, en effet, qu'on observe dans les cas de cholémie légère; elle présente des analogies, des similitudes frappantes avec la coloration qui existe dans la *cholémie simple familiale*.

Seule, la localisation de l'ictère à la face ou bien en des points particuliers du corps, à la paume des mains et à la plante des pieds, par exemple, n'a pas encore reçu d'explication satisfaisante. Peut-être la vascularisation plus intense à la face, entraînant un apport plus abondant des pigments biliaires, l'épaisseur plus marquée de l'épiderme à la plante des pieds et à la paume des mains, permettant une accumulation plus considérable de ces pigments, doivent-elles être incriminées.

C'est là un point sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

Une cholémie légère rend bien compte aussi de l'état du sérum; l'hypercoloration, moins intense toutefois que dans les ictères dits biliphéiques, l'effacement moyennement marqué de la partie droite du spectre, la réaction de Gmelin, sur l'existence de laquelle nous avons déjà insisté, tout se comprend aisément par la présence de pigments biliaires vrais.

Ce qu'il faut expliquer, ce sont les caractères de l'urine hémaphéique qu'on peut considérer comme de deux ordres :

D'une part, elle renferme de l'urobiline, constamment ou presque; des sels biliaires, le plus souvent; des pigments biliaires, dans quelques cas.

D'autre part, elle présente une coloration spéciale, elle efface la partie droite du spectre et donne avec l'acide nitrique une réaction particulière.

Les caractères du premier ordre sont, purement et simplement, la conséquence de la cholémie.

Une certaine quantité de bile a pénétré dans la circulation; il est donc tout naturel que l'on retrouve des sels biliaires dans les urines.

L'urobilinurie est aussi due à la cholémie.

Nous avons, en effet, montré récemment[1] qu'elle reconnaît, le plus souvent, une origine rénale, le rein, en vertu de son pouvoir réducteur et hydratant, transformant en urobiline les pigments biliaires contenus dans le sérum sanguin.

L'urobilinurie dans l'ictère hémaphéique est la manifestation, l'indice de la cholémie : le sérum contient des pigments biliaires, mais pas d'urobiline; l'urine renferme de l'urobiline, mais pas de pigments biliaires, celle-là s'étant substituée à ceux-ci.

On comprend, en interprétant ainsi l'urobilinurie — et nous avons prouvé que ce n'est pas là une simple hypothèse, mais bien l'expression de la réalité — que, dans quelques cas d'ictère hémaphéique occasionné par une cholémie plus marquée qu'à l'ordinaire, des pigments biliaires puissent passer en petite quantité dans les urines, le rein devenant insuffisant à transformer en totalité la trop grande quantité de pigments que lui apporte le sang.

La cholurie, associée à l'urobilinurie, témoigne d'une cholémie plus intense que dans les cas habituels, et voilà tout.

Parmi les caractères du deuxième ordre, il en est un qu'il faut examiner tout d'abord : c'est l'effacement de la partie droite du spectre.

Il ne prouve nullement la présence de pigments biliaires. Ceux-ci produisent bien un pareil effacement, mais, ainsi que l'a très bien dit le professeur Hayem, ils ne l'occasionnent qu'en tant que matières colorantes.

Toutes les substances jaunes ou rouges, indépendamment des bandes d'absorption qui peuvent leur être propres, agissent de même.

Si donc les urines hémaphéiques ont un spectre particulier, c'est purement et simplement parce qu'elles sont hautes en couleur, et l'explication de leur hypercoloration donnera en même temps la raison de leur réaction spectrale.

L'abondance de l'urobiline joue certainement un rôle dans leur aspect bière forte, car, malgré son faible pouvoir tinctorial, cette substance communique néanmoins une certaine teinte jaune rougeâtre à ses solutions aqueuses; mais nous ne pensons pas que l'urobilinurie suffise, à elle seule, pour expliquer leur hypercoloration, non plus que la réaction de Gubler.

Ces deux phénomènes reconnaissent pour cause la concentration urinaire.

C'est d'abord un fait d'observation que les urines hémaphéiques sont rares.

1. Gilbert et Herscher. — « Origine rénale de l'urobiline ». *Soc. de biol.*, 1902, Juin. — « L'urobilinurie ». *La Presse Médicale*, 1902, Septembre. — Herscher. « Origine rénale de l'urobiline ». *Thèse*, Paris, 1902, Juillet.

L'ictère qui nous occupe s'observe, en effet, principalement (nous prenons cette énumération dans la thèse de M. Dreyfus-Brisac) dans des affections hépatiques : cancer, cirrhose, stase cardiaque, congestions alcooliques; dans certaines maladies infectieuses aiguës : pneumonie, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, affections bilieuses ou hématuriques des pays chauds, fièvre jaune au début; dans diverses intoxications : saturnisme, alcoolisme; tous états pathologiques s'accompagnant d'oligurie.

Il est facile, d'ailleurs, de prouver par l'expérimentation et par l'analyse clinique que l'urine hémaphéique doit bien sa coloration et sa réaction nitrique à sa concentration.

Lorsqu'on vient, en effet, à la diluer d'une certaine quantité d'eau, on voit sa coloration diminuer et la réaction de Gubler devenir moins intense. En la diluant suffisamment, on parvient à lui donner une teinte absolument normale, et l'addition d'acide nitrique ne fait plus apparaître que la nuance rose de Chine, observée dans toute urine physiologique quand on la traite pareillement.

D'ordinaire, il ne suffit pas d'additionner l'urine hémaphéique d'une quantité d'eau la ramenant au taux de la diurèse normale.

Par exemple, si le volume émis par vingt-quatre heures est de 500 centimètres cubes, il faut ajouter non pas seulement 1.000 centimètres cubes d'eau, mais bien 1.500 ou 2.000 pour obtenir des apparences physiologiques.

Cela tient vraisemblablement à l'existence de l'urobilinurie. Toujours est-il que, par dilution d'une urine hémaphéique, on donne à celle-ci des apparences et des réactions normales, à condition de diluer suffisamment.

Inversement, si la concentration est bien la cause des caractères hémaphéiques, on doit pouvoir les produire par réduction à un moindre volume d'une urine physiologique.

Déjà MM. Engel et Moitessier ont démontré qu'on peut obtenir une réaction hémaphéique intense avec de l'urine normale, concentrée au tiers par évaporation et additionnée d'un peu de bilirubine ou d'urine donnant la réaction de Gmelin. Ceci est absolument exact et représente la synthèse d'un fait que nous avons observé après d'autres auteurs, MM. Engel et Kiener, Tissier, entre autres, à savoir l'apparition d'une légère réaction de Gmelin après dilution d'une urine hémaphéique. Mais il n'est pas besoin que l'urine renferme des pigments biliaires pour qu'après concentration elle prenne l'aspect hémaphéique et donne la réaction de Gubler; il suffit de pousser assez loin la concentration.

Nous avons vérifié ce fait à plusieurs reprises :

Prenant sept individus paraissant jouir d'une excellente santé et dont le sérum n'offrait rien d'anormal, nous avons concentré, par évaporation, leur urine à des degrés variables, trois fois, quatre fois, cinq fois, six fois.

En réduisant au tiers seulement, nous voyions une augmentation de la coloration qui tendait vers le brun; l'examen spectroscopique montrait un effacement moyen de la partie droite du spectre, et l'addition d'acide nitrique faisait apparaître une ébauche de réaction de Gubler; mais, pour que les urines prissent tous les caractères hémaphéiques, il fallait pousser la concentration plus loin, jusqu'au quart, au cinquième et même au sixième.

Il nous paraît donc absolument certain que les pigments urinaires normaux, pour peu qu'ils soient en quantité suffisante dans un volume donné, sont capables de communiquer à l'urine les caractères hémaphéiques.

Les urines hémaphéiques, observées en clinique, ne sont certes pas d'ordinaire pareillement concentrées ; et nous pensons que, comme pour la coloration, il faut faire intervenir la présence d'urobiline dans la production de la réaction de Gubler. Une urine normale demande, pour donner cette réaction, à être concentrée cinq ou six fois, tandis qu'une urine riche en urobiline se colore en brun acajou par l'acide nitrique, pour peu qu'elle soit réduite à la moitié ou au tiers de son volume physiologique.

*
* *

Ces phénomènes expérimentaux de concentration et de dilution peuvent s'observer en clinique chez des malades examinés plusieurs jours de suite. Nous avons vu ce fait à maintes reprises, et nous citerons quelques cas typiques prouvant que l'hémaphéisme urinaire est un phénomène susceptible de disparaître sous l'influence de l'évolution de la maladie ou de médicaments entraînant une diurèse abondante.

Un pneumonique, par exemple, présente, au septième jour de sa maladie, tous les caractères de l'ictère hémaphéique. Le huitième jour, la crise urinaire survient. Le malade conserve encore la coloration spéciale de ses téguments ; son sérum est encore bilieux; mais l'urine a perdu ses caractères, l'ictère n'est plus hémaphéique : la seule différence entre la veille et le lendemain est la rareté des urines un jour, leur abondance l'autre.

Nous avons observé, l'année dernière, une malade atteinte de cirrhose syphilitique. Elle présentait tous les symptômes de l'ictère hémaphéique. Sous l'influence du traitement spécifique, une amélioration notable se produisit, ses urines, de très rares qu'elles étaient, devinrent abondantes et prirent alors des apparences normales. Malgré la persistance de la cholémie et de la légère coloration des téguments, il était impossible, à ce moment, de dire que cette malade était atteinte d'ictère hémaphéique.

La polyurie, ou même une diurèse normale, suffit donc pour détruire le syndrôme hémaphéique ; si l'oligurie vient à se reproduire, le syndrôme renait.

Nous avons ainsi noté, chez un malade, des apparitions et des disparitions successives de l'ictère hémaphéique ; tous les autres symptômes restaient constamment les mêmes ; seule, la quantité d'urine variait.

Il s'agissait d'un artério-scléreux atteint de néphrite interstitielle et de myocardite scléreuse se traduisant par des symptômes d'asysto-urémie. Son teint était subictérique; son sérum donnait une réaction de Gmelin nette ; quant à ses urines, leur taux journalier était de 500 centimètres cubes. Contenant beaucoup d'urobiline, elles étaient foncées, effaçaient la partie droite du spectre et donnaient, par addition d'acide nitrique, outre un nuage d'albumine, une réaction de Gubler intense. Le tableau de l'ictère hémaphéique était complet.

Mais ce malade était extrêmement sensible à la théobromine, et, dès qu'il en prenait 1 gr. 50, les urines émises par jour étaient de 3.000 à 3.500 centimètres cubes ; puis elles diminuaient progressivement dès qu'on cessait l'emploi de ce médicament.

Nous avons alors vu se produire plusieurs fois le phénomène suivant : l'urine, nettement hémaphéique la veille, quand la quantité émise était de 500 centimètres cubes, devenait brusquement, le lendemain, après la prise de théobromine, claire et transparente, ne donnait plus d'effacement spectral et prenait, quand on y ajoutait de l'acide nitrique nitreux, la teinte rose de Chine ; puis, progressivement, elle diminuait de quantité et nous voyions se produire exactement les phénomènes que nous avions observés quand, par évaporation, nous réduisions une urine normale à la moitié, puis au tiers, au quart, au cinquième et au sixième de son volume primitif.

La théobromine faisait encore disparaître les caractères hémaphéiques ainsi produits; ceux-ci se manifestaient, à nouveau, quand on cessait le traitement, et ainsi de suite : suivant la période à laquelle on examinait le malade, il était ou n'était pas atteint d'ictère hémaphéique.

En résumé, pour toutes les raisons que nous venons d'exposer : urine hémaphéique perdant ses caractères quand on la dilue ; urine ordinaire prenant les apparences hémaphéiques quand on la concentre ; urine hémaphéique devenant normale quand survient une crise polyurique ; urine alternativement hémaphéique ou non chez un même malade, suivant que la diurèse est plus ou moins abondante, nous pensons que le principal caractère de l'urine hémaphéique est sa concentration.

Toutefois, à celle-ci vient s'adjoindre l'urobilinurie[1], expliquant la dilution considérable qu'il faut donner à l'urine hémaphéique pour lui faire perdre son caractère et la concentration avancée à laquelle il faut réduire une urine physiologique pour qu'elle devienne hémaphéique.

On peut donc donner de l'urine hémaphéique la définition suivante : *C'est une urine provenant d'un malade légèrement cholémique, renfermant à ce titre de l'urobiline constamment ou presque, des sels biliaires le plus souvent, des pigments biliaires exceptionnellement, et raréfiée, concentrée, du fait de la maladie cause de la cholémie.*

C'est, somme toute, l'association forfuite de ces deux symptômes : cholémie et oligurie, qui est la cause de l'hémaphéisme urinaire, lequel a fait donner une place spéciale dans la série des ictères à l'ictère léger dans lequel on l'observe.

Déjà l'oligurie avait été envisagée comme condition génératrice des ictères hémaphéiques.

M. Dreyfus-Brisac réfute cette manière de voir en disant qu'après dilution d'une urine hémaphéique, on n'obtient pas la teinte rose de Chine par addition d'acide nitrique. Or, nous avons vu qu'à condition de diluer convenablement une urine hémaphéique, on lui rend les apparences et les réactions ordinaires. Il suffit seulement de pousser la dilution assez loin, et cela parce que l'urine hémaphéique n'est pas seulement une urine normale concentrée, mais qu'à la concentration s'adjoint l'urobilinurie, conséquence de la cholémie.

Une deuxième objection faite par M. Dreyfus-Brisac est d'un poids plus considérable.

Cet auteur a vu, en effet, dans certaines de ses observations, des urines très abondantes présenter néanmoins les caractères hémaphéiques. Il attire tout particulièrement l'attention sur l'une d'elles dans laquelle il a noté que l'urine présentait des caractères hémaphéiques d'autant plus marqués qu'il existait de la polyurie et d'autant moins nets que l'oligurie survenait.

C'est évidemment là un phénomène très particulier, mais à coup sûr très rare, car il ne nous a pas été donné d'en observer de semblable.

*
* *

Nature de l'ictère hémaphéique. — En résumé, voici comment nous comprenons l'ictère hémaphéique.

Conséquence d'une cholémie ordinaire, mais légère, il se traduit par un ictère ordinaire, mais léger, fruste, et tire sa seule caractéristique de l'état des urines qui l'accompagnent, urines concentrées et riches en urobiline.

C'est, dans quelques cas, un ictère *cholurique*, des pigments biliaires existant dans les urines en très petite quantité, mais se trouvant masqués par l'hypercoloration due à la concentration urinaire et à l'abondance de l'urobiline[1].

Mais, le plus souvent, c'est un ictère *acholurique*[2], et cela parce que les pigments biliaires contenus en petite quantité dans le sérum se sont transformés totalement en urobiline.

La seule différence qui le sépare des autres ictères acholuriques, de celui de la *cholémie simple familiale*, par exemple, c'est la concentration des urines qui l'accompagnent.

Dans les deux cas, même ictère fruste, mêmes caractères du sérum, même urobilinurie substituée à la cholurie[3]; seule la quantité des urines diffère.

Prenez un ictère hémaphéique et diluez l'urine : vous aurez l'ictère acholurique, comme dans la *cholémie simple familiale*.

Prenez, au contraire, l'ictère acholurique de cette maladie et concentrez l'urine : vous aurez l'ictère hémaphéique.

Celui-ci ne mérite donc pas, dans la nomenclature physio-pathologique des ictères, une place spéciale.

Il est bon, cependant, de lui conserver son nom, en raison de l'allure clinique très particulière qu'il revêt ; mais on ne doit le considérer que comme un syndrôme et, en physiologie pathologique, il ne faut admettre que deux variétés d'ictères : l'*ictère cholurique* et l'*ictère acholurique*.

1. La concentration des urines rend la recherche de l'urobiline très aisée et fait paraître l'urobilinurie encore plus intense qu'elle n'est en réalité.
On comprend ainsi pourquoi celle-ci semble plus marquée dans l'ictère hémaphéique que dans les autres ictères acholuriques où la diurèse est soit normale, soit même exagérée.

1. Nous répétons que c'est parce que les urines sont concentrées qu'elles paraissent exceptionnellement riches en urobiline.
2. Acholurique pigmentaire, bien entendu, les sels biliaires s'observant au contraire fréquemment dans les urines hémaphéiques.
3. L'un de nous vient, en effet, de montrer avec Lereboullet (Gilbert et Lereboullet. — « L'urobilinurie dans la cholémie familiale », *Bull. Soc. de biol.*, 1902, 26 Juillet) la fréquence de l'urobilinurie chez les malades atteints de cholémie simple familiale.

L'ictère hémaphéique peut appartenir dans quelques cas à la première catégorie, mais le plus souvent il est acholurique. Il rentre donc dans l'une et l'autre des deux grandes classes des ictères et sa seule individualité est d'ordre clinique : elle résulte de l'association, purement fortuite, d'une cholémie légère à une oligurie marquée.

LES FERMENTS DU LAIT

Ont-ils un rôle utile dans la nutrition du nourrisson?

PAR MM.

P. NOBÉCOURT
Ancien chef de clinique adjoint à la Faculté, chef du laboratoire de l'hospice des Enfants-Assistés.

Prosper MERKLEN
Ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant suppléant de consultation à l'hôpital Bichat.

Dans un précédent article [1] nous avons étudié la nature et les propriétés biologiques des ferments du lait. Nous allons étudier maintenant leur origine et le rôle qu'il faut leur attribuer dans la nutrition des nourrissons.

En présence des faits que nous avons rapportés, il était intéressant de se demander si l'on peut faire apparaître les ferments dans les laits où ils manquent. Spolverini a fait à ce sujet des expériences curieuses. Leur point de départ réside dans cette observation que tous les ferments étudiés existent dans le lait des espèces omnivores (femme, chienne), tandis que certains d'entre eux (amylase, ferment dédoublant le salol) font défaut dans le lait des espèces herbivores (vache, chèvre), l'ânesse ayant un lait intermédiaire qui se rapproche du lait des omnivores.

Aussi cet auteur a-t-il cherché à élucider l'influence du régime alimentaire sur la teneur des laits en ferments. D'une part, il a essayé de faire disparaître certains ferments de laits où ils existent normalement, mais sans obtenir de résultats bien précis; chez une chienne, en effet, soumise à un régime exclusivement végétal pendant une période de vingt-deux jours, il a vu que le ferment amylolytique était beaucoup moins actif, tandis que les autres ferments ne présentaient pas de modifications appréciables. D'autre part, il a réussi à faire apparaître le ferment amylolytique et le ferment dédoublant le salol dans le lait d'une chèvre soumise à un régime mixte de viande, d'œufs et de végétaux pendant soixante-cinq jours; l'examen du lait lui a fait voir que le ferment dédoublant le salol se montre le premier, petit à petit; puis vient le ferment amylolytique.

Mais ces expériences, quelque importantes qu'elles soient au point de vue théorique, n'ont, à cause des difficultés qu'elles comportent, qu'un intérêt pratique fort limité. Aussi Spolverini a-t-il cherché à obtenir des résultats analogues en faisant ingérer à des femelles laitières, en plus de leur nourriture ordinaire, les ferments qui ne se rencontrent pas dans leur lait. En donnant à une chèvre et à une vache, matin et soir, une certaine quantité d'orge en germination (1/2 kilogramme à 1 kilogramme pour la chèvre; 2 kilogr. 1/2 pour la vache), il a pu très rapidement constater la présence dans leur lait de l'amylase et du ferment dédoublant le salol. Ces mêmes ferments disparaissent vingt-quatre à quarante-huit heures après la cessation de l'alimentation spéciale. Nous reviendrons plus loin sur l'importance de ces recherches; nous voulons auparavant insister sur leur portée au point de vue de l'origine des ferments du lait.

* * *

Moro, après avoir étudié l'amylase du lait de femme, se demande si elle provient directement du sang, ou bien si elle est un produit de sécrétion de l'épithélium mammaire. Il ajoute d'ailleurs que rien ne permet des conclusions fermes. En faveur de l'hypothèse qu'elle provient du sang plaide sa présence constante dans le sérum du sang humain. Contre cette hypothèse s'élève ce fait que le ferment diastasique du sang et celui du lait diffèrent sous le rapport de la quantité et de l'intensité de leur action. Dans le lait, en effet, il est beaucoup plus énergique que dans le sérum du sang placentaire de la même femme; au contraire, les ferments du sang en général, les anticorps par exemple, ne passent qu'en petite quantité dans le lait. De plus, le sérum du sang de bœuf a un pouvoir diastasique plus fort que celui du sang humain, alors que le lait de la vache ne contient pas d'amylase.

Spolverini fait remarquer que tous les ferments trouvés dans le lait existent dans le sérum sanguin; comme, de plus, ses expériences montrent que la présence des ferments dans le lait est liée à l'alimentation du sujet, il les considère plutôt comme un produit d'élimination que que comme un produit de sécrétion spécifique. « Un ferment absorbé par un animal se retrouve actif dans le lait qui, auparavant, en était dépourvu. Cela démontre très clairement que la glande mammaire a, dans ce cas, fonctionné comme organe excréteur... On doit considérer ces ferments comme étant la plupart des produits d'excrétion, et le reste des produits de sécrétion spécifique. » Mais pourquoi certains ferments existent-ils en grande quantité dans le sang, tandis qu'ils manquent dans le lait? Pour Spolverini « leur présence dans le lait, en quantité plus ou moins grande, est en rapport direct avec l'utilisation plus ou moins grande qu'en fait l'organisme pour ses besoins vitaux. » Par exemple, si l'amylase, qui est très abondante dans le lait des omnivores manque dans celui des herbivores (alors qu'elle est produite abondamment dans leur organisme), c'est qu'elle est entièrement utilisée pour leurs besoins continuels, ces animaux se nourrissant presque exclusivement de matières amylacées. C'est l'inverse qui se produit pour les ferments protéolytiques, très abondants dans le lait de la vache qui n'absorbe pas d'aliments albuminoïdes, peu actifs au contraire dans le lait de femme.

Nobécourt et Sevin ont étudié comparativement chez des nourrices le pouvoir amylolytique du sérum du sang — et non pas, comme Moro, celui du sang placentaire —, des urines et du lait. Le sérum a toujours une action plus marquée que l'urine et que le lait; c'est ce dernier qui a constamment le pouvoir le plus faible. Relativement au sérum, l'urine et le lait se comportent de la même façon : ni l'un ni l'autre de ces liquides ne possèdent un pouvoir amylolytique ayant un rapport fixe avec celui du sérum; mais en tenant compte des moyennes, on voit que la différence entre le pouvoir amylolytique du sérum d'une part et celui de l'urine ou du lait d'autre part augmente à mesure que l'action du sérum est plus marquée.

Etudiant ensuite les mêmes liquides chez la vache laitière, Nobécourt et Sevin ont constaté que le sérum contient un ferment beaucoup plus actif que celui de la femme, tandis que dans l'urine le pouvoir amylolytique est notablement plus faible, fait intéressant à rapprocher de l'absence de ce ferment dans le lait.

* * *

En somme, ces auteurs se sont surtout attachés à démontrer l'analogie qui existe entre la sécrétion urinaire et la sécrétion lactée. L'élimination « du ferment paraît d'ailleurs moins abondante dans le lait que dans l'urine. Mais avant d'attribuer cette différence à des propriétés spéciales des épithéliums, il faudrait rechercher la part qui revient à la concentration différente de ces liquides ou à la présence de substances activant ou diminuant l'activité du ferment. »

P. Nobécourt [1] a fait des recherches analogues pour le ferment dédoublant le salol chez 11 nourrices. 1 centimètre cube de leur sérum produisait de 5 à 12 milligrammes d'acide salicylique; la même quantité de lait, de 0 millig. 20 à 0 millig. 60, tandis que l'urine, préalablement alcalinisée, était sans action. Ce ferment se comporte donc dans le lait vis-à-vis du sérum, toutes proportions gardées, comme le ferment amylolytique, mais, à l'encontre de ce dernier, il passe uniquement dans le lait et ne passe pas dans l'urine.

Marfan [2] se range à l'avis de Moro, s'appuyant comme lui sur ce que le ferment amylolytique du lait est plus énergique que celui du sérum placentaire, et sur ce que le sérum du sang de vache renferme une amylase très active qui ne se retrouve pas dans le lait. Pour lui, le rôle de l'épithélium mammaire paraît considérable; ce dernier serait susceptible en tout cas d'arrêter le passage de l'amylase chez la vache. Marfan n'attribue pas à l'expérience de Spolverini la même portée que son auteur : « le ferment de l'orge en germination n'est peut-être pas identique au ferment naturel du lait de femme; introduit dans l'organisme de la chèvre, il est éliminé comme un corps étranger, au même titre que les toxines de la diphtérie et du tétanos ».

Telle est l'opinion des différents auteurs sur la nature du processus qui détermine la présence des ferments dans le lait. La question est, en somme, de savoir s'il s'agit d'un processus d'excrétion ou d'un processus de sécrétion glandulaire, les cellules épithéliales de la glande mammaire fabriquant de toutes pièces ces ferments.

Pour résoudre cette question, il ne faut pas l'envisager dans son ensemble, mais au contraire étudier comment se comporte chaque ferment en particulier.

La lipase, découverte par Cl. Bernard dans le pancréas, existe dans le sérum sanguin (Hanriot), le foie, le rein, l'estomac, l'intestin grêle (Kastle et Lœvenhart), les glandes salivaires, les ganglions lymphatiques (Poulain); elle est peu active dans les caspsules surrénales, la rate, et n'existe presque pas dans le testicule, le corps thyroïde, le muscle. Elle se retrouve en grande quantité dans la glande mammaire (Lœvenhart [3]). La saponification des graisses semble donc être une fonction générale du sang et des tissus et tirer son origine d'un processus générale de cytolyse (Clerc), qu'on admette avec Hanriot la pluralité des lipases, ou leur identité avec Duclaux et Effront.

Le ferment dédoublant le salol en phénol et acide salicylique présente la même diffusion. Nobécourt et Prosper Merklen ont signalé sa présence dans le sang, le pancréas, le foie, les muqueuses gastrique et intestinale, les reins, et, d'une façon générale, dans tous les organes et tissus. De même d'ailleurs que la lipase, il ne se retrouve pas dans l'urine.

Le ferment amylolytique a été décelé dans le sérum et le plasma sanguin, dans la lymphe, dans le foie (Dubourg), le pancréas, la muqueuse intestinale, le rein (Bechamp), le tissu musculaire, etc. A l'encontre des ferments précédents, il passe dans l'urine (Béchamp, Dubourg). Ce ferment ne semble pas être formé par les leucocytes (Schœfer, Salmon), mais prendre son origine dans les diverses cellules de l'organisme, en particulier dans les cellules glandulaires, dont il constituerait une sorte de sécrétion interne (Lépine et Barral, Cavazzani, Clerc).

Le ferment glygolytique existe dans le sang, comme l'a montré Lépine, qui admet son origine pancréatique; d'après Arthus il proviendrait des globules blancs. En tout cas, il ne se retrouve

1. NOBÉCOURT et MERKLEN. — « Les ferments du lait. Leur nature et leurs propriétés biologiques ». *La Presse Médicale*, 1902, Décembre.

1. P. NOBÉCOURT. — Expériences inédites.
2. MARFAN. — « L'amylase du lait ». *Bulletins de la Société de pédiatrie de Paris*, 1902, Mars.
3. LŒVENHART. — « On the relation of lipase to fat metabolism lipogenesis ». *American Journ. of Physiol.*, 1902, VI, p. 331-350.

pas dans l'urine (Arthus), parce qu'il manque dans le sang en circulation et n'apparaît qu'après un court séjour de ce dernier en dehors des vaisseaux.

Dans le sang des animaux et de l'homme, il existe des ferments oxydants directs ou oxydases que l'on met en évidence par l'action de ces tissus sur l'aldéhyde salicylique, et des ferments oxydants indirects décelés par leur action sur le gaïac, le gaïacol, etc., après adjonction d'eau oxygénée ou de térébenthine vieillie (Schmiedeberg, Jaquet, Lépinois, Abelous, Enriquez et Sicard[1]). L'urine des chiens décompose également l'eau oxygénée (Abelous). Les oxydases se rencontrent donc dans tout l'organisme; mais on n'est pas fixé sur leur lieu de formation.

La pepsine a été trouvée dans le sang, la lymphe, les transsudats, l'urine, le foie, dans presque tous les tissus et liquides de l'organisme (Morat et Doyon).

La trypsine, au contraire, ne se retrouve que dans le pancréas et le suc pancréatique. « Aucun autre tissu de l'organisme, aucun autre liquide de l'organisme ne contient ce ferment. La trypsine, essentiellement différente à cet égard des autres ferments digestifs, est uniquement contenue dans la glande dans laquelle elle prend naissance, le pancréas, et dans le suc sécrété par cette glande. » (Arthus et Huber.)

En somme, les connaissances générales sur les ferments que nous étudions montrent la diffusion de la plupart d'entre eux dans l'économie; cette diffusion est certaine pour la pepsine, l'amylase, la lipase, le ferment dédoublant le salol, l'oxydase; elle est discutée pour le ferment glycolytique; elle n'est pas admise pour la trypsine.

Le fait que tous les organes de l'économie paraissent susceptibles de fournir de l'amylase, de la lipase, du ferment dédoublant le salol permet de supposer que la glande mammaire ne doit pas faire exception. Mais c'est une simple hypothèse qui, sauf pour la lipase, n'a pas encore été démontrée. Et d'ailleurs, si cette hypothèse est vraie, il reste inexpliqué pourquoi les glandes mammaires chez la vache et la chèvre se différencieraient des autres organes, bien que de la non-existence de certains ferments dans les laits de ces animaux ne découle pas nécessairement cette notion que la glande mammaire ne puisse les fabriquer, puisque le rein, par exemple, a un pouvoir lipasique fort élevé et que l'urine en est dépourvue.

Mais, même en admettant qu'il y ait la sécrétion mammaire, cette opinion ne prévaudrait pas définitivement contre l'hypothèse d'une fonction excrétrice de cette glande. L'analogie qui existe entre la sécrétion lactée et la sécrétion urinaire, les relations entre l'activité du ferment dans le sérum d'une part et l'urine ou le lait de l'autre, plaident en faveur de cette dernière, de même que les expériences de Spolverini[2]. Ici encore, reste à expliquer pourquoi les choses ne se passent pas de la même manière chez la vache et chez la chèvre que chez la femme. Faut-il invoquer un rôle d'arrêt de l'épithélium mammaire ou admettre les idées de Spolverini relatives au plus ou moins d'utilisation des ferments par l'organisme? Rien n'autorise à se prononcer.

A l'heure actuelle, il n'est pas possible de formuler une opinion ferme : chacune de celles qui ont été émises a sa part de vraisemblance, mais aucune n'a reçu de démonstration. Le fait n'a rien qui doive surprendre, étant donné le peu de connaissances exactes que nous possédons sur la question des ferments. Le point spécial qui nous intéresse ne pourra être élucidé que le jour où l'on sera fixé sur la nature de ces ferments. On peut se demander d'ailleurs si chaque ferment ne comprend pas des variétés, si les ferments du lait sont les mêmes que ceux du sang, et s'il ne revient pas un rôle aux substances diverses qui existent dans les laits et qui varient de l'un à l'autre (phosphates, autres sels, caséine au plus ou moins d'alcalinité, etc.)[1].

* * *

Si les questions que nous venons de discuter ont un intérêt théorique et pratique dans une certaine mesure, en ce qui concerne la possibilité de faire apparaître les ferments dans les laits où ils font défaut à l'état normal, elles en ont beaucoup moins au point de vue du sujet qui va nous occuper maintenant. Leur solution en effet n'importe nullement pour l'élucider : y a-t-il une différence au point de vue de la teneur en ferments entre l'organisme de l'enfant nourri au sein et celui de l'enfant allaité artificiellement?

Viault et Jolyet notent « l'absence de pepsine chez le nourrisson qui ne prend que du lait »; en effet « chez l'animal en lactation, le lait est coagulé par une sécrétion particulière de l'estomac, la présure, ferment soluble distinct de la pepsine, comme Hammarsten l'a montré »; quant à la diffusion de ce ferment dans l'organisme à cet âge, c'est un point sur lequel nous manquons de données précises.

La trypsine apparaît déjà dans le pancréas chez l'embryon humain au début du cinquième mois (Langendorff). Pour Albertoni, le pouvoir protéolytique se montre dans le pancréas au commencement du dernier tiers de la vie intra-utérine; il est déjà marqué chez l'embryon de porc de douze semaines, tandis qu'il manque chez le veau au quatrième mois.

L'amylase existe dans le sang déjà chez le fœtus, mais alors en très faible quantité (Bial, Cavazzani); Clerc, qui a examiné six échantillons de sang du cordon ombilical, n'a obtenu que des traces indosables de sucre. Le sang du nouveau-né est très peu actif, mais il le devient de plus en plus à mesure que l'enfant grandit. D'après Moro, ce ferment existerait dès lors toujours en notable quantité, qu'il s'agisse d'enfants nourris au sein ou allaités artificiellement. Nobécourt et Sevin[2] ont étudié, dans le service du professeur Hutinel, le sang de trente-sept enfants normaux âgés de deux jours à deux ans; ils ont vu que dans cette période de la vie le pouvoir amylolytique du sérum sanguin, mesuré par la quantité de sucre produit en présence de l'empois d'amidon par un centimètre cube de sérum, après un séjour de vingt-quatre heures à l'étuve à 37°, était compris généralement entre 0 gr. 005 et 0 gr.0199. Dans les deux premiers mois il est très variable : s'il est quelquefois inférieur à la moyenne, et même dans le premier mois presque nul, il peut être également aussi marqué que dans les mois suivants, et cela que l'enfant soit né à terme ou prématurément, qu'il soit nourri au sein ou au lait de vache. A partir de deux mois, on ne trouve plus de chiffres inférieurs à la moyenne. A toutes les périodes peuvent exister des valeurs supérieures à cette moyenne, le pouvoir amylolytique atteignant jusqu'à 0 gr. 0299.

On retrouve enfin l'amylase dans les divers organes, mais cependant les résultats des expérimentateurs sont souvent différents. Langendorff l'a constatée dans le pancréas d'embryons de porc longs de 90 à 100 millimètres. D'après Zweifel, l'extrait pancréatique du nouveau-né ne contient pas de ferment amylolytique; il ne l'a, en effet, décelé qu'une fois sur neuf. Korowin dit que le pancréas commence à avoir un pouvoir amylolytique entre le deuxième et le troisième mois. Langendorff ajoute qu'après un an seulement le pancréas offre à poids égal le même pouvoir digestif pour les féculents que le pancréas adulte. Moro, de son côté, avance que l'extrait pancréatique du nouveau-né renferme déjà des traces de ce ferment (il manquait dans un seul cas sur douze), et que ce pouvoir augmente en proportion directe de l'âge du nourrisson. Cet auteur le retrouve aussi dans la muqueuse intestinale, dans le foie, les reins, les capsules surrénales, les muscles, etc., du nourrisson.

On a constaté l'amylase dans le premier méconium, où elle existe avec la présure et un ferment liquéfiant la gélatine (H. Pottevin)[1], ainsi que dans les matières fécales du nourrisson où elle a été vue tout d'abord par Wegscheider en 1875; puis elle a été étudiée par Von Jacks qui la décela 28 fois sur 30 dans les selles, et émit l'opinion que son absence était en corrélation avec des troubles digestifs; dans les deux cas où elle manquait il s'agissait d'atrophie et de gastro-entérite. Moro la retrouve constamment dès la naissance et voit qu'elle augmente rapidement dans les premières semaines de la vie; les selles des enfants nourris au sein ont une action saccharifiante bien plus grande que celle des enfants nourris artificiellement.

Dans l'urine, ce ferment a été signalé par bien des auteurs. Moro l'a trouvé parfois dans les urines d'enfants nourris artificiellement, mais en petite quantité; dans la grande majorité des cas, il n'en a pas trouvé du tout. Par contre, les urines d'enfants nourris au sein renferment toujours une quantité qui oscille dans de vastes limites, mais généralement assez considérable. Brunschwig[2] a montré que, dans l'urine des enfants, les quantités de cette diastase augmentent régulièrement les premiers jours de la vie jusqu'à l'âge d'adulte.

La lipase existe, au contraire de l'amylase, déjà dans le sang chez le fœtus. Hanriot et Clerc ont pu la caractériser dès le cinquième mois de la vie fœtale. Elle reste toujours plus faible que dans le sang maternel; elle s'accroît jusqu'à la naissance. Elle n'existe pas dans l'urine, mais d'une façon générale se retrouve dans tous les tissus (Lœwenhart), et notamment dans les ganglions lymphatiques où Poulain[3] l'a vue d'une façon constante; ce dernier auteur a noté en outre que chez les animaux elle paraît s'accroître dans les ganglions pendant les premiers mois de la vie, et de même chez les enfants, au moins jusqu'à l'âge de quatre ou cinq ans.

Le ferment dédoublant le salol se voit en notable proportion dans les selles des enfants nourris au sein et au biberon; il se retrouve aussi d'une façon diffuse dans le sérum et dans tous les organes de l'économie. (Nobécourt et Prosper Merklen[4]).

P. Nobécourt, dans des recherches encore inédites, a étudié l'activité du ferment dédoublant le

1. Enriquez et Sicard. — « Les oxydations de l'organisme ». Paris, 1902.

2. Il faut cependant faire des réserves relativement aux conclusions théoriques que Spolverini tire de ses expériences, car chez les animaux nourris avec de l'orge germé le ferment dédoublant le salol se trouve dans le lait, bien que, comme nous l'avons constaté récemment ce ferment ne puisse être décelé dans les graines en germination.

1. Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur le mécanisme des actions diastasiques et sur leurs rapports avec les actions chimiques. Nous signalerons seulement les expériences en cours de l'un de nous. Le lait de vache, qui est sans action sur le salol à la température de 37°, le dédouble si on ajoute de 0 cc. 05 à 0 cc. 10 d'ammoniaque pour 20 centimètres cubes de lait. La réaction de l'acide salicylique apparaît après un séjour de cinq à sept heures à 37°, de trois heures à 55°, mais ne peut être décelée après vingt-quatre heures à 10°. Le chauffage du lait pendant 15 minutes à 115° n'empêche pas le dédoublement de se produire. (P. Nobécourt.)

2. Nobécourt et Sevin. — « Le ferment amylolytique du sang chez les enfants normaux ». *Société de biologie*, 1901, 7 Décembre. — « Le ferment amylolytique du sérum sanguin chez l'enfant normal et chez l'enfant malade ». *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1902, Janvier.

1. H. Pottevin. — « Sur la présence des diastases digestives dans le méconium ». *Société de biologie*, 1900, 16 Juin.

2. Brunschwig. — « Contribution à l'urologie clinique infantile. Le ferment amylolytique de l'urine ». *Thèse*, Paris, 1902.

3. Poulain. — « Étude de la graisse dans le ganglion lymphatique normal et pathologique ». *Thèse*, Paris, 1902.

4. Nobécourt et Prosper Merklen. — « Valeur de l'épreuve du salol pour l'étude clinique des fonctions du pancréas ». *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1901, 13 Juin.

salol dans le sérum du nourrisson. Il a examiné le sérum de douze enfants âgés de trois à trente-sept jours : 1 centimètre cube de sérum mis en présence de 1 gramme de salol produit en moyenne, après un séjour de vingt-quatre heures à l'étuve à 37°, 6 milligr. 14 d'acide salicylique, les chiffres extrêmes étant 2 et 12 mmgr. ; il n'y a aucune relation à établir entre l'activité du sérum et l'alimentation de l'enfant (sein, lait stérilisé). Les mêmes recherches tendent à prouver que, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, le ferment se rencontrerait quelquefois dans l'urine à cet âge.

Quant aux oxydases et au ferment glycolytique, nous manquons de données précises sur le point qui nous intéresse.

Telles sont nos connaissances, encore incomplètes, relatives à l'activité des ferments que nous étudions dans l'organisme des nourrissons. De ces ferments, l'amylase et le ferment dédoublant le salol sont les plus importants à considérer, puisque ce sont les deux seuls spéciaux au lait de femme. Or nous voyons qu'ils existent déjà pendant la vie intra-utérine, et qu'après la naissance il n'y a pas de différences très appréciables en rapport avec l'alimentation. Le seul fait à retenir, c'est que l'amylase se trouve en plus grande quantité et constamment dans les matières fécales et dans l'urine du nourrisson au sein ; mais pour le sérum la différence n'est guère sensible.

On doit donc admettre que l'ingestion de ferments avec le lait influe dans une certaine mesure sur l'abondance de ces ferments dans l'organisme ; mais, entre les enfants nourris au sein et les enfants allaités artificiellement, au point de vue des ferments, il n'y a que des différences quantitatives, et non pas qualitatives.

*
* *

Nous venons d'exposer l'histoire des ferments du lait et les résultats auxquels sont parvenus les différents auteurs qui ont traité cette question.

Un fait précis s'en dégage : c'est qu'un certain nombre de ferments se retrouvent dans le lait de femme et dans celui des autres mammifères. Cependant il existe une grosse différence entre ces laits : les laits de femme, de chienne et d'ânesse renferment seuls le ferment amylolytique et le ferment dédoublant le salol. Sous ce rapport il y a donc une certaine spécificité de ces laits ; mais celle-ci n'est pas absolue, puisqu'en variant l'alimentation de la vache et de la chèvre on peut faire apparaître ces ferments dans leurs laits.

Y a-t-il donc un intérêt pratique à faire apparaître ces ferments? Nous ne le pensons pas, parce que les ferments qui différencient le lait de femme des autres laits existent chez les nourrissons, quel que soit leur mode d'alimentation ; l'un de ces ferments d'ailleurs (ferment dédoublant le salol) est sans action physiologique connue ; l'autre (amylase) n'a aucun rôle dans le jeune âge, puisque le nourrisson n'ingère pas de matières amylacées[1]. Il ne pourrait y avoir quelque utilité d'employer un lait qui les contint qu'au moment du sevrage, comme tendent à le prouver les constatations de Tarnier et de Marfan ; ces auteurs en effet ont vu que les nourrissons élevés au sein peuvent recevoir sans inconvénients des bouillies de farine beaucoup plus tôt que les enfants soumis à l'allaitement artificiel. Cependant à cet âge le ferment amyloytique est déjà suffisamment développé chez le nourrisson ; il n'y aurait guère quelque intérêt pratique à y avoir recours que chez les débiles dont les sécrétions sont peut-être moins actives.

1. Cette question de l'importance des ferments dans le lait est d'ailleurs soumise aux fluctuations dans l'opinion qu'on se fait de ces ferments. Par exemple la lipase : tandis que pour Hanriot ce ferment saponifie non seulement la monobutyrine, mais aussi la crème, les huiles et les graisses naturelles, au contraire pour Arthus, il agirait seulement sur la monobutyrine (d'où le nom de *monobutyrinase* qu'il propose).

On ne peut du reste faire apparaître ces ferments qu'en modifiant l'alimentation des animaux et, par suite, en troublant plus ou moins profondément leur nutrition et peut-être les qualités de leur lait. Nous en trouvons une preuve dans cette notion que l'oxydase se montre dans le lait de femme seulement lorsque la sécrétion mammaire est troublée.

Ce n'est donc pas dans l'étude de ces ferments eux-mêmes que réside l'intérêt de la question. Cet intérêt consiste avant tout dans le fait que le lait jouit de propriétés biologiques qui peuvent être détruites par la chaleur, et en outre dans cette constatation que sous le rapport de ces propriétés les laits des espèces animales diffèrent les uns des autres, de même qu'ils diffèrent plus ou moins sous le rapport de leur constitution chimique. Ce sont là deux conséquences pratiques de ces recherches qu'il importe de mettre en relief et qui ne peuvent qu'encourager à persévérer dans cette voie en appliquant les techniques récentes et les données de physiologie générale. Les expériences de Bordet[1], qui, par des injections de lait de vache au lapin, détermine dans le sérum de cet animal l'apparition de précipitines pour les albumines de ce lait, celles de Wassermdun et Schütze, de Moro ont déjà fourni des résultats intéressants.

Il ne faut d'ailleurs pas se dissimuler la difficulté des recherches sur ce sujet. Ici, comme souvent, l'observation clinique devance les résultats de l'expérimentation, et permet d'affirmer des faits que cette dernière n'a pu démontrer. A côté des ferments que nous avons passés en revue, il semble qu'il existe dans le lait bien des corps de même nature qui échappent à l'analyse biologique. En voici un exemple. Frappé de la rareté des pyodermites chez les enfants nourris au sein et de leur fréquence chez les enfants allaités au lait de vache, Escherich a émis l'hypothèse qu'il pouvait exister dans le lait de femme des substances protectrices et bactéricides qui ne se retrouvent pas dans le lait de vache. Mais son élève Moro n'a pu démontrer le fait, quoiqu'il ait vu que le sérum sanguin des enfants nourris au sein possède un pouvoir bactéricide notablement plus marqué que celui des enfants allaités artificiellement. Moro, ne pouvant invoquer d'autre cause que la différence d'alimentation, arrive à cette conclusion que des alexines doivent exister dans le lait de femme en combinaisons avec la caséine ; par suite leur action ne peut être mise en évidence dans les conditions de l'expérience, mais introduites dans le tube digestif, elles sont libérées et facilement résorbées.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous croyons utile de rappeler que les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos tous les ans fin Février. Voici les dispositions générales qui les concernent.

Les ouvrages adressés pour ces concours doivent être écrits lisiblement en français ou en latin.

En règle ordinaire, ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs. Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Toutefois, les concurrents aux prix Amussat, Apostoli, Argenteuil, Audiffred, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell Dupierris, Chevallier, Chevillon, Clarens, Desporte, Godard, Pierre Guzman, Théodore Herpin de (Genève), Hugo, Huguier, Itard, Jacquemier, Laborie, baron Larrey, Jules Lefort, Henri Lorquet, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Ricord, Roger, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

1. BORDET. — « Mécanisme de l'agglutination ». *Annales de l'Institut Pasteur*, 1899, XIII, p. 240.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier, Roger et Tarnier.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des Eaux minérales, des Epidémies, de l'Hygiène de l'enfance et de la Vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er Juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine ; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

Prix proposés pour l'année 1903.

Prix de l'Académie. — *Partage interdit.* — 1.000 francs. — Pli cacheté. — Question : *Des moyens d'apprécier l'activité éliminatrice du rein.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — *Partage interdit.* — 800 francs.

Prix François-Joseph Audiffred, — *Partage interdit.* — Un titre de 24.000 francs de rente.

Prix Apostoli. — *Partage interdit.* — 600 francs.

Prix Barbier. — *Partage autorisé.* — 2.000 francs.

Prix Mathieu Bourceret. — *Partage interdit.* — 12.000 francs.

Prix Henri Buignet. — *Partage interdit.* — 1.500 francs.

Prix Capuron. — *Partage autorisé.* — 1.000 francs. — Pli cacheté. — Question : *De l'action des eaux salines en général sur la digestion.*

Prix Marie Chevallier. — *Partage interdit.* — 6.000 francs.

Prix Chevillon. — *Partage interdit.* — 1.500 francs.

Prix Civrieux. — *Partage interdit.* — 800 francs. — Pli cacheté. — Question : *Des troubles cérébraux dans la sclérose en plaques.*

Prix Clarens. — *Partage interdit.* — 400 francs.

Prix du XIIIe congrès international de médecine de Paris, de 1900.

Prix Daudet. — *Partage interdit.* — 1.000 francs. — Pli cacheté: — Question : *Des médications générales dans le traitement du cancer.*

Prix Desportes. — *Partage autorisé* — 1.300 fr.

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux Eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 1er Décembre 1903.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er Mai 1904.

Une somme de 1.500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard. — *Partage interdit.* — 1.000 francs. — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Pierre Guzman. — *Partage interdit.* — Un titre de rente de 1.328 francs.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — *Partage interdit.* — 3.000 francs.

Prix Itard. — *Partage interdit.* — 2.400 francs.

Prix Laborie. — *Partage interdit.* — 5.000 francs.

Prix du baron Larrey. — *Partage autorisé.* — 500 francs.

Prix Laval. — *Partage interdit.* — 1.000 francs.

Prix Jules Lefort. — *Partage interdit.* — 300 fr.

Prix Henri Lorquet. — *Partage interdit.* — 300 fr.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). *Partage interdit.* — 2.600 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — *Partage autorisé.* — 1.500 francs.

Prix Nativelle. — *Partage interdit.* — 300 francs.

Prix Oulmont. — *Partage interdit.* — 1.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat (Médecine).

Prix Portal. — *Partage interdit.* — 600 francs. — Pli cacheté. — Question : *Anatomie pathologique des salpingites dans leurs rapports avec les causes productrices.*

Prix Pourat. — *Partage interdit.* — 700 francs. — Pli cacheté. — Question : *Les secrétions microbiennes et leur action physiologique dans la genèse des maladies.*

Prix Philippe Ricord. — *Partage interdit*. — 600 fr.
Prix Henri Roger. — *Partage interdit* — 2.500 fr.
Prix Tarnier. — *Partage interdit*. — 3.000 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.
Prix Tremblay. — *Partage interdit*. — 7.200 francs.
Prix Vernois. — *Partage autorisé* — 700 francs.

Prix proposés pour l'année 1904.

Prix de l'Académie. — Question : *Les cirrhoses hépatiques; clinique et expérimentation.*
Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil).
Prix Apostoli.
Prix Baillarger.
Prix Barbier.
Prix Charles Boulard. — *Partage interdit*. — 1.200 francs.
Prix Mathieu Bourceret.
Prix Henri Buignet.
Prix Adrien Buisson. — *Partage interdit*. — 10.500 francs.
Prix Campbell Dupierris. — *Partage interdit*. — 2.300 francs
Prix Capuron. — Question : *Des applications de la radiographie à l'obstétrique.*
Prix Chevillon.
Prix Civrieux. — Question : *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale.*
Prix Clarens.
Prix Daudet. — Question : *Traitement chirurgical des néoplasmes du gros intestin à l'exception du rectum.*
Prix Desportes.
Prix Falret. — *Partage interdit*. — 700 francs. — Pli cacheté. — Question : *La neurasthénie. Pathogénie et traitement.*
Prix Ernest Godard. — Au meilleur travail sur la pathologie interne.
Prix Théodore Herpin (de Genève).
Prix Huguier. — *Partage interdit*. — 3.000 francs.
Prix Jacquemier. — *Partage interdit*. — 1,700 fr.
Prix Laborie.
Prix du baron Larrey.
Prix Laval.
Prix Henri Lorquet.
Prix Louis. — *Partage interdit*. — 900 francs. — Pli cacheté. — Question : *Sérothérapie de la fièvre typhoïde.*
Prix Mège. — *Partage interdit*. — 900 francs. — Pli cacheté. — Question : *Etiologie et pathogénie de l'artério-sclérose.*
Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.
Prix Adolphe Monbinne.
Prix Nativelle.
Prix Orfila. — *Partage interdit*. — 6.000 francs. — Pli cacheté. — Question : *Alcaloïde de la belladone, de la jusquiame et du datura.*
Prix Oulmont. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat. (Chirurgie.)
Prix Portal. — Question : *Etude hématologique comparée de la variole et de la vaccine.*
Prix Pourat. — Question : *La circulation du sang dans le poumon.*
Prix Saint-Lager. — *Partage interdit*. — 1.500 fr.
Prix Saintour. — *Partage interdit*. — 4.400 fr.
Prix Stanski. — *Partage interdit*. — 1.400 francs.
Prix Tarnier. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.
Prix Vernois.

Prix proposés pour l'année 1905.

Prix de l'Académie. — Question : *Les oxydases en pathologie.*
Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil).
Prix Amussat. — *Partage autorisé*. — 1.000 francs.
Prix Apostoli.
Prix du marquis d'Argenteuil. — *Partage interdit*. — 6.800 francs.
Prix Barbier.
Prix Mathieu Bourceret.
Prix Henri Buignet.
Prix Capuron. — Question : *Des complications de la grossesse dues aux lésions des trompes et de l'appendice.*
Prix Chevillon.
Prix Civrieux. — Question : *Des délires chez les épileptiques.*
Prix Clarens.
Prix Daudet. — Question : *Des épithéliomes du cou d'origine bronchiale.*
Prix Desportes.
Prix Ernest Godard.
Prix Théodore Herpin (de Genève).
Prix Laborie.
Prix du baron Larrey.
Prix Laval.
Prix Lefèvre. — *Partage interdit*. — 1.800 francs. — Pli cacheté. — Question : *De la mélancolie.*
Prix Henri Lorquet.
Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme).
Prix Adolphe Monbinne.
Prix Nativelle.
Prix Oulmont.
Prix Perron. — *Partage autorisé*. — 3.800 francs.
Prix Portal. — Question : *Anatomie, pathologie et pathogénie du cancer*
Prix Pourat. — Question : *Effets des actions mécaniques sur la morphologie de l'appareil locomoteur.*
Prix Philippe Ricord.
Prix Vernois.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

24 Décembre 1902.

Sur les poussières et les fumées dans l'atmosphère des villes. — *M. Berthod*. On a établi un rapport entre le degré d'opacité de l'air d'une ville et le degré de mortalité de ses habitants. L'air circule mal dans cette cuvette au fond de laquelle est bâti Paris, cuvette remplie par des maisons trop hautes pour des voies trop étroites.

Cet air confiné manque d'oxygène et est fortement chargé de gaz toxiques ainsi que de microbes.

Il serait à souhaiter que des sociétés libres d'hygiénistes prissent l'initiative de lutter pour l'assainissement de Paris, à l'exemple de ces sociétés qui luttent pour son embellissement artistique. Une pareille société rendrait par exemple un réel service en faisant une active propagande pour la démolition de cette cuirasse demodée qui nous enserre et nous empêche de développer nos voies de circulation et d'aération.

M. Guglielminetti. Comme suite aux paroles de M. Berthod, je viens présenter à la Société les résultats obtenus pour la suppression des poussières et des fumées par les moyens que je crois les meilleurs.

Ainsi qu'on peut le voir d'après les projections que je soumets à la Société, le goudronnage des routes supprime en grande partie les poussières et la boue. Il coûte 300 francs le kilomètre alors que l'imprégnation à l'huile adoptée par certains pays revient à 2.000 francs.

Pour supprimer les fumées, le meilleur appareil est, à mon avis, celui de l'ingénieur Langer qui peut s'appliquer à tous les foyers de chaudières fixes ou locomobiles.

État sanitaire de l'armée française en 1900. — *M. Lowenthal* lit sur cette question un travail très documenté, rempli de chiffres et de statistiques. Il arrive à cette constatation que l'état sanitaire de l'armée française est loin d'être satisfaisant, il est très inférieur à celui des nations voisines et à ce qu'il était il y a trente ans.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

24 Décembre 1902.

Applications thérapeutiques de l'entérokynase. — *M. Hallion*. Nous avons extrait et préparé pour l'usage thérapeutique le suc intestinal des premières portions de l'intestin grêle. Les expériences suivantes démontrent le rôle important de cette préparation dans la digestion.

Un bloc de blanc d'œuf coagulé peut rester pendant des semaines dans du suc pancréatique sans subir aucune modification. Si l'on ajoute une faible quantité d'entérokynase, le bloc albumineux est rapidement dissous.

Cette préparation paraît apte à rendre de grands services lorsque la muqueuse intestinale est profondément atteinte, chez les typhiques, les malades atteints d'entérite aiguë ou chronique, etc. Le pancréas étant plus rarement malade que l'intestin, les indications de l'entérokynase seraient en réalité beaucoup plus fréquentes que celles de la pancréatine. Nous signalerons encore les bons effets obtenus dans le traitement de la constipation chronique.

Sur un mode d'administration de l'huile de Chaulmoogra. — *M. Danlos*. L'huile de Chaulmoogra introduite dans l'estomac n'est pas toujours bien tolérée; introduite par la voie hypodermique elle a provoqué des accidents (embolie) et ne peut être en tout cas administrée qu'à doses très faibles. Un procédé qui m'a bien réussi consiste à l'émulsionner dans du lait tiède et à la faire prendre en lavement à la dose de 15 centimètres par jour.

Préparation du collargol. — *MM. Danlos et Cothereau*. Il est impossible de préparer le collargol en suivant les méthodes indiquées dans les périodiques français. D'après nos recherches il faut suivre la technique suivante :

Prendre 100 grammes d'acide citrique, les dissoudre dans l'eau et saturer d'ammoniaque jusqu'à coloration de la phtaléine. Compléter à 500 centimètres cubes avec de l'eau distillée.

Faire une solution avec 186 grammes de sulfate ferreux ammoniacal et ajouter de l'eau distillée en quantité suffisante pour 500 centimètres cubes.

Mélanger les deux solutions.

Etendre d'un litre et demi d'eau environ et verser dans la liqueur par petites parties en agitant constamment 100 centimètres cubes d'une solution de nitrate d'argent cristallée à 25 pour 100.

Il se forme un précipité rouge brun à reflets ardoisés qu'on laisse déposer. La liqueur surnageante est décantée, le précipité jeté sur un appareil à filtration rapide, lavé avec une petite quantité d'eau, puis essoré.

Ces différentes manipulations doivent être faites rapidement pour éviter l'action de la lumière et surtout de l'air qui insolubilisent en partie le produit. Le précipité recueilli est ensuite soumis à la décantation dans le vide au-dessus de l'acide sulfurique, à l'abri de la lumière. Le produit est constitué par de petites masses à reflets métalliques renfermant 97 pour 100 d'argent avec des traces de fer et d'acide nitrique.

Il est complètement soluble dans l'eau et les solutions ne traversent pas le septum du dialyseur, d'où le nom d'argent colloïdal.

Traitement abortif des furoncles par l'application d'une solution concentrée d'iode dans l'acétone (iodacétone). — *M. Gallois et Courcoux*. La formule que nous avons adoptée est la suivante :

Iode métallique. . .	4 grammes.
Acétone	10 grammes.

L'action sur les boutons d'acné et les furoncles est la même que celle de la teinture d'iode, mais notablement plns puissante.

M. Castillon. La glycérine dissout une partie d'iode pour deux de glycérine. Cette solution est beaucoup moins irritante que la précédente. Pour l'obtenir il faut chauffer la glycérine et l'iode en vase clos à 120° ou 150°.

M. Bize.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

24 Décembre 1902.

Sur les déchirures de la veine cave au cours de la néphrectomie. — *M. Albarran*, à propos de la récente observation de M. Heresco rapportée par M. Delbet, rappelle qu'il existe une 3e observation de ligature totale de la veine cave inférieure pour déchirure au cours de la néphrectomie : c'est celle de Küster qui avait réséqué une portion de ce vaisseau avec la tumeur rénale. Le malade mourut. A côté de ces cas de ligature totale, il existe des observations de ligature latérale de la veine cave ou de la veine rénale à son émergence de la veine cave, ainsi que des observations de suture de la veine cave. Enfin, M. Albarran cite 2 cas de résection partielle voulue de ce vaisseau, pour tumeurs rénales y adhérant, résection suivie de suture longitudinale de la paroi veineuse. Voici les résultats donnés par ces différentes interventions : ligature totale de la veine cave, 2 guérisons, 1 mort ; ligature latérale, 1 guérison, 1 mort ; ligature de la veine rénale à son émergence, 3 guérisons ; suture de la veine cave, 2 guérisons, 2 morts ; enfin, résection partielle de la veine cave suivie de suture longitudinale, 1 guérison, 1 mort.

Sur l'appendicite. — *M. Schwartz*, après avoir posé en principe que l'appendicite est une maladie chirurgicale, qui doit être traitée ou au moins surveillée par un chirurgien, déclare que cela ne signifie nullement que toute appendicite doive être traitée chirurgicalement. Beaucoup d'appendicites — le plus grand nombre — guérissent par le traitement médi-

cal ; ce n'est donc que dans des cas exceptionnels et bien déterminés qu'il faut prendre le bistouri. Quels sont ces cas ? ce sont : 1° Ceux où les lésions étant localisées marchent nettement vers la formation d'un abcès ; 2° ceux où les lésions n'étant pas localisées il existe des symptômes indiquant l'imminence où déjà le début d'une péritonite diffuse, symptômes qui sont : la violence et la diffusion immédiate de la douleur, l'aspect général grave du malade, la mollesse du pouls. Dans ces cas, l'intervention chirurgicale s'impose ; dans tous les autres, au contraire, la temporisation doit être de règle ; mais le chirurgien doit se tenir prêt à intervenir dès que l'un des symptômes précités vient à se manifester.

La statistique de M. Schwartz pour ces trois dernières années comprend 111 cas d'appendicite : 35 ont été opérés à chaud, avec 29 guérisons et 6 morts ; 72 ont été opérés à froid et ont tous guéri ; 4 cas d'appendicite compliquée d'annexite ont également guéri ; 14 malades ont guéri sans aucune opération ; 2 enfin sont morts avant qu'on ait pu intervenir.

M. Jalaguier déclare que son opinion, en matière d'appendicite, n'a pas varié depuis dix ans, ainsi qu'en témoignent les différentes publications qu'il a faites sur ce sujet dans ce laps de temps. Il est resté l'adversaire résolu de toute intervention d'emblée à chaud et il affirme de nouveau que cette intervention est bien rarement indiquée dans les crises aiguës d'appendicite quand le traitement médical a été appliqué dans toute sa rigueur. Après avoir indiqué ce que doit être ce traitement médical, M. Jalaguier rappelle les succès qu'il a donnés entre ses mains, et il y joint les chiffres de sa statistique la plus récente arrêtée au 1er Novembre 1902.

A la date du 4 Août 1900 (XIIIe Congrès international de médecine, section de pédiatrie) la statistique de M. Jalaguier comprenait 136 cas d'appendicite aiguë, dont 121 traités et refroidis par le traitement médical, 10 opérés à chaud et guéris, 2 guéris par l'ouverture spontanée d'un abcès périappendiculaire dans la vessie ou dans le rectum, enfin 3 morts.

Depuis cette époque et jusqu'au 1er Novembre dernier, M. Jalaguier à eu à traiter 107 cas d'appendicite, dont 16 seulement à l'hôpital et 91 en ville. Or, sur ce chiffre, 100 sont arrivés à résolution par le seul traitement médical, 3 ont été opérés à chaud et ont guéri et 4 sont morts.

Au total, sur 231 cas d'appendicite observés en crise aiguë et non opérés d'emblée, 224 ont guéri par le seul traitement médical et 7 sont morts, soit une mortalité inférieure à 3 pour 100. Le jour où les interventionnistes à outrance, les « radicaux », comme on les a appelés, pourront apporter une statistique comparable à celle-là, M. Jalaguier « changera son fusil d'épaule », et passera dans leurs rangs. Jusque-là on lui permettra de rester fidèle à une méthode thérapeutique à laquelle il doit un nombre de succès qu'aucun interventionniste n'a encore pu atteindre.

Deux cas de rupture sous-cutanée de la rate suivis de splénectomie. — *M. Victor Pauchet* (d'Amiens) fait une communication sur 2 cas de rupture traumatique de la rate qu'il a traités par la splénectomie. Le premier cas concerne un gendarme de trente-quatre ans, qui avait reçu un coup de pied de cheval sur sa giberne, et qui ne présentait d'ailleurs aucune trace extérieure de ce traumatisme. Choc, défense musculaire de la paroi abdominale, pouls filant : la laparotomie fut faite vingt-quatre heures après. Incision en L dans le flanc gauche : la rate est déchirée et saigne. Splénectomie facile ; ligature à la soie. Le malade mourut subitement au dixième jour d'une embolie. M. Pauchet présente la pièce enlevée : la rate est presque complètement séparée en deux.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui avait reçu dans le côté un coup de timon de voiture : choc, défense de la paroi, signes d'hémorragie interne. Une laparotomie latérale et transversale est faite dix-huit heures après l'accident. Cette fois la splénectomie est faite sans ligatures, à l'aide de pinces-clamps qu'on laisse à demeure. La guérison a lieu rapidement. L'état général de l'opéré est actuellement — quatre mois après l'accident — excellent.

Cancer de la portion initiale de l'intestin grêle ; entéro-anastomose à l'aide du bouton de Murphy ; guérison. — *M. Routier* présente une jeune femme qu'il a opérée récemment pour un cancer de l'intestin siégeant au niveau du jéjunum. L'extirpation de la tumeur n'étant pas possible, M. Routier dut se contenter d'établir une entéro-anastomose entre les segments d'intestin situés en amont et en aval, et, dans ce but, il eut recours au bouton de Murphy. Le résultat a été excellent : le bouton fut évacué au neuvième jour, et la malade qui, avant l'opération, vomissait tout ce qu'elle prenait, s'alimente actuellement très bien et a notablement augmenté de poids.

Anévrisme du tronc brachio-céphalique traité par la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière. — *M. Gérard-Marchan* présente un homme qu'il a guéri d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique par la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière. La tumeur était grosse comme une mandarine et avait subluxé la clavicule droite. Actuellement, cette subluxation a disparu, la poche s'est complètement affaissée et on n'entend plus à son niveau le moindre souffle. L'auteur ajoute qu'un autre malade qu'il a opéré de la même façon et pour la même lésion, il y a quatre ans, est resté parfaitement guéri depuis cette époque.

Fracture de l'olécrane traitée et guérie par les appareils, sans cerclage. — *M. Berger* présente un homme qui était atteint d'une fracture du col de l'olécrane et qu'il a traitée avec succès par l'extension à l'aide d'appareils, sans cerclage. L'extension a été faite pendant douze jours ; elle a été suivie de quelques semaines de massage. Aujourd'hui le rétablissement des fonctions du membre est complet.

M. Schwartz a observé et traité un cas analogue : il a suffi de quinze jours d'extension suivie de mobilisation et de massage pour amener rapidement une guérison complète.

Volumineux calcul de l'urètre. — *M. Berger* présente un volumineux calcul de l'urètre qui a été extrait par l'urétrotomie externe ; ce calcul ne mesure pas moins de 7 centimètres de long sur 9 centimètres de circonférence.

Hernie par glissement de l'S iliaque. — *M. Morestin* présente un malade qu'il a opéré d'une hernie par glissement de l'S iliaque en reconstituant complètement le mésocôlon iliaque par la suture de ses deux feuillets dissociés et en le fixant ensuite dans la fosse iliaque. Les différents temps de cette opération furent faits par une incision verticale pratiquée à travers la gaine du muscle grand droit de l'abdomen. Le petit sac herniaire existant fut reséqué et l'anneau herniaire refermé par la petite incision inguinale qui avait été faite en premier lieu. L'opération ne date que d'un mois, en sorte qu'on ne peut encore juger de ses résultats définitifs.

Urétzoscope. — *M. G. Luys* présente un nouvel urétroscope qu'il a récemment imaginé.

Association de néoplasmes. — *M. Monod* présente deux nouveaux exemples d'associations néoplasiques :

1° Un kyste de l'ovaire, des fibromes intra-ligamentaires et des fibromes utérins qui coexistaient chez la même femme et qui furent enlevés dans la même séance ;

2° Un sarcome des annexes utérines qui coexistait avec un épithéliome de la cavité utérine. Ici, l'hystérectomie abdominale totale dut être complétée par la résection de l'S iliaque et du rectum englobés dans la masse néoplasique annexielle.

Élection du bureau pour 1903. — Au cours de cette même séance, la Société de chirurgie a procédé à l'élection de son bureau pour 1903. Ont été nommés (votants : 35) : président, *M. Kirmisson* ; vice-président, *M. Peyrot* ; 1er secrétaire, *M. Felizet* ; 2e secrétaire, *M. Delorme*. *M. Walther* est maintenu dans ses fonctions de trésorier et *M. A. Broca* dans celles d'archiviste.

J. Dumont.

ANALYSES

OPHTALMOLOGIE

Laborie. *Contribution à l'étude de la lèpre oculaire* (*Thèse*, Paris, 1902). — La lèpre oculaire a été étudiée dans plusieurs travaux récents (Leloir, Jeanselme et Morax, Frank, etc.) d'après lesquels M. Laborie donne une étude d'ensemble de la question. Les manifestations oculaires de la lèpre varient selon que l'on envisage la lèpre systématisée tégumentaire ou la lèpre systématisée nerveuse. A la première forme appartiennent essentiellement l'infiltration diffuse de la cornée, les tubercules scléro-cornéens, l'iritis avec ou sans développement de tubercules lépreux.

A la seconde appartiennent le lagophtalmos paralytique, le xérosis de la cornée, la cutisation de la conjonctive. Les deux formes peuvent aboutir à la cécité. La forme tuberculeuse est le plus à redouter : ses manifestations externes entraînent des cécités rapides.

L'origine endogène de l'infection oculaire est démontrée surtout par l'absence de lésions de la conjonctive.

Le traitement varie avec la forme de la maladie. Dans la lèpre systématisée tégumentaire, l'intervention la plus rationnelle est l'excision des tubercules lépreux, avec ou sans cautérisation consécutive. L'iridectomie optique peut être indiquée. Dans la lèpre systématisée nerveuse, la tarsorrhaphie, partielle ou totale, peut rendre les plus grands services. Dans les deux formes, un traitement intensif à l'huile de chaulmoogra est à instituer.

A. Druault.

G. Levinsohn. *Sur la disposition des terminaisons nerveuses dans les muscles extrinsèques du globe oculaire* (*Von Graefe's Archiv. f. Opht.*, vol. LIII, f. 2, p. 295). — Les terminaisons nerveuses des muscles oculaires ont été peu étudiées chez l'homme parce qu'on admettait qu'il était absolument nécessaire, pour cette étude, d'avoir recours à des pièces fraîches. En réalité, si l'on utilise les muscles prélevés quatre à dix heures après la mort, on constate aisément que les résultats peuvent être parfaits et que même la méthode au chlorure d'or fournit d'excellentes figures. Après de nombreux tâtonnements, Levinsohn s'est arrêté à la méthode suivante : les muscles sont tout d'abord immergés dans une solution de formol à 1 pour 100 pendant quelques jours, puis dans la solution de chlorure de sodium à 25 pour 100 indiquée par Rouget. Enfin, on les colore en masse dans la solution d'hématoxyline d'Ehrlich à 25 ou 50 pour 100. On les porte ensuite dans la glycérine où se fait la dissociation. Les muscles, le tissu conjonctif et les vaisseaux sont d'un bleu pâle, les nerfs bleu foncé. Les terminaisons nerveuses apparaissent nettement par suite de la transparence des fibres musculaires produite par la solution de chlorure de sodium. Les fibres nerveuses qui se rendent aux muscles oculaires sont des fibres assez fortes, de 6 à 9 μ de diamètre, entourées par une gaine de Henle souvent lamellaire. Avant d'atteindre les plaques terminales la fibre est semblable à celle que l'on rencontre chez les reptiles et les mammifères ; elle se termine dans la plaque terminale sans se diviser. Cependant on rencontre une disposition un peu différente et qui paraît fréquente : la fibre nerveuse se divise en de nombreux rameaux et chacun de ces rameaux pourvoit un faisceau musculaire primitif. La fibre nerveuse chemine le long de la fibre musculaire ou s'enroule autour d'elle avant d'atteindre la plaque terminale. Dans quelques cas Levinsohn a constaté jusqu'à dix tours de la fibre nerveuse autour de la fibre musculaire. Quant aux terminaisons proprement dites, elles ne diffèrent pas de celles qui ont été étudiées et décrites chez les mammifères.

V. Morax.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE

A. Castex. *Ablation d'amygdales épithéliomateuses par la voie buccale ou par la voie cutanée* (*Bull. de laryngologie, otologie et rhinologie*, 14 Novembre 1902). — L'auteur signale 4 cas de tumeurs amygdaliennes qui se sont présentés récemment à son observation et qui comportent un certain intérêt à différents points de vue. Le premier concerne une femme d'une cinquantaine d'années ; or ce genre de tumeurs est exceptionnel dans le sexe féminin, de même que les épithéliomes de la langue. Les 3 autres observations se rapportent à des hommes et présentent toutes ces particularités que, malgré un envahissement avancé de l'amygdale, il n'existait aucune adénopathie consécutive ; cette absence de ganglions n'est donc peut-être pas aussi rare qu'on le croit, et c'est sans doute une des raisons pour lesquelles les tumeurs malignes de l'amygdale restent souvent latentes dans la première période de leur évolution.

Dans un de ces cas, où la tumeur amygdalienne était très volumineuse, et d'ailleurs non ulcérée, il parut difficile et dangereux (en prévision d'une hémorragie) à M. Castex de procéder à son extirpation par la voie buccale, et il préféra recourir à la voie cutanée en employant l'incision de Cheever (de Boston). Cette incision, horizontale, passe sous l'angle de la mâchoire ; on peut l'agrandir au besoin, en en faisant passer une autre sur son extrémité postérieure, suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Dans le cas présent, cette deuxième incision se

montra inutile : grâce à un large écartement des lèvres de la plaie horizontale, et après avoir enlevé quelques petits ganglions suspects et la glande sous-maxillaire par mesure de précaution, M. Castex put assez rapidement tomber sur la masse dure de la toncille cancéreuse et l'énucléer. Il pense cependant qu'en pareil cas on faciliterait grandement la découverte et l'isolement du néoplasme en fixant préalablement celui-ci entre les mors d'une pince introduite par la bouche. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithéliome malin développé aux dépens de l'épithélium des glandes bucco-amygdaliennes.

En regard de ce cas d'ablation d'une amygdale cancéreuse par la voie cutanée, M. Castex en cite un autre où il put opérer par la voie buccale, morceler sans inconvénient avec l'instrument de Ruault la tumeur amygdalienne, la poursuivre entre les points suspects et même enlever une petite partie de langue déjà envahie. Ici encore il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux tubulé. Le malade, comme le précédent d'ailleurs, paraît aujourd'hui guéri.

De ces cas l'auteur conclut : 1° l'épithélioma de l'amygdale peut ne pas retentir sur les ganglions lymphatiques tant que la néoplasie reste limitée à la glande ; 2° la pince à morcellement permet le plus souvent d'en faire l'éradication complète par la voie buccale ; 3° l'ablation à travers la région sous-maxillaire est indiquée dans certains cas : elle est facile et offre l'avantage de permettre d'explorer et d'extirper les glanglions cachés dans la profondeur.

J. Dumont.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE, RADIOLOGIE

M. Leredde. ***Mode d'action des agents physiques faisant partie du domaine de l'électricité médicale dans le traitement des lupus*** (*Archives d'électricité médicale*, Juin 1892, p. 335). — L'auteur établit d'abord qu'il existe deux formes de lupus : 1° le lupus de Cazenave ou érythémateux, qui est une tuberculose de la peau ou angiodermite tuberculeuse, tuberculose locale très atténuée ; 2° le lupus de Wilan, tuberculide cutanée à virulence plus exaltée. Dans toutes les formes, le point de départ paraît se trouver dans le réseau vasculaire hypodermique, d'où la nécessité pour une méthode curative d'agir très profondément.

Galvano-cautérisation. — Cette méthode doit être conservée en raison de ses avantages pratiques : mais si après un traitement soigné, durant deux ou trois mois, les lupomes reparaissent sous la cicatrice, il ne faut pas insister, car on transforme le tissu lupique en tissu demi-scléreux rebelle à l'action des rayons chimiques.

Électricité de haute fréquence. — Ce mode de thérapeutique paraît avoir donné des résultats certains dans le lupus érythémateux à forme congestive ; en l'absence de recherches définitives sur l'action de l'électricité de haute fréquence dans les tissus, il est impossible de conclure à quelles formes de lupus et dans quelles circonstances elle doit être utilisée.

Radiothérapie. — Cette méthode est encore dans la période des essais et la technique est loin d'être fixée. Actuellement, cette méthode doit être appliquée aux malades atteints de lupus tuberculeux ou érythémateux rebelles à la photothérapie.

Photothérapie. — D'après Finsen, 2 pour 100 seulement des cas de lupus restent incurables par cette méthode. Les rayons chimiques seuls ont une action curative et parmi ceux-ci ceux qui sont compris dans la partie violette du spectre ; les rayons ultra-violets n'auraient pas une action aussi importante d'après Finsen. Pour éviter l'absorption de ces rayons, il est nécessaire d'ischémier la peau par une compression énergique. La peau du visage se prête mieux que celle des membres à cette application, en raison de la minceur de la couche cornée en cette région. Ces rayons chimiques ont une action bactéricide déjà connue ; ce fut le point de départ de la méthode de Finsen. Il ne faut pas négliger l'importance des réactions des tissus consécutives à l'action de la lumière. Ces réactions ont été étudiées à part par l'auteur lui-même ; ses conclusions tendent à prouver qu'elles jouent dans la guérison du lupus un rôle plus important que l'action bactéricide sur les bacilles de Koch. Enfin la photothérapie peut guérir des lésions amicrobiennes de la peau telles que les nœvi vasculaires plans.

F. Mally.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Boucicaut. — M. Doléris, chef de service, commencera un cours pratique et théorique de *maladies des femmes*, le lundi 6 Janvier prochain, à 10 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

La durée du cours complet est de six semaines.

Les inscriptions seront reçues à l'hôpital Boucicaut, et sont limitées à quinze élèves au maximum.

Hospice de la Salpêtrière. — M. J. Voisin commencera son cours sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi 8 Janvier 1903, à 10 heures, section Esquirol, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

La radiologie dans les hôpitaux. — La Société médicale des hôpitaux exprime les vœux suivants :

« 1° Que chaque hôpital soit pourvu d'une salle destinée à l'exploration radiologique suivant ses deux modes, examen radioscopique et radiographie, l'un et l'autre indispensables ;

« 2° Que dans le local affecté à cette salle d'exploration on réserve l'emplacement nécessaire aux opérations photographiques proprement dites, spécialement un cabinet noir pour le développement des clichés ;

« 3° Que le maniement des appareils d'exploration radiologique soit confié, dans chaque hôpital, sous le contrôle des chefs de service, à un jeune homme possédant avec les notions théoriques et techniques indispensables une solide instruction médicale, de préférence à un interne ou ancien interne en médecine nommé au concours, et qu'on lui donne pour aides, suivant l'importance de l'hôpital, une ou plusieurs infirmières chargées de l'entretien des appareils en bon état et de ce qu'il est permis d'appeler la cuisine photographique ;

« 4° Que pour restreindre autant que possible les dépenses nouvelles nécessitées par ces salles d'exploration, l'examen radioscopique soit préféré à la radiographie ou tout au moins la précède dans tous les cas où il sera permis de supposer qu'il peut suffire au diagnostic, et que seuls les véritables indigents puissent bénéficier de la radiographie gratuite. »

NOUVELLES

Paris et Départements

Corps de santé des troupes coloniales. — M. David, médecin aide-major de 1re classe auxiliaire, en service à la Guyane, hors cadre, est nommé médecin aide-major de 1re classe.

— MM. Ollivier et Conan, médecins-majors de 2e classe, sont mis à la disposition de M. le ministre des colonies, le premier pour occuper les fonctions de chef du service de santé au Congo français, le second pour être affecté au service de santé du chemin de fer de Kayer au Niger.

— Sont désignés pour servir en Indo-Chine : MM. Dumor, médecin-major de 1re classe, et Philippe, médecin aide-major de 1re classe.

Les réformes à l'Assistance publique. — Concurremment à la réorganisation des hôpitaux, M. Mesureur s'occupe de la réorganisation et de l'amélioration du sort du personnel hospitalier.

C'est ainsi qu'il vient de soumettre à la cinquième commission du Conseil municipal son plan de réorganisation qui ne coûterait que 300.000 francs au budget et pourrait être appliqué partiellement pendant trois années, époque où il arriverait à une réalisation complète.

Le projet de M. Mesureur comprend : disjonction du personnel « serviteur » et du personnel « infirmier », création de cadres, augmentation immédiate des traitements de 100 à 400 francs, suivant les services, mais en raison inverse de l'importance de ces traitements.

Ainsi les serviteurs, qui reçoivent actuellement 33 francs par mois, verraient leurs traitements portés à 50 francs.

Enfin, en attendant l'époque où l'on pourrait appliquer le service des trois-huit, comme dans l'octroi, le nombre des heures de travail serait fixé à douze heures un quart par jour, ce qui rétablirait une juste balance sur les services actuels mal équilibrés.

Ces différentes réformes ont été adoptées par la cinquième commission.

Société médicale du IXe arrondissement. — La Société médicale du IXe arrondissement vient de constituer son bureau pour l'année 1903 de la façon suivante : MM. Ozenne, président ; Jullien, vice-président ; Dagron, secrétaire général ; Olivier, secrétaire adjoint ; Dubois de La Vigerie, trésorier ; Barbellion et Guillemot, secrétaires des séances.

Leçons pratiques de syphiligraphie. — M. Leredde commencera le dimanche 11 Janvier, à 10 heures, une série de huit leçons publiques de syphiligraphie et les continuera les dimanches suivants à la même heure (Etablissement dermatologique, 4, rue de Villejust).

Première et deuxième leçons : Diagnostic de la syphilis en activité.

Troisième leçon : Diagnostic rétrospectif de la syphilis.

Quatrième et cinquième leçons : Le traitement mercuriel. Technique du traitement ; technique des injections mercurielles.

Sixième leçon : Traitement iodopotassique. Le traitement de la syphilis normale.

Septième leçon : Traitement des syphilis graves. Le traitement mercuriel intensif.

Huitième leçon : Traitement du tabes et de la paralysie générale.

Maladies des yeux. — Clinique et maison de santé de M. Kopff (ancienne clinique de M. Meyer), 13, rue Saint-Guillaume. Tous les jours de 1 heure à 3 heures.

CONCOURS

Internat. — *Pathologie. Séance du 23 Décembre 1902.* — Ont lu : MM. Ralliou, 4 ; Sigre, 10 ; Trèves, 9 ; Lebret, 13 ; Blain (André), 5 ; Renaudin, 7 ; Chevallier, 11 ; Guyader, 6 ; Ciuciu, 6. — *Absents* : MM. Haas, Morange, Dupont, Roblès, Flamand.

Séance du 25 Décembre 1902. — Ont lu : MM. Léenhardt, 11 ; Lafarge, 9 ; Vincent (Clovis), 10 ; Hubert (Ch.), 10 ; Demanche, 9 ; Tixier (L.-E.-J.), 11 ; Mahieu, 11. — *Absents* : MM. Lebrun, Vincent (René), Besnier.

Externat. — *Pathologie.* — *Séance du 23 Décembre.* — *Rétrécissement du rectum* : MM. David, 16 ; Durand (Gaston), 15 ; Gargaud, 15 ; Billaudet, 15 ; Bresselle, 14 ; Cottard, 16 ; Delacroix, 14 ; Germain, 16 ; Chirié, 15 ; Blanluet, 15 ; Delogé, 15 ; Fruictier, 19 ; Demanche, 16 ; Gaillard, 16 ; Denéchau, 15 ; Bonhomme, 14 ; Devaux, 14 ; Clermonthe, 15 ; Budin, 16 ; Chahuet, 16.

Séance du 24 Décembre. — *Délivrance* : MM. Dupouy (Pierre), 15 ; Dupouy (Roger), 15 ; Chazal, 15 ; Picot, 16 ; Baron, 15 ; Durand (Léon), 15 ; Dreyfus, 16 ; Dieuzeide, 15 ; Chastagnol, 15 ; Francina, 15 ; Ribot, 14 ; Ferté, 15.

RENSEIGNEMENTS

A prendre de suite bon poste médical à 2 heures de Paris, canton de 6.000 habitants, chemin de fer, téléphone. S'adresser : *P. M.*, n° 889.

A céder, cabinet dentiste, grande ville du Nord, frais minimes, clientèle moyenne, titulaire de plusieurs établissements d'éducation. Conviendrait à médecin. S'adresser : *P. M.*, n° 892.

Ancien maître d'hôtel, extrêmement recommandé par ses maîtres, conviendrait à médecin pour heures de consultations. S'adresser : *P. M.*, n° 893.

Hôpital Necker (maladies des voies urinaires). — M. F. Cathelin, chef de clinique adjoint, recommencera le cours pratique de chirurgie expérimentale des voies urinaires (deuxième année) le mercredi 14 Janvier, à 1 h. 1/2, dans le laboratoire annexe de la Clinique à l'hôpital Necker, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Le Numéro : 10 CENTIMES Tome II. N° 105. — Mercredi, 31 Décembre 1902. 10 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63 TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
C. NAUD, ÉDITEUR

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . 10 fr.
Union postale . . . . 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé. Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé. Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE, Professeur agrégé. Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE, Chef de clin. gyn. à l'hôpital Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
P. DESFOSSES — A. SICARD
Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris, VI°.

AVIS IMPORTANT

Nous prions nos abonnés qui ne nous ont pas encore fait parvenir le montant de leur renouvellement pour 1903, de vouloir bien faire bon accueil à la quittance qui leur sera présentée par la Poste,

à partir du 24 Décembre.

SOMMAIRE

LE CONGRÈS DU CAIRE

Le premier Congrès égyptien de médecine s'est ouvert au Caire le vendredi 19 Décembre. Placé sous le haut patronage de son S. A. le Khédive, ce Congrès, primitivement destiné à réunir les médecins égyptiens seulement, s'est transformé en une réunion internationale à laquelle tous les gouvernements étrangers ont été conviés à adresser des délégués officiels.

Des comités ont été organisés dans tous les grands centres médicaux, et le Comité français avait comme président M. le professeur Lannelongue, et comme secrétaire général M. le Dr Achard.

Des délégués français nombreux furent désignés par le ministère de l'Instruction publique, le ministère de l'Intérieur, la Faculté de médecine et les grands corps savants.

Malgré les attractions que présentait ce Congrès, en raison des excursions promises sur le Haut-Nil, excursions organisées dans des conditions très avantageuses par le Comité du Caire, malgré l'intérêt qu'il y avait à soutenir le renom de la médecine française dans un pays encore tout imprégné de nos souvenirs, mais soumis à des influences contraires sans cesse grandissantes, le nombre des congressistes français qui ont effectué le voyage a été, comme à Moscou,

bien au-dessous de ce qu'on attendait : 32 Français seulement sont présents au Caire.

Disons tout de suite que de fâcheuses circonstances sont venues favoriser l'apathie ordinaire de nos compatriotes : d'abord la date du Congrès, car en Décembre-Janvier il est difficile à beaucoup d'entre nous d'abandonner leur clientèle ou leurs fonctions enseignantes. Ensuite la grève de Marseille qui a rendu très incertaine les départs de bateaux, et même rendu impossible à beaucoup de trouver des cabines disponibles.

Si l'on joint à cela que la Légation de France est momentanément dépourvue de son titulaire et que nos nationaux ont été les seuls à ne pas être reçus officiellement par leur agent diplomatique, on ne peut que regretter que les circonstances ou les prévisions aient, suivant l'usage, privé les médecins français exerçant au Caire et à Alexandrie d'une partie du prestige que devait leur apporter la mère patrie.

Quoi qu'il en soit, grâce aux sympathies françaises du Comité organisateur dont M. le Dr Voronoff a été le dévoué secrétaire général, le rôle de la France a été encore très marquant, et c'est M. le professeur Bouchard qui a prononcé le discours inaugural dans l'Assemblée générale d'ouverture.

Dès la veille, mardi 18 Décembre, une charmante soirée réunissait à l'Hôtel Continental les congressistes et leurs femmes.

Le vendredi matin, à 10 heures, a eu lieu au grand théâtre khédival la séance d'ouverture sous la présidence de S. A. le Khédive.

La scène est occupée par les délégués officiels en habit noir parmi lesquels brillent quelques uniformes russes, persans, américains et anglais. La salle est remplie par les congressistes et leurs femmes, entre lesquels de nombreux tarbouchs égyptiens mettent une note rouge bien topique.

A 10 heures précises, S. A. le Khédive entouré de son état-major, fait son entrée et prononce en français un discours de bienvenue très gracieusement exprimé.

Puis, successivement, prennent la parole :

S. E. Ibrahim Pacha Hasson, président du Congrès; S. E. Abbato Pacha, président d'honneur du Congrès ; Dr Voronoff, secrétaire général, qui font sommairement le compte rendu du Congrès : 520 congressistes sont inscrits, dont 180 étrangers; 340 habitent l'Égypte; de ces derniers, 150 sont indigènes; 246 communications dont 142 par des médecins habitant l'Égypte.

Puis viennent à tour de rôle les représentants des différentes puissances, d'après l'ordre alphabétique : Allemagne, le Dr Nolda; Autriche, le professeur Nothnagel; Belgique, le Dr Alfrid Eid; Etats-Unis, Major Gorgas; France, le professeur Bouchard; Grande-Bretagne, le Dr R. Harrisson; Hongrie, le professeur Karl Hoor; Italie, le professeur Maragliano; Perse, Mirza Mohamed M. Khan; Russie, le professeur Pawloff; Suisse le professeur Eternod.

De ces différents discours prononcés en français, allemand, anglais, italien et turc, tous très applaudis, nous ne pouvons donner *in extenso* que celui du Dr Bouchard, dont la forme élégante et le fond rempli de finesse et de poésie ont soulevé des applaudissements répétés et enthousiastes :

Allocution du prof. Bouchard.

« Monseigneur, Au nom des membres français de ce Congrès, j'exprime à Votre Altesse notre respectueuse gratitude pour sa généreuse initiative. Nous souhaitons que cette réunion soit utile à l'Egypte ; nous savons qu'elle sera utile à toutes les nations, car la solution des questions posées, pour améliorer la santé publique, exige l'unanimité des convictions. D'ailleurs, c'est déjà servir l'humanité que de permettre aux hommes de chercher ensemble la vérité. Travailler pour la science c'est travailler pour la civilisation.

« Mes chers Collègues égyptiens, J'aurais voulu que nous fussions encore plus nombreux pour vous remercier de votre invitation et de votre accueil. Notre joie est grande ; les regrets de ceux qui sont restés sur l'autre rive, plus grands encore.

« C'est que l'Egypte est pour nous la terre des rêves. Dès nos plus jeunes années, on nous dit les prouesses ou les actes de bonté et de sainteté accomplis sur votre terre par des fils de la France ; on nous raconte les gloires que d'autres Français y ont conquises, gloires militaires peut-être, gloires scientifiques et artistiques surtout. On nous dit que des Français sont venus déchiffrer vos inscriptions et vous ont révélé à vous-mêmes votre propre histoire, que d'autres ont mis en lumière ces monuments qui couvrent votre sol et ceux, plus nombreux, qui sont couverts par lui. Un autre est venu qui a gagné votre affection, votre estime, votre gratitude, en accomplissant des travaux qui lui ont valu l'admiration et la reconnaissance du monde. Puis votre terre a tous les attraits. Pour nous l'Egypte c'est l'Orient, la région où surgit la lumière, la beauté, la vérité. La beauté, nous savions la trouver dans vos monuments ; la vérité, on nous a dit qu'elle était enfermée dans vos hypogées. Mais la science y a pénétré, la science qui n'a pas de curiosités frivoles et dont les investigations ne sont pas des profanations.

« Nos savants nous ont dit y avoir trouvé le secret des origines de toutes les civilisations.

« Notre visite, c'est un pèlerinage en terre sainte.

« Que d'autres obligations nous vous avons encore ! nous surtout médecins. Aux portes de cet orient encore plus lointain, vous êtes la sentinelle qui protège l'occident.

« L'Egypte, grâce à vous, est la digue sur laquelle se brise le flot de la barbarie avec ses menaces pestilentielles. On nous a dit que dans la

Mer Rouge et au Sinaï, vous avez établi des défenses que la fraude peut tourner, mais qui ne pourraient être que difficilement franchies. On nous a dit que vous avez voulu augmenter l'impeccable régularité de votre fleuve et du même coup augmenter la fécondité et la salubrité de votre sol. Après les Pyramides, nous avons voulu voir la digue d'Assouan.

« Ces grands efforts pour la préservation de la santé humaine, vous les continuez aujourd'hui et vous nous conviez à nous joindre à vous. Nous répondons à votre appel, jaloux de continuer avec vous sur ce nouveau domaine l'œuvre de civilisation entreprise par nos devanciers. »

La séance s'est terminée par la lecture de l'important discours du professeur Bouchard sur *les Tendances nouvelles de la thérapeutique*, que nous donnons *in extenso* dans le corps du journal.

* *

Dans la journée, les délégations officielles ont été reçues par S. A. le Khédive dans son palais, où il leur a offert le café traditionnel.

La délégation française se composait de MM. les professeurs : Bouchard, de Paris ; Lortet, de Lyon ; Jayet, de Lyon ; Chantemesse, de Paris, Tessier, de Lyon ; Baudry, de Lille ; Bergonier, de Bordeaux ; Courmont, de Lyon : Hobbs, de Bordeaux, délégués du ministère de l'Instruction publique ; MM. les docteurs : Raymond Durand-Fardel, de Paris, délégué du ministère de l'Intérieur ; Bouloumié, de Paris, délégué de la Société de médecine ; Langlois, de Paris, délégué de la Société de biologie ; Legrand, d'Alexandrie ; de Valcourt, de Paris, délégués de la Société de médecine publique et de génie sanitaire ; Muller, de Paris, délégué du ministère des Postes et Télégraphes.

Ce soir une grande fête sera donnée aux Pyramides de Ghizeh, et, à partir de demain, les séances de sections commenceront, alternant avec les fêtes et les excursions.

Dès maintenant on peut dire que le premier Congrès égyptien de médecine sera un succès. Il faut en rapporter tout l'honneur à l'activité intelligente déployée par le Comité d'organisation local, dont voici la composition : S. Ex. Abbate Pacha, S. Ex. Evmanat Pacha, Dr Mohamed Eloni Bey, S. Ex. Ibrahim Pacha Hassan, Dr Khayatt, Dr Milton, Sir H. Pindring, Dr Sandwith et surtout le secrétaire général Dr Voronoff.

Et puis il faut aussi faire la part des médecins du Caire et d'Alexandrie, qui, aidés de leurs femmes, s'arrachent littéralement les congressistes pour leur rendre parfaitement agréable le séjour dans un pays où le climat, l'art et l'histoire ne laissent pas à l'esprit un moment qui ne soit marqué par un plaisir ou une émotion intense !

Une prochaine correspondance tiendra nos lecteurs au courant des travaux du Congrès.

RAYMOND DURAND-FARDEL.

Le Caire, 20 Décembre 1902.

PRATIQUE MÉDICALE

Expectorant dans la bronchite des emphysémateux.

Pour fluidifier les sécrétions bronchiques, M. Albert Robin emploie volontiers la potion suivante :

Oxyde blanc d'antimoine. .	1	gramme.
Sirop d'ipéca. . . . . . 10 à	20	—
Alcoolat de racines d'aconit.	XV	gouttes.
Sirop diacode.	20	grammes.
Teinture de noix vomique. .	X	gouttes.
Eau de laurier-cerise. . . .	10	grammes.
Eau de tilleul	120	—

Tous ces médicaments associés ont des actions diverses qui se combinent sans se nuire. L'oxyde blanc d'antimoine et le sirop d'ipéca fluidifient les sécrétions bronchiques, rendent l'expectoration plus facile ; l'aconit et le sirop diacode agissent comme dessiccateurs. La noix vomique excite les contractions des muscles bronchiques ; l'eau de laurier-cerise masque le goût de la potion ; l'eau de tilleul sert de véhicule.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de matière médicale, contenant l'origine botanique, la description, la structure anatomique, la composition chimique, les usages, le mode d'emploi et les falsifications des substances officinales d'origine végétale ou animale, par EUG. COLLIN, pharmacien, lauréat de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, 1 vol. in-8° de 725 pages avec 473 figures dans le texte, 12 francs. (*Octave Doin*, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.)

La profession médicale au commencement du xxe siècle par le professeur P. BROUARDEL, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut. 1 vol. in-18, 3 fr. 50. (*J.-B. Baillière et fils*, éditeurs 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Grossesse et accouchement. étude de sous-biologie et de médecine légale, par G. MORACHE, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, 1 vol. in-16, de la *Collection médicale*, 4 francs. (*Félix Alcan*, éditeur, Paris.)

Médecine et pharmacie chez les Chinois et chez les Annamites ; 1 vol. in-8°, 234 pages. (*Challamel*, éditeur, Paris.)

La logique morbide. L'analyse mentale, par N. VASCHIDE et CL. VURPAS, 1 vol. in-12 de 268 pages avec préface de Th. Ribot, membre de l'Institut, broché, 4 francs (*Société d'éditions scientifiques et littéraires*, Paris.)

Thérapeutique : nouvelle méthode pour l'étudier et la retenir facilement, par A. ASTRUC (de Saint-Cloud). 1 vol. in-4° cartonné, 4 fr. 50. (*A. Maloine*, libraire-éditeur, 23-25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

LES TENDANCES NOUVELLES
DE LA THÉRAPEUTIQUE [1]

Par le Prof. Ch. BOUCHARD

Il n'est pas sans exemple qu'un malade, s'il guérit, attribue sa guérison au médecin. Il est rare qu'un médecin, s'il est instruit, se considère comme l'artisan de la guérison.

Il est rare aussi qu'il n'ait pas été utile : il a soulagé ; il a favorisé les actes qui amènent naturellement la guérison ; il a écarté les accidents possibles ; il a soutenu le malade, lui donnant ainsi le temps et la force de guérir par lui-même. Il n'a pas accompli les actes qui guérissent. Ces actes, l'organisme les réalise graduellement pendant la succession des phases de la maladie ; la nature les poursuit jusqu'au retour de la santé : *la nature médicatrice* !

La guérison spontanée est la règle, au moins dans les maladies aiguës. Il n'en est pas de même dans les maladies chroniques, qui sont chroniques précisément parce qu'elles n'ont pas tendance naturelle à la guérison. Aussi est-ce là que l'intervention médicale est nécessaire et que l'art se manifeste dans sa dignité et dans sa puissance.

Qu'est-ce donc que la thérapeutique quand elle ne guérit pas ? Qu'était-elle quand elle croyait être curative ? Ou bien elle réduisait ou supprimait les symptômes pénibles ou dangereux, elle visait l'économie subissant l'assaut de la cause morbifique, elle était palliative. Ou bien elle favorisait les actes naturels qui mènent spontanément à la guérison, elle visait l'économie réagissant contre la cause morbifique, elle était naturiste ou expectante.

C'était la thérapeutique médicale ; c'était aussi, assez souvent, la thérapeutique chirurgicale.

Quand la Chirurgie rapprochait les lèvres d'une plaie, elle permettait au travail naturel de réparation de se faire dans les meilleures conditions de rapidité et de conservation des formes et des fonctions. Mais si elle n'intervenait pas, la cicatrisation se faisait quand même par un travail naturel plus long et moins favorable, par formation d'un tissu nouveau qui comblait le vide. Quand elle réduisait une fracture ou une luxation, elle ne guérissait pas, mais elle plaçait les parties lésées en bonne situation et la nature faisait le reste : elle ramenait, par un travail naturel sur lequel nous ne pouvions rien, l'adhésion des parties rompues ou déchirées. Et si le blessé ne recevait pas le secours du chirurgien, la nature n'en agissait pas moins : l'adhésion se faisait et fixait définitivement les parties en situation vicieuse.

Dans ces exemples, l'intervention est assurément utile, elle empêche la nature de mal guérir le blessé.

La chirurgie faisait mieux. Une plaie devenait gangréneuse ; quelque chose s'était produit localement qui détruisait les tissus et influençait le reste de l'économie, allumait la fièvre, provoquait le délire. Le chirurgien portait le feu dans la partie affectée, la détruisait et, avec elle, ce qui avait produit le mal, ce quelque chose qui pendant tant de siècles est resté inconnu et qu'on connaît aujourd'hui. La cause détruite, la maladie était guérie, le malade n'était plus qu'un blessé ; la nature médicatrice intervenait alors et comblait la perte de substance.

Cette thérapeutique avait été curative, et elle l'avait été parce qu'elle avait combattu la cause et parce qu'elle l'avait combattue localement, là où elle siégeait, là où elle provoquait le mal.

La Médecine aussi faisait, à l'occasion, une thérapeutique curative ; dans les empoisonnements, par exemple, quand elle évacuait le contenu du tube digestif, supprimant encore la cause morbide par une intervention locale.

De même aussi, dans certaines maladies extrêmement rebelles du cuir chevelu, après avoir reconnu l'inefficacité des toniques, des dépuratifs et de tous les grands modificateurs généraux, soupçonnant une cause locale, elle cherchait à l'extirper, appliquait certains onguents adhésifs qui, à chaque renouvellement, arrachaient les cheveux ; et elle guérissait la teigne avant qu'on eût découvert le champignon qui la produit.

Je pourrais citer d'autres exemples où la thérapeutique médicale était curative, parce qu'elle combattait localement une cause locale.

En dehors de ces cas, elle n'était que palliative ou naturiste. En dehors de ces cas aussi, elle faisait le plus souvent une thérapeutique générale.

Mais de ces distinctions que nous faisons après coup, la Médecine n'avait qu'un médiocre souci. Avant de philosopher, il fallait porter secours à l'homme qui souffrait ou qui était en danger de mort, et, à défaut de palliatifs ou des agents de la thérapeutique naturiste, on puisait dans le monceau de ces remèdes dont on ne sait ni ce qu'ils font ni comment ils agissent, mais dont les bons effets avaient été révélés par l'observation fortuite ou par les caprices de l'expérimentation.

C'était de l'empirisme ; mais l'empirisme nous a donné l'opium qui ne guérit pas souvent, mais qui soulage presque toujours. L'empirisme, d'ailleurs, nous a donné presque tous nos médicaments, et, dans le nombre, quelques-uns qui guérissent : le quinquina, le mercure, l'iode, l'arsenic, le colchique, la salicine, tous médicaments dont un accident heureux nous a montré l'efficacité curative.

Chacun de ces médicaments guérissait une maladie spéciale et presque exclusivement cette maladie ; son action était spécifique. Il guérissait sans qu'on sût, sans qu'on soupçonnât pourquoi. Pour la plupart d'entre eux, nous connaissons aujourd'hui le secret de leur action : ils influent la cause morbifique, et, cette fois, ils l'influencent par une action générale.

Chose remarquable, ces causes, qui ne savent pas résister aux médicaments spécifiques, nous les affirmons plus que nous ne les connaissons. Nous connaissons celles du paludisme et de l'actinomycose, mais nous discutons encore sur celle du rhumatisme, et nous n'avons ni vu ni cultivé l'organisme de la syphilis. Or, quand la Médecine ne soupçonnait pas les causes, elle a découvert leurs remèdes, et depuis que nous les connaissons ou que nous les affirmons, nous n'avons pas trouvé de nouveaux spécifiques. Il y a de ces contradictions apparentes dans l'histoire des sciences.

Je me trompe, nous avons les sérums, nouvelle et brillante conquête du siècle qui vient de finir ; les sérums qui sont le type des médicaments spécifiques et grâce auxquels nous avons vu se multiplier singulièrement le nombre des maladies contre lesquelles nous pouvons exercer une action véritablement curative.

Si j'excepte le colchique dont le mode d'action est encore obscur, tous les spécifiques que je viens d'indiquer, y compris les sérums, exercent leur action curative dans des maladies qui, certainement, sont provoquées par des organismes vivants parasites, exception faite encore pour les maladies que provoquent les venins et certains poisons.

Tous ces médicaments sont antiseptiques à des degrés divers ; les sérums le sont également.

Mais certains sérums thérapeutiques ont aussi une autre action qui l'emporte sur leur rôle bactéricide : ils sont antitoxiques ; ils neutralisent les poisons bactériens ou mettent les cellules animales en état de leur mieux résister.

Rien ne prouve que les médicaments spécifiques autres que les sérums n'ont pas, à côté de leur fonction bactéricide, une action antitoxique. Je fais allusion à ces faits de Patella qui, après l'injection de sels mercuriels dans le sang, voit apparaître une leucocytose polynucléaire. Si les leucocytes pénètrent dans le sang en plus grande abondance, on conçoit qu'ils y accomplissent d'une façon plus complète leur fonction naturelle qui est de se saisir des microbes ou de sécréter des ferments qui sont une sauvegarde pour l'économie.

En tout cas, tous ces spécifiques à action générale influencent l'infection soit directement par une action bactéricide, soit indirectement en sollicitant les actes par lesquels l'organisme attaque les microbes ou se défend contre eux.

* * *

J'ai eu la pensée que, dans les maladies locales comme aussi dans les maladies générales qui se localisent, si une médication générale exerce une action spécifique curative, on pourrait limiter l'administration du remède exclusivement au tissu qui est atteint ; qu'on pourrait tenter le traitement en injectant dans le lieu affecté le médicament qui se montre efficace quand on le répand dans toute l'économie.

En cas de rhumatisme articulaire aigu, un homme du poids de 60 kilogrammes qui reçoit chaque jour par la bouche 6 grammes de salicylate de soude voit simultanément ou successivement chacune de ses arthrites disparaître. On a fait pénétrer chaque jour dix centigrammes du médicament dans chaque kilogramme de son corps, dans chaque kilogramme de substance saine comme dans chaque kilogramme de substance malade. Si dans une articulation — je ne parle que des grandes articulations — les parties molles qui sont le siège du travail morbide pèsent 50 à 100 grammes, c'est à des doses de 5 à 10 milligrammes qu'est due la guérison de chaque lésion locale.

Si l'expérience venait à justifier cette conception, administrer à un homme six grammes de salicylate de soude par jour pour une arthrite rhumatismale unique, ce serait envoyer chaque jour dans la jointure malade le centigramme de médicament nécessaire et

1. Mémoire présenté au Congrès du Caire.

suffisant et jeter dans le reste de l'économie, qui n'en a pas besoin, 599 centigrammes d'une substance qui, assurément inutile, ne serait peut-être pas inoffensive.

En fait, une arthrite rhumatismale aiguë cède à l'injection *in situ* de quantités extrêmement minimes de salicylate de soude. Je ne dis pas que j'ai guéri avec un centigramme, mais j'ai vu des arthrites arrêtées net par trois centigrammes, et il est exceptionnel qu'une fluxion articulaire ne soit pas supprimée par l'injection de 10 ou 20 centigrammes en solution dans 2 à 4 centimètres cubes d'eau.

Et ne croyez pas qu'il s'agisse de révulsion, comme cela pourrait être si l'on injectait de l'eau distillée; à ce titre la solution n'est pas douloureuse. Ne croyez pas davantage qu'il s'agisse de spoliation aqueuse, comme quand on injecte les solutions salines concentrées. La guérison s'obtient aussi bien, quand on a soin que la solution soit absolument isotonique, qu'elle ait la même tension osmotique que le sang, qu'elle congèle à 0,56 comme c'est le cas pour les solutions de salicylate de soude à 3 pour 100.

J'ai déjà fait connaître, à l'Académie des Sciences, le 7 Juillet 1902, quelques-uns des faits sur lesquels s'est édifiée ma conviction.

Un homme affecté de *rhumatisme partiel* du genou avec tendance à la chronicité était retenu au lit depuis deux mois et n'avait, en six semaines, bénéficié en aucune façon de mes tentatives de traitement soit local soit général : 20 centigrammes de salicylate injectés en une seule séance lui ont permis de se lever le jour même ; le lendemain il était guéri.

Puis est venue toute une série de cas de *polyarthrites aiguës*, les unes fébriles, les autres apyrétiques, où j'ai vu 5, 10, 20 centigrammes du médicament faire disparaître rougeur, douleur, épanchement, impotence; et l'effet favorable se produisant seulement dans la jointure traitée. Les autres articulations ne sont nullement modifiées ; elles ignorent ce qui s'est fait à côté d'elles et ce qui en est résulté. Il se peut même que de nouvelles arthrites se produisent; elles n'influencent pas celle qui guérit, de même qu'elles ne sont pas influencées par elle. On guérit, au choix, une des articulations ; les autres restent malades ou peuvent devenir malades.

C'est la preuve que les doses minimes injectées localement n'ont pas une action générale et que ce n'est pas par une action générale sur le sang ou sur le système nerveux que se produit la guérison locale. Cela prouve aussi que, quand le traitement général se montre efficace, chaque articulation prise en particulier guérit non par la masse totale du médicament qui est répandue dans toute l'économie, mais par la très petite portion qui est livrée à cette jointure.

Les guérisons par injections locales de doses minimes, souvent définitives sont parfois précaires. Rien n'empêche que le traitement local soit continué ou repris, de même que rien n'empêche de traiter simultanément ou successivement plusieurs arthrites.

En tout cas, si, dans le rhumatisme articulaire aigu ou erratique, le traitement local est efficace, il ne doit pas être considéré comme suffisant; sans doute il fait tomber la fièvre quand il s'agit d'arthrite unique, mais il n'empêche pas le développement de nouvelles arthrites ni l'invasion des grandes séreuses. Dans ces cas, le traitement général est obligatoire; s'il se montre insuffisant, le traitement local lui viendra en aide.

Quand le rhumatisme n'est plus en période d'augment, quand il n'existe plus comme maladie générale et laisse seulement quelques vestiges persistants, quand surtout il est localisé d'emblée, le traitement local pourra être jugé suffisant.

Il n'est pas inefficace même dans les formes chroniques où son effet utile est produit parfois avec une rapidité qui dépasse toutes les prévisions; mais il doit être maintenu avec persévérance si l'on veut arriver à une amélioration fonctionnelle durable.

Il est entendu que je ne parle que du *rhumatisme vrai* et non des pseudo-rhumatismes infectieux, en particulier du gonococcique qui pourtant bénéficie du traitement local salicylé, au moins en ce qui concerne la douleur.

Plusieurs fois l'injection dans les parois thoraciques douloureuses a arrêté et fait rétrograder une *pleurite* commençante.

Même dans la *péricardite rhumatismale*, j'ai vu une injection de 10 centigrammes faire tomber la fièvre de 39 à 37°6. On fit une seconde injection et, en trois jours, le frottement avait disparu.

J'ai échoué dans l'*endocardite*. J'ai été moins heureux que Moritz Benedikt qui m'a précédé dans cette voie et qui a employé avec succès les injections d'acide phénique à 2 pour 100 dans le rhumatisme, dans le torticolis, dans la crampe des pianistes, dans la périostite syphilitique, et qui a vu « les injections sous-cutanées d'acide phénique dans la région du cœur guérir, sans qu'il en reste de traces, les plus graves péri, endo et myocardites au cours du rhumatisme articulaire ».

J'ai de mon côté obtenu par la médication salicylée locale l'amélioration et la guérison de la *contracture musculaire douloureuse* des adducteurs de la cuisse; j'agissais alors sur les insertions tendineuses.

J'ai obtenu aussi quelques bons résultats dans la *sciatique* et dans la *névrite* si cruelle et si obstinée *du zona*. Je n'injectais ni dans les tendons ni dans les nerfs, mais à proximité des tissus malades.

De même, dans les inflammations des séreuses articulaires ou viscérales, je ne portais pas le médicament dans les cavités closes, mais dans le tissu ambiant, au plus proche voisinage des parties affectées ou dans le tissu malade lui-même.

Les résultats heureux que je viens de signaler en dernier lieu m'ont donné à penser qu'il y aurait peut-être avantage à appliquer la médication salicylée locale à d'autres affections douloureuses des nerfs. J'ai tenté la cure des *douleurs fulgurantes du tabes*. Je n'ai rien obtenu et le professeur Déjerine qui, à ma prière, a tenté cette médication n'a pas obtenu de meilleurs résultats.

De même que le salicylate, qui guérit le rhumatisme articulaire véritable, n'a qu'une action fort douteuse sur l'arthrite blennorragique, de même son efficacité dans certaines névrites qui peuvent être rhumatismales ne se retrouve pas quand on l'applique à la cure des douleurs nerveuses tabétiques qui ont, elles aussi, une cause spécifique qui n'est pas le rhumatisme. Il y avait lieu de recourir à un autre médicament spécifique. J'ai eu recours aux injections d'iodure de potassium à 3 pour 100, titre qu'il ne convient pas de dépasser sous peine de provoquer une douleur vive. Ces injections, faites sur le tronc du nerf douloureux et à son émergence des trous de conjugaison, faites aussi au niveau des foyers d'où partaient des élancements, ont donné des améliorations, même des améliorations durables ; mais on ne dépassait pas un certain degré. La douleur devenait tolérable, mais elle persistait. Remarquez que je n'injectais pas plus de 2 centimètres cubes chaque fois, soit 6 centigrammes d'iodure.

Je me décidai à associer à l'iodure de potassium le biodure de mercure. La solution contenait pour 100 grammes d'eau un centigramme de biodure de mercure et 3 grammes d'iodure de potassium. On n'injectait toujours que 2 centimètres cubes, soit deux dixièmes de milligramme du sel mercurique. Je ne dépassais donc pas les doses minimes. J'ai triomphé ainsi de douleurs très aiguës et très rebelles. Je ne puis dire encore combien de temps cette heureuse amélioration durera.

Ces premiers résultats m'engagèrent à essayer le traitement local des localisations de la *syphilis* par les mêmes doses minimes des médicaments spécifiques. Je n'ai eu ni le temps ni l'occasion de recueillir des faits aussi nombreux que pour le rhumatisme ; je dirai simplement tout ce que j'ai vu.

Un homme atteint de gomme ulcérée du flanc avait été soumis à la cure par les deux médicaments isolés, puis associés. On avait en particulier eu recours aux frictions et aux injections sous-cutanées de sels mercuriels faites dans les lieux d'élection, loin de la lésion. Le traitement général se montrant ainsi inefficace, je le supprime et me décide à faire au pourtour de la gomme des injections d'iodure de potassium de 1 centimètre cube, puis de 2. Après 7 injections de 3 à 6 centigrammes d'iodure de potassium la gomme était affaissée et cicatrisée.

Dans les mêmes conditions, c'est-à-dire après insuccès du traitement général et suppression de ce traitement, une autre gomme disparaît sous l'influence de trois injections de 6 centigrammes d'iodure de potassium.

Chez un autre malade atteint de névrite que je considérais comme relevant de la même cause spécifique, névrite qui s'accompagnait d'ulcération trophique, j'ai obtenu la disparition des signes de névrite et la cicatrisation de l'ulcération par les mêmes injections d'iodure de potassium à dose minime, poursuivies il est vrai pendant un temps plus long.

Une femme atteinte de syphilis grave précoce présentait sur diverses parties du corps des condylomes profondément ulcérés. Je la soumis au traitement général par les deux médicaments qui furent administrés par les diverses voies d'introduction. Au bout d'un mois il y avait intolérance absolue, l'estomac ne supportait plus l'iodure, les injections de benzoate puis de cyanure de mercure provoquaient des nodosités du volume d'une noix. Aucune amélioration ne s'était produite. Le traitement général se montrant ainsi inefficace et nuisible, je le supprime et fais l'essai sur quelques tumeurs du traitement local par les injections à dose minime d'iodure de potassium et de biodure de mercure aux doses que j'ai indiquées précédemment. En trois jours un condilome qui a reçu à sa base deux

injections de 2/10 de milligramme de biodure de mercure est guéri. Une autre ulcération cède après six injections aux mêmes doses. Pendant ce temps les autres condilomes qui ne sont plus continus par le traitement général; de même la faiblesse s'accentue, la chute des cheveux reparaît.

Dans ce cas, le résultat du traitement local dit bien ce qu'il produit et ce qu'on en peut attendre. Même sans traitement général, il guérit ce que le traitement n'a pas guéri; mais il est sans action sur l'état général et n'empêche pas la progression des lésions locales qni ne sont pas traitées ni le retentissement sur toute l'économie de la maladie qui se trouve abandonnée à elle-même.

De même que le rhumatisme en évolution, la syphilis en voie d'accroissement réclame le traitement général; je pense même qu'elle le réclame toujours; mais avec ou sans traitement général on pourra, je l'espère, par le traitement local, triompher d'une lésion isolée ou arrêtée et réduire rapidement certaines localisations fâcheuses, douloureuses ou dangereuses comme il s'en développe à la face, à la langue ou sur l'œil. Il n'est pas interdit d'espérer qu'on pourra aussi quelque jour atteindre les lésions profondes.

Je ne crois pas nécessaire d'indiquer dans quelles voies on peut s'engager si l'on veut appliquer cette méthode au traitement d'autres maladies.

*
* *

La puissance d'action de la thérapeutique locale par les doses minimes me paraît certaine. Quel est le mode de son action? La première pensée qui se présente, c'est qu'elle relève de la thérapeutique antiseptique, qu'elle agit localement sur les agents provocateurs de la maladie plutôt que sur les cellules animales aux prises avec ces agents. La première pensée n'est pas toujours mauvaise; mais si cette interprétation des faits est naturelle, je dois reconnaître qu'elle n'est pas certaine.

On peut objecter que les proportions du médicament sont trop faibles pour accomplir une action antiseptique. 10 à 20 centigrammes de salicylate de soude sont assurément une faible quantité d'antiseptique, même si on les suppose confinés dans le 10 à 50 grammes de matière vivante affectée de travail pathogénique dans une arthrite rhumatismale. Ce sont, en tout cas, des proportions de 2 à 20 pour 1.000 et nul ne peut affirmer que ce n'est pas une proportion suffisante pour influencer l'agent producteur du rhumatisme qui pourrait être, plus qu'un autre microbe, sensible à l'action de ce sel qui devrait précisément à cette circonstance son rôle spécifique dans le rhumatisme. Quant aux doses de 2/10 de milligramme de bi-iodure dans un petit condylome, cela peut représenter une proportion de 5 à 10 centigrammes de sel mercurique par kilogramme de substance malade, proportion qui est réputée nettement antiseptique pour la plupart des microbes et qui est infiniment plus forte que la quantité d'argent suffisante pour entraver la végétation de l'aspergillus.

On renouvellera peut-être aussi cette ancienne objection qui veut que l'antisepsie soit impossible parce que la dose de poison nécessaire pour tuer un microbe tuera bien plus sûrement une cellule nerveuse. Si cette objection ne manque pas d'une apparence de raison quand on l'applique à l'antisepsie générale qui répartit également le médicament dans tous les tissus, elle ne saurait être invoquée quand il s'agit de thérapeutique locale. Si l'on répandait 5 grammes de sulfate de quinine dans la totalité de l'organisme d'un homme qui pèse 50 kilogrammes, il aurait dans chaque kilogramme de son corps et, par conséquent, dans un kilogramme de sa substance nerveuse, 1 décigramme du médicament : cela pourrait suffir pour provoquer la mort. Mais on peut mettre la même substance dans le tissu cellulaire dans la proportion de 200 pour 1.000, proportion 2.000 fois plus forte, sans mortifier ni même compromettre les éléments de ce tissu.

La thérapeutique locale, parce qu'elle est locale, peut donc permettre de porter le médicament dans la partie malade en une proportion qui le rende antiseptique, sans que sa diffusion ultérieure dans tout l'organisme puisse le rendre toxique.

Disons donc que les effets heureux obtenus dans mes essais de thérapeutique locale par les doses minimes peuvent s'expliquer par une action antiseptique, mais qu'il n'est pas impossible qu'il y ait aussi sollicitation des actes naturels par lesquels l'économie animale lutte contre l'infection.

La méthode des injections médicamenteuses à doses minimes trouve sa place à côté de ces tentatives si nombreuses où l'on a vu l'intervention chirurgicale apporter son secours à la médecine et réaliser, elle aussi, la cure locale des maladies.

Je l'indiquais en commençant à propos de certaines maladies chroniques de la peau. J'aurais pu citer aussi la cure locale du lupus. Ce serait une lamentable histoire que celle des médicaments employés, sans profit, dans la cure générale de cette maladie locale qui cède au traitement local. Plus lamentable encore serait la supputation de ce qu'a coûté l'iode, l'huile de morue et tant d'autres substances coûteuses et nuisibles qu'on a consacrées à la cure des abcès tuberculeux ou des gommes tuberculeuses, jusqu'au jour où, éclairé sur la cause locale de la maladie, le médecin s'est résolu à faire appel au chirurgien; de même pour la péritonite tuberculeuse.

Depuis longtemps les ophtalmologistes, dont l'exemple aurait pu être suivi plus tôt, nous ont précédés dans cette voie et ont porté le médicament spécifique ou non spécifique dans le plus proche voisinage de la partie malade.

De même pour les fosses nasales où le traitement local d'un coryza met si souvent à l'abri d'une généralisation de l'infection aux voies respiratoires.

La notion des putridités intestinales ou des fermentations gastriques a conduit à une antiseptie locale du tube digestif dont j'ai fait connaître en son temps les bons résultats.

Ai-je besoin de rappeler les résultats merveilleux de cette audace heureuse qui a porté jusque dans la profondeur de l'encéphale la lutte locale contre une lésion locale dont le siège avait été savamment établi?

Le temps et la force me manqueraient si je voulais seulement énumérer toutes les conquêtes de la thérapeutique locale.

Son domaine ne se limite pas aux infections. Je citais les ophtalmologistes qui ne portent pas seulement le mercure ou l'iode au contact des membranes oculaires malades, qui appliquent près du foyer morbide l'atropine, l'ésérine, la pilocarpine. De même dans la médecine interne, la thérapeutique locale n'est pas exclusivement spécifique; elle est aussi physiologique.

L'ergot de seigle administré à l'intérieur, la culture pyocyanique injectée sous la peau arrêtent les hémorragies. On oppose leur action générale aux pertes de sang résultant de lésions vasculaires locales. On contracte tous les vaisseaux afin de resserrer thérapeutiquement un seul vaisseau. Mais il est des substances dont l'application locale produit localement l'ischémie et, s'il y a lieu, l'hémostase. La cocaïne, introduite sur la surface de la pituitaire, fait cesser presque instantanément les épistaxis, même ces hémorragies redoutables qui dans les cirrhoses sont liées à l'érosion d'une artère en un point de la cloison. J'ai vu quelques gouttes de solution d'adrénaline amener par simple application superficielle la flétrissure et l'indolence de fluxions hémorroïdaires. Deux fois j'ai vu un centimètre cube d'une solution à 1 pour 1.000 par piqûre dans la trachée arrêter des hémoptysies inquiétantes.

*
* *

Il est puéril et périlleux de vouloir tirer l'horoscope d'un siècle. Je ne me risquerai pas à prédire ce que sera la thérapeutique du XXe siècle. Je suis persuadé que nos successeurs ouvriront des voies nouvelles que nous ne soupçonnons pas. Mais je puis dire dans quelle voie la thérapeutique est aujourd'hui engagée.

La thérapeutique ne se désintéresse pas de l'action générale sur l'organisme tout entier; elle la poursuit par l'emploi des substances chimiques et surtout par l'application des agents physiques.

Elle agit aussi sur la nutrition, soit quand la nutrition seule est en cause, soit quand le trouble nutritif lui paraît favoriser le développement ou la persistance de l'infection.

Elle combat cette infection par des moyens généraux, mais surtout et de plus en plus par des moyens locaux, soit qu'elle exerce une action antiseptique, soit qu'elle éveille les actes antitoxiques, et, par ces moyens, elle devient vraiment curative.

Elle s'inspire surtout de la notion d'infection qui est la gloire du XIXe siècle et que va développer le XXe, gardant les enseignements et la mémoire de ces deux bienfaiteurs de tous les siècles, Pasteur et Lister.

RADIOGRAPHIES
D'ARTÈRES ATHÉROMATEUSES

Au nom de M. A. Loret, professeur de physique au lycée, chargé du service radiographique des hôpitaux du Havre, M. Landouzy a montré à l'Académie de superbes radiographies des artères obtenues chez un homme de quarante-quatre ans, notoirement alcoolique. Ces photographies, très nettement venues, sont d'autant plus intéressantes que, jusqu'à présent, les vaisseaux n'avaient point été radiographiés chez le vivant, ils ne l'avaient été que sur le cadavre à la faveur d'injections poussées dans les artères ou dans les veines.

Pour la radiale, la radiographie montre, comme pour la tibiale postérieure, avec le profil du vais-





Radiographies d'artères athéromateuses.

seau, l'augmentation de densité, cause de la rigidité; l'aspect moniliforme caractérisant l'inégalité du dépôt calcaire dans l'endartère; la flexuosité qui résulte du défaut d'élasticité.

Radiographiquement, cette inégalité de la pétrification se montre encore sous forme de taches dues à la plus ou moins grande perméabilité de diverses parties de l'artère aux radiations spéciales employées et plus ou moins étendues suivant la confluence des granulations calcaires élémentaires tout d'abord déposées.

L'altération générale des vaisseaux de cet individu est d'autant plus remarquable qu'elle est prématurée, il n'a que quarante-quatre ans : il est agité d'un tremblement général accentué assez gênant pour la radiographie qui demanderait une pose plutôt longue avec les radiations qu'il convient d'employer.

Le tracé sphygmographique de la radiale concorde bien avec les renseignements cliniques et radiographiques : le plateau de l'athérome s'y voit nettement.

* * *

Se plaçant uniquement au point de vue de l'application de la méthode physique radiographique, M. A. Loret conseille pour avoir un bon résultat :

1° De choisir les radiations très peu pénétrantes d'un tube de très faible résistance (on peut lors arriver à déceler la présence de très faibles pétrifications);

2° D'employer un courant assez intense;

3° De prolonger plutôt la pose (chose qui n'a pu être réalisée ici, le malade étant un alcoolique agité, trembleur).

L'EOSINOPHILIE DU VÉSICATOIRE

Par Victor AUDIBERT
Interne des Hôpitaux.
Préparateur à l'École de médecine de Marseille.

La réaction hématopoïétique due au vésicatoire se traduit dans le sang par une leucocytose assez constante. Cette leucocytose porte presque exclusivement sur les polynucléaires neutrophiles, à l'exclusion des autres formes qui sont diminuées.

Il n'en est plus de même pour le liquide des phlyctènes, où l'on trouve une augmentation souvent notable des diverses formes autres que le polynucléaire neutrophile, en particulier l'éosinophile. L'apparition de celui-ci en quantité considérable et sa diminution ont même donné lieu à des considérations originales sur lesquelles nous reviendrons dans un instant.

Nous voulons dans ce travail nous occuper exclusivement de l'éosinophilie produite par le vésicatoire, et nous laisserons à dessein tout ce qui a trait aux autres variétés leucocytaires.

* * *

La première question qui se pose est la suivante : à la suite d'une application de vésicatoire, existe-t-il de l'éosinophilie sanguine?

A l'état normal, habituellement non. Nous ne l'avons, pour notre part, jamais rencontrée, sauf une fois chez un enfant de douze ans (7 pour 100). D'ailleurs, M. Chantemesse [1] a constaté que celle-ci ne dépassait pas 5 pour 100, et, plus récemment encore, MM. Roger et Josué [2] sont arrivés aux mêmes résultats.

A l'état pathologique, les interprétations sont plus délicates; il faut, en effet, tenir compte dans l'appréciation des faits, des réactions propres au processus morbide, et ne pas attribuer à l'action du vésicatoire une formule hémoleucocytaire relevant d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde ou d'une tuberculose.

Ces restrictions faites, on peut dire que l'application d'un vésicatoire n'appelle pas dans le sang un afflux anormal d'éosinophiles. En effet, plusieurs malades dont les proportions leucocytaires du sang nous étaient antérieurement connues n'ont pas présenté d'augmentation des acidophiles dans le sang, lorsque nous leur avons appliqué un vésicatoire.

Les conclusions récentes de M. Humbert [1] confirment d'ailleurs pleinement nos constatations. Sur les 20 cas pathologiques qu'il a examinés, il n'a jamais rencontré l'éosinophilie sanguine; au contraire, il existait quelquefois une diminution sur l'état normal (0,8 dans 1 cas de tuberculose pulmonaire fibreuse, 0,1 à 0,4 dans des tuberculoses cavitaires 0,9 dans une pleurésie tuberculeuse, 0,9 dans une endopéricardite septique).

* * *

La sérosité du vésicatoire contient-elle des éosinophiles, et quelle valeur faut-il leur attribuer?

Cette seconde question, beaucoup plus importante que la première, a été résolue diversement et a donné lieu, comme nous le disions plus haut, à des conclusions très originales.

Niée par Neusser [2] en 1892, qui n'a jamais vu cette augmentation des acidophiles; niée par Chantemesse [3], qui, dans le liquide d'un vésica-

1. Chantemesse. — « Le globule blanc ». *La Presse Médicale*, 1901, 7 Décembre.
2. H. Roger et O. Josué. — « L'épreuve du vésicatoire ». *La Presse Médicale*, 1901, 8 Mai.

1. Humbert. — « De l'examen cytologique du liquide du vésicatoire et du sang ». *Gaz. hebd. de med. et de chir.*, 1902, 24 Avril.
2. Neusser. — « Klinish. Hematol. Mitheilungen ». *Wien. klin. Woch.*, 1892.
3. Chantemesse. — *Loco citato*.

toire consécutif à un érysipèle, n'a trouvé que 2 éosinophile pour 100 ; niée par Unna qui au début de la formation des bulles n'a trouvé que quelques leucocytes et du sérum, et plus tard un simple accroissement de neutrophiles, cette éosinophilie a été cependant nettement constatée par plusieurs auteurs.

En 1898 Whitfield [1] publie une observation dans laquelle l'éosinophilie atteignait 12 pour 100 dans les bulles.

Bettmann [2] en 1899 fait également les mêmes remarques; pour lui, si Neusser n'a pas trouvé d'éosinophiles, c'est qu'il a étudié les bulles à un stade trop avancé. En effet, lorsque celles-ci sont examinées à leur origine, on peut en rencontrer 5 à 15 pour 100 et même jusqu'à 25 pour 100; leur nombre, d'ailleurs, est d'autant plus élevé que la bulle est plus jeune; à la dernière période, au contraire, les éosinophiles disparaissent sans que Bettmann ait pu déterminer de quelle manière.

Enfin, pour MM. Roger et Josué, la constatation de cette leucocytose particulière acquiert une tout autre importance. Pour eux la clinique devrait enregistrer un procédé nouveau, grâce au vésicatoire.

Après avoir recherché quelle est à l'état normal la formule leucocytaire de la sérosité du vésicatoire (polyneutrophiles 65 à 70 pour 100, rares mononucléaires, grands et petits, quelques myélocytes granuleux des cellules spéciales et des éosinophiles dans la proporation de 19 à 25 pour 100), ils proposent de rechercher systématiquement à l'état pathologique quelles variations subit cette formule et surtout la façon dont se comportent les éosinophiles. C'est ce qu'ils ont appelé l'épreuve du vésicatoire; leurs conclusions étant que celle-ci donne des indications très précieuses pour le diagnostic et surtout pour le pronostic des maladies, car l'augmentation des éosinophiles indique une réaction de la moelle osseuse sous l'influence de toxines microbiennes, et, plus l'intoxication est grande, plus le taux des éosinophiles est abaissé.

M. Humbert (1902) confirme pleinement ces résultats après les nombreux essais qu'il a entrepris à la clinique de M. le professeur Bard, de Genève.

* * *

Nous nous sommes proposé de répéter ces diverses expériences.

Nos examens ont porté, bien entendu, sur toutes les variétés leucocytaires contenues dans le liquide du vésicatoire, mais, comme c'est en somme sur l'éosinophilie que sont basées à peu près toutes les déductions que l'on a tirées, nous n'avons envisagé que ce côté-là de la question, de beaucoup le plus important.

Notre technique a été celle qu'ont employée MM. Roger et Josué, c'est-à-dire que nous avons placé un petit vésicatoire de 5 centimètres carrés, et nous l'avons laissé en place 10 à 12 heures environ; puis, prise du liquide, centrifugation au centrifugeur de Krauss, étalement du culot, fixation et coloration. Comme nous tenions surtout à la recherche des éosinophiles, nous nous sommes bornés à la coloration double par l'hématoxylinéosine qui colore très bien les granules et qui nous a donné des colorations suffisamment nettes pour les autres variétés leucocytaires.

Nous avons analysé la sérosité due au vésicatoire non plus à l'état physiologique, puisque MM. Roger et Josué en ont donné une excellente formule, mais dans 27 cas pathologiques : 5 pneumonies, 4 érysipèles, 7 tuberculoses pulmonaires, 4 pleurésies séro-fibrineuses, 2 rhumatismes articulaires aigus, 3 fièvres typhoïdes et 2 grippes.

Nous avons synthétisées, dans le tableau ci-dessous, le résultat de nos recherches.

Une première constatation que nous avons faite, et qui concorde parfaitement avec les résultats de M. Bettmann, c'est que les acidophiles sont beaucoup plus abondants dans les bulles jeunes que dans les vieilles, ce qui explique que, vers la fin ou peut-être dans des stades intermédiaires, on puisse ne rencontrer aucun éosinophile; plusieurs fois, en effet, quand il nous est arrivé de pouvoir examiner des sérosités le lendemain, nous avons constaté un abaissement très grand du nombre des éosinophiles, quelquefois même il n'en existait plus du tout. C'est même là un fait assez singulier de voir avec quelle rapidité un liquide qui la veille présentait une éosinophilie de 22 pour 100, le lendemain ne plus contenir que 6 pour 100 d'éosinophiles. Il faudrait presque admettre, dans ces cas-là, qu'il s'est fait une disparition des granulations protoplasmiques, ou qu'elles ont perdu leurs affinités pour la couleur acide, en vertu d'un mécanisme qui nous échappe.

Une seconde remarque, que nous n'avons pas consignée dans notre tableau, pour ne pas le surcharger, c'est l'absence presque complète, ou la proportion normale d'éosinophiles dans le sang de toutes ces affections après la pose du vésicatoire. A la période aiguë des maladies que nous avons examinées, le taux des éosinophiles a varié entre 0 et 0,1 ou 0,8 pour se relever vers la fin (3 ou 4 pour 100). Nous n'avons eu qu'une seule exception, c'est dans l'observation (XXII) : à la fin d'un rhumatisme articulaire aigu, chez une jeune fille de vingt-trois ans, nous avons rencontré 9 pour 100 d'éosinophiles dans le sang.

Par contre, comme il est facile se s'en rendre compte, l'éosinophilie de la sérosité est souvent considérable. Nous sommes d'ailleurs, sur ce point, en concordance parfaite avec tous les auteurs que nous avons cités plus haut. Il nous semble même étrange que Neusser ait pu en 1892 laisser échapper l'existence d'une telle leucocytose.

Voici comment s'est comportée cette éosinophilie.

a) Dans la *pneumonie* (5 cas) elle a été de 2,9, 7,2, 8,3, 15 et 22 pour 100. Ces chiffres qui sont en proportion croissante correspondent successivement à des pneumonies du 2e, 3e, 4e, 12e et 14e jour.

b) Dans l'*érysipèle*, elle a été successivement de 0,2, 1,2, 4 et 3,2 pour 100, correspondant au début, au 3e jour, à la fin et au 14e jour. Notons que c'est dans cette affection que l'éosinophilie s'est montrée le moins abondante.

c) Nos 7 cas de *tuberculose pulmonaire* nous ont donné les proportions suivantes d'éosinophiles : 8, 12,3, 16 pour 100 pour des tuberculeux au début; 9,9 pour 100 pour une tuberculose fibreuse chez un vieillard de soixante et onze ans, et 4, 1,3, 0,6 pour 100 pour des tuberculoses vulgaires plus ou moins avancées.

d) Dans la *pleurésie sérofibrineuse aiguë*, la sérosité du vésicatoire s'est caractérisée par 7 (3e jour), 10,3 (6e jour), 15 (9e jour), 18 (à la fin). Il y a donc encore là un rapport croissant.

TABLEAU COMPARATIF DE LA PROPORTION DES ÉOSINOPHILES.

	NATURE DE L'AFFECTION	ÉPOQUE	PROPORTION des éosinophiles le jour même.
1	Pneumonie	Troisième jour.	7,2 pour 100.
2	Pneumonie	Quatrième jour.	8,3 —
3	Pneumonie	Troisième jour.	2,9 —
4	Bronchopneumonie	Douzième jour.	15 —
5	Pneumonie	Quatorzième jour.	22 —
6	Erysipèle	Début.	0,2 —
7	Erysipèle	Troisième jour.	1,2 —
8	Erysipèle	Fin.	4 —
9	Erysipèle	Quatorzième jour.	3,2 —
10	Tuberculose pulmonaire	Début.	8 —
11	Tuberculose pulmonaire	»	12,3 —
12	Tuberculose pulmonaire	»	16 —
13	Tuberculose pulmonaire	Deuxième période.	4 —
14	Tuberculose pulmonaire	Troisième période.	1,3 —
15	Tuberculose pulmonaire	Troisième période.	0,6 —
16	Tuberculose pulmonaire (soixante et onze ans)	Fibreuse.	9,9 —
17	Pleurésie séro-fibrineuse aiguë	Troisième jour.	7 —
18	Pleurésie séro-fibrineuse aiguë	Sixième jour.	10,3 —
19	Pleurésie séro-fibrineuse aiguë	Neuvieme jour.	15 —
20	Pleurésie séro-fibrineuse aiguë	Fin.	18 —
21	Rhumatisme articulaire aigu	Premier septénaire.	9,3 —
22	Rhumatisme articulaire aigu	Fin.	17 —
23	Fièvre typhoïde	Premier septénaire.	7,4 —
24	Fièvre typhoïde	Deuxième septénaire.	6 —
25	Fièvre typhoïde	Cinquième septénaire.	5,7 —
26	Grippe	Cinquiéme jour.	6 —
27	Grippe	Dixième jour.	13 —

e) Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, nous avons trouvé 9,3 pour 100 correspondant au 1er septénaire, et 17 pour 100 correspondant à la fin de la maladie.

d) La *fièvre typhoïde* nous a donné des chiffres sensiblement pareils, 6 et 5,7 pour 100 pour deux époques différentes au 2e et au 5e septénaires. Nous n'avons pas eu l'occasion de faire nos recherches sur un plus grand nombre de malades; aussi ces chiffres n'ont-ils en l'espèce qu'une valeur relative.

e) Enfin la grippe s'est caractérisée par 6 pour 100 au 5e jour et 13 pour 100 au 10e jour.

En résumé, l'éosinophilie dans le vésicatoire à l'état pathologique nous a paru d'autant plus importante que la maladie s'éloigne de son début.

Nos chiffres les plus forts, en effet, 13, 15, 17, 18, 22 pour 100 représentent successivement des formules de vésicatoires posés à la fin d'une grippe, au douzième jour d'une broncho-pneumonie, à la fin d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une pleurésie séro-fibrineuse aiguë, au quatorzième jour d'une pneumonie. Au contraire, les chiffres les plus faibles, 9,3, 8,3, 7,2, 6, 2,9 p. 100, sont ceux qui représentent un rhumatisme articulaire aigu au premier septénaire, une pneumonie au quatrième jour, une autre au troisième jour, une fièvre typhoïde au deuxième septénaire, une broncho-pneumonie au troisième jour. Il y a là une corrélation très évidente en rapport certainement avec le processus infectieux.

Dans la seule affection chronique où nous avons expérimenté le vésicatoire, la tuberculose, nos chiffres ont été précisément inversement proportionnels à ceux que nous avons rencontrés

1. Whitfield. — *British Journal of Derm.*, London, 1898.

2. Bettmann. — « Les éosinophiles dans les bulles cutanées ». *Münch. med. Woch.*, 1899, Vol. XL. — « La valeur clinique des cellules éosinophiles ». *Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge*, 1900, nº 266.

dans les processus aigus. Au début de la tuberculose, l'éosinophilie a été de 8, 12,3 et 16 pour 100 tandis qu'à la période de ramollissement ou de cavernes elle n'a pas dépassé 4 pour 100.

Ce fait, en apparence paradoxal, ne fait que confirmer notre constatation antérieure, à savoir que l'éosinophilie est fonction de l'intensité toxinique. C'est au moment où l'organisme est le plus profondément touché dans les maladies infectieuses aiguës, c'est-à-dire au début et à la période d'état, que la moelle osseuse réagit le moins bien au point de vue éosinophilique; c'est aussi dans la troisième période de la tuberculose, quand les poisons microbiens sont plus abondants, que le taux des éosinophiles s'abaisse, ou même que ceux-ci font défaut.

Or, précisément, la formule leucocytaire *sanguine* de toutes les affections aiguës est caractérisées par trois stades successifs, d'abord la polycléose, puis la mononucléose, et enfin l'éosinophilie au moment de l'amélioration. Nous voyons donc que la formule de la sérosité du vésicatoire semble obéir à cette même loi générale qui veut que l'apparition de l'éosinophile signifie retour à l'état normal.

On peut donc dire que si la cantharide exerce une action chimiotaxique considérable évidente sur l'élément acidophile de la moelle osseuse, cette action est intimement liée au degré d'intoxication de l'organisme; les poisons microbiens semblent agir en sens contraire, et gêner considérablement cette chimiotaxie positive.

* * *

Les diverses considérations qui précèdent nous mettent pleinement d'accord avec M. Humbert et avec MM. Roger et Josué, mais il nous semble difficile de suivre intégralement ces derniers auteurs dans leurs déductions.

Dire que le vésicatoire, à l'état normal, a pour effet d'amener dans ses phlyctènes une grande quantité de cellules éosinophiles, et qu'à l'état pathologique celles-ci diminuent ou augmentent suivant que l'intoxication est plus grande ou plus légère, c'est là un fait d'expérimentation indéniable très intéressant, qui a sans doute une grande valeur, mais une valeur toute relative à notre avis, en sorte qu'étant donnée une formule hématologique du vésicatoire, il serait peut-être permis de dire si la pneumonie, la pleurésie ou la tuberculose en sont à leur début, à leur période d'état ou de régression, ce qui était déjà démontré.

Vouloir ériger cette « épreuve du vésicatoire » en méthode de diagnostic et de pronostic, c'est vouloir, ce nous semble, confirmer ce que l'on sait déjà, ce que l'*éosinophilie sanguine*, par exemple, aurait pu donner aussi bien, sans imposer au malade le désagrément d'une application vésicante, ce que la *clinique* elle-même avait déjà prouvé. Et même, allons plus loin (bien que ceci ne rentre pas dans le cadre que nous nous sommes tracé); dans leur observation XII, MM. Roger et Josué disent avoir diagnostiqué une tuberculose pulmonaire par le peu d'éosinophiles, et par la présence anormale de cellules hydropiques qu'ils ont trouvées, mais « la percussion disent-ils dénotait de la submatité sous la clavicule droite et dans la fosse sus-épineuse gauche; dans les mêmes régions l'inspiration était rude, saccadée, avec quelques craquements secs et des froissements pleuraux ». Il nous semble qu'il y a là suffisamment d'éléments de diagnostic, et qu'il n'était pas besoin d'une formule de vésicatoire pour l'imposer.

MM. Roger et Josué pourtant semblent faire des restrictions quand ils ajoutent à la fin de leur article : « L'épreuve du vésicatoire nous donne des indications non sur le pronostic absolu de l'infection, mais sur le degré d'imprégnation de l'organisme. » Oui, dirons-nous, et rien de plus, c'est-à-dire ce qui était déjà surabondamment démontré.

* * *

En résumé, et ce sera notre conclusion, la valeur de l'épreuve dite du vésicatoire (basée en grande partie sur l'augmentation ou la diminution des cellules éosinophiles dans les bulles) nous paraît avoir été un peu exagérée en tant que méthode d'investigation et, d'après les faits que nous avons observés, nous semble qu'elle doit être réduite à de plus justes proportions.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

18 Décembre 1902.

La nature et le traitement des cardiopathies de la ménopause. — *M. Fiessinger.* Dans les cardiopathies de la ménopause, on distinguera trois types : 1° *les cardiopathies aggravées par la ménopause*; elles peuvent guérir, débarrassant la maladie de ce qui est le fait de la ménopause et le laissant à peu près dans l'état lésional où elle était auparavant; ou bien elles sont mortelles, le cœur déjà faible n'ayant pas la force de résister à l'assaut que lui livre la ménopause; 2° *les cardiopathies de la ménopause vraies avec cœur sain et sans lésion d'un autre appareil;* la guérison est complète; néanmoins au bout d'un certain nombre d'années peuvent se produire des accidents d'artério-sclérose (cardio et néphro-sclérose); 3° *les cardiopathies de la ménopause avec cœur sain et avec lésion d'un autre appareil* (*obésité, maladies utérines*). Cette troisième forme semble la plus rare; nous n'avons recueilli qu'un exemple de cette forme (obésité).

La pathogénie semble celle invoquée par M. Huchard. Il s'agit de phénomènes d'hypertension artérielle, celle-ci pouvant être le résultat de causes diverses : la pléthore sanguine, la suppression de la sécrétion hypotensive de l'ovaire, la rétention dans le sang de principes toxiques à action vaso-constrictive, qui étaient préalablement éliminés par la perte mensuelle. La fréquence de ces accidents n'étant pas très répandue et toutes les femmes au retour d'âge présentant les même causes d'hypertension, pour rendre compte des troubles cardiaques, il convient sans doute de tenir compte d'autres éléments, plus particuliers à certains organismes : l'état d'excitabilité particulière du système vaso-moteur et une certaine faiblesse de la musculature cardiaque.

Le pronostic est souvent favorable. Si la femme est en période d'irrégularité menstruelle et à l'âge de la ménopause, s'il est établi que les troubles menstruels sont bien le fait de la ménopause elle-même et non de la lésion cardiaque elle-même, car on connaît les métrorragies qui résultent d'une rupture de la compensation circulatoire chez les cardiaques, si l'action de la ménopause apparaît hors de doute, le praticien ne s'empressera pas de conclure, malgré la gravité apparente, à l'incurabilité et à une issue fatale prochaine.

Le traitement consistera dans l'emploi de la médication hypotensive : régime lacto-végétarien, ovarine, théobromine, digitaline à doses sédatives, faibles doses d'iodure, saignée ou caféine dans les cas d'urgence.

Hypnotisme expérimental. — *M. Bérillon* présente deux sujets chez lesquels la suggestion, dans l'état d'hypnotisme, amène des modifications de la circulation et de la tension artérielle.

PAUL GUILLON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

26 Décembre 1902.

A propos du collargol. — *M. Moutard-Martin* apporte deux observations de pneumoniques guéris par des injections de collargol.

M. Netter relate l'observation d'un jeune homme atteint d'endocardite infectieuse et guéri en quelques jours par les injections intra-veineuses de collargol.

Suites éloignées de la méningite cérébro-spinale. — *MM. Widal et Lemierre* ont vu un malade ayant eu une méningite cérébro-spinale suppurée il y a quatre ans. Depuis ce temps ce malade eut fréquemment des troubles nerveux périphériques (sciatiques, névralgies diverses) et de violentes céphalées. Actuellement existe encore une mononucléose très nette dans son liquide céphalo-rachidien.

Syphilis datant de dix-huit mois. Syphilide pigmentaire rappelant le vitiligo. Céphalée sans autre phénomène nerveux. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. — *MM. Thibierge et Ravaut* présentent une femme de vingt-trois ans, atteinte de syphilis depuis dix-huit mois, chez laquelle ils relèvent trois symptômes intéressants :

1° Une syphilide pigmentaire du cou et des régions axillaires, remarquable par la largeur des disques non pigmentés, leur configuration arrondie; leur disposition rappelle celle du vitiligo, mais la lésion en diffère par l'absence de dépigmentation des disques qui ont la coloration normale de la région;

2° Une céphalée, à exaspérations matinales, à localisation frontale, offrant les caractères de la céphalée neurasthénique et ne s'accompagnant d'aucun autre trouble nerveux;

3° Une lymphocytose abondante du liquide céphalo-rachidien.

Il ne semble pas y avoir de relation entre ce dernier symptôme et la syphilide pigmentaire, car la lymphocytose a manqué dans des cas de syphilide pigmentaire observés à une période rapprochée de leur début.

Par contre, il peut y avoir une relation entre la lymphocytose céphalo-rachidienne et la céphalée; quoique celle-ci revête le caractère de la céphalée neurasthénique, il est possible qu'elle soit symptomatique d'une lésion des centres nerveux donnant lieu à une réaction méningée.

L'observation ultérieure de la malade pourra seule permettre d'élucider cette question, qui présente un intérêt capital au point de vue pratique.

Néphrites chroniques bilatérales consécutives à des lésions traumatiques d'un seul rein. — *MM. J. Castaigne et F. Rathery.* Si l'on suit l'évolution de malades atteints de rein flottant, d'hydronéphrose ou de traumatisme unilatéral d'un rein, il est assez fréquent de constater ultérieurement chez eux des signes de néphrite atrophique lente, et à l'autopsie on peut se rendre compte qu'il existe des lésions de néphrite interstitielle même au niveau du rein qui n'a pas subi primitivement d'altérations mécaniques.

En nous basant sur un ensemble de faits cliniques, anatomiques et expérimentaux, nous sommes arrivés à cette conclusion que, les lésions du second rein, sont consécutives aux altérations traumatiques du premier et sont commandées par elles. Les faits cliniques observés sont tous semblables : il s'agit de malades qui ont eu des accidents rapportés à une néphroptose, à une hydronéphrose ou à un traumatisme d'un seul rein. Plusieurs années après on constate chez eux tous les signes habituels de la néphrite atrophique lente, et à l'autopsie on trouve d'un côté les lésions traumatiques anciennes accompagnées de sclérose diffuse du rein, et, de l'autre côté, un petit rein rouge contracté typique.

Expérimentalement, il est aisé de reproduire les mêmes faits : après avoir pratiqué la ligature d'un uretère, on trouve sur l'autre rein, huit jours après, des lésions épithéliales de cytolyse protoplasmique; si on laisse vivre plus longtemps l'animal en expérience, de véritables lésions interstitielles se surajoutent aux lésions épithéliales. Après des néphrectomies unilatérales, il ne se produit, au contraire, aucune lésion du rein laissé en place.

Comment peut-on interpréter ces faits cliniques et expérimentaux? En nous basant sur une série de constatations, nous croyons que ces lésions qui se développent sur le congénère du rein altéré mécaniquement doivent être expliquées par le passage dans l'organisme des cellules épithéliales du rein qui a été le premier lésé. Nous avons montré, en effet, que si l'on injecte à un animal une décoction de rein d'un animal de même espèce, ou de l'un de ses propres reins enlevé par néphrectomie, en détermine des lésions rénales très accentuées. Or, que se passe-t-il dans le cas de lésions traumatiques du rein (hydronéphrose, par exemple)? Les cellules nobles du rein sont dissociées, résorbées, et passent dans l'organisme emportées par les leucocytes; il faut bien qu'il en soit ainsi puisque, l'uretère étant complètement oblitéré, on peut ne plus retrouver à la place du rein qu'une coque fibreuse vide de substance noble. Ce sont ces cellules épithéliales du rein qui, chez l'homme comme chez les animaux, produisent les substances toxiques qui altèrent le rein.

La conclusion qui découle de l'ensemble de ces

faits cliniques et expérimentaux c'est que, d'une part, en présence de cas de néphrites chroniques sans étiologie précise, on doit toujours rechercher s'il n'y a pas une altération traumatique unilatérale du rein ayant pu être le point de départ des lésions; d'autre part, l'on ne doit pas considérer le rein flottant, l'hydronéphrose, etc., comme des accidents purement locaux; il faut s'empresser d'y porter remède de peur de voir survenir ultérieurement les complications irrémédiables de la néphrite chronique bilatérale.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

27 Décembre 1902.

Note sur l'endonévrite des nerfs radiculaires. — *M. Nageotte.* L'endonévrite existe dans les nerfs radiculaires à l'état subaigu (tumeurs cérébrales) ou à l'état chronique (tabes). Pour l'étudier, il faut s'adresser aux cas où la lésion n'a pas entraîné la destruction complète des tubes nerveux, mais a simplement déterminé une altération *locale* de la myéline. Dans ces cas le neurone blessé dégénère par sa périphérie (cordons postérieurs pour le neurone sensitif), mais il reste un espace sain entre la dégénérescence et le foyer inflammatoire causal, dont on peut bien fixer les limites.

Dans ces conditions, on voit que les fascicules sont protégés jusqu'à un certain point contre l'envahissement de l'inflammation périnévritique par leur membrane limitante. Cette barrière rompue, il se forme des foyers d'endonévrite interstitielle et parenchymateuse, qui fusent le long des tubes nerveux *vers le bout périphérique* et pénètrent dans le ganglion.

La tendance de l'inflammation à se diriger vers la périphérie, qu'il s'agisse d'endonévrite ou d'invagination de périnévrite, semble indiquer qu'il existe dans les fascicules nerveux un courant des liquides dirigé de la cavité sous-arachnoïdienne vers les nerfs périphériques.

Note sur les formations cavitaires par périnévrite dans la névrite radiculaire. — *M. Nageotte.* Trois sortes de cavités peuvent se produire dans les nerfs radiculaires au cours des inflammations aiguës ou chroniques de cette région. Ce sont des cavités purulentes dans la méningite aiguë par décollement du périnèvre; des cavités par raréfaction aux dépens de la périnévrite dans les inflammations chroniques; ces cavités communiquent avec l'espace sous-arachnoïdiens et des cavités situées au centre des fascicules par invagination de la périnévrite en des points circonscrits.

Imperméabilité méningée à l'iodure et au mercure. — *MM. L. Launoy et H. Leroux.* Dans une étude ayant pour but la recherche du mercure dans le liquide céphalo-rachidien des tabétiques soumis au traitement mercuriel, soit 5 centigrammes de calomel en injection intra-musculaire toutes les semaines (dans les cas cités, certains malades avaient reçu trente et quarante-six piqûres consécutives), nous n'avons pas constaté de cas positif. La méthode employée a été la méthode électrolytique. De nos recherches, nous concluons à l'imperméabilité méningée au mercure, alors même qu'il existe une irritation méningée rendue évidente par la présence de lymphocytes dans tous les liquides soumis à l'analyse. Cette conclusion se limite évidemment aux circonstances expérimentales et n'infirme en rien la possibilité d'une perméabilité méningée à l'égard d'autres sels mercuriels dans des cas semblables, ou même au calomel dans des cas de méningites bactérienne ou tuberculeuse; les recherches de ces auteurs confirment celles de Sicard sur l'imperméabilité méningée à l'iodure de potassium chez les tabétiques ou paralytiques généraux.

M. Sicard. Vis-à-vis du mercure, de même qu'à l'égard de l'iodure de potassium, les méninges témoignent d'une imperméabilité marquée. Dans un seul cas d'hydrargyrisme chronique rapporté avec M. Raymond, nous avons pu déceler dans le liquide céphalo-rachidien des traces minimes de mercure. Par contre, chez deux autres malades atteints également d'hydrargyrisme chronique professionnel, mais à un degré moins accusé, les recherches sont restées négatives.

L'analyse chimique n'a également pu déceler aucune trace de mercure dans le liquide céphalo-rachidien de trois tabétiques soumis à un traitement intensif par par injections d'huile grise. Nos résultats concordent donc avec ceux de MM. Launoy et Leroux, qui ont de leur côté conduit leurs expériences avec le calomel. Ces faits ont leur intérêt. Peut-être expliquent-ils, au moins à certains égards, l'inefficacité du traitement mercuriel dans l'arrêt de certaines affections syphilitiques du système nerveux, peut-être légitiment-ils aussi l'emploi de l'injection sous-arachnoïdienne de sels solubles de mercure, tentée avec une extrême prudence, injection qui paraît avoir donné à l'étranger, entre les mains de quelques cliniciens, de beaux résultats dans les cas de syphilis des centres nerveux, rebelles à toute thérapeutique.

Cirrhose de Hanot et leucémie à mastzellen. — *M. Bigart.* La leucocytose signalée par Hanot et Meunier au cours de la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique est considérée généralement comme une polynucléose. Dans un cas que j'ai étudié, elle se présentait, en effet, ainsi sur les préparations colorées au triacide, mais, après coloration au bleu de Unna, j'ai pu compter 20,6 pour 100 de mastzellen. La présence, en aussi forte proportion de ces cellules, dont le sang normal ne renferme que 0 5 pour 100 et dont l'augmentation numérique n'a été signalée dans aucune maladie, ne peut pas être considérée comme une réaction banale d'infection. Il semble qu'il s'agisse ici non pas d'une leucocytose, mais d'une forme de leucémie. On sait que déjà plusieurs auteurs (Popow, Chauffard) pensent que dans certains cas de cirrhose de Hanot, les lésions des organes hématopoiétiques peuvent être primitives. Cette conception, qui cadre bien avec la symptomatologie de la maladie, paraît trouver une confirmation dans l'observation présente.

La fonction adipopexique du foie dans ses rapports avec la nature des graisses ingérées. — *M. Paul Carnot et Mlle Deflandre.* Nous avons vu qu'après ingestion de corps gras, la quantité de graisse du foie décelée sur les coupes par l'acide osmique était considérable.

Cette quantité est beaucoup plus considérable après ingestion de beurre, dont les corps gras, comme ceux du lait, sont destinés à l'alimentation qu'après ingestion d'huile de foie de morue, et surtout d'huile de pied de bœuf. Les huiles végétales (huile d'olive) sont beaucoup moins fixées par le foie que les huiles animales.

Dans une expérience, par exemple, la proportion de graisse du foie, qui était de 7,03 pour 100 six heures après ingestion de 10 grammes de beurre, n'a été que de 2,60 pour 100 six heures après ingestion de 10 grammes d'huile végétale. On pourrait peut-être conclure de cette différence d'assimilation à la supériorité de la cuisine au beurre sur la cuisine à l'huile.

La bordure en brosse des tubuli contorti des reins. — *MM. J. Castaigne et F. Rathery.* Sur les coupes de reins humains prélevés vingt-quatre heures après la mort dans les conditions normales des autopsies, nous n'avons jamais constaté l'existence des bordures en brosse, ce qui concorde avec ce que nous savons des altérations rénales cadavériques. Très rapidement également après la mort des animaux, les brosses disparaissent. En revanche, nous avons relevé très nettement la présence de brosses sur trois reins enlevés chirurgicalement par M. Tuffier; deux d'entre eux étaient atteints d'hydronéphrose chronique et le troisième de néphrite chronique diffuse d'origine ascendante.

Les bordures en brosse faisaient presque totalement défaut sur les coupes d'un rein de pyélo-néphrite enlevé chirurgicalement par M. Bazy. Il n'en restait plus trace dans un rein atteint de néphrite syphilitique que nous avons pu prélever aussitôt la mort du malade. Si nous ajoutons que ces deux derniers reins avaient une sécrétion nulle, nous sommes amenés à cette conclusion que chez l'homme, comme en pathologie expérimentale, la bordure en brosse ne disparaît que dans le cas de lésions très destructives du rein.

Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. — *M. E. Géraudel.* J'ai étudié histologiquement deux cas de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. Malgré une évolution de plusieurs années (six ans dans le premier cas, trois ans et demi dans le second), l'examen des coupes en série a montré l'intégrité absolue des voies biliaires. Il n'y avait ni angiocholite, ni périangiocholite, et les nodules glissoniens (nodules inflammatoires) étaient nettement indépendants des voies biliaires. Il conclut que, dans des faits semblables, pour expliquer la sclérose ainsi que l'ictère chronique, il est impossible d'invoquer une lésion biliaire préalable. Par suite, le terme de cirrhose biliaire ne peut s'appliquer à cette catégorie de faits, et l'ictère doit être rapporté à la cellule hépatique. Il est fonction de l'élément sécréteur, non du canal excréteur, de l'hépatite, non de l'angiocholite.

Sécrétion et excrétion des surrénales chez le cobaye. — *M. F. Mulon.* Au niveau de l'écorce des surrénales chez le cobaye, on peut constater que les capillaires sanguins servent certainement de voie d'excrétion.

Le passage dans le sang des produits sécrétés se fait de deux façons différentes.

1° Depuis la fasciculée, et parfois depuis la spongieuse jusqu'à la moelle, on trouve dans les capillaires, accolées à l'endothélium, de très fines gouttelettes qui prennent électivement la fuchsine. Or, les caractères des cellules juxta-vasculaires permettent d'établir que ces cellules président au passage dans les vaisseaux des gouttelettes rouges, produit de sécrétion fluide qui traverse, par osmose, la paroi endothéliale. C'est là un processus de sécrétion *mérocrine*;

2° Au niveau de la réticulée, les amas de pigment visibles à un faible grossissement correspondent à des cellules plus ou moins complètement bourrées de granulations pigmentaires. Certaines de ces cellules arrivent à n'être plus qu'une goutte de sécrétion.

On peut, en outre, constater qu'en une zone limitrophe de la substance médullaire, zone très riche en capillaires sanguins, une communication s'établit entre ces capillaires dilatés en sinus et les cordons cellulaires.

Ceux-ci baignent directement dans le sang. De telle sorte que les cellules chargées de pigment peuvent abandonner une partie de leur corps cellulaire ou même tomber entières dans le torrent circulatoire. Il y a, à ce niveau, sécrétion *polocrine*.

Syndrome du noyau de Deiters. — *M. P. Bonnier*, en superposant certaines données physio-pathologiques aux notions anatomiques, attribue au noyau de Deiters le syndrome clinique suivant : « Vertige avec dérobement partiel ou total de l'appareil de sustentation et troubles oculo-moteurs réflexes, état nauséeux et anxieux, phénomènes auditifs passagers et manifestations douloureuses dans certains domaines du trijumeau. » Le noyau de Deiters étant assez vaste, ce syndrome ne se présentera que rarement dans sa totalité, mais on le trouvera souvent en partie dans les affections auriculaires, dans la phase labyrinthique du tabes, et dans les ictus bulbaires de toute cause.

Procédé de contention des animaux opérés. — *M. L. Camus.* Pour éviter en partie l'infection consécutive aux opérations, l'auteur immobilise les chiens dans un appareil plâtré. Cet appareil est préparé à l'avance sur le cadavre d'un chien de taille un peu supérieure à celle du chien qui doit être immobilisé, de manière à pouvoir entourer ce dernier de ouate. On maintient l'animal dans la position horizontale pendant les premiers jours qui suivent l'opération, et ultérieurement on le redresse pendant la journée.

Dispositif pour la conservation et l'observation des grenouilles en expérience. — *M. L. Camus.* L'auteur présente un petit appareil de construction simple, complètement stérilisable et d'un nettoyage facile qui permet de maintenir les grenouilles dans un petit espace et dans de bonnes conditions hygiéniques.

A. SICARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

30 Décembre 1902.

Élection du bureau. — *M. Lancereaux* est élu président pour l'année 1903; M. Tillaux vice-président, M. Motet, secrétaire, MM. Brouardel et Budin, membres du Conseil.

L'allaitement des enfants. — *M. Porak* lit au nom de la Commission permanente de l'hygiène de l'enfance un rapport sur l'application de la loi Rousselle dont voici les conclusions :

L'enfant d'une femme qui se place nourrice sur lieu devra être *allaité au sein* par sa mère ou par une autre femme pendant trois mois après sa naissance, s'il est né en Janvier, Février, Mars, Juillet, Août, Septembre, Octobre, Novembre et Décembre. Toutefois s'il est né en Avril, Mai ou Juin, il devra être allaité au sein pendant cinq mois.

Tout nourrisson devra être allaité pendant un an, sauf avis motivé du médecin inspecteur.

16 Décembre 1902.

La médication arrhénique. — *M. A. Gautier.* On a essayé la médication par l'arrhénal sans succès

contre la peste expérimentale, contre le nagana et le mal de Cadera, maladies des bovidés et des équidés causées par le développement d'un trypanosome dans le sang. Par contre, dans la fièvre du Texas, maladie des bovidés due à un hématozoaire, le piroplasma bigeminum, on a obtenu, comme dans le paludisme, des résultats favorables.

L'arrhénal est-il un spécifique du paludisme? *M. Laveran*, s'appuyant sur les observations de MM. Cochez, Seguin et Troussaint, conclut que l'arrhénal n'est pas un spécifique du paludisme.

Le nagana au Chari. — *M. Kermorgant.* M. Morel a découvert que les épizooties de nagana qui sévissent sur le bétail durant la saison des pluies aux environs du fleuve Chari, en Afrique, sont dues, comme celles qui ont déjà été étudiées, au développement d'un trypanosome dans le sang des animaux; la transmission de la maladie est due à la mouche tsé-tsé qui habite ordinairement sur le mimosa polyacantha.

L'intérêt de ces constatations vient surtout de ce que les trypanosomes ont été déjà découverts à plusieurs reprises dans le sang des hommes. M. Le Moal en a trouvé dans le sang d'un fonctionnaire qui avait quitté la colonie depuis quelque temps; Dutton avait fait deux fois la même constatation en Gambie; Manson a trouvé également le parasite chez l'homme.

Traitement du pneumothorax et de certains épanchements pleurétiques. — *M. Boinet* présente un drain à valves, formant soupapes, qui permet d'évacuer lentement, continuellement, automatiquement les gaz ou liquides contenus dans la plèvre.

Radiographies d'artères athéromateuses. — *M. Landouzy.* Les conclusions et les radiographies de la communication de M. Landouzy sont reproduites *in extenso* (Voir plus haut page 1256).

L'arrhénal dans la malaria. — *M. Gautier* répond à la communication de M. Laveran, et cite des observations de M. Billet, de M. Fontemoigne, etc., d'où il résulte qu'un certain nombre de cas de malaria avec hyperthermie ayant résisté à de fortes doses de quinine ont été guéris par l'arrhénal en ingestion ou en injection en deux à trois jours; les résultats sont surtout remarquables dans les accès pernicieux. Les observations ont été faites en Algérie, puis à Madagascar et dans l'Extrême-Sud oranais, où l'emploi de l'arrhénal a arrêté une épidémie d'accès pernicieux malariques.

M. Labbé.

ANALYSES

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Francesco Sanfelice. *Les anticorps du sérum sanguin des animaux inoculés avec des blastomycètes* (*Centralblatt für Bakteriologie*, 5 Septembre 1902, t. XXXII, n° 5, p. 360). — L'auteur a recherché si le sérum des animaux immunisés contre les blastomycètes pathogènes ou infectés par ceux-ci possédait des anticorps ou des substances sensibilisatrices et a vu que :

Le sérum des animaux immunisés par des inoculations répétées de cultures de blastomycètes affaiblies par la chaleur contient des substances sensibilisatrices ou des anticorps, ainsi que Malvoz l'avait déjà établi.

Le sérum des animaux en cours d'infection aiguë par les blastomycètes ne contient pas d'anticorps ou de substances sensibilisatrices.

M. Labbé.

Hideyo Noguchi. *Action antihémolytique du sérum sanguin, du lait et de la cholestérine sur l'agaricine, la saponine et la tétanolysine* (*Centralblatt für Bakteriologie*, 5 septembre 1902, T. XXXII, n° 5, p. 377). — Depuis que Bordet, Ehrlich et Horgenrotte ont étudié les propriétés hémolytiques de certains sérums, d'autres auteurs ont démontré l'existence d'agents hémolytiques divers : les uns tirés des végétaux, la phalline, les acides helvellique et quillagique, la saponine, la cyclamine, la solanine (Kobert); d'autres tirés des bactéries, comme la tétanolysine, les cultures filtrées du bacille typhique, du pyocyanique, du cholérique (*Ehrlich, madsen*).

Par contre, Kraus et Clairmont ont mis en lumière les propriétés antihémolytiques du sérum sanguin normal. Gley et Camus ont montré que le sérum d'anguille et d'autres sérums chauffés à 50° acquièrent des propriétés antihémolytiques. Neisser et Wechsberg ont vu que le sérum normal du cobaye est capable de neutraliser l'action de la staphylotoxine sur les globules rouges. Ransom a observé depuis que la cholestérine protège les hématies contre l'action de la saponine.

Hideyo Noguchi étudie l'action hémolytique de l'agaricine isolée de l'agaric blanc; cette substance conserve ses propriétés malgré un chauffage à 100° ou une ébullition avec 1 pour 100 d'acide chlorhydrique. En solution à 1 pour 100 dans le sérum artificiel, elle dissout les globules rouges des chiens, des lapins, des rats, du crotale. 1 milligramme d'agaricine est capable de dissoudre complètement 1 centimètre cube de globules rouges humains en suspension dans du sérum artificiel. Si on ajoute à un mélange de globules rouges de divers animaux et d'agaricine en telle proportion un peu de sérum normal de cobaye ou d'un autre animal, il ne se fait plus d'hémolyse. Le sérum chauffé à 100° protège encore les globules rouges. La substance antihémolytique n'est point spécifique; on peut employer n'importe quel sérum. Cela explique que les globules rouges non lavés sont plus résistants aux agents hémolytiques que les globules lavés.

Le lait, la cholestérine, la lécithine exercent une action antihémolytique semblable à celle du sérum.

L'action hémolytique de la saponine, substance très active, est empêchée par le sérum, la cholestérine, retardée par le lait, non influencée par la lécithine.

L'action hémolytique de la tétanolysine est empêchée par le sérum normal, la cholestérine, retardée par le lait.

L'auteur en conclut que le sérum et le lait agissent sur les agents hémolytiques par la cholestérine qu'ils contiennent.

B. Labbé.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Burwinkel. *Influence réciproque des maladies chroniques du cœur et des affections pulmonaires* (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 14 juin 1903). — L'auteur rappelle les connexions intimes qui existent entre les fonctions du cœur et celles des poumons. Dans une certaine mesure les fonctions du cœur et du poumon se suppléent; par exemple, l'activité du cœur est-elle amoindrie, alors l'activité croissante de la respiration annule l'influence mauvaise de la stase pulmonaire en activant les processus d'oxydation.

Depuis longtemps l'immunité des phtisiques à l'endroit des affections valvulaires a été signalée; d'autre part, les patients ayant une tendance héréditaire à la défaillance cardiaque, à la goutte, à l'artério-sclérose constituent un mauvais terrain pour la tuberculose.

Dans le cours de 1.225 autopsies, l'auteur trouva seulement 52 tuberculeux qui présentaient des lésions d'artério-sclérose; et dans 27 de ces cas le processus dégénératif actériel avait le caractère le plus chronique et semblait tout à fait stationnaire.

L'auteur pense que l'emphysème est une cause d'artério-sclérose. A son avis, deux facteurs prédominent dans la genèse de l'artério-sclérose : un ralentissement de la circulation sanguine des parois vasculaires et une altération du liquide sanguin. Ces deux conditions sont réunies dans l'emphysème.

A. Martinet.

Blumenthal. *Fièvre typhoïde sans lésions intestinales* (*Deut. Med. Woch.*, 28 Août 1902). — Quelques cas d'infection typhique de différents organes sans lésions intestinales ont été publiés par Du Cazal, Cheadle, Hodenpye, etc., le diagnostic bactériologique ayant été soigneusement établi dans chaque cas. Blumenthal produit un nouveau cas.

La patiente était une jeune femme de vingt-trois ans, enceinte de cinq mois et typhique de dix jours au moment de son admission. Elle avait tous les signes ordinaires de la fièvre typhoïde, et la sécrétion de Widal fut obtenue avec une dilution à 1 pour 150. Elle avorta le quatrième jour après son admission et mourut le dixième de complications broncho-pulmonaires.

Des cultures faites avec la rate du fœtus furent négatives. A l'autopsie on ne trouva pas la moindre lésion typhique intestinale. La rate était volumineuse, rouge sombre. Plusieurs foyers bronchopneumoniques furent trouvés.

La légitimité du diagnostic clinique fut établie par les cultures faites avec la pulpe splénique qui révélèrent la présence du bacille typhique qui fut de même trouvé sur les coupes microscopiques de la rate et des glandes lymphatiques.

A. Martinet.

MÉDECINE

Ed. Hawthorn. *De la séro-réaction tuberculeuse* (*Thèse*, Lyon, 1902). — Depuis que MM. Arloing et P. Courmont ont fait connaître en 1898 la propriété que possède le sérum des tuberculeux, d'agglutiner des cultures homogènes de bacille de Koch, et l'application de la méthode du séro-diagnostic à la recherche de la tuberculose, un grand nombre de travaux ont paru sur ce sujet en France et à l'étranger.

Les résultats obtenus par la plupart des auteurs confirment de tous points ceux de Arloing et Courmont; tels sont les importants travaux de Ferré, de Mongour, de Buard, de Rothamel, à Bordeaux, ceux de Carrière (de Lille) qui portent sur 118 observations, ceux de Bendix et de Romberg, en Allemagne, qui reposent sur un grand nombre d'examens.

Quelques auteurs, confirmant les données essentielles de l'agglutination tuberculeuse, font seulement des réserves sur ses applications; mais, la plupart n'ont pu baser leur statistique sur un nombre suffisant de cas; tels sont : Fränkel (de Hallé), Knopf (de New-York), Fischer (de Leipzig), Bronstein (de Moscou).

D'autres enfin refusent toute valeur à la méthode; ce sont : Dieudonné, dont le travail ne repose que sur 7 observations; Beck et Rabinowitch; Koch, qui dénie à la séro-agglutination tuberculeuse toute valeur diagnostique, ce qui pourtant ne l'empêche pas de l'employer dans un but thérapeutique.

En face de ces dissidences sur une question si importante, toute recherche nouvelle bien conduite est d'un grand intérêt. Il en est ainsi pour le travail de M. Hawthorn, qui a été fait suivant la technique de Arloing et Courmont et qui repose sur 65 observations personnelles.

Dans tous les cas (pleurésie, péritonite, adénopathie trachéobronchique ou cervicale, pneumonie, tuberculose pulmonaire, bronchite, etc.) où l'existence de la tuberculose a pu être démontrée par des moyens précis (signes cliniques, injections de tuberculine, bacilles dans les crachats, autopsie), la séro-réaction a toujours été trouvée positive, sauf trois fois chez des sujets cachectisés. Par contre, dans tous les cas où la tuberculose n'existait sûrement pas, l'agglutination ne s'est pas produite.

Le pouvoir agglutinant du sérum des tuberculeux a oscillé le plus souvent entre 1/5 et 1/20; quelquefois il a dépassé ces limites pour atteindre 1/50. En général, c'est dans les tuberculoses au début, et les moins graves, qu'il s'est élevé le plus, tandis qu'il tombait au minimum, ou disparaissait même tout à fait, chez des sujets cachectisés ou atteints de tuberculose à marche rapide.

On ne peut cependant pas tirer de l'étude de la séro-réaction tuberculeuse des indications pour le pronostic de l'infection bacillaire.

Les épanchements tuberculeux des séreuses ont un pouvoir agglutinant manifeste, mais moins élevé que celui du sérum sanguin des mêmes sujets; dans les cas de méningite tuberculeuse il est particulièrement faible.

On a objecté à la méthode que le sérum des individus ayant absorbé certaines substances comme la créosote, le gaïacol, l'eucalyptol, l'ail, les arsenicaux acquérait des propriétés agglutinantes pour le bacille de Koch; Hawthorn a fait justice de cette critique en montrant que, aux doses thérapeutiques habituelles, et même après un usage prolongé, ces substances ne développent pas chez l'homme le pouvoir agglutinant.

On a dit aussi que le sérum sanguin des sujets sains provoquait l'agglutination du bacille de Koch; il n'en est rien; si l'agglutination se produit quelquefois dans ces conditions, elle est toujours plus faible, moins nette et moins rapide qu'avec le sérum des sujets atteints de tuberculose, de sorte que la séro-réaction de Arloing et Courmont possède une véritable valeur pour le diagnostic des cas douteux de tuberculose.

M. Labbé.

PÉDIATRIE

L. Lefizellier. *Des traumatismes de l'extrémité inférieure du radius chez l'enfant* (*Thèse*, Paris, 1902). — La thèse de Lefizellier est une étude, avec radiographies à l'appui, des fractures de l'extrémité inférieure du radius chez l'enfant. L'auteur montre

que, outre la fracture classique, on peut voir une fracture siégeant à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde radiale. Avec les classiques, l'auteur conseille de traiter les fractures de l'avant-bras chez l'enfant par une bonne réduction, l'immobilisation dans la gouttière plâtrée, le massage aussi précoce et aussi régulier que possible.

P. Desfosses.

NOUVELLES

Paris et Départements

École de pharmacie. — M. Berthelot, agrégé de chimie à l'École de pharmacie, est nommé professeur de physique à ladite école.

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'honneur des épidémies sont attribuées : médaille d'or, à M. Cros, médecin à Mascara ; médaille d'argent, à M. Amor Mohammed ben Amor ben Mansour, médecin à Bône ; médaille de bronze, à M. Ben Thami Belkassen, interne en médecine à l'hôpital de Mustapha.

Corps de santé militaire. — M. Vincent, médecin-major de 1re classe, est nommé professeur (maladies et épidémies des armées) à l'École d'application du service de santé militaire.

Corps de santé de la marine. — Sont nommés, à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe : MM. Gloaguen, Lancelin, Coquelin, Duchateau, élèves du service de santé reçus docteurs en médecine devant la Faculté mixte de Bordeaux.

MM. Gloaguen, Lancelin et Coquelin sont autorisés à servir au port de Brest, et M. Duchateau au port de Cherbourg en attendant l'ouverture des cours de l'école d'application.

— M. le médecin de 2e classe Castaing, du port de Toulon, est désigné pour servir à la prévôté du 2e dépôt des équipages de la flotte à Brest.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Gries, Reynaud, médecins en chef de 2e classe des colonies, retraités ; Henry, médecin principal de 2e classe des troupes coloniales, retraité.

Au grade de médecin-major de 1re classe : M. Mestayer, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales, retraité.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Mayolle médecin-major de 2e classe des troupes coloniales, retraité ; Davillé, médecin de 1re classe des colonies, démissionnaire ; Fayard, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Vallet, Allard, médecins aides-majors de 1re classe des troupes coloniales, démissionnaires.

XIVe Congrès international de médecine. — Le Comité exécutif français du XIVe Congrès international de médecine pourra recevoir les cotisations des médecins français et des dames françaises qui désirent participer à ce Congrès, jusqu'au 20 Mars 1903. Passé ce délai, toutes les adhésions et tous les paiements devront être adressés au secrétariat général du Congrès à Madrid.

Nous rappelons qu'en France, les adhésions et les cotisations doivent être adressées soit à M. Richardière, 18, rue de l'Université, soit à M. Lesné, 2, rue de Miromesnil.

CONCOURS

Internat. — *Pathologie.* — *Séance du 26 décembre.* — Ont lu : MM. Delille, 9 ; Landowski, 10 ; Caldaguès, 10 ; Guilly, 8 ; Morel, 12 ; Deshayes, 11 ; Lagarde, 7. — *Absents :* MM. Fichot, Messager, Bourretère.

Externat. — Le concours de l'externat vient de se terminer par les propositions suivantes : 1. Basse ; 2. Mlle Debat-Ponsan ; 3. Levant ; 4. Corpéchot ; 5. Moreau ; 6. Touraine ; 7. Brin ; 8. Benazet ; 9. Debré ; 10. Lian ; 11. Briquet ; 12. Cheurlot ; 13. Fiessinger ; 14. Bouilly ; 15. Ymonet ; 16. du Castel ; 17. Perrier ; 18. Serin ; 19. Basy ; 20. Leconte ; 21. Ehrenpreis ; 22. Quentin ; 23. Avenier ; 24. Houzel ; 25. Worth ; 26. Mlle Giry ; 27. Barbel (Pierre) ; 28. Boucaut ; 29, Breteau ; 30. Brisset ; 31. Ramus ; 32. Ancibure ; 33. Correl ; 34. Bruslé ; 35. Glénard ; 36. Renaud ; 37. Benon ; 38. Labande ; 39. Pellot ; 40. Maumené.

41. Alexandresco ; 42. Lévy (Pierre) ; 43. Eliot ; 44. Blanc ; 45. Bories ; 46. Delval ; 47. Faix ; 48. Mlle Hessen ; 49. Maillet ; 50. Ménard (Thomas) ; 51. Martin (Paul) ; 52. Jeannel ; 53. Lévy-Frankel ; 54. Fontorbe ; 55. Porée ; 56. Fouquiau ; 57. Plivard ; 58. Gendron ; 59. Mourniac ; 60. Chambard ; 61. Triqueneaux ; 62. Barbé ; 63. Bénet ; 64. Brésard ; 65. Cottard ; 66. Delille ; 67. Gaillard ; 68. Hérisson ; 69. Jardry ; 70. Jouvin ; 71. Ledoux ; 72. Matry ; 73. Mlle Pascal ; 74. Pathault ; 75. Picot ; 76. Rendu ; 77. Rœderer ; 78. Tixier ; 79. Truelle ; 80. Vidal (Pierre).

81. Sevestre ; 82. Legendre ; 83. Castéran ; 84. Mlle Couronne ; 85. Deroide ; 86. Rousselot ; 87. Massicot ; 88. Bilhaud ; 89. Cloquet ; 90. Coudert ; 91. Duménil ; 92. Marcorelles ; 93. Archontakis ; 94. Duché ; 95. Gautier (Jean) ; 96. Guggenheim ; 97. Silbert ; 98. Boutin ; 99. Chauvois ; 100. Guillou ; 101. Paul Boncour ; 102. Sénéchal ; 103. Burgaux (Gaston) ; 104. Lust ; 105. Béal ; 106. Belgodère ; 107. Besnier ; 108. Billaudet ; 109. Billon ; 110. Blanluet ; 111. Broc ; 112. Chastagnol ; 113. Croste ; 114. Dézarnault ; 115. Durand (Léon) ; 116. Evrard ; 117. Fayolle ; 118. de Gandt ; 119, Giroux ; 120. Mme Grandjean.

121. Küss ; 122. Monier (Louis) ; 123. Rauzy ; 124. Reulos ; 125. Rivet ; 126. Siegel ; 127. Bodolec ; 128. Clément ; 129. David ; 130. Dreyfus ; 131. Germain ; 132. Gy ; 133. Labarrière ; 134. Lemaire (Louis) ; 135. Monod ; 136. Morero ; 137. Halphen ; 138. Roudinesco ; 139. Bion ; 140. Périneau ; 141. Flandin ; 142. Le Mée ; 143. Le Foll ; 144. Hirtz ; 145. Roux ; 146. Ageorges ; 147. Binet du Jassonneix ; 148. Chené ; 149. Lachèze ; 150. Texier ; 151. De Vaugiraud ; 152. Verdoux ; 153. Bienvenue ; 154. Bonnefoy ; 155. Lagrive ; 156. Ménard (Pierre) ; 157. Delbarre ; 158. Fabre ; 159. Monet (Joseph) ; 160. Triller.

161. Bloch (René) ; 162. Feuillié ; 163. Herbinet ; 164. Mougiot ; 165. Roblès ; 166. Aïtoff ; 167. Baldenwock ; 168. Chirié ; 169. Clermonthe ; 170. Dupouy (Roger) ; 171. Dupuy (Pierre) ; 172. de Fourmestraux ; 173. Giraudet ; 174. Guérin ; 175. Guilly ; 176. Lagarde ; 177. Merry ; 178. Pelletier ; 179. Piérart ; 180

Poisot; 181. Ralliou; 182. Schœfer; 183. Semper; 184. Mlle Toufesco; 185. Trèves; 186. Berthaux; 187. Budin; 188. Chahuet; 189. Demanche; 190. Lesage; 191. Joubert; 192. Delozière; 193. Rousseau-Langwelt; 194. Roy; 195. Lévy (Jules); 196. Guillaume; 197. Dubosc; 198. Giraud; 199. Lacheny; 200. Milliot.

201. Rubinovici; 202. Gillet; 203. Langlais; 204. Martingay; 205. Mathieu (Alfred); 206. Bourilhet; 207. Céard; 208. Gauthereau; 209. Nocton; 210. Mlle Landry; 211. Bresselle; 212. Devaux; 213. Emmanuel; 214. Ferté; 215. Héchemann; 216. Labonnette; 217. de Martel de Janville; 218. Martin (Georges); 219. Mourlhon; 220. Poissenot; 221. Wapler; 222. Baron; 223. Bourée; 224. Chapeyron; 225. Chazal; 226. Cotonnec; 227. Delapchier; 228. Delogé; 229. Denéchau; 230. Dieuzeide; 231. Durand (Gaston); 232. Francina; 233. Gargaud; 234. Gaultry; 235. Grandchamp; 236. Gravelotte; 237. Jullich; 238. Lamoureux; 239. Rouhier; 240, Sanson.

241. Sibille; 242. Sigré; 243. Villebrun; 244. Vincent (Jules); 245. Bougarel; 246. Mallet; 247. Nespoulous; 248. Kuenemann; 249. Merlot; 250. Mlle Bouteil; 251. Ekmedjian; 252. Fauconnier; 253. Fournier; 254. Monnet; 255. Viel; 256. Déséglise; 257. Desvernine; 258. Godard; 259. Jullien (Paul); 260. Poisson; 261. Chaigneau; 262. Crémieu; 263. Duclos; 264. Bijon; 265. Florenville; 266. Nepper; 267. Dyvrande; 268. Bing; 269. Bonhomme; 270. Bonniot de Ruisselet; 271. Boulouneix; 272. Delacroix; 273. Desmoulins; 274. Guyot; 275. Hédouin; 276. Hudelot; 277. Lew; 278. Mougenc de Saint-Avid; 279. de Nayville; 280. Pappa.

281. Reinburg; 282. Ribot; 283. Mlle Roussel; 284. Testard; 285. Thorel; 286. Blaizot; 287. Le Blaye; 288. Versepuech; 289. Foy (Robert); 290. Lemaire (Jean); 291. Baudoin; 292. Fagart; 293. Poirrier; 294. Rücker; 395. Bazin; 296. Loze; 297. Prunier; 298. Benoist (Georges); 299. Roche; 300. Chanoine-Davranche.

301. Chevallier; 302. Delarras; 303. Foy (Georges); 304. Garnier de Falletans; 305. Blocq (Léon); 306. Guénot; 307. Nepveu; 308. Petit (Constant); 309. Rafinesque; 310. Dauge; 311. Masfrand; 312. Prével; 313. Solomon; 314. Stepowski; 315. Dournay; 316. Jacquet; 317. Mosqueron; 318. Philippon; 319. Fabignon; 320. Lagane.

321. Soullard; 322. Boulakia; 323. Leroy; 324. Plazanet; 325. Stern; 326. Delacour; 327. Ranjard; 328. Vinceneux; 329. Bruel; 330. Darnaudpeys; 331. Roubaud; 332. Ameuille; 333. Gelma; 334. Girard; 335. Lavallée; 336. Lasnier; 337. Bejean; 338. Diverrès; 339. Singer; 340. Dournel; 341. Zislin; 342. Ferran; 343. Lorne.

344. Roulland; 345. Maigret (Paul); 346. Toutain; 347. Arifeff; 348. Bédrunes; 349. Brissot; 350. Salmon; 351. Benoist (Emmanuel); 352. Boissière; 353. Elmerich; 354. Bax; 355. Pakowski; 356. Alexandre (Alcide); 357. Dupuy (Jean); 358. Juillard; 359. Jullien (Arthur); 360. Monnier (Charles);

361. Boquet; 362. Brémond; 363. Caron; 364. Reguard; 365. Charoppin; 366. André; 367. Godrou; 368. Gosselin; 369. Lafarcinade; 370. Paul; 371. Alexandre (Paul); 372. Lemière (Léonce); 373. Schreiber; 374. Joux; 375. Dufour; 376. Lemière (Raymond); 377. Roblin; 378. Laux; 379. Clermont; 380. Mlle Dewojno.

381. Huguet; 382. Martineau; 383. Courdouan; 384. Fortier; 385. Gauthier (Emile); 386. Grivot; 387. Dupuy (Raoul); 388. Izou; 389. Ballu; 390. Gallimard; 391. Petit (Georges); 392. Yuzbachian; 393. Allée; 394. Mary; 395. Fiault; 396. Nicolas (Lucien); 397. Wojlanski; 398. Eugène; 399. Mme Guillemoto née Meunier.

400. Meygret (Victor); 401. Armanet; 402. Bleirad; 403. Grapin; 404. Bricout; 405. Pignerol; 406. Zacharopoulos; 407. Fruictier; 408. Jais; 409. Lenormant; 410. Delaigue; 411. Rouchy; 412. Etchéverry; 413. Hennon; 414. Israël; 415. Champ; 416. Chapelle; 417. Beauduin; 418. Le Long (Emile); 419. Bichon; 420. Marsan; 421. Galibert; 422. Mlle Auchère.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. Durand.

École du service de santé de la marine. — MM. Béguin et Lasselves, médecins de 1re classe, sont autorisés à prendre part au concours qui s'ouvrira à Brest, en Janvier prochain, pour l'emploi de professeur de physiologie, hygiène et médecine légale à l'École du service de santé de la marine, à Bordeaux.

Voyages circulaires en Suisse avec itinéraires établis par le voyageur au moyen de coupons combinables. — Les billets à coupons combinables suisses sont délivrés toute l'année dans toutes les gares du réseau P.-L.-M. avec l'un quelconque des titres de parcours ci-après :

1° Carnets pour voyages à itinéraires facultatifs sur les réseaux français;

2° Carnets de coupons combinables pour voyages circulaires sur le réseau P.-L.-M. ou sur les réseaux P.-L.-M.-Est;

3° Billets de saison pour Berne, Genève, Interlaken, Zermatt, etc.

4° Billet à plein tarif, carte d'abonnement, ou tout autre titre de parcours, valable jusqu'à Petit-Croix-frontière, Delle, le Locle, Pontarlier, Genève ou le Bouveret.

La durée de validité des billets suisses à coupons combinables est de :

Quarante-cinq jours lorsqu'ils sont émis conjointement avec les titres de parcours dénommés aux 1°, 2° et 4° ci-dessus;

Soixante jours lorsqu'ils sont délivrés conjointement avec les billets de saison indiqués au 3° ou avec les carnets de voyages circulaires dénommés aux 1° et 2° ci-dessus, mais à la condition que ces voyages comportent un parcours supérieur à 3.000 kilomètres. Arrêts facultatifs.

Les demandes de carnets français et de billets suisses doivent être faites huit jours au moins à l'avance à la gare où le voyage doit être commencé.

Billets simples et d'aller et retour pour Chamonix. — Il est délivré, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des billets simples permettant de se rendre à Chamonix par le chemin de fer électrique du Fayet-Saint-Gervais à Chamonix.

Des billets d'aller et retour pour Chamonix sont également délivrés à Paris, Lyon, Marseille ainsi que dans toutes les gares situées dans un rayon de 300 kilomètres de Chamonix. La durée de validité de ces billets d'aller et retour varie de deux à dix jours suivant l'importance du parcours.

L'Éditeur-Gérant : C. Naud

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.